

## リハビリテーション患者におけるうつ評価

藤田保健衛生大学大学院  
医学研究科・整形外科学（指導教授：才藤栄一）

岡崎英人

### 第1章 序 論

#### 【はじめに】

高齢社会を迎えた我が国では脳卒中などによる障害者が急増しており、障害に対する医療であるリハビリテーションへの期待が大きい。そのリハビリテーションにおいて、身体障害の軽減、日常生活活動の技術向上という側面のみには注意を傾倒しすぎると、時に精神・心理面の問題に足をすくわれることになる。

運動麻痺などの障害を来たして昨日まで出来ていたことが出来なくなってしまえば、落ち込んだ状態になることは容易に想像できる。その落ち込みが病的な範囲に至ったうつ状態は自殺の危険率を高めることから近年注目されている。障害者のうつ状態については、これまで数多くの報告がなされて<sup>7-28,49</sup>おり、高率にうつ状態が発生するとされている。うつ状態は自殺の危険を高めるのみならず、リハビリテーションを阻害する大きな因子の一つでもある。そのため、障害者のリハビリテーションにおいてうつ状態を診断・治療することが重要となる。

脳卒中患者では失語症などの認知障害を併発することが多く、そのためにうつ状態の通常の評価手段が用い得ない場合がある。Gainotti<sup>1</sup>らが述べているように、これまでの脳卒中後のうつ状態に関する検討報告では失語の患者は除外という扱いを受けており、設問に答えられない患者はうつ状態にあっても

診断されにくい状況にあると思われる。

今回著者はそのような状況を打破するため、言語によるコミュニケーションが不能でも評価可能なうつ評価を作成し、その信頼性・妥当性を検討した。

本章ではまずうつ状態がリハビリテーション医療にどのような影響をおよぼすのかを、うつ状態の発症頻度、うつ状態がリハビリテーションをどの程度低下させるか、自殺のリスクなどの面から文献的に考察し、本論文で検討すべき課題を明確にする。

#### 【うつ状態とは】

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)<sup>2</sup>によれば、うつ状態は、抑うつ気分または、興味または喜びの減退のいずれかが存在し、その他、食欲減退、睡眠障害、精神運動抑制、易疲労感、罪責感または無価値感、集中力の減退、死への反復思考の症状が同時に5つ存在する状態と定義される。しかし、精神科を専門としないものがうつ状態を把握することは非常に困難である。Stephen<sup>3</sup>は在宅うつ病患者の80%が、頭痛、腹痛、腰・関節・首の筋骨格系の痛みのみを訴えて家庭医を受診し、うつ病とは診断されずに内科や整形外科の原因を精査してしまうと報告している。リハビリテーション患者の中でも痛みや疲労は非常に多い訴えであり、うつ状態の表出であったとしても、身体疾患として解釈され見逃されている可能性が高い。

### 【うつ状態の発症頻度】

健常者におけるうつ状態の生涯有病率は0.9-12.7%である<sup>4</sup>。高血圧症などの身体疾患にうつ状態が随伴しやすいことが報告されている。Goodwin<sup>5</sup>らは呼吸器疾患を有する在宅患者には、うつ状態や希死念慮が多いことを示している。

障害者に関するうつ状態の発生頻度も多様な疾患で報告されている。脳卒中に随伴するうつ状態については1900年代より多くの報告がある<sup>6</sup>。伊藤<sup>7</sup>、Robinson<sup>8</sup>は過去の文献をまとめ、それぞれ15-65%、16-72%にうつ状態を認めると報告し、伊藤はその頻度は評価法、入院か外来か、評価時期などの違いで大きく変わると述べている。脊髄損傷では健常者と比較し、うつ状態の発生率が高いと報告されており、その頻度は9.5%から43%と高率である<sup>9-20</sup>。南雲はその評価の違いや時期の違いで発症率の違いがあるとしている。関節リウマチ患者でもうつ状態や不安が多く、66.2%にうつ状態が存在するという調査もある<sup>21</sup>。その他、多発性硬化症で43%にうつ状態を認める<sup>22</sup>、変形性膝関節症で痛みや能力低下のある患者では70%に中等度以上のうつ状態を認める<sup>23</sup>などの報告もある。以上のように、障害の残存しやすい疾患におけるうつ状態の発生率は一様に高いと考えられている。

これらのうつ状態は、DSMまたはDSMに類似したInternational Classification of Diseases (ICD)の診断基準により定義されていることが多い。これらの診断基準には興味の減退、精神運動性の焦燥、無価値感という抽象的な項目があるため、コミュニケーションのとれない患者は研究の際、母集団から除外されている可能性が高いという点には留意が必要である。

発症時期との関連では、脳卒中ではAstrom<sup>24</sup>らは、発症率は発症3か月で31%、1年目で16%と報告し、Castillo<sup>25</sup>らは発症3

か月で33%、6か月で42%、1年で27%と述べている。またRobinson<sup>26</sup>や伊藤<sup>6</sup>も発症3か月、6か月にうつ状態が多いと報告した。Dam<sup>27</sup>らのデータでも脳卒中発症181日から360日の間に最も高率にうつを認めている。脊髄損傷では受傷後6か月以内の報告ではうつ病を9.5-37%に認め<sup>9-16</sup>、また受傷後6か月以降の報告でも13-43%と高率に認めている<sup>17-20</sup>。以上、主に脳卒中、脊髄損傷での結果から、発症から半年以内のリハビリテーションを行い、またプラトーに達する時期に、うつ状態を高率に認めることは間違いないようである。

障害の程度とうつ状態の出現頻度との関係も検討されている。多発性硬化症患者で身体障害が重度であるほどうつ状態が多くなるとされている<sup>28</sup>。

### 【うつ状態と自殺】

患者の自殺は最も避けたい状況の一つである。WHOによると、世界の2000年の自殺死亡率は100,000人あたり16人(日本は24人)であった<sup>29,30</sup>。また気分障害を有する患者の生涯自殺率は6-15%で、精神疾患の自殺の30%を占める<sup>31</sup>。

障害者ではうつ状態となる頻度が多いため、自殺率も一般人口に比べ高いと推察される。Stenager<sup>32</sup>らは1973-1989年までに脳卒中と診断された37,869名のうち、30,504名の死亡者を認め、そのうち自殺者が140名であったと報告し、Teasdale<sup>33</sup>らはデンマークで1979-1993年で生存して病院から退院した脳卒中患者114,098名のうち359名が自殺したと述べている。一方、脊髄損傷では、DeVivo<sup>34</sup>らは1973-1984年の間に脊髄損傷と診断された9,135名を1985年まで調査し、50名に自殺者を認め、Charlifue<sup>35</sup>らは1957-1987年に脊髄損傷と診断された5,200名の脊髄損傷患者を調査し、480名の死亡者を認め、その内42名が自殺であったと報告した。

身体障害との関連にも言及した検討としては、Hartkopp<sup>36</sup>らの報告がある。彼らは1953-1990年までに脊髄損傷と診断された888名のうち23名に自殺を認め、身体障害の程度と自殺の関連性はなく、うつ状態そのものを見つめることの重要性を示唆した。内田<sup>37</sup>らは1993-1999年に脊髄損傷と診断された3,651名中11名に自殺を認め、身体障害の程度と関連性はないが、うつ状態の有無と関連があったと報告している。またKishi<sup>38</sup>らは入院脳卒中患者の6%に希死念慮を認め、その多くがうつ状態であったことを報告している。この報告でも身体障害の程度が重度であるから希死念慮が増すわけではなかった。これらの結果より、障害の程度というよりは障害の存在によって自殺の危険性が増すと考えられる。

#### 【リハビリテーションの阻害因子としてのうつ状態】

障害者においては、うつ状態であるために訓練効果が得にくくなるというリハビリテーション固有の問題点も生じてくる。リハビリテーションにおいては日常生活活動 (activities of daily living: ADL) の自立がひとつの目標とされるため、うつ状態とADLの関係についての報告を以下に述べる。

まず、健常者におけるうつ状態とADLとの関係である。Mossey<sup>39</sup>らは60歳以上の高齢者において痛みとうつ状態がADLや歩行速度に強く関連すると報告している。高齢者のみならず脳卒中や脊髄損傷といった身体障害を有する場合にも、うつ状態はADLを低い状態にする。脳卒中では、Ramasubbu<sup>40</sup>らは発症1週程度の急性期の脳卒中患者でうつ状態の患者のADLが、非うつ状態の患者に比し明らかに低いことを報告している。リハビリテーションが主体となる時期では、Paolucci<sup>41</sup>らがりハビリテーション病院入院中の脳卒中患者で、ADLの変化の少なかった群にうつ状態が多いことから、うつが帰結を低める因子

である結論し、Kauhanen<sup>42</sup>らは脳卒中後の患者でうつ群、非うつ群を比較し、発症から3か月後、12か月後でうつ群の自立度が有意に低かったことを示している。脳卒中のリハビリテーション後の最終帰結を予測する検討は多数行われており、その中で帰結を低める因子の一つとしてうつ状態をあげる論文が多い<sup>43-46</sup>。

その他、身体障害程度が強いほどうつ状態が重度になるという両者の相関性も報告されている<sup>7,26,47,50</sup>。脊髄損傷ではMacDonald<sup>19</sup>がうつ状態が活動性を低くすると報告している。身体機能障害と特に相関はないとする報告もあるが、うつ状態が存在すること自体が帰結を低くするといつてよいであろう。

このようにうつ状態がりハビリテーションの阻害因子として働く理由としては、筋力増強訓練にせよ、障害があるなりの動作の仕方を学ぶ場合にせよ、患者本人が自ら練習しないと効果が得られないというリハビリテーションの特性が大きく関与していると考えられる。

#### 【結 語】

障害を持ったリハビリテーション患者では、疾患によって報告の差はあるものの、約10-40%と高率にうつ状態が認められ、またうつ状態があると、ADLの低下、訓練によるADL改善度合いの減少や自殺率の増加を認める。その為にうつ状態を早期に診断し、治療していくことは非常に重要なこととなる。

うつ状態の診断を進める第一歩は、リハビリテーションスタッフがこれらの状況に気付くこと<sup>36</sup>である。しかし一般的に精神科を専門としないものがうつ状態を見抜くことは困難な上に、リハビリテーション患者では認知障害、特に失語のようなコミュニケーションがとれないような患者においてもうつ状態の診断をしなければならない。

うつ状態を反映するうつ評価やQOL評価

はコミュニケーションが不能となると、評価そのものに行えないことがほとんどである。以下の章ではリハビリテーション患者でのうつ状態の実態を把握し、コミュニケーションが不能な場合でも採点可能な新しいうつ行動評価を提唱してその信頼性・妥当性を論じることとする。

## 第2章 脊髄損傷後のうつ状態について

### 【はじめに】

第1章にて過去の文献内容をまとめたように、身体障害者は、その治療経過の中でうつ状態を合併するリスクが高く、最悪の場合、自殺という結末を迎えてしまう。脊髄損傷後のうつ状態は、1980年代以前には受傷後に経過しなければならぬ正常な反応であり治療の必要はないと考えられていた。<sup>51,52</sup>しかしJuddらは一部の患者が大うつ病であることを示し、これらの患者に抗うつ剤が有効であったことから、脊髄損傷患者におけるうつ状態の診断の重要性を主張した。<sup>53</sup>

脊髄損傷患者の約10-40%の患者がうつ状態となり、自殺も一般人口比に比べ高率<sup>9-20,34-37</sup>である。そこでHartkoppらはリハビリテーションスタッフがつうつ状況に気付くことが大切であると報告した。<sup>36</sup>しかし実際の臨床場面で患者が、状態であることに気付くのは、明らかに落ち込んできた時点であり、また観察

する側の正しい理解がなければ見逃されてしまうことも多い。そこで今回著者はスタッフがうつ状態にどの程度気づくかを調べる目的で、実際の患者のうつ状態と、スタッフの印象との相違を検討した。

### 【対象】

脊髄損傷センターに2003年4月に入院していた外傷性脊髄損傷患者で、同意の得られた41名を対象とした。評価に答えられなかった患者、協力を得られなかった患者は除外した。男性35名、女性6名で平均年齢は48歳(15~81歳)、発症・受傷から評価までの平均期間は180日(2~465日:中央値166日)であった。

### 【方法】

対象患者の麻痺のFrankel分類(A:損傷レベルより下位の運動・感覚機能の完全喪失, B:損傷レベルより下位の運動は完全麻痺, 感覚はある程度残存, C:損傷レベルより下位髄節にある程度の運動機能が残存するが実用性なし, D:損傷レベルより下位に実用的運動機能が残存し多くの例で歩行可能)<sup>54</sup>、脊髄障害高位を調査した。患者のうつ状態をthe center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) 日本語版(表1)<sup>55,56</sup>を用いて自己記入式で評価し、さらに「落ちこむ理由」、「勇気づけられる理由」の自由記載の患者アンケートも行った。上肢機能が不十分な

表1 CES-D

	ない	1-2日	3-4日	5日以上
1 普段はなんでもないことがわずらわしい。	A	B	C	D
2 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3 家族や友達からはげましても、気分が晴れない。	A	B	C	D
4 他の人とは同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D
5 物事に集中できない。	A	B	C	D
6 ゆるうつだ。	A	B	C	D
7 何をやるのも面倒だ。	A	B	C	D
8 これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D
9 過去のことについてよく考える。	A	B	C	D
10 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D
11 なかなか眠れない。	A	B	C	D
12 生活について不満なくごせる。	A	B	C	D
13 ふだんより口数が少ない、口が重い。	A	B	C	D
14 ひとりぼっちでさびしい。	A	B	C	D
15 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16 毎日が楽しい。	A	B	C	D
17 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D
18 悲しいと感じる。	A	B	C	D
19 皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D
20 仕事の手につかない。	A	B	C	D

ために自己記入できない場合は病棟スタッフが代筆して記入した。

各患者の担当療法士に、患者がうつ状態と思われるか否かおよびその理由を問うアンケート（自由記載）を行った。

【統計処理】

CES-Dの合計点16点以上をうつ状態群、16点未満を非うつ状態群とし、<sup>56</sup>両群の年齢、性別、受傷からの期間をMann-Whitney U検定と対応のないt検定を用いて比較した。Frankel分類別にCES-D合計点の分布を図示し、CES-D合計点の平均値に差があるかを分散分析で検定した。受傷から評価までの期間とCES-D合計点との散布図を作成し、スピアマンの順位相関係数を算出した。CES-Dにより判定したうつ群、非うつ群と担当療法士が判断したうつ群、非うつ群の一致率をCohen's kappaにより検討した。

表2 Frankel分類、麻痺高位による患者数

Frankel分類		麻痺高位	
A	16	C1	1
B	14	C3	3
C	6	C4	5
D	5	C5	9
		C6	8
		C7	6
		C8	3
		T1	2
		T4	1
		L1	1
		L4	1
		L5	1

表3 非うつ群、うつ群のプロフィール

	非うつ群	うつ群
男女比	24:2	11:4
年齢	46歳	49歳
発症からの期間	162日	210日

表4 療法士、CES-DによるKappa一致率

療法士	CES-D		合計
	うつ群	非うつ群	
うつ群	1	2	3
非うつ群	14	24	38
合計	15	26	

$\kappa = -0.01$  P値 = 0.95

【結果】

対象患者のFrankel分類、障害高位を表2に示す。CES-Dにより判定されたうつ群は15名、非うつ群は26名であった。各群の年齢、性別、受傷からの期間を表3に示す。どの変数においても両群間に有意差は認めなかった。Frankel分類別のCES-D合計点の分布を図1に示す。Frankelの分類間でCES-D合計点の平均値に有意差を認めなかった( $p=0.54$ )。受傷から評価までの期間とCES-D合計点との散布図を図2に示す。スピアマンの順位相関係数は0.24であり、受傷からの期間とCES-Dとの間に一定の傾向を認めなかった。

表4にCES-Dにより判定されたうつ群、非うつ群および療法士が判断したうつ群、非うつ群のクロス表を示す。Kappaによる一致率の検定では-0.01とまったく一致していなかった。表5にうつ群、非うつ群それぞれの患者が記入した落ち込む理由の結果を示

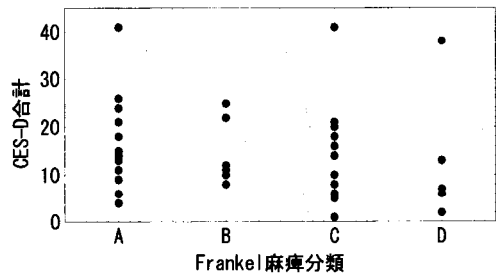


図1 Frankel分類とCES-D合計点との散布図  
一定の傾向を認めない。

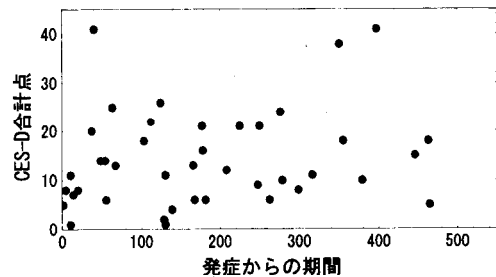


図2 発症からの期間とCES-D合計点との散布図  
一定の傾向を認めない。

表5 患者アンケート結果(落ち込む理由)

落ち込む理由		非うつ群	
うつ群		特になし	65%
特になし	35%	体が思うように動かない	10%
今後の不安	30%	今後の不安	7%
その他	35%	その他	18%

表6 患者アンケート(勇気づけられる理由)

勇気づけられること		非うつ群	
うつ群		他の患者の存在	37%
特になし	40%	スタッフからの励まし	24%
他の患者の存在	23%	特になし	20%
スタッフからの励まし	23%	回復すると書かれた	6%
その他	14%	その他	13%

表7 療法士がうつ状態またはそう思わない理由

うつと思う理由		うつと思わない理由	
表情が暗い	1	周囲との会話ができている	9
夜間不眠を訴える	1	まだわかっていない	5
落ち込んでいる	1	前向きに考えている	4
		訓練意欲的	2
		表情・喜動	7
		その他	11

す。うつ群では落ち込む理由がないとの記載が35%、先の不安と答えたものが30%、残りの35%は体に対しての不安、過去の事故のことを振り返るなどの理由であった。また非うつ群でも、何らかの落ち込む理由がある患者が35%存在した。表6にうつ群、非うつ群の勇気づけられる理由の結果を示す。うつ群の40%が勇気づけられることはないと答えており、残りの患者では同症状の患者の存在や、スタッフの励ましなどを勇気づけられる理由に挙げていた。非うつ群の勇気づけられる理由のなかでは同症状の患者の存在が37%と高かった。

表7に療法士がうつ状態と思う理由、思わない理由を示す。療法士が患者をうつ状態ではないと思う理由は、CES-Dでのうつ状態、非うつ状態にかかわらず、「表情、言動」、「訓練意欲」、「前向きな発言がある」といった理由であった。逆にうつ状態と思う理由は「落ち込んでいる」であった。

### 【考察】

最初に今回の対象患者の入院している施設の特徴を述べる。この施設には、脊髄損傷患者、脊椎脊髄疾患のみが入院しており、発症・

受傷時の急性期治療から社会復帰まで一貫した治療が行われている。患者の平均入院期間は約1年と長い。そのため、患者は急性期の手術直後から、車いす上で自立している脊髄損傷患者を目の当たりにし、発症・受傷早期から車いすスポーツに誘われたりするという環境にある。そのため患者自身、徐々に自己の状況を患者同士の接する中で認識してくるため、患者に対し予後についての告知は行われていない。訓練拒否のために困ることは、ほとんど経験しない。

今回CES-Dによるうつ状態の評価では36%がうつ状態にあり、急性期からリハビリテーション期のうつの発症率報告(10-40%)<sup>9-20</sup>とほぼ同じであった。しかし高率にうつ状態があるにもかかわらず、療法士がうつ状態と判断していなかった。療法士側のこの問題の要因としては、うつ症状の理解不足が考えられる。多くの療法士は患者が訓練に参加することや、前向きな発言があることを根拠にうつ状態はないと答えており、一般的にうつ状態を示唆する症状である抑うつ気分の存在、興味の減退、食欲の減退などに着目したものは少なかった。この理解不足のためにうつ状態に見過ごす可能性が考えられた。さらにうつ状態の患者でも1日中全くうつ状態でふさぎ込んでいるわけでもないため、前向きな発言や、日内変動によるうつのでない対応を見てうつ状態ではないと思ひこむ可能性も考えられた。<sup>57</sup>

このようなうつ状態の見逃しを防ぐためには、医療者へのうつ評価教育、受傷後一定時点でのうつスクリーニング実施などの対策が必要と考えられる。そうすることで、うつ状態に対する抗うつ剤使用などの迅速な対応が可能となり、最終的に自殺頻度を減少させられると考えられた。

どのような脊髄損傷患者がうつ状態になりやすいかに関し、<sup>15-18</sup>南雲はリハビリテーション

時期の患者を DSM-IV でうつ状態群, 非うつ状態群に分け, 性, 年齢, 受傷後期間, 損傷特性 (対麻痺, 四肢麻痺, 完全損傷, 不全損傷) に差を認めなかったと報告している。Fullerton<sup>10</sup>らの報告では四肢麻痺, 対麻痺間でうつ病の有病率に有意差を認めていない。Kishi<sup>14</sup>らは入院期間中の四肢麻痺患者, 対麻痺患者, 麻痺のない患者を比較して, 四肢麻痺患者群と対麻痺患者群ではうつ状態の有無に有意差を認めなかったが, 麻痺のない患者よりも麻痺のある患者で有意にうつ状態が多かったと報告している。

今回の著者の検討でも, うつ群, 非うつ群での性差, 年齢, 受傷後期間に有意差を認めなかった。さらにうつ評価法 CES-D の合計点と, Frankel 分類や受傷後期間も特に関連を認めなかった。これらの結果は, 機能障害の程度や受傷からの期間によってはうつ発症率は変わらないことを示している。しかし, 著者のアンケートでも示されているように今後の生活不安はうつ患者群に多く, これが麻痺の存在により生じている可能性は否定できない。

別の要素として, Cairns<sup>16</sup>らや, 南雲<sup>58</sup>は, 痛みとうつ状態との関連に言及している。今回著者の調査ではうつ群の落ち込む理由として痛みを挙げた患者はいなかった。ただし, アンケートは自由記入であり, 痛みに関する項目を設けたわけではなかったために表面に出なかった可能性もある。

### 【結 語】

脊髄損傷患者のうつ状態と療法士の印象との解離を調査した。CES-D により判定されたうつ状態, 非うつ状態と療法士が判断したうつ状態, 非うつ状態はまったく一致せず, リハビリテーション医療場面において医療者が脊髄損傷患者のうつ状態を把握できていないことが判明した。年齢, 性別, 発症・受傷後期間, 損傷特性とうつ状態の有無とは一定

の関係を認めなかった。認知の良い患者でも印象ではなくうつ状態に対する正しい評価を行う必要が示唆された。

## 第3章 脳卒中患者における SF-36 の採点可能性と認知機能との関係

### 【はじめに】

リハビリテーションを行う際, その成果は運動麻痺の程度, ADL の自立度, さらには生活の質 (QOL) などを評価することで判定される。失語症などの認知障害を有する場合, うつ状態の評価のみならず, 患者からの返答をもとに評価を行う他の評価, 特に QOL 評価においても問題が発生していると想像される。

この QOL 評価が脳卒中患者において実際の程度採点困難であるかを検討しておくことは, 行動評価法立案の傍証になると考えられる。QOL 評価において The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)<sup>59</sup> は健康関連 QOL の評価法であり, 近年慢性疾患の治療効果判定などいろいろな分野で使われてきている。SF-36 はアンケート方式の評価法で 8 つの下位項目が設定されている。1) 身体機能 (10 項目), 2) 日常的役割機能 (身体) (4 項目), 3) 体の痛み (2 項目), 4) 全体的健康感 (5 項目), 5) 活力 (4 項目), 6) 社会的機能 (2 項目), 7) 日常的役割機能 (精神) (3 項目), 8) 心の健康 (5 項目) である。そしてこれらの 8 項目を集計して身体的健康, 精神的健康の 2 つのサマリースコアを算出することができる<sup>59-61</sup>。

Anderson<sup>62</sup>らは脳卒中後の患者 90 例に対し, Barthel Index (BI) を測定して介助群では自立群より SF-36 のサマリースコアが低値をとることと, General Health Questionnaire (GHQ-28) と SF-36 とが関連していることから, 脳卒中における SF-36 の妥当性を示した。Dorman<sup>62</sup>らは脳卒中患者における

表8 FIM

FIM運動項目		FIM認知項目	
1 食事	1 理解	7 点数	7 自助の程度
2 整容	2 表出	6	自立
3 清拭	3 社会的交流	5	時間がかかる、装具や自助具が必要、投薬している、安全性の配慮が必要
4 更衣上	4 問題解決	4	監視、準備、指示、促しが必要
5 更衣下	5 記憶	3	75%以上自分で行う
6 トイレ動作		2	50%以上、75%未満自分で行う
7 排尿		1	25%以上、50%未満自分で行う
8 排便		1	25%未満しか自分で行わない
9 ベッド移乗			
10 トイレ移乗			
11 浴槽移乗			
12 移動			
13 階段			

運動項目採点基準	
7	自助の程度
6	自立
5	時間がかかる、装具や自助具が必要、投薬している、安全性の配慮が必要
4	監視、準備、指示、促しが必要
3	75%以上自分で行う
2	50%以上、75%未満自分で行う
1	25%以上、50%未満自分で行う
1	25%未満しか自分で行わない

認知項目採点基準	
7	自助の程度
6	自立
5	時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮
4	監視、指示、促し、90%より多く自分で行う(介助は10%未満)
3	75%以上、90%以下自分で行う
2	50%以上、75%未満自分で行う
1	25%以上、50%未満自分で行う
1	25%未満しか自分で行わない

SF-36の再評価再現性が身体機能0.80, 日常的役割機能(身体)0.77など高いことを報告した。これらの検討ではSF-36がほとんどの脳卒中患者で採点できることを前提としているように思われる。また、これまでの報告での評価不能症例は多い報告でも14%とされており、著者の臨床上の印象よりも非常に少ない。そこで本章では当院リハビリテーション入院中の脳卒中患者においてSF-36がどの程度評価不能となるかを調べた。

【対象】

2001年11月から12月まで回復期リハビリテーション病棟に入院していた脳卒中片麻痺患者38名を対象とした。なお当院への入院は、他院からの依頼を受け、リハビリテーション科専門医が入院により何らかのADL上の改善が得られると判断することにより決定されている。明らかな意識障害患者はあらかじめ除外した。男性が24名、女性が14名で、平均年齢は60歳、発症から評価までの期間が平均89日(35~217日)であった。疾患は脳梗塞16名、脳出血20名、くも膜下出血2名、右脳障害が21名、左脳障害が17名であった。

【方法】

脳卒中入院患者に対し日本語版SF-36(Ver.1.20)を自己記入式で評価した。ADLと認知能力の評価にFunctional Independence Measure (FIM)<sup>65</sup>(表8), 麻痺の程度の評価にStroke Impairment Assessment

表9 SIAS 運動項目5項目

SIAS 運動項目
膝・ロテスト
手指テスト
股屈曲テスト
膝伸展テスト
足パット・テスト

Set (SIAS)<sup>66</sup>の運動項目5項目(表9)の合計を横断的に評価した。SF-36は、評価マニュアルに準拠して下位項目が半分以上回答できないときに評価不能と判断した。評価不能の場合、その主要因を調査した。

【統計学的処理】

SF-36 評価可能な群と不能な群とに分け、FIM 運動項目合計点、FIM 認知項目合計点、SIAS 運動項目合計点のヒストグラム、散布図より各群の特徴を求めた。

【結果】

SF-36が評価可能であったのは19名(50%)であり、半数の19名は評価不能であった。SF-36 評価可能群と評価不能群における、発症からの評価までの期間、SIAS 運動項目合

表10 評価可能群、不能群のプロフィール

	評価可能群	評価不能群
男女比	12.7	12.7
年齢	58	64
発症から評価までの期間	80	96
入院から評価*	27	48
FIM運動項目合計点*	75	55
FIM認知項目合計点*	33	21
SIAS運動項目合計点*	13	7

\*p<0.05



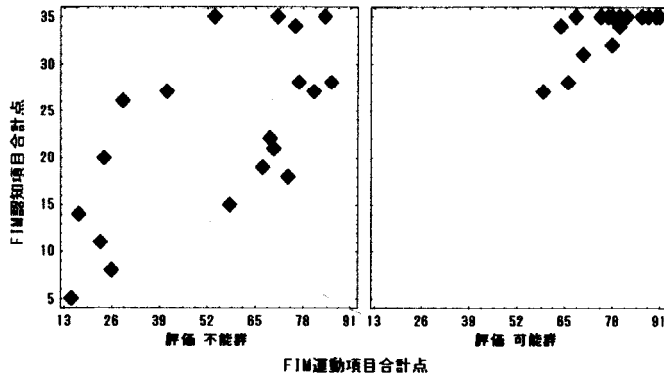


図3 FIM 認知項目合計点と FIM 運動項目合計点による散布図  
認知合計点25点以下では評価不能

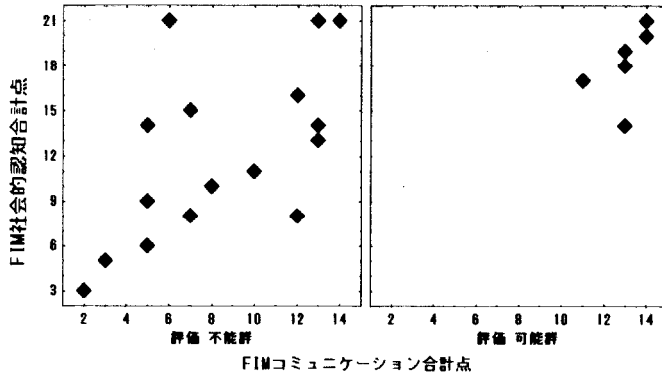


図4 FIM 社会的認知項目合計点, FIM コミュニケーション合計点による散布図  
FIM 社会的認知項目合計点13点以下, FIM コミュニケーション合計点10点以下では評価不能

計点, FIM 運動・認知項目合計点を表 10 に示す。評価可能群と不能群の FIM 認知項目合計点と運動項目合計点の散布図を図 3 に示す。FIM 運動項目合計点にかかわらず, FIM 認知項目合計点が 25 点以下であれば評価不能であった。FIM 運動項目についても 46 点以下であれば評価不能であった。

評価不能群で認知項目合計点が 26 点以上であった患者はすべて調査拒否が原因であり, 認知項目合計点が 26 点未満では失語が主因であるものが 8 名, その他は痴呆など重度認知障害による評価不能であった。図 4 に FIM 認知項目を FIM コミュニケーションと

社会的認知に分けた散布図を示す。FIM コミュニケーション合計点が 10 点以下または FIM 社会的認知項目合計点が 13 点以下の場合に SF-36 の評価ができなかった。

#### 【考 察】

この調査では, リハビリテーション目的で入院した脳卒中患者の 50% において SF-36 が評価できないことが示された。対象症例は何らかの ADL 上の改善が入院により得られると判断された患者であり, ごく軽度のためリハビリテーション病院に行くまでもない脳卒中患者と最重度でリハビリテーションの効果が獲得しにくい患者が除かれている。従っ

て、活動的なりハビリテーション病院の患者層として捉えてよいであろう。

Sneeuwらが脳卒中患者に Sickness Impact Profile を自己評価と他者から見た評価とで比較して強調しているように、コミュニケーション障害がある群も QOL 評価に含めることは重要である<sup>67</sup>。しかし、実際にはこれまでも既存の QOL 研究のほとんどで明らかな評価不能例は除外されてきた。どのような対象患者にも対応できる定量的 QOL 評価法は見あたらず、Buck らが QOL 評価論文を概観した上で勧めているように、研究目的により評価法を選択することに留まっているのが現状である。

今回、SF-36 が評価できなくなる cut off 値は FIM 認知項目 25 点となった。FIM 認知項目は、言葉のやりとりの能力であるコミュニケーション項目と行動のしかたや記憶などを採点する社会的認知項目に分かれる。FIM 社会的認知項目合計点がよくても FIM コミュニケーション合計点が 10 点以下の場合、失語のため質問の文章がわからなかったであろう。また FIM コミュニケーション合計点の得点が高くても FIM 社会的認知項目の合計点が低いと痴呆など認知障害のために設問項目の意味が理解できず、評価できなかった可能性が大きい。結局、基本的なコミュニケーションは可能で日常おこる問題にも対応できる患者においてのみ SF-36 の評価が可能ということになった。QOL 評価のできた患者の Mini-Mental state Examination (MMSE) 平均が 28 と高い点数にあったという報告<sup>62</sup>もこのことの裏付けとなろう。つまり SF-36 による脳卒中患者の QOL 評価は認知のよい患者のみの評価であることを理解して結果を解釈する必要がある。

今回 SF-36 の評価不能群の SIAS 運動項目合計点、FIM 運動項目合計点は低めの得点で評価可能群と有意差があった。SF-36 の定

義上、運動能力が低いことでは採点不能はなり得ない。脳障害の程度が大きい場合に、認知能力と運動能力の両者が同時に低下することにより、見かけ上 SF-36 の採点可能・不能と運動能力との関連があるようにみえるのであろう。これは解離例、すなわち FIM 運動項目合計点が比較的高得点にあつて FIM 認知項目合計点の低い患者が SF-36 評価不能となることよりわかる。

脳卒中後遺症の入院患者において SF-36 を採点する場合、設問自体の問題も SF-36 の妥当性に疑問を投げかける。急性期治療を終えリハビリテーション病院に移って訓練を続けると発症から約 1 か月以上経過していることも多いため、例えば「過去 1 か月間に家族友人またはその他の仲間とのつきあいがさまたげられた」という周囲との関わりとの設問内容や「過去 1 か月の仕事や普段の活動の問題」といった設問内容、「激しい活動、1 km 以上の歩行」などが必然的に欠損値となってしまふ。つまり、長期入院されている脳卒中患者では全体的に答えが出しにくい設問内容になっていると考えられた。

当院では FIT (Full-time Integrated Treatment) program<sup>69</sup> というリハビリテーション治療プログラムを行っており、そのため当院に転院を希望する入院患者は比較的リハビリテーションの意欲と認識をしっかりと持っていると考えている。そのため、他のリハビリテーション施設と同様の調査をおこなえば、さらに高率の評価不能例が出ると想像される。現在 SF-36 は Ver.2 になっていて<sup>70</sup>、Ver. 1.2 より言葉の表現を短くシンプルとなり、自己記入式質問紙の質問文と回答選択肢のレイアウトを改善して、読みやすかつ回答しやすくし評価しやすくなっているものの、内容自体に変わりはない。従つて Ver.2 でも今回の結果と同様の問題があると考えられる。

【結 語】

リハビリテーション目的で入院した脳卒中患者 38 名のうち、SF-36 で採点可能であったのは 19 名 (50%) であった。SF-36 を用いる場合、その結果は認知能力のよい患者に限定された結果であることを理解して解釈する必要がある。

第 4 章 リハビリテーションを行う患者のためのうつ行動評価法 (DBS-1)

【はじめに】

リハビリテーションを行う患者にはうつ状態が高頻度でみられ、自殺の危険性が増すと共にリハビリテーションを阻害する因子となる (第 1 章)。さらに障害者におけるうつ状態はリハビリテーションスタッフの日常観察では見落とされやすいこと (第 2 章) から、標準的なうつ評価法を用いて診断することが重要である。

これまで用いられてきた標準的なうつ評価方法としては DSM-III の診断基準、Hamilton Rating Scale for Depression

(HRSD)<sup>71</sup>、Zung self-rating depression scale などがある。いずれも患者自身が症状を判断するタイプの評価法である。そのため認知能力の低い患者ではうつ評価法や採点が困難となり、多くの患者で診断がつけられない事態となる。これは QOL 評価法でも同じことである (第 3 章)。実際、Gainotti はこれまでの脳卒中のうつに関する報告では失語症を持つ患者は評価ができないために必ず除外されてきたと報告している。この問題を解決するために、著者は観察のみに基づいたうつの評価を試みた。本章ではこの新しいうつ行動評価法の概要を説明するとともに、その妥当性を報告する。

【うつ行動評価 ver. 1, Depression Behavior Scale (DBS-1)】

うつ状態の評価は、新たに作成した visual analogue scale (VAS) により行った (図 5)。内容は食事、睡眠、活動性、顔の表情、声の調子、訓練の集中度の 6 項目として、各々 10 cm の水平線の両端に説明を記載した。うつを示唆しない内容を左端、うつを示唆する内容を

下記の状態のものはまず除外すること  
意識障害が強いもの

I 食事	食事をしている _____	食事をしない
	経管栄養の場合は除く	
II 夜間睡眠	眠っている _____	眠っていない
	睡眠障害の既往のあるものは除く せん妄状態は除く 夜間の頻回の排尿など明らかな原因で眠れない場合は除く	
III 病棟活動	その人が行えるレベルであることにたいし 活動的 _____	何もしない
	身体的理由により全く自己では動けない場合は除く 明らかに依存的で動かない場合は除く	
IV 声の調子	大きい _____	小さい
	声帯麻痺など身体的理由により発声できない場合は除く	
V 顔の表情	明るい _____	暗い
VI 訓練	集中して行う _____	全く行わない
	身体的理由 (心肺機能など) により動けない場合は除く	

図 5 うつ行動評価 ver. 1 (Depression Behavior Scale-1: DBS-1)

を右端とした。各項目の状態を評価者が判断し線分上に印を記入し、左端からの距離を各項目の得点とした。

【対 象】

2002年11月に回復期リハビリテーション病棟にリハビリテーション目的で入院していた脳卒中患者15名を対象とした。但しコミュニケーション不能な者はあらかじめ除外した。平均年齢は68歳、発症から評価までの期間は平均85日(33~182日)、原疾患は脳梗塞8名、脳出血7名、右脳障害が7名、左脳障害が6名、両側障害が2名、認知の状態としては、FIM認知項目合計点が平均30点(23~35点)であった。

【方 法】

うつ状態の評価は、新たに作成したうつ行動評価法DBS-1を評価者(リハビリテーシ

ョン医)が判断し線分上に印を記入し、左端からの距離を各項目の得点とした(図5)。状態の評価は通常の入院生活を観察することにより行い、面談形式はとらなかった。また既存のうつ評価としてHRSDをリハビリテーション医が面接法で評価した。

【統計学的処理】

DBS-1各項目得点とHRSDの合計点または個別項目点との散布図を作成し、また各々のスピアマン順位相関係数を算出した。

【結 果】

DBS-1各項目得点とHRSD合計点との散布図を図6-11に示す。スピアマンの順位相関係数を表11に示す。散布図上、表情とHRSD合計点との間にDBS-1の得点が高くなるほどHRSD合計点も高くなる傾向を認め、順位相関係数は0.74であった。食事、活

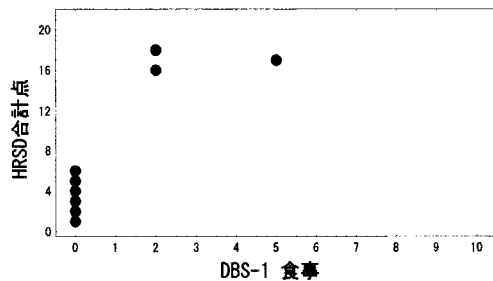


図6 DBS-1食事とHRSD合計点との散布図  
DBS-1得点が高得点であるほどHRSDが高得点となる。

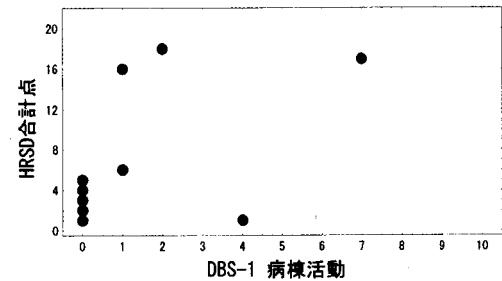


図8 DBS-1病棟活動とHRSD合計点との散布図  
DBS-1得点が高得点になるほどHRSDが高くなる傾向にあるが一部はずれ値を認める。

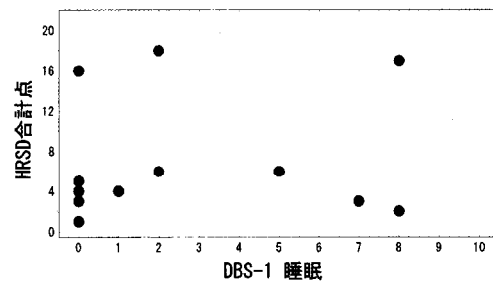


図7 DBS-1睡眠とHRSD合計点との散布図  
DBS-1得点とHRSDとの間に一定の傾向を認めない。

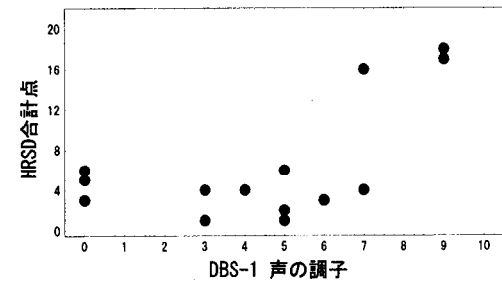


図9 DBS-1声の調子とHRSD合計点との散布図  
HRSDが高得点であるとDBS-1が高得点を示すが、HRSD低得点であってもDBS-1得点が高得点を示す場合がある。

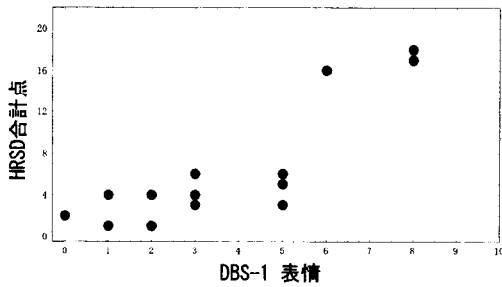


図10 DBS-1表情とHRSD合計点との散布図  
DBS-1得点が高得点になるほどHRSDが高得点となる一定の傾向を認める。

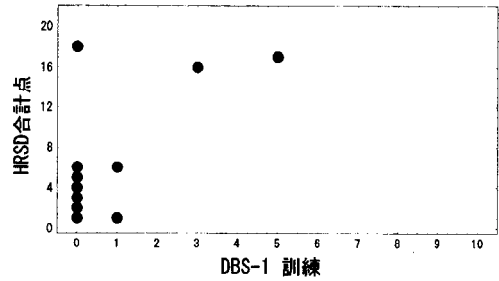


図11 DBS-1訓練とHRSD合計点との散布図  
DBS-1得点が高得点であるほどHRSDが高得点となるが、DBS-1得点が低得点であってもHRSDが高得点を示すものがある。

動性、訓練の集中度、声の調子では表情と同様の傾向を認めたものの、DBS-1得点とHDRSの解離例が存在した。夜間睡眠では一定の傾向を認めず、順位相関係数も0.29であった。

DBS-1項目とHRSD個別項目の間関係では関連する項目、例えばDBS-1の食事とHRSDの身体症状(消化器)や、DBS-1の睡眠とHRSDの入眠障害、熟睡障害、早朝覚醒等との間の相関は低かった。

**【考 察】**

今回著者は、被検者が返答する必要のない形式の新しいうつ評価法DBS-1を考案し、その妥当性を検討した。返答を必要としない評価としては、絵を示すなどの簡易なコミュニケーション手段を用いて自己表出させる方

法と、完全に評価者の観察に頼る方法とが考えられる。前者では被検者が記入するタイプのvisual analogue scaleなどが用いられるが、それでも質問の意味を理解できない患者は存在する。

そこで著者は評価者が観察した内容を、VASを使って定量化する手法を採用した。評価項目の選択では、うつ病の典型的な症状とされる食事摂取障害と睡眠障害をまず組み入れた。さらに既存のうつ評価法の項目の中から、脳卒中後リハビリテーション入院時に把握しやすい項目として集中度の低下や活動性の低下も含めた。対象患者として脳卒中を想定しているため、便秘や痛みなど脳卒中そのものの症状として伴いやすい身体症状は含まなかった。

表11 各DBS-1得点と各HRSD得点とのスピアマン順位相関係数

HRSD	食事	睡眠	病棟活動	表情	訓練	声の調子
合計点	0.70	0.29	0.53	0.74	0.35	0.36
抑うつ気分	0.87	0.15	0.53	0.56	0.40	0.54
罪責感	-0.16	-0.09	0.05	0.08	0.30	-0.21
自殺	0.99	0.23	0.66	0.71	0.55	0.68
入眠障害	0.78	0.32	0.68	0.71	0.65	0.59
熟睡障害	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
早朝覚醒	0.81	0.44	0.62	0.60	0.29	0.60
仕事と活動	0.80	0.43	0.61	0.60	0.26	0.59
精神運動抑制	-0.13	-0.24	-0.21	-0.06	-0.16	-0.13
激越	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
精神的不安	0.06	-0.16	-0.05	0.34	-0.05	-0.32
不安(身体症状)	-0.13	0.17	0.21	-0.06	-0.16	-0.38
身体症状(消化器症状)	0.08	0.56	0.00	-0.17	-0.02	0.20
一般的身体症状	0.98	0.21	0.64	0.70	0.48	0.68
生殖器症状	-0.19	-0.11	-0.31	-0.16	-0.23	-0.04
心気症	0.46	-0.01	0.29	0.43	0.60	0.12
体重減少	0.46	0.77	0.62	0.36	0.31	0.32
病識	0.49	-0.24	0.21	0.31	0.48	0.28

このDBS-1の妥当性をHRSDと比較することにより検討した。HRSDはうつ<sup>73</sup>の重症度を評価する際、よく使われる評価法の一つで、最も信頼性の高い尺度とされており、うつ評価法の標準と見なすことが可能であろう。

HRSDの合計点との相関が高かったのはDBS-1の表情と声の調子であった。HRSDの抑うつ気分<sup>73</sup>の定義、「言葉に表さなくても顔つき、声で抑うつ気分が判断される」とDBS-1の評価内容が一致していることから順当な結果といえよう。

DBS-1の食事項目は食事を摂取している・していないを基準に採点する。それに対し、HRSDの食事に関連する項目(身体症状(消化器症状))は食欲を評価しており、DBS-1の食事とHRSD消化器症状との相関が0.08であることからわかるように異なった内容を評価している。DBS-1の食事とHRSDの体重減少との相関が0.46であり、むしろDBS-1の食事は体重減少と関連していると考えられる。体重減少そのものを指標にすると、肥満患者がカロリー制限をしている場合にも誤ってうつ状態とみなされてしまう危険性がある。DBS-1であれば、このような場合にも少ない量を全量摂取できていると解釈するため、体重減少自体を指標とするより有用な評価手段と考えられた。

DBS-1の睡眠はHRSD合計点と相関せず、この設定のままでは実用になり難い。熟睡障害との相関が0.00であり、DBS-1では排尿などのための夜間の途中覚醒の場合にも高い点となってしまうことが不一致の主因と考えられた。設問の注釈として「入眠時の内容に限定して採点する」を加えることで妥当性が高まるのではないかと考えられた。

DBS-1の病棟活動と訓練の集中度の2項目では、病棟活動の方がHRSD合計点との相関が高かった。DBS-1の病棟活動と

HRSDの仕事と活動項目との相関係数が0.6と高く、DBS-1の病棟活動項目は意図通りの内容を評価していると考えられた。

以上を総合すると、著者のDBS-1は、うつ状態を捉えていると考えられるものの、改善の余地があった。これらの問題点を改善するためにDBS-1の評価項目の両端の説明表現を変更したり、どの場面を観察するか<sup>73</sup>の約束を作る等の工夫をして改訂版(DBS-2)を作成すべきであった。

DBS-1は患者を短時間観察するのではなく、入院生活の中での印象を記録するため表情の日内変動などの影響を受けにくかったと思われる。それでも患者側の体調・気分の変化、評価者の主観により採点が変動する可能性がある。第5章でDBS-2を用いて経時的な再現性および検者間信頼性の両面からの検証を行う。また、本研究ではHRSDとDBS-1の比較が目的であるため、失語症患者は対象者から除かれている。失語症患者におけるDBS-2の有用性も次章で論じる。

#### 【結 語】

今回、失語症など認知障害の患者においてもうつ状態を評価可能な評価法を目指してDBS-1を作成した。脳卒中後の入院患者に対し、同時に評価したDBS-1とHRSDとの順位相関係数は0.70から0.29であった。今回の検証により得られた問題点を改善するために、各評価項目の両端の説明表現を変更するなどにより、DBS-2を作成し、失語症患者への応用をめざす。

### 第5章 うつ行動評価 ver. 2 (DBS-2) の信頼性・妥当性の検討

#### 【はじめに】

第4章ではコミュニケーション障害を有する患者でも評価可能であることを特徴としたうつ行動評価法DBS-1を制作、その妥当性を検討した。DBS-1は、うつ状態を捉えてい

下記の状態のものはまず除外すること  
臨床的に明らかな意図障害のもの

I 食事	食事を全量摂取 食事動作は評価しない	食事を全く食べない
II 夜間睡眠	よく眠れている	全く眠れていない
	せん妄状態は除く 夜間の頻回の排泄など明らかな原因で眠れない場合は除く	
III 活動性	その人が行えるレベルであることにたいし 非常に活動的	全く何もしない
	身体的理由により全く自己では動けない場合は除く 例えば食事動作もしない、歯磨きなどの簡単な動作もしない、ベッドから動こうとしないなど	
IV 声の調子	とても大きい	とても小さい
	約1m程度の距離で普通に声が聞こえたら中央	
V 顔の表情	非常に明るい	非常に暗い
	表情は他者からみて明らかに泣きそうな表情、落ち込んでいる表情を指す。	
VI 訓練	集中して行う	全く行わない
	身体的理由（心肺機能など）により動けない場合は除く	

図12 うつ行動評価 ver. 2 (Depression Behavior Scale-1: DBS-2)

ると考えられるものの、項目表現などに改善の余地を認めた。本章では DBS-1 を改訂した DBS-2 (Depression Behavior Scale-2) を提示し、その信頼性、妥当性を検討する。妥当性検討では、他評価法との比較に留まらず、コミュニケーション不可能な患者に対する抗うつ剤投与前後での DBS-2 の経時変化をも検討することとする。

【うつ行動評価 ver. 2 DBS-2】

観察者が VAS を用いて評価するうつ行動評価法 DBS-2 を、DBS-1 の改訂版として作成した (図 12)。DBS-2 の評価項目は DBS-1 と同一であり、VAS を採点する際に参考とする線分の両端の表現を変更した。食事、睡眠、活動性、声、表情の両端を DBS-1 より明確な表現とした。リハビリテーションにおいて訓練は通常集中して行うものなので、訓練の集中度は左端を「通常通りに訓練している状態」と規定した。さらに声の調子の中央を「約 1 m の距離での声の大きさ」との例示で規定した。

第 1 節 信頼性の検討

【対象】

七栗サナトリウム入院脳卒中患者で同意を得られた 20 名を対象とした。疾患・部位は脳梗塞 12 名、脳出血 7 名、くも膜下出血 1 名、右脳損傷 10 名、左脳損傷 6 名、両側脳損傷 4 名であった。男性が 11 名、女性が 9 名、発症から評価までの期間は平均 85 日 (40~159 日) であった。

【方法】

医師、看護師が同一患者の DBS-2 を同一日に評価し、看護師は 3 日後にも再び同一患者の DBS-2 を評価した。

【統計処理】

検者内、検者間の信頼性を検討するため、

表12 検者内・検者間相関係数と ICC

	検者内相関	ICC(1,1)	検者間相関	ICC(2,1)
食事	0.99	0.92	0.98	0.97
睡眠	0.96	0.69	0.42	0.40
病棟活動	0.93	0.58	0.76	0.61
声の調子	0.96	0.69	0.88	0.79
表情	0.95	0.64	0.75	0.66
訓練	0.98	0.48	0.76	0.56
合計	0.98	0.76	0.92	0.87

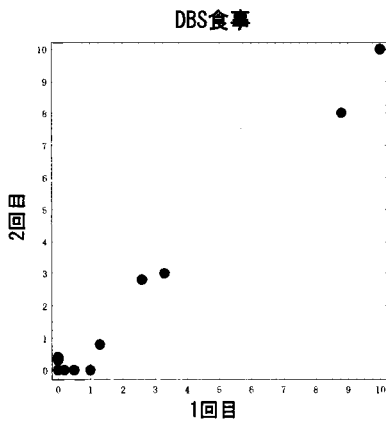


図13 検者内信頼性 (食事)

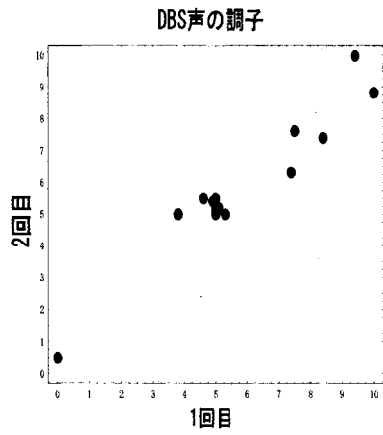


図16 検者内信頼性 (声の調子)

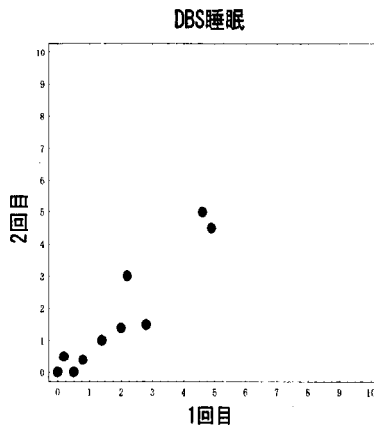


図14 検者内信頼性 (睡眠)

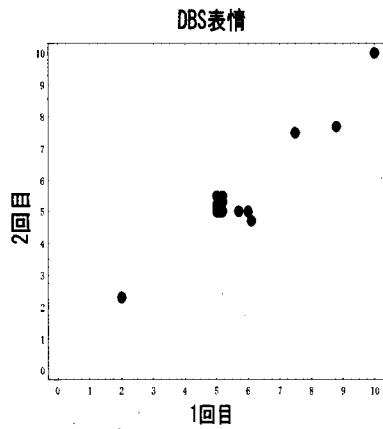


図17 検者内信頼性 (表情)

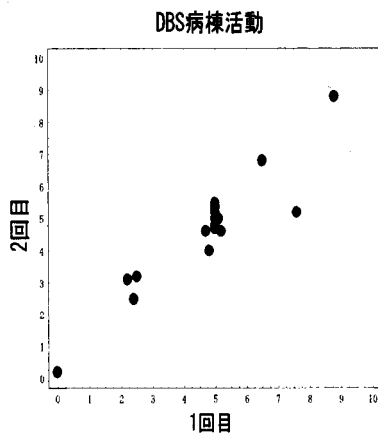


図15 検者内信頼性 (病棟活動)

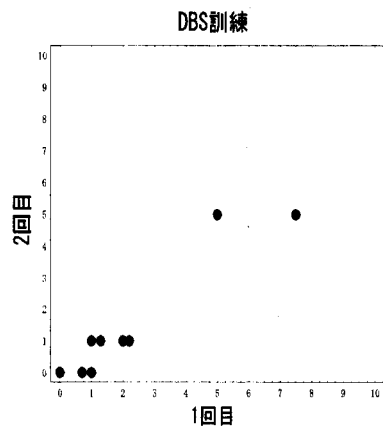


図18 検者内信頼性 (訓練の集中度)



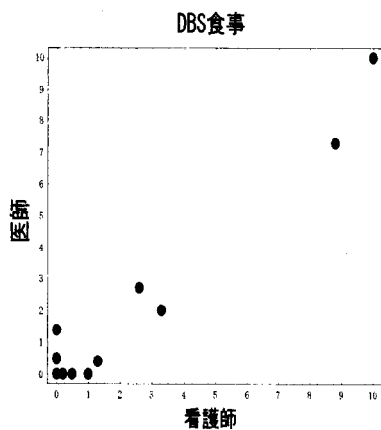


図19 検者間信頼性 (食事)

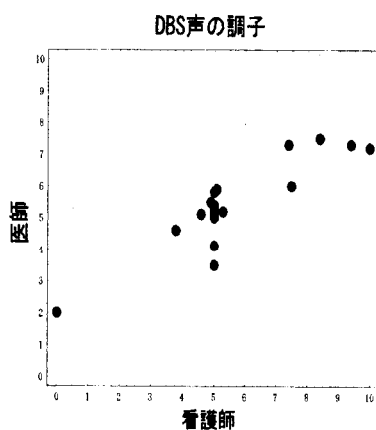


図22 検者間信頼性 (声の調子)

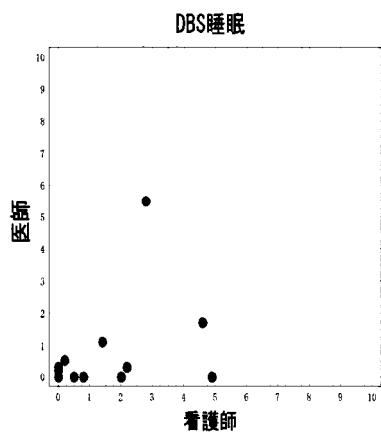


図20 検者間信頼性 (睡眠)

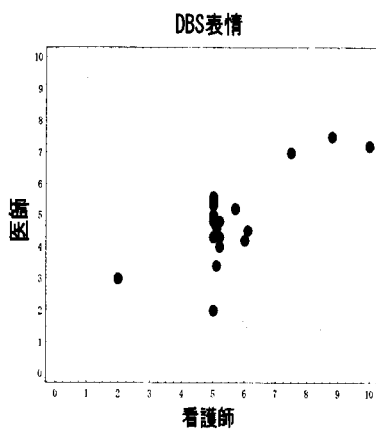


図23 検者間信頼性 (表情)

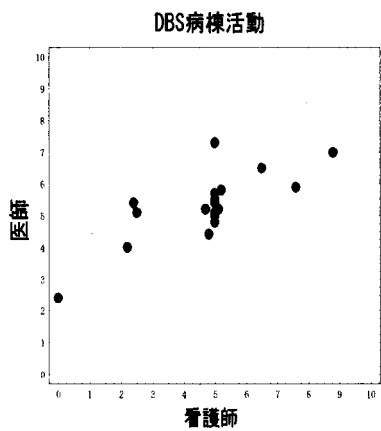


図21 検者間信頼性 (病棟活動)

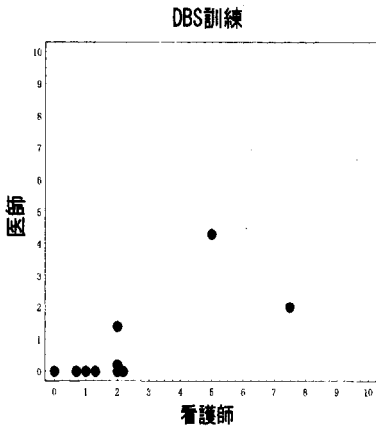


図24 検者間信頼性 (訓練)

DBS-2 各項目ごとの散布図を作成し、相関、Intraclass correlation coefficient (ICC) を求めた。

**【結 果】**

図13-18に同一看護師による再現性について、DBS-2 各項目の1回目、2回目の散布図を示す。各項目ともばらつきがあまりなく偏った散布図を示した。いずれの相関も0.7以上とある程度の相関を示した。またICC(1,1)ではおおむね0.6以上と良好な値を示した(表12)。図19-24に看護師、医師の一

致に関して両者のDBS-2 各項目の散布図を示す。散布図上一部にはずれ値を認めたものの、全体には直線的な関係にあった。相関係数は、睡眠が0.42とやや低値であり、その他は0.7以上と高い値であった(表12)。ICC(2,1)でも睡眠が0.40、その他は0.6以上であった。

**第2節 妥当性の検討-HRSD との相関の検討**

**【対 象】**

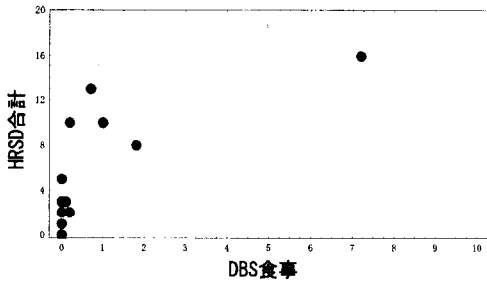


図25 DBS-2食事とHRSD合計点との散布図

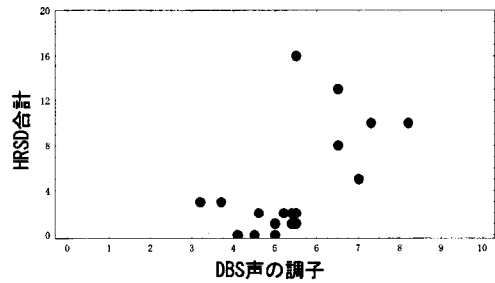


図28 DBS-2声の調子とHRSD合計点との散布図

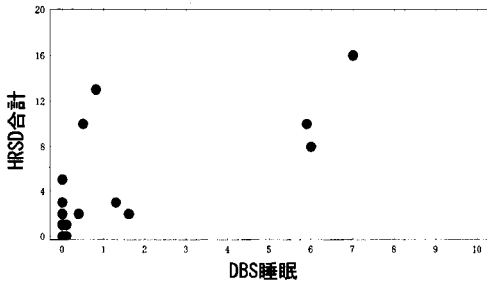


図26 DBS-2睡眠とHRSD合計点との散布図

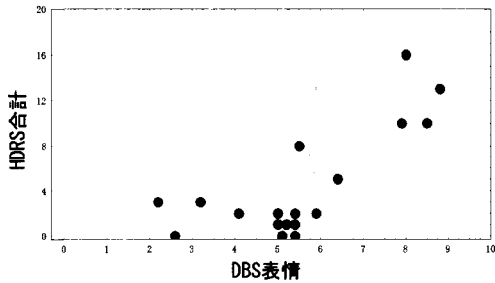


図29 DBS-2表情とHRSD合計点との散布図

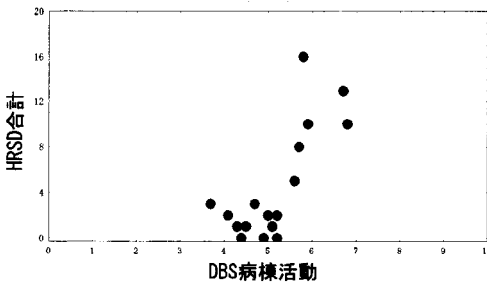


図27 DBS-2病棟活動とHRSD合計点との散布図

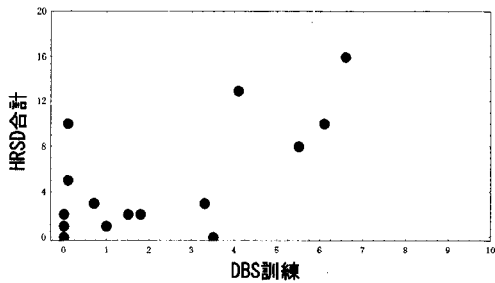


図30 DBS-2訓練とHRSD合計点との散布図

表13 DBS-2各項目とHRSDとの相関係数

	食事	睡眠	活動性	声	表情	訓練	合計
HRSD合計	0.76	0.61	0.59	0.60	0.61	0.62	0.72
抑うつ気分	0.64	0.48	0.82	0.81	0.87	0.49	0.80
罪責感	0.71	0.70	0.67	0.54	0.59	0.73	0.72
自殺	0.68	0.58	0.50	0.35	0.51	0.61	0.59
入眠障害	0.63	0.45	0.45	0.22	0.38	0.37	0.41
熟睡障害	0.00	0.04	-0.26	-0.07	-0.02	0.07	-0.02
早期覚醒	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
仕事と活動	0.78	0.53	0.62	0.51	0.65	0.49	0.64
精神運動抑制	0.34	0.37	0.55	0.46	0.48	0.45	0.44
激越	0.18	0.34	0.40	0.40	0.26	0.36	0.35
精神的不安	0.44	0.42	0.26	0.12	0.30	0.40	0.40
不安(身体症状)	0.65	0.48	0.45	0.56	0.50	0.46	0.57
身体症状(消化器症状)	0.49	0.37	0.41	0.34	0.38	0.42	0.41
一般的身体症状	0.78	0.62	0.57	0.65	0.55	0.49	0.72
生殖器症状	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
心気症	0.09	0.15	0.21	0.03	0.03	0.28	0.15
体重減少	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病識	0.33	0.05	0.30	0.35	0.35	-0.10	0.21

2004年4月から回復期リハビリテーション病棟にリハビリテーション目的で入院していた脳卒中患者18名を対象とした。但しコミュニケーション不能な者はあらかじめ除外した。平均年齢は66歳、発症から評価までの期間は平均88日(44~203日)、原疾患は脳梗塞8名、脳出血10名、右脳障害が9名、左脳障害が9名、認知の状態としては、FIM<sup>65</sup>認知項目合計点平均29点(25~35点)であった。

#### 【方 法】

訓練の集中度、声の調子では表情と同様の傾向を認めたものの、DBS-2得点とHDRS合計点との解離例が存在した。DBS-2各項目とHRSDとの相関では活動性、声の調子、表情では抑うつ気分との相関が高かった。

#### 第3節 抗うつ剤の投与効果に着目した妥当性の検討

##### 【対 象】

2004年4月から七栗サナトリウム回復期