

認知症高齢者への医療福祉

Medical Welfare for the Elderly with Dementia

奥村 由美子*1

Yumiko OKUMURA

はじめに

厚生労働省の高齢者介護研究会によると、わが国の認知症高齢者は2025年までに323万人に達すると予測されている¹⁾。認知症を有する当事者とともに、その家族もできるだけ心身ともに良い状態で気持ちよく暮らせるような環境を整えていくことが必要である。そのためには、われわれの誰もが認知症についての理解を深めることや、その専門的な治療やケアの質を高めていくことが重要である。

本稿では認知症の治療やケアについて概観し、筆者らが取り組んだ、主に認知症高齢者への非薬物的介入などに関する研究成果の解説を通して、認知症を有する人たちへの医療福祉の果たすべき役割を考える。

1. 認知症について

1.1. 「認知症」とは

認知症は、以前は「痴呆」と呼ばれていたが、言葉から受ける侮蔑的な印象から長く用語の変更を望む声があがっていた。全国3カ所に設置されている痴呆介護研究・研修センター（現、認知症介護研究・研修センター）の3センター長の連名提起によって、『痴呆』に替わる用語に関する検討会が設置され、1. わかりやすく、短い、2. 不快感や侮蔑感がない、3. 痴呆の概念を表現できる、という3点をポイントとして「痴呆」に替わる用語が検討された。その結果、「認知症」という用語が選定され、関連学会を中心に徐々に用いられるようになって現在に至る。

認知症とは、それまで用いられていた「痴呆」、すなわち、複数の認知機能（多くの場合その一つは記

憶）が障害されるために日常生活にさまざまな支障をきたした状態と、そのような状態を引き起こす疾患を総称して用いられた「痴呆症」の2つの意味をもちあわせる用語である。認知症の原因となる疾患にはさまざまな疾患が含まれる。たとえば、認知症疾患の鑑別の流れの中で、アルツハイマー型認知症（alzheimer type dementia ; ATD）やレビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies ; DLB）、前頭側頭型認知症（fronto-temporal dementia ; FTD）などの変性疾患、多発性脳梗塞や脳出血など脳血管障害が原因でおこる血管性認知症（vascular dementia ; VaD）という4大疾患が重要であることが指摘されている²⁾。

わが国で専門外来を受診する認知症の背景疾患は、ATD, VaD, DLBと続く³⁾。ATDは、以前は老年期（65歳以上）で発症する場合にはアルツハイマー型老年認知症（senile dementia of alzheimer type ; SDAT）、それよりも若い年代で発症する場合をアルツハイマー病（Alzheimer's disease ; AD）と呼ばれていた。いまだ議論がなされるころではあるが、近年ではおおむね両者をまとめてAD、またはATDと呼ぶようになっている。本稿では、ADと統一して表記する。

1.2. 各疾患の特徴

谷向⁴⁾が、「一口に認知症と言っても身体障害を呈する疾患であるか否か、進行が予測される疾患であるか否かによって、介入の方法が異なってくる」と指摘するように、診断にもとづき、各疾患の特徴に応じた介入を行うことが必要である。

ADの初期には、うつ状態と考えられるような根気のなさや気力の低下などが目立ち、記憶障害や見

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科
（連絡先）奥村由美子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: yokumura@mw.kawasaki-m.ac.jp

当識障害, 実行機能の障害も少しずつあらわれてくる。たとえば, AD について重症度ごとの具体的な状態像が示された Functional Assessment Staging (FAST)⁵⁾ では, 軽度の認知機能低下を示す FAST 3 において, 熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められることや, 新しい場所に旅行することは困難であることが示されている。日常的な, 普段からやりなれていることにはそれほど支障がなくとも, 非日常的な場面で支障が露見することがある。後から家族が振り返ってみると, そういえばあの頃から様子が変わってきていたと感ずるように, 緩やかに発症, 進行し, いつから発症したとは限定しにくいという特徴もある。病初期から認められる症状は, 近時記憶障害とそれに基づく時の見当識障害, さらには視空間認知・操作の障害に及び, 早期に発見できれば保たれている認知機能を強化することも可能である⁴⁾。

VaD は, 脳出血や脳梗塞などが原因で起こり, 症状の変動が大きいのが特徴的である。主には, 高血圧をコントロールするなど脳出血や脳梗塞の発症や再発を予防することが重要となる。一般に, AD などと比較して妄想や徘徊などの激しい精神症状や異常行動が少ないため, 受診や相談が遅れたりケアが後回しになったりしがちであるが, 意欲の低下に対して積極的に介入し, 廃用症候群を予防することが重要なポイントである⁴⁾。また, 明らかな麻痺や半側空間無視, 失語や失行などが認められない場合は, 患者が好む活動は全て治療的効果があるともいわれる⁴⁾。

また, DLB は, 1995年に提唱された比較的新しい疾患で, 脳内に「レビー小体」とよばれる特有の小体が多く出現する⁶⁾。頭が冴えている時と鈍い時の差が激しい, 見えないはずのものが見える「幻視」がある, 身体が硬くなる, ぎこちなくなるなどパーキンソン病でみられる身体症状が初期から認められるのが特徴である。また, 注意の変動により転倒が起こりやすいため, 介護においては転倒の可能性を予測してのかかわりが必要となる⁷⁾。早期から視空間認知の障害が認められるために, 書字や読字などの訓練は苦痛を招くことになり避けるべきであることや, 室内の段差をなくし, 床や絨毯の色を単一のものにするなど視覚空間認知障害に配慮した環境調整も重要であることが指摘される⁴⁾。

さらに, FTD では, 初期には記憶障害や視空間認知障害というよりはむしろ, 自分勝手な行動(仕事中にパチンコに行くなど)や反社会的な行動(隣家の農作物をとるなど)が目立ち, さらには, 常同行動(同じ時間に食事する, 決まった時刻に出かけ同じ

道を歩いて戻ってくる, 手をたたき続けるなど)や人格変化, 食行動の異常, 考え不精などの症状も特徴的である。他の認知症とは異なり, BPSDが目立つこのような特徴を有する病態のために, なかなか認知症とは理解されにくく, 当事者や家族が周囲の人からのさまざまな誤解や非難を受けやすいことが多い。たとえば, 常同行動を制止することはきわめて困難であり, 初期から決まった曜日のデイサービスでの入浴などを導入するなど, いわゆるルーティン療法といわれるような, 適応的な日課を形成し時刻表的生活として組み込むことで在宅介護を可能にできると指摘されている^{4,8)}。

1. 3. 認知症の症状

1. 3. 1. 中核症状と周辺症状

認知症の症状には, 認知機能の低下による中核症状と, 中核症状によって二次的にあらわれる周辺症状がある。周辺症状は, 身体的要因や心理・社会的要因が影響すると考えられる。幻覚, 妄想, 抑うつ, 徘徊, 興奮・攻撃的言動などが含まれ, 「認知症の行動・心理症状」(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD)⁹⁾と呼ばれている(表1)¹⁰⁾。

BPSD は, 誰にも一様にその症状があらわれるわけではなく, 症状やその出現の仕方は疾患の種類や重症度などにより異なる。たとえば博野ら^{11,12)}によっては, 入院患者の精神症状について, AD, DLB, 前頭側頭葉変性症 (fronto-temporal lobar degeneration ; FTLT) のいずれにもよくみられる症状, あるいは特定の疾患にあらわれやすい症状の出現傾向が示されている。また, 中核症状とは異なり, 無為, 発動性の低下を除くとその症状の程度は認知症の中期頃にもっとも強まり, その後は次第に減少していく。

いずれにしても BPSD は介護を行う上での負担を強め, 場合によっては介護の困難さから施設入所を早める要因ともなりえるものであることから, BPSD を軽減するために必要な治療やケアをできるだけ早期に検討する必要がある。

1. 3. 2. 対処が難しい行動症状「徘徊」

BPSD の中で最も対処が難しい行動症状の1つに徘徊がある¹³⁾。

徘徊とは, 落ち着きなく過剰に歩き続ける状態をいうが, その様相は患者によりさまざまで, ゆっくりとした散歩ペースの歩行がある一方で, 一心不乱に陰しい形相で歩き続け, まったく制止できない場合もある。在宅でも, 施設においても, 介護者の目

表1 BPSDの症状(水上)¹⁰⁾

<p><精神症状></p> <p>幻覚(幻視, 幻聴, 体感幻覚, 幻嗅)</p> <p>妄想(物盗られ妄想, 被害妄想, 嫉妬妄想, 人物誤認症候群など)</p> <p>睡眠覚醒障害(不眠, レム睡眠行動異常)</p> <p>感情面の障害(抑うつ, 躁, 不安, 恐怖, 興奮, 感情失禁, アパシー, 感情鈍麻)</p> <p>人格面の障害(多幸, 脱抑制, 易怒性, 易刺激性, 無関心, 依存)</p> <p><行動面の障害></p> <p>攻撃的言動(暴行, 暴言), 焦燥, 叫声, 拒絶</p> <p>不適切あるいは無目的な言動(仮性作業, 火の不始末, 不潔行為, 性的脱抑制行為, 徘徊, 繰り返しの質問, つきまとい, 収集, 独語, 独笑など)</p> <p>食行動の異常(異食, 過食, 拒食, 盗食)</p>

が離れたすきに単独で外出して、路上でさまよい、時には警察に保護されたりする。ひたすら歩き続ける速度は普段の動作からは想像できないほど速くなり、短時間のうちに自宅や施設からかなり離れたところまで移動してしまうものである。その場所や時間帯によっては命にかかわることもある。

徘徊に関する先行研究では、「無目的にみえる、あるいは説明できない目標によって動き回る傾向」¹⁴⁾とか、「目標のない、予測のつかないさまよい(うろつき)」¹⁵⁾などととらえられている。その一方で、徘徊にはその患者なりの一定のパターンがあることや、何らかの目的があるという指摘も多く、確立した知見に乏しい。英語圏では徘徊が agitation (焦燥) とほぼ同義語に用いられる場合もあり¹⁶⁾、それが、徘徊の定義が曖昧であることや、徘徊研究の相互比較および体系化を困難にしている要因だとする指摘もある¹⁷⁾。

徘徊の発現に関与する脳の病巣は、空間認知機能をつかさどる頭頂葉だとされるが、軽度の認知症患者では前頭葉機能の低下に注目する報告も多い。実際に徘徊につながる現象については、須貝¹⁸⁾が、①誤認パターン：見当識障害が著しいため、今いる場所がわからずあちこち探索することが徘徊につながる。②願望パターン：会社に出かけたい、買い物がある、貯金をおろしたいといった欲求があつての外出が、徘徊につながる。③無目的情動パターン：とくに目的があるようにはみえず、漠然としたものである。廊下を行ったり来たり繰り返している場合などが含まれ、入院患者でよくみかける。④意識変容パターン：せん妄に伴う幻覚や妄想のため、あるいは夢幻様の意識変容のために歩き回るもので、普段とは顔つきが違って見える。以上の4つに区分し、認知症の進行とともに次第に、③の無目的あるいは

は漠然とした徘徊に移行すると述べている。たとえば③のような、一見無目的にみえても、患者自身にとってそれは体を動かしたいとか探し物するといった目的があつての行為である場合や、不安感の高まり・落ち着かなさの現われという可能性もある。疾患別にみると、AD患者にみられる徘徊は、多少とも地誌的能力に障害があつてのものだけに当事者が道に迷う可能性は高い。それに対してFTD患者にみられる類似状態では、常同的に同じコースを巡るという特徴から「周徊」、「周遊」と称される。したがって、両者への対応は当然異なったものになる。

1.4. 認知症についての認識

以前に比べると、一般の人たちの間でも認知症について随分と知られるようになったが、杉原ら¹⁹⁾が京都府下の生涯学習センターに通う一般高齢者を対象に行つた調査では、認知症に対して「病気ではない」というイメージをもつ人が7割を超えていた²⁰⁾。認知症が病気であるという認識や介護への支援体制には地域により差があるという指摘もあるが、ここでは、筆者らが愛知県下A市で実施した調査結果²¹⁾を紹介する。

A市は、愛知県中心部に隣接し、当時(2003年)の人口は7万8,177人、65歳以上の人口は1万581人で、高齢化率は13.5%で、市では長寿社会に向けての「健康づくり都市」宣言がなされていた。在宅で要介護認定を受けた高齢者の介護者1,316人のうち730人から得られた回答を分析したところ、認知症については約90%の人が「聞いたことがある」と答えており、その情報の入手経路は「テレビや新聞」が67.9%を占めた。319名については要介護者について認知症を疑っており、その症状は、「何度も同じことを尋ねる」と「日付けや曜日、季節などをまち

がえる」がいずれも57.6%であった。しかし、認知症を疑っても、必ずしもすぐに専門機関を受診しているとは限らず、実際に認知症の専門医療機関を受診したのは119名で、なかには、受診が初めの気づきから数年経過している場合もあった。受診後の認知症介護にかかわる情報をえた経路について専門職に限って尋ねたところ、かかりつけの医師(50.4%)や介護保険のことで身近にかかわることの多い介護支援専門員(ケアマネージャー)(39.5%)がほとんどを占めていた。このことは、その他の専門職や専門機関が、認知症についての情報をえる窓口としては十分に活用されていないことを示唆するものでもあった。

1.5. 早期発見の意義

認知症について多くの人が関心をもちつつも、実際には、いざ身内のこととなると、認知症ではないかと疑ってもすぐには認めにくい。特に初期の場合は、物忘れというよりは意欲の低下が目立つなど、何となく以前と違うと思われる程度であれば、「年のせい」と見過ごされたりする。家族が本人に受診をすすめても本人が頑なに受診を拒むこともあり、本人を病院に連れて行くことそのものに家族がかなり苦勞することもよくある。

必ずしも認知症の始まりとは限らないが、実際に認知症である場合の早期発見につながることも多い。慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症など、早期であればみつけて治療(手術)することにより後遺症を残すことなく認知機能の改善が期待でき、適切な治療やケアにより円滑に過ごしやすくする可能性も高める。

谷向²²⁾は、ADのように進行性の経過をたどる疾患であってもきちんと早期に診断し、症状や日常機能を評価することが大切であるとしている。また、ケアの提供においては個々の患者に応じた person centered care を心掛けるとともに、各疾患別特徴や認知症の重症度、身体的合併症などを把握した上で理論的な治療戦略を検討することが原則であるとも指摘する⁴⁾。その高齢者が暮らす地域で認知症が病気であると認識され、その高齢者を支える介護者と地域の医療福祉の専門機関・多職種が連携していく必要性も高いといえる。

2. 認知症の治療

2.1. 薬物療法と非薬物療法

認知症を有する高齢者への治療法は、薬物療法と非薬物療法に大別される。抗認知症薬による薬物療法では、まずは中核症状の改善を、また、非薬物療法では、まず BPSD の改善をターゲットとする。両

者は相反するものではなく、併用により治療効果が大きくなることもあることから、多面的な治療戦略も必要であるとされる⁴⁾。

薬物療法については、AD の中核症状の治療薬として日本では、まず塩酸ドネペジル(商品名:アリセプト)が認可を受け、その後も新たな薬剤が認可されて、その効果的な使い方について検討されているところである。しかし、認知症治療への薬剤の使用は、現時点ではその発症や進行を根本から抑えるものではない。

早期に受診することによって適切な治療を受けることができれば、認知症高齢者がその人なりに過ごしやすい時間を確保することができ、介護者にとっては、さまざまな介護の負担を軽減できることも期待できる。また、個別ケアの重要性が認識されるにつれて、介護の質の向上が求められ、その高齢者のより良い状態の維持、向上に向けて非薬物療法への期待は高い。

今井²³⁾は、認知症高齢者への非薬物療法について、「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軽減緩和させるために行う治療的介入である」と指摘する。このような非薬物療法の有用性を高めるには、標的とする症状にあう療法を行うことが大切である。米国精神医学会の治療ガイドライン²⁴⁾によれば、AD および認知症への心理・社会的な治療のアプローチ(非薬物療法)は、行動、感情、認知、刺激の4つに分類されている(表2)。

2.2. 非薬物療法のさまざまな成り立ちと共通点

野村²⁵⁾は、認知症高齢者への有用な心理・社会的アプローチとして実践されているさまざまな療法について、その歴史的変遷を振りかえり、次のような3つのタイプを指摘している。すなわち、1. 方法の始まりから認知症高齢者への療法を目的としているもの(バリデーション療法、リアリティ・オリエンテーション、など)、2. 元来は認知症高齢者を対象としていなかったが、その方法を認知症高齢者の増加などのニーズの変化に伴い、応用的に展開しているもの(回想法など)、3. 特に認知症高齢者を含む高齢者層への方法として展開したものではなく、社会科学の方法論の潮流の具体的応用として展開されはじめているもの(行動療法、音楽療法など)、である。

あわせて、療法によって始まりの時点とその後の展開での認知症高齢者への適用の経緯が異なってい

表2 心理・社会的治療アプローチの4分類（米国精神医学ガイドライン）²⁴⁾

① 行動に焦点 行動療法的アプローチ
② 感情に焦点 支持的な精神療法、回想法、バリデーション療法など
③ 認知に焦点 リアリティ・オリエンテーション、技能訓練など
④ 刺激に焦点 芸術療法、レクリエーション療法

るが、諸療法には共通して、次のような特徴や視点があるという²⁵⁾。

- ① 認知症高齢者を中心として、その人からみて感じる視点を重視する。
- ② 培ってきた強さやこれからの可能性を大切に
- ③ 人と人との関わり、コミュニケーションが必ず基にある。
- ④ 多様な刺激を適切に活用する。
- ⑤ 施設から在宅への流れの中で活用されている。
- ⑥ 単一の職種だけでなく、多職種のチームによる活用が欠かせない。

（ここでは、文献の「痴呆性」という表記を「認知症」にかえて示した。）

療法の種類を問わず、何よりもその認知症高齢者の能力に適するものであることを考慮することが不可欠であるとともに、その高齢者にとって楽しみや心地よさが感じられ、自尊心の維持にも配慮されたものであることも大切である。さらには、何らかの形でその人らしさが発揮できるということも忘れてはならない点であろう。また、具体的に何らかの非薬物療法を導入するにあたっては、どのような目的で実践しようとするのかを明確にし、それぞれの療法がもつ意義や限界を把握しておくことで、それぞれの認知症高齢者へのより適切な支援につながっていくといえる。

2.3.3. さまざまな非薬物療法²⁶⁾

現在、わが国で認知症高齢者に積極的に実践されている主な非薬物療法には次のようなものがある。

ここに示す回想法、リアリティ・オリエンテーション、音楽療法は、現時点では「グレードC1」（科学的根拠はないが、行うよう勧められている）と位置づけられている²⁷⁾。

2.3.1. 感情に焦点をあてたアプローチ：回想法^{28,29)}

高齢者は、昔を懐かしむことがよくある。1960年代に Butler³⁰⁾ が、従来過去に執着する否定的な行為とされてきた高齢者の回想について、臨床活動を通してその意義を提唱した。そして、過去の未解決の問題を改めて捉え直すことにもつながるという積極的な役割をもつことを強調した。Butler の提唱以降、高齢者にかかわる多くの専門職がその治療やケアに取り入れるようになった。高齢者が自分ひとりで人生を振り返ると、自分の中で生じる疑問や不安を否定的にとらえてしまうこともあり、よき聴き手が、高齢者の回想を、共感的に、支持的に傾聴することが大切となる。それによって、高齢者が人生の意味や価値を再認識し、肯定的に受容する可能性を高める。このような意義を持つ高齢者の回想を、治療や日常のケアに活かし、より健やかなこれからの目指そうとするのが回想法であり²⁸⁾、健常な高齢者とともに、抑うつや認知症など、さまざまな状態にある高齢者にも実践されている。

回想法については、筆者らが取り組んできた認知症高齢者への回想法に関する研究について、後述する。

2.3.2. 認知に焦点をあてたアプローチ：リアリティ・オリエンテーション（RO）

RO は、認知機能の低下した患者が見当識などの能力を高めるための方法で、Folsom らによって提唱された。方法は24時間 RO（非定型：informal）とクラスルーム RO（定型：formal）がある³¹⁾。24時間 RO は、対象となる高齢者にスタッフが、日常生活でのあらゆる機会に「今」の状況を確認できるような言葉（情報）により意図的に働きかけていく。一方、クラスルーム RO は、毎日約1時間程度の集中的なセッションにおいて、見当識に関する情報を反復的に学習するアプローチで、24時間 RO の補完

的役割を果たす。認知機能の障害（初級から上級）に応じて実施目標や内容がかわえられる。

若松ら³²⁾は、AD患者とVaD患者を対象に3カ月間のROを実施し、Mini-Mental State Examination (MMSE)³³⁾を用いて、ROへの参加群と対照群との評価結果を比較している。RO参加群では、対照群に比べてMMSEに有意な上昇が認められ、疾患別では、参加群でVaD患者のみに有意な上昇が認められている。さらに、対照群では、AD患者においてMMSE得点が有意に低下し、AD患者にとってのROによる認知機能低下（進行を遅延させる）への効果があることが指摘されている。さらに、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、ある程度の言語的理解が必要となるという。また、記憶障害に対する訓練という観点から、記憶障害が重度でない場合には、記憶すべき情報に対して誤った想起がしばしばなされるが、正しい情報の定着を促進させるために、誤った想起についてはそれを訂正し、再度想起させ、依然として誤りであれば重ねて訂正するといった作業が行われている³⁴⁾。一般の医療福祉領域における高齢者との対応で重視される「時間を多くかけて高齢者の発言をまち、たとえ不適切・不正解の反応であってもそれを受容する」という態度は、記憶のリハビリテーションとしてのROにおいては推奨されていない³⁵⁾。

Spectorら³⁶⁾は先行研究からメタアナリシスを行い、ROによる認知面、行動面への有意な効果を確認している。長田³⁷⁾は先行研究のエビデンスから、対象者の認知症の程度や随伴症状などを考慮する必要を示しながらも、ROの有効性を認めている。

2.3.3. 刺激に焦点をあてたアプローチ：美術療法・音楽療法

①美術療法

美術療法について、宇野³⁸⁾は、「美術療法士による報告の多くは逸話的であり、認知症患者にどのような効果があったかを客観的・定量的に解析した報告が少ない」と指摘している。同時に、「美術療法は、言語コミュニケーションが低下した患者へ、言葉ではなく視覚と通じたコミュニケーションを提供し、患者を孤立感から救い出し、社会的なつながりを回復することを助けるといえる」とも述べている。

たとえば朝田³⁹⁾は、美術作品の創作を通して対象を従来とは全く違う見方で観察し捉えさせるという、金子による臨床美術による療法について報告している。一般に、AD患者では、脳が全般的に障害されると思われがちであるが、実際には、視覚野、

運動・感覚野などほとんど障害が及ばない構造がある。さらに、AD患者のリハビリテーションには、これまで使ってこなかった、眠っていた神経細胞に知能活動の役割を引き継がせることが合理的ではないかという観点から、この療法に着目しているという。しかし実際の施行においては、軽度認知症患者では遂行機能障害に、中等度患者では視空間失認症状に、重度患者では製作行為そのものの困難などを露呈しやすいという点が指摘され、認知機能障害の程度に応じた課題を選択することの重要性も指摘されている。

認知症患者への効果が長く持続することは困難であることが多く、そこには、認知症の重症度が関連することも考えられる。松岡ら^{38,40)}は、先の臨床美術の手法を用いた介入を行い、MMSEおよびウェクスラー成人知能検査改訂版(WAIS-R)⁴¹⁾による効果評価から、介入から1年後には、注意力に関する「数唱」と有意味図形の構成に関する「絵画完成」「組み合わせ」における改善が有意であることを報告している。さらに2年目以降になると、認知症の進行の早まるADの中期の症例ではIQの低下が明らかとなるという結果を示し、臨床美術についてADの初期段階で導入することの有効性を指摘している。

②音楽療法

美術療法とともに刺激に焦点をあてたアプローチに分類されるものに音楽療法がある³⁷⁾。

日本音楽療法学会(Japanese Music Therapy Association; JMTA)⁴²⁾によると、音楽療法とは、「音楽のもつ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること」とされる。門間⁴³⁾は、音楽の作用・機能には、「生理的作用」(脈拍、呼吸、血圧などの身体生理に変化をもたらす)、「心理的作用」(感情の流れに強い影響を与え、気分の変化、感情の誘発、発散などの作用がある)および「社会的機能」(音楽を通じて、集団行動や協調性を育み、自己表現の場となる)があると指摘する。

音楽療法の実践方法は、個人および集団形式による「音楽を聴く行為を中心とする方法」と「音楽を自己表現の手段とする方法」に大別され、とくに後者には歌唱や楽器演奏、音やリズムのやりとりを中心とするもの、体操など身体の動きを取り入れたもののほか、回想法を併用するものもある。病院や各種高齢者施設での認知症高齢者を対象とする実践では、主に集団形式による歌唱を中心とした音楽療法が実施されている。

渡辺ら⁴⁴⁾は、音楽療法中の対象者の状態を、「認

知「発言」「集中力」などの9項目から評価する「痴呆用愛媛式音楽療法評価表 (Ehime Music therapy Scale for Dementia ; D-EMS)」を作成し、信頼性と妥当性をおおむね確認している。また、AD患者とVaD患者を対象とした週1回、2カ月間の実践についてD-EMSによる評価が行われ、なじみの関係や音楽療法活動の効果として発言数の増加や社会性の向上が認められたことと、その向上が実施期間と比例する可能性のあることが指摘されている⁴⁵⁾。

興味深い取り組みとして、松岡ら⁴⁶⁾は、AD患者を対象にした、音楽療法、美術療法、運動療法による介入を行っており、WAIS-Rの動作性知能に含まれる「符号」について、美術療法と運動療法の組み合わせでの介入による有意な効果が示されている。同時に、改善例2例については、介入前後のSPECT画像における比較検討が行われており、その変化は患者によって異なっているが、局所脳血流の変化が認められたことが報告されている。

2.3.4. その他：アニマル・セラピー

アニマル・セラピーとは、「動物介在活動」(Animal Assisted Activity)と「動物介在療法」(Animal Assisted Therapy)の総称である。動物が人にもたらす効果としては、病気の回復や適応の補助、刺激やリラックス効果、血圧のコントロールなどの「生理的利点」、元気づけ、動機づけ、くつろぎ作用、親密な感情などの「心理的利点」、社会的交互作用、言語活性化作用、協力関係などの「社会的利点」があり、とくに認知症高齢者においては、社会的側面への効果とともに攻撃性や問題行動の軽減についても指摘されている^{47,48)}。

認知症高齢者への実践については1970年代に米国で開始されて以降の報告があるが、おおむね残存能力の活性化など活動実施中の効果に関するものにとどまる。金森ら⁴⁹⁾の取り組みでは、デイケア通所中の認知症高齢者に対して動物介在療法を実施し、コントロール群との比較から、療法により介入した群では家庭内のBPSD評価のためのBEHAVE-AD^{50,51)}において、「攻撃性」、「不安および恐怖」、「介護負担感」の得点が有意に減少したという。また、認知症高齢者への癒しの効果をもたらすという前提のもとに、たとえば、施設に入所する重度認知症高齢者に対して、不穏になりやすい夕食後の焦燥感や徘徊の軽減を目的に動物を模した玩具での介入も行われている。用いる動物の種類により対象者の反応が異なり、とくに犬の玩具には親しみやすいことや、玩具の提供時には社会的活動が増えることなどが報告されている⁵²⁾。

現時点では、対象者の個性などの要因をふまえたうえでの実施の有用性や実施方法、効果評価などはまだ不明確である³⁷⁾。実施においては個々の好みや動物の扱い方への注意が必要であり⁵³⁾、玩具による介入の方が安全で衛生的で、安価であるという指摘もある⁵²⁾。有用な治療法として確立するために、今後、生きた動物、同等の質を備える可能性のある玩具のいずれについても、さらなる実証性の蓄積が期待される。

2.4. 日常の暮らしにおける非薬物的なかかわり

2.4.1. 環境の調整

認知症高齢者の日常生活では、先にあげたような何らかの療法が常に実践されるわけではない。安心できる“馴染みの”家庭的要素を備えた環境において、患者のニーズや尊厳を重視したかかわりが望ましいという指摘⁴⁾があるように、さまざまな療法の特性が応用されるという点も含めて、本人の認知症高齢者の能力や嗜好、ペースなどから個々の状態に応じてかかわっていくことも広い意味での非薬物的な治療法と考えられる。

谷向ら⁵⁴⁾はビデオを用いた検討により、認知機能レベルの低い高齢者では、唐突に始まる非日常的なニュース番組よりもなじみのある時代劇やスポーツ(相撲)の方が番組に入っていくやすいこと、さらに認知症高齢者は、とくに聴覚的な刺激による影響を受けやすいことを指摘している。最近では、自然災害や交通事故、残虐な事件などが放映されているが、そのようなテレビ番組を繰り返し見ることは、とくに重症度の高い認知症高齢者の精神面を不安定にさせる可能性を指摘し、認知症高齢者が集団で過ごす施設や病院などでは、テレビ番組を吟味する必要があると述べている。

ここでは、番組の特質とともに聴覚的刺激についても指摘されている。とくに多くの人が暮らす大規模施設では、日常、音もたらす影響には意外と気づかれないことがある点に注意が必要である。

2.4.2. 認知症高齢者とのコミュニケーション

①コミュニケーション技法

認知症高齢者は、さまざまな思いをいだきつつも、それを上手く表現しにくく、戸惑いやもどかしさを感じることもある。援助においては、認知症高齢者の能力低下を補い、保持している能力をできるだけ発揮できるように心がける必要がある。

野村⁵⁵⁾は、認知症高齢者とのコミュニケーションにおいて留意すべき技法として、「記憶力や想起力の低下を補う」、「判断力や理解力の低下を補う」、

「情緒面を最大に受けとめ、言葉を越えて伝わる思いや気持ちを深い共感をもって直接的に把握する」、「非言語的コミュニケーションを最大限に活用する」という4つをあげている。

②認知症の重症度による配慮

さらに、認知症の重症度別の状態像に照らし合わせると、次のような配慮も必要となる。

軽度認知症 (CDR1) (Clinical Dementia Rating ; CDR)⁵⁶⁾ では会話の能力は比較的保たれており、言語を中心とした働きかけは有用である。しかし、知的機能の低下が少しずつ増えてくる段階であり、能力低下のために上手く出来ないことが増えることへの不安感や焦燥感が強まりやすいことへの配慮が必要である。ゆったりしたかかわりの中でさりげなく思い出しやすいヒントを出すなどすれば、保たれている能力を活かすことができる。不安感や焦燥感を少しでも軽減できれば、いろいろな場面に参加しやすくなり、他者とコミュニケーションをはかる機会を得ることもできる。その高齢者が「自分も話せる」という自信を高めることができれば、日々の諸活動への意欲につながることも期待できる。

中等度認知症 (CDR2) では、軽度認知症に比べると語彙が乏しくなり、理解力もさらに低下していくが、長期記憶や手続き記憶は比較的保たれているという点を考慮することが有用である。長期記憶に関しては、たとえば、言語の働きかけに加えて五感に働きかける刺激を活用すると具体的な記憶を想起するきっかけが得られることがある。室内にある道具や季節を感じる食材、外の風景など、身近で実際に見たり触れたりできるものを媒介としながらその場をともに過ごし、流暢な会話にはならなくとも、高齢者から話される言葉を大切に拾って、少しずつでも話題を展開してみてもはどうだろうか。

重度認知症 (CDR3) の段階では、さらにさまざまな能力の低下がみられ、コミュニケーションをとることが難しくなる。周囲の状況を正しく理解しにくくなるため、その高齢者が、こちらの存在や方向などに気付いていることを確認して、簡単な言葉を少しずつ用いることを通しての働きかけを続けていく。それとともに、言語的働きかけのみを重視せず、軽度から中等度の認知症の場合よりも、より一層、非言語的な表現を重視し、活用する必要がある。また、日々のかかわりを通して、その高齢者の表情や行動からその人から発せられる思いを少しずつでも察することができれば、その高齢者とのかかわりへの大いなる助けとなる。

③対応の難しさが感じられる状態とその関連要因⁵⁷⁾

たとえば、認知症を有する高齢者が怒りっぽくな

るとか、暴力をふるうことがあると、介護する側にとっては対応に悩む行動ととらえられる。疾患別には、FTD では AD に比べて焦燥や攻撃性が発現しやすいとされ、VaD においても攻撃性はよくみられる。一方で、攻撃的な患者は、そうでない患者に比べて、発症前から攻撃的な傾向がみられ、記憶障害がより重度だと報告したものもある⁵⁸⁾。介護者との関係という視点に立つと、攻撃性は、介護者が患者の言うことを否定・禁止する、命令する、早口でしゃべる、急がせるといった患者にとって不快といえる状況で起こりやすいとされる。逆に、介護者が高齢である場合や介護年数が長く患者に巧く対応できる場合には問題が生じにくいと指摘されている⁵⁹⁾。さらに、会話能力の不良や、介護者を認識しにくいことなども攻撃性につながると考えられている。

このように、攻撃的行為の出現には、認知症高齢者の要因のみならず、その人をとり巻く環境要因も関与している。認知症高齢者との日々のやりとりにおいては、その高齢者にとっての不快な状況に追いつかないよう、介護する側が余裕をもってかかわることも求められている。

3. エビデンスの蓄積がのぞまれる回想法研究

3.1. 実証研究の必要性和難しさ

筆者は主に、先の4分類²⁴⁾の中で感情に焦点をあてたアプローチのひとつである回想法による認知症高齢者への介入を行ってきた。回想法は、認知症高齢者への非薬物的なアプローチの中でも、わが国ではもっとも積極的に用いられていると言えるにも関わらず、先行研究の検討によってエビデンスが不十分であるという評価がなされている³⁷⁾。Woodsら⁶⁰⁾も、回想法の実施が認知症高齢者の認知、気分、行動面への効果をもたらす可能性を指摘するとともに、さらなる詳細な検討の必要性を指摘している。

齋藤⁶¹⁾は、認知症患者への非薬物的介入に関するレビューから、認知症患者のために行われている介入の多くがいくつかの療法の組み合わせであって、個別の介入法に関するエビデンスの蓄積に結びついていないことを指摘している。同時に、認知症に対する非薬物療法の効果に関するエビデンスを構築するという作業の困難さについて、3点の指摘をした。すなわち、①わが国に認知症研究のための病棟や施設が存在しないために、介入研究の条件に適した事例を十分な人数だけそろえ、さらに対照群を設定することが難しいこと、②1つの療法の実施方法を統制することが難しいこと、③とくに感情や刺激に焦点をあてたアプローチについては、その標的症状を

とらえにくく効果評価が難しいこと、である。さらに効果評価については、認知症患者の実生活機能などを客観的に評価し、そこから精神内界のありように推測を広げることを提案している。

3.2. 認知症高齢者への回想法

3.2.1. 回想法の意義と適用²⁶⁾

回想法は、個人回想法とグループ回想法に大別され、回想の内容からはおおむねライフレビュー（人生回顧）と、レミニッセンス（一般的な回想）に分類される。認知症高齢者には主としてレミニッセンスがグループ形式によって用いられ、情動機能の回復とともに対人交流の円滑化などへの期待も高い。

野村は先行研究から、認知症高齢者への非薬物的なグループアプローチの適用を次のように指摘する⁵⁵⁾。言語機能が正常に保たれ、短期記憶が部分的に困難になっている状態にはROが適し、簡単な会話が可能であれば、短期記憶に加えて長期記憶にもある程度の障害が及んでいても回想法の導入は可能であるという。しかし、言語機能や記憶能力の障害度が高まる重度認知症では回想法の実施は困難で、むしろ感覚刺激による介入や個別な介入が推奨される。回想法の意義と限界をふまえ、その認知症高齢者の状態に照らして導入する必要がある。

3.2.2. 認知症高齢者への実践における工夫²⁶⁾

認知症高齢者に回想法が導入される場合には、さまざまな工夫がなされる。スタッフは、高齢者の思いをくみとり、回想が肯定的に深まるようにきめ細かに働きかけるなど、聴き手の役割を丁寧に務める。グループ形式での実践においては、そこに参加する高齢者同士の交流も目指していくため、スタッフは、参加者相互に体験や思いを共有できるように橋渡しをする。自尊心の維持や向上に向けて、話題提供役やまとめ役など、高齢者個々の持ち味を活かせる役割を提供することもある。このような働きかけによって、そこに参加する高齢者には、日常ではみられないような社交的なやりとりが生まれる。中には、年長者としての示唆に富む発言や同世代を生きた人同士ならではの連帯感が感じられるような労いの言葉が交わされる場面や、長年の人生を乗り越えてきた高齢者の強さや思慮深さが発揮される場面に遭遇することがある。

認知症が軽度であっても、記憶障害のために時系列に沿って過去を振り返り、整理することは難しいが、適宜介入することによってその人なりの人生の意味を含むライフレビュー的な回想もうまれることがある。参加者同士の信頼関係が形成されて自助的

なグループとして展開されることがあり、日常生活においては家族の関係性の再構築につながることもある。また、地域サービスへの参加や施設内での新たなプログラムへの参加など、その高齢者にとっての新たな環境への適応行動のあらわれも期待できる。

3.2.3. 認知症高齢者への回想法における課題^{26,62,63)}

認知症高齢者への回想法は、多くの場合に8-10回程度あるいはそれ以上の期間に実践され、参加者の回を重ねるごとに落ち着いて積極的に参加できる様子が報告されている^{64,65)}。ある程度の期間での実施では、継続した視点で参加者に介入しやすい。また、認知症高齢者によっては、実施場面になじむまでに時間を要することもあり、効果の持続が難しいという点でも長期間に実施する必要性は高い^{65,66)}。

認知症高齢者への回想法の評価としては、回想場面での回想内容や参加者の発言回数、相互関係、注意・関心、感情の側面などが評価されるとともに、日常生活場面での生活機能や情動機能および介入前後の認知機能の評価が行われている。認知症高齢者の回想法では、認知機能の改善が期待されると同時に、参加者にとって楽しい時間となり、日常生活にも活性化がもたらされることが期待される。そのため、評価にはさまざまなスケールが実施者の意図により組み合わせられており、まだ確立段階には至っていない。しかし、認知症介護の現場では、認知症高齢者に有用な非薬物的介入への期待は高く、より有用な実施方法や効果評価の方法の示唆が求められている。

実施方法としては、実施回数が多くメンバーが固定されている場合、多くの認知症高齢者が回想法に参加することが難しいため、より少ない回数でも有効に実施できることが望ましく、臨床や介護の現場においても実用的である。また、効果評価は、その働きかけに応じて行われることが重要であり、何に働きかけているのかを評価を通じて明確にすることも大きな課題である。そのために、さまざまな側面に関する複数の、詳細な評価をもとに検討していくことが必要であるが、実際の介護現場においては、その介入内容に応じた簡便な評価方法が求められてもいる。

たとえば橋本ら⁶⁷⁾は、ADの高齢者に週1回のグループ回想法を3カ月間実施している。Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI)⁶⁸⁾による認知機能評価やMultidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES)⁶⁹⁾による行動面の評価などから、グループ回想法がADの高齢

者の残存機能を一時的には賦活することや社会的交流の増加などの日常生活の質の向上が期待できる可能性を報告している。また Ito ら⁷⁰⁾ は、VaD 患者を対象として週 1 回のグループ回想法を 3 カ月間実施し、その効果を社会的な内容を話し合う群およびコントロール群と比較しているが、MMSE、CASI による認知機能評価や MOSES を用いた行動面の評価からは VaD 患者へのグループ回想法による明らかな効果は認められていない。その一方で、FTD 患者への回想法の実践報告はみられない。FTD 患者は特異な行動特性や人格変化のために落ち着いてじっくり回想するような介入は難しく、他者と懐かしい経験や思いを分かち合うことも困難である。そのような FTD 患者には、音楽を用いた活動なら導入が可能であるという指摘がある⁷¹⁾。

このように、認知症の疾患により回想法による効果のあらわれや有用な非薬物療法は異なる可能性がある。それぞれの療法をより有用に実践するためには、疾患を特定した介入の効果や方法について検討される必要がある。

3.2.4. AD の高齢者への回想法における方法と効果の検討

筆者らは AD の高齢者を対象に、通常よりも短い 5 回を 1 クールとするセミ・クローズド形式のグループ回想法を実施し、その効果を非実施群の評価結果と比較した。各セッションは週 1 回、約 1 時間実施した^{26,62)}。回想のテーマは 4 種類を設定し、参加者にとってはいつから回想法グループに参加しても初回と最終回が同じテーマとなるようにデザインした。また、回想法に参加したことにより、本人の気持ちが安らぐだけでなく他の高齢者や家族、介護スタッフとのコミュニケーションが豊かになることが期待される点に着目し、効果評価には語想起課題を用いた。語想起課題の初回評価と最終評価それぞれの語彙数合計の変化を比較したところ、回想法実施群では非実施群と比較して語彙数が増加していた。AD の高齢者にとって短期間の回想法は有効であり、長期間での実施形式とともに回想法を導入できることや、回想法の評価には簡便な語想起課題が有用であることを認めた。

さらに回想法の効果を明確にするために、クローズド形式によるグループ回想法（回想群）を実施し、その効果を回想法と同様に言語的介入である日常会話により介入した群と比較した^{26,63)}。効果については、語想起課題とともにグループ参加時の様子や参加への感想、介入前後の日常の様子を、東大式観察評価スケール⁷²⁾や主観的評価、聖マリアンナ医

大式痴呆性老人デイケア評価表（抜粋項目）⁷³⁾などにより評価した。その結果、回想群では日常会話群に比べて語彙数が増加していた。また、毎回のセッション時には会話が弾み、他者に関心を向けたりうなずいたりしながら楽しそうに聴きいっているなど、非言語的コミュニケーションもとりやすくなっており、回想法への参加に楽しさが実感されていた。

さらに、回想法実施場面で他者への関心が高まるだけではなく、日常生活においても肯定的な変化が認められ、日常生活の変化は、回想法参加に楽しさを感じる度合いとの有意な相関を認めた。このことから、回想法実施場面で楽しく過ごせることは、日常生活の活性化につながることや、認知症高齢者の感情面は障害されない可能性があるとも考えられた。しかしその一方で、語想起課題で評価した語彙数とはいずれのスケールについても有意な相関はみられず、回想法は、実施場面での楽しさをそれほど感じなかった参加者に対しても、前頭前野を賦活するのに役立つ可能性があると考えられた。回想法実施にはある程度のコミュニケーション能力が必要となるが、必ずしも全員が流暢に回想するわけではなく、じっくりと聴き入って参加を楽しむなど参加の仕方は高齢者個々により異なる。したがって、効果やそのあらわれ方にも多様性があることを考慮して、高齢者個々の様子を丁寧に把握していくことが必要となる。

さらに、グループ終了から約 2 カ月後の評価では、回想群の語彙数は比較的維持されており、回想法に参加した高齢者のうちの 3 名（いずれも、MMSE が 15 点以上）はグループ実施場面での何らかの様子を記憶していた。また、日常生活場面で、回想法に参加しなかった高齢者を交えて和やかに歓談する者もみられた。軽度の認知症高齢者であれば、回想法実施時の様子をその場から離れても記憶している場合があり、またグループをはなれても効果があらわれやすく、中には短期間は自らの力で日々の過ごし方を改善できる者もいる⁶⁵⁾。しかし、中等度程度の認知症高齢者では、かなりの時間が経過してからグループの様子を記憶している可能性は少ない。

谷向ら⁷⁴⁾は、皇室の「愛子様誕生」に関する質問を用いた検討において、食事をしたことを忘れてしまっている病的な記憶障害を伴う認知症高齢者であっても、直接体験したわけではない社会的出来事（慶事）を再生・再認することが可能であったことを報告している。回想群の語彙数がある程度維持され、さらにグループ実施中のことを記憶していた者がいたことは、回想法グループが感情機能に働きかけ、認知症高齢者にとってとてもなじみやすいもの

であったのではないかと考えられた。

回想法は、短期記憶の低下しているADの認知症高齢者にとってとてもなじみやすく、その認知症高齢者に生活状態にあわせた期間で導入できる可能性がある。回想法の実施によって認められた他者への関心の高まりは、高齢者それぞれにあらわれるだけでなく、高齢者間で生み出される関係性の変化につながる可能性があることも重視すべき点である。

4. 介護者への教育的介入と支援

認知症高齢者への日常生活の援助が、できるだけ円滑に行なわれていくためには、介護をになう家族や専門職への支援も欠かせない。谷向²²⁾は、介護指導により適切な介護が実践され、患者本人が生活しやすくなるばかりか、介護者の負担感が減少する効果があると指摘する。

4.1. 家族介護者への支援と介護指導

家族に対して得居⁷⁵⁾は、老人看護専門看護師の立場から次のように指摘する。認知症患者の介護者は、その疾患の特徴から、介護に対して「終わりが無い」、「先が読めない」などと介護に負担感を感じている場合が多く、特に重い介護負担感を抱えやすい状態としては、「(患者さんに)対応の難しい行動が見られる場合」、「介護の協力者がいない場合」などであるという。また、BPSDに対する理解や対応の難しさが介護者を苦しめているという。そこで、介護者にはできるだけ負担感を少なくし、少しでも長く、元気に介護を続けてもらえるように介護指導をする必要があり、疾患の特徴や症状、今後予測される状態を説明するとともに、症状への対応方法について、お試し期間を設けながら、上手く対応できるように共に取り組む必要があることを指摘している。

また、入院中の精査・評価を十分に活かすためには、①罹患している疾患への基礎知識、②日常生活活動障害に対する介入法、家族間や社会福祉制度を含めた介護体制の構築などの介護教育がきわめて重要であるという指摘もある^{22,76)}。介護教育前後の日本語版 Zarit caregiver burden interview (ZBI)⁷⁷⁾の比較からは、介護教育によってZBIの総得点が減少することや、実務の負担(役割負担)には変化はみられないが、主観的なつらさ(個人負担)の軽減に役立つことが報告されている⁷⁸⁾。

家族への必要な支援は要介護者の状態により異なるという点について、たとえば筆者ら⁷⁹⁾は、AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study project)において、介護保険の要介護認定を受けている65歳以上の高齢者を介護する家族2325人に質問紙調査を

行ない、介護に必要な情報の入手経路、および情報充足感に関連する要因を要介護者の身体障害度と認知症度の違いによる4群間で比較した。その結果、要介護者の身体障害度が軽度の場合、認知症度が軽度であれば、介護に必要な情報の充足感は介護者の年齢や仕事の有無、友人などとの連絡頻度、うつ傾向などと関連していた。また、身体障害度や認知症度が重度であると、介護に必要な情報の充足感に関連する要因には違いがあった。ここでは、認知症の疾患は特定できてはいないが、介護に必要な情報は、要介護者と介護者両者の要因にあわせて提供される必要があると考えられた。

4.2. 介護専門職への支援と教育的介入

4.2.1. 専門職のもつ高齢者観や介護観の大切さ

介護にかかわる専門職に対しても、支援や教育的介入が不可欠である。

介護スタッフが提供する介護の質に影響を及ぼす要因として、高齢者へのサービスにかかわる専門職の持つイメージの違いについての指摘がある。これまでの高齢者イメージ(高齢者観)研究においても、たとえば、スタッフが高齢者に対して肯定的なイメージを持っている場合にはサービスの質は向上し、否定的なイメージを持っている場合にはサービスの質は低下するといわれる^{80,81)}。そして、否定的なイメージを持つ場合には、その高齢者の人格を尊重してかかわることや、共感的に接することが難しいこと^{82,83)}なども指摘されており、これらは、高齢者の介護にかかわる専門職が高齢者に対して肯定的なイメージをもっていることの重要性を示唆するものであるともいえる。

たとえば後藤ら⁸⁴⁾は、認知症高齢者の介護にかかわるスタッフが、「介護によって何らかの成果を生み出せる(成果の信念)」とか「認知症高齢者自身が特定の欲求や感情をもつ存在である」と考えている場合に、職場の同僚との軋轢を体験する頻度が少なかったことを報告している。専門職においては、協働するスタッフ同士のやりとりや業務の行ない方の違いが負担となることもあるが、この検討では、業務による成果や介護対象となる高齢者への肯定的な認識によってスタッフの主たる関心が高齢者に向くために、本来は負担となりうる同僚との軋轢を感じにくくなっているのではないかと考えられている。このことから、認知症高齢者の介護の質の向上を目指すという点では、スタッフの考え方や認知症高齢者へ認識が重要であることがわかる。

4.2.2. 適切な時期の教育的介入の意義

筆者ら⁸⁵⁾は、病院に入院する認知症高齢者の介護に関わるスタッフを対象に、認知症高齢者へのイメージを調査し、スタッフの認知症介護における経験年数やこれまでの高齢者とのかかわり度合いとの関連を検討した。その結果、認知症高齢者へのイメージはやや否定的な傾向が示されており、認知症高齢者のイメージと職種、高齢者との同居経験、同居時期などとは関連はみられなかった。さらに、成長期に形成された高齢者へのイメージは、業務についてから短期間は維持されていたが、その一方で、介護経験が長くなるとイメージは否定的に変化する可能性が認められ、中には就業から早期に退職を考える場合もあったことから、介護業務を円滑に続けるためには、イメージの悪化につながる要因の検討が必要であると考えられた。

三浦ら⁸⁶⁾は、松井⁸⁷⁾による「介護業務の負担と利用者との衝突体験が多いほど心理的ストレスが強くなっている」という指摘や、三宅ら⁸⁸⁾による「精神障害、あるいは問題行動のある入所老人に関する介護困難の訴えがよく聞かれる」という指摘に着目し、施設介護職員のBPSDのとらえ方と研修との関係について検討している。その結果、在職が36か月以下の期間に内部研修(OJT)を行なうことで、認知症高齢者のBPSDに対すのとらえ方が「問題解決的とらえ方」から「探索的とらえ方」へと変化する可能性を報告している。ここでの「問題解決的とらえ方」とは、「認知症高齢者の言動などが『問題』としてとらえられてしまい、『問題』をなくするだけで、認知症高齢者が本来もっているはずの能力を引き出す援助を行なわないこと」⁸⁹⁾である。その一方で、「探索的とらえ方」とは、「言動の意味を相手の身になってとらえ、その人にあったケアを試行錯誤しつつ対応し、さらに言動の意味と相手に添うケア方法を探索していくこと」⁹⁰⁾であり、person centered careにおいて認知症高齢者にかかわる者に不可欠な姿勢であるといえる。

認知症高齢者の介護にかかわるスタッフは、通常業務においては仕事におわれ、認知症高齢者にじっくりかかわる時間を持っていない場合が多い。中には、あわただしく動き回るのみが介護の仕事であるように感じられている場合もある。必ずしも認知症高齢者にじっくりとかかわることが重要視されてはならず、認知症高齢者の能力やかかわり方、個性が十分に理解されているとは未だ言い難い現状もあり、適切な時期に介護職員への教育的介入が必要であるといえる。

4.2.3. 回想法での気づきをもたらす質の高い介護

これまで認知症高齢者の情緒的安定などを促す回想法は、その実施にかかわるスタッフにとって、認知症高齢者の日常とは異なる新たな側面に気づき理解を深める機会になると感じとられてきた^{55,64,67,91,92)}。しかし、その報告はまだ少なく、スタッフからの感想が述べられるにとどまっている報告もある。

そこで筆者ら²⁶⁾は、認知症高齢者への回想法の実施にかかわったスタッフの認知症高齢者へのイメージを調査し、その変化を、日常会話による介入にかかわったスタッフおよび通常の業務のみに従事していたスタッフの変化と比較した。事前に気質や性格などの資質について3群に差がないことを確認した。その結果、認知症高齢者への回想法の実施にかかわったスタッフは、認知症高齢者のイメージが肯定的な方向に変化した。とくに、本来高齢者が備える特性ではあるが、短時間の表面的なかかわりでは気づきにくい内面的な側面についてのイメージが肯定的に変化していた。回想法にかかわったスタッフからは、認知症高齢者が回想法場面では、日常の見当識障害や記憶障害に戸惑いながら生活する姿とは異なり、生き生きとした表情や態度で懐かしい思い出を振り返り、グループ参加者同士で円滑に交流できることに驚いたこと、また、セッションで新たに気付いた高齢者の個性やその人の思いを知って、日常でもどのようにかかわればよいのかがわかりやすくなったこと、業務への意欲がわいてきたことなどが話された。

回想法は、その高齢者のさまざまな体験や思いを知ることができ、その人らしさや、さらにはその高齢者が持つ秘めた能力を再認識できる介入方法である。回想法の場面でその認知症高齢者へのより良いかかわり方に気づくことができれば、さらには日常生活においても、個々の認知症高齢者に質の高い介護を提供できる可能性を高めるといえる。

5. 若年性認知症

ところで、認知症は65歳未満でも発症する。若年期(18~39歳)に発症する認知症と初老期(40~64歳)に発症する認知症をあわせて「若年性認知症」と呼んでいる。若年性認知症については、わが国では一ノ渡ら⁹³⁾による最初の調査以降、2006年から2008年に改めて、朝田⁹⁴⁾により大規模な「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」が実施され、わが国の若年性認知症の推定患者数は3.78万人と算出された。また、認知症の専門外来を受診して認知症と診断される人の4人に1人は、65歳未

満の方という報告もある⁹⁵⁾。

若年齢で認知症を発症した場合には、高齢者の場合とは異なる問題が浮かび上がる⁹⁶⁾。たとえば、物忘れが増えたことから、当事者が家族とともに認知症の専門外来を受診することが多いが、その一方で、はっきりとした物忘れの自覚ではなく、何らかの身体の不調から内科などを受診してみる人もいる。なかには、不調の原因を正確に診断されないまま時間が経過してしまうとか、数件の医療機関を受診してようやく精神科や神経内科などに紹介される場合も珍しくない。時には、会社で仕事の段取りが悪くなったことで上司や同僚から心配され、会社からの連絡によって家族が本人の病気に気づくという場合もある。認知症の進行とともに、会社での仕事は困難となり退職せざるをえない場合が多く、家庭ではだんだん日常での見守りの必要性が増す。経済的な問題も大きく、家族は生活を変えざるをえない状況になっていくその過程では、当事者の子どもが親の病気を受容することがなかなか難しい場合もある。野瀬ら⁹⁷⁾は、若年性認知症においては、主介護者に介護介助者がいない、抑うつ度が高い、経済的負担が高いという場合に、介護負担が高いことを指摘している。

若年性認知症の当事者たちには、体力や能力を発揮できるような、さらには仕事として認められるような活動の場の確保が望まれている。若年性認知症の人のための支援はまだこれからという段階にあり、特有の課題に向き合い、支援のあり方を考えていか

なければならない。

6. おわりに

本稿では、主に認知症高齢者を対象とした治療やケアについて概説した。

認知症高齢者への治療やケアの質を高めるには、その高齢者のどのような状態がどのように改善されれば、その人らしく心地よく過ごせるのかを考える必要がある。すなわち、認知症の疾患によりあらわれる症状や程度、および症状を改善させるための有用な介入方法は、対象となる個人によって異なる点を考慮することが大切である。そして、たとえば非薬物療法のひとつである回想法が、その実施にかかわった専門職の認知症高齢者に対する肯定的認識をもたらすように、認知症高齢者のさまざまな側面や持ち味に気づく機会をもつことによって、それぞれの専門的知識や技術を活かしたより質の高い治療やケアを提供できるのではないだろうか。そして、専門職とともに、認知症高齢者と家族の身近に暮らす誰もが認知症に関する理解を深めていくことは、認知症高齢者と家族にとっての不安や負担を少しでも軽減できる暮らしへの支援となる。

さらに認知症を発症する年齢を考慮すると、その当事者や家族にとって必要な支援はよりさまざまに異なるという点からも、それぞれの状態にあう支援を柔軟に提供していける体制と環境の構築が課題であると考えられる。

文 献

- 1) 高齢者介護研究会報告書：2015年の高齢者介護 — 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて —。72-73, 2003.
- 2) 新井平伊：4大認知症疾患の臨床的重要性 — なぜ4疾患を取り上げたか —。精神科治療学, **22**(12), 1345-1349, 2007.
- 3) Akatsu H, Takahashi M, Matsukawa N, Ishikawa Y, Kondo N, Sato T, Nakazawa H, Yamada T, Okada H, Yamamoto T and Kosaka K: Subtype analysis of neuropathologically diagnosed patients in a Japanese geriatric hospital. *Journal of the Neurological Sciences*, **15**, 196(1-2), 63-69, 2002.
- 4) 谷向知, 池田学：4大認知症疾患の非薬物療法的対応。精神科治療学, **22**(12), 1427-1430, 2007.
- 5) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, Leon MJ, Schneck MK, Buttinger C and Borenstein J: Functional Staging of dementia of the Alzheimer type. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **435**, 481-483, 1984.
- 6) 小阪憲司：レビー小体型認知症。アルツハイマー病（日本臨床**66**巻増刊号**1**）, 341-352, 2008.
- 7) 谷向知：認知症の方への介入。田宮菜奈子・阿部芳道・山本秀樹編, 根拠にもとづく高齢者施設ケア。金芳堂, 東京, 128-139, 2009.
- 8) 谷向知, 櫻林哲雄, 坂根真弓, 清水秀明, 福原竜治, 小森憲次郎：前頭側頭葉変性症のBPSDの特徴と対応。Dementia Japan, **24**(3), 280, 2010.
- 9) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S and Sartorius S: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia; A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, **8**(Suppl.3), 497-551, 1996.

- 10) 水上勝義, 朝田隆: 介護保険における BPSD の診断と問題点. 精神医学, **46**(1), 1051–1056, 2004.
- 11) Hirono N, Mori E, Tanimukai S, Kazui H, Hashimoto M, Hanihara T and Imamura T: Distinctive Neurobehavioral Features Among Neurodegenerative Dementias. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, **11**(4), 498–503, 1999.
- 12) 博野信次: 臨床痴呆学入門. 金芳堂, 京都, 2001.
- 13) 奥村由美子, 朝田隆: 徘徊. 老年期認知症ナビゲーター, 平井俊策監修, 荒井啓行・浦上克哉・武田雅俊・本間昭編, メディカルレビュー社, 東京, 190–191, 2006.
- 14) Synder LH, Rupprecht P, Pyrek J, Brekhus S and Moss T: Wandering. *Gerontologist*, **18**(3), 272–280, 1978.
- 15) Dawson P and Reid DW: Behavioral dimensions of patients at risk of wandering. *Gerontologist*, **27**(1), 104–107, 1987.
- 16) Rader J: A comprehensive staff approach to problem wandering. *Gerontologist*, **27**(6), 756–760, 1987.
- 17) 堀宏治, 富永格, 小西公子, 中根潤, 朝岡俊泰, 金廣一, 鹿島晴雄: 徘徊, 落ち着きのなさ. 老年精神医学雑誌, **16**(1), 36–43, 2005.
- 18) 須貝佑一: 痴呆の薬物療法 — 対症的薬物療法の実際. 平井俊策編, 痴呆症のすべて, 永井書店, 大阪, 173–182, 2002.
- 19) 杉原百合子, 山田裕子, 武地一: 一般高齢者をもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討. 日本認知症ケア学会誌, **4**(1), 9–16, 2005.
- 20) 本間昭: 地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学, **23**(3), 340–351, 2001.
- 21) 奥村由美子, 久世淳子, 柴山漢人: 要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と相談・受診の状況. 老年精神医学雑誌, **16**(2), 229–242, 2005.
- 22) 谷向知: 痴呆性疾患の診療の現状と展望. 医療, **56**(10), 583–588, 2002.
- 23) 今井幸充: 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 —. 老年社会科学, **26**(1), 5–14, 2004.
- 24) American Psychiatric Association (佐藤光源・樋口輝彦・井上新平監訳): 米国精神医学会治療ガイドライン. コンベンディウム, 医学書院, 東京, 88–90, 2006.
- 25) 野村豊子: 痴呆性高齢者への多面的なアプローチに関する基本的理解. 新・痴呆性高齢者の理解とケア — old culture から new culture への視点 —, 江草安彦監修, メディカルレビュー社, 東京, 192–195, 2004.
- 26) 奥村由美子: 認知症高齢者への回想法に関する研究 — 方法と効果 —. 風間書房, 東京, 2010.
- 27) 認知症疾患治療ガイドライン2010. 日本神経学会監修, 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会編集, 医学書院, 東京, 2010.
- 28) 奥村由美子: 高齢者の心理療法の実際 回想法. 老いの臨床心理, 黒川由紀子編, 日本評論社, 東京, 64–84, 1998.
- 29) 奥村由美子, 朝田隆: 痴呆性高齢者への心理・社会的アプローチ「回想法」. 治療 (J. Therap), **86**(5), 120–124, 2004.
- 30) Butler RN: The life review; An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, **26**, 65–76, 1963.
- 31) Holden UP, Woods RT (川島みどり訳): 痴呆老人のアセスメントとケア; リアリティ・オリエンテーションによるアプローチ. 医学書院, 東京, 1994.
- 32) 若松直樹, 三村将, 加藤元一郎, 塚原敏正, 正木かつら, 原常勝, 鹿島晴雄: 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, 1999.
- 33) Folstein MF, Folstein SE and McHugh PR: “Mini-mental state”; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, **12**(3), 189–198, 1975.
- 34) 若松直樹, 三村将: 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**(1), 79–87, 2008.
- 35) 若松直樹: リアリティ・オリエンテーショントレーニング. 認知症高齢者の心にふれるテクニックとエビデンス (藤田和弘監修), 第10講2, 138–154, 紫峰図書, 横浜, 2006.
- 36) Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M and Orrell M: Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, **183**, 248–254, 2003.
- 37) 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.
- 38) 宇野正威: 芸術療法 — 美術療法と音楽療法 —. 老年精神医学雑誌, **17**(7), 749–756, 2006.
- 39) 朝田隆, 金子健二, 宇野正威: アルツハイマー病の認知リハビリテーション: 絵画療法. *Dementia Japan*, **17**(1),

- 77-83, 2003.
- 40) 松岡恵子, 宇野正威, 金子健二: アルツハイマー型認知症患者に対する臨床美術の効果. 老年精神医学雑誌, **17**(増刊号 I), 140, 2006.
 - 41) 品川不二郎, 小林重雄, 藤田和弘, 前川久男 (訳編著): WAIS-R 成人知能検査法. 日本文化科学社, 東京, 1990.
 - 42) 日本音楽療法学会公式サイト <http://www.jmta.jp/> 2011.5.31
 - 43) 門間陽子: 初期痴呆高齢者の音楽療法. 高齢者グループケア, 千葉和夫・野村豊子・諏訪茂樹・下垣光編, メヂカルフレンド社, 東京, 112-129, 1999.
 - 44) 渡辺恭子, 西川志保, 西川洋, 銚石和彦, 繁信和恵, 塩田一雄, 松井博, 池田学: 痴呆症状を呈する高齢者における痴呆用愛媛式音楽療法評価表の有用性. 老年精神医学雑誌, **11**(7), 805-814, 2000.
 - 45) 渡辺恭子, 西川志保, 繁信和恵, 塩田一雄, 松井博, 池田学: 痴呆症に対する音楽療法の効果についての検討. 精神医学, **45**(1), 49-54, 2003.
 - 46) 松岡恵子, 朝田隆, 宇野正威, 山下典生, 三澤剛: 非薬物療法がアルツハイマー型痴呆患者の認知機能に及ぼす効果. 老年精神医学雑誌, **13**(8), 929-936, 2002.
 - 47) 新山正美: 動物介在療法 (アニマル・セラピー). 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, 255-259, 2004.
 - 48) 下仲順子: 高齢期の心理と臨床心理学. 培風館, 東京, 2007.
 - 49) 金森雅夫, 鈴木みずえ, 山本清美, 神田政宏, 松井由美, 小嶋永実, 竹内志保美, 大城一: 痴呆性老人デイケアでの動物介在療法の試みとその評価方法に関する研究. 日本老年医学会雑誌, **38**(5), 659-664, 2001.
 - 50) Reisberg B, Borenstein J, Salo SP, Ferris SH, Franssen E and Georgotas A: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, **48**(suppl), 9-15, 1987.
 - 51) 本間昭, 朝田隆, 新井平伊, 一瀬邦弘, 今井幸充, 西川隆, 小船新一: 老年期痴呆の全般臨床評価 — Clinician's Interview-Based Impression of Change plus-Japan (CIBIC plus-J) 解説と評価マニュアル. 老年精神医学雑誌, **8**(8), 855-869, 1997.
 - 52) Tamura T, Yonemitsu S, Itoh A, Oikawa D, Kawakami A, Higashi Y, Fujimoto T and Nakajima K: Is an entertainment robot useful in the care of elderly people with severe dementia? *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. **59**(1), M83-M85, 2004.
 - 53) 杉村公也: 作業活動療法 — 活動療法, ペット療法を中心に —. 老年精神医学雑誌, **17**(7), 742-748, 2006.
 - 54) 谷向知, 原田和佳, 数井裕光: テレビ番組が与える痴呆性高齢者への影響に関する研究. 平成12年度老人保健健康増進等事業による研究報告書 (高齢者痴呆介護研究・研修大府センター), 16-19, 2001.
 - 55) 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.
 - 56) Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA and Martina RL: A new clinical scale for the staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, **140**, 566-572, 1982.
 - 57) 奥村由美子, 朝田隆: 攻撃的行動. 老年期認知症ナビゲーター, 平井俊策監修, 荒井啓行・浦上克哉・武田雅俊・本間昭編, メディカルレビュー社, 東京, 188-189, 2006.
 - 58) Hamel M, Gold DP, Andres D, Reis M, Dastoor D, Grauer H and Bergman H: Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *Gerontologist*, **30**(2), 206-211, 1990.
 - 59) Asada T, Kinoshita T and Kakuma T: Analysis of behavioral disturbances among community-dwelling elderly with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, **14**(3), 160-167, 2000.
 - 60) Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M and Davies S: Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, **18**, CD001120, 2005.
 - 61) 斎藤正彦: 認知症の非薬物療法 — 認知症における非薬物療法研究の課題と展望. 老年精神医学雑誌, **17**(7), 711-717, 2006.
 - 62) 奥村由美子, 谷向知, 久世淳子: 認知症高齢者への回想法における評価方法および実施回数に関する研究. 日本認知症ケア学会誌, **4**(1), 24-31, 2005.
 - 63) Yumiko Okumura, Satoshi Tanimukai and Takashi Asada: Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia; A comparison with everyday conversation approaches. *PSYCHOGERIATRICS*, **8**(3), 124-133, 2008.
 - 64) 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.
- 65) 奥村由美子, 藤本直規, 成田実: 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** (9), 951-963, 1997.
- 66) Goldwasser AN, Auerbach SM and Harkins SW: Cognitive, affective, and Behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, **25**(3), 209-222, 1987.
- 67) 橋本竜作, 鈴木淳, 紺野佳織, 大石陽子, 目黒光恵, 赤沼恭子, 伊藤恵, 野村豊子, 石崎淳一, 山口智, 石井洋, 目黒謙一: 福祉施設入所アルツハイマー病患者に対する回想法グループワークの効果. 老年精神医学雑誌, **16** (3), 337-346, 2005.
- 68) Teng EL, Hasegawa K, Homma A, Imai Y, Larson E, Graves A, Sugimoto K, Yamaguchi T, Sasaki H, Chiu D and White R: The cognitive abilities instrument (CASI); a practical test for cross-cultural epidemiological studies of dementia. *International Psychogeriatrics*, **6**(1), 45-58, 1994.
- 69) Helmes E, Csapo KG and Short JA: Standardization and validation of the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). *Journal of Gerontology*, **42**(4), 395-405, 1987.
- 70) Ito T, Meguro K, Akanuma K, Ishii H and Mori E: A randomized controlled trial of the group reminiscence approach in patients with vascular dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, **24**(1), 48-54, 2007.
- 71) 渡辺恭子, 池田学: 痴呆に対する音楽療法. 老年精神医学雑誌, **13** (9), 1031-1035, 2002.
- 72) 黒川由紀子, 松田修, 丸山香, 斎藤正彦: 回想法グループマニュアル. ワールドプランニング, 東京, 1999.
- 73) 長谷川和夫編: 痴呆性老人の看護とデイケア, 医学書院, 東京, 180-183, 1986.
- 74) 谷向知, 三浦利奈, 有園陽子, 奥村由美子, 久世淳子: 愛子さんを知っていますか? — 社会的出来事を用いた予定・指示の記憶促進に関する予備的研究 —. 第3回日本痴呆ケア学会大会抄録集, 112, 2002.
- 75) 得居みのり: 家族介護者への介護指導. エピソードでつかむ老年心理学, 大川一郎, 土田宣明, 宇都宮博, 日下菜穂子, 奥村由美子編, ミネルヴァ書房, 京都, 243, 2011.
- 76) 森脇由美子, 井上真由美: 介護者の介護負担とその支援 — 介護教育の重要性 —. *臨床老年看護*, **7** (4), 113-118, 2000.
- 77) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H and Hisamichi S: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden interview. *Psychiatry and clinical neurosciences*, **51**(5), 281-287, 1997.
- 78) 井上真由美, 森脇由美子, 大川敏子, 橋本純代, 小林広子, 博野信次, 森悦郎: 痴呆症患者の主介護者の負担に対する介護教育の効果について. *看護研究*, **32** (3), 227-234, 1999.
- 79) 奥村由美子, 久世淳子, 樋口京子: 在宅高齢者の介護に必要な情報への充足感に関連する要因 — 身体の障害度と認知症度の違いによる比較 —. *日本在宅ケア学会誌*, **11** (1), 78-86, 2007.
- 80) Coe RM: Professional perspectives on the aged. *The Gerontologist*, **7**(2), 114-119, 1967.
- 81) Green CP: Fostering positive attitudes toward the elderly: A teaching strategy for attitude change. *Journal of Gerontological Nursing*, **7**(3), 169-174, 1981.
- 82) Kahana EF and Kiyak HA: Attitudes and behavior of staff in facilities for the aged. *Research on Aging*, **6**(3), 395-416, 1984.
- 83) Bagshaw M and Adams M: Nursing home nurses' attitudes, empathy, and Ideologic orientation. *International Journal of Aging and Human Development*, **22**(3), 235-246, 1985-1986.
- 84) 後藤陽子, 奥村由美子, 鴨野元一: 介護スタッフのもつ介護信念がストレス認知におよぼす影響に関する研究. 日本心理学会第72回大会発表論文集, 358, 2008.
- 85) 奥村由美子, 谷向知, 久世淳子: 高齢者との関わり度合いによる痴呆性高齢者へのイメージの違いについて. *老年社会科学*, **24** (2), 262, 2002.
- 86) 三浦和夫, 加藤伸司: 認知症の行動・心理症状に対する介護職員のとらえ方と研修との関係について — 在職年数別にみる内部研修の有効性 —. *日本認知症ケア学会誌*, **8** (1), 51-59, 2009.
- 87) 松井美帆: 痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス. *日本痴呆ケア学会誌*, **3** (1), 21-29, 2004.
- 88) 三宅雅一, 岸本年史, 中井貴, 井村徹, 井川玄朗, 平井貴陽, 南澄: 特別養護老人ホームにおける精神症状と問題行動について. 老年精神医学雑誌, **3** (11), 1245-1249, 1992.

- 89) 湯浅美千代, 野口美和子, 桑田美代子, 鈴木智子: 痴呆症状を有する患者に潜在する能力を見出す方法. 千葉大学看護学部紀要, **25**, 9-16, 2003.
- 90) 長畑多代, 松田千登勢, 小野幸子: 介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応. 老年看護学, **8** (1), 39-49, 2003.
- 91) 黒川由紀子: 痴呆老人に対する回想法グループ. 老年精神医学雑誌, **5** (1), 73-81, 1994.
- 92) 奥村由美子, 長谷川妙子, 金田貴子, 三原静, 久世淳子, 谷向知: 回想法グループ実施による介護スタッフへの効果について (The effect of the reminiscence group therapy to the professional caregivers). 国際アルツハイマー病協会第20回国際会議抄録集, 261, 2004.
- 93) 一ノ渡尚道: 若年痴呆の実態に関する研究. 厚生科学研究補助金 精神保健医療研究事業平成8年度研究報告書 (研究代表者: 一ノ渡尚道), 1997.
- 94) 朝田隆: 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 平成18~20年度総合研究報告書 (研究代表者: 朝田隆), 2009.
- 95) 谷向知: 若年性認知症. KEY WORD 精神, 先端医学社, 72-73, 2007.
- 96) 朝田隆, 池嶋千秋, 野瀬真由美, 児玉千穂, 増田元香, 奥村由美子: 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 アンケート調査: 当事者・家族調査の報告書 (研究代表者: 朝田隆), 2009.
- 97) 野瀬真由美, 池嶋千秋, 奥村由美子, 児玉千穂, 増田元香, 朝田隆: 若年性認知症患者を介護する主介護者の負担に関する検討. 老年精神医学雑誌, **19**(増刊号 II), 119, 2008.