

厚生労働科学研究費補助金

認知症政策研究事業

認知症者に対する最適な医療・ケアのあり方を支援する神経心理検査等の評価法の幅広い利用に向けた指針策定に関する研究

令和3年度 総括研究報告書

研究代表者 大沢 愛子

令和 4 (2022) 年 3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

認知症に対する最適な医療・ケアのあり方を支援する神経心理検査等の  
評価法の幅広い利用に向けた指針策定に関する研究 研究要旨-----1

研究報告書-----2

II. 研究成果の刊行に関する一覧表-----17

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

認知症者に対する最適な医療・ケアのあり方を支援する神経心理検査等の  
評価法の幅広い利用に向けた指針策定に関する研究

[研究代表者]

大沢 愛子 国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部 医長

[研究分担者]

荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長

近藤 和泉 国立長寿医療研究センター 病院 副院長

伊藤 直樹 国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部 統括管理士長

植田 郁恵 国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部 作業療法主任

大高 恵莉 国立長寿医療研究センター 健康長寿支援ロボットセンター  
健康長寿テクノロジー応用研究室 室長

佐藤 弥生 国立長寿医療研究センター 先端医療開発推進センター CRC室長

川村 皓生 国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部 理学療法主任

前島 伸一郎 金城大学 医療健康学部 教授

吉村 貴子 京都先端科学大学 健康医療学部 言語聴覚学科 教授

研究要旨

本邦の認知症有病者数が増え続ける中、認知症者の治療やケアに携わる全ての職種が認知症の病態の全体像や介護者の抱える問題点を的確に把握し、相互に情報を交換できるよう共通の評価法を用いて、診療・ケア・研究を実施できるシステムを確立する必要がある。認知症診療においては、これまで種々の神経心理学的検査の有用性が示されてきた。しかし、評価法はきわめて多岐にわたっているため、統一的な評価法を用いて大規模にデータを活用するには至っていない。そこで、国内外の神経心理検査の活用状況を調査するとともに、それぞれの検査の特性を整理し、多施設で共通して実施できる精度の高い病態評価システムを構築するための評価法の採択の根拠となる基礎的データを構築することを目的として本研究を実施した。研究は研究 1-4 からなる。研究 1 では国内外の認知症診療と研究において使用されている神経心理学的検査法等について、評価の特徴や版権の状況がひと目でわかる一覧表を評価領域別に作成した。研究 2 では認知症の診療に専門的に携わる医療従事者に対して、実際に現場で用いられている評価法の実態を調査し、加えて評価される当事者として軽度認知障害と認知症の人およびその家族介護者に対して評価に対する要望や意見を調査した。研究 3 では 2011 年 1 月～2021 年 5 月までに発表された論文のなかから、軽度認知障害、認知症、またはその介護者を対象とした臨床研究のうち、ランダム化比較試験に用いられている評価法を抽出し約 10 年間の使用動向を調査した。研究 4 では Sacred Heart Rehabilitation Services & St. Vincent's Hospital Sydney (オーストラリア) において専門的な認知症診療において評価の位置づけがどのようになされているかについて調査した。研究 1-4 の結果から、認知症の診療や研究に用いられている評価法は多岐にわたり、目的や環境によって使い分けられていることが明らかになった。いずれも概ね短時間で全体的な評価ができる評価法や客観的な数値が示される評価法が選ばれやすい傾向にあり、治療やケアの立案に不可欠な質的評価は診療報酬やマンパワーの問題、評価者の技術の問題、時間的な制約などから現実的には実施されていない場合が多かった。現時点では「正しく評価され治療やケアに活かしてほしい」「評価の内容や結果を丁寧に説明してほしい」という MCI や認知症の人並びに家族介護者の思いを反映した評価システムが構築されているとは言い難く、今後の課題であると考えられた。なお、研究 1-3 の詳細については、令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）：認知症者に対する最適な医療・ケアのあり方を支援する神経心理検査等の評価法の幅広い利用に向けた指針策定に関する研究 研究報告書（抜粋版）を参照されたい。

## A. 研究全体の目的

認知症有病者数は2025年に約700万人に達するとされ、今後さらに多くの医療・介護従事者がその職種に関わらず認知症者の治療やケアに携わることが予想される。こうした中で令和元年に示された認知症施策推進大綱（認知症施策推進閣僚会議）では「共生」と「予防」を認知症施策の基本的な考え方の両輪としており、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会の実現を目指している。このためには、認知症者とその介護者に対する医療と介護のバリアフリー化を図ることが喫緊の課題であり、認知症者の治療やケアに携わるあらゆる職種が認知症の病態の全体像や介護者の抱える問題点を的確に把握し、相互に情報を交換できるツールとして、共通の評価法を使用したシステムを確立することが重要である。現在、我が国で頻用されている認知機能検査にMini-Mental State Examinationがあるが、その得点は言語機能に依存し、遂行機能や視空間認知機能が反映されにくい。また教育歴が高いと感度が低下する等の問題点も知られ（Velayudhan L et al, 2014）、病態を的確に把握して日常診療やケアに役立てるという観点からは十分な評価とはいえず、版権の問題も存在する。一方、専門的な認知症診療においては、これまで種々の神経心理学的検査および臨床評価の有用性が示されてきたが、評価の目的は、認知症の診断、重症度評価、認知機能や生活機能、精神状態の把握、認知症の行動・心理症状（BPSD）の評価、介護負担度の把握など多岐にわたり（杉下, 2011; 前島ら, 2018）、その種類も膨大である。研究代表者の所属機関においても、もの忘れ外来初診時や脳・身体賦活リハビリテーション導入時に複数の神経心理検査等を実施し、認知症者の障害像や残存機能、介護者の負担の詳細などを明らかにしているが、必要な検査を適切に選択・実施できる高度な専門性が要求され、多施設で統一した評価を使用するには至っていない。

そこで本研究では、国内外の神経心理検査の活用状況を調査するとともに、それぞれの検査の特性を整理し、多施設で共通して実施できる精度の高い病態評価システムを構築するための評価法の採択の根拠となる基礎的データを構築することを目的とした。

## B. 研究全体についての方法

国内外の認知症診療における神経心理学的検査等の評価法の実施・活用状況を明らかにするとともに、検査を実施・解釈する専門医や関連職種と、実施される当事者（MCI/認知症の人とその家族介護者）の評価に対する考え・要望を明らかにするために、以下の研究を実施した。

〈研究1〉本邦で使用可能な神経心理学的検査等の評価法一覧の作成：日本語版の有無、版権の状況、価格、必要物品、実施時間、評価法の特徴、資格の必要性などを調査し一覧を作成した。

〈研究2〉認知症診療における神経心理学的評価の使用・活用状況に関する全国実態調査：

①認知症に関する専門医と関連職種を対象としたアンケート調査：臨床で使用している評価法、評価者、評価結果のフィードバック、評価を定期的に行えない理由、評価時間・頻度などについて実態調査を行った。

②評価に対する当事者の考え・要望に関する調査：MCI/認知症者30名およびその家族50名を対象に、評価に対する思いや要望などを調査した。

〈研究3〉国内外の研究に使用された神経心理学的検査等の評価法の検索：2011年1月～2021年5月までに発表された論文のなかから、軽度認知障害、認知症、またはその介護者を対象とした臨床研究のうち、ランダム化比較試験に用いられている評価法を抽出し約10年間の使用動向を調査した。さらに世界中で実施されている認知症予防研究において使用されている評価法についても調査した。

〈研究4〉海外の認知症診療における神経心理学的評価の実施に関する調査：初診から評価までの流れや評価を治療やケアに活かすシステムに関するWeb調査を実施した。

最終的にこれらの研究結果を集約し、統一した評価システムの構築に向け、認知症者の障害の全体像や介護者の抱える問題点が的確に把握できるような評価法を選択するための方向性を検討した。

（倫理面への配慮）

倫理面に関する配慮としては、本研究の開始に先

立ち、国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会に対して「認知症の病態把握に有用な神経心理検査等の評価法選定における要望調査」として申請を行い、承認を得ている（承認番号1531）。それに基づき、全ての研究を通じて、以下の対応で統一した。

#### I. 研究等の対象とする個人の権利擁護

①書面によるインフォームドコンセントに基づき、対象者とその家族の同意が得られた場合にのみ研究を行う。

②プライバシーを尊重するため、対象者の個別の研究結果については秘密を厳守し、研究結果から得られるいかなる情報も研究の目的以外に使用しない。集計されたデータは匿名化を行い、患者 ID 番号と置き換えた番号との対応表を作成する。匿名ファイルおよび対応表へのアクセス権は、研究代表者および研究分担者のみとする。匿名ファイルのうち、情報は国立長寿医療研究センターリハビリテーション科部の書庫に、対応表は、国立長寿医療研究センター副院長室に保存媒体を施錠保管し、研究に携わらない第三者が管理する。

③本研究の性質上、画像データは含まず、解析に使われるのは数値データのみであるが、研究結果の公表に際しては個人が特定できないよう配慮する。

#### II. 研究等の対象となる者（本人又は家族）の理解と同意

対象者に対し、書面及び口頭にて研究について説明し、研究の目的や内容を理解した上で同意が得られた場合にのみ、対象者の了解を著した同意書に署名を依頼する。今回の研究では失語などの言語障害により言語理解が不能な者は除外基準としており、代諾者は必要ないと考えられるため、代諾はなしとする。同意能力はあるが筆記困難な場合は代筆を認める。また対象者が何らかの理由により研究の拒否、中断を申し出た場合はすぐに中断する。

#### III. 研究等によって生ずる個人への不利益並びに危険性と医学上の貢献の予測

本研究において新たに実施される評価は書面による調査のみであるため、懸念される健康被害は無いと考えられる。ただし、質問紙票への回答に 15～20 分程度の時間的拘束が生じる。研究対象者に対するその場での直接的な利益はないが、本研究は将来の認知症リハビリテーション医学研究の発展に寄与できる可能性がある。

医学的な貢献としては、本研究の実施により、国内外での神経心理的検査の活用状況が明らかになり、今後の認知症政策を進めるにあたって、認知症の人とその介護者の治療とケアにおける神経心理評価の位置づけや目的が明確になる。また、本研究の成果となる学術的かつ実用的見地から整理された複数の神経心理検査の特性に関するデータは、認知症診療における行政上の評価法の採択の根拠となり、医療・介護分野で統一した評価システムを構築するための基盤となる。多くの認知症専門診療や介護が行われている現状においても、評価の特性や活用状況に関して広く調査されたデータはこれまでになく、本研究で得られるデータをもとに、認知症の人とその介護者に対する統一した評価法を含む病態評価システムが構築されれば、認知症の人の障害像や介護者の抱える問題点が一律に把握できるのみならず、大規模な介入効果の検証も可能となり、世界をリードする我が国の認知症診療やケアの技術水準の向上に資することが期待される。認知症者に対するこのような正確な病態把握と介護者が抱える問題の明確かつ具体的な把握は、認知症施策推進大綱にある「地域共生社会」の実現のための認知症バリアフリーの取り組みを推進するためにも不可欠であり、新規性の極めて高い貴重なデータになるものと考えられる。

#### IV. その他

利益相反について、本研究は、厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）の一環として実施するが、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの職員として、センターの利益相反対処方針に従い、利益相反行為防止規則を遵守し、適正に本研究を実施する。

#### C. 全体の研究結果

## <研究1>

認知症診療・高齢者診療および認知症関連研究で通常用いられる評価法として、17個の全般的認知機能関連評価、4個の知能関連評価、7個の記憶関連評価、5個の注意機能関連評価、5個の前頭葉・遂行機能関連評価、5個の視空間認知関連評価、3個の行為・構成関連評価、6個の言語・コミュニケーション関連評価、17個のQuality of life(QOL)・Activities of daily living(ADL)・Instrumental ADL(IADL)関連評価、17個の精神機能関連評価、3個のBPSD関連評価、2個のせん妄関連評価、3個の介護負担関連評価、9個のその他・複合評価、計103個の評価法を抽出した。また、これらの評価法の特徴や性質を明らかにするため、言語、著作権に関する表示、著作権管理団体の情報、確認媒体、使用条件、費用(評価機器、評価用紙、登録費用、診療点数、診療区分、実施時間、適用年齢、評価方法)評価の特徴を調査し、一覧表にまとめた(表1)。

## <研究2>

①2021年7月時点で日本認知症学会専門医および日本老年精神医学会専門医として登録されている1858名にアンケートを送付した。75名が受け取り不可で返送され、574名の医師(回収率32.2%)と183名の関連職種(療法士、心理士、看護師など)から回答を得た。医師からの回答では診療上重要と思われる評価項目としてはBPSD(95.5%)、家族の介護負担(94.6%)、記憶(91.5%)、介護保険の利用状況(86.2%)、遂行機能(80.3%)が8割を超えていた。評価の目的は主に「病態の把握」(92.2%)と「診断」(92.0%)であり、予後の推定(32.8%)や治療・訓練効果の判定(22.0%)は少なかった。スクリーニングとして使用している評価法は長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)とMini-mental State Examination(MMSE)が圧倒的に多く、時計描画試験や立方体模写試験、簡易前頭葉機能検査(FAB)もよく使用されていた。QOLやADL、IADLの評価、言語・コミュニケーションの評価は必須ではなく必要に応じて実施されていた。これらのスクリーニングに加え、質的な評価については多くの種類の評価法が選択されており、目的や病態によって工夫して使い分

けられており、何らかの統一した評価法を選択することは困難と思われた。結果説明は94.1%で医師が実施していたが、再診時の診療時間は5~15分が最多で、15分以上の診療を行っているのは2割以下(19.3%)、5分以内の診療も15.5%であり、十分な結果説明が行われていないことが予想された。関連職種の調査で、定期的なフォローの評価を行わない理由は、「医師の指示がない」(59.6%)、「マンパワーがない」(27.9%)の順で多く、「診療報酬点数が低いから」、「一定期間内に再評価すると診療報酬が査定されるから」という理由も複数挙げられていた。「患者や家族が大変そう」(25.1%)、「患者がかわいそう」(2.7%)という意見もあり、次に記載する“MCIや認知症の人およびその家族の評価に対する要望や意見”と全く異なる見解を持っている評価者もいた。今後、評価の意義・必要性について啓発すべきであるとともに、診療報酬や診療チーム構成など、認知症の診療システムにおける評価の位置づけや価値を確立する必要があると思われた。

② 国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会での承認後(承認No.1531)、脳・身体賦活リハビリテーションを実施しているMCIおよび認知症患者31名とその家族50名にアンケート調査を実施した(達成率100%)。MCI/認知症の当事者は94%が評価されることを「良いこと」と回答、86%が「評価を希望」し、66%は「評価時間が長くても詳細な評価を希望」していた。評価により「できないことがわかって悲しい」は29%、「できることがわかって嬉しい」は89%であった。家族は96%が評価されることを「良いこと」と回答し、評価を受けることで「できないことがわかって悲しい」が92%であったが、「できることがわかって嬉しい」も84%あった。評価を受けることで「頑張ろうと思う」が92%、「評価が役に立っている」が84%、「介護負担軽減のために評価が必要」が86%であり、9割以上が評価時の同席を希望した。すなわち、評価を受ける当事者や家族介護者は、適切な評価によって現状を把握することを希望しており、そのためには適切な評価の選択と、丁寧な結果のフィードバックが必要である。当センターでは、毎回の評価後に評価者(医師または療法士)からの簡単な結果説明を行い、さらに、定期受診

時に担当医からの詳細な結果説明を行っており、このようなシステムに対して、92%が「結果説明に満足」と答えた。このような結果を得るためには、評価によって“できないこと”の現実を突きつけるだけでなく、画像検査などの補助検査の結果も合わせてMCIや認知症という病態を当事者に理解してもらうとともに、“できること”を評価し治療や生活指導につなげる技術や、当事者の悲しみや喜びを理解し寄り添い続ける技術が必要であり、評価の選択方法、評価技術、説明技法などに関するマニュアルの作成も必要であると考えられた。

### <研究3>

2011年1月～2021年5月までに発行された医学中央雑誌（医中誌）、PubMed、Web of Science論文のうち、“MCI(軽度認知障害)”と”dementia(認知症)”を対象語として論文を検索した。検索された医中誌75本、PubMed2567本、Web of Science3300本の論文から、RCT、かつ、日本語または英語のフルテキストがあり、具体的な評価法が記載されている論文を抽出した結果、日本語論文13本 英語論文271本が該当した。さらにこれらの論文から使用されている評価法を抽出し、約10年間の評価法の使用動向を調べた。使用されている評価法のカテゴリーは全般的認知機能が40%、精神機能が20%、QOL/ADL/IADLが13%、BPSDが11%で、介護負担や詳細な認知機能に関する評価法は少なかった。また、世界で実施されている大規模な認知症予防研究において使用されている評価法については、全般的認知機能評価、記憶評価、精神機能評価、QOL/ADL/IADLの評価が多く用いられており、認知症の診療で用いられているものとは異なる傾向にあった。これは予防研究では地域在住高齢者やMCI者が対象となっているため、個別の認知機能の維持というよりも、認知症の発症または進行を予防することでQOLや精神機能、IADL/ADLをいかに維持・向上するかが介入の主目的になっていることが理由と考えられた。いずれにしても、科学的論文では、簡便に多くの施設で評価でき、客観的指標が算出され結果が数値としてとらえやすい評価法が選ばれる傾向にあり、臨床において病態を明らかにし治療やケアにつなげるために実施している質的

な評価法とは選定の傾向が異なる可能性がうかがわれた。

### <研究4>

本来は現地調査の予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により海外渡航は制限されたため、本調査はWebにて実施した。また、複数の機関に協力を打診したが、新型コロナウイルス感染症対策などにより認知症診療チームを召集することが難しいなどの理由により、今回はSacred Heart Rehabilitation Services & St. Vincent's Hospital Sydney (オーストラリア)において専門的な認知症診療において評価の位置づけがどのようになされているかについて、医師およびClinical Neuropsychologistにインタビュー形式で調査した。インタビューにより得た回答は以下の通りである。

1. 認知症診療の初診時に使用するスクリーニングのための決められた評価または評価セットはあるか？

はい

2. 具体的な評価法は何を用いているか？

Addenbrooke's Cognitive Assessment - III (ACE-III)

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)

3. 認知症の診断はスクリーニングだけで十分だと思うか？

患者の現在の認知レベルと、推定される病前機能による。例えば、高度な障害がある場合は、スクリーニングで十分であるが、認知機能スクリーニングに合格しても、より包括的な神経心理学的評価で認知機能障害が特定される場合もある。ケースバイケースで考える必要がある。

4. スクリーニングに用いる評価の他に診断のためにどのような評価法を追加して行っているか？

詳細な神経心理学的評価は、参加者の現在の認知レベルおよび発症前の推定機能に合わせて選び、実施する。具体的な評価法には以下のようなものがある。

Test of Premorbid Functioning (TOPF)

WAIS-IV (一部のサブテスト)

WMS-IV (一部のサブテスト)

List learning task または the Rey Auditory and Verbal Learning Test または California verbal learning test - short or long form

Boston Naming Test

Rey Complex Figure Test (Copy and 3 min delay)

Simple copying  
Clock Drawing  
Praxis Screening  
Verbal Fluency (Phonemic and Semantic)  
Trail Making Test  
Colour Form Sort  
Geriatric depression scale or the DASS-21

Optional assessments may include:

Wisconsin Card Sorting Test  
Hayling Sentence Completion Test  
The Sydney Language Battery (Sydbat)

5. 追加の評価の必要性は誰が判断しているか？

精神科医および/または登録医(老年精神医学専門医)

6. スクリーニングは誰が実施しているか？

精神科医および/または登録医(老年精神医学専門医)

ただし、認知症が疑われる段階では General Physician(一般内科医・老年科医)が Mini-mental State Examination を実施し、その結果が不良である場合に精神科医または老年精神医学専門医が認知症の診断や治療のためにスクリーニングを実施する。

7. 追加の評価は誰が実施しているか？

Clinical Neuropsychologist

8. スクリーニングはどのくらい時間がかかるか？

認知機能スクリーニングは約 30 分かかる。その後、老年精神医学専門医の診察が行われ、初診時の全部の所要時間は約 90 分である。

9. すべての追加評価にかかる時間は？

テストを完了するのに約 3 時間、採点、レポート作成、フィードバックなどにさらに 8~9 時間かかる。

10. 定期的な評価はどれくらいの頻度で行われるか？

認知機能スクリーニング(MOCA/ACE-III/RUDAS)は通常 12 ヶ月に 1 回行う(ただし、患者がより頻繁に認知機能のモニタリングを必要とする治療を受けている場合はこの限りではない)。詳細な神経心理学的評価の見直しはそれほど頻繁に行われませんが、概ね初診から約 12~18 ヶ月後に実施される。

11. 病院には認知症ケアチームがあるか？

ある場合、参加職種は何か。

高齢者メンタルヘルスサービスがあり、老年精神科医、作業療法士、臨床心理士、臨床神経心理士、看護師、ソーシャルワーカーからなる多職種チームがある。このチームは、抑うつなど一次的な精神疾患を患っている人や認知症の人を管理している。

一方、認知症の診断を受けているが、精神的には安定しており精神科の診療を受けていない場合は、認知症ケアサービスチームによって管理されている。この部門のスタッフは、老年科専門医、看護師、臨床神

経心理士、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーがいる。

12. 評価の結果について、チーム内で議論しているか？

OPMH のチームでは、常に評価結果について議論している。

13. 評価を行い得られた結果は、認知症の診断やケアにどのように活用されているか？

評価の結果は処方される薬、推奨されるサポートのレベルや種類、臨床心理学や作業療法による介入の種類など、ケアのあらゆる側面に影響している。また、将来計画にも寄与する。このため、認知症の治療においては詳細な評価は不可欠である。

14. 診断結果は誰が患者や家族(介護者)に説明するか？

様々です。主に老年精神医学専門医がフィードバックを行うが、時には、多職種からなるチーム(老年精神科医、作業療法士、臨床神経心理士など)のメンバーが、より詳細なフィードバックを行うために、家族会議を開くこともある。神経心理士が直接患者・家族に別のフィードバックセッションを行うこともある。

15. 初診時の使用時間はどれくらいか？

90 分(老年精神医学専門医)

180 分(臨床神経心理士)

16. 再診までの時間はどのくらいか？

患者さんの状態によって異なりますが、1~3 ヶ月が多い。

17. 診断やケアに評価を行うことは有用だと思うか？

非常にそう思う。

18. その理由は何か？

早い段階で総合的に評価することで、より早く診断し、適切な薬物療法や支援策を開始することができ、患者や介護者のためになる。

19. 評価を受けたくない患者さんに対して、何か工夫はあるか？

診察は受けるが、他の評価(例えば、脳の MRI、認知スクリーニング、正式な神経心理学的評価)は受けないという患者には、患者と家族からの病歴に基づいて、実用的な診断に到達できる場合がある。このような場合、作業診断に基づいた支持戦略/治療が可能である。

20. グローバルに連携した認知症研究において、どのような評価項目、評価方法が必要だと思うか？

認知機能の正式な評価セット(単なる認知スクリーニングではなく、神経心理学的な評価の決まった評価法)

バイオマーカー(最低限、海馬の体積を評価するための冠状動脈スライスによる脳 MRI を期待する。PiB PET スキャンは、オーストラリアではいくつかの研究で使用されているが、現段階では診断目的では使用で



きない。その他、遺伝子のバイオマーカーも収集する価値があるかもしれない。)

定期的な血液検査: ビタミン B12 の低下、甲状腺の機能障害など、認知障害の可逆的な原因を除外する日常生活機能の評価(自己/家族からの報告または作業療法士による評価)

神経精神医学的特徴の評価(例: Neuropsychiatric Inventory を用いた評価)

#### D. 全体の考察

認知症者の治療やケアに携わる多職種が、認知症の病態の全体像や介護者の抱える問題点を的確に把握し、相互に情報を交換しながらシームレスな医療やケアを提供するシステムの構築を目指すなかで共通の評価法を選択し使用することは重要なテーマである。

今回の1-4の研究から、全体的にはMMSEやHDS-Rのような全般的認知機能や時計描画・立方体模写試験のような視覚認知機能をみるもの、前頭葉機能をみるFABなどの評価法が用いられやすい傾向があったが、研究ではこれに加え、精神機能やQOL/ADL/IADLなどに関する評価法も多く選ばれていた。また、臨床でも研究でも比較的簡便で短時間に評価できるものが選ばれる傾向にあったが、臨床では治療やケアを行うために、より詳細な評価が多岐の領域にわたって実施されており、治療やケアに活かすための質的な評価法が重要視されているものと思われた。これらのスクリーニングや質的評価の頻用評価法について、評価法の特徴や評価前に準備すべきもの、所要時間、資格、著作権などについて知っておくことは評価の実施において非常に重要であり、本研究でまとめた評価表の一覧表は、実臨床でも研究でも大いに役立つものと考えられる。

評価法の統一した選定に関しては、現時点では認知症の臨床においても研究においても、目的や状況に応じて様々な評価法が選択され複数の評価法が工夫されて使い分けられていることが明らかになっており、一つの評価法を目的や状況に関係なく選び出すことは困難と考えられた。また、評価される当事者であるMCIや認知症の人およびその家族は、時間がかかっても詳細な評価と評価結果のフィードバック、評価結果の治療やケアへの反映を希望しており、その意味からもスクリーニングとして簡便な評価法を実施した上で、病態や重症度などを明らかにするた

めの詳細な質的評価を実施すべきであると考えられた。

さらには著作権の問題もあり、近年、研究目的にフリーで使用できる評価法は減る傾向にあり、臨床や研究目的であっても評価機器や評価用紙の購入または登録が必要なものが複数みられた。一方、古くから使われている評価法などに関しては著作権の記載が見当たらないものもあり、それらをどのように扱うかは議論の余地がある。本邦で診療報酬が算定できる評価法のほとんどは、評価機器や評価用紙の購入が必要であり、このような事情も評価法の選定に影響してくると考えられる。今後、我が国で使用される評価法の統一を考えるにあたって、評価機器や評価用紙の購入、または登録が必要なものは広く普及させにくいという懸念がある反面、著作権に関する記載がない評価法の中には様々な改訂版が存在しているものも多く、評価の信頼性や妥当性など科学的信憑性の面で問題となることが予想される。このため、今後、我が国の認知症診療に使用するために選定した評価法に関しては、可能な限り無償化を図るよう、しかるべき部署が著作権を管理する、あるいは、全く新たな評価法を開発するなどの工夫が必要であると思われた。

現時点においては、認知症の診療や研究においては、今回の研究の成果である評価一覧表から、目的や状況に応じて、また最近の論文で用いられる評価法の動向を見ながら必要な評価法を選定し、症状の簡単な全体像を捉えたうえで、病態などに基づき種々の評価法を個別に選んで使用することが推奨される。このため、今後は、その選定のためのマニュアルなどを整備する必要があると考えられた。

今回は新型コロナウイルス感染症の流行の影響により海外の現地調査が実施できなかったため、今後、機会を見つけ、海外の認知症の診療で使用している神経心理検査、医療・福祉連携システム、チーム構成などの情報を調査することを考えている。

#### E. 全体の結論

評価者は臨床においても研究においても、より簡便な評価法を工夫して選ぶ傾向にあったが、MCI認知症の人と家族介護者は、評価に時間がかかっても、病状や自分達が置かれた現状を知

り、可能な限り自立した生活を継続するための評価を希望していた。これを実現するためには評価結果を治療やケアに活かすための丁寧な考察や検査結果の当事者へのフィードが必要であるが、現時点では評価技術、マンパワー、診療報酬、当事者の要望への理解不足などにより、当事者の思いを反映した評価システムが構築されているとは言い難い。このため、臨床においては、大まかに症状の全体像を短時間で把握するためのスクリーニングとしての簡便な評価法に加え、病態を明らかにし治療やケアにつなげるための詳細な質的評価法を、それぞれ目的や状況に応じて選び出す必要があるものと考えられた。海外の機関におけるインタビューでも、この傾向はほぼ同様であり、認知症診療や研究における評価法の選出方法は世界的に同様の傾向であると考えられた。

一方、認知症診療の発展のためにはエビデンスを重ねることもまた必要であり、臨床とは別の視点で科学的根拠の構築に有用な客観的な数値が算出できる評価法の選定もまた重要である。本研究では、これらの選定の根拠臨床と研究で利用できる評価法の選定のための基礎的データをまとめており、今後の評価の選定の一助になるものと考えられる。

今後、本邦において広く統一した評価法を使用していくためには、これらの基礎的データに加え、著作権問題の解決と、評価法の選定、結果の解釈、治療やケアに活かすための技術などに関する評価マニュアルの作成が必要と思われた。

なお、研究1-3の詳細については、令和3年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）：認知症者に対する最適な医療・ケアのあり方を支援する神経心理検査等の評価法の幅広い利用に向けた指針策定に関する研究 研究報告書（抜粋版）についてまとめているため、そちらを参照されたい。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Osawa A, Arai H, Maeshima S : Usefulness of a computerized cognitive assessment and training tool for detecting dementia

- a. *Geriatr Gerontol Int* 21, 438-439, 2021.
2. Suzumura S, Kanada Y, Osawa A, Suguoka J, Maeda N, Nagahama T, Shiramoto T, Kuno K, Kizuka S, Sano Y, Mizuguchi T, Kandori A, Kondo I : Assessment of finger motor function that reflects the severity of cognitive function. *Fujita Medical Journal* 7, 122-129, 2021.
3. 神谷正樹, 大沢愛子, 村田璃聖, 植田郁恵, 前島伸一郎, 櫻井孝, 近藤和泉 : 軽度認知障害と認知症患者の介護負担感の1年の経過と変化の要因に関する探索的検討, *Dementia Japan* 36, 142-151, 2021
4. Sugioka J, Suzumura S, Kawahara Y, Osawa A, Maeda N, Ito M, Nagahama T, Kuno K, Shiramoto K, Kizuka S, Mizuguchi T, Sano Y, Kandori A, Kondo I: Assessment of finger movement characteristics in dementia patients using a magnetic sensing. *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science* 11, 91-97, 2020
5. Osawa A, Maeshima S, Arai H, Kondo I: Dementia with aphasia and mirror phenomenon: examination of the mechanism using neuroimaging and neuropsychological findings: a case report. *BMC Neurology* 20, 425, 2020
6. Yoshimura T, Osawa A, Maeshima S. Assessment of cube-copying among community-dwelling elderly living in Japan using the vertex criterion and parallelism. *Psychogeriatrics*. 2021 Jun 9. doi: 10.1111/psyg.12730.
7. Mori S, Osawa A, Maeshima S, Sakurai T, Ozaki K, Kondo I, Saitoh E. Possibility of using quantitative assessment with the cube copying test for evaluation of visuo-spatial function in patients with Alzheimer's disease. *Prog Rehab Med* 2021; 29:6:20210021. doi: 10.2490/prm.20210021
8. Yoshimura T, Osaka M, Osawa A, Maeshima S. The classical backward digit span task detects changes in working memory but is unsuitable for classifying the severity of dementia. *Appl Neuropsychol Adult*. 2021 Aug 19:1-7. doi: 10.1080/23279095.2021.1961774.
9. Maeshima S, Osawa A, Kondo I, Kamiya M, Ueda I, Sakurai T, Arai H. Differences in instrumental activities of daily living between mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A study using a detailed executive function assessment. *Geriatr Gerontol Int*. 2021;21:1111-1117.

### 2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし

2. 実用新案登録  
なし

3. その他  
なし

表1 神経心理学の評価表一覧 (1/7 : 全般の認知機能)

分類	評価対象の項目		評価方法		結果		解釈		備考		参考文献
	項目名	項目ID	評価方法	評価時間	スコア	スコア範囲	単位	解釈	備考	備考	
全般認知機能	0	ADCS-OS	ADCS-OS Automated Scale	10~20	0	0-20	点	0-20	ADCS-OS Automated Scale	ADCS-OS Automated Scale	Denstadter, S., Tomoda, S., Yoshida, H. et al. Validation of Japanese Translated Version of the Automated Scale of Disinhibited/Impulsive Cognitive Examination III for detecting mild cognitive impairment and dementia in Japan. BMC Geriatrics. 2019; 19(1):121.
	0	ACE-III	ACE-III ACE-III 検査	15~20	0	0-20	点	0-20	ACE-III 検査	ACE-III 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	34	ADAS	ADAS ADAS 検査	40~90	0	0-90	点	0-90	ADAS 検査	ADAS 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	0	ADAS-COG	ADAS-COG ADAS-COG 検査	30~45	0	0-45	点	0-45	ADAS-COG 検査	ADAS-COG 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	55	CDR	CDR CDR 検査	60~120	0	0-120	点	0-120	CDR 検査	CDR 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	0	COGNENT	COGNENT COGNENT 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	COGNENT 検査	COGNENT 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	12	FAST	FAST FAST 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	FAST 検査	FAST 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	4	HDS-R	HDS-R HDS-R 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	HDS-R 検査	HDS-R 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	0	MBSE	MBSE MBSE 検査	30~45	0	0-45	点	0-45	MBSE 検査	MBSE 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
	1	Mini-Cog	Mini-Cog Mini-Cog 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	Mini-Cog 検査	Mini-Cog 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.
18	NHS	NHS NHS 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	NHS 検査	NHS 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.	
19	MoCA	MoCA MoCA 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	MoCA 検査	MoCA 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.	
0	NCSE-AT	NCSE-AT NCSE-AT 検査	最大30分	0	0-30	分	0-30	NCSE-AT 検査	NCSE-AT 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.	
1	RBANS	RBANS RBANS 検査	20~30	0	0-30	分	0-30	RBANS 検査	RBANS 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.	
0	QDS	QDS QDS 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	QDS 検査	QDS 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.	
16	QDS	QDS QDS 検査	10~20	0	0-20	点	0-20	QDS 検査	QDS 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.	
7	SIB	SIB SIB 検査	30~45	0	0-45	分	0-45	SIB 検査	SIB 検査	Mong, K.C., Deane, W.C., Davis, K.C. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. Psychopharmacology Bulletin. 1981; 18(3):448-450.	



表1 神経心理学的の評価表一覧 (3/7: 言語・コミュニケーション/行為・構成/視空間認知)

検査名	検査内容	検査形式	検査時間	検査年齢	検査スコア	検査単位	検査範囲	検査者	検査場所	検査費用	検査備考	参考文献
0	Comprehension ABU Test	言語理解検査	約20分	3-9歳	166.60点	1.00点	2001	検査者: 保健師				
	朝日コミュニケーション検査	言語理解検査	約20分	3-9歳	166.60点	1.00点	2001	検査者: 保健師				
0	Standard Language Test of Aphasia	標準化言語検査	約45分	4歳-15歳	46.200点	4.00点	2001	検査者: 保健師				
	標準化言語検査	標準化言語検査	約45分	4歳-15歳	46.200点	4.00点	2001	検査者: 保健師				
0	Supplementary Tests for Standard Language Test of Aphasia	標準化言語検査付随検査	約30分	4歳-15歳	33.000点	4.00点	2001	検査者: 保健師				
	標準化言語検査付随検査	標準化言語検査付随検査	約30分	4歳-15歳	33.000点	4.00点	2001	検査者: 保健師				
0	Western Aphasia Battery	ウェスタンアファシア検査	約90分	12歳-90歳	0.005-3	0.005-3	2001	検査者: 保健師				
	ウェスタンアファシア検査	ウェスタンアファシア検査	約90分	12歳-90歳	0.005-3	0.005-3	2001	検査者: 保健師				
5	Controlled Oral Word Association Test	コントロールされた口頭語連想検査	約7分	7歳	5.720点	0.050点	2001	検査者: 保健師				
	コントロールされた口頭語連想検査	コントロールされた口頭語連想検査	約7分	7歳	5.720点	0.050点	2001	検査者: 保健師				
2	Clock Copying Test	時計の模写検査	約5-10分	5-10歳				検査者: 保健師				
	時計の模写検査	時計の模写検査	約5-10分	5-10歳				検査者: 保健師				
11	Clock Drawing Test	時計の描画検査	約5-10分	5-10歳				検査者: 保健師				
	時計の描画検査	時計の描画検査	約5-10分	5-10歳				検査者: 保健師				
0	Standard Performance Test of Aphasia	標準化言語検査	約45分	4歳-15歳	6.270点	3.000点	2001	検査者: 保健師				
	標準化言語検査	標準化言語検査	約45分	4歳-15歳	6.270点	3.000点	2001	検査者: 保健師				
1	Behavioral Assessment Test	行動観察検査	約45-60分	4歳-6歳	33.000点	3.000点	2001	検査者: 保健師				
	行動観察検査	行動観察検査	約45-60分	4歳-6歳	33.000点	3.000点	2001	検査者: 保健師				
0	Boeters Code of Progressive Aphasia	ボエターズ進歩的アファシア検査	約10-20分	4歳-6歳	0.005-1	0.005-1	2001	検査者: 保健師				
	ボエターズ進歩的アファシア検査	ボエターズ進歩的アファシア検査	約10-20分	4歳-6歳	0.005-1	0.005-1	2001	検査者: 保健師				
0	Visual Reception Test for Aphasia	アファシア視覚認知検査	約30-45分	4歳-15歳	44.000点	7.000点	2001	検査者: 保健師				
	アファシア視覚認知検査	アファシア視覚認知検査	約30-45分	4歳-15歳	44.000点	7.000点	2001	検査者: 保健師				
0	Wash-Benedict Test	ワッシュベネディクト検査	約10-20分	4歳-15歳				検査者: 保健師				
	ワッシュベネディクト検査	ワッシュベネディクト検査	約10-20分	4歳-15歳				検査者: 保健師				

表1 神経心理学の評価表一覧 (4/7: 精神状態)

評価表	開発者	測定対象	形式	時間	信頼性	妥当性	備考
4	AES-5 TIGER-27	Quality Evaluation Scale Self-rated	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© 1991, University of Pittsburgh. All rights reserved. This form is distributed by Mayo Research Trust under license.
		Behavior Pathology in Alzheimer's Disease	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© 1988 by Barry Reisberg, M.D. All rights reserved.
5	BEHAVE-AD 日本語版(MW/AD)	BeHAVIoUr AD	質問紙式 (自己記入式)	10-20	0.85-1	80	© 1988 by Barry Reisberg, M.D. All rights reserved.
		Scale Anxiety Scale	質問紙式 (自己記入式)	5-10	0.85-1	80	All rights reserved.
24	CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	質問紙式 (自己記入式)	10-20	12歳~	80	© Center for Epidemiologic Studies, 1986. All rights reserved.
		Center-Modified Agitation Inventory	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© Center Modified, 1986. All rights reserved.
43	CMAI	Center-Modified Agitation Inventory	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© Center Modified, 1986. All rights reserved.
		Center-Modified Agitation Inventory	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© Center Modified, 1986. All rights reserved.
32	CSDQ	Center for Depression in Dementia	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© Center for Depression in Dementia, 1990. All rights reserved.
		Center for Depression in Dementia	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© Center for Depression in Dementia, 1990. All rights reserved.
69	GDS GDS-15 GDS-15J	Geriatric Depression Scale	質問紙式 (自己記入式)	5-10	55-95歳		© Copyright Geriatric Center, Inc.
		Geriatric Depression Scale (Japanese Version)	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© Copyright Geriatric Center, Inc.
13	HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© The British Psychological Society, managed by Wiley
		Hospital Anxiety and Depression Scale	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© The British Psychological Society, managed by Wiley
0	MAS	Maudsley Anxiety Scale	質問紙式 (自己記入式)	5-10	16-60歳	80	© Maudsley Hospital, 1986. All rights reserved.
		Maudsley Anxiety Scale	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© Maudsley Hospital, 1986. All rights reserved.
3/0	POWS/PONS	Profile of Mood States	質問紙式 (自己記入式)	10-20	0.85-1	80	© 1991, University of Pittsburgh. All rights reserved. This form is distributed by Mayo Research Trust under license.
		Profile of Mood States 2nd Edition	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© 1991, University of Pittsburgh. All rights reserved. This form is distributed by Mayo Research Trust under license.
0	PSS-4	Perceived Stress Scale 4 Items	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© 1994, 1997 by Chinese D. Spanghove
		Perceived Stress Scale 4 Items	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© 1994, 1997 by Chinese D. Spanghove
4	STAI	State-Trait Anxiety Inventory	質問紙式 (自己記入式)	10-20	12歳~	80	© 1968, 1977 by Chinese D. Spanghove
		State-Trait Anxiety Inventory	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© 1968, 1977 by Chinese D. Spanghove
8	RAAD	Revised Anxiety in Dementia	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© Copyright Geriatric Center, Inc.
		Revised Anxiety in Dementia	質問紙式 (自己記入式)	10-20			© Copyright Geriatric Center, Inc.
1	VI	Visual-Hallucinations Inventory	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© Copyright Geriatric Center, Inc.
		Visual-Hallucinations Inventory	質問紙式 (自己記入式)	5-10			© Copyright Geriatric Center, Inc.





表1 神經心理學的評估表一覽 (6/7 : QOL・ADL・IADL)

Item No.	Scale Name	Measurement	Scale Type	Scoring	Reliability	Validity	Source	Reference
0	ADL-QOL, MCQ 2A	Adzheimer's Disease Cooperative Study - Activities of Daily Living Inventory - Mild Cognitive Impairment	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
31	BI	Brief Symptom Inventory	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
8	D-QOL	Dementia Quality of Life Instrument	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
6	DRAGON	Measurement of quality of life for people with dementia	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
21	EQ-5D, EQ-5D-5L	EuroQOL 5-Dimension 5-Level	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
4	GRQ	Geriatric Resource Questionnaire	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
12	MDZ Index	Medical Index of Independence in Activities of Daily Living	Rating Scale	5-10	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
8	Lawton IADL	The Instrumental Activities of Daily Living Scale	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
0	PSQIS	Physical Self-Maintenance Scale	Rating Scale	5-10	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
20	QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
6	QUADL	Quality of Life in Late Stage Dementia	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
0	QUALDRA	Quality of Life measure for people with dementia	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
21/0	SR-36SF-8	Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey	Rating Scale	5-10	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
5	WHOQOL	WHO Quality of Life	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
0	WHOQOL-26	WHO Quality of Life 26	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)
7	QAD	Quality Assessment for Dementia	Rating Scale	10-20	0.80	Internal Validity	McGee et al. (1998)	McGee et al. (1998)

表1 神経心理学的評価表一覧 (7/7: その他)

0	○	C-SSRS	Stimulus Social Security Rating Scale	質問形式 (自己記入式)	10~20					45分程度	紙	© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.		
			コンピュータ用簡易版	○										
0	○	CQAY	Comprehensive geriatric assessment	質問形式 (自己記入式)	10~20						紙			質問形式 (自己記入式) 簡易版は評価者マニュアル (印刷版・紙) 参照してください。
			高齢者総合評価簡易版	○										
0	○	CMI	Comet Medical Index	質問形式 (自己記入式)	20~30					40分	紙			
			認知機能簡易版	○										
0	○	DAS-21 DAS-CI	The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 21 Items	質問形式 (自己記入式)	20~30						紙			
			The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 8 Items	○										
0	○	DCHA	Dementia Care Mapping	観察評価	6時間以上						紙			
			認知症ケアマップ	○										
0	○	EAT-26	Eating Attitudes Test 26	質問形式 (自己記入式)	10~20						紙			
			食行動異常テスト	○										
0	○	FADQ-7	FADQ screening questionnaire Japanese version	質問形式 (自己記入式)	10~20						紙			
			食行動異常簡易版 (FADQ) スクリーニング評価	○										
0	○	TTT	Thinker Toy Test	観察評価	10~30						紙			
			Thinker Toy Test	○										
0	○	SSSA	Sober Driver Screening Assessment Japanese Version	質問形式 (自己記入式)	60~90						紙			
			SSSA 簡易版 (ソバドライビングスクリーニング評価日本語版)	○										

\*著作権、登録販売に関しては当該版と日本語版が対応している。著作権、登録販売が異なる場合は、権利者が、当該版と日本語版が対応していることを示す。

\*当該版と日本語版が対応している場合は、権利者が、当該版と日本語版が対応していることを示す。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍：

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌：

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
佐藤健二, 大沢愛子	認知症に対するコミュニケーションロボットの可能性.	MB Med Reha	256	60-65	2020
大沢愛子, 前島伸一郎, 荒井秀典	重度認知症者の身体機能低下に対するリハビリテーション医療.	老年内科	3	139-144	2020
大沢愛子, 前島伸一郎, 荒井秀典	認知症の生活・活動障害	高次脳機能研究	41	60-65	2021

その他：

- 令和3年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）：認知症者に対する最適な医療・ケアのあり方を支援する神経心理検査等の評価法の幅広い利用に向けた指針策定に関する研究 研究報告書（抜粋版）