

第167回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和5年5月14日(日) 10:00～15:00

ところ 山口県総合保健会館 2階 「第一研修室」

特別講演1

「疾病治療率を向上させる 健診・人間ドックの方策」

東京慈恵会医科大学医学部 客員教授
日本人間ドック学会 理事／日本医療・健康情報研究所 所長 **和田 高士**

[印象記：理事 藤井 郁英]



厚生労働省の研究課題「我が国における公衆衛生学的観点からの健康診査の評価に資する研究」において、これまで法定健診のみ研究が認可されてきたが、令和2年度から3年間、任意健診の研究として国から初めて認可され、研究助成を承認された和田高士先生に、山口県の健診・検診受診率の向上につながる「疾病治療率を向上させる健診・人間ドックの方策」について興味深い講演をしていただいた。

今回の講演の機会を得て、山口県に大変興味を持つようになった。本日の健診の話題について、まず乳がん検診に目を向けても、山口県の受診率は最下位にある。これを発端に、山口県の健診受診率と医療連携をどうするべきかという課題を考えた。

どうして山口県の乳がん検診受診率が最下位なのか、Chat GPTに聞いてみた。

- ・「山口県は乳がん検診の必要性や効果に対する認識が低い。」→当たりである。
- ・「乳がん検診に対する恐怖感や抵抗感がある。」→これも当たり。
- ・「乳がん検診に対する経済的な負担がある。」→これも当たり。しかし、実は県民所得は全国11位で、お金持ちだけれども、検診に対して経済的負担感を感じているということのようだ。
- ・「乳がん検診に対する時間的制約がある。」→こ

れはハズレだった。

・「乳がん検診に対する社会的支援が不足している。」→これは当たりだった。しかし、実際には休日や平日夜間のがん検診を受けられるサービスが提供されている。

では、このChat GPTの答えが本当に正しいかを精査しなければならない。

県が出している『山口県の現状を見る』という中に、「県民の健康への意識は高まっていて、健康寿命は全国中位であり、男女ともに延びている」とある。延びてはいるが、それは本当にわずかで、他の県はどんどん延びていて、順位では山口県はむしろ落ちていて、トップレベルから下がってきて真ん中に位置している。山口県民の健康意識の高まりは実際はほとんどないように感じられた。

骨粗鬆症検診についても、山口県は最下位ではないが、低い状況にある。「骨粗鬆症検診の受診率が低い県ほど大腿骨骨折が多く、要介護率が高い。」という骨粗鬆症財団から出ている報告がある。

県民は山口県の医療に非常に頼っていて、信頼している。けれども、それは病気になって、より状態が悪くなってから来てしまう。その結果、一人当たり年齢調整後医療費ランキングでは、山口県の特徴は70歳以上の医療費がとにかく大きいために、全国でワースト4になっている。では、山口県民の健診・検診受診率はなぜ低いのか？健

診を受けない、あるいは、受けても特定保健指導の脱落率が非常に高い。そして、重症患者が増加して医療費が高くなる。ただ、健診を受けない理由・要因がわからない。

本日は8つの項目でお話する。

1. 健診と検診の違い

日本内科学会に掲載されている「健診・検診の評価と動向」という論文での定義が、厚生労働省内で決定され、全国自治体に通知されている。「健診」は特定健診のように、コレステロールや血圧などをチェックし、将来の脳卒中や心臓病のリスクを確認する検査群である。「検」診は現在の疾患自体を確認する検査群で、例えばがん検診などの特定の臓器の検診の場合は「検」を使う。

2. 健診の有用性

「健診って、役に立つの？」というようなことだが、実は、こういう包括的なパッケージをした健診は日本特有のものである。欧米はがん保険やいわゆるホームドクターとか、制度がいろいろ違うので、非常に厳しい評価を出している。健診受診者と非受診者の死亡率を比較したところ、健診受診者の方が、死亡率が低いという論文が2010年に初めて発表されている。次に、健診受診者と未受診者の医療費の推移の違いを見ると、どの年代においても健診受診者の方が、医療費が少ないという報告がある。健診は受けただけではまったく意味はなく、健診のCCPサイクルが必要である。健診でCheck (C) し、ここで終わるのではなく、異常があれば、医療機関でCare (C) して、健康の増進Promotion (P) につなげて、これを毎年毎年繰り返すという地道なサイクルを回さないといけない。関節リウマチの抗CCP抗体と同じCCPで覚えていただきたい。

健診結果で国民がなぜ評価しにくいのかというのは、学校の成績でたとえると、「合格点(基準値)は60点以上であなたは48点でした。」というような通知の仕方しかしない。しかし、「50人中順位は49番でした。」といわれるといかに悪いかがよくわかる。医師は経験上どの程度悪いかは分かるが、国民は自分の位置づけはまったくわから

ない。私は日本人間ドック学会のホームページの140万人のデータ (https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/170426-data_no1.pdf) から、もし60歳でLDLコレステロールが200の人がいた場合、「60歳男性、未治療でLDLコレステロールが200の人は、11万3,700人中、全国で1,040人しかいません。わずかに1%以下。つまり100人中99番、100番ぐらいの悪さですよ。」という、「そんなに悪いんですか?じゃあ、治療します。」と言われる。

3. 任意健診の問題

人間ドックは法定健診とは違う任意健診である。任意健診は保険の査定がないため、東京では新たにいろいろな検査が増えて、オプション項目が用意されている。欧米ではChoosing Wiselyと言って、無駄な検査をなるべく行わないようにしている。日本内科学会雑誌でも、Choosing Wiselyキャンペーンについて総説が出されている。米国内科専門医機構財団の主導で2012年にこのChoosing Wiselyが発表され、“再考すべき(無駄な)医療行為”をやめることと、医療費削減を提唱し、エビデンスなしに実施されている過剰な医療に警告を発している。これにいろいろな関連学会が参画して、実施すべきものと無駄な価値のない検査項目が列挙されている。最近のがん診断について保険適応されていない検査項目が増加しており、日本人間ドック学会において、さまざまな新規検査、特にがん診断についての検査項目について、フォローアップ方法が明確でないまま実施されている現状についての基本的な考えが「新規開発検査実施における留意点」として示されている。

4. 山口県民のがん

山口県のがん検診については、とにかくがん検診に行かない。検診に行った人は、山口県の医療のおかげで助かる。その結果、がんの死亡率は全国レベルよりは低い。検診受診率は最悪だが、医療者の努力によって、死亡率は全国レベルより低いという少し矛盾した結果になっている。冒頭でお示した乳がん同様、大腸がん検診受診率は最下位、胃がんも下位である。その結果、患者数は

非常に多い。検診を受けないから、症状が出てから来られるので、患者統計（令和2年厚生労働省）をみると、入院・外来の全国比が、大腸悪性新生物が1.42倍、肺がんは1.27倍、胃の悪性新生物1.21倍となっている。とにかく、がん検診さえ受けてくれば、山口県民は助かる可能性が高くなる。たとえば、胃がんの内視鏡がん発見率は、全国で0.28%に対し山口県は0.43%、大腸がんは全国で0.20%に対し山口県は0.26%、乳がんは全国で0.32%に対し山口県は0.61%、子宮頸がんは全国で0.03%に対し山口県は0.05%であり、どのがんの発見率も全国を上回っている。非常に医療の質、レベルは高いということである。

5. 山口県民の生活習慣病

山口県民の生活習慣、ライフスタイルについて着目し解析した。結論からいうと、とにかく特定健診受診率が低い。特定保健指導も中途脱落が多い。要治療に該当しても医療機関に行かない。悪化してから医療機関に行く。生活習慣病関連の死亡率が高い。特定健診について、5歳刻みの受診率をみると、女性は全年齢で低い。男性は55歳以上で低い。特定保健指導対象者の指導終了率についても、女性は他県に比べてかなり低い、男性も高齢者では少ないので、指導の中途脱落率が高いということになる。その結果、外来で通院・入院の患者統計では、全国に比べて、腎不全1.37倍、高血圧性疾患1.29倍、虚血性心疾患1.25倍で高い。特定健診を受けない。軽症では病院にいかず、悪化してから治療を受けるという他力本願的な状態である。

6. 国民生活基礎調査による健診を受けなかった10の理由

厚生労働省のこの調査には10の質問があり、1つずつ全国47都道府県のデータが性別、年齢別で出ている。回答数がどうしても少ないところがある。

①「健診を知らなかった」：これは山口県の回答サンプルが少ないため、判断できない。

②「時間がとれなかった」：男性は45～54歳までの年齢層ではわずかに全国と比較して多めであ

るが、女性は全年齢層で該当しないので、山口県民は該当しないということになり、Chat GPTの答えはハズレである。

③「場所が遠いから」：これも山口県の回答サンプルが少ないため、評価できない。ただ、女性は少し当たってそうである。この「場所が遠いから」について、自動車の保有台数や運転免許証取得数まで、山口県と全国を比較したが、山口県はほぼ全部真ん中に位置していて、これだというものをなかなか見つけられなかった。ただ、この「遠い」ということに関連して、山口県のある市が配布している資料をホームページで見ると、がん検診をするところはたくさんあるが、子宮頸がんは8か所、乳がんは7か所しかない。この市の40～79歳までの女性人口は4万人である。乳がん検診は2年に1回なので、2万人相当を7か所で対応することになる。1か所で3,000人、受診率100%であれば、1日15人ずつしないといけない。ということで、やはり拠点が少ない気がする。そのために受診率が低下しているかもしれない。ただ、これは1つの市だけのことであるので、十分な解析ではない。

④「費用がかかるから」：山口県民の男性の40～64歳まで、女性の40～59歳までは「はい」と答えていた。Chat GPTは当たりといえる。しかし、県民所得は全国の上位にあり、収入があるのに、健診の費用は高いと感じている。健診に支払うのをもったいないと感じている、それとも、健診の価値を低いと感じているのかもしれない。Chat GPTの答えに「社会的支援が不足している」ということで、令和2年度の財政力指数、全国1,871の市町村のデータをみると、山口県は0.46で全国27位であり、真ん中に位置している。当然県内のばらつきはある。山口市は0.64で全国平均よりよい。では、山口市は費用が安いのかと思うと、全国中央値に比べると、胃がん内視鏡検診以外は、全国の2～3倍となっている。大腸がんは全国中央値300円に対し900円、胃がん（バリウム）は全国700円に対し2,300円となっている。市によって値段が違うので、これはひとつのサンプルである。

⑤「心配な時いつでも医療機関に受診できるから」：これはみなさん「はい」と答えている。男

女とも山口県の医療機関に全幅の信頼を置いているから、いざという時はいつでも医療機関にいける間柄である。だから、健診を受けなくて、いざというときは他力本願的なもので、悪くなくても、なんとかしてもらえというようなお気持ちがあるようである。

⑥「毎年受ける必要性を感じないから」：これも多くの年齢層で全国平均を上回っている。受けなくても、いざという時、最後は医療機関ということで、Chat GPTの答えは当たっていた。

⑦「検査等に不安があるから」：これはサンプルが一部少ないが、男性の60～69歳、女性の45～54歳はそうだが、全年齢層にわたっていないので、ここは理由として勘定しなかった。

⑧「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」：これも多くの年齢群で男女とも全国平均を上回っていた。

⑨「結果が不安なため、受けたくないから」：これは男性に多いという結果で、女性はあまり該当しなかった。

⑩「めんどうだから」：これは概ね全国平均を上回っていた。

まとめると、山口県民が健診を受けない理由として「費用がかかるから」「心配な時いつでも医療機関に受診できるから」「毎年受ける必要性を感じないから」「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」「結果が不安なため、受けたくないから」「めんどうだから」が挙げられた。

平成30年、山口県民は一人当たりの健康食品購入額ランキング第一位であり、最下位である富山県の金額の5倍であった。健診や保健指導は面倒だが、健康食品のほうが手軽だというところで、こういったところでも他力本願であることがよくわかる。

7. 山口県民の健診・検診受診率はなぜ低いのか？

「ヘルスリテラシー」とは、健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって、日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり、意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるも

のである。特に健診を受ける場面においては、このヘルスリテラシー力が備わっているかどうか、非常に問題になってくる。このヘルスリテラシーの高低には、就業の有無、婚姻状況には左右されず、世帯収入、最終学歴が関与する。世帯収入は全国で上位にあるが、最終学歴はどうだろうか？山口県の大学進学率は全国46位。1990年代（現在50歳代）は19位だったが、悪くなっている。ヘルスリテラシーの健康への影響は、この力がないと、①予防サービス（検診、インフルエンザ予防接種など）を利用しない。②病気、治療、薬などの知識が少ない。③ラベルやメッセージが読み取れない。④医学的な問題の最初の兆候に気づきにくい。⑤長期間又は慢性的な病気を管理しにくい。⑥医療保健専門職に自分の心配を伝えるにくい。⑦慢性の病気、重症化してから受診するので、入院しやすい。⑧救急サービスを利用しやすい。⑨職場でケガをしやすい。⑩死亡率が高い。大学進学率が低いだけでなく、高校進学率も山口県は42位であるため、今後の30代のいわゆる健診を受ける層でヘルスリテラシー力が少ない方々が増えてくるのではと危惧している。

がん検診を受ける人と受けない人の違いは何かというと、女性、高所得、がん家族歴がある、教育歴が大卒以上の方が受ける率が高いという論文がある。健診に関心がないというだけで死亡率が高くなるという論文もあり、健康診断への関心が低い／ない男女は、心血管疾患及び全死因による死亡率が24～94%高かった。健康診断に非参加の女性は、心血管疾患、がん及び全死因による死亡リスクが18～24%過剰であった。

いわゆる医学的な解析のみならず、社会的な解析もいろいろなところでなされている。例えば、『日本人の健康を社会科学で考える』という2021年に出版された本にも健康格差や、ヘルスリテラシー力をどのようにして上げるかという問題が書かれている。山口県の生活習慣について、たとえば喫煙率は40位で良い方である。1日の歩数は多い順で男性14位、女性11位と、よく歩いている。塩分の摂取量は25位。飲酒量は32位というように、生活習慣はほどほどが真ん中で中位にある。

8. とりあえずの対策

具体的な良い方法はなかなかないが、まずはヘルスリテラシー対策として、①ゆっくり話す。②1回に伝える情報は制限し、単純明快に、そして繰り返す。③図やキーワードを書きながら説明、その紙を渡す。④難しい医療用語を避ける。⑤リスクを説明するときは100人中何人とする。

乳がん検診未受診者の個別（セグメント）対応を例に挙げると、未受診者のうち、はじめから受診の意志がない方の中で、乳がんが発見される心配をしている方（セグメントA）と発見される心配もしていない方（セグメントB）がいる。また、受診の意志はあったが、なにかの事情で受診しなかった方（セグメントC）もいる。このようないろいろのパターンに、ひとつの方法で攻めても効果が出ない。それぞれのタイプによって、違うアプローチで受診勧奨をしていかなければならない。乳がんが見つかることを心配しすぎて受診しない方（セグメントA）には、「がん検診をうけると安心できる」と伝えるのが有効であり、がんの恐さを伝えるのは有効ではない。そもそもがんになると思っていない方（セグメントB）には、逆にがんの恐さを伝えることが有用である。がん検診の重要性はわかっているが、どこで受けられるかわからないというような情報が不足している方（セグメントC）には、端的に受診場所と受診方法を伝える。28の介入研究を統合したメタ分析の結果、テーラーメイド受診勧奨により画一的な受診勧奨に比べて相対的に42%受診率が向上したという報告がある。

次にナッジという、がみがみ言うのではなく、優しく「受けたら」というような後押しするものがある。例えば、八王子市では大腸がん検診受診率向上に向けて、個人の健康リスクを載せた検診案内通知を出している。「あなたはこういったところが問題ですよ」というような内容で、65歳以上、運動不足など具体的なリスクを指摘し、がん検診を促したところ、受診率上昇につながったという事例がある。また、国立がんセンターでは、全国乳がん未受診の86万人に対して、テレビ番組の放送に合わせて、自治体からはがきを送付することで、受診率向上に取り組み、かなりの反響があったよ

うである。マスコミを活用するのも方法の一つかと思われる。民間事業者が個人向けにオンライン遠隔受診を促す事例もある。各自治体も試行錯誤で努力されている。このほか、健診を知らない方を対象としたビデオや、受診者体験記を公募して載せる、費用を補助する、あるいは、病気の人に、放置すると将来どうなるのかをお知らせする方法もある。たとえば、日本人間ドック健診協会では、人間ドック体験手記を募集しており、2010年に私が発案したもので「受けてよかった人間ドック」体験記コンクールが2022年に第12回を迎えている。人間ドックを受けて、がんが見つかって助かった。そのことで、子供に喜んでもらった、孫に喜んでもらった体験などの投稿もある。

話が変わるが、コロナ禍によって、がんの切除数が大幅に減少したというのが少し前に報道された。2016年から2019年まで順調に切除数が増えていたところ、コロナの影響で2020、2021年は件数が減って、切除可能な早期がんの診断が十分に実施できなかったという内容である。がんの部位、年代別に、3か月の受診の遅れが10年生存率の低下に影響を与えるということを解析したものが2020年のLancet Oncolに掲載されている。肝臓がんの10万人あたりの死亡率を見た場合、山口県ではこの10年近く死亡数が増えて、2019年の人口動態統計では全国2位になっている。ここにも健診を含む初期診断、早期受診の大切さが示唆される。

少年が川に流されるも、男性医師（75）が川に飛び込み救助したという2017年のニュースがある。この写真を見ながら、医療社会学者マッキンリーの文章を紹介する。「私（医師）は川のほとりに立っています。私は溺れている人の叫び声を聞きます。私は川に飛び込み、彼を岸に引き寄せ、人工呼吸をかけます。彼が呼吸を始めた頃には、助けを求める別の叫びがあります。それで私は川に飛び込み、彼に手を伸ばし、彼を岸に引き寄せ、人工呼吸をかけます。彼が息を吹き始めるようになると、別の助けを求めて叫ぶ声が。それで、再び川に戻り、手を伸ばし、引き寄せ、人工呼吸します。そしてまた叫び声が聞こえます。何度も何

度も何度も、終わりなく続けます。上流でどれだけの方が川に落ちてくるのか、知る時間がありません。」山口県は一般病院の常勤医師は100病床当たり9.2人で、全国最下位である。つまり、助ける医者が少ないから、上流の方で何とかしないといけない。しかし、山口県は健診受診という柵が少ないから、どんどん川に落ちてくる。そして、重症になってから助けを求めてきて、それを助けてあげる。この助ける能力は非常に優秀で、どんどん助けられるのだが、やはり限界がある。皆さんが負担になる。そのためにはその上流でなんとかしないといけない。それが、がん検診でスクリーニングをする。生活習慣病を予防してもらうといったことである。ヘルスリテラシーがないから、川岸で遊ぶ子が今後増えてくる、どんどん落ちてくる。そうならないように、先生方並びに山口県や各市町の方々とよく相談し合って、対策をとっていただきたいというのが本日の私の締めである。

最後に、私が所長をしている日本医療・健康情報研究所では、「一無・二少・三多」という健康スローガンを掲げている。一無は無煙、二少は少食、少酒、三多は多動、多休、多接ということである。特に、最後の「多接」というのは孤立、孤独を避けて、多くの人と接することで認知症の予防にもつながるもので、非常に大切な用語である。これまでの健康スローガンにはこの概念がなかったが、これは他の健康習慣よりはるかにエビデンスがあることが学術論文として掲載され、また中学校の保健体育の教科書にもこの標語が紹介されていることを最後に付け加える。

全国下位にある山口県の健診・検診受診率の向上は、県民の健康維持、死亡率減少のみならず、県の医療費減少、医師の負担軽減のためにも大変重要な課題である。和田先生の多角的な観点から山口県民の特徴と課題を分析していただき、多くのヒントが得られた。生活習慣は中位で、健康食品購入率が全国1位でありながら、医療機関への全幅の信頼から、健診に行こうとせず、悪くなってから病院に行けばよいという県民性に対し、医療人を含む県民のヘルスリテラシー向上対策が何より重要と思われた。「無症状＝病気がない」という誤解を正さないといけない。無症状のうちに手を打つことの大切さ、早期発見、早期治療の大切さを啓蒙していかなければならない。医療機関には専門科以外の検診・健診の受診勧奨協力をお願いしたい。全国平均より自己負担額が多い法定検診については、県や市町の行政に補助額の見直し協力をお願いしたい。受診率の向上のためには、職域でのがん検診を可能にするような受診しやすい工夫も検討をお願いしたい。来年度から始まる第8次保健医療計画において、予防機能のさらなる充実を盛り込み、山口県全体で予防医療の意識を高めて、健診・検診受診率の向上、未病のうちの生活習慣改善の早期介入、要医療の方への積極的受診勧奨とそれに対する医療機関の受け入れ、適切な精査や指導を推進する連携、協力体制の構築を着実に進めていき、県民の皆さんが安心して1年でも長くいきいき元気に年を重ねていける山口県でありたい。

特別講演2

「ワクチンの現在と未来」

東京大学医科学研究所ワクチン科学分野教授 **石井 健**

[印象記：宇部市 福田 信二]



新型コロナウイルスの進化を見ると、アルファ株からオミクロン株が出てきた時の変異の仕方

は大変異 (antigenic shift) という違うウイルスが生まれるような shift で、オミクロンがでて

きてからは季節性インフルエンザウイルスに近くなり、ウイルスと宿主との攻防の中で小変異 (antigenic drift) が起きている。2020年の春に突然、ワクチンの開発に進化の大爆発が起きた。世界中の会社や国が、新型コロナウイルスのスパイク抗原という蛋白をターゲットに全く異なる形のウイルスのRNA、DNA、ウイルスベクターなど、140種類の臨床試験を始めた。そして、残ったのが mRNA ワクチンの LNP-mRNA である。ワクチンの効果には①免疫原性 (Immunogenicity) という抗原特異的な免疫反応、②有効性 (Efficacy) という感染予防効果、発症予防効果、重症予防効果、③有用性 (Effectiveness) という Scientific な議論と集団免疫、医療経済効果、ワクチンを社会に投与したことでどれだけ社会がベネフィットを受けたかであり、この3つが公衆衛生学的に最も重要な指標になる。

ワクチンの免疫反応の始まりは、ワクチンを打った筋肉から少し離れた腋窩のリンパ節で T 細胞、B 細胞が入り混じって、細胞間の免疫相互作用が起これ、抗原特異的な T 細胞、B 細胞がでてくる。その後、全身に再配置される。弱毒生ワクチンは細胞の中に入ってウイルスが増え、増えたウイルスが抗原提示細胞に取り込まれて、ウイルス由来ペプチドとして抗原提示され、その抗原に対して特異的な免疫反応が起きる。不活化ワクチンと成分ワクチンはそのままだ抗原提示細胞に取り込まれて、抗原提示が行われる。DNA ワクチンはプラスミド DNA をエレクトロレーションなどで核に入って、mRNA に転写し、そのあとタンパクに翻訳されなければならないため、二段階必要になる。mRNA ワクチンは一回入れると、そこからの転写だけでいいのでスパイク蛋白が1,000倍くらい出てくる。mRNA ワクチンは不安定だが、脂質ナノ粒子にくるんだことで効きがよくなった。mRNA ワクチンは mRNA が生体でペプチドに翻訳されて、タンパク合成され、その翻訳された蛋白に対する免疫が抗体であったり細胞性免疫であったりする。一番重要なポイントは、1990年に最初の論文「Direct Gene Transfer into Mouse Muscle in Vivo」で体の中にプラスミド DNA を入れたらタンパクができた。これが世界

を変えた。蛋白を生成しなくても DNA、RNA を入れればいい。ただ、RNA は免疫反応が強すぎて、RNA ワクチンは無理といわれていたので、2010年ごろまでは臨床試験は DNA ワクチンで行われていた。2005年の Kariko の論文で、強すぎる RNA の免疫反応を下げる技術を見つけた。これを境に多くのワクチンの臨床試験は RNA にシフトしていった。ワクチンとしての mRNA は 5' の頭に Cap の構造があり、コーディングリージョン、タンパクをコードしているところと、UTR が前後に付いている。そして Poly-A-tail というお尻がついている。30年かけて、mRNA を包むカチオン性脂質、コレステロール、PEG ナノ粒子が開発された。これはファイザー社とモデルナ社で全く異なっている。mRNA ワクチンがウイルスと同じくらいのナノ粒子で入ると、細胞はエンドゾームで取り込む。細胞質に RNA が出される。細胞質に TLR や RIG-I、MDA5 などのセンサーがあり、免疫反応がここから始まる。そのあとリボソームについてタンパク質に翻訳され、一部の切れ端がプロテアソームに切られて MHC class I に行く。スパイク蛋白はほとんどが分泌され、免疫細胞に取り込まれると MHC class II で提示される。筋肉細胞で取り込まれて、その筋肉細胞がたくさんの蛋白を翻訳している。そのタンパクを捕まえた B 細胞が IgM 産生細胞になって、そのあと IgG 産生細胞、プラズマ細胞になっていく。樹状細胞は抗原を取り込み、抗原をしっかり組み込んだ CD4、CD8T 細胞をプライムし、細胞性免疫も誘導できる。時を同じくしてウイルス由来の mRNA や LNP が入る周りの細胞が死に、死んだ細胞の DNA や RNA がアジュバントになる。アジュバントセンサーの MDA-5 が機能して CDL を誘導し、IL-1、IL-18 がアジュバント効果になり、炎症反応をおこし、腫れたり、熱がでたりする。mRNA ワクチンがリンパ節に行くと自然免疫を活性化する。mRNA ワクチンの mRNA とは何が違うのか、RNA の ATCU の U のウリジンが免疫を活性化して、IFN がでて、タンパク合成が抑えられてしまうので mRNA は薬にならなかった。これをシュドウリジンにかえると自分の RNA として認識され、IFN が出なくなるのでタンパク

が出てきた。タンパクの翻訳の効率と、IFNを出すアジュバント効果のバランスが見事にマッチして成功した。mRNA ワクチンは生ワクチンと同じ程度の免疫誘導能力があり、抗体価も細胞性免疫も強くできた。安全ではないわけではなく、まだ安心というところまで行っていないというのがこの mRNA ワクチンの弱点である。

ワクチンは最初に作ってから、第 I 相、第 II 相、第 III 相と臨床試験があり、薬事申請があって、審査承認があった後に生産体制整備ができて、生産・供給が行われる。どんなに短くても 10 年以上かかる。コロナの時はこの直列なものを並列し、第 I 相が終わる前から第 II 相を始め、第 I 相が始まった時から生産体制設備を始めた。しかし、素晴らしいことにすべての安全性試験を行っている。それを行った国は、アメリカ、イギリス、中国、ロシアで、これらの国は軍事大国であり、軍事活動、軍事行動と同じように、きちんと準備していた。実際にこれを 300 日でやり切り、それに乗じて、2021 年 6 月のイギリスの G7 サミットでワクチン開発を 100 日以内にやるという「100 days mission」が提案された。コロナのウイルスの塩基配列が判明した 326 日後にワクチンは緊急承認された。史上最速のワクチン開発記録である。しかし、その時すでに 160 万人が亡くなっていた。これを 100 日にすると、計算では 20 万人の死者ですむ。CEPI（感染症流行対策イノベーション連合）の CEO は、このミッションは実際は難しいが、北極星（誰からも見えて、同じ方向にある）と同じで、みんなが一緒に頑張れると述べている。われわれの 100 days mission は「備えあれば憂いなし」で、その一番大切なキーワードが「モックアップワクチン」である。本物が出る前に模擬ワクチンを作って準備をしておく。前臨床、第 I 相、第 II 相試験まで終了しておき、「条件付き承認」を得ておけば、有事の時には第 III 相の臨床試験ができる。第 III 相臨床試験を 100 日以内にできれば、ワクチンを出すことができる。エボラ出血熱のようなものに対しては Animal ルールを用い、動物試験できちんと防御ができていれば使用を承認する。RS ウイルスのようなレベルのウイルスでは、Controlled

Human Infection Model を用いる。人体実験に近いが、イギリス、フランス、ドイツ、アメリカ、ケニアやシンガポールでヒトでの臨床試験が始まっている。イギリスではコロナの真っ最中に臨床試験を開始しようとしたが、6 万人がこの試みのボランティアに名乗りを上げた。

ワクチンサイエンスのこれからを考えると、ワクチンで予防できる感染症（Vaccine Preventable Disease : VPD）は 27 ある。課題は、ワクチンはあるが種々の理由で感染のコントロールが困難なものが多いことと、ベネフィットが見えない、つまり、ありがたみがわかりにくいことである。さらに、世界で一番問題になっているのは、多剤耐性菌（Antimicrobial Resistance）の問題である。これは数百種類におよび、Slow pandemic といわれている。ここから 20 年、30 年をかけて世界で最も多くの数の人を殺す疾患であり、これに対して、ワクチンや予防免疫療法が期待されている。さらにワクチンはアルツハイマー病、動脈硬化、高血圧、糖尿病、がんやアレルギー、避妊、肥満、老化に対しても生まれている。このワクチン開発研究は多くの科学技術の集合体であり、AI も脚光を浴びている。もう一つのカギはワクチンをモジュール部品化しようと考えている。抗原とアジュバントと生体内デリバリーを分けて、何がどのような免疫が起きるか分かっておれば、100 days mission に貢献できる。ワクチンを打つのは自分を感染症から守るためだけでなく、家族や社会のためでもあり、自利利他であるためのカギとなる。WHO が掲げる世界各地のワクチン行政のゴール（Universal health coverage）では、ワクチンは自分の国を守るだけではなく、世界の健康のため、利他的であるための鍵であるとされている。ワクチン忌避、ワクチンの安全性への不安、不満の問題の本質は深く、ワクチンを怖がっているのは打たれた子供ではなくて、その周りの人であり、これが問題の本質であるが、解決策がない（吉村 昭著『雪の花』参照）。

この度のパンデミックはワクチン開発に革命を起こした。開発の仕方、mRNA ワクチンの実用化である。mRNA ワクチンは 30 年前から地道に研究されていたものである。感染症ワクチンは保

健衛生の要であり、国防や外交、経済にも重要である。さらに次のパンデミックまでに100日でワクチンを提供できる力が必要であるが、日本は安全安心のワクチンの輸出国を目指している。私の家の家訓に一期一会(Once in the lifetime chance)があるが、本当にいいワクチンは一生

で一回打ったらもう打たなくていいというものである。最後に、近未来ワクチンデザインプロジェクト(東京大学基金、URL: <https://utf.u-tokyo.ac.jp/project/pjt142>)への援助をお願いしたい。

シンポジウム

「若年性認知症の医療と福祉と就労支援」

〔座長及び報告：柳井 宮地 隆史〕

はじめに

認知症は加齢とともに増加し、超高齢社会の本邦ではさまざまな対策がなされてきている。一方、64歳以下発症の若年性認知症については診断、福祉制度、就労支援、居場所作りなど若年発症特有の課題が多い。本シンポジウムでは4名の講師からそれぞれの立場で講演をいただき、若年性認知症の現状と課題について考えていきたい。

講演1. 若年性認知症(主にアルツハイマー型認知症)の診断・経過・治療について

山口県立こころの医療センター

院長 兼行 浩史

若年性認知症とは64歳以下で発症する認知症のことで、社会的役割が大きい世代での発症から生じる苦悩や困難さがあり、頻度は少ないものの行政的にも施策を講じる必要がある。2009年の厚労省研究班での若年性認知症実態調査では、30歳以降、5歳年齢が上がるごとに10万人あたりの有病率がほぼ倍増する。新オレンジプラン(2009年)では第3の柱として若年性認知症施策の強化が挙げられた。若年性認知症では、就労や生活費、子供の教育費等の経済的な問題が大きい。また、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なって多重介護になる等の特徴があり、居場所づくり、就労、社会参加支援等のさまざまな分野にわたる支援を総合的に講じていく必要がある。初期の症状が認知症特有ではなく、異常に気づいても受診が遅れ

る傾向にあるため、普及啓発を進め、早期診断・早期対応へと繋げていく必要がある。初診はとても重要で、障害年金受給に繋げる場合、初診日から1年半を経る必要があるため早期の受診が重要である。支援のあり方が通常の高齢発症の認知症と比べて特殊であるため、支援する側も制度や障害福祉サービスなどを学ぶ必要があり、若年性認知症支援ハンドブックの配布がなされている。また、各医療圏域の若年認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を担うものとして、若年性認知症支援コーディネーターが配置されている。

2009年に行われた若年性認知症の調査の問題点としては、調査時点で65歳未満の若年性認知症の調査が行われたことである。実際には64歳以下で発症し、調査時点で65歳以上の方もたくさん存在するため、実態が十分掴めたかが疑問視されるが、全国に約38,000人、山口県では約400人の若年性認知症患者が存在すると推定された。家族介護者の約6割が抑うつ状態になり、7割は発症後収入が減ったと報告された。当時の若年性認知症の基礎疾患の内訳は血管性認知症が39.8%、アルツハイマー型認知症が25.4%、頭部外傷後遺症が7.7%とされたが、行政的に高次脳機能障害とされる状態が血管性認知症や頭部外傷後遺症による認知症に振り分けられていたと思われる。若年性認知症には原因疾患により経過が以下のように二分されていることを踏まえる必要がある。アルツハイマー型認知症を中心とした神

経変性疾患は徐々に始まるため、どの時点で診断がつくかも重要であり、さらに、徐々に悪化することを前提とした支援計画を立てる必要がある。一方、今では高次脳機能障害として支援を考えることが多い血管性認知症や頭部外傷後遺症（重症であれば認知症と判断すべきであるが）では急に発症し認知機能の急激な低下があるが、その後、悪化の無い場合は復職、復学、社会復帰や社会参加支援などの居場所作りが重要になってくる。東京都健康長寿医療センター研究所の栗田先生が中心になって2018年に行われたAMED研究による若年性認知症の有病率・生活実態調査では、12都道府県に範囲を広げかつ発症が65歳未満である例を調査対象とし、家族への聞き取りも強化している。有病率は18～64歳での人口10万人あたり50.9人と推定され、前回調査（有病率47.6人）と大きな差は認めなかった。5歳ごとに有病率は倍加しており、男性が女性の1.2～1.4倍であった。若年性認知症の基礎疾患の内訳では2009年の報告と比較してアルツハイマー型認知症は57.3%であり、実臨床の印象と一致している。血管性認知症は15.5%、前頭側頭型認知症は10%、レビー小体型認知症／パーキンソン病認知症が4.1%とされている。前回の調査との違いを考察すると、前頭側頭型認知症が適切に診断されるようになってきたこと、脳血管障害の発症率の低下や予後の改善、高次脳機能障害概念が浸透することにより、血管性認知症の割合が減少したこと、その結果としてアルツハイマー型の比率が上昇したと考えられる。また、最初に受診した医療機関は脳神経外科が多く、診断されたのは精神科が多い結果であった。介護保険申請率は71%と比較的高いが、自立支援医療利用率や障害年金給付率が40%と低いのは改善する余地があると思われる。発症時に就労していた方は62%で正規雇用が約6割、うち職場から配慮がなかった人は23%であった。その後も同じ職場で働いていた人は7.4%、配置転換が2.6%であり、退職者が67.1%であった。退職等により収入が減り、世帯の主な収入は家族収入と障害年金となり、4割の人は家計が苦しいと自覚していた。障害者福祉制度、経済的保障に関する制度を

利用するためには初診日が重要となるが、遑って初診日を確定しがたいことがある。また、症状があっても家族が抱え込んで医療機関を受診していない場合、障害者手帳は初診日から6か月、障害年金の申請は1年6か月の期間が必要であるため、制度利用までに空白の期間ができてしまう。傷病手当は早期から受け取ることができるので、若年性認知症支援コーディネーター等に相談することが望ましい。また、前頭側頭型認知症の3類型中の2類型は発症が65歳以下の場合、重症度を満たせば指定難病の申請が可能となる。山口県立こころの医療センターでは2009年の認知症疾患医療センター開設からの13年間で78名の若年性認知症の受診があった。75.6%がアルツハイマー型認知症で17.9%が前頭側頭型認知症であった。参考までに前頭側頭型認知症は行動障害型前頭側頭型認知症、進行性非流暢性失語症、意味性認知症に分けられる。アルツハイマー型認知症の脳萎縮部位も典型例、海馬温存型、辺縁系優位型などの特徴がある。特に若年性アルツハイマー型認知症の場合は海馬温存型が多く、側頭頭頂連合野の萎縮、機能異常が比較的早期から出現することが多い。一方、超高齢の認知症の場合、レビー小体病理や脳血管障害病理が併存するなど背景病理が複雑化してくる。アルツハイマー型認知症では疾患修飾薬が早ければ年内に使えるようになる可能性がある。軽度認知障害の時点で脳のアミロイド病理を反映した検査結果を確認の上、レカネマブなどの治療が可能となりうるため、その検査などを含め適切な医療提供体制を整えていく必要がある。山口県内では二次医療圏域ごとに認知症の鑑別診断等を適切にできる体制を整えるため認知症疾患医療センターを設置している。また、オレンジドクター制度も含め精神科、脳神経内科、脳神経外科、認知症サポート医、地域のかかりつけ医等が連携できるネットワーク体制を構築している。若年性認知症支援コーディネーターは山口県立こころの医療センター内に配置され、若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整役であり、本人の生活に応じた総合的なコーディネートを行うことを目的としており、今後も活用いただきたい。

**講演2. 若年性認知症の方々への就労・居場所
支援～支援相談窓口からの報告～**

山口県立こころの医療センター・

山口県若年性認知症支援コーディネーター

小野みさ江

若年性認知症実態調査の報告（2020年）では全国で3.57万人の患者がいると推計され18～64歳の人口10万人当たり50.9人とされており、山口県全体で若年性認知症数は約400人と予測されている。市町村別に予測すると人口の少ない市町では患者数は一桁であり患者同士が情報交換する機会がなく、支援者が支援のノウハウを構築しづらい状況にある。このような状況の中、山口県若年性認知症支援相談窓口への相談件数は新規相談が年間20件程度、相談総数は年々増加の傾向にあり、2022年度は300件を超えているが、相談の多くは山口県立こころの医療センターの患者からの相談である。支援相談窓口は若年性認知症施策総合推進事業に基づいて県から委託され、山口県全体を対象に相談を受けている。窓口には若年性認知症支援コーディネーターを配置し、相談とともに支援ネットワーク作りとしての研修会開催や事業の普及・啓発に取り組んでいる。

若年性認知症の発症による問題は、患者本人や配偶者が現役世代であることによることが大きい。最も深刻な問題は就労継続が困難となるなどの経済的問題であり、次に介護負担により家族の仕事への影響が挙げられる。主介護者は患者の介護とともに親の介護、子供の養育など多大な負担が強いられる。子供への心理的影響（教育、就職、結婚など）も重要な課題である。家で患者をみていくのは大変だが、施設の利用料は支払えないなど、周囲からの孤立や、愚痴を言いたくても周囲の若年性認知症に対する理解不足も多い。そこで、利用できる制度やサービスの紹介や手続きの支援を行い、就労を含め日中の居場所を確保することが重要となる。就労継続や再就職・就労の相談があった場合は、コーディネーターは関係機関に繋ぐことや一緒に就職活動し、本人の了解があれば職場からの相談にも応じている。一般の就労や障害枠の就労が困難な場合は福祉就労の支援を行う。A型は雇用保険と最低賃金の保障があるが、

B型は少額の収入かつ利用料も必要となり前年度の収入がある方は通うことで持ち出しが生じるので家族が期待される賃金は得られないことを事前に説明している。福祉就労が難しい方や拒否される方は日中の居場所としてデイサービスを紹介する。高齢者の通うデイサービスは嫌と言われる方も多く、障害サービスの中の生活訓練サービスやボランティアができる場を探して紹介する。また、患者・家族の情報交換が必要な時は、認知症カフェの紹介や一緒に参加するなどしている。障害福祉や社会福祉保障制度について、自立支援医療による医療費助成、傷病手当・失業給付、障害福祉手帳や障害年金、介護保険などが全ての人に当てはまるわけではないが、切れ目のないサービスの提供に繋がるよう対応している。

認知症の方は病状が進行しても感情は保たれていると言われている。当事者本人からは「就労の継続についてできるだけ頑張りたい、体験をかかせて欲しい」との声があり、ピアカウンセリングが必要とされる。「誰かの役に立つのであれば、他患者からの相談を受けても良い」との声からは自己昇華や癒しの場の確保の重要性が示唆される。家族からの「同じような年齢・境遇の人と家族目線で話したい」との声からは悩みの共有、情報交換の必要性が、「支援者がコロコロ変わるのではなく一緒に永く付き合える人がいると良い」との声からは信頼関係の構築を求めている。「介護をしてきた経験があるので、悩みの聞き役として役に立ちたい」との声からは自己昇華、癒しの場の確保の重要性が、「できるだけ長く在宅生活を送れるよう、地域や施設などで受け入れて欲しい」との声からは本人の居場所の確保を求めていることがわかる。本人、家族とも社会と繋がる場、自己実現できる場を求めている。症状が進行し、働けなくなっても居場所があり、社会との繋がりを持ち続けられることが何よりも大事と感じている。今後も山口県立こころの医療センター内の支援相談窓口を活用いただき、かかりつけ医等の先生方と連携していきたい。

講演3. 認知症の人と家族の会の立場から 若年性認知症についての活動と課題

脳神経筋センターよしみず病院 川井 元晴

認知症の人と家族が直面する課題として、「診断・治療」、「経済的問題・親の介護・子育て」、「介護サービス」、「相談・理解者」、「生活の質」、「就労の継続」等が挙げられる。若年性認知症の場合は、特に経済的問題や就労が課題となってくる。そのような中で「認知症の人と家族の会」が当事者の団体として存在している。会員数は約1万人で全都道府県に支部がある。主な会員として介護家族、認知症本人、医師・看護師・介護福祉士・ケアマネージャーなどの専門職である。「つどい」、「会報（ぼ〜れば〜れ）」、「電話相談」が支部活動の3本柱である。家族の会ができることとして「悩みを分かち合う・情報交換」のいわゆるピアサポートが主であり、その他として認知症の啓発活動、政府への要望・提言も行っている。認知症本人の方が集まる機会を作っており「本人交流会」として意見交換・情報共有をしている。山口県支部では認知症カフェ「ふしの」を山口市で古民家を利用して月に1回開催している。資金は山口市補助金と一人100円の参加費で運営している。若年性認知症の人のためのカフェでは、若年性認知症の病気の知識や介護方法などの情報共有の場となっている。カフェに必要と思われるものとして、同年代の交流相手、若年に特化した相談、就労や経済支援に係る情報が挙げられる。「若年性認知症の人のためのcafe ふしの」の特徴としては、多彩な職種の人が運営スタッフ及び協力者として参加し、特定のプログラムは設定せず、参加者の人数をいちいち数えず、認知症かどうかは運営者からはあえて尋ねないなどである。課題としては、誰が認知症かわからないことがあり、参加する当事者は認知症の人だけではない、Cafeの雰囲気合わない人がいる、参加人数が多い、静かな雰囲気作りが必要なこともありうる、アクティビティは必要か？などが挙げられる。また、参加者は軽症のアルツハイマー型認知症の人に偏る傾向がある。サポートスタッフの役割として、認知症の人や家族とのコミュニケーションをとることが重要で「患者」、「事例」として扱わない、症状

や困りごとについて詮索しない、カフェを通じて出会えた「知り合い」として接することなどに配慮する、参加者から相談を受けた場合は専門職の知識を活かして相談に乗る、カフェの時間が快適に過ごせるようなさり気ない配慮をする、可能であれば当日の運営サポートをするなどが挙げられる。令和5年度は家族の会が本人交流会を年に4回開催する予定である。

若年性認知症の人の活動と支援をするために、家族の会としては、若年性認知症の当事者が混乱困惑し不安な状況からの脱却ができるよう、診断後できるだけ早期の支援を行いたい。本人同士の交流と活動としてピアサポートの場（本人交流会、若年カフェ）を通じて本人の希望や目標実現の支援を行いたい。認知症の理解と啓発や認知症希望大使を通じて本人発信やその支援を行いたい。また、家族支援は家族の会としては重要である。若年性認知症の人の活動と支援の課題としては、診断後の福祉や制度等に繋がっていない「空白の期間」に出会えないことが多く、医療機関との連携が必要と考える。若年カフェなどに認知症の人の参加が少ないと交流と活動が限定的となるため、家族の会の周知活動が必要である。本人発信・支援としては発信が困難な人への支援が必要である。一方、家族支援としては医療や経済的課題への支援が困難であるのが課題である。従業員500人以上の企業等における若年性認知症の人の就労継続の実態調査では、就労中の認知症の方は少なく、就労継続中であっても配置転換などで対応されていた。全国本人交流会では10年以上前から、認知症当事者も家族も「仕事がしたい、就労支援の充実を」と訴えているが、現在もまだ課題として残っている。

講演4. 若年性認知症の人の生活と仕事を支えるために医療とケアができること

藤本クリニック・

NPO法人もの忘れカフェの仲間たち理事長

藤本 直規

藤本クリニック（滋賀県）では認知症の診断（新患年間約450名）、周辺症状（BPSD）の往診対応などを行い、非薬物療法として外来心理教育／本

人家族交流会、仕事の間、もの忘れカフェ、社会交流の居場所“Hej（ハイ）”、就労継続支援を行っている。また地域連携として相談センター、現地相談、連携の会、若年性認知症企業研修を行っている。クリニックでは若年性認知症の患者は2016年には年間70名程度で、現在は年間30～40名が受診されている。若年性認知症の受診者数が減っているのは各地域の医療機関で対応してくれていることを反映していると思われる。1990年に物忘れ外来を開始してから、福祉制度の変遷や受診患者の軽度化に合わせて居場所作りに取り組んでいる。心理教育／交流会、精神科デイケア、もの忘れカフェ、仕事の間、若年性認知症患者の集いの場であるHej（ハイ）について紹介する。

本人家族心理教育：本人と家族に同時に心理教育を行う。受診の早期化が進み、本人自身が正しく病状を知ろうとしている姿が多くなったため、自分自身に起きているさまざまな不具合（生活機能障害）の原因が何なのかを知り、その対処方法について仲間と考えることができること、家族も病気の理解を深めながら本人がどのように病気を受け止めているのかを知り、同じ立場同士で話し合うことができることを目的としている。

本人家族交流会：年齢や病期の違いにかかわらず、ともに過ごし語り合う場となり、初めての参加者は本人・家族ともこの場の経験から介護認定を利用することを受け入れはじめることが多い。診断直後の参加を受け入れることで、本人家族を孤立させないために、診断直後の支援体制の一つとして重要である。

若年性認知症精神科デイケア（1999年～）：診断後に仲間とともに過ごす場所がなかった滋賀県内外10数名の若年性認知症の人たちのために開設した。実際には滋賀県のみでなく半数近くは京都府、兵庫県、岡山県などの県外から参加があった。参加者の平均MMSEは17.4点程度で軽度の方のみではない参加であった。家族からのアンケート結果では参加当日から2～3日調子が良い、年齢が近いもの同士が良い、高齢者との混合でも良いなどの意見があった。

若年・軽度認知症専用デイサービス「もの忘

れカフェ」（2004年～）：楽しくて居心地が良いというだけのデイサービスでは納めできないなどの課題があり、若年性・軽度認知症の人の自主活動と社会参加を目指して開始している。当時の本人の言葉として「何もできない訳じゃない／誰でもなる可能性はある、悪いことでもない／まだまだできる／あきらめていない／伝えたいことがある／病気になって仲間に会えた／社会と繋がってほしい／同じ病気で苦しんでいる人に自分の存在を伝えてほしい」などがあった。そのような背景からできるだけ自主的な活動を行いながら、仲間作りや社会参加を目指す、新しいデイサービスユニット「もの忘れカフェ」をスタートした。もの忘れカフェの約束事として、活動内容は当日参加者が話し合っただけで、活動内容が決まれば活動達成のために必要な役割や準備、時間配分や手順などを決める。参加者同士で協力していくつかのことに同時に取り組むようにしている（実行機能障害へのケア）。また、活動内容は記録を書いて残し、活動の振り返りを行い、一日の活動を個人ノートにも記入し、写真・ビデオなどを多く残すようにしている（エピソード記憶障害へのケア）。スタッフの関わり方としては、当事者の自主的な活動を邪魔しないようにしている。実際の活動としては募金活動、駅前清掃、小旅行などの社会参加や畑作り、病気についての話し合いをしている。もの忘れカフェには退職後の人の参加が多かったが、最近、退職前の軽症の方が多く来られるようになり仕事の間が必要になってきている。

仕事の間（2011年～）：わずかであっても収益を励みとし、社会とのつながりを実感しながら「はたらく」仲間づくりを行う場として開始している。若年認知症の人達は外来で、「いま仕事を全部なくしてしまうことはできんのか」、「内職のようなものであっても自分のしたことが仕事として評価され、少しでも対価をもらいながら何か社会に役に立つようなことがしたい」、「一家を支えていきたいけれども、それはもう無理とわかった上で、何か仕事をしたい」と話されていた。仕事の間とは居場所にとどまらず、通常の就労を終え、わずかであっても収益を励みとして内職や軽作業をする「社会参加」と「働く仲間作り」の場であ

り、軽度認知症についての「ケアの提供」の場でもある。仕事の場合は、次のステップ(介護保険サービス等)へスムーズに移行できることが目標でありバトンタッチの見極めが必要となる。2011年10月～2022年3月末までの「仕事の間」の認知症者総参加者数は80名で若年認知症者62名、高齢軽度認知症者18名であった。認知症以外の参加者として知的、発達、精神障害を持つ人の参加が98名、社会に適応しづらい若者の参加が86名であった。

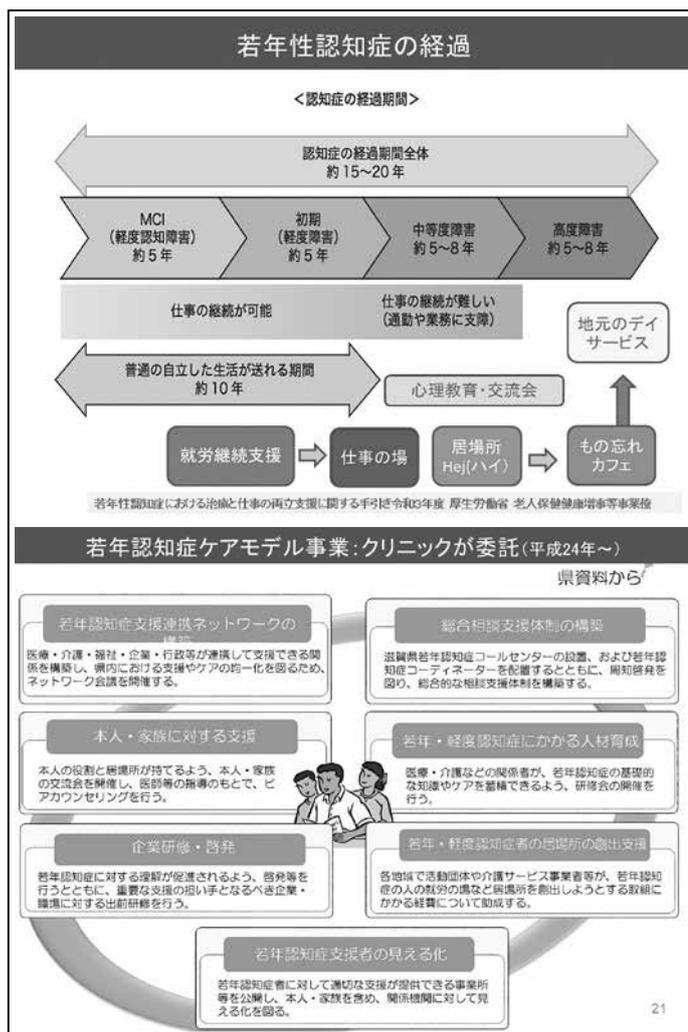
Hej (ハイ) (2021年8月～)：若年性・軽度認知症/MCIの人たちが集い、手芸、工作活動を行う場として開始した(若年性認知症女性の新しい居場所、Hejはデンマーク語で“こんにちは”の意)。

若年認知症の人への就労継続支援として平成24年～26年(滋賀県若年性認知症地域ケアモデル事業委託期間)に就労継続支援を行った人は10名で就労を終えた後の行先として仕事の間への移行が6名、介護保険サービスへ移行2名であり、全員が休職直後から途切れることなく移行することができた。平成27年度～令和3年度は、20名に就労継続支援を行い、15名が定年近くまで就労でき、5名が定年後仕事の間へ移行し、現在2名に就労継続の支援を行っている。

若年性認知症の経過と若年認知症ケアモデル事業について図に示す。若年性認知症の経過に沿った居場所を作りと次の施設等への繋ぎ、地域としては若年性認知症支援連携ネットワーク・総合相談支援体制の構築、本人家族に対する支援、若年・軽度認知症にかかる人材育成、若年・軽度認知症者の居場所の創出支援、企業研修・啓発、若年性認知症支援者の見える化が重要である。滋賀県ではこれらの取り組みの結果、若年性認知症コールセンターが県内すべての認知症疾患医療センターに設置されることになった。また、若年性認知症の人の居場所も広がった。企業研修もより身近な各保健所

圏域単位でかかりつけ医等による開催の方針となった。若年性認知症支援コーディネーターも藤本クリニックで行っていたが、他の疾患医療センターへ配置されるようになった。今後、あえてコーディネーターの配置が無くても、どこでも対応ができるようになることが望ましい。

若年性認知症の人への支援は、早期診断から始まるが、早期治療には、適切なケアが非薬物治療として求められる。そのためには、かかりつけ医、専門医、ケアマネージャー、介護サービス事業所などの区分けなく診断からその後の支援まで役割分担を行いながら関わるのが大切である。行政のバックアップも必要かつ重要であり、行政の施策につなげることが大切である。認知症の担当課にとどまらず、障害福祉、年金課など多岐にわたりその連携は支援する人の“こころを強くする”。



図

また、診断後の空白期間を埋めるものとして、さまざまな方法で受け皿（もの忘れカフェ、仕事の場、交流会、心理教育、Hej など）を考える必要がある。若年者だけでなく、高齢者も含めて、本人の気持ちと病気の症状にあわせた認知症ケアに習熟しなければならない。発症早期から高度期まで、本人と家族を継続的に支えるためには多職種連携による“点”ではなく“面”での支援が必要である。

総合討論

①若年性認知症診断について

報告では精神科での診断が多いとのデータがあったが、地域の状況に応じて鑑別診断する診療科は変わってくると思われる。もともと発達障害やうつとして診断され、後に若年性認知症と診断されるまでに時間がかかることがある。

②若年性認知症支援コーディネーターについて

各市町に数人しかいない患者をコーディネーターが遠くからケアするのは非常に困難である。地域包括支援センターや介護施設との連携に取り組んでいきたい。コーディネーターがいなくても各地域で対応できるようになることが必要と考える。ある所に問い合わせればワンストップで対応ができるようになれば良いことであり、わざわざコーディネーターと呼ばなくても良いのではないかとの考えもある。大切なことは、自分に対応できないことについては専門家にバトンタッチすること、繋ぐことである。

③高次脳機能障害について

山口県は二次医療圏ごとに認知症疾患医療センターを構築し、専門的な診断をしている。若年性認知症の問題の一部に高次脳機能障害の問題がある。脳卒中後遺症や頭部外傷後遺症で若くして認知機能障害を生じている患者、脳の局所的障害を生じていて易怒性が増したり、職場不適応を生じたりする。将来的には高次脳機能障害の対応も認知症疾患医療センターの枠組みでうまくネットワークが構築できることが大切である。高次脳機能障害の運転免許証については実地での運転技術

の判断が重要であり、自動車教習所での訓練ができる体制を構築したい。

④アルツハイマー型認知症の疾患修飾薬について

今後、アルツハイマー型認知症の疾患修飾薬が上市された場合、そのアミロイド病理の確認のための検査（髄液検査、PET 検査）、治療（治療直後の副作用対応等）、定期的な頭部 MRI 検査（脳出血等のチェック）が必要になる。治療の適応患者の選択・説明も含めて今後県全体で検討していく必要がある。

⑤若年性認知症患者の就労について

産業医の先生がいる企業は心強い。就業体制のフォローアップの際に会社との繋ぎの役割を担っていただける。うつや発達障害として紹介があった後に認知症と診断が付いた際にも相談にのってもらえるので心強い。企業に相談をもちかけても企業の人事の方には若年性認知症のことについて興味を持っていただけないことがあり、産業医の先生に対応をお願いしたい。

⑥女性の若年性認知症の就労、ヤングケアラーについて

女性の就労支援を行っている経験として看護師、ケアスタッフ、スーパーの店員の例がある。家族、病院、施設、店などの協力が得やすい印象があるが、就労に限らず居場所作りが大切である。一方で、もともと主婦の例として、自宅で高校卒業くらいの娘が一生懸命みていて、疾患としては放置されていて、認知症が進行し困り果てて初めて受診された方もいるので、ヤングケアラーを含めて注意が必要である。

おわりに

4名の基調講演をもとに活発な討議がなされた有意義なシンポジウムであった。若年性認知症の診断、疾患理解、家族支援、就労支援に加え新しくアルツハイマー型認知症治療が上市された場合に対応できる医療・介護・福祉体制の構築が山口県でも求められる。