

**地域高齢者のうつ予防・支援にむけた人材育成と
講習プログラムの開発**

東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野

井原一成

目次

【目的】	- 3 -
【方法】	- 4 -
1. 講習会.....	- 4 -
2. 2次アセスメント.....	- 4 -
3. 医師による精密検診	- 8 -
4. 精度の分析.....	- 8 -
(1) 至適基準が大うつ病性障害の場合	- 8 -
(2) 至適基準が広義のうつ病の場合	- 9 -
【結果】	- 9 -
1. 講習.....	- 9 -
2. 2次アセスメントの実績	- 10 -
3. 医師による診断面接（精密検診）	- 12 -
4. 2次アセスメントの精度	- 14 -
(1) 至適基準が大うつ病性障害の場合	- 14 -
(2) 至適基準が広義のうつ病の場合	- 17 -
5. 事業参加1年目の者の結果	- 20 -
6. フィードバック研修	- 23 -
【考察】	- 23 -
1. 改訂版2次アセスメントの精度	- 23 -
2. 旧版2次アセスメントの精度	- 27 -
3. 職員と心理士らとによるアセスメントの比較.....	- 29 -
【まとめ】	- 29 -
【参考文献】	- 30 -

【目的】

本事業では、集団健診における高齢者のうつ病の早期発見支援のために、人材育成とそのための研修方法の開発を行った。2010年度に同様の事業を行ったのと同じ東京都板橋区で、2011年度に地域包括支援センター職員らを対象に、うつ病の早期発見のためのアセスメント講習、実地研修及びフィードバック講習会を行う事業を行いながら、2010年度からの講習プログラムの改良が地域包括支援センター職員のアセスメント技術の向上に与える影響を調査した（図1）。

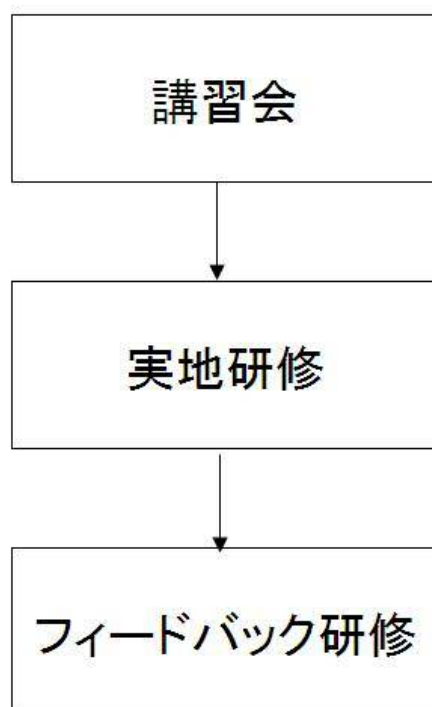


図1 本事業におけるアセスメント研修の流れ

【方法】

地域包括支援センター職員らに、厚生労働省のうつ予防・支援マニュアルの中で示されている「うつ2次アセスメント」実施のための講習を行ったあと、集団健診の会場で職員らによるうつ2次アセスメントを実施した。アセスメントによりうつ病の疑われた者とともにうつ病の疑われなかった者に対しても精密検診の受診を依頼し、受診の承諾が得られた者に対して精神科医が診断面接を行った。職員らが行った2次アセスメントの結果と精神科医が確定した診断結果を照らし合わせ、アセスメントの精度を算出し、心理士らが行ったアセスメント精度や2010年度のアセスメント精度と比較した。心理士らは地域包括支援センター職員に比べうつ病のアセスメントの経験が豊富であることが潜在的に見込まれる職能である。職員のアセスメントの精度を心理士のそれと比較することで、職員の精度の相対的評価が可能となると考えた。なお、2010年度の事業では、心理士らに比べて職員らのアセスメント精度は低い傾向が認められた。

1. 講習会

講習は2011年9月に、1回2時間30分の講習会方式で実施し、出来るだけ多くの研修参加者を得るため、東京都健康長寿医療センター研究所の会議室で2回、東邦大学で1回の計3回、同じ内容で開催した。改良した講習プログラムは、自殺予防よりもADL低下予防の観点を強調するとともに、2010年度までの事業の成果を踏まえて、うつ病のケースの発見漏れ（うつ病の者を2次アセスメントでアセスメント陰性と判断してしまうこと）を防ぐために、うつ病の生活の障害を幅広く捉えることにアクセントを置いた内容で、モデルケースを提示しながらすすめる形式である。

2011年度の講習時間は、2010年度の2時間に比べ30分増やしており、この増加分は主に、高齢者に特徴的なうつ病の症状や経過の特徴が講習参加者に伝わるよう提示するモデルケースの例数を増やすことに充てられた。

2. 2次アセスメント

講習会に参加した地域包括支援センター職員と臨床心理士らが、2011年10月に、東京都健康長寿医療センター研究所が行う介護予防のための総合的健康調査（お達者健診）において、厚生労働省のうつ予防・支援マニュアルに示されているうつ2次アセスメントを実施した。

2次アセスメントの対象は、健診受診者のうち健診の一環で行われた基本チェックリストのうつ予防・支援の5項目中、2項目に該当し、かつMini-Mental States of Examination(MMSE)が24点以上で認知機能の保たれた者である。2次アセスメントは、改訂版と旧版との2つの版があるが今回の調査では同じ対象者に新旧両方の版を用いてアセスメントが行われた（図2：改訂版うつ2次アセスメント、図3：旧版うつ2次アセスメント）。

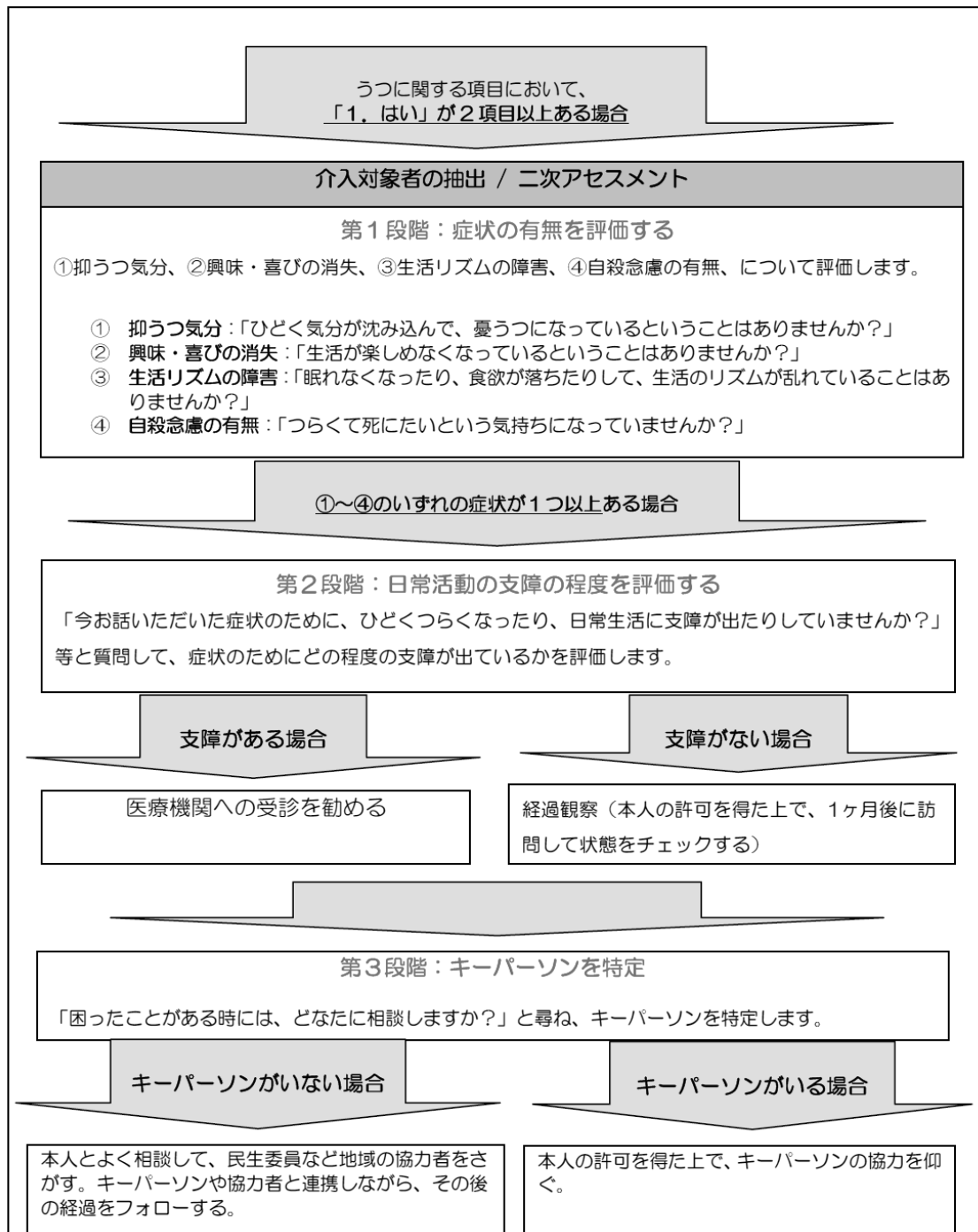


図2 厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル(改訂版)」うつ2次アセスメント

1. うつ気分（ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続）が2週間以上持続	
2. 興味や喜びの喪失（ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続）が2週間以上持続	
3. 食欲の減退または増加：下記のうちいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・[食欲低下] が2週間以上持続 ・[体重減少] が1ヶ月に3kg以上 ・[食欲増加] が2週間以上持続 ・[体重増加] が1ヶ月に3kg以上 	
4. 睡眠障害（不眠または睡眠過多）：下記のうちいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・[不眠] が2週間以上持続 ・[過眠] が2週間以上持続 	
5. 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）：下記のうちいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・[動きが遅くなった] が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された ・[じっとしてられない] が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された 	
6. 疲れやすさ・気力の減退が2週間以上持続	
7. 強い罪責感（自分に価値がない、罪悪感）が2週間以上持続	
8. 思考力や集中力の低下（決断困難／思考力減退／集中力減退）が2週間以上持続	
9. 自殺への思い：下記のうちいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・[死についての反復思考] が2週間以上持続 ・[自殺念慮（自殺をしたいと思うこと）] が2週間以上 持続 ・[自殺念慮] に具体的な計画が伴っている ・[自殺念慮] を実際に行動に移した（自殺企図） 	(個別の項目の質問方法に関しては 資料2. 「うつ病の特徴的症状と質問の仕方」 (**頁) を参考にしてください)

評価のプロセス

1) 第一段階

「1. うつ気分」または「2. 快感消失」のいずれかの症状が存在しているかどうかを評価します。

2) 第二段階

「1. うつ気分」か「2. 快感消失」のいずれかの症状が存在している場合に

①上記の「1. 抑うつ気分」から「9. 自殺への思い」の9つの症状を評価して、存在する症状の全体の数を把握します

②以下の基準に従って重症度を評価します

0. うつ状態にない：症状が1個以下

1. 軽うつ状態：症状が2-4個で、心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

2. うつ病（軽度）：症状が5個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

4. うつ病（中等度）：症状が6-7個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

5. うつ病（重度）：症状が8-9個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

図3 「うつ予防・支援マニュアル(案)旧版」うつ2次アセスメント

お達者健診の対象者は、板橋区内に在住の 65～84 歳の男女である。区内の一定地域の全員 7,162 人を住民基本台帳から抽出し、施設入所者、過去のお達者健診参加者を除外した 6,699 人に対して案内状を発送した（図 4）。

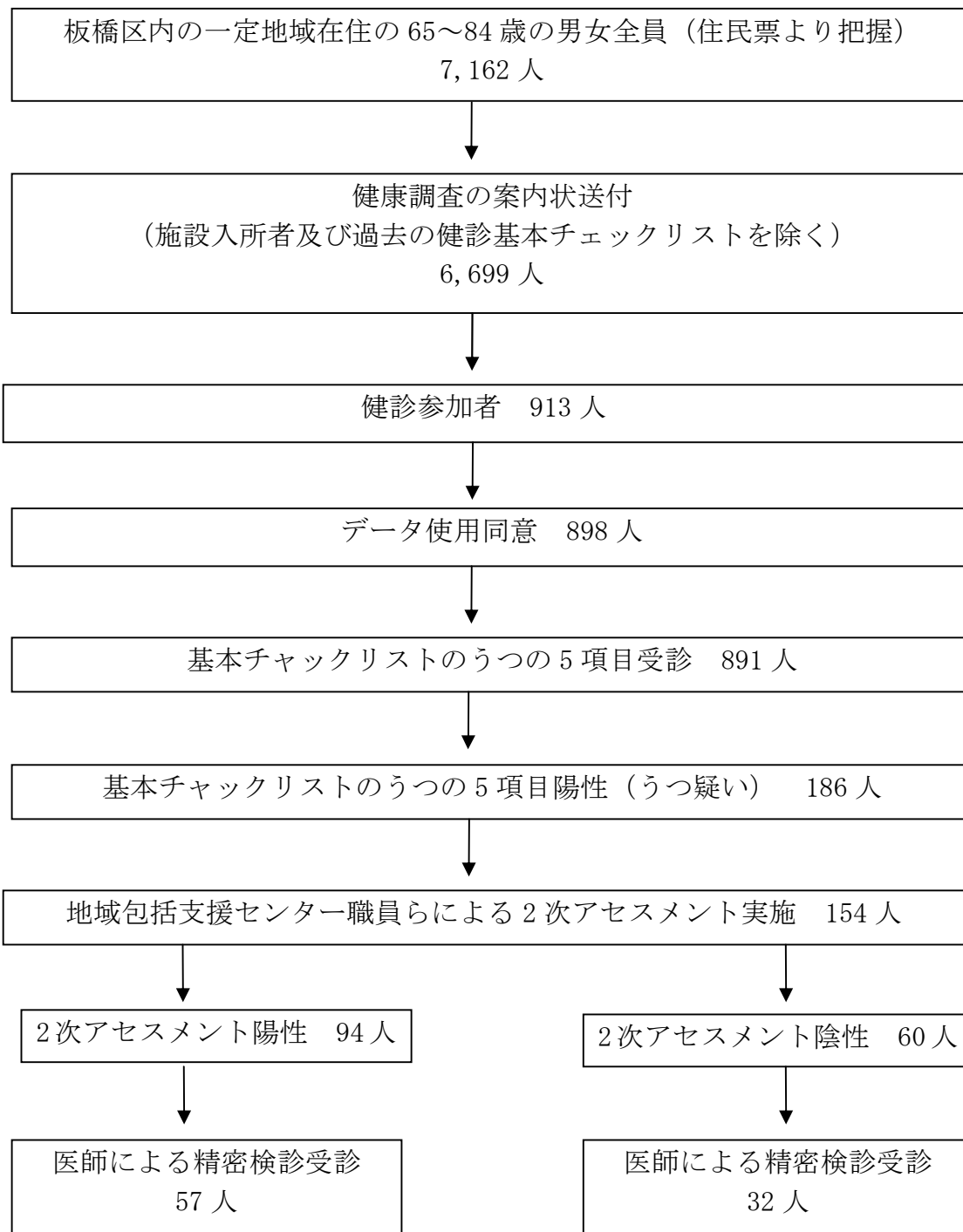


図4 介護予防のための総合的健康調査におけるリクルートから医師面接まで

3. 医師による精密検診

医師による精密検診は、2011年10月～11月にかけて実施された。診断は、Structured Clinical Interview for DSM-IV を用いた構造化面接で行われた。また臨床的に意味のある重症度のうつ病を同定するため、うつ病の疑われた者には、21項目版 Hamilton Depression Scale (HAM-D) を実施した。臨床研究では、HAM-D7 点以上がうつ病の者を選ぶ1つの基準である。医師の面接に先だて、心理士が予備的面接を行った。なお、医師面接枠に空きがあった場合には、基本チェックリスト陰性者の一部についても、医師面接受診を勧奨した。

4. 精度の分析

(1) 至適基準が大うつ病性障害の場合

医師による精密検診にて DSM-IV-TR 大うつ病性障害と診断された者を至適基準とし、次の3つの場合の地域包括支援センター職員または心理士などの行ったうつ2次アセスメントの感度と特異度を算出し示した(図5)。

感度とは病気を持っている人の何%が検査で病気と正しく判断されるか(検査陽性と判断されるか)を示す指標であり、特異度とは病気ではない人の何%が検査で病気ではないと正しく判断されるかを示す値で、臨床検査の精度を表す代表的な指標である。本事業における病気はうつ病であり、病気ではないとは非うつのことである。

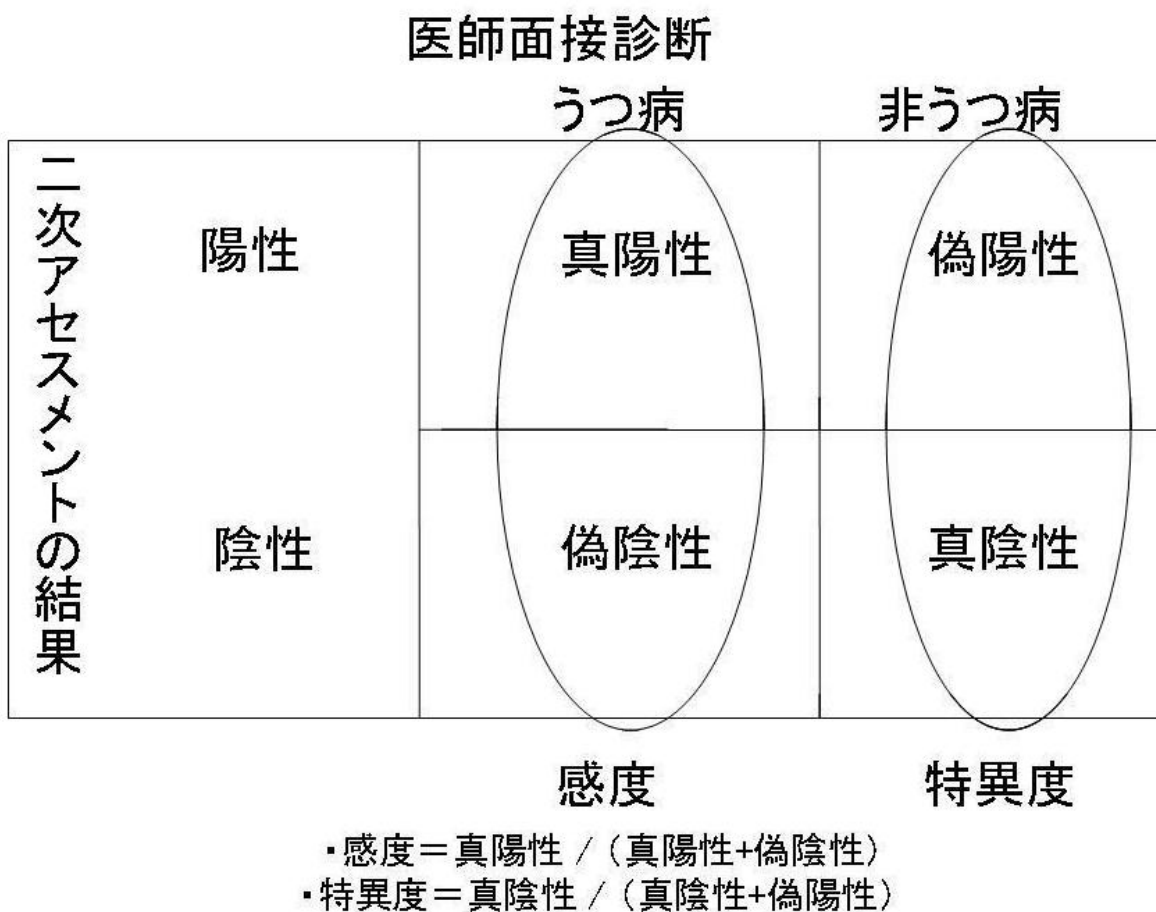


図5 本調査における感度と特異度

- 1) 改訂版うつ2次アセスメントの第1段階（症状の有無を評価する）において1項目以上該当し、かつ第2段階（日常活動の支障の程度を評価する）において支障があると判断された者をアセスメント陽性とした場合の2次アセスメントの感度と特異度。
- 2) 改訂版うつ2次アセスメントの第1段階で1項目以上に該当した者をアセスメント陽性とした場合（つまり第2段階の生活の支障の有無を問わない場合）の2次アセスメントの感度と特異度。
- 3) 旧版うつ2次アセスメントの評価プロセスで重症度が1～5と判断された者をアセスメント陽性とした場合の2次アセスメントの感度と特異度。

(2) 至適基準が広義のうつ病の場合

医師による精密検診にてDSM-IV-TRの大うつ病性障害またはその他のうつ病（DSM-IV-TRの大うつ病性障害不全寛解、小うつ病性障害、気分変調性障害、抑うつを伴う適応障害、一般身体疾患による気分障害、特定不能のうつ病に小うつ病性エピソードを加えた）と診断された者を「広義のうつ病」と定義して至適基準とし、次の3つの場合の2次アセスメントの感度と特異度を求めた。なお、ここでいう小うつ病エピソードとは、小うつ病性障害の診断基準A、C、Dを満たすが、除外基準であるB基準は満たさない者とした（つまり過去に大うつ病性エピソードと気分変調性障害の気分障害の既往があった者である）。小うつ病エピソードと小うつ病性障害ではHAM-D7点未満の者を広義のうつ病が除外した（一般身体疾患によるうつ病と気分変調性障害についてはHAM-Dの7点未満の者も残した）。

- 1) 改訂版うつ2次アセスメントの第1段階（症状の有無を評価する）において1項目以上該当し、かつ第2段階（日常活動の支障の程度を評価する）において支障があると判断された者をアセスメント陽性とした場合の2次アセスメントの感度と特異度。
- 2) 改訂版うつ2次アセスメントの第1段階で1項目以上に該当した者をアセスメント陽性とした場合の感度と特異度（つまり第2段階の生活の支障の有無を問わない場合）の2次アセスメントの感度と特異度。
- 3) 旧版うつ2次アセスメントの評価プロセスで重症度が1～5と判断された者をアセスメント陽性とした場合の2次アセスメントの感度と特異度。

【結果】

1. 講習

講習会参加者は計21人で、その内訳は、10の地域包括支援センターから参加した15人と本事業のために雇用した心理士5人と精神保健福祉士1人であった。これらのうち、10地域包括支援センターの職員12人と、心理士5人及び精神保健福祉士1人とが、2次アセスメントを担当した。

地域包括支援センター職員の10人と心理士1人は、2011年度初めて講習に参加した2次アセスメントの経験1年目の者で、残る7人は2010年度の講習会にも参加し2次アセスメントの経験が2年目となる者である。

2. 2次アセスメントの実績

お達者健診受診者数は 913 人（受診率；13.6%）であったが、調査研究のためのデータ使用について同意した 898 人（平均年齢 73.5 歳（標準偏差 5.0 歳））を本事業の分析対象者とした。このうち、面接法によって基本チェックリスト「うつ 5 項目（問 21～25）」の回答を得たのは 891 人で、2次アセスメントの対象者となる 5 項目中 2 項目以上該当者は 186 人（20.9%）であった。この中から、対象者本人の同意のもと 154 人に 2次アセスメントが実施され、このうち 73 人分がセンター職員によって、残る 81 人が心理士・精神保健福祉士によって行われた。

図 4 と図 6 に示すように、2次アセスメント実施 154 人のうち、改訂版または旧版で陽性と判断されたのは 94 人であった。このうち改訂版 2次アセスメントで陽性と判断された者は 88 人、旧版 2次アセスメントで陽性と判断された者は 71 人で、65 人は新旧両方のアセスメントで陽性であった（表 1 と図 6）。両 2次アセスメントの陽性率は、センター職員と心理士などとの間で差を認めなかった。

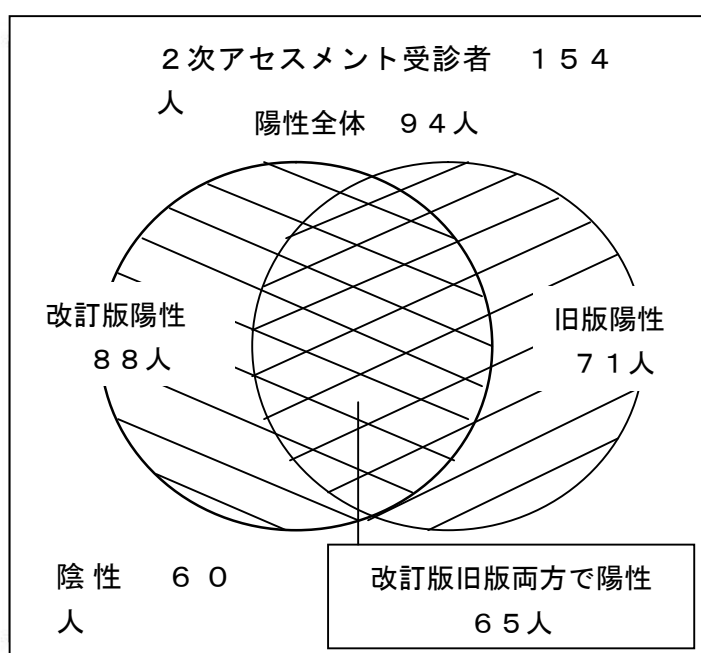


図6 2次アセスメント受診者の陽性と陰性の人数

表1 アセスメント数と陽性者の割合および医師面接参加者数

アセスメント数(A)	陽性者(B)						医師面接参加者				
	改訂版		旧版		改訂版 or 旧版		全参加者		A or B の陽性者		
計	N/全体	%	N/全体	%	N/全体	%	N	% (A が分母)	N	% (B が分母)	
センター職員	73	40/73	54.8	34/73	46.6	45/73	61.6	41	56.2	28	62.2
心理士等	81	48/81	59.3	37/81	45.7	49/81	60.5	48	59.3	29	59.2
	154	88/154	57.1	71/154	46.1	94/154	61.3	89	57.8	57	60.6

職員による改訂版2次アセスメントの各症状の陽性判断率（該当者の割合）は、「抑うつ気分」で最も高く58.6%で、「自殺念慮」が最も低く16.9%であった（表2）。職員の症状の陽性判断率は、「生活リズムの障害」で心理士などよりも低い傾向が認められた（33.8% vs. 49.4%。P=0.052）。しかし、2次アセスメントの第1段階において、1症状以上で陽性と判断された者の割合は、センター職員と心理士などの間で差がなかった（67.1% vs. 75.3%）。改訂版2次アセスメント陽性者における受診勧奨への応諾者の割合は、センター職員と心理職との間で差を認めなかった（62.5% vs. 62.5%）。

表2 改訂版2次アセスメント各項目の陽性判断率

2次アセスメント項目		全体		地域包括職員		心理士等		p
		N	%	N	%	N	%	
抑うつ気分	該当	79	52.3	41	58.6	38	46.9	.153
	非該当	72	47.7	29	41.4	43	53.1	
興味、喜びの喪失	該当	58	38.4	27	38.6	31	38.3	.970
	非該当	93	61.6	43	61.4	50	61.7	
生活リズムの障害	該当	64	42.1	24	33.8	40	49.4	.052
	非該当	88	57.9	47	66.2	41	50.6	
自殺念慮の有無	該当	26	17.1	12	16.9	14	17.3	.950
	非該当	126	82.9	59	83.1	67	82.7	
改訂版1項目以上該当	該当	108	71.5	47	67.1	61	75.3	.268
	非該当	43	28.5	23	32.9	20	24.7	
改訂版2次アセスメント陽性	該当	88	57.1	40	54.8	48	59.3	.576
	非該当	66	42.9	33	45.2	33	40.7	
医師面接参加承諾有無 (改訂版陽性者中)	承諾	55	62.5	25	62.5	30	62.5	1.000
	非承諾	33	37.5	15	37.5	18	37.5	

職員による旧版2次アセスメントの各症状の陽性判断率（該当者の割合）は、「興味・喜びの喪失」で最も高く37.0%、「自殺念慮の有無」が最も低く23.5%であった（表3）。それらを含む各症状の陽性判断率は、職員と心理士などとの間で差がなかった。なお、旧版2次アセスメントの手続では、表中の「食欲の減退または増加」から「自殺念慮の有無」まで7つの症状は、「抑うつ気分」または「興味、喜びの喪失」に該当した者についてのみアセスメントが行われることになっている。よって表中の自殺念慮など7症状の陽性判断率の分母は、「抑うつ気分」または「興味、喜びの喪失」に該当した者である。旧版2次アセスメントを受けた者全体を分母とした場合の値はさらに低く、例えば地域包括職員における「自殺念慮の有無」の該当者割合は8/73で11.0%と計算される。

また旧版2次アセスメントの最終的な判定において、職員が陽性（9つの症状項目のうち2項目以上に該当し、そのうち少なくとも1つは抑うつ気分または興味・喜びの喪失）と判断した者の割合は46.6%で心理士などの45.7%と差がなかった。旧版2次アセスメント陽性者における受診勧奨への応諾者の割合は、センター職員と心理職との間で差を認めなかった（66.7% vs. 64.9%）。

表3 旧版2次アセスメント各項目の陽性判断率

旧版の2次アセスメント項目		全体		地域包括職員		心理士等		p
		N	%	N	%	N	%	
抑うつ気分	該当	49	32.0	25	34.2	24	30.0	.574
	非該当	104	68.0	48	65.8	56	70.0	
興味、喜びの喪失	該当	53	34.6	27	37.0	26	32.5	.560
	非該当	100	65.4	46	63.0	54	67.5	
食欲の減退または増加	該当	29	40.8	12	35.3	17	45.9	.362
	非該当	42	59.2	22	64.7	20	54.1	
睡眠障害	該当	37	52.1	17	50.0	20	54.1	.733
	非該当	34	47.9	17	50.0	17	45.9	
精神運動障害	該当	19	27.5	12	36.4	7	19.4	.116
	非該当	50	72.5	21	63.6	29	80.6	
易疲労感	該当	55	78.6	24	72.7	31	83.8	.260
	非該当	15	21.4	9	27.3	6	16.2	
罪責感	該当	20	29.4	11	33.3	9	25.7	.491
	非該当	48	70.6	22	66.7	26	74.3	
思考力・集中力の低下	該当	41	59.4	20	60.6	21	58.3	.848
	非該当	28	40.6	13	39.4	15	41.7	
自殺念慮	該当	21	29.2	8	23.5	13	34.2	.320
	非該当	51	70.8	26	76.5	25	65.8	
B基準 (大うつ・小うつ/非該当)	該当	71	46.1	34	46.6	37	45.7	.911
	非該当	83	53.9	39	53.4	44	54.3	
医師面接参加承諾有無 (旧版陽性者中)	承諾	46	65.7	22	66.7	24	64.9	.874
	非承諾	24	34.3	11	33.3	13	35.1	

3. 医師による診断面接（精密検診）

2次アセスメント陽性者94人（改訂版由来88人、旧版由来71人）のうち、60.6%にあたる57人（改訂版由来52人、旧版由来46人）が医師による精密検診を受診した。また、改訂版と旧版のいずれの2次アセスメントでも陰性であった60人のうち、53.3%にあたる32人が勧奨に応じて精密検診を希望し受診した。つまり、2次アセスメント受診者154人のうち、89人が精

密検診を受診した。このうち、センター職員が2次アセスメントを担当したのが41人で、心理士などが2次アセスメントを担当したのが48人である。なお、この他に、基本チェックリスト陰性者（つまり2次アセスメントを受診していない者）のうち、4人が医師面接を希望し受診した。これにより医師面接（精密検診）の参加者は、計93人であった。

2次アセスメント受診者における医師面接の結果を表4に示した。大うつ病性障害の者が16人同定され、このうち9人がセンター職員による改訂版または旧版2次アセスメント由来、7人が心理士などによる改訂版または旧版2次アセスメント由来であった。この他、小うつ病性障害の者が18人、小うつ病エピソードの者3人などが同定された。表4の大うつ病性障害から気分変調性障害までが本研究において臨床的な意義のあるうつ病として定義した広義のうつ病（【方法】の「4. 精度の分析」の項参照）であり、計41人同定され、そのうちセンター職員による2次アセスメント由来が22人、心理士などによる2次アセスメント由来が19人であった。表4にあるように、アルコール依存症が3人いたが、そのうち1人は治療中だったので以後の解析から除外した。

基本チェックリスト陰性者で医師面接を受けた4人の診断結果は、睡眠障害が3人、健常が1人であった。

表4 医師によるうつ病の精密検査(SCIDを用いたうつ病の診断)の結果
—2次アセスメント受診者—

診断名	センター職員	心理士	全体
	N (%)	N (%)	N (%)
大うつ病性障害	9 (21.9)	7 (14.6)	16 (17.8)
大うつ病性障害不全寛解	0 (-)	0 (-)	0 (-)
小うつ病性障害	10 (24.3)	8 (16.7)	18 (20.2)
小うつ病エピソード	1 (2.4)	2 (4.2)	3 (3.4)
一般身体疾患による気分障害	1 (2.4)	1 (2.1)	2 (2.2)
気分変調性障害	1 (2.4)	1 (2.1)	2 (2.2)
小うつ病性障害 (HAMD7 点未満)	1 (2.4)	4 (8.3)	5 (5.6)
小うつ病エピソード(HAMD7 点未満)	1 (2.4)	1 (2.1)	2 (2.2)
アルコール依存症#	1 (2.4)	2 (4.2)	3 (3.4)
死別反応	0 (-)	1 (2.1)	1 (1.1)
なし	16 (39.0)	21 (43.8)	37 (41.6)
合計	41 (100.0)	48 (100.0)	89 (100.0)

#治療中の者を1名含む

4. 2次アセスメントの精度

(1) 至適基準が大うつ病性障害の場合

1) 改訂版2次アセスメントの第2段階まで含めて陽性と判断した場合の精度

改訂版2次アセスメントを受診し、かつ医師面接を受診した89人全員のうち、改訂版2次アセスメント陽性者は51人(57.3%)であった。センター職員が担当した41人における陽性者は24人(58.5%)で、心理士らが担当した48人における陽性者は27人(56.3%)であった。これらと、医師による大うつ病性障害の診断の有無の結果を照合した結果を表に示した(表5, 6, 7)。

表5 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
— 全アセスメント —

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	14	87.5	37	51.4
	陰性	2	12.5	35	48.6

表6 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
— 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント —

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	9	100.0	15	46.9
	陰性	0	0.0	17	53.1

表7 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
— 心理士など担当分のアセスメント —

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	5	71.4	22	55.0
	陰性	2	28.6	18	45.0

医師面接受診者全員における改訂版2次アセスメントの感度と特異度は、87.5%と48.6%であった(表5)。センター職員に限った場合の感度と特異度は、100.0%と53.1%(表6)で、心理士らに限った場合の感度と特異度は71.4%と45.0%(表7)であった。

2) 改訂版2次アセスメントの第1段階までで陽性と判断した場合の精度

大うつ病性障害に対して改訂版2次アセスメントの第1段階で1項目以上に該当した者をアセスメント陽性とした場合の感度と特異度は、全体で100.0%と30.0%（表8）、センター職員に限った場合は100.0%と40.0%（表9）、心理士に限った場合は100.0%と22.5%（表10）であった。

表8 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメント第1段階の感度と特異度
－ 全アセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	16	100.0	49	70.0
	陰性	0	0.0	21	30.0

表9 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメント第1段階の感度と特異度
－ 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	9	100.0	18	60.0
	陰性	0	0.0	12	40.0

表10 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメント第1段階の感度と特異度
－ 心理士など担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	7	100.0	31	77.5
	陰性	0	0.0	9	22.5

3) 旧版2次アセスメントの精度

旧版2次アセスメントを受診し、かつ医師面接を受診した89人全員のうち、データ欠損がなかった88人において、旧版2次アセスメントで「うつ病疑い（陽性者）」は43人（48.9%）であった。センター職員が担当した41人における陽性者は22人（53.7%）で、心理士らが担当した47人における陽性者は21人（44.7%）であった。これらと、医師による大うつ病性障害の診断の有無を照合した結果を表に示した（表11, 12, 13）。

表11 大うつ病性障害を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
－ 全アセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	13	81.3	30	41.7
	陰性	3	18.8	42	58.3

表12 大うつ病性障害を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
－ 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	7	77.8	15	46.9
	陰性	2	22.2	17	53.1

表13 大うつ病性障害を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
－ 心理士など担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	6	85.7	15	37.5
	陰性	1	14.3	25	62.5

医師面接受診者全員における旧版2次アセスメントの感度と特異度は、81.3%と58.3%であった（表11）。センター職員に限った場合の感度と特異度は、77.8%と53.1%（表12）で、心理士らに限った場合の感度と特異度は85.7%と62.5%（表13）であった。

(2) 至適基準が広義のうつ病の場合

1) 改訂版2次アセスメントの第2段階まで含めて陽性と判断した場合の精度

改訂版2次アセスメントを受診し、かつ医師面接を受診した89人全員のうち、改訂版2次アセスメント陽性者は51人(57.3%)であった。センター職員が担当した41人における陽性者は24人(58.5%)で、心理士らが担当した48人における陽性者は27人(56.3%)であった。これらと、医師による広義のうつ病の診断の有無を照合した結果を表に示した(表14, 15, 16)。

表14 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
- 全アセスメント -

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	32	78.0	19	40.4
	陰性	9	22.0	28	59.6

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

表15 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
- 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント -

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	18	81.8	6	31.6
	陰性	4	18.2	13	68.4

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

表16 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
- 心理士など担当分のアセスメント -

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	14	73.7	13	46.4
	陰性	5	26.3	15	53.6

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

改訂版2次アセスメント受診者における感度と特異度は、78.0%と59.6%であった(表14)。センター職員に限った場合の感度と特異度は、81.8%と68.4%であった(表15)。偽陰性者は4名で、いずれも小うつ病性障害の者であった。センター職員が2次アセスメントを行った41人のうち、小うつ病性障害の者は10人認められたが(表4)、その3割が2次アセスメント陰性でありアセスメントの結果、発見漏れとなっていた。

2) 改訂版2次アセスメントの第1段階までで陽性と判断した場合の精度

広義のうつ病に対して改訂版2次アセスメントの第1段階で1項目以上に該当した者をアセスメント陽性とした場合の感度と特異度は、全体で87.8%と35.6%（表17）、センター職員に限った場合は86.4%と52.9%（表18）、心理士に限った場合は89.5%と25.0%（表19）であった。

表17 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
第1段階の感度と特異度
－ 全アセスメント －

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	36	87.8	29	64.4
	陰性	5	12.2	16	35.6

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

表18 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
第1段階の感度と特異度
－ 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	19	86.4	8	47.1
	陰性	3	13.6	9	52.9

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

表19 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメント
第1段階の感度と特異度
－ 心理士など担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	17	89.5	21	75.0
	陰性	2	10.5	7	25.0

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

3) 旧版2次アセスメントの精度

旧版2次アセスメントを受診し、かつ医師面接を受診した89人全員のうち、データ欠損がなかった88人において、「軽うつ状態」、「うつ病疑い」または「気分変調性障害疑い」と2次アセスメントで判定された者は43人(48.9%)であった。センター職員が担当した41人における陽性者は22人(53.7%)で、心理士らが担当した47人における陽性者は21人(44.6%)であった。これらと、医師による広義のうつ病の診断の有無と照合した結果を表に示した(表20, 21, 22)。

表20 広義のうつ病*を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
— 全アセスメント —

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	29	70.7	14	29.8
	陰性	12	29.3	33	70.2

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

表21 広義のうつ病*を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
— 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント —

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	17	77.3	5	26.3
	陰性	5	22.7	14	73.7

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

表22 広義のうつ病*を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
— 心理士など担当分のアセスメント —

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	12	63.2	9	32.1
	陰性	7	36.8	19	67.9

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

旧版2次アセスメント受診者における感度と特異度は、全体では70.7%と70.2%で(表20)、センター職員に限った場合は77.3%と73.7%(表21)、心理士などに限った場合は63.2%と67.9%(表22)であった。

5. 事業参加1年目の者の結果

表23に事業参加1年目の者の改訂版2次アセスメント各項目の陽性判断率を示した。地域包括支援センター職員の各項目の陽性判断率は2年目の者を含めた場合の判断率(表2)とほぼ同じ値であったが、自殺念慮はやや低かった(12.1% vs. 12.5%)。

表23 改訂版2次アセスメント各項目の陽性判断率

－ 事業参加1年目の者 －

2次アセスメント項目		全体		地域包括職員		心理士		p
		N	%	N	%	N	%	
抑うつ気分	該当	35	53.0	33	56.9	2	25.0	.090
	非該当	31	47.0	25	43.1	6	75.0	
興味、喜びの喪失	該当	26	39.4	22	37.9	4	50.0	.513
	非該当	40	60.6	36	62.1	4	50.0	
生活リズムの障害	該当	23	34.8	20	34.5	3	37.5	.867
	非該当	43	65.2	38	65.5	5	62.5	
自殺念慮の有無	該当	8	12.1	7	12.1	1	12.5	.972
	非該当	58	87.9	51	87.9	7	87.5	
改訂版1項目以上該当	該当	44	66.7	39	67.2	5	62.5	.790
	非該当	22	33.3	19	32.8	3	37.5	
改訂版2次アセスメント陽性	該当	37	56.1	32	55.2	5	62.5	.695
	非該当	29	43.9	26	44.8	3	37.5	
医師面接参加承諾有無 (A基準に該当)	該当	24	64.9	20	62.5	4	80.0	.446
	非該当	13	35.1	12	37.5	1	20.0	
医師面接参加承諾有無 (いずれかの基準に該当)	該当	25	64.1	21	61.8	4	80.0	.427
	非該当	14	35.9	13	38.2	1	20.0	

表 2 4 は、事業参加 1 年目の者の旧版 2 次アセスメント各項目の陽性判断率を示した。地域包括支援センター職員の各項目の陽性判断率は 2 年目の者を含めた場合の判断率（表 3）とほぼ同じ値であった。

表 24 旧版 2 次アセスメント各項目の陽性判断率

2 次アセスメント項目		全体		地域包括職員		心理士		p
		N	%	N	%	N	%	
抑うつ気分	該当	21	31.8	20	34.5	1	12.5	.211
	非該当	45	68.2	38	65.5	7	87.5	
興味、喜びの喪失	該当	20	30.3	19	32.8	1	12.5	.242
	非該当	46	69.7	39	67.2	7	87.5	
食欲の減退または増加	該当	8	30.8	8	32.0	0	0.0	.497
	非該当	18	69.2	17	68.0	1	100.0	
睡眠障害	該当	13	50.0	13	52.0	0	0.0	.308
	非該当	13	50.0	12	48.0	1	100.0	
精神運動障害	該当	10	40.0	10	41.7	0	0.0	.405
	非該当	15	60.0	14	58.3	1	100.0	
易疲労感	該当	17	68.0	16	66.7	1	100.0	.484
	非該当	8	32.0	8	33.3	0	0.0	
罪責感	該当	7	28.0	7	29.2	0	0.0	.524
	非該当	18	72.0	17	70.8	1	100.0	
思考力・集中力の低下	該当	16	64.0	15	62.5	1	100.0	.444
	非該当	9	36.0	9	37.5	0	0.0	
自殺念慮	該当	6	23.1	5	20.0	1	100.0	.063
	非該当	20	76.9	20	80.0	0	0.0	
B 基準 (大うつ・小うつ/非該当)	該当	25	37.9	24	41.4	1	12.5	.114
	非該当	41	62.1	34	58.6	7	87.5	
医師面接参加承諾有無 (B 基準に該当)	該当	16	64.0	15	62.5	1	100.0	.444
	非該当	9	36.0	9	37.5	0	0.0	

地域包括支援センター職員で事業参加 1 年目の者のアセスメント精度を表 2 5～2 8 に示した。大うつ病性障害を至適基準とした場合の 1 年目の職員の感度と特異度は改訂版 2 次アセスメントで 100.0%と 50.0%、旧版 2 次アセスメントで 75.0%と 62.5%であった。広義のうつ病を至適基準とした場合の感度と特異度は、改訂版 2 次アセスメントで 87.5%と 62.5%、旧版で 68.3%と 75.0%であった。

表25 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
 - 事業参加1年目の地域包括支援センター職員担当分のアセスメント -

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	8	100.0	12	50.0
	陰性	0	0.0	12	50.0

表26 大うつ病性障害を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
 - 事業参加1年目の地域包括支援センター職員担当分のアセスメント -

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	6	75.0	9	37.5
	陰性	2	25.0	15	62.5

表27 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
 - 事業参加1年目の地域包括支援センター職員担当分のアセスメント -

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	14	87.5	6	37.5
	陰性	2	12.5	10	62.5

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

表28 広義のうつ病*を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
 - 事業参加1年目の地域包括支援センター職員担当分のアセスメント -

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	11	68.8	4	25.0
	陰性	5	31.3	12	75.0

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

6. フィードバック研修

2011年2月1日、板橋区立おとしより保健福祉センターにおいて研修参加者に研修成果をフィードバックするための研修会を開催した。参加者は実地研修に参加した地域包括支援センター職員12人全員であった。研修時間は2時間で、事前講習の内容を再確認した後、医師面接の結果と全体としての2次アセスメントの精度が高かったことを報告するとともに、職員1人ずつのアセスメントの感度と特異度を個別にフィードバックした。さらに、偽陰性例（発見漏れ）や偽陽性例（非うつ病の人をうつ病と判断してしまう誤り）について、アセスメントの問題点と改善点についての話し合いを行った。

【考察】

板橋区及び東邦大学で2次アセスメントの講習会を行い、板橋区において2次アセスメントの実施と医師による精密検診を実施した。講習会参加者は21人で、計155人の2次アセスメントが行われ、全94人に対して医師が診断面接を行った。地域包括支援センター職員は、74人分の2次アセスメントを担当し、そのうち42人が医師面接を受けた。2011年度の講習会では、アセスメントでのうつ病の発見漏れを防ぐため、つまり感度を高めるため、2010年度の講習会に比べ、典型的なうつ病のモデル症例の解説を増強し、地域高齢者のうつ病の特徴がより伝わるよう内容の改善を行った。

典型的なうつ病では「興味・喜びの減退」が特徴的なので、そのアセスメント技術が学習できるようにアクセントを置いた。興味・喜びの減退は生活の変化として現れるが、未治療期間が2～3年に及ぶうつ病の疫学的特徴を踏まえ、最近2週間の変化ではなく、より以前からの生活の変化を捉えるよう提案した。

1. 改訂版2次アセスメントの精度

職員による改訂版2次アセスメントの感度と特異度は、大うつ病性障害を至適基準とした場合100%と53.1%（表6）、広義のうつ病を至適基準とした場合の感度と特異度は、改訂版で81.8%と68.4%であった（表15）。これらの値は、前年度の同一の地域・形式で実施した健診から得られた職員の精度（表29と表30）と比べて、どちらの至適基準でも、特異度が約10%低くなっていた。

表29 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度

－ 2010年度 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	1	100.0	8	36.4
	陰性	0	0.0	14	63.6

表30 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメントの感度と特異度
 - 2010年度 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント -

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
改訂版	陽性	N	%	N	%
		陰性	6	66.7	3
		3	33.3	11	78.6

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

他方、感度については、広義のうつ病が至適基準の場合前年度の職員に比べ15%程度高くなっていた。大うつ病性障害が至適基準の場合の感度は、前年度も100%だったので、上昇は認められないが、前年度の事業においては職員が改訂版2次アセスメントを行って医師面接に結びついた者は23人と少なく、大うつ病性障害の者が1人しかいなかった。前年度は偶然高い感度が得られていた可能性が高いと考える。職員の中で、前年度に比べてうつ病の発見漏れを減らす意識が徹底され、このことが、全体として感度を高め、他方でトレードオフの関係により特異度が低下したと解釈出来る。

改訂版2次アセスメントの感度の上昇と特異度の低下は、前年度の職員に対して2011年度に初めて本事業に参加した職員を比較させるとより明瞭であった。改訂版2次アセスメントの精度は、広義のうつ病が至適基準の場合、2011年度に初めて本事業に参加した職員の感度が87.5%で特異度が62.5%（表27）であり、表30に示された前年度の値に比較して、感度は約20%あまり高く特異度は16%あまり低くなっていた。大うつ病が至適基準の場合も、2011年度に初めて本事業に参加した職員の特異度は50.0%（表25）で2010年に比較して約13%低かった。

うつ病の発見漏れを減らすための講習上の強調ポイントの1つは、職員が生活の障害をより広く捉えられるようにすることであった。2009年度までの本事業の成績から、職員はうつ症状を認知するが、それらが生活に影響を与えていない、すなわち生活の障害がない、と判断する傾向のあることが明らかになっている。

改訂版2次アセスメントは、うつ症状の把握と生活の障害の評価との2段階からなるが、この第2段階目での生活の障害の見落としが、偽陰性を増大させる要因となっていた。こうした経験を踏まえて改訂版2次アセスメントの第1段階だけを用いて評価する方法の利用が2009年度には示唆されたが、2010年度の事業は、この方法を採用し難いことを示していた。つまり、生活の障害を評価しないことは、感度の上昇をもたらすが、特異度の著しい低下をもたらしていた（表31と表32。至適基準が大うつ病性障害の場合18%、広義のうつ病の場合で28%）。2次アセスメント第2段階の生活の障害の把握力を高めることが、2次アセスメントの重要な講習ポイントとなった訳である。

表31 大うつ病性障害を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメント

第1段階の感度と特異度

－ 2010年度 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	1	100.0	18	81.8
	陰性	0	0.0	4	18.2

表32 広義のうつ病*を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメント

第1段階の感度と特異度

－ 2010年度 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
改訂版	陽性	9	100.0	10	71.4
	陰性	0	0.0	4	28.6

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

2011年度の職員の広義のうつ病を至適基準とした場合の改訂版2次アセスメント第1段階の感度は86.4%（表18）で、本来の感度（第2段階までの感度）81.8%（表15）に比べ5%弱高いだけに過ぎなかった。このことは職員が第2段階の生活の障害の把握力を高め、生活障害のある者が“症状はあるけれど生活の障害はない”と判断して第2段階でうつ病の者をうつ病ではないと判断すること、つまり発見漏れが減ったことを意味する。

他方、2011年度の改訂版2次アセスメント第1段階の特異度は、至適基準が大うつ病性障害の場合が40%（表9）、広義のうつ病の場合が52.9%（表18）で、2010年度の改訂版2次アセスメントの第1段階だけを用いた場合の特異度に比べてかなり高かった。このことは、職員が、うつ病の発見漏れを減らすために症状の存在を認定する閾値を単純に下げたのではなく、うつ症状をより正確に把握出来るようになったことを意味すると考えられる。

2011年度と2010年度の症状毎の把握状況を比較してみても（表33）、各症状の該当者の割合が単純に増加したことではないことが見て取れる。つまり、2011年度の職員のアセスメントは、症状をより正確に把握し、しかも生活の障害の見落としを減らしながら最終的な陽性・陰性の判断を行っていたことを示すものと考えられる。しかし、2011年度の特異度の絶対値は依然低いので、うつ症状の把握力がさらに高まるよう講習内容を改善する必要がある。

表33 職員における新版2次アセスメント各項目の陽性判断率

2次アセスメント項目		2010年		2011年		p
		N	%	N	%	
抑うつ気分	該当	24	49.0	40	56.3	.427
	非該当	25	51.0	31	43.7	
興味、喜びの喪失	該当	22	45.8	27	38.0	.396
	非該当	26	54.2	44	62.0	
生活リズムの障害	該当	18	37.5	24	33.3	.639
	非該当	30	62.5	48	66.7	
自殺念慮の有無	該当	8	16.7	12	16.7	1.000
	非該当	40	83.3	60	83.3	
A基準1項目以上該当	該当	36	69.2	46	64.8	.606
	非該当	16	30.8	25	35.2	
A基準	該当	16	32.7	40	54.1	.020
	非該当	33	67.3	34	45.9	

2. 旧版2次アセスメントの精度

職員による旧版2次アセスメントの感度と特異度は、大うつ病性障害を至適基準とした場合が77.8%と53.1%（表12）で、広義のうつ病を至適基準とした場合が77.3%と73.7%（表21）であった。

2010年度の旧版2次アセスメントの特異度は、大うつ病性障害が至適基準の場合が54.5%（表34）、広義のうつ病が至適基準の場合が78.6%で（表35）であった。2011年度の特異度は、どちらの至適基準においても2010年度に比べて変化がなかった。2011年度の感度は、広義のうつ病を至適基準とした場合で2010年度の88.9%（表35）に比べ10%の低下、大うつ病性障害を至適基準とした場合は2010年度の100%（表34）に比べ20%強低下していた。

既に述べたように、2010年度の健診では、大うつ病性障害の者が1人しかいなかったために感度がたまたま高くなっていた可能性があるため、2011年度の結果と単純には比較出来ない。しかし、広義のうつ病の感度の低下とあわせて考えると、旧版のアセスメント精度は、2011年よりも2010年の方が良かったと言えるかもしれない。

表34 大うつ病性障害を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
－ 2010年度 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		大うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	1	100.0	10	45.5
	陰性	0	0.0	12	54.5

表35 広義のうつ病*を至適基準とした場合の旧版2次アセスメントの感度と特異度
－ 2010年度 地域包括支援センター職員担当分のアセスメント －

		医師面接診断			
		広義うつ		非うつ	
		N	%	N	%
旧版	陽性	8	88.9	3	21.4
	陰性	1	11.1	11	78.6

*大うつ病性障害・小うつ病性障害・小うつ病エピソード、気分変調性障害など

2011年と2010年の症状毎の把握状況を比較してみると（表36）、各症状の該当者の割合に増加が認められない。旧版2次アセスメントでは、改訂版に比べてうつ症状を細分化して把握する力が求められる。

今回の対象者においては、潜在的にうつ症状を有する者が多いはずであるにも関わらず、旧版2次アセスメントで該当者割合の増加が認められなかったのは、職員において、うつ症状の把握漏れがあったのかもしれない。

表36 職員における旧版2次アセスメント各項目の陽性判断率

旧版の2次アセスメント項目		2010年		2011年		p
		N	%	N	%	
抑うつ気分	該当	14	28.6	25	34.2	.510
	非該当	35	71.4	48	65.8	
興味、喜びの喪失	該当	13	26.5	27	37.0	.228
	非該当	36	73.5	46	63.0	
食欲の減退または増加	該当	7	36.8	12	35.3	.910
	非該当	12	63.2	22	64.7	
睡眠障害	該当	11	57.9	17	50.0	.581
	非該当	8	42.1	17	50.0	
精神運動障害	該当	8	42.1	12	36.4	.682
	非該当	11	57.9	21	63.6	
易疲労感	該当	13	68.4	24	72.7	.741
	非該当	6	31.6	9	27.3	
罪責感	該当	7	36.8	11	33.3	.798
	非該当	12	63.2	22	66.7	
思考力・集中力の低下	該当	13	68.4	20	60.6	.573
	非該当	6	31.6	13	39.4	
自殺念慮	該当	5	26.3	8	23.5	.821
	非該当	14	73.7	26	76.5	

なお、事業参加1年目の職員が行った旧版2次アセスメントの感度は、大うつ病性障害を至適基準とした場合に加えて、広義のうつ病を至適基準とした場合でも2010年度に比べてさらに低い値となっており、前者で25%、後方で20%の低下が認められた（表26と27）。特異度は、大うつ病性障害を至適基準とした場合に2010年度よりもやや高めで（62.5%、表27）、広義のうつ病を至適基準とした場合は、ほぼ同じ値であった（表28）。

今回の講習は、改訂版2次アセスメントの感度を高めたが、旧版の感度は高まらず1年目の職員ではむしろ低下していた。特異度は一般に感度とトレードオフの関係にあるが、改訂版ではそれに基づくと考えられる特異度の低下傾向が見られたが、旧版では、一部の例外（事業参加の1年目の職員において、大うつ病性障害を至適基準にした場合）を除いて感度の低下に対応する特異度の上昇は認められなかった。つまり、旧版では、感度の低下による特異度上昇というメリットが得られなかった。

これらの結果からは、今回の講習が、旧版のアセスメント力の向上には必ずしも有効ではなかったことが読み取れる。

3. 職員と心理士らによるアセスメントの比較

職員のアセスメント精度について心理士と比較してみると、改訂版2次アセスメントでは、職員はどちらの至適基準についても感度・特異度とも心理士などに比べて高い傾向があった。

旧版2次アセスメントでも、広義のうつ病を至適基準にした場合に、職員は心理士などよりも感度も特異度も高い傾向が認められたが、大うつ病性障害を至適基準にした場合には、職員の方が感度も特異度も低かった。改訂版2次アセスメントを用いることで、大うつ病性障害を至適基準にした場合でも広義のうつ病を至適基準とした場合でも、職員は、心理士などよりも精度の高いうつ2次アセスメントが出来るようになっていた。旧版でも、広義のうつ病については、職員は心理士よりも高い精度を得ていた。

介護予防という観点からは、広義のうつ病をスクリーニングの標的にすべきであろう。今回の調査結果の限りでは、改訂版と旧版のいずれを用いても、職員は心理士などに勝るとも劣らず2次アセスメントを実施することが出来ることが示された。

【まとめ】

集団健診における高齢者のうつ病の早期発見支援のために、地域における人材育成とそのため講習方法の開発を行った。講習参加者は計21人で、このうち18人が集団健診の現場で2次アセスメントを実践した。

同一地域・同様の方法で2010年度に行った講習事業の結果との比較から、2011年度の講習プログラムは、改訂版2次アセスメントの感度を上昇させた。改訂版2次アセスメントの第2段階目で生活の障害がないと誤って判断するというアセスメント上の問題点の改善がこれに寄与していた。トレードオフの関係により特異度の低下が認められたが、改訂版2次アセスメントの第1段階の結果だけで最終的なアセスメント判定を行う方法よりも特異度は高く保たれていた。他方、旧版2次アセスメントでは講習の改良効果は認められなかった。旧版2次アセスメントでの、この結果の原因究明が必要である。

今回、改訂版2次アセスメントで得られた感度は、講習プログラムと改訂版2次アセスメントとの地域の現場への適用を示唆するものである。今後、特異度を向上させるよう講習プログラムを改善していくことが必要である。

【参考文献】

1

うつ予防・支援についての研究班
うつ予防・支援マニュアル
厚生労働省. 2005.12

2

うつ予防・支援マニュアル分担研究班
うつ予防・支援マニュアル（改訂版）平成 21 年 3 月（研究班長 大野裕）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1i.pdf>

3

Michael B. First, Miriam Gibbon, Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams（著），北村俊則，富田 拓郎，岡野 禎治，菊池 安希子，高橋 三郎（翻訳）
精神科診断面接マニュアル SCID—使用の手引き・テスト用紙
日本評論社, 東京（2003/05）

4

American Psychiatric Association（著），高橋 三郎，大野 裕，染矢 俊幸（翻訳）
DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引
医学書院, 東京（2003/08）

5

Fujisawa D, Tanaka E, Sakamoto S, Neichi K, Nakagawa A, Ono Y.
The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen.
Psychiatry Clin Neurosci. 2005 Dec;59(6):634-8.

6

吉田英世, 井原一成. 集団健診における地域包括支援センター職員による 2 次アセスメントのスクリーニング精度.
厚生労働省 平成 22 年度老人保健健康増進等事業 介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センターに関する調査研究事業－3. 社団法人 日本健康倶楽部 平成 23 年 3 月 東京

7

石島英樹, 井原一成. うつの 2 次アセスメントのスクリーニング精度.
厚生労働省 平成 21 年度老人保健健康増進等事業 介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センターに関する調査研究事業－2. 社団法人 日本健康倶楽部 平成 22 年 3 月 東京

地域高齢者のうつ予防・支援にむけた人材育成と
講習プログラムの開発

東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野
介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センターに関する
調査研究事業検討委員長
井原一成

平成 24 年 5 月 発行

編集・発行 社団法人 日本健康倶楽部
所在地 東京都千代田区平河町 2-6-1 平河町ビル 1F
電 話 03-3288-0101(代)