

総説

BPSD 評価尺度の特徴と本邦における使用状況

Characteristics of BPSD rating scales and their utilization in Japan.

月井直哉¹⁾、中村考一¹⁾、藤生大我^{1,2)}、山口晴保¹⁾Naoya Tsukii¹⁾, Koichi Nakamura¹⁾, Taiga Fujii^{1,2)}, Haruyasu Yamaguchi¹⁾

はじめに

認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) とは国際老年精神医学会 (International Psychogeriatric Association; IPA) によって、「認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状」と定義され、具体的には妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不安などの心理症状と、攻撃的行動、徘徊、不穏、焦燥などの行動症状が挙げられている¹⁾。

BPSD 評価尺度の解説の前に、BPSD の範疇を明らかにしておく。本邦では認知症の症状を中核症状と BPSD のどちらかに二分しようとする傾向があるが、この両者は視点の違いに過ぎない。たとえば「繰り返し質問」は、認知機能の視点で診れば記憶障害という中核症状であり、行動の視点で診れば繰り返し行動という行動障害なので BPSD に該当する。このように中核症状と BPSD には重複がみられ、脳病変に直結した BPSD の一群がある^{2,3)}。長田らは BPSD を①中核症状関連、

②精神症状、③行動コントロールの障害、④対人関係の障害の4カテゴリーに分類しており⁴⁾、「繰り返し質問」は①中核症状関連の BPSD に該当する。そして、この中核症状関連の BPSD については、「BPSD は中核症状にさまざまな要因が加わって(二次的に)生じる」という説明は成り立たない³⁾。

本邦における BPSD の分類に関しては、認知症疾患診療ガイドライン2017では European Alzheimer Disease Consortium を参考に①過活動性亢進、②精神病様症状、③感情障害、④アパシーの4カテゴリーに分類し、ほかの認知症における BPSD も加えて概説している⁵⁾。山口は現場での実用性を考慮し、この4カテゴリーを①と②を合わせた過活動性 BPSD (陽性兆候)、③と④を合わせて低活動性 BPSD (陰性兆候) に分類し、BPSD のケアや薬物療法に役立てている²⁾。

BPSD は、治療すべき症状として IPA により定義された経緯を踏まえると、BPSD を評価する意義は、「BPSD を適切にとらえて対応し、認知症の人とそのまわりの人が安寧に暮らせること」に

キーワード : BPSD 評価尺度、認知症、アンメットニーズサイン、ケアモデル、科学的介護情報システム

1) 認知症介護研究・研修東京センター

2) 医療法人大誠会 内田病院

責任著者 : 月井直哉

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

TEL : 03-3334-2155 FAX : 03-3334-2156

E-mail : n.tsukii@dcnet.gr.jp

採択日 : 2021 年 9 月 2 日

英文誌名 : Tokyo Journal of Dementia Care Research

あるが、この点は後述する。

BPSDの評価を行う(BPSDを適切にとらえる)にあたり、介護現場で活用されているBPSD評価尺度は複数あるため、本稿では各BPSD評価尺度の特徴やそれらの比較、本邦における使用状況、さらには今後の展望として、科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence; LIFE)との連携について述べる。

1. 各BPSD評価尺度の特徴

BPSD評価尺度は、BPSDを客観的に得点化する。多くは重症度で得点化するが、一部のBPSD評価尺度では症状の出現頻度で得点化する。負担度は介護者の主観でBPSD対応の困難度を示している。評価期間は過去どのくらいの期間を振り返って評価を行うかを示している。そのほか、評価実施にかかる平均時間やWeb公開、BPSD評価尺度の使用状況(論文数)について表1にまとめた⁶⁻²⁴⁾。

なお、BPSD評価尺度は、家族介護者やケアスタッフなどの介護者が直接質問紙に記入する自記

式と、精神科医をはじめとした専門家が家族介護者・ケアスタッフにインタビューして記入する面接式に分かれている。

(1) Neuropsychiatric Inventory; NPI⁶⁻¹¹⁾

NPIはBPSD評価尺度のゴールドスタンダードとされている。主に医療機関で専門家が家族介護者などに面接して評価(面接式)を実施するNPI^{6,7)}と、主に介護施設で専門家がケアスタッフにインタビューする面接式のNPI-Nursing Home version (NPI-NH)^{8,9)}がある。妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無為、脱抑制、易刺激性、異常行動の計10項目から構成されていたが、睡眠の異常と食欲あるいは食行動の異常の2項目が後から追加されて12項目となった。評価は各項目の主質問で症状の有無もしくは適応なしの回答を行う。主質問で症状なしもしくは適応なしの場合は0点とする。症状ありの場合は下位項目を実施し、該当する症状の①重症度(1~3点の3段階)と頻度(1~4点の4段階)の積を算出、②負担度(NPI; distress)もしくは職業的負担度(NPI-

表1 各BPSD評価尺度の特徴

評価尺度	検査法*	項目数	重症度			負担度			評価期間(過去)	時間(分)	Web公開	日本版作成年	過去5年使用数	過去6~10年使用数	総数
			段階(数)	最小(点)	最高(点)	段階(数)	最小(点)	最高(点)							
NPI	面接式	12*	3 [§]	0	120	6	0	50	1ヵ月 [¶]	15~20	-	1997	22	3	31
NPI-NH	面接式	12*	3 [§]	0	120	6	0	50	1週間 [¶]	15~20	-	2008	12	11	23
NPI-Q	自記式	12*	3	0	30	6	0	50	1ヵ月	5	-	2006	14	6	24
CMAI	自記式	22	7	22	154	-	-	-	2週間	-	-	2002	1	6	8
BEHAVE-AD	面接式	25	4	0	75	4	0	3	2週間	-	-	1999	8	14	43
DBDスケール	自記式	28	5	0	112	-	-	-	1週間	-	-	1993	7	5	18
DBD13	自記式	13	5	0	52	-	-	-	1週間	-	-	2012	8	1	9
阿部式BPSDスコア	自記式	10	4	0	44	-	-	-	-	1	○	2015	3	0	3
BPSD+Q	自記式	27 [#]	6	0	125 [#]	6	0	125 [#]	1週間	6~8	○	2018	2	-	2
BPSD13Q	自記式	13	6	0	65	6	0	65	1週間	-	○	2021	0	-	0

NPI: Neuropsychiatric Inventory, NPI-NH: NPI-Nursing Home version, NPI-Q: NPI-Brief Questionnaire Form, CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory, BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, DBD スケール: Dementia Behavior Disturbance Scale, BPSD+Q: 認知症の行動・心理症状質問票

☆: 自記式の評価者は家族介護者やケアスタッフなどの介護者、面接式の評価者は精神科医をはじめとした専門家

*: 総得点は計10項目の合計点で算出する(睡眠と食行動の項目は総得点に含めない)

#: せん妄2項目を除いたBPSD25項目はBPSD25Q、重症度と負担度はBPSD25Qの総得点

§: 重症度(1~3点の3段階)と頻度(1~4点の4段階)の積で得点を算出する、主質問でなし・適応なしの場合は0点

¶: もしくは定められた一定期間

NH; caregiver distress) を0～5点の6段階で評価する。①の総得点は計10項目の合計点で算出する(睡眠と食行動の項目は総得点に含めない)。12項目には下位項目があり、具体的な症状を評価できる一方、得点だけでは特定の症状を判断できないため、下位項目を含めインタビューで確認する必要がある。②負担度も同様に計10項目を合計して得点を算出する。

この2つの面接式に加えて、質問紙形式(自記式)のNPI-Brief Questionnaire Form (NPI-Q)^{10,11)}があり、NPI-Qでは家族介護者やケアスタッフなどが質問紙に回答を直接記入する。NPIと同一の項目であり、同様に主質問で症状なしもしくは適応なしの場合は0点、症状ありの場合は重症度を1～3点の3段階と負担度を0～5点の6段階で評価できる。

(2) Cohen-Mansfield Agitation Inventory; CMAI^{12, 13)}

介護者が行動症状の一つであるagitation(焦燥)の出現頻度を自記式で評価する。ここでのagitationは「理由があって発現したものおよび錯乱・混乱によって発現したものではないと判断された、不適切な言語や発語や行動」と定義されている¹⁴⁾。原著では29項目であったが、日本語版では攻撃的行動11項目と非攻撃的行動11項目の合計22項目から構成され、各項目を1～7点の7段階で評価する。

(3) Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale; BEHAVE-AD^{15, 16)}

アルツハイマー型認知症にみられる精神症状を対象に薬物療法の効果を判定することを目的に作成された。専門家が介護者にインタビューする面接式で評価する。妄想観念7項目、幻覚4項目、行動障害3項目、攻撃性4項目、日内リズム1項目、感情障害2項目、不安および恐怖4項目の7分類25項目から構成されている。症状の出現頻度を0～3点の4段階で評価する。加えて、全体評価(介護者への負担と患者自身への危険性を問う)の1項目がある。負担度に関しては全般評価として0～3点の4段階で評価を行う。

(4) Dementia Behavior Disturbance Scale; DBD スケール¹⁷⁻¹⁹⁾

介護者が行動症状の出現頻度を自記式で評価する。DBDスケールは行動異常が介護者のストレスの原因になるような状態像を評価すること、および介護者の負担感を測定することを目的に作成された。DBDスケールは全28項目で構成され、各項目を0～4点の5段階で評価する^{17,18)}。DBD13はDBDスケールの中でも治療介入に反応して鋭敏に変化する13項目を抽出し、日本で作成された¹⁹⁾。いずれも行動症状のみで構成されていて、心理症状を含まない。DBD13は、2021年4月からLIFEの登録項目に採用されている。

(5) 阿部式BPSDスコア^{20, 21)}

介護者が自記式で評価する。10項目で、得点は症状の頻度と重症度によって重みづけをする。たとえば、「家内外を徘徊して困る」の項目は「しょっちゅうある」と9点だが、「いつもイライラしている」の項目は「しょっちゅうある」と1点というような重み付けがされている。認知症の軽度から中等度レベルの評価に向いており、評価時間は1分程度で外来患者の簡易スクリーニングに適している。792名のアルツハイマー型認知症患者を対象とした検討で、NPIとの相関係数 $r = 0.716$ と示されている²⁰⁾。岡山大学の阿部らが作成し、岡山大学医学部・神経内科のホームページで公開されている²¹⁾。「patent freeのため、日常診療で使用可能、学会発表や論文発表の際には、論文を引用する」と示されている²¹⁾。

(6) 認知症の行動・心理症状質問票; BPSD+Q²²⁻²⁴⁾

介護者が自記式で評価するが、高齢の家族介護者が記入する場合は、専門職が見守ることが望まれる。重症度(頻度も勘案している)と負担度を得点化する。NPIと比較すると、多幸を除く項目が含まれている。過活動性BPSD 13項目、低活動性BPSD 6項目、生活関連BPSD 6項目、せん妄2項目の計27項目から構成されており、せん妄2項目を除いたBPSD25項目から得点を算出するBPSD25Qがある。各項目は、重症度・負担度ともに0～5点の6段階で評価する。BPSDが3分類されていることから治療・ケア計画に用いやす

表2 各評価尺度で測定可能なBPSD

色つきセルはBPSD+Qで、過去1週間のうちに該当の症状が重症度にかかわらず1回でも出現する割合が約30%以上の項目、赤字はBPSD+Qで、負担率D-ratio(負担度÷重症度)が約0.8以上の項目で、出現すると負担が大きい。

評価尺度		IPA提唱のBPSD	NPI NPI-NH NPI-Q	CMAI	BEHAVE-AD	DBDスケール DBD13	ABS	BPSD+Q BPSD13Q
心理 症状	過活動性 BPSD	幻覚	幻覚	-	幻視・幻覚・ 幻嗅・幻触	-	-	幻視・幻聴*
		妄想	妄想	-	妄想観念	-	幻覚・妄想	妄想*
		誤認	-	-	-	-	-	-
		睡眠障害	睡眠障害	-	日内リズム	-	-	-
	低活動性 BPSD	抑うつ気分	うつ	-	感情障害	-	抑うつ	うつ*
		不安	不安	-	不安、恐怖	-	-	不安*
		-	多幸	-	-	-	-	-
行動 症状	過活動性 BPSD	身体的 攻撃性	興奮	暴力	暴力	世話を拒否*、 興奮、 物を壊す	興奮、暴力	暴行、 介護への抵抗*
		不穏	-	落ち着きの なさ	不穏	-	-	不穏*
		暴言	-	悪態、 不平不満、 反抗的言動	暴言	言いがかり*、 口汚くののしる*	暴言	暴言
		焦燥	-	-	-	-	焦燥・ イライラ	-
		金切り声	-	奇声	-	金切り声	-	-
		泣き叫び	-	叫ぶ	-	泣く・笑う	大声	大声
		つきまとい	-	不当に注意を 引く、助けを 求める	-	-	-	-
		放浪	-	放浪、別の 場所へ行こう とする	-	家の外へ行こうと する	-	無断外出
		繰り返し質問	異常行動	繰り返し行動	-	繰り返し行動* 繰り返し質問	-	繰り返し質問*、 常同行動*
		徘徊	-	-	徘徊、 無目的な行動	歩き回る*、 徘徊	徘徊	徘徊*
		脱抑制	脱抑制	-	-	-	-	脱抑制*
		-	夜間行動	-	日内リズム	夜間起き出す*、 夜間行動	昼夜逆転	昼夜逆転*
		-	食行動異常	-	-	食事を拒否、 過食、投げる	食行動異常	食行動異常
		-	易刺激性	-	-	-	-	易怒性*
		-	-	-	不適切な行動	不適切な 性関係、露出	-	性的不適切行動
		-	-	-	-	収集*	-	収集
		-	-	-	-	失禁	排泄行動 異常	不潔行為
		-	-	-	-	-	-	火の不始末
		-	-	物を不適切に 取り扱う、 隠す	-	物をなくす・ 間違える・ 隠す*、タンスの中 身を出す*	-	物をなくす
		-	-	不適切な 服装	-	不適切な 服装*	-	-
	低活動性 BPSD	意欲低下	無為・ 無関心	-	-	無関心*	アパシー	アパシー*、 無反応・ 無関心
		-	-	-	-	-	-	閉じこもり
		-	-	-	-	傾眠行動*	-	傾眠傾向*

* : 短縮版(DBD13とBPSD13Q)のみに含まれる項目

い。また、主治医意見書に周辺症状として記載されている症状をすべて含んでいる。BPSD+Qは、NPIの重症度とは $\rho = 0.64$ 、負担度とは $\rho = 0.65$ とやや強い有意な正の相関を示した²²⁾。家族介護者や介護職員の意見を取り入れて作成されているため簡便ではあるが、評価には6~8分要する。また、DCnetで解説付きで無料公開している²³⁾。「医療・介護の実践や研究には申請不要。学会発表や原著論文、総説、教科書には文献を引用する。商用目的の場合は許諾が必要」と示されている²³⁾。

さらにはBPSD+Qの項目の中で、介護現場で出現頻度が高い13項目を抽出した認知症の行動・心理症状質問票13項目版(BPSD13Q)も新たに開発されている²⁴⁾。日本語版、英語版ともにDCnetで解説付きで無料公開されている²³⁾。

(7) BPSD 予防を目的に作られた評価尺度

BPSDは、生じてから対応するのではなく、発症前に予防することやごく軽度の段階で対応して重度化させないことが重要である²⁵⁾。この考え方は、認知症施策推進大綱にも示されている²⁶⁾。認知症介護研究・研修東京センターでは、BPSD 予防を具現化するためにBPSD 気づき質問票57項目版(BPSD-NQ57)を作成した²⁷⁾。項目数は多いが、各項目を有無の2件法で評価するので、約4分で評価できる。BPSD-NQ57は、BPSDの予兆や初期症状に早期に気づいてBPSDを予防することに役立つと期待される。BPSD-NQ57はDCnetに解説付きで無料公開されている²³⁾。

(8) ほかのBPSD評価尺度の紹介

上記以外にも疾患特異的なBPSD評価尺度として、レビー小体型認知症では症状の変動に焦点を当てたCognitive Fluctuation Inventory (CFI)²⁸⁾、前頭側頭型認知症では常同行動に焦点を当てたThe Stereotypy Rating Inventory (SRI)²⁹⁾があり、CFIとSRIの評価方法はNPIと同様である。血管性認知症ではパールランド式³⁰⁾がある。高齢になると高率にアルツハイマー型認知症を併発するダウン症候群のBPSDを評価する尺度としてBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Down Syndrome (BPSD-DS) scale

がある³¹⁾。

そのほかのBPSD評価尺度として、BPSD-IPA score³²⁾やThe Exposure to Disruptive Behavior Scale (EDB)³³⁾、BPSD-assessment scale (BPSD-AS)³⁴⁾などがある。

BPSDを含めた複合的な評価尺度として、本邦で開発されたABC認知症スケールがある³⁵⁾。全体は13項目で、ドメインA:日常生活動作(ADL)6項目、ドメインB:BPSD3項目、ドメインC:認知機能4項目を同時に評価できる。評価者が介護者に質問するインタビュー形式で、各項目を1~9点の9段階で評価する。BPSDの3項目は、「静かに座っていなければならない状況での様子」で落ち着きを、「患者さんの意に沿わないことがあったときの様子」で暴言・暴力を、「介護者さんが患者さんに何かをお願いした場合の様子」で拒絶を評価する。質問に「患者さん」という用語が使われており、医療系での使用を想定している。なお、公益財団法人神戸医療産業都市推進機構が商標を所有し、使用にはWeb申し込みが必要である。

2. BPSD 評価尺度の比較

前項目「1. 各BPSD評価尺度の特徴」の(1)~(6)で記載した6種の評価尺度を、視点を変えて解説する。

(1) 測定可能な症状

IPAの提唱するBPSDを行動症状と心理症状に大別し、さらにそれぞれを過活動性BPSDと低活動性BPSDに分け、6種のBPSD評価尺度が測定可能なBPSDを表2にまとめた^{1,6,24)}。この作業は認知症専門医を含む筆者らの判断で行った。次項「3. 介護現場におけるBPSDの現状(BPSD+Qを用いた調査から)」の各BPSDの出現頻度や出現すると負担感が高いBPSDを参考にすると、NPIや阿部式BPSDスコア、BPSD+QおよびBPSD13Qは出現頻度が高い症状および出現すると負担感が高い症状をとらえていることがわかる。

CMAIやDBDスケールおよびDBD13は行動症状のみ評価をしているため、負担感が高い症状をとらえられている利点はあるものの、心理症状

が評価できない弱点がある。

(2) 評価方法と評価者

自記式はNPI-Q、CMAI、DBDスケール、DBD13、阿部式BPSDスコア、BPSD+Q、BPSD13Qであり、面接式はNPI、NPI-NH、BEHAVE-ADである。

自記式は専門家が行う必要がなく、短時間で評価できる一方で、質問項目の意味を評価者(記入者)が正しく理解できなかった場合は、信頼性が担保されない。

面接式では専門家が介護者に対してインタビューすることで症状の詳細まで評価できる一方で、専門家が行わなければならない、また評価に時間を要する。

(3) 項目数

質問項目数は10～28項目である。自記式においてはNPI-Qと阿部式BPSDスコアがもっとも少なく10項目であり、DBD13とBPSD13Qが13項目、BPSD+QのBPSD25Q部分とBEHAVE-ADが25項目と項目数が多い。

面接式においては質問項目数が10項目のNPIとNPI-NHは主質問に加え、1つの主質問に対し、下位項目が5～9項目あるため、主質問の症状が出ている場合、質問項目数は増える。

(4) 重症度

NPIとNPI-NHは重症度と頻度の積で得点を算出する。BEHAVE-AD、NPI-Qは重症度で得点化する。BPSD+Q、BPSD13Qは頻度を加味した重症度で得点化する。CMAI、DBDスケール、DBD13は、症状を出現頻度で得点化するため、出現頻度が低くてもケアが困難なケースを評価することには向いていない。阿部式BPSDスコアは症状の出現頻度で評価しているものの得点は項目ごとの重症度で重みづけされている。

(5) 負担度

NPI、NPI-NH(職業的負担度)、NPI-QとBPSD+Q、BPSD13Qは6段階で評価が可能である。一方、CMAIとDBDスケール、DBD13、阿部式BPSDスコアに関しては負担度の評価は

ない。BEHAVE-ADは全般評価として4段階で負担度(と危険性)の評価が可能だが、症状項目別では評価を行わない。

(6) 評価期間

NPIは過去1ヵ月間もしくは定められた一定期間、NPI-NHは過去1週間もしくは定められた一定期間、NPI-Qは過去1ヵ月間、CMAI、BEHAVE-ADは過去2週間、DBDスケール、DBD13、BPSD+Q、BPSD13Qは過去1週間を振り返って評価する。阿部式BPSDスコアに関しては表記されていない。介護現場においてケアの短期的な効果を評価する場合は過去1～2週間程度を振り返ることが想定されるため、NPI-NHやBEHAVE-AD、DBDスケール、DBD13、BPSD+Q、BPSD13Qが有用であると考ええる。

(7) 評価時間

原著論文に記載されている評価時間のデータを参考にすると、面接式に比較し、自記式が短時間であり、1～6分程度であった。もっとも短時間で評価が可能なのは阿部式BPSDスコアの1分であり、スクリーニングに適している。一方、面接式は15分以上の時間を要する。

(8) Web公開

阿部式BPSDスコア²¹⁾とBPSD+Q²³⁾、BPSD13Q²³⁾のみがWeb公開されており、それぞれホームページより無料でダウンロードが可能である。NPI、NPI-NH、NPI-Qの日本語版は、マイクロン社から評価用紙が市販されている。

(9) BPSD評価尺度の動向(使用数)

各評価尺度を用いた研究の和文原著論文数を医中誌Webにて検索した。検索キーワードは各評価尺度の名称あるいは略称とした。検索条件は、①論文の種類：原著論文、②抄録：抄録あり、③論文言語：日本語、④チェックタグ：ヒトとした。検索日は2021年7月9日、検索期間の指定はしなかった。入手できない論文は、抄録にてBPSD評価尺度の使用を確認した。日本語の原著論文でのみ使用数を調査したため、これらのデータはあくまで参考程度とする。

表3 本邦におけるBPSDの出現頻度(%)

色付きセルはBPSD + Qで、過去1週間のうちに該当の症状が重症度にかかわらず1回でも出現する割合が約30%以上の項目

		対象者数	n=83	n=444	n=29	n=101
		フィールド	施設、 病院、 在宅等	GH	GH	特養
心理 症状	過活動性 BPSD	幻視・幻聴	18	19	31	17
		妄想	24	19	21	22
		昼夜逆転・夜間行動	19	17	21	33
	低活動性 BPSD	うつ	25	21	28	23
		不安	31	23	24	23
行動 症状	過活動性 BPSD	常同行動	19	19	41	25
		脱抑制	27	22	17	25
		食行動異常（異食）	2	9	10	14
		易怒性（易刺激性）	37	33	34	32
		暴言	23	22	28	24
		暴行	7	11	24	13
		徘徊・不穏	35	27	34	27
		無断外出	29	18	21	12
		性的不適切行動	4	7	7	6
		繰り返し質問	70	41	34	35
		収集	23	18	24	17
		大声	13	13	21	22
		介護への抵抗	14	25	34	23
		不潔行為	14	20	21	16
		火の不始末	1	1	3	4
		物をなくす	33	14	14	11
	低活動性 BPSD	無反応・無関心	6	18	34	25
		アパシー	34	35	45	43
		閉じこもり	12	15	14	8
		傾眠傾向	40	40	41	40

※文献22と文献37を引用した

過去5年と過去6～10年の本邦でのBPSD評価尺度の使用数(和文原著論文数)を比較すると、NPIやNPI-NH、NPI-Q、DBDスケール、DBD13の使用数が増加傾向にある一方で、CMAIやBEHAVE-ADの使用数は減少傾向にあることがわかった(表1)。

阿部式BPSDスコアやBPSD+Q、BPSD13Qは作成されたばかりであることから使用数は少ない。

3. 介護現場におけるBPSDの現状(BPSD+Qを用いた調査から)

認知症高齢者の88.3%にBPSDが出現していたとする報告があり、多くの認知症の人に生じる症状であるといえる³⁶⁾。

本邦におけるBPSDの出現頻度に関するデータとして、NPI(NPI-NHおよびNPI-Q)を用いたデータは複数あるが、項目数が少ないNPIだけでは介護現場で出現しているBPSDをとらえきれているとはいえない。そこで、NPIの多幸以外の症状を含む25項目のBPSDを評価するBPSD+Qのデータを参考に、本邦における

表4 本邦におけるBPSDの負担率(負担度÷重症度；D-ratio)

色付きセルはBPSD+Qで、D-ratioが約0.8以上の項目で、出現すると重症度が軽度でも負担が大きい。

		対象者数	n=83	n=444	n=130
		フィールド	施設、 病院、 在宅等	GH	GH+特養
心理 症状	過活動性 BPSD	幻視・幻聴	0.70	0.71	0.44
		妄想	0.92	0.81	0.70
		昼夜逆転・夜間行動	0.83	0.91	0.74
	低活動性 BPSD	うつ	0.74	0.69	0.67
		不安	0.82	0.72	0.71
行動 症状	過活動性 BPSD	常同行動	0.64	0.74	0.63
		脱抑制	0.78	0.87	0.79
		食行動異常（異食）	1.00	0.77	0.71
		易怒性（易刺激性）	0.84	0.77	0.82
		暴言	0.78	0.86	0.74
		暴行	1.00	0.93	0.79
		徘徊・不穏	0.82	0.82	0.69
		無断外出	0.84	0.85	0.69
		性的不適切行動	1.00	0.78	0.67
		繰り返し質問	0.75	0.73	0.53
		収集	0.58	0.70	0.68
		大声	0.77	0.81	0.78
		介護への抵抗	1.00	0.87	0.83
		不潔行為	0.85	0.86	0.82
		火の不始末	0.00	0.27	0.20
		物をなくす	0.81	0.78	0.69
	低活動性 BPSD	無反応・無関心	0.71	0.62	0.50
		アパシー	0.67	0.60	0.49
		閉じこもり	0.75	0.58	0.44
		傾眠傾向	0.52	0.53	0.45

※文献22と文献37を引用した

BPSDの出現頻度を表3に、BPSDの負担率(項目の負担度を重症度で割った値で、この値が高いほど、そのBPSDが軽度でも負担度が高いことを示す；D-ratio)を表4にまとめた^{22,37)}。

出現頻度はBPSD+Qで、該当の症状が重症度にかかわらず週1回以上出現する割合が約30%以上の項目は、過活動性BPSDでは易怒性、徘徊、繰り返し質問、低活動性BPSDではアパシー、傾眠傾向であった^{22,37)}。

負担率D-ratioは、値が高いほど重症度が低くても負担度が高い症状といえる。BPSD+Qで、D-ratioが約0.8以上の項目は過活動性BPSDの

みであり、妄想、昼夜逆転・夜間行動、易怒性、暴行、徘徊・不穏、無断外出、大声、介護への抵抗、不潔行為であった^{22,37)}。これらが発生すると軽度・低頻度でも負担感が高まることをD-ratioが示している。

出現頻度に関しては過活動性BPSDのみならず低活動性BPSDの項目も出現頻度が約30%以上を示しているが、負担感に関しては過活動性BPSDのみがD-ratio 0.8以上と高いことが明らかにされている^{22,37)}。介護現場においては過活動性BPSDの負担感が強く感じやすいため、注目されがちだが、低活動により認知症や廃用が進行

することも考えられるため、低活動性BPSDに対しても注意は必要である。

4. LIFEとの連携における課題

令和3年度介護報酬改定において、LIFEへのデータ登録等が加算になるなど、科学的裏付けに基づく介護(科学的介護)を推進する流れが加速している。LIFEにおける収集項目については①信頼性・妥当性があり科学的測定が可能なものの、②データの収集に新たな負荷がかからないものの、③国際的に比較が可能なものの3つの基準に準じて選定を行っており³⁸⁾、認知症領域ではDBD13が採用されている。しかし、前述したようにDBD13は心理症状を含まず、BPSDの状態をデータベース化するのにどのような評価尺度が適切か、今後の検討が待たれる。

BPSDのデータ化にはいくつかの課題がある。1点目は介護現場において評価を行う機会がこれまで少なかったため、未経験のケアスタッフでも簡単に理解し評価できるBPSD評価尺度を活用することが、信頼性のあるデータに必須な点である。

2点目は現場に即したデータの収集ができる評価尺度が求められる点である。介護現場において出現頻度や出現すると負担感が高いBPSDを評価できるか、ケアや薬物療法の振り返り(効果判定)を行う際に適したBPSD評価尺度であるか、BPSD評価尺度の活用目的が明確になっているかなどを考慮した上でデータを収集する必要がある。現場に即したデータを収集できなければビッグデータであっても現場で活用することが難しい。

3点目はBPSD評価尺度においてはライセンスの問題があり、普及した後で版權を主張されて利用料コストが生じる可能性がある。そのため、フリーで活用できる評価尺度が望ましい。

5. BPSDを評価する意味

BPSDは「認知症患者にみられる症状」と定義されることから、BPSDは医学モデルの用語である。医学モデルでは、BPSD(症状)の軽減がアウトカムとされる。一方、ケアモデルは、「よりよく生きようとする意思を持って生きる個人を

総合的に支援すること」を目的³⁹⁾としており、BPSDの多くは「個人の満たされないニーズを表情・仕草・声・言葉や行動で表出したもの；アンメットニーズサイン(unmet needs sign)」ととらえることができる²⁵⁾。そして、症状を改善させるだけではなく、BPSDとして表出されたアンメットニーズを満たすことで、認知症の人のウェルビーイングを向上させることがケアモデルの目的である。BPSDを評価することは、認知症の人とそのケアを提供する人がより良く生きる社会作りに寄与するであろう。

COI:著者の個人的なCOIは該当なし。本論文は、厚生労働省老健局 令和3年度老人保健健康増進等事業「BPSDの軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」の一部として執筆した。

文献

- 1) 国際老年精神医学会(日本老年精神医学会監訳): 認知症の行動と心理症状BPSD(2版), アルタ出版, 2013.
- 2) 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(研究開発代表者: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.
- 3) 山口晴保、藤生大我: 認知症の症状は「分類」から「視点」への転換を～BPSDを中心に. Dementia Japan 35(2): 226-240, 2021.
- 4) 長田久雄、佐藤美和子: 認知症の行動・心理症状の考え方. BPSDの理解と対応—認知症ケア基本テキスト(日本認知症ケア学会編), ワールドプランニング, 2011.
- 5) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会: 認知症疾患診療ガイドライン2017. 医学書院, 2017.
- 6) Cummings JL, Mega M, Gray K, et al: The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 44: 2308-2314, 1994.
- 7) 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.

- 8) Cummings JL: The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 48(6): 10-16, 1997.
- 9) 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. *神研の進歩* 60(12): 1463-1469, 2008.
- 10) Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, et al: Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 12(2): 233-239, 2000.
- 11) 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.
- 12) Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS: A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol* 44(3): 77-84, 1989.
- 13) 本間昭、新名理恵、石井徹郎、他: コーエン・マンズフィールド agitation 評価票 (Cohen-Mansfield Agitation Inventory ; CMAI) 日本語版の妥当性の検討. *老年精医誌* 13(7): 831-835, 2002.
- 14) Cohen-Mansfield J, Billings N: Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 34(10): 711-721, 1986.
- 15) Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, et al: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 48: 9-15, 1987.
- 16) 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. *老年精医誌* 10(7): 825-834, 1999.
- 17) Baumgarten M, Backer R, Gauthier S: Validity and reliability of the Dementia Behavior Disturbance Scale. *J Am Geriatr Soc* 38(3): 221-226, 1990.
- 18) 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. *日老医誌* 30(10): 835-840, 1993.
- 19) 町田綾子: Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討—ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して—. *日老医誌* 49(4): 463-467, 2012.
- 20) Abe K, Yamashita T, Hishikawa N, et al: A new simple score (ABS) for assessing behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Neurol Sci* 350: 14-17, 2015.
- 21) 岡山大学医学部・神経内科のホームページ. http://www.okayama-u.ac.jp/user/med/shinkeinaika/ABS/ABS_japanese.pdf, 2021.8.12 アクセス
- 22) 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.
- 23) 各種開発評価スケール. <https://www.dcnnet.gr.jp/support/evaluation/index.php>, 2021.8.12 アクセス
- 24) Fujii T, Yamagami T, Ito M, et al: Development and evaluation of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 13 items version. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, in press.
- 25) 山口晴保、伊東美緒、藤生大我: 認知症ケアの達人をめざす—予兆に気づき BPSD を予防して効果を見える化しよう—, 協同医書出版, 2021.
- 26) 認知症施策推進大綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>, 2021.8.12 アクセス
- 27) 藤生大我、内藤典子、滝口優子、他: BPSD 予防をめざした「BPSD 気づき質問票 57 項目版 (BPSD-NQ57)」の開発. *認知症ケア研究誌* 3: 24-37, 2019.
- 28) 橋本衛、眞鍋雄太、森悦朗、他: 認知機能変動評価尺度 (Cognitive Fluctuation Inventory : CFI) の内容妥当性と評価者間信頼性の検討. *神研の進歩* 66(2): 175-183, 2014.
- 29) Shigenobu K, Ikeda M, Fukuhara R, et al: The Stereotypy Rating Inventory for frontotemporal lobar degeneration. *Psychiatry Res* 110(2): 175-187, 2002.
- 30) 濱園茂樹、森越ゆか、有銘工、他: 脳血管性痴呆患者の行動障害評価法の検討 パールランド式および Behave-AD による検討. *老年精医誌* 13(1): 61-76, 2002.
- 31) Dekker AD, Sacco S, Carfi A et al: The Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Down Syndrome (BPSD-DS) scale: Comprehensive assessment of psychopathology in Down syndrome. *J Alzheimers Dis* 63(2): 797-819, 2018.
- 32) 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—. *老年精医誌* 13(11): 1299-1305, 2002.
- 33) Hirata H: Establishment and Validation of the Japanese Version of the Exposure to Disruptive Behavior Scale. *人間看研* 13: 93-101, 2015.
- 34) 北村葉子、今村徹、笠井明美、他: 認知症における行動心理学的症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) の直接行動観察式評価用紙の開発: 信頼性と妥当性の検討. *高次脳機能研* 30(4): 510-522, 2010.

- 35) Mori T, Kikuchi T, Umeda-Kameyama Y, et al. ABC Dementia Scale: A Quick Assessment Tool for Determining Alzheimer's Disease Severity. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 8(1): 85-97, 2018.
- 36) Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, et al: Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 75(1): 146-148, 2004.
- 37) 藤生大我、内藤典子、滝口優子、他: 介護施設における介護保険主治医意見書に基づいた「認知症困りごと質問票 (BPSD+Q)」の有用性. *老年精医誌* 31(4): 389- 402, 2020.
- 38) 厚生労働省 : 1) 科学的介護について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000753791.pdf>, 2021.8.12 アクセス
- 39) Jacobo EM, Dario FM, Kathleen SH: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a practicing psychiatrist's viewpoint. *Dialogues Clin Neurosci* 2(2): 139-155, 2000.