

知的障害者用認知症判別尺度日本語版(DSQIID)の 信頼性・妥当性の検証

木下大生¹

有賀道生² 上原徹³ 村岡美幸¹ 井沢邦英² 志賀利一¹

【要旨】本研究の目的は、Debら¹⁾によって開発された知的障害者用認知症判別尺度、Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQIID)の日本語版の信頼性・妥当性の検証である。方法は、医師により認知症と診断された知的障害者40人(ave.64.2歳, sd.±9.5, med.62.0, 男性57.5%, 女性42.5%, 障害の程度: 重度70.0%, 重度以外30.0%)に対して、原版の条件に則した支援員等2人にDSQIIDの試行を2回依頼した。その結果、評定者2人の調査対象への2回の調査の一致率は、1回目が34.0%~98.1%(ave.76.1, sd.±12.6, med.76.5), 2回目が50.0%~100.0%(ave.76.0, sd.±11.8, med.75.5)であった。Test-retestの結果は、一致率49.1%~100.0%(ave.85.4, sd.±11.3, med.86.8), 各調査項目の一致率は、76.3%~95.0%(ave.85.8, sd.±4.8, med.85.0)であり、評定者間、Test-retestとも高い一致率ならびに信頼性が認められた。妥当性については、DSQIIDでの認知症検出率を算出した結果、調査対象1人につき計4回調査をした結果、100.0%検出されたのが60.0%, 75.0%が17.5%, 全く検出できなかったのが10.0%という結果であった。今回の研究では十分な数値であったといえるが、より精度を高めるため別視点からの検証も必要であると考えられる。

【キーワード】知的障害者 認知症 評価尺度 信頼性 妥当性

I. 背景

わが国では、知的障害者援護施設入所者のうち、60歳以上の入所者の割合が1980年には1.7%であったのに対し、2000年には8.8%、2006年には9.9%、2008年には11.2%と確実に知的障害者の高齢化が進行しているⁱ。知的障害者の高齢化の問題については、1990年代半ばより日本でも関心が高まってきているⁱⁱ。とはいえ、知的障害者は一般より若い年齢で認知症に罹病することが多く報告されているものの²⁾³⁾、日本においては高齢知的障害者について認知症に罹病した知的障害者の発見や支援に焦点化した研究は散見するにすぎないⁱⁱⁱ。

一方諸外国においては知的障害者の認知症への関心は高く、国際知的障害者研究協会(IASSID)が、1995年に指針 Practice Guidelines for the Clinical Assessment and Care Management of Alzheimer and other Dementias among Adults with Mental Retardation を発信し^{iv}、その後特別研究チームによる報告書をまとめている。また、知的障害者用の認知症スクリーニングスケールが多く開発され、すでに実用化されている。

健常者用の認知症アセスメントツールは、認知症に罹病する前の記憶力や知能レベルがある一定以上であることが前提となるため、知的障害者には適していない⁴⁾。しかし知的障害者、特にダウン症の認知症の罹病率は健常者より高く、また年齢もより若い段階で発症することが報告されている。そのためイギリスやアメリカ等海外において知的障害者用に認知症を判別する尺度やテストが開発されてきた^v。

現在最も広く使われているのは The Dementia Scale for Down Syndrome(DSDS)^{vi}、The Dementia questionnaire for persons with Mental Retardation(DMR)^{vii}の2スケールである。この2つのスケールは、それぞれ日本語版の開発が試みられてはいるものの、両スケールとも現時点では日本

1 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部

2 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所

3 群馬大学

語版の信頼性・妥当性の検証が終了しておらず、実用化には至っていない。また両スケールともいくつかの課題が指摘されている^{vii}。

そこで、これまでのスクリーニングスケールの課題の克服を目指し、Debら¹⁾によって開発されたDSQIIDの日本語版を作成し日本においての実用化を目指すこととした。DSQIIDを取り上げる理由は6点、①原著者によりすでに信頼性妥当性の検証がなされていること、②開発からまだ日は浅いとはいえ現段階では課題が指摘されていないこと、③日本語版の作成が試みられていないこと、④観察者による行動評定尺度であるため調査対象に負担をかけないこと、⑤専門家に依らず家族や本人をよく知る支援者によって簡単に調査ができること、⑥1回の調査で診断が可能であること、があげられる。

II. DSQIID について

DSQIIDは、Debら¹⁾によって開発された知的障害者用認知症判別尺度である。評価方法は、支援を通して調査対象者をよく知る観察者がつける行動評価尺度である。DSQIIDは3部、56の質問項目で構成されている。これら質問項目は、「記憶力の低下」、「混乱」、「生活力の低下」、「社会性の低下」、「行動の変化」、「精神症状」、「身体症状」、「睡眠障害」、「言語の異常」に対応しているとされている。

第1部では、調査対象者が能力を最大限に発揮した場合にできる、もしくはできていた会話と日常生活動作について問う。これはフェイスシートの延長であり、認知症検証のための項目ではなく、得点には含めない。

第2部は、43の質問項目から構成されている。これらは4件法、すなわち「元々そうである」「元々そうであったがより低下(悪化)した」「新しい兆候である」「該当しない」の回答形式になっている^{ix}。

第3部は、10の項目から構成されている。これらは2件法、「はい」「いいえ」の回答形式になっており、内容は過去と比較したもの、例えば「より話さなくなった」「動作が遅くなってきた」、となっている。採点の方式は部によって異なる。第2部は、「元々そうであったがより低下(悪化)した」「新しい兆候である」が1点、「元々そうである」「該当しない」が0点とする。第3部は「はい」が1点、「いいえ」が0点とする。認知症罹病の判断基準は、第2部、第3部を点数化した数字を合計し、20点以上が認知症と診断される。

III. 目的

本研究の目的は、知的障害者用認知症判別尺度、DSQIIDの日本語版の信頼性(評定者間・test-retest)妥当性(基準関連妥当性)を検証し、DSQIIDの日本での実用化の可能性を検討することが目的である。

IV. 方法

信頼性と妥当性の検証を行うために、2010年に作成した日本語版DSQIIDを、医師に認知症と診断された知的障害者が入所する施設^xにおいて施行してもらった。ただし、上記の条件にあてはまる調査対象を選定するために、まず1次調査を行い、その結果から調査対象を選定し、2次調査を行った。それぞれの調査の手続きは以下の通りである。

1. 1次調査

(1)調査目的

知的障害者で認知症を患っている人の実態を把握することを目的とする。

(2)調査対象

『平成19年度社会福祉施設等名簿』(厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課編)を台帳に使用し、掲載されている全障害者支援施設1,423施設(知的障害者入所授産施設206施設、知的障害者入所更生施設1,217)を対象とした。

(3)方法

自記式調査を往復はがきで行った。

(4)質問項目

「入所利用者数」、「知的障害で認知症罹病者数(医師に認知症と診断されている者)」、「知的障害者で認知症の疑いがある者の数(医師の診断はないが認知症様周辺症状がある者)」、「2次調査の協力の可否」とした。

(5)調査期間

2010年10月1日～10月15日。

(6)回収票数

946施設(回収率66.5%)であった。

2. 2次調査

(1)調査目的

DSQIIDの信頼性・妥当性を検証することを目的とする。

(2)調査対象

1次調査で、知的障害者でかつ医師に認知症と診断されている人が入所している施設で、2次調査の協力が可能と回答があった施設とした。

(3)方法

原版の方法に則り、知的障害者で認知症と診断されている人をよく知る支援員[※]2人に、DSQIIDを郵送しお互いに相談をしないでDSQIIDを2回ずつ試行してもらった。1回目の調査結果が返送され次第すぐに2回目のDSQIIDを郵送し、2回目の調査を1回目と同様に、2人の調査者間で相談をせず、また1回目の調査の結果も参考にしない、という条件で試行してもらった。

(4)調査期間

1回目の調査は2011年2月10日～2月28日とした。1回目の調査結果が返送され次第、2回

目の調査票を、調査票返送期間を2週間以内と設定して郵送した。

(5)回収票数

1回目の調査は121人分の調査票が、2回目は91人分の調査票が返送されたが、今回の分析対象は40人を選定した。

V. 倫理的配慮

1次調査についての倫理的配慮は、回答内容は全て統計的に処理し、個々の回答が公表されることはないこと、回答について調査の目的以外で使用することがないことを調査票に記載した。

2次調査では、回答内容は全て統計的に処理し、個々の回答が公表されることがないこと、回答についての調査の目的以外で使用することがないことが記載された同意書を対象者が入所する施設長あてに送付した。

一方、調査者には、調査を行うに当たり知りえた調査対象者に関する個人情報の秘密保持、DSQIIDの内容や項目を許可なく他言しないことが記載された誓約書に署名し返送してもらった。

VI. 分析対象の選定

今回、最終的に分析対象としたのは、①医師から認知症との診断があること、②2人の支援者の2回分の調査票が揃っていること、③②のいずれの調査票の53項目においても3項目以上欠損値がないもの、の3つの条件全てを満たすものとした。結果40人が分析の対象となった。分析対象の選定までは以下の手順を踏んだ。

1次調査では、307施設が2次調査の協力が可能と回答したが、うち知的障害者で認知症と診断を受けている入所者、もしくは医師の診断はないが認知症様周辺症状がある者が入所している施設は72施設、190人であったため、190人を2次調査の対象とした。

1回目の調査で返信があった121人の中で、2回目の調査が調査者2人分、つまり1人の調査対象に対して4つの調査票がそろったのが91人であった。

ここまでは、原版の研究の方法に則り医師から認知症診断を受けた者と診断はないが認知症様の周辺症状がある者に調査対象を絞っていたが、基準関連妥当性の検証をより精緻にするため、今回は医師から認知症と診断された者のみを分析対象とした。その結果、調査対象は42人となった。また53項目の調査項目で未記入等の欠損値が、3つ以上ある調査票2組を除き調査対象者40人、調査者80人のデータを分析した。

VII. 結果

1. 調査対象の基本属性

分析対象とした調査対象者の年齢は45歳～83歳(ave.64.2歳, sd.±9.5, med.62.0), 性別は、男性23人(57.5%), 女性17人(42.5%)であった。障害の程度は、重度28人(70.0%), 重度以外が12人(30.0%)であった。障害種別は、ダウン症18人(45.0%), ダウン症以外が22人(55.0%)であった^註。認知症の診断名は、「アルツハイマー型認知症」22人(55.0%), 「認知症」14人(35.0%), 「脳梗塞後後遺症による認知症」2人(5.0%), 「ピック病」1人(2.5%), 「脳委縮」1人(2.5%)であった。

なお、調査対象者の現在の、もしくは過去にさかのぼって見た際の会話と日常生活動作の状況は以下の通りであった。

会話は、「話したいことを相手が理解できるように伝えることができる」9人(22.5%)、「短文で話すことができる」19人(47.5%)、「いくつかの単語のみを話すことができる」7人(17.5%)、「ほとんど話すことはできないが、身振り手振りでの意思疎通が可能」2人(5.0%)、「話すことも身ぶり手ぶりでの意思表示もできない」3人(7.5%)であった。

日常生活動作は、「少しの介助で独居が可能である」4人(10.0%)、「独居可能だが多くの介助を必要とする」3人(7.5%)、「独居はできないが、日常生活動作の介助は少なくてよい」13人(32.5%)、「独居は不可能で、日常生活においても多大な支援が必要である」20人(50.0%)であった。

なお現在の居住については、今回調査依頼をしたのが全て入所型の障害者支援施設であったため、調査対象者の居住は「24時間看護や介護体制が整っている入所施設」が37人(92.5%)、「その他」が3人(7.5%)であった。

2. 評定者間一致率

評定者2人の調査対象への2回の調査、調査対象40人分の一致率をみた。結果、1回目の調査の一致率は34.0%~98.1%(ave.76.1, sd.±12.6, med.76.5)、2回目の調査の一致率は、50.0%~100.0%(ave.76.0, sd.±11.8, med.75.5)であった。

評定者2人の調査者への2回の調査の各項目の調査対象40人分の一致率をみた。その結果、各項目間の1回目の一致率は、62.5%~92.5%(ave.75.5, sd.±7.3, med.74.7)、各項目の2回目の調査の一致率は、55.0%~90.0%(ave.73.4, sd.±8.5, med.74.4)であった。

3. Test-retest 一致率

各調査者80人の1回目と2回目のDSQIIDの一致率を求めた。その結果、各調査者の1回目と2回目の調査の一致率は49.1%~100.0%(ave.85.4, sd.±11.3, med.86.8)であった。各調査項目の2回の調査の一致率は、76.3%~95.0%(ave.85.8, sd.±4.8, med.85.0)であった。

4. 内的整合性

DSQIIDの53項目におけるCronbach α 係数は0.97であった。

5. 基準関連妥当性

先述したとおり、日本には信頼性・妥当性が検証され、実用化されている知的障害者用の認知症判別尺度が存在しない。したがって、DSQIIDの妥当性の検証は医師に認知症と診断された人に対して、DSQIIDを施行した場合の認知症判定の割合を算出した。

先述したとおり、調査対象40人で、1人の調査対象者に対して2人の調査者に2回DSQIIDを施行してもらった結果を40件として分析対象とした。1人の調査対象者に対して2人の調査者が2回調査、合計4回調査を施行しているため、その4回の調査のうち20点をこえた回数を、認知症を検出できた割合として算出した。

結果、4つの調査とも20点を上回ったのは24件(60.0%)、3つの調査が20点を上回ったのが7

件 (17.5%), 2つの調査とも0が5件 (12.5%), 1つの調査のみが0件 (0.0%), 1つの調査も 20 点をこえなかったのが4件 (10.0%)であった。

表 2 医師と DSQIID の認知症診断のケースの一致率 単位:件 (%) (N=40)

4 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 100.0%)	24 (60.0)
3 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 75.0%)	7 (17.5)
2 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 50.0%)	5 (12.5)
1 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 25.0%)	0 (0.0)
20 点をこえた調査がなかったもの(検出率 0.0%)	4 (10.0)
合計	40 (100.0)

6. 医師の診断と DSQIID の結果が合致しなかったケースの詳細

1人の調査対象に対する4回の調査のうち2つの調査が 20 点をこえず, DSQIID の調査で5割の割合で認知症と診断されなかったのが5件, 4回の調査中1回も 20 点をこえず, 認知症と診断されなかったのが4件あった。

それぞれの内容の詳細をみると, 4回の調査中2回 20 点をこえなかった5件のうち, 4件が同一の調査者の調査が2回とも 20 点をこえないという結果であった。つまり, もう一方の調査者は2回の調査で2回とも 20 点をこえていた。

4回の調査のうち, 2人の調査者の調査が2回とも 20 点をこえなかった4件あった。うち2件が同じ調査者の組み合わせであった。

表1 DSQIID 各項目の Test-retest および評定者間調査の一致率

	Test-retest t 一致率 (n=80)	評定者 間 1 (n=40)	評定者 間 2 (n=40)	
1.	介助なしには身体を洗ったり、入浴することができない	88.8	83.8	85.0
2.	介助なしには着替えができない	86.3	81.3	80.0
3.	きちんと服を着られない (例：後ろ前に着る、不完全)	85.0	82.5	82.5
4.	服を脱いでしまう (例：公共の場で)	92.5	85.0	85.0
5.	食事に介助を要する	87.5	77.5	75.0
6.	排泄に介助を要する	92.4	84.8	82.5
7.	失禁をする (時々、まれに、含む)	85.0	82.5	75.0
8.	率先して会話をしない	82.5	77.5	82.5
9.	言葉を思い出せない	78.8	68.8	70.0
10.	簡単な指示が理解できない	88.6	69.6	65.0
11.	同時に2つ以上の指示が理解できない	79.7	67.1	62.5
12.	作業の途中で手を止めてしまう	88.8	78.8	75.0
13.	読むことができない	89.9	72.2	66.7
14.	書くことができない (自分の名前を書くことも含む)	88.8	78.8	77.5
15.	睡眠のパターンが変わった (より寝るようになった。寝る時間が減った)	84.8	65.8	55.0
16.	夜に頻繁に起きている (昼夜逆転する)	83.5	75.9	75.0
17.	夜になると混乱する	86.3	80.0	80.0
18.	日中寝ている	85.0	80.0	75.0
19.	夜に歩き回る	82.1	69.2	71.1
20.	慣れた道で迷う	84.8	74.7	74.4
21.	歩き回る (徘徊する)	88.3	68.8	73.7
22.	時間の感覚を失う (日中の時間、曜日、季節)	88.8	66.3	60.0
23.	道のひびや、地面の溝、でこぼこ道を自信を持って歩くことができない	76.3	62.5	65.0
24.	歩行が不安定、バランスを崩す	82.5	73.8	70.0
25.	介助がなくては歩くことができない	85.0	76.3	72.5
26.	親しい人を認識できない (スタッフ / 関係者)	82.5	82.5	80.0
27.	親しい人の名前を覚えていられない	83.8	73.8	67.5
28.	最近の出来事を覚えていられない	77.5	72.5	75.0
29.	社会的活動に参加しない	83.8	72.5	77.5
30.	人と接触を持たない	83.8	78.8	82.5
31.	趣味や活動に興味がなくなった	87.5	83.8	77.5
32.	一人の世界にふけている	82.5	75.0	77.5
33.	強迫的観念、情動的行為、反復的行為がみられる	87.5	70.0	70.0
34.	物を隠したり、内緒で溜め込んでいる	80.0	70.0	62.5
35.	物をなくす	81.3	63.8	62.5
36.	いつもの場所へ物をしまうことができない	78.8	67.5	65.0
37.	慣れた道具で何をしてよいかわからない	88.8	72.5	67.5
38.	落ち着きがない	86.3	73.8	72.5
39.	悲観的になったり心配性になったりする	85.0	62.5	60.0
40.	抑うつ的である	80.0	68.8	70.0
41.	攻撃的になる (言動的にも、行動的にも)	88.6	75.9	72.5
42.	発作/ てんかん	95.0	92.5	90.0
43.	独語がある	78.8	68.8	60.0
44.	何かしらのスキルを失った (例：歯をみがく)	90.0	87.5	85.0
45.	話す (意思表示する) ことが少なくなった	91.3	83.8	85.0
46.	全般的に疲れてみえる	87.5	80.0	82.5
47.	涙もろくなったり、取り乱しやすくなってきた	85.0	63.8	62.5
48.	動作が遅くなってきた	91.3	87.5	87.5
49.	話し方が遅くなってきた	81.3	70.0	72.5
50.	より不精になってきた	88.6	74.7	66.7
51.	歩くのが遅くなってきた	92.5	83.8	75.0
52.	全般的に忘れっぽくなってきた	94.9	87.3	87.5
53.	全般的に混乱しやすくなってきた	91.1	72.2	62.5

Ⅷ. 考察

今回1人の調査対象者に対して2人の調査者に2回DSQIIDを施行してもらった。その結果、評定者間の一致率は1回目2回目とも非常に高い値が認められた。また各項目においても評定者間の一致率は高かったといえる。

Test-retestについても1回目の調査と2回目の調査とも一致率は高かった。また各項目においても高い一致率が認められた。今回の調査で、DSQIID日本語版の信頼性は十分であることが確認できた。

妥当性については、既に医師より認知症と診断されている知的障害者1人に対して、2人の調査者が2回ずつDSQIIDを施行し、その結果が認知症の基準となる20点を上回る割合をみた。その結果4回中4回もしくは3回が20点をこえ、医師との診断との一致率が75.0%以上であった件数が40件中31件(77.5%)と高い割合を示した。DSQIIDの認知症の検出率の高いものであった。4回の調査中2回20点をこえなかった5件のうち、4件が同一の調査者が2回の調査において20点をこえなかった。この結果については、2回とも認知症診断の基準となる20点をこえなかった調査者が、調査対象者が認知症に罹病する前と後の比較でDSQIIDを施行することが伝わっていなかった、もしくは罹病前と後の変化を把握していないための結果であったのではないかと考えられる。

4回の調査中4回とも20点をこえなかった4件のうち、2件が同一調査者の組み合わせであった。考えられることは、やはり前と後の比較でDSQIIDを施行することが伝わっていない、もしくは罹病前と後の変化を把握していないための結果であったのではないかと考えられる。これについては、今後調査者へDSQIIDの施行方法についてより厳密な説明をすることで克服できるのではないかと考えられる。

Ⅸ. 今後の課題と展望

課題は妥当性のより精密な検証である。今回は、医師が認知症と診断した知的障害者に対して2人の調査者が2回、合計4回DSQIIDを施行し、認知症と判定がでる割合を一致率としてみた。今後は統制群を設置し、感度(sensitivity)と特異度(specificity)をみることにより、DSQIIDの妥当性の検証を進める。

注

- i 厚生統計協会『国民の福祉の動向 2008年第55巻第12号』2008年p276,『国民の福祉の動向 Vol.57 No11.2010/2011』2010年p294の表より筆者が算出。
- ii 例えば、『障害者問題研究』1999年Vol.27.No3,『発達障害者研究』2002年第24巻第2号,『Support』2009年11月No634,等があげられる。また2000年には厚生労働省が「知的障害者の高齢化対策検討会」を立ち上げ報告書をまとめるなど内容は、大枠で①地域生活支援について、②知的障害者施設における高齢化への対応について、③高齢者施策の活用と連携について、の3点にまとめられている。
- iii 三谷ら⁵⁾の高齢知的障害者の認知症対策などまだ手のついていない分野の充実が求められ、知的障害者の認知症に対する研究の必要性があることの指摘がある。
- iv なおこの指針は植田⁶⁾によって行われている。
- v 神経心理学的アセスメントと一般的な知的障害者用認知症評価尺度については Karen Dodd, Sabyasachi Bhaumik, Susan M. Benbow et al.: Dementia and people with Learning

Disabilities-Guidance on the assessment, diagnosis, treatment and support of people with learning disabilities who develop dementia, British Psychological Society (2009) の 23-29 ページにおいて詳しい。

- vi DSDS は, Gedye⁷⁾らによって, ダウン症の方の認知症の診断を行うスケールとして開発された. 小島ら⁸⁾は DSDS の日本への適用を試みており, その中で Gedye らが開発した DSDS の特徴を次の 5 点にあるとしている. ①資料提供者からの情報を利用し評価を行う. ②認知症による能力の変化と, 認知症に罹患する前の被験者の特徴を区別し回答する. ③被験者の認知症に罹患する前の状態と現状とを比較しながら評価を行う. ④認知症の診断時に他に可能性のある診断についてスクリーニングを行う. ⑤診断を継続して行っていくことにある. また, DSDS は, 認知症なしから最後期段階までの 5 段階の診断が可能なスケールとされている.
- vii DSDS については平成 13 年~16 年度文部科学省科学研究補助金基礎研究において, 菅野らが『知的障害者の痴呆早期診断システムと治療教育プログラムの開発に関する心理学的研究』, DMR は 2009 年度厚生科学研究費において『知的障害者用認知症スクリーニング尺度の標準化』の研究としてそれぞれ日本語版の作成を試みている.
- viii DSDS のテスト施行は心理学者に限定されており, 誰でも使用できる手軽さがない. 一方 DMR は, 特に使用者を選ばず, 調査対象者を数年よく知る人であれば家族でも支援者でも利用することは可能であるが, これまでの検証から, 精神科医や心理士による診断とあまり一致せず⁹⁾, 妥当性に課題があることや, 何度かのアセスメントによらないと認知症の判断ができないとされている¹⁰⁾. また, DSDS はカットオフ値が定まらないこと, DMR は知的障害のレベルによってカットオフ値を変えなければならない, と両スケールともカットオフ値に課題があることが指摘されている¹⁾.
- ix これは従来 of 知的障害者用認知症判別尺度で採用されていた, 現在の状況のみを把握しようとして認知症による行動等の変化に着眼しようとしないう質問形式や得点方法によって引き起こされていた天井効果やフロア効果を克服するために Deb らによって考案された¹⁾.
- x なお, 設定した条件とは, 「医師に認知症と診断された施設利用者がいること」である. これは, 外部基準を医師の認知症診断とし, 基準関連妥当性を検証するための条件である. つまり本来なら, 近似した尺度との相関をみて併存妥当性を検証するが, 日本には信頼性と妥当性を検証された知的障害者用の認知症判別尺度が存在しない. したがって, 医師が認知症と診断したことを基準とし, その対象者に DSQIID を試行してもらい, その結果と比較する基準関連妥当性で妥当性を検証することとした.
- xi 原版には, 「調査対象をよく知る支援員 (少なくとも半年以上)」で「調査対象者の変化の経過を知っていること」という要件で調査者を選定するとしていた. これに準じてより調査に正確をきたすために「調査対象を少なくとも 2 年以上知る支援員」という条件で調査の依頼をした.
- xii 「重度」, 「重度以外」の区分けは, 療育手帳の等級を基にした. 療育手帳は自治体毎に異なるが, 大別すると 4 区分 (最重度, 重度, 中度, 軽度) と 2 区分 (重度, 重度以外) となる. したがってここでは 2 区分に合わせ, 4 区分等級の療育手帳で区分されている

場合には「最重度」「重度」を「重度」, 「中度」「軽度」を「重度以外」と区分した.

文献

- 1) SHUMITRO DEB: MONIKA HARE, LINDSAY ORIOR, Sabyasachi Bhaumik, Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities, BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 190, pp440-444. (2007).
- 2) Krystyna Wisniewski and A. Lewis Hill: Clinical Aspects of Dementia in Mental Retardation and Developmental Disabilities. (1985).
- 3) Strydom A, Hassiotis A, King M, Livingston G: The relationship of dementia prevalence in older adults with intellectual disability (ID) to age and severity of ID. Psychology Medicine Jan 39(1):13-21. Epub, 2008, Apr 15. (2008).
- 4) Karen Dodd, Sabyasachi Bhaumik, Susan M. Benbow et al.: Dementia and people with Learning Disabilities—Guidance on the assessment, diagnosis, treatment and support of people with learning disabilities who develop dementia, British Psychological Society (2009).
- 5) 三谷嘉明編著: 発達障害をもつ高齢者と QOL 21 世紀の福祉を目指して, 明治図書, 東京 (1994).
- 6) 植田章: アルツハイマーや他の認知所を伴う高齢知的障害者のアセスメントの指針, 社会福祉学部論集, 第2号: 1-13 (2006).
- 7) Gedye A: Dementia Scale for Down Syndrome. Vancouver, BC: Gedye Research and Consulting. (1995).
- 8) 小島道生, 池田由紀江, 菅野敦ほか: “Dementia Scale for Down Syndrome” の日本への適用. 発達障害研究 22(1): 65-73 (2000).
- 9) Hoekman, J., & Maaskant, M. Comparison of instruments for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27(4), 296-309 (2002).
- 10) IASSID: Dementia in Older adults with intellectual disabilities: A report on the state of a Science on Dementia in older adults with Intellectual Disabilities by the IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities, 2009, 26 (2009).