

原著

BPSDの新規評価尺度：認知症困りごと質問票BPSD + Qの開発と
信頼性・妥当性の検討

Development and evaluation of a new BPSD questionnaire, BPSD + Q.

内藤典子¹⁾、藤生大我¹⁾、滝口優子¹⁾、伊東美緒²⁾、
山上徹也³⁾、山口晴保¹⁾Noriko Naito¹⁾, Taiga Fujii¹⁾, Yuko Takiguchi¹⁾, Mio Ito²⁾,
Tetsuya Yamagami³⁾, Haruyasu Yamaguchi¹⁾

要旨

【目的】 BPSDの解決に向けた新規評価尺度である認知症困りごと質問票 (BPSD + Q) を開発し、信頼性・妥当性を検証する。

【方法】 介護保険主治医意見書の周辺症状項目を中心とした過活動13項目、低活動6項目、生活関連6項目、せん妄2項目の計27項目を選定し、各質問項目の重症度と負担度を0~5点で評価するBPSD + Qを開発した。また、せん妄を除いた25項目をBPSD25Qとした。認知症高齢者83名を対象に、BPSD + QとNPI-Qを評価し、Spearman順位相関係数を用いて基準関連妥当性を検討した。内的一貫性はクロンバックの α 係数で検討した。そのうちの55名を対象に、BPSD + QとNPI-Qを2週間後に再評価し、検者内信頼性をICC (1.1)で検討した。また、認知症高齢者4名のそれぞれを介護職員3名が評価して、検者間信頼性をICC (2.1)で検討した。

【結果】 BPSD + Qのクロンバックの α 係数は重症度0.78、負担度0.80であった。BPSD + QとNPI-Qの相関は、重症度は $\rho = 0.64$ ($p < 0.01$)、負担度は $\rho = 0.65$ ($p < 0.01$)とやや強い有意な正の相関を認めた。ICC (1.1)で、BPSD + Q重症度は $\rho = 0.68$ 、負担度は $\rho = 0.70$ であった。一方、NPI-Q重症度は $\rho = 0.61$ 、負担度は $\rho = 0.55$ であった。ICC (2.1)で、BPSD + Q重症度は $\rho = 0.73$ 、負担度は $\rho = 0.68$ であった。一方、NPI-Q重症度は $\rho = 0.37$ 、負担度は $\rho = 0.45$ であった。BPSD25Qでも信頼性・妥当性はほぼ同様の結果だった。BPSD + Qでは、繰り返し質問 (70%)、傾眠傾向 (40%)、易怒性 (37%) の出現率が高かった。

【結論】 BPSDを過活動、低活動、生活関連に分け、BPSDへの対応に根ざした評価尺度であるBPSD + QとBPSD25Qを開発し、信頼性・妥当性が確認された。

キーワード：BPSD、NPI-Q、認知症、介護者、介護保険主治医意見書

1) 認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12-1

2) 東京都健康長寿医療センター 福祉と生活ケア研究チーム

〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2

3) 群馬大学大学院保健学研究科

〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-22

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12-1

TEL : 03-6743-2181 FAX : 03-3334-2156

携帯 : 090-2491-7386

E-mail : m15711048 @ gunma-u.ac.jp

受領日 : 2018年9月3日

再受領日 : 2018年10月31日

採択日 : 2018年11月15日

英文誌名 : Tokyo Journal of Dementia Care Research

責任著者 : 藤生大我

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

はじめに

認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) は、本人や家族・介護者の笑顔ある生活を妨げる要因となっている一方、予防・低減が可能である¹⁾。そのため、医療・介護の関係者がBPSDの状況を共有し、適切に対処することが望ましい。このBPSDを評価する尺度として、国外で開発されたNeuropsychiatric Inventory (NPI)²⁾が用いられる傾向にある。しかし、この評価尺度は妄想・幻覚・興奮・うつ・不安・多幸・無関心・脱抑制・易怒性・異常行動・夜間行動・食行動の12項目に限定されており、全てのBPSDを網羅しているわけではない。認知症の行動障害の評価尺度としてDBDスケール (Dementia Behavior Disturbance Scale)³⁾も用いられるが、これは行動症状のみで心理症状を含んでいない。

介護保険主治医意見書は「認知症の周辺症状」として、幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動を挙げている⁴⁾。認知症困りごと質問票 (BPSD + Q) はこれらの用語を項目に盛り込むことで、妥当性を担保するとともに、主治医意見書の記入にも役立つ評価尺度とした。また、BPSDを過活動、低活動、生活関連の項目に分けて、さらにせん妄も項目に加えて評価することで、評価結果が対応に直結すること、同時に、この評価尺度がケアの効果評価にも活用できることを目指した。そして、介護保険申請に欠かせない主治医意見書にも準じた、定量的BPSD評価尺度であるBPSD + Qを開発し、医療・介護現場において簡単に利用できるようWebから無料でダウンロードできることとした。

本研究の目的は、BPSD + Qを開発し、その信頼性・妥当性を検証することである。

方法

1. BPSD + Qの作成 (文末資料 : BPSD + Qの実施マニュアルと評価用紙)

国内で使用されている既存のBPSD評価尺度

の文献検索を医学中央雑誌で実施した。また、国外で開発されたBPSD評価尺度は、PubMedで文献検索した。その結果、国内で使用されているBPSDの既存の評価尺度として、NPI^{2,5)}、NPI-Nursing Home Version (NPI-NH)^{6,7)}、NPI-Brief Questionnaire Form (NPI-Q)^{8,9)}、DBDスケール^{3,10)}、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-AD)^{11,12)}、Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)¹³⁻¹⁵⁾、問題行動評価票 (Troublesome Behavior Scale ; TBS)¹⁶⁾、BPSD-IPA score¹⁷⁾が抽出され、NPIが最も多く使われていた。

同時に、BPSDの用語にはどのようなものがあるかを検索した。佐藤¹⁸⁾は34件の文献から身体症状を除く129項目の症状リストを作った。谷川¹⁹⁾は112件の文献から136項目の症状をBPSDとした。この中から比較的出現頻度が高いものを国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の平成29年度認知症研究開発事業「BPSDの解決につなげる各種評価法と穏やかな生活を支えるポジティブケア」における研究班 (代表・山口晴保) の班員 (医師、看護師、社会福祉士、理学療法士、心理学者などの多職種チーム) の意見で抽出し、BPSD + Qの項目として約20項目を選択した。このとき、最も多用されているNPIの12項目は基本的にBPSD + Qに含めることとしたが、多幸は出現頻度が低いので除いた。また、介護現場での活用および医療との連携のために介護保険主治医意見書の“周辺症状”⁴⁾として取り上げられている幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動の11項目 (前記の約20項目とは重複あり) はBPSD + Qの項目に加えることとした。加えて、せん妄はBPSDではないが、BPSDはせん妄の影響を受ける²⁰⁾ことから、これらを同時に評価しておくことが大切と考えて、低活動せん妄と過活動せん妄の2項目を評価項目に加えて原案を作成した。さらに、詳細に変化をとらえて状態に応じた対応を行えるように、「認知症疾患診療ガイドライン2017」²¹⁾やAMED山口班のBPSDの総説¹⁾を参考に、「過活動」、「低活動」、「生活関連」の 카테고リーに分類した。最終的な原案は、過活動13項目、低活動6項目、生

活関連6項目、せん妄2項目の計27項目で構成された。各項目の質問文についてはAMED研究班員の意見で修正を加えた。

重症度と負担度の評価方法は、国内で最も使用頻度が多く、信頼性・妥当性も証明されているNPI^{2,6,9)}を参考にした。BPSD重症度は、各質問項目の症状が、認められない場合は0点、認められた場合は、「頻度」と「対応の困難さ」から5段階(見守りの範囲:1点、対応したケアが可能で毎日ではない:2点、対応したケアが可能だが毎日ある:3点、対応に多大な困難を伴うが毎日ではない:4点、対応に多大な困難が伴い毎日継続する:5点)で評価を行う計6段階評価(0~5点)とし、負担度についても6段階(なし:0点、わずかな負担:1点、軽度の負担:2点、中度の負担:3点、大きな負担:4点、極度の負担:5点)で、過去1週間の状況の評価することとした。点数の範囲は、重症度、負担度ともに0~135点である。この重症度と負担度の評価方法や検査の手引きである「BPSD+Qの記入方法について」の文言についてもAMED研究班員にコメントを求めて修正の上決定した。

BPSD+Q原案について、家族介護者および介護職員に追加項目の必要性や記入のしやすさなどの意見を求めた結果、主に「暴行・暴力などの直接的表現は抵抗感がある」、「具体的な評価の説明書が欲しい」、「評価の具体例が欲しい」、「自由記載欄の追加」などの意見があげられた。これらを踏まえて、内容の意味が変わらない範囲でレイアウトや質問表現の変更、説明書の作成を行い、AMED研究班員の合意を得た。また、自由記述から得られた追加項目案は、原案の項目とすべて類似していたため追加しなかった。以上より、原案の27項目から追加項目はなく、AMED研究班員、家族介護者、介護職員の指摘をもとにしたレイアウトや質問表現の変更、自由記載欄の追加にとどまった。なお、「BPSD」という用語は医学用語であり、介護職員や家族介護者にとって質問票の意味が伝わりづらいと考え、BPSDは解決したい困りごとという観点から、一般名称は「認知症困りごと質問票」とした。また、学術的に使用するには、「BPSD」を評価するとともに、BPSDではないせん妄も加えた、という意味とし

て「+」を付与し、質問票(questionnaire)という意味として「Q」を加えて、「BPSD+Q」とした。さらに、介入研究などでBPSDの評価にこの尺度を使用する際には、せん妄の2項目を除いたBPSD25項目の合計値を活用することを考え、それを「BPSD25Q」とした。

上記の過程を得て、作成された原案について最終的にAMED研究班で合意を得て、基準関連妥当性、内的一貫性、検者内信頼性、検者間信頼性の検討を実施した。

2. 対象

1) 妥当性の検討

(1) 基準関連妥当性(表1)

対象は、有意抽出法で、歩行と会話が可能な65歳以上の認知症と診断された、東京都近郊のグループホーム4か所、特別養護老人ホーム2か所、サービス付き高齢者向け住宅2か所、群馬県の一般病院の病棟1か所、認知症疾患医療センターのもの忘れ外来1か所の計83名とした。対象者は、平均年齢 83.2 ± 7.1 歳、女性が57名(68.7%)と多く、アルツハイマー型認知症が58名(69.9%)であった。そのほか、詳細な基本情報は表1に示した。なお調査期間は、2017年7月~2018年3月であった。

2) 信頼性の検討

(1) 内的一貫性(表1)

対象は、上記の「(1) 基準関連妥当性」と同様であり、表1に示した通りである。

(2) 検者内信頼性

対象は、上記の「(1) 基準関連妥当性(表1)」で示した者のうち、グループホーム4か所、特別養護老人ホーム1か所、サービス付き高齢者向け住宅1か所の認知症高齢者計55名である。評価を担当したのは18名で、職種は15名が介護福祉士、3名が未記入、平均経験年数は 13.3 ± 7.0 年であった。なお調査期間は、2017年7月~2018年3月であった。

(3) 検者間信頼性

対象は、東京都のAグループホームの歩行と会

話が可能な65歳以上の認知症と診断された4名とし、介護職員は計5名関わった。認知症高齢者4名は、平均年齢85.8±5.1歳ですべてアルツハイマー型認知症の診断を受けた女性であった。要介護度1が3名、認知症高齢者の日常生活自立度はすべてⅡaであった。評価を担当した介護職員5名は、すべて介護福祉士であり、平均経過年数は11.5±5.2年であった。なお調査期間は、2018年5月～2018年6月であった。

3. 調査・解析方法

1) 妥当性の検討

(1) 基準関連妥当性

調査は、研究者が各施設等の研究協力者に調査方法を説明して調査票を渡し、調査の実施は各施設に任せ、回収は郵送で行うこととした。調査票では、施設の介護職員または家族介護者等に対して、NPI-Q⁸⁾、BPSD+Qについて回答を求めた。NPIはインタビュー形式で評価するが、BPSD+Qは質問票なので、今回の比較対象にはNPIを質問票形式にしたNPI-Qを用いた。

NPI-Qは、妄想・幻覚・興奮・うつ・不安・多幸・無関心・脱抑制・易怒性・異常行動・夜間行動・食行動の12項目の症状を重症度と負担度(本稿ではBPSD+Qに合わせて負担度と総称するが、NPIでは「介護負担感」という)について評価した。質問紙を用いて項目ごとに重症度については0～3点、負担度については0～5点で評価した⁸⁾。なお、BPSD+Qが過去1週間の状況の評価することに合わせて、NPI-Qも過去1週間の状況の評価した。欠損値があった場合は、可能な範囲で各施設等の研究協力者に確認した。

基準関連妥当性は、BPSD+QおよびBPSD25QとNPI-Qとの相関をSpearman順位相関係数(ρ)を用いて検討した。統計解析ソフトは、SPSS ver.24 for Windowsを用いた。

2) 信頼性の検討

(1) 内的一貫性

調査方法は、上記の「(1) 基準関連妥当性」と同様であり、NPI-QとBPSD+Qについて回答を求めた。

内的一貫性は、クロンバックの α 係数を用いて

検討した。統計解析ソフトは、SPSS ver.24 for Windowsを用いた。

(2) 検者内信頼性

検者内信頼性の検討は、上記の「(1) 基準関連妥当性」および「(1) 内的一貫性」とあわせて実施しており、初回評価はNPI-Q、BPSD+Qについて回答を求めた。次に、初回評価の対象者83名(表1)のうち同意の得られた55名に対して、初回評価の2週間後にNPI-Q、BPSD+Q、状態変化に関する質問票について回答を求めた。評価は、対象者を主に介護している介護職員が担当し、2回の評価を同一の介護職員が実施した。なお、欠損値があった場合は、可能な範囲で各施設等の研究協力者に確認した。

状態変化に関する質問票は、検者内信頼性の検討のための対象者を選出する目的で、介護職員に対して、対象者の初回評価から2週間後評価間における認知症薬の変更の有無および精神状態(“おおいに調子が良くなった”から“おおいに調子がわるくなった”までの7段階)の変化について回答を求めた。

検者内信頼性は、2週間のうちに認知症薬の変更のなかったことに加えて精神状態の変化を尋ねた7段階の質問で変化がなかったと評価された48名を解析対象として、初回評価と2週間後評価の一致度を級内相関係数(intraclass correlation coefficient: ICC)のICC(1.1)を用いて検討した。信頼性係数の判定基準は、Landisら²²⁾の基準である0.00～0.20: slight(わずかな)、0.21～0.40: fair(低い)、0.41～0.60: moderate(中程度の)、0.61～0.80: substantial(かなりの)、0.81～1.00: almost perfect(ほぼ完全な)とした。統計解析ソフトは、SPSS ver.24 for Windowsを用いた。

(3) 検者間信頼性の検討

認知症高齢者4名それぞれの評価を、3名の介護職員が同時期に実施した。介護職員は計5名関わった。評価内容は、NPI-Q、BPSD+Qとした。調査方法の説明、調査票の回収は研究者が施設へ訪問して実施した。なお、NPI-Qは上記と同様に過去1週間の状況の評価した。

BPSD+QおよびBPSD25Q、NPI-Qの評価者

表1 基準関連妥当性、内的一貫性の検討における対象者の属性(n = 83)

	項目	人数 (%)
年齢 (歳)	平均±標準偏差	83.2±7.1
性別	男性	19 (22.9)
	女性	57 (68.7)
	未記入	7 (8.4)
認知症の病型	アルツハイマー型認知症	58 (69.9)
	血管性認知症	4 (4.8)
	レビー小体型認知症	3 (3.6)
	前頭側頭型認知症	2 (2.4)
	混合型	1 (1.2)
	確定診断無	2 (2.4)
	軽度認知障害	1 (1.2)
	未記入	12 (14.5)
要介護度※	要介護 1	11 (16.9)
	要介護 2	18 (27.7)
	要介護 3	12 (18.5)
	要介護 4	6 (9.2)
	要介護 5	1 (1.5)
	未記入	17 (26.2)
認知症高齢者の 日常生活自立度※	I	1 (1.5)
	II a	7 (10.8)
	II b	14 (21.5)
	III a	20 (30.8)
	III b	3 (4.6)
	IV	7 (10.8)
	未記入	13 (20.0)

※要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度は、もの忘れ外来通院者18名に対して調査しなかったため、欠損値と区別するためこの2項目については母数から除いた65名について記載した。

一致度を ICC (2.1) によって求めた。信頼性係数の判定基準は、上記の Landis ら²²⁾の基準とした。統計ソフトは SPSS ver.24 for Windows を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は研究実施機関である、社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センターの倫理委員会の許可を得て実施した(承認番号:15)。研究協力先の管理者に本研究の目的や方法について説明し、同意を得て実施した。また、各研究協力先と連携し、対象者とその家族に研究についての説明、参加への自由意志と拒否権、個人情報の

保護、得られた情報は研究以外の目的では使用しないことについて、書面を用い口頭にて説明の上、同意書に署名を得た。情報は、各研究協力先にて対応表で管理し、研究者が扱うデータからは個人が特定できないよう配慮した。

結果

1. 妥当性の検討

1) 基準関連妥当性 (n=83 : 図 1, 2, 3)

BPSD + Q の記入の所要時間は平均 6.2 分であった (n=55)。各評価結果の平均±標準偏差・中央値(四分位範囲)は、BPSD + Q 重症度は 12.4

±9.8・9.0(11.0)点、カテゴリーである過活動は7.3±6.5・6.0(10.0)点、低活動は2.9±3.0・2.0(4.0)点、生活関連は1.8±2.5・1.0(2.0)点、過活動せん妄は0.3±0.8・0(0)点、低活動せん妄は0.2±0.6・0(0)点であった。また、BPSD25Q重症度は11.9±9.3・7.0(12.0)点であった。

BPSD+Q負担度は9.6±9.1・7.0(12.0)点、カテゴリーである過活動負担度は5.7±5.9・3.0(7.0)点、低活動負担度は2.0±2.4・1.0(3.0)点、生活関連負担度は1.5±2.4・1.0(2.0)点、過活動せん妄負担度は0.2±0.7・0(0)点、低活動せん妄負担度は0.1±0.4・0(0)点であった。また、BPSD25Q負担度は9.2±8.7・7.0(12.0)点であった。なお、NPI-Q重症度は4.3±3.7・4.0(15.0)点、負担度は3.5±3.8・3.0(17.0)点であった。

BPSDの項目別出現率を確認するため、BPSD+Q重症度とNPI-Q重症度の各項目の得点分布を図1に示した。NPI-Qは12のBPSD出現を確認することができ、興奮(45%)、易怒性(43%)、うつ(33%)の出現率が高かった。それに比して、BPSD+Qでは25のBPSDの出現を確認でき、繰り返し質問(70%)、傾眠傾向(40%)、易怒性(37%)の出現率が高かった。

BPSD+Q重症度はNPI-Q重症度とやや強い正の相関を認めた($\rho=0.64$, $p<0.01$: 図2)。また、BPSD+Q負担度はNPI-Q負担度とやや強い正の相関を認めた($\rho=0.65$, $p<0.01$: 図3)。なお、BPSD25Q重症度はNPI-Q重症度とやや強い正の相関を認め($\rho=0.63$, $p<0.01$)、BPSD25Q負担度はNPI-Q負担度とやや強い正の相関を認めた($\rho=0.65$, $p<0.01$)。

2. 信頼性の検討

1) 内的一貫性の検討(n=83)

BPSD+Qのクロンバックの α 係数は、重症度では0.78(過活動=0.72、低活動=0.51、生活関連=0.44)、負担度では0.80(過活動=0.73、低活動=0.49、生活関連=0.49)であった。また、BPSD25Qのクロンバックの α 係数は、重症度では0.76、負担度では0.78であった。一方、NPI-Qのクロンバックの α 係数は、重症度では0.65、負担度では0.63であった。

2) 検者内信頼性の検討(n=48)

BPSD+Q重症度は、ICC(1.1)で $\rho=0.68$ (95%信頼区間: 0.49~0.81)であり、そのカテゴリーである過活動は $\rho=0.66$ (95%信頼区間: 0.47~0.80)、低活動は $\rho=0.67$ (95%信頼区間: 0.48~0.80)、生活関連は $\rho=0.64$ (95%信頼区間: 0.44~0.78)であった。また、BPSD25Q重症度は、 $\rho=0.68$ (95%信頼区間: 0.50~0.81)であった。一方、NPI-Q重症度は、 $\rho=0.61$ (95%信頼区間: 0.40~0.76)であった。

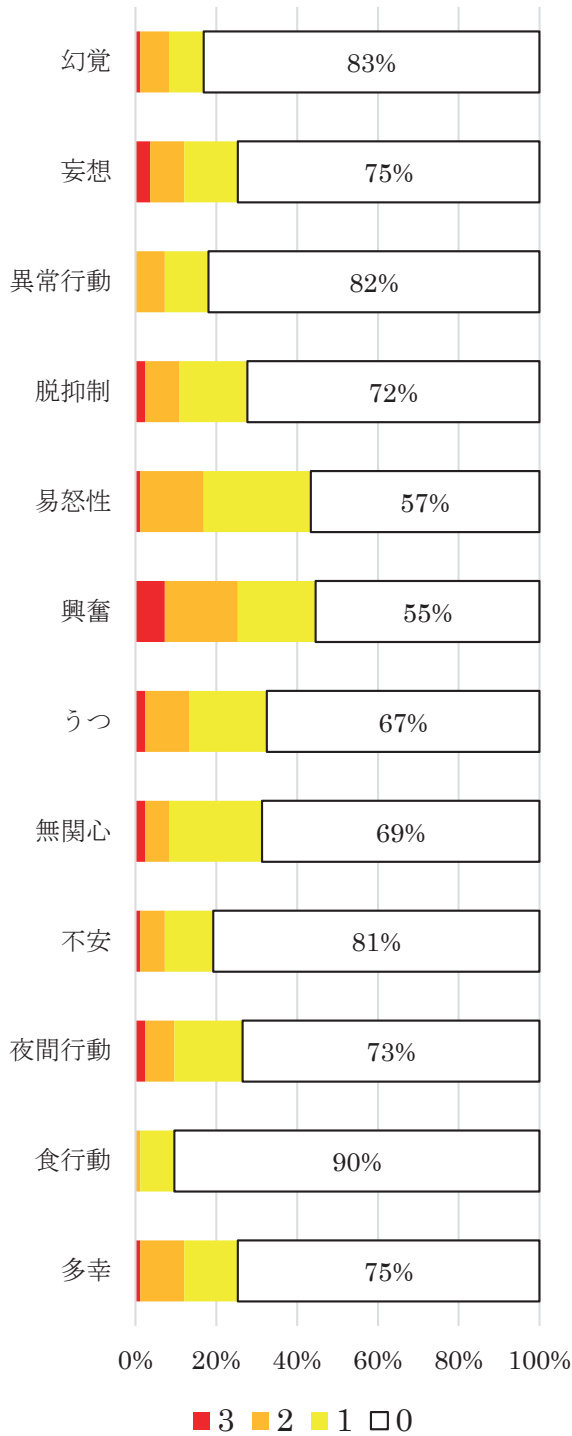
BPSD+Q負担度は、 $\rho=0.70$ (95%信頼区間: 0.53~0.82)であり、そのカテゴリーである過活動負担度は $\rho=0.65$ (95%信頼区間: 0.46~0.79)、低活動負担度は $\rho=0.65$ (95%信頼区間: 0.45~0.79)、生活関連負担度は $\rho=0.63$ (95%信頼区間: 0.42~0.77)であった。また、BPSD25Q負担度は、 $\rho=0.70$ (95%信頼区間: 0.52~0.82)であった。一方、NPI-Q負担度は、 $\rho=0.55$ (95%信頼区間: 0.32~0.72)であった。

3) 検者間信頼性の検討

BPSD+Q重症度は、ICC(2.1)で $\rho=0.73$ (95%信頼区間: 0.19~0.98)、そのカテゴリーである過活動は $\rho=0.79$ (95%信頼区間: 0.23~0.98)、低活動は $\rho=-0.07$ (95%信頼区間: -0.27~0.68)、生活関連は $\rho=0.93$ (95%信頼区間: 0.68~1.00)であった。また、BPSD25Q重症度は $\rho=0.72$ (95%信頼区間: 0.17~0.98)であった。

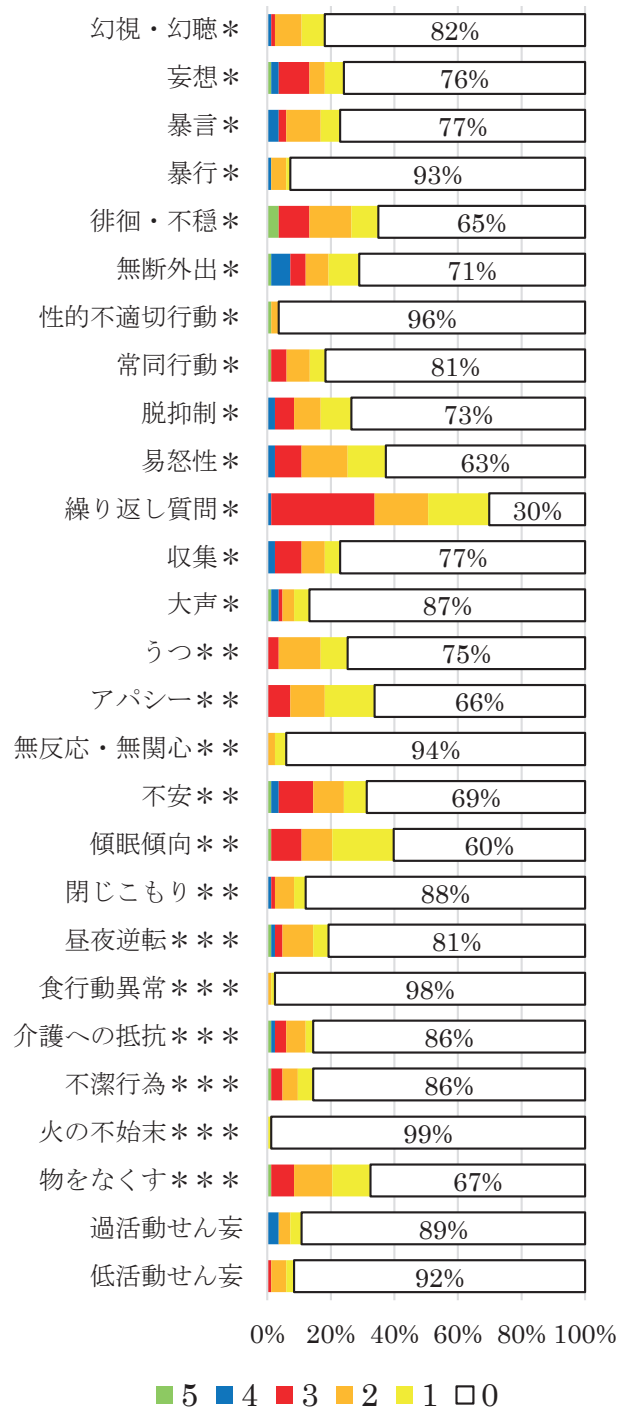
BPSD+Q負担度は、ICC(2.1)で $\rho=0.68$ (95%信頼区間: 0.11~0.97)、そのカテゴリーである過活動は $\rho=0.68$ (95%信頼区間: 0.07~0.97)、低活動は $\rho=-0.09$ (95%信頼区間: -0.35~0.73)、生活関連は $\rho=0.77$ (95%信頼区間: 0.27~0.98)であった。また、BPSD25Q負担度は $\rho=0.69$ (95%信頼区間: 0.11~0.97)であった。

一方、NPI-Q重症度は $\rho=0.37$ (95%信頼区間: -0.21~0.93)、NPI-Q負担度は $\rho=0.45$ (95%信頼区間: -0.07~0.94)であった。



a NPI-Q 重症度

採点 : 3 重度、2 中度、1 軽度、0 なし



b BPSD + Q 重症度

採点 : 5 対応に多大な困難が伴い毎日継続する、
 4 対応に多大な困難を伴うが毎日ではない、
 3 対応したケアが可能だが毎日ある、
 2 対応したケアが可能で毎日ではない、
 1 見守りの範囲、
 0 認められない

カテゴリー : * 過活動、** 低活動、*** 生活関連

図1 BPSD + QとNPI-Qの各項目の得点分布(n = 83)

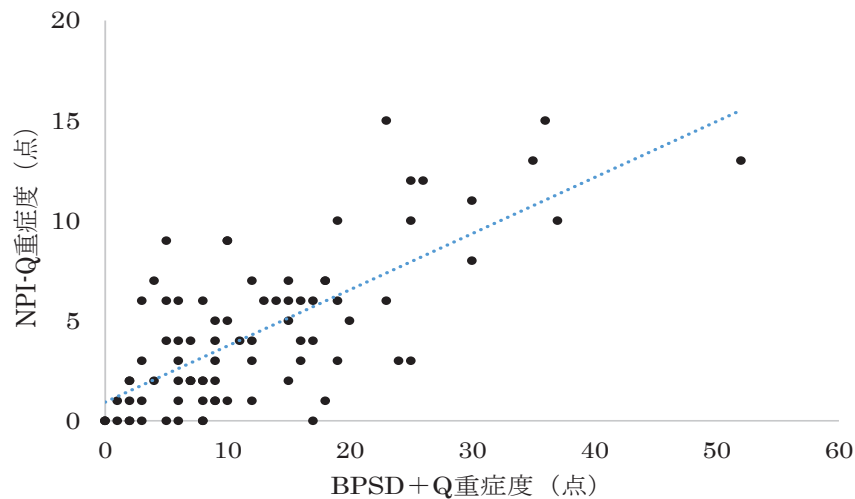


図2 BPSD + Q 重症度とNPI-Q 重症度の相関 (n = 83)
BPSD + Q 重症度はNPI-Q 重症度と有意な正の相関
($\rho = 0.64$ 、 $p < 0.01$; Spearman の順位相関係数)

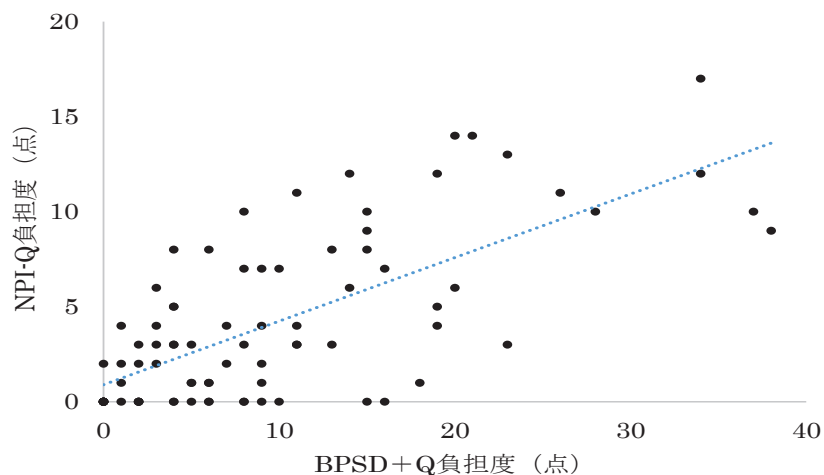


図3 BPSD + Q 負担度とNPI-Q 負担度の相関 (n = 83)
BPSD + Q 負担度はNPI-Q 負担度と有意な正の相関
($\rho = 0.65$ 、 $p < 0.01$; Spearman の順位相関係数)

考察

1. BPSD + Q の妥当性

BPSD + Q および BPSD25Q の重症度・負担度は、国内外で多用されている NPI の質問紙版である NPI-Q の重症度・負担度とやや強い正の相関を認めたため、BPSD の評価尺度としての基準関連妥当性が証明されたと考える。強い相関まで達しなかったのは、合計点を 10 項目で評価する

NPI-Q と比し、BPSD + Q (BPSD25Q) はより多くの BPSD を含み、より包括的に BPSD を評価しているためだと考えた。

BPSD の出現率を NPI-Q と BPSD + Q で対比した図 1 で、項目として対応している幻覚や妄想、異常行動、脱抑制などの大部分の出現率は同程度であるが、無関心や不安は 10% 以上の差異があった。NPI-Q では低活動に関する下位項目は無関心、うつ、不安の 3 項目だが、BPSD + Q ではそれに加えてアパシー、傾眠傾向、閉じこも

りの6項目を評価できるため、出現率が分散したと考えられる。たとえば、NPI-Qでは無関心の出現率は31%だが、BPSD+Qでは6%である。その一方で、無関心と類似のアパシーでは34%を示しているなど、BPSD+QはBPSDを詳細にとらえて、かつ効果を検討していく上で有用かもしれない。

2. BPSD+Qの信頼性

内的一貫性を示すクロンバックの α 係数は、BPSD+Qでは重症度0.78、負担度0.80、BPSD25Qでは重症度0.76、負担度0.78と高い値を示し、それはNPI-Qの値よりも高かった。しかし、カテゴリーについては、低活動、生活関連で低い値を示している。クロンバックの α 係数は、項目数に依存する傾向があることに加えて、本研究の対象者は過活動以外の平均点が低く、設問への該当者が少なかったことも影響があったと考察する。

BPSD+QおよびBPSD25Qの重症度・負担度とそのカテゴリーすべてにおいて、ICC(1.1)は、かなりの検者内信頼性を示した。また、それらはNPI-Qの値よりも高かった。NPI-Qの原版では、クリニックで実施した評価とその同日にクリニックから帰宅後に再評価を(再評価までの時間は平均6.9時間)、日本語版NPI-Qでは、重症度は翌日、負担度は1か月後に再評価を実施して高い検者内信頼性を示している^{8,9)}。質問票評価の検者内信頼性の検討において、測定の間隔は、思い出しバイアスを避ける程度に長く、測定する構成概念の状態が変化しない程度に短く、測定時点間で安定していることなどに留意すべきとされている²³⁾。先行研究では再評価までの期間が短いため、思い出しバイアスの影響が大きい可能性があるが、本研究では、思い出しバイアスを極力減らし、状態の安定している対象を抽出して、検討した。また、検者内信頼性の検討において2時点の評価の相関係数(Pearsonの積率相関係数やSpearmanの順位相関係数等)の算出では、否定的意見が多い²⁴⁾ため、ICCを用いて改めて検者内信頼性の数値が示せたことは有意義であったと考える。

検者間信頼性は、ICC(2.1)で、BPSD+Qでは

重症度は $\rho=0.73$ 、負担度は $\rho=0.68$ 、BPSD25Qでは重症度は $\rho=0.72$ 、負担度は $\rho=0.69$ とかなりの検者間信頼性を示した。また、NPI-Q重症度は $\rho=0.37$ 、負担度は $\rho=0.45$ であり、BPSD+Qより低値を示した。

以上から、BPSD+QおよびBPSD25QはBPSDの定量的評価尺度として、内的一貫性、検者内信頼性、検者間信頼性が示されたと考える。ただし、カテゴリーの低活動、生活関連については出現率が低かったため、床効果などを考慮した項目の必要性の検討などのために対象を拡大しての追試が今後の課題である。これらのカテゴリー、特に生活関連(火の不始末は、施設入所者は対象とならないなど)のBPSDは、在宅認知症高齢者に多いため、在宅を対象とした調査が必要かもしれない。また、低活動性のBPSDは、検者間信頼性が顕著に低かった。その理由として、BPSDは視点を変えると中核症状や生活障害の側面も含んでいる¹⁾ため、判断が難しいことや、一般的に介護職員は評価用紙を用いて評価する機会が乏しいこと、低活動は一見手がかからないように見えるので見過ごされて問題視されないこと²⁵⁾の影響が考えられる。加えて、低活動には、ケアに対する拒否を示す項目が含まれており、拒否的態度はスタッフの関わりによって異なる部分がある^{26,27)}。拒否的態度を受けやすい職員と、そうでない職員では、こうした項目について観察できる場面が異なることから、低活動の検者間信頼性が低くなった可能性も考えられる。そのため、低活動を効果評価に用いる際には、同一評価者が前後で評価を行い、ケアの場面で活用する際にはチームで情報を共有して評価することが望ましい。今まで検者間信頼性が証明されてきた研究は、医師やリハビリテーション専門職などのおおよそ評価を日常的に行ない、日常的なケア業務には携わらない職種が多かったため、日常的なケアを実践する介護職員が評価をしたものについて検討した本研究の意義は大きいと考える。

3. BPSD+Qの活用の可能性

認知症ケアの場面でBPSDは大きな課題であるが、BPSDは医学用語^{1,28)}ということもありNPI等の既存の評価尺度は国外で医師を中心と

して作成されている。そのため、介護職員には馴染まない印象があった。その点において、介護保険主治医意見書の項目を網羅しており、現場の介護職員の意見が反映され、主に介護職員を対象として信頼性・妥当性を示したBPSD + Qは、今後介護現場での活用が期待される。

BPSDの評価尺度としてはせん妄2項目を合計点に入れないほうがよいという考え方もあるが、介護現場では認知症にせん妄を併発していることもしばしばあり、介護現場でせん妄を弁別することが容易ではないこと、また全体27項目中での割合も7.4%と少ないので、この2項目を含めた全体でBPSD + Qの合計点を算出した。ただし、本評価尺度の活用には、介護現場ではBPSDとせん妄とを包括的に評価するためBPSD + Qを用い、介入研究などでBPSDのみを評価するにはせん妄2項目を除いたBPSD25Qを用いるという使い分けを考えている。加えて、過活動性BPSD、低活動性BPSD、生活関連BPSDのカテゴリー別合計点を算出するので、容態に応じたケアに生かせる評価尺度であると考え。また、薬物療法を実施する際には、過活動性のBPSDなのか、低活動性のBPSDなのかにより処方を選択する²⁹⁾。そのため、BPSD + Qを用いてBPSDを分類して評価できることはケア方法のみならず、薬の処方にも役立てられる可能性がある。認知症ケアのエビデンスはまだ乏しい。BPSD + Qが普及することにより、認知症ケア研究が促進されることを期待したい。

COI : 著者の個人的なCOIは該当無し。本研究は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の平成29年度～認知症研究開発事業「BPSDの解決につなげる各種評価法と穏やかな生活を支えるポジティブケア」(代表研究開発者: 山口晴保: 課題番号17dk020733h0001)の一部として行った。

謝辞 : お忙しいなか、本研究にご協力いただきました対象者のみなさま、研究協力者のみなさまに心から感謝申し上げます。また、本調査に中心となりご協力くださいました認知症介護指導者のみなさまに厚くお礼を申し上げます。

文献

- 1) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発～笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」研究班(代表: 山口晴保): BPSDの定義、その症状と発症要因. 認知症ケア研究誌 2 : 1-16, 2018.
- 2) Cummings JL, Mega M, Gray K, et al: The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44(12): 2308-2314, 1994.
- 3) Baumgarten M, Becker R, Gauthier S: Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *J Am Geriatr Soc* 38(3): 221-226, 1990.
- 4) 厚生労働省老健局老人保健課: 要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について(平成21年9月30日老老発0930第2号厚生労働省老健局老人保健課長通知).
- 5) 博野信次、森悦郎、池尻義隆、他: 日本語版 Neuropsychiatric Inventory 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. *脳と神経* 49(3): 266-271, 1997.
- 6) Wood S, Cummings JL, Hsu MA, et al: The use of the neuropsychiatric inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. *Am J Geriatr Psychiatry* 8(1), 75-83, 2000.
- 7) 繁信和恵、博野信次、田伏薫、他: 日本語版 NPI-NHの妥当性と信頼性の検討. *BRAIN and NERVE: 神経研究の進歩* 60(12): 1463-1469, 2008.
- 8) 松本直美、池田学、福原竜治、他: 日本語版 NPI-DとNPI-Qの妥当性と信頼性の検討. *脳と神経* 58(9): 785-790, 2006.
- 9) Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, et al: Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neuroscience* 12(2): 233-239, 2000.
- 10) 溝口環、飯島節、江藤文夫、他: DBDスケール(Dementia Behavior Disturbance Scale)による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. *日本老年医学会雑誌* 30(10): 835-840, 1993.
- 11) Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, et al: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 48(Suppl): 9-15, 1987.

- 12) 朝田隆、本間昭、木村通宏、他：日本語版 BEHAVE-AD の信頼性について。老年医学雑誌 10(7): 825-834, 1999.
- 13) Cohen-Mansfield J, Billig N: Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 34(10): 711-721, 1986.
- 14) Cohen-Mansfield J: Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc* 34(10): 722-727, 1986.
- 15) 本間昭、新名理恵、石井徹郎、他：コーエン・マンフィールド agitation 評価票 (Cohen-Mansfield Agitation Inventory ; CMAI) 日本語版の妥当性の検討。老年精神医学雑誌 13(7): 831-835, 2002.
- 16) 朝田隆、吉岡充、森川三郎、他：痴呆患者の問題行動評価票 (TBS) の作成。日本公衆衛生雑誌 41(6): 518-527, 1994.
- 17) 坂井康純、福田耕嗣、寺嶋康、他：痴呆性疾患における行動心理学症候 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) の臨床評価に対する検討—臨床簡易評価スケール作成の試み—。老年精神医学雑誌 13(11): 1299-1305, 2002.
- 18) 佐藤美和子：介護実践における認知症の行動・心理症状の捉え方と対応の検討。桜美林大学大学院国際学研究科老年学専攻 2010 年度博士学位論文。
- 19) 谷川良博、丹羽敦、小川敬之：国内における認知症の行動・心理症状 (BPSD) 研究に関する考察とその課題。健康科学と人間形成 2 (1): 75-83, 2016.
- 20) 長谷川典子、池田学：認知症とせん妄。日本老年医学会雑誌 51(5): 422-427, 2014.
- 21) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会：認知症疾患ガイドライン 2017. pp23-24, pp67-70, 医学書院, 2017.
- 22) Landis JR, Koch GG: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1): 159-174, 1977.
- 23) 土屋政雄：尺度研究の必須事項。行動療法研究 41(2): 107-116, 2015.
- 24) 対馬栄輝：SPSS で学ぶ医療系データ解析 第2版 分析内容の理解と手順解説、バランスのとれた医療統計入門, pp207-226, 東京図書株式会社, 2016.
- 25) 服部英幸：高齢者の特性 認知症の伴う精神症状・行動異常 (BPSD)。日本臨床 71(6): 981-987, 2013.
- 26) 伊東美緒、宮本真巳、高橋龍太郎：不同意メッセージへの気づき 介護職員とのかかわりの中で出現する認知症の行動・心理症状の回避にむけたケア。老年看護学 15(1): 5-12, 2011.
- 27) 伊東美緒：認知症の方の想いを探る～認知症症状を関係性から読み解く～。公益財団法人介護労働安定センター, 2013.
- 28) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, et al: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8(Suppl 3): 497-500, 1996.
- 29) 山口晴保：紙とペンでできる認知症診療術：笑顔の生活を支えよう。pp175-176, 協同医書出版社, 2016.

文末資料 : BPSD + Q の実施マニュアルと評価用紙

BPSD+Q/BPSD25Q の記入方法について

目的

- この質問票は、認知症の方の困りごと（BPSD）を数値化して施設内で共有し、その対応策をたて、さらに対応前後での評価結果を比較することにより対応の効果を検証することを目的としています。また、主治医意見書の「周辺症状」の項目を盛り込んでいますので、主治医意見書作成の際、介護現場からの情報提供にも役立てていただくことを目的としています。

記入方法

- 記入日の過去 1 週間の状況を評価してください。
- 質問にある症状が、過去 1 週間で認められなかった場合には、「0」に ^{ゼロ} ^{まる} をつけて下さい。
- 1 週間以上前にはあったが過去 1 週間以内には認められなかった場合は、「0」に ^{ゼロ} ^{まる} をつけて下さい。
- 項目 24 について施設入所中等で対象者が火元の管理をしていない場合は、「0」に ^{ゼロ} ^{まる} をつけて下さい。
- 質問にある症状が「認められる」場合は、重症度と負担度について下記判断基準を参考に数字を記入して下さい。
- 日によって、または、月単位で見ると症状に差があったとしても、過去 1 週間の重症度と負担度を記載してください。
- 評価者により基準が異ならないように、重症度についてはできるだけ客観的に数値を記入してください。ただし、負担度については記入者の感じている負担の程度を基準を参考にして記入してください。

判断基準

<重症度の（ ）内は盗られ妄想を例に記載>

- 重症度**
- 1 見守りの範囲（盗られたというが、周りへの影響や他者への害がない）
 - 2 対応したケアが可能で（傾聴など簡単な対応で落ち着く）毎日ではない
 - 3 対応したケアが可能だが毎日ある
 - 4 対応に多大な困難が伴うが（妄想で怒るなど簡単には対応できない）毎日ではない
 - 5 対応に多大な困難が伴い毎日継続する

負担度

- 0 なし（全くなし）
- 1 わずかな負担（少しストレスを感じるがやりすごせる、処理する必要がない）
- 2 軽度の負担（対処が必要であるが簡単に処理できる）
- 3 中度の負担（知恵を絞った対応が必要）
- 4 大きな負担（対応・処理が上手くいかない、困難を感じる）
- 5 極度の負担（自分では限界を感じ、処理するのに他者の助けが必要）

例：1 週間のうち、1-3 日は症状があり、対応したケアが困難な場合は、重症度を 4 と記載
低活動だが数回の声かけだけで動き出す場合は、その頻度により重症度を 2 または 3 と記載

【文献】内藤典子，藤生大我，滝口優子，他：BPSD の新規評価尺度：認知症困りごと質問票 BPSD+Q の開発と信頼性・妥当性の検討．認知症ケア研究誌 2 : 133-145, 2018.

BPSD+Q/BPSD25Q

認知症困りごと質問票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

ID _____ 評価者 _____ (関係 _____)

対象者 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女

過去 1 週間について、下記の全質問 27 項目に教えてください。

認められなければ 0 に ○ をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

- 重症度** 1:見守りの範囲 2:対応したケアが可能で毎日ではない 3:対応したケアが可能だが毎日ある
 4:対応に困難を伴うが毎日ではない
 5:対応に困難が伴いつつ毎日継続する
- 負担度** 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担
 4:大きな負担 5:極度の負担

	認められない	認められる		網掛けは主治医 意見書に関連 するもの
		重症度 1~5	負担度 0~5	
1 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	0			幻視・幻聴
2 盗られたという、嫉妬する、別人という(選択して○:盗害、嫉妬、誤認、他)	0			妄想
3 他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する	0			暴言
4 他者に乱暴な行いをする	0			暴行
5 うろろろする、不安そうに動き回る	0			徘徊・不穩
6 家/施設から出たがる	0			無断外出
7 他者への性的に不適切な行為	0			性的不適切行動
8 こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0			常同行動
9 我慢ができない、衝動的に行動する	0			脱抑制
10 怒りっぽい	0			易怒性
11 忘れて同じことを何度も尋ねる	0			繰り返し質問
12 ものをためこむ	0			収集
13 大声・鳴声が続く、さげふ	0			大声
過活動スコア (1~13) 計				
14 悲観的で気分が落ち込んでいる	0			うつ
15 やる気がない、自分からは動かない	0			アパシー
16 声かけに反応がない、興味を示さない	0			無反応・無関心
17 心配ばかりする	0			不安
18 日中うとうとする	0			傾眠傾向
19 部屋・家から出たがらない	0			閉じこもり
低活動スコア (14~19) 計				
20 夜間寝ないで活動する	0			昼夜逆転
21 異食や過食、拒絶	0			食行動異常(異食)
22 介護されることを拒否する(選択して○:更衣、整容、入浴、食事、他)	0			介護への抵抗
23 尿や便で汚す、何日も入浴しない(選択して○:風呂、異所排尿、弄便、他)	0			不潔行為
24 タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理	0			火の不始末
25 隠す、別な場所に置く、探し回る	0			物をなくす
生活関連スコア (20~25) 計				
BPSD25Q (1~25) 計				
26 幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没	0			過活動性せん妄
27 ボーッととして覚醒レベル低下が出没	0			低活動性せん妄
BPSD+Q (1~27)合計				

自由回答欄：