

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

認知症疾患医療センターの臨床統計データに基づく若年性認知症の発生率の推計

研究分担者 枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究代表者 栗田主一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

認知症疾患医療センター協議書・実績報告書の情報から、平成 30 年度の若年性認知症の診断別出現頻度を集計し、認知症疾患医療センター・ベースの若年性認知症の診断名別年間発生率を推計した。

若年性認知症の鑑別診断件数が空欄であるものを無効とすると、有効回答率は 100%であった。平成 30 年度一年間に認知症疾患医療センターで鑑別診断された若年性認知症は軽度認知障害（MCI）を含めると 2,267 人、MCI を除くと 1,733 人であった。MCI を除いた場合の鑑別診断の構成比では、多い順にアルツハイマー型認知症 52.1%、前頭側頭型認知症 8.9%、血管性認知症 8.8%、物質・医薬品誘発性による認知症 7.1%、レビー小体型認知症 6.5%、他の医学的疾患による認知症 3.9%であった。

さらにわが国における若年性認知症の発生率を推計した。国立社会保障・人口問題研究所において公表された日本の将来推計人口（平成 30 年推計）より、算出した平成 30 年の 18 歳～64 歳の日本人人口；70,144,317 人を母数とすると、1 年間の発生率は MCI を含めると人口 10 万人に対し 3.23 人、MCI を除くと人口 10 万人に対し 2.47 人と推計された。平成 28 年度の結果と照らし合わせると、微減がみられた。

他国における若年性認知症の年間発生率の報告と比較すると、本検討方法で得られた発生率はやや小さい。本検討は認知症疾患医療センターのみを対象とした協議書・実績報告書の情報を活用した調査であるため、実態よりも過小評価であるのは確かである。しかしながら、これまで調査自体が困難であった若年性認知症の発生率を、認知症疾患医療センターの協議書・実績報告書を用いることによって経年的に把握できることが明らかになった点は大きい。今後のわが国の若年性認知症施策の基礎資料を得るために、この方法を政策的にも活用すべきであろう。

A. 研究目的

認知症疾患医療センターは「認知症疾患に対する鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域

保健医療・介護関係者等への研修等を行う。また必要に応じて診断後等の日常生活支援を実施することにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制

の構築を図ること」と定められる医療機関である。地域の実情に応じて、事業の質を評価・分析し、課題を抽出し、事業の質を改善・向上させるための取り組みを進める必要があり、都道府県・指定都市に対し書面による定期的な実績報告が義務付けられている。協議書・実績報告書においては過去一年間の DSM-5 及び ICD-10 に準じた新規鑑別診断患者数およびそのうち若年性認知症の診断名別診断件数を記載する形式となっている。これを用いることによって、全国の認知症疾患医療センターで新規に鑑別診断される若年性認知症の診断名別年間発生率を経年的に算出することが可能である。

本研究の目的は平成 31 年度認知症疾患医療センター事業実績報告書の情報を基に、平成 30 年度一年間の鑑別診断件数から若年性認知症と鑑別診断されたものについて診断名別年間発生率を推計することである。

B. 研究方法

対象は、平成 31 年 3 月 31 日現在で認知症疾患医療センターに指定され、平成 31 年度認知症疾患医療センター協議書・実績報告書に平成 30 年度の鑑別診断数を記載していた全国の 440 施設（基幹型 16、地域型 365、連携型 59）とした（悉皆調査）。協議書・実績報告書の内容を基に平成 30 年度 1 年間で新たに鑑別診断した若年性認知症の鑑別診断件数を算出した。以下、この診断件数を若年性認知症の発生数とみなして分析した（表 1）。

発生率推計の母数は平成 30 年度の 18 歳～64 歳人口とし、国立社会保障・人口問題研究所において公表された日本の将来推計人口平成 30 年推計より人口動向を踏まえ

て算出された e-Stat「人口推計 平成 30 年 10 月 1 日現在人口推計」から、18 歳～64 歳の日本人人口を算出した¹⁾。

発生率は、A.軽度認知障害(MCI)を含める場合、B.MCI を含めない場合、の二通りで算出した。

（倫理面への配慮）

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

結果 1. 対象の地域及び類型

対象となる認知症疾患医療センターを都道府県・指定都市別、類型別に表 2 に示す。3.6%が基幹型、83.0%が地域型、13.4%が連携型であった。また類型別有効回答数を構成比別に表 3 に示す。平成 31 年度認知症疾患医療センター協議書・実績報告書において、鑑別診断件数のうち表 1 の認知症疾患の欄がすべて空欄であったものを無効と定義すると、有効回答率は 100%であった。（「0」の記入は有効数に含めた）

結果 2. 鑑別診断の構成比

認知症疾患の診断別構成比について構成比 A（MCI を含める場合）、構成比 B（MCI を含めない場合）を表 4 に示す。MCI を含まない構成比 B では、多い順にアルツハイマー型認知症 52.1%、前頭側頭型認知症 8.9%、血管性認知症 8.8%、物質・医薬品誘発性による認知症 7.1%、レビー小体型認知症 6.5%、他の医学的疾患による認知症 3.9%であった（図 1）。

結果 3. 発生率の推計

国立社会保障・人口問題研究所において公表された日本の将来推計人口平成 30 年推計より、人口動向を踏まえて算出された e-Stat「人口推計 平成 30 年 10 月 1 日現在人口推計」から、18 歳～64 歳の日本人人口を算出し、70,144,317 人との推計値を得た。これを母数として A.MCI を含める場合、B.MCI を含めない場合の発生率（年間：対人口 10 万人）を求め、表 4 右側に示した。若年性認知症の発生率は、A では人口 10 万人に対し 3.23 人、B では人口 10 万人に対し 2.47 人と推計された。診断名別年間発生率では、若年性のアルツハイマー型認知症 10 万人対 1.29 人、前頭側頭型認知症 10 万人対 0.22 人、血管性認知症 10 万人対 0.22 人、物質・医薬品誘発性による認知症 10 万人対 0.18 人、レビー小体型認知症 10 万人対 0.16 人、他の医学的疾患による認知症 0.10 人であった。

D. 考察

我々が渉猟したかぎり、若年性認知症の発生率を検討した先行研究は少ない。アルゼンチンでは 5.8 人/人口 10 万人（うちアルツハイマー型認知症 35%、血管性認知症 35%:2010 年:21-64 歳²⁾）、スペインでは 5.7 人/人口 10 万人（うちアルツハイマー型認知症 42.4%、血管性認知症 13.8%:2009 年:30-64 歳³⁾）、イギリスでは 11.5 人/人口 10 万人（うちアルツハイマー病 4.2 人、前頭側頭型認知症 3.5 人:2008 年:45-64 歳⁴⁾）、スイスとドイツでは 8.3 人/人口 10 万人（うちアルツハイマー病 67%、前頭側頭変性症 13.5%、血管性認知症 5.6%:2006 年:50-64 歳⁵⁾）という報告がある。いずれも

国内のある一地域の（単一あるいは複数の）病院の受診患者から対象人数を得て、国勢調査等の人口を用い算出した報告であった。これらの報告を参考に、本検討で得られた推計に関し以下のように考察する。

わが国において、直近の過去に実施された全国規模の若年性認知症の実態調査は、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」（2008）である⁶⁾。同報告書によれば、若年性認知症の有病率は 18～64 歳人口 10 万人当たり 47.6 人とされ、診断別構成比は脳血管性認知症 39.8%、アルツハイマー病 25.8%、頭部外傷後遺症 7.7%、前頭側頭葉変性症 3.7%、アルコール性認知症 3.5%、レビー小体型認知症/認知症を伴うパーキンソン病 3.0%（原文ママ）とされている⁷⁾。有病率調査と単純比較することは困難であるが、比較すると本検討で得られた診断別構成比は大幅に血管性認知症の割合が少ないという結果であった。

本検討は認知症疾患医療センターのみを対象とした調査であり、認知症疾患医療センター協議書・実績報告書の情報を活用した。実際には、認知症疾患医療センターの設置数や偏在のため、認知症疾患医療センター以外の医療機関で鑑別診断を得る患者も少なくない⁸⁾。したがって本検討で得られた発生率は実態よりも過少に算出されていることが予想される。特に脳血管障害や外傷性脳損傷による認知症（高次機能障害）は、認知症疾患医療センター以外の専門医療機関で診断されることが多いものと考えられる。

さらに協議書・実績報告書の本様式は平成 29 年度より新規導入された⁹⁾が、本検討

の対象は導入後 3 年目の協議書・実績報告書であるため、本検討の有効回答率は平成 28 年度分（一昨年度報告）の有効回答率（88.0%）および平成 29 年度分（昨年度報告）の有効回答率（99.8%）より増加し、すべてが有効回答であった。報告様式の定着が図られたものと考えられる。また本報告様式は年度分の報告であるが、都道府県によってはより頻繁な報告を求めていることや認知症疾患医療連携協議会における報告の定着が関係している可能性がある¹⁰⁾。また同様の対象を用いた前年度の検討と比較すると、母集団となる人口推計値の減少と、若年性認知症の患者数の減少があり、結果として推計発生率の数値は微減していた。しかしながら、対象となる認知症疾患医療センターの件数が増加していること、未だ医療機関によっては若年性認知症の集計に実態に即していないと考えられる点が散見されることから、単純な比較は困難であり、我が国の人口動態も含めた検討が必要であろう。

世界的にみても若年性認知症の発生率に関する研究は十分になされていない¹¹⁾。これまで調査自体が困難であった若年性認知症の発生率について、認知症疾患医療センター実績報告書の提出が義務付けられたことで、今後経年的に若年性認知症の発生率を検討することが可能になったことは、特筆すべき事柄である。協議書・実績報告書の書式において鑑別診断した患者の性別や年齢を得ることはできない為、詳細な検討は困難であるものの、今後継続的に同様の手法による検討を行い、診断名別年間発生率を把握する必要がある。

E. 結論

平成 31 年度認知症疾患医療センターの協議書・実績報告書の情報より若年性認知症の診断名別年間発生率を推計した。MCI を含めない場合、若年性認知症の年間発生率は人口 10 万人対 2.47 人であり、前年度報告に比較して漸減した。本推計は実態と比較して過少評価であると考えられるが、これまで調査自体が困難であった若年性認知症の発生率について、協議書・実績報告書によって経年的な若年性認知症の診断名別年間発生率の把握が可能であり、継続的に検討する意義は大きいものとする。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

- 1) 枝広あや子, 杉山美香, 多賀努, 山村正子, 宮前史子, 岡村毅, 菊地和則, 栗田圭一. 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の年間鑑別診断件数と発生率の検討. 日本老年精神医学会 (2019.6), 仙台市
- 2) Ayako Edahiro, Mika Sugiyama, Fumiko Miyamae, Tsutomu Taga, Tsuyoshi Okamura, Kazunori Kikuchi, Shuichi Awata. The Incidence of early onset dementia in the Medical Centers for Dementia in Japan. The 11th International Association of Gerontology and Geriatrics Asia/Oceania Regional Congress (2019.10), Taiwan.

G . 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

参考文献

- 1) e-Stat 政府統計の総合窓口，人口推計
平成 30 年 10 月 1 日現在人口推計

<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003312326>

(2020 年 4 月 20 日参照)

- 2) Sanchez Abraham M, Scharovsky D, Romano LM, Ayala M, Aleman A, Sottano E, Etchepareborda I, Colla Machado C, García MI, Gonorazky SE. Incidence of early-onset dementia in Mar del Plata. *Neurologia*. 2015 Mar;30(2):77-82.
- 3) Garre-Olmo J, Genís Batlle D, del Mar Fernández M, Marquez Daniel F, de Eugenio Huélamo R, Casadevall T, Turbau Recio J, Turon Estrada A, López-Pousa S; Registry of Dementia of Girona Study Group (ReDeGi Study Group). Incidence and subtypes of early-onset dementia in a geographically defined general population. *Neurology*. 2010 Oct 5;75(14):1249-55.
- 4) Mercy L, Hodges JR, Dawson K, Barker RA, Brayne C. Incidence of early-onset dementias in Cambridgeshire. United Kingdom. *Neurology*. 2008;71(19):1496-9.
- 5) Bickel H, Bürger K, Hampel H, et al.

Presenile dementia in memory clinics incidence rates and clinical features.

Nervenarzt. 2006;77(9):1079-85.

- 6) 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 長寿科学総合研究「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」報告書，筑波大学，2008 年 .

<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200821015A#selectGaiyou>

- 7) 厚生労働省報道発表資料 2009 年 3 月若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について . 厚生労働省発表平成 21 年 3 月 19 日 .

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html>

- 8) 平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）認知症疾患医療センターの効果的，効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書，東京都健康長寿医療センター，2019 年 .

<https://www.tmg Hig.jp/research/info/archives/012860/index.html>

- 9) 平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業報告書（平成 29 年

度新協議書書式提案), 東京都健康長寿医療センター, 平成 29 年.

https://www.tmg Hig.jp/research/info/cms_upload/h28_hokenjigyo_02_2.pdf

- 10) 令和元年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業報告書, 東京都健康長寿医療センタ

ー, 2020 年.

- 11) Renata Teles Vieira, Leonardo Caixeta, Sergio Machado, Adriana Cardoso Silva, Antonio Egidio Nardi, Oscar Arias-Carrión, and Mauro Giovanni Carta. Epidemiology of early-onset dementia: a review of the literature. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2013;Jun 14;9:88-95.

表 1. 対象とする認知症関連疾患

認知症疾患
「軽度認知障害 (MCI)」
「アルツハイマー型認知症 (G30,F00)」
「血管性認知症 (F01)」
「レビー小体型認知症 (G31,F02)」
「前頭側頭型認知症 (行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)」
「外傷性脳損傷による認知症 (S06.2,F02)」
「物質・医薬品誘発性による認知症 (アルコール関連障害による認知症を含む)」
「HIV 感染による認知症 (B20,F02)」
「プリオン病による認知症 (A81,F02)」
「パーキンソン病による認知症 (G20,F02)」
「ハンチントン病による認知症 (G10,F02)」
「正常圧水頭症 (G91)」
「他の医学的疾患による認知症 (F02)」
「複数の病因による認知症 (F02)」
「詳細不明の認知症 (F03)(上記に該当しないもの)」

表2 対象認知症疾患医療センター（都道府県指定都市別）と類型

	類型			合計										
	基幹型	地域型	連携型		三重県				仙台市					
北海道	0	18	0	18	滋賀県	0	7	1	8	さいたま市	0	1	0	1
青森県	0	4	2	6	京都府	1	7	0	8	千葉市	0	1	0	1
岩手県	1	4	0	5	大阪府	0	6	0	6	横浜市	0	3	1	4
宮城県	0	6	1	7	兵庫県	0	12	0	12	川崎市	0	2	0	2
秋田県	1	6	2	9	奈良県	1	3	0	4	相模原市	0	1	0	1
山形県	0	4	0	4	和歌山県	0	3	0	3	新潟市	0	2	0	2
福島県	0	5	4	9	鳥取県	1	4	0	5	静岡市	0	3	0	3
茨城県	1	12	0	13	島根県	1	2	3	6	浜松市	1	0	0	1
栃木県	0	10	0	10	岡山県	0	7	1	8	名古屋市	0	3	0	3
群馬県	0	11	2	13	広島県	0	6	1	7	京都市	0	1	0	1
埼玉県	0	8	1	9	山口県	0	6	2	8	大阪市	0	3	3	6
千葉県	0	10	0	10	徳島県	1	2	0	3	堺市	0	2	0	2
東京都	0	38	14	52	香川県	0	6	0	6	神戸市	0	7	0	7
神奈川県	0	5	0	5	愛媛県	0	7	0	7	岡山市	0	1	0	1
新潟県	0	6	1	7	高知県	1	4	0	5	広島市	0	2	0	2
富山県	0	4	0	4	福岡県	0	11	0	11	北九州市	0	2	2	4
石川県	0	3	0	3	佐賀県	1	3	0	4	福岡市	0	2	0	2
福井県	0	2	0	2	長崎県	1	4	4	9	熊本市	0	1	0	1
山梨県	0	3	1	4	熊本県	1	9	1	11	合計	16	365	59	440
長野県	0	5	0	5	大分県	0	6	2	8					
岐阜県	1	6	1	8	宮崎県	0	5	0	5					
静岡県	0	9	2	11	鹿児島県	0	9	1	10					
愛知県	0	9	0	9	沖縄県	1	4	1	6					

表3 類型別有効回答数

類型	有効	無効	合計
基幹型	16	0	16
地域型	365	0	365
連携型	59	0	59
合計	440	0	440
有効回答率	100%		

表 4 若年性認知症の鑑別診断の構成比及び推計発生率（年間）

診断名	患者数	構成比A	構成比B	推計発生率（年間）
軽度認知障害(MCI)	534人	23.6%	-	0.761人
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	903人	39.8%	52.1%	1.287人
血管性認知症(F01)	153人	6.7%	8.8%	0.218人
レビー小体型認知症(G31,F02)	112人	4.9%	6.5%	0.160人
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	155人	6.8%	8.9%	0.221人
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	39人	1.7%	2.3%	0.056人
物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	123人	5.4%	7.1%	0.175人
HIV感染による認知症(B20,F02)	1人	0.0%	0.1%	0.001人
プリオン病による認知症(A81,F02)	2人	0.1%	0.1%	0.003人
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	45人	2.0%	2.6%	0.064人
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	6人	0.3%	0.3%	0.009人
正常圧水頭症(G91)	9人	0.4%	0.5%	0.013人
他の医学的疾患による認知症(F02)	67人	3.0%	3.9%	0.096人
複数の病因による認知症(F02)	42人	1.9%	2.4%	0.060人
詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)	76人	3.4%	4.4%	0.108人
合計A (軽度認知障害を含む)	2267人	100.0%	-	3.232人
合計B (軽度認知障害を含まない)	1733人	-	100.0%	2.471人

(対10万人)

65歳未満の認知症関連疾患（構成比B）

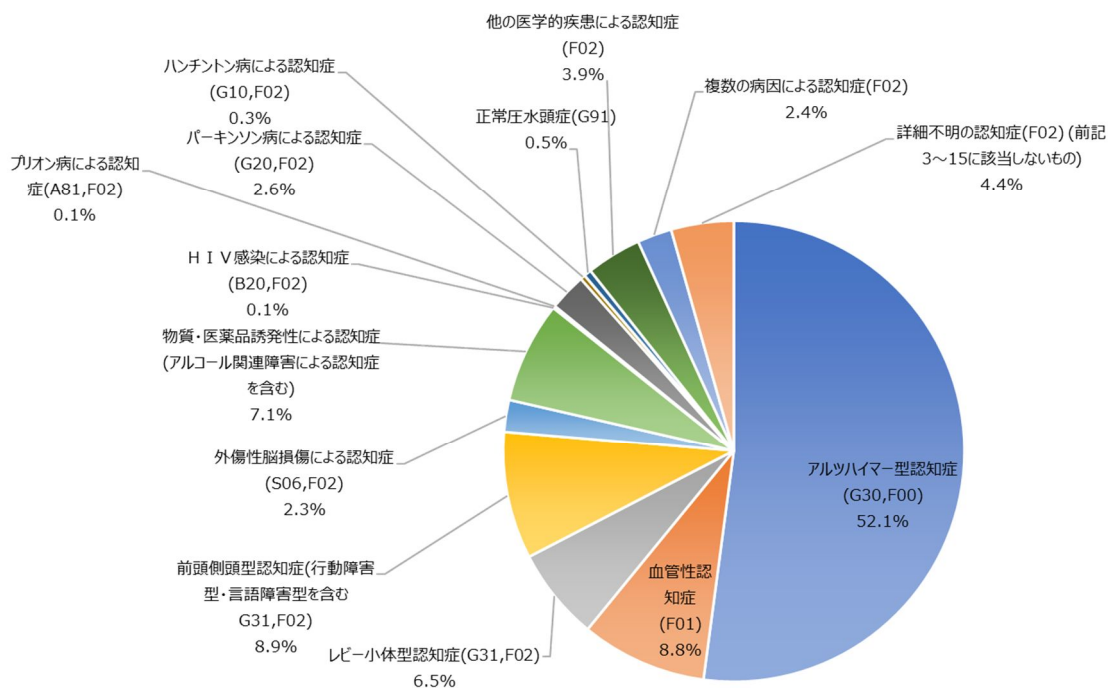


図 1 鑑別診断の構成比（構成比 B による）