

## 令和元年度 第1回 認知症の診断に関する専門部会議事要旨

日時：令和元年10月30日（水）

場所：三宮研修センター605号室 19:30～21:30

議題：（1）報告事項

① 診断助成制度の実施状況について

（2）審議事項

① 事故救済制度の給付金（見舞金）支給に係る事故後診断について

② 軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment: MCI）と診断された方の経過観察検査について

③ 診断助成制度の精度管理について

（○：委員 ●：事務局）

審議事項 ①事故救済制度の給付金（見舞金）支給に係る事故後診断について

（事故後診断の取り扱いについて）

### ●資料説明

○認知症の診断内容の確認が根幹にある。給付金判定部会において、事故以前の診断書や診療情報から、対象になるかを判断されるということか。

○判定部会のなかで最終判断が下されると理解。医師に、「認知症の診断ができれば事故救済の対象になるため、記載して欲しい」という相談があることが懸念される。

●診断後も判定部会にかけることで、誰の診断で給付金の判断に至ったかというのは、分からないようなシステムである。診断が事故救済制度の対象・非対象の判断に直結するような制度にはしていない。

○「推定発症時期」の記載はどういうことか。

●通常の診療で、問診や家族の話から推定発症時期を記載すると思うが、そのことである。例えば事故の1か月後に疾患医療センターに行った場合、その時点で認知症の診断を行うが、その際、以前の診断書や診療情報から推定発症時期が分かり、推定発症時期が事故よりも前であれば対象と考える。

○事故が起きた際、請求権者は誰になるのか。

●給付金の申請者は被害者であるが、保険会社が間に入って加害者側の情報も得、連携しながら申請していただく。

(賠償責任保険の登録促進について)

●資料説明

- ぜひ登録を促進してほしい。また、登録者を増やすために、革新的な周知活動を行ってほしい。患者の声を聴くと、「(事故は) なかなかないことなので」と消極的な意見を聞く。
- ケアマネや介護関係者の案内から、患者に響くことがあるので、多職種の方の連携は必要。診察室の場で多く、話題に上がるように広報いただきたい。
- 施設へ広報はされているのか。
- 説明の機会を設けているが、施設の保険に入っているため不要との判断をされている可能性もある。事故救済制度の利用ができるケースもあるため、今後も広報を進めていく。
- 国内の医療機関で診断が出た場合も診断書の提出により、事故救済制度の対象となる経過措置は1年間延長するということか。
- そうである。助成金は対象外だが、診断は有効。事故救済制度の対象とする経過措置を、1年間延長としたい。

※事前登録を推進することについて全員了承。

審議事項 ②軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment: MCI)と診断された方の経過観察検査について

- 医師会でも、MCIの経過措置はどこで受診するか検討していた。第2段階を実施する医療機関で実施するのがよいのではないかと考えている。
  - 経過観察の際に、認知症と診断される場合もあるので、第2段階がするべきではないかと考える。
  - 6か月後の経過観察については、市への報告書なく、患者の助成金申請のみか。
  - MCIの方であれば報告内容が変わらないので不要とした。
  - 経過観察の際に、認知症と診断されたら、報告書は必要か。
  - 必要。報告書手順については資料を作成し、医療機関へ周知する。市民の助成金申請は方簡便な手続きにする。経過観察のための診療情報提供書代も助成の対象のため、各医療機関と連携しながら、対応いただきたい。
  - 資料12の表現について、「ご連絡ください」よりは、具体的に「受診してください」の方が、分かりやすいのではないか。
- ※方向性について全員了承。資料12については、意見を反映。

審議事項 ③診断助成制度の精度管理について

- 当院は精神科で、認知症の診断もあるが、入院を希望する方の10%くらいがうつ病であり、統合失調症関連の状況から妄想が出る方もいるため、認知症と区別が付きにくい。うつ病の方を医療にのせることも重要と考えるが、一般の医科の先生はどこまで意識していくべきか。

- 精神分野の判断が難しい場合は、精神科関係の疾患医療センターへ行くように医師会からも啓発している。その際は、受け入れていただきたい。判断基準の導入は難しいがご意見としていただく。
  - 資料 11 の下段の表現では、MCI の方を拾いにくいのでは。点数で判断するような印象を受けるので、やわらかい表現にするなど、工夫が必要では。
  - 「勸奨してください」など優しい表現はどうか。
  - 第 1 段階の医療機関がかかりつけ医でない場合は調べてまで記載が必要か。
  - 家族や本人から情報を聞き取っていただくなど、ご対応いただきたい。
- ※方向性について全員了承。資料 11 については、意見を反映。

#### 報告事項 ①診断助成制度の実施状況について (報告のみ)

##### その他 意見交換

- 第 1 段階の DASC は総合点を基準とするが、本来は、個別の点数で判断するものだ。理由の記載として、「この項目が高いため」と記載してもらえるのか。第 1 段階の先生がどこまで対応ができるものか。第 2 段階で、その詳細は確認をするが、第 1 段階の DASC のこの項目が高く、ADL の低下が高く、認知症ではないという判断したと、詳細を記載できるようにするのはどうか。
- 多くの人が制度を利用されている大きな要因は、ケアマネや施設の方の案内が大きい。この制度を今後も続けていくためには、関係者への周知が重要。
- 独居の方が多く来院されるが、おひとりであらわれて情報を得にくいことがある。対応を考える必要があるのではないか。
- 基礎疾患をすべて記載するのは難しいので、第 2 段階で分かるようなことは不要では。
- 様式について、SPECT や DAT の所見を書ききれないため、「アルツハイマーに矛盾しない所見である」など簡易でいいかと思う。基礎疾患・投薬内容は同医療機関で第 1 段階・第 2 段階を実施する場合は、省略してもよいか。
- 第 1 段階・第 2 段階が同医療機関の場合は省略可。別の医療機関の場合、空欄よりは「特記事項なし」など書いていただきたい。
- かかりつけ医の先生の役割が大きい。ある程度かかりつけ医で診ていただいていたら入院しないで済むという方も多く、診断助成制度を利用し、早期に対処することで、入院を避けたり、重症化を防ぐことにつながるのではないか。
- 賠償責任保険制度は、中小規模の介護事業者にもっと広報した方がよい。
- MCI の方への介入・生活支援も今後の課題。引き続き検討いただきたい。
- 制度を通して、市内の認知症に対応する医療のレベルが上がっていくことを期待する。