

## 第 1 回 認知症の診断に関する専門部会意見要旨

日時 平成29年12月18日（月）19：30～21：30

場所 三宮研修センター 805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 認知症の人にやさしいまちづくり条例案および各部会の報告について
- ② 改正道路交通法の認知機能検査について
- ③ 事故救済制度における認知症の診断に関する意見交換

### ① 認知症の人にやさしいまちづくり条例案および各部会の報告について

●資料4、資料5により説明。

### ② 改正道路交通法の認知機能検査について

●資料6により説明。

<質疑・意見>

○定義のところに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態の方というのは、記憶はもう必須ということになるのか。「または」ではなく、必ず記憶が必要なのか。運転免許では特に記憶ももちろん重要だが、例えば注意障害とか、そのようなタイプの認知症はどうか。この定義が非常に大事だと思うので確認したい。

○介護保険法第5条の2の規定をそのまま引用したためこのような表現になっている。

DSM5では、アルツハイマー病の診断ですら、記憶障害が必須ではなくなったというように改定されたということも事実。そのようなことを踏まえて、現在パブリックコメントの途中のため、しばらくこれで公表するが、委員の意見も反映させていただけると思う。

●当会議は有識者会議の一応専門部会のため、委員の御意見についてはもう一度有識者会議に返って検討させていただく仕組みである。

事故の予防救済策を進める上でも、その方が認知症だったのかどうかということの診断が非常にキーであるということ、あるいは今後は認知症の疑いという方への自主返納を推進する上でいろいろな施策を進める上でも診断が欠かせない。

② 事故救済制度における認知症の診断に関する意見交換

●資料7、資料8により説明。

< 質疑・応答 >

○このようなシステムを導入している自治体はあるか。

●検診は、さいたま市がモデル事業で昨年8月から開始。受験率約2%。スクリーニングの検査方法は浦上式。検査でひっかかった人が次に専門機関を受診するのだが、認知症疾患医療センターだけでは大混乱するのではないかとということで、疾患医療センターを外し、医師会の中から手を挙げてくださった先生方に委託。

○検診の目的は何だったのか。

●早期診断が目的であり、事故救済制度を導入とは連動はしてないと聞いている。

●今年11月から神奈川県大和市、人口20万都市で事故救済制度を設けている。大和市では、一般の方が加入している損害賠償責任保険の保険代を市が肩がわりをして支払っている。対象者はかなり絞られており、認知症の方ということよりも徘徊歴のある方、またその恐れがある方が登録をすることになっている。地域包括支援センターや民生委員等が登録をされる。登録数は300人弱だったと思う。事前に保険会社に登録をして、その負担分1人約1万円の保険金を市が支払っている。

既存の民間保険では責任がないとなった場合、一切救済措置はない。しかし、神戸市の場合は、責任のない場合もカバーするように考えている。現在規定しているのは、認知症と診断された方が起こした事故の場合に救済しようということなので、責任のあるなし関わらずに議論をしていこうということ、事故救済部会で議論をしている。対象の範囲も広く、責任のあるなしにも関わらず、登録者数制度をとらないようにしているので、そのような点が異なる。

○大和市の方法は非常に限定されているが、どこまでやったらいいのか理解しやすい。神戸市は、範囲が広過ぎるように思う。

●必ずしも徘徊した上で事故を起こすだけではないと考えている。例えば、駅のホー

ムを歩行していて、たまたま何かのかげんで突き飛ばしてという場合は徘徊とは限らず、徘徊以外の場合の事故を起こすことも非常に考えられる。認知症と診断された方ということで広く、責任のあるなしも関係なしに検討したいと考える。

○どのような補償をすとかいうイメージはあるのか。

●元々責任のある場合もない場合も同じように考えており、まだ詳細なことは決まっていないが、一定の給付金を支払わせていただくように考えている。

既存の制度と救済制度とぶつかった場合には、減額や支払いなしにする、また個人で保険に加入されており救済される場合には支払いしないと考えている。犯罪者救済法では過失を除くと書かれているが、故意の場合はこの犯罪被害者給付制度に当たる。しかし、過失の場合は全くこの制度は機能しない。

○一般の健康診断と合わせて認知症検診を行うのか、独立して行うのか。

●詳細はまだ決めていない。助成金を渡すのは65歳以上にするのか、それよりも年齢を引き上げるのか、その点も意見を伺いたい。

○この検診制度の目的は、事故救済制度であるのか。

●元々は事故救済制度の中で検診制度をと考えていたが、もしよい検診制度ができるのであれば、早期受診・早期診断ということでこの制度をできるだけ市民の方に活用いただきたいと考えている。

○イメージとしては、事故が起こった後から診断をしていくと思っていたが、主に検討していくのは、事前にルーチンの診断していくというのが目的なのか。

●そのとおり。義務化、強制ではないが、事前に診断をすることを主に考えていただきたい。後から認知症ではないか疑われる場合も合わせて議論いただきたい。

○目的が事故救済制度とした方が市民に受け入れられやすい。

●認知症の人にやさしいまちづくりって何なのというところから考えていただいた方が自然かと思う。事故救済制度はあくまで手段の1つである。

既存の保険制度だけではカバーできないということで、その観点から議論をいただきたい。

○認知症の人にやさしくない条例をつくっているような印象しか受けない。主治医意見書の中で、認知症として診断されておれば免許を返納しなさいということになる。主治医意見書に書いてあるから、もし運転している方がいれば、認知症とい

う病名があれば運転免許証を返納するように誰が言いに行くのかという問題がある。主治医が伝えないといけないというルールになってしまうと、意見書をもう書く人がいなくなってしまうように思う。その辺も配慮いただきたい。

○認知症と診断される、疑いがある、自主返納になる、その結果ひきこもりになるというようなことはあってはならない。移動手段などを確保する等、地域での生活支援に努めるというようなことに関しては、別の専門部会で委員のご意見を反映させていただこうと思う。見方によっては非常に厳しいが、一方で決してその診断をする、あるいはこのようなスキームを考えて早期診断が早期絶望ではないと、そこも含めて神戸市は考え、フォローするという、むしろそれが絶対条件というか、それが無いことには私自身もこういったことに協力するのは反対であり、具体的対策を条例で枠を決めた上で具体策を協議いただくということが必要であるという意味で、委員にはご意見をいただきたい。

○事務局の説明を聞いていると、安心して徘徊して事故に遭うことができるというようにしか受け取れないような印象がする。安心して徘徊をして、地域の方が見守っているということが前提であって、地域の方の意識をどう高めていくのかということが先に出てきそうな感じがした。

認知症の専門医が約20名、疾患医療センターが5か所あるが、診断に関して能力が均一化されるというフォーマットを作成するということでよろしいか。

○ここでのフォーマットは、どちらかというと言検診制度に関する上で、いわゆる先ほど説明があったとおり、なかなか集団検診に準じた形のものでは受けが悪いという以上、特定健診で行われているようなそれぞれのクリニックの先生が1対1対応するような検診、いわゆる一次スクリーニング的なものをつくりたい。そして、非専門医の先生含めてかかりつけの先生方がそれをフォーマットしてある程度それを埋めていただく。次は必要に応じてボーダーライン、ないし疑いがあるとされた場合において、そのデータが例えば仮に言えば疾患医療センターでも、あるいは地域の専門医の先生等に渡し、そしてより効率よくさらに次のステップで最終的にどこまで診断するかどうかということにつながるようなフォーマット・システムにつながれば良いと思っている。

○データベースの構築というところがやっぱり気になるところで、例えば個人情報の

管理をどうなっていくのかと、あるいは別のデータとのひもづけをどうするのかというようなことも今後出てくるだろうと思うので、相当慎重にやっていただく必要がある。

○例えば事故救済に関してのみに利用するというような前提があれば、そのルーチンのやるにしても受け入れられやすい。受けた方に不利益なるようなことが大きく広がらないかなという懸念があって、議論がなかなかしにくいところはある。要介護認定3や4レベルの方が事故を起こして、制度の適用に自動的になるというのであれば非常にやさしい話にはなってくると思う。

例えば事故救済云々ではなくて、検診が広がっていく時に、地域で見守っている人たちはよいが、過剰に検診を受けなさいと、例えば家族とか親族以外から強制的にされることが懸念される。

●それこそ我々が一番心配している。例えばスクリーニング1回何円みたいな費用負担もする可能性もあるという議論もある。また、例えば確定診断を受けた時、これは保険適用という想定でその自己負担分について支援についての議論もある。今制度を開始すると、委員が心配されるように情報が拡散するという事は十分ある事であり、それについてどういう形で防ぐのかという議論が次に出てくると思う。

これは個人の意見であるが、主治医意見書のところで、認知症の疑いがあるなという判断の時には、例えば主治医の方でこういうスクリーニングをしていただいて、認知症疾患医療センターの確定診断までつないでいくという方法はあると思う。

○事前ということであれば多くの人に前もって受けていただかないといけないということなので、早期診断・早期支援がどのように多くの人の役に立つのか、利益になるのかという宣伝の仕方とか考えていく必要があると思う。

●元々制度を知らなくてということになると問題であり、周知には努めたい。ただ強制にならないように気をつけながら周知していきたい。

診断を受けられてないまま死亡されたら、もう認知症の診断を事後的に行うことができないので、その点は事前診断の意味あることとして考えている。

●市民にPRするかどうかも含めて議論いただきたい。PRをしなくても、要介護認定の制度があるため、その中で相談いただき、専門の医師の判断でスクリーニ

ングを実施していただく方法もある。その場合は助成については、医師会と当市が契約をして支払うと、市民にPRする必要はないという考え方もあると思う。そのような考えも含めてぜひ議論をいただきたい。

○かかりつけ医が最初にスクリーニングを実施するというような話で出ているが、どの程度の内容であるのか。例えば、私は初期集中支援事業に参加しているが、ここではDASC21をスクリーニングとして実施している。それにプラスアルファのことを実施しているが、結構時間がかかる。開業医の場合は、さらに時間限定されるため、CDR、MMSE、DASC21が可能で余裕があればやる、それが現状と思う。BPSDも調べるとなれば、BPSDのスクリーニング検査何種類かあるため、そのうちを短時間でやるタイプを組み合わせるという手もないではない。認知症の現場では本当に限られた時間であるため、かなり限定された種類で、短時間で実施できるものでないと厳しい印象がある。

○DASC21を使うのも1つの方法と思う。スクリーニングツールとしてはMMSEとか長谷川式等もあるが、使用してみるべきかと思う。

検診制度の導入については、早期発見・早期診断、それに早期対応につながるのであれば、これはまさに認知症の人にやさしいまちづくりの実質を捉えていると思う。認知症の人にやさしいまちづくりの本質であるので推進すべきだと思うが、早期発見・早期診断、あるいは早期に受診するインセンティブをどうつくるかという問題がある。インセンティブとして何をするか、市民の意識が変わること、早期発見することにメリットがあるんだという、早期診断を受けることがメリットになるということに意識を変えるということであるが、そう容易な話ではない。言葉の上では簡単だが、実際にどうするかというのはかなり議論が必要であり、そうしなければ受診率はなかなか上がらないのではないかと思う。

○メリットに変えることができるかどうかやはりこのシステムをうまく成功させる上での鍵ではないかと理解した。

早期発見しても本当にそれがその方々にメリットになるのかどうかといったことも含めたところが認知症特有の問題ではないかと、それ故このような部会も必要であると理解している。

認知機能も人生70年、80年経つとそれぞれ立場、あるいは社会、周囲から要請され

ていることが異なるため、当然1つのスケールだけでは評価できない。総合的に判断するにせよ、やはり何かしら複数組み合わせることで、そのような神戸市民がおられるということが偏見の元になるのではなく、その方のBPSDの予防であったり、金銭的な被害を未然に防ぐことにつながっていく。このシステムの流れでいくと事故救済制度ということになってしまいが、私はそれよりももう少し広いメリットがあるのではないかと思う。早期の段階で本人、家族に医療としてタッチができるのと、将来に望みがまだ持てるのではないか。そのように考えている立場として何とか早期発見、そしてその後につなげる、そしてそこには死亡補償も含まれるということである程度結実していけば、決して認知症の人にしんどいまちではなくて、むしろやさしいのではないか。ただ、それには周囲の目というのがある。この条例においては地域の人、市民も理解する必要があるんだということとを当然うたっている。

- 事故救済制度を目的として運営すると、制度を利用する人、医療機関としてもわかりやすいのではないかなと思う。そして、スクリーニングは当事者の方あるいは家族の方が主体的に望んでいるものであるべきである。

運転免許のこの制度は主体的なものではない。ある意味で受けなかったら、後で証明出さないというような形になっているので、本当に主体的にやるということがないとうまくいかない気がする。当事者の方とその家族の方が望んでやるような形で、事故救済制度が受けられるというようなことがはっきりわかった方が利用人も、それを診療する方もやりやすいのではないかと思う。スクリーニングを実施するかもどうなのか。

- 認知症の疑いがある段階での介入について、医者としてどれぐらいのメリットを感じられるかということもある。受診された方が実際MCIと診断されて心配してかかりつけ医の方に相談に行かれて、私どうしたらいいんでしょうということ逆にかかりつけ医が困っているという事例もあるため、今回のスクリーニングについてはそのようなことも議論をいただきたい。

- MCIはあくまで認知症ではないので、認知症予備軍ということも言われるが、予備軍でない人も実はいる。全然問題ない場合と、その時たまたま体調が悪かったとかそういう人もいるので、でも中にはこの人アルツハイマーになるだろうとい

うMCIもいるんで、一概にMCIというひとくくりでは言えないと思う。

○神経内科や脳外科の先生もそうだが、いわゆる治癒し得る認知症状態というのを見つけてのが大事。だからいろいろな方が受診される。

MCIは予備軍。今後治療があれば、調べていく上にヒントになるのも、診断することは非常に大事になっていく。

○早期発見のメリットは何かということは、必ずその後のそういった場なり何なりもぜひ今後システムとし、全然ないわけではないが、まだ神戸市民でこれだけの数の方が認知症であるということは、さらにそれと同数に近い患者さんがMCIがあるということが全国の統計から見ても予想される。その人たちをどう受け入れて、決して診断をして注意しようだけではなくて、そこに対して具体的なことをする場が必要。診断の後には必ず何かメリットなり介入なりが必要である。もちろん治療があれば一番いいわけだが。そちらのも合わせてこのような中で議論ができるなり、いろいろなシステムを考えていければなというふうに個人的には強く願っている。

○認知症の人の定義は、議論になるのか。

○介護保険法、あるいは改正道路交通法でも指定されたものをそのままここでは採用したが、基本的にアルツハイマーの定義ということになる。記憶障害とそれ以外。そして、今一番多い病気はそれだが、むしろ初期の前頭側頭型認知症（FTD）等が想定をされる、あるいはそういった方ももれなく救済をしたいというのはもちろん神戸市の考えでもあると思われるので、この部会で一度意見をまとめて上の親会に出すということは、それは可能ということで事務局からもコメントいただいた。

○DSM-5は6つの認知機能のうちの少なくとも1つの認知機能、総合的注意とか記憶も入っているし、言語も運動も社会認知というのも入って、6つの中のどれか1つの認知機能障害があればそれは認知症とするということになっているが、DSM-5はあくまでもアメリカ精神学会の診断基準である。そういう意味で言うと、介護保険法の定義というのが一般的に行政等で対応されている定義なので、何か行政機関で共通している認知症の定義というのを採用すべきかと思う。

○事前のスクリーニング的なものであればそれが適切だろうと思うが、事後的にもし

当事者が申し出た場合にそこが問題になってくると思う。例えば、脳神経外科でいうと特発性の水頭症などの病態があり、十分な治療の対象であった場合、認知症ではなくなるというような病名があるが、治療してない段階で事故を起こす場合はもちろんある。

アルツハイマー病でも生活の支障のないような軽い記憶障害であったとしても、むしろ前頭葉のほうの障害が多い場合はやはり刑法上の問題にかかわってくることもある。徘徊だけではなく、他者を害するようなことはこちらのほうの病気が多いのではないか。そのため、事後的にそれが審議される場合、これは認知症にやさしいのであればルーチンを目的とするのではなく、この救済制度を最も活用するという趣旨でやるのであれば、個別具体的に議論されて審議されるべきだと思うので、もう少しこの定義の部分は何らかのただし書きみたいなものがあるのもいいのではないかと思う。

○決して事後だからといってこの定義を元にして前頭、側頭型を除外するということにはならないと思うが、一方でそれを成文法としていかなものかといったようなコメントだと思うため、その辺に関しては専門家にお任せしたいと思う。

認知症の患者さんは非常に数も多く、精神科のみならず脳外科、神経内科、あるいは一般の先生方含めて多くの先生方が診療に携わっている。そして非常に幅も程度も大きいんだというところで本日のような多様な意見になったのではないかと思う。

今後第2回、3回と進めて、方向性においてはこの条例にうたっている様々な施策、当然そこには事故救済制度というものが入るが、そういったものを円滑、かつ有意義なものに、意味のあるものにしていくためのやはり診断といったことに関して、どの程度の対処をして、どういった形でしていくのかということについて次回以降も詰めて議論してまいりたい。

### 3. 今後の方向性について

- 資料9により説明。