

報告

## 在宅における女性脳卒中患者のうつ状態の特徴 —心理的・社会的要因を中心に—

松田 司直<sup>1)</sup>, 吉本 好延<sup>1)</sup>, 浜岡 克伺<sup>1)</sup>, 吉村 晋<sup>1)</sup>, 大山 幸綱<sup>1)</sup>, 香川 宗祐<sup>1)</sup>

### A characteristic of Post-Stroke Depression of women in being at home —Mainly on a psychological social factor—

Kazunao Matsuda<sup>1)</sup>, Yoshinobu Yoshimoto<sup>1)</sup>, Katumi Hamaoka<sup>1)</sup>  
Susumu Yoshimura<sup>1)</sup>, Yukitsuna Oyama<sup>1)</sup>, Sousuke Kagawa<sup>1)</sup>

#### 要 旨

本研究の目的は、在宅における女性脳卒中患者のうつ状態に関連する心理的・社会的要因の検討を行うことである。

退院後6ヶ月以上経過した女性脳卒中患者38名に対してアンケート調査を実施し、うつ状態、主観的健康感、老研式活動能力指標、家庭内および地域での役割の有無、親しい友人や親戚の有無など計14項目を調査した。

その結果、在宅における女性脳卒中患者において、親しい友人や親戚がいると回答したうつ状態の患者の割合は、うつ状態でない患者より有意に高かった ( $p < 0.05$ )。それ以外の調査項目に関しては、2群間で有意な差を認めなかった。

在宅における女性脳卒中患者のうつ状態に関連する要因を調査する際には、脳卒中発症前後における社会的要因の変化や、うつ状態に関連する要因の定義を明確にするなど、研究方法を統制した上で調査を行う必要性があると考えられた。

キーワード：女性脳卒中患者，社会的要因，うつ状態

#### 【緒 言】

慢性期脳卒中患者のうつ病（Post-Stroke Depression: PSD）は、リハビリテーション（以下、リハビリ）を行う上で留意すべき合併症の一つであり<sup>1,2)</sup>、患者の日常生活動作（Activities of Daily Living: ADL）能力および Quality of Life を阻害する因子である。平成17年度における厚生労働省の患者調査結果では、我国の脳卒中患者数は約137万人と報告されており<sup>3)</sup>、PSDの発症頻度は全脳卒中患者の20%から40%を占めている<sup>4)</sup>。性別においては

男性より女性に多く<sup>5)</sup>、PSDの発症時期は脳卒中発症後6ヶ月から2年が最も多いと報告されている<sup>6)</sup>。これらのことから、慢性期脳卒中患者のリハビリにおいては、身体機能向上を目的とした運動療法はもちろんのこと、PSDの評価とその対策を含めて、患者の精神機能および心理機能を多角的に検討することが必要である。

PSDの発症原因は、器質性と心因性に大別されているが、多くは心因性であり、家庭内および地域での役割の喪失や脳卒中発症による失職、同世代の

1) 厚生年金高知リハビリテーション病院 リハビリテーション科

Department of Rehabilitation Medicine, Koseinenkin Kochi Rehabilitation Hospital

他者と自身を比較することなどが影響していると報告されている<sup>7-9)</sup>。我国の成人女性においては、脳卒中を発症する以前から、炊事、洗濯、掃除、買い物など家庭内での役割を有している場合が多く、在宅における女性脳卒中患者は、身体・精神機能に重度の後遺症を残すことで、患者や患者家族を取り巻く社会的環境が大きく変化すると考えられる。これらの社会的背景を踏まえて、PSDの発症原因は、男性と女性で異なることが予測されるため、PSDに関連する要因を調査する場合は、性差を考慮することが必要であるが、在宅における女性脳卒中患者のPSDと心理的・社会的要因を多角的に検討した報告は数少ない。

PSDの診断は、精神科専門医による面接診断が最も信頼性の高い方法であるが<sup>4,10)</sup>、在宅における脳卒中患者においては、高次脳機能障害や認知症などの精神機能の低下した患者が多く、精神科専門医の面接診断が困難な場合が多い。そこで本研究では、脳卒中患者のうつ状態の調査方法として、簡便で、不特定多数の患者に適応可能であり、かつPSD診断との妥当性が証明されている Geriatric Depression Scale (GDS) を用いて評価を行い<sup>11)</sup>、在宅における女性脳卒中患者のうつ状態に関連する心理的・社会的要因の検討を行った。

#### 【対 象】

対象は、平成16年から平成18年までに当院で理学療法を受け、退院後6ヶ月以上経過した在宅における女性脳卒中患者47名（脳梗塞31名、脳出血16名、平均年齢 $71.6 \pm 11.8$ 歳）とした。本研究における対象の除外基準は、入院時に10m以上歩行困難であった患者（杖、装具などの使用は可能）および高次脳機能障害などの合併症を罹患している患者とした。最終的な解析対象は、退院後に追跡可能であった、在宅における女性脳卒中患者38名（脳梗塞25名、脳出血13名、右片麻痺21名、左片麻痺17名、平均年齢 $72.5 \pm 11.2$ 歳、退院後経過年数 $2.3 \pm 0.8$ 年）であった。

本研究は、患者の倫理性に十分な配慮を行い、患

者には書面にて研究の趣旨を説明し、研究参加への同意を確認のもと実施した。

#### 【方 法】

##### 1. アンケート調査

方法は、郵送による質問紙法を用いたアンケート調査を行った。回答方法は、自己記入式を用いたが、書字および読字困難な患者においては、患者家族もしくは同居者など患者の生活を把握している者に回答の記載を依頼した。調査項目は、うつ状態の他に、心理的要因として主観的健康感、リハビリへの期待感、自宅周辺の物理的環境認知度（施設へのアクセス・近隣の安全性・景観・役割モデル・地形）、社会的要因として老研式活動能力指標（手段的自立・知的能動性・社会的役割）、家庭内での役割の有無、地域での役割の有無、親しい友人や親戚の有無の計14項目とした。

うつ状態の指標は、GDSの簡易版（計15問）を用いた<sup>12)</sup>。回答は2項目選択式（はい・いいえ）であり、うつが重症になるほど高得点（計15点）を示し、15項目の合計点が0～4点を「うつなし」、5～9点を「うつ傾向」、10～15点を「うつ状態」と分類する指標である（表1）。

表1 GDS 簡易版

1. あなたは、毎日の生活に満足していますか。
2. あなたは、毎日の活動力や周囲への興味が低下したと思いますか。
3. 生活が空虚だと感じますか。
4. 毎日が退屈だなと感じますか。
5. 大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか。
6. 将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか。
7. 多くの場合は自分が幸福だと思いますか。
8. 自分が無力だなと思うことが多いですか。
9. 外出したり、何か新しいことをするより家にいたいと思いますか。
10. なによりも、まず物忘れが気になりますか。
11. いま生きていることがすばらしいと思いますか。
12. 生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか。
13. 自分が活気にあふれていると思いますか。
14. 希望がないと思うことがありますか。
15. 周りの人があなたより幸せに見えますか。

※質問項目1, 5, 7, 11, 13には「はい」に0点, 「いいえ」に1点を, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15にはその逆を配点し合計する。

主観的健康感<sup>13)</sup>、自分がどれくらい健康と考えているかを示す指標であり、「最近の健康状態はいかがですか」という質問に対して、4項目選択式（非常に良い・まあ良い・あまり良くない・良くない）で回答を得た。リハビリへの期待感<sup>14)</sup>は「運動・リハビリを続けることで、麻痺した手足の回復や力の維持・向上につながると考えますか」という質問に対して、4項目選択式（かなりそう思う・まあそう思う・あまり思わない・全くそう思わない）で回答を得た。自宅周辺の物理的環境認知度は<sup>14)</sup>、施設へのアクセス、近隣の安全性、景観、役割モデル、地形の5項目からなる質問に対し、それぞれ4項目選択式（かなりそう思う・まあまあそう思う・あまり思わない・全くそう思わない）で回答を得た。

老研式活動能力指標は<sup>15)</sup>、高齢者が自立した生活を営むために必要な活動能力を測定した評価であり、手段的自立5項目（計5点）、知的能動性4項目（計4点）、社会的役割4項目（計4点）の計13項目（計13点）の質問に対し、それぞれ2項目選択式（はい・いいえ）でそれぞれ回答を得た。家庭内

での役割の有無は、「あなたは家庭内での自分の役割（家事・仕事など）がありますか」という質問に対して、2項目選択式（はい・いいえ）で回答を得た。地域での役割の有無は、「あなたは家庭外での自分の役割（仕事など）がありますか」という質問に対して、2項目選択式（はい・いいえ）で回答を得た。親しい友人や親戚の有無は、「よく連絡を取り合う親しい友人や親戚はいますか」という質問に対して、2項目選択式（はい・いいえ）で回答を得た。

アンケート回収方法は、患者本人もしくは患者家族、同居者によるアンケート記載後、同封してある返信用封筒を用いて当院へ郵送してもらった。質問紙の回収が困難であった患者については、直接研究に携わらない理学療法士が十分なシミュレーションを行った後、電話による追跡調査を行った。

## 2. 解析方法

本研究において、うつ状態の有無は、GDSで10点以上の対象者を「うつ状態あり群」、10点未満の

表2 うつ状態あり群とうつ状態なし群の群間比較

	うつ状態あり群 (n=12)	うつ状態なし群 (n=26)	P値
主観的健康感 <sup>a)</sup>	0:10:2:0	0:13:8:5	n.s
リハビリテーションへの期待感 <sup>b)</sup>	4:4:3:1	11:8:3:4	n.s
自宅周辺の物理的環境認知度 <sup>c)</sup> （施設へのアクセス）	2:4:4:2	2:6:11:7	n.s
自宅周辺の物理的環境認知度 <sup>c)</sup> （近隣の安全性）	0:3:3:6	2:5:12:7	n.s
自宅周辺の物理的環境認知度 <sup>c)</sup> （景観）	0:3:6:3	1:6:11:8	n.s
自宅周辺の物理的環境認知度 <sup>c)</sup> （役割モデル）	4:4:3:1	1:10:8:7	n.s
自宅周辺の物理的環境認知度 <sup>c)</sup> （地形）	3:3:6:0	5:5:8:8	n.s
老研式活動能力指標（手段的自立：点）	1.8±2.2	2.8±2.1	n.s
老研式活動能力指標（知的能動性：点）	2.8±0.6	2.7±1.6	n.s
老研式活動能力指標（社会的役割：点）	2.6±1.6	1.9±1.5	n.s
家庭内での役割（有：無）	7:5	16:10	n.s
地域での役割（有：無）	2:10	6:20	n.s
親しい友人および親戚（有：無）	12:0	16:10	0.012

a) 非常に良い：まあ良い：あまり良くない：良くない

b) かなりそう思う：まあそう思う：あまり思わない：全くそう思わない

c) かなり思う：まあまあそう思う：あまり思わない：全くそう思わない

n.s: not significant

患者を「うつ状態なし群」の2群に分類した。解析は、うつ状態の有無と心理的・社会的要因の関連性について、 $\chi^2$ 独立性の検定、Mann-WhitneyのU検定を用いて検討を行い、有意水準は5%未満で判定した。

## 【結 果】

### 1. アンケート回収率

アンケートの有効回収率は80.9% (38名/47名)であり、死亡者2名、調査拒否者および再発例7名を研究対象から除外し、最終的な解析対象は38名であった。

### 2. うつ状態と心理的・社会的要因

うつ状態の患者数は12名 (31.6%)であり、うつ状態あり群の平均GDSは $10.5 \pm 0.9$ 点、うつ状態なし群26名の平均GDSは $6.0 \pm 1.7$ 点であった。

群間比較の結果 (表2)、よく連絡を取り合う親しい友人や親戚がいると回答した患者は、うつ状態あり群で12名 (100.0%)、うつ状態なし群で16名 (61.5%)であり、うつ状態あり群が有意に高い割合であった ( $p < 0.05$ )。親しい友人や親戚の有無以外の調査項目に関しては、2群間で有意な差を認めなかった。

## 【考 察】

今回、在宅における女性脳卒中患者のうつ状態に関連する心理的・社会的要因についてアンケート調査を行った。

在宅における脳卒中患者のPSD関連要因を調査した先行研究では、家庭内および地域での役割の喪失や脳卒中発症による失職、同世代の他者と自身を比較することなどが報告されている<sup>7,8)</sup>。特に女性は、脳卒中の発症前から炊事、洗濯、掃除、買い物など家庭内での役割が確立されている場合が多く、脳卒中の後遺症により家庭内および地域での役割を行うことが困難になると、社会的機能の損失からうつ状態に移行しやすいと考えられた。しかし、本結果では、うつ状態の有無と家庭内および地域での役

割の有無に関連性を認めなかった。家庭内および地域での役割は、家事や孫の世話、庭仕事、老人会やボランティア活動など様々であるが、質問紙を用いたアンケート調査ではどのような内容が家庭内および地域での役割なのかを明確にすることが困難であり、本研究では、うつ状態の関連要因の定義が不明確であったことが、うつ状態と家庭内および地域での役割の有無に関連を認めなかった一要因であると考えられた。本結果からはうつ状態と家庭内および地域での役割の関連性を明らかにするのは困難であったが、患者が在宅復帰するにあたっては、患者がどのような社会的サポートを受けるのかだけでなく (受領サポート)、患者が社会にどのような影響を与えるか (提供サポート) も考慮したソーシャルサポートの構築が必要と考えられた。

本結果では、うつ状態あり群においては、うつ状態なし群より、よく連絡を取り合う親しい友人や親戚を有している患者が有意に多かった。在宅における脳卒中患者に限らず、親しい友人や親戚が多い患者ほど、他者との交流機会から地域活動へ参加する機会も増加するために、うつ状態あり群ほど友人や親戚が少ないと予測されたが、仮説に相違を認めた。うつ状態なし群において、親しい友人や親戚が少なかった理由としては、身体・精神機能に後遺症を残した脳卒中患者においては、退院後に健常な同世代の他者と自身を比較することで、入院時には経験することが少なかった健常者と自身の相違を実感し、一度獲得しかけた障害の受容が困難となることが一要因と考えられた。しかし、本研究では、親しい友人や親戚の定義が不明確であったことや、親しい友人や親戚との交流方法 (電話やメール、直接訪問など) について調査を行っていないことから、本結果を一概に結論できず、研究方法を統制した上でうつ状態と交友関係に関する調査が必要であると考えられた。

本研究における第一の限界点としては、調査項目の定義の不統一が考えられた。家庭内および地域における役割が患者のPSD発症に影響を与えることは報告されているが<sup>7)</sup>、本研究では調査項目につい

て明確な定義を用いておらず、回答方法は2項目選択式であったことから、家庭内および地域でどのような役割を有しているのか詳細に把握することが困難であった。第二の限界点として、うつ状態に関連する調査項目の抽出が不十分であったことが考えられた。本研究では、うつ状態に関連する要因として、退院後の心理的・社会的要因を中心に検討を行っているが、脳卒中の発症以前から発症後にどのような社会的要因の変化があったのかについて考察できていない。PSDに関連する要因を調査した先行研究を踏まえても、脳卒中発症前から発症後の社会的要因の変化が、患者の心理に与える影響が大きいと予測されることから、今後は脳卒中発症前後の社会的要因の変化を考慮する必要があると考えられた。

#### 【謝 辞】

稿を終えるにあたり、今回の研究に多大な御理解と御協力を頂きました患者様ならびに患者家族の皆様、病院職員の皆様に深く感謝いたします。

#### 【文 献】

- 1) Chemerinski E, Robinson RG, et al.: Improve recovery in activities daily living associated with remission of poststroke depression. *Stroke*32: 113-117, 2001.
- 2) Gresham GE, Phillips TF, et al.: Epidemiologic profile of long-term strokedisability: the Framingham study. *Arth Phys Med Rehabil*60: 487-491, 1979.
- 3) <http://mhlab.jp/malab/calendar/2006/12/1713650001.html> (参照 2008-11-15)
- 4) 長田麻衣子, 村岡香織・他: 脳卒中後うつ病 (Poststroke depression) —その診断と治療—. *Jpn J Rehabil Med* 44: 177-188, 2007.
- 5) 更井啓介: 疫学・精神科 MOOK No.13, 更井啓介編: 躁うつ病の治療と予後, 金原出版, 東京, 1986, pp13-28.
- 6) Robinson RG, Price TR: Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke* 13 (5): 635-641, 1982.
- 7) 佐藤浩二 松田隆治・他: 脳卒中後のうつ状態. *OT ジャーナル*29: 149-154, 1995.
- 8) Niemi ML, Laaksonen R, et al.: Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 19: 1101-1107, 1988.
- 9) 山下公平, 荒記俊一・他: 脳卒中患者のADLの改善とQOLに及ぼす要因の解析. *日本公衛誌*43: 427-433, 1996.
- 10) Provinciali L, Coccia M. Post-stroke and vascular depression: a critical review. *Neuro Sci*22: 417-428, 2002.
- 11) Agrell B, Dehlin O: Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke*20: 1190-1194, 1989.
- 12) 近藤克則, 吉井清子・他: 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査, 医学書院, 東京, 2007, pp9-20.
- 13) 杉澤秀博, 杉澤あつ子: 健康度自己評価における研究の展開. *日本公衛誌*42: 366-378, 1995.
- 14) 板倉正弥, 岡浩一郎・他: 運動ソーシャルサポートおよびウォーキング環境認知と身体活動・運動の促進との関係. *体力科学* 54: 219-228, 2005.
- 15) 内山 靖, 小林 武・他: 臨床評価指標入門, 協同医書出版社, 東京, 2006, pp279-284.

