

原 著

## 最重度認知症におけるQOLとは —感覚刺激療法を通して—

松 下 太

四條畷学園大学 リハビリテーション学部

### キーワード

最重度認知症, QOL, 非薬物療法, 感覚刺激

### 要 旨

近年、認知症を対象とした非薬物療法が盛んに実施されているが、運動機能が低下し、言語機能が崩壊し、意思疎通が困難となる最重度期の認知症に対しては、各種の非薬物療法の適応は難しくなる。今回、最重度認知症に対しての有効性が示唆される感覚刺激の効果を検討するため、介護老人福祉施設入所中の最重度認知症高齢者10名に複数の感覚刺激を与える介入実験を実施し、認知症用に開発されたQOL尺度を用いて感覚刺激の有効性を検討した。その結果、感覚刺激による有効性は認められなかったが、認知症の重症度とQOLについて有意な相関を認め、認知症の重症度が高いほど、陽性感情の表出あるいは表情の変化がQOLの要素として重要であることが示唆された。また、最重度認知症では、失われていく機能そのものがQOLの要素に反映されることが示され、最重度認知症においては、行動面に変化がなくても、発話や反応、表情の変化を示すことが重要な意味を持つと思われた。

### はじめに

我が国は急速な高齢化に伴い、認知症高齢者の数も増加の一途を辿っており、現在150万人以上と言われる認知症高齢者の数は2015年には250万人にもなると予測されている。また、高齢者人口がもっとも多くなる2025年頃には認知症高齢者は320万人達すると推定されている<sup>1)</sup>。

近年、認知症に対する薬の開発が進められているが、現在のところ認知症に対する薬物療法の効果は限定的である。このような現状の中、認知症に対する非薬物療法の役割は極めて重要な位置を占めている。認知症を対象とした非薬物療法は1950年代から始まり、その中心は心理・社会的アプローチである。認知症に対する心理・社会的アプローチは、心理療法、行動療法のほか、認知リハビリテーション、音楽療法、回想法、リアリティ・オリエンテーション（以下RO）、バリデーション療法などがある。

我が国の実情に合わせて作成された『アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン』（老年精神医

学雑誌第16巻増刊号-I, 2005年)の中で、長田<sup>2)</sup>は非薬物療法に関するエビデンスを明らかにするために、1990年から2001年までの文献をレビューしている。その中で長田は、「記憶の訓練、リハビリテーション」と「RO」については強く勧められるアプローチであるとし、「音楽療法および音楽の使用」は、行うよう勧められるアプローチとしている。その他、エビデンスレベルは低いとしているものには、「認知的リハビリテーション」や「回想法」「動物介在療法」「光療法」などがある。しかし、これら非薬物療法のエビデンスレベルに関係なく、ほとんどの実験対象群は、認知症の重症度が軽度から中等度のレベルであり、重度の認知症に対する効果を示しているのは「音楽療法および音楽の使用」のみである。

認知症は、多方面の認知機能が進行性に低下し、日常生活が障害されていく慢性、進行性の疾患である。運動機能が低下し、言語機能が崩壊し、意思疎通が困難となる最重度期の認知症に対しては、各種の心理・社会的なアプローチの適応は難しくなるといえる。特に、最重度期の認知症に対する心理・社会的アプローチに関する報

告は少ない。

しかし、認知機能、抽象的思考が低下した重度の認知症であっても、嗅覚や温痛覚などの複数の感覚刺激に働きかけることでコミュニケーションが促進されるという報告もあり<sup>3) 4) 5)</sup>、Janssonら<sup>6)</sup>は、スタッフが頬を手で軽くなでると表情がいつそうくつろぎ微笑がみられたと報告している。また、Naomi Feil<sup>7)</sup>は、バリデーションの中で、植物状態にいる人々に対しては、やさしく触れたり、髪を撫でたりといった感覚的刺激を用いるように述べている。また、山田ら<sup>8)</sup>は、認知症に対する感覚統合療法で、嗅覚、触覚、音楽の聴覚、前庭刺激などが、覚醒レベルをあげ、気分を転換させ、動機づけを高め、放心状態を軽減し、結果的に記憶の回復を促進して、認知症の病態に影響を与えると述べている。しかし、Burgener<sup>9)</sup>は、晩期の認知症者に触覚刺激を用いないほうが患者はより効果的に行動したと述べており、晩期の認知症に対する触覚刺激が必ずしも有効ではなく、個別性があることを示唆している。

一方で、最重度の認知症に対する非薬物療法を実施する際、何をもってその有効性を語るかが問題となる。症状が悪くなる一方の認知症のように、中核症状の治療よりも周辺症状(BPSD)の緩和が大切になる慢性疾患では、QOLの考え方が特別な意味を持つ<sup>10)</sup>。重度の認知症になって会話ができなくなっても、最後まで残る能力は「微笑む能力」といわれ、「微笑む能力」はQOLが高いことの指標となる<sup>11)</sup>。しかし、認知症高齢者の、認知機能や精神症状、ADLの評価などは比較的盛んに行われているが、QOLをいかに向上させるかという研究は少ない。

本来、QOL評価は患者本人の主観的満足度の尺度であり、患者自身の評価が必要であったため、早期の認知症高齢者を除けば、多くの認知症高齢者は自らの意思を表現できなくなるため患者本人の主観的満足度を尺度とするQOL評価は適応が難しくなる。とくに認知症が重度になれば、患者自身による主観的評価は不可能になる。そのような中、近年では、患者自身による主観的評価ができない重度の認知症患者でも、客観的に評価しうる認知症専用のQOL尺度が開発、報告されている。

今回、最重度認知症に有効とされる、感覚刺激の介入実験を実施し、認知症用に開発されたQOL尺度を用いて評価を行った結果、最重度認知症高齢者のQOLについて若干の知見を得たので報告する。

## 方法と方法

### 1. 対象

A介護老人福祉施設に入所中の高齢者で、介護保険申請時の主治医意見書で認知症の診断があり、Cummingsらの分類による第3期の状態にある認知症高齢者10名(83.3±11.96歳、男性1名、女性9名)を対象とした(表1、表2)。Cummingsらの分類とは、アルツハイマー病の臨床病期分類であり、第3期は、脳の高次機能は高度に障害され、錐体外路症状や錐体路症状、尿便失禁や把握反射などの原始反射が出現し、最終的に屈曲性四肢麻痺となり寝たきりになる時期<sup>12)</sup>とされる。また、対象者全員が、Mini-Mental State Examination(以下MMSE)は0点で、認知症の日常生活自立度判定基準は全員が常に介護を必要とするIVで、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準では全員がB2で、認知症の重症度分類であるFunctional Assessment Staging(以下FAST)では、「非常に高度の認知機能低下」という最重度レベルのステージ7であった。

なお、全対象者の家族に対し、事前に本研究内容の説明を行い同意を得た。

### 2. 方法

#### 1) 内容

##### a) 回数設定

1回30分のセッションを週3回から4回設定し、計15回(約1ヶ月間)実施した。

##### b) 人数設定

1つのグループが5名になるよう、対象者10名をランダムに2グループに分け、クロスオーバー法で検討した。実際には、aグループが介入期の際はbグループは非介入期とし、bグループが介入期の際はaグループは非介入期となるように実施した。介入は作業療法士1名で実施した。

##### c) 場所

多くの刺激で混乱しないように、他者の声が届かない静かなダイルームで実施した。また、2つのグループとも同じ場所で実施した。

##### d) 1セッションの流れについて

セッションの流れは、作業療法士の挨拶から始まり、一人一人の手を触れながら称呼和挨拶を行った。その後、感覚刺激として、触覚、嗅覚、温冷覚、視覚、聴覚、運動覚の刺激を順番に一人ずつ与えた。それぞれの刺激に用いた材料は、ハケ、積み木、お手玉、酢、緑茶、線香、

表1 対象者のプロフィール

症例	性別	年齢	診断名	発症後経過	MMSE	認知症自立度	寝たきり自立度	要介護度
1	女性	63	AD	約 11 年	0	IV	B2	5
2	女性	89	VD	約 6 年	0	IV	B2	5
3	男性	65	AD	6 年以上	0	IV	B2	4
4	女性	74	AD	約 8 年	0	IV	B2	4
5	女性	92	AD	約 6 年	0	IV	B2	4
6	女性	94	VD	約 13 年	0	IV	B2	5
7	女性	90	AD	約 8 年	0	IV	B2	4
8	女性	95	VD	約 10 年	0	IV	B2	5
9	女性	81	AD	約 12 年	0	IV	B2	5
10	女性	90	VD	約 12 年	0	IV	B2	4

AD : Alzheimer's Disease (アルツハイマー型認知症) VD : Vascular Dementia (脳血管性認知症)

表2 対象者の病期, 重病期, MMSE評価時の状態

症例	病期 (Cummings)	FAST	MMSE評価時の状態
1	Ⅲ期	7-d	声掛けに全く反応を示さない。無表情で笑顔なし。
2	Ⅲ期	7-c	呼名にしっかり返事される。問いかけに何か言われるも理解不能。オウム返し多い。微笑み返すことが多い。
3	Ⅲ期	7-e	声掛けに全く反応を示さない。無表情で笑顔なし。
4	Ⅲ期	7-c	呼名に返事有り。問いかけに反応はあるが意思疎通は不可。挨拶すると笑顔はあり。
5	Ⅲ期	7-c	呼名に反応は示す。問いかけに返事あるが、その後「おもしろいわ」と意味のない発言あり。
6	Ⅲ期	7-c	声かけに何らかの発語あるも、ほとんど反応はない。
7	Ⅲ期	7-c	呼名に反応は示す。質問に対してオウム返しもあるも、ほとんどは反応なく意思疎通不可。話しかけに対して笑顔あり。
8	Ⅲ期	7-c	呼名に反応あり。自発語あるも意味不明。笑顔はなし。
9	Ⅲ期	7-c	声かけに反応あり。問いかけには発語あるも言葉聞き取れず意味不明。意思疎通は不可。笑顔は多い。
10	Ⅲ期	7-c	呼名に返事あり。発語は多いが意味不明。笑顔は多い。

ぬか、芳香剤、湯たんぽ、冷たいおしぼり、名前などの声かけ、昔の流行歌、風船、上下肢の他動運動である(表3)。道具を用いる時には、必ず最初に各被験者に提示し、道具の名前を呼称した。また、それぞれの感覚刺激に対する反応(例えば、嗅覚なら「どんな匂いですか?臭いですか?いい匂いですか?」など)を必ず確認した。昔の流行歌はCDで音楽を流し、対象者の反応を見ながら、肩などを軽くたたきながら耳元で音楽を流すなど工夫をした。各感覚刺激を与える時には、必ず名前を称呼し、できるだけオーバーアクションで実施し、各被験者の注意を促した。また、痛みなどの不快な刺激にならないよう配慮した。

2) 評価方法

本研究の評価は、クロスオーバー法により3回実施し

表3 感覚刺激の種類

感 覚	材 料
触 覚	ハケ、積木、お手玉、ぬか
嗅 覚	酢、緑茶葉、線香、ぬか、芳香剤
温冷覚	湯たんぽ、冷たいおしぼり、ぬか
視 覚	風船、正面からの声かけ、各種道具の提示
聴 覚	さまざまな声かけ、昔の流行歌
運動覚	上下肢他動運動、各種道具の保持

た。評価時期は、aグループが介入前後と未介入期(1ヶ月)の後の3回、bグループは未介入期(1ヶ月)前と介入前後の3回である。評価尺度は、鎌田らが開発した痴呆高齢者QOLスケール(以下鎌田のQOL-D)<sup>13)</sup>、寺

田らが開発した認知症高齢者の健康関連QOL評価票 (QOL questionnaire for dementia; 以下寺田のQOL-D)<sup>14)</sup>, Dementia Happy Check-home Care Version (以下DHC)<sup>15)</sup> の3種類のQOL尺度と, Mental Function Impairment Scale (以下MENFIS)<sup>16)</sup> の4つを用いた。鎌田のQOL-Dは, 周囲との生き生きとした交流, 自分らしさの表現, 対応困難行動のコントロールの3領域24項目から構成され, 寺田のQOL-Dは, 陽性感情, コミュニケーション, 他者への愛着, 活動性・自発性, 陰性感情・陰性行動, 落ち着きのなさの6領域31項目から構成され, どちらも領域もしくは項目ごとにポジティブな側面とネガティブな側面からQOLを評価している。DHCは, 表情の変化, 会話の様子, 立ち居振る舞い, 身だしなみへの関心, 活動への参加態度, 活動内容の6項目からなり, 活動内容以外の各項目は6段階に判定基準があり, 得点化されている。満点は50点で, 得点が高いほどQOLが高いことを意味する。各QOL尺度に共通するのは, 表情, 興味・関心, 積極性や自発性などの感情面を中心にQOLを捉えている点である。また, MENFISは, 認知機能障害, 動機づけ機能障害, 感情機能障害の3領域13項目からなり, 満点は78点で, 得点が高いほど認知症による精神機能障害が重度であることを意味する。

各評価尺度は, 介入に参加しない介護職員のリーダーに, 日常生活での様子をもとに聞き取り調査を行った。なお, いずれの評価とも一人の同じ介護職員に聞き取りを行った。

結果の統計処理は, 各評価尺度間の相関をSpearmanの順位相関を用いて, 危険率5%を有意水準として検定した。

## 結 果

### 1. 感覚刺激介入前後比較 (表4)

非介入期の前後の各QOL尺度およびMENFISにおいても, 介入期前後の各QOL尺度およびMENFISにおいても, 全く変化はなく, 介入効果としての有意差は認めなかった。

### 2. 各QOL尺度の比較 (図1)

各QOL尺度間で比較した結果, 鎌田のQOL-Dと寺田のQOL-D ( $r=0.939, p=0.005$ ), 鎌田のQOL-DとDHC ( $r=0.933, p=0.005$ ), 寺田のQOL-DとDHC ( $r=0.982, p=0.003$ ) といずれも有意に相関を認めた。

### 3. MENFISと各QOL尺度の比較 (図2)

MENFISと各QOL尺度間で比較した結果, 鎌田の

表4 介入前後の各評価尺度の得点と重症度

症例	FAST	MENFIS	DHC	寺田QOL-D	鎌田QOL-D
1	7-d	72	2	29	1
2	7-c	60	20	71	28
3	7-e	72	0	28	0
4	7-c	67	14	56	16
5	7-c	67	12	54	18
6	7-c	69	10	36	7
7	7-c	69	10	38	11
8	7-c	68	6	34	3
9	7-c	70	14	54	16
10	7-c	69	8	34	11

各評価尺度とも介入前と介入後での変化は認めなかった

QOL-D ( $r=0.761, p=0.024$ ), 寺田のQOL-D ( $r=0.773, p=0.021$ ), DHC ( $r=0.694, p=0.039$ ) といずれも有意に相関を認めた。

### 4. FASTと各QOL尺度の比較 (図3)

FASTと各QOL尺度間で比較した結果, 鎌田のQOL-D ( $r=0.752, p=0.034$ ), 寺田のQOL-D ( $r=0.752, p=0.034$ ), DHC ( $r=0.752, p=0.034$ ) といずれも有意に相関を認めた。

### 5. FASTとMENFISの比較 (図4)

FASTとMENFIS間で比較した結果, FASTとMENFIS ( $r=0.758, p=0.034$ ) においても有意に相関を認めた。

## 考 察

最重度認知症高齢者に感覚刺激を試みましたが, 非介入前後も介入前後も各評価尺度ともに全く変化はなく, 介入効果としての有意差は認めなかった。これは, 本研究の頻度や約1ヶ月という短期間の介入では, 最重度認知症高齢者の生活場面での感情面での変化に有意な変化を及ぼす効果は示しえなかったといえる。これまでの研究で, 認知症患者への非薬物療法での短期間の介入では有意な差は認められない<sup>17)</sup>とされており, この点を踏まえると今回の結果は妥当といえる。しかし, 最重度認知症の場合, 長期間の介入でどれだけの変化が期待できるのかは疑問の残るところであり, 今回の結果の解釈には限界がある。しかし, 介入場面においては, 評価時には認めなかった表情の変化や行動の変化を認めた。これは, 感覚刺激を通じて, 最重度認知症高齢者と深く積極的なかわりを持つことで, 評価場面で観察する一側面だけでなく, 対象者の多くの側面を捉えることができ, 今回の介入が対象者個々の残存能力を理解する機会となったといえる。Gibson<sup>3)</sup>は, 回想法において, 認知症高齢者のほ

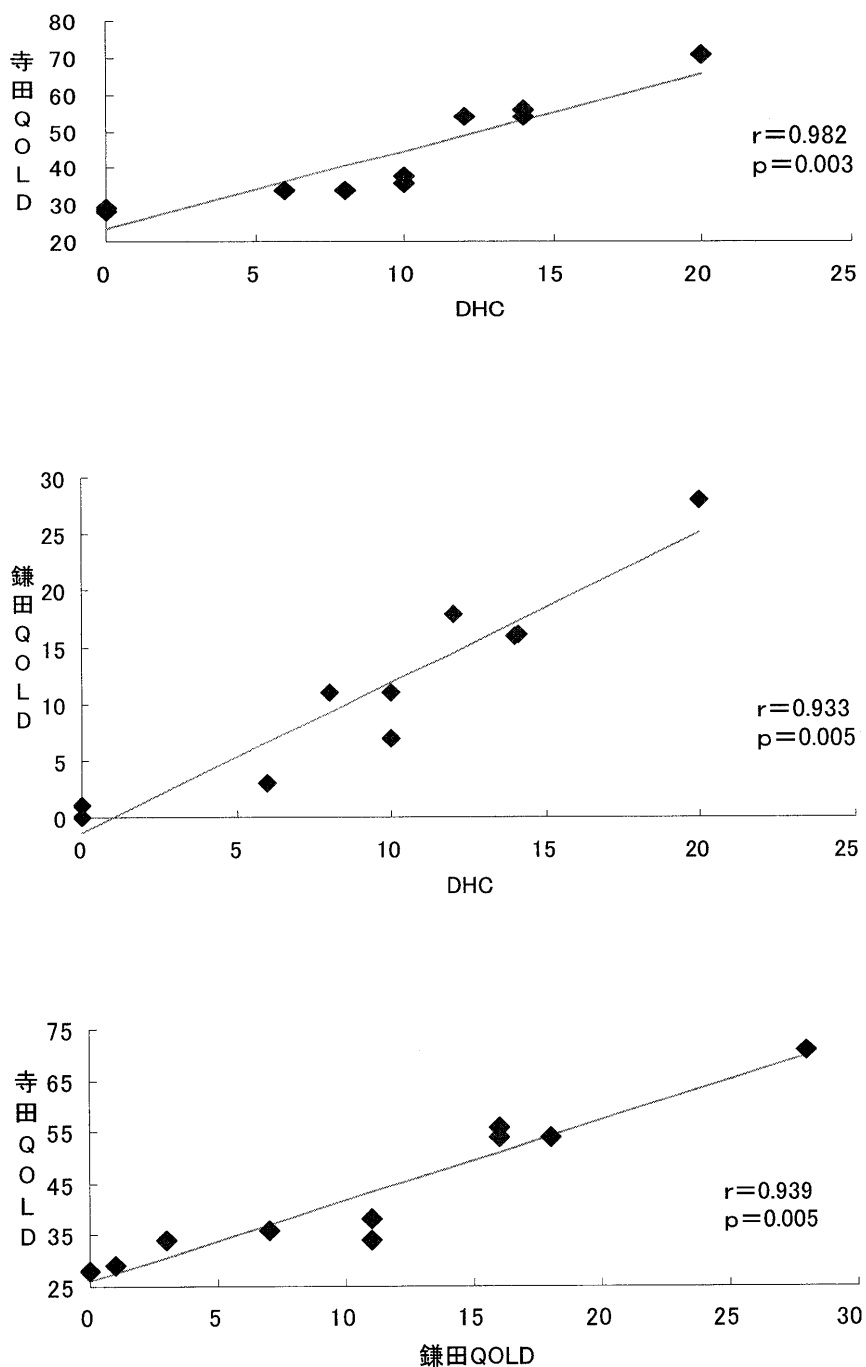


図1 各QOL尺度の相関

んのわずかな変化が高齢者自身とケア提供者にとって非常に重要であると示している。志村<sup>18)</sup>も、重度認知症の場合は、「昨日よりいい表情をしている」など、小さくてもいつもと違うことであれば、それは重要な変化として大切にすると述べているが、今回の研究では、そのわずかな変化が見られた介入場面に、QOL尺度のチェックを行う介護職員や、他の介護職員のかかわりがなかった。また、日常の生活場面においても、わずかな変化を捉えるという考えが職員全体に浸透していたとはいえ

ず、介入場面で認められたようなわずかな変化が日常生活場面で現れたとしても、結果的にQOLの変化には反映されなかったことも考えられる。

感覚刺激を神経生理学的側面からとらえると、手足からの感覚、目や耳、舌などからの視覚、聴覚、味覚などは、神経線維を伝わって一部は脳幹の上行性網様体賦活系にも伝わり、この中で統合されたインパルスは大脳皮質や視床下部、大脳辺縁系を刺激して、意識の本質である覚醒維持、注意力や記憶の保持を行うとされ<sup>19)</sup>、また、

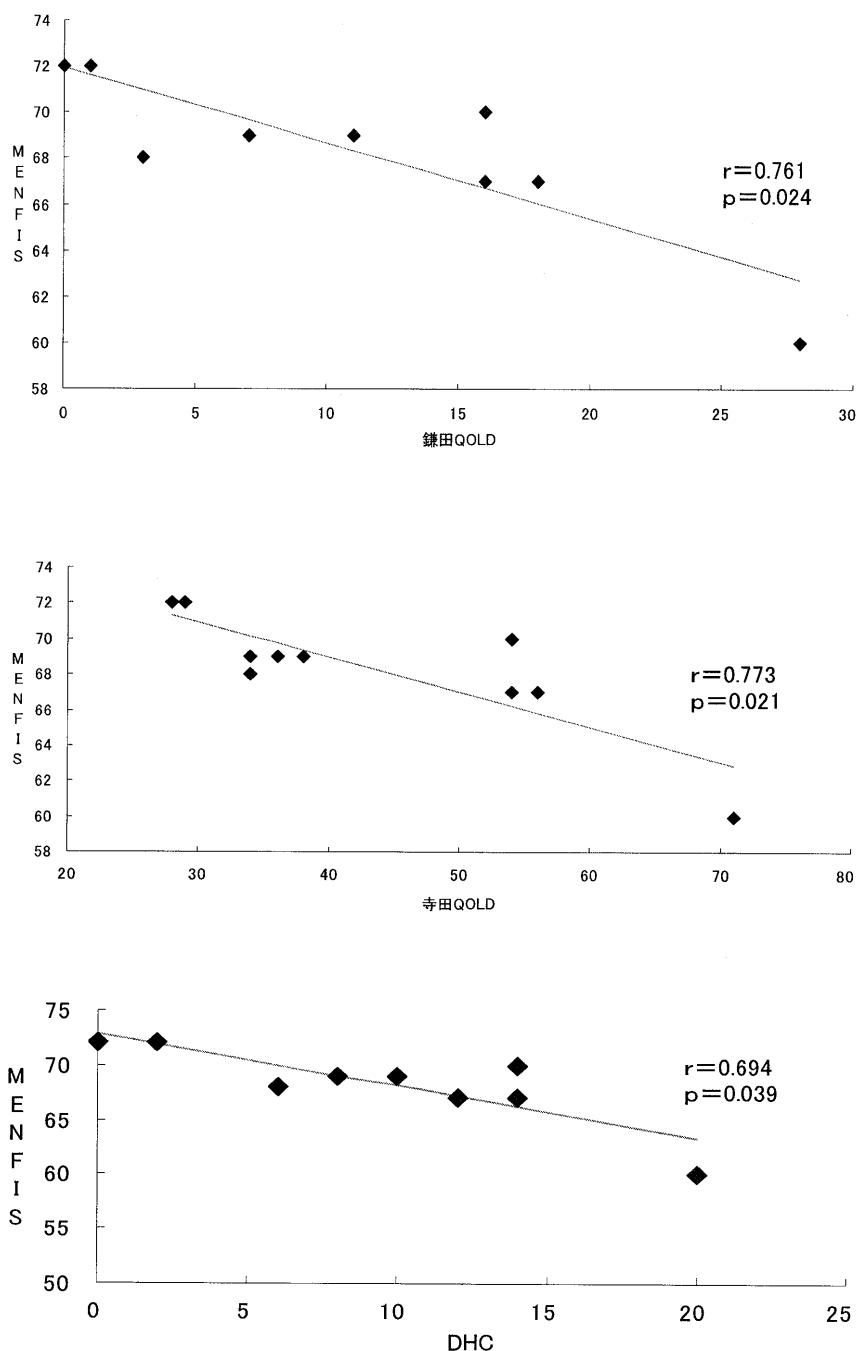


図2 MENFISと各QOL尺度の相関

適度な快刺激は、橋や大脳基底核を興奮させ、大脳基底核のアセチルコリン神経系の投射により大脳皮質の神経細胞を活性化し、覚醒レベルと注意行動を高めるといわれる<sup>20)</sup>。このような神経ネットワークの存在を考えると、重度の認知障害に加え、理解力や言語機能が崩壊した、寝たきり状態の最重度認知症であっても、複数の感覚を刺激することで覚醒レベルや注意力、あるいは認知機能に働きかけることの可能性が考えられる。

また、感覚統合療法における認知症高齢者に対する治

療仮説は、通常の加齢による感覚や運動の諸機能の低下に加えて、感覚剥奪が固有受容覚と前庭覚の入力を著しく妨げ、多くの高齢者を混乱、興奮、見当識障害や記憶障害を悪化させているというものである。感覚剥奪は感覚奪取、知覚奪取、固定、社会的孤立に分類される。このうち、固定は固有受容覚と前庭覚の入力を著しく妨げ、大きな障害を引き起こすとされている<sup>21)</sup>。

このように感覚と意識、情動、認知機能との関係を考慮すると、感覚刺激に受動的になり、日常の感覚刺激で

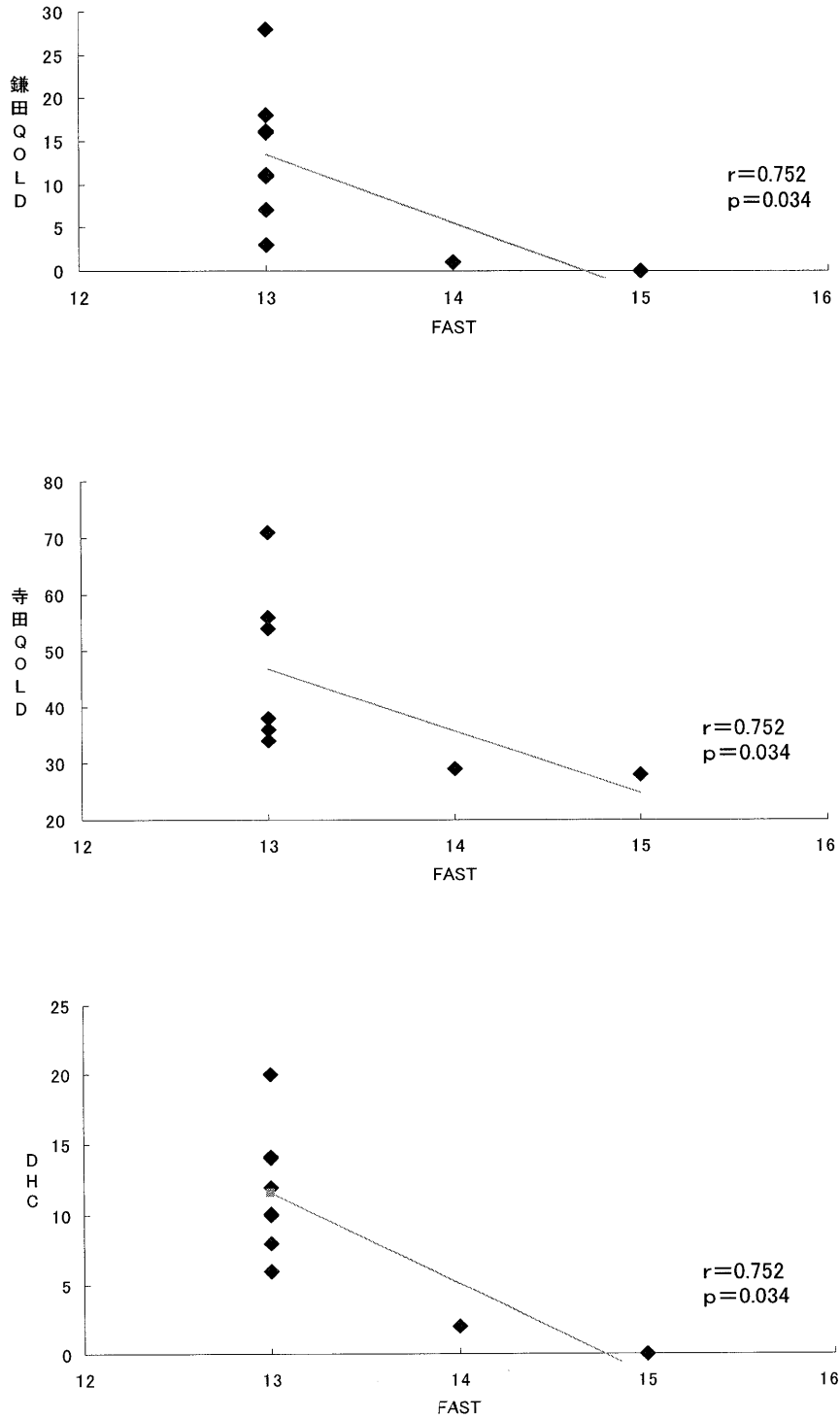


図3 FASTと各QOL尺度の相関

さえも受けることが少なくなっている最重度の認知症高齢者にとって、適度な快刺激という感覚刺激は大変重要であると推察されるため、今後も検証を継続して、最重度認知症に対する感覚刺激による効果を検証していくことに意義はあると思われる。

一方、今回使用したQOL尺度間すべてにおいて相関関係を認めた。また、FASTやMENFISにおける認知症

重症度と各QOL尺度にも相関を認め、認知症の重症度が高いほど、陽性感情の表出あるいは表情の変化がQOLの要素として重要であることが示唆された。また、認知症重症度とQOL尺度が相関を示したが、これはFASTにおける「歩行能力の喪失」「着座能力の喪失」「笑う能力の喪失」という特徴の順番が認知症の進行度を現しており、最重度認知症では、失われていく機能そ

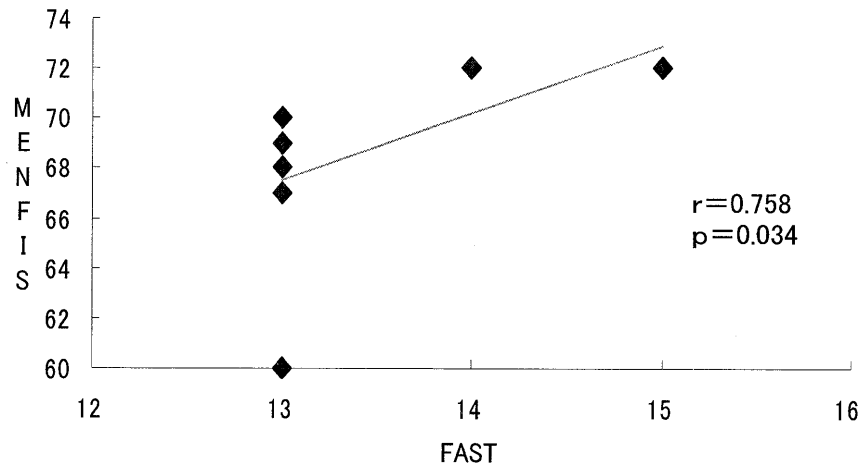


図4 FASTとMENFISの相関

のものがQOLの要素に反映されるとも考えられた。

認知症の場合、自身の主観を語る事が困難な場合が多く、一般的な主観的QOL尺度を用いるには限界がある。さらに、最重度の場合は、何をもってQOLとするかは難しい問題である。しかし、認知機能や行動面に変化がなくても、発話や反応、表情の変化を示す場合、QOLの考え方が重要な意味を持つと思われ、今後も最重度認知症高齢者の重要なQOL要素と考えられる「笑顔」を支えていきたいと思う。

#### おわりに

老化による感覚受容能力の低下や、認知力低下による感覚の意味づけの障害に加え、動きが少なくなったり生活が受動的になることや、施設のような保護的環境での感覚刺激の制限は、二次的に認知症を促しているともいえる。

さまざまな感覚刺激を用意し、それらをより自然な形で協調しながら用い、反応を引き出していくことは、作業療法の得意とするところである。

感覚を刺激することの目的は、感覚刺激によって外界への意識を高め、個人の内部で孤立し混乱して崩壊していくのを防ぐとともに、環境に適応して行動がとれるようになることでもある。しかし、重度の認知症の場合は、行動上の変化がなくとも、より生き生きとした反応、あるいは少しでも発話を促すなど、わずかな変化がみられるだけでも十分目的を達していると考えられる。また、このような考え方を、他の職員と共有することや、介入場面に介護職員が同席することなども考慮する必要もある。

近い将来、アルツハイマー病などの認知症疾患の根本

的治療が可能になる時代が訪れることが予測される。そういった意味では、今回の研究は時代錯誤かも知れない。しかし、認知症疾患の根本的治療が可能になったとしても、認知症の進行を防げずに重度化してしまう高齢者も必ず存在するであろう。抗認知症薬が開発され、一般的に使用されるようになった時に、認知症の早期発見、治療ばかりにとらわれ、進行してしまった認知症高齢者が、蚊帳の外になることも危惧される。認知症の重症度によって、より適切な治療、ケア、リハビリテーションが受けられることが必要であり、最重度の認知症高齢者には、笑顔をQOLの指標に、笑顔の見られるケア、リハビリテーションを実施することが重要であると思われる。

本稿は、第41回日本作業療法学会での発表原稿を一部加筆及び改変したものである。

#### 謝 辞

本研究に際して、ご協力を賜りました多くの患者様ならびに御家族の皆さま方、研究の目的を理解し協力していただいた社会福祉法人みどりの里の職員の皆さま、QOL評価票を快くご提供下さいました岡山大学の寺田整司先生に誌面を借りて深謝いたします。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省：厚生労働白書平成19年版. 2007, pp34.
- 2) 長田久雄：非薬物療法ガイドライン. 老年精神医学雑誌16(増刊号-I)：92-109, 2005
- 3) 野村豊子：回想法とライフレビュー その理論と技



- 法. 中央法規, 東京, 1998, pp32-33.
- 4) 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
- 5) 松田修他: 回想法を中心とした痴呆性高齢者に対する集団心理療法 痴呆の進行に応じた働きかけの工夫について. 心理臨床学研究 19(6):566-577, 2002
- 6) Jansson,L., Norberg,A., Sandman, P.O.:Interpreting facial expressions in patients in the terminal stage of the Alzheimer's disease. *Omega*, 26:309-324, 1993
- 7) Naomi Feil, 藤沢嘉勝監訳: バリデーション. 筒井書房, 東京, 2002, pp.60-61.
- 8) 山田孝, 森二三男: 老人患者の行動様式ならびに治療介入の効果に関する研究. 高齢者問題研究 12(3):111-127, 1990
- 9) Burgener, S.:Communicating with residents with Alzheimer's dementia:A study of nurse/resident interactive behavior.Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit. 1989
- 10) 村井敦志: 重度痴呆性老人のケア 終末期をどう支えるか. 医学書院, 東京, 2000, pp93.
- 11) 山口晴保: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント. 協同医書出版, 東京, 2005, pp139-143.
- 12) 松原悦郎, 東海林幹夫, 阿部康二: CummingsとBensonの分類. 日本臨牀 61 (増刊号 9):117-119, 2003
- 13) 鎌田ケイ子, 山本則子, 阿部俊子: 痴呆高齢者の生活の質尺度 (QOL-D) の開発 (その 2). 老人ケア研究 14:1-11, 2001
- 14) Terada,S., Ishizu,H., Fujisawa,Y., et al.:Development and evaluation of a health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 17(9):851-858, 2002
- 15) 森本美奈子, 柿木達也, 柏木哲夫: アルツハイマー型痴呆患者の Quality of Life 評価尺度「Demementia Happy Check-home Care Version-」の開発. 老年精神医学雑誌 13:1051-1060, 2002
- 16) 本間 昭, 新名理恵, 石井徹郎: 老年期痴呆を対象とした精神機能障害評価票の作成. 老年精神医学雑誌 2:1217-1222, 1991
- 17) 田所正典, 山口登, 小野寺敦志: アツツハイマー型痴呆患者ならびに主介護者の生活支援を目的とした非薬物療法的介入の試み. 老年精神医学雑誌 16:479-487, 2005
- 18) 江草安彦監修: 新・痴呆性高齢者の理解とケア. メディカルレビュー社, 東京, 2004, pp222.
- 19) 馬場元毅: JJN ブックス, 絵で見る脳と神経. 医学書院
- 20) 有田秀穂: システム神経生理学 コリン作動性神経 (3)Meynert 基底核と皮質の賦活. *ClinNeurosci* 17(10):8, 1999
- 21) 山田孝: 精神分裂病および痴呆に対する感覚統合療法の適応と限界, 作業療法ジャーナル 35:724-729, 2001

## **Quality of Life in Profoundly Demented Patients –Sensory integration for Profoundly Demented Patients–**

Futoshi Matsushita, OTR  
Shijonawate Gakuen University  
Faculty of Rehabilitation

### **Key words**

profoundly dementia, quality of life(QOL), non-pharmacological therapy, sensory integration

### **Abstract**

Non-pharmacological therapies have been widely used in the treatment of dementia in recent years, but the application of such therapies becomes difficult for the most serious cases involving impaired motor function, loss of speech function, and communication difficulties. In this study, we examined the effectiveness of sensory stimulation, which has been shown to be effective in the most serious cases of dementia. Specifically, we administered multiple sensory intervention examinations to 10 aged profoundly dementia patients, and measured the effectiveness of sensory stimulation using QOL benchmarks developed for dementia. The current study did not find that sensory stimulation was effective. However, a significant correlation was found between QOL and the seriousness of dementia, suggesting that the more serious a patient's dementia, the more important the expression of positive feelings or changes in facial expression become as an important QOL factor. Additionally, the study has shown that, in severe dementia, lost functions themselves become reflected in QOL factors. Therefore, talking, reacting, and changes in facial expression appear to have significant meaning even if there are no external changes in the patient's activities.