
これからの認知症予防

Prevention of dementia in the future

鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座

浦上 克哉*

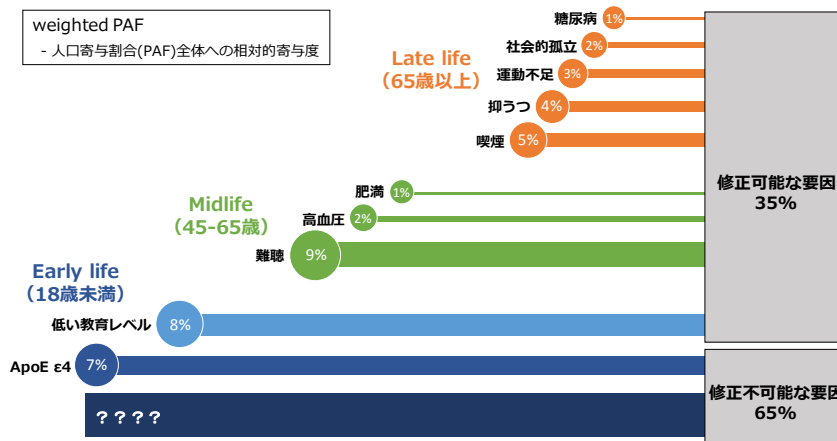
2019年5月16日に政府から認知症施策推進大綱が公表され、認知症への「共生」と「予防」を2本柱とした。新オレンジプランの中にも「予防」という文言は入っていたが、「予防法の研究」ということのみで、多くの研究テーマの中の一つにすぎなかった。今回の大綱で、「予防」がタイトルに出てきたことは画期的であった。その中で、予防への数値目標が示され、2025年までに70歳代の人を6年間で6%認知症になるのを減らすというものであった。6年間で6%ということは、1年間で1%ということであり、なんと低い数値目標かと驚いた。しかし、これに対して、「この数値目標の根拠は乏しい」、「認知症になった人が予防できなかった落ちこぼれとしてみられてしまう」、「認知症になっても不幸ではないから予防、予防と言わなくても良い」等の反対意見が続出した。その後、厚労省は認知症にならないようにではなく、認知症になるのを遅らせる、認知症の進行を遅らせる、と認知症予防の定義を変え、70歳代の人を10年間で1歳発症を遅らせるという参考値に格下げした。時をほぼ同じくしてWHOが「認知症リスク軽減のためのガイドライン」を報告した。認知症対策は日本だけでなく世界的な大きな課題である。現在3秒に1人の割合で認知症が発症してきていると言われている。できる予防対策に取り組むことは必要不可欠と考える。

まず認知症予防については、概念や議論がかみ合っていないことが課題としてあげられる。公衆衛生学の教科書では予防について、第1次予防が病気の発症予防、第2次予防が病気の早期発見・早期治療、第3次予防が病気の進行防止と定義されている。国

家試験にも必須科目である公衆衛生学で予防の問題は出題され山中の山である。予防という用語は認知症予防のために作られた用語ではなく、すべての病気に対して作られた用語である。認知症だけ予防がけしからんと言ってしまうと、認知症だけ他の病気とは区別して扱うことになる。これは、認知症だけ特別扱いすることであり逆差別につながるのではないかと懸念する。

予防に反対している意見の多くは第1次予防のことを言っていると思われる。そして第1次予防に反対する理由は科学的根拠（エビデンス）が乏しいことである。著者が認知症医療、研究に着手した1980年代には「認知症は治らない病気だから予防なんかできるはずはない。」と100%修正可能な要因はないと考えられ、それが長く続いてきた。しかし、2017年に出されたLancetの総説では認知症の危険因子のうち約35%は修正可能な要因であると述べられた(図1)¹⁾。これはメタ解析を行ったエビデンスレベルの高いもののみしかとり上げていない。今後、さらに追加され、修正可能な要因が修正不可能な要因を上回るものと期待している。この論文の中で示されている特記すべき点のひとつは難聴が9%と最も高いリスクとして位置付けられていることである。ふたつ目はリスクが年代別に異なる点である。肥満は中年期ではリスクになっているが、老年期ではリスクになっていない。すべての年代で一様にリスク管理をアドバイスしてはいけないということを示唆している。Framingham heart studyでは血管危険因子への介入により、血管性認知症が半減したことが報告されている(図2)²⁾。アルツハイマー型認知症の類

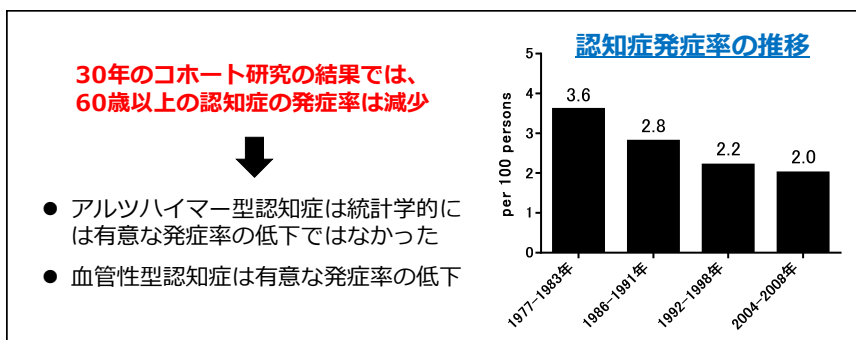
* Urakami Katsuya: Professor, Division of Environment and Health Science, Department of Biological Regulation, School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University



他にも、飲酒、食事、居住、睡眠 などたくさんの危険因子がある

(参考文献: Livingston G, et al. Lancet. 2017; 390(10113): 2673-2734. より改変引用)

図 1 認知症発症の危険因子



発症率低下の要因としては…

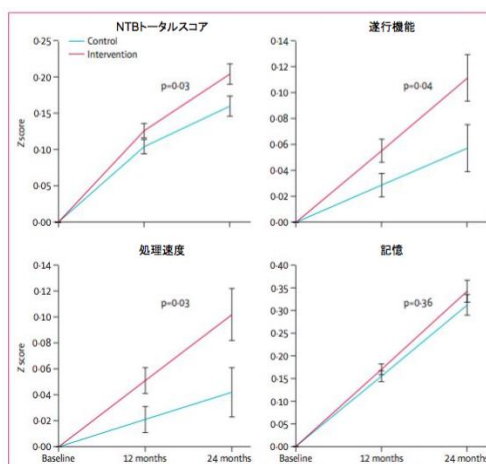
- 高校を卒業していない人は発症率が低下していなかった → 教育年数?
- 脳卒中や心疾患は減少していた → 血管危険因子の減少?

(参考文献: N Engl J Med 2016; 374: 523-532. より改変引用)

図 2 Framingham heart study における認知症発症率

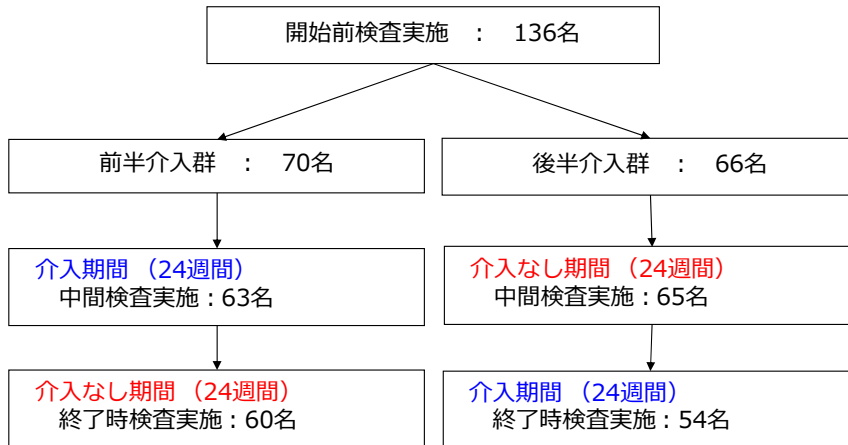
フィンランド6都市、2年間、60歳以上認知症予備軍 (MMSE 21-26点など)631人に300時間指導して認知機能が改善した。

対照群は認知症リスクが1.3倍



フィンランド高齢者認知症予防プロジェクト FINGER study
(参考文献: Lancet 2015;385(9984):2255-2263)

図 3 FINGER 研究概要



【対象者の選定基準】
 65歳以上の方で、かつ2016年4月1日から2017年8月31日までに伯耆町で行った、タッチパネル式コンピュータを用いた簡易認知機能スクリーニング法（もの忘れ相談プログラム）の点数が13点以下かつ10点以上だった方（検査に同意された147名のうち、同意を撤回された方6名及び全検査を実施できなかった方5名を除く136名）
 ※ 24回の教室のうち出席回数が15回以下だった者は教室出席日数不足とした
 ※ 検査を全て実施できなかった対象者も同意撤回の意思表示が無い場合は研究を継続した

図4 検査実施状況

とっとり方式認知症予防プログラムの実施により認知機能が改善！

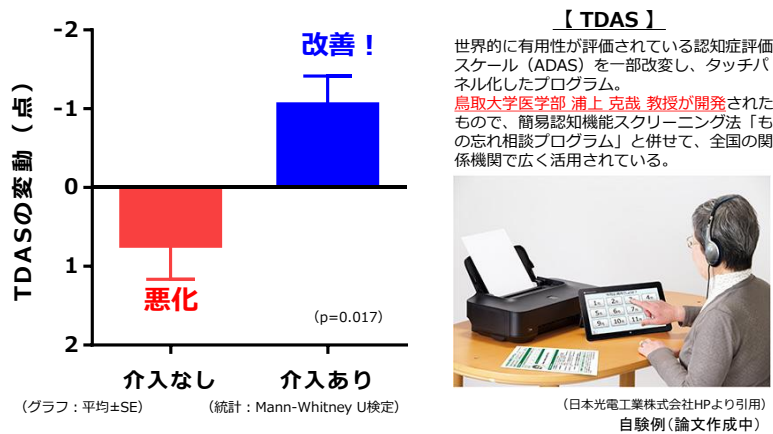
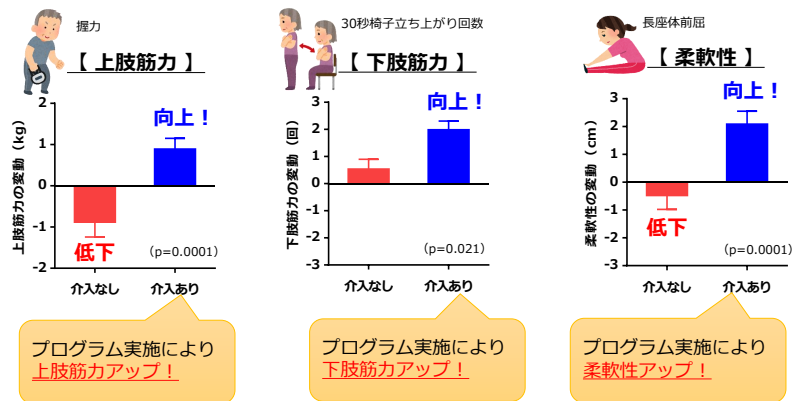


図5 認知機能（TDAS）の解析結果

とっとり方式認知症予防プログラムの実施により身体機能が向上！



自験例 (グラフ：平均±SE) (統計：Unpaired-t検定、Mann-Whitney U検定)

図6 身体機能の解析結果

度が日本でも増加し影が薄くなっている血管性認知症であるが決して患者数は減っているわけではないので重要な疾患である。血管性認知症は以前から予防できる認知症として知られており、積極的に認知症予防を行っていくべき疾患であり成果が期待できると思われる。フィンランドで行われた多因子介入による大規模な比較対象試験である FINGER 研究では対照群では介入群に比較して認知症のリスクが約 1.3 倍であったと報告している (図3)³⁾。このような大規模臨床試験においても認知症の第1次予防の科学的根拠が示されてきている。我々の研究グループも鳥取県伯耆町において軽度認知障害 (MCI) を対象とした予防介入により (図4)、介入群は非介入群と比較して認知機能の有意な改善を認めた (図5)⁴⁾。認知機能評価に Touch panel type dementia assessment scale (TDAS)⁵⁾ を用いており認知機能評価のための専門家が得られない状況でも行うことができ、社会実装の視点からどこでも簡単に実施可能な方法と言える。認知機能の改善に加えて、身体機能においても上肢および下肢の筋力、柔軟性に有意な改善がみられた (図6)⁴⁾。

共生社会の実現のためにも予防は必要と考える。地域において若者は減り高齢者が増えている。この高齢者がどんどん認知症になっていけば認知症の人のパートナーや支える人がいなくなってしまう。地域包括ケアにおいても元気な高齢者を増やそうと言っているが、認知症は高齢者の健康を害する頻度の高い病気であり、その予防は極めて重要である。また、共生というのは社会づくりであり、予防は医療、介護的アプローチである。共生と予防は対立するものではなく並走すべきものと考え。もう一つの重要課題は、間違った予防法や不確かな情報が氾濫し

ていることである。効果のない予防法やサプリメントの蔓延を制御するためにも、予防に否定的になるのではなく科学的根拠のある認知症予防を推進していく努力をすべきと考える。

【参考文献】

- 1) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017; 390(10113): 2673-2734.
- 2) Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, et al: Incidence of dementia over three decades in Framingham heart study. *N Engl J Med* 2016; 374: 523-532.
- 3) Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomized controlled trial. *Lancet* 2015; 385(9984): 2255-2263.
- 4) Kouzuki M, Kato T, Urakami K, et al: A program of exercise, brain training, and lecture to prevent cognitive decline. *Annals of clinical and translational neurology*. 18, 2020. doi:10.1002/acn3.50993.
- 5) Inoue M, Jimbo D, Taniguchi M, Urakami K. Touch Panel-type Dementia Assessment Scale: a new computer-based rating scale for Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 11(1): 28-33, 2011.

この論文は、2019年12月14日(土)第23回東北老年期認知症研究会で発表された内容です。