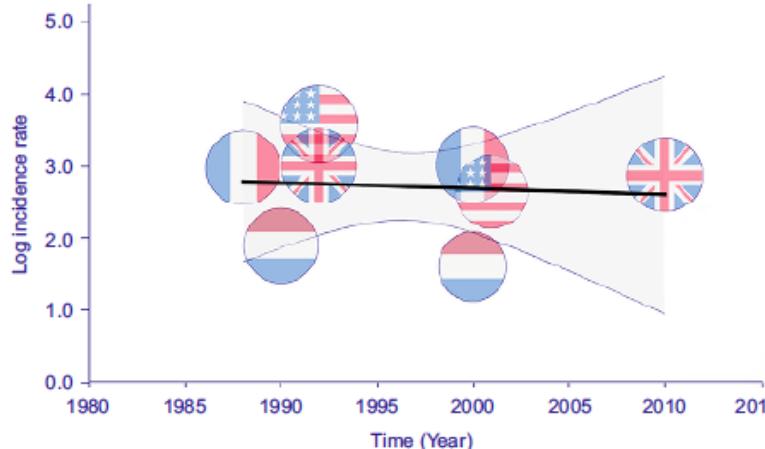


認知症の発症率, 有病率に関する国際比較

資料 2 – 3 (鳥羽先生ご提供)



(Roehr et al. (2018) *Clinical Epidemiol.* **10**, 1233)

USA 1991~2002 -5.5%/年 Indianapolis Afro American 65 or over
1980~2006 -1.7%/年 Framingham 60 or older
France 1988~1999 -3.8%/年 Bordeaux 65 or over
1999~2010 -3.5%/年 Bordeaux 65 or over
Netherland 1990~2000 -2.5%/年 Rotterdam 60~90
Germany 2004~2010 -3.0% Insurance Claim data 65~
Canada 2002~2013 -0.6% Health Insurance Plan
Chicago 1997~2007 no trend
Sweden 1988~2002 no report (stable prevalence and survival increase)

(Prince et al. (2016) *Alzheimers Res. Ther.* **8**, 23)

本邦ではIncidenceのデータはない（保険サービスでの調査か、地域悉皆調査）
発症率には、リスクの総体が関与（リスクの経年変化の把握が重要）
発症の高年齢化を示唆する資料（長寿、杏林、介護保険データ）

有病率は英国、スペイン、米国、ドイツ、で減少 (-1.7~3.2%)
スウェーデンで不变～増加 (8 %) 、日本：増加(1.9%)

(Prince et al. (2016) *Alzheimers Res. Ther.* **8**, 23)

有病率は把握率（診断）

認知症発症後の寿命、介護サービスの良否の影響をうける

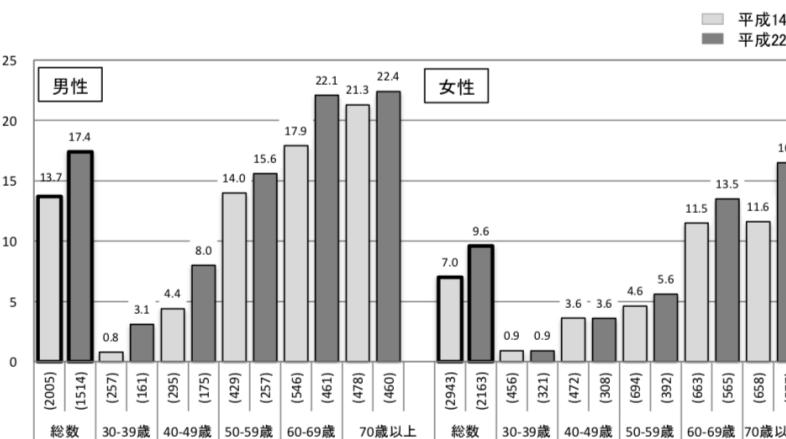
スエーデンでも地域による結果の違いがあり、複数地域での経年的調査が必要

（有病率の高齢前期での減少を示唆する資料：介護保険データ）

認知症リスクの近年の変化（予防に当たって課題を整理する）

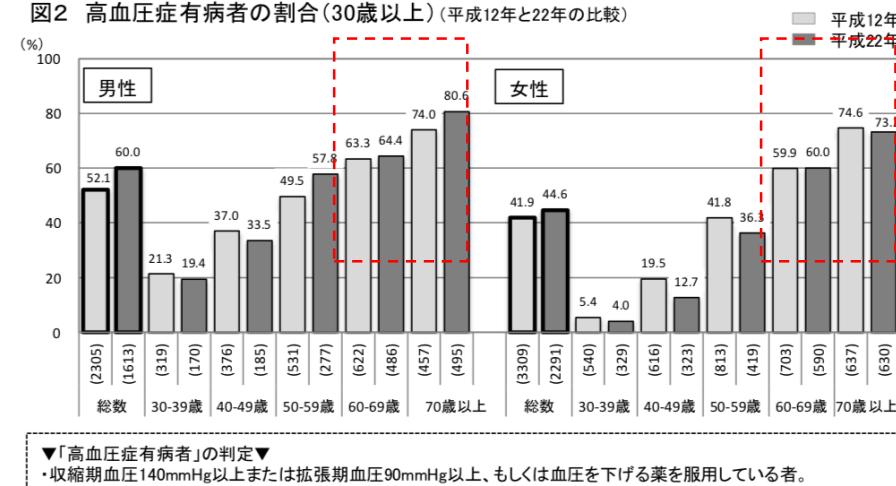
1) 糖尿病（寄与率2%※1）悪化

図6 糖尿病が強く疑われる者の割合(30歳以上)(平成14年*と22年の比較)



2) 中年期高血圧（寄与率5%） 男性悪化 女性改善

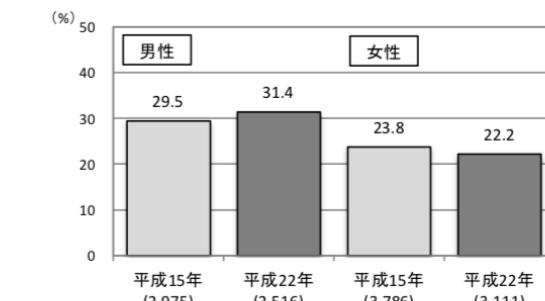
図2 高血圧症有病者の割合(30歳以上)(平成12年と22年の比較)



3) 中年期肥満（寄与率2%） 男性悪化、女性改善

図13-3 肥満者*の割合(30歳以上)

(平成15年と22年の比較)

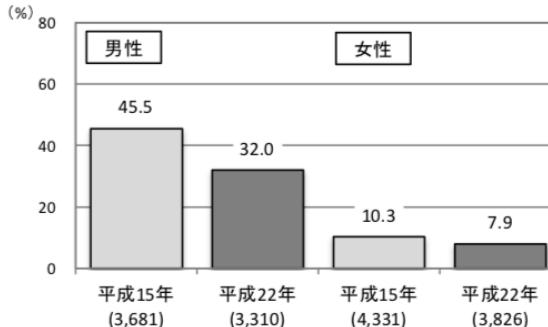


* 肥満者: BMI ≥ 25の者(12ページ参照)

4) 喫煙（寄与率14%）改善

図13-1 喫煙者*の割合(30歳以上)

(平成15年と22年の比較)

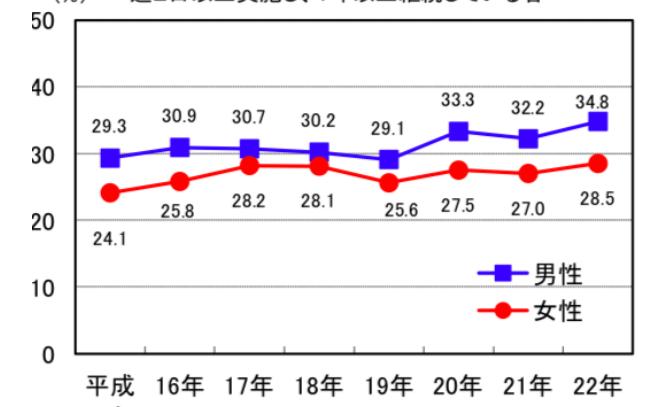


* 喫煙者: 現在習慣的に喫煙している者(24ページ参照)

5) 運動習慣（寄与率13%）改善

図24-1 運動習慣のある者の割合の年次推移
(20歳以上) (平成15年~22年)

※運動習慣のある者: 1回30分以上の運動を週2日以上実施し、1年以上継続している者



6) 教育年数（寄与率19%）増加 老年期の知的刺激は不明

