

提言

認知症に対する学術の役割  
----「共生」と「予防」に向けて----



令和2年9月11日

日本学術会議

認知障害に関する包括的検討委員会

この提言は、日本学術会議認知障害に関する包括的検討委員会の審議結果を取りまとめて公表するものである。

### 日本学術会議認知障害に関する包括的検討委員会

委員長	寶金 清博	(第二部会員)	北海道大学大学院保健科学研究所高次脳機能創発分野特任教授
副委員長	小松 浩子	(第二部会員)	日本赤十字九州国際看護大学学長
幹事	井伊 雅子	(第一部会員)	一橋大学国際・公共政策大学院教授
幹事	萩田 紀博	(第三部会員)	大阪芸術大学アートサイエンス学科学科長/教授
	佐藤 岩夫	(第一部会員)	東京大学社会科学研究所長、教授
	伊佐 正	(第二部会員)	京都大学大学院医学研究科神経生物学分野教授
	石川 冬木	(第二部会員)	京都大学大学院生命科学研究科教授
	磯部 光章	(第二部会員)	日本心臓血圧振興会附属榊原記念病院院長
	遠藤 玉夫	(第二部会員)	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所シニアフェロー
	武田 洋幸	(第二部会員)	東京大学副学長、大学院理学系研究科教授
	丹下 健	(第二部会員)	東京大学大学院農学生命科学研究科教授
	平井みどり	(第二部会員)	兵庫県赤十字血液センター所長
	山脇 成人	(第二部会員)	広島大学脳・こころ・感性科学研究センター長 特任教授
	小川 宣子	(連携会員)	中部大学応用生物学部教授
	白澤 政和	(連携会員)	国際医療福祉大学大学院教授
	積山 薫	(連携会員)	京都大学大学院総合生存学館教授
	土井美和子	(連携会員)	国立研究開発法人情報通信研究機構監事、奈良先端科学技術大学院大学理事

本提言の作成にあたり、以下の方々に御協力いただいた。

繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学教授
岩坪 威	東京大学大学院教授
中澤 篤志	京都大学大学院情報学研究科准教授
本田美和子	独立行政法人国立病院機構東京医療センター 総合内科医長
宇賀神敦	日立製作所ヘルスケアビジネスユニット CLB0

本提言の作成にあたり、以下の職員が担当した。

事務局	高橋 雅之	参事官（審議第一担当）
	酒井 謙治	参事官（審議第一担当）付参事官補佐
	勝間田真由子	参事官（審議第一担当）付審議専門職

## 要 旨

### 1 作成の背景

認知症患者や軽度認知障害(MCI)の増加は、少子高齢化の人口転換の最大の問題であり、社会全体に大きな影響を与える。認知症は、2025年には日本の全人口の6%に達するとされており、日本社会の様々な領域に深刻な影響を及ぼすことが確実となっている。

こうした確実な推定と予想される深刻な影響に対応するために、国や学協会、学術団体からは、これまで多くの政策提案や提言がなされてきたが、日本学術会議としては「認知症」に対する総合的な提言はなかった。そこで、今回、日本学術会議では、学術として認知症に対して、どのように向かい合い、その役割を果たすべきかを検討することとした。

既に公表されている「新オレンジプラン」や「認知症施策推進大綱」には、「共生」と「予防」に対して広範囲な施策が網羅されている。これを補完するだけではなく、学術の視点から、今後の認知症に対する総合的ビジョンを提言の形で示すことが日本学術会議の役割である。このため、課題別委員会として、生命科学・医学だけではなく、様々な学術領域の関係者の意見を包括的に検討する委員会を立ち上げた。

### 2 現状及び問題点

認知症は、以下の点において、社会と学術に対して、これまでにない大きな影響を及ぼすと考えられる。

第一には、その社会的影響の深刻度である。個人のライフサイクルに大きな変化が生じ、広く市民との「共生」に対する深い社会的合意が求められる。その広がりや地域を問わず、患者ばかりでなくその家族・関係者一人一人の生活に直接に深刻な影響を与える疾患である。その時間的伸展速度、空間的広がりを考えると、一疾患として、医学領域にのみ委ねることは不十分であり、学術全体が直視すべき大きな課題である。

第二に、認知症においては、残念ながら有効な治療法がなく、政策設計も認知症との「共生」とその「予防」に重点を置いている。従って、認知症を支える体制は、従来の「治る・治す医療」である「医学モデル」<sup>1</sup>や「病院医学」<sup>2</sup>だけでは、到底、対応できない疾患である。「治る・治す医療」ではなく、医療以外の様々な社会制度を含めた、社会全体の改革が必要である。これは「設計科学」<sup>3</sup>を含む学術の関与なしにはその実現は難しい。

---

<sup>1</sup> 「医学モデル」は疾患が個人の臓器に由来すると考えるもので、近代医学の中心的な概念。これに対して「社会モデル」という概念があり、これは、全ての疾患に当てはまるとは言えないが、疾患の背景に社会の問題を想定する考え方である。「病院の世紀の理論、猪飼周平 有斐閣書店」などに詳しい

<sup>2</sup> 「病院モデル」は、近代の病院の根本的考え方であり、「疾患を臓器単位に還元し、患者を病院において治療する」という考え方であり、「医学モデル」の実践の場として「病院」がある

<sup>3</sup> 「設計科学」は日本学術会議でも提唱している。「実証科学」に対する範疇である。代表的なものとして法学、社会学など、応用的な工学などが想定される。「あるものの姿を探求する」のが実証科学であるのに対して、「あるべきもの」を探求する科学

第三は、上記のように、認知症は、学術全体が総合的に関わるべき広域な問題である。これに対して、学術は、医学・生命科学だけではなく、人文科学・社会科学・工学・情報科学などの多様な学術領域が関与する必要がある。さらに、こうした既存の縦割りの科学体系での対応以外に、「人が人を支えあう科学・技術」を中心に据えた横断的学術の視点が必要である。その上で、こうした様々な学術領域が「認知症」を共通に研究するための学術の基盤形成が必要である。

### 3 提言

このような問題点を踏まえて、本課題別委員会では、6回にわたる委員会の開催、一回の学術フォーラムの開催を経て、以下の5つ提言をまとめ、これを発出する。本提言は、社会全体、特に行政、そして、私達アカデミア自身に対するもので、今後の厚生労働省、経済産業省、法務省、文部科学省など国や地域における行政の政策立案、あるいは、学術団体における活動において、生かされることを期待する。

#### 提言1 認知症と「共生」する社会の構築

「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症の有無にかかわらず同じ社会で共に生きることを意味する。認知症との「共生」の理念を社会全体が共有し、成熟させる議論の展開を進めるべきである。特に、法制度の整備、社会制度全体の整備における議論を学術は主体的に推進すべきである。

#### 提言2 認知症を支える新しい学術領域の確立

従来の生命科学・医学だけではなく、工学・情報工学・認知科学を中心とする新しい科学・技術の展開を認知症において進める必要があり、Society 5.0の中で認知症が支えられるべきである。さらに、現在、新しく提言されている「ケアサイエンス」といった横断的・統合的学術による教育・研究が必要である。

#### 提言3 認知症を支える産業育成・展開

公的リソースだけでは認知症との「共生」の持続は困難であり、産業育成・産学連携が最も重要な領域である。オープンイノベーション<sup>4</sup>に基づいた認知症のための学術と連携した「モノ」作りの企業・産業の創成を目指すべきである。

#### 提言4 基本的学術基盤の確立

「治療法」「予防法」の研究・開発は、多難ではあるが、今後も基本的学術として方向を定めて推進するべきである。また、認知症との「共生」「予防」のため、文理融合型、横断的なプラットフォームを確立すべきである。

#### 提言5 持続可能な医療供給体制の在り方

今後、数十年にわたる認知症との「共生」「予防」を実現するためには、医療経済データに基づいた新しい持続可能な医療供給体制と社会制度を議論すべきである。

---

<sup>4</sup> 「オープンイノベーション」とは、一つの会社・組織だけでなく、様々な業種・分野が持つ技術や知識を組み合わせ、革新的な技術展開を行う方法を指す

## 目 次

1	はじめに	1
2	認知症に関する学術の課題の整理	2
	(1) ライフサイクルの変化[10]	2
	(2) 認知症との「共生」	2
	(3) 学術と認知症	3
3	提言	4
	提言 1 認知症と共生する社会の構築	4
	提言 1.1 「共生」の理念の熟成	4
	提言 1.2 「共生」を支える法制度	5
	提言 1.3 認知症の人と「共生」する社会の構築	7
	提言 2 認知症を支える新しい学術領域の確立	8
	提言 2.1 ケアサイエンスを基盤とした認知症の教育と研究	8
	提言 2.2 工学・情報学、Society 5.0による認知症との「共生」	10
	提言 3 認知症を支える産業育成・展開	11
	提言 4 基本的学術基盤の確立	12
	提言 4.1 「治療法開発」を目指すアルツハイマー病研究	12
	提言 4.2 基盤的プラットフォーム構築	14
	提言 5 持続可能な医療供給体制の在り方	15
	<参考文献>	19
	<審議経過>	25

## 1 はじめに

日本学術会議は、これまで、学術を含めた社会全体に深刻な影響を及ぼす疾患に対して、提言・報告等を行ってきた。今般の新型コロナウイルス感染症のように、社会全体を危機に陥れる感染症などの疾患に対しては、社会全体が総力で関わるべき問題であり、学術もその例外ではない。むしろ、学術は、課題解決に対して大きな責務を負っている。

認知症は、一度獲得した知能（高次脳機能）が低下して、日常生活に支障を示す慢性的経過を示す一疾患である。従って、慢性的な一疾患に過ぎない認知症を日本学術会議が取り上げて「提言」を発出する必要性については、最初に説明する必要がある。

認知症が他の疾患と異なるのは、第一にその社会的影響の大きさである。認知症は、言うまでもなく、パンデミックな感染症ではないが、患者数は短期間に急激に増大し、かつ、その増加は、予測ではなく、確実な事実である。その広がりには地域を問わず、患者ばかりでなくその家族・関係者一人一人の生活に直接的に深刻な影響を与える疾患である。その時間的進展速度、空間的広がりを考えると、一疾患として、医学領域にのみその解決を委ねることは適切でない。

第二には、認知症は、有効な治療法がないために、「一臓器・一疾患」、治癒する医療を前提とした「医学モデル」や「病院医学」だけでは、到底、対応できない疾患であることが上げられる[1][2][3][4]。すなわち、既に日本学術会議も他の提言で指摘してきたように、「治す」医療ではなく、「治し支える」医療と地域社会構築という見方・考え方への転換が必要である[1]。

第三に、これも同様のことが他の提言で提示されているが[5]、認知症を含めて高齢化に対する学術の取り組みは組織化されていない。言い換えれば、ばらばらに各学術領域に散在しており、共通の基盤は存在しない[5][6]。今後、早急に「認知症」を教育・研究する基盤の確立が必要である。

このように、「認知症」は、一つの疾患に過ぎないが、日本学術会議として、例外的にメッセージを発すべき重大な疾患であり、医療に留まらない重大な社会的課題である。今回、単に「新オレンジプラン」や「認知症施策推進大綱」[8][9]にコメントするだけでなく、認知症に対する学術の在り方も検討すべきと考え、課題別委員会を設置し、「提言」として発出する。

## 2 認知症に関する学術の課題の整理

認知症が社会に与える衝撃は、社会全体に、広域、かつ、深層に及ぶ。しかも、急激であり、従来の社会基盤や人々の死生観に対しても大きな影響を与えるものである。言うまでもなく、国や学協会も最重要の課題と捉えており、詳細な分析に基づいた提案・提言を發表している[7][8][9]。

この提言では、それらに屋上屋を架すことは避け、学術の視点から、認知症とどのように向かい合うべきかという点に絞って課題を整理し、提言に結びつける。以下、今回の提言の視点を3つに分けて述べる。

### (1) ライフサイクルの変化[10]

日本社会の少子高齢化は、予測ではなく確実な「事実」である。日本社会は既に引き返すこと、回避することのできない状況になっており、僅か5年後の2025年には、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となり、約2200万人が後期高齢者となる。日本国民の5人に1人が75歳以上の社会を迎えることになる[11]。認知症に対する対応は、今後、避けることのできない課題である。

社会の人口構造が大きく変化することは、学術も含めた社会に深刻な影響を及ぼす。人口転換・少子高齢化は様々な問題を惹起するが、最大の問題の一つは、急激な認知症の増加であり、これはライフサイクルのあり様の変更を強いる[10]。

少子高齢化と認知症人口の急激な増加は、従来のライフサイクルに急激な変化をもたらした。家族の介護や自分自身の認知症、これまでは、人生の長さ全体の中では特殊な短期間的な「イベント」程度として理解され、社会全体としては無視できる程度であった。むしろ、私達は、長寿を最大の善とした日本の伝統的な死生観を受け入れてきた。しかし、前例のない長寿社会が実現し、それを支えるべき家族のあり方の変化と地域社会の変容が、「介護」「認知」の期間を切実で困難なものに変えた。

加えて認知症が現状、治療法のない疾患であることを考えると、「治す」あるいは「治る」ことを前提としてきた20世紀的な「病院医学」が救いの場ではないことは明らかである。「医学モデル」の限界がここにあり、「社会モデル」によらなければならない困難さがある[1][2][3][4]。

以上、認知症は、一人一人のライフサイクルの変容と医療を一つの構成要素とした社会制度全体の見直しを学術にも求めるものである。

### (2) 認知症との「共生」

「共生」は、異なる生物種が時間と空間を共有して「共に生きる」ことを意味している。認知症の増加を単独で見た場合、社会や学術への好影響は想定しにくい。認知症との「共生」は社会的には負荷を伴うことから、異なる集団が共に支え合い、利を得る相利共生的なものとして社会に定着させることは、大



変に難しい。場合によっては、認知症患者に限らず、広く、高齢者に対する差別にもつながる。

これに対して、「包摂的社会」、「一億総活躍社会」と様々に言葉を変えて「共生」の理念が強調されている。いずれも「社会的弱者である少数集団」と「数において圧倒的多数の健常者」の「共生」である[12]。

しかし、認知症に関して言えば、その数が、2025年において700万人、すなわち、全人口の6%にも達する[11]。これは、他には見られない特異性である。圧倒的に大きな集団が小さな集団を含む従来のモデルでは限界がある。

認知症との「共生」を社会的合意として、熟成させ、社会への浸透を図らなければ、この課題解決はできない。社会的合意に基づいた、法整備、人権保護、地域包括ケアなどの制度設計が必要である。そして、この認知症との「共生」社会は、今後、100年単位で継続するものであり、これを支える制度は、持続的なものでなければならない。その意味で、医療経済の視点からの考えも必須である。厳しい国の財政状況の中で持続的な認知症との共生社会を作るため、実行性のある提案が必要である。

### (3) 学術と認知症

認知症に対する学術のアプローチは、上記のように、生命科学、法学、社会学、経済学など、多くの学術領域が関わる必要がある。認知症の爆発的増加は、伝統的な長寿肯定的な死生観やライフサイクルに対する再検討を求めており、法整備や地域包括ケア[13]、病院医療に替わる新しい医療・介護制度設計などに対する「人文・社会科学」の対応が必要となることである[1][5]。

そして、「判断力低下社会」[14]が現実のものとなり、これに対応することは、産業界・学術・行政による産学官連携が必須であることを意味する。これをサポートする科学、介護を科学する科学、あるいは「予防」のための科学の確立が必要である。具体的には、生命科学、工学、情報学、認知科学、理学、看護学など広範な自然科学、実践科学の関わりも必須となる。

これらの理由により、学術全体を貫通するテーマとして「認知症」を設定し、新しい基礎研究から社会実装に向けた文理融合的な新学術領域の設置、プラットフォーム構築が必要である。さらに、認知症との「共生」は、多くは公的資源の投入と家族などが無償で実施する介護[15]で支えられる。しかし、持続的な「共生」のためには、ビジネスモデルと産業育成が必要である。

この3つの課題はそれぞれに関連がある。従って、以下の5つの提言は、これらに一つ一つ対応するものではないが、全体として、この3つの課題に対する本委員会の提言である。

### 3 提言

#### 提言 1 認知症と共生する社会の構築

##### 提言 1.1 「共生」の理念の熟成

「新オレンジプラン」[7]では、認知症という病気との「共生」や認知症の人とそうでない人との「共生」の意味があることが記されている。さらに、「認知症施策推進大綱」[8]では、「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症の有無にかかわらず同じ社会で共に生きる、という意味である。」という趣旨が述べられている。

本提言の重要な参考文献である「認知症と共生する社会に向けて 認知症施策に関する懇談会報告書」及び「認知症と共生する社会に向けて 認知症施策に関する懇談会報告書2」では、広範な調査と提言がまとめられている[9]。ここでも、タイトルにはとくに異論なく、また特別に強い想いを抱くこともなく、自然に「共生」という言葉が使われた。しかし、以下に述べるように、「共生」の概念はそれ自体が極めて多様なものであり、改めて、「共生」の意味について考える必要がある。

「共生」*symbiose (symbiosis)*の概念は、“異なる生物種が同所的に生活することで互いに利益を得ることができる関係”として我々の前に示された。その訳語が相利共生であった。以降、「共生」に関する生物学、鉱物学などの論文が続くうち、徐々に牛と人間との「共生」や機械と人間との「共生」といった比喩的な意味で用いられ、緩やかに人間にも関わる語として使われるようになった。

まず、欧米を見ると、類似の概念として、まず障害者も健常者と同じ普通(ノーマル)の生活や権利が保障されるように環境を整備すべきであるとする「ノーマライゼーション」[16]を挙げることができる。これは1950年代に北欧で発祥し、日本では1980年代から普及した。続いて主に教育の領域で普及した考え方として、健常者と障害者が違うということ認識した上で同じ場所で教育を受けるというインテグレーション[17]、一般に主流(メインストリーム)とされる健常児の教育を行う場を障害児の教育の場にもすべきとするメインストリーミング[18]、そしてインテグレーションやメインストリーミングから、完全な包括教育を目指したインクルーシブ教育、またはインクルージョン教育[19]に発展した。こうしたノーマライゼーションも、メインストリーミングも、インテグレーションもインクルーシブも、いずれも「共生」と呼び得る考え方である。

一方、日本においても「共生」の持つ意味に関しても検討が重ねられてきた。欧米のように福祉学や教育学に限定せず、また安易に日本語の「共生」を欧米の既存の概念に重ねてしまうのではなく、社会学や哲学、宗教学で行われてきた日本での議論を尊重し、日本の倫理観や価値観、人生観、生命観、死生観に合った「共生」も形成されてきた。この間「自立と連帯のなかで、誰もが十全に自己実現を果たすことが可能な社会」といった記載を多くの論文や書類に見出すこと

ができる。特に 1990 年代から 2000 年代にかけては、哲学者や仏教学者、社会学者、社会福祉学者によって、多くの議論がなされてきた。しかし、その意味は多義的で曖昧である。

その中で、「共生」とは、自立（自律）と個性を尊重した関係であって予定調和ではなく、関係者が築いていくべき積極的な関係であるという議論がなされてきた [20]。障害者が健常者と同等に生活することが、障害を克服することではない。なぜなら、健常者と障害者が単に同一空間で生活することだけでは、それぞれの人の生き方を相互理解するという視点が欠けていると考えられるからである [21]。健常者から障害者の生き方を見るという一方向性のパターンリズム [22] に陥りがちな医療職への注意喚起として受け止めるべきである。

本提言では、「共生」に関する膨大な議論の詳細を紹介することはしないが、「共生」という一つの言葉に対して多様な考え方が存在することは事実である。回避困難な矛盾・対立・緊張をはらんだ関係にある者が、矛盾・対立・緊張の克服を目指すことをやめ、「共生」の一語であたかも問題が解決したかのように感じてしまう危険があるとの指摘もある [23]。同様に、障害者と健常者が共に生きられる社会を目指そうというメッセージは、健常者の偏見や差別、抑圧、対立といった諸問題と我々が向き合うことをおろそかにしてしまう危険がある。

さらに、他者との関係について差異を差異として認めて許容すること、同質性と異質性が錯綜したなかでの共存を目指すべきであるとする考え [24] がある。また、個々の利害は一致しないことを認め合った上で、互いの利益追求の自由を認める [25]、異なる価値観を持って多様な生き方の人々が、対立し、論争することのできる豊かな関係 [26] が真の「共生」であるという主張に対しても耳を傾ける必要がある。

このように、「共生」には様々な考え方があり、「共生」の概念は、広範な議論を経て、社会に定着する過程が必須である。加えて、認知症との「共生」を考えることは、認知症だけでなく、社会に存在する様々な多様な個や集団の「共生」を考えることにも繋がる。そして、認知症の場合、先に述べたように、2025 年で約 700 万人と推定されるその規模感において、これまでの様々な多様性との「共生」と比べて、問題は極めて深刻である。認知症との「共生」について、学術は、継続的な議論を進め、社会に対して、「共生」に関する不断の見直しと問題提起を続ける必要がある。

## 提言 1.2 「共生」を支える法制度

認知症との「共生」を考える場合に従来あまり取り上げられてこなかったが、実際には非常に重要な問題として、認知症の人およびその家族に対する法的支援の問題がある。認知症の人は、日常生活の中で、介護、医療、住宅、財産管理、成年後見、消費者取引等さまざまな分野で法的な問題やトラブルに遭遇している [27]。また最近、認知症で徘徊中に列車にはねられ死亡した男性（当時 91 歳）

の遺族に対して、鉄道会社が損害賠償を求めた訴訟で、遺族（妻・長男）に多額の賠償を命ずる判決が下され（名古屋地方裁判所 2013 年 8 月 9 日判決）、社会的に大きな問題を投げかけた。認知症の人の活動の責任が家族に負わされるのであれば、家族は認知症の人を外に出すことを躊躇し、結果として、認知症との「共生」が妨げられる可能性がある（なお、このケースにおいては、最終的に最高裁で家族の賠償責任が否定されたが〔最高裁第三小法廷 2016 年 3 月 1 日判決〕、法理論的にはなお問題を残す[28]）。

法的なトラブルや困りごとに遭遇した人々が、その問題やトラブルを適切に解決するために、弁護士・司法書士等の法律専門家の助言や支援を受けられる仕組みを整えることを「法的支援」と呼ぶならば、認知症の人およびその家族に対する法的支援の充実は、認知症との「共生」を実現する上で重要な課題である[29]。そして、認知症の人およびその家族に対する法的支援のあり方を考える際には、以下の視点が重要である。

第 1 に、基礎に据えられるべき理念は、認知症の人の「尊厳」と「自律」である。共生社会が目指すべきは、認知症の人が尊厳を損なうことなく、社会の中で自分の個性を生かして生き生きと生活できることである（介護保険法第 1 条、社会福祉士及び介護福祉士法第 44 条の 2、認知症基本法案〔2019 年 6 月国会提出〕第 1 条）。

第 2 に、認知症の人への法的支援の充実は、法律専門家だけの課題ではなく、法律専門家と行政（福祉部署、民生委員等）や他の専門職（ケアマネージャー、医療機関等）との連携・協力を必要とする。認知症の人自身は、認知機能の衰え等によりしばしば自らの問題に気づかず、問題が潜在化する傾向がある。独居高齢者の増加や地域の間人関係の希薄化等も、この傾向に拍車をかけている。日常、認知症の人とふれあう機会が多い行政や他の専門職が問題を発見し、それを法律専門家に繋げる連携・協力のネットワークが重要である。また、認知症の人が抱える問題はしばしば複合的であり、それらの問題を総合的・包括的に解決する上でも、法律専門家と行政や他の専門職との連携・協力が効果的である。実際、法律実務の世界では、これらの視点を活かした新しい試み（「司法ソーシャルワーク」）が開始され、成果を上げている[30][31]。

第 3 に、認知症との「共生」を実現する上では、認知症の人を介護する家族の負担を軽減する仕組みも重要である。上に述べた例のように、認知症の人が社会の中で活動することにより他者に損害を与える可能性は当然予想される。それについては、家族に重い責任を負わせるのではなく、社会全体で支える仕組みが必要である。たとえば、自治体レベルで、認知症の人が起こした事故への独自の救済制度を設ける動きが始まっているが（たとえば、認知症対策の「神戸モデル」における認知症事故救済制度[32]）、このような取り組みは今後益々重要となる。

### 提言 1.3 認知症の人と「共生」する社会の構築

厚生労働省は令和元年6月に「認知症施策推進大綱」を発表し、その中で「共生」と「予防」を車の両輪にして、認知症施策を推進していくとしている。ここでの「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って、認知症と共に生き、同じ社会でともに生きることであるとしている。「共生」とは、周囲や地域の理解と協力の下で、認知症の人が希望を持って前を向き、自らの力を活かしていくことで、住み慣れた地域の中で、尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指すことである。ただ、提言 1.1 で述べたように、「共生」は継続的な議論によって熟成され、時間をかけて社会に定着するものであることも忘れてはならない。

認知症に関わる専門職や地域の人々が認知症の人に対して、それぞれの障害者が持つ弱み・障害に注目するのではなく、本人の「強み」や「ポジティブな点」に注目する「ストレングスモデル」の考え方が重要である。患者としてのみ捉えるのではなく、それぞれにストレングスをもっている生活者として捉えることである。人々のストレングスへの関心は 1990 年代になり起こってきた考え方であるが、その背景には、人を肯定的に捉えるからこそ、人は成長や発展をし、自らの力で問題状況に打ち克つようになっていけるとの考え方である。

「一億総活躍社会プラン」の中では、地域共生社会とは支援を受ける人と支援をする人が一体的になる社会を創造していくことであるとしている。認知症の人でもそうでない人も、お互いが自らのストレングスを活かしながら、支え合っていくことである。認知症の人を捉えるためには、地域社会の側での学習や共有体験の機会を提供することが重要である。

現在、厚生労働省は、認知症についての知識と理解を得て、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲で手助けをする「認知症サポーター」の養成を推進している。サポーターは約 1230 万人（2019 年 12 月末現在）にまでになっている。認知症の人や家族、地域の人々、専門職が集うオレンジカフェや、認知症の人の見守りを行う徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練等が様々な地域で実施されている。さらに、2011 年より始まった、認知症の人と一緒にタスキをつなぐ体験を通じて、認知症の人が暮らしやすい地域づくりを進めていこうとする RUN 伴といったユニークな活動もある。さらには、若年性認知症の人々の雇用や社会参加を促進していく NPO 等の活動も行われている。

その一方で、認知症高齢者の人権が侵されている状況は数えきれないほどある。虐待を受けている高齢者についてみると、在宅での被虐待高齢者 17,686 人のうち、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症の人が 8,588 人（48.6%）となっている。施設での被虐待高齢者 927 人のうちで、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症の人は 746 人（80.5%）である。この数字からも、虐待を受けている圧倒的多数が認知症の人である（平成 30 年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果）。

また、認知症の人とは限らないが、意思表示が十分にできない人の意思決定を支援することも課題となっている。2000年には成年後見人制度ができ、同年に日常の金銭管理等を支援する日常生活自立支援事業が創設された。しかし、これは代理決定を支援する制度である。こうした制度を活用して、認知症の人が自ら意思決定できるように支援していくことが求められている。とりわけ、認知症の人と関わる医療・福祉等の専門職は、意思決定支援ができるよう環境を整え、意思決定を支援し、決定したことの実現に向けて支援するべきである。さらには、様々な要因によりそうした支援が難しい場合には、家族や成年後見人も含めて、その人を良く知っている関係者が集まり、生活史、今までの考え方や言動などをもとに、その人にとって最善の利益をもとに、決定していくことが求められる。

これら以外に、認知症患者の入院拒否や身体拘束が依然として存在する。一人暮らしの認知症の人の場合には、地域の人々から在宅生活を拒否される事例も見られる。

以上のような状況にあり、認知症の人の人権を守っていく上で、地域住民だけでなく、認知症の人に関わる専門職の意識変革が必要である。

## 提言 2 認知症を支える新しい学術領域の確立

### 提言 2.1 ケアサイエンスを基盤とした認知症の教育と研究

認知症対策の中心として作成された「新オレンジプラン」 [7]で掲げられた施策が総合的に推進され、これらの取り組みの成果をあげるためには、様々な新たなアプローチが必要である。ここでは、この理念、具体的な施策、研究開発を結びつける新たな学術分野の創生に関して提言する。

日本学術会議第二部健康・生活科学委員会では、少子高齢社会が進む中で、ケアの時代を見据え、臨床医学委員会と合同で「少子高齢社会におけるケアサイエンス分科会」を立ち上げ、多層的なケアのあり方を包括的に概観し、諸学術分野及び当事者である市民、行政等が協働し、ケアを中心に据えて社会を支える知の体系としての「ケアサイエンス」の創設を提案してきた（提言「ケアサイエンスの基盤形成と未来社会の創造」2020年9月2日）。ケアサイエンスは、ケア、すなわち、相手を思慮し、世話をするという人の営みについて、多様な学術分野および市民がそれぞれの立場を超えて共同する学際的かつ領域横断的研究を支える科学である。ケアサイエンスに関する全体像は、当該提言を参考にされたい。

ここでは、ケアサイエンスを基盤とした「認知症ケア教育」と「研究」について提言を述べる。

認知症の予防・治療・リハビリ・生活支援においては、専門分野の知識・技術のみならず、専門分野を横断し、高いパフォーマンスを持つチームアプローチが必要である。しかしながら、各専門分野における教育は知識偏在で実践と切り離されて実施

されるため、教育と実践とのギャップが生じやすい。先見的な大学では、学部や専攻を横断した、多職種連携教育（IPE：Interprofessional education）、つまり、複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でともに学び、お互いから学びあいながら、お互いのことを学ぶ、教育が展開されている。多職種連携教育が効果的に実施されるためには、異なる大学、学部、専攻間において、教育の理念、目標が共有された統合カリキュラムのもとで展開されることが望ましい。また、認知症ケアの現場では、それぞれの専門分野の知識や技術を共有することや、共通の目標設定のもとにそれぞれの専門職がユニークな役割や位置づけをもち、新たなヘルスケアシステムを生み出していくことが求められる。したがって、多職種連携教育をできるだけ、現場に即したものにするために、ケアサイエンスの基盤概念や知識、技術をカリキュラムに導入することが推奨される。ケアサイエンスの基盤概念は、「当事者と他者との相互補完的關係」であり[33]、ケアが一方から他方に一方向的に行われるものではないこと、「他者を慮ることが、結局のところ自分自身を気遣いながら、他者と共に存在している」という関係においてケアが成り立っていることを明示している。このような関係性を当事者との関係性や、専門職者間との関係性においても重要視する教育が行われることで、本当の意味で、「認知症の人やその家族の視点の重視」できる専門職が育つと言える。ケアサイエンスのもう一つの特徴である、学際的で生産的な教育アプローチにより多職種連携教育を強化することができる。認知症対策は、それぞれの個、グループ、施設、コミュニティに対して、価値や目標を共有し、機動性のあるチームアプローチにより、計画・実践・評価を持続的に実施していかなければならない。そのためには、ケアサイエンスにおいて重視されている、分野を超えた知に接する方法を学び、多様な学術分野や立場の者と協同してプロジェクトを企画・運営していく力を養う教育が功を奏すると考えられる。

続いて、ケアサイエンスを基盤とした「認知症ケア研究」について述べる。これまで、認知症に関する研究は、認知症に対する診断・治療に注力されている。一方で、少子高齢社会が進展する中で、認知症の当事者やその家族のケアに対する具体的な予防・対策のニーズが急務となっている。これまでの認知症ケア研究の課題として、多くの研究が、個別性を重視した観察研究という小規模な研究として行われてきたため、認知症ケアの知として集積・体系化が遅れていることがあげられる[34]。ケアサイエンスでは、これまでのケアに関わる学術分野が創生してきた知を体系化するための概念を提示している[33]。そこでは、ケアサイエンスの核としての哲学を土台とし、諸学術分野が取り組む課題を共有・融合するための学際的なアプローチのあり方について述べられている。ケアサイエンスの知の体系化を土台にして、規模が小さく、断片的な研究についてエビデンスを集積・記述することで、認知症ケアの知識体系を構築し、さらに、実践における検証へと結びつけることが可能となるであろう。認知症ケアの問題は、複雑であ

り、集学的、学際的アプローチな研究および実践が必須である。認知症高齢者や家族がおかれているリアルな世界を反映したケアを開発するためには、断片的で多要因が関与する文脈的なデータについて処理できる大容量のデータ集積・解析システムが必要である。また、AIやIoTなどを駆使したケアテクノロジーやケアシステムの開発も同時に進めていかなければならない。

ケアサイエンスを基盤にした認知症ケア研究の推進には、関連科学分野の研究チームを組織化できる学際的な研究拠点の創生が不可欠である。研究拠点は、関連する諸学術分野間で知の体系の共有と再編・更新が行える風通しのよい学術連携組織から構成されるべきである。この組織には、複数の関連分野との共同によってアイデアや理論、技術等を共有し、ケア開発を戦略的に推進することが求められる。研究拠点では、理論生成、方法論開発、ケアシステムの実用化・制度化までを見据えた産官学連携体制を強化することが不可欠である。これらの拠点は、人材育成の基盤にもなる。研究拠点の構築においては、財政、人的資源を確保し、情報を集約、解析するための学術資源も必要である。

## 提言 2.2 工学・情報工学・認知科学、Society 5.0 による認知症との「共生」

認知症との「共生」は、提言 1 に示されたような「共生」の概念の成熟と定着、提言 2.1 で示した「人」が「人」を看るための横断的な学術領域の確立は必須である。また、後述するような産業育成や基盤的学術の再編、さらに、持続可能な医療体制の構築もなくてはならない。

しかし、これに加えて、従来、「認知症」と直接的に関わることの少なかった工学・情報工学・認知科学、そして Society 5.0 による認知症との「共生」社会の支援の重要性を提言する必要がある。ここでは、具体的な例として、Society 5.0 による介護への支援技術の開発の例を示す。

Society 5.0 とは、情報社会と実環境を様々なセンシング技術により密接に連携させることで社会問題を解決しようとする試みである。実環境で行われる「介護」を情報技術と連携させることで、介護効果や負担に対する科学的エビデンスの確立や、認知症の介護に関する新たな方法を開発することは、端緒についたばかりではあるが、今後、学術に期待される大きなテーマである。

例えば、従来は難しかった人のもつ様々な非言語モダリティ[35]による感情を伴うコミュニケーション技術をセンシング（計測）して定量化し、高度な認知症の介護の「技」を広く利用可能な「技術」にすることが期待される。心理学における様々な知見から、人と人とのコミュニケーションでは、言葉とともに表情や視線、接触など、多種の刺激を複合的に組み合わせることで、他者に対して安心感や信頼感を与えているとされている。例えばフランス発の認知症介護コミュニケーション手法であるユマニチュード[36]は、このような非言語情報も含めたコミュニケーションを見る／触れる／話しかけるというスキルに分割・体系化



することで、認知症の人が抱える不安とそれが惹起する認知症行動心理症状の改善だけでなく、介護をする人の心理的・身体的負担を軽減させることができる。

「介護の達人」は、視覚、聴覚を含めて複数のコミュニケーションモードによるマルチモーダルなスキルを組み合わせ適用しているものと考えられる。これまでは、これらの優れた「技」を定量化する手段が存在しなかった。しかし、Society 5.0によるセンシングと解析技術、情報提示技術を用いて、これまで経験のみに支えられてきた介護技術を科学的に解析することにより、介護の現場の負担を軽減するツールの開発が期待される。

その結果、コミュニケーション技術の解析が進み、介護職・家族介護者に対する介護スキル教育とその効果判定に利用することも期待される。更に、こうして培われた技術は介護ロボットやヴァーチャルリアリティーなどの他の分野に応用され、認知症と「共生」する社会構築を支援することになる。得られた技術を広く共有し、教材化し、Society 5.0を活用し、学習者の行動データなどもセンシング、フィードバックして効率よく学習できる仕組みを開発することも可能となる。

認知症との「共生」社会の実現には、提言1に述べたように、「共生」を組み込んだ社会の成熟が必要なことは論を待たない。しかし、この「共生」を実現するために、ここでは、ごく一例を示すことしかできなかったが、工学・情報工学・認知科学、Society 5.0の支援は、必要不可欠である。それは、ケアサイエンスの提案でも示されたように、従来の科学技術を、改めて「人と人の繋がりを支える技術」という視点から見直すことにもなる。また、次の提言3で言及するような様々な産業育成においても、工学・情報工学・認知科学、Society 5.0が中心的な役割を果たすことは論を待たない。

加えて、これらの新技術開発には、提言2.1で述べたケアサイエンスという新しい横断的学術領域の成熟や提言4に示される基本的学術基盤の構築が必要である。

### 提言3 認知症を支える産業育成・展開

認知症との「共生」は、これまで、主として、公的資金の投入による制度設計と家族・本人の自助努力において、支えられてきた。しかし、今後、非常に長期に及ぶ認知症との「共生」を考える時、公費負担・公的制度だけでは限界は明らかである。持続可能な認知症との「共生」社会の実現には、認知症を支える産業育成の必要性は自明である。産業界、民間企業の技術・展開力が、今後の持続可能な認知症対策にとって極めて重要である。

こうした新しい産業育成には、オープンイノベーション[37]による産官学の連携が必須である。認知症のあらゆる面の数値化データベースが構築され、それに基づいた「モノ」づくりが可能になる。

現在、医学、デジタル技術や通信技術の急速な進化により、認知症の多様なデータの効率的な収集が可能となりつつある。これを活用して、企業は、デジタル技術、特にIoT (Internet of Things)、人工知能などを最大限に活用し、認知症患者やその家族の真のニーズを満たす「本当に役立つモノ」作りが可能となっている。こうした Society 5.0 の技術革新が、社会実装されることにより、コスト面、開発速度の格段の向上が実現するが、このためには、強力な知と社会との連携、「産学連携」が必須である。これらは、従来の縦割りの既存産業では困難であり、大学発ベンチャーなど認知症をターゲットとしたアントレプレナーによる「イノベーションエコシステム」[38]の早急な整備が必要である。

これらにより、①個人が医療・健康データを保有する仕組みづくり (PHR, Personal Health Record)、②PHR から得られたデータによる精度の高い認知症コホート、③デジタルバイオマーカーなどの日常生活に支障のない軽度な認知障害 (Mild Cognitive Impairment, MCI) の前駆症状の早期発見、④新しい健診システムが社会実装されることになり、その上で、このデータに基づいて、⑤MCI や認知症の方々との「共生」を支援する街作り、住宅設計、交通機関、金融商品などの開発、⑥広く認知症をターゲットとした日常商品の開発など、「認知症」を支える新しい「モノ」づくり産業が生まれることが期待される。具体例を上げれば限らないが、例えば、認知症見守り住宅の開発、認知症の方々の社会活動を支える移動・交通機関開発、保険・金融・購買環境開発、MCI や認知症のためのスポーツ・脳賦活ツール開発など、数多くの新しい「モノ」作りが想定される。

この提言3の最初に述べたように、「認知症」に関わる産業育成は重要であり、そのためには、投資の好循環が生まれることが、持続可能社会実現のために必須である。産業育成には適切な利潤が得られることは当然であるが、「認知症」の当事者の視点から持続可能な協働と新しい価値観創造が必要である。日本発の新たな技術やビジネスモデルを構築し、国内から海外への展開を進め、認知症の課題先進国を日本は目指すべきである。

## 提言4 基本的学術基盤の確立

### 提言4.1 「治療法開発」を目指すアルツハイマー病研究

現在の「認知症」対策の中心は、「共生」と「予防」の二つにある。これは言い換えると、認知症研究が、「治療法開発」の点で、これまで、大きな成果を上げることができなかったことを意味している。しかし、学術の立場からは、アルツハイマー病 (AD) を中心とする認知症の「治療」の開発は、認知症に対する最大の課題であることは変わらない。認知症との「共生」、認知症の予防と並んで、認知症の「治療開発」は、学術の立場からは、今後も基本的学術基盤であることは間違いない。ここでは、高齢者認知症の過半数を占めるアルツハイマー病 (AD)

の予防・治療法開発に向けて、何が分かっているのか、何が必要なかを改めて整理する。

AD 脳の分子病態に関する研究が進み、特徴的な病理学的変化である老人斑が 40 個前後のアミノ酸より成るアミロイド  $\beta$  ( $A\beta$ ) と呼ばれるタンパク質から成ること、そして稀な家族性 AD の病因遺伝子によって起こる  $A\beta$  前駆体やプレセニリンの変異が  $A\beta$  の産生や蓄積を促進することが示された。これらの知見により、 $A\beta$  が AD の病因因子であると考えられる「アミロイド仮説」が実証された。病態メカニズムの研究から見出された AD の病因因子を標的とする治療薬（疾患修飾療法）の開発も進んだ。特に抗  $A\beta$  抗体による免疫療法、 $A\beta$  産生を抑制する産生酵素阻害薬の治験が過去 10 年間に多数実行された。しかし、認知症期や、記憶障害などの症状が顕在化した軽度認知障害 (MCI) 期における治験は、いずれも認知機能に対する十分な効果を示すことはできなかった [39]。 $A\beta$  が AD の病態において原因として作用することは確実であるとしても、これまでに  $A\beta$  の抑制が治療効果を発揮できなかった原因はどこにあるのだろうか。最も確からしい考え方は、AD の病態の最上流で作用する  $A\beta$  などへの介入は、一定数以上の神経細胞が失われ、認知機能低下が完成した後では遅く、健全な脳細胞が残存している超早期において効果的であろうとの見解である。では症状が軽微な超早期に治療薬の有効性を実証するためには、何が必要となるだろうか。

まず重要なのが、認知症が完成する以前の早期段階における、血液や脳脊髄液中の特定成分で体外から定量的に評価可能な指標であるバイオマーカーを用いた精密診断や、薬効の評価法の実現である。AD 超早期の自然歴と画像診断等のバイオマーカーを確立する縦断観察研究（ある疾患における長期時間経過に沿って追跡する研究）として米国で ADNI (AD Neuroimaging Initiative) が行われ [40]、本邦でも J-ADNI 研究の達成により、疾患修飾薬の治験を行う基盤がようやく整った [41]。MCI 期でも既に遅い可能性もあり、さらに先行する病期の段階で、PET スキャンや脳脊髄液などのバイオマーカーを用いるとアミロイドが既に蓄積していることが示される。現在、未だ無症状なこの超早期段階の「プレクリニカル AD」が定義され、抗  $A\beta$  抗体の投与により認知機能低下の予防を図る試験が日米豪で実施中である。このアプローチは、循環器疾患において、コレステロール、血糖や血圧の長期コントロールにより動脈硬化の進展を防止し、血管イベントを予防するなどの「2 次予防」とも類似しており、成果が期待される。

無症候期 AD や MCI などの早期段階で様々な治療薬の治験を行う上での難しさは、適切な条件を満たす参加者を募集・登録することにある。平均すると 65 歳以上の高齢者の 20% はアミロイド陽性と考えられるが、無症候ゆえ受診や研究参加の機会は乏しい。この状況を解決するため、インターネット上で検査を受け、高リスクと判定された候補者が研究医療機関での精査と適切な治験に効率的に紹介される” トライアル・レディ・コホート (TRC) “ [42] が日米で構築され、今後多くの治療・予防薬の治験を加速できるものと期待される。

さらに非薬物的な生活習慣への介入により、認知症の発症や進行を予防しようとする研究も始まっている。疫学的研究から、認知症のリスクファクターとして、栄養、運動、知的活動などの生活習慣に関わる諸因子の関与が示されてきた。これらの生活習慣リスクを有する高齢者に対し、複数の因子に同時に介入することにより、認知機能低下を防止しようとする介入研究の代表格が FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) [43]である。心血管系、加齢、認知症関連リスクを有する非認知症高齢者に対し、栄養指導、運動訓練、認知機能訓練と血管病リスクのモニタリングを 2 年間にわたり行い、認知機能の変化を評価した結果、介入によって遂行機能や処理速度などの低下速度が改善された。現在、生活習慣多因子介入による認知機能低下予防研究に対する関心が世界的に高まりつつある。本邦でも AMED 認知症対策官民イノベーション実証基盤整備事業において、大規模な生活習慣介入研究が開始されている。

AD を対象として認知症の予防を考えると、ある単一の因子を導入させるとすれば、その効果は、A $\beta$ などの病因因子に直接作用する治療薬の方が、生活習慣因子よりも高いものと推定される。一方、A $\beta$ の蓄積が開始しており AD の早期段階にあると考えられる高齢者の数は莫大であると予想されること、また治療による社会的負担の大きさを考えると、全例に対して高価な「疾患修飾薬」(AD の本質的な病態に作用して、疾患の進行を抑制する薬剤)による治療を行うことは現実的でない。まず、先進的な診断法を用いた予防治験により、疾患修飾薬による適切な介入の方法を確定し、真に適応となる高リスク者の絞り込みを実現することが急務であろう。薬剤、生活習慣介入などの異なるストラテジーを組み合わせることにより、認知症を持つ人との「共生」を視野に入れた、予防・早期治療が一刻も早く実現されることを期待したい。

#### 提言 4.2 基盤的プラットフォーム構築

認知症はこれまで脳の疾患として「医学モデル」[1][2]として主に医療の分野で語られることが多かった。しかし、本提言の要旨や「はじめに」で述べたように従来 of 学術体系では解決が困難な部分の多い課題である。そこで、認知症を解決に導くための学際的学術研究のあり方について考える必要がある。

学術研究は大きく「基礎研究」、「応用研究」、「開発研究」に分けられるが、学術分野としては、科学研究費の細目表[44]にあるように人文社会系、理工系、生物系に大きく分類され、それぞれの系がさらに分野、分科に分かれており多岐多様にわたる。最近では、総合・新領域系という分野融合領域の項目が増えつつある。

認知症のような生物的、心理的、社会的な複合要因が絡み合っている社会課題は、医学や生物学だけのアプローチでは解決することが不可能であることは明白であり、いわゆる学際研究が必須である。

実際には、学際研究を推進する上で、研究費確保、業績評価システム、ジャーナル論文掲載など、いくもの段階が存在している。例えば、分野別のハイインパクトとされる一流ジャーナルは学際研究を評価できる査読者の選定に困難なこともあり、学際研究の論文は、採択されにくいという指摘もある [45][46]。科学研究費などの公的研究資金では、分野融合領域研究の重要性の認識が深まりその研究費が増えつつあるものの、トップダウン型の大型研究費は出口戦略の応用開発研究が主体で短期間に成果を求める傾向があり、複合的な地球規模の社会課題を解決するための新たな学術体系を生み出す③④のような基礎的な学際研究が対象になりにくい。そこで、これらの障壁を解消して学際研究が加速するプラットフォームを構築する必要がある。

本提言の主題である認知症について、その課題解決の役割は、従来は、医学が担ってきた。しかし、既に、提言 1、2、4 で言及し、さらに 5 で展開するように、広範囲な学術領域が深く関わるべき課題である。むしろ、今後は、「治療法」の点で行き詰っている医学以上に、認知症との「共生」と「予防」の点では、新たな学際的学術領域が基盤となる必要がある。提言 1 で述べたように、認知症との「共生」という新しい社会を醸成させるためには、法学・福祉学などの人文科学の責任は大きい。さらに、工学・情報科学・認知科学などは、Society 5.0 を介して、認知症との「共生」を支援する学術領域である。加えて、ケアを中心に据えた「人が人を支えあう」科学を横断的に結びつける「ケアサイエンス」のような新しい学術領域の発展も必須である。この主張は、新しいものでなく、既に、日本学術会議から、同様の提言が、数多く発出されており、改めて、「認知症」においてこそ、その実現が強く望まれる [1][5][6][47]。

このように、認知症のように複合的な要因で生じる社会課題解決のため、学際研究プラットフォーム形成は必要不可欠であり、日本学術会議が果たすべき役割は極めて大きい。マスタープランなどでも、既に認知症関連の課題は入っているが、日本の近未来の最大のリスクの一つである「認知症」に対する学際的研究、プラットフォーム形成強化を今後一層進めることを期待する。そして、提言 3 でも言及したように、その実効性のある活動を推進するためには、会員・連携会員のみならず、分野を超えた学協会、産業界との一層の協力と連携が求められる。

## 提言 5 持続可能な医療供給体制の在り方

これまでの提言 1～4 が実効性を持って機能する前提として、「認知症」に対する医療提供が、経済的に持続可能なものであることが重要である。今後、数十年にわたる認知症との「共生」「予防」を実現するためには、医療経済データに基づいた新しい持続可能な医療供給体制を議論すべきである。ただ、日本では、社会的費用 (social cost) の推計と予防政策に関する学術的な到達が遅れており、その体制作りが必要である。

まず、社会的費用に関して考える。認知症は世界的な課題であり、政府が国家戦略を立案し、認知症を国家全体で取り組むべき課題と位置付けている国も少なくない。しかし日本では、国としてこれだけ大きな課題でありながら、認知症に伴う社会的費用に関して、十分な推計が行われていなかった。

認知症に関する学術的な推計は、Sado らの研究 [48]が最初である。この研究によると 2014 年の日本における認知症の社会的費用は 14.5 兆円でその内訳は、医療費が 1.9 兆円、介護保険費が 6.4 兆円、家族などによる無給の介護（インフォーマルケア）費用が 6.2 兆円である。この数値はメディアなどにも大きく取り上げられた。この研究ではレセプト（診療報酬の明細書）のデータやアンケート調査を用いているが、猿渡[15]も指摘しているように、対象期間や対象地域<sup>1</sup>が限られているだけでなく、認知症であっても、投薬などの治療が行われていないとレセプトの傷病名に記載されないなど、多くの限界がある研究結果である。

一方、例えば、英国では、科学的根拠を考慮し費用対効果を重視しつつ、国が保健医療政策全般に責任を持っている。認知症に関しても、認知症に関する国家戦略の策定を進めている。社会的費用に関しては、Oxford 大学が研究結果 (Dementia 2010)を報告している[49]。

この報告書によると、英国では人口の 1.3%が認知症患者（82 万 1,884 人）、2008 年度の認知症による経済的負担（報告書では社会的費用と呼んでいる）は 227.23 億ポンド(約 3 兆 4,000 億円：2008 年時の為替レート 1 ポンド=150 円として)となっている。その内訳は次の 3 つである。1) 保健医療：合計は約 12 億ポンド、うち 44%が入院費用である。2)長期介護：認知症患者の 37%が長期介護施設にいて、90 億ポンド以上の費用がかかっている。3) 1)と 2)以外のインフォーマルケアと生産性損失など：約 15 億時間が無給介護として使われており、これは約 120 億ポンドに相当する。英国では 2019 年秋にも、London School of Economics and Political Science (LSE)の研究結果を” Dementia UK “として、Alzheimer’s Society から報告書を出している[50]。その報告書によると、2019 年の英国における認知症の費用総額は 347 億ポンドで、その内訳は 1)NHS が負担をする保健医療の費用は 49 億ポンド(14%)、2)長期介護は 157 億ポンド(45%)、3)無給のケア（家族による）：139 億ポンド(40%)である。長期介護は 2040 年には 454 億ポンドまで増加すると予想されている。イングランドでは、長期介護の 60%にあたる 83 億ポンドは患者や家族が、52 億ポンドを地方自治体が負担している。

日本の保健医療制度は、医療・介護・保健といった縦割りで提供されていること、医療（検査・治療）に偏り予防や公衆衛生の視点を含めて地域住民の健康に包括的・継続的な責任を持つ制度になっていないため、日本の保健医療統計からは、上記のような試算を出すことが困難になっている。

次に、予防に関して述べる。科学的根拠のある認知症予防は残念ながら確立していない。しかし、認知症の専門家によると、運動や生活習慣病対策によってその発症を遅らせると指摘されており、WHO（世界保健機関）も2019年5月に、認知症予防に関する初めての指針を公表し、運動、禁煙、そして高血圧と糖尿病の治療を強く推奨している。

「認知症施策推進大綱」[7]で指摘された「共生」と「予防」の重要性は、認知症に限らず、高齢化が進む国や地域にとり医療健康政策の重要な柱であり、既存の政策に反映されている国や地域も多い。昨今、医療費を多く使う疾病の上位は生活習慣病関連であり、国民が努力をして予防すること、特にハイリスクの住民を適切な受診に繋げて重症化を予防するような仕組みづくりが不可欠である。

現実には日本の医療制度は、依然、地域住民が病気になり、気になる症状が出て初めて医療機関にかかる仕組みである。また受診に繋げても、出来高払い制度のもと、医療機関で過剰な投薬（それも同クラスの薬剤と比較して優越性が必ずしも明確でない高価な新薬）や検査が行われる傾向がある。またかかりつけ医制度の重要性が言われながらも、かかりつけ医の質を担保する専門研修が欠如しており責任の範囲も明確にされていないため、必要な医療（介護を含む）を受けられない「過少医療」も問題になっている。加えて、その一方で、一人の患者に対する多数の薬剤処方（ポリファーマシー）などの「過剰」な医療も存在することも忘れてはならない[51][52]。

日本の保健医療制度には優れた点もあるが、日本学術会議の要望（2008）やOECD(2014)などでも指摘されているように、私達の日々の生活を支える保健医療サービス（国際的にはプライマリ・ケア（またはプライマリ・ヘルス・ケア）と呼ばれている）の整備が遅れている[53][54]。社会保障制度国民会議報告書(2013)や、厚生労働省(2015)の『保健医療2035』などでも「病院の機能分化を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行う「かかりつけ医」の連携強化や有機的なネットワークの構築」の重要性が提起されるようになったが、こうした構造変換は、アジアの先進国では既にシンガポール、中進国ではタイが先行し、最近では、ベトナムがそれに続いている[55][56]。

スコットランドでは、2009年に超党派国会議員グループが「認知症の本人とケアラーのための権利憲章」を制定し、社会全体で認知症の人や家族の権利が尊重されている。2011年には、当事者の意見を取り入れた「認知症ケア基準」<sup>ii</sup>を策定し、これをアウトカム指標とする国家施策も始動した。こうした国家施策を進められる大きな理由の一つとして英国は2004年から既にQOFと呼ばれるプライマリ・ケアによるアウトカム指標に基づく成果払い制度を導入していることがある。英国では、すべての住民は診療所（とそこに所属するGP（家庭医））に登録することが義務付けられており、住民が健康になるほど、診療所の収入が増える仕組みになっている。

以上、猿渡（2016）[15]も指摘しているが、日本では、レセプトの学術利用のハードルを下げないと、費用のような基本的なことも明らかにできない。個人情報保護法等を見直すことが第一に必要である。

社会的費用の計測で紹介した” Dementia 2010” では、疾病による社会的費用と投入されている研究費との間には整合性がなく、「がんと冠動脈疾患と比較した場合、認知症と脳卒中については、かなりの研究費投入の不足がある」と指摘し、「認知症の研究に適正な研究費を投入すれば、将来何十億ポンドもの介護費用の節約になる。」と述べている。

「認知症の研究」と言っても、ゲノム研究から社会参加による認知症の予防効果など様々あるが、日本では、医療の臨床も研究も、病院や高度医療中心で、プライマリ・ケアが整備されていないため、特に後者のような社会学者との共同の研究が弱い。プライマリ・ケアの整備においては、多職種連携が鍵で、この領域の研究基盤を強化が必要である。限られた資源をどのように有効活用するのか、認知症の本人や家族の生活の質がどのように改善されるのか、など費用がどのような効果を生み出すのかという費用対効果研究も持続可能な医療制度分析のためには不可欠となる。



<参考文献>

- [1] 日本学術会議「臨床医学委員会老化分科会」提言「超高齢社会のフロントランナー日本：これからの日本の医学・医療のあり方」、2014年9月30日  
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t197-7.pdf>
- [2] 猪飼周平「病院の世紀の理論」、有斐閣書店、2010年
- [3] 広井良典「コミュニティを問い直す」、ちくま書房、2009年
- [4] 広井良典「持続可能な医療-超高齢化時代の科学・公共性・死生観」、ちくま書房、2018年
- [5] 日本学術会議「持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティの構築委員会」提言「持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティの構築」、2011年4月20日  
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t119-1.pdf>
- [6] 日本学術会議「臨床医学委員会老化分科会」提言「よりよい高齢社会の実現を目指して-老年学・老年医学の立場から-」、2011年7月21日  
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t127-2.pdf>
- [7] 厚生労働省他「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）概要」  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf)
- [8] 認知症施策推進関係閣僚会議「認知症施策推進大綱」、2019年6月18日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- [9] 認知症施策に関する懇談会 報告書「認知症と共生する社会に向けて」、2016年3月  
<http://184.73.219.23/rounen/news/houkokusyo2016.pdf>
- [10] 厚生労働省「第24年度版厚生労働白書 第6章 日本社会の直面する変化は課題と今後の社会保障のあり方」、2012年8月28日  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/1-06.pdf>

[11] 厚生労働科学特別研究報告書「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」、代表：二宮利治(九州大学大学院)、2014年

[https://mhlw-](https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A)

[grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A](https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A)

[12] 日本学術会議社会学委員会・経済学委員会合同「包摂的社会政策に関する多角的検討分科会」提言「いまこそ「包摂する社会」の基盤づくりを」、2014年9月8日、

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t197-4.pdf>

[13] 厚生労働省「地域包括ケアシステム」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

[14] 迫る判断力低下社会、社会が何もかも忘れる(中沢康彦他、日経ビジネス、2019年9月20日)

<https://business.nikkei.com/atcl/NBD/19/special/00217/>

[15] 佐渡充洋(2016) 日本における認知症の社会的コスト

[http://kompas.hosp.keio.ac.jp/sp/contents/medical\\_info/science/201610.html](http://kompas.hosp.keio.ac.jp/sp/contents/medical_info/science/201610.html)

[16] 野中猛. 現代精神医学事典(加藤敏他編). 弘文堂, 東京, 2011, pp. 819-820

[17] 徳永豊. 教育におけるインクルージョンの国際比較(2005年調査)ー障害のある子どものインテグレーション, 及びインクルージョンー第二部 国際会議・外国調査等の報告. 国立特殊教育総合研究所のホームページより

[18] 黒川久美. インクルーシブ保育と保育のあり方」研究に関する覚え書. Journal of The Human Development Research, Minamikyushu University 2016, Vol. 6, 93-97

[19] 市川宏伸. 現代精神医学事典(加藤敏他編). 弘文堂, 東京, 2011, pp. 77-77

[20] 高田真治「社会福祉における「共生」の思想」『社会福祉の思想と人間観』ミネルヴァ書房 1998

- [21] 福島智「複合共生論—「障害」の有無を越えた「共生社会」へ向けて」  
佐伯胖・他（編）『共生の教育』1998 pp208-228 岩波書店
- [22] 本田裕志. 医療におけるパターンリズム、篠崎・加茂編、世界思想社、1989
- [23] 小内透「共生概念の再検討と新たな視点—システム共生と生活共生—」  
『北海道大學教育學部紀要』79, 1999
- [24] 三重野卓 生活の質と共生 白桃書房 2000
- [25] 松田裕之『「共生」とは何か—搾取と競争をこえた生物どうしの第三の関係—』現代書館 1995
- [26] 井上達夫・名和田是彦・桂木隆夫編『共生への冒険』1992 毎日新聞
- [27] 樋口範雄『超高齢社会の法律、何が問題なのか』朝日新聞出版、2015年。
- [28] 米村滋人「最高裁判決の意義と今後の制度設計のあり方」『法律時報』  
89巻11号、108-111頁、2017年。
- [29] 法務省『充実した総合法律支援を実施するための方策についての有識者検討会報告書』（とくに、第2の1(1))、2014年6月。
- [30] 太田晃弘「司法ソーシャルワークとは何か」『法律のひろば』66巻3号、  
21-26頁、2013年。
- [31] 日本司法支援センター「司法ソーシャルワーク」、  
<https://www.houterasu.or.jp/hukushitoshihou/torikumi/index.html>
- [32] 兵庫県神戸市「認知症事故救済制度」 <https://kobe-ninchisho.jp>
- [33] 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会・ケアサイエンス班  
西村ユミ・太田喜久子・数間恵子・川口孝泰・古在豊樹・小松浩子・正木治  
恵. 「これからの社会におけるケアサイエンスの構築をめざして—看護学からの提案」. 学術の動向, 2-15, 2017.5
- [34] Algate D. Nursing Science and Dementia Care, Western Journal of

Nursing Research, 8, 939-943, 2007.

[35] Merabian, A. Communication without words, Psychological Today, 2, 53-55., 1968.

[36] Jérôme Pellissier, Yves Gineste, Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux, Armand Colin, 2007

[37] Harvard business school press “2003 Open Innovation”  
Henry William Chesbrough

[38] 新たなイノベーションエコシステムの構築に向けて  
[https://www.meti.go.jp/shingikai/sankoshin/sangyo\\_gijutsu/kenkyu\\_innovation/pdf/014\\_06\\_00.pdf](https://www.meti.go.jp/shingikai/sankoshin/sangyo_gijutsu/kenkyu_innovation/pdf/014_06_00.pdf)

[39] Suzuki K, Iwata A, Iwatsubo T: The past, present and future of disease-modifying therapies for Alzheimer’s disease. Proc Jap Acad Sci 93:757-771, 2017

[40] Weiner MW, Veitch DP, Aisen PS, Beckett LA, Cairns NJ, Green RC et al. Recent publications from the Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative: Reviewing progress toward improved AD clinical trials. Alzheimers Dementia 2017;13:e1-85.

[41] Iwatsubo T, Iwata A, Suzuki K, Ihara R, Arai H, Ishii K, Senda M, Ito K, Ikeuchi T, Kuwano R, Matsuda H, Sun CK, Beckett LA, Petersen RC, Weiner MW, Aisen PS, Donohue MC: Japanese and North American Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative studies: harmonization for international trials. Alzheimers Dementia 14:1077-1087, 2018

[42] Sperling R, Cummings J, Donohue M, Aisen P. Global Alzheimer’s platform trial ready cohorts for the prevention of Alzheimer’s dementia. J Prev Alzheimers Dis 3:185-187, 2016

[43] Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, Bäckman L, Hänninen T, Jula A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Paajanen T, Pajala S, Peltonen M, Rauramaa R, Stigsdotter-Neely A, Strandberg T, Tuomilehto J, Soininen H, Kivipelto

M. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. Lancet 385:2255-2263, 2015

[44] 科研費細目表

[https://www.jsps.go.jp/j-grantsinaid/02\\_koubo/saimoku.html](https://www.jsps.go.jp/j-grantsinaid/02_koubo/saimoku.html)

[45] Editage Insights 学際的研究：課題、認識、今後の展望

<https://www.editage.jp/insights/interdisciplinary-research-challenges-perceptions-and-the-way-forward>

[46] Rick Rylance. Grant giving: Global funders to focus on interdisciplinarity. Nature 525, 313-315

<https://www.nature.com/news/grant-giving-global-funders-to-focus-on-interdisciplinarity-1.18344>

[47] 知の統合—社会のために科学に向けて

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t34-2.pdf>

[48] Mitsuhiro Sado ,Akira Ninomiya,Ryo Shikimoto,Baku Ikeda,Toshiaki Baba,Kimio Yoshimura,Masaru Mimura 2018 Plos One, “The estimated cost of dementia in Japan, the most aged society in the world”

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206508>

[49] Dementia 2010

<https://www.alzheimersresearchuk.org/wp-content/uploads/2015/01/Dementia2010Full.pdf>

[50] Dementia UK 2019

[https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2019-11/cpec\\_report\\_november\\_2019.pdf](https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2019-11/cpec_report_november_2019.pdf)

[51] 厚生労働省 高齢者医薬品適正使用検討会

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-iyaku\\_431862.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-iyaku_431862.html)

[52] 厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用に指針について

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05217.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05217.html)

[53] OECD (2014) 医療の質レビュー 日本：スタンダードの引き上げ  
[https://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN\\_ExecutiveSummary.pdf](https://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf)

[54] 日本学術会議 2008 要望 信頼に支えられた医療の実現 ―医療を崩壊させないために―  
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-y3.pdf>

[55] 社会保障国民会議報告書(2013)  
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

[56] 厚生労働省(2015) 保健医療 2035  
<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/>

#### < 審議経過 >

平成 31 年 2 月 18 日 認知障害に関する包括的検討委員会（第 1 回）  
委員長及び役員を選出、今後の検討方針について審議

令和元年 5 月 27 日 認知障害に関する包括的検討委員会（第 2 回）  
厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室総括室長補佐 井上 宏 氏、  
東京都健康長寿医療センター研究部長 栗田主一 氏 による講演  
今後の活動について審議

令和年 8 月 28 日 認知障害に関する包括的検討委員会（第 3 回）  
メール審議により学術フォーラムの企画案について承認

令和元年 9 月 24 日 認知障害に関する包括的検討委員会（第 4 回）  
学術フォーラムのプログラムについて検討  
提言案について検討

令和元年 10 月 16 日 認知障害に関する包括的検討委員会（第 5 回）  
学術フォーラムのプログラムについて検討  
提言案について検討

令和2年2月14日 日本学術会議主催学術フォーラム「認知症—予防と共生に向けて学術の取り組み」開催

令和2年6月3日 認知障害に関する包括的検討委員会（第6回）  
提言案について承認

令和2年8月27日 第297回幹事会  
提言「認知症に対する学術の役割-「共生」と「予防」に向けて-」について承認