

花園大学心理カウンセリングセンター公開講演会
こどもと高齢者の社会福祉学的課題

「認知症ケアのための家族支援」について

花園大学社会福祉学部臨床心理学科 小海 宏之

はじめに

2017年9月16日に開催された花園大学心理カウンセリングセンター公開講演会は、『こどもと高齢者の社会福祉学的課題－「いのちをつなぐ無料低額診療事業」と「認知症ケアのための家族支援」について－』のテーマで行われました。その内、私はとくに「認知症ケアのための家族支援」について話させていただきましたので、その内容を元に再構成して述べます。

まず、認知症ケアのための臨床心理士（今後の公認心理師）の役割として、①心理アセスメント、②リハビリテーション、③家族支援の3つの視点が大切となります。そこで、認知症ケアのための家族支援を考えるうえでも、やはり、心理アセスメントとリハビリテーションについても押さえておく必要がありますので、この3つの視点について改めて簡単に述べます。

I. 認知症ケアのための心理アセスメント

まず、高齢者の心理アセスメントの目的は、①認知症のスクリーニング、②障害プロフィールの把握、③法的手続きにおける能力判定の補助的資料、④より適切なケアを行うための一助が大切となります。これらのうち、とくに心理検査報告書としてまとめる際には、患者本人およびそれを支える家族などに対して、とくにより適切なケアを行うための具体的なアドバイスを提示することが最も大切であろうと考えております（小海, 2015）。

次に、高齢者の心理アセスメントの方法は、①生活史および病歴、②行動観察、③面接（生活上の問題点の把握）、④臨床心理・神経心理テスト（全般的な認知機能、中核になると考えられる高次脳機能障害の把握、その他の認知機能や人格面の評価）、⑤医学的テスト（血液検査、脳のコンピュータ断層撮像（computed tomography: CT）、磁気共鳴画像（magnetic resonance imaging: MRI）、単光子放射コンピュータ断層撮像（single photon emission computed tomography: SPECT）などの情報を総合して見立て、見通すことが大切となります（小海, 2015）。

また、図1は、北村（2003）による認知症性疾患のSPECTにより脳血流低下領域を示したZ score mapです。俯瞰すると軽度（mild）アルツハイマー病（Alzheimer's disease: AD）では後部帯状回および楔前部の血流低下、中度（moderate）ADでは前頭葉背外側面、海馬、後部帯状回および楔前部の血流低下（注：典型的にはこれらの血流低下領域を線でつなぐとV字型となります）、重度（severe）ADでは全般にわたっての血流低下を示しやすいとされています。また、前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia: FTD）では前頭葉および側頭葉の血流低下が認められ、レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies: DLB）では後頭葉および頭頂葉の血流低下が認められ、脳血管性認知症（vascular dementia: VaD）では大脳基底核、放線冠などの脳梗塞などにより前頭葉背外側面の血流低下を認めやすいとされています。そこで、高齢者の心理アセスメントを行う際は、これらの脳機能画像診断などの知識もよく理解してお

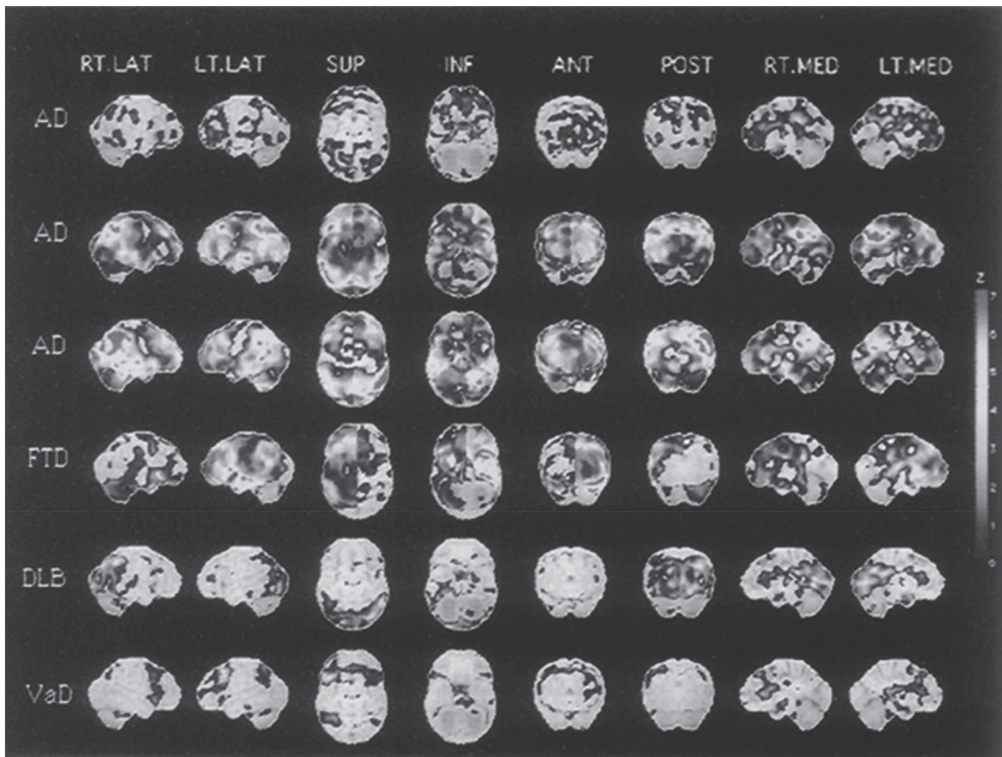


図1. 認知症性疾患のSPECTにより脳血流低下領域を示したZ score map

(AD: Alzheimer's disease: アルツハイマー病。なお、最上段が軽度、中段が中度、下段が重度である。FTD: frontotemporal dementia: 前頭側頭型認知症。DLB: dementia with Lewy bodies: レビー小体型認知症。VaD: vascular dementia: 脳血管性認知症) (出典: 北村, 2003。一部改変)

くことが大切となります。

ところで、図2に示す症例Aは、53歳時に記憶の障害を主とし認知機能障害が多岐にわたる軽度認知障害(amnestic Mild Cognitive Impairment multiple domain: amnestic MCI multiple domain)と診断され、塩酸ドネペジルによる薬物療法が開始され、3回目の54歳時にはADに移行し、介護者である子どもの居住している近隣の病院に入院する57歳時の6回目までをMini-Mental State Examination (MMSE)、Alzheimer's Disease Assessment Scale-Japanese cognitive part (ADAS-Jcog.)、コース立方体テスト、バウムテストで経過を追った結果です。半年後(2回目)のバウムテストでは枯れ木となり、うつ病を合併していたため、短期間ではありますが、選択的セロトニン再取り込み阻害剤(selective serotonin

reuptake inhibitors: SSRIs)の追加投与も受けました。1年半後(3回目)のバウムテストでは、うつ病が改善し、自信を取り戻していることがうかがわれます。ただし、ADAS-Jcog.の失点は20.4、Kohs Intelligence Quotient (IQ) 56と視空間認知構成や聴覚言語記銘の機能が低下し、生活障害も認められるようになり、probable ADへの移行と診断されています。2年半後(4回目)までは、塩酸ドネペジルの効果もあってか、ADAS-Jcog.、Kohs IQにおける認知機能は少し低下した段階で維持され、大きな推移はみられていません。4回目のバウムテストでは、1回目同様の大きなサイズのものとなり、情動機能も安定しながらエネルギー水準が改善してきていることが見て取れます。3年後(5回目)では、MMSEでも見当識やワーキングメモリーの低下を認める

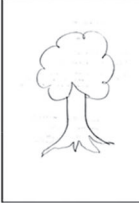




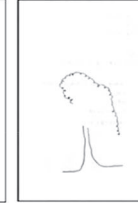


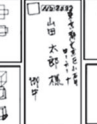



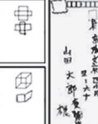
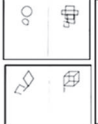

検査回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目			
検査時年齢	53歳	54歳	54歳	56歳	56歳	57歳			
MMSE	28	28	28	26	24	16			
ADAS-Jcog	10.0	15.4	20.4	19.3	25.4	31.0			
Kohs IQ	75	74	56	45	38	33未満			
Baumtest									
ADAS-Jcog									

図2. 症例 A：53歳、女性。右利き。#amnesic MCI から probable AD に移行
(出典：小海, 2012a。一部改変)

ようになり、ADAS-Jcog.における失点や Kohs IQの低下で示される、聴覚言語記憶力および保持・再生、視空間認知構成、遂行機能などに障害を認めるようになりました。しかし、バウムテストは初めて実を描画し、情動機能は安定していることがわかるものとなりました。3年半後（6回目）は、MMSE、ADAS-Jcog.、Kohs IQのいずれでも顕著な認知機能の低下の進行を認めるようになり、生活障害も著しく認めるようになり、その後、入院に至っています。バウムテストは、サイズが再度、小さくなり、エネルギー水準の低下や全体の印象からは空虚感がうかがわれ、樹冠の歪みとしての視空間認知機能のさらなる低下や情動機能の不安定化がうかがわれるものとなっています（小海, 2012a）。

本症例 A に適用した臨床心理・神経心理テストの結果からは、まず、MMSE の認知障害のカットオフポイントは 23/24 点とされていますから、本症例では 5 回目でやっと 24 点のボーダーとなり、6 回目が 16 点とカットオフポイントを下回っていることとなります。つまり、MMSE のような簡易なスクリーニング検査では、やはり認知症の検出が難しいので、きちんと ADAS-Jcog. などによる精査を受けることの重要性を示唆すると考えられます。また、ヒト

が生活するうえで重要な認知機能と同様に、情動機能を縦断的に把握するためにもバウムテストは重要な示唆を与えてくれるものとも考えられます。

さらに、表 1 は、リバーミード行動記憶検査（Rivermead Behavioural Memory Test: RBMT）の下位検査、課題内容、考えられる生活上の問題例を表したものです。軽度認知障害と認知症を鑑別診断するポイントは、認知機能の客観的な低下により生活障害を来しているか否かとなりますので、この生活障害を定量化する神経心理学的テストとして、RBMT は予定記憶や行動記憶など多面的な生活機能を測定できる有用な検査と言えます。

したがって、認知機能の低下が正常加齢によるものか、軽度認知障害によるものか、認知症によるものか、さらに認知症であったならどのようなタイプの認知症であるのかなどの診断を求めるうえでは、専門外来を受診し、少なくとも ADAS-Jcog. や RBMT などによる精査を受けることが大切と言えるでしょう。

また、近年イギリスでは、意思決定能力法（Mental Capacity Act: MCA, 2005, 2007 改）のなかで、「意思決定能力が欠けていることが立証されない限り、本人には意思決定能力があるもの

表 1. リバーミード行動記憶検査(Rivermead Behavioural Memory Test: RBMT) の下位検査, 課題内容, 考えられる日常生活の問題例

下位検査	課題	考えられる日常生活上の問題例
1・2	姓名 顔写真を見せ、姓名を記憶させ、遅延再生	病棟スタッフや新しく会った人の名前と顔が覚えられない。
3	持ち物 被験者の持ち物を借りて隠し、検査終了後に返却を要求させる(約束の記憶と隠した物・場所の記憶)	自分の持ち物の片付けた場所を忘れてしまう。大切な物を無くしてしまう。“物盗られ妄想”を引き起こす
4	約束 20分後に鳴るように設定されたアラームが鳴った時に、決められた質問をする(約束の記憶)	約束事を忘れる。服薬を忘れる。病棟での注意事項を守れない
5	絵 絵カードの遅延再認	書面で見せた事柄(病棟での説明文書など)や見た風景を忘れる。自室やトイレの場所を覚えられない
6a・b	物語 短い物語の直後再生と遅延再生	言葉で説明した事柄(病棟の説明や注意事項など)が覚えられない
7	顔写真 顔写真の遅延再認	担当スタッフの顔を覚えられない。誰に声をかけて良いかわからず困惑する
8a・b	道順 部屋の中に設定された道順を検者がたどって見せ、直後と遅延後に被験者にたどらせる	病棟内の場所認識ができない。自分が行った行動を覚えていられない
9a・b	用件 8で道順をたどらせる途中に、ある用事を行わせる(直後・遅延後)	自分が行った行動を覚えていられない。やるべき行為を覚えていられない
10/11	見当識 見当識の課題	正しい場所や日付認識ができず困惑する。問題行動の発端となる

と推定しなければならない。(第1原則:意思決定能力存在の推定の原則)、「本人の意思決定を支援するあらゆる現実的な措置を講じても決定できない場合のみ、意思決定能力を欠いていると評価される。(第2原則:自己決定支援の原則)」、「客観的には不合理にみえる意思決定をするという理由だけで、本人が意思決定能力を欠いていると判断してはならない。(第3原則)」、「意思決定能力を欠く本人のために(代わりに)この法律に基づいて行われる行為または下される決定は、本人にとって最大の利益とならなければならない。(第4原則:ベスト・インタレストの原則)」、「そうした行為や決定をなすにあたっては、本人の権利と行動の自由を制限する程度がより少なくてすむような選択肢が他にないか吟味しなければならない。(第5原則:必要最小限の介入の原則)」などが指針として定められています(Pace et al., 2011)。

さらに、MCAのなかで、認知症の人の自己決定を促すためのテクニックとして、「様々な話しやすい場面で、易しい言葉で選択肢を提供す

る」、「認知症の人が最もリラックスしている時に選択肢を示す」、「容易に理解できる言葉で丁寧な説明をする」、「言葉以外のコミュニケーション、例えば、うなずくことや笑顔、手振りからも読み取る(特に失語が著しい時)」、「友人や家族と一緒にいる時に問題について話し合う。彼らはその人と、より上手にコミュニケーションを取る方法を知っていることが多い」などが提言されています(Pace et al., 2011)。

わが国では、MCAのような法律はありませんが、患者の意思決定や意思決定支援を考えるうえで、大切な事柄だと思います。そこで、研究自体は終了しましたが、以前、京都府立医科大学の成本迅教授との共同研究で、近年の医療同意能力の考え方に関する訳本として、『医療従事者のための同意能力評価の進め方・考え方』(Kim, 2010)を分担訳出し、さらに、認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発プロジェクトの研究を行い、その成果を『認知症の人の医療選択と意思決定支援:本人の希望をかなえる「医療同意」を考える』という成書

に分担執筆してまとめましたので（成本・「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト（編著）、2016）、患者の意思決定や意思決定支援を考える際に参考となるでしょう。

ところで、逆の立場からとして、患者側も医師の診察を受ける際、医師に丸投げではなく、積極的に治療に参画するための心構えも提唱されています。例えば、ささえあい人権医療センターによる患者の心構えとして、「新・医者にかかる10箇条」があります。これは、「①伝えたいことはメモして準備、②対話の始まりはあいさつから、③よりよい関係づくりはあなたにも責任が、④自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報、⑤これからの見通しを聞きましょう、⑥その後の変化も伝える努力を、⑦大事なことはメモをとって確認、⑧納得できないときは何度でも質問を、⑨医療にも不確実なことや限界がある、⑩治療方法を決めるのはあなたです」というものです。

これらの医療における患者の意思決定に関する新しい考え方は、医療者と患者が最善の治療法に関する情報を共有して協働で決定するあり方である、「シェアード・ディシジョン・メイキング」という今日的な考え方に通ずるものでもあります（小海、2016）。

II. 認知症ケアのためのリハビリテーション

認知症ケアのためのリハビリテーションを考える際は、アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association, 2007）による老年期認知症者に対する心理社会的アプローチのガイドラインが参考となるので、紹介しておきます。1) 行動志向的アプローチ（behavior-oriented approaches）として、①行動介入法（behavioral interventions）、②行動管理療法（behavioral management therapy）があり、2) 情動志向的アプローチ（emotion-oriented approaches）として、①

回想法（reminiscence therapy）、②バリデーション療法（validation therapy）、③支持的精神療法（supportive psychotherapy）、④感覚統合（sensory integration）、⑤シミュレーション的再現療法（simulated presence therapy: SPT）があり、3) 認知志向的アプローチ（cognition-oriented approaches）として、①リアリティ・オリエンテーション（reality orientation: RO）、②技能訓練（skills training）があり、4) 刺激付与的アプローチ（stimulation-oriented approaches）として、①レクリエーション活動（or 療法）（recreational activities or therapies）（例：クラフト、ゲーム、ペット）、②芸術療法（art therapies）（例：音楽、ダンス、芸術）、③エクササイズ（exercise）、多感覚刺激（multisensory stimulation）、シミュレーション的再現（simulated presence）、アロマ療法（aromatherapy）など情動志向的介入とオーバーラップする方法があります。

なお、認知症者に対するリハビリテーションを行える余地ができたのは、薬物療法としての塩酸ドネベジルのほか、2011年には別の作用機序をもつメマンチン塩酸塩、臭化水素酸ガラントミンなどの抗認知症薬が相次いで承認販売されるようになり、認知症の進行が抑制されるようになり、長期間、全般的認知機能が一定の高い段階で維持されるようにもなり、これにともない生活の質（quality of life: QOL）の改善と残存する機能を最大限に生かすことを目的としたリハビリテーション（非薬物療法）の急速な進展もみられるようになってきたことが大いに関係しています（小海、2012b）。

私自身は病院勤務の頃、リアリティ・オリエンテーションと回想法を組み合わせた集団精神療法を、主にアルツハイマー病や脳血管性認知症の患者さんに何百回と実施しましたが、とくに情動面の安定や社会性の向上に寄与できるという印象を持っています。これらの心理・社会的アプローチを応用した関わり方は、自宅でも介護者が行うことができますので、知識として頭の隅においておくことは大切なことだと思います。

Ⅲ. 認知症ケアのための家族支援

認知症ケアのための家族支援を考えるうえで、まず、家族カウンセリングの一般的留意点として、①家族カウンセリングの目標を設定する、②これまでの介護方法を否定的にとらえない、③認知症性高齢者の残存機能に注目させる、④認知症性高齢者のストレス除去を介護目標とする、⑤時には複数の介護者に対して家族療法的なアプローチを行う、⑥認知症の進行に伴って起こる問題行動も面接でとりあげる、⑦介護者自身の身体的・精神的健康を重視する、⑧介護の限界を家族とともに考える、⑨在宅介護に限界がきたとき、介護者が自責的にならないようにサポートするなどがあります(小海, 2017)。

これらの留意点のうち、とくに家族支援を考えるうえで、②これまでの介護方法を否定的にとらえないことがまず、重要だと思います。これは、例えば病院のもの忘れ外来などに認知症の人に同伴して来院される介護者である家族は、それまでによかれと思って一所懸命に介護されてきた方法があります。それを初めから否定されると、介護者自身が否定された気持ちとなり、その後の介護を行う意欲を削いでしまうことにもなりかねないので、アドバイスを行う側は、それぞれの関係性、つまりラポール(心の疎通生)が形成された段階でアドバイスの方が望ましい場合も多いことに留意することが大切になります。

それから、アルツハイマー病を主とした認知症は、進行度のスピードには差があれ、最終的には死に至る病でもあります。そこでとくに、⑦介護者自身の身体的・精神的健康を重視する、⑧介護の限界を家族とともに考える、⑨在宅介護に限界がきたとき、介護者が自責的にならないようにサポートするなどに留意し、介護者が疲弊して心身面がいわゆる危険信号となった際は、例えばレスパイト入院を利用するなどにより、リフレッシュしていただくことも大切になります。

この介護者の心身面における危険信号をキャッチするためには、介護負担度を評価する尺度が有用であり、わが国でもよく使用されているのが、表2に示すザリット介護負担尺度短縮版(Japanese version-Zarit Caregiver Burden Interview 8: J-ZBI_8)です。◎を付した Personal Strain(介護を必要とする状況に対する否定的な感情の程度)と、△を付した Role Strain(介護によって社会生活に支障を来している程度)で構成されており、J-ZBI_8では、介護で困っていると答えた介護者の平均は 9.31 ± 7.19 点、困っていないと答えた介護者の平均は 3.45 ± 4.57 点であったとされています(荒井ら, 2003)。したがって、8項目版で6点以上の場合、介護負担度が黄信号から赤信号ととらえて、専門家に相談された方が望ましいでしょう。

なお、高齢者のうつ病スクリーニング検査として、わが国でもよく使用されている高齢者用うつ尺度(Geriatric Depression Scale: GDS)の15項目の短縮版であるGDS15による介護者のうつ状態の危険信号をとらえる可能性について公開講演会の際、紹介しました。しかし、その後、公開講演会の際に紹介した笠原ら(1995)の版とは訳出が若干、異なりますが、国際的研究に耐えうよう、①原版の翻訳、②原版の日本文化への適応、③日本版の標準化が正確に行われた「老年期うつ検査-15-日本版(Geriatric Depression Scale-15-Japanese: GDS-15-J)」が2017年10月に新たに出版され(杉下ら, 2017)、今後はGDS-15-Jによるデータの集積が大切になると考えられますので、本稿では笠原ら(1995)によるGDS15の掲載は省略します。

それから、近年、認知症の中核症状である記憶障害の問題よりも、介護者にとって大いに負担となる、「認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)」に対するアプローチに関心がシフトしてきています。その対応方法を考えるうえで参考となる成書として、私が以前、病院在職中に指導を受けた岸川雄介先生(2012)が執筆された『認知

表 2. ザリット介護負担尺度短縮版 (J-ZBI_8)

各質問について、あなたの気持ちに最も当てはまると 思う番号を○で囲んで下さい		思 わ な い	た ま に 思 う	時 々 思 う	よ く 思 う	い つ も 思 う
◎ 1	介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思う ことがありますか	0	1	2	3	4
◎ 2	介護を受けている方のそばにいと腹が立つことがあ りますか	0	1	2	3	4
△ 3	介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなってい ると思いますか	0	1	2	3	4
◎ 4	介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと思 いますか	0	1	2	3	4
△ 5	介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思 うことがありますか	0	1	2	3	4
△ 6	介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅によ びたくてもよべないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
◎ 7	介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがあります か	0	1	2	3	4
◎ 8	介護を受けている方に対して、どうしていいかわからな いと思うことがありますか	0	1	2	3	4
判定 負担感高群 9. 31±7. 19点						
負担感低群 3. 45±4. 57点		合計点				点
注: ◎J-ZBI_8 Personal Strain, △J-ZBI_8 Role Strain						(出典: 荒井ら, 2003)

症。なぜこうなるの？ どうすればいいの？ : 認知機能篇』(SEC 出版) も具体的な対応方法を考える際に有用となるでしょう。

おわりに

超高齢化社会を迎えたわが国において、認知症にまつわる社会的な課題がますます大きくなってきています。そこで、公開講演会では、「認知症ケアのための家族支援」がメインテーマではありましたが、改めて認知症ケアのためには、①心理アセスメント、②リハビリテーション、③家族支援の3つの視点が大切であること

について述べました。

最後に、「認知症ケアのための家族支援」としては、認知症の人を支える「家族は隠れた患者(The hidden patients)」と言われるように、介護者である家族が共倒れすることなく、認知症の人ご本人を支える家族もより生きやすい社会になることを祈念して、稿を終えたいと思います。

文献

APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias, Rabins PV, Blacker D, Rovner BW, Rummans T, Schneider LS, Tariot PN, Blass DM; Steering Committee on Practice Guidelines,

- McIntyre JS, Charles SC, Anzia DJ, Cook IA, Finnerty MT, Johnson BR, Nininger JE, Schneidman B, Summergrad P, Woods SM, Berger J, Cross CD, Brandt HA, Margolis PM, Shemo JP, Blinder BJ, Duncan DL, Barnovitz MA, Carino AJ, Freyberg ZZ, Gray SH, Tonnu T, Kunkle R, Albert AB, Craig TJ, Regier DA, Fochtmann LJ (2007) American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (12 suppl), 5-56.
- 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 (2003) Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. *日本老年医学会雑誌*, 40, 497-503.
- 笠原洋勇, 加藤博秀, 柳川裕紀子 (1995) 老年精神医学領域で用いられる測度: うつ状態を評価するための測度 (1). *老年精神医学雑誌*, 6, 757-766.
- Kim SYH (2010) Evaluation of capacity to consent to treatment and research. Oxford University Press. [三村 将 (監修), 成本 迅 (監訳) (2015) 医療従事者のための同意能力評価の進め方・考え方. 新興医学出版社.]
- 岸川雄介 (2012) 認知症. なぜこうなるの? どうすればいいの?: 認知機能篇. SEC 出版.
- 北村 伸 (2003) アルツハイマー病へのアプローチ. 診断. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 12, 109-115.
- 小海宏之 (2012a) バウムテストと文章完成法を用いる場合: 認知症者の投影法検査. [小海宏之, 若松直樹 (編) 高齢者こころのケアの実践: 上巻 認知症ケアのための心理アセスメント. 創元社. pp128-134.]
- 小海宏之 (2012b) 情動機能のリハビリテーションとは? 情動機能リハビリテーションの臨床的意義と適応. [小海宏之, 若松直樹 (編) (2012b) 高齢者こころのケアの実践: 下巻 認知症ケアのためのリハビリテーション. 創元社. pp44-53]
- 小海宏之 (2015) 神経心理学的アセスメント・ハンドブック. 金剛出版.
- 小海宏之 (2016) 医療同意の実際-取り組みと課題: 医療同意能力評価の概念について. [成本 迅, 「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト (編著) 認知症の人の医療選択と意思決定支援: 本人の希望をかなえる「医療同意」を考える. クリエイツかもがわ. pp109-130.]
- 小海宏之 (2017) 家族支援としての心理アセスメントのあり方. [小海宏之, 若松直樹 (編) 認知症ケアのための家族支援. クリエイツかもがわ. pp10-16.]
- 成本 迅, 「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト (編著) (2016) 認知症の人の医療選択と意思決定支援: 本人の希望をかなえる「医療同意」を考える. クリエイツかもがわ.
- Pace V, Treloar A, Scott S (eds.) (2011) *Dementia. From advanced disease to bereavement*. Oxford University Press. [武田雅俊 (監修) (2015) 認知症の緩和ケア. 診断時から始まる患者と家族の支援. 新興医学出版社.]
- ささえあい医療人権センター COML: 患者の心構え. 新・医者にかかる 10 箇条 <http://www.coml.gr.jp/katsudo-naiyo-ippan/kokorogamae.html>
- 杉下守弘, 朝田隆, 杉下和行 (2017) 老年期うつ の検査 -15- 日本版 (Geriatric Depression Scale-15-Japanese: GDS-15-J). 新興医学出版社.