

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
総括研究報告書

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 人と社会の未来研究院 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）

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）

前田 昌弘（京都大学大学院人間・環境学研究科 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）

西下 陽子（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野）

愼 重虎（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特定講師）

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)の目標実現に向けて、「共生」と「予防」の推進・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し、地域差の関連因

子を探索するなど、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】

(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：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ガイドの基盤として前年度に作成したコンセプトシートを発展させ、「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の提案」(パンフレット)(別添1)を作成した。さらに詳細を「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた 15 の視点」(発行：学芸出版社)に著し、広く一般市民へ発信するとともに、全国の自治体・官公庁関連部署に意見を問うた。「認知症をとりまく状況に加え、… Well-being の産業別要素分解など、フィジカルなものを超えた、あるいはこれと融合したまちのあり方を追い求めていく必要性を一層感じた」(国交省の方)、「認知症の予防については、個々の因子でなく多因子へのアプローチが有効であるとの記述に特に共感した。認知症施策を行う行政、関係機関などでは、有用な一冊になるのではないか」(A 市健康増進課の方)等のフィードバックを得た。

(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. 認知症高齢者の日常生活自立度による認知症自立余命の算出及び見える化：「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(以降、認知症自立余命)に関連する研究のレビューならびに昨年度算出した二次医療圏における認知症自立余命を踏まえ、厚生労働省から提供を受けた匿名介護情報等(介護保険総合データベース、以降、介護 DB)の集計データから、市町村(介護保険者)単位で算出を行った。市町村での算出には、人口が少ない市町村においては値が安定しなかったため、縮小推定を用いて認知症自立余命の算出を行った。縮小推定により、極端な外れ値は抑制された。

(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：「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、認知症自立余命と関連する要因の候補を効率的に収集すべく、一昨年より構築をすすめている「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収集・整理したデータベース」のデータの体系を再検討した。さらに厚生労働省から認知症施策推進大綱 KPI の提供を受け、それらの情報もデータベースへ組み込んだ。

(2)-3. 認知症高齢者の日常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：

認知症高齢者の日常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については、地域の介護力の評価に向け「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE 値)を市町村(介護保険者)単位で算出した。

(2)-4. 認知症施策推進大綱 KPI と認知症自立余命との関連：認知症施策推進大綱 KPI から市町村単位のデータを整理し、認知症自立余命との関連を探索的に調べた。

可視化と「予防」については、以下がポイントである。

- ・認知症高齢者の日常生活自立度を不健康として認知症自立余命を、二次医療圏及び市町村で算出した。
- ・認知症自立余命を5分位で色分けし、二次医療圏と市町村でそれぞれ地図に表した。
- ・より効率的にデータ収集・解析が行えるように認知症諸施策の包括的な評価体系を構築する地域レベルの

多様な指標のデータベースのデータの体系を再検討した。

- ・厚生労働省から認知症施策推進大綱 KPI の提供を受け、それらの情報もデータベースへ組み込んだ。
- ・地域の介護力の評価に向け「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE 値) を市町村別に算出した。
- ・認知症施策推進大綱 KPI の項目と認知症自立余命との関連を探索的に調べた。

【まとめ】

(1)「共生」の包括的な概念の具現化に向け、多領域の学際的専門家の深い洞察と経験をもとに数年にわたり議論を重ね、認知症の人とその家族にやさしい社会の概念を表す具体像・提案・ガイドに相当するパンフレットを作成した。また「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた 15 の視点」(今中雄一編著・学芸出版社)を著し、行政等からポジティブなフィードバックが得られた。

(2)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の再構築を進めるとともに、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)、自治体毎・二次医療圏毎に計測した。さらに、認知症施策推進大綱 KPI の実施状況を含む各種地域と上記健康余命との関連、それらの地域差の要因等について探索的な分析結果を得た。

A. 目的

認知症施策推進大綱(2019年6月)の目標実現に向けて、「共生」と「予防」の推進・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し、地域差の関連因子を探索するなど、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。

(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、多領域のメンバーで議論を重ねた内容につき、ガイドや書籍の形を通して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. 認知症高齢者の日常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. 認知症高齢者の日常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。

地域の介護力の評価に向け「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE値)を市町村(介護保険者)単位で算出した。市町村間の介護力のばらつきを可視化した。

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIから市町村単位のデータを整理し、認知症自立余命との関連を調べた。

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ガイドの基盤として前年度までに議論を重ねて作成したコンセプトシートを発展させ、「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の提案」を完成させる。さらに発展型である書籍を出版し、研究者、自治体・国の関係者、一般市民へ広く発信してフィードバックを得る。

(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

「予防」における今年度の主な成果は次の通りである。

(2)-1. 認知症高齢者の日常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)-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. 「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE値)を市町村(介護保険者)単位で算出

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連を調査

以下、(2)-1, 2, 3, 4 それぞれについて記述する。

(2)-1. 認知症高齢者の日常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[1]を受け、認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(認知症自立余命)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日常生活自立度別人数を、市町村(介護保険者)別、二次医療圏別、性別、年齢階層別に集計し、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)

認知症高齢者の日常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[2]。

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[3]。

市町村(介護保険者)単位の場合、人口が極端に少ない市町村の指標値を安定させるために縮小推定の手法を用いた。縮小推定についてはEnglish indices of deprivation 2019: technical report[4]を参考にした。

(2)-1-1-3. 注意

市町村(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市町村(介護保険者)があった。

年ごとに市町村(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市町村(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。

市町村(介護保険者)別の認知症自立余命算出では、人口規模の小さな町村において、該当年の死亡数が0である場合、平均余命の算出が出来ないため、認知症自立余命の算出も不可能となる。

(2)-1-3. 地理情報 (GIS)

公表許可を得た二次医療圏及び市町村(介護保険者)の認知症自立余命を層別化し、層毎に色分けした地図を作製した。地図は、二次医療圏及び市町村(介護保険者)別、認知症高齢者の日常生活自立度(2以上)、年別(2015, 2016, 2017年)、年齢階層別(0, 40, 65歳時)、男女別、で作成した。

(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

(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。

②①で挙げたデータの分類を再検討し、市町村単位かつ最近のデータが取得できるものについて整理を行い、およそ300項目について京都大学産官学民コンソーシアム

“PEGASAS” (PEGASAS: Open-Innovation Platform of All-area Enterprises, Governments and Academia to Design and Realize Super-Aging Societies) が提唱するHealthy Smart City 構造モデルの12領域へ分類を行った。(図1)

③厚労省から提供を受けた認知症施策推進大綱KPIから市町村別集計データを②の12分類に組み込んだ。

④②③で整理したデータのうち、各領域から1~10程度データ(計54データ)を選択し、人口あたり等の市町村間で比較可能な指標とし、認知症自立余命を加えて、市町村毎に10パーセントイルにランク付けした。10パーセントイルのランクに基づきレーダーチャートを作成し、市町村の特徴を検討した。

(2)-2-2. 注意

2020年の国勢調査では、福島県双葉町の人口が集計されておらず、人口あたり等の指標が計算できないため、本研究においては福島県双葉町を扱わないとした。

(2)-3. 「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE値)を市町村(介護保険者)単位で算出

(2)-3-1. データ及び計算方法

介護DBから、市町村別に、性別・年齢階層別、要支援1,2及び要介護1,2,3,4それぞれの要介護度重症化件数、認定件数(期間中、該当要介護度認定の件数)を集計する。これらのデータから五年後要介護度重症化率の実測値と予測値を算出する。予測値の算出には、性別と年齢で調節を行う。

また、縮小推計を用い、人口が小さな市町村での値(比)を、その市町村が属する二次医療圏もしくは都道府県の比で推定する。

五年後要介護度重症化率の実測値と予測値から「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE値)を算出した。

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連を調査

(2)-4-1. データ

提供を受けた認知症施策推進大綱KPIの市町村別集計データの主な項目を表2に挙げる。これらの項目の中から数値データの選択・整理を行い、表3に挙げる項目に注目し、認知症自立余命の関連をみた。

市町村別集計データが得られた認知症施策推進大綱KPIは、KPI17 普及啓発・本人発信支援、KPI18 普及啓発、KPI27 認知症地域支援推進員、KPI30 認知症初期集中支援、KPI43 認知症カフェであった。本研究では、KPI27 認知症地域支援推進員の問4 認知症地域支援推進員の人数、KPI30 認知症初期集中支援の問3_2 サービスに繋がった者及び問5 保健師等人員の計、KPI43 認知症カフェの問2 認知症カ

フェの設置数に注目し、認知症自立余命との関連を見た。

(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

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ガイドの基盤として前年度までに議論を重ねて作成したコンセプトシートを発展させ、「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の提案」(パンフレット)を完成した(別添1)。

目次は下記に示す通りである。

さらに、「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」(今中雄一 編著 学芸出版社.発行日 2023年3月31日 ISBN 978-4-7615-3290-1)を出版し、広く一般市民へ発信するとともに、全国の自治体・官公庁関連部署約450か所へ送付し、「認知症をとりまく状況に加え、… Well-beingの産業別要素分解など、フィジカルなものを超えた、あるいはこれと融合したまちのあり方を追い求めていく必要性を一層感じた」(国交省の方)、「認知症の予防については、個々の因子でなく多因子へのアプローチが有効であるとの記述に特に共感した。認知症施策を行う行政、関係機関などでは、有用な一冊になるのではないか」(A市健康増進課の方)等のフィードバックを得た。

目次

序 説 認知症にやさしい健康まちづくりの提案

第Ⅰ部 認知症にやさしい活気あるまちをどうつくるか

第1章 認知症カフェのこれまでとこれから

第2章 葛藤から抜け出す:こころの交流

第3章 認知症サポーター:楽しみながら人を支える、支えられる

第4章 世代間交流で社会参加を充実させよう

第5章 教育とマスメディアを活用しよう

第Ⅱ部 医療・介護・福祉・年金:社会保障制度を活用しよう

第1章 認知症になる前に:成年後見制度を再考する

第2章 年金リテラシーを育むには

第3章 医療で解決できることは何か

第4章 認知症施策をどのように生かすか

第5章 地域共生社会を実現できる地域包括ケアシステムへ

第Ⅲ部 認知症でも住みやすい活気あるまちをデザインしよう

第1章 誰も取り残さないデジタル化を実現するには

第2章 誰も取り残さず人々が健康なまちをつくるには

第3章 認知症にやさしいまちを設計する:都市計画・交通の視点から

第4章 認知症にやさしいコミュニティ空間をつくる

第5章 認知症にやさしい活気あるまちづくり:全体も眺めてみよう

(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. 認知症高齢者の日常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)-1-1. 結果

認知症自立余命について、認知症自立度1・2・3以上を不健康の基準として二次医療圏、市町村(介護保険者)別に算出した。男女別、年齢階層別、二次医療圏及び市町村(介護保険者)別の認知症自立余命について厚生労働省より公表の許可を得ている。

認知症自立余命の地域差について、グラフ及び地図で可視化した。要介護度1・2以上を不健康の基準とした健康余命についても同様に算出した。市町村(介護保険者)単位の算出時は、死亡数及び認知症高齢者の日常生活自立度に縮小推定を行った。

例として、認知症高齢者の日常生活自立度2以上を不健康とした場合の0, 40, 65歳時の男女別、認知症自立余命の記述統計(表4)と分布のグラフを示す(図2)。40歳時男性の場合、認知症自立余命の平均は40.0年、標準偏差は1.3となった。女性の場合、認知症自立余命の平均値は43.8年、標準偏差は1.1となった。

(2)-1-2. 地理情報 (GIS)

一例として、市町村における認知症高齢者の日常生活自立度2以上を不健康とする認知症自立余命の40歳時の地図を図3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。特に男性でその傾向が強い。但し、平均余命の影響を考慮する必要がある。

また同一都道府県内において認知症自立余命のばらつきがあることがわかる。

(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. 結果

PEGASASが提唱するHealthy Smart City構造モデルの12領域へ構造モデルの12領域

を用いた認知症にやさしいまちづくり関連指標体系案の分類・整理を表5に示す。

各12領域から1～10程度データ(計54データ)を選択し、人口あたり等の市町村間で比較可能な指標とした。これらに認知症自立余命を加えて、市町村毎に10パーセントイルにランク付けした。そのランクに基づきレーダーチャートを作成し、市町村の特徴を検討した。具体例として、政令指定市、地方の県庁所在地(市)、地方の町村を図4に示す。

(2)-3. 「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE値)を市町村(介護保険者)単位で算出

(2)-3-1. 結果

5年後要介護度重症化の悪化指標として、それぞれ要介護度1及び要介護度4を例とし、要介護度重症化件数のOE値(年齢、性別調整済)のグラフを図5に示す。また、要介護度別の5年後要介護度重症化率のグラフを図6に示す。

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連を調査

(2)-4-1. 結果

本研究で用いた認知症施策推進大綱KPIの項目は、KPI27 認知症地域支援推進員の問4 認知症地域支援推進員の人数、KPI30 認知症初期集中支援の問3_2 サービスに繋がった者及び問5 保健師等人員の計、KPI43 認知症カフェの問2 認知症カフェの設置数である。これらの記述統計を表6に、分布は図7に示す。

さらに、これら認知症施策推進大綱KPIの項目と認知症自立余命との相関係数、単回帰係数をそれぞれ表7、表8に示す。

相関係数は、すべて正の相関であった。KPI30 認知症初期集中支援 保健師等人員計が最も相関係数が大きかった。

単回帰係数はいずれも値は小さいながら、ほとんどが認知症自立余命に正に有意の結果となった。男女共にKPI43 認知症カフェ数が他に比べて係数の値が若干大きく出ている。また男性は、KPI30 認知症初期集中支援 保健師等人員計においても係数の値が若干大きく出ている。一方、KPI30 認知症初期集中支援 サービスに繋がった者が65歳時以外は有意にはなかった。

D. 考察

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連を調査

本研究で用いた認知症施策推進大綱KPI項目の65歳以上人口あたりの分布は、正規分布ではなく右下がりの形状であり、0に近い市町村が多かった。また人口あたりにすると、人口規模が小さな町村では1施設あたりの人数が大きくなるため、比較時は注意が必要である。しかしながら、認知症施策推進大綱KPI項目は大綱対象期間中に推進されるため、今後、各項目の実施件数等が増え正規分布に近い分布になると期待できる。

認知症自立余命との単回帰で係数が有意にはなかった認知症初期集中支援 サービスに繋がった者に関し、「認知症施策推進大綱 施策の進捗確認 KPI」[5]を参照すると、認知症初期集中支援 サービスに繋がった者の「評価(案)」はSランクであるが、その前段階の訪問実人数がCランクとなっている。訪問実人数が低調な理由として、「自治体によって、初期集中支援チームの活動スタイルや地域包括支援センター等の他の連携機関との連携状況、訪問実施体制が異なって」いることが対応件数の差になっている可能性があるとしており、また「新型コロナウイルス感染症の影響によりチームによる実際の訪問が出来なかった可能性がある」と記載されている。このことから、初期対応チームが対応にあたった認知症高齢者については医療

または介護サービスにつなげることができているが、初期対応チームが訪問できなかった認知症高齢者については不明のままである。そのため、サービスに繋がった者は実際に医療や介護サービスを必要とする認知症高齢者より少なくなっていると考えられる。今後、初期集中支援チームの活動が盛んになり、サポートを必要とする認知症高齢者が初期対応チームの訪問を受けられるようになれば、認知症自立余命との関連はより強く表れるようになると察せられる。

認知症カフェ数については、KPI/目標の全市町村に普及は「評価(案)」は未達成であるが2021年度で88.4%達成している。2021年度は「新型コロナウイルス感染拡大予防対策の観点から全国各地で認知症カフェの中止を余儀なくされた」ことが低調の一因とされている。今後もカフェ開催には慎重になると思われるが、「オンラインによる方法等の実施を促していく」とされており、新しい形態の認知症カフェが増えて活動が活発になることで、認知症自立余命の延伸が期待できると考えられる。

まとめ

(1)「共生」の概念整理

「共生」の包括的な概念の具現化に向け、多領域の学際的専門家の深い洞察と経験をもとに数年にわたり議論を重ね、認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりガイドのコンセプトシートを作ってきたが、今年度はそれを発展させたパンフレット「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の提案」を作成した(別添1)。さらに詳細を、包括的・学際的視点からまとめ、「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」に著し出版した。全国自治体・官公庁へ配布し、意見交換を行った。「認知症をとりまく状況に加え、Well-beingの産業別要素分解など、フィジカルなものを超えた、あるいはこれと融合したまちのあり方を追い求めていく必要性を一層感じた」、「認知症の予防については、個々の因

子でなく多因子へのアプローチが有効であるとの記述に特に共感した」等のフィードバックを得た。

(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

認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(認知症自立余命とする)は、2017年で市町村(介護保険者)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日常生活自立度2以上の場合、男性79.0年(SD1.8)、女性83.2年(SD1.6)となった。同、40歳時の場合、男性40.0年(SD1.3)、女性43.8年(SD1.1)、65歳時の場合、男性17.4年(SD0.9)、女性20.1年(SD0.9)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。

認知症にやさしいまちづくり指標体系案は、昨年度検証対象とした932項目を再検討し、市町村単位かつ最近のデータが取得できるものについて整理を行い、およそ300項目について京都大学産官学民コンソーシアム“PEGASAS”

(PEGASAS: Open-Innovation Platform of All-area Enterprises, Governments and Academia to Design and Realize Super-Aging Societies)が提唱するHealthy Smart City構造モデルの12領域へ分類を行った。これらデータのうち、各領域から1~10程度データ(計54データ)を選択し、人口あたり等の市町村間で比較可能な指標とし、認知症自立余命を加えて、市町村毎に10パーセントイルにランク付けした。10パーセントイルのランクに基づきレーダーチャートを作成し、市町村の特徴を検討した。

認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連は、相関係数は、すべて正の相関であった。認知症施策推進大綱KPIの中では、認知症初期集中支援 保健師等人員計が最も相関係数が大きかった。単回帰係数はいずれも値は小さいながら、ほとんどが認知症自立余命に正に有意の結果となった。男女共に認知症カフェ数が他に比べて係数の値が若干大きく

出ている。また男性は、認知症初期集中支援 保健師等人員計においても係数の値が若干大きく出ている。一方、認知症初期集中支援 サービスに繋がった者が 65 歳時以外は有意にならなかった。認知症初期支援チームの対応については、市町村の対応が一樣でなかったり、新型コロナウイルス感染症の影響により実訪問が制限されていたことで、サポートを必要とする高齢者に届かなかった可能性がある。

E. 結論

(1)「共生」の包括的な概念の具現化に向け、多領域の学際的専門家の深い洞察と経験をもとに数年にわたり議論を重ね、認知症の人とその家族にやさしい社会の概念を表す具体像・提案・ガイドに相当するパンフレットを作成した。また「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた 15 の視点」(今中雄一編著、学芸出版社)を著し、行政等からポジティブなフィードバックが得られた。

(2)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の再構築を進めるとともに、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)、自治体毎・二次医療圏毎に計測した。さらに、認知症施策推進大綱 KPI の実施状況を含む各種地域と上記健康余命との関連、それらの地域差の要因等について、探索的な分析結果を得た。

参考文献

[1] 匿名介護情報等の提供について(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00033.html

[2]認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/>

s0220-7c_0015.pdf

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

[4] English indices of deprivation 2019 : technical report

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

[5] 認知症施策推進関係閣僚会議(第4回)
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/dai4/gijisidai.html

F. 健康危険情報

なし

G. 書誌情報

1. Mikako Yoshikawa, Etsu Goto, Jung-ho Shin, and Yuichi Imanaka. Regional disparities in Dementia-free Life Expectancy in Japan: an ecological study, using the Japanese long-term care insurance claims database. *Plos One* 2023;18(5):e0280299. doi: 10.1371/journal.pone.0280299.
2. 武地一 (2023)「Chapter 1 当事者の不安を和らげる—認知症カフェの実践」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.9-20
3. 山田裕子 (2023)「Chapter 2 家族の負担に向き合う：認知症の人と家族の葛藤を予防するために」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.21-32
4. 中部貴央 (2023)「Chapter 3 コミュニティの中で支え合う：認知症サポーターの可能性」今中雄一編著『認知症にやさしい

健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社

pp. 33-44

5. 慎重虎 (2023) 「Chapter 4 社会参加の活動をつくる：社会的バリアフリーと世代間交流」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 45-52
6. 原広司 (2023) 「Chapter 5 差別と偏見を予防する：マスメディアと教育の活用」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 53-63
7. 西下陽子・山田文 (2023) 「Chapter 6 “なる前の備え”を促す：成年後見制度の視点から」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 65-76
8. 佐々木一郎 (2023) 「Chapter 7 年金リテラシーを育む：低年金の予防の重要性」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 77-86
9. 國澤進 (2023) 「Chapter 8 医療からのサポート：病型の理解と環境整備」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 87-96
10. 後藤悦 (2023) 「Chapter 9 介護と介護予防に取り組む：暮らし続けられる地域に向けて」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 97-108
11. 佐々木典子 (2023) 「Chapter 10 地域包括ケアシステムをひろげる：コミュニティレベルの互助」今中雄一編著『認知症にや

やさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社

pp. 109-119

12. 林田賢史・村上玄樹 (2023) 「Chapter 11 情報をやさしく伝える：コミュニケーションのためのポイント」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 121-132
 13. 中村桂子 (2023) 「Chapter 12 健康のインフラを整備する：ウェルビーイング・レジリエンス・データ活用」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 133-140
 14. 谷口守 (2023) 「Chapter 13 交通サービスを立て直す：認知症の人も含む利用者目線のユニバーサルデザイン」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 141-150
 15. 広井良典 (2023) 「Chapter 14 ウォーカーブルなまちをつくる：医療・福祉と交通を統合する発想と実現」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 151-164
 16. 今中雄一 (2023) 「Chapter 15 スマートシティと結びつける：全世代にやさしいフレームワークとは」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 165-180
- 上記 2～16 は下記書籍の章となっている。
今中雄一編著，認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点. 発行：学芸出版社, 2023 年 3 月 31 日発行. ISBN 978-4-7615-3290-1.

17. 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二次医療圏での算出. 厚生指標 2023;70(2):1-8.
18. 岡田理沙, 後藤悦, 慎重虎, 佐々木典子, 今中雄一. 市区町村別にみた介護保険サービス利用の地域差と関連因子の検討. 日本医療・病院管理学会誌 2023;60(2):44-52.

H.知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)
なし

表1 認知症高齢者の日常生活自立度

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に同じ
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に同じ
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 認知症施策推進大綱 KPI の主な項目(市町村別データ)

認知症施策推進大綱 KPI	設問	数値データ
KPI11 普及啓発、本人発信支援	1_ケアパスの作成状況	
KPI11 普及啓発、本人発信支援	3_情報連携ツールの作成状況	
KPI11 普及啓発、本人発信支援	4_クリティカルパスの作成状況	
KPI17 普及啓発、本人発信支援	問 1_本人ミーティングの実施有無	
KPI17 普及啓発、本人発信支援	問 2_ピアサポーターの実施有無	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 1_周知の実施	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 2_ア_窓口の種別_地域包括支援センター	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 2_イ_窓口の種別_認知症疾患医療センター	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 2_ウ_窓口の種別_その他	
KPI27 認知症地域支援推進員	問 4_認知症地域支援推進員の人数	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 6_認知症地域支援推進員の1週間あたりの配置日数(平均値)	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 7_認知症地域支援推進員のうち専従人数	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 8_認知症地域支援推進員のうち常勤人数	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_医師	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_保健師	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_看護師	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_作業療法士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_精神保健福祉士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_社会福祉士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_介護福祉士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_介護支援専門員主任介護支援専門員	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 2.1_訪問実人数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 2.2_訪問延べ件数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 2.3_初動日数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_サービスに繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_ア_両方に繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_イ_医療のみに繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_ウ_介護のみに繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_サービスに繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_ア_医療・介護サービスの両方に繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_イ_医療サービスのみに繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_ウ_介護サービスのみに繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.3_サービスに繋がった人の割合	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 4_支援チーム数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.1_保健師	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.2_看護師	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.3_作業療法士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.4_精神保健福祉士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.5_社会福祉士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.6_介護福祉士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.7_介護支援専門員主任介護支援専門員	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5_チーム員医師	○
KPI43 認知症カフェ	問 2_認知症カフェの設置数	○

表 3 認知症自立余命との関連を調べた項目

認知症施策推進大綱 KPI	設問
KPI27 認知症地域支援推進員	問 4 認知症地域支援推進員の人数
KPI30 認知症初期集中支援	問 3_2 サービスに繋がった者
KPI30 認知症初期集中支援	問 5 保健師等人員の計
KPI43 認知症カフェ	問 2 認知症カフェの設置数

表 4 記述統計：市町村(介護保険者)別、認知症自立余命[年]

2017 年	男性			女性		
	0 歳時	40 歳時	65 歳時	0 歳時	40 歳時	65 歳時
平均値	79.0	40.0	17.4	83.2	43.8	20.1
標準偏差	1.8	1.3	0.9	1.6	1.1	0.9
1Q	78.2	39.4	16.9	82.5	43.2	19.6
2Q	79.0	40.0	17.3	83.2	43.7	20.0
3Q	79.9	40.7	17.8	84.0	44.4	20.5
市町村数	1,552	1,552	1,552	1,555	1,555	1,555

No.	PEGASAS領域名	データ	データ出典
		広場公園 箇所、面積(ha) 緑道 箇所、面積(ha) カントリーパーク 箇所、面積(ha) 都市公園合計 箇所、面積(ha) 契約市民緑地 箇所、面積(ha) 認定市民緑地 箇所、面積(ha) 都市公園+市民緑地合計 箇所、面積(ha) 都市計画区域人口(千人) カントリーパーク人口(千人) 都市計画区域・カントリーパーク人口(千人) 1人当り公園面積(m ² /人) 都市公園内の教養施設等整備現況 図書館 都市公園内の教養施設等整備現況 陳列館 都市公園内の教養施設等整備現況 集会所 都市公園内の教養施設等整備現況 野外劇場 都市公園内の教養施設等整備現況 植物園 都市公園内の教養施設等整備現況 温室 都市公園内の教養施設等整備現況 動物園 都市公園内の教養施設等整備現況 水族館 都市公園内の教養施設等整備現況 体験学習施設 都市公園内の教養施設等整備現況 天体・気象観測施設 都市公園内の教養施設等整備現況 自然生態園 都市公園内の教養施設等整備現況 野鳥観察所 都市公園内の教養施設等整備現況 その他の教養施設 都市公園内の教養施設等整備現況 合計 ウォーカブル推進都市 バス停数 道路の種類: 徒歩道 歩道設置道路実延長 小売業事業所数 小売業年間商品販売額 小売店数 飲食料品小売店数 飲食店数 大型小売店数 百貨店、総合スーパー数	都市公園データベース ウォーカブルポータルサイト 国土数値情報 Esri公共地図 国土数値情報 国土数値情報 経済センサス-活動調査 経済構造実態調査、経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査

10 Information and Communication	調査中
----------------------------------	-----

11 Nurturing and Education	保育所等数(基本票) 公営保育所等数(基本票) 最寄りの保育所までの距離が100m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が100~200m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が200~500m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が500~1000m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が1000m以上の住宅に住んでいる普通世帯数 幼稚園数 幼稚園在園者数 小学校数 小学校教員数 小学校児童数 中学校数 中学校教員数 中学校生徒数 義務教育学校数 義務教育学校教員数 高等学校数 高等学校生徒数	社会福祉施設等調査 社会福祉施設等調査 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書
----------------------------	--	--

12 Learning and Augmented Skills	教育用コンピュータ台数 事業所数(民営)(教育、学習支援業) 従業者数(民営)(教育、学習支援業) 売上金額(民営)(教育、学習支援業) 付加価値額(民営)(教育、学習支援業) 教育費(市町村財政) 社会教育費(市町村財政) 美術館 資料館、記念館、博物館、科学館 図書館 水族館 動植物園	学校における教育の情報化の実態等に関する調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 地方財政統計年報、市町村別決算状況調 地方財政統計年報、市町村別決算状況調 国土数値情報 国土数値情報 国土数値情報 国土数値情報
----------------------------------	--	---

表 6 記述統計：認知症施策推進大綱 KPI の項目※

	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数
平均値	54.3	145.2	85.6	48.1
標準偏差	187.7	410.5	333.8	170.2
1Q	0.0	24.5	15.7	11.3
2Q	13.7	57.0	33.1	23.1
3Q	44.5	120.9	71.2	44.3
市町村数	1740	1740	1740	1740

※すべて 65 歳以上人口 10 万人あたり

表 7 相関係数：認知症施策推進大綱 KPI の項目※

	男性				女性			
	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数
0 歳時	0.015	0.216**	0.155**	0.054*	0.023	0.154**	0.123**	0.140**
40 歳時	0.030	0.274**	0.192**	0.142**	0.061*	0.264**	0.187**	0.193**
65 歳時	0.083**	0.202**	0.174**	0.151**	0.079**	0.185**	0.142**	0.143**

※すべて 65 歳以上人口 10 万人あたり

** .1% 水準で有意 (両側)。

* .5% 水準で有意 (両側)。

表 8 単回帰係数：認知症施策推進大綱 KPI の項目※

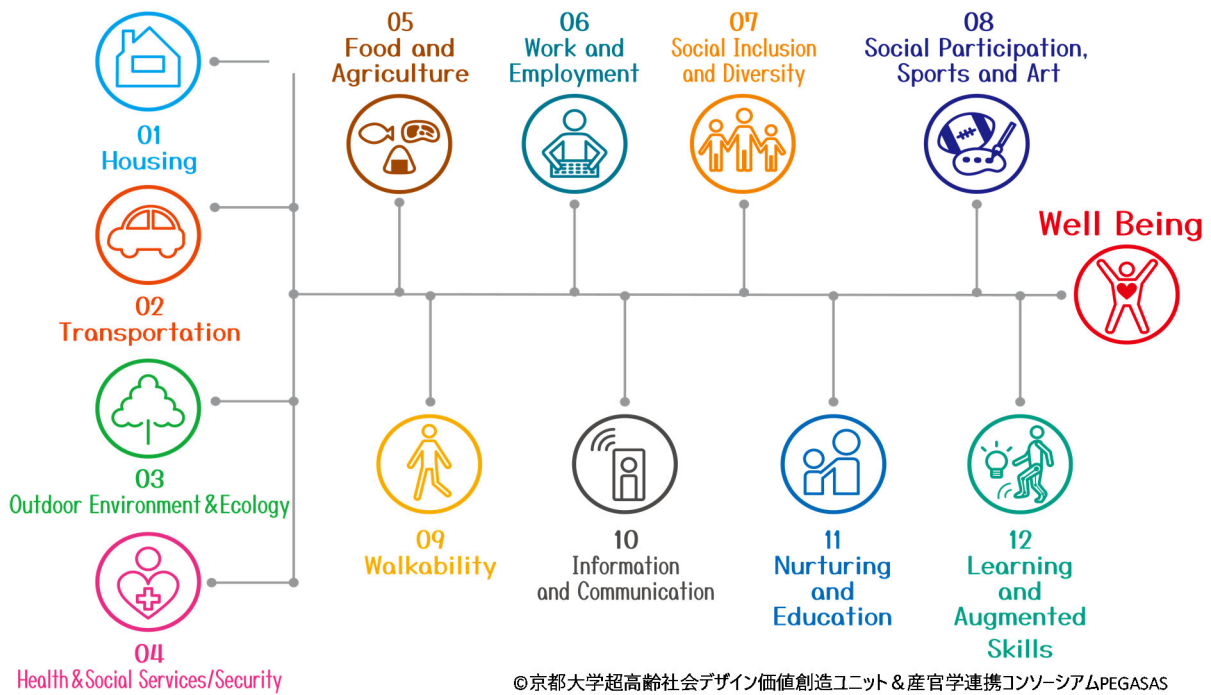
	男性				女性			
	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数
0 歳時	0.0003	0.0014**	0.0012**	0.0007*	0.0004	0.0009**	0.0008**	0.0013**
40 歳時	0.0004	0.0013**	0.0011**	0.0013**	0.0008*	0.0011**	0.0009**	0.0012**
65 歳時	0.0004**	0.0005**	0.0006**	0.0009**	0.0003**	0.0004**	0.0005**	0.0007**

※すべて 65 歳以上人口 10 万人あたり

** .1% 水準で有意 (両側)。

* .5% 水準で有意 (両側)。

PEGASASが考えるHealthy Smart Cityの構造モデル



©京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット & 産官学連携コンソーシアムPEGASAS

産官学民コンソーシアムPEGASAS <http://pegasas.umin.jp/>

京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット <http://super-ageing.kyoto-u.ac.jp/>

図1 PEGASAS が考える Healthy Smart City の構造モデル

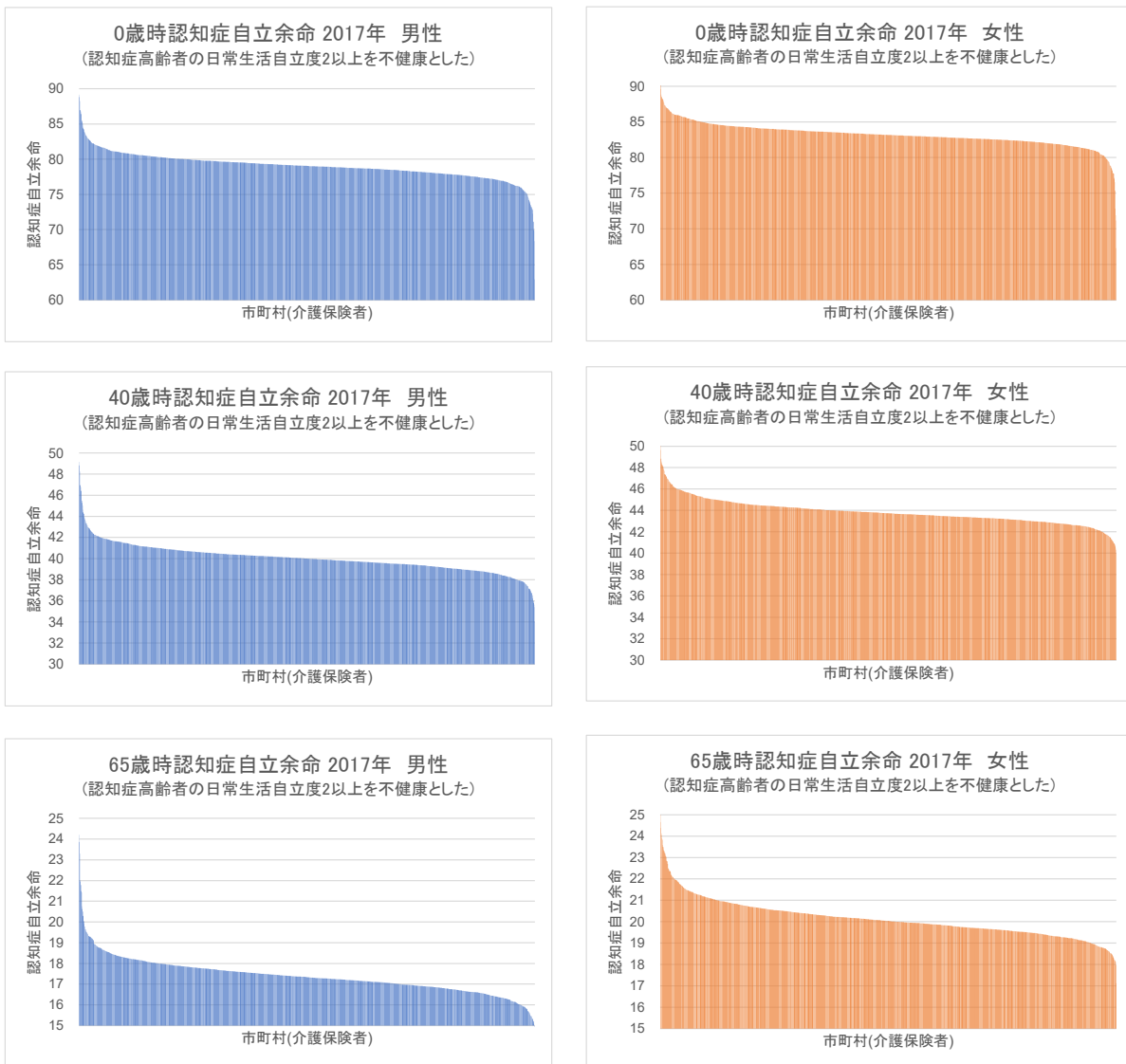


図2 市町村(介護保険者)別、認知症高齢者の日常生活自立度2以上を不健康とした認知症自立余命の分布(2017年)

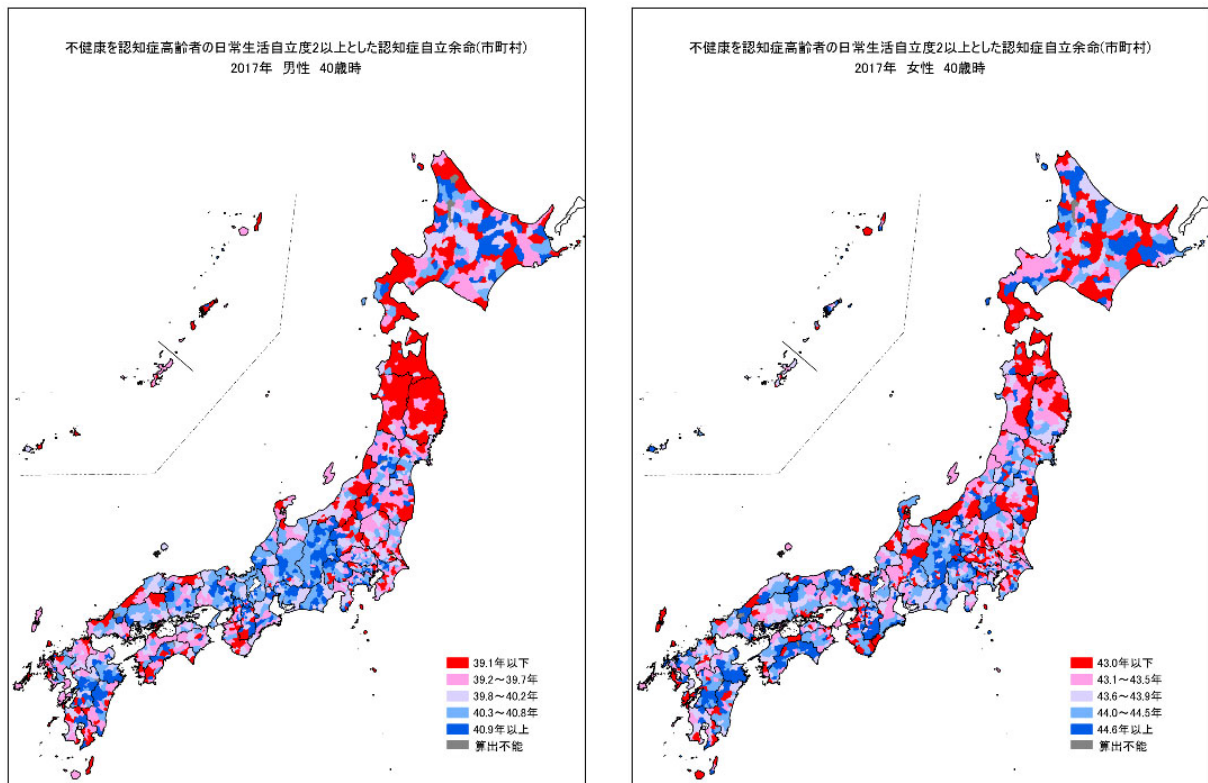
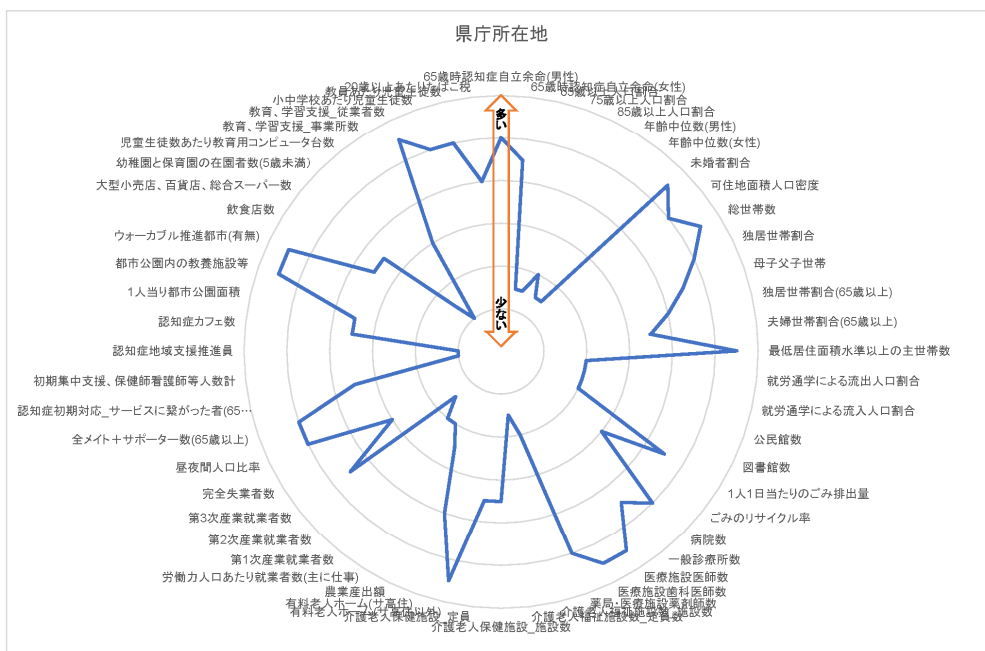
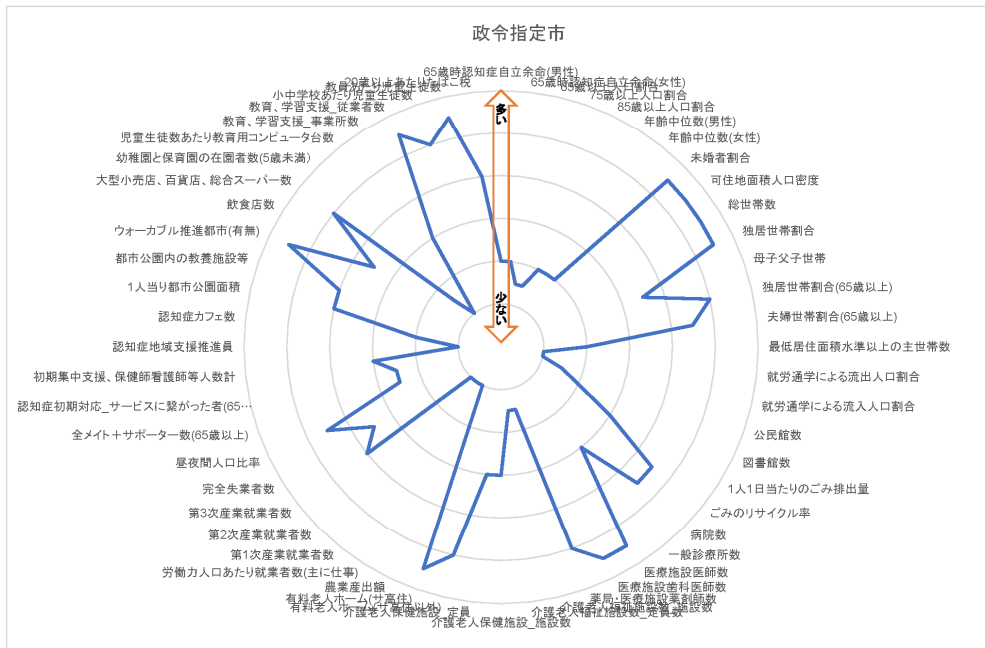
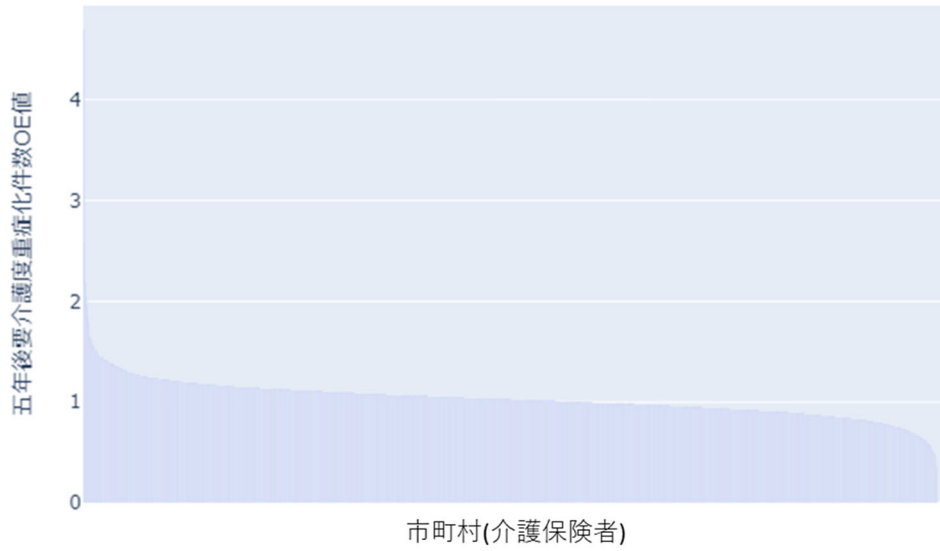


図3 市町村(介護保険者)別、認知症高齢者の日常生活自立度2以上を不健康とした40歳時の認知症自立余命の分布(2017年)



要介護1の五年後要介護度重症化有無件数OE値（年齢、性別調整済み）



要介護4の五年後要介護度重症化有無件数OE値（年齢、性別調整済み）

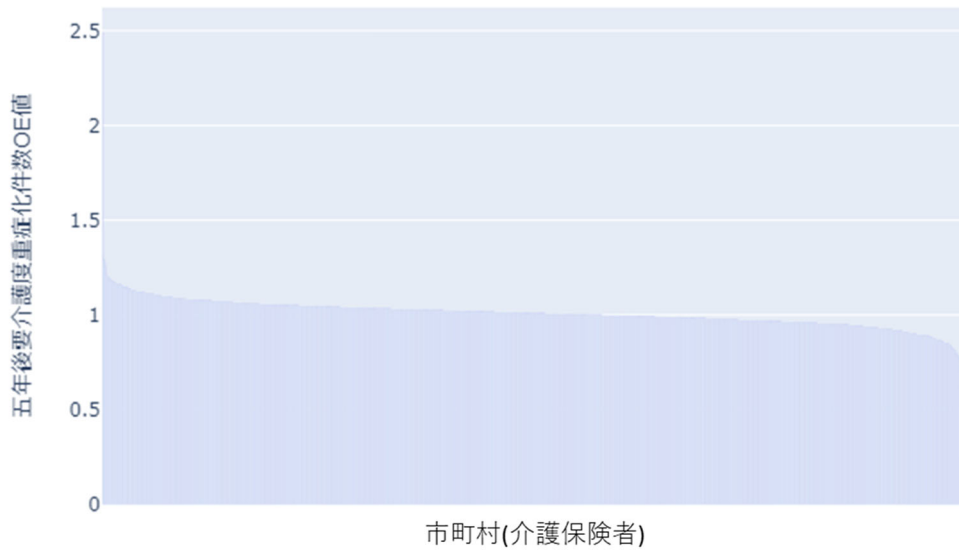
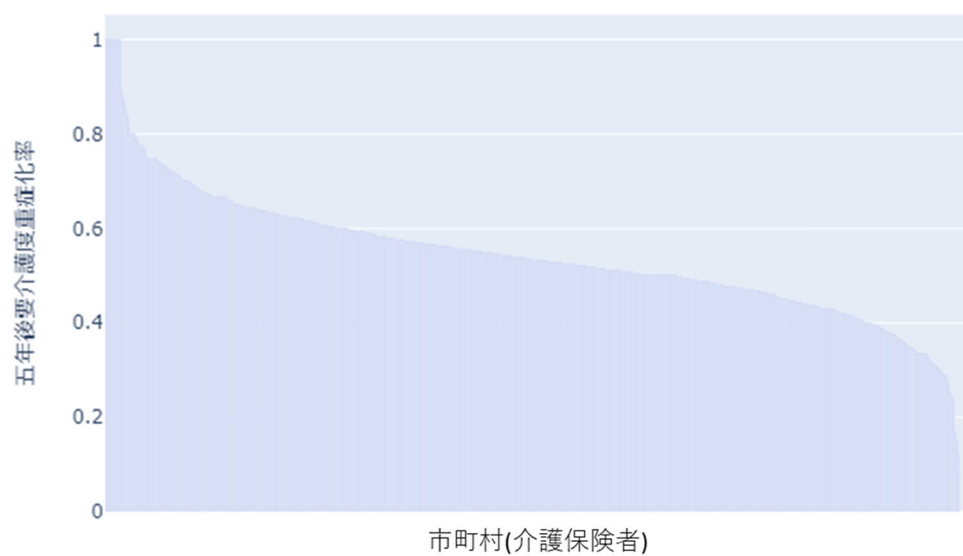


図5 要介護度重症化件数のOE値（年齢、性別調整済み）

要介護1の五年後要介護度重症化有無_重症化率



要介護4の五年後要介護度重症化有無_重症化率

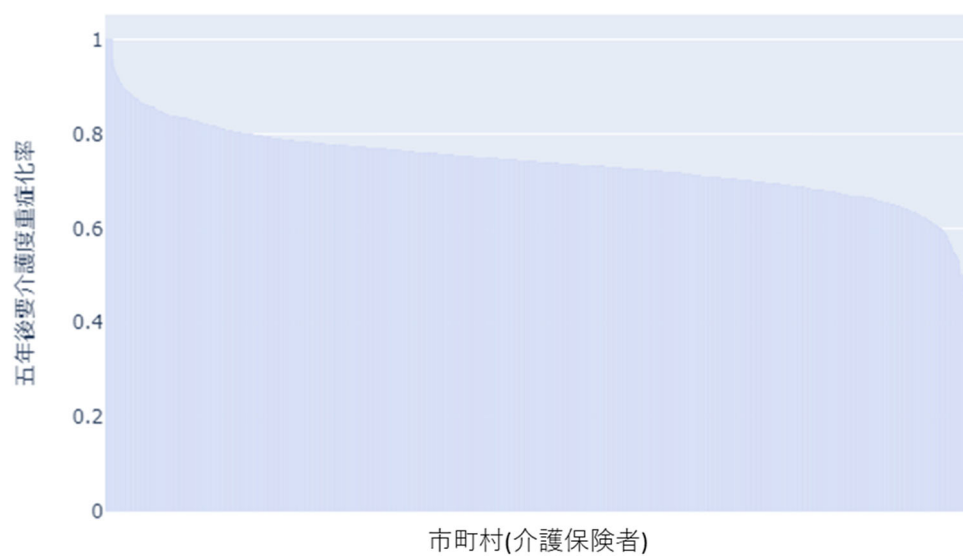
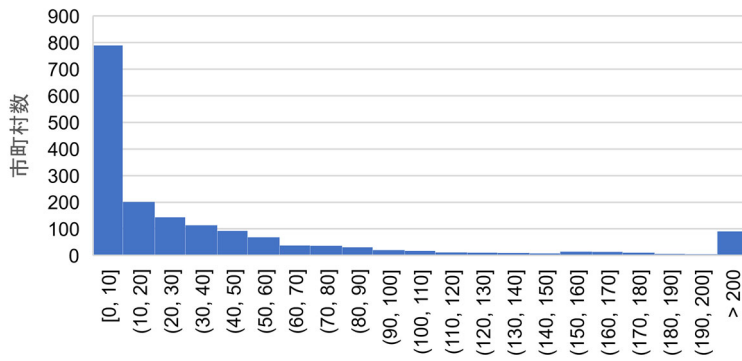
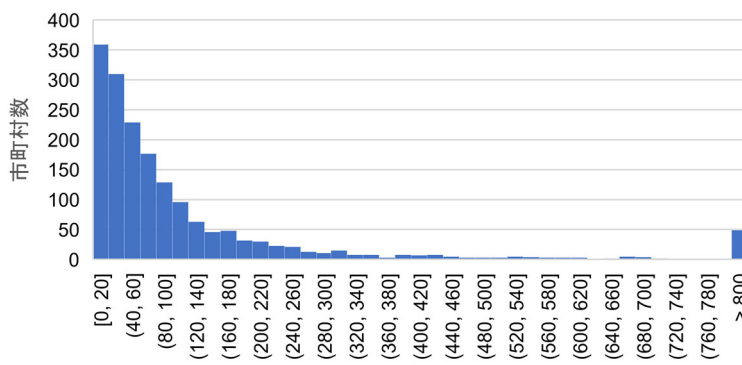


図6 要介護度別の五年後要介護度重症化率のグラフ

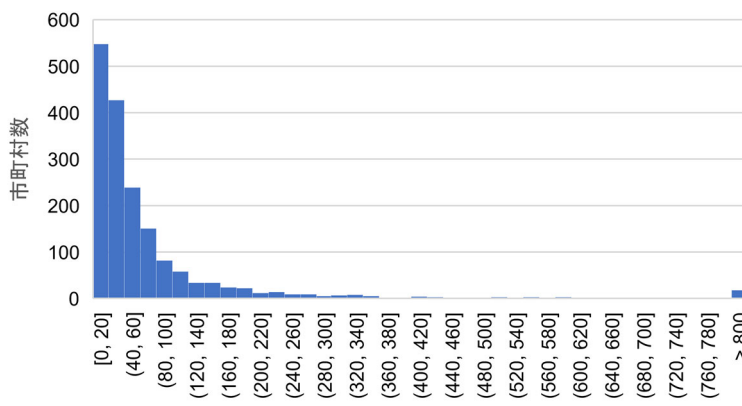
65歳以上人口あたり認知症初期対応_サービスに繋がった者



65歳以上人口あたり初期集中支援、保健師看護師等人数計



65歳以上人口あたり認知症地域支援推進員



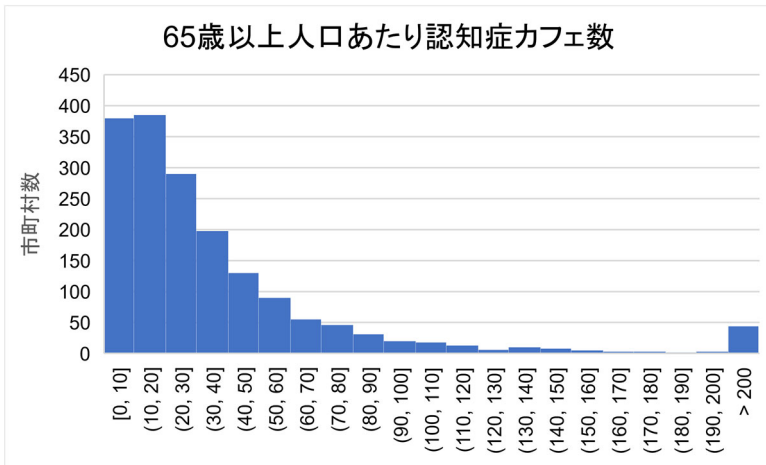


図7 認知症施策推進大綱 KPI ヒストグラム