

認知機能の評価と神経心理学的報告書の書き方

小久保 香江 神戸学院大学心理学部

Assessment of cognitive function and writing neuropsychological reports

Kae Kokubo (Department of Psychology, Kobe Gakuin University)

脳損傷により生じる認知機能障害の評価方法および報告書作成における要点について概説した。評価に先立ち、患者の背景情報を収集し、初回評価では認知機能のスクリーニングとともに全体的な行動特徴の把握を行う。スクリーニング検査の一例としてミニメンタルステート検査を取り上げ、その評価方法について述べた。評価に際しては、総得点のみならず、失点項目や誤反応の内容に着目する必要がある。スクリーニングにより検出された障害については、神経心理学的検査を用いて質的特徴および重症度を詳細に評価する。検査終了後は、検査結果と行動観察所見を関連づけて解釈し、報告書としてまとめる。神経心理学的所見の報告書は、見当識や注意といった基盤的な認知機能から、記憶、言語、遂行機能などの上位認知機能へと段階的に記載する構成とする。適切な手順に基づく評価の実施と評価結果の整理・報告は、症例理解を深め、今後の支援や介入方針を検討する上で有用であると考えられる。

Key words: cognitive function, screening, neuropsychological test, report

キーワード：認知機能, スクリーニング, 神経心理学的検査, 報告書

Kobe Gakuin University Journal of Psychology

2026, Vol.8, No.2, pp.109-114

はじめに

認知機能とは、外界から得られた情報を理解・処理し、その結果に基づいて適切な判断および行動を行う能力を指す。認知症に限らず、脳血管障害をはじめとする脳損傷患者の多くに何らかの認知機能障害が認められることから、神経心理学的評価の重要性は高い。公認心理師には、どの認知機能が障害されているかを的確に評価し、障害の重症度および質的特徴を把握するとともに、それらが引き起こす日常生活上の問題を検討し、適切な対応や支援方針を立案することが求められる。

しかし、実際の臨床においては、患者が複数の認知機能障害を併せ持つことが多く、個々の障害を明確に捉えることは容易ではない。また、同一の疾患や病巣であっても症状の現れ方には大きな個人差が存在する。さらに、数多く存在する神経心理学的検査の中から、評価目的や患者の状態に応じて適切な検査を選択することは、十分な臨床経験がなければ

必ずしも容易ではない。

そこで本稿では、脳損傷により生じる認知機能障害の評価の進め方と、神経心理学的検査結果の報告書の書き方について、症例を交えて解説することを目的とする。

認知機能の評価手順

脳損傷により生じる認知機能障害の評価は、患者の背景情報の収集から始まり、初回評価におけるスクリーニング、詳細な神経心理学的検査の実施、ならびに結果の分析と報告書作成へと段階的に進められる。まず、患者の医学的・社会的背景を把握し、初回評価において認知機能障害の有無をスクリーニングする。次に、スクリーニングで検出された認知機能障害について、目的に応じた神経心理学的検査を用いて詳細な評価を行う。検査終了後は結果を総合的に分析し、障害の重症度および質的特徴、さらに日常生活上で問題となる点を整理した報告書を作

成する。

1. 背景情報の把握

評価に先立ち、病歴、神経学的所見を含む医学的現症、各種検査結果、利き手、言語背景、投薬状況、日常生活動作の能力など、幅広い背景情報を収集する。脳の MRI 画像所見が得られている場合には必ず確認し、病巣部位から出現しうる症状を予測することが重要である（小久保, 2016）。そのためには、主な症状と病巣部位との関連についての基礎的知識が不可欠である。特に脳血管障害の場合には、病巣部位の確認と利き手の情報が症状理解に大きく影響する。両手利きが疑われる場合には、Edinburgh Handedness Inventory (Olfied, 1971) を用いて利き手指指数を評価することが有用である。

2. 初回評価

初回評価では、認知機能のスクリーニングを行うとともに、患者の全体的な行動特徴を把握する。まず、主訴、病前の生活状況（日常生活動作能力や就労状況）、今後の希望などを聴取しながら、情動状態、覚醒度、検査への協力度を評価する。質問に対する反応の遅れ、聞き返しの多さ、文脈に合わない返答などがみられる場合には、覚醒度の低下や注意障害の可能性が示唆される。また、現在の場所や時間、周囲の人物について理解が不十分な場合には、見当識障害が疑われるが、記憶障害や言語障害により適切に回答できない可能性も考慮する必要がある。

質問を通して十分な協力が得られない場合には、情動面の状態に配慮しつつラポール形成を図ることが重要である。注意障害や情動障害により評価への協力が困難な状態そのものが、臨床症状として捉えられる場合もある（鈴木, 2016）。患者の疲労が強い場合には、適宜休憩を取りながら評価を進める。質問過程において、患者の反応速度や指示理解の程度を観察することは、その後の検査実施において重要な手がかりとなる。

次に、認知機能のスクリーニングを実施する。スクリーニングでは、見当識、注意、記憶、言語、視覚性認知（ならびに聴覚性・触覚性認知）、空間認知、行為、遂行機能といった各領域を広く概観する。認知機能は階層的構造を有しており、見当識や注意などの基盤的機能の上に、記憶や言語といった個別の認知機能、さらに遂行機能などの統合的・高次の機能が位置づけられる。そのため評価は、基盤となる認知機能から上位の認知機能へと段階的に進めることが望ましい。注意などの基盤的機能が障害されている場合には、より高次の認知機能を詳細に評価することが困難となるためである。また、認知機能障害の評価においては、障害されている機能のみならず、

保たれている機能にも着目し、全体像を把握することが重要である。保たれている機能を理解することは、日常生活における代償手段や支援方法を検討する上で役立つ。

スクリーニングで用いる検査としては、ミニメンタルステート検査 (Mini-Mental State Examination: MMSE) (Folstein et al., 1975)、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (加藤, 1991)、モントリオール認知評価日本語版 (鈴木, 2010) などが広く用いられている。本稿では、MMSE を例にその特徴について概説する。MMSE は、認知症のスクリーニング検査として国際的に広く使用されており、日本においては日本語版 MMSE (MMSE-J) (杉下, 2019) が使用可能である。MMSE-J では、健常者と軽度認知障害とのカットオフ値、および軽度認知障害と軽度アルツハイマー病とのカットオフ値が設定されている。適用年齢は 18 ~ 85 歳であり、検査実施時間はおよそ 10 ~ 15 分である。

MMSE は、11 の下位項目から構成され、一連の質問および課題を通して認知機能の評価する。課題は、認知機能の基盤となる見当識や注意から開始され、記憶、言語、図形模写といった高次の認知機能の評価へと進む。見当識や注意に誤りが認められた場合には、それらの障害が記憶、言語、図形模写課題の反応にどの程度影響しているかを考慮しながら評価を進める必要がある。評価においては正答項目のみならず、失点項目や誤反応の内容にも注目することが重要である。同一得点であっても、失点が主に記憶に由来するのか、あるいは言語に由来するのかによって、認知機能障害のパターンは大きく異なる。また、MMSE は言語性課題が中心であるため、言語障害を有する場合には、課題理解の困難さや語想起障害により、見当識や記憶課題で失点が生じる可能性がある。

MMSE には空間性注意を直接評価する課題が含まれていない。脳卒中患者では、一側空間への注意が低下する半側空間無視がしばしば認められるため、図形模写課題において病変対側の写し忘れや歪みの有無を確認することが重要である。必要に応じて、線分二等分試験や線分抹消試験を追加して評価を行う。また、言語障害がみられる例では、行為障害として失行を認める場合があるため、櫛などの物品使用や、慣習的行為 (例: 手を振る動作) が可能かどうかを確認する。

スクリーニング終了後には、障害されている認知機能と保たれている認知機能を整理し、全体像を把握する。MMSE の得点が良好であっても、日常生活において目的に沿った行動が困難であったり、状況に応じた行動調整ができないなど、複数の認知機能を統合する機能の障害が認められることがある。このような障害は心理検査のみで捉えることが困難な場合が多く、患者をよく知る家族や介護者からの情

報、あるいは入院中であれば病棟生活における行動観察が有用である（鈴木，2016）。

次に、架空症例を挙げて説明する。家族より物忘れの指摘があり、精査目的で神経心理学的評価を実施することとなった70歳代女性の初回評価結果のまとめの一例を示す。実際の臨床においては、スクリーニング検査のみの報告書を作成することは稀である。しかしながら、スクリーニング検査結果を文章にまとめることで、次に実施すべき心理検査の選択と評価方針の検討に有用な情報を得ることができる。MMSEの結果を文書で報告するときは、総得点に加え、失点項目を明記する。各認知機能課題の結果は、MMSEの課題順に見当識、注意、記憶、言語、構成と見出しをつけて記載する。失点項目については、誤りの反応を記載する。

初回評価結果のまとめ

症例：70歳代、右利き女性
 主訴：(本人)なし (家族)物忘れ
 神経学的所見：特記すべき所見なし
 コメント：意識清明で検査に協力的だった。課題になると、そわそわして、落ち着かない印象を受けた。

MMSE：20/30点（見当識-3点，計算-3点，3単語5分後想起-2点，口頭指示-1，図形模写-1点）
 見当識：月，日，曜日の誤り。「最近は新聞を見てないから」と答えた。

注意・計算：100-7の連続計算は，86まで。引く数が分からなくなり，中断した。

記憶：3単語5分後再生の正答数1/3 カテゴリーヒントを与えると1つ正答。

言語：物品呼称は全て正答。口頭指示は，指示の一部にしか従えなかった。

構成：立方体の模写は失点。四角形を2つ並べて描いた。

3. 神経心理学的検査を用いた詳細な検討

スクリーニング検査により認知機能障害が検出された場合には，神経心理学的検査を適切に組み合わせ，障害の内容と程度について詳細な検討を行う必要がある。検査の選択にあたっては，評価目的を明確にするとともに，患者の身体的・精神的負担を最小限に抑える観点から，必要最小限かつ妥当性の高い心理検査を選択することが重要である。Table 1に，

Table 1

認知機能の評価する心理検査一覧

認知機能	心理検査名
知能	WAIS-IV 成人知能検査 (Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition; WAIS-IV) WISC-V 知能検査 (Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth Edition; WISC-V)
注意	改訂版標準注意検査法 (Clinical Assessment for Attention - Revised; CAT-R) 注意障害の行動評価尺度 (Behavioral Assessment for Attentional Disturbance; BAAD) トレイルメーカーテスト (Trail Making Test; TMT)
記憶	ウェクスラー記憶検査 (Wechsler Memory Scale-Revised; WMS-R) リバーミード行動記憶検査 (Rivermead Behavioral Memory Test; RBMT) Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive component-Japanese version (ADAS-J cog.) 標準言語性対連合学習検査 (Standard verbal paired-associate learning test; S-PA) ベントン視覚記憶検査 (Benton Visual Retention Test; BVRT) Rey-Osterrieth 複雑図形検査 (Rey- Osterrieth Complex Figure Test) 自伝的記憶検査 (Autobiographical Memory Interview; AMI)
言語	標準失語症検査 (Standard Language Test of Aphasia; SLTA) WAB 失語症検査 (Western Aphasia Battery; WAB) SALA 失語症検査 (Sophia Analysis of Language in Aphasia; SALA) 失語症語彙検査 (A Test of Lexical Processing in Aphasia; TLPA)
行為	標準高次動作性検査 WAB 失語症検査下位検査 行為 (WAB subtest praxia)
視覚認知	高次視覚検査 (Visual Perception Test for Agnosia; VPTA) Judgment of Line Orientation (JLO) フロスティック視覚発達検査 (Developmental Test of Visual Perception; DTVP)
空間性注意	BIT 行動性無視検査 (Behavioural Inattention Test; BIT) 生活場面の左無視評価 Catherine Bergego Scale 日本語版 (Catherine Bergego Scale; CBS)
前頭葉機能	Frontal Assessment Battery (FAB) レーヴン色彩マトリックス検査 (Raven's Colored Progressive Matrices; RCPM) ウイスコンシンカード分類検査 (Wisconsin card sorting test; WCST) BADs 遂行機能障害症候群の行動評価 (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome; BADs) 標準意欲評価法 (Clinical Assessment for Spontaneity; CAS)

認知機能評価に用いられる代表的な心理検査の一覧を示す。

現在、臨床で使用可能な神経心理学的検査は多岐にわたっており、評価目的や患者の状態に応じて適切な検査を選択することは、十分な臨床経験がなければ必ずしも容易ではない。そこで以下に、MMSE の失点項目を手がかりに選択した神経心理学的検査の組み合わせの例を示す。

MMSE の総得点がカットオフ値以下であり、見当識、注意、記憶を中心とした失点が認められる場合には、認知症が疑われる。このような症例に対する次段階の評価としては、Alzheimer's Disease Assessment Scale-Japanese version Cognitive Subscale (本間, 1992) を実施し、補足的評価として前頭葉機能を評価する Frontal Assessment Battery (Dubois et al., 2000) 視空間構成および視覚性記憶を評価する Rey-Osterrieth 複雑図形検査 (山下, 2007)、非言語性的機能を評価するレーヴン色彩マトリックス検査 (杉下・山崎, 1993) を併用することが有用である。

MMSE において記憶を中心とした失点がみられる一方で、被検者が検査に協力的で約 1 時間程度の検査に集中可能な場合には、記憶機能の詳細な評価を目的として改訂版ウェクスラー記憶検査 (Wechsler & 杉下, 2001) またはリバーミード行動記憶検査 (綿森他, 2002) を実施することが考えられる。加えて、全般的な知的機能を把握する目的で、WAIS-IV 成人知能検査 (Wechsler, 2018) を選択肢とすることも適切である。

MMSE において言語による回答に困難を示し、言語課題全般で失点が認められる場合には、言語障害 (失語症) の可能性を考慮し、標準失語症検査 (日本高次脳機能学会・Brain Function Test 委員会, 2003a) を実施する。言語障害がみられる患者の注意機能および記憶機能の評価には、非言語性の視覚課題を用いることが適切である。具体的には、改訂版標準注意検査法 (日本高次脳機能障害学会・Brain Function Test 委員会, 2022) における視覚性スパンや、ベントン視覚記銘検査 (Benton, 1963) が有用である。また、非言語性推論能力の評価として、レーヴン色彩マトリックス検査 (杉下・山崎, 1993) が頻用される。さらに、失語症例では行為障害、すなわち失行を合併することがあるため、失行が疑われる場合には、標準高次動作性検査 (日本高次脳機能学会・Brain Function Test 委員会, 1999)、あるいは WAB 失語症検査日本語版 (WAB 失語症検査 (日本語版) 作製委員会, 1986) の下位検査である行為課題を用いて確認する。

MMSE の図形模写課題において空間性注意の障害が疑われた場合には、半側空間無視の有無と重症度を評価する目的で、BIT 行動性無視検査 (BIT 日本版作製委員会, 1999) を実施する。加えて、日常生活場面における半側空間無視の影響を評価するため、

Catherine Bergego Scale 日本語版 (長山他, 2011) を併用することが望ましい。

MMSE の図形模写および物品呼称課題において、視覚性認知障害が疑われる反応がみられた時は、高次視覚検査 (日本高次脳機能学会・Brain Function Test 委員会, 2003b) を実施する。視覚性認知障害がみられる患者の注意機能および記憶機能の評価には、言語性課題を用いることが適切である。具体的には、注意機能の評価には改訂版標準注意検査法 (日本高次脳機能障害学会・Brain Function Test 委員会, 2022) の数唱課題、記憶機能の評価にはウェクスラー記憶検査 (Wechsler, 2001) における言語性記憶課題、あるいは標準言語性対連合学習検査 (日本高次脳機能障害学会他, 2014) が有用である。

結果の解釈と報告書の作成

結果の解釈に際しては、各検査の得点に加え、誤反応や反応様式を分析し、認知機能障害の重症度および質的特徴を整理することが重要である。あわせて、障害されている機能のみならず、相対的に保たれている認知機能についても明確にする。さらに、推定される病巣や基礎疾患と、認知機能障害の症状との間に整合性が認められるかを検討する。これらの解釈を踏まえ、評価結果を総合的にまとめた報告書を作成する。

現在、多くの医療機関では電子カルテシステムを用いて評価結果が記録されている。そのため、報告書の冒頭には「神経心理学的所見」として、当該患者に認められた主な症状や認知機能特性を簡潔に記載すると伝わりやすい。続いて、検査場面における全体的な行動印象を記述し、その後各認知機能の検査結果を示す。見当識や注意といった基盤的な認知機能の検査結果から順に、記憶、遂行機能などの上位認知機能の検査結果へと段階的に記載する構成とする。検査結果の記載にあたっては、得点のみを列挙するのではなく、誤反応の内容や反応様式といった質的情報を含めて記述する。認知機能の評価の最後に、見られなかった症状についても記載する。最後に、日常生活の問題点と対応をまとめる。

架空症例を提示し、神経心理学的検査結果の報告書の書き方を説明する。報告書を Figure 1 に示す。症例は 60 歳代、右利き男性である。右視床出血後、リハビリテーション目的で入院中である。神経学的所見として、左半身の感覚障害が認められた。主訴は「左側の壁にぶつかりそうになる」である。MMSE の総得点は 25 点であり、失点項目は注意と図形模写であった。総得点はカットオフ値以上だったが、図形模写課題において見本図形の右側のみを写す反応がみられたことから、左半側空間無視が疑われた。さらに、病棟生活場面においても、病室から左方向へ移動する際に壁に接触しそうになる、あ

Figure 1

神経心理学的検査結果報告書

症例：60歳代，右利き男性
 主訴：左側の壁にぶつかりそうになる。
 神経学的所見：左半身の感覚障害
 神経心理学的所見：注意障害，左半側空間無視，構成障害
 [コメント]
 意識清明で検査に協力的であった。
 MMSE：25/30点（注意計算-4点，図形模写-1点）
 見当識：良好
 注意：数唱は順5桁，逆3桁。視覚性のスパン 順4，逆3。
 記憶：標準言語性対連合学習検査 総合判定：良好
 有関連対語試験正答数 1回目：5/10，2回目：8/10，3回目：9/10
 無関係対語試験正答数 1回目：3/10，2回目：5/10，3回目：5/10
 言語：言語でのコミュニケーションが可能。話す・聴く・読む・書くは問題なし。
 空間性注意：左半側空間無視
 BIT 通常検査成績 129/146点，行動検査成績 67/81点（カットオフ以下）
 通常検査では線分2等分課題は良好だが，抹消課題では右空間を中心に探索し，左空間の対象の見落としがみられた。
 行動検査でも探索を必要とする写真課題，硬貨課題で左無視を認めた。横書きの文章の音読は良好で，左端の文字
 の見落としはなかった。
 Catherine Bergego Scale 日本語版 観察得点 9点（軽度），自己評価得点 7点
 左側の音や人に注意することが難しい。部屋の左側にある物に時々気づかない。
 観察得点と自己評価得点の差が小さいことから，左半側空間無視に対する気づきがあるといえる。
 構成：立方体模写では見本を確認せずに写し始めた。形の歪みと修正がみられた。花の模写では，花の左側の花び
 らが見本より1枚少なかった。
 その他，失語，失行，失認は認めなかった。

日常生活の問題点：動作時に左空間にある対象に気づきにくい。
 対応：動作の開始前に声をだして左側を確認する。病室の出入り口に目立つ色のテープを貼る。生活物品は整理整
 頓する。転倒防止のため，床に物を置かないようにする。

るいは左側からの呼びかけに気づかないといった行動が観察された。

以上の所見を踏まえ，次段階の評価として以下の検査を選択した。半側空間無視の評価としてBIT (BIT 日本版作製委員会，1999) および日常生活場面における左半側空間無視を評価する Catherine Bergego Scale 日本語版 (長山他，2011)，注意機能の評価として数唱と視覚性スパン，記憶機能の評価として標準言語性対連合学習検査 (日本高次脳機能障害学会他，2014) である。

神経心理学的検査の結果，注意課題である数唱および視覚性スパンはともに低下が認められた。また，BITの得点はカットオフ以下であり，左半側空間無視が軽度みられることが分かった。一方，記憶課題の成績は良好であった。これらの所見から，本例には注意障害，左半側空間無視，および構成障害が存在することが明らかとなった。

報告書では，認知機能評価の結果を，見当識，注意，記憶，言語，空間性注意，構成の順に整理した。保たれている認知機能については，症例の特性に応じて詳細な検査結果を記載する場合と簡潔に記載する

場合があり，本例では見当識および言語機能については簡潔な記述にとどめ，記憶機能については具体的な検査結果を示した。報告書では，日常生活上の支障となる認知機能障害については，検査の得点に加え，質的特徴を含めて記載する。本例では，左半側空間無視についてその重症度および質的特徴を記載した。なお，認知機能評価の最終項目として，認められなかった症状について「その他，失語，失行，失認は認めなかった」と明記した。

報告書の最後に日常生活の問題と対応について記載した。左半側空間無視は整容，移動などの生活において問題が生じることが多く，また，症状が残存する場合も少なくない。検査結果および行動観察から日常生活で生じうる問題を予測し，それに対する対応と環境設定について記載することが求められる。

脳損傷により生じる認知機能障害の評価においては，適切な手順に基づく検査の実施と，検査結果および行動観察所見を関連づけた解釈が重要である。これらを踏まえて評価結果を整理し報告することは，症例理解を深め，今後の支援や介入方針を検討する上で有用であると考えられる。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

引用文献

- Benton, A. L. (1963). *The revised visual retention test: Clinical and experimental applications (3rd ed.)*. The Psychological Corporation.
(ベントン, A. L. 高橋 剛夫 (訳) (1985). 視覚記銘検査使用手引: 臨床と実験的利用 (増補版) 三京房)
- BIT 日本版作製委員会 (1999). BIT 行動性無視検査 日本版 新興医学出版社
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621-1626. <https://doi.org/10.1212/WNL.55.11.1621>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- 本間 昭 (1992). Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) 日本語版の作成 老年精神医学雑誌, 3, 647-655.
- 加藤 伸司・下垣 光・小野寺 敦志・植田 宏樹・老川 賢三・池田 一彦 (1991). 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成 老年精神医学雑誌, 2, 1339-1347.
- 小久保 香江 (2016). 高次脳機能障害に対する評価 *MB Medical Rehabilitation*, 192, 11-15.
- 長山 洋史・水野 勝広・中村 祐子・関谷 修・辻 哲也・里宇 明元 (2011). 日常生活上の半側無視評価法 Catherine Bergego Scale の信頼性, 妥当性の検討 総合リハ, 39, 373-380. <https://doi.org/10.11477/mf.1552102039>
- 日本高次脳機能学会・Brain Function Test 委員会 (1999). 改訂第二版 標準高次動作性検査 新興医学出版社
- 日本高次脳機能学会・Brain Function Test 委員会 (2003a). 標準失語症検査 改訂第 2 版 新興医学出版社
- 日本高次脳機能学会・Brain Function Test 委員会 (2003b). 標準高次視知覚検査 新興医学出版社
- 日本高次脳機能障害学会・Brain Function Test 委員会新記憶検査作製小委員会 (2014). 標準言語性対連合学習検査 新興医学出版社
- 日本高次脳機能障害学会・Brain Function Test 委員会 (2022). 改訂版 標準注意検査法・標準意欲評価法 新興医学出版社
- Oldfield, R. C. (1971). The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh inventory. *Neuropsychologia*, 9, 97-113. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(71\)90067-4](https://doi.org/10.1016/0028-3932(71)90067-4)
- 杉下 守弘・山崎 久美子 (1993). 日本版レーヴン色彩マトリックス検査手引き 日本文化科学社
- 杉下 守弘 (2019). MMSE-J 精神状態短時間検査 - 改訂日本版 日本文化科学社
- 鈴木 匡子 (2016). やさしい高次脳機能の診かた 神経心理学, 32, 224-228. https://doi.org/10.20584/neuropsychology.32.3_224
- 鈴木 宏幸・藤原 佳典 (2010). Montreal Cognitive Assessment (MoCA) の日本語版作成とその有効性について 老年精神医学雑誌, 21, 198-202.
- WAB 失語症検査 (日本語版) 作製委員会 (1986). WAB 失語症検査日本語版 医学書院
- 綿森 淑子・原 寛美・宮森 孝史・江藤 文夫・高橋 雅子・本多 留美 (2002). 日本版リバーミード行動記憶検査 (RBMT) 千葉テストセンター
- Wechsler, D. (1987). *Manual for the Wechsler Memory Scale-Revised*. Psychological Corporation.
(Wechsler, D. 杉下守弘 (訳) (2001). 日本版ウェクスラー記憶検査法 (WMS-R) 日本文化科学社)
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV administration and scoring manual*. Pearson.
(Wechsler, D. 上野 一彦・石隈 利紀・大六 一志・山中 克夫・松田 修 (訳) (2018). 日本版 WAIS-IV 知能検査 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社)
- 山下 光 (2007). 本邦成人における Rey-Osterrieth 複雑図形の基準データ 精神医学, 49, 155-159.

—2026.1.14 受稿 2026.1.21 受理—