

# アルツハイマー病の危険因子を減らす生活習慣の形成を目指した行動変容プログラムの有効性

竹田 伸也\*・當山 恵子\*\*・宮野 鶴生\*\*・佐久間 未澄希\*\*\*・梅津 眞弓\*\*\*・青山 美春\*\*\*\*  
前田 創\*\*\*\*・松本 弘道\*\*\*

## Effects of the behavior modification program to reduce risk factors of Alzheimer's disease in the community

Shinya Takeda\*, Keiko Touyama\*\*, Tsuruo Miyano\*\*, Mayumi Umetsu\*\*\*, Mizuki Sakuma\*\*\*,  
Miharu Aoyama\*\*\*\*, Sou Maeda\*\*\*\*, Hiromichi Matsumoto\*\*\*

**要約** アルツハイマー病(AD)の危険因子を減らす行動変容プログラムを作成し、その有効性について検討した。プログラムは毎日実践する個人活動と月に1回の集団活動から成り、7か月にわたって実施された。対象は地域在住の高齢者332人であり、1グループ6-8人で構成された。その効果を、Trail Making Test part A (TMT-A)とカテゴリー流暢性課題(CFT)、及び行動変容の成功率を用いて評価した。その結果、TMT-Aで有意な改善を認めた(75歳未満:p<0.05, 75歳以上:p<0.001)。一方、ADの危険因子を減らすための行動変容の成功率は73.5%であった。以上より、本プログラムはADの危険因子を減らす活動の習慣化と認知機能の活性化に有効である可能性が示唆された。

**Key words:** アルツハイマー病, 危険因子, 行動変容, 自主的運営

### 1. はじめに

アルツハイマー病(Alzheimer's disease:AD)は、加齢を最大の危険因子としており<sup>24)</sup>、高齢人口の増加が世界的傾向である今日、AD患者数が今後ますます増えることが予想される。ADは認知症のなかで最も有病率が高く<sup>8)</sup>、根本的治療がいまだ不可能であるため、ADの発症遅延を図ることが重要である。

近年、ADの危険因子に関する知見が蓄積され、食生活<sup>12~14)</sup>、運動<sup>1,10)</sup>、余暇活動<sup>7,27)</sup>、知的活動<sup>9,27)</sup>、休養<sup>2)</sup>などの生活習慣により、AD発症の危険率が低下することが報告されている。したがって、ADの発症遅延を図るためには、これらの生活習慣を形成することが、現在のところ有用であると考えられる。しかし、こうした予防行動は長期間継続することにより効果が表れるため、個人で習慣化を図

ることは困難である<sup>6)</sup>。したがって、ADの危険因子を取り除く予防行動を形成するために、地域住民同士で支え合う行動変容プログラムの開発が求められる。

また、ADの病理的兆候であるβアミロイドの脳内への沈着は、数十年もの時間をかけて進んでいくといわれている<sup>28)</sup>。ADの発症を遅らせるためには、発症以前の健康な時期から危険因子を減らす生活習慣を身につけ、βアミロイドの蓄積の速さを遅らせることが有効であると思われる。したがって、ADの危険因子を減らすための行動変容プログラムは、地域の高齢者全体を対象とすることが望ましいと考える。一方、高齢人口は今後も増え続けるため、地域の高齢者全体を対象として自治体や専門家だけでAD予防事業を展開するには限界がある。したがって、超高齢社会を迎えたわが国において長期間持続可能な行動変容プログラムを展開するには、地域高齢者が自主的に運営できるプログラムが求められる。

以上のことを考慮すると、ADの危険因子を減らす生活習慣を形成するために、地域在住の一般高齢者を対象とし、高齢者が自主的に運営できるような行動変容プログラムの開発が望まれよう。しかし、これらの視点からADの危険因子を減らす行動変容プログラムについて検討した研究は、これまでほとんど報告されていない。そこで本研究では、地域の高齢者による自主的な運営に基づくADの

2011年10月2日受付、2012年1月31日受理

\* 鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座

Department of Clinical Psychology, Tottori University  
Graduate School of Medical Sciences

\*\* 神戸医療生活協同組合

Kobe Health Cooperative

\*\*\* 庄内医療生活協同組合

Shonai Health Cooperative

\*\*\*\* 富山医療生活協同組合

Toyama Health Cooperative

危険因子を減らすための行動変容プログラムを開発し、その有用性について検討した。

## 2. 対象と方法

### 2.1 対象

庄内医療生活協同組合(以下、医療生協)、神戸医療生協、富山医療生協の組合員のうち、本プログラムへの参加の意思表示をした 332 人(年齢 73.7±6.7歳. 男性 47 人, 女性 285 人)を対象とした。なお、本研究では 60 歳以上の高齢者を対象とし、もの忘れを主訴として研究開始日までに医療機関を受診し、認知症と診断された者は対象から除外した。なお、対象者には、本研究の趣旨を説明し同意を得た。本研究は、鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得た。

### 2.2 プログラムの手続き

プログラムは、『脳いきいき教室』と名づけ、2009 年から 2011 年の間に 1 グループにつき 7 か月間実施し、毎月 1 回 1 時間程度行う集団活動計 7 回と、毎日行う個人活動から構成された。Transtheoretical Model<sup>17)</sup>によると、予防行動を始めて 6 か月経過すると、その行動は習慣化したと判断されるため、AD の危険因子を減らす活動の習慣化をねらいとして、プログラムの期間を 7 か月とした。

集団活動は、事前に 5 時間の研修を修了したインストラクターを中心に参加者同士で自主的に運営できるように構造化しており、1 グループ 6~8 名程度で構成された。集団活動は、1 回目は AD の予防に関する心理教育を、紙芝居を用いて実施した。ここでは、加齢とともに誰もが AD に罹患する可能性があり、罹患したら重大な結果をもたらすことへの気づきを促すとともに、AD の危険因子を減らす活動の有益性への理解を深めることをねらいとした。2 回目から 7 回目までは、以下の 5 項目を毎回実施した。①個人活動の報告と称賛(参加者が過去 1 か月間に実施した個人活動を報告し、参加者同士で称賛しあった)②リラクゼーション(肩の筋弛緩を用いたリラクゼーションを、個人およびペアで実施した)③読み物の音読(5 分程度で読める読み物を参加者が持参し、参加者同士で一斉に音読した)④ゲーム(参加者が決めたゲームを、集団で実施した)⑤次回のゲームの話し合い(次回行うゲームを参加者同士の話し合いによって決めた)

一方、個人活動では、近年の報告で AD の危険因子とされているものを参考<sup>1,2,7,9,12-15,19,22,27)</sup>に、「食事」、「運動」、「余暇活動」、「知的活動」、「休養」の 5 領域を設け、それぞれの領域に 2 項目の活動を振り分け、全部で 10 項目からなる活動表を作成した(Table

1)。参加者は、各領域から最低 1 項目を選び、毎日 5 項目以上の活動を実施した。また、個人活動の日常生活への定着をねらいとし、実施した項目を毎日チェックするカレンダーを用意し、5 項目以上を 15 日間実施すると自分で決めた強化子(個人にとって望ましい刺激)をもらい受けるトークン・エコノミー法<sup>23)</sup>を採用した。

Table 1 Activity to reduce risk factors of Alzheimer's disease

食生活	・野菜と魚中心の食事をとる ・腹八分目に抑え、よく噛んで食べる
運動	・軽く汗ばむ程度、散歩などの運動をする ・歩いて外出するとき、いつもと違う道を通る
余暇活動	・誰かと1日1回以上、自分から話をする ・指先や頭をつかった趣味を楽しむ
知的活動	・買い物で暗算する(買ったものの値段を足し算する。支払いのとき、つり銭を引き算する) ・新聞から面白い記事を見つけて音読する
休養	・午後3時までに、30分程度の昼寝をする(午後3時以降と、1時間以上の昼寝はしない) ・リラックス体操でストレスを解消する

### 2.3 評価方法

本プログラムの効果を、認知機能と行動変容の 2 側面から評価した。認知機能については、プログラム開始前(基準時)とプログラム終了後の 2 回、Trail Making Test part A (TMT-A)<sup>11)</sup>とカテゴリー流暢性課題(Category Fluency Task; CFT)<sup>4)</sup>を用いて評価を実施した。基準時から 2 回目の評価までの期間は、7 か月間であった。TMT-A による評価は、誤りがあった場合は検査者が指摘し、最後まで正しく完了させた施行時間(秒)を測定した。CFT で用いたカテゴリーは動物であり、1 分間に紙に書き出した動物名の数を点数とした。これらの評価は、各医療生協の研究協力者が実施した。一方、行動変容については、プログラムに最後まで参加し AD の危険因子を減らす活動を定期的に実施した人数と、それにドロップアウトした人を加えた全体の人数を比較した。

### 2.4 統計解析

年齢の違いによる認知機能に対する効果を検討するために、75 歳を基準として 75 歳未満の前期高齢者と 75 歳以上の後期高齢者に群分けした。そのうえで、各評価項目のプログラム前後の得点の差を評価するために、年齢と測定時期を要因とした 2 要因 (2×2) の分散分析を行った。

一方、行動変容の成功率を捉えるために、プログラムに最後まで参加して定期的に AD の危険因子を減らす活動を実践した人数と、それにドロップアウトした人を加えた全体の人数の比率を求めた。行動変容した

群とドロップアウトした群の年齢, TMT-A, CFT の平均値の違いを  $t$  検定によって, 両群の性別の違いを  $\chi^2$  検定によって, それぞれ検討した.

### 3. 結果

#### 3-1 年齢群による男女差

プログラムに最後まで参加し, 前後で認知機能の評価ができたのは 244 人 (年齢  $73.7 \pm 6.3$  歳, 男性 34 人, 女性 210 人) であった. この 244 人を対象に, 75 歳を基準に 2 群に分類したところ, 75 歳未満群は 148 人 (年齢  $69.6 \pm 4.0$  歳, 男性 24 人, 女性 124 人), 75 歳以上群は 96 人 (年齢  $79.9 \pm 3.4$  歳, 男性 10 人, 女性 86 人) となった.

75 歳未満群と 75 歳以上群での性別の割合に差異がないかを検討するために, 群 (2)  $\times$  性別 (2) の  $\chi^2$  検定を行った. その結果, 両群に有意差を認めず, 男女比に違いはなかった ( $\chi^2=1.6$ , n.s.).

#### 3-2 TMT-A

プログラム前の TMT-A の平均値は, 75 歳未満が  $54.4 \pm 28.8$  秒, 75 歳以上が  $104.3 \pm 70.6$  秒であり, プログラム後の平均値は 75 歳未満が  $46.5 \pm 21.2$  秒, 75 歳以上が  $80.3 \pm 44.4$  秒であった. これらの得点に基づいて分散分析を行った結果, 0.1% 水準の有意な交互作用が示された (Table 2). そこで単純主効果検定を行ったところ, 75 歳未満と 75 歳以上ともに, TMT-A の値がプログラム後に有意に改善していた (75 歳未満:  $p < 0.05$ , 75 歳以上:  $p < 0.001$ ).

**Table 2** Means and Standard Deviations for TMT-A, CFT, and results of ANOVA

	群 (N)	実施前 (M)	SD	実施後 (M)	SD	F 値 (交互作用)
TMT-A	75 歳未満 (149)	54.4	28.8	46.5	21.2	10.8***
	75 歳以上 (96)	104.3	70.6	80.3	44.4	
CFT	75 歳未満 (149)	10.6	3.3	11.2	3.7	2.2
	75 歳以上 (96)	9.3	10.0	9.0	7.4	

\*\*\*  $p < 0.01$

#### 3-3 CFT

プログラム前の CFT の平均値は, 75 歳未満が  $10.6 \pm 3.3$  点, 75 歳以上が  $9.3 \pm 10.0$  点であり, プログラム後の平均値は 75 歳未満が  $11.2 \pm 3.7$  点, 75 歳以上が  $9.0 \pm 7.4$  点であった. これらの得点に基づいて分散分析を行った結果, 有意な交互作用および主効果を認めなかった (Table 2).

#### 3-4 行動変容の成功率

全対象者 332 人のうち, プログラムに最後まで参加して AD の危険因子を減らす活動の習慣化が図れた人数は 244 人であった. この 244 人は, Table 1 に示した「食

事」, 「運動」, 「余暇活動」, 「知的活動」, 「休養」の各領域から, 毎日最低 1 項目ずつ計 5 活動以上を, 2 回目の集団活動から半年間実践した. また, 244 人が地域で実施した集団活動は, 7 か月間プログラムに従って毎月定期的に開催された. 一方, 途中でドロップアウトし, 行動変容に至らなかった人数は 88 人であった. これらの値をもとに, 行動変容の成功率を算出したところ, 73.5% であった. 行動変容群とドロップアウト群の, 年齢, 性別, TMT-A, CFT の値に有意差を認めなかった (Table 3).

**Table 3** Means and Standard Deviations for age, TMT-A, CFT, and sex differences and results of statistics

	群 (N)	実施前 (M)	SD	統計値 (d)
年齢	継続参加 (244)	73.8	6.3	-0.24
	ドロップアウト (88)	73.8	7.8	
TMT-A	継続参加 (244)	74.0	55.3	-0.13
	ドロップアウト (88)	74.8	39.8	
CFT	継続参加 (244)	10.1	6.8	0.32
	ドロップアウト (88)	9.8	7.7	
		男性	女性	統計値 ( $\chi^2$ )
性別	継続参加 (244)	34	210	0.01
	ドロップアウト (88)	13	75	

### 4. 考察

本研究では, AD の危険因子を減らす生活習慣の形成を目指して高齢者が自主的に運営できる行動変容プログラムを作成し, 高齢者の認知機能と行動変容に及ぼす効果について検討した.

認知機能については, CFT では高齢者の年齢を問わずプログラム前後で有意な変化を認めなかったが, TMT-A では 75 歳未満群と 75 歳以上群ともに, プログラム前と比べて有意な改善を認めた. 特に, 75 歳未満群よりも 75 歳以上群の方で, TMT-A での顕著な改善を認めた. TMT-A は, 注意の選択性と持続性を反映するといわれている<sup>21)</sup>. 一方, CFT は, 言語能力, 意味記憶などの認知機能と関連するといわれている<sup>5)</sup>. 本プログラムは, 参加者の言語能力や意味記憶などの認知機能を改善させるだけの効果は認めないが, 注意の選択性と持続性などの注意機能を改善させる可能性があることが示唆された. アルツハイマー病では, 初期段階において, 注意の選択性などの注意機能が障害されやすいという報告がある<sup>16)</sup>. 本研究で, AD の初期段階で障害を受けやすい注意機能が有意に改善したことは, AD の危険因子を減らす生活習慣の形成を目的とした本プログラム有効性を示唆している.

本プログラムによる行動変容の成功率は, 73.5% であった. 一般的に, 疾病予防行動などの健康行動は,

日常生活に定着させることが困難である<sup>6)</sup>ため、今回比較的高い値が得られたと思われる。多くの参加者でADの危険因子を減らす行動の習慣化が図れたのは、以下の3つの理由が考えられる。第一に、健康信念モデルに基づく予防行動の促進である。Rosenstock<sup>18)</sup>は、予防行動を増やすには、「その病気にどれほど罹りやすいか」という罹患性に対する認知と、「その病気に罹るとどのような深刻な事態に陥るか」という重大性に対する認知を高めたうえで、予防行動の有益性への理解を深めることが重要であると主張している。集団活動1回目に行った紙芝居を用いた心理教育では、ADの罹患性と重大性の高さ、およびAD予防行動の有益性についての理解を促した。第二に、AD予防行動に対する自己効力感の向上である。自己効力感とは、“自分はその行動をうまく行うことができる”という自信の程度を表し<sup>23)</sup>、行動変容に最も強く関連する要因であることが明らかにされている<sup>20)</sup>。Bandura<sup>3)</sup>は、自己効力感を高める情報源として、成功体験と代理経験を重視している。本プログラムで作成した10項目からなる予防行動はいずれも具体的で簡単に取り組めるものばかりであり、領域をわけて5項目の実践を目標とすることで、成功体験を積みやすくした。一方、代理経験とは“ある行動を身近な人がうまく実行できているのを見聞きすること”を表す。集団活動で毎回始めに行った“個人活動の報告”により、同じ世代の近隣住民の予防行動を互いに聴くことは、代理経験の機能を果たした。したがって、本プログラムによってAD予防行動に対する参加者の自己効力感を高めることができたと考えられる。第三に、AD予防行動が強化されやすい環境調整である。Skinner<sup>20)</sup>によると、行動が日常生活に定着するには、行動の直後に強化子、すなわち本人にとって望ましい刺激が伴う必要があるという。本プログラムでは、トークン・エコノミー法を採用し、参加者が自分で予防行動を強化できるようにするとともに、集団活動の最初に行った“個人活動の報告と称賛”で、個人が報告した予防活動を参加者同士で称賛しあった。報告した予防活動を他の参加者から褒められることで、次回の報告行動が強化され、そのことが日常での予防行動を促したとも考えられる。以上をまとめると、ADに対する危機意識を高め、予防行動への有益性への理解を深めたうえで、予防行動の自己効力感を高め、予防行動が強化されるような環境を整えたことが、ADの危険因子を減らす生活習慣の形成を促したと思われる。

一方、ADの危険因子を減らすための行動変容を実践した244人は、個人活動の実践と集団活動への参加

と併せて7か月間プログラムに継続参加した。したがって、本プログラムへの継続参加率は、73.5%であった。本研究では、参加者が自主的に運営できるようにプログラムを構造化した。専門家が関与したのは、インストラクターの養成と事前と事後の評価だけで、残りのすべては地域の高齢者がプログラムを運営した。集団活動の進行を担ったインストラクターも、事前に研修を受けた地域の高齢者であった。73.5%という7か月間のプログラムへの継続参加率は、専門家がほとんど関与せず、参加者同士で運営するプログラムとしては、比較的高い値だと思われる。本プログラムで実施した集団活動は、実施する項目は決まっているが、その内容は参加者の話し合いによって決められた。また、個人活動も5つの領域から1つずつ自分で選んで日々実行するようにした。このように、参加者が主体的に関与できるようにすることで、プログラムへの継続参加率が高まったのではないかと考える。また、月に1度行った集団活動では、個人で実践した予防行動を互いに称賛しあったり、ペアでリラクゼーションを行ったり、参加者同士で考えたゲームを楽しむことによって、コミュニケーションが促進し、互いの信頼感や親密感を深める結果になったと思われる。参加者同士のコミュニケーションが深まり、よい関係が築けたことも、プログラムへの継続参加率を高めたと思われる。そして、そのような人間関係の深まりが、ADの危険因子を減らす活動を支え合うソーシャル・サポートとして機能したと考えられる。したがって、本プログラムは地域の一般高齢者にとって参加しやすく、実施しやすいプログラムであることが示唆された。

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べる。本研究では、対照群を設けていないため、プログラムの効果について可能性を言及することとどめた。今後、対照群を設け、対象者を本プログラムによる介入群と対照群に無作為に割り付けて効果を検討する必要がある。また、本研究では7か月前後の変化しか捉えておらず、本プログラムが長期的にみて、参加者の認知機能や行動変容を維持し続けるか否かは不明である。AD予防の視座からも、本プログラムの長期効果を検討することが強く求められる。一方、本研究では26.5%の人々が途中でドロップアウトした。行動変容群とドロップアウト群で、認知機能や年齢などに差を認めなかったため、一部の参加者がドロップアウトした理由が、今回の結果から捉えることは困難である。ドロップアウトした参加者の中には、ごく初期の認知症である者が含まれていた可能性も否定できない。したがって、ドロップアウトの要因を検討するとともに、より多く

の人々が AD の危険因子を減らす活動の習慣化を図るための方法を検討する必要がある。

### 謝辞

本論文の要旨の一部は、第 1 回日本認知症予防学会 (2011 年 9 月, 米子) において発表した。本研究にご協力いただきました各医療生協の関係者の皆さまに、心より感謝申し上げます。

### 文献

- 1) Abbott RD, White LR, Ross GW, Masaki KH, et al. (2004) Walking and dementia in physically capable elderly men. *JAMA*, 292: 1447-1453.
- 2) Asada T, Motonaga T, Yamagata Z, Uno M, et al. (2000) Associations between retrospectively recalled napping behavior and later development of Alzheimer's disease; Association with APOE genotypes. *Sleep*, 23: 629-634.
- 3) Bandura A. (1997) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84: 191-215.
- 4) Cerhan JH, Ivnik RJ, Smith GE, Tangalos EC, et al. (2002) Diagnostic utility of letter fluency, category fluency, and deference scores in Alzheimer's disease. *Clin Neuropsychol*, 16: 35-42.
- 5) Cooper DB, Lacritz LH, Weiner MF, Rosenberg RN, et al. (2004) Category fluency in Mild Cognitive Impairment; Reduced effect of practice in test-retest conditions. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 18: 120-122.
- 6) Dishman, R. K. (1988) Exercise Adherence: Its Impact on Public Health, Human Kinetics, Champaign.
- 7) Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K et al. (2000) Influence of social network on occurrence of dementia; a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355: 1315-1319.
- 8) Gillick M. (1998) Tangled Minds: Understanding Alzheimer's Disease and Other Dementias. Dutton Books, New York.
- 9) Kawashima R, Okita K, Yamazaki R, Tajima N, et al. (2005) Reading aloud and arithmetic calculation improve frontal function of people with dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60 : 380-384.
- 10) Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, et al. (2008) Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease; A randomized trial. *JAMA*, 300: 1027-1037.
- 11) Lezak MD. (1995) Neuropsychological Assessment, Third Edition. Oxford University Press, New York.
- 12) Luchsinger JA, Tang MX, Shea S, Mayeux R. (2002) Caloric intake and the risk of Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 59: 1258-1263.
- 13) Morris MC, Evas DA, Bienias JL, Tangney CC, et al. (2002) Dietary intake of antioxidant nutrients and the risk of incident Alzheimer disease in a biracial community study. *JAMA*, 287: 3230-3237.
- 14) Morris MC, Evans DA, Bienias JL, Tangney CC, et al. (2003) Consumption of fish and n-3 fatty acids and risk of incident Alzheimer's disease. *Arch Neurol*, 60: 940-946.
- 15) Johnson DK, Storandt M, Morris JC, Galvin JE. (2009) Longitudinal study of the transition from healthy aging to Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 66: 1254-1259.
- 16) Perry RJ, Hodges JR. (1999) Attention and executive deficits in Alzheimer's disease : A critical review. *Brain*, 122 : 383-404.
- 17) Prochaska JO, Velicer WF. (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, 12: 38-48.
- 18) Rosenstock IM. (1974) Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2: 328-335.
- 19) Sapolsky RM, Krey LC, McEwen BS. (1986) The neuroendocrinology of stress and aging; The glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocr Rev*, 7: 284-301.
- 20) Skinner BF. (1953) Science and human behavior. Macmillan, New York.
- 21) 高岡徹, 尾崎浩子. (2009) Trail Making Test. *JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION*, 18 : 246-250.
- 22) 竹田伸也, 井上雅彦. (2001) アルツハイマー型痴呆老人に対する臨床動作法の効果. *行動療法研究*, 27:59 - 69.
- 23) 竹田伸也. (2010) 認知行動療法による対人援助スキルアップ・マニュアル, 遠見書房, 東京.
- 24) Urakami K, Adachi Y, Wakutani Y, Isoe K, et al. (1998) Epidemiologic and genetic studies of dementia of the Alzheimer type in Japan. *DementGeriatr Cogn Disord*, 9 : 294-298.
- 25) Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, et al. (2003) Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med*, 348: 2508-2516.
- 26) Weinberg RS, Gould D. (2003) Foundation of Sports & Exercise Psychology. Human Kinetics, Champaign.

- 27) Wilson RS, Bennett DA, Bienias JL, Mendes de Leon CF, et al. (2003) Cognitive activity and cognitive decline in a biracial community population. *Neurology*, 61: 812-816.
- 28) 山口晴保, 佐土根朗, 松沼記代, 山上徹也. (2010) 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 協同医書出版, 東京.