

# 認知症の臨床評価について

国立長寿医療研究センター  
遠藤 英俊

## 代表的なアセスメント・ツール

---

### ● 質問式

認知症のスクリーニングを目的とすることが多い

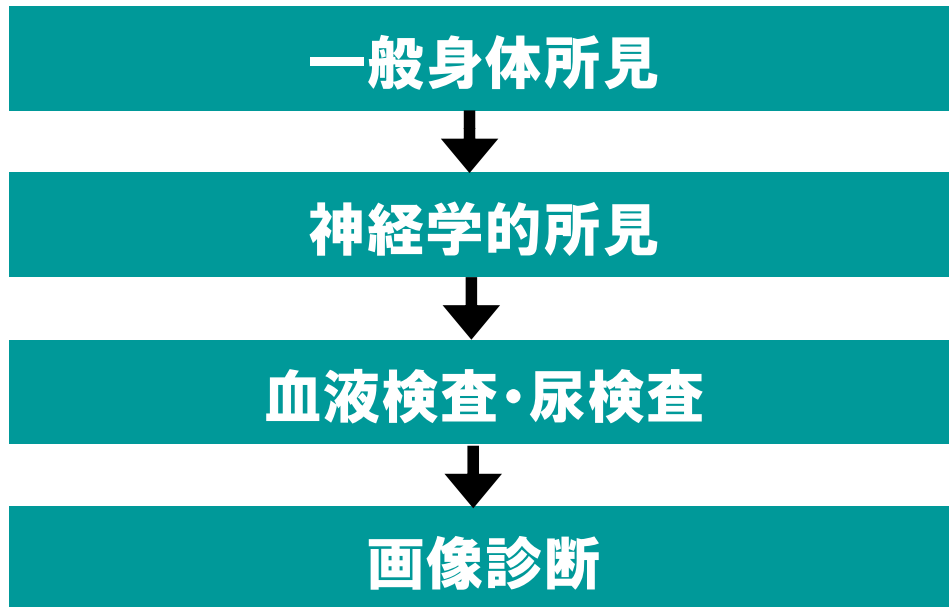
- ① 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
- ② ミニメンタルステート検査(MMSE)

### ● 観察式

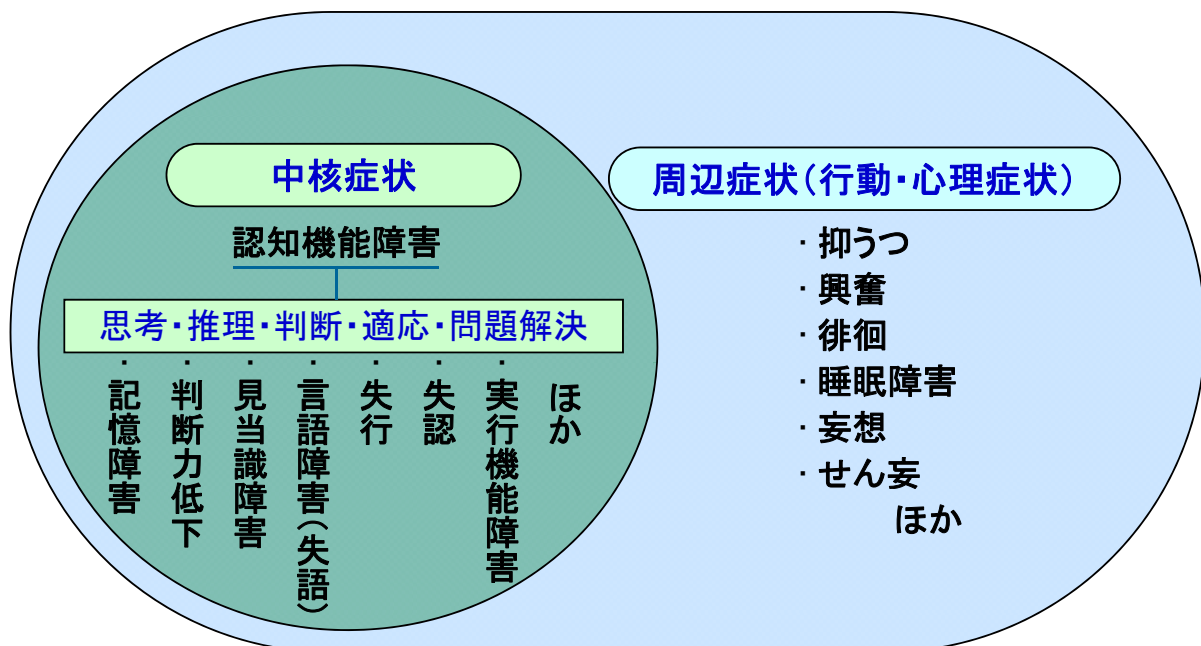
本人を直接観察することや家族・介護者からの情報により評価

- ① Functional Assessment Staging (FAST)
- ② 初期認知症徴候観察リスト(OLD)
- ③ CDR
- ④ 認知機能の障害に伴う行動・心理症状評価表  
(今井研究班による)

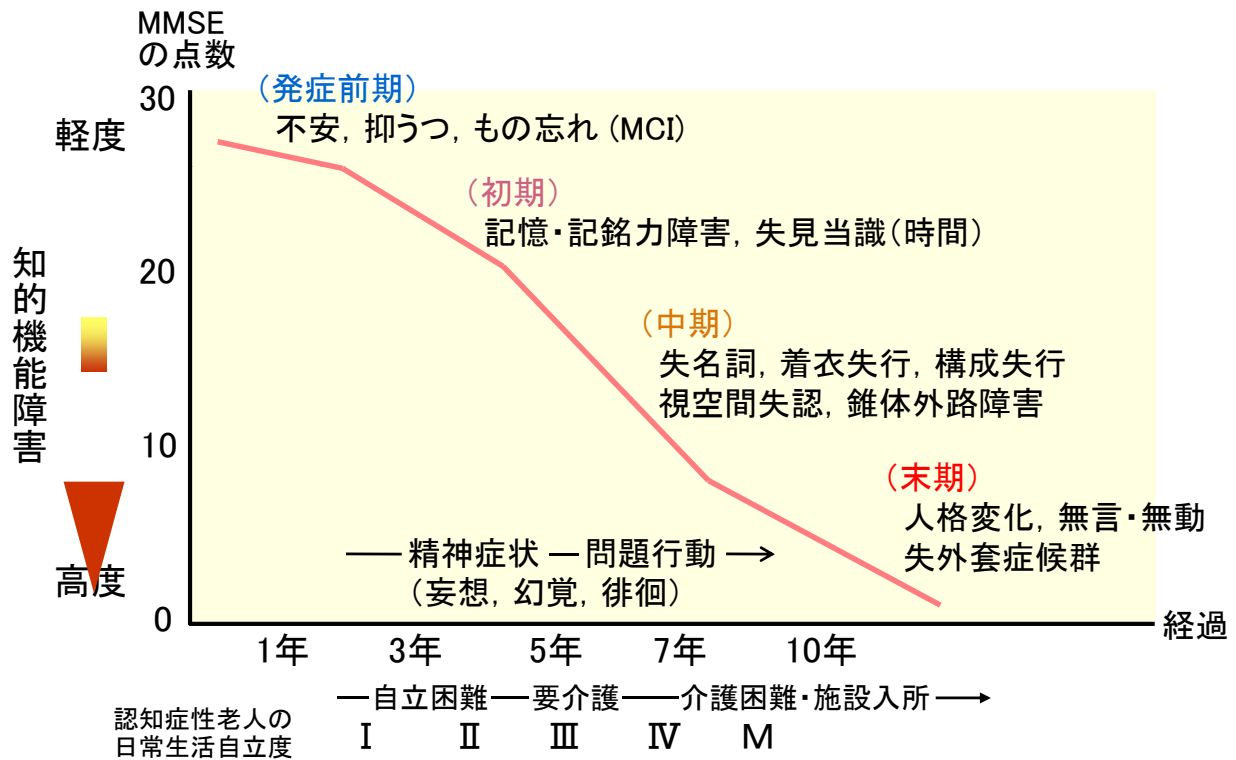
# 原因疾患同定の手順



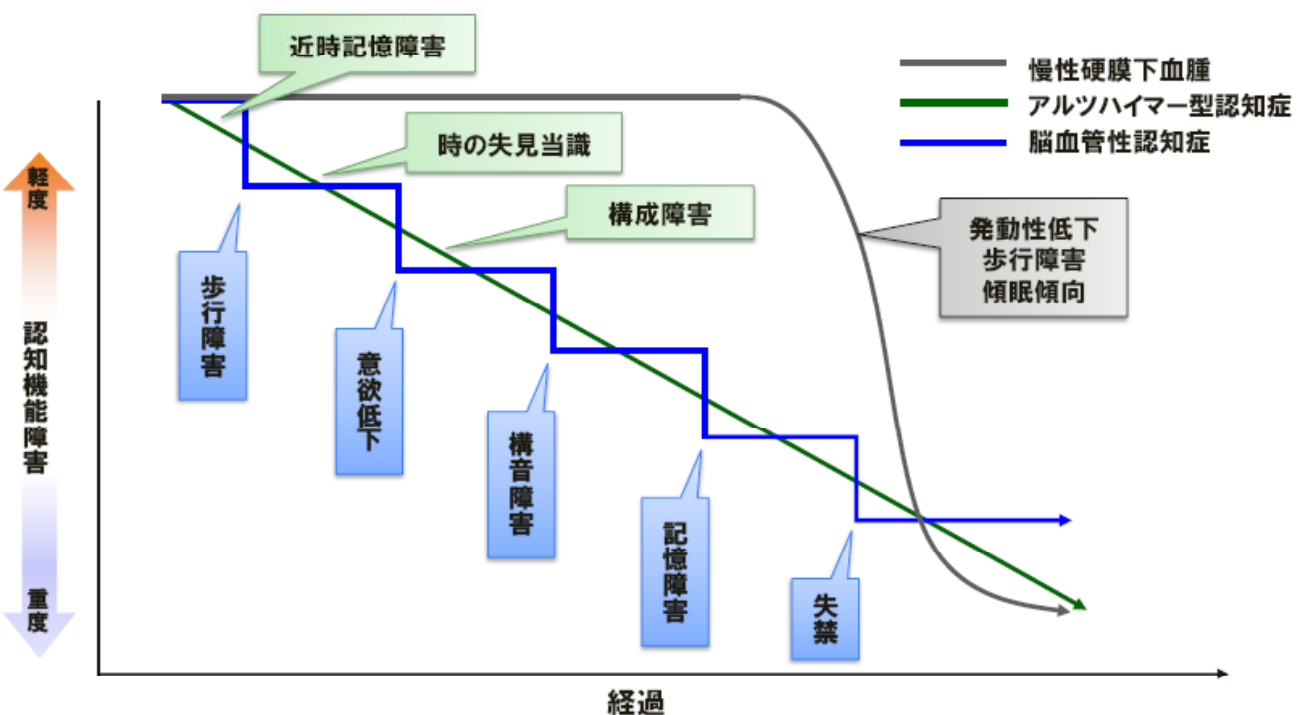
## 認知症の中核症状と周辺症状(行動・心理症状)



# アルツハイマー型認知症の経過を追った症状の変化



## 認知症 (AD・VD) の発症・進行過程



## ミニメンタルステート検査(MMSE)の項目

項目	点数
1. 即時記憶	4
2. 遅延再生	3
3. 見当識(時間+場所)	10
4. 注意の持続	5
5. 認識	2
6. 観念運動	3
7. 書字	1
8. 読字	1
9. 図形模写	1
カットオフ値	23/24

Folstein MF et al.: J Psychiatr Res. 1975;12:189-198.

## 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の項目

項目	点数
1. 年齢	1
2. 時間の見当識	4
3. 場所の見当識	2
4. 3つの単語の直後再生	3
5. 計算	2
6. 数字の逆唱	2
7. 3つの単語の遅延再生	6
8. 5つの物品課題	5
9. 言語の流暢性	5
合計点数	30

加藤伸司ほか:老年精神医学雑誌 1991; 2: 1339-1347.

# OLDの使い方

- 本人との問診で観察できる具体的症状  
→ 記憶障害、失語、失見当識など
- 必ずしも、全ての項目をチェックしなくてよい
- 該当項目数にはこだわらずに  
(オリジナルは4項目)
- この内容を意識して問診できるようになったら、  
自分なりのスタイルで

## 初期認知症徴候観察リスト(OLD)の項目

① いつも日にちを忘れている	記憶 忘れっぽさ
② 少し前のことをしばしば忘れる	
③ 最近聞いた話を繰り返すことができない	
④ 同じことを言うことがしばしばある	語彙・会話内容 の繰り返し
⑤ いつも同じ話を繰り返す	
⑥ 特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある	会話の 組み立て能力 と文脈理解
⑦ 話の脈絡をすぐに失う	
⑧ 質問を理解していないことが答えからわかる	
⑨ 会話を理解することがかなり困難	
⑩ 時間の観念がない	見当識障害 作話 依存など
⑪ 話のつじつまを合わせようとする	
⑫ 家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族の方を向くなど)	

# FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

1.正常	
2.年相応	物の置き忘れなど
3.境界状態	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。新しい場所に旅行することは困難。
4.軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5.中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6.やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7.高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

## 主な認知症の評価尺度(進行度・BPSD)

- 簡易長谷川式認知機能評価スケール
- MMSE
- **認知症の日常生活自立度**
- **ADL + 行動心理評価(新評価尺度)**
- FASTの分類(進行度・程度分類)
- BPSD評価(NPI,DBD,BehaveAD)

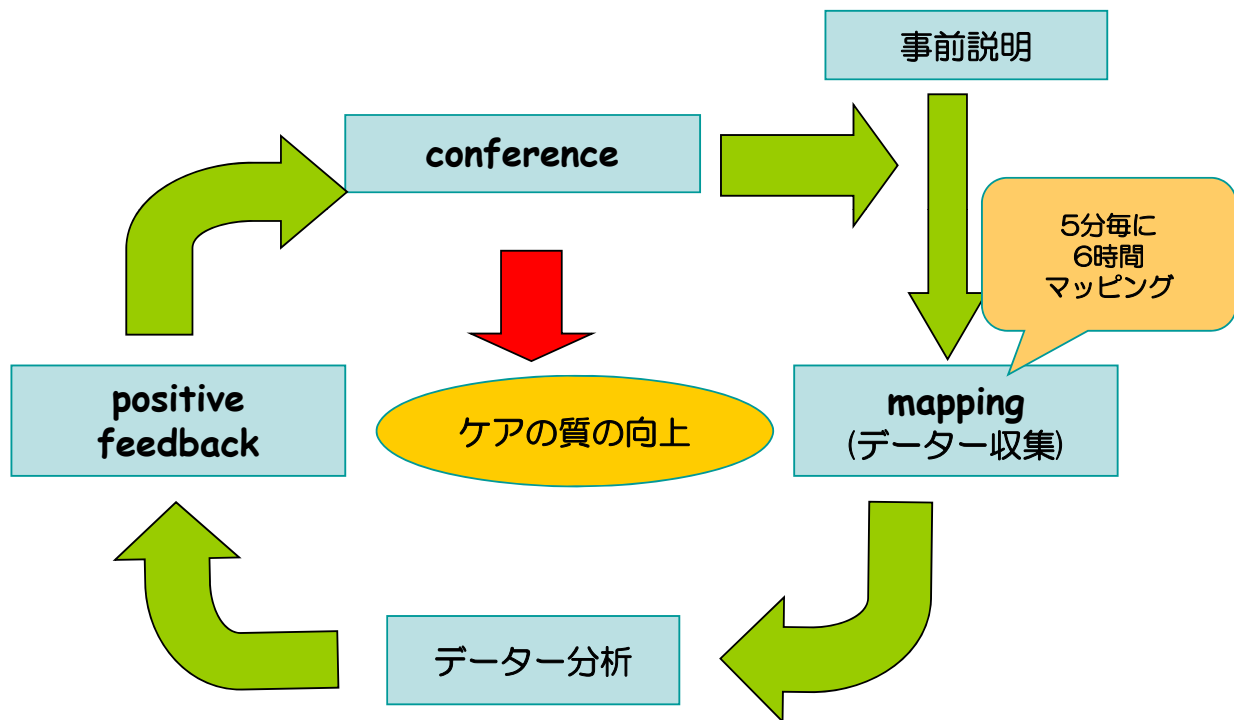
# 認知機能の障害に伴う行動・心理症状評価表

カテゴリー	評価基準	評価基準の詳細	観察される行動・心理症状
0	行動・心理症状はない又はあってもわずか	行動・心理症状は全くないか、あっても周囲が気づかない程度のわずかであり、日常生活への影響はほとんどない。	認知機能障害に伴う行動の異常や心理的異常がない、あるいはあっても日常生活に支障がない程度のもの
I	行動・心理症状はあるが、見守りがあれば日常生活が営める	これまでの生活でみられなかった行動・心理症状があり、見守りや口頭での対応は必要であるが、本人の生命の危険や健康上の影響は少なく、一時も目が離せない状態ではない。	過剰な心配、疑い深い、怒りっぽい、いらいらしている、など以前に見られなかった症状や行動の異常があり、時に本人をなだめるなど、何らかの対応が必要となる。しかし、その対応により、現在の生活を継続でき、かつ、対応に多くの時間や労力を費やさない。
II	行動・心理症状があり、常に目が離せない	本人の生命や健康に影響が及ぶ行動や周囲の人の日常生活に支障をきたす行動など、常に目が離せない若しくは対応が必要な状態である。	家から出て行ってしまい帰宅できないなどの本人の生命や健康に影響が及ぶ行動上の混乱や、激しい怒りや暴言など周囲の人に影響を与えるような感情の表出などがあり、常に目が離せない状態。
III	自傷・他害などがあり専門医療による対応を必要とする行動・心理症状がある	自身を傷つけ又は他人に害を及ぼす恐れのあるような著しい行動の異常や精神症状が持続し、専門医療による対応が必要である。	自身を傷つけ又は他人に害を及ぼす恐れのあるような著しい行動の異常や精神症状が持続し、周囲の人による対応が困難であり、入院などの専門医療による対応が必要である。
n	自分の意志で行動したり、意思疎通ができないため評価不能である	高度の麻痺があるなどの運動障害のために、本人の意思で行動することが不可能であり、上記の評価ができない。または、重度認知症や高度の意識障害が合併していることにより、臥床状態であり、意思疎通が困難なために評価できない。	

## Dementia Care Mapping; DCM

- 認知症高齢者のケアを行っている施設において今以上に良いケアを行う為にはどうしたらよいかを、ケア・スタッフと共に探り、実践に繋げる方法。
- ・ 現在のケア現場を客観的に「利用者の立場」から評価し、その結果を現場にフィードバックする方法。

## DCM法の展開と発展的評価



2011/4/11

15

## DCMはどんなことを観察するの？

### ①行動カテゴリーコード (BCC)

- ・ 認知症患者の行動を24のカテゴリーに分類
  - ・ 良い状態、良くない状態かを数値で分類
- WIB値：+5～-5の6段階で評価

### ②個人の価値を低めるコード (PD)

- ・ 17のコードで4段階で評価

### ③良い出来事の記録 (PE)

- ・ 特に良いケアのケースを明確に記録する

→通常6時間以上連続して観察し5分毎にどの行動カテゴリーに分類されるか、良い状態か、良くない状態の段階にあたるかをアセスメントします。

2011/4/11

16



# マッピング例

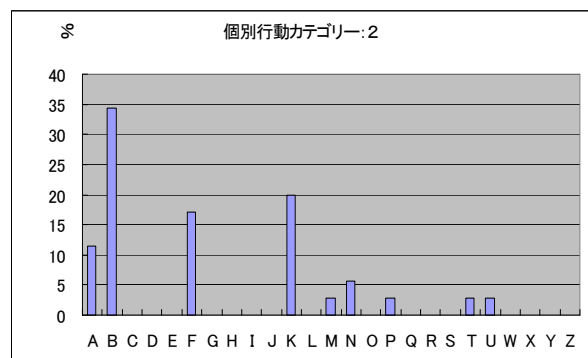
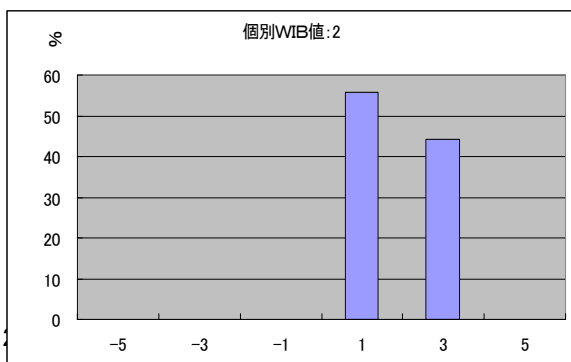
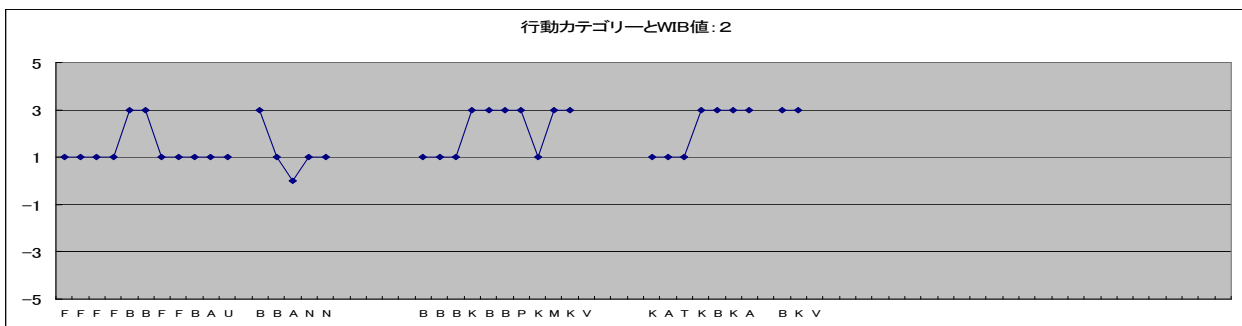
Date:		Time Period:		Place:								No. Participants:				No. Staff:				Observer:				ΣWIB			
Participant Name	Time	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10													ΣTF
		00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55														
A	BCC	A	A	F	A	A	A	B	A	K	J	J	A													+30	
	WIB	+3	+3	+5	+5	+3	+1	+3	+3	+1	+1	+1	+1													12	
B	BCC	C	B	F	F	F	B	K	K	K	K	K	C													+4	
	WIB	-1	+1	+3	+1	+1	+1	+1	+1	-1	-1	-1	-1													12	
	BCC																										
	WIB																										
	BCC																										
	WIB																										
	BCC																										
	WIB																										

Notes:

10:40 Bさん PD12a(押し付ける): 徘徊中に自室の戻るように無理に誘導

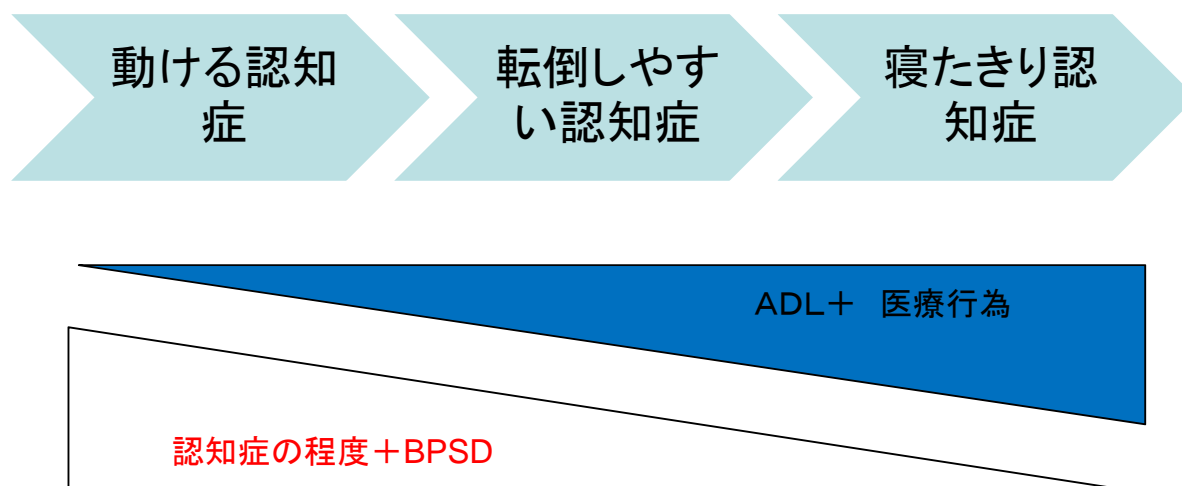
2011/4/

## 客観的評価とフィードバック



# 療養病床の入所者の特徴

脳血管障害、大腿骨頸部骨折、心不全、  
経管栄養患者、リハビリ入院、社会的入院



## 医療区分2

- せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態  
(原因・治療方針を医師を含め検討)

## 認知症の主な身体合併症

- 高血圧症・糖尿病・脳梗塞・虚血性心疾患の他便秘症・不眠症を伴うことが多い
- 肺炎
- 心不全
- 脱水症
- 胃潰瘍・逆流性食道炎などの消化器疾患
- 尿路感染症
- 大腿骨頸部骨折

## 認知症に必要な医療

---

- 認知症の検査・診断・治療
- 合併症の治療
- BPSDへの治療
- 内服(コンプライアンス)
- インスリン注射
- 褥瘡
- 経管栄養
- 徘徊・迷子
- 痰の吸引

# まとめ

- 要介護高齢者の半数は認知症であり、介護施設入所者の約8割は認知症を伴っている
- 認知症の中期・後期において、様々なBPSDや身体合併症を伴う
- 認知症のそれぞれのステージにおいて、様々な検査と治療が必要である
- 認知症のBPSDやステージの評価が必要である