

認知症の生存率

SCOR Global Life SE日本支店

久保田 活

要旨：日本での認知症高齢者の数は、2012年で462万人と推計されており、2025年には約700万人と、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれている。

また、日本における公的介護保険での要介護者について、介護が必要になった主な原因の一つに、「認知症」があり、高齢化の進む日本において認知症患者の増加は、介護の負担などの大きな社会問題をひきおこしている。

認知症の死亡率については、在宅高齢者を対象とした調査において、認知症があると死亡リスクが3倍高くなることが報告されている一方、地域一般住民を対象とした前向き疫学調査では、一度認知症を発症すると、死亡のリスクは非認知症例に比べ、1.7倍高いことが報告されている。

認知症罹患後の生存率については、日本においてもさまざまな調査の報告があるが、認知症の生存率を考慮するにあたっては、調査の対象と方法を考慮することが重要と考える。

キーワード：認知症, 発生率, 生存率

Survival Rate of Patients with Dementia

Katsu Kubota, M.D., Ph.D.

SCOR Global Life SE Japan Branch

[ABSTRACT]

The number of older adults with dementia in Japan was estimated to be 4.62 million in 2012 and is predicted to be approximately 7 million in 2025, affecting 1 in 5 people ≥ 65 years.

Concerning the public health insurance system in Japan, one of the main reasons for long-term care is “dementia.” Due to the good quality of care provided, there has been an increase in dementia patients in aging society, which has created a considerable social burden.

Regarding dementia and patient survival rates, surveys of older adults at home report that the risk of death triples if dementia is present. However, epidemiological studies targeting local residents report the risk of death as 1.7 times higher once non-cognitive symptoms of dementia develop.

There are various studies in Japan concerning the survival rate of people with dementia. It is important to consider the subject, context, and method of the investigation when referring to the survival rate of dementia patients.

Key Words : dementia, incidence, survival rate

はじめに

日本での認知症高齢者の数は、2012年で462万人と推計されており、2025年には約700万人と、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれている¹⁾。認知症は長期にわたって慢性に進行していく事が多く、このことが社会に大きな負担となる要因の一つとなっている²⁾。この点、近年の日本では、認知症に罹患した後の家族による介護の負担が社会的な問題となっている。また介護に関しては、日本における公的介護保険における要介護者の認定において、介護が必要になった主な原因の一つに認知症があげられている³⁾。このことから、認知症は公的介護保険においても重要な位置をしめているといえる。

認知症の有病率には、認知症の発生率と、認知症に罹患した後の生存率が関連する。認知症に罹患した後の生存率については、さまざまな報告がされているが、今回、日本についてのいくつかの報告について検討を行う。

認知症の定義

認知症とは「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態」と定義されている⁴⁾。臨床医学の面からは、認知症の診断に用いられる診断基準には、世界保健機関によるICD-10や、アメリカ精神医学会によるDSM-IVがある。DSM-IVによる認知症の診断基準では、各種の認知症性疾患ごとにその定義は異なるが、共通する診断基準には以下の4項目がある。

- ・多彩な認知欠損。記憶障害以外に、失語、失行、失認、遂行機能障害のうちの一つ以上。
- ・認知欠損は、その各々が社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準から著しく低下している。
- ・認知欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない。

- ・痴呆症状が、原因である一般身体疾患の直接的な結果であるという証拠が必要。

認知症の原因疾患

ICD-10では認知症をアルツハイマー病、血管性認知症、他疾患による認知症、および特定不能の認知症の4つに分類している。

日本における認知症の原因疾患は、1980年代までは脳血管性が最多とされていたが、近年の疫学研究ではアルツハイマー病が最も多い傾向にある。性差については、アルツハイマー病は女性に、脳血管性は男性に多いとされている⁴⁾。

公的介護保険における認知症

平成28年国民生活基礎調査によると、公的介護保険における要介護者について、介護が必要になった主な原因は、「認知症」が24.8%で最も多く、次いで、「脳血管疾患（脳卒中）」が18.4%、「高齢による衰弱」が12.1%となっており、認知症が大きな部分を占めている³⁾(表1)。

認知症の発生率

日本における認知症の発生率について、いくつかの報告がされている。

下方によると、「国立長寿研究センター・老化に関する長期縦断疫学研究 (NILS-LSA)」のデータを用いて8年間の縦断的な検討から認知症の発生率の推定を行った結果から、60歳以上の地域住民の1.5%が毎年認知症となっており、年齢が高くなるほど発生率は上昇し、80歳以上では毎年3.9%が認知症となっていたと報告されている²⁾。この疫学研究においては、調査への参加者は、観察開始時40歳から79歳までの男女であり、地域住民から年齢・性別に層化した無作為抽出を行い、選定された者の中から自由意志によって参加者を募集したものとなっている。調査において、医学的な部分に関しては医師が確認を行っており、認知機能については、参加者に認知症スクリーニング用テストであるMMSE (Mini-Mental State Examination)

表1 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因 (上位3位)

(単位: %) 平成28年

要介護度	第1位		第2位		第3位	
	認知症	18.0	脳血管疾患 (脳卒中)	16.6	高齢による衰弱	13.3
総数	認知症	18.0	脳血管疾患 (脳卒中)	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患 (脳卒中)	11.5
要支援2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患 (脳卒中)	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患 (脳卒中)	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患 (脳卒中)	11.9
要介護2	認知症	22.8	脳血管疾患 (脳卒中)	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護3	認知症	30.3	脳血管疾患 (脳卒中)	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護4	認知症	25.4	脳血管疾患 (脳卒中)	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護5	脳血管疾患 (脳卒中)	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

(平成28年国民生活基礎調査の概況³⁾より引用)

が行われている。

また、松井らは福岡県久山町の65歳以上の認知症のない828名を17年間前向きに追跡した。その結果、追跡期間中に275名の認知症発症が認められ、認知症の発症率(対1,000人年)は、全認知症32.3 ($n=275$)、アルツハイマー型認知症14.6 (124)、脳血管性認知症9.5 (81)、レビー小体型認知症1.4 (12)、混合型認知症3.8 (33)、その他の認知症3.1 (16)であり、アルツハイマー型認知症、混合型認知症、その他の認知症の発症率は加齢と共に上昇し、特に85歳以上でその傾向が強かったと報告している⁵⁾。この調査では、認知症の臨床診断にはDSM-III-Rを用いられた。そして、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症の診断には、それぞれNINCDS-ADRDの基準、NINDS-AIRENの基準、DLB国際ワークショップのガイドラインが用いられた。認知症の原因が2つ以上と考えられる場合は、「混合型認知症」とされている。

下方らの報告によると、認知症の発症率の調査について、認知症の診断を行うためには専門的知識が必要であり、場合によってはMRIやPETなどの検査や剖検が診断のために必要となり、認知症患者やその家族は調査に対して消極的なことが多く、また、認知症は高齢者に多

いため、身体機能の低下を認める者が少なくなく、訪問による検査などが必要で、実際の調査が思うようにいかないことも多いことを指摘している。そして、認知症の有病率を調べる場合、調査地域の高齢者の年代分布によって有病率が異なる可能性があることが指摘されている。また、地域在住者を調査しても、問題行動のある認知症患者は施設に入所しているために、有病率が低く出てしまう可能性を指摘している²⁾。

認知症に罹患した後の生存率

認知症に罹患した後の生存率については、日本においてもいくつかの報告がされている。

長谷川らは無作為抽出法により、東京都在住の65歳以上の存宅老人4,716名について精神医学的調査を行った結果、4.5%に老化性痴呆が認められ、そして、認知症群の年齢別死亡率は非認知症群に比べおよそ2-3倍を示し、有意に高いことを報告している⁶⁾。また、その死亡率は認知症が高度になるに伴い増加すること、失禁および寝たきりなどの身体機能の悪化に伴い死亡率も増加することが明らかとなった。さらに認知症の老人の死亡率を高める最も関連の深い要因として、高度認知症、寝たきり、失禁の3つの要因が示されている⁶⁾。

別所らは、一地方都市での在宅高齢者の調査により、認知症があると死亡リスクは2.99倍高くなることを報告している⁷⁾。また男女とも寝たきり、歩行障害、排泄障害ありが、死亡リスクを有意に高める要因であったことも報告している。

三徳らは、中山間地域における要介護高齢者を対象とした調査で、年齢、対象者の4%以上罹患の7疾患およびがんを調整したハザード比を算出したところ、要介護（支援）高齢者においては、認知症の有無および認知症度ランクは死亡リスクにはほとんど関連しておらず、要介護（支援）度と寝たきり度が高くなるほど死亡リスクが高くなることを報告している⁸⁾。

一方、松井らの前向き調査によると、65～89歳の認知症例の生存率は、性別・年齢を対応させた非認知症対照例に比べ有意に低く（10年生存率：認知症例13.6%vs非認知症対照例29.3%、ハザード比1.67）、一度認知症を発症すると、死亡のリスクは非認知症例に比べ1.7倍高いと報告されている⁵⁾。また、認知症の病型別に見ると、10年生存率に有意差はなかった（10年生存率：アルツハイマー型認知症18.9%、脳血管性認知症13.2%、レビー小体型認知症2.2%、混合型認知症10.4%、その他の認知症14.4%）と報告されている。

考察

認知症の死亡率の調査の対象としては、無作為抽出した在宅老人⁶⁾、要介護（支援）認定を受けた65歳以上高齢者⁸⁾、市内在住の65歳以上の在宅高齢者全員を対象としたもの⁷⁾などがあり、この点、調査の対象の違いが認知症の死亡率の結果に影響をあたえる可能性がある。

また、住民を対象とした調査の場合でも、調査の方法が、はじめに在宅高齢者全員を対象と

した生活基礎調査を行った後、二次調査を行い認知症と診断されたものを対象とする場合⁷⁾と、65歳以上の認知症のないものを前向きに追跡し、その後に発症した認知症患者の生存率を調査している場合⁵⁾とがある。この点、認知症の生存率を検討するにあたっては、調査の対象と調査の方法により結果が左右される可能性があることを考慮することが重要と考える。

告知

本稿に関し、開示すべき利益相反（COI）関係はない。

(2018. 2. 6 受付)
(2018. 5. 9 採用)

引用文献

- 1) 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事業）.
- 2) 下方浩史. 認知症の要因と予防. 名古屋学芸大学健康・栄養研究所年報. 2015；7：1-14.
- 3) 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況.
- 4) 厚生労働省. みんなのメンタルヘルス. http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html (2017年12月21日アクセス可能)
- 5) Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, et al. Incidence and Survival of Dementia in a General Population of Japanese. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009; 65: 366-370.
- 6) 長谷川和夫. 老化性痴呆の追跡調査—5年後の予後—. 日本老年医学会雑誌. 1980；17：630-638.
- 7) 別所遊子, 出口洋二, 安井裕子, 他. 在宅痴呆症高齢者の10年間の死亡率, 死因および死亡場所. 日本公衛誌. 2005；52(10)：865-873.
- 8) 三徳和子, 藤田利治, 富田早苗, 他. 中山間地域A市における要介護（支援）高齢者の要介護度, 寝たきり度及び認知症度と死亡の関連. 川崎医療福祉学会誌. 2011；20(2)：383-389.