

第3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2月13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2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2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

- 委託先について、各区の認知症の診断を行っている医療機関や医師会、ケアパスに掲載されている医療機関で、医療機関は絞られるのではないかと。兵庫県医師会において、認知症相談医療機関・対応医療機関等のアンケートを今回実施したが、かなりの医療機関が診断の能力があることが分かった。また、登録医療機関は、鑑別診断まで含めて行ってもらえると思う。この名簿を使用してみてもどうか。名簿は毎年アップデートされている。
- 相談医療機関については、兵庫県のホームページに記載されている。
- 医療機関は、相談の場合によって違うかもしれないが、基本的には保険医療で対応している。今回のシステムになると、検診で助成されるケースと保険診療で対応するケースについて、リストに記載されている医療機関をどのように分けるのか。
- 特定検診の場合、かかりつけ医に急に来院された方でも特定検診の対象として診ている。それと同じである。対象者には、対応医療機関リストを参考に来院してもらおう。
- かかりつけの患者さんというよりも、新規の方にもこの検診制度を利用してもらい、検診流れにのって継続的にフォローするというのであれば問題ない。
- 検診の受診率がどれぐらいになるかということが一番大きく影響すると考える。今のリストというのは、基本的にはかかりつけ医として診てきた患者さんの相談に応じるという雰囲気、アンケートに回答している医師も多いと思う。場合によっては1つの検査ツールで、この検査を必ず実施してくださいと要件として、あんしんすこやかセンターや区役所、行政が勧奨をしていけば、かかりつけでない

患者さんも多く来院するようになるのではないかと。以上の点を考えれば、リストへの掲載について医療機関にもう一度確認する必要がある。

- リストを今まで通り使用するのではなくてもう一度照会し、検診希望者が来院することに関して、フォーマットを用いて検診に対応してもらえるかという意思の確認をした方がよい。
- 対応医療機関名簿の使用については、県医師会および兵庫県に確認はとった。各地域の中で、名簿を活用されるのであれば、遠慮なく使ってよいと了解もらっている。例えば長田区であれば会員の医師が使ってよいとの理解をえられれば、その名簿を使うことは可能である。
- 個別実施の認知機能検診を行うイメージとして、検査ツール等のことも含め、再度依頼する際に、公開の有無についてもう一度確認する方が丁寧である。
- 神戸市で、検査ツール、スピード問診票など簡単に短時間でできる実物と、公開の有無や検診を実施してもらえるのかアンケートを実施し、公開してもよいと丸をした医療機関でリストを作成したらよいと思う。
- 認知機能検査と問診は、かなりエネルギーを使う。認知症疾患医療センターでは、非自発的に来られる方も多い。職員が担当を分業しているが、それでもかなり手間がかかる。検査を全て終了するのに午前中かかることもあり、本当に対応可能という医師の皆が積極的にやってもらえるのか疑問である。最終的に、検診が全て認知症疾患医療センターにくるとどうなるのか。認知症疾患医療センターは、かかりつけ医が十分出来ない部分をカバーする役割だと思う。問診と認知機能検査については、心理士がいるため、ある程度の数はさばける。しかし、それも医師が行うとなれば、件数によっては難しいのではないかと感じる。
- リストそのまま使用するのは危険であって、お願いしたいことやフォーマットなど説明の上、再度、先生方の意思を確認する。
検査ツールに関して今想定されるのは、それなりに慣れた医師・同意を得られそうな医師を対象としたものである。検査を本気で行おうと思えば時間がかかり、ある程度効率化し、実現可能にしなければいけない。ただし、あまり時間が短縮し過ぎて内容が伴わないのでは困る。このバランスを考えるのが難しい。特定健診であれば採血が主で、その他血圧などのデジタルで結果が表示される。認知機能の数値化というのは非常に時間がかかるというところが、問題になっている。
- 認知症の診断において記憶障害が入ってくるのはどうかという意見があった。記憶障害が全てではないということを考えると、DASCを利用するのも非常に大事だと思う。長谷川式やMMSEなど、かなり記憶障害によった部分があり、生活機能障害を含めた判断ツールというのがよいのではないかと。
- 認知症というのは日常生活動作がまず制限されてくる。DASCでスクリーニングをして、原因が記憶障害なのか、認知症なのか、また他の機能なのかどうか判断するという流れとなる。
- DASCの後半部分の質問は、生活障害をみており、長谷川式やMMSE、見当識が中心となっているので、DASCが適切だと思う。しかし、一般の医師にとっていきなりDASCを使用するというのは違和感あると思う。MMSEより長谷

川式の方がまだ親近感があるだろう。初期集中支援推進事業でも使用されているDASCを使用することに賛成である。

- DASC一本ではなく、DASCの他に長谷川式など、全部やらなくても一部を行うのか。それともDASC一本でいいのか。
- イメージが湧かないのだが、スクリーニングにどこまで入れるのか。身体疾患にクローズアップしないといけないこともあるが、スクリーニングツールとしての認知機能検査とするならDASCが適切ではないか。
- DASCは観察式である。介護者がどのように判断しているのかということのみているが、介護者がいない場合は、本人に質問をして点数をつけるということになる。やり易いのはMMSEか長谷川式だと思う。介護者がおらず本人から聞き取る場合、認知機能に問題がある方はどのように答えるかによってばらつきが出てくるのではないかと思う。
- 認知機能検査のレベルを広く捉えるのであれば、DASC、MMSE、長谷川式、どれでもよいのではないか。この図の流れで言えば、認知症疑いとして次のステップに行くので、機能検査ではMCIレベルで疑いがある方を次の段階につなぐのではないか。
- DASCでは、質問者について一定の要件があったと思う。慣れた医療機関でないと実施できない。家族や介護者がいない場合、検査者が判断していくため、1つのツールにこだわったらこの点では難しいのではないか。
- 1つのフォーマットで全てを網羅するのはなかなか難しいのではないか。埼玉県の場合、何を使用しているのか。
- さいたま市の場合、使用しているツールは浦上式。モデル事業として、対象者は65歳、70歳、75歳、80歳の定点。検診率は2%。目的は早期診断。検査を実施している医師は、医師会で選定された約40名。スクリーニングで疑いがあった方は、次の段階になる精密検査につなぐ。それについて認知症疾患医療センターは、本来業務を行わなければならないため、対象医療機関から外して、医師会で手上げをした医師が担当している。しかし、実際は対象者があふれかえるほどの人数になっていない状況。どちらも医師会に委託。
尼崎市の場合、40歳から74歳の特定検診にてMMSEの検査を実施。平成28年度、受検者は約1,500人。
- 1回の検査にどれぐらいの時間を割けるのか。検査ツールは、あまり決めないでいくつかの中から医師に任せした上で、その中で最低限の内容を決める。
ある程度幾つかの仮説に基づいて1年間実施して、データをとる。DASCのように生活機能障害をみるものは、日常生活を見ている人がいなかったり、病識がない人に関しては難しい。本人が1人で来院しても、認知機能がある程度図れる方式として認知機能のテストがあるとよい。いろいろと組み合わせるのはどうか。
- 日本神経学会のガイドラインを昨年発表しており、MCIのテストとして1番よいといわれているのは、MoCA-J。使用したことはないが、MMSE、長谷川式より幅広いという印象がある。
- MoCA-Jは、非常に難しいテストで時間もかかる。この第1次スクリーニング

で、MCIを考えるのは非常に負担が大きい。

○対象数はどれぐらい想定しているのか。

●市民の方が抵抗感なく受け入れるようでないといけない。市民のためであれば、手間がかかってもよいと考えている。例えば検診が半日で1件とか、これが日常の診療に支障をきたすということも考えられる。それも含めてこの部会で考えていただきたい。

○かなりの正確性を求めるのか。正確に行おうすれば標準化が必要。限られた人で行うのだから、携わる人たちに覚悟してもらわないといけないということか。

○そこまで必要なのか。これまでも認知症自立度Ⅲを適用にしようという議論もあった。認知症自立度Ⅲレベルを対象とするならば、MCIは基本的に対象にならない。診断は大事だが、今回の目的に関してはそこまで立ち入らなくてもいいのではないか。そこまで議論が必要であるのか。

○この人は確実に認知症であるという人を次のステップに勧めるのかという哲学でもまた随分変わってくるように思われる。目的は何なのかということ。第1回専門部会でもあったように、自主的な意思に基づいて開始すべきであるという議論があった。それを踏まえてこういう形になっている。

なかなか病院に行こうとしない人だったり、あるいは、本人が心配でしようがない、といった人たちが最初の一步として来院した時、過剰な診断、あるいは過剰な見落としがないちょうどよいレベルを第一段階でどうすればいいのか。そのレベルを、テストの中で点数で区切るのは難しい気がする。絶対これをすれば最強というものがないので、ある程度見直しを含めておきながら、いくつかの中からつくってみることから始めてみる。

●この検診はがん検診のイメージで考えている。第一段階では、高い診断技術が必要なのではなく、ある程度ツールを決めておいてその点数でひっかかった方が次の段階である精密検査に進むというイメージの方が第一段階の認知機能検査というのをやりやすいのではないかと提案する。

○認知機能検査は、医療機関、患者さんの判断に任せて次に行くかどうかを決めるのが現実的なので、ある程度広く拾えるような検査項目にした方がいいのではないか。その次の段階の判断が、認知機能検査の医療機関で行うところも多いと思う。特に若い方の場合、認知症疾患医療センターに依頼するとか、複雑なケースの場合、認知機能検査を行った医療機関は、特定の専門医のところに依頼するというようなパターンを踏むのではないかと思う。そういう流れを考えて決めていった方がいいのではないか。

○ここで議論しないとけないのは、慣れていない先生方がこれを道しるべにこういった検査をするとより自信を持って、次の医療機関へ勧めることができること。折角認知症に気がついて検診を受けてみようという、ファーストタッチをされた人たちが追い返され、結局次に来院した時にはもう初期集中支援チームの対象だったということにならないような神戸市にするということでのいいのではないか。

認知症に不慣れな医師にとっては、MMSEは大変だと思う。認知症に不慣れだけれどもこれからは必要であると感じ、また、このような事業・神戸市の姿勢に

理解してもらえらる医師に協力いただけるようなものとする。

- どのツールを用いるかという点では、M o C A - Jを除いた3つのうち得意なもので行ったらいいと思う。恐らく長谷川式が一番使用されていると思うので、それでいいかと思う。一方で、認知症診療に不慣れな医師に対しては、診療の流れとかガイドラインみたいなもので、例えば長谷川式では問診をどのように行って、認知症の疑いが出た場合は二次医療機関に紹介していただきたいというようなガイドラインを作成するのが妥当ではないか。
- 診療ガイドラインをつくるということになると大変な作業になる。認知症の診断ツールがないことを如実に表している。年齢によって変えなければいけないということ考えた場合、一通りに絞らないと、何十通りの診断が出てくる。
- 一次医療機関の負担を考えれば、その医療機関が行っているもので、気軽に引き受けてもらう意味でも敷居を低くするのであれば、どれでもよいのではないか。流れをシンプルにすればよいと思う。
- 一度検診で問題ないと言われた人の再検査の可能性を否定しないことが大事だと思う。
- 認知機能検診を導入するとしたら、希望する方が何回でも受けられるので、極端な場合、検査にひっかかるまで毎年受け続けていただいても構わない制度にしたいと考える。
- 説明の仕方について、説明文書を返すので、その文書の工夫が必要がある。
実施医療機関に関しては、兵庫県医師会にあるものをベースに依頼したいが、公開してよいかも含めて、引き受けてもらえらる医師を確認をする。
認知機能検査・検診を行うにあたってのフォーマットに関して、いくつかバージョンを用意して選んでいただく。長谷川式、MMSE、DASCも捨てがたく、いいところ取りをするのもよいかもしれない。
精密検査では、画像は形態画像を1つ必須、神経心理検査等に関して、心理士がいる・いないところもあり、そのあたりではどこまで行えばよいのか。認知症疾患医療センターはある程度要件に入っているようだが、なかなか全部が全部行うわけにもいかないの、そのあたりをどこまでするのがよいのか。その時の状況、重症度やBPSDなどに応じて、臨機応変に対応する。
神戸市は、自己負担金分の助成を考えているので、医療機関はどのような手続き・報告をするのか、患者さんの自己負担分はどうかなど、そのあたりを細かいスキームを作成しなければならない。
検査ツールについては、ADLの内容をチェックするものを入れるかどうか。慣れていない医師にも積極的に参加できるような工夫をする。