

2019年度聖路加国際大学大学院博士論文

うつ症状を有する高齢者の包括支援プロジェクト
Comprehensive Support Project for the Elderly with
Depressive Symptoms

持田 恵理

目次

第1章 序論	1
I. 研究の背景.....	1
II. 現状と課題.....	2
III. DNPプロジェクトの目的・達成目標	4
第2章 背景と意義.....	5
I. 文献の検討.....	5
1. 高齢者の自殺	5
2. うつ病のスクリーニング	5
3. ゲートキーパー教育.....	7
II. 現場における組織的な課題	9
III. ステークホルダーアセスメント	10
1. 現場のチャンピオン.....	10
2. 実装導入チームメンバー	10
第3章 実装計画の概念モデル	11
I. 実装計画の概念モデル	11
II. 概念モデルの主要な用語の定義.....	12
第4章 方法論.....	13
I. 研究デザイン	13
II. 現場の状況.....	14
1. 〇町の状況	14
2. 健康づくり課	15
3. 地域包括支援センター	16
III. プロジェクトに関する SWOT 分析	16
IV. 参加者	18
1. 参加者の選定基準と除外基準、リクルート方法について.....	18
v. インフォームド・コンセント(IC)等	19
1. インフォームド・コンセント(IC)を受ける手続き	19

2. 個人情報の取り扱い.....	19
3. 試料・情報の保管および廃棄の方法について	20
4. 研究機関への報告内容及び方法	20
5. 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反および個人の収益、DNP 学生等の研究に係る利益相反に関する状況.....	20
6. 研究に関する情報公開の方法	20
7. 研究参加者等及びその関係者からの相談等への対応	21
VI. DNP プロジェクトの手順	21
1. うつ症状を有する高齢者を発見するための手順	21
2. 実装化のための手順.....	24
3. 組織の方針	25
VII. 測定用具.....	26
1. 臨床／組織のアウトカムの測定	26
2. 実装化導入に向けた測定	27
VIII. データ収集.....	28
1. 住民に対しての質問紙調査	28
2. 看護師・保健師に対しての質問紙調査	29
3. 住民や看護師・保健師によるフォーカスグループインタビュー	29
IX. 分析・解析.....	29
X. タイムライン	31
第5章 結果	32
1. 住民及び看護師・保健師の特性	32
2. 達成目標の結果	33
3. 臨床／組織のアウトカム指標の結果	34
4. 実装アウトカム指標の結果	35
5. 団体・組織別のアウトカム指標の結果	39
6. QI サイクルの展開と改善点	47
1) ゲートキーパー教育.....	47
2) 健康づくり課・地域包括支援センターにおける相談時のアセスメント票の導入.....	49
3) QI サイクルのプロセス	49

第6章 考察	53
1 臨床／組織のアウトカム	53
2 実装アウトカム	53
1) 住民における Fidelity(忠実度)を高める方略	53
2) アセスメント票の導入と看護師・保健師の Acceptability(受容性)について	54
3) 介護予防サポーターをゲートキーパーとした効果と課題.....	56
4) ゲートキーパー教育と実践	57
5) 住民が行う啓発方法の検討	58
6) 健康づくり課と地域包括支援センターの連携.....	59
3 今後に向けて	59
第7章 結論	61
文献.....	63

図表目次

表 1	プロジェクトに関する SWOT 分析	17
表 2	住民の特性	32
表 3	看護師・保健師の特性	33
表 4	高齢者のうつ症状に関する相談件数	35
表 5	看護師・保健師のうつ症状に関するアセスメントの自信	35
表 6	実装アウトカム指標の結果一覧	35”
表 7	住民を対象としたフォーカスグループインタビュー	35”
表 8	看護師・保健師を対象としたフォーカスグループインタビュー	35”
表 9	Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果	36
表 10	月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果	37
表 11	Fidelity(忠実度)に関するアウトカム指標結果	38
表 12	住民の特性 (H サークル)	40
表 13	月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果 (H サークル)	40
表 14	住民の特性 (K サークル)	42
表 15	月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果 (K サークル)	42
表 16	保健師の特性 (健康づくり課)	44
表 17	うつ症状に関する相談件数 (健康づくり課)	45
表 18	うつ症状に関するアセスメントの自信 (事前・事後) (健康づくり課)	45
表 19	看護師・保健師の特性 (地域包括支援センター)	46
表 20	月別うつ症状に関する相談件数 (地域包括支援センター)	46
表 21	うつ症状に関するアセスメントの自信 (事前・事後) (地域包括支援センター)	47
図 1	実装計画の概念モデル	11
図 2	うつ症状を有する高齢者の包括支援プロジェクトの概念図	26
図 3	月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果の推移	37
図 4	月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果 (H サークル)	41
図 5	Reach(浸透)に関するアウトカム指標月別結果 (K サークル)	43
図 6	QI サイクル 1 と 4 の比較一覧	36”
図 7	QI サイクル 1 と 4 の比較一覧(H サークル)	39”
図 8	QI サイクル 1 と 4 の比較一覧(K サークル)	41”
図 9	DNP プロジェクトの結果	51
図 10	住民の取組に関するサイクルのプロセス	52

第1章 序論

I. 研究の背景

我が国の65歳以上の高齢者数は、平成30年10月1日現在、3,558万人で、総人口に占める割合は28.1%である。DNP学生の所属する〇町の総人口が41,834人に対し、高齢化率は21.5%(2018年3月末現在)であり、2007年から2018年の間で65歳以上の人口が6,015人から9,019人に増加している。この傾向から見ると、全国同様に推移している〇町の全人口に占める高齢者の割合が高くなり、今後も保健・医療・介護分野において高齢者支援について重要性が増すことが予測される。

高齢者の多い疾患であるアルツハイマー型認知症においても、平成29年患者調査によるアルツハイマー型認知症患者数は56万2千人であり(厚生労働省, 2017)、平成20年と比較すると、2倍以上に増加している。そして、アルツハイマー型認知症は、うつ病も30%から40%の割合で合併することの報告(Wragg, RE, 1989)が示されている。

また、合併症の気分障害の出現だけでなく気分障害単独での患者数を見ても、我が国の平成29年における65歳以上のうつ病を含む気分障害者数は36万人で、気分障害の総患者数127万6千人(厚生労働省, 2017年)の28.3%が高齢者となっている。

うつ病は、意欲低下や気分の落ち込みだけでなく、自殺念慮などの症状をきたす疾患であり、自殺に至る危険性も高い。自殺は、うつ病を始めとする様々な要因が関係しており、Bertolote JM(2004)の報告では、自殺者のうち、気分障害の診断を受けていた人の割合が30.2%である。

平成30年中における自殺の状況(警察庁)において、全自殺者の約4割が60歳以上の高齢者であるとともに、70歳代、80歳代は他の年代より減少率が低いことから、高齢者のうつ病や自殺予防に係る対策が地域活動の課題となっている。

そして、80歳以上の高齢者の自殺の原因・動機は、健康問題が最も多く、70.42%が健康問題を原因とした自殺となっている。男女共平均寿命が延伸している昨今、必ずしも心身共に健康な状態にいるとは限らず健康寿命との差が見られ、健康問題を含め危機に陥った結果いのちを絶つ高齢者の存在は見過ごすことはできない。高齢者の自殺予防においてうつ病の早期発見、早期治療が重要な鍵となっている。

II. 現状と課題

平成 25 年から平成 29 年までの平均自殺死亡率(地域自殺実態プロファイル, 2018 年)(人口 10 万対)は、全国が 18.5 に対して、0 町では 14.6 であり、全国より低い率である。しかし、性・年齢別の自殺死亡率をみると、80 代以上男性の自殺死亡率が、全国が 40.5 に対して 0 町は 127.8 で、80 代男性の自殺死亡率が著しく高いという地域の課題がある。

0 町の自殺対策では、広報やホームページを通じて、自殺予防週間や自殺対策強化月間中に 2 週間続く不眠があったら相談すること等の啓発活動を行っている。

また、精神的な不調の人に声をかけ、話を聴いて、相談機関に誘導するという役割を担う住民を養成するため、ゲートキーパー養成講座を例年実施し、1 回 20 人程度のゲートキーパーを経年的に養成している。これまでのゲートキーパー養成では、自殺に傾いた人を見つけたらどこでも良いので相談機関へ紹介すること、DNP 学生の所属する部署を優先的に紹介してほしいことを伝えていなかった。この結果、DNP 学生の所属する部署が自殺に係る主たる相談窓口にも関わらずゲートキーパーからの相談件数がほとんどない現状であった。

他方、相談を受ける保健師においても、精神的な不調の相談者に対応する際に、うつ病や自殺のリスクに対するアセスメントや支援方法は保健師個人の力量に任されており、うつ病や自殺のリスク評価に関する教育を受ける場面もほとんどなく支援技術の差があること、またうつ病に係る現任教育はないことが課題である。また、担当者でないとゲートキーパー教育に触れる機会がないこと、さらに、組織内で統一したアセスメント票などのツールがないことから、対応した保健師のアセスメント力の差も生じていた。

高齢者のうつ病に関するコミュニティベースの取り組みの実践として、Casado BL. et al. (2008) の Healthy IDEAS がある。このプログラムは、Fixsen らによる Core Implementation Component (CIC) のフレームワークを活用し、高齢者のうつ病のスクリーニング及び患者への教育、紹介と連携、行動の活性化の 4 つの要素としており、Casado BL. et al. は、このプログラムの実装を評価している。この実装の結果では、ケースマネージャーがプログラム実施に対して不快感を持つことや行動の活性化の同意を得にくいという障壁があること、高齢者自身がうつ病に関する否定的な気持ちを持っていることで対処行動がうまく進まないことが課題とされていた。

この Healthy IDEAS は、単にうつ症状のスクリーニングだけではなく、患者へのうつ症状の教育や医療機関への紹介、スタッフの行動がより活性化できるようマルチレベルの介入を組み合わせていることが特徴であるが、Lapierre S et al. (2011) による系統的レビュー

でも自殺予防にはマルチレベルの介入により自殺予防の要因を高めることが明らかになっている。

うつ症状を有する人で保健医療サービスを利用している割合は 23%とされ (Essau CA, 2005)、うつ症状を持っている多くの人は、自らで援助要請を行わず保健医療サービスを受けていない。そのため、うつ症状を持つ本人ではなく周囲の人が、その症状に気づいた患者をサービスにつなぐゲートキーパーの役割は重要である。ゲートキーパーの養成の効果について Issac M et al. (2009) は、系統的レビューを行った結果、知識、技術、受講者の態度に影響があることを明確にしている。また、Almeida OP et al (2012) は、プライマリ医師を対象とした教育的介入を行い高齢者の 2 年間のうつ病や自傷行為を減らすというランダム化比較試験を行った結果、対照群である医師と比べて介入群の医師はうつ病及び自傷行為を 10%低下させた結果を示した。

これらのことから、DNP 学生の属する 0 町の健康課題として、高齢者に対する自殺対策の重要性が高いことから、DNP プロジェクトを実施しその効果を評価する。

DNP プロジェクトは、0 町の自殺死亡率の高い高齢者に焦点を当て、Casado BL et al. (2008) の Healthy IDEAS を参考に、高齢者との接点の多い住民に対してゲートキーパー教育を行うこと、そしてその住民がうつ症状の有する高齢者を保健スタッフに相談するように勧めること、そして看護師・保健師がうつ症状のアセスメントを行い、医療機関等に紹介するといった、うつ症状を有する高齢者が医療機関に結びつくシステムを構築する。

高齢者のうつ症状に着目し、住民がそのような対象を発見した際、確実に相談機関へ紹介することを重視したゲートキーパー教育と当地域に高齢者を支える介護サークルで活動する住民が結びつくことで、うつ症状を有する高齢者の発見に有効であり、また、そのような高齢者の発見が増えることが期待できると考える。

本プロジェクトにおいては、高齢者を 65 歳以上の男女とする。また、ゲートキーパー教育は、厚生労働省では「自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応を図る人」と定義していることから、本プロジェクトでは、自殺予防に係る適切な対応を図るゲートキーパーの役割を住民及び看護師・保健師が担うこととする。

Ⅲ．DNPプロジェクトの目的・達成目標

目的

〇町のうつ症状を有する高齢者の紹介システムを構築し検証する。

達成目標 1

〇町の住民に対する高齢者のうつ症状の認識を高めること、および看護職のうつ症状に係るアセスメントの均一化を図る取組の効果を評価する。

達成目標 2

〇町の住民へのゲートキーパー教育と看護職のアセスメント技術及びアセスメント票の効果について評価する。

仮説

1. 高齢者のうつ症状に関する相談件数が増える。
2. 高齢者のうつ症状に関しての看護師・保健師が行うアセスメント数が増える。
3. 看護師・保健師により、うつ症状を有する高齢者を発見する数が増える。
4. 自殺念慮のある高齢者の発見数が増える。
5. 高齢者の医療機関受診者が増える。
6. 看護師・保健師のアセスメントに対する自信が向上する

第2章 背景と意義

I. 文献の検討

1. 高齢者の自殺

WHO の「自殺を予防する 世界の優先課題」(2014)において、自殺は世界の全死亡原因の 1.4%であり、主要死因では 15 位に位置していること、そして年齢別にみると 70 歳以上の自殺死亡率が最も高く、高齢者の自殺は世界的な課題である。

我が国においても、警察庁の平成 30 年中における自殺の状況(2018)の報告で、年齢別の自殺死亡率が 50 から 59 歳(人口 10 万対 22.8)に次いで、80 歳以上(人口 10 万対 21.0)、70 から 79 歳(人口 10 万対 20.2)と高齢者が上位を占め、全国平均の自殺死亡率より上回っている。

自殺の多くは複合的な要因があり、様々な要因が連鎖して自殺に至るとされ、遺書等の自殺を裏付ける資料の結果では、高齢者の原因・動機では、「健康問題」が最も多い原因である(警察庁、2019)。

2. うつ病のスクリーニング

高齢者は、加齢に伴う身体的変化や運動機能の低下といった身体的な機能低下だけでなく高齢期に生じるさまざまな変化が心理的に与える影響が大きく、それがうつ病に陥るリスクが高くなると藤田(2015)は述べている。

Bertolote JM(2004)の報告では、自殺者のうち、気分障害の診断を受けていた人の割合が 30.2%であること、また、平成 29 年の患者調査によると、65 歳以上のうつ病を含む気分障害の患者数は 36 万人であり気分障害の総患者数が 127 万 6 千人であることから(厚生労働省、2018)、気分障害の約 28 %が高齢者である。これらのことから、自殺予防においてうつ病患者の早期発見、早期治療が重要である。

自殺死亡率の減少に有効な介入として、うつ病のスクリーニング(大山、2013)があり、北東北地方の高自殺率地区において Self-rating Depression Scale(SDS)や The Center for Epidemiology Studies Depression Scale(CES-D)の簡易版のスクリーニングで、高齢者の 50%が参加したスクリーニングを行った結果、自殺死亡率が減少したと報告されている。

高齢者に対するうつ病のスクリーニングは様々ながあるが、Geriatric depression

scale15 (GDS-15)、Beck Depression (BDI) や Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)、基本チェックリストにおけるうつ予防・支援の 5 項目などが用いられている。

GDS-15 は、Jerome A. Yeasavage & T.L.Brink (1982) によって 30 項目で構成された老人性うつ病の尺度として開発され、その後 15 項目の尺度も開発された (Sheikh & Yesavage, 1986)。この尺度は、「はい」か「いいえ」を選択する、高齢者の自己評価うつ病のスケールとして広く用いられている。

BDI は、Beck AT (1961) により考案された、抑うつ症状の程度を客観的に図る、21 項目で構成された自己評価スケールである。それぞれの項目で 4 つの選択肢があり、その合計得点で抑うつ度が分かる。

PHQ - 9 は、Kroenke K et al. (2001) により開発され、DSM - IV 診断基準に基づいて 9 項目を 0 (まったく違う) から 3 (ほぼ毎日) で評価し、その合計得点でうつ症状の程度を示す。

基本チェックリストは厚生労働省が作成した 25 項目で構成されたチェックリストでその一部 5 項目がうつ病に係る指標である。このチェックリストは、平成 28 年までは介護の二次予防事業の対象者の把握に用いられていたが、制度が変わり、ケアマネジメントする際の対象者の理解で活用方法されるようになった。

この他にも、簡易的にうつ症状を評価するものとして、PHQ - 9 のうちの初めの 2 項目を備えた PHQ-2 や Whooley Questions (1997) などの 2 項目による尺度の他に、Lachs MS et al (1990) は「もの悲しくなったり、気持ちが沈んだりすることがしばしばありますか」という single question による高齢者のうつ病を確認することを提案している。和田 (2005) はこの single question を用いて GDS-15 と比べ、北海道浦臼町在住 75 歳以上の高齢者 115 人の Dysthymia に対する感度と、特異度を比較したところ、GDS-15 がそれぞれ、70. 0%、87. 7% に対し、single question が 70. 0%、72. 6% と、特異度は下がるものの、感度は GDS-15 と同様であった。

高齢者に対して用いることのできる尺度は多く存在するが、実装する上では高齢者に負担が少なく、一方でスクリーニングの効果の高いものを選択することが必要である。

うつ症状のひとつである不眠に着目したスクリーニングとして、富士モデル事業がある。これは、働き盛りの男性の不眠を重視し、「2 週間以上続く不眠はうつサイン」「かかりつけ医に相談しよう」というキャッチフレーズの元、専門的な治療が必要と判断された患者を精神科につなぐシステムである (松本, 2008)。Sunderajan P et al. (2010) の報告によると不眠はうつ病の 8 割に見られることから、うつ病のスクリーニングのひとつとしても有効

である。

そして、うつ病の症状として自殺念慮があるが、日常臨床における自殺予防の手引(2013)では、自殺念慮の評価を行うことを示しているが、患者の訴えに加え、自殺の計画性を真摯に聞き、客観的評価と主観的評価を行うこととされるので、うつ症状のスクリーニングにおいて、自殺念慮の確認を行う必要がある。

Casado BL. et al. (2008)の Healthy IDEAS では、高齢者のうつ病のスクリーニング及び患者への教育、紹介と連携、行動の活性化の4つの要素を含めて、CICの実用化のフレームワークを①スタッフ選定②事前と途中のサービストレーニング③進行中の指導④スタッフとプログラム評価⑤円滑な行政支援として、実装の評価を行っている。

このCICフレームワークは、地域のネットワーク会議や連絡協議会を設置しなくとも、スタッフを教育することでうつ病の高齢者をスクリーニングし医療機関への紹介が円滑に行われる。Healthy IDEAS は、実装においても手順が明確である利点があり、かつエビデンスベースのプログラムである。

このプログラムの結果は、60歳以上で認知能力がある高齢者に対して行われ、348名の患者に精神障害のプライマリ評価(PRIME-ME)の2項目でスクリーニングした後、さらにGDS-15で評価し6点以上であった患者をスクリーニングし94名の患者が該当した。そして、85名の患者がうつに関する教育を受け、そのうち53名の患者が専門家へ紹介された。そして行動の活性化は、患者の生活の中から楽しいことや意味のある行動を特定し、目標設定、実行を促す中で症状をコントロールし症状を評価するものであるが、42名の患者へ行動の活性化を行っていた。

3. ゲートキーパー教育

Terpstra S et al. (2018)の研究では、ゲートキーパー教育の対象を専門家としており、本橋ら(2016)の研究においては住民を対象にするなど、様々な対象に向けて自殺予防の知識やスキルを伝え、自殺予防を図る取組がされている。

平成28年度の自殺総合対策推進センターの報告では、977自治体のうち583自治体で「早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する」施策を実施しており、この人材育成にゲートキーパー教育が含まれている。この報告書では、自治体の約6割が人材育成していることが把握できるものの、その内容や効果は報告がされていない。

ゲートキーパー教育について Issac M et al. (2009)は、系統的レビューを行った結果、

ゲートキーパー教育は、軍人、公立学校スタッフ、ピアヘルパー、医師、アボリジニ人など広い対象に行われており、そしてゲートキーパー教育は知識、技術、受講者の態度に影響があったことを明らかにしている。しかし、自殺対策は様々な取り組みを併せて行っているためゲートキーパー教育だけの効果を示すことが難しい。またゲートキーパー教育の効果を示すランダム化試験はなかったと述べられている。また自殺予防には多面的なアプローチが必要でありゲートキーパー教育には自殺予防戦略の有効な要素であることを示唆している。

国内で行われているゲートキーパー教育の効果について、佐々木（2018）による研究では薬剤師を対象としたゲートキーパー教育を行いその結果傾聴ができるようになったこと、さらに知識や自己効力感だけでなく行動の変化があったことが示されている。

また、就労移行支援職員に対してゲートキーパー教育を行なった、川島（2018）の研究では、ゲートキーパーのセルフエフィカシー尺度（GKSES）を用い、ゲートキーパー教育の自己効力感の変化について明らかにされており、研修直後には自己効力感が有意に上昇するが3か月後には、研修前よりは維持されるものの低下傾向であった。

さらに田淵ら（2018）の研究では、高槻市の職員を対象にゲートキーパー教育を行ったが、ゲートキーパー教育を受けた職員は、自殺対策の必要性を理解し、自身や周囲の人に対して支援を行っている割合が高いとされる。

これらの国内の研究から、ゲートキーパー教育の効果として受講者の知識や自己肯定感や行動などの変化があったが、どれだけ自殺のリスクがある対象を見つけられたか、関係機関に紹介できたかという結果まで示された研究は報告されていない。

複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班は、厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究」を行った。この研究の介入プログラム手順書に基づいて介入地域において行った4年間の自殺対策の取り組みを「地域における自殺対策プログラム」（以下、「NOCOMIT-J」）として、地域の実情に合わせてプログラムを活用できるように公開している（平成10年）。このNOCOMIT-Jは、複合的、総合的な自殺対策を進めるために、関係部署や機関等でネットワーク会議や連絡協議会などを設置することを基盤とし、住民への啓発の一次予防、自殺のハイリスク者への二次予防、自死遺族に対する支援の三次予防、自死可能な場所への立ち入り防止などを行う社会システムへのアプローチを含んだものである。NOCOMIT-Jの結果については、自殺死亡率が長年に渡り高率な地域において自殺企図の減少が65歳以上の高齢者で確認されたとの報告が

ある(Ono, 2013)。しかしこれは複合的な自殺対策プログラムの結果でゲートキーパー教育だけの取り組みの成果とは言えない。

NOCOMIT-J では、「3. 2. 4 地域のキーパーソン向けに普及啓発」(p. 22)した後に、「3. 3. 2 うつ病へのアプローチ」(P. 27)や「3. 3. 5 地域の見守り活動」(P. 33)にてアプローチをすることを推奨している。その具体的なアプローチとして、(6)民生児童委員や保健推進員等がスクリーニング項目を把握することによってハイリスク者を早期の段階で保健医療従事者へリファーすることが期待できることも示している。

このように、NOCOMIT-J は、地域の実情に合わせた実践の参考になるものではあるが、NOCOMIT-J が基盤としている関係部署や機関等でのネットワーク会議や連絡協議会の設置が、自治体の中での自殺対策の考え方や位置付けによって必ずしも設置可能であるとも限らない。ネットワーク会議や連絡協議会が設置できない場合、自殺対策を主体的に実践する住民や支援者を増やすためには、会議や協議会という形態でなくともネットワークが進むような機会や方法を検討する必要がある。

自殺対策総合大綱で期待されているゲートキーパー研修の対象者は弁護士、薬剤師、理容師等であり、NOCOMIT-J のキーパーソン研修の対象者は、医療従事者、保健推進員や民生委員など地域活動に関連する者、役場職員や商工会など職域に関する者などが挙げられており、介護予防を行っている住民を対象として明確に示しているものはない。また、自殺対策総合大綱、NOCOMIT-J のキーパーソン研修では対象者が示されているものの、具体的な実施方法は記載されておらず、実施方法によって教育効果の差が出ることが予測される。

ゲートキーパー教育では、その効果として受講者の知識や自己肯定感や行動などの変化があるという知見から、さらにゲートキーパーの活動が進められるように自殺のリスクのある対象を発見し、相談機関へと紹介する行動がとれ紹介先が認識できるように具体的な内容や方法を含めることが必要であると考ええる。

II. 現場における組織的な課題

DNP 学生の属する 0 町の健康課題として、80 代男性の自殺死亡率が 127.8 で全国に比べ著しく高いことから、高齢者に対する自殺対策の重要性が高い。

これまでの住民へのゲートキーパー教育では、高齢者の自殺死亡率が高いことやうつ症状と自殺の関連について情報共有をしていない状況であった。

また、自殺に傾いた人を見つけたらいずれかの相談機関へ紹介するよう住民に伝えてき

たが、0 町役場の健康づくり課や地域包括支援センターを優先的に相談機関として指定をしていなかった。住民がうつ症状等を把握し心配な人を発見しても、その対象を確実に看護師・保健師へ伝え、医療機関に紹介するシステムが構築されていない。

そして、看護師・保健師はゲートキーパー教育を受講したことがなく、担当業務でないとその目的や内容、方法を理解しているとは言い難い。

支援者側では、うつ症状に関する均一化したアセスメント票がないことから、保健師間でアセスメントのばらつきがあり、確実にうつ症状のアセスメントができない課題である。また、当組織においてうつ症状を有する患者の支援について現任教育がされていない。

Ⅲ. ステークホルダーアセスメント

1. 現場のチャンピオン

現場のチャンピオンである健康づくり課長に、本プロジェクトの概要と方法について説明をし、さらに健康づくり課で本プロジェクトを実施する上での留意点について相談をした。0 町では自殺予防の啓発強化が求められているため、住民への教育とあわせて啓発の強化を説明することで実施の効果が高まるのではないかとの意見があった。

組織が求めていることとプロジェクトの内容や意義をすり合わせてタイミングを図りながら実施していくことが必要である。

2. 実装導入チームメンバー

現場の鍵を握る人は、実装導入チームのメンバーである、健康づくり課の職歴 12 年目の保健師 1 名に、組織内でのうつ症状を有する高齢者に対する相談支援の課題や意見についてヒヤリングを行った。

その中で明確化したことは、うつ症状を有する対象に何を聴取していったら良いか常に悩むということ、また、症状の程度について基準を持って聴いていないために緊急性を漠然と判断していた。標準化されたアセスメント票があればとても助かるとの意見であった。その保健師は、中堅期の保健師は、実践能力が高く、健康づくり課で頼りになる存在の保健師である。うつ症状を有する患者の相談をこれまでに相当数受けているにも関わらず、悩みを抱えて実践しているということが印象的であった。健康づくり課においてスタッフとして所属している保健師が 6 人おり、そのうち、新任期が 3 人で半数を占めている。中堅期の保健師がうつ症状を有する相談者のアセスメント票を必要ならば、新任期の保健師はその必要性が高いことが予測される。

第3章 実装計画の概念モデル

I. 実装計画の概念モデル

本プロジェクトでは、住民に対する高齢者のうつ症状の認識を高め、周囲の高齢者へ声を掛け、うつ症状の可能性のある高齢者を発見した後、地域包括支援センターや健康づくり課に紹介するシステムを構築する。さらに、看護師・保健師が用いるアセスメント票の均一化や看護師・保健師のアセスメントのスキル向上を図り、うつ症状を有する高齢者を医療機関へ紹介する。

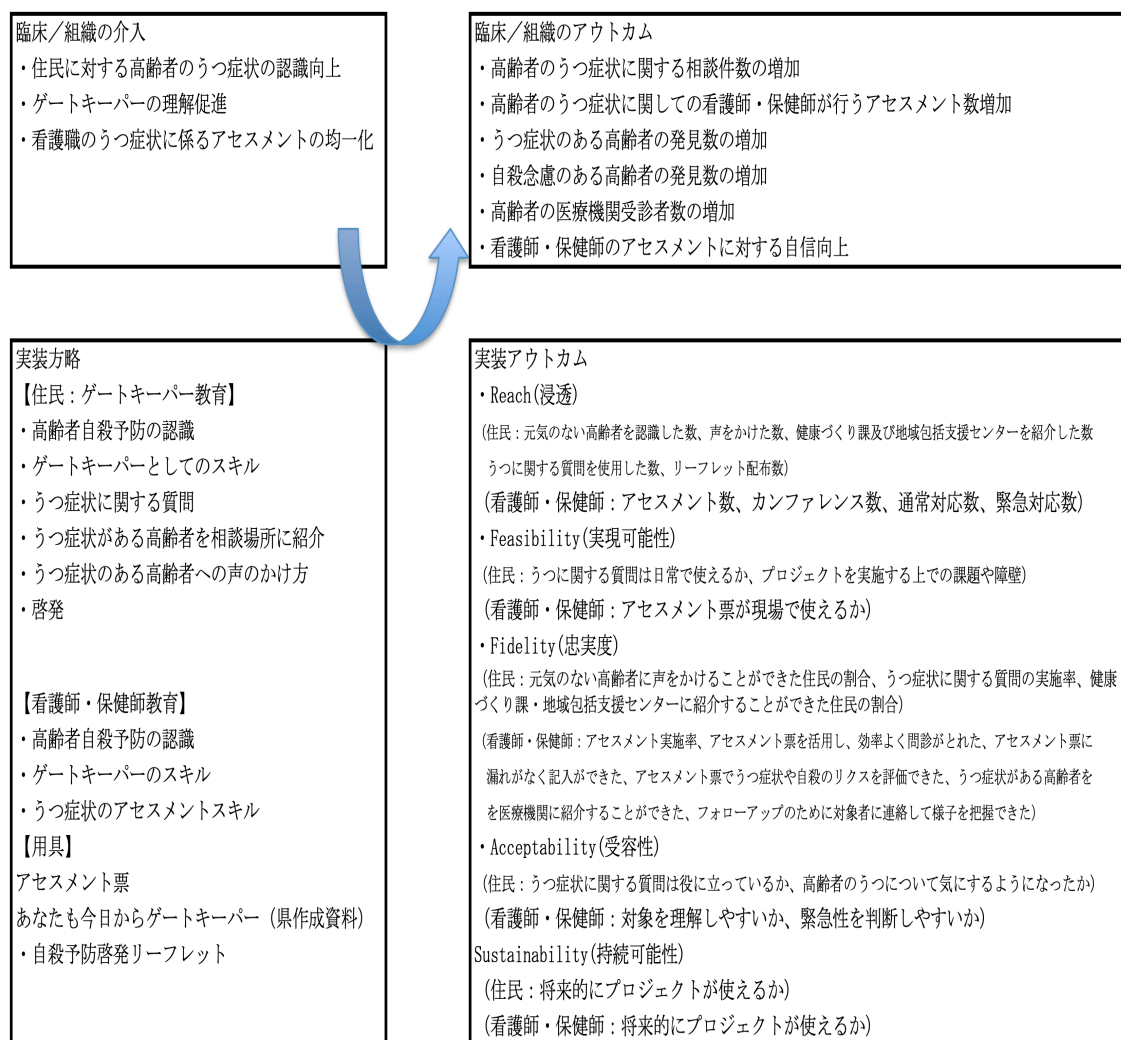


図1 実装計画の概念モデル

Ⅱ．概念モデルの主要な用語の定義

住民：0町の住民であり、かつ、0町に住所を有する高齢者に接点の多い人で、当プロジェクトにおいて選定した介護予防サークルで活動している介護予防サポーターとする。

看護師・保健師：0町地域包括支援センター所属の保健師・看護師と0町役場健康づくり課に所属する保健師で、本プロジェクトにより選定した看護師・保健師のこと。

うつ症状に関する質問：本プロジェクトで活用する住民が元気のない高齢者に対してうつ症状の有無を評価するための3つの指標(①「もの悲しくなったり、気持ちが沈むことがしばしばありますか。②眠れない日が2週間以上続くことがありますか。③死んでしまいたいと思うことがありますか。」)が含まれた質問のこと。

住民に対する教育：うつ症状を有する高齢者に気づき、声を掛け・傾聴し、0町地域包括支援センターまたは健康づくり課へ紹介するためのゲートキーパーの役割と方法を学ぶ学習とする。また、自殺予防の啓発の意義を理解する内容も含む。

看護師・保健師に対する教育：保健福祉スタッフとしてのゲートキーパーの役割についての内容と相談でうつ症状を有する高齢者に遭遇した場合のうつ病と自殺のリスクに関するアセスメント票の運用について理解する学習のこと。

看護師・保健師によるアセスメント：高齢者に対してうつ症状の内容と程度を明確にし、自殺のリスク評価をすること。

相談件数：0町地域包括支援センターまたは健康づくり課で看護師・保健師が受けた高齢者のうつ症状に関する相談件数のこと。

第4章 方法論

I. 研究デザイン

高齢者のうつ症状の認識を高め、看護師・保健師のうつ症状に係るアセスメントの均一化を図ることで、0町のうつ症状を有する高齢者の紹介システムを構築する質改善アプローチである。

質改善における Quality Indicator (以下、QI) は、Reach (浸透)、Feasibility (実行可能性)、Fidelity (忠実度)、Acceptability (受容性)、Sustainability (持続可能性) を用いる。Reach (浸透)、Fidelity (忠実度)、Acceptability (受容性) は住民及び看護師・保健師による質問紙調査により 1 か月ごとに測定し、Feasibility (実行可能性)、Sustainability (持続可能性) は、フォーカスグループディスカッションで測定する。

QI サイクルに参加するチームメンバーは、次のとおりである。

DNP 学生 (持田恵理)、指導教員 (教授麻原きよみ) 他聖路加国際大学 DNP プロジェクトチーム、エグゼクティブスポンサー (健康福祉部長)、実装導入チーム (0町健康づくり課員、地域包括支援センター職員)、現場のチャンピオン (0町健康づくり課長、社会福祉議会局長)、メンター (小此木久美子)

研究の実施体制は次のとおりである。

研究機関: 聖路加国際大学大学院、DNP 学生: 持田恵理、指導教員: 聖路加国際大学教授麻原きよみである。

研究実施期間は、聖路加国際大学大学院研究倫理審査委員会承認後から 2020 年 3 月 31 日とした。

QI サイクルの実施期間は、住民や看護師・保健師に対して教育を行った後、令和元年 5 月から 8 月まで 1 か月毎に 4 回実施した。

1 か月毎に QI サイクルを行う理由は、本プロジェクトの参加者である住民は、介護予防サークルを主体的に企画運営しており、1 か月ごとに介護予防サークルの活動場所の部屋を確保したり、活動の準備をしたりと、1 か月を一つの単位として行動しているためである。また、保健師も訪問等活動報告において、月毎の集計を行うことが多く、活動の見直しをする単位として 1 か月が慣れているためである。

データの収集方法は、毎月 1 回月末に質問紙に記入してもらい、その集計結果については、

翌月の質問紙調査の記入時に報告する。

また、質問紙だけでなく口頭でも住民や看護師・保健師に対して、困っていることはなにか尋たり、住民に対して、元気のない高齢者に遭遇しない時には、啓発活動を継続して実施してもらうことや、潜在的なうつ症状を有する高齢者に出会うために何が助けになるか等のヒヤリングも合わせて行う。毎月の報告以外にも、DNP 学生が、随時相談に乗ることを伝えていた。

実施の段階で、疑義が生じた場合は、指導教員やメンター、現場のチャンピオンに迅速に報告と相談を行うこととした。

QI サイクル実施期間中に、スタッフや管理者等から意見が出た場合は、その内容をまとめるが、介入方法については大きな変更を行わなかった。

毎月の QI サイクルの報告については、質問紙調査時に口頭にて報告した。実装導入チームから実施に関する意見が出たら、記録をとり毎月の報告に載せデータを集積した。

II. 現場の状況

1. 0 町の状況

0 町の人口ビジョン総合戦略（平成 28 年）によると、平成 22 年の全世帯は 16,600 世帯であり核家族が 55.1%で最も高く、次いで単独世帯が 33.8%、三世代世帯が 6.7%となっており、平成 12 年から 22 年までの構成割合の推移を見ると単独世帯が 31.7%から 33.8%と緩やかに増加し、核家族が 55.7%から 55.1%と横ばい、三世代世帯が 8.6%から 6.7%と緩やかに減少している。

転入については平成 13 年以降横ばいもしくは減少傾向であり、転出は平成 18 年以降減少傾向を示しており、近年では平成 13 年以降転出が転入を上回る社会減を示している。

そして、平成 17 年から 22 年までの年齢階級別の人口移動では、男性が 15 歳から 19 歳、20 歳から 24 歳になる時と 25 歳から 29 歳になる時に大幅な転入超過が見られ、一方で 25 歳から 29 歳、30 歳から 34 歳になる時と、30 歳から 34 歳、35 歳から 39 歳になる時になる時に大きな転出超過がある。女性では 15 歳から 19 歳、20 歳から 24 歳になる時に大幅な転出超過が見られ、20 歳から 24 歳、25 歳から 29 歳になる時に転入超過となるが、15 歳から 19 歳、20 歳から 24 歳に比べその増加数は少なくなっていることから、男性は特に大学卒業後の帰郷や町内企業への就職等の仕事の都合の影響で移動が見られ、女性は男性に比べると進学や仕事の都合等に伴う転出の影響が見られる。

人口データから、若い世代を中心に転出、転入が見られ、さらに町全体として核家族が多いため、地縁による支え合いが得にくい環境であることが考えられる。

平成 27 年の国勢調査では、第一次産業の就業者数が 145 人、第二次が 10,538 人、第三次が 9,594 人となっており、全体で約 2 万人がいずれかの就業に携わっており、人口が 41,202 人であることから人口の半数が労働者である。

令和元年 10 月 30 日現在の外国人数は、7,900 人で人口に占める外国人の割合が 18.8 %であり(0 町ホームページ)、平成 19 年から令和元年までの外国人数は 6,796 人から 7,900 人までに変化しており年々外国人割合が増加している。

これらのことから、0 町の住民は、外国人を含む多くの労働者がおり、転出や転入といった環境の変化を受けながら生活している。

高齢者についても地縁が薄らいでいる現状から、高齢者の孤立予防や介護予防を促す目的で、0 町地域包括支援センターが介護予防サポーターとして高齢者を支える人材を育成している。介護予防サポーターは、各地区でサークルを結成して地区の高齢者の参加を促し、主体的にサークル運営をしている。

介護予防サポーターは主に 60 代、70 代が多く、介護予防サポーター自身が高齢者であることが多いが、地域への貢献の思い、自身も介護予防を目指したいという意識を持ち、主体的、積極的に活動を行っている。それぞれの介護予防サークルは週 1 回から月 2 回程度行っており、高齢者と接する機会の多い団体であると共に、高齢者の健康についても関心を持っている存在である。このことから、高齢者のうつ症状を発見する人的資源として、当地域においてゲートキーパーとして適切だと考えた。

2. 健康づくり課

健康づくり課は、平成 31 年 4 月現在、健康福祉部の 1 課として構成され、スタッフは、課長、係長、総括保健師（係長級）、総括栄養士（係長級）、保健師 6 名、栄養士 1 名が配置されている。事務分掌として、母子保健、成人保健、精神保健、予防接種等を取り扱い、住民へ直接的に保健サービスを提供する部署である。

高齢者に係る業務は、健康福祉部にある高齢介護課及び高齢者に係る業務を委託している地域包括支援センターが行うが、自殺予防に係る業務など高齢者とその他の関連業務があれば、高齢介護課だけでなく健康づくり課も連携して業務を行っている。

自殺予防に係る窓口は健康づくり課が担当のため、他課で関わった住民で自殺に関連す

る対象がいたら、健康づくり課へ相談する体制が庁内で構築されている。

3. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者の健康や生活、権利などを守るための事業を行っており、高齢者やその家族に関わる相談や教育など直接的に高齢者支援に関わる業務を実施している。

スタッフは、係長で社会福祉士が1名、スタッフとして保健師1名、主任ケアマネジャーで看護師が1名（育児休暇中）、社会福祉士が1名、その他、訪問を行う看護師3名が配置されている。

介護保険の申請や調査などの業務管理を高齢介護課が行っており、その他実質的な高齢者への事業は、0町より委託されて地域包括支援センターが担っている。

地域包括支援センターにおいて精神保健に係る相談を受けた場合、健康づくり課へ相談をつなぐ体制はできている。そのような相談を受けた際に、地域包括支援センターと健康づくり課において、役割を明確にしながら、連携し問題解決を図る取組を行っている。

Ⅲ. プロジェクトに関する SWOT 分析

本プロジェクトにおける強み、弱み、機会、脅威を明確にするために、表1の通り SWOT 分析を実施した。

本プロジェクトの強みは、特別な資金は必要でなく、サークルやグループがあれば小規模な単位で実施が可能で、すぐに始められることである。介護予防サークルを活用することにより、地域の情報を多く持つ住民が中心となる取組のため、インフォーマルな対象に対してアクセスできる。うつ症状を持つ高齢者を受け入れる側として地域包括支援センターが参加者となっていることから、高齢者の相談を受けた場合うつ症状に限らず高齢者の総合的相談に対応できる。また、健康づくり課と地域包括支援センターが協働することで、高齢者の自殺対策に関わるスタッフが増え、連携の機会が増える。参加者である介護予防サポーター（住民）は高齢者が多いため、介護予防サポーター自身の健康づくりや異常の早期発見について考える機会となる。

弱みは、協力者の活動意欲に左右されるため、積極的に行う人とそうでない人の差が生じること、協力者はボランティアなので強制力や権限がないため立場が弱いこと、サークル単位の実施では、町全体の高齢者をカバーすることができないことがある。

機会は、自殺関連の報道記事を頻繁に目にすることが多いため、自殺の問題は社会的な関心となっている。そして、自殺対策について法整備がされ、自殺対策基本法で市町村の自殺対策基本計画の策定が義務化されている。地域包括ケアシステムの推進が進んでいる中で、高齢者の関する資源の増加がみられる。

脅威は、住民（介護予防サポーター）の自殺関連に関わる負担感や恐怖感があることで、取組が進まない可能性がある。住民がうつ症状を有する高齢者の見守りと早期発見することを進めていくが、希薄な地縁関係の中では見守りや発見は難しい場合もある。住民がうつ症状を有する高齢者を把握することを進めていくが、うつ症状の有無を他者が把握しにくいという難しさがある。

表 1 プロジェクトに関する SWOT 分析

Strong(強み)	Weak(弱み)
<ul style="list-style-type: none"> ・小規模で実施可能 ・特別な資金が必要ではない ・既存のサークルを活用しているため、該当するサークルの協力が得られればすぐに活動できる ・住民(介護予防サポーター)は身近な人に対して見守り、声かけ、紹介ができ、インフォーマルな対象に対してアクセスできる ・地域包括支援センターが相談機関としているので、住民から相談を受けた場合は自殺やうつ症状に限らず高齢者の総合的相談に対応出来る ・健康づくり課と地域包括支援センターのスタッフが協働することで、高齢者の自殺対策に関わるスタッフが増える ・協力者である住民(介護予防サポーター)は高齢者が多いため、介護予防サポーター自身の精神的な健康の予防や異常の早期発見について考える機会となる ・地域包括支援センターと健康づくりで高齢者支援に関する連携の機会が増える 	<ul style="list-style-type: none"> ・協力者の活動意欲に活動結果が左右される。意欲的に活動する人とそうでない人との差が出来る。 ・協力者の住民がボランティアであるため、強制力や権限がなく立場が弱い ・サークル単位での実施は、町全体の高齢者をカバーすることが出来ない
Opportunity(機会)	Threat(脅威)
<ul style="list-style-type: none"> ・自殺関連の報道記事を頻繁に目にする ・市町村の自殺対策基本計画義務化 ・地域包括ケアシステムの影響で、高齢者に関する資源の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民(介護予防サポーター)の自殺関連に関わる負担感や恐怖感 ・希薄な地縁関係 ・うつ症状の有無を他者が把握しにくい

IV. 参加者

1. 参加者の選定基準と除外基準、リクルート方法について

1) 住民

地域包括支援センターでは、高齢者を支える人的資源として、介護予防サポーターを養成し、その後介護予防サークルが発足した後も活動するサポーターを支えている。令和元年 11 月現在、20 団体が自主運営しており、介護予防サポーターとして登録している人数は、約 100 名である。

活動場所は、0 町保健福祉総合センターや各地域公民館など 0 町内に点在しており、参加する高齢者は住所地の公民館などに関わらず、好みの活動内容等で選ぶことができる。介護予防サークル活動の内容は、調理や運動など様々である。活動は、どのサークルも週 1 回から月 2 回程度である。

本プロジェクトで、高齢者に係る機会の多い住民を介護予防サポーターに選定した理由は、0 町において月 2 回といった頻度で定期的に高齢者に係る団体やボランティアは他にないこと、月 2 回という機会が高齢者と会っていることで、高齢者の異なる変調に気づきやすいと考えたためである。また、介護予防サポーターであれば、介護予防サポーター養成で高齢者の健康に関する基礎的な理解をしていると考えられる。

本プロジェクトでは、保健福祉相談センターで活動している介護予防サークル 1 団体と高齢者施設で活動している介護予防サークル 1 団体に QI を実施した。2 団体は比較的発足が早く、サークル活動歴が長いこと、そして、うつ症状を有する高齢者を発見した場合、地域包括支援センターや健康づくり課に相談に繋やすい環境のためである。そして、2 団体に絞った理由は、本プロジェクトがパイロットスタディのため、小規模で実施することを考慮し、2 団体 10 名程の介護予防サポーターの参加を見込んだためである。

このことから、住民に関する参加基準は、サークル発足が古い団体の 2 団体に所属する介護予防サポーターであり、参加の同意が得られた人とした。除外基準は、2 団体に所属している介護予防サポーターであっても、サークル活動に参加していない人で、プロジェクト参加の意思が確認できない人とした。

参加者のリクルート方法は、サークル発足が古い順に登録されている団体名の一覧を地域包括支援センターの事務局から入手した。そして、その該当するサークル代表者にプロジェクト参加の説明を行い、代表者からサークルメンバーに協力してもらえるか訊ねてもらい、その結果を DNP 学生に報告してもらった。

2) 看護師・保健師

看護師・保健師の参加者は、0 町健康づくり課の保健師と地域包括支援センターの看護師・保健師の 2 つの組織の看護職の 10 名とした。

健康づくり課の保健師は、DNP 学生を除き、スタッフとして 6 名おり、その内、職歴 5 年未満の保健師が 3 名、職歴 12 年、18 年の保健師がそれぞれ 1 名、職歴 21 年の保健師が 1 名であった。地域包括支援センターの保健師は職歴 12 年、看護師は 3 名とも職歴 2 年であった。

健康づくり課が、自殺対策の窓口になっていることから、健康づくり課の保健師のうつ症状を有する患者や自殺のリスクがある対象者に今後も遭遇することが予測されるため、健康づくり課の保健師 6 名に保健師に参加協力を求め、同意が得られた。

また、地域包括支援センターの看護師・保健師については、高齢者の相談を常時受けており、うつ症状を有する高齢者に対応する機会が予測されるため、所属の看護職 4 名に参加協力を求め、同意が得られた。

除外基準は、地域包括支援センターとつながりのある高齢介護課にも保健師が所属しているが、直接高齢者の相談を受けることが少ないため、高齢介護課所属の保健師は除いた。

参加者のリクルート方法は、選定基準に該当した看護師・保健師に、直接、プロジェクトの概要を説明し、協力依頼をした。

v. インフォームド・コンセント(IC)等

1. インフォームド・コンセント(IC)を受ける手続き

本研究は、研究参加者から新たに情報を取得し、その際に侵襲性を伴わない研究であるため、倫理指針に則り、以下の手順により同意を取得した。

DNP 学生は、聖路加国際大学大学院倫理審査委員会で承認の得られた同意説明書を用いて十分な説明を行い、研究協力者の自由意思による同意を文書で取得した。

同意書（資料 10）は、研究参加者及び DNP 学生が署名したものを 2 部作成し、一部を説明資料とともに研究協力者に渡し、もう一部は研究担当者が保管した。研究協力者が同意を得た後に、研究協力を撤回したいと思われた場合にも、撤回ができるようにした。その際には、それまで協力していた間に取得した情報についての取り扱いについて確認したうえで、同意撤回書の記入の上、研究協力を中止することとした。（資料 19）

2. 個人情報の取り扱い

研究の全過程は、「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。

研究実施に係る試料・情報を取り扱う際は、研究対象者の個人に無関係の番号を付して管理し、研究協力者の秘密保護に十分配慮した。研究結果を公表する際は、研究協力者を特定できる情報を含まないようにする。研究の目的以外に、研究で得られた研究対象者の試料・情報を使用しなかった。

3. 試料・情報の保管および廃棄の方法について

DNP 学生は、研究で使用した書類(同意書、同意撤回書、質問紙、フォーカスグループインタビューでの逐語録、その他の記録など)を鍵のかかる場所に(聖路加国際大学博士課程研究室の研究代表者持田恵理の机の引き出し)保管した。また、アセスメント票については、健康づくり課および地域包括支援センター事務所内鍵のかかる棚に保管する。

電子データ(フォーカスグループインタビューの音声データ、研究協力者の ID 対応表、研究で知りえた情報や質問紙の結果をまとめたファイル)は、パスワードを付して、Google ドライブに保管した。

研究終了後、研究のために収集または生成された資料、情報、データを一定期間(5 年間)厳重に管理する。保存後、紙の資料は、すべてシュレッダーなどで細かく裁断し破棄する。電子データについては、復元できないように消去する。

4. 研究機関への報告内容及び方法

以下の項目に該当する内容は、DNP 学生から研究機関の長に文書で報告する。

- ・研究の倫理的妥当性もしくは科学的合理性を損なう事実、情報または損なうおそれのある情報で研究継続に影響を与えられとされるもの
- ・研究の実施の適切性もしくは研究結果の信頼を損なう事実、情報または損なうおそれのある情報
- ・研究の進捗状況や有害事象の発生状況および研究の終了(中止含む)した場合

5. 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反および個人の収益、DNP 学生等の研究に係る利益相反に関する状況

研究の資源は DNP 学生の資源であり、本プロジェクトの研究に係る利益相反、DNP 学生等の研究に係る利益相反、個人の収益はない。

6. 研究に関する情報公開の方法

本研究を大学院の博士論文としてまとめた後、学会や専門雑誌に発表する予定であり、その際も個人および施設が特定されないようプライバシーを保護する。

7. 研究参加者等及びその関係者からの相談等への対応

研究参加者である住民や看護師・保健師、高齢者等から連絡があった場合は、DNP 学生が対応することとした。

VI. DNP プロジェクトの手順

1. うつ症状を有する高齢者を発見するための手順

1) 事前準備

プロジェクトの実施について、DNP 学生が所属している健康づくりの長及び高齢者支援を行なっている地域包括支援センターの責任者(社会福祉協議会局長)に実施について口頭で説明を行い、協力を得た。また、プロジェクトを組織内で運営できるように、プロジェクトの参加者以外のスタッフについても、実施の趣旨と方法について、理解をしてもらえるよう、プロジェクトの説明を口頭で行い、協力を得た。

2) うつ症状に関する質問及びアセスメント票の作成

住民が行ううつ症状に関する質問の設定について、簡単で使いやすいという観点の元、以下の3項目を設定した。①Lachs MS S et al. (1990)による single question を採用し、「もの淋しくなったり、気持ちが沈んだりすることがしばしばありますか」、②富士モデル事業(2007)を参考に「眠れない日が2週間以上続きますか」、③うつ病において自殺念慮も生じやすいことから「死んでしまいたいと思うことがありますか。」とした。

看護師・保健師が使用するアセスメント票の構成として、DSM-5 の診断基準の大うつ病性障害の9項目と自殺のリスク評価に関する3項目を設定した。DSM-5 の診断基準を採択した理由は、看護師・保健師が、アセスメント対象者のうつ状態の全容を把握するとともに、医療機関に紹介する場合、その内容や程度を医師に具体的に伝えられることを期待しているからである。

そして、アセスメント票では、症状の頻度と内容を記入後、うつ病の症状が5つ以上、2週間存在していることに加え、「自殺の具体的な計画があること」「自殺の準備をしている」「自殺の意思の修正ができない」ようであれば①緊急対応で精神科に紹介すること、うつ病の症状だけ存在する場合は②通常対応でかかりつけ医や精神科に紹介すること、①や②に該当しない場合は③経過観察とした。

3) 住民に対してのゲートキーパー教育

住民に対してゲートキーパー教育を実施するため、健康づくり課における組織内の決済

を受けた後、地域包括支援センター事務局へプロジェクトの協力と介護予防サークルの紹介についての内容に関する説明書を提出した。地域包括支援センター事務局より介護予防サークル 2 団体の紹介が得られた後、介護予防サークル代表者にプロジェクトの説明を行い、サークルメンバーに参加について承認をしてもらえるか訊ねてもらった。

介護予防サークル代表者から、プロジェクト参加の承認が得られたら、DNP 学生が直接サークル活動の場に足を運び、直接プロジェクトの説明と教育の日時の調整を行った。その後介護予防サポーター代表者へ説明書を提出した。介護予防サポーターに了承が得られたら同意書の署名をもらった。

調整した日時において、住民に対するゲートキーパープロトコル（資料 14）のとおり、2団体それぞれに、DNP 学生がゲートキーパー教育を 1 回実施した。さらに、追加のゲートキーパー教育も実施した。

ゲートキーパー教育の内容は、①高齢者の自殺の現状②ゲートキーパーの役割（「気づく」「声をかける、聴く」「繋ぐ」「見守る」）、③うつ症状に関する質問（「もの淋しくなったり、気持ちが沈むことがしばしばありますか」「眠れない日が 2 週間以上続くことがありますか」「死んでしまいたいと思うことがありますか」）、④うつ症状を有する高齢者を相談機関へ紹介する方法、⑤個人情報の取り扱いについて、⑥うつ症状を有する高齢者の包括支援プログラムの概要、⑦啓発資料の配布のお願いとした。

住民がゲートキーパーとしてうつ症状のある高齢者を把握する機会は、自らが活動している介護予防サークルを中心に介護予防サークル参加者、家族、友人等に対して③うつ症状に関する質問を住民が該当者に尋ねることで、住民レベルでうつ症状の高齢者をスクリーニングする体制をつくった。

うつ症状に関する質問にて該当する項目があった場合、4 つの方法から選択して該当者に伝える。1) 「あなたのことが心配だから、健康づくり課や地域包括支援センターと一緒に行的てみませんか」と一緒に相談に出向くように勧めること、2) うつ症状がある高齢者が健康づくり課もしくは地域包括支援センターに直接もしくは電話で相談するように勧めること、3) 「あなたのことが心配だから、あなたのことを健康づくり課や地域包括支援センターに伝えてもいいですか」というように個人を特定して健康づくり課もしくは地域包括支援センターに情報提供を行う、4) 「あなたが辛い思いをしていることを他の人に知られたくないならばそのことは約束をしますが、私が心配してる人がいることだけを健康づくり課や地域包括支援センターに伝えることを了解してください。」と個人情報を伏せた情報提供の

了解をしてもらい、健康づくり課もしくは0町地域包括支援センターに伝えることとした。

うつ症状を有する高齢者を住民が紹介した際は、健康づくり課もしくは地域包括支援センターの看護師・保健師が対応する。紹介された高齢者が了解すれば、初回面接は紹介した住民も同席を可能とした。

個人情報健康づくり課や地域包括支援センターに伝えることを希望しなかった場合は、情報提供のあった住民からどこでその対象と面会ができるかを聴き、その場に看護師・保健師が出向き観察を行うこととした。

うつ症状のある高齢者へ、健康づくり課や地域包括支援センターに名前や住所、症状などの個人情報を伝えてよいか許可を得る。そして、高齢者の個人情報の取り扱いについては、介護予防サークルやプロジェクトで知り得た高齢者の個人情報（名前、住所、症状）を支援に係るものに限り、その高齢者に関わった住民と健康づくり課と地域包括支援センターでのみ共有する。また、知り得た情報を世間話などで他者に口外しないように、紙面を通じて説明を行い、研究参加の同意を得る際に併せて個人情報の取り扱いに関する同意を得た。

ゲートキーパー教育を受けた後、住民自身が4か月の間、ゲートキーパーとして活動してもらうが、1か月に1度、月末に調査紙による活動の報告を求めた。DNP学生がその質問紙の結果をまとめ、翌月に参加者に報告する。それを、4か月間続け、QIプロジェクト期間のデータ分析を行うとともに、4か月が終了後サークル毎にフォーカスグループインタビューを実施し、Feasibility(実行可能性)についてうつ症状に関する質問が日常で使えるか、今回のプロジェクトでの課題や障壁、将来的に本プロジェクトが使えるかについて聴取する。また、住民の実践の変化についてデータを収集し分析した。

4) 看護師・保健師への教育とアセスメント票の導入

アセスメント票の活用について健康づくり課の組織内の決済を受けた。また、地域包括支援センターの責任者(社会福祉協議会局長)あてに、看護師・保健師の教育とアセスメント票の導入についてのプロジェクトの協力について説明書を提出した。

組織内の承諾が得られたら、健康づくり課の保健師及び地域包括支援センター看護師・保健師へ説明を行い、参加同意が得られ、健康づくり課及び地域包括支援センターの2つの部署で、それぞれ1回教育の日程を調整した。

調整した日程により、看護師・保健師教育プログラムのプロトコル(資料13)に基づき、DNP学生が教育を行った。教育内容は、高齢者の自殺の現状、高齢者のうつ病の特徴、ゲート

キーパーとしてのスキル、うつ症状のアセスメントとアセスメント票の活用方法、うつ症状を有する高齢者の包括支援プロジェクトの概要であった。

ゲートキーパー教育は主に住民に対して行うが、看護師・保健師についてもその内容を理解した上で住民からの相談を受けることが重要であると考え、そして、看護師・保健師においてもゲートキーパーとしての役割があることから、ゲートキーパーのスキルを学ぶ機会を提供した。

アセスメント票の活用方法は、うつ症状を有する高齢者の包括支援プロジェクトによる看護師・保健師のアセスメント票利用マニュアル（資料 15）とした。

教育終了後、看護師・保健師は、1 か月毎に、その月の月末に質問紙による活動の状況を報告する。それを 4 か月間継続し、1 か月ごとの質問紙の結果を DNP 学生が集計し、翌月の質問紙の報告時に、DNP 学生が、参加者である看護師・保健師に前月の結果を報告した。

4 か月の QI プロジェクト終了後、QI プロジェクト期間のデータ分析を行うとともに、看護師・保健師によるフォーカスグループインタビューを実施し、Feasibility(実行可能性)としてアセスメント票は現場で使えるか、プロジェクトを実施する上での課題や障壁、将来的に本プロジェクトが使えるかどうか、本プロジェクトを実施して実践の変化について聴取し、データを収集し分析した。

2. 実装化のための手順

1) QI を行うための管理者について

QI を行う上で健康づくり課および地域包括支援センターの管理者はそれぞれ健康福祉部長および社会福祉協議会局長である。QI を実施する上で疑義が生じたり、変化があった場合はすぐに相談および報告を行うこととした。

また、QI を実施する上で精神科医師の助言が必要になった場合は、こころの健康相談に従事している精神科医師に相談できるように体制づくりをした。

2) リソース

看護師・保健師が相談を受ける場所は、基本的に保健福祉総合センターであるが、必要に応じて訪問による相談も実施した。

アセスメント票及びフェースシートは、健康づくり課及び地域包括支援センターの事務室の鍵の係る棚で対象者毎にファイルに入れて保管及び管理する。また、アセスメント票及びフェースシートから、DNP 学生が ID をつけ、対応者氏名の ID、年齢、性別、うつ症状の有

無、アセスメント結果、判定、フォローアップの日時・内容等エクセルファイルで表を作成、電子データで管理する。アセスメント票及びフェースシートで相談を受けた高齢者の情報を入手するが、研究データとしては相談を受けた高齢者の個人情報を含めないこととした。

また、住民及び看護師・保健師が回答した質問紙についても、ID を付して個人が特定されないように集計した。

QI で使用する資料は以下のとおりである。

- ・住民に対するゲートキーパー教育プロトコル
- ・看護師・保健師教育プロトコル
- ・アセスメント票
- ・うつ症状を有する高齢者の包括支援プロジェクトによる看護師・保健師のアセスメント票利用マニュアル
- ・あなたも今日からゲートキーパー（県作成）リーフレット
- ・自殺予防啓発リーフレット

3) QI を確実に実行するためのトレーニング

看護師・保健師に対して、アセスメント票の活用等の教育を行うが、活用に不安を感じている看護師・保健師がいたら、事前にアセスメント票の記入を練習したり、また、初回の相談時に DNP 学生が同席し、アセスメント票の記入の支援を行った。

また、アセスメント票及びフェースシート記入後、緊急対応や通常対応で不安がある看護師・保健師がいた場合は随時カンファレンスを開くことを提案し、組織的に対応することの体制を整えた。

4) QI サイクル

QI サイクルは 4 回実施する。その間、看護師・保健師が、相談を受けている時にアセスメント票を活用しているかどうか DNP 学生が観察し、活用していない場合はその理由が何かを問うようにした。

また、QI サイクルで行う毎月の質問紙調査結果を協力者へ伝え、活動意欲が維持、向上できるようにした。

3. 組織の方針

0 町では、平成 31 年度から実施する 0 町自殺対策基本計画を策定しており、当計画において 0 町の団体（民生委員・児童委員協議会、母子保健推進員協議会、農業委員会等）に対して、

本計画の実施期間である5年間で全ての団体にゲートキーパー教育を行うことを実施評価指標としている。このことから、本プロジェクトの参加者の介護予防サポーター以外にも、住民に接する機会の多い役員に向けてゲートキーパー教育を行い、ゲートキーパーを増やすことの取り組みを推進する。

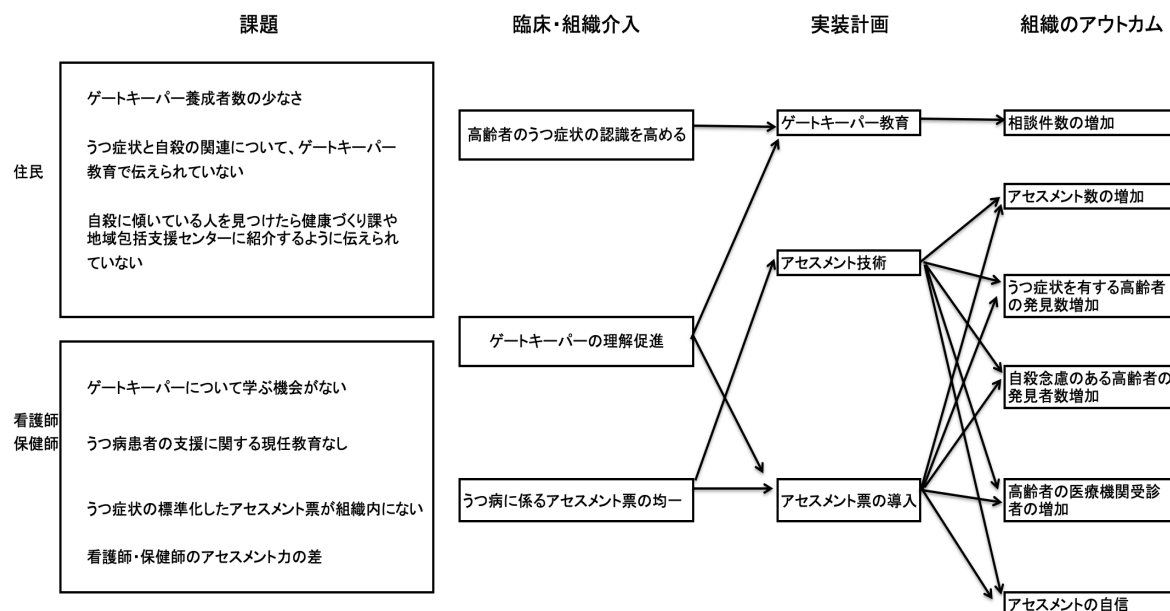


図 2 うつ症状を有する高齢者の包括支援プロジェクトの概念図

VII. 測定用具

1. 臨床／組織のアウトカムの測定

1) 高齢者うつ症状に係る相談件数

QI サイクル実施期間に、看護師・保健師が受けた高齢者のうつ症状に関する相談件数を測定した。

2) うつ症状を有する高齢者の看護師・保健師のアセスメント数

QI サイクル実施期間に、看護師・保健師が行った高齢者のうつ症状に関するアセスメント数を測定した。

3) うつ症状を有する高齢者の発見数

QI サイクル実施期間に、看護師・保健師が行った高齢者のうつ症状に関するアセスメントの結果、うつ症状を有する高齢者の発見数を測定した。

4) 自殺念慮のある高齢者の発見数

QI サイクル実施期間に、看護師・保健師が行った高齢者のうつ症状に関するアセスメントの結果、自殺念慮を有する高齢者の発見数を測定した。

5) 高齢者の医療機関受診者数

QI サイクル実施期間に、看護師・保健師によるアセスメントの結果、医療機関へ紹介し、受診した高齢者数を測定した。

6) 看護師・保健師のアセスメントに対する自信

QI サイクル実施前後で、看護師・保健師に質問紙調査にて、自信に関する自覚を得点化し測定した。

2. 実装化導入に向けた測定

1) Reach(浸透)

住民が元気のない高齢者を認識した数、元気のない高齢者に声をかけた数、健康づくり課及び地域包括支援センターを紹介した数、うつに関する質問を使用した数、リーフレット配布数について、1 か月ごとに測定した。また、看護師・保健師については、カンファレンスの回数、アセスメント数、アセスメント結果での緊急対応数・通常対応数について、1 か月ごとの質問紙にて測定した。

2) Feasibility(実行可能性)

4 か月が終了した時点で、住民及び看護師・保健師のフォーカスグループインタビューを実施し、住民については、うつ症状に関する質問が日常で使えるか、看護師・保健師に対しては、アセスメント票は現場で使えるかについて問う。また、随時、口頭で聴取した内容をまとめてデータを集積し、実行可能性について検証した。

さらに、4 か月後のフォーカスグループインタビューにて、プロジェクトを実施する上での課題や障壁、将来的に本プロジェクトが使えるかどうか、本プロジェクトを実施して実践の変化について聴取し、データを収集した。また、フォーカスグループインタビュー以外にも上記の項目について住民や看護師・保健師が語っていた場合は、そのデータも記録に残し、データに加えた。

3) Fidelity(忠実度)

住民に対しては元気のない高齢者に声をかけることができた割合、うつ症状に関する質問実施率、うつ症状がある高齢者を健康づくり課や地域包括支援センターに紹介すること

ができた割合、看護師・保健師に対してはアセスメント票の実施率について、アセスメント票を活用し、効率よく問診がとれた、アセスメント票に漏れがなく記入できた、アセスメント票でうつ症状や自殺念慮のリスクを評価できた、うつ症状がある高齢者を医療機関に紹介することができた、フォローアップのため対象に連絡して様子を確認できたことについて、1 か月ごとの質問紙により測定を行った。

うつ症状に関する質問の実施率は、住民に対してうつ症状に関する質問を実施した数の割合で示した。また、看護師・保健師が用いるアセスメント票の実施率は、高齢者の相談件数におけるアセスメント実施数の割合で示した。

看護師・保健師については、アセスメント票を活用し効率よく問診がとれた、アセスメント票に漏れなく記入ができた、アセスメント票でうつ症状や自殺のリスクを評価できた、フォローアップ^oのための対象に連絡して様子を把握することができたことの項目に関して、5 件法にて問いた。

4) Acceptability(受容性)

住民に対してうつ症状に関する質問は役にたっているか、高齢者のうつ症状について気にするようになったかについて、看護師・保健師はアセスメント票を活用することで対象を理解しやすいか、アセスメント票を活用することで高齢者うつ症状の緊急性を判断しやすいかについて1か月ごとの質問紙により測定を行った。それぞれの項目について5件法にて問いた。

5) Sustainability(持続可能性)

住民および看護師・保健師に対して、本プロジェクトが将来的に使えるかどうかについて、フォーカスグループインタビューで意見を問いた。また、毎月の QI サイクル時に本プロジェクトに関することについて語っていた場合は、そのデータを記録に残し、データを集積し持続可能性について検証した。

VIII. データ収集

1. 住民に対しての質問紙調査

住民に対してゲートキーパー教育を実施する中で、質問紙を 1 か月ごとに回答してもらえるよう説明と同意を得た。同意がされた場合は、同意書に署名をしてもらった。

QI サイクル実施期間で介護予防サークル活動日の月末にあわせて質問紙を配布し、その場で回答、回収を行う。参加同意をいただいた住民で、月末の参加がない人に対しては、翌週

に回答、回収を行う。各月ごとに住民から口頭による意見があった場合、DNP 学生がフィールドノートに記載し、データを集積した。

また、翌月の調査時に、前の月の集積したデータの取りまとめをしたものを口頭で報告した。

2. 看護師・保健師に対しての質問紙調査

看護師・保健師の教育の前に、QI プロジェクトでアセスメント票などの実践をする前のベースラインのデータとして質問紙調査を実施した。

そして、看護師・保健師に対して教育を実施する中で、質問紙を 1 か月ごとに回答してもらえるよう説明と同意を得た。

QI サイクル実施期間で月末にあわせて質問紙を配布し、その場で回答、回収を行う。各月ごとに口頭による意見があった場合、DNP 学生がフィールドノートに記載し、データを集積した。

3. 住民や看護師・保健師によるフォーカスグループインタビュー

4 か月で QI サイクルは終了であるが、その結果を報告するために、その後 5 か月時点で 4 か月の報告と、4 か月間のまとめのフォーカスグループインタビューにより情報を収集した。

住民は 2 団体に対して参加協力を求め、それぞれの団体毎にグループインタビューを実施し、また、看護師・保健師においても、健康づくり課と地域包括支援センターの 2 部署で実施するため、それぞれに半構造的にグループインタビューを行った。フォーカスグループインタビューは、参加者に許可を得たうえで、インタビューの記録として IC レコーダーに録音した。

IX. 分析・解析

臨床／組織のアウトカムについては、月毎に集計すると共に、4 か月の変化がわかるように表に示し、ベースラインのデータと比較し、アウトカムが達成できたか分析した。

質問紙調査の QI データについて、Reach (浸透)については、その実数を表で示し、月ごとに集計し、4 か月の累積も集計した。Fidelity (忠実度)は、元気がない高齢者に声をかけることができた住民の割合、うつ症状に関する質問の実施率、うつ症状がある高齢者を健康づくり課や地域包括支援センターに紹介することができた住民の割合、看護師・保健師はアセスメント票の実施率で示した。

Acceptability (受容性)については、うつ症状の関心の程度を「よく気にする」(5 点)「少

し気にする」(4点)「どちらとも言えない」(3点)「あまり気にしない」(2点)「全く気にしない」(1点)の得点とし、月毎に単純集計により度数を積算し、また、継時的な変化がみられるように表に示し、QIの効果について分析を行った。

Feasibility(実行可能性)、Sustainability(持続可能性)については、フォーカスグループインタビューにて情報を収集し、質的記述的に分析した。インタビューガイドに従って、住民、看護師・保健師によって語られたデータをすべて逐語録とし、意味のある文節ごとにコードを抽出した。次に、それぞれのコードを内容によって比較、分類しながらカテゴリーを抽出し、表にまとめた。

X. タイムライン

本プロジェクトでの実装に係るタイムラインは以下のとおりであった。

実施月	Q I サイクル	本プロジェクトの活動内容
2018 年 10 月		計画実施発表会
11 月～12 月		計画書修正
2019 年 1 月～2 月		倫理審査委員会の申請準備及び申請
3 月～4 月		健康づくり課・地域包括支援センターの調整、 Q I 実施に向けての書類作成及配布、実施起案の決済 住民に対してゲートキーパー教育実施（1 団体）
5 月	1 か月目	看護師・保健師に対してゲートキーパー教育、説明 住民に対してゲートキーパー教育実施（1 団体）
6 月	2 か月目	1 か月目の質問紙調査 追加のゲートキーパー教育（1 団体）
7 月	3 か月目	2 か月目の質問紙調査 追加のゲートキーパー教育（1 団体）
8 月	4 か月目	3 か月目の質問紙調査
9 月		4 か月目の質問紙調査 住民に対してフォーカスグループインタビュー 健康づくり課保健師のフォーカスグループ インタビュー
10 月		地域包括支援センター看護師・保健師のフォーカス グループインタビュー
11 月		プロジェクトの分析と執筆
12 月		DNP プロジェクト博士論文提出

第5章 結果

1. 住民及び看護師・保健師の特性

1) 住民の特性

介護予防サークル自主運営している介護予防サポーター（以下、住民とする）は、2つの介護予防サークルを自主運営しているサポーター14人であり、ほとんどが女性で、年齢が67歳から81歳、平均年齢が73歳の高齢者であった。サポーター歴は1.2年から10年で平均4.6年であった。住民は、サポーター活動の他に、地区の役員も積極的に受けており、意欲的な人が多い。介護予防内容は、サークルによって異なり、一つのサークルは、2週に1度公民館に類似する高齢者施設を利用し、ビデオを見ながら定期的に体操を行っていることを主としており、介護予防サークルに参加している高齢者は高齢者施設の近所に住む人が参加している。もう一つのサークルは、保健福祉総合センターを利用し、脳のトレーニングや音楽鑑賞など趣向を凝らしながら内容を変更しており、そこに参加する高齢者は0町の住民であるが保健福祉総合センターに近いということよりもサポーターの声かけにより参加している高齢者が多い。サークル間での活動内容の違いはあるが、サポーター自身が高齢者であること、社交的な人々であること、皆で相談しながら進めており協調性があること、ボランティアを楽しんで行なっていることなど共通する点が多い。

表2 住民の特性

N=14

項目	n	%	平均
性別	男性	1	7.2
	女性	13	82.8
年齢	65-69	3	21.4
	70-74	7	50.0
	75-79	2	14.3
	80-	2	14.3
			72.6歳
サポーター歴	1- 4	11	78.6
	5- 9	0	0
	10-	3	21.4
			4.6年

2) 看護師・保健師の特性

看護師・保健師は、女性のみ、24 歳から 57 歳まで平均年齢 40.5 歳、職歴は 1 年から 12 年まで平均 4.3 年の 10 人であった。

健康づくり課で関わる対象は妊婦から高齢者まで幅広いが、高齢者の相談は高齢介護課や地域包括支援センターが受けることが多いため、25 歳から 29 歳までの健康づくり課保健師は高齢者支援の経験が少ない。健康づくり課の保健師は全て常勤である。

他方、地域包括支援センターの看護師・保健師は、高齢者支援は日常的であるが、自殺予防関連の主たる相談窓口ではないため高齢者の自殺予防の視点では業務は行われていない。さらに、地域包括支援センター看護師は、75 歳以上の高齢者に対して健康状態の把握と相談機会の提供を目的とした訪問活動を行っており、また非常勤の身分のため、常勤である地域包括支援センター保健師に相談しながら業務を進めている。地域包括支援センターの看護師全員、地域包括支援センターの所属期間は 2 年と短いものの、これまで病院勤務や訪問による看護活動の経験もあり、高齢者支援の経験も豊富である。

表 3 看護師・保健師の特性

N=10

項目		n	%	平均
性別	男性	0	0.0	—
	女性	10	100.0	—
年齢	25 - 29	3	30.0	40.5歳
	30 - 39	1	10.0	—
	40 - 49	2	20.0	—
	50 - 59	4	40.0	—
	60 - 69	0	0.0	—
現職での職歴	1 - 4	7	70.0	4.3年
	5 - 9	1	10.0	—
	10 - 15	2	20.0	—

2. 達成目標の結果

1) 達成目標 1

住民に対する高齢者のうつ症状の認識は高まり相談件数は 3 件となった。

看護職がアセスメント票の導入はされたが、利用機会がなかったために高齢者のうつ症状を有する高齢者を医療機関へ紹介するシステム構築まで至らなかった。

2) 達成目標 2

住民に対してゲートキーパー教育を実施したことでうつ症状や自殺に関する認識は高まった。一方、看護職は直接的に高齢者に対してアセスメント票を活用する機会は得られなかったが、相談時にアセスメント票を保持することで看護師・保健師の安心感が得られ、アセスメントに対する学習を深めることができ、自信が高まった。

仮説の結果

- (1) 高齢者のうつ症状に関する相談件数は、プロジェクト実施前が1件で実施により3件に増加した。
- (2) 高齢者のうつ症状に関して看護師・保健師が行うアセスメント票を活用した機会がなかった。
- (3) 看護師・保健師が、高齢者の相談を受けた際に、既に治療中の患者や健康相談として高齢者の相談でうつ症状に関するものではなかったためにアセスメント票を活用する機会がなく、うつ症状を有する高齢者を発見する数は増えなかった。
- (4) 自殺念慮のある高齢者の発見はなかった。
- (5) 看護師・保健師が相談を受けたことにより、高齢者の医療機関に紹介した人はいなかった。
- (6) 看護師・保健師のアセスメントに対する自信は、37点から49点に上昇した。

3. 臨床／組織のアウトカム指標の結果

高齢者のうつ症状に関する相談件数について表4、看護師・保健師のうつ症状に関するアセスメントの自信については表5に示す。

看護師・保健師が受けた高齢者のうつ症状に関する相談件数は、プロジェクト実施前に1件であったものがプロジェクト実施期間に3件となり2件増えた。うつ症状を有する高齢者の看護師・保健師のアセスメント票を活用する機会がなかった。そのためアセスメントによるうつ症状を有する高齢者の発見数、自殺念慮のある高齢者の発見数、高齢者の医療機関受診者はなかった。

看護師・保健師のうつ症状に関するアセスメントに対する自信は、プロジェクト事前、事後に自己評価(100点満点)を行ったが、事前が37点、事後が49点で、12点上昇した。

プロジェクト事前、事後の看護師・保健師のアセスメントに関する自信の平均値の差が

統計的に有意か確かめるために、有意水準 5%で両側検定の t 検定を行ったところ、 $t(9) = 2.71$ 、 $p < .023$ で、プロジェクト事前事後のアセスメントに関する自信の平均値の差は有意であった。

表 4 高齢者のうつ症状に関する相談件数 N = 10

項目	プロジェクト事前	プロジェクト事後
高齢者のうつ症状に関する相談件数	1	3

表 5 看護師・保健師のうつ症状に関するアセスメントの自信 N = 10

	平均値	中央値	標準偏差	t 値	p 値
事前	37.0	40.0	17.0	2.71	0.023*
事後	49.0	50.0	8.8		

* $p < .05$

4. 実装アウトカム指標の結果

実装アウトカム指標は、Reach(浸透)、Feasibility (実現可能性)、Fidelity (忠実度)、Acceptability (受容性)、Sustainability (持続可能性) の結果について、表 6 実装アウトカム指標の結果一覧に示す。また、フォーカスグループインタビューの結果は表 7 と表 8 とに示す。

QI サイクル毎に、住民 14 人、看護師・保健師 10 人の実践の報告が得られた。看護師・保健師は、高齢者のうつ症状に関する相談を 3 件受けているが、治療中等との理由でアセスメント票活用はなかったため、Reach(浸透)、Fidelity (忠実度)、Acceptability (受容性) の結果としての評価結果が得られなかった。

実装アウトカムの指標で、住民に関して Reach(浸透)と Fidelity(忠実度)が定量的評価指標で本プロジェクトの進捗状況を理解しやすいこと、看護師・保健師はフォーカスグループインタビューで高齢者以外のアセスメント票活用結果を語っており、本プロジェクトを評価する上で看護師・保健師の Acceptability (受容性) の結果の検討が重要であると考えたことから、実装アウトカムはこれらの指標について次に記述する。

1) 住民における Reach(浸透) の結果

Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果は表 9 であり、Reach(浸透) に関するアウトカ

ム指標結果の変化を示したのは、図 6 QI サイクル 1 と 4 の比較一覧（①から⑤）である。

Reach(浸透) に関するアウトカム指標で、住民が元気のない高齢者を認識した数は 31 件、住民が元気のない高齢者に声をかけた数は 16 件であった。うつ症状に関する質問を使用した数は 2 件、元気のない高齢者が看護師・保健師の相談を受けるように健康づくり課・地域包括支援センターを紹介した数が 4 件、リーフレット配布した数が 18 件であった。

表 9 の Reach(浸透) に関するアウトカム指標結果をみると、元気のない高齢者を認識した数、元気のない高齢者に声をかけた数、うつ症状に関する質問をした数の順に数が少ない。元気のない高齢者に 16 件声をかけているが、実際にうつ症状に関する質問をした数が 2 件であった。また、元気のない高齢者に声をかけた数は、リーフレットの配布数より多いことから、声がけとリーフレットの配布の行動が一致していない結果である。

実施実人数を見ると、住民 14 人のうち、10 人が元気のない高齢者を認識したり、声がけを行なっている。また、リーフレットの配布を実施した人数は 2 人（14.3%）で、健康づくり課・地域包括支援センターを紹介した実施人数 3 人より少ない。

住民 1 人あたりの実数では、元気のない高齢者を認識した数が 2.2、声をかけた数が 1.1 であり、住民 1 人当たり 1 以上の認識と声がけをした結果である。

表 10 の月別 Reach(浸透) に関するアウトカム指標結果をみると、元気のない高齢者を認識した数、元気のない高齢者に声をかけた数、質問を使用した数の順に数が少なく、この 3 つの項目は 7 月が最も低い値を示しており 4 か月の経過の中で同じような波形を示している。しかし、リーフレットの配布数と先の 3 つの項目との数値の変化とは連動していない。

表 9 Reach(浸透) に関するアウトカム指標結果 N=14, 件数(割合)

対象	項目	実数	実施実人数(割合)	住民1人あたり
住民	元気のない高齢者を認識した数	31	10 (71.4%)	2.2
	元気のない高齢者に声をかけた数	16	8 (57.1%)	1.1
	うつ症状に関する質問を使用した数	2	2 (14.3%)	0.14
	健康づくり課・地域包括支援センターを紹介した数	4	3 (21.4%)	0.29
	リーフレット配布数	18	2 (14.3%)	1.2

表 6 実装アウトカムの結果一覧

		指標	件数(割合)、インタビュー内容	データ収集方法
1) Reach	住民	元気のない高齢者を認識した数	31	質問紙調査
		元気のない高齢者に声をかけた数	16	質問紙調査
		うつ症状に関する質問を使用した数	2	質問紙調査
		健康づくり課及び地域包括支援センターを紹介した数	4	質問紙調査
		リーフレット配布数	18	質問紙調査
	看護師・保健師	カンファレンス数	0	質問紙調査
		アセスメント数	0	質問紙調査
		アセスメント結果での緊急対応数	0	質問紙調査
		アセスメント結果での通常対応者数	0	質問紙調査
2) Feasibility	住民	うつ症状に関する質問は日常で使えるか	〈対象者かどうかわかりにくい〉〈声をかける勇気がない〉〈対象に近づけない〉 〈質問は、質問する相手と関係性がよくないと使えない〉	フォーカスグループインタビュー (サブカテゴリ-①)
		プロジェクトの課題	〈住民の立場での役割の限界〉〈質問した際になぜ質問するのか、何のために やっているのかなど自らの立場を指摘されたり、自らの言動の影響を心配する〉 〈死にたいと言われた時の対応の難しさ〉〈行政職員の積極的な介入の期待〉	フォーカスグループインタビュー (サブカテゴリ-①)
			〈現場での活用は可能である〉〈人の関わりを望まない対象にアセスメント票に ある質問を意図的に投げかけ活用したい〉〈初めてで心配な人にアセスメント票 の活用可能〉〈変化を感じた時にアセスメント票が使える〉〈アセスメント票の活 用のタイミングがなかった〉	フォーカスグループインタビュー (サブカテゴリ-①)
	看護師・保健師	アセスメント票は現場で使えるか	〈相手を見て関係をつくってからうつつの内容を聴く〉〈工夫しながらアセスメント 票を活用〉〈アセスメント票を使ってみるのが大切〉〈75歳以上の高齢者の訪 問をしている中で、うつに関する相談は少ない〉	フォーカスグループインタビュー (サブカテゴリ-①)
		プロジェクトの課題		
3) Fidelity	住民	元気のない高齢者に声をかけることができた住民の割合	8(57.1%)	質問紙調査
		うつ症状に関する質問実施率	2(14.3%)	質問紙調査
		うつの症状がある高齢者を健康づくり課や地域包括支援センターに紹介することがで きた住民の割合	3(21.4%)	質問紙調査
	看護師・保健師	アセスメント実施率	0	質問紙調査
		アセスメント票を活用し、効率よく問診が取れた	0	質問紙調査
		アセスメント票に漏れがなく記入ができた	0	質問紙調査
		アセスメント票でうつ症状や自信のリスクを評価できた	0	質問紙調査
4) Acceptability	住民	うつ症状に関する質問は役に立っているか	2	質問紙調査
		高齢者のうつについて気にするようになったか	よく気にする 6、少し気にする 8	質問紙調査
	看護師・保健師	アセスメント票を使うことで対象を理解しやすいか	0	質問紙調査
		アセスメント票を使うことで緊急性を判断しやすいか	0	質問紙調査
5) Sustainability	住民	将来的にプロジェクトが使えるか	〈長期的に実施したい〉「全く知らない人に対しては、うつや自殺予防の話をした いとは思わない」「意識をしたとしても深く入り込むことはなかなか出来ないこ と」「質問した際になぜ質問するのか、何のためにやっているのかと逆質問を受 けることを心配した」「相手には得意なことを引き出していく方がよいし、暗い質 問をすると相手の気持ちを暗くしてしまうのではない」	フォーカスグループインタビュー (サブカテゴリ-①、コード1)
	看護師・保健師	将来的にプロジェクトが使えるか	〈現場での活用は可能である〉	フォーカスグループインタビュー (サブカテゴリ-①)

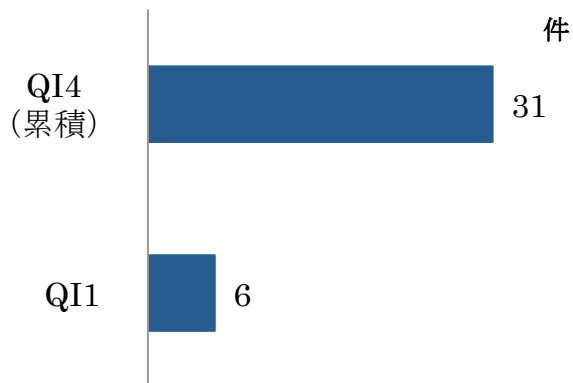
表7 住民を対象としたフォーカスグループインタビュー結果

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
対象者を特定しにくく、声をかけにくいことの難しさ	対象者かどうかわかりにくい	声をかける対象かどうかわかりにくい 認知症の人には気づく 傾聴ボランティアで関わる高齢者では、認知症の人はわかる 外見からではこころの内はわからない うちはわかりにくい
	声をかける勇気がない	路上生活者など、気になる人はいるが怖くて声をかけられない 知っている人なら声をかけられるけれど、知らない人には声を出す勇気はない
	対象に近づけない	家に引きこもっている人を家族が隠すことがあり、声をかけられない 気になる人がいたが、会えなかった なかなか人に声をかけることができない
	質問は、質問する相手と関係性がよくないと使えない	質問は、関係性がよくないと使えない 質問は難しい
元気な時から長期的に行う支援への意欲	話し相手になることが大切	質問よりも、話し相手になってあげることが大切 高齢者になると自分は元気でも友達が亡くなってしまい話し相手がいなくなり寂しくなってしまうと言ったことがあり、その場合には家族とは違う立場で話を聞いてあげ、時々話に来ますよ、大丈夫ですよと伝えることがある 話ができるとうまい 自分のうつつな気持ちの時に話を聞いてもらえると安心することから、周りの人と話すことが大切だと思っている 相手の話を聞いて、そして答えてあげる 自分からは話しかけにくいに関わった相手から話をしてくれれば聞くし、直接尋ねれば答えてくれるかもしれない。 身近な人で相談できる人がいたら良いと思う 自分自身も明るく、相手にも明るく対応することが良いと思っている ボランティア活動で沢山高齢者にあうが、うつつについての話はせず、明るくその人に合わせた話をする。 リーフレットを渡すのは難しい
	明るく対応したい	元気な人にならリーフレットを配れるが、本当に悩んでいる人には渡せない。 元気な人に事前にリーフレットを渡しておけば、相談先を記憶しているのではないか 本当に辛い時は、人に言えずに隠すのではないか 辛くなった時に事前にリーフレットを渡していれば、相談してみようと思うかもしれない 急かされるのではなく、気長にプロジェクトを進めていきたい
	元気な時に啓発のリーフレットを渡したい	家で引きこもっている人の親は知り合いだけでも、どうしたのかは聞かない
	長期的に実施したい 紹介した人のその後の支援を知りたい	勉強になった 今まで知らなかったことを知ることができてよかった 認知症とうつつが混じっていることがあるかを知りたい 認知症について知りたい 気にかけるようになった 声かけの方法がわかった うつつや自殺についてとても気になるようになった 自殺が多いことが新聞に書いてあった 学生など夏休み後に自殺が多いことの記事を目にする 新聞記事など自殺についての記事がとても目につくようになった 県の自殺対策に関する関心を持つ 自分が自殺をしたいと思うほど追い込まれたことがあった 自らも眠れないので自殺のリスクを知る質問に該当することに気づく 一人暮らしの自分は遊んでいるから忙しく、毎日誰かとコミュニケーションを取ることが良いと考えている
住民と行政との役割と限界	絶えず声がけて、支援を広げていく	認知症の有無にかかわらず、高齢者は絶えず声がけていく必要がある 介護予防のサークルに來れない人が問題で、そのような対象に支援ができると良い 家族などに関わっていくのはどうか 近所で50歳で仕事を辞めて家にいる人が気になる 一人暮らしで気になる人を地域の皆で支えている
	あえて、知り合いには深入りはしない	家で引きこもっている人の親は知り合いだけでも、どうしたのかは聞かない
	住民の立場での役割の限界	自分達の踏み込めることの限界がある 周りでうつつだと言う話を聞くが、その時自分にできることは、相談機関の紹介をしてあげることまでである 意識をしたとしても深く入り込むことはなかなかできない 全く知らない人に対しては、うつつや自殺予防の話はしようと思わない サークルに来る人は元気で休みになると気になるけれど、それ以外に家に引きこもっている人はわからない 質問をした際になぜ質問するのか、何のためにやっているのかと逆質問を受けることを心配した 相手には得意なことを引き出していくほうが良いし、暗い質問をすると相手の気持ちも暗くしてしまうのではないかと こんなことをやって大丈夫かと思う
	死にたいと言われた時の対応の難しさ 行政職員の積極的な介入の期待	高齢者はそう長く生きるわけでないで、死にたいと言ったことがあるが、その時にどう声をかけたら良いか、難しかった 行政職員の人が動かないと解決しないし、その協力はする 行政職員が積極的に入るはずなのに、関係ないと言って入らないのはどうかと思う

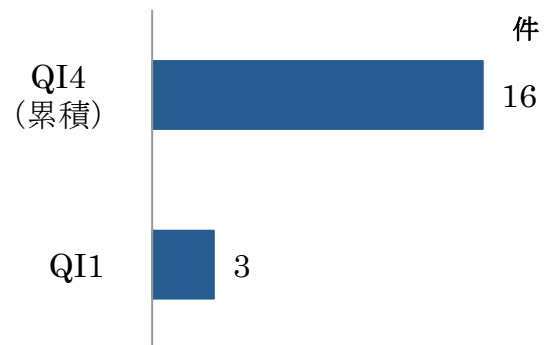
表8 看護師・保健師を対象としたフォーカスグループインタビュー結果

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
アセスメント票の利点	相談時の安心感がある	アセスメント票を参考に、相談を受けることができてよかった。 アセスメント票があると安心感があり、電話相談も受けやすくなった。 アセスメント票があると相談の際に、聞くことがわかり安心に繋がる。 自殺に関する相談で緊急性を測るのに曖昧だったことが明確になり、心配な事例に出会ったらまずアセスメント票を見れば良いという安心感があった。
	組織内の相談の統一性が図れる	質問の仕方の記載があることで、聞き方の統一性が図れて良い。 アセスメントを活用することで、課内の共通認識はできる。
	相談時の聴取すべき内容の漏れがない	アセスメント票を使った時に「死にたいと思うことがあるか」という質問をすることができ、アセスメント票がなければ聞くことができなかった。 睡眠障害の相談時に、食事や活動の減退など睡眠以外の生活の様子を聞き取ることができ、聞くアセスメント項目が明確で、うつ症状の有無を判断しやすかった。 アセスメント票があることで、相談者が来た時に対応の予測がつくことやどのようなことを聴取するかがわかる。
	患者の言葉を記録しやすい 次の紹介場所に伝えやすい	アセスメント票で、患者が言った言葉を記載できる欄があるので良いと思う。 アセスメント票で明確化していることで、何の項目にチェックがされたのかということ、次の紹介場所に伝えやすい。
	アセスメント票の活用のタイミング	アセスメント票は現場で使えると思う。 アセスメント票を実際に使う機会がなかったが、使い方は想像できるし、負担感はない。
アセスメント票活用につながる工夫と努力	人との関わりを望まない対象者にアセスメントにある質問を意図的に投げかけ活用したい	友達がいなくなったり、外に出る機会がなくなった高齢者に対して、デイサービスなどの提案してものってこないような時には、睡眠に関する質問をしてみようと思う 継続して訪問ができた場合に、デイサービスにも行きたくないし、お友達と話をすることを望まない、一人でいたいという場合、うつに関する質問をしてみようと思う
	初めてで心配な人にアセスメント票が活用可能 変化を感じた時にアセスメント票が使える	初めての相談で心配な人にはアセスメント票は使える。 関わっている事例は医療ケアを受けている人であったが、支援者が何か変化を感じたときに緊急性を測るためにアセスメント票を使うと良いと思う。
	アセスメント票の活用のタイミングがなかった 相手を見て関係をつくってからうつ症状の内容を聴く	アセスメント票を長年関わっている高齢者には使うタイミングが見出せなかった。 包括支援センターの訪問ではうつ症状に関する相談はハードルが高い。 何回か訪問しないと、うつ症状に関する質問は聴けない。 訪問対象者は、身体の不調については言いやすいけれど心の問題は隠したり話題を避けるなど言いづらい。
	工夫しながらアセスメント票を活用	継続的に訪問しても、気になる家族の話は出ない。 必要なところだけ、アセスメントを活用して使った。 通常の母子保健に関する相談場所でも、使ってもらおうとよい。
	アセスメント票を使ってみることが必要	アセスメント票をまずは使ってみることが必要だと思う。 アセスメントの活用の課題は、活用機会を増やしていくこと。
訪問でうつの相談に関する現状と課題	75歳以上の高齢者の訪問をしている中で、うつに関する相談は少ない	継続の訪問では、閉じこもりや気になる人に対して行い、うつ症状の人は少なく、認知症に気づくことが多い。 75歳以上の高齢者を対象に予約なしに訪問しているが、ほとんどの人が元気で、悩みを打ち明けられることもほとんどない。そういう時には、包括支援センターのパンフレットを置いてくるが、その後に介護申請につながることはある。
	訪問で相談しやすいと思う人もいる	本音の話をしてくれる人は少ないし、話をしてくれない場合はそれ以上は聞かず、包括支援センターのパンフレットを置いて訪問を終了する。 タイミングよく相談に来てくれたと思うくれる人は少ない。
	訪問時に心配な人が相談につながってほしい	公的な人にはなかなか近所の人に言えない話をしてくれる人もいる。 75歳以上の人を対象に広く訪問しているということで介人やすい面もある。 困った時に包括支援センターを覚えていてくれて、相談に行ってくれれば良いと思う。
	訪問して驚くほど調子が悪い人に遭遇することもある	困った時に、精神疾患を抱えた家族が相談にこれるかどうかが心配である。 訪問すると驚くほど調子が悪い方がいて、介護申請やサービスも使わずに1年間寝たきりの高齢者を介護していたという人に遭遇することもある。
	精神科のハードルは高い うつ心配がある家族がいても訪問対象でない場合、深く聴くことができない	精神科の印象は以前より良くなってきているけれど、まだ受診のハードルが高いかもしれない。 80歳代の高齢者の訪問に行った際に、その高齢者の娘や息子が精神疾患を抱え引きこもっている様子を見て、高齢者にどうにか生活をしていると言われるとその娘や息子が気にはなるけれど訪問対象ではないのでそれ以上聞くことはできない。

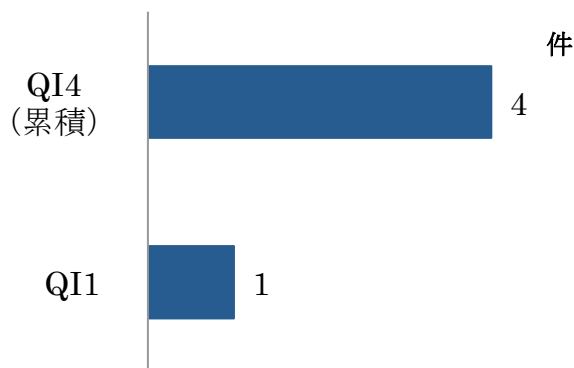
①元気がない高齢者を認識した数



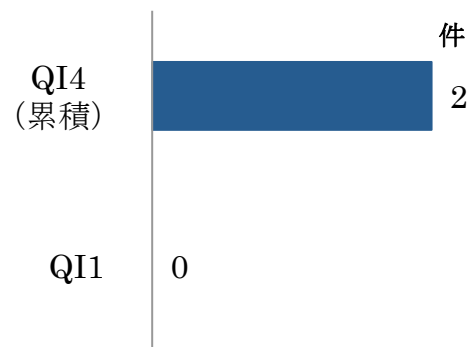
②元気がない高齢者に声をかけた数



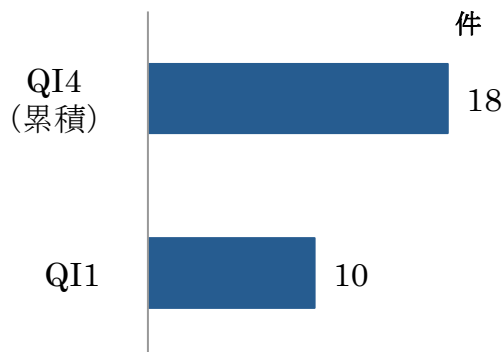
③健康づくり課・地域包括支援センターに紹介した数



④うつ症状に関する質問を使用した数



⑤リーフレット配布数



⑥高齢者のうつについて気になったか

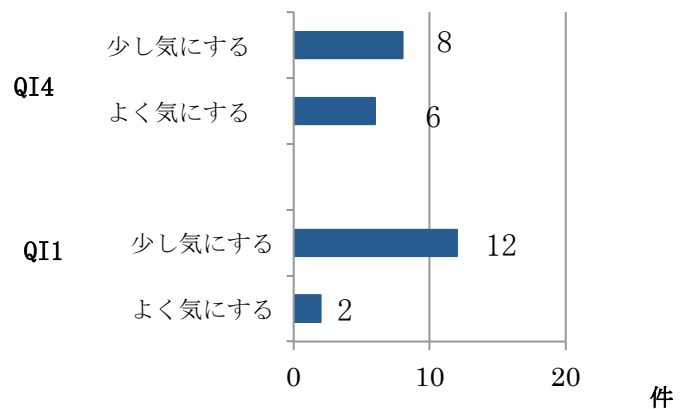


図6 QI サイクル1と4の比較一覧

表 10 月別 Reach(浸透) に関するアウトカム指標結果

N=14, 件数

項目	5月 QI サイクル 1	6月 QI サイクル 2	7月 QI サイクル 3	8月 QI サイクル 4	計	月平均	中央値
元気のない高齢者を認識した数	6	11	3	11	31	7.75	8.5
元気のない高齢者に声をかけた数	3	6	1	6	16	4	4.5
うつ症状に関する質問を使用した数	0	1	0	1	2	0.5	0.5
健康づくり課・地域包括支援センターを紹介した数	1	2	0	1	4	1	1
リーフレット配布数	10	0	0	8	18	4.5	4

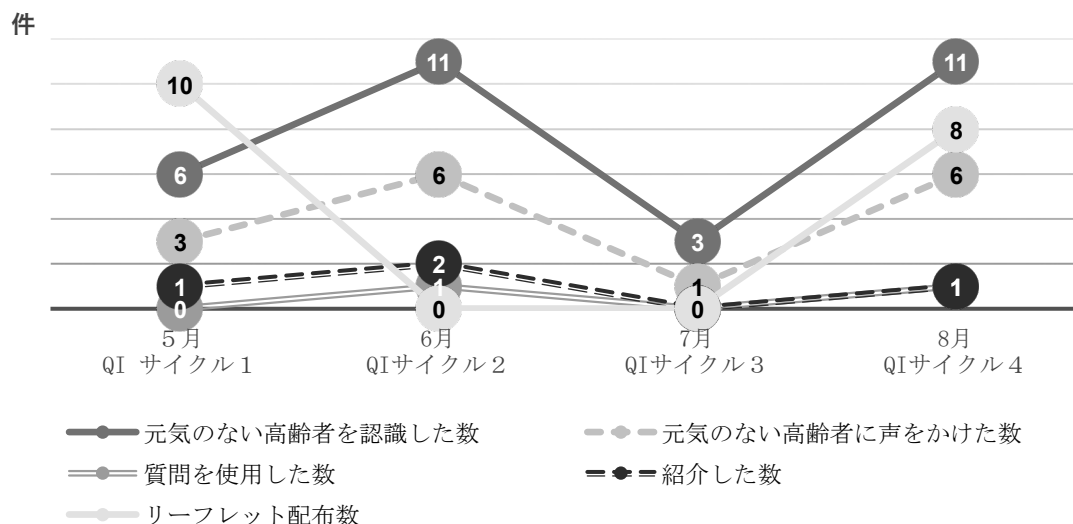


図 3 月別 Reach(浸透) に関するアウトカム指標結果の推移

2) 住民における Fidelity (忠実度) の結果

Fidelity(忠実度)に関するアウトカム指標結果は、表 11 のとおりである。

住民が行ったうつ症状が疑われる高齢者への質問の実施率は 14.3%であった。うつ症状が疑われ声をかけた数と質問をする数との差があり、声をかけても必ずしもうつに関する質問を行っていなかった。また、うつ症状が疑われる高齢者に対しての質問実施率に比べ、健康づくり課や地域包括支援センターに紹介することができた割合が高いことから、質問をせずに紹介をする住民が多い。

うつ症状がある高齢者に健康づくり課や地域包括支援センターを紹介した数は 4 件であるが、そのうち住民 1 人が 2 件紹介しているため紹介した住民の実人数は 3 件であり、紹介をできた住民の割合は、21.4%であった。

質問紙調査時に住民から出た意見として「なかなか話すきっかけがない」「うつの人に簡単に声をかけられない、怖い」があり、取組中においても住民はネガティブな感情を持っていた。

また、QI 終了後のフォーカスグループインタビューにおいて、【対象者を特定しにくく、声をかけにくいことの難しさ】の категорияが抽出され、サブカテゴリーでは〈対象かどうか分からない〉〈声をかける勇気がない〉〈対象に近づけない〉〈質問は、質問する相手と関係性がよくないと使えない〉が抽出された。

表 11 Fidelity（忠実度）に関するアウトカム指標結果

N=14

項目	実数	割合 (%)
元気がない高齢者に声をかけることができた住民の割合	8	57.1
うつ症状に関する質問実施率	2	14.3
うつの症状がある高齢者を健康づくり課や地域包括支援センターに紹介することができた住民の割合	3	21.4

3) 看護師・保健師に関する Acceptability（受容性）の結果

看護師・保健師は高齢者に対してアセスメント票を活用する機会がなかったため、アセスメント票を使うことで対象を理解しやすいか及びアセスメント票を使うことで緊急性を判断しやすいかについての回答は得られなかった。

しかし、健康づくり課の保健師は、他の年齢層でアセスメント票の活用をした際の意見を、フォーカスグループインタビューで表 8 のとおり語っていた。

アセスメント票の活用の結果では、「壮年期の相談で、メンタルに関することがわからなかったため、アセスメント票を使って死にたいと思うことがあるかについて部分的に活用した。アセスメント票を使わないと自分ではそのことの確認は取れなかった」という意見があり、これはサブカテゴリーとして〈相談時の聴取すべき内容の漏れがない〉ということが抽出され、自らの知識では気付かなかった点について問診で聴くことができたことを述べていた。

また、「アセスメント票で何にチェックがついたのか次に紹介する場所にも伝えられるので、明確化されているのは良い」という意見があり、サブカテゴリーに〈次の紹介場所に伝えやすい〉が抽出され、効率化の点についても語っていた。

地域包括支援センター保健師のフォーカスグループインタビューでの意見は、「うつ症状が疑われる対象の相談で初めて会った心配な人にアセスメント票を使える」という意見がありサブカテゴリーとして〈初めてで心配な人にアセスメント票が活用可能〉が抽出されアセスメント票導入の受け入れはよい結果であった。

しかし、地域包括支援センター看護師のフォーカスグループインタビューでの意見は、「75 歳以上の高齢者を対象に予約なしに訪問しているが、ほとんどの人が元気で悩みを打ち明けられることもほとんどない」があり、サブカテゴリーに〈75 歳以上の高齢者の訪問をしている中で、うつに関する相談は少ない〉が抽出され、アセスメント票の活用場面が少ないことを指摘していた。

5. 団体・組織別のアウトカム指標の結果

1) 住民

(1) H サークル

H サークルの特性については表 12、Reach(浸透)に関するアウトカム指標月別結果は表 13、H サークルにおける月別 Reach アウトカム指標結果の推移に関するグラフは図 4 である。QI サイクル 1 と 4 の比較一覧 (H サークル) は図 7 で示す。

H サークルの介護予防サポーターである住民は 67 歳から 76 歳までの 9 人で、平均年齢が 70.3 歳である。サポーター歴は、1.2 年から 4 年まで、平均 3.0 年であった。

実施にあたっては、地域包括支援センターの紹介を受けて、会の代表者に説明後、会員の了解が得られた。プロジェクトの説明とゲートキーパーの教育をする日程を調整し、プロジェクト参加の説明と同意を得たのちに、ゲートキーパーの教育を実施した。

当サークルは、月 2 回 90 分程度、高齢者に対して室内作業や音楽、脳のトレーニング等の活動を実施しているが、サポート活動の後にサポーターがその日の振り返りや次回の打ち合わせを行っている。DNP 学生は、その介護予防サークルの日程で本プロジェクトに係る時間を調整し、メンバーに協力を得た。

H サークルは、4 月にゲートキーパー教育を実施し、その後 5 月分の質問紙調査、6 月分の質問紙調査実施はサークルの活動の都合があり実施できず、8 月に 6 月と 7 月分の質問紙調査を実施した。8 月の質問紙調査時に追加のゲートキーパー教育を行い、その後 1 か月取組を進めた。8 月分の質問紙調査は 9 月に実施した。

H サークルの月別取組結果では、元気のない高齢者を認識した数が 3 件から 9 件であり、月平均は 6 件で 4 か月の合計 24 件である。そして、元気のない高齢者に声をかけた数は、1 件から 6 件であり月平均 3 件で合計 12 件である。そのうち、うつ症状に関する質問を使用した数は、0 件から 1 件で月平均 0.5 件、合計 2 件である。相談機関を紹介した件数は、0 件から 2 件で月平均 0.5 件、合計 2 件である。リーフレット配布は、8 月に 1 件のみで

あった。

これらの取組結果から、元気がない高齢者の認識や声がけは毎月数件の取組ができたが、うつ症状に関する質問の使用や相談機関への紹介、リーフレットの配布は取組がない月もあった。元気がない高齢者を認識しても、声をかける数はその半数となり、さらにうつ症状に関して質問する数も10件から2件に減っている。リーフレットの配布の数が、元気がない高齢者に声をかけた数に比べて極端に少ないことから、声をかけてもリーフレットの配布をしていない結果であった。

うつ症状について気にするようになったかについて、QI サイクル1とQI サイクル4と比較すると、QI サイクル4でよく気にするが4件増え、少し気にするが減った。

(図7 QI サイクル1とQI サイクル4との比較一覧 (H サークル))

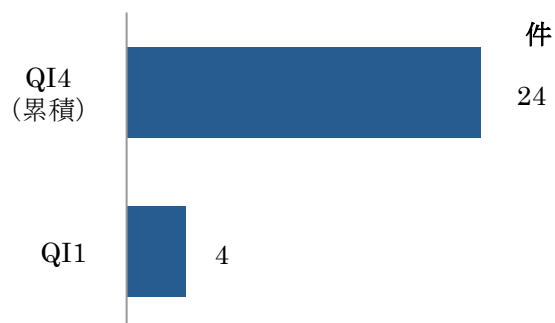
表 12 住民の特性 (H サークル)

項目	n		%	平均
性別	男性	1	11.1	—
	女性	8	88.9	—
年齢	65-69	3	33.3	70.3歳
	70-74	5	55.6	
	75-79	1	11.1	
	80-	0	0	
サポーター歴 (年)	4	9	100	3.0年
	5- 9	0	0	
	10-	0	0	

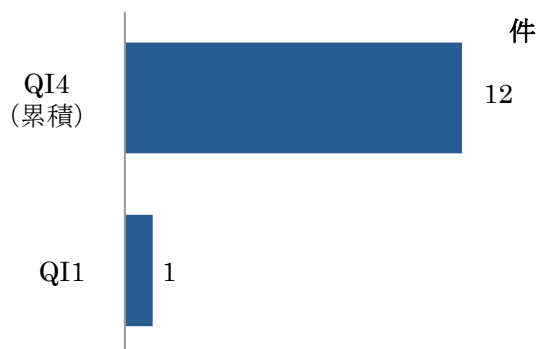
表 13 月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果 (H サークル) N=9, 件数

項目	5月	6月	7月	8月	計	月平均	中央値
	QI サイクル1	QI サイクル2	QI サイクル3	QI サイクル4			
元気がない高齢者を認識した数	4	9	3	8	24	6	6
元気がない高齢者に声をかけた数	1	6	1	4	12	3	2.5
うつ症状に関する質問を使用した数	0	1	0	1	2	0.5	0.5
健康づくり課・地域包括支援センターを紹介した数	0	2	0	0	2	0.5	0
リーフレット配布数	0	0	0	1	1	0.25	0

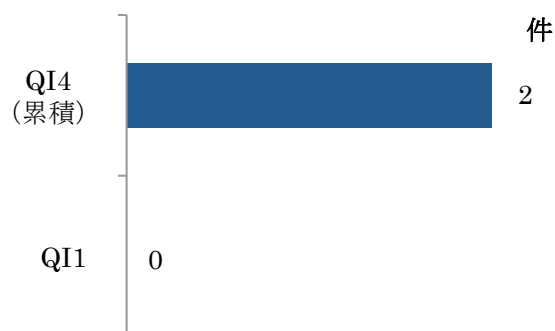
①元気がない高齢者を認識した数
(Hサークル)



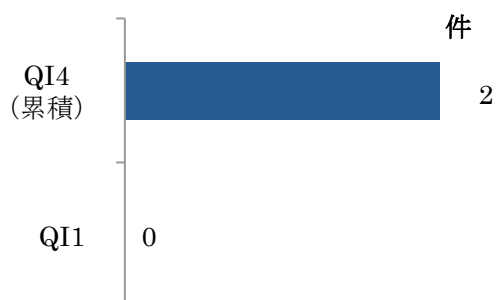
②元気がない高齢者に
声をかけた数 (Hサークル)



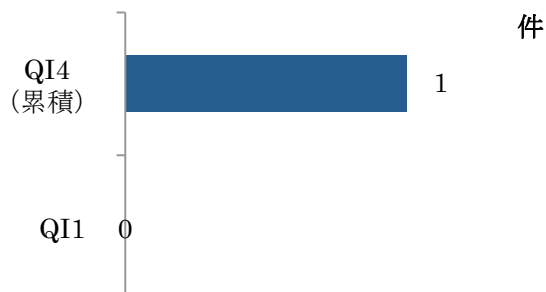
③健康づくり課・地域包括支援
センターに紹介した数 (Hサークル)



④うつ症状に関する質問を
使用した数 (Hサークル)



⑤リーフレット配布数



⑥高齢者のうつについて気にする
ようになったか (Hサークル)

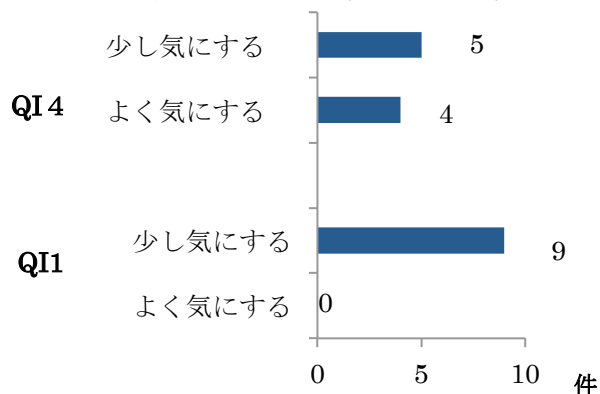


図7 QI1とQI4の比較一覧 (Hサークル)

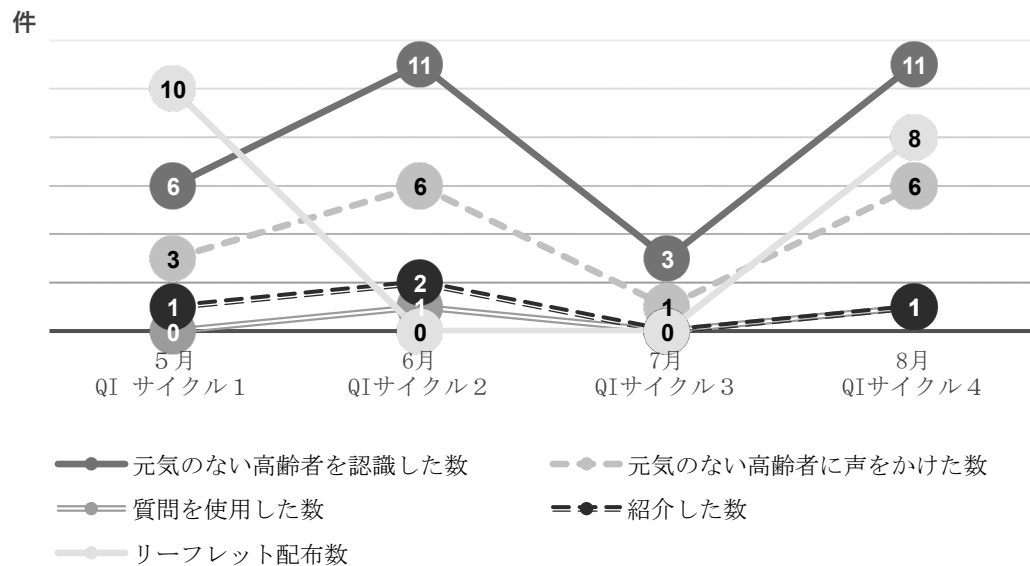


図4 月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果の推移 (H サークル)

(2) K サークル

K サークルの特性については表 14、月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果 (K サークル) は表 15、K サークルにおける月別 Reach アウトカム指標結果の推移に関するグラフは図 5 である。QI サイクル 1 と 4 の比較一覧 (K サークル) は図 8 で示す。

K サークルの介護予防サポーターである住民は 73 歳から 81 歳まで平均年齢 76.8 歳の 5 人である。サポーター歴は 3 年から 10 年まで平均 7.4 年である。

地域包括支援センターの紹介を受けて、会の代表者に説明後、会員の了解を得られた。ゲートキーパーの教育とプロジェクトの説明をする日程を調整し、プロジェクト参加の説明と同意を得たのちに、ゲートキーパーの教育を 5 人に対して実施した。

当サークルは、地域公民館を会場として月 2 回室内体操を行う認知症予防サポートの会である。介護予防サポーターが主導で、ビデオ体操を促すが、その体操の合間にゲートキーパー教育を受けてくれ、また、質問紙調査の協力が得られた。

K サークルの月別取組結果では、元気がない高齢者を認識した数が 0 件から 3 件であり、月平均は 1.75 件、4 か月で合計 7 件である。そして、元気がない高齢者に声をかけた数は、0 件から 2 件であり月平均 1 件、合計 4 件であった。そのうち、うつ症状に関する質問を使用した人はいなかった。相談機関に紹介した数は、0 件から 1 件で月平均 0.5 件となり、4 か月で合計 2 件であった。リーフレット配布数は、0 件から 10 件で月平均 4.25 件であった。

これらの取組結果から、元気のない高齢者の認識や声がけは毎月数件の取組ができていた。一方、うつ症状に関する質問した人はいなかったため、うつ症状に関する質問をせずに直接相談機関の紹介をしている結果であった。リーフレットは、配布していない月もあったが、元気のない高齢者の認識や声がけの件数を超えて、配布している月もあることから、元気のない高齢者以外にも配布している結果である。

うつ症状について気にするようになったかについて、QI サイクル1とQI サイクル4と比較すると、QI サイクル4でよく気にする件数が減り、少し気にする件数が増えた。

(図8 QI サイクル1とQI サイクル4との比較一覧 (K サークル))

表 14 住民の特性 (K サークル)

N = 5

項目		n	%	平均
性別	男性	0	0	—
	女性	5	100.0	—
年齢	65-69	0	0.0	76.8歳
	70-74	2	40.0	
	75-79	1	20.0	
	80-	2	40.0	
サポーター歴 (年)	4	2	40.0	7.4年
	5- 9	0	0	
	10-	3	60.0	

表 15 月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果 (K サークル)

N = 5,

件数

項目	5月 QI サイクル1	6月 QI サイクル2	7月 QI サイクル3	8月 QI サイクル4	計	月平均	中央値
元気のない高齢者を認識した数	2	2	0	3	7	1.75	2
元気のない高齢者に声をかけた数	2	0	0	2	4	1	1
うつ症状に関する質問を使用した数	0	0	0	0	0	0	0
健康づくり課・地域包括支援センターを紹介した数	1	0	0	1	2	0.5	0.5
リーフレット配布数	10	0	0	7	17	4.25	3.5

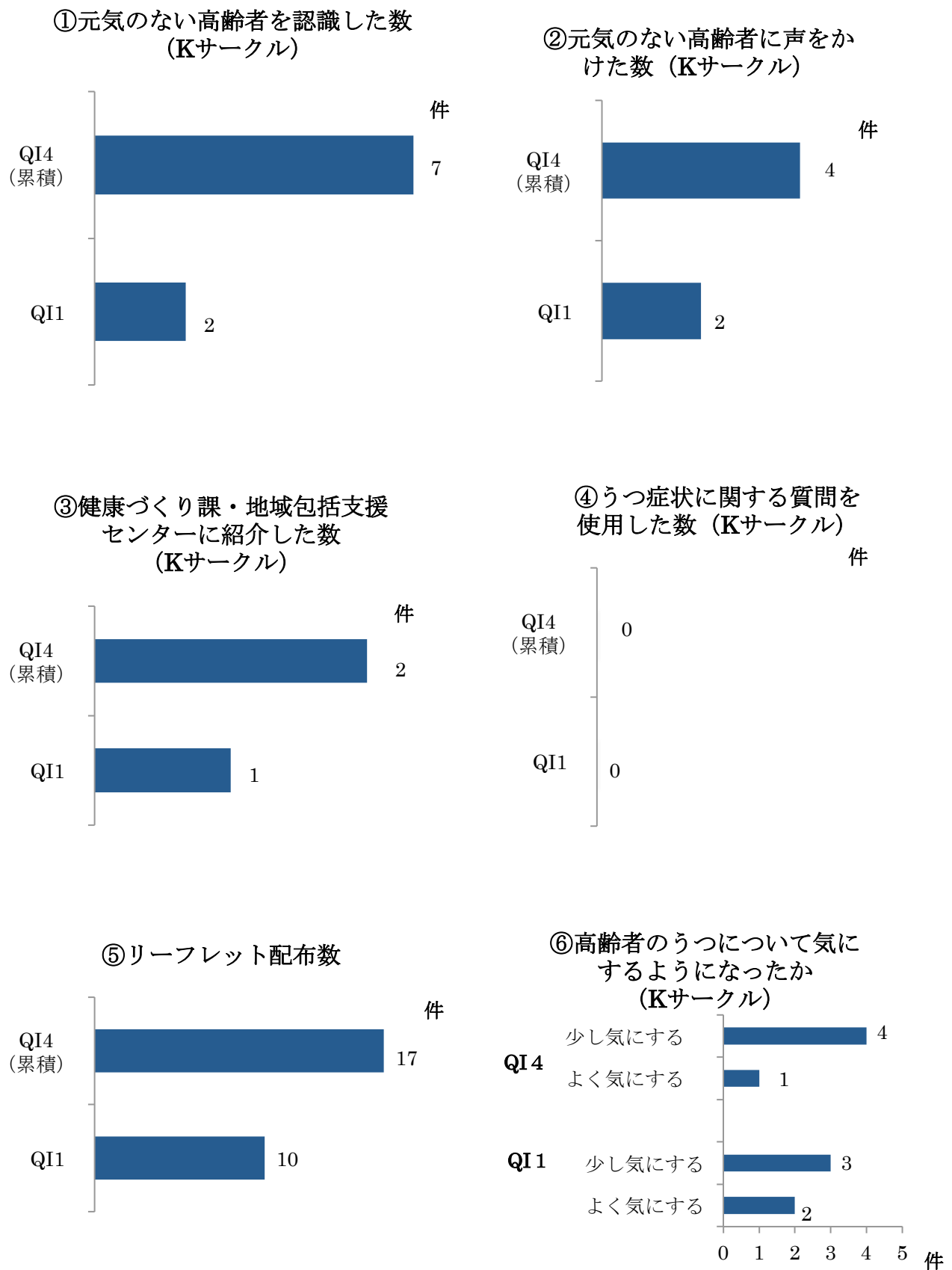


図8 QI サイクル1と4の比較一覧 (Kサークル)

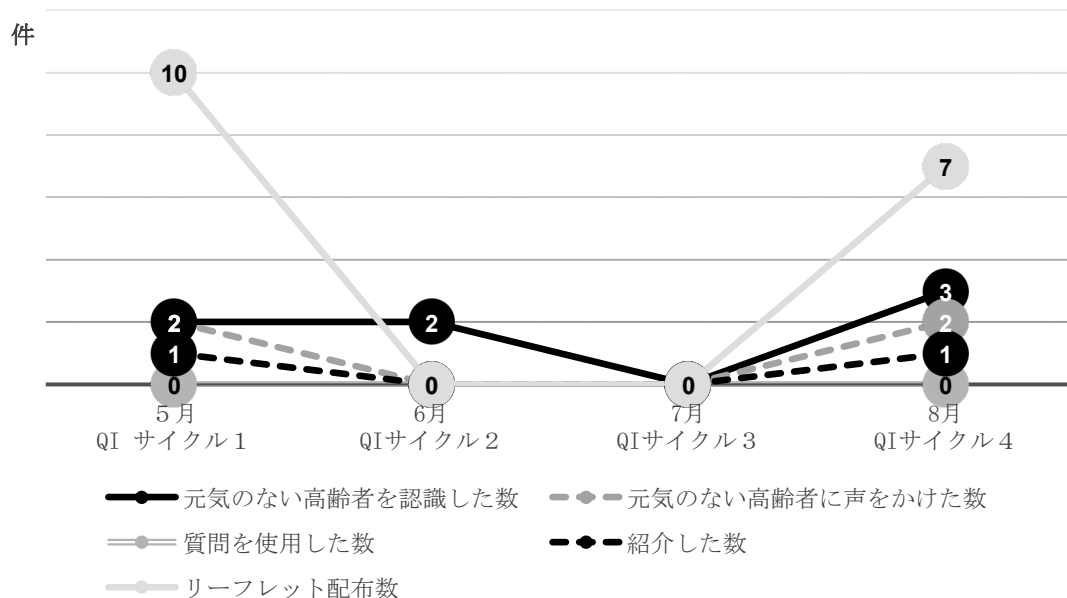


図5 月別 Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果 (K サークル)

2) 看護師・保健師

(1) 健康づくり課

健康づくり課の保健師の特性については表 16、月別うつ症状に関する相談件数は表 17、うつ症状に関するアセスメントの自信は表 18 に示す。

健康づくり課の保健師については、プロジェクトの実施起案書の決裁後、6 人の保健師を対象にプロジェクトの概要を説明し、協力に関する同意を確認し、その後同意書の署名を得た。5 月にプロトコルに従いゲートキーパー教育を行った。また、アセスメント票の活用方法を説明した。ゲートキーパー教育の後に、事前質問紙調査を記載後、QI を開始し、月 1 回の質問紙調査を 4 回実施した。

健康づくり課で受けたうつ症状に関する相談件数は、5 月から 8 月まで 2 件であった(表 21)。そのうち、1 件は治療中であり、1 件は健康相談でうつ症状に関する相談ではなかったためにアセスメント票の活用はなかった。

QI の事前質問紙調査と 4 か月後のうつ症状に関する自信について(自己評価で 100 点満点) 質問紙調査を行なった。その結果、事前 28.3 点から 4 か月で 46.7 点と 18.4 点の増加が見られた。

プロジェクト事前、事後の看護師・保健師のアセスメントに関する自信の平均値の差が統

計的に有意か確かめるために、有意水準 5%で両側検定の t 検定を行ったところ、 $t(5) = 3.05$ 、 $p < .028$. で、プロジェクト事前事後のアセスメントに関する自信の平均値の差は有意であった。

4 か月の取組を通じて、プロジェクト実施に関する保健師から困難なことや大変なことなど、DNP 学生に対して相談や困りごとを伝えることなく実施できた。

看護師・保健師のフォーカスグループインタビューの結果（表 8）で、〈初めてで心配な人にアセスメント票が活用可能〉相談者の〈変化を感じた時などに活用する〉など《アセスメントの活用のタイミング》を意識することがあったと語られた。そして、〈相手を見て関係をつくった後にアセスメント票を活用する〉など《アセスメント票活用につながる工夫と努力》が求められた。また、〈アセスメント票を活用することで相談時の安心感や聴取する内容の統一性が図れる〉こと、〈聴取すべき内容の漏れがない〉といった《アセスメント票の利点》を感じていた。

QI サイクル実施後の保健師の変化として、うつ症状に対する相談に対して臆することなく対応する姿が見られるようになったこと、うつ症状に関する会話が増えたこと、そしてうつ症状のある対象者への積極的な関わりを持とうとする組織風土が感じられるようになった。QI サイクル実施後に、うつ症状を持つ高齢者の相談を受けた事例があり、この事例ではアセスメント票を活用し精神科受診を促したが、本人が希望しない結果であり、見守りが必要であると判断し地域包括支援センターに継続的支援を要請する機会があった。アセスメント票の活用だけでなく地域包括支援センターへの連携がより活性化している。

表 16 保健師の特性（健康づくり課）

N = 6

項目		n	%	平均
性別	男性	0	0	—
	女性	10	100.0	—
年齢	25 - 29	3	30.0	33.8歳
	30 - 39	1	10.0	—
	40 - 49	2	20.0	—
	50 - 59	4	40.0	—
	60 - 69	0	0	—
現職での職歴 (年)	1 - 4	4	66.6	4.2年
	5 - 9	1	16.7	—
	10 - 15	1	16.7	—

表 17 月別うつ症状に関する相談件数（健康づくり課）

N = 6

項目	5月 QIサイクル1	6月 QIサイクル2	7月 QIサイクル3	8月 QIサイクル4	計	月平均
うつ症状に関する相談件数	0	1	0	1	2	0.5

表 18 うつ症状に関するアセスメントの自信（事前・事後）（健康づくり課） N = 6

	平均値	中央値	標準偏差	t 値	3.05
事前	28.3	25.0	17.2	p 値	0.028*
事後	46.7	50.0	10.3		

* $p < .05$

(2) 地域包括支援センター

地域包括支援センターの看護師・保健師の特性については表 19、月別うつ症状に関する相談件数は表 20、うつ症状に関するアセスメントの自信は表 21 に示す。

地域包括支援センターは、看護師・保健師が配属されており、4 人の協力が得られた。その内訳は、1 人が保健師であり、3 人が看護師である。保健師は、通常高齢者の相談を受けており、3 人の看護師は 75 歳以上の介護サービスを受けていない高齢者を対象に訪問をし、その対象者の把握と地域包括支援センターの紹介をしている。

地域包括支援センター管理者の了解が得られた後に、プロジェクトの概要の説明を行いプロジェクトの協力の同意を得て、プロトコルに従い 5 月に 2 回に分けてゲートキーパー教育およびアセスメント票の活用方法について説明を行った。その際に、事前質問紙調査を記載してもらい、月 1 回の QI サイクルを 4 回実施した。

地域包括支援センターで受けたうつ症状に関する相談件数は、6 月に 1 件であった（表 24）。この相談者は、すでに治療中であったためにアセスメント票は活用していない。

QI の事前質問紙調査と 4 か月後のうつ症状に関する自信について（自己評価で 100 点満点）質問紙調査を行なった。その結果事前 50 点、4 か月で 52.5 点であり、QI の前後での変化は 2.5 点の増加であった。

プロジェクト事前、事後の看護師・保健師のアセスメントに関する自信の平均値の差が統計的に有意か確かめるために、有意水準 5% で両側検定の t 検定を行ったところ、 $t(3) = -0.96$ 、 $p < .39$ で、プロジェクト事前事後のアセスメントに関する自信の平均値の差は有意でなかった。

4 か月の QI の実施が終わった後、協力者 4 人によるフォーカスグループインタビューを実施した。フォーカスグループインタビューでは、75 歳以上の高齢者へ訪問している看護師は、訪問対象となった高齢者は皆元気で悩みを打ち明けられる経験はほぼなく、うつ症状に関する相談に至らないことが多いことを語っていた。

QI サイクル実施後に、地域包括支援センターの係長から DNP 学生に相談があった。その内容は、健康づくり課の業務で自殺予防関係の事業は何があるのかということや自殺予防に関する意識を組織内に定着させるためにはどうしていったらよいかということである。本プロジェクトについて地域包括支援センター保健師から係長に随時報告を受けていたことからその必要性を理解した結果である。

また、保健師が業務の中で高齢者に訪問した際に、その家族が精神疾患を持って介入が困難であることの事例に直面しており、その事例の協力を DNP 学生に求めた。このように、地域包括支援センターの役割を果たしつつ協力依頼が円滑に行われ、地域住民を支える支援者の連携の強化がされている。

表 19 看護師・保健師の特性（地域包括支援センター） N = 4

項目		n	%	平均
性別	男性	0	0	—
	女性	4	100.0	—
年齢	25 - 29	0	0	50.5歳
	30 - 39	0	0	—
	40 - 49	1	25.0	—
	50 - 59	3	75.0	—
	60 - 69	0	0	—
現職での職歴 (年)	1 - 4	3	75.0	4.5年
	5 - 9	0	0	—
	10 - 15	1	25	—

表 20 月別うつ症状に関する相談件数（地域包括支援センター） N = 4

項目	5月 QIサイクル1	6月 QIサイクル2	7月 QIサイクル3	8月 QIサイクル4	計	月平均
うつ症状に関する相談件数	0	1	0	0	1	0.25

表 21 うつ症状に関するアセスメントの自信（事前・事後）（地域包括支援センター）

N=4

	平均値	中央値	標準偏差	t 値	p 値
事前	50.0	50.0	0	0.96	
事後	52.5	50.0	5	0.39	

6. QI サイクルの展開と改善点

1) ゲートキーパー教育

(1) 住民

サークル毎に、ゲートキーパー教育をプロトコルに従い、①高齢者の自殺の現状②ゲートキーパーの役割③うつ症状が疑われる高齢者に対する質問（「もの寂しくなったり、気持ちが沈むことがしばしばありますか」「眠い日が2週間以上続くことがありますか」「死んでしまいたいと思うことがありますか」）④うつ症状を有する高齢者を相談機関へ紹介する方法⑤個人情報の取り扱いについて⑥うつ症状を有する高齢者の包括支援プログラムの概要⑦啓発資料の配布のお願い、を実施した。個人情報の取り扱いについての同意を得て、同意書の署名も得られた。

ゲートキーパー教育では、プロトコルの内容を伝え、介護予防サポーターの住民がその内容の理解ができることと共によりうつ症状や自殺予防について意見交換ができるように進めた。その結果、知り合いが自殺されたことや家族がうつ状態であった経験を話す住民がおり、それを介護予防サークル参加者皆で傾聴し、辛かった体験を共有した。

また、住民から出た意見として、介護予防サークルに訪れる高齢者は、元気な高齢者ばかりなので元気のない高齢者に遭遇する機会が少ないという発言があり、この意見に対してはサークル参加の高齢者に限定せず、住民の家族や友人など身近な人に関心を持ってもらうことが重要であることを伝えた。そして、元気にサークルに参加している高齢者であっても状況によっては、精神的不調を起こすことがあるので、うつ症状をはじめとする変化を気にしてほしいことも併せて伝えた。また、うつ症状を有する人は自らの不調に関して訴えをしないことも多いため、それに気づいて声をかけることはとても大きな支援でありゲートキーパーとして重要な役割であることを伝え、励ました。

1 か月の QI が終わり質問紙調査時、2 つの会が同様に「自分たちの周りには元気な高齢者ばかりでうつ病に関する高齢者がいない」「声をかけることは難しい」「リーフレットを

配るのも気が引ける」という意見があった。また、質問紙調査結果からリーフレットの配布数が少なかったため、啓発の強化を含む積極的な活動を促進するために、追加のゲートキーパー教育をQI サイクル2か月以降、2 サークルに対して計画し実施した。

追加のゲートキーパー教育を実施したことで、本プロジェクトの趣旨を再度伝えることができ、住民の取組の意欲向上に繋がった。

質問紙調査時に住民と情報交換をする機会もゲートキーパー教育の場と捉え、うつ症状を有する高齢者はすぐに見つからないかもしれないが、身の回りの人に対して関心を持ち続けてほしいこと、また、うつ病になってしまうと援助要請する気力も落ちてしまうので他の人の気づきと声がけが大切であることなど、取組や自殺予防の意識が高まるように働きかけた。このことにより、住民のフォーカスグループインタビューで自殺のことを意識するようになったかどうかを尋ねたところ、皆「とても意識するようになった」と答え、「新聞記事でその内容をよく読むようになった」ことや「高齢者を見るときにうつ病のことを気にしてみるようになった」と意識の変化を語っていた。また、住民自身が自殺を考えたほど辛い体験を語ったことや、引きこもっている人を地域の区長等皆で支えている現状を話す場面もあり、自身と地域と自殺予防について関連付けて考えている様子が感じられた。

2 つの介護予防サークル共に、プロジェクト当初から比べると、フォーカスグループインタビューを終えた時の様子は、うつ症状や自殺について緊張感なく自然にその内容に触れることができるようになった。

(2) 看護師・保健師

健康づくり課の保健師と地域包括支援センターの看護師・保健師に対して、日程調整しそれぞれの所属ごとに、プロトコルに従いゲートキーパー教育を実施し、アセスメント票の活用についてはマニュアルに従い説明を行った。

看護師・保健師がゲートキーパー教育を受けたことで高齢者のうつ症状に関する取組の共通認識を図ると共に、介護予防サポーターの住民が学んだ内容を理解することとなり、より住民の相談を受けやすくなった。

ゲートキーパー教育を受けた看護師・保健師は、ゲートキーパーの内容を把握しうつ症状を有する高齢者に関する相談について不安や不満などの意見はなく、受け入れてくれた様子であった。

2) 健康づくり課・地域包括支援センターにおける相談時のアセスメント票の導入

QI サイクル全期間において、うつ症状に関する高齢者の相談は、4 か月間で3 件であった。3 件の相談のうち、1 件は住民がその該当者だけでなく健康づくり課および地域包括支援センターに情報を伝えたことにより看護師・保健師による相談の機会が得られた。もう2 件は、業務の中で高齢者から直接健康相談を受けた1 件と地域包括支援センターの看護師が訪問をしている中で把握し相談に至った1 件であった。

3 件の相談で、2 件は既に精神科の治療中であったためにアセスメント票を使う必要がなかったこと、もう1 件は睡眠の悩みがあったものの別の健康問題に関する相談であったためにアセスメント票を使う必要がなかった。このことから、高齢者の相談でアセスメント票を活用する機会がなかった。アセスメント票の利用はなかったが、看護師・保健師の理解はされているため、必要時にアセスメント票を活用できる体制は整った。

副次的な成果であるが、健康づくり課では高齢者のうつ症状に関する相談が少ないため壮年期の健康相談でアセスメント票を活用した場面もあり、保健師がアセスメント票を手元に置き、必要時に活用したことの報告もあった。

3) QI サイクルのプロセス

QI サイクルは、月1 回を一つのサイクルとして、4 か月間実施した。DNP プロジェクトの結果については図9 に、プロジェクトにおける住民の取組に関するQI サイクルのプロセスについては図10 に示す。

DNP 学生は、2 サークルの活動の中で面接し、また、月毎の質問紙調査を行った。その際に、意見を聴いたり、声の掛け方がわからないという意見についてはコミュニケーション技術を提供したり、取組が進まない時には活動意欲を高めるように励ますなど、住民と顔の見える関係を構築した上で、出来るだけ多く会話を重ねて、困った時等の支援を行った。その結果、DNP 学生に対して住民は感じたことや困ったことについて率直な意見を出してくれた。

また、QI サイクル期間に、追加のゲートキーパー教育を行なったが、実施前にサークル代表者と調整しサークルメンバーにお知らせをした上で教育活動を行なったことにより、ゲートキーパー教育の受け入れもスムーズで受講に対する姿勢も積極性が見られた。本プロジェクトは、介護予防サークル活動の中で協力をしていることから、本来の活動の邪魔をしないように配慮し、代表者を通じて参加しているメンバー（住民）の了解を得ながら

進めていった。

QI サイクル1 では、ゲートキーパー教育実施後、1 か月間各住民が取組を進めた。1 か月実施した後の意見は、「なかなか話すきっかけがない」「うつの人に簡単に声を掛けられない、怖い」であった。このことに関しては、その住民の想いを受け止めつつ、本プロジェクトの意義、高齢者のうつ病の特徴や住民の取組の意義を伝え、声の掛け方の提案を行なった。

QI サイクル2 は、元気のない高齢者が見つからないとの意見があったが、全体を見ると元気のない高齢者の声がけの数が上がっていた。継続して取組が進むように励ました。

また、前月の取組があまり進んでいない様子から、1 つのサークルに対してゲートキーパー教育を実施した。

QI サイクル3 は、前月に比べて元気のない高齢者への声がけ、うつ症状に関する質問、リーフレット配布の取組が減少していることからさらなる励ましと、1 つのサークルに対してゲートキーパー教育を実施した。

QI サイクル4 は、2 つのサークルが追加のゲートキーパーを終了し、その後最終月として1 か月間実施したが、元気のない高齢者を認識することや声をかけること、うつ症状に関する質問、健康づくり課及び地域包括支援センターを紹介すること、リーフレット配布数それぞれ前月よりも活動数が上がった。

QI サイクル実施期間中は質問紙調査の結果を見ながら、改善する点を確認し支援をし続けていくことで、住民の取組も変化が生じていた。

QI サイクル毎の質問紙調査時では、看護師・保健師がDNP 学生に対して相談がなかった。しかし、QI サイクルの期間で、看護師・保健師が相談を3 件受けたことに関するDNP 学生への報告及び相談があった。

看護師がDNP 学生に対して行なった相談は、訪問した際にうつ病の治療中の対象がいるが、どのように支援していったら良いかという内容であり、そのことに対してDNP 学生は症状のコントロールや服薬確認、家族で抱えている悩み等はないかなどを再度訪問時に確認するように促した。その結果は、うつ症状はあるものの薬でコントロールできていることや家族の協力があり、困っていることはないとのことで、緊急を要する支援の必要はなかった。

保健師の受けた相談の1 件は、住民から連絡のあった事例で、対象者への訪問による相談を実施することになり、DNP 学生は保健師に同行し支援の振り返りを行なった。訪問時

に本人に会えなかったが、家族の話ではうつ病の治療中ではあるが、症状は落ち着いていて、特段困っていることもないとのことであった。継続支援の必要性はなかったが、何か困ったことがあったら相談してほしいということを伝え面接を終了した。

保健師が受けた別の相談は、継続支援等の必要がなく、DNP 学生へ報告のみ行われた。看護師・保健師が受けた相談を DNP 学生が聴き、事例を共に考え支援を検討することを QI サイクルの中で実施した。

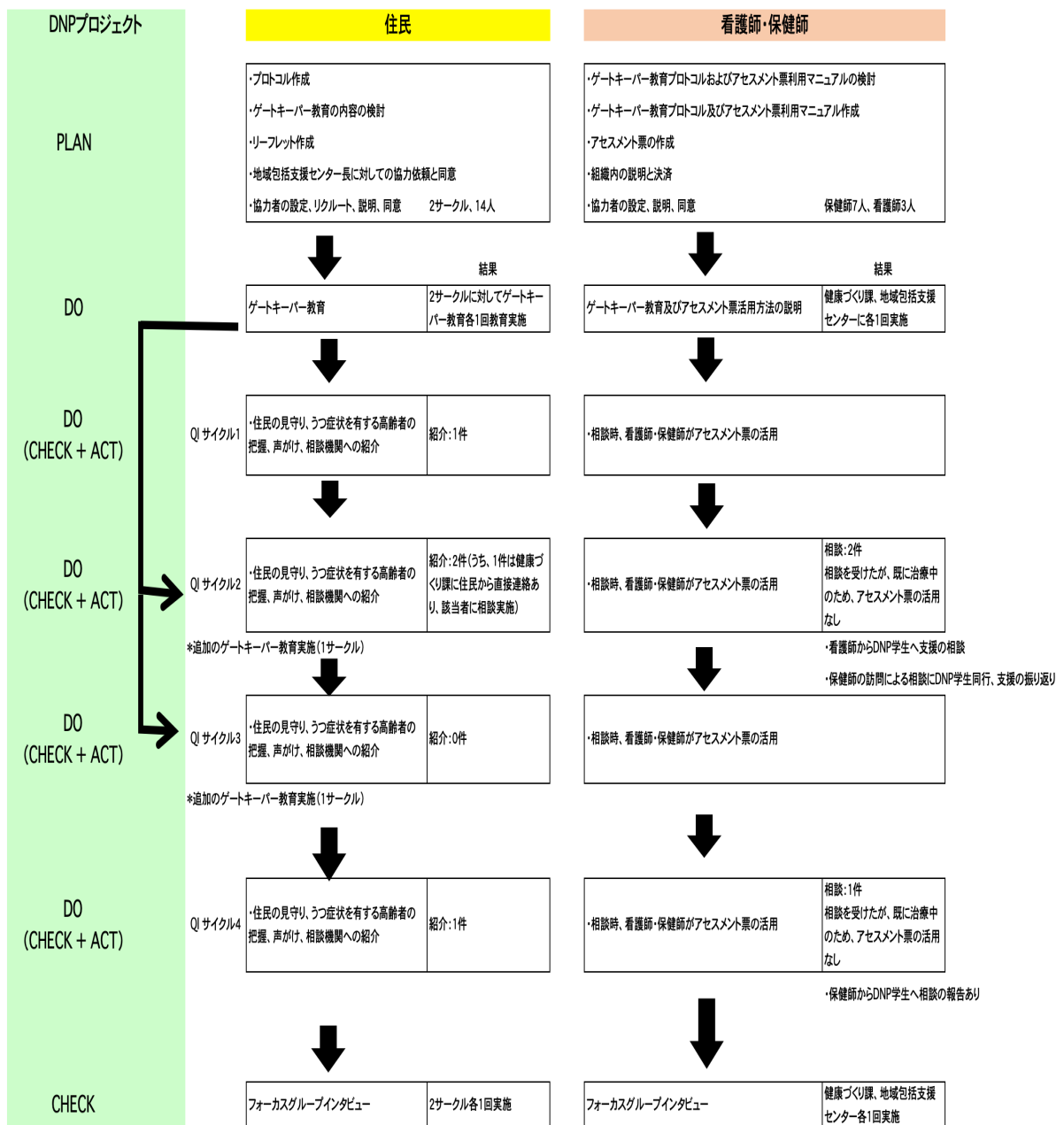


図9 DNP プロジェクトの結果

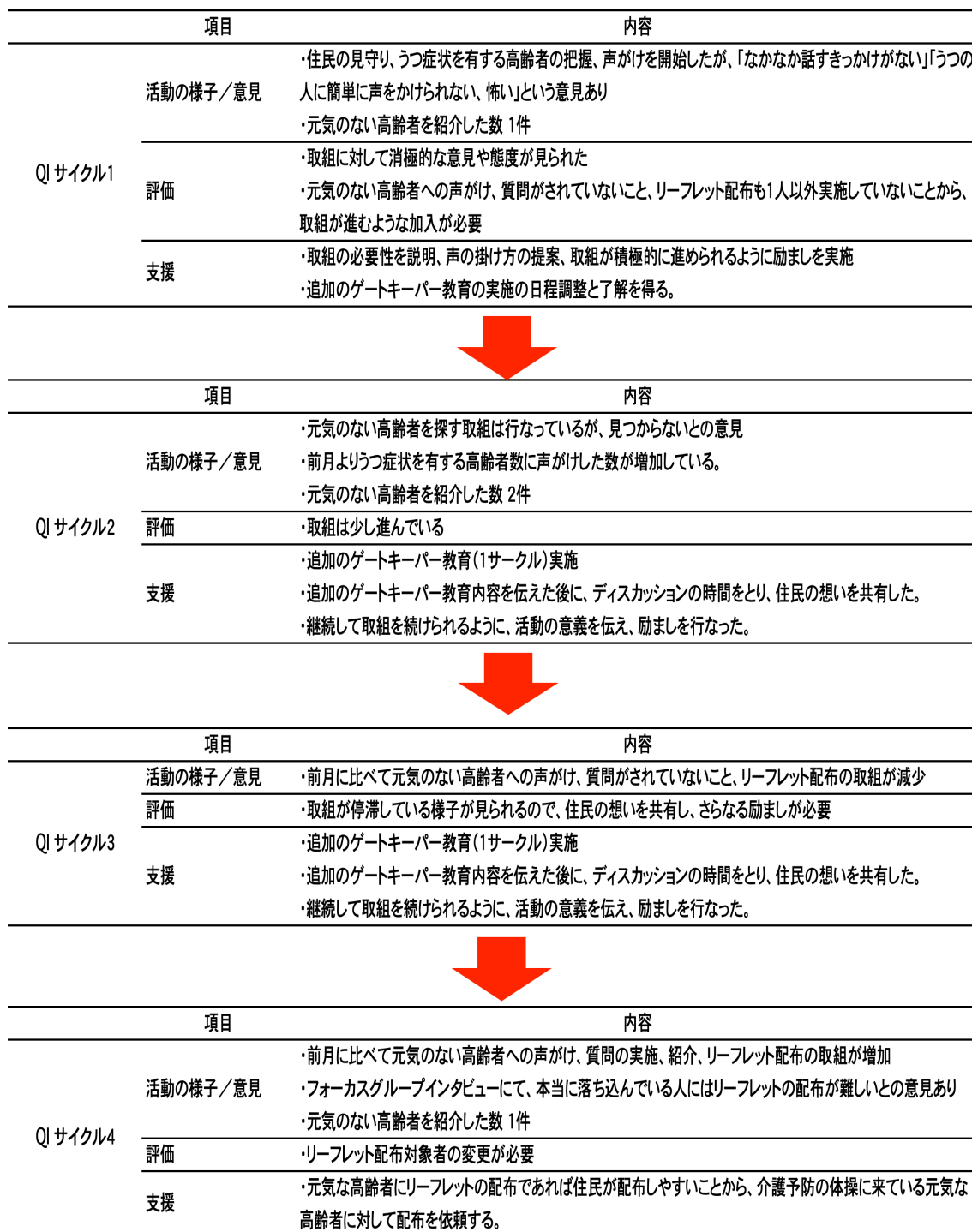


図 10 住民の取組に関する QI サイクルのプロセス

第6章 考察

1 臨床／組織のアウトカム

高齢者のうつ症状に関する相談件数は、看護師・保健師による事前の質問紙調査結果で1件であったものが、プロジェクト期間で3件まで増加した。しかし、その3件は治療や健康相談の中心がメンタルヘルスに関するものでなかったため、アセスメント票を使用する必要がなく、アセスメント票の活用によるうつ症状の高齢者及び自殺念慮のある高齢者の発見には至らなかった。

うつ病の有病率に関するレビュー (Vaughan L et al., 2015; Health Quality Ontario., 2013; Luppá M et al., 2012; Beekman AT et al., 1999) では、対象となる年齢や有病率の差がみられるが、Vaughan L et al. (2013) の研究において、55 歳以上の高齢者で 10 人に 1 人以上が虚弱かうつ症状があること、もしくは両方の症状があること、そして虚弱である高齢者の大部分がうつ症状があったとされる。さらに、先行研究 (Guilherme B et al., 2010) において、12 か月間で自殺念慮があり自殺企図を試みた有病率が 0.3% であることから考えると、本プロジェクトで介護予防サポーター14 人とその身近な高齢者、その他介護予防サークル参加の高齢者を含めても概ね 100 人に満たない高齢者数では、うつ症状を有する高齢者の発見は可能であっても、自殺念慮のある高齢者の発見までは難しい。

これらのことから、自殺念慮のある高齢者の発見のためには、協力してくれる介護予防サークル数を増やし、声をかける介護予防サポーターである住民や見守りを受ける高齢者数を増やすことが必要である。また、実施期間を延長することで取組も進み、うつ症状を有する高齢者の発見が増え、看護師・保健師が行うアセスメントの機会も増えることが予測される。

2 実装アウトカム

1) 住民における Fidelity(忠実度)を高める方略

Fidelity(忠実度)に関するアウトカム指標結果で、住民が行ったうつ症状が疑われる高齢者への質問の実施率が 14.3% であった。その一方で、質問を実施する前に元気のない高齢者に声をかけることができた住民が 57.1% であったことから、声をかけてもうつ症状に関する質問ができる住民は 4 分の 1 程度であった。そして、質問紙調査時に「うつの人

に簡単に声を掛けられない、怖い」という意見や、フォーカスグループインタビューで「元気な人ならリーフレットを配れるが、本当に悩んでいる人には渡せない」という意見もあった。このように、自殺やうつ病、うつ症状に対してスティグマや偏見があり、取組を進めていく中でもそのことが取組の障壁になっていることが明確になった。

自殺に関するスティグマの研究(Sasaki et al., 2018)では、秋田県の農村部に住む 20 歳以上の住民で、27.3%の住民以外は自らの自殺の態度である個人的スティグマ、他者の自殺への態度である知覚スティグマ、もしくは両方とも有している結果を示しており、これを減らすためにはコミュニティを基盤とした教育が必要とされる。

多くの人に存在する自殺に関するスティグマを減らすために、次のような支援が可能である。第一に、うつ症状や自殺予防に係る正しい情報を継続して伝えていくことである。伝える機会は、追加のゲートキーパー教育やサークルメンバーである住民と接点がある時点で、何度も繰り返して伝える努力が必要である。

第二に、本プロジェクトは困っている人を助ける援助の一貫であり、「生きるための促進要因を増やす支援」であることを伝え、自殺予防といったネガティブな認識や印象を変えていくことである。自殺総合対策大綱(厚生労働省, 2017)では、人とのつながりや信頼関係を通じて行う「生きるための促進要因を増やす支援」を進めることを推奨しているので、このことを住民に説明し、ポジティブな印象になるように理解を促す必要がある。

第三に、住民がうつ症状や自殺予防について日常生活で触れる機会を多くするように支援することである。例えば、介護予防サークル参加者である高齢者に対して、毎回サポーターである住民が日常の挨拶と共にうつ症状の有無を確認するなど日常的な取組を増やす提案をしていく。その取組を進めるために、今後のゲートキーパー教育でうつ症状に関する質問を自然に尋ねられるようロールプレイ型の講座を実施することも可能である。

このように、住民が元気な高齢者に質問をすることで慣れていき、うつ症状が疑われる高齢者に遭遇した時に質問ができるよう段階的な支援を進め、質問の実施率を高めていくことが望まれる。

2) アセスメント票の導入と看護師・保健師の Acceptability(受容性)について

今回のプロジェクト実施期間中は、高齢者に対し看護師・保健師がアセスメント票を使用する機会がなかったが、看護師・保健師がアセスメント票を手元に置き必要時に用いることができる環境になったことで、アセスメントに対する自信が 37 点から 49 点に上昇し

た。

健康づくり課の保健師は、壮年期の対象にアセスメント票を活用する機会もあり、アセスメント票の有効性や面接時の技術向上に関して気づいたことや学びをフォーカスグループインタビューで語っていた。高齢者に対してのアセスメント票の活用ではなかったが、アセスメント票を活用した経験は保健師の問診時の助けとなっており、保健師自身が問診時に不足していたことに気付く学習の機会となっていた。また、その活用した印象もよく、受け入れは良かった結果である。

精神障害者の個別支援において保健師が感じる困難とその対処についての先行研究（新村他，2016）では、精神保健福祉業務経験年数が長い保健師であっても「病状の急変しやすさ」による「アセスメントのむずかしさ」を感じているということから、経験に頼らない均一化したアセスメント票の活用は、看護師・保健師の個別支援に係る困難を少なくすることに繋がり、看護師・保健師のアセスメントの自信に影響したものと考えられる。

また、このアセスメント票の導入により、看護師・保健師のアセスメント技術の向上に寄与しただけでなく、組織内の看護職のアセスメントの均一化により、どの看護師・保健師であっても同様の対応ができることは、プロジェクト以前とは異なり組織におけるサービスの質の改善となっている。

地域包括支援センターの看護師・保健師におけるアセスメントの自信が、健康づくり課と比べて、増加した点数が少なかった結果であった。地域包括支援センターは、4 人のうち3 人が訪問を主とする看護師であり、フォーカスグループインタビューのコードで「75 歳以上の高齢者を対象に予約なしに訪問しているが、ほとんどの人が元気で、悩みを打ち明けられることもほとんどない。そういう時には、包括支援センターのパンフレットを置いてくるが、その後に介護申請につながることはある。」というように、訪問活動の中でうつ症状のアセスメントの機会が少ないと感じていることがアセスメントの自信に影響しなかったのではないかと考える。他方、健康づくり課では、高齢者のうつ病に関する機会は少ないものの、他の年齢層のうつ病に関する相談機会があるために、よりアセスメントの自信に影響したと考える。

今後はアセスメント票を継続して活用していき、アセスメント票の使いにくい点を明確にすること、さらにアセスメントをした結果、医療機関へ紹介する際においてもアセスメント票だけでなく効率的に医療機関紹介ができるようなフローの検討や改善をしていくことが必要である。

3) 介護予防サポーターをゲートキーパーとした効果と課題

本プロジェクトでは、うつ症状を有する高齢者を発見するゲートキーパーの対象を町内で高齢者と定期的に関わる機会のある介護予防サークルに属する介護予防サポーターとし、地域包括支援センターの紹介を受けて2団体を協力団体とした。介護予防サークルは、高齢者の認知症予防を目的とした活動をしているが、本プロジェクトの目標であるうつ症状を有する高齢者の発見という視点での活動はしていないことから、既存の団体に別の役割を付与することの可能性を検証する機会となった。

本プロジェクトの実施において、協力団体である2サークルの代表及びメンバーとDNP学生との信頼関係構築を形成し、月1回程度の面接の機会ですべて自由に意見交換できたこと、そしてサークルのペースや意向に沿って進めていった。このように協力団体に寄り添った態度や姿勢を持って共に考え取組を進めていくことが重要であると考えた。

一方、介護予防サポーターである住民の質問紙調査による自由記載の中で、「個人のプライバシーに関する事なので難しい点が多々ある。民生委員の方が接しやすいのかなと思うがどうか」という意見もあり、介護予防サポーター活動での取組の難しさを指摘している。

しかし、民生委員が本プロジェクトの協力者としても、うつ症状を有する高齢者を発見し、近づき、声をかける行為は、日常的な行為ではなく、かつ喜びを伴うものではないために、民生委員も取組の難しさが生じることが予測される。

民生委員に関する先行研究(杉原, 2018)では、民生委員の活動継続意欲を阻害する要因として、支援範囲について判断に苦慮するといった役割の曖昧さがあることが指摘されており、このことは民生委員だけでなく対人支援のボランティアをしている介護予防サポーターについても同様であると考えられる。

しかし、国から委嘱された民生委員とは異なり、本プロジェクトの介護予防サポーターである住民はボランティアであり、その役割は公的な職務として定められているものではないために、曖昧さが生じゲートキーパーとしての意欲を阻害する要因になったと考える。

うつ症状を有する高齢者の発見のためには、多くの住民の見守りと協力が必要である。り、地区に数名配置されている民生委員だけではマンパワーとして不十分であるため、高齢者に関わりの多い団体の協力が必須となり、当地域では介護予防サークルの他には高齢者の関わりが多い団体は見られないため、その対象として妥当であると考えられる。多くのゲートキーパーを養成できるよう、町内の介護予防サークルが一堂に集まる会議や研修

を通じて、本プロジェクトの実践報告を行いその成果と効果を伝えて、さらなる協力団体を得ることが必要である。

ただし、協力してくれる介護予防サポーターが感じる難しさに対して向き合い、取組しやすいように介入する必要がある。そのためにも、介護予防サークルとよくコミュニケーションを図り、情報の共有と困った際の相談を密にし、負担感の軽減に努める必要がある。

他方、介護予防サポーターである住民は、大変さだけでなく本プロジェクトの良かった点についても、フォーカスグループインタビューで語っている。フォーカスグループインタビューでは「自らも眠れないので自殺のリスクを知る質問に該当することに気づく」などサブカテゴリーとして〈自らを振り返る〉が挙げられている。取組については、うつ症状を有する高齢者に対する支援者の側面と共に、平均年齢 72.6 歳である介護予防サポーターである住民自身のうつ症状に関する予防や早期発見といった予防活動の側面に関与する機会にもなったと考えられる。

4) ゲートキーパー教育と実践

ゲートキーパー教育では、住民の 2 サークルに対して実施したが、講義が終わった後のやり取りを聴く中で、うつ病や自殺予防に関する理解がされたことは確認できた。しかし、プロジェクトの取組でうつ症状を有する高齢者に対して声がけができた人数の顕著な増加は見られず、ゲートキーパーの役割を理解しても、その役割を果たす行動に至るまでには乖離があることが明らかになった。

また、ゲートキーパーの教育の中で講義だけでなくサークル内で住民同士の意見を聴き、質問紙調査時にうつ病や住民の自殺に関する住民の経験や想いを共有した。うつ症状を有する高齢者を見つけ、声をかける行動は、住民それぞれの取組ではあるが、サークル仲間と情報交換することで取組を振り返り、サークル内の住民の相互作用によって取組に係る意欲に繋がったと考えられる。荒川ら（2016）の研究においても、認知症サポーター養成講座修了者の地域活動をエンパワメントするためには、気軽で自由に集える場が必要であることが研究結果から明らかとなり、ゲートキーパー教育においても同様に住民が語り合うことでエンパワメントされると考える。

QI サイクル 2 か月目、3 か月目に 1 サークルごとに追加のゲートキーパー教育を実施した結果、4 か月目に元気のない高齢者を認識した数、元気のない高齢者に声をかけた数、質問をした数が上昇した。

このことから、住民の取組状況の動きを把握し、取組が促進されるように再度の教育や意見交換、住民への対応方法の提示や動機付け、励ましをする機会を作ることは、ゲートキーパーの活動を維持向上させるために必要な支援であると考ええる。

うつ症状について気にするようになったかについてHサークルでは、QI サイクル4でよく気にする4人増え、少し気にする人が減った。それに対して、KサークルではQI サイクル4でよく気にする人が1人減り、少し気にする人が1人増えている。

Kサークルに対して、うつ症状についての予防や発見について皆で話し合う時間を延長することや、話し合う機会を多く持つなど、うつ症状に関する認識を高めるような取組を強化する必要があった。また、Kサークルは、Hサークルに比べて平均年齢が6.5歳高く、より高齢化していることから、自殺予防のゲートキーパーとしての行動が起こしにくい可能性もある。Kサークルの住民に対して、他者のうつ症状の関心を高めることだけでなく、自身の精神的な健康に着目し、自身の予防活動を行うことを中心に話し合いをすることで、よりうつ症状に関する認識を高めることができるのではないかと考える。

そして、Reach(浸透)に関するアウトカム指標結果で、元気のない高齢者を認識したり声をかけた実施実人数が2.2及び1.1であり、住民1人以上がそれらの取組を行っていることから、協力してくれる住民が増えれば増えるほど見守りや声がけのネットワークが広がり、より地域における自殺予防の推進が図れることが期待できる。

ゲートキーパー教育と住民が行う実践とがパッケージとなった本プロジェクトは、少なくともゲートキーパーとしての意識を高め、維持向上させるための実践方法であると考えられる。

5) 住民が行う啓発方法の検討

住民を対象としたフォーカスグループインタビューで「元気な人ならリーフレットを配れるが、本当に悩んでいる人には渡せない」という意見があった。リーフレットの配布は、うつ症状を有する高齢者に相談を促すメッセージを伝える危機介入を目的としたものであったが、そのことに対して住民は負担を感じていた。

プロジェクト実施期間のリーフレットの配布数の推移を見ても、時間の経過に伴って配布数が上昇している結果でなかったことから、うつ症状を有する高齢者の存在の有無だけでなく、配布する住民側の思いや負担によりリーフレット配布数が左右されたことが考えられる。

大森（2005）の研究では、住民が地域の身近な他者との交流関係を「気遣い会いた的日常交流」における相互行為を行っており、「適度な距離感を保ち合」っているとされる。

0町の住民も同様に、他者と距離感を保ちつつ、相手の求めに応じて手助けをしたり、相手が望まない時にはあえて手助けをしないという関わり方をしている付き合い方が見られた。この交流関係があるために、住民は悩んでいると思われる対象にリーフレットを渡せなかったと考えられる。

また、大山他（2003）の研究では、高齢者の自殺に対する予防的介入としてうつ状態スクリーニングと一般高齢者への巡回相談、一般住民への啓発・普及活動を行った結果、30%程度の高齢者に実施すると自殺率の抑制につながる結果を示している。その中で啓発・普及活動は、年間に5回から10回行っている。

このように啓発は特定の対象に複数回行うことの必要性が示されていることから、住民にとって啓発しやすいリーフレットの配布方法に変えて、啓発機会を多くする工夫が必要である。そして、0町の住民の他者との交流関係の在り方を尊重しつつ、うつ症状がある人だけでなく元気な高齢者にも出来るだけ多くの複数回啓発ができるように、ゲートキーパー教育を受けた介護予防サポーターの住民だけでなく、町内のすべての介護予防サークルに協力を求めること、そして後期高齢者に対して訪問活動をしている地域包括支援センターの看護師に協力を求めるなどのアプローチも可能である。

6) 健康づくり課と地域包括支援センターの連携

本プロジェクトを通じて、高齢者に係る地域包括支援センターと自殺対策やうつ病を含む精神保健相談の窓口である健康づくり課とが自殺対策およびうつ症状を有する高齢者の支援を通じて共に考える取組ができたことは、大きな成果であると捉えている。

今後も高齢者の事例を通じて双方の連携を図り支援の強化に努め、うつ症状を有する高齢者の早期発見と早期支援を目標に取り組んでいきたい。

3 今後に向けて

今回のプロジェクトを受けて、以下のとおり改善を行う。

- 1) 住民がゲートキーパーとしての意欲を維持向上させるため、複数回のゲートキーパー教育の実施や住民の取組で生じた疑問への対応、励ましなど丁寧に対応する。
- 2) 協力してくれる介護予防サークルや介護予防サポーターの数を増やし、声をかけ見守り

をしていく住民を増やす。

- 3) 住民のうつ病や自殺に関するスティグマや偏見を減らす支援として、正しい情報を繰り返し伝える、自殺予防に対する取組は生きる支援であるというポジティブな認識に変わるよう説明をする、日常的な挨拶の中からうつ症状に関する質問を投げかけるように提案し、それが取り組めるようにロールプレイ型の講座などの教育を行う。
- 4) うつ症状がある場合の相談を促すリーフレットは、介護予防サポーターの住民だけでなく、民生委員や地域包括支援センター看護師等に協力を求め、うつ症状の有無に関わらず、広く高齢者に配布する。
- 5) うつ病の予防や発見について皆で話し合う時間や機会を多く持ち、うつ症状に関する認識を高めるような取組を強化する。また、他者のうつ症状の関心を高めることだけでなく、自身の精神的な健康に着目し、自身の予防活動を行うことを中心に話し合いをすることで、よりうつ病の予防に関する認識を高める。
- 6) 看護師・保健師が、高齢者ばかりでなく他の年齢層に対してもアセスメント票を積極的に活用するように促し、アセスメントの経験を増やす。そして、医療機関等に紹介する場合など、アセスメント票の活用後の課題や改善点を明確にする。

第7章 結論

本プロジェクトでは、高齢者のうつ症状に着目し、住民がうつ症状を有する高齢者を発見した際に確実に相談機関に紹介することを重視したゲートキーパー教育と高齢者のうつに関する相談をうける看護師・保健師がアセスメント票を活用することで、アセスメント技術の向上を目指し、うつ症状を有する高齢者が早期に医療機関に受診できるようなシステムの構築を目指した。

ゲートキーパーとして活動する住民は、介護予防サークルで定期的に高齢者と関わる介護予防サポーターとした。介護予防サークル2団体の協力のもと、ゲートキーパー教育の受講後、身近な高齢者に対して啓発活動と元気のない高齢者に対して声がけを行った。

臨床／組織のアウトカムの結果として、高齢者のうつ症状に関する相談件数は、事前で1件であったものが、3件となり2件増えた。また、うつ症状を有する高齢者の看護師・保健師のアセスメント票活用機会はなかった。そのためアセスメントによるうつ症状を有する高齢者の発見数、自殺念慮のある高齢者の発見数、高齢者の医療機関受診者はなかった。

実装アウトカム指標である Reach(浸透)の結果については、住民の元気のない高齢者を認識し、声掛けをしながら健康づくり課及び地域包括支援センターを紹介した件数は、毎月の変動はあったが、QI4 か月後には4件となり、これはプロジェクト実施前よりも住民による取組が進んだ結果であった。

Fidelity(忠実度)の結果は、住民がプロジェクトで用意した、うつに関する質問の使用した割合が14.3%で、元気のない高齢者に声をかけてもその多くは質問を投げかけていない結果であった。忠実度としては低い結果となっているが、その質問を投げかけなくても元気のない高齢者に対して健康づくり課及び地域包括支援センターに紹介はされている事例もあったことから、うつ症状を有する高齢者の相談に向けた取組は進められていた。

また、住民は自殺やうつ病、うつ症状に対して、スティグマや偏見があり、そのことが取組の障壁になっていた。

看護師・保健師における Acceptability(受容性)は、高齢者の対象ではないが壮年期の対象にアセスメント票を活用し、アセスメント票を活用した経験は保健師の問診時の助けとなっており、保健師自身が問診時に不足していたことに気付く学習の機会となっていた。また、その活用した印象もよく、受け入れは良かった結果であった。

これらの QI アウトカム結果を通じて、プロジェクトの実施状況が明確になった。ゲートキーパー教育の強化や高齢者へ広くリーフレット配布や声がけ、うつ症状やうつ病、自殺に関するスティグマや偏見に対する教育、住民自身のうつ病予防、看護師・保健師のアセスメント票の活用の推進などの改善を行い、O 町のうつ症状を有する高齢者の紹介システムを構築できるように、住民及び看護師・保健師と共に今後も取組を続けていくことが必要である。