

2019～2020年度

知的障害者を取り巻く認知症の実態調査

施設入所者の認知症有病率

日本財団研究支援事業 ID：2018488269

社会福祉法人旭川荘

目次

はじめに	1
1. 背景	2
1) 一般高齢者の認知症	2
2) 高齢知的障害者の課題	4
3) 知的障害者の認知症	4
4) ダウン症	5
2. 目的	6
1) 専門医による臨床診断	6
2) 支援・介護の視点から	9
3. 方法	10
1) 調査体制	10
2) 倫理的配慮	10
3) 調査の進め方	10
4) 調査対象者	11
5) 施設訪問調査日	12
6) 調査方法	13
7) 実際の質問項目	16
4. 結果	19
1) 先行研究として岡山県の調査結果	19
2) 全国調査の結果	21
5. 考察	25
1) 認知症の気づき	25
2) ダウン症とアルツハイマー病	27
3) 予防と今後の課題	28
4) イギリスの教訓	30
6. 結語	31

はじめに

我々は、人類史上始まって以来の超高齢社会を迎えた。長寿と引き換えに、これまで経験したことがない新しい病気と向き合うことになる。新型コロナウイルス感染パンデミック、エボラ出血熱、未知感染症、公害、放射能、などがある。そのひとつに高齢者の認知症がある。メディア、医学会、老人福祉の現場からの働きかけもあって、国際的に急増する認知症に感心が高まっている。ところが、知的障害者における認知症は、行政のみならず小児科医並びに成人・老人期の臨床医からも診断が困難であるとの理由で避けられてきた。

海外においては、早くからダウン症を始めとする知的障害者の認知症に対して対策が取られている。知的障害の特性からみて、一般高齢者と同じ方法でスクリーニングする事はできないので知的障害者向けの方法を開発し、日常生活の変化を長期に渡り観察する疫学調査が行われている。根本治療薬が開発されるまで待つのでなく、認知症の予防や発症を遅らせるために現在有効と思える食事、運動、社会活動など生活習慣を見直して、罹病率減少に成果をあげている。

我が国においては、岡山県の知的障害者福祉施設を対象に社会福祉法人旭川荘と岡山大学が共同して2017年から2018年に横断調査をするまで、医師が直接診断する大規模な知的障害者の認知症有病率の調査はなかった。その人の習慣と思いつく科学的なデータに基づいた支援計画を立てて、認知症に罹患した知的障害者の方が、早期から適切な支援が受けられる環境を作る必要がある。

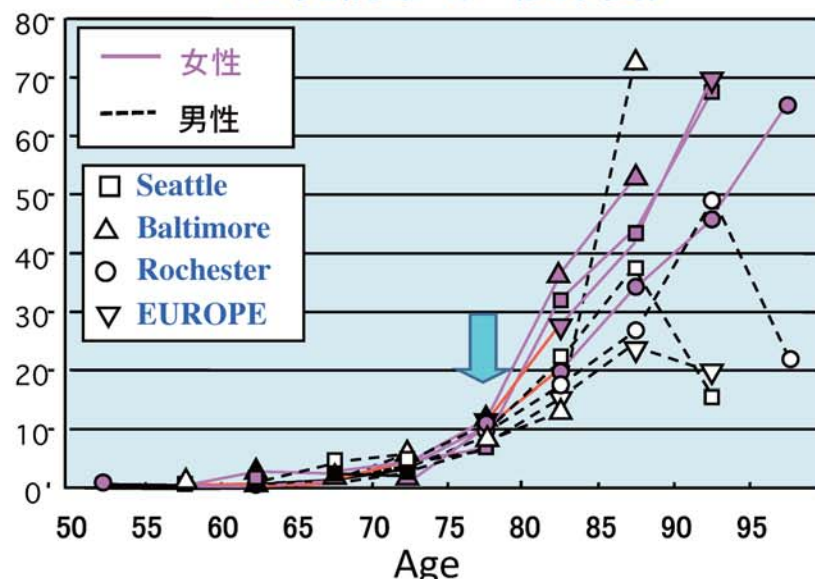
今回の日本財団の研究支援事業は、認知症専門医および現場支援職員と共同して実施する全国規模の調査である。医療福祉、行政のみならず社会に広く正しく理解されるために、『生活のしづらさ』の解消を目指す第一歩として『知的障害者を取り巻く認知症の実態調査』を実施した成果の一部を報告する。

1. 背景

1) 一般高齢者の認知症

世界規模で5,000万人の認知症が2030年には8,200万人、2050年には1億5,200万人に増加（3秒に一人が新しく認知症を発症）する。認知症を呈する疾患の3分の2を占めるアルツハイマー病（AD）は、70歳前後から急激に増加している。

(1000人-year) AD発病率（一般集団）

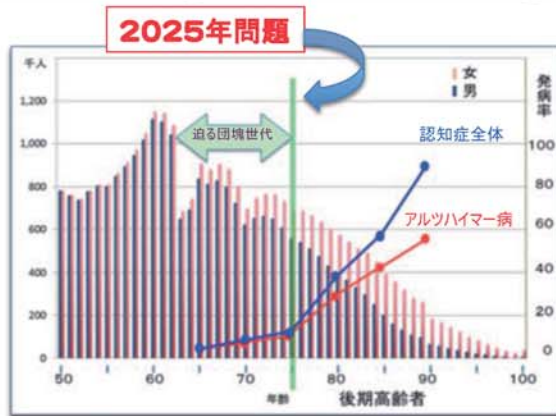
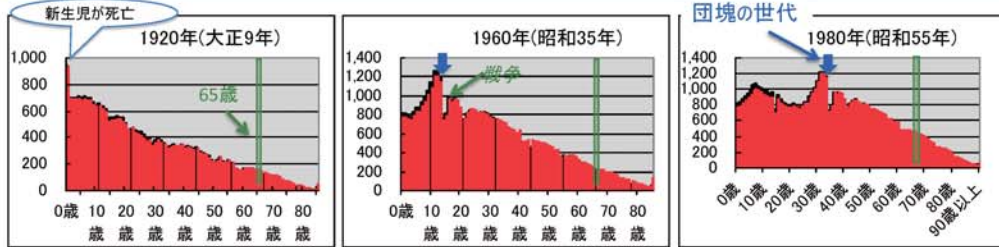


我が国のここ100年間の人口動態をみると、数年後に戦後のベビーブーマーが後期高齢者になる。加齢が最大リスクである認知症は、すぐに取り組むべき課題と言える。

認知症の全国有病率推定値は15%であり、平成22年の65歳以上の人口は29,245,685人なので、この時点における全国の認知症有病者数は約439万人(4,386,853人)と算出された。診断名が確定した者の疾患別内訳はADが67.6%で最多、次いで脳血管性認知症(VaD)19.5%、レヴィー小体型認知症およびパーキンソン病に伴う認知症(DLB/PDD)4.3%であった。

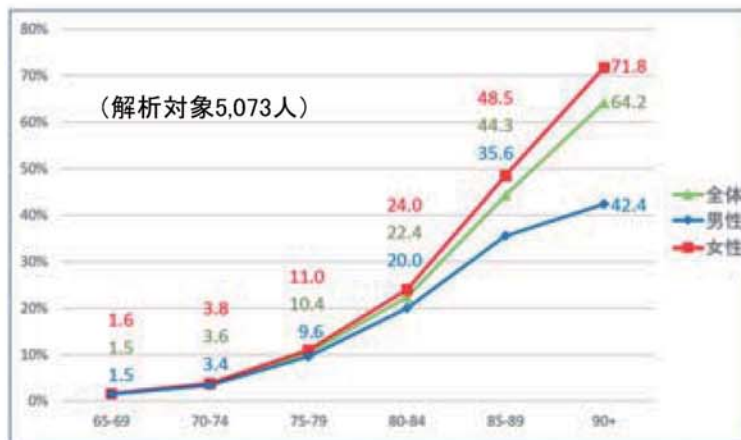
平成23年～平成24年度総合研究報告書；朝田隆，2013

超高齢社会の到来がもたらす認知症



2019年厚労省認知症施策の動向「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」(研究代表者：二宮利治より作図)

一万人コホート年齢階級別の認知症有病率



悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果

2) 高齢知的障害者の課題

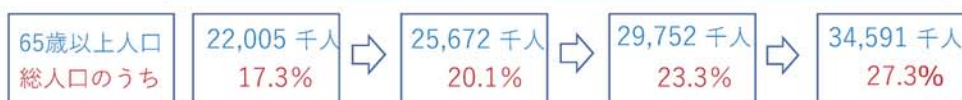
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部の「生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)」によると、療育手帳所持者数は、329万人(平成12)、420万人(平成17)、622万人(平成23)、962万人(平成28)と10年ごとに倍増している。かつて知的障害者は短命で、40歳か50歳が寿命と信じられていたが、今日では60歳以上の高齢者も増加し、生活習慣病やがん等はもちろん、認知症が大きな社会問題として浮上してきた。施設入所者は、13万人(平成17)、12万人(平成23)、12万人(平成28)とほぼ一定であるが、入所者の高齢化が進み身体機能の衰えによる車椅子の使用が多くなっている。

3) 知的障害者の認知症

先天性、出生時、または出生後初期における何らかの原因により、精神発達が持続的に遅滞した状態。心身の発達期(概ね18歳まで)に現れた生活上の適応行動を伴っている知的機能の障害を示す状態(厚生労働省)。元々存在する知的障害のため、認知症と診断することが困難とされ、医療・福祉の谷間に置かれている。

我が国の年齢階級別療育手帳所持者数(在宅)

65歳になる人		1935生		1940生		1946生		1951生		千人
年齢	平成12	%	平成17	%	平成23	%	平成28	%		
0～17歳	94	29	117	28	152	24	214	22		
18～19歳	16	4.9	21	5	23	3.7	43	4.5		
20～29歳	80	24	84	20	112	18	186	19		
30～39歳	51	16	85	20	127	20	118	12		
40～49歳	38	12	44	10	77	12	127	13		
50～59歳	23	7	32	7.6	43	6.9	72	7.5		
60～64歳	6	1.8	10	2.4	26	4.2	34	3.5		
65～歳	9	2.7	15	3.6	58	9.3	149	16		
不明	14	4.3	12	2.9	4	0.6	18	1.9		
総数	329	100	420	100	622	100	961	100		
他 施設入所者数			128		119		120			

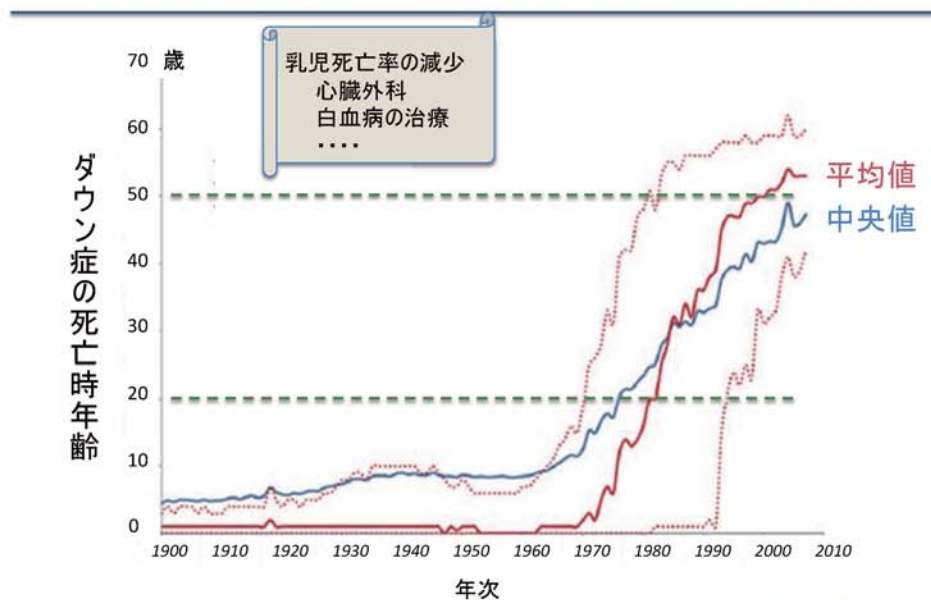


65歳以上 → 総人口の増加 1.6倍
 65歳以上 → 療育手帳保持者 16.5倍

4) ダウン症

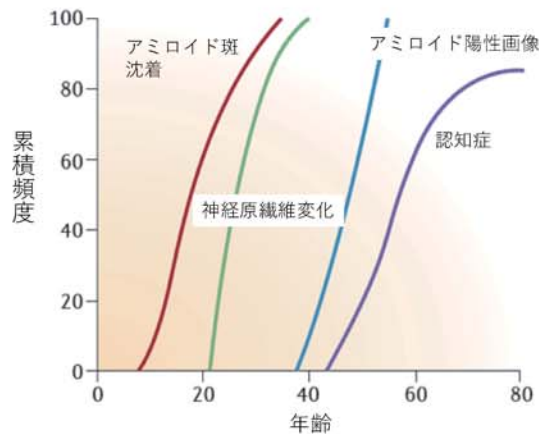
知的障害者の10%を占めるダウン症は、第21番染色体が通常より1本多いトリソミーを特徴としている。ダウン症は乳児期に多く亡くなっていたが、近年、心臓エコーの診断と小児心臓外科の発達により、ダウン症の寿命が急速に伸びた。第21番染色体にはアルツハイマー病原因遺伝子の1つであるアミロイド前駆体タンパク遺伝子があり、その遺伝子が1.5倍多いため認知症発症リスクが高いと考えられ、40歳前後から高率に認知症に罹患することが報告されてきた。

ダウン症の死亡時年齢の年次推移(1900~2007)



Presson AP et al. (2013) J Pediatr 163:1163-8.の図を改変

ダウン症とアルツハイマー病



Wiseman FK et al., Nat Rev Neurosci. 2015;16:564-574.

2. 目的

1) 専門医による臨床診断

一般高齢者が認知症を疑われて受診する時、医療機関では MMSE(Mini Mental State Examination) などの簡易認知機能検査を行う。MMSE は、小学校卒業程度の知的能力があれば満点を取れる様に作成されており、認知症を発症前の機能がれば十分な点数がとれたと推測される一般高齢者のスクリーニングには有用である。しかし、知的障害者は元々存在する障害のため、認知症を発症する前の知的能力が多様であり、MMSE の様な簡易認知機能検査を用いて認知症をスクリーニングする事はできない。知的障害者における認知症を診断するには、日常生活を長期に渡り観察してきた者による客観的な情報から、現在と過去の能力を比較する事が必要である。そのため、知的障害者における認知症有病率を、医師が評価し調査した全国規模の研究は、本邦では未だ報告がない。知的障害者の小児期の医療や生育の相談を受ける小児科医は、成人期以降は診療を継続していない場合が多く、老年期に発症する認知症疾患は専門領域ではない。成人期以降の医療を担当する精神科医や内科医は、知的障害者ではない一般高齢者の認知症に関する診療経験は比較的豊富だが、発達期から同年齢の人と比べて知的機能が低い水準にとどまっている知的障害者の認知症の診断や、治療の経験は非常に乏しい。現在、知的障害者の認知症は診療科の狭間にあり、症状が生じ始めても、十分な診療体制が整えられていない状況にある。認知症に罹患した知的障害者が、早期から適切な医療と支援が受けられる環境を作るためには、基礎となる正確な情報が必要である。

認知症とは

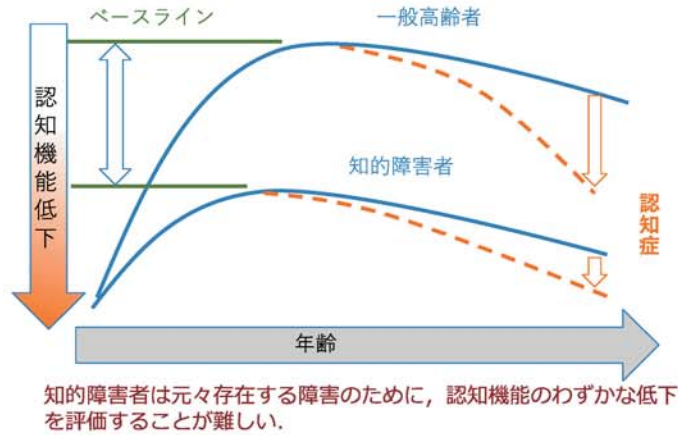
1. 正常な加齢を超える速度で、認知機能が低下
2. 十分に発達した後で、認知機能が低下
3. 以前の状態よりも、認知機能が低下

Mini Mental State Examination-Japanese (MMSE)

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか。	年	0 1
	いまの季節は何ですか。		0 1
	今日は何曜日ですか。	曜日	0 1
	今日は何月ですか。	月	0 1
	今日は何日ですか。	日	0 1
2 (5点)	ここはなに県ですか。	県	0 1
	ここはなに市ですか。	市	0 1
	ここはなに病院ですか。		0 1
	ここは何階ですか。	階	0 1
	ここはなに地方ですか。(例:関東地方)		0 1
3 (3点)	物品名 3 個(相互に無関係) 検査者は物の名前を 1 秒間に 1 個ずつ言う。 その後、被験者に繰り返させる。 正答 1 個につき 1 点を与える。 3 個すべて言うまで繰り返す(6 回まで)。 何回繰り返したかを記せ _____ 回		0 1 2 3
4 (5点)	100 から順に 7 を引く(5 回まで)、 あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		0 1 2 3 4 5
5 (3点)	3 で提示した物品名を再度復唱させる。		0 1 2 3
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		0 1 2
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		0 1
8 (3点)	(3 段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		0 1 2 3
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		0 1
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		0 1
11 (1点)	(次の図形を描いてください) 		0 1
合計得点			/ 30 点

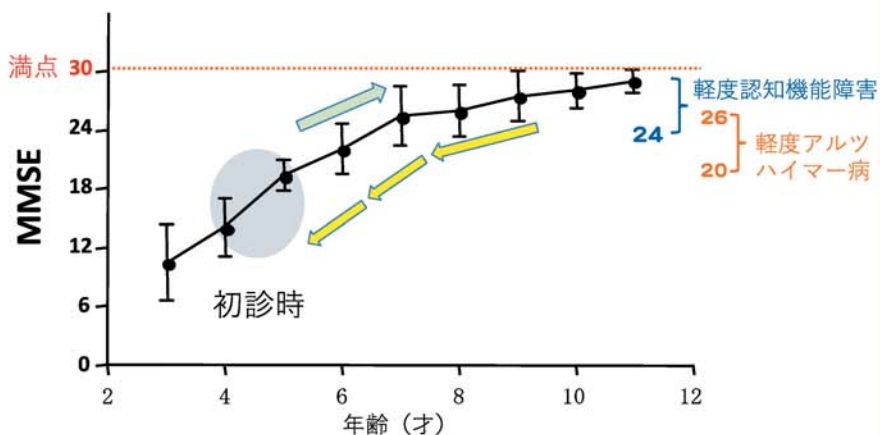
- | | | |
|-------------|------|------|
| ① 時に関する見当識 | ⑤ 再生 | ⑨ 読字 |
| ② 場所に関する見当識 | ⑥ 呼称 | ⑩ 書字 |
| ③ 記銘 | ⑦ 復唱 | ⑪ 描画 |
| ④ 注意と計算 | ⑧ 理解 | |

認知症は加齢に伴って発症する



個人差はあるが、もっと高い水準に達した能力（ベースライン）を一定期間維持し、やがて誰でも加齢と共に身体機能や認知機能は衰えていく（加齢に伴う老化）。ベースラインの高さによって、知的障害者は早期に認知症に気づくことが遅れると予想される。MMSEは小学校入学前に相当していたが、最近では軽度認知症障害を疑って受診する人が増えている。

初診時アルツハイマー病は4歳～5歳に相当



認知症とは生後獲得したあらゆる日常生活機能を喪失していく過程である。
(病気が進行すると噛むことはできて飲み込む動作ができない)

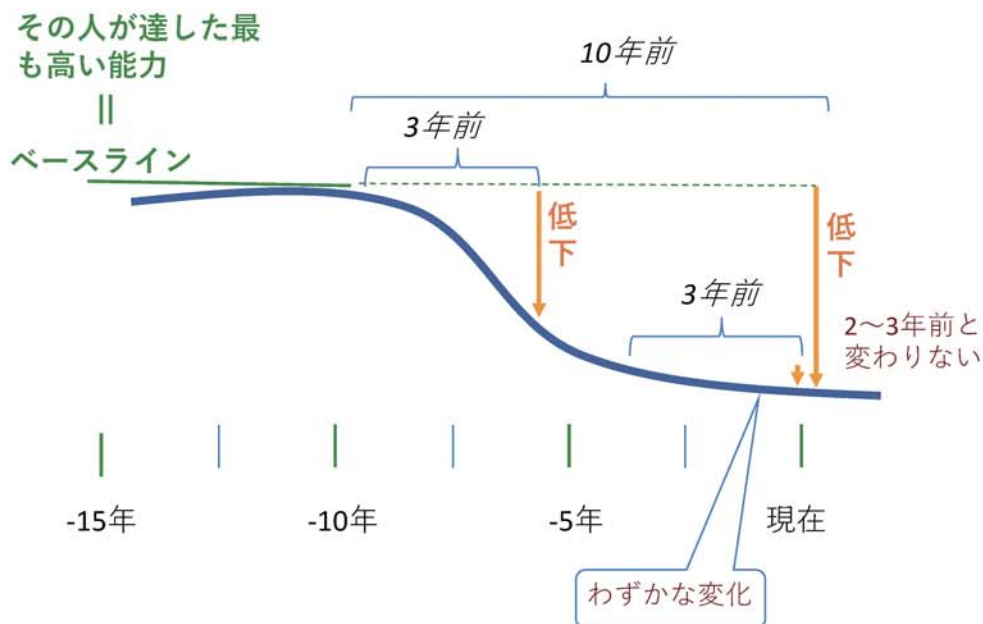
2) 支援・介護の視点から

本調査は、我が国の知的障害者における認知症および軽度認知障害の有病率を明らかにすること、並びに支援・介護スタッフが知的障害者の認知症の兆候を早期に発見できるよう、出現しやすい症状を抽出することである

・日常生活支援を通して認知症を評価する時期の問題。

新入職員や施設内の勤務移動によって、最近3年間で見れば、持続する知的障害をベースとしているので評価者がわずかな変化のため「元々そうである」と判断する場合がある。しかし、過去10年の経過を観察すれば、明らかに知的能力や身体能力が低下していることがある。したがって、観察期間によって評価が大幅に異なるに注意が必要である。

認知症の進行と観察期間 3年or10年



3. 方法

1) 調査体制

事業推進の体制は、社会福祉法人旭川荘が分担研究機関の岡山大学と共同して行う。知的障害者が利用されている国内の比較的大きな入所施設を選定し、対象の施設から調査協力の同意を取得した。

2) 倫理的配慮

本研究は、2019年11月1日に、UMIN臨床試験登録システム（UMIN000038262）に登録されて実施した。

① 旭川荘倫理委員会審査承認（2019年7月23日）

研究名称：「知的障害者を取り巻く認知症の実態調査」

申請者・所属：桑野良三・旭川荘総合研究所

受付番号：R1-001、承認番号：R1002

② 岡山大学認定臨床研究審査委員会

承認番号：(1910-023)

対象者および保護者に書面による研究の説明を行った。対象者が知的障害を持つことに配慮し、全対象者の「保護者」または、「実際に本人の世話をしており、最も本人の利益と不利益を考慮し意思を代弁できると考えられる者（施設長など）」からも、書面による同意を取得した。

3) 調査の進め方

① 調査対象施設へ調査協力の依頼

a) 対象施設に調査の依頼状ならびに本事業の概要、研究方法、研究協力の同意書を発送（2019年6月28日～）。

b) 関係書類を郵送した後、訪問して調査内容を説明した。

c) 調査依頼の同意書を各施設長から文章にて受領した。

② 事前調査

- a) 知的障害者用認知症判別尺度（DSQIID）及び対象者のプロフィール用シートを事前に送付。
- b) 統一した書式に知的障害者の支援施設職員による日常行動評価表を記載。
- c) 専門医の聞き取り調査票の準備。

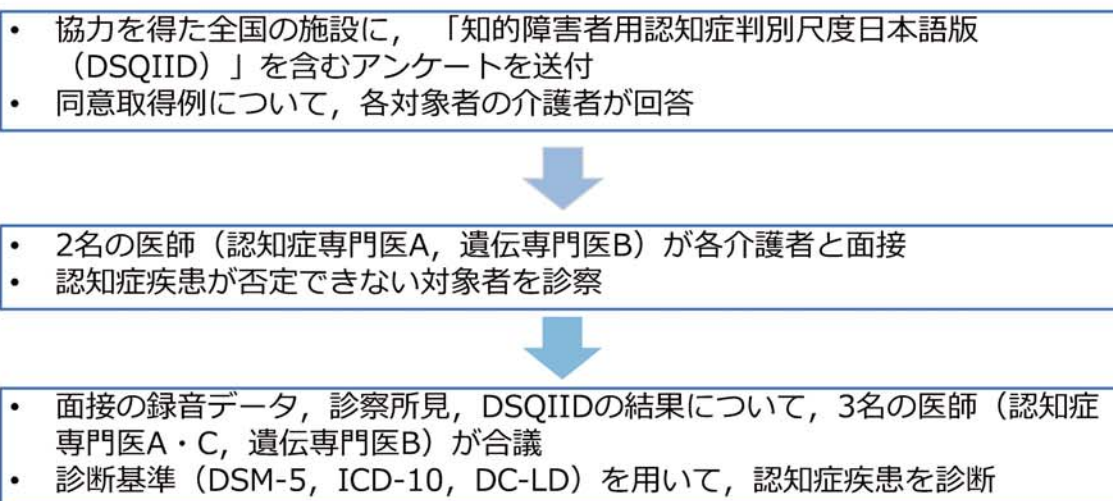
4) 調査対象者

面談：専門医による臨床診断を問診形式で聴取した。

施設の支援者による書類調査と専門医の臨床診断の2段階評価を採用。

- ① 各施設を訪問して聞き取り調査及び問診を行なった。
- ② 新型コロナウイルス感染症拡大の後は、兵庫県社会福祉法人2施設、茨城県立あすなるの郷、および岡山県旭川荘はウェブ（スカイプ）で施設職員と面談を行った。

調査の流れ



5) 施設訪問調査日

法人名	都道府県	施設NO.	施設名	調査数	調査日	面談	調査者
創樹会	広島県	051	あゆみ苑成人寮	62	2019/11/12	訪問	井上、黒住、竹之下
侑愛会	北海道	011	侑愛荘	77	2019/12/1~4	訪問	桑野、井上、竹之下
		012	ワークショップまるやま荘	40		訪問	
		013	新生園	80		訪問	
		014	明生園	49		訪問	
				246			
はるな郷	群馬県	041	ひのき荘	57	2019/12/8~10	訪問	桑野、黒住、竹之下
		042	かづら荘	47		訪問	
		043	あすなろ荘	74		訪問	
		044	さわら荘	57		訪問	
		045	みのわ育成園	60		訪問	
		046	こがね荘	38		訪問	
				333			
愛育会	徳島県	071	吉野川育成園	143	2019/12/22~23	訪問	桑野、井上、黒住、竹之下
国立のぞみの園	群馬県	021	国立のぞみの園	184	2020/2/16~19	訪問	桑野、井上、黒住、竹之下
千葉県社会福祉事業団	千葉県	031	更生園	60	2020/1/19~20	訪問	桑野、井上、竹之下
兵庫県社会福祉事業団	兵庫県	061	赤穂精華園	169	2020/2/3	訪問	桑野、黒住、竹之下、寺田
					2020/2/4	訪問	桑野、竹之下
		062	丹南精明園	89	2020/6/15~16	Web	桑野、井上、黒住、竹之下、中山
		063	三木精愛園	74	2020/5/11~12	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
			332				
茨城県社会福祉事業団 茨城県立あすなろの郷	茨城県	081	はぎ寮	35	2020/5/25午後	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		082	うめ寮	35	2020/5/26午前	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		083	あやめ寮	41	2020/5/25午前	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		084	さつき寮	28	2020/6/1午前	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		085	つばき寮	27	2020/6/1午後	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		086	さくら寮	38	2020/6/2午後	Web	桑野、井上、黒住、竹之下、秋山
		087	ぼたん寮	36	2020/6/8午前	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		088	ゆり寮	28	2020/6/2午前	Web	桑野、井上、黒住、竹之下、秋山
		089	ふじ寮	31	2020/6/8午後	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		090	あおい寮	31	2020/6/9午前	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
		091	あざみ寮	35	2020/6/9午後	Web	桑野、井上、黒住、竹之下
					365		
旭川荘	岡山県	101	いづみ寮	74	2020/7/6	Web	竹之下、桑野、黒住、中山
		102	愛育寮	59	2020/7/7	Web	竹之下、桑野、黒住、秋山
		103	わかば寮	36	2020/7/13	Web	竹之下、桑野、井上
		104	かえで寮	39	2020/7/21	Web	竹之下、桑野、井上、秋山
		105	たかはし松風寮	32	2020/7/27	Web	竹之下、桑野、黒住、中山
					240		
			合計	1965			

6) 調査方法

訪問調査時

- a) 調査対象の特徴(対象者のプロフィールから)
年齢、性別、教育歴、知能指数、障害区分・・・を確認。
- b) 認知症の臨床診断
鑑別診断
- c) 知的障害者用認知症判別尺度 (DSQIID) を確認。

調査票

(施設 No)

(対象者 No)

(担当者名)

2020.4.27 版

プロフィール

01. 年齢 (歳)
02. 性別 男 女
03. 教育 小学卒 中学卒 高校卒 他 (年)
04. 知的障害の重症度 軽度 中等度 重度
05. IQ (IQ:) 不明
06. 障害支援区分 なし 1 2 3 4 5 6
07. 幼少期から自力で立ち上がる事はできない。 はい いいえ
08. 生活に支障をきたす「聞こえにくさ」がある。 はい いいえ
09. 生活に支障をきたす「見えにくさ」がある。 はい いいえ
10. 「ダウン症」と診断されている。 はい いいえ 不明
11. 「てんかん」と診断されている。 はい いいえ 不明
12. 「自閉症」と診断されている。 はい いいえ 不明
13. 「認知症」と診断されている。 はい いいえ 不明
14. 事故やケガで脳出血をした事がある。 はい いいえ 不明
15. 脳卒中をおこした事がある。 はい いいえ 不明
16. 高血圧がある。 はい いいえ 不明
17. 糖尿病がある。 はい いいえ 不明
18. 高脂血症がある。 はい いいえ 不明
19. 車イスを使用している。 はい いいえ
20. 毎日使う薬を記載してください。(※薬の名前のみ)
- _____
- _____
- _____
- _____
21. 他に、精神科で診断されている病名があれば教えてください。(統合失調症など)
- _____
- _____
22. アンケートを記入して下さっている方が、対象の方を、過去何年観察されているか教えてください。(約 年間)
23. 対象者が施設に入所された年度を教えてください。
(昭和・平成・令和 年)

DSQIID は質問項目の 3 部から構成されている

DSQIID日本語版

(Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities)

概要

- ・ Debら¹⁾が作成，木下ら²⁾が日本語版DSQIIDを作成
- ・ 竹之下ら³⁾が，岡山での調査で妥当性・信頼性を確認
- ・ 心理職だけではなく，支援・介護スタッフや家族が回答可能
- ・ 6か月以上，対象者を観察した者が回答

構成

- ・ 53項目（0～53点）で得点が高いほど認知症疾患が疑われる
- ・ 症状の有無ではなく機能の悪化を測定する内容で構成
「記憶力の低下」「混乱」「生活力の低下」「社会性の低下」「行動の変化」
「精神症状」「身体症状」「睡眠障害」「言語の異常」に対応

第 2 部点数+第 3 部点数 = 20 点以上が認知症の疑い

1. Deb S, *et al.*

Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities.
The British Journal of Psychiatry. 2007; 190, 440-444.

2. 木下大生他,

「知的障害者用認知症判別尺度日本語版（DSQIID）の信頼性・妥当性の検証」
独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『研究紀要』 4 号，2010 年

3. Takenoshita S, *et al.*

Validation of the Japanese version of the Dementia Screening Questionnaire for
Individuals with Intellectual Disabilities.
J Intellect Disabil Res. 2020; 64, 970-979.

第 I 部：「最も高い能力に関する項目」

最も能力が高かった時、「会話能力」「日常生活動作」に関する質問で構成

第 II 部：「認知症に関する行動や症状に関連する項目」

43項目から構成。

内容的に障害がある人が認知症に罹った時にあらわれる症状について、

- ・ 「元々そうである」 0 点
- ・ 「元々そうであったがより低下した」 1 点
- ・ 「新しい症状（兆候）である」 1 点
- ・ 「該当しない」の4件法で回答 0 点

第 III 部 s: 「全般的な変化に関する項目」

10項目で構成。

以前状態と比較に基づいた2件法

- ・ はい 1 点
- ・ いいえ 0 点

7) 実際の質問項目

第1部

	分類	質問項目
第1部	会話	1.相手が理解できるように、話したいことを伝える事ができる。
		2.短文で話すことができる。
		3.いくつかの単語のみを話すことができる。
		4.ほとんど話すことはできないが、身ぶり手ぶりで話すことができる。
		5.話すことも、身ぶり手ぶりで意思表示もできない。
	日常生活動作	1.少しの介助で独居が可能である。
		2.独居可能だが多くの介助を必要とする。
		3.独居はできないが、日常生活動作の介助は少なくてよい。
		4.独居は不可能で、日常生活においても多大な支援が必要である。
	現在の住居	1.彼/彼女の持ち家
		2.親族と同居
		3.知人と同居(シェアハウス)、世話人付き住宅
		4.常勤(専任)職員がいるグループホーム
		5.24時間看護や介護体制が整っている入所施設
		6.その他

第2部

	質問項目	元々 そう である	元々 そうで あった がより 低下 した	新 しい 兆候 である	該 当 し な い
第2部	01.介助なしには身体を洗ったり入浴することができない				
	02.介助なしには着替えができない				
	03.きちんと服を着られない(例:後ろ前に着る、不完全)				
	04.服を脱いでしまう(例:公共の場で)				
	05.食事に介助を要する				
	06.排泄に介助を要する				
	07.失禁をする(時々、まれに、含む)				
	08.率先して会話をしない				
	09.言葉を思い出せない				
	10.簡単な指示が理解できない				
	11.同時に2つ以上の指示が理解できない				
	12.作業の途中で手を止めてしまう				
	13.読むことができない				
	14.書くことができない(自分の名前を書くことも含む)				

15.睡眠のパターンが変わった(より寝るようになった。寝る時間が減った)				
16.夜に頻繁に起きている(昼夜逆転する)				
17.夜になると混乱する				
18.日中寝ている				
19.夜に歩き回る				
20.慣れた道で迷う				
21.歩き回る(徘徊する)				
22.時間の感覚を失う(日中の時間、曜日、季節)				
23.道にひびがある道、地面に溝がある道、でこぼこな道を自信を持って歩くことができない				
24.歩行が不安定、バランスを崩す				
25.介助がなくては歩くことができない				
26.親しい人を認識できない(スタッフ / 関係者)				
27.親しい人の名前を覚えていられない				
28.最近の出来事を覚えていられない				
29.日中活動や戸外の活動に参加しようとししない				
30.人と接触を持とうとししない				
31.趣味や活動に興味がなくなった				
32.一人の世界にふけている				
33.強迫的観念、情動的行為、反復的行為がみられる				
34.物を隠したり、内緒で溜め込んでいる				
35.物をなくす				
36.決められたの場所へ物をしまうことができない				
37.使い慣れた道具の使い方が分からない				
38.落ち着きがない				
39.悲観的になったり心配性になったりする				
40.抑うつ的である				
41.攻撃的になる(言動的にも、行動的にも)				
42.発作/ てんかんがある				
43.独語がある				
	0点	1点	1点	0点

第3部

	質問項目	はい	いいえ
第3部	01.今までできていたことができなくなった (例:歯をみがく)		
	02.話す(意思表示する)ことが少なくなった		
	03.全般的に疲れてみえる		
	04.涙もろくなったり、取り乱しやすくなってきた		
	05.動作が遅くなってきた		
	06.話し方が遅くなってきた		
	07.以前より不精になってきた		
	08.歩くのが遅くなってきた		
	09.全般的に忘れっぽくなってきた		
	10.全般的に混乱しやすくなってきた		
		1点	0点

認知症の診断基準

- **ICD-10**

- **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**

- ・ 記憶の障害に加えて、認知能力（判断と思考や、情報処理全般）の低下
 - ・ 社会行動の粗雑化、無感情、情緒易変性、易刺激性のうち一つ以上

- **DSM-5**

- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**

- ・ 複雑性注意、実行機能、学習及び記憶、言語、知覚-運動、社会的認知のうち一つ以上

- **DC-LD**

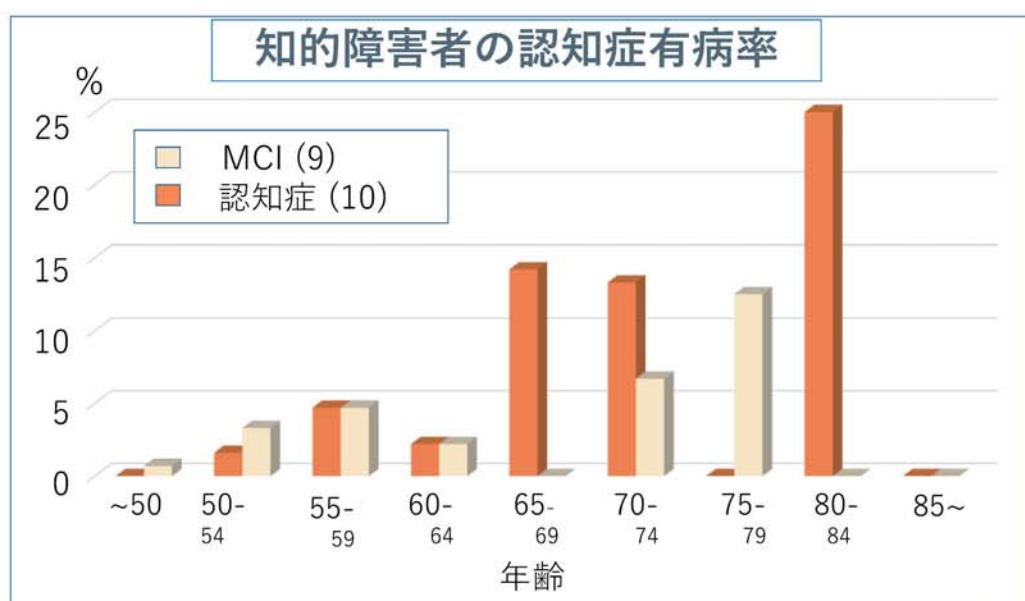
- **Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation**

- ・ 記憶の障害に加えて、認知能力や判断、思考に障害がある。
 - ・ 感情のコントロール障害、モチベーションの低下、社会的行動の変化のうち一つ以上

4. 結果

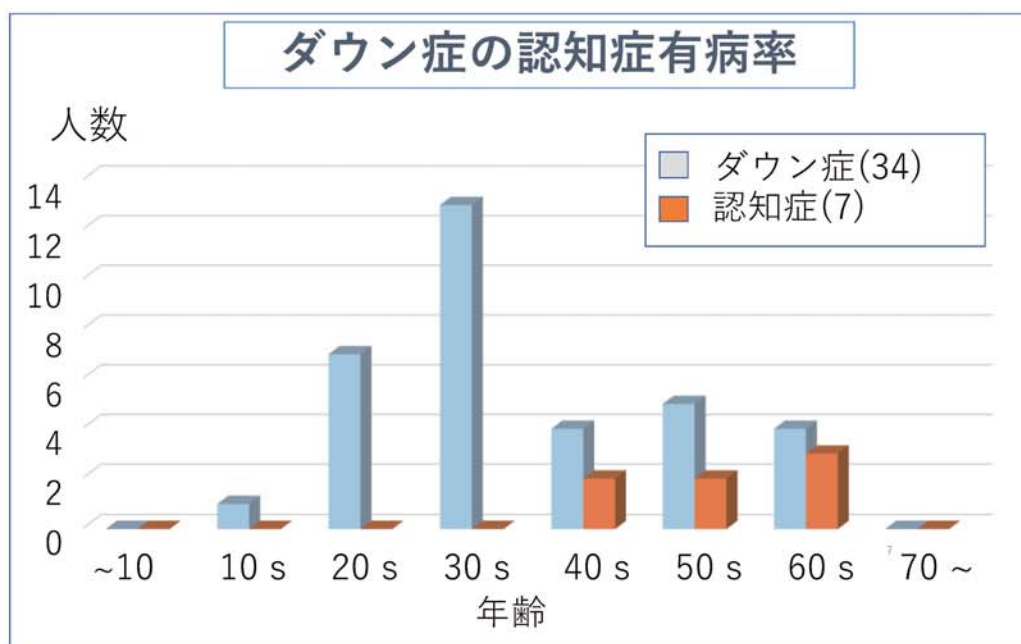
1) 先行研究として岡山県の調査結果

岡山県下の知的障害福祉施設(28施設)を利用している成人の知的障害者478例を対象として、介護者にアンケートと聞き取り調査を行い、認知症が疑われる対象者については全例を専門医が診察した。診断基準は、**DSM-5**、**ICD-10**、成人知的障害者の精神障害の診断基準(**DC-LD**)を用いた。本研究は共同研究施設における倫理委員会の承認を得て施行し、参加者および家族より同意書を取得できた例のみを対象とした



2018年に実施した岡山県（社会福祉法人旭川荘、社会福祉法人弘徳学園、社会福祉法人ももぞの学園）の調査結果から、知的障害者は一般集団よりも若年期から認知症を発生する可能性が高いことが判った。知的障害の認知症診断においては、記憶障害の有無が判断できない場合でも診断可能な**DSM-5**の感度が最も高かった。

ダウン症については、40歳代から認知症の発症が見られ、認知症有病率は一般集団の認知症有病率と比較して明らかに高かった。また、ダウン症でない知的障害者においても、一般集団に比べて有病率が高い傾向が認められた。認知症と診断されたのは、DSM-5では16人、ICD-10では12人、DC-LDでは13人だった。診断基準によって若干のばらつきがある。



2) 全国調査の結果

結果① 対象データ

	本調査(全国)	岡山調査
対象者数(n)	1964	493
年齢(平均年±SD)	54.41±12.24	46.57±14.09
ダウン症(n)	133	34
認知症(n)	163	17
軽度認知障害(n)	53	9

全国調査結果

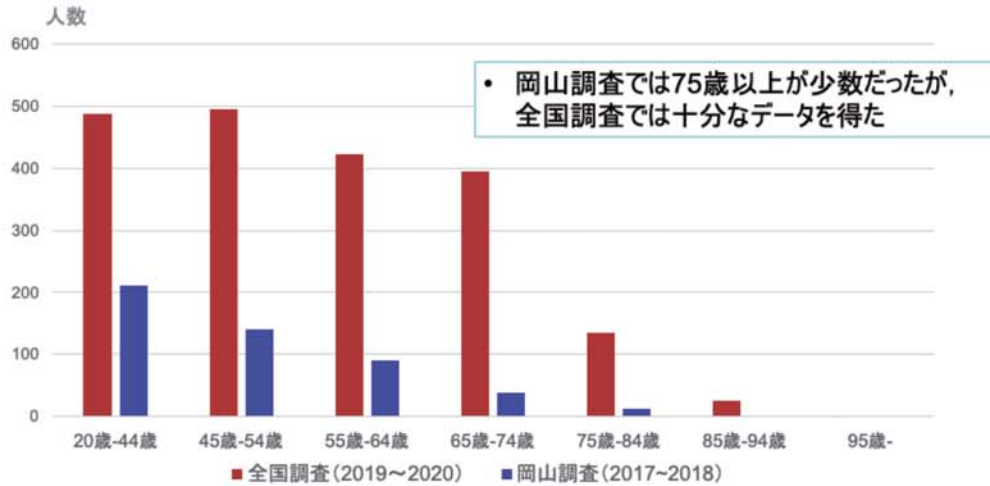
北海道から広島までの知的障害者福祉施設（9法人、2000人）を対象に、認知症疾患の有病率調査を実施した（2020年）。

- ・ 65歳から74歳の認知症有病率は15.4%であった。
- ・ 65歳から74歳（2012年報告）の4.2%¹⁾と比べ有病率が高い。
- ・ 65歳以上の認知症有病率は18.6%であった。
- ・ Strydomらが英国で222例の知的障害者を対象に行った研究では、65歳以上で18.3%と報告されており、診断基準など手法の差異はあるものの類似した結果となった²⁾。

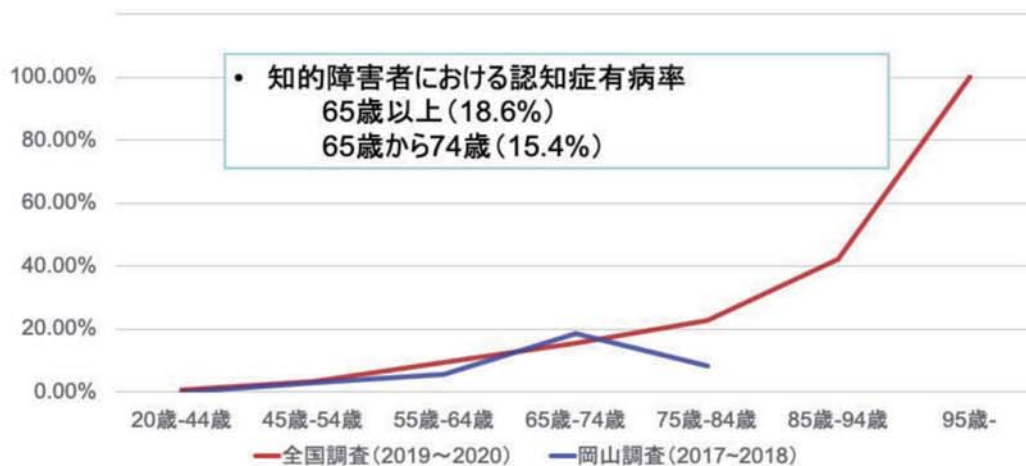
1) 厚生労働省科学研究費補助金認知症対策総合研究事業、都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応、平成23年～平成24年度総合研究報告書；朝田隆，2013。

2) Strydom A, et al. Br J Psychiatry. 2007; 191:150-7. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.028845

結果② 対象の年齢分布



結果③ 認知症有病率 (DSM-5)



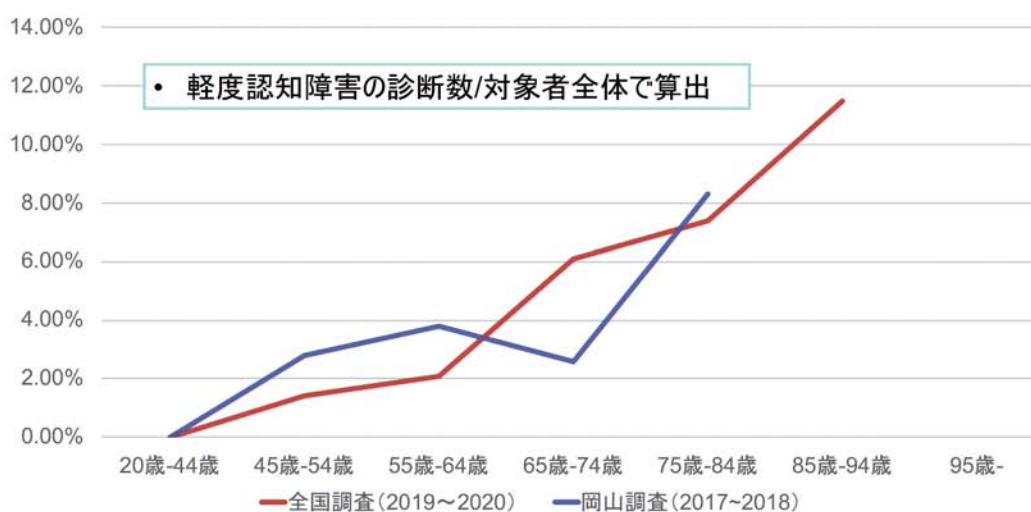
知的障害者では、一般集団より若年から認知症を発生する可能性が高い。知的障害の認知症診断においては、記憶障害の有無が判断できない場合でも診断可能な DSM-5 の感度が最も高かった。

全国調査の年齢階級別認知症有病率

年齢	全体			ダウン症		
	調査人数	認知症	頻度(%)	調査人数	認知症	頻度(%)
20-44	488	3	0.6	40	1	2.5
45-54	495	16	3.2	43	14	32.6
55-64	423	40	9.5	33	18	54.5
65-74	395	61	15.4	16	11	68.8
75-84	136	31	22.8	1	1	100
85-94	26	11	42.3	-	-	-
95-	1	1	100	-	-	-
計	1964	163	8.3	133	45	33.8

全国規模の知的障害施設入所者を対象とした認知症有病率調査（2019年11月～2020年7月）。年齢階級別に集計した結果、認知症は45歳を境に増加し、一般集団と比較して早期に発症し、その頻度も高い。ダウン症については、さらに若年発症の比率が高い。

結果④ 軽度認知障害有病率(DSM-5)



支援・介護の視点から早期に認められる状態は以下の通りであった。知的障害の認知症患者において高頻度に認めた11項目を、機能別に分類すると、「生活機能の変化」6項目、「運動機能の変化」3項目、「認知機能の変化」2項目となった。半数以上が「生活機能の変化」であり、知的障害者は元々存在する認知機能の障害のため、記憶や見当識などに関する機能低下に比べ、生活機能における機能低下が顕著に出現することが示唆された。知的障害者においては、生活機能の変化が、認知症を疑うきっかけになると言える。

認知症と診断された117例について、DSQIID（第2部）43項目のうち、高頻度（50%以上）に認められた症状は以下の11項目であった N = 117

	項目	人	%	分類
1	失禁をする（時々、まれに含む）	89	76.1%	生活機能の変化
2	介助なしには着替えができない	84	71.8%	生活機能の変化
3	排泄に介助を要する	84	71.8%	生活機能の変化
4	介助なしには体を洗ったり入浴することができない	81	69.2%	生活機能の変化
5	歩行が不安定、バランスを崩す	77	65.8%	運動機能の変化
6	きちんと服を着られない	72	61.5%	生活機能の変化
7	食事に介助を要する	70	59.8%	生活機能の変化
8	介助がなくては歩くことができない	70	59.8%	運動機能の変化
9	最近の出来事を覚えていられない	66	56.4%	認知機能の変化
10	でこぼこな道を自信を持って歩くことができない	65	55.6%	運動機能の変化
11	簡単な指示が理解できない	60	51.3%	認知機能の変化

5. 考察

1) 認知症の気づき

一般高齢者で認知者を疑わせる日常行動や認知機能の変化は、社会生活を普通に送っているのでベースラインが高く比較的容易に判断できる。

この一般高齢者で気づく症状は、知的障害者の日常生活においても認められる症状である。知的障害者の場合は症状の程度は絶対値ではなく、その人のベースラインからの変化を正確に観察し評価する必要がある。

一般高齢者の認知症かな？きっかけ

もの忘れ

- ・ 同じ話を繰り返す
- ・ 約束をすっぽかす
- ・ ゴミの回収日を守らなくなる
- ・ 同じものを不必要に何度も買ってくる
- ・ 鍵や財布をなくす
- ・ 料理の味付けがおかしくなる

理解力・判断速度の低下

- ・ 買い物の支払計算が難しくなり、小銭があっても常にお札で払う
- ・ 周囲の会話速度についていけず理解が難しくなる
- ・ 走ることができないのに、信号が赤になりそうなときに渡ろうとする

集中力・作業能力の低下

- ・ 読書好きの人が本を読まなくなる
- ・ テレビドラマの筋が追えなくなり、見なくなる
- ・ 趣味の手芸や工作、料理などの家事を途中で放棄してしまう

精神的混乱や落ち込み

- ・ 楽しみだった活動をやめてしまう
- ・ 人付き合いを避けるようになり、やる気がなくなる
- ・ 怒りっぽくなる

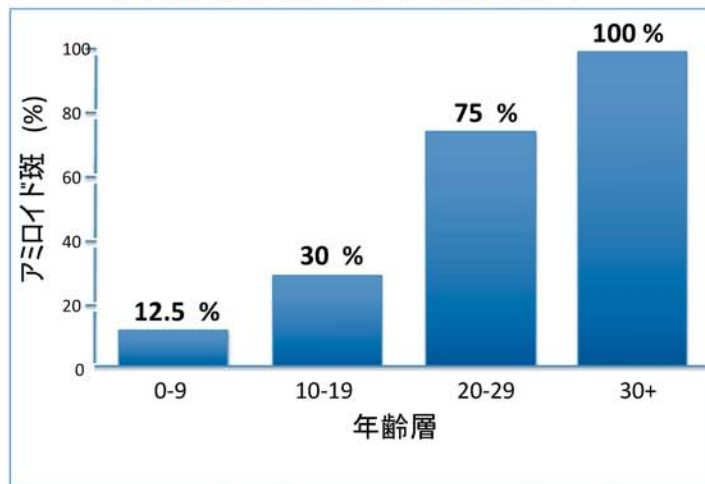
認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たばこ道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

2) ダウン症とアルツハイマー病

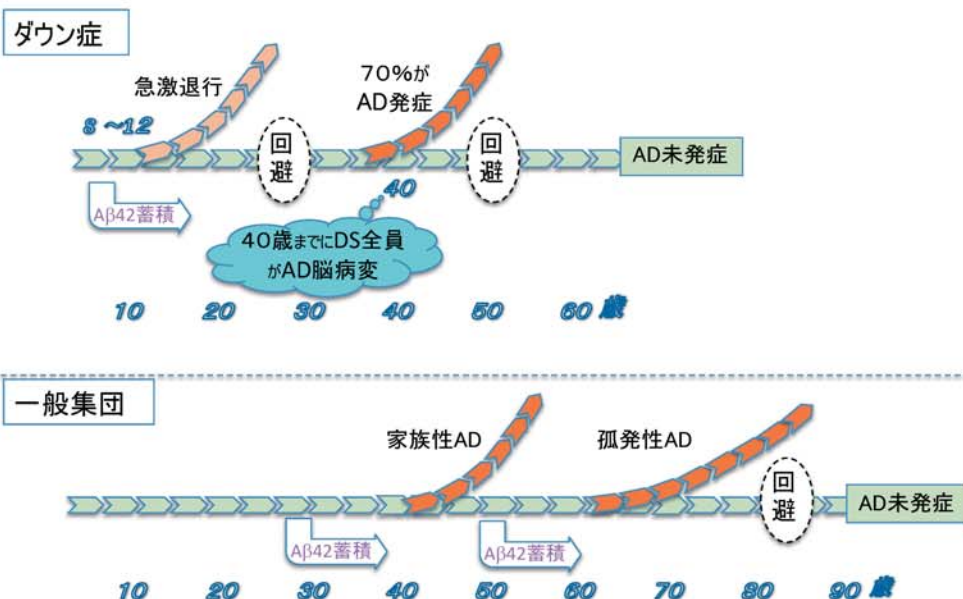
ダウン症は第21番染色体にアミロイド前駆体蛋白遺伝子がトリソミーのため遺伝子が重複し、アミロイドが過剰に産生の結果、30歳になるとダウン症全員の脳内にアミロイド斑が観察される。ところが、全員が認知症を発症しない。ダウン症には防護因子があるのか、今後の課題である

ダウン症におけるアミロイド斑の陽性率



Leverenz JB & Raskind MA. Exp Neurol. (1998) 150:296-304.

DSと一般集団のAD発症と未発症

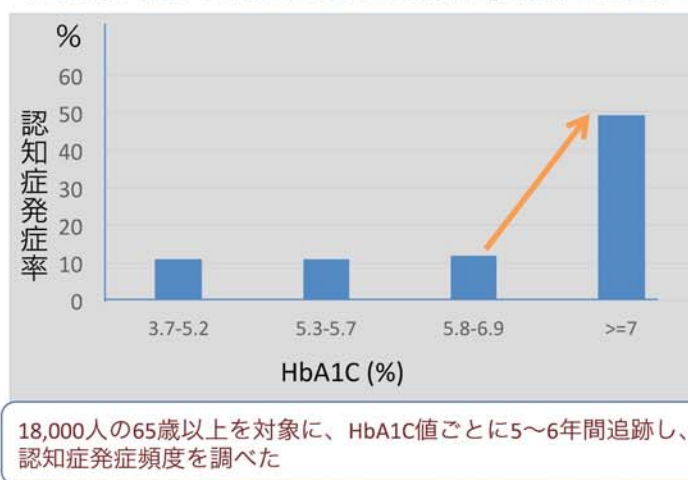


3) 予防と今後の課題

① 糖尿病と認知症

糖尿病と認知症とは密接な関連があると指摘されている。HbA1C の値が7%を超えると、認知症の発症率が飛躍的に高くなる。血糖値の適正な管理が重要となるが、体重や BMI を下げるのは注意が必要である。

HbA1Cが7%越えると急激に認知症を発症



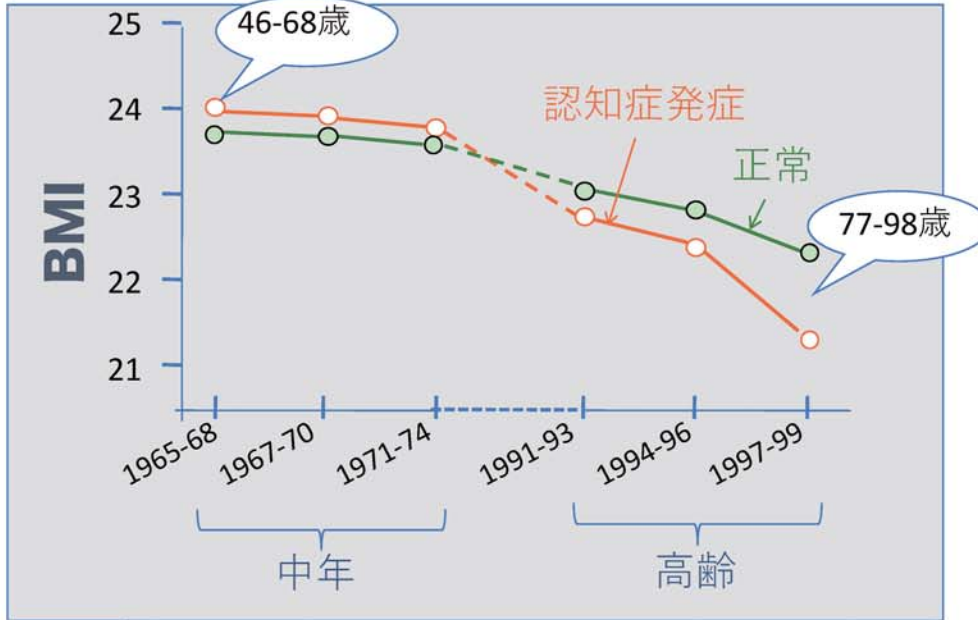
Gao L et al., BMC Public Health 2008, 8:54

② 体重と認知症

BMI が 30 以上の肥満は明らかに認知症を発症しやすく、40 歳前後の中年期や前期高齢者（65 歳から 74 歳）は、肥満は認知症の発症リスクを増加させる。ところが、後期高齢者では逆に BMI が低いと認知症のリスクが高まる。高齢者のフレイル/サルコペニアは認知症のハイリスクである。ダウン症においても、年齢、性別、知的重症度、自宅/グループホームなど生活様式にかかわらず、認知症発症する群は未発症者群と比較して、体重減少が大きい。体重が減少し始めたら、食生活や運動量のみならず、認知症を頭に入れておくことは重要である。 **痩せて良いだけではない！**

体重変化と認知症発生率

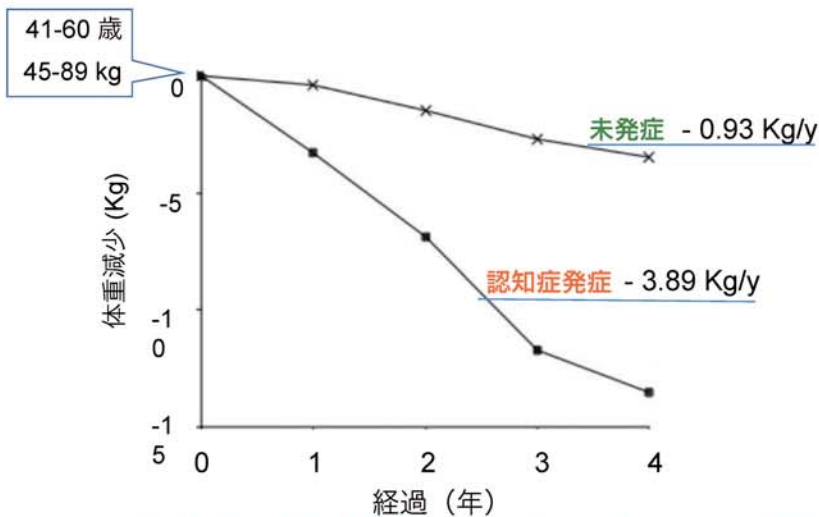
(1890人の日系ハワイ人の32年間の調査)



体重減少は認知機能低下の前6~10年前からみられる。

Stewart R et al Arch Neurol. (2005)62:55-60

成人ダウン症の体重減少は認知症の早期サイン



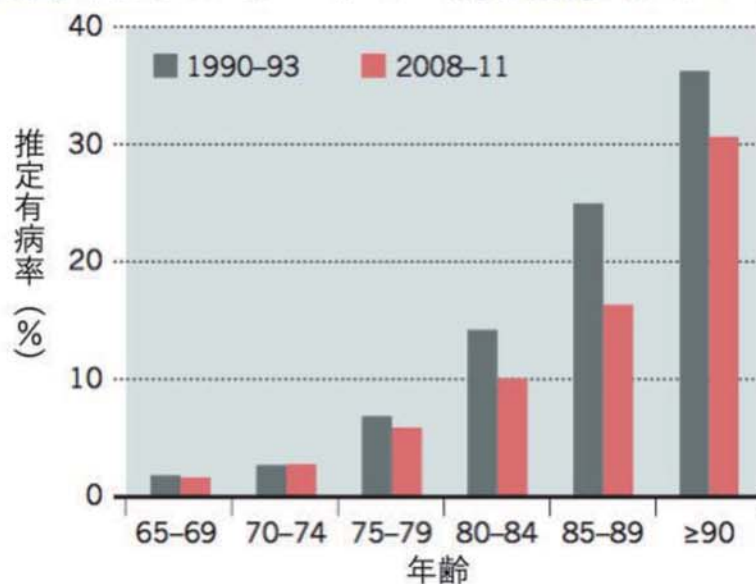
年齢、性別、知的重症度、自宅/グループホームに有意差なし

Prasher VP et al., Res Dev Disabil 2004;25: 1-7

4) イギリスの教訓

イギリスにおいては、高血圧、糖尿病など高齢者に見られる生活習慣病が認知症のベースになるとの認識から、運動、食事、コミュニケーションなどの生活習慣の改善によって、アルツハイマー病の有病率が明らかに低下している。アルツハイマー病の根本治療薬がない現在、高齢化のハイリスクと向き合うための重要な点と考える。知的障害者に対して、どのような対応が最も良いのか？今後の課題である。

英国ではアルツハイマー病が減少している



Nature. 2018 Jul;559(7715):S2-S3.

6. 結語

我々は、約 2000 例の成人知的障害者を横断的に調査し、認知症疾患の有病率について調査した。多くの臨床家が診断は困難だと思い込んでいる知的障害者の認知症は、臨床医学的および生活支援の両側面からも診断が可能であることが証明できた。

欧米のデータと比較できる大規模調査研究が実施できた。我が国の知的障害者人口において、65 歳以上における認知症有病率は一般人口よりも高かった。65 歳未満も対象とした調査の結果、ダウン症はもちろん、非ダウン症においても一般高齢者集団と比較して認知症の頻度は高く、発症年齢が若かった。

認知症を発症する前から、定期的に生活機能について、「どこまで理解し」「どの条件で達成できていたか」をアセスメントしておくことが重要で、その人が獲得した最も高いレベルの能力をベースラインと位置付ける。そのベースラインから低下する変化を長期にわたる観察から評価して、認知症の早期発見の手掛かりを得る。ベースラインを記録しておくために、日常生活の機能を細分化した項目を設定し、特異度および感度の高いアセスメントの作成が必須と考える。

ベースラインからの低下は、一般的な老化においても起こり得る症状であり、知的障害者の認知症に特徴的な症状ではないので、知的障害者に特化したベースラインとフォローアップを記録していくことが重要と考える。今後、本調査のデータを解析し、知的障害者における認知症をきたす疾患について危険因子や特徴を報告する予定である。

本調査研究を通して、知的障害という言葉に違和感を覚え、身体的、精神的、知的能力の差を多様性と捉えて、**INDIGO** (Intellectual Diversity for Goodness) Research Consortium を立ち上げ、今後の支援活動の柱とする。

参考資料 学会・セミナー発表

1) 日本認知症学会（2020年11月26-28日）名古屋国際会議場



社会福祉法人 旭川荘
Asahigawaso



岡山大学病院
OKAYAMA UNIVERSITY HOSPITAL
1870



日本財団
THE NIPPON
FOUNDATION

知的障害者における認知症の疫学研究 「全国調査」

竹之下慎太郎¹⁾，寺田整司¹⁾，桑野良三²⁾，井上友和²⁾，黒住卓²⁾，末光茂^{2,3)}，山田了士¹⁾

- 1) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学
- 2) 社会福祉法人 旭川荘
- 3) 川崎医療福祉大学 医療福祉学科

2) 日本発達障害学会（2020年12月26-27日）つくば国際会議場



社会福祉法人 旭川荘
Asahigawaso



岡山大学病院
OKAYAMA UNIVERSITY HOSPITAL
1870



日本財団
THE NIPPON
FOUNDATION

知的障害者における認知症の疫学研究 「全国調査」

竹之下慎太郎¹⁾，寺田整司¹⁾，桑野良三²⁾，井上友和²⁾，黒住卓²⁾，末光茂^{2,3)}，山田了士¹⁾，
(Intellectual Diversity for Goodness) Research Consortium: INDIGO

- 1) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学
- 2) 社会福祉法人 旭川荘
- 3) 川崎医療福祉大学 医療福祉学科

本演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業などはありません。

3) 日本発達障害学会 (2020年12月26-27日) つくば国際会議場



社会福祉法人 旭川荘
Asahigawaso



知的障害者の認知症に出現しやすい症状

○ 井上友和¹⁾, 桑野良三¹⁾, 黒住 卓¹⁾,
竹之下慎太郎²⁾, 寺田整司²⁾, 山田了士²⁾, 末光 茂^{1,3)},
(Intellectual Diversity for Goodness) Research Consortium : INDIGO

- 1) 社会福祉法人 旭川荘
- 2) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学
- 3) 川崎医療福祉大学 医療福祉学科

キーワード : 知的障害 認知症 生活機能の低下

4) 第2回国立のぞみの園セミナー2020 (2021年2月1日-3月31日)

認知症を発症した知的障害者への支援について考える

知的障害領域における 認知症支援と研究の現状

社会福祉法人旭川荘
旭川荘総合研究所
桑野良三



研究体制

(Intellectual Diversity for Goodness) Research Consortium 【INDIGO】

- 将来に渡って知的障害者における認知症疾患の研究を進め、研究から得た知識を今後も共有していくため、調査に協力いただいた施設を中心に研究ネットワーク『INDIGO』を立ち上げた。『INDIGO』は、「知的多様性が活かされる良い未来へ協力する研究グループ」を意味する。
 - 『INDIGO』構成施設（北部から記載）、代表名（敬称略）
 - 北海道 侑愛会（大場公孝，祐川暢生）
 - 茨城県 茨城県立あすなろの郷（浅野幸雄，石橋英昭）
 - 千葉県 千葉県社会福祉事業団（相馬伸男，粕谷明博，佐藤 駿，富弥拓二）
 - 群馬県 はるな郷（広瀬彪夫，若井隆弘）
 - 群馬県 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園（深代敬久，古屋和彦，村岡美幸）
 - 岡山県 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科（山田了士，寺田整司，竹之下慎太郎）
 - 広島県 創樹会（西山堅太郎，濱野芳貴）
 - 徳島県 愛育会（楠 博孝）
- INDIGO 事務局 岡山県 旭川荘 調査実施組織
- 本研究に参加いただいた施設利用者の皆様と、『INDIGO』以外の施設も含む御協力いただいた全ての施設の職員の皆様に、心から感謝を申し上げます。

社会福祉法人旭川荘

末光茂 旭川荘/総合研究所 理事長/所長

桑野良三 旭川荘総合研究所 副所長

井上友和 旭川荘 かえで寮 支援課長

黒住卓 旭川荘 あおば 副所長

秋山直斗 せとうち旭川荘 生活支援員

中山詩保 旭川荘 旭川学園 保育士

松崎ルツ 旭川荘総合研究所 書記

岡山大学大学院 医歯薬総合研究科 精神神経病態学

寺田整司 准教授

竹之下慎太郎 助教

発行日	2021年3月10日
発行責任者	社会福祉法人 旭川荘 理事長 末光 茂
調査研究責任者	社会福祉法人 旭川荘総合研究所 副所長 桑野良三 〒703-8555 岡山市北区祇園866 TEL086-207-2035