

原 著

CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) 日本語改訂版の作成： アルツハイマー型認知症患者を対象にして

堤田梨沙¹⁾・安達圭一郎

Measurement property of Japanese revised version of CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) : an empirical study for Japanese patients with Alzheimer's disease

Risa TSUTSUMIDA & Keiichiro ADACHI

本研究では、CSDD 日本語改訂版について、その信頼性、妥当性の検討を行い、心理尺度としての特徴について考察した。アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's Disease: 以下 AD と示す) 患者80名 (男性21名, 女性59名, 平均年齢 81.7 ± 7.6 歳) の看護・介護担当者を対象に、CSDD 日本語暫定版と同時に担当患者の個人属性、ADL、精神・行動的症状を問う質問紙を実施した。その結果、CSDD 日本語改訂版は2因子7項目で構成されており、概ね満足のいく内的整合性 ($\alpha = 0.73$)、再検査信頼性 ($r = 0.80$) を持つことが分かった。また、CSDD 得点の高群は低群と比べ興奮、脱抑制、易刺激性、食行動異常、妄想、幻覚得点が有意に高く、ADL 得点が有意に低いことが判明した。この結果は、先行研究で確認された抑うつ症状を併発する AD 患者の精神、行動的特性と一致するため、十分な基準関連妥当性を持つと判断した。

以上より、本研究で作成された CSDD 日本語改訂版は、わが国における AD 患者の抑うつ評価に適切な尺度であると考えられる。

キーワード：CSDD 日本語改訂版、信頼性、妥当性、アルツハイマー型認知症、抑うつ

問題と目的

2010年に内閣府から公表された「平成22年版高齢社会白書」では、2009年10月現在、65歳以上の高齢者人口は総人口の22.7% (約3000万人) であった。つまり、日本人口の5人に1人は高齢者ということである。また国民生活基礎調査 (厚生労働省, 2010) では、要介護認定者における認知症の割合は、平成10年から平成19年で10.7%から18.7%に増加している。近年では精神科病院に「もの忘れ外来」も新設され、認知症の疑いのある高齢者の診察や相談予約は想像以上に多いことが栗田 (2008) によって指摘されている。

石本ら (2007) は、4大認知症疾患としてアルツハイマー型認知症 (Alzheimer's Disease: 以下

AD)、血管性認知症 (Vascular Dementia: 以下 VD)、レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy Bodies: 以下 DLB)、前頭側頭型認知症 (Front Temporal Lobar Degeneration: 以下 FTLTD) をあげ、中でも AD は認知症の原因疾患として最も頻度の高い疾患としている。DSM-IV-TR (2002/2009) では、記憶障害と認知障害 (失語、失行、失認、実行機能の障害いずれか) の各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こすことが指摘されている。また国際老年精神医学会 (2005) によると、AD は中核症状と周辺症状に分類され、中核症状は上記のような記憶障害と認知障害を指し、周辺症状はBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) と呼ばれ、妄想、幻覚、抑うつ、不眠、不安等の精神症状、身体的攻撃性、徘徊、不穏、焦燥、無気力等の行動障害に下位分類され

¹⁾ 九州ルーテル学院大学大学院人文学研究科
日隈病院

る。

このように、一口に認知症と言っても、その症状、障害の程度は多彩であり、特に中核症状と周辺症状の分類をみると、認知症が様々な二次的精神障害を合併する疾患であることを示唆しているように思われる。

さて、ADと診断された後に抑うつ症状を併発する割合は欧米では30%～50% (Starkstein et al., 2006), わが国では約20% (池田, 2009) とされる。Rosenberg et al. (2006) は、従来の先行研究をレビューし (e.g. Junzing et al., 2002; Zubenko et al., 2003), AD患者が抑うつ症状を併発した場合、無快感症、不安、イライラ症状、動機づけの低下、興奮、妄想、幻覚などの症状が主となり、うつ病患者に特有な抑うつ気分、罪悪感、絶望感、自殺念慮の症状はむしろ表面化しないことを明らかにした。さらに、Starkstein et al. (2008) は、AD患者が抑うつ症状を併発することによって、QOLの低下、認知機能障害の促進、ADL (日常生活諸動作) の低下、家族など介護者の負担拡大といった問題が起こりやすくなるとした。

以上のように、AD患者の場合、抑うつ症状が合併しやすいこと、また、抑うつ症状が併発することは、患者自身のみならず介護担当者にも深刻な影響をもたらす可能性があることが考慮されねばならない。従って、AD患者における抑うつ症状の早期診断とそれに基づく早期の介入は、既に述べたADの周辺症状である妄想、幻覚などの精神症状や身体的攻撃性、徘徊などの行動障害の出現あるいは増悪の抑止につながることが期待される。加えて、AD患者自身のQOLやADLの維持、さらには介護者による介護負担の軽減にも一定の成果が期待できると思われる。しかしながら、DSM-IV-TR (2002/2009) による一般的な大うつ病の診断基準は、抑うつ気分、興味の喪失を中心としており、既述のようなAD患者特有の抑うつ症状の検出に適した診断ツールとは言えない。

欧米では Alexopoulos et al. (1988) が、こうした認知症患者に併発する抑うつ症状の把握を目的に、Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) を開発した。CSDDは、患者本人の評

価と介護者からの観察評価によって様々な抑うつ症状を比較的簡易に測定出来る尺度である。Alexopoulos et al. による認知症患者に対する研究では、CSDDは評価者間相関が高く、Mini-Mental State Examination (MMSE) によって判定した認知症の重症度にかかわらず、抑うつ度評価との間に高い相関が認められるなど、信頼性、妥当性ともに優れた尺度であることが確認されている。

わが国では、Schreiner et al. (2002, 2003) が脳卒中患者、及びうつ病高齢者を対象に、CSDDの標準化を試みている。その結果、両患者群ともにCronbachの α 係数が0.80以上あるなど、CSDDのわが国への適応可能性を示唆しているが、それ以降の継続研究はなされていない。このように、CSDDのわが国における標準化研究はいまだ緒についたばかりであり、しかも標準化作業において最も中心となる認知症患者を対象とした研究は全くなされていない。

城野ら (2008) によると、わが国での老年期および認知症を含む神経疾患を伴ううつ病の評価尺度として、GDS (Geriatric Depression Scale: 老年期うつ病評価尺度)、NPIの抑うつ・不快項目、MADRAS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: モンゴメリーアズバーグうつ病評価尺度) がよく用いられている。しかしながら、これらの評価尺度は、NPIを除き一般高齢者に対する尺度であり、進行した認知症患者には適用が困難である。また、NPI抑うつ・不快項目は1項目のみであり、既述のADに合併した抑うつ症状把握には適していないと考えられる。そのため家族や看護 (介護) 職員などの介護者情報から評価可能な抑うつ尺度が是非とも必要である。

そこで本研究では、AD患者を対象に他者評価によるCSDD日本語版の標準化作業をおこない、認知症の進行度に影響されない抑うつ症状の簡易診断に寄与する尺度の作成を目的とする。

方 法

①調査対象者と手続き

ADと診断された患者104名 (男性26名、女性78名) を担当する介護・看護職員34名 (看護師24名、介護職員10名) を調査対象者とした。評定対

象となる患者の平均年齢は81.47 ($SD = 8.26$: Range = 55–99) 歳であった。内訳は精神科病棟入院中が31%, デイケア・デイサービス通所中が24%, 老人ホーム, グループホーム入所中が7%であった。

調査に際して, まず, それぞれの病院・施設に筆頭著者が訪問し, 今回の研究の趣旨を説明し, 施設長からの同意を求めた。同意の得られた病院・施設において, 評定対象となるAD患者を担当する看護職員, 介護職員に対して事前に質問紙の説明をした。その後面接を行い, CSDD 日本語暫定版と同時に, 個人属性, 行動・精神症状を問う質問用紙, N-ADLを含む4枚の質問紙への回答を求めた。なお, 回答に際しては, 評定対象者の担当看護師または介護者と筆頭著者が協議しながら評定することを条件とした。

項目選択で採用されたCSDD 日本語暫定版14項目で「評価不能」, あるいは未回答などの不備が含まれる評定対象者を除き, 最終的に80名(男性21名, 女性59名)の結果を分析対象とした。AD患者の平均年齢は81.70 ($SD = 7.60$: Range = 66–99) 歳であった。病歴が不詳の評価対象者を除いた53名の平均発病経過年は4.24 ($SD = 2.67$: Range = 0–12) 年で, 80名の中核症状(記憶障害, 認知障害)の程度は重度から軽度まで幅広く, 認知症の程度をとらえるMMSE (Mini-Mental State Examination) では1–25点であった。AD以外の診断名がついていた者は, 高血圧が16%, 糖尿病6%であり, うつ病と診断されたことがあるのは8%に過ぎなかった。また, 既婚者48%, 未婚者12%, 死別者24%, 離婚者16%となった。さらに, 再検査信頼性を検討するため, デイケアに通所しているAD患者23名(男性5名, 女性18名)に関わる介護担当者に対し, CSDD 日本語暫定版を1回目の調査から1週間隔で2度実施した。

尚, 今回のCSDD研究は, 他者評価尺度としての検討であるため, プライバシー保護の目的からAD患者本人には面接をおこなわなかった。

②測定尺度

(1) Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) 日本語暫定版

当初, Schreiner et al. (2002) が作成した

CSDD 日本語版を用いる予定であった。CSDD 日本語版は, Alexopoulos et al. (1988) が作成したCSDDを, Schreiner et al. (2002) が日本の脳卒中患者を対象に標準化した尺度である。本研究での使用にあたり, Schreinerとの連絡を粘り強く試みたが, 所在がつかめなかった。そこで, Alexopoulos et al. のCSDD項目とSchreiner et al. のCSDD 日本語版を参考に, 新たに2人の共同研究者で慎重に翻訳作業をおこない, CSDD 日本語暫定版を再度作成した。原版のCSDDは19項目から構成されており, 各項目に対し過去一週間の状態を「a: 評価不能」, 「0: 全くない」, 「1: 少しある」, 「2: かなりある」の4段階で判定するようになっている。

本研究では, CSDD 日本語暫定版を用い, 評価方法は原版のCSDDに準拠した。

(2) 行動・精神症状尺度

認知症のBPSD(行動障害・精神症状)を介護担当者からの情報に基づき評価する行動評価尺度である。Cummings et al. (1994) によって作成されたNPI (Neuropsychiatric Inventory) の日本語版であるNPI-Q (松本ら, 2006) を使用した。実施にあたり, 抑うつ・不快項目を削除した11項目の評定を求めた。回答形式は, 項目毎に, 調査日から1ヶ月間の範囲における出現頻度を5件法(「ない: 0」～「週に4, 5回以上: 4」), 重症度を3件法(「軽度: 1」～「重度: 3」)とし, 各項目得点は, 出現頻度と重症度の積を用いた。

(3) 個人属性

患者のADの発病経過年, 配偶者・子どもの有無, 学歴, 職歴の5項目に対して, 回答可能な範囲で記入を求めた。

(4) N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)

N-ADLは小林ら(1988)が作成した認知症患者の日常生活動作能力評価尺度である。評定にあたっては, 対象者の日常生活動作能力5領域(歩行・起坐, 生活圏, 着脱衣入浴, 摂食, 排泄)を「自立: 10」, 「ほぼ自立: 9」, 「軽度の介助: 7」, 「部分介助(少): 5」, 「部分介助(多): 3」, 「全介助: 1」, 「最重度の全介助: 0」の7段階で評定を求め, 5領域の合計点をADL得点とした。

結果及び考察

①項目選択

まず、CSDD 日本語版暫定版の項目ごとに、「a: 評価不能」数を調べた。評定対象患者の10分の1（11名）以上で「評価不能」となった「不安」「自殺年慮」「自尊心の低下」「悲観的」「気分に基づいた妄想」の5項目を、項目の弁別性という観点から除外し、最終的に14項目とした。以降の分析は、統計パッケージPASW (SPSS) Statistics18を用いた。

CSDD 日本語暫定版の14項目に対して、探索的因子分析（重みなし最小二乗法、直接オブミリン法）をおこなった結果、最終的に全分散の59.3%を説明する2因子7項目が抽出された。表1に最終的な因子分析結果、各因子得点の平均値、標準偏差を示した。

表1 CSDD 日本語改訂版の因子分析の最終結果

	(n = 80)	
	第1因子	第2因子
<u>動機づけの低下</u>		
Q6 遅滞	0.90	0.07
Q11 エネルギーの低下	0.63	0.05
Q9 食欲の低下	0.48	-0.02
Q8 興味の喪失	0.46	-0.10
<u>精神運動性興奮</u>		
Q5 興奮	-0.02	-0.95
Q4 いらいら症状	-0.09	-0.84
Q12 日中の気分変化	0.14	-0.33
寄与率 (%)	38.53	20.72
<i>M</i>	1.55	0.91
<i>SD</i>	1.77	1.54

第1因子には「遅滞」、「興味の喪失」、「食欲の低下」、「エネルギーの低下」の4項目が高い負荷量を示し、第2因子には「いらいら症状」、「興奮」、「日中の気分変化」の3項目が高い負荷量を示した。そこで、第1因子を「動機づけの低下」、第2因子を「精神運動性興奮」と命名した。

ADを除く脳卒中患者101名に対するCSDD日本語版の因子分析結果（Schreiner et al., 2002）では、5因子構造（19項目）が最もあてはまりが良いとされており、本結果とは大きく異なっていた。しかしながら、本研究における評定対象者はAD患者のみである。しかもSchreiner et al.の

研究では、基本的には認知障害のない患者本人による自己評定結果に基づいて因子分析がおこなわれており、本研究のようにAD患者の介護担当者のみによる評定ではない。以上のことから、単純に比較することは困難であると思われる。ただし、本研究の第1因子における「興味の喪失」と「食欲の低下」は、Schreiner et al.の第5因子（3項目：その他「反応の欠如」）に、また第2因子における「いらいら症状」と「興奮」は、Schreiner et al.の第3因子（4項目：その他「不安」「自殺念慮」）に含まれており、わずかながら共通性は認められた。

本研究では、AD患者のみを対象とし、他者評価条件という当初の目的を重視し、抽出された2因子7項目を、本研究におけるCSDD日本語改訂版とし、信頼性、妥当性の検討をおこなった。

②信頼性

信頼性を検討するためCronbachの α 係数を算出した。その結果、「動機づけの低下」因子で $\alpha = 0.71$ 、「精神運動性興奮」因子で $\alpha = 0.73$ 、7項目全体で $\alpha = 0.73$ と、概ね満足のいく値であると判断した。

次に、再検査信頼性を検討するため、1週間隔で2回実施したCSDD日本語改訂版について、下位因子ごとに相関係数を算出した。その結果、「動機づけの低下」因子で $r = 0.74$ ($p < 0.01$)、「精神運動性興奮」因子で $r = 0.74$ ($p < 0.01$)、7項目全体で $r = 0.80$ ($p < 0.01$)とすべてにおいて高い相関を示すことが分かった。今回、1週間隔という比較的短期間で再検査信頼度係数を算出したのは、まず、高齢者の場合短期間で症状が変動する可能性が高いため、尺度そのものの安定性を見るためには、長期間での再検査は適さないと判断したことが挙げられる。また、村上ら（1997）の研究でも、主要5因子性格検査を1週間隔で2度実施し、再検査信頼性を確認していたため、本研究の参考とした。

以上の結果から、CSDD日本語改訂版の内的整合性、再検査信頼性は十分満足のゆく内容であったと言える。

③妥当性

CSDD日本語改訂版得点の基準関連妥当性を検討するため、CSDD日本語改訂版得点と、行動・

表2 動機づけの低下因子得点高群、低群における各項目の平均値とU検定結果 (Z 値)

	高群 (n = 13)		低群 (n = 55)		Z
	Mean	SD	Mean	SD	
妄想	1.69	(3.25)	0.71	(2.18)	0.90
幻覚	0.38	(0.87)	0.07	(0.54)	2.85 **
興奮	4.77	(4.13)	2.45	(4.11)	2.10 *
不安	2.92	(3.62)	1.55	(3.39)	2.20 *
多幸	0.92	(3.33)	0.20	(0.85)	0.36
無関心	2.62	(4.21)	0.00	(0.00)	4.74 **
脱抑制	3.00	(5.20)	0.27	(1.25)	2.78
易刺激性	2.77	(4.66)	1.47	(3.43)	0.96
異常行動	2.77	(5.26)	0.75	(2.03)	0.74
睡眠異常	2.31	(3.28)	1.69	(3.19)	1.42
食行動異常	2.15	(2.76)	0.05	(0.23)	4.09
ADL	25.23	(7.33)	30.49	(13.57)	1.79 **

注) 高群：3点以上、低群：0点

* $p < .05$ ** $p < .01$

精神症状尺度得点、N-ADL 得点との関連性を調べた。

分析では、「動機づけの低下」因子得点、「精神運動性興奮」因子得点、及び全体得点それぞれの平均値、標準偏差から評定対象者を CSDD 得点の高群と低群に分類し、行動・精神症状尺度と N-ADL 得点それぞれで U 検定を行った。高群、低群の分類は平均値 ± 1 標準偏差を基準とし、各々、平均値 + 1 標準偏差以上を高群、平均値 - 1 標準偏差以下を低群とする方法に従った。よって、「動機づけの低下」因子得点の高群は 3 点以上、低群は 0 点 ($M = 0.91$, $SD = 1.54$)、「精神運動性興奮」得点の高群は 4 点以上、低群は 0 点 ($M = 1.55$, $SD = 1.77$) の対象者とした。また、CSDD 日本語改訂版の 7 項目全体での点数の高群は 6 点以上、低群は 0 点 ($M = 2.46$, $SD = 2.67$) とした。まず、「動機づけの低下」因子得点、「精神運動性興奮」因子得点、全体得点各々の高群、低群における他尺度の各項目の平均値と標準偏差を算出すると、平均値、標準偏差ともに 0 となる項目がそれぞれで認められた。そこで、2 群間の差を調べるために Mann-Whitney の U 検定をおこなった。

表 2 に「動機づけの低下」因子得点の高群、低群における他尺度の各項目の平均値 (標準偏差) と U 検定の結果を示す。

U 検定の結果、6 項目で有意な群間差がみられた。幻覚、興奮、不安、無関心、脱抑制、食行動異常は高群で得点が高かった。この結果から、「動機づけの低下」因子得点が高い者は低い者に比べ、食事や日々の活動など日常生活への動機づけが低く不安感をもちやすい、また幻覚興奮や脱抑制がみられやすいことも分かった。

次に、「精神運動性興奮」因子得点の高群、低群における各項目の平均値 (標準偏差) と U 検定の結果を表 3 に示す。3 項目で有意な群間差があり、興奮、脱抑制、易刺激性は高群で得点が高かった。このように、「精神運動性興奮」因子得点が高い者は低い者に比べ、より衝動的に行動し、急激な気分変化や興奮がみられやすいことが分かった。

最後に、全体得点の高群、低群における他尺度の各項目の平均値 (標準偏差) と U 検定の結果を表 4 に示す。8 項目で有意な群間差があり、妄想、幻覚、興奮、無関心、脱抑制、易刺激性、食行動異常は高群の方が高く、ADL のみ低群の方が高かった。

この結果は、Rosenberg et al. の示した抑うつを併発した AD の行動的、精神的特徴であるイライラ症状、動機づけの低下、興奮、妄想、幻覚と一致した内容である。

表3 精神運動性興奮因子得点高群、低群における各項目の平均値とU検定結果 (Z値)

	高群 (n = 17)		低群 (n = 38)		Z	
	Mean	SD	Mean	SD		
妄想	2.06	(3.72)	0.34	(1.36)	1.92	
幻覚	0.47	(1.07)	0.32	(1.44)	1.87	
興奮	7.41	(3.87)	0.92	(2.80)	5.82	**
不安	1.24	(3.53)	1.58	(3.35)	1.35	
多幸	0.00	(0.00)	0.18	(0.80)	0.96	
無関心	0.88	(2.96)	0.05	(0.32)	1.41	
脱抑制	2.77	(4.41)	0.08	(0.49)	3.40	**
易刺激性	5.29	(5.19)	0.00	(0.00)	5.15	**
異常行動	2.59	(4.53)	0.66	(1.88)	1.25	
睡眠異常	3.47	(4.49)	1.90	(3.24)	1.27	
食行動異常	0.71	(1.72)	0.18	(0.69)	0.87	
ADL	25.24	(12.05)	31.79	(12.18)	1.87	

注) 高群：4点以上、低群：0点

** $p < .01$

表4 全体得点因子得点高群、低群における各項目の平均値とU検定結果 (Z値)

	高群 (n = 17)		低群 (n = 38)		Z	
	Mean	SD	Mean	SD		
妄想	3.00	(4.00)	0.16	(0.52)	3.01	**
幻覚	0.54	(0.97)	0.00	(0.00)	2.74	**
興奮	7.00	(2.58)	1.13	(3.07)	4.47	**
不安	2.23	(3.79)	1.29	(3.11)	0.91	
多幸	0.92	(3.33)	0.23	(0.88)	0.21	
無関心	1.85	(3.98)	0.00	(0.00)	2.74	**
脱抑制	3.62	(5.28)	0.10	(0.54)	2.66	**
易刺激性	3.85	(4.72)	0.00	(0.00)	3.62	**
異常行動	3.38	(5.38)	0.81	(2.06)	0.40	
睡眠異常	2.69	(3.20)	1.68	(2.98)	1.32	
食行動異常	1.85	(2.76)	0.10	(0.30)	2.51	*
ADL	26.85	(6.04)	33.16	(12.35)	2.19	*

注) 高群：6点以上、低群：0点

* $p < .05$

** $p < .01$

以上のように(表2～4)、CSDD日本語改訂版全体得点が高い者ほど妄想や幻覚などの精神症状、興奮や脱抑制等の問題行動を示しやすく、さらに、全体得点が高い者ほどADLの低下と密接であることが確認された。Starkstein et al.の指摘した抑うつ症状を合併したAD患者でみられたADLの低下、さらには、Rosenberg et al.の指摘した抑うつ症状の合併による多彩な行動的、

精神的症状などから、本結果は、CSDD日本語改訂版の基準関連の妥当性を十分に示す内容であると判断できる。

まとめ

本研究では、AD患者に対してCSDD日本語暫定版を用いて抑うつ評価を行い、その信頼性と妥当性を検討した。因子分析により「動機づけの

低下」「精神運動性興奮」の2因子7項目が抽出された。この2因子7項目の内容は Rosenberg et al. の示した抑うつを併発した AD 患者の共通症状と大きく重なり、それぞれ高い内的整合性と再検査信頼性が得られた。またこの7項目は DSM-IV-TR の大うつ病エピソードの9項目中4項目が当てはまった。そこで、この2因子7項目を CSDD 日本語改訂版として、最終的な妥当性確認をおこなった。

CSDD 日本語改訂版の各因子及び7項目全体得点の高群、低群で、行動・精神症状尺度得点、N-ADL 得点の違いをみることによって、基準関連妥当性を検討した。その結果、妄想、幻覚、興奮、無関心、脱抑制、易刺激性、食行動異常、ADL 得点などにおいて有意差がみられた。これらの結果は、Rosenberg et al. や Starkstein et al. の指摘した抑うつを併発した AD 患者の行動的、精神的特徴とほぼ一致していることから、CSDD 日本語改訂版の基準関連妥当性が確認できたと判断した。

以上より、CSDD 日本語改訂版は7項目ながら、認知症の経過年数に影響されず、AD 患者に合併する抑うつを簡便に評価できる有用な尺度であると言える。

本研究の限界と課題

今回、CSDD 日本語改訂版の信頼性と妥当性を確認したが、得られたデータが少数であり、また評価不能となる患者の背景など未だ不明な部分は残されている。従って、本尺度の使用に関しては、医師や介護者との密接な連携のもとで慎重におこなわれるなど、一定の注意が必要である。

臨床的な有用性を一層高めるためには、さらなるデータの蓄積と標準化のくり返し作業が必要である。将来的には、入院、または施設入所・通所している AD 患者だけでなく、外来の AD 患者に対してもデータを収集するなどして分析をおこなうことも考えられる。

とは言え、CSDD 日本語改訂版を有効に使用することで、早期の抑うつ評価が可能となり、二次的な認知障害の進行や生活機能の低下、さらには行動的、精神的二次障害を抑えると同時に、介護者の負担軽減をすることも期待できる。今後も認

知症患者の抑うつ評価に役立つよう、CSDD 日本語改訂版の研究を継続したい。

《付記》

本論文は、2010年度九州ルーテル学院大学大学院人文学研究科障害心理学専攻に提出した修士論文の一部に加筆、修正を加えたものである。データ収集に快くご協力いただいた、病院長、施設長、また評定にご参加いただいた看護師、介護士の皆様に心より感謝申し上げます。

文 献

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Shamoian CA (1988) : Cornell Scale for Depression in Dementia. *Society of Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- American Psychiatric Association (2002/2009) : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳) 76-77, 137-144.
- Asberg M, Montgomery C, Periss C, Schalling D, Sedvall G (1978) : A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 271, 5-27.
- 栗田主一 (2008) : もの忘れ外来—認知症を生きる高齢者のこころを診る こころの科学, 138, 16-21.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL (1982) : Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-44.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. (1994) : The Neuropsychiatric Inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- 博野信次 (2003) : Neuropsychiatric Inventory (NPI) 日本臨床, 61, 154-158.
- 池田学 (2009) : 老年期うつ病—認知症との関係を中心に. 神庭重信, 黒木俊秀 (編) 現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法 創元社
- Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, et al. (2004) : Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 75, 146-148.
- 石本隆広, 田村義之, 高崎英気, 阪本一剛, 稲葉央子, 千葉茂 (2007) : 4 大認知症疾患の神経心理学的所見 精神科治療学, 22, 1405-1411.
- Janzing JG, Hooijer C, van't Hof MA, et al. (2002) : Depression in subjects with and without dementia: A comparison using GMS-AGECAT.

- International journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1-5
- 城野匡, 池田学 (2008) : 高齢者のうつ病とアパシー
老年精神医学雑誌, 19, 420-427.
- 小林敏子, 播口之朗, 西村健, 他 (1988) : 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.
- 国際老年精神医学会 (2005) : BPSD 痴呆の行動と心
理症状 日本老年精神医学会 (監訳) 28-30.
- 厚生労働省 (2010) : 国民生活基礎調査 平成19年 国
民生活基礎調査の概況 要介護者等の状況 [http://
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/
k-tyosa07/4-2.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa07/4-2.html).
- 松本直美, 池田学, 福原竜治, 他 (2006) : 日本語版
NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討 脳神経,
58, 785-790.
- 村上宣寛, 村上千恵子 (1997) : 主要5因子性格検査の
尺度構成 性格心理学研究, 6 (1), 29-39.
- 内閣府 (2010) : 平成22年版高齢社会白書 [http://
www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/
gaiyou/pdf/1s1s.pdf](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/gaiyou/pdf/1s1s.pdf).
- Rosenberg PB, Lyketsos CG (2006) : Depression in
Alzheimer's Disease. Evans DL, Charney DS,
Lewis L (Eds) *The Physician's Guide to
Depression & Bipolar Disorders*. New York,
Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid,
Mexico city, Milan, New Delhi, San Juan, Seoul,
Singapore, Sydney, Toronto : Medical Publishing
Division, 303-332.
- Schreiner AS, Morimoto T (2002) : Factor
structure of the Cornell Scale for Depression in
Dementia among Japanese poststroke patients.
International Journal of Geriatric Psychiatry, 17, 715
-722.
- Schreiner AS, Hayakawa H, Morimoto T, Kakuma T
(2003) : Screening for late life depression: cut-
off scores for the Geriatric Depression Scale and
the Cornell Scale for Depression in Dementia
among Japanese subjects. *International Journal of
Geriatric Psychiatry*, 18, 498-505.
- 繁田雅弘 (2003) : アルツハイマー型痴呆 症候学序論
東京保健科学学会雑誌, 6, 231-237.
- Starkstein SE, Mizrahi R, Power BD (2008) :
Depression in Alzheimer's disease :
Phenomenology, clinical correlates and
treatment. *Interpersonal Review of Psychiatry*, 20,
382-388.
- 楯林義孝 (2008) : 認知症とうつ病 老年精神医学雑
誌, 19, 414-419.
- Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, et al.
(2003) : A collaborative study of the emergence
and clinical features of the major depressive
syndrome of Alzheimer's disease. *American
Journal of Psychiatry*, 160, 857-866.

(2011. 2. 18 受稿, 2011. 3. 17 受理)

Measurement property of Japanese revised version of CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia): an empirical study for Japanese patients with Alzheimer's disease

Risa TSUTSUMIDA & Keiichiro ADACHI

This study was proposed to examine the reliability and validity of Japanese revised version of CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) and discuss about the measurement property in Japanese patients with Alzheimer's disease (AD). Caregivers of 80 AD patients (male = 21, female = 59; Mean age = 81.7 ± 7.6) completed the questionnaire set, including Japanese tentative version of CSDD, demographics, ADL, and psychological symptoms in an interview setting. Main results are as follows,

- 1) Two factors (7 items) of the Japanese revised version of CSDD were identified.
- 2) The Japanese revised version of CSDD had good internal consistency ($\alpha = 0.73$) and test-retest reliability ($r = 0.80$).
- 3) As mentioned in some previous researches, high CSDD patients presented higher scores than low CSDD patients on Agitation, Disinhibition, Irritability, Appetite/Eating disturbances, Delusions, and Hallucinations significantly.
- 4) Low CSDD patients presented significantly higher ADL score than high CSDD patients.

These results suggested that Japanese revised version of CSDD had good reliability and validity to assess comorbid depression in Japanese AD patients.

Key words: Japanese revised version of CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia), reliability, validity, Alzheimer's disease, depression