

日本における認知症の社会的コスト —認知症施策立案のための基礎データとして—

慶應義塾大学医学部精神神経科学教室 専任講師 佐渡 充洋

1. 背景

認知症はもはや世界的な課題です。2013年に発表されたGlobal Impact Dementia 2013-2050¹⁾では、2013年時点で4,400万人である全世界の認知症者数は、2030年に7,600万人、2050年には1億3,500万人になると推計されています。これは、その数がおよそ20年毎に倍増することを意味しています。日本でも、その数が今後急速に増加し、2060年には850万人に達すると予測されています²⁾。それとともに、認知症の社会的なコストも増大してきています。Wimoら^{3,4)}によると2009年の認知症による社会的なコストは全世界で4,220億ドルであると推計されています。個々の国についていうと、イギリスでは、2014年の認知症数は約70万人、そして社会的コストは170億ポンドと推計されています⁵⁾。アメリカでは、Hurdら⁶⁾によって、2010年のアメリカの認知症の社会的コストは、総額で1,570億ドルから2,150億ドルであるとされています。

また、これらの国々では、このような基礎データを元に、認知症を医療や介護に限った問題ではなく、国家全体で取り組むべき課題と位置付け、国家戦略を立案し、その解決に取り組んでいます。

一方、日本においては、認知症の社会的コストについてはこれまで十分な推計が行われていませんでしたが、今回筆者らの研究グループが推計を行いその結果を平成26年度厚生労働科学研究で報告しました。ここでは、その結果の概要を報告します。

2. 方法

①コストの構成要素

本研究では、医療費、介護費、インフォーマルケアコストの3つを認知症の社会的コストとして推計を行いました。

②医療費の推計法

医療費は、2011年11月分の診療報酬明細書からサンプリングで作成されたデータセットを用いて、重回帰分析の手法を用い、患者の性別、年齢、診断、治療日数等から保険点数を予測するモデル式を作成し、認知症に関する

年間医療費を推計しました。

③介護費の推計法

介護費については、まず最初に、某自治体における介護レセプトデータを用いて重回帰分析を行い、認知症の有無による平均介護サービス利用額の違いを推計しました。次にその結果を全国の介護サービス受給者の要介護度ごとの費用、人数等に外挿して推計を行いました。

④インフォーマルケアコストの推計法

インフォーマルケアコストの推計にあたっては、最初に、インフォーマルケア時間を推計すべく、全国の医療機関および介護者支援組織等を通じて、認知症介護者を対象としたアンケート調査を行いました。調査票は4,236名に配布され、1,685名から回答がありました(回収率40%)。このうちデータに不備のない1,482名が解析対象になりました。インフォーマルケア時間は、日常生活動作(Activity of Daily Living: ADL)と手段的日常生活動作(Instrumental Activity of Daily Living: IADL)とにわけて推計し、ADLに対しては代替費用、IADLに対しては遺失賃金を適用し、費用の推計を行いました。

⑤将来推計

本研究では、認知症の社会的コストの将来推計も行いました。この推計では、性年齢別将来推計人口のみを変数とし、他のすべてのパラメーターは不変としたうえで推計を行っています。

3. 結果

2014年の日本における認知症の社会的コストは14.5兆円で、その内訳は、医療費が1.9兆円、介護保険費が6.4兆円、家族等によるインフォーマルケアコストが6.2兆円であることが明らかとなりました(表)。このことから、認知症では、医療よりも介護の比重が極めて高いこと、インフォーマルケアコストの占める割合が介護保険に匹敵する規模であることがわかります。

インフォーマルケア時間については、今回の調査から認知症要介護者1人あたりの平均インフォーマルケア時間は、

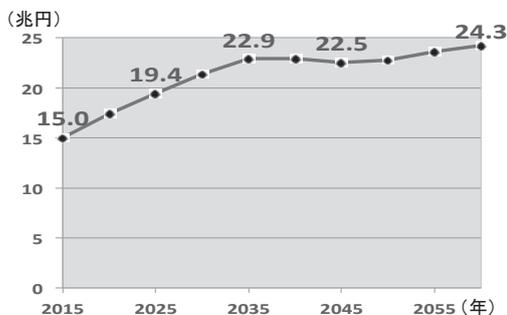


図 認知症の社会的コストの将来推計

インフォーマルケアに ADL と IADL とを含めた場合、24.97 (時間 / 週) であり、要介護者 1 人あたりの年間インフォーマルケアコストは、382.1 (万円 / 年) であることが明らかとなっています。ただし、この推計には見守りの時間が含まれていないこと、介護サービス受給者のみが、推計の対象になっていることなどから、見守りの時間、介護サービスを利用していない認知症者も推計に含めるとその額はさらに増大することに注意が必要です。

認知症の社会的コストの将来推計については、2015 年に 15 兆 89 億円、2060 年に 24 兆 2,630 億円となると推計されており、2060 年の推計値は、2015 年の 1.6 倍に達することがわかりました (図)。

4. 考察

医療費については、過小評価と過大評価の可能性が残ります。過小評価の理由は、本研究における認知症患者数が実際より少ないことにあります。これは、認知症であっても投薬等の治療が行われていない場合には、レセプトの傷病名に記載されないことが多くあることに起因します。過大評価の理由は、医療費における他の疾患の影響を完全に除外できていないことにあります。推計にあたっては、認知症以外の疾患の医療費の影響を除外していますが、認知症患者が他の疾患で入院したケース (例：認知症患者ががんの治療のために入院) などのように認知症以外の医療費が大半を占めるようなケースも解析に多数含まれています。そのため、統計的処理を行っても完全に他の疾患の影響を除外しきれない訳ではありません。

介護費の推計値については認知症以外の疾患の影響を除外できていません。例えば、認知症と骨折で介護サービスを利用している場合、費用の一部は骨折の介護によるものです。しかし、今回のデータからはその影響が除外できていません。そのため、推計値が過大評価になっている可能性があります。

インフォーマルケアコストについては、本研究では介護サー

表 認知症の社会的コスト

	(百万円)
医療費	1,911,446
介護費	6,444,105
インフォーマルケアコスト	6,158,401
合計	14,513,952

ビスの利用者のみが推計の対象となっていること、見守りが含まれていないことのため、過小評価の可能性があります。また、介護単価を何に設定するかによってインフォーマルケアコストは大きく変動します。そのため、結果の解釈には十分な注意が必要です。

このような限界はあるものの、本研究は、日本における認知症の社会的コストを初めて推計したものであり、認知症施策立案のための基礎データが提示されたことについては大きな意義があると考えます。

今後の課題は、社会的コストの多寡の議論に留まることなく、この限られた財源をいかに活用すれば患者や家族の生活の質を向上させることができるかを検討することです。そのためには、社会的コストだけでなく、その社会的コストが効果に結びついているかを検証する費用対効果研究などが推進される必要があります。

5. 謝辞

本稿は、平成 25-26 年度厚生労働科学研究費補助金 (認知症対策総合研究事業) 「わが国における認知症の経済的影響に関する研究」(H25- 認知症 - 一般 -005) の研究成果に基づくものです。

<参考文献>

- 1) Global Impact Dementia 2013- - 2050 [http://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf]
- 2) 二宮利治：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．平成 26 年度厚生労働科学特別研究研究成果報告書．東京：厚生労働省；2015．
- 3) Wimo A, Winblad B, Jonsson L: An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 2007, 3(2):81-91.
- 4) Wimo A, Winblad B, Jonsson L: The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 2010, 6(2):98-103.
- 5) Prince M, Knapp M, Guerchet M, McCrone P, Prina M, Comas-Herrera A, Wittenberg R, Adelaja B, Hu B, King D et al: Dementia UK: Update. In. Edited by team PP. London: Alzheimer's Society 2014.
- 6) Hurd MD, Martorell P, Langa KM: Monetary costs of dementia in the United States. *N Engl J Med* 2013, 369(5):489-490.

◇ PROFILE 佐渡 充洋 (さど みつひろ)

平成 9 年 岡山大学医学部医学科卒業後、同大学病院麻酔蘇生科で 2 年間初期研修。その後、慶應義塾大学医学部精神神経科学教室入局。国立千葉病院 (現 独立行政法人 国立病院機構 千葉医療センター) 神経科、慈雲堂内科病院 (現 慈雲堂病院) 精神科、ロンドン大学大学院への留学などを経て、2008 年より、慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室助教。2016 年より同教室専任講師。専門：医療経済学、マインドフルネス、産業精神保健、認知行動療法