

修士論文要旨

研究テーマ：回復期リハビリテーション病棟入院の抑うつ・アパシーを呈する認知症高齢者に対する集団料理活動の効果の検討

学籍番号 m1470012

氏 名 窪優太

研究指導教員 竹田徳則 教授

概 要

【背景・目的】

超高齢社会の日本では、増加する認知症対策が課題である。リハビリテーションを積極的に進める回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)においても入院患者の約 65%に認知症併存の疑いがあり(中央社会保険医療協議会, 2015)、認知症への対応が課題と言える。

認知症で生じる行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia; 以下, BPSD)のなかでも、抑うつ・アパシーは出現頻度が高い(Karttunen et al, 2011)。抑うつは身体機能改善の阻害因子(Morghen et al, 2011. Tseng et al, 2012)、認知症を進行させる因子(Byers et al, 2011)と報告されている。また、アパシーは身体機能改善の阻害因子(Lenze et al, 2009)、認知症の認知・身体機能、ADL低下の促進因子(Lechowski et al, 2009)と報告されている。さらに、抑うつ・アパシーは QOL と関連している(Conde - Sala et al, 2016)ことから対応が必要である。

認知症の抑うつとアパシーに対する薬物療法には、明確なエビデンスは認められておらず(Nelson et al, 2011. Berman et al, 2012)、介入の第一選択は非薬物療法とされている(Lyketsos et al, 2006. 認知症ガイドライン, 2010)。認知症の抑うつ、アパシーは併存することが多いが発生機序の異なった独立した症状であるとされ(Hollocks et al, 2015)、それぞれの症状に対して、心理・社会的アプローチや活動を用いた介入の有用性がいくつか報告されている(Nakamaea et al, 2014. Orgeta et al, 2014. Leontjevas et al, 2013. Brodaty et al, 2012)。

しかし、これらの報告の多くは高齢者介護施設や地域在住の認知症患者を対象としている。また、Forbes ら(2015)は、認知症に対する運動介入の精神神経症状に対するエビデンスレベルは低いと報告しており、身体機能・日常生活機能の改善を目標とする回復期リハ病棟入院患者に対する抑うつ・アパシーの改善に向けた運動以外の介入が必要である。しかしながら、そのような介入およびその持続効果に関する研究は十分なされていない。

そこで本研究の目的は、①回復期リハ病棟入院の抑うつ・アパシーを呈する認知症高齢者に対する集団での料理活動(以下、料理活動)の効果および持続効果を検証すること、②介入の波及効果として QOL が改善するのかを明らかにすることである。

なお、本研究は、医療法人社団喜峰会東海記念病院倫理審査委員会(承認日平成 26 年 9 月 12 日)、星城大学研究倫理審専門査委員会へ申請・承認(承認番号 2014C0016)後に実施した。

【対象・方法】

1. 対象者

A 院回復期リハ病棟入院でリハビリテーション処方が出された、下記の条件を全て満たす者とした。

①料理活動・本研究への参加に同意。②65 歳以上。③MMSE23 点以下。④立方体模写もしくは時計描画が不可。⑤GDS15 が 4 点以上もしくはやる気スコアが 16 点以上。

対象者を回復期リハ病棟入棟時期により以下のように介入群と対照群の 2 群に分けた。

介入群 : 集団活動開始前 1 週間以内に入棟した者。

対照群 : 集団活動開始後から次の集団活動開始 1 週間前までに入棟した者。

除外基準 : 主病名もしくは既往に脳血管障害がある者。

2. 料理活動について

対象者人数 : 5 名程度の準閉鎖集団とし、規定人数に満たない場合には、A 院入院患者で料理活動参加希望者を募集し、分析対象からは除外した。

頻度・期間・時間：週 2 回，4 週間，各 40～50 分実施。

スタッフ：担当スタッフ 2 名以上が参加し，リーダーは原則筆者が担当した。担当スタッフは事前に対象者への関わり方を学習し，データ収集以前に料理活動の運営に 5 回以上関わった者とした。

対象者への関わり方：抑うつ・アパシーの改善に重要である①対象者の受容的体験を促す，②対象者が賞賛される場を設定する，③対象者の失敗体験を避けることに留意した。

3. 手順

データ収集：介入群，対照群ともに，基本属性，服薬状況，リハビリテーション実施単位数，MMSE，FIM，GDS15（抑うつに対する評価），やる気スコア（アパシーに対する評価），WHO5（QOL に対する評価）を収集する。リハビリテーション実施単位数は回復期リハ病棟入棟 6 週間までの値，MMSE は入棟時，入棟 6 週後の値を収集した。FIM，GDS15，やる気スコア，WHO5 は入棟時（介入群介入前），入棟 2 週間後（介入群介入 2 週間後），入棟 4 週間後（介入群介入終了時），入棟 5 週間後（介入群介入終了 1 週間後），入棟 6 週間後（介入群介入終了 2 週間後）に評価を実施した。

統計処理：介入群・対照群の年齢，MMSE 得点，FIM 総得点，リハビリテーション実施単位数の群間比較には対応のない t 検定を用いた。また，GDS15，やる気スコア，WHO5 の群間比較には Mann-Whitney の U 検定を用いた。統計的分析には IBM SPSS 24.0J を用い，有意水準は 5%とした。

【結果】

表 GDS15，やる気スコア，WHO5 の結果

分析対象者は介入群 14 名，対照群 13 名であった。2 群間には基本属性，服薬状況，リハビリテーション実施単位数，MMSE，FIM に著明な差は認められなかった。GDS15，やる気スコア，WHO5 に関して，介入群は入棟時と比較すると，全ての時期において改善を認めた。また，介入群と対照群の群間比較では全ての評価において介入群介入終了時である入棟 4 週間後の値のみ，統計的有意差を認めた（表）。

		介入群 (n=14)	対照群 (n=13)	p値
GDS15	入棟時	8.6±3.5	8.2±4.0	0.756
	入棟2週間後	6.1±2.1	8.5±3.2	0.068
	入棟4週間後	4.6±2.7	8.6±3.1	<0.01*
	入棟5週間後	7.1±2.3	8.5±4.1	0.325
	入棟6週間後	7.2±2.6	8.7±2.8	0.202
やる気スコア	入棟時	21.6±7.7	21.4±4.5	0.756
	入棟2週間後	17.9±6.0	22.3±6.4	0.128
	入棟4週間後	16.1±6.6	23.2±7.8	0.019*
	入棟5週間後	18.7±5.5	20.9±6.6	0.458
	入棟6週間後	20.6±6.5	22.1±6.6	0.867
WHO5	入棟時	37.1±22.4	47.7±20.6	0.280
	入棟2週間後	53.7±15.7	52.3±22.6	1.000
	入棟4週間後	60.1±18.0	44.0±23.1	0.048*
	入棟5週間後	48.6±19.7	48.3±23.2	0.867
	入棟6週間後	53.7±22.1	49.5±18.4	0.583

【考察】

本研究の介入群，対照群の基本属性，リハビリテーション実施単位数，MMSE，FIM に有意な差はなかったことより，料理活動によって認知症の抑うつ・アパシー・QOL が改善したと考えられる。

今回用いた 3 つの評価結果において，入棟 4 週間後の群間比較に統計的有意差が認められた。抑うつの改善には社会的交流の増加 (Schwarzbach et al, 2014) や自尊心の改善 (Sowislo et al, 2013) が有用であり，アパシーの改善には動機づけをする他者の存在 (Politis et al, 2004) と開始した動作を失敗なく完了すること (Leone et al, 2013) が有用とされている。これらの要素は集団での活動によって得られやすい。加えて，Brodaty ら (2012)，Nakamae ら (2014) は料理によって抑うつ・アパシー改善を報告している。以上より，集団での料理活動は認知症の抑うつ・アパシーの改善に有用であると考えられる。また，抑うつ・アパシーは QOL と関連する (Conde-Sala et al, 2016) が，本研究でも波及効果として同様に QOL の改善が認められたと考えられる。

一方で，持続効果における検討では，介入群において，入棟時と比較すると GDS，やる気スコア，WHO5 のいずれも数値上の改善はあるものの，入棟 5 週間後・6 週間後の群間比較では有意差は認められなかった。本研究の結論として，料理活動によって認知症の抑うつ・アパシーと QOL が改善したが活動終了後の持続効果は明らかではなかった。