

かかりつけ医は生活習慣病を管理することで 認知症の予防や進行を防止できる

〔発表者〕堂垂 伸治（内科） どうたれ内科診療所

どうたれ内科診療所/千葉大学医学部臨床教授 堂垂伸治

私は2017年10月名古屋で開催された第32回医療研究フォーラムで改正道路交通法の問題点を指摘しました。その際に「かかりつけ医が生活習慣病を管理してゆけば認知症の進行を遅らせることができる」と示唆しました。この17年の調査から2年間経過し、上記の仮定を検証するべく当院の認知症有病率を追跡したので報告します。

最初に断わっておきますが、今回の報告では、認知症の定義として改正道路交通法や主治医意見書で活用されている長谷川式検査（以下、HDS-R）を指標としています。つまり20点以下を認知症、21～23点をMCI、24点以上を「認知症なし」と定義して論理を進めています。調査対象は「当院に慢性疾患で通院していた“17年時点で75歳以上だった方”」です。

- 1 まず、当院に「慢性疾患でかかりつけの75歳以上の患者さん」の状況です。17年は672人で19年は828人で、男女比はともに4：6でした。この増加は、①当時75歳以上だった患者さんの多くが通院し続けていること、②2年前に73～74歳だった方が75歳以上になったことによるものです。この17年と19年の「75歳以上の人」のHDS-Rの平均点は、それぞれ24.7点と24.6点でほぼ同じでした。つまり一般のクリニックに通院している75歳以上の人のHDS-Rの点数は、25点程度と考えられます。当院の男女比は、全国の「受療率」の男女比と同じでした。
- 2 通院患者さんでは、約4人に1人が「認知症またはMCI」でした。つまり、かかりつけ医は「75歳以上の患者さんの4人に1人が認知症の可能性があると捉えるべきです。ちなみに、75歳以上の人では、通院患者さん中の単身高齢者・運転免許保有者の率、単身高齢者中の男性の率が、それぞれともに「4人に1人」でした。私たちが接している（後期）高齢者はこうした属性を有した方々なのです。
- 3 2年前の患者さん672人中、継続して通院し続けかつ2年ともに長谷川式検査を実施できた患者さんは565人でした。死亡したり他院へ転院したり施設入所した人など、離脱した人は107人でした。この「継続群」565人のほぼ全員が、高血圧・糖尿病・脳血管疾患などの慢性疾患で通院されている人でした。
- 4 朝田隆先生は「年齢階級別の認知症有病率」（以下、「全国平均」）を報告されている。加齢と共に認知症の率が急上昇しており、これが現在の認知症有病率の基準と考えられます。この調査は、多くの費用と人手をかけ65歳以上の約5,400人を対象とし詳細な検査も行い「認知症の有病率」を推定したものです。この結果と当院の結果を比較しました。

当院での有病率の算出は、追跡し得た565人について「全国平均」と同様に、5歳刻みの年代毎に「HDS-Rで20点以下」の人数をその年代の総人数で割った百分率としました。そして各年代の2年後の比率もそれぞれ2年後の所にプロットしました。近似曲線は多項式としています。

その結果、男性別・女性別のいずれも、当院での認知症有病率は「全国平均」を下回っていました。

（図1）は「男性+女性」全体の有病率の比較です。朝田隆先生の報告は破線で示しています。久山町で調査された九州大学の二宮利治先生の報告も点線で示しています。両報告は類似した曲線です。三角形の表示はそれぞれ当院の2年間の変動を示しており、（図1）下部の実線が当院の認知症の推移を示しています。明らかに当院の認知症の有病率が「全国平均」より低いことがわかります。太い縦の矢印はその差異を示しています。つまり「かかりつけ医が慢性疾患を2年間管理することにより認知症の進行を抑制している」と言え

ます。

5 離脱した107人の転帰は、死亡・施設へ・他院へ・不明などでした。これら107人の「17年当時の平均年齢は83.1歳で、有病率が25.2%、長谷川式の平均点は22.3点」でした。これらの数値を「全国平均」と比較しても、実は認知症の程度は低い群でした。つまり、今回調査対象となった565人は、「認知症の人を除外した集団である」という偏りは認めませんでした。

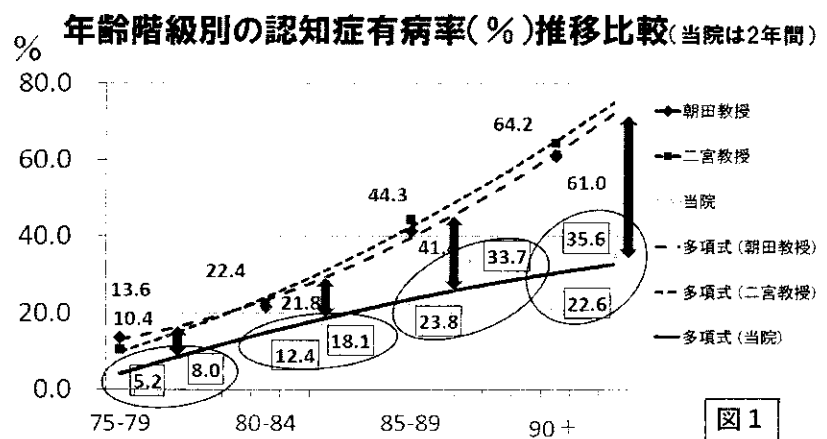


図1

6 LANCETや、WHO、NIHの報告でも、高血圧や糖尿病などが認知症の危険因子とされています。上記の結果は、「かかりつけ医による管理が有効」ということを実証したことになります。

7 厚生労働省による「平成29年(2017)患者調査の概況」で「受療率」を見ると、高血圧の患者さんは推計人口4,300万人だが、実際の受療人数は1,000万人に過ぎません。糖尿病も推計人口1,000万人のうち、330万人しか受療していません。つまり慢性疾患のうち3~4分の1しか受診していません。これら未受診の方々を放置していると、認知症の発症や進行も放置することにつながります。換言すれば、「生活習慣病の患者さんが、癌や脳血管疾患や心疾患などの致命的な疾患に陥ると同じように認知症にもなり得る」と考えるべきです。認知症は癌や脳血管疾患や心疾患などと並行して罹患する疾患と認識すべきです。逆に言えば、「エビデンスがない認知症予防」に費用や労力を注ぐことは無駄になりかねません。

8 今回のスタディを通じて数百人規模の患者さんをHDS-Rで検討しました。その結果(図2)のような「認知症のパターン」があると感じました。

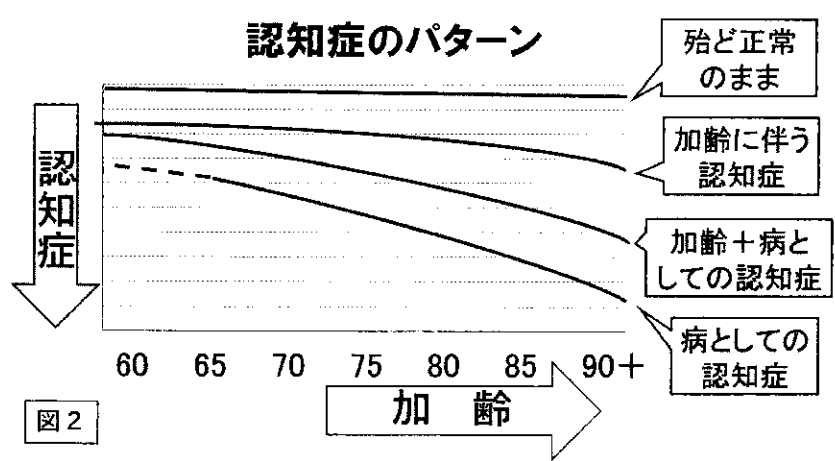


図2

①加齢しても殆ど認知症にならない方、②加齢に伴い緩徐に進行する方、③加齢+「病としての認知症」に罹患する方、④早期に認知症が出現してその後急速に進行する「病としての認知症」のパターンです。今後の認知症研究や治療に示唆的なことではないでしょうか？

9 結語

- ① 17年に75歳以上だった当院通院の慢性疾患患者さん565人をHDS-Rで2年間追跡した。
- ② 認知症有病率を全国調査と比較すると、当院通院患者さんでは、男性・女性・全体のいずれも全国調査より低かった。諸報告に照らしても、かかりつけ医が血圧や糖尿病など生活習慣病をしっかり管理すれば、認知症の予防や進行を防止できることが実証された。
- ③ 得体の知れない「予防」に力を注ぐより、生活習慣病を放置している方々を捕縛し、かかりつけ医が慢性疾患を管理することの方が、よほど認知症予防に効果的だと考えた。