

別添

令和5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あり方に関する調査研究」

認知機能の評価表検証調査 実施要領 (有効性検証調査用)

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

- 認知症である要介護者(各施設5名)

検証実施基準日(10月1日)から誕生日に近い方を下記の人数選定してください。なお、利用開始から1か月以内の方、重度の身体疾患のある方は対象外としてください。

	計	老人保健施設		特別養護老人ホーム	
		入所施設	併設通所施設	入所施設	併設通所施設
協力施設	100 施設	10 施設	50 施設	10 施設	30 施設
施設当たりの 協力利用者数	—	5人	5人	5人	5人
検証対象 高齢者数	500 人	50 人	250 人	50 人	150 人

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/評価者B)
- 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)/時計描画テスト(CDT)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)

3. 検証項目

- 対象者の状態像に関する項目
性・年齢／入居施設／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)
- 対象者の認知機能・生活機能に関する項目(「様式1__認知機能に関する評価表」の項目)
みまもりの必要性の有無／記憶／見当識／コミュニケーション／服薬／更衣／家電操作
- 評価実施者に対する確認項目
評価表(案)の評価に要した時間／評価表(案)の有用性／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／評価表の振り返りの妥当な期間／回答しやすかった項目・回答が難しかった(迷った)項目／理解が難しかった表現等(自由回答)／評価表案の有用性／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)／時計描画テスト(CDT)

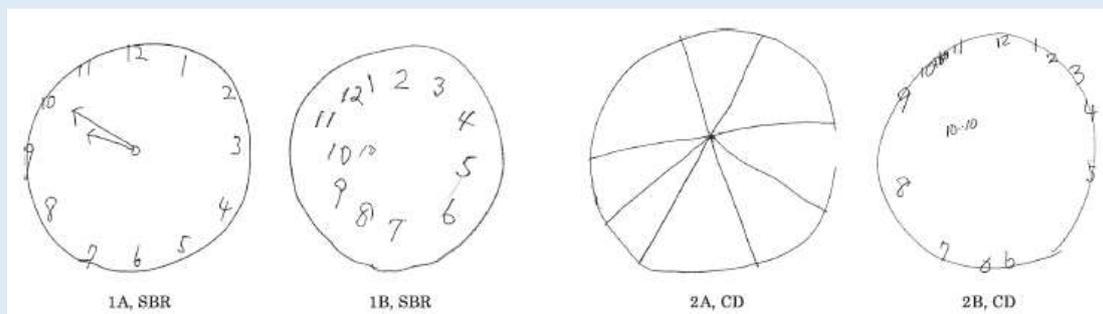
【改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)とは？】

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、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。

【時計描画テスト(CDT)とは？】

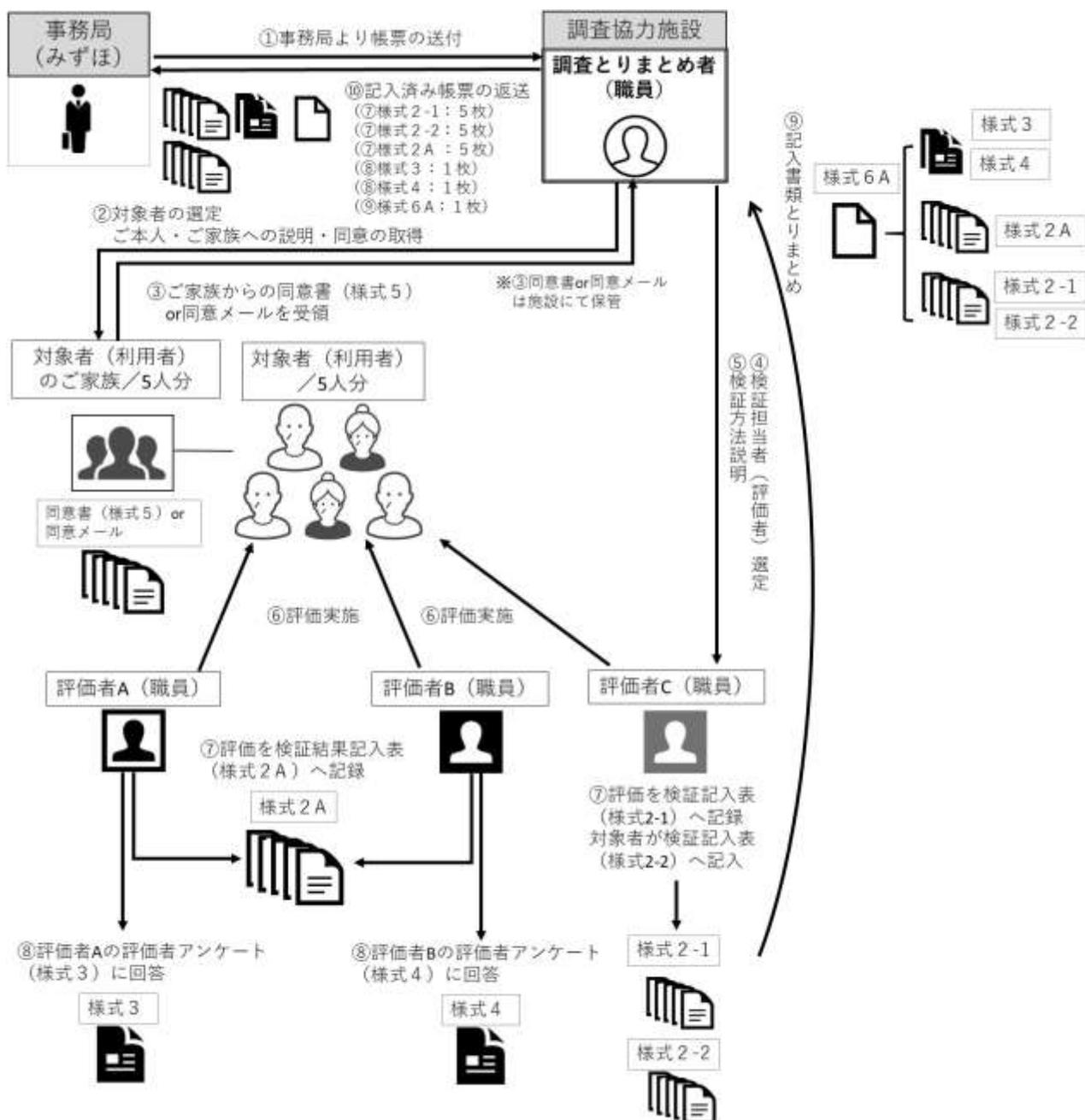
CDT は、白紙に時計の文字盤を描き、そこに文字と指定時間の長針および短針を描くという簡単な検査で、視空間認知と構成能力を評価できる。

アルツハイマー型患者の時計描画の異常例(一部抜粋)



(出典)小長谷陽子他, アルツハイマー病患者における時計描画の特徴—量的および質的評価による検討—, 臨床神経 2014;54:109-115

2. 検証の概要 (イメージ図)

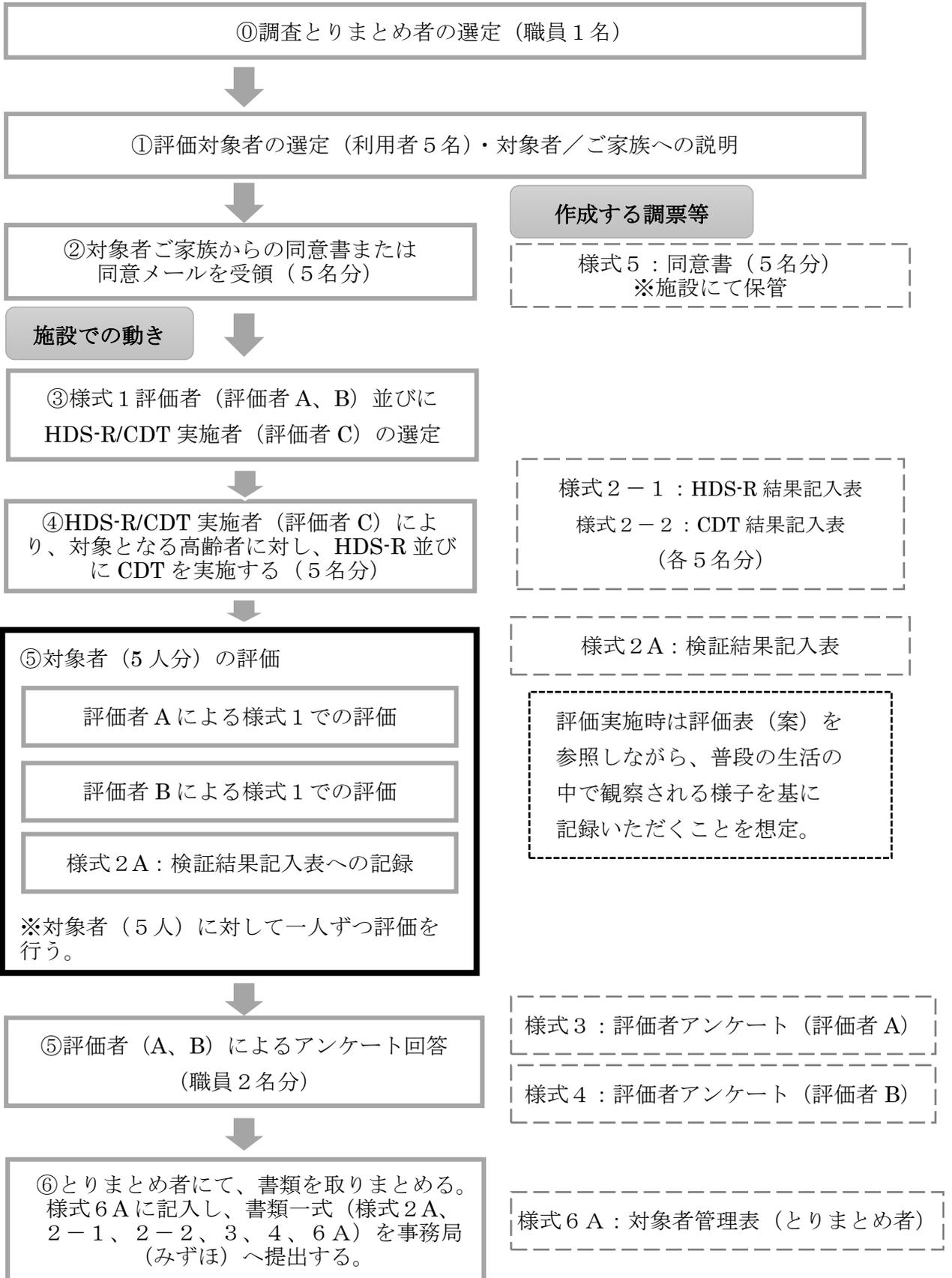


3. 関連帳票類

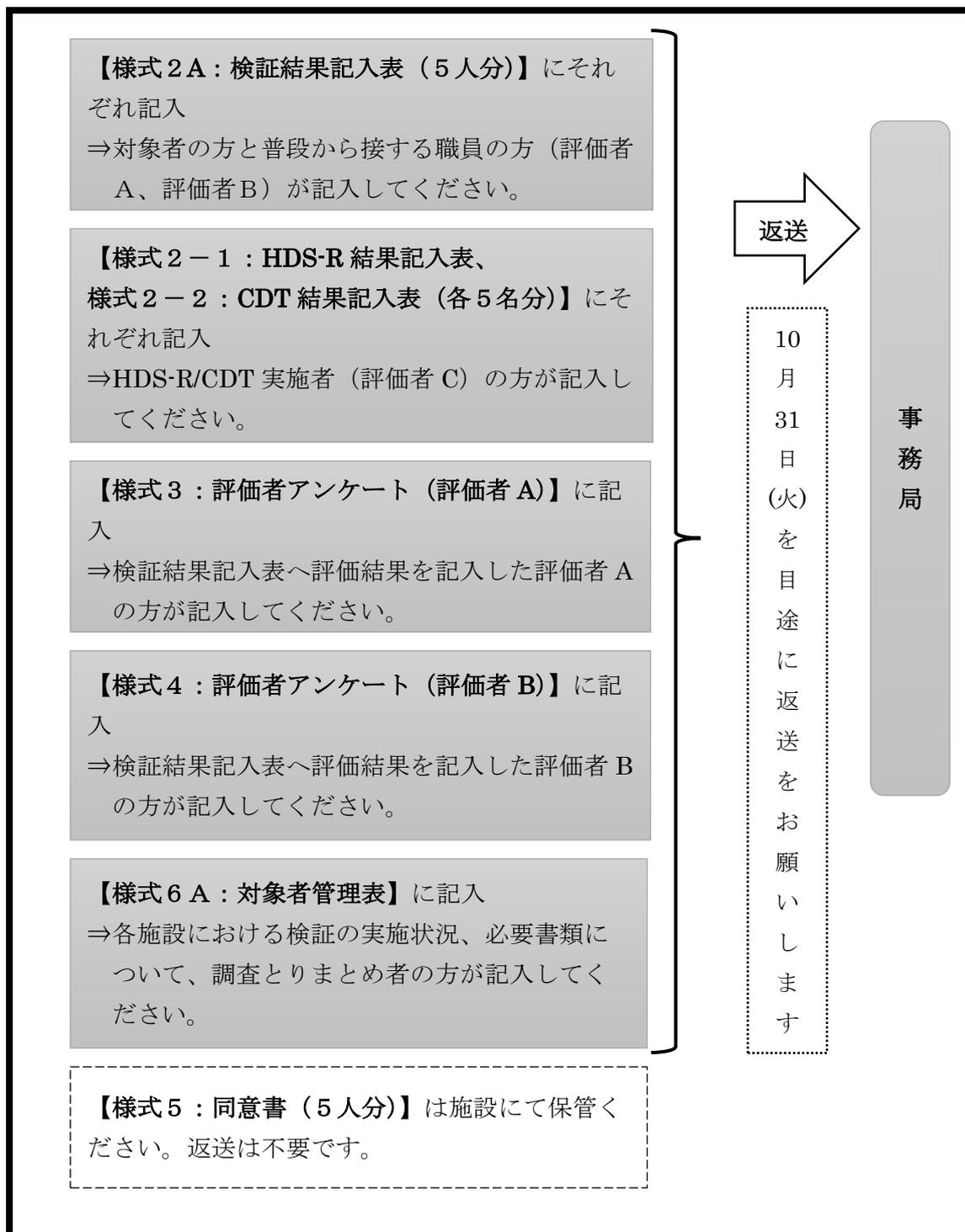
検証実施にあたり、以下の帳票を使用します。

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	認知機能に関する評価表	認知症の方の認知機能の評価するための評価表です。	—	不要
様式 2 A	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、各評価者が評価に要した時間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 2-1	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/CDT の記入表です。	HDS-R/CDT 実施者（評価者 C）	必要
様式 2-2	CDT 結果記入表			
様式 3	評価者アンケート（評価者 A）	評価者の属性に関する情報、様式 1 評価表に対する意見、効果や使い勝手等についてご回答いただきます。	評価者 A	必要
様式 4	評価者アンケート（評価者 B）	同上	評価者 B	必要
様式 5	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 6 A	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



5. 帳票類の配布・記入・返送の流れ



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) / 時計描画テスト (CDT) 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 人の高齢者を対象者に対して本調査を実施いただく場合には、HDS-R/CDT 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。）

（1）改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

様式 2-1 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。

HDS-R は、日常会話から導入するのが望ましいので、まず名前を聞くことから始め、次に年齢を聞くというのが一般的なやり方です。しかし、9 つの質問は必ずしも順番どおりに行う必要はありません。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。

【問題 1】 年齢	【測定する内容】 自己に関する見当識
	「お歳はおいくつですか?」と質問します。満年齢が正確にいれば 1 点、2 年までの誤差は正答とします。認知症の人の中には、誕生日や干支はいえるものの、年齢を答えられない人もいます。誕生日や干支を答えた場合には正答とはなりません。まずはそれを認めたくて、「それでは今年でおいくつになりますか?」と質問します。
【問題 2】 年・月・日・曜日	【測定する内容】 日時の見当識
	今日は何年の何月何日何曜日かを問います。「今日は何年の何月何日何曜日ですか?」のように続けて聞くのではなく、それぞれの質問をゆくりと分けて別々に聞く方がよいです。「今日は何曜日ですか?」「今日は何月何日ですか?」「今年は何年でしょう」というように順不同に尋ねるとよいでしょう。日は分からなくても月が分かる人や、入浴の日、週内の活動予定の曜日など、週の中の日課の見当識が保たれている人もいるため、日時の見当識は細かく分けて評価します。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	【測定する内容】 場所の見当識
	「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。施設で生活している人は、施設名を答えられない人もいますが、現在いる場所が病院なのか、施設なのか、自宅なのかなどが本質的に理解できていれば正答とします。質問の意図がうまく伝わらず、施設の名前を求められているともあり、答えられない場合もあります。「この名前はいいですよ。ここはどんなところですか?」のように

ヒントを出すことによって「病院なのか、施設なのかの区別が付き、「〇〇施設」と答えることができた場合は2点となります。

【問題4】3つの言葉の記銘 [測定する内容] 短期記憶（即時記憶）

「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、正答の数を探点した後に正しい答えを教え、覚えてもらいます。もし3回以上言っても覚えられない言葉があれば、問題7の「言葉の遅延再生」の項目から覚えられなかった言葉を除外します。

他のところですでに検査を受けてきたと思われる人には、「梅・犬・自動車」の系列を使います。

この問題で使用する第1系列の「桜・猫・電車」と第2系列の「梅・犬・自動車」は、別の言葉に置き換えてはなりません。

【問題5】計算問題 [測定する内容] 計算能力と短期記憶、ワーキングメモリー

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。

2回目の引き算の時に「93引く7はいくつですか?」と質問せず、かならず最初の答えが出た後に、「それからまた7を引くと」と質問してください。2回目の引き算の時に「いくつから7を引くんですか?」と聞かれることであります。その場合には、「もう一度やってみましょう。100引く7はいくつですか?」と質問し、答えが出たら「それからまた7を引くといくつですか?」と質問してください。

【問題6】数字の逆唱 [測定する内容] ワーキングメモリー

「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。時々「1-2-3」とそのまま答える人がいますが、この場合、「そうですね。1-2-3ですね。今度はそれを逆から言ってみましょう」と練習してみましょう。それでも逆唱ができないようであれば、この問題は終了し、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 [測定する内容] 数分前の近時記憶

「先ほど覚えてもらった言葉をもう一度いってください」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。この問題を実際に行うときには、「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。

「植物と動物と乗り物の名前がありましたね」というようにヒントをまとめて出すのではなく、1問も答えられない場合には、「植物の名前がありましたね」と1つずつヒントを与え、正答や誤答が出た場合に、「次は動物の名前でしたね」と進みます。また「桜・猫」などが出た場合には、「もう一つ乗り物の名前がありましたね」とヒントを与えます。

【問題8】5つの物品記銘 [測定する内容] 短期記憶、視覚記銘力

「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。

この問題では、5つの物品は実際に名前をいいながら1つずつ並べ、全部並べ終わった後、1つずつ指差して対象者にもその名前を復唱してもらいます。中にはその物品を一般的ではない名称でいう人もいますが、それを正すのではなく、その人が使った言葉を使用します。

【問題 9】 野菜の名前**【測定する内容】 言語の流ちょう性**

「知っている野菜の名前をできるだけたくさん教えてください」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。この問題は、野菜の名前の正確性を求めるより、途中で対象者の言葉を遮らないことの方が重要です。実際の検査場面では、野菜以外の名前が出たり、重複して野菜の名前を答えることもあります。このような場合、「それは野菜ではありませんね」とか、「それは先ほどいいましたね」と回答をさえぎるのではなく、「いいですよ、どんどん言ってみてください」と、対象者の言葉を促すことが必要です。野菜と果物の区別がつきにくいものや、八百屋やスーパーの青果売り場にあるもの、キノコ類などをいう人もいますが、本人がもともと野菜と認識しているものもあるため、野菜の名前の正確さにはこだわらなくてもよいです。

重複した野菜を答えた場合は検査用紙に答えたものを順番に記載し、あとで重複したものを減点します。途中で言葉に詰まった場合、10秒程度待ってでてこないようであれば、そこで終了とします。

この問題は、最後の問題であるため、検査終了後に「野菜は好きですか?」というような会話につなげていくことによって、検査に対するネガティブな印象を和らげることにもなります。

【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。答えに自信がなくても、当てずっぽうで答えるときがあります。しかし高齢者の場合、自信のないものには答えない傾向があり、実際の能力よりも低く評価される場合があります。検査にあたる人は、少し自信がないと思われる場合でも、励まして答えてもらうようにしてください。

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?」とか「良くできましたよ」というようにねぎらうことも効果的です。

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

（2）時計描画テスト（CDT）

対象者に鉛筆と**様式 2-2**を渡し、「この紙に、紙の大きさに見合った大きさの時計の絵を描いて下さい。数字も全部書き 10 時 10 分の時刻を指すように描いて下さい。」として、時計描画テスト（CDT）の記入欄に記入をお願いしてください。制限時間は2分とします。

採点は事務局にて実施します。

様式集

様式1

認知機能に関する評価表

認知機能の評価の前に、以下の項目について、事前にご確認ください。

①-1 事前質問（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

2. はい→この場合は、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。

①-2 事前質問（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ご評価してください。



1. みまもってもらわなくても過ごすことができる



2. 1日1回様子を確かめてもらえば、一人で過ごすことができる



3. 半日（3時間）程度であれば、みまもってもらわなくても一人で過ごすことができる



4. 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる



5. 常にみまもりが必要である

認知機能の評価にあたり、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。

<p>①-1 近時記憶</p>	<p>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。</p>
<p>①-2 近時記憶</p>	<p>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。</p>



1. 常に覚えている



2. 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



3. 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せる
（思い出せることと思い出せないことが同程度の頻度）



4. 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



5. 忘れたこと自体を認識していない



1. 1 週間前のことを覚えている



2. 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



3. 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



4. 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



5. 全く覚えていない

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。

※上位レベルのものと下位レベルのものが両方でき、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ができて、2ができない場合⇒1を選ぶ



1. 年月日はわかる
(±1日の誤差は許容する)



2. 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる



3. 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)



4. 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



5. 自分の名前がわからない

③
コミュニケーション

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。



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。)



2. 複雑な会話ではできないが、普通に会話ができる
(「○○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。)



3. 普通に会話ではできないが、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。)



4. 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。)



5. 発語がなく、無言である

④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。



1. 自分で正しく服薬できる



2. 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



3. 2回に1回は服薬を忘れる



4. 常に薬を手渡すことが必要である



5. 服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

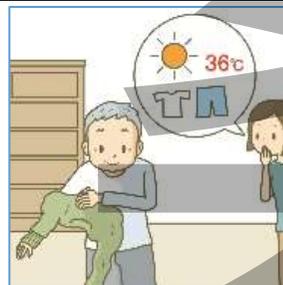
⑤更衣

一人で着替えることができますか。

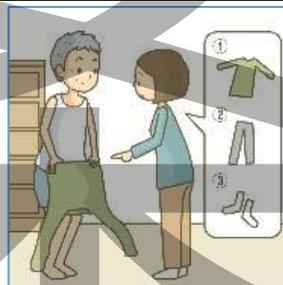
※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください。



1. 季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる



2. 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



3. 促してもらえば、自分で着脱衣ができる



4. 着脱衣の一部を介護者が行う必要がある



5. 着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

⑥

遂行能力

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。



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。)



2. 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。)



3. 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える
(「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。)



4. 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。)



5. リモコンが何を
するものか分からない

楽

様式2A

検証結果記入表

【基本情報】

施設 ID		利用者 ID	
基本属性	年齢	歳	性別
	入居時期	年 月	
	要介護度	要支援／要介護1／要介護2／要介護3／要介護4／要介護5	
	障害高齢者の日常生活自立度	自立／J1／J2／A1／A2／B1／B2／C1／C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立／Ⅰ／Ⅱa／Ⅱb／Ⅲa／Ⅲb／Ⅳ／M	
	認知症の原疾患名 (わかる場合のみ)	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 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 (具体的に:)	
利用者情報 (MMSE) ※	1. 時間の見当識		年:0/1 季節:0/1 月:0/1 日:0/1 曜日:0/1
	2. 場所の見当識		都道府県:0/1 市町村:0/1 場所:0/1 階数:0/1 地方:0/1
	3. 即時想起		0/1/2/3
	4. 計算		0/1/2/3/4/5
	5. 遅延再生		0/1/2/3
	6. 物品呼称		0/1/2
	7. 文の復唱		0/1
	8. 口頭指示		0/1/2/3
	9. 書字指示		0/1
	10. 自発書字		0/1
	11. 図形描写		0/1
	合計		点

※MMSE は直近半年以内に医療職(医師, 看護師, 心理士, OT, PTなど)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 評価表 評価結果】

様式1 評価表 評価結果	評価者 A	①-1 事前質問(意識レベル)	1 / 2
		①-2 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
		評価に要した時間	分
		評価表(案)の結果は、今後ケア方針や内容を見直すにあたって役立つと思うか。	1. とてもそう思う 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. 全くそう思わない
	評価者 B	①-1 事前質問(意識レベル)	1 / 2
		①-2 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
		評価に要した時間	分
評価表(案)の結果は、今後ケア方針や内容を見直すにあたって役立つと思うか。	1. とてもそう思う 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. 全くそう思わない		

様式2-1

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？(自発的にできれば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○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	(9-2-5-7):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	b: 0/1	c: 0/1
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2-2

CDT 記入表

(時計のない部屋で行ってください)

「教示: 10 時 10 分の時計の絵を以下の四角の中に描いてください。」

評価実施日: 月 日

施設 ID		利用者 ID	
			

様式3

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. その他()									
今回の評価表は、どのくらいの期間について振り返ってつけることが適切だと思いますか。	1. 1 か月程度 2. 2 週間程度 3. 1 週間程度									
今回の評価表で、回答しやすかった項目／回答が難しかった(回答に迷った)項目に○をつけてください。		①-1	①-2	②-1	②-2	②	③	④	⑤	⑥
回答しやすかった項目										
回答が難しかった(回答に迷った)項目										
今回の評価表で、回答にあたり、理解が難しかった表現等がありましたら記入してください。(自由回答)										
今回の評価表は、認知症の方の残存能力を評価して、自立度をあげることに有用であると思いますか。	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									
その他評価表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4

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. その他()									
今回の評価表は、どのくらいの期間について振り返ってつけることが適切だと思いますか。	1. 1 か月程度 2. 2 週間程度 3. 1 週間程度									
今回の評価表で、回答しやすかった項目／回答が難しかった(回答に迷った)項目に○をつけてください。		①-1	①-2	②	③	④	⑤	⑥		
回答しやすかった項目										
回答が難しかった(回答に迷った)項目										
今回の評価表で、回答にあたり、理解が難しかった表現等がありましたら記入してください。(自由回答)										
今回の評価表は、認知症の方の残存能力を評価して、自立度をあげることに有用であると思いますか。	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									
その他評価表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)										

厚生労働省補助事業名：令和5年度老人保健健康増進等事業
「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

「認知機能評価表作成のための検証事業」 ＜調査へのご協力のお願ひ＞

当施設では、厚生労働省の研究班からの依頼を受け、当施設に入所された、あるいは通所サービス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、認知症グループホーム、小規模多機能型居宅介護施設、看護小規模多機能型居宅介護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「認知症の認知機能評価表案」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／入居施設種類／入居時期／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、施設職員が入所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できます。

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：_____

「認知機能評価表作成のための検証事業」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5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、介護現場で簡便に利用可能な認知機能の評価表案を作成し、現場職員の方々に評価表を試行的に使用いただき、その結果や使い勝手を伺う検証調査を実施することとしました。

現在、認知症の認知機能・生活機能に関する評価指標は、医学モデルによるものが中心であり、介護現場のスタッフが、医学的専門知識がなくとも、簡便に、かつ短時間で評価できるような指標は存在していません。

この調査は、今後、全国統一で認知症の認知機能の評価を行うために活用される評価表の作成につながる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。

- ・ 当施設に入所された、あるいは通所サービスを利用されている方のうち、誕生日が10月1日に近い方から5名の方。
- ・ ただし、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／入居施設種類／入居時期／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、施設職員が入所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

- ・栗田 圭一 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

- ・秋下 雅弘 東京大学大学院医学系研究科 生殖・発達・加齢医学専攻加齢医学講座
教授(日本老年医学会理事)
- ・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
- ・櫻井 孝 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 研究所長
- ・繁田 雅弘 東京慈恵会医科大学精神医学講座 教授 (日本認知症ケア学会理事長)
- ・田中 稔久 三重大学医学部神経・筋病態学講座 教授
(日本老年精神医学会元理事・評議員、日本精神神経学会)
- ・田邊 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
- ・藤本 直規 医療法人 藤本クリニック 理事長(日本認知症学会名誉理事)
- ・山口 晴保 群馬大学 名誉教授
- ・山田 正仁 九段坂病院 院長(日本神経学会認知症セクションチーフ)
- ・和田 健二 川崎医科大学認知症学 教授(日本神経治療学会評議員)

■ 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できます。
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5年度「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」
協力同意撤回書

私は、「認知機能評価表作成のための検証事業」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 _____ (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

令和5年度「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」
説明および協力同意書

私は、「認知機能評価表作成のための検証事業」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6A

対象者管理表

施設情報	施設 ID						
	施設名						
	施設とりまとめ担当者名						
	連絡先						
	謝礼取扱い		<input type="checkbox"/> 法人受取	<input type="checkbox"/> 個人受取	<input type="checkbox"/> 謝礼は受け取りません。		
	金融機関名称・支店名		銀行		支店		
	口座種類		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> その他()		
	振込先口座番号(7桁)						
	口座名義(カナ)						
対象者情報		様式5 同意書の取得の有無 (チェックのみで事務局への提出不要)	様式2A 評価結果記入表	様式2-1 HDS-R結果記入表	様式2-2 CDT結果記入表	様式3 評価者アンケート(評価者A)	様式4 評価者アンケート(評価者B)
	対象者①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	対象者⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記、様式2A, 3, 4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 **10月31日(火)**までにご提出ください。