

第2回認知症の診断に関する専門部会意見要旨

日時 平成30年1月16日（火）19：30～21：30

場所 三宮研修センター 705号室

議題 事故救済制度における認知症の診断について

（○委員発言 ●事務局発言）

1. 開会

2. 議事

- ① 第1回認知症の診断に関する専門部会の主な意見について
- ② 事故救済制度における認知症の診断のしくみについて

<第1回認知症の診断に関する専門部会の主な意見について>

●資料4について説明

○（意見なし）

<事故救済制度における認知症の診断のしくみについて>

●資料5、資料6について説明

○鑑別診断の際、どこまでの病名を想定して診断に当たるかで多少違うと思う。

仮に高齢者で物忘れがあった場合、それを全てアルツハイマーとひとくくりにするのか、もしくは、最終的には剖検しないと分からないところもあるが、病名の中からこの患者さんはここに近いかというように考えるところで、多少データが異なるのはやむを得ないと思う。そのため、複雑なケースは、認知症疾患医療センターにある程度診ていただく。

今回ここで議論するテーマは、運転免許更新に関する診断書に記載されている4大認知症、特に1番多いアルツハイマーに関しては、現場で最初のスクリーニングを行う。それ以外の複雑なケースであれば、認知症疾患医療センターにつなぐ。

○実際に患者さんがどれぐらい受けると想定しているのか。

●資料6の案①を主軸にするのか、案②を主軸にするのかによって異なる。案①の場合、最大で考えると、75歳以上の高齢者人口が約20万であり、その方達全員が検診を希望すれば20万人となる。しかし、さいたま市の場合、受診者数を1割で見積もっていたが、実際は約1.6%であった。現在、尼崎市や他市においても検診を進めているが、同じく1割満たないのが現状であるため、一般的な検診を導入しても希望者が押し寄せるといふことにはならないと考える。

さいたま市の場合、早期発見のためにスクリーニングとして検診制度を導入した。検診後の精密検査については、認知症疾患医療センターが全て受け入れるとパンクするのではないかと想定し、認知症疾患医療センターは対象医療機関から除外して、約40名の先生に委託した。しかし、行政側としては、パンクするどころかもっと受検して欲しいと考えている状況である。ただし、神戸市では事故救済制度の対象となるという広報をした場合、問題のない方も含め約20万人の対象者が受けに来られると、このシステムはいかないものかというのがある。

○資料6の案②の場合、主治医意見書はかかりつけの先生が記載するため、例えば外科や整形外科の先生も主治医意見書を書く。今まで認知症診断に馴染みのない医師も書かないといけないということになると思うので、抵抗のある先生もいると考える。

○かかりつけの先生に正確な診断をしてもらうためには、どのような施策をつくれればいいかというのが、まさにこの会議の論点であり本質である。実現可能な形にするには、どのようなシステム、どのようなフォーマットがよいか。あるいはそこで記載しないとと言われるとまた発見が遅れたり、事故救済制度から漏れてしまう場合もあるため、そのような方をどのように誘導していくかも含めて議論してほしい。

○資料6の案①、案②という事前診断としてこの流れで、事故救済制度の対象者をメインとして考えているのか。事後的な申請も不利にならないように考えているのか。人数的に一体どのように考えているのか。

条例の認知症にやさしいまちづくりという趣旨からすると、事後・事前の区別をしないようなものでなければいけないと思う。検診的な機能がどの町でも受けられていないのは、その環境が整ってないからだ。体制があるのに受けないのは環境が整ってない、それは地域、住民のみならず、社会的な認知症に対する考え方が未熟であるということが第一にあると考える。だから、自然にその環境を整えば検診率は当然上がるはずだ。体制をつくることは必要だと思うが、前回の意見でもあったように主体的ところを一番考えなければいけないと考える。

資料6の流れの図を見ていると、事故救済制度に関するというのがつけ足しのような印象をもってしまう。事前に受けていなければ、事故救済制度は受けられないというような印象を神戸市民に与えるようでは、やさしいまちづくりではないというふうに思う。こういうしくみをつくることは確かに賛成でいいことだと思うけれども、あくまで市民にとって主体的なものでなければいけない、主体的なものを挙げるためにはもっと環境づくりも考えなければいけない。

●事故救済制度のための診断かと言われたらそれだけではない。あくまで認知症にやさしいまちづくりのための手段である。

介護保険制度の中で実施が難しいというのが先ほど紹介したさいたま市や尼崎市の結果だと思う。また、認知症の事前診断を市民にPRしても、薬が開発されていない以上は絶望の診断であるという議論も出てくるため否定できない。このような中での選択肢として、主治医意見書作成の際に認知症検査の導入を考えている。これは認知症の疑いがあると記入されるケースに限ってもよい。

認知症機能の低下がある方に対して、まずスクリーニングを実施する。その後、必要な方には認知症疾患医療センターで精密検査を受けてもらう。認知症疾患医療センターについても、どの範囲で受けていただくかという議論いただきたい。

- 事前、事後については、事後でも基本的に救済をするということは間違いない。ただし、ある程度のデータがなければ、保険料算定でも非常に問題があるということが他の部会においても議論になっており、ある程度事前に把握しておくということも必要であるという事情も理解いただきたい。
- 正確な診断をどこまで必要とするのかということが大きいと考える。多数のケースに対応していると、ICDの診断基準で「特定不能」に多く含まれてくるため、それらを突き詰めて診断するためコストをかけるべきなのかということがひとつある。認知症の定義と、生活障害の2つをもって認知症と診断するというのが必要ではないかと考える。専門医以外の方も実施するというのを考えれば、どこまで正確な診断をすべきなのかというのがあるのではないかと思う。
- 事前に診断する場合、事故救済制度の対象者は、生活に支障のある記憶障害が要件になってくるということであったが、より精密な診断で認知症であることが診断された場合、その要件から外れた対象者はどうなるのか。
- 認知症の定義について、介護保険法第5条の2に規定するところで書かれている。事故救済の定義というよりは、条例の中で認知症の定義をこの介護保険法5条の2としている。この点については条例全体のことでありこの定義で進め、委員が発言された、ここでは救えない人も事故救済の対象とすべきだというのは、“事故救済”のことで議論していただきたいと考えている。
- 事故救済部会の議論で事前診断もしくは事後診断かという討議された際、原則基本は事前ということで、事後は例外的となっており、事後を排除するものではないが、それは例外的であるという議論があったと思う。事後を全く排除してしまうというのは意味がないということで、事後を残す可能性というのは自身も発言したが、事前と事後を全く同じように扱うということになれば、事前診断を受ける人が少なくなってくる、受けなくても事故を起こして認知症だと判断されれば、救済されるということになるため、事前の意味が極めて少なくなってくるのではないかと考える。
- 責任能力がなく事故を起こした場合、責任能力がない、家族がいない、そうすると

被害者の方が泣き寝入りし、何の保証も受けない世の中になってしまっている。神戸市ではそのような状況に対してある程度保証をする、認知症の人と暮らすということには多少なりともリスクはあるが、そのような方を排除しないためにできることで、ある程度経済的なものに関しては保証するというのが、今回のこの一連の流れであると理解している。

資料6の案②の場合、要支援、または、認知症とは診断されていないが前段階としての疑いのある方に対して、診断のみで終了するのかどうかと考える。案②を採用するのであれば、認知症予備軍や認知症初期の方たち、まだ判断が分かれるような状態の方たちに対して、単に事故救済をする・しないの観点だけではなく、その方たちが認知症に進行しないような仕組みづくりをいずれどこかの段階で考えていかなければならない。そのようなことが必要不可欠と考える。

- 大府市の事例で認知症の方がJRの線路内に入ったが、その方は認知症の診断を受けていた。例えば、グループホーム等に入所しており、なかなか認知症疾患医療センターを受診できない方が、何かの弾みで外に出てそのような事故に遭われたような場合、事前診断を含めてどこかで認知症の診断を受けていると考えられるが、そういったことは基本的には認めるという判断でよいのか。

認知症疾患医療センターを受診しない場合でも、認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、または、それに相当する書類に記載されてあればそれを認めるという流れでよろしいか。

- 指摘は、資料6の案②で主治医意見書が提出され、そこで認知症の疑いがあった場合、全て認知症疾患医療センターにつなぐのかどうなのか、という話と思うがどうか。

- 診断の精度が問題になる。専門に全てつなぐのが本当にいいのかどうなのか。

診断結果を当事者にどのように表現するかという点でいろいろと問題がでてくるのではないか。認知症というのはよくない宣告という形として捉えられており、診断結果を当事者や家族にどのように表現するか何かアイデアがあるのか。

- 資料6の案②の場合、主治医意見書で認知症の疑いがある、もしくは認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ、Ⅳの方も対象とすればかなりの人数になる。これから新たに主治医意見書を書く場合、認知症疾患医療センターでなくても診断をされている医療機関は多数ある。資料6の図の流れであれば、全ケースを認知症疾患医療センターにつながないといけないという縛りができているようだ。明らかに進行期の方もいるが、そういう方はどうするのか。

認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ、Ⅳで明らかに進行期である方の場合、認知症疾患医療センターにつながなくとも、正確に診断していれば事故救済制度の対象者としてもらえるのか。

●認知症の診断を受けている人の再診断の必要性という点について、認知症高齢者自立度Ⅲ、Ⅳは再診断なしとするという案を採用するかとこの部会で同意をもらえたらそれでいきたい。

○これから新たに受診をされて、進行期である方は対象とするのか。

○資料6の図の流れでは、対象者全員が認知症疾患医療センターを受診しないといけない。認知機能検査の段階でそれなりの検査をして、アルツハイマー病等が極めて疑わしい場合は、認知症疾患医療センターをスルーしたいというのが委員の意見でもあると思う。

●主治医の意見書において認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ、Ⅳは把握できるため、それについては一律、例えばもう診断なしにするというのもひとつある。あくまで事例としては事故救済制度というのを念頭に置いた上で、いろいろなオプションがあると思うが、この部会では認知症疾患医療センターの医師もいるので、いろんな立場から議論いただきたい。

○全例を認知症疾患医療センターや専門医につながなくても、神戸市の主治医意見書を書く医師はそれなりのレベルがあり、このフォーマットである程度埋めるとオートマティックに一番多いアルツハイマー病は診断できる、経過性認知症の場合においてはある程度画像を撮ってください、それ以外のものに関しては一度認知症疾患医療センターないし専門医の受診を考慮くださいというような流れをつくるのが最もいいのではないかとイメージしている。

○本人や家族に説明する上で、事故救済に利用することや、例えばアルツハイマーや前頭側頭等の診断名をつけて結果として残すのは、どのように考えているのか。それによって大変エネルギーを使う。

D A S CとM M S Eだけで判断するのであれば簡単に済むが、それを専門医につなげばS P E C T等の機能画像や形態画で、大変お金もエネルギーもかかることをどこまでやるのか。

●欠席されている委員の意見を紹介する。

まず1点目は、住民の方がこのフローに載ってくださるのか気になること。前回も話題になったが、認知症の診断は自分でも認知症かもと思っている人であっても確定診断までに時間がかかっており、それだけたやすいことではないことを物忘れ看護相談を実施しながら感じている。2014年に家族の会により報告された、「認知症の診断と治療に関するアンケート調査」においても、受診までに9.5か月、最初に受診してから確定診断を受けるまでに6か月、つまり受診して確定診断までに15か月を要している。これは物忘れ看護相談における相談の現状とも一致している。

2点目は、認知機能検査を受けるまでの支援の具体的な検討が必要だと考える。住

民の方は検査費の助成よりも、認知症と診断されたらその先が見えないことへの不安が強く、受診までと受診後の支援を誰がどのようにするのかを提示すること、そのために必要な支援方法の検討が必要だと考える。支援のイメージとしては、委託事業の範疇を超えるのかもしれないが、地域包括支援センターかと考える。看護相談では認知機能を心配される方に、DASCを用いることが多い。DASCによる判定は、MMSEよりも物忘れ看護相談の利用者には抵抗が少なく、すんなりと受け入れられているということで、テストをされている感覚をもたれにくいのだと思う。このような意見があった。

- 市民の方に受検していただくために実現可能な、しかも有効なものであって、なおかつ認知症疾患医療センターに極度の負担のかからない形を考える。実現可能なものにするために出発地点として、何らかの形で特にかかりつけ医を中心とした無料配布券等、成人健診的なスキームの近いもので実施する方法がよいのか。まずはそのような人には介護保険を申請してもらい、呼びかけとして会員証、あるいは予備軍だったとしても介護保険の認定を受けていると予防が受けられるというようなメリットが前提で案②の誘導するのか。その中で必ず通ることになる主治医意見書の質をある程度担保する形で開始するのがいいかどうかというのが、まず1つの議論である。

案①・案②どちらであっても、多くの非専門医のかかりつけ医に対応してもらおうということが前提となるため、その際にこういったツールを用いるのが適切なのか。その際には、どのぐらいのレベルを最初の部分でチェックをするのか、そしてその結果、どういうレベルの人に対して認知症疾患医療センターレベルにつなぐのかということという議論が次にあると考える。

その上で、認知症疾患医療センターに規制されたものなのか、もう一つ広い形であるのかどうか、その点をどう担保をどうするのか。これもどこまでの診断精度を要求するべきものなのかどうかという議論になる。

そこを考えた上で、最終的にこういった形でこの事故救済制度の対象者になっているか。

- 来年度から介護保険制度の一部改正において、状態が安定していれば3年ごとの申請という流れもある。そうなると、例えば3年に1回の判断でいいのか。また、認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ、Ⅳは省くのであれば、Ⅰ、Ⅱの方のみが対象となり、MMSE、DASCを実施するのか。その点も今後意見をもらえたらと考えているが、主治医意見書を書く際、選別してこの検査をその方だけ実施するとなれば、難しいと言われる医師が多いように感じる。

毎年実施するイメージなのか。例えば75歳、76歳、77歳、希望する方はその年ごとに受けていいというイメージなのか。

○認知症と診断された場合は受けなくてもよいと思うが、診断前に関しては、受検されたその前年の雰囲気ではないか。最初の雰囲気が限りなく疑われる場合においては、やはり見逃しがあってはいけないと感じる。

疑いがある人をどこまで対象にするかにもよるが、このままであれば認知症に進行する可能性があるから早目に介護保険を申請しましょうといったような形にもっていきながら年に1回更新へ持っていくというのも1つと考える。

○認知症高齢者日常生活自立度Ⅱa、Ⅱbで対象になった場合、MMSEかDASC等の検査項目として主治医意見書に記載しなければいけないという縛りができたら、かなり混乱する。もし介護保険を使用する場合、診断名のところの介護に要する疾患名の1、2、3の1番の診断名があれば、最も認知症が介護に影響を与えていると考える場面であればよいのではないかと考える。

○基本的に、介護認定というのは介護の手間をどう判断するかということで、例えば認知症等の具体的な病名が書かれなかったとしても、主治医意見書、あるいは調査員の記載内容で介護の手間を判断しているということである。もちろん認知症ということで介護の手間が発生しているということであれば、既に記載内容でもう認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上あるなということであると思う。

Iの方を対象ということで考えると、介護保険を申請して、後に初めてこの制度が動き出すわけだが、何か最近物忘れが多いな、気になるな、しかし、他の人の世話になるほどではないはということであれば、主治医意見書そのものを申請しない可能性も十分あり得るため、やはり早目に見つけ出して、その方を救済するということであれば、これだけに頼るのは問題があるような気がする。

○資料6の案①、②の併用等、もう少しほかのシステムがあってもいいのではないか。

○資料6の案②について、初期集中支援推進事業では主治医意見書を書くこともなく、それで問題になり、そのような方にはDASCを調べたりしている現状だ。問題は、介護保険を申請されていない方が事故に巻き込まれる可能性があると考え。事故から救う、予防するのが目的のため、案①、②どちらかで選ぶのであれば案①の方かと思う。あるいは案①と②の併用が現実的だと思うのと、それから診断にあたってはまず問診ありきで、それから認知機能検査、あるいは心理機能検査、画像検査、血液検査、最低限でもこれだけは必要だと考える。ただ、いきなり全ケースを認知症疾患医療センターにつなぐとセンターがパンクするため、例えば案①であれば、ドクターが実施するのかは未定であるが、やはりMMSE、DASC等は実施してもらおう。認知症初期集中支援事業からの紹介の場合は既にDASCを実施しているため情報を提供してもらい、MMSEだけでも実施してもらって、できるだけ負担を軽くするなど、スクリーニングということはあまりよくないかもしれないがとりあえず絞って、やはり画像検査、それから血液検査等はま

だかかりつけ医でも可能だが、そのあたりになるとやはり認知症疾患医療センター等の設備がある病院の助けが必要だと思うので、そのようなところをもう少しこの図を詳しく分けたほうがよいと思った。

- 主治医意見書の流れでいくとすれば、主治医意見書を書いている医師の裁量に任さるということも可能なのか。例えば、先ほど言われた認知症高齢者日常生活自立度Ⅱa、Ⅱb、もしくはⅠの場合においても、主治医意見書を書いた医師がこの流れに乗せるかどうかは、縛られないという前提でよいのか。リコメンドするのか。
- 例えば、主治医意見書の疾患名1、2、3で3番目に認知症と書かれたら当然リコメンドしていただく、流れに乗っていただかないといけない、まずそこが判断基準と考えている。
- もし医師会が一般の会員に周知徹底することになった場合、それが強制的な意味合いのものになってくるとかなり反発がある。医師の判断で先ほど言われたリコメンドするかどうかは、任せてもらえるのであれば受け入れられるとは思いますが、それが条例にしる何にしる法的な縛りみたいなのをつけられるとなれば、これはなかなか受け入れられるのは難しいと考える。
- 主治医意見書の記載について、約半数は病院の主治医になっている。主治医意見書を書く医師全員に研修会を開催するのは、医師会単独ではなかなか難しい。主治医意見書だけで認知症の診断名をちゃんと書きなさい、あるいは診断方法、MMSE、あるいは長谷川式でもよいが検査しなさいと言っても、果たしてどれだけ応じてくださるのかというのは、少し不安なところがあり、そのあたりも主治医意見書だけでは難しいのではないかと考えている。
- 主治医意見書を使うのであれば、このような項目を、特に認知症がある場合において可能であれば埋めてくださいとする。そして、その提出されたものを見て、最終的に判定委員会にお願いするのかどうか分からないが、こういう状況であれば診断をより深めるために、これも強制ではないと思うが、次の診断にこのような病院を受診してもらってはどうか、そこにはある程度自己負担分が軽減されますというものを一緒につけて誘導するというふうなものはあってもいいかもしれない。

かかりつけの先生の判断もあってよいのではないか。そこに向けて、またこれももう一つの議論の出発点であるが、そこまで診断にこだわって病名がついて、それで何なんだということにならないようにするため、その出口戦略は絶対担保した上で、ある程度しっかりこの時点で診断をして、市民の方にはより適切な進行予防なり介入なり、プログラムに参加してもらおうというようなことの流れの第一歩にするような形で、少し工夫をしてみる価値はあるかもしれない。一方で、それだけではやはり最初の一步の段階でまだ介護保険と結びついていないような人に対

して動いてしまう例があり、そしてそこまでこの条例を施行する上で考える。検診のようなことをやはり考えざるを得ない、あるいはそういう制度も残しておく、あるいはつくっておくというようなことが今日の段階での考えの最大公約数的なところだと思う。

実際問題として、主治医意見書は患者さんの目の前で書くということがほぼなく、患者さんが外来受診後、区役所やあんしんすこやかセンターに行って申請、それから2～3日後に主治医意見書が送られてくるということの流れで、やはりそこにまた乖離があって、そこに全然思ってもみなかったことを要求されたりすると、それは当然かかりつけ医の先生方が苦勞されるというのも、今日指摘されたとおりである。

全体の意見として、認知症の疑い等の結果が出た人が認知症疾患医療センターになだれ込むというのは、本来そこで対応しなければいけない若年や困難なケース、BPSDのケース等に対して、これらに割くべき力が分散してしまうという問題点もこれは想像に難くないことである。

主治医意見書の利用というのも1つの出発地点としていいのだが、一方でそれを書くときの問題点等々もあるので、工夫をする、あるいは具体的にもう少しどのような工夫をすれば実現可能か、ある程度の医師会の先生に受け入れてもらえるかどうか。

○認知機能検査をどのように実施していくかという問題と、そこで出てきた認知症疑いの方をどのように診断していくかというところで、議論を分けるのはどうか。第一段階のところで認知症疑いと決定されれば、そこで対象となった人たちを第二段階のところで専門の医療機関でどうするのか。そうでなければスクリーニングをどうするかという話の中で、今度は第二段階の専門医療での診断どうするか、どこまでやるかとかいうような話が入ってきたりして、議論になると思う。

●認知症検査の資料6の案②をベースにししながら、そこでもれてくる介護保険を利用されていないもっと初期段階の方や、意見書を書くにしろ検査自体はなかなか難しいといった医師に対して何らかの別のルートをつくるということで、次の案を出してよろしいか。

○案②だけがベースになるというのは少し問題があると思う。

●ベース自体ももう初めから検討すべきか。

○もう一度検討してほしい。

3. 今後のスケジュールについて

●資料7により説明。