脳卒中後うつ患者に対するリハビリテーション専門職の 評価, 対応および介入の視点: 半構造化面接法を用いた質的研究

Rehabilitation Professionals' Perspective on the Assessment, Correspondence and Intervention for Patients with Post-stroke Depression: Qualitative Research Using Semi-structured Interviews

杉田 翔¹⁾ 藤本 修平²⁾ 小向 佳奈子³⁾ 小林 資英¹⁾ 堀 翔太⁴⁾

SHO SUGITA, RPT¹⁾, SHUHEI FUJIMOTO, RPT, PhD²⁾, KANAKO KOMUKAI, RPT³⁾,
MOTOHIDE KOBAYASHI, OTR¹⁾, SHOTA HORI, OTR, MS⁴⁾

¹⁾ Luxem Inc.: 3rd Floor, Shirai Bld., 2706-5 Noborito, Tama-ku, Kawasaki-shi, Kanagawa 214-0014, Japan
TEL +81 44-819-5302 E-mail: s.sugita.pt@gmail.com

²⁾ Department of Health Informatics, Kyoto University Graduate School of Public Health

³⁾ WELLNESS FRONTIER Co., Ltd.

⁴⁾ TOYOTA TSUSHO ALL LIFE Corporation

Rigakuryoho Kagaku 35(5): 711-718, 2020. Submitted Apr. 13, 2020. Accepted Jun. 22, 2020.

ABSTRACT: [Purpose] This study clarifies the assessment by, and intervention of rehabilitation professionals for patients with post-stroke depression. [Participants and Methods] Fifteen rehabilitation professionals (physical therapists, occupational therapists, and speech-language-hearing therapists) participated in a semi-structured interview and theme analysis. From this theme analysis, 73 codes were extracted from the word-for-word records: 20 comprised the primary category, and 10 the secondary category. [Results] The results indicate that rehabilitation professionals assess post-stroke depression by “interpret the condition of experiencing depressive symptoms” based on daily observations such as “pessimistic speech,” “depression” and “loss of motivation.” Also, rehabilitation professionals use correspondence and intervention for patients with post-stroke depression by “saying something to boost confidence,” “interventions improving the degree of independence,” and “interventions aligned with the patient.” [Conclusion] Rehabilitation professionals interpret the condition of experiencing depressive symptoms from the daily speech of patients with post-stroke depression and assessments, and work to improve their degree of independence with confidence-boosting statements.

Key words: post stroke depression, apathy, mental disorder

要旨:〔目的〕リハビリテーション専門職（リハ専門職）の脳卒中後うつ患者に対する評価, 介入の視点を明らかにする。〔対象と方法〕15名のリハ専門職に対し半構造化面接を行い, テーマ分析にて脳卒中うつ患者に対する評価・介入の視点について抽出した。〔結果〕逐語録より73のコード, 20の1次カテゴリ, 10の2次カテゴリに分類された。評価は, 患者の【悲観的な発言】や【気分の落ち込み】, 【意欲の低下】といった日々の観察に基づく【うつ症状の現れる状況の整理】が抽出された。対応・介入は, 【悲観的にならないための声掛け】や【自立度を向上させる介入】, 【本人のペースに合わせた介入】が抽出された。〔結語〕リハ専門職は, 日々の発言や評価からうつ症状の現れる状況を整理し, 悲観的にならないための声掛けを行いながら日常生活動作の自立度向上に向け取り組んでいた。

キーワード: 脳卒中後うつ, アパシー, 精神障害

¹⁾ 株式会社Luxem: 神奈川県川崎市多摩区登戸2706-5 白井ビル3F (〒214-0014) TEL 044-819-5302

²⁾ 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系 健康情報学

³⁾ 株式会社ウェルネスフロンティア

⁴⁾ 株式会社豊通オールライフ

I. はじめに

脳卒中後うつ (post stroke depression : 以下, PSD) は, 脳卒中の発症後にみられる器質性あるいは心因性 (2 次性) の精神症候で, 約 30% の有病率である¹⁾. 主な症状は, 意欲低下や気分の沈み込み, 無力感を代表とする抑うつ障害であり¹⁻⁴⁾, それに伴い日常生活動作 (activities of daily living : 以下, ADL) の障害⁵⁻⁸⁾や死亡率の向上⁹⁾, リハビリテーション (以下, リハ) の進行阻害¹⁰⁾が生じることが報告されている.

PSD に対する評価と治療は, 早期からかつ長期的に必要性が示されている一方で¹¹⁾, 脳卒中の落ち込みは当然の反応として捉えられ, 臨床で未治療のまま見過ごされることが少なくない¹²⁾. よって, 患者と接する機会の多いリハ専門職は, PSD に対する適切な評価と介入を行う知識や行動が求められる^{11,13)}. しかしながら, 質問紙調査による多施設共同研究では, PSD の評価尺度を使用していたリハ専門職は全体の 2% であったと報告されている¹⁴⁾. また, 実際に精神機能への介入を行っていると回答した者は 2 割であり¹⁵⁾, 評価や介入の乏しさが報告されている.

PSD の評価や介入を行っていない理由として, 先行研究では知識不足や必要性の認識不足が挙げられている. 「脳卒中後にうつ病が発症しやすいことをご存知ですか?」の問いに, 「どちらとも言えない」, 「知らない」と回答したリハ専門職は 2 割以上であった¹⁵⁾.

このように, 多くのリハ専門職において PSD に関する知識が不足していることは報告されているが, 具体的にどのような知識が不足しているか, また臨床現場において PSD 患者に対し, どのような様子から PSD を疑い, いかなる方法で評価・介入を行っているかについては十分に明らかにされていない. よって, PSD 患者に対するリハ専門職の知識や評価, 介入方法の視点について明らかにすることは, PSD 患者に対する介入および教育の一助となる可能性がある.

以上のことから, 本研究は, PSD 患者を担当した経験のある理学療法士 (physical therapist : 以下, PT), 作業療法士 (occupational therapist : 以下, OT), 言語聴覚士 (speech-language-hearing therapist : 以下, ST) を対象に, PSD に対する評価や対応および介入方法の視点を明らかにすることを目的とした.

II. 対象と方法

1. 対象

対象者の選定は PSD 患者を担当したことがあるリハ専門職を抽出するため, 東京都内の急性期病棟, 回復期リハビリテーション病棟, 地域包括ケア病棟を有する単一の病院に在籍している非常勤を含む PT, OT, ST の

全職員を対象に, 以下の包含基準および除外基準に従い選定した.

包含基準は, 日本脳卒中学会・脳卒中うつスケール (Japan Stroke Scale (Depression Scale))¹⁶⁾ の評価項目を参考に作成した記名式の質問紙において「今まで担当した脳卒中の患者さんのなかで, 入院中に【気分】、【罪責感、絶望感、悲観的思考、自殺念慮】、【日常活動 (仕事、趣味、娯楽) への興味、楽しみ】、【精神運動抑制または思考制止】、【不安・焦燥】、【睡眠障害】、【表情】に関する症状が継続して 1 つ以上みられた方を担当したことがありますか?」という質問に対し, 「担当したことがある」と回答した者とした. 除外基準は, 質問紙において, 「担当したことがない」, 「担当したかどうか思い出せない」, 「脳卒中患者を担当したことがない」と回答した者, 無回答の者, 質問紙を回収できなかった者, インタビュー調査の同意が得られなかった者とした. なお, 質問紙回収期限の 1 週間前に再通知した.

本研究は, ヘルシンキ宣言および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」¹⁷⁾ を遵守し, また東京はくと医療生活協同組合王子生協病院の倫理審査委員会の承認 (承認番号: 第 65 号) を受けて実施した. インタビュー調査時に口頭と書面にて研究協力の同意を得た. なお, 得られたデータに関しては, 面接者個人が特定できない処理を実施し, 著者らのみがデータを扱えるようパスワードをかけて対応した.

2. 方法

研究デザインは, 半構造化面接法を用いた質的研究とした. 本研究は, 質的研究の執筆ガイドラインである Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) の 32 項目¹⁸⁾ に従い記載した.

まず, 対象者の基本情報として, 記名式の質問紙にて以下の内容を聴取した. 質問は 1) 年齢, 2) 臨床経験年数, 3) 職種, 4) 今まで, 脳卒中後うつという名前を聞いたことがありますか, 5) 今まで, 脳卒中後うつについて学ぶ機会がありましたか, 6) 脳卒中後うつをどのような機会で知りましたか, とした. 質問 4 と 5 は「はい」, 「いいえ」の 2 択, 質問 6 は, 1) 養成校の授業, 2) 文献, 3) 院外の講習会, 4) 院内での勉強会や指導, 5) その他から当てはまるものを全て選択させた. 次に, Smith ら¹⁹⁾ と伊賀の方法²⁰⁾ を参考に, 事前に作成したインタビューガイドに沿って半構造化面接を行った. インタビューは, 対象者が話しやすい環境とするため面接者および対象者が所属する病院内の個室にて 1 対 1 で個別に行った. 面接者は, 対象者と同様の病院に在籍している SH (OT, 経験年数 10 年目, 男性, 作業療法学修士) が数回の練習を行ったうえで実施した. インタビュー時は, 対象者に了承を得て IC レコーダー (ICD-UX543F, SONY 製) にて録音し, メモを取りながら実施した.

インタビューでは、対象者が対象病院で主担当として経験した、PSDあるいはその疑いのある印象深い事例1名について聴取した。インタビュー内容は、1) PSDを疑う際の情報、2) PSDの評価方法、3) 患者に行った対応や介入方法の3点とした。繰り返しのインタビューは実施しなかった。

面接者は、対象者の自由な語りを妨げないよう傾聴し、目的とする内容把握の聴取に努めた。対象者が回答に戸惑う際は、具体例などの最低限の助言を行うことや、内容の詳細を聞き出すように、「その点についてもう少し詳しくお話ししてください」など促進的発言を行った。

データ解析方法は、PSD患者に対するリハ専門職の関わり方を把握するため、得られたデータについてテーマ分析を行った。テーマ分析とは、面接や自由記述等の媒体から、共通する関係や性質を抽出し、得られた共通項を基にテーマや法則を導き出すことである^{21,22)}。

まず、録音した音声データを文字データに変換し、対象者ごとに逐語録を作成した。逐語録からPSDを疑う際の情報、PSDの評価方法、患者に行った対応や介入方法に関する語句を抽出し、文脈の意味や内容を反映したコードを割り当てた。次に、類似したコードをまとめて1次カテゴリを作成した。さらに1次カテゴリのうち類似したものをまとめて、2次カテゴリを作成した。逐語録および分析は、Microsoft Excel（マイクロソフト社製）にて管理した。

分析は、2名の医療者SHとSS（PT、経験年数7年目、男性）が独立して行い、信用性の担保に努めた。2名の意見が一致しなかった場合は、第3者を含む医療者SH、SS、SF（PT、経験年数10年目、男性）の3名によるディスカッションを踏まえ、カテゴリを決定した。著者および共著者であるSH、SF、SS、MK（OT、経験年数8年目、男性）、KK（PT、経験年数7年目、女性）は質的研究の経験を有し、SFは熟達者である。また、分析の妥当性を高めるため、対象者全員に各々の逐語録と作成したコードおよび分析内容を提示し、分析が妥当であるかの確認を行った。対象者からの文脈とカテゴリが合致しているか意見を聴取し、同意が得られるまで修正を繰り返し、転用可能性の担保に努めた。

III. 結 果

対象者の基本情報と事例プロフィールを表1に示す。リハ専門職47名のうち選択基準を満たした15名（PT6名、OT7名、ST2名）を対象とした。アンケートを回収できなかったのは29人、PSDを担当したことがないと回答した3人を除外した。対象の年齢は 30.7 ± 6.6 歳、経験年数は 6.9 ± 5.3 年（平均 $\pm$ 標準偏差）、PSDの名前を聞いたことがある者は13名（86.7%）、PSDに関して学ぶ機会があった者は13名（86.7%）であった。

学習の機会について、養成校でPSDに関して学んだと回答した者は7名（46.7%）、文献が4名（26.7%）、院外の講習会が3名（20.0%）、院内の勉強会や指導が6名（40.0%）であった。平均面接時間は 24.9 ± 0.59 分（最長45分48秒、最短11分31秒）であった。

コード、カテゴリに関して、データより得られたコード総数は73であった。分析により、1次カテゴリは20個、2次カテゴリは10個に分類された。2次カテゴリはさらに、インタビューの文脈を踏まえ、疑い、評価、対応の3つに分類した。2次カテゴリと1次カテゴリおよび代表的な発言のまとめを表1に、各カテゴリの関連を図1に示す。【 】は2次カテゴリ、〈 〉は1次カテゴリ、[]はコードを表す。

PSDを疑う際の情報として、リハ専門職は、[声掛けに対する反応の乏しさ]、[表情の乏しさ]をはじめとする〈無気力〉や[リハに対する意欲の低さ]といった【意欲の低下】など実際のリハ場面での状態のみならず、患者の[不定愁訴]や【周囲からの指摘】からもPSDを疑っていた。また、脳卒中の後遺症による認知症や失語症を有する患者は、表出が難しいことが予想されるため、特に表情の観察に意識していた。

PSDの評価方法は、PSDを疑う情報となった、〈気分の落ち込み〉や〈悲観的な発言〉がどのような場面で起こるのかを把握するため、担当時間以外の様子を看護師や他のリハ専門職といった〈他分野に聴取〉し、【うつ状態の現れる状況の整理】を行っていた。また、[病前の性格]や[興味の変化]を【家族に聴取】した内容や、[失語の有無]、[内服の副作用]といった【他疾患の影響】を加味したうえでPSDの有無を評価していた。今回の対象においてPSDに関する評価尺度を使用している者はいなかった。

患者に行った対応や介入方法は、リハに参加しやすい場を整えることを目的とし、【本人との関係づくり】や脳卒中患者に合わせ[他者を交えた環境]あるいは[他者のいない環境]を選択し、【話しやすい環境づくり】に取り組んでいた。リハ介入時は、【うつ状態の現れる状況の整理】を行ったうえで、〈悲観的にならないための配慮〉や〈自信を持たせるための声掛け〉を目的に、[悲観的になる話題を控える]ことや[失敗体験を少なくするよう環境調整]、[できていることに対する声掛け]を行っていた。また、[運動負荷量の調整]や[課題難易度の調整]、[休憩時間の設定]を行い、〈本人のペースに合わせた介入〉内容としながら、〈自立度を向上させる介入〉を行っていた。

各職種のコードの特徴として、疑い・評価では、職種間に違いはなく[本人の発言内容]や[他者からの情報]が多く抽出された。対応ではOTで[他者との交流]が多く抽出された。

表1 脳卒中後うつに対する評価・介入の視点；カテゴリおよび代表的な発言

	2次 カテゴリ	1次 カテゴリ	コード	代表的な発言
疑い	うつ症状の観察	無気力	表情の乏しさ、 声掛けに対する反応の乏しさ	P4 元気がないような表情をされたり、あからさまだったので、正直そうなのかなっていうふうに思いました。
		悲観的な発言	死にたいという発言、 できないという発言、 やっても良くならないという発言	O1 会うたびに常に「死にたい」っていう発言であつたりですか、「生きててもしょうがない」っていう。
		身体症状	不定愁訴、睡眠不足、食欲不振	O2 寝れないとかはありましたね。食欲では、食事量は5、6割くらいは食べていましたけど、食べないということはなかったですが。
		気分の落ち込み	泣いてしまうことがある	O5 よくよく後から聞いてみれば、よく一人で涙したりはしてたみたいですし、一人で泣いてたのは覚えてます。
		意欲の低下	リハビリテーションへの意欲の 低さ、 将来に対する関心の低さ	P5 リハビリっていうものに対する意欲は最初なかったし、自分の今後に対しての希望は持っていないような話し方でした。
		将来に対する不安	退院後の生活への不安、 復職への不安	O7 独居で家族が遠くに離れていたりして家に帰るのが難しいと かって話があつて、施設に退院なんだとかっていうところで不安 があつた。
	周囲からの指摘	他職種からの情報	他職種からの情報	P2 医師と話し合ったところ、ちょっと入院のストレスが溜まっ ているのではないかとということで話ができました。
		家族からの情報	家族からの情報	S1 家族からの病前の生活を聞いたとき、仕事はやめられていな がらも奥様とお出かけをしてわりと活動的だったという情報も加 味してます。
評価	うつ症状の現れ る状況の整理	うつ症状の現れる 状況の整理	時間帯での変化、環境の違い、 入院時からの変化	S1 入院当時は割と訓練に乗り気でやってたときもあったけど、 だんだんと意欲が減ってきたのを日々、週単位、月単位で考 えて、発言内容を思い出してみても変わったかとか、どうい う状況でみられるか判断しました。
	担当時との 違いの把握	他分野からの聴取	病棟・リハビリテーション時の 症状の有無、 睡眠の状態、 他者がいるときの違い、 興味のある課題・会話、 食事の状態	S2 自分の担当していないときの状態、失語がある人でいえば、 STに限られて拒否だったりとか、消極的なのか、PTOTの時 もそうなのかとっていう意味ではリハと病棟から情報をとって いう感じですかね。
		家族からの聴取	病前の性格、興味の変化	O3 もともと家族からも一つのことを気にしたらとらわれやすい 性格であるという話があつたので、家族からの情報としてもも とそういう性格なのか、今回の病気になる前から特異的に見ら れるのかを情報として家族から聞いた。
	他疾患の 影響	他疾患の影響	内服の副作用、失語の有無	P2 基本的に鬱といっても失語のところでは表出がほとんどない方 だった。そういった変化をこちらが読み取るというところでは、 表情の変化と表出の声のトーンの変化とか唸り声から察知するこ とができなかったのかな。
対応	介入方法の 工夫	本人のペースに 合わせた介入	運動負荷量の調整、 課題難易度の調整、 本人の楽な時間に調整、 休憩時間の設定	O1 やっぱり麻痺もあるので、体の動きとかもみながら、少し動 けなければ、少なめにしようとか、その日良ければ、本人の体調 というか、体の動きに合わせてやってた気がします。
		自立度を 向上させる介入	身体機能練習、 日常生活動作練習、 環境調整	O6 やはりADLをどんどん上げて行くっていうのが本人の自信 にもつながるし、そこが第一かなってところで、最初は、本当に 機能面重視でやっていきました。
	動機づけへの 対応	悲観的に ならないための対 応	悲観的になる話題を控える、 失敗体験を少なくする環境調整、 他患者の成功例の共有	O7 特に字を読むということかは最初からずっと練習していたりし ていたが、結果的に眼球運動が良くななくて最終的に字があま り読めなかったので、できないことを何回もやらないようにはし ていた。
		自信を持たせるた めの声掛け	できていることに対する声掛け	P4 病前は独居でなんでも一人でやっていた方なので、独歩で歩 けていたり、トイレに行けたりとか、かなりできてるところも あつたので、ここはできているよねとかって、できていることの フィードバックを会話のなかでした。
	本人との 関係づくり	コミュニケーション 方法	発言に対する傾聴・共感、 過度に励まさない、	O1 傾聴して、本人の訴えを、そうなんですってっていう、それは 大変ですねってさうと、共感というよりも、聞くぐらいにし たってのはあります。
		興味を示すものに 関連した会話・ 介入	本人の好きな話題・作業、 リラックスできる会話	O3 好きだったことを再開するってところでは、カラオケが好き だったので、歌会という環境を利用して、まずは参加してもらう。
	話しやすい 環境づくり	話しやすい 環境づくり	他者を交えた環境、 他者のいない環境	O3 入院患者さんの中で気が合いそうな人を一緒に、その場にカ ラオケの場に参加してみたり、その後一緒にコーヒーを飲んで休 息したり、自分の思っていることをアウトプットしやすい環境を つくりました。
	他分野との連携	他分野との相談、 連携、情報共有	他分野との関わり方の統一、 医師への情報提供	P4 不安とか精神状態としては特に安定しているのであれば、あ えてそこには触れない、心配しないようにすることをチームで同 じような対応ですね。

ST：言語聴覚士，PT：理学療法士，OT：作業療法士，ADL：日常生活動作。

図1 脳卒中後うつに対する評価・介入の視点：各カテゴリの関係

IV. 考 察

PSDの評価：リハ専門職は患者の「不定愁訴」、睡眠不足、食欲不振といった〈身体症状〉や「表情の乏しさ」、〈悲観的な発言〉からPSDを疑っていた。PSD患者が陥りやすいストレスや認知機能およびマイナス思考のパターンとして、先行研究では注意機能低下などの認知機能障害により、再学習の効率性が低下し失敗体験が増える^{1,2)}、食事・睡眠が十分にとれず活動性が低下し廃用が進む³⁾、自身の悪いところへ目が向き、痺れや痛みを強く感じ、身体愁訴が増大し、リハが停滞することが報告されている²³⁾。よって、リハ専門職がPSDを疑う際に持つ評価の視点と実際にPSDで生じる症状は一致していることが明らかとなった。

PSDを疑った後の評価に関しては、【うつ症状が現れる状況の整理】や〈他分野に聴取〉を行っていた。スクリーニングテストを使用する要因となる【うつ症状の観察】や【他分野からの指摘】もキーワードとして含まれていたが、対象者の行動として、具体的な評価尺度を使

用していない可能性が示された。評価尺度の使用は、PSDの病態や重症度の正確な評価、および効果的な介入を行ううえで必要であり、イギリスや我が国の脳卒中治療ガイドラインにおいても推奨されている^{13,24,25)}。また、うつ病患者を適切に発見するための方法として、定期的なスクリーニングの効果がメタアナリシスにおいて示されている²⁶⁾。よって、PSDは指標を用いて、目に見える形で評価する必要があるが、実際には主観的な評価で終えている状態であることが考えられた。

評価指標の活用について、先行研究では、リハ専門職を含む医療者がPSDのスクリーニングテストを行う要因として、PSDおよびスクリーニングに関する知識、スクリーニングの有効性、ガイドラインに対する意識、病棟に定期スクリーニングのプロトコルがあること、関係者や他職種から要求や懸念が出ることが挙げられている²⁷⁾。よって、スクリーニングに関する教育と臨床におけるプロトコルという2つの視点から考察する必要がある。

まずスクリーニングに関する教育について、リハ専門

職を含む医療者のスクリーニングの遵守には PSD に関する知識や意義の理解が影響する²⁸⁾としながらも、リハ専門職のうち PSD に関する卒後教育を受けた者は 17%、評価学や治療学含めた卒前教育を受けた者は 35%¹⁵⁾と少なく、PSD に関する教育が十分に行われていない。本研究においても卒前教育を受けた者は 46.7%と半数未満であり、卒後教育に関しても、院内の勉強会などが多く教育が十分に行われていなかった。看護師に対する教育介入を行った研究では、PSD の病態、予後、介入に関する知識とスクリーニングの必要性とツールの使用方法に関する講義およびロールプレイにより、知識とスクリーニング実施の自信は向上するが、実践には至らなかったとしている²⁹⁾。すなわち、評価尺度の使用につなげるためには、PSD の知識だけでなく、多職種または病棟全体で評価尺度の使用を推奨するといった現場教育の必要性が示唆された。臨床におけるプロトコルについては、近年になって千葉県脳卒中地域連携パスに PSD に関する内容が含まれているなど³⁰⁾、地域における取り組みが行われている。現状では、意思疎通が困難な患者や短期入院患者に対する評価方法が課題であるものの³⁰⁾、このような取り組みが他の地域でも広まることで PSD に関するリハ職の認識も改善する可能性は高くなるだろう。

PSD に対する介入：リハ職による介入は〈身体機能練習〉、〈日常生活動作練習〉、〈環境調整〉、〈他者を交えた環境〉、〈他部門との関わり方の統一〉が抽出された。心因性の PSD の要因として、身体機能や動作能力、認知機能が挙げられており^{31,32)}、そのなかでも動作能力は PSD と相互作用があることが示唆されている³³⁾。また、重度の PSD の場合には、休養に加え、低負荷の運動療法、患者への共感と支持が必要であるとされる¹²⁾。本研究では、「運動負荷量の調整」や「休憩時間の設定」といった〈本人のペースに合わせた介入〉、運動麻痺に対する身体機能訓練といった〈自立度を向上させる介入〉を行っており、身体機能や動作能力への介入は先行研究による知見と一致していた。

他方、精神面への対応は、〈過度に励まさない〉のような【本人との関係づくり】を前提とし、【悲観的にならないための声掛け】、【自信を持たせるための声掛け】を意識していたが、PSD 治療において、我が国の脳卒中ガイドラインで推奨されている薬物療法^{13,34)}は抽出されなかった。この背景には、リハ専門職の薬理に対する知識の少なさに加えて、PSD は多職種連携による治療が必要であるという認識の乏しさによるものであると考える。先行研究においても、リハ専門職は看護師や介護福祉士と相談、連携、情報共有を行うことが多く、医師との連携が少ないことが挙げられている³⁵⁾。早期に三環系抗うつ薬、選択的セロトニン再取り込み阻害剤、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬などの

抗うつ薬を投与することで、PSD の改善やそれに伴う ADL 能力の改善が報告されているにもかかわらず³⁶⁻³⁸⁾、リハ専門職でそのような認識で医師と連携する者は必ずしも多いとは言えないだろう。そのため、リハ専門職は医師に対し、うつ症状の現れる状況や、発言内容に関する情報共有を行い、薬物療法と非薬物療法を組み合わせながらリハを行う必要性の認識を向上させる必要がある。

さらに、リハ専門職にとって PSD に対するリハ分野の介入効果に関する知識は必須である。PSD に対するリハの効果を検証したシステマティックレビューにおいて、PSD の改善に効果のあった介入は、反復経頭蓋磁気刺激療法や行動療法、感情焦点化療法と報告されている³⁹⁾。しかしながら、これらの介入についてはキーワードとして抽出されなかった。その背景として、これらの介入は、機器やリハ専門職の知識、スキルを要するものであるため、リハ専門職の個人の経験や環境によって応用されなかったことが推測される。黒澤ら¹⁴⁾の調査では、PSD 患者に対して身体機能への介入を行っている者は全体の 8 割に対し、精神機能への介入を行っているとは回答した者は 2 割であったことから、リハ専門職による精神機能への介入の理解が乏しいことが伺える。よって、先に挙げたスクリーニングに関する教育と同様に、知識だけでなく現場教育を行っていく必要性が示唆された。

本研究の限界として、3 点挙げられる。1 点目は、社会的望ましきバイアスである。面接時に対象者の回答は社会的に望ましい方向に歪められる傾向があることが知られている⁴⁰⁾。本研究では、個室で行うこと、面接内容を公言しないこと、面接内容が回答の善し悪しを判断するものではない旨を説明し、できる限りその影響を除いた。

2 点目は、本研究で抽出された【無気力】や【意欲の低下】は、PSD とアパシー²²⁾に共通した状態であり、今回の調査では区別できていない点である。脳卒中後にうつ病とアパシーがどのように認められるかについて調査した研究では、抑うつ気分単独が 12.1%、アパシー単独が 19.7%、両者を認めた症例は 20.6%であったと報告されている⁴¹⁾。そのため、リハ専門職が判断した PSD のなかにアパシーが含まれている可能性がある。PSD とアパシーでは、投薬効果が異なるため¹⁰⁾、医師との連携により、適切な評価および経過の観察を行う必要がある。

3 点目は、研究結果の一般化可能性である。本研究は、1 つの病院に在籍している PT、OT、ST から得られた限られたデータである。PSD の認識は卒前・卒後教育や評価に関するプロトコルの有無と関連することを考慮すると²⁸⁾、全ての病院や施設のリハ専門職を反映しているとはいえないだろう。また、本研究の対象が PSD

患者を担当したことがあると回答した者としていることから、PSDの症状を認識している者であり臨床症状から予測的にPSDに適したかわり方が行えていた可能性がある。

今後は、病院あるいは地域でPSD評価を行うためにプロトコルを作成すること、薬物療法に向けた医師との連携の構築、臨床応用の可能性が高く効果的な介入方法の開発に関する研究を蓄積することで、PSD患者に対する適切な評価と介入につながる可能性がある。また、PSDの評価や対応に関する卒後教育の構築が重要になるであろう。

リハ専門職に対してインタビューガイドを用いた半構造化面接法を行い、PSDに関する評価や介入方法の視点についてテーマ分析を行った。評価の視点として、患者の悲観的な発言や気分の落ち込み、意欲の低下といった日々の観察に基づく内容が挙げられた一方で、具体的な評価指標は使用されていなかった。対応・介入は、悲観的にならないための声掛けを意識しながら、自立度を向上させる介入を行い、他分野との連携を行いPSD患者に対する関わり方の統一を意識していた。

利益相反 開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Robinson RG, Spalletta G: Poststroke depression: a review. *Can J Psychiatry*, 2010, 55: 341-349.
- 2) Lipsey JR, Spencer WC, Rabins PV, et al.: Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *Am J Psychiatry*, 1986, 143: 527-529.
- 3) 後藤文男, 岩田 誠, 大友英一・他: 日本脳卒中学会・脳卒中感情障害(うつ・情動障害)スケール. *脳卒中*, 2003, 25: 206-214.
- 4) 加治芳明, 平田幸一, 片山泰朗・他: 本邦における Post Stroke Depression の多施設共同研究による実態調査. *神経治療学*, 2017, 34: 37-42.
- 5) Robinson RG, Jorge RE: Post-stroke depression: a review. *Am J Psychiatry*, 2016, 173: 221-231.
- 6) Singh A, Black SE, Herrmann N, et al.: Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study. *Stroke*, 2000, 31: 637-644.
- 7) Paolucci S, Antonucci G, Grasso MG, et al.: Post-stroke depression, antidepressant treatment and rehabilitation results. A case-control study. *Cerebrovasc Dis*, 2001, 12: 264-271.
- 8) Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, et al.: The long-term outcomes of depression up to 10 years after stroke; the South London Stroke Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2014, 85: 514-521.
- 9) Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al.: Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry*, 1993, 150: 124-129.
- 10) Yamakawa Y, Satoh S, Sawa S, et al.: Relationship between post stroke depression and disability in the activities of daily living in the rehabilitation specialized hospital. *Med J Ibaraki Prefectural Hosp*, 2006, 24: 1-7.
- 11) Towfighi A, Ovbiagele B, El Hussein N, et al. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Quality of Care and Outcomes Research: Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2017, 48: e30-e43.
- 12) 木村真人: 脳卒中後のうつ病とアパシー. *J Jpn Congress Neurol Emergencies*, 2012, 24: 71-77.
- 13) 園田 茂, 児玉三彦, 下堂園恵・他: 2-13 うつ状態に対する対応. *脳卒中治療ガイドライン2015*. 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会(編), 協和企画, 東京, 2015, pp317-318.
- 14) 黒澤也生子, 村木敏明, 鈴木孝治・他: 脳卒中後のうつ状態の介入に対するリハビリテーションの現状における職種間の相違～職種間における認知度の違いと教育に焦点化して～. *作業療法*, 2012, 31: 483-492.
- 15) 岩崎也生子: 脳卒中後うつ病患者に対するリハビリテーション専門職の視点に関する検討～評価・介入に焦点化して～. *日本作業療法研究学会雑誌*, 2015, 18: 27-34.
- 16) 日本脳卒中学会: 脳卒中うつスケール. <http://www.jsts.gr.jp/img/jss-d.pdf> (閲覧日2019年6月23日).
- 17) 文部科学省・厚生労働省: 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000153339.pdf> (閲覧日2019年7月27日).
- 18) Tong A, Sainsbury P, Craig J: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 2007, 19: 349-357.
- 19) Smith JA, Flower P, Larkin M: Interpretative phenomenological analysis; theory, method and research. *Qual Res Psychol*, 2009, 6: 346-347.
- 20) 伊賀光屋: 解釈的現象学的分析(IPA)の方法論. *新潟大学教育学部研究紀要*, 2014, 6: 169-192.
- 21) Braun V, Clarke V: Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 2006, 3: 77-101.
- 22) Clarke V, Braun V: Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist*, 2013, 26: 120-123.
- 23) 先崎 章: 抑うつ状態. *総合リハビリテーション*, 2007, 35: 357-364.
- 24) Miller EL, Murray L, Richards L, et al. American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council: Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 2010, 41: 2402-2448.
- 25) Intercollegiate Stroke Working Party: National Clinic Guideline for Stroke, 5th ed. Royal College of Physicians, London, 2016, pp76-78.
- 26) National Stroke Foundation: Clinical Guidelines for Stroke Management. Melbourne, Australia: National Stroke Foundation; 2010. <https://app.magicapp.org/goto/guideline/WE8wOn/rec/31031> (閲覧日2019年5月28日).
- 27) Gilbody S, House AO, Sheldon TA: Screening and case

- finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, 19: CD002792.
- 28) Hart S, Morris R: Screening for depression after stroke: an exploration of professionals' compliance with guidelines. *Clin Rehabil*, 2008, 22: 60-70.
- 29) 松本あつき, 福岡泰子, 竹下八重・他: 回復期の脳卒中患者に関わる看護師への脳卒中後うつに関する教育の効果. *日本ニューロサイエンス看護学会誌*, 2015, 2: 49-60.
- 30) 木村真人: 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)) 分担研究報告書 脳卒中地域連携パスにおける PHQ-9 を用いたうつ病・うつ状態の評価と運用実績. https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2014&jigyoId=143111&bunkenNo=201419018A_upload&pdf=201419018A0012.pdf (閲覧日 2019 年 5 月 28 日).
- 31) Babkair LA: Risk factors for poststroke depression: an integrative review. *J Neurosci Nurs*, 2017, 49: 73-84.
- 32) Vojtkiv-Samoilovska D, Arsovska A: Prevalence and predictors of depression after stroke—results from a prospective study. *Open Access Maced J Med Sci*, 2018, 6: 824-828.
- 33) Hackett ML, Anderson CS, House A, et al.: Interventions for treating depression after stroke (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, 4: CD003437.
- 34) Goodwin RD, Devanand DP: Stroke, depression, and functional health outcomes among adults in the community. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2008, 21: 41-46.
- 35) 袖山悦子, 志田久美子, 小林由美子・他: 高齢者ケアを実践している専門職の専門性・弱点に関する認識と多職種連携. *新潟医療福祉学会誌*, 2012, 12: 41-47.
- 36) Reding MJ, Orto LA, Winter SW, et al.: Antidepressant therapy after stroke. A double-blind trial. *Arch Neurol*, 1986, 43: 763-765.
- 37) Wiart L, Petit H, Joseph PA, et al.: Fluoxetine in early poststroke depression: a double-blind placebo-controlled study. *Stroke*, 2000, 31: 1829-1832.
- 38) Rampello L, Alvano A, Chiechio S, et al.: An evaluation of efficacy and safety of reboxetine in elderly patients affected by “retarded” post-stroke depression. A random, placebo-controlled study. *Arch Gerontol Geriatr*, 2005, 40: 275-285.
- 39) 堀 翔太, 藤本修平, 杉田 翔: 脳卒中後うつに対するリハビリテーション分野の治療法とその効果—ランダム化比較試験のシステマティック・レビュー—. *老年精神医学雑誌*, 2018, 29: 527-539.
- 40) Edwards AL: A factor analysis of experimental social desirability and response set scales. *J Appl Psychol*, 1963, 47: 308-316.
- 41) Hama S, Yamashita H, Shigenobu M, et al.: Post-stroke affective or apathetic depression and lesion location: left frontal lobe and bilateral basal ganglia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2007, 257: 149-152.