

原著

介護老人保健施設利用者に対する脳活性化リハ5原則に基づいた
回想法実施充実度と効果の関係

～効果的なグループ回想法を実施するために～

The relationship between satisfaction and effect of reminiscence therapy
based on 5 principles of Brain-activating rehabilitation in Geriatric
Health Service Facility.

～For effective group reminiscence therapy～

藤生大我¹⁾、須田昇司²⁾、山田早綾香³⁾、山上徹也⁴⁾、堀越亮平⁵⁾Taiga Fuju¹⁾、Shoji Suda²⁾、Sayaka Yamada³⁾
Tetsuya Yamagami⁴⁾、Ryouhei Horikoshi⁵⁾

要旨

【目的】脳活性化リハ5原則に基づいた回想法実施充実度と効果の関係を検討した。

【方法】対象は、A介護老人保健施設利用者のうち、Clinical Dementia Rating (CDR) で軽度認知障害から中等度認知症の11名(平均83.0±7.1歳、全員女性)。介入は、脳活性化リハ5原則に基づいたグループ回想法を、週1回、1回約1時間、全8回実施した。評価は、介入前後にCDR-Sum of Boxes (CDR-SB)、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa Dementia Scale-revised : HDS-R)、Frontal Assessment Battery at bedside (FAB)、N式老年者用精神状態尺度、Neuropsychiatric Inventory、やる気スコアを実施した。毎回、回想法実施充実度を回想法観察評価尺度(Reminiscence Observational Rating Scale : RORS)と部分インターバル記録法による発言数のカウント(発言率)で評価し、全8回の平均値を算出するとともに、終盤3回と序盤3回の平均値の差を変化値とした。

【結果】CDR-SB、やる気スコアが介入前後で有意に改善し、RORSの下位項目の「情緒面」が序盤と比較して終盤で有意に向上した。また、RORSとHDS-Rの変化値に有意な正の相関を認めた。RORSの下位項目の「言語面」、「情緒面」の平均値は、やる気スコアの変化値と有意な負の相関を認めた。発言率の平均値は、RORSの平均値と有意な正の相関を認めたが、ほかの項目とは有意な相関を認めなかった。

キーワード：認知症、グループ回想法、充実度、脳活性化リハビリテーション

- 1) 認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12-1
- 2) たくみ株式会社 デイサービス 温泉の里
〒370-0006 群馬県高崎市問屋町1丁目7-2
- 3) 介護老人保健施設 やまぶき
〒379-2121 群馬県前橋市小屋原町977-3
- 4) 群馬大学大学院保健学研究科
〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-22
- 5) 公立藤岡総合病院
〒375-8503 群馬県藤岡市中栗須813-1

責任著者：藤生大我
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12-1
TEL : 03-3334-2173 FAX : 03-3334-2156
E-mail : m15711048 @ gunma-u.ac.jp

受領日：2017年12月27日
再受領日：2018年2月22日
採択日：2018年3月23日

英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

【考察】回想法実施充実度を高めることが、認知機能と意欲の維持向上に有効である可能性が示された。また、効果的な回想法の実施には、発言を増やすとともに、脳活性化リハ5原則に基づき楽しく、意欲的に参加できるための働きかけが有効である可能性が示された。

はじめに

認知症者の増加が社会的課題となっている。特に認知症の行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) が介護負担感を高めるため、その対応が重要とされている。認知症の非薬物療法はBPSDや介護負担を軽減する効果が示されており、BPSD対応の第一選択とされている^{1,2)}。一方で認知症疾患診療ガイドライン2017では非薬物療法のエビデンスレベルはC (弱い) とされている³⁾。この理由として、非薬物療法は「いつ、どこで、だれが、だれに、何を、どのような方法で」実施するか統制が難しいことが指摘されている⁴⁾。たとえば、非薬物療法の介入実施者の技量や内容が対象者に合っているかどうか効果が影響をおよぼすことは容易に想像できる。そこでわれわれは「どの手法を使うか」ではなく、「認知症の人と何を目的としてどう関わるか」が重要と考え、脳活性化リハビリテーション (脳活性化リハ) 5原則を提唱し、その有効性を報告してきた⁵⁻⁷⁾。脳活性化リハは、①快刺激、②ほめる、③双方向コミュニケーション、④役割、⑤失敗を防ぐ支援を原則として、対象者の好きなこと、得意なこと、慣れ親しんだことを取り入れ、少人数の馴染みの関係の中で実施するもので、残存能力を活用し、認知症があっても豊かな生活が送れるよう支援するものである⁸⁾。

われわれは、脳活性化リハ5原則に基づいて回想法を実施し、その効果を示してきた。回想法は、その実施の簡便さから臨床でよく使用されており、認知機能や抑うつ改善効果も報告されている⁹⁾。一方で、回想法の研究は、回想の内容の分類に関するもの、回想法中の発言や相互交流を質的に分析したもの、回想法前後で評価尺度の結果を量的に検討したものが多く、回想法中の過程で起こる変化と、介入前後の変化を総合的に分析することが課題とされている¹⁰⁾。また、認知症者や

認知機能の低下者における回想法は、必要に応じてスタッフが介入して、断片的な話をつないで相互交流を促すことの重要性が指摘されている¹¹⁾。そこでわれわれは、脳活性化リハ5原則に基づいて回想法を実施することで、回想法を楽しみ、意欲的に関わるなど、充実度が高いものほど、高い介入効果が得られるのではないかと考えた。本研究で脳活性化リハ5原則に基づいた回想法実施充実度と介入効果との関係が明らかになれば、効果的な回想法の実施方法を示唆できると考え、検討した。

方法

1) 対象

A介護老人保健施設の利用者で、研究に同意が得られた12名。除外基準は、著しい視力低下や難聴、高次脳機能障害等でその場の会話が困難なもの、認知症に対する薬物療法を1カ月以内に開始したもの、回想法の参加回数が全8回中5回未満のものとした。

2) 介入方法

研究デザインは、グループ回想法を用いた介入の前後比較研究とした。介入は、週1回、1回約1時間、全8回実施した。開始から終了の流れは、「始まりのあいさつ→自己紹介→回想→感想・終了のあいさつ」の順に実施した。

「始まりのあいさつ」は、リアリティオリエンテーションも兼ねて、当日のテーマ、月・日・曜日の確認、季節の話題を提供し、会話をした後、

表1 各セッションのテーマ

	テーマ	使用する道具	具体的な内容
第1回	自己紹介、地元自慢		自己紹介や地元自慢
第2回	昔の遊び	おはじき、お手玉	使い方や得意な遊びの披露
第3回	養蚕	蚕、爪	養蚕の流れ、桑摘み動作の実演
第4回	昔のおやつ	はったい粉、お湯	昔のおやつ、麦こうせん作り
第5回	お手伝い	手ぬぐい、ハタキ、箒	掃除のコツや道具の使い方伝授
第6回	米とぎ	釜、おひつ、米	道具の使い方、米のとぎ方伝授
第7回	お父さん、お母さん	針、糸、くけ台	両親の思い出、針仕事伝授
第8回	夏の暮らし	蚊取り線香、蚊帳	暑さのしのぎ方、蚊対策の話

対象者1名ずつに自己紹介をしてもらった。

「回想」の各回のテーマを表1に示した。テーマは、対象者が関心を示しやすいよう、事前に実施した楽しみ、趣味、特技、生活歴等の聴取結果や基本情報等を参考に決定した(脳活性化リハの原則①快刺激)。また、記憶の想起を促す目的でテーマに合わせて昔の生活道具や写真を用意し、見たり、触ったりして、五感を刺激しながら行った(原則⑤失敗を防ぐ支援)。また回想法実施中はスタッフに昔のことを教えてもらうよう意識して声をかけた(原則④役割)。座席配置は、対象者の認知症の重症度、生活場面での対象者同士の関係性、性格等を考慮して、スタッフで協議して決定した。スタッフは、リーダー1名、コ・リーダーは相互交流を促すため対象者2名に対して1名ずつ配置した(原則③双方向コミュニケーション)。リーダーは、司会・進行を受け持った。コ・リーダーは耳の遠い対象者とほかの対象者やリーダーとの会話の橋渡しの役を担い、耳元で話を補ったり発言内容を伝えたりした。

「感想・終了のあいさつ」は、対象者1名ずつに感想を述べてもらった。また、対象者のモチベーションを高める目的で各自に出席カードを用意し、毎回終了時に参加に対する感謝を伝えるとともにシールを貼った(原則②ほめる)。

なお全スタッフを対象に60分×2回の脳活性化リハや回想法、認知症者との接し方、コ・リーダーの役割等に関する研修を実施し、受講したスタッフが勤務の都合等に合わせてコ・リーダーとして参加した。毎回終了後にスタッフミーティングを行い、対象者の参加態度の振り返り、かかわり方の注意点、次回の座席配置等を検討し、全対象者が楽しく、意欲的に参加できるよう配慮した。

3) 評価

(1) 基本情報

対象者の年齢、性別、要介護度を調査した。

(2) 効果指標

i) 認知症の重症度

Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes (CDR-SB)^{12,13)}を実施した。記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家庭状況及び趣味・関心、介護状況の6項目で構成され0

～18点で、点数が高いほど重度であることを示す。

ii) 認知機能

①改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa Dementia Scale-revised : HDS-R)、②Frontal Assessment Battery at bedside (FAB)¹⁴⁾、③N式老年者用精神状態尺度(NM スケール)¹⁵⁾を実施した。FABは前頭葉機能の評価尺度であり、0～18点で点数が高いほど前頭葉機能が高いことを示す。NMスケールは、日常生活における精神機能を行動観察により評価するもので、家事・身辺整理、関心・意欲・交流、会話、記銘・記憶、見当識の5項目で構成され、0～50点で点数が高いほど精神機能が高いことを示す。

iii) 認知症の行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD)

Neuropsychiatric Inventory (NPI)¹⁶⁾を実施した。BPSDの尺度であり、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無関心、脱抑制、易刺激性、異常行動、夜間行動、食行動の12項目から構成され、0点～120点で点数が高いほどBPSDが重度であることを示す。

iv) 意欲

やる気スコア¹⁷⁾を実施した。14項目から構成され、0～42点で点数が高いほど意欲が低いことを示す。16点以上をアパシー陽性とする。

認知テストとやる気スコアは2名のリハスタッフ、観察尺度は対象者の生活をよく知る担当ケアスタッフが介入前後で評価した。

(3) 回想法実施充実度

本研究における「回想法実施充実度」とは、回想法を楽しんでいるか、喜怒哀楽の感情が表出されたか、意欲的か、相互交流がうまれるかなど、回想法実施中の様子のことを示している。

下記項目は毎回同一スタッフ1名を観察担当者とし、介入に参加せず、全体が見渡せる位置から、参加者の様子を観察・記録するとともに、介入中の様子を記録したビデオも参照しながら評価した。判断に困る場合は、スタッ

フで話し合い評価した。

i) 回想法観察評価尺度 (Reminiscence Observational Rating Scale : RORS)¹⁸⁾

介入中の対象者の認知面(記憶、場の注意・集中) 0~6点、言語面(言語の自由度・自発話、言語・内容の明確度) 0~6点、情緒面(参加意欲、楽しみ、表情) 0~9点、対人関係面(協調性) 0~3点の4つの下位項目から構成され、0~24点で点数が高いほど、回想法実施充実度が高いことを示す。

ii) 部分インターバル記録法による発言数のカウント(発言率)

「回想」の時間を、30秒毎に区切り、その30秒間を、1インターバルとして、全インターバル数から、発言があったインターバルの割合を求め、発言率とした。

iii) 回想法実施充実度の関連要因の観察

回想法実施中に対象者同士の交流につながった場面や発言が増えている場面等を観察して、その時のリーダー、コ・リーダーのかかわりや対象者の様子、座席の配置などを記録した。

4) 統計学的分析

効果指標は、介入後と前の差(介入後-介入前)を「変化値」とした。また、回想法実施充実度は全8回の「平均値」を算出するとともに、終盤3回と序盤3回の平均値の差(終盤-序盤)を「変化値」とした。

Shapiro-Wilk検定にて正規性を確認し、効果指標の介入前後、回想法実施充実度の序盤と終盤の変化を検討するため、対応のあるt検定を実施した。また、効果指標の「変化値」と回想法実施充実度(RORSはその下位項目)の「平均値」、「変化値」の関係を検討するためSpearmanの順位相関係数(r_s)を算出した。統計解析ソフトは、IBM SPSS Ver.24 for Windowsを用いた。

5) 倫理的配慮

本研究は、高崎健康福祉大学疫学研究倫理審査委員会の許可を得て実施した(承認番号第2201号)。施設長、対象者とその家族に本研究の目的

や方法、研究参加への自由意志と拒否権、個人情報保護の保護、得られた情報は研究以外の目的では使用しないことについて、書面を用い口頭にて説明したうえで同意書に署名を得た。

結果

1) 基本情報

介入期間中に退所した1名を除いた11名(平均年齢 83.0 ± 7.1 歳、すべて女性)を分析対象者とした。軽度認知障害(CDR0.5)が5名、軽度認知症(CDR1)が2名、中等度認知症(CDR2)が4名であり、要介護度1が4名、2が1名、3が3名、4が2名、変更申請中が1名であった。

回想法の平均参加回数は7.6回(全8回)であり、最低参加回数は5回であった。

2) 効果指標の変化(表2)

CDR-SBは介入前後で 8.0 ± 4.3 点から 6.2 ± 4.5 点($p=0.018$ t-test)、やる気スコアは 18.0 ± 9.1 点から 14.5 ± 11.6 点($p=0.028$ t-test)と有意な改善を認めた。そのほかの効果指標は、有意な変化は認めなかった。

3) 回想法実施充実度の変化と様子(表3)

表2 効果指標の変化 (n=11)

評価項目	平均±SD (点)		
	介入前	介入後	p
CDR-SB	8.0 ± 4.3	6.2 ± 4.5	0.018*
HDS-R	16.8 ± 8.0	14.9 ± 6.4	0.083
FAB	7.2 ± 3.5	7.1 ± 3.4	0.953
NM スケール	32.6 ± 13.0	36.0 ± 11.2	0.075
NPI	3.1 ± 4.1	0.9 ± 1.7	0.082
やる気スコア	18.0 ± 9.1	14.5 ± 11.6	0.028*

対応のあるt検定, $p < 0.05$: *

表3 回想法実施充実度の変化 (n=11)

評価項目	平均±SD (点)			
	全8回	序盤	終盤	p
RORS	17.5 ± 2.8	16.4 ± 2.8	16.8 ± 5.1	0.760
(認知面)	4.4 ± 0.8	4.1 ± 0.9	4.5 ± 1.2	0.221
(言語面)	4.2 ± 0.8	4.1 ± 0.9	4.3 ± 0.8	0.089
(情緒面)	6.7 ± 1.2	6.1 ± 1.3	7.1 ± 1.4	0.001**
(対人関係面)	2.1 ± 0.8	2.0 ± 0.6	2.2 ± 0.9	0.152
発言率 (%)	71.5 ± 10.1	67.3 ± 14.0	72.1 ± 14.3	0.401

対応のあるt検定, $p < 0.01$: **

RORSの平均値は 17.5 ± 2.8 点(範囲 : 13.5~21.5点)、下位項目である「認知面」は 4.4 ± 0.8 点、「言語面」は 4.2 ± 0.8 点、「情緒面」は 6.7 ± 1.2 点、「対人関係面」は 2.1 ± 0.8 点であった。発言率は平均 $71.5 \pm 10.1\%$ (範囲 : 55.3~86.7%)であった。

RORSは、序盤 16.4 ± 2.8 点から終盤 16.8 ± 5.1 点と有意な変化を認めなかった。ただし、下位項目である「情緒面」で、序盤 6.1 ± 1.3 点から終盤 7.1 ± 1.4 点へ有意に向上した($p=0.001$)。そのほかの項目、発言率は、有意な変化を認めなかった。

観察結果から、リーダー、コ・リーダーのかかわりは、リーダーが口数の少ない対象者の発言の機会を設けている、コ・リーダーが傍につくことで発言が増える、コ・リーダーが間に入ることで、対象者同士の会話が続く様子が観察された。座席配置は、手の届く距離に他対象者がいる場合、肩を叩いて話しかけ、手が届かない場合は、話しかけるのを諦める様子がみられた。対象者で仲の良いペアの座席位置が遠い場合、発言が減少する様子が観察された。

4) 回想法実施充実度と効果指標との相関

(表4-7)

RORS・発言率の平均値・変化値と各効果指標の変化値との関係を表4に示した。RORSの平均値と各効果指標の変化値の間には有意な相関を認めなかった。一方、RORSの変化値はHDS-Rの変化値と有意な正の相関を認めた($r_s = 0.64$ 、 $p = 0.03$; 図1)。発言率の平均値・変化値は各効果指標の変化値と有意な相関を認めなかった。

RORSの下位項目の平均値と各効果指標の変化

表4 RORSと発言率の平均値・変化値と各効果指標の変化値の関係(n=11)

(r_s , p)

効果指標の変化値	RORS		発言率	
	平均値	変化値	平均値	変化値
CDR-SB	0.22, 0.51	0.47, 0.14	0.08, 0.82	0.42, 0.20
HDS-R	-0.13, 0.71	0.64, 0.03*	-0.19, 0.57	0.19, 0.57
FAB	0.19, 0.57	-0.40, 0.23	0.31, 0.35	-0.22, 0.53
NM スケール	-0.06, 0.86	0.01, 0.91	-0.31, 0.36	0.57, 0.05
NPI	0.13, 0.70	0.04, 0.91	0.04, 0.89	-0.17, 0.61
やる気スコア	-0.56, 0.07	-0.06, 0.87	-0.31, 0.36	-0.34, 0.30

Spearmanの順位相関係数, $p < 0.05$: *

表5 RORSの下位項目の平均値と各効果指標の変化値の関係(n=11)

(r_s , p)

効果指標の変化値	RORSの下位項目の平均値			
	認知面	言語面	情緒面	対人関係面
CDR-SB	0.24, 0.48	0.27, 0.42	0.24, 0.48	-0.25, 0.46
HDS-R	-0.19, 0.58	-0.15, 0.66	-0.12, 0.73	-0.12, 0.72
FAB	0.24, 0.48	0.12, 0.73	0.13, 0.70	0.12, 0.72
NM スケール	-0.06, 0.85	0.23, 0.71	0.04, 0.92	-0.26, 0.44
NPI	0.19, 0.58	0.35, 0.30	0.23, 0.49	-0.32, 0.34
やる気スコア	-0.57, 0.07	-0.79, <0.01**	-0.66, 0.03*	0.02, 0.95

Spearmanの順位相関係数, $p < 0.05$: * $p < 0.01$: **

表6 RORSの下位項目の変化値と各効果指標の変化値の関係(n=11)

(r_s , p)

効果指標の変化値	RORSの下位項目の変化値			
	認知面	言語面	情緒面	対人関係面
CDR-SB	0.51, 0.11	0.43, 0.19	0.35, 0.30	0.21, 0.54
HDS-R	0.66, 0.03*	0.33, 0.32	0.60, 0.05	-0.12, 0.72
FAB	-0.57, 0.07	-0.58, 0.08	-0.17, 0.62	-0.32, 0.33
NM スケール	-0.01, 0.98	-0.22, 0.52	-0.03, 0.94	-0.27, 0.43
NPI	0.03, 0.92	0.68, 0.02*	-0.05, 0.89	0.08, 0.81
やる気スコア	-0.01, 0.97	0.41, 0.21	-0.01, 0.99	0.26, 0.45

Spearmanの順位相関係数, $p < 0.05$: *

表7 RORSと発言率の平均値・変化値の関係(n=11)

(r_s , p)

RORS		発言率	
		平均値	変化値
RORS	平均値	0.88, <0.01**	-0.13, 0.70
	変化値	0.13, 0.71	0.43, 0.19
(認知面)	平均値	0.91, <0.01**	-0.11, 0.76
	変化値	-0.06, 0.87	0.53, 0.10
(言語面)	平均値	0.69, 0.03*	0.08, 0.82
	変化値	-0.25, 0.46	-0.15, 0.67
(情緒面)	平均値	0.80, <0.01**	0.04, 0.92
	変化値	0.23, 0.50	0.20, 0.56
(対人関係面)	平均値	0.46, 0.16	-0.46, 0.15
	変化値	0.09, 0.79	0.08, 0.81

Spearmanの順位相関係数, $p < 0.05$: * $p < 0.01$: **

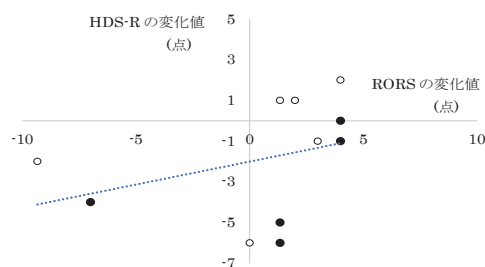


図1 RORSの変化値とHDS-Rの変化値の関連性(n=11)

●: 軽度認知障害 ○: 認知症

RORSの変化値はHDS-Rの変化値と有意な正の相関($r_s = 0.64$ 、 $p = 0.03$; Spearmanの順位相関係数)

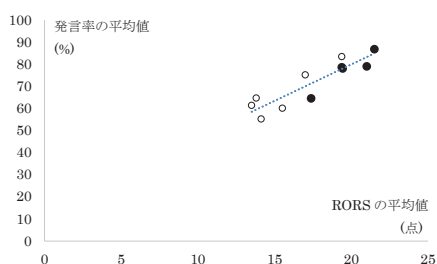


図2 RORSの平均値と発言率の平均値の関連性 (n=11)

●: 軽度認知障害 ○: 認知症

RORSの平均値は発言率の平均値と有意な正の相関

($r_s=0.88$, $p<0.01$; Spearmanの順位相関係数)

値との関係を表5に示した。RORSの下位項目である「言語面」($r_s=-0.79$, $p<0.01$)、「情緒面」($r_s=-0.66$, $p=0.03$)の平均値とやる気スコアの変化値にのみ有意な負の相関を認めた。

RORSの下位項目の変化値と各効果指標の変化値との関係を表6に示した。RORSの下位項目である「認知面」の変化値はHDS-Rの変化値と有意な正の相関を認めた($r_s=0.66$, $p=0.03$)。また、「言語面」の変化値はNPIの変化値と有意な正の相関を認めた($r_s=0.68$, $p=0.02$)。

RORS(その下位項目)と発言率の平均値・変化値の関係を表7に示した。RORS(下位項目の「認知面」、「言語面」、「情緒面」)の平均値は発言率の平均値と有意な正の相関を認めた($r_s=0.88$, $p<0.01$; 図2)。RORS(その下位項目)の変化値は発言率の平均値・変化値と有意な相関を認めなかった。

考察

本研究では脳活性化リハ5原則に基づいたグループ回想法の実施により、効果指標ではCDR-SB、やる気スコアが介入前後で有意な改善を示した。また、回想法実施充実度ではRORSの下位項目である「情緒面」が序盤と比較して終盤で有意な向上を示した。山上ら⁷⁾は、在宅生活中の軽度認知障害から軽度認知症者を対象に、脳活性化リハ5原則に基づいた回想法を実施し、やる気スコアの有意な改善を報告している。また介護老人保健施設利用者を対象に、同様の介入を実施した無作為化比較試験において、CDR-SBの改善を報

告している⁶⁾。本研究はこれらの先行研究と同様の結果を示した。RORSの「情緒面」は、参加意欲、楽しみ、表情で構成されているため、脳活性化リハ5原則に基づいた介入により、楽しく参加することや参加意欲の向上が反映された可能性が考えられた。

回想法実施充実度(RORS)と効果指標の関係について、RORS変化値とHDS-Rの変化値との間に正の相関を認めた。これは、介入前に比べて介入後にHDS-Rの点数が高いほど、回想法の序盤に比べて終盤の充実度が高い(RORSの変化量が大きい)ことを示している。RORSの下位項目である「言語面」、「情緒面」の平均値とやる気スコアの変化値が負の相関を認めた。これは、「言語面(言語の自由度・自発話、言語・内容の明確度)」や「情緒面(参加意欲、楽しみ、表情)」の得点が高いほど意欲が高まったことを示している。以上より、回想法実施充実度を高める関わりにより、認知機能と意欲の維持向上といった効果が得られる可能性が示された。

一方、発言率の平均値とRORSおよび各効果指標の関係をみると、発言率の平均値はRORSの平均値と強い正の相関を認めた。しかし、各効果指標との間には相関を認めなかった。

回想法は記憶の想起を促す刺激材料を用いることで、記憶障害がある認知症者でも、手続き記憶やエピソード記憶に働きかけることが可能であり、刺激材料を通して参加者の発言回数が増加し、参加者同士の交流につながると言われている^{19,20)}。Tadakaら²¹⁾は、個人史に基づいた回想法を実施し、引きこもりの改善効果を示している。本研究でも脳活性化リハ5原則に基づき、記憶の想起を促すため刺激材料の活用や、対象者の生活歴の聞き取り結果等に基づきテーマを決めたことで、興味・関心が高まり、自発話が増えたことでRORSの「言語面」、「情緒面」が高まり、介入に楽しく・意欲的に取り組んだ結果、生活全般の意欲の向上や認知機能の維持に繋がったのではないかと考えた。ただし、RORSの下位項目である「言語面」の変化値はNPIの変化値と正の相関を認めており、このような症例では生活場面でも自発話が増えることでBPSDが悪化したと評価される可能性が示唆された。

回想法中の観察結果より、コ・リーダーを通して対象者同士の交流につながる場面があった。黒川¹¹⁾は、認知症者の回想の多くは構成力を欠き、断片的、常同的に語られるため、スタッフが必要に応じて介入し、一見ばらばらに見える点と点を面へと浮かび上がらせるように試みることで、体験の共有が促進され、グループの凝集性が高まったと報告している。本研究では、対象者2名に対して1名のコ・リーダーを配置したため、対象者の発言の意図を理解し、ほかの対象者が理解できるように伝えるなど、相互交流を促したことが充実度の向上につながった可能性がある。また対象者の座席配置は、「肩を叩く」行動によりほかの対象者とコミュニケーションを図ろうとし、届かない場合は諦める様子があったため、距離が近いことが会話を促す一つの要因になる可能性がある。

また、注意障害や加齢による聴力低下により、言語的な声かけでは話しかけられたことを認識できず、「肩を叩く」という非言語的コミュニケーションにより、対象者間の交流が可能になるのかもしれない。このように、回想法実施充実度を高めるかわり、効果的な回想法の実施に必要であると考えた。

本研究の結果、回想法実施充実度が高いほど、認知機能と意欲の維持向上に繋がる可能性が示された。また効果的なグループ回想法の実施には脳活性化リハ5原則に基づき、対象者が楽しく、意欲的に参加できるための働きかけが重要である可能性が示された。本研究の限界として、対象者に軽度認知障害者も含まれており認知症者に対するグループ回想法の結果として一般化が難しい。また充実度の評価の一つとした発言率は、回数だけの評価としたため、ほかの要素を反映できていない。加えて、対照群を設けていないため、介入以外の影響も排除できない。そのため、今後は対象者を増やし、対照群を設けて、自発的な発言か、他者に対する発言か等を詳細に分析し、充実度と効果指標の関係や効果的な回想法の実施方法を検討する必要がある。

謝辞：本研究にご協力いただいた介護老人保健施設の利用者や職員の方々に心から感謝いたします。

COI：なし

文献

- 1) 平成27年度厚生労働省科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)：かかりつけ医の為のBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版) 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成 2015.
- 2) Olazarán J, Reisberg B, Clare L, et al : Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease ; a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 30 (2) : 161-178, 2010.
- 3) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会：認知症疾患診療ガイドライン2017. pp67-70, 医学書院, 2017.
- 4) 深津 亮, 斎藤 正彦：くすりに頼らない認知症治療〈1〉—非薬物療法のすべて. pp12-19, ワールドプランニング, 2009.
- 5) Yamagami T, Takayama Y, Maki Y, et al : A randomized controlled trial of brain-activating rehabilitation for elderly participants with dementia in residential care homes. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2 (1) : 372-380, 2012.
- 6) 山上徹也, 堀越亮平, 田中壮佑, 他：老健における脳活性化リハビリテーションの有効性に関するRCT研究：集団リハで認知症重症度改善と主観的QOL保持. *Dementia Japan* 29 (4) : 622-633, 2015.
- 7) 山上徹也, 藤田久美, 小岩井あさみ, 他：地域における認知症発症・進行予防プログラムとしての脳活性化リハビリテーションの有効性. *老年精神医学雑誌* 21 (8) : 893-898, 2010.
- 8) 山口晴保, 佐土根朗, 松沼記代, 他：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイントー快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごうー第3版, pp175-212, 協同医書出版社, 2016.
- 9) Huang HC, Chen YT, Chen PY, et al : Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with Dementia ; a meta-analysis of randomized controlled trails. *J Am Med Dir Assoc* 16 (12) : 1087-1094, 2015.
- 10) 野村豊子：回想法とライフレビューその理論と技法, pp26-35, 中央法規出版, 1998.

- 11) 黒川由紀子：痴呆老人に対する心理的アプローチ 老人病院における回想法グループ. 心理臨床学研究 13 (2) : 169-179, 1995.
- 12) 音山若穂, 新名理恵, 本間昭, 他 : Clinical Dementia Rating (CDR) 日本語版の評価者間信頼性の検討. 老年精神医学雑誌 11 : 521-527, 2000.
- 13) 目黒謙一：認知症早期発見のためのCDR判定ハンドブック, pp1-89, 医学書院, 2008.
- 14) 前島伸一郎, 種村純, 大沢愛子, 他 : 高齢者に対する Frontal assessment battery (FAB) の臨床意義について. 脳と神経 58 (3) : 207-211, 2006.
- 15) 小林敏子, 播口之朗, 西村健, 他 : 行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度 (NMスケール) および日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL) の作成. 臨床精神医学 17 (11) : 1653-1668, 1988.
- 16) 博野信次, 森悦朗, 池尻義隆, 他 : 日本語版 Neuropsychiatric Inventory 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. 脳と神経 49 (3) : 266-271, 1997.
- 17) 岡田和悟, 小林祥泰, 青木耕, 他 : やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価. 脳卒中 20 (3) : 318-323, 1998.
- 18) 小海宏之, 岡村香織, 岸川雄介, 他 : 回想法観察評価尺度作成の試み. 老年精神医学雑誌 19 (1) : 61-69, 2008.
- 19) 津田理恵子 : 行動観察スケールを活用した認知症高齢者への回想法の効果測定. 行動療法研究 37 (2) : 77-90, 2011.
- 20) 野村勝彦 : 認知症高齢者のグループ回想法実施上の課題. 福岡女学院大学大学院紀要 3 : 67-72, 2006.
- 21) Tadaka E, Kanagawa K : Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. Geriatr Gerontol Int 7 (2) : 167-173, 2007.