

アンチエイジングのエビデンス

鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座（寄附講座）教授

浦上 克哉

✉ kurakami@tottori-u.ac.jp

Class ★★
医療従事者向け

認知症発症の危険因子の中で修正可能な要因が45%まで増えている

Modifiable risk factors among risk factors for developing dementia have increased to 45%

Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care : 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024 ; 404 : 572-628.

認知症は長年にわたって、予防はできないと考えられてきた。そのようななか、Lancet 2017年版¹⁾に認知症発症の危険因子の中で35%は修正可能であるとの報告がなされた（表1）。認知症予防ができる可能性を示唆しており、エポックメイキングな論文であった。その後、改訂がなされ、2020年版²⁾では修正可能な要因が40%となり（表1）、最新の2024年版³⁾では修正可能な要因がなんと45%にまで増えてきている（表1）。認知症予防のエビデンスがどんどん報告されるようになり、修正可能な要因が増えてきていると考えられる。

2024年版³⁾で追加された修正可能な要因は、中年期の高LDLコレステロールと老年期の視力低下である。LDLコレステロールは悪玉コレステロールとして知られており、動脈硬化の原因として重要である。薬物治療が必要な方には適切な薬物療法を、また食事療法や運動療法（有酸素運動）も行うことが望ましい。老年期の視力低下に対しては、眼の病気への早期発見・早期治療が大切であり、同時に眼以外の全身の健康状態や疾患への配慮も必要である。

予防というと病気の発症予防だけに目がいきがちであるが、一次予防が病気の発症予防、二次予防が病気の早期発見・早期治療、三次予防が病気の進行防止であり、すべての予防が重要である。特に、この3つの予防に切れ間なく取り組むことが大切である。また、論文で示されているが、若年期、中年期、老年期と年齢によって、危険因子が異なることである。予防の視点に立てば、同じことをやっていればよいということではない。年齢によって、行うべき対策が異なるのである。例えば、肥満

は中年期には危険因子であるが、老年期では危険因子でなくなる。中年期に肥満を指摘され、対策を打っている人が多いが、それを老年期になっても同様に続けていることは適切ではない。認知症予防対策は単純ではないことを啓発することが望まれる。

認知症予防を陸上競技に例えると100メートル走のような短距離走ではなく、マラソンのような長距離走である。認知症予防の難しさは、長く続けなければならないことである。そのためには、1人でやるよりも、仲間と一緒にすることが有効と思われる。地域では、認知症予防を目指して集まりがなされているが、課題としては科学的なエビデンスのない対策を行っていることである。われわれは、平成16年から実施している鳥取県琴浦町の認知症予防の取り組みをベースとして運動、知的活動、コミュニケーションを3本柱とした「とっとり方式認知症予防プログラム」の開発研究を行った。その結果、認知機能と身体機能の有意な改善を認めた⁴⁾。現在、鳥取県内に科学的なエビデンスある予防プログラムとして普及・啓発を行っているところである。認知症予防プログラムを実施する際に重要視すべきは、予防教室を運営するコーディネーターの存在である。認知症予防は、認知症になっていない人を対象とするので、専門職である必要はなくボランティアでよいという考えがある。それは、間違っていると著者は考えている。あるエリアで、ほぼ同時期に、ほぼ同じプログラムで認知症予防教室を実施した。しかし、その効果は著しく異なっていた。その理由を検討したところ、予防教室を運営するコーディネーターの知識とスキルが大きく影響することが分かった⁵⁾。そこ

アンチエイジングのエビデンス

	2017年 (Lancet)	2020年 (Lancet)	2024年 (Lancet)
若年期 (45歳未満)	教育歴 (8%)	教育歴 (7%)	教育歴 (5%)
中年期 (45~65歳)	難聴 (9%) 高血圧 (2%) 肥満 (1%)	難聴 (8%) 頭部外傷 (3%) 高血圧 (2%) 過剰飲酒 (1%) 肥満 (1%)	難聴 (7%) 高LDL-C血症 (7%) 抑うつ (3%) 頭部外傷 (3%) 運動不足 (2%) 糖尿病 (2%) 喫煙 (2%) 高血圧 (2%) 肥満 (1%) 過剰飲酒 (1%)
高齢期 (66歳以上)	喫煙 (5%) 抑うつ (4%) 運動不足 (3%) 社会的孤立 (2%) 糖尿病 (1%)	喫煙 (5%) 抑うつ (4%) 社会的孤立 (4%) 運動不足 (2%) 大気汚染 (2%) 糖尿病 (1%)	社会的孤立 (5%) 大気汚染 (3%) 視力障害 (2%)
修正可能な割合	35%	40%	45%

表1. 増加する修正可能なリスク因子

(文献1, 2, 3をもとに著者作成)

で、日本認知症予防学会では認知症予防教室のコーディネーター役ができる人材育成を目指すこととした。そして作った制度が認知症予防専門士制度である。テキストとして作成した図書が『よくわかる認知症予防専門テキスト上巻, 下巻』である⁶⁾。認知症予防活動をされる方は参考にいただきたい。

●文 献

- 1) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care : 2017 report of the Lancet commission. Lancet. 2017 ; 390 : 2673-734.
- 2) Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020 ; 396 : 413-46.
- 3) Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024 ; 404 : 572-628.
- 4) Kouzuki M, Kato T, Wada-Isoe K, et al. A program of exercise, brain training, and lecture to prevent cognitive decline. Ann Clin Transl Neurol. 2020 ; 7 : 318-28.
- 5) Ito Y, Urakami K. Evaluation of dementia-prevention classes for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment. Psychogeriatrics. 2012 ; 12 : 3-10.
- 6) 日本認知症予防学会監：浦上克哉, 児玉直樹編：よくわかる認知症予防専門テキスト上巻, 下巻, メディアケアプラス, 東京, 2023.