

自治体で取り組む

# 認知症発症／ 進行のリスク

早期発見の手引き

第2版



医療機関との連携で  
自治体施策の  
可能性を広げる！



認知症早期発見・早期介入実証プロジェクト研究(J-DEPP)  
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

# 代表者挨拶

## 自治体の皆様へ

令和4年時点で、認知症または軽度認知障害と診断される方は、それぞれ高齢者の12.3%、15.5%と推計されています。高齢者の約3～5人に1人が、認知症またはその予備群といえる状況です。

令和6年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、「認知症基本法」）」では、認知症の人を含む国民一人ひとりが個性と能力を十分に発揮し、互いに人格と個性を尊重しながら支え合う共生社会の実現が謳われています。そのために、国、地方公共団体、地域の関係者など多様な主体が、それぞれの実情に応じた役割を担い、連携して認知症施策に取り組む重要性が強調されています。

令和6年12月には、認知症基本法にもとづく国の認知症施策推進基本計画が閣議決定され、12の基本的施策（①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定支援・権利擁護、⑤保健医療・福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力）が定められました。そのうち「⑧予防」では、認知症の人を含むすべての国民が、本人の希望に応じて、「新しい認知症観」に立った科学的知見にもとづく予防に取り組めるようにすることが目標とされました。また、認知症の人および軽度の認知機能障害がある人が、どこで暮らしていても早期に必要な対応につながるができるようにすることも目標に掲げられています。具体的には、1. 科学的知見にもとづく知識の普及、地域活動の推進、情報収集、2. 地域包括支援センター、医療機関、民間団体等の連携協力体制の整備が必要とされています。

認知症基本法や認知症施策推進基本計画が示すように、地域における認知症予防で自治体が果たす役割への期待は、ますます高まっています。一方で、科学的根拠にもとづく認知症施策、とりわけ比較的早期段階の方を対象とした方策については、まだ十分に明らかになっていないのが現状です。

本書は、令和5年度ならびに令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（認知症政策研究事業）の支援を受け、全国の自治体から約20,000名の高齢者に協力いただいて実施した大規模実証研究（J-DEPP）の成果を踏まえて作成したものです。地域における認知症の発症／進行リスクへの「気づき」から「継続支援」までを、自治体が主導して行うために役立つ情報をまとめています。

認知症共生社会の実現において鍵となる自治体の皆様にとって、本書が一つの道標となれば幸いです。

参考：認知症施策推進基本計画（令和6年12月）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>

国立長寿医療研究センター 理事長

荒井 秀典

# 目次

## 序章 はじめに

|                     |    |
|---------------------|----|
| 本手引きの概要             | 04 |
| 本手引きが取り扱う範囲         | 04 |
| 認知症・軽度認知障害 (MCI) とは | 06 |
| 高まる早期発見の意義          | 07 |
| 早期発見のための課題          | 08 |

## 第1章 認知症早期発見・早期介入実証プロジェクト (J-DEPP) 研究

|               |    |
|---------------|----|
| J-DEPP研究とは    | 10 |
| 令和6年度J-DEPP研究 | 11 |
| 令和7年度J-DEPP研究 | 16 |
| 【参考資料】        | 25 |

## 第2章 1. 認知症・MCIの早期発見における自治体の役割とJ-DEPPモデル

|                           |    |
|---------------------------|----|
| はじめに ～自治体の認知症早期発見の取組の進め方～ | 30 |
| J-DEPPモデル                 | 32 |
| 取組チェックリスト                 | 33 |

## 第2章 2. [Plan] 事業計画の準備

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Step 1 事業計画 ～枠組みの整理～      | 34 |
| Step 2 体制準備 ～地域資源との協働と連携～ | 37 |

## 第2章 3. [Do] 事業計画の実施

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Step 3 市民啓発 ～継続的な事業実施を目指して～    | 38 |
| Step 4 リクルート ～対象者のリストアップ～      | 39 |
| Step 5 検査実施 ～検査の形式と使用ツール～      | 40 |
| Step 6 結果通知・受診推奨 ～不安のない推奨のために～ | 45 |
| Step 7 継続支援 ～モニタリングとフォローアップ～   | 49 |

## 第2章 4. [Check & Action]実施後の評価

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Step 8 事業評価 ～3段階の評価方法と活用～ | 51 |
|---------------------------|----|

## 第2章 5. 事例紹介

|                           |    |
|---------------------------|----|
| ①兵庫県神戸市「認知症神戸モデル」         | 52 |
| ②千葉県松戸市「松戸市 脳活チャレンジ&ナビ」   | 54 |
| ③東京都文京区「PFSを活用した認知症検診の取組」 | 56 |
| ④秋田県羽後町「うごまち脳の健康度チェック事業」  | 58 |
| ⑤鹿児島県垂水市「たるみず元気プロジェクト」    | 60 |

## 第2章 6. 認知症診療における血液バイオマーカー

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 血液バイオマーカーの展望と自治体に求められる対応            | 62 |
| 血液バイオマーカーを用いた早期発見・早期介入の実証(J-DEPP研究) | 64 |

## 巻末付録 認知症施策の変遷 日本全体の方向性と自治体の役割

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 認知症施策の変遷                 | 72 |
| 共生社会の実現を推進するための認知症基本法の成立 | 75 |
| 認知症施策推進計画の策定と推進          | 77 |

## 本手引きの概要

この手引きは、地域で認知症の早期発見・早期介入・診断後支援を実践するにあたり、自治体職員の皆様に役立つ情報をお伝えすることを目的に作成されました。

第1章では、全国の研究協力自治体と共同で実施した「認知症早期発見・早期介入の実証」のモデル事業の成果について紹介します。

第2章では、その研究の知見をもとに作成した認知症の早期発見・早期介入の実践モデルについて、取組の進め方を8つのステップに分けて説明します。また、このモデルを活用した自治体の取組事例を紹介します。

## 本手引きが取り扱う範囲

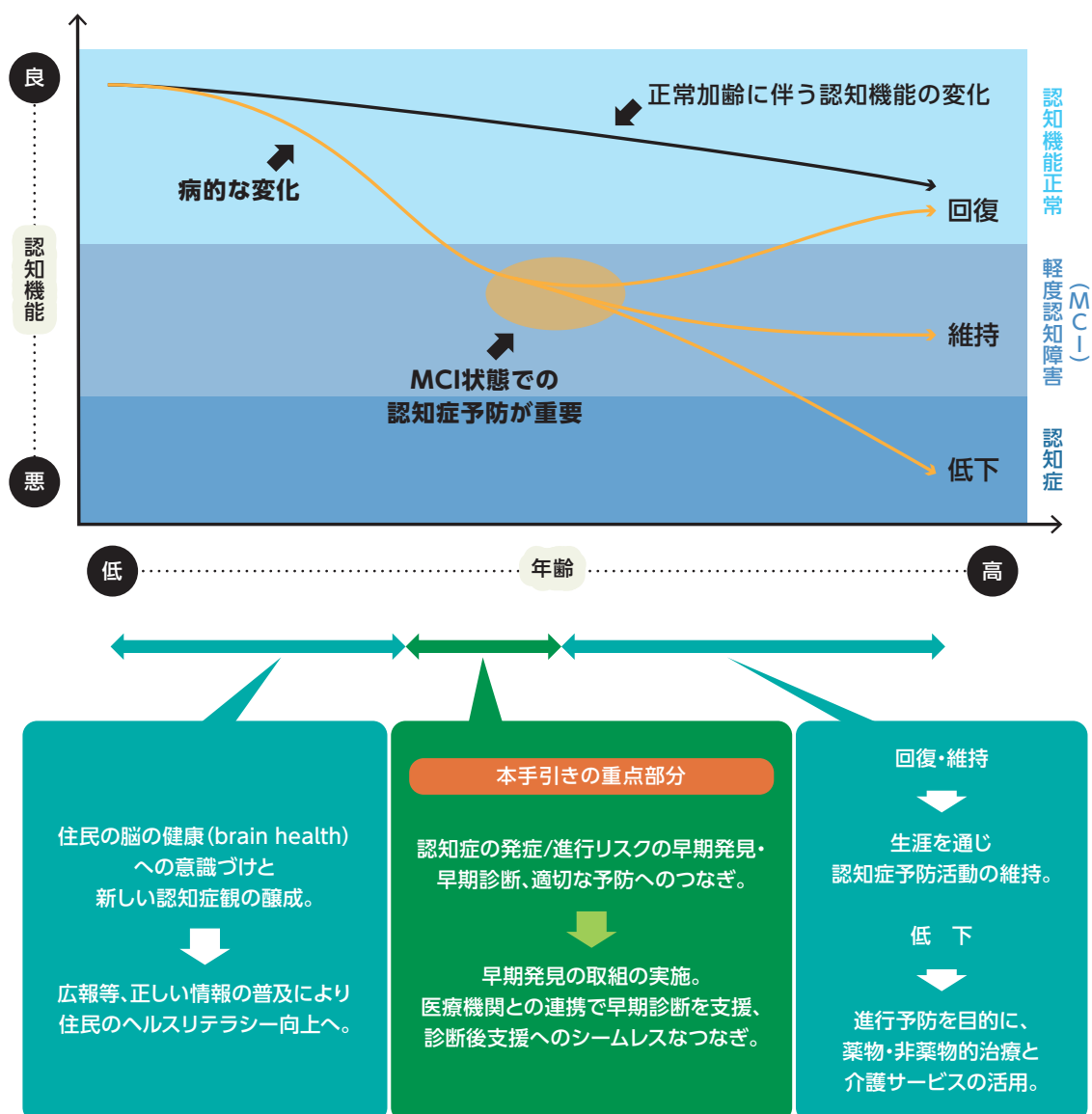
本手引きでは、本人や家族の「気づき・疑い」によって地域包括支援センターやかかりつけ医へ相談する段階より前に焦点を当て、早期発見・早期介入を実践するための仕組みづくりを重点的に扱います。

図1は、認知症の進行をグラフ化し、それに応じて自治体に取り組むべき内容を示したものです。正常加齢に伴う認知機能の変化(黒線)は低下がゆるやかですが、病的な変化(白線)では、より早い段階から認知機能が大きく低下していきます。

自治体には、認知症の方のライフコース全般にわたり、次の取組が求められます。

1. 認知機能が正常な時期からの健康教育(脳の健康への意識づけ、認知症への正しい理解の促進)
2. 早期発見の取組の実施
3. 適切な医療資源・地域資源へのつなぎ
4. 診断後支援および継続的な見守り

図1: 認知症のライフコースと本手引きが取り扱う範囲



「あたまとからだを元気にするMCIハンドブック」(国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター)  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/001272358.pdf>)の図を引用・改変

# 認知症・軽度認知障害(MCI)とは

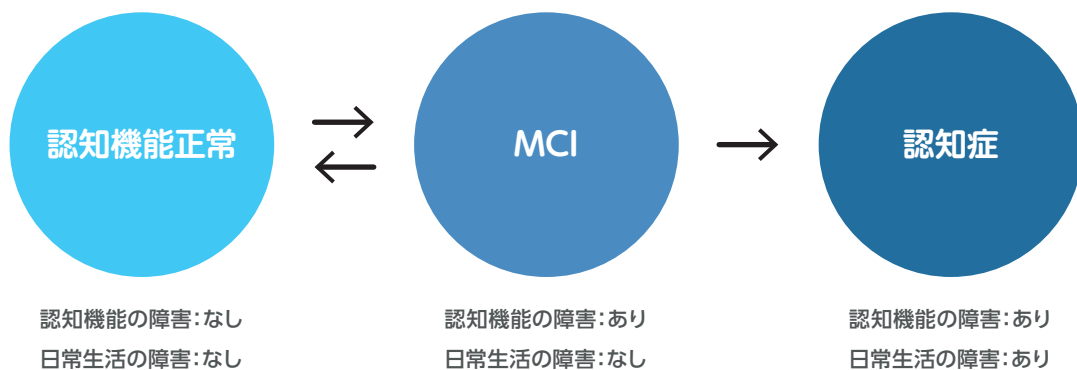
認知症とは、「一度正常に達した認知機能が、後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」を指すとされています<sup>1</sup>。

認知症は、本人だけでなく家族や社会全体のQOL(生活の質)を低下させ、医療・介護費の増大にもつながります。少子高齢化が進む日本では、今後、後期高齢者数の増加に伴い、認知症と診断される方の数も増えると見込まれており、地域における支援体制の整備は喫緊の課題です。

一方、認知症に至る前段階である「認知機能正常と認知症の中間的な状態」をMCIと呼びます(図2)。MCIの方の5～15%は1年間で認知症に移行しますが、およそ20%<sup>2</sup>は認知機能が正常な状態に戻ることもわかっています。

図2: 認知機能正常、MCI、認知症の関係

MCIは認知機能正常と認知症の中間の状態



MCIは認知機能正常へ戻る可能性がある

「あたまとからだを元気にするMCIハンドブック」(国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター)  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/001272358.pdf>) より

MCIの診断は、次のような臨床診断基準にもとづいて行われます。自覚的・客観的な認知機能の低下はあるものの、日常生活や社会生活はおおむね維持されていることがポイントです。

## MCIの臨床診断基準(NIA-AA<sup>3</sup>の基準)<sup>4</sup>

1. 本人もしくは家族・介護者からの認知機能低下の訴えがある
2. 客観的な認知機能の低下がある
3. 日常生活活動が自立している
4. 認知症でない

<sup>1</sup> 出典:『認知症ハンドブック 第2版』(医学書院) 2020

<sup>2</sup> 出典:『認知症疾患診療ガイドライン 2026』(医学書院) 2026

<sup>3</sup> National Institute on Aging-Alzheimer's Association (アメリカ国立老化研究所/Alzheimer病協会)

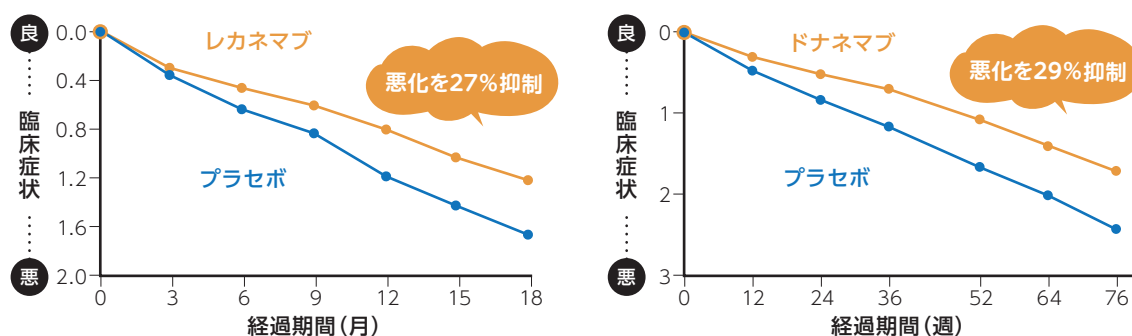
<sup>4</sup> 出典: Albert MS, et al., *Alzheimer's Dement*, 2011

# 高まる早期発見の意義

現在、標準的な認知症治療としては、認知機能の低下や進行を抑える薬剤<sup>5</sup>の使用、リハビリテーション、認知訓練などの非薬物的治療が行われています。しかし、機能障害の進行を止め、回復させる根拠的な治療法は確立されていません。

一方で近年、MCIや認知症初期段階の方を対象とした臨床試験において、抗アミロイドβ抗体薬<sup>6</sup>の使用(図3)や、食事、運動、認知訓練、血管リスク管理といったライフスタイルの改善(図4)により、認知機能の低下を抑制できるというエビデンスが蓄積されつつあります。MCIの段階から早期に発見・介入し、認知症への取組を行う意義は高まっています。

図3: 薬物治療による認知機能の変化



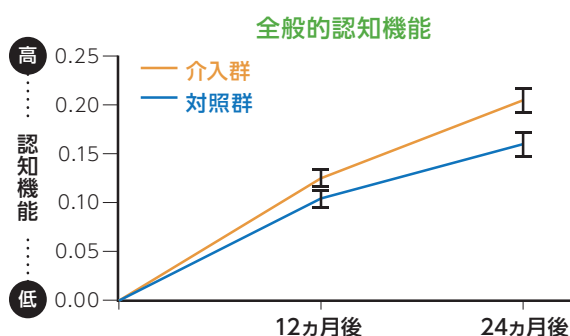
プラセボ(レカネマブの投与なし)と比べて、臨床的認知症尺度 (clinical dementia rating) の悪化が27%抑制されました<sup>\*1</sup>。これは、記憶、見当識、判断力と問題解決能力、地域社会活動、家庭生活および趣味・関心、介護状況を含む全般的臨床症状の進行をおよそ7.5ヵ月遅らせる効果に相当します<sup>\*2</sup>。また、ドナネマブについてもプラセボと比べて、臨床的認知症尺度の悪化が29%抑制されました<sup>\*3</sup>。

<sup>\*1</sup>出典: van Dyck CH, et al., *New Engl J Med*, 2022

<sup>\*2</sup>出典: Iwatsubo T, *J Prev Alzheimers Dis*, 2023

<sup>\*3</sup>出典: Sims JR, et al. *JAMA*, 2023

図4: ライフスタイルの改善による認知機能の変化



ライフスタイルの改善によって、  
認知機能の低下が抑制できる

2年間におよぶライフスタイルの改善(食事、運動、認知訓練、血管リスク管理)により、全般的認知機能、実行機能、処理速度において有意な改善が見られました<sup>\*1</sup>。

フィンランドで行われた非薬物的治療によるこの実験は2015年、FINGER研究<sup>\*2</sup>として報告され、世界の注目を集めました。その後、異なる文化圏でも適用されるかという検証が世界70ヵ国で行われ、日本でもJ-MINT研究<sup>\*3</sup>が実施されました。

なお現在は、介入項目として上記の4つの生活習慣に「社会参加」を加えた5項目が用いられています。

<sup>\*1</sup>出典: Ngandu T, et al., *Lancet*, 2015

<sup>\*2</sup>The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability

<sup>\*3</sup>Japan-Multimodal Intervention Trial for the Prevention of Dementia

<sup>5</sup> アセチルコリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬など。

<sup>6</sup> アルツハイマー型認知症の原因と考えられる脳内のアミロイドβ除去を目的とする薬剤。

日本国内では2023年9月にレカネマブ(商品名:レケンビ®)、2024年9月にドナネマブ(商品名:ケサンラ®)が承認された。

# 早期発見のための課題

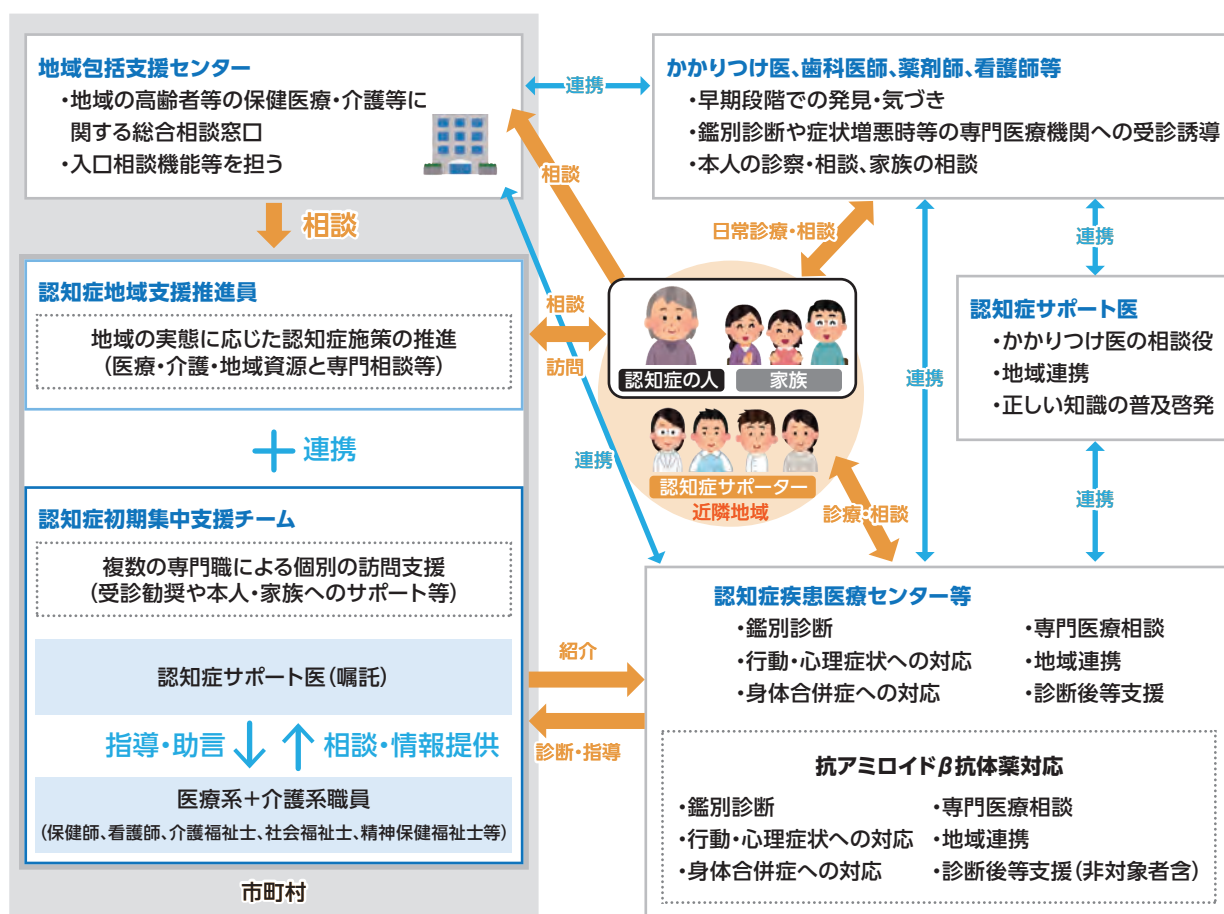
認知症の進行に応じた、適時・適切な地域の支援体制は、すでに多くの自治体で整備されています。図5は、厚生労働省が示す「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供体制」です。

認知症は、進行に伴って容態が変化し、医療需要度も変わります。そのため自治体には、住民がその時々の状態に応じて、切れ目なく医療や介護等の支援を受けられる体制を整備することが求められます。

なお、認知機能の低下が正常な加齢によるものか、病的なものを本人が判断することは、困難です。また、独居高齢者などでは、本人や家族が変化に「気づかない」場合もあります。仮に「気づき」があっても、医療費の負担や交通アクセスの問題などにより、医療・介護につながらないケースもあります。

そのため各自治体では、地域包括支援センターや初期集中支援チームなどのスタッフが、かかりつけ医や認知症サポート医と連携しながら、継続的な支援を行うことが求められます。

図5: 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供



関係機関の専門職への研修の実施・認知症疾患医療センター等の認知症医療提供体制を整備

厚生労働省により作図



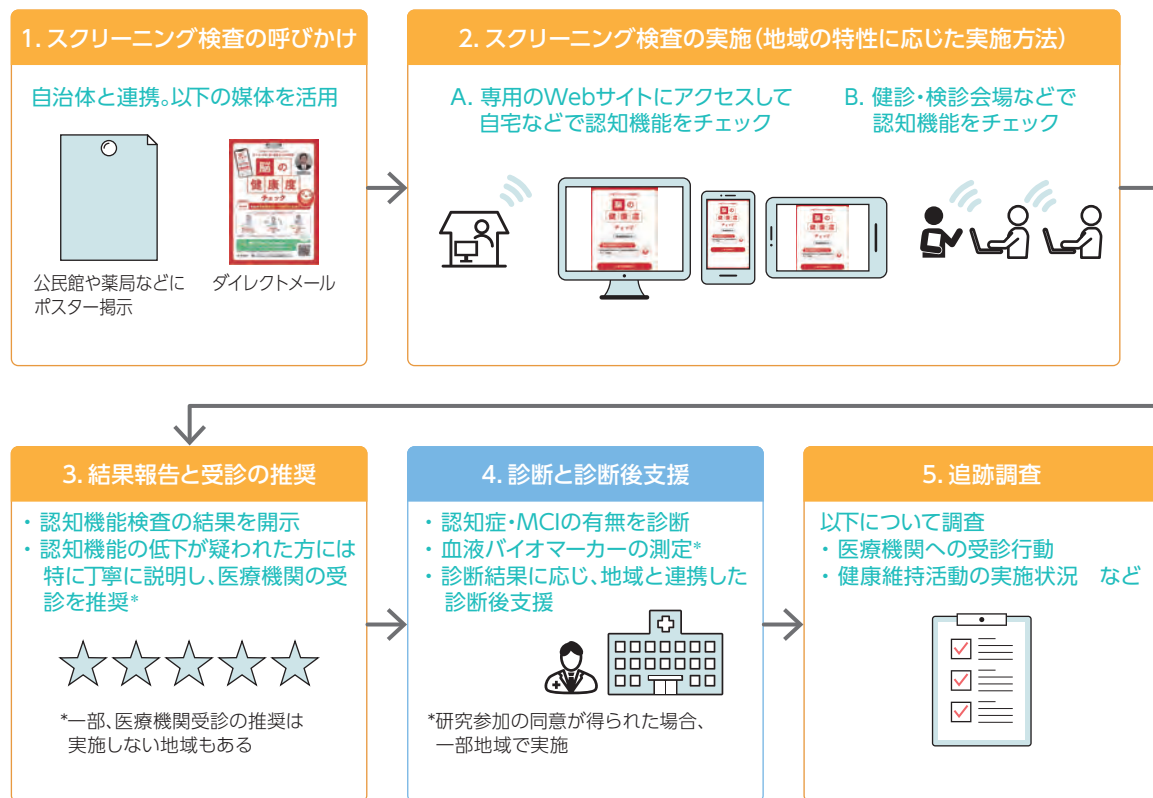
## J-DEPP研究とは

J-DEPP(Japan-Dementia Early Phase Project)研究は、「認知症の発症／進行リスクの早期発見・早期介入」を全国に普及させるため、自治体が参考にできる統一的な考え方とモデルを構築することを目標に、令和6年度(2024年度)に始まった研究事業です。

全国の研究協力自治体と共同で、それぞれの自治体の特性に応じた「認知症早期発見・早期介入の実証」のモデル事業を実施しました。その中で、「自治体の特性に適した参加者のリクルート方法」、「認知症の発症／進行リスクのスクリーニング方法」、「リスクが見つかった方に医療機関への受診を推奨する方法」について検討しました。

各自治体のモデル事業は、以下の基本フローに沿って実施しました(図1)。

図1: J-DEPP研究の基本フロー



1,2,3,5 本研究班が実施

4

各地域の医療機関および自治体が既存の保険診療、事業範囲で実施

令和6年度は、全国展開を見据えたモデル事業として初めて実施したため、運用方法や実施体制等に関する課題が明らかとなりました。これらの課題を踏まえ、令和7年度は実施方法の改善・見直しを行ったうえで事業を継続し、運用面および実施フローで一定の改善効果が確認されました。

次に、令和6年度および令和7年度の具体的な取組と成果について詳しくまとめます。

# 令和6年度J-DEPP研究

令和6年度は、全国40自治体から13,871名(令和7年3月31日時点)の協力を得て、認知症の早期発見における効果的なリクルート方法、スクリーニング検査の実施方法、受診推奨方法を包括的に検証しました。

## 体制準備 ～関係機関との連携構築～

事業の実施にあたっては、本研究の趣旨、認知症の早期発見の重要性、受診推奨の流れなどについて、事前に自治体、医師会、基幹病院へ説明を行い、関係機関と連携体制を構築することが不可欠です。

北海道フィールドの札幌市では、札幌医科大学附属病院(認知症疾患医療センター)および札幌市保健福祉局介護保険課に事前説明と協力依頼を行い、札幌市医師会の承認を得て事業を展開しました。江別市でも同様に、江別市立病院、江別すずらん病院(いずれも認知症疾患医療センター)および江別市健康福祉部介護保険課に事前説明と協力依頼を行い、江別医師会と連携して事業を開始しました。

さらに、事業期間中に参加者からの受検や受診に関する問い合わせへ対応できるよう、札幌医科大学に電話窓口を設置しました。

## リクルート ～事業の存在をどう伝えるか～

対象者への事業告知には、自治体の公式ホームページ、広報誌、ダイレクトメール、医療機関や公共施設でのポスター掲示、新聞折込チラシ、保健師との連携、介護予防教室や健康診断との協働、ケーブルテレビ、町内放送、高齢者サロンでのチラシ配布など、多様な手法があります。

不特定多数の住民を対象としたポスター掲示や新聞折込チラシによる周知では、受検率は0.003～2.4%でした。一方、介護予防教室などの事業内での声かけでは、15.1～92.6%と高い受検率を示しました。この結果は、個別性の高い「人を介した」手法が効果的であることを示しています。

また、チラシや手紙によるダイレクトメールでの案内は、郵送費がかかるものの、人的・時間的コストを抑えながら多くの対象者に周知でき、4.7～15.7%という比較的高い受検率につながりました。

秋田フィールドでは、県と市の公式ホームページや広報誌を通じた情報発信に加え、市民公開講座を複数回開催し、毎回100名以上が参加しました。タブレット端末を用いた認知機能検査を体験してもらうことで、内容への理解を促し、参加意欲を高めました。また、自治体が保有する対象者情報を活用し、案内文書をダイレクトメール形式で郵送して参加希望者を募りました。

東京・神奈川フィールドでは、「アタマとカラダの健康チャレンジ」と題したイベント形式のMCIスクリーニング事業を実施しました。イベントは、(1)認知症およびMCIに関する講話、(2)認知機能検査、(3)アタマとカラダを使った健康体操の3部構成とし、高齢者が気軽に参加できる形で企画しました。市の広報誌や施設掲示を通じて広く周知し、事前申込み制で各会場の定員をおおむね20名としました。

## スクリーニング検査の実施 ～会場型と非会場型～

### 会場型の特徴

会場型で検査を実施する利点は、スタッフが対面で丁寧に説明でき、検査内容や受診推奨について直接かつ即時にフォローできる点です。

秋田フィールドの一部自治体では、自治体が保有する対象者情報をもとに案内を郵送して参加者を募り、タブレット端末を用いたスクリーニング検査を会場型で実施しました。

会場型では特に、老人クラブの茶話会や認知症予防体操など、既存のコミュニティ活動に機器を持ち込む形式が効果的でした。また、検査前には認知症や認知機能低下に関する講演を行い、検査への理解を深める機会を設けました。検査後には医師や保健師による相談ブースを設置し、認知機能低下が疑われた参加者の不安軽減や受診の促進を図りました。

一方で、会場確保やスタッフの手配に伴う運営負担とコストの大きさが、課題として明らかになりました(表1)。

表1:認知症健診・検診の実施形式とその特徴

|              | 健診会場型                                                                         | 指定医療機関型                                | 非会場型(自宅等)                                                           |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| スクリーニングの精度   | <b>利点:</b> サポートスタッフの配置により、電子的デバイス使用の場合も操作ミスが少ない                               | <b>利点:</b> 診察室で医療従事者が実施するため、信頼度が最も高い   | <b>課題:</b> 個人の資質に依存する自己評価のため、偽陽性や偽陰性の可能性があり、信頼度は相対的に低い              |
| 費用の確保        | <b>利点:</b> 単発開催のため、指定医療機関型と比べ低予算<br><b>課題:</b> 会場費・人件費が必要                     | <b>課題:</b> 連携医療機関への支払いのための予算確保が必要      | <b>利点:</b> ツールは無償から有償まで幅広い                                          |
| 自治体のマンパワー    | <b>利点:</b> 従来の形式のため、わかりやすい<br><b>課題:</b> 当日のスタッフの確保が必要                        | <b>課題:</b> 医療機関への支払い等の事務手続きが必要         | <b>利点:</b> 実施にマンパワーはほぼ不要で手軽                                         |
| 住民からの受け入れ    | <b>利点:</b> 従来の形式のため、なじみやすい<br><b>課題:</b> プライバシー保護の観点から、会場レイアウトや結果の後日送付等の配慮が必要 | <b>利点:</b> 信頼感・安心感が高く、プライバシー保護のニーズも満たす | <b>利点:</b> 周囲への配慮が必要なく、認知症健診・検診が気軽に受けられる<br><b>課題:</b> 無関心層へのリーチが困難 |
| 場所の確保        | <b>課題:</b> 広さ等、条件に合う会場が必要                                                     | <b>利点:</b> 自治体による会場確保は不要               | <b>利点:</b> 自治体による会場確保は不要                                            |
| 日程の設定        | <b>課題:</b> 日程により参加できない住民がいる                                                   | <b>利点:</b> 自治体による日程の設定は不要              | <b>利点:</b> 自治体による日程の設定は不要                                           |
| 関連機関や医師会との調整 | <b>課題:</b> 医療従事者を派遣する場合、調整が必要                                                 | <b>課題:</b> 医療機関との綿密な制度設計と打ち合わせが必要      | <b>課題:</b> 医療機関への受診を推奨する場合、調整が必要                                    |

### 非会場型(自宅等)の特徴

非会場型では、参加者が各自のスマートフォン等を使い、チラシなどに掲載された二次元コードを読み取ってWebサイトにアクセスし、検査を行いました。検査終了時には結果が表示され、「認知症の発症／進行リスクの疑いあり」の評価基準を満たした場合は、医療機関への受診を推奨する文章もあわせて表示されました(図2)。

この方式には、会場に出向くことがむずかしい高齢者や、移動に制約のある対象者でも受検できる

強みがあります。特に、冬期に道路凍結による転倒リスクがある地域や、交通手段に制約がある地域では、その必要性が指摘されました。

一方で、スマートフォンやタブレット端末等の電子的デバイスを使い慣れていない、インターネット環境が整っていない、二次元コードの読み取り方法がわからない、文字入力が困難、画面が見にくい、操作しにくいといった理由から、適切に受検できず、検査を途中で離脱する方も多いことが明らかになりました。電子的デバイスの操作の困難さ、時間切れによるストレス、個人情報への入力への不信感も、受検を妨げる要因となりました。

図2:令和6年度愛知フィールドで用いたチラシとsf-FATの検査結果画面



受診推奨

受診推奨後の受診率が課題

令和6年度のJ-DEPP研究でスクリーニング検査に参加した19自治体の参加者を対象に、国立長寿医療研究センターが追跡調査を実施したところ、受診推奨後の精密検査受診率は7.3%にとどまり、スクリーニング検査後の医療機関への接続に課題があることが明らかになりました(表2)。

表2:北海道・秋田・愛知の追跡調査における主要評価指標

| 指 標                      | 数値 (人数または割合) |
|--------------------------|--------------|
| 追跡調査対象者数 (名)             | 5,055        |
| 有効回答数 (受診推奨対象外含む) (名)    | 2,567        |
| 有効回答のうちの精密検査受診推奨対象者数 (名) | 1,083        |
| 精密検査受診者数 (名)             | 79           |
| 精密検査受診率 (%)              | 7.3          |
| 認知症・MCI診断者数 (名)          | 17           |
| スクリーニング検査陽性反応的中度 (%)     | 1.6          |

受診しなかった主な理由は、「健康状態に自信があり、自分には必要ないと感じたから」(42.2%)が最も多く(表3)、認知機能低下に対する自己認識と実際の状態との乖離が、受診率の低さに影響していることが示唆されました。その他(16.4%)の中には、「日常生活で困りごとがない」「受診するのが大変」といった理由で受診しない方も見られました。さらに、「認知症と診断されるのが怖い」「結果を知ることによって不安がある」といった声もあり、認知症に対する強い不安やスティグマが受診行動を妨げている可能性が示されました。

当事者の声

移動手段がなく、家族に頼らざるをえないので受診がむずかしく感じます。(70代・女性)



また、自宅等でスマートフォンやタブレット端末等の電子的デバイスを使ってスクリーニング検査を受けた場合、スコアの低さを電子的デバイスの操作のむずかしさによるものと受けとめ、検査結果に納得していないという声もありました。

表3:精密検査を受診しなかった理由

| 理 由                       | 回答者数 (% /1,004名中) |
|---------------------------|-------------------|
| 健康状態に自信があり、自分には必要ないと感じたから | 424 (42.2%)       |
| 面倒になったから                  | 118 (11.8%)       |
| 忘れていたから                   | 68 (6.8%)         |
| お金がかかり、経済的に負担だから          | 60 (6.0%)         |
| 近くに病院がなく不便だから             | 59 (5.9%)         |
| 病院受診するのに不安を感じたから          | 55 (5.5%)         |
| 自分が病院に行く時間が取れないから         | 46 (4.6%)         |
| 家族など付き添いの方が病院に行く時間が取れないから | 24 (2.4%)         |
| 体調を崩して受診できなかったから          | 16 (1.6%)         |
| 周りの人の目が気になるから             | 11 (1.1%)         |
| その他                       | 165 (16.4%)       |

※受診推奨をされたにも関わらず精密検査を受診しなかった1,004名からの回答を集計。複数回答のため合計は100%を超える。

人を介した受診推奨の効果

一方で、保健師等の専門職が丁寧に対応した自治体では、精密検査の受診率が約12% (15/126名) となり、画面表示による受診推奨 (7.3%、79/1083名) より高いことが明らかになりました。非会場型の場合でも、受診推奨は画面提示や郵送による通知だけに頼らず、医師会と連携し、顔の見える関係を築いたうえで丁寧に周知することが重要です。例えば、J-DEPP研究の東京・神奈川フィールドでは、スクリーニング検査の結果を郵送で通知し、研究スタッフが電話で生活状況の聞き取りと受診推奨を行いました。神奈川では、各区の認知症地域支援推進員が電話フォローアップを担当し、生活状況の聞き取りと受診の助言を行ったうえで、必要に応じて地域包括支援センターや市の関連事業も紹介しました。これにより、受診率は12.5% (5/40名) となりました。

ただし、都市部ではフォローアップの電話連絡自体を拒否されるケースが多く、通話できた場合でも、詐欺や勧誘への警戒感から対応に困難を伴う事例がありました。

鹿児島フィールドでは、行政の保健師が受診推奨対象者に、電話や訪問による面談を行いました。生活状況や本人・家族の希望を聞き取ったうえで慎重に受診を支援し、受診率は11.6% (10/86名) となりました。保健師の人員体制や業務負担を考慮し、複数領域での低下が見られる (MCI multiple-domain) リスクの高い方を優先的に支援する体制で実施しました。

# 令和7年度J-DEPP研究

令和7年度は、全国35自治体から約6,000名(令和8年3月31日時点)の協力を得て、令和6年度の結果を踏まえ、受検率と受診率の向上を目的とした工夫を行いました。

## 受検率向上の工夫

各フィールドにおける受検率向上のための工夫と成果を表4に示します。

表4: 受検率向上のための工夫と成果

|        | R7年度に実施した工夫                                                                                                                                                                                                | R6受検率                                                       | R7受検率                                                                   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 北海道    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 昨年度の実績、検査の重要性などの情報を追加した周知を自治体に行い、受検のサポートを促した</li> <li>• チラシ・ポスターに加えて、講演会や地域イベント、集団検診、通いの場、運動教室などの対面の場で実施した</li> </ul>                                             | ポスター / 新聞折込 : 0.4%                                          | ポスター / 新聞折込 : 1.8%<br>ポスター / 新聞折込+講演会 : 1.7%<br>ポスター / 新聞折込+運動教室 : 1.8% |
| 秋 田    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護保険担当部署と連携し、「介護予防教室」とあわせてスクリーニングを実施することで参加障壁を低減した</li> <li>• 住民説明会の開催や市民公開講座、広報誌などでの啓発と告知を行った</li> </ul>                                                         | 1.3%                                                        | 0.2%                                                                    |
| 東京・神奈川 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• R6年度の東京フィールドでは、主に介護予防事業参加者を対象としていたがR7年度は介護予防事業参加者を主対象としない実施形態へ変更し、より幅広い層が参加可能な地域密着型イベントを主軸とした</li> <li>• 実施効率の向上を目的として、同時に複数名が受検可能な集団実施を中心とした</li> </ul>          | ダイレクトメール/事業での声かけ : 85.3%<br>県庁HP/広報誌/ポスター : 0.2%            | HP/ポスター / 声かけ : 0.1%<br>ポスター / 声かけ : 0.03%                              |
| 筑 波    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• つくばフィールドの参加者は、筑波大学が独自に実施している「つくばハピネスライフ研究」の一次(郵送)調査の対象者とした</li> <li>• ダイレクトメール送付に際しては同研究の関連研究であることを明示したり、コールセンターを配置し、参加(受検)や問い合わせに対する精神的障壁を軽減した</li> </ul>        | 未実施                                                         | 15.1%                                                                   |
| 愛 知    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 昨年度の実績、検査の重要性、二次元バーコードの読み取り方法などの情報を追加した新たなチラシ・ポスターを作成した</li> <li>• 医師会、薬剤師会、歯科医師会にポスター掲示を依頼した</li> <li>• 市の公式LINEやWeb広告でのリクルートを行った</li> <li>• 講演会を開催した</li> </ul> | ポスター : 0.4%<br>ダイレクトメール : 7.5%                              | ダイレクトメール : 10.5%<br>チラシ全戸配布 : 1.6%                                      |
| 兵 庫    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• R7年度の対象者をR6年度の検査で受診推奨した人に絞って実施した</li> </ul>                                                                                                                       | 15.1%                                                       | 17.1%                                                                   |
| 鳥 取    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• モノクロの鏡文からカラーチラシとした</li> <li>• 二次元コードから簡単に参加申し込みができる仕組みとした</li> <li>• 講演会を開催し、昨年度の実績と検査・予防の重要性を発表した</li> </ul>                                                     | 9.0%                                                        | 8.5%                                                                    |
| 鹿児島    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 保健師による、介護予防教室参加者への直接的な声かけを行った</li> <li>• 町内会単位による公民館での検査を実施した</li> <li>• フレイル健診として、身体機能、身体組成測定と並行して実施した</li> </ul>                                                | 市HP/新聞 : 0.8%<br>ダイレクトメール/市HP/広報誌 : 9.1%<br>事業での声かけ : 85.6% | チラシ : 14.3%<br>ダイレクトメール/市HP/広報誌 : 8.8%<br>事業での声かけ : 86.0%               |

## リクルート方法とスクリーニング実施方法

リクルート方法やスクリーニングの実施方法によって、受検率や1人あたりの費用はどの程度変わるのでしょうか。令和7年度の愛知フィールドでは、この点について検討しました。

リクルート方法については、広報折込、Web広告など不特定多数を対象とした手法よりも、ダイレクトメールで対象者にアプローチする方が、受検につながりやすい傾向が見られました。

スクリーニングの実施方法では、会場型の方が非会場型より受検率がやや高い傾向が確認されました。費用面では、ダイレクトメールでリクルートした場合、会場型と非会場型でかかる費用はほぼ同程度でした(表5、P28参考表)。

したがって、ダイレクトメールによる個別リクルートと会場型スクリーニングを組み合わせる方法が、受検率と費用の両面で効率的な実施方法と考えられます。

表5:受検率と費用の比較(令和7年度愛知フィールドの結果より)

| 自治体名 | リクルート方法  | スクリーニング実施方法 | スクリーニング検査         | 受検率   | 受診推奨方法 | 費用/人(円)                   |
|------|----------|-------------|-------------------|-------|--------|---------------------------|
| 刈谷市  | DM       | 会場型         | NCGG-FAT          | 11.6% | 郵送     | 3,362円                    |
| 大府市  | DM+Web広告 | 非会場型        | sf-FAT<br>CQ test | 9.9%  | 画面表示   | DM:3,451円<br>Web広告:3,084円 |
| 碧南市  | 広報折込     | 非会場型        | sf-FAT            | 1.2%  | 画面表示   | 719円                      |
| 阿久比町 | 広報折込     | 非会場型        | sf-FAT            | 2.5%  | 画面表示   | 311円                      |

## 受診推奨の工夫

各フィールドにおける受診率向上のための工夫と成果を表6に示します。

表6:受診率向上のための工夫と成果

|                  | R7年度に実施した工夫                                                                                                                                                 | R6受診率            | R7受診率            |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| 北海道              | ・チラシ・ポスターに加えて、講演会や地域イベント、運動教室にて対面で実施することで、受診推奨対象への説明・フォローを行った                                                                                               | 2/31<br>(6.5%)   | 1/7<br>(14.3%)   |
| 秋 田              | ・会場型では、医師による相談ブースを開設し、対面で相談を受けることにより、受診率向上に努めた                                                                                                              | 8/110<br>(7.3%)  | 11/49<br>(22.4%) |
| 東京・神奈川           | ・認知機能低下が疑われた者に対して個別架電を実施した<br>・地域の医療機関情報に加えて地域包括支援センター等の情報提供をあわせて行う<br>・詐欺等への警戒を踏まえ、事前説明および郵送による事前通知を行う                                                     | 5/40<br>(12.5%)  | 1/11<br>(9.1%)   |
| 筑 波              | ・受診推奨の基準を単一領域の認知機能低下から多領域の認知機能低下とした<br>・改訂した受診推奨画面を活用した                                                                                                     | 未実施              | 4/25<br>(16.0%)  |
| 愛 知              | ・昨年度の血液バイオマーカーとの関連解析の結果を踏まえて、受診推奨の基準をMCI単一型からMCI複数型に変更した<br>・sf-FATの受診推奨画面のデザインを結果がわかりやすい画面に修正した<br>・受診先の電話番号を見やすいデザインに修正した<br>・sf-FATに認知症早期発見のための啓発動画を挿入した | 69/942<br>(7.3%) | 7/89<br>(7.9%)   |
| 兵 庫              | ・検査を複数回実施した(2回目も受診推奨レベルであれば保健師等による受診推奨を実施)                                                                                                                  | 0/25<br>(0.0%)   | 1/3<br>(33.3%)   |
| 鹿児島 <sup>1</sup> | ・保健師による受診推奨者全員への生活状況の聞き取りを実施した<br>・地域包括支援センターと連携した見守り体制を構築した                                                                                                | 10/86<br>(11.6%) | 0/60<br>(0.0%)   |

※鳥取フィールドは受診推奨を実施していないため未掲載

<sup>1</sup> 垂水市では、未受診者に関する情報を地域包括支援センターと共有し、見守りおよびフォローアップを継続している。宇検村および大和村では、受診以外のフォローアップ状況の詳細は把握できていないものの、通いの場やデイサービス等につながっている事例が確認されている。

令和7年度追跡調査の結果と受診推奨の認識・受診行動

令和7年度は、北海道、秋田、筑波、愛知のいずれかのフィールドでスクリーニング検査を受けた3,553名を対象に、受診推奨後の精密検査受診率を調査しました。その結果、昨年度の受診率7.3%に対し、令和7年度の受診率は13.5%に向上しました(表7)。

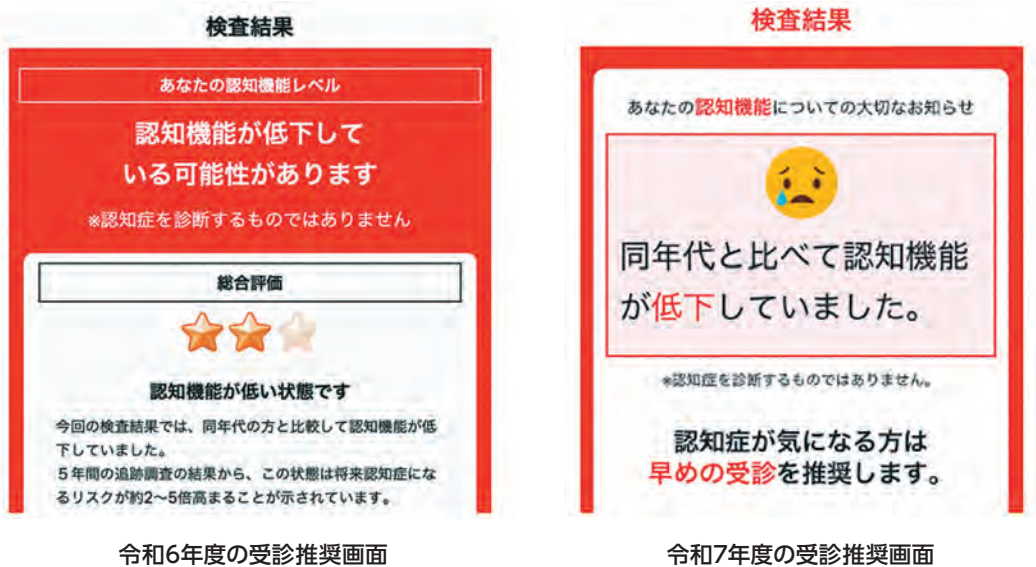
表7:北海道・秋田・筑波・愛知の追跡調査における主要評価指標(令和7年度)

| 指 標                      | 数値 (人数または割合) |
|--------------------------|--------------|
| 追跡調査対象者数 (名)             | 3,553        |
| 有効回答数 (受診推奨対象外含む) (名)    | 1,962        |
| 有効回答のうちの精密検査受診推奨対象者数 (名) | 170          |
| 精密検査受診者数 (名)             | 23           |
| 精密検査受診率 (%)              | 13.5         |
| 認知症・MCI診断者数 (名)          | 8            |
| スクリーニング検査陽性反応的中度 (%)     | 4.7          |

受診推奨に関する工夫として、令和6年度は1領域に認知機能の低下がある場合に受診推奨としていましたが、令和7年度は、複数領域に認知機能の低下が認められる場合を受診推奨対象とするよう、基準を見直しました。

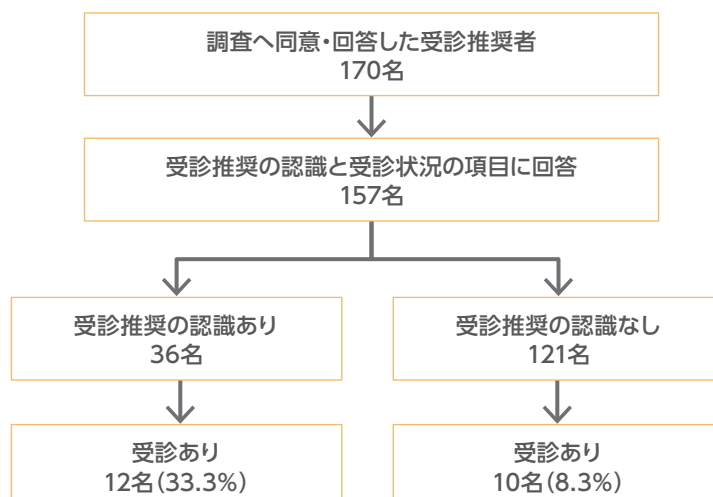
さらに、令和7年度は検査後に表示される受診推奨画面の情報量を減らし、文字サイズを大きくするなど、視認性を改善しました(図3)。

図3:受診推奨画面の改善(令和7年度)



令和7年度のJ-DEPP研究では、検査画面上で結果を表示して受診推奨を行った場合、受診推奨を受けたことを認識していた者は22.9% (36/157名)にとどまりました。一方で、受診を勧められたという認識がある場合は33.3% (12/36名)が受診し、認識が乏しい場合の8.3% (10/121名)と比べて、受診率が約4倍高いことが確認されました(図4)。

図4:3 カ月後追跡調査対象者の受診状況(令和7年度)



これらの結果から、検査後に画面上で結果を表示し、受診を推奨するだけでは、対象者が自らを受診推奨の対象であると十分に認識できず、それが受診につながらない一因となっていることが示唆されました。

背景として、認知機能が低下した対象者では、①検査後に表示される検査結果画面自体を見ていない、②画面は見たものの内容を理解できない、③画面を見て理解したが、その後内容を忘れてしまう、といった可能性が考えられました。

したがって、まずは検査結果を確実に伝えるための工夫が必要です(詳細は第2章3のStep6(P45～)参照)。

#### 医療機関受診後の診断後支援

J-DEPP研究の秋田フィールドでは、令和6年度から令和7年度にかけて、sf-FAT受検後に医療機関を受診した10名について、その特徴を検討しました(表8)。

対象者の平均年齢は77.5歳、MMSEは平均26.6点、CDR-SBは平均0.5点でした。これらの結果から、スクリーニング検査を契機に、比較的早期の段階で医療機関受診につながっていることが示唆されました。

また、対象者数は限られていますが、スクリーニング検査を通じて医療機関受診につながった方のうち、抗アミロイドβ抗体薬の導入に至った方が30%いました。

これらの結果から、電子的デバイスを用いたスクリーニング検査は、認知機能低下の早期段階における受診と早期介入の契機となりうることが示唆されました。

表8:秋田フィールドでR6年度からR7年度にかけて  
スクリーニング検査受検後に医療機関を受診した対象者の特徴(N=10)

| 対象者の特徴           | 数値(平均±標準偏差または割合) |
|------------------|------------------|
| 年齢(歳)            | 77.5±6.8         |
| 性別(女性%)          | 0.5              |
| MMSE(点)          | 26.6±2.8         |
| CDR-SB(点)        | 0.5±0.3          |
| VS-RAD           | 0.8±0.4          |
| 白質病変あり(%)        | 60.0             |
| 抗アミロイドβ抗体薬導入率(%) | 30.0             |

また、愛知フィールドでは、令和6年度から令和7年度にかけて、スクリーニング検査後に33名が国立長寿医療研究センターを受診しました。その内訳は以下のとおりです(表9)。

表9:愛知フィールドでR6年度からR7年度にかけて  
国立長寿医療研究センターを受診した対象者の内訳 (N=33)

| 概要                                       | 人数 (割合)   |
|------------------------------------------|-----------|
| MCIまたは認知症と診断され、抗アミロイドβ抗体薬等の治療対象となった者     | 9名 (27%)  |
| 脳腫瘍、てんかん等の脳疾患が認められ、専門診療につながった者           | 8名 (24%)  |
| 認知機能は正常であったが、バイオマーカーに異常を認めたため、外来で経過観察中の者 | 5名 (15%)  |
| 認知機能およびバイオマーカーのいずれにも異常を認めなかった者           | 11名 (33%) |

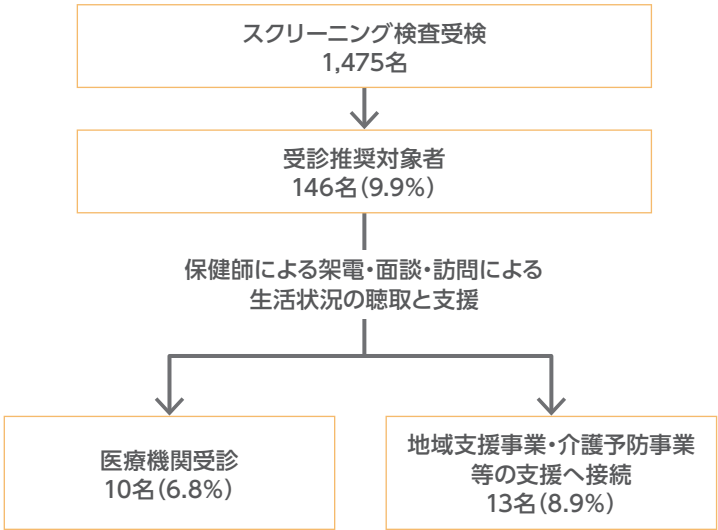
以上のように、スクリーニング検査を契機として、治療介入や専門診療につながったケースが一定数見られました。これらの詳細については、第2章「血液バイオマーカーを用いた早期発見・早期介入の実証(J-DEPP研究)」(P64～)をご参照ください。

医療機関・地域支援等への早期接続と継続支援

鹿児島フィールドでは、受診推奨後に保健師が架電・面談・訪問により生活状況を聴取しました。その結果、6.8%の対象者が医療機関を受診し、8.9%の対象者が地域支援事業や介護予防事業等の支援に早期接続されました(図5、事例1-3)。

このように、医療機関の受診に限らず、対象者の状況に応じて地域の支援につなげることも重要な支援です。

図5:鹿児島フィールドにおける受診推奨後の早期支援への接続の取組



### 事例1

70代男性：認知機能検査結果を送付後、市保健師が地域包括支援センターのスタッフと同行訪問を行った。本人に受診の意向はなかったが、今後は保健課の健康教室で定期的にフォローしていくこととした。あわせて、市民課が家族と関わっていることがわかり、関係する複数の課で情報共有を行った。家族も本人の様子の変化に気づいていたが、相談先がわからず抱え込んでいたため、家族支援と本人支援について役割分担を行い、現在も情報共有を継続しながら支援している。

### 事例2

90代男性：認知機能検査の結果を受け、市保健師が地域包括支援センターに支援状況を確認した。本人は以前から、地域包括支援センターによる定期訪問、家族の支援、地域住民の見守りのもとで生活していたが、今後は保健課の健康教室においても見守りを行うこととした。現在も、保健課と地域包括支援センターのスタッフが定期的に情報共有を行っている。

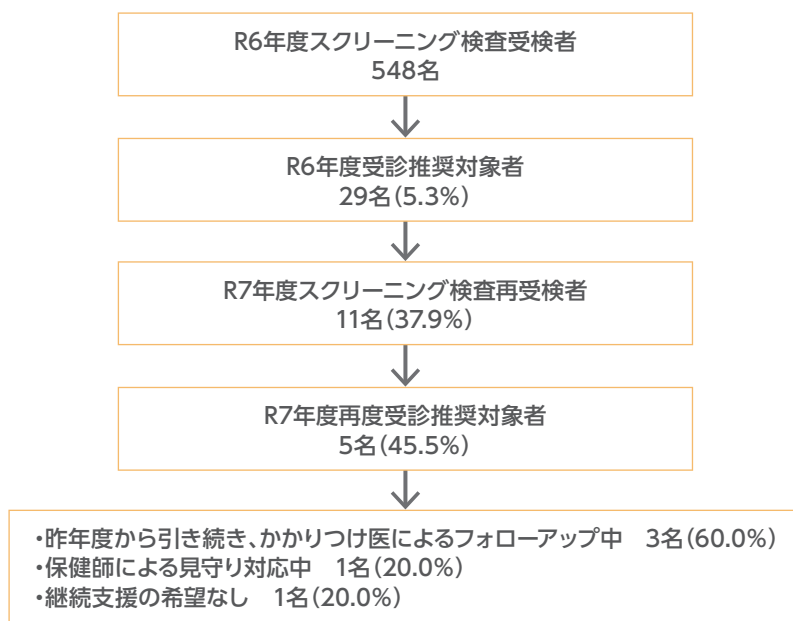
### 事例3

70代女性：検査結果送付後、市保健師が電話連絡を行った。当初、本人に受診の意向はなかったが、生活状況を傾聴し、検査結果の見方等を説明した。2日後、本人が保健課窓口に来所し、友人に相談したことなどを話したため、持参した検査結果を一緒に確認した。1週間後、再度保健課窓口に来所し、前回の説明を受けて脳外科を受診したことが伝えられた。診断には至らなかったが、今後も定期的に受診していく予定である。

認知症のスクリーニングでは、一度の検査だけではリスクを捉えきれない場合があります。また、認知症は加齢とともに発症リスクが高まるため、定期的なスクリーニング検査の受検を促すとともに、ハイリスク者へのフォローアップを組み合わせた継続的な支援が重要です。

鹿児島フィールドのうち垂水市では、前年度のJ-DEPP研究参加者のうち受診推奨となった対象者に対し、保健師を中心に継続支援を行っています。今年度も37.9% (11/29名) がスクリーニング検査を再受検しました。再受検者のうち45.5% が再び受診推奨の対象となりました。さらに、そのうち80.0% では、前年度から引き続き、かかりつけ医によるフォローアップや保健師による見守り対応などの継続支援が行われています (図6)。

図6:鹿児島フィールド 垂水市における継続支援の取組



### 受診率改善と早期接続・継続支援に向けて

令和7年度のJ-DEPP研究では、受診率の改善、医療機関・地域支援事業・介護予防事業等への早期接続、継続支援に向けて、さまざまな取組が行われました。これまでの結果から、以下の工夫が重要と考えられました。

#### 【受診率改善・早期接続・継続支援のための工夫の例】

- ・受診推奨の基準を、複数領域で認知機能の低下が見られるハイリスクな対象者に変更し、検査結果画面の視認性を高めることで、受診率は7.3% (69/942名) から13.5% (23/170名) へ改善 (表7)。
- ・会場型で実施する際に、医師による相談ブースを設置することで、受診率は7.3% (8/110名) から22.4% (11/49名) へ改善 (表6・秋田)。
- ・受診推奨後に保健師による継続的な介入を行うことで、全体で15.8% (23/146名) が医療機関受診、または地域支援事業や介護予防事業等の支援に接続 (図5)。
- ・前年度受診推奨対象者に対して、保健師が定期的なスクリーニング検査の受検を促すことで、37.9% (11/29名) が1年後にスクリーニング検査を再受検し、継続的に状態を把握 (図6)。
- ・再度受診推奨の対象となったハイリスク者のうち、80.0% (4/5名) に対して継続支援を実施 (図6)。

### 1年後追跡調査と受診に関する啓発動画の効果

令和7年度は、北海道、秋田、愛知のいずれかのフィールドで受診推奨を受けた2,410名を対象に郵送調査を行い、1年後の受診状況を調査しました。その結果、1,183名から研究への同意および回答が得られました(返送率49.1%)。

検査後の受診状況について回答が得られた1,096名のうち、精密検査を受診した者は109名(1年後受診率9.9%)でした。また、受診後の診断内容について回答した98名のうち、認知症またはMCIと診断された者は37名(37.8%)でした。

1年後も精密検査を受診しなかった理由としては、「日常生活で特に困っていないから」が最も多く(88.4%、842/952名)、次いで「今の自分の脳の健康状態は、年齢相応で、低下はしていないと思う」(78.0%、732/938名)でした。

令和7年度の追跡調査では、受診に関する啓発動画を閲覧できるチラシを同封し、動画視聴による受診意識の変化について調査しました。北海道・秋田・愛知の各フィールドで、令和6年度にスクリーニング検査を受検し、受診を推奨されたにも関わらず、1年間受診行動に至らなかった参加者を対象に、啓発動画視聴後の受診意識についてアンケート調査を行いました。

その結果、動画視聴後に「できるだけ早く医療機関を受診したいと思う」と回答した者は39.8%、「周りの家族や知人に受診をすすめたいと思う」と回答した者は54.8%、「早期に対策や治療を受けたら、認知症の予防につながると思う」と回答した者は89.8%でした(表10)。

表10:動画視聴後の態度

| 質問項目                         | 回答者数 (%/713名中) |
|------------------------------|----------------|
| できるだけ早く医療機関を受診したいと思う         | 284 (39.8%)    |
| 受診の際の相談先が分かった                | 563 (79.0%)    |
| 新しい認知症の治療法があるなら、ためしてみたい      | 433 (60.7%)    |
| 周りの家族や知人に受診をすすめたいと思う         | 391 (54.8%)    |
| 早期に対策や治療を受けたら、認知症の予防につながると思う | 640 (89.8%)    |
| MCIであれば、健康な状態に回復することがあると思う   | 616 (86.4%)    |
| 認知症に対する不安が以前よりは少なくなった        | 507 (71.1%)    |

これらの結果から、動画内で医師等の専門家が早期受診の意義を伝えることで、一定の意識変容が期待できることが示唆されました。本動画は、国立長寿医療研究センターの公式YouTubeチャンネルで公開しています(URLはP47参照)。

## 本章のまとめ

本章では、認知症の発症および進行リスクの早期発見・早期介入を地域で実装するための取組について、J-DEPP研究の成果をもとに検討しました。事業計画、体制整備、リクルート、検査実施、受診推奨、継続支援に至る一連のプロセスを通じて、実務上の重要なポイントが明らかになりました。

### 体制構築と連携

事業の実効性を担保するには、地域のかかりつけ医との連携に加え、医師会や認知症疾患医療センター等と事前に協働し、受診先の受け皿を確保することが不可欠です。

また、限られた人員・予算の中で継続的に運営するには、外部委託や既存の地域資源を活用しながら、効率的な実施体制を構築することが求められます。

### 受検・受診行動を促進するための工夫

受検率の向上には、個別郵送や直接の声かけなど、個別化されたリクルート手法が有効です。さらに、検査実施においては、会場型で対面による説明や操作支援を含めた体制を整えることで、受検者の不安軽減と離脱防止につながります。

また、スクリーニング検査後の受診行動を促進するには、結果通知だけでなく、電話や面談などによる「人を介した受診推奨」を行い、具体的な受診方法や相談先をわかりやすく示すことが重要です。

### 継続支援と多層的な対応の必要性

認知症の早期発見・早期介入は、一過性の取組ではなく、継続的な支援を前提とする必要があります。保健師等によるフォローアップや受診行動のリマインドに加え、対象者の状態に応じて、医療機関の受診だけでなく、介護予防事業や地域支援事業への早期接続を図ることが重要です。

また、一度のスクリーニング検査ではリスクを十分に把握できない場合もあるため、定期的な受検の促しと、ハイリスク者への重点的なフォローアップを組み合わせた支援が求められます。

### 心理的障壁と個別支援の重要性

認知症に対する不安やスティグマは、受診行動を妨げる大きな要因となります。そのため、対象者一人ひとりの状況に配慮し、不安を軽減する丁寧な説明と伴走型の支援を行うことが重要です。

あわせて、講演会、動画、リーフレット、ホームページ等の多様な媒体を活用した啓発活動を通じて、理解促進を図ることも重要です。

# 第1章

## 参考資料

## (R6) 各実証フィールドの特徴および実証モデル

| 自治体名               | 人口(人)     | 高齢化率(%) | リクルート方法              | スクリーニング実施方法 | スクリーニング検査                        | 精密検査受診推奨の方法       | 費用/人(円) |
|--------------------|-----------|---------|----------------------|-------------|----------------------------------|-------------------|---------|
| <b>北海道フィールド</b>    |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| 札幌市                | 1,939,061 | 28.7    | ポスター、新聞折込            | 会場型         | sf-FAT                           | 画面に表示             | 31,000  |
|                    |           |         |                      | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 140,000 |
|                    |           |         |                      | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 2,000   |
| 江別市                | 117,736   | 32.5    | ポスター、新聞折込            | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 5,000   |
| <b>秋田フィールド</b>     |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| 秋田市                | 296,839   | 33.0    | DM、ポスター、県庁HP、講演会、広報誌 | 会場型         | sf-FAT                           | 画面に表示             | 11,000  |
| 羽後町                | 12,568    | 44.5    | DM、ポスター、県庁HP、講演会、広報誌 | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| 大潟村                | 2,832     | 34.6    | ポスター、県庁HP、講演会、広報誌    | 会場型         | sf-FAT                           | 画面に表示             | 11,000  |
| 潟上市                | 30,807    | 36.5    | DM、県庁HP、講演会、広報誌      | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| 鹿角市                | 26,472    | 43.8    | ポスター、県庁HP、講演会、広報誌    | 会場型         | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| 上小阿仁村              | 1,789     | 59.0    | ポスター、県庁HP、講演会、広報誌    | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| 小坂町                | 4,734     | 46.9    | DM、ポスター、県庁HP、講演会、広報誌 | 会場型         | sf-FAT                           | 画面に表示             | 11,000  |
| にかほ市               | 21,687    | 41.5    | ポスター、県庁HP、講演会、広報誌    | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| 八郎潟町               | 5,139     | 46.8    | ポスター、県庁HP、講演会、広報誌    | 会場型         | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| 三種町                | 13,690    | 50.3    | ポスター、県庁HP、講演会、広報誌    | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| 横手市                | 79,160    | 42.0    | DM、ポスター、広報誌          | 会場型         | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,000   |
| <b>東京・神奈川フィールド</b> |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| 板橋区                | 572,927   | 23.0    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | MMSE-J PAPLICA                   | 架電                | 10,000  |
| 北区                 | 357,701   | 23.7    | DM、事業での声かけ           | 非会場型        | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 豊島区                | 291,650   | 19.4    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 中野区                | 337,377   | 19.9    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 練馬区                | 741,540   | 22.0    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 稲城市                | 93,781    | 22.0    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 狛江市                | 82,102    | 24.3    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 立川市                | 185,825   | 24.8    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 府中市                | 260,078   | 22.5    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | PAPLICA                          | 架電                | 5,000   |
| 目黒区                | 279,520   | 19.8    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | MMSE-J                           | 架電                | 10,000  |
| 文京区                | 232,177   | 18.8    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | MMSE-J                           | 架電                | 10,000  |
| 八王子市               | 560,692   | 27.8    | DM、事業での声かけ           | 会場型         | MMSE-J                           | 架電                | 10,000  |
| 川崎市                | 1,545,711 | 20.4    | ポスター、県庁HP、市報         | 会場型         | CogEvo                           | 架電                | 22,000  |
| <b>愛知フィールド</b>     |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| 刈谷市                | 154,067   | 21.2    | DM                   | 会場型         | NCGG-FAT                         | 後日郵送              | 3,362   |
| 東浦町                | 49,478    | 26.5    | ポスター                 | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,990   |
| 半田市                | 114,686   | 25.6    | DM                   | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 4,225   |
| 常滑市                | 58,232    | 25.6    | DM                   | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 2,062   |
| 高浜市                | 45,990    | 20.0    | DM                   | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,695   |
| 東海市                | 112,267   | 23.1    | DM、広報誌               | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,211   |
| 知多市                | 82,137    | 29.0    | DM、広報誌               | 非会場型        | sf-FAT                           | 画面に表示             | 3,362   |
| <b>大阪フィールド</b>     |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| 摂津市                | 86,344    | 25.5    | 広報誌、チラシ              | 会場型         | sf-FAT                           | 後日封書で通知           | 10,166  |
| <b>兵庫フィールド</b>     |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| たつの市               | 71,721    | 32.5    | 講演会・いきいき百歳体操の会場で呼びかけ | 非会場型        | のうKNOW®                          | 後日封書で通知、その後、架電も実施 | 1,000   |
| <b>鳥取・島根フィールド</b>  |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| 琴浦町                | 15,176    | 39.0    | DM、チラシ、テレビの字幕        | 会場型         | もの忘れ相談プログラム<br>ニンテンドー DSAS プログラム | -                 | 9,813   |
| 隠岐の島町              | 12,648    | 42.6    | DM、チラシ、広報誌           | 会場型         | もの忘れ相談プログラム<br>ニンテンドー DSAS プログラム | -                 | 9,813   |
| <b>鹿児島フィールド</b>    |           |         |                      |             |                                  |                   |         |
| 奄美市                | 40,249    | 34.5    | 市HP、新聞               | 会場型         | VR 型認知機能<br>セルフチェッカー             | 保健師面談<br>(対面)     | 3,100   |
| 垂水市                | 12,749    | 45.8    | DM、広報誌、市HP           | 会場型         | NCGG-FAT                         | 保健師面談<br>(対面・電話)  | 2,900   |
| 龍郷町                | 6,014     | 33.9    | 事業での声かけ              | 会場型         | VR 型認知機能<br>セルフチェッカー             | 保健師面談<br>(対面・電話)  | 3,000   |

\*DM:ダイレクトメール、HP:ホームページ

## (R6) 各実証モデルの結果

| 自治体名                      | 対象者数    | 受検者数  | 受検率   | 受診推奨<br>対象者数 | 受診<br>推奨率 | 受診推奨対象者のうち<br>追跡調査返送者数 | 受診者数 | 受診率  | 認知症・<br>MCI診断数 | スクリーニング<br>検査陽性的中度 |
|---------------------------|---------|-------|-------|--------------|-----------|------------------------|------|------|----------------|--------------------|
| 北海道フィールド <sup>*2</sup>    |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 札幌市                       | 180     | 78    | 43.3  | 25           | 32.1      | 31                     | 2    | 6.5  | 1              | 3.2                |
|                           | 193,184 | 5     | 0.003 | 3            | 60.0      |                        |      |      |                |                    |
|                           | 24,749  | 604   | 2.4   | 190          | 31.5      |                        |      |      |                |                    |
| 江別市                       | 38,282  | 231   | 0.6   | 64           | 27.7      |                        |      |      |                |                    |
| 秋田フィールド <sup>*2</sup>     |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 秋田市                       | 194,000 | 2,611 | 1.3   | 303          | 11.6      | 110                    | 8    | 7.3  | 2              | 1.8                |
| 羽後町                       |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 大湯村                       |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 湯上市                       |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 鹿角市                       |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 上小阿仁村                     |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 小坂町                       |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| にかほ市                      |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 八郎潟町                      |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 三種町                       |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 横手市                       |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 東京・神奈川フィールド <sup>*1</sup> |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 東京①                       | 363     | 336   | 92.6  | 17           | 5.1       | 17                     | 1    | 5.9  | 1              | 5.9                |
| 東京②                       | 162     | 112   | 69.1  | 4            | 3.6       | 4                      | 2    | 50.0 | 0              | 0.0                |
| 川崎市                       | 317,678 | 543   | 0.2   | 19           | 3.5       | 19                     | 2    | 10.5 | 0              | 0.0                |
| 愛知フィールド <sup>*2</sup>     |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 刈谷市                       | 15,227  | 2,398 | 15.7  | 367          | 15.3      | -                      | -    | -    | -              | -                  |
| 東浦町                       | 12,984  | 57    | 0.4   | 24           | 42.1      | 942                    | 69   | 7.3  | 14             | 1.5                |
| 半田市                       | 27,995  | 1,952 | 7.0   | 813          | 41.6      |                        |      |      |                |                    |
| 常滑市                       | 15,169  | 935   | 6.2   | 543          | 58.1      |                        |      |      |                |                    |
| 高浜市                       | 8,286   | 430   | 5.2   | 224          | 52.1      |                        |      |      |                |                    |
| 東海市                       | 14,422  | 680   | 4.7   | 362          | 53.2      |                        |      |      |                |                    |
| 知多市                       | 13,030  | 709   | 5.4   | 371          | 52.3      |                        |      |      |                |                    |
|                           |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 大阪フィールド                   |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 摂津市                       | 22,018  | 284   | 1.3   | 168          | 59.2      | 119                    | 13   | 10.9 | 3              | 2.5                |
| 兵庫フィールド <sup>*3</sup>     |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| たつの市                      | 670     | 101   | 15.1  | 25           | 24.8      | 25                     | 0    | 0.0  | -              | -                  |
| 鳥取・島根フィールド                |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 琴浦町                       | 6,202   | 429   | 6.9   | 39           | 9.1       | -                      | -    | -    | -              | -                  |
| 隠岐の島町                     | 5,151   | 589   | 11.4  | 53           | 9.0       | -                      | -    | -    | -              | -                  |
| 鹿児島フィールド                  |         |       |       |              |           |                        |      |      |                |                    |
| 奄美市                       | 13,441  | 112   | 0.8   | 14           | 12.5      | 14                     | 2    | 14.3 | 1              | 7.1                |
| 垂水市                       | 6,046   | 548   | 9.1   | 29           | 5.3       | 29                     | 6    | 20.7 | 0              | 0.0                |
| 龍郷町                       | 146     | 125   | 85.6  | 43           | 34.4      | 43                     | 2    | 4.7  | 0              | 0.0                |

\*1 東京①は板橋区、北区、豊島区、中野区、練馬区、稲城市、狛江市、立川市、府中市、東京②は板橋区、目黒区、文京区、八王子市を指す。

\*2 北海道、秋田、愛知の3フィールドでは、令和6年10月末までにスクリーニングを受けた対象者に対し、郵送による追跡調査を実施した。

\*3 兵庫フィールドは、精密検査推奨対象者のうち、専門医が対応するもの忘れ相談会への参加希望者が2名いたが、この結果は全体的な考察等から除外している。

## (R7) 各実証フィールドの特徴および実証モデル

| 自治体名        | 人口(人) *1  | 高齢化率*1<br>(%) | リクルート方法                                             | スクリーニング<br>実施方法 | スクリーニング<br>検査        | 精密検査受診<br>推奨の方法 | 費用/人<br>(円)              |
|-------------|-----------|---------------|-----------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|--------------------------|
| 北海道フィールド    |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 札幌市         | 1,955,678 | 28.8          | チラシ(講演会)、新聞折込                                       | 会場型<br>非会場型     | sf-FAT               | 画面に表示           | 1,690                    |
| 当別町         | 15,113    | 37.3          | 広報誌、新聞折込、ポスター、<br>運動教室                              | 会場型<br>非会場型     | sf-FAT               | 画面に表示           | 479                      |
| 新篠津村        | 2,730     | 41.4          | 広報誌、新聞折込、ポスター                                       | 会場型<br>非会場型     | sf-FAT               | 画面に表示           | 1,258                    |
| 秋田フィールド*2   |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 秋田市         | 293,729   | 33.4          | 会場型：DM、既存事業<br>での声かけ<br>非会場型：広報誌、新聞折込、ポスター、県公式HP、DM | 会場型<br>非会場型     | sf-FAT               | 画面に表示           | 会場型：11,000<br>非会場型：3,000 |
| 羽後町         | 13,036    | 43.0          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 大館市         | 65,492    | 40.6          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 大湯村         | 2,945     | 33.2          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 湯上市         | 31,271    | 35.7          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 上小阿仁村       | 1,869     | 54.4          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 小坂町         | 4,421     | 45.7          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| にかほ市        | 22,075    | 40.5          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 八郎潟町        | 5,176     | 46.3          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 三種町         | 14,170    | 48.3          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 横手市         | 80,777    | 41.0          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 鹿角市         | 27,069    | 42.5          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 湯沢市         | 39,484    | 43.0          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 仙北市         | 22,859    | 45.3          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 能代市         | 47,247    | 42.3          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 男鹿市         | 23,355    | 50.0          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 井川町         | 4,157     | 44.8          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 五城目町        | 7,814     | 50.2          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 由利本荘市       | 70,409    | 39.4          |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 東京・神奈川フィールド |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 豊島区         | 294,644   | 19.1          | HP、ポスター、声かけ                                         | 会場型             | PAPLICA              | 郵送と架電           | 5,000                    |
| 品川区         | 412,786   | 19.6          | ポスター、声かけ                                            | 会場型             | PAPLICA              | 郵送と架電           | 5,000                    |
| 筑波フィールド     |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| つくば市        | 259,000   | 19.2          | DM                                                  | 非会場型            | sf-FAT               | 画面に表示           | 146                      |
| 愛知フィールド     |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 刈谷市         | 152,984   | 20.8          | DM                                                  | 会場型             | NCGG-FAT             | 郵送              | 3,362                    |
| 大府市         | 93,014    | 21.6          | DM、Web広告                                            | 非会場型            | sf-FAT、CQ test       | 画面に表示           | DM:3,451<br>Web広告:3,084  |
| 碧南市         | 72,242    | 24.1          | 広報折込                                                | 非会場型            | sf-FAT               | 画面に表示           | 719                      |
| 阿久比町        | 28,083    | 26.7          | 広報折込                                                | 非会場型            | sf-FAT               | 画面に表示           | 311                      |
| 兵庫フィールド     |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| たつの市        | 72,271    | 32.2          | DM                                                  | 会場型             | のうknow®              | 画面の表示にもとづき説明    | 1,000                    |
| 三田市         | 106,482   | 30.0          | 事業・測定会で声かけ                                          | 会場型             | のうknow®              | 画面の表示にもとづき説明    | 1,000                    |
| 鳥取・島根フィールド  |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 北栄町         | 14,127    | 36.9          | チラシ郵送、テレビ放送、サロンへの呼びかけ                               | 会場型             | MSP、TDAS、ニンテント       | -               | 6,517                    |
| 鹿児島フィールド    |           |               |                                                     |                 |                      |                 |                          |
| 垂水市         | 12,973    | 46.4          | DM、広報誌、市HP                                          | 会場型             | NCGG-FAT             | 自治体から声かけ        | 3,037<br>(自治体負担分は含めず)    |
| 宇検村         | 1,604     | 46.4          | チラシ                                                 | 会場型             | 認知機能<br>セルフチェッカー(VR) | 自治体から声かけ        | 3,046<br>(自治体負担分は含めず)    |
| 大和村         | 1,384     | 43.1          | 事業での声かけ                                             | 会場型             | 認知機能<br>セルフチェッカー(VR) | 自治体から声かけ        | 6,137<br>(自治体負担分は含めず)    |

\*1 「令和7年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)(総計)」をもとに作成。

\*2 秋田フィールドは、秋田県庁よりスクリーニング検査に関する情報がホームページ等で発出されており、秋田大学へ協力要請のあった自治体へスクリーニング用の二次元コードを配付、自治体が主体となりスクリーニングを実施している。

## (R7) 各実証モデルの結果

| 自治体名         | 対象者数    | 受検者数  | 受検率  | 受診推奨<br>対象者数 | 受診<br>推奨率 | 受診推奨対象者のうち<br>追跡調査返送者数 | 受診者数 | 受診率  | 認知症・<br>MCI診断数 | スクリーニング<br>検査陽性的中度 | スクリーニング<br>実施期間       |
|--------------|---------|-------|------|--------------|-----------|------------------------|------|------|----------------|--------------------|-----------------------|
| 北海道フィールド     |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 札幌市          | 23,741  | 398   | 1.7  | 38           | 9.5       | 5                      | 1    | 20.0 | 0              | 0.0                | R7.8.1～<br>R8.1.7     |
| 当別町          | 5,632   | 101   | 1.8  | 9            | 8.9       | 2                      | 0    | 0.0  | -              | -                  |                       |
| 新篠津村         | 1,130   | 20    | 1.8  | 4            | 20.0      | 0                      | 0    | -    | -              | -                  |                       |
| 秋田フィールド*1    |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 秋田市          | 301,000 | 515   | 0.2  | 160          | 31.1      | 49                     | 11   | 22.4 | 5              | 10.2               | R7.8.1～<br>R8.1.7     |
| 羽後町          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 大館市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 大潟村          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 潟上市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 上小阿仁村        |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 小坂町          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| にかほ市         |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 八郎潟町         |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 三種町          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 横手市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 鹿角市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 湯沢市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 仙北市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 能代市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 男鹿市          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 井川町          |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 五城目町         |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 由利本荘市        |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 東京・神奈川フィールド  |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 豊島区          | 55,981  | 69    | 0.1  | 11           | 15.9      | 11                     | 1    | 9.1  | -*2            | -                  | R8.1～<br>R8.2         |
| 品川区          | 80,533  | 28    | 0.03 | 0            | 0.0       | -                      | -    | -    | -              | -                  | R7.7～<br>R7.11        |
| 筑波フィールド      |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| つくば市         | 3,228   | 489   | 15.1 | 47           | 9.6       | 25                     | 4    | 16.0 | 1              | 4.0                | R7.8.1～<br>R8.1.7     |
| 愛知フィールド      |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 刈谷市          | 10,450  | 1207  | 11.6 | 18           | 1.5       | -                      | -    | -    | -              | -                  | R7.8.1～<br>R8.1.7     |
| 大府市          | 20,131  | 1,997 | 9.9  | 194          | 9.7       | 81                     | 7    | 8.6  | 2              | 2.5                |                       |
| 碧南市          | 17,402  | 207   | 1.2  | 21           | 10.1      | 5                      | 0    | 0.0  | -              | -                  |                       |
| 阿久比町         | 7,675   | 191   | 2.5  | 15           | 7.9       | 3                      | 0    | 0.0  | -              | -                  |                       |
| 兵庫フィールド      |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| たつの市         | 22      | 3     | 13.6 | 1            | 33.3      | 1                      | 0    | 0.0  | -              | -                  | R7.9～R8.2             |
| 三田市          | 19      | 4     | 21.1 | 2            | 50.0      | 2                      | 1    | 50.0 | 1              | 50.0               | R7.9～R8.2             |
| 鳥取・島根フィールド*3 |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 北栄町          | 5,235   | 445   | 8.5  | -            | -         | -                      | -    | -    | -              | -                  | R7.12.3～<br>R8.3.31   |
| 鹿児島フィールド*4   |         |       |      |              |           |                        |      |      |                |                    |                       |
| 垂水市          | 6,099   | 535   | 8.8  | 17           | 3.2       | 17                     | 0    | 0.0  | -              | -                  | R7.5.11～<br>R7.11.16  |
| 宇検村          | 741     | 106   | 14.3 | 22           | 20.8      | 22                     | 0    | 0.0  | -              | -                  | R7.11.26～<br>R7.12.11 |
| 大和村          | 57      | 49    | 86.0 | 21           | 42.9      | 21                     | 0    | 0.0  | -              | -                  | R7.11.7～<br>R7.11.20  |

<sup>\*1</sup> 秋田フィールドは、秋田県庁よりスクリーニング検査に関する情報がホームページ等で発出されており、秋田大学へ協力要請のあった自治体へスクリーニング用の二次元コードを配付、自治体が主体となりスクリーニングを実施している。

<sup>\*2</sup> 診断結果については追跡中。

<sup>\*3</sup> 鳥取フィールドでは受診推奨未実施。

<sup>\*4</sup> 垂水市では、未受診者に関する情報を地域包括支援センターと共有し、見守りおよびフォローアップを継続している。宇検村および大和村では、受診以外のフォローアップ状況の詳細は把握できていないものの、通いの場やデイサービス等につながっている事例が確認されている。

## はじめに ～自治体の認知症早期発見の取組の進め方～

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」第21条は、認知症の早期発見・早期診断・早期対応を推進するための施策を講じることを自治体に求めています。

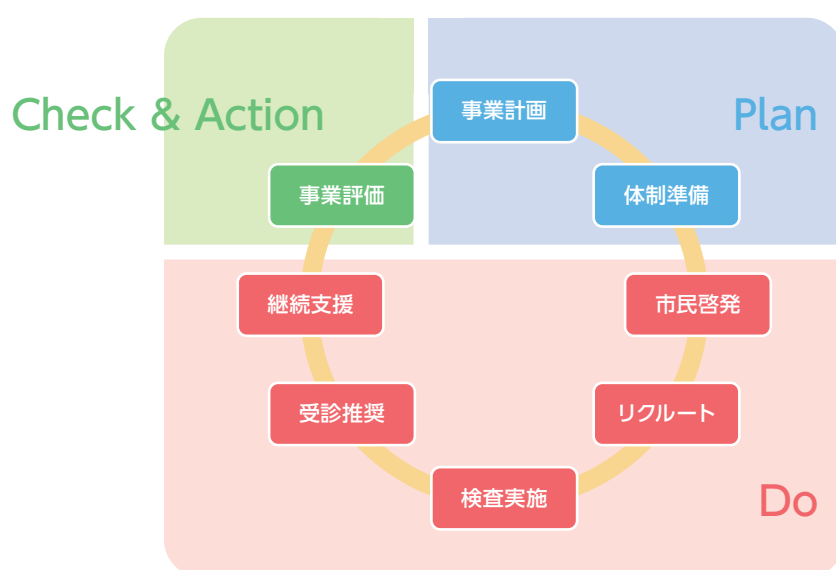
認知症の早期発見・早期介入を地域で推進するためには、スクリーニング検査の実施だけでなく、事業計画の策定から啓発活動、受診推奨、診断後の支援、事業評価までを含めた一連の取組として進めることが重要です。

本章では、自治体が認知症早期発見の取組を効果的に進めるための基本的な流れとして、8つのステップを紹介します。

- ①地域の実態に即した計画を策定する
- ②庁内の関係部署、地域医師会、認知症疾患医療センターなどの関係機関との連携体制を構築する
- ③啓発活動を通じて住民の理解を深め、当事者意識を醸成する
- ④特定健診等の住民データを活用し、高リスク者に適切にアプローチする
- ⑤地域や住民の特性に合った方法でスクリーニング検査を実施する
- ⑥結果にもとづき、専門医療機関などへの受診を促す
- ⑦診断後のフォローアップやモニタリングを通じて、継続的に支援する
- ⑧実施した事業の結果を検証し、改善につなげる

図1は、これらの活動を、「Plan (計画)」「Do (実施)」「Check & Action (評価と改善)」のサイクルを基盤とするフレームワークの中で、8つのステップとして整理したものです。

図1:自治体における認知症早期発見の取組のPDCAサイクル

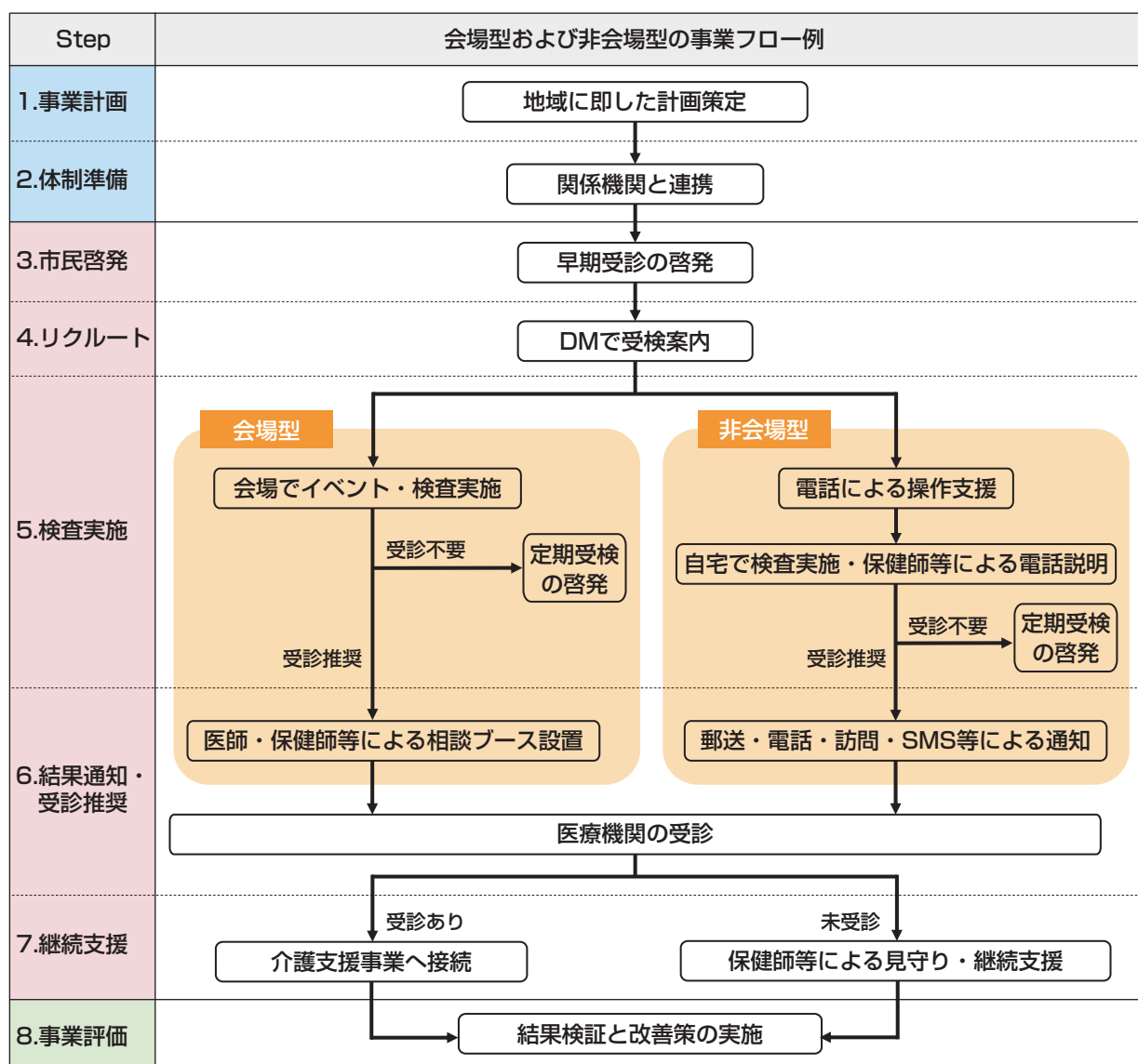


以上の考え方およびJ-DEPP研究の知見をもとに、認知症の早期発見・早期介入の取組を地域で円滑に実施するための実践的枠組みとして、「J-DEPPモデル」および実務者向けチェックリストを作成しました。

J-DEPPモデルは、事業計画の策定から事業評価に至る一連のプロセスをPDCAサイクルとして整理したものであり、主要KPI(受検率、受診率など)にもとづく評価と改善を前提としています。

認知症の早期発見の取組の実施方法は自治体によって異なりますが、J-DEPP研究では主に「会場型」と「非会場型(Webサイト・郵送などを活用した方法)」の2つの実施形態について検証を行いました。いずれの方法においても、募集・啓発からスクリーニング、受診推奨、診断後支援までの基本的な流れは共通しています。図2は、会場型および非会場型の事業フロー例を示したものです。各自治体は地域の人口規模、医療資源、対象者の特性などを踏まえながら、自地域に適した方法を選択または組み合わせる実施することができます。

図2:会場型および非会場型の事業フロー例



# J-DEPPモデル

上記の事業フローを踏まえ、8つのステップごとに自治体を実施すべき内容を整理しています。事業の全体像を確認しながら、計画、実施、評価、改善の各段階で必要な取組を具体的に検討することができます。

| J-DEPP モデル     |              |                               |                                                                                                                                                                    |
|----------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PDCA           | Step         | 内容                            | 詳細                                                                                                                                                                 |
| Plan           | 1. 事業計画      | 事業目的を設定し、具体的なKPI（評価指標）を策定     | 事業目的を明確にし、主要KPI（評価指標）として、検診受検率、受診率などを設定します。                                                                                                                        |
|                | 2. 体制準備      | 関係機関と連携し、実施体制を構築              | 受診先の受け皿となる地域医師会、認知症疾患医療センター、および大学病院等へ事業の趣旨を説明し、受診体制を整えます。次に、外部委託業者（スクリーニング用認知機能検査提供、会場運営補助、ダイレクトメール発送・印刷等）やボランティアなどの地域資源を選定し、実施体制を整えます。                            |
| Do             | 3. 市民啓発      | 多様な媒体を活用して啓発活動を実施             | 啓発活動においては、自治体のホームページや広報誌、回覧板などへの記事・動画の掲載を行い認知症の基礎知識や相談窓口、介護保険制度の情報を発信します。情報提供の場として、講演会や地域イベント等も活用します。情報提供の際には、認知症の発症・進行リスクの早期発見・早期対応の重要性や認知症の予防や治療などについて、丁寧に周知します。 |
|                | 4. リクルート     | リクルートを実施                      | 「個別化した手法」を用いたリクルートは受検率が高いことがわかっています。個別化した手法には「個別郵送」「会場イベントでの直接声かけ」「地域包括・介護予防教室での案内」の方法があります。補助的ツールとして、広報誌・ポスター・ホームページ・新聞折込・リスティング広告なども活用します。                       |
|                | 5. 検査実施      | 地域の特性に合わせて実施形式と検査ツールを選択し検査を実施 | 検査の実施形式は、地域の特性に合わせて選択します。会場型は対面での丁寧な説明や操作支援などの即時フォローを行うことができるため、推奨されています。各自のスマートフォン等の電子的デバイスで検査をオンライン実施する非会場型は操作性による途中離脱支援として、事前練習や電話等のサポート体制を整える必要があります。          |
|                | 6. 結果通知・受診推奨 | 結果通知および受診推奨                   | 検査後は結果送付にとどまらず、電話や訪問、面談などによる「人を介した」支援を行います。具体的行動（受診予約方法・相談先）と地域の受診先を明記し、対象者の不安を軽減しつつ受診を促します。                                                                       |
|                | 7. 継続支援      | 受診行動のリマインドと診断結果に応じたフォロー       | 必要に応じて関連部署と連携し、継続的な支援を行います。医療機関受診のリマインドを行い、受診後の診断結果（認知症、MCI、正常）に応じて適切な支援を実施します。結果が正常範囲であった場合でも、定期的なスクリーニング検査の案内や継続的な啓発・情報提供を行います。                                  |
| Check & Action | 8. 事業評価      | 認知症の早期発見の取組の事業評価を実施し主要KPIを確認  | 事業全体を振り返り、当初設定した主要KPI（受検率、受診率等）の実績を確認します。この事業評価を次年度以降の計画にフィードバックしていきます。目標が達成できなかった場合は、Planを見直します。                                                                  |

# 取組チェックリスト

まずはチェックリストで現在の状況を把握してみましょう。当てはまらない項目は参照ページを確認のうえ、チェックが一つでも増えるよう、一歩ずつ進めてみてください。

| 取組チェックリスト                |                                                                       | 参照ページ                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 認知症に関する健診・検診の実施にあたり、事業目的および対象者を明確に設定していますか？                           | 枠組みの整理<br>P34-35<br>指標の例<br>P35-36            |
| <input type="checkbox"/> | KPI（評価指標）を設定していますか？                                                   |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 既存事業の位置づけを明確化し、本事業の枠組みを整理できていますか？                                     |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 地域医師会や認知症疾患医療センターへ事業の趣旨を説明し、受診体制を整えていますか？                             | 地域資源との<br>協働と連携<br>P37                        |
| <input type="checkbox"/> | かかりつけ医から専門医への紹介フローは確立されていますか？                                         |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 庁内連携部署（国保、介護保険、高齢福祉）との役割分担は明確ですか？                                     |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 事業運営に必要な外部委託業者・既存事業や地域資源（ボランティア等）の選定・契約準備はできていますか？                    |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 認知症に関する健診・検診や早期対応の重要性および治療法について啓発を行っていますか？                            | 継続的な事業実施を<br>目指して<br>P38-39<br>(参考:P7、P66-68) |
| <input type="checkbox"/> | 個別化した手法でリクルートを実施していますか？                                               | 対象者の<br>リストアップ<br>P39-40                      |
| <input type="checkbox"/> | 既存の情報資源（基本チェックリストや特定健診・保健指導の結果等）を活用し、認知症発症/進行リスクの高い人へ個別にアプローチできていますか？ |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 地域の特性に合わせて認知症に関する健診・検診の実施形式を選択していますか？                                 | 検査の形式 P40-41<br>(参考:各地域の取組<br>事例P52-61)       |
| <input type="checkbox"/> | 対象者が来場しやすいよう、会場へのアクセスや移動手段に配慮していますか？                                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 科学的根拠、ユーザビリティ、コストを踏まえた検査ツールの選択ができていますか？                               | 検査の形式と<br>使用ツール<br>P40-45                     |
| <input type="checkbox"/> | 対面検査（MMSE-J等）の場合、実施者の事前訓練を十分に実施していますか？                                |                                               |
| <input type="checkbox"/> | おおよそ1ヵ月以内に結果の通知や受診の案内を行っていますか？                                        | 不安のない<br>推奨のために<br>P45-49                     |
| <input type="checkbox"/> | 結果通知・受診推奨では「人を介した」直接的な支援を組み合わせていますか？                                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 結果通知・受診推奨では具体的な行動指示を含めていますか？                                          |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 結果通知・受診推奨の方法や文面は、プライバシーに配慮しつつ、対象者の不安に寄り添う内容になっていますか？                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 医療機関受診のリマインドを実施していますか？                                                | モニタリングと<br>フォローアップ<br>P49-50                  |
| <input type="checkbox"/> | 医療機関から受診結果（診断名等）のフィードバックを受け取っていますか？                                   |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 受診後の診断結果（認知症、MCI、正常）に応じて適切な支援をしていますか？                                 |                                               |
| <input type="checkbox"/> | 設定した主要KPIの実績を確認していますか？                                                | 3段階の<br>評価方法と活用<br>P51                        |



## Step1 事業計画 ～枠組みの整理～

認知症の発症／進行リスクを早期に把握するため、現在、自治体ではさまざまな取組が行われています。例えば、もの忘れ検診などの個別検診（健診）、アセスメントツールを使った集団検診（健診）、地域包括支援センターや行政窓口での対応、家族の会や認知症カフェなどの相談支援、介護保険事業計画の策定前評価における基本チェックリストの活用などが挙げられます。

これらの取組はいずれも、早期発見から早期対応に至る共通のフローを含んでいます。具体的には、既存データを活用して認知症の疑いのある方にアプローチし、認知機能の低下が疑われる方に医療機関への受診を促し、診断結果に関わらず受診後に必要な支援へつなぐ、という一連の流れです。

これらの取組を着実に実施するには、自治体の規模、高齢者人口、健診・検診等への協力医療機関数、相談窓口や診断後支援を担う社会資源の整備状況、予算規模を踏まえて事業化することが重要です。一方で、独立した新規事業を立ち上げることなく、既存の事業や取組を活かして認知症の「早期発見・早期診断、および早期対応」に取り組んでいる自治体も少なくありません。

まずは、自治体内で現在行っている取組を確認・整理し、対象範囲に重複や抜けがないかを点検したうえで、既存事業の位置づけを明確にしてください。取組を効果的かつ継続的に進めるには、事業の目的を明確にし、その目的に応じた評価指標（KPI）を設定することが重要です。

評価指標は、実施件数や参加者数だけでなく、対象者の把握、受診推奨、医療機関への受診、診断後支援への接続といった一連の流れが適切に機能しているかを確認できるものとする必要があります。認知症早期発見の取組の事業評価については、現在のところ標準化された指標がありませんが、標準的な健診・保健指導の例にならい、次の3段階に分けて検討するとよいでしょう。

1. プロセス（過程）評価：事業が適切に実施されているかを確認する  
例：実施自治体数、認知症健診・検診受検率
2. アウトプット（事業実施量）評価：事業の具体的な成果を測定する  
例：スクリーニング検査陽性反応的中度、精密検査受診率
3. アウトカム（結果）評価：事業が住民や地域社会に与えた影響を把握する  
例：認知症に対する住民の理解度・関心度、住民の認知症予防行動の改善度

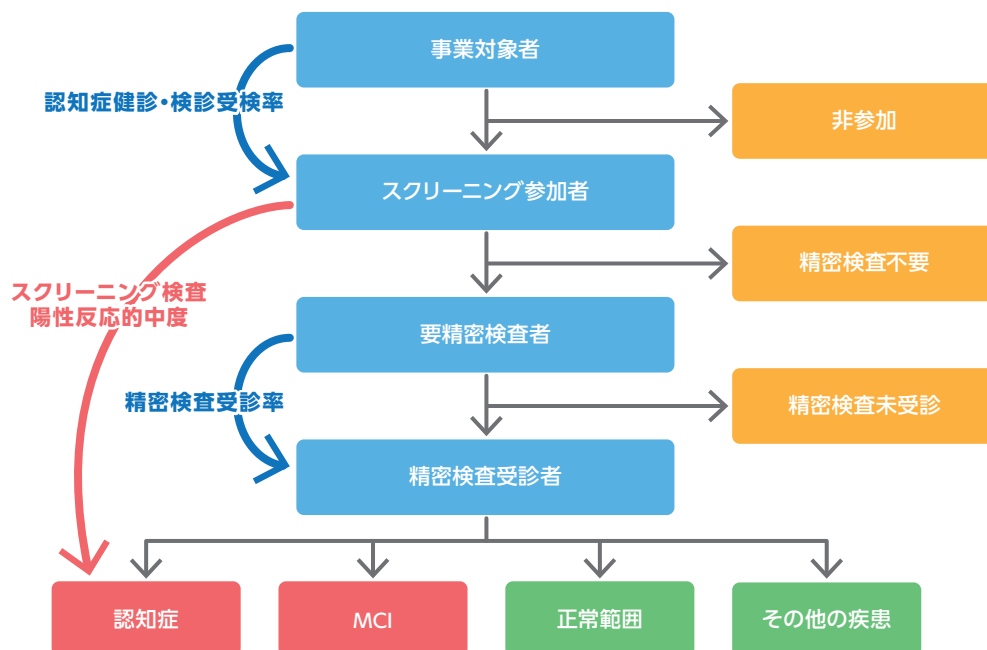
以下に示すのは、本研究班が設定した事業評価指標です。これらは、がん情報サービス（国立がん研究センターが運営）のWebサイトに掲載されているがん検診の事業評価<sup>1</sup>、および標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）<sup>2</sup>を参考に設定しました。

図3は、認知症健診・検診の取組の流れを示したものです。

<sup>1</sup> 「がん検診の事業評価」（がん情報サービス） [https://ganjoho.jp/med\\_pro/cancer\\_control/screening/screening\\_manual.html](https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening_manual.html)

<sup>2</sup> 「標準的な健診・保健指導プログラム」（令和6年度版） <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001231390.pdf>

図3：認知症健診・検診の取組の流れ



#### ◆プロセス評価

「プロセス(過程)評価」は、事業の目的や目標の達成に向けた手順や活動状況を評価するものです。指標として、次のようなものを用います。

#### 1. 実施自治体数

各都道府県内で認知症健診・検診の取組を実施している自治体数が多いほど、その地域で事業の普及・展開が進んでいるといえます。

・実施自治体数が少ない場合は、次の点を見直します。

- ①自治体向けの情報提供の強化(説明会の開催、事例紹介 等)
- ②実施のための支援体制の充実(技術的支援、人的支援 等)
- ③自治体間の情報共有促進(成功事例の紹介、自治体間ネットワークの構築 等)

#### 2. 認知症健診・検診受検率

健診・検診の対象としてリクルートした方が、実際にどの程度受検したかを測る指標です。比率が高いほど、よい成果といえます。

・計算方法: 受検者数 / 対象者数 × 100 (%)

・比率が低い場合は、次の点を見直します。

- ①市民啓発の強化(SNS・広報誌・地域イベントでの情報発信 等)
- ②アクセスの改善(送迎サービスの導入、オンライン予約システムの導入、休日・夜間の対応 等)
- ③対象者の選定(健診・検診対象者の見直し、ハイリスク群の優先 等)

## ◆アウトプット評価

「アウトプット（事業実施量）評価」は、事業の具体的・直接的な成果を評価するうえで重要です。指標としては、次のようなものを用います。

### 1. スクリーニング検査陽性反応的中度

実施した認知症健診・検診の取組によって、実際に認知症・MCIの方を適切に発見できたかを測る指標です。

- ・計算方法：精密検査での認知症・MCI診断数／スクリーニング検査での受診推奨者数×100（%）
- ・的中度が極端に低い場合は、対象者をよりハイリスクな方、例えば生活習慣病のある方やより高齢の方に絞ってリクルートすることや、健診・検診で使用するツールの見直しを検討する必要があります。

### 2. 精密検査受診率

「要精密検査」となった方が、実際にどの程度精密検査を受診したかを測る指標です。比率が高いほど、よい結果といえます。

- ・計算方法：精密検査受診者数／要精密検査者数×100（%）
  - ・比率が低い場合は、次の点を見直します。
    - ①健診・検診の受検者に、精密検査の重要性が伝わっているか
    - ②受検者の利便性が確保されているか（交通アクセス、休日・夜間対応可能な体制の構築 等）
- これらの指標により、事業がどの程度の規模で住民に影響を与えたかを定量的に把握できます。「プロセス評価」だけでは見えにくい、事業の具体的な成果を示す手段として役立ちます。

## ◆アウトカム評価

「アウトカム（結果）評価」は、事業が住民や地域社会に与えた最終的な影響を評価するうえで重要です。指標として、次のようなものを用います。

1. 認知症早期発見の取組に対する住民の理解度・関心度
2. 住民の認知症予防に資する習慣の改善度

これらの指標により、事業が長期的に、住民や地域社会全体の健康やQOLにどの程度影響したかを評価できます。

アウトカム指標を得るには、継続的なモニタリングとデータ収集が必要です。これは、事業改善のためのフィードバックを得る手段としても重要です。

事業計画の枠組みを整理したら、次に、それをどのような体制で実施するかを検討します。あわせて外部機関等との協働<sup>3</sup>や連携<sup>4</sup>に向けた準備も必要です。

早期発見の取組を運営するには、自治体による実務だけでなく、市民への啓発活動や、事業実施後に受診・支援へつなげる体制整備など、地域のさまざまな機関との協力が不可欠です(表1)。

具体的な「早期発見」の取組としては、地域包括支援センターや行政機関での相談支援、介護予防・日常生活支援総合事業における基本チェックリストの活用、「通いの場」での見守り、保健師等による日常的な接点からの気づきが挙げられます。また、かかりつけ医が定期診療の中で気づき、認知機能検査や専門医への紹介につなげることもあります。

さらに、認知症の発症／進行リスクの「早期発見」につながる気づきは、日常生活の中にもあります。例えば、銀行や郵便局での手続き、スーパーや薬局での買い物・薬の受け取りなどで見られる、ささいな困りごとや対応の変化です。こうした日常の場面で地域機関と連携することも有効です。

「早期診断」には、医療機関との連携が不可欠です。例えば、かかりつけ医が初期の気づきを得た際に、認知症サポート医や認知症疾患医療センターなどの専門医療機関へ紹介し、専門的な診断・鑑別につなげるという流れをあらかじめ定めておく「認知症ケアパス」の整備・運用が重要です。

自治体には、こうした連携が円滑に進むよう、医師会等と協力して紹介フローや役割分担を共有し、情報提供や地域研修などを通じて、医療機関間の連携体制を支援する役割が求められます。

あわせて、医療機関での診断をきっかけに、ご本人やご家族が地域の支援資源へ円滑につながっていくことも重要です。地域包括支援センターや介護サービス、認知症カフェなどの地域資源につなぎ、切れ目のない支援を進めていくためには、医療機関と地域の支援機関が診断後の情報を共有し、相談から生活支援までの導線をあらかじめ整備しておくことが必要です。

なお、こうした体制を整える際は、連携の中でそれぞれの機関が果たす役割を明確にし、人材や費用面の分担について十分に話し合ったうえで、合意のもとで取り組むことが大切です。その際には、すべてを一から構築するだけでなく、既存の事業や地域資源を有効に活用するとともに、認知症サポーターをはじめとするボランティアの参画も検討するとよいでしょう。

表1：早期発見・早期診断、および早期対応に関わる協働・連携先の例

| 事業計画全体の中での関連する役割  | 関わる組織・人的資源(例)                                               |
|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| 市民啓発              | 医療機関や医師会<br>地域包括支援センター<br>住民グループ<br>ICT企業、学校教育機関、地域ボランティア団体 |
| 事業の運営             | 地域包括支援センター<br>住民グループ                                        |
| 日常生活における地域全体での見守り | 銀行や郵便局<br>スーパーマーケットやコンビニエンスストア<br>薬局                        |
| 早期診断およびその補助       | 医療機関や医師会                                                    |
| 診断後支援・ピアサポート*     | 認知症疾患医療センターなどの専門医療機関<br>認知症カフェ<br>本人ミーティング                  |

\* 認知症の当事者が主体となって、当事者同士でなければ知り得ない思いや情報を共有し、疾患の受容や生活の再構築につながるよう相談支援していくこと。

<sup>3</sup> 異なる組織が対等な立場で共同して取り組むこと(例：自治体と住民グループの共同活動)。

<sup>4</sup> 各組織が自らの役割を担いながら協力すること(例：自治体と医療機関の情報共有)。



## Step3

## 市民啓発 ～継続的な事業実施を目指して～

## 認知症に関する市民啓発の現状

近年、認知症はメディアなどで取り上げられる機会が増え、社会的関心が高まっています。国においても、「認知症基本法」にもとづく「認知症施策推進基本計画」が策定され、正しい理解の促進に向けた施策が進められています。

例えば、「認知症サポーター養成講座」では、令和6年12月時点で1,500万人を超えるサポーターが養成されており、普及啓発の取組は全国に広がっています。

さらに厚生労働省は、認知症の人が自らの言葉で発信する機会を広げるため、「認知症希望大使」を任命しています。希望大使は、国の普及啓発活動や国際的な会合への参加、「認知症とともに生きる希望宣言」の紹介などに取り組んでいます。

現在は、各都道府県でも「地域版希望大使」の設置が進められています。キャラバン・メイトとの連携や、自治体を実施する普及啓発活動への参加を通じて、地域に根ざした認知症理解の促進が期待されています。

## 自治体に求められる継続的な啓発

しかし、認知症そのものに対する理解は、まだ十分とはいえません。特に、発症前のリスクへの備えや、診断後に利用できる公的支援に関する情報は、あまり知られていないのが現状です。こうした理解不足が、必要なときの受診や支援を妨げる一因と考えられます。

自治体がホームページや広報誌で情報を発信していても、日常生活で困りごとを感じていない段階の住民には、自分ごととして捉えにくく、行動には結びつきにくいのが実情です。

そのため住民には、健診・検診の重要性や、早期に支援機関（専門機関、地域包括支援センター、かかりつけ医、保健師等）とつながることが、その後の生活への備えになることを、折に触れて繰り返し伝えることが大切です。

具体的には、次のような方法で、認知症および関連制度に関する啓発を継続的に行うことが重要です。

- ・自治体のホームページや広報誌、回覧板などへの掲載（認知症の基礎知識、相談窓口、介護保険制度の情報など）
- ・窓口での面談（直接的なコミュニケーションを通じて認知症への理解を促進）
- ・地域イベントでの啓発活動（地域の祭りや健康イベントでの情報提供）

## セルフチェックツールの活用

市民啓発の一環として、認知機能のセルフチェックツールを活用する取組もあります。例えば、自治体が認知機能チェックリストをホームページや広報誌に掲載し、住民が自分の認知機能の状態に気づく機会を提供している事例があります。また、生命保険会社や損害保険会社などの民間企業が、契約者向けに認知機能チェックアプリを提供する事例もあります。

これらのツールを活用することで、認知機能の低下や認知症の発症／進行リスクを「自分ごと」として捉える住民が増え、早期発見や受診行動の促進につながることが期待されます。

ただし、こうしたツールはあくまで自己評価にとどまります。そのため、住民が結果に不安を感じた場合には、早期に医療機関を受診するよう、あわせて促すことが必要です。医療機関への導線を示しておくことで、住民の不安をやわらげ、医療・支援の適切な利用につなげることができます。

#### 当事者の声

「もの忘れ」は年齢のせいなのでどうにもならないものと思っていました。しかし、認知症の進行を遅らせられる治療薬があると知り、検査を受ける気になりました。  
(70代・男性)

#### 当事者の声

いろいろ挑戦してみるのが好きで、試しに広報誌に載っていたセルフチェックツールを受けてみたら、少し認知機能が下がってきていることに気づきました。相談先も書いてあったため、すぐに受診に移ることができました。(70代・女性)

## Step4 リクルート ～対象者のリストアップ～

### リスクの高い住民の把握

認知症の発症／進行リスクを早期に発見するには、本人や家族の気づきや行動を待つだけでは不十分です。健診・検診の受検や相談窓口への来所は本人や家族の自発的な行動に委ねられるため、一人暮らしなどリスクの高い人ほど、こうした機会につながりにくいからです。

こうした状況の中で、自治体には、既存の情報資源を活用し、リスクのある住民に積極的にアプローチすることが求められます。具体的には、介護予防事業で用いられる基本チェックリスト、特定健診・保健指導の結果、国民健康保険データベース（KDB）の医療情報、地域包括支援センターや医療機関が把握する相談・支援記録などが活用できます。これらの情報は、個人情報保護法などの関連法令に則り、適切に取り扱う必要があります。

リスクの高い住民を早期に支援につなげる方法には、次のようなものがあります。

- ・地域包括支援センターや医療機関と連携し、すでに支援を受けている方の中から認知症のリスクが高い人を把握して、追加の相談や支援につなげる
- ・基本チェックリストの結果から、認知機能の低下が疑われる住民に戸別訪問や電話でフォローアップを行う
- ・KDBを活用して、糖尿病や高血圧など認知症の危険因子をもつ住民を抽出し、個別に健診や相談の案内を送付する

このように、自治体が既存の情報をもとにリスクの高い対象者を把握し、早期に支援へつなげる体制を整えることで、認知症の早期発見と早期対応を進めやすくなります。

### リクルート対象の設定

リクルート対象を決める際は、認知症の年代別有病率（図4）<sup>5</sup>を参考に、適切な対象年齢を設定することが重要です。認知症は男女ともに60歳頃から発病しその後は年齢とともに有病率が上昇します。

自治体の規模や、健診・検診にかけられる人員、予算、会場、

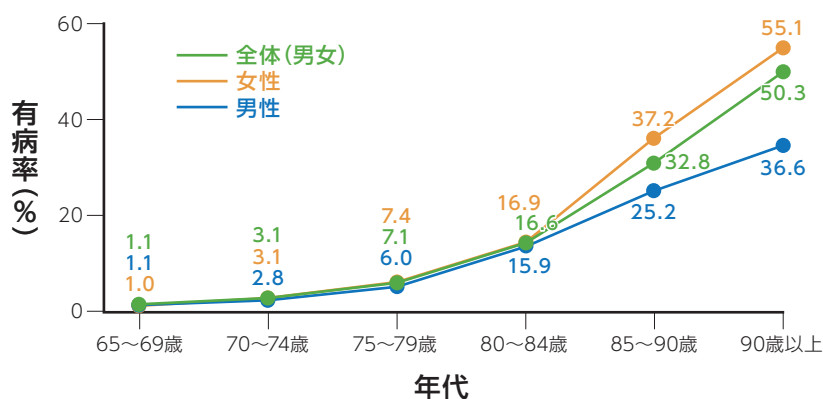
#### J-DEPP研究フィールド 担当者の声

人口規模の大きい自治体ではすべての人を対象にすることは現実的ではありません。誰を対象にするかによって、認知機能が低下している住民の割合も変わるため、リクルート対象者の設計は重要です。(東京フィールド)

<sup>5</sup> 「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」(令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授)より厚生労働省にて作成(URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf>)

時間などのリソースには、限りがあります。そのため、60歳以上の住民全体を一律に対象とすることがむずかしい場合もあります。その場合は、例えば有病率が高くなる75歳以上に絞る方法や、65歳・70歳・75歳といった節目の年齢で健診・スクリーニングを実施する方法など、地域の状況に応じて柔軟に設定することが考えられます。

図4：認知症の年代別有病率（令和4年時点）



### 実施にあたっての留意点

対象者にアプローチする際は、住民のプライバシー保護とデータの適切な管理に留意しなければなりません。これらは、リクルートを進めるうえで最も重要な要素の一つです。

また、認知症の早期発見をより効果的に進めるには、リクルートした住民を適切な支援につなげるフォローアップ体制を整えるとともに、対象者との信頼関係を築くことが重要です。

信頼関係を築くうえでは、例えば次のような対応が役立ちます。

- ・初期対応を行う職員が丁寧に説明し、本人の理解と同意を得たうえで支援先につなぐ
- ・同じ担当者が継続的に関わる
- ・必要に応じて、家族や民生委員、地域の身近な支援者とも連携する

## Step5 検査実施 ～検査の形式と使用ツール～

### ◆認知症の健診・検診の形式

認知症の早期発見を目的とした自治体の取組には、健診・検診形式で認知機能を評価する事業のほか、地域包括支援センターでの相談対応、通いの場や訪問活動を通じた日常的な気づきなど、さまざまな形態があります。

健診・検診を実施している自治体はまだ限られますが、近年では電子的デバイスを活用した認知機能検査の導入が進み、事業実施のハードルは以前より下がりつつあります。

認知症の健診・検診にはさまざまな形式があります。各自治体がそれぞれの特性（高齢化率、マンパワー、交通アクセス、使用する検査ツール、地域の医療機関数、会場確保等）を考慮し、適切な検査形式を選択することが重要です。

#### 当事者の声

家の近くで検査ができるって聞いて、行ってみようと思いました。（70代・男性）

#### 自治体職員の声

車社会のため、免許を返納している高齢者なども参加できるように、送迎サービスがある既存の事業（通いの場等）で検査を実施しました。

#### J-DEPP研究フィールド 担当者の声

都市部でも移動手段に制約のある高齢者は多く、地域密着型で複数回実施するなどの配慮が必要です。（東京フィールド）

## 【認知症の健診・検診の形式 代表例】

### 1. 会場型

特定の日程で公民館等の会場を確保し、認知機能等の「測定会」を開催する。複数の参加者に対し、順次検査を実施する。また、検査会場内に医師や看護師、保健師による相談ブースを設置することも検討する。

### 2. 指定医療機関型

地域の医療機関や自治体が連携し、住民が個人で地域の医療機関を訪れて検査を受ける。

### 3. 非会場型

受検者本人が自ら電子的デバイスや質問紙などを用いて検査を実施する。

#### J-DEPP研究フィールド担当者の声

会場型のスクリーニング検査では、認知症予防に関するミニレクチャーや講演と組み合わせることで、検査へスムーズに移行でき、多くの方に受検いただけます。(東京フィールド、鳥取・島根フィールド)

#### J-DEPP研究フィールド担当者の声

非会場型のスクリーニング検査は、積雪地域での冬期の外出困難者や、転倒ハイリスク者の受け皿となります。(北海道フィールド)

## ◆認知症の健診・検診の検査ツール

認知症の健診・検診に活用できる検査ツールには多くの種類があるため、自治体ごとに適したものを選択する必要があります。その際は、以下のポイントを確認することが大切です。

### 【検査ツール選択のポイント】

#### ①科学的根拠

- ・検査ツールが認知症・MCIを正しく評価できているか。(妥当性)
- ・同じ対象を測定したとき、検査結果が一貫しているか。(信頼性)

#### ②ユーザビリティ

- ・個別面接形式の認知機能検査(MMSE-J、MoCA-J等)では、検査の再現性を担保するため、実施者に対する事前訓練が不可欠である。
- ・タブレット端末等の電子的デバイスを用いて、受検者自身で実施する認知機能検査では、操作に不慣れな場合や手順どおりに実施できない場合は、認知機能を適切に評価できないことがある。

#### ③検査ツールの版権、コスト

- ・一部の検査ツールでは、ライセンス料等の費用が発生する。

認知機能検査として活用可能な評価ツールと、それぞれの利点・課題を表2にまとめました。

#### J-DEPP研究フィールド 担当者の声

会場型のスクリーニング検査では、タブレット端末等の操作に不安がある方でも、スタッフのサポートにより安心して受検することができます。(愛知フィールド)

表2:各認知機能検査ツールの利点と課題

| 検査                                                                                                         | 検査の概要                                                                                   | 所要時間   | 費用            | 利点                                                                                                                                                                                                                            | 課題                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mini-Mental State Examination-Japanese <sup>1</sup>                                                        | 認知症の判定のために世界で多用されている認知症のスクリーニングツール<br>30点満点で、個別面談形式で評価を行う                               | 10分    | 有料            | <ul style="list-style-type: none"> <li>偽陽性の可能性が低く精度・信頼性が高い</li> <li>認知症の予測妥当性は、感度87%、特異度89%</li> </ul>                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>対面式の検査であるためマンパワーおよびスタッフの訓練が必要</li> <li>データ集計やフィードバックが煩雑</li> </ul>                                                                          |
| Japanese version of the Montreal Cognitive Assessment <sup>2</sup>                                         | MCIをスクリーニングするために開発された認知機能検査<br>注意・実行機能・記憶・言語・視空間認知・見当識を評価可能<br>30点満点で、個別面談形式で評価を行う      | 10分    | 医療・教育目的の利用は無料 | <ul style="list-style-type: none"> <li>MMSE-JやHDS-Rと高い相関がある(<math>r=0.83</math>, <math>r=0.79</math>)</li> <li>臨床場面におけるMCIの鑑別性能が高い(感度93.0%、特異度87.0%、AUC=0.95)</li> <li>得点の算出に教育年数による補正が考慮されている</li> <li>多言語に対応している</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>対面式の検査であるためマンパワーおよびスタッフの訓練が必要</li> <li>静かな環境を準備する必要がある</li> <li>臨床場面での認知機能低下者を見逃さないことを目的に開発されているため、地域で利用した場合には特異度が低下する(偽陽性が高くなる)</li> </ul> |
| Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System-21 item およびその短縮版 DASC-8 <sup>3,4</sup> | 認知症のスクリーニングと重症度を評価<br>認知機能と生活機能の障害を評価できるツール<br>原則、評価者が、対象者をよく知る家族や介護者から情報を得る            | 5から10分 | 無料(研修は有料)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能と生活機能を総合的に評価できる</li> <li>簡便で短時間で実施できる</li> </ul>                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>対面式の検査であるためマンパワーおよびスタッフの訓練が必要</li> <li>データ集計やフィードバックが煩雑</li> </ul>                                                                          |
| PAPLICA <sup>5,6</sup>                                                                                     | 専用の映像教材を用いながら、参加者が紙の検査用紙と鉛筆を用いて解答する形式であり、複数名が同時に実施可能<br>注意・記憶・言語・視空間・抽象思考といった複数の認知領域を測定 | 25分    | 有料            | <ul style="list-style-type: none"> <li>映像を用いるため集団での実施が可能</li> <li>検査内容はペーパーペンシル形式なので情報機器への慣れの影響を排除できる</li> <li>面接式のMCI鑑別検査(MoCA-J)と高い相関(<math>r=0.77</math>)を示しており、認知機能低下の鑑別性能も高い(感度81%、特異度82%、AUC 0.88)</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>効果検証が都市部の高齢者で行われており検査性能の一般化には限界がある</li> <li>認知機能低下者における鑑別(MCIか認知症か等)には対応していない</li> <li>検査の実施および採点は訓練された検査者が実施する必要がある</li> </ul>             |

感度は、「MCIや認知症の人を、検査で正しく“MCI/認知症あり”と判定できる割合」のこと。

特異度は、「MCIや認知症ではない人を、検査で正しく“MCI/認知症なし”と判定できる割合」のこと。

実際はMCIや認知症ではないのに、“MCI/認知症あり”と判定してしまうことを偽陽性という。

実際はMCIや認知症があるのに、“MCI/認知症なし”と判定してしまうことを偽陰性という。

#### 参考文献一覧

1. 杉下守弘 ほか. 認知神経科学 Vol.12 No.3・4 2010.
2. Fujiwara Y, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2010;10(3):225-232.
3. 栗田主一 ほか. 老年精神医学雑誌 2015; 26: 675-686.
4. Toyoshima K, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2018;18(10):1458-

1462.

5. Cho D, et al. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1273.

6. Su X, et al. *Asian J Psychiatry.* 2025;108:104535.

表2:各認知機能検査ツールの利点と課題(つづき)

| 検査                                                                                                  | 検査の概要                                                                                  | 所要時間 | 費用                  | 利点                                                                                                                                                                                                                                                                             | 課題                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| National Center for Geriatrics and Gerontology Functional Assessment Tool <sup>7,8</sup> (NCGG-FAT) | 記憶・注意・実行機能・処理速度の4領域を約25分で評価できる年齢および教育歴にもとづく標準値で判定<br>タブレット端末を用いて実施                     | 25分  | 無料<br>(研修は有料)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能の低下と判定されるとその後の認知症発症リスクが高いことが報告されている</li> <li>検査の信頼性・妥当性が確立されている</li> <li>大規模データにもとづいた客観的なフィードバックが可能</li> <li>年齢および教育歴別の基準値から判定が可能</li> <li>認知症発症リスクや血液バイオマーカーとの関連が報告されている</li> </ul>                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>対面式の検査であるためマンパワーおよびスタッフの訓練が必要(専門知識・技能は不要)</li> <li>結果の即時フィードバックが困難である</li> <li>タブレット端末が必要</li> <li>静かな環境を準備する必要がある</li> </ul>                                                          |
| short form-National Center for Geriatrics and Gerontology Functional Assessment Tool (sf-FAT)       | NCGG - FATをインターネット環境下で対象者が一人で行えるようにしたもの                                                | 20分  | 無料<br>(現時点では研究利用のみ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査者に特別な技術や資格を必要とせず、最小限のスタッフ支援で実施可能である</li> <li>複数領域(4領域のうち少なくとも2領域以上)の機能低下を用いた場合、MMSE-Jに対するAUCは0.71と中程度の精度を示し、複数領域を用いた受診推奨のスクリーニング検査として有用</li> <li>年齢と教育水準別の基準値から判定が可能</li> <li>インターネット環境下であればどこでも実施可能</li> <li>結果がその場で表示される</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>電子的デバイスがない方、インターネット環境がない方は対象にならない</li> <li>一人で実施する場合、デバイス操作(二次元コード読み取り、ブラウザの操作など)、各認知機能検査の手続き、検査結果の解説などにスタッフによる支援が受けられない</li> <li>ダブルタップ、スワイプなどの意図しない動作により、検査が中断・中止されることがある</li> </ul> |
| CogEvo (株式会社 トータルブレインケア) <sup>9</sup>                                                               | インターネット環境下で電子的デバイスを用い、対象者が一人で検査を進める見当識・注意力・記憶力・計画力・空間認識の5領域を評価し、クラウドを通じて1～5級に判定する      | 15分  | 有料                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>MMSE-Jとの中程度の相関(<math>r=0.616</math>)が認められている</li> <li>認知機能正常とMCIの判別能は、AUCで0.747</li> <li>認知機能正常と認知症の判別能は、AUCで0.909</li> </ul>                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>鑑別性能や標準値に関する研究は進行段階</li> <li>実施環境による検査性能に関する検討は発展途上(一人で実施した場合と集団で実施した場合の相違など)</li> </ul>                                                                                               |
| セルフチェッカー (株式会社 FOVE) <sup>10,11</sup>                                                               | インターネット環境下で専用のVRヘッドセットとタブレット端末を用い、対象者が一人で検査を進める記憶力、判断力、計算力、言語力、空間認知力の5領域を評価し、100点満点で判定 | 5分   | 有料                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能正常とMCIの判別能が高い(AUC 0.857)</li> <li>短時間での実施が可能</li> <li>検査者を必要としないため詳細な検査結果を他者に知られることがない</li> <li>その場での即時フィードバックが可能</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>視機能の問題(眼瞼下垂や乱視等)により実施困難な場合がある(5～10%程度)</li> <li>検査途中での中断ができない</li> <li>専用の機器が必要であり、機器の運搬や設置に労力を要する</li> <li>検査内容を理解できているかの確認が困難である</li> </ul>                                          |

## 参考文献一覧

7. Makizako H, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2013;13(4):860-866.  
 8. Shimada H, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(12):2383-2388.

9. Takechi H, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2021;21(2):192-196.

10. Kodama N, et al. *Front Aging.* 2025;6:1532550.

11. 水上勝義 ほか. 日老医誌 2023;60:43-50.

表2:各認知機能検査ツールの利点と課題(つづき)

| 検査                                                                       | 検査の概要                                                                                                                 | 所要時間 | 費用                           | 利点                                                                                                                                                                                                     | 課題                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| もの忘れ相談プログラム<br>(株式会社 LIMNO) <sup>12</sup>                                | 言葉の即時／遅延再認、見当識、図形の認識の全4項目を評価する<br>専用のタブレット端末を用い、対象者が一人で進める                                                            | 3分   | 有料<br>(日本認知症予防学会の無料貸し出し制度あり) | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能正常とMCIの判別能は、AUCで0.866</li> <li>認知機能正常と認知症の判別能は、AUCで0.989</li> <li>最小限のスタッフ支援で実施可能であり、スタッフへの訓練も不要</li> <li>ヘッドホンを使用するので、静かな環境でなくても可能</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>専用のタブレット端末の購入が必要</li> </ul>                                                                                                   |
| Touch Panel-type Dementia Assessment Scale<br>(株式会社 LIMNO) <sup>13</sup> | Alzheimer's Disease Assessment Scaleを改変したタブレット版の検査<br>対象者が一人で検査を進めることができる<br>単語再認、見当識、図形の認識、お金の計算など全9項目を評価し、101点満点で判定 | 20分  | 有料<br>(日本認知症予防学会の無料貸し出し制度あり) | <ul style="list-style-type: none"> <li>ADAS-cogとTDASは 中程度の相関 (<math>r=0.69</math>) が認められている</li> <li>ADAS-cogが通常1時間要する検査を20分程度で施行可能</li> </ul>                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>専用のタブレット端末(もの忘れ相談プログラム)にソフトを導入する必要がある</li> </ul>                                                                              |
| のうKNOW <sup>®</sup><br>(エーザイ株式会社) <sup>14</sup>                          | Cogstate Brief Batteryを基盤に、反応速度・注意・視覚学習・記憶の4項目を測定し、A～Cの3段階で判定                                                         | 15分  | 有料                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能正常とMCIの判別能は、反応速度および注意で、AUCは0.67、学習および記憶でAUCは0.91</li> <li>認知機能正常とADの判別能は、反応速度および注意でAUCは0.73、学習および記憶でAUCは0.99</li> <li>学習効果が少なく繰り返しの評価にも有効</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>常時インターネット環境につながっている必要がある</li> <li>試行ごとに別々の二次元コードが必要で、ポスターであるため一斉配布が不可能</li> <li>高齢者が初回から完全に一人で実施することは困難なことが多く支援が必要</li> </ul> |
| CQ test<br>(株式会社 Splink) <sup>15</sup>                                   | 記憶力・集中力・ワーキングメモリの3領域を評価できるスマートフォン用のアプリケーション<br>年齢および性別にもとづく基準値で判定                                                     | 7分   | 無料<br>(研究利用の簡易版)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>スコアと海馬の容積に中程度の相関が報告されている</li> <li>年齢および性別の基準値から判定が可能</li> <li>インターネット環境下であればどこでも実施可能</li> <li>結果がその場で表示される</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>スマートフォンが必要</li> <li>静かな環境を準備する必要がある</li> </ul>                                                                                |
| ニンテスト<br>(小林製薬株式会社) <sup>16</sup>                                        | 6種類の香りを被検者に嗅いでもらい正解数を点数化する<br>全問正解で10点で、認知機能の判定にも活用できる                                                                | 5分   | 有料                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能正常とMCIの判別は、AUCで0.78</li> <li>認知機能正常と認知症の判別能は、AUCで0.97</li> <li>簡便に施行できる</li> <li>認知機能検査に比較して被検者の抵抗感が少ない</li> <li>集団検査の場合に、マンパワーがあれば、何組でも検査を追加できる</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>狭い部屋で実施する際に、換気が悪い場合には、サーキュレーターを使用する必要がある</li> </ul>                                                                           |

## 参考文献一覧

12. Kouzuki M, et al. *BMC Neurol.* 2022;22(1):457.13. Inoue M, et al. *Psychogeriatrics.* 2011;11(1):28-33.14. Maruff P, et al. *BMC Psychol.* 2013;1(1):30.15. Kasai W, et al. *Sci Rep.* 2020;10(1):16728.16. Fukumoto T, et al. *eNeurologicalSci.* 2022;29:100439.

検査ツールを選ぶ際は、科学的根拠や費用対効果に加え、高齢者本人やスタッフにとっての使いやすさにも配慮する必要があります。

J-DEPP研究では、一人の方に複数の検査、すなわちMMSE-J、MoCA-J、sf-FAT、もの忘れ相談プログラム、CogEvo、認知機能セルフチェッカー、のうKNOW<sup>®</sup>を受けていただき、認知機能スクリーニング検査の標準化に向けた検討を行いました。

MMSE-Jの検査結果が23点以下の場合を「認知機能が低下している」として分析したところ、受検者自身がタブレット端末等の電子的デバイスを使って行う検査でも、ある程度の精度で認知機能低下を見つけられることがわかりました。その精度はAUCという指標で表されます。

AUCは、認知機能が低下している人とそうでない人を、検査がどれだけうまく見分けられるかを示す数値です。1に近いほど優れていることを意味します。今回の検討では、AUCは0.64～0.85の範囲であり、電子的デバイスを使用した検査においても一定の有用性があると考えられました。

また、MoCA-Jで26点未満をMCIの疑いとした場合の分析では、AUCは0.63～0.74とやや低いものの、一定の精度をもつことが示されました。

検査後は、結果にもとづいて適切な支援や医療機関につなげられるよう、事前にフォローアップ体制を構築・整備しておくことが重要です。

#### ◆検査ツールの入手方法

検査ツールは、日本老年医学会のホームページ、心理検査を専門的に扱う販売代理店、各検査ツールのホームページ等を通じて入手できます。検査の実施にあたっては、保健師や公認心理師等の専門職が対応することが望まれます。

参考：日本老年医学会「高齢者診療におけるお役立ちツール」 <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/>

## Step6 結果通知・受診推奨 ～不安のない推奨のために～

健診・検診の結果、「認知機能低下の疑いあり」と評価された参加者には、その結果が医学的診断ではないことを明示したうえで、必要に応じて医療機関での詳しい評価を検討するよう、ガイドラインに即して適切に案内することが重要です。

「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」（最終改正：令和7年3月28日、厚生労働省・経済産業省）では、結果通知や受診案内において、当該結果が診断を目的とするものではないことを明示することが求められています。そのため、医学的判断は医療機関で行われるものであることを前提に情報提供をする必要があり、結果の伝え方や受診案内の方法には一定の制約があります。

一方で、認知機能の低下が疑われる対象者の中には、自身の状態を課題として認識することがむずかしい方もいます。また、受診の必要性を一定程度理解していても、不安や抵抗感から受診に至らない方や、受診方法、相談先、適切な医療機関がわからないといった実務的な困難を抱える方も少なくありません。

令和7年度に実施したJ-DEPP研究では、スクリーニング検査の後に結果を画面上で表示する形で医療機関への受診を案内したところ、受診率は13.5%でした。さらに詳しく見ると、自分が受診を勧

められていると認識していた対象者は22.9%にとどまりました。一方、受診推奨を認識していた対象者の受診率は33.3%であり、認識が乏しかった対象者の8.3%と比べて約4倍高いことが確認されました。このことから、受診を勧められていると認識しているかどうか受診行動に大きく影響しており、受診の必要性を確実に伝えることの重要性が示されました(詳細は第1章参照)。

これらの結果から、検査後に画面上で結果を表示して受診を推奨するだけでは、対象者が自らを受診推奨の対象であると十分に認識できず、それが受診につながらない一因となっていることが示唆されました。

その背景としては、認知機能が低下した対象者では、①検査後に表示される検査結果画面自体を見ていない、②画面は見たものの内容を理解できない、③画面を見て理解したものの、その後内容を忘れてしまう、といったことが生じている可能性が考えられました。

そのため、検査結果を確実に伝える工夫と、受診行動そのものを支える仕組みの両方が必要です。以下では、それぞれについて具体的に示します。

## 1. 検査結果を伝える

検査結果の通知では、その内容に応じて医療機関での詳しい検査が必要であることを、対象者が自分自身のこととして理解できるように伝えることが重要です。難解な専門用語は避け、不安に配慮しながら、平易で誤解の生じにくい表現を用います。

また、検査結果の理解と受診行動を促すため、医師、看護師、保健師等による「人を介した」説明や相談対応を組み合わせることが望まれます。なお、結果はその場の画面表示や口頭説明だけで終わらず、後から確認できるよう1ヵ月以内を目安に書面でも通知します。

### 【検査結果を確実に伝えるための工夫】

- ・検査結果画面の視認性を高め、シンプルかつわかりやすく伝える。
- ・内容を理解できたかどうかを確認するチェック項目を設け、結果を認識したことを確かめる。
- ・理解できなかった方や未確認の方に、再通知や保健師等による連絡を行う仕組みを設ける。
- ・会場型で実施する場合は、保健師等のスタッフがその場で直接結果を説明する。
- ・画面表示だけに頼らず、郵送、電話、訪問、SMS・メールなどの複数の手段で通知する。
- ・必要に応じて、本人の同意のもと、家族宛てに結果を通知することも検討する。

### 【文面例】

「今回の認知機能検査の結果から、医療機関での詳しい検査をおすすめします。かかりつけ医、または下記の医療機関のいずれかに、早めにご相談ください。詳しくは同封の案内をご確認ください。」

## 2. 受診を促す

認知機能が低下した対象者は、検査結果を通知しただけでは、受診の必要性を自分ごととして捉えられず、受診行動につながりにくいことがあります。また、認知症に対するスティグマや受診への不安などから、受診を勧められていると認識していても受診に至らない場合があります。

そのため、結果を伝えるだけでなく、受診行動を支える仕組みも必要です。医療・福祉の

### J-DEPP研究フィールド担当者の声

受診推奨対象者への架電によるフォローアップでは、詐欺を疑われるなどの誤解が生じることがあるため、郵送による結果通知とあわせて行うなどの工夫が必要です。(東京フィールド)



専門職や自治体保健師等が、対象者の不安に寄り添いながら受診の必要性を説明し、その後のフォローアップにつなげることで、適切な行動に結びつきやすくなります。

### 【受診行動を促すための工夫】

- ・受診を勧めるタイミングは、スクリーニング検査を受けた記憶が比較的新しい時期、おおむね1ヵ月以内とする。
  - ・どこを受診すればよいか、どう予約すればよいか分かるよう、受診先の一覧や予約の仕方を記した案内を同封する。
  - ・一度の画面表示や説明だけでは、検査結果や受診推奨の内容が十分に伝わらないことがあるため、会場での保健師等による説明に加え、結果通知後の架電や訪問など人を介した支援を組み合わせ、不安に寄り添いながら確実に伝えて受診につなげる。
  - ・受診推奨の対象者が多い場合は、複数の認知機能領域（記憶、見当識、実行機能など）で低下が見られる、よりハイレスクな対象者を優先的に支援する。
  - ・会場型でスクリーニング検査を実施する場合は、医師、看護師、保健師等の専門職による相談ブースを設け、その場で直接受診を勧める機会をつくる。
  - ・周囲に知られたくないと感じる対象者に配慮し、プライバシーの保護を徹底する。
- また、人員不足等で専門職による十分な対応がむずかしい場合は、早期受診の重要性を伝える啓発動画を活用し、説明を補うことも検討します。



概要編 (約1分40秒)



解説編 (約5分)



※これらの動画は、国立長寿医療研究センター公式YouTubeチャンネルよりご覧いただけます。  
URL: [https://www.youtube.com/@NCGG\\_PR](https://www.youtube.com/@NCGG_PR)

### 【表現例】

- ・信頼関係の構築:「普段の生活で何かお困りごとはありませんか？」
- ・傾聴と共感:「年齢を重ねると、もの忘れが増えることもありますよね」  
「そうした変化があると、心配になりますよね」
- ・具体的な指示:「不安や心配なことがあれば、かかりつけ医にご相談ください」
- ・安心感の提供:「早めに対応することで、将来の生活に備えることができます」

### 3. 受診の仕方を伝える

前述のとおり、受診の必要性を認識していても、具体的な受診の手順やかかるべき診療科がわからず、自分で適切な受診先を探すことがむずかしい対象者も少なくありません。

そのため、受診推奨の対象者には、結果通知とあわせて、各自治体における具体的な受診先（認知症疾患医療センターや、もの忘れ外来を設置している医療機関等）のリストを同封することが重要です。

受診先としては、まず、かかりつけ医への相談を勧めます。かかりつけ医が検査結果を確認したうえで、必要に応じて、認知症サポート医や認知症疾患医療センター<sup>6</sup>、認知症に関する専門医<sup>7,8</sup>が在籍する医療機関、もの忘れ外来を設置している医療機関等へ紹介します。

#### 当事者の声

「もの忘れ科」という看板を見かけることはなく、どこへ相談すべきかわかりませんでした。かかりつけの先生から「専門のところで診てもらっては？」と勧めてもらえたら、もっと安心して受診できると思います。(70代・男性)



#### ◆プライバシーへの配慮

結果を伝える際や受診を勧める際には、プライバシーへの十分な配慮が必要です。例えば、検査会場で受診を勧めた場合、他の参加者に結果が知られてしまう恐れがあります。そのため、説明はプライバシーが確保された場所で行う、または後日、あらためて個別に説明するなど、状況に応じた配慮が求められます。

#### 当事者の声

夫が認知症と診断され、近所の方に打ち明けたところ、その話が広まってしまうと。周囲の視線が変わったように感じられ、夫本人も地域の集まりに参加しづらくなってしまいました。(70代・女性)



#### ◆対象者に寄り添った対応

認知症診断に対する不安やスティグマから、受診に心理的な抵抗感を示す対象者も少なくありません。そのため、受診を勧める際には、必要以上に不安を煽らないよう、表現や伝え方に十分配慮する必要があります。

保健師が受診を勧める場合、いきなりもの忘れや認知症の話題に触れると、抵抗感を示すことがあります。まずは日常生活の状況を丁寧に聞き取り、信頼関係を築くことが重要です。そのうえで、認知機能の低下による日常生活上の困りごとや、生活習慣病の有無などを、傾聴と共感をもって確認し、自然な流れでもの忘れの話題に触れて受診につなげる工夫が必要です。

さらに、受診に不安を感じている方には、家族に付き添いなどの協力を求めることも一つの方法です。身近な家族が同席することで安心感が高まり、受診への心理的ハードルが下がる場合があります。また、受診をためらっている方には、家族からの前向きで温かい声かけが、受診を後押しすることもあります。

かかりつけ医がいる場合は、その受診頻度や関わり方を把握したうえで、対象者の状況に応じた案内を行います。また、継続的に健診・検診に参加している対象者については、過去の検査結果も考慮することが重要です。

さらに、地域支援事業など、他の自治体事業への参加状況も確認し、必要に応じて関係部署と連携することで、包括的な支援につなげます。

<sup>6</sup> 認知症疾患医療センターの整備状況について（厚生労働省）<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001226823.pdf>

<sup>7</sup> 日本認知症学会「認知症専門医検索サイト」<https://dementia-japan.org/doctors/>

<sup>8</sup> 日本老年精神医学会「高齢者のこころの病と認知症に関する専門医検索サイト」[https://world-pl.com/rounen/A\\_sennmonni/r-A.htm](https://world-pl.com/rounen/A_sennmonni/r-A.htm)

### 当事者の声

検査はこっそりと受けたのが本音です。結果と一緒に『具体的な病院名』を教えてもらえたおかげで、どこに行けばいいか悩まずに済みました。(70代・女性)



### 自治体職員の声

受診を勧める際は、現在の生活において気になっていることなどを丁寧に聞くよう工夫しています。受診に消極的な方でも、まずかかりつけ医への相談を提案すると受診のハードルが下がると感じています。(保健師)



## Step7

## 継続支援 ～モニタリングとフォローアップ～

検査を実施し受診推奨をした後も、参加者のその後を継続的に見守り、必要に応じた支援を続けることが大切です。また、医療機関の受診が確認できない方には、受診を再度働きかけることも必要です。ここでは、その具体的な方法を見ていきます。

### ◆医療機関受診後のフォローアップ

参加者が医療機関を受診した後は、診断結果に応じて適切な支援につなぎます。診断結果は大きく4つに分けられます。それぞれに応じた支援の例を以下に示します。

#### 1. 認知症

- ・介護保険制度について本人と家族に紹介する。
- ・地域包括支援センターや介護支援専門員を紹介し、認知症カフェ等の地域資源につなげる。
- ・重症化を予防する薬物療法(抗アミロイドβ抗体薬、コリンエステラーゼ阻害薬など)や、非薬物的治療法(認知トレーニング、運動療法、作業療法、音楽療法、回想法など)があることを紹介する。

#### 2. MCI

- ・医療機関での定期的な検査を勧める。
- ・予防活動(介護予防事業、通いの場など)への参加を促す。
- ・薬物療法(抗アミロイドβ抗体薬など)があることを紹介する。

#### 3. その他の疾患(うつ病等の精神疾患、ビタミンB欠乏症等の内科疾患など)

- ・適切な鑑別診断(原因疾患を明らかにする)と治療により改善しうることを伝える。
- ・医療機関での治療の継続を促す。
- ・回復後も、早期発見の取組への定期的・継続的な参加と、自主的な予防活動(身体活動、通いの場への参加など)を促す。

#### 4. 正常範囲

- ・早期発見の取組への定期的な参加(数年に1回程度)を続けるよう勧める。
- ・自主的な予防活動(身体活動、通いの場など)への参加を促す。

### 当事者の声

診断後、日常生活や健康に気をつけるようになりました。何より、相談できる場所ができたことも、大きな安心につながって良かったです。(70代・男性)



## ◆モニタリング

継続的な支援のために、参加者のモニタリングを行います。このデータは、最終的に事業評価を行う際にも役立ちます。モニタリングの具体的な方法として、次のものが挙げられます。

### 1. 郵送調査の実施

参加者全員または認知症・MCIリスクが高い人を対象に、次の事項を確認します。

- ①検査の後に医療機関を受診したか
- ②健康に関する取組(身体活動、通いの場でのイベント等)に参加しているか

ただし、郵送調査では、認知症・MCIリスクが高い対象者ほど回収率が下がるという、セレクション・バイアスの問題が起こりやすい点に注意が必要です。また、1回のみの調査では、継続的な支援状況を把握することがむずかしくなります。

さらに、かかりつけ医との連携が十分でない場合は、実際に医療機関を受診したか、どのような診断であったかを把握しにくく、対象者の自己申告にもとづく評価にとどまるという限界があることに留意が必要です。

### 2. 個別フォローアップ

認知症・MCIと診断された後、医療・介護等の支援の活用が進んでいない方には、地域包括支援センターなどが面談や架電でフォローアップを行います。

なかには病識が乏しく、受診を自分ごととして捉えられないケースもあります。本人の自覚や意思だけに頼るのではなく、家族へのアプローチも含めて、地域全体で医療・介護等の支援につなげられる仕組みづくりが求められます。

一方で、スタッフには限りがあるため、対象者が多い場合は、よりハイリスクな人に絞って対応するなどの工夫も必要です。



## Step8

## 事業評価 ～3段階の評価方法と活用～

ここまで、認知症の早期発見に向けた自治体での取組や進め方を、フレームワークに沿って見てきました。「Plan(計画)」「Do(実施)」に続いて、最後に行うのが「Check & Action(評価と改善)」です。

事業評価では、実施状況や短期的な成果だけでなく、長期的な影響まで把握することが重要です。年度ごとに事業全体を振り返り、Step1で設定した主要KPI(受検率、受診率など)の実績を確認します。

評価の結果は、次年度以降の計画に反映します。目標を達成できなかった場合は、その要因を分析し、Plan(計画)を見直すことで、事業の改善につなげます。

次ページ以降では、認知症の早期発見の取組に関する自治体の事例を紹介します。事業を計画する際の参考としてください。紹介事例は以下のとおりです。

- ・兵庫県神戸市「認知症神戸モデル」
- ・千葉県松戸市「松戸市 脳活チャレンジ&ナビ」
- ・東京都文京区「PFSを活用した認知症検診の取組」
- ・秋田県羽後町「うごまち脳の健康度チェック事業」(J-DEPP参加自治体)
- ・鹿児島県垂水市「たるみず元気プロジェクト」(J-DEPP参加自治体)





## 「認知症神戸モデル」

担当部署：福祉局高齢福祉課 関連条例：神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例

## 神戸市の高齢化率

約29.0%

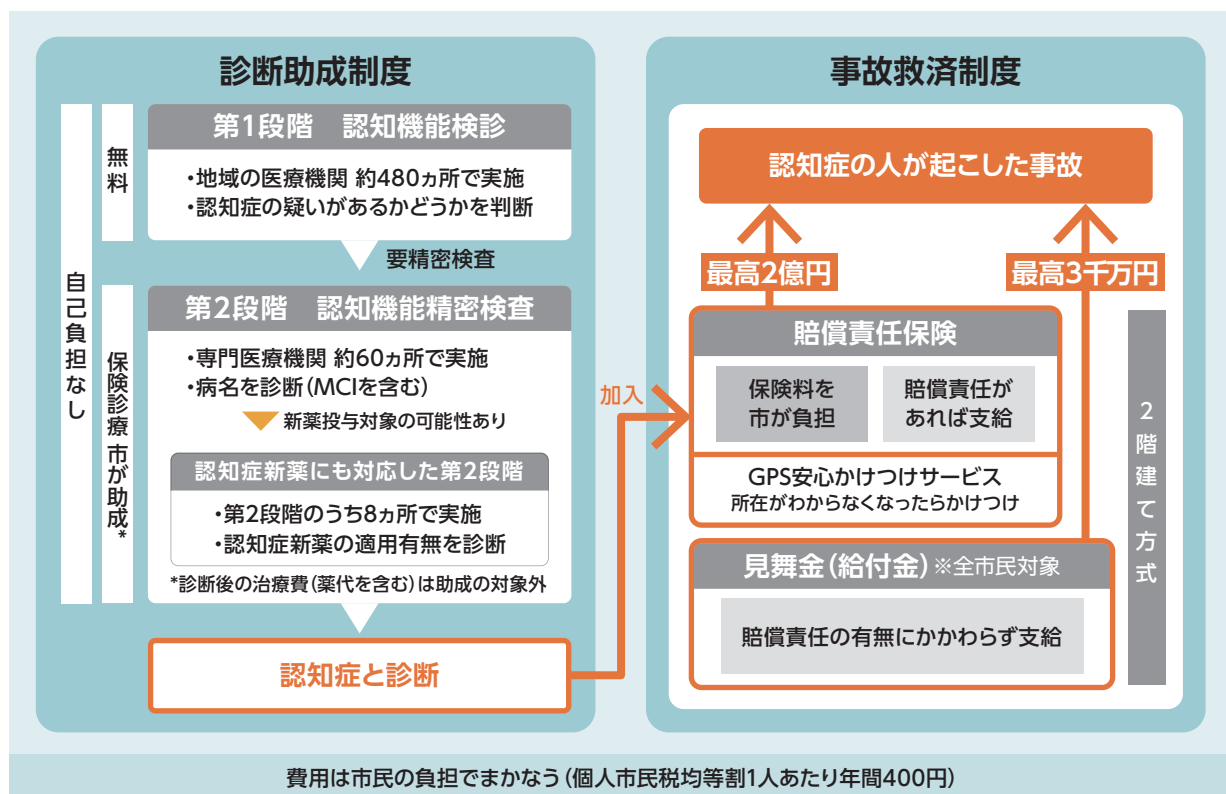
総人口 約149万6,000人(2024年)

65歳以上人口 約43万4,000人

## 取組概要

## 「診断助成制度」と「事故救済制度」の二本柱で市民に安心感を

他人に知られたくないという思いや、診断後の生活、経済的負担など、認知症診断にまつわる不安は多岐にわたります。検査控えにつながりかねないさまざまな不安を軽減するため、認知症神戸モデルでは「診断助成制度」と「事故救済制度」の二本柱を据えて医療機関と連携し、さらに認知症の診断や賠償責任保険の加入にかかる費用等を市が負担することで、大きな安心感につなげています。



## 具体的な実施方法 (対象:65歳以上の市民)

制度について詳しくはこちら  
認知症神戸モデル 特設サイト<https://kobe-ninchisho.jp/>

## 普及啓発、受診者募集

- ①市のホームページや広報紙により普及啓発を行います。
- ②65歳以上の方は受診券を申し込むことができます。制度周知のため、一定年齢に達した方へ受診券の一斉送付も実施。
- ③本人(または家族やケアマネジャー)が実施医療機関のリストから選んで直接予約します。

## スクリーニング検査の実施

- ①検査は、あらかじめ市に登録した各医療機関で医師や医療従事者が実施します。長谷川式簡易知能評価スケールおよびDASC-21、市医師会が独自作成した問診票を使用。
- ②医師が認知症の発症/進行リスクを判断し、必要に応じ精密検査の受診を推奨します。
- ③精密検査は保険診療で実施します。窓口で支払った自己負担分は、後日、市が助成します(要申請)。
- ④認知症新薬の適用判断にかかる費用も、市が助成します(薬代を含む治療費は対象外)。

## 支援活動(診断後支援)

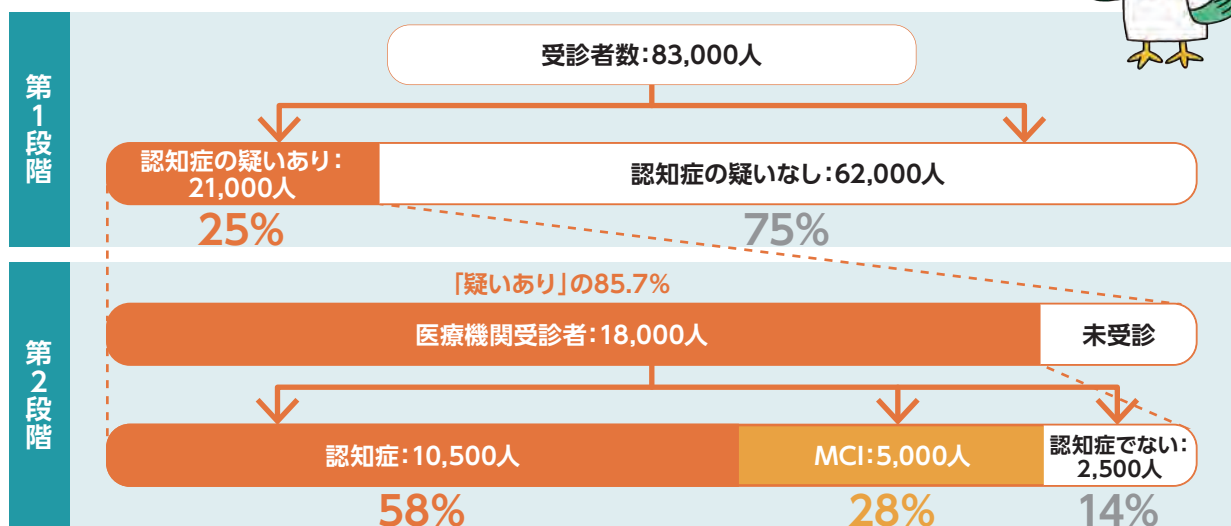
- ①認知症と診断されると賠償責任保険に無料で加入できます。
- ②診断した医療機関が認知症ケアパスを渡し、地域包括支援センターを紹介するなど介護保険サービスにつなげています。

## 事業評価

以下の2項目を集計し、事業評価としています。

- ①累積認知機能検診受診者数
- ②精密検査受診率

### 2019年2月(制度開始時)～2024年10月の実績(概数)



※「認知症新薬にも対応した第2段階」の受診者数:63人(2024年4月～10月)

### 主な特長

## 医療機関や事故救済制度との連携で、大きな安心感を

### ■指定医療機関型の認知症検診を採用

地域の医療機関がスクリーニングを担うことで、以下のようなメリットが得られます。

1. 他人に知られにくい環境で、心理的抵抗感を軽減。
2. かかりつけ医など、身近な医療機関で受診できる。
3. 医師からの推奨で精密検査(第2段階)の受診率が高まる。
4. 医師が診察するため、偽陽性の可能性が抑制できる。
5. 費用を市が負担することで検査控えを抑える。

### ■事故救済制度を採用

事故救済制度を加えることで、住み慣れた地域で暮らし続けられる安心感が具体的に示せます。

### 課題と展望

## 普及啓発とMCI支援で「誰ひとり取り残さない」検診事業へ

1. 普及啓発:検診事業の広報や受診券送付等の活動に対し、実際に受診するかどうかは本人や家族の「気づき」に依存しています。  
認知症の発症/進行リスクのある、特に独居高齢者への「気づき」の提供は従来の方法ではむずかしく、受診誘導の仕組みづくりが課題です。
2. MCI診断後の支援:現在、第2段階(精密検査)でMCIと診断された方が受けられる治療や利用できるサービスが限られているため、該当者へ向けたリーフレットを作成。並行して、より包括的な支援策の策定へ向けて調整を進めています。

### 自治体職員の声

認知症神戸モデルは、認知症の診断が「早期診断・早期絶望」といわれて恐れられていた時代に市民目線で議論してつくった制度です。コロナ禍においても、認知症新薬が保険収載されたときにも、うまく機能しました。今後、共生社会の実現を推進する一助となると考えています。



松戸市の高齢化率



約25.9%

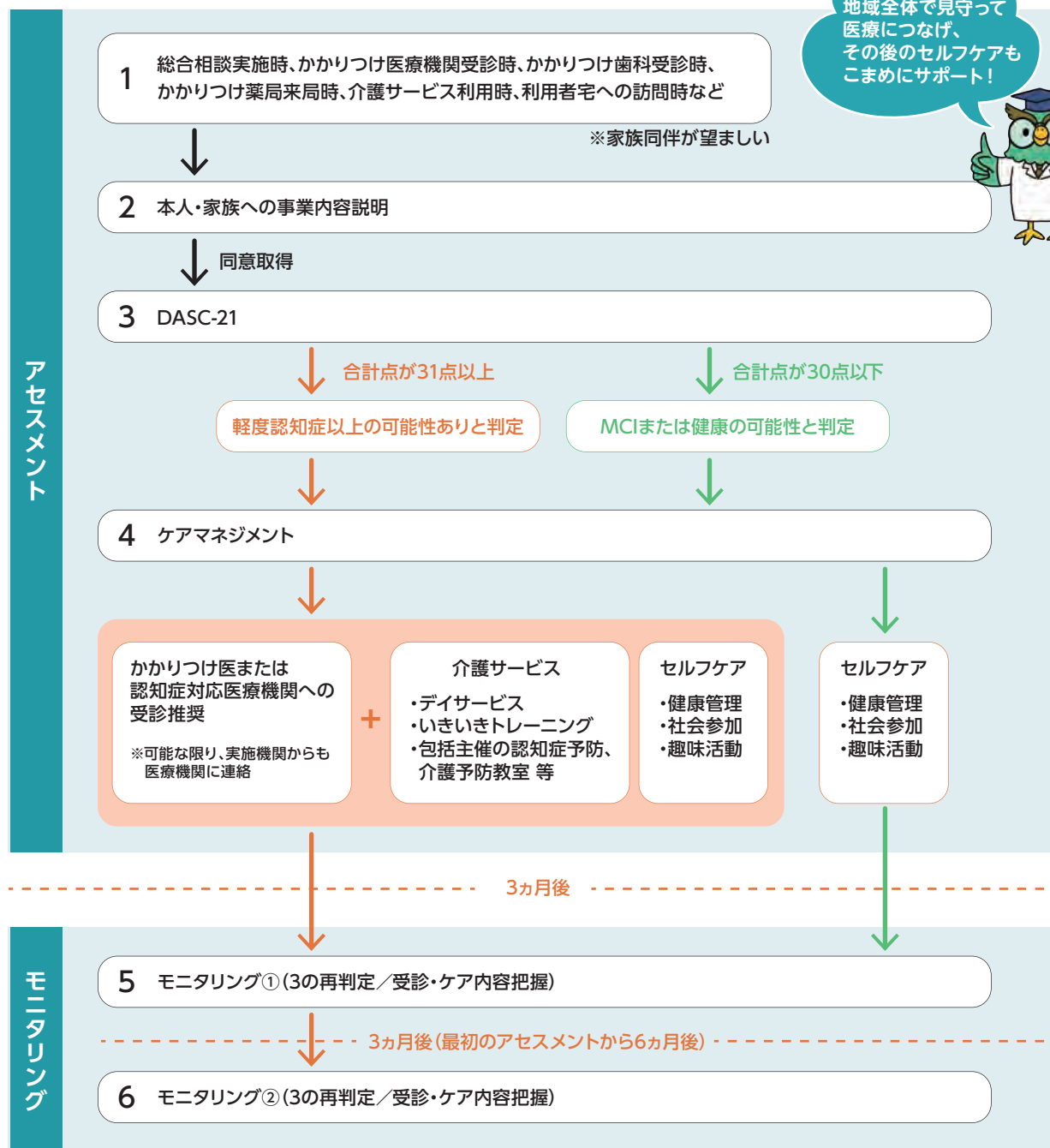
総人口 約49万9,000人(2024年3月末)  
65歳以上人口 約12万9,000人

取組概要

## 地域の身近な機関が発見、予防活動に伴走

認知症の早期発見は、「気づき」が出発点といえるでしょう。しかし、本人はもちろん、家族や周囲の方でも気づきにくいことが多々あります。松戸市脳活チャレンジ&ナビでは、同じ街に住む高齢者と接する機会の多い地域包括支援センター等の協力を得て、地域全体で早期発見と支援に努めています。

### 基本的な流れ



地域全体で見守って  
医療につなげ、  
その後のセルフケアも  
こまめにサポート!



※「5 モニタリング①」(3ヵ月後モニタリング)以降、新たにDASC-21の合計点が31点以上となった場合は、医療機関への受診推奨を行う。

## 具体的な実施方法(対象:松戸市在住の高齢者および認知機能の低下が疑われる方)

### 普及啓発、早期把握

- ①地域の施設や事業所(地域包括支援センター、医療機関、歯科、薬局、介護サービス事業所など)は希望により協力機関として市に登録します。登録には研修会への参加または動画視聴が必須です(2024年12月現在、登録数66)。
- ②市のホームページやチラシ等で公開、周知を図ります(図1)。
- ③協力機関は高齢者との接点で認知機能低下を疑うと、同プロジェクトへの参加を呼びかけます。

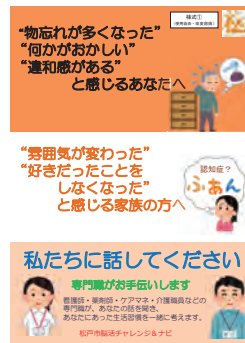


図1

### スクリーニング検査の実施・受診推奨

- ①同意が得られれば各協力機関はDASC-21によるスクリーニング検査を実施。31点以上の方には受診を勧めます。
- ②点数にかかわらず、参加者全員に個別のケアマネジメントプランを立案。健康管理、社会参加、医療や介護サービスの利用等、13項目で目標を設定し、セルフケアの実施を推奨。必要に応じて医療機関や介護サービスにつなげます。

### 支援活動(認知症予防活動／診断後支援)

- ①3ヵ月後と6ヵ月後に参加者の取組状況をモニタリング。必要に応じてプランを修正します。
- ②実施後は報告書を市に提出し、費用を請求します。

事業概要のページはこちら

<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/ninchisho/noukatsu.html>



### 主な特長

## 高齢者との日常の接点を活用し、安心感の醸成と早期発見へ

#### ■地域の中の身近な機関が発見

高齢者と日常的に接している地域の包括支援センター等が、それぞれの接点で認知症の発症/進行リスクの早期発見を行います。認知症の検査や受診に対する心理的抵抗感が減らせ、独居高齢者や健康無関心層にもアプローチが可能となります。

#### ■伴走型支援

早期発見から支援(認知症予防活動／診断後支援)までが一気通貫のパッケージで、検査後に「放り出される」不安感や、継続支援が必要な対象者が取りこぼされるリスクを最小限に抑えます。

### 課題と展望

## 各機関の協力を増やし、認知度や利用数のアップを

1. 認知度:市民アンケートの結果、高齢者2.2%、若年者2.4%の認知度でした(2024年3月実施)。今後の改善が求められます。
2. 参加者数:地域包括支援センターのみが実施しており、高齢者にとって身近な各機関の協力がむずかしくなっています。  
参加者は年間130~160名程度にとどまっているため、実施負担の軽減や、フローの簡素化が課題です。

### 自治体職員の声

認知症を予防できるまちを目指して、2017年度より本事業に取り組んでいます。課題もありますが、高齢者が日常的に関わる身近な機関の協力のもと、軽度認知症の把握・アセスメントを通じた医療連携やセルフケアの推進に引き続き取り組んでいきます。



文京区の高齢化率



約18.9%

総人口 約23万3,000人(2024年)

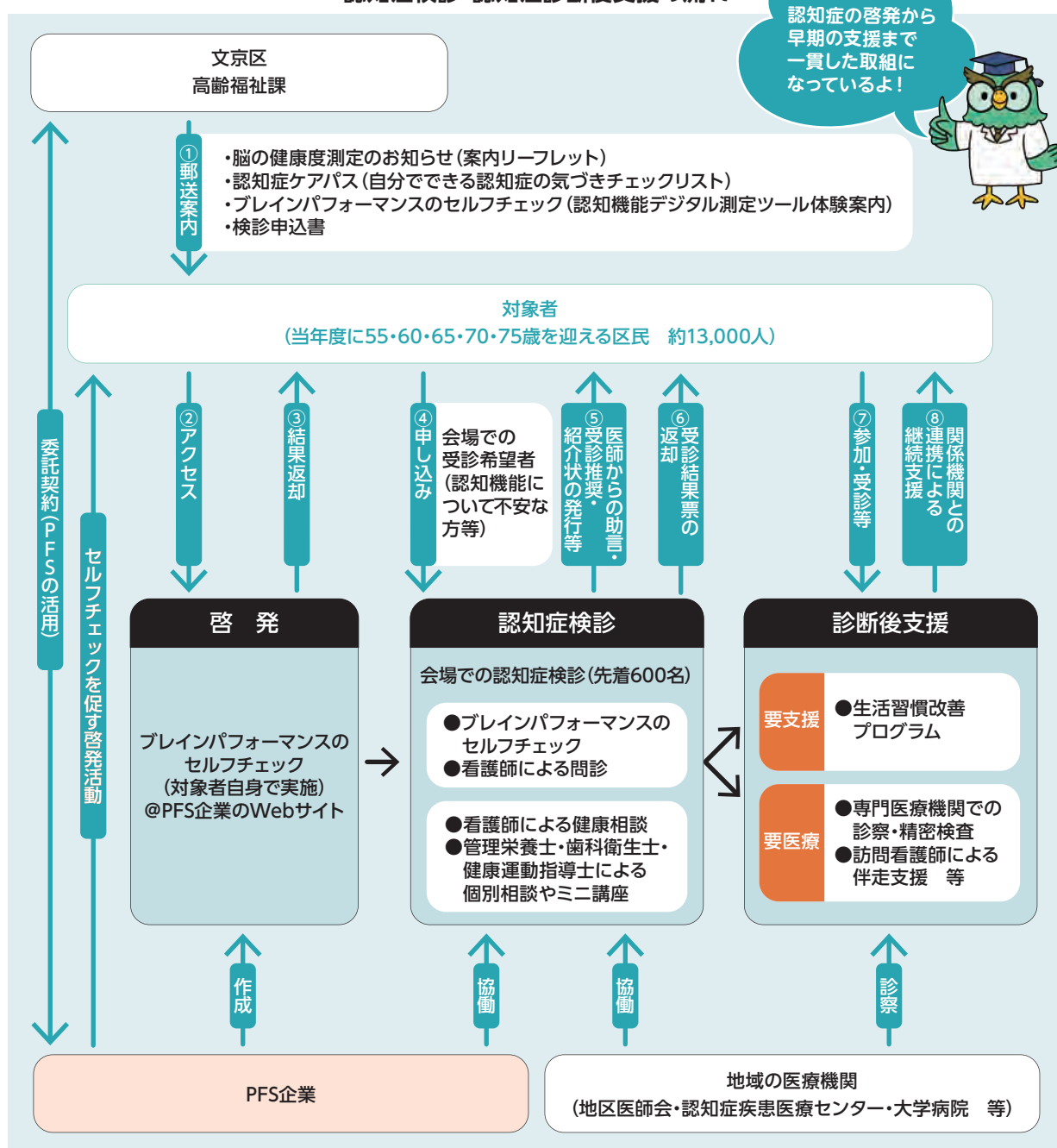
65歳以上人口 約4万4,000人

取組概要

## 早期の気づきから受診後まで、切れ目なく支援

認知症の早期発見・早期支援事業の実施に際しては、認知症に対する住民の理解を深め、「自分ごと」として捉えるための啓発が重要です。文京区では、地区医師会や区内企業との協働により、認知機能デジタル測定ツール等による普及啓発・認知症検診・診断後支援まで、切れ目のない支援体制を構築しています。さらに、より高い成果を目指し、事業の一部にPFS(成果連動型民間委託契約方式)を活用しています。

### 認知症検診・認知症診断後支援の流れ



## 具体的な実施方法(対象:55・60・65・70・75歳 5歳ごとの節目検診)

### 普及啓発と検診案内

- ①広報紙等で検診を周知するほか、対象者には「脳の健康度測定のお知らせ」の案内を郵送します。
- ②案内には、「ブレインパフォーマンスのセルフチェック」の二次元コードと「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を同封し、各自でセルフチェックを実施します。セルフチェックの結果、希望者は会場での認知症検診\*に参加を申し込みます。

\*年1回、4日間実施。最大600名参加可能。過去の実績は250～450名/年度。

### 検診の実施

- ①会場に設置したタブレット端末で「ブレインパフォーマンスのセルフチェック」を実施(スタッフのサポートあり)。問診の結果とあわせ、医師からアドバイスを受けます(生活習慣についての助言や受診推奨、区内の専門医療機関の紹介等)。
- ②会場では看護師による健康相談、管理栄養士・歯科衛生士・健康運動指導士によるミニ講座等も行います。
- ③受診結果は後日、個別に郵送されます。

### 診断後の支援

診断の結果、必要に応じ生活習慣の改善を促すプログラムや訪問看護ステーションの看護師による伴走支援事業を案内します。

事業概要のページはこちら

<https://www.city.bunkyo.lg.jp/b017/p003341/index.html>



### 主な特長

## 普及啓発と検診受診のきっかけをデジタルで提供

### ■啓発としてのセルフチェック

検診案内への二次元コードの同封は、プレスクリーニング目的ではなく「啓発」の一環として行っています。自ら認知機能を測定することで脳の健康に関する「気づき」を促し、検診の受診へとつなげます。

### ■デジタルで気軽に脳の健康度をチェック

スマートフォンやタブレット端末により、自宅等で気軽に脳の健康度を測ることができます。ゲーム感覚で楽しみながら取り組むことで、脳の健康についての意識の向上につなげます。

### ■PFSによる企業の協力

「ブレインパフォーマンスのセルフチェック」の二次元コード紙および受診後に送付する受診結果票はPFS企業が作成します。

PFSの導入で、企業の積極的な協力が得られています。

### 課題と展望

## 普及啓発から検診受診へのつながりが課題

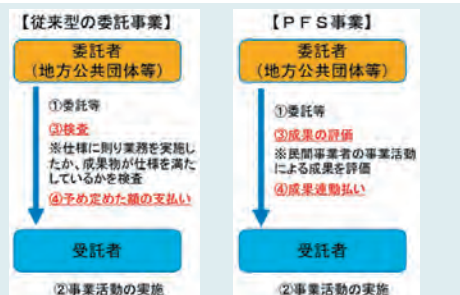
1. 課題:「脳の健康度測定のお知らせ」の発送件数に対する受診率は、2～3%となっています。無関心層の取り込みのほか、検診やセルフチェックの機会拡大に関する区民ニーズへの対応等が課題です。
2. 展望:課題に対応するため地区医師会とも協議し、2025年度から「指定医療機関での個別検診」へ移行します。  
また、検診対象者以外で希望する方にも、セルフチェックの機会を提供します。

### PFS(Pay For Success)とは?

「成果連動型民間委託契約方式」

さまざまな社会課題を官民が連携して解決するため内閣府が策定しました。成果指標値を設定し、改善状況の評価に連動して委託費等が支払われます。民間の創意工夫を引き出しつつ、社会課題の効果的解決や国民の満足度向上が期待されています。

右図:成果連動型民間委託契約方式(PFS:Pay For Success) 共通のガイドライン(内閣府 成果連動型事業推進室)より  
[https://www8.cao.go.jp/pfs/r6\\_guidelines.pdf](https://www8.cao.go.jp/pfs/r6_guidelines.pdf)



### 自治体職員の声

受診者向けアンケートの結果、認知症への関心の高まりや「自分ごと」として捉えたうえでの行動変容が窺え、普及啓発の効果が見られています。地区医師会や企業、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、専門医療機関等、区内の多様な関係機関と連携を図ることで、対象者を早期に適切な社会資源へつなぐことを意識しています。



羽後町の高齢化率



約43.8%

総人口 約1万2,800人(2026年)

65歳以上人口 約5,600人

取組概要

## 小規模自治体ならではの機動性 ～「アウトリーチ型」を中心に複数のアプローチ～

わざわざ検査会場へ足を運ぶ手間や、「認知症の検査」という言葉が持つ心理的ハードルは、早期発見の大きな壁となります。羽後町では、行政側から住民の集まりに出向く「アウトリーチ型」の手法を導入。また、国保データベース(KDB)等の活用により支援が必要な層を効率的に抽出するなど、アナログな地域力とデジタルなデータベースを融合させ、受検者数の増加につなげています。

体制構築

### 庁内における準備

- ・目標の設定  
(令和6年度は「受検者150名」を目標に設定)
- ・既存事業の棚卸し
- ・検査方法の確定
- ・チラシの準備
- ・職員の検査実施トレーニング 等

情報共有  
協力依頼

サポート

### 関係機関との調整

- ・秋田大学医学部附属病院
- ・秋田県立病院機構
- ・認知症疾患医療センター
- ・町立病院
- ・認知症初期集中支援チーム
- ・地域のサロン/町事業の参加者
- ・サロン運営団体(JA女性部) 等

検査の周知

### 会場型

- 職員が地域サロンや認知症カフェへ訪問し、検査周知

- 国保データベース等からハイリスク者を抽出  
職員が戸別訪問し、検査周知

### 非会場型(オンライン型)

新規の1号被保険者証の送付時に、二次元コード付きチラシを封入し、検査周知

検査の実施

町の予算で会場へ送迎

会場でスタッフがタブレット操作を支援しながら検査実施

検査方法

タブレットで行う脳の健康チェック(sf-FAT)

対象者自身のスマートフォンから検査実施

検査方法

スマホで行う脳の健康チェック(sf-FAT)

その場で職員が結果をプリントアウト、結果説明  
※ポータブルプリンター持参

画面上で結果を確認

受診／支援体制

健康

認知機能低下の疑いがある場合は受診を勧め、  
病院・認知症初期集中支援チームへつないでいく

継続受診のフォロー・地域資源紹介・介護申請対応等  
(地域包括支援センター・健康福祉課)

結果的に  
受検者240名!  
目標を160%  
達成したよ



## 具体的な実施方法(対象:住民全員)

### 体制構築

※事業実施の約1カ月前より準備・調整を開始

- ①地域包括支援センターを中心に健康福祉課とも連携し、実施人員やタブレット端末等を確保します。
- ②病院や認知症サポート医へ事業を説明し、結果票を持参する受診者の受入体制を整えます。
- ③地域の高齢者サロンなど、住民が集まる「通いの場」をリストアップし、活動に検査を組み込むよう調整します。

### 検査の周知

- 【会場型①】地域のボランティアやサロン運営委託業者をはじめとする、既存のコミュニティ等に協力を仰ぎます。そのうえで、「直接的に認知症を診断するものではありません。気軽に脳のチェックを試してみませんか」と取り組みやすい雰囲気づくりを行います。
- 【会場型②】国保データベース等を活用してハイリスク者(健診履歴のない方等)を抽出し、戸別訪問を行うことで、関心の低い層へも個別にアプローチします。
- 【非会場型】65歳到達者への被保険者証送付時に二次元コード付きチラシ(図1)を同封し、サロン等に参加しない層へも個別に案内します。

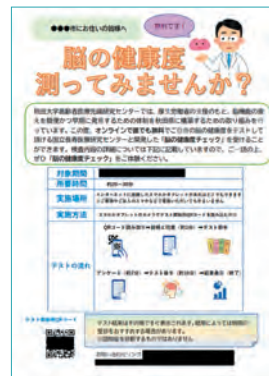


図1. 二次元コード付きチラシ

### 検査の実施

- 【会場型①②】機器操作に不安のある高齢者が多いため、職員がマンツーマンで支援します。
- 【非会場型】チラシの二次元コードから、自身のスマートフォン等で手軽にチェックできるようにします。

### 受診／診断／支援体制

- 【会場型①】通いの場やサロン等では半年～1年後に再検査を行い、認知機能の変化を継続的に確認します。
- 【会場型①②】認知機能の低下が疑われる場合は「定期受診の際などに、検査の結果を持ってかかりつけ医に相談を」と、日常的な健康管理の延長として受診を促します。
- 【非会場型】実施端末の画面上で結果を確認できるようにします。さらに、地域包括支援センターへ電話等で相談可能な旨を案内し、孤立させないフォロー体制をとります。

#### 主な特長

## 既存事業を最大限活かした、効率的かつ効果的な検査

### ■生活動線に入り込む「アウトリーチ」

高齢者が日常的に集まっているサロンや食事会へ職員が出向くスタイルを徹底しています。すでに人が集まっている「生活動線」の中で実施することで、新たな集客の労力をかけずに、効率よく多くの受検者を確保しています。

### ■既存事業を最大限活用

サロン会場運営や送迎、チラシの郵送は既存事業のインフラを活用し、効率的に運営しています。新たな会場費や人件費などの追加コストをほとんどかけず、持続可能な実施体制を構築しています。

### ■心理的ハードルの払拭

「ゲーム感覚の検査です」などと案内することで、検査への不安や恐怖心をやわらげています。結果説明の際も「血圧等と同じで、生活習慣の改善が脳の健康維持につながる」など身近なことから説明し、かかりつけ医への具体的な切り出し方も助言することで、受診への心理的ハードルを下げています。

#### 課題と展望

## 持続可能な運営体制への移行と、受診へつなぐルート改善を

1. 効率化とマンパワー: 機器操作に不慣れな高齢者へのマンツーマン対応については、地域団体への委託など、住民主体の持続可能な実施体制への移行を検討しています。
2. 受診への接続: 検査結果に不安があっても、「恥ずかしい」「知られたくない」といった心理から、実際の受診にはつながらないケースが見受けられました。かかりつけ医との連携をさらに強化し、日常診療の中で自然にフォローできる体制をつくるなど、検査から受診への誘導ルートの改善が課題です。

### 自治体職員の声

認知症に対して「恥ずかしい」「知られたくない」と感じる方は少なくありません。だからこそ、「誰もがかかりうる病気」であり、「早期の治療で進行をゆるやかにできる」という正しい理解を広めることが重要です。従来のネガティブなイメージを払拭し、気軽に相談や検査を受けられる環境づくりが大切です。



垂水市の高齢化率



約46.5%

総人口 約12,700人(2025年)  
65歳以上人口 約5,900人

取組概要

## 健康チェックに認知機能検査を組み込み、 関係機関連携のもと生活状況や思いに寄り添った継続支援

垂水市では、健康寿命の延伸を目的に、鹿児島大学や民間企業等の関係機関と連携し、保健課を中心として、40歳以上の市民を対象とした健康チェックを実施しています。健康チェックには18の検査ブースがあり、その1つで認知機能検査を行っています。認知機能の低下が疑われる方に対しては、保健師が本人や家族の思いに寄り添いながら、生活状況に応じた継続的な支援を行っています。

体制構築

【関係機関と連携し、受診／支援フローの作成】

- ・垂水市保健課
- ・垂水市福祉課(地域包括支援センター)
- ・垂水市市民課(国民健康保険担当部門)
- ・垂水市立医療センター垂水中央病院
- ・鹿児島大学

事業説明  
協力依頼

肝属郡医師会  
垂水班会

啓発・周知

【認知症に関する啓発】  
認知症サポーター養成講座の推進、  
認知症地域支援推進員の配置、  
オレンジカフェの開催、  
認知症予防事業の実施、  
認知症啓発映画の上映会

【健康チェックの周知】  
郵送案内、チラシの全戸配布、広報誌、  
公式LINE、垂水市ホームページ、  
各種団体の会や健康教室等での保健師に  
よる事業説明と参加の呼びかけ

検査

【会場型】健康チェックの中で、認知機能検査を実施  
NCGG-FAT(タブレット端末)、認知機能セルフチェッカー(VRIによる検査)

関係機関との検査結果の共有と認知機能低下リスク者に対する支援方針の検討

参加者へのスクリーニング検査結果の通知

認知機能低下リスク者へ通知が届くタイミングで架電し、聞き取り状況から以下の3分類で対応

A. 受診意思あり

B. 訪問対象者

C. 受診意思なし/  
すでに通院中

訪問による受診推奨

受診意思あり

受診意思なし

受診状況の継続的なフォローアップ  
関係機関における支援状況の確認と共有

「会える場」で継続的な関わり

次年度の健康チェックで再検査

受診・支援体制

## 具体的な実施方法 (対象: 40歳以上の垂水市民)

### 体制構築

※事業実施の約1カ月前より準備・調整を開始

- ①垂水市(保健課、福祉課)、垂水市立医療センター垂水中央病院、鹿児島大学で、認知機能低下者の抽出基準、案内チラシ、対象者の検査から支援までのフローについて協議を行いました。
- ②フロー作成後、垂水市の開業医を中心に構成される医師会において、事業内容の説明ならびに事業参加者から相談があった際の対応の依頼を行いました。

### 啓発・周知

- ①啓発活動として、認知症サポーター養成講座やオレンジカフェの開催、認知症啓発映画の上映会などを行いました。
- ②検査の周知として、過去の事業参加者への郵送案内、チラシの全戸配布、広報誌や公式LINE、垂水市ホームページでの周知に加えて、民生委員協議会、高齢者クラブ、商工会、農業・漁業協同組合など各種団体の会や健康教室等へ保健師が出向き、事業説明と健康チェックへの参加呼びかけを行いました。
- ③参加率の向上を目的として、交通手段がない方へのタクシー送迎支援や参加特典(抽選会、QUOカードの贈呈、紹介者特典、検査後の結果報告会参加者へのブリヤカンパチのプレゼント)を設定しています。

### 検査

【会場型】健康チェックでは、身長測定、採血、口腔機能検査、栄養調査、身体機能調査、聴診・心電図、聴力検査などさまざまな検査項目の1つとして認知機能検査を取り入れています。  
65歳以上の参加者には、タブレット端末によるNCGG-FATを用いて、マンツーマンで実施しました。また、64歳以下の参加者にはVR(バーチャルリアリティ)画面上で検査する認知機能セルフチェッカーをあわせて実施しました。

### 受診・支援体制

- ①認知機能が低下している参加者へ、通知文を郵送しました。
- ②通知文が到着したタイミングで、保健課より架電し、以下の3分類に分けて対応を行いました。  
A: 受診意思のある方: 受診予定医療機関と予定日を聴取しました。  
B: 訪問対象者: 通知内容の理解がむずかしい方、支援者不在の方、電話不通の場合は、自宅訪問しました。  
C: 受診意思のない方・すでに通院中: さまざまな事業等で面会できる機会に、継続的な支援を行いました。
- ③3ヵ月後や6ヵ月後にフォローアップを行い、支援や面談の記録や受診状況を地域包括支援センターや国民健康保険担当部門などの関係課と共有しました。また、継続的な健康チェックへの参加を促しました。

### 主な特長

## 生活状況、本人や家族の思いに寄り添い、継続支援を実施

### ■一度で終わらせない「会える場」を活かした継続支援

認知症についてすぐに受診を促すのではなく、本人の生活状況や心配事を丁寧に確認し、検査実施時の様子も聞き取りながら支援を進めました。対象者によっては電話・訪問・面接を重ね、教室等の「次に会える場」を見つけて声かけを継続し、受診意思がない方も含めて関係が途切れないようフォローアップしました。

### ■人口規模が小さいからこそ可能な対象者把握と、関係課連携による支援

健康チェックを担当する保健課、認知症初期集中支援チームを所管する地域包括支援センター(福祉課)、国民健康保険を担当する市民課等と、対象者の状況や支援状況を情報共有することで、継続的な支援が可能となっています。

### 課題と展望

## 啓発の充実、参加しやすい運用と丁寧な結果説明

1. 啓発活動の継続: 認知症については、「診断が怖い」「受診しても意味がない」「認知症は治らない」といった先入観も受診の障壁となりえます。認知症基本法の趣旨も踏まえ、「認知症になっても希望を失わずに暮らせる」ことと、早期発見・早期受診の意義をセットで丁寧に伝える啓発活動を継続的に実施していきます。
2. 参加のしやすさと結果説明: 認知機能検査を健康チェックに組み込むことで、検査への心理的抵抗感を下げ、コストを抑えながら運用できています。一方で、参加者は認知機能検査のみを目的に来ているわけではないため、検査結果の伝え方や受診推奨の説明は、誤解や不安を招かないよう特に配慮し丁寧な対応に努めています。

### 自治体職員の声

早期発見、早期治療は重要であると感じる一方で、受診を促すには、参加者一人ひとりの生活状況や背景を理解したうえで支援することが欠かせないと感じています。必ずしも受診につながるとは限りませんが、「たるみ元気プロジェクト」を通じて、対象者の生活状況・支援状況を把握し、関係機関と連携しながら継続的に支援できる体制が整いました。今後も現在の形で事業を継続していきたいと考えています。



## 血液バイオマーカーの展望と自治体に求められる対応

### はじめに

近年、血液検査によるアルツハイマー病の診断技術が急速に進歩しています。特に血液p-tau217は、脳内にアルツハイマー病の病理変化があるかどうかを高い精度で判定できることが、複数の研究で示されています。

p-tau217の“p”とは、神経細胞に重要なタウというタンパク質の217番目のアミノ酸が、“リン酸化(phosphorylation)”という化学的修飾を受けた状態を示します。アルツハイマー病では、この異常にリン酸化されたタウが、脳内の神経細胞から血液中へ漏れ出ると考えられています。

そのため、2025年5月には、アメリカ食品医薬品局(FDA:医薬品や医療機器の安全性を審査する政府機関)が、アルツハイマー病診断の補助検査として承認しました。近い将来、日本の医療現場にも導入されることが予想されます。

従来、生前に脳内のアルツハイマー病を検出するには、特別な放射線検査(PET検査)または脳脊髄液検査が必要でした。この技術革新により、より安価で身体的負担が少なく、施設を選ばず広い地域での検査実施が可能になります。今後、地域における認知症診療体制に大きな影響を与えると考えられます。

### 血液バイオマーカーの臨床的意義

血液p-tau217検査は、以下の場面での活用が期待されています。

#### 1. 認知症の原因診断

認知症の原因には、アルツハイマー病をはじめ、さまざまな疾患があります。アルツハイマー病かどうかを明らかにすることで、抗アミロイドβ抗体薬(レカネマブ、ドナネマブ等)の適応を検討できます。また、疾患に応じた適切な療養計画を立てることが可能になります。

#### 2. MCIの予後予測

MCIがアルツハイマー病による場合、数年以内に認知症へ進行する可能性が高いことが知られています。また、抗アミロイドβ抗体薬(レカネマブ、ドナネマブ等)の適応があります。そのため、血液バイオマーカーにより、早期から適切な支援体制を準備できます。

#### 3. 無症候期の検出(今後の課題)

アルツハイマー病は、脳内に病理変化が出現してから約20年かけて認知機能が障害されることがわかっています。血液p-tau217により、認知機能が正常な段階でも、脳内でアルツハイマー病が始まっているかを技術的には検出できます。ただし、現時点では無症候期のアルツハイマー病に対する治療法が確立していないため、一般住民へのスクリーニング(健診)には適しません。

## 血液バイオマーカーの課題

### 1. 医療体制面の課題

- ・検査結果を適切に解釈し、対象者に説明できる医師のトレーニングが不足しています。診断精度が100%の検査ではないため、偽陽性・偽陰性の問題があり、結果の解釈には慎重さが求められます。
- ・検査結果に頼りすぎた診療になる懸念があります。陽性の場合、アルツハイマー病と評価するだけにとどまり、合併する他の疾患の評価が不十分になる可能性があります。陰性の場合も、アルツハイマー病は否定できますが、他の原因疾患の検索が不十分になる恐れがあります。血液バイオマーカーはあくまで補助検査であり、総合的な臨床評価が不可欠です。
- ・かかりつけ医と専門医療機関の連携体制の整備が必要です。症状を確認しないまま検査だけが独り歩きすると、かかりつけ医で大量の検査が提出され、専門医療機関のキャパシティを圧迫し、本当に治療が必要な人が受診できない事態を招きかねません。
- ・日本人の実臨床(リアルワールド)における検証が必要です。臨床研究と異なり、実際の高齢者では多くの疾患が併存しているため、測定精度に影響する可能性があります。

### 2. 倫理的な課題

認知機能が正常な方に対する検査は、国内外のガイドラインで推奨されていません。理由の一つは、現時点では無症候期アルツハイマー病に対する確立した治療法がなく、検査結果を知ることが精神的ストレスにつながる可能性があるためです。

また、認知機能が正常な人では、偽陽性、すなわち検査結果は陽性であるものの、実際には脳内にアルツハイマー病が存在しない頻度が高いことが知られています。そのため、陰性であることを期待して検査を受けたにもかかわらず、結果が陽性だった場合、解釈がむずかしくなります。

## 自治体に求められる準備

今後3～5年を見据え、以下の準備が重要と考えられます。

### 1. 地域医療連携体制の構築

- ・かかりつけ医、専門医療機関、地域包括支援センターの連携強化
- ・検査後のフォローアップ体制の整備
- ・陽性判定・陰性判定を受けた方それぞれへの相談支援体制の確立

### 2. 住民啓発と理解促進

- ・検査の意義と限界についての正確な情報提供
- ・「認知機能が正常でも脳内で病気が始まっている可能性」についての丁寧な説明
- ・検査を受けるかどうかの意思決定を支援する情報提供

### 3. 医療・介護従事者への研修

- ・血液バイオマーカーに関する基礎知識の普及
- ・結果説明に関するコミュニケーション技術の向上
- ・倫理的配慮に関する共通理解の醸成

#### 4. 社会資源の整備

- ・早期診断後の継続的な支援プログラムの開発
- ・予防的介入プログラムの検討
- ・本人・家族の交流の場の提供

### まとめ

血液バイオマーカーは、認知症診療を大きく変える可能性を持つ一方で、その活用には医学的、倫理的、社会的な準備が必要です。自治体には、この技術革新を、住民の健康と尊厳を守りながら地域に適切に導入するための計画的な体制整備が求められます。

国の指針や学会のガイドライン策定の動向を注視しつつ、地域の実情に応じた段階的な取組を進めることが重要です。

次節では、実際の研究事例を通じて、血液バイオマーカーを活用した早期発見・早期介入の具体的な取組を紹介します。



## 血液バイオマーカーを用いた早期発見・早期介入の実証(J-DEPP研究)

### 抗アミロイドβ抗体薬の登場とバイオマーカーの必要性

近年の認知症医療は、レカネマブやドナネマブ等、アルツハイマー病に対する抗アミロイドβ抗体薬が実用化されたことで、大きな転換期を迎えています。特に、「早期診断・早期治療」の意義はますます高まっています。

しかし、認知症を臨床症状だけで正しく診断することは容易ではありません。原因が異なっているにもかかわらず、同じような症状を示すことが少なくないためです。そこで必要となるのが、病理学的な脳の変化を客観的に捉えることができる「バイオマーカー（生体指標）」です。

例えばアルツハイマー病では、アミロイドβやタウなどのタンパク質が脳に異常に蓄積し、やがて神経細胞が変性・脱落していくという特徴があります。中でもアミロイドβは、発病の約20年前から蓄積しはじめるアルツハイマー病の原因物質であり、抗アミロイドβ抗体薬の標的でもあります。そのため、アミロイドβを捉えるバイオマーカーは、早期診断にも治療薬の選択にも重要な役割を担います。

## 2つのバイオマーカーの特徴

現在、アミロイド $\beta$ の蓄積を捉えるバイオマーカーとして国際的に信頼性が認められているのは、PET検査と脳脊髄液検査の2つです。日本でも、アルツハイマー病に対する抗アミロイド $\beta$ 抗体薬を使用する際は、いずれかの検査により、病理としてのアミロイド $\beta$ の蓄積を確認することが求められています。

しかし、どちらにも課題があります。PET検査は高額で、実施できる施設が限られ、ごくわずかですが放射線被曝を伴います。脳脊髄液検査は専門医による手技が必要で、身体的負担もあります。そのため、より安価で侵襲性が低く、専門施設でなくても実施できる「血液検査によるバイオマーカー」の実用化に大きな期待が寄せられています。

## 血液バイオマーカーの研究進展

血液バイオマーカーの研究は、この10年間で大きく進歩しました。現在では、血液中のアミロイド $\beta$ 関連物質(A $\beta$ 42/A $\beta$ 40)やリン酸化タウ(p-tau217)を測定することで、かなり高い精度でアミロイド $\beta$ の脳内蓄積を推定できます。また、アミロイド $\beta$ 以外の脳の病理的变化、例えばタウの蓄積、神経変性、炎症などを捉える血液バイオマーカーの開発も進んでいます。

「認知症に関する脳脊髄液・血液バイオマーカーの適正使用ガイドライン第3版」では、「実臨床での血液バイオマーカーの活用は、認知機能低下を示す症候者に対して行い、無症候者に対して血液バイオマーカーを測定すべきではない。」とされており、適正な臨床使用が必要です。

今後、血液バイオマーカーの有用性が認められれば、臨床現場や大規模集団におけるスクリーニングにも活用されることが期待されます。

J-DEPP研究では、認知症の血液バイオマーカーを用いた早期診断・早期介入を実現するため、臨床現場で活用可能な血液バイオマーカー検査を活用した診断レポートシステムを構築し、それにもとづいて実証を行いました。

## 血液バイオマーカー検査を活用した診断レポートシステムの構築

J-DEPP研究では、認知症の血液バイオマーカーの結果を活用した「診断レポートシステム」を開発しました。このシステムは、認知症診療を専門としていない医師でも、検査結果をわかりやすく理解し、診断や支援につなげやすくすることを目的としています。

はじめに、先行研究の結果にもとづき、認知症に関係する4種類の血液バイオマーカーを使って、将来の認知機能低下リスクを判定する仕組みを構築しました。用いたのは、アルツハイマー病の診断に有用なA $\beta$ 42/40とp-tau217、脳内の炎症を反映するグリア線維性酸性タンパク質(GFAP)、神経損傷を反映するニューロフィラメント軽鎖(NfL)です。

国立長寿医療研究センターのもの忘れ外来に通院するMCIの方を対象に血液バイオマーカーを測定し、その後の認知機能の変化を分析しました。その結果、血液バイオマーカーを用いることで、認知症になるリスクが高い人を早い段階で見つけられることが確認されました。

この結果をもとに、検査結果を医師や本人にわかりやすく伝えるレポートを作成しました。このレ

ポートは、血液検査の結果に加え、頭部MRIや認知機能検査などの情報も含め、医師が総合的に評価できるように設計されています(表)。

表:医師向けレポート例

KEN\_\*\*\*\*

記載日 2024.\*\*\*.\*\* 報告者:\*\*\*

|           |                                           |                       |             |                                                                     |
|-----------|-------------------------------------------|-----------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| 氏名・年齢/性別  | 7*/*                                      |                       | 教育歴         | 1*                                                                  |
| 診断 (主)    | MCI due to AD 疑い                          |                       | (レカネマブ希望あり) |                                                                     |
| 診断 (従)    | (既往歴 高血圧)                                 |                       |             |                                                                     |
| 参考・自動判定   | 自動判定                                      | Late MCI 疑い           | タイプ判定       | MCI                                                                 |
| 主訴・症状     | J-DEPPアプリ                                 | 総合判定2 (記憶力低下の疑い)      |             |                                                                     |
|           | 自覚症状                                      | 2～3年ぐらい前からもの忘れが少し気になる |             |                                                                     |
|           | 家族意見                                      | 1年ぐらい前からもの忘れが気になっている  |             |                                                                     |
|           | CFI本人/家族                                  |                       | 4.5/1       |                                                                     |
| CGA       | Barthel                                   | 100/100               | IADL        | 5/5                                                                 |
| 診察所見      | 認知機能                                      | エピソード記憶の低下            |             |                                                                     |
|           | 神経学的所見                                    | 特記すべき所見なし             |             |                                                                     |
| 心理検査      | GDS/15                                    | 3                     | LM1/50      | 15                                                                  |
|           | MMSE-J/30                                 | 27                    | LM1/50      | 3                                                                   |
|           | CDR (SOB)                                 | 0.5 (0.5)             | FAB/18      | 12                                                                  |
|           | ADAS/70                                   | 6                     | RCPM/36     | 34                                                                  |
| DLBアンケート  | 判定                                        | Other                 | 項目          | SAOQ=1                                                              |
| MRI       | コメント                                      | AD疑いの脳萎縮パターン          |             |                                                                     |
|           | VSRAD                                     | 2.5                   |             |                                                                     |
| 血液検査 (一般) | サマリー                                      | ・HbA1c値境界型 (6.0～6.4%) |             |                                                                     |
| バイオマーカー   |                                           | 測定値                   | 参考cutoff    | コメント                                                                |
|           | Aβ42/40                                   | 0.078                 | 0.102       | Aβ蓄積の可能性高い<br>pTauの値はBraakV以上のNFTstageの可能性あり<br>GFAPも高く<br>進行リスクも高い |
|           | pTau217                                   | 1.05                  | 0.575       |                                                                     |
|           | pTau217/Aβ42                              | 0.06                  | 0.031       |                                                                     |
|           | NfL                                       | 19.20                 | 23.6        |                                                                     |
|           | GFAP                                      | 390                   | 278.1       |                                                                     |
| 総合評価      | ・MCI due to AD 疑い<br>・MRI所見、血液BMIは上記を支持する |                       |             |                                                                     |
| 確認事項      |                                           |                       |             |                                                                     |
| 方針        | **先生にご紹介、抗アミロイドβ抗体薬の適否を含め、治療方針を決定していただく   |                       |             |                                                                     |

\* 個人情報保護の観点から、病歴や検査値等はダミー値に変換している

血液バイオマーカーを用いた早期発見から早期介入の検証

愛知県でJ-DEPP研究に参加した方のうち、スクリーニング検査で認知機能の低下が疑われた方に、国立長寿医療研究センターのJ-DEPP特別外来への受診を推奨しました。受診を希望した方には、通常の診察に加えて血液バイオマーカーを測定し、認知症の早期診断・早期介入、そして支援につなげ

る仕組みを検証しました。

血液バイオマーカーの結果を参考に、必要に応じて、抗アミロイドβ抗体薬による治療や生活支援、リハビリテーションを提供しました。

実際に、血液検査をきっかけに認知症が初期段階で見つかり、治療の検討につながった方もいました。

ここでは、代表的な症例を紹介します。個人情報保護のため、性別、病歴、検査値の一部は実際の内容から変更しています。

### 症例1：抗アミロイドβ抗体薬（レカネマブ／ドナネマブ）につながる例

70代男性：2～3年ほど前からもの忘れが少し気になっており、sf-FATで受診推奨（記憶力低下）となったため来院。診察の結果、エピソード記憶の低下により日常生活が軽度障害されていた。ただし、介護を必要とするほどではなかった。血液バイオマーカーを確認したところ、Aβ42/40、p-tau217ともに異常値であり、アルツハイマー病によるMCIと診断。抗アミロイドβ抗体薬（レカネマブ／ドナネマブ）の適応があると判断し、治療担当医師に紹介。アミロイドPET検査が陽性であったため、抗アミロイドβ抗体薬の投与を検討中。なお現在、抗アミロイドβ抗体薬の使用決定には、血液バイオマーカーだけでなく、PET検査または脳脊髄液検査による確認が必要である。

### 症例2：診断後支援につながる例

70代女性：本人にももの忘れの自覚はないが、家族からもの忘れを指摘されていた。sf-FATで受診推奨となったため来院。診察の結果、記憶機能、遂行機能、見当識の低下を認め、中等度の認知症を呈していた。頭部MRI所見に加え、血液バイオマーカーのAβ42/40、p-tau217はいずれも異常値であり、アルツハイマー病による中等度の認知症と診断。抗アミロイドβ抗体薬の対象範囲（MCI～軽度の認知症）よりも認知機能が低下していたため、抗認知症薬の内服（対象は軽度～高度の認知症）、認知リハビリテーション、介護サービス等の診断後支援につなげる予定である。

### 症例3:専門外来で経過観察となった例

80代女性:3~4年前からもの忘れがあり、やや進行していると自覚していた。sf-FATで受診推奨となったため来院。記憶障害に加え、軽い筋固縮(力を抜こうとしても抜けない)を認めた。問診からは、レム睡眠行動異常症、自律神経障害、嗅覚障害といった症状も疑われた。認知機能検査の結果、レビー小体病によるMCI(レビー小体型認知症の前段階)と考えられた。血液バイオマーカーでは、 $A\beta 42/40$ 、p-tau217ともに異常値であり、アルツハイマー病が合併していると推定された。MIBG心筋シンチ(自律神経機能を調べる画像検査)により、レビー小体病に特徴的な異常を認めたため診断が確定し、専門外来で経過観察中である。

### 症例4:近い将来、認知機能が低下するリスクが高い症例として経過観察となった例

70代男性:3年ほど前から時々人の名前が出ないことがあったが、症状の進行はなく、あまり気にしていなかった。

今回、sf-FATで受診推奨となったため来院。診察では特記すべき所見はなく、簡易な認知機能検査の結果も正常範囲内で、日常生活は自立していた。一方、詳細な記憶機能検査では、軽い記憶機能の低下が疑われた。血液 $A\beta 42/40$ 、p-tau217はいずれも異常値であり、無症候期のアルツハイマー病の可能性が示唆された。近い将来、MCIに移行するリスクが高いと考え、生活習慣への介入を行いながら、半年に1回程度、外来で経過観察を予定している。

## 自治体における活用のポイント

J-DEPP研究で示された取組は、自治体が血液バイオマーカーを活用するうえで参考になります。

### 地域連携モデルの構築

- ・地域でのスクリーニングから専門外来での診断・支援へとつなぐ「橋渡し」の仕組みを整える
- ・かかりつけ医と専門医療機関が役割分担し連携する
- ・検査の実施前に、地域の医療機関との協議・合意形成を図る

### 住民への情報提供

- ・症例のような具体例を示し、検査の意義と限界をわかりやすく伝える
- ・「すべての認知機能低下が必ずしもアルツハイマー病によるものではない」という点を周知する
- ・検査結果に応じて多様な支援の選択肢があることを説明する

## 体制整備の段階的アプローチ

- ・まずは認知機能の低下が疑われる方への適用から始める
- ・専門医療機関の受入体制を確認しながら、段階的に対象を拡大する
- ・検査後のフォローアップ体制を並行して整備する

## まとめ

今回の検証では、血液バイオマーカー検査の活用により、地域でのスクリーニングを専門的な診断・支援へとつなぐ「橋渡し」の仕組みが効果的に機能することが示されました。特に、認知症リスクの見極めや、早期の介入・支援の選択において大きな役割を果たしうることが確認されました。

一方で、これらを広く社会に応用するには、さらに科学的エビデンスを積み上げる必要があります。特に、認知機能が正常な方への検査については、倫理的な問題や社会的コンセンサスに慎重に配慮しなければなりません。

実際、「認知症に関する脳脊髄液・血液バイオマーカーの適正使用ガイドライン第3版」では、血液バイオマーカーの実臨床での使用を認知機能の低下が見られる症候者に限定すべきとし、無症候者の測定は推奨していません。今後の社会実装にあたっては、こうしたガイドラインに則った慎重な活用が求められます。

自治体には、前節で示した準備事項を踏まえつつ、本節で紹介した実証事例を参考に、地域の実情に応じた体制整備を進めることが期待されます。



# 卷末付録

## 認知症施策の変遷

日本の認知症への取組は、1980年代頃から始まりました。介護保険法の施行を中心に、認知症への取組の変化を年次ごとに見ていきます。

・**1989年** 「老人性痴呆疾患センター」の運営開始（現在の「認知症疾患医療センター」）  
開始当初の高齢者福祉は、大規模施設や20名を超える大人数での通所介護など、「集団でのケア」が中心でした。その後、制度化が進む中で、ケアの小集団化が進みました。

・**2000年** 「介護保険法」施行  
「介護保険法」は、介護が必要な方に適切な医療・福祉サービスを提供するため、関連する保険等に関する規制等を定めた法律です。施行後は、医療・介護・福祉に関するさまざまな取組が推進されました。  
2001年、国は介護現場で働く職員の質の向上を目指し、次の研修を開始しました。

- ・高齢者痴呆介護指導者養成研修（現在の「認知症介護指導者研修」）
- ・高齢者痴呆介護実践リーダー研修（現在の「認知症介護実践リーダー研修」）
- ・高齢者痴呆介護実践者研修（現在の「認知症介護実践者研修」）

また、介護保険法の施行により、市区町村は「保険者」として独自の介護保険事業計画を3年ごとに策定することになりました。これにより、市区町村はそれぞれの地域の実情に合わせ、認知症の方を含む高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための計画を立てられるようになりました。

・**2004年** 「痴呆」から「認知症」へ用語変更  
この流れの中で、それまで使用されてきた「痴呆」という用語が見直されました。  
背景には、厚生労働省を中心に行われた検討会での次の問題提起があります。

「『痴呆』という用語は、侮蔑的な表現である上に、『痴呆』の実態を正確に表しておらず、早期発見・早期診断等の取り組みの支障となっている<sup>1</sup>」。  
ここで注目すべき点は、当時から「早期発見・早期診断」の重要性が示されていたことです。その後も、医療・介護・福祉の専門職に対する研修は充実していきました。

### 2012年 ▶ 初代オレンジプランの策定

国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、高齢者が要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる社会を目指し、「地域包括ケアシステム」の構築を目標に掲げました<sup>2</sup>。これ

<sup>1</sup> 厚生労働省「『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書」（2004年12月24日）<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html>

<sup>2</sup> 厚生労働省「地域包括ケアシステム」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html)

は、医療や介護の「保険者」である市区町村や都道府県が、地域の自主性や主体性にもとづき、それぞれの特性に応じて構築するものです。

さらに厚生労働省は2012年6月、「認知症施策検討プロジェクト」において「今後の認知症施策の方向性について<sup>3)</sup>」をまとめました。この中で、「今後目指すべき基本目標」として、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現」を掲げ、7つの柱を示しました。同年9月には、これを「認知症施策推進5か年計画（通称「オレンジプラン」）」として発表しました。

### 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）7つの柱

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

出典：厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」

「早期診断・早期対応」は2つ目の柱に位置づけられ、その具体策の一つとして「アセスメントのための簡便なツールの検討・普及」が掲げられました。これを受け、各地の認知症疾患医療センター、研究機関、病院等では「認知症アセスメントツール」等が開発され、市区町村が作成する認知症ケアパスや冊子・チラシ等でも紹介されるようになりました。

## 2015年 新オレンジプランの策定

オレンジプラン策定の翌年である2013年12月、英国ロンドンでG8認知症サミットが開催され、世界レベルでの認知症研究の推進等が宣言されました<sup>4)</sup>。

2014年11月には、このサミットを引き継ぐ「認知症サミット日本後継イベント」が、「新しいケアと予防のモデル」をテーマに東京で開催されました<sup>5)</sup>。本会議開会式では、安倍総理大臣（当時）が認知症施策を政府一丸となって推進することを表明しました。また、塩崎厚生労働大臣（当時）も、省庁横断的な総合戦略を立てること、本人・家族の視点に立った施策を推進することを宣言しました<sup>6)</sup>。

これを受け、2015年1月には「認知症施策推進総合戦略（通称「新オレンジプラン」）」が発表され、新たに7つの柱が示されました（図1）。

<sup>3)</sup> 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」（2012年6月18日）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fv2e-att/2r9852000002fv5j.pdf>

<sup>4)</sup> 国立長寿医療研究センター「後継イベントについて」

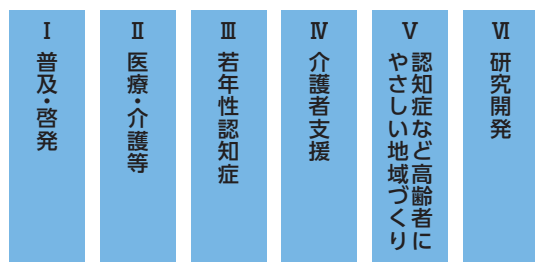
<https://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/about.html>

<sup>5)</sup> 同上

<sup>6)</sup> 厚生労働省「認知症サミット日本後継イベントについて」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000058871.html>

## 図1:新オレンジプランの7つの柱

### 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進



#### Ⅶ 認知症の人やご家族の視点の重視

出典:認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)  
～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて(概要)～  
([https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou12300000-Roukenkyoku/kaitei\\_orangeplan\\_gaiyou.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan_gaiyou.pdf))

「Ⅶ 認知症の人やご家族の視点の重視」は、他の6つの柱に共通するプラン全体の理念でもあります。「早期診断・早期対応」は、「Ⅱ 医療・介護等(認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供)」に含まれます。2018年4月までに「認知症初期集中支援チーム」をすべての市区町村に設置し、早期診断後のサポート体制を整備することが目標とされました。

## 2019年 認知症施策推進大綱の策定

国は2018年12月、「認知症施策推進関係閣僚会議」を設置し、認知症の当事者や家族、有識者から意見を収集しました。これを踏まえ、2019年6月に「認知症施策推進大綱」を発表し、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進することとしました。

提示された5つの柱は、次のとおりです。

### 認知症施策推進大綱 5つの柱

1. 普及啓発・本人発信支援
2. 予防
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援
5. 研究開発・産業促進・国際展開

出典:認知症施策推進関係閣僚会議「認知症施策推進大綱」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>)

ここでの「予防」は、「認知症にならない」ことではなく、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行をゆるやかにする」ことを意味します。「予防」を含めた「備え」としての認知症への取組に重点を置くことが示されました。

「早期発見・早期対応」は、「3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」の中の取組の一つとして位置づけられています。関係機関とのネットワーク強化、早期対応のための情報提供や支援の重要性も示されました。

また、「5. 研究開発・産業促進・国際展開」では、全国規模で認知症の実態を把握するための研究の実施、既存コホート<sup>7</sup>の役割を明確にしたうえで、認知症の早期発見・早期対応、診断法の確立等につなげることが記されています。

## 共生社会の実現を推進するための認知症基本法の成立

認知症施策の推進とは、すなわち「地域づくり」であるといわれます。国はオレンジプランの策定以降、「認知症の方が地域で暮らし続けること」を一貫して基本理念に掲げてきました。

これを支えるには、住民が認知症を正しく理解することに加え、医療・介護・福祉の専門職や専門機関だけでなく、日常生活・社会生活サービス事業者（スーパーやコンビニ、郵便局や銀行、公共交通機関や理美容室など）の協力が不可欠です。

また、2024年1月に施行された「認知症基本法」には、目的として「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進する」と記されています<sup>8</sup>。

「認知症基本法」の基本理念と基本的施策を確認しておきます。

### 認知症基本法 基本理念

- 1 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- 2 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- 3 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- 4 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- 5 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- 6 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- 7 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

<sup>7</sup> コホート：調査・研究対象である、年齢・職業など一定の属性を持つ集団のこと。

<sup>8</sup> 厚生労働省「共生社会の実現を推進するための認知症基本法について」<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>

## 認知症基本法 基本的施策

- ① 【認知症の人に関する国民の理解の増進等】  
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
  - ② 【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
    - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
    - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
  - ③ 【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
    - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
    - ・ 若年性認知症の人(65歳未満で認知症となった者)その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
  - ④ 【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】  
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
  - ⑤ 【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
    - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
    - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
    - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
  - ⑥ 【相談体制の整備等】
    - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
    - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
  - ⑦ 【研究等の推進等】
    - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
    - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
  - ⑧ 【認知症の予防等】
    - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
    - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

さらに、「認知症基本法」には、「地方公共団体は……地方公共団体の地域の状況に応じた認知症施策を総合的かつ計画的に策定し、及び実施する責務を有する」と記されています。

続く2024年12月に閣議決定された「認知症施策推進基本計画」の「基本的施策」では、「認知症の予防等」として次のように明記されています。

「認知症及び軽度の認知機能の障害のスクリーニング検査の有効性の検証を通して、早期発見・早期対応・診断後支援（認知症カフェ等の地域資源との連携を含む。）までを一貫して行う支援モデルを確立する<sup>9)</sup>」。

加えて、「地方公共団体が都道府県計画又は市町村計画の策定・変更をする際には、あらかじめ、認知症の人及び家族等の意見を可能な限り広く聴くよう努める<sup>10)</sup>」ことも明記されています。

これらから、認知症の「早期発見・早期対応」は、認知症の人と家族等の参画を推進しながら、計画から実施までを市区町村単位で進めることが期待されているといえます。

## 認知症施策推進計画の策定と推進

認知症基本法第5条では、都道府県や市町村に対し、認知症施策を策定することが努力義務として示されています。これを受け、国は2025年4月に全国の自治体へ計画策定を促すとともに、各種手引きを公表<sup>11,12)</sup>しています。

2026年1月に行われた政府の認知症施策推進関係者会議では、2025年4月時点で認知症施策推進計画を策定済みの自治体は、都道府県が19ヵ所（40%）、市区町村が154ヵ所（9%）と報告されました。多くの自治体は、2027年度に始まる第10期介護保険事業計画を見据えて策定準備を進めているとされています<sup>13~15)</sup>。

各種計画を一体的に作成することは、施策を効率的・効果的に実施するうえで重要です。しかし、限られた予算の中で効果的な取組を企画・推進するには、既存事業の見直しや、今後必要となる事業との調整が求められます。

<sup>9)</sup> 内閣官房「認知症施策推進基本計画」

([https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho\\_suishinhonbu/pdf/kihon\\_keikaku.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_suishinhonbu/pdf/kihon_keikaku.pdf))

株式会社日本総合研究所「都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き」

<sup>10)</sup> 同上

<sup>11)</sup> 一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ「都道府県・市町村向け認知症施策を本人参画でともに進めるための手引き」

<sup>12)</sup> 福祉新聞「認知症施策計画、策定済み市区町村9% 当事者「自分事として進めて」」（2026年1月17日）

<https://fukushishimbun.com/series05/44137>

<sup>13)</sup> 小金井市福祉保健部高齢福祉担当作成資料「認知症施策推進計画の策定について」

[https://www.city.koganei.lg.jp/kenkofukuhsi/koreishafukushi/K25/kaigiroku/unkyou\\_kaigiroku.files/20250702siryou5.pdf](https://www.city.koganei.lg.jp/kenkofukuhsi/koreishafukushi/K25/kaigiroku/unkyou_kaigiroku.files/20250702siryou5.pdf)

<sup>14)</sup> 横須賀市社会福祉審議会作成資料「横須賀市高齢者保健福祉計画（第10期介護保険事業計画及び認知症施策推進計画を含む）の策定に係る諮問の概要」

[https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2640/hukushisenmonbunkakai/documents/koureibunkakai30\\_shiryout2.pdf](https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2640/hukushisenmonbunkakai/documents/koureibunkakai30_shiryout2.pdf)

<sup>15)</sup> 千葉市作成資料「千葉市認知症施策推進計画の策定について」

<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/koreishogai/korei/documents/3ninnchshou.pdf>

## 認知症施策推進における基礎自治体・都道府県の役割

認知症への取組は、基礎自治体である市区町村を中心に各地域で展開されています。都道府県や政令指定都市\*は、専門職の人材育成やスキルアップを目的とした研修の開催、認知症疾患医療センターの整備等を中心に担っています。

ただし、基礎自治体の人口規模はさまざまです。小規模市町村や離島など、社会資源が限られる地域では支援方策にも限りがあるため、認知症の発症を遅らせること、また発症後も進行をゆるやかにすることを目指す取組が重要です。

特に都道府県には、小規模市町村と近隣の大規模な市区との連携支援、オンライン会議システム等を活用した同様の特色を持つ市区町村同士の意見交換の場づくりなど、後方支援の役割が期待されます。

\* 政令指定都市は都道府県相当の事業を担うが、厳密には基礎自治体である。



# 自治体で取り組む認知症発症／進行のリスク早期発見の手引き 検討委員会・ワーキング委員会

敬称略、各五十音順

## 研究代表者

荒井 秀典 国立長寿医療研究センター

## 研究分担者

|        |                                         |
|--------|-----------------------------------------|
| 赤澤 智宏  | 順天堂大学 難病の診断と治療研究センター                    |
| 井平 光   | 札幌医科大学 保健医療学部理学療法学科                     |
| 宇田 和晃  | 国立長寿医療研究センター 老年社会科学研究部                  |
| 浦上 克哉  | 鳥取大学 医学部 認知症予防学講座                       |
| 大藏 倫博  | 筑波大学 体育系                                |
| 大田 秀隆  | 秋田大学 高齢者医療先端研究センター                      |
| 小野 玲*  | 医薬基盤・健康・栄養研究所 身体活動研究センター                |
| 春日 健作  | 国立長寿医療研究センター 認知症先進医療開発センター 診断イノベーション研究部 |
| 古和 久朋  | 神戸大学・大学院保健学研究科 リハビリテーション科学領域            |
| 斎藤 民*  | 国立長寿医療研究センター 老年社会科学研究部                  |
| 櫻井 孝   | 国立長寿医療研究センター 研究所                        |
| 島田 裕之  | 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター             |
| 進藤 由美  | 国立長寿医療研究センター 企画戦略局                      |
| 鈴木 宏幸  | 東京都健康長寿医療センター 東京都健康長寿医療センター研究所          |
| 中村 昭範* | 国立長寿医療研究センター バイオマーカー開発研究部               |
| 藤原 佳典  | 東京都健康長寿医療センター 東京都健康長寿医療センター研究所          |
| 寶澤 篤   | 東北大学 東北メディカル・メガバンク機構 予防医学・疫学部門          |
| 牧迫 飛雄馬 | 鹿児島大学 学術研究院医歯学域 医学系                     |
| 松原 悦朗  | 大分大学 医学部                                |
| 森山 信彰  | 医薬基盤・健康・栄養研究所 運動疫学研究室                   |

## 執筆協力者

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 内田 一彰   | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 小野山 絢香  | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 片山 脩    | 国立長寿医療研究センター 予防老年学研究部    |
| 笠井 紅里   | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 黒田 佑次郎* | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 篠崎 未生   | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 下田 有紀   | 鳥取大学 医学部 認知症予防学講座        |
| 杉本 大貴   | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 野上 素子   | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 藤田 康介*  | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 安岡 実佳子* | 医薬基盤・健康・栄養研究所 身体活動研究センター |
| 横山 陽子   | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部     |
| 雄勝郡羽後町  | 地域包括センター 健康福祉課           |
| 神戸市     | 福祉局 高齢福祉課                |
| 垂水市     | 保健課 福祉課                  |
| 文京区     | 高齢福祉課                    |
| 松戸市     | 福祉長寿部 高齢者支援課             |

## 事務局

### 研究員

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 篠崎 未生 | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 |
| 杉本 大貴 | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 |
| 野上 素子 | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 |

### 研究補助員

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 今村 咲紀 | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 |
| 佐藤 千紗 | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 |
| 須賀 裕香 | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 |
| 平井 紗帆 | 国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 |

### 制作・執筆協力:

新留 理優  
猪股 栞  
網野 舞子  
(株式会社キャンサースキャン)

※制作当時在籍

自治体で取り組む

# 認知症発症／ 進行のリスク 早期発見の手引き

令和7年8月 第1版 発行

令和8年7月 第2版 発行

**国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター**

〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目430番地

<http://www.ncgg.go.jp>

※本冊子は、令和5年度および令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（認知症政策研究事業）による助成を受けて作成されました。

※本冊子に掲載されているすべての画像・文章・情報等は、著作権の対象であり、法律で保護されています。著作権者の許可なく、本書の内容のすべてまたは一部の無断転載・流用・転売等の実施を固く禁じます。

