

医療タイムス

週刊医療界レポート

2016.11/14 No.2279

特集

認知症診療のコツを探る 第7回関東脳神経外科認知症研究会で報告



特別企画

日本エンドオブライフケア学会設立記念講演会
最期までその人らしい生と死を支援
人権としてのエンドオブライフケア

タイムスレポート

医療費の伸び3.8%のうち
薬剤料(院外のみ)1.5%程度と推計
最近の医療費の動向とその配分

Top News

喫煙で遺伝子変異年150個、肺がんリスク上昇 日英米韓の共同研究グループ
在宅医療、都道府県の支援方法を提示 総合確保会議

TOP-Qを用いた認知症簡易スクリーニング

くどうちあき脳神経外科クリニック 院長 工藤 千秋 氏



工藤千秋氏

認知症の早期発見につながる簡易スクリーニング

くどうちあき脳神経外科クリニックの工藤千秋氏は、認知症の簡易スクリーニングを講演した。

工藤氏によれば、認知症のスクリーニングの方法を見ていくと、長谷川式、MMSE検査など多くある。しかし患者にすれば、「そんな質問をまたするのか」「馬鹿にしている」というプライドの問題にもつながり、医師自身も外来をしていると多忙で、認知症スクリーニングのスコアを見ることができない。結果、「スクリーニングの裾野が広がらない」「早く見つけられず早期の治療につながらない」などの問題があった。

そこで認知症患者が嫌がらず、早期に認知症を発見できるスクリーニングを考えた。それがTOP-Qだ。東京都大田区の大森医師会が名付けた。特徴として患者が嫌がらずに2～3分の自然な問

診で認知症をスクリーニングでき、物品を使用せず、医療職だけではなく介護職も実施可能という点だ。2014年から実施されている。

TOP-Qでは診察室や介護の現場において、3つの質問を実施。ハンド・バレエ徴候、上肢の回内・回外運動障害の有無や、質問をしたときに同伴者のほうを向いて答えを求める振り向き兆候の有無を観察するという。3つの質問とは、「計算能力・記憶力を見る項目」、運動・視空間認識能力をみる「キツネの模倣」「ハトの模倣」の3項目から構成され、それぞれの正解を0点、不正解を1点とし、その合計点0～3点（3点満点）がTOP-Qの得点となる。

- 回内・回外運動への異常
- パーキンソニズムの可能性が

14年に実施された大田区認知症健診での時事計算・誕生日計算は、例えば、20年に開かれる「東京オリンピックのときは何歳?」「50年

前の東京オリンピックのときは何歳?」「誕生日は何歳?」と質問した。いずれか1つでも誤答だと×となる。また片手、両手を使って「キツネ」「ハト」が作れるかを見る。その際大事なことは、医師が自分で実際に形を作り、「真似をしてください」ということ。「キツネを作ってください、ハトをマネしてください」と言葉では誘導しないことが大切だ。

また脳血管障害による巣病変を示唆するハンド・バレエ徴候や、DLB（レビー小体型認知症）でのパーキンソン症状を示す回内・回外運動障害を観察するときには、「体の柔らかさを見せてください、一緒に腕を動かしましょう」



会場で実際に参加者とともにハトを模倣してみせた



ハトの見本



ハトの失敗例

「肩はいたくないですか」と被験者の注意を他に転嫁する配慮も必要だ。

このTOP-Qが1点以下の場合には正常もしくはMCI（軽度認知障害）、TOP-Q2点以上であれば認知症を疑うべきだという。その上で工藤氏によれば、計算問題やキツネ・ハト模倣のテストの実施中、付添者のほうを振り向いて「どうだったっけ？あなた答え

てよ」などという振り向き徴候が見られる場合には、認知症の可能性が高い。また両手を水平に挙げてその位置の動きをみれば血管性認知症の見極めができる。さらに回内・回外運動で異常があれば、DLBのパーキンソニズムである可能性を疑うべきだという。

14年の大田区の健診では、このTOP-Qを用いて50歳以上の受診者2105人を対象に有効性を確認。

MMS E評価まで行えた1071人を対象としたROC解析の結果、TOP-Q得点による認知症疑いのカットオフポイントは2点で、感度0.95、特異度が0.86だった。またMMS E20～23点群で87.5%、10～19点群で97.7%に見られた。

これらの結果を踏まえ、工藤氏は認知症の地域医療連携にとって、TOP-Qは有用な簡易に認知症スクリーニング法であるとした。

特別講演

紙とペンでできる認知症診療術

認知症介護研究・研修東京センター 群馬大学名誉教授 山口晴保氏

- 生活支援が必要となる時
- 認知症との判断が

今年6月、「紙とペンでできる認知症診療術」を上梓するなど、認知症診療の第一人者である群馬大学名誉教授の山口晴保氏は、自身の書籍でも示した認知症治療の方法を紹介した。

2013年に全国で実態調査を行ったところ462万人が認知症であり、特に95歳以上は8割が認知症であることが分かった。山口氏がいうには8割も認知症になることは、歳を取れば誰もが発症することになる。特筆すべきは70歳前半では4%しか認知症になっておらず、5歳長生きをするたびに倍々で増加していくことが分かった。つまり、認知症の最大のリスクは老化であり、老化が一番関係する病気といえる。

一方で、日本人の高齢者が亡くなるまでに半分は認知症になることも分かっている。つまり病気の予防をすればするほど認知症は増えていくこととなる。例えば地域

で保健師が頑張るほど、今後認知症は増えていくということになる。

では、その増加する認知症の初期症状にどうやって気づいていくか。山口氏は、「生活に問題が出てくるため、生活期状況から判断することとなる」。すなわちひとり暮らしとなり、生活支援が必要となったときに認知症と判断されやすい。例えば、ごく軽度のアルツハイマー型認知症ならば「自力で食事の準備ができない」「交通機関を利用して遠方へ行かない」、軽度のアルツハイマー型認知症ならば「以前のように掃除・洗濯ができない」「お釣りの計算ができない」などのIADL障害が見られるようになる。

また、医師からもらった薬が飲まれないままに残っているということも認知症との判断がされる。認知症の人は、1人だったら薬の管理ができない人が9割に達するとの調査もある。医師が薬を出すのは簡単だが、その前にヘルパーや訪問看護師などに依頼するなどの服薬管理体制を作ることが必要ということだ。



山口晴保氏



今年6月、山口氏が上梓した（協同医書出版）

- 認知機能を推測する
- 質問内容とは

その上で山口氏は、医師として認知機能を推測する質問内容について触れた。その質問とは、認知