

認知症の診断・治療技術イノベーション創出 を見据えた環境整備に関する提言

株式会社日本総合研究所
リサーチ・コンサルティング部門

ヘルスケア・事業創造グループ
高齢社会・イノベーショングループ

協賛：日本イーライリリー株式会社

目次

0. 本レポートの背景・前提・要旨	3-5
1. 認知症にまつわる社会課題・認知症関連政策動向	6-7
2. 診断・治療技術イノベーションへの期待とイノベーションの限界	8-9
3. 共生社会実現に向けた診断・治療技術イノベーションの意義	10
4. 診断・治療技術イノベーションを見据えた際に必要となる環境整備	11
5. 環境整備に向けた提言	12-14
(参考) 神戸市における認知症神戸モデル・関連施策の紹介	15
参考文献・本レポート作成にあたり、ご意見を頂戴した有識者	16-17

0-1. 本レポートの背景

背景

- 認知症は2025年には高齢者の5人に1人が発症*1と言われており、自分自身や、身近な人が認知症になることが誰にとっても起こるようになる。その結果、当事者（本人やその家族等*2）、そして社会にとっても大きな影響を及ぼすことが想定され、認知症にまつわる様々な社会課題がより一層深刻化することが懸念される。
- 日本は認知症にまつわる課題の先進国であることから、認知症は我が国が諸外国をリードすべき分野であると考えられる。
- これまで認知症施策に関する様々な議論でも取り上げられているように、認知症の人が社会の一員として尊重され、その尊厳が守られるような「共生社会」の実現は、私たちの社会にとって非常に重要である。
- 共生社会の実現は、医療的な介入だけでなく、日常生活支援にかかわる介護・ケアに関する課題解決も併せて行うことが必要不可欠となっている。
- 一方、医療的な側面で見ると、近年、認知症に関連した診断・治療技術のイノベーションが創出されつつあり、診断・治療に関する環境が大きく変わる可能性がある。
- 但し、イノベーションが創出されたとしても、技術を必要とするすべての人が適切に享受するための準備が整っていない現状があり、社会課題解決並びに共生社会の実現に向けて、今、国家戦略として推進すべき環境整備が存在する。
- これらの背景より、認知症基本法案に関する検討などをはじめ、認知症政策に関する議論が進んでいるこのタイミングで、各ステークホルダーがイノベーションを見据えた際に必要となる環境整備に関する検討を深める議論をする際の材料となることを狙い、本提言を発出する。

*1 出所：厚生労働省科学研究費補助金（平成26年度厚生労働科学特別研究事業）『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』

*2 本提言においては、本人やその家族等を「当事者」と総称する

レポートのスコープ

- ◆ **認知症の診断・治療技術イノベーションが創出される近い将来を見据えて、**
 - ✓ **診断・治療技術イノベーションへの期待とイノベーションの限界**
 - ✓ **共生社会実現に向けた診断・治療技術イノベーションの意義**
 - ✓ **必要となる環境整備に関する提言**

0-2. 前提：「認知症」と「アルツハイマー病」

- **認知症とは**、脳の病気や障害など様々な原因により認知機能が低下し、**日常生活全般に支障が出てくる状態**を指す。
- 特にアルツハイマー病を原因疾患とする**アルツハイマー型認知症**は、認知症の中でも**大きな発現割合を占めること**、また**緩やかに進行し長期的なケアが必要な病態**であることが特徴であり、**早期診断・治療の価値が高い**とされている。

☑「認知症」のポイント^{1,2}

- 「認知症」とは特定の病名ではなく、脳の病気や障害など**様々な原因により認知機能が低下し、日常生活に支障が出てくる状態**を指す。
- 主な症状は記憶障害や理解・判断力障害等であり、この他にも個々人の性格や日常生活環境等によって、心理面・行動面でも様々な症状が現れることがある。
- また、認知症の社会的コスト（医療費・介護費・インフォーマルケアコスト）は、**年間約17.4兆円程度³**と試算されている。同じく社会的コストが高いといわれているがんでは5兆円程度だという研究結果⁴があり、認知症の社会的費用はがんと比較しても大きいことがわかる。
- 正常な状態と認知症の間で、記憶力や注意力などの認知機能に低下がみられる状態を軽度認知障害（MCI）といい、日常生活に支障をきたすほどではないことから、**MCIであることが気づかれなまま認知症に移行する人も少なくない**と考えられる。

☑「アルツハイマー病」のポイント^{1,2}

- 「アルツハイマー病」は認知症の原因疾患の一つであり、アルツハイマー病により認知症に至った場合の状態は「**アルツハイマー型認知症**」と呼ばれる。
- アルツハイマー病は脳神経が変性して脳の一部が萎縮していくものであり、その過程で生じる**アルツハイマー型認知症は、認知症の中で発生頻度が最も高い**。
- 脳内の病理変化は、臨床症状が現れるおよそ10-20年前から現れ、**緩やかに進行すること**から、初期においては、加齢によるもの忘れ等との区別がつきづらく、**発見が遅れることが多い**ことも特徴。こうしたことから、**早期診断・治療の価値が極めて高い**とされている。

出所：巻末情報を基に日本総研作成

0-3. 要旨：認知症の診断・治療技術イノベーションを見据えた環境整備に関する提言

1 ■ 認知症にまつわる様々な社会課題が存在する

- ✓ 認知症の人の数は、2025年には約650~700万人と推定、今後も増加傾向にある
- ✓ 介護が必要になった主な原因は、認知症が最多
- ✓ 認知症の人の数の増大により、インフォーマルケアコストや介護費が大きく増加すると想定される

2 ■ 技術イノベーションにより早期診断・治療の実現に加え、新産業創出などが期待される ■ イノベーションの限界を理解したうえで、生活支援や介護・ケアの充実是不可欠である

	診断技術イノベーション	治療技術イノベーション
期待	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 低侵襲な手法で早期検出・疾患鑑別が可能になることへの期待 ✓ 臨床試験対象者の最適な抽出による技術開発成功確率向上への期待 ✓ 予防・治療・ケアにまつわる新たな産業やサービスの創出への期待 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 症状の進行を遅らせることへの期待 ✓ 認知症診断・治療のパラダイムシフトの第一歩となることへの期待
限界	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 早期から正確な診断ができたとしても、治療等の対応が困難であるケースが存在 ✓ 診断技術イノベーションと併せて、予防・治療・ケアの充実が必要不可欠 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 開発が進む主な疾患修飾薬は、疾患根治ができるわけではない、早期アルツハイマー病の人向けであり対象者は限定的 ✓ 治療技術イノベーションと併せて、支援やケアの充実が必要不可欠

3 ■ 共生社会の実現という観点からも診断・治療技術イノベーションは大きな意義を持つ

- ✓ 早期での診断・治療を行うことで、症状の進行を遅らせることが期待される
 - その結果、介護やインフォーマルケアに関する社会的コスト減少が見込まれる
- ✓ 減少した社会的コストは、よりきめ細やかなサービス提供や共生社会実現に向けた投資等へ再配分することが可能
 - その結果、関連する新たな産業や製品・サービスの創出を通じた共生社会実現の加速化にもつながる

□ 但し、イノベーションが創出されても、現状では準備が不十分であり、技術を必要とする人が適切に享受することができない可能性がある

□ 社会課題解決並びに共生社会の実現に向けて、今、国家戦略として推進すべき環境整備が存在する

4 ■ 診断・治療技術イノベーションを見据えて、環境整備が必要である

- | | |
|------------|---------------------------------------|
| 国民理解 | 1. イノベーションの価値を享受するための国民理解促進 |
| 地域における体制整備 | 2. かかりつけ医における初期対応強化 |
| | 3. 認知症専門医療提供体制の強化 |
| 研究開発 | 4. 当事者がより良く暮らすための体制整備 |
| | 5. 新たな診断・治療技術活用のための指針の整備 |
| | 6. 継続的に技術イノベーションを創出するための研究開発を促進する体制整備 |

5 ■ 環境整備に向けた6つの提言

- | | |
|-----|--------------------------------------|
| 提言① | 分かりやすく・簡便にアクセスが可能な正しい情報の発信 |
| 提言② | 地域資源を活用した早期の気付きと初期対応への繋ぎのための仕組み構築 |
| 提言③ | かかりつけ医における初期対応力の強化 |
| 提言④ | 適切な診断・治療が提供できる専門医療体制の増強 |
| 提言⑤ | 当事者の心理面・生活面・経済面等を早期から支える体制の整備 |
| 提言⑥ | 当事者を含む産官学民連携を通じた新技術の開発・価値の評価に関する議論促進 |

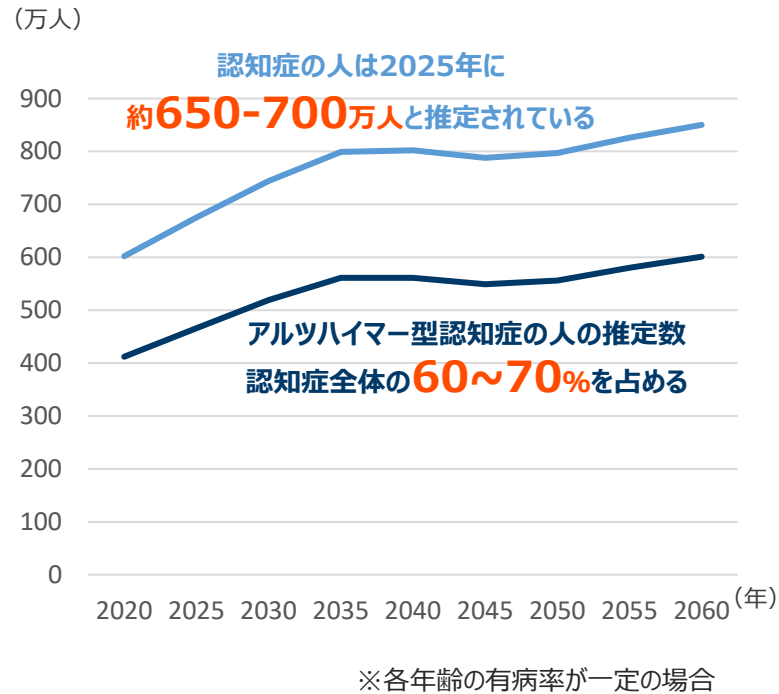
出所：日本総研作成

1-1. 認知症にまつわる社会課題：認知症の人の数/認知症と介護

認知症の人の数

- 国内の認知症の人の数は、2025年には約**650~700万人**になると推定されている。
- 認知症の人の数は今後も増加傾向にある。

認知症の人の推定数

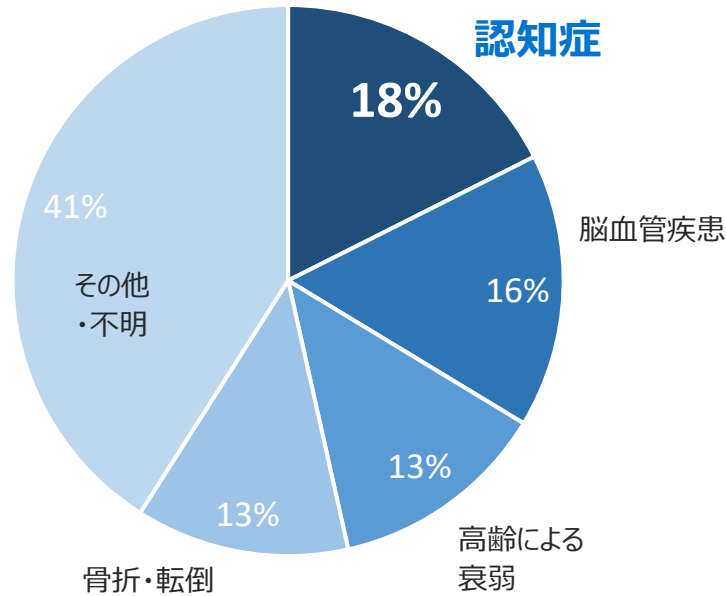


出所：厚生労働省科学研究費補助金（平成26年度厚生労働科学特別研究事業）『日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究』をもとに日本総研作成

認知症と介護

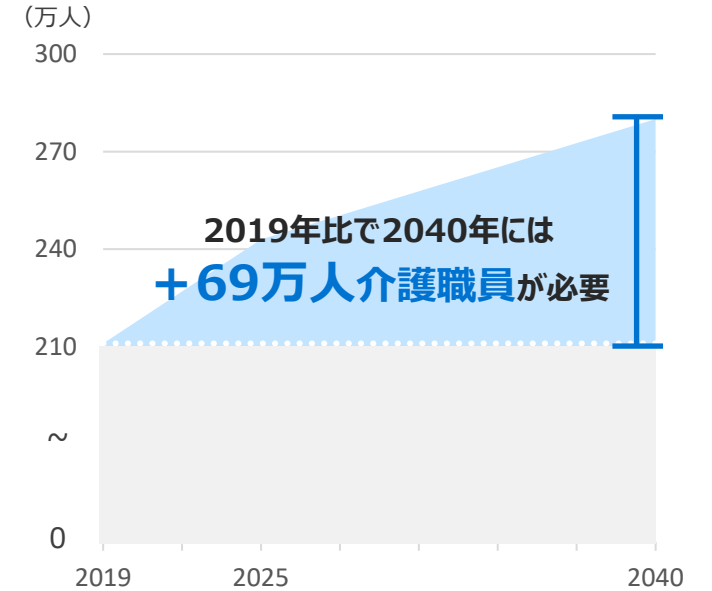
- 65歳以上の要介護者等の**介護が必要になった主な原因**は、認知症が最も多いとされている。
- 介護職員は2040年には2019年比で69万人が追加で必要とされており**介護人材不足が進めば十分な介護サービスの供給が困難になる可能性がある**。

介護が必要となった主な原因



出所：厚生労働省『国民生活基礎調査』をもとに日本総研作成

介護職員の必要数



介護人材不足により十分な介護サービスを受けられなければ、認知症の本人を支える家族の負荷が大きくなり、**老々介護や介護離職、ヤングケアラーの問題は今より一層深刻になる可能性あり**

出所：厚生労働省『第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について』をもとに日本総研作成

出所：日本総研作成

1-2. 認知症にまつわる社会課題：認知症の社会的コスト・認知症関連政策動向

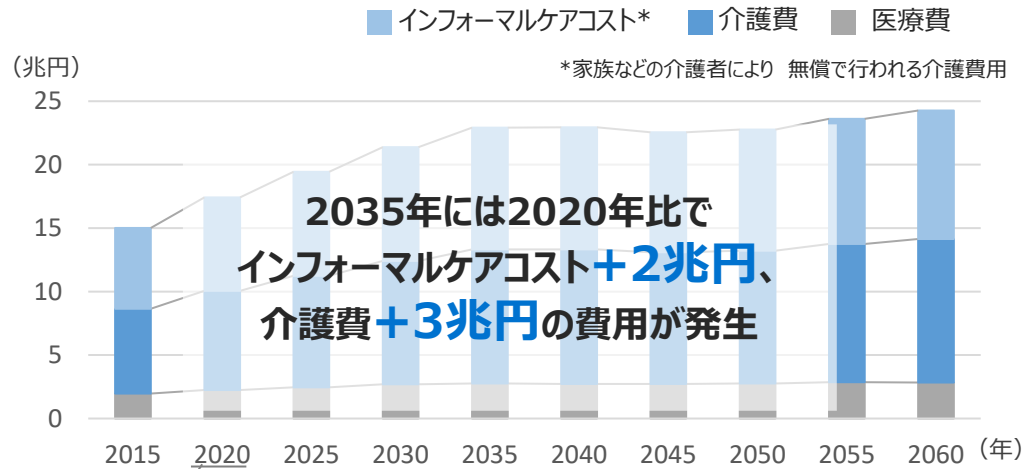
認知症の社会的コスト

- 認知症の人の数の増大により、インフォーマルケアコストや介護費が大きく増加すると想定。
- 社会的コスト全体のうち、**40%以上**を家族などが負担するインフォーマルケアコストが占めている。

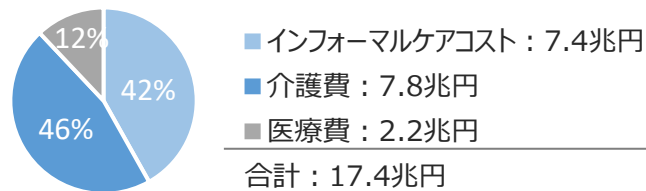
認知症関連政策動向

- 2023年現在において、認知症基本法の成立に向けた議論が進んでいる。
- 加えて、現行の認知症施策推進大綱は2025年を終了年とされており、今後の認知症政策に新たな動きが出てくる可能性がある。

認知症の社会的コストの将来推計

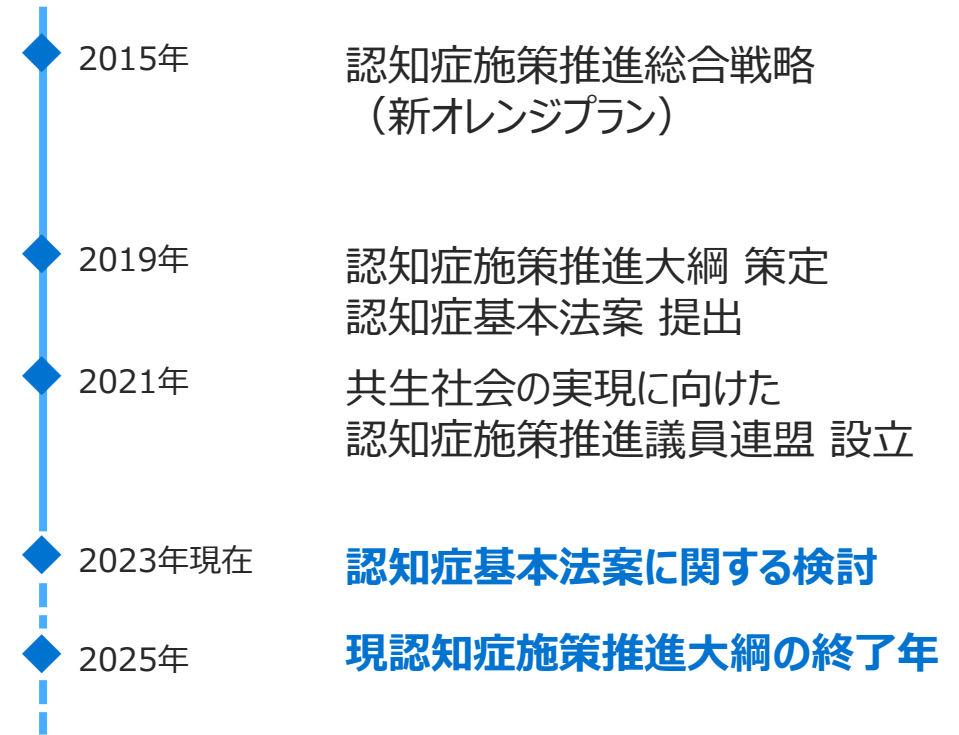


<2020年時点の認知症の社会的コストの内訳>



出所：佐渡充洋「わが国における認知症の経済的影響に関する研究」
(平成26年度厚生労働省科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業) をもとに日本総研作成

認知症施策の方針にかかる主な出来事



出所：日本総研作成

2-1. 診断技術イノベーションへの期待とイノベーションの限界

- 認知症診断技術イノベーションによって、**早期発見・鑑別診断の実現**や、**研究開発の促進**、**新たな産業・サービスの創出**が期待される。
- 一方で、診断技術イノベーションだけでは共生社会は実現できないため、**予防・治療・ケアの充実も併せて推進することが必要不可欠**である。

診断の現状

- ✓ 臨床症状が発生してからでなければ捉えることができず、**早期段階での発見が困難**
- ✓ 診断後の治療選択肢が限られていることに加え、保険収載されていない侵襲性の高い検査が必要である等の理由から、原因疾患に基づく**病理診断が行われない**ケースが多い。

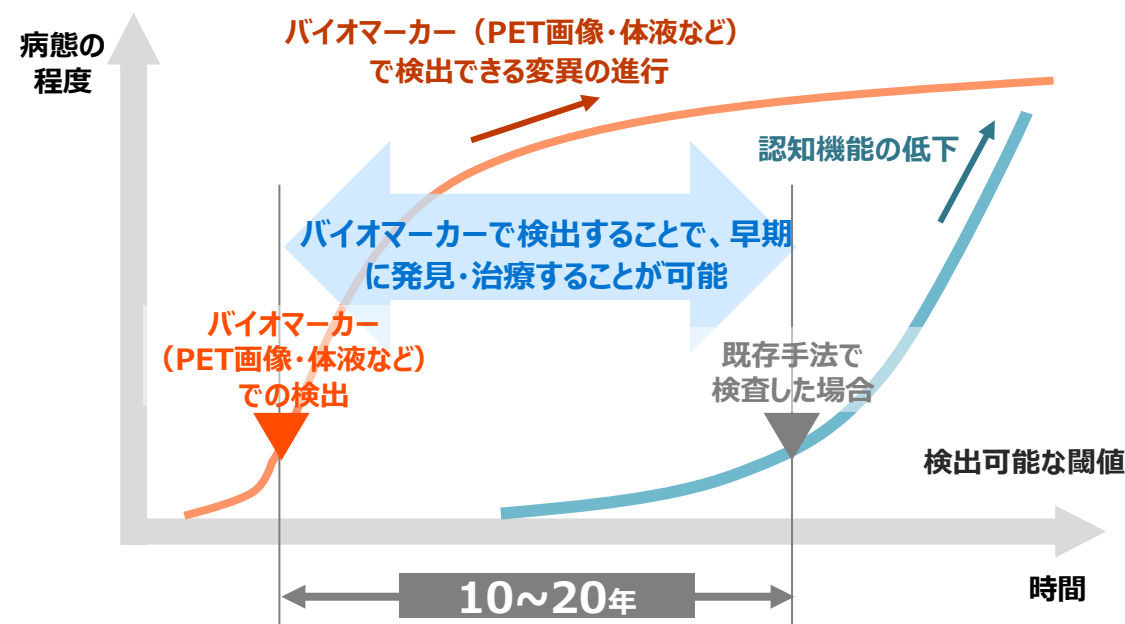
イノベーションへの期待

- PET画像や体液バイオマーカー技術・診断薬などを活用することで、**低侵襲な手法で早期検出・疾患鑑別が可能になることが期待**されている。
 - より早期から、個々の状態に合わせた適切な予防的活動や支援・対処が可能になり、当事者が社会的な繋がりを持って自分らしく暮らすことの実現が期待される。
 - 原因疾患に基づいた治療・ケアが実現。特に、“治療可能な”認知症¹は、低侵襲な手法で適切に捉え最適な治療に繋げることに期待される。
- 早期に正確な診断が実現すれば、**最適な臨床試験の対象者を抽出**することが可能になり、**研究開発の成功確率の向上が期待**されている。
 - 医薬品の研究開発に加え、**デジタル技術等を活用した予防・治療・ケアに関する新たなイノベーションの創出**を加速させることに繋がる。
- **個々の状態に応じた予防・治療・ケアが可能**になることで、それらにまつわる**新たな産業や製品・サービスの創出が期待**され、共生社会の実現を加速させる**イノベーションの好循環**が生まれることが期待される。

イノベーションの限界

- 早期から正確な診断ができたとしても、**治療等の対応が困難であるケースがある**ことには留意が必要。**共生社会の実現に向けては、診断技術イノベーションの促進だけでは限界**が存在。
- **早期診断**をすることで、これまでの生活を続け、認知症と共に生きていく備えができることが**重要**である。
 - **診断技術イノベーションと併せて、予防・治療・ケアの充実**は必要不可欠である。

アルツハイマー病の進行とバイオマーカーイメージ²



アルツハイマー病は、20-30年かけて緩やかに進行する。
脳内の病理変化は、臨床症状が出るおよそ10-20年前から現れる

出所：巻末情報を基に日本総研作成

2-2. 治療技術イノベーションへの期待とイノベーションの限界

- 現在開発が進んでいる主な疾患修飾薬は、**疾患の進行を遅らせることが期待**されており、**新たな治療選択肢の創出という観点から大きな価値**を持つ。
- 一方で、**疾患の根治ができるわけではない点**、**早期のアルツハイマー病の人向けであり、対象者が限定される**という点など、**イノベーションの限界が存在する**。

治療 の現状

✓ 薬物療法としては、**症状を緩和する対症療法に限られており、医療的側面から介入する手法は限定的**

イノベーションへの期待

- 早期のアルツハイマー病を対象とした疾患修飾薬の上市が見込まれており、**症状の進行を遅らせることができるようになる**と期待されている。
 - 進行を遅らせることが可能になれば、**生涯のうち、症状が発症していない期間を長くできる可能性**があり意義は大きいと考えられる。
- 近い将来の上市が想定される**疾患修飾薬**に関する治療技術のイノベーションは、**新たな治療選択肢の創出という観点から大きな大きな価値**を持つと考えられる。
 - 例えば、“がん”についても、かつては治療が困難な病と言われていたが、技術イノベーションの結果、今日では多くの治療選択肢が存在する病となっている。
 - 疾患修飾薬は、**認知症診断・治療のパラダイムシフトの第一歩となる**ことが期待される。がんが起こったイノベーションと同様に、認知症領域でも今後さらなるイノベーションを促進させるきっかけとなりうるという観点からも、**疾患修飾薬は重要な役割を持つ**と考える。

イノベーションの限界

- 現在開発が進んでいる疾患修飾薬については、特に、**疾患の根治ができるわけではない点**、**早期のアルツハイマー病の人向けであり、対象者は限定される**という点など、インパクトは限定的であり、**期待されるイノベーションとしては限界がある**。
- そのため、さらなる技術革新の促進により、**認知症の人すべてが享受できる治療技術の創出**を目指しつつも、**治療の対象とならない人への配慮**を十分に行ったうえで、**支援やケアの充実**が求められる。

認知症関連薬剤の開発状況

認知症関連薬剤の研究開発については、**2022年時点で100薬剤以上の臨床試験を実施**

82

第II相試験

31

第III相試験

上記のうち約**80%**が**疾患修飾薬**の臨床試験となっている。
日本でも、**2023年初旬時点で承認申請に至った疾患修飾薬**がでてきている。

認知症領域で開発が進む疾患修飾薬

開発が進む疾患修飾薬は、疾患の原因となる物質に作用する薬剤。脳内におけるアミロイドβの蓄積などによる神経細胞の破壊が起こる前の段階を狙っていることから、早期のアルツハイマー病を対象としているものが多い。

出所：Cummings, Garam Lee, Pouyan Nahed, Mina Esmail Zadeh Nojoo Kamar, Kate Zhong, Jorge Fonseca, Kazem Taghva「Alzheimer's disease drug development pipeline: 2022」を基に日本総研作成

出所：日本総研作成

3. 共生社会実現に向けた診断・治療技術イノベーションの意義

- 認知症の診断・治療技術イノベーションにより、早期に適切な診断・治療ができれば、社会的コストを抑制することが期待され、抑制したコストを認知症共生社会実現に向けた投資や再配分をすることが可能になる。

認知症共生社会実現に向けた投資・再配分を促進

- 認知症性疾患の中でも特に、アルツハイマー型認知症は重症度が上がるにつれて、社会的コスト（医療費・介護費・インフォーマルケアコスト）が上昇するという研究結果が出ている。
- 診断・治療技術イノベーションにより、早期での診断・治療を行うことで、進行を遅らせることが可能となり、その結果、社会的コストの抑制が見込まれる。
 - 抑制したコストは、よりきめ細やかなサービス提供や、真に手厚い介護・ケアが必要な当事者に対する、より重点的な支援の提供に活用可能となる。
 - 加えて、当事者の社会参画や生きがいづくりなども含めて、共生社会の実現に向けた投資・再配分が可能となる。

重症度別一人当たりアルツハイマー型認知症
18カ月間の平均社会的コスト

	軽度	中等度	重度
介護費用	83万円	122万円	164万円
インフォーマルケアコスト	187万円	218万円	331万円
合計	310万円	381万円	531万円

□ 進行を遅らせることで社会的コストの抑制が見込まれる

□ 抑制したコストは、共生社会実現に向けた投資・再配分が可能になる

出所：Current Medical Research and Opinion『Costs and resource use of community-dwelling patients with Alzheimer's disease in Japan: 18-month results from the GERAS-J study』を基に日本総研作成

出所：日本総研作成

4. 診断・治療技術イノベーションを見据えた際に必要となる環境整備

- 認知症の診断・治療技術イノベーションを見据えると、認知症への疑い（違和感）～診断後支援・ケアまでの各フェーズで、『医療提供体制』『研究開発機能』『国民理解』の視点から、下記1～6に関する環境を整備することが求められる。
- これらの環境整備が不十分であれば、イノベーションが創出されても、技術を必要とする人が、適切に享受することができない可能性がある。

認知症への疑い（違和感）

専門機関等への受診・診断・治療

診断後支援・ケア

国民理解

1. イノベーションの価値を享受するための国民理解促進

- ✓ 国民が、認知症の早期診断・治療・ケアに関する意義を正しく理解できなければ、積極的な受診は進まない。また、特にMCIや軽度アルツハイマー病の段階では、本人・家族・周囲の人が違和感に気付かず、初期対応に遅れが生じる恐れがある。その結果、診断・治療技術イノベーションの対象となる人が見逃されてしまう可能性がある。
- ✓ また、政府や自治体、医療機関、アカデミア等からの国民に対する正確な情報発信が不十分であると、認知症に対してのみならず、疾患修飾薬等に対しても誤った理解（適応範囲や効果など）を生じさせてしまう恐れがある。その結果、過剰診療などによる医療現場での混乱を誘発させる、また非適応の当事者の落胆を招く、といった可能性がある。

地域における体制整備

2. かかりつけ医における初期対応強化

- ✓ 認知症の疑いがある方に対して、かかりつけ医による適切な初期対応や、認知症サポート医や専門医との連携体制の構築ができなければ、新たな診断・治療技術の対象となる人が見逃され適切な介入に繋げることができない可能性がある。

3. 認知症専門医療提供体制の強化¹²

- ✓ 疾患修飾薬等が利用可能になると医療機関にアクセスする人が増加する可能性があるが、認知症専門医療提供体制が不十分であると、対象となる人が適切なタイミングで適切な対応を受けられない可能性がある。

4. 当事者がより良く暮らすための体制整備

- ✓ 診断・治療技術イノベーションが創出されても、診断後の生活支援やケアが不十分である場合、当事者の日常生活への不安は解消されない可能性がある。
- ✓ 特に、診断後については、新たな治療技術の対象とならない方が可能な限りこれまで通りの日常生活を営むことができるような環境整備が求められる。

5. 新たな診断・治療技術活用のための指針の整備

- ✓ 疾患修飾薬をはじめとした革新的な技術の活用を見据え、かかりつけ医療機関の初期対応並びに認知症サポート医による支援の在り方に関する指針、医療機関連携に関する指針、治療・ケア/診断後支援に関する指針などの整備がされなければ、新たな技術を必要とする人が適切に享受できない可能性がある。

研究開発機能

6. 継続的に技術イノベーションを創出するための研究開発を促進する体制整備³

- ✓ すべての人に新たな技術を届けるためには、継続的にイノベーションを生み出すことが求められるが、各ステークホルダーが連携し、認知症領域の研究開発を促進していく仕組みが不十分であるため、新たな価値ある研究開発が進まない可能性がある。診断・治療イノベーションに加えて、早期発見や診断後支援・ケアに関するイノベーションの推進も共生社会実現には必要不可欠である。
- ✓ 研究開発への公的資金が限定的（2022年度の認知症関連研究開発に対する日本の公的予算は米国NIHの2%程度⁴）であり、技術イノベーションを継続的に創出することが困難となっている可能性がある。

出所：巻末情報を基に日本総研作成

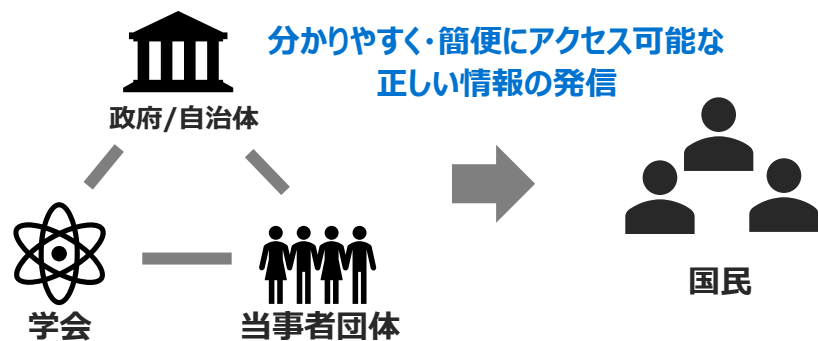
5-1. 環境整備に向けた提言 1/3

提言①

分かりやすく・簡便にアクセスが可能な正しい情報の発信

関連する環境整備：1

- ✓ 政府/自治体、学会や当事者団体等の関係者で、早期診断・治療の意義を明確にしなが、国民への認知症に関する正しい情報発信をしていくことが重要。特に、経験の専門家である認知症の当事者の声を、より幅広く国民に届ける仕組みが必要である。
- ✓ 診断・治療技術イノベーションによって、国民からの認知症に対する認識が変わると想定される中、新しい技術の適応対象や期待される効果等に関する誤った理解を生じさせないことを念頭に置いた、正確な情報発信がポイントとなる。
- ✓ 国民が、認知症に関する正確な情報に対して、分かりやすく・簡便にアクセスできるようにするための情報発信体制の構築も求められる。



主な
対応主体

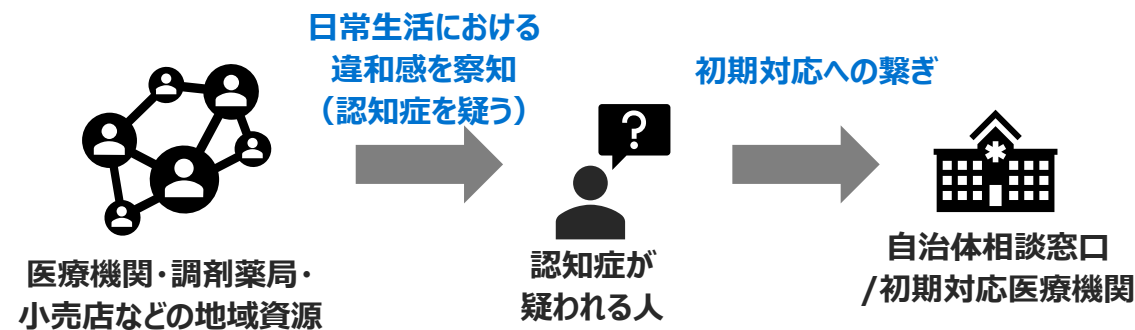
政府・自治体/アカデミア/当事者団体/企業

提言②

地域資源を活用した早期の気づきと初期対応への繋ぎのための仕組み構築

関連する環境整備：1,6

- ✓ かかりつけ医療機関や調剤薬局などの医療従事者（医師・薬剤師・看護師・医療事務など）、地域包括支援センターを中心に、違和感を早期に捉え、適切に初期対応へ繋げる仕組みを構築すべき。
 - 日常生活において当事者との接点の多い、自治体窓口、金融機関、小売店などの地域資源も有効活用することも検討すべき。
- ✓ 早期の気づきという観点では、デジタル技術等の活用も有効であるため、これら技術の適切な活用を視野に入れた環境整備が必要である。



主な
対応主体

政府・自治体/医療機関/企業

出所：日本総研作成

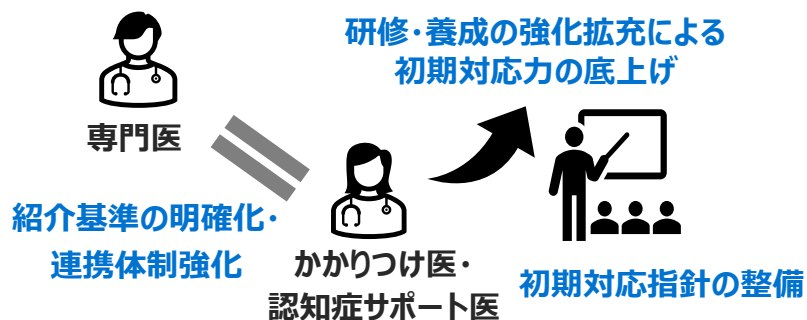
5-2. 環境整備に向けた提言 2/3

提言③

かかりつけ医における初期対応力の強化

関連する環境整備：2,5

- ✓ 疾患修飾薬等の活用や、正確な鑑別診断を見据えた際に必要となる、かかりつけ医に求められる初期対応事項に関する指針の整備が必要。
- ✓ 同時に、初期対応を担うかかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医を支援する認知症サポート医*の養成の促進が求められる。
- ✓ 専門医への紹介基準を明確化したうえで、かかりつけ医・認知症サポート医・専門医の連携体制を強化していくことが重要である。



*認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言やその他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師。地域における「連携」の推進役を期待されている。¹

主な
対応主体

政府・自治体/アカデミア/医療機関

提言④

適切な診断・治療が 提供できる専門医療体制の増強

関連する環境整備：3,4,5

- ✓ 疾患修飾薬等の活用を見据え、適切なタイミングで適切な対応が可能となるよう、認知症専門医および認知症疾患医療センターによる専門医療提供体制のあり方を検討し、増強することが必要。
- ✓ 検査・診断設備についても、イノベーションが起こった後の社会像も念頭に、研究開発体制の強化を通じて質の向上も図りながら、さらなるイノベーションの促進が必要。地域偏在や機能格差の課題も踏まえつつ、適切な検査・診断設備数の確保と人員の整備を進めるべき。
- ✓ 正確な診断の結果、専門家の視点から、個々の病態に応じて適切な支援やケアに繋げていくための体制の整備が求められる。

認知症専門医療提供体制の増強



専門医



疾患医療センター

検査・診断設備の 質の向上・供給量増加、 人員整備



出所：巻末情報を基に日本総研作成

主な
対応主体

政府・自治体/アカデミア/医療機関/企業

5-3. 環境整備に向けた提言 3/3

提言⑤

当事者の心理面・生活面・経済面等を早期から支える体制の整備

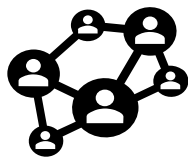
関連する環境整備：4,5

- ✓ 診断と治療の技術イノベーションを背景に、より年齢が若い方への診断が進む可能性がある。若い方への配慮も念頭に、診断直後から心理面や生活面、経済面への支援も十分に提供することが求められる。多職種が有機的に連携できるよう縦割りの排除や適切な配置などの整備を推進すべきである。
 - 但し、当事者によっては特別な支援やケアを求めないケースもあるため、支援やケアを受けるかにはかかわらず、可能な限りこれまで通りの日常生活を営むための環境整備も重要。
- ✓ また、診断後には、気軽にかかりつけ医師や自治体、ピアサポーター等に相談できるようにするための環境整備が必要。
- ✓ 特に、当事者団体については、活動の意義を社会に浸透させると共に、重要な社会資源と位置付けて、活躍の機会を促進すべき。

当事者団体の
活躍の場を促進



心理面・生活面支援の
ための多職種連携推進



主な
対応主体

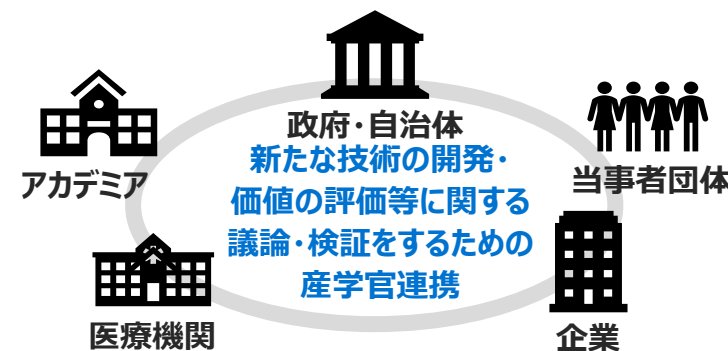
政府・自治体/当事者団体

提言⑥

当事者を含む産官学民連携を通じた 新技術の開発・価値の評価に関する議論促進

関連する環境整備：6

- ✓ 研究開発機能の強化に向けて、PPI/PPP構築の取組みの観点¹から、国全体として当事者団体、アカデミア、企業、医療機関、自治体などが集い、技術イノベーションを促進するための仕組みづくりを行うべき。
 - 早期発見・診断・治療という医療的観点と支援/ケアという日常生活を支える観点の双方からイノベーションが求められる。
- ✓ 当事者等のニーズも踏まえた新たな技術の開発・価値の評価等に関する議論・検証ができる産官学民連携の場を整備が必要。
- ✓ また、認知症関連の研究に対して、AMEDをはじめとした公的機関を中心に、必要十分量の投資を実施すべき。



主な
対応主体

政府・自治体/アカデミア/医療機関/当事者団体/企業

出所：日本総研作成

(参考) 神戸市における認知症神戸モデル・関連施策の紹介

- 神戸市の「認知症神戸モデル」を中心とした様々な認知症施策は、我々が提言する環境整備の一部が実践されている事例である。
- 下記の神戸市認知症施策も参考にしながら、先述の環境整備を進める必要がある。

	神戸市の認知症施策	施策の概要	対応する我々の提言
認知症神戸モデル	市民への理解・促進	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症神戸モデルにかかる（診断助成制度と事故救済制度）約3億円の費用を、市民1人当たり年額400円（超過課税）負担してもらうにあたり、有識者による検討経過やパブリックコメントに関する情報を公開することで、施策の理解を促す。 	提言① 分かりやすく・簡便にアクセスが可能な正しい情報の発信
	自己負担ゼロの2段階方式の認知症診断（診断助成制度）	<ul style="list-style-type: none"> ● 早期受診を支援するために、65歳以上の市民は、自己負担ゼロで医療機関における2段階方式の認知症診断が受診できる。 ● 第1段階では、かかりつけ医が認知症の疑いの有無を検診する。アセスメントの方法が定められているため、非専門医であっても的確に検診することができ、スムーズに第2段階の専門医による精密検査に繋げることができる。 神戸市実績：2019年～22年11月末： <ul style="list-style-type: none"> ✓ 第1段階実施医療機関：464か所、受診者数54,208人 ✓ 第2段階実施医療機関（認知症疾患医療センターを含む）：73か所、受診者数11,626人 	提言③ かかりつけ医における初期対応力の強化
	事故救済制度	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症診断助成制度で認知症と診断された方は、無料で4つのサポート「賠償責任保険制度」「認知症事故救済制度専用コールセンター」「GPS安心かけつけサービス ※一部有料」「見舞金（給付金）制度」が受けられる。 	提言④ 適切な診断・治療が提供できる専門医療体制の増強
関連施策	認知症初期集中支援チームの有効活用	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括支援センターを中心に、多職種からなる認知症初期集中支援チームを有効活用し、違和感を早期に捉えることで、認知症の疑いがあっても、様々な理由により受診行動に至らない人を、適切な医療・介護に繋ぐことができる体制を構築している。 	提言② 地域資源を活用した早期の気づきと初期対応への繋ぎのための仕組み構築
	医療産業都市における認知症関連取組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 企業や研究機関・大学、医療機関などの連携・融合を推進する神戸医療産業都市で、アルツハイマー病の研究を実施する。 ● 認知症に関する臨床研究を推進するため、認知症専門医等と臨床試験参加希望者とのネットワーク（KOBEもの忘れネットワーク）を構築する。 	提言⑥ 当事者を含む産学官連携を通じた新技術の開発・価値の評価に関する議論促進

出所：巻末情報を基に日本総研作成

参考文献

P4 : 0-2. 前提 : 「認知症」と「アルツハイマー病」

- 1 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス総合サイト」
- 2 一般社団法人日本神経学会「認知症疾患診療ガイドライン2017」
- 3 池田俊也ら「Economic Burden of Alzheimer's Disease Dementia in Japan」Journal of Alzheimer's Disease 81 (2021) 309-319
- 4 一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会「国民皆保険制度を次世代に引き継ぐために～給付と負担の再構築に向けた一考察～」2021年4月1日

p8 : 2-1. 認知症の診断技術イノベーションへの期待と意義

- 1 治療可能な認知症として、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症などの内分泌疾患、ビタミンB1欠乏症・ビタミンB12欠乏症・葉酸欠乏症などの欠乏性疾患・代謝性疾患、自己免疫性疾患、呼吸器・肝臓・腎臓疾患、神経感染症など内科的疾患によって起きるもの。処方薬などの薬剤によっても、認知症のような症状があらわれることがある。厚生労働省「みんなのメンタルヘルス総合サイト」
- 2 Clifford R Jack and others 「Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade」Lancet Neurol. 2010 Jan; 9(1): 119, Clifford R Jack Jr, David M Holtzman 「Biomarker modeling of Alzheimer's disease」2013 Dec 18;80(6):1347-58. doi: 10.1016/j.neuron.2013.12.003.

P11 : 4. 技術イノベーションを見据えた際に必要となる環境整備

- 1 日本医事新報社「認知症対応へ専門医の育成と偏在改善に注力―老年精神医学会・池田氏」（2018年5月）
- 2 経済社会研究センター「アルツハイマー病の疾患修飾薬に対する日本の医療基盤の整備状況の評価」
- 3 日本医療政策機構（HGPI）認知症政策プロジェクト日本発のイノベーションに向けた認知症研究開発における産官学民の連携構築キックオフ専門家会合「認知症疾患修飾薬の開発と普及に向けた課題と展望」2021年7月12日（月）
NIH Professional Judgment Budget for Alzheimer's Disease and Related Dementias for Fiscal Year 2022 LEADING THE CHARGE (<https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2020-07/bypass-budget-report-FY-2022.pdf>)
- 4 内閣官房 健康・医療戦略推進本部 「令和4年度予算における主な疾患領域に関連した研究開発の概要」

P13 : 5-2. 環境整備に向けた提言2/3

- 1 国立健康開発法人国立長寿医療研究センター「認知症サポート医養成研修」

P13 : 5-3. 環境整備に向けた提言3/3

PPP（Public Private Partnership）とは、公共と民間が連携して公共サービスの提供を行うスキームを意味する幅広い概念である。内閣府「PPP/PFIとは：民間資金等活用事業推進室（PPP/PFI推進室）」

- 1 (https://www8.cao.go.jp/pfi/pfi_jouhou/aboutpfi/aboutpfi_index.html) を参照。また、PPI（Patient and Public Involvement：PPI）とは研究への患者・市民参画を指し、医学研究・臨床試験プロセスの一環として、研究者が患者・市民の知見を参考にするという考え方である。国立研究開発法人日本医療研究開発機構「研究への患者・市民参画（PPI）」(<https://www.amed.go.jp/ppi/teiginado.html>) を参照。

P15 : (参考) 神戸市における認知症神戸モデル・関連施策の紹介

神戸市役所「認知症神戸モデル」

※上記の他、有識者ヒアリングによりエビデンスを補完

本レポート作成にあたり、ご意見を頂戴した有識者

本レポート作成にあたり、下記の有識者の方々にご意見を頂戴した。ただし、提言内容は日本総研が取りまとめた意見であり、個々の有識者の意見を示すものではなく、有識者が提言内容のすべてに賛同を頂いたことを示すものではない。

栗田 主一	東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター センター長
五十嵐 中	横浜市立大学医学群健康社会医学ユニット 准教授
岩田 淳	東京都健康長寿医療センター 内科総括・脳神経内科部長
岩坪 威	東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻神経病理学分野 教授、日本認知症学会 理事長
岡本 薫明	日本たばこ産業株式会社 取締役副会長（元 財務省事務次官）
香取 照幸	上智大学総合人間科学部教授/一般社団法人 未来研究所臥龍 代表理事
後藤 励	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授
古和 久朋	神戸大学大学院 保健学研究科 リハビリテーション科学領域 教授 同認知症予防推進センター長
鈴木 森夫	公益社団法人 認知症の人と家族の会 代表理事
とかしき なおみ	元厚生労働副大臣/前衆議院議員
新美 芳樹	東京大学医学部附属病院早期・探索開発推進室 特任講師
乗竹 亮治、栗田 駿一郎	特定非営利活動法人 日本医療政策機構
浜野 淳	一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 高齢者医療委員会 副委員長
堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
藤田 和子	一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事

上記に加え、日本イーライリリー株式会社ならびに米国研究製薬工業協会(PhRMA)共催『第5回ヘルスケア・イノベーションフォーラム（2022.11.8）』におけるパネルディスカッションを参考

<モデレーター>

とかしき なおみ 元厚生労働副大臣/前衆議院議員

<パネリスト>

岩坪 威 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻神経病理学分野 教授、日本認知症学会 理事長

岡本薫明 日本たばこ産業株式会社 取締役副会長（元財務省事務次官）

香取照幸 上智大学総合人間科学部 教授、一般社団法人 未来研究所臥龍 代表理事

デビッド・A・リックス イーライリリー・アンド・カンパニー 会長兼最高経営責任者

（五十音順、敬称略）

株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門

ヘルスケア・事業創造グループ

コンサルタント 徳永 陽太

E-mail: tokunaga.yota@jri.co.jp

Tel: 090-5509-7415 (直通)

株式会社 日本総合研究所

〒141-0022

東京都品川区東五反田2丁目18番1号 大崎フォレストビルディング

〒550-0001

大阪市西区土佐堀2丁目2番4号 土佐堀ダイビル

本資料の著作権は株式会社日本総合研究所に帰属します。