

厚生労働科学研究費補助金  
認知症政策研究事業

若年性認知症の人の生活実態調査と  
大都市における認知症の有病率及び生活実態調査

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 栗田 圭一

平成 30 ( 2019 ) 年 3 月

## 目 次

### . 総括研究報告書

若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査-----1	
栗田主一	

### . 分担研究報告書

1. 介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率調査 - 大阪市,名古屋市,東京5区の分析結果 - -----11	
菊地和則, 栗田主一	
2. 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-----14	
枝広あや子, 栗田主一	
3. 大都市の認知症有病率と生活実態：MMSE-J 得点の2年間の縦断的变化 - 認知機能低下高齢者の新規発生率と関連要因 - -----21	
稲垣宏樹, 佐久間尚子, 栗田主一	
4. 大規模集合住宅地の地域拠点における認知機能低下者等への日常生活支援-----30	
杉山美香, 宮前史子, 栗田主一	
5. 大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズ-----41	
岡村毅, 宇良千秋, 栗田主一	
6. 大都市における認知症の画像疫学的研究 - 高島平スタディにおける神経画像(MRI)統計解析 - -----48	
徳丸阿耶, 亀山征史, 高田晃一, 稲垣宏樹, 栗田主一	
. 研究成果の刊行に関する一覧表-----57	

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

総括研究報告書

若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査

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

日本医療研究開発機構(AMED)で実施されている「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発」に関する研究を補完するために、1)介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率把握を試みるとともに、2)認知症疾患医療センターの臨床統計データを用いて若年性認知症の発生率を推計した。また、大都市の認知症の有病率と生活実態を把握するために、東京都板橋区高島平地区に在住する70歳以上高齢者を対象に、3)MMSE-J得点の2年間の縦断的变化の分析による認知機能低下高齢者の発生率と関連要因の検討、4)大規模集合住宅地に設置した地域拠点で実践される認知機能低下者等への日常生活支援の内容分析、5)大都市に暮らす認知症高齢者が地域生活を継続するための要因の検討、6)Voxel Based Morphometry解析による、生活のしづらさと脳萎縮部位との関連の分析を行った。本研究によって以下の結果を得た。

1. 若年性認知症の実態調査：1)介護保険第2号被保険者7,334名の要介護・要支援認定者のデータベースを分析したところ、「脳血管疾患」54.3%、「がん(がん末期)」9.2%、「初老期における認知症」7.1%で、認知症高齢者の日常生活自立度「□以上」は34.0%であった。2)平成29年度に全国の認知症疾患医療センターで若年性認知症の診断を受けた者は1,849人で、アルツハイマー型認知症52.8%、血管性認知症8.3%、前頭側頭型認知症7.7%、物質・医薬品誘発性による認知症7.4%、外傷性脳損傷による認知症7.2%、レビー小体型認知症4.5%であった。平成29年の18～64歳人口を母数とする年間発生率は人口10万人対2.61人と推計された。

2. 大都市における認知症の実態調査：1)平成28年度調査に参加した1,321名中743名(56.2%)が平成30年度調査に参加し、新たな認知機能低下(MMSE23点以下)の発生率は6.0%、年齢が高いこと、教育年数が低いことが発生率の上昇に関連した。2)地域拠点では、【信頼感の醸成】を基盤にした<心理的サポート><信頼関係の形成>の後に【生命・身体健康の維持】や【基本的な生活支援】が行われ、【本人の希望】の実現に向けた取組みが可能になることを示した。3)平成28年度調査で認知機能低下を認めたハイリスク高齢者66名中49名が地域生活を継続し、12名が入院入所、5名は追跡不能であった。地域生活の継続不能と関連した項目は、生活支援ニーズを持つこと、居住支援ニーズを持つこと、家族の介護負担が高いことであった。4)地域在住高齢者173名に実施した頭部MRI検査のVBM解析において、小脳、海馬、線条体の萎縮が日常生活における不便さや活動性低下と関連することを明らかにした。

## 研究分担者

徳丸 阿耶	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所	部長
稲垣 宏樹	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
菊地 和則	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
岡村 毅	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
杉山 美香	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
枝広 あや子	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所	研究員

## A. 研究目的

### 1. 若年性認知症の実態調査

わが国の若年性認知症の有病者数（有病率）は、平成 18 年度厚生労働科学研究によって 3.78 万人（18 歳～64 歳人口 10 万対 47.6 人）と推計されているが、調査からすでに 10 年が経過しており、この間に国民の若年性認知症に対する意識も大きく変化している。現在、日本医療研究開発機構（AMED）の研究事業「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発」（研究代表者：栗田圭一）において、医療機関・事業所・施設・相談機関を対象とする若年性認知症の有病率と生活実態調査が行われているが、この調査は調査対象機関の参加率に大きく依存するという限界を孕んでいる。そこで、本研究では、AMED で実施される若年性認知症の実態調査を補完することを目的に、1)自治体の介護保険情報を用いた若年性認知症の有病率・生活実態把握と、2)認知症疾患医療センターの臨床統計を用いた若年性認知症の発生率推計を行うこととした。昨年度の研究では、上記 1)2)の方法論の確立を目的とする研究を実施し、本年度の研究では実際に特定の自治体で有病率・生活実態把握を行うとともに、全国の認知症疾患医療センターの臨床統計データを分析して発生率の推計を試みた。

### 2. 大都市における認知症の実態調査

わが国の認知症高齢者数は、平成 21 年度～平成 24 年度に実施された厚生労働科学研究によって、平成 24 年時点で 462 万人（65 歳以上高齢者の 15%）と推計されている。しかし、当該調査には大都市は含まれていない。大都市では単独世帯高齢者が急増しており、家族に代わる生活支援の担い手の確保等大都市特有の課題に直面している。本研究では、昨年度に東京都で実施された調査データを用いて、1)大都市の認知症有病率調査において参加率を向上させるための方法論の検討、2)大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズの潜在因子の分析、3)認知機能低下を認める高齢者と認めない高齢者の生活支援ニーズの比較分析、4)大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズの実態分析、5)地域在住高齢者を対象とする神経画像(MRI)検査における異常所見の出現率を検討した。本年度は、1)大都市に暮らす高齢者における認知機能低下高齢者の発生率、2)認知症高齢者を対象に地域の拠点で展開される日常生活支援、3)認知症高齢者の地域生活の継続を阻む要因を分析するとともに、4)地域在住高齢者を対象とする頭部 MRI 検査の VBM 解析によって、脳萎縮の局在と生活実態との関連を検討した。

## B. 研究方法

### 1. 若年性認知症の実態調査

#### 1-1. 介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率調査 - 大阪市, 名古屋市, 東京5区の分析結果 -

板橋区, 大阪市, 北区, 豊島区, 中野区, 名古屋市, 練馬区(五十音順)の7自治体の要介護認定支援システムから介護保険第2号被保険者データをダウンロードしてもらい, そのデータの提供を受け, 統合したデータベースを作成した。データのダウンロードにあたっては, 平成30年4月1日(中野区のみ1月1日)を調査基準日とし, 調査基準日に第2号被保険者であり, かつ, 要介護・要支援認定されている者を対象とした。ただし, 転入ケースで特定疾病, 認知症高齢者の日常生活自立度などのデータが欠損値であるものを除いた結果, 7,334名のデータベースとなった。しかし, 研究途中で生活保護を受給している「みなし第2号被保険者」が少なからずいることがわかり, 5自治体から追加で「みなし第2号被保険者」に関する情報提供を受けた。

#### 1-2. 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

平成30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30年度認知症疾患医療センター協議書・実績報告書に平成29年の鑑別診断数を記載していた全国の422施設(基幹型16, 地域型355, 連携型51)を対象とした(悉皆調査)。協議書・実績報告書の内容を基に平成29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。発生率推計の母数は平成29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29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29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。

### 2. 大都市における認知症の実態調査

#### 2-1. 大都市の認知症有病率と生活実態:

MMSE-J 得点の2年間の縦断的变化 - 認知機能低下高齢者の発生率と関連要因 - 平成28年に東京都板橋区高島平地区で実施された会場調査に参加した70歳以上高齢者1,352人を対象に, 平成30年12月に追跡調査を行った。調査では, 認知機能検査(MMSE-J), 自記式アンケート調査(人口統計学的変数, 住居状況, 同別居状況, 基本チェックリスト, 身体的健康, B-ADL, I-ADL, 認知機能, 精神的健康, 生活習慣, 口腔機能, 栄養・食習慣, 対人交流, 社会参加, ソーシャルサポート, 介護・認知症に対する意識, 経済状況), 会場調査(DASC-21, 血圧・脈拍測定, 既往歴, 介護状況, 血液検査, 運動機能, 歯科的評価, 嚥下機能, 咀嚼機能, 身長, 体重, 体脂肪)を実施した。

#### 2-2. 大規模集合住宅地の地域拠点における

認知機能低下高齢者等への日常生活支援 東京都板橋区高島平の集合住宅内に設置した生活支援の拠点において, 認知機能低下高齢者等に対する日常生活支援を実践しスタッフ5名で, 「認知機能や心身の健康状態が低下している人へ拠点で行った日常的な生活支援」をテーマとするフォーカスグループディスカッション(FGD)を実施した。FGDの際は研究者1名がファシリテーター

ターとなり、研究者 1 名が記録係として発言内容を記録し同時に IC レコダーを用いて録音を行った。発言内容はすべて文書に反訳し、質的記述的研究法を用いて質的分析を行った。

### 2-3. 大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズ

平成 28 年に東京都板橋区高島平地区で実施した調査で、MMSE23 点以下で研究同意が得られた 198 名のうち、精神科医によって認知症の状態にあり、社会支援ニーズがあると判定された 66 名を対象に、当該地域に開設された地域拠点のスタッフが 6 ヶ月間の縦断調査を行った。

### 2-4. 大都市における認知症の画像疫学的研究 - 高島平スタディにおける神経画像 (MRI) 統計解析 -

平成 28 年に東京都高島平地区で実施した調査に参加した 70 歳以上高齢者のうち、173 名を対象に頭部 MRI 検査を実施し、平成 29 年度に視診による有症率の調査を行った。平成 30 年度は、同一の対象について、voxel based morphometry (VBM) を用いて、生活習慣や認知機能検査などのデータと脳萎縮との関連を分析した。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。介護保険データ利用は、自治体の個人情報保護審議会の規定を遵守した。

## C. 研究結果

### 1. 若年性認知症の実態調査

#### 1-1. 介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率調査 - 大阪市、名古屋市、東京 5 区の分析結果 -

7,334 名のデータを分析した結果は以下の通りである。性別は男性 53.9%、女性 46.1%と男性の方が若干多かった。年齢は 40 歳～64 歳の間で年齢が高くなるほど増加し、「60～64 歳」で 45.8%と半数近くを占めていた。特定疾病をみると「脳血管疾患」が 54.3%と過半数を占めていた。続いて「がん(がん末期)」の 9.2%、「初老期における認知症」の 7.1%などとなっていた。また、認知症高齢者の日常生活自立度が「□以上」は 34.0%であった。第 2 号被保険者に追加で情報提供を受けた「みなし第 2 号被保険者数」を加えると、自治体により異なるが、3 割から 5 割程度人数が増えることが明らかとなった。

#### 1-2. 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

平成 29 年に全国の認知症疾患医療センターで若年性認知症と診断された人は 1,849 人で、診断の構成比はアルツハイマー型認知症 52.8%、血管性認知症 8.3%、前頭側頭型認知症 7.7%、物質・医薬品誘発性による認知症 7.4%、外傷性脳損傷による認知症 7.2%、レビー小体型認知症 4.5%であった。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 29 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 29 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、70,730,644 人との推計値を得た。これを母数として若年性認知症の発生率を推計すると、人口 10 万人に対し 2.61 人であった。診断名別年間発生率では、アルツハイマー型認知症 1.38 人、血管性認知症 0.22 人、前頭側頭型認知症 0.20 人、物質・医薬

品誘発性による認知症 0.19 人，外傷性脳損傷による認知症 10 万人対 0.19 人，レビー小体型認知症 0.12 人であった。

## 2. 大都市における認知症の実態調査

### 2-1. 大都市の認知症有病率と生活実態：

MMSE-J 得点の 2 年間の縦断的变化 - 認知機能低下高齢者の発生率と関連要因 -

本調査の参加者のうち平成 28 年のベースライン調査時に 24 点以上だった者は 697 名であった。このうち，42 名が追跡調査時に 23 点以下となった（発生率 6.0%）。男女別には，男性 262 名中 20 名（7.6%），女性 435 名中 22 名（5.1%）だった。年齢 3 階級別に見ると，70-79 歳で 381 名中 19 名（4.8%），80-89 歳では 283 名中 22 名（7.8%），90 歳以上では 14 名中 1 名（7.1%）だった。教育年数 3 階級別に見ると，9 年以下で 104 名中 12 名（11.5%），10-12 年では 315 名中 15 名（4.8%），13 年以上では 265 名中 15 名（5.7%）だった。

### 2-2. 大規模集合住宅地の地域拠点における

認知機能低下高齢者等への日常生活支援

FGD の内容分析により「認知症や心身の健康状態が低下している人へ拠点で行った日常生活支援」は 18 のサブカテゴリと 9 のカテゴリが抽出され，それらは 4 つの大カテゴリに集約することができた。地域の拠点では，【信頼感の醸成】を基盤にした＜心理的サポート＞＜信頼関係の形成＞がつくられた後に【生命・身体の健康の維持】や【基本的な生活支援】が行われ，【本人の希望（権利）を尊重】し，その実現に向けて取り組む事が可能となっている状況が見いだされた。

### 2-3. 大都市に暮らす認知症高齢者の社会支

援ニーズ

調査対象者 66 名のうち，49 名が地域生活を継続できていた。12 名が入院または入所となった。5 名は追跡ができなかった。

地域生活できないことに関連した項目は，生活支援ニーズを持つこと，居住支援ニーズを持つこと，家族の介護負担が高いこと，であった。一方で認知症にかかわる項目，すなわち認知症を持つこと，認知症の重症度は関連しなかった。介護保険の利用状況も関連しなかった。加えてメンタルヘルス関連の項目，身体健康関連の項目，コミュニティ関連の項目，社会経済状況も関連しなかった。

### 2-4. 大都市における認知症の画像疫学的研究 - 高島平スタディにおける神経画像（MRI）検査解析 -

郵送アンケートの回答と脳萎縮との関連を，VBM 解析を用いて比較した。

1)「この 1 年間で転んだことがありますか」において，転倒群と非転倒群を比較したところ，転倒群では非転倒群と比較して両側小脳半球皮質が有意に萎縮していた。

2)「5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか」において，「まったくない」群と，それ以外の群を比較したところ，「まったくない」群と比較して，「ときどきある」「頻繁にある」群では海馬傍回，嗅内野が有意に萎縮していた。

3)「今日が何月何日かわからないことがありますか」において，「まったくない」群とそれ以外の群を比較したところ，「まったくない」群と比較して，「ときどきある」「頻繁にある」「いつもそうだ」群では両側線条体が有意に萎縮していた。

4)「一人で買い物はできますか」において，「問題なくできる」群とそれ以外の群を比

較したところ、「問題なくできる」群と比較して、「だいたいできる」「あまりできない」「まったくできない」群では右小脳半球が有意に萎縮していた。

5)「軽い体操を定期的に行っていますか」において、「毎日」「週に5~6日」「週に3~4日」群と、「週に1~2日」「体操はしていない」群を比較したところ、「毎日」「週に5~6日」「週に3~4日」群と比較して、「週に1~2日」「体操はしていない」群では左線条体が有意に大きかった。

#### D. 考察

##### 1. 若年性認知症の実態調査

###### 1-1. 介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率調査 - 大阪市, 名古屋市, 東京5区の分析結果 -

平成29年度の研究では,自治体の介護保険第2号被保険者のデータファイルを活用して若年性認知症の有病率を推計する方法論を明らかにした。平成30年度はこの方法を用いて,東京都(板橋区,豊島区,北区,練馬区),名古屋市,大阪市と連携し,第2号被保険者における認知症高齢者日常生活自立度「□以上」によって定義される若年性認知症の出現頻度を算出した。しかし,データ集計の過程で,「みなし第2号被保険者(生活保護受給者)」が介護保険データベースに含まれていないことが明らかとなり,これを加えると,自治体により異なるが,若年性認知症の人の数が3割から5割程度増えることが明らかとなった。

生活保護を受給すると介護保険制度から生活保護制度に移行するため,自治体での主管課が異なり,研究協力を得るための負担が増えることになる。しかし,介護保険デ

ータは全市区町村(被保険者)で同一であること,自治体が既に保有している情報で新たに調査を行う必要がないことなどの利点がある。今後,「みなし第2号被保険者」のデータ提供を受け,第2号被保険者と「みなし第2号被保険者」の両者を含めたデータベースを作成する必要がある。

###### 1-2. 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

平成29年度の研究では,全国の認知症疾患医療センターの協議書・実績報告書のデータを用いて,若年性認知症の発生率を推計する方法を明らかにした。平成30年度はこの方法を用いて,わが国の若年性認知症の発生率の推計を試み,年間発生率は人口10万人対2.61人という推計値を得た。

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以外の医療機関における診断数は計上されていない。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。しかし,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協議書・実績報告書において若年性認知症の診断名別患者数の報告が義務付けられたことで,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ため詳細な検討は困難であるものの,継



続的に同様の手法で診断名別年間発生率を把握することによって、若年性認知症の施策立案に有用な基礎資料を得ることができるものとする。

## 2. 大都市における認知症の実態調査

### 2-1. 大都市の認知症有病率と生活実態：

MMSE-J 得点の 2 年間の縦断的变化 - 認知機能低下高齢者の発生率と関連要因

平成 29 年度の研究では、横断調査において、調査非参加者は相対的に年齢が高く、要介護状態であることが多く、身体的・精神的・社会的に機能状態が不良であることを示し、訪問調査が参加率向上の鍵であることが示した。平成 30 年度の研究では縦断調査によって新たな認知機能低下 (MMSE-J23 点以下) の発生率が 6.0% で、年齢が高い (70 歳代に比べ、80 歳代、90 歳代で)、教育年数が短い (10 年以上に比べ、9 年以下で) と発生率がより高くなることを示した。

ところで、ベースラインの MMSE-J 得点を比較したところ、追跡調査参加者に比べて不参加者で得点が低く、認知機能低下者の割合が高いことが示された。すなわち、ベースライン時に認知機能が低下していた対象者は追跡調査から脱落し、追跡調査の参加者の多くは、2 度の会場健診型調査に参加可能な、比較的健康状態が良好に維持された高齢者に限られていた可能性が高い。調査に不参加であった対象者はより認知機能低下のリスクが高い集団であると考えられ、正確な有症率や発症率の把握のため、また認知機能低下者への支援のためには、追加で訪問調査を行うなど不参加者へのフォローアップが必要である。

### 2-2. 大規模集合住宅地の地域拠点における

認知機能低下高齢者等への日常生活支援

平成 29 年度の研究では、求められる生活支援に関するアンケート調査の探索的因子分析によって、「家事支援」「権利擁護」「私的領域支援」「社会参加支援」「受療支援」と命名し得る 5 つの潜在因子があること示した。平成 30 年度の研究では、実際に地域の拠点で実践されている日常生活支援について、拠点スタッフが FGD を行い、質的分析によって生活支援のカテゴリー化を試みた。身近なところに居場所があり、認知症の有無に関わらず住民同士がお互いに知り合うことができること、心身の健康について専門職に気軽に相談できること、日常生活上の困りごとについてはスタッフが日常生活支援を提供する体制があることは、認知症になっても安心して暮らし続けられる地域社会のための要件となると思われる。今後は、拠点の運営や個別の認知症支援の方法についての課題の検討や、具体的な日常生活支援の担い手の育成と一般化の方法などについて研究を進める必要がある。

### 2-3. 大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズ

平成 29 年度の調査では、高島平スタディで把握された認知症高齢者の調査において、地域に暮らす認知症高齢者の多くに複合的な社会支援ニーズがあるにも関わらず、それが充足されていないことを明らかにした。平成 30 年度の調査では、昨年度の大規模疫学調査で見出されたハイリスク者 66 名に対して 6 か月にわたるフォローアップ調査を行い、49 名が地域生活を継続し、生活支援ニーズ、居住支援ニーズ、家族の介護負担が地域生活の中断に関連することを明らかにした。本研究の結果は、認知症高齢者の地域生活

の継続には生活支援,居住支援,家族支援が重要な要素になることを示唆している。

#### 2-4. 大都市における認知症の画像疫学的研究 - 高島平スタディにおける神経画像 (MRI)検査解析 -

今回の高齢者コホート研究におけるMRI施行件数は173例と比較的少なく限界はあるものの,日常生活で高齢者自身が自覚している生活の不便さや活動性低下の原因として,中枢神経系の器質的な背景が存在している可能性が示唆された。明瞭な症状を呈するには至っていないことから病院受診など医療へのアクセスに至っていない高齢者がこれまでより多く存在している可能性を考慮し,変性認知症の背景を正確に推定し,有病率を検討することの意義は大きいと考えられる。

大都市における高齢者の有病率推定に於いて,MRI検査は重要な情報を提供する。有所見率は高く,これまで知られているよりも遙かに高頻度に小脳,海馬,線条体などに日常生活における不便さや活動性の低下に関連する有意萎縮が存在していることが明らかにされた。

#### E. 結論

##### 1. 若年性認知症の実態調査

1) 介護保険第2号被保険者7,334名の要介護・要支援認定者のデータベースを分析したところ,「脳血管疾患」54.3%,「がん(がん末期)」9.2%,「初老期における認知症」7.1%であった。認知症高齢者の日常生活自立度「□以上」は34.0%であった。

2) 平成29年度に全国の認知症疾患医療センターで若年性認知症の診断を受けた者は1,849人で,アルツハイマー型認知症52.8%,

血管性認知症8.3%,前頭側頭型認知症7.7%,物質・医薬品誘発性による認知症7.4%,外傷性脳損傷による認知症7.2%,レビー小体型認知症4.5%であった。平成29年10月1日の18歳~64歳人口を母数とする年間発生率は人口10万人対2.61人と推計された。

##### 2. 大都市における認知症の実態調査

1) 平成28年度調査に参加した1,321名中743名(56.2%)が平成30年度調査に参加し,新たな認知機能低下(MMSE-J23点以下)の発生率は6.0%,年齢が高いこと,教育年数が低いことが発生率の上昇に関連した。

2) 地域拠点では,【信頼感の醸成】を基盤にした<心理的サポート><信頼関係の形成>の後に【生命・身体の健康の維持】や【基本的な生活支援】が行われ,【本人の希望】の実現に向けた取組みが可能になることを示した。

3) 平成28年度調査で認知機能低下を認めたハイリスク高齢者66名中49名が地域生活を継続しており,12名が入院入所,5名は追跡不能であった。地域生活の継続不能と関連した項目は,生活支援ニーズを持つこと,居住支援ニーズを持つこと,家族の介護負担が高いことであった。

4) 地域在住高齢者173名に実施した頭部MRI検査のVBM解析において,小脳,海馬,線条体の萎縮が日常生活における不便さや活動性低下と関連することを明らかにした。

#### F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 栗田主一：国家施策の課題．  
CLINICIAN 667, 704-709, 2018
- 2) 栗田主一：わが国の若年性認知症の有病率と有病者数．栗田主一, 北川泰久, 鳥羽研二, 三村将, 弓倉整, 横手幸太郎監修：認知症トータルケア, 日本医師会雑誌, 第 147 巻特別号(2), 44-45, 日本医師会, 2018, 東京
- 3) 栗田主一：家族構成への変化, 独居への対応．栗田主一, 北川泰久, 鳥羽研二, 三村将, 弓倉整, 横手幸太郎監修：認知症トータルケア, 日本医師会雑誌, 第 147 巻特別号(2), 400-401, 2018, 東京
- 4) 栗田主一：軽度認知障害を支える社会．臨床精神医学, 第 47 巻第 12 号：1409-1415, 2018
- 5) 栗田主一：認知症施策の今後への提言 - Dementia Friendly Communities と Rights-Based Approach - . 老年精神医学雑誌, 30 増刊号-□：37-49, 2019
- 6) 栗田主一：超高齢期の認知症の疫学と社会状況．老年精神医学雑誌, 第 30 巻第 3 号：238-244, 2019

### 2. 学会発表

- 1) 枝広あや子, 杉山美香, 栗田主一：認知症疾患医療センターにおける認知症疾患の年間鑑別診断数と発生率の検討, 第 60 回日本老年医学会, 2018.6.14-16, 京都 (一般演題ポスター) .
- 2) 鈴木宏幸, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 小川まどか, 小川将, 枝広あや子, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 渡邊裕, 栗田主一：

- 大都市に暮らす高齢者の Trail Making Test の成績(その1)：高島平スタディ, A版とB版における遂行状況および遂行時間の分布．第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター) .
- 3) 佐久間尚子, 鈴木宏幸, 稲垣宏樹, 小川まどか, 小川将, 枝広あや子, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 渡邊裕, 栗田主一：大都市に暮らす高齢者の Trail Making Test の成績(その2)：高島平スタディ, 年齢, 性別, 教育年数とMMSE-J得点との関係．第 33 回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター) .
- 4) 枝広あや子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 岡村毅, 小川まどか, 佐久間尚子, 杉山美香, 新川祐利, 宮前史子, 鈴木宏幸, 白部麻樹, 本川佳子, 渡邊裕, 金憲経, 栗田主一：大都市に暮らす高齢者の認知機能低下と身体・口腔機能低下との関連：高島平スタディ．第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター) .
- 5) 新川祐利, 岡村毅, 宇良千秋, 宮前史子, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 杉山美香, 小川まどか, 枝広あや子, 栗田主一：地域在住高齢者における多剤併用の実態把握と認知機能障害との関連：高島平スタディ．第 33 回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター) .
- 6) 宇良千秋, 岡村毅, 稲垣宏樹, 小川まどか, 新川祐利, 枝広あや子, 杉山美香, 宮前史子, 佐久間尚子, 古田光, 畠山啓, 扇澤史子, 金野倫子, 鈴木貴浩, 栗田主一：大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査(その1)：高島平スタディ, 診断へのアクセスと社会支援ニーズ．第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一

- 般演題ポスター)。
- 7) 岡村毅, 宇良千秋, 杉山美香, 稲垣宏樹, 小川まどか, 枝広あや子, 宮前史子, 新川祐利, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 加藤徳子, 栗田主一: 大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査(その2): 高島平スタディ, ハイリスク者の縦断研究。第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター)。
  - 8) 杉山美香, 岡村毅, 釘宮由紀子, 宮前史子, 小川まどか, 枝広あや子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 森倉三男, 新川祐利, 岡村睦子, 佐久間尚子, 栗田主一: 大都市における認知症支援のための地域づくり(その1): 高島平スタディ, 認知症支援のための地域活動拠点と社会支援ネットワークの構築。第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター)。
  - 9) 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 釘宮由紀子, 枝広あや子, 岡村毅, 佐久間尚子, 新川祐利, 栗田主一: 大都市における認知症支援のための地域づくり(その1): 権利ベースのアプローチによる支援の担い手育成方法論の探索。第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター)。
  - 10) 宮前史子, 杉山美香, 稲垣宏樹, 小川まどか, 宇良千秋, 岡村毅, 枝広あや子, 佐久間尚子, 新川祐利, 栗田主一: 大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズリストの作成: 高島平スタディ, 因子的妥当性と信頼性の検討。第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター)。
  - 11) 稲垣宏樹, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 小川まどか, 佐久間尚子, 杉山美香, 鈴木宏幸, 新川祐利, 宮前史子, 渡邊裕, 金憲経, 栗田主一: 大都市に暮らす高齢者を対象とする生活実態調査の参加状況: 高島平スタディ, 心身機能との関連について。第33回日本老年精神医学会, 2018.6.29-6.30, 郡山(一般演題ポスター)。
  - 12) 栗田主一: 認知症とともに生きる本人・家族へのチームアプローチ。第49回日本看護学会—精神看護—学術集会。2018.7.19-7.20, 徳島(交流集会)。
  - 13) 栗田主一: 地域包括ケアシステムと認知症予防について。第8回日本認知症予防学会。2018.9.22-9.24, 東京(プレナリーレクチュア)。
  - 14) 栗田主一: パーソンセンタードケアと問題解決療法を理論的枠組とする多職種協働による支援モデル。第37回日本認知症学会学術集会。2018.10.12-10.14, 札幌(シンポジウム)。
  - 15) 栗田主一: 認知症とともに暮らせる社会をめざして。第61回日本脳循環代謝学会。2018.10.19-10.20, 盛岡(シンポジウム)。
  - 16) 栗田主一: 認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして。第38回日本社会精神医学会。2019.2.28-29, 東京(特別講演)。
  - 17) Awata S. Recent Trends in Japanese Dementia Strategies. To Create Dementia Friendly Communities. The Korean Association for Geriatric Psychiatry. Asia-Pacific International Conference. 2018.11.23-11.24, Seoul (Symposium)。
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む.)  
該当なし

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

介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率調査  
- 大阪市，名古屋市，東京 5 区の分析結果 -

研究分担者 菊地 和則 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 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

我が国では平成 12 年 4 月より介護保険法が施行され，40 歳～64 歳の医療保険加入者が第 2 号被保険者となった．第 2 号被保険者は要介護・要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病である「特定疾病」によって生じたものであることを要件とする．

特定疾病は 16 種類あるが，「初老期における認知症」の他に「筋萎縮性側索硬化症」，「進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）」，「脊髄小脳変性症」，「早老症」，「多系統萎縮症」，「脳血管疾患」などの認知症関連疾患が含まれている．このことは第 2 号被保険者情報から若年性認知症の有病率・有病者数を推計できる可能性を示している．

板橋区，大阪市，北区，豊島区，中野区，名古屋市，練馬区（五十音順）の 7 自治体から第 2 号被保険者データの提供を受け，7,334 名の要介護・要支援認定者のデータベースを作成した．分析の結果，「脳血管疾患」が 54.3%と過半数を占めていた．続いて「がん（がん末期）」の 9.2%，「初老期における認知症」の 7.1%などとなっていた．また，認知症高齢者の日常生活自立度が「以上」は 34.0%であった．

しかし，研究の途中で生活保護を受給している「みなし第 2 号被保険者」が少なからず存在することが分かり，いくつかの自治体に情報提供を求めたところ，「みなし第 2 号被保険者数」を加えると，自治体により異なるが 3 割から 5 割程度人数が増えることが明らかとなった．そのため第 2 号被保険者だけで有病率の推計を行うことは困難であることがわかった．

今後は「みなし第 2 号被保険者」を含めたデータベースを作成し，若年性認知症の有病率を明らかにしていく必要がある．

A. 研究目的

本研究は 7 自治体（保険者）の要介護認定システムからダウンロードして提供された，介護保険第 2 号被保険者データを統合

したデータベースを作成し，若年性認知症の有病率・有病者数及び生活状況を明らかにすることを目的とする．

## B. 研究方法

板橋区,大阪市,北区,豊島区,中野区,名古屋市,練馬区(五十音順)の7自治体の要介護認定支援システムから介護保険第2号被保険者データをダウンロードしてもらい,そのデータの提供を受け,統合したデータベースを作成した。

データのダウンロードに当たっては,平成30年4月1日(中野区のみ1月1日)を調査基準日とし,調査基準日に第2号被保険者であり,かつ,要介護・要支援認定されている者を対象とした。

ただし,転入ケースで特定疾病,認知症高齢者の日常生活自立度などのデータが欠損値であるものを除いた結果,7,334名のデータベースとなった。

しかし,研究途中で生活保護を受給している「みなし第2号被保険者」が少なからずいることが分かり,5自治体から追加でみなし第2号被保険者に関する情報提供を受けた。

(倫理面への配慮)

本研究は地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。また,本研究に関して開示すべき利益相反状態はない。

## C. 研究結果

7,334名のデータを分析した結果は以下の通りである。

性別は男性53.9%,女性46.1%と男性の方が若干多かった。年齢は40歳~64歳の間で年齢が高くなるほど増加し,「60~64歳」で45.8%と半数近くを占めていた。

特定疾病をみると「脳血管疾患」が54.3%と過半数を占めていた。続いて「がん(がん

末期)」の9.2%,「初老期における認知症」の7.1%などとなっていた。また,認知症高齢者の日常生活自立度が「以上」は34.0%であった。なお,特定疾病と認知症高齢者の日常生活自立度,および人数については表1に示した。

追加で情報提供を受けた「みなし第2号被保険者」であるが,第2号被保険者に「みなし第2号被保険者数」を加えると,自治体により異なるが3割から5割程度人数が増えることが明らかとなった。

## D. 考察

複数の自治体を持つ介護保険第2号被保険者データを統合してデータベースを作成し分析することが可能であることが明らかとなった。しかし,当初予定していた有病率の推計は「みなし第2号被保険者」を除いたままでは困難なことが明らかとなった。

そのため,本来の目的である有病率を明らかにするためには「みなし第2号被保険者」を含めたデータベースを作成する必要がある。しかし,生活保護を受給すると介護保険制度から生活保護制度に移行するため,自治体での主管課が異なり,研究協力を得るための負担が増えることになる。

しかし,介護保険データは全市区町村(保険者)で同一であること,自治体が既に保有している情報で新たに調査を行う必要がないことなどの利点がある。今後,「みなし第2号被保険者」のデータ提供を受け,第2号被保険者と「みなし第2号被保険者」の両者を含めたデータベースを作成する必要がある。

E. 結論

今回の研究では当初の目的である，介護保険第 2 号被保険者データから有病率を明らかにすることはできなかった。しかし，介護保険第 2 号被保険者データを用いて有病率を推計する方法は確立している。そのため自治体の協力が得られれば「みなし第 2 号被保険者」を含めたデータベースを作成することは可能である。

今後の課題として，自治体の協力を得て「みなし第 2 号被保険者」を含めたデータベースの作成が必要である。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

該当なし

表 1. 特定疾病と認知症高齢者の日常生活自立度

特定疾病カテゴリー (主治医意見書認知症高齢者の日常生活自立度)	人数	全特定疾病		認知症関連疾患		初老期における認知症	
		I 以上	II 以上	I 以上	II 以上	I 以上	II 以上
1. 筋萎縮性側索硬化症	110	24	13	24	13		
2. 後縦靭帯骨化症	104	24	12				
3. 骨折を伴う骨粗鬆症	103	34	19				
4. 多系統萎縮症	82	27	15	27	15		
5. 初老期における認知症	518	510	482	510	482	510	482
6. 脊髄小脳変性症	181	66	39	66	39		
7. 脊柱管狭窄症	220	54	22				
8. 早老症	2	0	0	0	0		
9. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	425	148	69				
10. 脳血管疾患	3986	2411	1601	2411	1601		
11. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン	306	147	81	147	81		
12. 閉塞性動脈硬化症	51	14	8				
13. 関節リウマチ	272	31	9				
14. 慢性閉塞性肺疾患	57	17	8				
15. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	241	67	41				
16. がん(末期)	676	175	74				
合計	7334	3749	2493	3185	2231	510	482
認知症関連疾患							

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 圭一 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 29 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 99.8%であった．平成 29 年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構成比 A（軽度認知障害を含む）で 2369 人，構成比 B（軽度認知障害を含まない）で 1849 人であった．構成比 B における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 52.8%，血管性認知症 8.3%，前頭側頭型認知症 7.7%，物質・医薬品誘発性による認知症 7.4%，外傷性脳損傷による認知症 7.2%，レビー小体型認知症 4.5%であった．

さらにわが国における発生率を推計した．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 29 年推計より，算出した平成 29 年の 18 歳～64 歳の日本人口；70,730,644 人を母数とすると，1 年間の発生率は構成比 A で人口 10 万人に対し 3.35 人，構成比 B で人口 10 万人に対し 2.61 人と推計された．平成 28 年度の結果と照らし合わせると，微増がみられた．

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推計値は過少であった．本検討は認知症疾患医療センターのみを対象とした協議書・実績報告書の情報を活用した調査であるため，認知症疾患医療センター以外の医療機関で鑑別診断されるものを含んでいない．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について，協議書・実績報告書による検討は経年的な若年性認知症の鑑別診断名別年間発生率の把握に有効であり，継続的に検討する必要がある．

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初期対応，周辺症状と身体合併症の急性期治療，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を行い，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 30 年度認知症疾患医療センター協議書・実績報告書の情報を基に、平成 29 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 30 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 30 年度認知症疾患医療センター協議書・実績報告書に平成 29 年の鑑別診断数を記載していた全国の 422 施設（基幹型 16，地域型 355，連携型 51）とした（悉皆調査）。協議書・実績報告書の内容を基に平成 29 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。以下を認知症疾患として分析対象とした（表 1）。

推計の母数は平成 29 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 29 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 29 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<sup>1)</sup>。

推計は以下の構成比にて算出した。

- ・構成比 A：軽度認知障害を含む
- ・構成比 B：軽度認知障害を含まない

以上により、全国の若年性認知症の診断名別年間発生率を推計した。

（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 MCD を都道府県・指定都市別、類型別に表 2 に示す。3.8%が基幹型、84.1%が地域型、12.1%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 30 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 2 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 99.8%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

認知症疾患について構成比 A，構成比 B を表 4 に示す。軽度認知障害を含まない構成比 B では、多い順にアルツハイマー型認知症 52.8%，血管性認知症 8.3%，前頭側頭型認知症 7.7%，物質・医薬品誘発性による認知症 7.4%，外傷性脳損傷による認知症 7.2%，レビー小体型認知症 4.5%であった。

### 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 29 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 29 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、70,730,644人との推計値を得た。これを母数として構成比A、構成比Bに対し発生率（年間：対人口10万人）を求め、表4右側に示した。若年性認知症は構成比Aにおいて人口10万人に対し3.35人、構成比Bにおいて人口10万人に対し2.61人の推計発生率であった。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1.38人、血管性認知症10万人対0.22人、前頭側頭型認知症10万人対0.20人、物質・医薬品誘発性による認知症10万人対0.19人、外傷性脳損傷による認知症10万人対0.19人、レビー小体型認知症10万人対0.12人の推計発生率であった。

#### D. 考察

若年性認知症を対象とした報告は散見されるが、我々が渉猟したかぎり、1年間の若年性認知症鑑別診断件数（発生率）を検討した報告は非常に少ない。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）<sup>2)</sup>、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）<sup>3)</sup>と報告されている。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」（2009年）が知ら

れている<sup>4)</sup>。18～64歳人口における人口10万人当たりの若年性認知症患者数は47.6人と推定され、また同報告書によると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）と報告されている<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>が、本検討の対象は導入後2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（昨年度報告）の有効回答率（85.3%）より大幅に増加した。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約100人増加があり、結果として推計発生率の数値は微増していた。しかしながら対象となる認知症疾患医療セン

ターの件数も増加してい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。

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協議書・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 30 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。軽度認知障害を含まない構成比では、1 年間に鑑別診断される推計発生率は人口 10 万人対 2.61 人であり、前年度報告に比較して漸増した。本推計は実態と比較して過少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・実績報告書による検討は経年的な若年性認知症の診断名別年間発生率の把握に有効であり、継続的に検討する必要がある。

#### F. 研究発表

該当なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

( 予定を含む )

該当なし

#### Reference

- 1) e-Stat 政府統計の総合窓口，人口推計  
平成 29 年 10 月 1 日現在人口推計  
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003215864>  
( 2019 年 4 月 19 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) 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/NIDD0\\_0.do?resrchNum=200821015A#selectGaiyou](http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD0_0.do?resrchNum=200821015A#selectGaiyou)
- 5) 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>
- 6) 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.tmghig.jp/research/info/archives/012860/index.html>
- 7) 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。  
[http://www.tmghig.jp/J\\_TMIG/extra/pdf/h28\\_0416/02\\_2.pdf](http://www.tmghig.jp/J_TMIG/extra/pdf/h28_0416/02_2.pdf)

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											
北海道	0	18	0	18	三重県	1	4	4	9	仙台市	0	3	1	4
青森県	0	4	2	6	滋賀県	0	7	1	8	さいたま市	0	1	0	1
岩手県	1	3	0	4	京都府	1	7	0	8	千葉市	0	1	0	1
宮城県	0	6	1	7	大阪府	0	6	0	6	横浜市	0	3	1	4
秋田県	1	3	2	6	兵庫県	0	9	0	9	川崎市	0	2	0	2
山形県	0	4	0	4	奈良県	1	3	0	4	相模原市	0	1	0	1
福島県	0	5	2	7	和歌山県	0	3	0	3	新潟市	0	2	0	2
茨城県	1	12	0	13	鳥取県	1	4	0	5	静岡市	0	3	0	3
栃木県	0	10	0	10	島根県	1	2	2	5	浜松市	1	0	0	1
群馬県	0	12	1	13	岡山県	0	7	1	8	名古屋市	0	3	0	3
埼玉県	0	8	1	9	広島県	0	6	1	7	大阪市	0	3	3	6
千葉県	0	10	0	10	山口県	0	6	2	8	堺市	0	2	0	2
東京都	0	38	14	52	徳島県	1	2	0	3	神戸市	0	5	0	5
神奈川県	0	5	0	5	香川県	0	6	0	6	岡山市	0	1	0	1
新潟県	0	6	1	7	愛媛県	0	7	0	7	広島市	0	2	0	2
富山県	0	4	0	4	高知県	1	4	0	5	北九州市	0	2	2	4
石川県	0	3	0	3	福岡県	0	11	0	11	福岡市	0	2	0	2
福井県	0	2	0	2	佐賀県	1	3	0	4	熊本市	0	1	0	1
山梨県	0	3	0	3	長崎県	1	5	2	8	合計	16	355	51	422
長野県	0	3	0	3	熊本県	1	9	1	11					
岐阜県	1	6	1	8	大分県	0	6	2	8					
静岡県	0	9	2	11	宮崎県	0	5	0	5					
愛知県	0	9	0	9	鹿児島県	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	355	0	355
連携型	50	1	51
合計	421	1	422
有効回答率	99.8%		

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)	520人	22.0%	-	0.735人
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	977人	41.2%	52.8%	1.381人
血管性認知症(F01)	153人	6.5%	8.3%	0.216人
レビー小体型認知症(G31,F02)	83人	3.5%	4.5%	0.117人
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を	143人	6.0%	7.7%	0.202人
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	133人	5.6%	7.2%	0.188人
物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連	137人	5.8%	7.4%	0.194人
HIV感染による認知症(B20,F02)	4人	0.2%	0.2%	0.006人
プリオン病による認知症(A81,F02)	8人	0.3%	0.4%	0.011人
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	15人	0.6%	0.8%	0.021人
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	5人	0.2%	0.3%	0.007人
正常圧水頭症(G91)	19人	0.8%	1.0%	0.027人
他の医学的疾患による認知症(F02)	62人	2.6%	3.4%	0.088人
複数の病因による認知症(F02)	43人	1.8%	2.3%	0.061人
詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当し	67人	2.8%	3.6%	0.095人
合計A(軽度認知障害を含む)	2369人	100.0%	-	3.349人
合計B(軽度認知障害を含まない)	1849人	-	100.0%	2.614人

(対10万人)

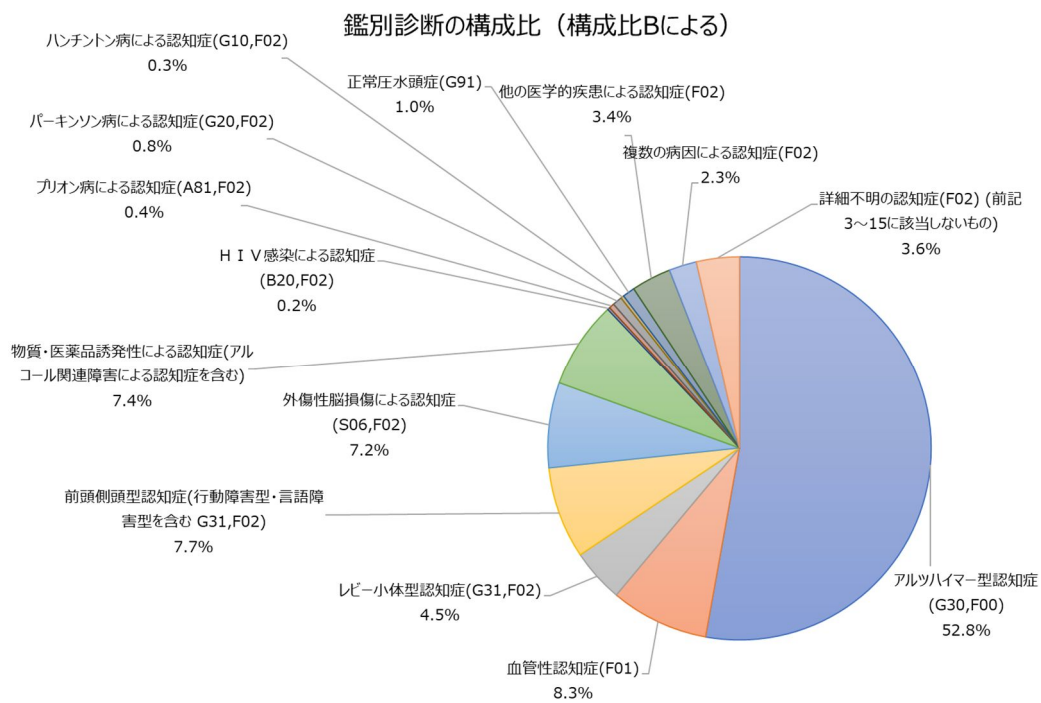


図 1 鑑別診断の構成比（構成比 B による）

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

大都市の認知症有病率と生活実態：MMSE-J 得点の 2 年間の縦断的变化  
- 認知機能低下高齢者の新規発生率と関連要因 -

研究分担者 稲垣 宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究協力者 佐久間尚子 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

平成 28 年「高島平こころとからだの健康調査」会場調査参加者の 2 年後の追跡調査を行い、認知機能低下者の頻度（有症率）、また新規に認知機能低下ありに移行した者の頻度（新規発生率）を検討した。

1,321 名中 743 名（56.2%）が参加し、MMSE-J 平均得点は  $27.0 \pm 2.80$  点、認知機能低下者の割合は 9.5% で、平成 28 年時の調査とほぼ同等の値だった。また、平成 28 年時に健常レベルで 2018 年時に認知機能低下ありに移行した者の割合は 6.0% で、年齢が高いと、また教育年数が低いとより発生率が高くなっていた。

しかしながら、追跡調査では健康状態の悪い対象者が脱落している可能性が示唆され、本調査の結果は比較的健康状態が良好な高齢者の結果であると考えられる。調査不参加者は認知機能低下のリスクがより高い集団と考えられ、正確な推計値算出のためには、調査不参加者に対する訪問調査等のアプローチによるフォローアップが必要であると考えられる。

A. 研究目的

「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル」研究事業（高島平スタディ）は、認知症になっても高齢者が尊厳を持って地域生活を継続することが可能な都市型の認知症ケアモデルの構築を目的とし、実態把握調査（観察研究）と支援システム構築と効果測定（介入研究）を行っている。

本年度は、大都市部の地域在住高齢者の認知機能の加齢変化を検討すること、また、認知機能が低下した高齢者がどの程度新規

に発生するのかを把握することを目的として、平成 28 年に東京都板橋区の特定地区で実施した会場健診型調査（ベースライン調査）の参加者を対象に、再度認知機能検査（MMSE-J 精神状態短時間検査 改訂日本語版、以下 MMSE-J）を実施した。本報告では、本年度実施した MMSE-J 得点の基礎集計結果を提示するとともに、平成 28 年の認知機能低下高齢者の出現率との比較 2 年間で認知機能低下高齢者の新規発生率について報告する。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

平成 28 年 7 月時点で、板橋区高島平 1～5 丁目在住の 70 歳以上高齢者全員(7,614 名)を対象とした自記式アンケート郵送調査(5,430 名が参加)ならびに、会場健診または居宅訪問による面接調査(2,059 名が参加)を実施した(平成 28 年度「高島平こころとからだの健康調査」)。このうち、会場健診型面接調査に参加し、MMSE-J が実施可能であった 1,352 名を本年度の追跡調査の対象者とした。

### 2. 手続き

平成 28 年時の会場健診型調査参加者 1,352 名のうち、事前に死亡や住所不明が判明していた者を除く 1,346 名に対し調査説明の文書と会場調査への参加依頼、自記式アンケート調査票を郵送し、参加協力の返信があった対象者 810 名には、改めて検査日時、検査会場等を通知した。会場来場時に再度調査内容等を説明し、書面により同意を得た。調査は、訓練を受けた看護師または心理士が実施した。

### 3. 調査期間

本年度の追跡調査は平成 30 年 12 月 3 日～6 日および 12 月 10 日～16 日の計 11 日間に実施した。

なお、平成 28 年の会場健診型調査は平成 28 年 10 月 1 日～12 月 2 日に実施した。

### 4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

認知機能検査

認知機能は、平成 28 年調査と同様 MMSE-

J を用いて評価した。実施方法も平成 28 年と同様に、逆唱課題を実施したうえで、これを除く合計点(30 点満点)を得点とした。一般的に、30 点満点中 23 点以下で認知機能低下が疑われる。

自記式アンケート調査

人口統計学的変数(性別、生年月、年齢)、住居状況、同別居状況、基本チェックリスト、身体的健康(主観的健康感、視力・聴力、歩行機能、疾患)、B-ADL、I-ADL、認知機能、精神的健康(GDS、S-WHO-5)、生活習慣(飲酒、喫煙、外出頻度、運動習慣、睡眠)、口腔機能、栄養・食習慣、対人交流、社会参加、ソーシャルサポート、介護・認知症に対する意識、経済状況。

健診会場における調査項目

DASC-21、血圧・脈拍測定、既往歴、介護状況、血液検査、運動機能(握力、歩行速度、TUG、trail stepping test など)、歯科的評価、嚥下機能、咀嚼機能、身長、体重、体脂肪。

(倫理面への配慮)

東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会において承認を得た。また、「2.手続き」で記述した通り、参加者に対するインフォームドコンセントを行った。

## C. 研究結果

### 1. 参加状況

会場健診型調査の参加希望者は 810 名であった。宛所不明 18 名、死亡 7 名を除く 1,321 名中の参加率は 61.3%であった。この希望者のうち、実際調査に参加したのは 743 名(56.2%)であった。なお、郵送アンケート調査のみ参加を希望した対象者が 118 名(8.9%)いた。



会場調査参加者 743 名全員に MMSE-J を実施した。このうち 2 名は実施不能（利き手骨折 1 名，日本語が話せない 1 名），2 名は不完全実施（聴力障害 1 名，日本語の理解が不十分 1 名）であった。この 4 名を除く 739 名を分析対象とした。

表 1 に，分析対象者の有効回答数，平均年齢，教育年数を示した。参考値として同変数のベースライン時（平成 28 年）の数値を記載した。

表1 参加者の回答数，平均年齢，教育年数

	有効回答	対象者全体 に対する%	平均年齢	標準偏差	年齢の範囲	平均教育 年数	標準偏差	教育年数の 範囲
全体	739	100.0%	79.2	4.49	72-96歳	12.7	2.61	3-22年
	1,352	100.0%	77.3	4.90	70-96歳	12.6	2.70	3-27年
性別								
2018年	284	38.4%	79.1	4.52	72-96歳	13.6	3.02	3-22年
2016年(会場)	455	61.6%	79.2	4.47	72-93歳	12.2	2.17	7-21年
	545	40.3%	77.3	5.08	70-94歳	13.4	3.30	3-25年
	807	59.7%	77.3	4.75	70-96歳	12.1	2.30	6-27年
年齢3階級								
2018年	419	56.7%	75.9	2.02	72-79歳	12.8	2.33	9-21年
2016年(会場)	304	41.1%	83.0	2.43	80-89歳	12.8	2.91	3-22年
	16	2.2%	91.6	1.59	90-96歳	10.5	2.78	7-17年
	930	68.8%	74.6	2.74	70-79歳	12.6	2.43	8-25年
	399	29.5%	82.7	2.50	80-89歳	12.7	3.19	3-27年
	23	1.7%	91.1	1.65	90-96歳	11.3	3.40	6-18年
教育年数3階級								
2018年	118	16.0%	80.2	5.06	72-96歳	8.8	0.70	3-9年
2016年(会場)	331	44.8%	78.7	4.31	72-92歳	11.9	0.46	10-12年
	276	37.3%	79.2	4.36	72-92歳	15.5	1.55	13-22年
	14	1.9%	80.5	4.62	74-87歳	-	-	-
	229	16.9%	78.0	5.12	70-96歳	8.8	0.62	3-9年
	628	46.4%	77.0	4.74	70-91歳	11.8	0.47	10-12年
	462	34.2%	77.4	4.90	70-94歳	15.6	1.85	13-27年
	33	2.4%	74.8	2.73	70-90歳	-	-	-

2. MMSE-J 得点の分布

分析対象者 739 名の MMSE-J 得点の平均値は 27.0 点，標準偏差は 2.80，得点の範囲は 11-30 点だった．中央値，最頻値とも 28 点で，分布は高得点域に偏った形を示して

いた（表 2 を参照）．

男女別の得点分布を図 1 に示した．男性の平均値は 26.6 点，標準偏差 3.11，得点の範囲は 11-30 点，中央値 27 点，最頻値は 29 点だった．女性の平均値は 27.3 点，標準偏

表2 MMSE-J得点の中央値、最頻値、平均値、範囲、認知機能低下者数

	有効回答	中央値	最頻値	平均値	標準偏差	得点の範囲	23点以下	23点以下%
全体	739	28	28	27.0	2.80	11-30点	70	9.5%
	1,352	28	29	27.0	2.70	12-30点	130	9.6%
性別								
2018年	284	27	29	26.6	3.11	11-30点	36	12.7%
2016年(会場)	455	28	28	27.3	2.55	11-30点	34	7.5%
	545	28	29	26.8	2.80	13-30点	61	11.2%
	807	28	29	27.2	2.60	12-30点	69	8.6%
年齢3階級								
2018年	419	28	30	27.5	2.61	12-30点	31	7.4%
	304	27	28	26.5	2.94	11-30点	36	11.8%
	16	25.5	24,29	25.5	2.71	19-29点	3	18.8%
2016年(会場)	930	28	29	27.3	2.50	12-30点	68	7.3%
	399	27	27	26.5	2.80	14-30点	53	13.3%
	23	24	27	23.7	4.40	13-30点	9	39.1%
教育年数3階級								
2018年	118	27	25	26.4	3.06	11-30点	20	16.9%
	331	28	29	27.1	2.69	12-30点	27	8.2%
	276	28	28	27.3	2.77	11-30点	22	8.0%
	14	24	24	25.3	2.05	23-30点	1	7.1%
2016年(会場)	229	26	26	26.0	3.00	15-30点	40	17.5%
	628	28	28	27.1	2.60	12-30点	52	8.3%
	462	28	29	27.4	2.60	13-30点	35	7.6%
	33	27	27	26.4	1.77	23-29点	3	9.1%

差 2.55, 得点の範囲は 11-30 点, 中央値, 最頻値はともに 28 点だった (表 2 を参照). 男女間で平均得点を比較したところ, 性別の主効果が示され, 女性に比べ男性で有意に低かった ( $F(1,738)=11.700, p=0.001$ ).

次に, 年齢階級を 70-79 歳, 80-89 歳, 90 歳以上の 3 階級に分類し, 階級別の得点分布を図 2 に示した. 平均得点, 標準偏差, 得点の範囲は, 70-79 歳で 27.5 点, 2.61, 12-30 点, 80-89 歳で 26.5 点, 2.94, 11-30 点, 90 歳以上で 25.5 点, 2.71, 19-29 点だった. 中央値はそれぞれ 28 点, 27 点, 25.5 点, 最頻値はそれぞれ 30 点, 28 点, 24 および 29 点だった (表 2 を参照). 平均得点は年齢階級の主効果が示され, 年齢が高いほど得点が有意に低いことが示された ( $F(2,738)=12.475, p<0.001$ ).

続いて, 教育年数を 9 年以下 (初等教育相当), 10-12 年 (中等教育相当), 13 年以上 (高等教育相当) の 3 階級に分類し, 階級別の得点分布を図 3 に示した. 平均得点,

標準偏差, 得点の範囲は, 9 年以下で 26.4 点, 3.06, 11-30 点, 10-12 年で 27.1 点, 2.69, 12-30 点, 13 年以上で 27.3 点, 2.77, 11-30 点だった. 中央値はそれぞれ 27 点, 28 点, 28 点, 最頻値はそれぞれ 25 点, 29 点, 28 点だった (表 2 を参照). 教育年数が不明・未記入の対象者 14 名を除き, 教育年数 3 階級間で平均得点を比較したところ, 有意な主効果が示され, 教育年数 9 年以下の階級が他の 2 階級に比べて平均得点が有意に低かった ( $F(2,728)=5.279, p=0.005$ ).

平成 28 年調査で MMSE-J に参加した 1,352 名のうち, 平成 30 年調査に引き続き参加した者は 735 名, 不参加だった者は 617 名だった. 平成 30 年度の参加状況 (参加 / 不参加) 別に, 平成 28 年時の MMSE-J 得点を比較したところ (表 3), 参加者に比べ不参加者で平均得点が低く (参加 27.5 点, 不参加 26.4 点), また 23 点以下だった者の割合が高い (参加 5.2%, 不参加 14.9%) ことが示された.

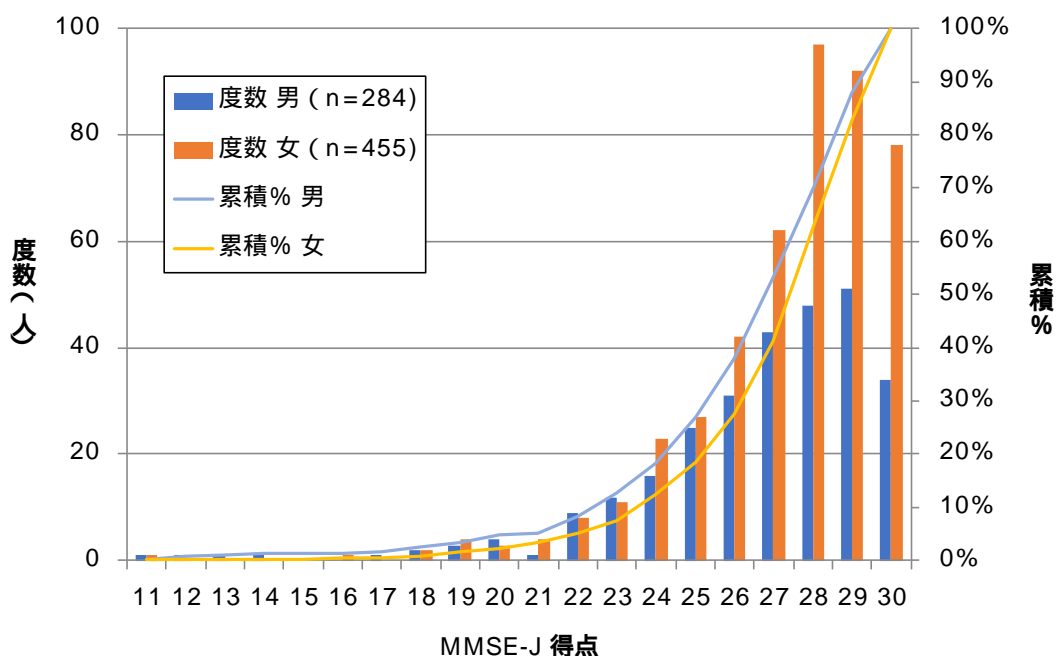


図1 MMSE-J得点の分布 (男女別)

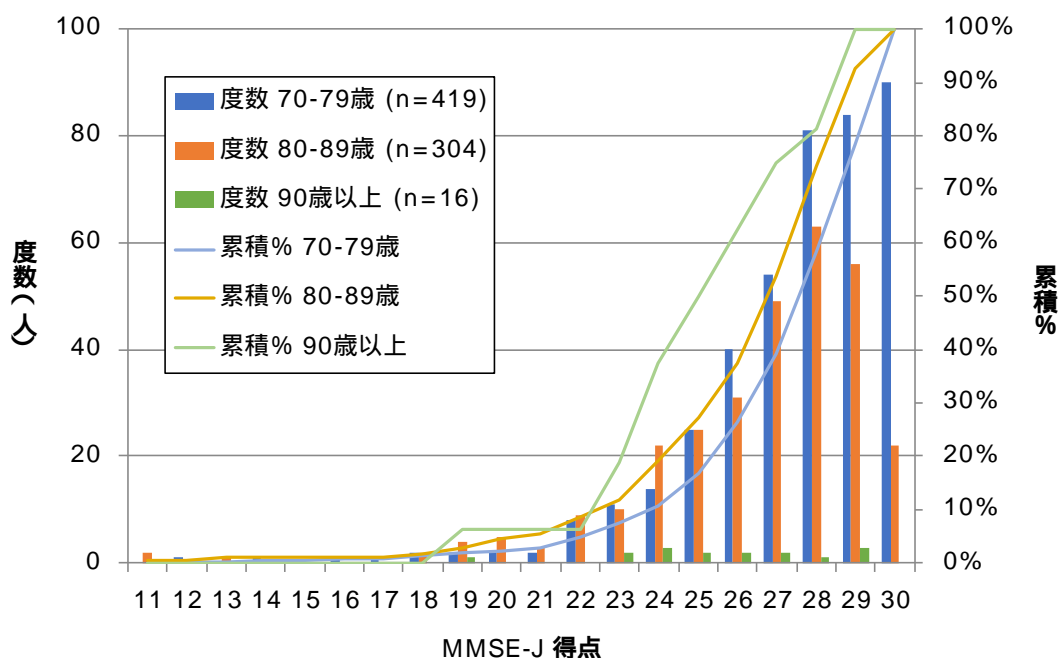


図2 MMSE-J得点の分布（年齢階級別）

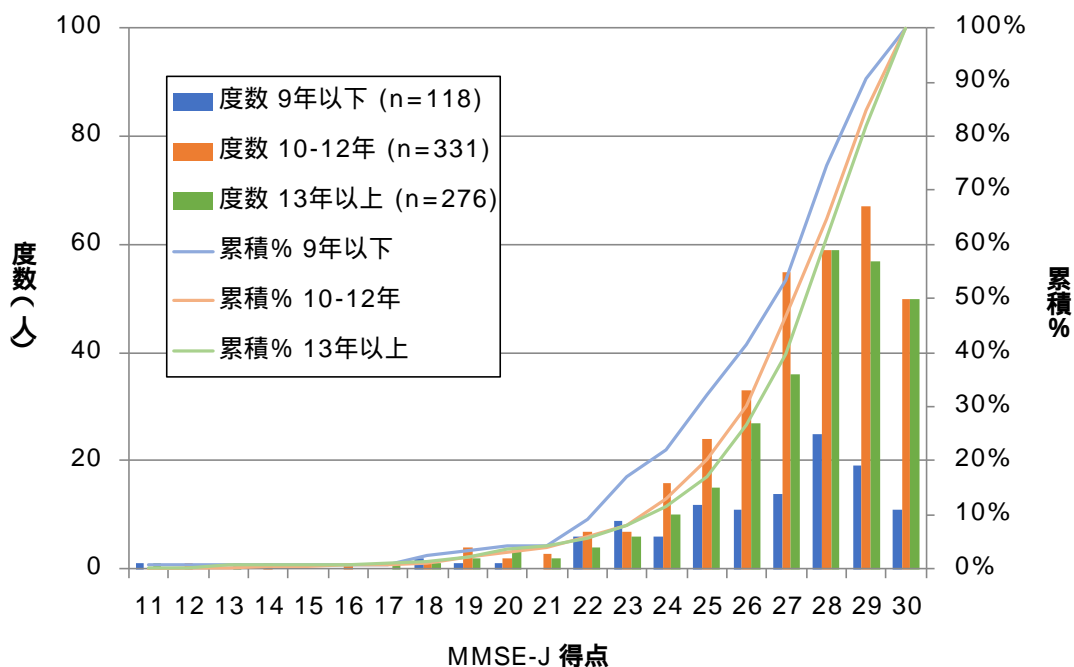


図3 MMSE-J得点の分布（教育年数階級別）

### 3. 認知機能低下者の新規発生率

MMSE-Jでは、合計得点23点/24点をカットオフ値として、24点以上の場合「健常範囲」、23点以下の場合「認知機能低下あり」

または「認知症の疑い」とされている。この基準により、本調査における認知機能低下者の出現頻度を算出したところ、全体では739名中70名が該当し、出現率は9.5%だ

表3 追跡調査(2018年)の参加状況(参加/不参加)別の2016年(ベースライン)時MMSE-J得点

2016年参加状況	2018年参加状況	有効回答	平均年齢 (2018年)		平均教育年数		2016年時(ベースライン)のMMSE得点						
			標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	中央値	最頻値	平均値	標準偏差	得点範囲	23点以下
参加	参加	735	79.2	4.49	12.7	2.61	28	29	27.5	2.21	16-30点	38	5.2%
参加	不参加	617	80.0	5.27	12.5	2.79	27	28,29	26.4	3.08	12-30点	92	14.9%
全体		1,352	79.5	4.88	12.6	2.70	28	29	27.0	2.70	12-30点	130	9.6%
参加(採点不可)	参加	2	76.5	2.12	14.0	2.83	-	-	-	-	-	-	-
不参加	参加	2	77.0	4.24	14.0	2.83	-	-	-	-	-	-	-

注：2018年不参加者の2018年時の年齢は、2016年時の年齢に2歳加算して計算した。

った(表2を参照)。

男女別には、男性 12.7%、女性 7.5%で女性に比べ男性で出現率が高かった(表2を参照)。年齢階級別には70-79歳 7.4%、80-89歳 11.8%、90歳以上 18.8%で年齢が高い階級ほど出現率が高かった(表2を参照)。教育年数の階級別には9年以下が16.9%、10-12年が8.2%、13年以上が8.0%で、9年以下の階級で出現率が高かった(表2を参照)。

続いて、ベースライン調査時(平成28年時)に「健常範囲」(24点以上)であった対象者が2年後の追跡調査時(平成30年時)に「認知機能低下あり」(23点以下)になった場合を新規の認知機能低下者として、頻度とその割合(新規発生率)を算出した。

結果を図4、図5に示した。本調査の参加者のうちベースライン調査時に24点以上だった者は697名であった。このうち、42名が追跡調査時に23点以下となった。新規出現率は6.0%であった。男女別には、男性262名中20名(7.6%)、女435名中22名(性5.1%)だった。

年齢3階級別に見ると(図4を参照)、70-79歳で381名中19名(4.8%)、80-89歳では283名中22名(7.8%)、90歳以上では14名中1名(7.1%)だった。

教育年数3階級別に見ると(図5を参照)、9年以下で104名中12名(11.5%)、10-12年では315名中15名(4.8%)、13年以上では265名中15名(5.7%)だった。

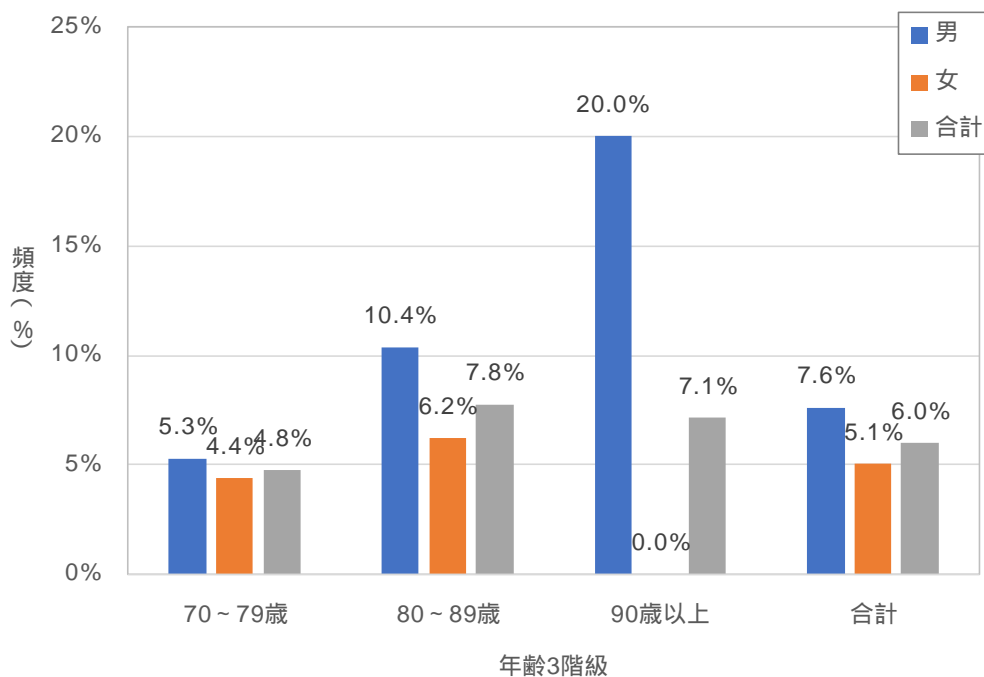


図4 2016年に24点以上から2018年に23点以下に移行した者の頻度（性・年齢階級）

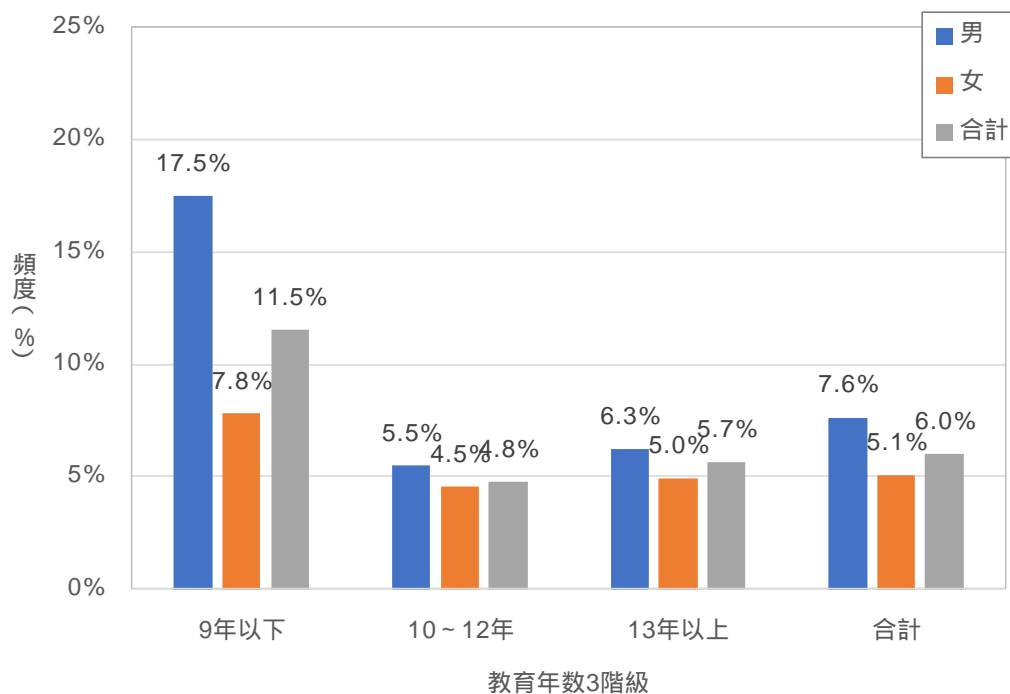


図5 2016年に24点以上から2018年に23点以下に移行した者の頻度（性・教育年数階級）

D. 考察

2年後の追跡調査（平成30年調査）において、MMSE-Jの平均得点や分布（中央値、得点の範囲）、また認知機能低下者の割合は、

ベースライン調査（平成28年）と同等だった。会場調査に参加可能水準の健康状態にある高齢者において、認知機能低下者の比率は約10%ほどであることを示している。

ベースライン調査で認知機能が健常レベル (MMSE-J24 点以上) だった対象者のうち、追跡調査時に認知機能低下あり (MMSE-J23 点以下) に移行した者 (新規発生率) は全体で 6.0% で、年齢が高い (70 歳代に比べ、80 歳代、90 歳代で)、教育年数が短い (10 年以上に比べ、9 年以下で) と発生率がより高くなっていった。

しかしながら、追跡調査時の参加状況別にベースライン時の MMSE-J 得点を比較したところ、追跡調査参加者に比べて不参加者で MMSE-J 得点が低く、認知機能低下者の割合が高いことが示された。すなわち、ベースライン時にすでに認知機能が低下していた対象者は追跡調査から脱落し、追跡調査の参加者の多くは 2 度の会場健診型調査に参加可能な、比較的健康状態が良好に維持された高齢者に限られていた可能性が高い。調査に不参加であった対象者はより認知機能低下のリスクが高い集団であると考えられ、正確な有症率や発症率の把握のため、また認知機能低下者への支援のためには、追加で訪問調査を行う等不参加者へのフォローアップが必要であろう。

#### E. 結論

平成 28 年「高島平こころとからだの健康調査」会場調査参加者の 2 年後の追跡調査を行い、認知機能低下者の頻度 (有症率)、また新規に認知機能低下ありに移行した者の頻度 (新規発生率) を検討した。

MMSE-J 得点や認知機能低下者の有症率に関して、ベースライン調査 (平成 28 年) と同等だった。認知機能低下者の新規発生率は 6.0% で、年齢が高いと、また教育年数が低いとより発生率が高くなっていった。

しかしながら、追跡調査では健康状態の悪い対象者が脱落し比較的健康状態が良好な高齢者のみが参加している可能性がある。調査不参加者に対し、訪問調査等のアプローチによるフォローアップが必要であると考えられる。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

- 1) Inagaki H, Awata S, Ura C, Ogawa M, Sakuma N, Sugiyama M, Miyamae F, Eda Hiro A : Association between social isolation and cognitive decline in older peoples in metropolitan area. The Gerontological Society of America 2018 Annual Scientific Meeting, Boston, USA, 2018.11.14-18
- 2) 稲垣宏樹：認知症との共生社会を支える基礎研究 (シンポジウム) : 指定討論 . 日本心理学会第 82 回大会 , 仙台 , 2018.9.25-27
- 3) 稲垣宏樹 , 宇良千秋 , 枝広あや子 , 岡村毅 , 小川まどか , 佐久間尚子 , 杉山美香 , 鈴木宏幸 , 新川祐利 , 宮前史子 , 渡邊裕 , 金憲経 , 新開省二 , 栗田主一 : 大都市に暮らす高齢者を対象とする生活実態調査の参加状況 : 高島平スタディ : 心身機能との関連について . 第 33 回日本老年精神医学会 , 郡山 , 2018.6.29-30

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

( 予定を含む )

該当なし

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

大規模集合住宅地の地域拠点における認知機能低下者等への日常生活支援

研究分担者 杉山 美香 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究協力者 宮前 史子 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター研究員  
研究代表者 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

本研究では都内の大規模集合住宅地に認知症支援の地域拠点（以下、拠点）を設置し「認知症とともに暮らせる社会」(Dementia Friendly Communities :DFCs)の創出に向けたアクションリサーチを実施した。拠点では、居場所の提供（認知症カフェの運営）、相談の応需（保健医療・福祉領域の専門職が来訪者のさまざまな相談に応じる）をしているが、その活動の中で介護保険サービスでは補えない日常生活支援を実施している。本研究では、拠点における「認知機能や心身の健康状態が低下している人へ拠点で行った生活支援」を明らかにするため、拠点のスタッフと研究者でフォーカスグループディスカッション（FGD）を実施し、内容の分析を行った。

拠点の開室は月平均12日合計144日で平均来場者数は11.6名であった。相談の利用者数は、のべ人数247名(実人数125名)約8割が女性で80代が最も多かった。相談内容は身体に対する医療相談が83名(33.6%)と最も多く、認知症についての相談が75名(30.4%)、心理相談が36名(14.6%)、精神的な健康問題についての医療相談が15名(6.1%)と多かった。

FGDの結果から、拠点で行った日常生活支援について18のサブカテゴリと9のカテゴリが抽出され、それらは4つの大カテゴリに集約できた。【信頼感の醸成】を基盤にした<心理的サポート><信頼関係の形成>がつけられた後に【生命・身体の健康の維持】や【基本的な生活支援】が行われ、【本人の希望（権利）尊重】し、その実現に向けて取り組む事が可能となっている状況が見いだされたためそれを図示した。

身近なところに居場所があり、認知症の有無に関わらずお互いを知り合い尊重し合うことができること、心身の健康について専門職に気軽に相談できること、日常生活上の困りごとについてはスタッフが日常生活支援を提供する体制があることは、DFCsを実現し認知症になっても安心して暮らし続けられる地域社会のための要件となるだろう。

A. 研究目的

「認知症とともに暮らせる社会」  
(Dementia Friendly Communities：以下

DFCs<sup>1,2)</sup>)に向けた取り組みの中で、認知症の人の権利や希望を尊重していくことは重要である。特に、認知機能が低下し、かつ単



身や高齢者のみ世帯の場合には、日常的な生活支援が必要である。これまでは本人に最も近い立場で本人のニーズを聞きながら日常生活の支援を行ってきたのは家族だった。本人のニーズが真に充足されるか否かは、家族のように本人の視点に立って支援する/支援を調整してくれる者がそばにいるかが大きく関わる。しかし、現代の家族構成ではそれがかなわない場合が多い。本人の側に立てる支援者に出会えないと、社会とのつながりが切れて孤立しがちになり、社会的交流が乏しくなる。さらに介護や医療に満足につながることができず、身体的・精神的な健康状態が悪化していくという悪循環に陥る可能性が高まる。

そこで、本研究では都内の大規模集合住宅地に認知症支援の地域拠点(以下、拠点)を設置し、認知症とともに生きる本人や家族、地域に暮らす人々、地域で活動する多様な組織・団体と協働して、DFCsの創出に向けたアクションリサーチを実施した。拠点では、保健福祉領域の専門職等がさまざまな相談に応じつつ、常設型「認知症カフェ」<sup>3,4)</sup>の運営を行っている。様々な背景を持つ人々が利用するこの拠点では、日々介護保険サービスでは担うことができない多種多様なニーズが上がっており、拠点のスタッフは同じ空間で利用者と生活の一部を共にしながら、それらのニーズに基づき支援を行っている。

本稿では、大都市合住宅における認知症支援の拠点の活動状況を報告するとともに、拠点の日常生活支援の機能についてフォーカスグループディスカッションを実施し、内容を分類した結果について報告する。

## B. 研究方法

### 研究 1. 拠点における認知症カフェと相談事業についてのアクションリサーチ

都内 A 区の特定地区における拠点の運営状況について、平成 29 年 4 月から平成 30 年 3 月までの認知症カフェの運営と相談事業の実績を報告する。地域拠点は週に平均 3 日午前 11 時から 16 時に開室、保健医療職を含む 2~5 名体制で認知症カフェ<sup>3,4)</sup>を運営した。相談事業は毎月曜日に医師、その他の日は保健師、心理士、理学療法士が予約なしで相談を行った。相談については、開室時間内であれば、在室している専門職スタッフによって予約なしで相談に応需できる体制をとった。

### 研究 2. 拠点における日常生活支援の機能分類

拠点において実施されている日常生活支援の機能を分類するためのフォーカスグループディスカッション(FGD)を平成 31 年 4 月実施した。拠点のスタッフ保健師 2 名、精神保健福祉士資格を持つ理学療法士 1 名と研究者 2 名の計 5 名で行った(男性 1 名、女性 4 名、39 歳から 69 歳)。テーマは「認知機能や心身の健康状態が低下している人へ拠点で行った日常的な生活支援」として約 90 分間実施した。その際、全員が自由に発言できるように配慮した。

FGD の際は研究者 1 名がファシリテーターとなり、研究者 1 名が記録係として発言内容を記録し同時に IC レコーダーを用いて録音を行った。分析は、質的記述的研究法を用いた<sup>5)</sup>。発言内容を適切な長さに断片化して「フラグメント化」し、発言内容の文脈がわかるよう最小限の言葉を補う「エデ

ィティング」を行い、類似したものをまとめテーマをつけて「コーディング」した。さらに共通の意味内容をもつコードを集約して「サブカテゴリ」を形成し、サブカテゴリ間の意味内容や関係を考慮しながら全体の文脈の意味を検討し抽象化して「カテゴリ」を形成しさらにそれを集約した「大カテゴリ」を形成した。フラグメント化から大カテゴリ形成までの分析は研究者2名で行った。最終的に形成されたカテゴリについては、FGDに参加した専門職3名も検討に加わり文脈やカテゴリ内容の意味について確認を行った。

(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

研究1:(1) 認知症カフェの活動状況

拠点の認知症カフェの開室は月平均 12

日、合計 144 日で平均来場者数は 11.6 名であった(表1)。ミニ講座などのイベント参加者を除く曜日別の利用の平均人数(のべ人数)は月曜日が 16.5 名で最も多かった。イベント参加者を除く月別来場者(のべ人数、平均)は、拠点の認知度が上がり利用者が4月(26名、7.4名)から翌2月(200名、14.3名)と徐々に増加した(表2)。医師が在室し相談に応じた日数は計41日で平均来場者は16.7名、医師がいない日は計103日で来場者の平均は9.6名であった(表3)。医師が在室の際の医療等の相談者の平均人数は3.3名、医師がいない日には0.6名で、一日の相談者の平均人数は1.3名であった。拠点の開室日には認知症の有無に関わらず、みんなが居心地よく、来場時間も頻度も問われず自由に人々が過ごせる認知症カフェの機能をもった居場所を目指して運営が行われた。

表1 曜日別平均来場者数

(のべ人数、イベント参加者除く平成29年4月1日～平成30年3月30日の実績)

曜日	月	火	水	金	土	合計
日数	43	3	30	45	23	144
平均来場者数	16.5	5.7	9.4	10.2	9.2	11.6
標準偏差	6.0	4.2	4.4	4.4	4.4	5.9

表2 月別平均来場者数

(のべ人数、イベント参加者除く平成29年4月1日～平成30年3月30日の実績)

	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
開室日(計)		11	14	13	12	12	11	12	8	11	12	14	14	144
利用者(平均)		7.4	10.8	10.0	10.6	10.4	12.1	13.8	13.3	14.0	13.3	14.3	13.9	11.6
利用者(計)		81	98	130	127	125	133	166	102	154	159	200	194	1669
スタッフ数(計)		26	46	37	34	36	47	41	31	47	58	49	46	409

表3 平均来場者数・相談者数と医師の有無

(のべ人数，イベント参加者除く平成29年4月1日～平成30年3月30日の実績)

医師の有無	日数	来場者数		相談者数平均	
		平均(人数)	標準偏差	平均(人数)	標準偏差
あり	41	16.7	5.7	3.3	2.1
なし	103	9.6	4.7	0.6	1.0
全体	144	11.6	5.9	1.3	1.9

## (2) 相談事業の実績

開室日の相談利用者数は、のべ人数247名，実人数125名，性別では、のべ人数で男性39名(15.8%)，女性208名(84.2%)，実人数で男性22名(17.6%)，女性103名(82.4%)であった。相談回数は1～28回であり，実人数で，1回が87名(69.6%)，2回が16名(12.8%)，3回が8名(6.4%)，その他14名(11.2%)であった。年齢階級別では40代から90代までと幅広く，最も多かったのは、のべ人数で80代の99名(40.1%)，続いて70代の77名(31.2%)，50代の7名(2.8%)，実人数で80代の37名(29.6%)，続いて70代の28名(22.4%)，90代の5名(4.0%)であった(表4)。

相談者は、のべ人数で、本人190名(76.9%)，家族・親族18名(7.3%)，民生委員10名(4.0%)，地域包括支援センター等8名(3.2%)，相談面接を複数名で同時に行ったケースもあった(表5)。相談への対応職種については、のべ人数で、医師98名(39.7%)，保健師57名(23.1%)，心理士54名(21.9%)，その他専門職19件(7.7%)，医師・心理士5名(2.0%)，心理・その他の専門職6名(2.4%)，歯科医師2名(0.8%)などで、多職種で同時に対応に当たったケースも17名(6.9%)あった。相談内

容は身体に対する医療相談が83名(33.6%)と最も多く，認知症についての相談が75名(30.4%)，心理相談が36名(14.6%)，精神的な健康問題についての医療相談が15名(6.1%)と多かった(表6)。相談内容の中には、認知症症状が強く家賃の支払いが滞っており，民生委員や地域包括支援センターと協力して支援した事例や介護負担感が強く介護の方法に悩む家族の相談，精神疾患疑いで被害妄想があるが独居で支援が必要であり，他の機関から紹介された事例などがあった。

いずれも、拠点での相談対応と心理的サポート，各関係機関との連携によって支援を調整した。必要に応じてケース会議を実施した。なお、拠点では歯科医師も相談に応じており，口腔機能低下に対する口腔体操を含む口腔保健指導や，顎関節の痛み，口内炎，歯肉炎，義歯のトラブルなどの歯科関連の医療相談や受療支援も行った。かかりつけ歯科医師と面と向かうと，思っていることを伝えられないから支援してほしい，介護している家族が食べられなくなってきたなどの食支援の相談などに対し，拠点だけでなく訪問等を含めて対応した事例もあった。相談対応した歯科医師から，地域の歯科医院への情報提供等のコーディネートを積極的に実施した。

表4 相談利用者の数(年齢階級別,平成29年4月1日~平成30年3月30日の実績)

年代	のべ人数		実人数	
	度数	パーセント	度数	パーセント
40代	3	1.2	3	2.4
50代	7	2.8	3	2.4
60代	6	2.4	4	3.2
70代	77	31.2	28	22.4
80代	99	40.1	37	29.6
90代	5	2.0	5	4.0
小計	197	79.8	80	64.0
不明	50	20.2	45	36.0
合計	247	100.0	125	100.0

表5 相談者の内訳(平成29年4月1日~平成30年3月30日の実績)

職種	のべ人数	パーセント
本人	190	76.9
家族・親族	18	7.3
友人・知人	6	2.4
民生委員	10	4.0
地域包括支援センター	8	3.2
本人と家族	7	2.8
本人と地域包括支援センター	3	1.2
本人と医療機関	1	.4
本人・民生委員と地域包括支援センター	1	.4
民生委員と地域包括支援センター	1	.4
友人・知人・民生委員と地域包括支援センター	1	.4
その他	1	.4
合計	247	100.0

表6 相談内容(平成29年4月1日~平成30年3月30日の実績)

相談内容	のべ人数	パーセント
医療相談(身体)	83	33.6
医療相談(精神)	15	6.1
介護に関する相談	12	4.9
介護予防の相談	3	1.2
歯科相談	5	2.0
心理相談	36	14.6
認知症についての相談	75	30.4
その他	18	7.3
合計	247	100.0

表7 拠点における日常生活支援内容の分類

大カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	拠点でスタッフが行った支援の具体例	
信頼感の醸成	心理的サポート	不安への心理的サポート	認知症と診断された不安について傾聴し、再び医療につながるよう励ました 金銭管理を別の人が行うようになったため不安が高まり、希死念慮を訴えるようになったので、傾聴し、気持ちを落ち着かせた 「お金が無くなった！」と拠点に駆け込んできたので、家に行って一緒に探した	
		妄想的な訴えについての心理的サポート	「隣人からの攻撃」といった妄想的な訴えを傾聴した	
	信頼関係の形成	個人の尊重とエンパワメント	素敵な服装の時、センスをほめた 過去の経歴や取得資格の話聞いて感心した 囲碁が強いことに感心した 持参した若いころの写真と一緒に見てほめた 折り紙が上手なことをほめた	
		認知機能が落ちた人の人間関係の調整	利用者の間で助け合いが起こったとき、常に感謝を伝えた 地域のサロンの会費を払い忘れることが増え、友人が立替えの負担感を感じている様子だったので、間に入って説明し、家族から会費を払ってもらおうよう連絡・調整した 目の前の人にお菓子をもらったことを忘れていた様子だったので、もらったことをさりげなく伝え、本人が感謝できるように会話を向けた 拠点の常連の輪に入れるよう、声をかけたり紹介したりして間を取り持った 拠点の来室者が自分にあいさつしないと憤慨するのでなだめた	
生命・健康・維持の	安否確認	安否確認	拠点に来ない人へお誘いの電話をした 拠点で相談を受けていた利用者が入院したのでお見舞いに行った	
	受療サポート	受診の支援	病院に同行し、医師の説明と一緒に聞いた 歯の詰め物が取れたので、詰め物を保存し、受診日に持参できるよう準備した 忘れてしまうので、歯科受診の予約を代わりにとってあげた 忘れてしまうので、歯科受診当日にリマインドの連絡を入れた	
		服薬の支援	朝夕に服薬できるよう拠点に来てもらい、薬を飲むのを見守った 膝が痛いとき冷湿布を貼ってあげた	
基本的な生活支援	家事支援	身体機能の低下による家事の支援	歩行がおぼつかないため、買い物の重い荷物を運んだ 腰が悪いので、布団を代わりに取り込んだ	
		認知機能低下による家事の支援	買い物に行く意欲がわかない様子なので、一緒に買い物に行った 「どうしたらいいかわからない」というので、ゴミの処理を一緒に行った 必要なものが買えるよう買い物に同行した お金が減ることの不安から買い物に行けなくなったため、一緒に買い物に行った 調子が悪く意欲が落ちているので、食事を食べ始めるまで一緒にいて見守った	
	私的領域支援	生活の状況のアセスメント	洗濯機が扱えなくなってきたため、洗濯物がきちんと洗えているかを確認した 冷蔵庫に残った食材を見て、毎食食事を摂っているのか確認した バランスの良い食事が摂れているか、買ってきたものを見て確認した 食事や買い物の意欲が落ちているようだったので、保存食のストックを確認した	
		認知機能の低下による私的領域の支援	気温や季節に合った服を着るようアドバイスした 本人が書き留めて増えすぎたメモと一緒に整理し、要らないものは処分した 郵便物を確認し、重要書類は離れて暮らす家族の手に渡るようにした	
	情報的サポート	情報の検索と提供	地域のサロンや食事会などインフォーマルサービスを調べた 保健所や包括支援センターの場所を調べた インターネットで病院までの経路を調べた	
		電化製品の使い方の支援	「携帯電話がおかしくなった」と言われたので、見て設定を直した 留守番電話の録音がいっぱいになってしまい、使えなくなっていたので、家に行って古いメッセージを消した 血圧計が壊れていないか確認し、使い方を教えた	
		認知機能の低下を考慮した情報提供	ガス台撤去について、本人にその必要性が理解できるよう家族の意向を伝えた	
	関係者への連絡調整	家族への報告(協働)	専門的知識の提供	手術後の筋力低下の相談を受けたので、筋肉を鍛える日常のリハビリを教え、拠点と一緒に行った
			足の痛みの訴えを聞いたので、受診を促すため離れて暮らす家族に報告した 「家からお金が無くなった！」と血相を変えて拠点にやってきたので、話を聞き、離れて暮らす家族に連絡した 火の始末が難しくなってきたので、離れて暮らす家族にガス台をどうするか連絡・相談した 同居する家族に安心してもらうため、日中、本人が拠点でどのような様子で過ごしているかを伝えた お金を計画的に使えなくなってきたので、所持金を確認し、離れて暮らす家族に状況を報告した	
	本人の希望尊重(権利)	アドボカシー	関係機関への本人の主張の連絡	本人の希望を聞いて書き取り、支援の関係者に渡すメモを作った サービスを止めたいという本人の訴えを関係者に伝えた 成年後見制度利用のため、手元にお金が少ししか渡されないことへの不安と不満についての訴えを関係者に伝えた
		本人の権利の主張の受け止め	サービスを止めたいという本人の強い訴えを傾聴し、気持ちを受け止めた 成年後見制度利用で通帳が手元になく、不安が高まって感情的になるのを傾聴し、気持ちを受け止めた ガス台が撤去されたことへの不満を言う本人の気持ちを受け止めつつ、その必要性について納得できるよう何度も伝えた	

具体例の内容については個人が特定できないように配慮した。

## 研究2：FGD 分析結果

FGD の内容分析により、「認知症や心身の健康状態が低下している人へ拠点で行った日常生活支援」は 18 つのサブカテゴリと 9 のカテゴリが抽出され、それらは 4 つの大カテゴリに集約することができた(表 7)．以下に各分類の大カテゴリ，カテゴリ，サブカテゴリとその内容を説明する．なお，大カテゴリを【】，カテゴリを<>，サブカテゴリを『』，具体例の内容を「」で示す．「」の内容については，個人が特定できないように配慮し，例として記述した．

### (1) 信頼感を醸成し支援に結びつける

【信頼関係の醸成】には 2 つのカテゴリがある．1 つ目の<心理的サポート>には、「認知症と診断された不安について傾聴し，再び医療につながるように励ました」「お金がなくなった」と拠点到り込んできたので，家に行き一緒に探した」といった『不安への心理的サポート』と，「隣人からの攻撃」といった妄想的な訴えを傾聴する」など，不安や妄想的な訴えについて良く聴き，不安が軽減し落ち着きが持てるように関わる『妄想的な訴えについての心理的サポート』のサブカテゴリが含まれている．

もう 1 つの<信頼関係の形成>には，「素敵な服装の時，センスをほめた」「利用者間で助け合いが起こったときに，常に感謝を伝えた」など『個人の尊重とエンパワメント』を行うことで信頼関係を構築し拠点の利用者同士でも助け合えるような雰囲気作りを行う支援がある．加えて，『認知機能が落ちた人への人間関係の調

整』，例えば「地域のサロンの会費を払い忘れることが増え，友人が立替えの負担感を感じている様子だったので，間に入って説明し，家族から会費を払ってもらおうよう連絡・調整した」「目の前の人にお菓子をもらったことを忘れていた様子だったので，もらったことをさりげなく伝え，本人が感謝できるように会話を向けた」というように認知機能低下による記憶障害で起こる出来事をさりげなく補い，隣人との社会関係を維持できるようにする支援も含まれている．

### (2) 基本的な生活支援を行う

【基本的な生活支援】とは，家事に関することや日常生活の中で必要な情報の提供，プライベートな領域に関わること，そして家族等への連絡と言った事柄を扱う支援である．この大カテゴリには 4 つのカテゴリが含まれている．

1 つ目の<家事支援>には，『身体機能の低下による家事支援』と『認知機能低下による家事支援』の 2 つのサブカテゴリがある．例えば，身体の状態が悪く重いものが持てないために「買い物の重たい荷物を運ぶ」事や，認知機能が低下しているために手続きがわからず買い物が難しい場合には「必要なものが買えるよう買い物に同行」するような事柄が含まれている．

2 つ目の<私的領域支援>には，「洗濯機が使えなくなってきたので，洗濯物がきちんと洗えているかを確認した」などの生活の中で何ができていて，何ができなくなっているのかを支援に結び付けるために情報を把握しようとする『生活の状況のアセスメント』と，「気温や季節に合った

服を着るようにアドバイスした」「本人が書き留めて増えすぎたメモと一緒に整理し、いらぬものは捨てた」など私的かつ自立した生活に必要な、『認知機能の低下による私的領域の支援』の2つのサブカテゴリがある。

3つ目の<情動的サポート>には4つのサブカテゴリがある。『情報の検索と提供』とは、例えば「保健所や地域包括支援センターの場所を調べる」など本人にとってアクセスの難しい情報を代わりに調べて伝える支援である。『電化製品の使い方の支援』は、「携帯電話の操作や設定を直す」などの機械の操作等に関する支援である。『認知機能の低下を考慮した情報提供』とは、例えば「ガス台の撤去について本人にその必要性が理解できるように家族の意向を伝える」というように、認知機能の低下に伴う理解力や記憶障害に配慮し、本人が理解できるように繰り返しわかりやすい情報提供を行うことである。『専門的知識の提供』とは、リハビリの方法の情報提供を行うなど、スタッフの専門性を活かして行う支援のことである。

4つ目の<関係者への連絡調整>とは、「家からお金が無くなった！」と血相を変えて拠点にやってきたので話を聞き、離れて暮らす家族に連絡した」の例のように、本人の日常生活の様子を離れて暮らす家族等の関係者へ連絡し協働して対応を考えていくといった『家族への報告(協働)』を行う支援のことを指す。

(3) 生命・身体健康維持のための支援を行う

【生命・身体健康維持】とは、認知機能

が低下した高齢者や拠点を利用している高齢者が拠点に出向いたり、身体的な健康を維持するために必要な支援である。<安否確認>は「拠点にこない人へのお誘いの電話」や「入院した際のお見舞い」などのいわゆる安否確認である。<受療サポート>には『受診の支援』と『服薬の支援』の2つのサブカテゴリがあり、前者は「病院への同行」「歯科受診当日にリマインドの連絡を入れる」、後者は「朝夕に服薬できるように、薬を飲むのを見守る」のような支援である。このような支援を行う事で、利用者が医療を受けやすくなったり、服薬状況を確認することができ心身の健康状態を良い状態に保つ助けとなると考えられる。

(4) 本人の希望(権利)を尊重する

【本人の希望(権利)の尊重】では、<アドボカシー>についてのカテゴリが見いだされ、2つのサブカテゴリに分けることができた。ここで用いるアドボカシーは山地ら<sup>5)</sup>の定義を採用した。山地らは高齢者のアドボカシーを、「認知症や心身機能が低下した高齢者の権利や人間としての尊厳、プライバシー、選択を守るため、彼ら自身の価値観や生活スタイルに沿って意志やニーズを表明することや決定、実行できるように支援すること。また本人ができないと判断された場合は彼らに代わって希望やニーズを代弁すること、権利が侵害されている場合は報告し、侵害を防ぐこと」と定義している。

拠点では、「本人の希望を聞いて書き取り、支援の関係者に渡すメモを作った」

「サービスを止めたいという本人の訴えを関係者に伝えた」など『関係機関への本人

の主張の連絡』と、「サービスを止めたい」という本人の強い訴えを傾聴し、気持ちを受け止めた」「成年後見制度利用で通帳が手元になく、不安が高まって感情的になるのを傾聴し、気持ちを受け止めた」など、認知症の本人が訴える主張や権利について尊重し、本人の希望を重視した関わりを行う『本人の権利の主張の受け止め』の2つの<アドボカシー>の支援を行った。

#### D. 考察

地域拠点の認知症カフェの開室は月平均12日、合計144日で平均来場者数は11.6名であった。相談の利用者数は、のべ人数247名(実人数125名)約8割が女性で80代が最も多かった。相談内容は身体に対する医療相談が83名(33.6%)と最も多く、認知症についての相談が75名(30.4%)、心理相談が36名(14.6%)、精神的な健康問題についての医療相談が15名(6.1%)と多かった。また、必要性がある場合には関係機関(保健・医療・福祉・介護に係る諸機関等)と連携して対応を行った。



図1 地域での自立生活を送るための日常生活支援

FGDの結果から「認知症や心身の健康状態が低下している人へ拠点で行った日常生活支援」は18のサブカテゴリと9のカテゴリが抽出され、それらは4つの大カテゴリに集約できた。拠点で行った日常生活支援

は図1に示したように<心理的サポート><信頼関係の形成>といった【信頼感の醸成】が重要であり、それを基盤に【生命・身体の健康の維持】や【基本的な生活支援】を行ない、【本人の希望(権利)尊重】しその実現に向けて取り組む事が可能となっている状況が見いだされた。例えば、服薬管理や金銭管理、適切な服装のアドバイスといった私的領域の日常生活支援ニーズは支援者側からみるとその必要性が感じられるのに、本人のニーズは低く、支援が難しい分野である。拠点でこの領域が支援できている理由は、スタッフが認知症カフェを運営しながら安心できる居場所を作り、さまざまな相談に応じる中で本人との信頼関係を構築することができるため、デリケートな事柄を取り扱う私的領域の日常生活支援が可能になっていると考えられる。

拠点での取り組みにより、認知症のみならず心身機能の低下や社会的孤立がみられる高齢者など、多様な生活課題をもつ人々へ専門的な観点から相談に応需し、必要に応じて適切な社会資源・関連機関と連携する体制が構築された。身近なところに居場所があり、認知症の有無に関わらず住民同士がお互いに知り合うことができること、心身の健康について専門職に気軽に相談できること、日常生活上の困りごとについてはスタッフが日常生活支援を提供する体制があることは、DFCsを実現し認知症になっても安心して暮らし続けられる地域社会のための要件となると思われる。今後は、拠点の運営や個別の認知症支援の方法についての課題の検討や、具体的な日常生活支援の担い手の育成と一般化の方法などについて研究を進める必要がある。



## E. 結論

認知症支援のための地域拠点での、認知症の有無に関わらず集まれる身近な居場所づくり、様々な相談への応需、日常的な生活支援の実施について実装が可能となった。特に日常生活の困りごとについて拠点スタッフが支援をしていく際には、「信頼感の醸成」のもとに「基本的な生活支援」「生命・身体の維持」「本人の希望（権利）の尊重」を行っていく事が重要である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

- 1) 杉山美香, 岡村毅, 釘宮由紀子, 宮前史子, 小川まどか, 枝広あや子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 森倉三男, 新川祐利, 岡村睦子, 佐久間尚子, 栗田主一: 大都市における認知症支援のための地域づくり (その1): 高島平スタディ 認知症支援のための地域活動拠点と社会支援ネットワークの構築. 第33回老年精神医学会大会, 福島, 2018.6.29.30
- 2) 宮前史子, 杉山美香, 稲垣宏樹, 小川まどか, 宇良千秋, 岡村毅, 枝広あや子, 佐久間尚子, 新川祐利, 栗田主一: 大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズリストの作成: 高島平スタディ <副題> 因子的妥当性と信頼性の検討. 第33回老年精神医学会大会, 福島, 2018.6.29.30
- 3) 宇良千秋, 岡村毅, 稲垣宏樹, 小川まどか, 新川祐利, 枝広あや子, 杉山美香, 宮前史子, 佐久間尚子, 古田光, 畠山啓, 扇澤史子, 金野倫子, 鈴木貴浩, 栗田主

一: 大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査 (その1): 高島平スタディ診断へのアクセスと社会支援ニーズ. 第33回老年精神医学会大会, 福島, 2018.6.29.30

## G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

該当なし

## Reference

- 1) Alzheimer's Disease International : Dementia Friendly communities (DFCs) : New Domains and Global Examples. Alzheimer's Disease International London (2015) (<https://dementiapartnerships.com/resource/dementia-friendly-communities-new-domains-and-global-examples/>, 2019.4.3) .
- 2) Alzheimer's Disease International : Dementia Friendly communities : Global Developments. Alzheimer's Disease International , London(2016) (<https://www.alz.co.uk/dementia-friendly-communities> , 2019.1.3) .
- 3) 認知症介護研究・研修仙台センター (2017)「認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書」 ([https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail\\_284\\_center\\_3.php](https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail_284_center_3.php) , 2019.1.3) .
- 4) 矢吹知之, ベレ・ミーセン編著; 地域を変える 認知症カフェ企画・運営マニュアル, 第3章「認知症カフェ企画・運営

- マニュアル」, 中央法規出版 : 84-147(2018) .
- 5) グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 :  
よくわかる質的研究の進め方・まとめ方;看護研究のエキスパートをめざして .  
第2版 ,64 - 84 医歯薬出版 ,東京( 2016 )
- 6) 山地佳代, 長畑多代 : 高齢者施設での日常生活において認知症高齢者がアドボカシーを必要とする状況と看護師の支援内容 . 老年看護学 , 第 22 巻第 1 号 ,  
71 - 80 ( 2017 )
- 7) 栗田圭一 : 若年性認知症の人の有病率や大都市における認知症の実態調査に関する研究 . 厚生労働科学研究費補助金認知症施策研究事業平成 29 年度総括研究報告書 . 31 - 42 ( 2018 )

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

大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズ

研究分担者 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究協力者 宇良 千秋 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究代表者 粟田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

東京のような大都市では、高齢者は社会的に孤立し、様々な社会的サービスへのアクセスが困難になり、身体的、精神的、社会的に複雑な課題をより抱えやすくなると推測される。昨年度の研究では、大都市に暮らす認知症高齢者の生活実態を明らかにし、都会で認知症とともに暮らす上で必要とされる社会的ニーズを検証した。

今年度は、昨年までに大規模疫学研究によって見出されたハイリスク高齢者（MMSEで23点以下、専門家による自宅訪問調査によって社会支援ニーズがあると判定され、さらに専門家パネルにより生活破綻リスクが高いと判断された66名）を、当該地域に開設した地域づくりの拠点（高島平ココからステーション）を用いて6か月にわたりフォローアップした経過を解析した。

その結果49名が地域生活を継続できており、12名が入院入所となった（5名は追跡ができなかった）。地域生活できないことに関連した項目は、生活支援ニーズを持つこと、居住支援ニーズを持つこと、家族の介護負担が高いことであった。一方で認知症にかかわる項目、すなわち認知症を持つこと、認知症の重症度は関連しなかった。介護保険の利用状況も関連しなかった。加えてメンタルヘルス関連の項目、身体健康関連の項目、コミュニティ関連の項目、社会経済状況も関連しなかった。

認知症があっても住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることが、社会の共有目標となっている。しかし、そのための実証データは少なく、認知症を持つ人の疫学研究では「1年後の死亡率」などの知見はあるが、地域生活を継続できていた割合などのデータはない。

本研究は、大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズと、地域生活の継続の関連を探索した初めての研究である。当初は認知症を持つことや進行度が地域生活継続を困難にするのではと仮説を立てたが、今回の結果はむしろ生活や住まいの課題を持つことが決定的である可能性を示唆している。本研究の限界として、社会支援ニーズが外部から評価されたものであり本人の視点が反映されていない可能性がある。客観的支援ニーズと主観的支援ニーズのずれは常にあるが、幸い我々は当該地域に拠点を作るなど深く関わっているので、今後は支援ニーズに関して深掘りをするべきであろう。

## A. 研究目的

東京のような大都市では、高齢者が社会的に孤立しやすいといわれるが、認知症の人はさらに孤立しやすくなると考えられる。また、単身世帯や夫婦のみ世帯の増加に伴って、様々な社会的なサービスへのアクセスが困難になり、身体的、精神的、社会的に複雑な課題をより抱えやすくなると推測される。本研究では、平成 29 年度に大都市に暮らす認知症高齢者の生活実態を明らかにし、都会で認知症とともに暮らす上で必要とされる社会支援ニーズを検証したことを踏まえて、認知症をもち、さらに生活破綻のリスクが高いと判断された高齢者を 6 か月にわたりフォローアップした。本研究の目的は、大都市で認知症を持つ人に何が起きるのかということ明らかにすることである。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象

東京都板橋区高島平地区在住の 70 歳以上高齢者 7,614 名に実施した一次調査（郵送調査）に回答し、その後の二次調査（会場調査、訪問調査）で MMSE-J が 23 点以下であった 335 名を同定した。このうち 198 名に対して、医師による認知症の有無の判定、重症度の判定、満たされていない社会支援ニーズの判定などを含む詳細な三次調査（訪問調査）を行った。

この中から、少なくとも一つの社会支援ニーズを持ち、精神科医、心理士、保健師によるパネルによって生活破綻リスクが高いと判断された 66 名（ハイリスク高齢者とよぶ）が対象である。

なお、社会支援ニーズの下位カテゴリーは以下の通りである。

- a. 認知症等の診断
- b. 身体的健康状態の医学的評価
- c. 継続医療の確保
- d. 生活支援
- e. 家族支援
- f. 居住支援
- g. 介護保険サービス利用の支援
- h. 経済的支援
- i. 権利擁護の支援
- j. その他

### 2) 調査期間

フォローアップ期間は、平成 29 年 8 月 1 日から平成 30 年 1 月 31 日まで。

### 3) フォローアップの方法

それぞれの対象者に専任のコーディネータを配置した。地域看護の実務に精通し、看護学校教官歴もある保健師 3 名および医師、歯科医師、心理士、公衆衛生学者などからなる研究所の専従研究員 7 名が担当した。各自は職業倫理に基づいて対象者と接触し、訪問、電話、あるいは地域拠点（高島平ココからステーション）での面会などを計画・実行した。同時に対象者の同意を得たうえで、対象者の利益にかなうと判断した場合は地域の公的支援組織（地域包括支援センター、民生委員など）とも必要な協働を行った。支援方法に悩んだ場合や不明な点は週に 1 回の研究所会議（毎週木曜日 14 時から 17 時）で報告し、多職種で検討した。ここには研究部長が参加し統括マネジメントを行った。

### 4) フォローアップの拠点

高島平プロジェクトでは平成 29 年 4 月より東京都板橋区高島平 2 丁目にコーディネー

ションとネットワーキングの地域拠点を設置している。これは「高島平ココからステーション」という名前の地域拠点であり、週平均3日午前11時～16時（月・水・金曜日、第2・4土曜日）開所し、精神科医1名、歯科医師1名、保健師2名、看護師1名、心理専門職5名、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士兼任1名、その他4名からなる運営スタッフが3名以上常駐している。地域の人誰でも使うことができる場所であり、地域の支援者たちのネットワーキングの場としても構想されていた。

本研究においては、ここからステーション閉所時にもフォローアップ調査の準備やデータの整理のために使うことが可能であった。

#### 5) 解析方法

主要アウトカムは、地域での生活が継続できたかどうかとした。

一次調査から三次調査で得られた以下の項目との関連を連続変数についてはt検定で、カテゴリー変数については $\chi^2$ 二乗検定で解析した。Nの数が限定されているため、多変量解析は行わなかった。

#### I.基礎的項目：

性、年齢、教育歴、婚姻、居住形態

II.認知症関連の項目：DSM5を用いた専門医による認知症診断、臨床的認知症尺度（CDR）、認知機能スクリーニング検査得点（MMSE）、Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版（J-ZBI8）、日本語版NPI（NPI）

III.精神的健康関連の項目：老年期うつ病評価尺度（GDS）、WHO5 精神的健康状態表（WHO5）

IV.身体的健康関連の項目：基本チェックリストで測定したフレイル、かかりつけ医の有無

V.コミュニティ関連の項目：近所の人との関係、近所の人への信頼

VI.社会経済状況：主観的経済的困窮、収入

VII.介護保険関連の項目：介護保険のサービス利用の有無

VIII.社会支援ニーズ：前述の10カテゴリー（倫理面への配慮）

本研究は地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

#### C. 研究結果

##### 1) 主要アウトカム

調査対象者66名のうち、49名が地域生活を継続できていた。12名が入院または入所となった。5名は追跡ができなかった。

##### 2) 地域生活できないことの関連要因

地域生活できないことに関連した項目は、生活支援ニーズを持つこと、居住支援ニーズを持つこと、家族の介護負担が高いこと、であった。一方で認知症にかかわる項目、すなわち認知症を持つこと、認知症の重症度は関連しなかった。介護保険の利用状況も関連しなかった。加えてメンタルヘルス関連の項目、身体健康関連の項目、コミュニティ関連の項目、社会経済状況も関連しなかった。結果を表1にまとめた。

#### D. 考察

本研究では、昨年度の大規模疫学調査に続いて、見出されたハイリスク者66名に対して6か月にわたるフォローアップ調査を行った。すなわち、まず一次・二次調査で地域在住高齢者のうち認知機能が低下している人を見出し、専門家からなるチームが認

知機能低下者の全例に対して自宅への訪問調査を行い社会支援ニーズの評価を行い、専門家パネルの評価による「ハイリスク群」を同定した。そして、6か月後に地域生活を継続している群と、できていない群を比較した。その結果、生活支援や居住支援のニーズ、さらに家族の負担が地域生活の可能性を規定することが示された。一方で認知症の有無や重症度は関連しなかった。

認知症があっても住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることが、社会の共有目標となっている。しかし、そのための実証データは少ない。例えば、認知症を持つ人の疫学研究では「1年後の死亡率」などの知見はあるが、地域生活を継続できていた割合などのデータはない。加えて、認知症があっても地域で暮らせるかどうかは、本人の生活特性やその地域の特性にも大きく影響されるものと思われる。これらに関する先行研究はなく、本研究の結果は重要な知見であると考えられる。

本研究の結果からわかることは、認知症があっても地域生活が可能かどうかという思考には、医学モデル(認知症診断、認知症重症度判定)だけでは不十分であり、生活支援(住まいの支援や家族の支援を含む)が必要なのかもしれないということである。幸いわが国では、一般的には医療へのアクセス障害が少ないとされ、認知症医療の領域においても認知症疾患利用センターが整備されていることは強みである。今後は診断を伝える際に、生活支援の視点からも本人や家族を支えるような仕組みが一層強まることで、認知症があっても住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるという社会の目標に近づけるであろう。

## E. 結論

ハイリスク高齢者を6か月にわたりフォローアップした。本研究は、大都市に暮らす認知症高齢者の社会支援ニーズと、地域生活の継続の関連を探索した初めての研究である。当初は認知症を持つことや進行度が地域生活継続を困難にするのではと仮説を立てたが、今回の結果はむしろ生活や住まいの課題を持つことが決定的である可能性を示唆している。客観的支援ニーズと主観的支援ニーズのずれは常にあるが、幸い我々は当該地域に拠点を作るなど深く関わっているため、今後は支援ニーズに関して深掘りをするべきであろう。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

- 1) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Eda Hiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Awata S : Lessons of The Takashimadaira On-site Study: Challenging Toward Living Well with Dementia in Tokyo. The 24rd Nordic Congress of Gerontology, Oslo, Norway, 2018.5.2-4.
- 2) 稲垣宏樹, 宇良千秋, 枝広あや子, 岡村毅, 小川まどか, 佐久間尚子, 杉山美香, 新川祐利, 宮前史子, 粟田主一. 大都市に暮らす高齢者を対象とする生活実態調査の参加状況: 高島平スタディ. 心身機能との関連について. 第32回日本老年精神医学会, 福島, 2018年6月29日 30日

- 3) 新川祐利,岡村毅,宇良千秋,宮前史子,佐久間尚子,稲垣宏樹,杉山美香,小川まどか,枝広あや子,栗田主一.大都市に暮らす高齢者の多剤併用の実態と認知機能障害との関連:高島平スタディ.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 4) 枝広あや子,岡村毅,稲垣宏樹,宇良千秋,小川まどか,佐久間尚子,杉山美香,宮前史子,釘宮由紀子,新川祐利,岡村睦子,森倉三男,栗田主一.大都市に暮らす高齢者の認知機能低下と身体・口腔機能低下との関連:高島平スタディ.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 5) 宮前史子,杉山美香,稲垣宏樹,小川まどか,宇良千秋,岡村毅,枝広あや子,佐久間尚子,新川祐利,栗田主一.大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズリストの作成:高島平スタディ.因子的妥当性と信頼性の検討.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 6) 宇良千秋,岡村毅,稲垣宏樹,小川まどか,新川祐利,枝広あや子,杉山美香,宮前史子,佐久間尚子,古田光,畠山啓,扇澤史子,金野倫子,鈴木貴浩,栗田主一.大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査(その1):高島平スタディ.診断へのアクセスと社会支援ニーズ.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 7) 岡村毅,稲垣,宇良,枝広,岡村睦子,小川,加藤,釘宮,杉山,新川,宮前,栗田主一.大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査(その2):高島平スタディ.ハイリスク者の縦断研究.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 8) 杉山美香,岡村毅,釘宮由紀子,宮前史子,小川まどか,枝広あや子,稲垣宏樹,宇良千秋,森倉三男,新川祐利,岡村睦子,佐久間尚子,栗田主一.大都市における認知症支援のための地域づくり(その1):高島平スタディ.認知症支援のための地域活動拠点と社会支援ネットワークの構築.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
  - 9) 小川まどか,稲垣宏樹,宇良千秋,杉山美香,宮前史子,釘宮由紀子,枝広あや子,岡村毅,佐久間尚子,栗田主一.大都市における認知症支援のための地域づくり(その2):高島平スタディ.権利ベースのアプローチによる支援の担い手育成の方法論の探索.第32回日本老年精神医学会,福島,2018年6月29日 30日
- G. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む.)  
該当なし

表1 地域生活を継続できたものとできなかったものの比較

		地域で住み続けることが…		統計値
		できた	できない	
		49	12	
<b>基礎的項目</b>				
性	男性	24	4	p=0.343
	女性	25	8	
年齢	65-74	81.9 ± 5.8	82.8 ± 4.7	p=0.657
教育	9年以上	13	3	p=0.979
	9年未満	34	8	
居住形態	独居	21	7	p=0.356
	共居	28	5	
婚姻形態	既婚	29	6	p=0.745
	非婚	19	5	
<b>認知症関連項目</b>				
認知症(DSM5)	あり	12	3	p=0.971
	なし	37	9	
CDR	0	5	1	
	0.5	19	1	
	1	22	6	
	2	2	3	
	3	1	1	
MMSE-J 得点		20.2 ± 2.5	19.0 ± 3.0	p=0.17
NPI-Q 得点		0.9 ± 1.9	1.6 ± 2.2	p=0.504
J-ZBI_8 得点		7.9+7.5	19.7+3.8 *	p=0.018
<b>精神的健康関連項目</b>				
GDS	うつなし	17	4	p=0.615
	軽度うつ	22	5	
	重度うつ	6	3	
WHO5-J-S		8.1+4.0	6.2 ± 5.6	p=0.183
<b>身体的健康関連尺度</b>				
フレイル	健康	12	2	p=0.846
	プレフレイル	12	4	
	フレイル	22	6	
かかりつけ医	あり	42	10	p=0.655
	なし	6	2	



コミュニティ関連の項目				
	月1回より少			
近所との交流	ない	28	8	p=0.846
	それ以上	16	4	
近所への信頼	なし	6	4	p=0.088
	あり	40	11	
社会経済状況				
主観的経済困窮	あり	19	6	p=0.74
	なし	28	6	
収入	年100万以下	9	2	P=0.893
	それ以上	32	8	
介護保険関連の項目				
介護保険サービス利用あり		7	4	p=0.124
なし		42	8	
社会支援ニーズ				
認知症等の診断		31	8	p=0.826
身体的健康状態の医学的評価		8	4	p=0.184
継続医療の確保		8	4	p=0.184
生活支援		18	9 *	p=0.017
家族支援		23	8	p=0.221
居住支援		2	4 **	p=0.002
介護保険サービス利用の支援		26	7	p=0.743
経済的支援		7	2	p=0.744
権利擁護の支援		8	4	p=0.184

\* p<0.05, \*\*p<0.01

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

大都市における認知症の画像疫学的研究  
- 高島平スタディにおける神経画像（MRI）統計解析 -

研究分担者 徳丸 阿耶 東京都健康長寿医療センター放射線診断科部長  
研究協力者 亀山 征史 東京都健康長寿医療センター放射線診断科医長  
研究協力者 高田 晃一 東京都健康長寿医療センター放射線診断科医長  
研究分担者 稲垣 宏樹 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 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

大都市における高齢化社会の一つの縮図ともいえる東京都高島平団地を中心に実施される高島平スタディ（大都市における認知症高齢者の有病率と生活実態調査）は、独居率が約33%と高率な、典型的な大都市の一地域の中で、認知症有病率をできるだけ正確に把握し、生活実態の縦断的追跡を行うものである。

今年度は生活習慣、認知症心理検査などの集計結果と、測定者の違いに左右されにくく、再現性に極めて優れた解析手法であるvoxel based morphometry(VBM)を用いた脳画像統計解析手法を導入し群間解析を施行した。

大都市の中で生きる認知症高齢者の背景、病態を明らかにすることは、生活、住居、経済など多岐にわたる生活支援、医療、介護、看護、福祉の支援の在り方を含む、包括的社会支援体制を確立することにつながる。

A. 研究目的

大都市における認知症高齢者の有病率と生活実態調査(高島平スタディ)において、病態把握のバイオマーカーとして、頭部MRIを施行し、認知症、軽度認知障害、正常高齢者の脳病変の有所見率を把握し、その背景にどのような病態があるかを明らかにする。その上で、各々の脳病変が、どのような生活習慣、生活実態と関与するのか否か、またどのような危険因子と関連するのかを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

第一次調査 3371 名の中から、会場調査に集っていただいた 2059 名に MRI 検査希望者を募集、MMSE23 点以下 97 名（希望者全員）、MMSE24 点以上 103 名（希望者 968 名から無作為抽出）を対象とし、173 名（男性 76、女性 97 名、71~94 歳、平均 79.8 歳）に MRI 検査を実施。MRI は移動式 1.5T（Phillips 社）を用い、事前にテストスキャンを繰り返し、適切な条件の検討を行い画質を担保、拡散強調画像、duarl echo（T2 強調画像、プロトン密度強調画

像)横断,海馬ターゲットの high resolution IR, 3DT1 強調画像, T2\*強調画像を撮像した。

平成 29 年度に視診検査による有所見率の確認, MRI 検査結果を参加者の全員および研究担当医師にレポートの返送, 有所見者については積極的に医療に結び付けた。

今年度(平成 30 年度)には, 生活習慣, 認知症心理検査などの集計結果と voxel based morphometry(VBM)を用いた能画像統計解析手法を導入し, 群間解析を施行した。VBM では各個人の MRI 画像データを標準脳座標上に変換し, 空間正規化を行い, 自動的に全脳の形態学的解析を行なう全自動解析である。具体的には, 各個人から得られた MRI 脳画像データを標準脳テンプレートで標準脳座標上に変換し(空間正規化: Spatial normalization), 画素の持つ信号強度の情報とその画素の位置情報から推測される灰白質(白質)である確率(Probability map)を基に灰白質と白質と脳脊髄液を区分し(Segmentation), 同一の脳座標空間上で濃度の情報として局所体積の個人差が反映された脳画像を作成する。得られた脳画像の濃度が正規分布に近づき, 空間正規化の精度を高める様に平滑化(Smoothing)を行うなどの前処理を行った後に, 有意な群間差がないか統計解析を行った。脳全域では 100 万ボクセル以上の多重検定を行うため false-positive や false-negative を最小限にするため, 多重比較補正として Family-wise error collection を行っている。このように全自動解析である VBM は測定者の違いに左右されにくく, 再現性に極めて優れた解析手法で, ある特定の要因に関連のある部位を全脳から検出

できる。

来年度の 2019 年度以降には, 白質病変の適切な定量的解析法の提案, 危険因子検討, 全脳解析による変性認知症の詳細な鑑別, 有病率の正確は把握を予定している。(倫理面への配慮)

本研究は, 東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

### C. 研究結果

1) 高島平スタディの郵送アンケート(一次調査)の問 3 9(この 1 年間で転んだことがありますか)において, 転倒群と非転倒群の 2 群に分けて VBM 解析を行ったところ, 転倒群では非転倒群と比較して両側小脳半球皮質が有意に萎縮していた(図 1)。

2) 問 14 2(5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか)において, 「まったくない」群と, それ以外の群の 2 群に分けて VBM 解析を行ったところ, 「まったくない」群と比較して, 「ときどきある」「頻繁にある」群では海馬傍回, 嗅内野が有意に萎縮していた(図 2)。

3) 問 14 4(今日が何月何日かわからないことがありますか)において, 「まったくない」群とそれ以外の群の 2 群に分けて VBM 解析を行ったところ, 「まったくない」群と比較して, 「ときどきある」「頻繁にある」「いつもそうだ」群では両側線条体が有意に萎縮していた(図 3)。

4) 問 15 2(一人で買い物はできますか)において, 「問題なくできる」群とそれ以外の群の 2 群に分けて VBM 解析を行ったところ, 「問題なくできる」群と比較して, 「だいたいできる」「あまりできな

い」「まったくできない」群では右小脳半球が有意に萎縮していた(図4)。

5) 問16 5(軽い体操を定期的に行いますか)において、「毎日」「週に5~6日」「週に3~4日」群と、「週に1~2日」「体操はしていない」群の2群に分けてVBM解析を行ったところ、「毎日」「週に5~6日」「週に3~4日」群と比較して、「週に1~2日」「体操はしていない」群では左線条体が有意に大きかった(図5)。

#### D. 考察

1) 転倒群と非転倒群では両側小脳半球に広汎な有意萎縮が検出された。代表的な神経変性疾患であるパーキンソン病でも有病率は人口10万人あたり100~150人、脊髄小脳変性症は人口10万人あたり10人で、比較的稀な疾患とされている。今回の検討対象はわずか173人にもかかわらず明瞭かつ広汎な小脳萎縮群が検出されたことから、加齢に伴う小脳萎縮だけでは説明できない変化が生じていないかさらなる検討を要すると考えられた。

2) 5分前の会話の認知機能についての質問では、全く不自由を感じていない群と比較して認知機能障害を自覚している群では海馬傍回、嗅内野が有意に萎縮していた。また日付の認知機能についての質問でも、全く不自由を感じていない群と比較して認知機能障害を自覚している群では両側線条体が有意に萎縮していた。これらの結果はアルツハイマー型認知症などの各種認知症の初期病変を観察している可能性があると考えられた。

3) 単身での買い物可否についての質問では、問題なく買い物できる群と比較し

て、買い物に不自由を感じている群では右小脳半球が有意に萎縮していた。買い物の可否は認知機能障害よりも運動機能障害の有無が深く関連している可能性があると考えられた。

4) 軽い体操の頻度についての質問では、毎日または隔日で運動する群は、週に1~2日または体操はしていない群と比較して左線条体が有意に大きかった。線条体は運動機能に関与し、意思決定などその他の神経過程にも関わると考えられている。体操の頻度は、精緻な運動の可否だけでなく意思決定過程の障害の有無も関連している可能性があると考えられた。

#### E. 結論

今回の高齢者コホート研究におけるMRI施行件数は173例と比較的少なく限界はあるものの、日常生活で高齢者自身が自覚している生活の不便さや活動性低下の原因として、中枢神経系の器質的な背景が存在している可能性が示唆された。明瞭な症状を呈するには至っていないことから病院受診など医療へのアクセスに至っていない高齢者がこれまでより多く存在している可能性を考慮し、変性認知症の背景を正確に推定し、有病率を検討することの意義は大きいと考えられる。

大都市における高齢者の有病率推定に於いて、MRI検査は重要な情報を提供する。有所見率は高く、これまで知られているよりも遙かに高頻度に小脳、海馬、線条体などに日常生活における不便さや活動性の低下に関連する有意萎縮が存在していることが明らかにされた。今後も本研究で得られたMRI解析所見とアンケートなどで得られ

た調査項目との関連の精査をさらに進め、  
予防及び適切な社会福祉体制構築に寄与す  
ることが望まれる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Ishibashi K, Sakurai K, Shimoji K, Tokumaru AM, Ishii K. Altered functional connectivity of the default mode network by glucose loading in young, healthy participants. *BMC Neurosci.* 2018 May 31;19(1):33. doi: 10.1186/s12868-018-0433-0.
- 2) Tamura Y, Ishikawa J, Fujiwara Y, Tanaka M, Kanazawa N, Chiba Y, Iizuka A, Kaito S, Tanaka J, Sugie M, Nishimura T, Kanemaru A, Shimoji K, Hirano H, Furuta K, Kitamura A, Seino S, Shinkai S, Harada K, Kyo S, Ito H, Araki A. Prevalence of frailty, cognitive impairment, and sarcopenia in outpatients with cardiometabolic disease in a frailty clinic. *BMC Geriatr.* 2018 Nov 6; 18(1) : 264. doi: 10.1186/s12877-018-0955-4.
- 3) Sakurai K, Tokumaru AM, Sumida K, Yamamoto A, Toyoda K, Oba H. Imaging-Based Diagnosis of Craniocervical Artery Dissections: A Strategy Focusing on the Pathological Condition and MRI Technique. *Brain Nerve.* 2018 Dec;70(12):1341-1347. doi: 10.11477/mf.1416201190.
- 4) Tokumaru AM. Think! According to the Chief Complaint, and with The Neuroradiologists' Bird's Eye. *Brain Nerve.* 2018 Dec;70(12):1321-1329. doi: 10.11477/mf.1416201190.
- 5) 徳丸阿耶, 櫻井圭太, 栗田圭一, 稲垣宏樹, 村山繁雄: 【認知症の疫学研究とこれからの課題】認知症の画像疫学的研究, *老年精神医学雑誌* (0915-6305)29巻4号 Page391-401 (2018.04)
- 6) 櫻井圭太, 徳丸阿耶, 打田佑人, 菅博人: 老年精神科専門医のための臨床神経病理学 神経画像はどこまで神経病理を反映させうるか 可能性と限界, *老年精神医学雑誌* (0915-6305)29巻6号 Page651-659(2018.06)
- 7) 徳丸阿耶, 下地啓五, 亀山征史, 村山繁雄, 櫻井圭太: 【画像診断医のための認知症画像診断】Alzheimer病以外の認知症のMRI, 画像診断 (0285-0524)38巻9号 Page897-911 (2018.07)
- 8) 櫻井圭太, 徳丸阿耶, 住田薫, 山本麻子, 豊田圭子, 大場洋: 【主訴に沿う-俯瞰し収束する画像診断の目】頭が痛い, *BRAIN and NERVE 神経研究の進歩* (1881-6096)70巻12号 Page1341-1347(2018.12)
- 9) 徳丸阿耶: 【主訴に沿う-俯瞰し収束する画像診断の目】主訴に沿う 俯瞰し収束する画像診断の目, *BRAIN and NERVE 神経研究の進歩*(1881-6096) 70巻12号 Page1321-1329 (2018.12)
- 10) 飯島健, 徳丸阿耶, 下地啓五, 亀山征史: 頭蓋内病変の画像所見スペクトラム(第3回) 脳腫瘍MIMIC 脳腫瘍との鑑別が必要な脳実質内腫瘍性病変, *臨床画像* (0911-1069)35巻1号 Page124-127(2019.01)

## 2. 学会発表

- 1) 飯島健, 下地啓五, 徳丸阿耶, 松田陽子, 新井富生, 亀山征史: 耳下腺由来の基底細胞腺腫の1例 Japanese Journal of Diagnostic Imaging (2187-266X) 37巻1号 Page88
- 2) 下畑享良, 饗場郁子, 吉田眞理, 豊島靖子, 村山繁雄, 内原俊記, 新井哲明, 齋藤由扶子, 矢部一郎, 長谷川隆文, 齋藤祐子, 瀧川洋史, 長谷川一子, 池内健, 長谷川成人, 小森隆司, 若林孝一, 徳丸阿耶, 櫻井圭太, 中島健二: J-VAC study group Background pathology of 'corticobasal degeneration(CBD) mimics': Japanese validation study of CBD 臨床神経学 (0009-918X)58巻Suppl. Page S239
- 3) 徳丸阿耶, 石井賢二, 村山繁雄, 齋藤祐子, 下地啓五, 亀山征史, 飯島健: 画像診断のprogressとpitfall 認知症画像診断のprogressとpitfall: MRI Dementia Japan (1342-646X)32巻3号 Page386
- 4) 田村嘉章, 館鼻彩, 山岡巧弥, 小寺玲美, 大庭和人, 石川譲治, 豊島堅志, 千葉優子, 下地啓五, 森聖二郎, 徳丸阿耶, 荒木厚: 高齢糖尿病患者における, サルコペニアと大脳白質の統合性異常との関連 糖尿病 (0021-437X)61巻Suppl.1 Page S-163
- 5) 桑一矢, 小笹雅也, 鈴木諭貴, 横川直樹, 石田奨, 中村弘美, 海野泰, 徳丸阿耶: 大血管における非心電図同期造影FSE-T1強調撮像条件の検討 日本放射線技術学会雑誌 (0369-4305)74巻9号 Page1086
- 6) 田村嘉章, 館鼻彩, 小寺玲美, 大庭和人, 豊島堅志, 千葉優子, 石川譲治, 下地啓五, 徳丸阿耶, 荒木厚: 大脳白質の統合性の異常は高齢者糖尿病のサルコペニアと関連する 日本老年医学会雑誌 (0300-9173)55巻Suppl. Page103-104
- 7) 白石朋敬, 坂下泰浩, 仁科裕史, 仙石錬平, 石井賢二, 徳丸阿耶, 金丸和富, 村山繁雄: V180I変異型 Creutzfeldt-Jacob病の86歳女性剖検例 18F-THK5351 PETによる検討 臨床神経学 (0009-918X)58巻8号 Page532

## G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

該当なし

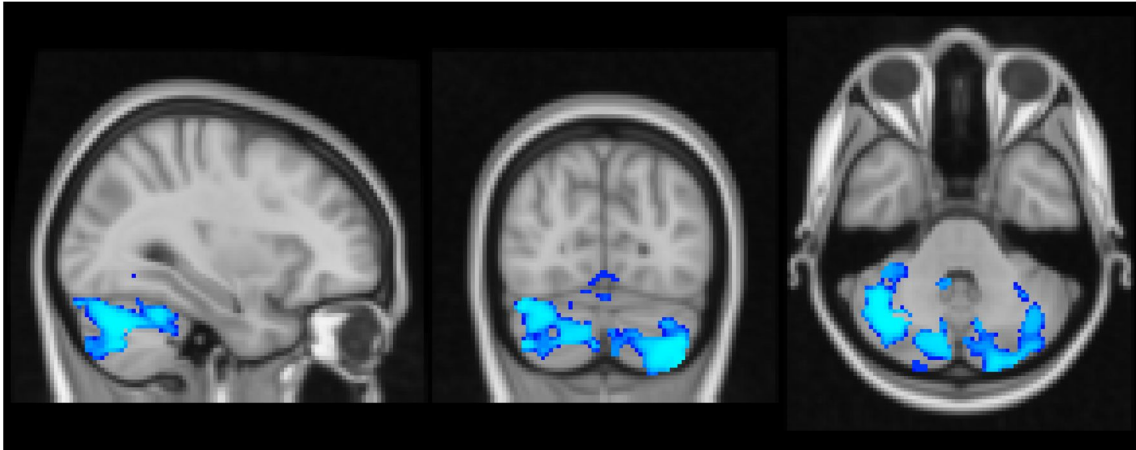


図 1：問 3 9：この 1 年間で転んだことがありますか。  
 転倒群では非転倒群と比較して両側小脳半球皮質が有意に萎縮していた。

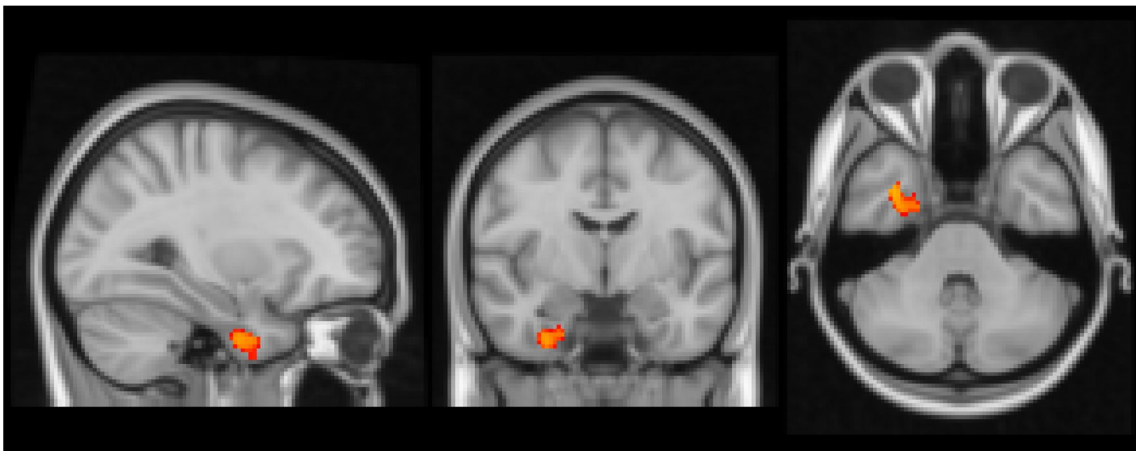


図 2：問 14 2：5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。  
 「まったくない」群と比較して、「ときどきある」「頻繁にある」群では海馬傍回，嗅内野が有意に萎縮していた。

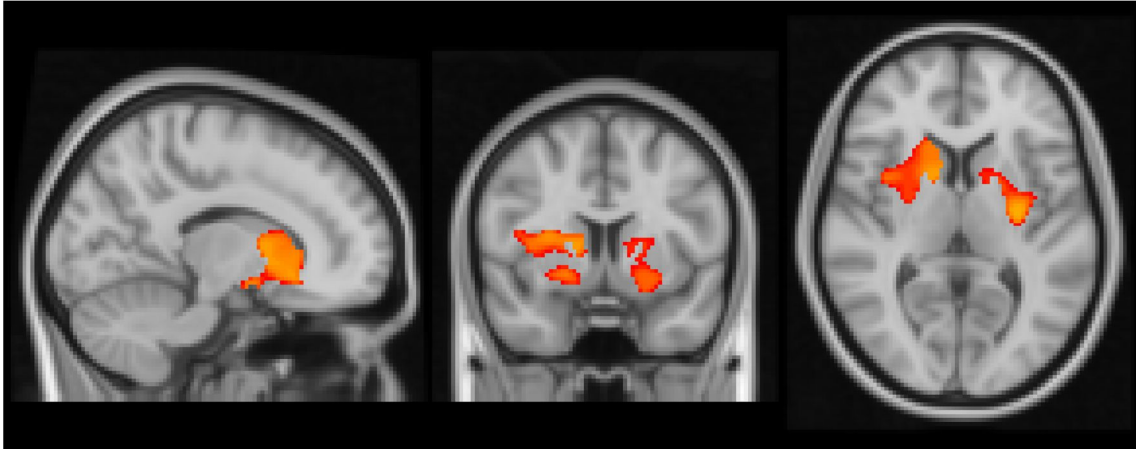


図 3 : 14 4 : 今日が何月何日かわからないことがありますか .  
「まったくない」群と比較して , 「ときどきある」「頻繁にある」「いつもそうだ」群では両側線条体が有意に萎縮していた .

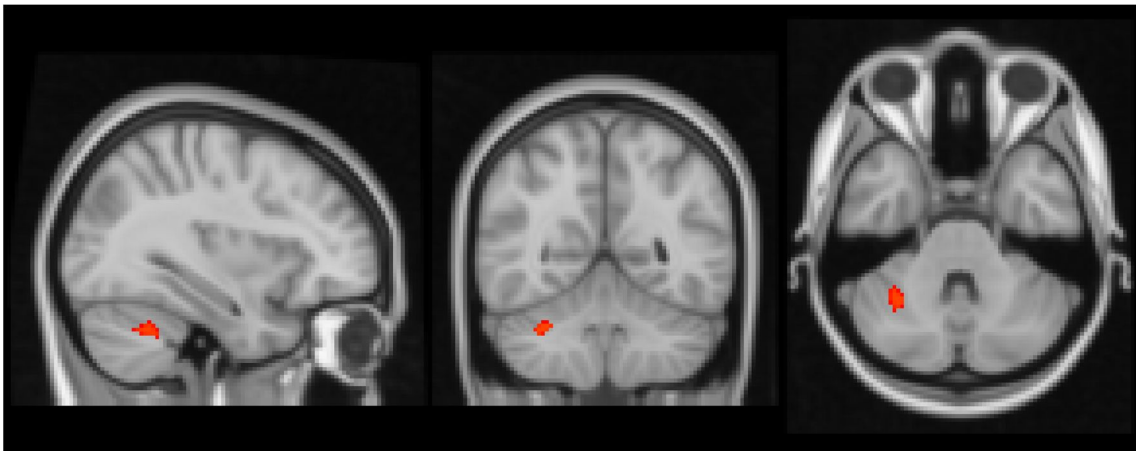


図 4 : 問 15 2 : 一人で買い物はできますか .  
「問題なくできる」群と比較して , 「だいたいできる」「あまりできない」「まったくできない」群では右小脳半球が有意に萎縮していた .



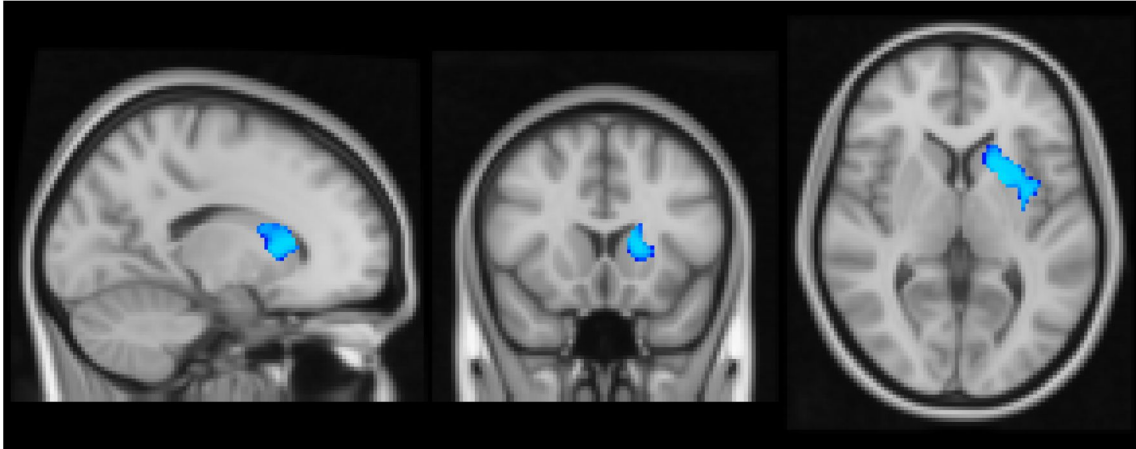


図 5 : 問 16 5 : 軽い体操を定期的に行っていますか .  
「毎日」「週に 5~6 日」「週に 3~4 日」群と比較して , 「週に 1~2 日」「体操はしていない」群では左線条体が有意に大きかった .

・研究成果の刊行に関する一覧表

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
栗田主一	国家施策の課題	CLINICIAN	667	704-709	2018
栗田主一	わが国の若年性認知症の有病率と有病者数	認知症トータルケア 日本医師会雑誌	147 特別 2	44-45	2018
栗田主一	家族構成の変化、独居への対応	認知症トータルケア 日本医師会雑誌	147 特別 2	400-401	2018
栗田主一	軽度認知障害を支える社会	臨床精神医学	47	1409-1415	2018
栗田主一	認知症施策の今後への提言 - Dementia Friendly Communities と Rights-Based Approach -	老年精神医学雑誌	30 増刊号	37-49	2019
栗田主一	超高齢期の認知症の疫学と社会状況	老年精神医学雑誌	30	238-244	2019
Ishibashi K, Sakurai K, Shimoji K, Tokumaru AM, Ishii K	Altered functional connectivity of the default mode network by glucose loading in young, healthy participants.	BMC Neurosci.	19	33	2018
Tamura Y, Ishikawa J, Fujiwara Y, Tanaka M, Kanazawa N, Chiba Y, Iizuka A, Kaito S, Tanaka J, Sugie M, Nishimura T, Kanemaru A, Shimoji K, Hirano H, Furuta K, Kitamura A, Seino S, Shinkai S, Harada K, Kyo S, Ito H, Araki A	Prevalence of frailty, cognitive impairment, and sarcopenia in outpatients with cardiometabolic disease in a frailty clinic.	BMC Geriatr.	18	264	2018
Sakurai K, Tokumaru AM, Sumida K, Yamamoto A, Toyoda K, Oba H	Imaging-Based Diagnosis of Craniocervical Artery Dissections: A Strategy Focusing on the Pathological Condition and MRI Technique.	Brain Nerve.	70	1341-1347	2018
Tokumaru AM	Think! According to the Chief Complaint, and with The Neuroradiologists' Bird's Eye.	Brain Nerve.	70	1321-1329	2018
徳丸阿耶, 櫻井圭太, 栗田主一, 稲垣宏樹, 村山繁雄	認知症の画像疫学的研究	老年精神医学雑誌	29	391-401	2018
櫻井圭太, 徳丸阿耶, 打田佑人, 菅博人	神経画像はどこまで神経病理を反映させるか 可能性と限界	老年精神医学雑誌	29	651-659	2018
徳丸阿耶, 下地啓五, 亀山征史, 村山繁雄, 櫻井圭太	Alzheimer 病以外の認知症の MRI	画像診断	38	897-911	2018
櫻井圭太, 徳丸阿耶, 住田薫, 山本麻子, 豊田圭子, 大場洋	頭が痛い	BRAIN and NERVE-神経研究の進歩	70	1341-1347	2018
徳丸阿耶	主訴に沿う 俯瞰し収束する画像診断の目	BRAIN and NERVE-神経研究の進歩	70	1321-1329	2018
飯島健, 徳丸阿耶, 下地啓五, 亀山征史	脳腫瘍との鑑別が必要な脳実質内腫瘍性病変	臨床画像	35	124-127	2019

令和元年 5月 29 日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
所属研究機関長 職名 理事長

氏名 井藤 英喜



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長  
(氏名・フリガナ) 栗田 主一 (アワタ シュイチ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 元年 5月 29 日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
所属研究機関長 職名 理事長

氏名 井藤 英喜



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 研究課題名 若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査
- 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員  
(氏名・フリガナ) 菊地 和則 (キクチ カズノリ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 元年 5月 29 日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
所属研究機関長 職名 理事長

氏名 井藤 英喜



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 研究課題名 若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査
- 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員  
(氏名・フリガナ) 枝広 あや子 (エダヒロ アヤコ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年 5月 29日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
所属研究機関長 職名 理事長

氏名 井藤 英喜



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 研究課題名 若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査
- 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員  
(氏名・フリガナ) 稲垣 宏樹 (イナガキ ヒロキ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年 5月 29 日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
所属研究機関長 職名 理事長

氏名 井藤 英喜



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員  
(氏名・フリガナ) 杉山 美香 (スギヤマ ミカ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年 5月 29日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
所属研究機関長 職名 理事長

氏名 井藤 英喜



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員  
(氏名・フリガナ) 岡村 毅 (オカムラ ツヨシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



令和元年 5月 29日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
所属研究機関長 職名 理事長

氏名 井藤 英喜



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 若年性認知症の人の生活実態調査と大都市における認知症の有病率及び生活実態調査
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都健康長寿医療センター放射線診断科 部長  
(氏名・フリガナ) 徳丸 阿耶 (トクマル アヤ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。