

1. 我が国の認知症有病率に関するデータ

○我が国において、認知症有病率に関する主要な研究は以下の 3 研究。

- ・ 全国有病率調査（朝田研究）
- ・ 一万人コホート
- ・ 久山町研究

○研究によって対象・調査方法・調査期間等が異なるものの、いずれも信頼性の高いデータであると考えている。

○全国規模の調査であること、直近のデータがあること、継続調査が可能であることから、KPI の算定にあたり、一万人コホート調査のデータを利用するのが適当。

	2012 年	2018 年	2024 年※1
全国有病率調査	15.0%※3	—	実施困難 ※2
一万人コホート	—	14.7%※3	実施可能
久山町研究	17.9%※4	15.6%※4	実施可能

※1 大綱の対象期間は 2025 年であるため、2024 年に調査を行い 2025 年に結果報告を行い KPI 進捗評価を実施する。

※2 有病率調査のため新規に研究体制を構築する必要があるため。

※3 その時点における人口分布で性年齢調整後有病率。

※4 粗有病率。なお、久山町研究は一万人コホートの実施地域の一つであり、久山町研究のデータは一万人コホートに含まれる。

2. 認知症予防に係る KPI について

○「70 歳代での発症を 10 年間で 1 歳遅らせる（有病率におきかえると 10 年間で相対的に約 1 割の低下となるので 6 年間で相対的に 6%の低下）」※5 としてはどうか。

※5 一万人コホートにおいて報告された 70～74 歳における 2018 年有病率 3.6%を 3.4%に、75～79 歳における有病率 10.4%を 9.8%に 2024 年までに低下させる。

○KPI は発症年齢の遅延だが、進捗評価としては 70 歳代の認知症有病率を指標として用いる。

（理由）

- ・ 調査によって信頼性の高い発症年齢を得ることが困難であり有病率を指標とする。
- ・ 2025 年には団塊の世代が 75 歳以上となる。
- ・ 発症から亡くなるまでの期間が延長する場合、主に 80 歳以上において有病率は更に増加すると考えられる。
- ・ 健康寿命※6 の延伸により平均寿命と健康寿命の差を短縮することを健康・医療戦略※7 の目標としていることから、健康寿命の前後の世代を対象とした定点観測を行うことで、継続的な評価を可能とするため。

○6 年 6%とする理由は以下の通り。

- ・ 10 年間で発症年齢を 1 歳遅らせた場合※8、70 歳代の有病率が相対的に約 1 割低下（70～74 歳において 9.7%、75～79 歳において 13.1%）すると試算されることから計算する。

※6 男性 72.14 歳、女性 74.79 歳。日常生活に制限のない期間。

※7 平成 26 年 7 月 22 日健康・医療戦略推進本部決定

※8 年齢階級別認知症有病率のグラフが一歳後ろ倒しになったと仮定して計算を行った。

認知症有病率調査について

資料2-1
(参考)

全国有病率調査

調査期間および調査対象

2009年～2012年に全国10箇所で開催。住民基本台帳から無作為抽出された65歳以上高齢者対象(一部悉皆)。参加者総数6,131(参加率68.4%)、解析対象者5,386名。

調査方法

会場調査(問診、神経心理検査、血液検査、医師による診察、疑い者に対するMRI検査)＋来場困難者に対する訪問調査(会場調査と同様の検査)

久山町研究

調査期間および調査対象

65歳以上在宅者の悉皆調査(1985年(887人), 1992年(1,189人), 1998年(1,437人), 2005年(1,556人), 2012年(1,904人))

調査方法

第1段階: 研究スタッフによる調査会場・訪問での認知機能検査、質問票調査
第2段階: スクリーニング該当者に対する医師による診察、評価

一万人コホート

調査期間および調査対象

2016年～から全国8箇所で開催。65歳以上高齢者対象で一部地域は無作為抽出、一部地域は悉皆調査。参加者総数約11,000人。

調査方法

会場調査(問診、神経心理検査、血液検査、医師による診察、MRI検査)に加え一部地域で来場困難者に対する訪問調査(会場調査と同様の検査)

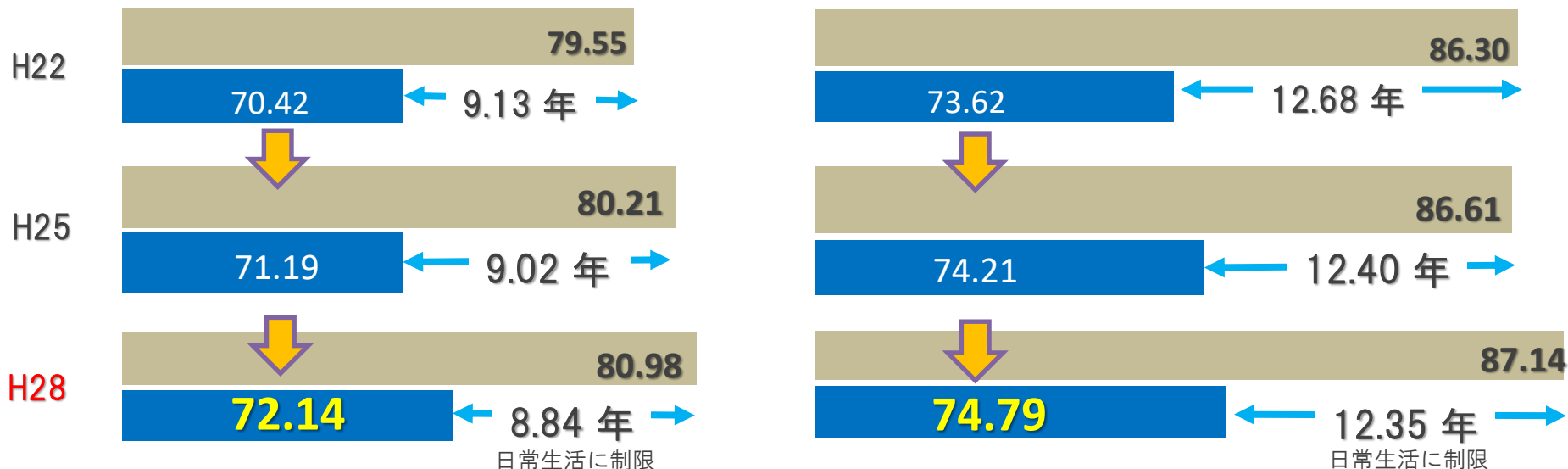
健康寿命の延伸

健康寿命：日常生活に制限のない期間

■ 平均寿命 ■ 健康寿命

男性

女性



※健康日本21（第二次）の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（平成34年度）
日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標：「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」（平成32年）

- 平成28年の健康寿命は**男性72.14年、女性74.79年**
- 健康寿命は**男性1.72年、女性1.17年延伸**（対平成22年）
- 日常生活に制限のある期間は**男性0.29年、女性0.33年短縮**（対平成22年）

【資料】

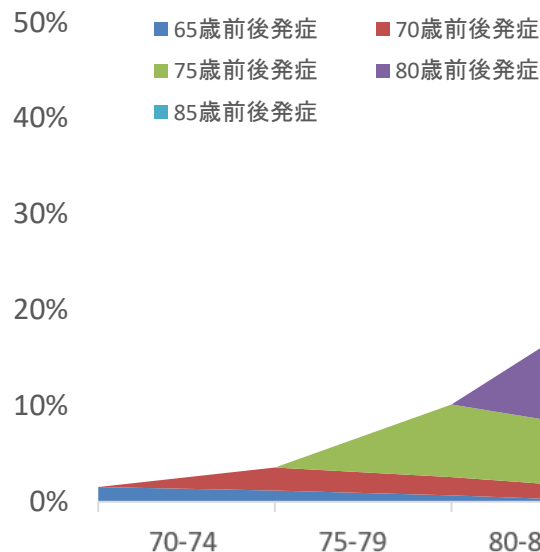
- 平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年完全生命表」「平成28年簡易生命表」
- 健康寿命：厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」、厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」、総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」

発症から亡くなるまでの期間の延長による年齢別有病率の変化

認知症の有病率は発症率だけでなく、発症から亡くなるまでの期間にも影響を受ける。

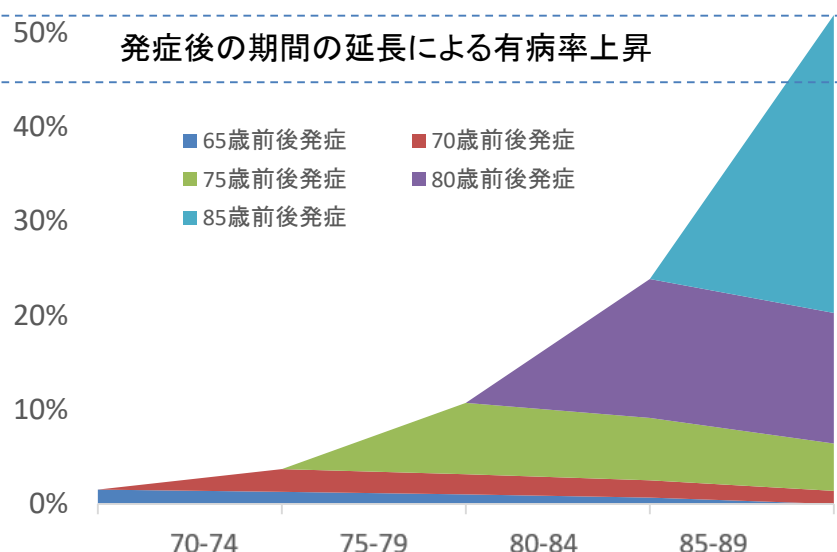
60%

現状のイメージ



60%

発症から亡くなるまでの期間が延長した場合*のイメージ



発症後の期間の延長による有病率上昇

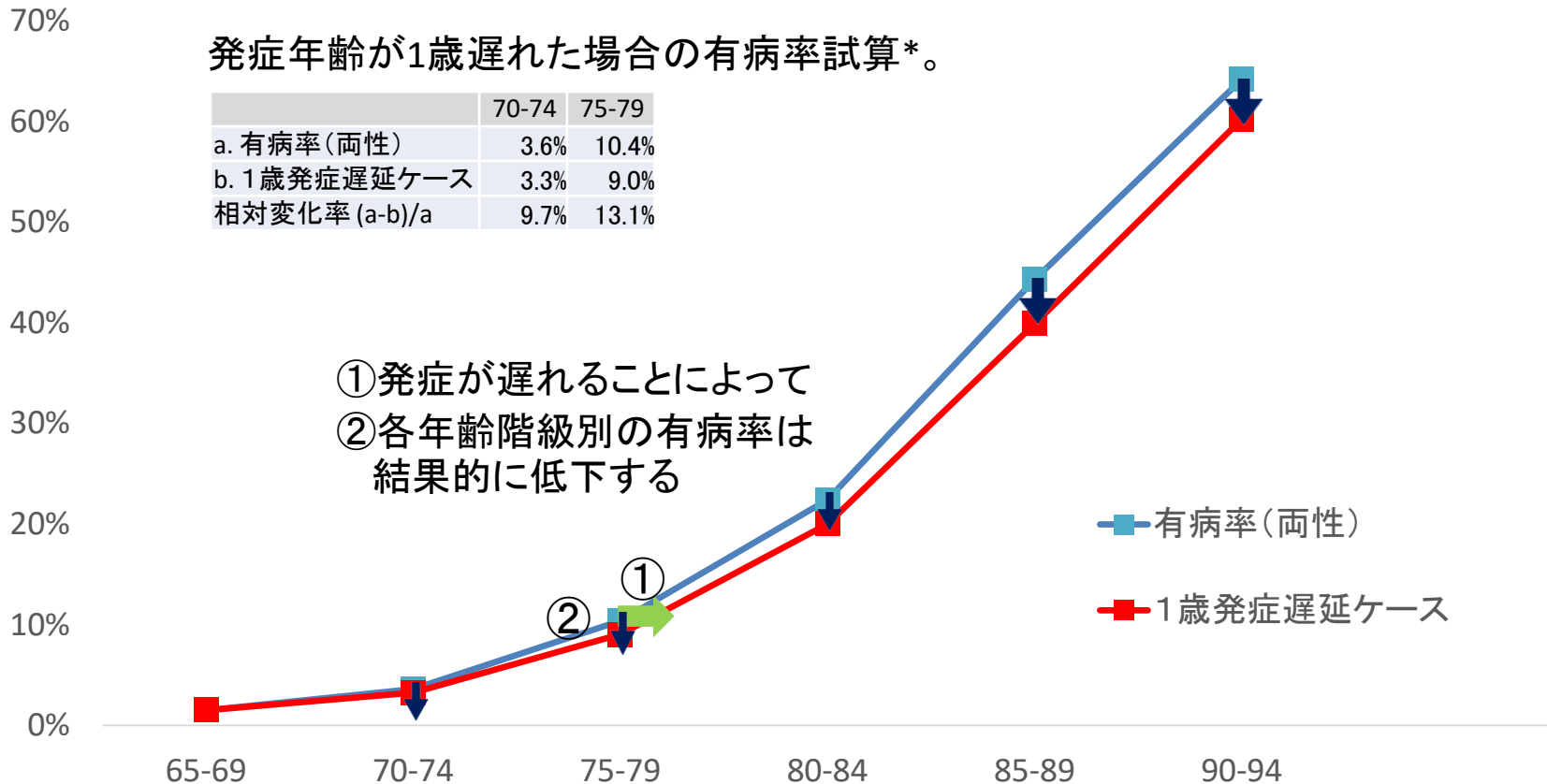
*左図は発症から亡くなるまでの期間が10年間もしくは(平均余命-5年)のうち短い期間として、各年齢階級において発症した方がその後の年齢階級で占める割合をイメージとして作図したもの。右図は罹病期間を15年間もしくは(平均余命-2年)のうち短い期間として作図したもの。

・発症から亡くなるまでの期間が延長した場合、主に80歳以上の有病率がさらに増加すると考えられる。

年齢階級別認知症有病率変化のイメージ

発症年齢が1歳遅れた場合の有病率試算*。

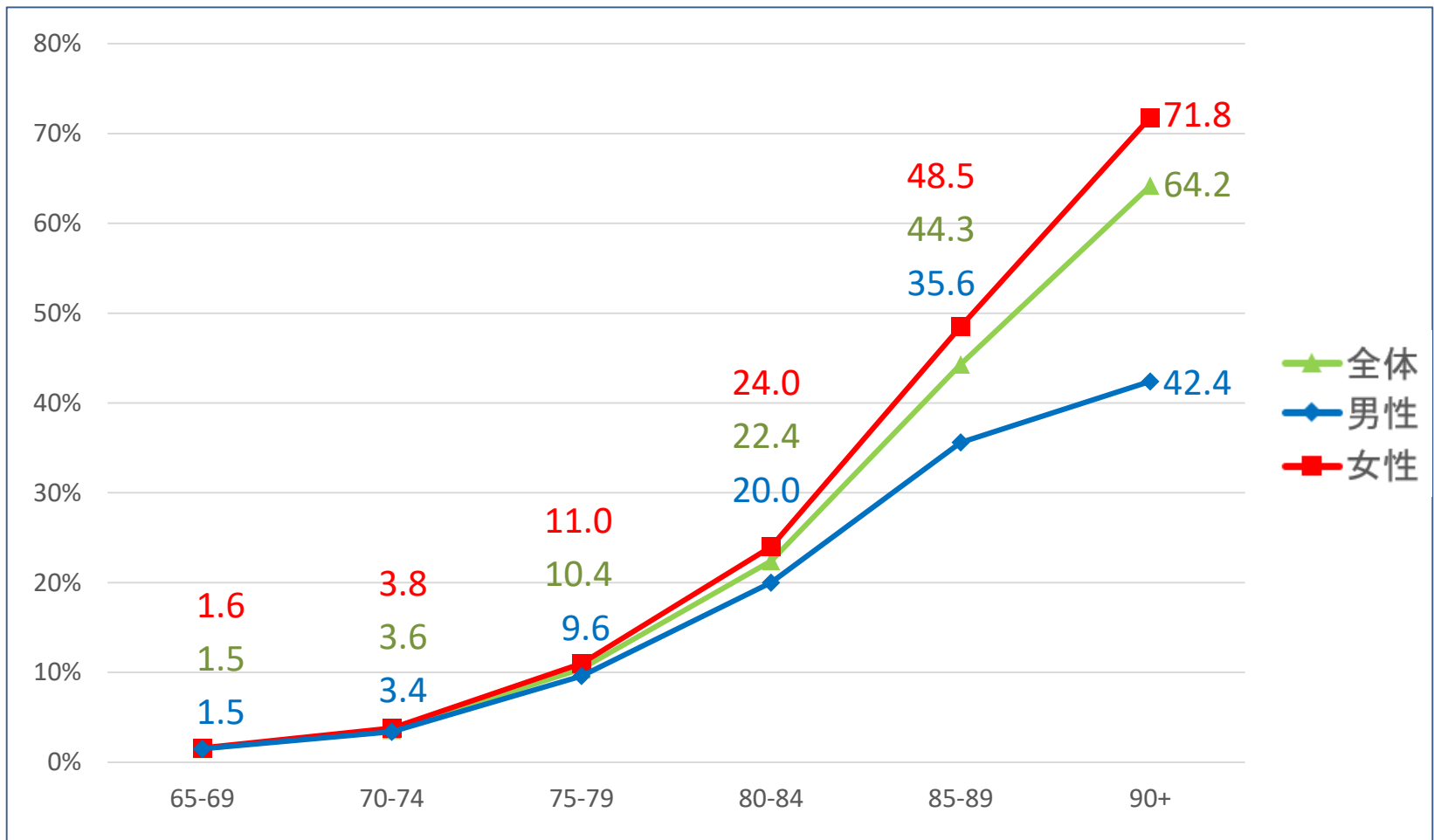
	70-74	75-79
a. 有病率(両性)	3.6%	10.4%
b. 1歳発症遅延ケース	3.3%	9.0%
相対変化率 (a-b)/a	9.7%	13.1%



予防の取組によって発症年齢が一歳遅れた場合、
70-74歳の両性有病率は相対的に9.7%減少
75-79歳の両性有病率は相対的に13.1%減少
 となると考えられる。

* 年齢階級別認知症有病率の曲線が一歳後ろ倒しになったと仮定して計算しており、発症率以外の他条件(罹病期間等)には大きな変化がないと仮定している。日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」における2018年認知症有病率データを用いた。

年齢階級別の認知症有病率



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業
「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果
(解析対象 5,073人)

研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより作図