

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



医療機関との連携で
自治体施策の
可能性を広げる！



共生に向けた認知症早期発見・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

2022年時点で認知症やMCIと診断される方はそれぞれ高齢者の12.3%、15.5%と推計されており、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にあります。2024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、認知症の人を含めた国民一人ひとり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（共生社会）の実現に向けて、国、地方公共団体、地域の関係者といった多様な主体がその実情に即して、それぞれの役割を担い、連携して認知症施策に取り組むことの重要性が強調されています。

2024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」においては「認知症の人を含む全ての国民が、その人の希望に応じて、「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むことができるようにすること、また、認知症の人及び軽度の認知機能の障害がある人が、どこに暮らしていても早期に必要な対応につなげることができるようにすること」が目標として定められ、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・情報収集と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の必要性が指摘されました。

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において自治体が果たす役割への期待はますます高まっている一方で、科学的根拠にもとづいた認知症施策について、特に比較的早期の段階にある方を対象とした方策においては、つまびらかになっていない現状があります。

本書は、令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（認知症施策研究事業）の支援のもと、全国の8つのフィールド、40の自治体から10,000名を超える高齢者の方にご協力いただいた大規模実証研究（J-DEPP）の成果を踏まえ、地域における認知症の発症／進行リスクの「気づき」から「継続的支援」までを自治体が主導で行うために役立つ情報をまとめました。

本書はその時点の最新のデータやご覧いただいた読者の皆様からのご指摘を踏まえ、これ以降も改訂を重ねていくよう予定しております。認知症共生社会の実現において鍵である自治体の皆様にとり、本書が一筋の道標となりましたらこの上ない喜びです。

参考：認知症施策推進基本計画（令和6年12月閣議決定）
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_suishinhonbu/pdf/kihon_keikaku.pdf

国立長寿医療研究センター 理事長

荒井 秀典

認知症発症／進行のリスク 早期発見の手引き

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

第1章 1. 認知症・MCIにおける早期発見の重要性

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 2. 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	10
共生社会の実現を推進するための認知症基本法の成立	13

第1章 3. 全国の自治体における認知症の早期発見の取組の実施状況と課題

自治体の取組に関する実態調査の実施	16
調査結果	17

第2章 認知症・MCIの早期発見における自治体の役割

はじめに ～自治体の認知症の早期発見の取組の進め方～	22
【Plan】事業計画の準備	23
【Do】事業計画の実施	25
【Check & Action】実施後の評価	31

第3章 1. 先行事例紹介

①兵庫県神戸市「認知症神戸モデル」	34
②千葉県松戸市「まつど認知症予防プロジェクト」	36
③東京都文京区「PFSを活用した認知症検診の取組」	38

第3章 2. 認知症早期発見・早期介入実証プロジェクト研究 (J-DEPP)

J-DEPPとは	40
----------	----

第3章 3. 認知症発症／進行の早期発見における血液バイオマーカーへの期待

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	48
2つのバイオマーカーの特徴	48
血液バイオマーカーを用いた認知症早期発見から早期介入への橋渡し	49
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	49
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	49

本手引きの概要

この手引きは、地域において認知症の早期発見・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できればと願って作成しました。

第1章では、認知症の早期発見・早期介入の取組実施の前提として、認知症や軽度認知障害(MCI)に関する基礎的な知識や関連する社会制度についてまとめました。また、全国の自治体における取組に関する調査結果も示しています。

第2章では、認知症早期発見・早期介入の具体的な進め方を8つのステップに分けて記載しました。

第3章では、先行事例をご紹介します。兵庫県神戸市、千葉県松戸市、東京都文京区における認知症早期発見・早期介入・診断後支援への取組と、本研究班による実証研究の成果をお伝えします。

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に相談する段階より前の時点に焦点を当て、早期発見・早期介入を実践するための仕組みづくりについて重点的に掘り下げています。

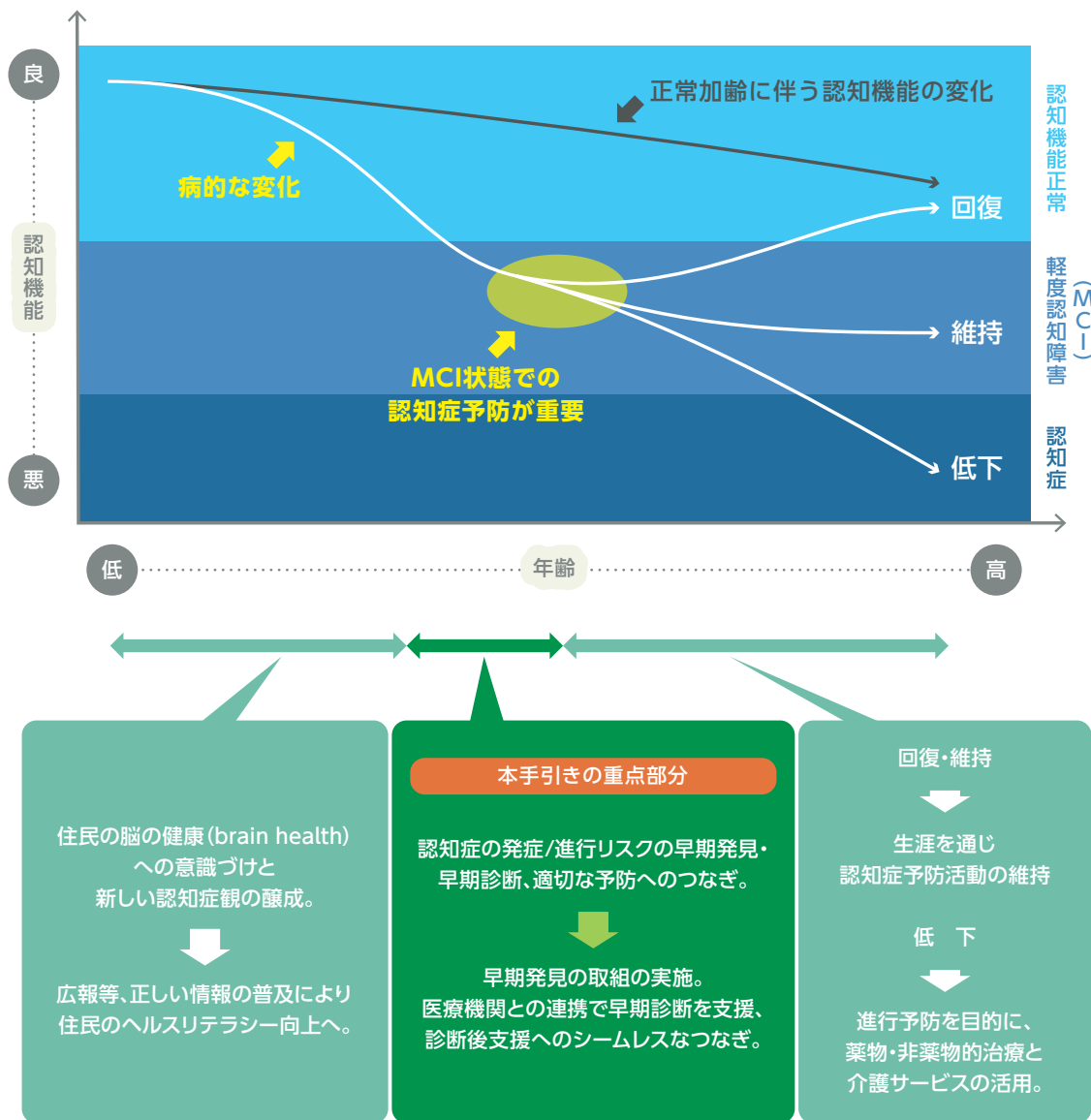
図1は、認知症の進行をグラフ化し、それに応じて自治体が取り組むべき内容を示したものです。正常加齢に伴う認知機能の変化(黒線)は低下がゆるやかですが、これと比べて、病的な変化(白線)では認知機能がより早い段階からより大きく低下していきます。

自治体には認知症の方のライフコース全般にわたり、以下のような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

このうち、本手引きでは「2. 早期発見の取組の実施」について特に詳しく説明しています。

図1: 認知症のライフコースと本手引きが取り扱う範囲



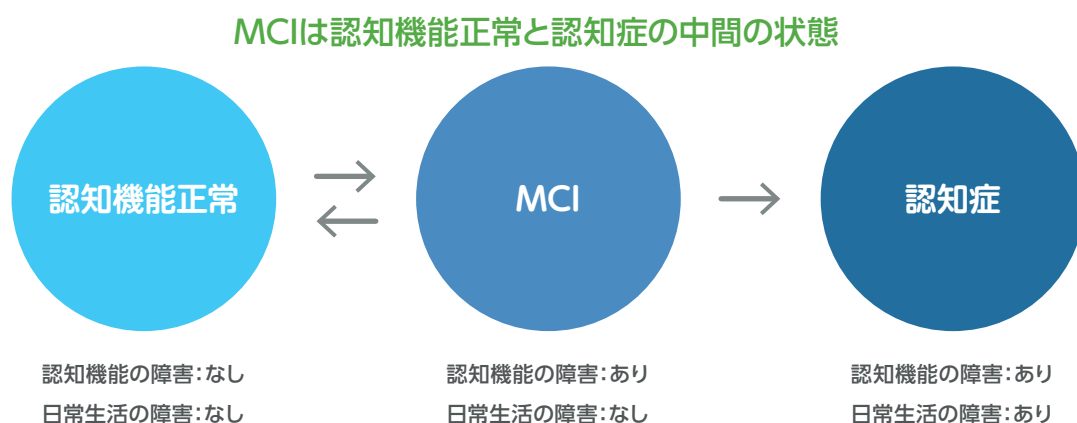
「あたまとからだを元気にするMCIハンドブック」(国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター)
(<https://www.mhlw.go.jp/content/001100282.pdf>)の図を引用・改変

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¹。認知症は当事者である本人だけでなく、家族や社会全体のQOL(生活の質)を低下させ、医療介護費の増大をもたらします。少子高齢化が進むわが国では、今後、後期高齢者数の増加とともに認知症と診断される方の数も増加すると見込まれており、その対策は喫緊の課題となっています。

一方、認知症に至る前段階の「認知機能正常と認知症の中間的な状態」を軽度認知障害(MCI:Mild Cognitive Impairment)と呼びます(図1)。MCIの方の5～15%が1年間で認知症に移行しますが、適切な対策をすることで16～41%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1: 認知機能正常、MCI、認知症の関係



MCIは対策次第で認知機能正常と認知症のどちらにもなりうる

「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/001100282.pdf>) より

MCIの診断は、以下のような臨床診断基準をもとに行われます。自覚的、客観的な認知機能のおとろえはあるものの、日常生活や社会性活動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-AA²の基準)³

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

¹出典:「認知症疾患診療ガイドライン2017」(一般社団法人 日本神経学会) (https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisy_2017.html)

²National Institute on Aging-Alzheimer's Association(米国国立老化研究所/Alzheimer病協会)

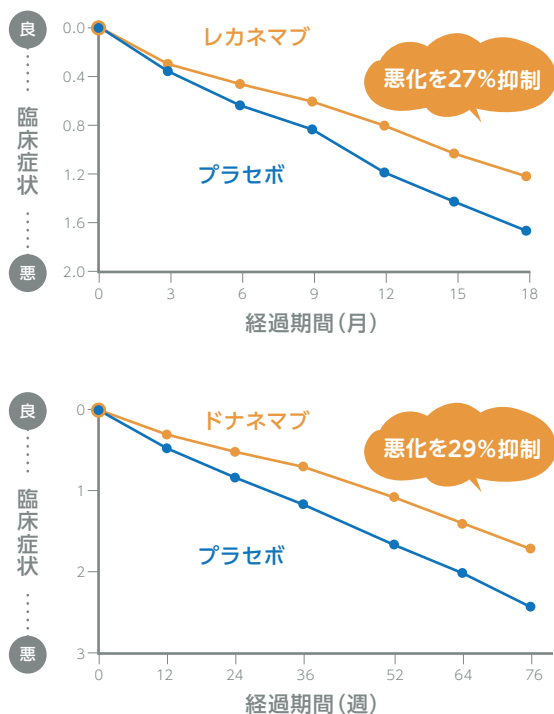
³出典: Albert MS, et al., *Alzheimer's Dement*, 2011

高まる早期発見の意義

標準的な認知症治療として現在は、認知機能の低下や進行を抑える薬剤⁴の使用や、リハビリテーションおよび認知訓練等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、回復させる根治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⁵の使用(図2)や、ライフスタイルの改善(図3)により、認知機能の低下が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の段階から早期発見・介入し、認知症への対策を講じることの意義が高まっています。

図2:薬物治療による認知機能の変化



プラセボ(レカナマブの投与なし)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^{*1}。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^{*2}。

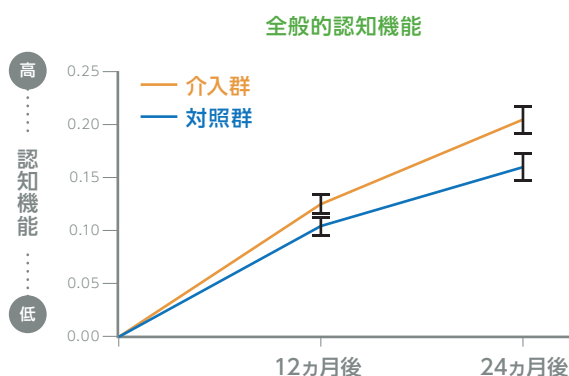
また、ドナネマブについてもプラセボと比べて、臨床的認知症尺度の悪化が29%抑制されました^{*3}。

*1出典: van Dyck CH, et al., *New Engl J Med*, 2022

*2出典: Iwatsubo T, *J Prev Alzheimers Dis*, 2023

*3出典: Sims JR, et al. *JAMA*, 2023

図3:ライフスタイルの改善による認知機能の変化



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^{*1}。

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^{*2}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の検証が世界60カ国で行われ、日本でもJ-MINT研究^{*3}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」が加えられた5項目が用いられています。

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

*1出典: Ngandu T, et al., *Lancet*, 2015

*2The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability

*3Japan-Multimodal Intervention Trial for Prevention of Dementia

⁴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。

⁵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月にレカナマブ(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4は、厚生労働省が示す「認知症の容態に応じた医療・介護等の適時・適切な提供体制」を示したものです。

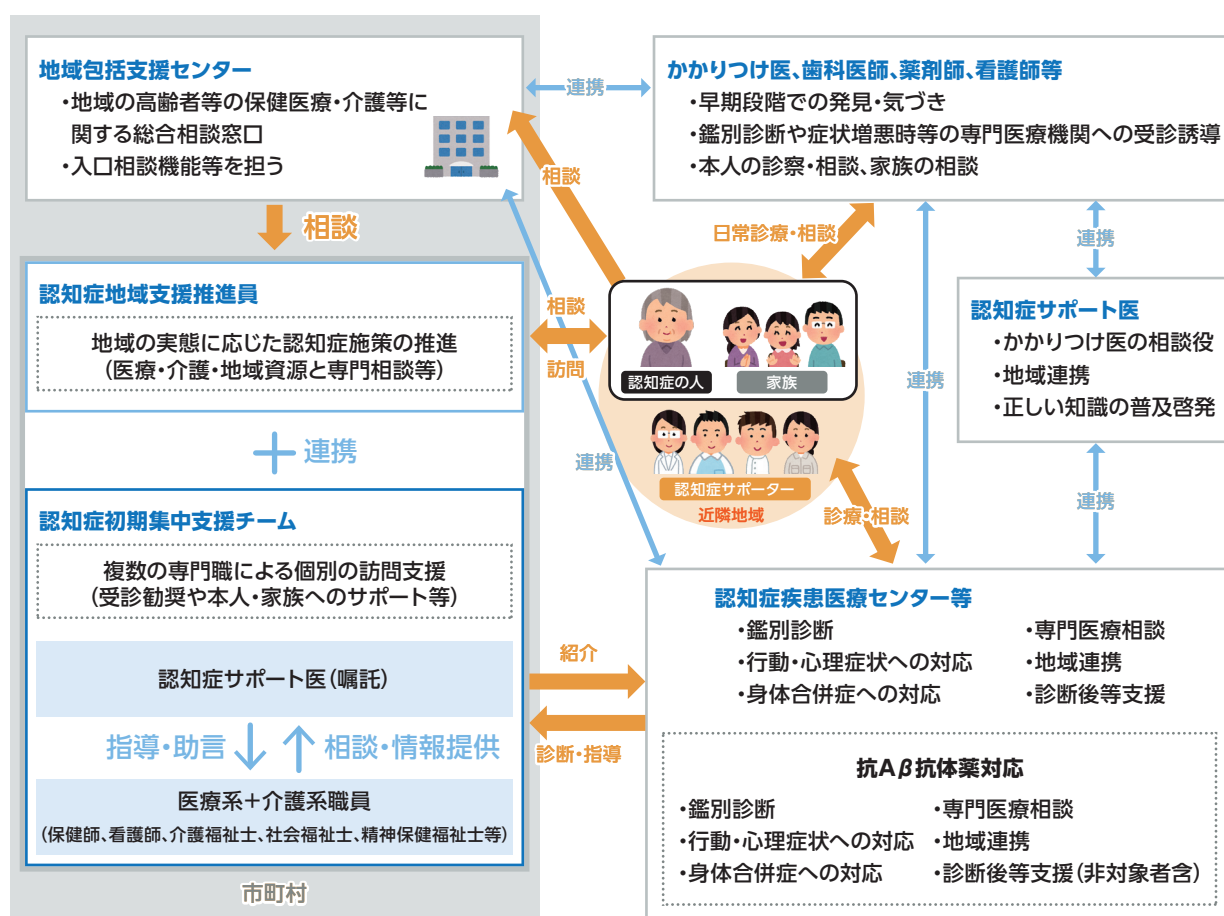
認知症は進行に伴い容態が変化し、それに応じて医療需要度も変わります。そのため、住民がその時々状態に応じて切れ目なく医療や介護等の支援を受けられるよう、自治体には医療・介護等の提供体制の整備が求められます。

図4では、こうした認知症の進行に伴う容態の変化に対応し、住民がその時々状態に応じて、切れ目なく医療や介護等の支援を受けられるようにする体制の考え方が示されています。

なお、認知機能の低下が正常な加齢によるものか、病的なものであるかは、本人には判断が難しい場合があります。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」こともあり、仮に「気づき」があったとしても、医療費の負担や交通アクセスの問題など、さまざまな理由から医療・介護につながらないケースも見られます。

そのため、各自治体においては、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、継続的な支援を行っていくことが求められます。

図4: 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



認知症施策の変遷

わが国の認知症への取組は1980年代頃からスタートしました。介護保険法の施行を中心に据えながら、認知症への取組の変化を、年を追って見てみましょう。

・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」）

スタート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。しかしその後、次のような制度化とともにケアの小集団化が進みます。

・2000年 「介護保険法」施行

「介護保険法」とは、介護が必要な方に適切な医療や福祉の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。施行されて以降、特に医療介護福祉のさまざまな取組が推進されるようになりました。2001年、国はまず介護現場で働く職員の質の向上を目指し、以下のような研修をスタートさせました。

- ・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、市区町村が「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となります。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土台として、さまざまな計画を立てることができるようになりました。

・2004年 「痴呆」から「認知症」へ用語変更

このような変遷の中で、それまで使用されてきた「痴呆」という用語の見直しが行われます。背景として、厚生労働省を中心に行われた検討会における次のような問題提起が挙げられます。

「「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¹」。

ここで注目したいのは、当時から「早期発見・早期診断」の重要性が謳われていた点です。

その後も、医療介護福祉の専門職に対する研修が充実していきました。

¹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>

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ることのできる社会を目指し、「地域包括ケアシステム」の構築を目標として掲げました²。これは、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」にて「今後の認知症施策の方向性について³」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」を挙げ、以下の7つの柱を掲げています。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」が置かれています。これを受け、各地の認知症疾患医療センターや研究機関、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、2013年12月には英国ロンドンで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⁴。

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「新しい介護と予防モデル」をテーマに東京で開催されました⁵。この本会議開会式において安倍内閣総理大臣（当時）は認知症施策を政府一丸となって推進することを表明、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、および本人・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⁶。これらを受け、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5）。

²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

³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>

⁴国立長寿医療研究センター「後継イベントについて」

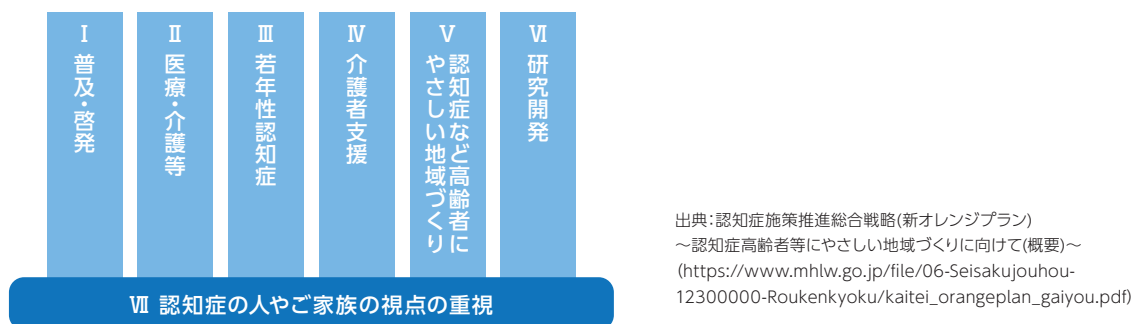
<https://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/about.html>

⁵同上

⁶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5: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」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」については、「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、目標として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定められました。

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」を設置して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2019年6月、「認知症施策推進大綱」として発表。「共生」と「予防」を両輪に、施策を推進していくこととしました。

この中に提示された5つの柱は、以下の通りです。

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>)

なお、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、「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」については、「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(早期発見・早期対応、医療体制の整備)に位置づけられ、関係機関とのネットワークの強化や、早期対応のための情報提供や支援の重要性が示されています。

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

⁷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。

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」を常に基本理念に掲げています。これを支えていくには住民が認知症という疾患を正しく理解するとともに、医療介護福祉の専門職・専門機関だけでなく、日常生活・社会生活の基盤となるサービス事業者（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など）の協力が不可欠です。

また、2024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」）」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⁸。

「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しょう。

⁸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。

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、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」には、「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⁹⁾」。

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に努める⁹⁾」ことが明記されています。

これらからもわかるように、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、その取組の計画・実施に至るまで、市区町村単位で推進することが期待されているのです。

⁹⁾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)



自治体の取組に関する実態調査の実施

認知症の発症/進行リスクを早期に発見し、早期からの予防、治療、ケアにつなげるには、自治体を主体とした地域での取組がカギとなります。

多くの地域で行われている自治体主導の認知症早期発見のための取組としては、次のようなものが挙げられます。

1. 住民からの相談窓口の設置
2. 地域の医療機関との連携
3. 健診・検診*や通いの場でのスクリーニング、リスク評価 等

これまで、各自治体における取組の実態については調査が行われておらず、実際にどの程度の自治体に認知症の早期発見の取組が浸透しているのか、また、どんな方法で行われているのか、逆に実施されていない場合の阻害要因は何かなど、具体的な様子はわかっていませんでした。

そこで、研究班では全国1,741の自治体すべてを対象にアンケート調査を行い、その実情を探りました。

*健診は、健康づくりの観点から経時的に値を把握し、行動変容につなげる狙いがある。
検診は、主に特定の疾患自体を確認し、異常があれば次の検診まで経過観察を行うことが多い。
(厚生労働省、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針より抜粋)
本手引きでは、認知機能検査を含む健康診断および認知症に特化した検診を併せて「健診・検診」と表記しています。

調査概要

実施期間	2024年6月～8月
調査方法	全国1,741自治体(792市、23特別区(東京都区部)、743町、183村)の 認知症施策担当部署に調査票を郵送 ※ 調査票の印刷、発送、データ化、および調査期間中の問い合わせ 窓口業務については、外部の事業者へ委託
調査項目	1. 自治体の基本情報 (地域包括支援センター数、認知症初期集中支援チーム数、 高齢者を対象とした交通機関の利用補助の有無) 2. 認知症早期発見の取組の実施の有無 3. 使用している評価方法・評価スケール 4. 取組に掛かる費用 5. 参加住民数 6. 取組を実施していない場合、その理由 ※ 基礎的情報(人口・高齢化率、財政力指数)はインターネット上の 公開データから取得
調査対象	認知症の発症/進行リスクの早期発見を目的とした取組のうち、 2024年度時点で予算化されているものに限定

調査結果

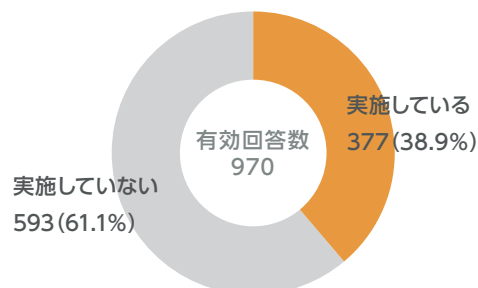
回答数と内訳

有効回答数: 970 (全国1,741自治体の55.7%)

早期発見の取組実施の有無の内訳 (図1)

- ・実施あり: 377 (38.9%)
- ・実施なし: 593 (61.1%)

図1: 取組実施自治体の割合



早期発見の取組実施の有無による自治体ごとの特徴

「実施あり」の自治体と「実施なし」の自治体を比較するため、人口規模 (図2)、高齢化率 (図3) および財政力指数 (図4) について調べると、「実施あり」の自治体は高齢化率が低く、財政が安定している傾向にありました。

図2: 取組実施の有無と人口規模

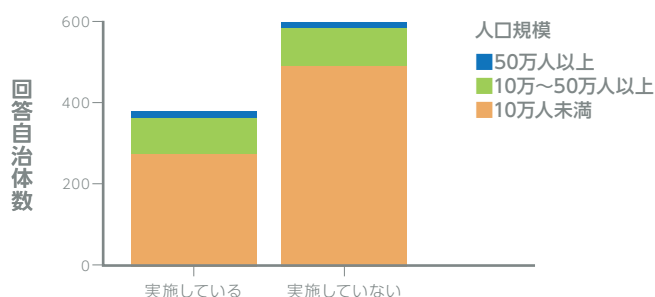
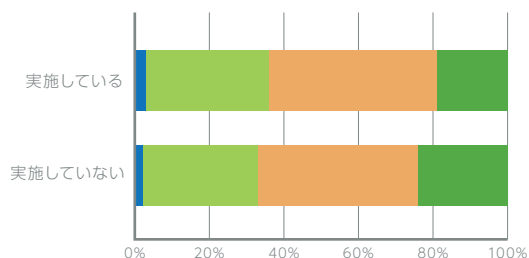


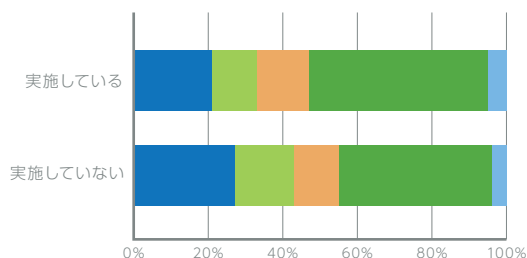
図3: 取組実施の有無と高齢化率



高齢化率が高い自治体は実施しない割合が高い傾向がある

高齢化率
■ 20%以上 ■ 20～30% ■ 30～40% ■ 40%以上

図4: 取組実施の有無と財政力指数*



財政力指数が高い自治体は実施の割合が高い傾向がある

財政力指数
■ 0～0.3 ■ 0.4～0.5 ■ 0.3～0.4 ■ 0.5～1.0 ■ 1.0以上

*地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去3年間の平均値。
財政力指数が高いほど、普通交付税算定上の留保財源が大きいことになり、財源に余裕があるといえる。全国平均値は0.49。
https://www.soumu.go.jp/main_content/000917804.pdf

認知機能検査 方法別の取組実施数と割合

「実施あり」と回答した自治体を対象に、具体的な検査方法を調べました。選択肢として提示した検査方法の項目は次の通りです。

- ・ 従来の対面方式 (MMSE-JやMoCA-J等)
- ・ 質問紙を用いた記入方式 (DASC-21等)
- ・ 電子的デバイスを用いた方式 (タブレット端末等)
- ・ 医師による診察
- ・ その他

それぞれの検査の実施方法として、以下の2つからの選択回答として集計しました。

(複数の取組を実施している自治体による複数回答あり)

- ①個別に実施 (窓口での相談や戸別訪問等)
- ②集団で実施 (集団健診・検診等)

項目別の実施自治体数および割合は、下の表の通りです。

結果は、「質問紙を用いた記入方式」が最も多く、次いで「電子的デバイス活用方式」と「従来の対面方式」が同程度でした。

表：検査等実施方法別、自治体数と割合 (複数回答あり)

	①個別に実施	②集団で実施	合計
質問紙を用いた記入方式	164 (43.5%)	89 (23.6%)	253
電子的デバイス活用方式	99 (26.3%)	74 (19.6%)	173
従来の対面方式	108 (28.6%)	51 (13.5%)	159
医師による診察	61 (16.2%)	19 (5.0%)	80
その他 (専門職による電話での聞き取りや脳ドックの補助など)	27 (7.2%)	18 (4.8%)	45

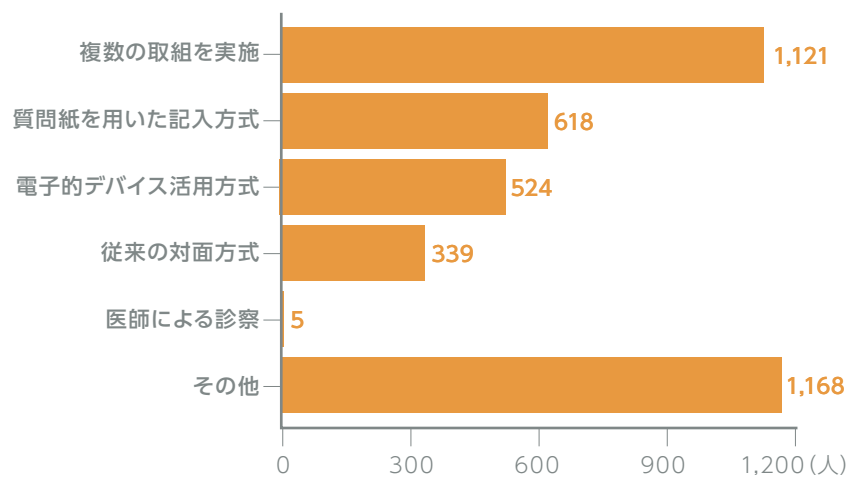
※カッコ内の数字は、実施自治体数 (全377) に対する割合

参加住民数と取組に計上した予算

それぞれの項目ごとに、取組に参加した住民の人数(図5)と取組に計上した予算(図6)を調べました。棒グラフの数値は、その項目を選択した全自治体の平均値を示しています。

取組への参加人数は、「医師による診察」を採用している自治体を除き、年間で平均300人～1,100人程度でした。「従来の対面方式」よりも実施が簡単な「質問紙を用いた記入方式」や「電子的デバイス活用方式」を採用している自治体では、より多くの住民が参加できているようです。また、早期発見をより推進するには、複数の方法を組み合わせた取組の展開が有効だと考えられます。

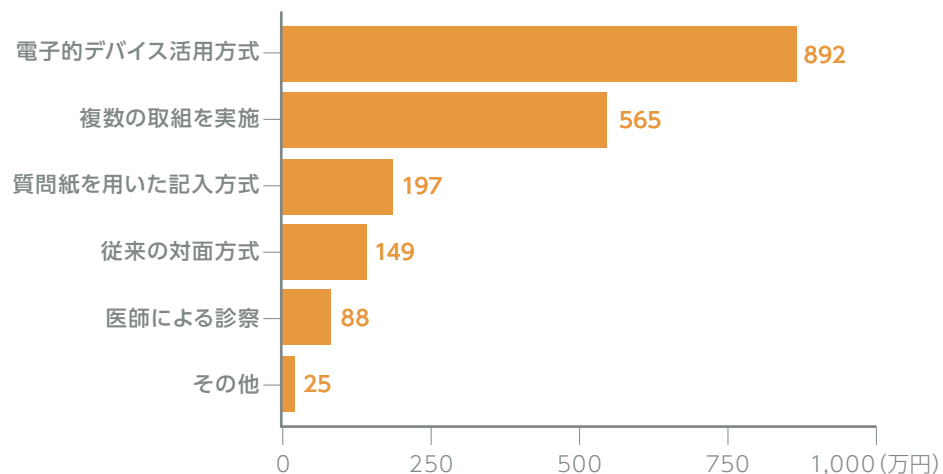
図5:検査方法別の平均参加住民数(2024年度)



※全377自治体のうち、数値に欠損のあった71件を除いた306自治体の集計結果

取組に計上した予算については、多くの自治体で平均数十万円～900万円ほどが計上されていました。特にタブレット端末など、専用の電子的デバイスが必要な方法で取組に要する費用が高くなる傾向が見られました。

図6:検査方法別の平均予算額(2024年度)



※全377自治体のうち、数値に欠損のあった124件を除いた253自治体の集計結果

取組実施の阻害要因

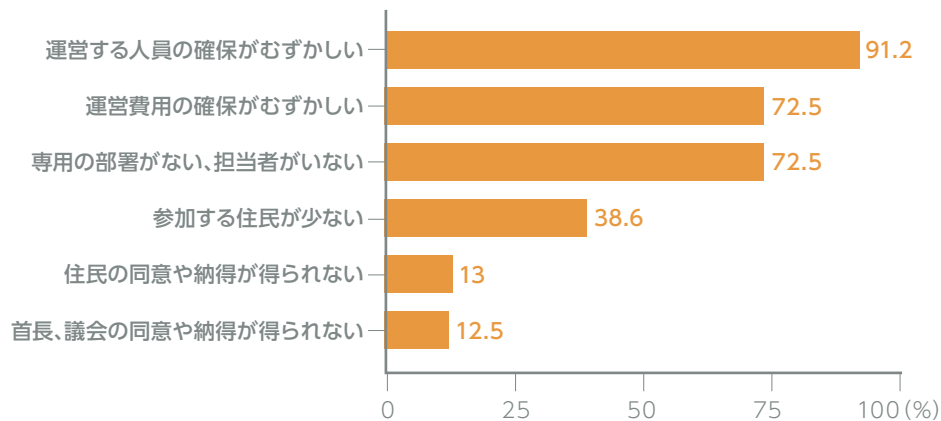
認知症早期発見の取組を実施していない自治体(593自治体)を対象に、取組を実施していない要因について尋ねました(図7)。提示した項目は次の通りです。

- ・ 運営する人員の確保がむずかしい
- ・ 運営費用の確保がむずかしい
- ・ 専用の部署がない、担当者がいない
- ・ 参加する住民が少ない
- ・ 住民の同意や納得が得られない
- ・ 首長、議会の同意や納得が得られない

それぞれについて以下の4段階で評価してもらい、①または②と回答した自治体の割合を調べました。

- ①もっとも当てはまる
- ②当てはまる
- ③やや当てはまらない
- ④当てはまらない

図7 認知症早期発見の取組を実施しない理由



結果、取組を実施していない理由として「運営する人員の確保がむずかしい」の割合が最も高く(91.2%)、次いで「運営費用の確保がむずかしい」(72.5%)や「専用の部署がない、担当者がいない」(72.5%)が高いことがわかりました。

また、自由記述による回答では、「実施後のフォロー体制の不足」、「早期発見をするための最適な方法(ツール)が不明」などが挙げられました。

調査を終えて

認知症の発症/進行リスクの早期発見の重要性が高まるにつれ、取組として実施する自治体は増加しつつあります。しかし、割合としては全体の約39%と、まだまだ十分でないことが明らかになりました。取組実施の阻害要因として最も多く挙げられた課題は「スタッフ確保」のむずかしさです。このほか、効率的なスクリーニング方法の確立やスクリーニングに至る普及啓発活動、検査実施後の受け皿についても考慮に入れ、地域内外の医療・介護関連機関や人材との効果的な連携や、その強化が重要であることが示唆されました。

これらを踏まえ、第2章では自治体が取組設計をする際の注意点や方法などについて考えていきます。



はじめに ～自治体の認知症の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」第二十一条で、自治体に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が求められています。

この中には、連携協力体制の整備、認知症および軽度の認知機能の障害に関する情報提供、その他の必要な施策の実施が含まれています。

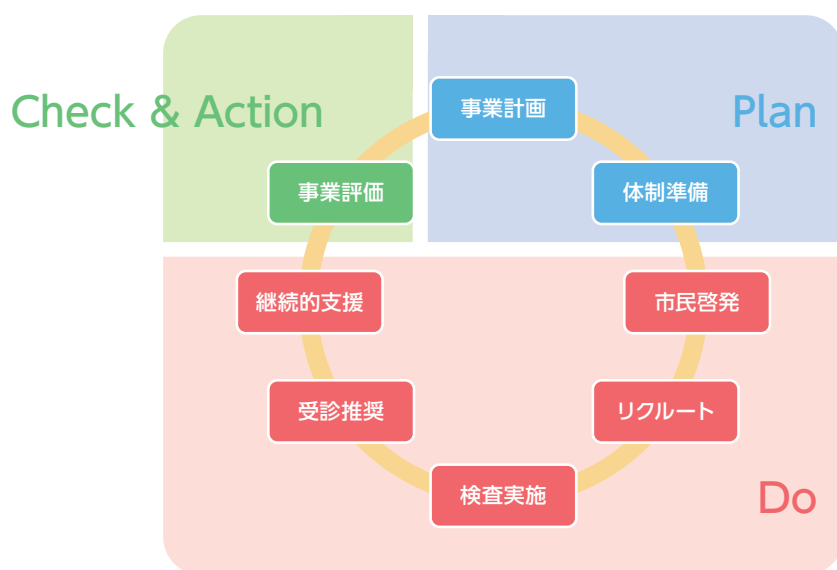
これにもとづき、自治体では具体的な行動を計画し、実施することが重要です。本章では、自治体が認知症早期発見の取組を効果的に進めるための手順を示します。

自治体の認知症の早期発見の取組を推進するには、具体的に次のような活動を行います。

- ①地域の実態に即した計画を策定する
- ②既存の社会資源を最大限に活用できるような連携体制を構築する
- ③啓発活動を通し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、継続的に支援する
- ⑧実施した事業の結果検証と、事業の改善策の実施を行う

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に、8つのステップとして示したものです。

図1：自治体における認知症の早期発見の取組のPDCAサイクル



本章ではこのフレームワークに沿って、認知症早期発見に向けた自治体での取組や進め方について見ていきます。各ステップが円滑に連携し、効果的かつ持続可能な活動となっていくよう、できる限り具体的な事例やポイントを挙げて説明することを目指しました。ぜひ参考にしていただき、それぞれの地域に合った方法を構築・実施していただければと願っています。

【Plan】事業計画の準備



Step 1 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発見するために、現在、自治体が行っている取組は多岐にわたります。具体的には、もの忘れ検診等の個別検診（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での基本チェックリストの活用などが挙げられます。

いずれの取組を実施する場合も、「早期発見・早期診断、および早期対応」のための事業には次のような一連の流れが含まれます。既存データを活用した認知症の疑いのある方へのアプローチ、認知機能の低下が疑われる方の医療機関の受診の促し、診断の結果に関わらず受診後に必要な支援へのつなぎ、等です。

これらの取組を着実に実施するためには、自治体の規模や高齢者の人口、健診・検診等への協力医療機関の数、相談窓口や診断後支援を担う社会資源の整備状況、さらに予算規模を踏まえつつ事業化することが重要です。

一方で、独立した新たな事業の立ち上げには至らなくても、既存の事業や取組を活かし、認知症の「早期発見・早期診断、および早期対応」を行って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、対象範囲の重複や抜けがないか点検して、既存事業の位置づけを明確化してください。

また近年、アプリを使った認知機能検査や、音声や姿勢データを活用した認知機能のスクリーニング法などの開発が進んでいます。予算や人手などさまざまな要素も考慮し、新しいツールや方法の導入も視野に入れて事業計画を立てていくとよいでしょう。具体的な検査の形式やツールの例については、Step 5を参照してください。

本手引きでは「早期発見・早期診断」に焦点を当て、具体的な事例や実践のポイントを紹介します。

Step 2 体制準備 ～地域資源との協働と連携～

事業計画の枠組みが整理できたら、次に、それをどのような体制で実施するかを検討します。外部機関等との協働¹や連携²に向けた準備も必要です。早期発見の取組の運営には、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の受診・支援に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（次ページ、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、保健師など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、銀行や郵便局での手続き、スーパーや薬局での買い物・薬の受け取りなどにおける、ささいな困りごとや対応の変化など日常生活の場面にもあります。これらの場面での地域機関との連携も有効です。

「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、専門的な診断や鑑別につなげる「認知症ケアパス」の整備と運用が重要です。自治体には、こうした連携が円滑に進むよう、医師会などと連携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。特に、一人での受診が難しい場合は、家族や地域の支援者による声かけや付き添いなどの支援が必要です。診断前から支援につなげることで、診断後の不安を和らげることができます。また、診断後の支援では、医療機関から地域資源へのスムーズなつなぎが重要です。本人や家族が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とつながることで、不安の軽減や継続的な支援が可能になります。そのため、医療機関と地域の支援機関が情報を共有し、診断後の相談や生活支援への導線を明確にすることが求められます。

なお、協働・連携を進める際は、事業の中で連携先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い、合意のもとで取り組むことが大切です³。

¹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）。
²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）。
³出典：Maki Y, et al., *Geriatr Gerontol Int*, 2014

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 地域包括支援センター 住民グループ 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 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 スーパーマーケットやコンビニエンスストア 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 認知症カフェ 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。



Step 3

市民啓発 ～継続的な事業実施を目指して～

認知症は近年、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さまざまな施策が展開されています。例えば、「認知症サポーター養成講座」では、2024年12月時点で1,500万人を超えるサポーターが養成されるなど、普及啓発活動は全国に広がりを見せています。

さらに、厚生労働省では、認知症の本人が自らの言葉で発信する機会の拡大を目的に、「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、各都道府県においても「地域版希望大使」の設置が進められており、キャラバン・メイトとの連携や自治体の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。

しかし、認知症そのものに対する理解は、いまだ十分とはいえず、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についての啓発が必要です。こうした理解不足は、必要なときに受診や支援につながりにくい一因になっていると考えられます。自治体がホームページや広報誌を通じて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とっては、自分ごととして捉えるのがむずかしく、行動変容にはつながりにくいという状況があります。そのため、住民に対しては、折に触れて健診・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、保健師など）とつながることがその後の生活への備えになることを繰り返し伝えていくことが大切です。具体的には、次のような方法により、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）

また、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例もあります。例えば、自治体が認知機能チェックリストをWebサイトや広報誌に掲載することで、住民自身が自分の認知機能の状態に気づく機会を提供しているほか、民間企業（生命保険会社や損害保険会社など）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。

これらのツールの活用によって、認知機能の低下や認知症の発症/進行リスクを「自分ごと」として捉える人が増え、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るものであるため、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促すメッセージを併せて伝えることが不可欠です。これにより、住民の不安の軽減と、医療・支援の適切な利用が促進されることが考えられます。

Step 4

リクルート ～対象者のリストアップ～

認知症の発症/進行リスクの早期発見を推進するには、本人や家族の気づきや行動（例：健診・検診の受診や相談窓口への来所等）を待つだけでは不十分です。特に近年、一人暮らしや高齢者のみの世帯の増加により、認知症への気づきや対応が遅れるリスクが高まっています。このような状況の中で、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や、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可能です。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。

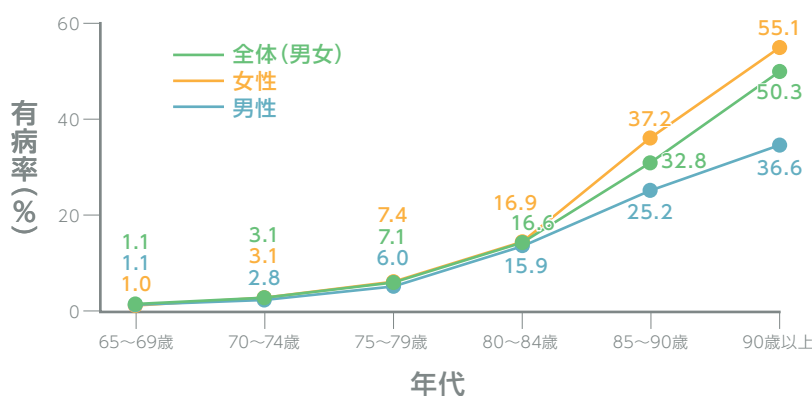
リスクの高い住民を早期に支援につなげる方法としては、地域包括支援センターや医療機関と連携し、すでに支援を受けている方の中から認知症のリスクが高い人を把握し、追加の相談や支援につなげることができます。また、基本チェックリストの結果から、認知機能の低下が疑われる住民に対し、戸別訪問や電話でのフォローアップを行うことや、KDBを活用して、糖尿病や高血圧など認知症の危険因子を有する住民を抽出し、個別に健診や相談の案内を送付する方法も有効です。

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、早期に支援に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実現することが可能となります。

リクルート対象を決定する際には認知症の年代別有病率(図2)⁴を活用し、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歳頃から発症がみられはじめ、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・検診にかけられるリソース(人員、予算、会場、時間など)には限りがあるため、60歳以上の住民全体を一律に対象とすることが難しい場合があります。その場合には、例えば認知症の有病率が高くなる75歳以上に絞るといった対象年齢の引き上げや、65歳、70歳、75歳など節目の年齢に達したタイミングで健診・スクリーニングを実施する方式など、地域の状況に応じた柔軟な設定が考えられます。

また、対象者にアプローチする際には、住民のプライバシー保護とデータの適切な管理は、リクルートの実施において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ためには、リクルートされた住民を適切な支援につなげるフォローアップ体制の整備や、対象者との信頼関係の構築が重要です。例えば、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こと、同じ担当者が継続的に関わること、必要に応じて家族や民生委員や地域の身近な支援者とも連携することなどが、対象者との信頼関係を築くうえで重要です。

図2:認知症の年代別有病率(2022年時点)



⁴[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>)

Step 5 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にも、地域包括支援センターでの相談対応や、通いの場・訪問活動を通じた日常的な気づきによるものなど、さまざまな形態があります。なかでも、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(→第1章参照)、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・検診の取組にはさまざまな形式がありますが、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。

【認知症の健診・検診の形式 代表例】

- 1. 健診会場型:** 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。複数の参加者が集まり、順次検査を実施する。
- 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. 個人型:** 受検者本人が個人で電子的デバイスや質問紙など用いて検査を実施する。

◆認知症の健診・検診の検査ツール

認知症健診・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、以下のような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)⁵
- ・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

- ・スタッフが測定する認知機能検査(MMSE-J、MoCA-J等)は、検査の再現性を担保するため実施者の事前の訓練が不可欠である⁶。
- ・タブレット端末等で自己測定する認知機能検査の場合、参加者が不慣れだと実際の認知機能より低い点数となる可能性がある⁷。

③検査ツールの著作権、コスト

- ・一部の検査ツールは、ライセンス料等の費用が発生する。

⁵スクリーニング検査の結果、「認知機能低下」と評価されても認知症・MCIと診断がつくわけではなく(偽陽性)、逆に認知症・MCIの方が「認知機能正常」と評価されることもある(偽陰性)。これらは二律背反のため、「感度」、「特異度」の指標で表現される。

⁶各測定ツールのマニュアル参照。日本語版MMSE-J: https://www.nichibun.co.jp/seek/kensa/mmse_j.html

⁷スタッフが測定する認知機能評価においても、高齢者本人の心身の状態や周囲の環境(騒音など)によって偽陽性の確率が高まる。

以下に、特に認知機能の検査として活用可能な評価ツールを3つに分類して挙げました。それぞれの具体的な利点と課題については表2にまとめました。

【認知機能検査ツールの分類】

- 1. 心理士等のスタッフが測定する認知機能検査 (MMSE-J、長谷川式認知機能検査、MoCA-J等を使用)
- 2. 本人が電子的デバイスを使用して測定する認知機能検査 (Cog state、NCGG-FAT、sf-FAT*等を使用)
- 3. 本人や介護者が質問紙にチェックする認知機能評価 (基本チェックリスト等を使用)

*sf-FAT: short form National Center for Geriatrics and Gerontology-Functional Assessment Tool

表2:分類別 各認知機能検査ツールの利点と課題

	心理士等のスタッフが測定する認知機能検査	本人が電子的デバイスを使用して測定する認知機能検査	本人や介護者が質問紙にチェックする認知機能評価
	使用ツール例: MMSE-J、改定長谷川式簡易知能評価スケール、MoCA-J、PAPLICA	使用ツール例: NCGG-FAT、sf-FAT、もの忘れ相談プログラム(MSP)、TDAS、認知機能セルフチェッカー、CogEvo、のうKNOW®、CQ test®	使用ツール例: 基本チェックリスト、後期高齢者の質問票
利点	偽陽性の可能性が低く 精度・信頼性が高い	データ集計やフィードバックの手間が少ない ある程度の精度を有する	最も手軽
課題	・マンパワーおよびスタッフの訓練が必要 ・データ集計やフィードバックが煩雑	・参加者がタブレット端末等に不慣れな場合、偽陽性の可能性が高まる	・偽陽性の可能性がある ・データ集計やフィードバックが煩雑
所要時間	10分～20分程度 (スタッフの習熟度による)	15分～20分程度	5分～15分程度
費用	無料のものが多い	有料のものが多い	無料のものが多い

検査ツールを選択する際は、科学的根拠や費用対効果はもちろん、使いやすさの点で高齢者やスタッフへの配慮が必要です。J-DEPP研究では、一人の方に対して複数の検査 (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®)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、本人がタブレット端末やパソコンを使用して行う検査でも、ある程度の精度で認知機能低下を見つけることができ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、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、タブレット端末やパソコンを使用した検査でも一定の有用性があると考えられました。また別の指標としてMoCA-Jで26点未満を軽度認知障害 (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、やはり一定の精度を持つことが示されました。検査後は結果にもとづき適切な支援や医療機関につなぐことができるよう、ぜひ事前にフォローアップ体制を構築・整備しておいてください。これらの配慮により、認知症健診・検診の取組は、その効果を最大化することができます。

◆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や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可能です。検査の実施にあたっては、保健師や公認心理師など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/>

Step 6 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、医療機関への受診を勧めることが大切です。受診の推奨には、以下の2つの方法があります。

1. 検査結果を送付する際、受診推奨の案内を添える

検査結果の文面で受診案内の文書等に誘導します。

例:「認知機能検査の結果によっては、医療機関の受診をお勧めする場合があります。詳しくは、〇〇をご確認ください。」

2. 医療・福祉の専門職、自治体保健師等が直接受診を指導する

対象者の不安を軽減しつつ、適切な行動を促すことができます。

認知症の健診・検診の取組では、対象者が病識に乏しく、受診を自分ごととして捉えられないケースも多くあります。そのため、結果送付だけではなく、電話や訪問、面談などによる「人を介した」直接的な支援も組み合わせることが重要です。

◆受診を勧めるタイミングと方法

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という記憶が新しい時期(おおよそ1ヵ月以内)に設定します。方法としては、郵送に加えて、保健師等による電話や対面での説明など、複数のアプローチを組み合わせることも検討してもよいでしょう。受診推奨対象者が多い場合は、MCIの中でも複数領域で認知機能障害が認められるなど、よりハイリスクな方を優先的に対象にするといった工夫もできます。

◆対象者に寄り添った対応

保健師が受診を勧める際には、いきなり認知症の話をするのではなく、まずは日常生活の聞き取りから始め、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での困りごとがないかなどを傾聴・共感しながら確認し、受診につなげるようにします。かかりつけ医がいる場合は、その受診頻度や関わり方を理解したうえで適切な案内を行うように心がけます。また、継続的な参加者については、過去の結果も考慮することが重要です。さらに、他の自治体事業(地域支援事業等)への参加状況なども確認し、必要に応じて他部署と連携し、包括的な支援につなげます。

◆プライバシーへの配慮

受診を勧める場合は、十分プライバシーに配慮した対応を心がけます。例えば、検査会場で受診を勧めると、他の参加者に結果が知られてしまう可能性があるため、後日個別に結果を説明するといった配慮が必要です。

また、認知症診断への不安やスティグマによる受診への心理的抵抗感に配慮した対応が求められます。受診を勧める際には、必要以上に不安を煽ることがないように、表現には十分配慮することが必要です。

【受診案内の表現例】

- ・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」

受診先としては、まずは、かかりつけ医への相談をお勧めします。検査結果については、かかりつけ医が確認のうえ、必要に応じて、認知症サポート医、認知症疾患医療センター⁸、認知症に関する専門医^{9,10}が在籍するもの忘れ外来を設置している医療機関等への紹介が行われる流れとなります。

詳細な受診推奨の手法や成功事例については、厚生労働省や専門機関によるガイド等を参照してください。

⁸「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>

⁹日本認知症学会による認知症専門医検索サイト <https://dementia-japan.org/doctors/>

¹⁰日本老年精神医学会による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

Step 7 継続的支援 ～モニタリングとフォローアップ～

認知症の早期発見の取組は、リスクを評価して受診を促すだけで終わりではありません。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。

その具体的な手法を見ていきましょう。

◆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ら、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つに分類されます。それぞれに応じた支援の例と併せて、以下にまとめました。

1. 認知症

- ・ 介護保険について対象者に紹介する。
- ・ 地域包括支援センターや介護支援専門員を紹介し、認知症カフェなどの地域資源につなげる。
- ・ 重症化を予防する薬物療法(コリンエステラーゼ阻害薬など)や非薬物的治療法(回想法など)があることを対象者に紹介する。

2. 軽度認知障害(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、通いの場への参加など)を促す。
- ・ 薬物療法(抗アミロイドβ抗体薬)があることを対象者に紹介する。

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)

- ・ 適切な鑑別診断(原因疾患を明らかにする)と治療で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、通いの場への参加など*)を促す。

◆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有効です。モニタリングの具体例として、次のような方法が挙げられます。

・ **郵送調査の実施**：参加者全員を対象に、以下の事柄を確認します。

- ① 検査実施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、郵送式調査で実施する場合、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れやすいという課題があります。また、1回のみ調査では継続的な支援状況の把握が困難であることも留意が必要です。さらに、かかりつけ医との連携が十分ではない場合は、実際に医療機関を受診したかどうか、また、どのような診断であったかという実態把握がむずかしく、対象者本人の自己申告にもとづく評価しかできないという限界もあります。

・ **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対し、地域包括支援センターなどによる面談や電話でフォローアップを行います。特に、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ることから、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を含め、地域全体で医療・介護等の支援へつなげられるような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対応が難しくなるという課題もあり、よりハイリスクな人を対象とするといった工夫も必要です。

*介護保険外の介護予防事業および介護予防・日常生活支援総合事業を含む。

【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～

ここまで、認知症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)」に続き、最後に行うのは「Check & Action (評価と改善)」です。事業評価は、実施状況や短期的成果を測るだけでなく、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って評価を行い、結果を次年度以降の計画に確実にフィードバックしていくようにします。

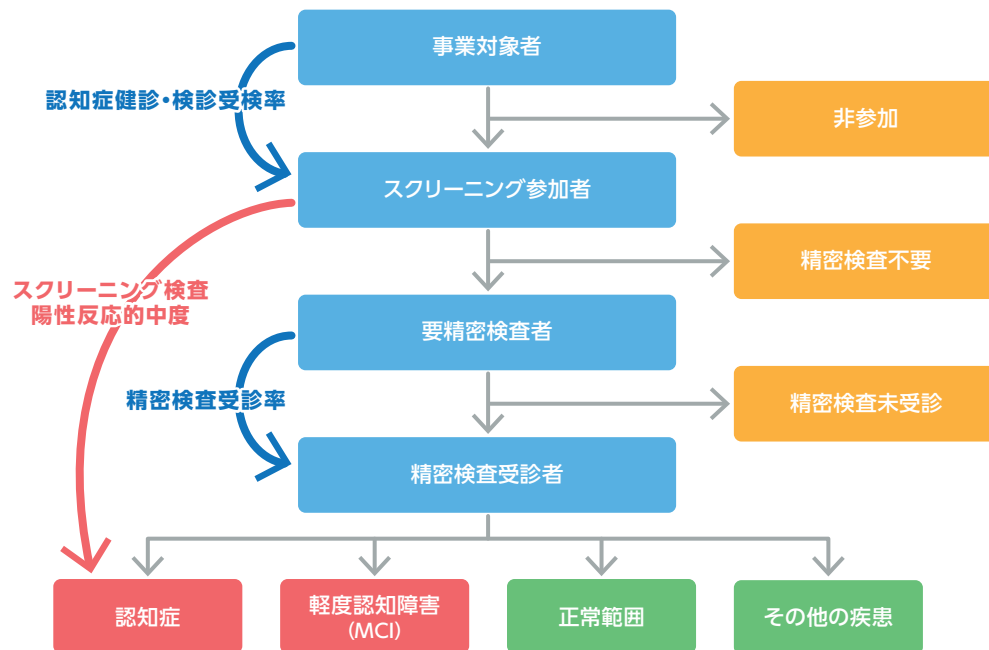
認知症の早期発見の取組の事業評価について現在のところ標準化された指標はありませんが、標準的な健診・保健指導の例と同じく、以下の3段階に分けて検討するとよいでしょう。

1. プロセス (過程) 評価: 事業の適切な実施の確認 (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の測定 (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の把握 (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、本研究班が設定した事業評価指標を示します。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) に掲載されているがん検診の事業評価¹⁰および標準的な健診・保健指導プログラム (2024年度版)¹¹を参考にしました。

図3は、認知症健診・検診の取組の流れを示したものです。

図3: 認知症健診・検診の取組の流れ



¹⁰「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

¹¹「標準的な健診・保健指導プログラム」(2024年度版) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001231390.pdf>

◆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過程（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

認知症健診・検診の取組を実施している各都道府県内での自治体数が多いほど、当該地域における事業の普及・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、次のような点を見直してみましょう。
 - 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となります。比率が高いほど、よい成果であるといえます。

- ・計算方法：受検者数／対象者数×100(%)
- ・比率が低い場合は、次のような点を見直してみましょう。
 - ①市民啓発の強化（SNS・広報誌・地域イベントでの情報発信 他）
 - 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 他）
 - ③対象者の選定（健診・検診の対象者を見直し、ハイリスク群を優先する 他）

◆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、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となります。

- ・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、認知症健診・検診の対象者をよりハイリスクな方（生活習慣病の方、より高齢の方等）に絞ってリクルートしたり、健診・検診で使用するツールを見直すなどの対策を考える必要があります。

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となります。比率が高いほど、結果がよいといえます。

- ・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、次のような点を見直してみましょう。
 - ①健診・検診の取組の受検者に精密検査の重要性が伝わっているか
 - ②受検者の利便性の向上（交通アクセス、休日・夜間対応可能な体制の構築 等）

これらの指標を用いることで、その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することができます。「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

これらの指標を用いることで、その事業が長期的にどの程度、住民や地域社会全体の健康やQOLに影響したかを評価することができます。

アウトカム指標を得るためには、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。

このようにして得た「事業評価」は「事業計画」にフィードバックし、計画全体や各ステップの改善、新しい取組の検討などに役立てます。



神戸市の高齢化率

約29.0%

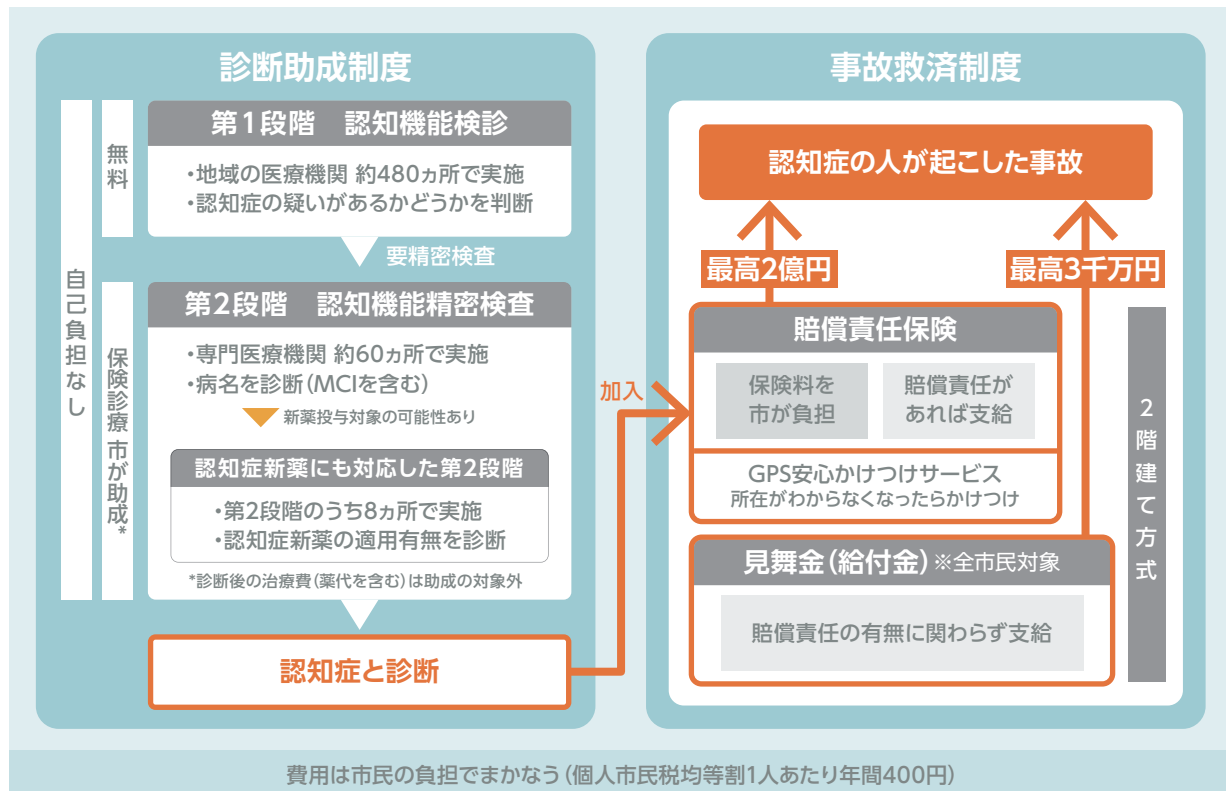
総人口 約149万6,000人(2024年)

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」の二本柱を据えて対応。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掛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



具体的な実施方法 (対象：65歳以上の市民)

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掛かる費用も、市が助成します(薬代を含む治療費は対象外)。

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/>



支援活動(診断後支援)

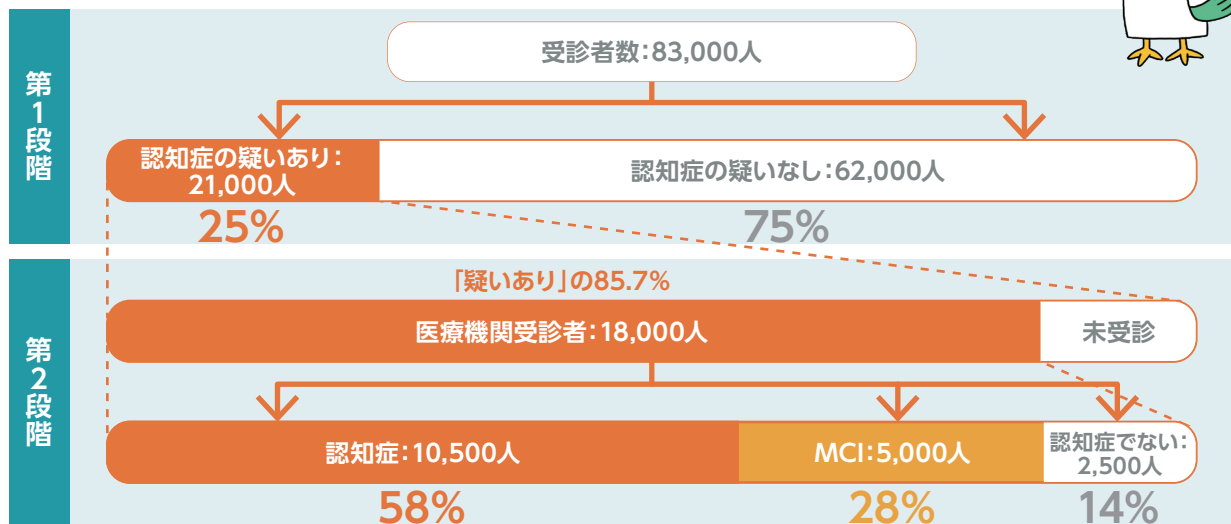
- ①認知症と診断されると賠償責任保険に無料で加入できます。
- ②診断した医療機関が認知症ケアパスを渡し、地域包括支援センターを紹介するなど介護保険サービスにつなげています。

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

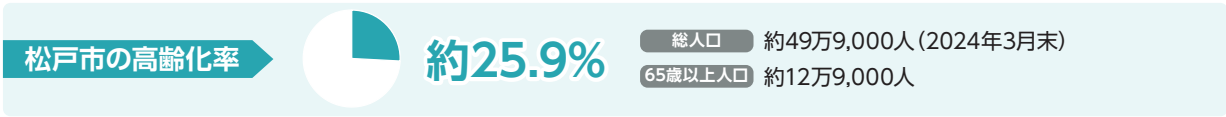
普及啓発とMCI支援で「誰ひとり取り残さない」検診事業へ

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。

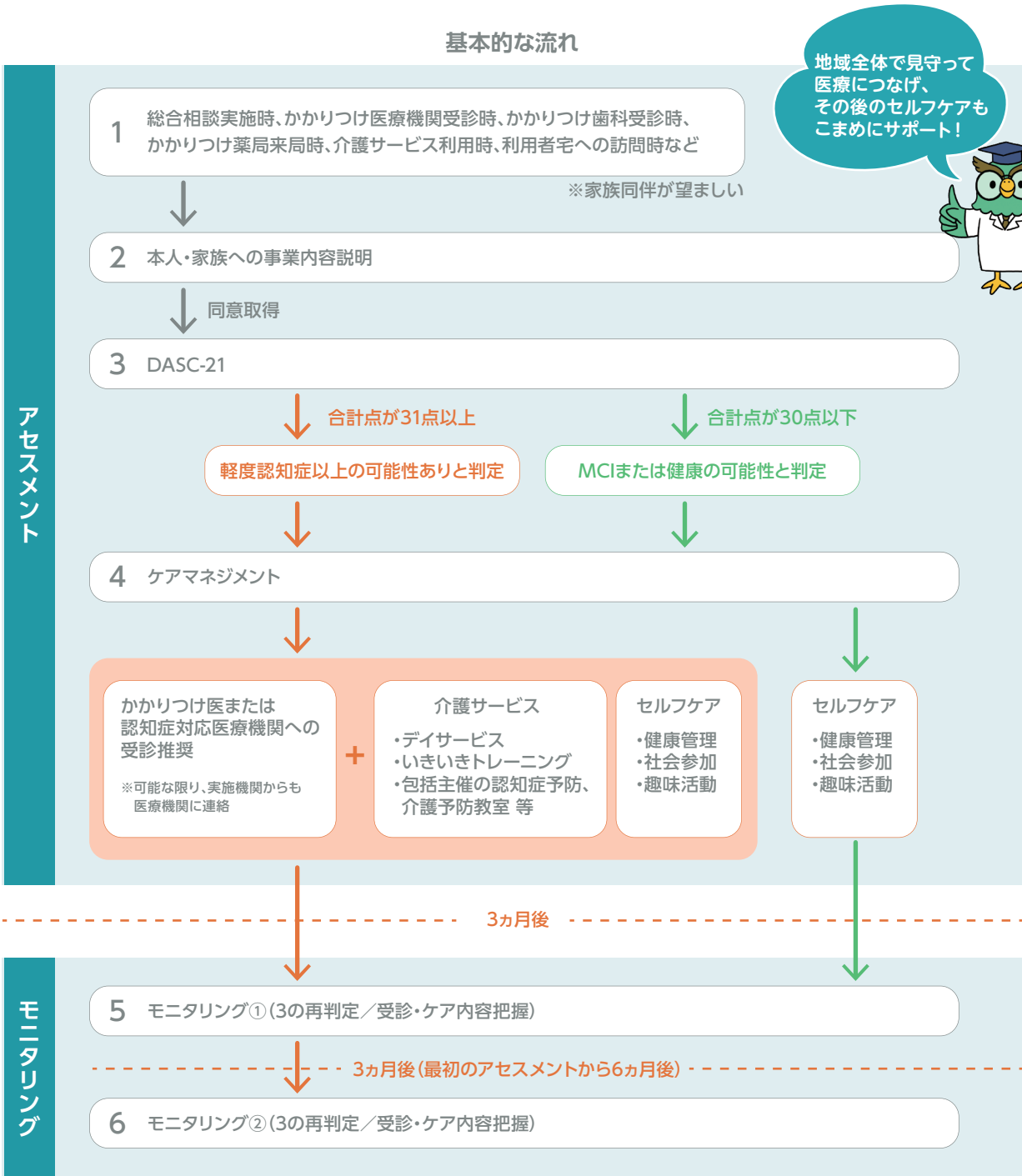




取組概要

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。まつど認知症予防プロジェクトでは、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。



※ 「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。

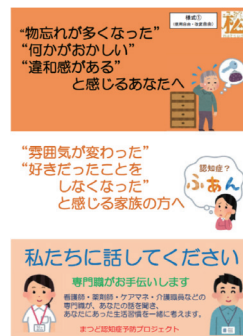


図1

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点数に関わらず、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/PR_tokushu/ninchishoproject.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、継続的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ます。



「PFSを活用した認知症検診の取組」

文京区の高齢化率



約18.9%

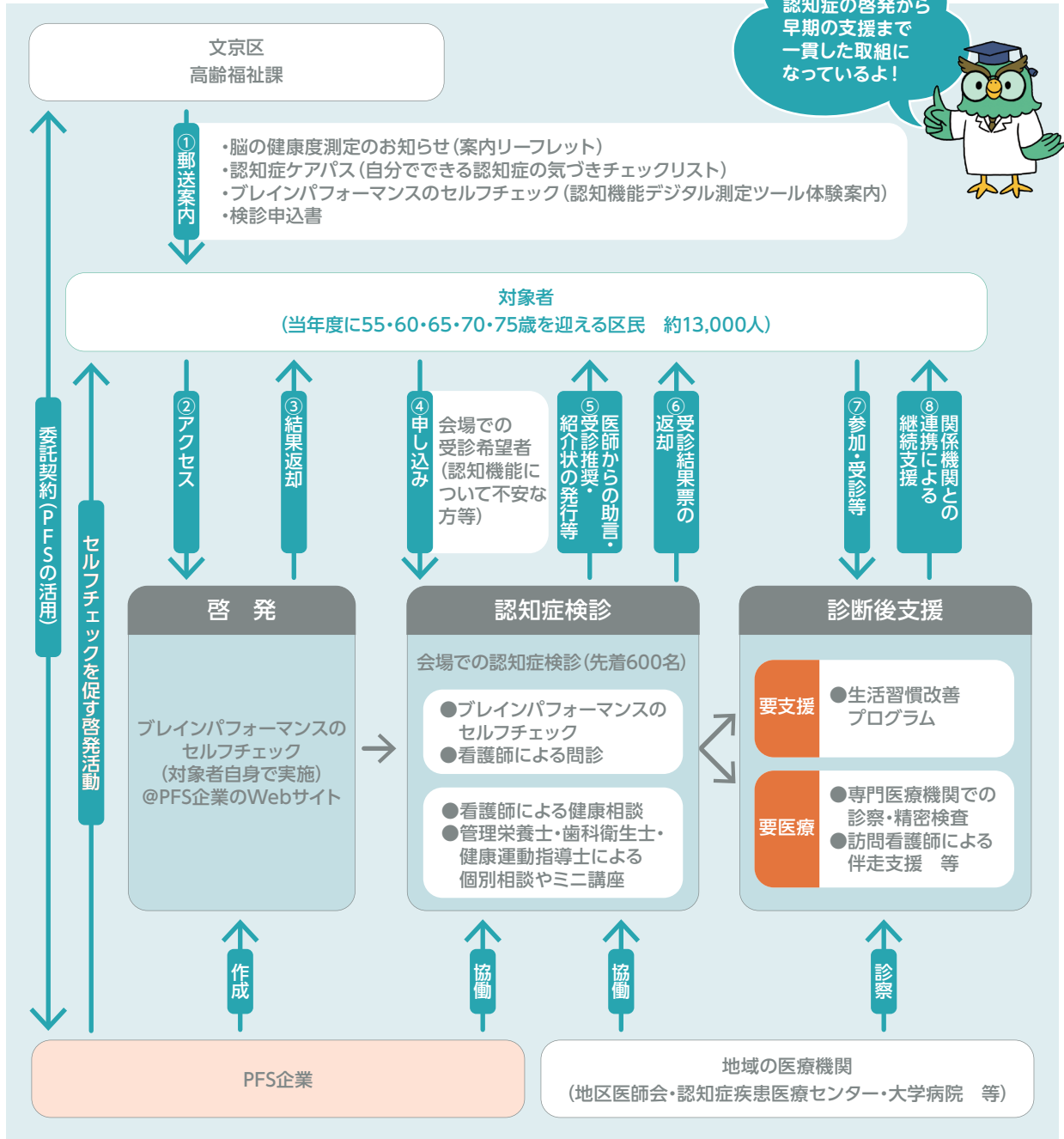
総人口 約23万3,000人(2024年)
65歳以上人口 約4万4,000人

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)。問診の結果と併せ、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がります。

■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

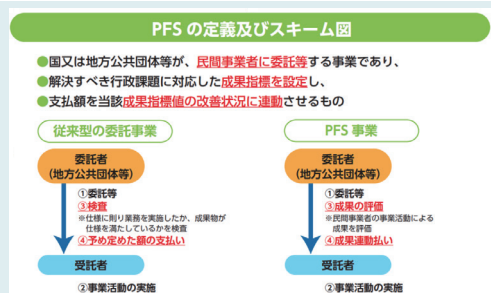
1. 課題:「脳の健康度測定のお知らせ」の発送件数に対する受診率は、2～3%となっています。無関心層の取り込みのほか、検診やセルフチェックの機会拡大に関する区民ニーズへの対応等が課題です。
2. 展望:課題に対応するため地区医師会とも協議し、2025年度から「指定医療機関での個別検診」へ移行します。また、検診対象者以外で希望する方にも、セルフチェックの機会を提供します。

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:PFSパンフレット(内閣府成果連動型事業推進室)より
<https://www8.cao.go.jp/pfs/pamphlet.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。



J-DEPP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、全国の自治体で参考にしていただける統一的な考え方・モデルをつくることを目標に、2024年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合わせた「認知症早期発見・早期介入の実証」のモデル事業を実施し、それを通して「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」、「リスクが発見された方に対して医療機関受診を推奨する方法」について検討しました。

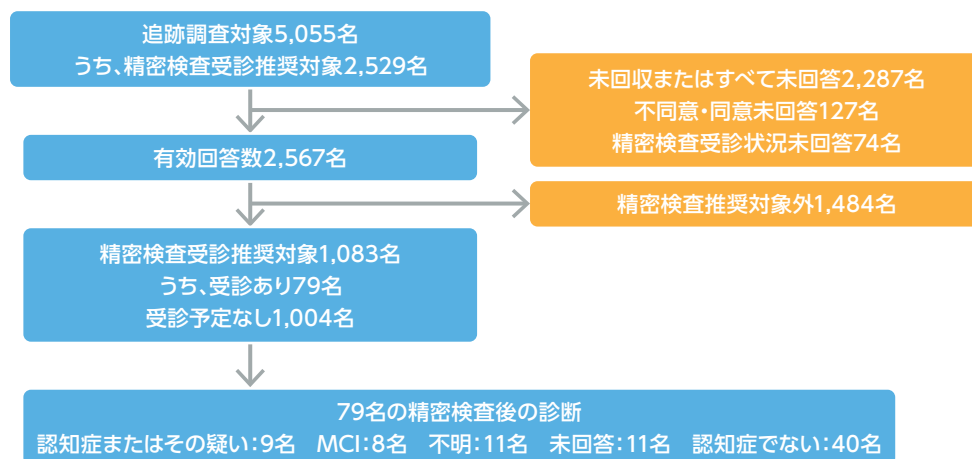
各自治体のモデル事業は、以下の基本フローに準じて実施しました(図1)。

図1: J-DEPP研究の基本フロー



J-DEPPでは全国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、受診推奨方法について包括的な検証を行いました(図2)。

図2: 国立長寿医療研究センターが実施した北海道・秋田・愛知の追跡調査の対象者抽出過程



体制準備 ～関係機関との連携構築～

事業実施に先立ち、本研究の趣旨や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、あらかじめ自治体、医師会、基幹病院に説明を行い、それらの関係機関と連携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、参加者からの受検や受診に対する問い合わせに対応を行えるように、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での周知では受検率が0.003～2.4%であったのに対し、介護予防教室など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。これは個別性の高い「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では、郵送費は要するものの、人的・時間的コストを抑制し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を実現しました。

秋田フィールドでは、県と市の公式ホームページ、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の体験を通じて、内容への理解促進と参加意欲の喚起を図りました。また、自治体保有の対象者情報を活用し、ダイレクトメール形式で案内文書を郵送することで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によるMCIスクリーニング事業を実施しました。イベントは(1)認知症および軽度認知障害に関する講話、(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部構成で、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には、スタッフによる対面での丁寧な説明と検査内容・受診推奨に関する直接的で即時のフォローが可能
な点にあります。

秋田フィールドの一部自治体では、自治体保有の対象者情報をもとに案内を郵送して参加者を募り、タブレット端末等を用いたスク
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。

一方で、会場確保やスタッフ手配による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)。

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用し、チラシなどに掲載された二次元コードを読み取り、Webサイトにアクセス
して検査を実施しました。検査終了時に結果が表示され、「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同時に表示されました(図3)。

この方式は会場に向くことが困難な高齢者や移動制約のある対象者でも受検できるという強みがあり、特に冬季に道路凍結によ
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を使い慣れていない、インターネット環境が未整備、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、画面の視認性や操作性等の問題により、適切な受検ができず検査を途中離脱する方も多いという課題が明らか
になりました。このような電子的デバイスの操作上の困難さや時間切れによるストレス、個人情報入力への不信任も受検を妨げる要因
となりました。

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	個人型
スクリーニングの 精度	利点: 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	利点: 診察室で医療従事者が 実施するため、信頼度が 最も高い	課題: 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	利点: 単発開催のため、指定 医療機関型と比べ低予算 課題: 会場費・人件費が必要	課題: 連携医療機関への 支払いのための予算確保が 必要	利点: ツールは無償から有償 まで幅広い
自治体の マンパワー	利点: 従来の形式のため、 わかりやすい 課題: 当日のスタッフの確保 が必要	課題: 医療機関への支払い 等の事務手続きが必要	利点: 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	利点: 従来の形式のため、 なじみやすい 課題: 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	利点: 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	利点: 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 課題: 無関心層へのリーチが 困難
場所の確保	課題: 広さ等、条件に合う 会場が必要	利点: 自治体による 会場確保は不要	利点: 自治体による 会場確保は不要
日程の設定	課題: 日程により 参加できない住民がいる	利点: 自治体による 日程の設定は不要	利点: 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	課題: 医療従事者を派遣する 場合、調整が必要	課題: 医療機関との綿密な 制度設計と打ち合わせが必要	課題: 医療機関への受診を 推奨する場合、調整が必要

図3: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

受診率の低さ

国立長寿医療研究センターが19自治体を対象に実施した追跡調査では、受診推奨後の精密検査の受診率は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おいて大きな課題があることが明らかになりました(表2)。

受診を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」(表3)であり、認知機能低下に対する自己認識とのかい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。

非会場型では、検査後に結果が画面上に表示されるのみで、スタッフによる説明が行われなかったため、本人が受診を勧められたと認識しないケースもあり、医療機関への受診につながりにくいという課題が明らかとなりました。また、検査後のフォローアップが難しいことに加え、自宅等でスマートフォン等を用いてスクリーニング検査を行った場合では、スコアの低さを電子的デバイス操作の困難さによるものと捉え、受診推奨に納得せず受診しないという傾向が見られました。

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

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

保健師など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12%まで向上しました。非会場型の場合も、受診推奨は画面提示や郵送だけでなく、医師会と連携し、顔の見える関係を築いて丁寧に周知することが重要です。

東京・神奈川フィールドでは、研究スタッフによる電話対応により12.5%、鹿児島では行政の保健師による電話・訪問・面談により11.6%の受診率を達成し、「人を介した」受診推奨により受診率は約12%にまで改善しました。東京では、スクリーニング検査の結果を郵送で返却し、研究スタッフが電話で生活状況聞き取りと受診推奨を実施しました。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い、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。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、通話ができただけでも、詐欺や勧誘への警戒感から対応に困難を伴う事例もありました。

鹿児島では受診推奨対象者に対し、行政の保健師が電話や訪問による面談を行い、生活状況や本人・家族の希望を聴取したうえで慎重に受診支援を行いました。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を整えて実施しました。一方で課題も明らかとなりました。受診推奨対象者における面談の結果、48.3～86.0%が「受診を希望しない」と回答し、その背景には生活上での困りごとがない、受診するのが大変、などの声が聞かれました。さらに、参加者からは認知症への不安が大きく結果を知るのが怖い、といった声も聞かれ、認知症への強いスティグマが感じられる事例も多く見られました。

まとめと今後の課題

今回のプロジェクトを通じて明らかになった最大の課題は、病識の乏しい対象者をいかにリクルートし、スクリーニング検査から医療機関での受診へと確実につなげるかという点でした。今後は、受診推奨の方法を見直すとともに、本人の自発性や病識の有無に左右されないリクルート体制および受診支援のあり方について、さらなる検討が求められます。

各自治体においては、地域包括支援センターや初期集中支援チームの職員が、かかりつけ医や認知症サポート医と連携し、継続的な支援に取り組んでいます。「人を介した支援」の有効性が示された一方で、保健師等の人員や予算には限りがあることから、効果的かつ持続可能な仕組みの構築が不可欠です。例えば、自治体職員が地域のかかりつけ医と定期的に接点を持ち、日常的に連携しやすい「顔の見える関係性」を築いておくことが重要です。

こうした関係構築に加えて、郡市医師会や認知症疾患医療センターなどの専門医療機関との事前連携を強化し、さらに新聞・テレビなどのマスメディアを活用して、対象者本人のみならずその家族や地域住民全体を巻き込んだ啓発活動を展開することで、受診に対する意識の醸成を図ることが重要です。

また、今回のプロジェクトでは、認知症の診断に対する不安やスティグマから、検査や受診をためらう声も多く寄せられました。このことは、一人ひとりの気持ちに寄り添った丁寧な支援の必要性を改めて示す結果となりました。



参考：各実証フィールドの特徴および実証モデル

No.	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)
北海道フィールド								
1-1	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
1-2					非会場型	sf-FAT	画面に表示	140,000
1-3					非会場型	sf-FAT	画面に表示	2,000
2	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
秋田フィールド								
3	秋田市	296,839	33.0	DM、ポスター、県庁HP、講演会、広報誌	会場型 非会場型	sf-FAT	画面に表示	11,000 3,000
4	羽後町	12,568	44.5	DM、ポスター、県庁HP、講演会、広報誌	会場型 非会場型	sf-FAT	画面に表示	11,000 3,000
5	大潟村	2,832	34.6	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
6	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
7	鹿角市	26,472	43.8	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
8	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
9	小坂町	4,734	46.9	DM、ポスター、県庁HP、講演会、広報誌	会場型 非会場型	sf-FAT	画面に表示	11,000 3,000
10	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
11	八郎潟町	5,139	46.8	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
12	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
13	横手市	79,160	42.0	DM、ポスター、広報誌	非会場型	sf-FAT	画面に表示	3,000
東京・神奈川フィールド								
14	板橋区	572,927	23.0	DM、事業での声かけ	会場型 非会場型	MMSE-J PAPLICA	架電	10,000 5,000
15	北区	357,701	23.7	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
16	豊島区	291,650	19.4	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
17	中野区	337,377	19.9	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
18	練馬区	741,540	22.0	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
19	稲城市	93,781	22.0	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
20	狛江市	82,102	24.3	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
21	立川市	185,825	24.8	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
22	府中市	260,078	22.5	DM、事業での声かけ	会場型	PAPLICA	架電	5,000
23	目黒区	279,520	19.8	DM、事業での声かけ	会場型	MMSE-J	架電	10,000
24	文京区	232,177	18.8	DM、事業での声かけ	会場型	MMSE-J	架電	10,000
25	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
26	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
愛知フィールド								
27	刈谷市	154,067	21.2	DM	会場型	NCGG-FAT	後日郵送	3,362
28	東浦町	49,478	26.5	ポスター	非会場型	sf-FAT	画面に表示	3,990
29	半田市	114,686	25.6	DM	非会場型	sf-FAT	画面に表示	4,225
30	常滑市	58,232	25.6	DM	非会場型	sf-FAT	画面に表示	2,062
31	高浜市	45,990	20.0	DM	非会場型	sf-FAT	画面に表示	3,695
32	東海市	112,267	23.1	DM、広報誌	非会場型	sf-FAT	画面に表示	3,211
33	知多市	82,137	29.0	DM、広報誌	非会場型	sf-FAT	画面に表示	3,362
大阪フィールド								
34	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
兵庫フィールド								
35	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
鳥取・島根フィールド								
36	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 ニンテスT TDAS プログラム	-	9,813
37	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 ニンテスT TDAS プログラム	-	9,813
鹿児島フィールド								
38	奄美市	40,249	34.5	市HP、新聞	会場型	VR 型認知機能 セルフチェッカー	保健師面談(対面)	3,100
39	垂水市	12,749	45.8	DM、広報誌、市HP	会場型	NCGG-FAT	保健師面談 (対面・電話)	2,900
40	龍郷町	6,014	33.9	事業での声かけ	会場型	VR 型認知機能 セルフチェッカー	保健師面談 (対面・電話)	3,000

*DM:ダイレクトメール、HP: ホームページ

参考:各実証モデルの結果

No.	自治体名	対象者数	受検者数	受検率	受診推奨 対象者数	受診 推奨率	受診推奨対象者のうち 追跡調査返送者数	受診者数	受診率	認知症・MCI 診断数	スクリーニング 検査陽性的中度
北海道フィールド※ ²											
1-1	札幌市	180	78	43.3	25	32.1	31	2	6.5	1	3.2
1-2		193,184	5	0.003	3	60.0					
1-3		24,749	604	2.4	190	31.5					
2	江別市	38,282	231	0.6	64	27.7	-	-	-	-	-
秋田フィールド※ ²											
3	秋田市	194,000	2,611	1.3	303	11.6	110	8	7.3	2	1.8
4	羽後町										
5	大潟村										
6	潟上市										
7	鹿角市										
8	上小阿仁村										
9	小坂町										
10	にかほ市										
11	八郎潟町										
12	三種町										
13	横手市										
東京・神奈川フィールド※ ¹											
14-22	東京①	363	336	92.6	17	5.1	17	1	5.9	1	5.9
14,23-25	東京②	162	112	69.1	4	3.6	4	2	50.0	0	0.0
26	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※ ²											
27	刈谷市	15,227	2,398	15.7	367	15.3	942	69	7.3	14	1.5
28	東浦町	12,984	57	0.4	24	42.1					
29	半田市	27,995	1,952	7.0	813	41.6					
30	常滑市	15,169	935	6.2	543	58.1					
31	高浜市	8,286	430	5.2	224	52.1					
32	東海市	14,422	680	4.7	362	53.2					
33	知多市	13,030	709	5.4	371	52.3					
大阪フィールド※ ³											
34	摂津市	22,018	286	1.3	170	59.4	-	-	-	-	-
兵庫フィールド※ ⁴											
35	たつの市	670	101	15.1	25	24.8	25	0	0.0	-	-
鳥取・島根フィールド											
36	琴浦町	6,202	429	6.9	39	9.1	-	-	-	-	-
37	隠岐の島町	5,151	589	11.4	53	9.0	-	-	-	-	-
鹿児島フィールド											
38	奄美市	13,441	112	0.8	14	12.5	14	2	14.3	1	7.1
39	垂水市	6,046	548	9.1	29	5.3	29	6	20.7	0	0.0
40	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 大阪フィールドについては、現在、追跡調査を実施中である。

*4 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。

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

最近の認知症医療は、レカネマブやドナネマブなどのアルツハイマー病の抗アミロイド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るといえるでしょう。

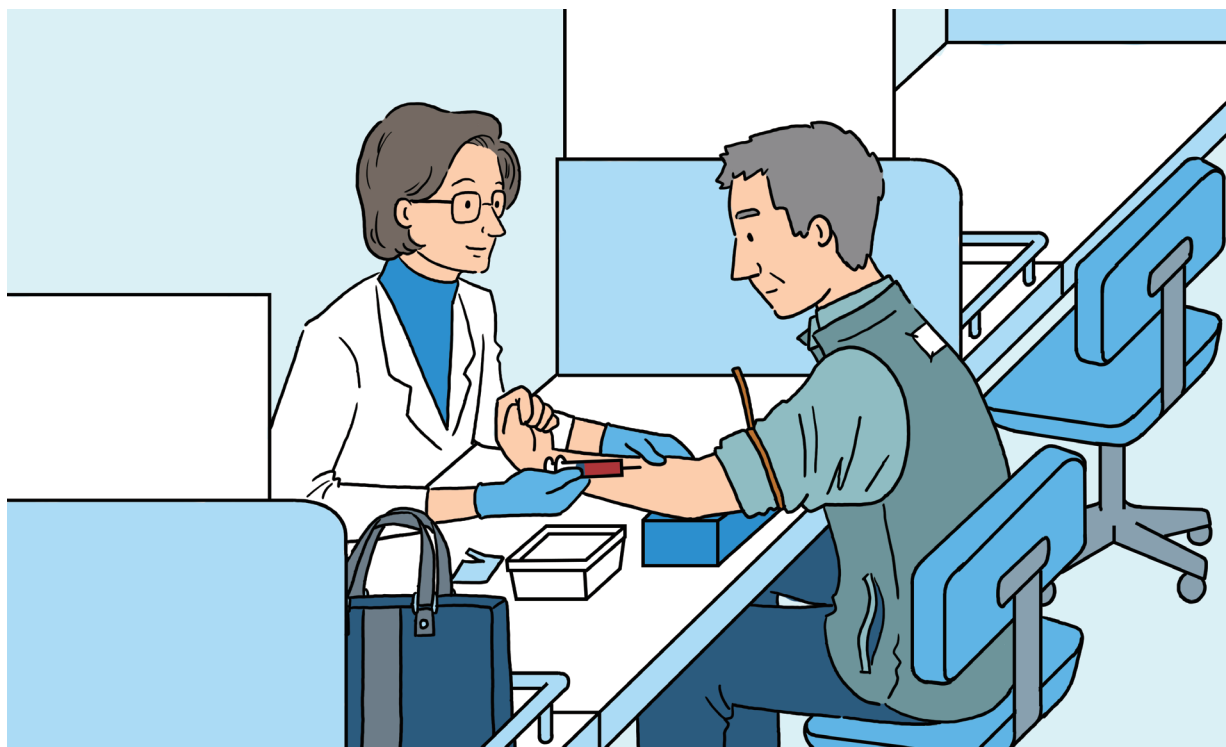
しかし、認知症を臨床症状だけで正しく診断するのは容易なことではありません。原因が異なるのに同じような症状を示すことが少なからずあるからです。そこで必要になるのが、病理学的な脳の変化を客観的に捉えることのできる「バイオマーカー（生体指標）」です。

例えばアルツハイマー病には、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し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はアルツハイマー病の原因物質として発症の20～30年も前から蓄積しはじめ、抗アミロイドβ抗体薬の標的でもあるため、これを捉えることのできるバイオマーカーは早期診断にも治療薬の選択にも最も重要な役割を担っているといえます。

2つのバイオマーカーの特徴

現在のところ、アミロイドβ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検査と髄液検査の2つだけです。日本でもアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬を使用する際はどちらかの検査を行い、病理としてのアミロイドβの蓄積を確認することが求められています。

しかし、どちらにも問題があります。まずPET検査ですが、高額なうえ実施できる施設が限られ、わずかですが放射線の被曝も認められます。一方、髄液検査は専門医による手技を必要とし、身体への一定の負荷（侵襲性）もあります。そのため、より侵襲性が低く簡便に行える「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るのです。



血液バイオマーカーを用いた 認知症早期発見から早期介入への橋渡し

血液バイオマーカーの研究は、この10年間で劇的に進化した。現在では、血液中のアミロイドβ関連物質 (Aβ42/Aβ40) やリン酸化タウ (pTau217) を測定することで、かなり高精度でアミロイドβの脳内蓄積が推定できます。また、アミロイドβ以外の脳の病理的变化、例えばタウの蓄積や、神経の変性や炎症等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に、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、それにもとづき実証を行いました。

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、一般臨床の医師などが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。

まずはじめに、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 (Aβ42/40、pTau217、GFAP [glial fibrillary acidic protein]、NfL [neurofilament light chain]) を使って、将来の認知機能低下のリスクを判定する仕組みを構築しました。国立長寿医療研究センターのもの忘れ外来に通院する軽度認知障害を有する方の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、MRIや認知機能検査などの情報も含めて、医師が総合的に判断できるように設計されています (表6)。

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、認知機能のスクリーニング検査の結果、認知機能低下が疑われた場合に、国立長寿医療研究センターのJ-DEPP特別外来への受診推奨を行いました。受診を希望された方を対象に、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、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、必要な場合は、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。

実際に受診された方の中には、血液検査により認知症の初期段階で発見され、治療の検討につながったケースもありました。また、検査で他の病気が見つかり、別の診療科を紹介したケースもありました。次のページに症例をまとめています。なお、個人情報保護の観点から、病歴や検査値等は一部ダミー値に変換しています。

症例1: 抗アミロイドβ抗体薬（レカネマブ/ドナネマブ）につなげる例

7*才 *性: 2～3年ぐらい前からもの忘れが少し気になっており、J-DEPPアプリで受診推奨（記憶力低下）されたため来院。診察の結果エピソード記憶の低下を認め、MMSE-J 27点、CDR 0.5、血液バイオマーカーはAβ42/40、pTau217共に異常値、GFAPも高値だったため、MCI due to AD、抗アミロイドβ抗体薬（レカネマブ/ドナネマブ）適応症例候補として、治療担当医師に紹介。MRI禁忌事項はなく、Aβ-PET検査が陽性だったためDMT治療を検討中。

症例2: 診断後支援につなげる例

7*才 *性: 本人の自覚的な訴えはないが、家族からもの忘れの指摘があった。J-DEPPアプリで受診推奨（記憶力、ワーキングメモリ、処理能力が低下判定）されたため来院。診察の結果、記憶機能、遂行機能、見当識いずれも低下しており、MMSE-Jは15点以下であった。頭部MRI所見に加え、血液バイオマーカーもAβ42/40、pTau217共に異常値、GFAPも高値だったため、AD dementiaと診断。MMSE-Jスコアから抗アミロイドβ抗体薬の対象外であり、内服治療および認知リハビリテーションや介護サービス等、診断後支援につなげる予定。

症例3: 専門外来で経過フォローとなった例

8*才 *性: 3～4年前よりもの忘れがあり、やや進行していると自覚していた。J-DEPPアプリで受診推奨されたため来院。記憶障害に加えて軽い筋固縮を認め、DLBアンケートではレム睡眠行動異常症、自律神経障害、嗅覚障害も疑われた。MMSE-J 23点、CDR 0.5で、MCI due to DLBが疑われた。また、血液Aβ42/40、pTau217、GFAPが異常値だったため、AD病理を合併するcommon form と推定された。MIBG心筋シンチの結果診断が確定され、専門外来にてフォロー中である。

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フォローとなった例

7*才 *性: 3年ぐらい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、J-DEPPアプリで受診推奨（記憶力、ワーキングメモリ、処理能力が低下判定）されたため来院。診察では特記すべき所見はなく、MMSE-Jは正常範囲、CDRも0であったが、詳細な記憶機能検査の結果、軽い記憶機能の低下が疑われた。CDRが0であったことにより、現時点では抗アミロイドβ抗体薬の対象にならないpreclinical ADの状態と判断されたが、血液Aβ42/40、pTau217、GFAPが高度な異常値を呈したこともあり、近い将来MCIに移行する高リスク者として、生活習慣への介入を行いながら、半年に1回程度の外来フォローを予定している。

最後に

今回の検証では、地域でのスクリーニングから専門的な診断・支援につなげる「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。なかでも、血液バイオマーカーが将来的な認知症のリスクの見極めや、早期の介入や支援の選択に大きな役割を果たすことがわかりました。しかし、これらを一般社会に応用していくには、さらに科学的な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な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は、認知機能低下を示す症候者に限定されるべきであり、無症候者への測定は推奨されていません。今後の社会実装においては、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。

表6: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	PC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 pTauの値はBraakV以上のNFTstageの可能性あり、 GFAPも高く 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 ・MRI所見、血液BM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

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

研究代表者

国立長寿医療研究センター 理事長	荒井 秀典
------------------	-------

研究分担者

札幌医科大学 保健医療学部理学療法学科 准教授	井平 光
鳥取大学 医学部認知症予防学講座 教授	浦上 克哉
秋田大学 高齢者医療先端研究センター 教授	大田 秀隆
医薬基盤・健康・栄養研究所 国立健康・栄養研究所 身体活動研究センター センター長	小野 玲
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 教授	古和 久朋
国立長寿医療研究センター 老年社会科学研究部 部長	斎藤 民
国立長寿医療研究センター 研究所 研究所長	櫻井 孝
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 センター長	島田 裕之
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 研究副部長	鈴木 宏幸
国立長寿医療研究センター バイオマーカー開発研究部 部長	中村 昭範
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 副所長	藤原 佳典
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 教授	竇澤 篤
鹿児島大学 学術研究院医歯学域 医学系 教授	牧迫 飛雄馬

執筆協力者

国立長寿医療研究センター 予防老年学研究部 特任主任研究員	片山 脩
国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 主任研究員	黒田 佑次郎
国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 特任研究員	篠崎 未生
鳥取大学 医学部認知症予防学講座 助教	下田 有紀
国立長寿医療研究センター 企画戦略局 リサーチコーディネーター	進藤 由美
国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 主任研究員	杉本 大貴
国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 研究員	藤田 康介
医薬基盤・健康・栄養研究所 国立健康・栄養研究所 身体活動研究センター 特任研究員	安岡 実佳子
神戸市 福祉局 高齢福祉課	
松戸市 福祉長寿部 高齢者支援課	
文京区 高齢福祉課	

事務局

国立長寿医療研究センター 予防科学研究部	今村 咲紀
国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 特任研究員	内田 一彰
国立長寿医療研究センター 予防科学研究部 特任研究員	小野山 絢香
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 特任研究員	横山 陽子

デザイン：小池 さやか(株式会社SAVIE)

編集：薄井 富士子(有限会社コリーグ)

イラスト：内藤 蓉子(株式会社SAVIE)

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

2025年8月 第1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 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）

「共生に向けた認知症早期発見・早期介入実証プロジェクト研究」の助成によって作成されました。

※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。