



「診療研究」は研究者や会員などの研究を発表する欄です。

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



どうたれ内科診療所院長、千葉大学医学部臨床教授

堂垂 伸治 どうたれ しんじ

1985年千葉大学医学部卒業。同循環器内科等を経て90年から千葉西総合病院循環器科・地域医療部長。99年から千葉県松戸市で、どうたれ内科診療所開業。千葉大学医学部臨床教授。松戸認知症コーディネーターの会顧問。

かかりつけ医は、患者が「認知症を発症する場面」に日常的に遭遇している。今回「当院に慢性疾患で通院している75歳以上の患者」を、長谷川式検査を指標として2年間追跡し認知症の進行度を検証した。この結果を「年齢階級別の認知症有病率」（全国平均）と比較すると、認知症の進行度が有意に低下していた。現在「認知症予防」について諸々の試みがあるが、かかりつけ医が原則的に生活習慣病を管理することが有効であることが改めて実証された。

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。

本報告の前提だが、「認知症の診断基準」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）を指標としている。つまり20点以下を認知症、21～23点をMCI（軽度認知障害）、24点以上を「認知症なし」と定義し、「認知症の増悪」の目安としている。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歳以上だった患者”」（現在、77歳以上）である。

症例

患者は15年以上高血圧・痛風で診てきた現在79歳男性。2017年9月のHDS-Rは23点だったが、18年7月から通院を中断していた。19年7月、地域包括支援センターから「病識がない認知症の疑いがある」と連絡あり。1年以上の空白で19年8月当院再来。血圧は225/111。患者は元サラリーマンだが「背広を着て会社に行ったり、徘徊し迷子になったこともある」とのこと。妄想、思い込みが目立ちHDS-Rは8点、明らかに認知症だった。抗認知症薬と降圧剤等を処方し介護保険サービスも導入した。その後定期的に通院し、血圧やBPSDなど病状は落ち着き、一時6点だったHDS-Rは2020年1月に



は10点まで改善している。かかりつけ医が患者と長期間付き合っていると、「久しぶりにやってきた患者を診たら認知症になっていた」ということを少なからず経験する。

対象

私は、当地で勤務医・開業医として約30年間総合臨床に携わり、「かかりつけ医」として多数の慢性疾患の患者を長期間管理してきた。

今回の考察の対象は「当院に慢性疾患でかかりつけの75歳以上の患者」である。17年は672人、19年は828人で、男女比はともに4：6だった。この増加は、①当時75歳以上だった患者の多くが通院し続けていること、②2年前に73～74歳だった人が75歳以上になったこと、による。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点でほぼ同じだった。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点程度と考えられる。当院の男女比は、全国の「受療率」の男女比と同じだった。

2年前の患者672人中、継続して通院し続

けかつ2年ともにHDS-Rを実施できた患者は565人だった。死亡したり他院へ転院したり施設入所した人、離脱した人、不明な人などは107人だった。そして、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している患者であった。

離脱した107人は「17年当時の平均年齢は83.1歳で、認知症有病率が25.2%、HDS-Rの平均点は22.3点」だった。これらの数値を「全国平均」と比較しても、「認知症の程度は低い群」に属していた。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」という偏りは認めなかった。

結果1 通院患者での認知症の率

通院患者では、約4人に1人が「認知症またはMCI」だった(図1)。つまり、かかりつけ医は「75歳以上の患者では、4人に1人が認知症の可能性があると認識すべきである。ちなみに、75歳以上の人では、通院患者中の単身高齢者、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

当院75歳以上 かかりつけ医における認知症の率

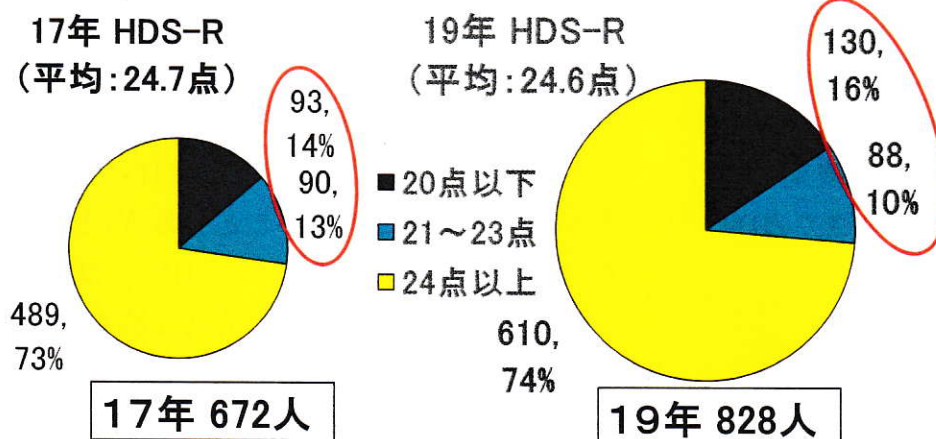


図1

1人」だった。私たちが接している「後期高齢者」はこうした属性を有しているのである。

結果2 2年間の推移

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歳刻みの年代ごとに「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た。近似曲線は多項式としている。

本報告の対照とした「全国平均」は、朝田隆らの「年齢階級別の認知症有病率」¹⁾とした。この報告では、加齢と共に認知症の有病率が急上昇しており、これを現在の認知症有病率の基準とした。この調査は、多くの費用と人手をかけ65歳以上の約5400人を対象に詳細な検査も行い「認知症の有病率」を推定したものである。

図2は「男性+女性」全体の有病率の比較である。朝田隆らの報告は赤線で示している。他に、久山町で調査した九州大学の二宮利治らの報告も黒線で示している。両報告は

類似した結果である。

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、青線が当院の認知症の推移を示している。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る(赤矢印)。この差異は、「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」ことを示している。なお、他に男性別・女性別も比較したが、いずれも当院での認知症有病率は「全国平均」を下回っていた。

考察

- 1 医学誌『LANCET』²⁾や、世界保健機関(WHO)³⁾、米国立衛生研究所(NIH)の報告でも、高血圧や糖尿病などの生活習慣病が認知症の危険因子とされている。今回の当院での結果は、「かかりつけ医による慢性疾患の管理が有効」ということを実証した。
- 2 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、高血圧の患者は推計人口4300万人だが、実際の受療人数は1000万人に過ぎない。糖尿

図2 年齢階級別の認知症有病率(%)推移比較(当院は2年間)

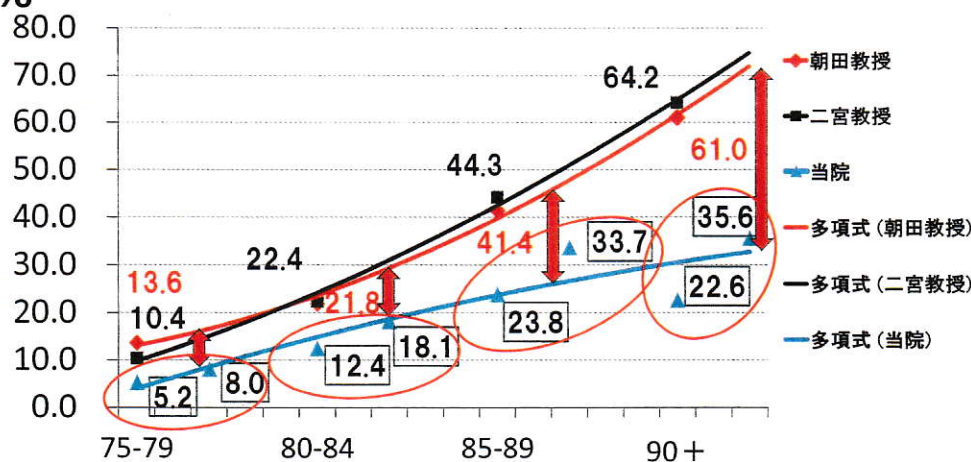


図2



「診療研究」は研究者や会員などの研究を発表する欄です。

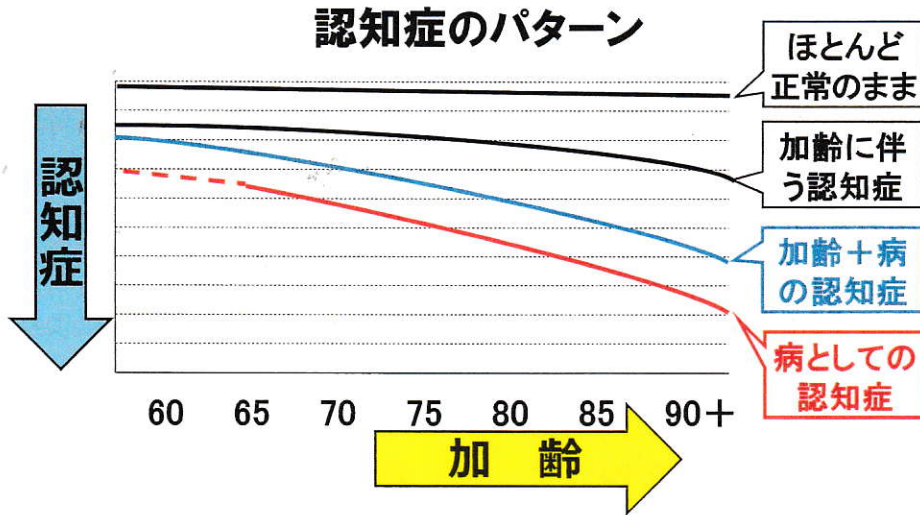


図3

病も推計人口1000万人のうち、330万人しか受療していない。つまり慢性疾患のうち3～4分の1しか受診していないことになる。これら未受診の人々を放置していると、結局は認知症の発症や進行も放置することにつながる。換言すれば、「生活習慣病の患者が、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」と考えるべきである。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、「費用対効果」という点で疑問を感じる。

3 今回のスタディを通じて数百人規模の患者をHDS-Rで検討した。その結果、図3のような「認知症のパターン」があると感じた。

①加齢してもほとんど認知症にならない、②加齢に伴い認知症が緩徐に進行する、③加齢+「病としての認知症」に罹患する、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4パターンである。今後の認知症研究や治療に示唆的なことではないだろうか。

結語

- 1 17年に75歳以上だった当院通院の慢性疾患患者565人をHDS-Rで2年間追跡した。
- 2 認知症有病率を全国平均と比較すると、当院通院患者では、男性・女性・全体のいずれも全国平均より低かった。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と管理すれば、認知症の予防や進行を防止できることが実証された。
- 3 “得体の知れない認知症予防”に費用や労力を注ぐより、生活習慣病を放置している患者をかかりつけ医がしっかりと管理することの方が、認知症予防にはよほど効果的だと考えられた。

参考文献・注

- 1) 「認知症年齢別有病率の推移等について」厚生労働省
- 2) Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 16 Dec, 2017.
- 3) Adopting a healthy lifestyle helps reduce the risk of dementia. WHO. 14 May, 2019.