

第 1 回 認知症の診断に関する専門部会の主な意見

(1) 認知症の定義について

- 記憶機能の低下は必須なのか。さまざまな認知症のタイプが有るがその点はどうなのか。
- 認知症の定義で D S M 5 が出たが、あくまでもアメリカ精神学会の診断基準である。行政が何かを行う時にあまり突飛な定義では馴染みもなく逸脱した感じになるのではないかと。行政機関で統一している定義がよいのではないかと。
- 事故救済制度を活用するには、個別具体的に審議の必要があるのではないかと。例えば、特発性正常圧水頭症の場合、治療の必要があるが、治療前の事故はどう扱うのかなど。
また、記憶障害は軽く、生活に支障がない場合でも前頭葉機能の障害が多い場合は、徘徊だけでなく他者への危害が関わってくる。救済制度をもっとも活用するという主旨で個別具体的に議論・審議されるべきである。定義にただし書きを入れてもよいのではないかと。
- ・大和市は限定されていて分かりやすい。神戸市は認知症の定義の範囲が広すぎる。

D S M 5 : 正式名「精神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)」米国精神医学会が作成した精神疾患・精神障害の分類マニュアル。精神障害が 22 カテゴリーに分類。

(2) 検診制度について

- 国内で検診を導入しているところはあるか。
 - さいたま市がモデル事業で昨年 8 月から開始。受検率 2 パーセント弱。スクリーニング検査は浦上式を採用。精密検査は、混乱を避けるため認知症疾患医療センターを外して、引き受けると手を挙げた医師が保険診療で行う。一連の検診は、医師会に一括して委託。
- 一般の健診と合わせて認知症の検診を行うのか、単独で行うのか。
- 検診制度の目的は、事故救済制度か。
- 事故後の診断かと思っていたが、事前に診断することが大きな目的なのか。
- 目的を事故救済制度としたほうが市民に受け入れられやすいと思う。
- 事前ということであれば早期診断、早期支援がどのように多くの人の利益になるか。
- 早期発見がメリットになるのか。偏見なく B P S D を防ぎ、診断だけを急ぐのではない。今後スクリーニングの体制、個人情報配慮し、周囲から強制されないにはどうしたらよいか。

○かかりつけ医が実施するようだが、どの程度の内容なのか。MMSE、DASC21 等か。

問診と組み合わせるとしても時間がかかり、BPSDも調べるとなればどこまでスクリーニングするのか。短時間でできるものでないと厳しい。

○スクリーニングツールとしてDASC21を使用するがよいのではないか。検診制度の導入、早期発見、早期診断、早期対応、インセンティブをどう作るか。

○事故救済を目的として担うことは医療機関として分かりやすい。当事者、家族が主体的に望んですることが大事。主体的にやると事故救済が受けられますよとわかる方がよいのではないか。スクリーニングすること自体が必要か。

○介護保険で日常生活自立度判定基準ⅢおよびⅣの認定者が、対象になるならばやさしい条例となるのではないか。しかし、事故救済ではなく、検診を受けるように過剰に勧められないか懸念する。見守りはよいが、裏返せば人権に関わることであり注意が必要。事故救済が目的なのであれば、将来利益になりうるとわかりやすいので、やりやすいと思う。

(3) 診断のレベルについて

○認知症疾患医療センターの診断レベルは一定なのか。診断の統一のためフォーマットを作成するということか。

○対象者が事故救済の対象かどうかと診断する時に、ある認知症疾患センターはすぐ認めてくれる、こちらは認めないということがあるのではと懸念する。

○認知症にやさしくない条例を検討しているように思う。主治医意見書で認知症と診断されたら、免許返納するように誰が伝えるのか。主治医が免許返納について伝えなければいけなくなると、意見書を書く医師がいなくなるのではないか。

(4) データベースの構築について

○データベースの構築は、神戸市で管理するのか。個人情報の管理、別情報の紐付け、相当慎重にしなければならない。

○事故救済に関してのみに利用する前提があれば、受け入れられやすい、他のことに使われ不利益が大きく広がらないか懸念があり、議論がしにくい。

○データベースと早期診断、MCI診断は関係があるのか。