

【平成21年度 老人保健健康増進事業】

介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター  
支援に関する調査研究事業－2

2009年度 調査報告書

(2010年3月)

社団法人 日本健康倶楽部

## はじめに

我が国は世界で最も長寿の国となり、今後一層の高齢化の進展が予測されています。高齢者が、住み慣れた地域で出来る限り自立し活動的な生涯を送ることが、これまで以上に重要な課題となっています。近年、そのための様々な健康づくり施策や高齢者福祉施策が策定され、事業が実施されています。2000年には介護保険制度が始まり、2006年度からは、介護予防が制度化されました。

そこで、当社団では介護予防事業の推進に寄与すべく、厚生労働省老人保健事業推進費等国庫補助（老人保健健康増進等事業分）により、2008年度、2009年度と2年度にわたり、介護予防事業の重要な柱の一つでありながら実施が難しいとされている「うつ予防」に注目し、地域包括支援センターにおけるうつ予防事業の円滑な実施を促進するための調査研究、「介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター支援に関する調査研究事業」を行いました。

2008年度の調査の中で、地域包括支援センターの実務担当者へのインタビュー調査を行ったところ、うつ予防のための2次アセスメントは利用されておらず、存在もほとんど知られていない実態がありました。そこで2009年度はうつの2次アセスメントに注目した調査研究を行いました。

うつ予防が適切に行われるためには、軽うつ状態やうつ病などが適切に把握される必要があります。このために厚生労働省の「うつ予防・支援マニュアル」は、介護予防の基本チェックリストによるうつアセスメントで陽性になった人たちに引き続いて行う2次アセスメントを用意しています。本年度の調査研究は、この2次アセスメントの地域包括支援センターや自治体への導入を実際に支援しながらも、疫学的な手法を用いてデータの収集、整理を実施しました。また、地域包括支援センターの職員の方達を対象に詳細なアンケート調査を実施させていただきました。これらにより、本事業は、今後2次アセスメントを導入する関係諸機関に準備や研修についての実践的な情報を提供するとともに、現場で有用な軽うつ状態などのスクリーニング方法の開発の基礎となるデータを提供する調査研究となりました。

本報告書が、介護事業などに取り組んでおられる皆様方の参考となれば幸いです。

最後になりましたが、本調査研究にご協力、ご支援いただきました関係各位に厚く御礼申し上げます。

2010年3月

社団法人 日本健康倶楽部  
理事長 山本 茂



# 目次

I	研究の背景と意義	1
II	研究の概要	2
1.	研究目的	2
2.	研究班の構成	2
3.	方法	3
III	結果の要約	4
IV	結果と考察	
1 - 1.	地域包括支援センターにおけるうつ2次アセスメント導入の試み (1) - うつ2次アセスメント研修を受けた職員のアセスメントの実施率・陽性率・精密検診受診承諾率の検討	9
1 - 2.	地域包括支援センターにおけるうつ2次アセスメント導入の試み (2) - 職員のうち2次アセスメントの特徴	15
1 - 3.	1次アセスメント (基本チェックリスト) でうつ傾向の認められた者への2次アセスメント受診勧奨と2次アセスメント受診非希望の理由	22
2 - 1.	うつ2次アセスメントと精密検診とによって把握された大うつ病性障害罹患者の専門医療機関受診率	25
2 - 2.	うつの2次アセスメントのスクリーニング精度	29
2 - 3.	2次アセスメントにおける生活質問項目のうつ病のスクリーニング効率の検討	36
2 - 4.	基本チェックリストのスクリーニング精度	49
3 - 1.	高齢者のうつの2次アセスメントを実施した地域包括支援センター職員の経験	54
4 - 1.	地域包括支援センター実務者における、うつ2次アセスメントに関する知識・態度・技能についての調査	79
V	資料	
1.	厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル (改訂版)」におけるうつの2次アセスメント	105
2.	うつ予防・支援マニュアル (案) の2次アセスメントの評価プロセス	106
3.	厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル (改訂版)」における基本チェックリスト	107
4.	地域包括支援センター実務者におけるうつ2次アセスメントに関する調査	108



## I . 研究の背景と意義

うつ予防は、介護予防の一つの柱であるにも関わらず実施が遅れている分野である。2008年度、本事業により地域包括支援センターにおけるうつの評価プロセスを検証したところ、生活機能評価などで行われた基本チェックリストのうつ予防・支援の項目該当者についての情報が、介護予防にほとんど生かされていなかった。また、うつ予防・支援マニュアルで推奨されている、基本チェックリストに続けて行うべきうつの2次アセスメントがほとんど行われていない状況が示唆された。これらの背景には様々な要因が存在するが、2次アセスメントが介護予防担当者に知られていないこととともに、そのスクリーニング精度や効率についての基礎的情報の不足していることが改善可能な要因として浮かび上がった。

2008年度の本事業は、基本チェックリストの陽性反応的中度が低いことも示した。うつの2次アセスメントにより、うつ病の可能性の高い者が絞り込まれることが期待されている。しかし、2次アセスメントは実施者の知識や技術、さらには態度の影響までを受けるスクリーニング方法である。また住民によってどう受容されるかが他の医学的スクリーニングと同様に重要な点となる。2次アセスメント実施者への研修や支援、住民の反応を含めたスクリーニング手続き全体についての精度や効率についての情報が求められる。

また、2次アセスメントが有効に機能するためには、現場への適合性や実用性も考慮されるべきである。2009年には、うつ予防・支援マニュアルの改訂が行われ、2次アセスメントの手続きの変更も行われた。地域包括支援センターなど介護予防の現場への2次アセスメント導入の経験の蓄積とそのフィードバックが求められるところである。

## II 研究の概要

### 1. 研究目的

自治体レベルでの地域包括支援センター職員などへのうつ病の2次アセスメントの導入の試みを支援しながら、うつ病の2次アセスメントと精神科医の診断を組み合わせた調査を行うことで、軽うつ状態を含むうつ病の者を把握し、2次アセスメントのスクリーニング効率と精度を明らかにする。また、地域包括支援センター職員へのインタビューやアンケート調査を実施して、2次アセスメントの導入プロセスを検証するとともに導入方法の改善・開発のための基礎的情報を得る。

### 2. 研究班の構成

#### 2-1. 調査検討委員会および事務局

事業を実施するに当たり、調査内容の吟味と選定、および結果の解析と評価を行うために調査検討委員会ならびに事務局を設置した。

委員は以下の7名で構成した。

委員長	井原一成	(東邦大学医学部医学科)
委員	鈴木良美	(東邦大学医学部看護学科)
〃	吉田英世	(東京都老人総合研究所)
〃	北畠義典	(財・明治安田厚生事業団体力医学研究所)
〃	鈴木友理子	(国立精神・神経センター研究所)
〃	石島英樹	(武蔵台病院)
〃	田中克俊	(北里大学医療系大学院)

7名の委員の他に大庭輝(至誠ホーム)がワーキング委員を担当した。また、端詰勝敬(東邦大学医療センター大森病院)、飯田浩毅(NTT東日本伊豆病院)、長谷川千絵(武蔵野病院)、湊正(新横浜リハビリテーション病院)、小島光洋(東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野)の5名の医師の研究協力を得た。

事務局は(社)日本健康倶楽部に置き、山本茂、金子純代が担当した。

### 3. 方法

本事業のために、4つの調査研究、1) 地域包括支援センターにおける、うつ2次アセスメントの導入実施の支援方法開発のための調査、2) 精神科医による陽性反応的中度及び感度・特異度の調査、3) 技術向上のためのフィードバック調査、4) 地域包括支援センター実務者における、うつ2次アセスメントに関する知識・態度・技能についての調査を行った。

1) は、都市部の2つの自治体で、うつ2次アセスメント実施のための研修を行い、地域包括支援センターなどの職員にうつの2次アセスメントの導入を試みたものである。2) では精神科医が1) を行った2自治体で精密検診を実施することで2次アセスメントの精度を検討した。また左記とは別の都市部の自治体で行われた健診時に診断面接を行うことで基本チェックリストの感度と特異度も補足的に求めた。3) は、1) を行った自治体の地域包括支援センター職員を対象にグループインタビューを行い質的記述的にまとめた。4) は、都市部5自治体の全地域包括支援センター職員を対象にアンケート調査を実施して結果を統計学的に分析したものである。

本事業で対象としたうつ病は、臨床的治療対象となる程度に重いうつ状態のことを意味し、精神科医または心療内科医の診断に基づくものである。操作的診断基準で言えば、DSM-IVの気分障害における大うつ病性障害の他、気分変調性障害や研究用診断基準の小うつ病性障害(ICD-10の軽症うつ病エピソードとうつ予防・支援マニュアル(旧版)の軽うつ状態に相当)を含むうつ病である。高齢者への影響が少ない身体疾患との関係では、一般身体疾患によるうつ病(DSM-IV293.83、一般身体疾患の直接的な生理学的結果によるうつ)と抑うつ気分を伴う適応障害(身体疾患にかかっているというストレスに反応したうつ)も臨床的意味がある限りうつ病に加えた。しかし死別反応は大うつ病性障害の診断基準を満たさない限りうつ病の範囲外とした。なお、本事業では医師のうつ病診断の信頼性を高めるための方法として構造化面接法を採用した。



### Ⅲ 結果の要約

#### 1. 地域包括支援センターにおける、うつ2次アセスメントの導入実施の支援方法開発のための調査

都市部の2つの自治体で、うつ2次アセスメント実施のための研修を行い、地域包括支援センターなどの職員にうつの2次アセスメントの導入を試みた。

- ・2自治体の高齢者のべ約5万8千人中、2万5千5百人が生活機能評価などにより基本チェックリストに回答した。このうち、うつ傾向の認められた1,362人（認知機能低下のある者や要支援・介護の者を除く）が本調査の対象となった。
- ・自宅への訪問による2次アセスメントの実施率は、  
地域包括支援センター職員で38.6%、  
特定高齢者把握事業に携わっている看護師で49.0%  
であった。
- ・5割以上の者が2次アセスメントを受けなかった。その主な理由は、  
「元気なので訪問は不要（58.8%）」と、  
「仕事・介護等で忙しい（21.0%）」であり、  
うつ病を「すでに相談・治療中」の者も14.2%認められた。
- ・2次アセスメント陽性率は、  
改訂版うつ予防・支援マニュアルの方式で6～13%で、地域包括支援センター職員で  
低い傾向が認められ、  
旧版のうつ予防・支援マニュアルの方式では14.5%、Mini-International  
Neuropsychiatric Interviewの気分変調症モジュールで6.0%  
であった。
- ・2次アセスメント陽性者のうち2/3が医師による精密検診を受診した。
- ・残る1/3が精密検診受診を断った主な理由は、「受診中または治療中（47.8%）」と「うつの原因は自分でわかっているので医師の健康相談は必要はない（26.1%）」であり、
- ・医療機関に結びついていない2次アセスメント陽性者の5/6は精密検診を受診していた。

## 2. 精神科医による陽性反応的中度及び感度・特異度の調査

### 1) 2次アセスメントの陽性反応的中度及び感度・特異度の調査

上記の調査を行った2自治体において、精神科医または心療内科医による精密検診を実施し、2次アセスメントの陽性反応的中度を明らかにした。このうち1自治体では2次アセスメント陰性者にも精密検診受診を呼びかけることで、感度と特異度も求めた。

・精密検診を受診したのは2自治体で併せて153人で、診断面接の結果、

大うつ病性障害が 17人

大うつ病性障害不全寛解が 7人

小うつ病性障害・エピソードが 22人

気分変調性障害が 10人

などであった。

・2次アセスメントの陽性反応的中度は、

改訂版うつ予防・支援マニュアルの方式で66.6%、

旧版のうつ予防・支援マニュアルの方式で67.8%、

旧版のうつ予防・支援マニュアルの方式とMini-International Neuropsychiatric Interviewの気分変調症モジュールを組み合わせた方式で61.1%であった。

・地域包括支援センター職員の改訂版2次アセスメントの実施から診断までの流れは、次のようにまとめられる。

基本チェックリスト（1次アセスメント）陽性者 100%

↓

× 2次アセスメント受診率 40%

↓

× 2次アセスメント陽性率 6%

↓

× 精密検診受診率 66.6%

↓

× 陽性反応適中率 66.6% = 1.1%

つまり、100人の基本チェックリスト陽性者に2次アセスメントを試みて、最終的に1人のうつ病の者を把握すると推定された。

- ・未治療の大うつ病性障害と大うつ病性障害不全寛解の者の専門医療機関への紹介希望率は80%で、実際に専門医療機関に結びついた者は50%であった。
- ・2次アセスメントの精度は、うつ病全体を至適基準とした場合、改訂版うつ予防・支援マニュアルの方式で感度22.2%、特異度92.9%で、旧版うつ予防・支援マニュアルの方式で感度42.3%、特異度が87.1%であった。
- ・改訂版2次アセスメントの感度は、第1段階で認められたうつ症状が、第2段階で日常生活に対する支障を与えていないと判定されるために低くなっていた。偽陰性者（2次アセスメントによる取りこぼし）には、軽症うつ病の者が多かった。
- ・地域包括支援センター職員においては、うつ病全般の取りこぼしを防ぐために、改訂版2次アセスメントの第1段階でのうつ症状の把握の向上が必要と考えられた。
- ・2次アセスメント時に追加した生活状況に関する質問項目に注目して、うつ病をより鋭敏に予測する項目の探索を試みた。散歩や体操やスポーツの内容や時間に最近変化があること、などが特異度の高い項目であった。

## 2) 基本チェックリストの感度・特異度

高齢者向けの健診会場で基本チェックリストなどをうけた高齢者110人について、医師による診断面接が行われた。

- ・うつ病全体を至適基準とした場合、基本チェックリストのうつ傾向の感度は67.0%、特異度は66.3%、MINIの大うつ病モジュールの感度は0.0%、特異度は98.1%、同上モジュールの第1または第2項目だけを用いた場合の感度は14.3%、特異度は97.1%であった。
- ・基本チェックリストの段階で1/3のうつ病の者が取りこぼれていた。2次アセスメントによる2次スクリーニングを行うのであれば、そこで偽陽性者を除くチャンスは残っているので、1次スクリーニングとしての基本チェックリストの感度はより高くなることが求められる。

### 3. 技術向上のためのフィードバック調査

2次アセスメントを行った地域包括支援センター職員などに、上記調査結果のフィードバックを行った。また15人の職員を対象に3つのグループインタビューを行い2次アセスメントについてのフィードバックを受けた。

- ・地域包括支援センター職員は、2次アセスメントを通して、うつの疑われる高齢者の理解を深めた一方で、自分たちのうつに対する知識およびアセスメント技術をさらに向上させる必要があると感じていた。
- ・また、事前研修の質と量の充実の必要性が指摘された。
- ・地域包括職員センター職員は、2次アセスメントのための訪問を電話で提案する手続きの段階から困難に直面していた。その背景には、職員には、支援の対象となる高齢者を住民から発掘するタイプの業務経験者が少ないことや、基本チェックリストと2次アセスメントの実施間隔が開きすぎているという問題のあることが指摘された。
- ・住民側のうつ病に対するスティグマも2次アセスメントの実施を困難にしている要因の1つとなっており、住民への知識の普及の重要であることが判った。

### 4. 地域包括支援センター実務者における、うつ2次アセスメントに関する知識・態度・技能についての調査

都市部の5自治体の全85地域包括支援センターの職員を対象に、面接法聞き取り法でのアンケート調査を実施した（一部自記式での実施を含む）。

- ・対象の86.3%にあたる309人より回答を得た。
- ・過去1年間にうつアセスメントの「実施経験がある」職員は26.2%で、そのうち5.3%だけが、うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメントを用いていた。
- ・うつの2次アセスメントは、職員の16.2%に知られているだけだったが、
- ・2次アセスメントの手順を示したところ4割の職員が、2次アセスメントが出来ると答えた。
- ・職員自身が2次アセスメントをより利用するために、  
「職員がうつについての知識や技術を得ること」ともに、

「うつが発見された後の受診・相談体制の構築」や  
「自治体の医師・保健師などからの支援体制を充実させる」、  
「一般の人へのうつに関する知識の普及」

が必要と考えられていた。

- ・うつ症状の意味内容は、ほとんどの症状で8割以上の職員によって知られていたが、「精神運動の障害」は認知度がやや低かった。
- ・各うつ症状のアセスメントについては、出来ると答えた職員の割合に差があり、「食欲低下」と「睡眠障害」、「疲れやすさ・気力の減退」については8割を越えていたが、「精神運動の障害」や「自殺への思い」、「強い罪責感」については4～6割であった。
- ・アセスメント出来ない理由としては、「どのように症状を尋ねたらよいのかわからない」が多かったが、「強い罪責感」、「自殺への思い」については、「症状の有無を聞くことにより、症状が悪化する恐れがある」を挙げる者も比較的多かった。

## IV -1-1 地域包括支援センターでの

### うつ2次アセスメント導入の試み (1)

#### － うつ2次アセスメント研修を受けた職員のアセスメントの実施率・陽性率・精密検診受診承諾率の検討 －

大庭輝 (至誠ホーム)

井原一成 (東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野)

石島英樹 (武蔵台病院)

鈴木友理子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

#### 目的

うつ2次アセスメント実施のための研修を受けた地域包括支援センター職員が、うつ傾向の認められた住民に対してうつ2次アセスメントを含む訪問相談を試みた場合の、2次アセスメントの実施率や精密検診の受診承諾率などを明らかにする。

#### 方法

地域包括支援センター職員（地域包括職員）と本事業のために雇用された調査員に対するうつ2次アセスメント実施のための研修を行ったあと、職員らの訪問によるうつ2次アセスメントを試みた。対象は基本チェックリストによりうつ傾向の認められた地域高齢者である。アセスメントによりうつ病の疑われた者に対しては精密検診の受診を勧め、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。

#### 1. 本研究の対象者

本事業の対象者は国分寺市に在住の65歳以上の者で、2008年4月から2009年8月の間に生活機能評価を受診もしくは基本チェックリストに回答した者のうち、チェックリストのうつ予防・支援の項目で2項目以上該当かつ認知症予防・支援の項目で1項目も該当がない者であった(以降、本対象者とする)。また、調査開始後に実際に訪問を実施できた対象が少なかったため、2009年4月から8月の間に生活機能評価を受診もしくは基本チェックリストに回答した者のうち、チェックリストのうつ予防・支援の項目で2項目以上該当かつ認知症予防・支援の項目で1項目該当した者を対象者として追加した(以降、追加対象者とする)。

手続き上、対象者は次の3群からなり、各群からの本対象者と追加対象者の抽出方法は次の通りである。

第1群は2008年度の65歳以上の人口21,061名のうち、国民健康保険もしくは後期高齢者医療保険加入者で要支援・要介護の認定を受けている者を除いた15,468名であった。このうち生活機能評価受診者は7,030名であり、本対象者は532名であった。

第2群は2009年度の65歳以上の人口21,912名のうち、4月から8月時点で国民健康保険もしくは後期高齢者医療保険加入者で要支援・要介護の認定を受けている者を除いた9,534名であった。このうち生活機能評価受診者は2,244名であり、本対象者は144名、追加対象者は58名であった。

第3群は2009年度で65歳以上の者のうち4月から8月時点で国民健康保険・後期高齢者医療保険以外の保険加入者で要支援・要介護の認定を受けている者を除いた2,678名に対して基本チェックリストを郵送し、返送があった1,584名であった。このうち本対象者は93名、追加対象者は47名であった。

これらの3群から抽出された者のうち、生活機能評価または基本チェックリスト実施後から2009年10月までの間に要支援・要介護の認定を受けた者及び申請中の者を除外した。その結果、本対象者561名と追加対象者97名の計658名を最終的な訪問対象者とした。

## 2. 手続き

調査員は3地域の地域包括職員16名と雇用された調査員7名の計23名であった。地域包括職員の保有する資格は看護師、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、介護支援専門員であった。雇用した調査員の保有する資格は保健師、精神保健福祉士、臨床心理士であった。10月～12月に訪問の手続きの説明会を行い、11月～1月に事業を実施した。

訪問の手続きは対象者に対して事前に電話で予約を取り、了解を得られた者に対して訪問を行った。本対象者561名のうち254名(A地域157名、B地域58名、C地域33名)を各地域に在籍する地域包括職員が担当した。残りの307名と、追加対象者97名の計404名は雇用した調査員が担当した。また、地域包括職員が担当した者のうち連絡が取れなかった31名のうち21名については、雇用した調査員が再度連絡を取り訪問を実施した。訪問の担当件数は、地域包括職員が1件～14件、雇用した調査員が14件～41件であった。

訪問の際は相談票に記載された問診とうつ予防・支援マニュアルの2次アセスメント(改訂版)及びMini-International Neuropsychiatric Interview(MINI)の気分変調症モジュールを面接法で実施し、陽性者に対して精神科医による精密検診受診を勧奨した。なお、陰性であっても希望した者に対しては受診を勧奨した。

精神科医の精密検診は対象者の自宅から最寄りの地域包括支援センターで行われた。医師の面接前に精神保健福祉士や心理士が予備面接を行った。予備面接では問診、Mini-Mental State Examination(MMSE)、Profile Of Mood States(POMS)を実施した。医師の診断にはStructured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)日本語版を用いた。何らかの気分障害と診断された者には、発病時期、持続期間を聴取し、GRID-HAMDを用いて現在のうつの重症度を評価した。

## 結果

地域包括職員担当分254名と雇用した調査員の担当分404名について、訪問実施人数は242名(36.8%)であり、拒否・不在・不通(地域包括で把握していた電話番号自体が使われていなかった)などの理由で訪問できなかった人数は416名であった(表1-1-1)。訪問実施人数の内訳は地域包括職員が98名(38.6%)、雇用した調査員が144名(35.6%)であった。地域包括職員と雇用した調査員で訪問実施率に有意な差はなかった。なお、地域包括職員担当分254名のうち、不在で連絡が取れなかった21名について雇用した調査員が再度連絡し、6名(28.6%)の訪問を実施した。そのため、全訪問実施人数は248名であり、そのうち雇用した調査員の実質の訪問人数は150名であった。地域包括職員の訪問実施人数の内訳は、A地域担当の地域包括職員が74名(47.1%)、B地域担当が15名(25.9%)、C地域担当が9名(23.1%)であった(表1-1-2)。地域によって地域包括職員の訪問実施率には有意な差が見られた( $p=0.002$ )。一方、雇用した調査員の訪問実施人数は本対象者が112名(36.5%)、追加対象者が32名(33%)、地域包括職員から引き継いだ対象が6名(28.6%)であった(表1-1-3)。

うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメント(改訂版)もしくはMINIの気分変調症モジュールで陽性と判断された者は31名(12.5%)であった(表1-1-4)。内訳は地域包括職員が7名(7.1%)、雇用した調査員が24名(16%)であり両者の間に有意な差が見られた( $p=0.049$ )。うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメント(改訂版)で陽性と判断された者は地域包括職員6名、雇用した調査員20名の計26名であり両者で有意な差はなかった(表1-1-5)。MINIの気分変調症モジュールが陽性と判断された者は地域包括



職員 5 名、雇用した調査員 10 名の計 15 名であり、調査員間で有意な差はなかった(表 1-1-6)。陽性者のうち、精密検診受診を承諾した者は 21 名 (67.7%) であった。内訳は地域包括職員が勧奨した者が 4 名 (57.1%)、雇用した調査員が勧奨した者が 17 名 (70.8%) であり有意な差はなかった。なお、陰性者で精密検診受診を希望した者は 8 名であり、精密検診承諾者の総数は 29 名であった。

実際に精密検診を受診した者は全体で 25 名であり、そのうち陽性者は 18 名であった。陽性者の内訳は地域包括職員が勧奨した者が 3 名、雇用した調査員が勧奨した者が 15 名であった。陽性反応的中度は地域包括職員が 0 名 (0%)、雇用した調査員が 11 名 (73.3%) であり有意な差がみられた ( $p=0.043$ )(表 1-1-7)。医師による診断は大うつ病性障害 4 名、小うつ病性障害 6 名、気分変調性障害 1 名、診断なしが 13 名であった(表 1-1-8)。なお、訪問時の結果は陰性だったが、精密検診の結果小うつ病性障害の診断がついた者が 1 名いた。

## 考察

訪問によるうつ 2 次アセスメントの実施率は 40% 弱であった。半数以上の者は訪問の必要はないと調査員の訪問を希望しなかった。しかし、対象者は健康診断時の基本チェックリストでうつ予防・支援の対象と判断された者であり、訪問を希望しなかった者の中にうつである可能性が高い対象者も潜んでいると考えられる。今回の調査では基本チェックリストの実施から訪問の実施までに期間が大きく開いていた。訪問の実施時期を早めることが実施率を改善する可能性がある。しかし、うつ 2 次アセスメントの実施率を高めるためには訪問以外の方法を加える必要もあるかもしれない。

地域包括職員と雇用した調査員の間で訪問実施率に差はなかったが、地域包括職員では担当の地域包括支援センターによって訪問実施率に差が見られた。この違いが担当した地域包括職員側の性質によるものなのか、それとも地域包括職員が担当した地域に住む対象者側の性質によるものなのかは今後の検討課題である。

うつ予防・支援マニュアルの 2 次アセスメント(改訂版)か MINI の気分変調症モジュールで陽性と判断した者の割合と訪問調査の陽性反応的中度は共に雇用した調査員の方が有意に高かった。また、有意な差はなかったがうつ予防・支援マニュアルの 2 次アセスメント(改訂版)で陽性と判断した者の割合にも同様の傾向が見られた。この要因として、地域包括職員は一人当たりの担当件数が少なく事業の中で経験を積むことによるアセスメント手続きに慣れることが出来なかったことが考えられる。また、雇用した調

査員には精神保健福祉士や臨床心理士が含まれていた。彼らの資格は地域包括職員の持つ資格に比べてうつに対する知識や経験が求められるものである。このような調査員のベースにある専門領域の違いが上の結果に影響していることも考えられる。

今回の調査において、地域包括職員と雇用した調査員との間で陽性と判断した者の割合と陽性反応的中度に差が見られた。このことはうつ症状に対する知識や経験に調査員間でばらつきが大きいことを示していると考えられる。したがって、うつ2次アセスメントの効果を高めるためには、実施方法の工夫で実施率を高めるだけでなく、実施者に対する研修などの対応を充実させることも重要であると考えられる。

## 参考文献

Otsubo T, Tanaka K, Koda R, Shinoda J, Sano N, Tanaka S, Aoyama H, Mimura M, Kamijima K. Reliability and validity of Japanese versio of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. Psychiatry Clin Neurosci. 2005;59(5):517-26.

表 1-1-1 訪問によるうつ2次アセスメント実施率

	地域包括職員担当 (254名)		雇用した調査員担当 (404名)		合計(658名)	
	N	%	N	%	N	%
訪問	98	38.6	144	35.6	242	36.8
拒否	121	47.6	217	53.7	338	51.4
不在	31	12.2	23	5.7	54	8.2
不通	4	1.6	20	5.0	24	3.6
医師面接	4	1.6	25	6.2	29	4.4
件数/全体	4	1.6	25	6.2	29	4.4
件数/訪問	4	4.1	25	17.4	29	12.0

\* 地域包括職員担当分の不在 31 名のうち、21 名を雇用した調査員が引き継いだ。

表 1-1-2 地域包括職員の訪問実施率

	A地域包括支援 センター(157名)		B地域包括支援 センター(58名)		C地域包括支援 センター(39名)		合計(254名)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
訪問	74	47.1	15	25.9	9	23.1	98	38.6
拒否	57	36.3	34	58.6	30	76.9	121	47.6
不在	23	14.6	8	13.8	0	0.0	31	12.2
不通	3	1.9	1	1.7	0	0.0	4	1.6
医師面接	3	1.9	1	1.7	0	0.0	4	1.6
件数/全体	3	1.9	1	1.7	0	0.0	4	1.6
件数/訪問	3	4.1	1	6.7	0	0.0	4	4.1

表 1-1-3 雇用した調査員の訪問実施率

	本対象者(307名)		追加対象者(97名)		合計(404名)		引き継ぎ分(21名)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
訪問	112	36.5	32	33.0	144	35.6	6	28.6
拒否	163	53.1	54	55.7	217	53.7	9	42.9
不在	17	5.5	6	6.2	23	5.7	5	23.8
不通	15	4.9	5	5.2	20	5.0	1	4.8
医師面接	15	4.9	10	10.3	25	6.2	0	0.0
件数/全体	15	4.9	10	10.3	25	6.2	0	0.0
件数/訪問	15	13.2	10	31.3	25	17.4	0	0.0

\* 引継ぎ分 21 名は地域包括職員担当分の不在 31 名のうちの 21 名を対象とした。

表 1-1-4 うつ予防・支援マニュアルの 2 次アセスメント・MINI 気分変調性モジュールいずれかの陽性率と精密検診承諾率

	訪問件数	陽性者		p	精密検診承諾者		p
		N	%		N	%	
地域包括職員	98	7	7.1	.049	4	57.1	.652
雇用した調査員	150	24	16.0		17	70.8	
合計	248	31	12.5		21	67.7	

表 1-1-5 うつ予防・支援マニュアルの 2 次アセスメントの陽性率

	訪問件数	陽性者		p
		N	%	
地域包括職員	98	6	6.1	.090
雇用した調査員	150	20	13.3	
合計	248	26	10.5	

表 1-1-6 MINI 気分変調性モジュールの陽性率

	訪問件数	陽性者		p
		N	%	
地域包括職員	98	5	5.1	.787
雇用した調査員	150	10	6.7	
合計	248	15	6.0	

表 1-1-7 精密検診受診者の陽性反応的中度

	受診者	陽性反応的中度		p
		N	%	
地域包括職員	3	0	0	.043
雇用した調査員	15	11	73.3	
合計	18	11	61.1	

表 1-1-8 2 次アセスメント陽性者の診断内訳

	診断									
	なし		気分変調性障害		小うつ病性障害		大うつ病性障害		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
地域包括職員	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0
雇用した調査員	4	26.7	1	6.7	6	40.0	4	26.7	15	100.0

## IV -1-2 地域包括支援センターにおける うつ2次アセスメント導入の試み (2) － 職員のうつ2次アセスメントの特徴 －

北畠義典 (財・明治安田厚生事業団体力医学研究所)

石島英樹 (武蔵台病院)

鈴木友理子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

大庭 輝 (至誠ホーム)

井原一成 (東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野)

### 目的

本稿では地域包括支援センター職員がうつ予防・支援マニュアルの2次アセスメント(改訂版)及びMINIの気分変調症モジュールを用いて実施したうつアセスメントの特徴について、雇用した調査員が行ったアセスメントとの比較により検討した。

### 方法

#### 1. 研究デザイン

研究デザインは横断研究である。

#### 2. 対象者

研究対象者は3群からなり、抽出方法は次の通りである。

第1群は2008年度の65歳以上の人口21,061名のうち、国民健康保険もしくは後期高齢者医療保険加入者で要支援・要介護の認定を受けている者を除いた15,468名であった。このうち生活機能評価受診者は7,030名であった。

第2群は2009年度の65歳以上の人口21,912名のうち、4月から8月時点で国民健康保険もしくは後期高齢者医療保険加入者で要支援・要介護の認定を受けている者を除いた9,534名であった。このうち生活機能評価受診者は2,244名であった。

第3群は2009年度で65歳以上の者のうち4月から8月時点で国民健康保険・後期高齢者医療保険以外の保険加入者で要支援・要介護の認定を受けている者を除いた2,678名に対して基本チェックリストを郵送し、返送があった1,584名であった。

3つの群から抽出された者のうち、訪問対象となったのは基本チェックリストのうつ

予防・支援の項目（チェックリストの質問 21 - 25）において 2 項目以上に該当し、さらに認知症予防・支援の項目（チェックリストの質問 18 - 20）において 1 項目以下に該当した 658 名であった。これらの訪問対象者に対して事前に電話連絡を行い、訪問の了解が得られ、訪問を実施できた 248 名を本研究の解析対象者とした。

### 3. 調査者

国分寺市の 3 地区の地域包括支援センター職員（以下、地域包括職員）16 名と訪問事業専門に雇用された調査員（以下、雇用調査員）7 名が訪問事業を実施した。地域包括職員の保有する資格は看護師、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、介護支援専門員であった。一方、雇用調査員の保有する資格は保健師、精神保健福祉士、臨床心理士であった。これらの訪問調査員は 2009 年 10 ～ 12 月に開催された 2 次アセスメントの実施方法を習得するための講習会に参加し、その後、2009 年 11 月～2010 年 1 月にかけて調査員として本事業に参加した。訪問調査員は 2 次アセスメントおよび MINI の使用方法と精神科医による精密健診への勧奨方法について講習会で説明を受けた。

### 4. 測定項目

#### 1) うつ予防・支援マニュアルの 2 次アセスメント

うつ予防・支援マニュアルの 2 次アセスメントは第一段階のアセスメントとして①抑うつ気分、②興味・喜びの消失、③生活リズムの障害、④自殺念慮の有無、についての症状の有無を評価し、いずれかの症状が 1 つ以上ある場合に第 2 段階のアセスメントの評価対象となる。第 2 段階では日常活動の支障の程度を評価した。内容は「今お話いただいた症状のために、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしていませんか？」等と質問をして、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価した。日常生活に支障があると判断された者に対しては精神科医の精密検診への受診勧奨を行った。

#### 2) MINI の気分変調症モジュール

MINI の気分変調症モジュールは「この 2 年間、ほとんどずっと、悲しく、沈んで、憂鬱であると感じていましたか。」の質問に対して「はい」と回答し、かつ「この 2 年間の中で、2 か月以上、特に気分の問題がない期間がありましたか。」という質問に対して、「いいえ」と回答した者に、「明らかに食欲がなかったり、食べ過ぎたりすることがありましたか。」、「眠れなかったり、寝すぎてしまうことがありましたか。」、「疲労を

感じたり、気力がないと感じましたか。」、「自信をなくしてしまいましたか。」、「物事に集中することや、物事を決断しづらい感じがありましたか。」、「希望がないと感じましたか。」の6項目の質問を行う。6項目のうち、「はい」と回答した数が2個以上で且つ、「抑うつ症状のために、仕事、社会、その他の重要な場面において明らかな困難や障害がありましたか。」の質問に「はい」と回答した者を MINI の気分変調症モジュールでの陽性者とする。陽性と判断された者に対しては精神科医の精密検診への受診勧奨を行った。

## 5. データ解析

各質問での調査者間による回答の割合の違いは  $\chi^2$  検定を用いた。有意水準は5%未満とし、統計解析ソフトは SPSS15.0J for Windows を用いた。

### 結果

#### 1. うつ予防・支援マニュアル2次アセスメントによる結果

第1段階での該当者は71名(28.6%)であり、非該当者は177名(71.4%)であった(表1-2-1)。この該当者のうち第2段階の「日常生活に支障あり」と判断された者が26名(36.6%)、「日常生活に支障がなし」と判断された者が45名(63.4%)であった(表1-2-1)。「日常生活に支障あり」と判断された者のうち精神科医による精密検診の受診勧奨を承諾した者は19名(73.1%)であり、非承諾者は7名(26.9%)であった(表1-2-2)。第2段階において「日常生活に支障なし」と判断された45名において、精神科医による精密検診の受診を勧奨された者は14名(31.1%)であり、勧奨されなかった者は31名(68.9%)であった(表1-2-3)。さらにこの14名において最終的な受診承諾者は3名(21.4%)、非承諾者は11名(78.6%)であった(表1-2-4)。

第一段階のアセスメントにおいて、地域包括職員は雇用調査員に比べて4つの症状のいずれかに該当すると判断した者の割合が有意に小さかった( $p=0.004$ )。

#### 2. MINI の気分変調症モジュールによる結果

MINI の気分変調症モジュールでうつ症状ありと判断された者は26名(10.5%)、症状なしと判断された者は222名(89.5%)であった(表1-2-5)。うつ症状ありと判断された者のうち「日常生活に支障あり」と判断された者が15名(57.7%)、「日常生活に支障なし」と判断された者が11名(42.3%)であった(表1-2-5)。「日常生活に支障あり」と判断された者のうち精神科医による精密検診の受診勧奨承諾者は10名(66.7%)

であり、非承諾者は5名(33.3%)であった(表1-2-6)。「日常生活に支障なし」と判断された者11名において、精神科医による精密検診の受診を勧奨された者は11名(100%)全員であった(表1-2-7)。そしてこの11名において最終的な受診承諾者は3名(27.3%)、非承諾者は8名(72.7%)であった(表1-2-8)。

MINIの気分変調症モジュールを用いた手順において、地域包括職員と雇用調査員との間で、うつ症状ありと判断した者や「日常生活に支障あり」と判断された者の割合に有意な差はなかった。

### 3. うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメント各項目における地域包括職員と雇用調査員間の比較

うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメント(改訂版)の「抑うつ気分」、「興味、喜びの喪失」、「生活リズムの障害」、「自殺念慮の有無」の各項目において、陽性と判断した者の割合を地域包括職員と雇用調査員で比較した。「抑うつ気分」について症状ありと判断した者の割合は地域包括職員が11.2%(訪問数98名中11名)、雇用調査員が21.3%(訪問数150名中32名)であり有意な差が見られた( $p=0.041$ )。「興味、喜びの喪失」について症状ありと判断した者の割合は地域包括職員が13.3%(訪問数98名中13名)、雇用調査員が26.7%(訪問数150名中40名)であり有意な差が見られた( $p=0.012$ )。「生活リズムの障害」と「自殺念慮の有無」では症状ありと判断した者の割合に調査員間で有意な差はなかった。

### 考察

うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメントの第2段階での該当者は解析対象者の10.5%であった。本報告書内の大田区での値の8.7%と比較すると僅かに高値を示している。2次アセスメント自体全国の自治体での実施率がかなり低く、今後他の地域からの調査報告と比較することが必要と思われるが、このような値を示すことは意義のあることと考えられる。

うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメントもしくはMINIの気分変調性モジュールで生活に支障があると判断された者のうち、両基準とも約7割の者が精神科医による精密検診の受診を承諾した。うつの可能性ありと判定されたため、その詳細や今後の対処方法を得るために受診勧奨を承諾したと考えられる。一方で約3割の者は精密検診の受診を承諾しなかった。精密検診の受診を承諾しない者に対しては、例えば1か月後、

あるいは3か月後に再度訪問することで受診につなげられる可能性があるため、関係を継続することが重要である。本調査研究では第2段階の非該当者の約3割に対しても精密検診の受診を提案した。そのうち受診を希望したものはその中のさらに約2割であり、生活に支障があると判断された者の承諾率に比べて当然ながら低かった。

うつ予防・支援マニュアルの2次アセスメントの第一段階の判断において雇用調査員は地域包括職員に比べて陽性者の割合が有意に高かった。雇用調査員の担当した対象者にうつ疑いの者が多かった可能性も考えられるが、担当の振り分けは機械的に行ったため対象者のうつの有病率に差はない可能性が高いと考えられる。そのため、陽性と判断した割合の差は地域包括職員と雇用調査員の性質によるものであると考えられる。各項目別に見ると「抑うつ気分」と「興味、喜びの喪失」の項目で雇用調査員の方が陽性と判断する者の割合が有意に高かった。前報において、2次アセスメント及びMINIの気分変調症モジュールのいずれかで陽性と判断した者の割合と陽性反応的中度は地域包括職員の方が雇用調査員に比べ有意に小さいことが示されている。本研究の結果から、前の研究で認められた2次アセスメント及びMINIの気分変調症モジュールのいずれかで陽性と判断された者の割合が地域包括職員で有意に小さかったのは、生活に支障があるかどうかではなく、うつ症状があるかどうかの判断の差に拠ることが示された。このことは、地域包括職員の低い陽性反応的中度にも影響を与えている可能性がある。すなわち、本研究により、2次アセスメントのスクリーニング効率を上げるにあたって、うつ症状の有無の判断が重要であることが示唆された。

表 1-2-1 担当別によるうつ予防・支援マニュアル2次アセスメント実施結果

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
訪問数		98		150		248		
二次アセスメントで1症状以上陽性の者	非該当	80	81.6	97	64.7	177	71.4	.004
	該当	18	18.4	53	35.3	71	28.6	
さらに生活に支障があると判断された者	非該当	12	66.7	33	62.3	45	63.4	.785
	該当	6	33.3	20	37.0	26	36.6	



表 1-2-2 うつ予防・支援マニュアル2次アセスメント陽性者の受診勧奨に対する反応

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
生活に支障があると判断された者の受診勧奨に対する反応	承諾	3	50.0	16	80.0	19	73.1	.293
	非承諾	3	50.0	4	20.0	7	26.9	
	合計	6	100	20	100	26	100	

表 1-2-3 うつ予防・支援マニュアル2次アセスメント陰性者の受診勧奨状況

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
生活に支障がないと判断された者の受診勧奨状況	非勧奨	10	83.3	21	63.6	31	68.9	.287
	勧奨	2	16.7	12	36.4	14	31.1	
	合計	12	100	33	100	45	100	

表 1-2-4 うつ予防・支援マニュアル2次アセスメント陰性者の受診承諾状況

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
生活に支障がないと判断された者の受診承諾状況	承諾	0	0.0	3	25.0	3	21.4	1.000
	非承諾	2	100.0	9	75.0	11	78.6	
	合計	2	100	12	100	14	100	

表 1-2-5 担当別による気分変調症モジュール実施結果

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
訪問数		98		150		248		
気分変調性障害モジュールで症状ありと判断された者	非該当	90	91.8	132	88	222	89.5	.400
	該当	8	8.2	18	12	26	10.5	
さらに生活に支障があると判断された者	非該当	3	37.5	8	44.4	11	42.3	1.000
	該当	5	62.5	10	55.6	15	57.7	

表 1-2-6 気分変調症モジュール陽性者への受診勧奨に対する反応

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
生活に支障があると判断された者の受診勧奨に対する反応	承諾	4	80.0	6	60.0	10	66.7	1.000
	非承諾	1	20.0	4	40.0	5	33.3	
	合計	5	100	10	100	15	100	

表 1-2-7 気分変調症モジュール陰性者の受診勧奨状況

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
生活に支障がないと判断された者の受診勧奨状況	非勧奨	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-
	勧奨	3	100.0	8	100.0	11	100.0	
	合計	3	100	8	100	11	100	

表 1-2-8 気分変調症モジュール陰性者の受診承諾状況

		地域包括職員		雇用調査員		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
生活に支障がないと判断された者の受診承諾状況	承諾	0	0.0	3	37.5	3	27.3	.491
	非承諾	3	100.0	5	62.5	8	72.7	
	合計	3	100	8	100	11	100	

表 1-2-9 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		地域包括職員		雇用調査員		p
		N	%	N	%	
抑うつ気分	非該当	87	88.8	118	78.7	.041
	該当	11	11.2	32	21.3	
興味、喜びの喪失	非該当	85	86.7	110	73.3	.012
	該当	13	13.3	40	26.7	
生活リズムの障害	非該当	92	93.9	132	88.0	.186
	該当	6	6.1	18	12.0	
自殺念慮の有無	非該当	96	98.0	141	94.0	.209
	該当	2	2.0	9	6.0	

## IV -1-3 1次アセスメント（基本チェックリスト）でうつ傾向の認められた者への2次アセスメント受診勧奨と2次アセスメント受診非希望の理由

井原一成（東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野）

### 研究目的

基本チェックリストでうつ傾向ありと判定された地域高齢者に、看護師または保健師が訪問相談を提案した場合の訪問相談希望率を調査する。また、訪問相談を断った者については、断った理由を明らかにする。

### 研究方法

大田区の基本チェックリストでうつ傾向ありと判断された65歳から79歳の住民704人が本研究の対象である。事前に訪問相談の案内を郵送した上で、担当地域の保健師または介護予防担当の非常勤看護師が電話などで連絡をとって訪問による相談を提案した。対象者が提案を承諾した場合には訪問日時をその場で決め、提案を断った場合には、断った理由を記録した。

### 結果

うつ傾向の者704人のうち、訪問相談を受けたのは345人（49.0%）であった。性別・年齢階級別で訪問相談受診者の割合に差は見られなかった（表1-3-1）。訪問相談を受けなかった者359人のうち、92人（13.1%）は電話などで連絡がつかず、残る267人（37.9%）は連絡がついたが訪問相談を希望しなかった。訪問相談を希望しない理由を表1-3-2に示した。

訪問相談を受けた359人中、医師による精密検診を受診したのは128人であった。2次アセスメント改訂版または旧版で陽性だったのは、訪問相談を受けた359人中の53人で、このうち37人（68.5%）が医師による精密検診を受診した。2次アセスメントが陽性であるにもかかわらず、精密検診を受けなかった理由は、表1-3-3のとおりであった。

## 考察

基本チェックリストでうつ傾向ありと判定された者に看護師らが訪問相談を勧めた場合の相談希望率は49%であった。この値は、基本健康診査や癌検診後の医療機関受診率に比べて必ずしも低くなかった。しかし、昨年度の本事業で、基本チェックリストでうつ傾向ありと判定された者に医師による精密検診を勧めた場合の受診率68%に比べ低かった（井原ら）。

訪問相談を希望しない理由として、最も多くの者が挙げたのは、「元気なので訪問は不要」であり、非希望者の5割以上を占めていた。これは、うつの存在自体を認めないことを含意している。昨年度の本事業では、医師による精密検診受診を受けない理由として「気持ちの落ち込みは自分で解決できるので医師の精密検診は必要ない」が5割を占めるなど、うつの存在を認めた上での断りが多かったのと本年度の結果は対照的である。昨年度の事業では基本チェックリストが面接法で行われたので、自記式で行われた本年度の事業よりも、うつ傾向の者の妥当性が高かったことが、断る理由の違いを生んだ可能性がある。また、本年度事業では、基本チェックリスト実施から訪問相談の提案までの間の時間が、昨年度の事業での基本チェックリスト実施から精密検診実施までの間の時間よりも長かった。このため、本年度に訪問相談を提案した時には、基本チェックリストを行った時には存在したうつ状態が改善していた可能性がある。短期間で解決するよううつは、2次アセスメント自体行う必要がないので、本当に「元気」なら、この結果に問題はない。しかし、基本チェックリストに偽陽性が多いことは、スクリーニングの効率という観点から問題がある。

## 参考文献

井原一成、小松優紀、北畠義典、吉田英世. うつアセスメント調査の結果-1次アセスメント(うつ尺度)陽性者への精密検診の受診勧奨と非希望の理由-. 2008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支援に関する調査研究事業 2008年度 調査報告書 社団法人日本健康倶楽部 2009:12-14

表 1-3-1 性別、年齢階級別の保健師・看護師による 2 次アセスメント(訪問相談)の希望者数と割合

		訪問実施者		訪問未実施者		合計		p
		N	%	N	%	N	%	
性別	男性	103	46.4	119	53.6	222	100	.594
	女性	242	50.2	240	49.8	482	100	
年齢階級	65-69	72	40.7	105	59.3	177	100	.099
	70-74	115	49.4	118	50.6	233	100	
	75-79	135	51.9	125	48.1	260	100	
	80	23	67.6	11	32.4	34	100	

表 1-3-2 2 次アセスメント(訪問相談)を希望しない理由

	N	%
すでに相談・治療中	38	14.2
元気なので訪問は不要	157	58.8
仕事・介護等で忙しい	56	21.0
他人の訪問に抵抗がある	15	5.6
その他	26	9.7

※その他の主な理由…要支援・要介護のため不要、入院中、行政に不満があるなど

表 1-3-3 医師面接を希望しない理由

	N	%
うつは自分で解決できるので医師の健康相談は必要ない	0	0
うつは時間が解決するので医師の健康相談は必要ない	0	0
うつの原因は自分でわかっているので医師の健康相談は必要ない	6	26.1
回答の訂正	0	0
医師の健康相談の日は都合が悪い	2	8.7
受診中または治療中	11	47.8
その他	8	34.8

N=16人

## IV -2-1 うつ2次アセスメントと精密検診とによって把握された大うつ病性障害罹患者の専門医療機関受診率

井原一成（東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野）

鈴木友理子（国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部）

石島英樹（武蔵台病院）

### 目的

スクリーニングの効果は、スクリーニング陽性者が真に疾病罹患者であることに加えて、スクリーニングを通じて発見された疾病罹患者が専門医療機関で治療を開始するかどうかによって評価されることも重要である。

本研究の目的は、地域でのうつ2次アセスメントと精密検診を通じて発見された大うつ病性障害または大うつ病性障害不全寛解に罹患している高齢者のうち、紹介により新たに専門医療機関で治療を開始した者の割合（専門医療機関受診率）を明らかにすることである。

### 方法

東京都大田区内で選定した一定地域において2009年8月から11月に行われたうつ2次アセスメントと医師による精密検診により、大うつ病性障害または大うつ病性障害不全寛解と診断された者のその後の専門医療機関受診状況を調査した。

2次アセスメントは、2008年度と2009年度の7月までの間に生活機能評価などの健診で受けた基本チェックリストでうつ傾向が認められた65歳から79歳の者に、看護師らが行う訪問相談において実施された。本研究では、改訂版と旧版のうつ予防・支援マニュアルに示されている異なる2つの2次アセスメント方法を同時に実施し、いずれかの方法でアセスメント陽性となった者に精密検診の受診を勧奨した。精密検診では、専門医による診断面接が行われ、未治療の大うつ病性障害または大うつ病性障害不全寛解（以後大うつ病など）の者が同定された場合に大田区内にある大学病院受診または希望する医療機関への受診が提案され、当該高齢者が受診を希望すると紹介状が作成され後日自宅に郵送された。専門医療機関への受診が行われたかどうかは、紹介先の医療機関の治療担当医から12月半ばまでに紹介状に対する返信があったかどうかで判定された。新たに把握された大うつ病性障害などに罹患している高齢者数に対する専門医療機関

受診者の割合を専門医療機関受診率とした。

## 結果

今回選定した地域の2008年度の65歳から79歳の人口は、2008年度で27,220人であり、2009年度7月までに14,975人が基本チェックリストを受けていた。このうち、基本チェックリストでうつ傾向が疑われた704人が2次アセスメントの対象となった。2次アセスメントの受診者は345人で、アセスメント陽性者（うつ病の疑いの者）は、新版の方法で30人（8.7%）、旧版では51人（14.8%）で、新版または旧版で陽性だった者は57人（16.5%）であった。これらの者のうち、37人（新版のみの陽性者が2人と旧版のみでの陽性者が19人、新・旧両版での陽性者が16人）が精密検診を受診した。

精密検診の結果、37人には、大うつ病性障害の者が9人と大うつ病性障害不全寛解の者が2人発見された。このうち治療中の大うつ病性障害の1人を除く計10人に対して専門医療機関受診の提案が行われ、6人の大うつ病性障害の者と2人の大うつ病性障害不全寛解の者が受診を希望したので紹介状が作成された。これらのうち専門医療機関を受診したのは5人（大うつ病性障害3人と大うつ病性障害不全寛解が2人）であったので、専門医療機関受診率は50.0%であった（図2-1-1参照）。

## 考察

地域において、生活機能評価などの基本チェックリストでうつ病の疑われた者に2次アセスメントと医師による精密検診を行った場合、新たに把握できた大うつ病性障害に罹患している高齢者の専門医療機関受診率は50%であった。精密検診と紹介状作成から、まだ時間があまり経っていない時期での専門医療機関受診率としては、高い値が得られた。この調査の後、紹介状が作成されて専門医療機関を受診していない者に、看護師らによる医療機関受診の勧奨が行われているので、この値はさらに高くなっている可能性がある。

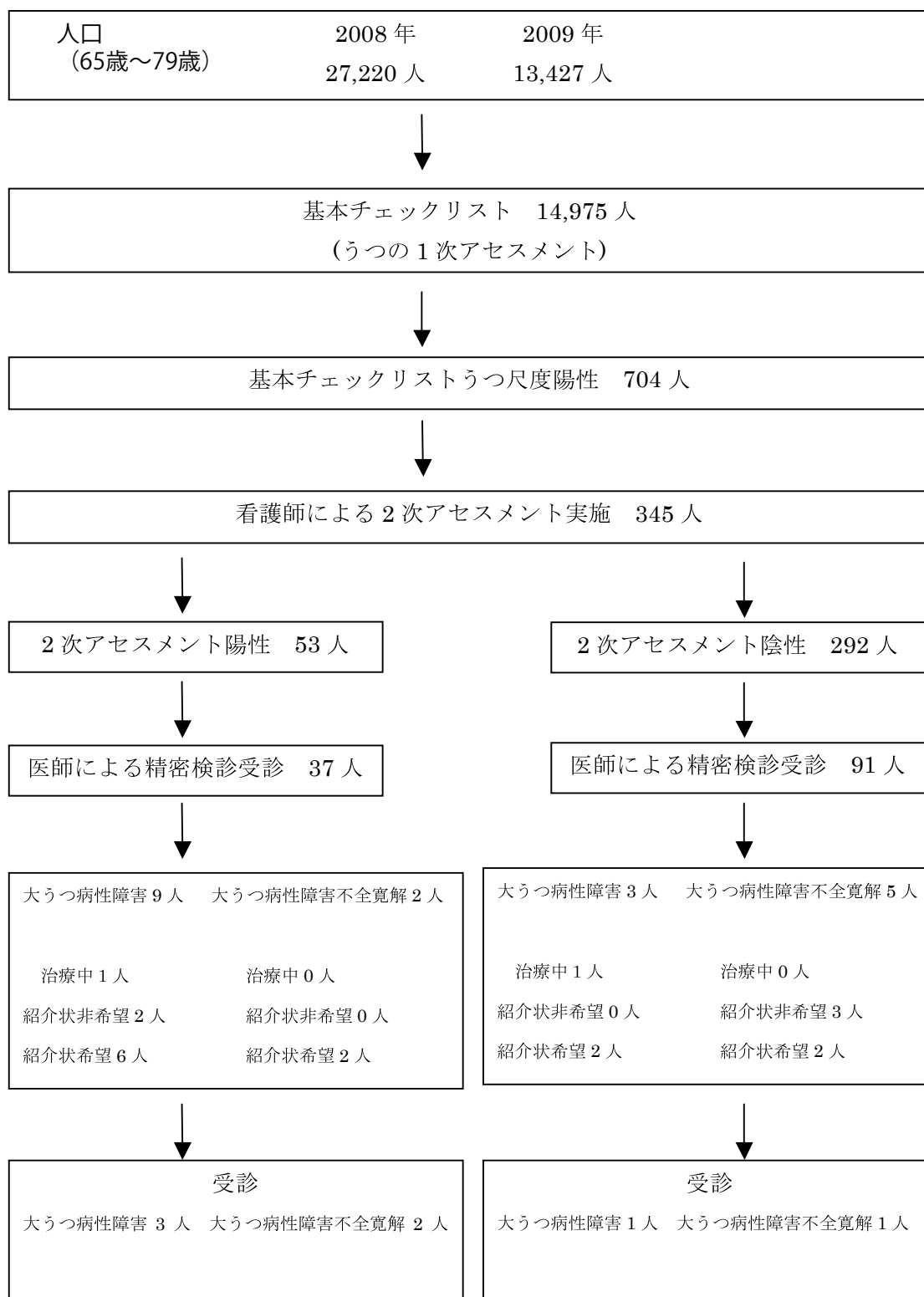
この専門医療機関受診率の計算で用いた分母を、2次アセスメント陽性者の中で精密検診を受けた者に替えた場合の値は、13.5%である。精密検診を受けた2次アセスメント陽性者の7人に1人は治療に結びつくことが見込まれることになる。専門医療機関受診率の分母を2次アセスメントを受けた人数に替えた場合の値は1.4%となる。これは、2次アセスメントを100人行って1人強の大うつ病などの者が治療に結びつくことを意味する。

結果には示していないが、今回事業では2次アセスメント陰性者にも精密検診の参加を呼びかけた結果、陰性者が91人精密検診に参加し、この中から3人の大うつ病性障害(1人は治療中)と5人の不全寛解の者が発見されている。これらの者に対して専門医療機関受診が勧められ、4人(大うつ病性障害の2人と大うつ病性障害不全寛解の2人)が受診を希望し2人が実際に受診に結びついていた(図2-1-1参照)。91人で292人を割った値をこれらの値に掛けることで、陰性者全体に25～6人の大うつ病などの者が存在し、このうち13人程度が専門医療機関受診を希望し、6人強が実際に受診したと推定される。2次アセスメントの陽性反応的中率が向上し、今回の陰性者中の大うつ病などの者も陽性者として把握されれば、100人の2次アセスメントで3人強を医療機関に新たに結びつけることが出来ることになる。

100人の2次アセスメントに対して、新たに医療機関に結びつけられる大うつ病などの者が1～3人という値は、身体疾患のスクリーニング効率に比べて必ずしも低くはない、しかし、絶対値としては決して高いとは言えないであろう。この値の向上のためには、2次アセスメントの精度の向上に加えて、発見された大うつ病などの者に対する医療機関受診の勧奨を強化し、紹介状作成後の医療機関受診を確実に行うことが重要であると考えられる。



図 2-1-1 基本チェックリストから専門医療機関受診まで



## IV -2-2 うつの2次アセスメントのスクリーニング精度

石島英樹（武蔵台病院）

井原一成（東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野）

### 目的

うつの疑いのある地域在住高齢者のうつ病スクリーニングの手段として、厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル（改訂版）」（以下改訂版マニュアル）におけるうつの2次アセスメント（巻末資料1）を用いた看護師などによるアセスメントの精度を検討する。

### 方法

特定高齢者把握のために雇用されている看護師と自治体保健師とを対象に、うつ2次アセスメント実施のための研修を行ったあと、看護師らが訪問によるうつ2次アセスメントを試みた。対象は基本チェックリストによりうつ傾向の認められた地域高齢者である。アセスメントによりうつ病の疑われた者に対しては精密検診の受診を勧め、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。

本事業は、大田区内にある4つの行政区分のうち3つの行政区で行われた。このうち3つの行政区分（糀谷・羽田地域庁舎管轄）では管轄全地域を対象とし、残る2つの行政区分（大森地域庁舎管轄、蒲田地域庁舎管轄）ではそれぞれ1つと3つの町を対象地域とした。

これらの地域から、2009年8月に最初の対象者（以下本対象者）を、2009年10月には追加対象者を得た。本対象者は、上記3行政区の2008年度の65 - 79歳の住民27,270人（糀谷・羽田地域庁舎管轄16,583人、大森地域庁舎管轄5,957人、蒲田地域庁舎管轄4,680人の計）のうち、①2008年度の生活機能評価を受診、②基本チェックリスト（巻末資料3）のうつ予防・支援の項目で2項目以上に該当、③認知症予防・支援の項目に該当項目がない、の3要件に該当する者として設定した。2008年度の当該地域における生活機能評価受診者は9,230人で、このうち586人が②、③を満たした。これらから、2009年8月の研究開始時点までに要介護状態となった者や、区の介護予防教室に参加した者、転居や連絡不能の者を除いた531人を本対象者とした。

追加対象者は、上記地域のうち、大森と蒲田の2地域庁舎管轄では①、②を満たし、かつ基本チェックリストの認知機能で1項目のみ該当した者170人のうち、転居や連絡

不能の者などを除いた109名を選んだ。糶谷・羽田地域庁舎管轄地域では、2009年の6-7月の生活機能評価受診者で本対象者と同じ②、③を満たした者を対象とした。この地域の2009年時点の当該年齢の住民は13,427人、6,7月の生活機能評価受診者は1,185人で、このうち110人が②、③を満たした。ここから本対象者の重複者や、区の介護予防教室に参加した者、転居や連絡不能の者を除いた64人が選定された。これと先の大森・蒲田のサンプル109名との合計、173人が追加調査対象となった。以上、本対象者と追加対象者との合計704人が最終的な訪問対象者となった。

次にこの704人に、2009年8月から11月にかけて改訂版マニュアルにおけるうつの2次アセスメントを用いて、研修を受けた看護師・保健師が訪問相談を行った。訪問相談を行えたものは704人中345人であった。訪問調査を行った者に対し、2009年9月から11月にかけて、大森、蒲田、糶谷・羽田の地域庁舎で医師によるうつ病の精密検診（SCIDを用いたうつ病の診断）を行った。医師の面接に先だて、心理士または看護師、精神保健福祉士がMini-Mental States Examination(MMSE)を含む予備的面接を行った。来所者は345人中129人であり、このうち、精密検診のために来庁したが診断面接を拒否した1名と、MMSE23点以下の者13人を除いた115人（調査対象の16.3%）を解析対象とした。

1. 解析対象者を、医師によるうつ病の精密検診にて大うつ病性障害と診断されたものをうつ病と判断して、次の2つの場合のうつの2次アセスメントの感度と特異度を求めた。

1) うつの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もの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) 厚生労働省うつ予防・支援についての研究班で提示されたうつ予防・支援マニュアル（案）（以下旧版マニュアル）の2次アセスメントの評価プロセス（巻末資料2）の第2段階にて重症度が1～5と判断されたもの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. 解析対象者を、医師によるうつ病の精密検診にて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）と診断されたものを「なんらかのうつ病」と判断し

て、次の2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）。

- 1) うつの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もの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) 旧版マニュアルの2次アセスメントの評価プロセスの第2段階にて重症度が1～5と判断されたもの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

解析対象者 115 人の平均年齢は  $73.30 \pm 3.65$  歳、男性は 29 人 (25.2% , 平均年齢  $74.59 \pm 3.49$  歳)、女性は 86 人 (74.8% , 平均年齢  $72.86 \pm 3.59$  歳) であった。また、SCID を用いた医師によるうつ病の精密検診の結果は、大うつ病性障害が 11 人、大うつ病性障害不全寛解が 6 人、小うつ病性障害が 11 人、小うつ病性エピソードが 4 人、気分変調性障害が 8 人、抑うつを伴う適応障害が 2 人、一般身体疾患による気分障害が 1 人、身体表現性障害疑が 2 人、睡眠障害が 2 人、診断なしが 66 人であった (表 2-2-2)。

1. 医師によるうつ病の精密検診において、大うつ病性障害をうつ病と判断した場合、うつ病患者は 115 人中 11 人であり、精密検診受診者における頻度 (有病率) は 9.6% であった。

- 1) 115 人のうち、改訂版マニュアルを用いた2次アセスメントにおける陽性者は 15 人 (13.0%) であり、感度は 54.6%、特異度は 91.3% であった (表 2-2-3)。
- 2) 115 人のうち、旧版マニュアルを用いた2次アセスメントにおける陽性者は 28 人 (24.3%) であり、感度は 72.7%、特異度は 80.8% であった (表 2-2-4)。

2. 解析対象者を、医師によるうつ病の精密検診において、なんらかのうつ病と診断されたものをうつ病と判断した場合、うつ病患者は 115 人中 45 人であり、有病率は 39.1% であった。

- 1) 115 人のうち、改訂版マニュアルを用いた2次アセスメントにおける陽性者は 15 人 (13.0%) であり、感度は 22.2%、特異度は 92.9% であった (表 2-2-5)。
- 2) 115 人のうち、旧版マニュアルを用いた2次アセスメントにおける陽性者は 28 人 (24.4%) であり、感度は 42.2%、特異度は 87.1% であった (表 2-2-6)。

## 考察

改訂版マニュアルを用いた大うつ病性障害の2次アセスメントの感度は54.6%であり、旧版マニュアルと比べると感度が低いが、旧版に比べ手順が簡易化され、保健師や看護師、社会福祉士などの地域包括支援センター職員がより利用しやすい方式を用いても大うつ病性障害の者の5割程度を検出することができた。うつの疑いのある地域在住高齢者のうつ病スクリーニングの手段として、改訂版マニュアルによる2次アセスメントを用いたうつ病検診はある程度有効であることが分かった。

また、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などの大うつ病性障害に比べると比較的軽症のうつ病についても、地域の介護予防や医学的治療のために把握し、介入を行うべき病態と考えられるが、改訂版マニュアルを用いた2次アセスメントの感度は22.2%であり、旧版マニュアルを用いたうつ病検診でも42.2%と低く、患者の見逃しが多いことが分かった。ここで、改訂版マニュアルを用いた2次アセスメントでの診断名別偽陰性者（表2-2-7）をみると、大うつ病性障害では全体の45.5%が偽陰性者であるのに対し、小うつ病性障害・エピソードで86.7%、気分変調性障害で100%が偽陰性者であり、比較的軽症のうつ病患者の見逃しが多いことが分かる。これは、改訂版マニュアルを用いたうつ病検診では、2次アセスメントの第1段階（症状の有無を評価する）で1項目以上該当していても、第2段階（日常生活の支障の程度を評価する）で「支障がない」と評価された場合、2次アセスメント陽性と判断されないため、より軽度のうつ病が除外されやすいためである可能性がある。そこで、改訂版マニュアルによる2次アセスメントの第1段階のみ該当するものをアセスメント陽性として感度と特異度を求めると、感度は51.1%となり（表2-2-8）、第2段階まで用いて判定した場合の22.2%に比べ感度が上がりうつ病患者の見逃しが少なくなった。この場合のうつ2次アセスメントの診断名別偽陰性者（表2-2-9）をみると、大うつ病性障害では全体の36.4%、小うつ病性障害・エピソードで53.3%、気分変調性障害で62.5%が偽陰性者となり、比較的軽症のうつ病患者の見逃しが少なくなることが分かった。うつの疑いのある地域在住高齢者の、軽症のうつ病を含めたうつ病のスクリーニングの手段として、改訂版マニュアルの2次アセスメントを用いたうつ病検診を用いる場合、第2段階を用いず第1段階のみでうつ病判定を行うと感度が向上し、ある程度有効であることが分かった。

表2-2-1 改訂版マニュアルにおける基本チェックリストのうつに関する質問項目

1. 毎日の生活に充実感がない。	1. はい	2. いいえ
2. これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった。	1. はい	2. いいえ
3. 以前は楽に出来ていたことが今まではおっくうに感じられる。	1. はい	2. いいえ
4. 自分は役に立つ人間だとは思えない。	1. はい	2. いいえ
5. わけもなく疲れたような感じがする。	1. はい	2. いいえ

表2-2-2 医師によるうつ病の精密検診（SCIDを用いたうつ病の診断）の結果

診断名	人数
大うつ病性障害	11
大うつ病性障害不全寛解	6
小うつ病性障害	11
小うつ病エピソード	4
気分変調性障害	8
抑うつを伴う適応障害	2
一般身体疾患による気分障害	1
特定不能のうつ病	2
身体表現性障害疑	2
睡眠障害	2
診断なし	66
合計	115

表2-2-3 改訂版マニュアルを用いた2次アセスメントの感度と特異度

		医師の診断結果		
		うつ病1)	非うつ	
2次アセスメント結果	うつ疑い (陽性)	6 (54.6%)	9 (8.7%)	15
	非うつ (陰性)	5 (45.5%)	95 (91.3%)	100
		11	104	115

1) 大うつ病性障害をうつ病とする

表2-2-4 旧版マニュアルを用いた2次アセスメントの感度と特異度

		医師の診断結果		
		うつ病1)	非うつ	
2次アセスメント結果	うつ疑い (陽性)	8 (72.7%)	20 (19.2%)	28
	非うつ (陰性)	3 (27.3%)	84 (80.8%)	87
		11	104	115

1) 大うつ病性障害をうつ病とする

表2-2-5 改定版マニュアルを用いた2次アセスメントの感度と特異度

		医師の診断結果		
		うつ病2)	非うつ	
2次アセスメント結果	うつ疑い (陽性)	10 (22.2%)	5 (7.1%)	15
	非うつ (陰性)	35 (77.8%)	65 (92.9%)	100
		45	70	115

2) 大うつ病性障害、大うつ病性障害不全寛解、小うつ病性障害、小うつ病性エピソード、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、特定不能のうつ病と診断されたものをうつ病とする

表2-2-6 旧版マニュアルを用いた2次アセスメントの感度と特異度

		医師の診断結果		
		うつ病2)	非うつ	
2次アセスメント結果	うつ疑い (陽性)	19 (42.2%)	9 (12.9%)	28
	非うつ (陰性)	26 (57.8%)	61 (87.1%)	87
		45	70	115

2) 大うつ病性障害、大うつ病性障害不全寛解、小うつ病性障害、小うつ病性エピソード、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、特定不能のうつ病と診断されたものをうつ病とする

表2-2-7 改定版マニュアルを用いた2次アセスメントの診断名別偽陰性者

	偽陰性者(人)	全体(人)	割合
大うつ病性障害	5	11	45.5%
大うつ病性障害不全寛解	5	6	83.3%
特定不能のうつ病	1	2	50.0%
小うつ病性障害・エピソード	13	15	86.7%
気分変調性障害	8	8	100%
抑うつを伴う適応障害	2	2	100%
一般身体疾患による気分障害	1	1	100%

表 2-2-8 改定版マニュアルを用いた 2 次アセスメント（第 1 段階のみで判定）の感度と特異度

		医師の診断結果		
		うつ病2)	非うつ	
2 次ア セスマ ンツ結 果	うつ疑い (陽性)	23 (51.1%)	20 (28.6%)	43
	非うつ (陰性)	22 (48.9%)	50 (71.4%)	72
		45	70	115

2) 大うつ病性障害、大うつ病性障害不全寛解、小うつ病性障害、小うつ病性エピソード、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、特定不能のうつ病と診断されたものをうつ病とする

表 2-2-9 改定版マニュアルを用いた2次アセスメント（第 1 段階のみで判定）の診断名別偽陰性者

	偽陰性者(人)	全体(人)	割合
大うつ病性障害	4	11	36.4%
大うつ病性障害不全寛解	3	6	50.0%
特定不能のうつ病	1	2	50.0%
小うつ病性障害・エピソード	8	15	53.3%
気分変調性障害	5	8	62.5%
抑うつを伴う適応障害	1	2	50.0%
一般身体疾患による気分障害	0	1	0.0%



## IV -2-3 2次アセスメントにおける生活質問項目の うつ病のスクリーニング効率の検討

鈴木友理子（国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部）

井原一成（東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野）

石島英樹（武蔵台病院）

### 目的

大田区における介護予防のための訪問相談事業で導入した、うつの2次アセスメント時の生活質問項目とそれに先だって実施している基本チェックリストの生活状況等の質問項目の、なんらかのうつ病及び大うつ病性障害に関するスクリーニング効率を検討する。

### 方法

#### 対象者

本研究の対象は、東京都大田区内で選定した一定地域において2008年度から2009年7月までに、生活機能評価などの健診で基本チェックリストに記入し、うつ予防・支援の項目で2項目以上に該当し認知症予防・支援の項目での該当項目が1つ以下であった65歳から79歳のうち、訪問相談でのうつ2次アセスメントと、その後の精密検診とを受けた者である。この地域の上記年齢の人口は2008年が27,220人で、基本チェックリストの受診者は計14,675人で、うつと認知について上記に該当した者が866人であった。ここから、訪問相談までの間に転居や死亡した者や要介護認定を受けた者などを除いた704人が訪問相談の候補者となった。

#### 評価手順

訪問相談は、介護予防に関わる大田区の保健師または非常勤の看護師によって行われた。相談で用いた相談票には、うつのアセスメントに先立ち一般的な健康や生活に関する情報を聴取するため、主観的健康感、現在通院・加療中の疾患、過去1年間に入院を要した疾患、身体の痛み、睡眠、食事状況、同居者、仕事、趣味活動、散歩や体操・スポーツの実施等に関する質問が含まれていた。これらの質問を、以下、生活質問項目と呼ぶ。

うつの2次アセスメントでは厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル（改訂版）」に沿っ

て、第一段階では、最近2週間の①抑うつ気分：「ひどく気分が沈みこんで、憂うつになっているということはありませんか?」、②興味・喜びの消失：「生活が楽しめなくなっているということはありませんか?」、③生活リズムの障害：「眠れなくなったり、食欲が落ちたりして、生活のリズムが乱れていることはありませんか」、④自殺念慮の有無：「つらくて死にたいという気持ちになっていませんか」の4つの質問を行い、いずれかの症状がひとつ以上続いている者を対象に、第二段階として、日常生活の支障の程度：「今お話いただいた症状のために、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしていませんか?」という質問をして、生活の支障の程度の有無を判定した。通常の介護予防事業ではこの2次アセスメントで症状がひとつ以上あり、かつ生活に支障がある者のみについてのみ精神科医による診察を勧めるが、本研究では2次アセスメントの結果によらず、全参加者に精神科医らによる精密検診を受診するよう依頼した。

この精神科医らによる精密検診は別途実施した。診断面接を実施する前に、予備面接として心理士が身体健康、既往症、日常生活の活動性、睡眠導入剤や抗うつ剤の使用歴、飲酒、就労、緻巧性、体操習慣、それから認知機能検査としてMMSEを実施した。その後、4名の精神科や心療内科の医師が精神科診断面接（SCID）を用いたうつ病に関する構造化面接を行った。

## 分析

うつ病に関する生活質問項目、および基本チェックリストのうち、生活状況と閉じこもり・認知症・うつ予防・支援の各質問項目の感度、特異度、陽性反応的中度を算出した。この目的のために、精神科医らの診断面接を受けた者のうち、MMSE得点のカットオフポイントを23/24に設定し、23点以下の者は分析から除外した。

精神科医らによる診断のうち、DSM-IV-TRによる大うつ病性障害、大うつ病性障害不全寛解、気分変調性障害、一般身体疾患による気分障害、特定不能のうつ病、またこれに加えて、研究用試案の小うつ病性障害、小うつ病エピソード、抑うつを伴う適応障害に該当した者を、「何らかのうつ病」と判定した。ここで小うつ病エピソードとは、DSM-IV-TR研究用試案の、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）。これらのうつ病の診断に関する生活質問項目と生活機能評価などの健診の際に行った基本チェックリストの生活状況などの項目それぞれの感度、特異度、陽性反応的中度を検討した。

## 結果

調査対象者の流れおよび受診者数を図に示す。精神科医らによる診断面接は129名に対して実施された。以下の解析ではMMSEで23点以下の認知機能低下疑い例（13人）および拒否者（1名）を除く115名を対象とした。

診断面接の結果を表2-3-1に示す。上記の何らかのうつ病の定義を満たした者は45名であり、面接実施者の39.2%であった。

表2-3-2に何らかのうつ病に関する生活質問項目のスクリーニング効率を示す。個々の質問項目で、うつ病に関する感度が高い質問は、「現在、通院中の病気や薬を飲んでいる病気はありますか（ある／ない）」は、感度97.7%、特異度8.5%、「現在、仕事をしていますか（現在働いている／辞めた・主婦）」については、感度88.6%、特異度は26.8%、「どこか体の痛いところがありますか（ある／ない）」は、感度75.0%、特異度が25.4%であった。特異度が高い項目は、「途中で目が覚める（はい／いいえ）」が感度は15.9%、特異度は91.6%、「食欲はありますか（ない／ある）」は感度23.3%、特異度が88.7%、「早く目が覚める（はい／いいえ）」については感度が20.5%、特異度は85.9%であった。これらの感度、特異度はトレードオフの関係になっていた。陽性反応的中度を検討したところ、「食欲はありますか（ない／ある）」、「途中で目が覚める（はい／いいえ）」、「現在、趣味活動をしていますか（いいえ／はい）」、「夜眠れますか（はい／いいえ）」等が50%程度であった。

表2-3-3に、大うつ病性障害に関する生活質問項目のスクリーニング効率を示した。感度が高かった質問項目は、「現在、通院中の病気や薬を飲んでいる病気はありますか（ある／ない）」が感度100.0%、特異度6.7%、「あなたは普段ご自分で健康とご思いますか（健康ではない・あまり健康ではない／非常に健康・まあ健康）」、「どこか体の痛いところがありますか（ある／ない）」、「現在、仕事をしていますか（辞めた・主婦／現在働いている）」の感度がそれぞれ80%以上であった。特異度は「途中で目が覚める（はい／いいえ）」、「食欲はありますか（ない／ある）」、「早く目が覚める（はい／いいえ）」、「この1カ月、食事は一日何食ですか（2食・1食／3食）」、「ご自身で食事をつくりませんか（作らない／作る）」がそれぞれ80%以上であった。陽性反応的中度は、どの項目も低く、「途中で目が覚める（はい／いいえ）」の38.5%が最も高かった。

表2-3-4に、何らかのうつ病に関する基本チェックリストの質問項目の感度、特異度、陽性反応的中度を示す。うつ予防・支援の質問項目、「（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする（はい／いいえ）」、「（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今で

はおっくうに感じられる（はい／いいえ）」はいずれも感度が70%以上であったが、特異度はそれぞれ26.1%、17.4%であった。特異度が高かった質問は、「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか（いいえ／はい）」、「周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれましたか（はい／いいえ）」、「預貯金の出し入れをしていますか（いいえ／はい）」、「日用品の買い物をしていますか（いいえ／はい）」等の日常活動に関する質問において90%以上であった。陽性反応的中度は、「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか（いいえ／はい）」、「周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれましたか（はい／いいえ）」、といった認知機能に関する質問のほうが、「（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった（はい／いいえ）」などのうつ病に関する質問よりも高かった。基本チェックリストにおけるうつの1次アセスメントでは、2項目以上を陽性としており、今回はこれを満たした者を対象としていたために、この感度は100%であったが、陽性反応的中度は38.9%であり、逆にいえば偽陽性率は61.1%であった。

表2-3-5に、大うつ病性障害に関する基本チェックリストの質問のスクリーニング効率を示す。この場合には、「（この2週間）自分が役に立つ人間だと思えない（はい／いいえ）」以外のこころの質問項目の感度は60%以上であり、比較的高かった。大うつ病性障害の場合にも、「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか（いいえ／はい）」をはじめとした、認知機能や生活状況に関する質問の特異度は高かった。陽性反応的中度はいずれも低く、「バスや電車で1人で外出していますか（いいえ／はい）」が16.7%であり、これが最も高かった。基本チェックリストにおけるうつの1次アセスメントの「2項目以上該当」という判定基準の感度は100%であったが、陽性反応的中度は9.8%であり偽陽性の割合が非常に高かった。

## 考察

本解析の対象は、基本チェックリストの1次アセスメントで陽性と判定された者、つまり基本チェックリストのうつ領域の質問で2項目以上該当した者である。このスクリーニングを経た面接対象者のうち、認知機能低下が疑われる者と拒否者を除いた115名のうち、何らかのうつ病と診断された者は、45名（39.2%）であった。これらを対象に、研究班が独自に開発した、生活質問項目および基本チェックリストのうち、生活状況、閉じこもり、認知症、うつの質問項目のスクリーニング効率を検討した。

## 1 生活質問項目のスクリーニング効率

何らかのうつ病について感度が高かった項目は、「現在、通院中の病気や薬を飲んでいる病気はありますか（ある／ない）」、「現在、仕事をしていますか（辞めた・主婦／現在働いている）」、「どこか体の痛いところがありますか（ある／ない）」といった身体健康に関連する質問や、日常活動に関する質問であった。一方で、陽性反応的中度が高かったのは、「食欲はありますか（ない／ある）」、「途中で目が覚める（はい／いいえ）」、「現在、趣味活動をしていますか（いいえ／はい）」という項目では比較的高かったがそれでも 50% 程度であった。

一方大うつ病性障害に関しても、「現在、通院中の病気や薬を飲んでいる病気はありますか（ある／ない）」、「あなたは普段ご自分で健康とご思いますか（健康ではない・あまり健康ではない／非常に健康・まあ健康）」といった身体健康に関する質問や、「どこか体の痛いところがありますか（ある／ない）」、「現在、仕事をしていますか（辞めた・主婦／現在働いている）」といった日常生活に関する質問項目では感度が高かった。一方、大うつ病性障害については、陽性反応的中度が高い質問項目はあまりなかった。

## 2 基本チェックリストのスクリーニング効率

何らかのうつ病を診断された人のなかで、「（ここ 2 週間）わけもなく疲れたような感じがする（はい／いいえ）」、「（ここ 2 週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる（はい／いいえ）」を満たした人の割合、つまり感度は 70% 以上であったが、特異度は必ずしも高くはなかった。

陽性反応的中度は、「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか（いいえ／はい）」、「周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれましたか（はい／いいえ）」といった認知機能に関する質問のほうが、「（ここ 2 週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった（はい／いいえ）」などのうつ病に関する質問よりも高かった。

一方、大うつ病性障害については、「（この 2 週間）自分が役に立つ人間だと思えない（はい／いいえ）」以外のこころの質問項目の感度は 60% 以上であり、これらのうつに関する質問の感度は比較的高かった。しかし、陽性反応的中度はいずれも低く、「（ここ 2 週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった（はい／いいえ）」が 16.7% であり、これが最も高かった。スクリーニングの効率を考えると、何らかのうつ病、そして大うつ病性障害についても、基本チェックリストのこころの領域の質問は必ずしも鋭敏な尺度と言え難かった。これらの質問を加算して判定する、基本チェックリストにおけるう

つの1次アセスメントの「2項目以上該当」という判定基準についても、陽性反応的中度は9.8%であり偽陽性の割合が非常に高かった。

### 3 今後の課題

うつ予防・支援マニュアル改定版では、うつの総合的な対策として、1) ポピュレーションアプローチと2) ハイリスクアプローチの両面から対策をとることが強調されている。これらの対応を効率的に行うためには、まず、うつの1次アセスメントと2次アセスメントの目的を整理する必要があると思われる。1次アセスメントは、地域の高齢者を対象に実施するものであるから、ここでうつ領域の質問を行うことによってうつ病のハイリスク者の選定とうつに関する幅広い啓発の2つの役割を果たすことが期待される。この目的のためには、感度が高いアセスメントツールが求められる。そして、次の2次アセスメントは、保健師が訪問で対象者に個別に面接するものであり、ここではうつ病などの疾患が疑われる者を医療機関に紹介することと、面接を担当する保健師が継続的に支援できるような関係を作ることの2つの目的があると思われる。つまり、ハイリスクアプローチのためのツールが求められるので、効率よくケースを把握するためには、ここでは陽性反応的中度が高い方法が求められよう。今回、うつの2次アセスメントのスクリーニング特性を検討した結果、必ずしもこの目的を果たすスクリーニング尺度とは言い難いことが明らかになった。これは昨年の報告書で鈴木ら(2009)が報告しているように、介護予防でうつ予防が進まない理由として、アセスメントツールの信憑性に疑問がある、という理由が挙がっていたが、その現場の感覚の裏付けとみなすこともできよう。

しかし、基本チェックリストや研究班で独自に考案した生活状況のアセスメントでも、大うつ病性障害、および何らかのうつ病を鋭敏に予測する単一の質問項目は特定できなかった。そこで、2次アセスメントで陽性反応的中度が比較的高かった「食欲はありますか(ない/ある)」、「途中で目が覚める(はい/いいえ)」、「現在、趣味活動をしていますか(いいえ/はい)」、「夜眠れますか(眠れない/眠れる)」といった日常生活や睡眠、食欲といった生理的な項目を質問に含めることが、何らかのうつ病の把握の効率を高める一助になるかもしれない。しかし、これらの質問項目は、大うつ病性障害については陽性反応的中度は高くなかったので、大うつ病性障害の効率的な把握にはあまりつながらないことに留意する必要がある。

基本チェックリストの項目では、「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか(いいえ/はい)」、「周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れ

があるといわれましたか（はい/いいえ）」は何らかのうつ病に関する特異度と陽性反応的中度は比較的高かったが、感度は非常に低かった。つまり、うつ病の人のうち物忘れの症状を訴える人はあまり多くないが、物忘れの訴えをする人については、うつ病の可能性も積極的に考慮する必要がある。基本チェックリストのどの項目も、大うつ病性障害の陽性反応的中度が高いものはなかった。

陽性反応的中度は事前確率（アセスメントを受ける集団における有病率）に依存する。今回の診断面接の対象者は、うつの1次アセスメントで陽性だった者で医師面接を希望した者のみを対象にしているために、何らかのうつ病の割合は45人（39.2%）、大うつ病性障害は11人（9.6%）と、一般の地域在住の高齢者に比べてはるかに何らかのうつ病や大うつ病性障害の有病率が高い集団であった。この1次アセスメントでうつ疑いありと判定されたものを対象とするという前提で、個々の質問項目の陽性反応的中度を比較することに一定の意義があると思われるが、これを地域在住の集団を対象とした議論に単純には一般化することはできない点に注意を払う必要がある。

昨年鈴木ら（2009）の質的分析の報告にあるように、現場の臨床の感覚を支持する尺度でないと、実際のうつ予防の現場ではこのようなスクリーニングプログラムは受け入れられないだろう。スクリーニング尺度の限界を周知し、アセスメント法の結果に基づいて具体的な対応策につなげていく支援方法も研修内容に含めていくことが、実行性のあるうつ予防・支援事業につながっていくと考えられる。

## 参考文献

鈴木良美、井原一成、北畠義典．地域包括支援センターにおける高齢者のうつ予防への取組みと課題：東京都大田区、立川市におけるインタビューをもとにした質的記述的研究．2008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支援に関する調査研究事業 2008年度 調査報告書 社団法人日本健康倶楽部 2009：37-52

図 2-3-1

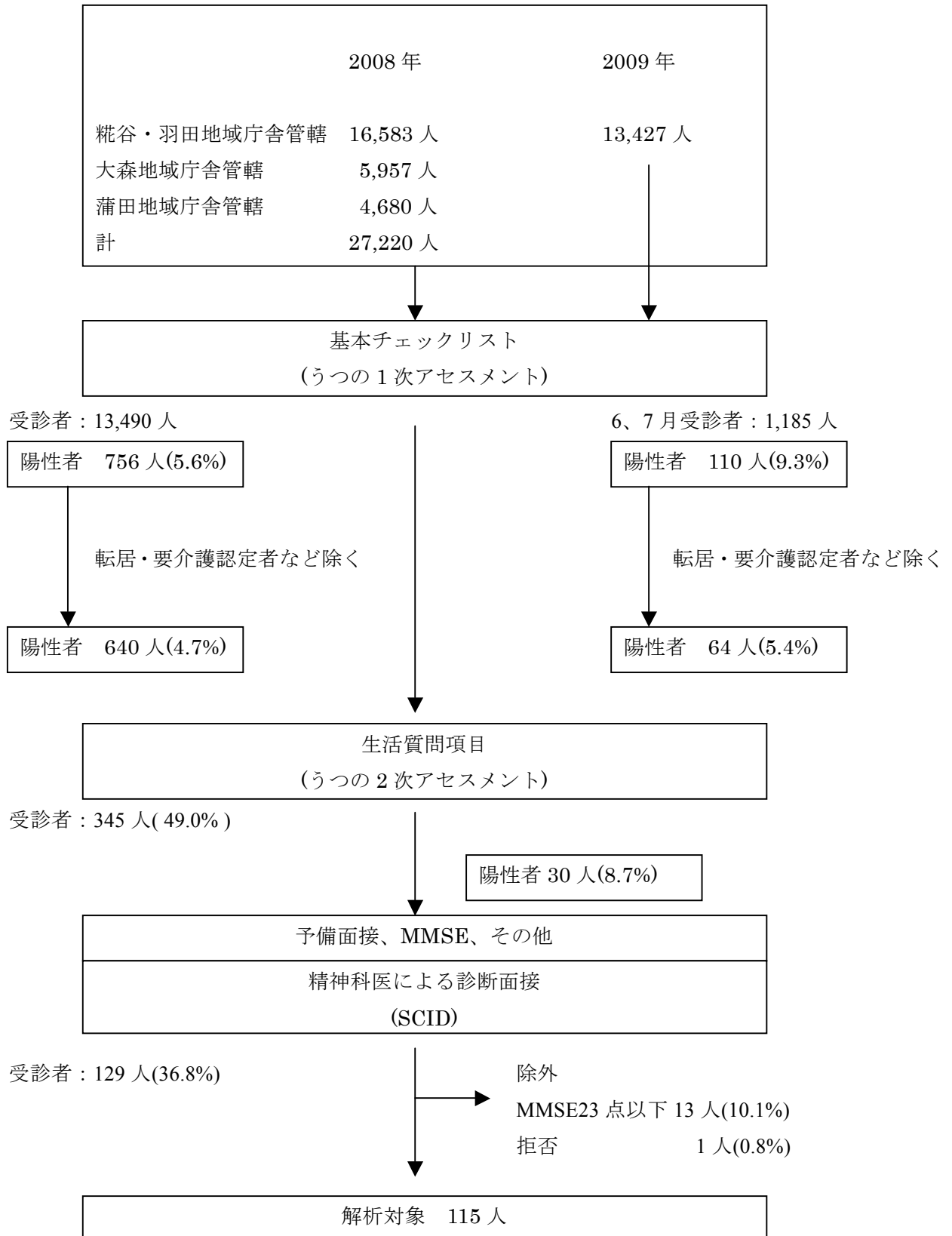




表 2-3-1 面接実施者の診断の結果

	人数	%	累積%
大うつ病性障害	11	9.6	9.6
大うつ病性障害不全寛解	6	5.2	14.8
小うつ病性障害	11	9.6	24.4
小うつ病エピソード	4	3.5	27.8
気分変調性障害	8	7.0	34.8
抑うつを伴う適応障害	2	1.7	36.5
一般身体疾患による気分障害	1	0.9	37.4
特定不能のうつ病	2	1.7	39.1
何らかのうつ病（上記の 8 診断）（再掲）	45	39.2	
身体表現性障害疑	2	1.7	40.9
睡眠障害	2	1.7	42.6
診断なし	66	57.4	100.0
	115	100.0	

MMSE が 23 点以下で認知機能低下が疑われた 13 名と拒否 1 名を除いた 115 名に関する分析とした。

表 2-3-2 2 次アセスメント受診者を対象とした、何らかのうつ病に対する生活質問項目のスクリーニング効果率

生活	回答者数	うつ病該当者数	回答者中の頻度	感度(%)	特異度(%)	陽性反応的中度(%)
あなたは普段ご自分で健康と思いますか (健康ではない・あまり健康ではない/非常に健康・まあ健康)	113	43	38.1	48.8	61.4	43.8
現在、通院中の病気や薬を飲んでる病気がありますか (ある/ない)	115	44	38.3	97.7	8.5	39.8
この1年間に入院しましたか (ある/ない)	115	44	38.3	18.2	77.5	33.3
どこか体の痛いところがありますか (ある/ない)	115	44	38.3	75.0	25.4	38.4
睡眠・食欲						
夜眠れますか (眠れない/眠れる)	115	44	38.3	43.2	74.3	51.4
なかなか寝付けない (はい/いいえ)	115	44	38.3	31.8	76.1	45.2
途中で目が覚める (はい/いいえ)	115	44	38.3	15.9	91.6	53.9
早く目が覚める (はい/いいえ)	115	44	38.3	20.5	85.9	47.4
この1カ月、食事は一日何食ですか (2食・1食/3食)	115	44	38.3	13.6	83.1	33.3
食欲がありますか(ない/ある)	115	44	38.3	23.3	88.7	55.6
活動						
ご自身で食事をつくりますか (作らない/作る)	115	44	38.3	15.9	76.1	29.2
現在、仕事をしていますか (辞めた・主婦/現在働いている)	115	44	38.3	88.6	26.8	42.9
最近の仕事の量や内容に変化がありましたか (ある/ない)	29	7	24.1	42.9	72.7	33.3
現在、趣味活動をしていますか (いいえ/はい)	113	44	38.9	43.2	75.4	52.8
最近活動内容に変化がありましたか (ある/ない)	72	23	31.9	21.7	77.6	31.3
現在、散歩や体操やスポーツをしていますか(いいえ/はい)	114	43	37.7	36.4	74.3	47.1
最近内容や時間に変化がありましたか (ある/ない)	61	16	26.2	12.5	84.4	22.2

表 2-3-3 2次アセスメント受診者を対象とした、大うつ病性障害に対する生活質問項目のスクリーニング効率

生活	回答者数	大うつ病該当者数	回答者中の頻度	感度(%)	特異度(%)	陽性反応的中度(%)
あなたは普段ご自分で健康と思いますか (健康ではない・あまり健康ではない/非常に健康・まあ健康)	113	11	9.7	90.9	62.8	20.8
現在、通院中の病気や薬を飲んでる病気はありますか (ある/ない)	115	11	9.6	100.0	6.7	10.2
この1年間に入院しましたか (ある/ない)	115	11	9.6	27.3	79.8	12.5
どこか体の痛いところがありますか (ある/ない)	115	11	9.6	81.8	26.0	10.5
睡眠・食欲						
夜眠れますか (眠れない/眠れる)	115	11	9.6	63.6	70.9	18.9
なかなか寝付けない (はい/いいえ)	115	11	9.6	18.2	72.1	6.5
途中で目が覚める (はい/いいえ)	115	11	9.6	45.5	92.3	38.5
早く目が覚める (はい/いいえ)	115	11	9.6	27.3	84.6	15.8
この1カ月、食事は一日何食ですか (2食・1食/3食)	114	10	8.8	18.2	84.6	11.1
食欲はありますか(ない/ある)	114	10	8.8	40.0	86.5	22.2
活動						
ご自身で食事をつくりますか (作らない/作る)	115	11	9.6	36.4	80.8	16.7
現在、仕事をしていきますか (辞めた・主婦/現在働いている)	115	11	9.6	81.8	21.2	9.9
最近の仕事の量や内容に変化がありましたか (ある/ない)	29	4	13.8	25.0	68.0	11.1
現在、趣味活動をしていますか (いいえ/はい)	113	11	9.7	45.5	69.6	13.9
最近活動内容に変化がありましたか (ある/ない)	61	2	3.3	0.0	84.8	0.0
現在、散歩や体操やスポーツをしていますか(いいえ/はい)	114	11	9.6	36.4	70.9	11.8
最近内容や時間に変化がありましたか (ある/ない)	61	2	3.3	0.0	84.8	0.0

表 2-3-4 何らかのうつ病に対する基本チェックリスト（生活状況と閉じこもり・認知症・うつ予防・支援）のスクリーニング効率

生活状況	回答者数	うつ病該当者数	回答者中の頻度	感度(%)	特異度(%)	陽性反応的中度(%)
バスや電車で1人で外出していますか (いいえ/はい)	113	44	39.3	2.3	92.8	16.7
日用品の買い物をしていますか (いいえ/はい)	113	44	39.3	0.0	92.8	0.0
預貯金の出し入れをしていますか (いいえ/はい)	113	44	39.3	2.3	94.2	20.0
友人の家を訪ねていますか (いいえ/はい)	113	44	39.3	38.6	71.0	46.0
家族や友人の相談にのっていますか (いいえ/はい)	113	44	38.5	15.9	69.6	38.2
閉じこもり						
週に1回以上は外出していますか (いいえ/はい)	113	44	39.3	9.1	87.0	30.8
昨年と比べて外出の回数が減っていますか (はい/いいえ)	113	44	39.3	52.3	59.4	45.1
認知症						
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれましたか (はい/いいえ)	113	44	39.3	9.1	95.7	57.1
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか (いいえ/はい)	113	44	38.5	2.3	100.0	100.0
今日が何月何日かわからない時がありますか (はい/いいえ)	113	44	39.3	13.6	89.9	46.2
うつ						
(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない (はい/いいえ)	113	44	6.6	61.4	55.1	46.6
(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった (はい/いいえ)	113	44	39.3	47.7	69.6	50.0
(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる (はい/いいえ)	113	44	20.5	72.7	17.4	36.0
(この2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない (はい/いいえ)	113	44	38.5	45.5	63.8	44.4
(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする (はい/いいえ)	113	44	14.8	75.0	26.1	39.3
うつ1次アセスメント						
うつ傾向領域2つ以上該当	113	44	39.3	100.0	0.0	38.9
うつ傾向領域3つ以上該当	113	44	39.3	61.4	52.2	45.0
うつ傾向領域4つ以上該当	113	44	39.3	27.3	81.2	48.0
うつ傾向領域5つ該当	113	44	39.3	13.6	98.6	85.7

表 2-3-5 大うつ病性障害に対する基本チェックリスト（生活状況と閉じこもり・認知症・うつ予防・支援）のスクリーニング効率

生活状況	回答者数	大うつ病性障害該当者数	回答者中の頻度	感度(%)	特異度(%)	陽性反応的中度(%)
バスや電車ですら一人で外出していませんか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	9.1	95.1	16.7
日用品の買い物をしていませんか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	0.0	95.1	0.0
預貯金の出し入れをしていませんか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	0.0	95.1	0.0
友人の家を訪ねていますか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	36.4	67.7	10.8
家族や友人の相談にのっていますか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	9.1	81.4	5.0
閉じこもり						
週に1回以上は外出していませんか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	0.0	87.3	0.0
昨年と比べて外出の回数が減っていますか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	45.5	54.9	9.8
認知症						
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれましたか (はい/いいえ)	113	11	9.8	9.1	94.1	14.3
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	0.0	99.0	0.0
今日が何月何日かわからない時がありますか (はい/いいえ/はい)	113	11	9.8	9.1	88.2	7.7
うつ						
(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない (はい/いいえ)	113	11	9.8	72.7	51.0	13.8
(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった (はい/いいえ)	113	11	9.8	63.6	65.7	16.7
(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる (はい/いいえ)	113	11	9.8	72.7	20.6	9.0
(この2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない (はい/いいえ)	113	11	9.8	18.2	57.8	4.4
(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする (はい/いいえ)	113	11	9.8	81.8	26.5	10.7
うつ1次アセスメント						
うつ傾向領域 2 つ以上該当	113	11	9.8	100.0	0.0	9.8
うつ傾向領域 3 つ以上該当	113	11	9.8	72.7	49.0	13.3
うつ傾向領域 4 つ以上該当	113	11	9.8	27.3	78.4	12.0
うつ傾向領域 5 つ該当	113	11	9.8	9.1	94.1	14.3

## IV -2-4 基本チェックリストのスクリーニング精度

井原一成（東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野）

吉田英世（東京都健康長寿医療センター 東京都老人総合研究所 自立促進と介護予防研究チーム）

### 目的

大うつ病性障害などの気分障害のスクリーニング尺度としての、基本チェックリストと Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) の感度と特異度を検討する。

### 方法

本研究は、介護予防の基礎研究として行われた高齢者向けの集団健診にあわせて実施された。この集団健診は、東京都板橋区で2009年10-11月に行われたもので、このうち女性受診者で精神科医による健康相談を受けた者の診断面接結果を至適基準として、健診で行われた基本チェックリストおよび MINI の感度と特異度を計算した。

#### 1. 集団健診の対象者

高齢者向けの集団健診の対象者は、次の2群からなっていた。第1群は、2002年10月に実施した介護予防を目指した包括的健康調査を受診した区内在住の高齢者1,786人のうち、2009年時点で区内在住が確認された1,466人である。第2群は、2006年10月に実施した介護予防を目指した包括的健康調査を受診した区内在住の高齢者957人のうち、2009年時点で区内在住が確認された930人である。

#### 2. 集団健診の受診者

健診は、区内にある東京都老人総合研究所の構内の講堂で2009年11月3日から13日までの11日間行われた。受診者は、第1群が666人（女405、男261人）、第2群が569人（女569人）で、両群合計は1,235人で、このうち女性は974人であった。これらの者のうち MMSE が24点以上の者に、うつ予防のため精神科医による健康相談が開催されることを伝え、相談を希望する者を募った。

### 3. うつ尺度

うつ尺度は生活機能評価の基本チェックリストと、Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) の大うつ病モジュールと気分変調症モジュールとが用いられた。基本チェックリストは自記式で、MINI は訓練を受けた調査員が面接により聞き取る方式で実施された。

#### 精神科医による健康相談

精神科医による健康相談は、11月3日から16日までの間に2人の精神科医によって行われ、のべ13日の面接日が設定された。健康相談では、うつ予防の目的であることを説明して同意を得、診断面接が行われた。診断面接は Structured Clinical Interview for DSM-IV を用いて行われた。面接に先だって、心理士または保健師が予備的面接を行って受療状況や、睡眠や、食欲の変化や、仕事や趣味活動、体操・運動の有無や最近の変化などの基本的情報を得た。

### 4. 分析方法

精神科医の診断によるうつ病（大うつ病性障害、小うつ病性障害、気分変調性障害をあわせたもの）や大うつ病性障害、気分変調性障害を至適基準とした場合の、各うつ尺度の陽性率と感度及び特異度を求めた。なお、うつ尺度のうち MINI の大うつ病モジュールについては、第1項目（抑うつ気分）または第2項目（気分・関心の低下）で「はい」と答えただけで尺度陽性とみなした場合についても陽性率と感度、特異度を検討した。

### 結果

調査期間中、計132人の予約があり、このうち110人が実際に精神科医による健康相談会に参加した。

健康相談会参加者におけるうつ疑い（うつ尺度陽性）の割合は、基本チェックリストが35.5%、MINI の大うつ病モジュールで1.8%、MINI の大うつ病モジュールの第1と第2項目のいずれか一方で3.7%、気分変調症モジュールで0.9%であった。精神科医による診断の結果、大うつ病性障害が1人、小うつ病性障害が5人、気分変調性障害が1人同定された。

うつ病全体を至適基準とした場合の感度と特異度は、基本チェックリストが67%と

66.3%（表 2-4-1）、MINI の大うつ病モジュールでは 0%と 98.1%（表 2-4-2）であった。大うつ病性障害を至適基準とした場合の感度と特異度は、基本チェックリストに対しては算出不能で、MINI の大うつ病モジュールが 0%と 98.2%（表 2-4-3）、同モジュールの第 1 または第 2 項目では、14.3%と 97.1%（表 2-4-4）であった。精神科医が大うつ病性障害と診断した者は、基本チェックリストに欠損値があったため、その感度・特異度は算出出来なかった。気分変調性障害を至適基準とした場合の感度と特異度は、MINI の気分変調症モジュールで 0%と 99.1%（表 2-4-5）であった。

## 考察

基本チェックリストは、うつ病全体を至適基準とした場合、感度が 66%であった。大うつ病性障害を至適基準にした場合の基本チェックリストの感度は計算出来なかった。大うつ病性障害を至適基準とした場合の MINI の大うつ病モジュールの感度は計算できたとはいえ、今回の調査では大うつ病性障害の者が 1 人しか同定されなかったため、値が低くなりすぎた可能性がある。

今回同定されたうつ病の 7 人は、1 人の大うつ病性障害を除いて軽症のうつ病であった（小うつ病性障害 5 人と気分変調性障害 1 人）。今回得られたうつ病を至適基準とした場合の基本チェックリストの感度 66%は、軽症のうつ病（あるいは特に小うつ病性障害）について、ある程度信頼のおける値であろう。同様に考えれば、うつ病全体を至適基準にした場合の MINI の大うつ病モジュールの感度は 0%も、軽症うつ病についてはある程度信頼のおける数値と言える。感度の観点から見れば、軽症うつ病のスクリーニングには、MINI の大うつ病モジュールを用いるよりも、基本チェックリストを用いた方が、スクリーニングでの偽陰性者が小さくなると考えられる。昨年度の社団法人日本健康倶楽部の調査では、基本チェックリストは MINI に比べ、陽性者の中に小うつ病性障害と気分変調性障害が多く含まれており、軽症うつ病の取りこぼしの少ない尺度であることが示唆されていた。本年度の研究における基本チェックリストの感度の相対的な高さは、昨年度の結果に対応している。

しかし、基本チェックリストの感度と特異度の値は、うつ病に対しても必ずしも高くない。つまり基本チェックリストはうつ病または小うつ病性障害のスクリーニング尺度としていまだ不十分である。基本チェックリストは、2 次アセスメントとセットで行われる 1 次スクリーニングの位置づけにあることを再認識する必要がある。

今回の事業で、1 / 3 のうつ病の者が基本チェックリストで取りこぼれていた。2 次



スクリーニングで、偽陽性者を除くチャンスは残っているので、基本チェックリストは1次スクリーニングとしては、むしろ取りこぼしが少なくなるようにする、つまり、基本チェックリストの感度がさらに高くなることが求められると考える。

表 2-4-1 医師の診断によるうつ病と基本チェックリスト

		医師の診断結果		
		うつ病	非うつ	
基本 チェック リスト の結果	うつ病	4 67%	34 33.7%	38 35.5%
	非うつ	2 33.3%	67 66.3%	69 64.5%
		6	101	107

\*診断は小うつ病性障害5名、気分変調性障害1名。

\*大うつ病性障害の1名は基本チェックリストに欠損があったため除外。

表 2-4-2 医師の診断によるうつ病と MINI

-大うつ病モジュールとの関係-

		医師の診断結果		
		うつ病	非うつ	
MINI の結果   大うつ	うつ病	0 0%	2 1.9%	2 1.8%
	非うつ	7 100%	101 98.1%	108 98.2%
		7	103	110

\*うつ病の診断は大うつ病性障害1名、小うつ病性障害5名、気分変調性障害1名からなる

表 2-4-3 医師の診断による大うつ病性障害と MINI  
-大うつ病モジュールとの関係-

		医師の診断結果		
		大うつ病性障害	非うつ	
つ M 病 I のモ N 結ジ I 果ユの  大 ルう	うつ疑い	0 0%	2 1.8%	2 1.8%
	非うつ	1 100%	107 98.2%	108 98.2%
		1	109	110

表 2-4-4 医師の診断による大うつ病性障害と MINI  
-大うつ病モジュールの第1・2項目との関係

		医師の診断結果		
		大うつ病性障害	非うつ	
第 つ M 1 病 I ・ モ N 2 ジ I 項 ユの 目  大 ルう	うつ疑い	1 14.3%	3 2.9%	4 3.7%
	非うつ	6 85.7%	99 97.1%	105 96.3%
		7	102	109

\*診断は大うつ病性障害1名、小うつ病性障害5名、気分変調性障害1名  
\*MINIはQ1とQ2のいずれかに該当している者を陽性、その他を陰性として分析

表 2-4-5 医師の診断による気分変調性障害と MINI

		医師の診断結果		
		気分変調性障害	非うつ	
調 M 性 I ルの症 N のモ I 結ジ I 果 ユの  気 分 変	うつ疑い	0 0%	1 0.9%	1 0.9%
	非うつ	1 100%	108 99.1%	109 99.1%
		1	109	110

\*診断は気分変調性障害1名、その他は診断なしで作成

## IV -3-1 高齢者のうつの2次アセスメントを実施した 地域包括支援センター職員の経験と変化

鈴木良美（東邦大学医学部看護学科地域看護学）

大庭 輝（至誠ホーム）

井原一成（東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野）

### 目的

本研究の目的は、高齢者のうつの2次アセスメントを実施した地域包括支援センター職員にとっての経験と変化、今後のうつ予防への取り組みを質的研究により明らかにすることである。

### はじめに

うつ病は、認知症と並び高齢者の主要な精神疾患であり、高齢者の自殺の原因の一つでもあり、高齢化の進む我が国において、精神保健領域で緊急の課題となっている（大野，2007）。我が国における高齢者へのうつ予防施策としては、2006年の介護保険法の改正により、「うつ予防・支援」が、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」、「閉じこもり予防・支援」、「認知症予防・支援」に関する対策とともに介護予防の重要な柱となった。しかし、介護予防特定高齢者施策の中心は、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」の3つの対策で、うつ対策の優先順位は低い。加えて、うつ予防は介護予防の中でも他の活動に比べて実施が難しいとされている分野でもある。

2006年より介護保険法の改正で創設された地域包括支援センター（以下、包括とよぶ）は、介護予防マネジメントや総合相談支援、権利擁護などを行う機関であり、うつ予防への取り組みも期待されている。しかし昨年度、研究者らが首都圏の3自治体をフィールドとし、包括職員によるうつの2次予防への取り組みについて質的研究による調査を行ったところ、その取り組みは十分ではないことが明らかになった（鈴木，2009）。包括職員にとってのうつの2次予防は生活を継続できるようサービスにつなげようとすることが中心であり、うつのスクリーニングとして用いられるはずの「基本チェックリスト」は信憑性への疑念などがあるために参考程度にしか活用されていなかった。さらに、「基本チェックリスト」で陽性である場合に行われるはずのうつの「2次アセスメント」も実施されていなかった。職員は多忙な業務の中で、うつの疑われる人の情報を得にく

い状況にあり、うつ判断の難しさやうつの疑いがある人をサービスへつなぐことへの難しさを感じていた。特にこの調査は地域のつながりが希薄化している首都圏で行ったため、うつの疑いがあり支援の必要な人を見つけにくい傾向にあることも指摘された。また、うつの2次予防促進に関する方策の一つとして、包括職員の知識・技術の向上の必要性が示唆された。

上記の調査結果を踏まえ、今年度は、地域包括支援センター職員を対象としたうつの2次アセスメントに関する研修会を行った上で、職員が高齢者の自宅に訪問しうつの2次アセスメントを行う事業を実施することになった。うつの2次予防への取り組みが十分と言えない現状がある中で、職員にとっての2次アセスメントの経験はどのようなものであったか、うつのとらえ方や取り組みをどのように変化させたのか、今後の地域包括支援センターでどのようにうつ予防を取り組んでいきたいと考えているかを記述することは、うつ予防を促進させるための方策を得る上での一助となると考えられる。

## 方法

本研究は、グループインタビュー法(安梅, 2001)によりデータを収集し、質的記述的な分析を行った。さらに、グループインタビューを効率よく行うため補足的に質問紙によるデータ収集と量的な分析も行った。

### 1. フィールド

本研究では、研究協力の得られた東京都国分寺市を研究フィールドとした。国分寺市は、人口約12万人、高齢化率19.0%である(2009年10月現在)。同市の地域包括支援センターの業務は、市の高齢者相談室と、市が委託した2つの地域包括支援センター、2つの地域相談センターで実施されている。なお、相談センターは地域包括支援センターの業務のうち総合相談業務を行っており、看護職はいない。

### 2. 2次アセスメント対象者の選定

今回の2次アセスメントの対象となる高齢者の選定方法は以下のとおりであった。

#### 1) 国分寺市における基本チェックリスト対象者の選定方法

国分寺市における基本チェックリスト対象者の選定方法は、以下の二通りであった。

(1) 国民健康保険加入者と後期高齢者医療保険対象者で、2008年4月から2009年8月までの1年5ヶ月に医療機関での健診の際に基本チェックリストを行った人。1年5カ

月のうち、2008年度分は、特定高齢者の選定基準に見合う人を含めているが、2009年度分となる2009年4月～8月までの対象者は、特定高齢者を除外している。2009年度分の特定高齢者を除外した理由は、特定高齢者に該当したことを知らせる通知と、2次アセスメントに関する案内の通知との両方が同時に対象者に届き混乱するのを避けるためである。

(2) 国民健康保険と後期高齢者医療保険以外の保険加入者に対して、平成21年度に基本チェックリストを全戸送付し介入した結果、特定高齢者にならなかった人。

なお、65歳以上の介護保険第一号被保険者で基本チェックリストを行ったのは、2008年で33.4%であった。

## 2) うつ傾向のある高齢者の選定方法

上記の1)を踏まえたうつ傾向のある高齢者の選定方法は以下の二通りであった。

(1) 基本チェックリストのうつの5項目中2項目以上にチェックがつき、認知症の3項目にはチェックがついていない人。

(2) 当初は、(1)のみを対象としていたものの、予想以上に高齢者の電話による拒否が多かったため、うつ5項目中2項目以上、認知症3項目中1項目にチェックがついている人にも対象を広げた。

## 3. 研究協力者の選定

本研究の研究協力者は、国分寺市の地域包括支援センター業務を行う職員で2次アセスメントを経験し、研究参加への同意の得られた人である（ここでは「職員」と呼ぶ）。

## 4. 2次アセスメントの手順（図1参照）

### 1) 2次アセスメント説明会

国分寺市内の介護予防に関わる高齢者相談室、地域包括支援センター、地域相談センター職員（以上をまとめて包括職員と呼ぶ）（計16名）、さらに、本事業のために雇用した2次アセスメントの調査員（7名）を対象に2次アセスメントの説明会を2009年10月から12月に、1人につき基本的には研修会1回と説明会1回を開催した。

### 2) 対象となった高齢者へ2次アセスメントの案内を郵送

2次アセスメントの対象となったのは、658件であった。市から2次アセスメントに関する案内を2009年11月に対象者向けに郵送した。

### 3) 対象者に職員が電話し同意を得て訪問し2次アセスメント実施

2009年11月から2010年1月に上記の職員が対象者658件（包括職員担当254件、本事業のために雇用された調査員担当404件）へ電話をかけ訪問の予約をした。その結果、同意が得られた高齢者宅248件（全体の37.7%）を訪問し、2次アセスメントを行った。残りの347件（52.7%）は訪問を拒否し、63件（9.6%）は不在や不通（地域包括で把握していた電話番号自体が使われていなかった）であった。2次アセスメントの結果、うつの疑われる高齢者や、うつが疑われなくても希望した者には精神科医の受診を勧奨した。その結果、29件（4.4%）が医師精密検診を予約した。今回の研究で職員の2次アセスメントの経験として焦点をあてたのは、包括職員担当254件の高齢者に対する職員による電話と訪問に関してである。

## 5. データ収集方法

職員からのデータ収集は、質問紙とグループインタビューによって実施した。

### 1) 質問紙

質問紙は、グループインタビューで話し合う内容をあらかじめ提示し、効率よくインタビューを行うための補足的な資料として用いた。質問した内容は、下記のようにグループインタビューに準じた内容となっており、さらに、基礎的な情報（性、年齢、職種、勤務年数）についても尋ねた。質問紙は、前もってグループインタビューとは別の日に研究の説明をする際に配布し、グループインタビュー当日に回収し、インタビュー内容に反映させた。ただし、グループインタビューの特徴として、他者の発言を聞く中で、自分の考えが修正されたり新たな考えが生じる場合もあるので、インタビューでの発言が質問紙に書かれた内容と異なってもよいことを説明した。うつのとらえ方や取り組みの変化の有無と、基礎的な情報に関するデータは量的に集計した。

## 質問した内容

(1)2次アセスメントの経験はどのようなものであったか

(2)2次アセスメントの経験によって下記の①-④を含むうつのとらえ方や取り組みにどのような変化があったか。

もし、変化があった場合は、どのような変化であったか

①うつの病気や症状への理解やイメージ、

②うつのアセスメントへの意識や活用、

③うつ疑われる人への関わり

④その他

(3)今後の地域包括支援センターにおけるうつ予防への取り組み

## 2) グループインタビュー

インタビューは2010年1月に3グループにわけて行った。インタビュー場所は市の施設内である。日時は、あらかじめ研究協力者に都合のよい日を尋ね、市職員が人数や職種のバランスを調整した上でグループ分けを決定した。インタビュー時間は1グループ70分～120分であった。

インタビューでは、(1)2次アセスメントの経験と(2)うつのとらえ方や取り組みの変化、(3)今後の取り組みに関して話し合った。なお、(2)うつのとらえ方や取り組みの変化に関しては、質問紙では、うつの病気や症状への理解やイメージなどの4項目に分けて詳しく質問している。しかし、インタビューでは時間の制約もあるため、4項目に分けずにとらえ方や取り組みの中で特に変化を感じたことを話し合った。さらに、インタビューでは賛成、反対も含めて様々な意見を集めることが目的であるので、楽な気持ちで発言してもらえるよう説明し、豊かな意見が討議されるよう配慮した(安梅, 2001)。インタビュー内容は、対象者の了解を得てICレコーダーに録音した。インタビュー終了後、逐語録を作成し、インタビューの内容の要約や、その場の雰囲気、感じたことなどはフィールドノートに記述した。

## 6. 分析と記述

逐語録を繰り返し読み込み、研究協力者が2次アセスメントの経験と変化、今後の取り組みについて、どのように受け止め、語っているかに留意しながら、意味のまとまりごとにコード名をつけた。情報やアイデア、感じたこと、コードやカテゴリーの関係性

などについて気づいたことはメモしながら洞察を深めた。共通するコードを統合してサブカテゴリー化、カテゴリー化し、カテゴリー間の関係を検討しながら分析をすすめた。分析結果は、国分寺市の保健師に提示しフィードバックを得るとともに、研究グループで発表して内容を精錬し、研究の真実性を高めた。

## 7. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究者からインタビュー内容や、本研究に協力しなくても所属機関や自治体の担当部署との関係に何ら不利益を被ることはないこと、いつでも研究協力を撤回できることについて、口頭および文章で説明した。今回は、グループで討議するので、討議中に聞いた個人情報の保護への協力を依頼した。研究協力者から文章による協力への同意が得られた場合にインタビューを実施するとともに、同意撤回書を渡した。

なお、本研究は東邦大学医学部研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## 8. 用語の定義

「うつ予防」:ここでいう「うつ」とは「うつ病」と「うつ状態」をあわせたものである。また、予防とは、「総合的介護予防システムについてのマニュアル」(辻, 2006)に掲載されている介護予防における1次・2次・3次予防に則るものである。

## 結果

質問紙は研究協力者17名全員から回収した。このうち、1人は、実際の2次アセスメントには携わらなかったが、職員の相談を受ける立場の職員であった。グループインタビューは、協力者の都合で2名が欠席し、15名から研究協力を得た。

### 1. 研究協力者の属性

質問紙は17名全員から回収したが、グループインタビューに欠席した2名のデータには一部確認が不十分な部分もあったので、ここでは、グループインタビューに参加した研究協力者15名の属性について述べる。研究協力者の性別は女性12名、男性3名であった。年齢は、詳細のわからない1名を除いた14名の平均が41.4歳であった。地域包括支援センターでの職種は、看護師2名、保健師3名、主任介護支援専門員5名、介護支援専門員1名、社会福祉士3名、であった。なお主任介護支援専門員は、複数の



免許を有している人が多いので、保有する資格を確認したところ、①社会福祉士と介護福祉士2名、②介護福祉士3名であった。過去の保健医療福祉機関での勤務年数は平均11.5年であった。

## 2. 質問紙の結果からみるうつのとらえ方や取り組みの変化

質問紙ではうつのとらえ方や取り組みの変化の有無を聞いた。その結果、①うつの病気や症状への理解やイメージについて変化ありと答えた人が3名、なしが12名、②うつのアセスメントへの意識や活用について変化ありが7名、なしが8名、③うつの疑われる人への関わりについて変化ありが4名、なしが11名であった。①から③に共通して、変化がないと感じていた人の方が多かった。特に保健師、看護師の看護職は5名全員が①から③のすべてに対し変化がないと答えていた。しかし、グループインタビューの中で、この場合の「変化」を研究協力者はとらえ方や取り組みの著しい変化ととらえており、著しい変化がないと変化したと言えないと思っていたことが分かった。そこで、インタビューでは、高齢者のうつの特徴として気づいたことなど著しい変化と感ずることではなくてもよいので話してもらえよう依頼した。グループインタビューということもあり、他の人の意見も聞きながら自分の経験を想起し、うつへの理解などが変化したことをそれぞれ語っていた。

## 3. グループインタビューの分析結果（表 3-1-1）

1) 2次アセスメントの経験はどのようなものであったか、2) うつのとらえ方や取り組みにはどのような変化があったか、3) 今後の地域包括支援センターにおけるうつ予防への取り組みについてそれぞれの分析結果を述べる。なお、今回の2次アセスメントは、地域包括支援センター業務を行うすべての職種（保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員、介護支援専門員）が取り組んでおり、職種別の顕著な違いは見出されないことが多かった。一部、職種上の違いが見出されたものについては、結果内に記述した。なお、結果の表記方法として、カテゴリーは、【】、サブカテゴリーは《》で示す。

### 1) 2次アセスメントの経験はどのようなものであったか

職員にとっての2次アセスメントに関する一連の経験は、【電話で趣旨を伝える難しさ】と【訪問で対象把握と業務の周知ができてよかった】という困難さと肯定的な感情

の双方をもたらすものであった。

### (1)【電話で趣旨を伝える難しさ】

本事業では、職員が対象者宅に電話をし、訪問予約をしてから、対象者宅に訪問して2次アセスメントを行った。電話の部分は実際に2次アセスメントを行った訳ではなく、その準備段階であった。しかし電話連絡での対象者からの拒否が52.7%と半数以上を占める中で、職員にとってはこの電話連絡の困難さがアセスメントの大きなハードルとなっていた。職員は、《電話で抵抗感を示され趣旨を伝えるのが難しかった》経験をしていた。この難しさを強めていたのは、慣れない業務への《職員の経験・知識・技術不足》や、《チェックリスト回答方法や時期の問題》であった。後述する3) 今後の地域包括支援センターにおける取り組みについての提言は、これらの困難さを基にしたものであった。

#### ①《電話で抵抗感を示され趣旨を説明するのが難しかった》

職員は一様に、対象者が電話で抵抗感を示し、2次アセスメントの趣旨を伝えて理解してもらうのが難しかったと語っていた。対象者宅に電話しても抵抗感を示して断られることは、精神的にもつらい作業であった。この抵抗感には a. 精神病を疑われたことへの抵抗感、b. 本人にうつ疑いがあるという自覚がないための抵抗感、c. 地域包括支援センターの業務が住民に知られていないための抵抗感があった。このうち、高齢者がもっとも不快感を示していたのは a. 精神病を疑われたことへの抵抗感であった。対象者には、「うつ」という「精神病」への強い偏見があった。国分寺市には、企業を定年退職した人も多く暮らしている。近年、企業でのうつ対策が盛んに行われるようになってきたものの、この世代の人たちは企業のうつ対策を経験していない世代でもあり、「うつ＝精神病」という偏見がより強くなる傾向にあるのではないかと語られていた。その偏見のある病気に自分が疑われたことへの抵抗感があり、「もう大変に心外である」と怒りを露わにする人も少なくなかった。対象者の中でも抵抗感が強かったのは、高学歴の男性であった。

これらの抵抗感は、家族のサポートにより変化していた。家族のサポートがあれば、「奥様の希望でうまくいった」というように本人が希望していなくても2次アセスメントや医師面接に結びつくなど支援の後押しをしてくれることもある。他方で、家族がいることで2次アセスメントを入れるのが難しいこともあった。また、独居の人は、客観

的には2次アセスメントの必要があっても本人が拒否してしまうことが語られていた。

対象者に拒否されないように事業の趣旨を高齢者に説明するための工夫として、電話をかける際に、偏見の強い「うつ」という言葉を用いないようにしたり、訪問は手短かに終わることを強調した人もいた。こうした工夫を同じ職場内で共有するなど様々な対応を試みていたものの、うつの疑いがあるにも関わらず訪問を断る人も多く、サポートの必要な人を2次アセスメントにつなげられないことを残念に思っていた。

「(電話をしても対象者が)『何で、こんなあれで(チェックリストの結果で)私が、あなたのお話を聞かないといけないんですか』ってというようなことで、『伺って、ちょっとお話ししたいんです』って(職員が)言っても、もう電話の時点でもうパチッと切られてしまう。それで、『私は病気ではないです』っていう方も、はっきり言いましたし。」  
(主任介護支援専門員)

「本当に電話の声がね、『あの一、今は大丈夫です』みたいな小声だと、本当に大丈夫かなみたいな、そういう方もいらして。なかなかね、そのケースの、本当に2次アセスにつなげたいというケースの方にお断りされちゃったりとかというのもあったりして。ちょっと大変でした。」(看護師)

## ②《職員の経験・知識・技術不足》

上記の難しさを強めていたのは、《職員の経験・知識・技術不足》であった。これまで国分寺市では、基本チェックリストの結果は市が管理しており、基本チェックリストで基準を満たし特定高齢者に選定された人に連絡するのは市の役割であった。包括職員は専ら住民から相談を受ける側であり、包括職員が基本チェックリストで基準を満たした人に電話をする側になる、すなわち住民のニーズを発掘するタイプの業務に携わるのははじめてだった。さらに前述したような高齢者のうつに対する偏見もあり事業に抵抗感をもつ住民も多い。そのため、職員はどのように事業の趣旨を説明したらよいのか戸惑い身構えてしまい、さらに自分自身のうつに関する知識や相談技術への不安もあり、高齢者にうまく説明できず、それが相手に伝わってしまい、ますます電話でのやり取りがうまくいかなることもあった。他方で、今回の事業では、他市の地域包括支援センターで勤務経験のある人が一人おり、その職員は発掘するタイプのアプローチを経験していたので、電話をかけることには特に緊張はなかったと語っていた。職員は、ストレスへの対処として、同じ職場の人と体験を共有するなどしていた。

「なんか精神面のところにかかわっていくのが、やっぱり自分のアレが足りないなっ

ていうんで、日々の中でそういうようなところ（発掘タイプの業務）から入っていくっていうのもなかったというのもあったり、そうすると、なんか話し方、慣れないうちって結構話がしどろもどろじゃないけど、言葉に詰まったりとか、うまく説明ができなかったりとかっていうところ。」（社会福祉士）

## ②《チェックリスト回答方法や時期の問題》

《職員の経験・知識・技術不足》に加え、難しさを強めていたのは、《チェックリスト回答方法や時期の問題》であった。国分寺市では、チェックリストの記入は、高齢者自らが医療機関で特定健診を受診する際に行っていた。高齢者はチェックリストの趣旨がよくわからないまま回答しており、さらに、チェックリストのうつの部分に関しては「ここ2週間」のことについて回答するのだが、その記述を見落とし、ここ数年の自分の状況にあてはめて記入してしまうため、チェックの数が多くなる傾向にあり、回答方法に問題があった。さらに、今回の事業は、昨年度の結果も含んでいるのでチェックリストをつけてから1年以上経過している人もおり、例えば当時は身近な人の死で落ち込んでいたが現在は回復したなど状況が変わっていた場合もあった。

「『(チェックリストについて) ここ2週間で急にそんなふうになりました?』みたいに(包括職員が)言うと、『そんなことないわね』みたいな、『なんか、もうずっとだわ』みたいな、そういうような方とかも結構いらして、質問の仕方によってまたその捉え方も違うので、回答の結果っていうのはまた違ってくるのかなというところ。」（社会福祉士）

## (2) 【訪問で対象把握と業務の周知ができてよかった】

電話で同意を得られて訪問することができたのは、248件（全体の37.7%）であり、これらの方たちには、2次アセスメントを実施することができた。電話では抵抗感を示す人が多かったものの、職員は《訪問で対象者の状況がわかってよかった》と訪問を通じて介護予防の対象になっていない元気な高齢者や、うつ傾向のある高齢者の把握ができるとともに、これまで住民に知られていなかった地域包括支援センターの《業務を知ってもらうきっかけになった》と住民への業務の周知ができてよかったと語っていた。この肯定的な経験は、2) うつのとらえ方や取り組みの変化における【高齢者のうつへの理解・関心の向上】をもたらしていた。

### ①《訪問で対象者の状況がわかってよかった》

職員が訪問すると元気であることを確認して終了する対象者も多いものの、抱えている悩みを話して下さる対象者も少なくはなく、今まで知ることのなかった高齢者の思いを受け止められてよかったと感じていた。地域包括の職員がこれまで訪問した高齢者宅は、多くの場合、介護が必要であったり、経済的問題を抱えている人が多かった。しかし、今回の対象者は、自立しており今のところ介護は必要のない元気な人たちが多く、経済的にも恵まれていた。そのため職員は、今までに接することのなかった住民の生活を知る機会ともなった。さらに、2次アセスメントでうつが疑われ医師面接をへて受診につながった人もいた。

「面談に至った方については、かなりご自分の普段のことですとか、悩みとか、長々と話される方が非常に多くて、話したいという気持ちは、皆さんあるのかなという、どこかに思いを伝えたいという気持ちはあるのかなというのは、よく感じました。」(主任介護支援専門員)

### ②《業務を知ってもらうきっかけになった》

地域包括支援センターは、介護保険法の改正により2006年から活動を開始したものの、必ずしもすべての高齢者に周知されている訳ではなかった。今回の事業により高齢者宅へ電話連絡をすることによって、「今、なんとか生活できているんだけど、実際何か困ったときにはどこに連絡したらいいのかわからなかった」という人たちに、地域包括支援センターの業務を知ってもらうきっかけになったと語られていた。

「相談の窓口の案内ができて、そういうところが知れたことで安心ができたというお話をどちらからも頂けて、それはお互いによかったのかなってというような、実感としてはあります。」(社会福祉士)

## 2) うつのとらえ方や取り組みにはどのような変化があったか

職員に2次アセスメントを経験したことによってうつのとらえ方や取り組みにどのような変化があったか伺ったところ、質問紙の集計結果でも述べたように当初は著しい変化は感じないと語る人が多かった。しかし、他の人の話を聞き、自分の経験を想起する中で、【高齢者のうつに関わる難しさの実感】と【高齢者のうつへの理解・関心の向上】というとらえ方の変化が語られていた。他方で、チェックリストを積極的に活用するなど取り組みの変化はほとんど語られなかった。

## (1) 【高齢者のうつに関わる難しさの実感】

職員は、うつの2次アセスメントを通じた変化として、今回の経験を通じて高齢者のうつ予防について学びはじめ、地域でうつの疑いのある人に接したからこそ「高齢者のうつアセスメントの難しさを感じた」と語り、さらに自らの「知識・技術不足に気づいた」ことが上げられていた。

### ①「高齢者のうつアセスメントの難しさを感じた」

職員は、高齢者宅に訪問しうつ傾向のある人と接する中で、ますます高齢者のうつはアセスメントが難しいと感じていた。今回の研究協力者の中には、産業衛生の現場で働いていた人もおり、会社員の場合は、職場での様子を観察したり、身体症状を聞くことなどでうつを把握しやすいが、在宅している高齢者の場合は、外出する必要もないのでアセスメントしにくく、身体的な不具合は老化とともに少なからず抱えており、認知症との区別もつけにくいと語っていた。また、チェックリストなどはあるものの、その表現が抽象的で理解するのが困難であり、うつの研修会で説明を受け、実際にうつ傾向にある高齢者に接しても、いまだに判断のポイントがよくわからないと感じていた。

「一般のうつだと、『最近肩が凝りますか?』とかいったところで、それで若い人って、半分ぐらい凝る、凝らないで振り分けたりするんだけど。高齢者だと、みんな肩凝っていると思うし、『食欲が落ちましたか?』というと落ちているし、『体重が減りましたか?』は、『それは若いころから比べたら減っているわよ』みたいな感じもあるし、『友達はどうですか?』って、『みんな死んでいるわよ』みたいな感じになっちゃうんですよ（一同笑）。」（看護師）

### ②「知識・技術不足に気づいた」

対象者宅に電話をしたり訪問で話を聞く中で、自らの対象者と話す技術の不足に気づいたり、共感し過ぎてしまうなど自らの相談のパターンに気づいたり、うつの勉強不足を感じるなど、2次アセスメントの経験はこれまで意識することの少なかった自らの知識・技術不足に気づく機会となった。また、地域相談センターは、地域包括の相談部門のみを扱う機関で医療職もいないため、うつに関する知識や経験の不足をより一層感じていた。他方で、うつの対応に長けていると感じている看護職はいなかった。

「実際にお会いしてお話していく中で、自分の特性みたいなのが分かったというのが印象に残ったことで。きっと相手は、聞けば答えるし、もしかしたら踏み込んで聞い

てほしかったかもしれないのに、すごい一歩踏み込んで聞くことができなかったというか、そういう自分が面接の中にいたということが、とても印象に残っていて。(中略)対応の仕方がうまくないというのが分かりました。」(保健師)

## (2) 【高齢者のうつへの理解・関心の向上】

今回の研修と訪問による2次アセスメントを通じて、職員には、《うつの疑われる高齢者への理解が進んだ》、《うつのアセスメントへの理解が進んだ》、《うつの疑われる高齢者に関わることへの関心の向上》というとらえ方の変化がみられた。これらは、1) 2次アセスメント経験における【訪問で対象把握と業務の周知ができてよかった】という経験をもとにしたものであった。

### ①《うつの疑われる高齢者への理解が進んだ》

職員は、高齢者宅に訪問してうつの疑われる人に出会い話をする中で、うつの疑われる高齢者のイメージを変化させ、高齢者の思いや生活、うつのきっかけに関する理解を深めていた。職員にとってうつの疑われる高齢者というと今までは何も話さない人をイメージしていた人もいた。しかしうつの疑われる高齢者宅を訪問し話をする中で、うつ傾向があっても多弁な人も多く、イメージが変化したことを語っていた。また、見た目は元気であっても相談するきっかけを求めている人も多いという高齢者の思いを知るとともに、どのような日常生活を送っているのかを知り生活への理解を深めていた。高齢者のうつのきっかけとして、退職や子どもの自立などのライフイベントが大きく影響を与えており、うつは些細なきっかけで誰でもなりうることや、若いころから人づき合いを避ける人は閉じこもりがちになることを学んでいた。さらに、独居の人は家族のサポートがないため注意が必要であることや、健診未受診者の中にもアプローチの必要な人が多いなど、アプローチの必要な人に気づく機会ともなっていた。

「うつの方は、あまり自分のことを話したがないのかなと思っていたらですね、面接してみると、やっぱり先ほど〇〇さんも言っていましたけど、何かのきっかけだったのか分かりませんが、ワッと話し出すということがよく分かって。引き出し方はいろいろあるかもしれませんが、実はこう自分の内に秘めたものを話したい人が多いのかなという印象は、面接した中ではありました。」(主任介護支援専門員)

## ②《うつのアセスメントへの理解が進んだ》

うつに関するアセスメントへの理解も深まり、高齢者が「大丈夫である」と発言するのを単にうのみにするのではなく、睡眠や食欲などの生活状況の変化や、変化の背景までを含めて聞いていくことの大切さが語られていた。また、基本チェックリストのうつの項目にチェックが多い人に出会うと、その人の背景を考えるなど、これまでは注目していなかったうつに対する視点も持ちながら対象を理解しようとしていた。

「面接をしていて『元気です』とか、『大丈夫ですよ』というような言葉を発される方が多かったとは思いますが、その言葉だけを聞くのではなくて、その症状として出て、例えば頭痛だったりとか、眠れていないのか、いるのかとか、食欲がどうなのかという、その生活に関係する行動が、どのくらい前と比べて違うのかとか、そのきっかけはどうだったのかというところも、全体的なことを含めて聞くのがすごく大事だなということを実感しました。」（保健師）

## ③《うつの疑われる高齢者に関わることへの関心の向上》

職員はこれまで、基本チェックリストの結果から特定高齢者として選定された人たちに対し、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」を中心とした予防活動に携わることが多かった。しかし、うつのチェックリストの結果を活用する機会はなく、うつに関して気にはなっていたものの、関わる術がなかったのが現状であった。そのため、今回、2次アセスメントを通じてうつの疑われる高齢者に関わることができ、さらにアプローチの必要な対象に気づいたことにより、今後も継続して関わったほうがよいという関心の高まりがみられた。ただし、事業を行ってから2カ月程度しか経過しておらず何らかの新しい取り組みを積極的に行っている訳ではなかった。

「あまりそのうつの方に対しての、その意識付けというか、自分自身もあまり持っていなかったのは正直なところで。やっぱりかかわっていく方の中で、やっぱりうつの方とかということになると、判断力ができなかったりですとか、どんどん自分の中で落ちていってしまったりですとか、そのへんのところでの対応をしていかなければというふうには、意識はとても持ってはいるんですが。ただ、こちらから何かをアクションをしていたかなというのを考えると、あまりしていなかったなというのを、今回のこの事業をやって思っていたところで。」（主任介護支援専門員）



### 3) 今後の地域包括支援センターにおけるうつ予防への取り組み

今後の地域包括支援センターにおけるうつ予防への取り組みとして、前述した1) 2次アセスメントの経験における【電話で趣旨を伝える難しさ】や、2) うつのとらえ方の変化における【高齢者のうつに関わる難しさの実感】を踏まえて、【難しさを改善するための方策】が提言された。

#### (1) 【難しさを改善するための方策】

難しさを改善するための方策には、《住民への理解を広め見守りを強化》すること、《職員の知識・技術の向上》、《チェックリストの内容や活用方法の改善》が含まれていた。

##### ①《住民への理解を広め見守りを強化》

難しさを改善するための方策は、うつや包括に関する住民への理解を広め、その理解をもとにして地域の見守りを強化することであった。

職員は2次アセスメントを通じて、高齢者には「うつ＝精神病」という偏見が根強いことや、認知症と混同している人が多いこと、職員からみるとうつの疑いがあるものの本人の自覚がないため2次アセスメントにつなげられない人がいることがわかった。そこで、うつは誰でもなる病気であることを知ってもらい偏見を取り除くとともに、うつの疑われる人には自分の状態を自覚してもらう啓蒙活動が必要だと語られていた。うつについて知ってもらうための手段として、講演や健康相談などが上げられていた。また、まだまだ浸透していない地域包括の業務を知ってもらう必要もあると語られていた。

また、国分寺市の高齢者は、会社に勤務していた当時、住宅を買い求めた人たちも多く、地域の支えあいは農村部のように強固なわけではない。しかし、認知症サポーターの養成講座などを開催すると大勢の人が参加してくれるといった地域活動の成功例もある。そこで、講座や相談などを通じて一般の住民やボランティア、民生委員にうつを理解してもらうことで、「最近、家から出なくなった」などうつ疑いのある人の情報を包括に教えてもらうなど、地域の見守りを強化していきたいと語られていた。住民に対してうつ予防を積極的に働きかけるためには、職員自身がうつについての理解をさらに深める必要があると感じていた。

「私はやっぱり、啓蒙活動がすごく大事で、正しい知識とか理解というところが、一番まずは大事かなと思っていました。というのは、やっぱり先ほどもお話あったんです

けど、認知症とうつを勘違いされている方って、私もいらっちゃった、結構半分ぐらいはいらっちゃったんじゃないかなと思うんですね。そのたびに『違うんですよ。これは、これこれこうで』みたいなことを、一応お話しするんですけど、お話ししても『分かっているよ』みたいな対応をされている方もいらっちゃったので。」(保健師)

「地域全体で、その地域力とか見守りとかですね、そういうやっぱり我々だけではちょっと難しいので、地域全体でそういう目を増やすということが大事かなというふうに思いますし。やっぱりうつの方っていうのは、今までやってきたこと、できたことができなくなるって、いろんな体調のことがあったり、大事な方を失ったりとか、そういうきっかけがやっぱりあると思うので。そうなったときにポイントだということ、住民個人個人もそうですし、地域でも知ってもらって、そういうきっかけがあったときに、われわれに知らせてくれるとか、少し何かができれば、掘り起こしができるかなというふうには思います。」(主任介護支援専門員)

## ②《職員の知識・技術の向上》

職員は、うつについて研修を受けたものの、今後うつについて取り組んでいくためには、より自らの知識や技術を向上させる必要があると感じていた。高齢者のうつの知識に関しては、うつは判断しにくく、症状も抽象的でわかりにくいため、具体的な事例を踏まえながらうつのポイントを学ぶとわかりやすいと語られていた。また、高齢者の2次アセスメントの第二段階で確認していた「生活の支障」という視点は、普段の高齢者に関わる活動でも一つの目安としており、比較的自信をもって判断に活用できると語られていた。職員にとっての「生活の支障」とは、睡眠の乱れ、食欲低下、生活リズムの乱れ、身だしなみの乱れ、閉じこもり傾向になることなどである。職員が継続して関わる場合には、これらの点が「いつもと違う」と感じる時は特に注意が必要であると語られていた。また、うつの技術に関して職員は、2次アセスメントの経験を通じて、高齢者に電話をして拒否されたり自らも緊張してしまう経験を踏まえて自らの技術の不足を感じ、今後は事業の趣旨をわかってもらい対象者と向き合いうつの判断ができる技術を身につけたいと語っていた。

「私も、症状とか、うつに関する理解というのを、相談される側が理解をするということが大切だと思います。やっぱり1回研修があって、今回このアセスメントに臨んだんですけど、やはりその聞き取りに行く上でも、1回だとちょっと少ないなと思っていて。包括として支援するのであれば、もうちょっと何か学ぶ機会があってもいいのでは

ないかなというふうに、まず思っています。」(社会福祉士)

### ③《チェックリストの内容や活用方法の改善》

チェックリストの内容の改善として、職員は、チェックリストの信憑性に疑念を抱いており、チェックリストの抽象的な言葉だけでは高齢者のうつを発見しにくいと感じるので、もっとわかりやすく的確に対象者を抽出できるチェックリストの開発を期待していた。さらに、チェックリストの活用方法の改善としては、高齢者はチェックリストの趣旨や記入方法がよくわからないまま回答しているので、チェックリストの回答時に、医療機関で趣旨の説明がなされ、「ここ2週間」の状況に関して答えることが徹底される必要があると提言されていた。また今回の2次アセスメントに使用したチェックリストの結果は1年前のものも含まれており、2次アセスメント実施時には状況が変わっている場合もあった。そこでチェックリストをつけてから活用するまでのタイムラグをなくし、情報が迅速に流れ支援の必要な人に早期に対応できるようにする必要があることも提言されていた。

「5つの項目だけでは、とてもやはり、引っかけるのは難しいと、私は思います。やはり、全部その人に聞くことではないけど、身体のこと、食事のこととか、もう露骨に出るのは、『ごはんがたべられない』っていうのって結構よく聞くので。(中略) 私たち素人でも分かるような、うつのキーワードみたいなのを教えていただけたら有り難いなと思いました。」(看護師)

## 4) カテゴリーの関連 (図 3-1-2 参照)

最後に、これまでに述べてきた1) 2次アセスメントの経験、2) うつのとらえ方や取り組みの変化、3) 今後の地域包括支援センターにおけるうつ予防への取り組みの分析結果で抽出されたカテゴリー間の関連について述べる(図2)。職員は、1) 2次アセスメントの経験として【電話で趣旨を伝える難しさ】という経験をしたこと、2) うつのとらえ方の変化として【高齢者のうつに関わる難しさの実感】をしたことにより、この難しさを改善していくために、3) 今後の取り組みとして、【難しさを改善するための方策】を提言していた。他方で、1) 2次アセスメントの肯定的な経験として、【訪問で対象把握と業務の周知ができてよかった】という経験をしたことにより、2) うつのとらえ方の変化として【高齢者のうつへの理解・関心の向上】がもたらされた。また2) うつのとらえ方の変化では、【高齢者のうつへの理解・関心の向上】がもたらさ

れたからこそ、【高齢者のうつに関わる難しさの実感】を強めていた。

## 考察

### 1. うつのとらえ方や取り組みの変化に関する質問紙の結果

2次アセスメントを経験したことによるうつのとらえ方や取り組み変化としては、質問紙の集計結果では、当初は著しい変化は感じないと語る人が多く、特に看護職は、5名全員が変化を感じていなかった。グループインタビューでは、医療職のいない地域相談センター職員は、うつに関する知識や経験の不足をより一層感じていたことが語られている。このグループインタビューの結果を踏まえて、看護職が変化を感じなかった理由を、再度、市職員と討議した。その討議では、看護職の場合は、他職種の職員からも医療関係者としてうつ予防への専門的な関わりに期待をかけられており、うつ予防に対する自らへの要求水準が高いのではないかという意見が出された。うつ予防・支援マニュアル（改訂版）（大野，2009）でも、看護職をはじめとする保健医療関係者が習得することが望ましい知識・技術は、介護保険従事者等よりもさらに専門的なものとなっていた。

### 2. 肯定的な経験と変化

職員は2次アセスメントの経験として、【訪問で対象把握と業務の周知ができてよかった】という肯定的な経験をしており、うつのとらえ方の変化として【高齢者のうつへの理解・関心の向上】へとつながっていた。これらは、職員がうつに関する研修を受け、うつの疑いのある高齢者宅を訪問して、高齢者の思いに耳を傾け、高齢者の生活状況を教えてもらいながら対象者から学んだことの成果であると言えよう。昨年度の地域包括支援センター職員を対象とした調査では、うつの疑われる人の情報が得にくいことが指摘されていた（鈴木，2009）が、2次アセスメントの実施は、うつの疑われる人を発見したりアプローチの必要な対象に気づくきっかけともなっていた。今回の経験を通じて高まったうつへの理解・関心を実際に相談業務の中で活かしていくことは、地域包括支援センター職員がうつ予防として取り組むことの第一歩になると期待される。

また、今回、質問紙では「うつ」という病気に対する理解やイメージについて質問したが、インタビューの中で職員は、「うつの疑いのある高齢者」という視点で語っていた。これは、普段から職員が、病気ではなく人間全体として対象をとらえているからこそ生じる発言であろうと考える。

### 3. 難しさとそれらを改善するための方策

職員は2次アセスメントによる肯定的な経験の一方で、【電話で趣旨を伝える難しさ】を経験し、うつのとらえ方の変化として【高齢者のうつに関わる難しさの実感】をし、これらの難しさを改善していくために、今後の取り組みとして、【難しさを改善するための方策】を提言していた。【電話で趣旨を伝える難しさ】では、職員は、《電話で抵抗感を示され趣旨を伝えるのが難しかった》経験をし、《職員の経験・知識・技術不足》と《チェックリスト回答方法や時期の問題》は、対象者に趣旨を受け入れてもらうことをますます困難にしていた。以下、【電話で趣旨を伝える難しさ】の各サブカテゴリーとそれらに関連したうつのとらえ方の変化や今後の取り組みに関する考察を述べる。

#### 1) 《電話で抵抗感を示され趣旨を伝えるのが難しかった経験》とそれへの取り組み

青森県での研究(大野, 2003)では、うつ状態にある高齢者は多いものの、精神疾患に関する偏見もあいまって、他の人に相談しない人が多いことが明らかになっている。今回の事業でも、対象となった高齢者にはうつという精神病への強い偏見があり、その精神病に自らが疑われたことへの抵抗感が強く、2次アセスメントを半数以上の人が拒否しており、職員は、《電話で抵抗感を示され趣旨を伝えるのが難しかった》経験をしていた。うつ傾向の疑いがあるにも関わらず、むしろ、疑いがあるからこそ、2次アセスメントを拒否してしまう人もいた。

これらの現状に直面した職員は、今後の取り組みとして、《住民の理解を広め見守りを強化》することを提言していた。職員は、住民にうつについて理解してもらい、その上で、例えば閉じこもりがちであるなど気になる人がいれば包括に声をかけてもらうなど、見守りを強化することを提案していた。Koizumiら(2005)の都市部の高齢者を対象としたソーシャルサポートに関する調査では、男性は困った時の相談相手がいるなどの「相談による支援」と抑うつに有意な関連が認められたが、女性には有意な関連が認められなかった。職員が提案していた見守りの強化は、「相談による支援」へとつなげる手段となりうる。しかし、上記の結果からみると、抑うつとの関連には性差があると考えられる。地域のサポートネットワークが弱い都市部において、見守りと抑うつとの関連や、見守りによる抑うつの変化などをさらに検討しながら、より効果的な支援方法を模索していく必要がある。

## 2) 《職員の経験・知識・技術不足》と取り組み

国分寺市の職員は、職員が住民に積極的に連絡をとる発掘型のアプローチの経験がなく、高齢者の抵抗感をうけて、精神的ストレスを感じていた。他市で発掘型アプローチの経験がある職員には精神的ストレスがなく、このストレスは、職種に関係なく、経験によってある程度左右されるものであると考えられる。他方で、これらの経験は、自らがどのように人と向き合うかを見つめる機会ともなると考えられる。うつ予防・支援マニュアル（改訂版）（大野，2009）では、保健医療福祉従事者自身の心のケアが必要であると述べられている。今後、新たなアプローチによってうつという偏見のある病気に取り組む場合は、住民側には抵抗感があるので断られたとしても職員に非があるわけではないことを情報提供するとともに、こうした経験が相談者としての技術を向上できる機会となるように職員のメンタルヘルスやアプローチへのフォローもあらかじめ考慮しておく必要がある。

また、職員の知識・技術不足に対する取り組みとして、《職員の知識・技術の向上》が提言されていた。今後は、さらなる職員のうつに関する知識・技術の向上とともに、現在、職員が有する視点とうつとの関連を認識しておくことも重要ではないかと考える。職員にとって、うつは判断しにくく症状も抽象的でわかりにくいものの、2次アセスメントの第二段階における「生活の支障」という視点は、普段の高齢者に関わる活動でも一つの目安としており、比較的自信をもって判断に活動できると語られていた。単に生活の支障といっても、テレビが楽しめないなどの自力で日常生活は継続できる状態から、自力では生活そのものが立ち行かなくなる状態までが含まれている。職員がとらえていたのは、食欲低下や睡眠不足が低下し自力での生活が立ち行かなくなるような状況を示した場合が多かった。他方で、職員がとらえる生活の支障には、テレビが楽しめないなどの興味・喜びの消失といった自力で日常生活が継続できる状態は含まれていなかった。すなわち、職員は、高齢者が本人なりに何とか日常生活を継続できていればよいととらえていると考えられる。うつの二次アセスメントの第一段階では、この興味・喜びの消失も含んでいる。そのためうつのアセスメントでは、普段は見落としがちとなる「興味・喜びの消失」も含めて対象をとらえる必要がある。ただし、単に「興味・喜びの消失」といっても抽象的で理解できない場合もあるので、「テレビが楽しめなくなる」などより具体的な行為をイメージしておく必要がある。本研究によって明らかになった、職員自身がとらえる生活の視点とうつのアセスメントとの共通性と違いを認識し、特に職員が見落としがちである「興味・喜びの消失」を具体的に理解しながらうつ

のアセスメントを実施することにより、アセスメントがより明確になるのではないかと考えられる。

### 3) 《チェックリスト回答方法や時期の問題》と改善

《チェックリスト回答方法や時期の問題》に関しては、昨年度、この研究班で行った地域包括支援センター職員を対象とした高齢者のうつ予防への取り組みに関する質的研究でも、基本チェックリストの回答方法や信憑性への疑念が聞かれていた（鈴木，2009）。さらに、前述したように、うつアセスメントの抽象的な表現は職員にとってとらえにくいという意見が聞かれていた。また、昨年度のチェックリストの結果を用いていたので状況が変わっている人も多かった。これらの改善として《チェックリストの内容や活用方法の改善》が提言されており、職員にわかりやすい具体的な質問内容や活用方法の改善が望まれる。

## 結論

本研究では、高齢者のうつの2次アセスメントを実施した地域包括支援センター職員にとっての経験や変化、今後の取り組みを質的研究により明らかにした。その結果、職員にとってのアセスメントの経験は、【電話で趣旨を伝える難しさ】と【電話で対象把握と業務の周知ができてよかった】という困難さと肯定的な感情の双方をもたらすものであった。うつのとらえ方や取り組みの変化では、【高齢者のうつへの関わりの難しさの実感】と【高齢者のうつへの理解・関心の向上】というとらえ方の変化が見出されたが、取り組みの変化はほとんどなかった。今後の取り組みとしては、【難しさを改善するための方策】として、住民への理解を広め見守りを強化すること、職員の知識・技術の向上、チェックリストの内容や活用方法の改善が提言された。

肯定的な経験に基づくうつへの理解・関心の向上という職員の変化は、職員がうつに関する研修を受け、対象者宅を訪問して対象者の思いに耳を傾け生活状況を教えてもらいながら学んだことの成果であろう。今回の肯定的な経験を相談業務の中で活かしていくことは、地域包括支援センター職員がうつ予防として取り組むことの第一歩になると期待される。また、抽象的でわかりにくいうつのアセスメントに際しては、職員自身がとらえる生活の視点とうつのアセスメントとの共通性と違いを認識するとともに、アセスメントの改良が必要であると考えられる。

## 参考文献

安梅勅江. (2001). ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法：科学的根拠に基づく質的研究法の展開. 東京：医歯薬出版株式会社.

Koizumi Y et al. (2005). Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community based prospective cohort study in Japan. 59(563-569), Psychiatry Clin Neurosci.

大野裕. (2009). うつ予防・支援マニュアル（改訂版）. 2010年3月1日検索, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-li.pdf>

大野裕, 田中江里, 坂本真士, 根市恵子. (2003). ストレスと自殺：青森での地域介入研究の経験と成果. ストレス科学. 17(4), 245-251

鈴木良美. (2009). 地域包括支援センターにおける高齢者のうつ予防への取り組みと課題. 【2008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支援に関する調査研究事業 2008年度 調査報告書. pp37-50. 社団法人日本健康倶楽部.

辻一郎 (2006) . 総合的介護予防システムについてのマニュアル. 2009年3月16日検索 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/051221/dl/02a.pdf>



図 3-1-1 2次アセスメント事業の手順

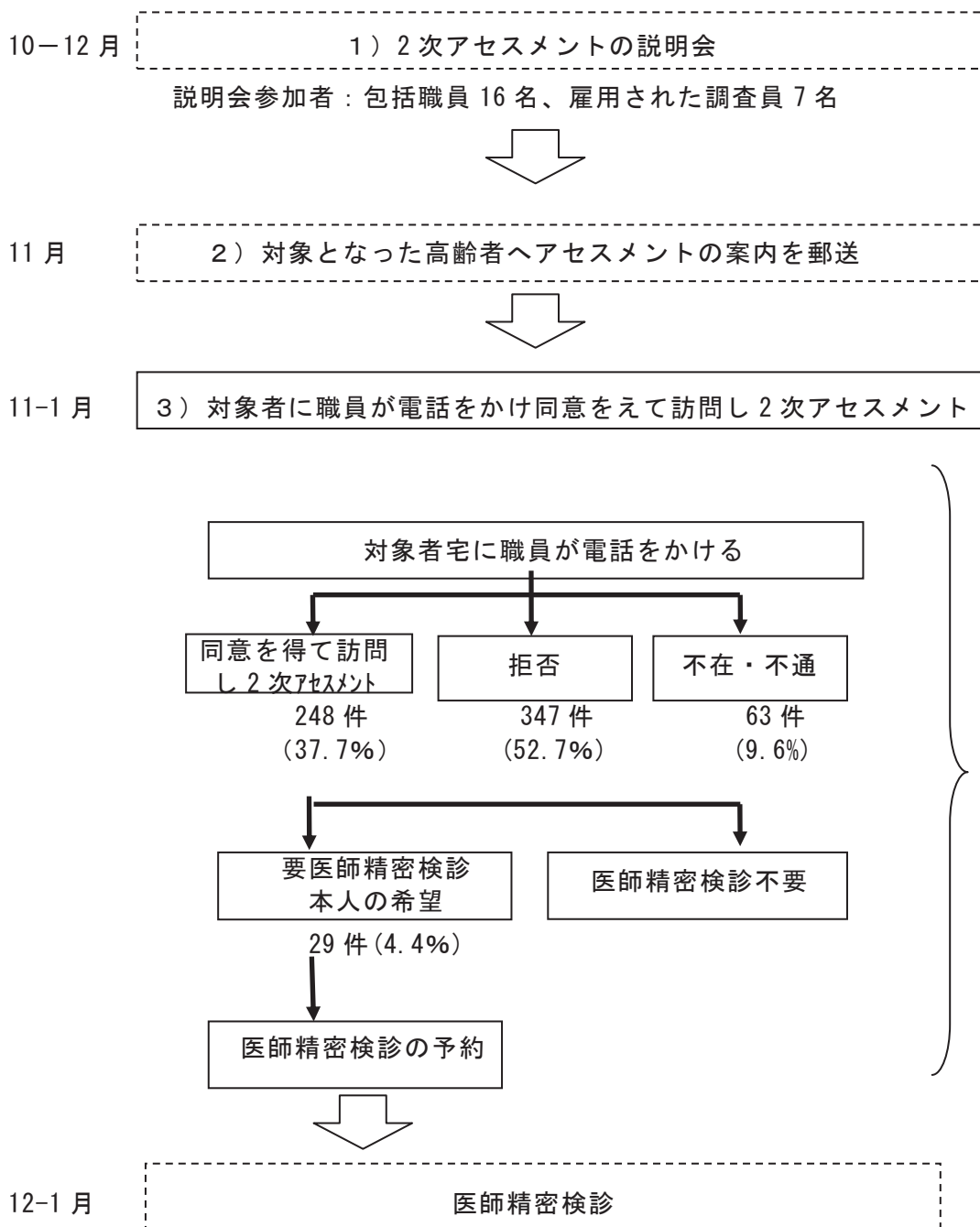
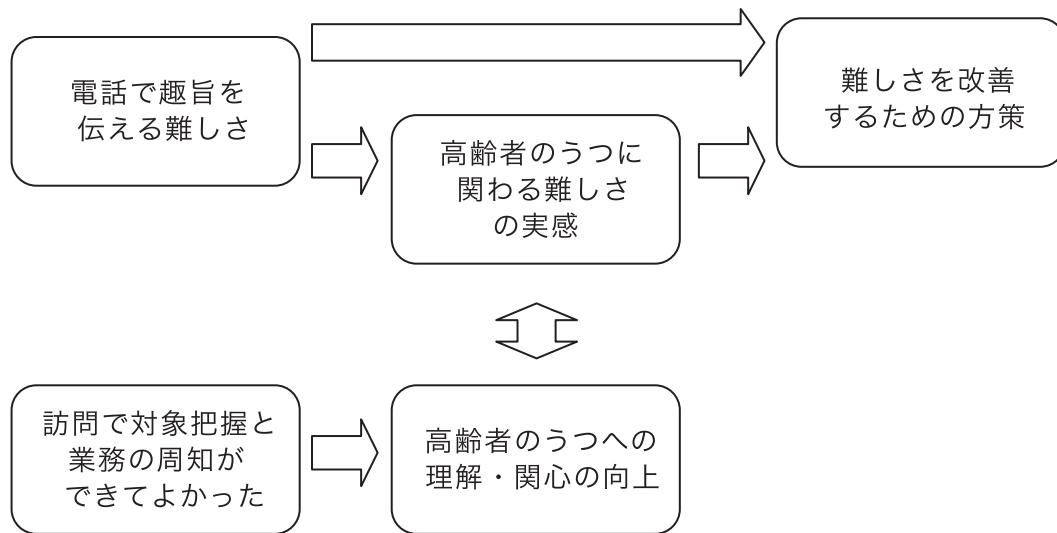


表 3-1-1 高齢者のうつの2次アセスメントを実施した  
 地域包括支援センター職員にとっての経験と変化  
 :カテゴリー・コード一覧

	【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	コード
1) 2次アセスメントの経験	電話で趣旨を伝える難しさ	電話で抵抗感を示され趣旨を説明するのが難しかった	電話で抵抗感を示され趣旨を説明するのが難しかった 精神病を疑われたことへの抵抗感がある 本人の自覚がない 地域包括が住民にしられていない 家族のサポートで対応がかわる 趣旨を説明する際の工夫 必要な人を2次アセスメントにつなげられないのが残念
		職員の経験・知識・技術不足	慣れない業務への職員の緊張 発掘型業務の経験があれば緊張しない
		チェックリスト回答方法や時期の問題	チェックリストの回答方法の問題 チェックリスト回答からの時間の経過 チェックリストだけでうつを見つけることへの疑念
	訪問で対象把握と業務の周知ができてよかった	訪問で対象者の状況がわかってよかった	訪問すると悩みを相談したい人もいるのがわかった 訪問で悩みを受け止められてよかった 対象の状況がわかった 見守りの必要な人を発掘できてよかった 受診につなげられた人もいた
		業務を知ってもらうきっかけになった	業務を知ってもらうきっかけになった
2) うつりの組みのえ変化	高齢者のうつに関わる難しさの実感	高齢者のうつアセスメントの難しさを感じた	高齢者のうつアセスメントの難しさを感じた
		知識・技術不足に気づいた	知識・技術不足に気づいた これまでの関わりの不足を認識した 今後のうつの関わりへの不安
	高齢者のうつへの理解・関心の向上	うつの疑われる高齢者への理解が進んだ	うつの疑われる高齢者への理解が進んだ アプローチの必要な対象者に気づいた
		うつのアセスメントへの理解が進んだ	うつのアセスメントへの理解が進んだ 生活の視点からのアセスメントの重要性を再認識した
		うつの疑われる高齢者に関わることへの関心の向上	これまで関われなかったうつに踏み込めてよかった うつへの関わりの必要性を感じた うつへの関わりを継続したい その後積極的にチェックリストを活用している人はいない
3) 今後の取り組み	難しさを改善するための方策	住民の理解を広め見守りを強化	住民にうつへの理解を広める うつで困っている人に自覚してもらう 住民にうつ予防への理解を広める 住民に業務を知ってもらう 成功している地域活動を取り入れる 住民にうつを理解してもらい見守りを強化する 見守りの必要な人を発掘できるしくみづくり
		職員の知識・技術の向上	職員がうつの理解を深める 事例を踏まえながらうつのポイントを学ぶとよい 職員の相談技術向上 うつの判断ができる技術の向上
		チェックリストの内容や活用方法の改善	もっとわかりやすいチェックリストがあるとよい チェックリストの活用方法の改善

図 3-1-2 高齢者のうつの2次アセスメントを実施した  
 地域包括支援センター職員にとっての経験と変化  
 : カテゴリー間の関連図

- 1) 2次アセスメントの経験    2) うつのとらえ方と  
 取り組みの変化    3) 今後の取り組み



## IV -4-1 地域包括支援センター実務者における、 うつ2次アセスメントに関する 知識・態度・技能についての調査

吉田 英世（東京都健康長寿医療センター 東京都老人総合研究所  
自立促進と介護予防研究チーム）

井原 一成（東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野）

### 目的

昨年度の本事業により、介護予防におけるうつ予防において、1次アセスメントとしての「基本チェックリスト」うつ陽性者に対する2次アセスメントが、あまり実施されていないことが明らかになった。本研究では、2次アセスメントの実施を促進するための基礎資料を得ることを目的に、2次アセスメントについての知識・態度・技能を調査した。

### 対象と方法

**対象**：5自治体（東京都国分寺市、立川市、大田区、板橋区、神奈川県川崎市）にある地域包括支援センターにおいて、高齢者支援に直接係わって従事している職員

**方法**：2009年10月～平成2010年3月にかけて、地域包括支援センター等（東京都国分寺市；6ヶ所、立川市；9ヶ所、大田区；20ヶ所、板橋区；13ヶ所）に調査員が訪問して、質問紙調査を面接聞き取り調査により実施した。

なお、神奈川県川崎市は、質問紙の郵送による自記式調査にて行った。

**調査項目**：うつ病（うつ病疑）の高齢者との相談業務、うつに関するアセスメントの実施経験、「うつ予防・支援マニュアル（厚生労働省）」の認知度、うつ症状に関する知識、うつ予防に対する取り組みなど（資料；調査票参照）。

#### 1. 調査回答者

- ・東京都国分寺市（25名）、東京都立川市（34名）、東京都大田区（85名）、東京都板橋区（50名）・・・面接調査 計194名（回答率；95.1%）
- ・神奈川県川崎市（115名）・・・郵送調査 計115名（回答率；74.7%）

総計 309名

## 2. 調査回答者の基本属性

- 1) 性別：女性 243名（78.6%）、男性 66名（21.6%）
- 2) 年齢： 平均 41.9歳
- 3) 地域包括支援センターの勤務年数：平均 2.8年
- 4) 医療・福祉・保健分野の勤務年数：平均 12.8年
- 5) 職種：看護師 78名（25.2%）、保健師 22名（7.1%）、  
社会福祉士 139名（45.0%）、介護福祉士 101名（32.7%）、  
歯科衛生士 4名（1.3%）、精神保健福祉士 18名（5.8%）、  
その他 46名（14.9%）・・・〔複数回答〕

## 結果

1. 地域包括支援センターの業務で、うつ病（医師の診断による）の高齢者本人との総合相談の経験（あり）は、84.5%であった【問1; 図4-1-1】。  
また、過去1年間にうつ病（医師の診断による）の高齢者本人との総合相談の実人数（中央値）は、3名であった。
2. 地域包括支援センターの業務で、うつ病と疑われる高齢者本人との総合相談の経験（あり）は、87.9%であった【問2; 図4-1-2】。  
また、過去1年間にうつ病と疑われる高齢者本人との総合相談の実人数の中央値は、3名であった。さらに、このうち医療機関や相談機関での診断・アセスメントや治療に結びついた事例（中央値）は、1名であった。
3. 地域包括支援センターの業務で、うつ病と診断されるか、うつ病と疑われる高齢者について、介護支援専門員からの相談の依頼経験（あり）は、59.9%であった【問3; 図4-1-3】。  
また、過去1年間に当該の高齢者の実人数（中央値）は、3名であった。
4. 過去1年間のうつアセスメントの「実施経験がある」は、26.2%で、「実施経験ない」が、73.8%と多かった。【問4; 図4-1-4】
  - 1) うつアセスメントを実施経験ある者で、うつアセスメントで用いた方法で最も多いのが、「基本チェックリスト」91.3%、次いで、「うつ病の知識に基づく評

価や生活の評価など」25.3%であった。一方、「厚生労働省研究班のうつ予防・支援マニュアル」5.3%、「GDS や SDS などのうつ尺度」5.3%といずれも少なかった。【図 4-1-SQ4-1】

- 2) うつアセスメントを実施経験ある者のうち、「うつの可能性が高い」と判断した例は、71.4%であった。【図 4-1-SQ4-2】

また、過去1年間でうつの可能性が高いと判断した事例（中央値）は、3件であった。さらに、そのうち医療機関や相談機関による診断やアセスメントに結びついた事例（中央値）は、1件であった。

この際に、うつを疑った例のアセスメント方法は、「基本チェックリスト」、80.0%がほとんどで、「うつ病の知識に基づく評価や生活の評価など」、10.9%、「GDS や SDS などのうつ尺度」、7.3%、「厚生労働省研究班のうつ予防・支援マニュアル」1.8%にとどまった。【図 4-1-SQ4-2-2】

- 3) うつアセスメントを実施経験ない者で、うつのアセスメントを行わない理由では、「医学的なアセスメントではなく、生活が続けられるかどうか注目したい」という回答が40.7%と最も多かった。次いで、「各うつ症状のアセスメントができない」28.4%、「うつを疑うケースに出会わなかった」19.0%であった。

この他は、「こころの問題に踏み込むのは失礼だから・遠慮がある」8.7%、「うつを発見しても次につなぐ適切な医療機関・相談機関がない」8.7%、「自治体の保健師・医師などからのスーパーヴィジョンなどの支援がない」7.8%、「うつは自治体の介護予防への取り組みに含まれていない」6.1%、「他の業務で忙しい」6.9%、「うつ症状の意味内容がよくわからない」5.6%であった。【図 4-1-SQ4-3】

- 4) うつアセスメントを実施経験ない者で、過去1年より前に業務の中でうつアセスメントの経験のあった者は、11.7%であった。【図 4-1-SQ4-4】

5. これまで人生の中で「うつ病の人（医師の診断による）に接した事がある」は、97.7%とほとんど全員であった。【問5; 図4-1-5】

6. 生活機能評価で行われた基本チェックリストの結果を介護予防に「利用している」85.7%と多かった。【問6; 図4-1-6】

7. 生活機能評価で行われた基本チェックリストの結果をうつ予防に「利用している」47.2%と約半数であった。【問7; 図4-1-7】
8. 生活機能評価で行われる基本チェックリストをうつの早期発見に「利用すべきだと思う」54.4%、「思わない」45.6%で、思う者が半数を上回った。【問8; 図4-1-8】
- 1) うつの早期発見に利用すべきだと思わない理由で最も多いのは、「基本チェックリストのうつ項目の信ぴょう性に疑問をもっている」92.1%であった。次いで、「医学的なアセスメントではなく、生活が続けられるかどうか注目したい」23.0%、「各うつ症状のアセスメントができない」22.3%であった。
- この他は、「こころの問題に踏み込むのは失礼だから・遠慮がある」2.9%、「うつを発見しても次につなぐ適切な医療機関・相談機関がない」8.6%、「自治体の保健師・医師などからのスーパーヴィジョンなどの支援がない」8.6%、「うつは自治体の介護予防への取り組みに含まれていない」8.6%、「他の業務で忙しい」2.9%、「うつ症状の意味内容がよくわからない」4.3%であった。【図 4-1-SQ8-1】
9. 厚生労働省研究班による介護予防の「うつ予防・支援マニュアル」のうつ予防の2次アセスメントの手順（概略）を「知っている」者は、16.2%と少なく、「知らない」が83.8%であった。【問9; 図4-1-9】
- 1) うつ予防の2次アセスメントの手順（概略）を知った方法で多いのが、「講習会・研修会」42.0%、「厚生労働省研究班のうつ予防・支援マニュアル（インターネットまたは印刷物）」40.0%であった。この他に、「同僚や知人からの情報」16.0%、「その他の書籍」4.0%、「雑誌の記事」4.0%であった。【図 4-1-SQ9-1】
- 2) 2次アセスメントの手順（概略）を知っている者のうち、実際に2次アセスメントを行ったことがある者は、20.0%と少なく、行ったことがない者が80.0%と多かった。よって、全体では2次アセスメントを行ったことがある者は、10名（3.2%）と極めて少なかった。【図 4-1-SQ9-2】
- 3) 前述の質問で、実際に2次アセスメントを行ったことがない者の理由では、「基本チェックリストのうつ項目の信ぴょう性に疑問がある」37.5%で最も多く、「医学的なアセスメントではなく、生活が続けられるかどうか注目したい」22.5%、「うつは自治体の介護予防への取り組みに含まれていないから」20.0%、

「他の業務で忙しい」15.0%、「各うつ症状のアセスメントができない」15.0%が多かった。【図4-1-SQ9-2-1】

この他は、「うつを疑うケースに出会わなかった」7.5%、「こころの問題に踏み込むのは失礼だから・遠慮がある」5.0%、「うつを発見しても次につなぐ適切な医療機関・相談機関がない」2.5%、「自治体の保健師・医師などからのスーパーヴィジョンなどの支援がない」5.0%であった。

10. 改訂された厚生労働省研究班の「うつ予防・支援マニュアル」うつの2次アセスメントの方法で、うつのアセスメントが「できる」は、43.2%、「できない」11.4%、「わからない」45.5%であった。【問10; 図4-1-10】

11. 改訂前の厚生労働省研究班の「うつ予防・支援マニュアル」うつの2次アセスメントの方法で、うつのアセスメントが「できる」は、41.0%、「できない」16.0%、「わからない」43.0%であった。【問11; 図4-1-11】

12. 今後うつの2次アセスメントを行うために必要なこととして、「職員のうつについての知識や技術の習得」84.8%が最も多く、次いで、「うつが発見された後に結びつける医療機関・相談機関の整備」68.0%、「自治体の医師・保健師などからの支援体制の充実」57.0%、「基本チェックリストの表現が修正され信ぴょう性がアップ」45.6%、「一般の人へのうつに関する知識の普及」45.6%が多かった。

この他は、「センターのマンパワーを増やす」28.3%、「センターに心の問題の専門家（心理士、精神保健福祉士など）を導入」36.6%、「センター外の機関・人で2次アセスメントを実施する体制の構築」26.9%、「地域におけるネットワーク構築」30.7%であり、「うつの2次アセスメントは行わない・行いたくない」4.5%という意見もあった。【問12; 図4-1-12】

13. うつの基本的な9症状の意味の理解できる割合は、「精神運動の障害」が77.3%、「強い罪責感」85.8%、「うつ気分」88.3%が9割以下でやや低かった。

この他は、「興味、喜びの著しい喪失」92.6%、「食欲の減退または増加」93.5%、「不眠または睡眠過多」93.9%、「疲れやすさ・気力の減退」95.5%、「思考力や集中力の低下」93.5%、「自殺への思い」93.2%といずれも高い理解で



あった。【問13; 図4-1-13】

14. うつの基本的な9症状のうち、アセスメントができる割合が低いのは、「精神運動の障害」で40.4%、「自殺への思い」55.4%、「強い罪責感」60.5%、「うつ気分」64.2%であった。

一方で、アセスメントができる割合が高いのは「食欲の減退または増加」90.2%、「不眠または睡眠過多」88.3%であった。

この他は、「興味、喜びの著しい喪失」77.2%、「疲れやすさ・気力の減退」80.5%、「思考力や集中力の低下」70.6%であった。【問14; 図4-1-14】

※次に、各症状のアセスメントができなかった理由を示す。【問 14】

- 1) 「うつ気分」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」62.4%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」50.5%が高く、この他、「症状の有無を聞くことにより、症状が悪化する恐れがある」は、17.4%と他の症状に比べて高かった。【図 4-1-14a】
- 2) 「興味、喜びの著しい喪失」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」55.9%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」42.6%であった。【図 4-1-14b】
- 3) 「食欲の減退または増加」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」33.3%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」33.3%であった。【図 4-1-14c】
- 4) 「不眠または睡眠過多」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」38.5%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」30.8%であった。【図 4-1-14d】
- 5) 「精神運動の障害」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」71.4%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」59.3%と高かった。【図 4-1-14e】
- 6) 「疲れやすさ・気力の減退」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」42.4%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」40.7%と高かった。【図 4-1-14f】
- 7) 「強い罪責感」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」

65.3%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」39.7%で高く、「症状の有無を聞くことにより、症状が悪化する恐れがある」も27.3%と高かった。【図4-1-14g】

8) 「思考力や集中力の低下」症状では、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」58.4%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」40.4%と高かった。【図4-1-14h】

9) 「自殺への思い」症状では、「症状の有無を聞くことにより、症状が悪化する恐れがある」が、56.2%と最も高く、「どのように症状を尋ねたらよいかわからない」44.5%、「症状が具体的にどのように現れるかわからない」16.1%であった。【図4-1-14i】

15. うつ予防・支援の目的で重要な点では、「QOL 低下の予防」が84.7%、「自殺予防」が76.6%と高く、次いで、「ADL 低下の予防」70.1%、「生活習慣病など身体疾患の悪化予防」58.4%の順であった。【問15; 図4-1-15】

16. うつ予防・支援において重要だと思う点として、高い割合であった項目は、「うつが発見された後の受診・相談体制の構築」82.8%、「地域包括支援センター職員がうつに関する知識や技術を得る」74.8%、「一般の人へのうつに関する知識の普及」69.9%、「うつが発見された後の医療以外のサービスメニューの提供」66.0%、「専門家間のネットワーク構築と活用」65.0%であった。

この他は、「住民間のネットワークの構築と活用」49.8%、「老人クラブや民生委員など社会資源の活用」50.2%、「民生委員や地区組織リーダーのうつに関する知識を増やす」47.9%、「生活状況を把握するための訪問」49.2%、「うつ尺度などを用いたスクリーニング」38.5%、「地域包括支援センターにおけるうつの2次アセスメントの実施」32.4%、「自治体によるスーパーヴィジョンなどの支援の強化」32.7%、「地域包括支援センター職員の業務負担の低減」27.5%となっていた。【問16; 図4-1-16】

17. 地域包括支援センターにおける現在の業務割合（各平均値）は、「総合相談支援業務」29.2%、「権利擁護」6.3%、「新予防給付に関する業務」39.3%、「地域支援事業に関する業務」10.4%、「包括的・継続的ケアマネジメント」11.2%、「そ

の他」3.7%であった。【問17;表4-1-1】

18. 地域包括支援センターにおけるあるべき業務割合（各平均値）は、「総合相談支援業務」36.2%「権利擁護」14.1%、「新予防給付に関する業務」16.4%、「地域支援事業に関する業務」15.6%、「包括的・継続的ケアマネジメント」15.7%、「その他」1.7%であった。【問18;表4-1-1】

## 考察

「うつ予防・支援マニュアル」のなかで、うつの2次予防としての対策が示され、介護予防のなかの特定高齢者施策で、①基本チェックリスト等を用いてうつのアセスメントを行うこと、②うつの可能性が疑われた高齢者に「心の健康相談」を勧めることが挙げられている。言い換えれば、基本チェックリスト（1次スクリーニング）のうつ陽性者に対して、治療の必要性についての2次スクリーニングを行い、その陽性者に、適宜受診勧奨や経過観察を行うことである

本報告結果を、これらの点に照らしてみると、基本チェックリストの結果をうつ予防に「利用している」者は、約半数であったが、一方で、次の段階の2次スクリーニング（うつの2次アセスメント）の実施経験は、3.2%と極めて少ない状況であった。

このことの第一の要因として、2次スクリーニングの認知度が16.2%という低いことによる。しかしながら、今回の調査で、うつの2次アセスメントの方法を提示した結果、アセスメント「できる」という回答が4割強であり、加えて、うつ2次アセスメントを今後進めていく上で必要なこととして多かった意見が、「うつについての知識や技術の習得」であったことから、やはり専門職向けに「うつ予防・支援」に関する研修会や解説書などを通じて、うつの2次アセスメントの知識・技術の習得を図ることが必要である。

第二に、うつの2次アセスメントを進めて行く上で必要な点として取り上げられたのが、「うつが発見された後に結びつける医療機関・相談機関の整備」であった。本調査結果からは、具体的な点には踏み込めないが、一般的に「うつ予防・支援マニュアル」に記されているとおり、地域包括支援センターと医療機関や保健所、精神保健福祉センターとの連携強化が、うつの2次アセスメントを進める鍵となる。

第三に、うつの早期発見のための1次アセスメント「基本チェックリスト」の利用も約半数に留まり、利用しない意見として「基本チェックリスト（うつ尺度）の信憑性に

疑問がある」が多かった。このことは、1次アセスメント「基本チェックリスト」のうつの陽性反応適中度があまり高くない（偽陽性が多い）ことによる疑問かもしれない。この点においては、「うつ予防・支援マニュアル」に基本チェックリストの使い方が述べられており、対象者に応じた質問方法の工夫により、うつの陽性反応適中度が上がりその信憑性が高くなると思われる。

今後、以上のような点に関して考慮しながら、地域包括支援センターでうつの2次アセスメントがこれまで以上に実施され、「心の健康相談」としての中核的な役割が期待される。

### <参考資料>

厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル（改訂版）」平成21年3月

図4-1-1 うつ高齢者との総合相談経験 (N=309)

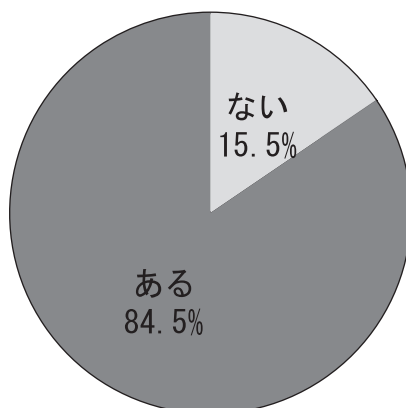


図4-1-2 うつ疑い高齢者との総合相談経験 (N=282)

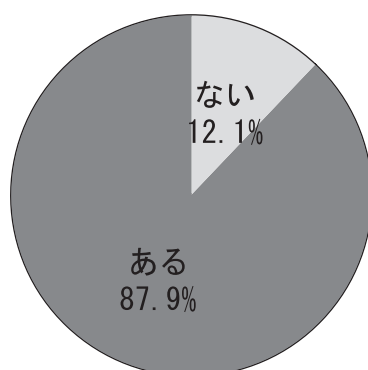


図4-1-3 うつあるいは、うつの疑いの高齢者の介護支援相談員などからの相談 (N=309)

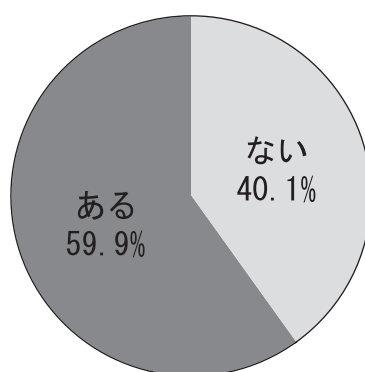


図4-1-4 過去1年間のうつアセスメント経験(N=309)

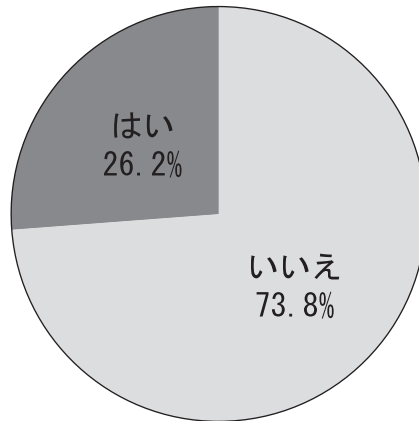


図4-1-SQ4-1 うつアセスメントに用いた方法(N=81)

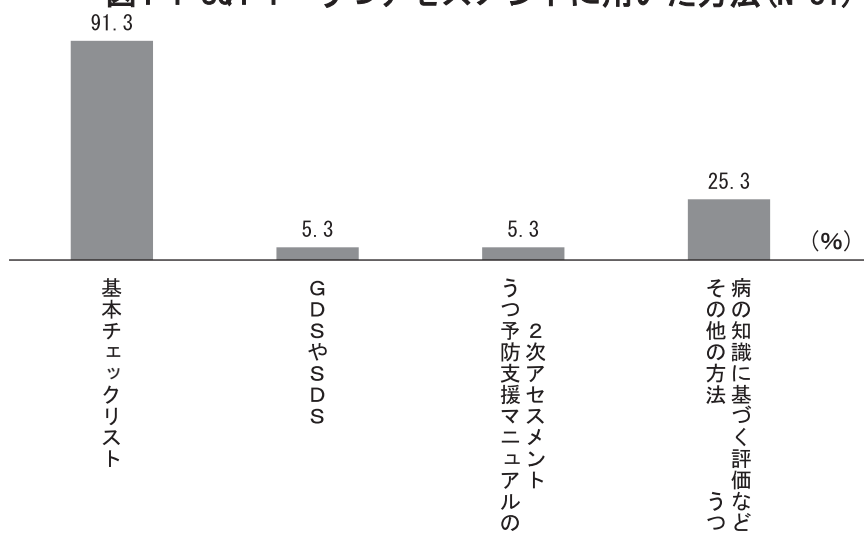


図4-1-SQ4-2 うつの可能性が高いと判断した事例(N=77)

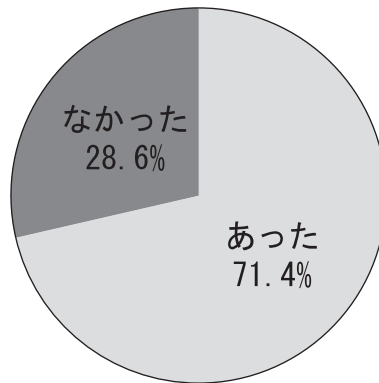


図4-1-SQ4-2-2 うつを疑ったアセスメントの方法(N=55)

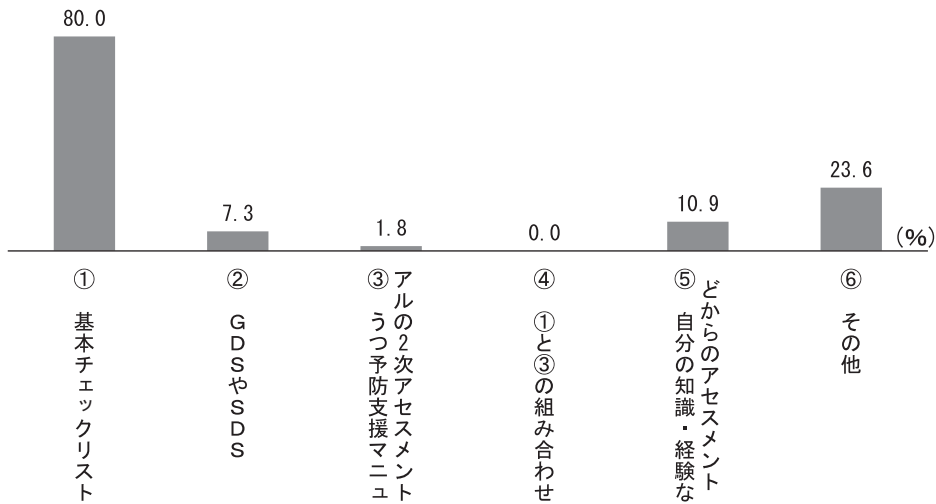


図4-1-SQ4-3 うつのアセスメントを行わない理由(N=231)

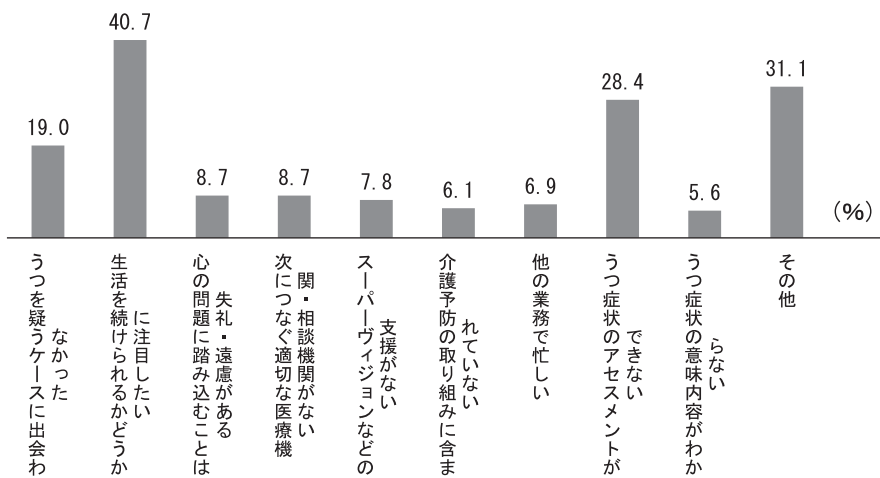


図4-1-SQ4-4 過去1年以上前のうつアセスメント経験(N=231)

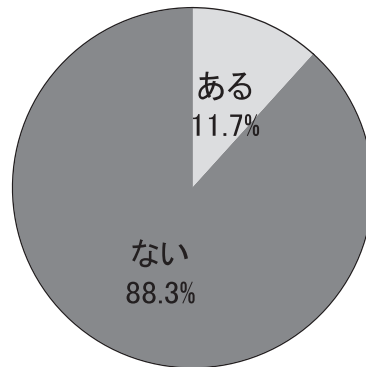


図4-1-5 人生の中でうつ病者と接した経験(N=305)

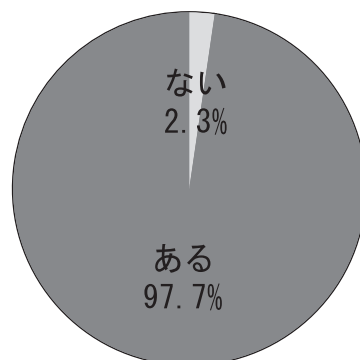




図4-1-6 基本チェックリストを介護予防に  
利用しているか (N=308)

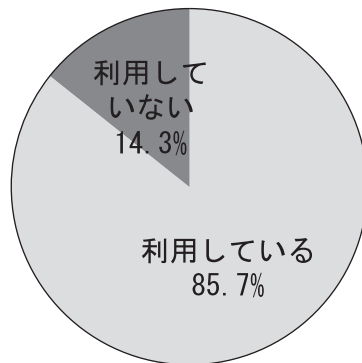


図4-1-7 基本チェックリストをうつ予防に  
利用しているか (N=307)

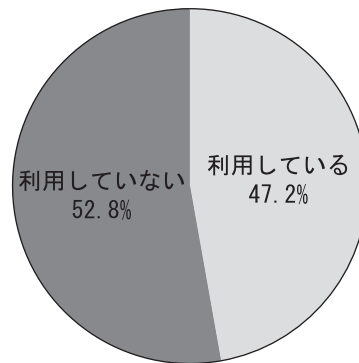


図4-1-8 基本チェックリストをうつの早期発見に  
利用すべきだと思う (N=307)

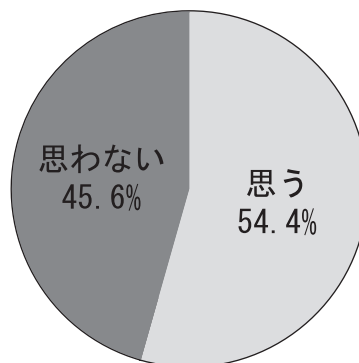


図4-1-SQ8-1 うつの早期発見に利用すべき  
だとは思わない理由 (N=140)

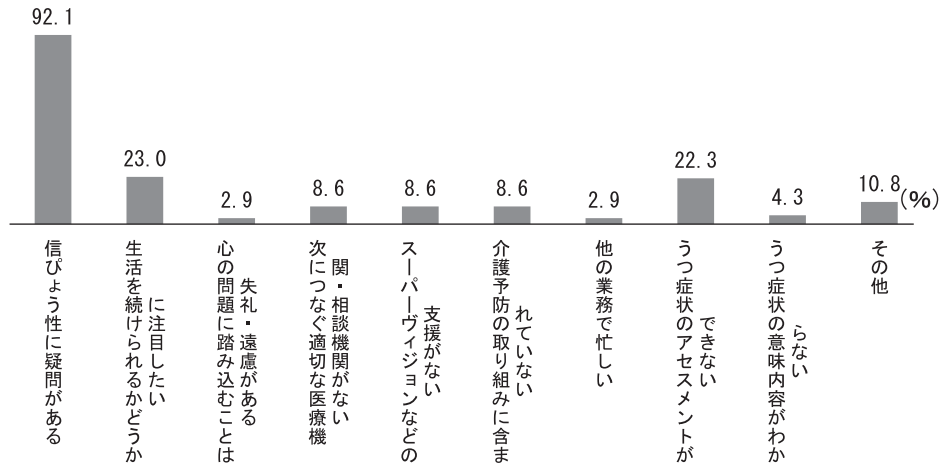


図4-1-9 2次アセスメントの手順を  
知っているか (N=309)

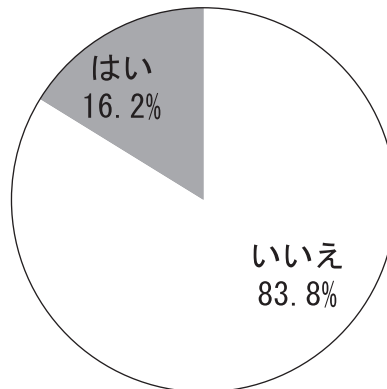


図4-1-SQ9-1 どういう方法で2次アセスメントを知ったか(N=50)

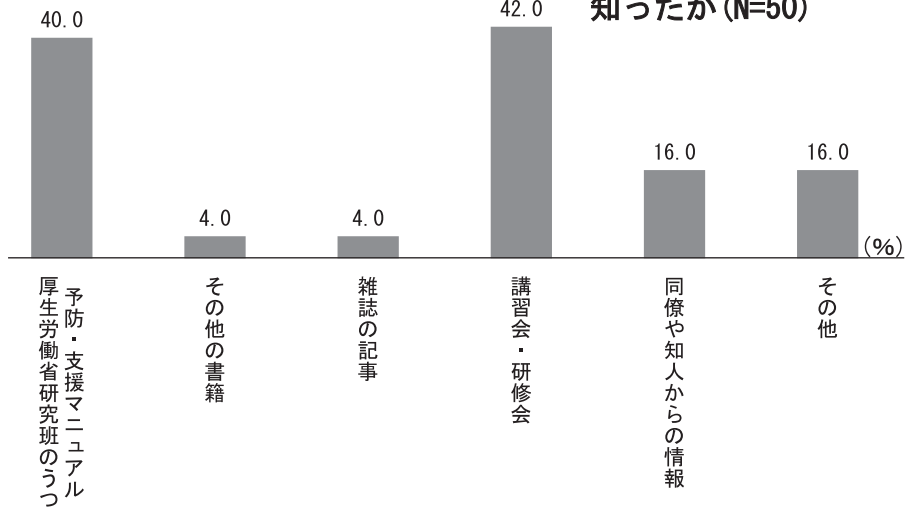


図4-1-SQ9-2 2次アセスメントを実施したことがあるか(N=50)

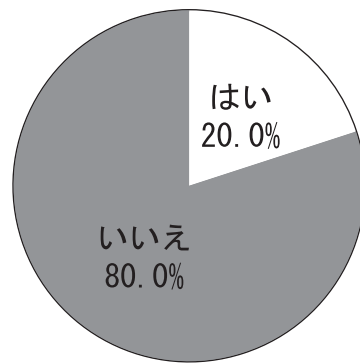


図4-1-SQ9-2-1 2次アセスメントを行わない理由(N=40)

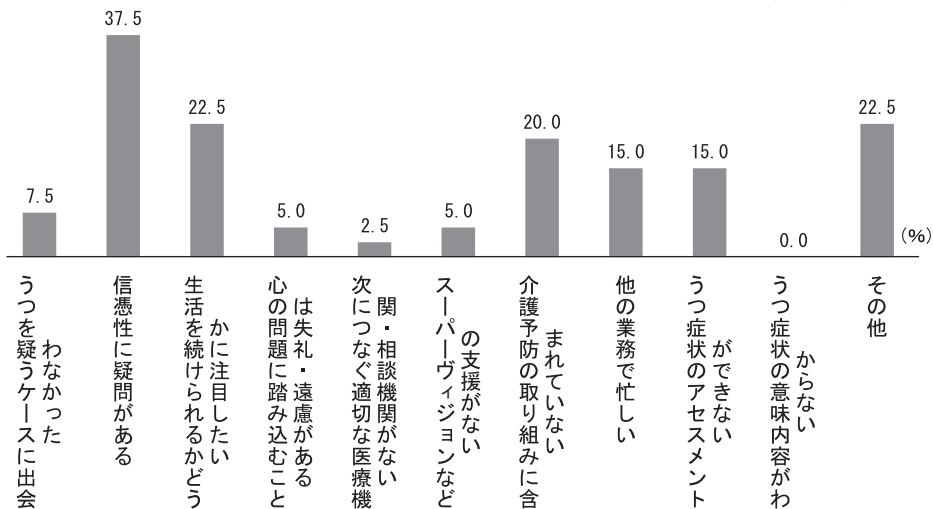


図4-1-10 改定後のマニュアルの方法で  
アセスメントできるか (N=308)

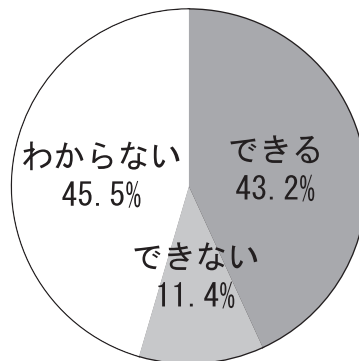


図4-1-11 改定前のマニュアルの方法で  
アセスメントできるか (N=307)

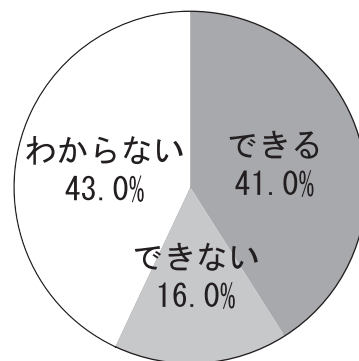


図4-1-12 うつ2次アセスメントを行うために必要なもの(N=309)

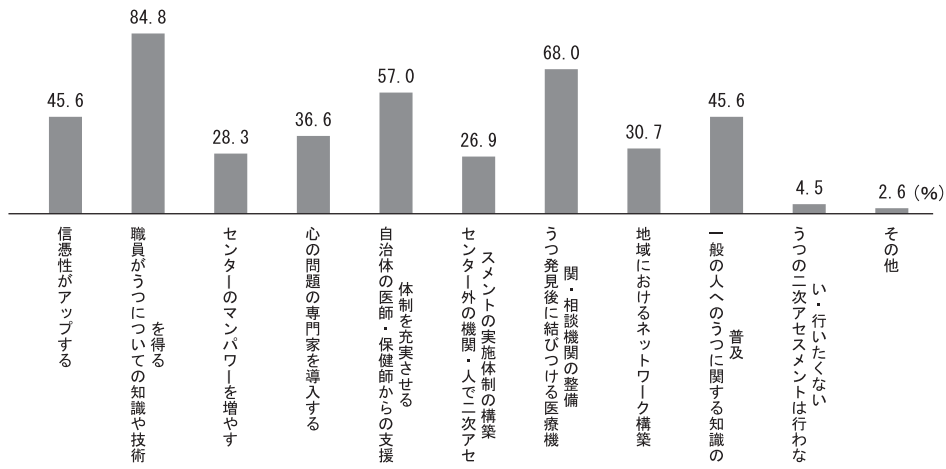


図4-1-13 うつjの基本的9症状の意味内容の理解(N=309)

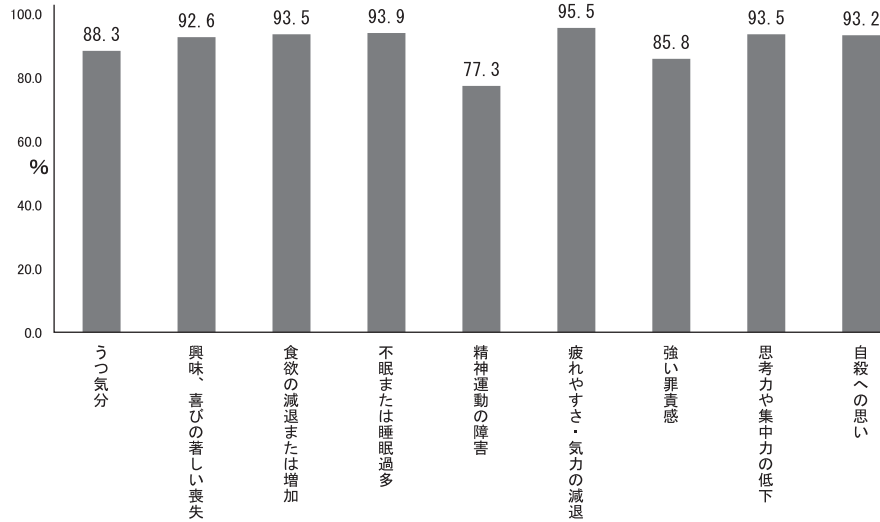


図4-1-14 うつの基本的9症状のアセスメント出来る割合 (N=307)

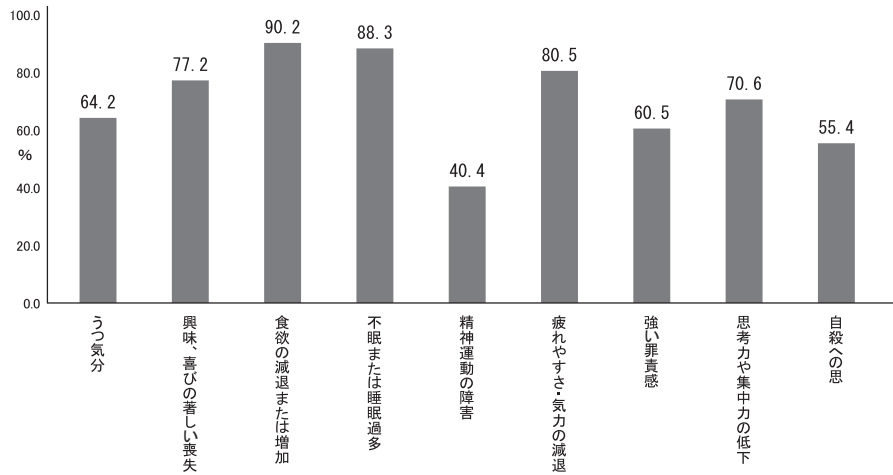


図4-1-14a うつ気分をアセスメント出来ない理由 (N=109; 複数回答)

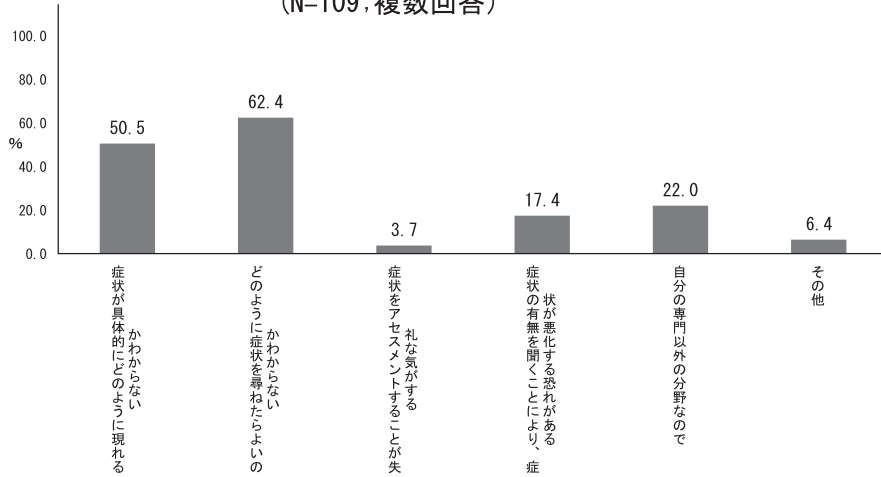


図4-1-14b 興味、喜びの著しい喪失をアセスメント出来ない理由 (N=68; 複数回答)

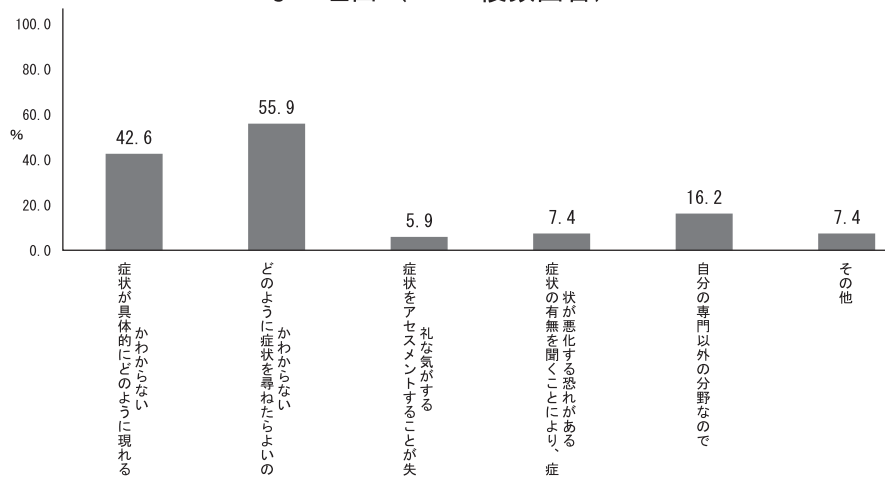


図4-1-14c 食欲の減退または増加をアセスメント出来ない理由(N=30;複数回答)

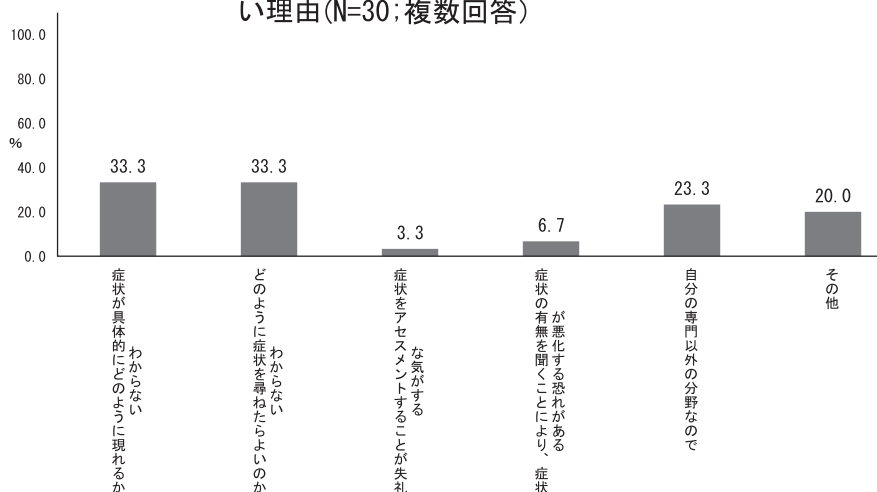


図4-1-14d 不眠または睡眠過多をアセスメント出来ない理由(N=39人;複数回答)

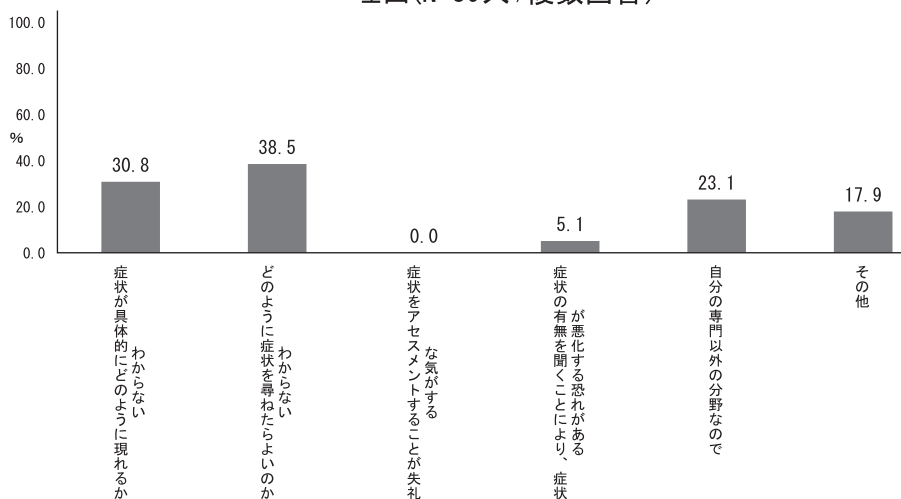


図4-1-14e 精神運動の障害をアセスメント出来ない理由  
(N=182;複数回答)

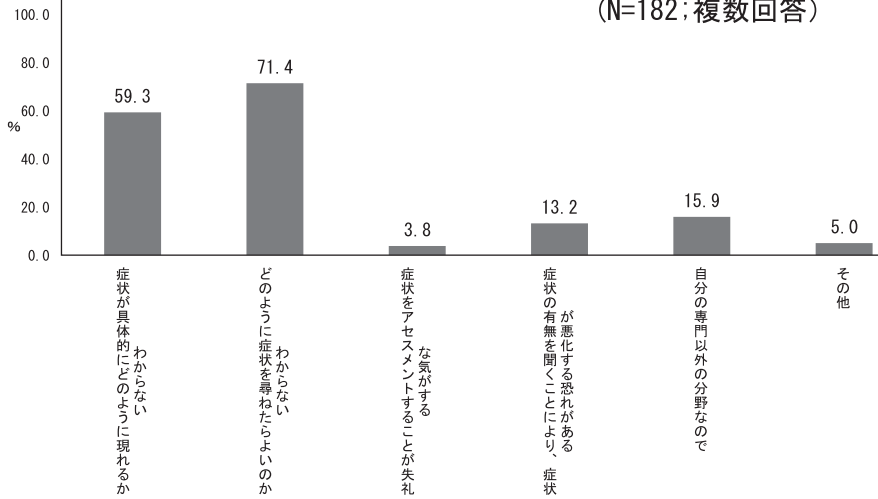


図4-1-14f 疲れやすさ・気力の減退をアセスメント出来ない理由  
(N=59;複数回答)

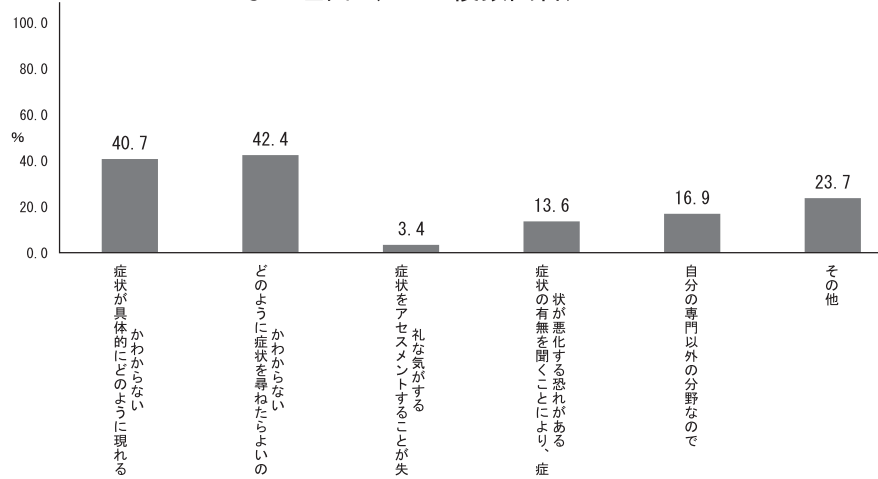


図4-1-14g 強い罪責感をアセスメント出来ない理由  
(N=121人;複数回答)

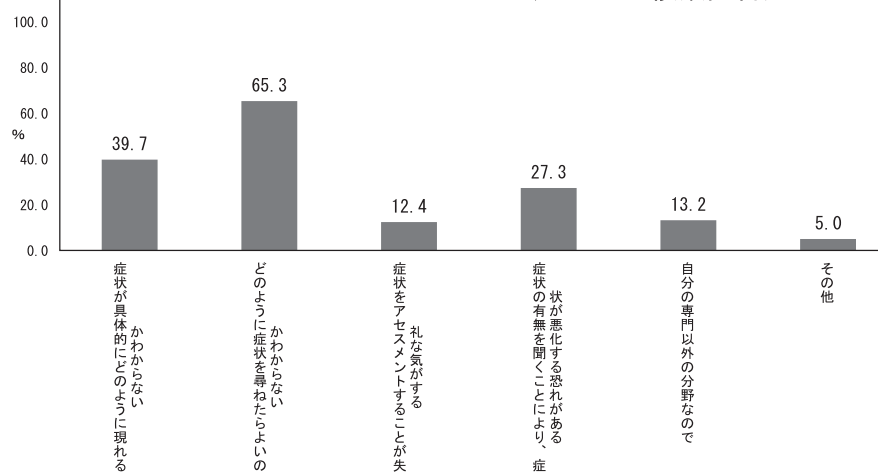




図4-1-14h 思考力や集中力の低下をアセスメント出来ない理由 (N=89人;複数回答)

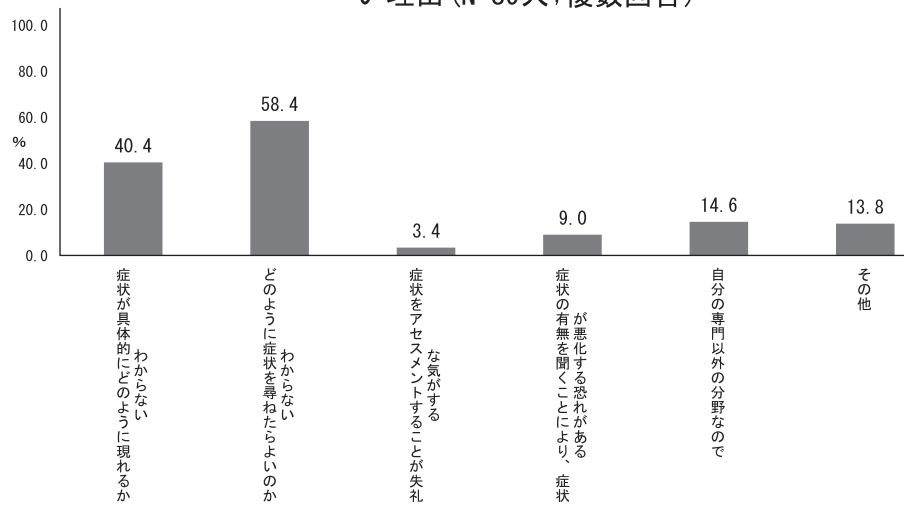


図4-1-14i 自殺への思いの低下をアセスメント出来ない理由 (N=137;複数回答)

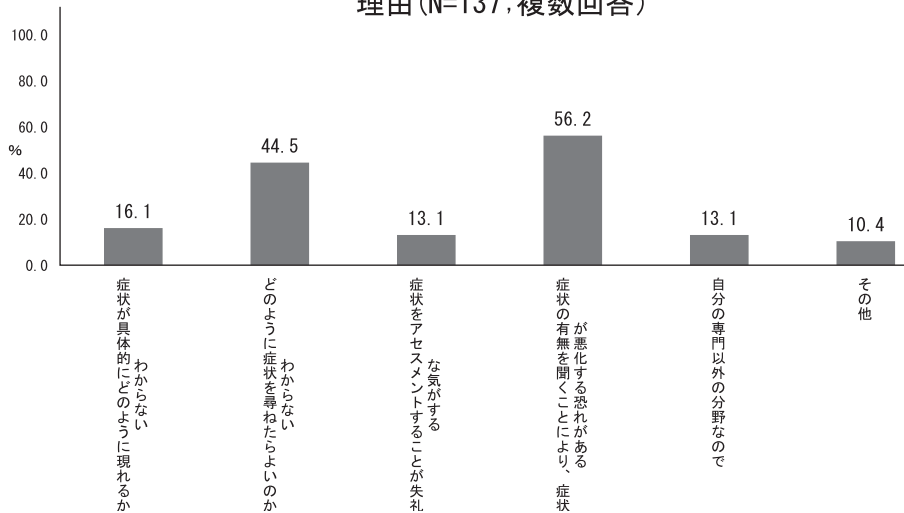


図4-1-15 うつ予防・支援の目的で重要な点 (N=308)

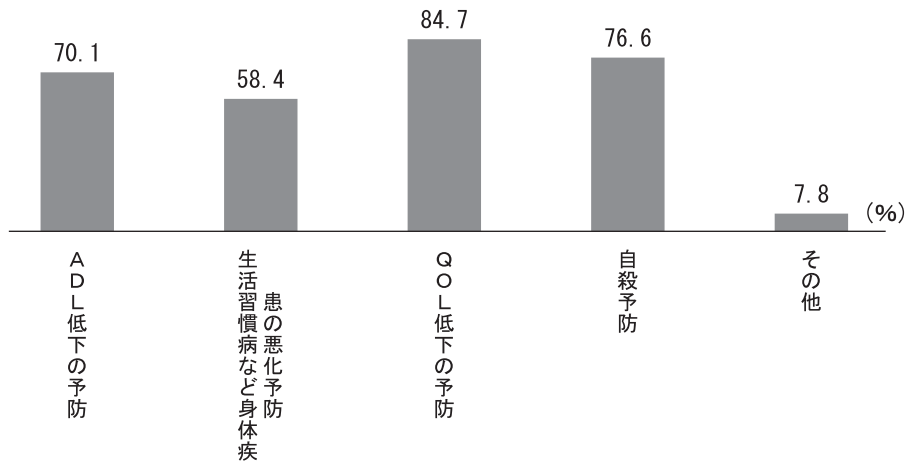


図4-1-16 うつ予防・支援において重要だと思う点 (N=309)

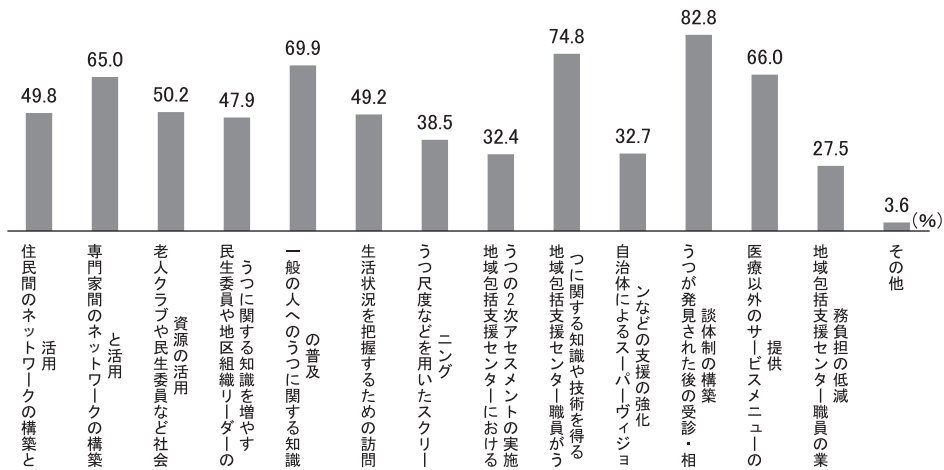


表4-1-1 地域包括支援センターにおける業務割合 (各平均値)

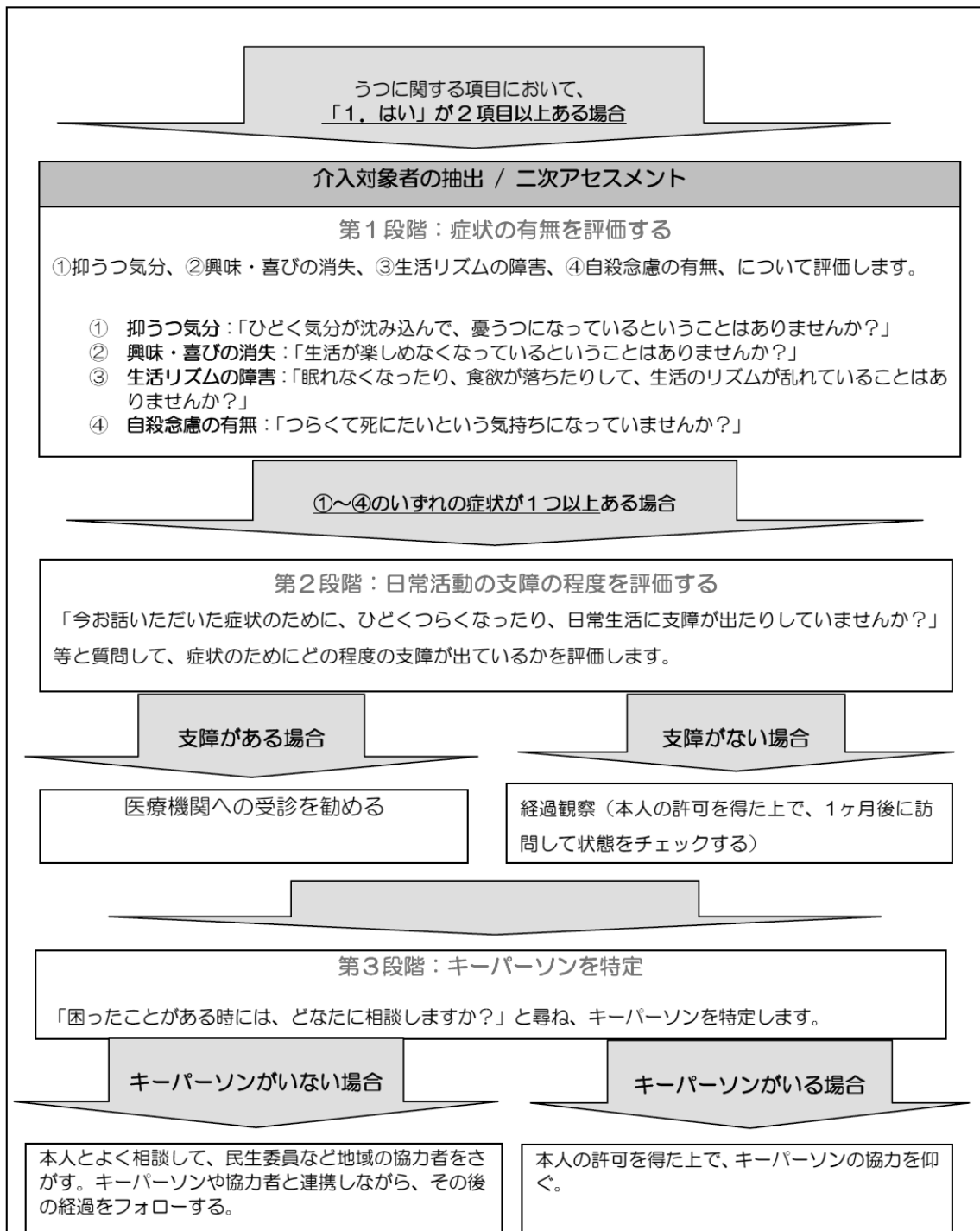
	現在	理想
総合相談支援業務	29.2%	36.2%
権利擁護	6.3%	14.1%
新予防給付に関する業務	39.3%	16.4%
地域支援事業に関する業務	10.4%	15.6%
包括的・継続的ケアマネジメント	11.2%	15.7%
その他	3.7%	1.7%



# 資料



巻末資料1 厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル（改訂版）」におけるうつの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"> <li>・ [食欲低下] が2週間以上持続</li> <li>・ [体重減少] が1ヶ月に3kg以上</li> <li>・ [食欲増加] が2週間以上持続</li> <li>・ [体重増加] が1ヶ月に3kg以上</li> </ul>
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"> <li>・ [不眠] が2週間以上持続</li> <li>・ [過眠] が2週間以上持続</li> </ul>
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"> <li>・ [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</li> <li>・ [じっとしていられない] が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された</li> </ul>
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"> <li>・ [死についての反復思考] が2週間以上持続</li> <li>・ [自殺念慮（自殺をしようと思うこと）] が2週間以上 持続</li> <li>・ [自殺念慮] に具体的な計画が伴っている</li> <li>・ [自殺念慮] を実際に行動に移した（自殺企図）</li> </ul>

（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、心理的苦痛が日常生活の機能障害を伴う

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

（注）自殺の項目が陽性の場合は、「うつ病（重度）」とする。

巻末資料3 厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル（改訂版）」における基本チェックリスト

(注) うつに関する項目(問21-25)に関しては、最近2週間以上続いている場合には「はい」、続いていない場合には「いいえ」として、当てはまる方に○印をつけてください。

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長           cm           体重           kg (BMI=           )(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。



## 平成 21 年度厚生労働省 老人保健健康増進等

地域包括支援センター実務者におけるうつ 2 次アセスメントに関する調査

調査ご協力のお願い

うつ予防は、介護予防の一つの柱であるにも関わらず実施が難しい分野と言われていています。私も地域包括支援センターにおける介護予防のうつ予防を促進するための基礎資料を得るために、東京都大田区、板橋区、国分寺市、立川市、神奈川県川崎市のセンター職員の方々を対象に、うつの 2 次アセスメントに関する調査をアンケートにより実施することと致しました。皆様にはご多忙のところ恐れ入りますがご協力のほど何卒お願い致します。

この調査は、調査員が質問項目を読み上げていく方法で実施します。皆様には口頭でご回答をお願い致します。この調査に要する時間は、お一人 15 分程度です。

この調査に参加するかどうかは、あなたの自由な意志で決めてください。この調査に参加しないと決めても何の不利益を被ることはありません。

この調査は、無記名式です。調査の結果は統計的に処理し 5 つの自治体の結果をまとめた形で皆様にフィードバックいたします。また、保健・福祉関連職種や医師など介護予防に関わる人たちへの研修・教育のための資料として使用するほか、学会や論文で発表など学術・研究活動に利用する可能性があります。これらの発表にあたり、個人的な情報は一切記載されませんので、プライバシーは完全に守られます。

皆様にはお時間をいただくなどお手数をおかけしますが、ご協力をお願い致します。

2009 年 12 月 1 日  
社団法人 日本健康倶楽部  
理事長 山本茂

東邦大学医学部社会医学講座  
公衆衛生学分野  
井原一成

東京都老人総合研究所  
吉田英世

調査員氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 東京都老人総合研究所 自立促進と介護予防チーム

電話 03-3964-3241 (内線3112)

問1 あなたは、これまでの地域包括支援センターにおける業務の中で、うつ病と医師により診断されている高齢者（本人）と会うか話をして総合相談（うつ以外の問題についての支援も含む）を行ったことがありますか？

1 ない

2 ある → そのうち、過去1年間に総合相談をしたうつ病の人の実人数を教えてください（以前から相談している人を含めます）。

約 \_\_\_\_\_ 人 / 過去1年間

問2 あなたは、これまでの地域包括支援センターにおける業務の中で、うつ病の疑われる高齢者（本人）と会うか話をして総合相談（うつ以外の問題についての支援も含めます）を行ったことがありますか？

1 ない

2 ある → そのうち過去1年間に総合相談をしたうつ病の疑われた人の実人数を教えてください（以前からの相談している人を含めます）。

約 \_\_\_\_\_ 人 / 過去1年間

↓

このうち医療機関（主治医や精神科など）や相談機関（市・区の保健センターや精神保健福祉センターの相談など）での診断・アセスメントや治療に結びついた事例は何人ですか。

約 \_\_\_\_\_ 人 / 過去1年間

問3 あなたは、これまで、地域包括支援センターにおける業務の中で、家族や近隣の住民または介護支援専門員などから、うつ病と診断されるか疑われる高齢者に関する相談を受けたことがありますか？受けたことがある場合には、当該の高齢者（相談の発端となった高齢者）の実人数を教えてください。

1 ない

2 ある → そのうち過去1年間の当該の高齢者数 約 \_\_\_\_\_ 人 / 過去1年間

問4 あなたは、過去1年間に地域包括支援センターの業務の中でうつアセスメント(生活機能評価の基本チェックリストや2次アセスメントなど)を行ったことはありますか？(介護予防事業評価や新予防給付のための実施は除きます。)

1 いいえ → 2ページ後のSQ4-3~SQ4-4へ進んで下さい。

2 はい → はい、と答えた方にお伺いします。

**SQ4-1 アセスメントの方法を教えてください。**

1) 基本チェックリスト(介護予防事業評価や新予防給付のための実施は除きます)

(1) 用いた (2) 用いなかった

└─┬─> 過去1年間の実施件数            のべ            件/年

2) 基本チェックリスト以外のうつ尺度(GDSやSDSなど)

(1) 用いた (2) 用いなかった

└─┬─> 過去1年間の実施件数            のべ            件/年

3) 厚生労働省研究班の「うつ予防支援マニュアル」の2次アセスメント

(1) 用いた (2) 用いなかった

└─┬─> 過去1年間の実施件数            のべ            件/年

4) その他の方法(うつ病の知識に基づく評価、生活の評価など)

(1) 用いた (2) 用いなかった

└─┬─> 過去1年間の実施件数            のべ            件/年

具体的な方法を教えてください。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(次ページのSQ4-2に続く)

(前ページより続く。問4の質問(うつアセスメントを実施したことがありますか?)で、「はい」と答えた方にお伺いします。)

**SQ4-2** アセスメントの結果、うつ病の可能性が高いと判断した例はありましたか?

(1) あった                      (2) なかった

→ 過去1年間      のべ      件/年

→ 疑った例のアセスメントの方法を教えてください。  
あてはまるもの全てに○をつけて下さい。

- ① 基本チェックリスト
- ② 基本チェックリスト以外のうつ尺度
- ③ 「うつ予防・支援マニュアル」の2次アセスメント
- ④ ①と③の組み合わせ
- ⑤ 前ページ **SQ4-1** の4) に記した方法
- ⑥ その他(具体的な方法を教えてください。 \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

→ そのうち医療機関(かかりつけ医や精神科外来など)や相談機関(市・区の保健センターや精神保健福祉センターの専門相談など)による診断やアセスメントに結びついたのは何件ですか。

過去1年間      約 \_\_\_\_\_ 件/年

**SQ4-1** ~ **SQ4-2** が終わったら次のページの **問5** へ進んで下さい。

問4の質問（うつアセスメントを実施したことがありますか？）で、「いいえ」と答えた方にお伺いします。

**SQ4-3** うつのアセスメントを行わない理由は何ですか？次のうちあてはまるもの全てに○をつけて下さい。

- 1 うつを疑うケースに出会わなかったから
- 2 医学的なアセスメントではなく、生活を続けられるかどうか注目したいから
- 3 こころの問題に踏み込むのは失礼だから・遠慮があるから
- 4 うつを発見しても次につなぐ適切な医療機関・相談機関がないから
- 5 自治体の保健師・医師などからのスーパーヴィジョンなどの支援がないから
- 6 うつは自治体の介護予防への取り組みに含まれていないから
- 7 他の業務で忙しいから
- 8 各うつ症状のアセスメントができないから
- 9 うつ症状の意味内容がよくわからないから
- 10 その他(具体的に記入下さい。)

**SQ4-4** あなたは、過去1年より前に業務の中でうつアセスメント（基本チェックリストや2次アセスメントなど）を行ったことはありますか？（介護予防事業評価のための実施は除きます）

- (1) ある            (2) ない

**SQ4-3～SQ4-4**が終わったら、下の問5へ進んで下さい。

**問5** あなたは、これまで人生の中で（仕事とプライベートな生活の両方の中で）うつ病の人（医師の診断による）に接した事がありますか？

- 1 ない
- 2 ある

問6 あなたの勤め先では、介護予防のための生活機能評価で行われた基本チェックリストの結果を何らかの形で介護予防に利用していますか。

- (1) 利用している (2) 利用していない

問7 あなたの勤め先では、介護予防のための生活機能評価で行われた基本チェックリストの結果を何らかの形でうつ予防に利用していますか。

- (1) 利用している (2) 利用していない

問8 あなたは介護予防のための生活機能評価で行われる基本チェックリストをうつの早期発見に利用すべきだと思いますか。

1 思う

2 思わない → その理由を教えてください。次のうちあてはまるもの全てに○をつけて下さい。

- 1 基本チェックリストのうつ項目の信ぴょう性に疑問をもっているから  
(2項目以上に○をつける人が多すぎる、その日の高齢者の気分で結果が変わってしまう、など)
- 2 医学的なアセスメントではなく、生活を続けられるかどうか注目したいから
- 3 こころの問題に踏み込むのは失礼だから・遠慮があるから
- 4 うつを発見しても次につなぐ適切な医療機関・相談機関がないから
- 5 自治体の保健師・医師などからのスーパーヴィジョンなどの支援がないから
- 6 うつは自治体の介護予防への取り組みに含まれていないから
- 7 他の業務で忙しいから
- 8 各うつ症状のアセスメントができないから
- 9 うつ症状の意味内容についてよくわからないから
- 10 その他(具体的に記入下さい)

問9 厚生労働省研究班は、介護予防の「うつ予防・支援マニュアル」の中で、うつの早期発見の手順として、基本チェックリストの後、2次アセスメントを行うことを推奨しています。あなたはうつ予防の2次アセスメントの手順（概略）を知っていますか？

- 1 いいえ → 次ページの問10に進んでください。
- 2 はい → はい、と答えた方にお尋ねします。

**SQ9-1 手順（概略）をどういう方法で知りましたか？次のうちあてはまるもの全てに○をつけて下さい。**

- 1 厚生労働省研究班のうつ予防・支援マニュアル（インターネットまたは印刷物）
- 2 その他の書籍
- 3 雑誌の記事
- 4 講習会・研修会
- 5 同僚や知人からの情報
- 6 その他（具体的に記入下さい。 )

**SQ9-2 2次アセスメントを実施したことがありますか？**

- 1 はい
- 2 いいえ → 実施しない理由を教えてください。下記のうちあてはまるもの全てに○をつけて下さい。

- 1 うつを疑うケースに出会わなかったから
- 2 基本チェックリストのうつ項目の信ぴょう性に疑問がある（2項目以上に○をつける人が多すぎる、その日の高齢者の気分で結果が変わってしまう、など）ため、2次アセスメントを行う合理性がないと考えるから
- 3 医学的なアセスメントではなく、生活を続けられるかどうかに関心があるから
- 4 こころの問題に踏み込むのは失礼だから・遠慮があるから
- 5 うつを発見しても次につなぐ適切な医療機関・相談機関がないから
- 6 自治体の保健師・医師などからのスーパーヴィジョンなどの支援がないから
- 7 うつは自治体の介護予防への取り組みに含まれていないから
- 8 他の業務で忙しいから
- 9 各うつ症状のアセスメントができないから
- 10 うつ症状の意味内容をについてよくわからないから
- 11 その他（具体的に記入下さい。 )

次ページの問10に進んでください。

問10 この春、厚生労働省研究班の「うつ予防・支援マニュアル」が改訂されました。その中で、うつの2次アセスメントは、次のような手順で行われます。

第一段階で4つの症状の有無を評価し、症状のある場合、第二段階で日常生活への支障の程度を評価します（下図を参照下さい）。

あなたはこの方法でうつのアセスメントが出来ますか？

- 1 出来る    2 出来ない    3 わからない

第一段階：最近2週間の症状の有無を評価します

- ①抑うつ気分：「ひどく気分が沈みこんで、憂うつになっていることはありませんか？」
- ②興味・喜びの消失：「生活が楽しめなくなっていることはありませんか？」
- ③生活リズムの障害：「眠れなくなったり、食欲が落ちたりして、生活のリズムが乱れていることはありませんか？」
- ④自殺念慮の有無：「つらくて死にたいという気持ちになっていませんか？」

①～④のいずれかの症状が1つ以上ある場合

第二段階：日常生活の支障の程度を評価します

「今お話いただいた症状のために、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしていませんか？」等と質問して、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価します。

生活への支障（該当番号を○で囲んでください）

- 0    ない
- 1    ある



問11 改訂前の「うつ予防・支援マニュアル」では、下のように、最初に2つの症状の有無をアセスメントし、その後他の項目をアセスメントし症状の数と心理的苦痛と生活機能で対象者を選ぶ方法でした。

あなたはこの方法でうつのアセスメントが出来ますか？（下図を参照下さい）

- 1 出来る    2 出来ない    3 わからない

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"> <li>・[ 食欲低下 ] が 2週間以上持続</li> <li>・[ 体重減少 ] が 1か月に3Kg以上</li> <li>・[ 食欲増加 ] が 2週間以上持続</li> <li>・[ 体重増加 ] が 1か月に3Kg以上</li> </ul>
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"> <li>・[ 不眠 ] が 2週間以上持続</li> <li>・[ 過眠 ] が 2週間以上持続</li> </ul>
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"> <li>・[ 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</li> <li>・[ じっとしていられない ] が 2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された</li> </ul>
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"> <li>・[ 死についての反復思考 ] が 2週間以上持続</li> <li>・[ 自殺念慮(自殺をしたいと思うこと) ] が 2週間以上持続</li> <li>・[ 自殺念慮 ] に 具体的な行動が伴っている</li> <li>・[ 自殺念慮 ] を 実際に行動に移した(自殺企図)</li> </ul>

症状数などを評価してください(該当番号を○で囲む)

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
3. 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
4. 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
(注) 自殺の項目が陽性の場合は、「うつ病(重度)」とする。

問12 あなたが、これまでよりも、うつの二次アセスメントを行うためには、何が必要でしょうか？ 下記のうちあてはまるもの全てに○をつけて下さい。

- 1 基本チェックリストの表現が修正され信ぴょう性がアップする
- 2 職員がうつについての知識や技術を得る
- 3 センターのマンパワーを増やす
- 4 センターに心の問題の専門家（心理士、精神保健福祉士など）を導入する
- 5 自治体の医師・保健師などからの支援体制を充実させる
- 6 センター外の機関・人で二次アセスメントを実施する体制を構築する
- 7 うつが発見された後に結びつける医療機関・相談機関を整備する
- 8 地域におけるネットワーク構築
- 9 一般の人へのうつに関する知識の普及
- 10 うつの二次アセスメントは行わない・行いたくない
- 11 その他(具体的に記入下さい)

問13 うつ病の基本的な9つの症状についての知識をお尋ねします。各症状について意味内容を知っている項目の右欄に○を記入してください。

症状名	意味内容を知っている場合に○を記入下さい。
うつ気分	
興味、喜びの著しい喪失	
食欲の減退または増加	
不眠または睡眠過多	
精神運動の障害(強い焦燥感・運動の制止)	
疲れやすさ・気力の減退	
強い罪責感	
思考力や集中力の低下	
自殺への思い	

問14 うつ病の基本的な9つの症状のアセスメントが出来るかをどうかお尋ねします。アセスメント出来る項目の中央の欄に○を記入して下さい。アセスメント出来ない項目については、右欄に出来ない理由を下枠の理由から全て選びアルファベットを記入して下さい。

症状名	アセスメント出来る場合に○を記入下さい	アセスメント出来ない理由を下枠の中から選び、該当するアルファベットを <u>全て</u> 記入下さい。
うつ気分		
興味、喜びの著しい喪失		
食欲の減退または増加		
不眠または睡眠過多		
精神運動の障害		
疲れやすさ・気力の減退		
強い罪責感		
思考力や集中力の低下		
自殺への思い		

**アセスメント出来ない理由の選択肢（右上欄に記入下さい）**

- A) 症状が具体的にどのように現れるかわからない。
- B) どのように症状を尋ねたらよいかわからない。
- C) 症状をアセスメントすることが失礼な気がする。
- D) 症状の有無を聞くことにより、症状が悪化する恐れがある
- E) 自分の専門以外の分野なので
- F) その他（右上欄に具体的にお書き下さい）

問15 うつ予防・支援の目的で重要な点は次のどれだと考えますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1 ADL 低下の予防
- 2 生活習慣病など身体疾患の悪化予防
- 3 QOL 低下の予防
- 4 自殺予防
- 5 その他(具体的にお書き下さい。 )

問16 うつ予防・支援において重要だと思う点は次のどれですか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1 住民間のネットワークの構築と活用
- 2 専門家間のネットワーク構築と活用
- 3 老人クラブや民生委員など社会資源の活用
- 4 民生委員や地区組織リーダーのうつに関する知識を増やす
- 5 一般の人へのうつに関する知識の普及
- 6 生活状況を把握するための訪問
- 7 うつ尺度などを用いたスクリーニング
- 8 地域包括支援センターにおけるうつの2次アセスメントの実施
- 9 地域包括支援センター職員がうつに関する知識や技術を得る
- 10 自治体によるスーパーヴィジョンなどの支援の強化
- 11 うつが発見された後の受診・相談体制の構築
- 12 うつが発見された後の医療以外のサービスメニューの提供
- 13 地域包括支援センター職員の業務負担の低減
- 14 その他(具体的にお書き下さい) )

問17 あなたの地域包括支援センターにおける業務についてお伺いします。  
現在の業務の割合を合計100%で教えて下さい。

- |                            |         |         |
|----------------------------|---------|---------|
| 1 総合相談支援業務                 | _____ % |         |
| (総合相談・実態把握・地域におけるネットワーク構築) |         |         |
| 2 権利擁護                     | _____ % |         |
| 3 介護予防(新予防給付)に関する業務        | _____ % |         |
| 4 介護予防事業(地域支援事業)に関する業務     | _____ % |         |
| 5 包括的・継続的ケアマネジメント          | _____ % |         |
| 6 その他(具体的に記入下さい)           | _____ % | )       |
|                            |         | 合計 100% |

問18 地域包括支援センターが行うべき業務の割合はどうあるべきでしょうか。あなたの考えを教えてください(合計100%です)。

- |                            |         |         |
|----------------------------|---------|---------|
| 1 総合相談支援業務                 | _____ % |         |
| (総合相談・実態把握・地域におけるネットワーク構築) |         |         |
| 2 権利擁護                     | _____ % |         |
| 3 介護予防(新予防給付)に関する業務        | _____ % |         |
| 4 介護予防事業(地域支援事業)に関する業務     | _____ % |         |
| 5 包括的・継続的ケアマネジメント          | _____ % |         |
| 6 その他(具体的に記入下さい)           | _____ % | )       |
|                            |         | 合計 100% |

問19 あなたが、1週間の地域包括支援センターにおける業務の中で、総合相談を行う高齢者の実人数を教えてください。

約 \_\_\_\_\_ 人 / 1週間

問20 あなたが、1週間の地域包括支援センターにおける業務の中で、家族や近隣の住民または介護支援専門員などから相談を受ける当該の高齢者（相談の発端となった高齢者）の実人数を教えてください。

約 \_\_\_\_\_ 人 / 1週間

\*\*\*\*\* 以下はあなた自身についての質問です。 \*\*\*\*\*

A 性別 1 女 2 男

B 何歳ですか？ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

C これまで働いた全ての地域包括支援センターでの勤務年数の合計を教えてください。（常勤・非常勤を問いません。）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

D 過去の医療・福祉・保健分野での勤務経験の合計を教えてください。（常勤・非常勤を問いません。また上記のCを含めて記入下さい。）

①病院・医院など

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

②老人福祉施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、ケアハウスなど）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

③在宅サービス（訪問看護、訪問介護、デイサービスなど）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

④地域サービス（地域包括支援センター、在宅介護支援センター、社会福祉協議会、保健所など）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

全ての分野（①～④）の合計を教えてください（重複部分は除く） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

**E** あなたは主任ケアマネジャーの有資格者ですか。

- 1 はい                    2 いいえ

**F** あなたはケアマネジャーの有資格者ですか。

- 1 はい                    2 いいえ

**G** あなたの職種を教えてください。主任ケアマネジャー・ケアマネジャーの方も回答下さい。あてはまるもの全てに○をつけて下さい。

- 1 看護師    2 保健師    3 社会福祉士    4 介護福祉士    5 歯科衛生士  
6 精神保健福祉士    7 その他（具体的に記入下さい）

**H** あなたの勤める地域包括支援センターの運営母体について教えてください。

- 1 自治体    2 医療施設    3 老人福祉施設  
4 その他（具体的に記入下さい）

うつ予防・支援についてご提案があれば教えてください。

---

---

---

---

---

---

---

以上で終了です。どうもありがとうございました。

---

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  
支援に関する調査研究事業 - 2  
2009 年度 調査報告書

発行日 平成 22 年 3 月  
発行責任者 社団法人 日本健康倶楽部  
住 所 102-0093 東京都千代田区平河町 2 丁目 6 番 1 号  
連絡先 03-3288-0101 (代)

---

※無断転載複製を禁じます。





