

認知機能検査の判定結果と介護福祉士による  
認知症の主観的評価との関係について

千 草 篤 磨

研究論文

## 認知機能検査の判定結果と介護福祉士による 認知症の主観的評価との関係について

千草篤磨

### はじめに

認知症の診断は専門医が、問診や諸検査の結果により、総合的に行うものである。本人や介護者から日常生活での症状を聞き、神経心理学的な認知機能検査やCTなどの画像検査の結果に基づき正式な診断がなされる。しかし、ひとたび認知症の診断を受けると、高齢者施設等に入所した後に認知症の重症度が変化しても、その都度専門医の診断を受けることは希である。また、認知症のない高齢者が施設入所後に認知症状が出始めることもよくあるが、多くはあらためて専門医の診断を受けることなく施設で過ごしていく。

さて、介護実践を進める上で、認知症の重症度を評価することは、具体的な取り組み内容に関わる重要事項である。しかし、多くの場合は介護福祉士等による主観的な評価が中心となり、認知機能検査等を用いて客観的な判定をすることは少ない。重症度を決める場合、①専門医による診断、②認知機能検査による判定、③介護福祉士による評価に区別できる。そこで、②の客観的判定と③の主観的評価がどのように関連するのかを検討し、今後の認知症介護実践に役立てたい。

### 1. 認知症への関わりと認知機能検査

認知症に関する医学的、心理学的研究は年々蓄積されてきてはいるが、未だに根本的原因も治療法も明らかになっていない。また、治療薬も次々と開発されているが、期待されるような効果は出ていない。それ故に様々な予防法が次々と宣伝されるようになり、実践現場は情報過多で混乱しているのが現状である。インターネット上では、計算ドリル、漢字ドリル、パズル、脳トレ、ゲーム、嗅覚トレーニング、塗り絵、折り紙、音読、歌あそび、体操、散歩、趣味、サプリメント、コーヒー、緑茶、ヨーグルト、食習慣改善、睡眠習慣改善、目耳の機能維持、禁煙、禁酒、等々、何でも認知症予防に結び付けて、過剰な宣伝が繰り返されている。なお、上述のような多様な項目を総合的に取り入れたものとして、浦上（2021）によって開発された「とっとり方式認知症予防プログラム」や、山根（2022）が紹介する「リコード法」などがある。これらについては医師らによる科学的な実証が行われつつあるが、今後どこまで認知症予防が可能になっていくのかは不透明である。

認知症は誰でも起こりうるもので、加齢に伴う自然な脳の機能低下による現象であると捉えることができる。不自然で対象者に無理を強いるような治療法に取り組むよりも、あたりまえの楽しい日常生活を送ることを目標にして、その人の認知症の症状や重症度に応

じた普通の介護実践を進めていくことが必要である。認知症の表面的な症状の改善を目標にするよりも、認知症の人の具体的症状からその人の内面を理解しようとするの方が重要であると考えられる。その際に、認知症の重症度を確認しておくことは実践の出発点として必要である。

特別養護老人ホーム等に入所する認知症高齢者の重症度については、医師による医学的診断、心理専門職等による認知機能検査による判定、介護福祉士による実践的評価などによって行われている。しかし、継続的に実施されるのは介護福祉士等による実践的評価である。ただし、この実践的評価は主観的な要素が強いため、妥当性や信頼性が十分であるとは言い難い。一方、認知機能検査については標準化され、市販されているものを使用するため、妥当性と信頼性は一応担保されていると考えられる。しかし、認知機能検査はその使用目的や所要時間、実施者の専門領域などによって様々なものが存在している。用いる検査によって結果が異なる場合もあり、どの検査による判定なのかを明記する必要がある。したがって、異なった種類の検査間の判定結果を比較することは有効でない。

高齢者施設等で使用される認知機能検査は、短時間で行うスクリーニング検査が一般的である。代表的なものはHDS-R（改訂長谷川式認知症スケール）とMMSE-J（精神状態短時間検査－改訂日本版）である。長谷川和夫によって1974年に開発された長谷川式簡易知能評価スケール（HDS）を、1991年により鑑別力の高いものに改訂したものがHDS-Rである。HDS-Rは年齢、日時の見当識、場所の見当識、言葉の記銘と遅延再生、計算、数字の逆唱、物品記銘、言語の流暢性の9項目からなる検査で、30点満点で20点以下の場合に認知症が疑われるものである。また、MMSE-Jは、1975年にFolsteinらによって開発されたMMSEを、2012年に杉下守弘によって日本語版が作成され、2019年に改訂されたMMSE-Jは、時間の見当識、場所の見当識、単語の記銘と遅延再生、計算、物品の呼称、文章復唱、3段階の口頭命令、書字命令、文章書字、図形模写の11項目からなる検査で、30点満点で23点以下の場合に認知症が疑われるものである。

その他、2002年に浦上らによって、タッチパネル式コンピュータを用いた簡易認知症機能スクリーニング検査「物忘れ相談プログラム」が開発された。これは、言葉の即時再認、日時の見当識、図形認識、言葉の遅延再生から構成されており、その後特許を取得し、2014年に日本光電より製品化され発売されている（浦上、2021）。対象者が一人でできるという利点はあるが、高齢者にはタッチパネル式コンピュータの操作が困難な場合があり、常に押し間違いなどに注意しておく必要のあることが指摘されている（河月、2017）。なお、このプログラムはもの忘れの度合いに気づくためのツールであり、認知症の判定に用いるものとはなっていない。医療機関の待合室や運転免許センターなどで活用されている。

なお、認知機能検査ではないが、介護保険の要介護認定の際に「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」によるランクが用いられる。認知症高齢者の日常生活自立度判定基準は、2006年4月に改正された旧・厚生省老人保健福祉局長「『認知症高齢者の日常生活自

立度判定基準』の活用について」の別添によるものである。別添の注記では、「この判定基準は、医師により認知症と診断された高齢者の日常生活自立度の程度すなわち介護の必要度を保健師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等が客観的にかつ短期間に判定することを目的として作成されたもの」であるとしている。なお、認知症は進行性の疾患であることから、「必要に応じ繰り返し判定を行うこととし、その際、主治医等と連絡を密にすること」が記されている。また、判定に際しては、「意思疎通の程度、見られる症状・行動」に着目して、自立の程度をⅠからⅣ及びⅤの5区分にランク分けすることで評価するものである。

ランクⅠは、「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している」。ランクⅡは、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」。ランクⅢは、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする」。ランクⅣは、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする」。5区分目はランクⅤで、「著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする」となっている。なお、ランクⅢの判定にあたっての留意事項として、「『ときどき』とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない」と記している。このことから、ランクⅢは、意思疎通の困難さが「ときどき」見られると解するべきである。さらに、別添では、この5区分のランク分けは「介護の必要度を示すものであり、認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではない」と注記されている。故に、この自立度判定基準が、認知症の重症度を判定する際に使用されることはないと考えられる。

## 2. MMSE-Jについて

1975年に Folstein らによって開発された MMSE は、現在も世界中で使用されている認知症の代表的な検査である。また、杉下守弘によって2012年に日本語版 MMSE-J が作成・公刊され、健常者と認知症のカットオフ値 (23/24) が示された。その後、2019年改訂版では、健常者と MCI (軽度認知障害) のカットオフ値 (27/28)、及び MCI と軽度認知症のカットオフ値 (23/24) が示された (杉下、2019)。なお、検査の施行と採点は、「臨床面接と行動測定の実行について訓練を受けた人」によってなされ、結果の解釈が可能なのは、「使用者の手引」の内容を学習し、理解した「資格のある専門家」だけであるとされている。なお、MMSE-J は日本文化科学社が原版出版社に使用料を支払って契約販売しているものであり、正規のもの以外の MMSE 日本語版を使用することは著作権の侵害となる。MMSE-J の検査用紙を購入する際も、使用場所や目的、検査を実施する者の資格などを提出し、許可を得なければならない。

MMSE-Jはあくまでもスクリーニング検査であるので、重症度分類を行うために開発されたものではない。したがって、重度、中度、軽度などに分類するための標準化された点数は示されていない。便宜上、重症度を分類する際にはそれぞれの研究者の定めた基準で行うため、同じ点数でも重度認知症と分類されたり、中度認知症に分類されることが起こりうる。しかし、「使用者の手引」には、MMSE-Jは診断用具として使用されるものではないが、「認知障害の重症度を見出し、数量的に評価するため」に使用されるものであると明記されている。現時点で明確に公表されているのは、正常、MCI、軽度認知症の区分だけである。軽度認知症、中度認知症、重度認知症の区分については、今後標準化されることが期待される。

さて、標準化はされていないが、実際の臨床場面では軽度、中度、重度の重症度を便宜的にMMSE-Jの点数によって区分している。日本老年医学会では、判定例として、軽度は21～23点、中度は11～20点、重度は0～10点としている。久野他（2013）は2012年のMMSE-Jの「手引」から、軽度は21～26点、中度は11～20点、重度は0～10点と分類している。また、河月（2017）は「MMSE」による重症度分類として、軽度は20～23点、中度は10～19点、重度は0～9点を紹介している。本稿においては、日本老年医学会の区分にしたがって検討したい。なお、正常とMCIの区分は上述の杉下（2019）によって、28点以上を正常、24～27点をMCIとする。

次に、HDS-Rとの違いについて考える。HDS-RとMMSE-Jは両者共に認知症のスクリーニング検査であり、また共通する検査項目もある。しかし、大きな違いはHDS-Rが言語性の検査項目のみで構成されているのに対して、MMSE-Jは言語性の検査項目と動作性の検査項目とで構成されているという点にある。医療機関において医師が診察場面で短時間に実施する場合は、HDS-Rの方が簡便で利用しやすい。一方、特別養護老人ホームという生活施設に入所する認知症高齢者に対する神経心理学的検査としては、MMSE-Jの方が検査から得られる情報が動作性項目も含めて多く有用である。動作性項目の検査結果は、施設内で実施されるレクリエーションや日常生活援助のヒントとなることも少なくない。文章書字の検査をすることで、文字を書く能力や意欲のあることが分かり、以後の介護実践に活かされたケースもある。

### 3. MMSE-Jによる判定結果と介護福祉士による認知症重症度評価

#### ①研究目的

認知症の重症度を明らかにすることは、介護実践を進める上で不可欠である。しかし、専門医による定期的な診断が期待できない現状では、実践現場の介護福祉士による評価が重要になってくる。この評価をより客観的なものとするために、心理専門職によるMMSE-Jを用いた判定と介護福祉士による主観的評価を比較検討する。

## ②方法

特別養護老人ホーム A 園に入所する高齢者に対して、臨床発達心理士である筆者が MMSE-J を個別に実施する。同時に介護実践を担当する介護福祉士が同じ高齢者の主観的認知症重症度の評価を行う。次に MMSE-J による判定と介護福祉士による主観的評価とを比較し、福祉実践現場での認知症重症度の捉え方について検討する。評価を依頼する介護福祉士は、A 園の 4 つのゾーンの各主任介護職員で、経験年数は 35 年～21 年で、平均 25.5 年である。また、評価に際しては特に具体的な評価項目は提示せずに、あくまで主観的に判断するように教示した。

MMSE-J の検査は 2025 年 9 月～11 月の間に個別に実施した。介護福祉士による主観的評価は 11 月末時点で各ゾーンごとに実施した。MMSE-J の得点結果は日本老年医学会の区分にしたがって正常、MCI、軽度、中度、重度と判定した。介護福祉士による主観的評価は、正常、軽度、中度、重度の 4 区分とした。なお、MCI については介護福祉士による評価には含めず、比較に際しては MMSE-J による「軽度と MCI」の判定を合わせて「軽度」とした。その上で、相関係数に基づいて相関関係を分析した。また、異なる判定となったケースについて、個別に分析検討した。

## ③結果

介護福祉士による評価は全員を対象としたが、MMSE-J については、難聴、言語障害、身体障害、体調不良、疾病、入院及び拒否等により、検査実施が困難なケースは除外した。したがって、比較検討をする対象者は、期間内に MMSE-J を実施することができた 53 人となった。結果は表 1 の通りである。それぞれ対象者別に性別、年齢、介護度、介護福祉士による主観的評価、MMSE-J による判定、MMSE-J の得点を示した。また、主観的評価と MMSE-J の判定とが異なったのは 16 例であった。その内、主観的評価の方が重症度が高かったのが 8 例、低かったのが 8 例であった。いずれも 1 段階の差異であり、重度と軽度というような 2 段階の差異はなかった。この結果によって、どこまで両者の関連性があるのかを見るために、相関係数を算出した。相関が強ければ介護福祉士による主観的評価が一定の信頼性を有すると考えることができる。相関係数を算出する際に、重度を 1 点、中度を 2 点、軽度と MCI を 3 点、正常を 4 点とした。

相関関係を測る指標である相関係数とその有意性の検定に関する統計処理は、柳井 (2023) によるアドインソフト「Statcel」上で実行した。主観的評価及び MMSE-J の判定とも正規性の検定において正規分布とはみなせなかったため、スピアマンの順位相関係数の検定を実施した。同順位補正した相関係数は「0.6545」となったので、「正の相関関係がある」と判定された。また、危険率 1%水準で有意な相関関係があった。

以上の結果から、A 園の介護福祉士による主観的評価と MMSE-J による判定との間に正の関係性があることが明らかになった。

認知機能検査の判定結果と介護福祉士による認知症の主観的評価との関係について

表 1. 認知症重症度

入所者	性別	年齢	介護度	主観的評価	MMSE-J 判定	MMSE-J 得点
1	F	97	4	中	中	12
2	F	79	5	中	中	15
3	M	90	5	中	中	18
4	M	82	4	重	重	9
5	F	96	4	中	軽	22
6	F	97	3	中	中	18
7	F	89	4	軽	正常	28
8	F	86	3	中	重	4
9	F	66	5	重	重	8
10	F	94	4	重	重	9
11	F	92	5	重	重	7
12	F	93	3	中	中	18
13	F	89	4	中	中	11
14	F	90	5	中	中	13
15	F	78	4	中	軽	23
16	M	91	5	中	重	9
17	M	86	4	中	中	18
18	F	90	4	中	中	16
19	F	90	4	中	中	19
20	F	90	4	中	中	14
21	F	85	4	中	MCI	24
22	F	72	5	中	中	15
23	F	91	4	中	中	17
24	F	85	3	中	中	16
25	F	102	5	中	中	20
26	F	98	3	軽	MCI	25
27	F	94	4	中	中	12
28	F	106	4	軽	軽	21
29	M	80	4	軽	正常	30
30	F	96	4	中	重	9
31	F	103	4	中	中	16
32	F	88	3	中	中	15
33	M	86	3	軽	軽	23
34	F	92	3	軽	中	14
35	F	55	4	軽	中	17
36	F	93	5	重	中	14
37	F	85	4	重	重	2
38	F	88	3	軽	中	19
39	F	91	3	中	中	19
40	F	87	3	中	中	15
41	F	78	3	中	重	8
42	F	98	4	中	中	20
43	F	75	3	重	重	5
44	F	97	4	重	中	11
45	F	83	4	中	重	9
46	F	92	3	中	中	18
47	F	92	5	重	重	9
48	M	92	3	中	中	11
49	F	76	4	重	重	0
50	M	90	3	中	中	13
51	F	87	3	中	中	20
52	F	95	4	重	中	13
53	F	71	3	軽	MCI	25

#### 4. 考察

A園では従来より年度末に各ゾーンの主任介護職員が認知症の重症度を評価し、統計記録とし残してきた。2024年度の結果は、重度認知症42人(38.2%)、中度認知症37人(33.6%)、軽度認知症28人(25.5%)、正常3人(2.7%)であった。この数字は、あくまでも介護福祉士による主観的な評価である。日常の介護実践を通しての評価であるので、神経心理学的検査では測れない行動観察や介護上の気づきなどによってなされるという利点がある。一方で、経験上からの思い込みや狭い視点による評価になりやすいという欠点もある。MMSE-Jによる判定は客観的であるという利点もあるが、対象者と検査者との人間関係の弱さや非日常的な場面による緊張やストレスが生じやすいという欠点もある。以上を考慮した上で、今回の研究における重症度別の人数を比較する。対象とした53人全体の重症度は、介護福祉士による主観的评价では、重度11人、中度33人、軽度9人、正常0人であった。MMSE-Jの判定では、重度13人、中度31人、軽度7人、正常2人となった。ほぼ同様の人数となっており、上述のように相関関係があるという結果となった。

相関関係の強さのめやすは、相関係数 $0.0 \sim \pm 0.2$ が「ほとんど相関がない」、 $\pm 0.2 \sim \pm 0.4$ が「やや相関がある」、 $\pm 0.4 \sim \pm 0.7$ が「相関がある」、 $\pm 0.7 \sim \pm 0.9$ が「強い相関がある」、 $\pm 0.9 \sim \pm 1.0$ が「極めて強い相関がある」とされている(柳井、2023)。今回の介護福祉士による主観的评价とMMSE-Jの判定との相関係数は「0.6545」となったので、「相関がある」ということになる。強い相関にはならなかったが、MMSE-Jによる判定を基準にした場合、A園の介護福祉士による主観的评价は概ね正確であると考えられる。

次に、介護福祉士による主観的评价とMMSE-Jの評価が異なったケースについて検討したい。53例中16例で重症度が異なっていた。介護福祉士による主観的评价の方が軽症であったケース8例中、「軽度」の主観的评价に対してMMSE-Jの判定が「中度」であったもの(以下「軽度-中度」と表記)は、No.34、35、38の3例。また、「中度」の主観的评价に対してMMSE-Jの判定が「重度」であったもの(以下「中度-重度」と表記)は、No.8、16、30、41、45の5例であった。一方、介護福祉士による主観的评价の方が重症であったケース8例中、「軽度」の主観的评价に対してMMSE-Jの判定が「正常」であったもの(以下「軽-正」と表記)は、No.7、29の2例。「中度」の主観的评价に対してMMSE-Jの判定が「軽度」であったもの(以下「中-軽」と表記)は、No.5、15、21の3例。「重度」の主観的评价に対してMMSE-Jの判定が「中度」であったもの(以下「重-中」と表記)は、No.36、44、52の3例であった。

「軽-中」の3例は日常的には普通に会話もできており、表情も良いので、軽度と評価されたものと思われる。MMSE-Jでは、場所の見当識は良いが、時の見当識が困難であった。「中-重」の5例はパターン化した日常会話はできているが、普段あまり経験しないような内容になるとうまく対応できないことが多い事例である。MMSE-Jでは、見当識や記銘問題の困難さが目立った。「軽-中」や「中-重」の事例は、記憶や見当識の弱さを表面的な

遣り取りでうまくカバーしているものと思われる。そのために、実際の認知症の重症度よりも軽く評価する傾向になるのではないかと考えられる。換言すれば、介護実践の中で、介護福祉士が対象者との間で良い関係性を引き出すことができているものと考えられる。

一方、「軽-正」の2例、及び「中-軽」の3例は、日常生活において積極的に意思表示をし、介護職員に要求を訴えることの多い入所者である。介護職員が実践において多少の困難を伴うことがある事例と考えられる。介護職員の要望や依頼がスムーズに通らないことがあるため、実際よりも重症度を重く評価したのではないかと考えられる。「軽-正」の事例では、認知症状がないにもかかわらず、軽度認知症と評価している。A園はほとんどの入所者が認知症であるため、その中で介護職員が正常と評価する明確な基準を持ち合わせていない可能性がある。この点については、あらためて検討する必要があると考える。また、「重-中」の3例はその日によって、または時間帯によって認知症状に波がある事例である。MMSE-J実施時は、可能な限り覚醒状態の良い時を選んだので、検査への意欲や反応も良く、結果として中度認知症と判定できた。しかし、日常の介護実践においては、日中でも傾眠状態の時もあり、話しかけても返事がなかったり、怒ったりすることがしばしばある。その印象が強いため、介護福祉士は重度認知症と評価したものと考えられる。

このような評価の視点については、北村（2006）の研究結果でも紹介されているところである。北村（2006）が特別養護老人ホームの認知症高齢者が生活するフロアで、介護職員の重症度評価の視点について調査した研究では、介護職員の声かけに対する入所者の反応が重視されていた。例えば、軽度であると評価した理由は、「食事や移動のさいに行う『声かけ』に対して適切な返事が返ってくる」、「『ちょっと待ってください』『これを持ってください』といった指示に従うことができる」ということであった。また、重度と評価した理由としては、「反応がほとんど期待できない人」、「応答が『声かけ』に対応するものにはなっていない人」であった。

なお、参考までに介護度とMMSE-Jの得点の相関を上記と同様の方法で求めたところ、相関係数は「-0.1863」となり、ほとんど相関がなかった。また、介護度と介護福祉士の主観的評価の相関係数は「-0.1366」、介護度とMMSE-Jの判定の相関係数は「-0.1351」であった。したがって、A園における介護度と認知症の重症度は、ほとんど関係がないと考えることができる。

以上、認知症の重症度について、介護福祉士による主観的評価とMMSE-Jによる判定とを比較検討した。全体的な傾向として見ると、両者の相関関係はあると判断することができたので、介護福祉士による主観的評価は信頼できるものと考えられる。ただし、両者が一致しなかったケースもあったが、すべて1段階の差であった。一致しなかった事例を検討すると、介護職員と入所者との言語的、非言語的コミュニケーションがスムーズにとれる場合は本来よりも軽度に評価され、逆の場合は本来よりも重度に評価される傾向にあった。しかし、介護福祉実践を進める上での評価であれば、神経心理学的検査による結果を

参考にしつつも、介護職員の暮らしの場における関わりからの評価を優先することがあっても良いのではないかと考える。それは、神経心理学検査の長谷川式スケールの開発者である長谷川和夫が自身の認知症体験から、「認知症の本質は『暮らしの障害』である」（長谷川・猪熊、2019）と述べたことの意味に通じると思うからである。

なお、本研究は高田短期大学研究倫理委員会の承認を受けて実施したことを付記する。

## 5. 補論 発達障害児の在籍数についての全国調査における「判定」について

認知症の評価を誰が実施するかという問題については、「発達障害」の調査でも同様のことが知られている。以下に一部を紹介する。

文部科学省は2002年、2012年、2022年と10年ごとに「通常学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」を実施してきた。2002年度の最初の調査において、知的発達に遅れはないものの、学習面や行動面で著しい困難を持っていると担任教師が回答した児童生徒の割合が「6.3%であった」という結果が大きく報道された。各学級に2～3人は特別な教育的支援が必要な児童生徒が存在するということになり、その数字がそのまま発達障害児の在籍割合と同じであるかのように解釈される風潮があった。2012年度調査では「6.5%」、2022年度調査では「8.8%」と調査ごとに困難を示す児童生徒の割合が増えてきている。この調査は、勿論全数調査ではなく、標本抽出による調査であるが、各年度の抽出方法は年々精度が高くなっている。しかも、標本児童生徒数は各年度40,000～50,000人あり、全児童生徒の約0.6%であった。なお、回収率も90%以上あり、十分信頼できるものである。しかし、この数字が発達障害児の割合だとすると、「あまりにも多い」という印象である。この点に関しては、調査の方法の問題として、誰の判断によるものであるのかという点を考えなければならない。

この調査の問題点は、発達障害を専門とする医師の診断によるものではなく、担任教師の回答に基づくものであるということである。調査結果の「留意事項」には、次のような重要な但し書きが記されている。「本調査における『児童生徒の困難の状況』については、学級担任等による回答に基づくもので、特別支援教育コーディネーター、又は教頭（副校長）による調査票の記入内容の確認を経て、校長の了解の下、提出された回答に基づくもので、発達障害の専門家チームによる判断や、医師による診断によるものではない。従って、本調査の結果は、発達障害のある児童生徒の割合を示すものではなく、特別な教育的支援を必要とする児童生徒数の割合を示すものであることに留意する必要がある」ということである。

「本調査の結果は、発達障害のある児童生徒の割合を示すものではなく」という留意事項が記されてはいるものの、2012年度の調査名は「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育を必要とする児童生徒に関する調査」となっており、「発達障害の可能性のある」という表題があることで、発達障害児の割合の調査であると一般に理解されたよ

うである。

このような全国的規模の調査において、誰がどのように判定したのかを軽視したり、思い込みで解釈したりしてしまうと、手続きを踏んだ研究結果であっても、正しく理解されないことになる。特に、発達障害のように診断が難しく、また専門医が少ないような場合、専門医の診断か担任教諭の判断かという前提が重要となる。厚生労働省による「令和4年生活のしづらさなどに関する調査」では、医師から発達障害と診断された者の数の推計値は87万人となっている。これを日本の人口の割合で見ると0.73%となる。教員が「発達障害の可能性があると評価した」児童生徒の割合(8.8%)と、医師が「発達障害と診断した」者の割合(0.73%)との間には、当然ではあるが、大きな隔たりがあることが分かる。同様に、認知症の重症度の判定についても専門医の診断か、心理専門職による判定か、介護福祉士による評価か、ということが問われなければならない。

### <文 献>

- ・長谷川和夫 2005 HDS-R 長谷川式認知症スケール使用手引 三京房
- ・長谷川和夫、猪熊律子 2019 ボクはやっと認知症のことがわかった KADOKAWA
- ・河月稔 2017 神経心理学的検査 医学検査 Vol.66 11-21
- ・北村育子 2006 特別養護老人ホームに暮らす認知症利用者のアセスメントの実際とその重症度評価における主要評価項目 日本福祉大学社会福祉論集 第114号 33-46
- ・厚生省老人保健福祉局長 1993(2006改正)「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について 老発0403003号(平成18年4月3日)
- ・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2024 令和4年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者実態調査)結果(令和6年5月31日)
- ・久野真矢、他 2013 高齢者の認知機能とADL・IADL能力の関連:MMSE-Jに基づいた生活機能に対する介入モデル 日本認知症予防学会誌 Vol.2 9-13
- ・文部科学省 2002 「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」調査結果 ([http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/attach/1361231.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/attach/1361231.htm))
- ・文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2012 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について(平成24年12月5日)
- ・文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2022 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について(令和4年12月13日)
- ・日本老年医学会「認知機能の評価法と認知症の診断」([https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/tool\\_02.html](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/tool_02.html))
- ・小野次郎、他 2023 2022年度文部科学省が行った全国実態調査の意義と課題－「学習

- 面で著しい困難を示す」児童生徒を中心に－ LD 研究 Vol.32 No.3 146-156
- ・ 社会福祉法人高田真善会 2025 令和6年度業務実態報告書 (<https://www.houtokuen.jp>)
  - ・ 杉下守弘 2019 精神状態短時間検査改訂日本版 (MMSE-J) 使用者の手引 日本文化科学社
  - ・ 浦上克哉 2021 科学的に正しい認知症予防講義 翔泳社
  - ・ 山根一彦 2022 医学博士がすすめる認知症にならない最高の習慣 新潮社
  - ・ 柳井久江 2023 4steps エクセル統計【第5版】 オーエムエス出版

