

36 (12-66)%、特異度は 90 (68-98)%であった。

主治医意見書による要介護認知症診断において、そのカットオフ値を変えた場合の感度および特異度の変化を ROC 曲線で示した(図 1)。すなわち、ランク I 以上を要介護認知症とした場合には感度 64 (34-87)%、特異度 80 (56-94)%、ランク II b 以上とした場合には感度 29 (8-59)%、特異度 95 (75-100)%、ランク III a 以上とした場合には感度 14 (3-44)%、特異度 95 (75-100)%であった。

#### D. 考察

本研究では、認知症の簡易診断の方法として主治医意見書をもとに要介護認知症の疫学診断を行い、その妥当性を検証した。今回の結果から、要介護認知症の診断基準を「認知症高齢者の日常生活自立度」II a 以上とした場合の特異度は 90%であり、association study として危険因子の探索を行う目的である限り、診断方法としての妥当性は概ね許容できるレベルにあるものと判断される。しかしながら今回の研究にはいくつかの限界があり、今回診断基準を疫学研究においてを用いるにあたってはいくつかの留意点がある。

第 1 に、今回の検討の大きな限界としてサンプルサイズが小さいことが挙げられる。このことは感度と特異度の信頼区間が大きくなることにつながっており、認知症診断の誤分類の可能性については現段階では留保する必要がある。今後、サンプルサイズの大きい集団でのより精度の高い検討が望まれる。

第 2 に、今回の要介護認知症の疫学診断の感度が低く、今回の疫学診断基準を用いて危険因子と認知症との関係を推定した場合、その関係を過小評価する可能性がある。すなわち、偽陽性の症例が認知症症例として混ざりこむ可能性は比較的少ないものの、偽陰性症例が認知症を有しないものとして混ざりこむ可能性がある。しかしながら、認知症症例の有病率(65 歳以上で約 5-6%)を考慮すると、十分なサンプルサイズを擁するコホートをを用いて分析を行う場合には、偽陰性が認知症を有しないものに与える影響は極めて小さいと考えられる。

第 3 に、今回の疫学診断の感度が極めて低かった

ことから、認知症の有病率の検討においては、本研究における認知症診断をそのまま用いることはできない。すなわち、ランク II a 以上を認知症とした場合には、真の認知症患者の 6 割以上を見落とすことになり、正確な認知症の有病把握に資する指標とは言い難い。したがって、認知症の有病を把握する場合には、今回の疫学診断基準とは別の基準を検討する必要がある。

#### E. 結論

本厚生労働科学研究で用いる要介護認知症の疫学診断基準は、精神科医の評価による認知症総合診断モデルと比較した場合の特異度が高く、コホート研究において危険因子との関連を検討する場合には、概ね堪えうる診断基準であると考えられた。しかしながら、感度がきわめて低いことから、この診断基準をもって認知症の有病の把握を行うには適切でないと判断された。今回の検討では例数が少なかったことから、次年度以降、さらに例数を増やして検討を行う計画である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 研究協力者

池田愛	ハーバード大学研究員
野田博之	ハーバード大学研究員

表 1. ランク II a 以上を認知症ありとした時の 2×2 分割表

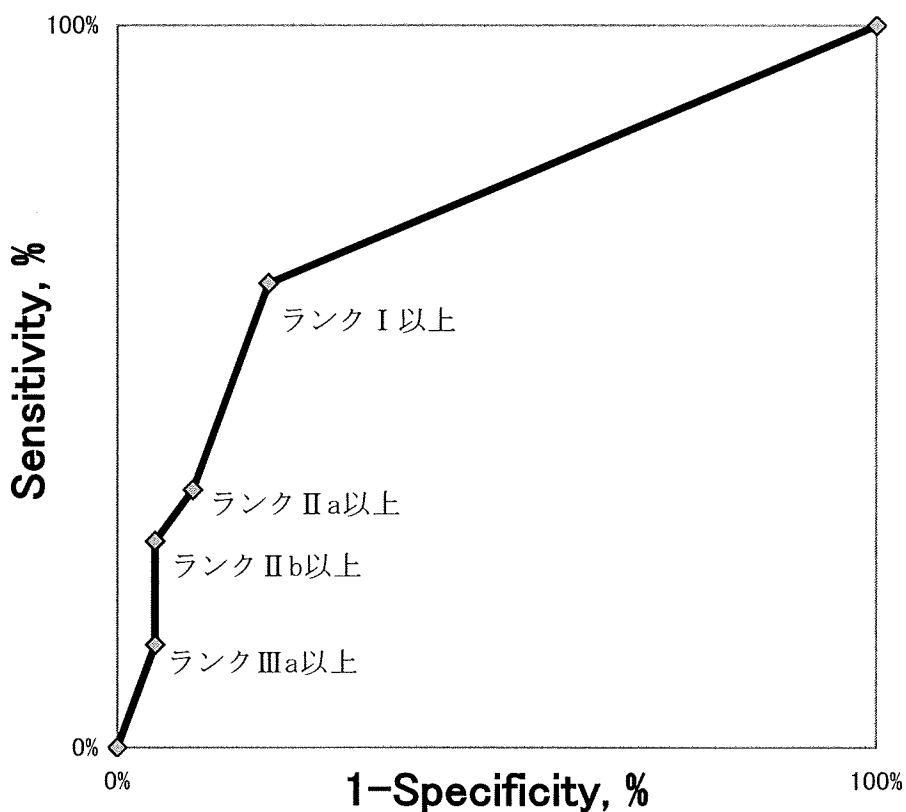
認知症総合診断モデル

	認知症なし	認知症あり
認知症なし	18	9
認知症あり	2	5

主治医意見書による「認知症高齢者の日常生活自立度」判定基準がランク II a 以上

敏感度：36% 特異度：90%

図 1. 主治医意見書による簡易診断における ROC 曲線



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

