

医心 伝心

若年性認知症に対する 経済的支援の話題

富山県医師会常任理事 松岡 理

先日、名古屋で開催された中部医師会連合の地域包括ケア特別委員会に参加してきました。これは中部地方7県から地域課題を抽出して日本医師会への提言などを行う活動の一環です。この中で、「若年性認知症に対する経済的支援」の話題がありました。

若年性認知症は65歳未満で診断された認知症の総称です。厚生労働省の調査によると人口10万人に対して50人前後で、平均発症年齢は51-54歳です。この世代は、働き世代の真っ只中で、子育て世代で、親の介護世代でもあります。心理学では「中年期の危機」と呼ばれるストレス過多年代で、うつ病などの好発期としても知られています。若年性認知症では発症後に退職を余儀なくされる例が多く、当事者のみならず子供や親のケアの問題、特に経済的な困窮のテーマが大きく、これをどのように支援できるかが問われています。

一般に経済的支援としては、障害年金の受給、生活福祉資金貸付制度や税制優遇制度の利用、生命保険の変更や住宅ローンの返済減額申請、子どもの教育費制度利用などが挙げられます。医療費については自立支援医療（精神通院）制度、高額療養費制度、特定医療費（指定難病の場合）助成制度などの利用があります。この他、精神障害者保健福祉手帳の利用、40歳以上であれば介護保険サービスの利用、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の利用、成年後見制度の利用が挙げられます。このうち、障害年金は初診後1年半、精神障害者保健福祉手帳は初診後半年経過しなければ申請書類さえ作れません。困窮の極まったケースではこのタイムラグが非常に大きな影響を持つ場

合があります。

多くのケースで、家庭や職場で変調が気付かれても、「疲れ」などで心因論的に解釈され、発症から受診までに時間がかかります。受診しても、「うつ病」などと誤診されることも少なくありません。アルツハイマー型認知症の場合、アミロイドβの蓄積が概ねプラトーに達してから、リン酸化タウの神経原線維変化が進行し、ようやく「もの忘れ」症状が生じます。神経原線維変化が一定程度進行し神経細胞死が加速してくると、ようやく「海馬の萎縮」が確認できるようになります。つまり、現在のような長谷川式簡易認知機能検査と頭部CTやMRIでスクリーニングをしている限り、発症後3年程は認知症を見落とすことになります。

最近ではアミロイドβの抗体療法を前提として、脳内のアミロイドβを検出するPET検査が実施できます。保険適応の3割負担で5-6万円ほどかかります。自己負担では20万円ほどかかります。PETで陽性であれば、抗体療法を早期から実施することで、ある程度の進行抑制効果が期待できます。一部の自治体は、このPET検査に補助を出しています。高齢者を対象した補助を行っている自治体がありますが、より優先的に補助すべきは若年性認知症者だろう！という強い意見が提言されていました。また、働き世代であることから、発症に気づき、適切な診断や治療に導入する役割は産業医こそ相応しいという提言もなされていました。重要な視点と思われたため、ご紹介いたしました。