

厚生労働科学研究費補助金

認知症政策研究事業

認知症施策の評価・課題抽出のための研究：
領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの
実践的活用

令和3年度 総括研究報告書

研究代表者 今中 雄一
令和4（2022）年3月

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

認知症施策の評価・課題抽出のための研究：
領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用

研究代表者 今中 雄一 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野

----- 目次 -----

I. 総括研究報告書	-----	1
II. 資料		
別添 1	-----	25
・地域共生社会の実現に向けて認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック へ向けたコンセプトシート		
別添 2	-----	57
・Dementia-Free Life Expectancy 文献レビュー		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	74

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと
大規模データベースの実践的活用
総括研究報告書

認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと
大規模データベースの実践的活用

研究代表者：

今中 雄一（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 教授）

研究分担者：

広井 良典（京都大学 こころの未来研究センター 教授）

山田 文（京都大学 法学研究科 教授）

佐々木一郎（同志社大学 商学部 教授）

前田 昌弘（京都大学大学院人間・環境学研究科 准教授）

村嶋 幸代（大分県立看護科学大学 学長・理事長）

佐々木典子（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特定准教授）

武地 一（藤田医科大学 医学部 教授）

中村 桂子（東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 教授）

林田 賢史（産業医科大学 大学病院 医療情報部長）

村上 玄樹（産業医科大学 大学病院 講師）

原 広司（横浜市立大学 国際商学部 国際商学科 准教授）

國澤 進（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 准教授）

研究協力者：

後藤 悦（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特定助教）

谷口 守（筑波大学システム情報系社会工学域 教授）

山田 裕子（同志社大学研究開発推進機構 名誉教授）

中部 貴央（東京大学 医学部附属病院 国立大学病院データベースセンター 特任助教）

愼 重虎（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 助教）

木嶋 彩乃（大分県立看護科学大学 助教）

菅原 弘子（全国キャラバン・メイト連絡協議会 代表）

要旨

<研究の目的>

認知症施策推進大綱(2019年6月)施策の進捗を確認する2022年に向けて、「共生」と「予防」の進捗把握と評価方策を確立するため、以下を目的とする。

(1)「共生」概念を、学際的アプローチを以て、多側面から社会・生活環境の具体的なあり方を表現し、それらを、認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりのガイドとして示す。

(2)「共生」の側面に加え、「予防」の側面から社会経済因子、関連資源、疫学指標等を基盤として、指標間の関連を明らかにしながら、自治体レベルで評価できるよう、包括的な評価指標体系を構築する。

その中で、重要なアウトカム指標として、健康余命(平均自立期間)や、認知症の自立度のデータに基づく健康余命(以下、認知症自立度健康余命と呼ぶ)を全国の市町村において計測するなど、認知症の発症予防や「認知症発症後、重症化のスピードを遅らせること」に役立つ指標を開発する。

<進捗・成果の報告>

今年度は、以下の研究を行った。

(1)「共生」の概念整理：「共生」の概念を、社会に具現化されるあり方として表現し学際的アプローチで提案するために、「認知症の人とその家族にやさしい、即ち全世代にやさしい健康まちづくり(仮)」ガイドブックを作成するために、その基盤となる、コンセプトシート(別添1)を作成した。

(2)可視化と「予防」：予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発における今年度の主な成果は次の通りである。

(2)-1. 認知症高齢者の生活自立度による認知症自立余命の算出及び見える化については、「認知症発症を予防し、認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」ことに役立つ指標の開発にあたり、Dementia Free Life Expectancy に関連する研究をレビューし(別添2)、認知症自立余命(認知症自立度健康余命)を開発し全国各地域で計測した。即ち、厚生労働省から匿名介護情報等(介護保険総合データベース、以下、介護 DB)の提供を受け、認知症高齢者の生活自立度による健康余命(以降、認知症自立余命とする)を開発し全国の自治体と二次医療圏で計測した。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築は、まちづくり及び高齢者の生活や健康、認知症に関連する公表データを e-Stat や自治体ホームページから取得した。これら収集されたデータは、認知症にやさしいまちづくり指標の候補そのものであり、また組み合わせて指標を構成する候補である。

(2)-3. 認知症高齢者の生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析を地域の社会・経済・資源等の多領域・多数の変数をもって進めた。Partial Least Square 回帰モデルを使用し、潜在因子ならびに回帰係数を算出した。

結果として潜在因子は、人口、人口密度が高く、短大以上卒業者割合が高い(因子 1)、老年人口や自動車通勤者割合が高く、単独世帯割合が低い(因子 2)、第3次産業就業者割合や歯科診療所数が多く、第2次産業就業者割合が低い(因子 3)がみられた。因子1は都市部の特徴、因子2は地方部の特徴が強い。男性は因子1の負荷が高いほど、すなわち都市部の特徴が強い地域ほど認知症自立余命が長い傾向があることが見られた。一方で、女性の認知症自立余命は因子1の負荷とは関係なく、男性の認知症自立余命が女性より居住地の特徴に大きく影響されることが示唆される。

認知症自立余命と、65 歳以上人口あたり認知症サポーター数、短大以上卒割合が認知症自立余命と正に、15 歳以上人口あたりたばこ税が負に関連した。男性は、核家族世帯中母子世帯割合、完全失業者割合がともに負に関連した。女性は、第1次産業就業者割合、人口あたり病院数が正に関連した。これらの結果は、認知症自立余命延伸、地域差縮小へ向けた施策検討の一翼を担うことが期待できる。

<まとめ>

(1)「共生」の包括的な概念の具現化に向け、各領域の専門家の領域の深い洞察と経験をインプットし、学際的な専門家が合流して議論し、「認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくり」のガイドの基盤となるコンセプトシートを、包括的・学際的視点から作成した(別添1)。

(2)・「認知症発症を予防し、認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」ことに役立つ指標として、介護 DB の認知症高齢者の日常生活自立度データを活用して開発した健康余命指標(認知症自立度健康余命など)を、各種健康余命とともに、自治体毎や二次医療圏毎に計測した(人口規模の小さな町村でも健康余命を測定できるよう Shrinkage calculation の手法を用いた)。

・認知症諸施策の包括的な評価体系を構築するべく、地域レベルの多様な指標のデータベースを構築した。

・さらに、認知症自立度健康余命などの地域差の要因分析を進めた(地域変数間の共線性・多重共線性の問題を解決すべく Partial Least Square モデル等を活用した)。

A. 目的

認知症施策推進大綱(2019年6月)が施策の進捗を確認する2022年に向けて、「共生」と「予防」の進捗把握と評価方策を確立する[1]ため、以下の目的を設定する。(1)「共生」概念を、学際的アプローチをもって整理する。また、認知症の人をとりまく生活環境に関して包括的な評価指標体系を構築する。(2)「共生」「予防」の両側面から指標体系を構築する。また、疫学指標を設定し、指標間の関連を明らかにし、「予防」の取組の進捗評価のための指標体系を構築する。特に、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」「認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」を中心に考慮する。今年度は認知症高齢者の生活自立度による地域ごとの健康余命の算出を行う。そして、「共生」の概念および「予防」の施策を、社会に具現化されるあり方として表現し、学際的アプローチを用いて提案する。

(1)「共生」の概念整理

「共生」の概念を、社会に具現化されるあり方として表現し学際的アプローチで提案する。

(2)可視化と「予防」：予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

(2)-1. 認知症高齢者の生活自立度による認知症自立余命の算出及び見える化

健康余命は、健康で過ごせる期間であり、健康でなくなること(以降、不健康とする)の定義により、年数が異なってくる。厚生労働省が発表する健康寿命(健康余命と同意)は、不健康を国民生活基礎調査の回答に拠り、自治体が算出する健康余命は、不健康を要介護度とすることが多い。なお、国民生活基礎調査の回答は主観的健康観に基づくため、客観的な要介護度を不健康とする健康余命よ

り、短く算出される傾向にある。

認知症を不健康とした健康余命は、認知症になるまでの期間と捉えることが出来るため、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」ことの評価に、関連する評価指標として有用だと考える。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

まちづくり及び高齢者の生活や健康、認知症に関連する公表データをe-Statや自治体ホームページから取得した。これら収集されたデータは、認知症にやさしいまちづくり指標の候補そのものであり、また組み合わせることで指標を構成する候補である。

(2)-3. 認知症高齢者の生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

認知症施策推進大綱で挙げられている認知症の「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」[1]、すなわち認知症自立余命を伸ばすための施策を勘案するためには、認知症自立余命の要因を把握する必要がある。認知症の危険因子として、WHO 2019 “Risk reduction of cognitive decline and dementia” [2]の邦訳「認知機能低下および認知症のリスク低減」[3]には、認知症の修正不可能な危険因子として「この20年間の研究により、学歴や、運動不足、喫煙、不健康な食事およびアルコールの有害な使用などの生活習慣に関連した危険因子が認知機能障害や認知症の発症と関連していることが示されている。さらに、高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、肥満やうつ病などの特定の病態は、認知症発症リスクの増大と関連している。社会的孤立や認知機能の不活発は、その他の修正可能な潜在的危険因子に含まれる。」とあり、「認知機能の低下や認知症発症を遅らせる基本

的介入の実施などの公衆衛生的アプローチを通じて、認知症予防が可能であることを意味している。」とされている。

認知症自立余命の地域差と、社会環境や高齢者の置かれた状況等を二次医療圏単位で分析し、認知症自立余命と関連する要因の検討を行った。今後は、介護保険者(原則市町村)単位でも分析を行う。

更に健康余命について文献検索を行った。健康余命の意義、男女差・地域差の要因、公衆衛生や健康政策における示唆や活用例等を探索した。

B. 対象・方法

(1)「共生」の概念整理

「共生」の概念を、社会に具現化されるあり方として表現し学際的アプローチで提案する。「認知症の人とその家族にやさしい、即ち全世代にやさしい健康まちづくり(仮)」ガイドブックを作成するために、その基盤となる、コンセプトシートを作成した。

(2)可視化と「予防」： 予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

「予防」における今年度の主な成果は次の通りである。

(2)-1. 認知症高齢者の生活自立度による認知症自立余命の算出及び見える化

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

(2)-3. 認知症高齢者の生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

以下、(2)-1,2,3 それぞれについて記述する。

(2)-1. 認知症高齢者の生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出及び見える化

本研究は、厚生労働省から匿名介護情報等(介護保険総合データベース、以降介護DBとする)の提供[4]を受け、認知症高齢者の生活自立度による健康余命(以降、認知症自立余命とする)の算出を行った。介護DBの介護認定情報より介護認定時の認知症高齢者の生活自立度別人数を、介護保険者(原則市町村)別、二次医療圏別、性別、年齢階層別に集計し、認知症高齢者の生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出に用いた。

(2)-1-1. データ出典及び算出方法

(2)-1-1-1. データ出典

・ 人口:住民基本台帳に基づく人口(総務省) (2015-2017年)

・ 死亡数:人口動態調査(厚生労働省) (2015-2017年)

・ **介護DB** 認知症高齢者の日常生活自立度別人数:厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を集計(2015-2017年)

認知症高齢者の生活自立度のランクを表1に示す。本研究では、1以上、2以上、3以上の3グループで集計した。

・ 二次医療圏 :地域の単位は、2018年時の医療施設調査における二次医療圏にしているが、介護保険者(原則市町村、一部広域連合)が二次医療圏より広範であれば介護保険者(広域連合)にしている。

(2)-1-1-2. 計算方法

・ 認知症自立余命の計算は「厚生労働科学研究 健康寿命のページ」掲載のExcelを使用した[5]。

・ 介護保険者(原則市町村)単位の場合、人口が極端に少ない介護保険者の指標値を安定させるために Shrinkage calculation の手法を用いた。Shrinkage Calculation については English indices of deprivation 2019: technical report[7]を参考にした。

(2)-1-1-3.注意

介護保険者(原則市町村)からのデータ提出の義務化が2018年以降であり、本研究は2017年までの「要介護認定情報・介護レセプト等情報」特別抽出のデータを利用しているため、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない介護保険者があった。

年ごとに介護保険者リストと特別抽出データを照合し、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない介護保険者を省いた二次医療圏を構成した。但し、二次医療圏の総数は変わらなかった。よって一部の二次医療圏では医療施設(動態)調査で示される二次医療圏と構成市町村が異なる。

(2)-1-3.地理情報(GIS)

公表データから二次医療圏別、要介護度別(要介護度1以上、2以上)、年別(2015, 2016, 2017, 2018年)、年齢階層別(0歳時～75歳時、5歳刻み)、男女別、の健康余命を作成し、健康余命を5階層に色分けした地図を作成した。

(2)-1-3-1.データ出典

- ・ 人口:住民基本台帳に基づく人口(総務省) (2015-2017年)
- ・ 死亡数:人口動態調査(厚生労働省) (2015-2017年)
- ・ 要介護度別人数:介護保険事業状況報告(厚生労働省) (2015-2017年)
- ・ **介護DB** 認知症高齢者の日常生活自立度別人数:厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を集計 (2015-2017年)

本研究では、認知症高齢者の生活自立度1以上、2以上、3以上の3グループで集計した。

・ 二次医療圏 :地域の単位は、2018年時の医療施設調査における二次医療圏にしているが、介護保険者(原則市町村、一部広域連合)が二次医療圏より広範であれば介護保険者(広域連合)にしている。

(2)-1-4.保険者(原則市町村、一部広域連合)ごとの解析

認知症を不健康とした健康余命は、認知症になるまでの期間と捉えることが出来るため、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」ことの評価指標に有用だと考え、厚生労働省から匿名介護情報等(介護保険総合データベース、以降介護DBとする)の提供を受け、認知症高齢者の生活自立度による健康余命(以降、認知症自立余命とする)の算出を行った。

同じ都道府県内、二次医療圏内であっても地域によって人口や医療・介護資源、まちの社会資源等に大きな違いがあるため、保険者(原則市町村)単位での解析が不可欠であり、現在、保険者(原則市町村)単位での解析をすすめている。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

(2)-2-1.データベース作成手順

①認知症にやさしいまちづくり、高齢者の生活や健康、認知症に関連するデータの候補を挙げた。文献や報告書等に記載されたデータ、研究者が必要と判断したデータ等、国内外合わせて932項目を検討対象とした。(図8参照)

② ①で挙げた 932 データを SDGs の 17 分類[6]を参照し、9グループ(医療サービス、介護サービス(認知症関連)、教育、社会関係資本、産業(第 1 次産業)、セイフティネット、多様性、都市、行政政治)に分類・整理した。

(図8参照)

③ ②で整理したデータについて、e-Stat 等からダウンロードした。管轄省庁毎に異なる自治体番号や年表記(西暦、和暦)などを共通化し、データベース化した。

(2)-3. 認知症高齢者の生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

(2)-3-1. データ出典及び平均余命の算出方法

(2)-3-1-1. 認知症自立余命算出のためのデータ

- ・ 人口:住民基本台帳に基づく人口(総務省) (2015-2017 年)
- ・ 死亡数:人口動態調査(厚生労働省) 2015-2017 年
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度別人数:厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を集計 2015-2017 年
- ・ 二次医療圏 :地域の単位は、2018 年時の医療施設調査における二次医療圏にしているが、介護保険者(広域連合)が二次医療圏より広範であれば介護保険者(広域連合)にした。

(2)-3-1-2. 認知症自立余命の計算方法

- ・ 認知症自立余命の計算は「厚生労働科学研究 健康寿命のページ」掲載の Excel[5]を使用した。

(2)-3-1-3. 注意

介護保険者からのデータ提出の義務化が

2018 年以降であり、本研究は 2017 年までの「要介護認定情報・介護レセプト等情報」特別抽出のデータを利用しているため、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない保険者があった。

年ごとに介護保険者リストと特別抽出データを照合し、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない保険者を省いた二次医療圏を構成した。但し、二次医療圏の総数は変わらなかった。よって一部の二次医療圏では医療施設(動態)調査で示される二次医療圏と構成市町村が異なる。

(2)-3-1-4. 地域の変数

・ (2)-2 で勘案した分類(図8)に基づき、公的統計データより各市町村の数値を収集し、二次医療圏ごとの数値に集計した。表 3 に変数リストを示す。

- ・ 変数の多くは、(2)-2 で作成したデータベースから取得した。
- ・ BMI や血圧等バイタルデータは認知症のリスクとされる。これらは特定健診で計測されるデータであり、二次医療圏・保険者単位を NDB 特別抽出チームで集計中である。公表許可を得次第、解析に取り込む予定である。
- ・ データ出典は、国勢調査(2010,2015)、医療施設調査(2018)、介護サービス施設・事業所調査(2018)、厚生年金保険・国民年金事業統計(2018)、地方財政状況調査(2018)、認知症サポーターキャラバンサポーター養成状況(2018)、医師・歯科医師・薬剤師統計(2018)である。

(2)-3-2. 認知症自立余命の関連因子の解析方法

(2)-3-2-1. モデル

- ・ 統計モデルは、Partial Least Square (部分最小二乗法、以下 PLS とする) 回帰モデルを使用した。

地域レベルの変数、例えば、人口密度、所

得、医療資源量などは相関が強いことが多い。相関が強い複数の変数を普通の重回帰モデルに投入することは問題があると知られている。PLS 回帰モデルは目的変数との共分散が最大になる主成分を抽出し、その主成分を用いて回帰分析を行う手法であるため、変数間の多重共線性の問題に対応でき、相関する多数の説明変数が存在するモデルに適している。

・ 目的変数は、2017 年の「認知症高齢者の生活自立度Ⅱ」以上を不健康として二次医療圏ごとに算出された、65 歳時の男女それぞれの認知症自立余命とした。

・ 説明変数は、表 3 に挙げた公表データより取得し、二次医療圏単位に集計したデータを用いた。

(倫理面への配慮)

京都大学医の倫理委員会にて承認済 (R0438)

C. 結果

(1)「共生」の概念整理

コンセプトシートのタイトル及びコンテンツは下記の通りである。また、コンセプトシートの内容を別添1に示す。

コンセプトシート:タイトル「地域共生社会の実現に向けて - 認知症にやさしい健康まちづくりガイドブックへ向けたコンセプトシート」

コンテンツ

序説

(認知症の人と取り巻く人々の視点から)

0. (試案)「認知症の人とその家族にやさしいまちづくり」とまち全体のフレームワークづくり:スマートシティ構築と結びつける

1 社会参加・認知症カフェ・サロン

2.1 地域保健、地域ケア

2.2 市民参加・認知症サポーター

2.3 社会参加

(制度・社会システムの視点から)

3 社会的包摂・認知症の人を支える家族

4 人権・権利擁護・成年後見制度・紛争解決

5 高齢者雇用・年金

6 学校教育、生涯教育、マスメディア

7 医療

8 介護サービス等

9 地域包括ケアシステム

(まちづくりの視点から)

10 社会にやさしいコミュニケーションと情報

11 健康まちづくり

(制度・社会システムの視点から)

12 都市計画・交通/住環境

13 認知症にやさしい健康なまち

今後、コンセプトシートやガイドブック(案)は、自治体等と意見交換を重ね、現場からのフィードバックを得て改訂していく。

(2)可視化と「予防」: 予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

(2)-1. 認知症高齢者の生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出及び見える化

(2)-1-2.結果

二次医療圏別、介護保険者別(原則市町村)、認知症高齢者の日常生活自立度別(自立度 1 以上、2 以上、3 以上)、年別(2015, 2016, 2017 年)、年齢階層別(0 歳時~75 歳時、5 歳刻み)、男女別、の認知症自立余命を作成し、二次医療圏別について厚生労働省より公表の許可を得ている。

以下、いくつかの例を挙げる。

① 地域の単位を二次医療圏単位、不健康を認知症高齢者の生活自立度 2 以上、3 以上とした、男女別、0,40,65 歳時の認知症自立余命(2017 年)

記述統計を表 2、ヒストグラムを図 1 に示す。

- ・ 女性に比べ、男性において標準偏差が大きくなっている。(但し、65 歳時は女性の方が若干高いが、0, 40 歳時の差に比べれば小さい)

- ・ 認知症自立余命は正規分布に近い分布と考えられる。

② 地域の単位を二次医療圏単位、不健康を認知症高齢者の生活自立度 2 以上とした、男女別、0, 40, 65 歳時の認知症自立余命の分布(2017 年)

棒グラフを図 2 に示す。

- ・ 多くの二次医療圏は平均値の近くにあるが、人口の小さな二次医療圏では、死亡数や要介護認定者が少ないため、認知症自立余命が外れ値になることがある。これを数理的に解消する方策として二次医療圏についても Shrinkage calculation の手法[7]を検討中である。

③ 地域の単位を二次医療圏単位とした、不健康を認知症高齢者の生活自立度 2 以上とした、男女別、0, 40, 65 歳時の認知症自立余命と平均余命の比較(2017 年)

65 歳時の認知症自立余命と平均余命の散布図を図 3 に示す。

また、平均余命と認知症自立余命の差を図 4 に示す。

- ・ 男性の方が女性に比べて、認知症自立余命と平均余命の比例関係が強いようにみえる。

- ・ また、平均余命と認知症自立余命の差は、認知症のために日常生活に何らかの支障を抱える期間(以降、自立できない期間とする)であるが、自立できない期間は 0, 40, 65 歳時で徐々に増加している。但し、増分は僅

かである。(男性の場合、平均値が 0 歳時 1.68 年、40 歳時 1.71 年、65 歳時 1.88 年。女性の場合、平均値が 0 歳時 3.81 年、40 歳時 3.85 年、65 歳時 4.03 年)

- ・ 65 歳時で、男性の場合、平均 1.88 年 (SD=0.30)、女性の場合、平均 4.02 年 (SD=0.49)となっており、女性の方が男性の約 2 倍長い。平均余命(65 歳時で、男性の場合、平均 19.21 年(SD=0.56)、女性の場合、平均 24.09 年(SD=0.54))の内、自立できない期間の占める割合は、男性で 9.8%、女性で 16.7%となる。

- ・ 認知症にやさしいまちづくりの一環として、高齢まで生きる女性に対し、息の長い継続的な認知症予防の介入や地域のサポートが提供できるようなプログラムの考案が必要と考える。

(2)-1-3.地理情報(GIS)

一例として、不健康を要介護 1 以上、40 歳時の地図を図 5 に示す。

- ・ 男女ともに東北地方に健康余命が短い傾向がみられる。但し、平均余命の影響を考慮する必要がある。

- ・ 西日本で男女の色の傾向が異なる。また、認知症自立余命において、不健康を認知症高齢者の生活自立度 2 以上、40 歳時の地図を図 6 に示す。

- ・ 男女ともに東北地方と北海道の一部で認知症自立余命が短い傾向がみられる。

- ・ 男性は甲信越で認知症自立余命が長く、女性は西日本から九州で認知症自立余命が長い傾向がみられる。

- ・ 但し、平均余命の影響を考慮する必要がある。

認知症自立余命が平均余命に占める割合について、同様の地図を図 7 に示す。

- ・ 男女ともに東北地方と北海道の一部で割合が小さい傾向がみられる。

・女性は北関東で割合が大きく、日本海側で割合が小さい傾向がある。男性は、割合が小さい地域で女性と同様の傾向がみられる。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

(2)-2-2. 結果

認知症にやさしいまちづくり関連指標体系案の分類・整理を図8に示す。

(2)-3. 認知症高齢者の生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

(2)-3-3. 結果

(2)-3-3-1. 潜在因子

潜在因子は、モデルの説明変数として測定されてはいないが、地域を似たような属性のグループに分類できる、複数の地域に共通する特性である。

潜在因子数は Cross-validation(Leave one out 法) の結果に基づいて3とした。

本研究で同定された3つの因子の簡潔な特徴は以下の通り説明できる。

因子1…人口、人口密度が高く、短大以上卒業割合が高い

因子2…老年人口や自動車通勤者割合が高く、単独世帯割合が低い

因子3…第3次産業就業者割合や歯科診療所数が多く、第2次産業就業者割合が低い

PLS 負荷量散布図(潜在因子1と2)を図9に示す。

・ 因子2では、男女に大きな差は見られなかったが、因子1では説明される割合は男性で高かった。

・ 因子1の地域は都市部の特徴、因子2は地方部の特徴が強いことから、図9に赤い点で示している認知症自立余命が男性は因子1の負荷が高いほど、すなわち都市部の特徴が強い地域ほど長い傾向があることがわかる。一方で、女性の認知症自立余命は都市部の特徴に近い因子1の負荷とは関係なく、男性の認知症自立余命が女性より居住地の特徴に大きく影響されることが示唆される。

(2)-3-3-2. PLS 回帰分析

認知症自立余命を目的変数、人口構成、社会経済的、医療介護で収集した全40変数のうち、変数重要度0.7以上となった34変数を説明変数として、PLS回帰分析を行った。

PLS回帰分析の結果のうち、中心化・標準化した係数の絶対値が上位の変数を表4に示す。

・ 男女ともに、認知症自立余命と、65歳以上人口あたり認知症サポーター数、短大以上卒業割合が認知症自立余命と正に、15歳以上人口あたりたばこ税が負に関連した。

・ 男性は、核家族世帯中母子世帯割合、完全失業者割合がともに負に関連した。

・ 女性は、第1次産業就業者割合、人口あたり病院数が正に関連した。

・ 認知症自立余命と関連がみられた変数を表5にまとめた。標準化した回帰係数の絶対値は女性よりも男性に大きいものが多かった。また、因子1の寄与度が男性の方が高いことから、このモデルは男性により適していたと考えられる。

(2)-3-3-3. 健康余命について文献検索レビュー論文のリストを別添2に示す。

D. 考察

(2)-3. 認知症高齢者の生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

(2)-3-4. 考察

認知症自立余命は、特に男性において居住地の特徴の影響が大きいことが示唆された。具体的に、認知症自立余命と、男女共通の正の関連要因は、認知症サポーター数、短大以上卒業者割合があり、負の関連にはたばこ税収がみられた。また男性に顕著な負の関連として母子世帯割合、完全失業率、女性に顕著な正の関連として人口当たり病院数、第1次産業従事者割合がみられた。これらのうち、まずは介入可能な要因に公衆衛生的アプローチを行い、認知症自立余命の延伸を期する。

E. 結論

認知症高齢者の生活自立度による健康余命(以降、認知症自立余命とする)は、2017年で二次医療圏を地域の単位とした場合の平均年数は、0歳時で認知症高齢者の生活自立度2以上の場合、男性78.97年(SD0.92)、女性83.14年(SD0.71)となった。同、認知症高齢者の生活自立度3以上の場合、男性79.97年(SD0.96)、女性85.21年(SD0.72)となった。男性の方が年数が短く、また標準偏差が大きい傾向があった。

また、要介護度を不健康とした健康余命と比較した場合、認知症自立余命(認知症高齢者の生活自立度2以上)は要介護1を不健康とした健康余命より少し長く、要介護2を不健康とした健康余命より少し短かった。今後、介護DBを用いて、要介護度と認知症高齢者の生活自立度の関連を解析し、さらには介護サービスと認知症自立余命との関連も検討していく。

認知症にやさしいまちづくり指標体系案はSDGsの17分類を参照し、9グループを

考案した。指標体系案に沿って地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを作成している。これらデータは、認知症にやさしいまちづくり指標の候補そのものであり、また組み合わせて指標を構成する候補である。

認知症自立余命の要因について、二次医療圏単位でPartial Least Square 回帰モデルを用いた解析を行った。認知症自立余命と、男女共通の正の関連要因には、認知症サポーター数、短大以上卒業者割合があり、負の関連にはたばこ税収がみられた。また男性に顕著な負の関連として母子世帯割合、完全失業率、女性に顕著な正の関連として人口当たり病院数、第1次産業従事者割合がみられた。これらのうち、まずは介入可能な要因に公衆衛生的アプローチを行うことで、認知症自立余命の延伸を期する。具体的には、認知症サポーター活動の更なる活性化や禁煙への取り組み強化、高齢になっても就業できる環境の醸成等が考えられる。

来年度の展開

「共生」については、引き続き学際的な検討と自治体とのインタラクションを進め、今年度のコンセプトシートをベースに、ガイドに相当するものを作成する。コンセプトシートやガイドブック(案)は、自治体等と意見交換を重ね、現場からのフィードバックを得て改訂していく。

「予防」と「共生」の可視化については、二次医療圏単位に加え、介護保険者(原則市町村)単位での"認知症自立余命"の要因分析を行い、より細かく地域に即したアプローチを考案し、認知症自立余命

延伸につなげてく必要がある。地域の認知症高齢者を支える自治体や団体等と"認知症自立余命"と、その延伸に関わる要因を共有し、認知症自立余命延伸への取り組みを係わっていけることも視野に入れる。また、GISを活用し、認知症自立余命の地域差を介護保険者(原則市町村)単位で地図上に可視化することで、認知症自立余命に関する地理的な分布の把握、要因の探索も行っていく。これらの知見も活用し、全国の自治体とのやり取りを行いフィードバックを得ながら、エビデンスと有用性、データ・指標の利用可能性を鑑み、認知症の人とその家族にやさしいまちづくり評価指標体系を構築する。

即ち、自治体等の認知症施策やその評価に役立つ、認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりのためのガイドの作成と、認知症諸施策の包括的な評価体系の構築を目指す。

参考文献

- [1] 認知症施策推進大綱本文.
認知症施策推進関係閣僚会議.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- [2] Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>
- [3] 認知機能低下および認知症のリスク低減
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20200410_theme_t22.pdf
- [4] 厚生労働省 匿名介護情報等の提供について
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00033.html

[5] 厚生労働科学研究 健康寿命のページ
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

[6] United Nations, Sustainable Development Goals (THE 17 GOALS)
<https://sdgs.un.org/goals>

[7] English indices of deprivation 2019:
technical report
<https://www.gov.uk/government/publications/english-indices-of-deprivation-2019-technical-report>

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1. 後藤悦, 慎重虎, 中部貴央, 今中雄一.
認知症高齢者の日常生活自立度を用いた健康余命の全国諸地域での算出. 第80回日本公衆衛生学会総会: 東京, ハイブリッド 2021年12月21日-23日.
第80回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P258.
2. 吉川美佳子, 後藤悦, 慎重虎, 今中雄一.
全国諸地域の健康余命の関連因子: 認知症高齢者の生活自立度を用いた健康余命の解析. 第80回日本公衆衛生学会総会: 東京, ハイブリッド 2021年12月21日-23日. 第80回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P257.
3. 岡田理沙, 後藤悦, 慎重虎, 佐々木典子, 今中雄一.
認知症グループホーム利用の地域差. 第59回日本医療・病院管理学会学術総会: 東京, オンライン開催 2021年10月29-31日. 日本医療・病院管理学会誌 Vol. 58 Suppl. p 176.
4. Imanaka Y. COVID-19 impact on Japan healthcare system & suggestions of strategic

framework for resilient societies. an invited lecture in "Bridging Japan-UK Online Symposium 2022: Reviewing the pandemic responses in Japan, UK and the rest of the world" (Online) 6 March 2022.

なし

5. Imanaka Y. Transforming COVID-19 Impact into Resilient & "Symbiotic" Health System and Healthy Society. in Post ISQua Highlight International Webinar by Taiwan Healthcare Quality Association. December 21 - December 23, 2021.

6. Imanaka Y. Data-driven Planning for Healthy Cities. [Keynote Speaker] The 9th Global Conference of the Alliance for Healthy Cities. Hong Kong, China Online (4 Nov.) 3-5 November 2021.

7. Imanaka Y. Design & Restructure Social System for Well-Being. The 2nd Nikkei Super Active Ageing Society Conference - An international conference aiming to resolve the issues of ageing: Panel Session "Health". Tokyo & Online (Hybrid), 16 November 2020.

Program: <https://events.nikkei.co.jp/30016/>
Video Recording (Nikkei Channel):

(Panel Session "Health")

<https://channel.nikkei.co.jp/en20201116saas/2626.html>

<上記7番は、昨年度報告にて記載漏れ>

8. 今中雄一. 産官学民コンソーシアム"健康・医療・介護視点"の全世代型まちづくり. ウェルエイジング経済フォーラム. 東京、2021年11月23日.

(学際ユニット及び産官学民コンソーシアムとして
エイジテック・アワード優良賞受賞)

<https://www.wellaging-forum.org/general-6>

H.知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

表1 認知症高齢者の生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
1	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。	
2	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	2a 家庭外で上記2の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	2b 家庭外でも上記2の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番が出来ない等
3	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	3a 日中を中心として上記3の状態がみられる。	着替え、食事、排便・排尿が上手に出来ない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	3b 夜間を中心として上記3の状態がみられる。	ランク3aと同じ
4	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、介護を必要とする。	ランク3と同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を筆よとする	譫妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>

表2 二次医療圏：認知症自立余命[年]

2017年		自立度2以上			自立度3以上		
		0歳時	40歳時	65歳時	0歳時	40歳時	65歳時
男性	平均値	78.97	39.94	17.33	79.97	40.96	18.44
	標準偏差	0.92	0.79	0.55	0.96	0.83	0.57
	3Q	79.64	40.47	17.67	80.65	41.54	18.80
	2Q	78.97	39.92	17.30	79.99	40.95	18.47
	1Q	78.38	39.46	17.01	79.32	40.44	18.11
女性	平均値	83.14	43.72	20.05	85.21	45.81	22.23
	標準偏差	0.71	0.65	0.60	0.72	0.65	0.58
	3Q	83.55	44.09	20.40	85.66	46.21	22.58
	2Q	83.13	43.71	20.02	85.21	45.84	22.26
	1Q	82.72	43.35	19.70	84.77	45.40	21.86

表 3 二次医療圏:分析に検討した変数リスト

人口構成	社会経済的	医療・介護
総人口	完全失業者割合	10万人あたり病院数
可住地面積人口密度	65歳以上就業者割合	10万人あたり一般診療所数
中卒割合	第1次産業就業者割合	10万人あたり歯科診療所数
高卒割合	第2次産業就業者割合	10万人あたり医師数
短大以上卒割合	第3次産業就業者割合	10万人あたり歯科医師数
外国人人口割合	自市区町村内での従業者割合	10万人あたり薬剤師数
年少人口割合	電車通勤割合	老年人口あたり介護老人保健施設定員数
老年人口割合	自動車通勤割合	老年人口あたり介護老人福祉施設定員数
生産年齢人口中女性割合	15歳以上人口あたり市町村民税	老年人口あたり認知症サポーター数
世帯あたり人数	15歳以上人口あたりたばこ税	要支援介護認定者中居宅介護利用者割合
核家族世帯中母子世帯割合	15歳以上人口あたり固定資産税	要支援介護認定者中地域密着利用者割合
単独世帯割合	財政力指数	
未婚割合	第1号被保険者中本人課税割合	
非労働力人口中家事従事者の割合	厚生年金受給権者あたり受給額	
	65歳以上人口あたり厚生年金受給権者数	

表 4 PLS 回帰係数 中心化・標準化した回帰係数のうち絶対値が上位の変数

	変数	回帰係数	中心化・標準化した係数
男性	65歳以上人口あたり認知症サポーター数	0.698	0.136
	短大以上卒割合	0.010	0.130
	核家族世帯中母子世帯割合	-0.117	-0.136
	完全失業者割合	-0.092	-0.138
	15歳以上人口あたりたばこ税	-0.072	-0.196
女性	65歳以上人口あたり認知症サポーター数	0.439	0.083
	短大以上卒割合	0.005	0.063
	第1次産業就業者割合	0.006	0.076
	10万人あたり病院数	0.009	0.064
	15歳以上人口あたりたばこ税	-0.041	-0.107

表 5 認知症自立余命と関連が見られた変数

認知症自立余命との関連		
	正の関連	負の関連
男女共通	認知症サポーター数 短大以上卒業者割合	たばこ税収
男性に顕著		完全失業率 母子世帯割合
女性に顕著	人口当たり病院数 第1次産業従事者割合	

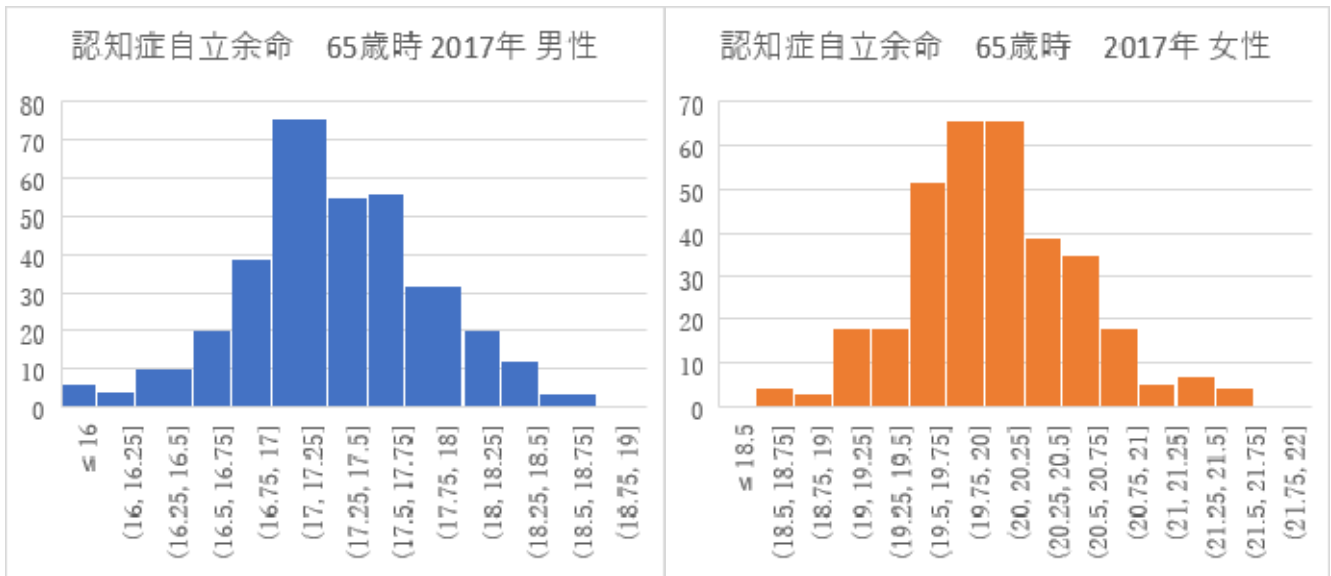


図1 二次医療圏:不健康を自立度2以上とした認知症自立余命ヒストグラム

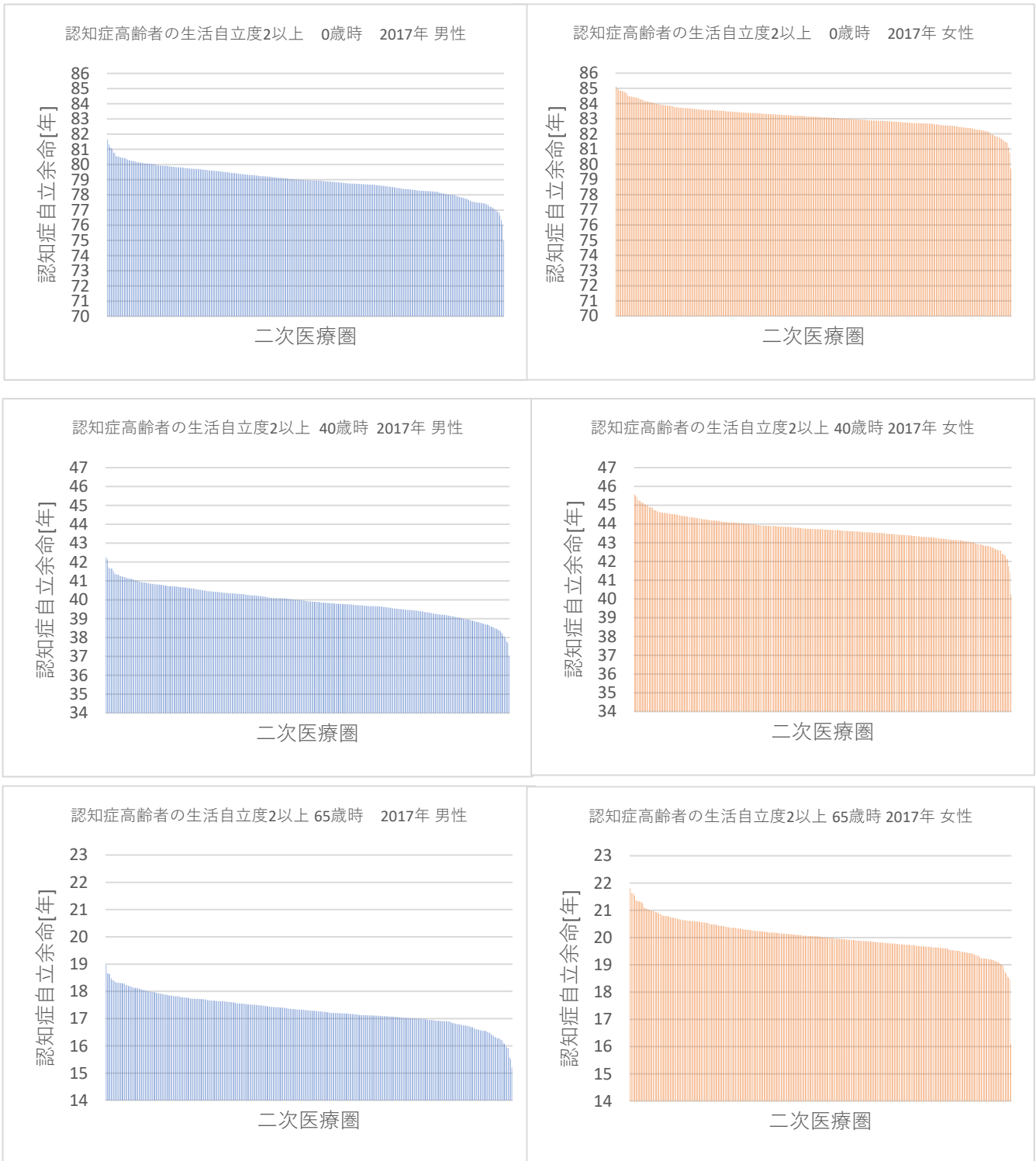


図 2.二次医療圏:

不健康を認知症生活自立度 2 以上とした男女別、0,40,65 歳時の”認知症自立余命”の分布(2017 年)

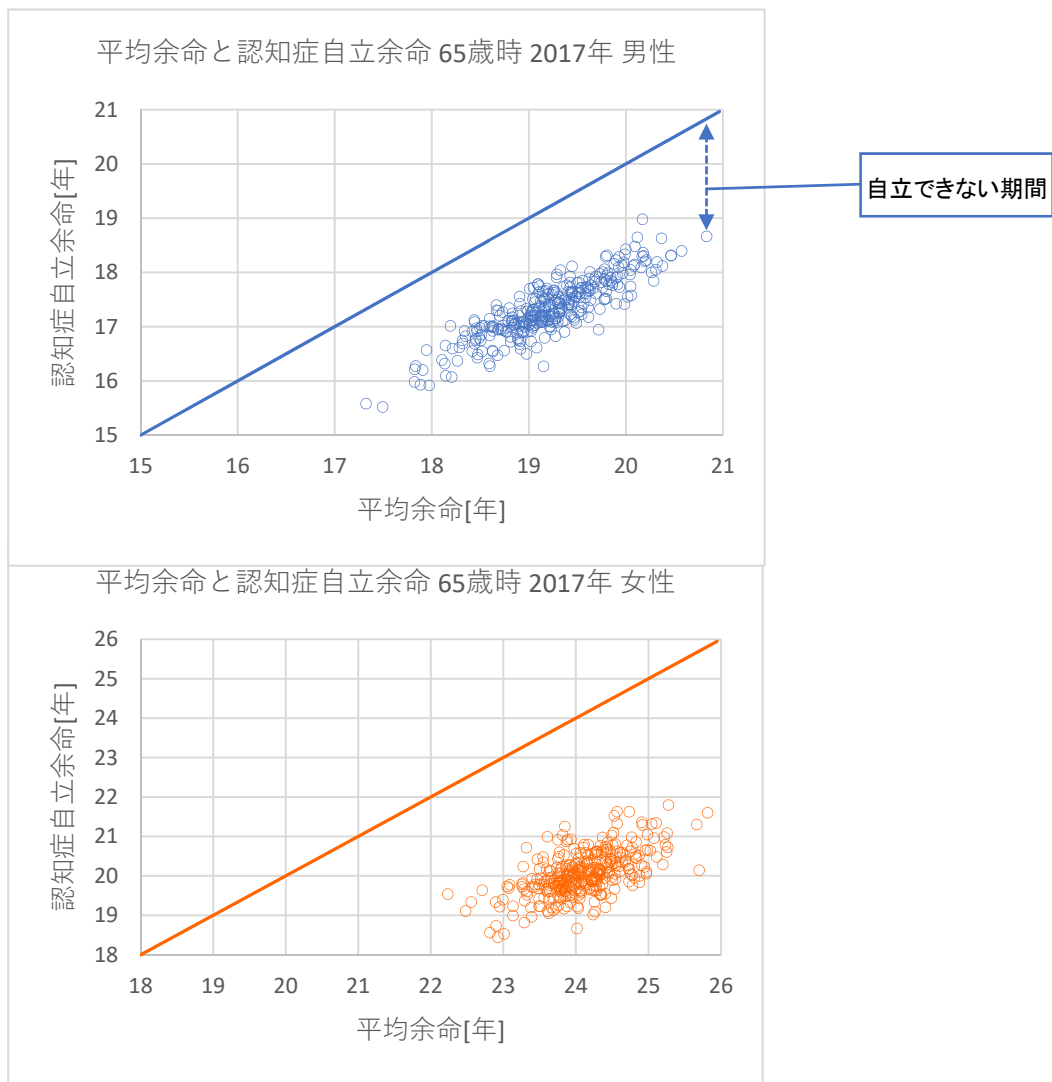


図3 二次医療圏:

不健康を認知症生活自立度 2 以上とした”認知症自立余命”と平均余命の比較(2017 年)

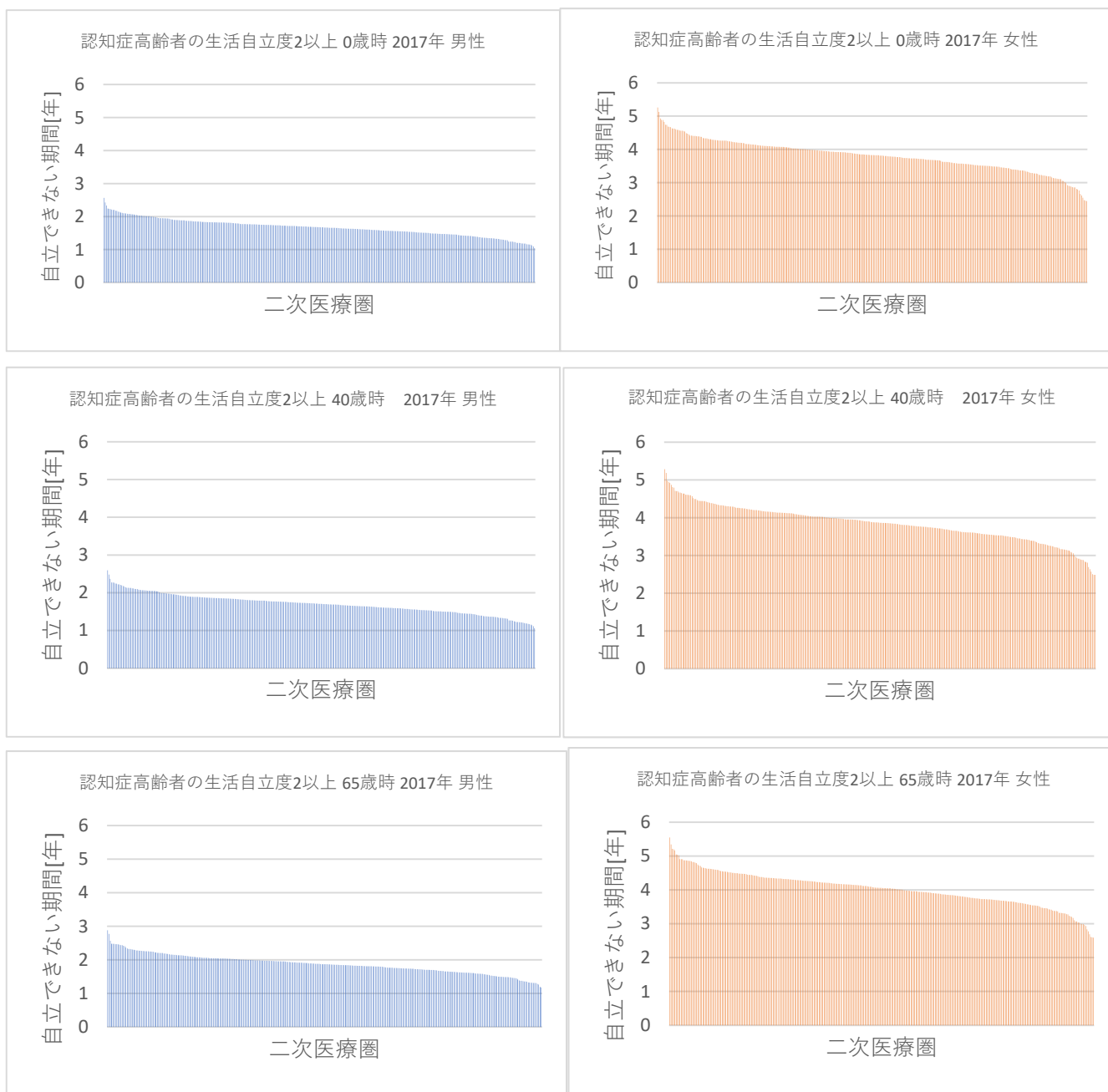


図4 二次医療圏別：
不健康を認知症生活自立度 2 以上とした「認知症自立余命」と平均余命の差(2017 年)

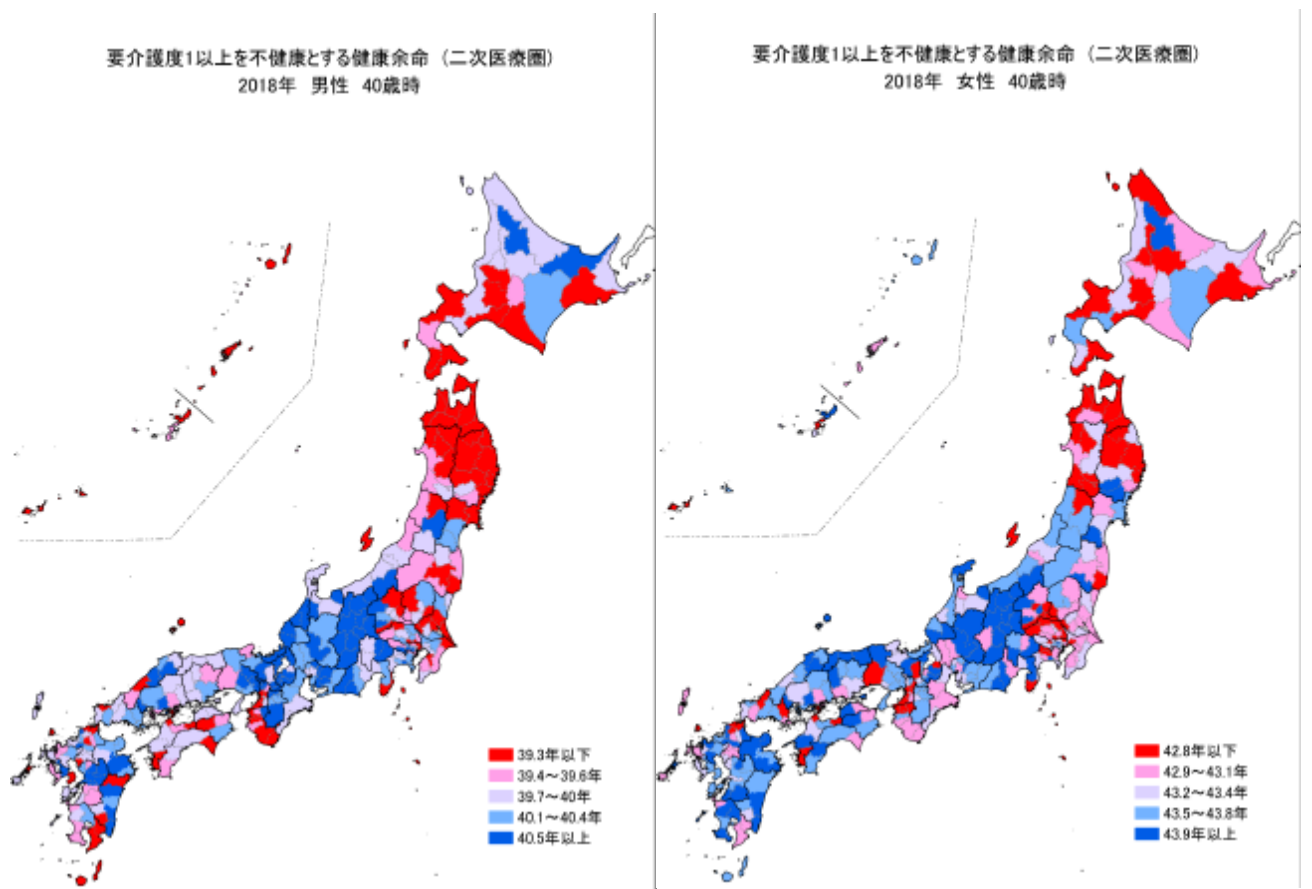


図5 要介護度を不健康とした健康余命（2018年）

不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命(二次医療圏)
2017年 男性 40歳時

不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命(二次医療圏)
2017年 女性 40歳時

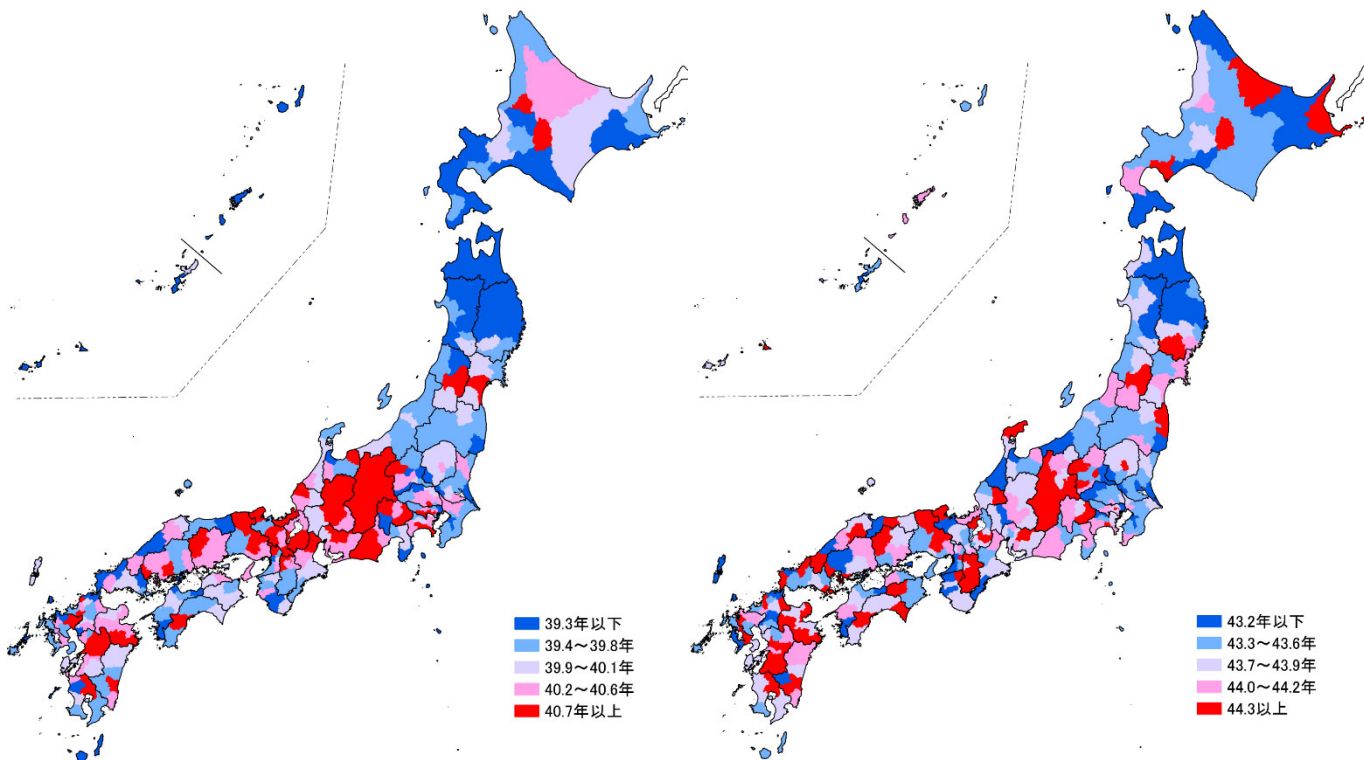


図6 認知症自立余命 (2017年)

不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命の割合（二次医療圏） 不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命の割合（二次医療圏）
 2017年 男性 40歳時 2017年 女性 40歳時

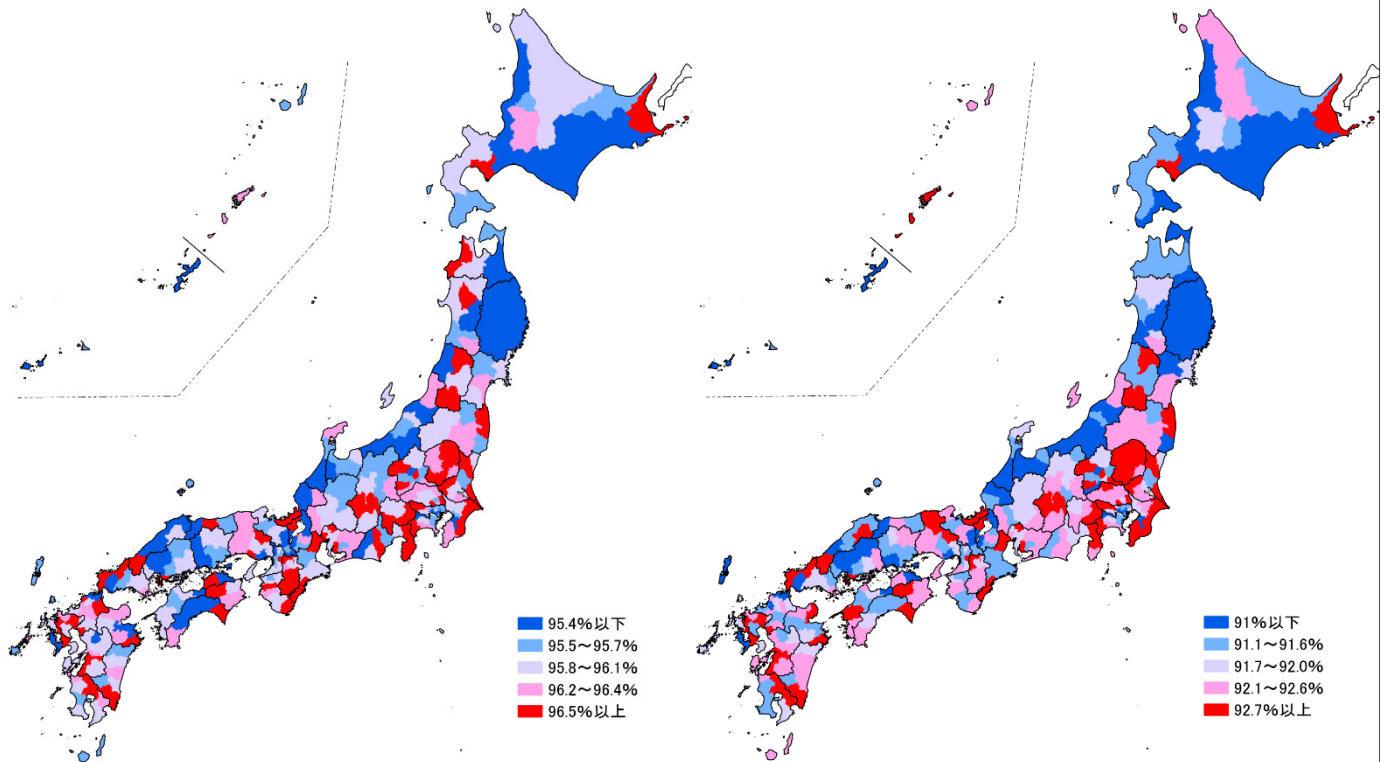


図7 認知症自立余命が平均余命に占める割合（2017年）

収集・構築した評価指標・評価指標候補データベースのデータ項目



医療サービス

- ・ 医師数
- ・ 看護師数
- ・ コメディカル
- ・ 医療機関数
- ・ 病床数
- ・ 救急搬送
- ・ 患者紹介率
- ・ 特定健診
- ・ 先進医療
- ・ かかりつけ医
- ・ 医療介護連携
- ・ 母子保健
- ・ 等

介護サービス

- ・ 地域包括支援センター
- ・ 地域ネットワーク
- ・ 地域ケア会議
- ・ 社会福祉協議会
- ・ 医療・介護連携
- ・ 疫学調査
- ・ 介護サービス利用実態
- ・ 介護施設数
- ・ 介護職員数
- ・ 介護予防の取り組み
- ・ 健康寿命
- ・ 社会福祉協議会
- ・ 障害者
- ・ 第1号被保険者数
- ・ 総合事業対象者数
- ・ 等

認知症関連

- ・ 見守りネットワーク
- ・ 認知症カフェ
- ・ 認知症ケアパス
- ・ 認知症リハ
- ・ 認知症疾患医療センター
- ・ 認知症初期集中支援
- ・ 認知症対応プログラム
- ・ 認知症対応力向上研修
- ・ 認知症地域支援推進員
- ・ 意思決定支援ガイドライン
- ・ チームオレンジ
- ・ 認知症対応力向上研修
- ・ ヘルプカード
- ・ 地域密着型サービス
- ・ 成人後見
- ・ 等



教育

- ・ 幼稚園・保育園
- ・ 小中高等学校
- ・ 大学・専門学校
- ・ 生涯学習
- ・ e-ラーニング
- ・ 各種学校
- ・ 生涯学習
- ・ 通信講座
- ・ 学習室
- ・ 文化資源
- ・ 図書館/体育館
- ・ 運動/食事
- ・ 子育て
- ・ 遊び場/児童公園
- ・ 認知症対応力向上研修
- ・ 等



社会関係資本

- ・ インフラ整備
- ・ 市民活動
- ・ 支え合い
- ・ 自治会
- ・ 住民参加
- ・ 声かけ
- ・ 相談相手
- ・ 男女雇用
- ・ 地域のつながり
- ・ 地域への愛着
- ・ 地域活動
- ・ 地域支援推進員
- ・ 地域福祉活動
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 町内会
- ・ 認知症カフェ
- ・ 認知症サポーター
- ・ 等



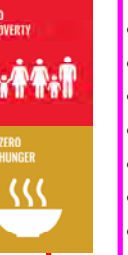
産業

- ・ 事業所数
- ・ 産業別収支
- ・ 産業別就業者
- ・ 企業
- ・ 融資/貸付
- ・ サポートステーション
- ・ 工業生産
- ・ 出荷額
- ・ 販売額
- ・ ICT/IT/IoT/AI
- ・ 産業連関表
- ・ 観光客
- ・ 観光収入
- ・ インターネット利用
- ・ シルバー人材
- ・ 消費者安全確保協議会
- ・ 消費者支出
- ・ 等



第1次産業

- ・ 農業者従事者
- ・ 高齢者就業
- ・ 農産物
- ・ 農家
- ・ 農園
- ・ 農業/畜産/水産業
- ・ 等



セイフティネット

- ・ 保険
- ・ 年金
- ・ 生活保護
- ・ 移動支援
- ・ 就労支援
- ・ 民生委員
- ・ NPO,NGO団体
- ・ 母子保健
- ・ 虐待防止
- ・ 等

多様性

- ・ 人口
- ・ 世帯形態
- ・ 子供の数
- ・ 男女雇用
- ・ 障害者就労
- ・ 生涯学習
- ・ e-ラーニング
- ・ 母子保健
- ・ 地域ネットワーク
- ・ 地域包括支援センター
- ・ インターネット利用
- ・ シルバー人材
- ・ 人権
- ・ 相談窓口
- ・ 市民活動
- ・ 等



都市

- ・ 人口
- ・ 世帯形態
- ・ 子供の数
- ・ 上下水道
- ・ バリアフリー
- ・ 公共交通
- ・ 自動運転
- ・ バス/電車
- ・ アクセス時間
- ・ 交通事故



- ・ 地区整備
- ・ 道路長
- ・ 景観保全
- ・ 都市計画
- ・ 気候
- ・ 耐震/防火
- ・ 道路舗装
- ・ 河川改修
- ・ 等

行政政治

- ・ 成年後見
- ・ 施策
- ・ 行政からの情報
- ・ 公共料金
- ・ 災害対策
- ・ 少子化対策
- ・ まちのイメージ
- ・ 活気
- ・ 住民意識
- ・ まちへの愛着
- ・ 人権
- ・ 火災
- ・ 消防団
- ・ AED
- ・ 防災
- ・ 苦情
- ・ 市政
- ・ 市民活動
- ・ NPO
- ・ 行政サービス
- ・ 相談窓口
- ・ 法テラス
- ・ 等

図8 収集・構築した評価指標・評価指標候補データベースの項目

因子2の Loading (説明変数の R²: 19.8%)

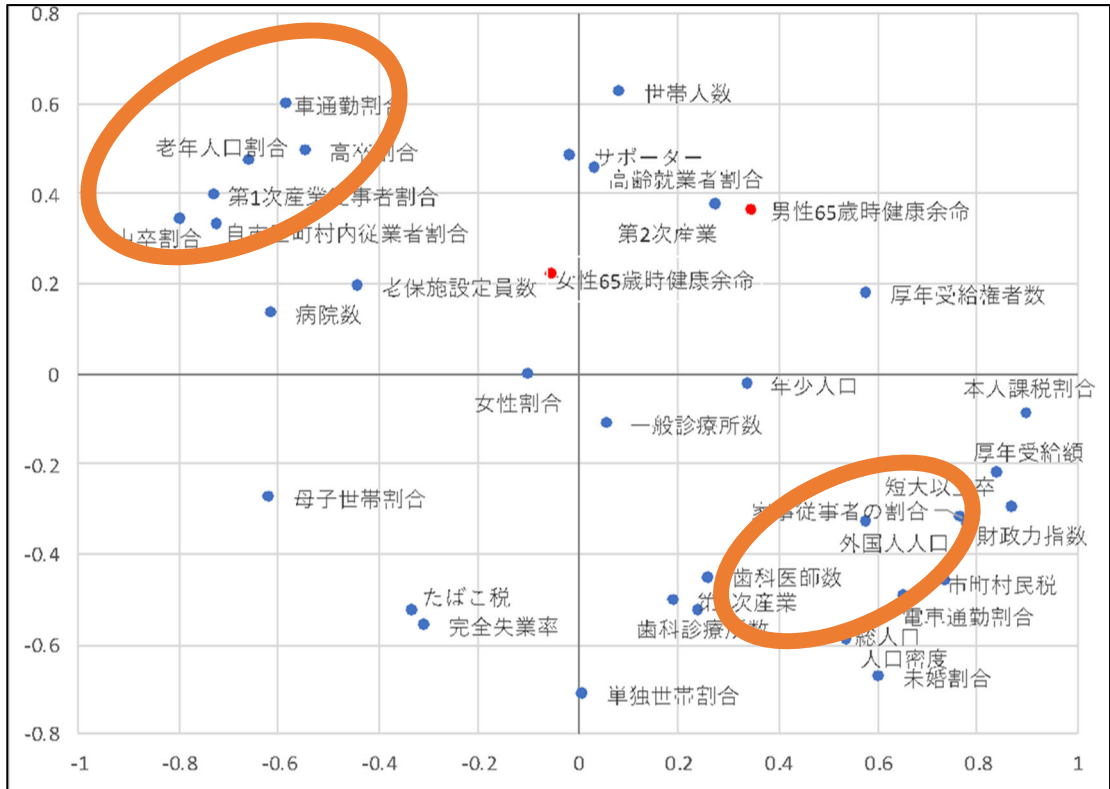


図9 PLS 負荷量散布図(潜在因子1と2)

因子1…人口、人口密度が高く、短大以上卒業者割合が高い

因子2…老年人口や自動車通勤者割合が高く、単独世帯割合が低い

地域共生社会の実現に向けて 認知症にやさしい健康まちづくりガイドブックへ向けた コンセプトシート

CONTENTS

序説

認知症の人と取り巻く人々の視点から

- 0 「認知症の人とその家族にやさしいまちづくり」とまち全体の
フレームワークづくり:スマートシティ構築と結びつける
- 1 社会参加・認知症カフェ・サロン
 - 2.1 地域保健、地域ケア
 - 2.2 市民参加・認知症サポーター
 - 2.3 社会参加

制度・社会システムの視点から

- 3 社会的包摂・認知症の人を支える家族
- 4 人権・権利擁護・成年後見制度・紛争解決
- 5 高齢者雇用・年金
- 6 学校教育、生涯教育、マスメディア
- 7 医療
- 8 介護サービス等
- 9 地域包括ケアシステム

まちづくりの視点から

- 10 社会にやさしいコミュニケーションと情報
- 11 健康まちづくり
- 12 都市計画・交通/住環境
- 13 認知症にやさしい健康なまち

序説

本コンセプトシートは、地域「共生」社会の実現に向けた認知症にやさしい健康まちづくりのポイントについて、学際的な議論も行い各専門領域の研究者が各々の視点から記載したものである。

今後これをベースにさらに議論を重ね、各自治体や現場の人々に活用していただけるガイドブックにしていく計画である。

注目のハイライトポイント

- ・認知症のひと本人がメッセージを発信することや、単に支えられる側であるだけでなく、活動する側になるための具体的な取組み、例えば、**認知症希望大使、オレンジドア、認知症カフェ、本人ミーティング、チームオレンジ**等が紹介されている。
- ・認知症の人の尊厳が尊ばれ、社会の中で共生するためには、**まず認知症の人と身近な人の関係が改善されることが最重要**であり、身近な人に内在する課題(例:認知症の人への偏見を増幅/修正するメディアの役割、介護者本人の孤立傾向・自己犠牲、また逆に認知症の人の生殺与奪権を持つ等)につき、**高齢者虐待に通じる課題として問題提起**している。
- ・認知症の当事者や周辺の人たちにとって安心なまちとはどのようなものか、AIなど先進技術の活用とともに、都市計画、交通の利便性なども考慮に入れた、住みやすいまちづくり、その基盤となる考え方についても検討している。
- ・「健康まちづくり」として、「生きがいを追求することができる」、「健康増進、疾病予防に、楽しみながら取り組める」、「世代を超えて支えあう活動がひろがる」、「緊急時、災害時にも安全と健康を確保する準備ができてい」、「そして、「まちづくりの展開にデータが活用される」まちづくりを目指している。
- ・「認知症にやさしい健康なまち」を構想していくにあたり、特に重要なポイントとなるのが「歩いて楽しめる街（ウォークブル・シティ）」を軸とする「コミュニティ空間としての都市・地域」の実現であり、都市の空洞化を改善するためには「**医療・福祉政策と都市・交通政策の総合化**」という発想と政策展開が**重要**であることを指摘している。

2022年2月

研究班代表

京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授

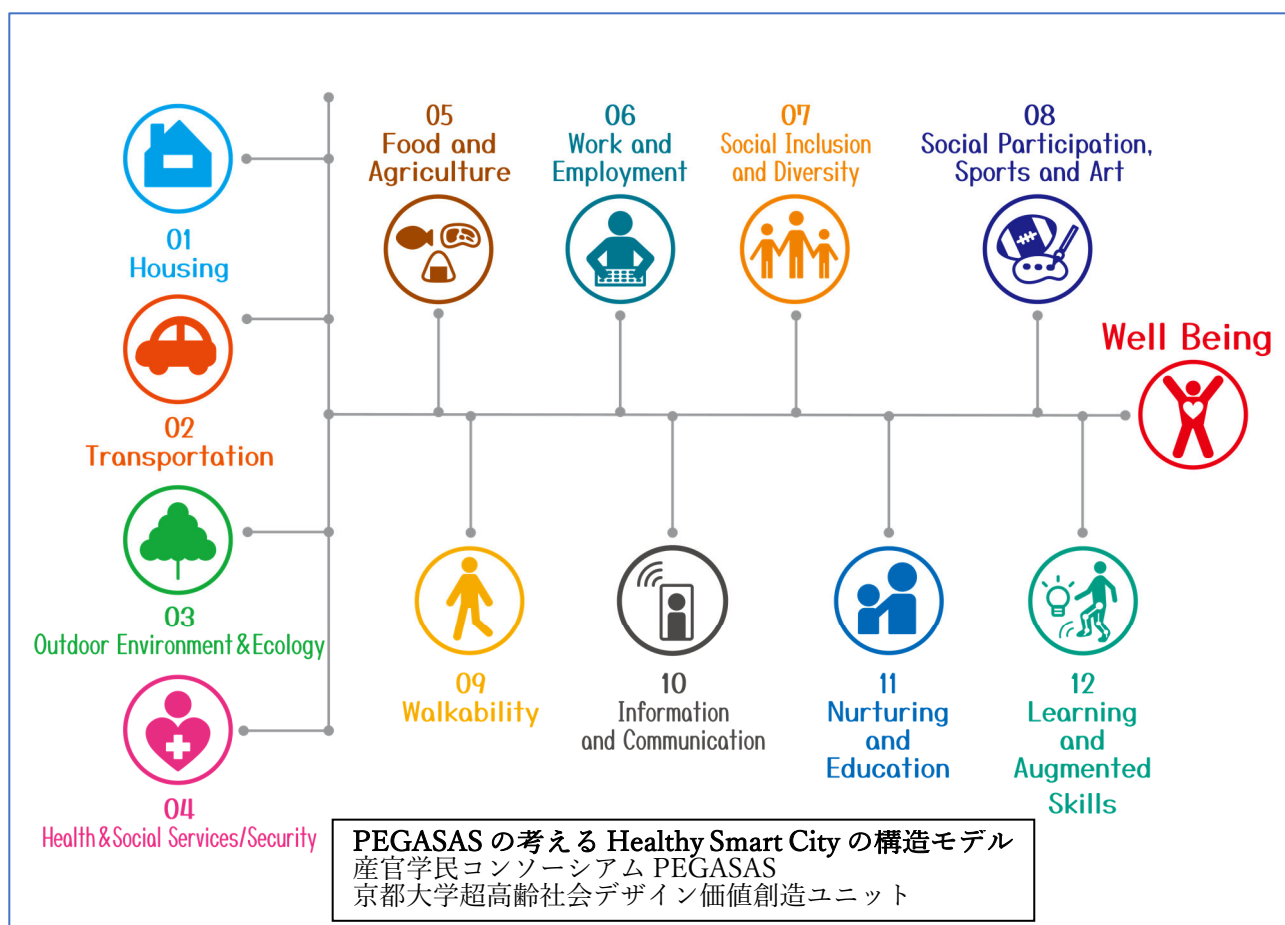
今中 雄一

0. 「認知症の人とその家族にやさしいまちづくり」と まち全体のフレームワークづくり:スマートシティ構築と結びつける

担当:今中雄一

「認知症の人とその家族にやさしいまち」をつくるということは、即ち「全世代にやさしいまち」をつくることになると考えている。生活の多側面で「認知症の人とその家族にやさしい、全世代にやさしいまち」を実現していく必要がある。そこに国策であるコンパクトシティづくりを融合させていく。

下図は、京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットとそれを基盤とした産官学民コンソーシアム PEGASAS とで検討してきた健康(Well-Being)志向のまちづくりのフレームワークである。コンパクトシティをベースとして、「全世代にやさしいまち」そして「認知症の人とその家族にやさしいまち」づくりを展開するフレームワークを展開していこうとするものである。



01 住環境、02 交通、03 屋外環境やエコロジー、04 保健医療介護のサービスとその保障、05 食事と農林水産、06 働き方・雇用、07 社会的包摂と多様性、08 社会的参加や芸術・スポーツ、09 ウォーカビリティ、10 情報・コミュニケーション、11 育成・教育、12 生涯学習と支援ツール活用、このような各側面のあり方について、また全体を把握して、認知症の人や全世代の人々の健康・Well Being が向上するように、まちづくりをしていくことが望まれる。

特に、「共生」のためには、社会的包摂と多様性、社会参加が重要となることはいままでもないが、情報とコミュニケーション、生涯学習や支援ツールの活用も、ますます重要になってくるであろう。

下記は目指す方針の一部を表すが、その実現には技術の開発や適用、意識改革や活動が必須である。

社会的包摂と多様性(Social Inclusion and Diversity)

日常生活の中で手を差し伸べる文化の醸成が求められている。スーパー等でのレジやセルフレジ、レストランでの食事、などでは、認知症の人やその家族、高齢者や外国人など困っている人の元へすぐに支援の手が差し伸べられる仕組みが浸透している社会を築くことが望まれる。地域内のイベントや集いもよい機会となりうるが、行政担当者や専門家の支援とともに、孤立や孤独を防いでいこうという人々の意識を醸成していくことが重要である。教育のみならず、マスメディアからの情報発信や、インターネットを通じたSNSも重要な機能を持つであろう。

認知症や高齢化、社会保障の基礎、多様性への敬意などについて、小学校と中学校のカリキュラムに含まれたり(例えば生徒は全員認知症サポーターになる)、高齢者や子供を含む多世代が楽しみをもって一緒に活動できる機会も、学校活動が契機や基盤となりうるであろう。

社会参加(Social Participation, Sports and Arts)

コミュニティや家族と一緒にレジャー、社会的、文化的、精神的な活動に参加できるような社会環境づくりをめざす。認知症であるからといって参加が阻まれないよう、人々の意識や、認知機能上、身体機能上などのバリアフリーを展開する。サロン活動のみならず、各種イベントに関する情報を入手しやすくし、適切なアクセスを確保・提供する。集う場所は、認知機能上、身体機能上もバリアフリーであり、どの世代も過ごしやすい環境とする。地域密着型のスポーツも振興され、日常的に運動しやすい環境が整えられ、芸術や文化に日常的に触れやすい環境をつくっていく。

情報とコミュニケーション(Information and Communication)

人々は生活していく上で必要な情報を適時に容易に取得できる必要がある。情報伝達の方法は紙や TV、ラジオ等、SNSを含む Internet などのメディア、サイネージや口頭での情報伝達など様々な手段が組み合わせられ活用され情報格差の解消を図っていく。各種メディアや ICT の利活用により、認知症の人と家族がより多くの人と繋がれるようになり、「まち」の各サービスプレイヤーや行政機関とプラットフォームを介して最新の情報を得るとともに、最適な人材や健康医療介護サービスに繋げる。

支援に最も高いニーズのある人々、つまり、認知症の人や脆弱な人々(低所得者層、高齢者、社会から取り残された人々)がデジタルデバイドのために、不利な立場に置かれるリスクが最も高いため、そのため、地域における ICT 機器に触れる機会、学ぶ機会、訓練等を充実させていく(デジタルインクルージョンの充実)。

生涯学習や支援ツールの活用(Learning and Augmented Skills)

少子高齢化に起因する医療・介護問題をはじめ、さまざまな社会課題について先進技術を適用し、私たち自身の機能を増強・拡張させることで課題解決を図る。特に、認知症の人やその家族にとって、技術による機能の補助・拡張は極めて重要である。たとえば、家庭での日常の暮らしの中でも、健康維持に必要なデータを把握し自ら重症化予測、発症予防を行うとともに、医療機関での治療後も専門的な支援を受けながら自らフォローを行い予後を改善するなど科学的な健康維持ができるようになる。認知症の予防やケアについても、ICT 技術により自らや家族のセルフケア力を向上させ、また専門的な支援を受けやすくする。全世代が生涯を通して、学びたいことを学び続けることができる仕組み、そして、誰もが取り残されず ICT を活用できるように世代やその人に応じたデジタル教育を展開する。

1. 社会参加・認知症カフェ・サロン

担当 武地

日本社会が超高齢社会となる中、加齢を最大のリスクとする認知症の人の数は増加し、2025年には高齢者の5人に1人が認知症ということが推測されている。認知症という病気では、一人で社会生活を遂行することが難しくなり他者への依存や社会からの疎外を生む。さらには周囲の家族や近隣住民も認知症の人をうまく理解することが難しく認知症の人の社会参加を支援することは容易ではない。社会全般の認知症への偏見も認知症の人だけでなく、その家族の社会参加も妨げる。

そのような社会状況を踏まえ、2012年に掲げられたオレンジプランと、それを改訂して深化させた新オレンジプラン、認知症施策推進大綱では、認知症の人本人がメッセージを発信することや、単に支えられる側であるだけでなく、活動する側になることも推奨している。そのような活動を促進するための拠点として認知症カフェの設置も促されている。

それらの活動が具体化するための取り組みを以下に示す。認知症施策の評価を行い、データベースを通じて可視化し、認知症にやさしい健康なまちを創るために、これらの取り組みの状況や実施上の課題などを把握することが大切である。

1) 認知症希望大使

認知症施策推進大綱に基づき、厚生労働省では、認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、認知症本人の方々を認知症に関する普及啓発を行う「希望大使」として任命。各自治体でも希望大使を任命し、メッセージ発信の機会を設けている。

* 関連事項：認知症希望大使の任命状況と活動状況、若年性認知症コーディネーター、認知症サポーター、各自治体の認知症条例など

2) オレンジドア

認知症の診断を受けて、これから先、どうなるのだろうと不安で仕方がない時期に一歩先に診断を受け、その不安を乗り越えてきた認知症当事者の方々と出会い、前向きになるきっかけをつかむ場所。

* 関連事項：オレンジドアの設置状況と活動状況

3) 認知症カフェ

認知症カフェは、認知症の当事者やその家族、知人、医療やケアの専門職、そして認知症について気になる人などが気軽に集まり、なごやかな雰囲気のもとで交流を楽しむ場所。

* 関連事項：認知症カフェ設置状況、認知症カフェでの認知症の人の活動状況、各自治体の認知症カフェ運営助成交付要綱や助成状況、認知症カフェスタッフ研修の実施状況など

4) 本人ミーティング

認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場。

* 関連事項：本人ミーティング開催状況、本人ミーティング開催ガイドブック利用状況

5) チームオレンジ

認知症サポーターが正しい理解を得たことを契機に自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための取り組み。

* 関連事項：認知症サポーター養成状況、認知症サポーターステップアップ講座実施状況、チームオレンジ活動状況

6) 住民調査や病院での診断時の調査

1)～4)などの活動が実際に地域全体での認知症の理解が広がっているかということ把握するためには、認知症の受けとめや理解に関する住民調査や新たに認知症と診断された際の介護負担感などが調査されることが望まれる。

2.1. 地域保健・地域ケア

担当： 村嶋幸代/木嶋彩乃

認知症施策推進大綱の基本的な考え方

高齢者の4人に1人が認知症又は予備軍といわれ、今後さらに増加することが見込まれている。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進する。

発症予防の重視：働く世代からの健康増進

高齢者の4人に1人が認知症又は予備軍といわれるが、糖尿病などの慢性疾患を予防することで、発症を予防できることが知られている。まずは、壮年期、その前の青年期・小児期から、全世代・地域ぐるみで健康増進に取り組むことが、重要である。

青壮年期に食事、運動、禁煙、適度な休養等を個々人に働きかけるだけでなく、そのための環境を整備していくことが重要である。また、社員の健康管理に留意する健康経営事業所を増加させるための工夫（表彰制度等）、更に、企業トップの意識改革（大企業だけでなく、中小企業の経営者層への浸透）等々、社会全体が健康になるような仕掛けを多方面で行い、推進していくことが必要である。その手法を、成人保健だけでなく、学校保健、小児保健等にも適用していくようにする。

地域保健・地域ケアにおける望まれる姿・理想とする姿

1. 介護予防・認知症予防

● 通いの場の拡充と社会参加活動の推進

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立

の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせる可能性が示唆されている。一般の高齢者や虚弱高齢者が身近に通うことができる「通いの場」は、全国に約9万設置(平成29年度)されている。今後も地域において、公民館等の社会教育施設や大学の公開講座など住民が幅広く活用できる場を最大限利用するなど、定期的に通える場を拡充していくことが求められている。一方で、高齢者の中には、経験等を生かして社会で活躍したい高齢者も存在する。高齢者が地域において生きがいをもって生活できるよう、ニーズを把握し、高齢者の社会参加活動を促進する体制整備が期待される。

2. 早期発見・早期対応の体制整備

● 地域の特性に合わせた認知症初期集中支援チームの効果的な推進

早期発見・早期対応の体制の一つである認知症初期集中支援チームは、全国市町村の地域包括支援センターに設置されている。保健師・看護師等の認知症地域支援推進員が、認知症(疑いを含む)の方及びその家族を訪問し、医療・介護と連携し、サービスの調整や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行う。初期集中支援チーム

が支援を要する家庭を把握するためには、地域からの情報提供(気づき)が大きいと考える。そのため、高齢者と日常的に関わる地域の医療職の理解、地域住民の認知症に対する基本的な理解がベースとして必要と考える。そして、認知症の本人や家族が望む形でのサービスにつなぐためには、地域の実情やニーズを踏まえ、社会資源等の体制整備も併せて進めていくことが望まれる。

3. 認知症の本人と家族がよりよく生きていくことができる地域

● 認知症サポーターや認知症カフェの普及と活動の推進

認知症になっても進行を緩やかにし、認知症とともによりよく生きていくことができるような地域づくりが求められている。認知症が正しく理解され、また認知症の方が安心して暮らせるよう、その第一歩として認知症サポーター養成が展開されてきた。現在は小中学生から大人まで、また金融機関・交通機関など高齢者と日頃関わることの多い業界まで拡大し 1,144 万人（2019 年 3 月末現在）養成されている。今後は認知症サポーターの活躍の推進が期待されており、全市町村で認知症本人や家族のニーズと認知症サポーターをつなぐ仕組みを整備することが求められている。

また、地域共生の拠点として、認知症カフェが挙げられ、全国 1,265 市町村約 6 千か所（2018 年 3 月末）設置されている。認知症の方やその家族専門職が情報共有し、認知症の受容や今後の見通しなど不安のある介護者の負担軽減などピアサポートが図られている。加えて、地域住民も参加することで、お互いを理解する場となり、地域の認知症に対する理解促進が期待される。全国市町村での設置が目標とされており、今後は地域住民が参加しやすいようにさらに身近な存在となることが望まれる。

（参考資料）

- ・WHO. Global Age-friendly Cities: A Guide ; 12 Community support and health services. 2007.
- ・厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）. 平成 29 年 7 月.
- ・認知症施策推進関係閣僚会議. 認知症施策推進大綱. 令和元年 6 月 18 日.
- ・厚生労働省老健局. 認知症施策の総合的な推進について. 社会保障審議会介護保険部会資料. 令和元年 6 月 20 日

2.2 市民参加・認知症サポーター

担当：中部 貴央

<望まれる姿・理想とする姿>

1. 高齢者の雇用・ボランティアの機会の創出

高齢者は定年に捉われずに働く機会を提供されることによって、自己価値、アクティブな感覚、健康と社会的つながりの維持が期待され、生きがいにもつながる。生きがい、やりがいをもって働くことは、認知機能低下を予防する可能性を秘める。結果として、健康寿命が延びる。

- 定年退職後にも、働く機会が様々に用意されている。
 - －フルタイム・パートタイムに限らない柔軟な働き方が用意され、高齢者が障害を持つ場合には、障害者のニーズを満たすように調整される（聴覚支援等）。
 - －働く立場に応じたトレーニングの機会が用意される。
- 定年退職という概念を超え、働ける人が働きたい場所で働いていけるまちである。
 - －組織が硬直しない仕組みがつけられている。
 - －高齢の起業家や自営業の機会に対する支援がある（例：農産物や工芸品を販売する市場、中小企業のトレーニング、高齢労働者のためのマイクロファイナンス）。
 - －小規模および在宅ビジネスをサポートする機会を用意し、必要な情報は、高齢者を含め誰もが得やすい形で提供する。
 - －障害に関わらず、起業へのサポートが受けられる。
- 自発的なボランティアの機会が多く用意されている。
 - －各ボランティア組織をとりまとめる組織が十分に発達し、各組織が持続可能な運用が実施されている。
- 認知症の人、家族、高齢者をサポートする担い手として、出産・子育てがしやすい働き方が用意されている。
 - －働きたい場所で働き、介護や子育てなど柔軟に対応できる。
 - －担い手を維持するとともに、少子化対策になる。

(参考)

厚生労働省職業安定局高齢者雇用対策課 生涯現役促進地域連携事業のご案内（令和元年 12 月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000505087.pdf>

2. 認知症サポーターを中心とした認知症の人と家族への日常的サポート

認知症サポーターは、認知症について正しく理解し、偏見をもたず、認知症の人や家族を温かく見守る「応援者（サポーター）」である。各サポーターが自身のできる範囲で活動し、身近でさりげなく見守ったり、困っている人へ手助けを行う。日本国内の認知症サポーター数はのべ 1300 万人を超える（令和 3 年 9 月 30 日現在：13, 396, 073 人）が、さらなる増加が望ましい。

- 認知症サポーターの継続的創出
 - －認知症の人と認知症サポーターが同程度の数になる。
 - －認知症サポーターのステップアップ・フォローアップ講座が定期的に提供される。
 - －市町村内の全小中高校での認知症サポーター講座を開講する。
- 認知症サポーターの活躍の場が多く用意されている。
- ステップアップ講座を受講した認知症サポーターが支援チーム「チームオレンジ」が構築されている。

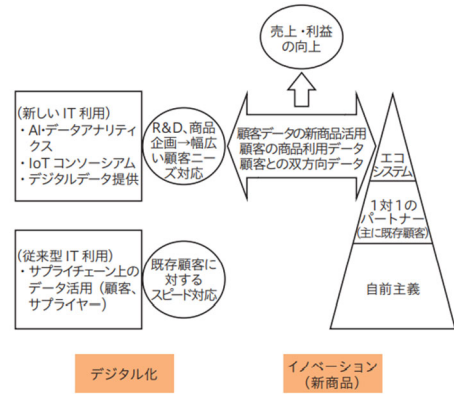
(参考)

特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構 令和 2 年度 老人保健事業推進費等補助金「認知症サポーター活動促進事業「チームオレンジ」の立ち上げ支援のあり方にかかる調査研究事業 報告書」(令和 3 年 3 月)

3. 住民全体が楽しみながら主体的に参加してまちをつくりあげる

オープンイノベーション 3.0 で着目されるように、1 対 1 だけでなく、地域の垣根、業界の垣根を超えた一体となった連携が必要とされている。単にモノやサービスがつけられ提供されるだけでなく、技術的なプラットフォームからユーザーと新たなビジネスが構築されるビジネスイノベーションの水平分業が必要とされている。新規の技術開発とビジネスモデル開発に組み合わせ、まったく新しい事業を展開が求められている。つまり、オープンイノベーションが進んだまちづくりでは市民の“主体性”を引き出し、まちづくりに積極的に市民が参加できるしくみが必要である。主体性を引き出されるうる市民は、こどもから大人、高齢者はもちろん、認知症の人などすべての市民が対象となる。

図-3 経済のデジタル化とオープンイノベーションの関係



出所：Motohashi (2019)

図の例：差し替え予定

○市民が“主体的”に参加するために、参加したくなる、楽しさや興味をひく仕掛けづくりが恒常的にある。

- －認知症の人でも参加できる仕組みがある
- －こどもから大人まで意見を吸い上げる場がある

○作り手から使い手まで 市民のニーズに応じた産官学民協働のオープンイノベーションが実践されている。

- －地域内で市民が参加した新しい技術・サービス開発がある。
- －地域内のオープンイノベーションを行政が支援している。

(参考)

元橋一之. オープンイノベーション 3.0 に中小企業はどう向き合うべきか. 日本政策金融公庫調査月報 (2019) 131:4-15

文部科学省. 令和 3 年版科学技術・イノベーション白書.

https://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpaa202101/detail/1421221_00021.html

2.3 社会参加

担当：慎

認知症の人の社会参加を充実するため、参加可能な活動自体の拡充のみではなく、社会活動にアクセスできる物理的なアクセス、情報面でのアクセスも重要である。その側面で、WHOガイドのPart 5 (Outdoor spaces and buildings)、Part 6 (Transportation)、Part 8 (Social participation)、Part 11 (Communication and information) は密接な関係がある。

認知症大綱

5つの柱の中、「4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援」のキーワード：「地域共生社会」

認知症により、外出や交流の機会が減る

(1) 「認知症バリアフリー」の推進

- ① バリアフリーのまちづくり：様々な生活環境（移動、消費、金融、小売など）において認知症になっても利用しやすいよう改善、工夫
- ② ③ 運転ができなくても移動可能な手段の確保
- ⑤ 認知症カフェを活用した取組の実施、社会参加活動促進等を通じた地域支援体制の強化
- ⑧ 金融商品開発の推進：保有している不動産を担保として、生活資金等の融資を行う取組（リバースモーゲージ）を普及など
- ⑩ 消費者被害防止施策の推進

(3) 社会参加支援

- ・ 社会参加活動や社会貢献の促進
- ・ 支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活ができる環境づくり：介護予防にもつながる農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等
- ・ 社会教育施設での講座の受講による学びを通じた高齢者の地域社会への参画
- ・ 介護サービス事業所利用者の社会参加の促進

WHO Guide

様々な社会活動への参加のためには、参加機会の提供のみではなく、その活動に参加するための適切なアクセス、情報提供も必要である。

1. Accessible opportunities
 - ・ 活動についての情報へのアクセス
 - ・ 物理的なアクセス：交通手段、距離、休憩できる場所、お手洗い
2. Affordable activities
 - ・ 費用が負担にならない活動の拡充
3. Range of opportunities
 - ・ 広い範囲の活動の提供
多くの都市において中心部に集中
 - ・ フレイル、障害のある高齢者が参加できる活動が多くない
 - ・ 広い年齢層の人が参加できる活動が望ましい
 - ・ 障害学習への参加
4. Awareness of activities and events

5. Encouraging participation and addressing isolation

- 歩いてアクセスできる文化センターの存在
- 学校などの施設の活用：高齢者を含め、全年齢層の地域住民が利用
- 高齢者は孤立されやすい：配偶者の死亡、健康悪化など。特に高齢の介護者介護者がいなくても参加できる活動の拡充
- 男性の高齢者の社会参加が少ない傾向

6. Integrating generations, cultures and communities

- 若い世代との交流ができる活動が望ましい

望まれる姿：住み慣れた地域で、物理的・経済的にアクセスしやすい様々な社会参加の機会が存在し、参加を支援する社会システムも整備されている。高齢者の生きがいがづくり、生涯学習はもちろん、全世代が楽しめる活動も多く、世代間交流、地域文化の継承の場としても機能する。

3. 社会的包摂・認知症の人を支える家族

山田裕子

このガイドブック（案）では、認知症の人が社会の偏見やステレオタイプに阻まれることなく、人間としての尊厳を自他ともに保ち、偏見やステレオタイプを書き換えることができる生き方を可能にできる社会の仕組みをどのように構築するかについて、各分野から探るが、この章では、認知症の人にとっての最も身近な存在の家族や親族、あるいは介護にあたる人の関係から考え、その光と影に注目し、どのようにその関係が改善され、認知症の人とその身近な人々にとって、力を発揮できる関係になるかを考える。

大前提として、認知症の症状が現れるのも、それが進行するのも、日常生活の中であり、診察室ではないことをまず確認したい。日常生活がそれを進ませ、複雑にもする。逆に日常生活が、その症状を穏やかにし、進行を抑制することもある。日常生活を物理的環境と人的環境の2要素からなると大きく考えると、その2要素のうち、特に人的環境がどのような効果を生み出すかについては実践や研究で次第に明らかになってきている。

社会や社会を構成する人々が認知症と認知症に恐れや嫌悪感をどのように持つのが、認知症の人の共生を考えるときの主要なテーマになるが、そのような、人々の認知症に対する感じ方は、認知症に身近に接している人の視覚および言語情報に大きく左右されると思われる。認知症に身近に接している人は、家族、親族、介護従事者などからなる。身近に接している人が、認知症の人と、楽しく、和やかに、問題なく生きているならば、世間や社会の認知症と認知症の人に対する見方も、恐れや嫌悪を含まないだろう。しかし、認知症の人と身近にいることは、かつて「認知症は人間関係を悪くする病気である」と臨床医が語ったように、トラブルや問題を孕み、それまで問題のない人間関係を築いてきた人々の間柄も、トラブルに巻き込まれることが、これまであまたの研究や証言が示している。

しかし、認知症の人の尊厳が尊ばれ、社会の中で共生できるためには、矛盾しているように受け取られるかもしれないが、この一番難しく思われる、認知症の人と身近な人の関係が改善されることが、最も大きな効果を持つように思われる。

この関係がなぜそのように、認知症の人の共生にとって大切なのかは、いくつか理由がある。

まず、家族や身近な人は認知症の人について、言語情報として、その症状について語り、偏見を増幅し、また偏見を修正するメディアとしての役割①を果たしている。それゆえに身近な人々が認知症の人と築いている関係性は社会や世間にとって、認知症観を構築する決め手と言ってもいいぐらい影響力の大きなものとなるのである。

次に、家族や身近な人は、認知症の人との相互作用によって、認知症の人のBPSDを悪化させたり、改善したりもする、認知症のBPSDの規定要因②でもある。認知症は、これまで、その「問題行動」と呼ばれていたものにより、厄介で困難なことと捉えられ、忌避されることが多かった。しかしその「問題行動」(=BPSD)は認知症のinnateな症状ではなく、認知症の人を取り巻く人(状況要因)との関係で、発展し、悪化する悪循環の結果であることも多い(室伏、2014)。これまで多くの研究が積み重ねられている。(Kitwood 1997, 山田他 2019)

認知症の人とその家族や身近な人は、認知症が発症すると、職業および社会的な交流などから遠ざかり、社会参加の機会を失い、社会生活の範囲を狭め、孤立する傾向③があり、その孤立がさらに認知症の人とその家族や身近な人の閉鎖的な生活を招来することになる。孤立は、心理的にも危険なものであり、偏見やステレオタイプを増悪することに繋がり、また自殺や殺人など、最悪の結果を来すことも知られている。

また最後に、認知症の人の介護者であり、自己犠牲を強いられると同時に認知症の人にとって、生殺与奪の権をもつ④かのような大きな存在である。

家族や身近な人が果たす役割はこの①②③④のように、単に介護者とだけ呼ばれるものではないために、私たちは、慎重に、そこから深く学び、身近な人との関係を逆に、大きな資源とする方法を講ずることが必要となる。そのように、悪循環を好循環に転換することによって、認知症の人の共生は、それほど難しいものではなくなる可能性がある。

この身近な人と認知症の人との関係は、今は最悪と言っていいかも知れない。2021年12月25日(土)朝日新聞「介護家族の高齢者虐待、最多」と報じるのは、コロナ禍に於いて、介護サービスが停止したことにより、認知症の人に家族が直接、そしておそらく長時間、関わることにより、介護負担が増加したことが原因とみられている。介護は、労働負荷が高いのは知られているが、認知症の介護は、認知症に対する理解、認知症の人に対する理解など、さらに多岐にわたる理解や知識が必要とされており、それら資源のない状況での介護は、双方にとって危険を伴うことを意味しているのではないだろうか。

よって、認知症の人とその家族や身近な人々には、地域において、社会参加の機会を提供し、孤立を防ぎ、認知症や介護についての知識を得る機会を設けることが必要である。彼らの関係には、互いを思いやり、世話をし合う性格を潜在的に持っているが、認知症について、老いについて、思い込みや、相手への過剰な期待、間違った解釈も伴うものであり、その関係自体が常に外部に開かれ、それぞれが社会参加できる機会を持ち、負担感や犠牲感などに凌駕されないゆとりが必要なのではないだろうか。

家族や親族には「家族会」のような、自分のしている介護の困りことを他の参加者に理解され、他の介護者発言を聞いて、自分の介護を見なおす機会や、認知症の本人には、これまで得意としてきたことを実践する機会などが有効である。しかし、介護者と家族、という関係だけに捉らわれない社会参加の機会も必要である。

それらを効果的に行うために、もの忘れ外来や認知症の診断を行う診療科には、家族や介護にあたる人へのカウンセリングおよび相談を行う人員を配置する必要がある。例えば、診断直後一定の期間、家族と本人の話を聞き取り、家族や本人の苦悩を理解し、そのうえで互いの関係を改善できるように、家族や介護にあたる人に認知症についての教育を行い、関わり方についての助言を行うことができるように、また、孤立を避けるように、地域の本人および家族会などへの紹介を行うことができれば、認知症と家族にとって、診断後の関係の危機や孤立に対処できると期待できる。

参考文献：

1. 室伏君士、2014 認知症高齢者の本態の理解 (株)ワールドプランニング
2. **Kitwood, Tom 1997** Dementia Reconsidered: The Person Comes First (Rethinking Ageing Series)
3. 山田裕子、肖崢楠、鄭熙聖、朴蕙彬、杉原百合子、武地一 (2019) 「初期および若年性認知症の人と家族の困難とニーズ」家族介護者から見た認知症カフェの機能と役割」 (第20回) 日本認知症ケア学会大会 (京都) 5月)
4. 2021年12月25日(土)朝日新聞「介護家族の高齢者虐待、最多」より

高齢者を介護する家族らによる虐待は、2021年度に1万7281件あり、この数字は過去最多で、前年度より358件増加していたことが厚生労働省より発表された。亡くなった人は25人で、も前年度より25人増えていた。虐待を受けた高齢者の約半数が認知症だった。コロナ禍で、介護サービスが中止となり家族の負担が増えたことが要因の一つとみられている。この姿は理想とする姿の真逆の姿であり、認知症の高齢者と家族の関係が危険なものであることを著している。

4. 人権・権利擁護・成年後見制度・紛争解決

山田 文(法学研究科)

- 認知症の当事者の意思決定／意思形成への支援体制の充実
 - 現行の任意後見制度へのアクセス障害の除去
 - ◇ 今後の認知症の当事者や関係者はウェブによる情報収集や関係者間での情報共有を行う世代であり、電話等に追加して IT を利用して(例えばチャット等のテキストで)相談やアドバイスを得られる体制へ
 - ◇ 費用(報酬), 後見人・後見監督人の例 cf.保証人制度によるアクセス障害
 - ◇ FAQ による不安の共有・解消
 - 後見制度の範囲外にあたる, 非法律行為への対応
 - ◇ 事実行為(介護行為等)
 - ◇ 医療行為への同意
 - 後見制度は, 本人の意思決定の代わりに, 代理・代行し, 本人を保護する仕組みであり, 法律行為を対象。他方, 本人の人生にとって最も重要な判断の一つとなるのは, 非法律行為であって, どこでどのような医療や介護を受けたいか, 誰に助けてほしいか, なぜそのような希望をもつのか, といった事項ではないか
 - 本人の意思決定を代理・代行してしまうだけではなく, 情報提供やケアを通じて, 本人の意思を最大限尊重し, 意思形成支援をする仕組みも重要 ct. Mental Capacity Act 2005
 - ◇ 関係者(家族等)による医療行為への同意なども心理的な負担が重いことから, 関係者と第三者(福祉関係者など直接関係のない人)の合同で話し合うことも可
 - ◇ advocate として本人の最善の利益を図る。本人の希望を叶えるだけではなく, 最善の利益を提案 cf.子どもの代理人制度(家事事件手続法)
- 認知症の当事者の周辺の人たちにとっても安心なまち
 - 認知症当事者が起こした事故につき損害賠償保険加入(公的財政支援)
 - 周辺の人たちも安心して支援を受けられるシステム
- 施設等における紛争・苦情とその解決方法
 - 情報収集(法的に成立を認められ得る苦情か, 法的観点), 相談, 苦情を伝えるシステムの整備とアクセス拡大
 - 認知症の当事者に親族等がいなくとも, 施設等の外部の人が支援する仕組み(IMCA: Independent Mental Capacity Advocate) ⇒施設の内外の風通しを良くして, 当事者の独立性を保護

- AIによる細密な個別対応のケア計画: パーソナルデータにより, 当事者の選好, 病歴, 生活歴, 社会関係, 財政状況等を分析して, 個々人に対応するケア計画を提供

*参考文献

- ・手嶋豊「神戸市における認知症の人に対する事故救済制度の意義と課題」ジュリスト 1529 号 68 頁(2019)
- ・佐々木育子「成年後見制度から意思決定支援制度へ」論究ジュリスト 27 号 69 頁(2018)
- ・田中美穂＝児玉聡「英国の終末期医療における意思能力法 2005 の現状と課題」生命倫理 24 卷 1 号 9 頁(2014) ほか

5. 高齢者雇用・年金

担当 佐々木一郎

1. 認知機能低下と高齢就労・社会保障整備

現在、高齢者世帯の老後収入源は、平均で約6割は公的年金、約2割は高齢就労所得等の稼働所得で支えられている。だが、公的年金制度は基本的に賦課方式の仕組みであり、主にその時々々の現役世代が、そのときどきの高齢世代の年金給付をカバーしている。そのため、少子高齢化が進む日本では、2000万円老後資金不足問題など、公的年金による収入割合が、将来は低下することも懸念されている。

公衆衛生や社会疫学の多くの先行研究から、経済力は健康格差にも影響することが広く知られてきている。老後経済力確保とそれに伴う健康維持の効果の点から、高齢就労所得をいかに安定的かつ、より確実に確保するかという問題の解決は、個人的な課題であるとともに、重要な社会課題にもなっている。

労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2019」を参考にして、高齢就労の現状について、海外との比較でみると、2018年現在、日本の65～69歳の男性、女性の就業率はそれぞれ57.2%、36.6%である。70～74歳の男性、女性の就業率はそれぞれ38.1%、23.1%である。欧米先進諸国の状況については、アメリカでは、65～69歳の男性、女性の就業率はそれぞれ36.4%、27.9%、70～74歳の男性、女性の就業率はそれぞれ23.0%、15.3%である。フランスでは、65～69歳の男性、女性の就業率はそれぞれ7.7%、5.4%、70～74歳の男性、女性の就業率はそれぞれ3.6%、2.3%である。日本は、海外との比較でみると、高齢就労は進んでおり、60代後半で4～5割前後、70代前半で3割前後の人々が就業を継続している。

だが、高齢期は、ADL等の身体機能の低下のリスクに加え、認知機能低下等の認知症のリスクも高まってくる。認知機能低下のリスクや発症年齢は、個人差も大きく、個人が個別で予測して備えることは難しい。個人が安心して高齢就労を計画するためには、部分的に認知機能が低下しても、残存した認知機能のもとで働き続けることができる環境を、公的介護保険等をいっそう整備・拡充することで、社会保障の仕組みで支えることが重要と考えられる。

認知機能の低下による高齢就労不能リスクは、誰にとっても関連するリスクである。認知機能が部分的に低下しても、可能な限り働けることができる環境の整備は、個人レベルの所得保障の点で重要であるだけでなく、広く社会全体に高齢就労可能性を高める安心感を提供するという点で、公衆衛生の観点からも重要である。

2. 研究案

第1は、認知機能の低下の度合いや内容に応じて、どのような介助等があれば高齢就労が可能になるかを識別・分類することである。第2は、公的介護保険で支援すべき範囲や境界線をどこまでに定めるか、さらに、本人負担と国の負担の割合について分析することである。第3は、高齢就労可能性が社会全体でどの程度高まることが期待できるか、社会的な経済的便益について簡便な推計を行うことである。

6. 学校教育、生涯教育、マスメディア

担当：原 広司

理想とする姿の記述

○学校教育

- ・学校教育を受けるすべての学生が、認知症の症状や対応方法、予防に関する理解を深め、認知症の人への差別や偏見を防ぎ、共生する社会を目指すこと。
 - ―指導要領に「認知症に関する学習」を盛り込み、知識を深めると同時に、総合学習で認知症の人との共生について調べる。
 - ―認知症の人との交流の機会等を用意し、身近な存在として理解する。
- ・認知症の人や介護者を支える介護・医療人材を育成すること。
 - ―教育プログラムや体験学習等を通じ、関心を持つ学生を増やす。
 - ―介護・医療人材を担う人たちの就労環境、労働条件等を整備する。

○生涯教育

- ・インターネットを活用した全世代がいつでもどこでも学べる教育機会の提供を行うこと。
 - ―GIGA スクール構想を全世代に拡張する。
 - ―MOOC を活用し、どこにいても学習できる環境を用意する。
 - ―地域の教育資源をオンライン教材として整備する。
 - ―インターネットを活用した教育を受けられるように、地域社会でサポートする。
 - ―マルチステージの人生をもとにした教育機会を提供する。
- ・世代を超えた学び合いの環境を整備すること。
 - ―身近に学べる環境（コミュニティセンター等）を用意し、無料あるいは安価で提供すること。
 - ―図書館や美術館、博物館、公民館等の社会教育環境を整備すること。

○マスメディア

- ・生活に必要なすべての情報が、認知症患者および家族に適切な形で届けられること。
 - ―わかりやすい言葉で伝えること。
 - ―インターネットに限らず、新聞やラジオ、電話などの高齢者も馴染みやすい媒体でも情報を提供すること。
 - ―回覧板等で共有される地域社会の情報も伝わるようにすること。
- ・認知症の人への差別や偏見が助長されないように、正しい知識や理解を広げる努力をすること。

国内の現状と課題、関連する理論やエビデンス

・人生 100 年時代構想の中で、政府は生涯学習の実現を目指している。(文部科学省
https://www.koho2.mext.go.jp/221/voice/221_09.html)

生涯学習を加速させるためには、生涯学習を支えるコンテンツの拡充、企業への理解やインセンティブ等の制度設計、受講料の補助、教育機会に関する周知等の課題が挙げられる。とくに、多くの人がインターネットを活用している現状を鑑みると、MOOC を活用した教育機会の整備が求められる(インターネットの利用率は 60 歳代で 90.5%、70 代で 74.2%、80 歳以上で 57.5% (総務省、2019 年))。

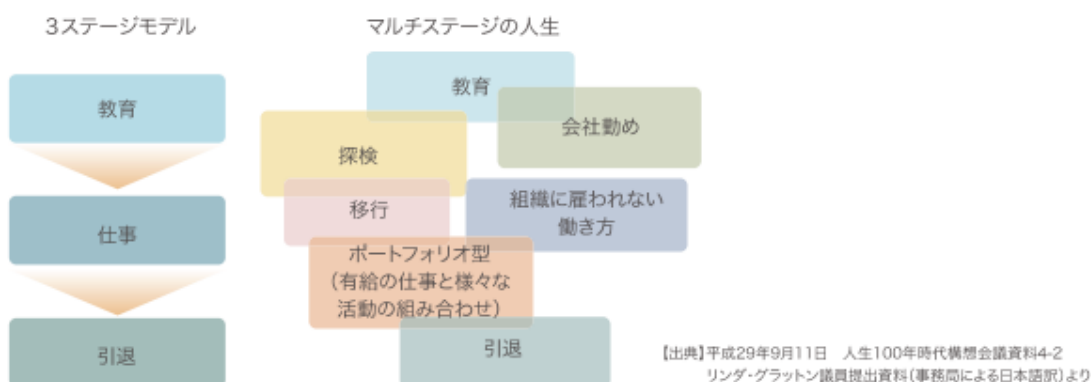
・学校と地域でつくる学びの未来 (<https://manabi-mirai.mext.go.jp/index.html>)

・文部科学省 第 3 期教育振興基本計画

https://www.mext.go.jp/content/1412107_1_2.pdf

実現方法、参考になる国内外の事例

・人生 100 年時代では、マルチステージの人生における生涯教育の強化が行われている。



・よさのみらい大学 <http://yosano-univ.jp/>

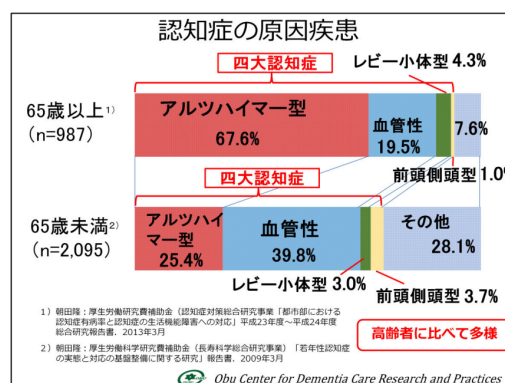
よさのみらい大学は、「与謝野町をキャンパスに「新しいモノやコトの発見」「出会いと交流」を通じて、「自分・地域・まち」の未来を描き、主体的に行動する人財の育成を目的とした学び舎(よさのみらい大学HP)」である。受講料は無料となっており、オンライン参加も可能となっている。リベラルアーツコース、地域づくり学部、ビジネス学部を用意し、高い教養の獲得、地域課題・地域資源の活用、新しい農業モデルの構築などを提供している。

7. 医療

担当：國澤進

「認知症」は、様々な原因により起こりえる認知異能が低下した症候群である [1]。症状としては、記憶・理解・判断・見当識等の障害として「中核症状」、徘徊・暴力・せん妄・抑うつなど「行動・心理症状」が起こり、特に生活するうえで支障がおよそ6か月以上継続するものを認知症としている [2]。「認知症」への対応は、たとえば認知症の人にやさしいまちづくりガイドや条例 [3] [4] [5] [6]など、この症候群を一体ととらえた対応がしばしばみられる。しかし医療の観点からは、「認知症」はいくつもの傷病やそれらの結果を包含したものであり、発症、実態、治療、予防可能性もそれぞれ全く異なることの理解が重要である。

最も多くを占めるものがアルツハイマー型認知症である。わが国でも6割から7割を占め、増加傾向と考えられている [7]。病理学的に神経原線維変化とアミロイドを特徴とするが、その根本の病態は依然不明であり、治療・予防についても解明は難航している。進行の抑制を期待される薬剤が開発はされつつも、現在の医療では治癒や軽快は困難である。



血管性認知症は脳血管障害が原因となる認知症であり [7]、脳梗塞をその本質とすることが多い。変性した脳組織の修復は困難なことが多いが、再発・進行を予防する三次予防、発症を減らす一次予防が期待される。

その他、例えば栄養素の欠乏や代謝異常に起因するものなどは原因を特定することにより、治癒や軽快が期待できる。髄膜炎、外傷によるものなどは、罹患・受傷の予防としての一次予防、感染症などによるものでは進行を食い止める二次予防など、いずれも原因の早期特定が期待される。

認知症の人にやさしいまちづくり条例の中に見られるように、予防の取り組みが少しずつ見られているが、科学的視点からは注意が必要である。取り組みの多くは、いわゆる生活習慣病の予防を中心とするが、これによる効果の期待できるものは認知症の一部であり、大多数を占めるアルツハイマー病への効果は期待しにくい。しかし、例えば認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、その第2項で [8] 「(2) 発症予防の推進 運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンなど地域の実情に応じた取組を推進していきます。」ことを記し、認知症原因の第1を占めるアルツハイマー病に当てはまりにくい施策を前面に掲げている。このような記載の仕方はWHOでも同様 [1]であり、アルツハイマー病の予防を含むという誤解を与えかねない表現を示してきている。厚生労働省による別

の手引きでは [9]認知症の 65%は変えられないリスクとして認識し、予防可能性は残り 35%のうち約 7% [10]と明示している。近年、生活習慣の改善が発症を予防する可能性を示唆する研究も示されてきているが [11] [12] [13]、これらはまだ研究段階の情報であるという分別を踏まえることが重要である。

認知症においても、医療にかかりやすい環境を整えることは、診断、二次予防・三次予防の点で重要である。日本の医療では皆保険制度およびフリーアクセスに支えられており、原理的には医療を受けることは、世界の中では比較的充実した環境といえる。しかし、特に認知症においては、必ずしも自発的な受診とはならず、周囲の者にとっては医療への橋渡しに戸惑いや困難が発生する [14]。まずは、疾病としての十分な鑑別を得るため、かかりつけ医、看護師あるいは社会福祉・医療関係者へコンタクトを取りやすい環境、また社会福祉・医療関係者のセンシティブティが高い環境が望まれる。特に医療者については、自身での診断や治療技術の向上に加え、認知症疾患医療センターなど専門家との円滑な連携やアクセスが可能な体制が期待される。医療施設内や医療施設間での連携の強化のみならず、講習会、認知症カフェなど、地域の底上げとしての医療の役割も期待される。

認知症による症状が進行性あるいは不可逆の状態になると、精神科治療に準じた対処・緩和と治療が必要となることがある。認知症の専門的に診療と、かかりつけ医・家庭医など日常を支えることの両立した医療が求められる。また、このような病態において、心筋梗塞や癌、外傷、肺炎など、急性期医療が必要となることもしばしば発生する。必ずしも本人からの治療への希望が確認できない中、インフォームドコンセント・インフォームドアセントのありかた、人としての尊厳の在り方、社会の有限な医療資源の公正な配分など、医療倫理や価値観を含め、家族で、医療・福祉チームで、地域で、そして国家としても様々に考えていく必要がある。

引用文献

- [1] WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- [2] 〈独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業〉認知症サポーター活動ハンドブック。
- [3] 国際大学グローバル・コミュニケーション・センター 認知症フレンドリージャパン・イニシアチブ, 認知症の人にやさしいまちづくりガイド。
- [4] 神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例。
- [5] 名古屋市認知症の人と家族が安心して暮らせるまちづくり条例。
- [6] 草津市認知症があっても安心なまちづくり条例。
- [7] 日本神経学会, 認知症疾患診療ガイドライン 2017。
- [8] 厚生労働省, 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～。
- [9] 厚生労働省, 認知症の人、高齢者等にやさしい地域づくりの手引き ～指標の利活用とともに～。
- [10] Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, et al, Dementia prevention, intervention, and care, *TheLancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6).
- [11] NHS, <https://www.nhs.uk/conditions/alzheimers-disease/>.
- [12] CDC, <https://www.cdc.gov/aging/aginginfo/alzheimers.htm>.
- [13] Scheltens, Alzheimer's disease.
- [14] 岡村 毅(東京都健康長寿医療センター東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム), 地域在住高齢者の医療の手前のニーズ 地域に拠点をつくり医療相談をしてわかったこと。

8. 介護サービス

担当：後藤

認知症高齢者が介護サービスを受けようとする場合、ふたつのハードルがあるように思われる。

ひとつめは、認知症高齢者がどのような介護サービスを受けたいと思っているかの把握。ふたつめは、適切な介護サービスの供給体制の有無。いわば、需要と供給、両面において対応すべき事柄が存在する。

認知症高齢者の意志の確認については、厚生労働省より「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」¹が策定されている。このガイドラインの趣旨は、「認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すものである。」とされ、対象者は「認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人（以下、「意思決定支援者」という）による意思決定支援を行う際のガイドラインである。」と記されている。また、意志決定支援の基本原則、意思決定支援のプロセスについても簡潔に示されている。

このガイドラインを広く周知、研修に活用できるよう、厚労省は YouTube で動画配信²を行っている。他にも団体等による研修動画が多く見られ、研修が盛んに行われている様子が窺える。

ガイドラインの適用範囲は高齢者の日常生活・社会生活全般に亘る。介護サービスはその一部であるが、認知症高齢者にとって QOL に直結する事項であるため、意志決定支援者による適切なサポートを積極的にすすめていきたい。

介護サービスは、大きく居宅、通所、施設サービスに分類され、軽度の認知症であれば、それらの介護サービスの助けを借りて自宅等で生活することが可能であろう。但し、認知症が認知症高齢者の生活自立度Ⅲ以上程度になると、認知症対応の介護サービスが選択の視野に入ってくる。認知症に対応したサービスは、主に認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護があるが、地域によってアクセシビリティに差がある。認知症対応型通所介護を例に、75歳以上千人あたり定員数を都道府県別に計算すると、最小 0.9～最大 4.8 までばらつきがある³。また中央値が 2.0、平均値が 2.3 であり、平均値以下の都道府県が 29 とやや多くなっている。介護保険者単位に落とせば、保険者の人口規模や年齢構成の差により、より多くのばらつきがみられることだろう。

また認知症対応型施設は、地域密着型サービスであり、地域密着型サービスは(原則として)同一市区町村内の住民のみが利用できるため、どこに住んでいるかによって利用可否が生じてくる。同様な人口構成でも隣市には施設があるのに、自市にはないような状況もあり得る。そうだとすると、全市区町村に地域密着型サービスを充実させるのは、人的資源や事業所経営の面で実現は不可能だろう。

認知症予防を含めた認知症に対する介護サービスの充実を、利用者と事業者双方に不利益がないよう、客観的データを含め、考えていかななくてはならない。

例えば、GIS データを用いた事例⁴がある。新潟市の例に於いて人口動態と GIS の組み合わせから将来の施設の充足を「DID 地区等の市街地エリアにおいては、現在でも施設の不足感が高いのに対し、郊外の農村エリアにおいては現状においてもどちらかと言うと施設がやや過剰気味であり、また将来においては、市街地エリアではますます施設の不足感が高まる一方、郊外の農村エリアにおいては過剰感がむしろ拡大するとの結果」だとしている。このような手法に、更に自治体の介護レセプトや厚労省の匿名介護情報等から得られる介護サービス利用実態データを加えて、介護サービス利用の実態把握と将来の最適な介護サービスの供給体制を論じることが出来ると考える。

参考文献：

- 1 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 平成 30 年 6 月
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf> (2022 年 2 月閲覧)
- 2 認知症施策関連ガイドライン(手引き等)、取組事例
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html> (2022 年 2 月閲覧)
- 3 令和 2 年 介護サービス施設・事業所調査 第 3 章【詳細票】第 1 3 表(4-2)
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450042&tstat=000001029805&cycle=7&tclass1=000001161846&tclass2=000001161847&tclass3=000001161848> (2022 年 2 月閲覧)
- 令和 3 年 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/daityo/jinkou_jinkoudoutai-setaisuu.html (2022 年 2 月閲覧)
- 4 財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」平成 29 年第 3 号(通巻第 131 号) 2017 年 6 月
人口減少・超高齢化下での介護施設の配置のあり方及び GIS(地理情報システム)の活用に関する一考察—新潟市を事例に—
https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/r131/r131_04.pdf (2022 年 2 月閲覧)

9. 地域包括ケアシステム

担当：佐々木典子

2000年4月に開始された介護保険制度は、6回に及ぶ改正を経て、22年目を迎える。2005年改正では大幅に増加する軽度者（要支援・要介護1）に対する介護予防重視の視点から、地域包括支援センターによる要支援者への介護予防ケアマネジメント、市町村による介護予防事業の提供が開始された。また、2011年改正で目標として掲げられた「地域包括ケアシステム」では、重度の介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムをまちに構築することが目指されてきた。

75才以上人口が急増する大都市部、まちの人口自体が減少する町村部など、それぞれの地域特性や実情に応じて「地域包括ケアシステム」充実を目指したまちづくりが進み、独自の取組みや先進事例についても、これまでに数多く報告されてきている。国連で採択された持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）「3.すべての人に健康と福祉を」「11.住み続けられるまちづくりを」も視野に入れつつ、2020年の制度改正でも掲げられた全世代型社会保障のように、認知症や精神疾患を抱えた高齢者をも包摂し、「共生」できる社会が望まれている。

都道府県レベル、町村レベルの政策、NPO法人による支援が有機的に繋がり、様々な課題を抱えた高齢者やその家族・介護者の生活・医療・介護が諸手続きに煩わされることなく、基本的な権利として受けられる（アクセスしやすい）社会であることが理想である。

ケーススタディ：某市福祉課職員から見える日常の風景

認知症のAさんが行き場を失っていると連絡が入り、福祉職員のB氏が現場へ急行する。本人をまずは市で保護し、その断片的な記憶をもとに、警察と連携して自宅を探し出す。しかし、同居家族である娘や息子、近所の人などから状況をよく聞くと、Aさんは普段同居家族から経済的虐待を受けているようである。

状況が深刻な場合は、本人を自宅に返して終わり、ではなく、保護して施設などを紹介し、世帯分離へ繋げることもある。経済的虐待世帯では、家族（加害者）が本人（被害者）年金を生活の資金としていることが多い。本人がいなくなるとたちまち自分が困窮するため、本人を保護しようとする行政へ非難が向けられる。家族のルールがあるので、なぜ行政のルールに従う必要があるのか、と。加害者側に悪気がないことも多い。

→家族への一方的な「啓発」で解決できる問題だろうか？

コミュニティレベルで重要と考えられるポイントは、以下の通りである。

- 認知症を本人・家族などの介護者に閉じた問題にしない。認知症をとりまく金銭的管理の難しさ、生活継続の難しさ、医療へのアクセスの難しさ等、気づいた隣人（住民、民生委員、地域包括支援センター職員、ケースワーカー、ソーシャルワーカーほか）が地域の相談窓口へ繋ぐ。相談窓口はできるだけ一元化し、ワンストップで各種医療機関、専門家やサービスに繋がるのが望ましい。
- 認知症のみでなく、全世代におけるセルフネグレクトや社会的孤立をコミュニティとして放置しない仕組みづくりを継続する。コミュニティ内の誰かが認知症本人と家族両方に目配りすることで、認知症本人に対する世帯内の経済的虐待（年金を世帯の生活費として使用）などもおきにくくなる。
- 認知症の人の家族・親族などの血縁関係による「自助」に依存しすぎず、認知症の人を支援する関係者が、少しずつ無理のない範囲で「互助」する仕組みが求められている。医療保険・介護保険の「共助」および制度や公的支援による「公助」は支援の基盤となる。「共助」「公助」の対象から漏れる人々をNPO法人などの民間支援が支えており、その強化（財源の持続的確保）が望まれる。
- 認知症の人への関わり方について、住民の主体的学習と参加を促す試みを持続するしくみづくりが重要。認知症サポーター教育は、熱心な参加者や1度だけの参加者にとどまらず、こどもから成人まで、いつでも繰り返し参加できるしくみを設ける。
- 認知症の人とその家族を効果的に支援するためには、住居、生活、金銭管理、医療、介護など、生活のすべての側面を考慮し、かつ対応できる多職種連携体制が望ましい。自治体、NPO法人、地域包括支援センター、ケースワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士、医療関係者、弁護士などが顔の見える関係を構築し、地域で事例相談を行いやすい場づくりが求められている。
- 介護者や支援者への支援とその教育体制、およびシステムの維持・発展のための財源・資源は必須であり、政策や支援プロジェクトの見える化と使いやすさを不断に検討・評価し、改善するサイクルが重要となる。
- 経済一辺倒で立ち行かなくなっている現代において、福祉の公共哲学につき社会全体で議論を深め、誰しものが少数派として生きられる多様性のある社会を目指す。

参考文献：

1. 厚生労働省 国民の福祉と介護の動向 2021/2022, 第 68 巻第 10 号, 厚生労働統計協会.
2. 厚生労働省 保険と年金の動向 2021/2022, 第 68 巻第 14 号, 厚生労働統計協会.
3. 厚生労働省 地域包括ケアシステムに関する事例集
<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/chiiki-houkatsu/>
4. よくわかる！地域が広がる認知症カフェ.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000523084.pdf>
5. 認知症大綱
6. 広井良典編著 (2017) 『「福祉の哲学」とは何か』 ミネルヴァ書房.
7. 小坂井敏晶 (2021) 『格差という虚構』 ちくま新書.

10. 社会にやさしいコミュニケーションと情報

担当：産業医科大学 林田賢史、村上玄樹

【望まれる姿、理想とする姿】

- 広範な配信が行われている
- 適切な情報を適切なタイミングで提供している
- 話しかけ等のソーシャルネットワークが存在する
- 情報提供の際のフォーマットやデザインのユーザビリティが高い
- 適切に情報テクノロジーの利害がコントロールされている
- 利用者と提供者共に責任をもって対応している
- 下記のチェックリストにより評価される状況

【チェックリスト】

情報提供について

- 文書メディア、放送メディアならびに電話などの、基本的で普遍的なコミュニケーションシステムがすべての住民に普及している。
- 行政機関やボランティア団体による定期的で信頼性の高い情報配布が担保されている。
- 自宅に近い所ならびに日常生活を営む場所で住民に伝わるように情報の流布を行うこと。
- 広く広報された1箇所のコミュニティサービスで情報の流布が行われている
～“ワンストップ”情報センタ等の設置～。
- 通常メディアと特定者向けメディアの両方で、住民に関係のある情報提供や番組の放送を定期的に行っている。

オーラル・コミュニケーションについて

- 公共の会合、コミュニティセンター、クラブ、放送メディアなど、言葉を1対1で広める責任がある個人等の、住民がアクセスできる口頭でのコミュニケーションがある
- 社会的孤立のリスクがある人々は、ボランティアの呼び出し元や訪問者、ホームサポーター、美容師、ドアマン、世話人など、彼らが相互作用する可能性のある信頼できる個人から情報を取得できる。
- 公的機関や民間企業の職員は、求められれば、フレンドリーな1対1サービスを提供できる。

印刷物による情報について

- 印刷物による情報、たとえば公的文書やテレビ画面のキャプション、ビジュアルディスプレイの文字等は、大きなサイズの文字で書かれ、明確に理解できる見出しをボールド体の文字でつけて、伝えたい主な情報を示している。

平易な表現の使用について

- 文字を介したコミュニケーションならびに口頭によるコミュニケーションでは、シンプルで使い慣れている単語を用い、短い、簡潔な文章になっている。

自動コミュニケーションならびに機器について

- 電話応答サービスでは、指示をゆっくり明確に伝え、いつでもメッセージを聴き直すことのできる方法について話者に伝えている。
- ユーザーは、実際のスタッフと通話するか、メッセージを残して折返し電話してもらえる方法を選択できる。

- 携帯電話やラジオ、テレビ、銀行 ATM や自動券売機などの電子機器には、大きなボタンが備えられ、大きな文字で表示されている。
- 銀行や郵便、その他のサービスのための機器の表示パネルは、十分な明るさで表示されており、様々な身長の人が操作できる。

コンピュータとインターネットについて

- 行政機関やコミュニティセンター、図書館などの公共スペースで、コンピュータやインターネットに、無料であるいは低額で、一般の人々が広くアクセスできる。
- 使用者に合わせた操作指示や操作支援を容易に提供できるようになっている。

11. 健康まちづくり

中村桂子

【理想とする姿】

○ 生きがいを追求することができるまち。

認知症の有無によらず、それぞれの潜在能力を活かして生きがいを追求できる場、機会が、日常的に確保されているまち。独居や高齢者のみの世帯、多世代同居であっても、グループホームや施設での生活でもそのような機会が確保される。

○ 健康増進、疾病予防に、楽しみながら取り組めるまち。

健康増進活動全般、一般の疾病の予防の行動は、認知症の予防の観点、また、認知症の本人と家族の健康管理の観点から重要である。高齢者の特性に合わせた身体活動、健康な食生活、生活リズムに関する情報や活動の場を、身近なところに確保することは、認知症の本人と家族の健康支援に不可欠である。健康増進、疾病予防に安全に取り組むやすい、道路や公園、住宅、商業施設の構造、その他の環境整備が必要である。

○ 世代を超えて支えあう活動がひろがるまち。

認知症の本人と家族だけでなく、世代を超えて地域で支えあう活動が広がることは、地域全体での認知症の理解を推進し、備えることに役立つ。多様な年代、男女の認知症サポーターが増えることが期待される。世代を超えて支えあう活動は、特定の地域に偏ることなく、まちのどの地域においても展開されることが望ましい。

○ 緊急時、災害時にも安全と健康を確保する準備ができているまち。

平常時だけでなく、緊急時、災害時にも、認知症の本人と家族、地域を守ることが期待される。地域防災計画に、認知症本人と家族を想定した、具体的な計画が反映されることが望ましい。認知症本人と家族のニーズをふまえ、行政と、医療介護事業所、地域の組織が連携し、安全と健康を確保する計画が必要である。

○ 認知症にやさしい健康まちづくりへの進捗状況を知るための情報が用意されており、まちづくりの展開にデータが活用されるまち。

認知症にやさしい健康まちづくりの進捗状況を可視化し、関係者で情報を共有しながらまちづくりを推進することが望ましい。地域単位で「認知症にやさしい健康まちづくり」に関わる数値情報または数値で表現しにくい定性的情報をとりまとめ、関係者が情報を共有して活動を展開することが期待される。認知症の疫学に関わる情報だけでなく、医療、教育、環境、就労、産業・経済、行政・財政、住環境、世帯、モビリティ、都市計画、保健・福祉、所得、人口、コミュニティ、地域文化・歴史など、多様な情報が有用である。また、認知症の本人、家族の健康な生活に役立つ情報、各地域の取り組み事例に関するデータベースは、実践的であり地域活動の活性化が期待される。

12. 都市・交通

筑波大学 谷口守

1) WHO ガイド自体に違和感は無く、ここで書かれている高齢者向け都市・交通政策と現在わが国で目指されている一般向けの都市・交通政策に（それが達成可能かどうかということとは別にして）大きな乖離はない。その意味ではこのチェックリストは活用できる。

2) なお、高齢者向け「バリアフリー」という用語・概念より、健常者も含め都市・交通としてのクオリティー全体を向上させるという概念として「ユニバーサルデザイン」という用語で全体をカバーした方が、個人的にはしっくりくる。

3) 一方で、私個人として、認知症向けと高齢者（＝ユニバーサル）向けが同じ考え方でいいのかというところが全くよくわからない。例えば、下記のようなフェイクバス停をつくるなどといった発想は、通常の都市・交通政策からは出てくることは無く、WHO ガイドにもない。これは極端な例だが、専門外の者には見えない漏れや逆方向のものが他にもあることを危惧する。 <https://ideasforgood.jp/2017/09/21/fake-bus-stop/>

4) また、チェックリストにあるようなユニバーサルデザインに優れたまちづくりが実現できると、素人判断ですが徘徊者がどこか遠くまで簡単に行ってしまうという逆の問題も発生しそうである。これは裏返すと人権上の課題にもなるかと思うが、空間の質を高める公共事業を無駄遣いと主張する人からは、各自に GPS 端末を持たせれば十分ではないかという反論や、DX で顔認証を導入すれば済む話という情報系の人達もいる。ウェルビーイングという観点から個人的にはあまり賛同するものではないが、これらをどう扱うべきなのか。

5) 個人的に最大の問題と思うのは、コロナ禍もあって公共交通サービスの劣化・撤退が止まらないことである。介護交通などを担っている福祉部局と運輸部局の縦割りを無くし、利用者目線で交通サービスを早急に統合していく事が、WHO のチェックリストにはないが、わが国において最も必要なポイントである。

13. 認知症にやさしい健康なまち

担当：広井良典

「認知症にやさしい健康なまち」を構想していくにあたり、特に重要なポイントとなるのは「歩いて楽しめる街（ウォークアブル・シティ）」を軸とする「コミュニティ空間としての都市・地域」の実現と考えている。

具体的なイメージで見ていくと、ヨーロッパ、特にドイツ等においては1980年代頃から、都市の中心部から自動車をシャットアウトし、人々が歩いて楽しめるコミュニティ空間を作るといった政策を展開してきた。

たとえば写真1はドイツの人口約10万の地方都市エアランゲンの中心部の様子だが、車いすの高齢者やベビーカーをひいた女性が普通に過ごすことができるとともに（福祉的側面）、ガソリン消費ないし二酸化炭素排出が抑制され（環境的側面）、さらに中心市街地が賑わい経済循環が活発化する（経済的側面）という具合に、「福祉・環境・経済」の相乗効果が実現し、SDGsの理念につながるような都市や地域のあり方が実現されている。また写真2はフーズムという、人口約2万人程度の地方都市の中心部の様子だが、こうした「まち・むら」規模の地域であっても、高齢者が出かけ、様々なコミュニケーションが生まれるような市場などの場所在り存在している。

残念ながら日本の地方都市の現状では、20万人程度以下の地方都市はほぼ確実に“シャッター通り”となっており、場合によっては30～50万規模の都市でも空洞化が進んでいるのが現実である（写真3は今治市〔人口約16万人〕の中心部の様子）。

こうした状況を改善していくには、「医療・福祉政策と都市・交通政策の総合化」という発想と政策展開が重要であり、日本がこれまで進めてきた“郊外ショッピングモール型”の都市・地域モデルを改変し、超高齢化社会にふさわしい都市像を実現していく必要がある。また、“遠くのモールに自動車で行くのが難しい”という高齢層が増えていることを踏まえ、高齢化をいわば一つの「チャンス」として歩行者中心の都市・地域の姿を実現していくことは、過度のクルマ依存社会がもたらす様々な問題（高齢者関連の交通事故を含む）の改善につながると同時に、地方創生や地域再生といった、より広い社会的課題の解決にも寄与すると考えられる。

このような方向を展開していくにあたっては、たとえば①AI技術を活用した都市・地域の中長期的な持続可能性に関するシミュレーションなどの研究を進めるとともに（広井良典『人口減少社会のデザイン』参照）、②商店街再生・地域活性化に関する「エリア・リノベーション」（またはリノベーションまちづくり）などの手法を活用した社会実装が重要であり、「空間デザイン」と「地域経済循環」をつないだ総合的なアプローチが課題になると考えられる。

写真1



写真2



写真3



[執筆/執筆順] *分担研究者

今中 雄一	京都大学大学院 医学研究科 医療経済学分野 教授
武地 一*	藤田医科大学病院認知症・高齢診療科 教授
村嶋 幸代*	大分県立看護科学大学 学長・理事長 東京大学名誉教授
木嶋 彩乃	大分県立看護科学大学 助教
中部 貴央	東京大学医学部附属病院国立大学病院データベースセンター 特任助教
愼 重虎	京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 特定助教
山田 裕子*	同志社大学 研究開発推進機構 名誉教授
山田 文*	京都大学 法学研究科 教授
佐々木 一郎*	同志社大学商学部 教授
原 広司	横浜市立大学国際商学部 准教授
國澤 進*	京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 准教授
後藤 悦	京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 特定助教
佐々木 典子*	京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 特定准教授
林田 賢史*	産業医科大学大学病院 医療情報部 部長
村上 玄樹*	産業医科大学大学病院 医療情報部 副部長
中村 桂子*	東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 教授
谷口 守*	筑波大学 システム情報系社会工学域 教授
広井 良典*	京都大学 こころの未来研究センター 教授

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
DALYs & Nuero disease, general	Global	GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. <i>Lancet Neurol.</i> 2019 May;18(5):459-480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30879893; PMCID: PMC6459001.	The four largest contributors of neurological DALYs were stroke (42.2% [38.6–46.1]), migraine (16.3% [11.7–20.8]), Alzheimer's and other dementias (10.4% [9.0–12.1]), and meningitis (7.9% [6.6–10.4]). For the combined neurological disorders, age-standardised DALY rates were significantly higher in males than in females (male-to-female ratio 1:12 [1.05–1.20]),
General, dementia , lifestyle	日本	Chen F, Yoshida H. Lifestyle habits and the risk factors of dementia: Evidence from Japan. <i>Geriatr Gerontol Int.</i> 2021 Feb;21(2):203-208. doi: 10.1111/ggi.14116. Epub 2020 Dec 15. PMID: 33325103.	
dementia	International	World Health Organization. Dementia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia . Updated 2021. Accessed 12/7, 2021.	Currently more than 55 million people live with dementia worldwide, and there are nearly 10 million new cases every year. Dementia is currently the seventh leading cause of death among all diseases and one of the major causes of disability and dependency among older people globally. Dementia has physical, psychological, social and economic impacts, not only for people living with dementia, but also for their carers, families and society at large.
dementia	International	World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva, Switzerland.; 2017. https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017--2025 .	More details regarding dementia
LE and years lived without and with dementia	Netherlands	Wolters FJ, Tinga LM, Dhana K, Koudstaal PJ, Hofman A, Bos D, Franco OH, Ikram MA. Life Expectancy With and Without Dementia: A Population-Based Study of Dementia Burden and Preventive Potential. <i>Am J Epidemiol.</i> 2019 Feb 1;188(2):372-381. doi: 10.1093/aje/kwy234. PMID: 30299452.	<ul style="list-style-type: none"> • 48 million people worldwide live with dementia, and due to rapidly aging populations this number is expected to rise to 131 million by 2050 • To better allow health-care policy to adapt to these challenges, understanding the disease burden in terms of years lived with disability and healthy life years lost is paramount • Consequently, life expectancy without and with dementia has been less well studied than prognosis after disease onset. The few published studies date back to the 1970s and 1980s (11–13), were modeled using only prevalence data of dementia (13, 14) or follow-up data limited to 3 years (12), or rely in part on simulations rather than empirical data for calculation of life expectancy (15). • overall life expectancy at age 65 years, on average 5% is spent with dementia, increasing to about 40% of remaining life expectancy at age 95, varying by sex, educational attainment, and APOE genotype. • Higher educational attainment in our study related to lower shares of total life expectancy lived with dementia, in line with findings for individuals with at least a college education in the United States (15)....However, this would also imply increased mortality after diagnosis of dementia in highly educated individuals, for which we, similar to a systematic review in 2009 (33), found no evidence in the present study.
	日本	Sauvagat C, Tsuji I, Haan MN, Hisamichi S. Trends in dementia-free life expectancy among elderly members of a large health maintenance organization. <i>Int J Epidemiol.</i> 1999 Dec;28(6):1110-8. doi: 10.1093/ije/28.6.1110. PMID: 10661655.	
	France	Ritchie K, Robine JM, Letenneur L, Dartigues JF. Dementia-free life expectancy in France. <i>Am J Public Health.</i> 1994 Feb;84(2):232-6. doi: 10.2105/ajph.84.2.232. PMID: 8296946; PMCID: PMC1614984.	
Dementia, reason for restrict disease and severness	Netherlands	Perenboom RJ, Boshuizen HC, Breteler MM, Ott A, Van de Water HP. Dementia-free life expectancy (DemFLE) in The Netherlands. <i>Soc Sci Med.</i> 1996 Dec;43(12):1703-7. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00058-5. PMID: 8961414.	<ul style="list-style-type: none"> • Priority has been given to dementia because the prevalence of dementia strongly increases with age [12], so that in the aging Western populations dementia is a problem of increasing proportions. • because estimation of the prevalence of mild dementia is problematic [12], and because of international comparability, 7-9, we restricted dementia moderate to severe dementia
Int J Environ Res Public Health (urban/rural)	China	Wu Y, Zheng H, Liu Z, Wang S, Liu Y, Hu S. Dementia-Free Life Expectancy among People over 60 Years Old by Sex, Urban and Rural Areas in Jiangxi Province, China. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2020 Aug 5;17(16):5665. doi: 10.3390/ijerph17165665. PMID: 32764485; PMCID: PMC7460506.	In urban areas, DemFLE/LE was higher for women than for men; the opposite was observed in rural areas. Urban women had a higher DemFLE/LE than rural women did, urban men had a lower DemFLE/LE than rural men did.
Forecasted trends in disability and LE	UK	Guzman-Castillo M, Ahmadi-Abhari S, Bandosz P, Capewell S, Steptoe A, Singh-Manoux A, Kivimaki M, Shipley MJ, Brunner EJ, O'Flaherty M. Forecasted trends in disability and life expectancy in England and Wales up to 2025: a modelling study. <i>Lancet Public Health.</i> 2017 May 23;2(7):e307-e313. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30091-9. PMID: 28736759; PMCID: PMC5500313.	<ul style="list-style-type: none"> • defined cognitive impairment without dementia as impairment in two or more domains of cognitive function tests applied to ELSA participants (such as orientation to time, immediate and delayed memory, verbal fluency, and numeracy function) • defined functional impairment or disability as the inability to independently do one or more activities of daily living, which included getting in or out of bed, walking across a room, bathing or showering, using the toilet, dressing, cutting food, and eating. This definition of disability captures numbers of individuals who have difficulty maintaining self-care independence and require supportive care. • defined dementia on the basis of the coexistence of cognitive impairment and functional impairment, or a report of a doctor diagnosis of dementia by the participant <p>• For people older than 85 years, future disability levels will be influenced mainly by the joint evolution of the burdens of dementia and cardiovascular disease over time.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In developed countries, women have tended to live longer, but to have worse health than men.²¹ • Although women have poorer health than men, attributable to a higher prevalence of dementia and functional limitations, our results suggest the present sex difference in disabled life expectancy will diminish because men will have a relatively larger increase in the burden of disability.

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
education, race	US	Farina MP, Hayward MD, Kim JK, Crimmins EM. Racial and Educational Disparities in Dementia and Dementia-Free Life Expectancy. <i>J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci</i> . 2020 Aug 13;75(7):e105-e112. doi: 10.1093/geronb/gbz046. PMID: 31111926; PMCID: PMC7530490.	The life table results document notable race—education differences in dementia and dementia-free life expectancy, as well as stark differences in implied dementia prevalence.
stroke and dementia	China	Han Y, Hu K, Wu Y, Fang Y. Future life expectancy with disability among elderly Chinese individuals: a forecast based on trends in stroke and dementia. <i>Public Health</i> . 2021 Sep;198:62-68. doi: 10.1016/j.puhe.2021.06.013. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34364000.	
Abstract	France	Grasset L, Pérès K, Joly P, Sabathé C, Foubert-Samier A, Dartigues JF, Helmer C. Secular trends of mortality and dementia-free life expectancy over a 10-year period in France. <i>Eur J Epidemiol</i> . 2019 Feb;34(2):115-123. doi: 10.1007/s10654-019-00482-w. Epub 2019 Jan 16. PMID: 30649704.	Total LE and DemFreeLE have increased between the 1990s and the 2000s populations (total LE: +2.5 years; DemFreeLE: +2.2 years); DemLE only slightly increased between the populations (DemLE: +0.3 years). For survival with dementia, an increase in survival has been evidenced (mean survival: +1.3 years) for women only. The improvement in DemFreeLE is promising. However, as the duration of life with dementia tends to increase for women, efforts to delay the onset of dementia should be reinforced.
Abstract	HK	Cheung SL, Yip SF, Branch LG, Robine JM. Decreased Proportion of Dementia-Free Life Expectancy in Hong Kong SAR. <i>Dement Geriatr Cogn Disord</i> . 2015;40(1-2):72-84. doi: 10.1159/000381848. Epub 2015 Jun 5. PMID: 26066480.	The percentage of life expectancy without dementia ...is always lower for women, because of their higher total life expectancy. This indicates that the burden of dementia in absolute and relative terms is higher for women.
Abstract(LE, function, dementia)	Finland	Enroth L, Raitanen J, Halonen P, Tiainen K, Jylhä M. Trends of Physical Functioning, Morbidity, and Disability-Free Life Expectancy Among the Oldest Old: Six Repeated Cross-Sectional Surveys Between 2001 and 2018 in the Vitality 90+ Study. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> . 2021 Jun 14;76(7):1227-1233. doi: 10.1093/gerona/glaa144. PMID: 32506117.	<ul style="list-style-type: none"> • Over time, functioning improved, especially, in women, and morbidity increased in men. • LE without cardiovascular and dementia morbidity decreased for men (2.6 months) and increased for women (1.9 months).
Abstract(Dementia&LE,deprived area)地域	UK	Vestergaard AHS, Sampson EL, Johnsen SP, Petersen I. Social Inequalities in Life Expectancy and Mortality in People With Dementia in the United Kingdom. <i>Alzheimer Dis Assoc Disord</i> . 2020 Jul-Sep;34(3):254-261. doi: 10.1097/WAD.0000000000000378. PMID: 32332202.	<ul style="list-style-type: none"> • Among 166,268 people with dementia there were no differences in life expectancy and mortality in the most deprived compared with the least deprived. This pattern has been stable during the study period, as no increasing inequalities in life expectancy and mortality according to social deprivation were found. • Contrary to the general population, there were limited inequalities in life expectancy and mortality according to social deprivation for people with dementia.
Abstract (HLE, cognitive, urban/rural)地域	China	Huang G, Guo F, Chen G. Multidimensional healthy life expectancy of the older population in China. <i>Popul Stud (Camb)</i> . 2021 Nov;75(3):421-442. doi: 10.1080/00324728.2021.1914854. Epub 2021 Apr 27. PMID: 33904368.	Among China's older people, males and those living in urban areas experience higher cognitive-impairment-free life expectancy (CIFLE), and those who live with a spouse, are more educated, and are healthy at age 60 expect more years in good health according to all three HLE measures.
inequalities in disability-free life expectancy , Cognitive Function,地域	UK(England)	Bennett HQ, Kingston A, Lourida I, Robinson L, Corner L, Brayne CE, Matthews FE, Jagger C. The contribution of multiple long-term conditions to widening inequalities in disability-free life expectancy over two decades: Longitudinal analysis of two cohorts using the Cognitive Function and Ageing Studies. <i>EClinicalMedicine</i> . 2021 Jul 31;39:101041. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101041. PMID: 34386756; PMCID: PMC8342913.	
Abstract(dementia-free LE,男女差)	Australia	Ritchie K, Mathers C, Jorm A. Dementia-free life expectancy in Australia. <i>Aust J Public Health</i> . 1994 Jun;18(2):149-52. doi: 10.1111/j.1753-6405.1994.tb00216.x. PMID: 7948330.	<ul style="list-style-type: none"> • Dementia-free life expectancy is a synthetic indicator of an important aspect of mental health which may have considerable use in public health decision making • Dementia-free life expectancy for Australian women aged 70 years was found to be 14 years within a total life expectancy of 15 years, and 11 years for men within a total life expectancy of 12 years. Between 70 and 85 years there is a constant average expectation of about one year of life expectancy with dementia.
Abstract(dementia-free LE,男女差)	US	Tom SE, Hubbard RA, Crane PK, Haneuse SJ, Bowen J, McCormick WC, McCurry S, Larson EB. Characterization of dementia and Alzheimer's disease in an older population: updated incidence and life expectancy with and without dementia. <i>Am J Public Health</i> . 2015 Feb;105(2):408-13. doi: 10.2105/AJPH.2014.301935. PMID: 25033130; PMCID: PMC4318311.	Life expectancy without dementia and percentage of total life expectancy without dementia decreased with age. Life expectancy with dementia was longer in women and people with at least a college degree. Percentage of total life expectancy without dementia was greater in younger age groups, men, and those with more education.
Abstract(dementia-free LE,男女差)	日本	Sauvaget C, Tsuji I, Minami Y, Fukao A, Hisamichi S, Asano H, Sato M. Dementia-free life expectancy among elderly Japanese. <i>Gerontology</i> . 1997;43(3):168-75. doi: 10.1159/000213846. PMID: 9142511.	At 65 years, the dementia-free life expectancy represented 89% of the total life expectancy for males and 79% for females. Total life expectancy and dementia-free life expectancy were longer among females than among males. However, the life-years with dementia were longer among females. This result would be attributable to a higher incidence of dementia and a lower mortality among females.
cognitive LE	US	Garcia MA, Downer B, Chiu CT, Saenz JL, Rote S, Wong R. Racial/Ethnic and Nativity Differences in Cognitive Life Expectancies Among Older Adults in the United States. <i>Gerontologist</i> . 2019 Mar 14;59(2):281-289. doi: 10.1093/geront/gnx142. PMID: 28958071; PMCID: PMC6417765.	
cognitive LE, disability-free	UK	Jagger C, Matthews FE, Wohland P, Fouweather T, Stephan BC, Robinson L, Arthur A, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. <i>Lancet</i> . 2016 Feb 20;387(10020):779-86. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00947-2. Epub 2015 Dec 9. PMID: 26680218; PMCID: PMC4761658.	<ul style="list-style-type: none"> • cognitive impairment (defined as moderate-severe, mild, or none, as assessed by Mini-Mental State Examination score); and disability in activities of daily living (defined as none, mild, or moderate-severe). • (Between 1991 and 2011)Gains in disability-free years were much smaller than those in excellent-good self-perceived health or those free from cognitive impairment, especially for women (0-5 years [0-2-0-9] compared with 2-6 years [2-3-2-9] for men), mostly because of increased mild disability.
Foreign-born vs. US-born Mexican, LE w/ and w/o dementia	US	Garcia MA, Saenz JL, Downer B, Chiu CT, Rote S, Wong R. Age of Migration Differentials in Life Expectancy With Cognitive Impairment: 20-Year Findings From the Hispanic-EPESE. <i>Gerontologist</i> . 2018 Sep 14;58(5):894-903. doi: 10.1093/geront/gnx062. Erratum in: <i>Gerontologist</i> . 2017 Oct 1;57(5):1008. PMID: 28486598; PMCID: PMC6137351.	: Foreign-born Mexican immigrants have longer total life expectancy and comparable cognitive healthy life expectancy regardless of gender compared to U.S.-born Mexican-Americans. However, the foreign-born spend a greater number of years after age 65 with cognitive impairment relative to their U.S.-born counterparts. Furthermore, we document an advantage in life expectancy with cognitive impairment and proportion of y
CognitiveLE, education	US	Garcia MA, Downer B, Chiu CT, Saenz JL, Ortiz K, Wong R. Educational Benefits and Cognitive Health Life Expectancies: Racial/Ethnic, Nativity, and Gender Disparities. <i>Gerontologist</i> . 2021 Apr 3;61(3):330-340. doi: 10.1093/geront/gnaa112. PMID: 32833008; PMCID: PMC8023372.	
Abstract(Cognitive LE, education)	Brasil	Andrade FCD, Corona LP, de Oliveira Duarte YA. Educational Differences in Cognitive Life Expectancy Among Older Adults in Brazil. <i>J Am Geriatr Soc</i> . 2019 Jun;67(6):1218-1225. doi: 10.1111/jgs.15811. Epub 2019 Feb 4. PMID: 30715738.	Adults older than 60 years with no education live shorter lives and with longer periods of CI than those with education. Women in São Paulo live longer lives than men, but they live with CI for a greater number of years.

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
LE, cognitive impairment	Chili	Moreno X, Lera L, Moreno F, Albala C. Life expectancy with and without cognitive impairment among Chilean older adults: results of the National Survey of Health (2003, 2009 and 2016). BMC Geriatr. 2019 Dec 26;19(1):374. doi: 10.1186/s12877-019-1387-5. PMID: 31878877; PMCID: PMC6933700.	Longer life expectancy in women was accompanied by more years free of cognitive impairment. Men expected to live a similar proportion of years free of cognitive impairment, compared to women.
cognitive		Ashby-Mitchell K, Jagger C, Fouweather T, Anstey KJ. Life expectancy with and without cognitive impairment in seven Latin American and Caribbean countries. PLoS One. 2015 Mar 23;10(3):e0121867. doi: 10.1371/journal.pone.0121867. PMID: 25799186; PMCID: PMC4370415.	

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
(mortality) municipal age structures	Finland	Suulamo U, Tarkiainen L, Remes H, Martikainen P. Changes in regional variation in mortality over five decades - The contribution of age and socioeconomic population composition. <i>SSM Popul Health</i> . 2021 Jun 19;15:100850. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100850. PMID: 34222608; PMCID: PMC8242998.	" there is not much reason to expect mortality differentials between areas to decrease since spatial differentiation is likely to continue as the population continues concentrating in a few growth centres. " "In Finland, recessionary periods, industrial restructuring and increasing unemployment have hit some areas harder than others and led to increasing regional differentiation with important implications for population structures at subnational levels (Grunfelder et al., 2020). Remote rural municipalities and smaller towns in particular have been losing young and working-age people moving to urban centres with better education and employment prospects."
(lung cancer) means of commuting	UK	Wong JYY, Jones RR, Breeze C, Blechter B, Rothman N, Hu W, Ji BT, Bassig BA, Silverman DT, Lan Q. Commute patterns, residential traffic-related air pollution, and lung cancer risk in the prospective UK Biobank cohort study. <i>Environ Int</i> . 2021 Oct;155:106698. doi: 10.1016/j.envint.2021.106698. Epub 2021 Jun 15. PMID: 34139591; PMCID: PMC8292218.	Compared to regular automobile use, commuting often by public transportation was associated with increased lung cancer risk
(health complaints) means of commuting	India	Ali M, Uddin Z, Ahsan GU, Hossain A. Association between daily commute and subjective health complaints among the office workers in an urban community. <i>Heliyon</i> . 2021 Aug 19;7(8):e07841. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e07841. PMID: 34466705; PMCID: PMC8383055.	A significant prevalence of health complaints was related to traffic congestion, long commutes, and use of public transportation. Reducing daily commuting time, switching modes of transportation, and avoiding traffic congestion could help to alleviate the burden of health concerns experienced by regular office commuters.
(physical activity) neighborhood built environment factors	US	Shams-White MM, D'Angelo H, Perez LG, Dwyer LA, Stinchcomb DG, Oh AY. A national examination of neighborhood socioeconomic disparities in built environment correlates of youth physical activity. <i>Prev Med Rep</i> . 2021 Mar 12;22:101358. doi: 10.1016/j.pmedr.2021.101358. PMID: 33854906; PMCID: PMC8024702.	Adolescents living in lower SES neighborhoods may benefit more from physical activity interventions and environmental supports that provide opportunities to be active beyond neighborhood walkability.
(dementia) a community-based physical exercise and/or dementia risk factor-reduction curriculum	US	Blocker EM, Fry AC, Luebbbers PE, Burns JM, Perales-Puchalt J, Hansen DM, Vidoni ED. Promoting Alzheimer's Risk-Reduction through Community-Based Lifestyle Education and Exercise in Rural America: A Pilot Intervention. <i>Kans J Med</i> . 2020 Jul 10;13:179-185. PMID: 32695261; PMCID: PMC7363174.	The results suggested dementia risk-reduction education, both with and without structured exercise, leads to improvements in dementia knowledge. When coupled with regular, supervised exercise, this education intervention also helped participants increase engagement in physical activity over 10 weeks. Tailored interventions that combine Alzheimer's disease education and regular, supervised exercise may help reduce dementia risk in rural communities.
(life expectancy) Local government funding	UK	Alexiou A, Fahy K, Mason K, Bennett D, Brown H, Bamba C, Taylor-Robinson D, Barr B. Local government funding and life expectancy in England: a longitudinal ecological study. <i>Lancet Public Health</i> . 2021 Sep;6(9):e641-e647. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00110-9. Epub 2021 Jul 12. PMID: 34265265; PMCID: PMC8390384.	Funding reductions were greater in more deprived areas and these areas had the worst changes in life expectancy. We estimated that cuts in funding were associated with an increase in the gap in life expectancy between the most and least deprived quintiles by 3% for men and 4% for women. Overall reductions in funding during this period were associated with an additional 9600 deaths in people younger than 75 years in England (3800–15 400), an increase of 1.25%.
(population health) Political Economy	Scotland	McCartney G, Hearty W, Arnot J, Popham F, Cumbers A, McMaster R. Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews. <i>Am J Public Health</i> . 2019 Jun;109(6):e1-e12. doi: 10.2105/AJPH.2019.305001. PMID: 31067117; PMCID: PMC6507992.	Politics, economics, and public policy are important determinants of population health. Countries with social democratic regimes, higher public spending, and lower income inequalities have populations with better health.
(aged care use) living areas	Australia	Rahman M, Efid JT, Byles JE. Patterns of aged care use among older Australian women: A prospective cohort study using linked data. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> . 2019 Mar-Apr;81:39-47. doi: 10.1016/j.archger.2018.11.010. Epub 2018 Nov 19. PMID: 30502568.	Our study observed that baseline sociodemographic predisposing and enabling factors were associated with membership of different latent patterns. Those who lived in inner/outer/remote areas, were widowed, had difficulty managing income, and lived alone were more likely to be a member either of the moderate to high-level HACC/CACP or increasing RAC or early mortality classes than the mostly non-user class.
(healthy lifestyle) population size	Brazil, Sweden, and the USA	Rocha LE, Thorson AE, Lambiotte R. The Non-linear Health Consequences of Living in Larger Cities. <i>J Urban Health</i> . 2015 Oct;92(5):785-99. doi: 10.1007/s11524-015-9976-x. PMID: 26245466; PMCID: PMC4608943.	Preliminary data in the context of Brazil however indicate that smoking increases super-linearly with population size, suggesting that healthy lifestyle may not be a universal characteristic of larger cities. Furthermore, previous studies found that the incidence of psychosis and depression increases with the population density ^{40,41} suggesting that mental health is more sensitive to urban living. Lung cancer and chronic respiratory insufficiency are both relatively more likely in larger cities of Brazil whereas they are relatively less likely in larger cities of Sweden. Lung cancer is linked to smoking that is weakly super-linear in Brazil.
(psychosis and depression) urbanisation	Sweden	Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. <i>Br J Psychiatry</i> . 2004 Apr;184:293-8. doi: 10.1192/bjp.184.4.293. PMID: 15056572.	With increasing levels of urbanisation the incidence rates of psychosis and depression rose. In the full models, those living in the most densely populated areas (quintile 5) had 68–77% more risk of developing psychosis and 12–20% more risk of developing depression than the reference group (quintile 1).
(adult obesity, diabetes, fair or poor health, physical inactivity, physical and mental distress) full service restaurants and fitness centers	USA	Dwivedi P, Huang D, Yu W, Nguyen Q. Predicting geographical variation in health-related quality of life. <i>Prev Med</i> . 2019 Sep;126:105742. doi: 10.1016/j.jpmed.2019.05.030. Epub 2019 May 31. PMID: 31158399; PMCID: PMC6697589.	Density of full service restaurants and fitness centers was associated with a significant decrease in adult obesity, diabetes, fair or poor health, physical inactivity, physical and mental distress. Conversely, density of payday loan centers was associated with an increase in these adverse health outcomes. However, our GWR models revealed substantial geographical variations in these relationships across the U.S. counties. Better understanding of the association between area-level structures and important health outcomes at the local level is important for developing targeted context-specific policy interventions.
(health care expenditure) spouse state	Netherlands	Rolden HJ, van Bodegom D, Westendorp RG. Changes in health care expenditure after the loss of a spouse: data on 6,487 older widows and widowers in the Netherlands. <i>PLoS One</i> . 2014 Dec 23;9(12):e115478. doi: 10.1371/journal.pone.0115478. PMID: 25536040; PMCID: PMC4275307.	Mean monthly health care expenditure in married subjects was € 502 in the 42 months before the death of the spouse, and expenditure levels rose by € 239 (48%) in the 42 months after the death of the spouse. The increase in expenditure after the death of the spouse was highest for men (€ 319; 59%) and the oldest old (€ 553; 82%). Expenditure levels showed the highest increase for hospital and home care services (together € 166).
(the probability of NH admission) education	Norway	Mjørud M, Selbæk G, Bjertness E, Edwin TH, Engedal K, Knapskog AB, Strand BH. Time from dementia diagnosis to nursing-home admission and death among persons with dementia: A multistate survival analysis. <i>PLoS One</i> . 2020 Dec 4;15(12):e0243513. doi: 10.1371/journal.pone.0243513. PMID: 33275638; PMCID: PMC7717539.	The probability of NH admission was greater for women than men due to women's lower mortality rate. Persons living alone, particularly men, had a higher probability of NH admission than cohabitants. Age, dementia aetiology and severity of cognitive impairment at time of diagnosis did not influence the probability of NH admission. Those with fewer than 10 years of education had a lower probability of NH admission than those with 10 years or more, and this was independent of the excess mortality in the less-educated group.

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
(dementia) education, occupation	Japan	Nakahori N, Sekine M, Yamada M, Tatsuse T, Kido H, Suzuki M. A pathway from low socioeconomic status to dementia in Japan: results from the Toyama dementia survey. BMC Geriatr. 2018 Apr 27;18(1):102. doi: 10.1186/s12877-018-0791-6. PMID: 29703157; PMCID: PMC5923187.	The odds ratio (OR) for dementia was higher for participants with low educational attainment (6 years or less) than for highly educated participants [age- and sex-adjusted OR 3.27; 95% confidence interval (CI) 1.84-5.81]; it was also higher for participants with a blue-collar job history than a white-collar job history (age- and sex-adjusted OR 1.26; 95% CI 0.80-1.98).
(mental disorder) being a housewife	international	Bezerra HS, Alves RM, Nunes ADD, Barbosa IR. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. Public Health Rev. 2021 Aug 23;42:1604234. doi: 10.3389/phrs.2021.1604234. PMID: 34692182; PMCID: PMC8419231.	The prevalence of CMD ranged from 9.6% to 69.3%. The main associated factors were unemployment, indebtedness, low income, being a housewife, smoking, low education, poor self-rated health, being single, divorced or widowed.
(health and well-being of populations) housing	Singapore, the UK, and Kenya	Mwoka M, Biermann O, Ettman CK, Abdalla SM, Ambuko J, Pearson M, Rashid SF, Zeinali Z, Galea S, Valladares LM, Mberu B. Housing as a Social Determinant of Health: Evidence from Singapore, the UK, and Kenya: the 3-D Commission. J Urban Health. 2021 Aug;98(Suppl 1):15-30. doi: 10.1007/s11524-021-00557-8. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34480327; PMCID: PMC8415197.	This analysis demonstrates the value of viewing housing policies as public health policies that could significantly impact the health and well-being of populations, especially vulnerable groups. Moreover, the findings highlight the importance of the Health in All Policies approach to facilitate integrated policy responses to address social determinants of health such as housing.

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
健康余命尺度・定義関連	日本	岩井 彦彦, 青柳 陽一郎, 認知症を有する脳卒中および大腿骨頭部骨折患者のADL構造, 理学療法科学, 2014, 29 巻, 1 号, p. 123-129, 公開日 2014/03/26, Online ISSN 2434-2807, Print ISSN 1341-1667, https://doi.org/10.1589/rika.29.123 , https://www.jstage.jst.go.jp/article/rika/29/1/29_123/_article/-char/ja	P128 認知症高齢者の日常生活自立度鑑定基準：介護の必要度を示すもの。認知機能障害を反映するものではないと一概には言えないが、認知症の程度の医学的判断とは必ずしも一致しない。むしろ、認知症によるADL障害を簡略に把握できる評価指標としては有用である。
cognitive LE, disability-free	UK	Jagger C, Matthews FE, Wohland P, Fouweather T, Stephan BC, Robinson L, Arthur A, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. <i>Lancet</i> . 2016 Feb 20;387(10020):779-86. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00947-2. Epub 2015 Dec 9. PMID: 26680218; PMCID: PMC4761658.	<ul style="list-style-type: none"> ・上の文献と併せて読む ・cognitive impairment (defined as moderate-severe, mild, or none, as assessed by Mini-Mental State Examination score); and disability in activities of daily living (defined as none, mild, or moderate-severe). ・(Between 1991 and 2011)Gains in disability-free years were much smaller than those in excellent-good self-perceived health or those free from cognitive impairment, especially for women (0-5 years [0-2-0-9] compared with 2-6 years [2-3-2-9] for men), mostly because of increased mild disability.
健康余命尺度・定義関連	日本	Taira K, Ogata S, Kamide K. Comparing the differences in three measures of healthy life expectancy among prefectures in Japan. <i>BMC Res Notes</i> . 2020 Aug 5;13(1):371. doi: 10.1186/s13104-020-05213-z. PMID: 32758291; PMCID: PMC7404923.	Three measures of HLE calculated by the Sullivan method [2] that differed according to the definition of unhealthiness have been used as target values of local government policy [3]. These HLEs, selected for this study are as follows: (i) disability-free life expectancy without activity limitation (DFLE-AL), (ii) life expectancy with self-perceived health (LE-SH), and (iii) disability-free life expectancy without care need (DFLE-CN) (Additional file 1).
健康余命尺度・定義関連	UK	Welsh CE, Matthews FE, Jagger C. Trends in life expectancy and healthy life years at birth and age 65 in the UK, 2008-2016, and other countries of the EU28: An observational cross-sectional study. <i>Lancet Reg Health Eur</i> . 2021 Mar;2:100023. doi: 10.1016/j.lanep.2020.100023. PMID: 33870247; PMCID: PMC8042672.	The concept of healthy life expectancy is therefore of interest to health and economy stakeholders. This indicator has been in use for several years, but differing definitions of 'disability' and calculation methods have hampered between-country comparisons [9]. Since 2005, the EU has reported healthy life years (HLY), a disability-free life expectancy based on the Statistics on Income and Living for all EU28 countries over the same period [10]. Healthy life was defined using the survey question PH030, 'For at least the last 6 months have you been limited in activities people usually do, because of a health problem?' with responses: 1) yes, strongly limited, 2) yes, limited or 3) not limited.
健康余命尺度・定義関連	Netherlands	Bogaert, P., Van Oyen, H., Beluche, I. <i>et al.</i> The use of the global activity limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission. <i>Arch Public Health</i> 76 , 30 (2018). https://doi.org/10.1186/s13690-018-0279-z	<ul style="list-style-type: none"> ・ In 2005, the European Union (EU) started to use a disability-free life expectancy, known as Healthy Life Years (HLY), to monitor progress in the strategic European policies such as the 2000 Lisbon strategy. HLY are based on the underlying measure: the Global Activity Limitation Indicator (GALI). Twelve years after its implementation, this study aims to assess its current use in EU Member States and the European Commission. ・ HLY is an indicator that is systematically used to monitor health developments in most EU countries. The SHARE, EU-SILC and EHIS are commonly used to assess HLY through the GALI
Health Indicator	EU	Mäki N, Martikainen P, Eikemo T, Menvielle G, Lundberg O, Ostergren O, Jasilionis D, Mackenbach JP; EURO-GBD-SE consortium. Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. <i>Soc Sci Med</i> . 2013 Oct;94:1-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.009. Epub 2013 Jun 25. PMID: 23931939.	The Global Activity Limitation Indicator (GALI), which was used as the health indicator in this study, is an evaluated (Jagger et al., 2010; van Oyen, van der Heyden, Perenboom, & Jagger, 2006) indicator, even though it has not been used extensively or used to examine socioeconomic differences. Yet, this single item instrument is based on health-related long-term limitations on daily activities. The single item is, "For the past 6 months or more have you been limited in activities people usually do because of a health problem?" to which there are three answer categories: "Yes, severely", "Yes, moderately" and "No". In this study, the category "Yes, severely" described a disability. Instead of any level of activity limitation, we focused on measuring severe limitation for two reasons
HLE	International	World Health Organization (WHO). (2015). Healthy life expectancy at 60. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=66 . Accessed December 7, 2021.	Healthy life expectancy (HALE) at 60 (years) Data Type Representation Statistic Definition The average number of years in full health a person (usually at age 60) can expect to live based on current rates of ill-health and mortality. Disaggregated by gender
HLE	International	World Health Organization (WHO). (2015). Healthy life expectancy at birth. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=66 . Accessed December 7, 2021.	Healthy life expectancy (HALE) at birth: Average number of years that a person can expect to live in "full health" by taking into account years lived in less than full health due to disease and/or injury.
HLE定義	WHO	WHO. World Health Report 2001. Geneva: WHO; 2001.	To better reflect the inclusion of all states of health in the calculation of healthy life expectancy, the name of the indicator used to measure healthy life expectancy has been changed from disability-adjusted life expectancy (DALE) to health-adjusted life expectancy (HALE). HALE is based on life expectancy at birth (see Annex Table 1) but includes an adjustment for time spent in poor health. It is most easily understood as the equivalent number of years in full health that a newborn can expect to live based on current rates of ill-health and mortality.

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
HALE	WHO	WHO. THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/66	Healthy life expectancy (HALE) at birth Definition: Average number of years that a person can expect to live in "full health" by taking into account years lived in less than full health due to disease and/or injury. Method of estimation: The equivalent lost healthy year fractions required for the HALE calculation are estimated as the all-cause years lost due to disability (YLD) rate per capita, adjusted for independent comorbidity, by age, sex and country. Sullivan's method uses the equivalent lost healthy year fraction (adjusted for comorbidity) at each age in the current population (for a given year) to divide the hypothetical years of life lived by a period life table cohort at different ages into years of equivalent full health and equivalent lost healthy years. Predominant type of statistics: Predicted Comments: Because these estimates draw on new data and on the results of the GBD 2010 study, and there have been substantial revisions to methods for many causes, and to the methods for dealing with comorbidity, these HALE estimates for the years 2000-2012 are not directly comparable with previous WHO estimates of HALE for earlier years.
HALE	USA	Labbe J.A. (2010) Health-Adjusted Life Expectancy: Concepts and Estimates. In: Preedy V.R., Watson R.R. (eds) Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_23	Health-adjusted life expectancy (HALE), formerly denominated DALE, is a health expectancy measure which value several health states capturing the full health experience of the population. The indicator is especially useful in countries where health improvement is based on the increase of the well being such as European countries (OECD Health Data, 2001).
Disability-free life expectancy	USA	Paola Zaninotto, PhD, George David Batty, PhD, Sari Stenholm, PhD, Ichiro Kawachi, PhD, Martin Hyde, PhD, Marcel Goldberg, PhD, Hugo Westerlund, PhD, Jussi Vahtera, MD, Jenny Head, MSc, Socioeconomic Inequalities in Disability-free Life Expectancy in Older People from England and the United States: A Cross-national Population-Based Study, The Journals of Gerontology: Series A, Volume 75, Issue 5, May 2020, Pages 906–913, https://doi.org/10.1093/gerona/glz266	The health indicators that have commonly been used to compute health expectancy include, among others, self-rated health (referred to as "healthy life expectancy"), activities of daily living (ADL) and/or instrumental activities of daily living (IADL) (referred to as "disability-free life expectancy"), and chronic morbidity (referred to as "chronic disease-free or morbidity-free life expectancy") (17,22– 24). However, self-rated health is based on subjective health status and identical questions may not mean the same to people across different cultures. Disability-free life expectancy is one of the most widely accepted measure of health expectancy (22) and has been recommended in cross-country comparative studies (17) because it is less sensitive to cultural factors.
Health Expectancy	Review	Pongiglione B, De Stavola BL, Ploubidis GB. A Systematic Literature Review of Studies Analyzing Inequalities in Health Expectancy among the Older Population. PLoS One. 2015 Jun 26;10(6):e0130747. doi: 10.1371/journal.pone.0130747. PMID: 26115099; PMCID: PMC4482630.	Type of Health Expectancy measures
IADL, ADL,	医療経済	Ishizaki T, Kai I, Kobayashi Y, Imanaka Y. Functional transitions and active life expectancy for older Japanese living in a community. Arch Gerontol Geriatr. 2002 Sep-Oct;35(2):107-20. doi: 10.1016/s0167-4943(02)00002-x. PMID: 14764349.	<ul style="list-style-type: none"> Because ADL was originally developed to examine the effects of treatment on older and chronically ill people living in institutions, it cannot measure the ability to sustain an independent life in a community (Koyano et al., 1991). Spector et al. (1987) hypothesized that disabilities in instrumental activities of daily living (IADL), which include the most relevant capacities needed to live in a community independently, would be a more sensitive predictor of functional decline and death than disability in ADL alone, because of the hierarchical relationship between ADL and IADL. ALE based on IADL as well as on ADL might be more useful indexes for an aging population. physically inactive life expectancy (PILE) as the average number of years for which an individual of a given age was expected to live with dependence in ADL, and instrumentally inactive life expectancy (IILE) as the average number of years for which an individual of a given age was expected to live with dependence in IADL.
要介護認定？	日本	Hosokawa R, Ojima T, Myojin T, Aida J, Kondo K, Kondo N. Associations Between Healthcare Resources and Healthy Life Expectancy: A Descriptive Study across Secondary Medical Areas in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2020 Aug 29;17(17):6301. doi: 10.3390/ijerph17176301. Erratum in: Int J Environ Res Public Health. 2020 Oct 16;17(20): PMID: 32872538; PMCID: PMC7503367.	The Japanese care system is divided into care levels from 1 through 5, based on individuals' care needs as certified by Japan's long-term care insurance system (see Table S1) [41,42]. Data on unhealthy people, which included those at care level 2 (almost bedridden) and higher, were obtained from the 2017 long-term care insurance data [43]. The present study classified those at level 2 or greater as "having care needs" (i.e., unhealthy); all other levels were classified as "almost no care needs" (i.e., healthy).
DFLE定義	OECD	OECD.Last updated on Tuesday, March 4, 2003 Glossary of Statistical terms DISABILITY-FREE LIFE EXPECTANCY. Accessed on January 25, 2022 https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=632	Disability-free life expectancy is the average number of years an individual is expected to live free of disability if current patterns of mortality and disability continue to apply. This indicator has been developed in a number of OECD countries since the 1970's, and available estimates are reported here.
DFLE説明	OECD	OECD. 2017. Health at a Glance 2017. 11. AGEING AND LONG-TERM CARE Life expectancy and healthy life expectancy at age 65	Disability-free life expectancy (or "healthy life years") is defined as the number of years spent free of activity limitation. In Europe, this indicator is calculated annually by Eurostat for EU countries and some EFTA countries. The disability measure is based on the Global Activity Limitation Indicator (GALI) question, which comes from the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) survey. The question asks: "For at least the past six months, have you been hampered because of a health problem in activities people usually do? Yes, strongly limited / Yes, limited / No, not limited". While healthy life years is the most comparable indicator to date, there are still problems with translation of the GALI question, although it does appear to satisfactorily reflect other health and disability measures (Jagger et al., 2010).

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
HALE計算方法	USA	Labbe J.A. (2010) Health-Adjusted Life Expectancy: Concepts and Estimates. In: Preedy V.R., Watson R.R. (eds) Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_23	<p>2.3 Calculating Hale</p> <p>HALE is based on life expectancy (LE) but includes an adjustment for time spent in poor health. The calculation can be separated in two stages:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Life expectancy calculation at age X, and 2. Adjustment of years lived by the frequency of the health states <p>1. Life expectancy calculation: Life expectancy at birth is the number of years a person would be expected to live, starting at birth, if the age and sex specific mortality rates for a given observation period were held constant over the estimated life span. Standard methods for measuring LE are based on abridged life tables. They are constructed from population census data and registrations of deaths. > Table 23-2 presents and example of the calculation of Life Expectancy.</p> <p>To calculate life expectancy data from Chile is used. The calculation includes (1) a computation of age-specific death rates, (2) computing the survivorship function from the observed age-specific death rates and populations, (3) estimation of the main life table functions (Armitage, 2002). Detailed information of life table calculation can be obtained elsewhere.</p> <p>2. Adjustment of years lived by the health states: Information on health status include the measure of health status and definitions of health states. Measures of health status can refer to one aspect of health or be more generic such as self-assessed health and disability measures. Self-assessed health is a measure of perceived health status that it is collected in surveys and capture the prevalence of a variety of health conditions (Clark et al., 2004; Mont, 2007). Examples of disability measures include activities of daily living (ADL) that reflects individuals ability to perform basic physical tasks. Also, WHO has developed protocols that include 11 states and 7 domains (mobility, self-care, usual activities, pain and discomfort, cognition, anxiety and depression, social participation). The states are weighted from 100 to full health and 0 to death (WHO, 2000, 2002).</p> <p>To calculate years lived by the health states two methods are used; Sullivan's method and Multi-State Life Table Method. This last method is based on period transition rates whereas the Sullivan's method gives the average health expectancy (Mathers, 2001, 2006). > Table 23-3 shows an example of the calculation of HALE using Sullivan's method.</p>
ADLs,IADLs		<p>Jeffrey Mariano, Lillian C. Min, Chapter 4 - Assessment, Editor(s): Arash Naeim, David B. Reuben, Patricia A. Ganz, Management of Cancer in the Older Patient, W.B. Saunders, 2012, Pages 39-50, ISBN 9781437713985, https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1398-5.10004-9. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781437713985100049)</p>	<p>Self-Reported Tools to Measure Functional Status</p> <p>Activities of Daily Living (ADLs and IADLs, Tables 4-2 and 4-3) 73</p> <p>Most commonly, older adults' functional status is assessed at two levels: activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs). ADLs are self-care tasks, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bathing • dressing • toileting • maintaining continence • grooming • feeding • transferring <p>Questions about functional ability may be valuable if posed in reference to recent activities: for example, "Did you dress yourself this morning?" rather than "Do you dress yourself?"</p> <p>An inability to perform basic ADLs alone implies a higher risk for functional decline, hospitalization, and poor outcomes leading to delirium and or death. Dependency in these tasks, which is present in up to 10% of persons aged 75 years or older, usually requires full-time help at home or placement in a nursing home.72</p> <p>IADLs are tasks that are integral to maintaining an independent household, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • using the telephone • shopping for groceries • preparing meals • performing housework • doing laundry • driving or using public transportation
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	WHO	<p>WHO https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health</p>	<p>ICF is the WHO framework for measuring health and disability at both individual and population levels.</p> <p>ICF was officially endorsed by all 191 WHO Member States in the Fifty-fourth World Health Assembly on 22 May 2001(resolution WHA 54.21) as the international standard to describe and measure health and disability.</p> <p>ICF is based on the same foundation as ICD and ICHI and share the same set of extension codes that enable documentation at a higher level of detail.</p>

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	WHO	World Health Organization. (2002). The World Health Report Reducing Risks. Promoting Health Life. Available at: http://www.who.int/whr/2002/en/ .	Analyses of over 50 national health surveys for the calculation of healthy life expectancy in The World Health Report 2000 identified severe limitations in the comparability of self-reported health status data from different populations, even when identical survey instruments and methods are used.19, 20 The WHO Household Survey Study21 carried out 69 representative household surveys in 60 Member States in 2000 and 2001 using a new health status instrument based on the International Classification of Functioning, Disability and Health,22 which seeks information from a representative sample of respondents on their current states of health according to six core domains. These domains were identified from an extensive review of the currently available health status measurement instruments. To overcome the problem of comparability of self-report health data, the WHO survey instrument used performance tests and vignettes to calibrate self-reported health on selected domains such as cognition, mobility and vision. WHO has developed several statistical methods for correcting biases in self-reported health using these data, based on the hierarchical ordered probit (HOPIT) model.23-25 The calibrated responses are used to estimate the true prevalence of different states of health by age and sex.
健康寿命尺度	日本	厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）2013 研究報告書 健康寿命の国際的な指標化に関する検討	<ul style="list-style-type: none"> ・健康寿命は、健康日本21(第二次)で使用されている「日常生活に制限のない期間の平均」や、「自分が健康であると自覚している期間の平均」の他にも、何を健康/不健康と定義するかによって、さまざまな指標の算定が可能である。どのような健康寿命が有用であるかについては、保健医療状況の変化など時代の変遷にもなって変わってくる可能性がある。 ・JA EHLEIS (健康・平均寿命情報システムに関する欧州共同事業)では欧州各国の健康寿命について、「日常生活に制限のない期間の平均」(Global Activity Limitation Indicator (GALI) に基づく Life expectancy without activity limitation)、「慢性疾患の無い期間の平均」(Life expectancy without chronic morbidity)、「自分が健康であると自覚している期間の平均」(Life expectancy in very good or good perceived health)の3つの指標について、毎年算定している。 ・ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) における参加(participation)に焦点をあてた総合健康指標の開発が重要ではないかという議論が出た
cognitive LE, disability-free	OECD	Robine JM, Romieu I, Jee M. Health expectancies in OECD countries. Reves Report No. 317; April 1998.	<p>The first indicator proposed was disability-free life expectancy [Sullivan, 1971], followed by active life expectancy [Katz et al., 1983]. The introduction of concepts from the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) [WHO, 1980] enables us to differentiate among impairment-free, disability-free, and handicap-free life expectancies. Until now, disability-free life expectancy (DFLE) has been the most frequently used expression, often without explicit reference to the WHO-ICIDH concepts and sometimes as the generic term for health expectancies.</p> <p>According to the ICD framework:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disease-free life expectancy, the average number of years an individual is expected to live free of disease if current patterns of mortality and morbidity continue to apply. A well known example of a specific disease-free life expectancy is dementia-free life expectancy. - Dementia-free life expectancy is a specific disease-free life expectancy, as dementia is a medical diagnosis. It reflects the average number of years an individual is expected to live without senile dementia if current patterns of mortality and morbidity continue to apply. A calculation using the loss of cognitive function would of course result in an impairment-free life expectancy. <p>According to the ICIDH framework, health expectancies are differentiated into:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impairment-free life expectancy, the average number of years an individual is expected to live free of impairment if current patterns of mortality and impairment continue to apply. - Disability-free life expectancy, the average number of years an individual is expected to live free of disability if current patterns of mortality and disability continue to apply. - Handicap-free life expectancy, the average number of years an individual is expected to live free of handicap if current patterns of mortality and handicap continue to apply. The ICIDH distinguishes between seven main dimensions of handicap: orientation, physical independence, mobility, occupation, social integration, economic self sufficiency and other handicaps. The REVES classification system distinguishes independent life expectancy, mobility handicap-free life expectancy and occupational handicap-free life expectancy. When the handicap is assessed in a global manner, the indicator is reported as a general handicap-free life expectancy. <p>However, one should realize that handicap is - next to the presence of disabilities - to a large extent determined by the environment one lives in. Therefore differences in (cultural) environment will always have to be taken into account when making geographical (for instance international) comparisons.</p>

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
cognitive LE, disability-free	OECD	Robine JM, Romieu I, Jee M. Health expectancies in OECD countries. <i>Reves Report No. 317</i> ; April 1998.	<p>According to the REVES committee on conceptual harmonization [Chamie, 1990], the ICIDH disability-free life expectancy should be differentiated into:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Functional limitation-free life expectancy, the average number of years an individual is expected to live free of functional limitation if current patterns of mortality and disability continue to apply. Functional limitations mean restrictions in abilities, for instance, to bend forward and pick up something, or the ability to walk. - Activity restriction-free life expectancy, the average number of years an individual is expected to live free of activity restriction if current patterns of mortality and disability continue to apply. <p>Activity restrictions mean problems in the performance of complex normal human activities like cooking and dressing.</p> <hr/> <p>According to Katz et al. [Katz et al., 1983] and subsequent authors:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Active life expectancy was built to measure independence through the calculation of the average number of years an individual is expected to live without restrictions in a number of activities of daily living (ADL) or instrumental activities of daily living (IADL) if current patterns of mortality and ADL/IADL problems continue to apply. So, given the intention of these authors, active life expectancy is an example of a specific handicap-free life expectancy. <p>Although meant to be an indicator of independent life, the fact that active life expectancy is built with activity restriction data, will always make it difficult to classify. Dependency is not necessarily reflected by the number of inabilities. One could imagine more direct assessments of dependency through one or two general questions leading to other indicators of independent life expectancy.</p> <hr/> <p>Perceived health expectancy is a generic term for health expectancies calculated for health states defined using population data on perceived health status [Mathers et al., 1994]. So:</p> <ul style="list-style-type: none"> - healthy life expectancy, or life expectancy in good health, is the average number of years an individual is expected to live in a health state defined as the "favorable part" part of the distribution of perceived health status (usually self-rated on a scale of the form excellent/good/fair/poor, or alternatively, very good/good/fair/bad/very bad). <p>Health-adjusted life expectancy is a generic term for a weighted expectation of life summed over a complete set of health states. Weights for health states typically range from zero (death) to unity (optimal health). Health-adjusted life expectancy is a statistical abstraction based on health expectancies in a number of discrete health states and explicit weights for each of those health states. The weights may be empirically derived, based on expert opinion, or arbitrarily chosen [Mathers et al., 1994].</p> <p>Historic indicators without any explicit reference to the WHO - ICIDH conceptual framework and which cannot be classified according to classification system are referred to as "unclassified disability"-free life expectancy. Thus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Unclassified disability"-free life expectancy is the average number of years an individual is expected to live free of "disability" (generic or historic term) if current patterns of mortality and "unclassified disability" continue to apply. This indicator is a combination of mortality and morbidity data without reference to any distinguishable section of the ICIDH. <p>The REVES classification system is summarized in table 1. Because some conceptual points need more clarification and because ICIDH is currently being revised, a further evolution of it is expected.</p>

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
HE尺度	WHO	Colin D Mathers Ritu Sadana Joshua A Salomon	<p>(historical background of measurement is discussed in 1.Introduction and 2. Background)</p> <p>Health state expectancies and disability-adjusted life expectancies</p> <p>We can categorise health expectancies into two main classes: those that use dichotomous health state weights and those that use health state valuations for an exhaustive set of health states. Examples of the first class include:</p> <p>Disability-free life expectancy: This health expectancy gives a weight of 1 to states of health with no disability (above an explicit or implicit threshold) and a weight of 0 to states of health with any level of disability above the threshold. Other examples of this type of health expectancy include active life expectancy, independent life expectancy and dementia-free life expectancy.</p> <p>Life expectancy with disability: This is an example of a health expectancy which gives 0 weight to all states of health apart from one specified state of less than full health (in this case, disability above a certain threshold of severity). If health state 3 in Figure 2 is 'moderate disability' then the area under the survival curve corresponding to health state 3 represents life expectancy with moderate disability. Other examples of this type of health expectancy include handicap expectancy, severe handicap expectancy and unhealthy life expectancy.</p> <p>Examples of the second type of indicator include:</p> <p>Health-adjusted life expectancies: These have been calculated for Canada and Australia using population survey data on the prevalence of disability at four levels of severity together with more or less arbitrary severity weights [53–55]. More recently, Canada has produced the first estimates of health-adjusted life expectancy based on population prevalence data for health states together with measured utility weights [56].</p> <p>Disability-adjusted life expectancy: This was calculated for the Global Burden of Disease Study using disability weights reflecting social preferences for seven severity levels of disability [7]. DALE has also been calculated for Australia using prevalence data from the Australian Burden of Disease Study [46] and preference weights derived from the Global Burden of Disease Study and from a Dutch study using similar valuation methods [57].</p>
Terminology	WHO		<p>Health expectancy (HE): Generic term for summary measures of population health that estimate the expectation of years of life lived in various health states.</p> <p>Health state expectancy: Generic term for health expectancies which measure the expectation of years lived in a single specified health state (eg. Disability-free).</p> <p>Disability-adjusted life expectancy (DALE): General term for health expectancies which estimate the expectation of equivalent years of good health based on an exhaustive set of health states and weights defined in terms of health state valuations. Health-adjusted life expectancy (HALE) is a synonym for DALE.</p> <p>Healthy life expectancy: Used as a simple synonym for DALE.</p>
3種類の計算方法	Greek	Bagavos C. Gender and regional differentials in health expectancy in Greece. J Public Health Res. 2013 Sep 2;2(2):e12. doi: 10.4081/jphr.2013.e12. PMID: 25170483; PMCID: PMC4147731.	<p>mainly three methods are used to calculate that measure.²⁰ The first is based on the general self-perceived or self-rated health (very good, good, fair, bad, very bad), the second on chronic health problems (yes, no) and the third on the global activity limitation indicator (strongly limited, limited, not limited).</p>

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
Regional difference in HE 地域間の社会的条件やライフスタイルの違いによる	Netherlands	Groenewegen PP, Westert GP, Boshuizen HC. Regional differences in healthy life expectancy in The Netherlands. Public Health. 2003 Nov;117(6):424-9. doi: 10.1016/S0033-3506(03)00100-8. PMID: 14522158.	Social conditions and lifestyle differences between regions are negatively associated with healthy life expectancy in Dutch regions. Healthcare supply variables show no clear relationship. As a first step in the exploration of correlates of health life expectancy, correlations and regressions with socio-economic, life style and healthcare supply variables were calculated. Healthy life expectancy shows a regional pattern, slightly different from that found in life expectancy and self-reported health. The regional distribution of male and female healthy life expectancy is different, especially at 65 years. Healthy life expectancy of women aged 65 years is independent of their total life expectancy. Social conditions and lifestyle differences between regions are negatively associated with healthy life expectancy in Dutch regions. Healthcare supply variables show no clear relationship.
Regional difference in HE	Spain	Gutiérrez-Fisac JL, Gispert R, Solà J. Factors explaining the geographical differences in disability free life expectancy in Spain. J Epidemiol Commun Health 2000;54:451-5	<ul style="list-style-type: none"> The possible geographical differences among areas within a country are of great interest in public health and health policy as they show the potential for prevention that still exists. Information on permanent disability was taken from the survey on disabilities, impairments and handicaps that the National Institute of Statistics (INE in Spanish) carried out in 1986.7 In this survey disability was considered to be any permanent limitation of activity that lasted or was expected to last for more than one year. The survey included basic activities in accordance with the criteria of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.8 <p>The statistical analysis was made separately for each of the two dependent variables: DFLEb and DFLE65. Basic descriptive statistics were calculated. Pearson correlation coefficients were calculated. The multiple linear regression analysis</p>
Regional difference in HE	OECD	Robine JM, Romieu I, Jee M. Health expectancies in OECD countries. Reves Report No. 317; April 1998.	Reves Report on Health Expectations in OECD Countries gives regional data for the UK, Canada, Australia and Spain. <ul style="list-style-type: none"> Several countries have computed estimates in order to make geographic comparisons across provinces (Canada, [Wilkins and Adams, 1983a; Wilkins and Adams, 1983b; Wilkins, 1991]); states or territories (Australia, [Mathers, 1991]); regional and local authority areas (United Kingdom, [Bone et al, 1995]); autonomous communities (Spain, [Regidor et al., 1995]); and community size (Canada, [Wilkins and Adams, 1983a; Wilkins and Adams, 1983b]). Annex 4 presents the results for Australia, Canada, Spain, and the United Kingdom. A study of the trends in disability-free life expectancy across regions is currently being conducted in France [Robine et al., 1998].
HE and deprived area	UK	Smith MP, Olatunde O, White C. Inequalities in disability-free life expectancy by area deprivation: England, 2001-04 and 2005-08. Health Stat Q. 2010 Winter;(48):36-57. doi: 10.1057/hsq.2010.20. PMID: 21131986.	<ul style="list-style-type: none"> prevalence of self-reported limiting long-standing illness or disability. Prevalence data were combined with mortality and mid-year population estimates (MYPE) over the same periods to calculate estimates of LE and DFLE at birth and at age 65 for males and females in each deprivation quintile. (IMDを5段階、男女別にしてHEとDFLE比較) using Index of Multiple Deprivation(2007) and compare two four-year time periods, 2001-04 and 2005-08, to assess any change in the inequality in LE and DFLE Males and females at birth and at age 65 in the less deprived areas could expect longer, healthier lives than their counterparts in more deprived areas in both 2001-04 and 2005-08. This analysis suggests that the inequality in DFLE between deprived and affluent area clusters has increased during the first decade of the 21st century. By quintile, the greatest inequality in LE and DFLE lay between the most deprived and next most deprived quintiles.
Urban Rural	Bangladesh	Islam MS, Tareque MI, Mondal MNI, Fazle Rabbi AM, Khan HTA, Begum S. Urban-rural differences in disability-free life expectancy in Bangladesh. J Epidemiol Commun Health 2002;56:1000-4.	Statistically significant differences in DFLE were revealed from birth to age 15 years for both sexes between urban and rural areas.
JPN DI	日本	Kataoka A, Fukui K, Sato T, Kikuchi H, Inoue S, Kondo N, Nakaya T, Ito Y. Geographical socioeconomic inequalities in healthy life expectancy in Japan, 2010-2014: An ecological study. Lancet Reg Health West Pac. 2021 Jul 15;14:100204. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100204. PMID: 34527999; PMCID: PMC8355904.	<ul style="list-style-type: none"> In England, regional differences in HLE were considered based on small units, and inequalities in HLE based on geographical deprivation were observed. However, very few studies have focused on HLE in small geographical units as in the English studies; most were based on large geographical units such as country, state, and prefecture. 長期介護保険(要介護2-5を unhealthy years) The estimated LE, HLE, and NHLE became lower as the deprivation index worsened: the differences between the most and least deprived areas for HLE were 2.49 years for LE and 2.32 years for HLE in males; 1.22 years for LE and 0.93 years for HLE in females.
Similar to values at birth, LE and DFLE at age 85 both increased	UK	Wohland P, Rees P, Gillies C, Alvanides S, Matthews FE, O'Neill V, Jagger C. Drivers of inequality in disability-free expectancy at birth and age 85 across space and time in Great Britain. J Epidemiol Commun Health. 2014 Sep;68(9):826-33. doi: 10.1136/jech-2014-204083. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24907279; PMCID: PMC4145463.	Similar to values at birth, LE and DFLE at age 85 both increased between 1991 and 2001 (though DFLE increased less than LE) and gaps across local areas widened (and more for DFLE than LE).

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
解析方法 説明変数の扱い方	Spain	Gutiérrez-Fisac JL, Gispert R, Solà J. Factors explaining the geographical differences in Disability Free Life Expectancy in Spain. <i>J Epidemiol Community Health</i> . 2000 Jun;54(6):451-5. doi: 10.1136/jech.54.6.451. PMID: 10818121; PMCID: PMC1731685.	<ul style="list-style-type: none"> Both DFLEb and DLFE65 vary widely among provinces. The independent variables considered were socioeconomic factors, variables related with the health system and certain risk factors associated with lifestyle. The socioeconomic factors used were the illiteracy rate per 1000 population, the percentage of the unemployed population and the percentage of rural population (those living in towns with fewer than 50 000 inhabitants), all of this information was obtained from the 1986 Municipal Census of the population.¹⁰ We also used the number of immigrants per 100 000 population, the number of automobiles per capita and the number of telephone lines per 1000 population, information that was obtained from the Annual Statistics of the INE.¹¹ The variables related to the health care system were the number of hospital beds per 1000 population and the mean hospital stay, both of which were obtained from the Statistics of Inpatient Health Facilities.¹² We also used the number of physicians per 1000 population published in the Annual Statistics of the INE.¹¹ The risk factors related to behaviour and lifestyle were the percentage of smokers in the population and the percentage of the population that consumes alcohol, both indicators obtained from the National Health Survey carried out by the Ministry of Health in 1987 in a representative sample of the non-institutionalised Spanish population.¹³ Finally, we included as an independent variable the percentage of the population 65 years of age and older, as an indicator of a type of society.
医療提供体制による地域差	日本	Hosokawa R, Ojima T, Myojin T, Aida J, Kondo K, Kondo N. Associations Between Healthcare Resources and Healthy Life Expectancy: A Descriptive Study across Secondary Medical Areas in Japan. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020 Aug 29;17(17):6301. doi: 10.3390/ijerph17176301. Erratum in: <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020 Oct 16;17(20): PMID: 32872538; PMCID: PMC7503367.	The findings revealed significant regional disparities. The number of doctors and therapists, support clinics for home healthcare facilities and home-visit treatments, and dentistry expenditure per capita were positively correlated with life expectancy and healthy life expectancy (correlation coefficients > 0.2). They also revealed gender differences. Despite controlling for population density, inequalities in healthy life expectancy were observed, highlighting the need to promote social policies to reduce regional disparities.
SESによる地域差	Brazil	Szwarcwald CL, Souza Júnior PR, Marques AP, Almeida WD, Montilla DE. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. <i>Int J Equity Health</i> . 2016 Nov 17;15(1):141. doi: 10.1186/s12939-016-0432-7. PMID: 27852270; PMCID: PMC5112675.	Marked regional inequalities in HLE were found, with the loss of healthy life much higher among residents of the poorest regions, especially among the elderly.
平均寿命の差は、健康寿命の差 国際比較	Greek	Bagavos C. Gender and regional differentials in health expectancy in Greece. <i>J Public Health Res</i> . 2013 Sep 2;2(2):e12. doi: 10.4081/jphr.2013.e12. PMID: 25170483; PMCID: PMC4147731.	<ul style="list-style-type: none"> First, the differences in terms of life expectancy and of healthy life years do not move in the same direction. For instance, at NUTS_2 regions, the lowest level of life expectancy is found in Eastern Macedonia and Thrace (78.7) and the highest in Epirus (82.2). However, those regions are in a rather intermediate position in terms of healthy life years (63.4 and 65.3 years respectively) whereas Western Greece (57.5) and Ionian Islands (69.2) represent the two extremes. Second, life expectancy differentials are less pronounced than those in healthy life years. In fact, the maximum difference among regions in the expected number of life-years is 3.5 (4.5%) whereas in years without disability is 11.7 (20.4%). When gender dimension is combined with age, we observe that women of all ages live a greater number of years with limited or severely limited activity limitation, despite living longer. In fact, the gender gap in life expectancy decreases with age, while the differences in healthy life years remain rather constant (at around 3.0 years) between 20 and 59 years of age at the benefit of men and start decreasing at age 60 and over
地域差	USA	Chang MH, Molla MT, Truman BI, Athar H, Moonesinghe R, Yoon PW. Differences in healthy life expectancy for the US population by sex, race/ethnicity and geographic region: 2008. <i>J Public Health (Oxf)</i> . 2015 Sep;37(3):470-9. doi: 10.1093/pubmed/fdu059. Epub 2014 Aug 30. PMID: 25174043.	Northeast had the longest HLE and the South had the shortest.
SESによる差	Vietnam	Hoi le V, Phuc HD, Dung TV, Chuc NT, Lindholm L. Remaining life expectancy among older people in a rural area of Vietnam: trends and socioeconomic inequalities during a period of multiple transitions. <i>BMC Public Health</i> . 2009 Dec 17;9:471. doi: 10.1186/1471-2458-9-471. PMID: 20017933; PMCID: PMC2803493.	There is a trend of increasing life expectancy among older people in rural areas of Vietnam. Inequalities in life expectancy exist between socioeconomic groups, especially between different poverty levels and also patterns of living arrangements.

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
Leading causes of DALYs and changes during 1990–2017	Global	Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., . . . Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. <i>The Lancet</i> , 392(10159), 1859–1922. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3	<ul style="list-style-type: none"> • We used data for age-specific mortality rates, years of life lost (YLLs) due to premature mortality, and years lived with disability (YLDs) from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2017 to calculate HALE and DALYs from 1990 to 2017. • Our results showed disparities in disease burden between males and females. Females are more likely than males to have a higher burden from disabling conditions such as most musculoskeletal disorders except for gout, iron-deficiency anaemia, and major depressive disorder. Iron-deficiency anaemia is common especially at reproductive ages for females, and for boys and girls (aged 5–14 years) equally (appendix 2). Males are more likely than females to be affected by fatal conditions including different types of cancer, injuries, and ischaemic heart disease. <p>In several high Socio-demographic Index (SDI) countries, the difference between male and female HALE has decreased over time, which could partly be attributable to the decreasing gap between the sexes in the prevalence of specific risk factors—eg, smoking and alcohol use. 24,25</p> <p>Our results show increased life expectancy and more years lived in poor health for women than men in most countries. This finding could be attributable to sex differences in the patterns of disease burden. For example, women are more likely than men to have a higher burden from disabling conditions (eg, most musculoskeletal disorders except for gout, iron-deficiency anaemia, and major depressive disorder), whereas men are more likely than women to be affected by fatal conditions including different types of cancer (eg, liver cancer, lung cancer, leukaemia, colorectal cancer, and pancreatic cancer), injuries, and ischaemic heart disease. Various explanations have been suggested for the sex difference in disease risk, including social norms (eg, heavy drinking is socially acceptable for men in Russian tradition), health-related beliefs and behaviours, and biological factors (eg, sex hormones). 22,26</p>
falls	Global	WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age 2007	<p>As is outlined in Chapter 1, women are more likely than men to fall and sustain fracture (1), resulting in twice more hospitalizations and emergency department visits than men (2). However, fall-related mortality disproportionately affects men.</p> <p>The difference in falls in older age may stem from the gender-related factors, such as women being inclined to make greater use of multiple medications and living alone (3). In addition, biological difference also contributes to greater risk, for instance, women's muscle mass declines faster than that of men, especially in the immediate few years after menopause. To some extent this is gender-related as women are less likely to engage into the practice of muscular building physical activity though the life course e.g. sports.</p> <p>Health seeking behaviour differs according to gender. Culturally-oriented expectations to gender roles affect behaviour when seeking medical care. Male higher fatality rates may be due in part to the tendency of men not seeking medical care until a condition becomes severe, resulting in substantial delay to the access to prevention and management of diseases. Further, men are more likely to be engaged in intense and dangerous physical activity and risky behaviours such as climbing high ladders, cleaning roofs or ignoring the limits of their physical capacity.</p>
疾病、男女差	日本	大内 耐義 (2005) 性差から見た老化と疾病・性差に着目した老年医学の重要性と今後の展望, 日老医誌 2005;42:616-623)	<ul style="list-style-type: none"> • 男性において自殺、事故、肝硬変、肝癌が女性よりも圧倒的に多いことが統計から示されている13)。 • この報告では平均自立期間を平均余命で割った値を「お達者度」と呼んでいるが、この「お達者度」は女性では76.4%と男性(85.9%)に比べて低いのである。この成績は、女性は長生きではあるが、必ずしも自立した健康寿命はそれに比例して長くなっていないことを示しており、女性において自立期間が相対的に短い原因の究明と対策が重要であることが理解される。 <p>女性の平均寿命は男性に比して長い、健康寿命は短いということについてはさまざまな研究がなされている。高知大学による河北町研究では、10年間の縦断経過によりADL低下の要因を解析し、男性に比して女性は1.74倍ADLが低下しやすいという成績が示されている15)。これはおそらく、女性には自律神経失調症、白内障、関節リウマチ、肩凝り、骨折など、直接的には死に至らずともQOLを低下させる疾病が多いことが関係していると考えられる。</p>
転倒、ロコモティブシンドローム	日本	中村 耕三(2017) ロコモティブシンドロームの概念・現状と将来の展望, pharma Medica Vol.35 No.10201	<ul style="list-style-type: none"> • 転倒は重要な移動機能障害である。一般住民(平均68.5歳)の3年間の経過での調査では、男性の18.9%、女性の24.6%が少なくとも1回転倒している。 • ロコモの臨床判断値によるロコモの初期段階であるロコモ度1の有病率は69.8%で、男性68.4%、女性70.5%である。ロコモの進行した状態であるロコモ度2の有病率は25.1%で、男性22.7%、女性26.7%である。やや女性に多く、また70歳80歳以上で急激に増加する(図)

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
フレイル、サルコペニア	日本	吉村 典子(2021) ロコモティブシンドローム、フレイル、サルコペニアの性差, Geriatr. Med.59(1):49~54, 2021	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイルの有病率は5.6%(男性3.8%、女性6.6%)であると推定された[フレイルの有病率は年齢とともに高くなるが、男女差はなかった。この性・年代別分布を「平成22年国勢調査人口等基本集計」¹⁾]に当てはめてフレイルの有病者数(60歳以上)を推定したところ、総数220万人(男性164万人、女性164万人)となり、有病率の有意差はないが、高齢者に占める性差の影響でフレイルの有病者は女性に多いことがわかった。 ・サルコペニアの有病率は8.2%(男性8.5%、女性8.0%)であると推定された³⁾。サルコペニアの有病率は年齢とともに高くなるが男女差はなかった。この性・年代別分布を「平成22年国勢調査人口等基本集計」¹⁾]に当てはめてサルコペニアの有病者数(60歳以上)を推定したところ、総数370万人(男性120万人、女性250万人)となった。 ・ロコモもフレイルもサルコペニアも、いずれも有病率では有意な男女差は認められなかったが、高齢者に多い状態であり、高齢者における女性の占める割合が高いことから、これらの有病者数は明らかに女性に多かった。またサルコペニアについては、そもそも診断基準の段階で握力、筋量に男女差が設けられているので、同じ基準を適用した場合は女性の方が多くと考えられる。
骨粗鬆症、骨折	日本	藤原 佐枝子 (2018)骨粗鬆症の疫学、特集 骨粗鬆症の Up to date,成人病と生活習慣病 48 巻 9 号	<ul style="list-style-type: none"> ・わが国の骨粗鬆症推計人口は1280万人で、女性は男性の約3倍多く罹患している。 ・椎体骨折の発生率は、主要な骨粗鬆症性骨折の中でもっとも高く(図3)5)、女性は男性の2倍であり、年齢が10歳高くなると1.5~2倍増加する
転倒、骨折	日本	萩野 浩(2007)転倒・骨折予防の重要性―疫学データから―、ジェントロジーニューホライズンVol. 79 No.32007-	<ul style="list-style-type: none"> ・わが国では年間に地域在宅高齢者の10~20%が、施設入所者では30%以上が転倒する¹⁾。女性は、男性に比較して転倒率が高い。 ・脊椎骨折のない高齢者に比較して、1つでも脊椎骨折を生じると、1日以上臥床する割合は4.8倍、1週間以上活動が制限される割合が2.8倍に、骨折が2カ所以上になるとそれぞれ10.5倍、5.3倍に達する¹⁹⁾。
大腿骨頸部骨折	日本	折茂 肇, 坂田清美:第四回大腿骨頸部骨折全国調査成績―2002年における新発症患者数の推定と15年間の推移―,日本医事新報4180:25-30, 2004	<ul style="list-style-type: none"> ・全国で整形外科を標榜する九四二二施設のうち、対象として全国推計用に抽出されたのは四五〇〇施設、ブロック別推計に抽出されたのは五九九九施設であった。 ・2002年大腿骨頸部骨折年間累計発症患者数は男性(25,300)より女性(92,600)に多かった
転倒、転倒後の死亡	日本	加藤 龍一* 高城 智圭2* 櫻井 尚子3* 星 且二2、(2012)地域在住高齢者の転倒の関連要因と3年後の生存、第59巻 日本公衛誌 第5号	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒状況についてもれなく回答が得られたのは6,420人(男性3,127人、女性3,293人)で、転倒率、転倒による骨折率は、男性16.4%、2.1%、女性27.8%、6.2%と女性に高率であった(P<0.001)。また転倒率は男女とも、年齢階層の上昇とともに増加する傾向を示した。 ・本邦における地域在住高齢者の転倒後の生存率は明らかでなく、わずかに海外での報告が見られるのみであった。 ・Campbellらは、ニュージーランドにおける70歳以上の高齢者761人1年間の調査の結果、男性は転倒後の死亡が非転倒者より3.2倍高く(95%CI 1.7-6.0)、女性も高い傾向であったが、統計学的に有意ではなかったとしていた²⁷⁾ ・ノルウェーにおける地域在住の75歳以上の高齢女性300人の9年間の縦断研究で検討した結果、頻回の転倒、高齢、主観的健康感の悪化が死亡と有意に関連し、それぞれ独立した危険因子であり、最低2回の転倒は、転倒なしに比べ、比例ハザード比が1.6(95%CI 1.1-2.4)であった
LEの差	日本	厚生労働省第16回健康日本21(第二次)推進専門委員会 (2021)健康寿命の令和元年値について	<ul style="list-style-type: none"> ・2016年「日常生活に制限のない期間の平均(年)」男性は推定値72.14、女性は74.79
有病率と人口学的効果	Greek	Bagavos C. Gender and regional differentials in health expectancy in Greece. J Public Health Res. 2013 Sep 2;2(2):e12. doi: 10.4081/jphr.2013.e12. PMID: 25170483; PMCID: PMC4147731.	<ul style="list-style-type: none"> ・ Firstly, we have to consider that, if there is a (negative) relationship between age and good health, the fact that women live longer than men might be reflected in the longer period they live with functional limitations compared to men. At population level, this is appreciated through the differential ageing of female and male population. In order to estimate the impact of this demographic dimension on the differences in (weighted) prevalence rates without any activity limitation between men and women, we have calculated the corresponding standardized (weighted) prevalence rates for women. ・ Those standardized rates are obtained by applying the prevalence rates of women to the age structure of the male population aged 15 years and over. The results indicate that, if the male and the female age distributions were identical, prevalence rates for women without disability could be 74.6% instead of 72.7%. Taking into account that, at national level, the prevalence rates without disability for men is 82%, we can conclude that around 21% of the difference between men and women as regards their health status, namely without any activity limitation, could be attributed to a pure demographic effect (i.e. to the fact that women live longer than men and therefore aging is more pronounced for the female rather than for male population). This demographic effect also holds for regional inequalities in health status, because of the unequal distribution of ageing across regions

表1-1 「日常生活に制限のない期間の平均」と「日常生活に制限のある期間の平均」

性別	年次	日常生活に制限のない期間の平均(年)		日常生活に制限のある期間の平均(年)		男と女の合計(平均(年))	
		推定値	95%信頼区間	推定値	95%信頼区間	推定値	95%信頼区間
男性	2010年	70.42	70.28	70.55	70.22	70.49	70.40
	2015年	71.19	71.07	71.32	71.04	71.14	71.04
	2016年	72.14	72.04	72.27	72.04	72.1	72.04
女性	2010年	72.68	72.55	72.84	72.73	72.68	72.68
	2015年	73.62	73.40	73.77	73.77	73.62	73.62
	2016年	74.79	74.67	74.85	74.85	74.79	74.79
	2010年	71.58	71.45	71.64	71.54	71.54	71.54
	2015年	72.52	72.39	72.55	72.55	72.52	72.52

基礎資料として、健康情報は国民生活基礎調査、死亡情報は人口動態統計を用いた。

2016年の健康情報は、国民生活基礎調査の国地域別より国全体を調査していただいた。国全体を除く全国のものを用いた。

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
HLE関連要因	EU	Mäki N, Martikainen P, Eikemo T, Menvielle G, Lundberg O, Ostergren O, Jasilionis D, Mackenbach JP; EURO-GBD-SE consortium. Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. <i>Soc Sci Med</i> . 2013 Oct;94:1-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.009. Epub 2013 Jun 25. PMID: 23931939.	Life expectancy and disability-free life expectancy were directly related to the level of education, but the educational differences were much greater in the latter in all countries.
HLE関連要因	Korea	Kim, J. I., & Kim, G. (2017). "Country-level socioeconomic indicators associated with healthy life expectancy: Income, urbanization, schooling, and internet users: 2000–2012": Erratum. <i>Social Indicators Research</i> , 131(3), 1269. https://doi.org/10.1007/s11205-016-1295-4	HLE and the income index as a measure of gross national income per capita (INI), percentage of the urban population (UP) as a measure of urbanization, mean years of adult schooling (MYS) as a measure of educational attainment, and number of internet users (IU).
DFLE関連要因	France	Laborde, C., Crouzet, M., Carrère, A. <i>et al.</i> Contextual factors underpinning geographical inequalities in disability-free life expectancy in 100 French <i>départements</i> . <i>Eur J Ageing</i> 18, 381–392 (2021). https://doi.org/10.1007/s10433-020-00589-0	<ul style="list-style-type: none"> Local context can promote or reduce DFLE or DLE via different dimensions: economic factors (Jagger et al. 2008; Liu et al. 2010; Fouweather et al. 2015; Szwarcwald et al. 2017), social factors (Mäki et al. 2013; Minagawa and Saito 2017; Brønnum-Hansen et al. 2017), policy decisions (Bergqvist et al. 2013; Minagawa and Saito 2017), urban or rural profile (Liu et al. 2010; Islam et al. 2017), or even access to and use of health services (Liu et al. 2010; Szwarcwald et al. 2016; Kondo et al. 2018). Our results suggest that geographical inequalities in health expectancies are significantly correlated with socioeconomic status and with healthcare supply, support for older persons, and urban environments, particularly among women. <p>DFLE is positively associated with per capita GDP (Jagger et al. 2008; Liu et al. 2010; Fouweather et al. 2015), mean income (Groenewegen et al. 2003; Minagawa and Saito 2017), mean educational level (Jagger et al. 2008; Mäki et al. 2013; Wohland et al. 2014; Szwarcwald et al. 2016) and life-long learning (Jagger et al. 2008). Negative relationships have been found with the unemployment rate among the general population (Gutierrez-Fisac et al. 2000; Groenewegen et al. 2003; Minagawa and Saito 2017) or among men alone (Jagger et al. 2008), and with illiteracy rates (Gutierrez-Fisac et al. 2000). In addition, some studies show an association with the urban–rural distribution of the population (Liu et al. 2010; Islam et al. 2017; Tareque et al. 2019) which can be an indirect indicator of ease of access to shops and services.</p>
DFLE関連要因	日本	Naoki Kondo, Takashi Mizutani, Junko Minai, Mari Kazama, Hisashi Imai, Yasuhisa Takeda, Zentaro Yamagata, Factors Explaining Disability-free Life Expectancy in Japan: the Proportion of Older Workers, Self-reported Health Status, and the Number of Public Health Nurses, <i>Journal of Epidemiology</i> , 2005, Volume 15, Issue 6, Pages 219-227, Released November 07 2005, Online ISSN 1349-9092, Print ISSN 0917-5040, https://doi.org/10.2188/jea.15.219 , https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/15/6/15_6_219/_article/-char/en ,	after adjusting for confounding factors, only the human resource factors of the number of PHNs and physicians were associated with DFLE65s; however, medical infrastructure such as hospitals, clinics, and beds were not significantly associated with them. Particularly, the number of PHNs contributed the most to the DFLE65 differences. The ecological study in Spain showed that the large number of physicians was significantly correlated with long DFLE65,18 but it was insignificant in multivariate analysis. Further, the number of beds and the average length of stay in hospitals were not correlated with DFLE65s. The present study is in good agreement with this data. Therefore, medical human resources may be more important than medical infrastructure.
DFLE関連要因	China	Liu, J., Chen, G., Chi, I. <i>et al.</i> Regional variations in and correlates of disability-free life expectancy among older adults in China. <i>BMC Public Health</i> 10, 446 (2010). https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-446	DFLE at age 60 varied widely by region, from 11.2 to 20.8 years in 2006. Per capita gross domestic product, proportion of urban residents, and access to health care were the primary factors associated with geographical variations in DFLE.
HLE&DFLE関連要因	EU	Head J, Chungkham HS, Hyde M, Zaninotto P, Alexanderson K, Stenholm S, Salo P, Kivimäki M, Goldberg M, Zins M, Vahtera J, Westerlund H. Socioeconomic differences in healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multi-cohort study. <i>Eur J Public Health</i> . 2019 Apr 1;29(2):267-272. doi: 10.1093/eurpub/cky215. PMID: 30307554; PMCID: PMC6426044.	<ul style="list-style-type: none"> people with higher education not only live longer but spend more years in better health than those with a lower education.8–12 Even fewer studies have investigated occupational socioeconomic position, a more proximal measure which may better reflect adulthood circumstances,13 and these also suggest that there are socioeconomic Occupational socioeconomic position may be a more relevant measure, particularly in the context of extending working lives.
HLE	日本	Hosokawa R, Ojima T, Myojin T, Aida J, Kondo K, Kondo N. Associations Between Healthcare Resources and Healthy Life Expectancy: A Descriptive Study across Secondary Medical Areas in Japan. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020 Aug 29;17(17):6301. doi: 10.3390/ijerph17176301. Erratum in: <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020 Oct 16;17(20): PMID: 32872538; PMCID: PMC7503367.	<ul style="list-style-type: none"> home healthcare service, there were no significant correlations with LE and HLE for males. However, support hospitals for home healthcare per 1000 residents tended to correlate positively with HLE ($r = 0.106$, $p = 0.049$). Moreover, support clinics for home healthcare and home-visit care facilities per 1000 residents tended to correlate positively with LE ($r = 0.155$, $p = 0.004$ and $r = 0.145$, $p = 0.007$, respectively) and HLE For healthcare expenditure, for males, dentistry expenditure per capita was significantly positively correlated with both LE ($r = 0.228$, $p < 0.001$) and HLE ($r = 0.237$, $p < 0.001$), while outpatient expenditure per capita tended to correlate positively with LE ($r = 0.180$, $p < 0.001$) and HLE
self-reported disability,	USA	Murray CJ, Lopez AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: global Burden of Disease Study. <i>Lancet</i> . 1997 May 10;349(9062):1347-52. doi: 10.1016/S0140-6736(96)07494-6. PMID: 9149696.	When measurements are based on self-reported disability, trends in health expectancies may be affected by changes in the perception of illness, the willingness to take on the sick role, and the cost to the individual of missing work or school.7–9
Inequalities in DFLE between ethnic groups	UK	Wohland P, Rees P, Nazroo J, Jagger C. Inequalities in healthy life expectancy between ethnic groups in England and Wales in 2001. <i>Ethn Health</i> . 2015;20(4):341-53. doi: 10.1080/13557858.2014.921892. Epub 2014 Jun 4. PMID: 24897306; PMCID: PMC4648377.	Inequalities in DFLE between ethnic groups are large and exceed those in LE. Moreover, certain ethnic groups have a larger burden of disability that does not seem to be associated with shorter LE.

Theme	Country	Reference	Clipped "Quote"
2次医療圏	日本	Hosokawa R, Ojima T, Myojin T, Aida J, Kondo K, Kondo N. Associations Between Healthcare Resources and Healthy Life Expectancy: A Descriptive Study across Secondary Medical Areas in Japan. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020 Aug 29;17(17):6301. doi: 10.3390/ijerph17176301. Erratum in: <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020 Oct 16;17(20): PMID: 32872538; PMCID: PMC7503367.	Primary medical service areas consist of approximately 1700 districts; secondary medical areas consist of 344 jurisdictions; and tertiary medical service areas consist of 52 areas. The secondary medical area is a region where general inpatient medical care can be provided. In addition, the medical provision system is planned based on area unit to maintain medical resources (e.g., number of beds and number of clinic facilities). The characteristics of each region with respect to HLE by prefecture levels have been reported in multiple studies. However, these studies have focused on health promotion and care prevention measures. There is a lack of assessment in units of administrative districts that are directly linked to administrative activities.
2次医療圏	日本		the characteristics of population aging and epidemiological transition differ by region, which can have a significant impact on healthcare system performance [29]. These factors influence the social determinants of health and may increase imbalances within the healthcare system [30]. Thus, it is important to develop a healthcare system that matches the actual conditions of each region. However, the actual distribution of the difference in HLE among secondary medical areas has yet to be clarified. Therefore, understanding the regional characteristics of the medical service system related to HLE in secondary medical areas is important to have a more effective approach in extending HLE and healthy aging policies.
研究意義	日本		Although Japan's healthcare system is the most organized in the world, there are functional differences between regions that need to be addressed [37]. There is a gap in terms of equal distribution of beds, staff, and doctors among all prefectures. Thus, it is necessary to clarify the relationship between medical care resources (i.e., hospital beds, healthcare workforce, home healthcare service, and healthcare expenditure) and HLE to contribute to developing effective policies to extend HLE.
HLE意義	WHO	Murray, Christopher & Lopez, Alan & Salomon, Joshua & Sadana, Ritu & Tandon, Ajay & Ustün, Bedirhan & Chatterj, Somnath. (2000). Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results.	Health policy is not aimed only at reducing mortality. Substantial resources are devoted to reducing the incidence of conditions that cause ill health but not death and to reducing their impact on people's lives. So it is important to capture both fatal and non-fatal health outcomes in any measure of population health. For this reason, the World Health Organization uses healthy life expectancy as a summary measure of level of population health that captures the full health experience of the population and not just mortality.
Tresnd HE, review	international	Spiers GF, Kunonga TP, Beyer F, Craig D, Hanratty B, Jagger C. Trends in health expectancies: a systematic review of international evidence. <i>BMJ Open</i> . 2021 May 25;11(5):e045567. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045567. PMID: 34035101; PMCID: PMC8154999.	In most countries, gains in healthy and disability-free life expectancy do not match the growth in total life expectancy. Exceptions were demonstrated for women in Sweden, where there were greater gains in disability-free years than life expectancy. Gains in healthy and disability-free life expectancy were greater for men than women in most countries except the USA (age 85), Japan (birth), Korea (age 65) and Sweden (age 77).
Abstract(LE, function, dementia)	Finland	Enroth L, Raitanen J, Halonen P, Tiainen K, Jylhä M. Trends of Physical Functioning, Morbidity, and Disability-Free Life Expectancy Among the Oldest Old: Six Repeated Cross-Sectional Surveys Between 2001 and 2018 in the Vitality 90+ Study. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> . 2021 Jun 14;76(7):1227-1233. doi: 10.1093/gerona/glaa144. PMID: 32506117.	<ul style="list-style-type: none"> • Over time, functioning improved, especially, in women, and morbidity increased in men. • LE without cardiovascular and dementia morbidity decreased for men (2.6 months) and increased for women (1.9 months).

研究成果の刊行に関する一覧表

1. 後藤悦, 慎重虎, 中部貴央, 今中雄一. 認知症高齢者の日常生活自立度を用いた健康余命の全国諸地域での算出. 第 80 回日本公衆衛生学会総会: 東京, ハイブリッド 2021 年 12 月 21 日-23 日. 第 80 回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P258.
2. 吉川美佳子, 後藤悦, 慎重虎, 今中雄一. 全国諸地域の健康余命の関連因子: 認知症高齢者の生活自立度を用いた健康余命の解析. 第 80 回日本公衆衛生学会総会: 東京, ハイブリッド 2021 年 12 月 21 日-23 日. 第 80 回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P257.
3. 岡田理沙, 後藤悦, 慎重虎, 佐々木典子, 今中雄一. 認知症グループホーム利用の地域差. 第 59 回日本医療・病院管理学会学術総会: 東京, オンライン開催 2021 年 10 月 29-31 日. 日本医療・病院管理学会誌 Vol. 58 Suppl. p 176.
4. Imanaka Y. Design & Restructure Social System for Well-Being. The 2nd Nikkei Super Active Ageing Society Conference - An international conference aiming to resolve the issues of ageing: Panel Session "Health". Tokyo & Online (Hybrid), 16 November 2020.
Program: <https://events.nikkei.co.jp/30016/>
Video Recording (Nikkei Channel):
(Panel Session "Health") <https://channel.nikkei.co.jp/en20201116saas/2626.html>
<上記 4 番は、昨年度報告にて記載漏れ>

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 岩井 一宏

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 教授
(氏名・フリガナ) 今中 雄一 (イマナカ ユウイチ)

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	京都大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 ころの未来研究センター長

氏 名 河合 俊雄

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
- 研究者名 (所属部署・職名) ころの未来研究センター 教授
(氏名・フリガナ) 広井 良典 (ヒロイ ヨシノリ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 法学研究科長

氏 名 塩見 淳

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 法学研究科 教授
(氏名・フリガナ) 山田 文 (ヤマダ 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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 同志社大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 植木 朝子

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 商学部 教授
(氏名・フリガナ) 佐々木 一郎 (ササキ イチロウ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 人間・環境学研究科長

氏 名 浅野 耕太

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間・環境学研究科 准教授
(氏名・フリガナ) 前田 昌弘 (マエダ マサヒロ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人大分県立看護科学大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 村嶋 幸代

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 学長・理事長
(氏名・フリガナ) 村嶋 幸代 (ムラシマ サチヨ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 岩井 一宏

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 特定准教授
(氏名・フリガナ) 佐々木 典子 (ササキ ノリコ)

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	京都大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 藤田医科大学医学部

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 湯澤由紀夫

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 教授
(氏名・フリガナ) 武地 一 (タケチ ハジメ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田 中 雄 二 郎

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 中村 桂子 ・ ナカムラ ケイコ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職名 学 長

氏名 尾辻 豊

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学病院・医療情報部長
(氏名・フリガナ) 林田 賢史・ハヤシダ ケンシ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	京都大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職名 学 長

氏名 尾辻 豊

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学病院・講師
(氏名・フリガナ) 村上 玄樹・ムラカミ ゲンキ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	京都大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 横浜市立大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 相原 道子

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
- 研究者名 (所属部署・職名) 国際商学部 准教授
(氏名・フリガナ) 原 広司 (ハラ コウジ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 医学研究科長

氏 名 岩井 一宏

次の職員の令和3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 認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 准教授
(氏名・フリガナ) 國澤 進 (クニサワ ススム)

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	京都大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。