

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

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 栗田 圭一

令和2(2020)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 - 「第2号被保険者」と「みなし第2号被保険者」 - -----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-----17
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 - 認知症高齢者の日常生活自立度とMMSE-J得点の関連 - -----25
稲垣宏樹，佐久間尚子，栗田主一
4. 大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズと認知機能低下・世帯状況との関連-----39
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と地域生活の継続-----48
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 - 高島平スタディーにおける神経画像(MRI)統計解析 - -----61
徳丸阿耶，下地啓五，亀山征史，高田晃一，今林悦子，山下典生，佐々木舞， 徳丸明日香，稲垣宏樹，栗田主一
. 研究成果の刊行に関する一覧表-----75

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

目的：1. 日本医療研究開発機構(AMED)において実施されている若年性認知症の有病率調査を補完するために、介護保険データと認知症疾患医療センターのデータを活用した若年性認知症の実態把握を行う。2. 東京都板橋区高島平地区で実施されている認知症高齢者の生活実態調査を基礎にして、大都市における認知症有病率調査の課題を検討するとともに、大都市特有の認知症施策の課題解決に向けた基礎資料を得る。

方法：1. 1)介護保険「第2号被保険者」及び「みなし第2号被保険者」のデータを自治体より入手して、「認知症高齢者の日常生活自立度」以上を基準とする若年性認知症の有病率を把握する。2)全国の認知症疾患医療センター実績報告書を入手し、若年性認知症の診断別年間発生率を推計する。2. 1)2016年度調査データを用いて、「認知症高齢者の日常生活自立度」とMMSE得点との関連を分析する。2)高齢者生活支援ニーズリストを用いて、地域在住高齢者の生活支援ニーズと認知機能・世帯状況との関連を分析する。3)2016年度調査でMMSE<24でありかつ社会支援ニーズがある高齢者66名を6か月間追跡し、地域生活継続に関連する要因を分析する。4)173名の地域在住高齢者を対象に頭部MRI検査を実施し、voxel-based morphometryを用いた統計学的解析によって、生活習慣及び心理検査結果との関連を分析する。

結果：1)「第2号被保険者」に「みなし第2号被保険者」を追加すると若年性認知症の有病率が1.6倍増加し、40歳～64歳人口10万対159.1人となった。2)2017年に認知症疾患医療センターで診断された若年性認知症患者数は1,733人であり、年間発生率は18歳～64歳人口10万対2.47人であった。3)「認知症高齢者の日常生活自立度」 $\geq$ a以上の高齢者のMMSE得点は、 $\geq$ a未満の高齢者よりも有意に高かった。要介護認定を受けている70歳以上高齢者において、認知機能低下(MMSE<24)をゴールドスタンダードとした場合の「認知症高齢者の日常生活自立度」 $\geq$ a以上の感度は0.419、特異度は0.821であった。4)認知機能低下を認める高齢者は、認知機能低下を認めない高齢者よりも、広範な領域で有意に高い頻度で日常生活支援ニーズを自覚していた。5)生活支援ニーズと居住支援ニーズが充足されていない認知症高齢者では、地域生活の継続が困難な高齢者が有意に多かった。6)側頭葉内側萎縮が12%に認められ、萎縮が海馬腹側・扁桃に局限する群と頭頂葉にまでひろがる広範な萎縮を伴う群に大別された。いずれも軽度認知障害レベルにあるものが多かったが、萎縮局限群は広範萎縮群に比べ、ATM操作などの日常生活スキルが保持されているが

社会参加に乏しい傾向が認められた。

結論：1. わが国の若年性認知症施策の基礎資料として，介護保険データと認知症疾患医療センターのデータを用いた実態把握を経年的に行うことの意義は大きい。但し，介護保険データを使用する場合には，「第2号被保険者」に「みなし第2号被保険者」を追加して分析する必要がある。認知症疾患医療センターの臨床統計データはわが国の若年性認知症の発生率の推計に有用である。但し，性・年齢の基本情報を確保するなど，研究デザインの洗練化が求められる。2. 認知機能低下（MMSE<24）をゴールドスタンダードとした場合の「認知症高齢者の日常生活自立度」 a 以上の感度は 0.419，特異度は 0.821 である。認知機能低下高齢者では，軽度の段階から，広範な領域に生活支援ニーズが自覚されている。生活支援ニーズ，居住支援ニーズが充足されない認知症高齢者は，地域生活の継続が困難になりやすい。包括的な生活支援の提供を可能とする地域の拠点を設置することが，大都市に暮らす認知症高齢者の地域生活の継続にとって重要である。側頭葉内側限局萎縮群では，アルツハイマー病初期と嗜銀顆粒性認知症を鑑別することが生活支援のあり方を考える上でも重要である。

< 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

稲垣宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

菊地和則 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

岡村毅 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

杉山美香 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

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

宇良千秋 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

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

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

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

今林悦子 東京都健康長寿医療センター放射線診断科・専門部長

山下典生 岩手医科大学医歯薬総合研究所 超高磁場 MRI 診断・病態研究部門・准教授

佐々木舞 東京都立大塚病院放射線科

徳丸明日香 東京都健康長寿医療センター放射線診断科

A. 研究目的

本研究の目的は以下の2点である。

1. 若年性認知症実態調査

2017年度～2019年度に日本医療研究開発機構(AMED)において「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」に関する研究が実施され

ている。本研究の目的は、この研究を補完するために、介護保険データと認知症疾患医療センターのデータを活用して実態把握を行うことにある。

## 2. 大都市の認知症高齢者実態調査

一般に参加率が低くなりやすい大都市では、地域ベースの認知症有病率調査が実施しにくい。そのこともあって、大都市に暮らす認知症高齢者の生活課題調査も十分に行われていない。研究代表者らは、2016年度～2017年度に、東京都板橋区高島平地区において認知症高齢者の実態調査を実施している。本研究の目的は、この研究を基礎にして、大都市における認知症有病率調査の課題を分析するとともに、大都市特有の認知症施策の課題解決に向けた基礎資料を得ることにある。

## B. 研究方法

### 1. 若年性認知症実態調査

2017年度は、介護保険データ及び全国の認知症疾患医療センターのデータを用いた若年性認知症の有病率・発生率の調査を実施するための基盤整備を行った。

2018年度は、実際に、板橋区、練馬区、豊島区、北区、大阪市、名古屋市より介護保険第2号被保険者データを入手して、「認知症高齢者の日常生活自立度」以上を基準とする若年性認知症の有病率を推計した。また、2017年度分の全国の認知症疾患医療センターの実績報告書を入手し、認知症疾患医療センターベースの若年性認知症発生率を推計した。

以上の結果を踏まえ、2019年度は以下の2つの方法で、介護保険データと認知症疾患医療センターのデータを用いた若年性

認知症の実態把握を行った。

### 1) 介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率調査：「第2号被保険者」と「みなし第2号被保険者」

昨年度の調査において、自治体より入手された介護保険「第2号被保険者」には、「みなし第2号被保険者」である要介護認定者（生活保護受給者など医療保険に加入していない65歳未満の要介護認定者）が含まれない問題があることが判明した。実際、「みなし第2号被保険者」データの管理方法は自治体によって異なるという問題もある。そこで、2019年度は、介護保険「第2号被保険者」と「みなし第2号被保険者」の両者のデータを入手することができた自治体のデータを用いて、「みなし第2号被保険者」のデータを含めた場合と含まない場合で、「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の出現頻度がどの程度変わるかを検討した。

### 2) 認知症疾患医療センターの実績報告書を活用した若年性認知症発生率の推計

昨年度は、全国の認知症疾患医療センターの2017年度分実績報告書を用いて、若年性認知症の発生率を推計した。しかし、昨年度は、若年性認知症の診断データを実績報告書に記入することを義務化した初年度であったことから、データの精度に問題があった。そこで、2019年度は、2018年度分実績報告書を用いて同様の調査・分析を行い、昨年度調査の結果と比較した。

## 2. 大都市の認知症高齢者実態調査

2017年度は、2016年度に実施した生活実態調査（以下、2016年度調査）の不参加の要因を検討し、参加率を向上させるためには訪問調査を実施することの重要性を

示した。2018年度は、2016年度調査参加者を対象に縦断調査を行い、70歳以上高齢者における新たな認知機能低下の発生率と関連要因を示した。以上を踏まえ、2019年度は以下の3)~6)の研究を実施した。

### 3) 要介護認定調査における「認知症高齢者の日常生活自立度」とMMSE得点の関連

要介護認定者における認知症高齢者の出現頻度を検討する場合には、「認知症高齢者の日常生活自立度」を利用するのが一般的である。しかし、「認知症高齢者の日常生活自立度」が、どの程度臨床的な認知症と一致しているかについては不明確である。そこで本研究では、東京都板橋区高島平地区の2016年度調査データを活用して、板橋区より入手した介護保険データにおける「認知症高齢者の日常生活自立度」と会場または訪問で実施した認知機能検査の成績(MMSE得点)との関連を分析した。

### 4) 大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズと認知機能低下・世帯状況との関連

東京都板橋区高島平地区に在住する70歳以上高齢者2,020人を対象に、5因子構造をもつ高齢者生活支援ニーズリストを用いて、日常生活支援ニーズの状況を評価した。また、会場または訪問で実施したMMSEの得点から、対象を認知機能低下群、認知機能低下疑い群、健常群に分類し、認知機能・世帯状況を独立変数、高齢者生活支援ニーズリストの各領域の合計得点を従属変数とする分散分析を行った。

### 5) 大都市に暮らす高齢者の社会支援ニーズと地域生活の継続

2016年度調査(東京都板橋区高島平地区の70歳以上の高齢者7,614名を対象に行った疫

学調査)において、一次調査(郵送調査)および二次調査(会場調査、訪問調査)に参加し、MMSEが23点以下であった335名のうち、調査に協力が得られた198名に対して、医師を含む多職種による訪問調査(三次調査)を行った。調査報告を多職種会議で検討し、何らかの社会支援ニーズがある66名に対して、担当者を決めて支援した。支援の実施にあたっては、調査研究フィールド内に地域拠点「高島平ココからステーション」を設置した。ここは週平均3.5日、午前11時~16時に開所し、医師、心理士、保健師等の運営スタッフが3名以上、平服で常駐した。また研究フィールドの地域包括支援センターとも定期的なミーティングを行い、情報共有を行った。対象者66名の半年後の転帰を、専門職が訪問して調査した。

### 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

173名の地域在住高齢者を対象にMRI検査を実施し、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および高率に抽出された内側側頭葉萎縮群についてSPM8のiVAC(individual VBM Adjusting covariates)による個別解析を加え、軽度認知機能障害背景を検討した。さらに萎縮の局在や広がり和生活実態調査(生活習慣や心理検査結果)との関連を検討した。

(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

### 1. 若年性認知症実態調査

#### 1) 介護保険情報に基づく若年性認知症の有病率調査：第2号被保険者とみなし第2号被保険者

6,171名のデータを分析したところ、特定疾病で「脳血管疾患」が52.0%と過半数を占め、「がん(がん末期)」8.8%、「糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症」7.9%、「初老期における認知症」7.4%がこれに続いた。また、認知症高齢者の日常生活自立度が「以上」は32.8%であった。

「以上」の人数は、「第2号被保険者」だけでは353名、これに「みなし第2号被保険者」を加えると626名と約1.8倍に増加した。「以上」を若年性認知症とした場合の有病率は、「第2号被保険者のみ」では人口10万対101.9人であったが、これに「みなし第2号被保険者」を加える159.1人と1.6倍増加した。

#### 2) 認知症疾患医療センターの実績報告書を活用した若年性認知症発生率の推計

2018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は、高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。2018年の18歳~64歳の日本人人口(70,144,317人)を母数とする年間発生率は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人であった。2017年度の結

果と比較すると微減がみられた。

### 2. 大都市高齢者実態調査

#### 3) 要介護認定調査における「認知症高齢者の日常生活自立度」とMMSE得点の関連

「認知症高齢者の日常生活自立度」以上を「障害あり」とすると、「障害あり」は658名(8.6%)であった。MMSE実施者では「障害あり」は70名(3.5%)であった。「認知症高齢者の日常生活自立度」で「障害あり」と判定された者は、「障害なし」の者に比べ、MMSE平均得点が低く(20.7点 vs 26.5点)、認知機能低下(MMSE24点未満)の出現率も高かった(11.9% vs 1.8%)。すなわち、日常生活自立度で障害ありと判定された者は、より認知機能が低下していた。

しかし、認知機能が低下していても、日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は約12%にすぎず、認知機能の低下が必ずしも日常生活上の困難につながるわけではないこと、また一方で、認知機能が維持されていても日常生活上で障害があると判定される対象者が少ないながら存在することが示された。

要介護認定を受けている70歳以上高齢者249名において、認知機能低下(MMSE<24)を基準とした場合の「認知症高齢者の日常生活自立度」a以上の弁別能を検討したところ、感度は0.419、特異度は0.821であった。

#### 4) 大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズと認知機能低下・世帯状況との関連

認知機能に主効果が認められ、すべての領域で、認知機能が低下するほど日常生活支援ニーズが高くなった。認知機能で層別化して、各層で世帯状況が日常生活支援ニ

ーズに及ぼす影響を検討したところ、認知機能低下群・認知機能低下疑い群では、世帯状況に関わらず、広範な領域に高い日常生活支援ニーズが認められた。

#### 5) 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

6か月の支援期間終了後、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が、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。地域生活が継続できないことに関連したベースラインの社会支援ニーズは、生活支援ニーズをもつこと、居住支援ニーズを持つことであった。一方で認知症疾患にかかわる項目、すなわち認知症疾患を持つこと、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。

#### 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

独居率の高い高島平コホートで、70歳以上の地域在住高齢者の12%に側頭葉内側萎縮が認められた。内側側頭葉萎縮群は、海馬腹側、扁桃に限局する群と、すでに頭頂葉にまでひろがる広範な萎縮を伴う群に大別された。萎縮限局群も広範囲に萎縮を伴う群も軽度認知障害レベルにあるものが多く、ADLは保持されていたが、いずれも物忘れの自覚があった。萎縮限局群は、広範萎縮群に比べATM操作のような日常生活スキルが保持されているにも関わらず、趣味、スポーツ、地域コミュニティへの参画に乏しい傾向があった。

## D. 考察

### 1. 若年性認知症の実態調査について

AMED 研究で実施されている地域ベースの疫学調査(事業所・施設・医療機関を対象とする悉皆調査)では、詳細な情報収集が可能であるが、事業所・施設・医療機関及び本人・家族の参加率に大きく影響されるという欠点がある。一方、介護保険データを用いた調査では、要介護認定者しか把握できない、医学的診断など詳細情報が得られないという欠点はあるが、参加率に影響されないという利点がある。また、認知症疾患医療センターの実績報告書を用いた調査では、認知症疾患医療センターの受診者しか把握できないという欠点はあるが、AMED 研究では事業所類型で最も出現頻度が高い事業所は認知症疾患医療センターであることが明らかにされていることから、医学的情報を含むデータを確保するには有利である。本研究では、実際にデータ収集・分析を行うことによって、以下の点が明らかになった。

- 1) 介護保険データで若年性認知症有病者数を把握する場合、「第2号被保険者」だけでなく、「みなし第2号被保険者」を含めなければ、実態と大きくかけ離れた数値になる。しかし、「みなし第2号被保険者」のデータ管理方法は自治体によって異なるため、複数の自治体データを統合するには困難を伴う。データ収集と統合の方法を確立する必要がある。
- 2) 認知症疾患医療センターデータで若年性認知症を把握する場合、他医療機関のデータを含まないため過小評価となる。また、実績報告書だけでは、性/年齢などの基礎情報が入手できない。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を、認知症疾患医療センターのデータを用いることによって、経年的に把握できる可



能性が明らかになったことは大きい。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。また、性/年齢などの基礎情報を確保するための方法論を確立する必要がある。

## 2. 大都市高齢者の実態調査について

本研究によって、大都市に暮らす認知症高齢者の実態調査を行う場合の課題と、認知症とともに生きる高齢者の生活支援について、以下のことが明らかにされた。

1) MMSE24 点未満であっても、「認知症高齢者の日常生活自立度」で「障害あり」と判定された者は 11.9%にすぎず、認知機能の低下が必ずしも日常生活上の困難につながるわけではないこと、また一方で、認知機能が維持されていた (MMSE24 点以上) としても日常生活で障害があると判定される対象者が少ないながら存在することが明らかになった。要介護認定を受けている 70 歳以上高齢者において、認知機能低下 (MMSE<24) をゴールドスタンダードとした場合の「認知症高齢者の日常生活自立度」 a 以上の感度は 0.419、特異度は 0.821 であった。このことは、□a 以上であれば概ね「認知機能低下高齢者」と見なせるが、見落としもかなり多いことを示している。

2) 健常群に比べて認知機能低下疑い群、認知機能低下群で、より日常生活支援ニーズが自覚されていることが明らかになった。このことは、MCI の段階から、日常生活の軽微な困りごとや支援の必要性が生じている可能性を示している。また、認知機能が低下しつつある高齢者では、このような支援ニーズが、世帯状況とは無関係に現れていることを示した点は、特筆に値する。

3) 本研究では、生活支援ニーズ、居住支援ニーズがあり、かつそれが充足されていない地域に暮らす認知症高齢者において、地域生活の継続が困難になるリスクが高いことを示している。高島平では、こうした高齢者に地域の中で生活支援を提供できるようにするための地域の拠点を設置して、活動を進めている。こうした活動が、地域に暮らす認知症高齢者の地域生活の継続に及ぼす効果を検証することが今後の課題である。

4) 日常生活が自立している高齢者群で、内側側頭葉萎縮は 12%と高率であった。内側側頭葉萎縮を示す群は、もの忘れが自他覚的に認められ、日常生活動作の困難、社会参加の減少が示唆された。一方、内側側頭葉萎縮、とくに腹側に萎縮が限局するグループ I と、MCI 段階ですでに広範囲に萎縮を伴うグループ II では、もの忘れの自覚については両者に有意差はなかったが、ATM 操作、食事作りなど日常生活を維持する基本的スキルはグループ I で保たれる傾向があり、グループ II では既にスキルの低下が示唆された。しかし、日常生活スキルに問題が生じており、萎縮が広範囲に及ぶグループ II より、局在萎縮が限局しているグループ I の方が、地域社会への参加、趣味グループ、スポーツ参加が少ない傾向があった。グループ II では、アルツハイマー病初期段階に加え、性格変化や社会性の欠如が早期から問題になる嗜銀顆粒性認知症が混在していないか、さらに検討を深めていく必要がある。背景病態の精確な把握は、地域社会の中での高齢者生活支援に何が必要かを検討する上で重要な情報となる。

## E. 結論

- 1) わが国の若年性認知症施策の基礎資料として、介護保険データと認知症疾患医療センターのデータを用いた実態把握を経年的に行うことの意義は大きい。
- 2) 認知機能低下(MMSE<24)をゴールドスタンダードとした場合の「認知症高齢者の日常生活自立度」 a 以上の感度は0.419, 特異度は0.821である。
- 3) 認知機能低下高齢者では、軽度の段階から、広範な領域に生活支援ニーズが自覚されている。
- 4) 生活支援ニーズ, 居住支援ニーズが充足されない認知症高齢者は, 地域生活の継続が困難になりやすい。
- 5) 包括的な生活支援の提供を可能とする地域の拠点を設置することが, 認知症高齢者の地域生活の継続にとって重要な意味をもつであろう。
- 6) 側頭葉内側限局萎縮群では, アルツハイマー病初期と嗜銀顆粒性認知症の鑑別が生活支援のあり方を考える上でも重要である。

## 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：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.

- 2) 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.
- 3) 栗田主一：高齢者のメンタルヘルス, 特集にあたって。精神医学, 61: 3-4, 2019.
- 4) 栗田主一：認知症や高齢者精神疾患の特徴と地域の特性に応じた総合支援体制。ファルマシア, 55(9): 864-868, 2019.
- 5) 栗田主一：これからの認知症施策が向かうべき方向性について。認知症の最新医療。35: 186-189, 2019.
- 6) 栗田主一：主治医からの提言。これだけは知りたい認知症画像診断。臨床画像, 35: 1215-1222, 2019.
- 7) 栗田主一：認知症とともに暮らせる社会をめざして。大都市の認知症高齢者生活実態調査を通して。日本マンション学会誌, マンション学。64: 89-91, 2019.
- 8) 栗田主一：認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして。日本社会精神医学雑誌, 29:35-41, 2020.
- 9) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Kugimiya Y, Okamura M, Yamashita M, Awata S. Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: A community-based participatory study. BMC Geriatrics 20, 68 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1470-y>
- 10) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Edahiro A,

- Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Furuta K, Hatakeyama A, Ogisawa F, Konno M, Suzuki T, Awata S. Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. *Geriatrics & Gerontology International* in press
- 11) 杉山美香 岡村毅 小川まどか 宮前史子 枝広あや子 宇良千秋 稲垣宏樹 釘宮由紀子 岡村睦子 森倉三男 見城澄子 佐久間尚子 粟田主一. 大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくる - Dementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み - 日本認知症ケア学会誌 2020; 18: 847-854
2. 学会発表
- 1) 粟田主一：認知症ケアを受ける人の権利について考えたことはありますか．第20回日本認知症ケア学会，2019.5.25-5.26, 京都（教育講演）．
- 2) 粟田主一：希望と尊厳をもって暮らせる社会をめざして．第34回日本老年精神医学会，2019.6.6-6.8, 仙台（大会長講演）．
- 3) 徳丸阿耶，粟田主一，村山繁雄：認知症診断における神経画像の意義；臨床・画像・病理をつなぐ．第34回日本老年精神医学会，2019.6.6-6.8, 仙台（教育講演）．
- 4) 粟田主一：認知症の診断と治療．第61回日本老年医学会学術集会，2019.6.6-6.8，仙台（高齢者医療研修会）．
- 5) 新川祐利，河野禎之，山中克夫，岡村毅，稲垣宏樹，井藤佳恵，粟田主一：日本語版DEMQOL, DEMQOL-PROXYの作成と信頼性・妥当性の検討．第1回日本在宅医療連合学会，2019.7.14-7.15, 東京
- 6) 粟田主一：認知症医療における患者中心の医療とは．第30回日本老年医学会東海地方会，2019.10.5，名古屋（教育講演）．
- 7) 菊地和則，中西亜紀，小長谷陽子，他，介護保険第2号被保険者データを用いた若年性認知症の状態像に関する研究，第34回日本老年精神医学会，2019.6.6-8，仙台．
- 8) 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，粟田主一．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．第34回日本老年精神医学会，2019.6.6-8，仙台．
- 9) 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.
- 10) 枝広あや子，釘宮由紀子，森倉三男，岡村睦子，杉山美香，岡村毅，小川まどか，宮前史子，稲垣宏樹，宇良千秋，粟田主一．高島平スタディ3：地域拠点における歯科相談 歯の相談から生まれる生活の希望 第20回認知症ケア学

- 会 2019年5月25日~26日 京都
- 11) 稲垣宏樹, 佐久間尚子, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 栗田主一. 高島平 study における会場健診参加者の2年後の追跡(2) 認知機能低下と社会的孤立との関連 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 12) 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 枝広あや子, 釘宮由紀子, 森倉三男, 岡村睦子, 栗田主一. 権利ベースのアプローチによる認知症支援の担い手育成の効果の検証. 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 13) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 栗田主一. 高島平 study における会場健診参加者の2年後の追跡(1): MMSE-J 得点の変化 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 14) 杉山美香, 宮前史子, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 小川まどか, 枝広あや子, 岡村毅, 栗田主一. 地域在住高齢者の認知機能低下と日常生活支援ニーズ 第34回日本老年精神医学会 2019年6月6日~8日
- 15) 杉山美香, 宮前史子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 岡村毅, 小川まどか, 枝広あや子, 宇良千秋, 稲垣宏樹, 栗田主一. 認知機能等の低下した高齢者への大規模集合住宅地の地域拠点での日常生活支援. 日本認知症予防学会 第9回大会, 名古屋国際会議場. 2019.10.18-20
- 16) 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 栗田主一. 高島平スタディ 1: 認知症支援のための地域拠点における医療・保健・心理相談 高島平ココからステーションの実践 第20回日本認知症ケア学会 2019年5月25日~26日 京都
- 17) 岡村毅, 杉山美香, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 宮前史子, 枝広あや子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 栗田主一. 高島平スタディ 2: 医療を受けるための支援: 医師が地域相談をして分かったこと. 第20回日本認知症ケア学会 2019年5月25日~26日 京都
- H. 知的財産権の出現・登録状況
1. 特許取得  
特になし
  2. 実用新案登録  
該当なし
  3. その他  
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  
「第2号被保険者」と「みなし第2号被保険者」

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 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

本研究は介護保険第2号被保険者データを使用して若年性認知症の有病率を推計するに当たり、「みなし第2号被保険者」のデータを加えた場合の変化を明らかにすることを目的とする。

大阪市、北区、練馬区（五十音順）の3自治体から第2号被保険者データに追加する形で「みなし第2号被保険者」データの提供を受け、データベースを作成した。分析の結果、若年性認知症（認知症高齢者の日常生活自立度 以上）の有病率は対10万人当たり159.1人となった。これは第2号被保険者のみの101.9人と比べて約1.6倍である。このことから、介護保険データを用いて若年性認知症の有病率を推計するには、「みなし第2号被保険者」のデータを加えることが必須であることが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究は3自治体（保険者）から提供された介護保険第2号被保険者データとみなし第2号被保険者データを統合したデータベースを作成し、みなし第2号被保険者が加わった場合の若年性認知症有病率の変化を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

第2号被保険者は「市町村の区域内に住所を有する四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者」とされており（介護保険法第9条）、医療保険に加入していない場合は第2号被保険者になることはできない。しかし要介護認定を受けて要介護あるいは要支援と認定されればサービスを使用することが

できる。具体的には生活保護を受給している場合が該当し、介護保険の被保険者ではないため、みなし第2号被保険者と呼ばれる。

大阪市、北区、練馬区（五十音順）の3自治体から介護保険第2号被保険者データを提供してもらい、追加する形でみなし第2号被保険者データを提供してもらった。そして、それらを統合したデータベースを作成した。

データは平成30年4月1日を調査基準日とし、調査基準日に第2号被保険者（以下、第2号）であり、かつ、要介護・要支援認定されている者、及び、調査基準日にみなし第2号被保険者（以下、みなし）である者を対象とした。その結果、第2号4,121

名，みなし 2,050 名の合計 6,171 名のデータベースとなった。

(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状態はない。

### C. 研究結果

6,171 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 58.9%，女性 41.1%と男性の方が多かった。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 45.0%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 52.0%と過半数を占めていた。続いて「がん(がん末期)」の 8.8%，「糖尿病性神経障害，糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症」の 7.9%，「初老期における認知症」の 7.4%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 32.8%であった。

認知症自立度 以上の人数を，第 2 号，みなし，合計を男女別・年齢別にみた(表 1)。いずれも年齢が高くなる程，人数が多くなっている。また，男性の場合，「60 歳から 64 歳」を見ると，第 2 号だけでは 353 名だったものが，みなしを加えると 626 名と約 1.8 倍と顕著な増加を示している。

次に認知症自立度 以上を若年性認知症とした場合の対 10 万人当たりの有病者数をみた(表 2)。男女合計の有病率は対 10 万人当たり 159.1 人であった。これは第 2 号のみの 101.9 人と比べて約 1.6 倍であった。男性の有病率は対 10 万人当たり 193.9 人であった。これは第 2 号のみの 112.2 人の

約 1.7 倍であった。女性の有病率は対 10 万人当たり 123.5 人であった。これは第 2 号のみの 91.3 人の約 1.3 倍であった。

次に，特定疾病別の人数及び認知症自立度 以上・ 以上の人数を見た(表 3・表 4・表 5)。認知症関連疾患(網かけ)の認知症自立度 以上をみると，全体では脳血管疾患 1,247 名，初老期における認知症 402 名が多かった。第 2 号とみなしでも，同様に脳血管疾患と初老期における認知症が多かった。

### D. 考察

第 2 号にみなしを加えると若年性認知症の人数は大幅に増加した。そのため 40 歳～64 歳の若年性認知症の有病率を推計するためには第 2 号とみなしの両方のデータを統合する必要がある。しかし，介護保険データと言った場合，みなしは含まれない。これはみなしが介護保険法の第 2 号ではないことから生じる問題である。

本研究においては自治体から追加でみなしのデータの提供を受けた。しかし，第 2 号のデータは前述の 3 自治体を含めて 7 自治体から提供されたが，みなしについては 3 自治体からの提供に留まった。

その理由として，第一に，若年性認知症主管課，介護保険主管課そして生活保護主管課という 3 つの部署に跨がった調整が必要となり，自治体に大きな負担を生じることがあげられる。

第二に，要介護認定は要介護認定支援システムを用いて行われるが，自治体によりベンダーが異なり，ベンダーによっては第 2 号とみなしを区別する機能が無いことがあげられる。この点については調査基準日

に第 2 号とみなしの両方のデータを同時に提供してもらうという方法も考えられる。しかし今回は追加でみなしのデータ提供を求めたため、この方法は使用できなかった。

またデータの提供は可能であるが、みなしの場合、要介護認定支援システムを使用せず、みなし専用のシステムを使用している自治体があった。専用システムは要介護認定支援システムと変数名、変数の順番が異なっていた。また変数によってはデータ入力形式が異なるものもあった。そのため他自治体のデータと統合するに当たり、変換作業が必要となる。また、一部変数においてはデータの入力形式が異なったことから、データの統合が出来なかった。

なお、本研究における若年性認知症の定義は認知症自立度 以上であり、必ずしも認知症の診断を伴うものではないことを申し添えておく。

#### E. 結論

介護保険データは全国の自治体(保険者)が所有しており、若年性認知症の有病率を推計するための貴重なデータである。一方、認知症自立度 以上を若年性認知症とするなど医学的診断が伴っていないという課題がある。

また第 2 号だけでなく、みなしのデータ

も合わせて分析しないと実態と大きくかけ離れた結果となることが明らかとなった。しかし、みなしは自治体によってデータ管理方法が異なり、第 2 号のように複数の自治体データを統合するには追加の作業と一部変数の統合が困難であることが分かった。

今後、介護保険データを用いた若年性認知症の分析を行うためには、みなしも含めたデータ収集と統合の方法が確立される必要がある。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

菊地和則, 中西亜紀, 小長谷陽子, 他, 介護保険第 2 号被保険者データを用いた若年性認知症の状態像に関する研究, 第 34 回日本老年精神医学会, 2019.6.6-8, 仙台。

#### 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

表1 認知症自立度 以上人数

第2号被保険者 認知症自立度 以上

男性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
合計	20	65	105	178	353	721

第2号被保険者 認知症自立度 以上

女性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
合計	14	54	86	158	263	575

みなし第2号被保険者 認知症自立度 以上

男性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
合計	11	26	71	144	273	525

みなし第2号被保険者 認知症自立度 以上

女性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
合計	3	16	38	54	92	203

全体 認知症自立度 以上

男性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
合計	31	91	176	322	626	1246

全体 認知症自立度 以上

女性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
合計	17	70	124	212	355	778

表2 有病者(認知症自立度 以上)数の推計

人口(平成30年4月1日現在)

男性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
3自治体合計	147097	152719	131469	110601	100625	642511
対10万人(第2号・みなし)	21.1	59.6	133.9	291.1	622.1	193.9
対10万人(第2号)	13.6	42.6	79.9	160.9	350.8	112.2
対10万人(みなし)	7.5	17.0	54.0	130.2	271.3	81.7

人口(平成30年4月1日現在)

女性	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
合計	145285	150906	128314	107867	97454	629826
対10万人(第2号・みなし)	11.7	46.4	96.6	196.5	364.3	123.5
対10万人(第2号)	9.6	35.8	67.0	146.5	269.9	91.3
対10万人(みなし)	2.1	10.6	29.6	50.1	94.4	32.2

人口(平成30年4月1日現在)

男性・女性合計	40歳から44歳	45歳から49歳	50歳から54歳	55歳から59歳	60歳から64歳	合計
	292382	303625	259783	218468	198079	1272337
対10万人(第2号・みなし)	16.4	53.0	115.5	244.4	495.3	159.1
対10万人(第2号)	11.6	39.2	73.5	153.8	311.0	101.9
対10万人(みなし)	4.8	13.8	42.0	90.6	184.3	57.2



表3. 特定疾病と認知症高齢者の日常生活自立度(第2号被保険者・みなし第2号被保険者 / 男性・女性)

特定疾病カテゴリー	人数	全特定疾病		認知症関連疾患		初老期における認知症	
		以上	以上	以上	以上	以上	以上
1. 筋萎縮性側索硬化症	50	12	6	12	6		
2. 後縦靭帯骨化症	89	27	16				
3. 骨折を伴う骨粗鬆症	100	39	19				
4. 多系統萎縮症	45	18	9	18	9		
5. 初老期における認知症	454	441	402	441	402	441	402
6. 脊髄小脳変性症	135	51	32	51	32		
7. 脊柱管狭窄症	267	91	30				
8. 早老症	1	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	488	169	81				
10. 脳血管疾患	3209	1884	1247	1884	1247		
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	194	83	47	83	47		
12. 閉塞性動脈硬化症	63	19	10				
13. 関節リウマチ	208	36	10				
14. 慢性閉塞性肺疾患	65	15	4				
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	257	86	46				
16. がん(末期)	546	143	65				
合計	6171	3114	2024				
認知症関連疾患							

表4. 特定疾病と認知症高齢者の日常生活自立度(第2号被保険者 / 男性・女性)

特定疾病カテゴリー	人数	全特定疾病		認知症関連疾患		初老期における認知症	
		以上	以上	以上	以上	以上	以上
1. 筋萎縮性側索硬化症	44	9	4	9	4		
2. 後縦靭帯骨化症	62	15	9				
3. 骨折を伴う骨粗鬆症	57	17	9				
4. 多系統萎縮症	40	15	7	15	7		
5. 初老期における認知症	284	277	254	277	254	277	254
6. 脊髄小脳変性症	100	32	19	32	19		
7. 脊柱管狭窄症	122	33	13				
8. 早老症	1	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	238	80	41				
10. 脳血管疾患	2195	1215	819	1215	819		
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	160	67	34	67	34		
12. 閉塞性動脈硬化症	32	10	5				
13. 関節リウマチ	154	17	6				
14. 慢性閉塞性肺疾患	36	8	2				
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	168	44	28				
16. がん(末期)	428	110	46				
合計	4121	1949	1296				
認知症関連疾患							

表5. 特定疾病と認知症高齢者の日常生活自立度(みなし第2号被保険者/男性・女性)

特定疾病カテゴリー	人数	全特定疾病		認知症関連疾患		初老期における認知症	
		以上	以上	以上	以上	以上	以上
1. 筋萎縮性側索硬化症	6	3	2	3	2		
2. 後縦靭帯骨化症	27	12	7				
3. 骨折を伴う骨粗鬆症	43	22	10				
4. 多系統萎縮症	5	3	2	3	2		
5. 初老期における認知症	170	164	148	164	148	164	148
6. 脊髄小脳変性症	35	19	13	19	13		
7. 脊柱管狭窄症	145	58	17				
8. 早老症	0	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	250	89	40				
10. 脳血管疾患	1014	669	428	669	428		
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	34	16	13	16	13		
12. 閉塞性動脈硬化症	31	9	5				
13. 関節リウマチ	54	19	4				
14. 慢性閉塞性肺疾患	29	7	2				
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	89	42	18				
16. がん(末期)	118	33	19				
合計	2050	1165	728				
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 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<sup>1)</sup>。

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<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>）、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<sup>4)</sup>）、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<sup>5)</sup>）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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</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<sup>8)</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>9)</sup>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<sup>10)</sup>。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<sup>11)</sup>。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](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）

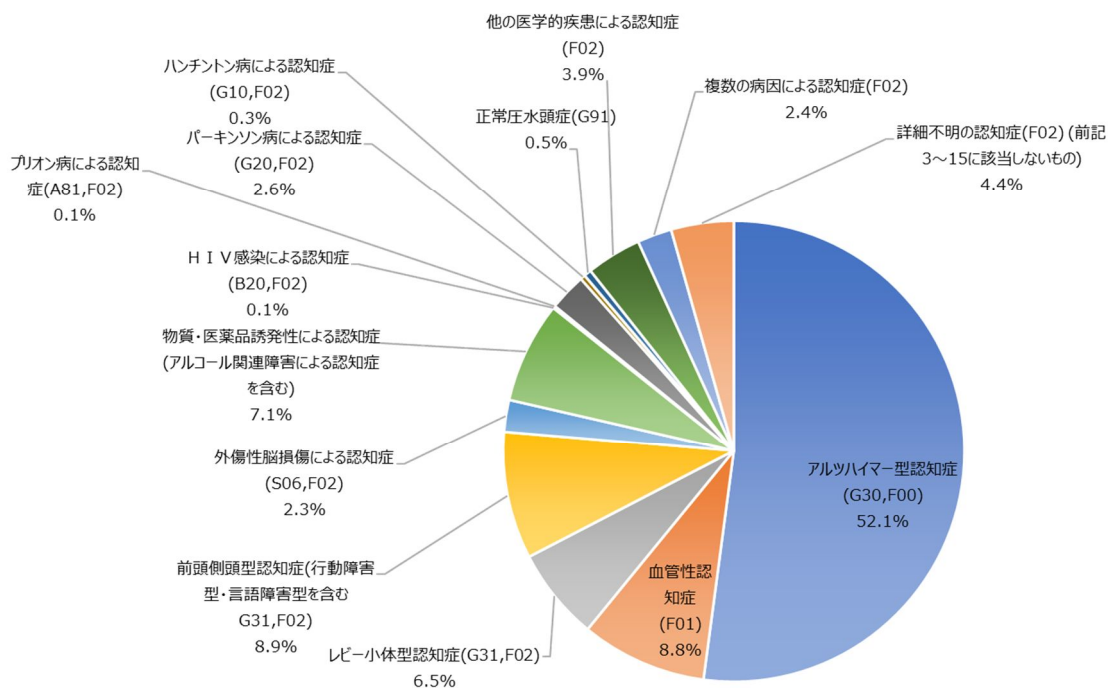


図 1 鑑別診断の構成比（構成比 B による）

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  
認知症高齢者の日常生活自立度と MMSE-J 得点の関連

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

本年度は、要介護認定における「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定と、認知機能検査（MMSE）との関連について、ベースライン調査時のデータを用いて検討した。

「認知症高齢者の日常生活自立度」 a～M（以下、□a 以上）を「障害あり」とすると、対象地域全域では「障害なし」6,956 名（91.4%）（要介護認定を受けていない者を含む）、「障害あり」658 名（8.6%）、MMSE 実施者では「障害なし」1,950 名（96.5%）、「障害あり」70 名（3.5%）であった。「認知症高齢者の日常生活自立度」で「障害あり」と判定された者は、「障害なし」の者に比べ、MMSE 平均得点が低く（20.7 点 vs 26.5 点）、認知機能低下（MMSE<24）の出現率も高かった（11.9% vs 1.8%）。すなわち、日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は、より認知機能が低下していた。

しかし、認知機能が低下していても、日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は約 12% にすぎず、認知機能の低下が必ずしも日常生活上の困難につながるわけではないこと、また一方で、認知機能が維持されていても日常生活上で障害があると判定される対象者が少ないながら存在することが示された。また、認知機能低下（MMSE<24）をゴールドスタンダードにして、「認知症高齢者の日常生活自立度」□a 以上の弁別能を検討したところ、感度 0.419、特異度 0.821 であった。このことは、自立度□a 以上であればおおむね「認知機能が低下している」と見なせるが、見落としもかなり多いことを示している。

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。

本稿では、要介護認定における認定調査や主治医意見書で用いられている「認知症高齢者の日常生活上の自立度判定」と、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) の実測値との関連について，ベースライン調査時のデータを用いて検討した結果を報告する．

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

2016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」)．

### 2. 手続き

調査は，地域住民に対する郵送調査(一次調査)と面接調査(二次調査)を実施した．

一次調査：上記7,614名に，自記式調査票を郵送し，調査員が訪問して回収を行った(郵送留置法)．

-1 二次会場調査：一次調査参加者に対し調査説明の文書と会場調査への参加依頼を郵送し，参加協力の返信があった対象者には，検査日時等を改めて通知した．調査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．

-2 二次訪問調査：会場調査の協力依頼に対し「不参加」または返信がなかった者，および会場調査の欠席者のうち，拒否や死亡，異動があった者を除く4,016名を対象に訪問による調査協力依頼を実施した．調査は，訓練を受けた看護師または心理士が対象者宅に訪問するか調査拠点に来てもらい実施した．調査時に再度調査内容等を説明し，書面により同意を得た．

### 3. 調査期間

一次調査は，2016年8月1日~9月15日に実施．二次調査は，会場調査を2016年10月1日~12月2日，訪問調査を2016年10月28日~2017年1月27日に実施．

### 4. 調査項目

#### 認知機能検査

認知機能は，MMSE-J 精神状態短時間検査 改訂日本語版(MMSE)を用いて評価した．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24点未満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．

#### 行政提供情報

要介護度，障害高齢者の日常生活自立度，認知症高齢者の日常生活自立度．

### 5. 倫理的配慮

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．行政提供情報は，自治体で個人情報保護に関する適正

な審査を受けた上、提供された。

## C. 研究結果

### 1. 参加状況

全対象者 7,614 名中、MMSE を実施したのは 2020 名（参加率 26.5%）であった。年齢の範囲は 77-99 歳、平均年齢は 78.0 歳であった。男女の内訳は、男性 809 名（平均 77.7 歳）、女性 1,211 名（平均 78.1 歳）であった。

また、MMSE を実施したが、機能的障害等で一部または全部の検査が実施できず採点ができなかった対象者が 33 名、拒否等で実施できず会場調査の対象から除外した者が 19 名、計 52 名いた。年齢の範囲は 70-100 歳、平均年齢は 79.4 歳、男女の内訳は、男性 29 名（平均 79.0 歳）、女性 23 名（平均 80.0 歳）であった。

認知機能検査を受けていない者は 5,542 名（年齢の範囲 70-107 歳、平均 77.8 歳）、男女の内訳は、男性 2,375 名（平均 77.1 歳）、女性 3,167 名（平均 78.3 歳）であった。

### 2. 認知症高齢者の日常生活自立度の状況

「認知症高齢者の日常生活自立度」は、高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を評価する指標で、介護保険制度の要介護認定での認定調査や主治医意見書で用いられている。

自立度のランクには、a・b、a・b、Mがあり、aが最も自立度が高く、Mが最も自立度が低い。ランク M は「著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。」とされる。ここでは、ランクごとの頻度を集計する（表 1、表 2）とともに、ランク a~M を「障害あり」、一方、認定なし、自立、ラン

ク を「障害なし」として集計した（表 3、表 4）。表 5、表 6 に平均年齢を示した。

対象地域全域では、「障害なし」6,956 名（91.4%）、「障害あり」658 名（8.6%）であった。平均年齢はそれぞれ 77.3 歳、83.9 歳であった。

MMSE 実施者では、「障害なし」1,950 名（96.5%）、「障害あり」70 名（3.5%）であった。平均年齢はそれぞれ 77.7 歳、84.4 歳であった。

MMSE 実施不能者では、「障害なし」44 名（84.6%）、「障害あり」8 名（15.4%）、平均年齢はそれぞれ 78.0 歳、87.3 歳であった。

MMSE 不参加者では、「障害なし」4,962 名（89.5%）、「障害あり」580 名（10.5%）、平均年齢はそれぞれ 77.1 歳、83.8 歳であった。

### 3. MMSE-J 得点

次に、「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク別の MMSE 合計得点の平均を示した。結果は表 7、表 8 に示した。

MMSE を実施した 2,020 名の MMSE 平均得点は 26.3 点（得点の範囲 3-30 点）、男性 26.1 点（3-30 点）、女性 26.4 点（4-30 点）であった。

認知機能低下が疑われるカットオフ値である MMSE で 24 点未満だった者は 335 名（16.6%）、男性 140 名（17.3%）、女性 195 名（16.1%）、平均年齢は 80.7 歳（男性 79.6 歳、女性 81.6 歳）であった。MMSE の平均得点は 20.2 点（男性 20.2 点、女性 20.2 点）であった。

表1 「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク別の出現頻度（実数）

		対象者数					
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者	MMSE 実施不能	不参加	全体
男性	全体	140	669	809	29	2375	3213
	0 認定なし	111	627	738	23	1999	2760
	1 自立	9	16	25	3	88	116
	2	3	15	18	0	65	83
	3 a	5	6	11	1	53	65
	4 b	6	4	10	0	71	81
	5 a	3	0	3	2	53	58
	6 b	0	0	0	0	20	20
	7	2	0	2	0	24	26
	8 M	0	1	1	0	1	2
9 記載なし	1	0	1	0	1	2	
女性	全体	195	1016	1211	23	3167	4401
	0 認定なし	130	900	1030	16	2474	3520
	1 自立	27	69	96	1	205	302
	2	15	28	43	1	131	175
	3 a	8	11	19	1	86	106
	4 b	7	5	12	3	104	119
	5 a	3	1	4	0	74	78
	6 b	3	0	3	0	33	36
	7	2	0	2	1	43	46
	8 M	0	0	0	0	9	9
9 記載なし	0	2	2	0	8	10	
全体	全体	335	1685	2020	52	5542	7614
	0 認定なし	241	1527	1768	39	4473	6280
	1 自立	36	85	121	4	293	418
	2	18	43	61	1	196	258
	3 a	13	17	30	2	139	171
	4 b	13	9	22	3	175	200
	5 a	6	1	7	2	127	136
	6 b	3	0	3	0	53	56
	7	4	0	4	1	67	72
	8 M	0	1	1	0	10	11
9 記載なし	1	2	3	0	9	12	

表2 「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク別の出現頻度（構成比％）

		対象者数％					
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者	MMSE 実施不能	不参加	全体
男性	全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	0 認定なし	79.3%	93.7%	91.2%	79.3%	84.2%	85.9%
	1 自立	6.4%	2.4%	3.1%	10.3%	3.7%	3.6%
	2	2.1%	2.2%	2.2%	0.0%	2.7%	2.6%
	3 a	3.6%	0.9%	1.4%	3.4%	2.2%	2.0%
	4 b	4.3%	0.6%	1.2%	0.0%	3.0%	2.5%
	5 a	2.1%	0.0%	0.4%	6.9%	2.2%	1.8%
	6 b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.6%
	7	1.4%	0.0%	0.2%	0.0%	1.0%	0.8%
	8 M	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
9 記載なし	0.7%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	
女性	全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	0 認定なし	66.7%	88.6%	85.1%	69.6%	78.1%	80.0%
	1 自立	13.8%	6.8%	7.9%	4.3%	6.5%	6.9%
	2	7.7%	2.8%	3.6%	4.3%	4.1%	4.0%
	3 a	4.1%	1.1%	1.6%	4.3%	2.7%	2.4%
	4 b	3.6%	0.5%	1.0%	13.0%	3.3%	2.7%
	5 a	1.5%	0.1%	0.3%	0.0%	2.3%	1.8%
	6 b	1.5%	0.0%	0.2%	0.0%	1.0%	0.8%
	7	1.0%	0.0%	0.2%	4.3%	1.4%	1.0%
	8 M	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%
9 記載なし	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.3%	0.2%	
全体	全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	0 認定なし	71.9%	90.6%	87.5%	75.0%	80.7%	82.5%
	1 自立	10.7%	5.0%	6.0%	7.7%	5.3%	5.5%
	2	5.4%	2.6%	3.0%	1.9%	3.5%	3.4%
	3 a	3.9%	1.0%	1.5%	3.8%	2.5%	2.2%
	4 b	3.9%	0.5%	1.1%	5.8%	3.2%	2.6%
	5 a	1.8%	0.1%	0.3%	3.8%	2.3%	1.8%
	6 b	0.9%	0.0%	0.1%	0.0%	1.0%	0.7%
	7	1.2%	0.0%	0.2%	1.9%	1.2%	0.9%
	8 M	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
9 記載なし	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%	0.2%	

表 3 「認知症高齢者の日常生活自立度」障害の有無別の出現頻度（実数）

		対象者数					
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者	MMSE 実施不能	不参加	全体
(再掲)							
男性	全体	140	669	809	29	2375	3213
	障害なし	123	658	781	26	2152	2959
	障害あり	17	11	28	3	223	254
女性	全体	195	1016	1211	23	3167	4401
	障害なし	172	997	1169	18	2810	3997
	障害あり	23	19	42	5	357	404
全体	全体	335	1685	2020	52	5542	7614
	障害なし	295	1655	1950	44	4962	6956
	障害あり	40	30	70	8	580	658

表 4 「認知症高齢者の日常生活自立度」障害の有無別の出現頻度（構成比%）

		対象者数%					
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者	MMSE 実施不能	不参加	全体
(再掲)							
男性	全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	障害なし	87.9%	98.4%	96.5%	89.7%	90.6%	92.1%
	障害あり (	12.1%	1.6%	3.5%	10.3%	9.4%	7.9%
女性	全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	障害なし	88.2%	98.1%	96.5%	78.3%	88.7%	90.8%
	障害あり (	11.8%	1.9%	3.5%	21.7%	11.3%	9.2%
全体	全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	障害なし	88.1%	98.2%	96.5%	84.6%	89.5%	91.4%
	障害あり (	11.9%	1.8%	3.5%	15.4%	10.5%	8.6%

障害あり：「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク a～M

障害なし：「認知症高齢者の日常生活自立度」認定なし，自立，ランク



表5 「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク別の平均年齢

		平均年齢					
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者	MMSE 実施不能	不参加	全体
男性	全体	79.6	77.3	77.7	79.0	77.1	77.3
	0 認定なし	79.1	76.9	77.3	77.6	76.3	76.6
	1 自立	80.1	82.0	81.3	85.3	80.0	80.4
	2	83.7	82.0	82.3		81.0	81.3
	3 a	76.4	84.0	80.5	86.0	81.8	81.7
	4 b	87.5	84.3	86.2		82.0	82.5
	5 a	78.7		78.7	82.5	81.6	81.5
	6 b					81.8	81.8
	7	81.5		81.5		83.9	83.7
	8 M		76.0	76.0		73.0	74.5
9 記載なし	86.0		86.0		99.0	92.5	
女性	全体	81.6	77.5	78.1	80.0	78.3	78.3
	0 認定なし	80.3	76.8	77.3	75.5	76.8	77.0
	1 自立	83.0	81.0	81.6	91.0	82.1	82.0
	2	84.1	84.4	84.3	93.0	83.2	83.5
	3 a	81.9	86.6	84.6	85.0	84.4	84.4
	4 b	84.0	85.0	84.4	94.3	84.4	84.6
	5 a	92.0	82.0	89.5		85.0	85.2
	6 b	88.7		88.7		86.4	86.6
	7	92.5		92.5	79.0	85.6	85.8
	8 M					80.3	80.3
9 記載なし		84.0	84.0		89.5	88.4	
全体	全体	80.7	77.4	78.0	79.4	77.8	77.9
	0 認定なし	79.7	76.9	77.3	76.7	76.6	76.8
	1 自立	82.3	81.2	81.5	86.8	81.5	81.5
	2	84.0	83.5	83.7	93.0	82.4	82.8
	3 a	79.8	85.7	83.1	85.5	83.4	83.4
	4 b	85.6	84.7	85.2	94.3	83.4	83.8
	5 a	85.3	82.0	84.9	82.5	83.6	83.6
	6 b	88.7		88.7		84.7	84.9
	7	87.0		87.0	79.0	85.0	85.0
	8 M		76.0	76.0		79.6	79.3
9 記載なし	86.0	84.0	84.7		90.6	89.1	

一方、24点以上だった対象者1,685名(男性669名,女性1,016名)の平均年齢は77.4歳(男性77.3歳,女性77.5歳),MMSE平均得点は平均27.5点(男性27.4点,女性27.6点)であった。

#### 4. 認知症高齢者の日常生活自立度とMMSE得点の関連

MMSE24点未満/以上別の「認知症高齢者の日常生活自立度」ランクごとの出現数を表1,表2,図1に,平均年齢を表5に,MMSE平均得点を表7,図2に示した。また,障害の有無(「障害あり」「障害なし」)ごとの出現数を表3,表4,図1に,平均年齢を表6に,MMSE平均得点を表8,図2に示した。

認知症高齢者の日常生活自立度の障害の有無で,MMSE平均得点を比較してみると,

「障害なし」1,950名で26.5点であるのに比べ,「障害あり」70名では20.7点であった。

MMSE24点未満だった335名のうち「障害あり」は40名(11.9%),295名(88.1%)は「障害なし」であった。平均年齢はそれぞれ,84.1歳,80.3歳,MMSE平均得点はそれぞれ,17.0点,20.6点であった。

MMSE24点以上だった1,685名のうち,「障害あり」は30名(1.8%),1,655名(98.2%)は「障害なし」であった。平均年齢はそれぞれ,84.8歳,77.3歳,MMSE平均得点はそれぞれ,25.6点,27.5点であった。

認知症高齢者の日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は,「障害なし」の者に比べ,MMSE平均得点は低く,認知機能低下の疑いがある者の出現率が高い。しかし,MMSE24点未満であっても,認知症高

表6 「認知症高齢者の日常生活自立度」障害の有無別の平均年齢

		平均年齢				不参加	全体
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者	MMSE 実施不能		
(再掲)							
男性	全体	79.6	77.3	77.7	79.0	77.1	77.3
	障害なし	79.3	77.2	77.5	78.5	76.6	76.9
	障害あり(	81.9	83.4	82.5	83.7	82.1	82.1
女性	全体	81.6	77.5	78.1	80.0	78.3	78.3
	障害なし	81.1	77.3	77.9	77.3	77.5	77.6
	障害あり(	85.7	85.7	85.7	89.4	84.9	85.0
全体	全体	80.7	77.4	78.0	79.4	77.8	77.9
	障害なし	80.3	77.3	77.7	78.0	77.1	77.3
	障害あり(	84.1	84.8	84.4	87.3	83.8	83.9

障害あり:「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク a~M

障害なし:「認知症高齢者の日常生活自立度」認定なし,自立,ランク

表7 「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク別のMMSE平均得点

		MMSE合計得点(平均)		
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者
男性	全体	20.2	27.4	26.1
	0 認定なし	20.9	27.5	26.5
	1 自立	20.0	26.4	24.1
	2	18.3	26.7	25.3
	3 a	17.4	25.0	21.5
	4 b	12.2	24.8	17.2
	5 a	17.0		17.0
	6 b			
	7	20.0		20.0
	8 M		25.0	25.0
9 記載なし	22.0		22.0	
女性	全体	20.2	27.6	26.4
	0 認定なし	20.4	27.6	26.7
	1 自立	21.2	27.6	25.8
	2	20.1	26.3	24.2
	3 a	21.6	25.6	23.9
	4 b	19.3	26.4	22.3
	5 a	13.3	28.0	17.0
	6 b	16.0		16.0
	7	5.5		5.5
	8 M			
9 記載なし		26.0	26.0	
全体	全体	20.2	27.5	26.3
	0 認定なし	20.6	27.6	26.6
	1 自立	20.9	27.4	25.5
	2	19.8	26.4	24.5
	3 a	20.0	25.4	23.1
	4 b	16.0	25.7	20.0
	5 a	15.2	28.0	17.0
	6 b	16.0		16.0
	7	12.8		12.8
	8 M		25.0	25.0
9 記載なし	22.0	26.0	24.7	

表 8 「認知症高齢者の日常生活自立度」障害の有無別の MMSE 平均得点

		MMSE合計得点（平均）		
		MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	MMSE 実施者
（再掲）				
男性	全体	20.2	27.4	26.1
	障害なし	20.8	27.4	26.4
	障害あり（	16.1	24.9	19.5
女性	全体	20.2	27.6	26.4
	障害なし	20.5	27.6	26.6
	障害あり（	17.7	26.0	21.5
全体	全体	20.2	27.5	26.3
	障害なし	20.6	27.5	26.5
	障害あり（	17.0	25.6	20.7

障害あり：「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク a～M

障害なし：「認知症高齢者の日常生活自立度」認定なし，自立，ランク

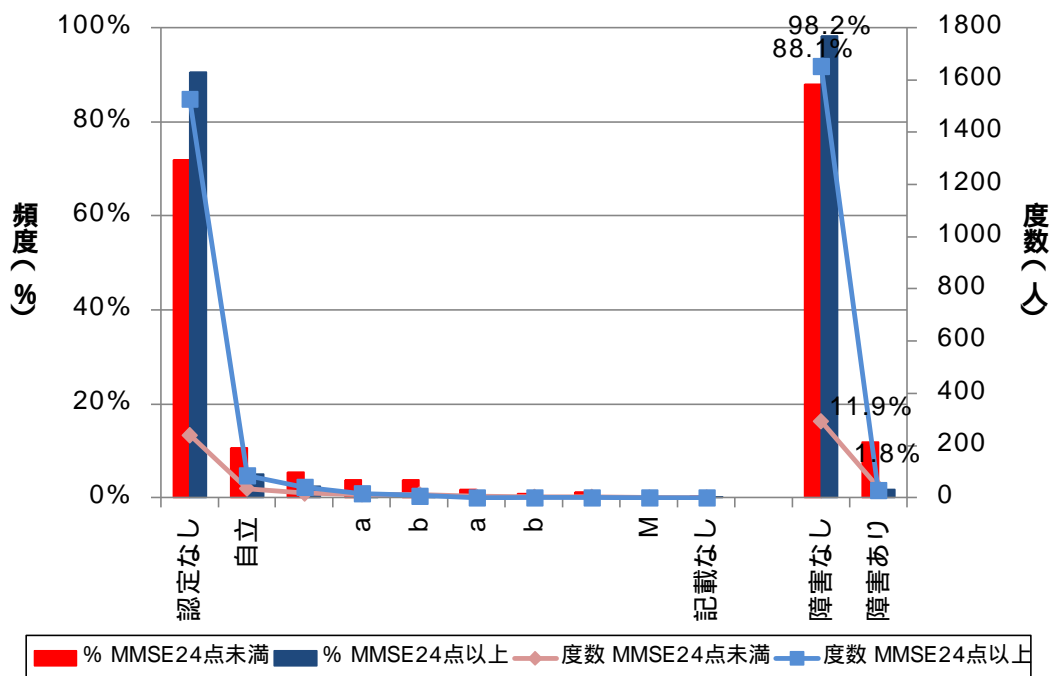


図1 度数\_認知症高齢者の日常生活自立度（MMSEカットオフ23点/24点別）

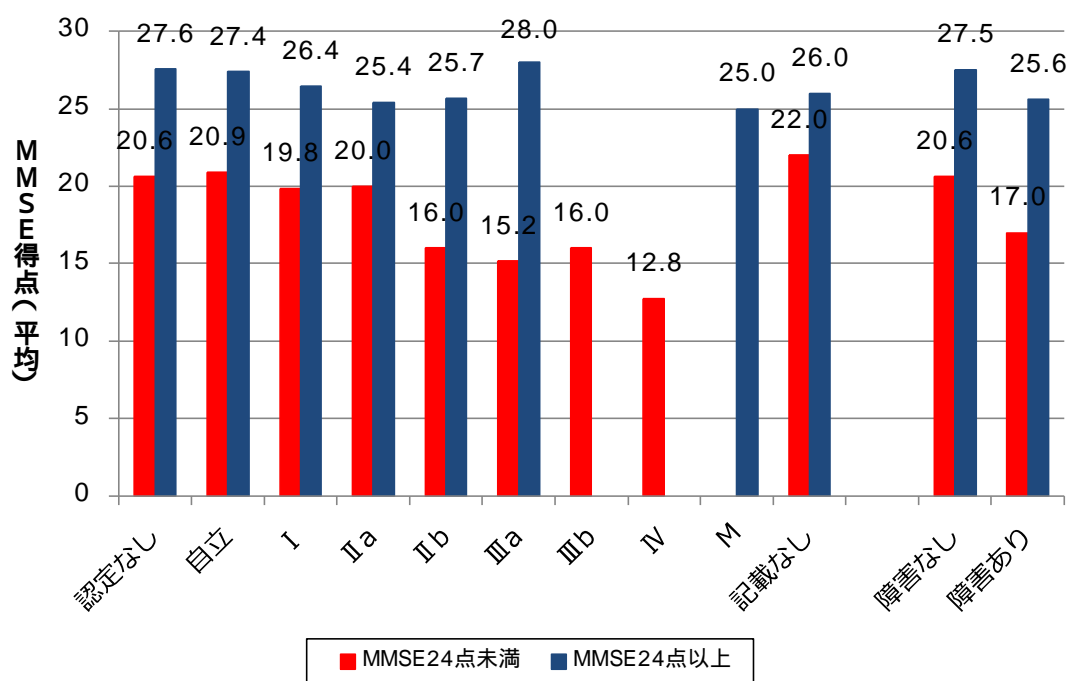


図2 「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク別、障害の有無別のMMSE平均得点

高齢者の日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は11.9%しかいない。

また、認知機能低下(MMSE<24)をゴールドスタンダードにして、「認知症高齢者の日常生活自立度」a以上の感度と特異度を計算した(表9)。要介護認定を受けた249名を分析対象とした場合、すなわち、「障害なし」は「自立」+「自立度」,「障害あり」

が自立度 a 以上とした場合、感度 0.419, 特異度 0.821 となり、感度は決して高いとは言えなかったが、特異度は十分な値を示した。自立度 以上を「障害あり」とした場合は、感度は0.613, 特異度は0.545となり、感度は高くなったものの、特異度が低く、どちらの数値も検査として十分高いとは言えない、中途半端な値となった。

表9 認知症高齢者の日常生活自立度の感度と特異度(1)要介護認定者のみ

	MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	総計	感度	特異度
認知症高齢者の 日常生活自立度					
M		1	1	0.000	0.994
	4		4	0.043	0.994
b	3		3	0.075	0.994
a	6	1	7	0.140	0.987
b	13	9	22	0.280	0.929
a	13	17	30	0.419	0.821
	18	43	61	0.613	0.545
自立	36	85	121	1.000	0.000
総計	93	156	249		

表 10 認知症高齢者の日常生活自立度の感度と特異度(2)要介護未認定者を含む

	MMSE 24点未満	MMSE 24点以上	総計	感度	特異度
認知症高齢者の 日常生活自立度	M	1	1	0.000	0.999
		4	4	0.012	0.999
	b	3	3	0.021	0.999
	a	6	7	0.039	0.999
	b	13	22	0.078	0.993
	a	13	30	0.117	0.983
		18	61	0.171	0.958
	自立	36	121	0.278	0.907
	認定なし	241	1768	1.000	0.000
	総計	334	2017		

要介護未認定の対象者を加えて同様の分析をしたところ(表 10), MMSE24 点以下であっても未認定の対象者が多く, 感度はかなり低くなる結果となった(感度 0.117, 特異度 0.983)。

#### D. 考察

要介護認定での認定調査に用いられる「認知症高齢者の日常生活自立度」の評価と認知機能検査 MMSE-J との関連について検討した。

認知症高齢者の日常生活自立度で「障害あり」と評価される頻度は, MMSE が実施できなかった者で, 実施可能だった者や対象地域の全対象者と比べても高かった。

MMSE で 24 点未満, すなわち認知機能低下が疑われる者の出現率は 16.5%, また MMSE 平均得点は 24 点未満の者で 20.2 点と, 24 点以上の者(27.5 点)に比べて, 大きく下回っていた。

当然の結果ではあるが, 認知症高齢者の日常生活自立度で「障害あり」と判定された

者は, 「障害なし」の者に比べると確かに, MMSE 平均得点は低く, 認知機能低下の疑いがある者の出現率も高くなっていた。

また, MMSE24 点未満の対象者において, 認知症高齢者の日常生活自立度「障害あり」と判定された者は, 「障害なし」と判定された者に比べて, MMSE 平均得点が低かった。MMSE24 点以上の対象者においても同様に, 「障害なし」の者に比べて, 「障害あり」の者で, MMSE 平均得点が低かった。

すなわち, 日常生活自立度で障害ありと判定された者は, 認知機能の低下がより顕著であると言える。

しかし, MMSE24 点未満であっても, 認知症高齢者の日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は 11.9%にすぎず, 認知機能の低下が必ずしも日常生活上の困難につながるわけではないこと, また一方で, 認知機能が維持されていた(MMSE24 点以上)としても日常生活で障害があると判定される対象者が少ないながら存在することを示している。

MMSEのカットオフ値(24点未満/24点以上)を判定基準にした場合のMMSEの感度と特異度を確認した。要介護認定を受けた249名を分析対象とし、「障害なし」は「自立」+「自立度□」,「障害あり」が自立度□a以上とした場合、感度0.419,特異度0.821となり、感度は決して高いとは言えなかったが、特異度は十分な値を示した。このことは、自立度 a以上であればおおむね「認知機能が低下している(認知症である疑いがある)」と見なせるが、見落としている場合(すなわち、「認知機能低下(認知症の疑い)」があるにもかかわらず、「障害がない」と判定される)もかなり多いこと、一方で、自立度が aよりも軽度であれば「認知機能が低下していない(認知症の疑いがない)」可能性はかなり高いことを示している。また、自立度 以上を「障害あり」とした場合、感度は0.613,特異度は0.545となり、どちらの数値も検査として十分に高いとは言えない、中途半端な値となった。これは、自立度 が、MCI(Mild Cognitive Impairment 軽度認知障害)もいれば認知症もいる(少なくとも生活自立という観点から)多様なレベルの対象者が混在している集団であるためと考えられた。

#### E. 結論

・要介護認定で認知症高齢者の日常生活における自立度の判定と、認知機能検査(MMSE)の実測値との関連について、ベースライン時のデータを用いて検討した。  
・認知症高齢者の日常生活自立度の判定に関して、対象地域全域では、「障害なし」6,956名(91.4%)、「障害あり」658名(8.6%)、

MMSE実施者では、「障害なし」1,950名(96.5%)、「障害あり」70名(3.5%)であった。

・認知症高齢者の日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は、「障害なし」の者に比べ、MMSE平均得点が低く(20.7点 vs 26.5点)、認知機能低下疑いの出現率も高かった(11.9% vs 1.8%)。すなわち、日常生活自立度で障害ありと判定された者は、より認知機能が低下していると言える。

・しかし、認知機能が低下していても、日常生活自立度で「障害あり」と判定された者は11.9%にすぎず、認知機能の低下が必ずしも日常生活上の困難につながるわけではないこと、また一方で、認知機能が維持されていても日常生活上で障害があると判定される対象者が少ないながら存在することを示している。

・MMSEカットオフ値を判定基準として認知症高齢者の日常生活自立度の感度を確認したところ、感度は決して高いとは言えなかったが、特異度は十分な値を示した(感度0.419,特異度0.821)。このことは、自立度□a以上であればおおむね「認知機能が低下している(認知症である疑いがある)」と見なせるが、見落としている場合もかなり多いことを示している。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし。
2. 学会発表
  - 1) 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新

開省二, 栗田主一 : 高島平 study における会場健診参加者の 2 年後の追跡  
(1)-MMSE-J 得点の変化-. 第 34 回日本老年精神医学会, 仙台, 2019.6.6-8

- 2) 稲垣宏樹, 佐久間尚子, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 栗田主一 : 高島平 study における会場健診参加者の 2 年後の追跡  
(2)-認知機能低下と社会的孤立との関連-. 第 34 回日本老年精神医学会, 仙台, 2019.6.6-8

#### 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



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

大都市に暮らす高齢者の生活支援ニーズと認知機能低下・世帯状況との関連

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

認知症や認知機能が低下した人の地域生活の継続には、介護保険サービスでは提供する事が難しい、金銭管理、家事、移動等の日常的な生活支援が必要である。本研究では、実際に日常的な困りごとを「誰かに頼める」状況であるかどうかといった同居者の有無や認知機能の低下が日常生活支援ニーズに関連しているかを検討した。

方法：都内 A 区に在住する 70 歳以上高齢者 2,020 名(女性 59.9%，平均年齢 77.96 歳)を対象に、5 因子構造（家事支援、私的領域支援、社会参加支援、受療支援、権利擁護支援）もつ高齢者生活支援ニーズリストを用いて、日常生活支援ニーズの状況を評価した。また、会場または訪問で実施した MMSE-J の得点から、対象を認知機能低下群、認知機能低下疑い群、健常群に分類した。認知機能及び世帯状況（独居・夫婦のみ・その他家族と同居）を独立変数、高齢者生活支援ニーズリストの各領域の合計得点を従属変数とする一元配置分散分析を行った。

結果：認知機能に主効果が認められ、すべての領域で、認知機能が低下するほど日常生活支援ニーズは高くなった。認知機能で層別化して、各層で世帯状況が日常生活支援ニーズに及ぼす影響を検討したところ、健常群では、世帯状況が及ぼす効果が、日常生活支援ニーズの領域によって異なったが、認知機能低下群・疑い群では、世帯状況に関わらず、広範な領域に高い日常生活支援ニーズが認められた。認知機能低下群・疑い群では、世帯状況によらず、包括的な日常生活支援を提供することを可能とする支援体制づくりが求められている。

A. 研究目的

認知症や認知機能が低下した人の地域生活の継続には、介護保険サービスでは提供する事が難しい、金銭管理、家事、移動等の日常的な生活支援が必要である。しかし、独居や高齢者のみ世帯の急増により、服薬管理や家事、移動、通院の付き添い等の日

常的な困りごとに対する生活支援を身近な家族から受けられない高齢者が増えている。特に、認知症の本人が地域で暮らし続けるためには、現行の医療や介護保険サービスでは提供する事が難しい、これらの困りごとを解決するための生活支援サービスが必

要である。

地域在住の高齢者で日常生活支援が必要になる高齢者の多くは、身体的な障害のみでなく認知症などにより認知機能が低下していると考えられ、認知機能の低下と生活支援ニーズについて明らかにする必要性がある。そこで、本研究では、実際に日常的な困りごとを「誰かに頼める」状況であるかどうかといった同居者の有無や認知機能の低下が日常生活支援ニーズ（以下、ニーズ）に関連しているかを検討した。

## B. 研究方法

平成 28 年 7 月、都内 A 区の特定地区において、70 歳以上の地域在住高齢者 7,614 名を対象に、郵送留置法による自記式質問紙調査を実施し、5,432 名（回答率 71.3%）の協力を得た。そのうち、平成 28 年 9 月から平成 29 年 2 月までの間に会場招聘型または訪問による面接調査が実施できた 2,053 名のうち MMSE-J の調査が可能であった 2,020 名（27.0%）を対象とした。

郵送調査では、基本属性、生活機能、心理・社会機能を含む質問紙調査とともに、高齢者生活支援ニーズリスト<sup>1)</sup>を用いたニーズ調査を実施した。高齢者生活支援ニーズリストは 28 項目の自記式質問票である（表 2）。各項目は、「全く感じない」～「とても感じる」まで 4 件法で尋ね、それぞれに 1 点～4 点を配点するように設計されている。因子分析（最尤法、オブリミン法）によって 5 因子構造をもつことが確認されており、5 領域のニーズを測定できる尺度であることが確認されている：家事支援（7 項目：範囲 7～28 点）、私的領域支援（7 項目：範囲 7～28 点）、社会参加支援（5

項目：範囲 5～20 点）、受療支援（4 項目：範囲 4～16 点）、権利擁護（4 項目：範囲 4～16 点）<sup>1)</sup>。本研究対象者における各下位尺度の Cronbach は、第 1 領域（家事支援）は 0.934、第 2 領域（権利擁護）は 0.906、第 3 領域（私的領域支援）は 0.915、第 4 領域（社会参加支援）は 0.837、第 5 領域（受療支援）は 0.873 であった。

面接調査では認知機能検査（MMSE-J）を実施し、MMSE-J23 点以下を認知機能低下群（335 名、女性 58.2%、平均年齢 80.75 歳）、24 点以上 26 点以下を認知機能低下疑い群（494 名、女性 57.5%、平均年齢 78.90 歳）、27 点以上を健常群（1191 名、女性% = 61.5%、平均年齢 76.79 歳）とした（表 1）。

はじめに、高齢者生活支援ニーズリストの各領域の合計得点を従属変数、認知機能 3 群を独立変数にして一元配置分散分析を行った。次に、認知機能で層別化し、それぞれの群で、高齢者生活支援ニーズリストの合計点を従属変数、世帯状況（独居・夫婦のみ・その他家族と同居）を独立変数とする一元配置分散分析を行った。多重比較では Bonferroni の検定を行った。

なお、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

### (1) 認知機能低下有無と生活支援ニーズ

高齢者生活支援ニーズリストの各項目の回答状況を表 2 に示した。認知機能を独立変数とした分散分析の結果、家事支援（ $F(2,1889)=13.26, p<0.001$ ）、私的領域支援（ $F(2,1907)=71.19, p<0.001$ ）、社会参加支援

( $F(2,1905)=10.53, p<0.001$ ), 受療支援( $F(2,1910)=22.71, p<0.001$ ), 権利擁護( $F(2,1910)=22.71, p<0.001$ )の5領域において主効果が認められ, 認知機能が低下するほどニーズ得点が高くなった(表3). 多重比較の結果, 私的領域支援, 受療支援, 権利擁護には各群間に有意差がみられ, 家事支援, 社会参加支援には認知機能低下群と健常群, 認知機能低下疑い群と健常群に有意差がみられた.<sup>2)</sup>

#### (2) 生活支援ニーズの世帯状況と認知機能低下の群間比較

認知機能で層別化された各群において, 世帯状況を独立変数とした分散分析を実施した. その結果, 認知機能低下群及び認知機能低下疑い群のいずれにおいても, 世帯状況に主効果は認められなかった. 認知機能低下群: 家事支援( $F(2,301)=1.91, n.s.$ ), 私的領域支援( $F(2,295)=1.89, n.s.$ ), 社会参加支援( $F(2,299)=0.68, n.s.$ ), 受療支援( $F(2,295)=0.71, n.s.$ ), 権利擁護( $F(2,285)=0.69, n.s.$ ), 認知機能低下疑い群: 家事支援( $F(2,451)=2.04, n.s.$ ), 私的領域支援( $F(2,455)=2.48, n.s.$ ), 社会参加支援( $F(2,458)=0.48, n.s.$ ), 受療支援( $F(2,459)=0.51, n.s.$ ), 権利擁護( $F(2,440)=0.22, n.s.$ ).

一方, 健常群では, 社会参加支援を除く4領域において, 世帯状況に主効果が認められた: 家事支援( $F(2,1131)=5.21, p<0.01$ ), 私的領域支援( $F(2,1151)=3.66, p<0.05$ ), 社会参加支援( $F(2,1142)=0.13, n.s.$ ), 受療支援( $F(2,1150)=5.07, p<0.01$ ), 権利擁護( $F(2,1131)=4.46, p<0.01$ ). 多重比較では, 「家事支援」では<独居 vs. その他家族と同居>, <夫婦のみ vs. その他家族と同居>

同居>で有意差があり, <その他家族と同居>の得点が有意に高かった(図1), 「私的領域支援」では<独居 vs. その他家族と同居>に有意差があり, <その他家族と同居>の得点が有意に高かった(図2). 「社会参加支援」には有意差がなく(図3), 「受療支援」では<独居 vs. 夫婦のみ世帯>で有意差があり, <独居>の得点が有意に高かった(図4). 「権利擁護支援」では<独居 vs. 夫婦のみ世帯>で有意差があり, <独居>の得点が有意に高く, <夫婦のみ vs. その他家族と同居>で有意差があり, <その他家族と同居>の得点が有意に高かった(図5).

#### D. 考察

生活支援ニーズと認知機能低下については, 健常群よりも認知機能低下疑い群, 認知機能低下群の順に生活支援のニーズが高かった. 健常群に比べて認知機能低下疑い群, 認知機能低下群でより日常生活上感じる困りごとに対する支援を求めていることが分かった. 軽度認知機能障害(Mild Cognitive Impairment)に代表されるように, 高齢期では認知症状が顕在化してくる以前から認知機能低下が認められることもあり, この時期から日常生活の軽微な困りごとや支援の必要性が生じていると考えられる.

また, 世帯状況については, 健常群では「社会参加支援」には有意差はないが, 「家事支援」「私的領域支援」ではその他家族と同居でニーズが高く, 「受療支援」では独居のニーズが高く, 「権利擁護」では夫婦のみ世帯に比べ独居とその他家族と同居でニーズが高いなどの違いがみられた. しかし,

認知機能低下群，低下疑い群は世帯状況に関係なく，ニーズを自覚していることがわかった．これは，頼りにできる家族の有無に関わらず，認知機能低下が軽度の段階から，5 領域すべてにおいて，日常生活支援が必要と感じている高齢者が多いことを示している．このことは，認知機能低下が軽度の段階にあり，介護保険などの公的サービスが適応にならない高齢者に対しても，世帯状況とは無関係に，包括的な日常生活支援のニーズがあることを示唆している．

#### E. 結論

本研究では，都内の 70 歳以上の地域在住高齢者において，認知機能，世帯状況，生活支援ニーズの関連を分析した．健常群では世帯状況によってニーズに違いがあるが，認知機能低下群・疑い群では世帯状況に関わらず広範な領域で生活支援ニーズが自覚されていることが明らかになった．家族機能に依存しない日常生活支援のための支援体制づくりの必要性が示唆された．今後は特に認知機能が低下・低下疑い群については，世帯状況に関わらず本人のニーズに合わせた生活支援サービスの内容と提供方法を検討する必要がある．

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

- 1) 杉山美香, 宮前史子, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 小川まどか, 枝広あや子, 岡村毅, 栗田主一. 地域在住高齢者の認知機能低下と日常生活支援ニーズ. 第 34 回日本老年精神医学会, トークネットホール

仙台, 2019.6.6-8.

- 2) 杉山美香, 宮前史子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 岡村毅, 小川まどか, 枝広あや子, 宇良千秋, 稲垣宏樹, 栗田主一. 認知機能等の低下した高齢者への大規模集合住宅地の地域拠点での日常生活支援. 日本認知症予防学会第 9 回大会, 名古屋国際会議場. 2019.10.18-20
- 3) 杉山美香, 岡村毅, 小川まどか, 宮前史子, 枝広あや子, 宇良千秋, 稲垣宏樹, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 見城澄子, 佐久間尚子, 栗田主一. 大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくる - Dementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み -. 日本認知症ケア学会誌. 2020.Jun8(4) : 847-854 .
- 4) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Kugimiya Y, Okamura M, Yamashita M, Awata S. Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: A community-based participatory study. *BMC Geriatrics* 20, 68 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1470-y>
- 5) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Edahiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Furuta K, Hatakeyama A, Ogisawa F, Konno M, Suzuki T, Awata S. Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo.

2) 栗田主一, 菊池和則, 枝広あや子, 稲垣宏樹, 岡村毅, 徳丸阿耶, 杉山美香, 宮前史子: 平成 29 年度総括研究報告書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, (2018)

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

Reference

- 1) 宮前史子, 杉山美香, 栗田主一: 高齢者の生活支援ニーズリストの作成の試み. 第 18 回日本認知症ケア学会, 沖縄, 2017. 5.26-27

表 1 本調査の対象者属性

	全体	男性	女性	認知機能低下群 (MMSE23点以下)	認知機能低下疑い群 (MMSE24~26点)	健常群 (MMSE27点以上)	
人数	2020名	809名(40.1%)	1211名(59.9%)	335名(16.6%)	494名(24.5%)	1191名(59.0%)	
女性%	59.9%	0%	100%	58.2%	57.5%	61.5%	
年齢(mean ± SD)	77.96 ± 5.33	77.68 ± 5.21	78.15 ± 5.40	80.75 ± 5.97	78.90 ± 5.36	76.79 ± 4.73	
教育年数(mean ± SD) 1	12.32 ± 3.14	13.02 ± 3.02	11.86 ± 3.14	11.23 ± 4.57	11.85 ± 2.02	12.77 ± 2.63	
世帯状況 2	単独	814(40.3%)	227(28.1%)	587 (48.5%)	139 (41.5%)	196 (39.7%)	587 (48.5%)
	夫婦のみ	733(36.3%)	395(48.8%)	338(27.9%)	103(30.7%)	176(35.6%)	338(27.9%)
	他の家族と同居	466(22.1%)	177(21.9%)	269(22.2%)	86(25.7%)	112(22.7%)	269(22.2%)
MMSE(mean ± SD)	26.28 ± 3.46	26.14 ± 3.47	26.38 ± 3.44	20.19 ± 3.45	25.19 ± 0.81	28.44 ± 1.03	

1 欠損69名

2 欠損27名

表 2 . 日常生活支援ニーズの回答

因子	項目	回答					
		全く 感じない	あまり 感じない	やや感じる	とても 感じる	合計	
家事支援	(1)食事の準備を手伝ってほしい	1186	500	187	89	1962	
		60.45%	25.48%	9.53%	4.54%	100.0%	
	(2) 買い物の相談をしたり同行をしてほしい	1307	426	168	58	1959	
		66.72%	21.75%	8.58%	2.96%	100.0%	
	(3)買ったものを運んでほしい	1307	426	168	58	1959	
		66.72%	21.75%	8.58%	2.96%	100.0%	
	(4)家の中の整理整頓を手伝ってほしい	1127	442	286	100	1955	
	57.65%	22.61%	14.63%	5.12%	100.0%		
家事支援	(5)家の中の掃除を手伝ってほしい	1104	436	294	118	1952	
		56.56%	22.34%	15.06%	6.05%	100.0%	
	(6)不用品の片付けを手伝ってほしい	1007	414	393	133	1947	
		51.72%	21.26%	20.18%	6.83%	100.0%	
	(7) 衣類やシーツなど、洗濯の手伝いをしてほしい	1315	438	123	69	1945	
		67.61%	22.52%	6.32%	3.55%	100.0%	
	私的支援	(8)季節や状況、好みに合わせた服装についてアドバイ スしてほしい	1333	449	134	42	1958
		68.08%	22.93%	6.84%	2.15%	100.0%	
(9)毎日きちんと薬が飲めるように手伝ってほしい		1644	260	26	30	1960	
		83.88%	13.27%	1.33%	1.53%	100.0%	
(10)ガス・水道・電気など公共料金の支払いを手伝っ てほしい		1665	246	21	30	1962	
		84.86%	12.54%	1.07%	1.53%	100.0%	
(11) 給与や年金などの管理を手伝ってほしい		1647	243	33	28	1951	
	84.42%	12.46%	1.69%	1.44%	100.0%		
私的支援	(12)電話・ファックス・手紙のやりとりを手伝ってほしい	1610	267	53	23	1953	
		82.44%	13.67%	2.71%	1.18%	100.0%	
	(13)外出したいときに付き添ってほしい	1553	261	95	46	1955	
		79.44%	13.35%	4.86%	2.35%	100.0%	
	(14)話し相手になる人が家に来てほしい	1430	382	110	38	1960	
		72.96%	19.49%	5.61%	1.94%	100.0%	
	社会参加	(15)自分の趣味や興味に合ったイベントがあったときに 誘ってほしい	1063	461	344	88	1956
		54.35%	23.57%	17.59%	4.50%	100.0%	
(16)身近なところで参加できる健康づくりの活動にさそっ てほしい		966	603	319	70	1958	
		49.34%	30.80%	16.29%	3.58%	100.0%	
(17)気楽に過ごせる場所や、何でも話せる場所にさそっ てほしい		985	605	304	62	1956	
		50.36%	30.93%	15.54%	3.17%	100.0%	
(18)旅行や帰省をするときに電車の切符や宿の手配を してほしい		1294	425	165	69	1953	
	66.26%	21.76%	8.45%	3.53%	100.0%		
社会参加	(19)旅行に行く時に同行してほしい	1264	404	194	86	1948	
		64.89%	20.74%	9.96%	4.41%	100.0%	
	(20)映画やコンサートなどのチケットの確保や申込みをし てほしい	1351	400	153	42	1946	
		69.42%	20.55%	7.86%	2.16%	100.0%	
	受療支援	(21)病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞 いてほしい	1293	364	209	95	1961
			65.94%	18.56%	10.66%	4.84%	100.0%
		(22)自分の安否確認をしてほしい	1122	444	294	82	1942
		57.78%	22.86%	15.14%	4.22%	100.0%	
受療支援	(23)自分の体調が悪いときに看病してほしい	777	507	495	168	1947	
		39.91%	26.04%	25.42%	8.63%	100.0%	
	(24)自分が入院するときに対応してほしい	1122	444	294	82	1942	
		57.78%	22.86%	15.14%	4.22%	100.0%	
権利擁護	(25) 消費者被害にあったときに対処してほしい	868	415	360	267	1910	
		45.45%	21.73%	18.85%	13.98%	100.0%	
	(26)成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手 続きをしてほしい	1050	480	240	135	1905	
		55.12%	25.20%	12.60%	7.09%	100.0%	
権利擁護	(27) 相続に関することについて、相談に乗ってもらったり 手続きをしてほしい	1040	498	253	121	1912	
		54.39%	26.05%	13.23%	6.33%	100.0%	
	(28)生活のトラブルについて、相談に乗ってもらったり解 決してほしい	964	483	317	150	1914	
		50.37%	25.24%	16.56%	7.84%	100.0%	

表 3 分散分析の結果：各群の領域別得点の平均値と標準偏差

	認知機能	独居	夫婦のみ	他の家族と同居	自由度	群間の主効果 F値	交互作用	Bonferroni
家事支援	低下群	12.18±6.07	11.73±5.53	13.46±6.30	2,301	1.91	0.15	n.s
	低下疑い群	11.15±4.77	11.83±5.04	12.41±5.93	2,451	2.04	0.13	n.s
	健常群	10.53±4.31	10.74±4.64	11.69±4.85	2,1131	5.21	0.01	独居とその他家族、 夫婦のみとその他 家族
	合計	10.96±4.79	11.13±4.88	12.21± 5.46	2,1889	9.11	0.00	独居とその他家族、 夫婦のみとその他 家族
私的領域支援	低下群	10.66 ±5.22	10.13±4.50	11.65±5.30	2,295	1.89	0.15	n.s
	低下疑い群	8.70±2.69	9.26±3.59	9.51±3.45	2,455	2.48	0.09	n.s
	健常群	8.13±2.28	8.33±2.48	8.65±2.68	2,1151	3.66	0.03	独居とその他家族、 夫婦のみとその他 家族
	合計	8.60±3.19	8.77±3.14	9.43± 3.66	2,1907	7.32	0.01	独居とその他家族、 夫婦のみとその他 家族
社会参加支援	低下群	8.87±3.60	8.34±3.67	8.84±3.28	2,299	0.68	0.51	n.s
	低下疑い群	8.43±3.18	8.19±2.80	8.01±3.38	2,458	0.48	0.62	n.s
	健常群	7.86±3.02	7.78±2.95	7.89±3.24	2,1142	0.13	0.88	n.s
	合計	8.17±3.19	7.95±3.02	8.13± 3.30	2,1905	0.99	0.37	n.s
受療支援	低下群	8.64±3.78	8.07±3.91	8.63±3.73	2,295	0.71	0.49	n.s
	低下疑い群	7.58±3.01	7.44±3.15	7.85±3.68	2,459	0.51	0.60	n.s
	健常群	7.43±2.99	6.82±2.97	6.97±2.92	2,1150	5.07	0.01	独居と夫婦のみ
	合計	7.66±3.17	7.13±3.17	7.50±3.33	2,1910	5.43	0.04	独居と夫婦のみ
権利擁護	低下群	8.44±4.09	7.92±4.24	8.64±3.89	2,285	0.69	0.50	n.s
	低下疑い群	7.47±3.42	7.22±3.24	7.32±3.57	2,440	0.22	0.80	n.s
	健常群	7.08±3.28	6.53±3.01	7.17±3.48	2,1131	4.46	.012	独居と夫婦のみ、 夫婦のみとその他 家族
	合計	7.40±3.49	6.86±3.28	7.21±3.45	2,1862	5.79	0.03	独居と夫婦のみ、 夫婦のみとその他 家族

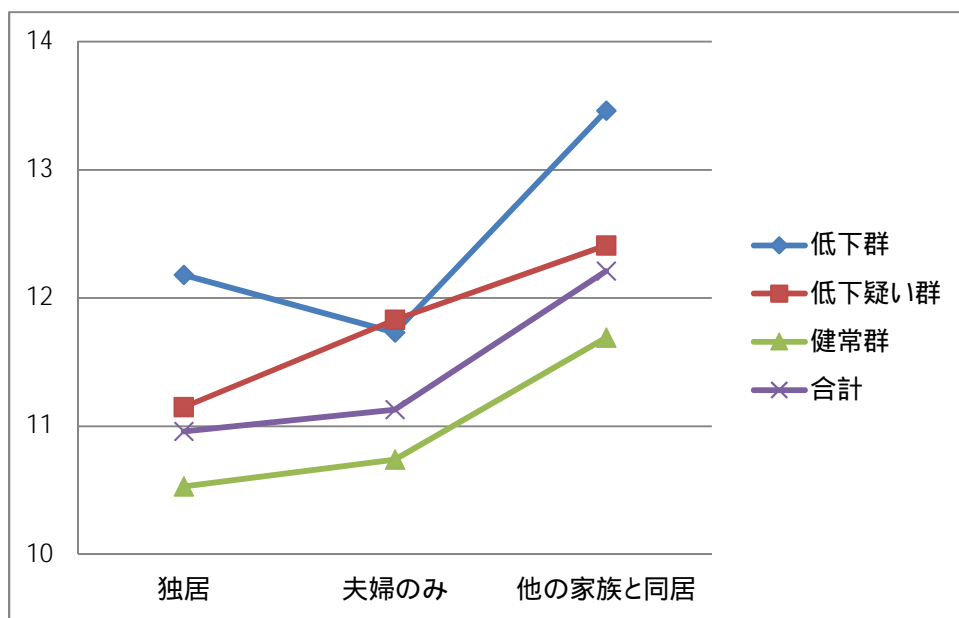


図 1. 家事支援ニーズ(7項目)

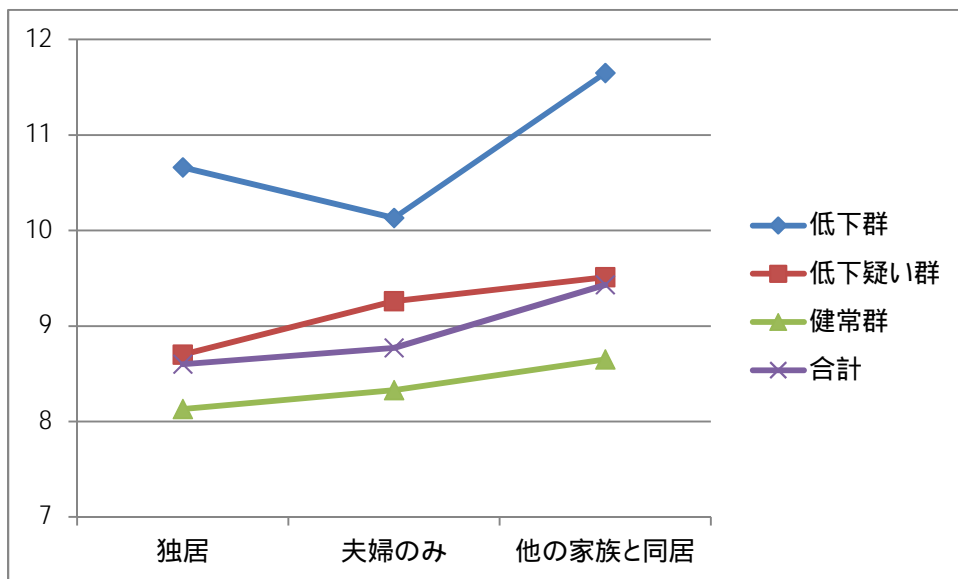


図 2 . 私的領域支援ニーズ (7 項目)

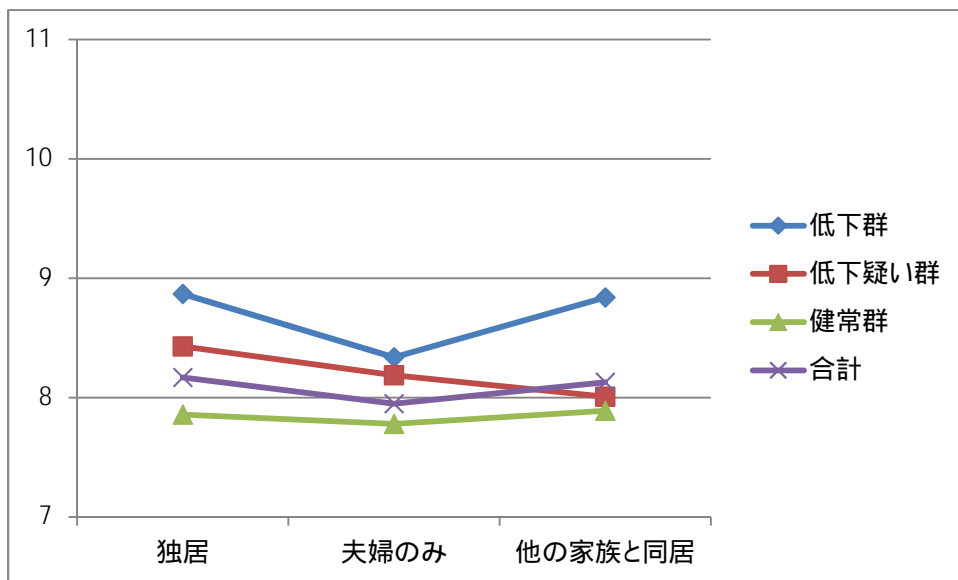


図 3 . 社会参加支援ニーズ (旅行同行を除く 5 項目)



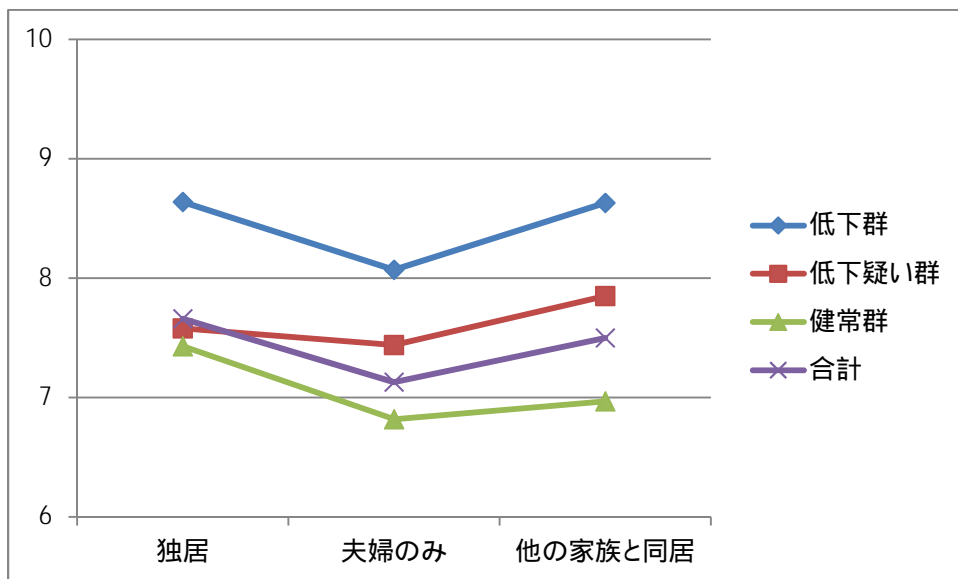


図4. 受療支援ニーズ (4項目)

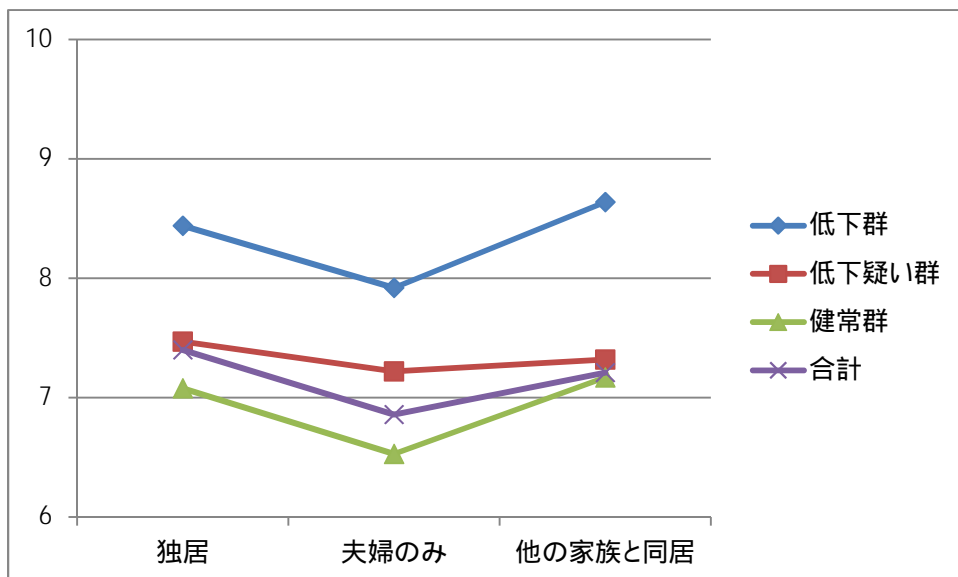


図5. 権利擁護ニーズ (4項目)

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と地域生活の継続

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

高齢者にとって認知症があっても住みやすい街をつくるためには、認知機能の低下した高齢者自身の体験を深掘りすることが重要である。本研究では Community-based participatory research (CBPR) という新たな方法論のもとに、1) ハイリスクアプローチ、2) コミュニティアクションアプローチを並行した。

2016年度に東京都板橋区高島平地区の70歳以上の高齢者7,614名を対象に行った疫学調査において、一次調査（郵送調査）および二次調査（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、医師を含む多職種による三次調査（訪問調査）を行った。調査報告を多職種会議で検討し、地域生活が継続できないリスクが高いと判断された66名を見出し、担当者を決めて支援した。

支援のために地域拠点として、地域の人誰でも使うことができる場所（ココからステーション）を開設した。ここは週平均3.5日、午前11時～16時に開所し、医師、心理士、保健師等の運営スタッフが3名以上、平服で常駐した。また研究フィールドの地域包括支援センターとも定期的なミーティングを行い、情報共有を行った。

支援においては権利ベースのアプローチ(Rights-Based Approach: RBA)を基本理念とし、その実践原則としてスコットランドの「認知症の人々とケアラーのための権利憲章」に示されるPANEL原則、すなわちParticipation(参加)、accountability(責任)、Non-discrimination and Equality(差別されないこと、平等であること)、Empowerment(エンパワーされること)、Legality(合法性)を採用した。

6か月の支援期間終了後、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が、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。地域生活が継続できないことに関連したベースラインの社会支援ニーズは、生活支援ニーズをもつこと、居住支援ニーズを持つことであった。一方で認知症疾患にかかわる項目、すなわち認知症疾患を持つこと、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。

支援記録の質的な分析からは、支援の質的解析からは、支援の場が備えているべき機能は、コーディネーション（本人の視点に立った社会支援の統合的調整として 信頼関係の形成、

総合的アセスメント，情報共有，課題解決に向けた多職種協働，社会支援サービスの調整とネットワーキング（社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくりとして 居場所，相談応需，差別や偏見を解消し住民同士の互助をつくる，連携を推進する，人材育成）であることが導き出された．生活支援ニーズを満たすためには，これらの機能を満たす場を社会実装することが必要である．

#### 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．

高齢者にとって住みやすい街づくりのためには，認知機能の低下した高齢者自身が実際に生活世界で体験することが役立つだろう．そのためには新たな方法論が必要であり近年コミュニティ参加型研究すなわち Community-based participatory research (CBPR) という枠組みが注目されている．

本研究では CBPR という新たな方法論のもとに，1)ハイリスクアプローチ，2)コミュニティアクションアプローチを併走させて，互いに補完し合った．1)のハイリスクアプローチとしては，2016 年度の大規模調査によって同定した生活破綻のリスクが高い高齢者を 6 か月にわたりフォローアップし，大都市で認知症を持つ人に何が起きるのかということをも密な関係のもとに明らかにした．2)のコミュニティアクションアプローチとしては，東京の大規模団地で高齢者に対して包摂的な地域の場のモデルを創出し今後の多地域での波及へと準備した．

#### B．研究方法

##### 1) 対象

2016 年度に東京都板橋区高島平地区の 70 歳以上の高齢者 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．

##### 2) 調査期間

フォローアップ期間は，2017 年 8 月 1 日から 2018 年 1 月 31 日まで．

##### 3) フォローアップの理論

前述のように本研究では CBPR という新たな方法論のもとに，認知症があってもだれもが安心して地域生活を行える社会 - 近年は dementia-friendly community (DFC) といわれる を創出するために 1)ハイリスクアプローチ，2)コミュニティアクションアプローチを併走させて，互いに補完し合った．

DFC を創出するための理論的基盤は現時点

では十分に明らかではないが、我々はWHOの推奨する権利ベースのアプローチ(Rights-Based Approach : RBA)を基本理念とした。そしてWHOのホームページ等で紹介されている、スコットランドの「認知症の人々とケアラーのための権利憲章」に示されるPANEL原則を採用した。PANEL原則とは Participation(参加), accountability(責任), Non-discrimination and Equality(差別されないこと, 平等であること), Empowerment(エンパワーされること), Legality(合法性)の五原則である。これを周知するために、我々の研究チームにおける研究会では常にRBAに基づいて支援を構築した。また住民や支援者向けの勉強会を2か月に1回開催し、ここでもRBAおよびPANEL原則について周知した。

本研究の方法論およびその狙いを表1にまとめた。

#### 4) フォローアップの実際

高島平プロジェクトでは2017年4月より東京都板橋区高島平2丁目に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3.5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でもある。

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。

#### 5) 調査項目

主たるアウトカムは地域生活の継続とした。それ以外の質・量のデータは以下の通りである。

##### 質的データ

##### 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-ZBI\_8), 日本語版NPI(NPI), 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)

III. 精神的健康関連の項目: 日本語版老年期うつ病評価尺度(GDS), 日本語版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：

- 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

#### 質的データ

ハイリスク対象者とのインタビュー等は録音や録画は行わず対象者別に作成された研究ノートにすべて記録された。対象者に対してはココからステーションの活動は随時知らされ、訪問がいつでも歓迎された。

本研究の全体の概観とデータ収集に関して図1に示す。

#### 4) 解析方法

量的データに関しては一次調査から三次調査で得られた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。

質的データに関しては、まず介入担当者が研究ノートを振り返り研究対象者ごとのサマリーを作成した。全ケースについて研究チーム内の多職種会議で振り返り、「ココからステ

ーション」の果たした機能について他の担当者がもつ情報も併せて多面的に考察した。週に1回の研究・運営ミーティングでも随時機能については考察し、議事録を共有した。

(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。

#### C. 研究結果

##### 1) 地域生活の継続

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、生活支援ニーズをもつこと、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(表3)。

##### 3) 地域生活継続者の前後比較

介入の前後では Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版(J-ZBI\_8)、日本語版 NPI-Q(NPI-Q)、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)を測定し比較したが、J-ZBI\_8 および NPI-Q では有意差は見られなかった。DASC-21 は軽度上昇し、認知症の進行が示唆された(介入前  $34.6 \pm 13.9$  , 介入後  $37.6 \pm 15.0$  ,  $p < 0.005$ )

#### 4) 地域の場のモデルの活動実績

2017年4月1日～2018年3月30日までのココからステーションの開室頻度は月平均12日、合計144日、平均来場者数は11.6名であった。イベント参加者を除く月別来場者(のべ人数、平均)は開設時4月(26名、7.4名)から翌年3月までに(194名、13.9名)へ徐々に増加した。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、相談者3.3名、医師がいない日は計103日で来場者の平均は9.6名、相談者1.3名であった。

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%)であった。居住地区別では、のべ人数で高島平地区が最も多く189名(76.5%)であった。

相談者は、のべ人数で本人190名(76.9%)が最も多く、次いで家族・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%)で相談面接を複数名で同時に行ったケースもあった。相談への対応職種は、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%)、歯科医師2名(0.8%)、多職種で同時に対応に当たったケースは19名(7.7%)であった。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。

#### 5) 地域の場のモデルの備えるべき機能

実際の支援ナラティブと、多職種による抽象化のプロセスからDFCを可能にするために備えられているべき機能が明らかになった。このような機能を一覧にしたものが表2である。

事例に立ち戻って説明すると以下のようになる。例えばある対象者A氏は、介入期間の直前に配偶者を急に亡くした。もともと認知機能および生活能力の低下があった(MMSE約20点、CDR1、DASC50点以上)ものの亡き配偶者は対象者を受診させることなく、献身的に二人の生活を支えていた。また地域包括等の支援も受けていなかったため地域でも支援ニーズが当初は全く明らかではなかった。子供はおらず、親しい親族もこの段階ではいなかった。しかし配偶者が急死したことにより生活が立ち行かなくなり、被害妄想や、昼夜問わず地域を歩き回るなどの行動が見られ、地域包括の支援がはじまった。「ココからステーション」で専門医が面談したことで病状が明らかになり、迅速に専門機関受診に繋がった。またすぐに介護保険の認定がなされた。自宅にいと、配偶者を亡くしたことを忘れてしまい、探そうとして不安や興奮と共に歩き回ってしまうが、日中に何度もココからステーションに来て知っている人と会話することで落ち着いた。親族とも連絡が取れ、キーパーソンになった。内服の管理もできないため、カバンに薬を入れておき、ココからステーションで内服支援することで何とか身体健康が維持された。さらに地域の某クラブにつながったのは良いが、利用料を払ったか

どうかを忘れてしまうので、某クラブ側も困惑していた。そこで少額の現金についても、親族の支援の下で、あくまで本人の同意のもとで本人が管理することを前提にココからステーションで支援した。当初はココからステーションの利用者の中には、本人のもの忘れを理解せずに、意地悪をしているなどと解釈して付き合わないものもいたが、徐々に正しい理解が培われ、合理的配慮に従ったつきあいができるようになった。その背景には専門職が当事者の理解度に合わせた知識の提供や支持を行ったことは言うまでもない。(個人情報保護のために細部を改変し、いくつかのケースを総合した)

#### D. 考察

まずハイリスクアプローチに関してであるが、ハイリスク者 66 名に対して 6 か月にわたる支援を行い、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。認知症の人の地域生活を支える場合、認知症を認知機能検査の結果や画像検査の結果といった医学モデルで捉えることも重要であるが、地域生活の継続を規定するものは、「支援者がいるか」「住まいは安定しているか」といった要因である。医学モデルを否定するのではなく、それをも包含した支援が求められよう。

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医療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、生活支援や住まいの支

援のニーズの評価を行い、場合によっては支援につなげることで、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。

次にコミュニティアクションリサーチ(地域の支援の場のモデルを作る研究)であるが、場が備えているべき機能が抽出された。得られた知見を考察すると、まずは信頼関係の形成すること、本人の状態を総合的にアセスメントすること、情報を共有すること、課題解決に向けて多職種が協働すること、社会支援サービスを調整すること、という一連の流れで本人の支援が成り立つことがわかる。これは本人の視点に立った社会支援の統合的調整であり、「コーディネーション」である。そもそもそういった調整が可能になるためには、支援の場が必要であり、そこでは居場所、相談応需、差別や偏見を解消し住民同士の互助をつくる、連携を推進する、人材育成、といった機能が備えられている必要がある。これは社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくりとしてまとめることが可能である、「ネットワーキング」である。本研究からは、DFCを実現するためにはこのようなコーディネーションとネットワーキングが実装されるべきという結論を導いた。

さいごに今後の研究の方向について述べたい。本研究は、従来型の大規模疫学調査(郵送調査、会場認知機能調査、訪問調査)から始まった。しかしそれにとどまることなく、コミュニティ参加型研究 Community-based participatory research (CBPR) の理論に基づいて、地域に一層近づいて深い

研究を試みた。すなわち1)ハイリスクアプローチとしてリスクの高い住民に伴走して支援し、2)コミュニティアクションアプローチとして地域拠点を作ることで一支援機関としても機能を始めた。

本研究の結果、住民との信頼関係が醸成され、協働が可能になった。4年間かけて築き上げられたこの枠組みをさらに発展させるためには、住民の生活世界へのさらなる接近が必要である。住民の身体機能、認知機能を調査するのみならず、その人個人にとって世界がどのように見えているのか、どのような意味をもつのか、といった死生観にまで深掘りすることで、より包摂的な高齢社会が可能になるだろう。

#### E. 結論

ハイリスク高齢者(認知機能が低下し、さらに地域生活の喪失リスクがあると判断された地域在住高齢者)66名を7000名の対象者から見出した。6か月にわたる支援を行い、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ところ、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。

支援の質的解析からは、支援の場が備えているべき機能は、コーディネーション(本人の視点に立った社会支援の統合的調整として 信頼関係の形成、総合的アセスメント、情報共有、課題解決に向けた多職種協働、社会支援サービスの調整)とネットワーク(社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくりとして 居場所、相談応需、差別や偏見を解消し住民同

士の互助をつくる、連携を推進する、人材育成)であることが導き出された。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, Eda Hiro A, Kugimiya Y, Okamura M, Yamashita M, Awata S. Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: A community-based participatory study. *BMC Geriatrics* 20, 68 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1470-y>
2. Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Eda Hiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Furuta K, Hatakeyama A, Ogisawa F, Konno M, Suzuki T, Awata S. Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. *Geriatrics & Gerontology International* in press
3. 杉山美香 岡村毅 小川まどか 宮前史子 枝広あや子 宇良千秋 稲垣宏樹 釘宮由紀子 岡村睦子 森倉三男 見城澄子 佐久間尚子 栗田圭一. 大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくる - Dementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み - 認知症ケア学会誌 2020; 18: 847-854
4. 岡村毅. 都市の単身・独居・無縁・低所得高齢者を支える研究。自殺予防と危機介入 2019年

##### 2. 学会発表

1. 杉山美香, 岡村毅, 枝広あや子, 宮前史子, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋,



- 粟田主一 高島平スタディ 1: 認知症支援のための地域拠点における医療・保健・心理相談 高島平ココからステーションの実践 第 20 回認知症ケア学会 2019 年 5 月 25 日~26 日 京都
2. 岡村毅, 杉山美香, 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 宮前史子, 枝広あや子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 粟田主一 高島平スタディ 2: 医療を受けるための支援 医師が地域相談をして分かったこと 第 20 回認知症ケア学会 2019 年 5 月 25 日~26 日 京都 認知症ケア学会
  3. 枝広あや子, 釘宮由紀子, 森倉三男, 岡村睦子, 杉山美香, 岡村毅, 小川まどか, 宮前史子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 粟田主一 高島平スタディ 3: 地域拠点における歯科相談 歯の相談から生まれる生活の希望 第 20 回認知症ケア学会 2019 年 5 月 25 日~26 日 京都
  4. 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 枝広あや子, 釘宮由紀子, 森倉三男, 岡村睦子, 粟田主一 権利ベースのアプローチによる認知症支援の担い手育成の効果の検証. 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
  5. 杉山美香 宮前史子 佐久間尚子 稲垣宏樹 宇良千秋 小川まどか 枝広あや子 岡村毅 粟田主一 地域在住高齢者の認知機能低下と日常生活支援ニーズ 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
  6. 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 粟田主一 高島平 study における会場健診参加者の 2 年後の追跡 (1): MMSE-J 得点の変化 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
  7. 稲垣宏樹, 佐久間尚子, 本川佳子, 渡邊裕, 枝広あや子, 宇良千秋, 小川まどか, 杉山美香, 宮前史子, 岡村毅, 新開省二, 粟田主一 高島平 study における会場健診参加者の 2 年後の追跡 (2) 認知機能低下と社会的孤立との関連 第 34 回老年精神医学会 2019 年 6 月 6 日~8 日
  8. 杉山美香, 宮前史子, 釘宮由紀子, 岡村睦子, 森倉三男, 岡村毅, 小川まどか, 枝広あや子, 宇良千秋, 稲垣宏樹, 粟田主一 認知機能等の低下した高齢者への大規模集合住宅地の地域拠点での日常生活支援 認知症予防学会
- 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

<b>コミュニティ参加型研究 (Community-based participatory research)</b>	
<b>ハイリスクアプローチ</b>	当該地域の全高齢者を対象とする大規模疫学調査で同定したハイリスク者を対象とした。このことによって、本研究が当該地区の社会的弱者を対象とした研究であることが明確になり、倫理的妥当性が明確になり、地域住民の研究への理解も深まる。フォローアップ期間中、対象者には専門家が担当として個人的につき、様々な働きかけをおこなった。また、働きかけの拠点がコミュニティアクションアプローチの主たる場である「ココからステーション」であることで、当事者と地域住民や他の支援機関との交流も生まれた。
<b>コミュニティアクションアプローチ</b>	病院や研究所ではなく、地域に拠点を置くことで、地域に高齢者にたいして包摂的な地域の場のモデルを創出するという研究目的が明確になる。また地域のいち支援機関として存在することで、他の支援機関（地域包括）や支援者（民生委員）との信頼関係を構築しやすく、情報交換の障壁も低下する。

表1 本研究の方法の狙い

機能	支援のナラティブ
情報共有	対象者に連絡が取れなくなり、ドアのところに対象者が書いたと思われる被害妄想的な張り紙が残されているという事例があった。地域包括と情報共有し、適切に対応がなされた。
多職種支援の調整	致命的な疾患と診断されたものの治療を拒否して帰宅した当事者がいた。まずは本人の意思を尊重して信頼関係を維持し、本人の承諾のもとに地域包括、研究者、在宅診療医などからなる多職種でまずは情緒的に、次に介護保険や医療を用いて支えた。そのための調整会議や面談は「ココからステーション」で行われた。
虐待予防	関係が深まり信頼が生成するにつれて、虐待の被害者である可能性が明らかになった。決められた社会的手順に基づき、地域包括を通じて通報し、行政が対応した。
偏見予防	認知機能低下がある人が、それを理由として他の利用者からいじめを受けていた。認知症は誰もがなりうる状態であり、本人に落ち度がないことを伝え、合理的配慮をすればお互いに気持ちよく利用できることを伝え、以後いじめはなくなった。
生活困窮者への対応	生活苦を訴えて外出も控えている対象者がいた。また支援を受けることに積極的ではなかった。地域包括とも協働して、定期的に訪問し、支援を受けることができることを伝えた。
アウトリーチ	訪問した際に、当事者の虚弱が進んだことに家族が驚

	<p>き、パニック状態に陥っていた。傾聴して落ち着かせ、地域包括に連絡して、介護の認定の見直し等の適切な対応につながった。</p>
リテラシー醸成	<p>認知症の配偶者を、身体機能低下がありながら介護している夫婦世帯があった。しかし外部からの支援を受けることについては否定的であった。共倒れになるリスクについて伝え、支援につながった。</p>
受療支援	<p>総合病院において病状が落ち着いたら地域のかかりつけ医を紹介されることについて「担当医に嫌われてしまったのか」と相談された。現代の標準的な医療体制について説明したところ納得した。</p> <p>また、逆に、総合病院まで通院するのが苦になったが、地域への紹介状を求めたら担当医に失礼ではないかと相談された。同じく説明し、納得した。</p>
介護者支援	<p>認知症を持つ人の家族が、行動心理症状によって疲弊していたが、人に話せる場がなくて孤立していた。ココからステーションの研究者、そして他の利用者に話すことができ徐々に回復した。</p>
社会参加	<p>自宅からなかなか出ず、閉じこもり状態の高齢者がいた。徐々にココからステーションに来るために外出するようになった。</p>
生活支援（少額の金銭管理， 内服支援）	<p>ランチクラブの利用を楽しんでいるが、代金を払ったかどうか分からなくなってしまい、クラブ側も混乱していた。そこでココからステーションで払ってもらい、それを記録することで支払い状況を可視化し、以後トラブルはなくなった。</p> <p>また内服を忘れてしまう独居の方は、ココからステーションで内服をするという習慣にすることで支援することができた。</p>
日中の居場所	<p>制度的なデイケアを嫌がり、日中は高島平を歩き回っている人がいた。ココからステーションに馴染み、友人もできたことで、居場所となり、日中の安全が確保された。</p>

表2 場の支援の機能のまとめ

		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	
			82.8 ±	
年齢	65-74	81.9 ± 5.8	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	
			19.0 ±	
MMSE-J 得点		20.2 ± 2.5	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

表3 地域生活を継続できたものとできなかったものの比較

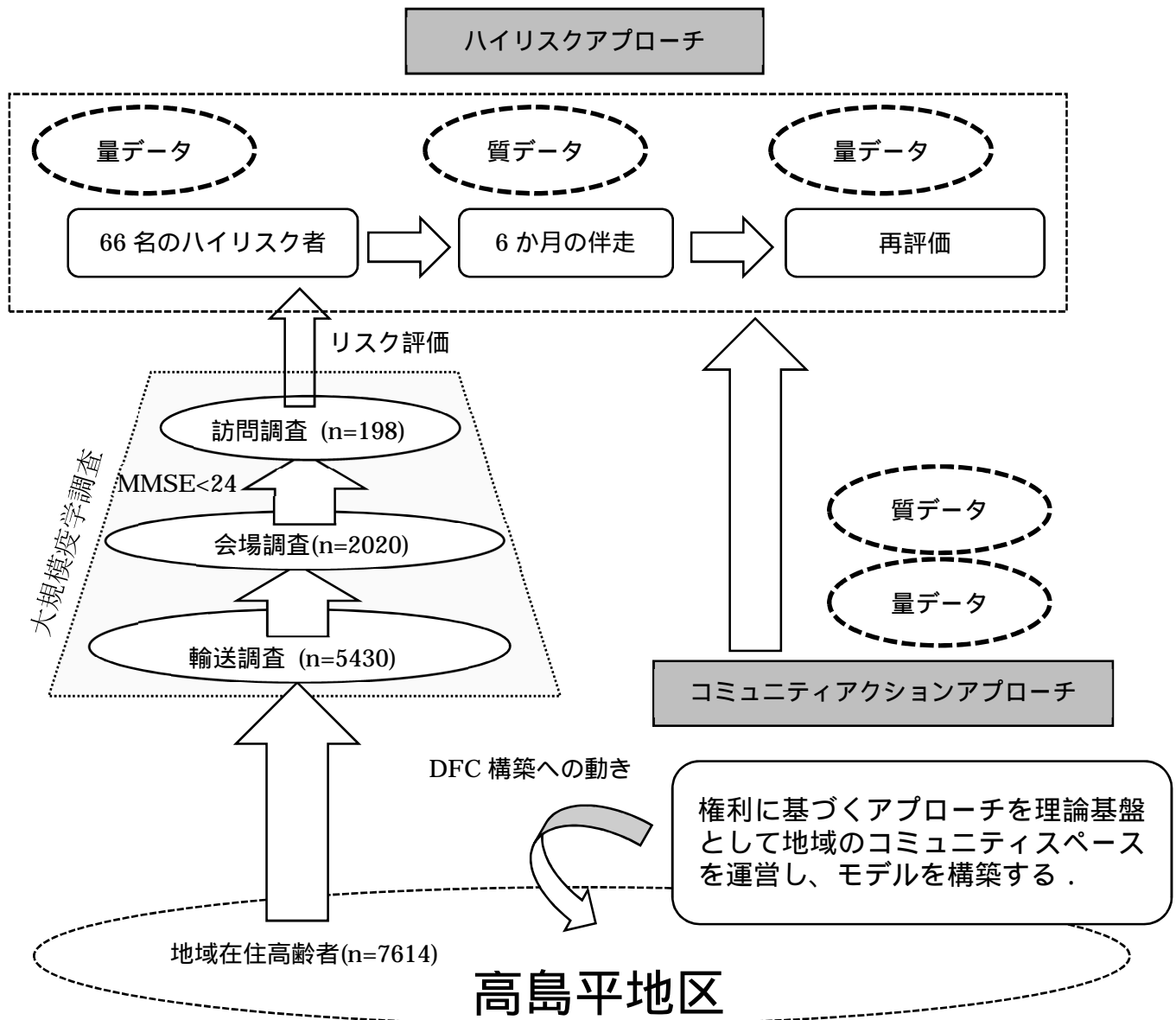


図1 本研究の全体の概観とデータ収集のまとめ

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

- 高島平スタディーにおける神経画像（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 下地啓五 東京都健康長寿医療センター放射線診断科専門部長  
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  
研究協力者 今林悦子 東京都健康長寿医療センター放射線診断科専門部長  
研究協力者 山下典生 岩手医科大学医歯薬総合研究所超高磁場 MRI 診断・病態  
研究部門准教授  
研究協力者 佐々木舞 都立大塚病院放射線科  
研究協力者 徳丸明日香 東京都健康長寿医療センター放射線診断科  
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**

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ー（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、約33%と高い独居率を示す典型的な大都市の一地域における、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、昨年度に引き続き生活習慣、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および、高率に抽出された内側側頭葉萎縮群について SPM8 の iVAC (individual VBM Adjusting covariates) による個別解析を加え、軽度認知機能障害背景を検討し、さらに萎縮の局在や広がり和生活実態調査との関連を検討した。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

症例：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。

検査機器：MRI は移動式 1.5 T (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。

これまでの検討：2017 年度に視診検査による有所見率の抽出と分析、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。2018 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)を用いた脳画像統計解析手法を導入し、群間解析を施行、易転倒群と小脳萎縮、短期記憶障害と海馬傍

回、嗅内野萎縮に有意の相関があることを報告した。

2019 年度の検討：内側側頭葉萎縮を示した 21 例について、VBM 解析、SPM8 による iVAC 個別解析を行い、萎縮の局在や広がりにおける病態の推定と分類、生活実態調査内容との関連を検討した。

1: SPM8 (Statistical Parametric Mapping of Software8) による iVAC (individual VBM Adjusting Covariates) による個別解析による局在萎縮評価: 173 名の MRI 3D T1 強調画像を Computational Anatomy Toolbox(CAT12) を用い、SPM8 で iVAC 個別解析を施行した(図 1~3)。

2: グループ I,II での局在萎縮の検討：iVAC 解析で内側側頭葉萎縮を示した 21 例を、萎縮が内側側頭葉に限局する 15 例のグループ I と、頭頂葉を含め広範囲に萎縮を示す 6 例のグループ II に大別した。その上で、正常対照群と、グループ I、グループ II で VBM 解析を施行し、側頭葉内側萎縮の詳細を検討(図 4、5) CAT12 でセグメンテーション、s8mwp1 を選択し、共変量には年齢・性別・ICV を入力し、正常対照と GI、GII の萎縮部位の抽出の threshold は  $p < 0.001$  とした。ピークボクセルの算出については、Result の画面にて Goto global maximum->Extract date->raw y->This voxel と選択し Matlab の数値を確認してエクセルの表に記載し散布図を作成した。

3: 正常対照と側頭葉内側萎縮群の、生活実態の差は何か：iVAC 個別解析で、内側頭葉萎縮を示した 21 例と、MMSE28 点以上で視診評価 A(2017 年報告、2 名の神経放射線科医による)を正常対照 16 例を抽出し、生活実態調査と統計ソフト R を用い群間比較を施



行、t test、ウイルコクソン順位和検定にて、 $p < 0.05$  を抜粋した。

4: GI と GII に生活実態に差はあるか、初期検討：3: 正常対照と側頭葉内側萎縮群の、生活実態の群間比較で有意差があった項目について、GI, GII から、85 歳以上、MMSE20 点以下を除外し無作為に選択した 6 例で、GI と GII の差があるが、初期の検討を行った。

VBM は、3 次元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。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。

## C . 研究結果

1. 173 例の MRI 施行症例のうち、SPM8 の iVAC 個別解析では、21 例(12%)内側頭葉萎縮が検出された(図 1~3)

内側側頭葉萎縮例の MMSE の平均は 21.8、正常対照の MMSE 平均は 28.9 であったが、明瞭な内側側頭葉萎縮例でも MMSE30 点の症例が存在した。

2 . 内側側頭葉萎縮が検出された 21 例は、内側側頭葉に萎縮が限局する 15 例 グループ I と、頭頂葉など広範囲の萎縮を伴うグループ II に大別された(図 2、3) グループ I の MMSE の平均は、21.2 点、グループ II の MMSE の平均は 22.5 点であった。

3 . 内側側頭葉に萎縮を示したグループ I とグループ II を正常対照と比較した VBM 解析では、グループ I は内側側頭葉腹側に限局した萎縮、グループ II は後方海馬にまで萎縮が及んでいることが示唆された(図 4)

4 . グループ I と II を併せた内側側頭葉萎縮群と正常対照で、生活実態調査との有意な関連の有意差検討について( $p < 0.05$ )、グラフ 1 に提示した。

正常対照に比し、内側側頭葉萎縮を示す群では、記憶障害が強く、社会的参加が少ないことが示唆された。また、食事の支度、ビデオ操作など日常生活の基本的作業についても内側側頭葉萎縮群での困難が示された。

5 . グループ I とグループ II での生活実態調査における相違についての初期検討は、MSE 20 点以下、85 歳以上を除外したため検討数が少ない。今後、VBM 解析と視覚評価にて、血管障害などの重複がない症例を抽出し、症例数を増やして検討する必要がある。 初期検討結果をグラフ 2 に提示した。GI(内側側頭葉、腹側に限局する萎縮

を示す軽度認知機能障害段階)は、ATM 操作、食事作りが可能であるが、むしろサークル活動、趣味、スポーツクラブ等への参加の少ないという傾向がみられた。

#### D . 考察

大都市の高齢者生活の縮図として、高島平団地の70歳以上高齢者の生活実態調査を施行し、MRIによって抽出した病態との関連を検討した。

日常生活自立の高齢者群で、内側側頭葉萎縮は12%と高率であり、内側側頭葉を示す群は、もの忘れが自覚的に認められ、日常生活動作の困難、社会参加の減少が示唆された。

一方、内側側頭葉、とくに腹側に萎縮が限局するグループIと、MCI段階ですでに広範囲に萎縮を伴うグループIIでは、もの忘れの自覚に有意差はなく、ATM操作、食事作りなど日常生活を維持する基本的スキルでは、GIでは保たれる傾向があるが、GIIでは既にスキルの低下が示唆された。

一方、日常生活動作に問題が既に生じており、萎縮が広範囲に及ぶグループIIより、局在萎縮の限局しているグループIで、地域社会への参加、趣味グループ、スポーツ参加が少ない傾向があった。検討症例の母数は少ないが、GIでは、アルツハイマー病初期段階に加え、性格変化や社会性の欠如が早期から問題になる嗜銀顆粒性認知症が混在していないか、さらに検討を深めていく必要がある。

コホートの中での背景病態の精確な把握は、適切な社会からの援助、地域社会の中での高齢者生活支援に何が必要かを検討する上で重要な情報となる。

#### E . 結論

- 独居率の高い高島平コホートで、12%に側頭葉内側萎縮が認められた。
- 内側側頭葉萎縮群は、海馬腹側、扁桃に限局する群と、すでに頭頂葉にまでひろがる広範な萎縮を伴う群に大別された。
- 萎縮限局群も広範囲に萎縮を伴う群も軽度認知機能障害レベルにあるものが多く、日常基本動作は保たれていたが、いずれも物忘れの自覚があった。
- 萎縮限局群は、広範萎縮群に比べATM操作可能であるにも関わらず、趣味、スポーツ、地域コミュニティへの参画に乏しい傾向があった。
- 内側側頭葉萎縮限局群にはアルツハイマー病初期や、嗜銀顆粒性認知症の鑑別が必要と考えられ、その差を正確に抽出することは、適切な行政サポート、介護計画、地域社会の高齢者受容の在り方に直結すると考える。

#### F . 研究発表

##### 1. 論文発表、著書等

- 1) Sakurai K, Tokumaru AM, Ikeda Tet al. Characteristic asymmetric limbic and anterior temporal atrophy in demented patients with pathologically confirmed argyrophilic grain disease. *Neuroradiology*. 61: 1239-1249: 2019
- 2) Omura T, Motoyama R, Tamura Y, et al. Meningoencephalitis caused by masked mastoiditis that was diagnosed during a follow up in an elderly patient with diabetes

- mellitus: A case report. *Griatr Gerontol Int.* 20:500-501:2020
- 3) Sakurai K, Morimoto S, Oguri T, Yuasa H, Uchida Y, Yamada K, Muto M, Saito Y, Aiba I, Takao M, Inui S, Toyoda K, Yamamoto A, Utsunomiya H, Oba H, Tokumaru AM, Nakagawa M, Hashizume Y, Yoshida M. : Multifaceted structural magnetic resonance imaging findings in demented patients with pathologically confirmed TDP-43 proteinopathy. *Neuroradiology* 61: 1333-1339: 2019
  - 4) Tokumaru AM : Think! According to the chief complaint and with the Neuroradiologists' Birds Eye' Brain Nerve 70:1321-1329:2018
  - 5) Ishibashi K, Sakurai K, Shimoji K, et al. Altered functional connectivity of the default mode network by glucose loading in young healthy participant. *BMC Neurosci.* 31;19(1):33.2018
  - 6) 徳丸阿耶 特集1 認知症の画像診断 ~ルーチン検査から最新の画像検査まで~ 嗜銀顆粒性認知症、神経原線維変化型老年期認知症 *Rad Fan*17: 46-50.2019
  - 7) 齊藤祐子、徳丸阿耶 .前頭側頭葉変性症と関連疾患 嗜銀顆粒性認知症 *老年精神医学雑誌* 30 : 114~1120 . 2019
  - 8) 徳丸阿耶 特集「これだけ知っておけば大丈夫！な認知症画像診断」認知症は画像診断名ではない、どう筋道を立てるか・臨床画像35 :1223-1234.2019
  - 9) 徳丸阿耶 高齢者タウオパチー：これだけは知っておきたい 臨床画像35 : 1271-1280.2019
  - 10) 飯島健 徳丸阿耶 動脈硬化の診断 F.MRI(脳・脳血管)日本医師会雑誌第148巻・特別号(2) 動脈硬化診療のすべて 148 : 192-195.2019
  - 11) 徳丸阿耶、亀山征史、下地啓五ら、2.認知症が疑われる患者での画像選択 日獨医報「特集:画像検査の賢い選択 検査A and/or 検査B」63 : 14-49 2019
  - 12) 徳丸阿耶 村山繁雄 櫻井圭太 大脳皮質基底核変性症 画像所見・検査所見 下畑享良(編集) 非定形パーキンソンズ△p139-146 2019
2. 学会発表、講演等
- 1) 佐々木舞、徳丸阿耶、山下典生ら 大都市における認知症の有病率および生活実態 - 高島平コホート研究における神経画像解析 2019年度神経放射線学会口演発表(web開催に変更)、島根
  - 2) 徳丸阿耶 教育講演 認知症診断における神経画像の意義 臨床・画像・病理をつなぐー 第34回老年精神医学会 仙台 2019年6月
  - 3) 徳丸阿耶 シンポジウム 白質病変の画像診断 臨床・画像・病理関連の意義 第60回日本神経学会学術大会 大阪 2019年5月
  - 4) 徳丸阿耶 超高齢者における画像診断(中枢神経系)第78回日本医学放射線学会総会 横浜2019年4月
  - 5) 佐々木舞 徳丸阿耶ら 高齢者認知症における扁桃腫大の意義 第48回日本神経放射線学会 久留米2019年2月
  - 6) 櫻井圭太 徳丸阿耶ら JVAC study

- から 大脳皮質基底核変性症の画像所見 第48回日本神経放射線学会 久留米2019年2月
- 7) 徳丸阿耶 認知症の画像診断-臨床・画像・病理を結ぶ-第4回いたばしこころの連絡会 2019年11月 東京
- 8) 徳丸阿耶 認知症の画像診断-臨床・画像・病理を結ぶ- 第16回京阪奈認知症研究会 大阪 2019年9月
- 9) 徳丸阿耶 認知症の画像診断-画像・病理関連の意義 第22回日本臨床脳神経外科学会ランチョンセミナー 岡山 2019年7月
- 10) 徳丸阿耶 神経変性疾患の頭部MRIの最近の話題と課題 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業 神経変性疾患領域における基盤的調査
- 研究ワークショップ 2019年7月
- 11) 徳丸阿耶 認知症の画像診断-臨床・画像・病理関連の意義 第15回Sendai Dementia Conderence 2019年7月東京
- 12) 徳丸阿耶 認知症の画像診断 認知症は画像診断名ではない 第25回宮崎RIカンファレンス 2019年1月宮崎
- 2019年度受賞
- \* 2019年度月刊臨床画像優秀編集賞
  - \* 2019年度月刊臨床画像優秀論文賞
  - \* 第24回画像診断MVP賞2019年
- G. 知的財産権の出願・登録状況  
( 予定を含む )  
特記すべき事項はない.

図1：正常対照（NC）のiVAC個別解析

NC（MMSE平均28.9点 視覚評価A）：16例

MMSE30点 70代女性

局在萎縮を認めない。

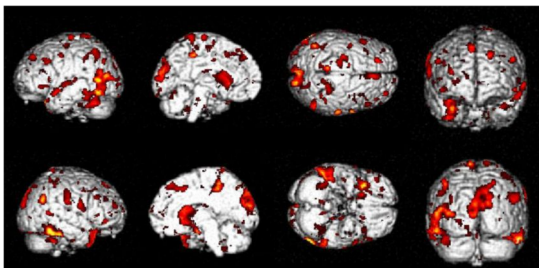


図2：GI（MMSE19~30点 平均21.2点）

のiVAC個別解析：15例

MMSE30点 70代女性

左右差のある内側側頭葉萎縮を認める

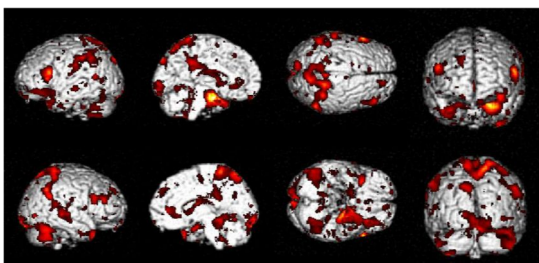


図3；GII（MMSE 20~29点 平均22.5点）6例

MMSE29点 80代女性

内側側頭葉萎縮に加え、全脳に広範に萎縮を認める。

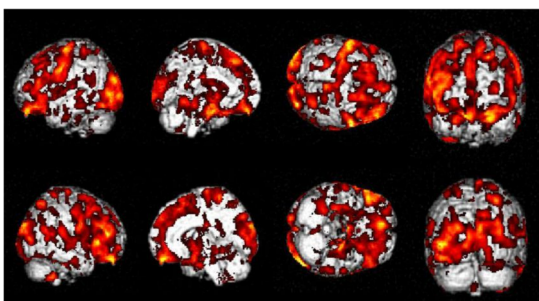


図4：NCとGIとのVBM解析

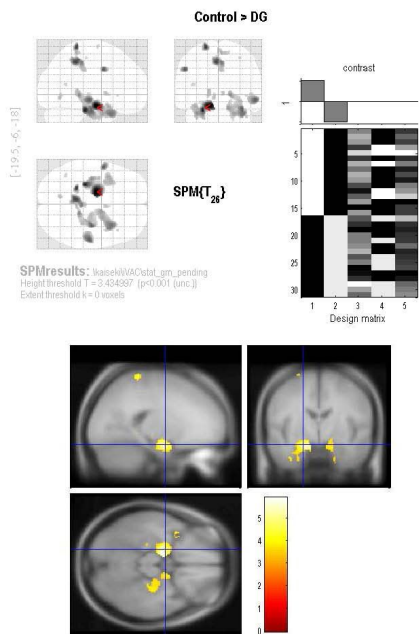
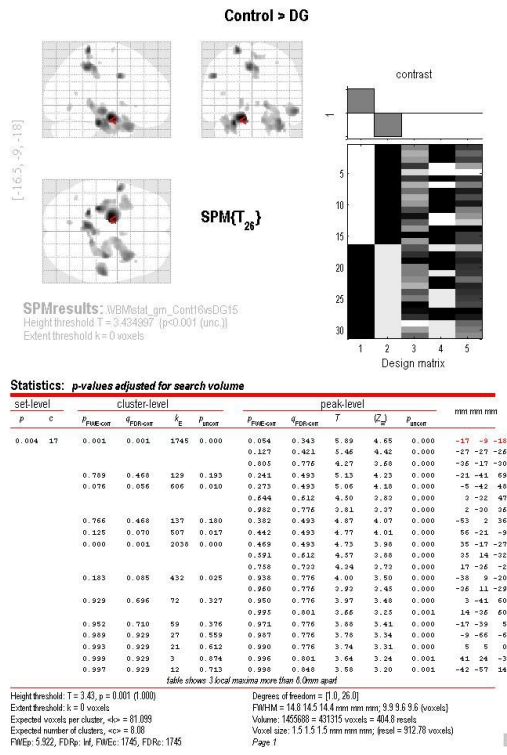
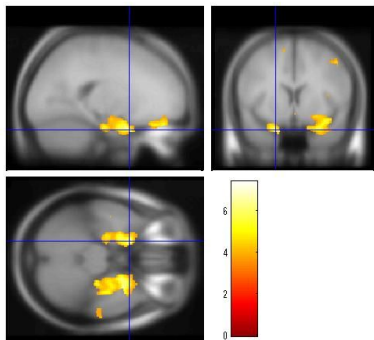
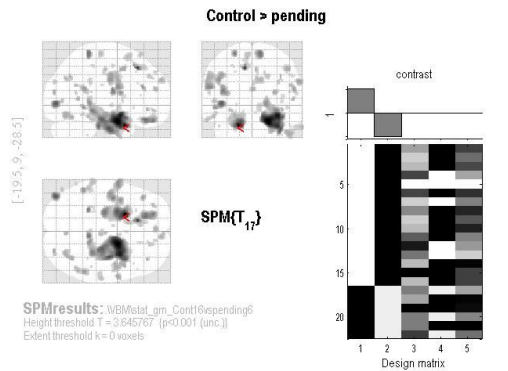
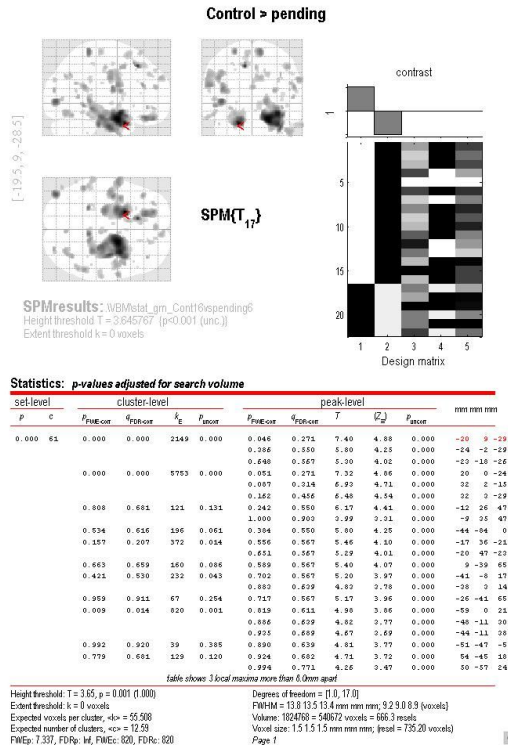
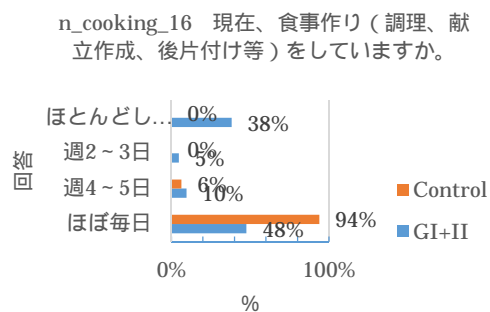
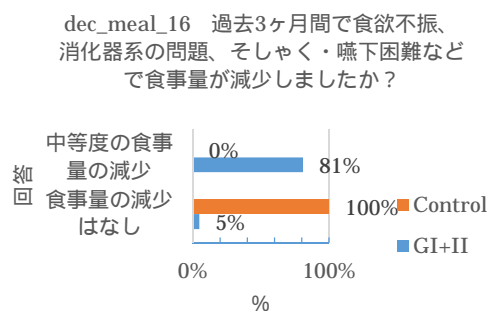
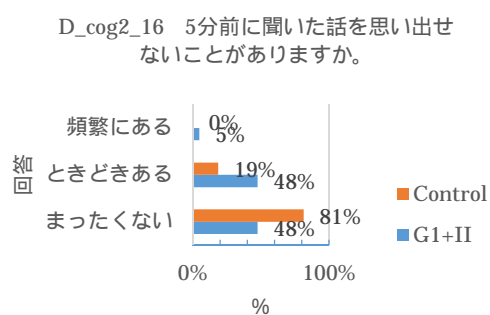
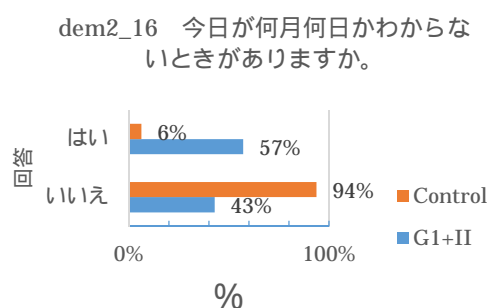


図5 : NCとGIIとのVBM解析

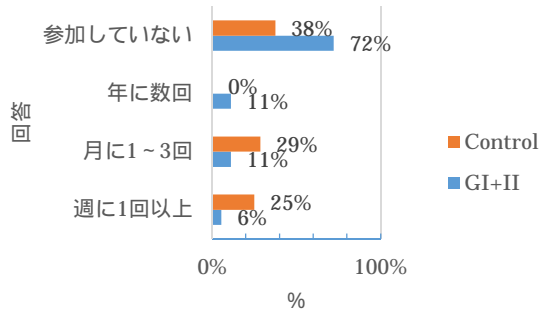


グラフ 1 : NCとGI+II:生活実態調査との関連

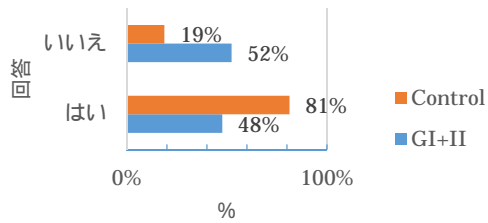




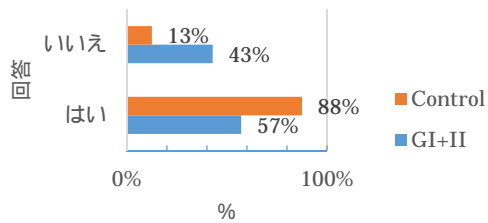
comact9\_16 次のような会・グループ等にどの  
 くらいの頻度で参加していますか。(趣味・学  
 習・教養のグループやサークル)



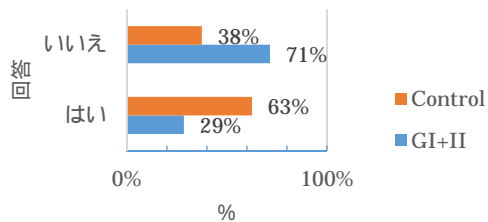
JST03\_16 ビデオやDVDプレイヤーの操  
 作ができますか



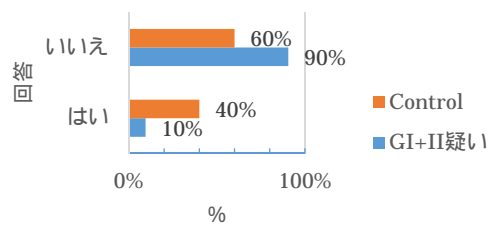
JST08\_16 教育・教養番組を視聴してい  
 ますか？



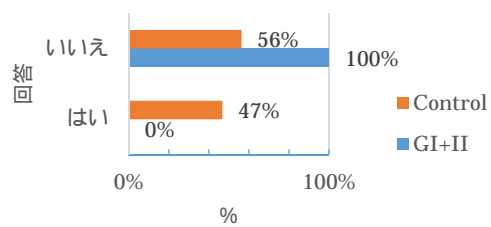
JST13\_16 地域のお祭や行事などに参加  
 していますか？



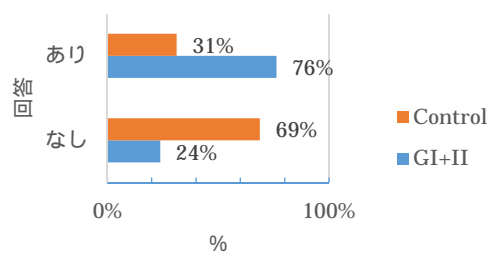
JST14\_16 町内会・自治会で活動していますか



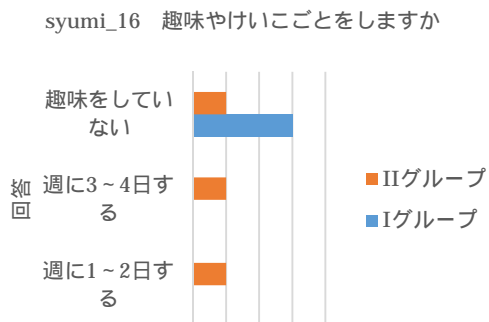
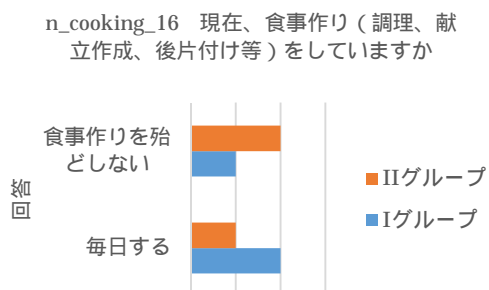
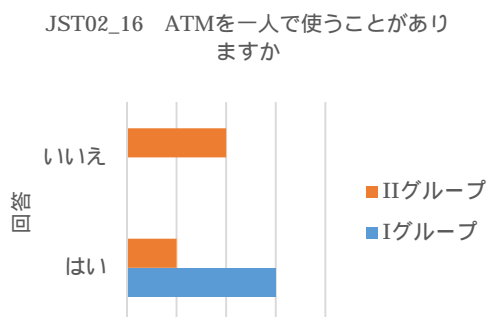
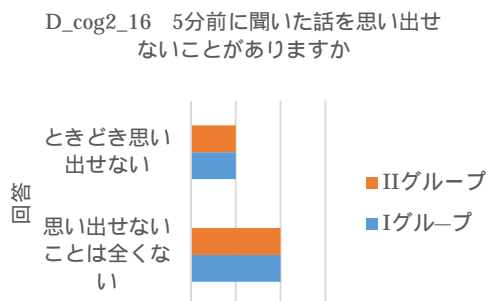
JST16\_16 奉仕活動やボランティア活動をしていますか



HBP\_16 高血圧\_有無



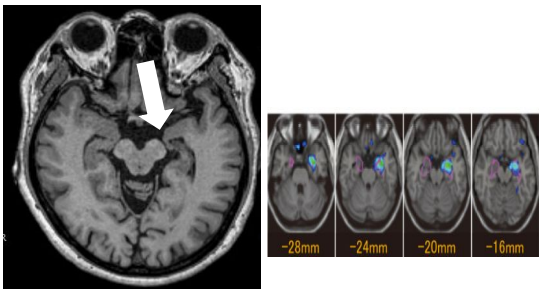
グラフ2: GIとGIIでは、生活実態調査との連関に差があるか(85歳以上、MMSE20点以下を除外して検討)



comact10\_16 次のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。  
 (スポーツ関係のグループやクラブ)

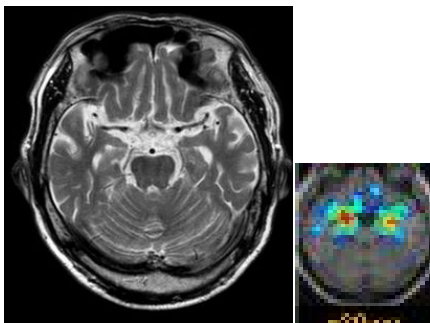


症例検討1 : GI 70代女性 MMSE=30



70代女性、MMSE=30点であるが、形態的には左優位に扁桃から嗅内野、迂回回近傍萎縮が示唆され、アルツハイマー病早期鑑別は必須だが、嗜銀顆粒性認知症の形態変化の可能性もある。他のmodalityを併せた検討での、病態解明によって、社会的支援をどのように構築すべきかが見えてくるのではないか。

症例検討2 : G0:70代男性 MMSE=23



MMSEは23点と保たれているが右優位に側頭極から扁桃、海馬腹側萎縮があり、嗜銀顆粒性認知症を含めた非アルツハイマー病鑑別を要す。

・研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
徳丸阿耶 村山繁雄 櫻井圭太	大脳皮質基底核変性症 画像所見・検査所見	下畑享良	非定形パーキンソン ニズム	(株)文光堂	東京都	2019	272頁

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
栗田圭一	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
栗田圭一	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
栗田圭一	高齢者のメンタルヘルス, 特集にあたって	精神医学	61	3-4	2019
栗田圭一	認知症や高齢者精神疾患の特徴と地域の特性に応じた総合支援体制	ファルマシア	55(9)	864-868	2019
栗田圭一	これからの認知症施策が向かうべき方向性について	認知症の最新医療	35	186-189	2019
栗田圭一	主治医からの提言. これだけは知りたい認知症画像診断	臨床画像	35	1215-1222	2019
栗田圭一	認知症とともに暮らせる社会をめざして. 大都市の認知症高齢者生活実態調査を通して	マンション学	64	89-91	2019
栗田圭一	認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして	日本社会精神医学雑誌	29	35-41	2019

Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Oigawa M, Inagaki H, Miyamae F, Edahiro A, Kugimiya Y, Okamura M, Yamashita M, Awata S.	Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: A community-based participatory study.	BMC Geriatrics	20	68	2020
Ura C, Okamura T, Inagaki H, Oigawa M, Niikawa H, Edahiro A, Sugiyama M, Miyamae F, Sakuma N, Furuta K, Hatakeyama A, Ogisawa F, Konno M, Suzuki T, Awata S.	Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo.	Geriatrics & Gerontology International (in press)			
杉山美香 岡村毅 小川まどか 宮前史子 枝広あや子 宇良千秋 稲垣宏樹 釘宮由紀子 岡村睦子 森倉三男 見城澄子 佐久間尚子 粟田主一	大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくる - Dementia Friendly Communities創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み -	日本認知症ケア学会誌	18	847-854	2020
岡村毅	都市の単身・独居・無縁・低所得高齢者を支える研究.	自殺予防と危機介入			2019
Sakurai K, Tokumaru AM, Ikeda T et al.	Characteristic asymmetric limbic and anterior temporal atrophy in demented patients with pathologically confirmed	Neuroradiology	61	1239-1249	2019
Omura T, Motoyama R, Tamura Y, et al.	Meningoencephalitis caused by masked mastoiditis that was diagnosed during a follow up in an elderly patient	Griatr Gerontol Int.	20	500-501	2020
Sakurai K, Morimoto S, Oguri T, Yuasa H, Uchida Y, Yamada K, Muto	Multifaceted structural magnetic resonance imaging findings in demented patients with pathologically confirmed	Neuroradiology	61	1333-1339	2019
徳丸阿耶	【特集1認知症の画像診断～ルーチン検査から最新の画像検査まで～嗜銀顆粒性認知症、神経原線維変化型老年期認知症	Rad Fan	17	46-50	2019
齊藤祐子、徳丸阿耶	前頭側頭葉変性症と関連疾患 嗜銀顆粒性認知症	老年精神医学雑誌	30	114~1120	2019

徳丸阿耶	特集 これだけ知っておけば大丈夫！な認知症画像診断」 認知症は画像診断名ではない、どう筋道を立てるか	臨床画像	35	1223-1234	2019
徳丸阿耶	高齢者タウオパチー：これだけは知っておきたい	臨床画像	35	1271-1280	2019
飯島健 徳丸阿耶	動脈硬化の診断 F.MRI (脳・脳血管)	日本医師会雑誌	"148	動脈硬化の診断 F.MRI (脳・脳血管) 日本医師会雑誌	日本医師会雑誌
徳丸阿耶、亀山征史、 下地啓五ら	2.認知症が疑われる患者での 画像選択 日獨医報「特集： 画像検査の賢い選択 検査A and/or 検査B」	日獨医報	63	14-49	2019

令和2年 5月 28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)

地方独立行政法人  
機関名 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 鳥羽 研二



次の職員の令和元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2年 5月 28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)

地方独立行政法人  
機関名 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 鳥羽 研二



次の職員の令和元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・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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input 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2年 5月 28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)

地方独立行政法人  
機関名 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 鳥羽 研二



次の職員の令和元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 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2年 5月 28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)

地方独立行政法人  
機関名 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 鳥羽 研二



次の職員の令和元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) 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2年 5月 28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)

地方独立行政法人  
機関名 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 鳥羽 研二



次の職員の令和元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□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2年 5月 28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)

地方独立行政法人  
機関名 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 鳥羽 研二



次の職員の令和元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 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2年 5月 28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)

地方独立行政法人  
機関名 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 鳥羽 研二



次の職員の令和元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) ・該当する口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。