

大学附属病院認知症外来センター初回受診者の 認知機能段階による生活背景と症状

沢田 佳志乃¹⁾, 雨宮 歩¹⁾, 焼山 正嗣²⁾, 井澤 茉咲³⁾, 岡田 真林³⁾, 小泉 湧芽⁴⁾,
北山 仁久⁴⁾, 石川 愛⁴⁾, 柏戸 孝一⁴⁾, 平野 成樹²⁾

Lifestyle habits and symptoms of outpatient at first visit depending on cognitive function stage in the Medical Center for Dementia of a University Hospital

Yoshino Sawada¹⁾, Ayumi Amemiya¹⁾, Masatsugu Yakiyama²⁾, Masaki Izawa³⁾, Marin Okada³⁾,
Yume Koizumi⁴⁾, Yoshihisa Kitayama⁴⁾, Ai Ishikawa⁴⁾, Koichi Kashiwado⁴⁾, Shigeki Hirano²⁾

要約 専門医による診断が“加齢に伴う正常な認知機能低下”, “軽度認知障害”, “アルツハイマー型認知症”であった認知症疾患医療センター受診者における, 初回受診時の生活背景と受診に至るきっかけとなった症状を比較検討し, 本人・家族がおおよそその認知機能段階を把握できるような目安となる因子を探索した. 結果, 加齢に伴う正常な認知機能低下の場合は初回受診の付き添い無しという因子が最も強く影響しており($p = 0.003$), 次いで, 趣味($p = 0.041$), 「言葉の出づらさ」($p = 0.043$)という症状が影響していた. 軽度認知障害では, 障害高齢者の日常生活自立度の高い状態が最も強く影響しており($p = 0.008$), 次いで, 運動習慣がある($p = 0.015$)ことが影響する因子であった. 本研究の知見を一つの目安として, 本人・家族が認知機能段階をもとに, セルフケアや受診の必要性を検討できるよう, 地域の保健・医療職者等による知識の普及が重要である.

Keywords: 認知症予防, 認知機能段階, 生活背景, 症状

1. 緒言

高齢化に伴い, 認知症患者数は年々増加しており, 推定患者数は2025年に約675万人, 2060年には850万人と, 今後も増加が予測されている¹⁾. また, 2019年に発表された『認知症施策推進大綱』では施策とし

て予防が初めて組み込まれ²⁾, 現在は当施策をもとに認知症施策が推進されている.

一般高齢者を対象とした調査では, 家族の認知症初期症状に対して病院を受診するとの回答が2~5割, 具体的な対処には至らない者が3~4割であることが報告されている³⁾. 更に地域住民のインタビューをもとにした研究では, 自身に認知症初期症状が疑われても3人に2人は早期受診をしないと回答している⁴⁾. このように認知機能の低下に気づきつつも, 対処行動に至りにくい者が多い現状がある. 早期受診の障害要因としては, 〈加齢による認知機能低下との鑑別の難しさ〉, 〈正常な部分とそうでない面の混在〉があることが示されている⁴⁾. さらに, 木村らも, 家族が本人に対し「以前となにか違う」と感じていても,

2023年3月28日受付 2023年12月6日受理

- 1) 千葉大学大学院看護学研究科
Graduate School of Nursing, Chiba University, Japan
- 2) 千葉大学医学部附属病院認知症疾患医療センター
Medical Center for Dementia, Chiba University
Hospital, Japan
- 3) 千葉大学看護学部
Faculty of Nursing, Chiba University, Japan
- 4) 千葉大学医学部附属病院脳神経内科
Department of Neurology, Chiba University Hospital,
Japan

大学附属病院認知症外来センター初回受診者の

認知機能段階による生活背景と症状

認知症によるもの忘れなのか、加齢によるものかの判断が難しく、確定診断がされないまま介護を継続しているケースが少なくないと述べている⁵⁾。よって、本人・家族が異変を感じたとしても対処行動には至らない現状がある理由には、認知機能段階の把握が難しいことがひとつと考えられる。そのため、実際に専門機関で、加齢に伴う正常な認知機能低下、軽度認知障害、認知症と診断された者の特徴や受診に至るきっかけとなった症状を明らかにすることで、本人・家族がおおよその認知機能段階を把握し、対処行動をとるための示唆が得られると考える。もの忘れ外来を初回受診した患者の家族に対し認知機能段階ごとに受診に至るきっかけとなった症状を比較した研究はあるが⁶⁾、その結果では、加齢に伴う正常な認知機能低下群では「もの忘れ」がアルツハイマー型認知症群より有意に少なく、「予定管理困難」では他群より有意に少なかった。また、もの忘れ外来初診時の患者本人に対しても調査されている⁷⁾。その結果として、加齢に伴う正常な認知機能低下群では「買い物の問題」、「火の不始末」、「不安」をあげた者の割合が認知症群より有意に多かった。このように、受診に至るきっかけとなった症状を認知機能段階ごとに比較した研究はあるが、軽度認知障害と他群との有意な違いが認められなかった。このことから、受診に至るきっかけとなった症状のみで認知機能段階の目安とすることは難しい可能性が示唆された。そこで、生活背景等の特徴もふまえ、多角的に捉える必要がある。

本研究の目的は、本人・家族がおおよその認知機能段階を把握し、初期症状への対処行動がとれるような示唆を得るために、認知症専門機関受診者において、対象の生活背景等と受診に至るきっかけとなる症状を調査し、加齢に伴う正常な認知機能低下、軽度認知障害、アルツハイマー型認知症の3群における違いを比較検討することである。

2. 方法

2-1. 研究デザイン

本研究は大学附属病院認知症疾患医療センターの診療録にて調査を行った、ケースコントロール研究である。

2-2. 対象

本研究の標本集団は、2012～2021年度にA大学附属病院認知症疾患医療センターを受診し、専門医によって“加齢に伴う正常な認知機能低下（以下、Aging）”、“軽度認知障害（mild cognitive impairment；MCI）”、“アルツハイマー型認知症（Alzheimer’s disease；AD）”と診断された患者とした。診断基準は、DSM-5におけるMajor Neurocognitive Disorderで認知症に該当しその他の総合的な判断でADに該当する者、MCIはMinor Neurocognitive Disorderに該当する者、Agingはもの忘れを主訴に来院されたが上記の基準を満たさず認知機能が年齢相応だった者とした。またMRIは全例撮影し、必要と判断した場合脳血流SPECTも撮影し、画像を含め総合的に判断した。認知症は病型によって生じる症状が異なるため、複数ある病型の中で最も罹患者数の割合が多いADに限定した⁸⁾。また、A大学附属病院認知症疾患医療センターは市の委託を受け設置されており、受診者は付き添い者と共に受診をすることが基本としている。受診時に認知機能に影響を及ぼしている他疾患⁹⁾¹⁰⁾を併発している者は除外した。

受診者データより、Aging、MCI、ADと診断された者の抽出を行った後、最も対象者数の少なかったAging群104名に合わせ、MCI群約270名、AD群約320名の対象者の中でマッチングを行った。マッチングの優先順位は、「性別」、「年齢（±4歳）」、「初診時の担当医（医師記録記載者）」、初診時に聴取される「フェイスシートの記載者」とした。その結果、マッチングの基準に沿わなかった4組は除外し、各群100名とした。

2-3.調査項目と調査方法

①基本属性、生活背景、初回受診時の特徴に関する項目

基本属性の項目は、年齢、性別、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護申請の有無、利き手、高血圧・糖尿病・脂質異常症の既往の有無、麻痺・褥瘡・感染症の有無、教育年数、身長、体重、Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease (以下、FAST)、阿部式BPSDスコア、Mini Mental State Examination (以下、MMSE)、Alzheimer's Disease Assessment Scale (以下、ADAS)、Addenbrooke's Cognitive Examination-III (以下、ACE-III)とした。生活背景の項目は、生活場所、同居者の有無、キーパーソンの有無、認知症家族歴の有無、趣味の有無、運動習慣・飲酒習慣・喫煙習慣の有無とし、初回受診時の特徴は、紹介元、紹介元受診理由、初回受診に付き添った人の有無、もの忘れの自覚の有無、初回受診目的に関する項目を収集した。

②受診に至るきっかけとなった症状(以下、症状)と症状に気づいてから受診に至るまでの期間

フェイスシートの現病歴欄、紹介状、診療録のテキストデータから、症状に該当する文脈を、意味を損なわないよう注意しながら抽出した。また、症状に気づいてから受診に至るまでの期間も、テキストデータから抽出し、先行研究¹¹⁾で扱われた順序尺度を用いて収集した。

2-4.分析方法

連続変数は一元配置分散分析の後、多重比較でTukey法、カテゴリー変数にはカイ二乗検定の後、多重比較でBonferroniの補正を行い、3群間比較を検討した。

症状は、扇澤らの先行研究⁶⁾で作成された、家族介護者が高齢者にももの忘れ外来受診を促す理由に関するカテゴリー項目にならない、テキストデータを該当する項目へ分類した。妥当性確保のため、分類は看護専門職2名でそれぞれ実施し、一致しない

場合には合議により決定した。3群間の各項目の出現頻度をカイ二乗検定にて比較した。

また、おおよその認知機能段階を把握できるような目安となる因子を探索するため、Aging群 vs MCI群、MCI群 vs AD群のそれぞれ2群間で、診断名を従属変数とした、強制投入法による二項ロジスティック回帰分析を実施した。投入した独立変数は、単変量解析にてAging群 vs MCI群、MCI群 vs AD群間にそれぞれ有意差があった変数のみを、多重共線性を確認したうえで投入した。多重共線性の確認は、独立変数間の相関係数を算出し、相関係数0.6以上の変数について、その後の説明上適する方を採用し、もう片方は投入する変数から除外した。年齢、性別はマッチングをおこなっており、神経心理検査については鑑別診断の補助として用いられる尺度であるため¹²⁾、これらの変数は除外した。

データ分析には統計解析ソフトウェアIBM SPSS Statistics ver. 24.0を使用し、統計的有意水準は $p = 0.05$ とした。また、欠損値・空欄は、解析から除外した。

2-5.倫理的配慮

千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:M10230)。

3. 結果

調査対象者は計300名(Aging群、MCI群、AD群各100名)であった。年齢はAging群 74.4 ± 8.4 歳、MCI群 74.5 ± 8.1 歳、AD群 74.6 ± 8.2 歳で有意差はなく($p = 0.992$)、そのうち各群男性が42名(42.0%)、女性58名(58.0%)であった。(表1)

障害者の日常生活自立度では、自立に該当する者が、Aging群、MCI群がAD群より有意に多く($p < 0.001$)、認知症高齢者の日常生活自立度は、認知機能低下につれて自立度が有意に低下していた($p < 0.001$)(表1)。また、いずれの神経心理検査も認知機能低下につれて重症度が有意に高値であった

大学附属病院認知症外来センター初回受診者の

認知機能段階による生活背景と症状

(MMSE : $p < 0.001$, ACE-III : $p < 0.001$, ADAS : $p < 0.001$, FAST : $p < 0.001$). 阿部式 BPSD スコアでは, 「徘徊」, 「食排泄異常行動」, 「幻覚・妄想」, 「昼夜逆転」, 「暴力」にて, “ほとんどない”と回答した者が, Aging 群, MCI 群は AD 群より有意に多かった (徘徊 : $p = 0.002$, 食排泄異常行動 : $p = 0.038$, 幻覚・妄想 : $p < 0.001$, 昼夜逆転 : $p = 0.039$, 暴力 : $p = 0.004$). 「攻撃的暴言」の出現頻度は認知機能低下につれて有意に増え ($p = 0.003$), 「アパシー」の出現頻度は Aging 群が AD 群より有意に少なかった ($p = 0.004$).

表 1 基本属性の Aging・MCI・AD の 3 群比較

		Aging	MCI	AD	p 値	
年齢		74.4±8.4	74.5±8.1	74.6±8.2	0.992	
性別	男	42 (42.0)	42 (42.0)	42 (42.0)		
	女	58 (58.0)	58 (58.0)	58 (58.0)		
障害高齢者の日常生活自立度	自立	75 (75.0)	69 (69.0)	35 (35.0)	<0.001** 1)	b,c
	J1	5 (5.0)	4 (4.0)	15 (15.0)		
	J2	3 (3.0)	10 (10.0)	18 (18.0)		
	A1	0	2 (2.0)	9 (9.0)		
	A2	0	0	4 (4.0)		
	B1	0	0	0		
	B2	0	0	0		
	C1	0	0	0		
	C2	0	0	0		
	不明	17 (17.0)	15 (15.0)	19 (19.0)		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	61 (61.0)	51 (51.0)	13 (13.0)	<0.001** 1)	a,b,c
	I	17 (17.0)	17 (17.0)	19 (19.0)		
	IIa	3 (3.0)	14 (14.0)	27 (27.0)		
	IIb	1 (1.0)	3 (3.0)	13 (13.0)		
	IIIa	0	0	7 (8.7)		
	IIIb	0	0	0		
	IV	0	0	1 (1.0)		
	M	0	0	0		
	不明	18 (18.0)	15 (15.0)	20 (20.0)		
介護申請	申請	12 (12.0)	12 (12.0)	26 (26.0)	0.006*	b,c
	未申請	86 (86.0)	83 (83.0)	68 (68.0)		
	不明	2 (2.0)	5 (5.0)	6 (6.0)		

$p < 0.05^*$, $p < 0.001^{**}$

a:Aging vs MCI, b:Aging vs AD, c:MCI vs AD

1) Fisher の正確確立検定

n(%), 平均値±標準偏差

生活背景の 3 群比較の結果は, Aging 群, MCI 群はキーパーソンがいる者が AD 群より有意に少なかった ($p < 0.001$). また, 趣味が有る者は Aging 群が他 2 群と比べ有意に多く ($p < 0.001$), 運動習慣が有る者は Aging 群, MCI 群が AD 群より有意に多かった ($p = 0.001$).

初回受診時の特徴の 3 群比較の結果は, 初回受診に付き添い有りて受診した者が, Aging 群は他 2 群よりも有意に少なかった ($p < 0.001$). 初回受診目的は, 確定診断で来る者が Aging 群が AD 群より有意に多かった ($p = 0.038$). 症状に気づいてから受診に至る

までの期間は, 6 か月未満に該当する者が Aging 群で AD 群より有意に多く, 1 年以上 2 年未満に該当する者が Aging 群で MCI 群より有意に少なく, 5 年以上に該当する者が MCI 群で AD 群より有意に少なかった ($p = 0.009$).

症状数は, AD 群が最も訴える症状が多く, 他 2 群と比べ有意に多かった ($p < 0.001$). また症状では, 認知機能に関する項目では, 「日時見当識の低下」がある者は Aging 群, MCI 群が AD 群より有意に少なく ($p < 0.001$), 「言葉の出づらさ」がある者は Aging 群が MCI 群より有意に多かった ($p = 0.032$) (表 2).

表 2 症状数と症状をカテゴリ項目に分類した Aging・MCI・AD の 3 群比較 (複数回答)

	Aging	MCI	AD	p 値	
症状数	4.9±2.5	4.8±2.0	7.1±2.8	<0.001**	b,c
症状					
認知機能					
日時見当識の低下	7 (7.0)	10 (10.0)	30 (30.0)	<0.001**	b,c
言葉の出づらさ	28 (28.0)	13 (13.0)	22 (22.0)	0.032*	a
生活機能					
服薬管理困難	7 (7.0)	9 (9.0)	21 (21.0)	0.005*	b
道に迷う	11 (11.0)	10 (10.0)	31 (31.0)	<0.001**	b,c
金銭管理困難	10 (10.0)	17 (17.0)	31 (31.0)	0.001*	b
BPSD					
意欲・自発性の低下	20 (20.0)	18 (18.0)	35 (35.0)	0.009*	c
生活リズム障害	10 (10.0)	3 (3.0)	14 (14.0)	0.023* ¹⁾	c
不安	41 (41.0)	24 (24.0)	26 (26.0)	0.017*	a
夜間の異常行動	4 (4.0)	1 (1.0)	12 (12.0)	0.002* ¹⁾	c
物盗られ妄想	1 (1.0)	1 (1.0)	11 (11.0)	<0.001** ¹⁾	b,c
その他の妄想	4 (4.0)	6 (6.0)	19 (19.0)	<0.001** ¹⁾	b,c
幻視	2 (2.0)	3 (3.0)	15 (15.0)	<0.001** ¹⁾	b,c
社会的困難					
IADL に代行・サポートが必要	1 (1.0)	1 (1.0)	19 (19.0)	<0.001** ¹⁾	b,c

p<0.05*, p<0.001**

a:Aging vs MCI, b:Aging vs AD, c:MCI vs AD

1) Fisher の正確確立検定

n(%), 平均値±標準偏差

そして本人・家族がおおよその認知機能段階を把握できるような目安についての因子は, Aging 群 vs MCI 群では付き添った人の有無が最も強く影響しており, その次に趣味の有無, 症状「言葉の出づらさ」が影響していた(表 3-1). MCI 群 vs AD 群では, 障害高齢者の日常生活自立度が最も強く影響しており,

その次に運動習慣の有無が影響していた(表 3-2). また, 残差, 外れ値の検討を実施したところ, てこ比が 0.5 以上であった例は MCI 群 vs AD 群において 4 例みられたが, 実測値に対して予測値が± 3SD を超えるような外れ値は Aging 群 vs MCI 群, MCI 群 vs AD 群ともに存在しなかった.

表 3-1 Aging 群 vs MCI 群での認知機能段階の目安に関連する因子

項目	AOR	95%CI (下限-上限)	p 値
初回受診に付き添った人の有無	7.371	1.985-27.364	0.003*
趣味の有無	0.302	0.096-0.950	0.041*
症状「言葉の出づらさ」	0.299	0.093-0.961	0.043*
認知症高齢者の日常生活自立度	1.654	0.768-3.562	0.199
阿部式 BPSD スコア 「4.攻撃的暴言」	1.159	0.643-2.088	0.624
症状「不安」	0.382	0.131-1.115	0.078
症状に気づいてから受診に至るまでの期間	0.988	0.678-1.437	0.948

Hosmer-Lemeshow 検定: p = 0.840

判別の中率: 73.8%

p<0.05*, p<0.001**

AOR: Adjusted Odds Ratio, CI: Confidence interval

大学附属病院認知症外来センター初回受診者の

認知機能段階による生活背景と症状

表 3-2 MCI 群 vs AD 群での認知機能段階の目安に関連する因子

項目	AOR	95%CI (下限-上限)	p 値
障害高齢者の日常生活自立度	1.987	1.195-3.302	0.008*
運動習慣の有無	0.282	0.101-0.784	0.015*
キーパーソンの有無	9.82×10 ¹⁶	0	0.998
介護保険申請の有無	0.892	0.229-3.478	0.869
阿部式 BPSD スコア 「1.徘徊」	1.466	0.452-4.751	0.524
阿部式 BPSD スコア 「2.食排泄異常行動」	135272318.6	0	0.998
阿部式 BPSD スコア 「4.攻撃的暴言」	0.99	0.527-1.862	0.976
阿部式 BPSD スコア 「5 昼夜逆転」	0.883	0.376-2.073	0.776
阿部式 BPSD スコア 「9.暴力」	1055917031	0	0.998
症状「日時見当識の低下」	3.422	0.884-13.242	0.075
症状「道に迷う」	2.759	0.751-10.135	0.126
症状「意欲・自発性の低下」	1.903	0.573-6.318	0.293
症状「生活リズム障害」	2.2	0.182-26.585	0.535
症状「夜間の異常行動」	237477287.5	0	0.999
症状「物盗られ妄想」	3.138	0.279-35.278	0.354
症状「その他の妄想」	0.425	0.063-2.891	0.382
症状「幻視」	2.4	0.127-45.206	0.559
症状「IADL に代行・サポートが必要」	1084691405	0	0.998
症状数	1.202	0.898-1.610	0.215
症状に気づいてから受診に至るまでの期間	1.311	0.907-1.895	0.149

Hosmer-Lemeshow 検定：p = 0.531

判別的中率：82.8%

p<0.05*, p<0.001**

AOR：Adjusted Odds Ratio, CI：Confidence interval

4. 考察

本研究では、本人・家族がおおよその認知機能段階を把握し、初期症状への対処行動がとれるような示唆を得るため、大学附属病院認知症疾患医療センターの受診者において、専門医の診断が Aging, MCI, AD である者の生活背景等と症状を検討した。

本研究の対象者の年齢、性別に有意差はなく、3 群の年齢・性別マッチングの適切性が確認出来た。また、いずれの神経心理検査でも 3 群間で認知機能段階が低下するにつれて重症度が有意に高値であったため、群分けの適切性を確認できた。また、認知機能が低下するにつれて BPSD の出現頻度が高くなることや、

確定診断目的で初回受診する者が Aging 群で有意に多いが、訴える症状数は AD 群が最も多いことが分かった。

Aging では、症状として「不安」、「言葉の出づらさ」を抱える者が多かった。また、MCI, AD よりも症状に気づいてから受診に至るまでの期間も早い傾向があったため、実際に病識をもち、不安を抱えて自ら早期受診をする者が多い可能性が示唆された。このことは、本研究対象施設の受診者は付き添い者と共に受診をすることが基本であったことを踏まえると、Aging では本人のみで受診した者が他 2 群よりも多かったことから、自ら受診をするほど不安を抱え

ていた可能性が高いことが言える。これは、元々不安を大きく抱えやすい者が受診している可能性や、実際に認知機能が低下し MCI や AD の前駆症状である可能性の両者が考えられる。このような Aging の可能性がある患者・家族は、受診の必要性はまだ低く、認知機能低下への不安の軽減に努める必要がある。近年、主観的認知機能障害（subjective cognitive impairment：SCI）と言われる病態像も注目されている。これは、認知機能の低下を自覚するものの客観的には認めない状態であり、一般的な高齢者に比べて、その後 MCI や AD に発展するリスクが高いと言われている。本研究の Aging には、この SCI である者も含まれる可能性が十分にある。どのような因子を持つ者が MCI や AD に進行する可能性が高いのか、特に今回 Aging 群に多かった「不安」や「言葉の出づらさ」といった症状が、進行の危険因子になるかどうか検討することが今後の課題である。また、本研究では趣味を持って生活している者の方が認知機能が保たれており、Aging のうちから、趣味など生活上の楽しみを通して社会交流等が維持される、もしくは増えている可能性が示された。これは先行研究¹³⁾で示されている、趣味を持つことが認知症発症予防となる可能性があることと一致する結果である。

MCI では、家族や周囲の者が、本人の様子から認知機能低下状態を感じ取っており、加えて趣味がない、もしくは以前より減ってくる可能性が示唆された。MCI では認知症予防が最も必要とされる一方で、MCI の高齢者で認知症予防に関心を示す割合は健常高齢者の半分程度ともいわれており¹⁴⁾、認知機能低下に対する本人の自覚も乏しいとされる¹⁵⁾。そのため、認知機能段階の目安の知見と、段階によった望ましい対応に関する知識の普及は、MCI の者への早期対処行動の実施に有用と考えられる。そして、受診に至るきっかけとなった症状では、MCI 群が Aging・AD 群より訴えが少ない症状が複数みられた。本研究では、あくまでも本人・家族によって訴えられた症状を対象としたため、実際に当該症状が出現していてもその重要性が低ければ訴えられない可能性がある。よって、本研究では MCI 群が他 2 群より少

ない症状は実際に出現していない症状であるとは言えない。

AD では、生活に支障が生じるほど日常生活自立度が低下し、運動習慣がない、もしくは以前はしていたが減ってくる可能性が示唆された。このような AD の可能性がある患者・家族は受診の必要性が高く、早期の受診を促す必要がある。

このように、認知機能低下に対して不安を抱えるとともに言葉が出づらくなっている場合 Aging の可能性があり、周囲が認知機能低下に気づき、趣味も減ってきている場合 MCI、日常生活自立度が低下し運動することも減ってきた場合 AD と、およそその認知機能段階を把握する目安が示唆された。今後は、今回の知見を本人・家族が実際に情報として得た際、認知機能段階を把握し初期症状の対処行動に効果が見られるかを検証していく必要がある。本研究の知見を一つの目安として、本人・家族が認知機能段階をもとに、セルフケアや受診の必要性を検討できるよう、高齢者や認知機能の低下を抱える者と関わる地域の保健・医療職者等による知識の普及が重要である。

謝辞

本研究実施にあたり、ご指導やご協力を頂きました皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働科学研究成果データベース. (2015.5.13). 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23685>
- 2) 厚生労働省. (2019). 認知症施策推進大綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- 3) 松井美帆,新田章子,田口幹奈子. (2009). 高齢者に対する認知症の情報提供と初期症状への対処行動. 厚生指針, 56(8),18-24.
- 4) 越谷美貴恵. (2017). 地域住民の認知症早期受診に関する認識 ～地域住民へのインタビュー調査より～. 日本早期認知症学会誌, 10(2), 113-124.
- 5) 木村清美,相場健一,小泉美佐子. (2011). 認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセス; 受診の促進と障壁. 日本認知症ケア学会誌, 10, 53-67.
- 6) 扇澤史子,栗田主一,古田光ら. (2017). 家族介護者が高齢者に物忘れ外来受診を促す理由についての検討: 正常範囲, 軽度認知障害および主な認知症の比較. 生存科学, 28(1), 163-170.
- 7) 扇澤史子,栗田主一,古田光ら. (2017). 認知症本人による認知機能障害・生活機能障害・行動心理症状についての自覚的体験内容と受診ニーズの特徴. 生存

大学附属病院認知症外来センター初回受診者の

認知機能段階による生活背景と症状

科学, 28(1), 171-177.

8) 労働科学研究成果データベース. (2013.3.6). 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. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/19511>

9) 日本神経学会 (監修). 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 (編集). (2017). 認知症疾患診療ガイドライン 2017 (3 版). 東京: 株式会社医学書院.

10) 戸井優樹, 繁信和恵. (2010). 【アルツハイマー型認知症】認知症の初歩を知る 認知症と間違えやすい病態. 薬局, 61(13), 3623-3626.

11) 日本イーライリリー株式会社. (2014.9). 認知症の診断と治療に関するアンケート調査 調査報告書. https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2021/03/shindantochiryō_tyosahoukoku_2014.pdf

12) 一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会. (2017). 神経心理学的検査. 認知症予防のための検査特集, 66(2), 11-21.

13) 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛. (2010). 地域在住高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危険因子 AGES プロジェクト 3 年間のコホート研究. 日本公衆衛生雑誌, 57(12), 1054-1065.

14) 本間昭. (2009). 認知症予防・支援マニュアル (改訂版). https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1h_0001.pdf

15) 松岡千代, 安達和美. (2009). 地域住民の認知症に対する意識と相談ニーズに関する調査—「まちの保健室」の相談場所としての利用可能性—. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 16, 69-83.