

認知症にはスティグマがあるが、各国において「私は認知症です」と公表する人が増えている。そのおかげで「認知症が完全に不自由で完全に依存しきったもの」というスティグマをうちこわすことで、誤ったイメージが薄れつつある。

(英国のテリー・プラチェット氏の例¹⁾)

第二に早期介入のために次に必要なのは、全ての人を受けられる、高品質な早期診断（4：高品質な診断）である。そして診断の伝え方を向上させることである。家族には思いやりをもって接し、理解をする時間を与えるものである。さらに、診断から人生の終わりまで、個人が必要とする緊急のケアとサポートを提供することも意味している。解決策はシステムの変革にある。早期に診断を受けることができるようなサービスの開発である。しかも自分で選択をする余地がある、施設収容のような害悪を防げるような早い段階において。一般病棟に入院したときに、周りが認知症であることを理解し、適切なケアをして惨事を防ぐことができるような速い段階において、である。

第三の課題は、診断から終末医療まで行われるより質の高いケアである。イギリスでは質の向上を図るための措置やスキルの向上、専門家からの助言などを踏まえ、実現可能なアクションプランを作った。これが、メディアの注目も集め、メディアもこれを取り上げて、問題の究明に取り組みはじめ、政治家の行動を促すきっかけになった。今では、たとえば抗精神病薬の処方を引き下げようと、実に多くの取り組みが実施されている。

認知症の経済問題

臨床的な成果を示すだけでは足りない。コスト効果も示さなければならない。Standard & Poor社は、今年のクリスマスの直前に出したレポートで、世界の高齢化する不可逆的なスピードこそ、今後の国家の経済的健全性と公共財政および国家政策に最も大きな影響を及ぼすだろう、と指摘している。そのうち長期的なケアのコストは最たるものである。しかもこれは大きく変動する可能性がある。これで課題の半分を構成している。もし何もしなければ、GDP全体に占める割合の上昇率は、(英国では) 2または3%から18%になる。したがって政府が今から行動を起こすことには、経済的に見ても戦略的な必然性がある。たとえば、英国ではケアホームに年間70億ポンドがかかっている。入所の割合を10%減らすことができれば、収支がとんとんになる。さらに20%減らすこと

¹ ファンタジー小説の作家である。彼は認知症でありながら、認知症についての面白いテレビ番組を作る元気があり、女王陛下より「認知症ではなく、文学への貢献を理由に一騎士に叙される元気もあった。これは認知症に関する新しいイメージである。

ができれば、社会にまとまった額の金を還元できるようになる。これは、保健省とロンドン経済大学と共に実施したモデルによるものである。しかし、より重要なこととして、その質の問題がある。家にいた方が生活の質が良い。たとえばそれで、クロイドンメモリーサービスの評価の4分の1ほど生活の質が向上したとする。つまり最も不利なモデルに基づいて試算するのだが、それでもこれらのサービスは臨床的にもコスト的にも実効性があるといえる。

ビジョンとシステムの変革

我々が必要としているのは、ビジョンとシステムの変革である。同じものの続きではなくて、違うやり方で規模にも野心が必要である。これは大きな問題で、大胆な解決策を必要としている。長期的なコミットメントも必要である。これは1年や5年、10年はおろか、20年かかっても解決する問題ではないからである。しかし、正しいリーダーシップがあれば、今後20年間で大きな変化を起こすことができる。認知症の人に有効なサービスを導入したり、長期的にお金の節約につながる経済的コストを加味することもできる。長期的コストの高騰は、中長期的な経済的脅威としての最大の要因で、認知症が問題なのではない。良質な認知症ケアは、我々の経済が直面する問題の解決策である。

抗精神病薬について（参考文献2）

イギリスの認知症の人への抗精神病薬処方現状

英国では、認知症の人70万人のうち18万人は抗精神病薬を処方され、これによって死亡数が約1,800人増えている。

抗精神病薬の有害作用

抗精神病薬には、個人にとって大きな問題となり得る、非常に明確な作用がある。例えば、ろれつが回らなくなる、食事を摂りにくくなったり、視界がぼやけたり、さらには歩行困難な筋肉の固縮、鎮静作用が大きな問題となり得る。より重大な脳卒中や死に至ることさえある。

抗精神病薬の恩恵は？

抗精神病薬にのみ頼るような対応の一つの問題は、非薬物療法や、個人にとっての環境の改善から得られるメリットを享受できないことにある。バナジー氏の概算によれば、このような薬を処方されている人のうち、実際にこれを必要としているか、恩恵を受けているのは、多くても25%で、残りはこれらの薬を処方されていない方が幸せ、である。

抗精神病薬処方により本質的な問題点

分かった傾向としては、どうやら一度この種の薬剤の処方が開始されれば、処方が長い間継続する、ということである。そしてまた、認知症では、行動障害が一進一退することも明らかなので、抗精神病薬が処方されている患者に症状がなくても必ずしも薬が効いているとは限らない。症状が寛解しただけかもしれない。そこで、3カ月ごとに「この人にはこの薬剤が必要なのか」と問い直し、薬を減らしてあるいは薬を止めても症状が戻ってくるのかを確認する必要がある。

認知症の人の生活の質（参考文献3）

認知症における生活の質がなぜ重要なのか

まずは「生活の質を理解する」ことから始める。生活の質を理解したいと考える理由の一部は、認知症そのもの、あるいは認知症がもたらす困難に根ざしている。生活の質について考えれば、人間とは、主に自分の生活の質を向上させ、最大化し、これを維持するために作られた機械と言っても、過言ではない。つまり、人間としての根本的部分において、これらの、一部はマイナスで一部はプラスの要素を、天秤にかけている。我々は常に様々な要素を天秤にかけ、何が起きているのかに基本的な評価を加え、どう進むべきかの道筋を付けようとする。これは認知症の人についても、その他の全ての人々同様、当てはまる。生活の質は我々の個人的な対話の一部でもある。つまり人間としての根本に関わっている。

生活の質は政治的な対話の一部でもある

興味深いことにこれは政治的な対話の一部でもある。英国の運輸省の政策をみれば、生活の質が全てである。道路があれば、人生が素晴らしくなる、と言っている。環境政策を見ても、自動車が幸せにする、と言い、公園あれば幸せになる、とも言う。環境省にとって生活の質がすべてである。ロンドンの United Health の戦略も、生活の質が全てである。政治家の話には、通常有権者の生活の質を引き上げたい、という話が出てくる。だからこそ、我々の取り組みが実際に生活の質を向上させることを証明することができれば、（そのためにはもちろん、評価・試験・分析・報告が必要になるが）必要とする投資や、必要とする変革が得られる可能性が高くなる。研究から得られたデータで支持されている政治的目的を達成できることを示せば、研究によって目標の達成に近づくこ

とができる。

健康と生活の質

生活の質とは当然ながら非常に幅のあるものである。また様々なものが関係している。外の心地よい太陽の光や、どれくらいのお金を持っているのか、家族がどれくらい優しいのか、子供はどんな教育を受けられるのか。これらはすべて、生活の質に影響する。健康は、当然ながら生活の質の一要素ではあるが、元気なときには健康は生活の質という世界においてさほど重要な意味を持たない。元気な人に健康がどれほど重要であるのかを聞いても、あまり重要ではない、と言われる。しかし病気になれば、特に重大な、実際の生活に影響を及ぼすような病気にかかれば、健康がより大きな割合を占めるようになるはずである。認知症とはまさにこのような病気である。人の知的機能やその他日常生活の様々な面、思考、理解などを大幅に低下させ、家族内で必ずストレスや問題を引き起こし、進行性で現時点では治療法のない病気である。健康関連の生活の質というものがとくに重要になる。

認知症と生活の質

認知症は他の病気よりも複雑である。医療システムが認知症について考えるようになるまでにここまで長い時間を要したのも、この複雑性が一つの要因である。なぜなら、常に精神的、社会的および医療上の問題があり、一つの単純な対策があるわけではないからである。

他の疾患の評価

冠動脈性心疾患のような単純な疾患であれば、治療が有効であったのかを簡単に知る方法がある。一つは死ぬか生きているかである。つまり、死は悪、生は善、という単純な結果があり、通常は生か死かを簡単に評価することができる。糖尿病も血液検査や足の指の数などの単純な評価方法がある。生活の質と病気と相関関係にあるとも言える。脚の数も然り。2本あれば良く、1本であればそれほど良くない、0本は最悪、という三段階評価が成り立つ。脚が2本あることは、0本あることよりも絶対に良い。このように、生活の質に関連した単純な評価方法がある。

認知症の評価

では、認知症の場合、死は悪いことなのであろうか？これは重大な病気で介入の有無を問わず、死はいずれにせよ不可避である。しかし、認知症においては、このような単純な評価方法を利用できない。認知症は、直線的には進行しない。

神経不安症、うつ、精神病、行動障害、不安神経症など、生活の質に実際に影響を及ぼすような現象は、最初に生じることもある。うつ状態は、認知症が発見される前に生じ、他の疾患と関連付けられるかもしれない。精神病はどの段階でも発現する可能性があるし、いつの間にか消えたりもする。現実として、認知症は神経精神病、うつ、精神病、行動障害、不安神経症などの4つの疾患が合わさったものではない。アルツハイマー病という結果に至るまでには、おそらく40,000通りもの方法、それぞれ異なる遺伝子と環境の相互作用がある。したがって、個体レベルにおいて、非常に不均一なのである。単純な疾病には見られない現象である。

症状と生活と質との間につながりのない病：事例的説明

したがって認知症は症状と生活の質との間につながりのない病なのである。だからこそ、アウトカムの評価方法としての生活の質そのものが、非常に重要となるのである。単純な疾患であれば症状を取り上げればよい。それを生活の質の良い指標とすることが可能である。

さて「OSPD」とは「手術が成功して患者が死んだ」という場面のことであるが、こんな場面を想像してほしい。

例えば、ある老人の面倒を見ている妻が居たとする。その老人がちょっと興奮して同じ質問を繰り返すようになった。その人がその老人をかかりつけの医師に連れて行き、「助けてください」と医師にお願いしたとする。そこで医師は新しい精神疾患の一覧を参照して症状を評価しようとする。その指標に従って興奮の程度を評価し、抗精神病薬を処方する。3-4週間後、戻ってきた患者を観察し、興奮しているのかを評価した。するとその症状は完全に消えていた。

さて、これは成功したのか？必ずしもそうとは言えない。よく見れば、患者はいまや部屋の片隅で涎を垂らし、一切のコミュニケーションも取れず、最悪の時間を過ごしている。妻も夫が消えてしまい同じく取り乱している。今までの会話がすべてなくなってしまうのだ。症状だけを評価をしている場合、必ずしもこれに気付けるわけではない。だから認知症では複雑であるがゆえに、より広い視野で考えることが特に重要なのだ。

DEMQOL（参考文献4，5，6，7）

DEMQOLをまとめたグループには、ロンドン大学衛生熱帯医学大学院の精神科医とロンドン経済大学の経済学者も参加していた。これは、この問題を優先

的に取り組むべきだとした保健省から助成金が出たからできたことである。また認知症の人の見解を、常に中心に据えていた。

DEMQOL 作成の手続き

認知症における生活の質についての概念的枠組みから生じた、定性的な分析を出発点とした。次に、72 項目からなる非常に長い質問リストを作成し、100 人ほどの認知症の人とそのケア担当者に呼びかけて、回答してもらった。最初に発見したのは、ケア担当者と認知症の人には様々な有効な手立てがある、ということであった。さらに心理統計学に基づいた項目の絞込みを行い、105 組を対象に最終的な実施試験を行って、自己報告型の DEMQOL（日本語訳を後掲）と代理報告型の DEMQOL proxy（日本語訳を後掲）という二つの部分により構成されるシステムを作った。（このスライド一枚には、政府のお金がおよそ 33.3 万ポンド詰まっている。）

DEMQOL の考え

これは、面談者が実施する自己報告のための手段である。患者報告アウトカムであるという点が非常に重要である。患者の生の声を DEMQOL では直接的に、そして DEMQOL Proxy では間接的に読み取ろうとしている

DEMQOL の実施について

DEMQOL 自体は 28 項目からなっていて、当人の障害の度合いに応じて 5 分から 30 分かかる。Proxy には大体 5 分かかり、これを実施するためのマニュアルがある（日本語訳を後掲）。認知症の人でも比較的簡単に回答できるよう、4 段階で評価するようになっている。結果として、軽度から中程度の人であれば、認知症でも 15% 以外の人には全て回答することができた。つまり、認知症の人の圧倒的多数は自身の生活の質について直接評価できる、ことを意味している。そして代理の人もこれら全ての人の生活の質について、有効な評価を提供することができた。当然ながら重度の認知症の人には自己報告型の DEMQOL を使えないが、DEMQOL Proxy は使える。

DEMQOL による知見

認知症の程度と生活の質との間には、相関関係がない

重度の認知症であれば必ず生活の質が低くなる、ということであれば、認知症の人にとって、またケア担当者、また医師も認知症に取り組みにくくなる。これが間違っているというのは、素晴らしい。我々がいかに病気に対応できるのかを示し、家族が良い環境を作る方法も示している。つまりこれは認知症の程

度にかかわらず、認知症と共に生きるのは可能であることを示している。

認知症の程度にかかわらず、生活の質が低い

しかし認知症の程度にかかわらず生活の質が低いこともあることが分かった。つまりこの点からやるべきことはあり、特にケアで考えて行くべき余地があるのだろう。

年齢と相関性がある

患者が若いほど生活の質が低いように見える。これは対社会的な問題かもしれない。60代よりも80代の認知症の人がより疎外感がなく、自分ができなくなったことに対する喪失感も、より切実なものではないのかもしれない。

DEMQOLからわかる重要なこと

これは社会的な問題なのであり、これを単一のモデルにまとめれば、年齢やNPIの点数もそれなりに重要であることがわかるが、それよりも他の、いつも指標とされていた認知機能や活動への制限などが、それほど大きく影響していないことが分かる。もちろん、何ができて何ができないのかを理解することは重要で、認知機能を改善させることも非常に重要である。しかしそれだけでは全体像は見えない。認知症においては全体像としての結果と具体的な問題の両方を評価しなければならないことが分かる。

クロイドンメモリーサービスに対するDEMQOL評価

6カ月後の結果（観察研究）としてDEMQOL評価では、このサービスを6カ月受けた人の生活の質のスコアが上がった。同じ現象がDEMQOL Proxyでも見られた。つまりこのメモリーサービスによる生活の質の改善があった。これは我々のサービスとして目指していたところである。また行動障害も減少した。また生活の質が低いほど、このサービスを受ければかなり大きく改善した。この効果は12カ月でも持続していた。この効果は参考までに、抗認知症薬により得られる効果の2倍または3倍に相当する。つまり、ここでのメモリーサービスが、人の生活の質に大きな影響を及ぼし得ることがわかった。

不均一性への探求

また、不均一性も探り始めて、まだ発表には至っていないのだが、女性を示す青い線と男性を示す緑の線を見れば、どうやら男性の方が我々のサービスによってより多くのメリットを受けているようである。これは男性は配偶者が世話をし、よりケアを改善できるのに対し、一人暮らしが多い女性にはそれほどメリットが受けられない、という事情によるのかもしれない。さらに、この下の

図では青い線が軽度の認知症、緑の線が中程度以上の認知症を示している。軽度の認知症の方がより大きな変化が見える。つまり介入が早いほど、生活の質の面で受けられるメリットも大きいことが示されている。

認知症の生活の質の評価スケールの利用法 QALY も計算可能

特に保健経済学分野や介入の評価方法において、あるいは経済学的な評価で、先ほど心臓病治療と脳梗塞の治療を比較できるような一般的な手法がある。

QALY、つまり QOL 調整生存年である。我々はシェフィールド大学の優秀な経済学者と共に、DEMQOL システムを経済学的分析に用いることができるような短いバージョンに集約した。このことによって、異なる健康状態にそれぞれ異なる値をつけて、質の違いだけでなく、数値の違いも計算でき、介入を正確に評価できるような、認知症用の QALY を算出できるようになった。

第一段階では、認知症の人の大きな母集団をベースに、DEMQOL と DEMQOL Proxy データをもちいて心理統計を実施し、さらに Rasch 分析を施した。その後たくさんの新たなデータに基づいて、DEMQOL 内から新たな因子の枠組みとなる新たな概念モデルを生み出し、DEMQOL から 5 項目、DEMQOL Proxy からは 4 項目生成した。最終的には、それぞれの状態のセットに優劣を付けて、生活の質の高いものから低いものまで順番に並べて、5 項目ある DEMQOL では 1024 の状態、4 項目の Proxy では 256 の状態があるので、これらを組み合わせ、これに数値を付した。イングランド北部で 600 人ほどに対してこの評価を行った。

2カ所のメモリーサービス

タワーハムレッツメモリーサービス（2013/12/13 ロビンソンセンター、マイルエンド病院でのインタビューより）

（インタビュー対象者 敬称略）

- アルツハイマー協会、ロンドンの地域オペレーション部長 ジュリアン・ロイド
- 心理学者 認知症サービス上級臨床医 マリアン・ディセイ
- タワー・ハムレッツ 高齢者メンタル・ヘルスサービスマネージャー ヘレン・グリーン
- アルツハイマー協会調査部 クレア
- チーム コミュニティー・メンタルヘルス チームマネージャー トレバー・マカドール（ソーシャル・ワーカー、看護師、精神科医、職業セラピストを束ねる）
- アドバイザー アリソン
- 血管性認知症、アルツハイマー病 最初の診断は五年前 ロン

- ロンの妻 マリリン
- 認知症の人の家族や、ケア者の支援者 ジャスティナ
- 高齢者施設運営者 厚生省ケア委員会委員 アミール・ジマール
- メモリークリニック ミランダ

(インタビューア)

NHK (十年間で30本以上の認知症関連のドキュメンタリーを作る) 川村雄次

医療福祉ライター 神保康子

ケアパス研究者 山梨恵子

高齢者総合福祉施設 アザレアンさなだ 宮島渡

タワー・ハムレッツ・メモリー・サービス ロビンソンセンター、マイルエンド病院ではアルツハイマー協会やNHSで働く職員がいる。

メモリークリニックでのワンストップサービス

ここで行っているのは、パスウェイである。終末ケアで記憶に不安が生じた最初からのパスウェイをカバーする。マルチな専門領域をカバーするチームが二、三あり、アルツハイマー病にも取り組んでいる。来る人がいろいろなサービスの間をたらいまわしにされないように、約三年前にこのパスウェイを計画された。最初から最後まで、ここで事足りる。まずパスウェイの最初では、GPからの紹介を受け入れる。ここでは紹介を受け入れて、トリアージを行う。そして、どこに行くのが最適かを見極める。記憶に問題があるものの、認知症の明確な診断結果を得ていない場合は、診断メモリークリニックに行くことになる。認知症であることがこの時点で明らかなら、ただちに認知症ケアチームに行く。他の精神病がある場合には、コミュニティ・メンタル・ヘルス・チームに行く。GPの紹介があると、ここで血液検査と脳画像検査を行う。本人にクリニックに来てもらうが、それが難しければ自宅訪問をする。

重要なのは本人やケア者が煩雑でたらいまわしをされていると感じずに、全てを一か所で行えるということである。複雑なシステムだが、コンタクトしてきた本人にとってみたらシンプルに見えることを期待している。本人にとってシンプルでシームレスに見せるというのが目標である。

アセスメント

全員まず看護師のチェックを受ける。

看護師は既往歴や精神医学的病歴、学歴、身体的健康についての質問をする。

非常に徹底的なインタビューを全員に行う。看護師は認知症のスクリーニングも行う。それから医師の診察と身体検査を受ける。さらに神経学的診察も行う。その後、チームで会議を開催しこれらの結果について話し合う。a)診断と b)今後のケアプランを作成する。(メモリークリニックの人気がある理由として、一人の看護師が最初から最後までずっと付くことがあげられるだろう。) フィードバック会議の際に認知症アドバイザーが本人と面会し、その後のケアを行う。だからそのため一人の人がずっと最後まで付き添うことになる。とはいえグループで動いているのである。たとえば投薬には複数の人間がかかわることがある。

1.診断告知について

タワー・ハムレッツでは、サービスやケアラーからのフィードバック内容をヒアリングし、それに基づいて、サービスを通知する。カンファレンスやサービス利用者からよく聞くことに、診断プロセスの最悪の部分が実施されない、ということがある。たとえば「こちらに診断書がありますので、後でご覧ください」といわれるだけでは、本人たちはその診断を理解できないように感じる。そして前よりも孤独で無力に感じるとのことである。

最初から自分たちのことを知ってくれる人とコンタクトを続けることが役立つ。GPが役に立つのは、全ての側面を意識しているからである。しかし、現在進行形の事象に詳しい人がいることも良いことである。彼らは良い点や悪い点を知り、さまざまなステージで導いてくれるだろう。

認知症診断後

認知症の診断を受けたら、適宜投薬を受け、定期的に受診することになる。そこでアドバイザーがいることで、希望やケアされているという気持ちが生まれる。

2.研究との橋渡し

二つ目に大きなことは、人々を研究と結びつけることである。私たちは認知症の人が希望すれば、調査に参加してもらおう。

この調査がデンドラムという大企業が実施支援をしている。観察研究を行っているが、さらに本人が希望すれば臨床研究にも参加できる。生理的な加齢に関する観察研究(認識と動作に関する検査を行い、疾患が介入しない場合の自然な状態でどう進行するかを経過的に見るものである。)もある。本人たちのデータ詳細を同社に渡して、この会社で臨床試験、観察研究にマッチングさせる。

本人が希望とその調査対象と合致すれば、さまざまな調査に参加できる。

3.ポスト診断クリニック

ここでは、認知症の人やケアラーに心理的、情緒的なサポートをする。

4.人々の参加できるグループ活動

期間限定のものもあり、継続するものもある。ガーデニングやダンスのグループ、認知機能刺激セラピー（CST）グループなどである。可能な場合には、アルツハイマー協会とNHSが連携を取る。

診断後からの流れの概要

認知症の診断を受けるとすぐに、フィードバック・ミーティングを受ける。コンサルタントがチームとして参加し、認知症の人たちは、本院が提供するものを知ることができる。そこで診断に対する情報を認知症の人に提供する。ここでは診断についての情報や、これから試みようとしていることを伝える。なぜなら認知症の人はソーシャル・サービスのようなものを望んでいるわけではないからである。もっとインフォーマルな感じのものである。認知症の自宅に行き、そこで本人に会ってニーズを聞き出そうとする。つまり認知症の人のニーズと経験に基づいた、パーソナライズされた情報を提供することを試みている。そのため彼らはサポート体制すべてを利用できる。状況に変化があった場合には、ソーシャル・サービスやNHSに戻し、記憶障害のある人とその家族に情報提供をしている。さらに、サポートが必要な人にはサポートを提供し、ケア者にも提供する。よりニーズが高い場合には、その他の認知症サポートを紹介する。

サービスの受け入れについての同意と拒否

このスタッフはNHSとともに動いている。診断を受ければすぐにサポート計画を提供する。認知症の人やケア者には、ここでのサービスを拒否する権利があります。受け入れることに同意する場合に限り、彼らをサポートする。

サービスの導入

NHSはアルツハイマー協会に対し、NHSに代わってサービスを提供するよう契約を結んでいる。地域ベースでサービスを委託しているために、各区でサービス委託方法が若干異なる。

（サービス利用者（認知症の人ロン氏およびその妻マリリン氏）の発言）

「夫に記憶の問題があったのでGPに最初行った。そこでメモリークリニックを紹介された。脳画像検査や血液検査をして、医師の診察を受けた。夫は認知症に加え

て身体的問題もあった。認知症アドバイザーは最初からつき、とてもよかったと思っている。私自身のケアをしてくれる人がいて、電話の向こうにいつもいる、というのは大変心強い。相談内容は認知症に限ったことではない。どんな相談でも聞いてもらえる。抱えている問題がごく小さいものだとしても、自分が悩んでいるなら、ケアしてくれている人もそれを心配してくれる。だから、誰かと話すことができるのは、いいことである。」

連絡

認知症のケアラーに対しては、毎月訪問をしている。最初の頻度はその程度であるが、ニーズによっては増える。場合によっては、その他のソーシャル・サービスや、Age UK のような他の団体に紹介することもある。万一の場合や質問したい時に備えて、電話番号も渡している。いつでも電話をしてもらっているのですが、あらかじめスケジュールを決めて、4-6 週間ごとにコンタクトする。これはニーズベースで、相手の要望に応じて行う。

Age UK 等の他のサービス・団体に連絡する等、の実例

たとえば、福祉の問題に関して高度な助言を提供する団体があり、そこに紹介をするケースもある。あるいは、第三者を招いて、自宅でアセスメントを行った事例もある。さらに

友人や隣人に紹介したこともある。タワー・ハムレッツには、「フレンズ・アンド・ネイバーズ」という組織がある。訓練されたボランティアが身体的な問題や認知症を抱えた人の自宅に行き、その時間を過ごすことで、ケアラーに休息を与えることもできる。ボランティアが来ているときには、ケアラーは外出でき、友達とお茶を飲んだり、買い物をしたりできる。かれらは認知症の意味することや認知症の人に与える影響について一般的なアドバイスをしたり、ケアラーのサポートが向上するようにする。

「いつも頼れる誰かがいる」：利用者（（前出の）妻）の発言

「診断後、誰かいつも頼れる人はいる。相談相手は、さまざまな立場の人で、訪問してくれる Age UK の人もいる。「フレンズ・アンド・ネイバーズ」も利用している。電話やメールの向こう側にいつも誰かがいるわけです。」

問題のある行動を取る人のために

組織は統合的なチームなので、ソーシャル・サービスやヘルスケアの職員と連

携している。チームには精神科医もいます。現在問題のある行動を取る人のためのものである。定期的にコンタクトを取る。人によっては攻撃的な行動を取り、ケアラーに大きなストレスとなることがある。具体的な介入としては投薬を行う。一定期間投薬を増やす必要がある場合もある。同時にケアラーがある行動への対処法を知るうえでの助言も行う。レスパイトケアや入院も可能である。

チーム内医師

チームには精神科医がいる。認知症ケアチームは、認知症の人を専門に扱い、コミュニティ・メンタルヘルsteamにも認知症とは別部隊で医師がいて、統合失調症、双極性障害、うつ病などを扱っている。両チームとも同じ規模で、機能も同じである。病気が違うだけである。そして顧問精神科医とチームマネージャーがおり、両者は別で、チームマネージャーがマネージャーとしての責任を負う。コンサルタントは臨床面でのリーダーシップを取るが、両者は複数の行動規律に沿って勤務する。

メモリーサービスとメモリークリニックとの違い

メモリーサービスは包括的なものである。メモリーサービス内にメモリークリニックがあり、さらにそこにアルツハイマー協会の認知症ケアアドバイザーがいて、認知症ケアチームがある。イングランドの各地では異なる（プレマスには医師がいなかった（インタビューア言）。タワー・ハムレッツ内の全サービスに対し、顧問精神科医は3名いる。一人はパートタイムで、診断メモリークリニックにいる。残りの二人はそれぞれ認知症ケアチーム、コミュニティ・メンタルヘルsteamにいて、入院患者のベッドを管理している。統合失調症等をかかえた人々のためには、約18のベッドがあります。認知症のアセスメント用のベッドは12ある。この12名は連続ケア病棟にいる。顧問精神科医は、専門研修医とジュニア・ドクター各一名を配下につける必要があるが、ここではその人数を満たしていない。

スタッフ

顧問精神科医、チームマネージャー二名、上級看護師、心理士、作業療法士からなるグループである。コア・グループは毎週会議を行います。本院には三つの病棟がある。一つは急性精神病棟、一つは認知症アセスメント病棟、最後は継続ケア病棟である。これらの病棟にいる人にはすべて、これらのチームの一つに属するケア・コーディネーターが付く。退院後のケアの管理をする。

また3人の認知症アドバイザーがいて、一人は英語とベンガル語のバイリンガルである。イングランド政府の勧告では、全エリアに認知症アドバイザーを100-150名おくべきとしている。NHSだけでなく他のボランティアセクターサービス提供者も認知症アドバイザーを提供している。普通は競争入札で委託されている。ボランティアではなく、有償でサードセクターと呼んでいる。NHSでもなく、ソーシャル・サービスでもない、という意味である。実際には私企業の可能性もある。

退院後支援

看護師かソーシャルワーカーがつく。すでに医師がいるので、新しい医師が紹介されたり、何度も新しい人に接することはない。GPに戻される唯一の機会はこの間だけです。つまり、その人が十分落ち着いて、行動に問題がなくなった場合である。あるいは、ケア・パッケージがあり、居住ケアを受けたりデイケアを受けたりするのであれば、GPに戻すことを検討する。そしてその時には、もうこの組織を必要としないので、ソーシャル・サービスチームによるレビューをする。それ以外、認知症の人が退院してもアルツハイマー協会は関わりを続ける。アドバイザーと認知症サポートワーカーである。そしてここでは看護師アドバイザーが6か月ごとにフォローアップし、検査などし、何かが劇的に変わっていれば、認知症ケアチーム等に紹介する場合もある。

「アドバンスト・ケア・プランニング」

認知症の人が、メモリークリニックで、今後自分が望むことやケア、彼らの人生の中で大切なことをまとめたものであり重要である。

2. クロイドンメモリーサービス（参考文献8, 9, 10）

基本情報

対象	Borough of Croydon に住み、6カ月以上物忘れに困っており悪化しているように思える個人
言語	英語、スペイン語、ロシア語
障害を持つ人の利用	可能
設立	2004年
料金	不要
申込の仕方	GPからの直接の紹介、医療や社会福祉機関の他のプロフェッショナルからも紹介をうけている。現在、チームは、コンサルタント臨床心理士(チ

ームリーダー), 臨床看護スペシャリスト, 上級ケアマネジャー(副リーダー), とさらに最初に接する社会福祉士、管理およびアシスタント心理士からなる

利用時間

月曜から金曜までの 9 時~17 時

利用の流れ

- ① 記憶に不安がある人が、かかりつけの GP より紹介される。(社会福祉機関からも紹介を受けている)
- ② メモリーサービスチームのうち二人がその方の自宅を訪問する。一方のワーカーが本人に話をお伺いし、長期間にわたるケースワーカーとなる。知性、日常生活、そして心理的アセスメントを含む様々な検査を実施する。同時に、もう一方のワーカーが介護担当者に話を伺う。これにより、介護担当者の見方とニーズを評価する機会が得られる。
- ③ 職場の同僚とケースディスカッションを行い、診断を行う。前述のケースワーカーが本人及び介護担当者にその診断を伝え、投薬、トークセラピー、社会福祉サービスのような様々な治療と支援の選択肢について議論を行う。どこに行けば情報と地域のサポートが得られるのかのガイダンスも提供する。

旧来のメンタルヘルスサービスとの違い

伝統的なメンタルヘルスサービスとの重要な違いは、それぞれのメンバーが医療、社会福祉の経歴のあるなしに関わらず、評価、診断、治療が提供できるような訓練を受けて来たことにある。

「誰もが評価を取り上げる(拾い上げる)事ができるのです。その後、チームのミーティングで議論され、これまたチームのメンバー誰もが診断をすることができます。一方、伝統的なメンタルヘルスチームでは、全ての評価と診断は精神科医によってなされるのです。」とマシューズ(訳者注:責任者)は言う。責任を皆で共有することで、速やかに多くの方を見る事ができ、サービスの門戸を開けるのだとも付け加えた。

クリス・フィーラー(シニアソーシャルワーカー、チーム副リーダー)によれば、医療のプロフェッショナルというよりソーシャルワーカーとして、当初は、診断をやっかいな過程と考えていたという「ソーシャルワーカーとしての視点

からいうと、我われは通常人々に悪いお知らせをお伝えしません。ソーシャルワーカーは、悪いニュースがある所に出向いていくものなのです。これは私の中の変革でした。でもそれは正しい事でした。おかげで未来に向けてのプランが立てられるし、クライアントが同じワーカーとずっとお付き合いする事で、ケアの連続が促進されるのです」

考察

本稿の結果に示す内容は、なるべく編集することなく、素材をそのまま示す努力をしてきた。ここで留意点がある。本稿の意図として、英国がすべて良い、ということをお願いしたいのではない。またたとえ良いものであったとしても、我が国とは文化も歴史も異なりすべてまるごと真似できるものではない。ただバナジー氏の考察は我が国の施策のみならず、ケアの姿、認知症医療の考え方、についても相対化できる機会が与えられ、示唆に富むのである。このバナジー氏の考察のどこに我々は心惹かれ、驚き、考えさせられたのか、について以下に述べたい。

ビジョンの重要性の指摘

我々の議論はしばしば医療やケアのガイドラインを定めるにせよ、アクションプランの議論に終始しがちである。「誰の」「何のために」の議論がしばしば忘れられ、アクションプランの *feasibility* が重んじられがちである。バナジー氏が触れるビジョンは、(1: 認知症の人のニーズ)の項でも触れられる通り、「認知症の人のため」という足場が明瞭である。しかも2005年時点で DEMQOL が開発されているように、そもそもバナジー氏がはじめて生み出したビジョンではなく、すでにそういう共通認識が英国にはあったことが確認できるのである。1990年代にすでにトムキットウッドらのパーソンセンタードケアといった概念が提示されて、ビジョンの生成過程の歴史が我が国よりも長い。我が国でも同時期に、認知症の人の心の動きについて小澤勲らの優れた考察があるものの、このコンセプトについて、医療・行政の関係者にとって広く共有されたとは言いがたい。我が国において公式には、2012年厚労省「今後の認知症施策の方向性」の報告書の中で、「認知症の人の意思を尊重する」という文言が初出である。しかしそののちのアクションプランであるオレンジプランでは、この「認知症の人のニーズ」が、テリー・プラチェット氏の例のように、顔の見える形で認知症の人々から生々しく語られ、中心課題として取り上げられることはほとんどない。オレンジプランのコンセプトシートには「認知症の人の

意思を尊重する」とあるにもかかわらず、である。しかもバナジー氏が指摘するように認知症施策は長期的な計画によってはじめて実現するものであることは誰も否めないはずである。政権や種々の団体の権益代表者が交代しても持続的なものでなければならない。この期に及んで個別のアクションプランの提示で済まされる問題ではない。ビジョンが大切であることを共有し、他の国のまねごとではなく、我が国におけるビジョンが創出され、コンセンサスを得なければならないことは喫急の課題である。

ケアの変革

(2:できることがすでにある)の項と(3:サービスがそろっていない)の項はとても示唆に富む。新たなものを創出することよりもいまある資源を利用すればよいことを指摘している。変革はその利用への障壁をとりのぞくことなのである。英国ではNHS主導の医療、ケアの変革は、おそらく日本より効率よくできる。しかし、我が国は世界に誇るべき、そして英国ができないであろう形がある。たとえば小規模多機能²、グループホームの形である。センター方式

²小規模多機能型居宅介護とは、平成18年(2006年)に創設された介護保険サービスである。市町村が事業の指定権限を持ち、現在、全国におよそ4500カ所、約60,000人分が整備されている。中学校区など住み慣れた日常生活圏域に整備され、特に、環境の変化に脆い認知症高齢者を対象にしている。認知症の人はこれまで、違う法人の運営するデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプなどを利用することで、ケア環境、ケアスタッフ、ケア方法がバラバラに提供されていたために、混乱し在宅生活を継続できず、施設入所や精神科への入院、グループホームへの入居を余儀なくされてきた。小規模多機能型居宅介護は、「通い」慣れた場所で「泊まり」を受けることができ、通い、泊まりと同じスタッフが自宅に「訪問」するなど、「場所」「ひと」「ケア」を変えないワンストップサービスにより、認知症の人の混乱を防ぐことを目的としている。

事業所は登録制(最大25名)で、1カ月単位の包括報酬であることから、必要な人が、必要な時に、必要なだけサービスを利用することができる。しかし、「通い」(最大定員15名)「泊まり」(最大定員9名)の利用については、個々のニーズを明らかにしてサービスを調整する、「ケアマネジメント機能」が重要になる。そのため、介護保険指定基準上、管理者、介護職員、看護職員のほかに介護支援専門員(ケアマネジャー)の配置が義務づけられている。認知症の人と家族は、日によって状況が変化するため、ケアマネジャーはその状況に合わせて臨機応変に機能を変えることで、登録者の持つニーズに柔軟に応えることで認知症の人の継続した在宅生活を可能にする。また、小規模単位のケアは、登録者個々の情報を深く理解して、きめ細かな支援を可能にし、「通い」「泊まり」の環境を自宅同様の家庭的雰囲気をつくることで、認知機能の低下した高齢者にとって、穏やかに暮らすことのできる環境を提供している。さらに、小規模多機能型居宅介護は、取り組みの理解を深め、地域住民からの要望を事業に反映させるために、地域住民が委員に加わる「運営推進会議」を定期的に開催している。その結果、事業の透明性が高

もある。ただバナジー氏の指摘の如く、優れたポテンシャルがあったとしても、それらの資源が有効に使われなければ意味がない。たとえば、利用者を子供扱いしかできない、あるいは認知症の人々を人扱いしないグループホームもある。「誰の」「何のために」のコンセプトづくりをたくましくし共有した上で、それらのインフラを展開できるポテンシャルは世界でも誇るべき資源であることは間違いない。残念ながらたとえ2013年のロンドンでの認知症サミットでも我が国の誇る資源については、日本の代表者からは言及されなかった。まさに我が国においても、今あるものをどう使うかという意味において、「できることはたくさんある」のである。個々をバラバラにせずに、うまく重厚に組み合わせることで、多くの問題は解決されるはずである。

診断

(4：高品質な診断)の項の前後を丁寧に読めば、この「診断」の意味に注意を払う必要があることがわかる。つまりこういうことである。我々は「診断」とは認知症であれば、その人がアルツハイマー型認知症なのか、レビー小体型認知症なのか、あるいは前頭側頭型認知症なのか、はたまた進行性核上性麻痺なのか大脳皮質基底核変性症なのか、などなど、を言い当てることをイメージしてしまう。しかし、それでは「高品質の診断」の意味は理解できない。臨床診断と病理診断の違いを論じているのではない。それはここでの「診断」の一部にしかすぎない。Diagnosisの語源や歴史を考察する余裕はないが、ここで指摘するのはもっと意味が実用的で幅広いような「診断」である。病名を決めるプロセスのみならず、そこにいたるプロセス、告知という行為のあり方、その後の生活支援に役立つような、広い意味で「診断」を使っていることに留意する必要がある。ここでいう「診断」の意味に拘泥するつもりはない。ただこの「診断」の内容の指摘は、認知症医療を認知症の人々の役に立つ形に作る必要があることを喚起する。

研究、そして統一的な考え方

ケア、研究、臨床がとりわけメモリーサービスの中で、認知症の人々が利用できるものとして、統一的に論じられている。我が国の場合には、地域の医師と

まり、事業所が地域の中で孤立せずに地域住民との協働が進み、その結果、認知症の人に優しい地域づくりの拠点としての役割が期待されている。このような小規模多機能型居宅介護は、認知症の当事者はもとより、疲弊する家族や縮小化する地域社会といったわが国の現状において、「自助」「互助」「共助」を結ぶ新たな推進役として期待されている事業である。(宮島著)

たとえば創薬に関わる研究とつよい結びつきはあまりない。大学と地域の医師にはあまり一体感はない。タワー・ハムレッツの説明によれば、たとえば、認知症のナチュラルコースを知るための観察研究や臨床研究は私企業によって行われ、メモリーサービスでは積極的に関与している姿がある。認知症になっていまは治す薬がないとしても、次の世代の希望の役に立つのであれば、貢献しようと思う個人は多いはずである。興味深いのは、DEMQOLの研究は明瞭に「認知症の人のため」の研究であり、その他観察研究、臨床研究への参加を促す等、ケアのみならず研究や臨床分野にどん欲にとりくみ、そこにもまた「できることはたくさんある」といった意識も垣間見ることができる。ケアから未来の薬までとりこみオムニバスな素材を束ね論じるといった、空間と時間を越えても妥当性をもつようなコンセプトメイキングの力強さは、我が国にはほぼみられない。

記憶障害

英国の認知症の症状の姿は記憶障害が中心課題として語られているようである。我が国では認知症はもの忘れだけでなく、注意力の低下に伴う生活のしづらさや認知症原因疾患が及ぼす全身への影響（たとえば自律神経障害や睡眠など）も論じられている。「認知症の人の意思を尊重する」ビジョンのもとバナジー氏が指摘する「高品質な診断」に貢献する素材が我が国にはあるのである。

「認知症初期集中支援」とは

上記のバナジー氏やメモリーサービスのコンセプトを鑑みると、まず第一に、認知症を早期診断する技術の確立により、自分自身の記憶などに不安を持って受診する「話せる認知症の人」が相当数出現し、医療側もこの人々のニーズに応える必要を感じたことが起点にある。その人たちを「まだ軽いからいい」と例外扱いして脇に置くのではなく、「話せる時期」を限られた貴重な時期ととらえ、この時期に支援を始めることにより、医学とケアの進歩の恩恵を最大限、当事者の役に立てることを目指して設計されたシステムなのである。それは当然、診断から死に至るまで「認知症とともに生きる道筋」の長期的な支援を視野に入れている。早期に支援を始めるかどうかで、この道筋に天国と地獄ほどの変化が起きていく、という仮説に基づき、本人にとって診断を、「受けさせられるもの」「受けたくないもの」から「受けたいもの」に変えていくために試みられているのである。我が国においても同様の取り組みが求められていると確信する。

我が国でも、英国のメモリーサービスをモデルに「初期集中支援」の模索が始まっているが、「初期」の規定に英国との明瞭な差があるように感じられる。もし「初期」を単に「出会いのポイントからの半年間」とし、家族や地域の「相談」を情報源とした場合、そこで捕捉される人々の多くは、「未受診かつ BPSD を持つ人々」である。支援者の視線は必然的に、ともに暮らす人々やケアの人々が遭遇する困難さに向けられ、「BPSD の対応と予防」が主たる目的になるであろう。それは現在の医療・介護体制の欠けた部分を埋めるという視点では大切なことであるが、全体を俯瞰し掲げるビジョンとしては不足がある。たとえば、「BPSD 対応」の最たる事例である「抗精神病薬による行動の無害化」はバナジー氏によれば、全面否定している訳ではないものの、消極的な考えであることを明言している。一方英国のメモリーサービスは明瞭に「認知症の人の QOL の向上」を一義的なレゾンデートルにしている。「BPSD 対応」の文脈で言えれば、診断を受ける事のメリットを本人が享受でき、その上で周囲との共生が実現すれば BPSD がある程度軽減できる、といった認識であろう。たとえ BPSD が起きたとしても、そのせいで仮に一時的な地域生活が困難となったとしても、本人や家族に伴走しながら、もとの地域生活に戻れるような支援が想定されている。つまり認知症支援の形が「BPSD 対応」に直接向けられているものでは決してないし、逆にその危険性（上記の抗精神病薬の例示的ストーリー）を指摘している。ここまで考察をすると次の結論に至る。

認知症と診断されてから死ぬまでの間をその人が「認知症とよく生きる」ための支援体制を社会全体に創り上げていくことを認知症施策の根幹となすべきである。そのためには、将来開発されるかもしれない薬や予防法に夢を託すことから、現在、既にある、医療やケアの知見を最大限活用する方策を考えることに重点を移すべきである。そのとき認知症初期集中支援が認知症施策の中心的テーマになる。同時に、その認知症初期集中支援とは、単に「BPSD 対応・予防」のためだけにあるのではなく、市民全体として認知症の人々を中心（本人至上主義を言っているのではないことに留意を）とする共生の社会を創出することをビジョンとして掲げることがいまの我が国の現状にとって最も有益で、かつ長期的なビジョンとしてふさわしい、と考える。

参考文献

1) AE Conference 2011 - Sube Banerjee (United Kingdom).

<http://www.youtube.com/watch?v=LSsseug7NxY>