

重度記憶障害を伴う高齢者の介護支援方策について

On the Strategies of Helping Self-Care of the Older Person

with Severe Memory Disabilities

齋 藤 繁

Shigeru SAITOH

要 旨

老年期にある高齢者の重度記憶障害についての若干の検討と考察を試みた。特に認知症（痴呆）による知能障害と記憶障害についての脳病学的、神経心理学的、認知心理学的解明を試みながら、福祉臨床における介護支援の諸方策について検討した。

加齢ともなう高齢者の認知機能の低下は、われわれ人間にとっては避けがたい生物学的、神経心理学的現象と言えるが、長年にわたって培われた知識・技能が容易に失われないこともまた事実である。認知症の中核症状に記憶機能と認知機能障害が考えられている。記憶能力の低下は知覚、学習、思考、コミュニケーション行動に直接的な影響を及ぼすが、そのための介護福祉的支援方策について考察し、若干の提案を試みようとした。

急性、亜急性に発症する認知症は医療の対象となるが、一般的な老化による記憶機能と認知過程の障害は、徐々に部分的に出現し次第に憎悪する傾向がみられる。そのあらわれ方には個人差があり、個々人の人生努力と密接である。個人の自助努力は言うに及ばず、また家族、地域による福祉支援課題として、その対応方策が考慮されねばならない。

軽度の認知症が疑われるレベルでは、幼少期から十分習慣化した運動や身体作業、ADLに支障があらわれ、日常生活や社会行動面において部分的な不具合や不都合が生じるようになる。

さらに、中・重度の認知症になると見当識などの認知機能のみならずADL、APDLにも重い障害があらわれてくるが、著しい言語・記憶障害を示す認知症への対応には、医療、理学療法、作業療法、言語療法のほかにも、福祉的環境調整ときめの細かいケアプランとケアワーク、それに生活療法的、行動療法的、芸術療法的支援、非言語的意思伝達などの諸方策が必要となる。

高齢認知症者の抱える個人的問題に関しては、身体的側面のみならず精神的側面と、家庭・社会関係の再体制化への配慮が求められる。なかでも家族福祉支援が重要である。そのための医療・福祉支援は必須のものとなる。問題の解決には高齢認知症者のQOLと高齢者をとりまく社会・文化的環境についての配慮も欠くことはできない。

キーワード：認知症、短期記憶（STM）、長期記憶（LTM）、皮質と海馬、体験時間、健忘、アルツハイマー病、介護支援、QOL、非言語的意思伝達、人間福祉、ノーマライゼーション

目 次

はじめに

1. 認知症と知能障害支援

2. 認知症と記憶障害支援

3. 認知症とコミュニケーション障害支援

4. 認知症と家族支援

5. 認知症とノーマライゼーション

結 び

はじめに

本稿は先行論文に続き、³⁴⁾ 認知症高齢者に焦点を当てて論考を試みるが、従前の痴呆の代わりに認知症という呼称に改めて記述を試みることにしたい。認知症、特にアルツハイマー型認知症は老齢期に発症し、中核症状として記憶障害と知的退行を主徴としている。認知面においても様々な問題を示し、日常生活や社会生活においても介助を要する。多くは進行性の病変であり、免疫力の低下のみならず、心理面においても意欲低下、コミュニケーション障害が前面に現れるようになる。

加齢にともない、老齢期においては知能曲線の低下が結晶性知能よりも流動性知能において著しいが、アルツハイマー型認知症は、言語記憶因子のみならず、数記憶因子、数操作因子にも機能低下がみられることから、記憶、学習、思考を含めた全般的な認知機能障害とみなすことができる。³⁴⁾ 認知症が脳神経損傷と心理的機能障害を示す疾患であることは否定できないが、これに臨床心理学的、人間福祉学的課題として対応することが求められている。直接的にはヒューマンサービス制度と介護福祉学、リハビリテーション学の課題であるとも言える。

本論はまず知能病理や記憶病理にふれながら日常生活でのあり様や直接記憶のメカニズムをよりよく理解することで、記憶機能低下に如何に対応していったらよいかについて考察する。特に、社会的場面への適応と対人関係を良好に保つための記憶能力の増進についてもふれたいと思う。

認知症を伴う疾患については、介護者、家族の適切な理解と支援は欠くことが出来ない。それを患者治療という視点からではなく、共感的、共生的感情に裏打ちされた生活環境調整と支援態度の必要性を強調しながら、留意すべき点、工夫を要する項目の検討を試みた。これは、多くの事例で明らかである様に、認知症に関する心身の病理についての無理解、本人の意欲や自発性を削ぐ様な対応の仕方から、その不適切な取り扱いが処遇の悪循環を形成して、かえって介護・養護による過労・消耗を招き、介護疲れ、被介護者虐待の悲劇を招く結果ともなっている。何をしても無駄であ

り、無為に過ごすかにみえる老いた親の全介護に当たるとの訴えが聞かれる。

こうした介護問題の解決は、言われるほどに容易では無いことは十分理解できるが、少しでも改善の余地があるのであれば積極的な試みをしたいと思うのである。例えば、定期的な入浴介護など介護制度の利用と、ホームヘルパーとの共同介護による情報交換と話し合いが考えられる。食事、排泄の自立に向けてのリハビリ・介護訓練計画の立案、外出の支援などが問題解決に役立つと思われる。また関連する各種会合への参加を怠りなく、勿論医師、保健師、看護師のアドバイスが必要である。

アルツハイマー型認知症は軽度から重度まであり、それぞれの段階に応じた支援の仕方があるであろう。その時々に応じた適切な理解と処遇を考えたい。なによりも事前に徴候を察知して、軽度の段階で予防措置をとり、早期リハビリに専念することができれば問題を深刻化させないですむかもしれない。即ち、物忘れが目立ち始めた段階での対応が知的退行（痴呆化）を遷延し、すこしでも諸事への適応性を維持することに役立つと思われる。如何にせん仮に重度の段階にたち至ったとしても、介護計画とその実践が組織的になされるとすれば、いろいろな負担が重くのしかかってくるとしても、決して耐え難い厄災とはなり得ないのである。認知症を学習し科学する態度があれば、それが問題解決への道を拓くであろう。

今日、医学に隣接する領域としてリハビリテーションの分野があり、そしてまた介護福祉の分野が新たに登場してきたとも言えるであろう。医療ならびに社会福祉コーディネーターの役割も重視されなければならない。単に介護問題にとどまらず、認知症者のノーマライゼーション、人間としての復権運動もまた新たな社会福祉課題として認識され検討される必要があると考える。

1. 認知症と知能障害支援

加齢に伴い流動性知能の低下が必然する事実を、先行論文で指摘したが、なかでもアルツハイマー病の中核的症状としての記憶機能の低下、特にSTMの障害が認知機能やコミュニケーション

行動にも甚大な影響を与えることも指摘されなければならない。ここでは記憶障害の病理とそれへの対応方法について若干の考察を試みる。

高齢者のもの忘れへの対応には、先ずは、記憶環境の整備である。これをもの忘れ防止のための環境調整と考えてもよい。なにより雰囲気的大事で、慌てず、騒がず、ゆったりと構えることが緊要である。本人も周囲の人もそうしたことに心がけたい。

次は情報入力の方に関係する。一時に多量の記憶材料を入力しない。伝達材料は短く区分し、部分的な情報提示と繰り返しが必要になる。連想価の低い語や難しい言葉は記憶に残りにくいのと、人名など固有名詞と数詞は反復繰り返し伝達提示する心掛けが大切である。通常は意図的記憶が問題にされているが、印象深い事項は潜在記憶として残りやすく、年齢や知能水準にあまり関わらないでその能力を保有しているという報告がある。²⁸⁾

知的障害者の記憶能力の低さの原因として、一時に記銘(符号化)できる項目数(入力情報量)を意味するメモリスパンの狭さの他、リハーサル(復唱)の欠如が考えられているが、²⁷⁾ リハーサルは健常な若年者であれば、絶えず暗黙のうちに内潜的になされるプロセスであるが、加齢に伴い高齢者ではこの機能が低下してくることが考えられるので、それによる失策行為が起き易い²⁹⁾。

そこで、活動の系列化、時定表づくり、日課表づくりなど日程表のプログラミングに関する図式化とパフォーマンスにおける漸近法が原則になるが、標的行動の前に挿入作業が加わる場合は、必ず予め何時、何処で、誰が、何のためにかを復唱しなければならない。同時に、現在の挿入活動の終了時間も繰り返し復唱しながら遂行しなければ、結局は先約又は後行するメイン要件の遂行は叶わなくなる可能性が大きくなる。挿入活動による干渉効果は適度抑制作用が働き想起困難におちいることによる。こうしたリハーサル活動は成人期では自動的になされているが、高齢期になるとそうはいかないで無意識のうちに省略される。自動装置が作用しなくなっているのだから、強いて自身で意識的にリハーサル努力を重ねなければ標的行動は達成できないし、一件落着と事は成就

されない。

一連のエピソード記憶の場合、キーワードとなる名辞、語頭音又は頭書に注意をおきたい。STMにおいては時間的経過に伴い情報の選択がなされるので、記憶装置の緩衝器(Buffer)を通してくる情報は全てではない。そこで、印象の薄い、記憶しにくいと思われる項目は、部分強化する必要がある。通常は符号、語句であれば初頭効果と最新項の系列効果が考えられるが、通り一遍の文章とか物語記憶になると、孤立項か物語のプロローグとエピローグあたりが痕跡化され易いであろう。それも長い時間が経てば殆ど忘れられ、断片的となり、全体の再生は困難になる。²⁹⁾

度忘れ、あるいはもの忘れといっても、そこには想起再生の水準が考えられるであろう。記憶再生には再生法、再認法、再構成法などと査定の方法がいろいろあるが、いずれの査定方式によっても、一般的な査定は、何かを想起しようとする時、意識化にともなって結果する言語化(Verbalization)の水準でなされるであろう。以下に花の名前を想起する場合を参考にして例示してみる。

表1 記憶再生水準の査定スケール

0レベル	全く何もわからないか、何も覚えていない。
1レベル	何かを記憶したが、それが何だかわからない。記憶しているはずという感じ(予感)だけが残っている。
2レベル	花なんだが、何の花だったか、その花の名前が浮かんでこない。
3レベル	何処にあったかとか、誰にもらったかという周辺事情の覚えはあるが、当該の花の名前が出てこない。
4レベル	同類か他の花の名前を言うが、間違っている。誤りに気づいていない。
5レベル	別な花の名前を言うが、確信がなくあやふやで、どうも違うらしいと気づいている。
6レベル	色、形、サイズなどがわかり、種類が言える。
7レベル	語頭音とか花の名前の部分が言える。
8レベル	花の名前を正しく言える。
9レベル	花の名前だけでなく、関連情報を伝達し、説明できる。

たった今話したことを忘れるのは脳の海馬回を中心とする高次神経機能の低下によるとしても、結果的にリハーサルの欠如によって起こる心理現象としても考えられるであろう。記憶保持（Retention）のための方略をケース・バイ・ケースで立案するならば、直接記憶能力を維持する可能性は高くなる。高齢者が繰り返し同じ話を反復してしまうのは、情報過多によるというよりも、意思伝達におけるリハーサル（復唱）と項目確認活動の欠如、つまりはフィードバック機能の不在によるところが大きいと考えられる。

老年期に入っても相変わらず従前のコミュニケーション方式に依拠し続ける限り、このような不測の事態は容易に改善できないように思われる。たった今話したことを想い出す、すなわち「想起の想起」のための手がかりの温存、キ・ワード、初出語か頭書のリハーサルが記銘時において不可欠である。暗黙のうちに、私は今こんなことを話しているんだ、と意識しながら、ゆっくり話を進めることである。早口で捲し立てると、たちまち、さて、わたしは今何と言ったのだろうかとなり、どうかすると話したばかりの事を、丸ごと忘れてしまうという事態を招きかねない。できるだけ話し方のテンポを緩め、スローダウンすることが秘訣である。話しながら資料をめくり、メモをとるのもよいであろう。若年者であっても、過労や過度のストレスに曝されると、一過性に脳の海馬機能の低下と直接記憶効率の低下を招き、結果として度忘れがひどくなり業務に支障をきたすこともあると言う。⁴¹⁾

高齢者がコミュニケーションを成功させる方法は種々あるとしても、コース・アウトラインを書き込んだフロー・チャートやメニューづくり、レジメづくりほど有効なものはないと思われる。どんなに熟知した事柄であっても、一応は順序良く書いたメモを予め用意しておいて事に当たりたい。そうすれば人前で恥をかくようなこともなくなる。このようなメモ書きやコースアウトラインの書き込みの作業意欲を喚起する努力、つまり脳の喚起水準（Arousal level）を上げることが必要になる。健康者の日常においては、複雑な課題場面では比較的低い喚起水準の方が効果的であり、単純な課題では高い喚起水準が有効であるとされ

ている。高齢者にみられる記憶障害は、このような適度な喚起水準の維持と、補正、補完のための自助努力の欠如によって増悪させられている部分が考えられる。漢字書写、簡単な四則計算作業をするだけで大脳が活性化し、記憶障害が軽減されるという報告がなされている。ドリル計算、書字行動は、主として大脳の左半球の機能によるが、脳の記憶システムと情動の神経回路はほぼ同じ神経組織を通ると仮定してみて、情動興奮を惹き起こす視床から右半球皮質までの神経回路の活性化が、左脳に何らかの影響を与えることを仮定できるとしたら、音楽、絵画、演劇のような芸術活動を通して、脳の賦活化と記憶を含めた認知機能の向上を望めるかもしれない。最近の福祉施設での芸術療法の隆盛は、こうした事情に一部因っているのかもしれない。

会話形式のコミュニケーション方法は、対話をしていることで、リハーサルのためのゆとりや手がかりを得ることができる。時折設問をし、問いかけ、応答を求めるなどすると、スムーズな表現活動の遂行が可能になる。一方的な意見発表、話し込みは高齢者が陥りやすいクレパスである。話し相手の反応を確かめながら自己の話の内容を反芻してやる必要がある。

回想によって過去に経験したことの記憶、それもむかし昔の記憶を辿ろうとすると、時間や場所の錯誤、項目錯誤、人名の錯誤・失念などが無意識のうちに起こりやすい。作話、欠落、添加、修飾、指針膨大の誇張、部分の強調、作為的表現、虚偽など、想起の曖昧さが補足され、華麗に修飾されて、本人の好いように加工されてしまい、本当らしさといい加減さとが相半ばして、聞き手が話の信憑性に疑問を抱くことにもなりかねない。多くは自慢話に終始するか、自己弁護に陥りやすいかもしれない。およそ聞き手が若年者である場合、過去の出来事に興味を示すことは少なく、自分あまり関係のない事柄であれば、どうでもいいとして聞き流されてしまう事もあり得る。歴史的事実を伝えようとすれば、それなりに証拠物件と現在との繋がりを証明する手立てが必要である。³⁰⁾

しかし、自己の伝記的記憶は意外なほどよく保持されるという報告が多い。⁶⁾ 幸不幸にかかわら

ず感動的体験は繰り返しリハーサルされることであり、比較的正確に再生されるもののようである。それらの話の信頼性は話し手のパーソナリティ如何にもよるであろう。この問題は司法・裁判における証言者の心理にも関係する。高齢者の日常生活記憶、伝記的記憶研究はコミュニケーションにおける表現のレトリックスと無縁ではない。

ここで、ラップ(Rapp,D.C.)の提言を参考にして記憶力増進のための12箇条を提案しておこう。¹⁵⁾

(1)一息入れる。(2)リラックスする(適度な緊張を保つ)。(3)意識する(喚起水準を上げる)。(4)選ぶ(比較・識別する)。(5)焦点を合わせる(標的的定位)。(6)イメージを描く(運動的、聴覚・視覚映像的コードの利用)。(7)復唱を繰り返す(なにをおいてもリハーサル)。(8)注釈をつける。(自分と係わりの深い連想や感情体験)。(9)疑問を持つ(確認する)。(10)整理する。(分類・原則・構造などを考える)。(11)再学習・復習する(暇に、まめにする)。(12)情報を利用する(レジスターの参照ファイルに入れる)。

2. 認知症と記憶障害支援

アルツハイマー病、脳血管障害、ピック病、パーキンソン病、H I V、クロイツフェルト・ヤコブ病による認知症は、いずれも脳中枢機能障害を想定でき、多くは進行性の疾患による発症とみなされる。認知症においては健忘(Amnesia)が特徴的であり、全健忘(Total Amnesia)と一部は追想可能な部分健忘(Partial Amnesia)とが区別される。認知症が発症すると、順向性健忘、逆行性健忘をはじめ、作話、語意味の理解、数操作等の高等精神作用の障害、意欲障害などが目立ち始める。^{9, 46, 48)}

重症になると知能水準がI Q30台まで急速な下降が見出されることがある。早期から記憶障害が顕著なため、検査時間に制約があったり、また不慣れなテスターによる検査実施の場合、知能検査遂行水準が、実際以上に低く評価されてしまうことがままあるが、実行水準は短期間のうちに著しく低下してしまうことは否めない。³¹⁾

従来アルツハイマー病患者の脳障害によるADL機能や認知機能の障害は不可逆的障害と考えられてきたが、⁴⁷⁾ それにもかかわらず、最近になって、重度アルツハイマー型認知症患者がADLのリハビリテーション在宅訓練(再学習)により、機能回復(移動、排泄の自立)がみられた事例の幾つかが報告されている。この場合、脳の神経機構に何らかの変化が生じ、神経回路における何らかの形態的变化か機能再生が起こらない限り、このような事実は予定できないし説明がつかない。

知的障害児教育の経験において、感覚・運動機能訓練は比較的に教育訓練効果がみられる指導領域とされてきた。積極的な介護福祉活動においては、単に利用者の福祉ニーズに応じることだけに止まらず、積極的な教育的働きかけとヒーリングが望まれるのである。精神機能が低水準にあるときは、絶えざるモチベーションが重要であるが、長期間にわたって無感覚(鈍感)、無意欲、無為な状態におかれれば、脳の賦活水準(Activation level)は低迷し続け、行動の喚起水準(Arousal level)は最低の水準にあって自発的行動の喚起は望めない。これに有効な刺激づけをし、動機づけを与え、適度な喚起水準を保つようにして、眠っている感覚と運動能力を呼び戻すことが肝要である。

年少の重度知的障害児に対する処遇や支援が、学習による新たな習慣化を図るハビリテーションならば、認知症高齢者には、正しく原学習習慣への復帰を目指す心のリハビリテーションの語が適当するであろう。

3. 認知症とコミュニケーション障害支援

言語活動が不活発で、あまつさえほとんど言語的コミュニケーションが困難な病態を示す場合がある。このような事例では、非言語的意思伝達のための、簡易な絵記号、写真、映像などを利用したコミュニケーションの方法が役立つ。

事物名や人名のような固有名辞の想起困難への対応には、対連合記銘やエピソード記銘のための再学習をすすめたい。例えば、自家用車のブルーバードという車種名を時々失念するか、とっさに

が浮かんでこないことがあるとすれば、空－青い空－青い鳥－ブルーバードのような語連鎖を利用して、「車－空」の対項目で記憶装置のレジスターに送り込む訳であるが、「車なら空を見よう。」と文章化し復唱することが効果的である。ついでに日産のマーチなら同様に、「マーチーおもちゃ」を対項目とする時は、「おもちゃのマーチは楽しいな。」などと文章化し、5回程度呪文を唱えるように繰り返し復唱することである。²⁹⁾ 2・3度位では余り効果が無いかもしれない。もちろんこんな面倒な記憶作業をしなくても、メモしたものを写真付きで張り紙しておけばよいわけだが、事ごとにいちいち面倒だという思いもあり、そこまで神経質にならなくても、やはりさりげなく思い出せた方が好都合ということもあるであろう。

普段あまり使われることの少ない稀現語ないし低連想語はすっかり忘れてしまっているか、非常に想起しにくいものである。おおいに問題なのは日常的に頻繁に使われる使用語彙、高連想語の失念現象である。多くは忘却したわけではなく、とっさに想起できないという事例が考えられる。タルヴィング (Tulving, E.) はこれを検索機能の障害であるとしている。⁴⁰⁾ 健康に老いを迎えている高齢者であれば、すこし時間をおくと想起が可能であることが多い。しかし、どうしても即座に想起できたいと願うアイテムの想起がスムーズでないときは、苛立ち、焦燥感が強く起こるかもしれない。こうした想起困難によるストレスは日常的な精神保健を考える上で、見逃すことのできない要因の一つになるであろう。慢性化した状態では、さらに、不安、焦燥感ばかりでなく、無力感や自己不信感、劣等感、自信喪失感、自己嫌悪などに襲われ、ともすれば言語活動の不活発や引きこもり行動を誘発しかねない。高齢者の記憶庫に貯蔵された想起されるべき情報量（記憶項目数）は経年的に加重・累積し、その検索に要する心理的負荷は若年者の比ではない。

言葉ばかりでなく、行為の直接記憶障害は、よくある水道栓の締め忘れ、窓の閉め忘れとか、石油・ガストーブ、ガスコンロのつけっぱなしなどと色々であるが、特に、火気の取り扱い不備は深刻な事故・災難を惹き起こすことになるので、白他共に嚴重な注意を要するであろう。少々高価

になるが、加熱防止のための自動制御装置付きを使用するかタイマー付きを常用するようにしたい。

認知障害のうち失見当識への対応として、例えば、場所の見当がつかず、自家や自室に戻れなくなるなどがみられた場合、方向や位置を知らせるために、何らかの手がかりを提示したり、壁、戸口のカラーリング、何らかのシンボルを貼る、人形を下げておく、本人の写真を貼り付けておくなどして、場所の認知ないし位置誘導を容易にするためのさまざまな工夫がなされるとよいであろう。人名や固有名詞の失語、対人失認が顕著な場合は、家族写真、結婚式などの記念写真などの提示も有効である。瞬時の想起が困難でも、このような手がかり刺激を用意したり、時間をかけて補助的話しかけ（ヒントを与える）により事態を改善することができる。ヒントや誘導質問を重ねるやり方は当座の解決方法として有効であり、いらいら除去に役立つとしても、可能であれば十分時間をかけて自発的想起を待つ方がよりよい対応の仕方と言える。

過剰な援助行為は当人の他者への依存性を増し、自発性を削ぐことにつながるからである。物忘れに戸惑い、それをしきりに思い出そうとする試みは、日常的に誰にでもあることだが、高齢者にとっては極めて切実な人間的な営為であって、より健康に生きようとする願望のあらわれでもある。想起困難は単なる神経心理学的現象にとどまらず、社会的コミュニケーションに支障をきたすことで、個人の精神保健上の、つまりは人格適応上の問題にも関係してくると思われる。

街路歩行中に転倒して進行方向を失認し、迷ってしまうことがある。方向定位能力は下等な動物たちにもあり、むしろ方向認知は生存のための極めて原始的な能力の部類に属すると言えよう。方向の見当がつかなくなると同時に場所の失認も起こり、今自分が何処に居るのが定かでなくなる。まさに迷路の真っ直中で、途方に暮れる瞬間である。周辺の手がかりは無意味化し、砂漠のような無機的空間が眼前する。何度か試行錯誤が試みられるが、座標系、即ち方向と位置を失った空間には、もはやホドロジー、スカラーなどの物理学的概念とは無縁な世界が展開する。環境弁別体

(discriminandum)は操作体(manupulandum)としての機能を失い、即物的に存在しているにすぎない。心理学的にも有意味空間ではなくなり、すでに個人にとって効用体(effectum)としての機能を喪失してしまっている。彷徨する人は、必死に徘徊するか、ただむなしくそこに佇むほかはない。名札を身につけ、持ち物にも名前をとの心がけが、世上言い交わされている。

時間的経過、時系列の失認は、スケジュールに従った計画的行動がとれなくなるが、認知症者によくみられる問題行動である。方向定位ができないと自律的行動がとれなくなる。そのために他者による何らかのケアないしサポートが必要になる。氏名・住所・電話番号・血液型を記入した名札を衣服につけておくとか、携帯電話に氏名・アドレスを貼り付けておくなどしておけば、サポーターや周囲の人々の支援が受けやすく便宜である。

時間的失認においては、時計盤と標的行動のサンプルをペアにして描き込んだヒエログラムが用いられている。ヒエログリフを記した絵記号版がヒエログラムである。このようなグラフィック・デザインの使用はデパート、空港、駅構内で日常的にみかけるものである。デイケア・プログラムを本人又は利用者に認識してもらうためには、グラフィックな絵画的サインと絵画デザインが有効であるが、著しい認知機能障害があると、言語的説明の繰り返しは無効な場合が多いと考えられる故である。実際的に言って、聴覚的表象、即ち、通りいっぺんの音声言語による話しかけは、記憶障害が著しい場合にあまり効果的ではないことが多く、動作的・視覚的表象の強調の方が役立つようである。多少くどい印象は拭えないとしても、このような反復繰り返しのあるトータル・コミュニケーションの方法による話しかけは、取り敢えず当人の気持ちを落ち着かせ、精神的安定を図る上で欠かせないものである。

全健忘、全失語のような重症例であれば、断片的な記憶を呼び戻すことだけで終わるかもしれないが、多くの場合、重度の記憶障害があるとみられても、自己に関する過去の逸話的、伝記的部分記憶(追想の島、Erinnerungsinsel)の追想ができることがあり得るので、介護者にはこのような

回想能力を刺激して、過去経験の逸話記憶の復活を図ることに意を用いるようにしたい。このような症例においても回想療法は奏功するであろう。

4. 認知症と家族支援

認知症が進行するにつれ、相対的に周囲の人々の話しかけ、かかわりが減少しがちなものである。何を話しても無駄だとして、先回りして手早く介護・養護処置を施し、後は放置してしまうという悪循環が起りやすい。このようなトリートメントは自助努力の機会を削ぐことになり、かえってますます介護負担を加重させることにつながり、結果として専門施設であるナースング・ホームへの入所を促す結果になるのである。できる限り在宅又は居宅ケアを可能にするためには、デイ・ケア施設やホーム・ヘルパーのケア・サービスを随時受けるとしても、近親者・家族による心のかよった温かい支援が願わしい。そのためには、医学的、心理学的知識、介護技術の学習と、同じ問題を抱える家族同士の情報交換と話し合いが必須であるし、そのためのミーティングと学習機会が用意されなければならない。

家族による24時間在宅介護の現実には、介護者の介護ストレスを増大させ、心労を増幅させる。認知症高齢者とのコミュニケーション・スキルについて田中キミ子が次の様に提案している。³⁷⁾ (1) 否定しない(傾聴と受容的、忍耐強い態度)。(2) その人の世界に合わせる。(3) 行動を柔軟に受け止める。(4) 自尊心を尊重する。(5) 表示の方法の単純化(6) 楽しい雰囲気づくり(7) 言葉に気をつける(挨拶、方言など)。ここで世界とは利用者の生活空間を中心とする社会環境と個人的ライフスタイル、人生を含めた精神世界を意味している。

認知障害や記憶障害が前面に現れてくると矛盾した行動をとりやすい。被害妄想があるときは、置き忘れた物を盗まれたと言って騒ぐ、つい今しがた食事を済ませていても、まだ食べていないと言い張ったりする。このような場合に相手を審判したり、合理的説明を試みても無効であることが多い。世話上手な人なら、失せ物探しには、「あらそうなの、じゃー、一緒に探しましょう。」などと言って暫時探してあげる。食事の失認には、「そ

う、朝ご飯まだだったの。でもね、さっきおいしそうに食べていたのは誰だったかな。そうね、お腹がパンパン、たくさん食べた証拠ですよ。もう食事は済んだから、お庭の方に行きましょう。」などと言いながら注意をそらす工夫をする。

排泄・失禁の場合はデリケートな問題である。要は恥をかかせないように、いたわりをもって、手早い看護・介護が必要である。対象者・利用者のライフ・ヒストリィに合わせて話しながら対応するのも一案である。「さあさあ、きれいにしましょうね。ほらほら、すぐ済みますよ。大人しくしてね。」などと手抜き無く素早く作業する。

詩人であり精神科医でもあった齋藤茂吉は、晩年に、わたしは痴呆にだけはなりたくないと言いつつ、散歩のため外出する時は、いつも携帯便器の役を果たすバケツをぶら下げて、上山周辺を散策していたというのは有名な話である。人に迷惑をかけたくないが口癖のようなだったが、その実は、失禁して恥をかきたくないが本音であったろう。彼はまた鰻を食べて精をつけると痴呆にならないと信じていた節がある。記憶障害にはさまざまな内的外的不適応行動が派生してあらわれてくる、臨機応変な対応が望まれる。

それにしても、家族と一緒に暮らすことを望まない高齢者はいない。公的社会保障、民間の有料介護サービスには限界がある。可能な限りの家族支援と自助努力による自立が求められているのが現状である。

5. 認知症とノーマライゼーション

古来から、晴耕雨読、悠々自適の老後の生活は人生の理想とされてきた。二世世代家族であれば息子夫婦に家督を譲って、あとは年金暮らしも可能であろう。現実には住宅規模、生活様式の変化、若者の地方離れ、核家族化、少子化の進行に伴い、都市部では二世世代家族構成は減少しつつある。総務省の平成16年9月19日の発表によれば、65歳以上の高齢者は2,484万人（75歳以上は1,500万人）で、総人口の19.5%に達し、百歳以上は23,200人である。高齢者の総人口に占める比率はほぼ5人に1人の割合になる。現在独居老人世帯は340万人（うち女性は5.6人に1人の割合）で

あるという。世界一の長寿社会となったわが国においては、いきおい高齢者世帯が増加し、身体障害や有病高齢者、認知症高齢者の生活、医療、介護とリハビリ、交通・犯罪被害などの問題が前面に浮かび上がっている。

認知症者のノーマライゼーションは、先ず在宅、養護施設にかかわらず、リハビリテーションに専念することが第一であろう。中・重度の痴呆者については専門の通所又は収容施設でのリハビリが望ましい。

第二の方策は、高齢者対策の一環として、すでに廃用となった知識・技術と古臭い道徳観による思想が時代遅れだとして軽視・蔑視する一般的風潮に対し、定年延長による有効労働力の維持と補完的に有用な知識・経験の積極的活用を図る方向で高齢者が社会参加を継続する機会が与えられなければならない。

このような高齢者のマンパワーの活用と同期しながら、家族介護負担軽減の方策として、高齢者同士のピア・ヘルピング、ピア・カウンセリングなどが考えられていい。夫婦であれば一方が介護に当たれるわけだが、それが叶わない場合は、友人、知人同士で共助しあうことがあってもよいであろう。保健師、ホーム・ヘルパーなどの支援を受けながら、数人でのグループ・ホームの形態も考えられる。大規模老人施設ではすでにこのような試みがなされているが、ここでいうグループ・ホームは、これまで住み慣れてきた地域での自主的な集合体であり、個人同士の相互的契約によるもので、面倒な公的事務手続きを要しない。共同で住民登録をしておくことで済む。お互い気の合った者同士で気ままに共同生活を営むのである。もちろん、終の住処での独居を望む限りでは実現しない。高齢者施設への行政措置の段階は、かなり深刻な事情に立ち至ってからである場合が多いので、ある程度健康が保たれている間は、このように自主的に相互扶助の精神で共同生活（Group Living）を試みることも一案であろう。さしずめ昔さながらの長屋住まいか文化住宅といった集落をイメージしてみる。緊急連絡システム、ホーム・ヘルパー、NPOの活用も視野に入れながら、ここでは、なによりも規則詰め、時間決めの窮屈な集団生活スケジュールと管理統制から

解放され、自主運営管理によって、個人的自由が相対的に確保できるという利点がある。言うなれば第三の終の住処である。

第三の提案は、高齢者の生涯学習と関係している。さまざまな趣味のレパトリエが考えられるが、もはや知能障害や認知障害を伴う認知症者に学習効果は望めないのであろうか。これまで、多くの研究やわれわれの経験からも肯定的な回答が得られている。^{30, 31)}例えば、回想療法の例である。認知症が進んでいても再認能力が保たれていることが多い。セピア色の写真からいきいきとした回想が語られる。たとえ固有名詞が想起されなくても、補助的示唆、助言で過去のエピソードをありありと想起することができる。観賞、音楽・造形療法が感性を揺り動かす。身体運動やゲーム、レクリエーション活動もまた効果的である。ここでは精神科治療、心理治療と敢えてネーミングしなくても、そうしたハイテクを活用した「心のリハビリテーション」なのであり、「新しい生き方の発見と創出」と呼ぶ方がふさわしい。^{43, 44)}

確かに、認知症は記憶障害を主徴とし、何らかの知覚障害、感情障害を伴うとしても、重度知的障害者がそうである様にメモリスパンは3ないし5の範囲にあり、ある程度の記憶能力は保たれていると考えられる。感性的、具体的経験はどのような場合でも温存されていると言って良い。²⁷⁾さらに、非言語的意思伝達のシステムはさほど失われてはいないと考えられるので、ノンバーバルな方策に重点をおいて、ゆっくり楽しみながら再学習のルートを歩むべきであろう。

言語的記憶よりは運動的、絵画的、音楽的記憶の方が容易いのである。社会一般のバーバーリズム(唯言語主義)のアプローチの仕方を変えていく必要がある。

普段に、認知症者に対して、いくら話してやってもすぐ忘れる、すぐ怒るとか、話しても無駄だと投げやりにしないで、生活や認知環境の整備が必要である。責任性の高い課題提示は当人の不安・緊張と混乱を増幅し、自信喪失を招き、やる気を無くさせるばかりである。周囲の人々の適切な判断と理解が必須であろう。家族や周囲の人々の温かく理解がある対応によって、認知症者は安心して日常を過ごせるようになる。³⁹⁾

認知症者のノーマライゼーションは、認知症を自然現象の現れであり、人間性の一つの表現とみなすことにより、それに人々がどのように適切に対応できるかにかかっている。たとえ年老い病を得ても親は親であることに変わりがない。かくして、家族が肉親に対して、いたわり、慈しみ、憐憫の情を持ち続けることにより、親の人間としての尊厳が失われることは無く、あえて廃人、非人間とみなすこともあり得無い。このようにして、ノーマライゼーションへの道は、個人の自発的な自己努力とそれを支援する家族や周囲の人々の温かいふれあいの眼差しのなかで拓かれ、希望に満ちたものになる。

結 び

これまでの老年学のなかでは、高齢者の認知機能の障害を脳病理学や臨床精神医学の観点から説明されることが多かった。最近では、脳神経学、脳生化学、神経心理学的視座からの説明が優位になりはじめていると考えられる。本稿において、福祉臨床心理学の視座を背景にして、エイジングにともなうアルツハイマー型認知症の前駆症状の一つとみられる、もの忘れ、失策行為の生起する要因や諸条件を検索し、更に、認知症者への介護支援方策の考察を試みてきた。

エイジングを身体医学、精神病理学の立場からではなく、生涯発達心理学的観点でとらえてみると、ある種の能力の形成と減退はライフサイクルにおける人間の生涯発達の自然な姿であり、そうした能力の変化にともなう個人の文化的社会的適応が問題であると考え、生涯発達の後期における内的外的適応様式は、人それぞれの心身の状態に応じて、巧みに、あるいは変幻自在に調整されるべきであるとの観点から考察を試みた。

高齢者の認知症の発症に伴う記憶障害や能力低下に対して、薬物を利用するもよし、活動範囲の限局、作業種類の制限などを設けるもよしであって、その時々々の心身の状態に即応した日常生活、社会生活様式に変換していくケア・プランのプログラミングの方策をまず考えるべきなのである。いそいで生活圏が制約されたり、縮小されることは、個人的には願わしくないかもしれない。でき

るだけ地域でこれまで通りの生活をしていけたら、それにこしたことはない。家族、近隣、地域の心の通った、あたたかい支援がエイジング適応のための必要条件である。

老いは必然する人間的な現象であるにもかかわらず、これへの対応を、いささか軽視し閑却してきた文化・社会的風潮が存在する。社会一般に老いとは無力、醜い、病気がち、消費的などと言って、若者達から見ると老人は役に立たない、わずらわしい、社会のお荷物の様なうとましい価値の低い人間たちである、というマイナスの印象査定が背裏していたと思われる。20年ほど前の老年学の記事を読み直してみると、そこには知能・体力の低下、有病、厚着、くどい、醜い、性格面の変化、廃用となった知識と技術、呆け等々の指摘が並ぶ。なんと江戸古川柳をそのまま地でいっているのである。ややもすれば棄老と敬老との本音と建前とが見事に使い分けされる現実が今日も変わらないとするのは言いすぎであろうか。親が育児責任を放棄し、子が年老いた親の養育責任を放棄するところに、また最低生活保障が十分でないところに数々の社会悲劇が発生する。

今やわが国においては、少子化と高齢化・長寿社会の出現である。定年延長と年金の減額が囁かれる当世において、健常な高齢者の知識・技術と社会的経験が見直されるというより、若年労働人口の減少に伴い、女性と共にいまだ健康的な老人のマンパワー・労働力の積極的活用が期待されるという皮肉とも言える社会現象が起こっている。高齢者の健康と自立性の維持を推進する諸条件の整備も課題である。それ故、近年は老年学研究がにわかに活気を帯び、研究を急がれる機運が生まれていると言える。少子化とはうらはらに増え続ける高齢者人口への社会福祉行政的対応ばかりでなく、老若男女を問わず、わけても高齢者をサポートして引き続き社会貢献していただくという積極的側面も考慮すべき時代が到来している。

多くの高齢者について、定年退職をすると、必然的に社会生活面での制限が起きるとしても、個人生活、特に個人の内面的な精神生活に関しては、これまで以上に多彩なプロジェクトが用意されなければならない。仮に男性がこれまでとは違い、家庭生活や個人生活に焦点をおくようになっ

たとしても、なお依然として社会的関心を持続けることが望ましい。また、女性にあっては、これまでの家族中心の生活モードから、より外的、文化・社会的状況への関りをもつことが推奨されるであろう。こうすることで、少しでも老いに忍び寄る病的兆候を追い払い、崩れかけた城壁を修復し再構築するという、まさに、文字どおりのヒューマニスティック・リハビリテーションのプロトタイプ、即ち、個人にとって固有である原型的な人間性への復帰の道を拓くことに繋がるからである。これを筆者は、知的障害者のノーマライゼーションのための社会参加運動に対比して、暗黙のうちに、その人間的可能性について社会的評価が低められてきた老人たちの復権であると考え、正しくさらなる人間福祉課題としての高齢者の人間性(Humanity)復帰運動、21世紀の「高齢者のヒューマニスティック・ノーマライゼーション(Humanistic Normalization)」と主張したい。

人間は誰でも、自然状態のままでは、発達の原則に従い加齢と共に衰退し、植物のように朽ち果てていく。われわれ人類は生命原理と自然の摂理に従いながら、一層知恵を働かせ、自助努力と自己開発とによって、人間的可能性を高度に追求しながら、現代の長寿社会、文明社会を構築してきたのである。形は変わってもこれまでとおり社会に受け入れられ続け、自己注視と自己の再発見によって自分をとりもどし、自己確信と自己展開が許容される社会・文化的条件が整備されれば、高齢者のQOLはいやが上にも高まり、未来の展望が開かれることになると思われる。^[3]

今日、わが国においては少子高齢化社会の進展にともない、高齢者人口の増大と有病高齢者の増加による年金、医療保障、在宅介護などの福祉問題が世間一般の関心を集めている。現状において、わが国の社会福祉政策は、その基盤を公的行政措置中心から利用者契約方式の採用という施策によるなどして、大幅な社会福祉基礎構造改革を試み始めて以来、すでに20年を経過しようとしているが、それによって分離家族による介護者の不在、都市孤老、高齢者の自殺、介護疲れからくる介護放棄などの悲劇が生まれる素地がまったく無くなった訳ではない。公的扶助やNPOの活動にも限界がある以上、可能な限りの近親者、家族

による在宅又は居宅介護、自立のための自助努力の奨励、個々の介護者への学習機会の提供が福祉方策として望まれている。さらに、近隣、地域社会の緊密な連携と相互扶助のための様々な施策が立案されなければならない。

人生を劇場に喩え、あるいは息の長いマラソン競争にたとえる人もいる。高齢者が生きがいを感じ続け、なおかつ社会貢献をし続ける素地は、唯一これまで自らが築いてきた QOL の維持にある。社会システムの中で、家庭であれ施設であれ、また地域社会における位置づけと帰属性、その時々状況における相応の役割と地位が与えられ、少しでも健康の増進を図ることが可能になれば、呆けから解放されることは必定である。高齢者のサクセスフル・エイジングの追求は QOL と無縁ではない。マクラスキー (McLusky, H.Y.) のマージン理論によれば、¹⁸⁾ 高齢者の教育的ニーズに関するマージンは、負担能力と自律性の最低限のレベルを維持するために課される自己ないし社会の要請を意味するロード (負担) と、人がこのロードに対処し得る資質、能力、所有物、地位などを意味するパワーとの差を言うのだが、双方のレベルを低下させないために、社会から次第に離脱するのではなく、積極的に参加しようとする意欲と自助努力が求められると同時に、高齢者の QOL を高める社会システム側にもロードとパワー双方のバランスをとり調節を図ることが必要になる。個人にとっては生涯学習と健康維持がなよりの福祉課題になるが、いかにヒューマンサービスや社会環境の整備が進み、社会参加の機会が増したとしても、個人がそれを効果的に利用しなければ画餅に終わることになる。

高齢者にやさしいタウン設計は、身体障害者のための物理的、地理的バリアフリーとはいささか趣を異にしている。街路が幾何学的に整然としすぎているのは類同視されやすく迷いやすい。公共施設への交通アクセスの利便性と、それにランド・マークが随所に配置されていれば、彷徨する高齢者の手助けとなるだろう。町並み、住居、居室などの工学的デザインの試みが進められている。高齢者が自力更生が困難である場合、記憶補正、街路歩行や遠距離旅行などのナビゲーションのためとか、病気診断、保健などの最新情報の入

手、コミュニケーションの手段として、Web サイトの利用など、大いに電子機器を活用すべきであるとするモデル (Morrell, R.W.) の主張は傾聴に値する。²⁰⁾

なお多くの問題が横たわっている。とりわけ、これまでの社会・経済的政策による社会福祉基盤構造改革の視座において不十分であったと思われる問題が幾つかある。果たして、われわれ日本人は今日に至るまで、衣食足って礼節を知る民となり得たであろうか。社会福祉学的視座が単に政治・経済政策の補完的、補助的、機能的役割分担という、もっぱら最低生活保障の条件づくりに専念するという視点からではなくて、自助努力と相互扶助とを志向する社会福祉において原点的な固有の人間福祉思想の鼓吹、福祉教育、人間の尊厳性の尊重、人間中心のヒューマニズム (人道主義) を中核とする人間福祉における精神的アスペクトの重視、文化的住環境アメニティへと、さらなる福祉政策の転換が求められているように思われる。

老いは精神的若返りの契機 (Moment) であるとする提言は、あながち逆説的であるとばかり言えないかもしれない。人間には身体的衰えとは裏腹に内面的成熟によって精神的に若くなるという特質がある。それは人間的可能性についての一つの証明でもある。老化を単に社会・経済的リスクとだけみるのではなく、共同体における親密な連帯性と人間的絆を強め、相互のアイデンティティを図る機会としてみれば、必ずしも非生産的な社会現象の現われとばかり言えないのである。エイジング、認知症を非人間的、生物学的退行現象としてだけとらえるのは一面的である。むしろ、極めて人間的な資質の一つのあらわれであり、人生において必然する人間性の一つの表現であるとし、われわれはそこに福祉に固有な、つまり個人福祉の原点的問題の一つが潜んでいると考える。認知症者を病室や自室に閉じ込め、単に患者として医療の対象とするか、ないしは利用者として一方的に重篤な介護対象とみなし、他から隔離して封印してしまうような発想を極力排して、さらなる精神的存在としての人間的可能性の発見に挑戦していかなければならないと思う。ここに、ヒューマン・サイエンスとしての人間福祉学

(the Human Welfare)、心の福祉学の参与が求められていると考えるのである。

仮に、人間科学としての福祉学、(the Human Science of the Welfare)をして、幸福な社会生活と人生における幸福感の追求のための方策 (strategies of Human Service) の探求と、そのための社会・文化的条件づくりを目指す総合的人間科学であると考えてみれば、社会保障はもちろんの事、さらに相互扶助、共生的人間感情の交流という福祉において固有である伝統的イデーの涵養と福祉環境づくり、利用者のQOL、人権 (Human Rights) 擁護こそが、重要な福祉課題になってくると思われる。

おわりに、人間集団において必然するさまざまな社会的葛藤は個人的には容易に解決し得ない。社会福祉学の介在する意義がここにある。社会福祉学的支援技術をはじめとして社会福祉学的課題は区々であり多岐にわたる。形式的論理主義に基づく静態論以上に、より力動論的な精神力学 (Psychodynamics)、社会力学 (Sociodynamics) の観点が求められる。人間の社会行動を説明するための力動論の背景には、自然生態論に対する社会生態論が必要とされることは論をまたない。さらに、現代社会において占める高齢者の社会的役割と位置づけに関する考察が進められなければならない。そしてまた、加齢に伴う脳機能の低下を防ぎ、如何に能力の増進を図り得るかについては、脳神経学や神経心理学、分子神経生物学、情報神経生物学と称されるような脳科学の最先端研究が、脳神経細胞の発芽機構の解明、脳の細胞移植など高次脳機能の解明に貢献し、多様な脳障害に対してより進んだ臨床的診断と治療とを可能にすると期待される。^{42, 45)} 更に、先端医療を担う薬物療法や移植医療、精神コントロールのためのさまざまな心理的支援技術のさらなる進歩が、やがて失われた記憶能力をふたたび甦らせ、これまで以上に生き甲斐を感じながら社会貢献していこうとするすべての人々の願望を現実のものにしてくれるであろう。

愛に満たされた生活とさらなる精神的充足が、限りある物理的時間をして主観的体験時間の延長へと導き、ついには永遠の命の認識を可能にすると思われる。長寿社会における高齢者のノーマラ

イゼーションへの歩みは、筋向上トレーニングや転倒予防、ADL能力の維持などの介護予防対策と相俟って、老化によって低下していく心身機能の保持と、これまで得た知識・技術の再学習により一層の向上を図ろうとする努力とによって、ますます社会貢献が可能になるであろう。それによってさらなる新しい人生の展望が開かれていき、ついには、豊穡な円囷の境地への到達が予定されるであろうことに疑いを入れない。

参考文献

- 1) 穴水幸子 痴呆—神経心理学的アプローチ—こころの科学 80 神経心理学入門 72-76 頁 1998 年
- 2) Baddeley, A.D., Wilson, B.A. & Watts, F.N. Handbook of Memory Disorders. John Wiley & Sons, New York, 1995.
- 3) Blonds, M.N. & Jackson, B.E. Nonverbal Communication with Patients: Back to the Human Touch. 2nd. ed. John Wiley & Sons, Inc., 1982. (日本久恵、岩本幸弓共訳 患者との非言語的コミュニケーション—人間的ふれあいを求めて— 医学書院 183-210 頁 1983 年)
- 4) Cantley, C.A. Handbook of Dementia Care. Open University Press, Buckingham・Philadelphia, 75-90, 259-277, 2001.
- 5) Cars, J. & Zander, B. Samvaro Med Dementia. Forfattarna Socialstyrelsen och Follagshuset Gothia AB, 1998. (ジェーン・キャッシュビルギッタ・ザンデル 訓覇法子訳 痴呆の人とともに—痴呆の自我心理学入門— 創エッセイ 2003 年)
- 6) 千葉胤成 最遠の回想 千葉胤成著作集 2 無意識の心理学 1972 年
- 7) DeBaggio, Th. Losing My Mind: An Intimate Look at Life with Alzheimer's. 2002. (トマス・デバジッオ 黒川由美訳 アルツハイマーと闘う—言葉と記憶がすべり落ちる前に— 原書房 2003 年)
- 8) Gwyther, L.P. Care of Alzheimer's Patients. American Health Care Association & Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, 1985. (老齡健康科学研究財団訳 小林敏子監訳 アルツハイマー病介護マニュアル 日本評論社 113-124 頁 1993 年)
- 9) Kaplan, H.I. & Sadock B.J. Handbook of Clinical Psychiatry. 2nd Ed. Williams & Wilkins Baltimore, M.D., U.S.A., 1996. (融道男、岩脇淳監訳 カプラン臨床精神医学ハンドブック—DSM-IV 診断基準による診療の手引— 医学書院 MYnnate Look at W 262-274 頁 1997 年)
- 10) 鹿島晴雄他 認知リハビリテーション 医学書院 1999 年
- 11) 河内十郎 感性と知性との関係—脳損傷の事例から考える— (辻三郎編 感性の科学—感性情報処理へ

- のアプローチ 2-1) 47-56 頁 サイエンス 1997 年
- 12) 樺 旦純 記憶力がグングン高まる! KKロングセラーズ 17-23 頁 2001 年
- 13) 北村晴朗 希望の心理—自分を生かす— 金子書房 1983 年
- 14) Kleinman,A .The Illness Narratives:Suffering, Healing and the Human Condition. Basic Book, Inc.,1988. (アサー・クライマン 江口重幸他共訳 病の語り—慢性の病をめぐる臨床人類学— 誠信書房 1996 年)
- 15) Lapp,D.C. Don't Forget!: Easy Exercises for a Better Memory at Any Age. New York,McGraw Hill,1987. (西村健訳 記憶力トレーニング 医歯薬出版 1995 年)
- 16) Horn, J. L. Psychometric Studies of Aging and Intelligence in; Aging. Gershon, S.& RaskinA. (Eds)Vol.2. Ravan Press.New York,1975.
- 17) 柄澤昭秀 老人のぼけの臨床 医学書院 1981 年
- 18) McClusky,H.Y. Education. White House Conference on Aging .U S Government Printing Office, 1971 (藤田綾子、村井潤一、小山正編 老人・障害者の心理 ミシガキ書房 12-15 頁 2001 年から引用)
- 19) Milner, B. Memory and the Medial Temporal Regions of the Brain. in Biology of Memory. Pribram,K.H.,and Bradbent,D.E.(Eds), New York, Academic Press, Inc. 29-50, 1970
- 20) Morrell,R.W. Older Adults,Health Information, and the World Wide Web. Lawrence Erlbaum Associates,Pulishers, Mshwah,New Jersey, 2002
- 21) 南雲祐美、本田哲三 認知リハビリテーション こころの科学 80 神経心理学入門 87-91 頁 1998 年
- 22) 大島 清 老いを「脳」で定義する 情報センター出版局 207-222 頁 1990 年
- 23) 大田信夫、多鹿秀継編 記憶研究の最前線 北大路書房 268-309 頁 2000 年
- 24) 大原健士郎 「心の病」その精神病理 講談社 1996 年
- 25) Ornstein,R. & Thompson R.F. The Amazing Brain.Houghton Mifflin Company,Boston, 1984. (水谷弘訳 脳ってすごい! 絵で見る脳の科学 草思社 1993 年)
- 26) Parkin,A. Memory : A Guide for Professionals. John Wiley & Sons,Ltd., 1999.
- 27) 齋藤 繁 ダウン症児の記憶保持に及ぼす語の連想価と系列位置の効果 特殊教育学研究 第6巻 第1号 1-6 頁 1968 年
- 28) Saitoh Shigeru Cue Utilization in Incidental Learning of Normal and Retarded Children. Tohoku Psychological Folia. XXXX, 1-4, 1971.
- 29) 齋藤 繁 精神遅滞児の対連合学習における Syntactical Mediation の促進効果 教育心理学研究 第21巻 第4号 55-64 頁 1973 年
- 30) 齋藤 繁 老年期における最遠の記憶 紀要(東奥保育・福祉専門学院)第2号 38-45 頁 1998 年
- 31) 齋藤 繁 高齢者の記憶障害とその介入方策についての一考察 弘前学院大学社会福祉教育研究所紀要 第1号 56-65 頁 2004 年
- 32) 齋藤洋典 心の安定と記憶のからくり 日経サイエンス 7号 日経サイエンス 73-74 頁 1995 年
- 33) 佐野洋子、加藤正弘 脳が言葉を取り戻すとき NHKブック845 日本放送協会 1998 年
- 34) Schaie,K.W. Intelligence and Problem Solving .In Birren,J.E.&Sloane, R.B.(Eds.), Handbook of Mental Health and Aging. Prentice Hall, 1980.
- 35) Schaie,K.W. Intellectual Development in Adulthood. in Birren, J.E.&Schaie, K.W.(Eds.), Handbook of the Psychology of Aging., 3nd.Ed.,Academic Press, 1990.
- 36) Shenk, D. The Forgetting Alzheimer's : Portrait of an Epidemic.International Creative Management, Inc. 2001. (松浦秀明訳「だんだん記憶が消えていく」アルツハイマー病—幼児への回帰— 光文社 2002 年)
- 37) 田中キミ子 高齢者とコミュニケーション・スキル 151-170 頁 中央法規出版 2001 年
- 38) 谷口幸一 成熟と老化の心理学 コレール社 61-94 頁 1997 年
- 39) 高木安雄監修 池上直己、J.C. キャンベル編 高齢者ケアをどうするか—先進国の悩みと日本の選択—中央法規出版 111-117 頁 2002 年
- 40) Tulving,E.,CraikF.I.M. The Oxford Handbook of Memory. Oxford University Press, 2000.
- 41) 塚原伸晃 脳と記憶(現代思想 Vol.10-4 特集—脳の科学) 青土社 128-141 頁 1982 年
- 42) 塚原伸晃 脳の可塑性と記憶 紀伊国屋書店 112-145 頁 1987 年
- 43) 上田 敏 リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権— 青木書店 1983 年
- 44) 上田 敏 リハビリテーション—新しい生き方を創る医学— 青木書店 1996 年
- 45) 宇野 彰 波多野和夫 高次神経機能障害の臨床はここまで変わった 医学書院 2002 年
- 46) 山鳥 重 脳からみた心 日本放送協会 1985 年
- 47) 山鳥 重・河村 満 神経心理学の挑戦 医学書院 2000 年
- 48) 山鳥 重 記憶の神経心理学 医学書院 2002 年