

設問 5. 貴施設における平成 20 年度の入所者全体と認知症のある入所者における平均在院日数をお答えください

全体(含む認知症のある方)の在院日数 日 認知症のある方の在院日数 日

設問 6. 平成 20 年度に入所された認知症のある方について、どこから入所されたか各々の人数をお答えください

自宅から 名 医療機関から 名 介護保険関連施設から 名
その他 名

設問 7. 平成 20 年度に退所された認知症のある方について、どこへ移られたか各々の人数をお答えください

自宅へ 名 他の医療機関へ 名 介護保険関連施設へ 名
その他 名

設問 8. 日常業務の中で、認知症のある利用者に関して、課題あるいは問題点だとお感じのことがございましたら、ご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒で、平成 年 月 日(曜日)までに下記宛にご返送をお願いいたします。

お問い合わせ先 〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1 筑波大学臨床医学系精神医学 TEL, FAX 029-853-3182 担当 飯島
--

追加調査

以下では「認知症のある入所者」とは、認知症の病名(認知症、アルツハイマー病、アルツハイマー型老年認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、ピック病、前頭側頭型認知症、正常圧水頭症など)が付けられている方を意味します。

平成 20 年度(平成 20 年 4 月 1 日から 21 年 3 月 31 日)に 1 日でも在所された方についてお尋ねします。

設問 1.

1)これらの総人数

2)このうちの

退所者数 名 死亡退所者数 名 死亡以外の退所(含む他施設への移動) 名

3)平成 21 年 9 月 1 日現在でなお在所している方の数

名

設問 2. これらの方々の中で、貴施設のスタッフが他施設への退所支援にご努力された方々の人数は何名ですか？

名

設問 3. 退所支援を試みられた結果、受け入れられた方は何名ですか？

名

設問 4. 施設のタイプ別に、受け入れてもらえた人数をお答えください。

精神科以外の医療機関 名 精神科病院 名 特別養護老人ホーム 名
老健施設 名 グループホーム 名 その他介護保険系施設 名
自宅 名

設問 5. ご努力にもかかわらず受けていただけなかった方の人数をお答えください。(交渉中に死亡退所された方も含みます)

名

設問 6. 移動先(退所先)として、密接な連携を普段から取りあっておられる病院(一般病院)がありますか?はい、いいえを○で囲んでください

はい いいえ

設問 7. 移動先(退所先)として、密接な連携を普段から取りあっておられる精神科病院がありますか?はい、いいえを○で囲んでください

はい いいえ

以下の項目については、対象者の臨床個人票をもとに個人ごとにお答えください。

設問 8. 設問 3 の該当者全員について、それぞれの方の臨床個人票の最後に追加項目として設けられた A「移動先」のカッコの中に、施設別につけられた次の 1~6 の番号を○で囲んでください。

1 他の医療機関、2 精神科病院、3 特別養護老人ホーム、4 老健施設、5 グループホーム、5 その他介護保険系施設、6 自宅、 7 貴施設在所のまま

設問 9. 設問 8 で、「貴施設在所のまま」となった方々については、上記の「移動先」のカッコの下の B「入所継続とならざるを得ない理由」を、簡単にご記入くださいませ。

例：継続的に治療が必要な病状がある、家族の受け入れ、どの機関も受け入れてくれない

<資料 4>

臨床個人票

平成 21 年 3 月 31 日より前で、一番最近作成された主治医意見書をもとに、以下の問いにお答えください。該当する主治医意見書がない場合には、平成 21 年 3 月 31 日の時点でどのような状態であったかについてお答えください。

1 利用者さんのイニシャルと年齢、性別

2 主治医意見書の最終記入日

平成 年 月 日

3 主治医の診療科

内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他

4 認知症の基礎疾患

アルツハイマー病 脳血管性認知症 ピック病などの前頭側頭型認知症 レビー小体型認知症 その他（病名： ）

5 特別な医療

次の疾患の有無 悪性腫瘍、 心筋梗塞・脳卒中急性期、 大腿骨頸部骨折

（過去 14 日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置
 酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置
 疼痛の看護 経管栄養

特別な対応 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度 等） 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル 等）

6 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度

自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

・短期記憶

問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力

自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力

伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

無

- 有 → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行
 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行動
 性的問題行動 その他 大声 他の利用者等への危害
 離施設(脱走)企図

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左)

身長＝ cm 体重＝ kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

- 四肢欠損 (部位:)
 麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
 その他 (部位: 程度: 軽 中 重)
 筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: 程度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)
 失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
 褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
 その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

7 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

- 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下
 閉じこもり 意欲低下 徘徊 低栄養 摂食・嚥下機能低下
 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他
 ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

- ・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()
 ・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()
 ・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

(5) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください)

- 無 有 () 不明

追加調査項目

移動に関する項目

A 移動先：番号を○で囲んでください

1 他の医療機関へ、2 精神科病院へ、3 特別養護老人ホームへ、4 老健施設へ、5 グループホームへ、6 その他介護保険系施設へ、7 貴施設在所のまま

B 入所継続とならざるを得ない理由

Ⅱ. 分 担 研 究 報 告 書

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「認知症の実態把握に向けた総合的研究」

分担研究報告書

「栗原プロジェクト」3 年目の調査報告

研究分担者 目黒 謙一

（東北大学大学院医学系研究科 高齢者高次脳医学寄附講座）

研究要旨

平成 20 年度から開始された「栗原プロジェクト」の 3 年目調査として、同市 4 地区在住後期高齢者を対象に、認知症の有病率や脳梗塞の有無、血管性危険因子の状況について調査を行った。同意率は 48.4% で、認知症の有病率は 10.5% であった。45.4% の高齢者に MRI にて梗塞が発見されたが、その半数が病歴「なし」であった。血管性危険因子については、病歴上「なし」の高齢者の 20%（高血圧）～40%以上（脂質異常・糖尿病）が発見され、本調査の意義が確認された。今後、3 年全体のデータの分析、認知症の疾患別割合、介護保険情報との関連を検討する。

A. 研究目的

宮城県栗原市において、平成 20 年度から「地域における脳卒中・認知症・寝たきり予防プロジェクト」（栗原プロジェクト）が開始された。今年度は、花山地区、金成地区、栗駒地区、築館地区に在住する「後期高齢者」を対象に、認知症の有病率や脳梗塞の有無、血管性危険因子の状況について調査を行い、同地区の保健医療福祉連携の一助とする。

B. 研究方法

宮城県栗原市の花山地区、金成地区、栗駒地区、築館地区に在住する 75 歳以上高齢者男性 172 名、女性 301 名、計 473 名を対象に、1. CDR 判定による認知症の有無、2. MRI 検査による脳梗塞の有無、3. 血圧測定・血液検査による血管性危険因子（高血圧・脂質異常症・糖尿病）の有無について検討を行った。2・3 については、保健師や面接医の聞き取りによる病歴の有無と比較し、本調査の意義を検討した。

C. 研究結果

0. 同意が得られたのは男性 96 名（55.8%）、女性 133 名（44.2%）、計 229 名（48.4%）であった。この値は、認知症の有病率を 5～10% と想定した場合の 95% 信頼区間が得られる値である。
1. CDR 判定の結果、CDR 1 以上で認知症と判定された高齢者は、男性 9 名（9.4%）、女性 15 名（11.3%）、計 24 名（10.5%）であった。

2. MRIにて梗塞が発見された高齢者は104名(45.4%)であった。脳梗塞の病歴「あり」は39名(17.0%)、「なし」は185名(80.8%)であったが、「なし」のうち89名(48.1%)がMRIで新たに脳梗塞が発見された。

3. 血管性危険因子については、

- ① 高血圧の病歴「あり」が137名(59.8%)、「なし」が92名(40.2%)で、病歴「なし」のうち19名が本調査にて新たに発見された(病歴「なし」の20.7%)。
- ② 脂質異常症の病歴「あり」は90名(39.3%)、「なし」は139名(60.7%)で、病歴「なし」のうち65名が本調査にて新たに発見された(病歴「なし」の46.8%)。
- ③ 糖尿病の病歴「あり」は44名(境界型含む19.2%)、「なし」は185名(80.8%)で、病歴「なし」のうち89名が本調査にて新たに発見された(病歴「なし」の48.1%)。

D. 考察

3年全体の調査からみると認知症の有病率は12.5%で、今年度の値は低いですが、地区による同意率の違いがあると思われる。原因疾患としては、初年度調査でアルツハイマー病と血管性認知症がほぼおなじ割合であることが示されていたが、今後全体のデータを用いて検討を加える。また、初年度調査同様、二次予防としての「かかりつけ医」と認知症専門医との医療連携、三次予防として介護保険サービスの活用に調査報告を活用していく予定である。

E. 結論

栗原市4地区在住の後期高齢者における、認知症の有病率は10.5%で、45.4%の高齢者にMRIにて梗塞が発見された。血管性危険因子については、病歴上「なし」の高齢者の20%(高血圧)～40%以上(脂質異常・糖尿病)が発見され、本調査の意義が確認された。今後、3年全体のデータの分析、認知症の疾患別割合、介護保険情報との関連を検討する。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症の実態把握に向けた総合的研究」
分担研究報告書
認知症有病率調査－大府市疫学研究
研究分担者 下方 浩史（国立長寿医療研究センター予防開発部）

研究要旨

地域での認知症有病率を求めるために、65 歳から 99 歳の地域住民から性別および 5 歳階級ごとの層化無作為抽出を行い、在宅であった 580 名について自宅への訪問調査を実施した。461 名について訪問調査が実施できた。受診率は 79.5 パーセントであった。調査の結果、在宅高齢者の認知症有病率は、男性 11.0 パーセント、女性 13.8 パーセント、全体では 12.7 パーセントと推定された。認知症と診断された者の 68.7 パーセントが要支援要介護と認定されていた。また病型診断で 81.3 パーセントがアルツハイマー病であった。

A. 研究目的

本研究は厚生労働省の方針に基づいて全国 8 カ所行われる認知症有病率調査の一部として、大府市の無作為抽出された 65 歳以上住民 700 名を対象に第 1 次および第 2 次調査を実施する。第 1 次調査は調査員の訪問にて Clinical Dementia Rating (CDR)、MMSE を用いた認知機能調査を実施し、認知機能障害が疑われる場合には第 2 次調査を実施する。第 2 次調査は医師による面接調査と身体診察、頭部 MRI 撮像である。以上の結果をもとに各種の認知症、アルツハイマー病、脳血管性認知症等を診断する。

本年度は、無作為抽出された住民のうち自宅に在宅する者について実施された第 1 次調査としての自宅への訪問調査の結果を検討するとともに、第 2 次調査の結果をまとめた。

B. 研究方法

1. 調査対象者

1)調査対象の選択基準

- (1) 居住地域：大府市
- (2) 基本属性・その他
 - ①65 歳から 99 歳までの男女住民。
 - ②無作為抽出により選ばれた者。
 - ③同意書に承諾のサインができる者。
 - ④対象者に同意能力がないと判断された場合は、家人等の代諾者から承認を得られる者。

2)除外基準

- (1) 本人の意思に基づく参加への拒否がある場合。
- (2) 外国国籍の者

- (3) 研究員が参加は見合わせるべきと認定した場合。
- (4) 国立長寿医療センターで実施している「国立長寿医療センター研究所・老化に関する長期縦断疫学研究 (NLS-LSA) にすでに参加している者

3) 住民に対する趣旨説明の概要

- (1) 広報誌などで住民に概要の通知と参加への協力を依頼
- (2) 各対象者にはさらに郵送で概要の通知と参加への協力を依頼
- (3) 通知内容
 - ① 認知症を予防する活動の一環と位置づける。
 - ② 全国の 8 ヶ所で実施するうちの 1 つの調査である。これら 8 調査はまとめられる。
 - ③ その結果は、厚生労働省が今後の施策の基礎として使う。

2. 試験デザイン

一般住民を対象とした無作為抽出を用いた標本調査

3. 実施のスケジュール

1) 無作為抽出による対象者名簿作成

- (1) 大府市に依頼し最新の住民基本台帳から平成 21 年 10 月 1 日現在の年齢にて 65 歳から 99 歳までの 5 歳ごとの 7 年齢群について、各群 100 名、合計 700 名となるように層化無作為抽出を行う。
- (2) 調査地域における住民への周知徹底：広報など、
 - ① 前もって厚労省老健局から大府市に協力依頼する。
 - ② 市報を用いて本調査の周知徹底を図る。
抽出された住民への文書による参加呼びかける。

2) 本調査前の用意

(1) 調査協力依頼の方法

抽出された対象に訪問調査についての本調査の趣旨、具体的な調査方法、調査の日時を通知する手紙を送る。今回の調査は訪問による認知機能検査の第 1 次調査と、国立長寿医療センターでの医師による診察と頭部 MRI 撮影の第 2 次調査があることを説明しておく。

(2) 調査当日における研究概要の説明

まず改めて今回の調査は訪問による認知機能検査の第 1 次調査と、国立長寿医療センターでの医師による診察と頭部 MRI 撮影の第 2 次調査があることを説明して、調査を承諾されるかを参加者の意思でお決めいただきたいと説明する。その上で、書面により承諾書を得る。承諾を得るまでの過程において、同意能力が疑わしいケースについては、家族等に本調査の趣旨や調査内容その他について説明する。これにより代諾者の了解が得られた場合には、当事者に参加を決定していただく。

3) 実際の調査

(1) 調査場所

第 1 次調査は原則として自宅への訪問調査とする。ただし介護保険サービスの供給機関

で個人面談を行う場合もある。第2次調査は国立長寿医療センターで実施する。

(2) 調査の段階

今回の調査は訪問調査での認知機能検査の第1次調査と、認知症等の異常が疑われる場合に第2次調査として国立長寿医療センターで頭部MRI撮影を行い、医師が一定の手順で構造化面接を行って認知症の有無の診断、病型診断を行う。

(3) 第1次調査：調査員による自宅訪問調査

a. 実施法

NPO ネットワーク大府の調査員により訪問調査を行う。調査で実施する Clinical Dementia Rating (CDR)、MMSE については調査員への教育を行う。

b. 調査内容

病歴調査および認知機能について CDR と MMSE を用いて実施する。

- ・ CDR 実施上の問題点：一部は家族など情報提供者が必要である。
- ・ MMSE：新訳版を用いる。24/23 をカットオフとする。

この2つの基準を用いて、CDR1.0 以上もしくは MMSE が 23 点以下である場合に認知症疑いとする。また CDR0.5 もしくは MMSE が 24 点～26 点である場合を MCI（軽度認知機能障害）とする。

(4) 第2次調査：医師による国立長寿医療センター病院での認知症診断

平成21年度内に第一次調査を開始した後にスタートし、22年度の7月をめどに終了させる。

a. 対象

CDR1.0 以上もしくは MMSE が 23 点以下とする。

b. 診察・検査内容

第一次調査の結果を再確認した上で、一般身体・神経学的検査を行う。認知症と診断した場合(DSM-IV)は、代表的な診断クライテリアによって Alzheimer, DLB, FTL, VaD, others など基礎疾患を診断する。これについての簡易マニュアル・チェック項目を用意する。血液検査および遺伝子検査は行わない。

(倫理面への配慮)

本研究は「疫学的研究に関する倫理指針」を遵守して行っている。本研究は国立長寿医療センター倫理委員会での研究実施の承認を受けて実施し、調査の対象者全員からインフォームドコンセントを得ている。

C. 研究結果

(1) 調査の実施状況

平成21年10月1日現在の年齢が、65歳から99歳まで5歳階級で男女50名、計700名の調査を計画し、性別および5歳階級の年齢別で層化無作為抽出を行った。しかし大府市には95歳から99歳までの男性は23名しかおらず、調査総数は673名となった。このうち調査実施までに人口動態調査で13名が死亡もしくは転居していることが判明し660名が調査の対象となった。さらに24名が住民票記載の住所から施設入所していたことが判明した。636名のうち110名が事前

に訪問調査を拒否し、526名の対象者について自宅への訪問調査を行った。訪問にて死亡2名、転居3名、長期不在3名、連絡不能5名、施設入所53名が判明した。訪問にての調査拒否が4名あり、466名について調査を実施し、本人への面接調査を行い、認知症のスクリーニングを行った。また調査にはできる限り家族に同席していただいた。調査時点で自宅に居住していた580名のうち466名の調査が可能であり、さらに認知症のスクリーニング検査が可能であったのは461名で、在宅高齢者の調査受診率は79.5パーセントであった。CDRは461名全員に実施されたが、MMSEの全項目を実施できたのは432名であった。

表1. 性別・年齢階級別対象者数

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	合計
男性	37	35	38	45	42	32	14	243
女性	36	34	31	32	32	30	23	218
合計	73	69	69	77	74	62	37	461

(2)対象者の特性

対象者は男性243名（65～99歳：平均80.6±9.7歳）、女性218名（65～99歳：平均80.6±9.7歳）であった（表1）。

(3)認知症スクリーニング検査結果

MMSEの平均得点は男性25.4±4.6点、女性25.1±5.7点であった。男女ともMMSE得点は年齢が高くなるほど低くなっていた（図1）。CDRが1以上であり、認知症が疑われた割合は、男性では20.5パーセント、女性では22.5パーセントであった。年齢別にみると男女ともに加齢で割合は高くなっていたが、95歳以上の男性では割合が低下していた。

CDRが0.5のMCIが疑われる者は男性では50.2パーセント、女性では41.3パーセントであった。年齢別にみると男女ともに80歳代で割合が最も高くなっていた。MMSE得点が23点以下もしくはCDRが1以上の者を認知症の疑いにした場合には男性28.8.2パーセント、女性では30.3パーセントであった。

これらの数値を平成21年10月1日現在の大府市の人口に当てはめると、市全体での認知症患者推定数は男性751名、女性1,063名の合計1,845名となり、認知症有病率は、男性11.0パーセント、女性13.8パーセント、全体では12.7パーセントとなった（表2）。

表2. 大府市における認知症有病率と認知症患者推定数

	人口			認知症有病率			認知症患者推定数		
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計
65歳～69歳	2,635	2,574	5,209	2.7%	2.8%	2.7%	71	72	143
70歳～74歳	1,864	1,788	3,652	2.9%	2.9%	2.9%	53	53	106
75歳～79歳	1,179	1,437	2,616	21.1%	16.1%	18.8%	248	232	493
80歳～84歳	724	968	1,692	22.2%	21.9%	22.1%	161	212	374
85歳～89歳	279	584	863	50.0%	40.6%	46.0%	140	237	397
90歳～94歳	95	274	369	71.9%	66.7%	69.4%	68	183	256
95歳～99歳	23	91	114	42.9%	82.6%	67.6%	10	75	77
合計	6,799	7,716	14,515	11.0%	13.8%	12.7%	751	1,063	1,845

(4)認知症と要介護度・自立度・認知度

今回の対象者全員に要支援・要介護について検討した。要支援の認定を受けている者は 37 名 (8.0 パーセント) であった。また要介護の認定を受けている者は 110 名 (23.9 パーセント) であった。表3に示すように、異常なし、MCI、認知症となるにつれて要支援・要介護度は増加していた。保健師の訪問調査および医師意見書による日常生活自立度 (寝たきり度) も同様に異常なし、MCI、認知症となるにつれて重症度が高くなっていた (表4、5)。認知症高齢者の日常生活自立度と認知症診断との関連は、保健師の訪問調査および医師意見書による診断ともに認知症患者で重症度が高くなっていたが、医師の意見書よりも保健師の訪問調査による判定の方が一致率が高かった (表6、7)。

表3. 認知症診断と要支援・要介護度

	異常なし		MCI		認知症		全体	
認定なし	112	91.8%	163	80.3%	39	28.7%	314	68.1%
要支援1	6	4.9%	9	4.4%	5	3.7%	20	4.3%
要支援2	1	0.8%	11	5.4%	5	3.7%	17	3.7%
要介護1	2	1.6%	4	2.0%	21	15.4%	27	5.9%
要介護2	0	0.0%	4	2.0%	21	15.4%	25	5.4%
要介護3	0	0.0%	4	2.0%	16	11.8%	20	4.3%
要介護4	0	0.0%	3	1.5%	20	14.7%	23	5.0%
要介護5	1	0.8%	5	2.5%	9	6.6%	15	3.3%
合計	122	100.0%	203	100.0%	136	100.0%	461	100.0%

表4. 認知症診断と訪問調査による日常生活自立度

	異常なし		MCI		認知症		全体	
認定なし	112	91.8%	163	80.3%	39	28.7%	314	68.1%
自立	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
J1	0	0.0%	1	0.5%	1	0.7%	2	0.4%
J2	6	4.9%	9	4.4%	19	14.0%	34	7.4%
A1	2	1.6%	11	5.4%	19	14.0%	32	6.9%
A2	1	0.8%	9	4.4%	30	22.1%	40	8.7%
B1	0	0.0%	2	1.0%	8	5.9%	10	2.2%
B2	0	0.0%	4	2.0%	12	8.8%	16	3.5%
C1	0	0.0%	0	0.0%	3	2.2%	3	0.7%
C2	1	0.8%	4	2.0%	5	3.7%	10	2.2%
合計	122	100.0%	203	100.0%	136	100.0%	461	100.0%

表5. 認知症診断と医師意見書による日常生活自立度

	異常なし		MCI		認知症		全体	
認定なし	112	91.8%	163	80.3%	39	28.7%	314	68.1%
自立	2	1.6%	1	0.5%	5	3.7%	8	1.7%
J1	0	0.0%	4	2.0%	3	2.2%	7	1.5%
J2	5	4.1%	5	2.5%	12	8.8%	22	4.8%
A1	1	0.8%	8	3.9%	14	10.3%	23	5.0%
A2	1	0.8%	6	3.0%	24	17.6%	31	6.7%
B1	0	0.0%	8	3.9%	22	16.2%	30	6.5%
B2	0	0.0%	5	2.5%	8	5.9%	13	2.8%
C1	0	0.0%	2	1.0%	4	2.9%	6	1.3%
C2	1	0.8%	1	0.5%	5	3.7%	7	1.5%
合計	122	100.0%	203	100.0%	136	100.0%	461	100.0%

表6. 認知症診断と訪問調査による認知症高齢者の日常生活自立度

	異常なし		MCI		認知症		全体	
認定なし	112	91.8%	163	80.3%	39	28.7%	314	68.1%
自立	6	4.9%	25	12.3%	7	5.1%	38	8.2%
I	3	2.5%	10	4.9%	21	15.4%	34	7.4%
Ⅱa	1	0.8%	0	0.0%	11	8.1%	12	2.6%
Ⅱb	0	0.0%	3	1.5%	30	22.1%	33	7.2%
Ⅲa	0	0.0%	1	0.5%	17	12.5%	18	3.9%
Ⅲb	0	0.0%	0	0.0%	3	2.2%	3	0.7%
Ⅳ	0	0.0%	0	0.0%	7	5.1%	7	1.5%
M	0	0.0%	1	0.5%	1	0.7%	2	0.4%
合計	122	100.0%	203	100.0%	136	100.0%	461	100.0%

表7. 認知症診断と医師意見書による認知症高齢者の日常生活自立度

	異常なし		MCI		認知症		全体	
認定なし	112	91.8%	163	80.3%	39	28.7%	314	68.1%
自立	7	5.7%	20	9.9%	14	10.3%	41	8.9%
I	2	1.6%	14	6.9%	17	12.5%	33	7.2%
Ⅱa	0	0.0%	2	1.0%	17	12.5%	19	4.1%
Ⅱb	0	0.0%	0	0.0%	16	11.8%	16	3.5%
Ⅲa	0	0.0%	1	0.5%	20	14.7%	21	4.6%
Ⅲb	1	0.8%	0	0.0%	5	3.7%	6	1.3%
Ⅳ	0	0.0%	2	1.0%	6	4.4%	8	1.7%
M	0	0.0%	1	0.5%	2	1.5%	3	0.7%
合計	122	100.0%	203	100.0%	136	100.0%	461	100.0%

(5)第2次調査での認知症病型診断

第1次調査で認知症と診断された136名について、第2次調査で頭部MRI等による病型診断を行った。136名のうち48名が第2次調査に参加した。48名のうち39名(81.3パーセント)がアルツハイマー病、7名(14.6パーセント)が血管性認知症、2名(4.2パーセント)が混合型認知症であった。レビー小体型認知症、前頭側頭葉脳変性症の診断基準に当てはまる例はなかった。表8は性別にみた病型である。男性に血管性認知症、混合型認知症が多いことが分かる。表9は年齢別の病型である。どの年齢でもアルツハイマー病が多いが、95歳以上の超高齢者では血管性認知症の割合が高かった。

表8. 性別にみた認知症の病型頻度

	男性		女性		全体	
アルツハイマー病	20	71.4%	19	95.0%	39	81.3%
血管性認知症	6	21.4%	1	5.0%	7	14.6%
混合型認知症	2	7.1%	0	0.0%	2	4.2%
全体	28	100.0%	20	100.0%	48	100.0%

表9. 認知症診断と医師意見書による認知症高齢者の日常生活自立度

	65～69歳		70～74歳		75～79歳		80～84歳	
アルツハイマー病	1	100.0%	1	100.0%	6	85.7%	6	75.0%
血管性認知症	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1	12.5%
混合型認知症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%
全体	1	100.0%	1	100.0%	7	100.0%	8	100.0%
	85～89歳		90～94歳		95～99歳		合計	
アルツハイマー病	11	91.7%	12	85.7%	2	40.0%	39	81.3%
血管性認知症	1	8.3%	1	7.1%	3	60.0%	7	14.6%
混合型認知症	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	2	4.2%
全体	12	100.0%	14	100.0%	5	100.0%	48	100.0%

D. 考察

日本人の65歳以上の認知症患者の割合はこれまで7～10パーセントとされているが、本調査では、男性で11.0パーセント、女性では13.8パーセントとやや高くなっていた。後期高齢者の人口割合は年々増加しているために、全体としての認知症有病率も高くなってきている可能性もある。

認知症患者での要支援の割合は4.7パーセント、要介護の割合は64.0パーセントであり、要支援要介護が約7割を占めていたが一方で3割の認知症患者は要支援・要介護になっていなかった。こうした認知症患者への対応が今後の課題であろう。また、認知症患者では自立度が低下していた

が、その判定は医師の意見書よりも、保健師の訪問調査による方が、本調査での認知症診断の結果と近かった。

E. 結論

65歳から99歳の地域住民から性別および5歳階級ごとの層化無作為抽出を行い、在宅であった580名について自宅への訪問調査を実施した。461名について訪問調査の実施ができた。受診率は79.5パーセントであった。地域での在宅高齢者の認知症有病率は、男性11.0パーセント、女性13.8パーセント、全体では12.7パーセントと推定された。認知症と診断された者の68.7パーセントが要支援要介護と認定されていた。また病型診断で81.3パーセントがアルツハイマー病であった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 安藤富士子、小坂井留美、下方浩史：自覚的健康度(SRH)が知能に及ぼす影響 -地域在住中高年者における8年間の縦断的検討。日本未病システム学会誌 (印刷中)
- 2) 西田裕紀子、丹下智香子、森山雅子、富田真紀子、安藤富士子、下方浩史：地域在住中高年男性における定年退職後の就労と知能に関する縦断的検討。日本未病システム学会誌 (印刷中)
- 3) 安藤富士子、西田裕紀子、下方浩史：認知機能の加齢変化とアンチエイジング。MB Med Rehab 124; 105-113, 2010.

2. 学会発表

- 1) 西田裕紀子、丹下智香子、森山雅子、富田真紀子、坪井さとみ、福川康之、安藤富士子、下方浩史：地域在住高齢者の生きがいと知能-6年間の縦断的検討-。日本老年社会科学会第52回大会，大府、2010年6月17日。
- 2) 大塚礼，加藤友紀，今井具子，安藤富士子，下方浩史：地域在住中高年男女における多価不飽和脂肪酸摂取量と認知機能低下との関連。第32回日本臨床栄養学会，2010年8月29日，名古屋。
- 3) 西田裕紀子，丹下智香子，森山雅子，富田真紀子，坪井さとみ，福川康之，安藤富士子，下方浩史：地域在住中高年者の開放性と知能：6年間の縦断的検討。日本心理学会第74回大会，2010年9月22日，豊中。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「認知症の実態把握に向けた総合的研究」

分担研究報告書

島根県海士町における認知症の有病率調査

研究分担者 中島健二，和田健二，植村佑介，中下聡子

（鳥取大学医学部脳神経医科学講座脳神経内科学分野）

研究要旨

わが国の正確な認知症有病率を明らかにするため、鳥取大学脳神経内科学分野では平成 21 年 10 月 1 日の住民台帳を基に、島根県海士町内に住民票を有する 65 歳以上の住民 924 名を対象とし他悉皆調査を行った。対象者 924 名のうち 24 名は転居あるいは死亡のため調査出来なかった。本調査には 723 名（受診率 80.3%）が参加し、一次調査において 332 名が MCI あるいは認知症疑いとされた。2 次調査においては 98 名が aMCI と判定され、82 名が認知症と診断された。研究不参加であった方のうち、39 名は海士町訪問検診事業で認知症と診断されており、かかりつけ医意見書等の情報を参考にその他の 27 名を認知症と診断した。以上の結果より、認知症者数は 148 名となり、粗有病率は粗有病率は 13.9%であった。2008 年のわが国の人口を基準とした aMCI 訂正有病率は 10.0%で、認知症訂正有病率は 11.6%であった。

A. 研究目的

全国の認知症高齢者数の推計（有病率，症状別分布，所在の推計）を行うため、認知症の疫学調査に実績をもつ全国 6 ヶ所における調査が計画された。鳥取大学脳神経内科では島根県海士町が選定され、同町における認知症有病率の悉皆調査を行った。

B. 研究方法

1. 対象

平成 21 年 10 月 1 日の住民台帳を基に、島根県海士町内に住民票を有する 65 歳以上の住民 924 名を対象とした。

2. 方法

1) 1 次調査（スクリーニング）

対象者に対して臨床心理士による Mini-Mental State Examination (MMSE), Clinical Dementia Rating(CDR), Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) を行い、MMSE ≤ 26 あるいは CDR ≥ 0.5 をスクリーニング陽性者とした。

2) 2 次調査

一次スクリーニング陽性者に対して神経内科医による問診，神経学的診察，老年期精神

障害評価スケール (PAS) および WMS-R 論理的記憶検査を行なった。また、頭部 MRI 検査を施行し、臨床症状と頭部画像所見を参考に認知症および原因疾患の診断を行った (図 1)。

- 3) 認知症の診断は DSM-IV を用いて診断し、健忘型軽度認知障害 (MCI) の診断は Petersen の MCI 基準を用いて診断した。各認知症疾患の診断基準については、アルツハイマー病 (AD) では NINCDS-ADRDA を、血管性認知症 (VaD) では NINDS-AIREN を、レビー小体型認知症 (DLB) では CDLB 基準を、前頭側頭型認知症 (FTLD) では Neary らの基準を用いた。
- 4) 未受診者の調査：正確な認知症者を把握するため、研究不参加者については地元の医療機関や保健師の協力を得て、海士町訪問調検診事業や介護保険かかりつけ医意見書の情報を参考に認知症診断を行った。

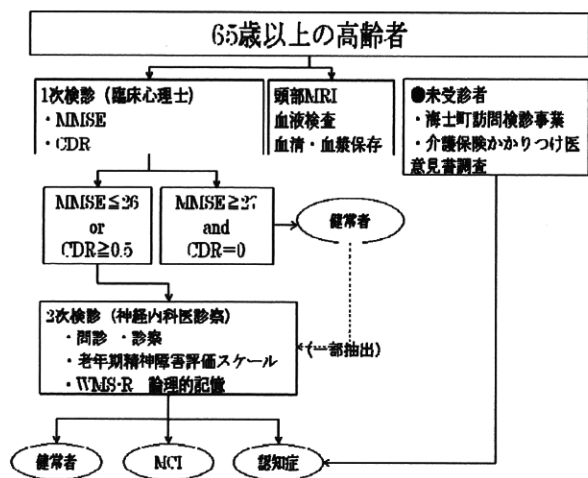


図 1. 海士町における悉皆調査

C. 研究結果

1. 受診率

2010年6月1日を基準日とした対象者924名のうち24名は転居あるいは死亡のため調査出来なかった。723名(受診率80.3%)が本調査に参加した。

2. 調査結果

一次調査において332名がMCIあるいは認知症疑いとされた。2次調査においては98名がaMCIと判定され、82名が認知症と診断された。研究不参加であった方のうち、39名は海士町訪問調検診事業で認知症と診断されていた。また、27名は介護保険等の情報より認知症と診断した(図2)。

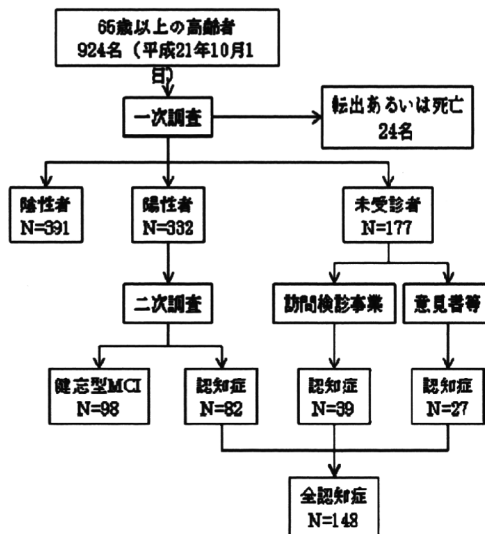


図 2. 認知症調査の結果

3. 有病率の算出

65歳以上の高齢者における aMCI の粗有病率は 10.8% であり、認知症の粗有病率は 16.4% であった。認知症については、男性の粗有病率は 14.4% で女性の粗有病率は 17.8% であり、女性の方が高かった。加齢と共に認知症有病率は増加するが、男性では 85～89 歳をピークに減少傾向にあり、男女差が認められた（図 3）。認知症の内訳はアルツハイマー型認知症が 70% と最も多く、ついで血管性認知症（10%）、レビー小体型認知症＋パーキンソン認知症（9%）の順であった（図 4）。

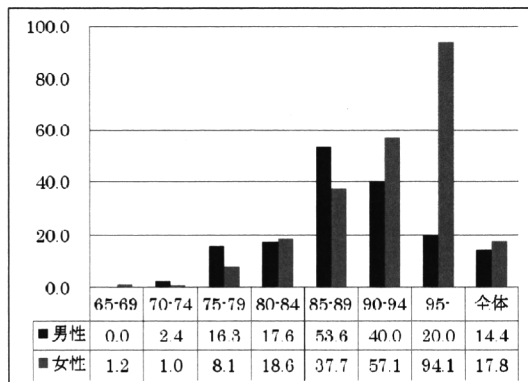


図 3. 男女別および年代別の認知症有病率