

総説

施設入所認知症者に対するリハビリテーション～集団アプローチを中心に
 Rehabilitation for the institutionalized elderly with dementia
 : Focused on group approach.

田中繁弥
 Shigeya Tanaka

はじめに

わが国では2019年6月に「認知症施策推進大綱」¹⁾が策定された。この中で認知症の「共生」と「予防」を車の両輪とし、発症や進行を遅らせながらも、認知症の人が尊厳と希望をもち日常生活を過ごせる社会づくりを目指すことが基本方針として示された。認知症の人(認知症者)のリハビリテーション(以下リハ)に関しては、表1にあるように机上の認知機能テストの点数が上がることで、内服や買い物が間違いなく行える、食事やトイレ動作が自身で行えている、など、本人の生活場面や機能に応じて生活機能を維持・改善できるような介入が重要視されている。

筆者はこれまでに、介護老人保健施設(以下老健)入所者のリハについて、リハセラピスト(加算要件から理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)と対象者(老健入所者)が1:1で実施する個別アプローチ(個別リハ)との対比から、他者との交流を交えた集団アプローチ(クライアントのグループリハ)の効果検証を行ってきた。本稿では、老健での認知症リハについて振り返り、集団アプローチのもたらす効果について述べていく。そして他者との交流や心理的ニーズの充足が重要であることを強調したい。

表1 認知症施策推進大綱(文献1より一部抜粋)

認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に生かしながら日常生活を継続できるようにすることが重要である。

このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取り組みの実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

1. 認知症のリハ介入に求められること

(1) 老健の認知症リハに対する加算

従前より、認知症リハの在り方は全国老人保健施設協会を中心に議論され、2006年より老健で認知症短期集中リハ(以下認短リハ)が体系化された。この認短リハでは、Mini-Mental State Examination (MMSE) または改定長谷川式認知症スケール(HDS-R)で5~25点の認知症入所者を対象に、個別リハ介入20分を週3回、3か月実施する。効果としては認知機能向上、認知症の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)の悪化予防、意欲改善や²⁾、2020年の報告では在宅復帰、社会参加にも効果があることが確認されている³⁾。通所リハでも、老健と同じ認短リハに加えて2015年より一月あたり4回以上

キーワード：集団、グループ、老人保健施設、療法的因子、脳活性化リハビリテーション

高崎健康福祉大学保健医療学部理学療法学科
 〒370-0033 群馬県高崎市中大類町501
 TEL : 027-352-1291 FAX : 027-352-1985
 E-mail : tanaka-s@takasaki-u.ac.jp

採択日：2021年5月11日

英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

の個別または集団で生活機能向上を重視した介入で評価される加算(認知リハ加算Ⅱ)が設定され、従来型の個別リハに加えて集団アプローチを活用しながら、生活機能向上・在宅生活支援に向けた取り組みが求められている。

(2) 認知症の生活障害の整理

ここで、認知症の生活機能についてあらためて整理をする。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)での認知症の定義では認知領域(複合注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚・運動、社会的認知)で以前の行為水準から有意な低下があり、この認知欠損が、毎日の活動において自立を阻害する(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)状態を認知症としている⁴⁾。国際生活機能分類ICFの視点から整理すると、さまざまな原因で神経ネットワークが障害され認知機能が低下し(心身機能・身体構造)、買い物や服薬管理などの手段的日常生活活動(IADL)や進行期には身の回りの動作(ADL)の自立度が低下し、参加が制限され(活動・参加)、本人・環境の強みが発揮されない(個人・環境)状態であると整理できる⁵⁾。

加えてアルツハイマー型認知症の本質として病識の低下があり^{6,7)}、本人と周囲の適切な関係を保てない(社会的認知の障害)ことも特徴である。すなわち、自分の立場を他人の立場から理解し、他者の行動や言葉の意図をとらえて、反応するという相互のやり取りの基盤が障害されているため、ケアやリハの必要性を理解できず、参加意欲が湧かなかつたり、周囲に対しても円滑にコミュニケーションが取れないことで孤立し、役割喪失しかねないという点も理解する必要がある。

老年心理学者Kitwoodが提唱したパーソンセンタードケアでは、認知症のその人らしさ(パーソンフッド)を支えるために、本人の状態を脳の障害、身体的健康や感覚機能、生活歴、性格傾向、社会心理の複合的な関係から全人的に理解することの重要性が説かれている⁸⁾。またHarmer⁹⁾らは、施設入所の認知症者とケ

アスタッフに、「認知症の方にとって意味のある活動と位置付けているものが何か」を調査した。この結果、認知症者は精神的、社会的なこと、つまり何の活動をするかよりもどのように参加するかに意味を見出しており、ケアスタッフ・介護者は身体機能維持に関する活動に意味を見出していることを報告した。

上記から、リハの場面においても、身体・認知機能などの身体的側面を満たすだけでなく、本人がもつ社会的な交流をもてる、心理的ニーズが満たされるようなアプローチが必要であると考ええる。

(3) 施設入所者の活動量の把握

近年、施設入所高齢者の身体不活動性がさらなる心身機能の低下を引き起こす可能性があるとして注目されている¹⁰⁻¹²⁾。オランダのナースングホームの入所者723名を対象にした一日の活動を観察した調査によると、入所者は一日のほとんどの時間を安静(睡眠、何もしない、TVを見る)に過ごすことによる身体機能低下の可能性があり、対応として、ADLやIADLを自身で行う機会を増やすか、立位や歩行の時間を設けることが必要と結論付けている¹⁰⁾。オーストラリアの施設入所者406名を対象として、日中の生活の様子をタブレット端末で詳細に記録した調査でも、スタッフが関わらない自由時間中には、なんらかの活動にほとんど従事せず、社会的な交流の機会も少ないことが報告されている¹³⁾。筆者も、老健入所者の活動範囲を調査し、ほとんどが居室からホール内と限定されており、活動の機会が少ないことを確認した¹⁴⁾。認知症者は他者とのコミュニケーションをとりたい意欲と能力があり^{15,16)}、より頻回な社会的交流や周囲との生き生きとした会話があることはBPSD低減につながる^{17,18)}も報告されている。

2018年度の介護報酬改定から、在宅強化型以上の種別の老健には週3回程度の個別リハを実施することが要件となり、手厚いリハ介入が求められている。限られた人的・時間的資源の中、日中の入所者の過ごし方や、発しているメッセージをとらえ、コミュニケーションの機会を

確保することが必要となっていると考える。

2. 集団アプローチの有用性

認知症のリハでは、本人の心理・社会的な背景を理解したうえで、他者と楽しく交流し活動する機会をもち、認知機能や身体機能の改善ばかりでなく、本人の不安やBPSDを軽減できるような介入が求められる。山口らは、認知症者へのリハアプローチには、何の技法を用いるかではなく、認知症者に対してどのようにアプローチするかが重要であると考え、脳活性化リハビリテーション5原則(表2)を提唱した¹⁹⁾。そして、認知症があっても残存能力を最大限發揮して生活障害を軽減し、BPSDを低減し、豊かな生活を送ることを支援してきた²⁰⁻²²⁾。筆者は、集団アプローチがこの5原則を生かせる介入方法となると考えている。

(1) 集団アプローチの特徴

人が集まり、集団となることにより生まれる力(グループダイナミクス)が治療・援助の手段として利用されたのは、20世紀初頭にボストンの結核患者学級から始まったといわれている²³⁾。過去にはわが国でも、2006年の診療報酬・

表2 脳活性化リハの5原則と効果

(文献19より引用、一部改変)

原則	期待される効果
快(楽しく実施)	やる気アップ、参加意欲アップ、BPSD 低減
双方向コミュニケーション	安心→BPSD 低減、抗うつ
褒め合う(認め合う)	やる気アップ、存在肯定→BPSD 低減
役割(日課)	生きがい、自己肯定感アップ
失敗を防ぐ支援	エラーレス→自己効力感アップ→やる気、抗うつ

介護報酬同時改定で集団療法の評価が廃止されるまで、集団アプローチがリハにも組み込まれていたが、2003年の介護報酬改定において個別的な計画にもとづくリハが評価され、集団療法は基本報酬に包括化されることとなった経緯がある。しかし現在でも精神療法だけでなく、さまざまな場面で集団アプローチが展開されており、集団がもつ効果や必要性を感じている現場は少なくないと考える。

集団アプローチが持つ力(療法的因子)として、山根²³⁾はCorsiniやYalomが提唱した療法的因子を参考に表3のようにまとめている。すなわち、集団では他者と同じ場所や活動を共有する中で自身の安心感や他者との親密感が生ま

表3 集団の療法的因子(文献23より引用、一部改変)

希望をもたらす	同じ思いを抱いて集まるメンバーや治療者がもたらす雰囲気、場によるエンパワメントと言えるような集団の効果
普遍的体験	「私だけではない」という安心感をもたらす体験
受容される体験	存在そのままが他者に受け入れられることによる自分自身の受け入れの体験
愛他的体験	ほかの人の役に立ち喜ばれるという体験が自己尊重につながる
情報の伝達	スタッフやメンバーから生活や病気のことなどの多くの役立つ情報を得ることができる
現実検討 (自己確認、自己評価など)	他者とのかわりから自己の在り方や行動を確認できる
模倣・学習・修正 (生活技能、対人技能など)	グループメンバーの良い面を知らずのうちに模倣することで新しい行動を学ぶことができる
表現・カタルシス	自分を丸ごと開示し表現することで開放感や安心感を得る
相互作用・凝集性	集団の相互作用の中でメンバーに親密さが生まれ、より深いかわりを持つようになり、所属意識が高まる
共有体験	活動を通してともに何かを行った体験は互換を通じたコミュニケーションとなり、親密感が生まれやすい
実存的体験	他者とのかわりを通して現実世界をありありと知ること、あるがままを受容する

表4 各種リハの認知機能への効果(文献26より)

種類	対象者	対象論文	人数	時間(分)	頻度	期間	効果量 (95%CI)
認知練習・集団	軽～中度	3	67	45-90	2-7/週	11-25日	0.594 (0.052-1.137)
認知練習・個別	軽～中度	7	255	20-60	2-6/週	6-26週	0.403 (0.085-0.721)

れ、他者の役に立ったり、自分の考えを認められたり、褒められたりする体験を通じて、自信が強化され、現在を生きる希望をもたらす効果があると考えたのである。集団の療法的因子を活かせるよう働きかけることが、本人の尊厳と希望をもつ支援に結び付くと考える。

また、集団アプローチでは、他者の表情や情動が自身の情動にも影響する情動伝染²⁴⁾が起きやすい。たとえば、他者が笑顔でいるときには、自分もつられて笑顔になり、しかも楽しい気持ちになっていくことをよく経験する。アルツハイマー型認知症者は、健常者に比べて、特に情動伝染が起きやすいといわれている²⁵⁾。集団で、リハセラピストが楽しく語り掛け、他のメンバーが笑顔で楽しそうであれば、自然と自分も笑顔になる。このように、周囲の力も借りながら情動伝染を活用し、セッションを楽しいものにするのも集団ならではの特徴である。

(2) 集団アプローチの効果に関するエビデンス

認知機能向上のための介入手法には①認知刺激：現実見当識練習を代表とする認知刺激療法、②認知練習：計算など認知機能そのものに直接的に働きかけるもの、③認知リハ(複合プログラム)：①や②を含めてさらに運動療法なども取り入れた複合的アプローチの3種類に分類される。これらの介入に関するシステムティックレビュー²⁶⁾では、認知練習の効果、グループセッションと個別セッションに分けて分析し、どちらも中等度の効果を示している(表4)。したがって、認知機能の低下の進行を遅らせる効果は、集団でも個別と同等の効果を期待できる。

Halsamらは、施設入所の高齢者に対して個別回想法と集団回想法、集団でのゲームの3種

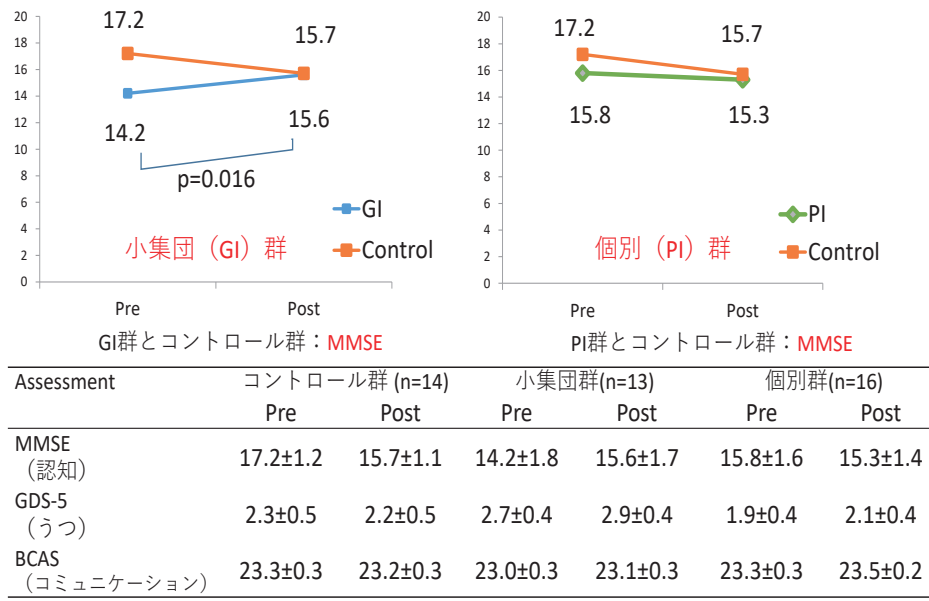
の介入の効果を比較した。その結果、集団回想法が3つの中で最も認知機能が改善し、集団でのゲームが最もWell-beingが改善したことを明らかにした²⁷⁾。

また、Cohen-Mansfieldらは家族の映ったビデオ視聴と、他者との会話、好みの音楽テープを聴くという3つの介入のBPSDに及ぼす効果を調査し、他者との会話が最もBPSDを低減させたことを明らかにした²⁸⁾。

このように、集団グループダイナミクスを活用したり、他者との相互コミュニケーションに重きを置くことが、認知症リハの効果を引き出す^{29,30)}と考える報告も多い。

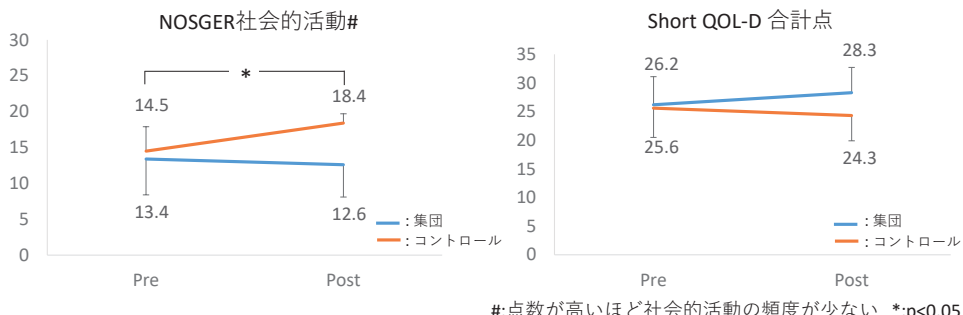
筆者も介護老人保健施設入所の認知症者に対して小集団での介入効果検証を行い、認知機能の改善や生活の質(QOL)の向上を確認しており^{31,32)}、特に介護老人保健施設の場合には、認知症短期集中リハ加算が終了し、リハビリテーション介入時間が減少した際の機能維持に対するアプローチとして有用と考える。

ここで筆者らの2つの介入研究の概要を紹介する。①老健の認知症短期集中リハ終了後の入所者43名を個別群(1対1での認知リハ、1回20分)、集団(1対3-5人での認知リハ、1回60分)、コントロール(介入なし)に分け、週2回、12週の介入効果を比較した。この結果、集団でのみ認知機能の改善が認められた(図1)。②老健入所者25名を集団での運動と認知刺激を複合したリハ1回45分/週2回の介入群(n=15)と、コントロール(n=10)に分け、8週の比較を行った結果、介入群において社会的活動(周囲と交流する、他人の手助けをするなどの頻度)、QOLに改善が認められた(図2)。



Tanaka S, et al: Psychogeriatrics 17(3): 177-185, 2017.

図1 集団アプローチと個別アプローチの効果の比較(文献31より)
MMSEではGI群とコントロール群に有意な交互作用を認めた



#:点数が高いほど社会的活動の頻度が少ない *:p<0.05

年齢、性別、ベースラインデータで調整した共分散分析 Tanaka S, et al: Psychogeriatrics 21(1): 71-79, 2021.

図2 集団アプローチの社会的活動、QOLに与える効果(文献32より)
集団介入群とコントロール群に有意な交互作用を認めた

(3) 集団アプローチの実践

1) メンバー全員が楽しめる活動の設定

集団アプローチの内容は、現実見当識練習や回想法などの認知刺激³³⁾や、計算などの認知練習³⁴⁾が適用され、効果が検証されている。グループでの実施を体系化した実践例としては、認知刺激を主体とした介入であれば認知活性化療法 (CST-J)³⁵⁾、ADLも含めた介入であ

ればドイツの認知症者を対象者にした複合的介入MAKS (運動、ADL、認知機能、社会機能のドイツ語の頭文字をとったもの)³⁶⁾が参考となる。上記から、集団アプローチにあたっては、実施内容ばかりではなく集団で得られる対象者同士の相互作用や、本人の能力発揮を狙うことが求められる。

たとえば認知刺激の代表例である回想法で

は、リハセラピストは参加者にとってなじみのある写真や道具を活用しながら、参加者それぞれがセッションに参加できるように働きかけ、過去への回想やアイデンティティ強化、またスタッフに教える役割を促す。他にメンバーがいることで、多様に回想が展開し、また懐かしさや楽しさの共有が安心感につながり、ときに関係性が醸成されれば周囲のメンバーの助け合いも生まれる。反応が良好であれば、参加者同士の話話が広がって、セッション後にもメンバー同士のコミュニケーションが続く。

そのほかにも、集団で行う運動は、グループメンバーやリハセラピストとよい関係性であることや仲間意識がモチベーションを高める^{37,38)}。リハセラピストは全員が取り組める楽しい運動プログラムを用意しながらも、メンバーそれぞれに合った負荷を設定したり褒めたり、ときに号令や運動の見本など役割を担ってもらうことで、楽しく運動を継続し活動量を確保できる。

2) 対象者の会話や参加継続を促す取り組み

上記のような効果を引き出すためには、参加者の心身機能や視聴覚機能、精神状態、社会的背景、その日の体調など、事前の情報収集も重要である。視聴覚や気分の影響で円滑なコミュニケーションが取れないことが考えられる場合には、個別対応も視野に入れる。

一般にメンバーの数が少なすぎると個人の負担が大きくなり、多すぎると相互の関係性が希薄となるとされるため、メンバー同士の交流を深めることやメンバーそれぞれの個性を引き出すためには小グループ(5~6名程度)が適切と考える。ただし、病棟やデイケア全体での適応を考える場合には必要に応じてスタッフ数を増やすことも検討する。

体調などコンディションに応じて集団の大きさなどは検討する。特にレビー小体型認知症の体調変動時や、行動障害型前頭側頭型認知症の症状が目立つ際など、集団に参加するのが困難であると判断された場合には、参加は強制しない。これらの型の認知症では集団よりも個別リハが適切なことが多い。また、血管性認知症で

は、反応速度が遅くて他のメンバーの会話スピードについていけないなどの点から、1:1の個別リハで、静かな環境の中でゆっくりと対峙し、「私(リハセラピスト)はあなたを大切にしている」というメッセージを伝えたほうが、アパシーなどの症状改善効果を高めることが期待される。

介入初期には、メンバー同士の関係性が醸成されておらず、リハセラピストと対象者のみのやり取りとなりやすい。このため、介入初期には身体をともに動かすような活動を用いて、緊張を和らげる活動を選択していく。あくまで認知症の集団介入においては、その日、その時に楽しい時間を共有できたこと、会話を行えたことを重視する(表2参照)。

活動中にどのように参加しているか(エンゲージメント)が、介入後の情動や行動に影響することが示されている³⁹⁾。このため、参加者の反応やかかわり方を記録し、活動の工夫を行うことによっても効果を高めることができる⁴⁰⁾。

まとめ

介護施設・医療施設を問わず、認知症の人にリハを提供する機会は今後ますます増加していく。当然、個別的なニーズをとらえ、その人に合った目標設定、介入によって在宅生活や社会参加につなげることが重要だが、「認知症という(社会)生活の困難を有する人」にアプローチをするという視点も忘れてはならないと考える。限られた資源の中で、活動性・機能を維持し、さらに認知症者の社会とのつながりを求めるニーズを満たすためには、認短リハの要件である「個別で20分」の個別リハの原則より、たとえば3名の小グループで60分のように、脳活性化リハ5原則にもとづいて楽しく褒め合いながら役割を担える集団アプローチのほうが、本人のQOLを高める方法として優れていると考える。

COI開示：該当なし

文献

- 1) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>, 2021.3.31 アクセス.
- 2) Toba K, Nakamura Y, Endo H, et al: Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 14: 206-211, 2014.
- 3) 全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における認知症リハビリテーションの効果に関する調査研究事業 報告書. http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/04/202004_60riha_1.pdf, 2021.03.31 アクセス.
- 4) American Psychiatric Association: Neurocognitive disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-5)*, pp591-643, American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013.
- 5) 中間浩一：【地域包括ケアシステムにおいて生活期リハビリテーションに期待すること】地域包括ケアシステムにおける認知症リハビリテーションの考え方と実践. *MB Med Reha* 188: 48-56, 2015.
- 6) Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H: Evaluation of anosognosia in Alzheimer's disease using the symptoms of early dementia-11 questionnaire (SED-11Q). *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 3(1): 351-359, 2013.
- 7) 山口晴保、中島智子、内田成香、他：病識低下がBPSD増悪・うつ軽減と関連する：認知症疾患医療センターもの忘れ外来365例の分析. *認知症ケア研究誌* 2: 39-50, 2018.
- 8) Kitwood T: 認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ. pp70-121, 筒井書房, 2005.
- 9) Harmer BJ, Orrell M: What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging Ment Health* 12(5): 548-558, 2008.
- 10) den Ouden M, Bleijlevens MH, Meijers JM, et al: Daily (in)activities of nursing home residents in their wards: an observation study. *J Am Med Dir Assoc* 16(1): 963-968, 2015.
- 11) van Alphen HJ, Volkers KM, Blankevoort CG, et al: Older adults with dementia are sedentary for most of the day. *PLoS One* 11(3): e0152457, 2016.
- 12) Hauer K, Ullrich P, Heldmann P, et al: Validation of the interview-based life-space assessment in institutionalized settings (LSA-IS) for older persons with and without cognitive impairment. *BMC Geriatr* 20(1): 534-534, 2020.
- 13) Casey AN, Low LF, Goodenough B, et al: Computer-assisted direct observation of behavioral agitation, engagement, and affect in long-term care residents. *J Am Med Dir Assoc* 15(7): 514-520, 2014.
- 14) Tanaka S, Yamagami T: Life-space and related factors for the elderly in a geriatric health service facility. *Prog Rehabil Med* 3: 2018.
- 15) Saunders PA, de Medeiros K, Doyle P, et al: The discourse of friendship: Mediators of communication among dementia residents in long-term care. *Dementia* 11(3): 347-361, 2012.
- 16) Mabire JB, Gay MC, Vrignaud P, et al: Social interactions between people with dementia: pilot evaluation of an observational instrument in a nursing home. *Int Psychogeriatr* 28(6): 1005-1015, 2016.
- 17) Beerens HC, Zwakhalen SMG, Verbeek H, et al: The relation between mood, activity, and interaction in long-term dementia care. *Aging Ment Health* 22(1): 26-32, 2018.
- 18) 鈴木みずえ、服部英幸、福田耕嗣、他：介護保険施設に入所する認知症高齢者のBPSDに及ぼす生活の質(QOL)の影響. *日老年医学会雑誌* 54(3): 392-402, 2017.
- 19) 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 快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう。(山口晴保編), 第3版, 協同医書出版, pp175-205, 2016.
- 20) 関根麻子、永塩杏奈、高橋久美子、他：老健における認知症短期集中リハビリテーション 脳活性化リハビリテーション5原則に基づく介入効果. *Dementia Japan* 27(3): 360-366, 2013.
- 21) 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.
- 22) Murai T, Yamaguchi H: Effects of a cooking program based on brain-activating rehabilitation for elderly residents with dementia in a Roken facility: A Randomized Controlled Trial. *Prog Rehabil Med* 2: 2017.
- 23) 山根寛：集団の利用.ひとと集団・場ひとの集まりと場を利用する一(鎌倉矩子、山根寛、二木淑子編)第2版, pp45-59, 三輪書店, 2007.

- 24) Hatfield E, Cacioppo JT, Rapson RL: Primitive emotional contagion. In: *Emotion and social behavior*. pp151-177, Sage Publications, Inc, 1992.
- 25) Sturm VE, Yokoyama JS, Seeley WW, et al: Heightened emotional contagion in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease is associated with temporal lobe degeneration. *Proc Natl Acad Sci U S A* 110(24): 9944-9949, 2013.
- 26) 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.
- 27) Haslam C, Haslam SA, Jetten J, et al: The social treatment: the benefits of group interventions in residential care settings. *Psychol Aging* 25(1): 157-167, 2010.
- 28) Cohen-Mansfield J, Werner P: Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 52(6): M369-377, 1997.
- 29) Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, et al: Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 64(7): 792-800, 2009.
- 30) Burlingame G, Strauss B, Joyce A: Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp640-689, 2013.
- 31) Tanaka S, Honda S, Nakano H, et al: Comparison between group and personal rehabilitation for dementia in a geriatric health service facility: single-blinded randomized controlled study. *Psychogeriatrics* 17(3): 177-185, 2017.
- 32) Tanaka S, Yamagami T, Yamaguchi H: Effects of a group-based physical and cognitive intervention on social activity and quality of life for elderly people with dementia in a geriatric health service facility: a quasi-randomised controlled trial. *Psychogeriatrics* 21(1): 71-79, 2021.
- 33) Woods B, Aguirre E, Spector AE, et al: Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 15(2), 2012.
- 34) Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, et al: Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 3(3): 2019.
- 35) Yamanaka K, Kawano Y, Noguchi D, et al: Effects of cognitive stimulation therapy Japanese version (CST-J) for people with dementia: a single-blind, controlled clinical trial. *Aging Ment Health* 17(5): 579-586, 2013.
- 36) Diehl K, Kratzer A, Graessel E: The MAKES-study: multicomponent non-pharmacological intervention for people with severe dementia in inpatient care - study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 20(1): 405, 2020.
- 37) Finnegan S, Bruce J, Lamb SE, et al: Predictors of attendance to group exercise: a cohort study of older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatr* 15: 37, 2015.
- 38) Vseteckova J, Deepak-Gopinath M, Borgstrom E, et al: Barriers and facilitators to adherence to group exercise in institutionalized older people living with dementia: a systematic review. *Eur Rev Aging Phys Act* 15: 11-11, 2018.
- 39) Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Marx MS: Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement. *Am J Geriatr Psychiatry* 17(4): 299-307, 2009.
- 40) Cohen-Mansfield J: The impact of group activities and their content on persons with dementia attending them. *Alzheimers Res Ther* 10(1): 37-37, 2018.