

## 令和4年度 第1回 認知症の診断に関する専門部会 議事要旨

1. 日時：令和5年3月9日（木）19：00～20：30
2. 場所：中央区文化センター 1001号室
3. 議題

### 審議事項

- ①診断助成制度の実施状況について
- ②事故救済制度に係る認知症の診断について

(○=委員 ●=事務局 (神戸市))

### 【審議事項①】 診断助成制度の実施状況について

#### ●資料6・7説明

- 第1段階、第2段階ともに、昨年度の部会資料と比較しても結果の割合がほぼ変わっておらず、統計的にも安定してきている。
- 市医師会には約1,400の医療機関が所属しており、約3分の1が第1段階として登録されており、かなり多くの医療機関に第1段階に登録いただいている印象。また他都市でも診断助成制度が高く評価され、医師会にも相談が入るなど、同じような制度を作りたいという考えが他都市にも広がっている。
- 他都市の職員や議員からの問い合わせが増えている。かなり注目を集めていると感じる。
- 受診券一斉送付による受診率も高く安心している。また、事故救済制度の利用も増えている。制度開始当初、事故当時は認知症の診断を受けておらず、後から認知症の診断を受けた場合の対応が懸念されていたが、実際にそのような事例はあるか。
- 賠償責任保険は事前加入が前提であるため、全件、事故前に認知症と診断されている。給付金は事前加入が不要であり、診断を受けていない事例があれば給付金判定部会で判断していく。
- トラブルもなく、粛々と制度を運用できている。受診券について、一斉送付をしなくても必要な方が受診券を取り寄せ、疑いのある方の拾い上げが一定できている。一方で、アルツハイマー病は60代～70代前半の比較的若年層での発症が多い。次年度以降どこかのタイミングで、前期高齢者も拾い上げる工夫を考えてもよいのではないか。
- 市民に見える形での「早期発見の意義」について、どのようなものがあるかと考えてきた。診断による成果を客観的に見るのは難しいが、診断後その方をどれだけサポートできたか、例えば意思決定支援をどれだけできたか等のデータを取ることはできないか。早期支援により、薬が使えなくても何らかのメリットがあったという客観的なデータが出せる取り組みも今後考えてはどうか。
- 意思決定支援に関する意見に賛同する。看護相談でも、第2段階で認知症と診断された後、今後の人生についてどうしたらいいか分からないという相談も徐々に増えている。意思決定支援については、考えていくべき課題と認識。

- 自身の所属する区でも早期発見・早期対応に積極的に取り組んでいる。取り組みの中で、自分の考えをはっきりと表現できるうちに、認知症になった時どうしたいかについて、地域包括支援センターの職員、かかりつけ医、ケアマネジャーなどが本人の話聞く制度を作り、これまでに数百名の方に参加いただいた。元気うちに、自分の考えをまとめておくことが重要。また、医師会としては、特に若年性認知症への取り組みが重要になると考えている。今後、この部会でも検討を続けたい。
- 65歳未満は認知症疾患医療センターで認知症と診断された場合は費用助成がある。今後、MCIも治療対象となった場合、費用助成について考慮が必要。また、サポート体制、ADL支援、通所介護、就労支援などの面でも、若年性認知症と高齢者の認知症とは違う支援が必要。
- 検診の成果について、早期発見で治療に繋げる等よりもっと目先の問題で、例えば貧血の元が大腸がんと分かったり、CTで脳腫瘍が見つかり治療に繋がる等の事例もあり、そういった成果も正当に評価されるべき。

#### ●資料8説明

- 血液バイオマーカー等の製造承認は降りているので、あとは保険適用になるかどうか。この時期に議論することは、挑戦的な試み。
- 第1段階の長谷川式のカットオフ値20点は低すぎる印象がある。MMSEで26点以上の患者であっても、最終的にアルツハイマー病と診断される患者もいる。
- 年齢等、新薬が投与できる条件はあるのか。
- 年齢制限はない。エーザイのプレスリリースによると、アルツハイマー病による軽度認知障害及び早期認知症が対象と解釈している。治験のエントリーは60歳から。
- これまでは、既にアルツハイマー型認知症と診断されていれば、助成制度を受けられない、受ける必要が無いという考え方だったが、これからはアルツハイマー病によるアルツハイマー型認知症なのか、他の病理による認知症で厳密にはアルツハイマー型ではないのかまで診断が必要。そういった診断にかかる検査費用に助成制度を適用するかどうか、また、従来の診断との間に齟齬が生じた場合、助成制度をどこまで適用するかについて、検討が必要。
- レカネマブが承認される際、高価であるため、脳内のアミロイドβの蓄積が確認された方のみ処方する等の条件が付くと思うが、そういった情報があるか。
- アルツハイマー病の病理がある、つまり老人斑が溜まっていることが投与の条件になるだろう。しかし、検査方法が髄液検査のみの状態での発売は現実的ではないため、血液バイオマーカーやアミロイドPETも含め同時に保険適用となるようなことが現在想定されている。
- 将来的には血液バイオマーカーだけでアミロイドβの蓄積を確認できるようになる可能性もある。また、アルツハイマー病だと思っていたが実際には異なる患者も出てくるだろう。症候群としての診断概念も、制度の中で必要となると考える。
- どこまで検査を行い「アルツハイマー」と診断しているかを明記する必要がある。

- 現在「アルツハイマー型認知症」として集計しているのは「症候群」相当で、「アルツハイマー病」は、一応病理が推測される状況という感じになる。
- レカネマブは、アメリカだと年間約 340 万円するようだ。非常に高価であるため、助成の対象外だと認識しているが。
- 現状、治療自体が助成の対象外であり、検査費用も既診断であれば助成の対象外としている。
- これまで認知症が対象であったものを MCI も対象とする方向にシフトし、年齢でいうと若年性もカバーする方向に進めれば、神戸モデルのブランドが保たれる。有病率からみると、65 歳未満に受診券を送付する必要はないが、若年性認知症の方から申し出があれば自己負担無しとする制度にしてほしい。
- そもそも診断助成制度は事故救済制度に関わるもの。新しい治療法に繋げるチャンスを提供することも大事だが、基本的には事故救済に関するものであるべき。診断助成制度創設時、カットオフ値をより厳しくすべきということで 20 点にした。その部分をカバーするために、レビー小体型認知症を含め拾い上げられる問診票を神戸市医師会から提案した。個人としては、長谷川式のカットオフ値は 20 点で置いておくのがよいと考える。
- レカネマブは副作用がかなりあるようなので、MRI が撮れて、脳外科や神経内科が揃っている総合病院に限定し、レカネマブを投与したほうがよいのではないか。また、MCI のスクリーニングについて、第 1 段階で「認知症の疑いあり・なし」「MCI の疑いあり・なし」を診るとなると、医療機関の負担が増えてしまう。長谷川式用の紙の下部に詳しい判定方法の記載があるので、それにより「MCI の疑いあり・なし」という文言を入れるかどうか。
- レカネマブは 2 週間に 1 回の点滴が必要。また副作用が起きた場合の市内救急病院との連携体制も重要となる。
- 看護相談では今のところ新薬の話題等は出ていないが、今後アルツハイマー型認知症の患者のうち、新薬が使えない患者の心理面のサポートが必要になると想定。
- 新たな診療体制にも、神戸モデルが何らかの形で貢献し、早期に投薬すべき人がスムーズに拾い上げられ、治療に結び付き対応できるようになれば、認知症の人にやさしいまちになるのでは。

#### 【審議事項④】事故救済制度に係る認知症の診断について

- 資料 9 説明
- 異議なし