

ABC 認知症スケールの妥当性について

阿南 君佳
下田 航

【緒言】

急速な高齢化に伴い、厚生労働省調査研究では2012年に462万人だった認知症高齢者の数は、2025年には730万人にのぼると推計され、65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症高齢者となる推計になる¹⁾。

2018年現在認知症スクリーニング検査としてHDS-R (Hasegawa's Dementia Scale - Revise) MMSE (Mini-Mental State Examination)が広く普及している。

これらの評価は主に見当識、計算力、記憶力、流暢性など認知機能を見るスクリーニング検査である。認知症患者の在宅生活が困難になる原因として、ADLの低下やBPSDの出現が挙げられる。ADLやBPSDを評価するスケールとしてDAD (Disability Assessment for Dementia), NPI (Neuropsychiatric Inventory)等があるが、これらの評価を行うには時間がかかるかつ総合的に評価することが難しい。

認知症症状を包括的に測定できるスケールとしてはCDR (Clinical Dementia Rating)がある。しかし、一般的にはあまり普及しておらず、また認知症患者および家族双方にインタビューが必要であり、検査に1時間程度必要である。またHDS-R以外は海外で開発されたため、欧米人の生活様式に沿ったスクリーニング検査であり、現代の日本人の生活様式に合っていない部分がある。そのため認知機能、BPSD、ADLの3つのドメインを総合的に評価しかつ現代の日本人の生活様式に合った、簡易的に、総合的に

できる評価の確立が必要であると考えた。

近年、香川大学精神神経医学講座中村祐教授によってABC認知症スケールが開発された。これは認知症の重症度評価を目的に開発されたスケールで、を同時に評価し、重症度を包括的に評価できる。ドメインAはADL、ドメインBはBPSD、ドメインCはCognitive function (認知機能)であり、各ドメインを同時に評価し、重症度を包括的に評価できる。認知症のスクリーニングにも使用でき、重症度にかかわらず認知症の状態の経時的変化も評価が可能である。また簡便かつ短時間(約10分)で実施でき、CDRと同様の評価が期待でき、評価者への特別な訓練や資格は不要で、専門医のみならず非専門医や医師以外の医療従事者でも実施できる。今後ABC認知症スケールが一般的に使用されるようになるのではないかと考え、妥当性について研究を行った。

【方法】

対象はショートステイを利用している認知症患者30名。

内訳：アルツハイマー型8名、脳血管型18名、混合型4名。男性5名、女性25名。年齢は71～100歳(平均±SD86.4±7.9歳)。HDS-R 3～23点(平均±SD10.7±5.6点)。

本研究は、長崎大学大学院医歯薬総合研究科保健学専攻の倫理委員会の承認を得て実施し、ショートステイで働いている介護福祉士1名に回答してもらった。さらに本研究の実施時には、本研究の趣旨及び方法等について十分な説明を行い、同意を得た。

うえで行った。ABC 認知症スケールの詳細な点数の区分は学生が定義した。

HDS-R は、施設の担当医師が事前に評価したものを使用した。

[結果]

1. ABC 認知症スケール得点

対象の認知症患者 30 名の各ドメインの得点域と平均点を以下に示す。

	得点域	平均±SD
ドメイン A	17～54	35.7±9.7
ドメイン B	7～27	19.6±6.0
ドメイン C	6～26	17.1±5.8
合計	38～99	72.4±15.0

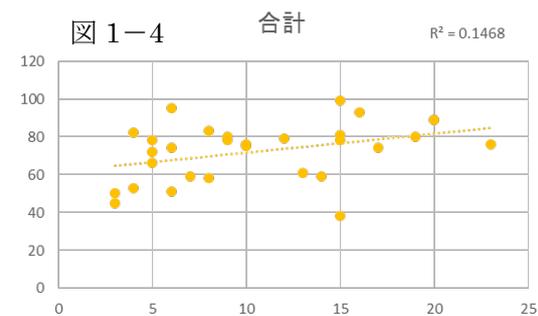
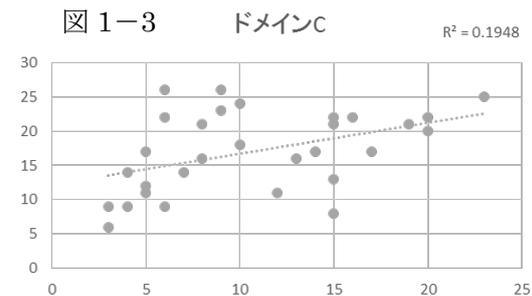
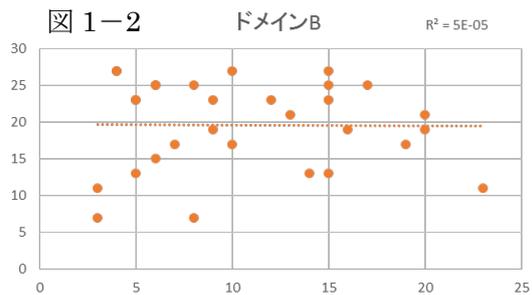
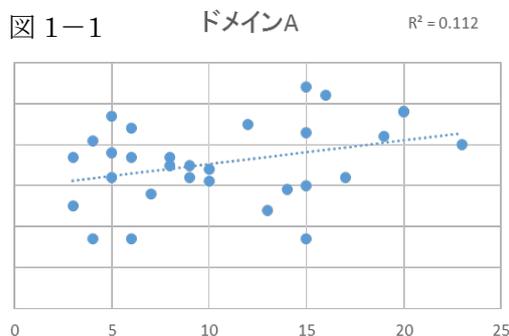
2. 相関係数

HDS-R と各ドメインの相関を全体、疾患別、認知症の重症度別に相関係数を出した。以下に散布図を示す。

(X 軸は HDS-R の得点, Y 軸は各ドメインまたは合計の得点とする)

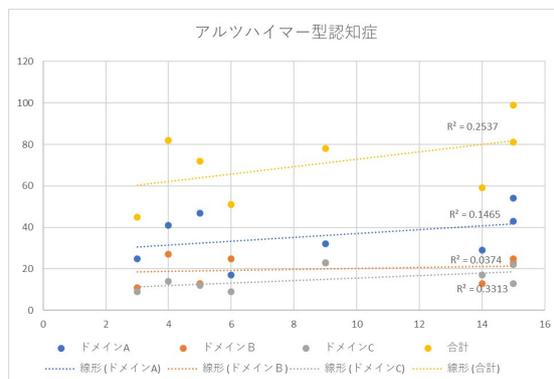
1) 全体の相関

全体の ABC 認知症スケールの得点と HDS-R の相関を出したところ、ドメイン A は $R^2=0.112$ 、ドメイン B は $R^2=5E-05$ 、ドメイン C は $R^2=0.1948$ 、合計は 0.1468 と相関は見られなかった。



2) アルツハイマー型 (8 名)

アルツハイマー型認知症の患者を抽出し、相関を出したところ、ドメイン A は $R^2=0.1465$ 、ドメイン B は $R^2=0.0374$ 、ドメイン C は 0.3313 、合計は $R^2=0.2537$ であった。ドメイン C で軽度相関が見られた。



3) 脳血管型 (18名)

脳血管型認知症の患者を抽出し相関を出したところ、ドメインAは $R^2=0.1301$ 、ドメインBは $R^2=0.0307$ 、ドメインCは 0.1864 、合計は $R^2=0.114$ と相関は見られなかった。

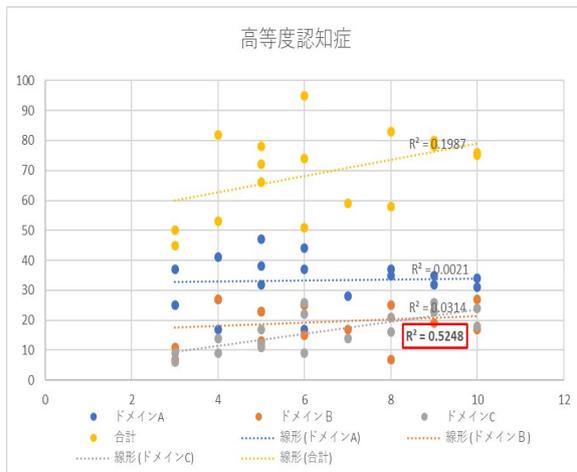


4) 混合型 (4名)

症例数が4名と少なく相関が出なかったため割愛した。

5) 高等度認知症 (HDS-R: 0~10点, 14人)

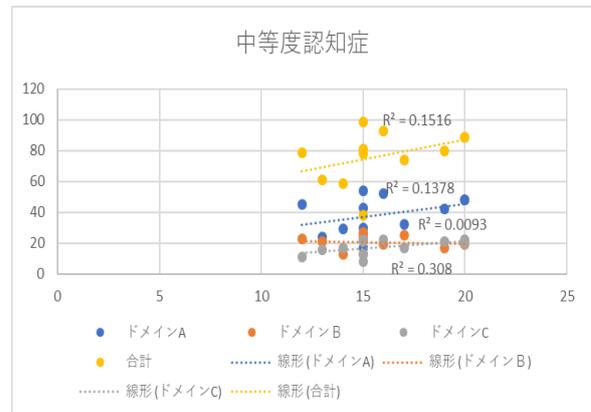
次にHDS-Rが0~10点の高等度認知症患者を抽出し、相関を出したところ、ドメインAは $R^2=0.0021$ 、ドメインBは 0.0314 、ドメインCは $R^2=0.5248$ 、合計は $R^2=0.1987$ であった。ドメインCで相関が見られた。



6) 中等度認知症 (HDS-R11~19点, 12人)

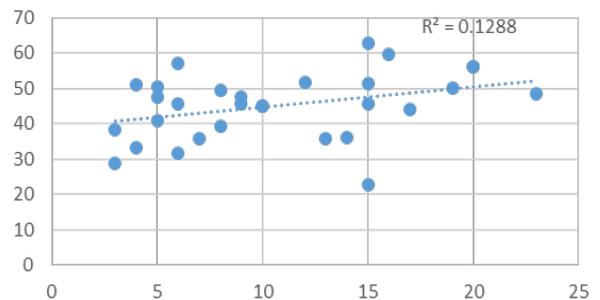
HDS-Rが11~19点の中等度認知症患者

を抽出し、相関を出したところ、ドメインAは $R^2=0.1378$ 、ドメインBは $R^2=0.0093$ 、ドメインCは $R^2=0.308$ 、合計は $R^2=0.1516$ だった。ドメインCで軽度な相関が見られた。



7) 3次元的統合解析

合計



[考察]

1. 評価結果より

今回30名の認知症患者を対象に行ったABC認知症スケールの結果と、HDS-Rのスコアの相関を出したところ、高等度認知症のABC認知症スケールのドメインCとHDS-Rのスコアで相関が見られた。よって、ABC認知症スケールは高等度認知症に適応である可能性が高いと考えられる。

しかし、ドメインAとHDS-Rの相関、ドメインBとHDS-Rの相関は見られなかった。この要因としては、HDS-Rは

認知機能の評価であり、ドメイン A は ADL について、ドメイン B は BPSD についての項目であるため、相関が見られなかったと考える。

2. 評価実施時の問題点

実際にスコアリングしている際に得点をつけにくい項目があった。例えば、Q1 “患者さんが服を着替えるときの様子はどうですか” では 7 点のアンカーポイントで “時間がかかるが、自分で正しく着脱衣ができる” と定められている。ガイドンスによると 「認知症発症以前と比べて」と定義されているが、施設によっては発症時期が分からない場合や、以前の状況を知らない場合があった。そのため、点数の判断が難しく回答者により差が出てしまうのではないかと考えた。Q4 “患者さんがテレビやエアコンなどの電化製品を操作する場合の様子はどうですか” では電化製品を操作する場合、「複雑な操作が出来る」とある。「複雑な操作」の例はいくつか定義されているが、現代のテレビは様々な機能がついており、高齢者にとっては馴染みのない機能が多く、生活歴により差が大きいと考えた。Q10 “患者さんが服薬する場合、どれくらい介助が必要ですか” の 3 点のアンカーポイントが “常に薬を手渡しすることが必要である” と定義されている。しかし、今回の施設の方針上服薬は必ず手渡しで行うため、全員 3 点以下となった。そのため施設により差が出ることが挙げられる。

3. 今後の展望

- 1) 今回、時間や施設の都合上症例数は 30 名が限界であった。疾患別に見ると認知症で最も多いとされるアルツハイマー型の症例数が 8 名と少ない。今後は、今回症例数が少なかったアルツハイマー型認知症や軽度認知障害をメインに症例数を増やす。
- 2) HDS-R とドメイン A、ドメイン B の相関が見られなかったことから、ADL の評価や BPSD の評価との相関を見る必要がある。
- 3) 項目や点数の区分を、より詳細に定義していく必要がある。
- 4) 服薬状況等施設の方針により評価時に点数設定に差が出ることから、在宅で生活している患者にも評価をとるべきだと考える。今後は在宅で生活している（外来やデイサービスを利用している）患者にも評価を行っていく。

[参考文献]

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～2017
- 2) ABC 認知症スケール
香川大学医学部精神神経医学講座教授公益財団法人 先端医療振興財団 客員主任研究員 中村 祐
- 3) アルツハイマー型認知症の臨床評価 ABC 認知症スケール～実際の評価のしかた～森 崇洋 亀山 祐美 中村 祐