

第4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3月20日（火）19：30～21：30

場所 三宮研修センター 1005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23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3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

<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

○認知機能検診について、かかりつけ医がどのように対応すればよいのか。例えば眼科や小児科の医師が、対象者に提示をする医療機関リストが必要である。兵庫県医師会で作成したリストや長田区ケアネットでは、リストを公表している。各区によって体制は異なるが、各医療機関にリストの公開について問えば、これまで作成されたリストよりもかなり増えると思う。

認知症相談医療機関リストがあり、多く医療機関において認知症について対応している。

○事業開始にあたり神戸市からのアプローチが必要。第1段階の登録医療機関として手を挙げてもらうに依頼をするが、その際リストに漏れないようにする。医師会に所属していない場合があるため、精神科や脳神経内科、心臓外科等の会に声かけをする。

○兵庫県のリストとは別にして、神戸市で新たに登録医療機関を募集しなければ混乱が生じるのではないか。今回はあくまで神戸市事故救済制度に関する診断であり、条例が施行されて新事業が開始されることを広く知ってもらう意味も含め、やはり兵庫県のリストとは別に作成した方がいいと思う。

○検査ツールについて。認知機能そのものの評価、日常生活のADLを探る評価であ

るDASC、それにプラスして認知機能の検査のいずれかの形を組み合わせてはどうか。その方が広い意味で、本人や家族の困り度を吸い上げることができる可能性が高いのではないか。

- DASCは観察式。初診の場合、DASCを問診の項目に入れているが、点数をつけることはない。開業医からの紹介では、長谷川式が一番多く使用されていると思う。
- 絵を写す課題について、MMSEにはあるが、長谷川式にはないので、時計の絵を描く・ダブルペンタゴンを写す・立方体を写すなど、自身が医師に説明をする場合には、長谷川式にその項目を1つ付けつけ加えてもらえるよう勧めている。
- 第1段階は、医療機関が必ず行わないといけないのか。
- 検診の場合、最終的に医師にチェックして診察してもらえれば、検査実施者は技師等でも構わない。
- DASCも検診の要件とするのか。
- DASCの点数、プラス長谷川式の点数という形式はどうか。
- 検診率を上げる、また、第1段階の医療機関をできるだけ多く募集するのであれば、現実的な問題として、DASCも行い、長谷川式も行い、視覚的な認知障害を見出す何らかのオプションも行くと、全体としてどれくらいの時間がかかるのか。かなりの時間がかかるのであれば、医療機関の募集をしても難しいかもしれない。
- DASCの問診は、待合の時間に記載してもらってもよい。長谷川式は約10分、立方体を書くのに約1分。認知症の外来で時間がかかるのは、問診で日常生活を細かく聞き取ること。DASC21では、21項目の質問形式となっており4段階評価をする。実施方法について正しく理解してもらえるようにマニュアルを作成した方がいい。医師が21問を直接聞き取るのは時間を要するので、場合によっては看護師やクラークが質問をする。医師には長谷川式等に時間をかけてもらう。そして、その結果を元に、対象者に対して次のステップを説明してもらう。
- DASCは、待合の時間で記載してもらっている。本人が記載できない場合、家族や看護師等が手伝っている。診察室に入っていきなり長谷川式受けるのは緊張が高くなり、検査をされたという嫌な印象をもたれる方もいる。そのため、診察前にDASCを行ってその場に慣れてから、診察を受けてらうのがよいと思う。協力してもらえる医療機関を増やしていくことについて、やさしいまちづくり条例であることから「やさしいまちづくり条例協力医療機関」など、地域住民が見て分かりやすいマークを医療機関に貼るなど、敷居を下げるということが受診率を高めたり、協力につながるのではないかと考える。
- DASCを問診に使うことについて、例えば自分は認知症であるという評価を受けたくないと思えば、恣意的に低い点数になることもあるだろうし、もし家族がつけたら高い点数になったりと、かなりばらつきが出ると思う。果たしてその点数に信頼性のあるのかということが、次の可能性としてでてくる。図を描くという

こともどういう評価に加わっていくのかその点も気になる。

- DASCの信頼度に関して、自分がこうなりたくないからとインテンショナルにできる方は認知症なのか。第1段階では様々な医療機関が登録され、ばらつきがでるということは事実である。一方で、第2段階に全て対象者が来るのは負担が大きい。第1段階のクオリティーコントロールをどうしていくか。
- 認知症初期集中支援事業におけるDASCは、研修を受けた専門職が評価している。本人や家族がチェックしたものは、参考にはするが材料にしない。問診のレベルであって、そうであれば診察までの待ち時間に記載してもらおうという対応でいいと思う。どの程度信頼性があり、どれを判断基準にするかということ、もう少しゆっくりと検討したほうがよいと思う。
- 第1段階の検査は、予約をして受診をするのか、予約なしなのかイメージできないので教えて欲しい。もし予約が必要であれば、人間ドックのように事前に書類を対象者に送付することで、書類の記入方法がよく分からないが、「ゆっくり考えて書く。」ということが物忘れが始まった方には大切だと思った。
- 検診は、恐らく予約が必要なところが多いと思うが、医療機関によって対応は随分異なる。
- 対応医療機関のリストアップが大事。
- かかりつけ医でスクリーニングを行うことが望ましいと思う。ただし、非常に時間がない、あるいは自信がないなど様々あると思うので、医師会員に認知症サポート医になってもらい、普段の生活を見ている医師から紹介するという形が理想だと思う。
- 兵庫県で認知症対応医療機関を募集した際、最初は約1,000か所、現在は約1,300か所になっている。
第1段階の検診結果票について、受診理由・主訴の項目があれば、紹介をされた専門医療機関としては見当がつけやすい。また、第1段階の医療機関の負担を減らすため、様式はできるだけ少ない方がよい。
- 第2段階の検査について、医療保険によって異なるが、自己負担分を神戸市がある程度負担をする予定である。それ以外は保険請求をするというのが、現在考えているスキームである。
第2段階の精密検査として、形態画像、心理検査、日常生活の等々の評価ツール、この3つでよいか。
- 認知症疾患医療センターでは、実際に第2段階にあたるような診察をしている。第1段階は長谷川式、第2段階はMMSEだけでいいとは思わない。検診開始後も認知症疾患医療センターは、通常の鑑別診断を行わないと精度が担保できない。事故救済制度における認知症の診断の精度だけが、通常の診察の精度に達さないというのでは、まずいと思う。
- 検査内容を厳密にすると、第2段階の登録医療機関に手を挙げるところが少なくな

- り、認知症疾患医療センターだけになっては困る。認知症疾患医療センターに検診対象者が受診をしても、これまでと同じように診察をさせてもらいたいと思う。
- それは保険診療なので、治療に結びつく形にしてもらい、ただこの診断のために検査をすることで最低限の部分を提示している。
 - 同じ医療機関が第1段階と第2段階の両方に手挙げをした場合どうなるのか。どちらも行ってもいいのか。
 - どちらもよいと考えている。しかし、保険診療の部分と検診の部分は、切り替えて分けなければならない。
 - 実際の現場では、診察において、突然認知症かもしれないという話になり、認知症の検査を行うこともある。結果として明らかに認知症ということが判明した場合、この制度への登録を希望されるなど、様々な場面が想定される。途中で第2段階として切り替えることもできるのか。やはり第1段階から踏んでいないとだめなのか。
 - 例えば、CTやMRIなどを撮って、その最初の目的が認知症の診断でない場合でも、後から申請をしてもいいのか。
 - それはよいと思うが、例えば認知症が疑われるから第2段階に行きなさいとなると、際限がなくなってしまう気がするので、この部分は慎重に検討したほうがいいと思う。
 - 受診した医療機関で画像診断を撮る場合と、紹介状を出して別の医療機関で画像診断を撮る場合では費用が異なってくるが、その点は認めて欲しい。
 - 必ず第1段階踏まなければいけないということは、考えていない。
 - 第1段階の医療機関を経ずして、直接第2段階の医療機関に行って精密検査、鑑別診断を受けることが認められるのか。もしくは、必ず第1段階のところを経て受診しなければならないのか。
 - ダイレクトに第2段階を受診した場合、診断書を神戸市に提出、その後、自己負担分の一部が返還されるということになると理解している。
 - いかに登録医療機関リストを作成するということが、この作業が一番大変である。第1段階、第2段階の医療機関はそれぞれ何をしなくてはいけないのか、正しく理解してもらうこと。
 - 第1段階、第2段階の医療機関の役割、第2段階は特に専門性が必要で、必要書類も多くなるが、是非協力してもらいたいこと、正しく理解してもらうことが大事であると改めて感じた。
- 検診受診率のアップについて。制度の全体像、文字どおりやさしいまちとは何か、そして、決して診断を受けることがマイナスではないということを検診を受けた方や最終的に第2段階で認知症の診断を受けた方、認知症ではないと診断された方に対して、どのような形で結果を返すのか。そのフォーマットを作成する必要がある。また、医療機関同士でやりとりをするフォーマットも必要。第1段階の医療

機関に対して、何を根拠に認知症の診断に至ったのか、MCIであったか、問題はなかったのかということフィードバックすることが、第1段階の医療機関の認知症に対する見方であったり、今後早期に気がつくことにつながる。そして、神戸市全体として認知症への対応力の向上につながることになる。

受診結果について、本人や家族が理解しやすい文書で返す。市民の方へのフィードバックの方法を考えなければならない。

○検診後のフォローという点で、資料6の「早期診断後の相談窓口・支援体制」という部分を今後充実させていくのだと思うが、地域住民はあんしんすこやかセンターが一番イメージすると思う。この図であれば、それが別であるように見えるので、かかりつけ医だけがフォローをするのではなく、その他のサポートも受けられることが、見える化されるといいと思う。

○あんしんすこやかセンターも1つ拠点となるべきところであり、またその後も今後条例が施行された暁には整備することが大事だと思う。

○発見をして、診断をして終わるのではなくフォローをすること、かかりつけ医やケアワーカーなどによるフォローというのはもっと大きく記載するべきだ。今回、これが神戸市にとって売りであり、診断をつけるだけが売りではないのでということが必要だと思う。

診断・病名告知について、第2段階の医療機関は、認知症の告知に慣れていると思う。第1段階の医療機関が対象者に対して、第2段階の受診を勧める際、どのように説明をするのかあまり慣れていないと思うので、そのフォローが重要だと思う。

○マニュアルがあった方がいい。

○検診の実施について、スケジュールはどのように考えているか。

●条例は平成30年4月から施行予定。確定していないが、事故救済制度は、平成31年度開始予定。そのため、検診制度は遅くても平成31年度に事故救済制度と同時に開始するか、可能であればそれよりも早く開始するかなど検討中である。

○これは単なる事故救済制度の創設ではなく、受診勧奨、早期発見、早期診断を公費で補助するということで、素晴らしい制度だと思う。そういう意味で、単なる事故救済制度の創設だけでなく、事故救済制度創設・早期診断、早期発見の仕組みといってもいい制度ではないかと思う。

○資料6について。認知症初期集中支援チームから矢印が2つでており、上側の矢印について、チームの中で事故救済制度が話題になった場合、第1段階の認知機能検診を受けてもらうという理解でよろしいか。

●認知症初期集中支援チームへの相談事例は様々なケースがあり、医療機関へつなぐとしてもなかなか困難な事例もある。対象者が「検診であれば行こうかな。」と発言されることもあり、そのような時には、身近な第1段階の医療機関で検診を受けてもらい、その結果認知症の疑いがあるということから、第2段階へつなぐということも想定される。このようなケースではなく、早急に受診が必要な場合も

あると思うので、そういった意味でどちらでも誘導可能な形でこの認知症初期集中支援チームを位置づけたいと考え、資料6を設計している。

- その他の検討事項について。1番目。救済制度施行前に認知症と診断を受けている場合、全員に検診を課すのではなく、発生した事案に対して事故救済制度を検討する段階で、認知症と診断された診断書を提出するということがよろしいか。
- 2番目。救済制度施行後、認知症の診断を受けてなかった方が、事故救済制度の対象となる事案が発生した場合、認知症疾患医療センター等に依頼をして精密検査を行う。なるべく事前に診断を受けておくということでスキーム考えていたが、事故後に診断を受けるのが初めてであっても、事故救済制度の対象としてよろしいか。
- 3番目。若年発症して指定難病の認知症と診断されている場合、事故救済制度対象とする方針としてよろしいか。
- 事故救済制度の対象となる認知症は全て含まれるということによろしいか。要するに、指定難病「など」のとか、幅広げるといふ言葉は要らないかということなのだが。
- 法律的にクリアするため、漏れがないよう確実にするための表現方法をお願いしたい。趣旨が解る文章にすること。認知症と診断したレベルにおいては、発症年齢や病気の種類について基本的には区別しないということ。個々のケースについて、最終的にクリアになっていけばよいが、そうでない場合には判定委員会が想定される。これもスキームも作るのだと思う。そこにある程度判断を任せる形になるだろう。
- 認知症と診断された後、判定委員会がこの条例に適応になるかどうかと決めるようにすればいいのではないか。
- グレーゾーンの部分は判定委員会が決定するという流れ図もあった方がいいのではないか。
- 診断結果票において、原因は何であれ医師が認知症であるとチェックした段階で、基本的には対象になるということでもいいと思う。先程の問題提起は、この文章でそれが表現できているのかということではないか。そのため、運用上に全然やさしくない状態にならないように、委員からの意見としたい。