

# 痴呆性高齢者の在宅介護の一考察

木野 美恵子 (看護・介護福祉)

## 1. はじめに

我が国では、介護が必要な状態になった高齢者が住みなれた地域で暮らしを続けることができるよう、介護サービスが提供される仕組みとして介護保険制度が2000（平成12年）年4月より施行されている。この介護保険制度は、65歳以上の高齢者と40歳以上の老化による疾病による要介護および支援者が対象となっている。介護問題が個人の自助努力と家族扶養の限界を超えたものであることから、介護保険制度が導入され、社会制度として支えることが可能になった。しかし、初年度の要介護認定においては、身体介護に比べて痴呆性高齢者の要介護認定は軽くでる傾向があり2年後に一部変更されたことからみられるように痴呆性高齢者の対応は制度の当初から十分ではなかった。痴呆性高齢者もこの制度を利用し、訪問看護・訪問診療・訪問リハビリが受けられ在宅介護が可能となり、ショートステイ・グループホーム（痴呆対応型共同生活介護）を利用することができる。メニューは揃ってきたが、現状ではどの程度の選択する幅があり、地域で暮らすことが可能なのか疑問に思った。介護保険施行以前と比べて介護される者もする者もまわりに理解されるようになり生活の質は良くなってきた。しかし、痴呆性高齢者も同様といえるだろうか、家族はその疾患からくる特質から、今なお様々な深刻な悩みを抱えており、在宅介護のための痴呆性介護のスタンダードが明示されているとはいえない。

一方、痴呆性高齢者数は毎年増加し続けており平成16年度の厚生労働白書<sup>1</sup>によると2002（平成14年）年には全国の約150万人が看護・介護を必要とする痴呆性高齢者となり、2025（平成37年）年には、323万人に達すると推計

されている。これらのことから痴呆性高齢者介護の量的対応が我が国の緊急課題であると考える。こうして痴呆性高齢者の在宅介護の質と量のありかたに研究の関心をもつこととなった。より、現状を把握するために、訪問看護利用者の痴呆性高齢者のフィールド調査を実施した。今後の痴呆性高齢者の在宅介護を継続可能にするための課題と展開を考察する。

## 2. 痴呆性高齢者と介護保険法

現在、痴呆性高齢者は介護をうける場合には、介護保険法を利用している。介護保険法は「介護が必要な人」のために、平成9年12月に成立、平成12年4月より施行された。当時の介護のイメージは要介護認定調査票にみとれるように、「身体介護」が中心であった。現在は、当時の法附則において施行後5年後の見直しが規定されており、平成17年の見直しに入っている。制度改革の基本的方向は、基本理念の徹底と新たな課題への対応の2本柱である。見直しの基本的視点は、介護保険給付の効率化・重点化の中で①介護保険制度の「持続可能性」を図る、要介護状態になってからの後追い介護でなく、予防重視型システムへ転換し②「明るく活力のある超高齢社会」の構築を図る、効率的かつ効果的な社会保険制度体系のための③社会保障の総合化、となっている。施行状況の検証をサブタイトルにもち基本理念の徹底を図るという。ここにきてようやく、痴呆性高齢者介護の必要性が認識され、身体介護と併記されるようになった。こうして、1. 量から質への「サービス改革の推進」、2. 在宅支援の強化と利用者負担の見直し「在宅ケアの推進」、3. 市町村の保険者機能の強化「地方分権の推進」が掲げられた

のである。国の将来展望の新たな課題への対応は、1. 介護予防の推進 2. 痴呆ケアの推進「身体ケア+痴呆ケア」モデルへ→地域密着型のサービスの創設・地域における痴呆ケア支援体制の整備と権利擁護 3. 地域ケア体制の整備である<sup>2</sup>。今後の介護保険が目指す「介護」は、「痴呆ケア」と「身体ケア」であり、キーワードは「質」「在宅重視」「地域ケア」であり痴呆性高齢者の施設から在宅ケアへのシフトがすすめられている。

### 3. 痴呆症とはどういうものか

痴呆の診断基準はWHO (世界保健機関) の ICD-10 (International Classification of Diseases-Tenth revision; 国際疾病分類第10版) が最新であるといわれている<sup>3</sup>。この鑑別診断に必要な症状は4つある。すなわち、

I-1) 記憶力の低下

I-2) 認識力の低下/抽象的な思考能力・判断能力・思考・計画

症状としてあげた I-1)・I-2) いずれもが日常生活に影響を及ぼす程度にみられなければならない。

II 個人の性格/特徴と振る舞いの変化

\*以下の1-4の症状のうち、最低一つにあてはまらなければならない

1. 感情不安定
2. いらいらしている
3. 無関心
4. 粗雑な社会的行動

III 意識がはっきりと、保たれた状態である。

IV 6か月以上の期間において、症状が継続している状態である<sup>4</sup>。

痴呆の定義は「いったん正常に発達した知的機能が後天的な脳の器質性障害により持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態<sup>5</sup>」である。なんらかの身体の疾患を原因として、記憶・判断力などの障害がおこり、普通の社会生活がおくれなくなった状態をいうのである。この脳や身体の疾患にはアルツハイマー病やピック病などの神経性疾患や脳出血・脳梗塞などの脳血管障害や内分泌代謝性疾患・栄養欠乏症・感染症・正

常圧水頭症など様々な疾患があるが、原疾患の治療により痴呆症状の消失をみる疾患がありすべての痴呆が不治の病ではない<sup>6</sup>。たとえば、栄養欠乏症の栄養状態の改善、正常圧水頭症の手術などで痴呆症状の消失をみるものと、痴呆の代表的疾患である脳血管性痴呆とアルツハイマー性痴呆との医師による正確な診断をもつことが重要であるといえる。

脳血管性痴呆は、脳血管障害を原因にもち脳の血流量や代謝量が減少し、脳梗塞の多発によるものが多い。脳の損傷の程度や範囲は痴呆の重傷度と一致する。一方アルツハイマー型痴呆は、原因は不明であるが、脳の神経細胞が急激に減り、脳が病的に萎縮し、高度の知能低下や人格の崩壊がおこり、ゆっくりと発症し悪化する。初期の段階では運動麻痺や感覚障害などの神経症状はおこらず、本人は病気だという自覚がないのが特徴である。

痴呆で問題視される精神症状は、中核症状と周辺症状に分けられる。中核症状は痴呆であれば必ず認められる症状で、記憶障害・判断力や問題解決能力の障害、失語・失行・失認などの高次皮質機能障害や段取りをつけられない、予定を立てられないなどの実行機能障害が含まれる。軽度から中程度では道具的日常生活能力の障害となり、重症化すると基本的な日常生活動作能力の障害を伴う。一方、周辺症状は、中核症状によって二次的に出現する精神症状や行動障害をいう。幻覚・妄想・睡眠障害・多弁・多動・依存・異食・過食・介護への抵抗・不潔行為・徘徊・仮性作業・暴言・暴力・抑うつ・焦燥・不安・譫妄などである。これらは、痴呆に必ずみられる症状ではなく、在宅の高齢者では8割程度で、すべての高齢者が精神症状や行動障害が出現する訳ではない<sup>7</sup>。

### 4. 痴呆性高齢者介護にスタンダードケアプランの利用は可能か

痴呆性高齢者介護にスタンダードケアプランの利用をするにあたっては、どのように分類しそれぞれのケアをスタンダード化するかという問題が生ずる。なぜならば、痴呆症

状の出現は病態と生活史とが互いに複雑に影響しており、単一の症状でケアプランを作成できないところにその困難さがあるからである。しかし、症状を呈しているということが重要でその症状によって患者や家族は治癒判断を感覚的に下すことが多い。また、患者や家族は症状が落ち着くと「治った」と感じることが多い。このことは、症状の出現時にも同様のことがいえる。つまり、中核症状および周辺症状があらわれた時、家族は痴呆の初期の段階では、外見上異常がみられないためになかなか現実を認めることができない。そのために家族は初期の痴呆介護で最も行ってはならないケアをする。つまり、介護者が「驚き」、家族が痴呆という得体の知れない病気にかかるはずがないと「否定」し、行動を訂正させようと「叱り」、理屈を言って「責める」のである。しかし、それは逆に痴呆性高齢者を苦しみ困惑させる悪循環となっていくのである。また、家族が痴呆かもしれないと思ったときに「他人に知られたくない」と隠して一人で悩んでいる介護者は多くいるという<sup>9</sup>。

病気という認識がない、あるいは隠している患者や家族に対して、スタンダードケアプランは保健・医療・福祉のネットワークシステムとして組み込んだプランでなければ実効不可能であるとおもわれる。現在では、何らかの身体上の不都合で受診した時に医師に相談する、医師が発見する、あるいは訪問看護で訪問看護師により発見されるなどである。早期発見のシステムはないに等しく、このような状況であるがために家族もまた、初期には痴呆を「否認」し、やがて否認しきれなくなると「隠し」、家族が疲労困憊し患者が重症になってから助けを求めるといった悪循環がおきているといえる。その感覚は独特で、介護者には他人へ言葉で伝えられない苦勞であり「痴呆性高齢者の介護体験者でないと分からない」ことであるという<sup>9</sup>。患者会（呆け老人をかかえる家族の会）の存在は、本人及び家族にとっては心強いものではあるが、そこにたどり着かない人・存在を知っていても相談援助を求めることを好まない人もいる。現在は、家族

会が家族へのサポートをしているが、在宅を支えるためには不十分であり、あらたな窓口が必要であるといえる。スタンダードケアプランの利用にあたっては専門外来とリハビリという資源が欠かせない。

老年科の医師である藤本は、痴呆専門外来を1990年に開設し、診断・治療・リハビリの他に介護ストレスの尺度<sup>10</sup>を用いて介護者のカウンセリングを実施している<sup>11</sup>。外来において心理職による回想法による「軽症痴呆リハビリ」の実施を行っている。短期的には認識機能に改善がみられることもあり、意欲の向上や情緒の安定に有効であるという。また、作業療法士は機能評価後に「リハビリプログラム」を作成し各痴呆患者の症状に合わせてプログラムをつくり「痴呆リハビリ」を実施している。この「リハビリプログラム」を介護者や居住地の保健師、ケアワーカー、ホームヘルパーに提供している。

痴呆性高齢者の作業療法（Occupational Therapy：OT）には、治療目標をもち「作業活動」と「グループダイナミクス（集団力学）の応用」と作業療法士が治療目的にあわせて使う「治療的自己の用い方」がある<sup>12</sup>。その目的は利用者が頼ることができる介護者や仲間などの1. 安心して過ごせる環境をつくること、2. 「その人らしさ」を保つ、3. 身の回りの世界との関わりをもつ、4. 適度な刺激を与えることである<sup>13</sup>。心身機能・認知機能・身体機能・日常生活動作・社会性など、それぞれの目的に応じてメニューが組まれる。歌・ハンドベル・リズムバンドなどの音楽、体操・肩たたき・竹踏み、盆踊り、散歩などの身体的健康に関するもの、身体を動かす機会が多く、遊びの気楽さがあり、知的機能が低下していても「楽しさ」を味わうゲームや、手工芸、料理・園芸・家事・畑仕事など生活、回想法をはじめとする会話がある<sup>14</sup>。一見誰でもできるようなものばかりであるが、アセスメントに基づいた時期と内容が適したプログラムでなくては効果が少ない。実際、評価をしながら変更しているのである。一時的な表情の良さや、落ち着きがみられることは痴呆性

高齢者が生活する上でキーポイントとなるが、診断の経過は科学的なエビデンスのもとでなければ、治療とはいえない。「楽しい生活」と「症状の緩和」は区別して考えなければならない。患者にとってプラスであれば、いつでもどこでも誰にでも効果があるという訳ではない。個別性の問題があるのである。個別性に応じたケアプランが声高にいわれるゆえんである。

次に、痴呆の認識と行動にそれぞれ着目したケアプランが開発されている。金井は認識面に着目し、三好は行動面に着目している。

金井は、痴呆性高齢者の認識面に着目しアセスメントとケアプランを開発した。KOMIチャートの認識面の黒マーク数の多寡により6グレードに分類した。KOMI痴呆症スケールの黒マークが漸減するに従い a 記録欠落期 b 排泄障害出現期 c 混乱期 d 混迷期 e 閉じこもり期 f 自己消滅期と分類した<sup>15</sup>。この、痴呆性高齢者のKOMI痴呆症スケールによるチェックの結果をもとに6グレードに分類し、各グレード毎のスタンダードケアプランを作成した。もともと認識という客観的測定には熟練者があたらねば正確さを欠き、当然のことながらアセスメントの際には、KOMI理論を理解したものでなければ活用できないスケールであるが、いち早く看護の視点で痴呆性高齢者の的確なアセスメントとスタンダードケアプランを作成するという意味で価値のあるものであり、一つの指針を示したといえる。

三好はリハビリテーションの立場から、行動面の分類からのスタンダードケアプランにとりくんでいる。つまり、痴呆介護の病理学的分類は介護に役立つものでなく「老いた自分との関係障害としてとらえる」としている。そして、竹内孝仁の提唱する3つの問題行動パターンに分類は、目に見える生活場面で実感できる分類であり、介護者に関わり方を示唆している。これは、まず現実との葛藤がおきているⅠ葛藤型、次に過去の自分に戻っているⅡ回帰型、そして現実から遊離しているⅢ遊離型である<sup>16</sup>。しかし、三好も述べているが

すべての痴呆性高齢者に対してカバーできるものではない。三好等の仮説に基づくアプローチが痴呆性高齢者の問題行動を少なくし「痴呆が治った」といわれるケースを作り出したという点では興味深い研究であるといえる。

##### 5. 一訪問看護ステーションの痴呆性高齢者の在宅介護調査結果

訪問看護は、健康相談、日常生活の看護、在宅リハビリテーション看護、介護者の相談、痴呆症の看護、検査・治療促進のための看護などの目的により、利用者とその介護者に利用されている。今回なぜ痴呆性高齢者の在宅介護の現状把握のために訪問看護の調査に決定したかということ、訪問看護を通して把握していくことが「疾病段階と症状」と「在宅介護の状況」とのタイムラグが少なく把握できるのではないかと考えたからである。

訪問看護の利用者の保険は医療保険と介護保険の二種類あり、どちらかを利用している。訪問看護は比較的小回りのきく小さな事業所が多く、スタッフは利用者の状況をよく把握しており、顔の見える看護を行っている。社団法人日本看護協会による2003年「訪問看護ステーションおよび併設居宅介護支援事業所に関する実態調査」によれば、平均職員数は1ステーションあたり5.8人の看護職員数で、要介護認定を受けている利用者は、1ステーションあたりの平均で51.6人であり、訪問延件数は医療・介護保険ともに微増傾向にあるという。

もともと高齢者は、様々な疾患を抱えており痴呆性高齢者も例外ではない。しかし、痴呆性高齢者は、特にその症状の訴えが掴みにくいために看護師は全身の観察も重要な看護となる。さらに、介護者は他の疾患以上に精神的負担が大きく、痴呆であることの受容も困難な例もみられ、家族援助の役割も大きい。調査を開始すると、このような、現行の訪問介護制度で、利用者および家族の介入がよく機能している場合が、多くみうけられた。しかし、痴呆性高齢者の在宅介護の実態は、在宅介護の中断理由とその後の経過から把握す

ることとした。

そこで、平成11年4月～16年3月までの訪問看護ステーションTにおいて在宅看護の中止によって、訪問看護を中止するに至った利用者の訪問看護利用の中止の原因と経過を調査した。この間、常に月間30名～40名の訪問看護利用者がおり、その中で痴呆性高齢者の割合は増加してきていた。

その結果、「痴呆性高齢者の訪問看護の中断理由」は、以下の4点に集約された。

#### 1. 独居

独居の痴呆性高齢者は、痴呆の進行により在宅が不可能になった

#### 2. 障害受容困難な介護家族との2人暮らし

障害受容困難家族に対して、訪問看護師以外の理解が得られない時は、訪問看護師の利用者の症状観察による重症化のキャッチをチームでカバーするシステムがない。痴呆介護に対する知識が少ない介護支援専門員のもとでは、家族と同様に「まだ、在宅でみよう」という、甘い予測をたて結果的には、重症化し、家族が手におえなくなつてからの入院となった

#### 3. 介護量の不足

高齢者が高齢者を見る老老介護や疾病・障害を抱えた介護者の介護では、介護量が少ないと判断するべきである。しかし身体介護に比べて、利用者本人の在宅生活の希望も強く、介護者も引き取ってなければという責任を強くもたされることが多く、ギリギリまでみようとする傾向があった。

#### 4. 原疾患の悪化

急性期の心肺機能低下は在宅対処は困難であった

#### 6. 一訪問看護ステーションの痴呆性高齢者の在宅介護調査結果の考察から

訪問看護ステーションの痴呆高齢者の在宅介護調査を項目別に考察すると以下になる。

##### 1. 独居の痴呆性高齢者

独居の痴呆性高齢者は、近隣の協力や民生委員との関わりが重要である。しかし玄関の

戸締りの忘れ・訪問販売とのトラブルは、これらの人々による対応の範囲を超えている。火の始末ができなくなったことをきっかけに独居在宅生活は終止符をうつことになった。この事例でみられたように、現在の地域力ではカバーしきれない問題があり、それには、セキュリティを考えた高齢者アパートなどの、新たな居住空間が必要であると考えられる。独居生活を支える在宅システムが必要であり、現代社会の中では、痴呆性高齢者を地域社会へ依存することは不可能であろう。

##### 2. 障害受容困難な介護家族との2人暮らし

今日は、行政・マスコミ・映画などで、痴呆性高齢者の症状と介護については啓蒙されてきており、インテリジェンスの高い人々はある程度の知識があると思われる。しかし、痴呆性高齢者を抱える介護者家族の「障害受容」は、その知識と比例するものではなかった。ある事例では、痴呆という言葉の知的理解のある妻は、社会的に認められた職業を成し遂げた夫が、そのような病気に向かつていくということをなかなか認めようとはしなかった。「あれも、できない、これもできない」「なぜかわしい」と、現実逃避のための話し相手を訪問看護師に求めていた。そのような中で、訪問看護師も利用者の症状の変化のサインをみのがさなかった。「しばらくすると、もう少し悪くなるかもしれない」と伝え事前に家族にその後を考える機会を与えた。また、介護支援専門員にも情報を流した。しかし、家族は介護支援専門員には「変化はない」と症状悪化を隠していた。やがて、痴呆症状は悪化し「もうだめ、家でみれない」と救急車を呼び入院の運びとなった。この事例では、訪問看護ステーションが所属する在宅介護支援センターでなく、痴呆患者の経験の少ない他の在宅介護支援センターの居宅支援専門員がケアマネジメントをしていた。この居宅支援専門員には、家族の訴えはいつもの愚痴ととれ、訪問看護師の連絡をうけても、自分のみ患者には変化はないと感じ、まだ先のことであろうとおもい「もう少し、在宅で」という判断を下した。訪問看護師の意見を取り入

れなかった。やがて、大声を出し、暴力行為に及ぶに至って、急遽、精神病院へ紹介入院に至った。この訪問看護ステーションTは、精神科を主とする医療法人の施設であり、従事する訪問看護師も痴呆性高齢者看護の経験が豊富で、いわば、痴呆性高齢者看護を得意とする訪問看護ステーションであった。それにもかかわらず、訪問看護師の示す在宅療養から入院・施設入所の時期へのアドバイスに対して、家族も、介護支援専門員も「まだ、在宅でいけるのでは？」という甘い予測を下したのである。専門家の意見や利用者の真のニーズを尊重せずに、介護者のいいなりになるケアマネジメントは、今後は改めなくてはならない。

### 3. 介護量の不足

介護量の不足を自覚する介護者は少ない。介護者が入院することになり、介護をうけていた人と共に入院をするか施設を探す、あるいは別の介護者に引き取られることになる。痴呆性高齢者は、環境の変化に適応することは苦手であるために、症状悪化に向かうケースが多い。老老介護、疾病・障害を抱えた介護者は、身体介護に比べてまわりの理解が乏しく介護者も我慢することが多い。また、利用者本人の在宅生活の希望も強く、介護者も引き取ってなければという責任をもつようだ。フォーマル・インフォーマルさまざまな援助をうけながら、細く長く在宅介護を継続することが可能であることをマネジメントする必要があるだろう。

### 4. 原疾患の悪化

心・肺・腎疾患の急性期に在宅介護は不可能で医療をうけるための入院は必要であろう。しかし、永久ではなくターミナル期などどのようにしていくのかを、普段元気な時話しあっていく必要があるだろう。

以上のことから、独居には限界があり、重度の痴呆症状は在宅は不可能であり、原疾患が悪化すれば、原疾患の対応病院への入院が必要であるといえる。この判断は十分な見とおしの説明もされないままに、介護家族に任せられている問題がある。専門家の説明がう

けられないまま家族や利用者の『自己決定』に任せるのは危険なことであるといえる。

また、今回の調査を通して考えさせられたことは、これらのすべてが、再び訪問看護を利用することがなかったということである。これを、高齢であり、重度であるからやむをえないといえるのだろうか？ということである。痴呆性高齢者看護を得意とする訪問看護師がサインをキャッチし入所・入院の時期をすすめても、家族はもとより、ケアマネジメントする介護支援専門員も判断できない状況が、一旦施設に入所・入院したら在宅生活を再び送ることができなかったという「遅すぎる入所」の問題がある。

痴呆症は症状である。専門医の正確な診断のもとでの治療が必要であり、介護者と看護者・家族・福祉サービス・地域のボランティアなど、様々なそれぞれの得意とするところを発揮しやすいシステムが必要である。小規模多機能施設の活躍は期待するところではあるが、重症度によっては、医療が必要であり看護が必要となるのである。介護福祉士の専門範囲の中で質の高い介護を提供する努力は惜しんでほしくない。しかし、「生活援助」であるという理由で、役割や業務の範囲を拡大することが介護福祉士の将来の方向であるとは思わない。医療従事者を巻き込むことや、一定の時期を医療にまかせた後に再び家庭に戻り、家族として暮らせるように本人および家族の支援をすることが大切であろう。

訪問看護ステーションは、ヘルパーステーションにならび在宅介護を支えている。痴呆性高齢者の訪問介護の利用が、介護保険の導入で増加した。つまり、利用者が抵抗なく、利用しやすくなったといえる。須貝は「介護サービスを受ける在宅の痴呆性高齢者のなかには、家族の疲弊が強いために差し迫ったケアと保護の必要性が先行して、本人の病状の医学的評価や治療の努力がなおざりになったままサービスのみが実施されているケースも少なくなく」、「病識のない介護拒否の<sup>17</sup>利用者に対する難局を乗り越えるのは、訪問看護である」と述べている。

また、大熊は、なぜデンマークに「寝たきり老人」が少ないのかデンマークに通ううちに様々な仕掛けに気づいたという。それは「24時間対応のホームヘルパー」「動く司令塔のような訪問ナース」「からだにあわせた補助器具」「住まいの改造」「家族医という名の専門医」「デイサービス」「市町村が責任をもつシステム」などであるという<sup>18</sup>。これらは、介護保険制度に項目が存在する。しかし、運用と利用が異なっている。制度の歴史の浅さだけでは片付けられない問題がある。現場でそれぞれが未熟だという自覚のもとで連携し、習熟度をます努力が必要であろう。

## 7. おわりに

平成16年度の厚生労働白書<sup>19</sup>においても、痴呆性高齢者のケアについて強調されており、厚生労働省では厚生科学研究所において、痴呆に関する研究・予防を行っているが、今後は身体ケアのみではなく、痴呆性高齢者に対応したケアを標準として位置づけていく必要があると記されている。新たな日本型の在宅整備のために、具体的なケアスタンダードの作成が急がれる。このようなケアプランの作成や、ネットワークの必要性は新しい知見ではない。むしろ、動き始めていなければならない状況であろう。しかし、利用者はいまだに不便を感じている介護家族や介護施設の職員の都合や規則が前提となる介護ではなく、利用者を中心に据えた理念のもとでその中身が展開されなくてはならない。利用者が自らの生活を継続し、終の棲家と選択した場所で人間らしく、尊厳をもたれたまま生を閉じることができるケアの中身が存在しなければならない。利用者が中心に、十分な説明の上で介護や医療の選択を可能にできる福祉医療システムの構築が課題となった。

## 参考および引用文献

- 1 厚生労働白書平成16年版. p207. 2004
- 2 全国介護保険担当課長会議. 「介護保険制度改革の取り組み状況について p8-9」 2004. 9. 14
- 3 介護・医療・予防研究会編、高齢者を知る事典、厚生科学研究所、2000、p261
- 4 E. メーリン/R. B. オールセン、モモヨ・タチエダ・ヤーンセン訳、デンマーク発痴呆介護ハンドブック、ミネルヴァ書房、2003、p29
- 5 介護・医療・予防研究会編、高齢者を知る事典、厚生科学研究所、2000、p266
- 6 介護・医療・予防研究会編、高齢者を知る事典、厚生科学研究所、2000、pp266-267
- 7 介護・医療・予防研究会編、高齢者を知る事典、厚生科学研究所、2000、pp261-262
- 8 呆け老人をかかえる家族の会愛知県支部、はいこちら痴呆電話相談です！、2001、p146
- 9 NHK福祉番組取材班、痴呆性老人の介護、旬報者、2000、p126
- 10 新名理恵/琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編、痴呆患者の家族介護のストレス評価/別冊総合ケア高齢社会のケアとケアへの新しい視点介護の展開とその評価、医歯薬出版株式会社、1995、pp39-49
- 11 藤本直規等 琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編、痴呆患者の介護と評価の実際/別冊総合ケア高齢社会のケアとケアへの新しい視点介護の展開とその評価、医師薬出版株式会社、1995、pp33-38
- 12 日本精神病院協会監修、痴呆性老人のための作業療法の手引き、ワールドプランニング、1996、p14
- 13 日本精神病院協会監修、痴呆性老人のための作業療法の手引き、ワールドプランニング、1996、pp23-24
- 14 日本精神病院協会監修、痴呆性老人のための作業療法の手引き、ワールドプランニング、1996
- 15 金井一薫、「KOMIの痴呆症スケール」とスタンダードケアプラン・2001、KOMI理論研究会、2001
- 16 三好春樹、新しい介護完全図解、講談社、2003、pp294-295
- 17 須貝裕一、訪問看護と介護、vol. 8 no. 1 2003
- 18 E. メーリン/R. B. オールセン、モモヨ・タチエダ・ヤーンセン訳、デンマーク発痴呆介護ハンドブック、ミネルヴァ書房、2003、p1
- 19 厚生労働白書平成16年版. 2004、p207