

2. ガランタミンの長期臨床効果

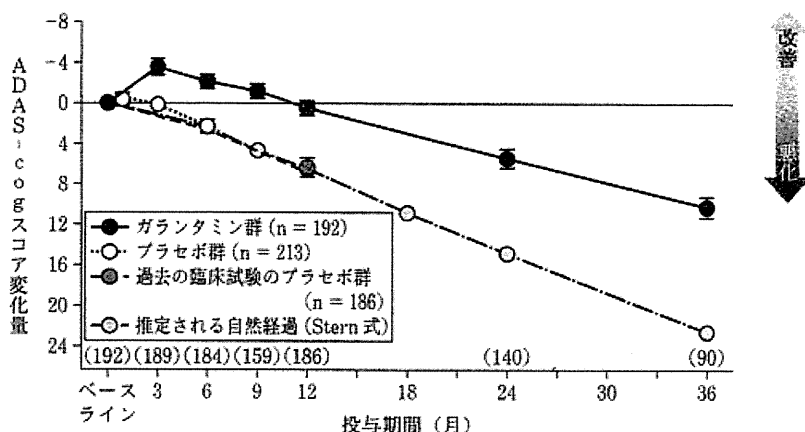


図1 長期投与時のアルツハイマー型認知症患者の認知機能に対する効果

対象：軽度～中等度のアルツハイマー型認知症患者 194 例

方法：プラセボ対照無作為化二重盲検比較試験において、ガランタミン 24mg/日または 32mg/日の投与を受け、続くオープンラベル延長試験（それぞれ6カ月間、9カ月間）を完了した患者に、ガランタミン 24mg/日を1日2回24カ月間継続投与し、認知機能に及ぼす影響を ADAS-cog で評価した。なお、12カ月以降のプラセボ群の ADAS-cog の推移は、過去の臨床試験のプラセボ群 (Torts ら) から背景が近似した患者のデータを用い、Stern らの方法により数学的に推定した。

平均値±S.E.、図中 () 内はガランタミン群の例数

※通常、成人にはガランタミンとして1日8mg(1回4mgを1日2回)から開始し、4週間後に1日16mg(1回8mgを1日2回)に増量し、経口投与する。なお、症状に応じて1日24mg(1回12mgを1日2回)まで増量できるが、増量する場合は変更前の用量で4週間以上投与した後に増量する。

ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

(文献1より)

る1日8mgから開始し、4週間経過観察後に順次16mg、24mgへと増量する。

本剤はコリンエステラーゼ阻害作用だけでなく、APL作用や、さらには神経細胞保護などの他の薬剤にはない神経代謝改善作用があるために、中長期に使用した場合に他の薬剤より高い効果が得られると考えられる。(図2)²⁾。ガランタミンの持つこの二つの作用を Dual Action と呼び、ガランタミンの長期使用時の有用性の高さについての根拠となる仮説である。

ガランタミンは他のコリンエステラーゼ阻害剤より、長期に効果を示すことが報告されている。他の薬剤では治験が基本的に半年で評価することもあり、半年後の評価でプラセボに比して認知機

能の維持効果があるという報告が多い。また海外のデータでは、1年後において他の薬剤に比べてレスポンス率が有意に高いという報告もある。(図3)³⁾。実際には今後臨床の現場で評価されるであろうが、興味深い事実であり、薬剤の特徴を踏まえて、薬剤を選択することができる時代になったと言える。

またガランタミンを早期に投与すると、認知機能と日常機能が維持された。プラセボ投与群から半年後に実薬を投与したところ、最終的に1年後においても当初からの実薬群の方がプラセボ群より有用性が高いという結果を得た。(図4)⁴⁾。このことからガランタミンは早期発見、早期治療が重要であり、早めの薬剤の投与が重要であると考え

APL: allosteric potentiating ligand. ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

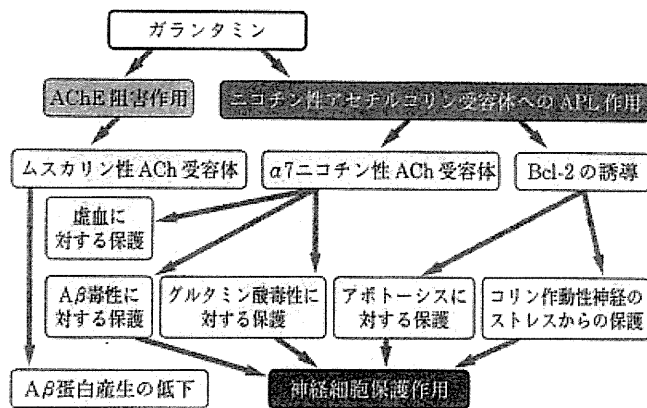


図2 ガランタミンの Dual Action による神経細胞保護のメカニズム

コリンエステラーゼ阻害作用だけでなく、APL作用や、さらには神経細胞保護などの他の薬剤にはない神経代謝改善作用があるために、中長期に使用した場合に他の薬剤より高い効果が得られると考えられる。
 AChE: アセチルコリンエステラーゼ
 Bcl-2: B-cell lymphoma 2
 Aβ: アミロイドベータ
 APL: allosteric potentiating ligand
 (文献2より)

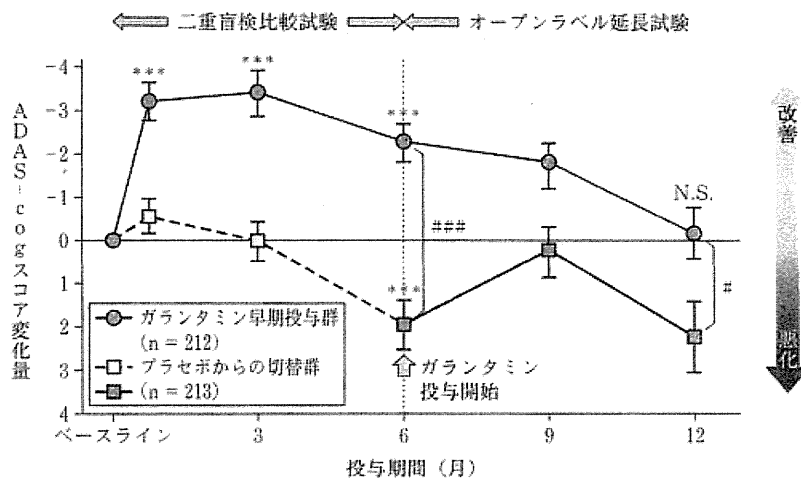


図3 アルツハイマー型認知症患者の認知機能への効果

対象：軽度～中等度のアルツハイマー型認知症患者 425 例

方法：ガランタミン 24mg/日またはプラセボ群に無作為に割り付け、1日2回6か月間経口投与（二重盲検比較試験）、オープンラベル延長試験では両群ともにガランタミン 24mg/日を1日2回6か月間経口投与し、認知機能に及ぼす影響を ADAS-cog で評価した。なお、二重盲検比較試験とオープンラベル延長試験のいずれにおいてもガランタミンは 8mg/日 で投与を開始し、1週間後に 16mg/日に増量、その1週間後に 24mg/日に増量
 平均値±S.E.

***: $p < 0.001$ (vs ベースライン) pairwise Dunnett's test

N.S.: 有意差なし (vs ベースライン) ANOVA with pairwise Fisher's LSD test

#: $p < 0.05$, ###: $p < 0.001$ (vs プラセボからの切替群) ANOVA

※通常、成人にはガランタミンとして1日8mg(1回4mgを1日2回)から開始し、4週間後に1日16mg(1回8mgを1日2回)に増量し、経口投与する。なお、症状に応じて1日24mg(1回12mgを1日2回)まで増量できるが、増量する場合は変更前の用量で4週間以上投与した後に増量する。

ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

(文献3より)

2. ガランタミンの長期臨床効果

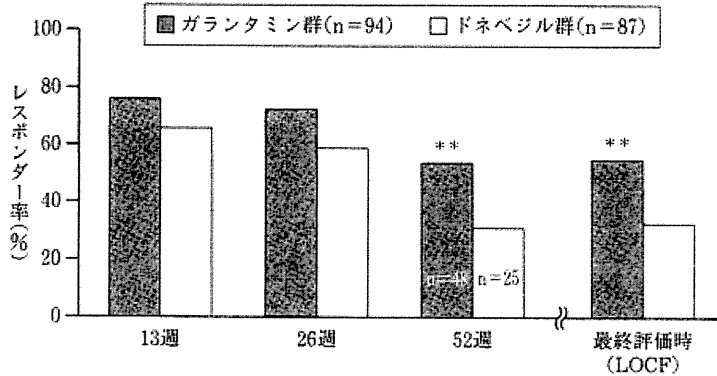


図4 52週直接比較試験におけるレスポンド率

ガランタミンは早期発見，早期治療が重要であり，早めの薬剤の投与が重要であると考えられる。

レスポンド者の定義：MMSE (Mini-Mental State Examination) スコアがベースライン値 (0 週) から改善または維持した症例

平均値

** : $p \leq 0.005$ (vs ドネベジル群) Unpaired t-test

(文献4より)

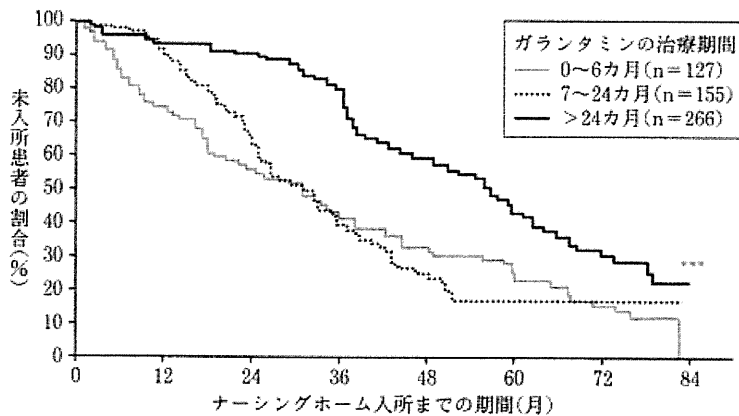


図5 ナーシングホーム入所遅延に及ぼす影響

対象：アルツハイマー型認知症患者 548 例

方法：過去にガランタミンの海外臨床試験に参加し，ガランタミン 24mg/日を1日2回服用していた患者に追跡調査を行い，ナーシングホーム入所までの時間をガランタミン治療期間（短期：6カ月以下，中間：7～24カ月，長期：>24カ月）により比較した。

平均値

*** : $p < 0.0001$ (各群間比較) Kaplan-Meier log-rank test

(文献5より)

られる。また6カ月後において，プラセボ群より初期投与群はレスポンド率が有意に高かった。主な有害事象は嘔気等の消化器症状であった。ガ

ランタミンの投与にあたっては，低用量から導入し，患者の状態を観察しながら，ゆっくと増量することで忍容性を高め，治療を継続することが

—■小特集・新規アルツハイマー型認知症治療薬：ガランタミン—

可能である。

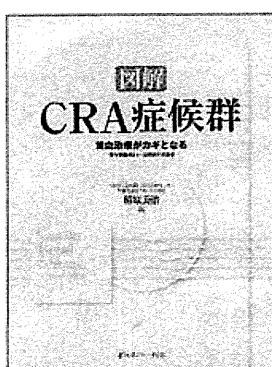
また、介護時間の短縮作用も報告され、薬剤の特徴を踏まえて、患者の症状やステージに合わせて薬剤を選択する時代に突入した。すなわち認知機能への効果を踏まえて介護時間を短縮化でき、その結果、介護負担を軽減したという事実は非常に興味深い。図5にはガランタミンを投与した患者について、長年縦断的に経過を見た場合にナーシングホームへ入所するまでの期間を延長させたことを示している³⁾。医療経済的な観点からも、有用性が高いと考えられる。これもガランタミンが長期の効果を示すことのエビデンスの一つと言える。

3. おわりに

アルツハイマー型認知症を早期に発見し、早期治療した場合の本剤のさらなる有用性が期待されている。さらに長期使用時の効果についても、一定のエビデンスが存在する。その有用性は確かであろう。しかし日本での効果の検証は、今後一定の時間を経て判断する必要がある。新薬に対する認知症患者本人や家族の期待は大きいですが、効果に対する過剰な期待は問題である。

文 献

- 1) Raskind MA, Peskind ER, Truyen L, et al: The Cognitive Benefits of Galantamine Are Sustained for at Least 36 Months. Arch Neurol 61: 252-256, 2004.
- 2) Geerts H: Indicators of neuroprotection with galantamine. Brain Res Bull 64: 519-524, 2005.
- 3) Wilcock G, Howe I, Coles H, et al: GAL-GBR-2 Study Group. A long-term comparison of galantamine and donepezil in the treatment of Alzheimer's disease. Drug Aging 20: 777-789, 2003.
- 4) Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, et al: Galantamine in AD. A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. Neurology 54: 2261-2268, 2000.
- 5) Feldman HH, Pirttila T, Dartigues JF, et al: Treatment with galantamine and time to nursing home placement in Alzheimer's disease patients with and without cerebrovascular disease. Int J Geriatr Psychiatry 24: 479-488, 2009.



図解 CRA 症候群

貧血治療がカギとなる -慢性腎臓病と心・血管病の悪循環-
(Cardio-renal anemia syndrome)

大阪府立急性期・総合医療センター腎臓・高血圧内科主任部長
椿原 美治 編

A4変型判 116頁 定価2,940円(本体2,800円+税5%) 送料実費
ISBN978-4-7532-2312-1 C3047

おもな内容

1. Cardio-renal anemia syndromeとは?
2. 慢性腎臓病(CKD)と貧血の関係
3. 慢性腎臓病(CKD)と心不全の関係
4. 貧血と心臓病の関係
5. Cardio-renal anemia症候群の治療戦略

株式会社 医薬ジャーナル社 〒541-0047 大阪市中央区淡路町3丁目1番5号・淡路町ビル2F 電話 06(6202)7280(代) FAX 06(6202)5295 (振替番号) 00810-1-33363
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKビル 電話 03(3285)7681(代) FAX 03(3285)8369

<http://www.iyaku-j.com/> 書籍・雑誌バックナンバー検索。ご注文などはインターネットホームページからが便利です。

介護保険改正の焦点は

The focus of second revision of long term care insurance



遠藤英俊(写真) 三浦久幸

Hidetoshi Enno and Hisayuki Miura

国立長寿医療研究センター内科総合診療部

◎介護保険法は2011年に2度目の介護保険の改正が行われた。今回の改正の焦点は“地域包括ケア”である。すなわち地域での医療と福祉の連携が重要視されている。ほかには市町村の主体的取組みの推進、重度化した利用者の在宅療養のニーズの担保などが焦点となっている。地域包括ケアの中身としては、医療、介護、予防、住宅、生活支援の5つである。医療と福祉の連携強化を基本として、地域密着型サービスに追加される24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスの充実、すなわち定期巡回の他にオンコールによる随時訪問を行うサービスである。報酬体系については包括払いになる可能性が高い。複合型サービスとは訪問介護や訪問看護、訪問リハ、通所介護、小規模多機能型居宅介護などの居宅系と地域密着型サービスから2種類のサービスを組み合わせて、一体的な提供を可能とするものである。今回の改正を踏まえて、今後の介護サービスの動向に注目したい。



介護保険、地域包括ケア、認知症、サービス付き高齢者住宅

介護保険法は平成12年(2000)4月に施行され、平成18年(2006)4月に改正されている。さらに、2回目の改正として平成23年(2011)6月15日に“介護サービスの基盤強化のための介護保険法の一部を改正する法律案”は与野党の賛成多数で可決・成立した。

この法律は、介護の社会化や自立支援、サービスの民間化などを目的に創設され、平成18年の改正において介護予防が重視され、あらたな介護予防サービスの開発と普及が行われた。また、地域では地域包括支援センターが設立され、介護予防対策、高齢者虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能な地域の中核的な役割をもつ拠点が全国的に整備された。

平成23年に行われた2度目の改正の焦点は“地域包括ケア”である。すなわち、地域での医療と福祉の連携が重要視されている。ほかには市町村の主体的取組みの推進、重度化した利用者の在宅療養のニーズの担保などが焦点となっている。今回の改正の大きな課題は、今後も継続的に介護保

険制度を維持するために財政的な課題を解決することである。本稿では、改正介護保険制度の内容と考え方について概説する。

2011年度改正介護保険制度の焦点

介護保険の改正において最大の焦点は保険財政の安定化であり、ひいては介護保険の継続性、妥当性をどう担保するかである。そしてキーワードとしての“地域包括ケア”が最大の目標理念となっている。地域包括ケアとは30分程度の時間で医療と介護サービスが適正に提供されることである。介護保険サービスはそれぞれの生活圏域において在宅療養にはなくてはならないサービスとして定着しており、どう改良するかが重要なポイントである。さらには重度化した利用者の在宅療養のニーズの担保であり、さらには市町村の主体的な取組みの強化が目玉となっている。またとりわけ要介護認定はなくてはならないものであり、廃止論議は問題外である。今回の改正の焦点は2025年までに地域包括ケアの実現と社会保障としての財

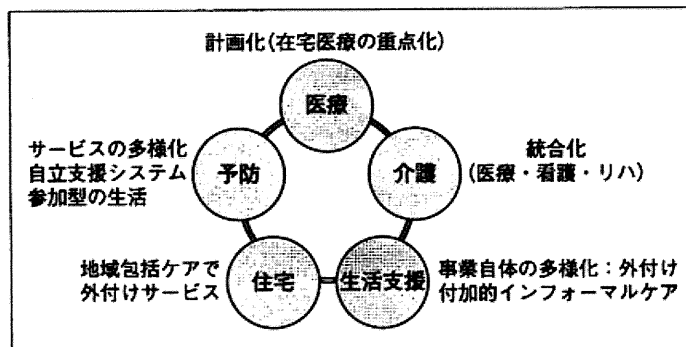


図1 地域包括ケア(医療福祉連携)の考え方

表1 サービス付き高齢者住宅の創設

- 国土交通省の管轄
- 床: 25 m²以上
- 安否確認
- 住貸借契約
- 介護サービスとの連携

政上の安定を図ることである。保険料は今後1カ月当たり5,000円を超えると予想されており、これ以上の負担増は困難であると予想されている。つまり介護施設の増加やサービスの急増は経済的な理由で避ける方向で検討されている。

● 地域包括ケア

地域包括ケアの推進の中身としては図1に示すように、5つの要素からなる。すなわち、医療、介護、予防、住宅、生活支援の5つである。医療と福祉の連携強化を基本として、地域密着型サービスに追加される24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスの充実、すなわち定期巡回のほかにオンコールによる随時訪問を行うサービスである。報酬体系については包括払いになる可能性が高い。複合型サービスとは、訪問介護や訪問看護、訪問リハ、通所介護、小規模多機能型居宅介護などの居宅系と地域密着型サービスから2種類のサービスを組み合わせて一体的な提供を可能とするものである。

また、訪問看護やリハビリテーションの充実強化をめざすこと、特養などの介護拠点を整備し、介護サービスの充実強化を行うこと、さらには見守り配食、買い物などの在宅サービスを強化すること、インフォーマルサービスを含む多様な生活

支援サービスの確保や権利擁護を支援することである。権利擁護の焦点は市民後見人の導入である。

● サービス高齢者住宅

さらにひとり暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加を踏まえ、さまざまな生活支援サービスを推進し、高齢になっても住み続けることのできるバリアフリーのサービス付き高齢者住宅の整備を行うことが柱となっている。しかし、民間の高齢者ケア付き住宅の中身の点検は必須であろう(表1)。粗悪な介護サービスを増加させてはならない。都道府県の申請ならびに許可制にとどまらずに、ケアの質の監査が必要であろう。また、認知症の徘徊見守りサービスはインフォーマルケアを含む重要な地域のネットワークの構築を必要としている。

● 権利擁護

また、権利擁護の推進も課題である。とくに市民後見人制度の導入が目玉のひとつである。しかし、市民とはだれでもいいわけではなく、しかるべき人材選出と教育が重要となる。認知症の人の財産管理にとどまらず、身上監護の部分の強化を期待した。すでに先進地域においては市民後見人の研修を開催されている。

● がん末期

また、がん末期の認定もさまざまな課題が存在する。がん末期の方の支援をスムーズにするためには介護支援専門員の生涯教育を含め、検討を要する。介護保険者に調査を行ったところ、申請から二次判定までの日数の平均は28.9日であり(図

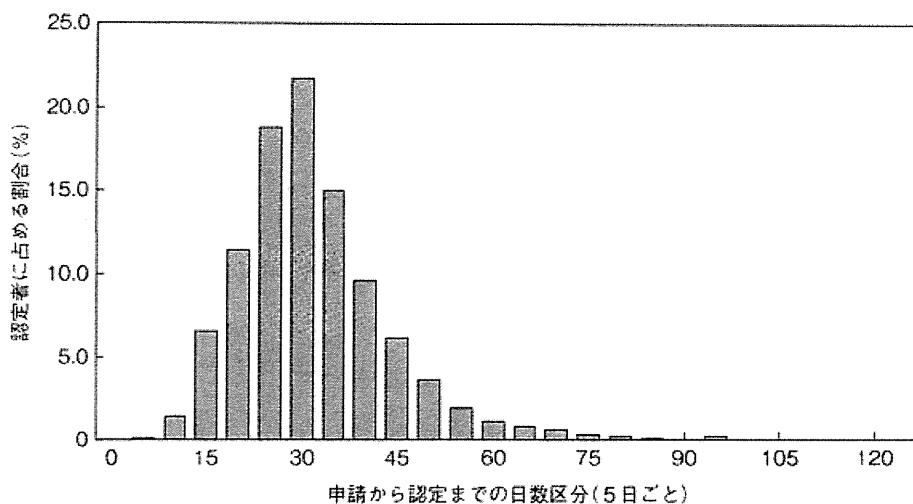


図 2 申請から認定までの日数別の度数分布

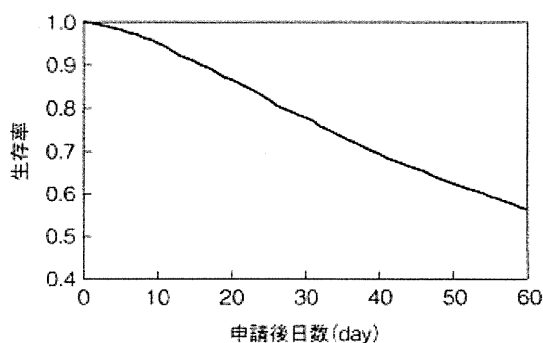


図 3 申請後の生存曲線

申請から死亡までの日数を算出し、Kaplan-Meier法により生存曲線を推計した結果、なお、転出者および生存者は途中打ち切り例として扱っている。

2)、20日を超えている保険者が86.6%、30日を超えている保険者も38.1%あった。認定調査については申請後5日以内に実施している保険者が27.7%であり、6~10日で実施している保険者は50.2%であった。また、調査から二次判定までの状況を見ると20日を超えている保険者が47.8%であった。今回の調査では19.4%の方が二次判定前に亡くなっていた。末期がんの方の申請後の経時的な状況の変化を推計したところ、申請後15日で約1割の方が、申請後25日で約2割の方が、申請後40日で約3割の方が亡くなるという結果であった(図3)。

介護支援専門員

介護支援専門員の生涯教育の見直しも検討されている。介護支援専門員のうち、元職として介護職が増加しているという背景があり、要介護認定を受けながら介護保険を利用していない家庭も相当数存在する。こうした課題を整理することが真の意味での改正につながることはいうまでもない。

さらに利用者の重度化の問題も表面化している。その結果、介護職による痰の吸引についても法律改正で認められた。一定の研修のもとに介護職の医療的ケアが認められたことになる。すなわち、重度化した利用者の在宅療養のニーズへの対応はますます必要になってきている。介護施設での看取りも課題であり、今後医療との連携で看取りの重要性が増すであろう。そのためには介護職の生涯教育の必要性が増し、現在、認定介護福祉士についても検討されている。

認知症対策

認知症対策も大きな焦点のひとつである。認知症に対する地域の取組みはさまざまな面で存在する。市民への教育として数年前からサポーター研修が導入され、終了者は260万人を超えている。またかかりつけ医に対する認知症対応力向上研修は、すでに2011年の段階で28,000人以上の医師が研修を終了している。この講師役としてのサポート医研修が実施されており、1,600人を超え

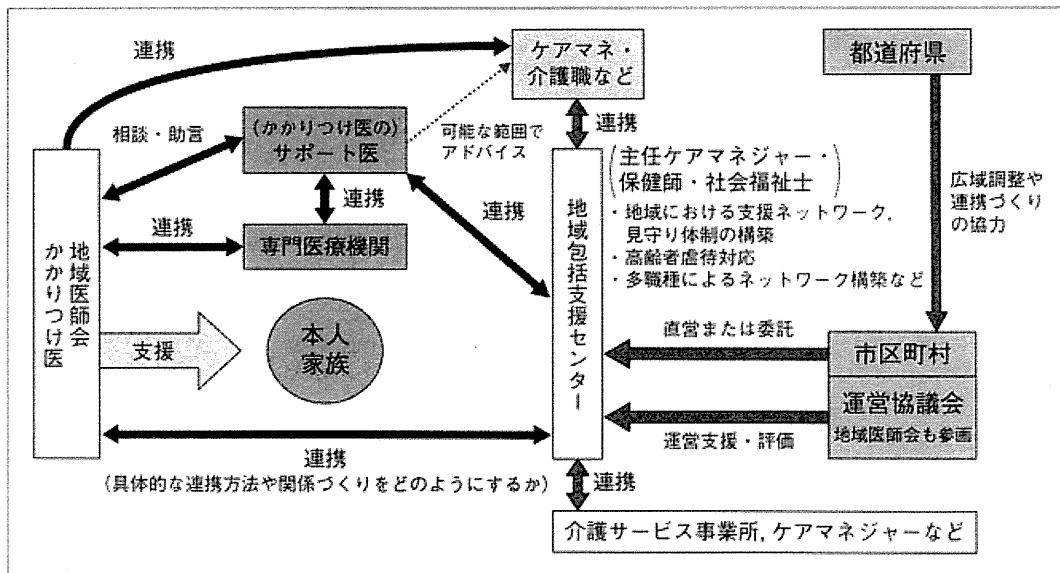


図 4 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターとの連携図

表 2 認知症の地域支援

- 認知症の啓蒙・啓発
- 物忘れ検診・脳ドック
- 物忘れ相談・物忘れ外来
- 早期の相談・支援システム
- 地域包括支援センター
- 地域密着型サービス
- 地域ネットワークの構築
(認知症地域資源マップ・徘徊 SOS ネットワークなど)
- 介護施設の質の向上
- 終末期医療とケア
- 地域連携バスの利用

る医師が研修を終了している。今後その連携を強化することが重要である(図 4)。さらに、国では認知症疾患医療センターを整備し、安心して認知症の人が医療を受け入れることができるように、また地域と連携ができるように整備が行われている。

こうした地域での人材育成と同時に、地域資源マップの作成や徘徊見守り SOS ネットワークの構築も実施されようとしている(表 2)。徘徊ネットワークでは最近では広域対応が必要な場合あり、都道府県単位での連絡網の整備などが行われている。地域によっては、民間ベースで認知症の人のごみ出しの支援や傾聴ボランティアのほか、サロンの開設などが行われている。

介護保険制度は改正をしながら時代のニーズに合わせてその形態を変えていくことになる。そのためには5年ごとによりよい介護保険に改正していくこととなっている。その課題は時代とともに変わる必要がある。たとえば、要介護認定の方法であり、サービスの量と質の向上である。また、サービス利用者の増加とその量的増加に伴い、保険料が増加する。これ以上の負担は困難であると考えられる。

おわりに

介護保険はもともとあらたな挑戦であり、当初より、名古屋学芸大学の井形昭弘氏によれば「走りながら考える」とされた。つまり法律の改正を経て継続させることが重要であり、よりよい制度に変えていく必要がある。また、介護保険の最大のテーマは認知症である。認知症の医療と生活の質の向上の緊急プロジェクトが開催され、今後の認知症対策について検討会が開催された。その内容は、認知症疾患医療センターを創設すること、コールセンターをおくなど若年性認知症対策を行うこと、疫学調査を行うこと、研究や薬剤、検査方法の開発、人材育成を行うことなどである。これらの政策により認知症対策が前進することを期待している。

文献

1) 田中 元：改正介護保険法ポイント解説，ケアマネ

ジャー，13：32-37，2011.

2) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し—新予防給付を中心として，群馬県医師会報，676：8-16，2004.

* * *

[原著論文]

認知機能障害を伴う要介護高齢者の日常生活動作と行動・心理症状を測定する新評価票

今井幸充^{*1}・長田久雄^{*2}・本間 昭^{*3}・菅間真美^{*4}・三上裕司^{*5}・加藤伸司^{*6}
 木村隆次^{*7}・石田光広^{*8}・沖田裕子^{*9}・遠藤英俊^{*10}・池田 学^{*11}・半田幸子^{*12}

*1 日本社会事業大学大学院、*2 桜美林大学大学院、*3 認知症介護研究・研修東京センター
 *4 聖路加看護大学、*5 日本医師会、*6 東北福祉大学、*7 日本介護支援専門員協会
 *8 稲城市福祉部、*9 大阪市社会福祉研修・情報センター、*10 国立長寿医療研究センター
 *11 熊本大学大学院、*12 生活構造研究所

抄録

認知機能障害がある高齢者の日常生活動作の程度を測定する「認知機能障害に伴う日常生活動作評価票（以下、ADL-Cog）」と行動と心理状態を測定する「認知機能障害に伴う行動・心理症状評価票（以下、BPS-Cog）」を考案し、要介護度認定調査員ならびに日本老年精神医学会会員医師に依頼し、その信頼性と妥当性の検証を行った。方法は、認知機能障害を伴う高齢者に2つの新しい評価票を用いてADLと行動・心理症状を測定した。信頼性の検証では、DVD画像を用いて認定調査員42人、医師39人の評価者間一致率を、また認定調査員のみ評価者内一致率を検証した。妥当性の検証では、565人の認知機能障害を伴う高齢者にADL-CogならびにBPS-CogとFAST、Behave-AD、「認知症高齢者の日常生活自立度」を同時に実施し、相互の相関関係を求めた。結果では、評価者間一致率が2つの評価票ともに69%以上と高く、また認定調査員による評価者内一致率もADL-Cog、BPS-Cogともに87%以上の一致率がみられ、さらに級内相関係数（ICC）は認定調査員間で相関係数が0.77以上、医師と調査員間では0.71以上であった。既存測度のFASTとADL-Cogの相関は相関係数が0.715、またBehave-ADとBPS-Cogは相関係数0.611の相関が認められた。以上から、ADL-CogならびにBPS-Cogの信頼性と妥当性は、検証された。

Key words : 認知症, ADL-Cog, BPS-Cog, 認知機能, 評価測度

老年精神医学雑誌 22 : 1155-1165, 2011

はじめに

平成20年6月に厚生労働省は「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を発表し、今後の認知症対策の基本方針として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及および本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を掲げた。そのなかで認知症の研究開発の促進では、現在介護保険認定調査等で用いられている「認知症高齢者の日

常生活自立度」(以下、日常生活自立度)の信頼性と妥当性の検証が求められた¹⁾。

本研究では、これまでの介護保険要介護認定調査時の認定調査ならびに主治医意見書で評価される日常生活自立度に代わる主治医や認定調査員などが簡便に、かつ一致した評価ができる新しい測度の開発を目的とした。この新測度は、認知機能の障害を伴った高齢者の日常生活動作 (activities of daily living ; ADL) と行動・心理症状を評価し、彼らの生活状態を判定する測度と位置づけた。それゆえ、認知機能障害の原因疾患が認知症のみならず高次脳機能障害、精神障害あるいは発達障害等の高齢者で、認知機能の障害を疑う者のADLと行動・心理状態が適切に評価できる測度の開発

(受付日 2011年8月8日)

Yukimichi Imai, Hisao Osada, Akira Homma, Mami Kayama, Yuji Mikami, Shinji Kato, Ryuji Kimura, Mitsuhiro Ishida, Yuko Okita, Hidetoshi Endo, Manabu Ikeda, Sachiko Handa
 *1 〒204-8555 東京都清瀬市竹丘3-1-30

を試みた。

この新測度の開発により、要介護認定に伴う被保険者の日常生活動作（ADL）と行動・心理症状の程度を客観的に判定でき、要介護度認定の精度を高めることに寄与することが期待できる。

I. 研究方法

1. 新評価票の信頼性・妥当性の検証

1) 新評価票の作成

全国の要介護認定調査員（以下、認定調査員）ならびに介護支援専門員によるグループディスカッションを実施した。方法は①認知症高齢者の介護の大変さ、②認定調査時の評価で困ること、の2点をブレインストーミング法より明らかにし、そこでの結果をもとに認知機能の障害を伴った高齢者の日常生活状況を評価する測度案を作成した。

2) 新評価票の信頼性検証

認知機能障害を伴う高齢者の日常生活状態を判定する評価測度の信頼性を検証するために、認定調査員ならびに医師の評価者間一致度と、認定調査員の評価者内一致度の検証を以下の手順で行った。

a) DVD の作成

新評価票の信頼性検証のために、実際の認定調査員ならびに医師が担当する3組の患者・家族の面接場面を再現したDVDを作成した。認知症者ならびに家族のプライバシー保護の理由から、実際の面接場面を撮影、録音したものから台本を起し、それに沿って認知症者とその家族を役者が演じてDVDを作成した。

b) 評価者の選定

DVDを用いた信頼性検証の調査では、評価者を認定調査員と診療所勤務医師とした。前者は、A市の協力により過去に介護保険認定調査を実施した認定調査員のなかから、本研究の参加に同意が得られた協力者42人である。後者は、日本老年精神学会会員2,197人（2009年4月現在の会員医師）のうち、郵送で信頼性検証の研究協力依頼に同意した39人である。

c) DVD 評価方法

認定調査員によるDVD評価では、評価者間一致率と評価者内一致率を求めるために2回にわたり評価を実施した。1回目は、3事例の認定調査員と医師の面接場面を計6本視聴した。1回目の評価日から1週間後に同じ評価者が集合して、2回目の評価を1回目と同じ方法で実施した。

医師によるDVD評価は、医師が同一の場所に集合することが不可能なので、認定調査員とは異なる方法で評価者間一致率の検証を行った。協力者39人の医師に郵送で3事例の医師面接場面のDVDのみを郵送し、自宅でそれを視聴し新測度の評価を実施した。結果は1か月以内に郵送してもらった。

調査期間は、2009年12月1日～12月31日である。

3) 新評価票の妥当性検証

評価者として研究同意が得られた認定調査員ならびに医師が、新評価票を用いて実際の臨床で評価を行った。その際には、同時に既存測度であるFAST（Functional Assessment Staging of Alzheimer's disease）¹⁰⁾、Behave-AD（Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease）¹¹⁾、「認知症高齢者の日常生活自立度」⁹⁾を測定した。

a) 調査実施者

認定調査員の選定は、日本介護支援専門員協会とA市、B市の協力を得た。関係機関の長に本研究の主旨と研究方法ならびに倫理的配慮について文書で説明し、研究協力者を募った。各機関所属の認定調査員に依頼し、本調査に協力可能と回答を得た認定調査員を対象とした。また医師は、信頼性検証調査の協力者依頼時に妥当性調査協力についても同時に依頼し、返信用の書面で研究参加の同意が確認できた医師を評価者とした。

b) 調査対象者

認定調査員ならびに医師による妥当性調査の対象者は以下の条件を満たす者とした。

①介護保険要支援・要介護の認定者

②認知症をはじめ認知機能障害をきたす疾患の診断がなされていて、明らかに認知機能の障

害がある者

- ③在宅で家族と同居し、主たる介護者から対象者の日常生活の情報が得られる者
- ④本研究の目的と方法を調査者から文書ならびに口頭で説明し、調査実施の同意が対象者ならびにその家族から得られる者

認定調査員による調査では認定調査終了後に、また医師による調査は外来通院時に本調査を実施した。

c) 調査期間

2009年12月1日～2010年2月15日である。

2. 研究倫理

本研究は、研究開始前に研究目的、方法、調査者の選定方法と倫理的配慮、調査対象者の説明と同意取得方法ならびに倫理的配慮に関する事項に関して、日本社会事業大学研究倫理委員会の研究倫理審査に申請し、その承認を得て実施した。

II. 結 果

1. 新評価票

新評価票の開発に際して全国42人の認定調査員ならびに介護支援専門員によるグループディスカッションを実施した。ここでは、認知症高齢者の生活状態を測定するには、ADLと行動・心理状態を評価することが望ましいことが示された。これらの提案に基づき、「認知機能障害に伴う日常生活動作評価票（以下、ADL-Cog）」（表1）と行動と心理状態を測定する「認知機能障害に伴う行動・心理症状評価票（以下、BPS-Cog）」（表2）の認知機能障害を伴う高齢者の日常生活状態を判定する評価測度を作成した。なお、予備調査では、ADL-Cogの評価項目のクロンバック α 係数が0.859を示しており、ADL-Cogの下位測度の内的整合性が確認された。なおBPS-Cogのクロンバック α 係数は下位測度を設定していないために α 係数は算出できなかった。

2. 新評価票の信頼性と妥当性

1) 信頼性の検証結果

評価者である認定調査員ならびに医師の属性を表3に示す。認定調査員と医師がDVDに収録さ

れた3事例（事例1、事例2、事例3）について、新評価票であるADL-CogとBPS-Cogを用いて評価し、その一致率を算出した。ADL-Cogの測定では、事例1をカテゴリー1と評価した者が認定調査員、医師ともに80%以上で、とくに医師は全員がカテゴリー1と評価した。同様に事例2はカテゴリー2と、また事例3はカテゴリー4と評価した認定調査員ならびに医師はともに80%以上であった（表4）。BPS-Cogの測定では、事例1でカテゴリーIと評価した者は調査員でやや低く、とくに医師の診察場面のDVDを見ての評価は64.3%であった。事例2をカテゴリーIと、事例3をカテゴリーIIと評価した者はともに80%前後であった（表4）。認定調査員の評価者内一致率は3事例とも高い一致率が示された（表4）。

また、評価者間の一致率について、信頼性係数のひとつである級内相関係数（intraclass correlation coefficient ; ICC）により分析を行ったところ、認定調査員の1回目と2回目の相関係数が0.77以上、また医師のDVDを見て評価した医師と認定調査員の相関係数は0.71以上と、どの組合せも高い正の相関が認められた（表4）。

2) 妥当性の検証結果

評価者として妥当性の検証の調査に参加した認定調査員は111人、医師は81人であった。それぞれの性別、年齢ならびに専門分野については表3に示す。また、認定調査員の評価対象者は307人、医師は258人で、合計565人の対象者の性別、年齢、原因疾患名、要介護度別の人数を表5に示す。

現行の要介護度、日常生活自立度の5段階評価（I、II、III、IV、M）と7段階評価（I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M）、既存測度のFAST、Behave-AD、ならびにADL-Cog、BPS-Cogの計7つの変数について、565例におけるピアソンの積率相関係数による相関分析を行った（表6）。結果は、FASTと最も相関係数が高いのがADL-Cogであり、相関係数は0.715であった。また、Behave-ADとBPS-Cogとの相関係数は0.611で

表1 認知機能障害に伴う日常生活動作評価票 (ADL-Cog)

カテゴリー	評価基準	評価項目	評価項目の例	評価上の留意点
0	特に援助を必要としない	認知機能障害による生活上の支障がない		認知機能障害がない場合、またはあっても以下の評価項目に示す行為が独力でできる場合
1	日常生活の複雑な行為に援助が必要	・交通機関を利用した外出	明確な目的を持って、電車・バスなどの公共交通機関を用いて出かけ、帰宅することができるか（自動券売機で切符を買えないことなどがいいか）	左記の行為のうちひとつでも、独力ではできない場合。但し、以前に一度も行ったことのない行為が現在できなくても判断材料にしない（以前は独力でできていた行為ができなくなった場合を評価する）
		・家計管理や金融機関でのお金の取扱い	生活費の管理、家賃や請求書の支払い、銀行や郵便局でのお金の取扱いなど比較的大きなお金の管理ができるか（ATMの操作に迷うことなどがいいか）	
		・服薬管理	医師が処方した医薬品を時間通りに服用するために、適切な場所に保管し、準備、服用することができるか	
2	日常生活のやや複雑な行為に援助が必要	・近所への外出	散歩などの目的に応じて、近所に出かけ、帰宅することができるか（道に迷うことはないか）	左記の行為のうちひとつでも、独力ではできない場合。但し、以前に一度も行ったことのない行為が現在できなくても判断材料にしない（以前は独力でできていた行為ができなくなった場合を評価する）
		・整容	気候や場面に合わせた服を選んだり、化粧やひげそりなどにより身なりを整えることができるか（季節はずれの服を着たり、化粧やひげそりが不完全であるなどのことがいいか）	
		・日用品の買い物	近所の店やスーパーマーケット、コンビニエンスストアなどで日常に必要なものを購入することができるか（同じ物をいくつも買うことはないか）	
3	日常生活の基本的な行為の一部に介護が必要	・食事	食べ物を箸やスプーンなどを使って、適切な量を口に運び、味わうことができるか（食べるのに促しや介助を必要としたり、手づかみで食べるなどのことはないか）	左記の行為のうち1つあるいは2つが独力ではできない場合
		・入浴	お湯につかる、身体を洗う、身体を拭くなどの一連の行為が順調にできるか（入浴をいやがったり、身体をうまく洗えないなどのことがいいか）	
		・着替え	衣服を適切に着脱することができるか（着替えをいやがったり、袖を通すことができなかつたり、ボタンをかけられなかつたり、順番を間違えるなどのことはないか）	
		・排泄	尿意や便意があるときに自分でトイレに行き、用を済ませ、後始末をして、水を流すなどの一連の行為ができるか（尿意や便意がなかつたり、トイレの場所がわからなかつたり、水を流さないなどのことはないか）	
4	日常生活の基本的な行為のほとんどすべてに介護が必要	・食事 ・入浴 ・着替え ・排泄	同上	左記の行為のうち3つ以上が独力ではできない、あるいは、重度認知症や高度の意識障害のために臥床状態の場合
N	高度の麻痺等により評価不能	高度の麻痺などの運動機能障害や、本人の意思で行為を全く行えないために、評価ができない		

表1 (つづき)

ADL-Cog ガイドライン

- ・ADL-Cog はカテゴリ0からカテゴリ4の5段階で評価し、高度の麻痺などの運動機能障害のために、本人の意思で行為をまったく行えない場合は、カテゴリNに位置づけ、認知機能障害を有する要介護者と区別する
- ・観察した項目による評価が一致しない場合には、より高い(重度の)ランクに評価する。また、各カテゴリの評価項目に示された行為遂行能力が臨床の場で確認できないものについては、現状の能力を鑑みて評価する
- ・「できるとき」と「できないとき」がある場合は、ここ1か月の間にできないときが1度でもあれば「できない(いいえ)」と評価する。ここでの「できる」は完全に行為が介助なくできる状態をいう

表2 認知機能障害に伴う行動・心理症状評価票 (BPS-Cog)

カテゴリー	評価基準	評価基準の例	観察される行動・心理症状
0	行動・心理症状がないまたはあってもわずか	行動・心理症状が全くないか、あっても周囲が気づかない程度であり、本人と周囲の人の日常生活への影響はほとんどない状態である	認知機能障害に伴う行動や心理面での異常がない。あるいは、あっても多少のイライラや不安など、日常生活に支障がない程度である
I	行動・心理症状はあるが見守りがあれば日常生活が営める	行動・心理症状があり、見守りや口頭での対応が必要であるが、本人の生命や健康への影響は少なく、常に目が離せない状態ではない	過剰な心配、疑い深い、怒りっぽい、イライラするなどの行動や心理面での異常がある。そのため、時に本人をなだめるなど何らかの対応が必要となるが、それにより現在の生活が継続でき、かつ、対応に多くの時間や労力を費やさない状態である
II	行動・心理症状があり常に目が離せない	本人の生命や健康に影響が及んだり、周囲の人の日常生活に支障をきたすような行動・心理症状があるため、常に目が離せない、もしくは対応が必要な状態である	家から出て行ってしまい帰宅できないなどの本人の生命や健康に影響が及ぶ行動上の混乱や、激しい怒りや暴言など周囲の人に影響を与えるような感情の表出がみられる。そのため、その都度何らかの対応が必要となり、常に目が離せない状態である
III	自傷・他害などの行動・心理症状があり専門医療による対応を必要とする	自身を傷つける、または他者に害を及ぼす恐れのあるような著しい行動・心理症状が継続しているため、専門医療による対応が必要な状態である	自身を傷つける、または他者への暴力といった著しい行動の異常や心理症状が継続している。そのため、周囲の人による対応が困難であり、すぐにでも入院などの専門医療による対応が必要な状態である
n	自分の意志で行動したり意思疎通ができないため評価不能である	高度の麻痺などの運動機能障害によって臥床状態であり、本人の意思で行動することや意思疎通が行えないために評価できない	

BPS-Cog ガイドライン

- ・BPS-Cog はカテゴリ0からカテゴリIIIの4段階で評価し、評価票の「n」は、高度の麻痺があるなどの運動機能障害によって臥床状態であり、その人の意思で行動することや意思疎通が行えない状態のときの評価
- ・認知症高齢者をはじめ慢性統合失調症や老年期うつ病などの精神疾患を有する高齢者ならびにせん妄状態の高齢者等の認知機能障害を有する高齢者も含めて、ここ1か月の間に起こった症状から、対象者にどのような対応が必要になるかを評価する。すなわち、行動の異常やさまざまな精神症状や心理状態を評価するのではなく、それらの症状により、家族や介護専門職あるいはその周囲の者がどのような対応を強いられるかを評価する
- ・行動・心理症状の評価に際しては、対象者の観察のみならず介護している家族や介護専門職等、普段の様子をよく知っている非評価者から情報を収集して評価する。その他、独居など対象者の日常生活の状況が明らかでない場合は、対象者の問診や周囲の人からの情報で判断して評価する
- ・この対応は、認知症などによる混乱から日常生活を支えるうえで必要な支援ではなく、行動や心理状態の異常に対して家族や介護専門職が行う対応である。高度な認知症高齢者であっても行動・心理症状に対する対応が必要でない場合は、評価はカテゴリ0となる

表3 信頼性調査ならびに妥当性調査の評価者属性

	認定調査員		医師			
	信頼性調査	妥当性調査	信頼性調査	妥当性調査		
合計人数	42人	111人	39人	81人		
性	男性	15人 (35.7%)	16人 (14.4%)	男性	36人 (92.3%)	65人 (80.2%)
	女性	27 (64.3)	95 (85.6)	女性	3 (7.7)	16 (19.8)
年齢	39歳以下	9人 (21.4%)	26人 (23.4%)	39歳以下	1人 (2.6%)	19人 (23.5%)
	40～49歳	14 (33.3)	30 (27.0)	40～49歳	5 (12.8)	27 (33.3)
	50～59歳	15 (35.7)	41 (36.9)	50～59歳	19 (48.7)	23 (28.4)
	60歳以上	3 (7.1)	14 (12.6)	60歳以上	5 (12.8)	11 (13.6)
	不明	1 (2.4)	0	不明	9 (23.1)	1 (1.2)
専門分野	介護支援専門員	34人 (81.0%)	80人 (72.1%)	内科	4人 (10.3%)	4人 (4.9%)
	介護福祉士	32 (76.2)	22 (19.8)	神経内科	6 (15.4)	7 (8.6)
	社会福祉士	8 (19.0)	72 (64.9)	精神科	30 (76.9)	66 (81.5)
	その他(看護師, 精神保健福祉士等)	14 (33.3)	75 (67.6)	脳神経科	0	1 (1.2)
				その他	3 (7.7)	5 (6.2)

あった。なお、現行測度である日常生活自立度についても、FASTとは5段階評価で0.686、7段階評価0.684の相関があり、Behave-ADとも5段階評価で0.472、7段階評価0.501とある程度の相関がみられた(表6)。

評価者別のADL-CogとFASTとの相関は、認定調査員は0.681で医師は0.791、BPS-CogとBehave-ADとの相関は、認定調査員が0.474で医師が0.731であった。さらに認定調査員の日常生活自立度(5段階評価)とFASTとの相関係数は、0.687と新しいADL-Cogと同値で医師のADL-Cogとの相関係数もほぼ同様の0.679であった。それに対し日常生活自立度とBehave-ADとの相関は、認定調査員が0.31(5段階評価)、0.351(7段階評価)であるの対して医師は0.619(5段階評価)、0.631(7段階評価)と医師のほうが高い相関を示した。

III. 考 察

2000年4月に介護保険制度が開始されて以来、要介護認定の際の一つの指標として日常生活自立度が用いられてきた⁵⁾。しかし、この測度は、1993年に厚生省老人保健局「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の活用について」において開

発されたが、その妥当性と信頼性の検証は行われていない。先行研究では、日常生活自立度とHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)間で有意な相関(相関係数0.700前後)が得られた報告はある¹⁰⁾。また久野⁴⁾は、Mini-Mental State Examination(MMSE)と同様の0.7以上の強い相関を報告しているが、いずれも対象者が介護老人福祉施設入所者で、日常生活自立度がランクIからランクIVに重度化するにしたがいHDS-R得点やMMSEの得点が有意に低下することが検証されていることから、本測度は認知機能の重症度を測定している測度であることは実証されている。しかし、住居ら¹³⁾は、彼らが開発した介護度の測定測度との相関では、相関係数0.277の若干の相関を認めたに過ぎないと報告している。このように日常生活自立度の妥当性検証はいつか行われているようであるが、その信頼性の検証は報告されていない。

そもそも日常生活自立度は、認知症の重症度評価の目的で用いられているのではなく、認知症者の日常のADLやBPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia)の状態から生活の自立度を評価するもので、要介護認定の一つの指標である。すなわちランクIは自立、ランクIIは見

守りが必要な程度、ランクⅢは介護が必要、ランクⅣは常に介護が必要を示すが、この測度の問題は、認知症者の生活状態をADL障害とBPSDの重症度から一元的に評価している点である。すなわち、ADLの障害にBPSDが加わるか否かで生活状態が異なり、介護の必要性の度合いも異なる。またBPSDに関しては、その頻度と程度により臨床状態が異なることから、日常生活自立度の“判断にあたっての留意事項”の解釈によっては、その判定が異なることも予測できる。それゆえ、この測度の信頼性が担保されているとはいいがたい。さらに基本的な課題として、日常生活自立度の概念規定が明らかにされていないことである。

そこで、認知症をはじめ認知機能が障害されている者の生活状態を医師や認定調査員などが簡便に、かつ一致した評価ができる新しい測度の開発を行った。この測度の開発の予備調査として認定調査員42人のグループディスカッションを行った結果では、認知症を含む認知機能障害を伴った高齢者の生活状態を評価する測度としてADLと行動・心理症状(BPSD)を明確に評価する必要性が示された。そこで、ADL障害を評価する測度としてADL-Cog, また行動・心理症状の状況を簡便に評価する測度としてBPS-Cogを考案した。

その測度の対象となる者は、認定調査時あるいは介護現場でうつ病、他の精神障害、高次脳機能障害あるいは精神発達遅滞の高齢者など、認知症を含めて認知機能障害をもつ高齢者であり、これにより、認知機能に障害がある高齢者すべてで測定できる尺度となる。

本研究では、信頼性検証にDVD法を用いた。この方法は、患者やその家族が検査を繰り返すことの負担軽減ならびに両者の状態を固定化することに役立ち、かつ倫理的配慮からも有用である。

評価者間信頼性の評価は、認定調査員は認定調査員の面接場面と医師の面接場面から患者の状態を評価し、医師は主治医による同一の患者ならびに家族の問診場面のDVDを見て、その評価の一致率を百分率で評価したが、結果から高い一致率

表4 評価者間一致率ならびに評価者内一致率

事例	評価者間一致率 (テスト)						評価者内一致率 (リテスト, 認定調査員 1 回目回答者を母数とする)			
	認定調査員 (1 回目) N = 42		認定調査員 (2 回目) N = 42		認定調査員 (医師 DVD) N = 42		医師 (医師 DVD) N = 39			
	ADL-Cog	BPS-Cog	ADL-Cog	BPS-Cog	ADL-Cog	BPS-Cog	ADL-Cog	BPS-Cog	ADL-Cog	BPS-Cog
事例1	83.3%	69.0%	92.9%	78.6%	90.5%	64.3%	100.0%	71.8%	89.7%	87.9%
事例2	85.7	97.6	81.0	92.9	92.9	97.6	84.6	87.2	94.4	95.1
事例3	92.9	97.6	97.6	100.0	88.1	88.1	87.2	79.5	95.1	97.6
級内相関係数 (ICC)						ADL-Cog : 0.958 BPS-Cog : 0.777		ADL-Cog : 0.930 BPS-Cog : 0.717		

ADL-Cog: 認知機能障害に伴う日常生活動作評価票, BPS-Cog: 認知機能障害に伴う行動・心理症状評価票
 級内相関係数 (ICC (2,1)) は人的効果と測定効果の両方が変量であるときの二元変量効果モデル, 完全一致の定義を使用。
 評価結果: 評価者間で一致した各事例の ADL-Cog ならびに BPS-Cog 評価結果
 評価者間一致率 (テスト): 同じ DVD を見て評価した結果の一致率
 評価者内一致率: 同じ評価者 (認定調査員) が 1 週間後評価した結果の一致率

表5 妥当性調査の対象者

対象者の性別	男性	204人 (36.1%)
	女性	361 (63.9)
対象者の年齢	64歳以下	19人 (3.4%)
	65~69歳	20 (3.5)
	70~74歳	52 (9.2)
	75~79歳	112 (19.8)
	80~84歳	151 (26.7)
	85~89歳	132 (23.4)
	90~94歳	58 (10.3)
	95歳以上	14 (2.5)
	不明	7 (1.2)
対象者の診断(重複診断あり)	アルツハイマー型認知症	285人 (50.4%)
	レビー小体型認知症	21 (3.7)
	前頭側頭型認知症	11 (1.9)
	血管性認知症	95 (16.8)
	その他・不明の認知症	171 (30.3)
	認知症以外	72 (12.7)
対象者の要介護度	要支援1	12人 (2.1%)
	要支援2	17 (3.0)
	要介護1	149 (26.4)
	要介護2	131 (23.2)
	要介護3	134 (23.7)
	要介護4	66 (11.7)
	要介護5	30 (5.6)
	無回答	26 (4.6)

が得られた。評価者内信頼性の検証は、認定調査員の実施したが、1回目と2回目の評価の一致率はADL-CogならびにBPS-Cogともに90%前後の高い一致率がみられた。さらに、信頼性係数のひとつである級内相関係数 (ICC) を求めたところ、認定調査員の1回目と2回目の相関係数が0.77以上、また医師のDVDを見て評価した医師と認定調査員の相関係数が0.71以上と、どの組合せも高い正の相関が認められた。

以上の結果からADL-CogならびにBPS-Cogは、信頼性が検証されたことになる。本研究で用いたDVD法では、2~3人の評価者が、何人かの対象者を評価し信頼係数を求める調査デザインではないために、 κ 係数を算出するのではなくICCを算出した。

ADL-CogとBPS-Cogの併存的妥当性の検証には、ADLの評価測度であるFAST¹⁰⁾とBPSDの評価測度であるBehave-AD¹¹⁾を併存妥当性の外的基準として用いた。両評価測度とも国際的に用いら

表6 ADL-CogならびにBPS-Cogとの併存妥当性の検証

	ADL-Cog (評価N除く)	BPS-Cog (評価n除く)	要介護度	日常生活自立度 (5段階評価)	日常生活自立度 (7段階評価)	FAST	Behave-AD
ADL-Cog (評価N除く)	-	0.444**	0.527**	0.647**	0.627**	0.715**	0.434**
BPS-Cog (評価n除く)	0.444**	-	0.325**	0.574**	0.606**	0.403**	0.611**
要介護度	0.527**	0.325**	-	0.548**	0.555**	0.473**	0.314**
日常生活自立度 (5段階評価)	0.647**	0.574**	0.548**	-	0.956**	0.686**	0.472**
日常生活自立度 (7段階評価)	0.627**	0.606**	0.555**	0.956**	-	0.684**	0.501**
FAST	0.715**	0.403**	0.473**	0.686**	0.684**	-	0.390**
Behave-AD	0.434**	0.611**	0.314**	0.472**	0.501**	0.390**	-

FAST: Functional Assessment Staging of Alzheimer's disease, Behave-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease, 日常生活自立度: 認知症高齢者の日常生活自立度, ADL-Cog: 認知機能障害に伴う日常生活動作評価票, BPS-Cog: 認知機能障害に伴う行動・心理症状評価票

評価対象: 新評価票 (ADL-Cog, BPS-Cog), 現行測度 (要介護度, 日常生活自立度5段階・7段階), 既存測度 (FAST, Behave-AD) の計7変数

分析対象: 平成21年度妥当性調査で得られた565サンプル

分析内容: ピアソンの積率相関係数による相関分析 ** 1%

れ、日本でもアルツハイマー型認知症の重症度や行動・心理症状の評価に広く用いられている。

FASTは、その得点とMMSE得点との間に相関係数0.87の高い相関がみられ、また信頼性係数 κ が0.96と高い値が得られている¹⁰⁾。ADLを評価する測度としてN式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)⁶⁾やGauthierら³⁾により考案されたDisability Assessment for Dementia (DAD)などがある。N-ADLは、高齢者の歩行・起坐、生活圏、着脱衣・入浴、摂食、排泄など主に要素的ADLを評価するもので、生活関連動作は評価していない。またDADは、認知症の日常生活動作能力の障害を測定する測度であるが、その信頼性と妥当性の検証に関する報告がないことから新しい測度の併存妥当性の評価には用いなかった。そのほかに、高次の日常生活機能を評価するInstrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)⁷⁾などがあるが、これは軽度認知症の生活機能を評価する測度である。

以上から、介護保険制度における要介護認定の際に認知症を含む認知機能障害を伴う高齢者の生活状態を評価する測度として開発したADL-Cogの妥当性を検証するにあたり、同時にFASTを測定し、その併存妥当性を検証した。

認知症の行動・心理症状を測定するBehave-ADの評価者間信頼性は検証されている²⁾が、妥当性の検討は報告されていない。BPSDの評価には、精神症状や行動障害の出現頻度とその重症度の測定が必要であるが、1つの行動の出現頻度を具体的に数値化し、重症度を客観的に評価することは容易でない。それゆえ、おおかたの測度では、行動の異常があるがままに表現し、その出現頻度を数値化しているものが多い^{1,9,12)}。Behave-ADは、25項目の精神医学的症候に対して、症状の重症度や介護者の負担度を評価する測度であるが、それとは別に行動障害と精神症状の総合評価から介護者にどの程度負担になるかを4段階で評価する全体評価がある。以上の理由からBPS-Cogの併存妥当性の検証で、この全体評価との相関を検証した。

新測度では、評価基準で高度の運動障害や意識障害が合併しているために認知機能障害に伴うADLやBPSDの評価が困難な場合の判定として、ADL-CogのNあるいはBPS-Cogのnと評価する。それゆえ、妥当性の検証ではこれらを除いて処理した。結果では、FASTとADL-Cogの相関係数は0.715で、Behave-ADとBPS-Cogの相関係数は0.611で正の相関が認められた。日常生活自立度もFASTとの相関係数が0.684で、Behave-ADとの相関は0.501を示しており、2つの新評価票は現行の日常生活自立度よりも若干相関関係が高かった。しかし、2つの新評価票は高い信頼性を有することから、認知機能障害を伴う高齢者のADLと行動・心理症状を測定する測度として有用であることが示された。

新しい評価票の適切さ、手間、使いやすさについてのアンケート調査を本研究に参加した医師81人、認定調査員111人に実施したところ、85%以上の医師ならびに認定調査員が、評価の「適切さ」や「使いやすさ」について、現状の「認知症高齢者の日常生活自立度」よりも新しい評価票のほうが優れていると回答した。それに比較して、評価の「手間」については、新評価票は手間がかからないものの「変わらない」との回答が両者とも約35%、日常生活自立度のほうが手間がかからない、と回答したものが認定調査員は15%、医師は18%であった。

以上から、ADL-CogおよびBPS-Cogの測度は、その信頼性と妥当性を有する認知機能障害を伴う高齢者のADLや行動・心理症状を測定する測度であり、評価に際しての適切さや手間、使い勝手は既存の日常生活自立度よりも優れているとの評価が示された。ここで本研究の課題もふれておく。

既存の日常生活自立度の評価は、「自立度」の概念規定が明確にされていないが、これまで10年以上介護認定審査で用いられてきた実績がある。そして、これまでに認知症の日常生活における障害の程度の指標としても用いられてきた。本研究では、日常診療や介護現場で認知症を含む認知機能障害者のADLと行動・心理症状の重症度の測

定を容易にしたが、認知症の生活困難度をこの2つの新測度の組合せから評価するには至らなかった。その理由として、ADLや行動・心理症状が重症な対象者の人数が十分ではなかった。今後、対象者を施設や入院患者にも広げ、認知機能障害者の生活困難度を明らかにしたい。

本研究で明らかにされたことは、医師と認定調査員の併存妥当性の相関係数がADL-Cog, BPS-Cogともに医師のほうが高かった。本研究目的とは異なるので、その要因を明らかにすることは避けたが、考えられる課題として、日常の臨床でFASTやBehave-ADなど評価測度の使用頻度やその解釈の相違が挙げられる。とくに行動・心理症状の評価は評価者間一致率をみても、ADL評価よりもその判定がむずかしいことがわかる。それゆえ、本研究で提案した新測度は、だれが評価しても簡便に評価できるツールとして開発したが、その標準的マニュアルの開発も欠かせない。

本研究は、平成21年度老人保健事業推進費等補助金により実施された。

本研究事業の調査に協力いただいた日本老年精神医学会会員の方々、ならびに認定調査員の方々には心より感謝いたします。また本研究事業にご理解とご協力を賜った日本老年精神医学会理事会、日本介護支援専門員協会、日本医師会ならびに2自治体に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 朝田 隆：痴呆の異常行動を評価するための測度(2)。老年精神医学雑誌, 6: 1547-1552 (1995)。
- 2) 朝田 隆, 本間 昭, 木村通宏, 宇野正威：日本語版BEHAVE-ADの信頼性について。老年精神医学雑誌, 10: 825-834 (1999)。
- 3) Gauthier L, Gauthier S, Gelina I, et al.: Functional Assessment in Alzheimer's disease. Abstract of the 16th Annual Meeting of the Canadian College of Neuropsychopharmacology and British Association of Psychopharmacology, June, Montreal, S4.5 (1993)。
- 4) 久野真矢：改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R), Mini-Mental State Examination (MMSE)と障害老人の日常生活自立度(寝たきり度), 認知症高齢者の日常生活自立度の関連について。老年精神医学雑誌, 20: 883-891 (2009)。
- 5) 北川定謙：痴呆性老人の日常生活自立度尾判定基準について。(厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課監) 痴呆性老人の日常生活自立度尾判定基準の手引き, 9-10, 新企画出版, 東京 (1994)。
- 6) 小林敏子, 播口之朗, 西村 健, 武田雅俊ほか：行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度(NMスケール)および日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の作成。臨床精神医学, 17: 1653-1668 (1988)。
- 7) Lawton MP, Brody EM: Assessment of older people; Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9: 179-186 (1969)。
- 8) 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書。 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf>
- 9) Patel V, Hope RA: A rating scale for aggressive behavior in the elderly (the RAGE). *Psychol Med*, 22: 211-221 (1992)。
- 10) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al.: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. *Ann NY Acad Sci*, 435: 481-483 (1984)。
- 11) Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, et al.: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease; Phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*, 48 (Suppl.): 9-15 (1987)。
- 12) Ryden MB: Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2: 342-355 (1988)。
- 13) 住居広士, 江原勝幸：要介護高齢者における介護度と日常生活自立度の関係。広島県立保健福祉短大紀要, 3: 57-63 (1997)。
- 14) 冨田英正, 内山義和：公的介護保険認定における「痴呆度」の妥当性の検討：「HDS-R」「問題行動」「寝たきり度」との関係において。神奈川リハ紀要, 27: 15-21 (2001)。

Two new assessment scales for ADL and behavioral and psychological symptoms of persons of suffering from cognitive impairment

Yukimichi Imai*¹, Hisao Osada*², Akira Homma*³, Mami Kayama*⁴, Yuji Mikami*⁵, Shinji Kato*⁶,
Ryuji Kimura*⁷, Mitsuhiro Ishida*⁸, Yuko Okita*⁹, Hidetoshi Endo*¹⁰, Manabu Ikeda*¹¹,
Sachiko Handa*¹²

- * 1 *Japan College of Social Work, Graduate School of Social Services*
- * 2 *J.F. Oberlin University, Graduate School of Gerontology*
- * 3 *Dementia Care Research Center in Tokyo*
- * 4 *St. Luke's College of Nursing*
- * 5 *Japan Medical Association*
- * 6 *Tohoku Fukushi University*
- * 7 *Japan Care Manager Association*
- * 8 *Inagi City, Department of Welfare*
- * 9 *Osaka City, Department of Welfare*
- * 10 *National Center for Geriatrics and Gerontology*
- * 11 *Kumamoto University, Graduate School of Medical Sciences*
- * 12 *Laboratory for Innovators of Quality of Life*

The purpose of this study is to develop two new assessment scales for ADL and behavioral and psychological symptoms of elderly people suffering from cognitive impairment. In the study, we developed two new assessment scales, "Activity of Daily Living inventory for Cognitive Impairment (ADL-Cog)" and "Behavioral and Psychological Symptoms inventory for Cognitive Impairment (BPS-Cog)". We first investigated their reliability using DVD as taken in three cases of patients with dementia. New assessment scales were then administered to those cases on DVD to evaluate inter-rater and intra-rater reliability by 42 care-managers and to evaluate inter-rater reliability by 39 general practitioners. Also we investigated their validity on 565 patients with cognitive impairment. The FAST and Behave-AD were administered to all patients to evaluate the concurrent validity with the two new inventories.

The result showed that inter-rater and intra-rater reliability of two new assessment scales, ADL-Cog and BPS-Cog, had a high ratio of coincidence. Also, intraclass correlation coefficient (ICC) of ADL-Cog was over 0.930 and that of BPS-Cog was over 0.717 in a reliability study using the DVD method. The correlation between the ADL-Cog and FAST scores was significant: the correlation coefficient was 0.715 and the correlation coefficient between the BPS-Cog and the general score of Behave-AD was 0.611.

Two new assessment scales, ADL-Cog and BPS-Cog, were thus shown to be useful as measurements for ADL and behavioural and psychological symptoms for cognitive impairment.

Key words : assessment scale, ADL-Cog, BPS-Cog, cognitive impairment, dementia