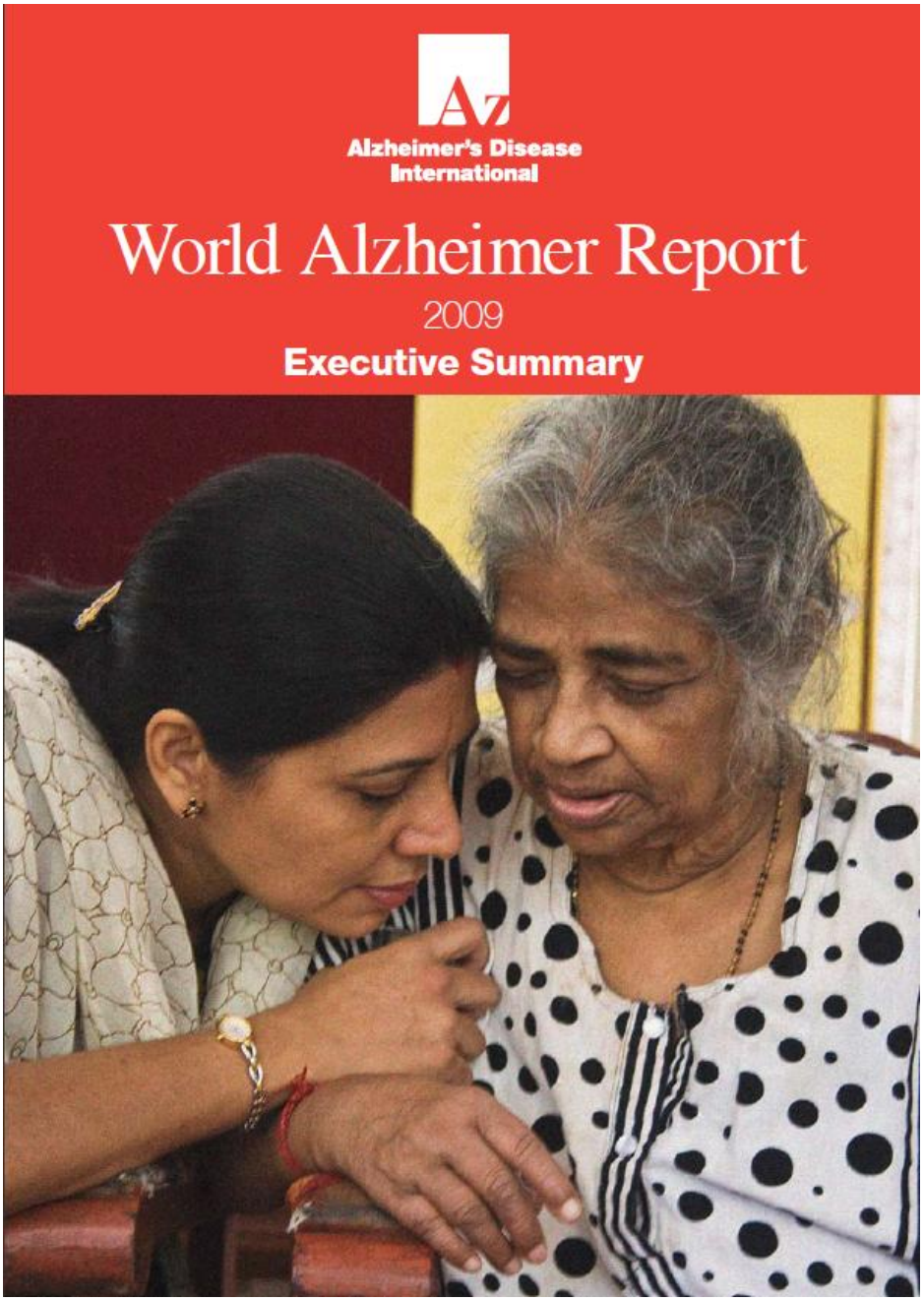
国際アルツハイマー病協会

世界アルツハイマーレポート

2009 年

概要版



はじめに

人口統計上の高齢化は世界的な傾向であり、これは20世紀に保健システムの改善に成功した証でもあります。より多くの人々がより長生きをし、健康な生活を送るようになり、世界人口に占める高齢者の比率は高まっています。一方、高齢化は私たちに対して課題を投げかけています。多くの国際会議の場においても高齢化問題が論議され、共同声明が採択されています。例えば、高齢化に関するマドリッド国際行動計画2002が挙げられます。

高齢化の影響は、アルツハイマー病及びその他の認知症の人の増加に現れています。国際アルツハイマー病協会（ADI）は、各国の政府と共に認知症の人とその介護者の生活向上と認知症研究の推進に取り組む世界中のアルツハイマー病協会を支援することを目的に、本レポートを作成しました。各国の取り組みを戦略的に推進するには、世界保健機関（WHO）が認知症を世界の保健政策上の優先課題として位置づけることが極めて重要であり、各国が医学研究を支援・奨励する際に、アルツハイマー病がその国に及ぼす影響にみあった資金援助などの支援をおこなうべきです。

このような重要性と緊急性を明確にするために、認知症の増加とその影響について最新の情報をまとめ、問題解決のための枠組みを提案しました。これらについては勇気付けられる取り組みが近年進んでいます。オーストラリアは2004年に認知症を国の保健政策上の優先課題に位置づけた最初の国となりました。また、フランス、韓国、イギリス、ノルウェー及びオランダで認知症国家戦略が始まりました。さらに欧州委員会では認知症についての最初の国際行動計画が始まっています。

本レポートでは入手可能な直近の研究データに基づいた概観と現状分析をおこないました。2009年世界アルツハイマーレポートとして、何百万人ものアルツハイマー病及びその他の認知症の人がいることを示しています。これまでの研究と本レポートは、認知症が注意を要すべき割合で増加してゆくことを指摘しています。ADI は、本レポートが世界レベルの認知症の増加について最も正確な推計値を提供していると確信しています。ADI が委託した科学者達は完全版レポートに記載されている方法でメタ分析をおこない、世界のすべての地域における認知症の人の推計値を算出しました。ADI では国別に推計値を算出するためには異なる分析が必要であると考え、本レポートで個別の国々の推計値の算出をおこなっておりません。ADI は各地域でおこなわれる調査結果がより正確であると考え、各国がアルツハイマー病の全国調査を行うことを推奨しております。

認知症の増加とその影響についてより多くの研究が必要とされていることは明らかであり、ADI は2010年に経済データ分析に着手し、フォローアップレポートを出す予定です。ADI は認知症に対するより多くのそしてより良い解決方法について各国政府、政策立案者、保健専門職及びアルツハイマー病協会などの総ての関係者と協働してゆくために、今般の取り組みが刺激になることを希望しています。世界では 7 秒に１人ずつ認知症の人が増えています。もう時間がありません。

デイジィ・アコスタ
（国際アルツハイマー病協会議長）
マーク・ウォートマン
（国際アルツハイマー病協会常務理事）

編集
マーチン・プリンス
ジム・ジャクソン
科学グループ
クレウザ・P・フェッリ
レナタ・ソウザ
エミリアーノ・アルバネーゼ
ワンガー・S・リベリロ
ホンヤシキ・ミナ

写真：キャシー・グリーンブラット
www.cathygreenblat.com
デザイン：ジュリアン・ハウエル

ADI 権利擁護ワーキンググループ
デイジィ・アコスタ（ドミニカ共和国）
マルコ・ブロム（オランダ）
スコット・ドジェオン（カナダ）
ニルス・フランツ（アメリカ）
アンジェラ・ゲイガー（アメリカ）
サビーネ・ジャンセン（ドイツ）
アンドリュー・ケッテリンガム（イギリス）
リンドセイ・キナールド（スコットランド）
ビルジッタ・マテンソン（スイス）
グレン・レス（オーストラリア）
フランク・スカパー（オーストラリア）
マイク・スプレイン（アメリカ）
タミ・タミテガマ（スリランカ）
クリスター・ウェステルンド（スウェーデン）
マーク・ウォートマン（ADI）

ADI より以下の皆さまの経済支援にお礼申し上げます：
ブラデンバーグ基金
ジョッフェリ・ビーネ基金－www.geoffreybeene.com/alzheimers.html
アルツハイマー協会－www.alz.org
オーストラリア・アルツハイマー協会－www.alzheimers.org.au
オーストラリア・アルツハイマー協会 WA－www.alzheimers.asn.au
スコットランド・アルツハイマー協会－www.alzscot.org
アルツハイマー・ソサエティ－www.alzheimers.org.uk
スイス・アルツハイマー協会－www.alz.ch
スベリジ・アルツハイマーフォーリンゲン－www.alzheimerforeingen.se
ドイツ・アルツハイマーゲゼルシャフト－www.deutsche-alzheimer.de
オランダ・スティッチングアルツハイマー－www.alzheimer-nederland.nl

国際アルツハイマー病協会
2009 年世界アルツハイマーレポート
概要版

目　次

認知症の増加　2
国際アルツハイマー病協会　2
勧　告　3
概　要　4
方　法　6
結　果　6
認知症の推定数　7
アルツハイマー病やその他の認知症と死亡率、罹患率との関連　9
余命の延長と生活　10
認知症の世界的なコスト　11
介　護　12
介護による影響　14
認識から行動へ　15
結　論　16
将来への展望　16
資　料　17
低・中及び高所得国の定義　17
引　用　18

表紙イメージ
インド・コーチンの ARSI デイケアセンターの利用者。68 歳で認知症の診断を受け、最初は自宅で家族と家政婦の介護を受けていたが、行動障害が起きるようになりデイケアセンターに登録された。センターでは、スタッフやボランティアとおしゃべりをしたり、物語を話したりしている。例えばジータ、彼女は利用者を理解しやさしい。

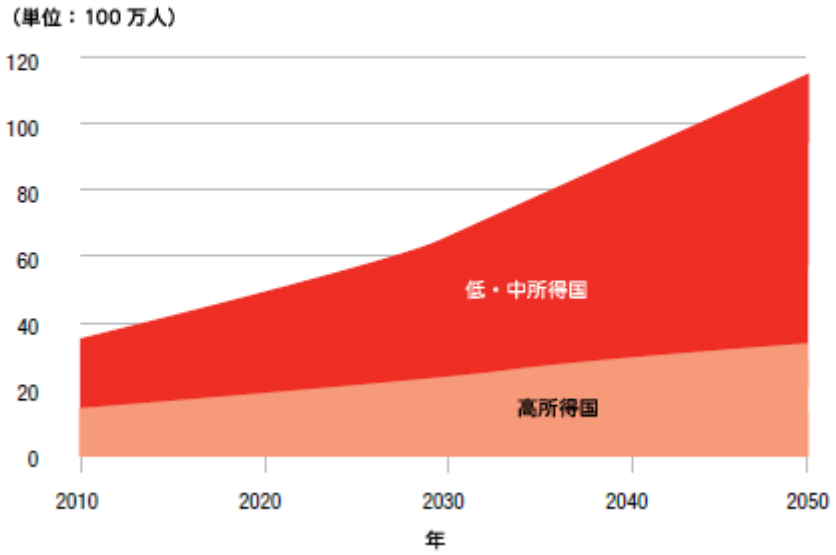
この概要版（翻訳版）は、国際アルツハイマー病協会が２００９年９月に発表した「世界アルツハイマーレポート」（英文）を認知症の人と家族の会(Alzheimer's Association Japan)が翻訳し、日本における動向を追加したものである。

認知症の増加

2010 年、全世界で 3,560 万人が認知症であると推定されます。この数は 20 年毎に、ほぼ倍増し、2030 年には 6,570 万人、2050 年には 1 億 1,540 万人に増加すると予測されています。この増加は、主に低・中所得国での増加によるものと考えられています。

問題は人数の増加だけではなく、アルツハイマー病及びその他の認知症が社会に大きな影響を及ぼすという点にあります。それは世界人口の“高齢化”とペースを併せて拡大してゆく流行病にもたとえることができます。認知症に対する認識不足や不十分な診断、偏見は、国の規模や地域の所得水準に関わりなく、認知症の人とその家族にとって重大な問題となります。

図 1　高所得国及び低・中所得国における認知症の増加



国際アルツハイマー病協会

国際アルツハイマー病協会（ADI）は世界各国のアルツハイマー協会の包括組織として、世界中のアルツハイマー協会の設立と強化を支援し、アルツハイマー病及びその他の認知症に対する世界的な認識の向上を図ることを目的としています。

勧　告

1．世界保健機関（WHO）は認知症を世界の保健政策上の優先課題とすることを宣言すべきである。

2．各国政府は認知症を国の保健政策上の優先課題とすることを宣言すると共に、サービスを発展させ、かつ認知症の人とその家族への支援をおこなうための国家戦略を推進するべきである。

3．低・中所得国はプライマリヘルスケアとその他のコミュニティサービスの向上を基盤とした認知症に対する戦略を立てるべきである。

4．高所得国は国としての予算配分を明示した認知症アクションプランを発展させるべきである。

5．認知症の進行に対応できるサービスを整備すべきである。

6．年齢、性別、収入、障害、都市部か農村部かに関わらず、すべての認知症の人に公平なサービス利用が保証されるよう、サービスを配分すべきである。

7．政府、認知症の人とその介護者、アルツハイマー病協会、関連非政府組織及び保健専門団体の協働体制を構築すべきである。

8．アルツハイマー病及びその他の認知症の病因、薬物療法及び心理社会的療法、認知症の増加とその影響、認知症予防に関する研究に資金を集め、推進すべきである。

この写真はハガミマさんの 88 歳の誕生日の時の写真です。彼女はアルツハイマー病ですが、“ハッピー・バースデイ”の歌声には喜びの気持ちで応えることができます。

研究の概要

組織的な研究によって、すべての国、文化、人種に、アルツハイマー病及びその他の認知症がみられることが明らかにされています。しかしながら、その認識のレベルには相当な差があります。国際アルツハイマー病協会（ADI）は、一般市民と保健関連職の認知症に対する認識の向上を国際的優先課題として取り組んできました(A11)。

特に低・中所得の国々においては、アルツハイマー病及びその他の認知症に対する認識が一般的に不足しており、認知症は通常の老化現象として捉えられています（A9,12,13)。このような認識の不足は深刻な結果をもたらすことになります。

●病気に罹った本人が医療・介護サービスの支援を求めることをしません（A13)。
●保健サービス側の各レベルで、認知症の評価とマネジメントのための体系的な研修がほとんどないか、皆無です。
●状況に対応した認知症ケアサービスを整備するために、政府や政策立案者への働きかけをおこなう基盤がありません（A9)。
●家族が介護の中心となり、他の人々や機関からの支援や理解を得ることなく介護を行なわなければなりません。

アルツハイマー病及びその他の認知症の人は、既存の施設ケアから除外されたり、入院を断られることがよくあります（A13)。認知症の人にみられる行動の混乱が理解されず、偏見もあり、介護者の責任にされ追いつめられてしまいます(A14)。

認知症に対する認識の低さは低・中所得国に限った問題ではありません。例えば、イギリスの認知症国家戦略では偏見と 2 つの間違った考え方（認知症は老化現象であるという考えと、どうしようもないという考え）が、支援を求めたり、勧めたりすることをためらわせる原因になっているとしています(A15)。イギリスでは、医師に認知症の兆候を伝えるまでに通常 3 年間かかっており、介護者の 70%が診断を受けるまで認知症の兆候に関する知識を持っておらず、介護者の 58%がその兆候を通常の老化現象と捉えています（A16)。また、かかりつけ医のうち認知症の診断と治療をおこなうための十分な研修を受けた者は、31%にすぎません（A17)。

高齢者のヘルスケアニーズは、公衆衛生政策上、世界的に優先順位が低い課題として長らく位置づけられてきましたが、現在、変わりつつあります。人口の高齢化が世界各地、特に中国、インド及びラテンアメリカで予想以上の速度で進んでいる（B2）という事実（人口の“高齢化”現象）の故です。2020 年までの 30 年間で、人口に占める高齢者割合の増加率は先進国の 68%と対して、低・中所得国では 200%まで拡大します(B3)（16 頁の低・中及び高所得国の定義参照のこと)。この高齢化の伸展により、低・中所得国においては次第に、非伝染性で、長期に患うことになる疾病が極めて重要な問題となってくることが予測されます。サハラ以南のアフリカ地域以外の世界各地では、慢性疾患がすでに主要な死亡原因となっているのです(B5)。

ADI は 2004 年に世界の専門家を集めた会議を開催し、認知症の増加に関する世界の研究成果を検討し、世界の各地域における認知症の現在数の推定と増加予測を行いました。この検討結果は 2005 年の *Lancet*（訳者注：雑誌名）に掲載され、2001 年時点で全世界には 2,420 万人の認知症の人がおり、毎年 460 万人ずつ増加していくことが報告されました（B6)（世界の非致死性の脳卒中の発症数とほぼ同じ）(B7)。認知症の人の三分の二は低・中所得国に暮らしており、高所得国よりも低・中所得国で急増することにより 20 年毎に人数は倍増し、2040 年までに 8,000 万人に達すると予測されています。

しかしながら、このような推計値を更新する必要性が指摘されています。*Lancet*/ADI の認知症推

定数は 2001 年を基準年として 2020 年と 2040 年の値を予測したもので、根拠としたデータも世界各地域で不足しており、いくつかの研究や多様な推計値と不一致があり、その推定数は暫定的なものとして捉えるべきです(B6)。特に、ラテンアメリカ（B20-22)、アフリカ(B10)、ロシア、中東及びインドネシアでは、疫学上の研究論文が極めて不足しており、そのため専門家による国際会議において推定を発展させるべきであると合意されました。2001 年を基準年とした推定をおこなって以降、世界的に人口の高齢化が著しく進んでおり、このことはより多くの高齢者が認知症のリスクに曝されていることを意味しています。

一方、国際的な情報データベースは充実してきており、スペイン（B23,24)、イタリア（B25）及びアメリカ（B26）において新たな研究が行われ、これまで文献による情報提供がなかった低・中所得国及び他の地域やグループにおいても研究が活発になってきています。これらの取り組みにはブラジル、キューバ、ドミニカ共和国、ペルー、メキシコ、ベネゼエラ、インド及び中国（B13,27）におけるADIの10/66認知症研究グループの研究、ブラジル(B28)、ペルー(B29)、キューバ（B30)、ベネゼエラ（B31)、中国（B32)、韓国（B33)、インド（B34)、タイ（B35)、オーストラリア(先住民族)（B36)、グアム（B37)、ポーランド（B38)、及びトルコ（B39）での新たな研究が含まれています。また、世界保健機関（WHO）による世界疾病負担（GBD、訳者注：世界疾病負担とは、病気やけがなどの様々な危険因子から生じる死亡や障害を総合的に評価し数値化したもの）報告が更新され、研究成果を検討するきっかけとなり、認知症の増加を根拠に基づいて報告するための資料を入手できる範囲が広がっています。

前回の *Lancet*/ADI 推定と本レポートによる新推定との違いを表 1 にまとめました。

表 1　*Lancet*/ADI 推定と新推定の違い

	Lancet/ADI	新推定
研究方法	体系的な検討をおこなうための時間と資源に制限があった	算入／除外基準、研究条件の明記、複合的なデータベースを用いた体系的検討
地域区分	WHO の世界 14 地域における推定	WHO の世界疾病負担 21 地域における推定
地域推定の集約法	利用可能なすべての研究成果に基づいて、デルファイ法で専門家の意見を集約	可能なところで定量分析
推定数の階層	85 歳以上まで 5 歳間隔で推定	性別で分け、90 歳以上まで 5 歳間隔で推定
基準年	2001 年	2010 年
将来予測	2020 年/2040 年	2020 年/2030 年/2040 年/2050 年

方法

方法の詳細は完全版レポートに記載しており、www.alz.co.uk/worldreport で見ることができます。147 件の研究について記載した 135 の論文が使用されています。

表 2 に GBD（世界疾病負担）地域の高齢者人口と、研究に用いた対象者数の概要を示します。

結果

基礎となった研究成果は、21 の GBD 地域のうち 11 地域：西ヨーロッパ、北アメリカ、ラテンアメリカ（アンデスラテンアメリカ、中央、南部及び熱帯地域を含む)、アジア太平洋の高所得地域、オーストラリア、東アジア、東南アジア及び南アジアであり、分析をおこなうための研究成果数、研究対象者数及び範囲の条件を満たしています。

60 歳以上の推計値を西ヨーロッパの 60 歳以上人口の構成に合わせて換算し、21 の GBD 地域（図 2）と直接比較することが可能になりました。有病率は 2.07%（西アフリカ）から 8.50%（ラテンアメリカ）までの 4 倍の差が見られますが、推定有病率の大部分は 5%から 7%の間に位置しており、この差の主な原因はサハラ以南アフリカ地域での極めて低い推定有病率によるものです。

表 2　地域別の高齢者人口の関連項目

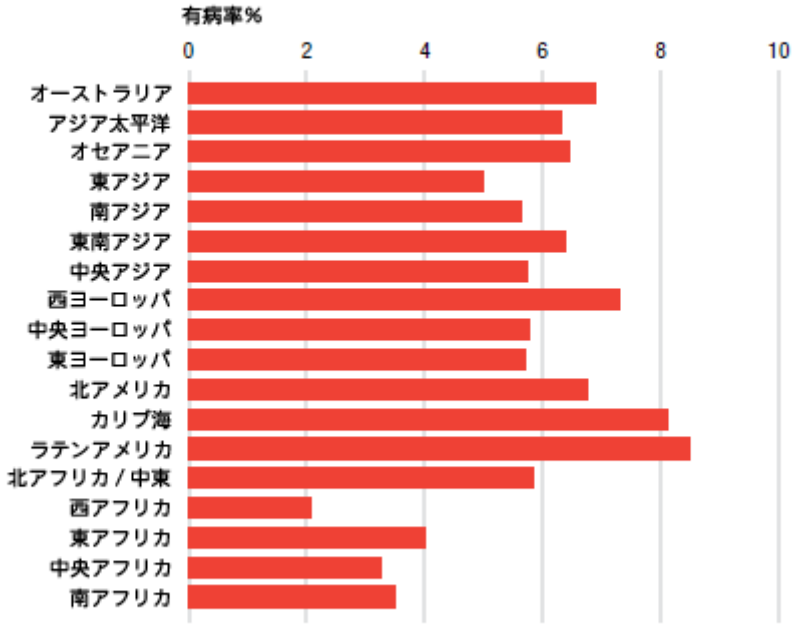
地域	60 歳以上人口（単位:100 万人）	指定研究に用いた認知症の人の実数	60 歳以上人 1,000 万人当りに換算した認知症の人の数	総研究対象者数	60 歳以上人口 100 万人当りに換算した総研究対象者数
アジア	406.6	73	1.7	193924	477
オーストラリア	4.8	4	8.3	2223	462
アジア太平洋高所得地域	46.6	22	4.7	31201	669
中央アジア	7.2	0	0.0	0	0
東アジア	171.6	34	2.0	142402	830
南アジア	124.6	7	0.6	11905	96
東南アジア	51.2	5	1.0	4164	81
オセアニア	0.5	1	20.3	2029	4116
ヨーロッパ	160.2	61	3.8	80882	504
西ヨーロッパ	97.3	56	5.8	79043	813
中央ヨーロッパ	23.6	4	0.8	1839	78
東ヨーロッパ	39.3	1	0.3	不明	-
アメリカ大陸	120.7	28	2.3	85053	705
北アメリカ	63.7	13	2.0	38205	600
カリブ海諸国	5.1	4	7.9	24425	4831
アンデスラテンアメリカ	4.5	3	6.7	3465	769
中央ラテンアメリカ	19.5	4	2.0	6344	325
南ラテンアメリカ	8.7	1	1.1	4689	537
熱帯ラテンアメリカ	19.2	3	1.6	5925	308
アフリカ	71.2	5	0.7	6593	93
北アフリカ / 中東	31.1	2	0.6	3019	97
中央アフリカ	3.9	0	0.0	0	0
東アフリカ	16.0	0	0.0	0	0
南アフリカ	4.7	1	2.1	150	32
西アフリカ	15.3	2	1.3	3424	223

認知症の推定数

国連の人口予測を用いて、年齢別、または年齢と性別ごとに推定数を算出し、2010 年に世界で 3,560 万人が認知症であると予測しました。この推定数は 20 年毎に倍増してゆくことが予想されており、2030 年に 6,570 万人、2050 年に 1 億 1,540 万人へと増加していきます。この主な要因は低・中所得国（2 頁、図 1）での増加によるものであり、2010 年において認知症の人の 57.7%が低・中所得国に居住していることが推測されますが、その比率は 2030 年に 63.4%、2050 年に 70.5%と拡大していきます。2020 年（4,810 万人）と 2040 年（9,030 万人）の新たな推定数を見ると、前回の *Lancet*/ADI の推定数である 2020 年 4,270 万人、2040 年 8,200 万人と比較して約 10%増加しています。

前回の認知症の増加に関する予測は、世界を 3 つのグループに分けて説明していました。
●先進国地域は高い割合から始まり、中程度に増加する。
●ラテンアメリカ及びアフリカは低い割合から始まり、急速に増加する。
●インド、中国、南アジア及び西太平洋諸国は高い割合から始まり、比較的急速に増加する。

図 2　西ヨーロッパ人口を基準とした GBD 地域における 60 歳以上の認知症の有病率



（訳者注）年齢によって有病率が変化するため、平均寿命が異なる地域の有病率をそのまま比較できない。各地域の 60 歳以上人口の構成を、西ヨーロッパの 60 歳以上の構成と同じであると家庭して、有病率を換算した。

今回の推計においても同様なパターンが見られており、これらの変化は主には人口の増加と高齢化の伸展によるものと考えられます。今後 20 年間の認知症の増加は、ヨーロッパ 40%、北アメリカ 63%、南ラテンアメリカ 77%、そしてアジア太平洋の先進国で 89%に達すると予測されています。一方、東アジア 117%、南アジア 107%、残りのラテンアメリカは 134～146%、そして北アフリカ及び中東は 125%と予測されています。表 3 参照。

表 3　GBD 地域別、60 歳以上人口における認知症の換算推定有病率（2010 年）、
将来予測数（2010 年、2030 年及び 2050 年）
及び増加率（2010 年～ 2030 年及び 2010 年～ 2050 年）

GBD 地域	60 歳以上人口（単位:100 万人）	概算推定有病率 (%)	将来予測（単位:100 万人）			増加率 (%)	
年	2010	2010	2010	2030	2050	2010-2030	2010-2050
アジア	406.55	3.9	15.94	33.04	60.92	107	282
オーストララシア	4.82	6.4	0.31	0.53	0.79	71	157
アジア太平洋	46.63	6.1	2.83	5.36	7.03	89	148
オセアニア	0.49	4.0	0.02	0.04	0.10	100	400
中央アジア	7.16	4.6	0.33	0.56	1.19	70	261
東アジア	171.61	3.2	5.49	11.93	22.54	117	311
南アジア	124.61	3.6	4.48	9.31	18.12	108	304
東南アジア	51.22	4.8	2.48	5.30	11.13	114	349
ヨーロッパ	160.18	6.2	9.95	13.95	18.65	40	87
西ヨーロッパ	97.27	7.2	6.98	10.03	13.44	44	93
中央ヨーロッパ	23.61	4.7	1.10	1.57	2.10	43	91
東ヨーロッパ	39.30	4.8	1.87	2.36	3.10	26	66
アメリカ大陸	120.74	6.5	7.82	14.78	27.08	89	246
北アメリカ	63.67	6.9	4.38	7.13	11.01	63	151
カリブ諸国	5.06	6.5	0.33	0.62	1.04	88	215
アンデスラテンアメリカ	4.51	5.6	0.25	0.59	1.29	136	416
中央ラテンアメリカ	19.54	6.1	1.19	2.79	6.37	134	435
南ラテンアメリカ	8.74	7.0	0.61	1.08	1.83	77	200
熱帯ラテンアメリカ	19.23	5.5	1.05	2.58	5.54	146	428
アフリカ	71.07	2.6	1.86	3.92	8.74	111	370
北アフリカ / 中東	31.11	3.7	1.15	2.59	6.19	125	438
中央アフリカ	3.93	1.8	0.07	0.12	0.24	71	243
東アフリカ	16.03	2.3	0.36	0.69	1.38	92	283
南アフリカ	4.66	2.1	0.10	0.17	0.20	70	100
西アフリカ	15.33	1.2	0.18	0.35	0.72	94	300
世界	758.54	4.7	35.56	65.69	115.38	85	225

アルツハイマー病やその他の認知症と死亡率、罹患率との関連

認知障害、認知症と死亡率に関する文献検討によると、認知症と死亡率に関する報告では、認知症と薬物用量反応との影響により相対危険が 2.63 と若干高く、認知障害のレベルと死亡率の上昇は薬物用量反応と関連のあることが示されています (C4)。低・中所得国でおこなわれた 2 件の認知症と死亡率についての研究では、ブラジル (C5) で 5.16、ナイジェリア (C6) で 2.83 という幾分大きな影響が報告されています。

入手可能な最新の GBD 数値（2004 年）によれば、世界の障害調整余命年数（DALYs、訳者注：早世による健康負担と障害による健康負担を合計した指標のひとつ）損失の 0.8%はアルツハイマー病及びその他の認知症が原因となっており、障害の程度や期間が何年分の余命の損失に相当するかを換算した年数（YLD）の 1.6%、疾病で早期に死亡したことによる余命損失年数（YLL）の 0.2%を占めています (C2)。認知症は主に高齢者の病気であるため、その影響率は 60 歳以上でより高くなっています：DALYs 損失の 4.1%、YLD の 11.3%、YLL の 0.9%を占めています。GBD レポートにおける重要な点は、サハラ以南アフリカを除く総ての発展途上地域において、慢性非伝染性の疾患が急速に、人々の健康を損なう主要原因になりつつあるということです (B5)。

GBDレポートによると、アルツハイマー病及びその他の認知症は、人生後期における障害の主要な原因になっています。特に高齢者は複数の慢性疾患をかかえやすく、これらの疾病による複雑な相互作用の中で日常生活が困難になり（障害)、介護が必要（依存）になっていきます。認知症は自立した生活をおくる能力に大きな影響を及ぼします。先進諸国では、長期入所施設が広く行き渡っており、身体障害による重度障害者が地域サービスを利用して自宅で生活を継続するのに対して、認知機能の低下の兆候があるとしばしば施設入所が選択されます。介護施設の入所者の四分の三は認知症の人であり（C7)、認知症の人のうち三分の一（C7）から二分の一（C10,11）の人が介護施設で暮らしていると推計されています。

先進諸国における高齢者の施設入所状況に関連する幅広い先行研究があり、アメリカで行なわれた77の地域を基盤とした縦断研究のメタ分析（C12）では、認知障害は施設入所につながる最も強い要因であり、入所リスクを2.5倍に高めるとされています。これと比較して、癌の入所リスク（1.15)、高血圧（1.04)、糖尿病（1.35）はあまり高くなく、心臓病、関節炎、肺疾患では入所リスクとの関連性は見られません。

低・中所得国では施設サービスは一般的に利用できないため、介護は自宅で家族によりおこなわれることになります。

グループ方式の中での良い介護は個別ケアです。インド・コーチンのデイケアセンターのこのスタッフは利用者の経歴や現時点での能力を把握し、有意義な活動を提供することの必要性を理解しています。この女性は、以前、数学教師であり、紙や黒板に数字を書くことを好みます。センターでは黒板を購入し、彼女が過去とのつながりを感じ、かつての楽しみを経験できるようにしました。

余命の延長と生活

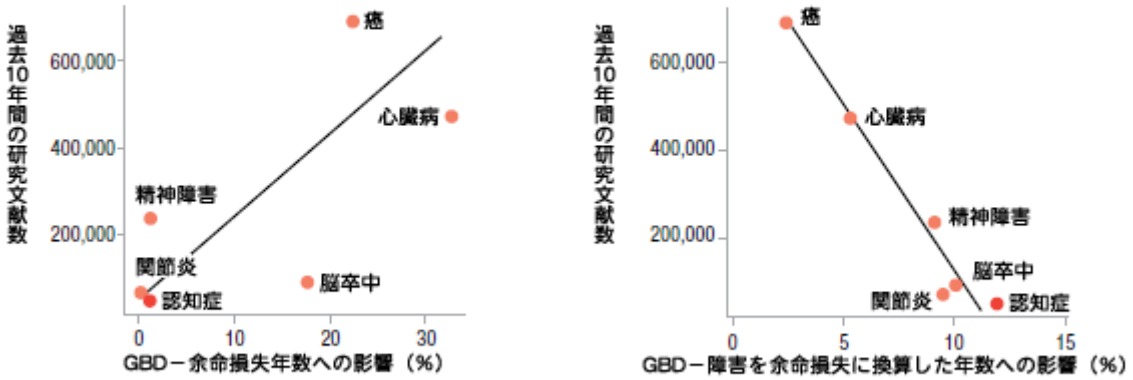
他の慢性疾患は、障害や死亡率に対して全く異なる影響を与えます。心臓病や癌は障害の発生よりも死亡率に影響を与えます(C2)。これらの疾患に対する介入の目的は、生存期間の延長にあります。認知症の影響は障害と共に生きていく年月を通して、より感じられます。従ってその介入は、障害を予防し、進行を遅らせ、“そのような年月”を延ばします。実際に政策立案者や従事者は、どのような優先順位で、どのように資源を配分するのでしょうか？

この問題についての一つの国の事例があります。イギリスでは認知症よりも心臓病や癌の保健対策に対してより多くの予算措置がおこなわれており、イギリス国家保健サービス（NHS）の心臓病と高血圧に対する年間予算は43億ポンド（69億ドル）と推定され、さらに23億ポンド（37億ドル）が脳卒中治療にあてられています(保険協会)。イギリスでの癌の医療費は21億ポンド(34億ドル)（C17）と推定されていますが、この金額は国際水準と比較すると低い数値であり、アメリカの総保健費用の40%（C17）に対してイギリスでは10%となっています。最近のイギリス認知症レポートによれば、NHSの認知症の医療費は14億ポンド（22億ドル）と推計されています（C7)。

慢性疾患に対する優先順位を判断するもう一つの指標は、各々の疾病に対する研究費を見ることです。アメリカの全国健康協会は、2008年の研究予算のうち癌に56億ドル、心臓病及び脳卒中に23

億ドル、そして認知症に 4 億ドルを拠出したと報告しています。Index Medicus（訳者注：医学系文献のデータベース）に掲載されている文献を通じて国際的な研究状況の情報検索ができ、PubMed/Medline（訳者注：医学系文献のデータベース）で過去 10 年間の研究文献数を検索すると、癌に関するもの 701,876 件、心臓病に関するもの 476,487 件、精神障害に関するもの 233,872 件、脳卒中 87,973 件、関節炎 64,080 件、そして認知症に関するものは 44,168 件となっています。

図 3　6 つの主要な慢性疾患における研究業績（過去 10 年間における研究論文数）と死亡率（余命損失年数）、障害（障害を余命損失に換算した年数）との相関



研究に対する取り組み（研究論文数）と死亡率（余命損失年数）、及び障害（障害を余命損失に換算した年数）との相関を図 3 に示しました。慢性疾患により障害をもちながら生きる年数と研究業績数の間には明確に負の相関が見られます。障害を伴う生存期間の長い疾患に対して、よりわずかな研究業績しかあげられていません。その反対に、余命損失年数と研究文献業績数の間には明確な正の相関が見られます。つまり死亡率に強い影響を及ぼす疾患ほど、より多くの研究がおこなわれているのです。

認知症の世界的なコスト

スウェーデン・カロリンスカ協会の研究グループは 2005 年における世界の認知症についてのコスト推定を試みました（C25、C40）。年間コストは 3,150 億ドルと推定され、そのうち 2,270 億ドル（世界コスト全体の 72%）は高所得国で費やされ、880 億ドル（全体コストの 28%）は低・中所得国で費やされています。このコスト推定額の内訳は表 4 に示されています。公的な保健もしくは社会サービスがほとんどない（C42）、資源の不十分な国々ではインフォーマルな（家族）ケアがより一般的であり、インフォーマルケアのコストは低所得国のコスト全体の 56%を占め、中所得国では 42%、高所得国では 31%を占めています（C41）。そして認知症の人 1 人あたりの年間コストは低所得国の 1,521 ドルから、中所得国 4,588 ドル、高所得国 17,964 ドルに及んでいます。

認知症の介護コストは低・中所得国において急速に上昇しつつありますが（C23）、アルツハイマー病及びその他の認知症について直接コストに関する情報が少ない低・中所得国でのコスト算出には限界があります。コストの上昇理由について、以下のような報告がされています。

●低・中所得国における認知症の急増
●インフォーマルケアの機会コストまたは代替コストの算出に使用される平均賃金の実質的上昇
●いくつかの中所得国における保健関連経費の高騰（C38）

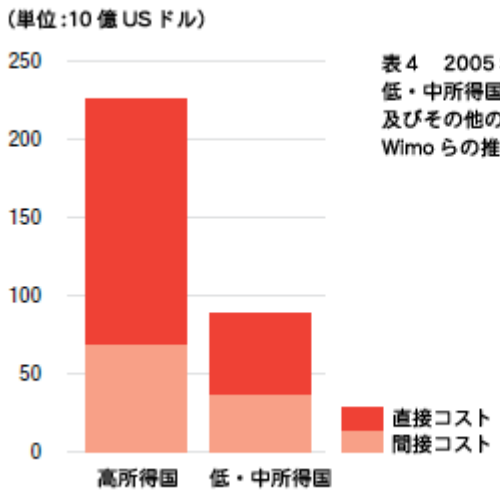


表 4　2005 年の世界の高所得国（HIC）及び低・中所得国（LAMIC）におけるアルツハイマー病及びその他の認知症の直接的及び間接的コスト、Wimo らの推定による（C23）

低・中所得国では認知症の経済的なコストを算出する作業を行なうのに限界があります。この理由はいくつかありますが、経験を備えた保健経済学者の不足、認知症に対する優先度が低いこと、そして認知症の人へのサービスがあまり発達していないことなどがあげられます。しかしながら、根本的な問題は利用可能な情報が足りない点にあります（C36）。低・中所得国において虚弱高齢者のニーズがやがて国の保健及び社会サービス予算の大部分を占めることになるとすれば、より多くの情報が緊急に求められているのです。

介　護

世界中で、自立して生活することができなくなった高齢者の介護は、家族が基礎になっています。先進諸国では多くの国が包括的な保健及び社会サービスを備えており、家族や支援に対するニーズに応えることができますが、開発途上国においては家族介護の信頼性や普遍性に過大な評価がおこなわれていることが多いのです（C18,19）。

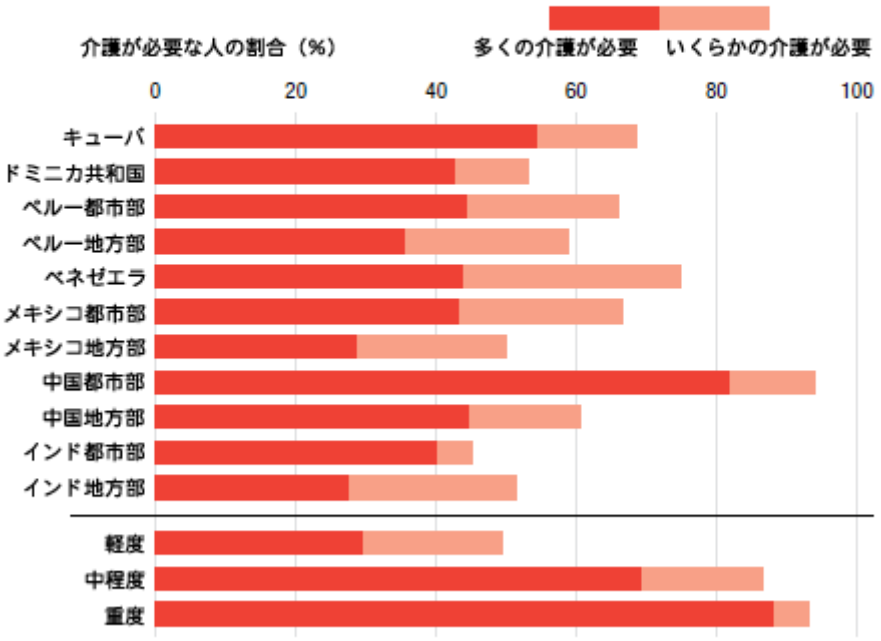
すべての認知症の人がなんらかの機能障害を経験していますが、このことはすべての認知症の人が介護を必要としているということを意味するものではありません。10/66 認知症研究グループは、ラテンアメリカ、インド及び中国において、すべての関係者に対するインタビューにより、介護ニーズを把握しました。認知症（CDR1 以上）の介護ニーズを表 5 にまとめています。ほとんどの国で、アルツハイマー病及びその他の認知症の 50～70%は介護が必要と評価され､介護が必要とされた人の大半は多くの介護が必要、とされています。介護ニーズは認知症のレベルによりさまざまで、軽度認知症の 30%、中程度認知症の 69%、重度認知症の 88%は多くの介護が必要です。

ダフォーネとおばあさんのララは、ララのお母さんのマギーを感謝祭の日にテキサス州ヒューストンのシルバラドリビング・アルツハイマーコミュニティへ訪ねました。ダフォーネはマギー曾おばあさんが言葉を話せなくなっていることを悲しみました。ララはダフォーネに翌日におこなうピアノリサイタルの話をするように促しました。ピアノリサイタルの話をすると、マギーは言葉では話せないものの自分のひ孫の素晴らしい活躍を嬉しくおもっていることを仕草で伝えたのです。

10/66 認知症研究グループではラテンアメリカ、インド及び中国（C21）におけるアルツハイマー病及びその他の認知症の介護者 706 人に対して多角的なパイロット研究をおこないました。ユーロケア調査では 14 のヨーロッパの国々で 280 人の配偶者による介護を対象とした研究をおこないました(C22)。この 2 つの研究で概ね多くの状況は似通っており、介護者のほとんどが女性でした。ヨーロッパでは、夫婦の 85%以上（片方がアルツハイマー病もしくはその他の認知症であれば、もう片方が介護者となる）が夫婦だけで暮らしています。一方、10/66 のパイロット研究において、アルツハイマー病もしくはその他の認知症の人は家族が拡大した大人数で暮らしており、その世帯の四分の一から二分の一は 16 歳以下の子供がいる三世代同居(C21)となっています。10/66 認知症研究グループは、認知症の人の暮らしと介護者の特性について、ラテンアメリカ、中国及びインドの 11 地点の 1,345 人の認知症の人を対象とした研究をおこないました。一人暮らしや夫婦だけの生活は極めてまれであり、通常、成人した子供や義理の子供と暮らしており、16 歳以下の子供も一緒に生活をしています。しかしながら、中国の都市部では三分の一の認知症の人は夫婦だけで生活をしており、中国の地方部以外のすべての研究箇所において介護者の大多数は女性であり、通常は娘か嫁が親の介護をおこなっており、中国だけが配偶者が主な介護者になっていました。

高所得国を概ね対象とした 27 の研究成果をまとめた最近の検討（C23）で介護に費やされる時間が報告されています。アルツハイマー病及びその他の認知症の介護者は、日常生活動作（入浴、更衣、整容、排泄、食事など）の援助に 1 日平均 1.6 時間を費やしており、これに生活関連動作（調理、買い物、洗濯、家計管理など）の援助に費やす時間を加えると 3.7 時間となり、さらに全般的な見守りを入れると 1 日あたりの平均的な介護時間は 7.4 時間になります。

表５　認知症の人のうち、介護が必要な人の割合
（10/66 認知症研究グループによる研究：データ 2.2 版）
U= 都市部　R= 農村部



介護による影響

介護による否定的な影響する研究は、幅広く行われています。しかし、インフォーマルな介護をおこなっているほとんどの家族や友人たちは、自分たちの役割に誇りを感じており、また肯定的に捉えています。カナダでの全国サンプル調査によると、認知症の人の介護者の 80%が介護をおこなうことについて肯定的に回答しています(C24)。この理由として、かかわり（23%）、達成感（13%）、楽しみ（13%）、質の高い生活の提供（6%）、有意義（6%）があげられています。にもかかわらず、認知症の人を介護する人たちは高いストレス、病的な心理状態を経験しており、健康を害する人もいます。

アメリカの調査では、認知症の人の家族と周りの人たちの 40%以上が介護を行うことで高い、あるいは非常に高いストレスを感じています。興味深い点として、低・中所得国においては（C28）、大人数が一緒に暮らすことで、主な介護者のストレスが若干緩和されています。介護者のストレスは、一般に、ヨーロッパでのユーロケア・プロジェクト（C22）で見られるのと同じくらい高いままですが、昔ながらの拡大家族を通じた支え合いが若干ではあるものの主な介護者を守っています。

多くの研究において認知症の介護者の病的な心理状態が報告されており、ユーロケア調査では 40%から 75%（C22）、10/66 のパイロット研究では 24 拠点のうち 21 拠点において同様な状況が見られています(C28)。認知症の介護者に構造化面接をおこなった 10 の研究成果の検討では、介護者の 15～32%がうつ病でした（C29）。これのうち 6 つの研究で、うつ病の発症率が対照群の 2.8～38.7 倍になっていました。

笑いや楽しい時間は誰にとっても大切なものですが、認知症の人は笑いや楽しい時間を無くしてしまう場合があります。京都のアルツハイマー施設のこの介護者はユーモアや笑いを与え、ムードを盛り上げることの大切さを知っています。

認識から行動へ

オーストラリア、フランス、韓国、イギリスなどの国々では認知症が国の保健政策上の優先課題として位置づけられ、その行動計画に着手しています。行動計画の主な内容は一般市民と保健専門職の認知症に対する認識を高め、診断、治療及び長期ケアサービスを改善し、認知症の増加に対応してサービスの定員数を増やすことにあります。

ADI は認知症サービスの行動計画の７段階モデルと、活用可能な資源の限られた国々における段階的アプローチを開発しました。この行動モデルには、すべての国の政府が認知症の人と介護者の生活の質の向上に取り組むことができる実践的なステップがあります。

低・中所得国における段階的アプローチについて表６に示しています。まず認識や理解の向上に力を注ぎ、そこからリスクの低減と能力構築及び資源開発のための基本的な課題の取り組みに進みます。サービスの開発は、医療的ケアなどの前に、プライマリケアからスタートさせます。なぜなら、その方が、より多くの認知症の人と家族が公平に利用することができます。このことはほとんどの家族が受けることのできないような高額な施設サービスのニーズを減らすか、少なくとも施設入所を遅らせることにつながります。医療保健の予算が限られている国々においては、できる限り多くの人々に最大限の効果を及ぼすことのできるサービスからスタートすることが必須です。

表６　認知症サービス開発の段階的アプローチ

認識と理解	能力構築	リスク低減	サービス開発	サービス開発
・一般市民 ・保健及び介護サービス政策決定者	・家族介護者 ・地域保健スタッフ ・資源獲得 ・立法及び政策立案	・ダイエット ・運動 ・社会的活動	・デイサービス ・家族への地域支援	・専門病院 ・施設介護

認識向上への取り組みはそれだけで進めるよりも、実際には能力構築の取り組みと並行して進めるべきです。認識レベルが上がれば、さまざまな方法で保健や介護サービスを提供する潜在的な力も上がります。地域で働く保健師等の能力が向上すれば、情報、アドバイス、トレーニングを提供することで、家族介護者の介護技術の向上につながります。そうして彼らの負担感を少なくしてゆくことが、認知症サービスを発展させる最初のステップになるのです。

結　論

詳細な推定データは、政策立案、計画策定及び保健福祉資源の配分に関する、現時点において最善の土台を提供しました。

高所得国ではアルツハイマー病及びその他の認知症は引き続き増加してゆき、特に高齢者の中でも後期高齢者に顕著となります。家族介護者への支援を含め、アルツハイマー病及びその他の認知症の長期ケアのニーズに合わせたサービスと予算の確保は、政策上の優先課題であり、ますます緊急性を増していきます。急速に増加する虚弱及び障害高齢者のニーズに対応できる保健及び社会的サービスの構築は、低・中所得国の政策立案者にとって重要な課題になってゆきます。

人口構成の変化と認知症の及ぼす影響の増大に対して、認知症サービスの改善をおこなうための緊急対策は各国政府における必須の課題です。国際アルツハイマー病協会が提唱する認知症サービスを計画するための 7 段階モデルと、認知症サービス開発のための段階的アプローチはこの課題を可能にする枠組みとなります。また WHO は認知症を世界の保健政策上の優先課題にし、各国政府が必要な取り組みをおこなうように働きかけをおこない、リーダーシップを発揮する必要があります。

各国において本レポート内容を念頭においた良い政策が立案され、計画が策定されるならば、高齢者に向けた国の資源配分は必然的に移動し、認知症が及ぼす重大な結果を緩和することにつながります (B1)。おそらくそうなるでしょうが、すべての国の有病率や死亡率が遅かれ早かれ先進ヨーロッパ諸国のように推移していくならば、アルツハイマー病及びその他の認知症の広がりも同じように推移してゆきます。アルツハイマー病及びその他の認知症の増加が一定の調子で起こると仮定すれば、開発途上地域における増加率は極めて過少評価されている恐れがあります。

アルツハイマー病及びその他の認知症への介護の質と量を改善するための努力と、より効果的な治療法を見つけるための努力は、基本的な予防対策に関する緊急予算対応と併せて一体となって取り組まれるべきです。アルツハイマー病及びその他の認知症のリスク要因を緩和させるためには、より多くの研究が必要です。それまでは、基本的な予防対策として現在明らかになっている要因：高血圧、喫煙、Ⅱ型糖尿病及び高脂血症を含む血管障害のリスク要因に焦点をあてた取り組みをおこなうべきです。

将来方針

世界各地でアルツハイマー病及びその他の認知症の発症と増加を監視してゆくことが必要です。推定数値については現時点での数値を基準として、ADI が発行するレポートによる定期的な情報更新をおこなってゆきます。今回研究成果が少なかった地域からもデータを集め、アルツハイマー病及びその他の認知症の世界レベルでの発症と増加の構図をより明確にしてゆきます。

資　料

研究の透明性及び国際的科学連携の観点から、本レポートに関する資料は、研究内容の抜粋及び全

体データのデータファイルについても www.alz.co.uk/worldreport で検索することができます。
2009 年世界アルツハイマーレポートの資料付き完全版（本レポートは概要版）、資料は www.alz.co.uk/worldreport で見ることができます。

低・中及び高所得国の定義

世界銀行が主に使用している経済分類上の基準は、一人あたりの国民総所得（GNI）であり、以前は国民総生産（GNP）が基準となっていました。

●**地理上の地域**：地理上の地域についての分類及びデータレポートは低所得及び中所得経済国のみを対象としました。低所得及び中所得経済国は開発途上経済国とみなされる場合がありますが、所得分類上では必ずしも発展状況が反映されていません。

●**所得グループ**：2008 年の一人あたり国民総所得に従って各国経済力を以下のグループに分類しました。所得分類は毎年 7 月 1 日付けでおこなわれています。

－低所得：$975 未満
－低い方の中所得：$976～＄3,855
－高い方の中所得：$3,856～＄11,905
－高所得：＄11,906 以上

包括分析における世界負担地域：（6 頁参照）

・アジア　－オーストラリア
　－アジア太平洋高所得地域
　－東アジア
　－南アジア
　－東南アジア
・ヨーロッパ　－西ヨーロッパ
・アメリカ大陸　－北アメリカ
　－ラテンアメリカ（4 地域）

回想セラピーセッションを受けているジャックリーン、2008 年フランス・ニース。回想セラピーは昔の記憶や自分の人生を思い起こさせるもので、グループ皆で昔の思い出を話し合い、時には写真や他のものを利用しながら、社交的な交流の促進を図り、交流をおこなうことで認知症の人と家族介護者の生活の質的向上を目指します。

引　用

一貫性をもたせるために、2009 年世界アルツハイマーレポート完全版の章を示す引用番号を設けました。本概要版で引用された順に列記します。

A11　グラハム・N、ブロダティ・H：国際アルツハイマー病協会、*国際老年精神医学雑誌*；12(7)：691-2、1997 年

A9　シャジ・KS、スミサ・K、プラビーン・ラル・K、プリンス・M：インド 10/66 認知症研究ネットワークにおける認知症介護者の定性的研究、*国際老年精神医学雑誌*；18:1-6、2002 年

A12　コーエン・L：インド・バラナスにおける高齢者の苦悩、弱さ及びアルツハイマー病の人類学研究、*季刊医学人類学*；9(3)：314-34、1995 年

A13　パテル・V、プリンス・M：インド・ゴアでの定性的研究　開発途上国における高齢化とメンタルヘルス　誰が介護するのか？、*心理医学*；31(1)：29-38、2001 年

A14　フェリ・CP、プリンス・M：開発途上国における認知症の行動及び心理症状、*国際老年心理医学*；16(4)：441-59、2004 年

A15　イギリス保健省：*認知症国家戦略　認知症と共により良く生きる*、イギリス保健局、ロンドン、2009 年

A16　エーザイ/ファイザー：*認知症調査*、エーザイとファイザー、ロンドン、2004 年

A17　会計監査院：*認知症サービスと支援の改善*、ＴＳＯ、ロンドン、2007 年

B2　国連：*世界人口予測 2002 年版ハイライト*、国連、ニューヨーク、2003 年

B3　ハーバード公衆衛生大学院：*世界疾病負担　1990 年における疾病、負傷及びリスク要因による死亡及び障害発生の評価及び 2020 年の予測*、ハーバード大学出版会、1996 年

B5　フォスター・V、ボウト・J：ミレニアム開発目標　慢性疾病は議題とならない、*ランセット*；366(9496)：1512-4、2005 年 10 月 29 日

B6　フェリ・CP、プリンス・M、ブレイン・C、ブロダティ・H、フラティゴリオン・L、ガングリ・M：世界における認知症推定　デルフィ法、*ランセット*；366(9503)：2112-7、2005 年 12 月 17 日

B7　世界保健機関：図解　心臓病と脳卒中、世界保健機関、ジュネーブ、2004 年

B20　ヘレア・E・Jr、カラメッリ・P、シルベイラ・AS、ニツリニ・R：地域居住ブラジル住民における認知症の疫学調査、*アルツハイマー病と関連障害*；16(2)：103-8、2002 年 4 月

B21　ニツリニ・R、カラメッリ・P、ヘレア・E・Jr、バヒア・VS、カイゼタ・LF、ラダノビック・M 他：地域居住ブラジル住民における認知症の発症、*アルツハイマー病と関連障害*；18(4)：241-6、2004 年 10 月

B22　ロッセリ・D、アルディラ・A、プラディア・G、モリロ・L、バウティスタ・L、レイ・O 他：[認知症の鑑別診断テストとしてのミニメンタルテスト　コロンビア研究　GENECO]、*神経病学レビュー*；30(5)：428-32、2000 年 3 月 1 日

B10　ヘンドリエ・HC、オスントクン・BO、ホール・KS、オグニイ・AO、フイ・SL、ウンベルザクト・FW 他：つの地域におけるアルツハイマー病及び認知症の広がり　ナイジェリア系アフリカ人とアフリカ系アメリカ人、*アメリカ 精神医学雑誌*；152：1485-92、1995 年

B23　ロボ・A、サズ・P、マルコス・G、ディア・GL、デ-ラ-カマラ・C、ベントゥラ・C 他：2 つの異なる時点における南ヨーロッパの認知症の広がり　ZARADEMP プロジェクト、*スカンジナビア精神医学*；116(4)：299-307、2007 年 10 月

B24　フェルナンデス・M、カストロ-フローレス・J、ペレス-デ・ラス・HS、マンダルニス-レクンベッリ・A、ゴルデジュラ・M、ザッランズ・J：[バスク地方における 65 歳以上高齢者の認知症の広がり]、*神経病学レビュー*；46(2)：89-96、2008 年 1 月 16 日

B25　フランチェスコニ・P、トティ・L、カソット・V、ロウレンタニ・F、ランポーニ・M、バンディネッリ・S 他：[トスカーナ地方における認知症の広がり　4 群の疫学調査結果]、*流行疫学*；30(4-5)：237-44、2006 年 7 月

B26　プラスマン・BL、ランガ・KM、フィッシャー・GG、ヒアリンガ・SG、ウェイアー・DR、オフステダル・MB 他：アメリカにおける認知症の広がり　年齢、人口統計及び記憶力に関する研究、*神経疫学*；29(1-2)：125-32、2007 年

B13　リーブレ・ロドリゲス・JJ、フェッリ・CP、アコスタ・D、グエッラ・M、フアン・Y、ジャコブ・KS 他：ラテンアメリカ、インド及び中国における認知症の広がり　交差分析に基づく、*ランセット*；372（9637）：464-74、2008 年 8 月 9 日

B27　スカズフカ・M、メネデス・PR、ヴァルダ・HP、クレパルディ・AL、パストー-バレロ・M、コンティンホ・LM 他：ブラジル・サンパウロにおける低所得層高齢者間の認知症の広がり、*国際老年精神医学*；20(2)：394-405、2008 年 4 月

B28　ボッティーノ・CM、アゼベド・D・Jr、タッチ・M、ホトティアン・SR、モスコソ・MA、フォロクイット・J 他：ブラジル・サンパウロからの抽出地域における認知症推定数、*認知症と老年認知障害*；26(4)：291-9、2008 年

B29　クストディオ・N：*リマ地方部における認知症の広がり（抄録）*、第 7 回神経学会、ドミニカ共和国・サントドミンゴ、2007 年

B30　リーブリ・JJ、フェルナンデス・Y、マルケコ・B、コントレラス・N、ロペス・AM、オテ・M：ハバナ市における認知症及びアルツハイマー病の広がり　高齢居住者を対象とした地域研究、*メディック・レビュー*；11(2)：29-35、2009 年

B31　モレロ・AE、ピノ-ラミレッズ・G、マエストレ・GE：カリブにおける認知症の広がり、*神経疫学*；29(1-2)：107-12、2007 年

B32　シャング・ZX、ザッハナー・GE、ローマン・GC、リュウ・XH、ウー・CB、ホング・Z 他：中国における認知症の種類の社会人口学的差違　北京、成都、上海及び西安における方法研究と結果、*神経疫学*；27(4)：177-87、2006 年

B33　ジュホー・JH、キム・KW、フー・Y、リー・SB、パーク・JH、リー・JJ 他：韓国都市部高齢者における認知症の広がりとその種類　健康と高齢化についての韓国長期研究（KLoSHA）、*認知症と老年認知障害*；26(3)：270-6、2008 年

B34　シャジ・S、ボーズ・S、ベルゲーゼ・A：インド・ケララの都市部における認知症の広がり、*イギリス精神医学雑誌*；186：136-40、2005 年 2 月

B35　ワントンクン・S、スチャリクル・P、シルプラサート・N、インサラチャック・R：タイ・チェンマイの 45 歳以上人口における認知症の広がり、*タイ医学協会雑誌*；91(11)：1685-90、2008 年 11 月

B36　スミス・K、フリッカー・L、ロウテンシャガー・NT、アルメイダ・OP、ダイワー・A 他：オーストラリア先~~原~~住民における認知症と認知障害の広がり、*神経学*；71(19)：1470-3、2008 年 11 月 4 日

B37　ガラスコ・D、ソロモン・D、ガムスト・A、オリキネイ・J、サル・LJ、シルベルト・L 他：グアム島チャモロ族における認知症の広がり　年齢、性別、学歴及びアポリポ蛋白Ｅに関連して、*神経学*；68(21)：1772-81、2007 年 5 月 22 日

B38　ブズダン・LB、チュルキンスキー・J、スザベルト・K：[地方部人口における認知症の広がり]、*ポーランド精神医学*；41(2)：181-8、2007 年 3 月

B39　ジルビット・H、エムレ・M、ティアンズ・S、ビルジック・B、ハナガシ・H、サヒン・H 他：トルコ都市部における認知症の広がり、*アメリカ・アルツハイマー病及びその他の認知症雑誌*；23(1)：67-76、2008 年 2 月

C2　ハーバード公衆衛生大学院：*世界疾病負担　1990 年における疾病、負傷及びリスク要因による死亡及び障害発生の評価及び 2020 年の予測*、ハーバード大学出版会、1996 年

C4　デウェイ・ME、サズ・P：65 歳以上地域居住者の認知症、認知障害及び死亡率　文献レビュー、*国際老年精神医学雑誌*；16(8)：751-61、2001 年 8 月

C5　ニツトゥリーニ・R、カラメッリ・P、ヘレーナ・E・Jr、デ・C・Ｉ、バヒア・VS、アンジナー・R 他：地域居住ブラジル住民における認知症の死亡率、*国際老年精神医学雑誌*；20(3)：247-53、2005 年 3 月

C6　ペルキンス・AJ、フイ・SL、オグニイイ・A、グレジェ・O、バジェウ・O、ウンベルザトット・FW 他：発展途上国における認知症の死亡リスク　ナイジェリア・ユルバ、*国際老年精神医学雑誌*；17(6)：566-73、2002 年 6 月

C7　クナッペ・M とプリンス・M：*イギリスの認知症　「認知症の広がりとコスト」報告完全版*、ロンドン大学経済学部とキング大学精神医学研究所の社会サービス研究ユニット（PSSRU）による、アルツハイマー病協会、ロンドン、2007 年

C10　健康と高齢化に関するカナダ人についての研究　健康と高齢化に関するカナダ人についての研究　研究手法と認知症の広がり、*CMAJ*；150(6)：899-913、1994 年 3 月 15 日

C11　マクドナルド・A、クーパー・B：長期介護と認知症サービス　急迫する危機、*高齢化と加齢*；36(1)：16-22、2007 年 1 月

C12　ガウグラー・JE、ダバル・S、アンダーソン・KA、カネ・RE：アメリカにおける介護施設入所予測　包括分析、*BMC 老年学*；7：13、2007 年

C17　ボサンクウェット・N、シコラ・K：イギリスにおける癌介護の経済性、*ランセット・腫瘍*；5(9)：568-74、2004 年 9 月

C23　ウィモ・A、ウィンブラッド・B、ジョンソン・L：2005 年における認知症に対する世界の社会的コスト推定、*アルツハイマー病と認知症*；(3)：81-91、2007 年

C40　ウィモ・A、ジョンソン・L、ウィンブラッド・B：2003 年における認知症の世界の広がりと直接コスト、*認知症と老年認知障害*；21(3)：175-81、2006 年

C42　プリンス・M、リビングストン・G、カトナ・C：低所得国における高齢者のメンタルヘルスケア健康システムアプローチ、*世界精神医学*；6(1)：5-13、2007 年 2 月

C41　カラリア・RN、マエストレ・GE、アリザガ・R、フレンドランド・RP、ガラスコ・D、ホール・K 他：開発途上国におけるアルツハイマー病及び血管性認知症　広がり、対応及びリスク要因、*ランセット・神経学*；7(9)：12-26、2008 年 9 月

C38　アレグリ・RF、バットマン・J、アリザガ・RL、マクニッキ・G、セラーノ・C、タラガノ・FE 他：開発途上国における認知症の経済的影響　アルゼンチンにおけるアルツハイマー型認知症のコスト評価、*国際老年精神医学*；19(4)：705-18、2007 年 8 月

C36　シャハ・A、ムーシィー・S、シュウ・GK：開発途上国において老年精神医学のメンタルヘルスの経済性は重要か？、*国際老年精神医学雑誌*；17(8)：758-64、2002 年 8 月

C18　トウト・K：*開発途上国における高齢化*、オックスフォード大学出版会、オックスフォード、1989 年

C19　プリンス・M、アコスタ・D、アルバネーゼ・E、アリザガ・R、フェッリ・CP、グエッラ・M 他：低・中所得国における高齢化と認知症　一般市民及び政策立案者の連携による研究、*国際精神医学レビュー*；20(4)：332-43、2008 年 8 月

C21　10/66 認知症研究グループ：開発途上国における認知症のケアマネジメント、*国際老年精神医学雑誌*；19(2)：170-7、2004 年 2 月

C22　シュネイダー・J、ムーレイ・J、バネルジェ・S、マン・A：ユーロケア　アルツハイマー病の同居配偶者による介護についての多国間研究　介護者の負担要因、*国際老年精神医学雑誌*；14(8)：651-61、1999 年

C24　コーエン・CA、コラントニオ・A、ベルニッチ・L：介護の肯定的側面　介護者の経験の総括、*国際老年精神医学雑誌*；17(2)：184-8、2002 年 2 月

C28　プリンス・M：開発途上国における認知症のケアマネジメント、*国際老年精神医学雑誌*；19(2)：170-7、2004 年 2 月

C29　クイルパース・P：認知症介護者の抑うつ障害　系統的検討、*エージングメンタルヘルス*；9(4)：325-30、2005 年 7 月

B1　カラチェ・A：高齢化は第三世界の問題でもある、*国際老年精神医学雑誌*；6：617-8、1991 年

レンとベッテは 63 年間夫婦として暮らしてきました。レンはベッテに認知障害が生じた時から行動障害や他の問題がでてきて医者や子供たちが施設への入所を勧めるようになるまで米国オハイオ州の自宅で介護をしてきました。レンはベッテがいなくなる事、そしてベッテに自分がいなくなることが辛いのです。「ベッテが家に帰れるように家の中のものはこれまで通りに残してきたが、そうならないことは分かっている。妻はいなくなってしまった。ここにいるけども失ってしまった。妻を元に戻してくれるなら、俺がもらったブロンズスターの勲章をやるよ」。

日本における動向

１．日本の認知症推定数と将来予測

厚生労働省研究班は 1980 年代の実態調査を用い、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口から 2005 年の認知症高齢者数を 205 万人と推定し、2015 年に 302 万人、2035 年に 445 万人になると予測しています（朝日新聞 2008 年 7 月 6 日）。

介護保険第 1 号被保険者（65 歳以上）データに基づいた推計では、介護保険第 1 号被保険者の要介護・要支援認定者のうち、認知症自立度Ⅱ以上の者は 2002 年に 149 万人で、2015 年に 250 万人、2035 年に 376 万人になると予測しています【表 1 】。

表１　要介護・要支援認定者（第 1 号被保険者）の認知症高齢者数推計

	2002 年	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
認知症自立度Ⅱ以上の高齢者数	149 万人	169 万人	208 万人	250 万人	289 万人	323 万人	353 万人	376 万人	385 万人
65 歳以上人口に占める割合	6.3%	6.7%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%	10.2%	10.7%	10.6%

※「2015 年の高齢者介護」補論 3 痴呆性高齢者ケアについて　より一部改変
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html で見ることができます。

国際アルツハイマー病協会アジア太平洋地域 15 団体は、日本の認知症推定数を 2005 年時点で 1,871 千人とし、2020 年に 3,250 千人、2050 年に 4,870 千人に達すると予測しています【表 2 】。

表２　認知症推定数と年間発症数

	2005		2020（予測）		2050	
単位：千人	認知症推定数	年間発症数	推定数	年間発症数	推定数	年間発症数
オーストラリア	195.4	60.2	301.3	91.1	664.1	199.7
中国（マカオ含む）	5,541.2	1,721.0	9,596.3	2,916.7	27,004.4	8,269.0
香港特別行政地区	59.7	18.5	109.2	32.6	332.0	99.6
インド	3,248.5	1,026.8	5,541.8	1,714.4	16,290.1	4,974.6
インドネシア	606.1	191.4	1,016.8	314.1	3,042.0	932.0
日本	1,871.2	570.2	3,251.3	983.4	4,873.1	1,417.7
マレーシア	63.0	20.1	126.8	39.0	453.9	138.8
ニュージーランド	38.2	11.8	54.6	16.6	117.6	35.5
パキスタン	330.1	107.3	566.6	179.3	1,916.2	584.3
フィリピン	169.8	54.8	316.3	99.2	1,158.9	353.9
シンガポール	22.0	6.8	52.6	15.7	186.9	56.7
韓国	246.3	75.5	542.2	164.3	1,569.9	475.4
スリランカ	86.0	26.9	148.0	45.1	409.0	125.0
中華台北	138.0	43.1	253.4	76.6	659.3	199.4
タイ	229.1	71.4	450.2	137.2	1,233.2	377.0
ADI アジア太平洋地区計	12,844.3	4,005.9	22,327.6	6,825.2	59,910.6	18,238.7
非 ADI アジア太平洋地区計	859.3	276.2	1,399.6	437.1	4,730.9	1,448.6
地区合計	13,703.6	4,282.1	23,727.1	7,262.3	64,641.5	19,687.3

２．日本で認知症が障害調整余命年数（DALYs）に与える影響

障害調整余命年数（DALYs）は、疾病によって早期に死亡したことによる余命損失と、障害の程度や持続を余命損失に換算した年数の合計からなっています。

WHO の世界疾病負担（2004 年）によれば、日本の脳神経疾患による DALYs 損失は、悪性腫瘍や心臓病よりも大きくなっていますが、これはうつ病などが含まれるためで、60 歳以上だけを見ると悪性腫瘍や心臓病の方が大きくなっています。60 歳以上では、脳神経疾患のうちアルツハイマー病及びその他の認知症による影響が大きくなります【表３】。

表３　各国の障害調整余命年数（DALYs）の損失

（　）内は 60 歳以上

	日本	中国	アメリカ	イギリス	フランス
脳神経疾患	2,687 (899)	36,878 (3,006)	11,709 (1,875)	2,058 (410)	2,085 (446)
そのうちアルツハイマー病及びその他の認知症	707 (663)	2,228 (1,740)	1,227 (1,122)	303 (281)	320 (297)
悪性腫瘍	2,406 (1,466)	19,302 (7,283)	5,085 (2,653)	1,204 (738)	1,355 (682)
心臓病	1,979 (1,171)	24,499 (14,782)	5,853 (3,169)	1,249 (855)	858 (546)
自殺	559 (74)	993 (578)	716 (44)	101 (7)	208 (21)
交通事故	202 (32)	8,192 (349)	1,252 (60)	108 (5)	172 (8)

※ＷＨＯの世界疾病負担（2004 年）のデータより作成
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/で見ることができます。

３．日本の認知症に関する研究業績

医学中央雑誌（Web）とは、日本の医学・薬学・歯学及び関連分野の雑誌類約 5,000 冊を網羅した国内最大のデータベースです。その医学中央雑誌を用い、1985 年から 2009 年までの 30 年間に、認知症に関連する研究論文や学会発表の数がどのくらいあったのかをしらべると、原著論文（オリジナリティの高い研究論文）の数は若干の増減をしめしつつ、1995 年以降、暫時増加し、学会発表の数は 1985 年以降、顕著に増加しています【図１】。

このことは、保健医療系の研究者や実践に携わる人たちの多くが認知症に関心を寄せ、研究活動に取り組んでいることを示しています。

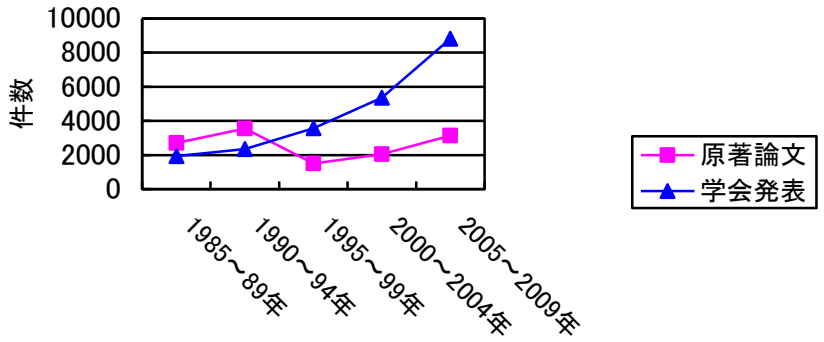


図１「認知症」に関する研究数の動向

22

Alzheimer's Disease International: The International Federation of Alzheimer's Disease and Related Disorders Societies, Inc. is incorporated in Illinois, USA, and is a 501(c)(3) not-for-profit organization

Alzheimer's Disease International
64 Great Suffolk Street
London SE1 0BL
UK
Tel: +44 20 79810880
Fax: +44 20 79282357
www.alz.co.uk

Alzheimer's Disease International

公益社団法人 認知症の人と家族の会（本部）
代表理事 高見国生 顧問 長谷川和夫（認知症介護研究・研修東京センター名誉センター長、長谷川式認知症スケール考案者）、早川一光（総合人間研究所所長）、中村重信（広島大学名誉教授、洛和会京都治験・臨床支援センター所長）、三宅貴夫（医師）、中島紀恵子（日本看護協会看護教育研究センター長）
●ホームページ http://www.alzheimer.or.jp 家族の会 検索
●メール office@alzheimer.or.jp
電話.075(811)8195 FAX.075(811)8188
〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下る 京都社会福祉会館2階