

# 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  
Netherlands 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、リスクの総体に関与（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%）  
スウェーデンで不変~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受ける  
スウェ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

## 2) 中年期高血圧（寄与率5%） 男性悪化 女性改善

## 3) 中年期肥満（寄与率2%） 男性悪化、女性改善

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）

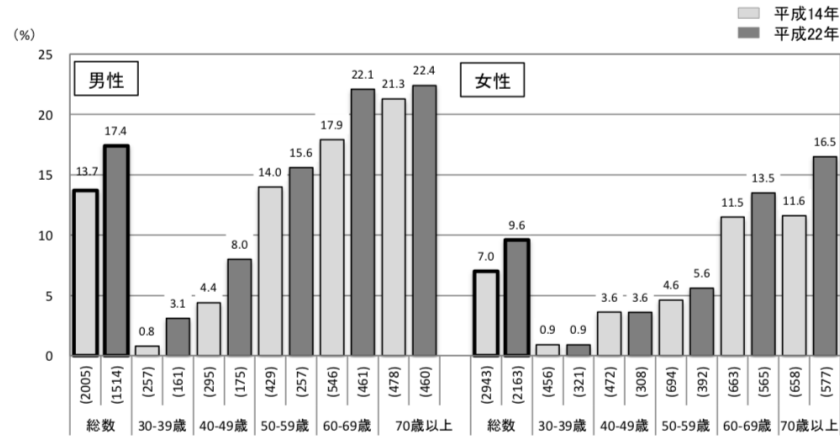
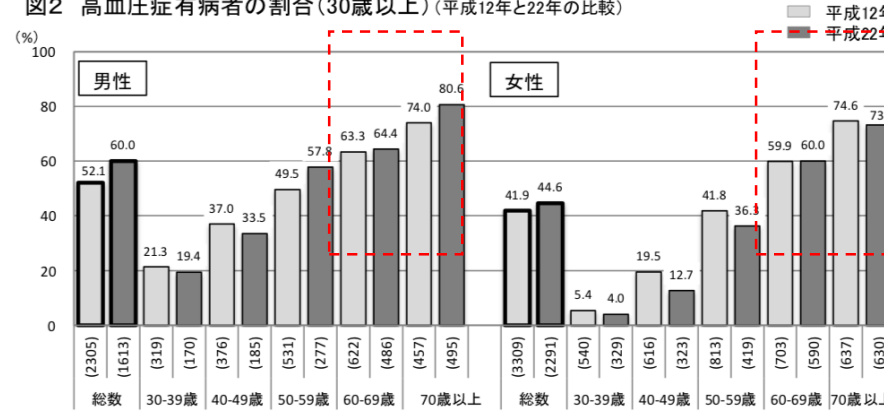


図2 高血圧症有病者の割合（30歳以上）（平成12年と22年の比較）

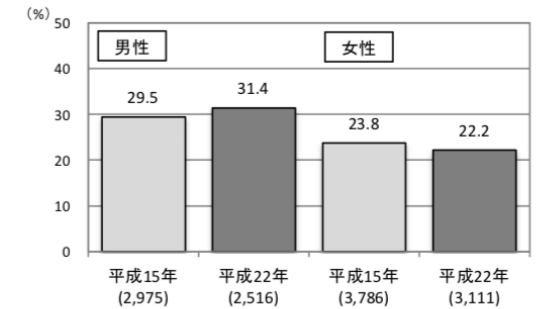


▼「高血圧症有病者」の判定▼

・収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬を服用している者。

図13-3 肥満者\*の割合（30歳以上）

（平成15年と22年の比較）



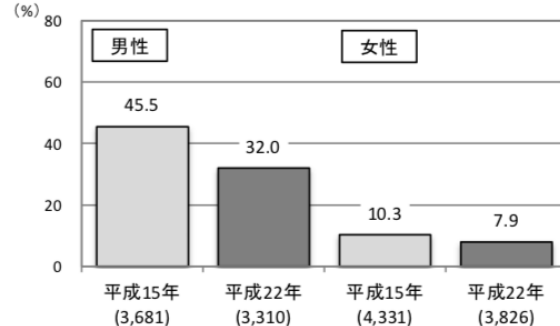
\* 肥満者: BMI ≥ 25の者（12ページ参照）

## 4) 喫煙（寄与率14%）改善

## 5) 運動習慣（寄与率13%）改善

## 6) 教育年数（寄与率19%）増加 老年期の知的刺激は不明

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）

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

