令和6年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「認知症の評価尺度の利用促進に関する調査研究」

簡易式生活・認知機能尺度検証調査　実施要領
（信頼性・妥当性検証調査用）

１．検証の概要

本検証における対象者、評価実施者及び検証項目は以下の通りです。

1. 対象者

○ 認知症であり、かつ、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ・Ⅱa の利用者（各施設Ⅰ：3名、Ⅱa：2名）。なお、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ・Ⅱa の人数割当が困難な場合は、5名の内訳を変更していただいても構いません（例；Ⅰ：1名、Ⅱa：4名）。

○ 対象者となる方が多くいらっしゃる場合は、検証実施基準日（10 月１日）から誕生日が近い方を人数分選定してください。なお、利用開始から1か月以内の方、認知症以外の何らかの精神疾患のある方、重度の身体疾患のある方は対象外としてください。

	計	介護老人保健施設 併設通所施設	特別養護老人ホーム 併設通所施設
協力施設	25 施設	15 施設	10 施設
施設当たりの 協力利用者数	—	5 名 （Ⅰ:3 名、Ⅱa:2 名）	5 名 （Ⅰ:3 名、Ⅱa:2 名）
検証対象 高齢者数	Ⅰ:75 名 Ⅱa:50 名	Ⅰ:45 名 Ⅱa:30 名	Ⅰ:30 名 Ⅱa:20 名

○ 対象者5名について、任意に利用者 ID（①～⑤）を振ってください。

2. 評価実施者

○ 認知症の方を普段から介護しているスタッフ（対象者のことをよくご存じの方で、職種は特に問いません。）

○ １利用者にあたり2人の別々のスタッフ（評価者Ａ／Ｂを任意に割り当ててください）

○ 改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R)の実施者については、5 人の利用者について同一のスタッフ（評価者 C）１人
（評価者 A,B とは別の人を選定してください）

○ なお、評価者A,B,C はお互いの評価結果を確認せずに、独立に評価を実施してください。

3. 検証項目

○ 対象者の状態像に関する項目

性・年齢・教育歴／施設種類／要介護度／認知症の原疾患／障害高齢者の日常生活自立度・認知症高齢者の日常生活自立度／認知症の原疾患／Mini-Mental State Examination (MMSE)

○ 簡易式生活・認知機能尺度

○ 評価実施者に対する確認項目

職種／当該施設・介護施設での経験年数／これまでの認知機能評価の経験／認知機能評価への必要性の認識／日常的に使用している認知症高齢者に関するアセスメント表／その他意見

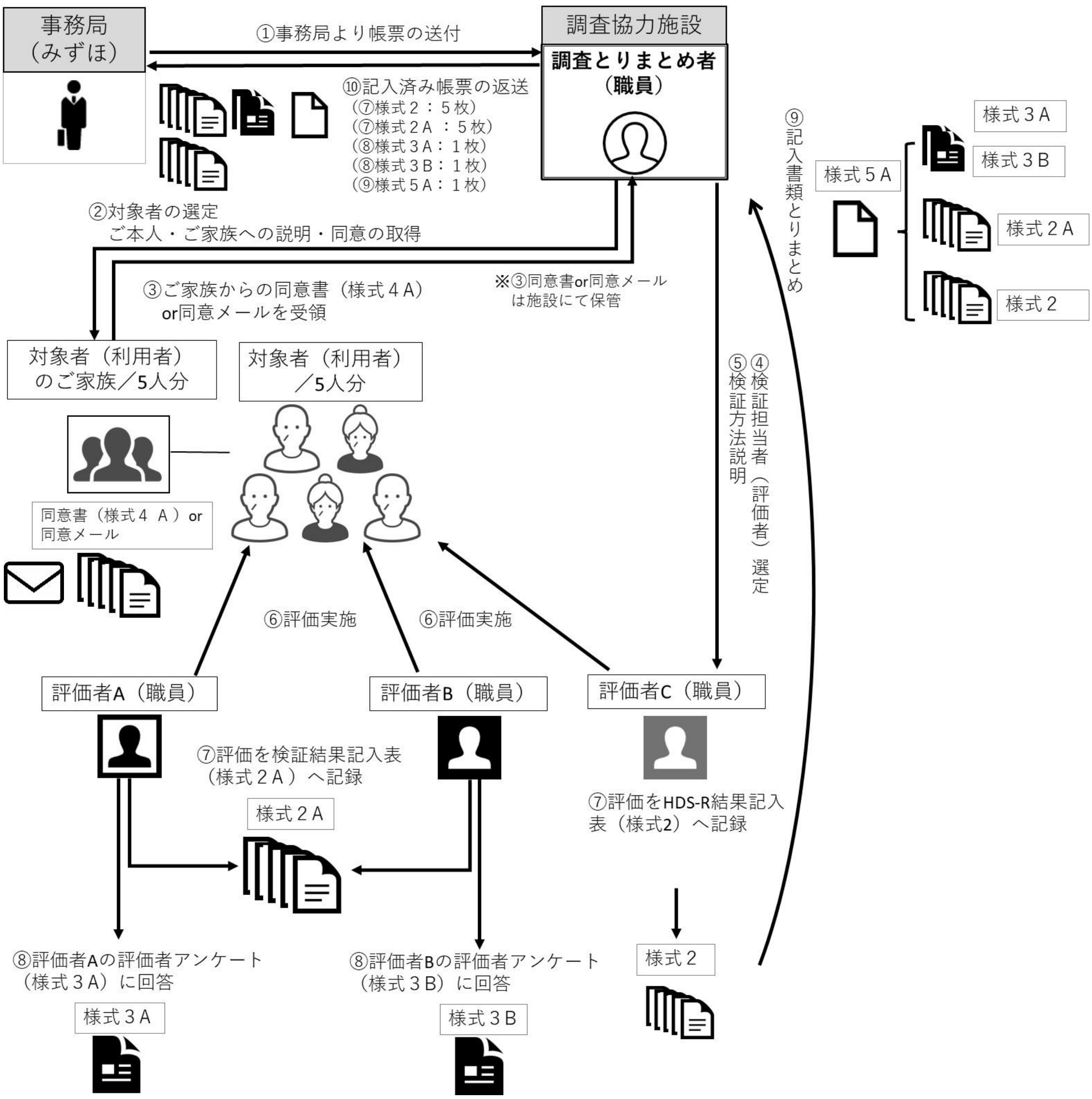
○ 対象者の認知症の状態像に関する項目

改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）

【改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R)とは？】

HDS-R は，認知症の早期発見を目指したスクリーニング検査として作成されている。特にアルツハイマー型認知症の早期発見を主眼においており，記憶を中心とした大まかな認知機能障害の有無をとらえることを目的としている。質問項目は 9 問であり，本人の生年月日さえ確認できれば実施できる。検査時間はおよそ 5 分～10 分程度である。

２．検証の概要（イメージ図）



３．関連帳票類

検証実施にあたり、以下の帳票を使用します。

様式	種別	内容	記入者	事務局への提出の要否
	実施要領	調査実施の一連の流れの手順書（本紙）	－	不要
様式１	簡易式生活・認知機能尺度	認知症の方の認知機能を評価するための尺度です。	－	不要
様式２A	検証結果記入表	対象者ごとに、対象者の状態像に関する項目、様式１の評価結果等記入いただきます。	１人の対象者に対して、２人の評価者（評価者Ａと評価者Ｂ）の結果をまとめて記入いただきます。	必要
様式２	HDS-R 結果記入表	認知症の方の認知機能を検査するための HDS-R の記入表です。	HDS-R 実施者（評価者 C）	必要
様式３A	評価者アンケート（評価者 A）	評価者の属性に関する情報等についてご回答いただきます。	評価者Ａ	必要
様式３B	評価者アンケート（評価者 B）	同上	評価者Ｂ	必要
様式４A	協力依頼・同意説明書・説明および協力同意書・協力同意撤回書	検証に参加いただく対象者への『同意説明書・説明および協力同意書・協力同意撤回書』になります。個別調査用同意説明書、説明および協力同意書、協力同意撤回書、それぞれの施設名、お問い合わせ先等について、各施設でご記入をお願いいたします。 なお、同意書等はメールで回答いただく形でかまいません。また、同意書等は各施設で保管いただき、事務局への返送は必要ありません。	対象者のご家族	不要
様式５A	対象者管理表	各施設における検証の実施状況、必要書類を記入いただき、他の提出資料ともに事務局あてに提出してください。		必要

４．検証実施フロー

⓪調査とりまとめ者の選定（職員１名）

↓

①評価対象者の選定（利用者５名）・対象者／ご家族への説明

↓

作成する調票等

②対象者ご家族からの同意書または
同意メールを受領（５名分）

様式４Ａ：同意書（５名分）
※施設にて保管

施設での動き

↓

③様式１評価者（評価者 A、B）並びに
HDS-R 実施者（評価者 C）の選定

↓

④HDS-R 実施者（評価者 C）により、対象
となる高齢者に対し、HDS-R を実施する
（５名分）

様式２：HDS-R 結果記入表
（５名分）

↓

⑤対象者（5 人分）の評価

- 評価者 A による様式１での評価
- 評価者 B による様式１での評価
- 様式２Ａ：検証結果記入表への記録

※対象者（５人）に対して一人ずつ評価を
行う。

様式２Ａ：検証結果記入表（５名分）

評価実施時は簡易式生活・認知
機能尺度を参照しながら、普段
の生活の中で観察される様子を
基に記録いただくことを想定。

↓

⑥評価者（A、B）によるアンケート回答
（職員２名分）

様式３Ａ：評価者アンケート（評価者 A）

様式３Ｂ：評価者アンケート（評価者 B）

↓

⑦とりまとめ者にて、書類を取りまとめる。
様式５Ａに記入し、書類一式（様式２Ａ、
２、３Ａ、３Ｂ、５Ａ）を事務局（みずほ）
へ提出する。

様式５Ａ：対象者管理表（とりまとめ者）

５．帳票類の配布・記入・返送の流れ

【様式２A：検証結果記入表（５名分)】にそれぞれ記入
⇒対象者の方と普段から接する職員の方（評価者A、評価者B）が記入してください。

【様式２：HDS-R 結果記入表（５名分)】にそれぞれ記入
⇒HDS-R 実施者（評価者 C）の方が記入してください。

【様式３A：評価者アンケート（評価者 A)】に記入
⇒検証結果記入表へ評価結果を記入した評価者 A の方が記入してください。

【様式３B：評価者アンケート（評価者 B)】に記入
⇒検証結果記入表へ評価結果を記入した評価者 B の方が記入してください。

【様式５A：対象者管理表】に記入
⇒各施設における検証の実施状況、必要書類について、調査とりまとめ者の方が記入してください。

返送 ⇒ **事務局**

●月●日(●)を目途に返送をお願いします

【様式４A：同意書（５人分)】は施設にて保管ください。返送は不要です。

事務局へ帳票を返送する際には、必ず氏名等の個人情報を削除してください。

６．改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R)の実施方法

【実施環境について】
待合室や，人の大勢いる場所で行わないようにしてください。検査室や相談室，あるいはそれに準ずる個室を用意し，落ち着いた環境で実施してください。
時計描画テストを行う際には、対象者に時計が見えない環境で実施してください。

【実施者について】
貴施設で５人の高齢者を対象にして本調査を実施いただく場合には、HDS-R を行う人（評価者 C）がすべての高齢者について実施してください。
（様式１を評価する、評価者 A、評価者 B とは**別の人**を選定してください。）

様式 2 の改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R)の各質問については、以下の要領で実施をお願いいたします。所要時間は 5～10 分です。

【実施に際しての留意点】
実施にあたり、対象者の緊張をほぐすためのコミュニケーションをとることが大切です。
（いきなり「もの忘れの検査をする」というのではなく、「最近もの忘れが気になったりしませんか？」というような切り出し方をする、など）
能力を試されるということは誰でも苦手なことなので、テストに導入するときはいきなり始めるのではなく、しばらく世間話などをして本人にリラックスしてもらってから始めるようにしましょう。

また、終了後のアフターケアも大切です。嫌な気持ちで終わったり，あまりできなかったと感じた人は自信を失ってしまうこともあります。終了後は，「これで検査は終わりです」という終わり方よりも、「疲れましたか?」「良くできましたよ」というようにねぎらうことや、最後の設問の「野菜」をテーマにした話をすることなど、嫌な気分のまま検査を終わらせないようにしましょう。

HDS-R は日常会話から導入するのが望ましいですが、その後問題１から順に聞く必要はなく、日常会話に織り交ぜながら聞きやすいものから聞いていってもかまいません。ただし問題４の「３つの言葉の記銘」，問題５の「100－7」，問題 6 の「数字の逆唱」，問題７の「3 つの言葉の遅延再生」は，続けて行う必要があります。

【検査内容と質問の仕方、採点法】

問題 1：年齢
「お歳はおいくつですか?」と質問します。満年齢が正確にいえれば 1 点、2 年までの誤差は正答とします。
問題 2：年・月・日・曜日
年・月・日・曜日を問います。「今日は何月何日ですか？何曜日ですか？今年は何年でしょう」というように順不同に尋ねても問題ありません。年・月・日・曜日の正答はそれぞれ 1 点となります。
問題 3：今いる場所
「私たちがいまいるところはどこですか?」と質問します。質問に対してヒントなしで正答した場合に 2 点となります。質問に対して自発的な正答が出ない場合には 5 秒程度待ち、「ここは病院ですか?施設ですか?家ですか?」のように問いかけ、正しく選択できれば 1 点となります。
問題 4：3 つの言葉の記銘
「これからいう 3 つの言葉をいってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください」と伝えます。3 つの言葉はゆっくりと区切って発音し、3 つ言い終わったときに繰り返して言ってもらいます。 使用する言葉は「桜・猫・電車」もしくは「梅・犬・自動車」のいずれか 1 つの系列を選択します。1 つの言葉の正答ごとに 1 点，全問正解で 3 点となります。もし正解が出ない場合、正答の数を採点した後に正しい答えを教え、覚えてもらいます。
問題 5：計算問題
これから簡単な引き算をしてみたいと思います」のように少し和らげた表現ではじめ、「100 引く 7 はいくつですか?」と問い、答えが出たら「それからまた 7 を引くといくつでしょう」と質問してください。正答 1 つに 1 点を与え、2 つ正答で 2 点となります。最初の計算に失敗したらそこで終わり、次の問題に進んでください。
問題 6：数字の逆唱
「これからいう数字を逆からいってください」と伝えてください。正答に対して各 1 点としますが、最初の逆唱に失敗したらそこで終わり、次の問題に進んでください。
問題 7：3 つの言葉の遅延再生
「先ほど 3 つの物の名前をおぼえていただきましたね。その 3 つをもう一度言ってみてください」と伝えます。自発的に答えられたものには 2 点を与え、出てこなかった言葉に対してそれぞれの言葉に対するヒントを与え、ヒントによって答えられたものには 1 点を与えます。3 つすべてをヒントなしで応えられた場合は 6 点となります。
問題 8：5 つの物品記銘
「これから 5 つの品物をお見せします。それを隠しますから、ここに何があったかをいってください。順番はどうでもかまいません」と伝えます。各正答それぞれ 1 点となり、5 つすべて答えられれば 5 点となります。 検査に使う物品の例は「時計、タバコ、ペン、硬貨」ですが、5 つの物品は必ず相互に無関係なものとし、「鉛筆」「消しゴム」のように関係を類推できる物品は避けながら、日常生活でよくみる物を選んでください。
問題 9：野菜の名前
「知っている野菜の名前をできるだけたくさんいってください」と伝えます。野菜の名前は 5 個までは採点せず、6 個目から 1 点ずつ加点し、最高得点は 5 点となります。実際の検査場面では重複して野菜の名前を答えることもありますが、重複した名前を言った場合でも、それを指摘せずそのまま続けてもらってください。10 秒程度待っても出てこないようであればそこで終了とし、重複した名前を 1 点として採点してください。

【よくある質問と回答】

問題１：年齢

（Q）年齢を聞く設問で、2 年までの誤差を正解としているのはなぜか？

（A）数え年で答える人もおり、誕生日を迎えているかどうかで誤差が生まれる可能性もあるため。ちなみに生年月日を言うことができても、年齢がいえなければ 0 点となる。

問題２：年・月・日・曜日

（Q）何年の何月、何日、何曜日と順番に聞いていかなければならないのか？

（A）この設問は、時間の見当識に関する質問なので、どの順番で聞いてもよい。たとえば、「今日は何曜日ですか？」「今日は何月何日でしたか？」「今年は何年になりましたか？」というように逆から聞いた方がうまくいく場合も多い。

問題３：今いる場所

（Q）自発的に答えられなかった場合、ヒントの与え方はマニュアルどおり「家ですか？」「病院ですか？」「施設ですか？」の 3 つを使わなければならないのか？

（A）この 3 つのヒントは、1 つの例であり、「家ですか？」「デイサービスですか？」「公民館ですか？」のように変えてもかまわない。

問題４：3 つの言葉の記銘

（Q）3 つの言葉を覚えやすい他の言葉に置き換えてもよいのか？

（A）他の言葉に置き換えてはいけない。この 3 つの言葉は、検査を作成するときに「植物の名前」「動物の名前」「乗り物の名前」から連想する言葉として、認知症の人も、健常高齢者も共通して連想する言葉の上位 2 つから選んで作成している。また 3 つの言葉同士に関係性のないものを使用しているので、この 3 つの言葉を使うことにしてある。

（Q）3 つのうち 2 つしか覚えられないときには、どうすればよいのか？

（A）3 つの言葉のうち、2 つしか覚えられないときには、2 点と採点する。この 3 つの言葉は、設問 7 でもう一度尋ねる設問であるため、採点した後もう一度 3 つの言葉を覚えてもらう。これを 3 回まで繰り返し、3 つ覚えられたときに設問 7 で 3 つの言葉をもう一度思い出してもらう。もし 3 回繰り返しても 2 つしか覚えられないときには、設問 7 で、「2 つの言葉がありましたね」というように聞く。

問題５：計算問題

（Q）100 引く 7 の答えをたとえば 92 と答えたとき、「92 引く 7 はいくつですか？」と聞いてもよいのか？

（A）最初の引き算に失敗したら、そこで打ち切る。ちなみに「100 引く 7 はいくつですか？」と設問し、「93」という正答が得られた場合、「それからまた 7 を引くと？」と設問するものであり、「93 引く 7 は？」といってはならない。100 から 7 を引くと 93

になるが、その 93 という数を覚えていてもらってさらに 7 を引くという記憶の課題でもあるため、93 という数を検査者は言ってはならない。

問題６：数字の逆唱

（Q）数字を提示するときには、どのくらいの早さで言えばよいのか？

（A）数字はゆっくりと、1 秒間隔くらいのスピードで提示する。できれば、「これからいう数字を反対から言ってみてください。たとえば、１２３ を反対から言うと？」というように練習問題を入れるとよい。

（Q）3 桁の逆唱に失敗しても 4 桁の逆唱を行うのか？

（A）3 桁で失敗したら、そこで打ち切る。

問題７：3 つの言葉の遅延再生

（Q）3 つのうち 1 つしか答えられなかったときのヒントの与え方はどうするのか？ またそのタイミングはどう考えればいいのか？

（A）ヒントは 1 つずつ与えるようにする。たとえば「桜」という答えがでた場合には、「動物もありましたね」というヒントを与え、それに対する回答を待ってみる。そして正答であっても誤答であっても、または「分からない」と答えた場合であっても、何らかの回答が返ってきたら、「乗り物もありましたね」というようにヒントを与える。ヒントを与えるときに「動物と乗り物がありましたね」と一度に言ってはならない。自発的に答えるのを待つつもりで設問すべきであり、「桜」という答えしかでないときにすぐにヒントを与えようとせず、「他にもありましたね」というように、少し時間を与えるようにする。

問題８：5 つの物品記銘

（Q）5 つの品物の提示の仕方でどんな点に気をつけるべきなのか？

（A）物品は 1 つずつ名前を言いながら目の前に置くようにする。実際には「これは時計ですね」といって目の前に置き、「これは鍵ですね」というように 1 つずつ確認しながら置いていく。5 つ並べ終わったときに 1 つずつ確認し、「これは？」と聞いて「時計」と反応したら、次に「これは？」と聞いて「鍵」と答えてもらうようにする。そしてその 5 つを見せたまま、「これからこれを隠しますから、何があったか言ってください。順番はどうでもいいですから、思い出した物から言ってみてください」と教示する。また最後の 1 つがでてこないような場合であっても、すぐに終わりにするのではなく、なるべく本人に思い出してもらうように少し待ってみるくらいの余裕をもって検査を行う。

問題９：野菜の名前

（Q）この設問は、野菜の名前をどのくらい知っているかという知識の設問なのか？

（A）この設問は、知識を調べる設問ではなく、言葉がどのくらいスラスラでてくるかとい

う言語の流ちょう性の設問である。また同じ野菜の名前がでてきても「それは先ほど言いましたね」と遮ることはせず、重複してもそのまま記録用紙に記載し、重複した物をあとで減点していく。

参考資料：
○加藤伸司、 心理アセスメントのテクニカル・ポイント 改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の理解と活用、 老年臨床心理学研究 2023 vol.4
○加藤伸司、改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R） の使い方
https://www.tokyominiren.gr.jp/kantou_chikyo/shiryou/data/2020/200221_20.pdf

様式集

様式1

簡易式生活・認知機能尺度

【事前質問】　認知機能の評価の前に、以下の項目についてご確認ください。

⓪-1 意識レベル

意識混濁（意識レベルが変動し、日中もうろうとしたり、極端に注意力・集中力のない時間帯がある）にありますか。

1 いいえ → ⓪−2に進む	2 はい → 該当する場合は、せん妄やレビー小体型認知症等のため、意識混濁である場合もありますので、別の機会に再度評価をお願いいたします。また、別途医師等に対応についてご相談をすることをお勧めします。

⓪-2 みまもりの必要性

日常生活で安全に過ごすためには、どの程度ほかの人によるみまもりが必要ですか。
※評価者が日常生活の場を想定して評価してください。

5	4	3	2	1
みまもってもらう必要なく過ごすことができる	1日1回様子を確認してもらえば、一人で過ごすことができる	半日（3時間）程度であれば、みまもってもらうことなく一人で過ごすことができる	30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる	常にみまもりが必要である

【認知機能評価】　以下の項目について、おおむね最近1週間の様子について該当する選択肢を選んでください。
該当する項目について、具体的な場面をみることがない場合には、そのような状況にあると仮定をしてお答えください。

①-1 近時記憶（物を置いた場所）

身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか。
※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください。

5	4	3	2	1
常に覚えている	たまに（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる	思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度）	きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない	忘れたこと自体を認識していない

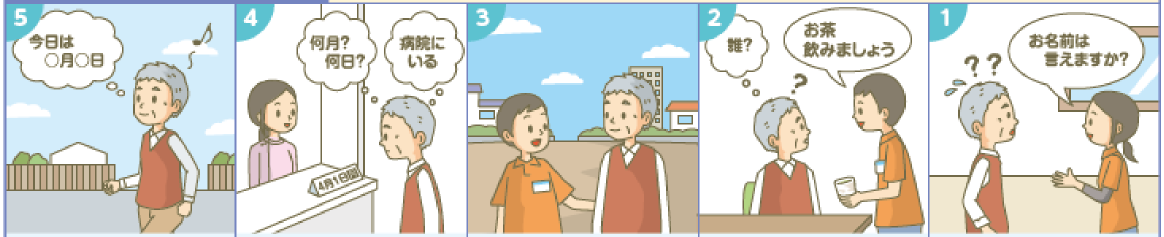
①-2 近時記憶（出来事）

身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか。　※最近1週間の様子を評価してください。

5	4	3	2	1
1週間前のことを覚えている	1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている	数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている	昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている	全く覚えていられない

② 見当識

現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか。
※上位レベルのことと下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください。　例1と3に該当し、2に該当しない場合⇒3を選択する



5	4	3	2	1
年月日はわかる（±1日の誤差は許容する）	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等）	その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる	自分の名前がわからない

© 認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究　検討委員会

③ コミュニケーション（会話）

誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか。

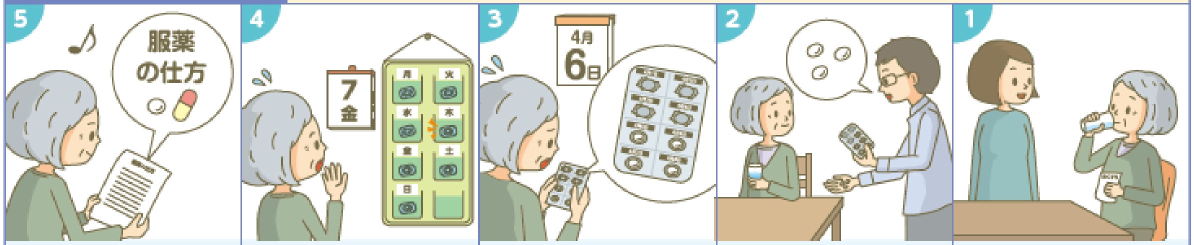
※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに疎通できている状態を指します。

5	4	3	2	1
会話に支障がない (「○○だから、××である。」といった2つ以上の情報がつながった話をすることができる)	複雑な会話はできないが、普通に会話はできる (「○○だから、××である。」といった2つ以上の情報がつながった話をすることはできない)	普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる (「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない)	会話が成り立たないが、発語はある (発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える)	発語がなく、無言である

④ 遂行機能（服薬）

一人で服薬ができますか。

※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください。



5	4	3	2	1
自分で正しく服薬できる	自分で用意して服薬できるが、たまに(週1回程度)服薬し忘れることがある	2回に1回は服薬を忘れる	常に薬を手渡しすることが必要である	服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

⑤ 遂行機能（更衣）

一人で着替えることができますか。

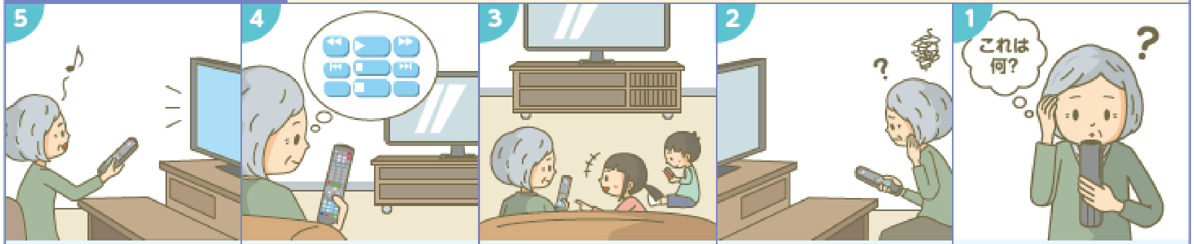
※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください。

5	4	3	2	1
季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる	季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる	促してもらえれば、自分で着脱衣ができる	着脱衣の一部を介護者が行う必要がある	着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

⑥ 遂行機能（家電操作）

テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか。

※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください。いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください。



5	4	3	2	1
自由に操作できる (「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる)	チャンネルの順送りなど普段している操作はできる (「単純な操作」であれば自分で行うことができる)	操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える (「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる)	リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない (何をする電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない)	リモコンが何をするものか分からない

© 認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究　検討委員会

様式2A

検証結果記入表

【基本情報】

<table>
<tr><td colspan="3">施設 ID</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="20">利用者情報</td><td rowspan="7">基本属性</td><td>利用者 ID</td><td></td><td>年齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>当該施設利用開始時期</td><td>年　　月</td><td>性別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>要介護度</td><td colspan="3">要支援／要介護1／要介護2／要介護3／要介護4／要介護5
(判定日:西暦　　　年　　　月　　　日)</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害高齢者の日常生活自立度</td><td colspan="2">自立／J1／J2／A1／A2／B1／B2／C1／C2
(判定日:西暦　　　年　　　月　　　日)</td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症高齢者の日常生活自立度</td><td colspan="2">自立／Ⅰ／Ⅱa／Ⅱb／Ⅲa／Ⅲb／Ⅳ／M
(判定日:西暦　　　年　　　月　　　日)</td></tr>
<tr><td>認知症の原疾患名
(わかる場合のみ)</td><td colspan="3">1. アルツハイマー型認知症
2. 前頭側頭型認知症
3. 血管性認知症
4. パーキンソン病による認知症
5. レビー小体型認知症
6. 外傷による認知症
(具体的に:　　　　　　　　　　)
7. その他の認知症
8. 認知症としての診断のみ
9. 詳細不明</td></tr>
<tr><td>教育年数
(わかる場合のみ)</td><td colspan="3">教育を受けた合計年数　合計(　　　　)年
なお、合計年数が分からなくても、通ったことがある学校に〇をし、分かる場合にはその年数を記入してください。
小学校:　　　年／中学校:　　　年／高校:　　　年／女学校:　　　年
専門学校:　　　年／大学:　　　年／大学院:　　　年／その他:　　　年</td></tr>
<tr><td rowspan="13">Mini-Mental State Examination (MMSE) ※</td><td colspan="2">評価日</td><td colspan="2">月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">1. 時間の見当識</td><td colspan="2">年:0／1　　季節:0／1
月:0／1　　日:0／1　　曜日:0／1</td></tr>
<tr><td colspan="2">2. 場所の見当識</td><td colspan="2">都道府県:0／1　　　市町村:0／1
場所:0／1　階数:0／1　地方:0／1</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. 即時想起</td><td colspan="2">0／1／2／3</td></tr>
<tr><td colspan="2">4. 計算</td><td colspan="2">0／1／2／3／4／5</td></tr>
<tr><td colspan="2">5. 遅延再生</td><td colspan="2">0／1／2／3</td></tr>
<tr><td colspan="2">6. 物品呼称</td><td colspan="2">0／1／2</td></tr>
<tr><td colspan="2">7. 文の復唱</td><td colspan="2">0／1</td></tr>
<tr><td colspan="2">8. 口頭指示</td><td colspan="2">0／1／2／3</td></tr>
<tr><td colspan="2">9. 書字指示</td><td colspan="2">0／1</td></tr>
<tr><td colspan="2">10. 自発書字</td><td colspan="2">0／1</td></tr>
<tr><td colspan="2">11. 図形描写</td><td colspan="2">0／1</td></tr>
<tr><td colspan="2">合計</td><td colspan="2">点</td></tr>
</table>

※MMSE は直近 3 か月以内に医療職(医師、看護師、心理士、OT、PTなど)やケアマネジャー、介護福祉士がつけた評価がある場合、その数値をご記入ください

【様式1　簡易式生活・認知機能尺度　評価結果】

様式1　簡易式生活・認知機能尺度　評価結果	評価者A	⓪-1 事前質問（意識レベル）	1 ／ 2
		⓪-2 事前質問（みまもり）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		①-1近時記憶（場所）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		①-2近時記憶（出来事）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		②見当識	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		③コミュニケーション（会話）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		④服薬	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		⑤更衣	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		⑥遂行能力（家電操作）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
	評価者B	⓪-1 事前質問（意識レベル）	1 ／ 2
		⓪-2 事前質問（みまもり）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		①-1近時記憶（場所）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		①-2近時記憶（出来事）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		②見当識	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		③コミュニケーション（会話）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		④服薬	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		⑤更衣	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5
		⑥遂行能力（家電操作）	1 ／ 2 ／ 3 ／ 4 ／ 5

※評価者Aと評価者Bは、お互いの評価結果を見ない状態で、それぞれ独立に評価を行ってください。

※評価方法の詳細については、「簡易式生活・認知機能尺度活用ガイド」第2章「1.評価方法」をご参照ください。

（https://www.mizuho-rt.co.jp/case/research/pdf/r05mhlw_kaigo2023_0202.pdf）

様式2

HDS-R 結果記入表

【改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS−R)結果記入欄】

評価実施日:　　月　　日

施設 ID		利用者 ID	

1. お歳はいくつですか？（2 年までの誤差は正解）	0／1	
2. 今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？（年月日、曜日が正解で、それぞれ 1 点ずつ）	年:0／1　月:0／1 日:0／1　曜日:0／1	
3. 私たちが今いるところはどこですか？ （自発的にでれば 2 点、5 秒おいて「家ですか？病院ですか？施設ですか？」の中から正しい選択をすれば 1 点）	0／1／2	
4. これから言う 3 つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますので、よく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか 1 つで、採用した系列に〇印） 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車、 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車	a: 0／1　b: 0／1　c: 0／1	
5. 100 から 7 を順番に引いてください。（100−7 は？それからまた 7 を引くと？と質問する。最初の答えが不正解である場合は打ち切る）	(93):0／1　(86):0／1	
6. 私がこれから言う数字を逆から言ってください。 （6−8−2、3−5−2−9 を逆に言ってもらう、3 桁逆唱に失敗したら、打ち切る）	(2-8-6):0／1　(9-2-5-3):0／1	
7. 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。（自発的に回答があれば各 2 点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え、正解であれば 1 点） a)植物　b)動物　c)乗り物	a: 0／1／2　b: 0／1／2　c: 0／1／2	
8. これから 5 つの物品を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。 （時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの）	0／1／2／3／4／5	
9. 知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。（答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約 10 秒間待ってもでない場合にはそこで打ち切る） 0〜5 個＝0 点、6 個＝1 点、7 個＝2 点、8 個＝3 点、9 個＝4 点、10 個＝5 点	0／1／2／3／4／5	野菜品目名記入欄
合計	点	

様式3A

評価者アンケート（評価者 A）

施設 ID			
職種	医師／看護師／介護福祉士／生活相談員／その他（　　　　　　　　　）		
当該施設での勤続年数	年	介護施設での経験年数	年
これまで認知症の方の認知機能評価を実施したことがありますか。	1. ある 2. ない		
認知症の方をケアする際、認知機能の評価が必要だと思いますか。	1. たいへんそう思う 2. ある程度そう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. そう思わない		
日常的に使用している認知症高齢者に関するアセスメント表や評価結果はどれですか。【複数回答可】	1. Mini-Mental State Examination（MMSE） 2. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール（Hasegawa dementia scale-revised：HDS-R） 3. DASC-21 4. ABC 認知症スケール 5. ICF ステージング 6. CDR 7. DBD-13 8. 簡易式生活・認知機能尺度 9. その他（　　　　　　　　　　　）		
その他簡易式生活・認知機能尺度に対するご意見がありましたら記入してください。（自由回答）			

様式3B

評価者アンケート（評価者 B）

施設 ID			
職種	医師／看護師／介護福祉士／生活相談員／その他（　　　　　　　　　　）		
当該施設での勤続年数	年	介護施設での経験年数	年
これまで認知症の方の認知機能評価を実施したことがありますか。	1. ある 2. ない		
認知症の方をケアする際、認知機能の評価が必要だと思いますか。	1. たいへんそう思う 2. ある程度そう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. そう思わない		
日常的に使用している認知症高齢者に関するアセスメント表や評価結果はどれですか。【複数回答可】	1. Mini-Mental State Examination（MMSE） 2. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール（Hasegawa dementia scale-revised：HDS-R） 3. DASC-21 4. ABC 認知症スケール 5. ICF ステージング 6. CDR 7. DBD-13 8. 簡易式生活・認知機能尺度 9. その他（　　　　　　　　　　）		
その他簡易式生活・認知機能尺度に対するご意見がありましたら記入してください。（自由回答）			

様式4A

利用者へのご説明用

個別調査用同意説明書

厚生労働省補助事業名：令和6年度老人保健健康増進等事業
「認知症の評価尺度の利用促進に関する調査研究」

「簡易式生活・認知機能尺度 検証事業」
＜調査へのご協力のお願い＞

当施設では、厚生労働省の研究班からの依頼を受け、当施設を利用されている認知症の方を対象とした調査に協力しています。この調査は、全国の介護老人保健施設、介護老人福祉施設を対象に実施されているもので、介護現場で、簡便に利用可能な「簡易式生活・認知機能尺度」の有用性を、客観的に確認することを目的として実施するものです。

調査にご協力いただける場合は、当施設で把握している、性・年齢／教育歴／施設種類／利用開始時期／要介護度／障害高齢者の日常生活自立度・認知症高齢者の日常生活自立度／認知症の原疾患／直近の医療職による認知機能検査結果、また、施設職員が利用者の方の認知機能について評価した結果情報を、調査主体である研究班に匿名化した状態で提供させていただきます。

当施設を利用されている認知症の方を対象に、調査へのご協力をお願いしていますが、調査への協力は任意です。調査協力を希望されない場合は、いつでもお申し出ください。調査に協力しないことで不利益が生じることは一切ありません。また、途中で調査協力をやめたい場合は、いつでもやめることが出来ます。

調査にご協力いただける場合でも、施設名や調査に協力いただいた方の氏名が特定される形で結果が公表されることはありません。また、調査を通じて、当施設から調査研究事業の研究班に対し、お名前などの個人情報を提供することはありません。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和＿＿年＿＿月＿＿日

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

「簡易式生活・認知機能尺度 検証事業」の調査概要

1．調査の目的等

本調査研究事業は、厚生労働省による令和6年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）の交付を受け、現場職員の方々に簡易式生活・認知機能尺度を使用いただき、その評価結果を伺う検証調査を実施することとしました。

令和6年度介護報酬改定によって、科学的介護推進体制加算の算定において LIFE への提出が求められる様式に「簡易式生活・認知機能尺度」が追加されました。

この調査は、簡易式生活・認知機能尺度の有効性を追加検証し、尺度のさらなる普及につなげていくための重要な調査となっておりますので、ご多忙の折大変ご負担をおかけいたしますが、何卒ご理解・ご協力を賜りますよう、重ねて宜しくお願い申し上げます。

2．調査の内容

■調査の対象： 以下に該当する方を調査対象としています。

- 当施設を利用されている方のうち、認知症であり、かつ、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ・Ⅱａの方で、誕生日が10月１日に近い５名の方。
- ただし、認知症以外の何らかの精神疾患のある方、重度の身体的な疾患がある方は、対象外とします。

■調査の方法

- 調査協力に同意いただいた方について、当施設が把握している性・年齢／教育歴／施設種類／利用開始時期／要介護度／障害高齢者の日常生活自立度・認知症高齢者の日常生活自立度／認知症の原疾患／直近の医療職による認知機能検査結果、また、施設職員が利用者の方の認知機能について評価した結果情報を、当施設の職員が調査票に記入します。

3．調査にご協力頂く場合の配慮

■ 個人情報の取扱いに十分配慮し、法令を遵守します。

- 調査実施主体に提出する調査票には、お名前などの個人が特定できる情報を記入する欄はなく、符号のみで処理する仕組みとなっております。
- また、個人が特定できるような情報がそのまま公表されることはありません。
- 調査に同意いただいた場合でも、いつでも同意を取り消すことができます。

■ 調査に協力したくない場合は、同意いただく必要はありません。また、調査の途中や調査の後でも、いつでも同意を撤回することができます。

■ 調査協力に同意されない場合でも、あるいは同意された後で同意を取り消される場合でも、いかなる不利益も発生致しません。

4. 調査の実施体制および連絡先

■調査研究事業の研究班の班員構成：

統括者氏名

・粟田　主一　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
認知症未来社会創造センター　センター長

班員等氏名

・石井　伸弥　メープルヒル病院　院長
・江澤　和彦　公益社団法人日本医師会　常任理事
・鴻江　圭子　公益社団法人全国老人福祉施設協議会　参与
・田中　稔久　大阪けいさつ病院　認知症センター　センター長
第二大阪けいさつ病院　認知症センター　センター長
・田邉　恒一　公益社団法人日本認知症グループホーム協会　理事
・中西　亜紀　大阪公立大学大学院　生活科学研究科認知症ケア・施策学講座
特任教授
・中林　弘明　一般社団法人日本介護支援専門員協会　常任理事
・東　憲太郎　公益社団法人全国老人保健施設協会　会長
・和田　健二　川崎医科大学認知症学　教授

■　調査事務局：

みずほリサーチ＆テクノロジーズ株式会社
TEL：0120-825-571（受付時間：平日 10 時～12 時・13 時～17 時）
FAX：03-5281-5443　E－mail：ninchi@mizuho-rt.co.jp

5. 調査に関するお問い合わせ先

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

役　職：＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

誠に恐縮でございますが、取り組みの趣旨をご理解のうえ、
ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、別紙の「説明および協力同意書」に
ご署名をお願いします。

なお、同意された後でも、いつでも同意を撤回することが出来ます。
その場合は、上記5. の問合せ先までお知らせ下さい。

※この用紙は、同意した方が同意を撤回する場合にお使いください

令和6年度「認知症の評価尺度の利用促進に関する調査研究」

協力同意撤回書

私は、「簡易式生活・認知機能尺度　検証事業」に協力することに同意しましたが、その同意を撤回することを、

（施設名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の

（担当者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に伝え、

ここに同意撤回書を提出します。

年　　月　　日

御署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（サイン可）

代筆の場合は、立会人名（必須）

代諾者（又は代筆者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿〔＿＿＿＿＿＿＿＿〕

（本人との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者（代筆）で署名した理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　同意書は必ずご本人が署名してください。
※　やむを得ず、自署が不可能で、施設職員が立会いのもと、ご本人の同意が確認でき、ご家族又は法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由をご記入ください。

以上

別　紙

令和6年度「認知症の評価尺度の利用促進に関する調査研究」

説明および協力同意書

私は、「簡易式生活・認知機能尺度　検証事業」の調査内容を説明のうえ、当施設及び厚生労働省研究班において、以下の事項を遵守することを説明いたしました。

- ◆ 本事業において収集したデータは、個人が特定できるような情報がそのまま公表されることはありません。
- ◆ 調査協力者に対するケアやサービスに影響が生じることや不利益が生じるものではありません。また、調査協力に同意された後で同意を取り消される場合でも、いかなる不利益も発生致しません。

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　説明者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿宛

私は以上について十分な説明を受け、その趣旨・調査内容について了承した上で、本調査に協力することに同意します。

年　　月　　日

御署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印（サイン可）

代筆の場合は、立会人名（必須）

代諾者（又は代筆者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿［＿＿＿＿＿＿＿＿＿］

（本人との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者（代筆）で署名した理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 同意書は必ずご本人が署名してください。
※ やむを得ず、自署が不可能で、施設職員が立会いのもと、ご本人の同意が確認でき、ご家族又は法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由をご記入ください。

以上

【本件問合せ先】

（担当者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※同意書原本は調査票とともに当施設にて規程に基づき保管・廃棄いたします。ご本人控については、コピー等で対応させていただきますのでお申し出下さい。

様式5A

対象者管理表

（簡易式生活・認知機能尺度検証調査）

実施日(記入日)：　　　　年　　　月　　　日

施設情報	施設 ID													
	法人名および施設名													
	施設とりまとめ担当者名													
	連絡先													
	謝礼受取先名義	☐ 法人・団体名義				☐ 個人名義				☐ 謝礼辞退				
	謝礼受取有の場合：金融機関名称・支店名	銀行								支店				
	謝礼受取有の場合：口座種類	☐ 普通				☐ 当座				☐その他（　　　）				
	謝礼受取有の場合：振込先口座番号（7 桁）													
	謝礼受取有の場合：口座名義													
	謝礼受取有の場合：口座名義（カナ）													
	謝礼受取有の場合：適格請求書発行事業者か否か	☐適格請求書発行事業者である							☐適格請求書発行事業者ではない					
	謝礼受取有の場合：適格請求書発行事業者登録番号（13 桁）	T												
	謝礼受取有の場合：適格請求書発行事業者名													
	謝礼受取有の場合：謝礼金額	対象者（　　　　）人分×2,000 円＝（　　　　　　）円 ・謝礼については、対象者 1 人あたり 2,000 円（本体価格＋消費税（10%）円）になります。 ・個人受取の場合は、上記金額より源泉徴収されます。												

対象者情報						
	簡易式生活・認知機能尺度検証調査として、下記の利用者について、簡易式生活・認知機能尺度を試行、その結果（様式 2A, 2, 3A, 3B）について人数分提出します。					
		様式4A 同意書の取得の有無（チェックのみで提出不要）	様式 2A 評価結果記入表	様式2 HDS-R 結果記入表	様式3A 評価者アンケート（評価者 A）	様式 3B 評価者アンケート（評価者 B）
	対象者①	☐	☐	☐	☐	☐
	対象者②	☐	☐	☐		
	対象者③	☐	☐	☐		
	対象者④	☐	☐	☐		
	対象者⑤	☐	☐	☐		

上記、様式 2A, 2, 3A, 3B について、検証を実施した対象者の人数分、本表とともに、事務局あてに返信用封筒を用いて**●月●日(●)**までにご提出ください。

＜本管理表は、適格請求書として使用するものです。＞

WBS: 2400112（認知症の評価尺度の利用促進に関する調査研究）A