

【Special Contributions for 20th Anniversary of NCN】

## Toward Satoyama Community Caring for Dementia in Super Aging Society

Junko ABO<sup>1)</sup>

English translation: Toshiyoshi IMURA<sup>2)</sup>, Akira TAGAYA<sup>2)</sup>

【Abstract】 Japan is experiencing a super aging society where 25% of the population is 65 or older and one eighth of them have dementia. First the author briefs the history of policies of health care system for old people focusing on dementia and the social, financial, and demographic factors affecting the system, and then examines the new policy "Orange Plan" and the problems associated with it. Second, the author describes the world of people living with dementia, where the banishment of self-consciousness can be regarded as a blessed adaptation to old age that decreases death anxiety. Finally, the author advocates the necessity of creating Satoyama communities where people are born, become socialized, and live their life supporting each other even in their process of vanishing away.

【Keywords】 super aging society, health care policy, dementia, self-consciousness, Satoyama community

### Introduction

Japan is experiencing the super aging society now. At December 2013, 25.2% of Japanese were 65 or older. In short one of four people in Japan is the aged. Among them there are 4.62 million with dementia, and 4.00 million with MCI. So, one of eight aged people in Japan has dementia.

I will review the issues about dementia in Japan from two aspects, and express the importance of Satoyama community for our national policy of dementia care. The

first aspect is the present status of dementia care, and its related problems, in the national health care system. The second aspect is the relation between the phenomenon of aging and dementia.

As Japan is a mountainous country with little acreage for cultivation, we had or still have been living in harmony with nature except in some big cities like Tokyo. During the period of high economic growth in the latter part of the 20th century, we experienced various industrial pollution problems that directed our notice to the importance of

---

<sup>1)</sup> Former President and Professor  
Emerita of Nagano College of Nursing

<sup>2)</sup> Nagano College of Nursing

2015年3月15日受付

Junko Abo  
Nagano College of Nursing  
1694 Akaho, Komagane, 399-4117,  
Japan  
Tel: +81-265-81-5100  
E-mail: jabo@nagano-nurs.ac.jp

our environment as an ecological system. Entering the 21st century, as we were overwhelmed by the way of globalization based on market principles, and went through the greatest disaster on record in Tohoku, we have come to recognize the importance of Satoyama life style again. "Satoyama" refers to the traditional local community based on strong ties among people, having little relation to market principles. Such a familiar environment of Satoyama will prevent dementia to some extent and the onset of symptoms with difficult behaviors.

### History of health care system for the elderly

In 2013, the number of patients with dementia proved to be more than 8.62 million (Ministry of Health, Labor and Welfare, 2014). In 2012, however, the number had been estimated to be less than four million, when the Ministry of Health, Labor and Welfare has announced "Orange Plan" which is a five-year plan of developing policies for people with dementia. Thus this plan was based on a wrong demographic estimation, hence unable to cope with the situation enough. Almost every day the press reports many problems such as shortage of caregivers, poor surroundings of nursing care, and social isolation and poverty of family caregivers who had to give up their jobs because of care duty.

Many other control policies, in addition to the "Orange Plan," have been released. The historic process of support system for elderly people in Japan began in 1960s, when Japan entered the period of the economic growth. Then people came to recognize the need for elderly people's care. Act on Social Welfare Service for Elderly in 1963 and Reform for Free Medical Care in 1973 were established. After that, in 1983 the Elderly Health Law was enacted. This law put the importance on preventative education and rehabilitation so that they could live on their own. But these healthcare activities led to not only medical developments but also the elderly population growth. Then it caused the failure of medical finances. In response, we set up "Medical Aid System for Senior 75+". The emphasis of the health care policy for the elderly was changed from medical

treatment to nursing care.

### History of policies for people with dementia

Let me brief the history of policies dealing with the aged people in Japan focusing on dementia. Until 1960s people with dementia were cared for at home. There were enough financial and human resources for care provision. Dementia had been accepted as a form of senile decay. But medicalization began as the pathology of senile dementia and Alzheimer disease were revealed. Dementia came to be an illness to be treated in the hospital. Around that time the number of patients was rapidly increasing. So Long-term care insurance system enacted in 2000 set aside much money for people with dementia. The policy for dementia became welfare work. But recently they began to be treated in psychiatric hospitals again. The reasons may include: increase of the elderly population, decrease of the younger population, insufficient financial resources, and psychiatric hospital's survival strategy. The last reason worries us when we consider the present status of psychiatric hospitals in Japan regarding staffing for dementia care. Insufficient staffing will lead to depriving patients of human rights by isolation, physical restraints, etc.

### Orange Plan and unsolved problems

The "Orange Plan" is operated by local communities, which could help people with dementia and their family. Its basic concept is "early checkup and treatment," and put importance on treatment and care supporting the community life of patients and helping their family caregivers. This plan involves many people including volunteers, associate professionals, and the professionals take the role to organize them to provide care for people living with dementia. This is a part of a great national project looking for medical solutions of dementia on one hand and trying to involve all the nation in caring for people living with dementia.

The plan is correctly oriented as a health care policy focused on the national concern, but there are many problems. First of all, a substantial solution is missing for the decrease of working age population expected to care for

the baby-boomers that reaches the age requiring care in a decade.

Neoliberalism has divided the working-age population into two types, busy people and the unemployed. So it is difficult to find caregivers. And the philosophy and the situation also allow people to lose the spirit of cooperation required in local community. We have to create new local communities. The caregivers are often too old or with dementia. Or some are forced to quit jobs to care for their older family members. Aged people often have to live on their own. As everybody is exhausted, some are abused, killed, and even committed a joint suicide.

The Orange Plan includes education of the community inhabitants about what is dementia and how to care for the people with dementia. It also plans to increase the consultants relieving caregivers' stress. As an early diagnosis enables us to take appropriate measures preventing helpless results, the Orange Plan put importance on the role of home doctors.

As a result, the plan requires every person to take multiple roles in care provision. This will tire those people without doubt. Regarding the facilities, it will be unwise to build too many facilities for baby-boomers because the elderly population will rapidly decrease after them. Policies for dementia must be developed to solve a limited number of urgent problems carefully identified on the basis of integrated consideration of the social problems in demography, economy, community, etc.

### **Dementia and self-consciousness**

Reports of miserable deaths are agitating the anxiety of and the threat to people about dying process. Therefore, we have to think about the process of dying, namely, what process is acceptable without fear. This is also a question about what is to live ones old age. People fear the death because it means the loss of their identities. It is closely connected to modern sense of self or excessive consciousness of self. Dementia also means the loss of something within self. As dementia progresses, patients cross boundaries between self and others, between words,

and between times. Finally they surpass the this real world based on common sense, and create a new world. This process will be described regarding time, language, and behavior.

### **Time**

One of the symptoms of dementia is disorientation, which is a memory problem about time, place, and person. At first sense of time is lost, then place, and finally person becomes unrecognized. This order is reversal to the order of children's acquiring them. Children acquire the sense of person first, then place, and finally time. However, it is wrong to treat patients like infants. They remember the things in their early life but forget recent things. In fact, there is a stage of mixture of past and present in the process of losing temporal orientation.

### **Language**

As for the process of losing language, numbers and meanings are lost earlier, but vocal communication continues to exist mostly until the severe stage. The speech changes from repetition of proper names, of conjunctions, and of inflections. After that, the speech becomes melody, humming, and finally rhythm and sound. As the symptoms progress, words and meaning are gradually lost, but vocal communication remains frequently observed. The atmosphere created by the vocal communication seems to be important for the patients.

### **Behavior**

People with dementia suddenly get lost in a strange world. For example, they may get lost in the Middle Ages having a sword at the battlefield. Such time and space are unfamiliar and therefore threat to them. Under such conditions, they are likely to protect themselves, such as going to bed with shoes, escaping from someone, not eating anything.

### **Life with dementia**

After surviving the difficult situations described

above, the people with dementia begin to try to create a comfortable world. For instance, they decide to consider the place where they were to be a pleasant and comfortable environment. They might make a gathering space to be the community center, or make the facility to be an old familiar town as present settings of life. They also create an imaginary world where there are their friends, spouses, family members, brothers and sisters. Because this relationship is fictive, they never actually quarrel with each other.

Just in silhouette without details, their world is indifferent about trivial matters. It resembles the world of shadow picture, where every object is accepted as it looks on the screen neglecting what is used to make the shadow.

However, the patients do not feel alone. They have the ability to share sadness, pleasure, or even sorrow with others. With disorientation of person, they lose recognition of self and must ask who they themselves are, while they cannot depend on language at its layers of meaning or vocabulary. However, they can communicate at a deep layer of their bodies.

I have observed a woman with dementia, who lost not only words but also sense of self. She took hands of a male patient of similar condition. They were shedding tears, gazing at and nodding each other. I heard them whisper just "Worried."

To take others' hands cause them to penetrate their mind with each other. To gaze at each other cause them to communicate through eye contact. To nod each other complements their gaze. They blend into each other. It means that they don't need to stick themselves.

In the course of time, they don't seem to be afraid of dying. After a certain age level, cancer patients experience no pain. They got relief from the pain or fear of disappearing sense of self. Therefore, dementia is not only illness but also adaptation to aging.

Though we do not understand who we are when we are born, we gradually build up ourselves as we get a certain amount of life experience. It comes as no surprise since we have no sense of self when we are born, we will have

little sense of self when we die. Since we acquire the sense of selves surrounded by families and local communities, it will be easier for us to experience the loss of selves in the same environment. We are born and die within human relationships. Such human relationships should allow us to see a blessing aspect of dementia, as well as its difficult aspects. Therefore we need to create the Satoyama community that functions as the network of human ties assuring security for people living with dementia.

### Acknowledgements

This article is based on the paper read at the "Nursing and Community for People Living with Dementia" held at Nagano College of Nursing on 14 June 2014 with support by the Grants-in-Aid for Scientific Research No. 24390508 funding the research for development and evaluation of a community-based total care program for people with dementia led by Prof. Midori Watanabe and the Special Research Funding of Nagano College of Nursing.

## 超高齢社会における認知症 —里山コミュニティの創成をめざして—

阿保順子<sup>1)</sup>

**【要 旨】** 超高齢社会を迎えた日本では、4人に1人が高齢者であり、その8人に1人が認知症をもって生きている。本稿では、高齢者保健および認知症対策の歴史とその背景を概観し、社会的、経済的および人口学的観点から現在の認知症対策の問題点を論じる。さらに、認知症患者の世界の理解に基づいて、認知症を自己の消滅への不安に対する適応という観点からとらえ、社会化され、生活し、消滅していく人間が互いに支え合う里山コミュニティ創成の必要を論じる。

**【キーワード】** 超高齢社会、保健政策、認知症、自己意識、里山コミュニティ

### はじめに

日本はいま、人類史上初めて経験する超高齢社会を迎えている。昨年(2013年)12月で、65歳以上の人口は25.2%、4人に一人が高齢者である。そして、認知症患者は462万人、軽度認知障害者数400万人と推定されている(朝田, 2013)。65歳以上の人々は、8人に1人が認知症ということになる。ここでは、日本における認知症問題について、大きく2つの観点から指摘し、日本における認知症対策として、里山コミュニティの創成の重要性について述べる。観点の一つとして、日本の認知症対策における制度的現状とその問題点を指摘する。観点の二つ目は、認知症と老化という人間が老いることの意味を考えることが必要であると

いう指摘である。

日本は、耕地面積の少なさから、東京などの大都市を除けば、自然に手を加えながら共生するという暮らし方を続けてきた民族である。もちろん、近代化とともに大きな転換点を経てきてはいる。20世紀の重工業政策の負のアウトプットであった公害問題に悩んだことから、生態系の重要性に気づくこととなった。そして21世紀に入ってから、市場原理を柱とするグローバル社会の時代に突入し、未曾有の災害を経験し、里山の暮らしの重要性に再び気づいた。里山的生活は、崩壊してしまった地域共同体に存在した絆や繋がりを基盤とした社会であり、市場原理で動く社会の対極に位置するからである。そういった里山コミュニティは、認知症を予防し、発症しても介護を困難に

<sup>1)</sup>前長野県看護大学学長

阿保順子

〒399-4117

長野県看護大学

長野県駒ヶ根市赤穂1694番地

Tel: 0265-81-5100

E-mail: jabo@nagano-nurs.ac.jp

させるような症状を惹起させることはないと考えられる。

### 高齢者対策の歴史と現状

まずは、制度的現状について、高齢者対策の歴史的経緯を含めて説明する。2013年には、軽度まで含めた認知症患者が862万人以上という数字が公表されたが、厚生労働省がオレンジプラン「認知症対策推進5カ年計画」を出した2012年は、認知症患者の数は300万台(厚生労働省, 2012)という前提であった。その直後に軽度までを含めた患者数の大幅修正があったわけである。つまり、オレンジプランでは、実際の認知症患者数への対応はかなり無理があるということになる。また、オレンジプランは実施され始めてはいるが、現実の認知症患者への対応に追いついてはいない。介護者数の不足、施設の劣悪な介護環境、介護家族の孤立化や離職による経済的困窮などが毎日のように報道されている。オレンジプランもそうであるが、日本では、過去、高齢化を予測した対策を短いスパンで打ち出してきてはいる。

高齢者の支援制度の歴史的経緯について簡単に述べてみよう。日本が敗戦から立ち直り、高度経済社会を迎えた1960年代、高齢者のケアが叫ばれ始めた。制度として、1963年の「老人福祉法」の制定から始まり、老人医療費の無料化まで行われた。その20年後の1983年には、予防やリハビリの重要性が説かれ、自立のための保健活動に重心を移した「老人保健法」が成立している。しかし、それらは医療の進歩と高齢化とともに医療費の増加に繋がり、経済の低迷とあいまって医療財政の破綻をもたらした。そして医療に関しては後期高齢者医療制度へ、また慢性的な症状のケアに関しては介護保険制度の制定へと繋がっていった。つまり、高齢者保健の重点は医療から介護へと移されていったのである。

### 認知症対策の歴史

高齢者対策の歴史的変遷を認知症に焦点化すれば、次のようになる。1960年代まで、認知症の人々は地域社会の中で在宅でのケアを受けており、ケア問題はまだ水面下にあった。経済的、人的余裕がある中で

「ボケ」という老化の一つの姿として処遇されていたのである。しかし、老人性痴呆やアルツハイマー病という認知症の病理が明らかになり、医療の対象とされ、精神科病院や老人病院で処遇されるようになる。すなわち医療化が進行した。しかし、治療とケアの方法が見いだされないまま、「痴呆性老人(当時の名称)」の数は急速な勢いで顕在化していった。2000年に制定された介護保険制度下では、当初の予測をはるかに超えて増え続ける認知症患者に多くの財源が割かれるようになった。認知症ケアもまた福祉化されていったのである。

これがごく最近までの状況であった。しかし、ここ2~3年ほど前から、認知症患者は再度精神科病院に取り込まれるようになってきた。原因は一つではない。高齢者の増加はもちろん、若年人口の減少、介護保険の財源問題、在宅介護をする家族の限界、認知症患者の地域での受け皿の少なさ、精神科病院の生き残り策などを背景にしている。精神科病院は、通常の医療機関よりも極めて少ない職員で運営されており、認知症患者をケアできるような体制にはないことから、隔離や行動制限など、認知症の人々の人権が奪われはしないかと危惧される。

### オレンジプランの概要と問題点

次に、現行制度であるオレンジプランの概要と問題点について述べる。オレンジプランは、認知症の人々とその家族までを含めたケアを、地域共同体が中心となって行おうとするプランである。基本軸は、早期診断・早期対応であり、地域での生活を支える医療と介護、そして家族支援を謳っている。全体を俯瞰すれば、専門職が中心となり、準専門職、ボランティアや市民が同心円的に広がって、地域社会全体が認知症の人々をケアすることである。病気であるという前提に立ち、病理の解明、治療薬の開発を目指す一方で、介護を国民全体で行っていこうとする、一つの国家上げでの施策でもある。

このプランは、国民の重大事である健康生活を保障する国家の施策として評価はできる。しかし、その内容には、多くの問題点がある。基本的問題点は、生産人口が減少する中であって、介護人口もまた減少して

いくことが勘案されてはいるようで、実は巧妙に隠されている。10年後には人口が大きい団塊世代が介護される時代に入る。

日本はアメリカを追いかけ、いまや新自由主義のまっただ中であって効率優先の市場原理に支配され、その一方で1990年以降、経済的低迷が続いている。生産人口は多忙を極めるか職を失うかの両極に置かれている。そういった生産人口が介護に携わるのはいずれの場合においても多くの困難を抱える。さらに、市場原理はグローバル化をもたらし、伝統的な地域共同体はすっかり崩壊している。震災を契機に認識されつつあるが、新しい共同体の形を構築することが求められている段階である。現在でも、老人が老人を介護しているとか、認知症の妻が認知症の夫を、または逆に認知症の夫が同じ認知症の妻を介護するという現象が起きている。また、嫁や息子が仕事を辞めて親の介護にあたっている。さらに独居老人は年々増えてきている。みな様に疲弊し、虐待や殺人、心中まで発展する場合も起こっている。

今回のオレンジプランでは、家族介護を支援する策、あるいは家族のみではなく、地域共同体の住民たちができるだけ協力して介護にかかわれるように、認知症についての知識や介護の方法などについて学んでもらうことも盛られている。さらに、介護する人々の休養やストレスの軽減をはかれる、あるいはいつでも相談できるような窓口を増やすことも計画されている。そして、そういった状況になる前に、つまり軽症のうちに認知症を発見して早めの対策を打ち、進行を遅らせるために地域のクリニックが「かかりつけ医」として認知症とその家族を診ていくことが打ち出された。

特徴的なのは、そういったかかりつけ医から地域共同体の住民、さらに家族まで、認知症患者にかかわる人々は、一人何役も担うマルチタイプであることを求められているのである。生産人口の減少や家族形態の変化、施設での介護労働力の減少、地域での介護力の低下を背景に、介護にかかわる人々は疲弊していくのは目に見えている。多くの施設を作っていくとしても、団塊世代以降の人口減少がわかっている以上、むやみな増設は、経済的困窮や跡地利用などこれまた多

くの問題を抱えることになる。認知症対策は、そういった人口問題、経済問題、地域問題など、社会全体を俯瞰してイメージした上で、それも待たなしの問題だけに早急に練られていく必要がある。

### 認知症と自己意識

「あんなふうになって死にたくない」といった人間の死へのプロセスに対する不安と脅威は煽られていくばかりである。そこで、もう一つの問題として浮上してくるのが、どんな死へのプロセスであれば安心で、怖くないのかということである。死にざまは、「老いて生きること」という生き方に関する問題でもある。人々が認知症を恐れるのは、自分が自分でなくなることに対する恐れである。つまり、近代以降の自己意識の問題として捉えることができる。自分への過剰なこだわりである。

たしかに認知症は、自分の中の何かが失われていく過程である。進行に伴い、自分と他者との境界、言葉の境界、時間の境界を越えていくことになる。そして、最終的には、人間のリアルな常識の世界を超えて、新しい世界を創造していくと思われる（阿保、2004）。以下では、そのプロセスを時間・言葉・行動の変化について述べる。

### 時間

認知症の症状である記憶障害の一つに見当識障害がある。時間・場所・人に関する記憶の障害をいう。経験的な知識として、見当識障害においては、最初に時間が忘れられていき、次に場所が、最後には人がわからなくなっていく。この順序は、子どもが概念を獲得していく順序と逆になっている。子どもは最初に人の顔がわかり、次に場所がわかり、最後に時間がわかっていく。だからといって、これを根拠に、認知症の人々を子ども扱いにするのは間違っている。認知症の人々は、えてして過去の若い頃のことは覚えているが、最近のことは忘れていくといわれる。しかし、現象的には、現在のことと、過去のこととが混合している状態を経てから過去へと遡っていく（浅野、阿保2007）。

## 言葉

言葉が忘れ去られていく過程では、言葉の数や意味は失われやすいが、意味はなくても他者とかかわるための会話は、重度になるまで保たれることが多い。接続詞や語尾の繰り返しから、しだいにメロディーやハミングに変わり、やがてリズムや音声だけが残っていく。関係性をつなぐための会話は、語彙が少なくなったり、意味が失われていく際にも、多くの認知症の人々の間で交わされている。傍からは意味不明の会話であったとしても、雰囲気大切にされていることがよくわかる。

## 行動

最後に、行動の変化について記述しよう。認知症をもつ人々は症状が中等度になっていくと、突然、見知らぬ世界に迷い込んだように感覚に襲われる。たとえば、中世の戦場に迷いこみ、剣を持っているというように、時間的にも場所的にも異質な世界へと放り込まれるのである。それは恐怖をもたらす。したがって、このような時期には自分を守るような行動をとる。靴を脱がずに眠る、あちこちに逃げようとする、食事を摂らないなどの自己防衛行動をとる。

## 認知症を生きる

認知症の人々は、自分たちで居心地のよい生活世界を創ろうとする。たとえば、入所している施設の中で、床の色が変わると「ここからは駅前」、皆が談笑している場所にくると「ここは公民館」などと言い、若い頃から長い間暮らした町に見立てて生活している場合がある。さらに、すべて仮の関係ではあるが、仲間関係や、夫婦関係、親子関係や兄弟・姉妹関係などを作る。仮の関係であるから、決して諍いにはならない。

具体や細部には立ち入らず、物事の輪郭をそのまま認めていくという彼らにとっての常識の世界を創りあげる。たとえば、犬の輪郭を作って吠えているように見せる影絵を思い浮かべてほしい。人の指が犬の形を作っているように見えて、犬が吠えているように見ればそれは犬であり、裏側でどんなことが行われている

のかなど、具体的な細かいことに頓着しない世界である。

このような世界に生きていても、認知症の人々が孤独であるわけではない。彼らは他者と、喜びや苦しみ、そして悲しみまで分かち合う力を持っている。たしかに、見当識障害が進み、他者を認識できなくなると、自分自身を認識することも困難になっていく。したがって、「私はいったいだれ？」と問わざるを得なくなっていく。その時、言葉はもはや頼りにはならない。意味も語彙も、伝達に必要な言語機能のほとんどが失われている。それでも、認知症の人々は身体の深層で交流するのである。

言葉はもちろん、自分自身が失われている感覚に襲われている女性の認知症患者と、同じように言葉がでない男性患者が、手を取り合って見つめ合い、顔き合いながら涙を流す場面に遭遇したことがある。聞きとれる声は、「困って」のみである。それ以外は全くわからない。手を取り合うことは、手という実体が個体から離れて他に浸透していくこと、見つめ合うことは、まなざしという視線の運動が互いに浸透していくこと、うなずくという動きは、まなざすという視線の運動を補完しているのである。そこには相互浸透する身体がある。彼らは言葉がなくても身体の深層でかかっていると考えられるのである。自己と他者は浸透しあって、いわば他者との境界を越えていく。

それはしだいに、自己にこだわる姿勢が薄れていくとも言い換えることができるし、過剰な自己という観念がしだいに弱まっていくという考え方もできる(阿保、池田、西川、西村2010)。認知症の人々は、重度になると死を恐怖しなくなると大井(2004)は言う。またある一定の年齢を過ぎた患者のがんは、天寿がんと称され、痛みを感じないで済むという(北川、1998)。自己の消滅にかかわる痛みや死への恐怖から解放されていくのである。そう考えてくると、認知症は、確かに病気という側面はもつが、老いへの適応として考えることも可能である。

人間は、自分であるという意識を持たないで生まれてくる。社会化という発達の過程で自分という存在を知っていくのである。生まれてくる時がそうであれば、死にゆく時に自己意識をもたないというのは、自

然の摂理なのかもしれない。そして、自己意識を獲得していく社会化の過程が、家族を最小単位とする地域共同体においてなされるように、自己意識の消滅もまた地域共同体の中で行われるならば、それはより自然なことのように見える。人間は他者の網目の中に組み込まれ、生きて滅んでいく。認知症を、病気としての側面もみながら、一方で人間の老いへの適応の姿としても捉え、人々が安心して暮らせる網目としての里山コミュニティを創生していくことが求められていると考える。

### 謝辞

この論文の内容は、2014年6月14日に長野県看護大学で開催された公開シンポジウム「認知症と生きるコミュニティと看護」において発表されたものである。同シンポジウムは、科学研究費補助金No. 24390508(基盤研究(B)「長寿社会における地域参画型認知症トータルケアプログラムの開発と評価」研究代表者・渡辺みどり)、長野県看護大学特別研究費、およびみらい基金の援助を受けて開催された。

### 文献

- 阿保順子(2004)：痴呆老人が創造する世界，岩波書店，東京。
- 阿保順子，池田光穂，西川勝，他1名(2010)：認知症ケアの創造－その人らしさの看護へ，雲母書房，東京。
- 朝田隆(2013)：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応，厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業平成23年度～平成24年度総合研究報告書。
- 浅野弘毅，阿保順子編(2007)：高齢者の妄想－老いの孤独の一側面，批評社，東京。
- 北川知行(1998)：天寿がん，Geriatric Medicine, 36, 212-218。
- 厚生労働省(2012)：今後の認知症施策の方向性について，<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>。
- 大井玄(2004)：痴呆の哲学，弘文堂，東京。