

原著

BPSD 予防をめざした
「BPSD 気づき質問票 57 項目版 (BPSD-NQ57)」の開発

BPSD notification questionnaire 57 item version (BPSD-NQ57) for preventing BPSD.

藤生大我¹⁾、内藤典子¹⁾、滝口優子¹⁾、伊東美緒²⁾、
山上徹也³⁾、山口晴保¹⁾Taiga Fuju¹⁾, Noriko Naito¹⁾, Yuko Takiguchi¹⁾, Mio Ito²⁾,
Tetsuya Yamagami³⁾, Haruyasu Yamaguchi¹⁾

要旨

【目的】 BPSD の予兆や初期症状を捉えて予防するための BPSD 気づき質問票 57 項目版 (BPSD-NQ57) を開発し、妥当性・信頼性を検証する。

【方法】 対象は認知症高齢者 103 名 (一部 47 名) である。評価は NPI-Q と今回開発した BPSD-NQ57 を用い、初回と 2 週間後の 2 回実施した。なお、BPSD-NQ57 は Neuropsychiatric Inventory (NPI) に含まれる 9 下位項目をもとに BPSD の予兆や初期症状となる計 57 項目 (9 カテゴリー: 不安、脱抑制、常同行動、易怒性、興奮、もの盗られ妄想、幻覚、無関心・アパシー、うつ) で構成されている。妥当性は Spearman 順位相関係数を用いて検討した。また、該当する NPI-Q 項目の重症度で BPSD あり群、BPSD なし群に分けて、BPSD-NQ57 の当該カテゴリー合計点を Mann Whitney U-test で比較した。信頼性はクロンバックの α 係数で検討した。また、検者内信頼性として初回と 2 週間後評価を ICC (1.1) で検討した。さらに、検者間信頼性として認知症高齢者 4 名のそれぞれを介護職員 5 名が評価し、ICC (2.1) で検討した。

【結果】 BPSD-NQ57 のクロンバックの α 係数は 0.83 であった。BPSD-NQ57 と NPI-Q は $\rho = 0.53$ と中程度の有意な正の相関を認めた。また、BPSD-NQ57 各カテゴリーは対応する NPI-Q 各下位項目とすべて弱いから中程度の有意な正の相関を認めた。BPSD-NQ57 の点数は、もの盗られ妄想を除く 8 カテゴリーで BPSD あり群の方が有意に高かった。BPSD-NQ57 は ICC (1.1) で $\rho = 0.78$ の検者内信頼性を示した。経験年数 3 年以上の介護職員で絞ると ICC (2.1) で $\rho = 0.56$ の検者間信頼性を示した。

【結論】 BPSD-NQ57 を開発し、妥当性・信頼性が確認された。

キーワード : BPSD、予兆、不同意メッセージ、予防、認知症

1) 認知症介護研究・研修東京センター

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

3) 群馬大学大学院保健学研究科

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1 丁目 12-1

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

受領日 : 2018 年 11 月 6 日

採択日 : 2018 年 12 月 19 日

英文誌名 : Tokyo Journal of Dementia Care Research

責任著者 : 藤生大我

認知症介護研究・研修東京センター

はじめに

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が目指す「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」を妨げる大きな要因が認知症の行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD)である¹⁾。BPSDは、認知症の人の生活の質の低下^{2,3)}や介護者のストレスや抑うつ^{4,5)}などにつながる事が明らかとされている。BPSDの対応としては、非薬物療法が推奨されており有効な介入の検討が行われている^{6,7)}。しかし、これらはいくまで、BPSD出現後の対応のことを述べており、認知症の人が自分らしく暮らし続けるためには、BPSDが出現しないこと(予防)が重要と考える。

BPSDの出現要因は多岐にわたり、それらに適切に対応することでBPSDを低減し、さらに予兆に気づき、出現のきっかけをなくすことで、BPSDは予防・回避することが大切である¹⁾。そのためには伊東ら⁸⁻¹⁰⁾の提案する「不同意メッセージ」が重要と考えられる。「不同意メッセージ」とは、BPSDにいたる前に現れる不安・混乱・落ち着きのなさ・あきらめを示す徴候(予兆)のことであり、それらを察知して未然に対応することでBPSDを防ぐことができるとしている。具体的には、①服従:介護者の誘導に渋々したがう(たとえば昼間から風呂に入りたくないが、誘われたので渋々入浴する)、②謝罪:うまくできないことを謝罪する(たとえば折り紙を強引に誘われたが、うまく折れず謝る)、③転嫁:うまくできないことについて、できない理由として物や人のせいにする、④遮断:聞こえないふり・寝たふり・気づかないふりをして介護職員に関わらないようにする、⑤憤懣:気に入らないことについて独り言のように怒る、の5つのメッセージがある。これらのメッセージに介護者が気づかなければ、スケジュールに沿って次々と誘導することになり、認知症の人が我慢の限界を迎えたときにBPSDにつながるという。そのため、認知症の人の表情やしぐさや言葉に現れた「不同意メッセージ」を

察知して対応の方向性を変容することでBPSDを予防・回避できるという。

そこで本研究では、BPSDにいたる前の徴候(予兆)を共有して対応することで、BPSD予防に資すると考え、そのツールとして「不同意メッセージ」を参考とし、BPSD評価法の一つであるNeuropsychiatric Inventory (NPI)^{11,12)}の下位項目にもとづいた「BPSD気づき質問票57項目版(BPSD notification questionnaire 57 item version; BPSD-NQ57)」を開発し、その妥当性・信頼性を検討した。

方法

1. BPSD-NQ57の作成の経緯

1) 項目の選定方法と評価方法

伊東ら⁸⁻¹⁰⁾の「不同意メッセージ」を参考にしながら、BPSD評価法の一つであるNPI^{11,12)}の下位項目にもとづいて、55項目の原案を作成した。NPIの下位項目である妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無関心、脱抑制、易怒性、異常行動、睡眠、食行動の12項目のうち、出現頻度が低く介護負担も軽い多幸と、NPI合計点に含まれない睡眠、食行動の3下位項目を除いた9下位項目をBPSD-NQ原案のカテゴリー(9カテゴリー、55項目)とした。質問項目総数が多くなると記入者への負担が増えることへの配慮から、上記3下位項目は除外した。なお、NPIの妄想、無関心、異常行動はBPSD-NQ原案では、もの盗られ妄想、無関心・アパシー、常同行動に相当することとした。

それをもとに、追加項目の必要性や内容の妥当性を、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」の研究班(代表・山口晴保)で班員間(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)の議論を通じて検討した。

質問票は、現場で簡便に活用でき、多くの気づきをうながすことを目的としたため、項目を多めに設定し、各項目の有無を問う簡易な記入方法とした。また、基本情報から状態を把握できるよう

に、体調、交流、もとの性格、移動能力、同居者、特記事項(生活環境の変化の有無)、認知症薬の基本情報についてもチェックできるようにした。評価は、過去1週間の様子を振り返って記入することとした。

2) 予備調査

東京都近郊の認知症疾患医療センターのもの忘れ外来1か所、一般病院の病棟1か所、特別養護老人ホーム2か所、介護老人保健施設1か所、サービス付き高齢者向け住宅1か所の計6か所で、家族介護者計21名、介護職員計16名にBPSD-NQ原案(55項目)の記入を求め、認知症高齢者56名分の回答を得た。さらに、「困る症状の前兆として介護者が気づく症状がありましたら教えてください」、「評価票に対して、改善案、ご意見などございましたら教えてください」の問いに対して自由記述で回答を求めた。なお、BPSD-NQ原案とあわせて質問票形式のNeuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q)¹³⁾の評価も求めた。認知症高齢者56名に対する評価が得られた。その回答から項目の追加などをAMED研究班員間で検討した。その結果、無関心・アパシーカテゴリーに「周囲への関心を示さない」、「動くことを面倒くさがる」の2項目を追加し、計57項目となった。また、文字の大きさ、表現、レイアウトに関する意見を反映した。

次に、認知症介護指導者12名に対して、57項目について「予兆」、「BPSD」、「関係なし」に分類するよう求めた。その結果、4割以上の対象者が「関係なし」と判断した項目は、「大切な物を肌身離さず持ち歩く」、「気短な性格である」、「出しゃばろうとする」の3項目であったが、現段階では多くの項目でBPSDとの関連を検討するために残すこととなった。また、それ以外の項目は、6割以上の対象者が「BPSD」・「予兆」と判断した。

3) 最終のBPSD-NQ57の項目と評価方法

(文末資料 : BPSD-NQ57)

上記の過程を得て、最終的に57項目でAMED研究班員の合意を得て、「BPSD気づき質問票57項目版(BPSD notification questionnaire 57 item version ; BPSD-NQ57)」とした。BPSD-NQ57は不安(11項目)、脱抑制(7項目)、常同行動(3項目)、易怒性(5項目)、興奮(5項目)、も

の盗られ妄想(6項目)、幻覚(6項目)、無関心・アパシー(6項目)、うつ(8項目)の9カテゴリー、57項目で構成されている。評価方法は、家族等介護者が過去1週間の様子から各項目の症状の有無を記入する形式である。作成された評価票は、文末資料に示した。

2. 対象

本調査の対象は、有意抽出法で選定された、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1か所、サービス付き高齢者向け住宅1か所の計6か所で、65歳以上の歩行と会話が可能な認知症高齢者47名である。上記の予備調査の56名と合わせて計103名の認知症高齢者が対象となった。調査期間は、2017年7月～2018年6月であった。

3. 調査方法

調査方法は、研究者が各施設等の研究協力者に説明した。調査の実施は各施設に任せ、調査票の回収は郵送で行うこととした。調査内容は、認知症高齢者と介護職員の基本属性、NPI-Q、BPSD-NQ57とした。その2週間後にNPI-Q、BPSD-NQ57、状態変化に関する質問について評価を求めた。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、Aグループホームでは検者間信頼性を検討するため、上記とは別の方法で実施した。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。評価内容は、NPI-Q、BPSD-NQ57とした。認知症高齢者1名の評価を5名の介護職員がそれぞれ同時期に実施し、計4名の認知症高齢者の評価を行った。また、評価の正確性を担保するため、1週間に評価する認知症高齢者は2名までとした。

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。

4. 調査内容

1) 基本属性

認知症高齢者の年齢、性別、認知症の病型、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度につい

て、各施設の介護職員から情報を取得した。

評価を担当した介護職員へは、職種、経験年数の回答を求めた。

2) BPSD 関連

BPSD-NQ57は、上記予備調査と同様の方法で実施した。

BPSDの評価は、質問票形式のNPI-Q¹³⁾を用いた。各施設の介護職員が各下位項目について重症度(0~3点)を評価した。合計点は睡眠・食行動を除いた10項目で0~30点まで分布し、点数が高い程BPSDが重いことを示す。また、各項目に対する介護負担感は6段階評価(0~5点)で10項目合計が0~50点まで分布し、点数が高い程負担が高いことを示す。なお、NPI-QはBPSD-NQ57と同様にするため、過去1週間の状況の評価した。

3) 状態変化に関する質問票

検者内信頼性の検討のための対象者を選出する目的で、各施設の介護職員に対して、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。

5. 分析方法

統計ソフトはSPSS ver. 25 for Windowsを使用した。

1) 妥当性

BPSD-NQ57は、全57項目の合計をBPSD-NQ57合計点とし、各カテゴリー合計点と各項目の出現率を算定した。

基準関連妥当性は、BPSD-NQ57とNPI-Q重症度との相関をSpearman順位相関係数(ρ)を用いて検討した。また、BPSD出現の有無とBPSD-NQ57との関係を検討するため、NPI-Q重症度の合計点が0点を「BPSDなし群」、1点以上を「BPSDあり群」とし、各下位項目では0点を「(各下位項目名)なし群」、1~3点を「(各下位項目名)あり群」に分けて、BPSD-NQ57の当該カテゴリー合計点をMann Whitney U-testで群間比較した。なお、予備調査の対象と合わせた103名のデータを分析したが、予備調査の段階ではBPSD-NQ57は55項目であったため、「無関

心・アパシー」カテゴリーに追加した「周囲への関心を示さない」、「動くことを面倒くさがる」の2項目と、これを含む合計点(BPSD-NQ57合計点と無関心・アパシーカテゴリー合計点)を用いる場合には、予備調査の対象である56名を除いた47名のデータを用いた。

2) 信頼性

(1) 内的一貫性

クロンバックの α 係数を用いて検討した。上記の「1)妥当性」と同様の理由で、BPSD-NQ57全項目と無関心・アパシーカテゴリー項目は47名、それ以外は103名のデータを用いた。

(2) 検者内信頼性

検者内信頼性を検討する上での留意点である「測定する構成概念の状態は、測定時点間で安定していること¹⁴⁾」を担保するため、本調査の対象である47名の中で、2週間のうちに認知症薬の変更が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40名を解析対象とした。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¹⁵⁾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。

(3) 検者間信頼性

検者間信頼性は、BPSD-NQ57、NPI-Qの評価者一致度をICC(2.1)により検討した。信頼性係数の判定基準は、上記のLandisら¹⁵⁾の基準とした。

6. 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. 対象者の基本属性

解析の際には予備調査対象の56名と合わせた計103名としているため、その属性を次に示す。平均年齢は83.65±6.68歳、男性22名(21.4%)、女性73名(70.1%)、性別未記入8名(7.8%)であった。また、認知症の病型は、アルツハイマー型認知症75名(72.8%)、血管性認知症4名(3.9%)、レビー小体型認知症4名(3.9%)、前頭側頭型認知症2名(2.0%)、混合型認知症2名(2.0%)、確定診断無2名(2.0%)であり、未記入14名(13.6%)であった。要介護度は、1が12名(14.6%)、2が19名(23.2%)、3が21名(25.6%)、4が9名(11.0%)、5が3名(3.7%)、未記入が18名(22.0%)であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、Iが1名(1.2%)、IIaが7名(8.5%)、IIbが16名(20.0%)、IIIaが27名(32.9%)、IIIbが3名(3.7%)、IVが8名(9.8%)、未記入が20名(24.4%)であった。なお、もの忘れ外来通院者21名は、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度を調査しなかったため、欠損値(未記入)と

区別するためこの2項目については母数から除いた。

2. BPSD-NQ57とNPI-Qの点数(表1、図1、2)

BPSD-NQ57の記入所要時間は平均4.2分であった(n=40)。BPSD-NQ57合計点・カテゴリー合計点とNPI-Qの点数は表1に示した。

BPSD-NQ57の各項目の出現頻度(選択有を出現とした)をカテゴリー別に高い順に並べて図1、2(一部項目の表現に短縮有)に示した。全項目のうち、不安カテゴリー項目の「同じことを短時間で繰り返し質問する(51%)」、「不安そうな表情やしぐさである(35%)」と易怒性カテゴリー項目の「イライラしていることが読み取れる(28%)」、の出現頻度が高かった。また、幻覚カテゴリー項目の「(虫か何かが見えている様で、)用意されたご飯を食べない」、「行きたがらない場所(部屋)ができた」は、出現頻度0%であった。

3. 妥当性

1) BPSD-NQ57とNPI-Q重症度との相関(表2、図3)

NPI-Q重症度の合計点および9下位項目点とBPSD-NQ57合計点および9カテゴリー合計点の相関を表2に示した。BPSD-NQ57合計点は、NPI-Q重症度の合計点と有意な中程度の正の相関を認めた($\rho=0.53$ 、 $p<0.01$: 図3)。BPSD-

表1 BPSD-NQ57合計点・カテゴリー合計点とNPI-Qの点数(n=103; ※: n=47)
点

	平均±標準偏差	中央値 (四分位範囲)
BPSD-NQ57 合計点※	5.80±5.16	4 (7)
不安 (11 項目)	2.24±2.07	2 (3)
脱抑制 (7)	1.07±1.50	1 (1)
常同行動 (3)	0.32±0.56	0 (1)
易怒性 (5)	0.91±1.31	0 (1)
興奮 (5)	0.35±0.74	0 (0)
もの盗られ妄想 (6)	0.86±1.31	0 (2)
幻覚 (6)	0.21±0.59	0 (0)
無関心・アパシー (6) ※	0.80±1.14	0 (1)
うつ (8)	0.67±1.06	0 (1)
NPI-Q 重症度	4.94±4.14	4 (5)
NPI-Q 介護負担感	4.79±4.90	3 (8)

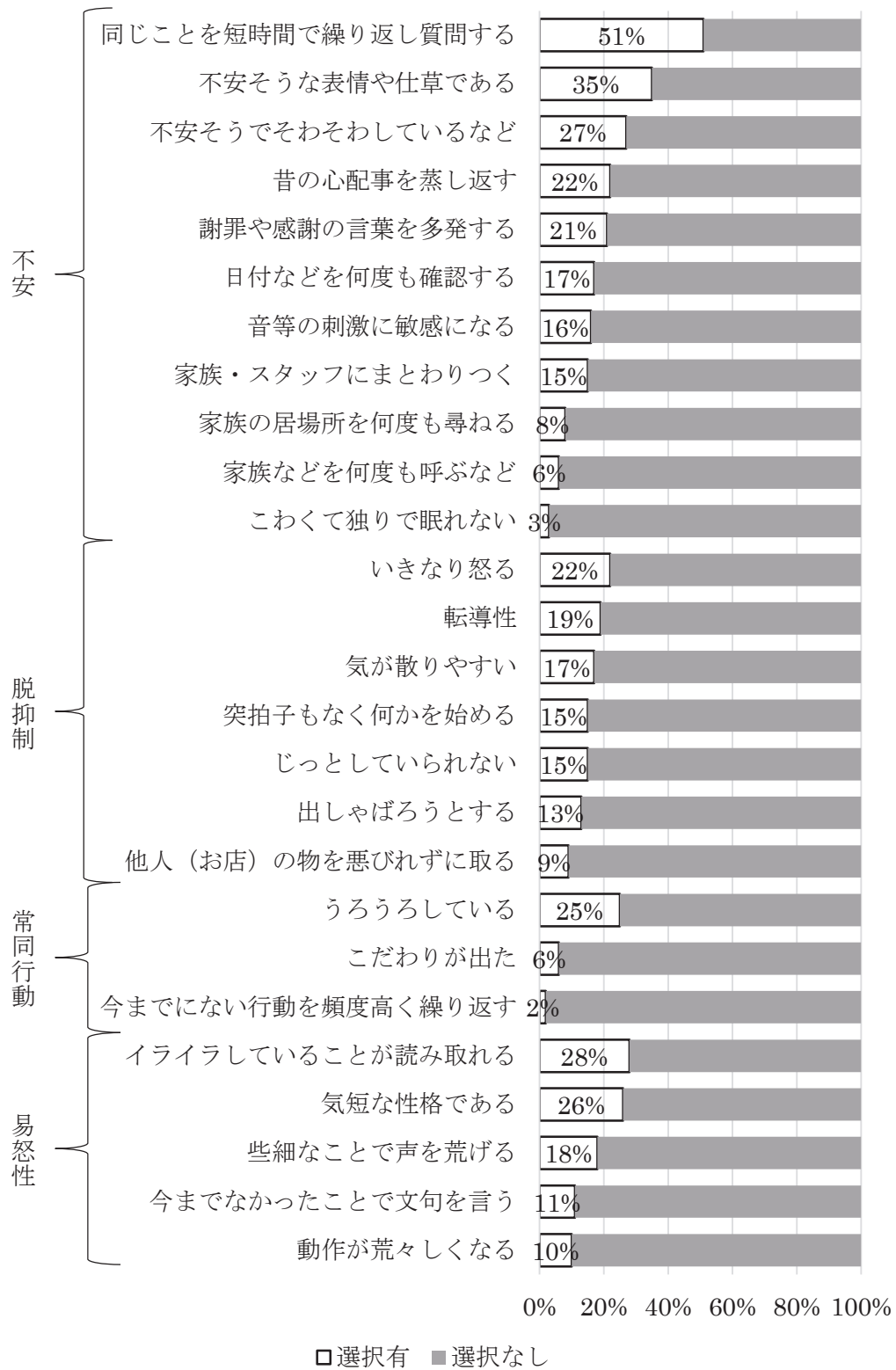


図1 BPSD-NQ57の不安、脱抑制、常同行動、易怒性の各項目出現頻度(n=103)

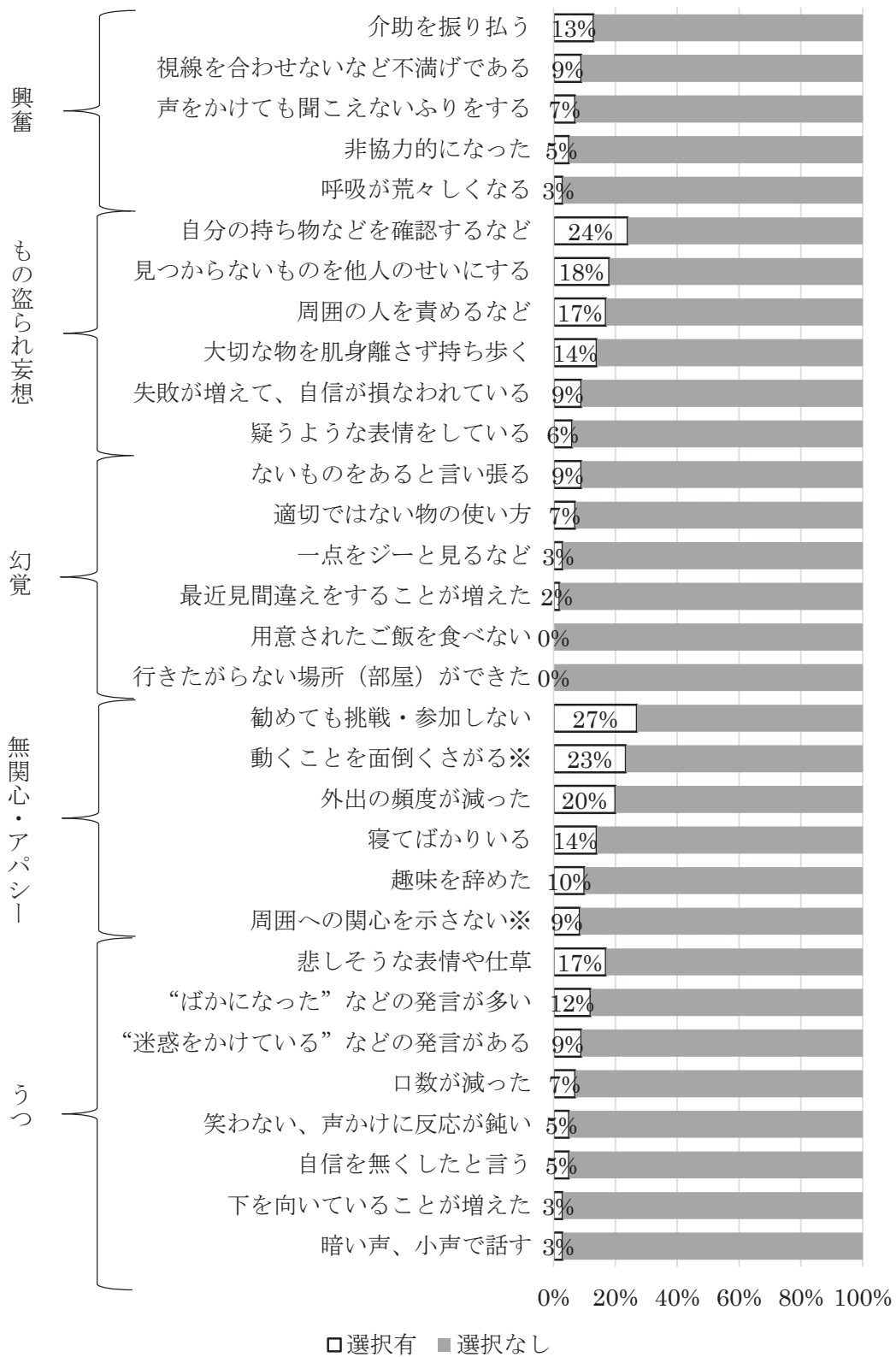


図2 BPSD-NQ57の興奮、もの盗られ妄想、幻覚、無関心・アパシー、うつの各項目出現頻度 (n=103 ; ※ : n=47)

NQ57の各カテゴリー合計点は、それに対応するNPI-Q重症度の各下位項目点と全て有意な正の相関を認めた(表2)。

2) BPSD有無2群間のBPSD-NQ57点数比較

(表3)

NPI-Q重症度により、合計点では0点を「BPSDなし群」、1点以上を「BPSDあり群」とし、各下位項目では0点を「(各下位項目名)なし群」、1~3点を「(各下位項目名)あり群」に分けた。BPSD-NQ57合計点と各カテゴリー合計点をBPSD有無2群間で比較して表3に示した。NPI-Q重症度合計点で評価した「BPSDあり群」の方が「BPSDなし群」よりBPSD-NQ57合計点が有意に高かった。BPSD-NQ57のカテゴリーごとの比較では、「もの盗られ妄想」カテゴリーを除く8カテゴリーにおいて、NPI-Q重症度下位項

目で評価した「BPSDあり群」の方が「BPSDなし群」よりBPSD-NQ57カテゴリー合計点が有意に高かった。

4. 信頼性

1) 内的一貫性

BPSD-NQ57全項目のクロンバックの α 係数は0.83であった(n=47)。各カテゴリーでは、不安=0.69、脱抑制=0.70、常同行動=0.27、易怒性=0.72、興奮=0.51、もの盗られ妄想=0.69、幻覚=0.50、無関心・アパシー=0.57(n=47)、うつ=0.53であった。

2) 検者内信頼性

評価を担当した介護職員14名の職種は、11名が介護福祉士、3名が未記入であり、平均経験年数は14.73±7.35年であった。

表2 NPI-Q重症度の合計点・下位項目点とBPSD-NQ57合計点・カテゴリー合計点の相関 (n=103 ; ※ : n=47)

	ρ									
	合計点	妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	無関心	脱抑制	易怒性	異常行動
BPSD-NQ57合計点※	0.53**	0.20	0.31*	0.46**	0.42**	0.10	0.24	0.39**	0.30**	0.16
もの盗られ妄想	0.25*	0.21*	0.11	0.04	0.24*	0.20*	-0.05	0.16	0.30**	0.13
幻覚	0.25*	0.29**	0.55**	0.12	0.18	0.11	0.13	-0.03	-0.15	0.09
興奮	0.45**	0.09	0.12	0.50**	0.25*	0.05	0.25*	0.31**	0.31**	0.07
うつ	0.24*	0.22*	0.38**	0.02	0.44**	0.18	0.13	-0.08	-0.03	0.02
不安	0.31**	0.23*	0.23*	0.10	0.29**	0.33**	0.02	0.07	0.07	0.19
無関心・アパシー※	0.39**	0.09	0.07	0.41**	0.26	0.01	0.45**	0.33*	-0.18	0.06
脱抑制	0.37**	0.11	-0.004	0.20*	0.07	0.15	0.03	0.36**	0.28**	0.22*
易怒性	0.43**	0.12	0.12	0.33**	0.22*	0.03	0.09	0.47**	0.56**	-0.07
常同行動	0.31**	0.14	0.12	0.24*	0.23*	0.34**	0.03	0.07	0.14	0.22*

* : p<0.05 ** : p<0.01 (NPI-QとBPSD-NQ57で対応している箇所は、網掛けを実施した。)

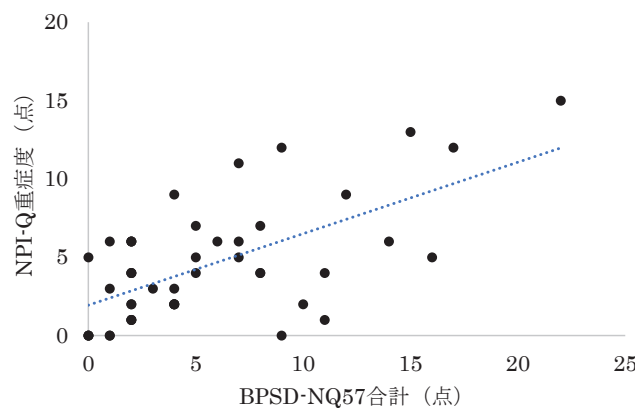


図3 BPSD-NQ57合計点とNPI-Q重症度の相関(n=47) BPSD-NQ57合計点はNPI-Q重症度と有意な正の相関 ($\rho = 0.53$, $p < 0.01$: Spearmanの順位相関係数)

表3 BPSD有無2群間のBPSD-NQ57点数比較(n=103 ; ※ : n=47)

	点数	n	点数	n	p
BPSD-NQ57 合計点 (57項目) ※	BPSDなし群†		BPSDあり群†		
	平均±標準偏差		平均±標準偏差		
	1.83±3.55点	6	6.20±5.11点	41	<0.01
	中央値 (四分位範囲)		中央値 (四分位範囲)		
	0.5 (3)点		4 (7)点		
もの盗られ妄想 (6項目)	妄想なし群‡		妄想あり群‡		
	0.72±1.18	74	1.24±1.55	29	0.06
	0 (1)		1 (2)		
幻覚 (6項目)	幻覚なし群‡		幻覚あり群‡		
	0.09±0.36	87	0.88±1.03	16	<0.01
	0 (0)		1 (1)		
興奮 (5項目)	興奮なし群‡		興奮あり群‡		
	0.11±0.46	54	0.61±0.89	49	<0.01
	0 (0)		0 (1)		
うつ (8項目)	うつなし群‡		うつあり群‡		
	0.33±0.53	69	1.35±1.48	34	<0.01
	0 (1)		1 (2)		
不安 (11項目)	不安なし群‡		不安あり群‡		
	1.81±1.65	78	3.60±2.61	25	<0.01
	2 (3)		4 (4)		
無関心・アパシー (6項目) ※	無関心なし群‡		無関心あり群‡		
	0.47±0.83	34	1.62±1.39	13	<0.01
	0 (1)		1 (2)		
脱抑制 (7項目)	脱抑制なし群‡		脱抑制あり群‡		
	0.77±1.28	71	1.72±1.75	32	<0.01
	0 (1)		1 (1)		
易怒性 (5項目)	易怒性なし群‡		易怒性あり群‡		
	0.33±0.69	57	1.63±1.53	46	<0.01
	0 (0)		1 (3)		
常同行動 (3項目)	異常行動なし群‡		異常行動あり群‡		
	0.26±0.52	84	0.58±0.69	19	0.03
	0 (0)		0 (1)		

† : NPI-Q重症度で、0点を「BPSDなし群」、1点以上を「BPSDあり群」とした。

‡ : NPI-Q各下位項目の重症度で、0点を「(各下位項目)なし群」、1~3点を「(各下位項目)あり群」とした。

BPSD-NQ57合計点は、ICC (1.1) で $\rho = 0.78$ (95%信頼区間:0.63~0.88)、カテゴリー別では、不安は $\rho = 0.74$ (95%信頼区間:0.56~0.85)、脱抑制は $\rho = 0.71$ (95%信頼区間:0.51~0.83)、易怒性は $\rho = 0.85$ (95%信頼区間:0.74~0.92)、興奮は $\rho = 0.72$ (95%信頼区間:0.53~0.84)、うつは $\rho = 0.69$ (95%信頼区間:0.49~0.82) であり、かなりの検者内信頼性を示した。常同行動は $\rho = 0.44$ (95%信頼区間:0.15~0.66)、もの盗られ妄想は $\rho = 0.57$ (95%信頼区間:0.31~

0.74)、無関心・アパシーは $\rho = 0.51$ (95%信頼区間:0.25~0.71) であり、中程度の検者内信頼性を示した。幻覚は $\rho = 0.33$ (95%信頼区間:0.02~0.58) であり低い検者内信頼性を示した。

なお、NPI-Q重症度はICC (1.1) で $\rho = 0.61$ (95%信頼区間:0.37~0.77) であり、かなりの検者内信頼性を示した。

3) 検者間信頼性

認知症高齢者4名は、平均年齢は 89.25 ± 5.07 歳、女性2名、すべてアルツハイマー型認知症で

あった。また、要介護1が1名、2が3名、認知症高齢者の日常生活自立度はⅡbが2名、Ⅲaが2名であった。評価を担当した介護職員5名のうち、介護福祉士が1名、介護スタッフ(保健・医療・福祉関連資格のない者)が4名、であり、平均経験年数は 6.52 ± 7.76 年であった。

BPSD-NQ57合計点は、ICC (2.1) で $\rho = 0.07$ (95%信頼区間: $-0.06 \sim 0.71$) であり検者間信頼性を認めなかった。そこで、評価者のうち経験年数3年未満の2名を除いた3名のBPSD-NQ57合計点で検討すると、ICC (2.1) で $\rho = 0.56$ (95%信頼区間は $-0.02 \sim 0.96$) であり、中程度の検者間信頼性を示した。BPSD-NQ57合計点は、経験年数3年以上の3名では平均7.9点であり3年未満の2名では2.6点であった。

なお、NPI-Q重症度はICC (2.1) で $\rho = 0.36$ (95%信頼区間: $0.03 \sim 0.91$) であり低い検者間信頼性を示した。

考察

1. BPSD-NQ57の妥当性

BPSD-NQ57合計点は、NPI-Q重症度と中程度の正の相関を認めた。加えて、BPSD-NQ57の9カテゴリ合計点は、NPI-Qの対応する9下位項目点とそれぞれ弱いから中程度の正の相関を認めたため、BPSDに関する評価としての基準関連妥当性が示されたと考える。すべてのカテゴリで強い相関までは達していなかったのは、BPSD-NQ57はBPSDそのものではなく、その予兆や初期症状をとらえるための項目で構成されていたためだと考察する。強い相関の場合、BPSDを評価する尺度としての妥当性が示されてしまうため、弱いから中程度の相関を示したことはBPSDの予兆や初期症状をとらえるBPSD-NQ57として妥当であったと考える。また、NPI-Q重症度で分けたBPSD有無2群間でBPSD-NQ57の点数比較を行った結果、もの盗られ妄想カテゴリを除く8カテゴリにおいてBPSDあり群の方が、点数が有意に高かった。また、もの盗られ妄想カテゴリについても $p = 0.06$ と有意差にはわずかに届かなかったが、点数はBPSDあり群が高値だった。つまり、NPI-Q重症度の合計

点および下位項目点で評価したBPSDが出現している事例では、していない事例より予兆や初期症状の累積を示すBPSD-NQ57合計点およびカテゴリ合計点が高いということである。そのため、BPSD-NQ57をチェックすることでBPSD出現もしくは重度化の前に気づいて対応し、予防に活用できる可能性があると考えた。ただし、どこからがBPSDで、どこからが予兆であるかの明確な線引きをすることは難しいと考える。

2. BPSD-NQ57の信頼性

BPSD-NQ57全項目のクロンバックの α 係数は、0.83と高い値を示し、内的一貫性が確認された。しかし、カテゴリごとでは、常同行動、興奮、幻覚、無関心・アパシー、うつは低い値(0.27~0.57)を示した。クロンバックの α 係数は項目数が少ないと低値になる傾向¹⁶⁾に加えて、項目該当者が少なかったことが影響していると考えられる。

BPSD-NQ57合計点は、ICC (1.1) でかなりの検者内信頼性を示した。カテゴリにおいては、不安、脱抑制、易怒性、興奮、うつでかなりの検者内信頼性を示した。一方で、BPSD-NQ57合計点はICC (2.1) で検者間信頼性を認めなかった。ただし、経験年数3年以上の評価者を対象に再解析したところ、中程度の検者間信頼性を示した。よって、介入研究でBPSD-NQ57をアウトカム尺度とする場合は、前後比較を同一評価者が行う必要がある。また、経験年数で信頼性が変化するため、評価者間信頼性を担保するには、スタッフ間で気づきのポイントを共有してから評価を実施するなどのトレーニングや評価の手引書などを今後、検討する。

3. 研究の限界と今後の展望

BPSD-NQ57合計点および各カテゴリ合計点の妥当性・信頼性の検証はできたが、出現頻度が少ない項目があり、各項目についての検証は不十分である。特に、幻覚カテゴリ項目では出現頻度が0%の項目が2つあり、加えて全項目の出現頻度が10%以下であった。その理由として、対象のうちレビー小体型認知症が4名と少なかった影響が考えられる。また、予備調査の段階で認知

症介護指導者の4割以上が「関係なし」と判断した3項目の出現率は、「大切な物を肌身離さず持ち歩く」は14%、「気短な性格である」は26%、「出しゃばろうとする」は13%であり、各カテゴリーの点数に寄与していたため項目として残すことが妥当と考えた。しかし、これらの項目を含むすべてにおいて、出現頻度にばらつきがあるため、各項目とNPI-Qとの関連の検討や因子分析をするにいたらなかった。そのため今回は、57項目・9カテゴリー版としての第1報とした。今後は、対象者数を増やして、各項目についての解析や出現頻度の少ない項目の除外などの検討が課題である。また数井らは、疾患別、重症度別で各BPSDの出現を調査し、それをもとに「BPSD出現予測マップ」を作成し、BPSD予防のための具体的取り組みを実施している^{17, 18)}。今後、BPSD-NQ57においても、疾患別、重症度別の検討が必要と考える。また、本来であれば「BPSDの予兆」の妥当性を証明するためには、予兆が出現した後にBPSDが出現したことを確認する必要がある。ただし、現場においては、日々さまざまなケアなどの対応が適宜なされており、予兆に対応せずに経過観察を行うことが倫理的に難しい。そのため、予兆か否かではなく、予兆も含めてBPSDが軽度の段階に気づいて対応することを重視して質問票を開発した。今後は、BPSD-NQ57により気づきが得られたか、また気づいて対応することにより、BPSD(の重度化)を予防できるかを検討することにより妥当性を証明したい。

今まで、BPSDの予兆をとらえて対応することの重要性は説かれてきた^{1, 19-24)}が、介護現場での活用を目指した質問票の開発および妥当性・信頼性の検証はされてこなかった。そのため、BPSD-NQ57を基盤とし、介護現場で簡便に活用できるBPSD予防ツールを確立できるよう研究を継続したい。

謝辞：ご協力いただきました対象者の皆様、また認知症介護指導者を中心とした介護専門職の皆様に感謝申し上げます。また、本研究の実施にあたりましてご理解、ご協力いただきました各施設、病院の皆様に厚くお礼を申し上げます。

COI：著者の個人的なCOIは該当なし。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、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」(代表：山口晴保：課題番号17dk0207033h0001)の一部として実施した。

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) Tasumi H, Nakaaki S, Torii K, et al : Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: a two-year follow-up study. *Psychiatry Clin Neurosci* 63 (3): 374-384, 2009.
- 3) Karttunen K, Karppi P, Hiltunen A, et al : Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 26 (5): 473-482, 2011.
- 4) Melo G, Maroco J, de Mendonca A : Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. *Int J Geriatr Psychiatry* 26 (12): 1275-1282, 2011.
- 5) Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R, et al : Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dement Geriatr Cogn Disord* 23 (4): 219-224, 2007.
- 6) 平成27年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)：かかりつけ医の為のBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版) 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成 2015.
- 7) Olazarán J, Reisberg B, Clare L, et al : Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 30 (2): 161-178, 2010.
- 8) Ito M, Takahashi R, Liehr P : Heeding the behavioral message of elders with dementia in day care. *Holist Nurs Pract* 21 (1): 12-18, 2007.

- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) Cummings JL, Mega M, Gray K, et al : The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44 (12): 2308-2314, 1994.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 土屋正雄:尺度研究の必須事項. *行動療法研究* 41 (2): 107-116, 2015.
- 15) Landis JR, Koch GG : The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33 (1): 159-174, 1977.
- 16) 畑中美穂:心理測定尺度の尺度構成. 質問紙調査と心理測定尺度;計画から実施・解析まで(宮本聡介, 宇井美代子編), pp151-167, サイエンス社, 2014.
- 17) BPSD出現予測マップ. <https://www.bpsd-map.com/> アクセス日2018年10月13日.
- 18) Kazui H, Yoshiyasa K, Kanemoto H, et al : Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *PLoS One* 11 (8): e0161092, 2016.
- 19) 高橋智:認知症のBPSD. *日本老年医学会雑誌* 48 (3): 195-204, 2011.
- 20) 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. *広島都市学園大学雑誌:健康科学と人間形成* 2 (1): 75-83, 2016.
- 21) 中間浩一:訪問リハビリテーションでの認知症対応 より適切なケアの提供のために. *MEDICAL REHABILITATION* 164: 72-78, 2013.
- 22) 中間浩一:中等度~重度認知症高齢者における行動障害別認知症リハビリテーションの有効性についての研究. (財)日本生命財団高齢社会実践的研究助成事業, 2010~2011.
- 23) 中間浩一: BPSD発現の予兆察知と観察ツール「気づきポイント整理マップ」の開発と活用の実際. *認知症介護* 14 (1): 58-64, 2013.
- 24) Olazaran-Rodriguez J, Aguera-Ortiz LF, Muniz-Schwochert R : Psychological and behavioural symptoms of dementia: prevention, diagnosis and treatment. *Rev Neurol* 16; 55 (10): 598-608, 2012.

文末資料

BPSD 気づき質問票 57 項目版 (BPSD-NQ57)

記入日 年 月 日; ID 評価者 (関係)

対象者: 対象者年齢: 歳 性別: 男 ・ 女

<家族等介護者記載欄 (複数回答可)>

○1 週間の様子を振り返って、下記の項目であてはまるものに○印をつけてください。 /57

- 1) 不安 /11
- () 不安そうな表情や仕草である
 - () 不安そうでそわそわしている、落ち着きがない
 - () 同じことを短時間で繰り返し質問する、訴える
 - () 昔の心配事を蒸し返す
 - () 謝罪や感謝の言葉を多発する
 - () 他者 (家族・スタッフ・利用者等) にまわりつく
 - () 家族の居場所を何度も尋ねる
 - () 音等の刺激に敏感になる
 - () 日付などを何度も確認する
 - () 家族・スタッフが見えないと何度も呼ぶ/頻回のナースコール
 - () こわくて独りで眠れない
- 2) 脱抑制 /7
- () じっとしている必要がある場面でもじっとしてられない
 - () いきなり怒る
 - () 転導性 (注意が続かない、興味が変わる)
 - () スイッチが入ったように突拍子もなく何かを始める
 - () 気が散りやすい
 - () 出しゃばろうとする
 - () 他人 (お店) の物を悪びれずに取る
- 3) 常同行動 /3
- () うろうろしている
 - () 今までにない行動を頻度高く繰り返す
 - () こだわりが出た (同じものしか食べない・表情が険しい)
- 4) 易怒性 /5
- () イライラしていることが読み取れる
 - () 今までなかったことで文句を言う
 - () 些細なことで声を荒げる
 - () 気短な性格である
 - () 動作が荒々しくなる
- 5) 興奮 /5
- () 視線を合わせないなど不満げである (不同意メッセージ)
 - () 声をかけても聞こえないふりをする (不同意メッセージ)
 - () 自分の気持ちを抑えようと、呼吸が荒々しくなる
 - () 介助を振り払う (不同意メッセージ)
 - () 非協力的になった

- 6) もの盗られ妄想 /6
- () 周囲の人を責めたり、その人の悪口を別の人に言う
 - () 見つからないものを他人が片付けたせいにする
 - () 失敗が増えて、自信が損なわれている
 - () 自分の持ち物などを確認したり、あるかどうか調べてまわる
 - () 疑うような表情をしている
 - () 大切な物を肌身離さず持ち歩く
- 7) 幻覚 /6
- () 何かが居るかのごとく一点を指したり、一点をジーと見る
 - () ないものをあると言い張る
 - () 最近見間違いをすることが増えた
 - () 行きたがらない場所(部屋)ができた
 - () 適切ではない物の使い方(裏返して置いてある、違う方を向けて置いてある)
 - () (何か見えている様で、) 用意されたご飯を食べない
- 8) 無関心・アパシー /6
- () 寝てばかりいる
 - () 趣味を辞めた
 - () 勧めても挑戦・参加しない(“もういいよ”と返す)
 - () 外出の頻度が減った
 - () 周囲への関心を示さない
 - () 動くことを面倒くさがる
- 9) うつ /8
- () 悲しそうな表情や仕草
 - () 暗い声、小声で話す
 - () “迷惑をかけている” “みっともない” “死んだほうがよい”などの発言がある
 - () 口数が減った
 - () 下を向いていることが増えた
 - () 自信を無くしたと言う
 - () 笑わない、声かけに反応が鈍い
 - () “ばかになった”などの発言が多い

<スタッフ記載欄(複数回答可)>背景・状況チェック あてはまる項目に○をつける。

病型	アルツハイマー型、血管性、レビー小体型、行動障害型前頭側頭型、意味性、正常圧水頭症、他() ; せん妄合併: 有・無
体調	発熱、疼痛、食欲不振、便秘、脱水、寝不足、搔痒感、良好
交流	視力低下、聴力低下、失語症、構音障害、良好
元の性格	短気(職人氣質)、気丈、神経質、こだわり(几帳面)、普通
移動能力	独歩(杖含む)、歩行車・歩行器で独歩、伝い歩き、介助歩行、車椅子
同居者	施設入所、 在宅: なし、配偶者、子供、子供の配偶者、孫、兄弟姉妹、その他()
特記事項	生活環境の変化: 有(ありの場合いつ、何が、を記載)・無
認知症薬 (商品名)	ドネペジル() mg (アリセプト®) ガランタミン() mg (レミール®) リバスタグミン() mg (イクセロン®, リバスタッチ®) マンチン() mg (メマリ®)