

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無いかな）	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無いかな）	
		・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な	
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な）	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、化粧品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、化粧品やひげそりが不完全であるなどのことが無いかな）	
		・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な）	
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な）	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無いかな）	
		・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な）	
		・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な）	
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 はカテゴリー0からカテゴリー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、カテゴリー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、各カテゴリーの評価項目に示された行為遂行能力が臨床の場面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る	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の状態である
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 はカテゴリー0からカテゴリー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、評価はカテゴリー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%)	16人 (14.4%)	16人 (14.4%)	男性	36人 (92.3%)	65人 (80.2%)	65人 (80.2%)	65人 (80.2%)
	女性	27 (64.3)	95 (85.6)	95 (85.6)	95 (85.6)	女性	3 (7.7)	16 (19.8)	16 (19.8)	16 (19.8)
年齢	39歳以下	9人 (21.4%)	26人 (23.4%)	26人 (23.4%)	26人 (23.4%)	39歳以下	1人 (2.6%)	19人 (23.5%)	19人 (23.5%)	19人 (23.5%)
	40~49歳	14 (33.3)	30 (27.0)	30 (27.0)	30 (27.0)	40~49歳	5 (12.8)	27 (33.3)	27 (33.3)	27 (33.3)
	50~59歳	15 (35.7)	41 (36.9)	41 (36.9)	41 (36.9)	50~59歳	19 (48.7)	23 (28.4)	23 (28.4)	23 (28.4)
	60歳以上	3 (7.1)	14 (12.6)	14 (12.6)	14 (12.6)	60歳以上	5 (12.8)	11 (13.6)	11 (13.6)	11 (13.6)
	不明	1 (2.4)	0	0	0	不明	9 (23.1)	1 (1.2)	1 (1.2)	1 (1.2)
専門分野	介護支援専門員	34人 (81.0%)	80人 (72.1%)	80人 (72.1%)	80人 (72.1%)	内科	4人 (10.3%)	4人 (4.9%)	4人 (4.9%)	4人 (4.9%)
	介護福祉士	32 (76.2)	22 (19.8)	22 (19.8)	22 (19.8)	神経内科	6 (15.4)	7 (8.6)	7 (8.6)	7 (8.6)
	社会福祉士	8 (19.0)	72 (64.9)	72 (64.9)	72 (64.9)	精神科	30 (76.9)	66 (81.5)	66 (81.5)	66 (81.5)
	その他(看護師, 精神保健福祉士等)	14 (33.3)	75 (67.6)	75 (67.6)	75 (67.6)	脳神経科	0	1 (1.2)	1 (1.2)	1 (1.2)
						その他	3 (7.7)	5 (6.2)	5 (6.2)	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<sup>5)</sup>。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<sup>10)</sup>。また久野<sup>4)</sup>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<sup>13)</sup>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く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	評価結果		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	
	ADL-Cog	BPS-Cog	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
	カテゴリー1 カテゴリー2 カテゴリー4	カテゴリー1 カテゴリー1 カテゴリー2	ADL-Cog BPS-Cog	ADL-Cog BPS-Cog	ADL-Cog BPS-Cog	ADL-Cog BPS-Cog	ADL-Cog BPS-Cog	ADL-Cog BPS-Cog
事例1	カテゴリー1	カテゴリー1	83.3% 69.0%	92.9% 78.6%	90.5% 64.3%	71.8% 100.0%	89.7% 87.9%	87.9%
事例2	カテゴリー2	カテゴリー1	85.7% 97.6%	81.0% 92.9%	92.9% 97.6%	84.6% 92.9%	94.4% 95.1%	95.1%
事例3	カテゴリー4	カテゴリー2	92.9% 97.6%	97.6% 100.0%	88.1% 88.1%	87.2% 79.5%	95.1% 97.6%	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	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)
(重複診断あり)	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、認定調査員のみを実施したが、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、 $\kappa$ 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FAST<sup>10)</sup>とBPSDの評価測度であるBehave-AD<sup>11)</sup>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 $\kappa$ が0.96と高い値が得られている<sup>10)</sup>。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)<sup>6)</sup>やGauthierら<sup>3)</sup>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の評価するInstrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)<sup>7)</sup>などがあるが、これは軽度認知症の生活機能の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<sup>2)</sup>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、その出現頻度を数量化しているものが多い<sup>1,9,12)</sup>。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) 富田英正, 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\*<sup>1</sup>, Hisao Osada\*<sup>2</sup>, Akira Homma\*<sup>3</sup>, Mami Kayama\*<sup>4</sup>, Yuji Mikami\*<sup>5</sup>, Shinji Kato\*<sup>6</sup>,  
Ryuji Kimura\*<sup>7</sup>, Mitsuhiro Ishida\*<sup>8</sup>, Yuko Okita\*<sup>9</sup>, Hidetoshi Endo\*<sup>10</sup>, Manabu Ikeda\*<sup>11</sup>,  
Sachiko Handa\*<sup>12</sup>

\* 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



原著論文

# 認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGER の検討 (第2報)

—— 妥当性の検討 ——

梅本充子・遠藤英俊・三浦久幸

## [原著論文]

# 認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGER の検討 (第2報)

—— 妥当性の検討 ——

梅本充子<sup>\*1</sup>・遠藤英俊<sup>\*2</sup>・三浦久幸<sup>\*2</sup>

\*1 聖隷クリストファー大学, \*2 国立長寿医療研究センター

## 抄録

行動観察評価スケールNOSGER翻訳版の妥当性の検討を行った。老人保健施設およびグループホームの入所・入居者、デイケアに通う高齢者計59人を対象に調査した。併存的妥当性では、「記憶」の得点とHDS-R、MMSEの得点相関係数は、-0.668、-0.610であり、「道具を用いる日常行動」とN-ADLとの相関は-0.575、「セルフケア」とN-ADLとの相関は0.773、「行動障害」とBehave-ADとの相関は0.705、「感情」とBehave-AD（感情障害）との相関は0.715、「社会的活動」とNMスケール（関心・意欲・交流、会話）との相関は-0.622と、いずれもそれぞれ同じような領域を判定する尺度または下位尺度間に有意な高い相関を認めた。さらに因子分析の結果、尺度構成の項目数にばらつきはあったものの、6因子が抽出され、翻訳版の因子命名と英語原版の下位尺度との内容がほぼ一致し、認知症高齢者の評価指標として妥当性が示された。

Key words : 行動観察評価スケール, NOSGER, 妥当性, 信頼性, 認知

老年精神医学雑誌 22 : 1283-1290, 2011

## はじめに

第1報<sup>1)</sup>で述べたように、認知症は、認知機能障害と同時に日常生活への支障をきたす。認知症の初期段階では、介護者が患者の生活上の失敗や異変を感じて受診に至るケースも多い。認知症の早期発見からケアが必要となる過程の全般にわたり、医療・福祉が連携するためには、医師や専門家以外の患者に身近に接する介護者の視点から評価可能な尺度が必要とされる。しかし、簡便かつ包括的、専門家以外でも使用可能な評価尺度は、管見の限り国内では見当たらない。

筆者ら<sup>2)</sup>は、第1報でNOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patient) による信頼性の検討を行った。その結果、本尺度は看護師・介護福祉士の評価者間ともに、Cronbachの $\alpha$ 係

数、Spearman相関係数、 $\kappa$ 係数の一致率が高く、その信頼性が示された。したがって本研究では、認知症高齢者に対する行動観察評価尺度NOSGERの妥当性の検討を報告する。

NOSGERは、アルツハイマー型認知症に対する新たな薬物療法の開発において、薬効を判定する行動観察評価尺度としてSpiegelら<sup>3)</sup>により1991年に報告されたものである。NOSGERの構築にあたっては、精神疾患患者の行動障害を評価する尺度NOSIE (Nurses' Observation Scale for In-patient Evaluation)<sup>3)</sup>と、老年精神疾患患者における評価尺度GERRI (Geriatric Evaluation of Relative's Rating Instrument)<sup>5)</sup>の項目をできるかぎり多く取り入れた新しいスケールNOSGERが考案された。

妥当性の検討では、Spiegelら<sup>3)</sup>により、既存の確立された尺度との相関が検討されている。研究は、多施設共同研究であり、11か国33センター370人に行われた。対象者は入院患者58%

(受付日 2011年5月12日)

Mitsuko Umemoto, Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura

\*1 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原3453

在宅42%であった。その結果、記憶の得点はMini-Mental State Examination (MMSE) 得点やWard Function Inventory (WFI) における「記憶」の下位尺度得点との間に、ともに0.82という高い相関が報告されている<sup>24)</sup>。他の下位尺度についても類似する各領域を判定する尺度、または下位尺度との有意な相関が認められており、併存的妥当性が確認されている。NOSGERの下位尺度は記憶、道具を用いる日常行動、セルフケア、感情、社会的活動、行動障害の6つの下位尺度ごとに5項目を設定し、全体で30項目の包括的行動評価である。すなわち認知症による中核症状や認知症に伴う精神症状や行動の障害を行動の発生頻度によって評価したものである。評価は、「常時」「ほとんどつねに」「しばしば」「時々」「まったくなし」の5段階からなる。評価点は総合点で示され、低得点は障害の程度が軽いことを示し、高得点になるほど障害が重いことを示す(表1)。

## I. 研究方法

### 1. 研究参加者

研究参加者は、愛知県T市老人保健施設の入所者、グループホームの入居者、デイケアに通う在宅高齢者の計59人であった。

### 2. 調査方法

実施期間は2002年8~9月で、尺度の妥当性を検討するため調査を行った。NOSGERの評定については、老人保健施設およびグループホームでは看護師、デイケアに通う高齢者については主たる介護者の家族に依頼した。看護師、家族に対して評定方法の詳しい説明は行わなかった。他の評価尺度として改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)、MMSE、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)、N式老年者用精神状態尺度(NMスケール)、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (Behave-AD)も同時に測定した。

NOSGERの評価尺度の翻訳版は、新井<sup>25)</sup>による翻訳のものを使用した。この翻訳版は、まだ日本語版としての尺度構成は行われていない。

### 3. 分析方法

統計解析ソフトはSPSS (12.0J)を使用した。

### 4. 倫理的配慮

調査にあたっては、研究の趣旨と目的、回答は自由意思であること、また自由意思の判断がむずかしい認知症の場合は、家族に文書で説明し、同意が得られた場合をお願いした。また研究に参加しない場合でも不利益は被らないこと、結果は統計的に処理し個人が特定されることはないこと、調査票およびデータ管理は厳重に行うことを説明書に明記し、説明後同意を得た。

## II. 結果

### 1. 研究参加者の属性

愛知県T市老人保健施設の入所者45人、グループホームの入居者6人、デイケアに通う在宅高齢者8人の計59人に調査を行った。性別は男性15人、女性44人、平均年齢 $82 \pm 8.1$  (平均値 $\pm$ 標準偏差)であった。HDS-Rの平均点 $11.95 \pm 8.26$ 、MMSE $15.56 \pm 7.64$ で、いずれも診断名は認知症であった(表2)。

### 2. 記述統計の結果

NOSGER得点分布は、下位尺度ごとに表3に示した。行動障害の得点分布については、他の下位尺度の得点分布に比べて最も低く $7.73 \pm 2.39$ を示した。

### 3. 収束的妥当性の検討

収束的妥当性は、NOSGERの6つの下位尺度と総得点とのPearsonの相関係数をみた。その結果を表4に示した。総得点との相関係数は、「行動障害」 $r = 0.477$ 、「感情」 $r = 0.621$ がやや低い傾向にあったが、他の4つの相関係数( $r = 0.825 \sim 0.894$ )は、有意に高い相関を示した。

### 4. NOSGER下位尺度と併存的妥当性の検討(表5)

「記憶」の下位尺度得点とHDS-R、MMSEの総得点は逆相関を示し、Pearsonの相関係数はそれぞれ $r = -0.668$ 、 $r = -0.610$ であった。「道具を用いる日常行動」の下位尺度得点とN-ADL総得点との相関係数は、 $r = -0.575$ 、「セルフケア」

表1 NOSGER 質問用紙

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II)

教示：患者さんの最近2週間の行動様式を調査しますので、以下の30項目についてご自身の観察に基づいて、最も該当する欄を選んでください。

		常時	ほとんど つねに	しば しば	時々	まったく なし
1	ひげ剃りまたは化粧、整髪が一人でできる	1	2	3	4	5
2	好みのラジオ・テレビ番組を理解する	1	2	3	4	5
3	悲哀感を訴える	5	4	3	2	1
4	夜間は落ち着かない	5	4	3	2	1
5	周囲の出来事に関心を示す	1	2	3	4	5
6	自室をきれいに保とうとする	1	2	3	4	5
7	排便はコントロールできる	1	2	3	4	5
8	中断後も会話の内容を覚えている	1	2	3	4	5
9	簡単な買い物（新聞や食料）に出かける	1	2	3	4	5
10	むなしさを訴える	5	4	3	2	1
11	ひとつの趣味を続けている	1	2	3	4	5
12	会話中に同じことを何回も繰り返す	5	4	3	2	1
13	悲しげにまたは涙ぐんで見える	5	4	3	2	1
14	身なりが清潔できちんとしている	1	2	3	4	5
15	施設や自宅から逃げ出す	5	4	3	2	1
16	親友の名前を覚えている	1	2	3	4	5
17	身体的に可能な範囲で他人の手助けをする	1	2	3	4	5
18	不適切な装いで外出する	5	4	3	2	1
19	いつもの環境では、順応している	1	2	3	4	5
20	質問するとイライラして不機嫌そうになる	5	4	3	2	1
21	周囲の人と交流する	1	2	3	4	5
22	衣類などの品物の置き場所を覚えている	1	2	3	4	5
23	言葉または動作が攻撃的である	5	4	3	2	1
24	排尿はコントロールできる	1	2	3	4	5
25	機嫌がよさそうである	1	2	3	4	5
26	友人または家族との交流を続けている	1	2	3	4	5
27	ある人を別の人と勘違いする	5	4	3	2	1
28	催しごと（来客やパーティー）を楽しむ	1	2	3	4	5
29	家族または友人と親しげに会話を楽しむ	1	2	3	4	5
30	頑固で、指示や規則に従わない	5	4	3	2	1

下位尺度、\*逆点項目

- ①記憶：8, 12\*, 16, 22, 27\*
- ②道具を用いる日常行動：2, 6, 9, 11, 19
- ③セルフケア：1, 7, 14, 18\*, 24
- ④感情：3\*, 10\*, 13\*, 25, 28
- ⑤社会的活動：5, 17, 21, 26, 29
- ⑥行動障害：4\*, 15\*, 20\*, 23\*, 30\*

(Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, et al.: A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patient; The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*, 39: 339-347, 1991. 翻訳：新井<sup>1)</sup>による)

下位尺度得点と N-ADL 総得点との相関係数は、 $r = 0.773$ であった。また「感情」と Behave-AD の下位尺度（感情障害）との相関係数は  $r = 0.715$ 、「行動障害」と Behave-AD との相関係数は  $r = 0.705$ 、「社会的活動」と NM スケールの下

位尺度（関心・意欲・交流、会話）との相関係数は  $r = -0.622$ であり、それぞれ同じような領域を判定する尺度、または下位尺度（外的基準）間にいずれも有意な相関を認めた。

表2 研究参加者属性

N = 59

項目	カテゴリー	平均±標準偏差	人数	%
性別	男性		15	25.4
	女性		44	74.5
年齢		82 ± 8.1 歳		
	60～69歳		4	6.8
	70～79		12	20.3
	80～89		32	54.2
	90～96		11	18.6
診断名	アルツハイマー型認知症		24	40.7
	老人性認知症		22	37.3
	アルツハイマー・老人性混合型認知症		4	6.8
	血管性認知症		8	13.6
	老人性うつ症, 老人性認知症		1	1.7
認知機能	HDS-R	11.95 ± 8.26 点		
	MMSE	15.56 ± 7.64		
所属	老人保健施設入所者		45	76.3
	デイケア通所者		8	13.6
	グループホーム入居者		6	10.2

表3 NOSGER 記述統計

N = 59

NOSGER	最小値	最大値	平均値	標準偏差
記憶	6	22	14.39	4.38
道具を用いる日常行動	5	25	17.83	5.72
セルフケア	5	24	13.86	5.40
感情	6	19	11.02	3.01
社会的活動	5	24	16.47	4.76
行動障害	5	15	7.73	2.39
総得点	38	114	80.15	21.69

### 5. 因子的妥当性の検討

NOSGER の翻訳版全 30 項目を用いて因子分析を行った。抽出には主因子法を用い、因子数は、固有値 1 以上で最大因子負荷量が絶対値で 0.30 以上の基準を設定した。プロマックス回転を行った結果の因子パターンと因子相関を表 6 に示した。結果は、NOSGER (英語原版) と同じ 6 因子構造となったが、NOSGER (英語原版) の「道具を用いる日常行動」と「セルフケア」の 2 つの因子は、1 つの因子にまとめ、IADL や ADL との関連が強い結果となった。NOSGER 翻訳版では第 1 因子が日常生活動作と手段的日常生活動作などの機能で「日常生活行動」に関する因子とした。第 2

因子は、周囲、家族友人などと交流に関する項目で「社会的交流」の因子とした。第 3 因子は、拒否、攻撃、不機嫌などを示す項目で「行動障害」に関する因子とした。第 4 因子は、不安な気持ちに関する項目で「不安感情」因子とした。第 5 因子は、見当識や記憶に関する項目で「認知機能」因子とした。第 6 因子は、環境や状況など適応に関する項目で「適応」因子とした。第 1 因子の「夜間は落ち着かない」と「身なりが清潔できちんとしている」の項目は、因子負荷が相対的に低かったが、認知症に特化した行動であり、項目を採択した。

### Ⅲ. 考 察

本結果から、NOSGER 尺度は患者の身近にいる看護・介護者が認知症の状態を包括的に把握できる評価尺度であることが示唆された。収束的妥当性では、下位尺度と総得点との相関において、総得点と「行動障害」との相関係数が 0.477 ( $p < 0.001$ ) とやや低い傾向にあり、先行研究<sup>9)</sup>からも同様の結果が示されているが、認知症であっても必ずしも行動障害を伴うとは限らないことも要因として考えられる。他の項目との関連性は、

表4 NOSGER 下位項目間相関係数

N = 59

	記憶	道具を用いる日常行動	セルフケア	感情	社会的活動	行動障害
記憶						
道具を用いる日常行動	0.721***					
セルフケア	0.633***	0.829***				
感情行動	0.401**	0.455***	0.467***			
社会的活動	0.594***	0.674***	0.750***	0.454***		
行動障害	0.394**	0.250	0.303*	0.398**	0.274*	
総得点	0.825***	0.871***	0.894***	0.621***	0.831***	0.477***

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表5 NOSGER 下位尺度と外的基準との相関

N = 59

項目	尺度	相関係数	p 値
記憶	HDS-R	-0.668	***
	MMSE	-0.610	***
道具を用いる日常行動	N-ADL	-0.575	***
セルフケア	N-ADL	0.773	***
行動障害	Behave-AD	0.705	***
感情	Behave-AD「感情障害」	0.715	***
社会的活動	NMスケール「関心・意欲・交流, 会話」	-0.622	***

\*\*\* $p < 0.001$

相関係数 0.621~0.894 ( $p < 0.001$ ) と十分な値を示し、妥当性が示された。併存的妥当性について、Spiegel ら<sup>9)</sup>の研究において、NOSGER の下位項目と類似概念をもつ評価スケールとを比較して NOSGER の「記憶」と MMSE 得点との間に非常に高い相関が確認されており ( $r = -0.82$ ,  $p < 0.001$ )、今回の結果でもほぼ類似した結果 ( $r = -0.610$ ,  $p < 0.001$ ) を得ている。HDS-R との相関も高く ( $r = -0.668$ ,  $p < 0.001$ )、認知機能に深く関連していることを示している。他のいずれも同じような領域を判定する尺度または下位尺度間に高い相関を認めたことから、NOSGER の併存的妥当性が確認された。構成概念妥当性については、新たに「適応」に関する項目が構成されたが NOSGER (英語原版) と同じく 6 因子構造となり、因子項目の内容が英語原版とほぼ一致した。しかし、尺度項目数にばらつきがみられ、第 1 因子の ADL, IADL などの「ADL」に関する尺度が 16 項目と最も多く、「認知機能」に関する尺

度項目や「適応」に関する項目が、2 項目と少なく課題が残る。しかしこれらは、認知症が日常生活動作にいかにかに障害を与えやすいかということを示すものと考えられる。これまで認知症は、中核症状としての記憶・見当識が問題とされてきた。しかし中核症状から引き起こされる日常の行動障害を把握することがより重要となっていることを示している。また第 1 因子の「夜間は落ち着かない」と「身なりが清潔できちんとしている」の項目において、因子負荷が相対的に低かった原因として、夜間は落ち着かない場合、比較的睡眠薬などの処方なされていることが多いことや身なりが清潔できちんとしているように介護者が点検してしまうことなど介護者のほうで比較的対応可能なことなどが考えられる。NOSGER (英語原版) との一部尺度構成の違いはみられるものの、認知症における特徴的行動に即した因子構造と考える。実践への示唆として、認知症の経時的変化や治療による変化を評価しうる可能性が考えられる。

表6 NOSGERの因子分析

N = 59

項目番号	項目名	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	共通性
11	ひとつの趣味を続けている	1.060	-0.393	-0.064	0.121	0.087	-0.039	0.897
9	簡単な買い物（新聞や食料）に出かける	1.023	-0.239	-0.211	0.06	-0.092	-0.041	0.796
1	ひげ剃りまたは化粧、整髪が一人でできる	0.946	-0.091	-0.09	0.075	0.104	0.177	0.892
2	好みのラジオ・テレビ番組を理解する	0.898	0.078	0.031	-0.024	-0.146	0.048	0.92
8	中断後も会話の内容を覚えている	0.832	0.13	0.146	-0.198	-0.352	-0.037	0.916
6	自室をきれいに保とうとする	0.787	0.2	-0.209	0.029	0.065	0.132	0.918
22	衣類などの品物の置き場所を覚えている	0.699	0.388	-0.041	-0.141	-0.193	0.081	0.927
7	排便はコントロールできる	0.693	0.282	0.055	-0.036	-0.03	0.121	0.907
24	排尿はコントロールできる	0.657	-0.039	0.01	-0.073	0.401	0.187	0.789
19	いつもの環境では、順応している	0.568	0.138	0.155	-0.15	-0.085	-0.256	0.78
16	親友の名前を覚えている	0.547	0.235	0.238	-0.146	-0.135	-0.011	0.832
17	身体的に可能な範囲で他人の手助けをする	0.459	0.375	-0.075	0.094	0.107	0.141	0.803
28	催しごと（来客やパーティー）を楽しむ	0.423	0.122	0.183	0.014	0.246	-0.176	0.798
25	機嫌がよさそうである	0.407	0.061	0.062	0.237	0.352	-0.319	0.855
14	身なりが清潔できちんとしている	0.359	0.235	0.189	0.019	0.258	0.028	0.91
4	夜間は落ち着かない	0.325	-0.131	0.242	0.027	0.015	0.025	0.479
21	周囲の人と交流する	0.003	0.999	-0.134	0.036	-0.031	0.156	0.866
5	周囲の出来事に関心を示す	-0.017	0.952	-0.306	0.068	-0.088	0.002	0.774
29	家族または友人と親しげに会話を楽しむ	0.014	0.633	0.171	0.098	0.179	-0.069	0.911
26	友人または家族との交流を続けている	0.01	0.567	0.142	0.022	0.119	-0.315	0.882
30	頑固で、指示や規則に従わない	-0.099	-0.242	1.149	-0.093	0.032	0.35	0.853
23	言葉または動作が攻撃的である	-0.027	-0.113	0.833	0.079	-0.166	-0.041	0.822
20	質問するとイライラして不機嫌そうになる	-0.012	0.131	0.563	0.234	-0.024	0.225	0.721
3	悲哀感を訴える	0.114	0.077	-0.07	0.972	-0.24	0.073	0.882
10	むなしさを訴える	-0.075	0.068	0.041	0.849	-0.12	-0.081	0.855
13	悲しげにまたは涙ぐんで見える	-0.095	0.058	0.1	0.566	-0.019	0.02	0.668
27	ある人を別の人と勘違いする	0.074	0.052	0.042	0.125	-0.716	0.116	0.67
12	会話中に同じことを何回も繰り返す	0.11	-0.146	0.17	0.38	-0.603	-0.083	0.85
18	不適切な装いで外出する	0.01	0.104	0.427	0.124	0.01	0.553	0.508
15	施設や自宅から逃げ出す	0.154	-0.026	0.161	-0.053	-0.094	0.486	0.627
固有値		12.005	3.621	1.994	1.783	1.451	1.222	
回転後の合計		11.081	9.161	4.826	2.855	3.457	1.394	
因子相関			因子2 0.732					
			因子3 0.377	0.463				
			因子4 0.08	0.073	0.307			
			因子5 0.346	0.427	0.155	0.014		
			因子6 -0.12	-0.212	-0.327	-0.125	0.003	

主因子法 プロマックス回転  
 数値は NOSGER における項目番号

また病院、施設、在宅などで広く活用し、連携したケアプランの作成や認知症の早期発見、リハビリの評価としても適応を検討できるものと思われる。しかし、NOSGER 翻訳版の質問項目においては、文化的背景の違いや病院、施設、在宅による環境の違いから不適切な意味合いや表現もみられ、評価解釈が異なる場合も考えられる。

第1報<sup>7)</sup>では、再度英語の原文から意図する内容を解釈し、評価をできるかぎり一定に保てるようにコンテンツを作成した。今後日本語版の作成にあたり、訳語の妥当性の検討や対象者の拡大の検討を行う予定である。

## 結 論

第1報<sup>7)</sup>に続き、NOSGER (翻訳版)の妥当性について検討した結果、尺度全体としての妥当性があり、認知症の特異的、包括的尺度としてさまざまな機会に使用できる汎用性の高い尺度であることが示された。本尺度は、今後日本語版の作成を行うことで、認知症高齢者の研究に使用できると思われる。

## 文 献

- 1) 新井平伊：観察式による痴呆の行動評価 (3). 老年精神医学雑誌, 7 (8) : 913-926 (1996).
- 2) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR : "Minimal state" ; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12 : 189-198 (1975).
- 3) Honigfeld G : NOSIE-30 ; History and current status of its use in pharmacopsychiatric research. *In Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, Vol.7, Psychological Measurements in Psychopharmacology, ed. by Pichot P, 238, Karger, Basel (1974).
- 4) Norton JC, Romano PO, Sandifer MG : The Ward Function Inventory (WFI) ; A scale for use with geriatric and demented inpatients. *Dis Nerv Syst*, 38 : 20-23 (1977).
- 5) Schwartz GE : Development and validation of geriatric evaluation by relatives rating instrument (GERRI). *Psychol Rep*, 53 : 479-488 (1983).
- 6) Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, et al. : A new behavioral assessment scale for geriatric out-and in-patient ; The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*, 39 : 339-347 (1991).
- 7) 梅本充子, 遠藤英俊, 三浦久幸 : 認知症高齢者における行動観察スケール NOSGER の検討 (第1報) ; 信頼性の検討. 老年精神医学雑誌, 20 (10) : 1139-1148 (2009).



# Evaluation of behavior observation scale NOSGER for elderly people with cognitive dysfunction (2nd report)

— A consideration of validity —

Mitsuko Umemoto\*<sup>1</sup>, Hidetoshi Endo\*<sup>2</sup>, Hisayuki Miura\*<sup>2</sup>

\* 1 *Seirei Christopher University*

\* 2 *National Center for Geriatrics and Gerontology*

To examine the validity of the Japanese translated Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER), an analysis was made of a total of 59 elderly participants in all, who went to an elderly healthcare facility, a group home, or a senior day-care center. For concurrent validity, the score-correlations with HDS-R and MMSE indicated their coefficients of -0.668 and -0.610 for "memory". With a correlation coefficient of -0.575, "instrumental activities of daily living" was correlated with N-ADL. "Self-care" and N-ADL had 0.773. There was a coefficient of 0.705 between "behavioral disorder" and Behave-AD. "Mood" and "mood disturbance" in Behave-AD, and "social behavior" and NM-scale (interest, voluntary transaction, and verbal exchange) showed coefficients of 0.715 and -0.622, respectively. Thus, for almost any similar dimension, significantly high correlations were observed between the NOSGER and a variety of established instruments. As the result of the factorial analysis, although the English version of the NOSGER and the Japanese differed in the number of scaling items, six factors were analytically extracted. Translated dimensions were virtually identical to the original English NOSGER subscales. This study's findings demonstrate the validity of the NOSGER Japanese translation as a useful assessment scale for elderly citizens with dementia.

---

**Key words** : behavior observation scale, NOSGER, validity, reliability, elderly with dementia

最新医学・2011年・9月増刊号（別刷）

アルツハイマー病

予防・管理

地域の取組み，介護保険サービスの利用法

遠藤英俊 佐竹昭介 三浦久幸

最新医学社

## ● 予防・管理

## 地域の取組み，介護保険サービスの利用法

\* 独立行政法人国立長寿医療研究センター 内科総合診療部 \*\* 同 部長

遠藤 英俊\*\* 佐竹 昭介\* 三浦 久幸\*

## 要旨

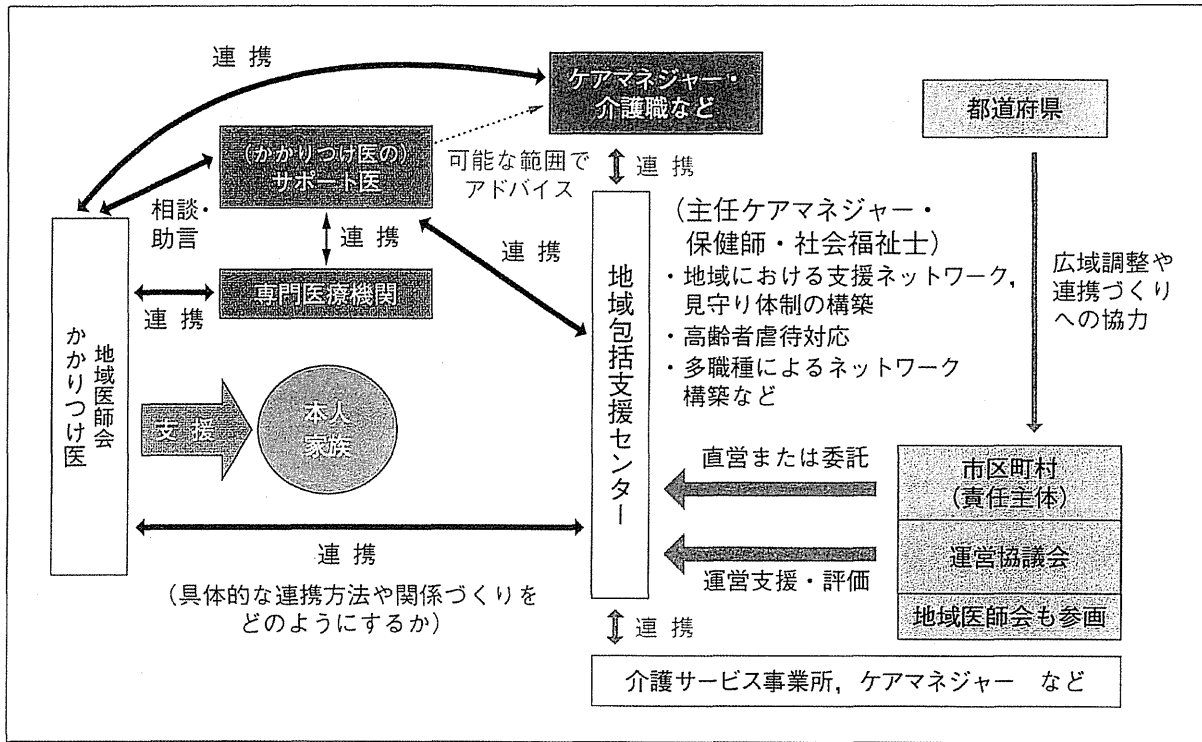
認知症への地域の取組みとして，サポーター養成やサポート医養成などが実施されているが，地域での病気としての認知度が高くなってきている．実際，認知症の人に対する見守り支援などが始まっている．一方，介護保険サービスの利用によって，認知症の介護負担の軽減が図られようとしている．デイサービスやショートステイなど，適切な時期に適切なサービスを利用することが重要である．

## はじめに

介護保険法は2000年4月に施行され，2006年4月に1度改正された．2011年には2度目の改正が行われる．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た．初めての改正においては，主な内容としては，介護予防が重視され，新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持つ拠点が全国的に整備された．2012年には3度目の介護保険法の改正が行われた．その中で“地域包括ケア”がその目標とする改訂の理念となっている．本

キーワード：地域の取組み，介護保険，介護予防，高齢者虐待防止

図1 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携



稿では介護サービスの利用を踏まえて、地域の取組みについて概説する。

### 認知症に対する地域の取組み

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 200 万人を超えている。また、かかりつけ医認知症対応力向上研修が導入され、2011 年の段階ですでに 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1)。さらに国では、「認知症疾患医療センター」を整備して、認知症の人が安心して医療を受けられるように、また地域と連携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、「認知症地域資源マップ」の作成や「徘徊・見守り SOS ネットワーク」の構築、最近では市民後見人制度の導入も実施されようとしている(表1)。徘徊ネットワー