

リハビリテーションやレクリエーションの
実施前後に
除外規定
意識障害、急性疾患

(5) 同内容を測定する他のアセスメント
N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール)
Clinical Dementia Rating
欧米で最も汎用されているが、本邦では研究論文で見かける程度の認知である。

(6) 痴呆の診断と治療への応用

6-1 早期発見の評価方法

アルツハイマー痴呆の診断は DSM IV に従って行われるが、その具体的例示が乏しいため、痴呆医療において痴呆を疑う一般医家に解りにくさが否めない。各地で「物忘れ外来」など、痴呆外来が増加しているが、潜在的痴呆患者の数からして、早期発見には一般医家の協力が欠かせない。杏林大学の「物忘れ外来」では、毎週3人の新患が訪れるが、統計的には、三鷹市だけでも8000人近くの認知機能低下 (痴呆) 患者がいると推計され、このペースでは50年以上かかることになる。

このためには、特異度が低くても感度の良いスクリーニング機能を有する簡易な検査方法を確立する必要がある。

現存する最も簡易な方法としては「柄澤式痴呆判定規準」があり、早期発見の手がかりとしての具体的エピソードとして、1) 話題が乏しく限られている、2) 同じことを何度も尋ねる、3) 今まで出来た作業にミス又は能率低下が目立つ の3点が挙げられている。家族が最初に気づいた痴呆のエピソード (本間昭、毎日ライフ2000) では、同じことを何度も尋ねる43%、ものの名前が出てこない36%、以前あった興味や関心の低下32%、物のしま

い忘れ32%が他のエピソードより群を抜いて多い。更に、本当に家族が痴呆がありそうだと考えて、病院を受診する位になると、杏林大学物忘れ外来受診時には、同じことを何度も尋ねる88%、物をなくす82%、無関心60%が群を抜いており、柄澤式、家族の早期に気づいたエピソード、物忘れ外来での問題行動の頻度とも、一定の傾向が伺える。

すなわち、短期及び長期記憶障害 (話題が乏しく限られている、同じことを何度も尋ねる、ものの名前が出てこない) と生活障害 (物のしまい忘れ、物をなくす)、と性格変化 (以前あった興味や関心の低下、無関心) の3群に分けられ、これは DSM IV の診断規準にも合致することから、早期発見のスクリーニングツールとして提案したい (表1)

表1) 痴呆早期発見のための本人、家族への問診表

短期及び長期記憶障害

同じことを何度も尋ねますか?

ものの名前が出てこないことがありますか?

生活障害

物のしまい忘れや物をなくすことがありますか?

性格変化

以前興味があったことに関心が薄くなってきましたか?

III-2 痴呆の合併症を評価する

高齢者に頻度が高くケアが問題となる一連の症状所見を「老年症候群」と呼ぶ。老年症候群は大きく3つに分類される (1,2)。

1) 主に急性疾患に付随する症候で、若い人と同じくらいの頻度でおきるが、対処方法は高齢者では若い人と違って工夫が必要

な症候群。

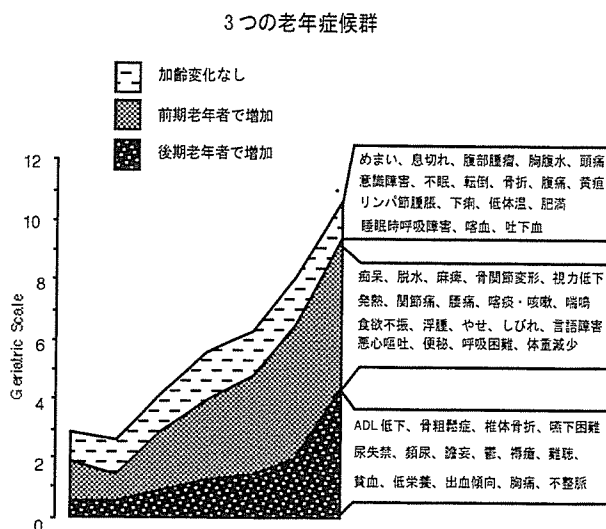
2) 主に慢性疾患に付随する症候で、65歳の前期老年者から徐々に増加する症候群。

3) 75歳以上の後期高齢者に急増する症候で、日常生活活動度（ADL）の低下と密接な関連を持ち、介護が重要な一連の症候群

意義：この3つの老年症候群の分類と加齢変化（図1）は高齢者の複合的疾患構造を説明し、医療と介護が不可分であることの実証である。

80歳以上の入院高齢者では、平均8以上の老年症候群を同時に保有する。

(図1)



逆に痴呆患者で、老年症候群をいくつもつか、またどのような老年症候群を合併しやすいか検討してみた。対象は東大老年病科入院症例で痴呆と診断された38例（平均年齢80.1±1.1歳）で、改訂長谷川式簡易知能スケールは11.3±1.4（0~27）である。平均疾患数は4.6個、老年症候群は4.8個と平均よりやや少ない。痴呆のため十分身体的側面が評価されていない可能性もある。

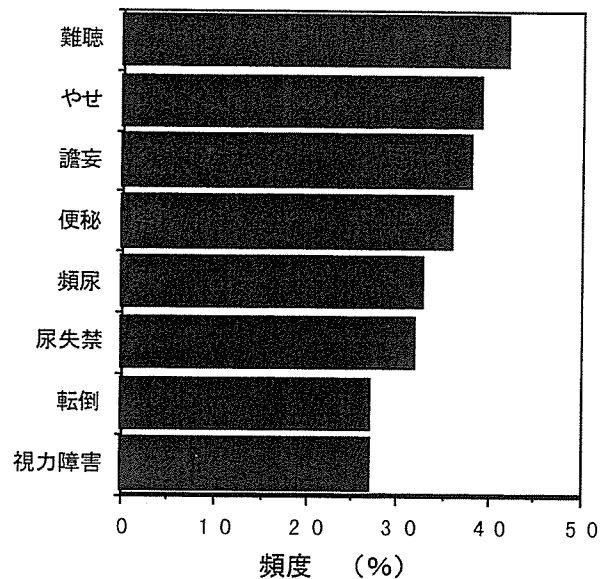
日常生活活動度はBarthel Index(100点満点)で63.4±4.7と中等度にADLが阻害

されている。

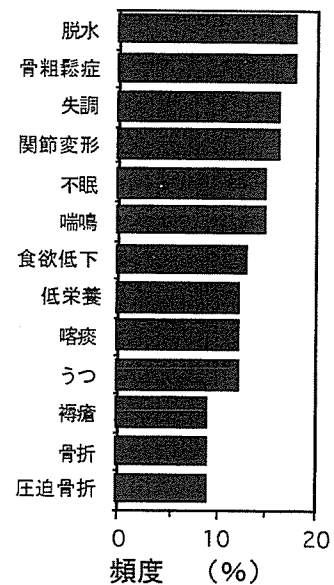
合併する老年症候群の頻度を図2に示す。

(図2)

痴呆に合併する老年症候群の頻度
5人に1人以上の高頻度のもの



10人に1人以上の老年症候群



高頻度の老年症候群は、主としてケアに直結する一連の症候群（譫妄、失禁、転倒）やコミュニケーション障害（難聴、視力障害）、栄養に関連する症候（やせ、便秘）などに分類される。

また中等度に見られる症候も、合併病態や

関連病態である栄養関連（脱水、食欲低下、低栄養、褥瘡）、骨関節系（骨粗鬆症、骨折、関節変形）、精神神経系（失調、うつ、不眠）、呼吸器系（喀痰、喘鳴）などに大別される。頻度の極端に少ないものは吐き気（5%）、肥満（0%）であった。

このように、痴呆は他の代表的な老年症候群である尿失禁、転倒骨折、誤嚥性肺炎、低栄養、廃用性症候群などを高頻度に合併し、さらに譫妄やうつなども問題となる複雑な医療分野といえる。

本稿では、痴呆に合併する老年症候群を全て取り上げて治療を論ずることはできない。

代表的に、低栄養の問題をとりあげる。

アルツハイマー痴呆では、初期に鬱症状が出現し、食欲の変動がみられるが、進行するにつれ、食事に対する意欲が減退する例もみられる。

症例：72歳男性、5年間で20kgの体重減少

日常生活活動度は自立（Barthel Index (3) 100点、JABC ランク；A1）

手段的日常生活活動度は廃絶（Lawton (4) 0/5）

改訂長谷川式（5）；高度痴呆（9/30）、柄沢式痴呆重症度分類2度（最大4度）

痴呆行動障害スケール；28項目中15項目に該当

Geriatric Depression Scale；鬱（Full Scale 19/30項目）

Vitality Index（6）意欲中等度低下（6/10点満点、食事意欲は勧めないと食べない）

老人保健施設、療養型病床群における食事に関する意欲の調査を行ったところ、痴呆性老人では、食事を促さないと食べない割

合が有意に多かった（表2）。

（表2）

	自分から たべようとする	すすめられないと 食べないことがある	無関心
痴呆	150 (71%)	48 (23%)	13 (6%)
非痴呆	243 (83%)	34 (11%)	19 (6%)

$\chi^2=11.6, P=0.003$

脳血管性痴呆では、さらに嚥下困難症例が増加し、摂食意欲があっても、嚥下性肺炎により、絶食を余儀なくされることも多い。肺炎の繰り返しは、栄養障害をさらに増悪させる。

栄養障害に付随する病態は

精神神経症状：理解力低下（仮性痴呆）、無欲状顔貌、全身倦怠

循環器症状：起立性低血圧、褥瘡、足背浮腫

骨筋肉症状：大腿骨頸部骨折、骨量減少、筋緊張低下

免疫低下：感染、遅延性アレルギー反応低下、NK活性低下

その他：Euthyroid sick syndrome (Low T3 症候群)、貧血、薬剤副作用増大 (Alb ↓)

このように低栄養はさらに老年症候群の数を増加させる。

痴呆患者の栄養障害は、摂食意欲をいかに増大させ、摂食意欲低下に隠れた病態（誤嚥、食事に時間がかかる、味覚の変化）などを的確に判断し対処する。痴呆患者に栄養低下だけで胃瘻を考えるのは、長期的成績が乏しい現在、十分慎重に適応を吟味する必要がある。

III-3 総合的機能評価による診断と治療効果の判定の問題

痴呆の重症度では、自立困難や日常生活動作の困難などが判定で重要視されるが、治療効果では「記憶検査」以外長く省みられることがなかった。進展予防に有効な

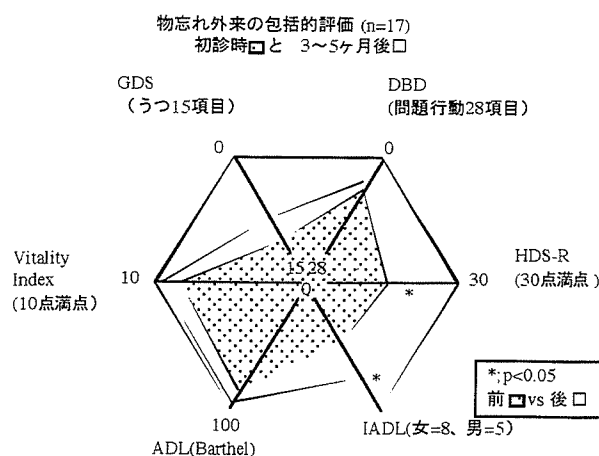
薬剤が開発され、記憶力の保持には著明な効果が見られないことが分かって、ようやくこれらを加味した評価が取り入れられるようになった。

高齢者の総合的機能評価はもともと、認知能だけでなく、うつ、ADL、生活自立、家庭環境、サービス利用、介護負担などを総合的に評価するものであり、老年医学における痴呆医療の最も重要な領域である。

杏林大学高齢医学では、物忘れ外来開設以来、全例に総合的機能評価を施行し、治療判定に役立てている。

これまでの成績では、薬物療法（塩酸ドネペジルなど）や行動療法（回想法、オリエンテーション療法、運動療法）などで、最も改善効果が強い機能は、生活自立と関連する手段的ADL（Lawton&Brody）であった。手段的ADLは、交通手段を使って外出する、買い物をする、電話をかける、金銭管理をする、服薬管理をする、炊事をする、掃除などの家事をする、洗濯をするの8項目であり、在宅の生活自立に直結している。これに次いで感度のよい機能評価は、短期記憶力（HDSR, MMSE）であり、問題行動28項目の調査（痴呆行動障害尺度）は介護負担（Zarit Burden Interview）と良い相関があるが、症例によって改善と不変に分かれ、今後の検討課題である。

(図3)



IV) 問題行動に対するケア技術の問題と痴呆を支える介護保険

筆者は老年医学会から、国立中部病院内科、遠藤英俊医長とともに、厚生労働省要介護認定調査検討委員会の委員に任命され、過去2年、要介護度の一次判定ソフトの問題点を討議し、改善への提言を行ってきた。

現行要介護度一次判定ソフトの問題点で委員、参考人からの主要意見は以下の通りである。

- 1) 手のかかりそうな項目を入力すると、介護時間が減る
- 2) 実際に介護時間の変更に効いている項目は少ない
- 3) 状態像の方が優れている
- 4) 運動能力の低下していない痴呆高齢者の要介護度が低い
- 5) 在宅の介護負担が反映されていない可能性*
- 6) 調査項目が科学的でない*
- 7) 調査の繰り返し再現性(日を変えて)、一致率(別の調査員)
が検討されていない*

この箇条書きで、最も重点的な問題点は4)であり、星印は筆者が指摘した問題点である。

現行ソフトの問題点に対する調査と対応が委員会の事業として行われ、

6) 調査項目が科学的でないに関しては、追加項目を加え105項目で予備調査し、有効項目を選定した。

この結果現状85項目は79項目に精選された(6項目追加、12項目削除)

また、「ひどい物忘れ」は身の回りの項目に分類されていたが、問題行動の一つに移動した。

7) 調査の繰り返し再現性(日を変えて)、一致率(別の調査員)が検討され、90%以

上の再現率、一致率を認め、評価の信頼性が担保された。

5) 在宅の介護負担が反映されていない可能性に関しては

大規模に在宅調査を施行し在宅でも要介護度を反映したがばらつきは大きいこと。

また、痴呆問題行動に対する相対介護時間比は施設と変わらない(15%位)結果を得た。

この点に関しては、問題点が残る。施設の夜間勤務者が少ないため、問題行動への対処が少ない可能性や、在宅の夜間介護は毎日のため、ばらつきの原因や介護負担感が在宅で高い可能性を指摘し、今後、介護負担感の調査が必要であることが共通認識となった。

また、痴呆介護に関しては現在、宮城、東京、愛知に痴呆介護の調査研修センターが設けられ、痴呆のケア技術に関して、開発研修が行われている。これは逆の表現をすれば、痴呆特有のケア技術、特に問題行動への対処が、「見守り」で代表されるように、十分開発されていない現状を示す。

老年医学からみた痴呆医療の重点領域の一つに、ケア技術の開発と客観的な評価(対象をおいたコントロールスタディー)があり、老年科医が中心となって科学的評価の実践を今後集中的に行う必要がある。今回の一次判定ソフトの改訂によって、問題行動の要介護判定における比重は若干強くなった。しかしながら、介護度を変更するまでには至らず、過渡的措置として、認定審査会(2次判定)に資するため、問題行動がありながらADLが保たれているいわゆる「元気痴呆」には、マークをつけ、介護度を変更する場合に参考になる指標にも、注意を喚起する記号を付すこととなった。

今後痴呆のケア技術は急速に発展し、これ

に伴って、1分間タイムスタディーで行われる痴呆のケア測定時間も増加する可能性が大きい。要介護認定の検定作業も3年に1回くらいのペースで持続して行う必要があると考えられる。

痴呆のケア技術を発展させるためには、いいケアをして良くなったことを客観的に評価して介護者に報いることである。そのためには、重症痴呆患者のQOLを評価する手技が必要である。意欲の指標(表4)は痴呆の程度や生命予後と強い相関をもち(図4)、このような需要に最も的確に答える指標と考えられる(6)。また、今後重症痴呆の言語、非言語能力を定量的に評価する手技の開発と応用も、老年医学からみた痴呆医療の重点領域である。

文献

- 1) 鳥羽研二：シンポジウム介護保険と高齢者医療：施設介護の問題点
日老医誌 34(12):981-986, 1997.
- 2) 鳥羽研二、大内尉義：老年症候群の特徴と検査の重要性：総合臨床、47,1,1998
- 3) Lawton, M.P. & Brody, E.M.: Assessment of older people: Self-Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist: 9, 179-186, 1969
- 4) Mahoney, F.L. & Barthel, D.W.: Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland. State. Med. J. 14(2): 61-65, 1965
- 5) 加藤伸司、下垣光、小野寺敦志、植田宏樹、老川賢三、池田一彦、小坂敦二、今井幸充、長谷川和夫：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、11 1139-1347, 1991
- 6) Kenji Toba, MD, Ryuhei Nakai, MD, Masahiro Akishita, MD, Setsu Iijima, MD, Masanori Nishinaga, MD, Tamaki Mizoguchi, MD, Shizuru Yamada, MD, Kiyoshi Yumita, RN, Yasuyoshi Ouchi, MD.: Geriatrics Gerontology International 2:23-29, 2002

2) 問題行動の評価

飯島 節 (筑波大学大学院障害リハビリテーションコース)

問題行動の出現は、著しく介護負担を増大させ、患者と介護者双方の生活の質(QOL)を損なう。また、在宅介護を困難にして早期の施設入所の原因となり、介護費用の増大を招く。しかし、問題行動はすべての痴呆患者に一律に認められるわけではなく、痴呆の重症度や病期との関連も一定していない。一般に問題行動は、環境変化や精神的ストレス、不適切な介護、身体疾患などに際して反応性に生じることが多く、これらの誘因が取り除かれれば解消する場合も少なくない。また、薬物療法によく反応する場合もあり、中には痴呆の進行にともなって自然に軽快する場合もある。問題行動は重要な症状であると同時にさまざまな介入により軽快する可能性もあることから、中核症状にも増して重要な治療のターゲットである。したがって、これを適切に評価することは、痴呆患者の治療方針の決定やケアプランの策定およびそれらのモニタリングに欠くことが出来ない。

■ 評価の目的

(1) 「問題行動」とは何か

「問題行動」とは、DBD スケールの開発者である Baumgarten らによれば、認知機能障害、心理学的障害、生理学的障害などを背景として出現する症状で、介護者のストレスの原因になりやすいものと定義されている¹⁾。

痴呆には、いわゆる中核症状とよばれる記憶障害、見当識障害、実行機能障害などの他に、周辺症状とよばれる幻覚、妄想、徘徊、不穏、攻撃性などの非特異的な症状が認められる。この周辺症状の多くは行動の異常として現れ、介護困難の主たる原因となると同時に患者自身の安全をも脅かす。これが問題行動に該当する。

(2) なぜ問題行動を測定する必要があるのか?

問題行動の出現は、著しく介護負担を増大させ、患者と介護者双方の生活の質(QOL)を損なう。また、在宅介護を困難にして早期の施設入所の原因となり、介護費用の増大を招く。しかし、問題行動はすべての痴呆患者に一律に認められるわけでは

なく、痴呆の重症度や病期との関連も一定していない。一般に問題行動は、環境変化や精神的ストレス、不適切な介護、身体疾患などに際して反応性に生じることが多く、これらの誘因が取り除かれれば解消する場合も少なくない。また、薬物療法によく反応する場合もあり、中には痴呆の進行にともなって自然に軽快する場合もある。

以上のように、問題行動は重要な症状であると同時にさまざまな介入により軽快する可能性もあることから、中核症状にも増して重要な治療のターゲットである。したがって、これを適切に評価することは、痴呆患者の治療方針の決定やケアプランの策定およびそれらのモニタリングに欠くことが出来ない。

(3) 「DBD スケール」とは何か

DBD スケールは、Baumgarten らによって開発された、痴呆にしばしば認められる問題行動についての質問 28 項目からなる尺度である¹⁾。観察によって、各項目について「全くない(0点)」から「常にある(4点)」までの5段階で評価し、総得

点（最高 112 点）を算出する。

DBD スケールは溝口らによって日本語に翻訳され、その再現性、内的整合性、評価者間信頼性が明らかにされている 2)。

(4) いつ測定するのか

痴呆患者の医療機関初診時、ケアプラン作成時、介護負担評価時、介入効果判定時などに随時評価する。

(5) 同内容を測定する他の方法

DBD スケールと同じく海外で広く使用されていて、わが国にも導入されている評価法に、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) 3) や Neuropsychiatric Inventory (NPI) 4) などがある。

BEHAVE-AD は、Reisberg らによって主としてアルツハイマー病にみられる行動異常を評価する目的で開発された尺度である。妄想観念、幻覚、行動障害、攻撃性、日内リズム障害、感情障害、不安および恐怖の 7 つの下位尺度と全般評価から構成されている。日本語版 BEHAVE-AD については信頼性が検討されている 5)。

NPI は、Cummings らによって痴呆にともなう精神症状の評価尺度として開発された。妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無為、脱抑制、易刺激性、異常行動の計 10 項目について、介護者からの情報にもとづいて、頻度と重篤度を評価するようになっている。日本語版では信頼性の検討が行われている 6)。

わが国で独自に開発された評価法に、朝田らによる痴呆患者の問題行動評価表 (Troublesome Behavior Scale; TBS) がある 7) 。徘徊や異食などの 15 の問題行動から構成されており、個々の行動について過去 1 ヶ月間の頻度を評価する。一部の項目は在宅

患者用と病院・施設患者用の 2 種類に分かれている。

■ 実施方法と判定上の注意

DBD スケールは、主たる介護者を対象とする面接法によって評価するように設計されている。しかし、質問紙を手渡して自己記入してもらう形式でも使用できるとされている。何れにしても、患者の日常生活を一番よく知っている人に回答を求めることが大切である。

面接法による場合には 5 分程度を必要とする。自己記入による場合には、初回は同じく 5 分程度を要するものの、経過観察のために記入を繰り返す時には 1~2 分で済むようになる。

■ 判定の解釈

DBD スケール得点が高いほど各種の問題行動の頻度が高く、得点が低いほど頻度が低いことを示す。すべての質問項目は異常な行動によって構成されているので、0 点以外はたとえ 1 点でも異常であると推定される。したがって、異常と正常を分けるようなカットオフポイントは設定されていない。

DBD スケールは評価の対象を表面化した行動異常に限定している。そのため、薬物療法などを考慮する場合には、異常の背景にある幻覚や妄想、うつなどの精神症状や認知機能障害などについて、あらためて診断・評価する必要がある。

また、行動異常の過去 1 週間の頻度を評価対象としていることは、評価者が患者と接する時間の長短によって評価が影響される可能性を示している。また、行動の異常の中には、特定の介護者や特定の状況に限定して出現する場合があることにも注意が

必要である。

■ DBD スケールの解説

DBD スケールが評価の対象としているものは問題行動である。しかし、問題行動という用語の使われ方には若干の混乱が認められることから、1996年以來、国際老年精神医学会によって、痴呆の行動・心理学的症候 Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSD) という用語に統一することが提唱されている⁸⁾。BPSDは、行動の異常 (behavioral symptoms) と心理学的な症状 (psychological symptoms) に大別することができる。前者には、攻撃性、大声、不穏、焦燥、徘徊、不適切な行動、性的脱抑制、収集癖、暴言、つきまといなどがあり、患者の日常生活を観察することによって評価される。後者には、幻覚、妄想、不安、抑うつなどがあり、一般に面接によって診断される。

DBD スケールの質問項目は、BPSDのうちで傍から観察しうる行動異常に限定している点に特徴がある。たとえば「根拠なしに人に言いがかりをつける」という行動は、妄想やパラノイアなどの精神症状に基づいているものと推定されるが、あえてそうした解釈を加えないで、表面化した行動変化だけを評価対象としている。また、行動異常の重篤度は無視して頻度だけを評価している点にもうひとつの特徴がある。このふたつの特徴が、DBD スケールの高い信頼性に寄与しているものと考えられる。

DBD スケールは高い内的整合性を有することから、全 28 項目が問題行動という同一の概念を評価しているものといえる。このことは、すべての質問項目が適切であることを示すと同時に、項目数を減らせる可能性を示しており、今後の検討課題である。

■ 応用

外来通院中の痴呆患者の主たる介護者に介護中の負担感の有無について 5 段階で回答を求め、その結果と被介護者の DBD スケール得点との関連を検討したところ、両者の間に有意な正の相関が認められた (図 2)。一方、同じ対象において、被介護者の簡易知能質問紙法 (SPMSQ) の誤答数と介護者の負担感の有無との間には、有意な相関関係は認められなかった。このことから、介護者の負担感の検討のためには、SPMSQ よりも DBD スケールによる評価の方が有用であると考えられる。

栗田らは、老人保健施設入所中の痴呆患者において、DBD 得点と認知機能得点 (Mini-Mental State; MMS) との関係を検討した⁹⁾。その結果、アルツハイマー型痴呆群では MMS 得点と DBD 得点の間には有意な負の相関が認められたが、混合型痴呆群では両者の間には有意な関連は認められなかった。これは、認知機能からみた痴呆の重症度と問題行動との関連は必ずしも一定ではないことを示しており、介護負担や介入効果の検討において、DBD スケールによって問題行動を評価することの必要性を示唆している。

Baumgarten らは、痴呆患者の家族介護者のうつ症状 (Center for Epidemiologic Studies depression scale) と身体症状 (Aday and Anderson's 24-item physical symptom check list) の経過と被介護者の問題行動との関係を調査した¹⁰⁾。その結果、調査開始時に DBD 得点が 17 点以上だった患者の介護者では、17 点未満だった患者の介護者と比較して、1 年後のうつ症状と身体症状が有意に悪化していた。このように DBD スケールによって問題行動を評価することは、痴呆患者の介護者の健康上の負担を予測し対策を立てる上で有用である。

■ 引用文献

- 1) Baumgarten M, Backer P, Gauthier S. Validity and reliability of the Dementia Behavior Disturbance Scale. *J Am Geriatr Soc* 38: 221-226, 1990.
- 2) 溝口 環、飯島 節、江藤文夫、石塚 彰映、折茂 肇 : DBD スケール (Dementia Behavior Disturbance Scale) による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. *日老医誌* 30: 835-840, 1993.
- 3) Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 48 (Suppl): 9-15, 1987.
- 4) Cummings J, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44: 2308-2314, 1994.
- 5) 朝田隆、本間昭、木村通宏、宇野正威 : 日本語版 BEHAE-AD の信頼性について. *老年精神医学雑誌* 10: 825-834, 1999.
- 6) 博野信次、森悦朗、池尻義隆、今野徹、下村辰雄、橋本衛、山下光、池田学 : 日本語版 Neuropsychiatric Inventory—痴呆の精神症状評価法の有用性の検討 —. *脳神経* 49: 266-271, 1997.
- 7) 朝田隆、吉岡充、森川三郎、小山秀夫、北島英治、川崎光洋、木之下徹、浅香昭雄 : 痴呆患者の問題行動評価表 (TBS) の作成. *日本公衛誌* 41: 518-527, 1994.
- 8) Finkel SI, et al.: Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia; A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8(suppl. 3): 497-500, 1996.
- 9) 栗田正、磯貝行秀、栗田正文 : Alzheimer 型痴呆と混合型痴呆における問題行動と認知機能障害との関係. *日老医誌* 31: 860-864, 1994.
- 10) Baumgarten M, Hanley JA, Infante-Rivard C, Battista RN, Becker R, Gauthier S: Health of family members caring for elderly persons with dementia. *Ann Intern Med* 120: 126-132, 1994.

3) 重度の痴呆性高齢者における残存機能の評価

分担研究者 飯島 節 (筑波大学大学院障害リハビリテーションコース)

要旨

従来の重症度評価法によって最重度と判定された痴呆性高齢者においても、生きる意欲や何かをする能力が残されている可能性がある。こうした従来の方法では分類や分析が困難な、重度痴呆性高齢者に僅かに残された能力を、包括的に「残存機能」と呼ぶ。

痴呆が重度であっても、日常的な活動や役割は可能であったり、何かをすることで楽しむことも可能であったりすることがある。また手の機能は、重度になっても比較的保たれていて、食事も自力摂取が可能であったりする。痴呆が重度になると、もう何もできなくなったと考えがちな家族や周囲の介護者にとって、できることを見出すために評価を行なうことは、日々のケアにおいて大切なことである。保たれている機能がわかることで、それに合わせた関わりが可能となり、生活の中で適切な刺激があるように配慮することもできるからである。保たれている機能を用いることで、充実した、楽しい時間が持てるかもしれないし、そのことを通して有意義な周囲との関わりを保つことができるかもしれない。個人に合わせたケアをするためには、それぞれに残された機能をできるだけ個別に評価することが必要である。

三つ編みテストは、重度痴呆性高齢者の中に残されている機能を、三つ編みという馴染みのある作業を通じて評価しようとするものである。

B. ■三つ編みテストの手引き

1 用具

①ひも：長さ 30cm の布ひも（太さ 300 番のファッションコードを推奨する）を用意する。色は赤、黄、空色の 3 色とし、各色 1 本、計 3 本を 1 組として一方を糸で束ねておく。検査用に 1 組、練習用に 1 組、完成見本として三つ編みに編んだものを 1 組の計 3 組を用意する。

②輪ゴム：1 本、検査終了後に編み終わったひもを留めるのに用いる。

2 実施方法

①実施場所と実施する肢位

被検者が慣れている場所が好ましい。必ずしも検査室や個室で行う必要はないが、他者がいるところや集団の影響が検査結果に反映する可能性のある場所はふさわしくな

い。テストは立位でも可能であるが、一般的には椅子に腰掛けて行う。両手の動作がやりやすい姿勢をとる。三つ編みをするときは、机上でもひざの上でもよい。臥位で行なうと編む時に抗重力肢位になるため編みにくく、被検者にとって不利になるので望ましくない。

②導入の手順

(1) 被検者に見えるようにひもを呈示しながら「このひもで三つ編みを編んでください」と言う。編んでいる間、検者はひもの束ねた方の端を持っている。「子供の頃、女の子がおさげにしていた編み方です」などとヒントを与えてもよい。

(2) 編めなかったら、完成見本を呈示し、「このような編み方です」と言う。

(3) それでも編めなかったら、デモンストラーションとして検者が最初の 4 動作をやっ

て見せ「このような編み方です」と言う。そして「この続きをやってみてください」とうながし、4動作以上できるのを確認した後、「そうですね。できましたね。それでは新しいひもで最初からやってみましょう」と言って、新しいひもに替える。練習したひもと完成見本は、被検者の見えないところに置く。

(4) 編んでいる間は「そうですね」「きれいですね」「最後まで編んでください」等の励ましや会話はしてもよいが、編み方に関する介入はしない。(誤っていても、そのまま続けさせる)

(5) 被検者が最後の留め方を気にして、ひもを編み残そうとする場合は「輪ゴムでとめますから、最後まで編んでください」と言う。

(6) ひもの最後まで編み終わったら、「おつかれさまでした。ありがとうございました」と言い、端を輪ゴムでとめる。

3 中止条件

①ひもに全く注意を払わないときは中止する。

②ひもを口に持っていったり食べようとしたりする場合は中止する。

③ひもに触る、握りしめる、三つ編みではないが結んだり折ったりする場合は、1分間程度見守り、観察されたことを記録し中止する。

4 評価方法

テスト時に下記のどの段階で三つ編みを編みはじめたかを「教示の段階」として評価する。編み回数や正確さや巧拙は問わない。

段階Ⅰ ひもの呈示と口頭による教示やヒントのみで編みはじめる

段階Ⅱ 完成見本の呈示で編みはじめる

段階Ⅲ デモンストレーションの続きで練習した後、新しいひもで編みはじめる

段階Ⅳ デモンストレーションの続きは編めるが、新しいひもでは編めない

段階Ⅴ 編まない

■ 評価の目的

(1) 「重度の痴呆性高齢者における残存機能」とは何か

従来の重症度評価法によって最重度と判定された痴呆性高齢者においても、生きる意欲や何かをする能力が残されている可能性がある。こうした従来の方法では分類や分析が困難な、重度痴呆性高齢者に僅かに残された能力を、包括的に「残存機能」と呼ぶことにする。

(2) なぜ「残存機能」を評価する必要があるのか？

痴呆が重度であっても、日常的な活動や役割は可能であったり、何かをすることで楽しむことも可能であったりすることがある。また手の機能は、重度になっても比較的保たれていて、食事も自力摂取が可能であったりする。痴呆が重度になると、もう何もできなくなったと考えがちな家族や周囲の介護者にとって、できることを見出すために評価を行なうことは、日々のケアにおいて大切なことである。保たれている機能がわかることで、それに合わせた関わりが可能となり、生活の中で適切な刺激があるように配慮することもできるからである。保たれている機能を用いることで、充実した、楽しい時間が持てるかもしれないし、そのことを通して有意義な周囲との関わりを保つことができるかもしれない。個人に合わせたケアをするためには、それぞれに残された機能をできるだけ個別に評価すること

が必要である。

(3) 「三つ編みテスト」とは何か

三つ編みテストは、重度痴呆性高齢者の中に残されている機能を、三つ編みという馴染みのある作業を通じて評価しようとするものである。

(4) いつどこで評価するのか

本テストは、「手引き」に示す通り、いつでもどこでも可能である。座位でも立位でも可能であるから、検査室や診察室のほか、居室や廊下の隅でも実施することができる。ただし、被検者が周囲の刺激に煩わされないことを配慮する必要がある。たとえば、テスト中に、他者の介入があったり別の刺激が入ったりすると、テスト結果に影響する。

(5) 同内容を測定する他の方法

軽度から中等度の痴呆性高齢者の認知機能を検査する方法は数多く開発されているが、重度痴呆性高齢者の残存機能を評価できる方法は少ない。

三つ編みに似た認知作業能力を評価する方法としては、Allen(1992)の認知水準評価がある。この評価は、革細工のレーシング課題と手たたき課題の遂行を観察して1～6水準に分け、日常の日課の行動特性を観察してアレン認知水準区分6～1を評定する。この2つの評定によって、その患者の水準にあった活動を選択したり、提供したりするものである。日本では革細工はあまり馴染みがないので、痴呆性高齢者にはなかなか難しいが、三つ編みテストは、この評価の革細工のレーシング課題と類似する課題である。

日本では、脳卒中片麻痺の患者を対象にした組みひもによる評価がある(遠藤てる

1993)。

痴呆性高齢者は、コミュニケーション障害があるために、それ以外の機能や能力の評価が困難となってしまうので、より簡単で、日常的な課題での評価が必要である。

■ 実施方法と判定上の注意

(1) 実施方法

実施方法は、「手引き」に示す通りである。三つ編みテストを実施する者は、職種は問わないが、痴呆性高齢者に関わることに慣れている人もしくは被検者から信頼されている人が望ましい。重度の痴呆性高齢者においては、ひもや三つ編みに関心を向けさせること自体がきわめて困難であり、テストそのものの実施よりもテストへの導入の方が困難なことが少なくない。そこでテストへの興味を上手に引き出し、痴呆性高齢者が安心して取り組めるように誘導できる人が実施することが好ましい。

(2) 所要時間：3分前後

(3) 実施上の注意

被検者が三つ編みに興味を示さない時には、決して無理強いしてはならない。機嫌の良いタイミングを見て再度試みるとよい。用具は簡単で危険性はほとんどない。

(4) 判定上の注意

判定上の注意点は「手引き」に示す通りである。

■ 判定の解釈

三つ編みの結果は、編みはじめた教示の段階によって5段階に分けられるが、三つ編みができる(段階Ⅰから段階Ⅲ)、三つ編みができない(段階Ⅳと段階Ⅴ)、に大別される。

ほとんどの痴呆のない女性高齢者は、口

頭で依頼しただけで三つ編みが可能である(守口, 2000)。重度の痴呆性高齢者であっても、口頭の依頼のみで健常者と同じように楽しそうに編める人がいる(段階Ⅰ)。これは三つ編みをすることによって評価される機能に関しては、比較的維持されている群である。

デモンストレーションの続きを編み、ひもを替えても最初から編むことができる人がいる(段階Ⅲ)。この群の人は、口頭によるコミュニケーションでは教示が不十分であるが、デモンストレーションや練習によって課題が理解でき、三つ編みが行える。この群の人に対して関わる場合には、言葉だけでなく実際にやらせてみるという、ていねいなオリエンテーションが必要であることを示している。

三つ編みができない人のうち、デモンストレーションの続きは編めるが、新しいひもに替えると編めない人がいる(段階Ⅳ)。この群の人は、目の前に見えていればその続きが可能であっても、目の前から見えなくなると課題自体もわからなくなる。この群の人に対して関わる場合には、常に目に見える教示を必要とすることがわかる。

編まない群(段階Ⅴ)には、まったく興味を示さない人、別の物を編む人、握ってひもを離さない人、口に運んで食べようとする人などがある。このうち三つ編みはしないがひもで別のものを作ろうとする人には、何かをする意欲が残っている可能性があり、この人たちの残存能力の評価が今後の課題である。一方、まったくひもに触れようもしない場合には、関心がない、ひもに触れる意欲がない、ひもに注意を向けられない、などいくつかの理由が考えられる。この人たちには、何らかの指示に対する動作を期待することは難しいことを示している。この人たちの自発的動作は何か、

どのようなことなら関心を示すのかなどについて、さらに観察が必要である。

以上のように、三つ編みテストは最重度の痴呆性高齢者にも適用できることから、床効果を有する従来の認知機能検査を補完するうえで有用である。一方、痴呆であっても軽度であれば、ほとんどの人が三つ編みが可能で段階Ⅰと判定されてしまうことから、本テストには天井効果があるといえる。

■ 三つ編みテストの解説

三つ編みテストは、痴呆性高齢者に30cmの布ひもで三つ編みを編んでもらうよう依頼してその結果を評価するテストである。この一連の過程には、次のようなさまざまな要素が含まれていると考えられる。

- 1 他人から言葉で伝えられた用件を聞き取ることができる。
- 2 提示された課題の内容が理解できる。
- 3 課題に取り組む意欲がある。
- 4 3本のひもを視覚的に認識できる。
- 5 三つ編みを思い出すことができる。
- 6 3本のひもを扱って編むという手の操作ができる。
- 7 口頭指示のみでは編めず完成見本を見てはじめて編める場合(段階Ⅱ)には、見本を見ることによって課題を理解することができる。
- 8 練習後に新しいひもで編める場合(段階Ⅲ)は、練習したことを覚えていることができる。
- 9 デモンストレーションの続きが編める場合(段階Ⅳ)には、目の前の見本を真似ることができる。

C. 女性の健常高齢者のほとんどが、口頭による依頼のみで三つ編みができることか

ら、三つ編みは新規課題ではなく既に経験したことがあるものであり、それを思い出すという記憶の要素もある。子どもの頃、毎朝髪を三つ編みにしていた女性は無意識に手が動くことも考えられ、手続き記憶の側面もある。

三つ編みができるということは上記の諸要素をクリアしていることになり、編めない場合は、これらのどこかに問題があることになる。しかし、三つ編みテスト単独では、これらの要素のうちどこに問題があるのかを証明することは困難である。このように、三つ編みができるという事実は、痴呆性高齢者のなかにわずかに保たれている能力を包括的に表しているものと考えられる。

また、三つ編みテストの結果は、重度の痴呆性高齢者の日常生活のケアにも反映できる。痴呆性高齢者の中には言葉で動作を促しても拒否的になる人が少なくない。このうちで、三つ編みテストで段階ⅢまたはⅣと判定される場合には、言葉以外の動作による促しや目に見える手がかりがあると状況を認知して動作のできる人である可能性がある。こうした人のケアにおいて、動作による促しや視覚的な手がかりを導入すれば、拒否的な行動を減らせる可能性がある。

さらに、三つ編みテスト実施中の被検者の様子を観察することによって、何かをすることや誰かと関わることを楽しむ能力を知ることができ、アクティビティプランの作成に役立てることもできる。

■ 応用例

103人の痴呆性高齢者に対して三つ編みテストを施行し、痴呆の重症度 (clinical dementia rating; CDR) と三つ編みテストの成績を比較した。その結果、最重度の

CDR3ではじめて三つ編みテストの段階Ⅴの人が出現した。CDR3は43名いたが、段階Ⅰは11名、段階Ⅲは6名、段階Ⅳは7名、段階Ⅴは19名と4グループに分けられた(図2)(Moriguchi, 2002)。このように三つ編みテストは最重度の痴呆患者の残存機能の評価に適している。

D.E. 重度痴呆性高齢者に対して、生きるために必要な最低限の生活ケアの他に、作業療法やレクリエーションなどの余暇活動でかわりを持ちたい場合に、どのようなことが可能か、あるいは本人が楽しめるかのひとつの目安として、三つ編みテストの結果を用いることができる。また、三つ編みそのものを活動として行なうこともできる。

■ 引用文献

1. Allen C. K., Earhart C.A., Blue T. (1992) Occupational therapy treatment goals for the physically and cognitively disabled. The American Occupational Therapy Association Inc. Bethesda.
2. 遠藤てる、本田豊、瀬戸みさきら (1993) くみひもー認知的側面よりの作業分析. 作業療法ジャーナル 27 (6) pp.470-482.
3. 守口恭子、福屋靖子 (2000) 痴呆性老人の作業療法における三つ編み作業能力の分析. 作業療法 19,(特)、P.349
4. Moriguchi K, Iijima S (2002) Braiding Test: A method of evaluating the remaining ability in patients with severe dementia. The 12th WFOT in Stockholm.

4) 意欲とムードの評価

鳥羽研二 (杏林大学高齢医学教授)

要約

意欲の測定方法は質問紙法（モラルスケールなど）と行動観察療法がある
 質問紙法は軽度の意欲低下の抽出に優れるが、多くの要介護者には使用不能である
 行動観察法である意欲の指標（Vitality Index）は要介護高齢者の意欲の測定に優れる
 意欲を高めるには、個人のニーズにあった行動療法、リハビリテーションを行う
 個人のニーズを把握するためには総合的機能評価が必要である

意欲とはなにか

狭い意味では「ある対象にたいする積極的な意思」と定義されますが、外部に対して明確な対象を保持するか否かには問題にせず、広い意味では「人、環境や事象に対する積極的な反応」と捉えられます。介護の現場では「入浴やリクリエーションへの自発性、積極性や、ケアへの要介護者の反応」として使用されていることが多いと思われれます。

意欲の測定方法と測定限界

意欲の測定方法

「意欲がありますか？」と聞いて「あり、なし」で答える方法。あり、なしの代わりにビジュアルアナログスケール（例；10cmの長さを意欲満点、0cmを意欲零点としたらあなたはどのくらいですか？）を使用する方法がありますが、意欲を構成する要素少ないため、ある種の働きかけに対しては意欲が低下していないケースを見落してしまう欠点があります。

一般的な意欲を含む指標としては、人生の質（生活の質；Quality of Life）の指標としてMOS-SF36があります。本邦でよく使われるものに主観的幸福度の指標であるモラルスケール（Philadelphia Geriatric Center Morale Scale）があります。モラルは士気を意味し意欲と近い概念です。意欲の低下はうつの一表現形で、高齢者に

はGeriatric Depression Scale (GDS) が用いられます（表1）。

筆者は要介護者の日常生活動作に関連した意欲を測定する「意欲の指標（Vitality Index）」を開発しました（表2）。リハビリや介護の現場で次第に使用頻度が増えています。

表2

表4)

意欲の指標 Vitality Index

1) 起床 (Wake up)	
いつも定時に起床している	2
起こさないと起床しないことがある	1
自分から起床することがない	0
2) 意志疎通 (Communication)	
自分から挨拶する、話し掛ける	2
挨拶、呼び掛けに対し返答や笑顔がみられる	1
反応がない	0
3) 食事 (Feeding)	
自分で進んで食べようとする	2
うながされると食べようとする	1
食事に関心がない、全く食べようとしない	0
4) 排泄 (On and Off Toilet)	
いつも自ら便意尿意を伝える、	
あるいは、自分で排尿、排便を行う	2
時々尿意、便意を伝える	1
排泄に全く関心がない	0
5) リハビリ、活動 (Rehabilitation, Activity)	
自らリハに向かう、活動を求める	2
促されてむかう	1
拒否、無関心	0

除外規定；意識障害、高度の臓器障害、急性疾患（肺炎などの発熱）

判定上の注意

1) 薬剤の影響(睡眠薬など)を除外。起座できない場合、開眼し覚醒していれば2点

2) 失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい

3) 器質的消化器疾患を除外。麻痺で食事の介助が必要な場合、介助により摂取意欲があれば2点

(口まで運んでやった場合も積極的に食べようとすれば2点)

4) 失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、失禁後にいつも不快を伝えれば2点

5) リハビリでなくとも散歩やリクリエーション、テレビなどでもよい。

寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する

測定限界と指標の使い分け

ビジュアルアナログスケール、MOS-SF36、モラルスケール、GDSは質問紙法といって直接本人の回答を求める。一方意欲の指標は介護者による観察法で、要介護者の協力は要しない。

MOS-SF36は70歳以上では有効回答率は50%に低下します。要介護者での調査ではモラルスケール、GDSともに60%しか有効でなかった。また痴呆高齢者では全例施行不能であった(機能の悪い人を判別出来ない;「床効果」)。意欲の指標は100%測定可能であった。意欲の低下した症例はしばしば痴呆を合併しており、測定能力では意欲の指標が勝っている。虚弱高齢者などで、極わずか意欲の低下した症例を検出する能力はモラルスケール、GDSがすぐれる。意欲の指標は、健康老人に近い対象には「天井効果」(機能の良い人を判別出来ない)がある。

意欲の低下した人はどれくらいいるか?

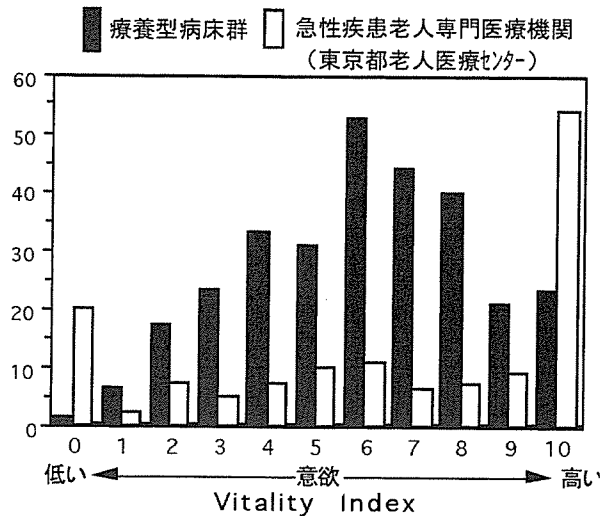
「うつ」症状の発現率は意外に多く、慢性の療養施設では30%に上る。

意欲の指標(Vitality Index)を用いて急性医療機関と療養型病床群で比較すると、急性医療機関では30%未満である意欲の低下症例(Vitality Index10点満点で7点以下)

は、慢性療養施設である療養型病床群では70%以上になる(図1)。急性病院でも極端に意欲の低下した症例があり、病状の軽重との関連が示唆される。

(図1)

意欲の低下症例の分布の違い



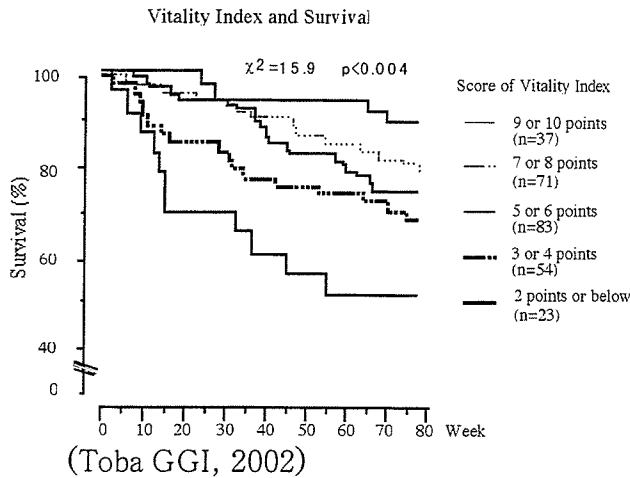
急性疾患病院では、大多数の症例の意欲は保たれているが、極端に意欲の低下した症例もみられ、2極化している。療養型病床群では中等度意欲が低下した群が多数を占める

意欲の低下はどのような意味をもつか?

日常生活活動度(Activities of Daily Living; ADL)をバーセル指数(Barthel Index)で測定し、Vitality Indexと分布を比較すると、ADL低下者にも意欲が保たれている、一連のグループ^oがあり、リハビリテーションを行う必要性が示唆される。

意欲の低下度と介護保険要介護度を比較すると、意欲の低下は要介護度のアップにつながり、Vitality Indexが5点未満では、要介護度は4または5が殆どであった。意欲の向上は介護負担を軽減する可能性がある。意欲の低下は生命予後に反映する(図)。

Figure



意欲を高めるには？ うつ症状の高齢者に対して様々な手段がとられている。集団リハビリテーション（ボール投げ、水中リハビリ）、

行動療法

リクリエーション療法（音楽療法、散策療法、言葉遊び）、

作業療法、

心理療法（集団療法、個別回想法）

薬物療法（抗うつ剤、SSRI）

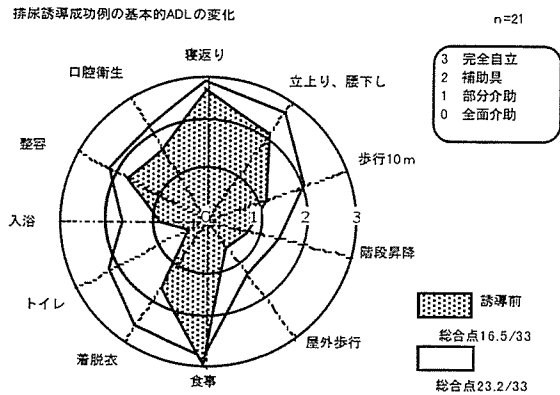
電機刺激療法

集団リハビリテーションでは、軽度の意欲低下症例で、1ヶ月程度で意欲の向上が観察されます。

行動療法の一つである、排尿誘導を行った症例では、通常のリハビリを持続して得られなかった他のADL改善効果がみられ、ADL向上の意欲の持続には、行動療法では、個人の最も求める機能を回復すべく、集中的に行うのが効果的であることが示されている。（図2）意欲の向上がADL向上につながり、介護負担も軽減させる好例と考えられる（尿失禁参照）。

(図2)

排尿誘導成功例の基本的ADLの変化



様々なリクリエーション療法で意欲の向上が意欲の測定抜きに、介護者の印象として主観的に報告されている。リクリエーション頻度を増加させた場合、3ヶ月後に、Vitality Index で1点弱の向上が認められている。

集団療法では、悲しみ、落ち込みについて、グループ話し合いをすることによって、客観的に自分の心理を観察出来、問題解決のための方法を共有し、施療者とのコミュニケーションが向上し、心理療法への受け入れ度（コンプライアンス）が向上する。

回想法は、最も注目されている方法で、個人の歴史（自分史）に基づいて、特有の強う印象のある事象に注目し、そこを強調回想することによる大脳賦活療法である。集団療法より効果的で、肉親との昔話、同級生との交歓などに類似した効果を期待できる。

一定の行動療法が効果のない場合、副作用（不随意運動、排尿障害、傾眠など）に注意しつつ、抗うつ剤の使用を行うことが望ましいと考えられている。

全く食事に興味が無くなった症例でも、薬剤投与によって食事、挨拶などの意欲が回復した例は少なくない。このようなケースでは次に上記の非薬物療法を加えていく。

(5) コミュニケーションの評価

町田綾子 (杏林大学高齢医学、言語聴覚士)

要旨

高齢者の言語コミュニケーション障害に対し、既存の測定指標項目 45 項目から 13 項目の構成概念を抽出し、短時間で測定出来る「ミニコミュニケーションテスト」を開発し、信頼性、妥当性、有用性を検討した。介護療養型医療施設入院患者 354 名 (平均年齢 81.9 ± 8.3 歳)、および杏林大学医学部附属病院高齢医学入院患者名 124 名 (平均年齢 80.3 ± 8.1 歳)、同大学高齢医学もの忘れ外来通院患者 34 名 (平均年齢 76.5 ± 7.0 歳) を対象とした。対象者の 87.2% が完遂可能であり、平均実施時間は約 7 分であった。各項目間の相関は $0.34 \sim 0.86$ で、不適当な重複項目は認められなかった。検者間信頼性は、変動係数は 10.7%、相関は $r=0.95$ と高値を示した。繰り返し再現性は相関係数 $r=0.99$ と高値を示した。内的整合性はクロンバッハ α は 0.93 であり、臨床使用に耐える信頼性をもつことが確認された。妥当性に関しては、Barthel Index との相関は $r=0.65$ 、改訂長谷川式簡易知能評価スケールとは $r=0.93$ 、意欲の指標とは $r=0.66$ であり、認知機能と特に高い相関を認めた。高齢者のコミュニケーション能力には基本的 ADL、認知機能、意欲など多くの要素が関与し、総合的な評価が必要と考えられた。本テストはその簡便性と臨床的信頼性・妥当性から、高齢者の総合的機能評価のなかで言語コミュニケーション障害をスクリーニングする有力な評価法になりうると考えられる。

評価の目的

(1) 「コミュニケーション」とは何か

ここではコミュニケーションを話ことばによる意思の伝達 1) と定義する。

(2) なぜコミュニケーションを測定する必要があるのか?

・コミュニケーション能力は視覚障害、聴覚障害、言語障害、痴呆、うつ、意欲の低下など様々な要因で低下するため、コミュニケーション能力を把握することは全身状態把握の一助となる。

・言語障害、痴呆患者などはリハビリテーション、レクリエーションをおこなうとコミュニケーション能力が向上する。コミュニケーション能力を測定することでそれらの効果をすることができる。

・その人にあったコミュニケーション手段

を選択することができる。(補聴器装用、ゆっくり話しかける、文字やジェスチャーなども用いるなど)

(3) ミニコミュニケーションテストとは何か

・高齢者の言語コミュニケーション能力を簡便に測定する指標。

・ミニコミュニケーションテストは短時間に実施可能である。

・重症痴呆患者に対しても実施可能である。

・見当識課題 5 項目、言語課題 8 項目から構成されており、認知機能障害、言語障害のスクリーニングが可能である。

(4) いつ測定するのか

日常生活場面において

・意思疎通がはかりにくい

・聴覚、文字、身振り・・・何を使えば効果的か分からないとき
病院や施設において
リハビリテーションやレクリエーションの実施前後に
除外規定
意識障害、急性疾患

(5) 同内容を測定する他のアセスメント

・改訂長谷川式簡易知能評価スケール2)
本邦では代表的な痴呆評価スケールである。言語機能、言語コミュニケーションレベルの測定を目的とした検査ではないが、ミニコミュニケーションテストとは相関が高く、簡便な言語性認知機能評価スケールである。
・実用コミュニケーション能力検査、同検査短縮版3)
失語症者のコミュニケーションレベルの測定を目的に開発された検査。コミュニケーションレベル測定のための代表的な検査であるが、重症痴呆患者に対しては難易度が高い。
・標準失語症検査4)

失語症者の言語機能測定を目的に開発、標準化された検査。詳細な言語機能についての情報を得られるが、本来失語症者のために開発された検査であるため、痴呆患者には難易度が高く、実施に時間がかかる。

実施方法と判定上の注意

(1) 実施方法

看護、介護者など高齢者の日常に関わっている者が実施する。

言語障害が疑われる患者については言語聴覚士が実施することが望ましい。

(2) アセスメント実施にかかる時間(目安) :
約6~8分

(3) 判定上の注意

1.名前

指示方法：「お名前は」と尋ねる。
誤答または無反応の場合は異なる名前を用いて「〇〇さんですか」と尋ねる。
採点：氏・名いずれかでも正しく答えられれば正答とする。

2.年齢

指示方法：「歳はいくつですか」と尋ねる。
採点：±2歳までは正答とする。

3.出身地

指示方法：「お生まれはどこですか」と尋ねる。
採点：地名ができれば正答とする。

4.日付

指示方法：「今日は何日ですか」と尋ね、無反応または誤答は「何曜日ですか」と尋ねる。「今は何月ですか」とたずね無反応または誤答は「今の季節はなんですか」と尋ねる。

採点：日付、曜日のどちらかが答えられれば得点とする。月、季節のどちらかが答えられれば得点とする。

5.時間

指示方法：「昼御飯を食べましたか」と尋ね、正答であれば「夕御飯はたべましたか」と尋ねる。実施時間の前後2食について尋ねて確認する。

採点：2つの質問に正しく答えた場合に正答とする。

6.発声持続

指示方法：「できるだけ長くアーと行って下さい」という。

7.数唱

指示方法：「1~10まで数を数えて下さい」といい無反応または誤答の場合は検査者が1~3までを先に数える。さらに無反応または誤答の場合は「いっしょに数えましょう」といい再度1からいっしょに数える。
採点：自発で数唱可能な場合正答とする。

検査者が3まで先に数えた場合語頭音ヒントとする。10までいっしょに数えた場合斉唱とする。

8.復唱

指示方法：「私のいうことをまねしてください」という。

採点：復唱可能な単語数を得点とする。短文は完全正答のみ得点とする。

9.呼称

用具：名詞絵カード10枚

指示方法：「これは何ですか」といい絵カードを提示する。

採点：呼称可能な単語数を得点とする。

10.口頭命令

指示方法：「私の言うとおりにしてください」という。

採点：動作がすべて完了して得点とする。

11.語列挙

指示方法：「動物の名前をできるだけたくさん教えてください」という。無反応の場合は「たとえば犬がいますね」とヒントをあたえる。

採点：例示された語は数えない。同じ語を繰り返した場合は1語とする。同一の動物について表現をかえて言った場合は1語とする。

12.情景画の説明5)

用具：情景画（「高次脳機能検査（老研版）」より）

指示方法：「この絵に描いてあることを説明してください」という。無反応の場合は「誰が何をしていますか」といいさらに無反応が続く場合は「ここに何がありますか」と尋ねる。

採点：名詞句+述部が含まれれば1文とし、文レベルとする。（但し助詞の省略は許容する）

13.音読

用具：「ジャックと豆の木」の冒頭1文が

かかれた用紙

指示方法：「声にだして読んでください」という。

採点：誤読、繰り返し、省略なしに読めた場合正答とする。一語以上音読が可能であれば不完全正答とする。

判定の解釈

(1) カットオフ値もしくは重症度の判定

満点がとれなければ、言語コミュニケーション能力の低下が疑われる。

(2) 天井効果や床効果などの限界

・天井効果がある。

・ミニコミュニケーションテストが100点であっても日常の言語コミュニケーションにまったく問題がないとはいえない。

(3) 天井効果や床効果などの限界を埋めるためのアセスメントや他の画像・血液・生理検査

中等度～軽度の痴呆症状を示す患者、および心身の状態が既存のコミュニケーション検査の実施にたえると判断された患者については、より難易度が高く、詳細な情報を得られるCADL,SLTAなどの実施が望まれる。

ミニコミュニケーションテストの解説6)

1.名前 目的：自分に対する見当識

2.年齢 目的：自分に対する見当識

3.出身地 目的：遠隔記憶

4.日付 目的：時間に対する見当識

5.時間 目的：おおまかな時間に対する見当識

6.発声持続 目的：有声音での発声が可能か 最低限の発話に必要な呼気量の有無

7.数唱 目的：自動的発話が可能か

8.復唱 目的：聴覚過程の障害の有無 言語表出の障害の有無 言語性短期記憶

9.呼称 目的：視覚過程における障害の有