川崎医療福祉学会誌　Vol. 6　No. 1　1996

論　説

痴呆性老人を対象としたデイケアの効果の評価
――その意義と展望――

島田　修[1)]　保野孝弘[1)]　綱島啓司[1)]　大羽　秦[1)]
横山茂生[1)]　渡辺昌祐[2)]

川崎医療福祉大学　医療福祉学部　臨床心理学科[1)]
川崎医科大学　神経科学教室[2)]

(平成8年5月22日受理)

The Assessment of the Effect of Day Care for Demented Elderly Persons
――Its Significance and Perspective――

Osamu SHIMADA[1)], Takahiro HONO[1)], Keiji TSUNASHIMA[1)], Shigeru OBA[1)], Shigeo YOKOYAMA[1)] and Shosuke WATANABE[2)]

[1)]*Kawasaki University of Medical Welfare*
Department of Clinical Psychology
Kurashiki, 701-01, Japan
[2)]*Kawasaki Medical School*
Department of Psychiatry
Kurashiki, 701-01, Japan
(Accepted May 22, 1996)

Key words : elderly persons, dementia, day care, assessments

Abstract

This article discusses the significance in the assessment of the effects of day care and its perspectives for demented elderly persons.

In Japan, the number of aged pernons has been increasing. This issue is getting serious. One of the plans of mental health for them is day care, which is practiced in some places such as in health care centers for the elderly persons, and plays a very important role. However, we has not systematically examined the effects of day care in some aspects of the demented elderly.

The main functions of day care are to help the elderly become more active and to reduce the load on their relatives as a care for them at home. It is very important to

clarify the effects of participating in day care with these functions so that we can have some information to modify the care programs. We need to assess some positive aspects of behaviors in demented elderly persons, to have a common scale to assess them more easily among day care staff or relatives, and to use the method to assess with the observation of behaviors in addition to face-to-face interviews and questionnaires.

We propose to examine the relationship between the day care programs and their effects assessed with some kinds of scales for demented elderly persons as soon as possible. Based on the results, it is very important for us to consider various testing batteries of assessing mental and physical conditions in demented elderly persons.

要　　約

本論文は，デイケアによる痴呆性老人の認知・行動への効果を評価することの意義とその方法に関する今後の見通しについて考察した．

日本でも高齢化がますます加速され，痴呆性老人に関する問題は極めて深刻である．痴呆性老人に対する精神保健対策の一つとして，老人保健施設などで実施されているデイケアがあり，痴呆性老人への対応に重要な機能を果たしている．しかし，痴呆性老人がデイケアに参加することによって，どのような機能がどのように変化したのかなど，デイケアの効果を組織的に検討した例は極めて少ない．

老人に対するデイケアは，在宅生活を支援する手段であり，老人自身の活性化を図り，介護家族の負担を軽減する役割を果たす．デイケアに参加すると実際にどのような効果が得られるのかを明らかにすると，その評価結果を基にケアプログラムを修正することができる．痴呆性老人へのデイケアの効果の評価には，諸機能の肯定的な側面を積極的に評価すること，スタッフ及び家族が簡単に評価できる共通の評価尺度を持つこと，面接や質問紙に加えて行動観察を用いることが必要である．

今後，まずどのような検査や尺度の得点がデイケアによってどのように変化するのか，どのような患者にどのようなデイケアを行ったら得点はどうなるのかなど，多くの基礎資料を集めることが急がれる．そして，その結果を基に，デイケアによる老人の心身機能への効果を評価するテストバッテリーを模索することが必要である．

1．痴呆性老人を対象としたデイケア

1）痴呆性老人の将来推計

高齢化が進む中，痴呆性老人の占める割合も年々増加している．65歳以上の痴呆性老人数の将来推計[1]によれば，1985年におけるその推計人口比は6.3%で，2020年には8.9%に及ぶと予想されている．そして，年齢が高くなるにつれて痴呆の出現率が上昇する傾向にあり，男性よりも女性での出現率が高いことが指摘されている．

2）痴呆性老人への精神保健対策の経緯と現状

このような痴呆性老人の現状と今後の見通しから，痴呆性老人に対する精神保健対策が立てられ，痴呆性老人は，老人保健施設，精神病院，老人病院，特別養護老人ホームに入院・入所できるようになった[3]．例えば，老人保健施設は，医療と日常生活上のサービスを併せて提供するため，1988年の老人保健法改正によって創設された．その主な役割は，病院や特別養護老人ホームとともに，要介護老人を支援することである．その中でも老人保健施設は，痴呆が発病する前に機能を回復させ，家庭に復帰できるようにし，家庭ではどうしても処遇できない要介護老人を引き受け，必要な医療と適切な看護・介護を行う[4]．

患者自身の問題行動や精神症状への対応，そ

してその家族への対応が必要とされているなど，痴呆性老人への対応が急がれている[2]．近年，在宅痴呆性老人のケアの方法の一つとして，デイケアが注目されている．1988年（昭和63年）の老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイケア施設の創設に伴い，デイケアの重要性が増している．例えば，老人保健施設は，地域に開かれた施設として，在宅の寝たきりの老人などやその家族に対する支援機能を果たすため，積極的に通所の方法によるデイケアを行うことが義務づけられている．老人保健施設の整備状況を見ると，1988年の施設数は8であったのに対し，1995年には1050に急増している．また，収容定員数も1988年の303人に対して，90074人に増えている[4]．最近では，一般病院や診療所でも老人性痴呆疾患を対象としたデイケアを開設できるようになった．

2．デイケアの効果とその評価法

1）デイケアの目的

デイケアとは，「普段の生活の場（家庭など）から昼間だけをケアをする場に通所する方式」を意味する[5]．老人に対するデイケアは，在宅生活を支援する手段であり，老人自身の活性化を図り，介護家族の負担を軽減する役割を果たす．老人性痴呆疾患デイ・ケア施設整備基準（1988）によれば，老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の基本的な考え方として，「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設は，地域に開かれた施設として，在宅の痴呆性老人やその家族に対する支援，通院医療の普及，老人性痴呆疾患治療病棟から退院した患者の継続的医学管理の確保と退院の円滑化等を図ることを目的に，精神症状や問題行為が激しい痴呆性老人に対するデイケアを実施し，生活機能を回復させるための訓練及び指導，家族に対する介護指導等を実施するものであること」と記されている[1]．また，加藤[6]は，痴呆性老人に対するデイケアの目的として，(1)痴呆性老人のもつ問題行動や，随伴する精神症状を軽減あるいは予防すること，(2)痴呆性老人の精神的安定をはかり，家庭あるいは社会に適応できるようにすること，(3)痴呆性老人の精神機能の活性化をはかり，残存機能の推持に努めること，(4)グループワークを通じて対人交流を促進し，患者の感情表出と意欲面での向上をはかることを指摘している．同じく，介護者の援助に関するデイケアの目的として，(1)痴呆性老人を抱える介護者に休憩時間を与えること，(2)カウンセリングを中心とした積極的な家族援助を行い家族のもつ不安や介護上の負担の軽減に努め，介護者の精神的安定をはかること，(3)痴呆性老人を抱える介護者間の交流を促進し，介護者のストレスの軽減に努めることを挙げている．

以上のように，痴呆性老人に対するデイケアは，老人が社会的に孤立したり閉じこもったりするのを防ぐとともに，老人の心身機能を回復させ日常生活技能の維持を図るものである．さらに，デイケアは，その家族の介護の負担を軽くするとともに，家族が家庭での介護方法を学び，その意欲を継続させる役割も果たしている．このような目的から，デイケアでは一人一人の老人の状況，心身の状態などに応じたケアプログラムが作成され，それに従って対象の老人に必要な機能訓練やレクリエーション等を行う．例えば，あいさつで自己紹介をしたり，歌をうたうなどのレクリエーションを行ったり，フォークダンスなどの軽い運動や体操などが行われている[7][8]．そして，通所者の求めに応じて食事・入浴サービスも提供される．このようなデイケアに参加すると実際にどのような効果が得られるのかを明らかにすることは極めて重要である．老人保健施設の中でデイケアの運用に当たっては，ケアプログラムを定期的に評価することが望まれる．

2）デイケアにおける評価の目的とその評価対象

デイケアの効果を定期的に評価することは，老人保健施設などでケアを進めていく上で極めて重要である．藤ら[9]は精神科リハビリテーションの評価の目的として，(1)いくつかの職種が相互に討論し，主体的な治療活動へと発展できること，(2)その施設の治療目標を作成できること，(3)対象者への関心を持続させること，(4)変化に対して待てるような態度を自ら作ることを指摘している．これは，精神分裂患者などを対象とした精神科デイケアでの評価目的であるが，痴

呆性老人を対象としたデイケアにおいても共通する目的であると考えられる．また，Holden & Wood[10]は，老人に対する評価の役割について，(1)残された能力の発見，(2)特定障害の鑑別，(3)特定の目的，例えば集団作業，調査，施設入所の選定，(4)変化の持続監視，(5)診断と予後をあげている．その他，痴呆性老人一人一人のケアプログラムを作成したり，そのプログラムを実行していく中でケアプログラムを再検討する時に，その評価結果が必要となる．すなわち，ケアプログラムを作成する前に，その対象となる患者がどのような状態にあるのか，デイケアを始めて身体の状況や精神状態，行動状態はどう変化したのかを明らかにした上で，ケアプログラムを作成したり，修正したりすることが大切である．また，対象となる痴呆性老人にとって，どの施設が最も適しているかを判断する資料にも活用できる．例えば，矢内[11]は，老人の心身状態の程度や状態像が比較的安定しているか不安定さが継続するかによって，デイケアへのニーズも医療機関併設か福祉施設併設かと異なってくると指摘している．その老人に最も適した施設を割り当てるためには，ケアプログラムを実行していく中で，常にその経過を評価することが必要である．

従来から，痴呆性老人を対象としたデイケアの効果が種々の側面から検討されてきた．Holden & Wood[10]は，老人の何を評価するかを5つに分けた．それによれば，(1)患者の認知機能―集中力，記銘力，見当識など，(2)もし見られるのなら，患者の特定の神経障害―言語障害，視覚運動障害など，(3)患者の一般的機能および行動―セルフケア，社会化，活動など，(4)患者はどのように感じているか―悲しい気分でいるか，それとも幸せな気分でいるか，生活に満足しているか，(5)環境とその影響―スタッフの態度と提供されているケアの種類である．デイケアの効果の評価の対象として，痴呆性老人の痴呆の症状[12]や行動，生活の質[13]，社会的資源の活用[14]，介護に関わる経費[13]，環境の問題[15]，施設への入所率[13][16]がある．しかし，現時点では，デイケアの効果を組織的に検討している研究は少ない．

3）デイケアにおける痴呆性老人の評価

老人の諸機能を評価するための心理検査や評価尺度が作られ，診断のための補助的手段として，あるいは症状の変化や抗痴呆薬の効果の判定のために使用されてきた．例えば，認知機能を評価するためには，改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）やN式精神機能検査（Nishimura Dementia Scale）などが使われる．行動観察尺度としては，柄澤式「老人知能の臨床的判断基準」やN式老年者用精神状態尺度（NMスケール）がある．また，日常生活動作能力（ADL）を評価する尺度として，N式老年者用日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）がある．これらの検査や評価尺度は，デイケアに参加する痴呆性老人の心身機能への効果を評価するために，それぞれの目的，長所や短所を考慮して利用されている．

デイケアが痴呆性老人の心身機能にどのような効果をもたらしているかなど，デイケアが老人自身に及ぼす効果を組織的に検討した研究は極めて少ない．デイケアの効果を組織的に評価していないため，どのような老人がデイケアによって最も効果を示したのか，どのくらいの期間で効果が現れたかなどは十分検討されていない[17]．その理由として，痴呆性老人を対象としたデイケアが開始されてから日が極めて浅いこと，研究者やその目的によってデイケアの評価に用いた尺度が異なっていることが挙げられる．どのようなデイケアで，どのような痴呆性老人がどの尺度や検査でどのような結果を得たのかを明らかにすることが必要である．

デイケアによって痴呆性老人の諸機能が改善されたという報告も多いが，逆に悪化するという報告もある．従来より，痴呆自体は改善されていないが，表情や言語，他人との接触性などに関する周辺症状が軽快し[18][19][20]，生活の活性化が見られ[11]，生活の質が向上した[13]などの報告があり，デイケアの有効性と妥当性が指摘されてきた．例えば，黒川[20]は，痴呆性老人8名を対象に回想法を行い，その効果を認知機能評価尺度と観察評価尺度で評価した．その結果，参加者の病棟生活における精神状態，対人関係，身辺自立の程度が改善された．特に時間や場所の見

当識，心配事や不安を訴える頻度，沈み込んでいる様子を示す頻度が減少した．行動観察からは，セッションの進行と共に積極的にグループに参加し，相互の交流を深めていく様子が認められた．

一方，デイケアを受けた痴呆性老人は，受けなかった老人よりも行動レベルの得点が悪くなると言う例が報告されている[16]．また，認知機能への効果も，極めて小さいかほとんど認められないと言う報告もある[21]．長谷川・老川[22]もデイケア前後に長谷川式簡易知能評価尺度でデイケアの効果を評価した結果，認知機能の成績はほとんど変化しないか悪化する場合が多いという．Wimo et al[16]は，痴呆性老人をデイケアを受ける群とデイケアを受けない統制群の2つのグループに分けた．デイケアでは，1年間，3人のスタッフが1週間に5日，9名の痴呆性患者を訓練および指導した．デイケアの内容は，活動（食事，散歩など），新聞を読む，ビデオを見るなどであった．認知機能の変化をとらえるための Mini-Mental State と日常生活動作能力と問題行動を評価するための Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale を3ヶ月ごとに実施した．その結果，認知機能も ADL-機能も両群で悪化した．さらに，問題行動も両群で増加した．

評価項目によって結果が異なる報告もある．一原ら[7]は，痴呆性老人31名を対象にデイケアを実施した．1グループは7～8名で構成され，週に1回10時から15時までの間でケアを行った．4ヶ月間のデイケアの効果を調べるため，31項目からなる評価表を作成した．その評価表は，感情・精神症状（11項目），言語・理解度（8項目），意欲・その他（7項目），記憶・見当識（5項目）で構成され，4名のスタッフで4段階（「問題ない」・「時々問題である」・「問題である」・「非常に問題である」）で評価した．評価は，デイケア1回目と最終回で行われた．その結果，感情面と意欲面での改善が認められた．例えば，表情の豊かさ（61%），協調性（68%），口数（58%），自発的に人に話かける（61%），積極的に手伝いをする（58%），スタッフの顔を覚えている（81%）の項目で改善が認められた．一方，認知機能や言語表現の面では悪化が見られた．例えば，状況にあった発言（52%）である．このことから，デイケアは痴呆に伴う種々の精神症状や問題行動を軽減させ，痴呆患者の残存機能を発揮させるのに有効であると指摘した．以上のように，痴呆性老人の諸機能に与えるデイケアの効果について一致した結果は得られていない．どのような痴呆性老人にどのようなケアプログラムを行ったら，どの評価尺度がどのように反応したかを調べることが重要である．

3．評価に関する問題点と今後の見通し

痴呆性老人を対象としたデイケアの効果を評価する場合，評価に用いる尺度がどのような側面を明らかにするものかを考え，諸機能の肯定的な側面も積極的に評価すること，共通の評価尺度を持つこと，面接法に加えて行動観察からの評価を積極的に用いること，家族による家庭での評価が容易にできる共通尺度を持つことが大切であると考えられる．

まず，第1点として，用いる評価尺度の問題が考えられる．Wimo et al.[16]は，利用した評価尺度ではいずれの機能もデイケアで悪化していたが，デイケアを受けていない患者は，何事にも受動的でほとんど行動で表現しないのに対して，デイケアを受けた患者はいろいろな課題に参加し，他人とも交流を持っていたことを指摘した．患者との面接でも，デイケアのスタッフは良い効果に気づき，元気になった．自信を持つ，食欲が増進した，何事にも自発的に参加する点が認められた[13]．このことから，彼らは，利用した評価尺度が問題行動を観察することに重点を置いており，行動の肯定的な側面を解釈する部分はほとんど考慮されていないために，デイケアの効果を適切に測定できなかったのではないかと推察した．つまり，利用した評価尺度によっては，痴呆性老人の諸機能の一側面だけをとらえ，痴呆性老人の行動の否定的な側面だけを表現していると指摘する．また，北沢ら[23]は，個々の症状によってデイケアの効果が異なることを指摘し，これまで個々の周辺症状を一括して取り扱う傾向があったことを問題とした．彼らは，周辺症状は，一過性浮動的なもの，病態

の進行に伴って慢性的に悪化するもの，ポイント制で評価しにくいものなどに分類されるかもしれないと指摘する．従って，デイケアによって痴呆性老人の個々の周辺症状が，どのように推移するのかを詳細にとらえることが望まれる．

第2点として，誰もが簡単に評価できる共通の標準的な尺度が必要である．Applegate et al.[24]は，数量化され信頼性の高い尺度を用いれば，個々の老人間の差を明らかにし，1人の老人の時間的変化を測定できると指摘した．また，施設などに入所・通所している老人の能力や介護の必要度を調べ，その施設や病院の平均値などを求めることによって，各施設・機関の実態を比較し施策を模索するのに役立てることができると言う．最近，その例として，アメリカで開発された高齢者アセスメント表(Minimum Data Set, MDS)の活用が注目されている[25]．これは，個々の老人に最も適したケアプランを立て，適切なケアを行い，それを多面的に評価するものである．経営母体が同じであっても，病院，老人健康施設，特別養護老人ホームの中で患者の特性の面が重なっている場合があり，標準的な尺度で見ればその重なりの実態を知ることができる[25]．また，チーム医療を進めて行く上で共通の基準で患者について話すことが大切であり，共通の評価尺度を持つことが必要である．

第3点として，行動観察による評価を重視することが必要である．もちろん質問による評価法は必要であるが，言葉による意思の疎通が不可能になってきた人の場合は，言語による検査は極めて困難である．そのため，老人の言語による応答や協力がなくても施行できる行動観察による評定が有用となる[26]．また，質問法では患者の協力が得られない場合は評価できないが，行動観察による方法を用いれば，いつでもどんな状態の患者にでも適用することができる[27]．ただし，評定をする人の間で，評価ができる限り一致するように信頼性を高める必要がある．さらに，軽度痴呆の老人を観察による評価と質問紙法による認知機能検査を10年間にわたって追跡調査を行った報告[28]では，観察法の方が患者の状態像の変化をとらえるのに優れていた．従って，より信頼性と妥当性の高い行動観察による評価法を作成するか，既存の評価尺度の信頼性と妥当性を高めて，面接法と行動観察法を組み合わせた多面的な評価が求められよう．

第4点として，評価は病院や施設内だけで行われるだけでなく，家庭での評価結果も重要な情報になる．そのためには，デイケアのスタッフ以外の家族でも簡単に評価できる共通した尺度が必要であると考えられる．例えば，長谷川と老川[22]は，スタッフ用と家族用の評価尺度(聖マリアンナ医大式評価表）を用いてデイケアの効果を検討している．スタッフ用の尺度は，感情と精神状態（11項目），理解度と言語能力（8項目），意欲と協調性（7項目），記憶（3項目），見当識（2項目）の31項目から構成されている．一方，家族用の尺度は，日常生活能力（8項目），記憶と見当識（6項目），感情と精神症状（14項目），意欲（6項目），理解度（4項目）の38項目から構成されている．いずれも老人の状態を観察して，4段階で評価するようになっている．スタッフと家族が共有できる評価尺度を持つことによって，施設や病院という環境での老人の状態だけではなく，家庭という環境での評価もできる．病院・施設と家庭での評価結果を比較することにより，環境の変化にともなう老人の状態の変化をとらえることができる．また，家族が観察して評価することによって，痴呆性老人をとらえる視点が得られ，デイケアによる変化を知ることで介護への意欲を持続させていくことができると思われる．

以上の点を実行するためには，まずどのような検査や尺度の得点がデイケアによってどのように変化するのか，どのような患者にどのようなデイケアを行ったら得点はどうなるのかなど，多くの基礎資料を集めることが急がれる．そして，これを基にどの尺度や検査のどの項目が，その効果をどう反映してくるのかを見極め，デイケアによる老人の心身機能への効果を評価するテストバッテリーを模索しなければならない．

本研究は，川崎医療福祉大学平成6年度総合研究費（代表　島田　修）の助成を受けて行った。

文　　献

1）厚生省保健医療局精神保健課（1994）第4章 精神保健における個別課題への取り組み　1.老人性痴呆疾患対策．厚生省保健医療局精神保健課(編)，我が国の精神保健(精神保健ハンドブック)平成5年度版，厚健出版，東京，220—287.

2）緒方正名，大森豊緑（1993）わが国における在宅ケアの現状と展望．川崎医療福祉学会誌，**3**（1），1—10.

3）大塚俊男（1994）痴呆性老人の治療・ケアのあり方．老年精神医学雑誌，**5**（8），907—913.

4）厚生省老人保健福祉局老人保健課（1995）1.老人保健施設の意義．老人保健施設開設 ハンドブック，日本法令，東京，8—25.

5）全国老人保健施設協会（1994）第1章 老健施設デイ・ケアの趣旨 第1部 老人保健施設におけるデイ・ケア．老人保健施設 デイ・ケアマニアル．厚生科学研究所，東京，2—5.

6）加藤伸司（1991）老年期痴呆とデイケア．老年精神医学雑誌，**2**（6），723—727.

7）一原　浩，加藤伸司，那　智子，今井幸充，池田一彦，長谷川和夫（1986）痴呆患者を対象としたデイケアの試み．精神医学，**28**（9），1021—1025.

8）近藤昭子（1995）第2章 デイケアの日．長谷川和夫，今井幸充，下垣　光（編集）痴呆性老人のデイケア，医学書院，東京，39—59.

9）藤　信子，田原明夫，山下俊幸（1994）デイケアと評価．季刊精神科診断学，**5**（2），165—172.

10) Holden UP and Woods RT (1988) Reality Orientation Psychological approaches to the 'confused' elderly second edition, London : Longman Group UK.（第1部 実践上の積極的なアプローチ．第3章 アセスメント—いくつかの可能性．川島みどり（訳）「痴呆性老人のアセスメントとケア．リアリテイ・オリエンテーションによるアプローチ」，医学書院，42—87.

11) 矢内伸夫（1992）痴呆性疾患とデイケア（1）．老年精神医学雑誌，**3**（3），341—345.

12) Panella JJ, Liliston B and Brush D (1984) Day care for dementia patients : An analysis of a four-year program. *Journal of the American Geriatrics Society,* **32**, 883—886.

13) Wimo A, Wallin JO, Lundgren K, Ronnback E, Asplund K and Mattsson B (1990) Impact of day care on dementia patients-costs, well-being and relatives's views. *Family Practice,* **7**, 279—287.

14) Bergmann K, Foster EM, Justice AW and Matthews W (1978) Management of the demented elderly patient in the community. *British Journal of Psychiatry,* **132**, 441—449.

15) Reeve W and Ivison D (1985) Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients. *Age Ageing,* **14**, 119—121

16) Wimo A, Mattsson B, Adolfsson R, Eriksson and Nelvig A. (1993) Dementia day care and its effect on symptoms and institutionalization-a controlled Swedish study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* **11**, 117—123.

17) Diesfeldt H (1992) Psychogeriatric day care outcome : A five-year follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* **7**（9），673—679.

18) 矢内伸夫（1985）痴呆老人のデイケア．総合リハビリテーション，**13**，277—282.

19) 旭　俊臣（1994）老人保健施設の役割．老年精神医学雑誌，**5**（8），940—945.

20) 黒川由紀子（1995）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**（12），169—179.

21) Mirmiran M, Van Gool WA, Van Haaren F and Polak CE (1986) Environmental influences on brain and behaviour in aging and Alzheimer's disease. *Progress in Brain Research,* **70**, 443—459.

22) 長谷川和夫，老川賢三 (1991) 大学病院における痴呆性老人のデイケア．社会精神医学，**14** (4)，305—310.

23) 北沢美保，小松京子，池田美智子，浅川　理，白石孝一，望月　正 (1991) 重度痴呆患者に対するデイケアの試み（第1報）—家族から見た患者の評価—．山梨医学，**19**，149—153.

24) Applegate WB, Blass JP and Willams TF (1990) Instruments for the functional assessment of older patients. *The English Journal of Medicine,* **322** (17)，1207—1214.

25) 池上直己 (1994) 1．「高齢者ケアガイドライン」の意義としくみ —ケアプランの必要性と策定上の留意点—．高齢者ケアプラン普及委員会，高齢者ケアプラン概説，厚生科学研究所，東京，6—23.

26) 小林敏子，福永知子 (1995) 第2章 初老期および老年期痴呆にみられる一般的特性．西村　健 (監修)，痴呆性老人の心理と対応，ワールドプランニング，東京，23—46.

27) 石井徹郎，新名理恵，本間　昭，坂本　誠，平田進英，竹本泰英，篠塚貴祐，長谷川和夫 (1993) N式老年者用精神状態評価尺度（NMスケール）の臨床的妥当性．社会老年学，**37**，58—62.

28) Berg L, Miller JP, Baty J, Rubin EH, Morris JC and Figiel G (1992) Mild senile dementia of the Alzheimer type. 4 Evaluation of intervention. *Annals of Neurology,* **31**，242—249.