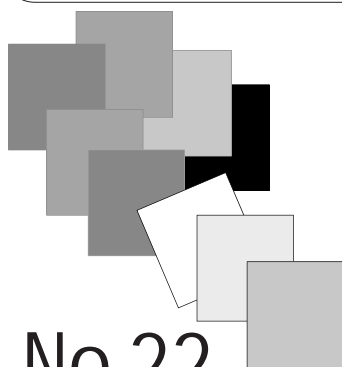


## ■企画連載■ 地域看護に活用できるインデックス



No.22

## 認知症の人に対するケアの質向上に向けた 研究に活用可能な評価指標の概観

百瀬 由美子  
愛知県立大学看護学部

日本地域看護学会誌, 22(1): 65-72, 2019

### I. はじめに

認知症の人の増加とともに認知症ケアの質向上に寄与する研究は急速に増加してきている。しかし、認知症による行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; 以下, BPSD) は多様で、これまでの生活体験や背景も影響することから、その出現には個人差や環境から受ける影響も大きい。そのため、対象者や環境等の条件設定がむずかしくエビデンスレベルの高い研究を行うことへの課題があり、研究の従属変数や看護実践の評価にそれらの影響を考慮する必要性から研究の限界が指摘されることも多い。認知症の人に適用できる新たな看護方法の開発や、研究から得られた方法を看護実践に適用した際の効果を可視化するうえで適切かつ標準化された評価指標を用いることが重要である。多様で複雑な背景に影響を受けている認知症の人の行動や起きている現象に対してどのような対応が適切なのか、安寧をもたらすのかを探求するためには、対象者の心理的反応や行動の変化について、そのプロセスや相互作用、あるいはパターンなどを深くていねいに質的に分析することもきわめて有用なことであるが、本稿では認知症ケアの質向上に関わる研究や優れた実践を可視化するうえで活用可能な中核症状およびBPSDに関する代表的な評価指標を紹介する。薬物療法とは異なる意図的な看護介入や対応、コミュニケーションの方法の開発、検証を試み、信頼できる結果を創出するためには、目的に応じた研究デザインと妥当な測定用具を用いることが重要である。評価指標の選定に役立てていただければ

幸いです。

### II. 定義

世界保健機構による国際疾病分類第10版 (ICD-10) において認知症とは、「通常、慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断等多数の高次機能障害からなる症候群」と定義され、①記憶力の低下、②認知能力の低下およびこれらにより日常生活動作や遂行機能に支障をきたし、6か月以上存在していること、意識混濁がないこと、さらに情緒易変性、易刺激性、無感情、社会的行動の粗雑化のうち1項目以上を認めることが診断基準とされている<sup>1)</sup>。また米国国立老化研究所/Alzheimer病協会ワークグループ (NIA-AA) は、記銘記憶障害、遂行機能低下、視空間認知障害、言語障害を同等に扱い、さらに行動障害を含め、Alzheimer型認知症以外の認知症疾患にも対応した診断基準を示している<sup>2)</sup>。ほかにも、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第5版 (DSM-5)<sup>3)</sup>がある。しかしながら近年、認知症の予防や進行の遅延を目的とした看護実践もさかんに行われており、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment; MCI) などを含め対象が拡大している。研究計画立案において、目的を明確にしたうえで、対象集団をどのように定義するかが重要と考える。

### Ⅲ. 認知機能障害の評価スケール

認知機能の評価方法には、直接対象者に質問する方法（質問式）と行動を観察し評価する方法（観察式）がある。質問式は、対象者の負担を考慮し最小限の情報で可能な限り適正に評価できるよう数種類のスケールが開発されている。テスト施行者によるばらつきが少ないこと、在宅や入院・入所等測定する場所が限定されないといった長所がある。しかし、対象者本人がテストに協力的でなければならぬこと、視聴覚障害がある場合には慎重に行うことなどの留意が必要である。観察式は、対象者の日常生活における行動や活動状況を観察し、また家族や介護を身近で行っている人からの情報をもとに対象者の認知機能を評価するものである。したがって、対象者本人の拒否や視聴覚障害がある場合でも本人の状態を十分把握している家族や医療・介護スタッフによる評価が可能であるが、これには、評価者間で差異が生じないよう十分なトレーニングが必要である。

#### 1. 知的機能検査（質問式）

##### 1) 長谷川式認知症スケール（改訂版長谷川式簡易知能評価スケール；HDS-R）

1974年に開発され、1991年に改訂した簡易知能評価スケール<sup>4)</sup>であり、さらに「痴呆」が「認知症」に名称変更されたことに伴い、「長谷川式認知症スケール」に改称された。HDS-Rは、認知機能の低下を簡便な方法で検出し、認知症のスクリーニングを主目的とする検査である。スケールの構成は、年齢（1点）、時間の見当識（4点）、場所の見当識（2点）、言葉の即時記憶（3つの単語の直後再生：6点）、計算（2点）、数字の逆唱（2点）、言葉の遅延再生（3つの単語の遅延再生：3点）、物品記録（5点）、言葉の流暢性（5点）の9項目からなり、満点が30点である。カットオフポイントは20/21で、20点以下を認知症の疑いがあると判定するもので、重症度分類を行うものではない。図形描写など動作性検査が含まれないことから対象者の負担が少なく、文章を書く項目もないことから教育歴の影響を受けにくいという利点があり、わが国の医療機関、高齢者施設等で広く使用されている。そのため、対象集団の特徴の把握、国内の先行研究との比較、検討を行ううえでは有用であるが、諸外国との比較が必要な場合は次に記述するMMSEが適しているといえる。

##### 2) MMSE (Mini-Mental State Examination)

MMSEの項目の構成は、即時記憶、遅延再生、時間と場所の見当識、注意の持続、認識、観念運動、書字、読字、図形描写の計11項目（30点満点）からなる（表1）。カットオフ値23/24で認知機能低下の状況を判定する。施行時間が約10分と短時間であり国際的にもっとも広く使用されているが、書字、読字などの項目を含むことから結果の解釈には教育的背景の影響を受ける点を考慮する必要がある。

##### 3) N式精神機能検査 (Nishimura Dementia Scale)

N式精神機能検査は、12項目から構成されている。記憶、見当識、計算に加え、概念構成、図形描写、空間認知、運動構成機能などの課題も含まれ、より広範囲にかつ短時間で簡便に知的機能を測定できるように工夫されている。スクリーニングにも使用可能であるが、正常・境界・軽度・中等度・重度の5段階による重症度の判定ができ、薬物療法や非薬物的アプローチの効果判定にも活用可能である<sup>5, 6)</sup>。

##### 4) MSQ (Mental Status Questionnaire)

MSQは、施設入所高齢者の精神機能を把握する大規模調査のために開発された指標である。比較検討のためには客観的指標が必要であるが、心身の状態や社会的状況も多様であり、しかも多数の高齢者を対象とすることから、指標の内容は単純で、かつ測定や判定が簡便に行えるものが求められた。MSQは、これらの課題を考慮し、見当識、記憶、計算、一般的・個人的な情報を網羅しつつ、識別力が高い、必要最小限の10項目で構成された指標である（表2）。5項目は見当識、その他は一般的記憶を把握する項目からなり、見当識に重点がおかれた認知症の重症度を判定する指標である<sup>7)</sup>。

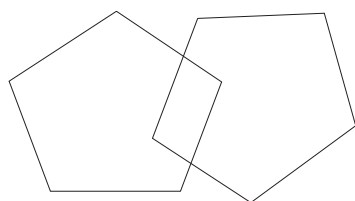
#### 2. 行動観察尺度（観察式）

##### 1) 認知症行動障害評価尺度 (Dementia Behavior Disturbance Scale; DBD)

DBDは認知症による行動障害を鋭敏に感知できる評価尺度として1990年に開発され、現在では臨床、介護現場で広く使用されている。オリジナルは28項目からなるが町田らは、よいケアがBPSDを改善するならば、これを鋭敏にかつ簡便に感知できるBPSDの評価尺度が必要であるという問題意識から出現頻度が低い項目を削除し13項目の短縮版 (DBD-13) を作成した（表3）。13項目による内的整合性を示すCronbach's  $\alpha$ 係数は0.96と高い信頼性が確認されている。また、DBD-28と

表1 Mini-Mental State Examination (MMSE)

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか いまの季節は何ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	年  曜日 月 日	
2 (5点)	ここはなに県ですか ここはなに市ですか ここはなに病院ですか ここは何階ですか ここはなに地方ですか (例: 関東地方)	県 市  階	
3 (3点)	物品名3個 (相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う, その後, 被検者に繰り返させる 正答1個につき1点を与える. 3個すべて言うまで繰り返す (6回まで) 何回繰り返したかを記せ _____ 回		
4 (5点)	100から7を順番に引く (5回まで), あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる		
5 (3点)	3で提示した物品名を再度復唱させる		
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか (鉛筆を見せながら)これは何ですか		
7 (1点)	次の文章を繰り返す 「みんなで力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んで, その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		
11 (1点)	次の図形を書いてください		



出典) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3): 189-193, 1975.

強い相関を示し, MMSEや基本的ADL, 手段的ADLとは有意な負の相関を, Zaritの介護負担尺度 (ZBI) とは正の相関が示され, 感受性の高いBPSD評価尺度として妥当性が確認されている<sup>8)</sup>. 初期集中支援チームでは, 限られた時間で可能な限り多くの情報を得る必要性があることから, 有用性が高く, かつ簡易なアセスメントツールとしてDBD-13が採用されている.

## 2) Clinical Dementia Rating (CDR)

CDRは, 臨床的に認知症の重症度を評定することを目的として開発された. 家族や医療・介護スタッフから

の詳細な情報をもとに記憶, 見当識, 判断力と問題解決, 社会適応, 家庭状況および趣味, 介護状況の6項目それぞれについて, 「障害なし」から「高度障害」までの5段階で重症度を判定する評価指標である (表4). CDRを研究で用いる際には, 6項目の合計得点を算出し統計的に処理することも可能とされている. 病院や施設など臨床現場では, 6項目と重症度とのマトリックスを活用し判定する. この場合は, 記憶の項目を基準に一定のルールに従い判定するものとされている. 詳細については解説書等を参照されたい<sup>9)</sup>.

### 3) N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール)

NMスケールは、認知症の初期の段階から客観的かつ①家事・身辺整理、②関心・意欲・交流、③会話、④記銘・記憶、⑤見当識の5領域からの的確に捉え、日常生活における行動を観察し、対象者の知的機能障害の重症度を正常から重度までの5段階で評価するための指標である<sup>10)</sup>。点数化することもでき、また寝たきり者にも適用できる工夫がなされている。

表2 Mental Status Questionnaire; MSQ(精神状態質問表)

	問題	回答	正・誤
見当識問題	1. ここはどこですか (施設名あるいは施設の種類)		
	2. ここの住所を教えてください		
	3. 今日は何日ですか		
	4. 今、何月ですか		
	5. 今年は何年ですか		
一般問題	6. 今何歳ですか		
	7. 何月生まれですか		
	8. 何年生まれですか		
	9. いまの総理大臣はだれですか		
	10. その前の総理大臣はだれでしたか		
誤答数			
<b>【判定】</b>			
誤答数	程度		
0~2	なし、ないし軽度		
3~8	中等度		
9~10	重度		
検査不能*	重度		

\*聴覚障害や言語障害がなく、検査に協力的な人において

出典)大塚敏男・本間 昭(監):高齢者のための知的機能検査の手引き、

40, ワールドプランニング, 東京, 1991.

### 4) Functional Assessment Staging (FAST)

従来、わが国では認知症の人の知能レベルの行動観察尺度として、日常生活におけるその人の言動や態度、作業遂行力等を基準に判定する柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」<sup>11)</sup>が使用されているが、FASTはアルツハイマー型認知症の病期分類をADL障害の程度によって分類した指標である(表5)。正常な加齢変化を含め7段階からなり、各段階には認知症の進行に応じた臨床的特徴が反映され、詳細な具体例も示されている。判定には、本人および家族から病歴や生活状況、社会的状況も含めていねいに聞き取り判定する必要がある。また、それぞれのStageについておおよその予後や認知機能低下を示す症例の鑑別診断に役立つことが特徴であり、臨床場面では多用されている。

### 5) ファイブ・コグ検査 (Five Cognitive Functions)

ファイブ・コグは、軽度認知障害の時期に低下する「記憶」「注意」「言語」「視空間認知」「思考」の5つの認知機能の状態を評価するために、東京都老人総合研究所とつくば大学の共同により開発された集団認知機能検査である。①運動課題(手の運動)、②手がかり再生課題(エピソード記憶機能)、③文字位置照合課題(注意を集中する機能と注意分割機能)、④時計描画課題(視空間の機能、記憶機能)、⑤動物名想起課題(言語機能)、⑥共通単語課題(抽象的思考機能)の6つの課題を実施してもらい、それぞれの機能を評価するものである。1度に100人程度まで検査できることから全国各地の自治体で認知症予防の取り組みや事業評価に活用されている<sup>12)</sup>。

これらのほか、記憶、学習、注意、思考などの認知

表3 認知症行動障害評価尺度短縮版 (Dementia Behavior Disturbance Scale; DBD-13)

No	質問内容	評定
1.	同じことを何度も聞く	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
2.	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
3.	日常的な物事に関心を示さない	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
4.	特別な理由がないのに夜中起き出す	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
5.	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
6.	昼間、寝てばかりいる	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
7.	やたらに歩き回る	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
8.	同じ動作をいつまでも繰り返す	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
9.	口汚くののしる	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
10.	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
11.	世話をされるのを拒否する	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
12.	明らかな理由なしに物を貯め込む	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
13.	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある
合計		

出典)町田綾子: Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討: ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して、日本老年医学会雑誌, 49(4): 463-467, 2012.

表4 Clinical Dementia Rating (CDR)

	健康 (CDR 0)	認知症の疑い (CDR 0.5)	軽度認知症 (CDR 1)	中等度認知症 (CDR 2)	高度認知症 (CDR 3)
記憶	・記憶障害なし ・時に若干のもの忘れ	・一貫した軽いもの忘れ ・不完全な想起 ・“良性”健忘	・中等度の記憶障害、特に最近の出来事に対するもの ・日常生活に支障	・重度の記憶障害 ・高度に学習した記憶は保持、新しいものはすぐに忘れる	・重度の記憶障害 ・断片的記憶だけ残存
見当識	見当識障害なし	時間的な関連性に軽度の障害がある以外は見当識障害なし	・時間的な関連性に中等度の障害 ・質問式による検査では場所の見当識はあるが、他では地誌的見当識がみられることがある	・時間的関連性に重度の障害がある ・通常時間の失見当がみられ、しばしば場所の失見当がある	人物への見当識だけ
判断力と問題解決	日常生活での問題解決に支障なし。過去の行動に関する判断も適切	問題解決および類似や相違の理解に軽度の障害	・問題解決および類似や相違の理解に中等度の障害 ・社会的な判断は通常保たれている	・問題解決および類似や相違の理解に重度の障害 ・社会的な判断は通常障害されている	・判断不能 ・問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、商売、金銭の管理、ボランティア、社会グループで普段の自立した機能を果たせる	これらの活動で軽度の障害がある	これらの活動のいくつかには参加できるが、自立した機能を果たすことはできない。表面的には普通に見える	家庭外では自立した機能を果たすことができない。一見家庭外の活動にかかわれるように見える	家庭外では自立した機能は果たせない。一見しても家庭外での活動に参加できるようには見えない
家庭状況および趣味・関心	家庭での生活、趣味や知的関心は十分に保たれている	家庭での生活、趣味や知的関心が軽度に障害されている	・家庭での生活に軽度であるが明らかな障害がある。より難しい家事はできない ・より複雑な趣味や関心は喪失	・単純な家事はできる ・非常に限られた関心がわずかにある	家庭で意味のあることはできない
介護状況	セルフケアは完全にできる	セルフケアは完全にできる	時に励ましが必要	着衣や衛生管理、身の回りのことに介助が必要	本人のケアに対して多大な介助が必要。しばしば失禁

出典) Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al.: A new clinical scale for staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 140: 566-572, 1982.

的機能を測定する神経心理学的検査として、Wechsler Memory Scale-Revisedの論理的記憶検査法、WAIS-R成人知能検査、言語流暢性検査、時計描画検査、Trail Making Test等がある。

#### IV. 地域・在宅・高齢者施設における看護研究および実践における評価指標の活用と留意点

知的機能、認知機能等を測定する検査法は数多くあるが、目的や対象者によって適切な方法を選択する必要がある。具体的には、臨床的に薬物療法などの治療効果判定、非薬物療法の介入効果の判定、高齢者施設入所者の認知症重症度判定、地域住民の認知症スクリーニングあるいは認知症予防事業の効果、地域・在宅看護領域の研究における介入の評価などである。

非薬物療法では、脳活性化リハビリテーションに基づく料理プログラムや複合的運動プログラム、音楽療法や

園芸療法<sup>13)</sup>、アロマ足浴・フットマッサージ<sup>14)</sup>、漸進的筋弛緩法<sup>15)</sup>などを用いた介入研究が散見される。

土井らは<sup>16)</sup>、軽度認知機能障害を有する高齢者に対して複合的運動プログラムを実施し、効果判定において画像評価のほか全般認知機能評価としてMMSE、記憶検査としてWechsler Memory Scale-Revisedの論理的記憶検査法を用いて、認知機能の維持向上が図られたことを報告している。

高齢者施設入所者を対象とした研究では、脳活性化リハビリテーションに基づく調理プログラムを行った結果、CDR1～2の介入群においてDBDスコアの改善がみられBPSDが改善し、実行機能が維持されたこと<sup>17)</sup>、介護職による認知症短期集中リハビリテーションプログラムを週2回12週にわたって実施したことにより、介入群の12週後のDBD13が有意に改善し、リハビリテーションプログラムの有用性が認められた研究<sup>18)</sup>などがある。

表5 Functional Assessment Staging (FAST)

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴	臨床的特徴
1. 認知機能の障害なし	正常	主観的および客観的機能低下は認められない	5～10年前と比較して職業あるいは社会生活上、主観的および客観的にも変化はまったく認められず支障をきたすこともない
2. 非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える。喚語困難	名前や物の場所、約束を忘れていたりすることはあるが年齢相応の変化であり、親しい友人や同僚にも通常は気がつかれない。複雑な仕事を遂行したり、込みいった社会生活に適応していくうえで支障はない。多くの場合、正常な老化以外の状態は認められない
3. 軽度の認知機能低下	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	重要な約束を忘れてしまうことがある。はじめての土地への旅行のような複雑な作業を遂行する場合には機能低下が明らかになる。買い物や家計の管理あるいはよく知っている場所への旅行など日常行っている作業をするうえで支障はない。熟練を要する職業や社会的活動から退職してしまうこともあるが、その後の日常生活のなかでは障害は明らかとはならず、臨床的には軽微である
4. 中等度の認知機能低下	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、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす	買い物で必要なものを必要な量だけ買うことができない。だれかがついていないと買い物の勘定を正しく払うことができない。自分で洋服を選んで着たり、入浴したり、行き慣れている所へ行ったりすることには支障はないために日常生活では介助を要さないが、社会生活では支障をきたすことがある。単身でアパート生活をしている老人の場合、家賃の額で大家とトラブルを起こすようなことがある
5. やや高度の認知機能低下	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何とかなだめすかして説得することが必要なこともある	家庭での日常生活でも自立できない。買い物をひとりですることはできない。季節に合った洋服が選べず、明らかに釣り合いがとれていない組み合わせで服を着たりするためにきちんと服をそろえるなどの介助が必要となる。毎日の入浴を忘れることもある。なだめすかして入浴させなければならない。自分で体をきちんと洗うことができるし、お湯の調節もできる。自動車を適切かつ安全に運転できなくなり、不適切にスピードを上げたり下げたり、また信号を無視したりする。無事故だった人が初めて事故を起こすこともある。大声をあげたりするような感情障害や多動、睡眠障害によって家庭で不適応を起こし、医師による治療のかかわりがしばしば必要になる
6. 高度の認知機能低下	やや高度のアルツハイマー型認知症	(a) 不適切な着衣 (b) 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる (c) トイレの水を流せなくなる (d) 尿失禁 (e) 便失禁	寝まきの上に普段着を重ねて着てしまう。靴ひもが結べなかったり、ボタンをかけられなかったり、ネクタイをきちんと結べなかったり、左右間違えずに靴をはけなかったりする。着衣も介助が必要になる お湯の温度や量が調節できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽への出入りもできにくくなり、風呂から出たあともきちんと体を拭くことができない。このような障害に先行して風呂に入りたがらない、嫌がるという行動がみられることもある 用をすませたあと水を流すのを忘れて、きちんと拭くのを忘れる、あるいはすませたあと服をきちんと直せなかったりする 時に(c)の段階と同時に起こるが、これらの段階のあいだには数か月間隔があることが多い。この時期に起こる尿失禁は尿路感染やほかの生殖器泌尿器系の障害がなく起こる。この時期の尿失禁は適切な排泄行動を行ううえでの認知機能の低下によって起こる この時期の障害は(c)や(d)の段階でみられることもあるが、通常は一時的にしろ別々にみられることが多い。焦燥や明らかな精神病様症状のために医療施設を受診することも多い。攻撃的行為や失禁のために施設入所が考慮されることが多い
7. 非常に高度の認知機能低下	高度のアルツハイマー型認知症	(a) 最大限約6語に限定された言語機能の低下 (b) 理解しうる語彙はただ1つの単語となる (c) 歩行能力の喪失 (d) 着座能力の喪失 (e) 笑う能力の喪失 (f) 昏迷および昏睡	語彙と言語能力の貧困化はアルツハイマー型認知症の特徴であるが、発語量の減少と話し言葉のとぎれがしばしば認められる。さらに進行すると完全な文章を話す能力は次第に失われる。失禁がみられるようになると、話し言葉はいくつかの単語あるいは短い文節に限られ、語彙は2、3の単語だけに限られてしまう 最後に残される単語には個人差があり、ある患者では“はい”という言葉が肯定と否定の両方の意思を示すときもあり、逆に“いいえ”という返事が両方の意味をもつこともある。病期が進行するに従ってこのようなただ1つの言葉も失われてしまう。一見、言葉が完全に失われてしまったと思われてから数か月後に突然最後に残されていた単語を一時的に発語することがあるが、理解しうる話し言葉が失われたあとは叫び声や意味不明のぶつぶつ言う声のみとなる 歩行障害が出現する。ゆっくりとした小刻みの歩行となり階段の上がり下りに介助を要するようになる。歩行ができなくなる時期は個人差はあるが、次第に歩行がゆっくりとなる。歩幅が小さくなっていく場合もあり、歩くときに前方あるいは後方や側方に傾いたりする。寝たきりとなって数か月すると拘縮が出現する 寝たきり状態であっても初めのうち介助なしで椅子に座っていることは可能である。しかし、次第に介助なしで椅子に座っていることもできなくなる。この時期ではまだ笑ったり、囁んだり、握ることはできる この時期では刺激に対して眼球をゆっくりと動かすことは可能である。多くの患者では把握反射は嚥下運動とともに保たれる アルツハイマー型認知症の末期ともいえるこの時期は本疾患に付随する代謝機能の低下と関連する

出典) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al.: Functional Staging of dementia of the Alzheimer type. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 35: 481-483, 1984.

一方、健常高齢者、MCIを有する高齢者、認知症高齢者の3群で通所施設と自宅という在居場面の違いにおけるBPSDの差異に関する比較調査も行われており、各群におけるNPIおよびDBDは通所施設に比べて自宅での判定が有意に低く、認知症群はMCI群および健常群に比べてNPIの乖離（通所施設－自宅）の値が有意に大きいことが明らかになり、BPSDは通所施設に比べて自宅で顕在化しやすく、認知症高齢者ではその乖離が大きいという特性が認められた<sup>19)</sup>。

認知症予防事業は、リスクファクターを減らすことを目標とし、具体的なアプローチとしては、ハイリスクの軽度認知障害をもつ高齢者へのハイリスクアプローチと認知障害をもたない健康な高齢者へのポピュレーションアプローチと区別して行うことが推奨されている。矢富<sup>20)</sup>はその結果評価として、認知症予防プログラム参加者の認知症や軽度認知障害への移行状況あるいは健常から軽度認知障害への移行状況を評価する指標としてCDRが適しているとしている。また、これに変わる評価として手段的日常生活能力を挙げている。プログラムの短期的評価を行うには、前述した認知機能評価を、さらに集団を対象としたプログラムの評価にはファイブ・コグ検査が有用であると述べている。

以上、長年に渡り多くの評価指標が開発され、研究や実践の評価に活用されてきたうちの一部を紹介した。活用の際には、それぞれの指標の特徴、利点、欠点を十分理解する必要がある。たとえば、質問式検査では、認知症の人は日によって体調が変化しやすいこと、同一日や時間帯によっても症状が変化することもあり、測定した時点の覚醒状況や気づいた点を記録しておくことなどの対応が必要である。観察式検査では、正しい判断を行うために対象者の日常生活状況を可能な限り正確に把握していることが重要であり、そのためには家族や医療・介護スタッフなどから正しい情報を引き出す必要があるとともに、適切な情報提供者の見極めも重要である。

いずれにしても、対象者の負担を最小限にし、かつ目的を達成するうえで必要な情報を得るためには、研究課題に応じた適切な評価指標を選択する必要がある。また看護実践においては認知症の人の安心、安寧および安全を重視し必要かつ効果的なケアを実践するために適切にアセスメントを行うことや、看護目標に応じた評価を行うために適切な指標を用いることが重要である。

## 【文献】

- 1) 世界保健機構：世界保健機構(WHO)による「国際疾病分類、第10版」、1993。
- 2) Mckhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al.:The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease;recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*,7 (3) : 263-269, 2011.
- 3) 日本精神神経学会(監修・監訳)：DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル。高橋三郎・大野 裕(訳)，医学書院，東京，2014。
- 4) 加藤伸司・下垣 光・小野寺敦他：改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成。老年精神医学雑誌，2(11)：1339-1347，1991。
- 5) 福永知子・西村 健・播口之朗他：新しい老人用精神機能検査の作成；N式精神機能検査。老年精神医学，5：221，1988。
- 6) 大塚敏男・本間 昭(監)：高齢者のための知的機能検査の手引き，27-34，ワールドプランニング，東京，2007。
- 7) Kahn RL, Goldfarb AI, Pollack M, et al.: Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal Psychiatry*, 117: 326, 1960.
- 8) 町田綾子：Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討；ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して。日本老年医学会雑誌，49(4)：463-467，2012。
- 9) 大塚敏男・本間 昭(監)：高齢者のための知的機能検査の手引き，65-69，ワールドプランニング，東京，2007。
- 10) 小林敏子・播口之朗・西村 健他：行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度(NMスケール)および日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の作成。臨床精神医学，17(11)：1653-1668，1988。
- 11) 柄澤昭秀：行動評価による老人知能の臨牀的判定基準，老年期痴呆，3：81-85，1989。
- 12) 矢富直美：楽しく続ける認知症予防のアクティビティ。財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団(監)，90-93，ひかりのくに，大阪，2006。
- 13) 増谷順子：軽度・中等度認知症高齢者における園芸活動と音楽活動に対する関心・意欲の比較検討。日本認知症ケア学会誌，13(4)：770-780，2015。
- 14) 石井一恵・原 哲也・西山陽子他：認知症高齢者の睡眠障害改善への試み；アロマ足浴・フットマッサージを施行して。日本精神科看護学術集會誌，57(3)：92-96，2014。
- 15) 池俣志帆・百瀬由美子：行動・心理症状(BPSD)を有する認知症高齢者への漸進的筋弛緩法の応用と課題；予備的検討。日本早期認知症学会誌，6(1)：108-112，2013。
- 16) 土井剛彦・島田裕之・牧迫飛雄馬他：軽度認知機能障害を有する高齢者の認知機能向上のための複合的運動プログラ

- ム：日本運動疫学会プロジェクト研究“介入研究によるエビデンス提供”，運動疫学研究，19(2)：102-109，2017.
- 17) Murai T, Yamaguchi H: Effects of a Cooking Program Based on Brain-activating Rehabilitation for Elderly Residents with Dementia in a Roken Facility:A Randomized Controlled Trial. *Progress in Rehabilitation Medicine*, 2: 1-9, 2017.
- 18) 葉梨大輔・葉梨之紀・保坂真理他：老人保健施設における介護職による認知症短期集中リハビリテーションプログラムの効果についての介入研究. *Dementia Japan*, 29(4)：615-621, 2015.
- 19) 橋立博幸・原田和宏・浅川康吉他：認知障害高齢者の行動・心理症状に関する検討：在居場面の違いによる差異. *日本公衆衛生雑誌*, 59(8)：532-543, 2012.
- 20) 矢富直美：認知症予防活動の効果評価と課題. *老年社会科学*, 27(1)：74-80, 2005.