

令和3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4年3月10日(木) 19:00~20:30
2. 場所 三宮研修センター6階 605号室
3. 議題

(1) 審議事項

- ① 部会長の互選
- ② 精密検査結果報告書の記載について
- ③ うつ病が疑われる方への対応について
- ④ 事故救済制度に係る認知症の診断について

(2) 報告事項

診断助成制度の実施状況について

(○=委員 ●=事務局(神戸市))

【審議事項①】部会長の互選

互選の結果、古和委員を部会長に選任。

【報告事項】診断助成制度の実施状況について

●資料6説明

- 第2段階医療機関がどう機能するかが診断助成制度においては重要。医師会においても第2段階医療機関のレベルを保つ工夫をしようと思うが、平均的なデータと大きくずれている医療機関はあるか。
- 飛びぬけてずれているところはないと認識している。何か傾向があれば医師会と相談させていただく。
- 神経原線維型認知症や嗜銀顆粒性認知症などについて、診断の決め手は何か。
- 本来は病理診断の病名なので、臨床診断における判断はなかなか難しい。神経原線維型認知症は、画像上で海馬領域にアルツハイマーと同程度の萎縮があり、症状としては物忘れだけがずっと続いている場合に診断することがある。嗜銀顆粒性認知症は、画像上で扁桃体の萎縮が非常に強い、あるいは左右差があり、症状としては比較的感情の起伏が激しい場合に、診断をする場合がある。
- 各先生方で専門性を持ち、様々な臨床レベルで診断をしてもらえれば問題ない。患者へ診断名を伝え、説明しながら進めてもらえればと思う。
- 一斉送付も含め、約3年間で約27万件の受診券を送付している。受診率は他都市に比べると高いが、一斉送付については特に費用もかかり、また超過課税で事業を実施している中で、これまでの受診者数について、神戸市としてはどう考えているか。

- 神戸市の高齢者人口は約 43 万人であり、累積の受診者数は1割を超えている。このような例は、全国でも他に類を見ない。神戸市では当初想定より多くの方に受診いただいている。また、受診者数だけでなく、認知症の疑いがあり、生活に支障が出る手前の方に来ていただくために、どういった方法が効果的か検討したい。
- 第1段階で疑いありとなった方のうち、第2段階を受診していない方約 2,000 人について、何か手立てを講じるのか。
- 第2段階の受診率は約 8 割であり、決して悪い状況ではない。また、家族が検診を受診させたくても本人が受診拒否をしている場合等に、実施医療機関から認知症初期集中支援事業への支援を依頼できるルートがある。
- 第1段階を受診せず直接認知症疾患医療センターを受診するルートもあるが、その実績はどうか。
- その実績は今回の実績とは別にとっており、認知症初期集中支援事業等運営関連部会で紹介している。どちらのルートであっても、市民の方が必要な時に受診できればと考えている。
- 第1段階で、長谷川式 21 点以上、DASC-21 も 30 点以下であっても、検診結果としては「疑いあり」とされた方については、精密検査の結果はどのような内訳か。
- 約半数が第2段階で認知症か MCI の診断を受けている。早期の診断を目指すうえで、点数だけではなく医師の見立てで第2段階へ送るしくみが有用と考えている。逆に、検診結果の点数が悪くても「疑いなし」となっている方については、96 歳など高齢の方で、点数が悪くても普通に生活ができており、年齢を考えるとわざわざ認知症の診断を付ける必要はないという方が多い。このように、第1段階で適正に判断ができています。
- 第1段階で適切に拾い上げが来ている。実施医療機関の先生方のレベルも上がっている。

【審議事項②】精密検査結果報告書の記載について

●資料7説明

- アルツハイマー型認知症で、なおかつ血管障害のあるものを、混合型認知症としてまとめてしまえばよいのではないかと。アルツハイマー型認知症では、ある程度高齢の方だと血管病変が出てくるのは当然。そこをどう分類するのか。
- 本来、血管性認知症とアルツハイマー型認知症は区別されるもの。アルツハイマー型認知症の下に「血管障害なし」「血管障害あり」とあることで、医師が迷うところもあると思う。レビー小体型認知症も、アルツハイマーの要素出てきたら混合型になる。どのような分類を求めるとするのか。
- 一般的に混合型認知症はアルツハイマー型認知症の要素と同じくらい血管性認知症の要素があるものを示すのではないかと。アルツハイマー型認知症の項目の下に血管障害の有無のチェックは必要ないのではないかと。
- 今後、微小出血や微小梗塞は血管障害ありにカウントしないという除外基準を設けるか、とあるが、MRI で、T2で微小出血、微小梗塞の疑いがあったとしても、T1 で引っかからなければカウントしないという感じか。

- 微小出血について、その影響の度合いにより診断名を判断すると思うが、程度の判断はなかなか難しい。
- 画像の診断基準で微小出血や微小梗塞は重要視しないという項目があったように記憶しているが、除外基準を設けるということか。
- それはあくまで例示であり、基準を決めたわけではない。
- これまでの議論の中で、いろいろな考え方があって当然だと思う。次年度以降に向けて、アルツハイマー型認知症の下の血管障害の有無の記載については、どうするか。
- アルツハイマー型認知症に血管障害があるかないかを取るのが一般的な統計の取り方になっているのか。
- ほかの取り方もあるが、最近ではそれが一般的な統計の取り方と認識している。
- それぞれの先生が表現してくださった内容を、曲解することなく解釈し、今後も統計を続けていくということによいか。
- 報告書の記載内容については現行のままとし、統計については神戸市で処理しながら、今まで通り分類していく。

【審議事項③】うつ病が疑われる方への対応について

- 資料8説明
- 自分がコロナに違いない、等という妄想を伴ううつ病の方が一定おり、認知症疾患医療センターに入院もしている。高齢者のうつ病の症状に自分の健康状態や金銭に関する妄想が加わると、自殺に繋がることもある。それを防げれば良いと思うが。
- 第1段階の認知機能検診については、自ら検診を受けようという方が多く受診をしているため、そういった方が少ない。初期集中支援事業では、うつや妄想性障害の事例が一定の割合であるため、そういった事例を確実に認知症疾患医療センターでの診断に繋げ、在宅での生活に戻すところに繋がればと考える。
- 第1段階の実施医療機関に関しては、名刺サイズのリーフレット等の配付の検討も含めて、医師会の先生方と、今後進めていただくという理解によいか。
- 第1段階の実施医療機関へ、具体的な診断を含め、割振りをお願いするのは難しい。うつが疑われる場合は、ここに紹介する、ということで具体的に進めてしまうのか、あるいは認知症疾患医療センター等に紹介して、そこで割り振ってもらうという流れになるのか。
- ある程度どちらの可能性もあることも含めて、患者の意向を聞きながら、まずは認知症疾患医療センターの受診を勧めるのが主流と考える。家族が精神科を受診したいという希望であれば、精神保健センターでの相談に繋げる。
- 医師会としては、第1段階の実施医療機関に対しては、迷えば認知症疾患医療センター、または専門の医療機関へ回してください、という程度の案内にとどめたい。
- うつ病が疑われる方の対応については、資料8に記載の対応で進めていただきたい。

【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