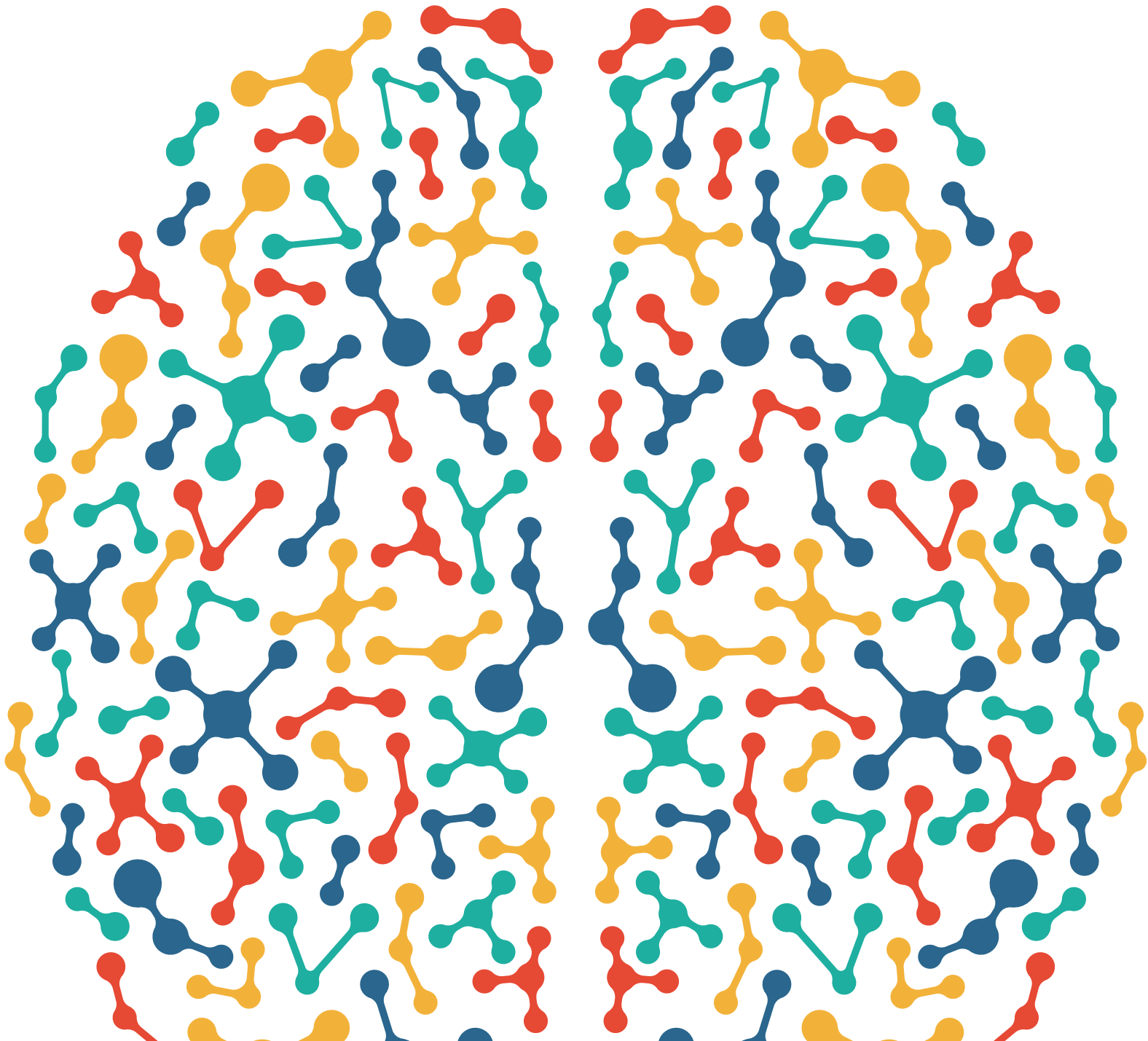




日本医療政策機構 (HGPI) 認知症政策プロジェクト 政策提言
「認知症共生社会を実現する“認知症予防”の取り組みへ」

2024年3月



提言 1

一般的な認知症施策よりも広範な「政策受益者」を想定し、情報提供に取り組む必要性

従来の認知症施策においては、認知症の人や認知症になる可能性の高い人（MCI など）、そしてその家族やケアラーが主な施策対象である。しかし、前項でも述べた「予防」が意味する範囲は広く、その施策の対象者の幅は、ほぼ全ての市民が対象と考えることもできる。そのため、本人が自覚的でない潜在的なニーズも含め、個々のニーズは非常に多様であり、一概に「認知症予防」として括ることは難しく、細分化しながら検討する必要がある。特に本人がニーズに自覚的でないケースについては、ビッグデータ等を活用した将来予測も含めた情報提供を行い、十分な判断材料を提供することが期待される。またすでに何らかの健康課題を持っていても行動変容に繋がらないケースに対しては、個人の主体的な意思決定を尊重しつつも、インセンティブモデルを活用しながら、必要と考えられるサポートにアクセスできるよう継続的に働きかけることが求められる。

提言 2

認知症の本人や家族等の声や経験を活かした社会環境面での「備え」の必要性

「認知症の人の数が約700万人いる」という側面から社会課題として認知すると「数を減らす」ことに焦点を当てすぎる短絡的な発想になる。しかし、現在の認知症と共に生きる人や家族の経験を丹念にくみ取ることで、単なる「発症予防」のみを追求するのではなく、社会全体の理解促進や発症後の相談体制の充実といった社会環境の整備や、個人や社会の意識変革も含めた重層的な「備え」の体制を敷くことが可能になる。

また三次予防（重症化予防）の取り組みにおいては、より一層、認知症の本人や家族等の声が重要と言える。日々の生活においてQOLを下げている要因や、それぞれが持つニーズを起点として研究開発を展開することで、認知症基本法でも掲げられている「共生社会の実現に資する研究」（第二十条三項）の実現につながると期待される。

提言 3

質の担保に向けた開発段階からの産官学連携を推進する必要性

認知症予防に資するとされる商品・サービスの質の担保に向けて、引き続き「産官学連携」の推進が重要である。経済産業省は2023年3月に認知症に関する6つの学会と共に「認知症予防に関する民間サービスの開発・展開にあたっての提言」を作成・公表した。これはあくまで「ガイドライン」ではなく、「認知症予防等に関連するサービス（非薬物的アプローチ）の開発・展開にあたって事業者に参加として頂くための「提言」としているが、一定程度の方向性を示すものと考えられる。

予防・健康増進の領域では、保健診療における診療ガイドラインのように、エビデンスに基づく対応基準は定められていない。そのため、個人や企業のニーズに即したプログラムの展開が可能であり、自由度が高い領域と言える。一方で、人々の健康増進への効果を謳う商品・サービスである以上、その妥当性や信頼性が担保されることは不可欠である。質の担保された市場形成に向けて、産業界・行政・学術界の継続的な連携体制の構築が必要である。1つは、開発段階における産学連携の推進、そしてそれを政策的に後押しすることが期待される。企画・開発段階からの産学連携について、一定程度の基準に達したものに対する認定・表彰制度を設けるなどすることで、消費者・利用者は安心して新たな商品・サービスを使用することができる。もう1つは、市販後の追跡調査と効果評価、商品・サービスのさらなる改善である。これからの時代、予防・健康増進のための消費者は、個人のニーズや心身の特性、生活状況などに即してよりパーソナライズされたものが期待される。ICTやAIなどのデジタル技術がさらにそうした進化を加速させ得る。そのため、エビデンスについても企業に対する効果評価だけでなく、より個人への効果評価を重視する「パーソナルエビデンス」にも着目することが求められる。次項目で提案する、効果に応じた支払いの仕組みと連動させることで、より柔軟な価値評価・体系の構築を展望することができる。

提言 4

質を高める評価・支払いの仕組みの導入によって 民間企業の参入を促進する必要性

高齢化の進展や医療技術の高度化といった要因によって増加する社会保障費を筆頭に、国家予算は年々増加する一方で、経済成長の鈍化に伴い財源化確保に難航する状況が続いている。一方で少子化対策やコロナ禍も相まって歳出は増え続け、それにより国債発行額は増加の一途をたどっている。こうした状況を受け、日本では長年財政健全化の議論が続けられている。しかし、一度はじまった制度や施策を中止・中断することが難しいことは医療政策の歴史においても証明されており、「制度の粘着性」は特に社会保障分野で根強く指摘されている。そのため必然的に、制度や施策を絞り込む議論ではなく、費用対効果をいかにして高めるかが期待されることとなる。一方で、投入した資源に対して見合った効果が得られたかという事後的な政策評価は困難を極める。そもそも政策評価は、その位置づけや方法も政治的・社会的文脈に左右される。また施策の便益を算出しようとしても、誰にとっても便益なのかによっても議論が分かれるところである。

そこでこうした課題を克服するために近年導入されているのが、成果連動型民間委託契約方式（PFS: Pay For Success）である。国や地方自治体が民間事業者への委託等によって実施する事業において、その仕様を民間事業者が決定し、予め設定した成果指標の改善状況に応じて、事業者への支払いが変化する仕組みである。こうした仕組みを導入することで、民間事業者側には成果創出のインセンティブが生じ、より質の高い事業遂行が期待できる。また行政側にとっても、効果に対する支払いを行うことで評価のプロセスにより客観性・透明性を担保でき、市民への説明責任を果たすことにもつながる。さらには、こうした取り組みによって民間事業者、新たな産業の育成・チャレンジにもつながり、データやエビデンスが蓄積されることでエビデンスに基づく政策形成（EBPM）の普及にも寄与すると言える。

さらに「ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）」は、こうしたPFSの実施における資金調達を事前に金融機関等の民間資金から調達して実施する仕組みである。行政は成果に応じた報酬を民間の資金提供者に返済する形をとる。

社会的便益の創出効果が予測しづらく、自治体独自予算での実施のハードルが高い事業に対しても民間資金を活用し、また民間事業者も投資家から調達できることで事業実施のリスクを抑えることができ、成果創出の動機づけを与えながら、多様な事業主体の参入を見込むことが期待できる。すでにヘルスケア領域でも経済産業省が主導して実施しており、認知症予防につながる事業についても試行が始まっている。こうした「新しい官民連携」の形を活用しながら、限られた財源をより効果的に活用する機運を高めることが期待される。

提言 5

早期発見・早期診断・早期対応につながるリスク低減と、他の慢性疾患対策との連携の必要性

「認知症を発症しないこと」を目的とすることは、認知症についての誤ったメッセージを社会に発信することになるほか、自分自身では対応できないリスクを軽視することにつながる。そのため個人が修正可能な認知症リスク（*1）に関わる行動変容を促すと同時に、早期発見・早期診断・早期対応につながる社会環境の整備を一体的に進めることが重要である。これまでの多くの政策資料で「早期発見・早期対応」と記されていたが、今回施行された認知症基本法では、初めて「早期発見・早期診断・早期対応」という形が示された。認知症の原因疾患には特発性正常圧水頭症（iNPH）に代表される「治療で改善できる認知症」もあり、リスク低減に資する活動を推奨しながら、早期にその兆候を捉え、必要な医療・介護的ケアに接続することは、本日のQOLを維持するために重要と言える。また昨今の新たな認知症治療薬は早期の段階を対象としているため、これまで一次予防とされていたフェーズにおいても診断がより重要となるとされている。特に、プライマリケアレベルでの早期発見から早期診断への流れや、早期診断に向けた新たなバイオマーカー（血液やデジタルなど）の実装も期待される。こうした治療環境の変化にも対応すべく、従来の発症遅延・リスク低減（一次予防）と早期発見・早期診断・早期対応（二次予防）の一体的な対応が必要となる。

また、これまでに明らかにされてきた高 BMI や高血圧、喫煙などの認知症の修正可能なリスク因子は、循環器疾患や糖尿病など他の慢性疾患とも関連がある。「認知症予防」として切り取って施策を進めるのではなく、広く慢性疾患対策の一部として認知症予防を推進することが望ましい。それにより「私たちがよりよく生きるために必要な健康づくりに向けた取り組み」として社会への関心を高めることにつながるほか、自治体レベルの保健事業においては、施策・事業の乱立を防ぎ、保健師等の職員や予算の効率的な活用にもつながることが期待される。

(*1) UCL の Gill Livingston 教授が公表した認知症リスクに関する疫学的研究で、修正（対処）することが可能な認知症のリスク因子（modifiable risk factors）を列挙し、その人口寄与危険割合（PAF: the population attributable fraction）、つまりそれらのリスクがなかった場合に人口集団の中でどれだけの人々が認知症を発症しなかったかということを示した。2020年に公表した論文「Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission」では、2017年に公表した論文で示した「喫煙」「うつ」「運動不足」「糖尿病」などの9つのリスク因子に加えて、「頭部外傷」「過剰なアルコール摂取」「大気汚染」の3つが加わった。リスク因子の合計は12となり、人口寄与危険割合の合計は40%となっている。

詳細は、HGPI 政策コラム（No.18）「認知症のリスク因子から考える、マルチステークホルダーかつグローバルで認知症課題に取り組む重要性」(<https://hgpi.org/lecture/column-18.html>) を参照。

あとがき

2024年1月1日に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法(認知症基本法)」では、第二十一条に「認知症の予防等」という項目が設けられた。「希望する者が科学的知見に基づく適切な認知症及び軽度の認知機能の障害の予防に取り組む」とされ、主体的に意思決定を行う個人の姿が想定されている。日本医療政策機構では、認知症基本法の成立を機に、認知症予防の在り方について議論・検討する機会を企画した。2023年12月には、公開シンポジウム「認知症共生社会における『認知症予防』を考える～リスクの個人化に社会はどう向き合うべきか～」を開催し、マルチステークホルダーによる議論を行った。こうした議論の場や、その他専門家や市民社会との意見交換を踏まえて、日本医療政策機構として独自に政策提言を策定した。

保健医療政策における「予防」とは、具体的に一次～三次の広範囲を指しており、必要に応じて個別の段階に言及するのが一般的である。しかし現実的には、必ずしも多くの市民が「一次予防・二次予防・三次予防」という分類とそれぞれの意味するところを正確に理解しているとは限らない。多くの場合、「予防」と聞けば、「病気になること」という一次予防の極端な理解をしているケースが多いと想定される。

認知症政策においても、2019年に政府が策定した認知症施策推進大綱において「予防」の位置づけや意味合いについて多くの議論がなされたことは、記憶に新しいところである。その際、「認知症予防を強調すると、認知症になった人が予防を怠った人だというスティグマにつながる」という指摘がなされていた。「認知症(一次)予防と自己責任」の議論が盛んになる背景には、世界中で展開されている研究の成果によって、個人に紐づく認知症発症リスクが明らかになってきたことにある。大前提として、研究の進展によって新たなエビデンスが明らかになることは歓迎すべきことであり、それらは人類の健康増進に寄与するものである。しかし、こうしたリスクも必ずしも個人の手でコントロールできるとは限らない。2020年にランセットに掲載された最新の疫学研究では、修正可能な認知症のリスク因子は40%程度とされ、その中にも「教育歴不足」「社会的孤立」「大気汚染」といった環境要因も含んでいる(Livingstonほか、2020)。つまり「認知症の発症を個人の手で完全に予防することはできない」ということは確かであると言える。また健康をめぐる議論においては、「健康の社会的決定要因(SDH: Social Determinants of Health)」の議論も見逃すことはできない。個人の生活習慣や行動に紐づけられるリスク因子に対しても、そこには社会環境が大きく影響しており、それらは個人の手で修正することが難しい場合もある。やはり、人間は「社会的動物」なのである。一方でさらに踏み込んだ議論をすれば、SDHを理由として個人のコントロール不可能性を強調することは、主体的に自己決定ができる個人という存在との相克を孕むことも指認識されなくてはならない(玉手、2020、173)。

以上の点を鑑みるに、認知症予防においては一次予防も重要であるが、個人の生活の質を維持し、高めるには、それに続く二次予防・三次予防も非常に重要になってくる。認知症になっても豊かに

暮らし続けるには、早期に発見・診断・対応し、重症化予防の取り組みを着実に実施しなくてはならない。上述した認知症予防をめぐる批判的議論が生じる背景には、批判する当人たちの中にある潜在的なスティグマが影響している。この議論を払拭するには、予防の議論をしないことではなく、「認知症になっても大丈夫」と言える社会環境を作ることによって解決しなくてはならない。なおかつ、この批判的議論が意味する「予防」とは主に「一次予防」であり、認知症予防は一次・二次・三次をシームレスに考えなくてはならない。また二次予防・三次予防においも、SDHは重要な視点である。適切な情報や定期的な健診・検査の機会にアクセスできているか、そして自身の状態に応じた適切なケアを受けることができているかは、その人が暮らす社会環境にも大きく影響を受ける。

最後に改めて、認知症基本法について考えたい。「認知症共生社会における認知症予防」を考えるには、私たちが「自ら主体的に選択できる個人」であることを踏まえる必要がある。認知症基本法の「認知症予防」で位置づけられる「希望する者」（第二十一条第一項）とは、そうした前提の下、自ら希望する人たちである。しかし、十分な情報が得られなかったことで「希望しなかった者」となり、本来得られたはずの健康になる機会を逸することがあってはならない。一方で、漏れてしまう人が出ないことを意識しすぎるあまり、パターンリスティックな施策になれば、そこでは個人の選択の自由が失われてしまう。認知症基本法に基づく認知症予防の取り組みにおいては、この二極の緊張関係の中で、「自ら主体的に選択できる個人」を尊重していかななくてはならない。もし自ら情報を得て、それを理解し、判断することが難しい状況にある人がいるのであれば、その人に何かの施策を自動的に提供するのではなく、その人が判断できるレベルまで情報を整理し、分かりやすく伝えることが求められる。これは障害者権利条約が想定する平等回復のための措置の1つである「合理的配慮」に位置付けられよう（朴、2023、p178）。こうした丁寧な手続きこそが、認知症基本法が目指す「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会」に繋がっていくのではないだろうか。

日本医療政策機構認知症政策プロジェクトチームでは、本プロジェクトを通じて認知症共生社会における「認知症予防」の在り方について思索を重ね、上述の様な示唆を得た。「共生」と「予防」が対立軸にならないよう、社会全体の合意形成を踏まえた有意義な政策の実現に向け、引き続き政策の選択肢を社会に提示したい。

【参考文献】

玉手慎太郎、2020、『公衆衛生の倫理学 国家は健康にどこまで介入すべきか』筑摩書房

朴光駿、2023、「共生のルネサンス 障害のある人々の平等回復のために」朴光駿・村岡潔ほか編著『共生の哲学 誰ひとり取り残さないケアコミュニティを目指して』明石書店

Livingston Gill, 2020, Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, THE LANCET COMMISSIONS 396(10248):413-446

提言の独立性について

本提言書は、各会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、専門家や登壇者等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

執筆者

栗田 駿一郎 (日本医療政策機構 シニアマネージャー)
山下 織江 (日本医療政策機構 アソシエイト)
森口 奈菜 (日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)
長谷 明香里 (日本医療政策機構 インターン)

日本医療政策機構について

日本医療政策機構 (HGPI: Health and Global Policy Institute) は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています(2021年1月時点(最新データ))。

著作権・引用について



本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

- ・表示：出典(著者/発行年/タイトル/URL)を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です。詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>



2024年3月

日本医療政策機構 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

日本医療政策機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

協賛企業

Integra Japan 株式会社
株式会社 Splink
SOMPO ホールディングス株式会社

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階 Global Business Hub Tokyo
Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org

2024年3月

