

# 認知症の神経心理検査

国立研究開発法人  
国立長寿医療研究センター精神科部  
三浦利奈

# 基本の知識

# 実践

# そもそも「神経心理学」とは

- ▶ 人間の心理現象の構造を知り、  
患者の治療に貢献せんとする
- ▶ 脳の構造と心の働きの相関を知ろうとする
- ▶ 脳の生理学的あるいは科学的な働きと心の相関を知ろうとする

(神経心理学入門 山鳥重 1985)

# 神経心理学の難しいところ

- ▶ 心理現象は実態がない
- ▶ 相関関係はわかるが因果関係はわからない

これはこれとして受け入れるしかない

# 神経心理学の対象領域の広がり

- ▶ 画像診断や機能画像研究の進化
- ▶ 脳血管障害例の蓄積：局所病変：機能局在  
今では・・・  
変性疾患、発達障害、精神疾患：  
びまん性病変 神経伝達物質レベル：ネットワーク

# そもそも「認知症」とは

認知機能や行動の障害によって

仕事や日常生活に支障がある“状態” (DSM-5, NIA-AA)

- ▶ 原因となる疾患は多様である（神経系だけとは限らない）
- ▶ 疾患を特定する（鑑別）ために様々な検査を行う

生化学検査

画像検査

神経心理検査（認知機能検査）

遺伝子検査・・・

# 背景の疾患を考えつつ 認知症の症状を捉えるための基本事項

## ▶ 認知機能

まず土台から：覚醒レベル、全般性注意

そして言語（なぜなら言語によって評価する検査が多いから）

## ▶ 行動心理学的兆候（behavioral and psychological symptom: BPSD）

妄想 幻覚 興奮 うつ 不安 多幸 無関心 脱抑制 易刺激性 異常行動

（日本語版NPIより）

## ▶ 神経症候

姿勢反射障害 体幹筋緊張の異常 眼球運動障害 仮性球麻痺など

# 基本の知識

# 実践

# それぞれの受診のきっかけ

- ▶ 物の忘れがある

この「物の忘れ」は何を指しているのか？

人の名前、物品名、日付、予定、過去の出来事、道順・・・

- ▶ 物の忘れの進行を抑える薬があると聞いて

- ▶ 職場で指摘された

- ▶ 免許の試験で失敗したので書類を提出しなければならない

- ▶ 本人は困っていないが周りが困っている

- ▶ 反応が鈍い などなど・・・

# 現状を的確に把握し道筋をつける

- ▶ そもそも認知症？
- ▶ 認知症でないにしても、軽度認知障害？あるいは主観的なもの？
- ▶ 精神疾患？
- ▶ ポリファーマシー？
- ▶ 家族のほうに心配
- ▶ 治療をお勧めできるかも・・・

精査、他科コンサルテーション、薬剤調整、  
社会福祉制度の利用、レスパイト入院・・・

# 神経心理検査の目的

- ▶ 鑑別診断：適切な治療
- ▶ 残存機能の評価：環境調整やリハビリテーションにつながる
- ▶ 治療効果の評価（治験、リハビリテーションなど臨床研究）
- ▶ 書類記載に必須のデータの取得

# 検査実施のための一般的な枠組み

- ▶ 検査の目的は？
- ▶ 限られた時間で何をするか？（広く浅く / 狭く深く）
- ▶ 診療報酬
- ▶ スクリーニング検査と掘り下げ検査
- ▶ 標準化された検査とオリジナルの検査

# 検査実施のために 個別に対応すべきこと

- ▶ 覚醒レベル （例：SASによる日中の眠気）
- ▶ 身体の状態 （例：腰痛が辛い、トイレに近い）
- ▶ 視力、**聴力**の状態
- ▶ BPSD （例：部屋から出ていく）
- ▶ 気分 （例：もの忘れに過敏過ぎる）

**臨機応変**な対応を！

# 対象や場を考慮した 検査バッテリーを組む

## ▶ ルーティン検査バッテリー

全体的にしっかりと：例えば、ADAS RCPM FAB WMS-Rの論理的記憶 digit span

## ▶ 掘り下げ検査バッテリー

対象領域をより深く：言語、視覚認知など

## ▶ 最小限検査バッテリー

この状況下、何ができるか：

来院自体不本意で拒否的、BPSD顕著、難聴が強くてコミュニケーションが取れないなど

# 検査結果の解釈

- ▶ カットオフ値

研究ではより重要、診療の場では参考として

- ▶ スコア以上に反応を

エラーの内容がアセスメントにつながる

- ▶ 教育歴、職歴

- ▶ 発達障害

- ▶ 個別に対応すべきことの影響の有無

(覚醒、身体、感覚、BPSD、気分)

# まとめ

- ▶ 基本の知識をおさえる
- ▶ 検査の大枠はつくる
- ▶ 実施の際は臨機応変に
- ▶ 解釈の際はスコアだけではなく  
実際の反応と関わる要因に目を向ける