

臨床心理士が読み解く神経心理検査の実際

◎竹田 伸也¹⁾

鳥取大学大学院医学系研究科 臨床心理学専攻¹⁾

【はじめに】

神経心理検査は、「認知機能障害の把握」、「認知症のスクリーニング」、「治療の効果指標」、「被検者の力（残存機能）の把握」など、多様な目的で実施される。神経心理検査には様々な種類があるが、当日は「認知症」を対象とした場合の神経心理検査について、いくつかの検査を通して解説を行う。

【最もメジャーな検査 - MMSE と HDS-R -】

まず MMSE と HDS-R について概観し、各項目からどのような認知機能の解釈ができるかを述べる。これらの検査は、国内で頻繁に用いられているものの、十分な使われ方がなされていないのが現状である。たとえば、総得点を見てカットオフを下回ったか否か、被検者はどの項目で間違ったかに注目されやすい。しかし、これらの検査は、それ以外に有用な情報を検査者に提供してくれる。

正解した項目は、被検者の残存能力を表わしており、これらの機能を活かした生活環境の改善など、結果は様々な用途で利用できる。また、受検時における被検者の様子や答え方なども、様々な仮説を検査者に提供する。受検態度からは、注意・集中や人格等の評価が、質問への答え方からは、自発性や精神運動等の評価ができる。当日は、受検時における被検者の様子や反応の着眼点について述べ、そこから何がいえるか、そして認知症の原因疾患別の特徴等について解説したい。

【検査を行うためのコミュニケーション・スキル】

神経心理検査は、実施にあたって被検者の心を傷つけてしまう可能性がある。そのことが、受検態度に影響を与え、被検者の本来持つ認知機能を適切に評価することを妨げることもある。そのため、神経心理検査の実施にあたって、検査者は被検者を傷つけないような対応を心掛けなければならない。神経心理検査を「極める」ためには、被検者に嫌な思いを抱かせず、検査を進めていくためのコミュニケーション・スキルが不可欠である。被検者を不快な思いにさせないために、早速今日からできる「技」をお伝えしたい。

また、認知症による理解力の低下によって、検査に導入するまでに、被検者にうまく声かけができず、円

滑に検査を進められない場合もある。検査者は、相手の理解を促すような伝え方ができなければならない。相手の理解を促すような声かけについても紹介する。

【ニーズに合わせた神経心理検査の開発】

こうしたスクリーニングを目的とした神経心理検査は、現場で用いることにいくつかの問題が指摘されてきた。第一は、検査を行う時間の問題である。診療に十分な時間をさけないため、実施に時間のかかる一般的なスクリーニングは現場に向かないとの報告がある（Lorentz et al., 2002）。第二は、スクリーニング検査の認容性の問題である（Bushu et al., 1997）。質問項目によっては、被検者を傷つけてしまう内容もある。第三は、軽度認知症に対する感度の問題である。従来使われてきた検査のなかには、軽度認知症だけを対象として標準化されていないものがある。そのため、軽度認知症を対象とした場合の感度が下がり、早期発見につながらないとの報告もある（Takeda et al., 2014）。

患者のニーズに適うために、新たな神経心理検査が必要だと判断したら、患者のためにより良い検査の開発にチャレンジするという態度が、我々専門家には求められる。当日は、これまでの問題を克服するために開発された竹田式三色組合せテストを紹介し、認知機能障害に応じた神経心理検査の開発について経験を伝えたい。

【身近に検査キッドがない時 - 時計描画法 -】

相手の認知機能を捉えなければならないが、手元に検査キッドがない時もある。そのような状況で認知機能を幅広く評価することができる神経心理検査として、時計描画法（Clock Drawing Test; CDT）を紹介する。

CDT は、特定の時刻を示した丸時計を描かせる課題であり、紙と鉛筆があれば簡単に実施できる。そのうえ、作業記憶、意味記憶、視空間認知、遂行機能など幅広い認知機能を、描画プロセスの中で評価することができる。CDT の実施法、描画プロセスの評価の仕方について、軽度認知症患者の事例を通して概観する。

臨床および研究での神経心理学的検査の活用法

◎櫻井 孝¹⁾

国立長寿医療研究センター¹⁾

認知症が増加している。高齢者の15%に認知症が存在し、さらに認知症の最軽度状態である軽度認知障害(MCI)もほぼ同じ程度存在するという。わが国では、「新オンジプラン」が国策として提唱され、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことを理念としている。全国に数多くある、もの忘れ外来でこのような認知症の包括的医療をどのように達成していくかが課題である。

国立長寿医療研究センター(NCGG)のもの忘れセンターでは、以下の診療目標を挙げている。①生活機能の改善、②認知機能の維持、③行動心理症状

(BPSD)の速やかな改善、④身体疾患(転倒・誤嚥・失禁など)の予防、⑤介護負担の軽減、⑥介護負担の軽減、⑦緊急時の対応。それぞれの目標を達成するためには、認知症の時間軸を考えた評価が必要である。本講演では、認知機能(心理検査)、生活機能の維持、身体疾患、介護負担軽減を中心に、認知症診療における評価法の考え方を紹介する。

認知症の初診時には、認知症の鑑別診断が重要であり、認知障害のスクリーニングに始まり、詳細な神経心理検査を行う。スクリーニング検査として、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)、ミニメンタルテスト(MMSE)が標準的である。これらの評価の成績をどう理解するかを知る必要がある。詳細な神経心理検査では、認知機能でも記憶、言語、構成などの各ドメインを評価する標準的な検査を組み合わせることが多い。また、経時的変化を追跡することに適した検査法もある。これらの検査を深く理解して習得するには時間を要するが、その概略を知ることが必要であろう。神経心理検査による変化は鋭敏であり、医師はMRIや脳血流シンチなどの脳画像の結果と合わせて、脳の局在機能診断を行っている。また、認知症の鑑別として、抑うつの評価は必須である。高齢者用うつ尺度短縮版(GDS15)の日本版などがよく使われる。

生活機能の評価は、ロートンインデックス、パーセルインデックスなどのADL評価法を用い、BPSD評価法にはNeuropsychiatric Inventory(NPI)、認知症行動障害評価尺度(DBD)などがある。また、介護負担の評価にはZarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)を使う施設が多

い。認知症は中枢性疾患であるが、多くの身体疾患を併発する。転倒、尿失禁、サルコペニア、ADL低下、誤嚥などが重要である。これらの疾患を評価するために、歩行機能検査、体組成・握力、排尿機能検査、嚥下機能検査が必要である。また認知症のBPSDや身体疾患とMRIでの脳病変との関係を知ることも重要であろう。NCGGのもの忘れセンターでは、これらの検査をパッケージ(高齢者総合機能評価)として、初診時のみならず、一年ごとに繰り返し経時的な変化を数値化して評価している。

認知症の治療では、いまだ進行を止める薬剤はないため、一部の医師には認知症の診療に躊躇する者もある。また、看護師、またその他の医療従事者においても同様の考え方をする者もいる。しかし10年前に比べると治療成績は格段に改善している。市民レベルでの認知症への関心が高まったことを背景に、認知症予防やケア手法が普及しつつあることが寄与しているものと思われる。認知症診療に関わる検査技師として、認知症予防の考え方に精通し、上記の様々な評価ができ、さらに、認知症をもつ人・介護者に指導できる人材を育成することが必要である。