

セッション1

「各国における認知症のケアの流れ～地域づくり、早期診断、早期介入」

ポイント

- 認知症の診断率はケアの提供に関わる重要な指標である。診断がなければ、いかなるサービスにもつながらない。あらゆる機会を捉えて、診断を受けることの重要性を伝えていくことを忘れてはならない。
- しかし、診断にこぎ着けるには困難がある。イギリスでは認知症の46%しか診断されていない。オーストラリアでは認知症の50～80%が診断を受けておらず、最初に症状が出てから診断に至るまで平均3年かかる。デンマークでは認知症で実際に診断を受けているのは3分の1程度、オランダでは認知症の40%が診断されていない。
- イギリスではこれまで本人や家族が家庭医を受診し、家庭医がゲートキーパーとなってアセスメントしメモリークリニックに紹介してきた。紹介件数増加のため、メモリークリニックがすべて担うのではなく、認知症に関心を持つ家庭医が診断を行って治療を開始し、メモリークリニックは特定の状況に対応する体制に移行をはかっている。
- 診断では単に認知症というだけでなく、どの型かという下位診断(sub-diagnosis)が治療にも影響し重要である。デンマークでは、医師であれば認知症か否かの診断を行うことができるが、認知症専門医でないと、正確な下位診断ができていなかった。下位診断を正しく行うには、認知症に関する専門知識が必要である。
- 早期の適時診断(timely diagnosis)の実現には、診断のためのサービス整備と啓発活動が車の両輪となる。
- 啓発キャンペーンでは、対処すべき問題があるかもしれないことに気づかせることと、診断した後には何があるのかを知らせることが大切である。診断後のことが分からなければ、受診するのは気が進まなくなる。
- 人々の集まりそうな場所を活用し、いろいろな形で情報提供することができる。そのような情報が、家庭医への相談を後押しする。
- イギリスでも家庭医が診断を行うことの困難や、人々がなかなか受診しないという問題はあるにせよ、認知症の人が家庭医を受診すること、家庭医が正しいことを行う環境整備が最も重要である。家庭医の関与、一般市民の理解を高める啓発キャンペーン、そして診断後の支援の充実、この3つが重要である。

- 国民全般に対するスクリーニングには否定的である。イギリスの公衆衛生部門による報告書では、そのようなスクリーニングに対する有益なエビデンスを認めなかった。デンマークでも、スクリーニングは偽陽性と偽陰性があまりに多く、適時診断や早期診断としてMCIを考慮すると、有効なスクリーニングを行うのは極めて難しい。フランスも国民全般のスクリーニングより、病院や家庭医がケア施設や地域で認知症の最初の症状を認識できるよう訓練することを重視する。
- イギリスの初期キャンペーンでは、「私には認知症があります。そして、人生もあります。」をキャッチコピーとした。啓発活動では、物語を伝えるナラティブなアプローチにこそ説得力がある。無味乾燥な描写は人の心を動かさない。
- イギリスでは、家庭医から専門医に紹介するガイドラインにより、むしろ状況が複雑になる。ガイドラインは賛否が分かれ対立するのが常である。そのためにも家庭医と専門医が各地域で話し合いの機会を持つよう奨励する。すべてを1つの基準にあてはめるより、各地域で話し合うことがとても大切である。基準の必要性があっても、全国基準は必要最低限の簡易なものとし、各地域の医師らがそれぞれ臨床的判断などを加えていくようにするのがよい。

近藤：では、始めます。このセッションでは、地域で認知症になった方をどうやって早期発見（early detection）し、早期診断（early diagnosis）につなげるのか。そして、初期診断の場面では一体、何をしているのか、初期診断に必要なものは何かについて、お話を聞きたいと思います。イギリスの Burnsさんから、お願いします。

認知症の診断の意義

Burns：まず、イギリスでは46%の人しか認知症と診断されていません。従って、我々にとって、診断率はケアの提供に関わる非常に重要な指標だと思っています。診断がなければ、何のサービスにもつながっていかないからです。

あらゆる機会を捉えて、診断を受けることの重要性を伝えていくことを忘れてはなりません。なぜ診断が必要なのかと誰かに尋ねられた聞かれたときに、診断を受けることで次につながり、将来に備えて計画を立てるチャンスになること、また、本当は認知症ではないのに、物忘れを心配して認知症ではないかと恐れている人にとっても診断は有用であることを、きちんと伝えられることが非常に重要です。

診断は、抗アルツハイマー病薬や社会的支援など、適切な治療や支援にもつながります。経済的にも意味があります。早期診断によって危機（クライシス）を予防し、施設入所や

入院を防ぐことができるからです。ですから、診断名が何かを知ることが、必ず助けになると思います。患者さんと家族が何を求めているかをしっかりと把握することが大切です。実際、私のクリニックでは、診断を伝えた時に、患者さんやケアラーから「そのような診断は聞きたくなかった」と言われたことはありません。

社会的支援体制の整備が急務

Burns : また、イギリスでは GP (家庭医) がゲートキーパーとなってアセスメントにつなげていきます。ですから、本人や家族が GP を受診し、GP からメモリークリニックに紹介されることがよくあります。フランスと同様、イギリス全土にあるメモリークリニックに紹介され、様々な検査を行い、社会的支援が開始されるという流れです。

正直なところ、イギリスの社会的支援体制は、あるべき姿にまで発達しているとはいえません。ですから、「打つべき手がないのに、診断する意味が一体どこにあるのか」と問われることがあります。この、十分な社会的支援がないという非難はとても重要であり、我々も改善したいと考えています。社会的支援が整えば、認知症の人たちを自宅で支援できるようになるでしょう。現在、看護師に対するさまざまな支援に着手しており、なんらかの実践的な支援を行うことができるようになった看護師を「認知症アドバイザー」と呼んでいます。

それから、診断率の向上について最後に一言。我々はこれまでの方法を変えていく必要があると考えています。というのは、紹介件数の増加にメモリークリニックが追いつかなくなるからです。ですから、メモリークリニックがすべてを担うのではなく、認知症に関心を持っている GP が診断を行って治療を開始し、メモリークリニックは特定の状況に対応する、という態勢に移行しようとしています。

近藤 : ありがとうございます。ではフランスの Lavallart さん、お願いします。

全国どこでも適時診断を受けられるようにすること

Lavallart : フランスでは、我々は何を求めているのか、という問いが最初にあります。つまり、早期診断・スクリーニングか適時診断なのか、これは政策決定を行う上で非常に重要な問いです。軽度認知障害 (MCI) は議論が分かれますが、フランスの政策関係者にとって最も重要なことは、全国どこにいても適時診断を受けられるようにすることです。イギリスと同様、フランスでも GP はゲートキーパーの役割を担っています。ただし、大きな違いは、フランスの GP はイギリスの GP よりも自由である点です。

まず GP があり、メモリークリニックがあり、病院内には外来のメモリーユニットもあります。いずれも同様に診断を行う、自由なシステムです。病院で認知症を診るのは神経内科医や老年科医、精神科医です。その第 1 の役割は、専門性を持って認知症などの障害の

診断を行うことです。第 2 の役割は、診断を本人と家族に伝えること。第 3 にアセスメントの結果をはっきりと伝えること、第 4 に本人の理解度を評価し、本人の疑問に答えること、第 5 は GP と話をして関係を構築し、関係者とともに地域で認知症をマネジメントしていくことです。そして、詳しくは後ほどお話しますが、我々のケアパスには MAIA というシステムがあります。

また、大学病院には、Memory Resource and Research Center と呼ばれる 2 次レベルのメモリーユニットもあります。欧州ではエキスパート・センターとも呼ばれています。一般病院のメモリーユニットと同じ役割を担っていますが、ほかに臨床研究、大学での教育研修の実施、一般病院のメモリーユニットと協力して、地域サービス提供の牽引役も果たしています。

もう 1 つ、重要な役割としてデータ収集があります。すべてのメモリーセンターおよび専門医から共通のデータを収集し、フォローアップをしていくことが重要です。現在、全国データバンクが整備されており、研究者にとっては大変に興味深いものとなっています。

近藤: ありがとうございます。それでは、オーストラリアの de Burgh さん、お願いします。

診断を家族支援の出発点にすること

de Burgh: 3 点申し上げます。まず、第 1 に重要なのは、やはり認知症の診断を行うことです。診断があつてケアが始まる、プロセス全体の根本にあるからです。しかし、診断に漕ぎ着けるのは非常に困難で、オーストラリアでもやはり認知症の人の 50~80% が診断を受けておらず、最初に認知症の症状が出てから診断に至るまでに、平均で 3 年かかっていると言われています。

そして、認知症の人の数が増えているにも関わらず、GP が診る認知症の新規症例は週 1~2 例に過ぎないことから、GP にとって重要な問題にはならず、「日々の診療の中で大した問題ではないから、別に認知症の診断方法を知る必要はない」と言われてしまう可能性が常にあります。

また、診断と同様に重要なのは、診断直後の早期介入です。認知症の人にとっても介護するご家族にとっても、それまでの 3 年間ずっと、妻や夫、あるいは母や父に何か起きていたと感じていて、ずっとその変化を心配してきた人たちにとって、誰かがはっきりと「確かに変化が起きていますね。あなたのお父さんは認知症です」と言うことは、ある種の安心になりえます。そこから支援サービスにつながるからです。

例えばケアラー支援でカウンセリングを行うと、妻がこんなふうにいる、でもそんな経験をしているのは自分ひとりではない、他にも同じような経験をしている人たちがいて、彼らの経験から得るものがあると知ることができます。診断はこのような様々なサービスにアクセスする糸口になります。

GPによる認知症診断の促進策

de Burgh : もちろんオーストラリアでも、まだまだやるべきことがたくさんあります。フランスと同様、早期診断というよりも適時診断の重要性について言われています。我々が行っている方策の中に面白いものがありますので、2つ、ご紹介します。

1つは、国レベルでケアパスを作成しているのですが、これをテンプレートのようなものとして、それぞれの地域性に合わせて、名前や施設などの連絡先、近くにあるメモリークリニックの情報などを具体的に入れ込み、それぞれの地域のケアパスを作っていくようにしたいと考えています。

もう1つは、GPによる認知症診断を促進するための政府助成金制度が色々あるのですが、あまり活用する機会がなく存在を知らないGPが大半です。そのため、GPは認知症の診断には時間がかかるのに、それに見合う報酬が得られないと思込み、診断の障壁となっている面もあります。

ですから、知らないだけで、実は活用できるリソースはすでに数多く存在することを教育すべく、取り組んでいます。新しいサービスをつくるわけではなく、既に存在するものを知らせようというだけです。それほど多くの費用も掛かりません。

近藤 : ありがとうございます。ではデンマークのNissenさん、お願いします。

GPによる早期診断を促す啓発キャンペーン

Nissen : デンマークにおいても、オーストラリア、フランス、イングランドとよく似た問題があります。やはり認知症を持つ人たちの中で、実際に診断を受けているのは、3分の1程度なのです。また、診断といえば単に認知症かどうかだけではなく、どの型かという診断も含まれます。

我々は政府に対して、早期発見・早期診断の啓発にもっと力を入れるよう説得し、診断の大切さを知らせるキャンペーンが今春から始まります。デンマーク・アルツハイマー協会は、診断に対するGPの姿勢に大きな問題があると考えており、キャンペーンもGPの役割に焦点をあてています。

GPは、診断のために追加的な評価が必要かどうかを決めるキーパーソンですから、重要な存在です。もし記憶力が衰えているといった問題に気づいてGPを受診しても、訴えや不安にしっかりと耳を貸さず、年のせいだとかストレスのせいだとか、「疲れているだけですよ」などと言われてしまうと、そこから先は何も進まなくなってしまう。そして、1人で恐怖と闘い続けなければならないのです。どうしてこんな症状が出るのか、なぜ覚えていられないのか、どうして混乱してしまうのか、どうして気分が落ち込むのか、というふうに。

多くの場合、GPも本人も周囲の人も、最初はストレスやうつ病だと思って、抗うつ薬などで治療を開始してしまいます。しかし、抗うつ薬では認知症の人の役には立ちません。

何ヵ月間も間違った治療を続けた後、ようやくうつではないらしいと気づき、本当の診断と治療開始が遅れてしまいます。ですから、GPの役割は極めて重要なのです。

ただ、GPの会合でこの問題を話すとなると、いっそう困難です。というのは、デンマークでは毎年、全国からGPが集まる会議が開催されていて、我々も何度も参加しています。2年前の会議では、我々は認知症や診断の問題について関心のあるGPが誰でも参加できるセミナーを開きました。我々は認知症に関する電話相談を行っているのですが、相談の10件に1件は、認知症の症状を訴えても、GPは分かってくれないというものです。我々は相談1件ごとに簡単なメモをつくり、データベースに入力していますので、GPがどのように答えたのかという例をセミナーで紹介しました。ところが、私の発表を聞き、スライドを見ていたGPたちは、私に対して怒り始めたのです。同じGPが患者に誤った答えを言ったからではなく、私が問題を指摘したからです。あまりにも紛糾したので、我々は発表を中止に追い込まれてしまいました。

イギリスでは、GPが認知症の診断を拒否する理由について研究が行われていて、確かBurnsさんからお聞きしたと思いますが、年齢の高いGPほど認知症の診断が難しいようです。デンマークもイギリスでも、おそらく心理的な問題が原因だろうと思いますが、これは1つの大変重要な点です。

診断の精度が必ずしも高くない

Nissen : 診断的評価の重要性を医師が認識したとして、次に重要なのは、その評価を正しく行ってもらうことです。扱っている問題をきちんと理解している人に評価してもらわなければなりません。ある研究によると、デンマークの病院や診療所などで認知症の診断を受けた人の14%が、実は全く認知症ではありませんでした。つまり7人に1人は、認知症と診断されたけれども、結局、いろいろと調べてみたら、それ以外の病気だったということが分かったのです。

正しい下位診断を行うには、認知症に関する専門知識が必要です。デンマークでは医師であれば誰でも認知症か否かの診断を行うことができますが、認知症専門医でない医師では、正確な下位診断がまったくできていません。

したがって、認知症の下位診断について知識と経験に豊んだ適格な医師が重要になります。下位診断が正しくなければ、その後の治療にも影響するからです。異なる型の認知症には効かない薬もあります。ですから、正しい診断を行うには認知症のエキスペートが必要なのです。

近藤 : ありがとうございます。Meerveldさんにオランダの状況について、地域でどのように患者さんを発見し、どう医療につながるのかについて、お聞かせ頂ければと思います。

下位診断・フォローアップ・啓発

Meerveld : オランダの状況も、イギリスやデンマークにとってもよく似ています。同じ話は繰り返さず、コメントを追加したいと思います。よく訓練された、よい GP の重要性については、下位診断を行うという点からも、私も賛成です。認知症の型によって行動が異なりますし、ケアラーが行うべき接し方も変わってきます。ですから、あなたの大切な人に適切に接してくださいと説明するためには、どのタイプの認知症なのかを知っておく必要があります。

オランダでは、認知症の方の 40% が診断されていないといわれています。これは比較的、高い方なのですが、適時診断は認知症に関する国家基準が定めた 11 項目の指標の 1 つです。そして、2012 年には統合ケアを提供しているすべての地域で調査を行い、各地域の診断率が明らかになりました。他の地域よりも非常に診断率の低い地域があることが分かり、大きな議論が起きました。これを踏まえて、改善を図っていかうとしています。

また、診断後のフォローアップも非常に大切です。オランダでは、ケースマネジャーが診断後の支援などフォローアップを調整します。多くの地域では、ケースマネジャーが認知症の診断にも関わっています。これがケースマネジャーの非常に重要な役割です。

アルツハイマー協会は認知症の人とケアラーの権利擁護者（アドボケイター）であり、医療や介護の専門職とは異なる役割を担っています。その 1 つが啓発です。我々は毎年、啓発キャンペーンを行っています。これはおそらく日本のアルツハイマー協会にとっても重要な役割ではないかと思います。

また、オランダ・アルツハイマー協会は、非常に強力で大きな組織力を持つ国内の高齢者団体に協働を呼びかけています。自らが認知症になったとき、あるいは家族が認知症になったときに対応できるよう、高齢者に対しても啓発していくことは大切だからです。以上、指標としての適時診断、診断後のフォローアップ、啓発、そして、特に診断におけるケースマネジャーの役割という 4 点について、コメントをさせていただきました。

近藤 : それでは Higgins さん、イギリスの地域における視点から、発見と診断についてお聞かせください。

啓発活動にはボランティアの活用も

Higgins : はい。早期の適時診断の重要性については今、皆さんが話された通りですが、そのためには受診が必要です。ですから、本当に適時の診断率を上げるためには、Meerveld さんもおっしゃった通り、どこに行き、何をすればよいのかを高齢者に知らせること、啓発が必要だと思います。

コミュニティとしては、特にボランティアセクターが大きな役割を果たしうると思います。多くの高齢者はあまり医者にかかりません。特に、若いころからずっと健康で元気に過ごしてきた方はめったに受診しません。病気が重くなってから、ようやく受診しようか

と考え始めます。イギリスでは男性にその傾向が強いようです。

ですから、啓発キャンペーンを行って、対処すべき問題があるかもしれないと気づかせること、そして診断された後は何があるのかを知らせることが大切です。診断後のことが分からなければ、やはり受診するのは気が進まないだろうと思います。

ボランティアセクターが図書館や人々が集まりそうな場所を活用して、いろいろな形で情報提供することが可能だと思います。そのような場所に行った時に情報を拾うことで、GPを受診して相談できるよう後押しすることが大切です。

このように、早期の適時診断を実現するためには、診断のためのサービス整備と啓発活動は車の両輪であると思います。

近藤： それでは McCrone さん、お願いします。

早期介入は費用対効果が高い

McCrone： 詳しくは後のセッションでお話しますが、経済面の議論をするにはまず、臨床面の議論が必要です。つまり、早期介入が臨床的に適切であり、患者さんに便益があるのか。何が臨床的に適切であるのかが確立されて初めて、経済面の議論を始めることができるのです。

皆さんがおっしゃったように、早期介入の便益を示す優れたエビデンスもありますし、臨床的に適切だろうと考えられます。次に、それでは早期介入のコストはいくらかを問う必要が出てきます。なぜなら、他の目的にも使いうる投資を早期介入に充てることになるからです。

つまり、投資を行うサービスの費用対効果を検討することが必要になります。早期介入サービス構築のためのコストはいくらで、それは費用対効果が高いのか。もし追加資金が必要であるとすれば、代わりに、現在か将来において、システム全体のどこか他の部分を削減できるのか。あるいはコストが増えたとしても、それに見合うだけのアウトカム改善が見込めるのか。こうした経済的な観点からの評価が必要であると思います。

昨日少し触れましたが、イギリスで行ったモデル事業では、早期介入サービスによって確かに費用対効果が上がることを示すエビデンスがあります。最初に追加資金の投入が必要ですが、施設入所を遅らせることができるため、施設ケアのコストが圧縮され、当初の資金増が相殺されたのです。ですから、早期介入によって長期的にはコスト削減につながるということです。

早期介入により診断が早まる訳ですから、サービスへのアクセスが高まり、早期のサービス利用が増えますが、施設入所や入院を遅らせることによって、コスト削減ができるようです。さらに、QOL の改善も示されています。先のモデル事業では、追加資金だけに着目したとしても、QOL 改善によってサービスの費用対効果が裏付けられることが示されています。

今後、未診断・未介入による影響評価が必要

McCrone : まだ得られていないのは、認知症が診断されず、放置されている間に何が起きるのか、という情報です。この情報は、エビデンスを得るうえで極めて有用です。精神疾患の分野では未治療期間に注目して、その間に何が起きるのかを検討し始めています。ですから、認知症についても、この点を検討してみるとよいかもしれません。診断されていない間に本人には何が起きていて、家族には何が起きているのか。家族にとっては嵐に見舞われたような時期なのか。まだ十分に若くて仕事を続けられる年齢なのに、認知症のために仕事を続けられなくなっているのではないか。こういったことも、広い意味での経済的影響やケア提供を考える際に考慮すべきかもしれません。

近藤 : 医療経済は出発点ではなくて、あくまで当事者のウェルビーイングがあって、その後に医療経済があるという、非常に意義深いお話をありがとうございました。

今、皆さんから一通りお話を頂いた中で、早期診断は重要だけれども、実際には未受療、未診断の方たちがたくさんおられる。これらに対する工夫として、啓発、ボランティア部門の活動、フランスではスクリーニングというお話がありました。

そこで、Lavallart さんにスクリーニングについてお伺いしたいのですが、フランスでは、受診されていない方に対しても発見する手段を講じられているのでしょうか。

早期発見のためにスクリーニングは必要か

Lavallart : 国民全般に対してスクリーニングを行っている訳ではなく、病院のほか、リベラルナースや GP がケア施設や地域でスクリーニングを行います。ですから、彼らが認知症の最初の症状を認識できるよう訓練することが重要です。早期診断や適時診断において、その次に重要なのは若年性認知症の問題です。とはいえ、若年性認知症の人のために大きな組織を動かす必要はありません。この問題に対応できる、答えを持っていることが重要なのです。フランスでは、例えば、若年性認知症について特別な訓練を受けた医師は、全国で 25 人、ソーシャルワーカーも 25 人います。誤診など社会・心理学的なインパクトが大きい問題ですから、若年性認知症にしっかり取り組むことも非常に重要です。

Burns : 我々もスクリーニングは行っていません。イギリスの公衆衛生部門が出した報告書ではスクリーニングに対するエビデンスはありませんし、我々の考えも一致しています。考えるべきは 3 点あると思います。つまり、物忘れについて質問すること、認知症の診断を行うこと、アルツハイマー病のスクリーニングです。物忘れについて質問することは、医師であれ看護師であれ作業療法士であれ、正当な臨床活動であると思います。認知症の診断も、行うべきだというのが私の考えです。そして、スクリーニングは行いませんが、症例を発見する (case finding) 努力はします。

GP が関与しやすい環境整備が大切

Burns：適時診断（timely diagnosis）は、早期診断(early diagnosis)よりも正しい表現ですし、我々も今は適時診断の方を使っています。早期かつ適時の診断であるべきではないかという人もいますが、適切なタイミングで診断を行うという認識が重要だと思います。例えば、診断を受けていない人も含めて、入所施設の入所者の 3 分の 2 は認知症です。早期ではなくても、入所施設の入所者に認知症の診断を行うことで、事前ケア計画（advanced care planning）がたてられ、ケアの改善につなげることができます。

と言っても、施設に入所している人に MRI を行うべきだと言っているではありません。それは臨床的に適切だとはまったく言えません。しかし、診断することは重要で、早期ではない人でも診断は行うべきだと思います。

そこで、大事だと思われる点を 3 つ挙げます。1 つ目は、GP の関与です。GP は、行政や行政顧問から指示されることに対して抵抗感を示していますが、認知症の人が GP を受診すること、そして GP が正しいことを行うための環境を整えることが最も重要だと思います。先ほど言われた通り、GP が診断を行うことの困難や、人々もなかなか受診しないという問題はありますが、GP が正しいことを行うよう環境を整えることが大切であり、それは実際に可能であると思います。

ケーススタディの活用も重要です。昨日の Higgins さんの講演にもありましたが、実際、我々はかなりのケーススタディを活用してきました。分かりやすく、説得力があるからです。ですから、GP の関与、一般市民の理解を高める啓発キャンペーン、そして診断後の支援の充実、この 3 つが非常に重要だと思います。

近藤：ありがとうございます。ここで日本の厚生労働省からのご質問をまとめてお受けしたいと思います。

関山：日本には GP という制度がないため、開業医と高度な医療機関のどちらでも、紹介なしに受診することができます。アクセスがよいという面では、ご自身が何らかの異常に気づけば、適切な診断・治療に結びつく可能性があります。一方、ご自身が異常に気づかなければ、早期受診には至りません。ですから、皆さまがおっしゃった通り、啓発活動は重要であると思います。しかし、今後、日本では高齢者の 3 人に 1 人は独居になると見込まれています。その場合、啓発活動の効果にも一定の限界が出るとは思われますが、各国ではどのような対応を取られるのか、お聞かせ願えますか。

勝又：メモリークリニックの基準についてお聞かせください。日本には認知症疾患医療センターというものがありまして、専門医がいて、入院ができるのですが、メモリークリニックは、診療所みたいなどころでもやっておられるのでしょうか。また、初期集中支援チ

ームというものがイギリスではつくられていて、それが効果を上げていると聞いていますが、具体的に初期集中支援チームの対応状況について教えて頂きたいと思います。

重藤：2点、質問があります。1点は、GPから専門の医療機関への紹介基準がありましたら、その内容を教えて頂きたい。もう1点は、専門病院に送られたときの治療内容で標準的なものがあれば、それはどのようなものでしょうか。日本では開業医が抗認知症薬をかなり一般的に処方していますが、そのような薬物療法のアクセスと申しますか、活用の基準の有無を含めて、教えて頂きたいと思います。

堀田：診断の在り方について、私からも1点、お伺いします。皆さまは、診断とともに直ちに必要な支援が提供されることが重要だとおっしゃいました。つまり、テストや画像等の検査で診断し、診断名を伝えて終わるのではなくて、今後の見通しの説明とともに、治療・介護・家族を含めて必要な支援がパッケージで直ちに提供される、ということが重要なのだと思います。

では、そのための診断とは具体的にどのようなものか。病院で画像検査を行うのか、それとも自宅を訪問して、さまざまな職種の人が暮らしのなかで行っているものなのか。直ちに必要な支援につなげるために、どのような診断を行っていらっしゃるのかをお聞きかせください。

西田：先ほどのご質問に対して、少し補足させてください。イギリスにはメモリーサービスを普及させていくという、非常に大事な国家戦略があります。診断後の支援と一緒にこのサービスを提供していくことが非常に重要です。それから、チームでアセスメント、診断をしていくという要素がメモリーサービスの推奨基準に入っています。クロイドンのメモリーサービスなどは非常によいモデルとして成果を上げておられて、初期集中支援チームについてのご質問は、そういうメモリーサービスの機能についてだと思います。

近藤：では、Burnsさんから順に、お話しください。

I have dementia. I also have a life.

Burns：できるだけ頑張って答えたいと思います。まず、啓発についてですが、物語を伝えること、ナラティブなアプローチにこそ説得力があると思います。認知症に関する無味乾燥な描写では人の心は動きません。我々が行った初期のキャンペーンのキャッチコピーは、「私には認知症があります。そして、人生もあります (I have dementia. I also have a life.)」というものでした。リアルに感じられることがとても重要だと思います。

それから、メモリークリニックのサービスですが、クロイドン・メモリークリニックは非常に説得力のある、優れた見本です。英国王立精神医学会によるメモリーサービス国家

認証プログラム（Memory Services National Accreditation Programme: MSNAP）というものがあります。このプログラムでは、すべてのメモリークリニックが登録して、その定める基準を満たすことを目標としています。アセスメント開始までの期間、アセスメントの内容などに関する基準で、MSNAP のウェブサイトに掲載されていますので、ご覧頂ければ参考になるかもしれません。

診断基準の有無についてのご質問ですが、臨床活動の一環として行っていますので、明確な診断基準はありません。National Institute for Health and Clinical Excellence（NICE）からガイドラインは出ていますが、臨床判断というものはガイドラインに従いさえすればうまくいくものではありません。ただ、デンマークでは認知症と診断された人のうち 14%は誤診であるというお話があったのは、気になることです。

支援に関しては、様々な支援がたくさんあって、その地域で提供されている支援が一覧できる A4 の紙を、認知症と診断された人に、さっと渡すことができるようになると素晴らしいと思います。

デンマーク・アルツハイマー協会の取り組み

Nissen：私が補足できる点についてご説明します。デンマーク・アルツハイマー協会としては、スクリーニングに反対です。偽陽性・偽陰性があまりにも多く出てしまうからです。特に適時診断や早期診断として MCI を考慮するとなると、有効なスクリーニングを行うのは極めて難しいと思います。

協会としてはむしろ他の活動を支援しています。例えば、疾病マネジメントプログラムのハンドブックがあります。ここには、初期段階の発見から終末期段階まで、認知症の人たちのために、誰が何をやっているのか、どういう責任を持っているのか、重要なポイントは何かを記載しています。デンマーク国内の地域別に作成しており、ウェブサイトからプリントアウトすることができます。

この地域のハンドブックには、ソーシャルワーカーやヘルスワーカーの地域における役割について記載されています。特に高齢者と接する人が注目すべき「アルツハイマー病の 10 の徴候」が書かれています。これはデンマーク・アルツハイマー協会のウェブサイトにはデンマーク語で、オランダ・アルツハイマー協会のウェブサイトにはオランダ語で書かれています。オーストラリアのサイトにもアメリカのサイトにもあります。どの国でもほぼ同じ 10 の徴候が書かれています。

もう 1 つ、彼らが知っておくべきことは、認知症と間違われがちな疾患です。例えばせん妄の徴候を認めた場合に、その人にアプローチして、GP への受診を勧め、予約を入れることもできます。これも非常に重要なステップだと思います。

また、メモリークリニックの組織についても詳しく説明しています。デンマークには非常によいメモリークリニックがあり、さまざまな形で受診できます。重要なのは診断であり、層別化システムです。GP には一定の役割がありますが、診断がつかない場合など、専

門医や専門クリニックに紹介します。これが層別化システムです。

診断基準もさまざまありますので、どの基準を用いるべきなのか、診断を行う際に用いるべき検査にはどのようなものがあるのかについても、これらのパンフレットで説明しています。診断方法も標準化が進んでいます。

診断されると、どうなるのでしょうか。一人ひとりの状態に応じて層別化し、それに基づくケアパスが作られます。GPのもとに戻る人もいれば、さらに専門的な検査を受ける人もいます。このように、診断後の介入における層別化は非常に大切です。

看護師やケースマネジャーが自宅を訪問して診断を行うことも

Meerveld : オランダには、GP と専門医それぞれのガイドラインがあります。外部の人間が医師に指示することはできないので、彼ら自身が作成したガイドラインです。ただ、誰が診断すべきかについては意見が分かれています。GP から専門医への紹介基準についてもコンセンサスが得られていません。私はその板挟みになっているのですが、国のモットーは「可能な限りシンプルに、必要なときには専門家に頼る」です。

例えば、GP は自宅から近く、自分のことをよく知っていて、自分に関する情報の入ったデータベースもありますから、診断が可能であれば GP を受診するのがよいです。でも、恥ずかしいなどの理由で受診しない人については、GP は時折データベースを確認して、認知症になっている可能性が高いと思われる人たちに積極的にコンタクトをとることをプロトコールで決めています。

重要な点ですが、国の基準では、GP を受診した人だけが診断を受けられる訳ではありません。GP の依頼を受けて、看護師やプライマリヘルス・ナース、ケースマネジャーがその人の自宅を訪問し、自宅での状態を確認して診断することもあります。自宅での様子を見ることはとても重要です。

誤診についてはオランダでも今、問題になっています。診断が増えれば誤診も増えます。ですから、メモリークリニックという専門機関がとても重要なのです。我々、アルツハイマー協会はメモリークリニックに対して、この問題を解決するのはあなた方の役割ですよ、と話しています。

認知症のイメージを変えるキャンペーン

Higgins : 啓発キャンペーンについてお話します。啓発するには、認知症の人について明るく前向きな話題を見つけて、受診を後押しするようなキャンペーンを展開することがとても大切だと思います。

東京はオリンピック開催地に立候補していると聞きました。ご存知の通り、去年はロンドンでオリンピックを開催しました。私の勤めていたトラフォード区はマンチェスター・ユナイテッドの本拠地で、オリンピックではサッカーの試合がマンチェスター・ユナイテッドのスタジアムで行われましたので、区としても様々なイベントに協力しました。例え

ば、大会に並行して **Cultural Olympiad** というイベントが開催され、高齢者や認知症の人たちも合唱団で歌ったり、ダンスをしたりして、参加しました。

オリンピック開催が決まれば、行政は多くのボランティアを集めてイベントに参加させることになると思います。東京も高齢化が際立っているということですから、地元の高齢者や認知症の人たちを若い人たちと一緒に参加させることができれば、大きな特徴になると思います。高齢者や認知症の人たちの明るく前向きな話題をたくさん生み出すことのできる、大きなチャンスだと思います。

GP から専門医への紹介について

Burns : GP から専門医に紹介するためのガイドラインについてのご質問ですが、そのようなガイドラインがあると、むしろ状況が複雑になると思います。というのは、ガイドラインができると、必ず賛否が分かれて、是非をめぐって長らく対立するのが常だからです。

Meerveld さんが指摘されたように、GP と専門医間の見解の相違も難しい問題ですが、認知症の人はとても数が多いですから、どちらか一方ではなく、どちらも診ることが望ましいと思います。そのためにも、GP と専門医がそれぞれの地域で話し合いの機会を持つよう奨励しています。すべてのケースを 1 つの基準にあてはめるよりも、それぞれの地域で話し合うことがとても大切だと思います。GP の賛同を得ること、そして何よりも認知症の人やアルツハイマー協会の賛同を得ることは、極めて重要だと思います。

それから、薬の処方についてのご質問ですが、アルツハイマー病の人の大半は、抗アルツハイマー病薬が処方されていると思います。数年前にその費用対効果についての議論がありましたが、現在は塩酸ドネペジルの特許が切れ、薬剤費もそれほど高くないので、医療経済面の議論の前提も大きく変わっています。

それから、私自身も気をつけなければならないことですが、認知症とアルツハイマー病を混同して使ってしまうのは間違いです。認知症には、アルツハイマー病や脳血管性認知症以外にも、学習障害やパーキンソン病など原因疾患が数多くあります。認知症というのは、それらを総称する言葉ですが、アルツハイマー病が認知症とイコールではない点を強調しておきたいと思います。

診断に必要な評価とは

佐渡 : 非常に示唆に富むお話を頂きまして、ありがとうございます。一臨床家の立場から、診断に関して質問ですが、患者さんが認知症を疑われて、メモリークリニックであるとか GP に来られたときに、具体的にどういった検査をして診断をされているのでしょうか。日本であれば、典型的には、状況を聞いて、それから **MMSE (Mini Mental State Examination)** などの簡単なテストを行い、それから、多くのケースでは **CT** の脳画像を撮って判断しているのですが、皆さんの国ではどのようなことをされていますか。

Burns : 医学部の学生に認知症の診断について講義するときには、認知症の診断をして、原因疾患を明らかにする、という 2 段階のプロセスを教えます。認知症は医療への伝統的アプローチの模範例ともいえ、その人の既往歴を本人や、その人をよく知る人から聞き取ります。それから、精神的な状態を評価します。ただ、MMSE は今では有料になりましたので、著作権侵害になる危険性があるので、他の無料の尺度を用いて評価します。それらの評価尺度について、最近、我々はガイドランスを発表しました。それから、血液検査や CT スキャンなど身体的な検査も行い、それらを総合して診断します。

1 点、アルツハイマー協会の方々のご意見をお聞きしたいのですが、私のクリニックでは、認知症の診断を伝えると、ご本人もケアラーの方もほとんどの人がすでに分かっていることに驚きます。私が認知症の診断を告げた時に、驚かれることは稀です。確かに、助けを求めて受診されるのだと思います。すでに認知症であると思っていて、それを受け入れるための診断を求めているようなのです。ご本人やケアラーの方がよく分かっているという印象を受けることがあります。ですから、診断というプロセスが大切なのだと思います。

Nissen : 認知症の人が診断の有無にかかわらず、自分が認知症であることに、どのように気づくのかについて、簡単にお話したいと思います。我々が「あなたはいつ診断を受けましたか」と認知症の人に尋ねると、正確な日付を答えられます。ある夫婦は「結婚記念日のほかに、妻の診断記念日がありました」と言いました。しかし夫は、「妻はその何年も前から認知症だった」とも言うのです。こういうケースはかなり多いです。

それから、Burns さんが基準やガイドラインについて臨床的見解をおっしゃられましたが、我々としては、強制力のある国の基準を望んでいます。それがなければ、正確な診断をしてもらえるかどうかは住んでいる地域によってばらばらになってしまうからです。実際、我々はそのような基準を求めてキャンペーンを行い、幸いにも同意が得られたので、国家行動計画の中で国の基準、臨床基準がつくられています。そして、国家戦略の中では、臨床基準を策定して、どのように診断していくかということも含まれています。

それから、デンマークで診断のために行われている検査や臨床的な観察など、詳細をデンマーク語で書いた資料がありますので、お渡しすることができます。

Burns : 基準の必要性についてはおっしゃる通りですが、全国基準は必要最低限の簡易なものにして、各地域の医師らがそれぞれ臨床的な判断などを加えていくよう後押しするのがよいと思います。

近藤 : 時間になりましたので、ここでセッション 1 を終わりにしたいと思います。専門家の視点、当事者の視点、それから専門家の中でも、臨床家と、あるいは研究をする立場で、それぞれ視点が違うということがよく分かりました。ありがとうございました。