

認知症の非薬物療法 —スヌーズレンを中心とした文献研究—

眞田 敏*、安田 万里子**、加戸 陽子***

Non-medication therapy for people with dementia: A review focusing on Snoezelen

Satoshi SANADA*, Mariko YASUDA**, Yoko KADO***

Abstract

In recent years, people with dementia have increased with the increase in elderly population. Support for people with dementia and their families is the most important issue in considering the health and quality of life of the elderly. In this paper, we outlined the medical background of dementia and non-medication therapy for people with dementia and reviewed the eight papers on Snoezelen currently considered important. There were many reports that Snoezelen was effective in improving mood and behavior, such as aggressive/challenging behavior, agitation, wandering, maladaptive behavior, etc. Regarding cognitive decline, which is the core symptom of dementia, it was reported that a short-term improvement was observed in a study conducted on severe/the most severe dementia. Finally, it is worth noting that one study reported a long-term improvement in behavior which continued during the follow-up period after 8 weeks.

キーワード：スヌーズレン Snoezelen、認知症 Dementia、非薬物療法 Non-medication therapy

I. はじめに

平成29年度の主な国の平均寿命の年次推移図(厚生労働省、2018)¹⁾によると、我が国の平均寿命は男性81.09歳、女性87.26歳であり、フランス、ドイツ、イタリア、アイスランド、カナダなどの先進諸国と同様に過去52年で男女ともに10歳前後の大幅な平均寿命の伸びを認めている。このような平均寿命の延長は、高齢者人口の増加につながり、少子化現象と相まって、近年におけるわが国の高齢化率の上昇に繋がっている。平成30年版

高齢社会白書(内閣府、2018)²⁾によると、我が国の高齢者(65歳以上)人口は3,515万人であり、総人口は1億2,671万人で、高齢化率は27.7%である。また、Gratton & Scott(2016)³⁾は、2007年に生まれた子どもの50%は107歳まで生きると予測しており、人生100年時代への備えが現代社会の重要課題の一つである。このような社会において、高齢者が有意義な日常生活をおくるうえで、身体的機能の衰えによるADLの低下や認知症によるQOLの低下などが、直接的な妨げとなるが、これらの問題は高齢者自身のみならず家族のQOLにも少なからず負の影響を及ぼす。認知症の多くは現在の医療では完治が望めない疾患であり、また、進行性の疾患でもあることから、そ

* 広島文化学園大学学芸学部子ども学科
** 川崎医科大学附属病院臨床心理センター
*** 関西大学文学部総合人文学科

の介護は長期間におよび、介護者にとって経済的、身体的、心理的な負担となっている。坂口ら(2017)⁴⁾は、認知症者を介護する65歳以上の高齢者122名(回答者104名;回答率85.2%)の調査で、在宅介護期間が4年以上に及んでいる割合は68%以上であるとし、また同時に、介護負担感、心理ストレスが直接的要因と思われる睡眠障害が87名(83.7%)に認められたことも報告している。このように、認知症は本人のみならず、その介護を行っている家族にとっても重大な問題であり、認知症者とその家族への支援は高齢者の健康やQOLを考える上では避けて通ることはできない課題である。

オランダのHulsegeとVerheul⁵⁾によって1970年代に導入されたスヌーズレン(Snoezelen)環境が、リラクゼーション効果をもたらすことから、近年、同環境の認知症者への適用が実践されており、認知症者にとって有益であることが報告されている。例えばBakerら(1997)⁶⁾は認知症のある高齢者を対象に観察し、社会的逸脱行動、気分、認知における改善が見られたこと、さらに、スヌーズレンセッションでは言語表現や記憶回復に関する促進の兆しさえ認められるとの報告がなされている。さらにVan Weertら(2005)⁷⁾やLancioniら(2009)⁸⁾は、認知症高齢者の逸脱行動や引きこもりに対する効果があること、さらにセッションで見られた効果が持続することも報告している。これらの結果よりスヌーズレンが認知症者のみならずその介護者や支援者に及ぼすポジティブな影響も期待される。

そこで、本稿では、まず認知症について理解するために必要な、認知症のタイプ別分類、症状、経過、病態メカニズムおよび薬物療法などの医学的知見について概説し、ついで、心理療法、音楽療法、認知症症状の緩和をめざした非薬物療法についてレビューを行う。さらに、認知症者を対象としたスヌーズレンに関する最近の論文を概観し、その臨床的意義について明らかにすることを目的とする。

II. 認知症の理解

認知症は、いったん獲得した知能が、各種要因によって減退した状態で、注意、実行機能、記

憶、言語など認知領域において問題が生じ、日常生活・社会生活が阻害される状態であり、DSM-5による診断基準は以下の通りである(表1)。

表1 DSM-5による認知症の診断基準(2013年)

A.	1つ以上の認知領域(複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知)において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている: (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという概念、および (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された、実質的な認知行為の障害
B.	毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する(すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする)。
C.	その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
D.	その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない(例:うつ病、統合失調症)。

高橋三郎・大野裕(監訳)(2014). DSM-5: 精神疾患の診断・統計マニュアル医学書院⁹⁾

原因疾患としてアルツハイマー型、レビー小体型、脳血管性、前頭側頭型などに分類され、記憶障害が共通の中核症状であるものの、各タイプによりに症状が異なっている。

記憶力は、体力・身体能力と同様に加齢とともに低下するため、認知症の初期の記憶障害との区別は必ずしも容易ではない。この問題について、三山(2004)¹⁰⁾は、親しい友人や同僚に気づかれない程度の記憶障害は、年齢相応の問題とし、一方、アルツハイマー型認知症に発展するかもしれない状態としては、家族が「あれっ」と感じる場面が多くなったり、同じことを何回も言ったり、忘れが目立つようになることに加え、興味・関心・意欲が減退してくるなどの状況を挙げている。しかし、従来の認知症と健常者という二群で判断するのではなく、その中間状態である軽度認知症

(Mild Cognitive Impairment : MCI) が、認知症の前段階として、その早期発見の重要性が指摘されている¹¹⁾。そこで、以下にDSM-5による軽度認知症の診断基準を挙げる (表2)。

表2 DSM-5による軽度認知症の診断基準(2013年)

A.	<p>1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）において、以前の行為水準から軽度の認知の低下があるという証拠が以下に基づいている：</p> <p>(1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、軽度の認知機能の低下があったという懸念、および</p> <p>(2) 可能であれば標準化された神経心理学的検査に記録された、それがなければ他の量化された臨床的評価によって実証された認知行為の軽度の障害</p>
B.	<p>毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害しない（すなわち、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの複雑な手段的日常生活動作は保たれるが、以前より大きな努力、代償的方略、または工夫が必要であるかもしれない）。</p>
C.	<p>その認知欠損は、せん妄の状態でのみ起こるものではない。</p>
D.	<p>その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）。</p>

高橋三郎・大野裕（監訳）（2014）. DSM-5：精神疾患の診断・統計マニュアル医学書院⁹⁾

また、早期からの診断やその精度を上げることが求められていることから、①精神状態短時間検査、②臨床認知症評定法、③ウェクスラー記憶検査法の遅延再生課題、④高齢者用うつ尺度短縮版、⑤アルツハイマー病評定尺度、⑥神経精神目録などのテストバッテリーを用いた評価法なども提案されている¹²⁾。さらに近年では、早期診断の精度を高めるためアルツハイマー型認知症の原因物質であるアミロイドをマーカーとした神経画像検査の導入も検討されている¹³⁾。

1) アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症は認知症の中で最も多く、その中核的症状は記憶障害である。初期段階ではエピソード記憶領域を中心とした近時記憶障害が現れ、ついで進行に伴い、日付、場所や、人に関する感覚を失う見当識障害や視空間認知障害が加わるようになる¹⁴⁾。また周辺症状として、比較的初期から無関心や意欲の低下を伴い趣味の減少や社会生活の狭小化を認める¹⁴⁾。さらに物を取られた、誰かが持って行ったなどという被害妄想が出現する場合もあり、介護者にとって精神的な負担となる¹⁵⁾。さらに中期では、記憶障害に加えて、失語、失行、失認などの高次脳機能障害や物事の段取りを考えて実行する能力、遂行障害が出現するようになる¹⁴⁾。運転能力の評価では、反応の正確さ・反応のムラに加え、複雑なハンドル操作も拙劣になることが報告されている¹⁶⁾。

疫学研究から、アルツハイマー型認知症の危険因子として、加齢、頭部外傷、アルツハイマー型認知症の家族歴、母親の高齢出産、ダウン症候群、アポリポタンパク質E4などが報告されている¹⁷⁾。病態メカニズムとして、βアミロイドとタウという2種類のタンパク質が、特に記憶に重要な海馬において蓄積することにより記憶障害を引き起こすと考えられているが、最初にβアミロイドが増加しこれがタウの異常リン酸化を引き起こし、シナプス喪失や神経細胞死などを引き起こすとする因果関係の連続モデルや、上記2つの物質が別々に増加したり過剰リン酸化したりし、これらがリンクして神経細胞の障害を引き起こすとする二重経路仮説などが提唱されている¹⁸⁾。

アルツハイマー型認知症の中核症状に対する薬物療法として、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤である塩酸ドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、リバスチグミン（イクセロンパッチ）、メマンチン（メモリー）などがある。薬理機序として、アセチルコリンエステラーゼの活性を阻害し、記憶と学習に関わると考えられている¹⁹⁾アセチルコリンの濃度を上昇させることにより、症状の改善を期待するものである。

2) レビー小体型認知症

レビー小体型認知症は、1976年にKosakaら²⁰⁾

によって最初の事例が報告された。その後、1995年の国際ワークショップにおいて疾患概念として提唱された。進行性の認知機能障害に加えて、特有の精神症状とパーキンソン症状を伴う認知症であり、アルツハイマーに次いで多い変性性認知症である²¹⁾。病理学的特徴として、 α -シヌクレインを構成成分とした異常タンパク質であるレビー小体が神経細胞内に蓄積し症状が出現するようになるが、これが主に中脳の黒質に蓄積した場合は運動障害をともなうParkinson病となり、大脳皮質の広汎な領域に現れた場合はレビー小体型認知症となる。レビー小体型認知症の症状・経過には以下の3徴がある。それらは、①認知機能の変動、②繰り返し出現する幻視、③パーキンソン症状である。認知機能の変動とは、時間や場所、周囲の状況に対する認識や会話をした際の理解力など、良好な状態の時と、そうでないときの差が目立つということである。幻視は、実際には存在しないものが見えるという症状で、夜間に多い。また、パーキンソン症状とは、体や表情が硬くなる、体の動きが減る、運動がぎこちなくなる、手が震える、姿勢が前傾になる、バランスを崩しやすくなる、小股で歩く、突進して止まれなくなるなどの運動症状が出現する状態であるが、立ちくらみや失神などの自律神経症状を伴うこともあり、転倒することが多い。治療はそれぞれの症状に対する対症療法が行われるが、アルツハイマー型認知症と同様に、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬が第一選択薬である。

3) 脳血管性認知症

血管性認知症は、脳梗塞によって神経細胞が虚血や無・低酸素状態となり、その結果、神経組織が傷害されたり、脳の血管が破綻し、脳出血やくも膜下出血が生じて認知症症状が出現する。脳血管障害のエピソードを繰り返すたびに症状は階段状に進行する。前述のアルツハイマー型やレビー小体型などの変性疾患に基づく認知症では潜在性に発症し緩徐に進行するため、経過の特徴を知ることが病型分類の手掛かりとなる。ただし小さい梗塞が多数生じるような多発性小梗塞では緩徐に進行することが多く、経過から鑑別することは困難である。脳梗塞や脳出血の危険因子として、高血圧、糖尿病、高脂血症などが挙げられ、これら

生活習慣病を予防することがこのタイプの認知症の予防につながる。同タイプの記憶障害は比較的軽症であることが多く、幻覚・妄想もまれである。また、池田ら(2009)¹⁴⁾は、26例の血管性認知症のうち20例(71.4%)の症例で意欲の低下や無関心が認められ、アルツハイマー型との比較で際立って多いことを報告し、これにともなう活動性の低下が廃用症候群を引き起こすか、または併存することにより認知機能障害をさらに増悪させている。

4) 前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症は、Arnold Pickが19世紀末に最初の報告²²⁾をしたことに因み、ピック病ともいわれる。認知症の6~12%はこのタイプであると推測²³⁾されており、40~60歳の初老期に発症することが多く、病理所見として、前頭葉および側頭葉の萎縮が特徴である²⁴⁾。前頭葉は、評価、判断、プランニング、ワーキングメモリー、反応の切り替え、抑制などの実行機能の中枢であり、注意機構や意欲・動機など高次脳機能などの座でもあり、また、表出性言語中枢も存在する。同部位の障害に基づき、人格変化、行動異常、言語機能障害などの特徴が現れ、さらに、前頭葉は情動・本能の中枢である辺縁系を制御・抑制していることから、この機能の欠如が、粗暴・悪ふざけなどの自制力の低下、本能のおもむくままの行動や反社会的行動にもつながる。

前頭側頭型認知症の行動障害を改善するための薬物療法として、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)が試みられているが、有効性については十分には検討されていない。

Ⅲ. 認知症の非薬物療法

認知症治療のうち、薬物療法以外是非薬物療法として一括される。認知症患者への非薬物療法とは、認知機能をはじめ日常生活動作や行動の障害により日常での活動が制限され、社会参加が制約された状態に関連する個人的な要因や環境的な要因に焦点をあて、これらの制限や制約を緩和・軽減させるために行う治療的介入である²⁵⁾。認知症患者への心理・社会的アプローチは1950年代より開発さ

れてきた²⁶⁾。米国精神医学ガイドラインによれば、認知症へのアプローチは「認知に焦点をあてたアプローチ」、「刺激に焦点をあてたアプローチ」、「行動に焦点をあてたアプローチ」、「感情に焦点をあてたアプローチ」の4つに大別される²⁷⁾ (表3)。本項ではこれらの一部を紹介する。

表3 非薬物療法の代表的アプローチ

種類	アプローチ法
認知に焦点をあてたアプローチ	現実見当識訓練 認知機能訓練 など
刺激に焦点をあてたアプローチ	アロマセラピー スヌーズレン など
行動に焦点をあてたアプローチ	認知行動療法 など
感情に焦点をあてたアプローチ	回想法 バリデーション療法 など

1) 認知に焦点をあてたアプローチ

認知に焦点をあてた認知療法の1つに現実見当識訓練 (reality orientation training; RO) がある。現実見当識とは、日付や季節、今いる場所等、時間、場所、周囲の人について正しく認識する機能のことであり、ROとは低下した現実見当識機能に対する直接的な治療的介入技法である²⁸⁾。ROには非定型ROと定型ROの2種類がある。非定型ROとは、日常生活での様々な場面で日時や所在地、天気など「今」の状況を五感 (視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚) で確認できるような言葉によって意図的に働きかけていく方法²⁹⁾ で、例えば、食事の時間の掛け声として単に「ご飯ですよ」と呼びかけるのではなく、「〇〇さん、今お昼の時間です。ご飯を食堂で食べましょう」と具体的に伝える。定型ROとは、決まった時刻と場所に対象者を集めて行う集中的なセッションである。若松ら (1999)³⁰⁾ は見当識を中心とした認知機能の改善を目的に、入院中の認知症患者に対して定型ROを実施し、RO不参加群では認知機能スクリーニング検査得点に変化がなかったのに対し、RO参加群全体で得点が有意に改善したことを報告している。しかし、若松・三村 (2008)²⁸⁾ はROがより効果的であるのは、認知症の発症初期や軽度の段階であり、技法の性質上ある程度の言語理解力が必要となることを指摘している。また、対象者

にとって強制的訓練のような印象を与えてしまう恐れもあるため、対象者の自尊心を傷つけない配慮が必要となる³¹⁾。

2) 刺激に焦点をあてたアプローチ

刺激に焦点をあてたアプローチの例としてアロマセラピーが挙げられる。このセラピーでは植物から抽出した香り成分である精油を使用するが、その効能として鎮静・興奮、覚醒や睡眠、ストレス緩和やリラクゼーション、免疫や内分泌および気分や情動、疲労感や作業効率の向上などがあるとされている³²⁾。Fujiら (2008)³³⁾ は認知症の中核症状に加えて現れる焦燥・興奮、異常行動、妄想、幻覚、などの行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) を呈する認知症患者を2群に分け、介入群にラベンダーオイルを1日3回嗅がせたところ、BPSDの指標の有意な低下を認めたことを報告した。また、木村ら (2005)³⁴⁾ は午前中と夜間にそれぞれ違う香りを嗅がせたところ、認知機能に改善が見られ、さらに、副作用がなく、安全性も認められたことを報告した。知念ら (2012)³⁵⁾ は認知症高齢者の生活圏の拡大や見当識、排便などの活動性・見当識・自律神経機能の賦活効果にアロマセラピーが有用であると述べている。

3) 行動に焦点をあてたアプローチ

行動に焦点をあてたアプローチには、認知行動療法が含まれる。同療法は、感情や気分に影響を及ぼしている考え方や物事の受け取り方を修正し、行動の変容をはかる技法であり、うつ病の治療に効果が認められ、成人期のみならず小児期の臨床現場でも広く活用されている³⁶⁾ ³⁷⁾。高齢者とうつの関係は密接であり、抑うつ状態はQOLや主観的幸福感、満足感と関連する要因であることから、重症の場合は自殺などの危険性を伴うことがある³⁸⁾。老年になると身体症状を発症する可能性が高く、これに起因して気分に変調をきたすことも稀ではない³⁹⁾。そのため、早期のアプローチが必要となる。具体的な治療技法として、認知再構成 (コラム法)、行動活性化法がある。認知再構成は、気分の動いた状況、その状況における気分と関連した自動思考 (ふと思いつく浮かぶ考えのこと) を書き出し、自己洞察することで、より適応

的な思考を見つけることを促す方法である。また、行動活性化法は、患者に1週間の行動の記録をつけてもらい非適応的な行動パターンの修正をはかる方法である⁴⁰⁾。Stanleyら(2013)⁴¹⁾は、軽度から中等度の認知症者に対して6か月間のプログラムを実施し、期間中に自己の不安をセルフモニタリングさせ、深呼吸法を指導するとともに、臨床家が個人に沿った対処法を提示した結果、有効性が認められたことを報告している。

4) 感情に焦点をあてたアプローチ

感情に焦点をあてたアプローチの1つに回想法が挙げられる。回想法とは精神科医Butler(1963)⁴²⁾によって創始された心理療法で、老年期の回想を過去の未解決の葛藤を解決するように促す自然で普遍的な心的プロセスとみなされ、高齢者に過去を想起させ、語らせることで情動機能の回復や対人交流の促進効果を認めることが注目されている。日本でも高齢者における回想法の有効性が検討されており、特に認知症高齢者においては日常生活機能の改善や対人関係を進展させるといった社会性促進効果⁴³⁾や、人生満足度の向上⁴⁴⁾、リハビリプログラムでの効果⁴⁵⁾などが挙げられている。これらの効果が見られる一方で、認知症高齢者の回想は、記憶障害を背景に持ちながら行われており、語られる回想は事実と異なる場合があること、いかなる場合でも語る人の思いに心を寄せる必要があるとの指摘もなされている²⁶⁾。

5) 非薬物療法の課題

非薬物療法に関して、ランダム化比較試験による介入報告は少なく、研究手法の多様さからメタ解析によるエビデンスは得られにくい⁴⁶⁾。しかし、同療法は患者の精神症状や行動障害を緩和するためだけに行われるものではない。例えば、回想法では認知症患者の家族や介護職員等の専門職に対して患者の理解を深め、肯定的認識をもたらすことができることも指摘されている⁴⁷⁾。これらの取り組みの妥当性や重要性は精神症状を改善するか否かの側面だけでは判断できない。臨床場面では患者のQOLや生きがいを維持する目的も含めて介入方法を再検討する必要がある⁴⁸⁾。

IV. スヌーズレンによる認知症の支援

重度知的障害者のためのリラクゼーションを主としたレジャーとしての関わり方として導入されたスヌーズレンは、その後、重度知的障害者のみならず、認知症者、発達障害児・者や精神疾患をともなう人々の支援法として広がりを見せている^{49, 50)}。前述のように、認知症者を対象に行われた種々の研究では、行動や気分の改善が認められたことが報告^{6, 7, 8)}されている。しかし、Anderson(2011)⁵¹⁾はスヌーズレンと日常的な庭園での活動との比較を行い、両者の間の効果に違いを認めなかったことから、高価なスヌーズレンを認知症の標準的な療法として実用化することへの問題提起を行っている。そこで、Sánchezら(2013)⁵²⁾は、1990年から2012年までの、科学的検証法に基づいて行われた認知症者の行動、気分、認知、コミュニケーションなどに対するスヌーズレン効果を検討した論文のレビューを行った。その結果、行動と気分に関して、概ね正の効果が短期的観察から期待できるが、長期的な有効性の確立は今後の課題であると結論付けている。

本稿では、主に上記Sanchez論文以降に報告されたものや上記論文で取り上げられなかった論文で重要と思われるものに焦点を当てて8編の論文のレビューを行い、要点を表4にまとめた。

スヌーズレンが有効であったとする標的症状は、主に行動面であり、これには興奮、攻撃的・挑戦的行動、不穏、徘徊、適応行動などが含まれていた。次いで気分の改善が多く報告されており、さらに身体生理学的に好ましい変化が見られたとの報告⁵⁶⁾やADLの改善を認めたとする報告⁵⁷⁾もあった。認知症の中核症状である認知に関して検討した論文は乏しいが、重度・最重度の認知症を対象に行われた研究では短期的に改善を認めたとしている⁵⁹⁾。また、長期的効果を検討した研究で行動面の改善が8週間後のfollow up期間にも持続したとする報告⁵⁷⁾があり、注目された。しかし対照として行われた活動とスヌーズレンの比較では、標的行動によっては対照の活動がより有効である場合⁵⁶⁾や、有意差がないとする報告^{51, 58, 59)}もみられ、スヌーズレン環境の構築にはかなりのコストがかかることから、今後、スヌーズレン環境で過ごすことで何が期待できるかという展望と、

表 4 最近のスヌーズレンによる認知症支援に関する論文

著者 年度	対象数 程度	頻度/期間 比較活動	標的症状・変化	評価尺度/方法	効果
Spaul ⁽³³⁾ 1998	4名 重度	計12回/数週間	行動・関心・感情 適応行動	Modified Behavior Rating Scale Adaptive Behaviour Scale ⁽⁶⁰⁾	セッション中、行動・感情改善 セッション後、挑戦的行動減少
Van Diepen ⁽⁶¹⁾ 2002	10名	2回/週/4週間 回想法	行動(興奮) 生理的变化	CMAI ⁽⁶¹⁾ Agitated Behavior Mapping Tool ⁽⁶²⁾ ・心拍数	興奮行動の短期的減少傾向、心拍数不 定
Anderson ⁽⁶¹⁾ 2011	12名 重度	3回/週/6週間 庭園での活動	感情・情動・衝動・ 意欲・居眠り	研究者による行動観察 (Time sampling法)	庭園活動との比較で差異なし (効果は不明瞭)
Mahboubinia ⁽⁵⁵⁾ 2012	最終42名 軽～中度	約20回 リハビリ活動	認知 QOL	MMSE ⁽⁶³⁾ Elder's Quality of Life Questionnaire ⁽⁶⁴⁾	認知改善なし、QOL改善
Maseda ⁽⁵⁶⁾ 2014	10名 軽～重度	2回/週/16週間 カード・クイズ	気分・行動 生理学的変化	INTERACT ⁽⁶⁵⁾ 心拍数・酸素飽和度	気分・行動改善、生理指標の至適変化
Maseda ⁽⁵⁷⁾ 2014	9名 軽～重度	同上	行動、神経精神症状、 気分、認知、ADL	CMAI ⁽⁶¹⁾ 、NPI-NH ⁽⁶⁶⁾ CSDD ⁽⁶⁷⁾ 、MMSE ⁽⁶³⁾	行動改善(短・長期)、気分改善(短期)、 ADL改善(短期)、認知不変
Bauer ⁽⁵⁸⁾ 2015	9名 中～重度	2回/週/12週間 最適通常活動	行動(徘徊・不穏)	Queen Elizabeth Behavioral Assessment Graphical Scale ⁽⁶⁸⁾	行動改善(短期)
Sanchez ⁽⁵⁹⁾ 2016	最終9名 重・最重度	2回/週/16週間 ゲーム・写真閲覧	行動、神経精神症状 気分、認知	CMAI ⁽⁶¹⁾ 、NPI-NH ⁽⁶⁶⁾ 、CSDD ⁽⁶⁷⁾ 、MMSE ⁽⁶³⁾	行動改善(短期)、認知改善(短期)

CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory⁽⁶¹⁾, REHAB: Rehabilitation Evaluation Hall and Baker⁽⁶⁹⁾, MMSE: Mini-Mental State Examination⁽⁶³⁾, NPI-NH: neuropsychiatric inventory in nursing home residents⁽⁶⁰⁾, CSDD: Cornell scale for depression in dementia⁽⁶⁷⁾, QEBAGS: Queen Elizabeth Behavioral Assessment Graphical Scale⁽⁶⁸⁾

費用対効果の視点も加味したうえで、臨床応用を検討することが必要と思われる。

V. まとめ

近年、高齢者の増加にともない認知症者が増加しているが、高齢者の健康と生活の質を考える上で、認知症とその家族のサポートは喫緊の課題である。本稿では、認知症の医療的背景と非薬物療法について概説し、最近の重要と思われる8編の論文のレビューを行った。スヌーズレンは、攻撃的／挑戦的行動、興奮、徘徊、不適応行動などの行動や気分の改善に効果的であるという報告が多かった。また、認知症の中核症状である認知機能について、重度／最重度の認知症者を対象に行われた研究で短期間の改善が報告されていた。最後に、長期的観察に基づく研究では、8週間後のフォローアップ期間中も行動改善が持続していたことが報告されており注目された。

文献)

- 1) 厚生労働省 (2018). 平成29年簡易生命表の概況 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html> (2018/8/19)
- 2) 内閣府 (2018). 平成30年版高齢社会白書 内閣府
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html (2018/8/19)
- 3) Gratton, L., & Scott, A. (2016). *The 100-year life: Living and working in an age of longevity*. Bloomsbury Publishing.
- 4) 坂口京子, 讃井真理, & 河野保子. (2017). 在宅で認知症者に関わる高齢介護者の睡眠状況とその影響要因の検討. *看護学統合研究*, 18, 1-13.
- 5) Hulsege, J., & Verheul, A / 姉崎弘 (監訳) (2015) 重度知的障害者のこころよい時間と空間を創る スヌーズレンの世界, 福村出版.
- 6) Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J., & Assey, J. (1997). Snoezelen: its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 213-218.
- 7) Van Weert, J., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005). Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24 - Hour Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 24-33.
- 8) Lancioni, G. E., Cuvo, A. J., & O'reilly, M. F. (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and rehabilitation*, 24, 175-184.
- 9) American Psychiatric Association(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, D. C. American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014). DSM-5: 精神疾患の診断・統計マニュアル医学書院)
- 10) 三山吉夫. (2004). 老年期の精神保健. 南九州看護研究誌, 2, 1-4.
- 11) 鳥羽研二. (2007). 1. 認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から. *日本老年医学会雑誌*, 44, 305-307.
- 12) 杉下守弘. (2011). 認知機能評価バッテリー. *日本老年医学会雑誌*, 48, 431-438.
- 13) 山本泰司. (2011). 軽度認知障害 (MCI) に関する最近の話題. *精神経雑誌*, 113 (6), 584-592.
- 14) 池田学. (2009). 認知症. 高次脳機能研究(旧失語症研究), 29, 222-228.
- 15) 福島順子. (2018). 総説: アルツハイマー型認知症の病態と治療. *北星学園大学社会福祉学部北星論集*, 55, 111-125.
- 16) 加藤雅一, 辻畑光宏, 富田逸郎, & 西村洋子. (2010). アルツハイマー型認知症の運転能力. In *人工知能学会全国大会論文集 2010年度人工知能学会全国大会 (第24回) 論文集* (pp. 1H2NFC3b6-1H2NFC3b6). 一般社団法人人工知能学会.
- 17) 浦上克哉. (2006). 認知症の疫学. *最新医学*, 61, 2360-2367.
- 18) Small, S. A., & Duff, K. (2008). Linking Aβ and tau in late-onset Alzheimer's disease: a dual pathway hypothesis. *Neuron*, 60, 534-

- 542.
- 19) Ridley, R. M., Bowes, P. M., Baker, H. F., & Crow, T. J. (1984). An involvement of acetylcholine in object discrimination learning and memory in the marmoset. *Neuropsychologia*, 22, 253-263.
- 20) Kosaka, K., Oyanagi, S., Matsushita, M., Hori, A., & Iwase, S. (1976). Presenile dementia with Alzheimer-, Pick-and Lewy-body changes. *Acta neuropathologica*, 36, 221-233.
- 21) 小阪憲司, & 池田学. (2014). レビー小体型認知症に対する薬物療法. *精神医学*, 56, 191-197.
- 22) Pick A. (1892). Über die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie, *Prag Med Wochenschr.* 17, 165-167.
- 23) Kertesz, A. (2006). Progress in clinical neurosciences: Frontotemporal dementia-pick's disease. *Canadian journal of neurological sciences*, 33, 141-148.
- 24) 池田学. (2012). 前頭側頭葉変性症の臨床, *老年期認知症研究会誌*, 19, 92-97.
- 25) 今井幸充. (2004). 痴呆の非薬物療法の概念 - レクリエーションとの区別のために (特集 痴呆の非薬物療法). *老年社会科学*, 26, 5-14.
- 26) 野村豊子 (2006). 認知症高齢者への心理・社会的アプローチ-回想法を中心として. *PTジャーナル*, 40, 521-528.
- 27) Rabins, P. V., Blacker, D., Rovner, B. W., Rummans, T., Schneider, L. S., Tariot, P. N., ... & Cook, I. A. (2007). American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *The American journal of psychiatry*, 164 (12 Suppl), 5-56.
- 28) 若松直樹 & 三村將. (2008). 認知症への非薬物療法 (9) 現実見当識訓練/リアリティ・オリエンテーショントレーニング. *老年精神医学雑誌*, 19, 79-87.
- 29) 黒川由紀子 (2008). 臨床心理学キーワード (第44回) チームアプローチ/リアリティー・オリエンテーション (RO) /人生の統合. *臨床心理学*, 8(3), 451-453.
- 30) 若松直樹, 三村將 & 加藤元一郎 (1999). 痴呆性老人に対するリアリティ・オリエンテーション訓練の試み. *老年精神医学雑誌*, 10 (12), 1429-1435.
- 31) 奥村由美子 (2011). VI-3: 認知症の治療: 薬物療法・非薬物療法. 大川一郎, 土田宜昭, 宇都宮博, 他編. *エピソードでつかむ老年心理学*. ミネルヴァ書房. pp221-223.
- 32) 川端一永, 鮫島浩二 & 小野村健太郎. (1999). 医療従事者のためのアロマセラピーハンドブック. *メディカ出版*. pp8-9.
- 33) Fujii, M., Hatakeyama, R., Fukuoka, Y., Yamamoto, T., Sasaki, R., Moriya, M., Kaano, M., & Sasaki, H. (2008). Lavender aroma therapy for behavioral and psychological symptoms in dementia patients. *Geriatrics & gerontology international*, 8, 136-138.
- 34) 木村有希, 綱分信二, 谷口美也子, 斎藤 潤, 北浦美貴, 細田理恵子, 米原あき, 長谷川順子, 児山憲恵, 清水百合子, 森本靖子, 瀬田孝男, 小嶋良平 & 浦上克哉 (2005). アルツハイマー病患者に対するアロマセラピーの有効性. *日本痴呆学会誌*, 19, 77-85.
- 35) 知念紫維菜, 金武直美, 普久原梓, 神谷ひかる, 宮森孝子, 豊里竹彦 & 與古田孝夫 (2012). アロマセラピーを活用した認知症高齢者の日常生活動作能力, 認知機能, および行動・心理症状に及ぼす影響に関する実証的研究. *琉球医学会誌*, 31, 41-49.
- 36) 田上明日香, 伊藤大輔, 清水馨, 大野真由子, 白井麻理, 嶋田洋徳 & 鈴木伸一 (2012). うつ病休職者に対する心理職による集団認知行動療法の効果: うつ症状, 社会機能, 職場復帰の困難感の視点から. *行動療法研究*, 38, 193-202.
- 37) 佐藤寛, 今城知子, 戸ヶ崎泰子, 石川信一, 佐藤容子 & 佐藤正二 (2009). 児童の抑うつ症状に対する学級規模の認知行動療法プログラムの有効性. *教育心理学研究*, 57, 111-123.
- 38) 長田久雄, 柴田博, 芳賀博 & 安村誠司 (1995). 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. *日本公衆衛生雑誌*, 42, 897-909.
- 39) 杉下守弘 & 朝田隆 (2009). 高齢者用うつ尺度短縮版 - 日本版 (Geriatric Depression

- Scale-Short Version-Japanese, GDS-SJ) の作成について. 認知神経科学, 11, 87-90.
- 40) 川口彰子 & 渡辺範雄 (2013). 認知行動療法のエビデンス (特集 老年精神医学領域におけるエビデンスを再考する) - (エビデンスに基づく非薬物療法). 老年精神医学雑誌, 24, 479-485.
- 41) Stanley, M. A., Calleo, J., Bush, A. L., Wilson, N., Snow, A. L., Kraus-Schuman, C., ... & Williams, S. P. (2013). The Peaceful Mind program: A pilot test of a cognitive-behavioral therapy-based intervention for anxious patients with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 696-708.
- 42) Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- 43) 田高悦子, 金川克子, 立浦紀代子 & 和田正美 (2000). 在宅痴呆性高齢者に対する回想法を取り入れたグループケアプログラムの効果. 老年看護学, 5, 96-106.
- 44) 野村信威, & 橋本宰 (2006). 青年期における回想と自我同一性および心理的適応の関連. パーソナリティ研究, 15, 20-32.
- 45) 奥村由美子 (1997). 軽度アルツハイマー型痴呆患者のためのリハビリテーションプログラムの試み. 老年精神医学雑誌, 8, 951-963.
- 46) 荻原朋美 & 鷲塚伸介 (2012). 非薬物療法とそのエビデンス: 総論的に (特集 認知症の非薬物療法の現状と課題: 様々な非薬物療法をどう考えていくべきか). 認知症の最新医療: 認知症医療の今を伝える専門誌, 2, 165-169.
- 47) 奥村由美子 (2012). 認知症高齢者への医療福祉 (<特集>医療現場と医療福祉). 川崎医療福祉学会誌, 21, 353-369.
- 48) 日本神経学会. (2017). 認知症疾患診療ガイドライン. 医学書院, pp67-68.
- 49) Mey S.C., Cheng L.M., Ching L.W..(2015). The effect of a multisensory program on children with autism. *International Journal of Child Development and Mental Health*. 3, 32-47.
- 50) Lee, S. K., Lee, S. Y., & Kim, M. K. (2013). Snoezelen to Promote Improved Emotional Status in Stroke Caused by Defoliated Exposure in the Vietnam War: Case Study. *Open Journal of Pathology*, 3, 73.
- 51) Anderson, K., Bird, M., MacPherson, S., McDonough, V., & Davis, T. (2011). Findings from a pilot investigation of the effectiveness of a Snoezelen room in residential care: should we be engaging with our residents more?. *Geriatric Nursing*, 32, 166-177.
- 52) Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 28, 7-14.
- 53) Spaul, D., Leach, C., & Frampton, I. (1998). An evaluation of the effects of sensory stimulation with people who have dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 77-86.
- 54) Van Diepen, E., Baillon, S. F., Redman, J., Rooke, N., Spencer, D. A., & Prettyman, R. (2002). A pilot study of the physiological and behavioural effects of Snoezelen in dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 65, 61-66.
- 55) Mahboubinia, M., Dalvandi, A., Nourozi, K., Mahmoudi, N., Sadat Safavi, S., & Hosseinzadeh, S. (2012). The effect of Multi Sensory Stimulation (MSS) on cognitive disturbances and quality of Life of male patients with Alzheimer's disease. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10, 50-55.
- 56) Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abraldes, I., de Labra, C., & Millán-Calenti, J. C. (2014). Multisensory stimulation on mood, behavior, and biomedical parameters in people with dementia: Is it more effective than conventional one-to-one stimulation?. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 29, 637-647.
- 57) Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P.,

- González-Abraldes, I., Buján, A., & Millán-Calenti, J. C. (2014). Effects of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly people with dementia diagnosis: A controlled longitudinal trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 29, 463-473.
- 58) Bauer, M., Rayner, J. A., Tang, J., Koch, S., While, C., & O'keefe, F. (2015). An evaluation of Snoezelen® compared to 'common best practice' for allaying the symptoms of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities. *Geriatric Nursing*, 36, 462-466.
- 59) Sánchez, A., Marante-Moar, M. P., Sarabia, C., de Labra, C., Lorenzo, T., Maseda, A., & Millán-Calenti, J. C. (2016). Multisensory stimulation as an intervention strategy for elderly patients with severe dementia: a pilot randomized controlled trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 31, 341-350.
- 60) Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M., & Leland, H. (1969). *Adaptive behavior scales: Manual*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- 61) Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI)*. Maryland, USA: Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.
- 62) Cohen-Mansfield, J. (1986). Guidelines and suggestions for administering the agitation behaviour mapping instrument (ABMI). *Rockville, MD, Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington*.
- 63) Cockrell, J. R., & Folstein, M. F. (2002). Mini-mental state examination. *Principles and practice of geriatric psychiatry*, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd., pp140-141.
- 64) De Leo, D., Diekstra, R. F., Lonnqvist, J., Lonnqvist, J., Cleiren, M. H., Frisoni, G. B., ... & Grigoletto, F. (1998). LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behavioral Medicine*, 24, 17-27.
- 65) Baker, R., & Dowling, Z. (1995). Interact. A New Measure of Response to Multi-Sensory Environments. *Research Publication*. Research and Development Support Unit, Poole Hospital, Dorset.
- 66) Wood, S., Cummings, J. L., Hsu, M. A., Barclay, T., Wheatley, M. V., Yarema, K. T., & Schnelle, J. F. (2000). The use of the neuropsychiatric inventory in nursing home residents: characterization and measurement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 75-83.
- 67) Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological psychiatry*, 23, 271-284.
- 68) Prodger, N., Hurley, J., Clarke, C., & Bauer, D. (1992). Queen Elizabeth Behavioural Assessment Graphical System. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 9, 4-11
- 69) Baker, R. (1983). *Rehabilitation evaluation of Hall and Baker (REHAB)*. Aberdeen, Scotland: Vine Publishing Ltd.