

## 第3回 万引きに関する有識者研究会 議事概要

### 1 開催目的

身近な犯罪である万引きに関し、近年の特徴等から高齢者による万引きに焦点を当て、社会学や老年学等の視点も踏まえ、高齢期になっても誰もが安全に安心して暮らせるよう、その背景や要因等を探る。

第3回の研究会では、第1部での報告（「認知症と社会」）に続き、主に以下の点について検討が行われた。

- 高齢者による万引き増加の背景・要因等について
- 万引きに関する実態調査について

### 2 日時

平成28年9月2日（金）午前16時00分から18時30分まで

### 3 場所

都庁第一本庁舎25階 112会議室

### 4 出席者

#### (1) 委員

矢島 正見（中央大学 文学部 教授）※座長  
鈴木 隆雄（桜美林大学 老年学総合研究所長）※副座長  
小長井 賀與（立教大学 コミュニティ福祉学部 教授）  
辰野 文理（国士舘大学 法学部 教授）  
星 周一郎（首都大学東京 都市教養学部 教授）  
茂垣 之雄（警視庁 生活安全部長）  
廣田 耕一（東京都 青少年・治安対策本部長）

#### (2) オブザーバー

山崎 仁（東京地方検察庁 社会復帰支援室 統括捜査官）  
酒井 一如（東京保護観察所 統括保護観察官）  
加藤 修（東京都 福祉保健局 企画政策課 統括課長代理）

#### (3) 東京都（青少年・治安対策本部）

総合対策部長、青少年対策担当部長、治安対策担当部長  
青少年課長、治安対策課長、企画調整担当課長、安全・安心まちづくり課長  
安全・安心まちづくり担当課長

#### (4) 事務局

東京都 青少年・治安対策本部 安全・安心まちづくり課

## 5 議事要旨

○治安対策担当部長より、委員及びオブザーバーの紹介が行われた。

○その後、桜美林大学老年学総合研究所長の鈴木隆雄 副座長より報告があった（報告資料）。

「認知症と社会」

### 【報告要旨】

#### 1 認知症とはどのようなものなのか

・認知症高齢者の万引きについての研究は殆どないので、万引きとの関係性ではわからないが、認知症で認知機能が落ちてくると、判断・抑制機能が衰えるので、万引きがあってもおかしくはない。

・日本の人口ピラミッドの変化は、2013年では前期高齢者と後期高齢者の比率はほぼ1対1であるが、2025年になると1対1.5、2050年を過ぎると1対2となり、後期高齢者の増加は、認知症患者の増加

・この30年間で、日本の高齢者の健康度は、かなり上がっている。20年前、30年前、あるいは、40年前、50年前の同じ年齢の高齢者であっても、健康度が全然違っている。一方で、後期高齢者の男女を比べると、後期高齢期における女性の著しい機能低下が見られる。

・また、介護保険のレベルで言うと、10点というのは大体要支援の1レベルである。75歳以上の後期高齢の女性の場合、日本では約半数が要支援1レベル以下。

・前期高齢者は健康度が高く活動的で、実際に就労率は非常に高い。就労理由は、単に経済的理由というより、日本独特の理由である「働くことが生きがいである」、「働くことが健康によい」という答えが非常に多い。

・後期高齢になると、加齢に基づく心身の機能の減衰は顕在化する。なかでも例えば転倒、尿失禁、低栄養、うつ傾向、認知機能低下といった老年症候群が全面に見えてくる。完全に障害を起こすほどではないが、障害にかなり近くなる「フレイル」と呼ばれる状態がある。後期高齢者の場合、医療機関受診割合が高くて、後期高齢者のうちの86%は、医療機関受診があり、要介護者認定者である。

・認知症の代表例であるアルツハイマーになると全体が縮む。また、中の脳室、あるいは大脳溝と呼ばれる空間がかなり拡大。特に、海馬と呼ばれる部分は神経細胞の中でも記憶を司る神経細胞が集中的に密集している部分が、アルツハイマーになると大きく萎縮。この状態になると、一切のことを覚えていない。ただし、この状態に至るまでには徐々に進行していく。これが更に進行していくと、最終的には、私たちが普通持っている善悪の規範というようなものが機能として薄れてしまう。

・認知症は、主として大きな三つの領域が侵される。一つはエピソード記憶（大事な記憶）。明日の約束や、過去にやった大事な記憶が丸ごと抜けてしまう。そして、注意が全く分割できなくなる。同時に二つのことができなくなる。第二に、計画力。例えば、買い物に行くルートを選定等に使う能力。第三に、実行力。ゲームを組み立て、相手よりも自分が勝とうとするといった力。主にこれら三つが衰えてしまう。

・認知症には大きく分けて四つのタイプがある。一つは、アルツハイマー。二つ目は、脳血管障害に基づく血管性認知症。例えば、一番ひどい例は、脳卒中を起こした後に記憶がなくなってしまうという事例。三つ目は、レビー小体型の認知症。αシヌクレインという異常な蛋白がたまる症状。四つ目は、ピック病と呼ばれ、前頭側頭葉・前頭葉・側頭葉が特異的に縮んでしまう認知症。万引きをよく行うタイプの認知症としても有名。

・アルツハイマーや脳血管障害の認知症は、独立してすぐにわからないものである。アルツハイマーは、

アミロイドβという特殊な蛋白質がたまる病気だが、最終的には75歳を過ぎると、多かれ少なかれ、これが存在する。診断も非常に難しい病気。アミロイドβが蓄積するのは、認知症の診断の30年、40年前から始まると言われている。不思議なことに、アミロイドが蓄積しても、認知症を発症しない方もいる。

- ・認知症の前にMCIという時期がある。この時期は、脳の中にアミロイドが大量にたまり、脳と脳、神経と神経のつなぎ目であるシナプスの機能も相当悪くなっている。別な異常な蛋白であるタウ蛋白もたまり、脳の萎縮もあるが、認知障害、例えば、少し難しい神経学的な検査をしてみると、お手上げという状況にあるのに、日常生活は維持されている。この方々は認知症予備軍と呼ばれている。Mild Cognitive Impairmentの略。

- ・この時期の方は、放っておくと、ほとんどが認知症になるのだが、不思議なことに、1割から4割ぐらいの方は正常に戻る。認知症というのは、もう二度と戻らなくなる時期なのだが、MCIはまだ戻る時期だとすると、予防というのは、MCIの時期には実は可能なのではないかという考え方が出てくる。

- ・アルツハイマーの脳にたまるアミロイドβと呼ばれる特殊な蛋白は、神経細胞を傷つけてしまう。この30年間、認知症、アルツハイマーの根本治療薬を探そうと、様々な薬が開発されたが、残念ながら全て失敗している。だから現在は認知症を予防する薬、あるいは認知症になった脳や人を完全に治療する薬はない。

- ・実際にアルツハイマー病の方の脳の働きを調べると、例えば、前頭葉がアルツハイマーでは全くブドウ糖代謝が行われていない、すなわち働いてない。ところが、運動や知覚を司るこの中心溝付近の、本当の最頭頂葉のところは働いている。よく、認知症になっても元気に歩いている人がいるが、そういう人は、頭頂葉で物を判断する機能、あるいは側頭葉などの海馬の領域が働いていないが、歩く能力だけは全然落ちていない。だから、認知症の方で非常に体育の強い方がいるが、そういう方はまさに運動領野のところは働いているが、物を考えたり、判断したり、記憶の部分が働いていない。これがアルツハイマーの脳の活動の一つの特徴である。

- ・アミロイドβという異常物質の蓄積を調べると、健康な人は、ほとんど蓄積していないが、MCIでは蓄積し始める。ただ、それでも日常生活では、少々蓄積しても大きな影響はない。それだけ脳というのは、可塑性の非常に大きい臓器だということ。

- ・アルツハイマーになると、特に外側面の場合、記憶が恐らく相当落ちている状態となる。進行は、非常にゆっくり。アルツハイマーと診断されても、そこから5年、10年は十分、衰えながら生きていく。診断される直前には、MCIの時期で物忘れが少しずつ出てくるし、不安とか鬱（臨床的にはっきり鬱ではないが）、落ち込んだ鬱のムードが出てくるという時期がある。

- ・認知症の頻度、有病率を調べた欧米のデータや、私たちも協力した日本で3年前に行われた全国調査を見ると、80歳を過ぎて急速に増えてくる病気だということが分かる。

## 2 認知症の予防が、現在どの程度まで構築されているのか

- ・日本の高齢者の万引きを見ていくうちに、恐らくMCIのレベルなのではないかと思われる節があるが、そのMCIの時期というのは予防対策の可能な時期である。では、予防というのは本当に科学的根拠があってできるものか。

- ・予防をするためにはリスクファクターを見なくてはいけないが、その危険因子の中で変えられない因子、例えば性別は変えられない。アルツハイマーは、女性の方が男性よりも1.3倍から1.5倍発症率が

高い。それは女性ホルモンが枯渇するため。そうになると、脳も先ほど言った $\alpha$ シヌクレインとか $A\beta$ の蓄積しやすい環境になると言われている。

- ・加齢も変えられない。遺伝因子は余り大きくはない。血液の中のコレステロールを運ぶ蛋白質が1型、2型、3型、4型と、簡単に言うと四つのタイプがある。そのうちの4型を持っている人はアルツハイマーになりやすいということがわかっている。

- ・教育歴も、80歳以上の認知症の方を見ると、大学教育を受けている方の発生頻度は少ないが、尋常小学校だけで終わった方というのは、残念ながら認知症の発症率が非常に高い。

- ・変えられる因子もある。例えば、メタボのコントロール。メタボを放置すると血管病変が進行するため、最終的にはアルツハイマーと脳血管障害が互いに悪さをしていく。メタボをコントロールすると、少なくとも血管病変はコントロールされるので非常に重要。

- ・緑黄色野菜というのは非常に良い。適量の酒も良い。特に赤ワインが良いと言われている。喫煙は、完璧にアウト。たばこを吸っている人は、認知症のリスクが非常に高くなる。

- ・予防的にできて、自分で何とか頑張れるというのは、三つ。歩いたり、飛んだり、走ったりという活動。それから知的な活動、これは碁・将棋、マージャン。それから社会活動、社会的な紐帯を持っているというのも、認知症を予防する意味では大変良い方策の一つということが、色々なデータから分かっている。

- ・自然経過を見ると、65歳以上だと年間に、1~2%の人が認知症を発症してくるが、MCIの人は、その5倍から10倍、発症率が高く、この軽度認知障害を早く把握しないと、認知症に移行してしまう。

- ・一方で、プロタヒーという有名な研究があるが、正常な人や、認知症などのMCIの人を自然経過で2年間追跡して、非常に興味深いことが分かった。正常な人でも1%が認知症になる。それから、18%の人は年をとってMCIへと移っていく。ところが、MCIの中にも4つのタイプがあるが、特に、多くの領域が侵された脳の機能障害を持っている人は、非常に高いレベルで認知症へ移行する。一方で一つの領域だけの機能が侵されるレベルの、軽いレベルのMCIであれば、2年間の間に30%から40%以上の人が正常に戻っている。

- ・この人たちが、なぜMCIに移行したかというのも問題だが、なぜ正常に戻ったのかということが重要。その間に、本人たちが意識したかどうかは別として、脳の活性化をもたらす知的なゲームや運動を真剣にやり始めた人たちが含まれているとことがわかってきた。

- ・それから、もう一つ、これはエリクソンの中で非常に有名な研究だが、運動（この場合は本当のエクササイズ、エアロビクス・エクササイズ）をやった人の、脳の容量を測定すると、記憶の中核のある海馬のところが、運動した人は増え、しなかった人たちは減った。この海馬というのは記憶の中核だから、この容量が増えるということはとても好ましい。右も左も、運動した人たちは増える。ところが、ほかの領域、例えば、尾状核、視床下部と言われるところは、何も変わらなかった。これは2011年にエリクソンが「コロナス」という国際誌に出した研究だが、エクササイズにより海馬の領域が萎縮しないのだから、認知症にならずに済むのではないかとされた最初の論文。

- ・エリクソンらの研究を受けて、私達がやったランダム化研究では、1,500人から、最終的に100人のMCIの人を選んで、50人ずつくじ引きでランダムに割りつけて、一つのグループには運動、一つのグループには今までどおりということをやってもらい、色々なことを調べた。Reyの図形をご覧になったことがあるかもしれないが、こういう図形を見ながら、ノートに描いてもらう。認知症の方は、これを写す

こと自体ができない。

・それから脳パズル。心拍数を高めるだけではなくて、頭も一緒に使うコグニサイズと呼ばれる運動。最初は、普通の健全な機能のある人は難なくできるが、課題を増やしていく。

こうした多重課題を持つ運動をやったグループと、やらなかったグループでエリクソンたちと全く同じ結果が起きた。

・普通の運動でも前頭葉のところから側頭葉にかけて活性度が高くなるが、頭を使うコグニサイズをやると、特に、前頭葉のところ働く。これを続けていけば、脳の萎縮というのは、抑制されるのではないかということが少しずつわかってきた。

・これは、世界的に評価されている世界中の良質なランダム化研究のシステマティック・レビューと言われるもので、MCIの人に対して運動介入したのは世界でまだ二つしかない。一つはアメリカのローテンシュレーガーと、一つは、私たちの研究。この二つの研究なので、数が少ないから何とも言えないが、多分、デメリットはあるというのが今の現時点での結果。これが科学的な根拠ということになる。

・こういったMCIの段階を、ある程度抽出して、その方々にこのコグニサイズなり、エクササイズなり、頭を使うことをやっていってもらおう。そして、仮に認知症の発症が2年間延びたとすると、推計上、期待される患者の減少数は2年間で33万人ということになる。さらに、医療費と介護費用の削減効果は2年間で9,700億円と、1兆円に近い金額。認知症に関しては、フォーマルなコストとしては約4兆円かかっている。インフォーマルコストは6兆円かかっている。合わせて、大体10兆円。2年間で1兆円だから、1年間こういった努力をして、認知症の発症を遅らせれば、大体1年間に5,000億円の費用を削減できる。

### 3 認知症の徘徊について

・警察のご協力を得て、認知症による徘徊の行方不明の高齢者、死亡高齢者のデータを少し分析することができた。日本で初めての研究だと思うが、万引きとは直接関係ないけれども、高齢者の色々な事故という意味で、少し簡単に説明する。

・今、警察庁が2012年からの「行方不明届受理時に届出人から、認知症又は認知症の疑いにより行方不明になった旨の申出があった者」の数を公表している。2012年では約1万名、2013年も2014年度も大体1万名ぐらいい、大体400名ぐらいいが亡くなっている。

・2013年のデータを使った結果、行方不明10,300名の内、死亡発見が3.8%、388名。1対2のケースコントロールをやりたいのだが、個人情報の保護等で提供ケースが非常に少ないが、徘徊の定義で、認知症に関連している、必ず移動している、屋外である、そして行方不明ということがキーワードになっている。

・実際には、200名ちょっとのケースしか分析ができなかったが、そのうち、117名が生存している方で、死亡が87名だった。男性も女性も同数。それから、性と年齢の分布も変わらない。殆どが同居であるとかいった記述的なデータが出てくるが、ひとり暮らしは過小評価されていて、ひとり暮らしの場合、届出がないケースがあると言われているので、少し限界があるが。

・認知症も診断されたのは7割ぐらいい、疑いがあったのが20%。全く疑いもされなかったし、診断もなかった人も結構いる。認知症の程度、これはFASTというが、行方不明になった方々のFASTを見ると、認知機能がほとんど衰えてないという方も15%ぐらいいいる。

・その一方で、高度に落ちている人がやはり 40%。やや高度に落ちている人たちも 15%程度と、かなり多いが、認知機能の程度もさまざま。必ずしも進んでいるから徘徊を起こしている、行方不明を起こしているわけではない。

・認知症の疑いから実際に徘徊が起きるまでの期間は様々。行方不明回数も様々。1 回だけの人が 3 割、2 回起こした人が 15%。3 回が 13%。4~10 回ぐらいまでの人が 21%位。

・行方不明になった季節は、警察から提供されたデータで見る限り、秋と冬が半数。春と夏が 35%。時間帯もばらばらで、深夜帯から朝、大体、12 時から午後の 8 時までが半数を。比較的日中の活動しやすい時期にということ。

・捜索開始は、殆どが当日。警察以外が捜索を開始したのが当日、大体 75%、80%。発見までの期間と場所は、意外と自宅の近くが多いが、県外まで出たケースも少なくない。

・発見者は半数が一般の市民。何の捜査にも参加していなかった一般の市民が呼びとめてくれたということなので、こういった方々を今後増やしていかなくてはいけない。これは、実際に警察も含めて、捜査に参加した方が約 4 割を発見しているが、こういった形で、多くの市民の方の協力というのが大事。

・発見時の状態だが、87 ケースが死亡、114 ケースが生きていた。死亡原因は非常に特徴的で、溺死と水死が非常に多く、40%。さらに低体温症、秋とか冬だと凍死もそうで、これが 35%。なぜ溺死・水死が多いのかというと、徘徊して疲れて、水を飲みたくなるが、普通の人であれば自動販売機で水を買うけれども、認知症の方々は、それができない。そのために、側溝とか、排水溝とか、小川とか、川といったところに行って、水を飲もうとした可能性が高い。水辺で亡くなるということが非常に特徴的。

・それから事故に巻き込まれる。横断歩道じゃない道路を走って渡ってはねられるという事故が 15%ぐらい。糖尿病の方で認知症を起こすと、インスリン注射ができないので、血糖コントロールができなくなって行き倒れて死亡というケースも報告されていた。

・では、どんな人が死んでいたかということ、例えば、男性も女性も行方不明になる率は同じなのだが、死亡率は女性の方が男性より高い。全部有意差がある。年齢階層で見ると、75 歳から 84 歳の人たちは少し死亡率が高い。

・警察への届出は重要で、当日に届け出ると約 4 割の死亡で済んでいるが、次の日以降に届け出ると 70%の人が死亡。それから活動の開始、これはまちなかの NPO とか SOS ネットワークとか、自治体だが、その活動がその日に行われる場合の死亡率というのは 38%だったが、翌日以降に開始されると 80%の人が死亡。非常に死亡率が高くなる。

・発見までの期間は、当日発見された場合に死亡はわずか 17%ぐらいだが、1 週間もたってから発見されていると、ほぼ 100%死亡。発見された場所も有意差があり、意外に身近なところで亡くなる人が多い。それ以上のところでは保護されているケースが、今回の提供データでは多い。認知症の診断やグレードとは全然関係なかった。

・今回の調査から、どういう認知症高齢者が徘徊を起こすのかという特徴というのは出てこなかった。結論から言うと、ただ一つわかったことは、一刻も早く警察へ届ける、そして一刻も早く捜索を開始する。そして、できるだけ水辺とかそういったところに力点を置いてやるということが、少なくとも認知症高齢者の徘徊・行方不明による死亡を予防するという意味では、そういった社会の体制が非常に重要。発見までの期間が、何ととっても非常に大きい。1 日に比べて 5 日目で降は 6 倍以上死亡する。意外に大事なものは、普段移動する範囲を、より正確に重点的に行った方が良い。

・独居形態で、ひとり暮らしの人は同居している人に比べると、13 倍も死亡率が増加。これは今年の老年精神医学雑誌に、研究報告が既に出されているので、特にひとり暮らしというのは本当に注意しないとけない。

・万引きとの関係はほとんどデータがないが、少年・成人は減少で、高齢者は高止まりで、万引きした高齢者の半数が独居世帯。認知症で徘徊を起こして死亡するのも独居、万引きも独居ということなので、やはり、独居はすごく大きな問題だということがわかる。

・先ほどのピック病で万引きを起こした、東京都多摩市の文化財保護課長だった方の裁判があるが、つい最近、7 月に、母が万引き、認知症だったという例もある。認知症で万引きを起こす例は、PTSD でも有名なアルツハイマーの困った症状の一つでもあるし、ピックでもないという。それから、何も認知症という診断がつかなくても、軽度認知機能障害の中でも、脳のどの部分が萎縮しているか、特に前頭葉機能が衰えている方は、認知症という臨床診断がつかなくても、こういった万引きに間違われる行為というのは、起こり得る。

・久山町研究をモデルにして、もし、糖尿病のリスクが今後も同じだとすると、後期高齢者の認知症が19%、20%まで上がる、今よりも大きい割合になっていくので、今後、十分に認知症というものに気をつけていかないとけない。

・万引きも含めてだが、認知症の方々に対応できる地域コミュニティというのは、やはり地域包括ケアシステムになろうと思われる。別に高齢者だけではなく、子供も含めてだが、こういったものを、どうやって現実につくっていくのか、特にこの認知症の徘徊、万引きを初期でどうやって防ぐかというのは、実は地域包括ケアの究極の目的、課題だろうというふうに言っても私はおかしくないだろうと思う。

○鈴木副座長の報告について、委員・オブザーバーによる意見交換が行われた。

・仮に、今回実施する万引きの実態調査の結果、何割かが認知機能が低下しているという結果が出た場合に、その先の対策なり方向性なりといった可能性についての示唆はあるか。

→その場合は、再犯の可能性が高いことから、例えば、よく行くスーパーなどでは、ご家族の方が「認知症の可能性があって、自分ではしたくはないのに、万引きという犯罪行為をしてしまう」といったことを知らせておくなど、事前のセーフティネットが重要ではないかと思う。

・認知症が原因で万引きを起こすケースの場合、認知症の初期または中期、後期、あるいは MCI、その前段階でも起こす可能性があるのか。

→万引きを起こすのは認知症のどの時期なのかという非常に難しい。病院で臨床的に認知症と診断されるまでに、実は長い時間がかかっている。そのため、臨床的に認知症と診断される前をざっくり MCI と言っているのだが、MCI にも色々な程度がある。侵される領域、症状の現れ方など多様。MCI でも、物忘れよりも、判断機能が落ちているタイプで、なおかつ、前頭葉が恐らく少し縮んでいくようなタイプの方。今の質問にシンプルに答えるのは難しい。

・認知症以外に、高齢者の行動を反社会的な行為に導いてしまう可能性のある病気はあるのか。

→認知症以外で万引きが現れるというのは聞いたことがない。たぶんないだろう。

・一般的に、高齢化に伴い規範意識が低下したり、自己統制力が低下するというのは必ずしも言えな

いということか。

→それはあるかもしれない。一定の割合である。でもそれは病気ではなく、社会とのかかわりの中で出てくるのだと思う。

・万引きをした高齢者で微罪処分になった人たちに対して、MCI なのか、本格的な症状が現れているのかといった調査は可能なのか。

→もちろん医師のところでは画像診断を受けなくても、例えば長谷川式といった方法により、認知機能の衰え等を、粗くスクリーニングをすることは可能。万引きで微罪処分になった方々が、全国レベルの性、年齢の平均得点よりも有意に違うかは、やろうと思えばやれると思う。

・見守りネットワークというのは、認知症の方々に対しての見守りネットワークなのか、そうではなくて、もっと幅広くお年寄一般の見守りなのか。

→両者とも見守りネットワークと言っている。特に認知症の徘徊の人に対しては、SOS ネットワークなど、少しシリアスなネーミングをしているところが多い。広義には、単に認知症の方の徘徊とか、万引きは入っているかというものではなくて、独居している人に食事を届けたときに声かけをするとか、そういったこともシステムと捉えていると思う。

・先ほど、ピック等の場合、家族等も含めた事前のセーフティネットに対応するしかないというお話があったが、具体的な中身として、例えば少年だと様々な教育プログラム等色々な工夫がされているわけだが、そういう人に対しての教育プログラムは、有効ではないということなのか。そうすると、実際、店に現れてこういう行動したら、すぐに対応するようなネットワークというか対症療法的なことしかできないのか、あるいは、先ほどの、孤独とか独居というのも一つ大きなファクターだということで、そうした人たちの交流の場を設けるとか、もう少し広いサポートみたいなものも有効だと考えられるのか。例えば少年院の高齢者版というものを考えた場合、どういう機能を与えることが有効だと考えられるか。

→認知機能が衰えている方が起こす万引きというのは、子供が起こすものとは決定的に違う。子供の場合は、本来は万引しないことが社会的な規範の標準だということが理解できる前提で、そこから組み立てる。しかし、認知症の場合、その大前提となる規範が、本人の中にはない。認知症の方々に、改めて、物というのは盗んではいけないと教えても無理がある。物を盗まないきちんとした規範意識が再構築されるかというのと、再構築されないとなれば再犯の可能性も高い。それは本人にとっては犯罪でも、万引きでもない。欲しいものがあるから、ただ持って行くだけ。なので、万引きを起こしたときに、周りがそう理解して、これは犯罪と少し違っているのだと、病気でこういうことが起きているのだという理解が必要。

一方で、国は、認知症のことに関してはコミュニティできちんとやるということで、認知症サポーターというのをつくっている。その教育を受けた人が、実数で800万人いる。オレンジリングをはめている人たちは、積極的にそういった接遇研修を受けているはずなので、できるだけお助けマンとして活躍していただくことが望ましいと思う。

・後期高齢者が増加する社会になって、地域差がある中で、社会関係資本が果たしてうまく機能するの

か。地域包括ケアシステムの構築については、ある程度支える人たちがいればうまくいくが、支えられる方があるレベルを超えて大きくなった場合など心配だ。

→地域における健康格差というのは非常に大きくなっていて、国が2年前に出した健康日本21（第2次）では、健康寿命の延伸の他に、社会全体の中で健康格差をできるだけ小さくするというのが大きな柱になっている。現実に個人の健康格差ではなく、自治体の健康格差というものが非常に大きな問題になっていることは事実で、どうやったらそれが完全に改善するのかというのは難しい問題。

・厚生労働省の地域生活定着促進事業では、犯罪を行った高齢者や触法者、障害者については、司法に乗せるよりも福祉につなごうという流れがあって、かなりうまくいっている。しかし、一部、再犯者については、司法からバイパス的に福祉に乗せること自体が間違っていて、触法ということで司法に乗せたほうが、生活の再建にはいいのではないかという感触がある。後期高齢者の認知症に関しては、やはり万引きをやるような方々も含めて全般的には処罰、刑罰ではなく、地域で見守るという方向に持っていった方がいいと言える。

→基本的にはそう思う。処罰しても、それは病気の人を処罰しているに過ぎないので、ロジックとしては非常に成り立ちづらい。病気の方は、やはり治療、ケアが大事で、処罰ではないだろうと思う。ただ、そのケアが、今の国の制度だとやはり介護の問題であって、福祉の方は優先しないと思う。高齢者の場合は、介護保険が優先するので、その枠内でそういったケアということが行われるのかと思う。

○安全・安心まちづくり課長より、実態調査に当たって、高齢者の万引き増加に関する背景・要因について、論点整理の説明（事務局資料1）を行ったほか、「一般高齢者の生活実態」（事務局資料2）について、説明を行った。

○上記報告について、委員・オブザーバーによる意見交換が行われた。

・先ほど、規範意識の問題が出され、規範意識が下がるから万引きをするのだとすると、なぜ規範意識が下がるのか、仮説としては、相対的に自分が報われてない、不幸だとか、あるいは、この程度のことは自分はやっていいはずだと、そういう意識が規範意識を低下させると考えている。だとすると、みんな法を守って生活しているというのを規範意識とするならば、自分はこんなに頑張ってきたのに余り報われないという意識が規範意識を低下させると、一つの仮説として考えている。そしてもう一つ、その規範意識の低下が前回の報告にあった、言い逃れができる状態をつくっていると説明できると思うので、全体状況として高齢者の置かれた孤独、経済的な状況があって、その中でも、個々人がなぜ万引きをやるのかについて、説明の手がかりを得たいと考えている。

・最近、リスクファクターとかプロテクティブファクターとかいったことがよく言われている。大きな因子、原因といったところは、事務局の報告で大体把握できると思う。それから、リスクファクターというのは危険因子で、ひとり暮らし、孤立等々。ただし、プロテクティブファクターで、そういうことはやってはいけないと犯罪を抑制する因子もある。したがって、その抑制因子が低下すると、犯罪を犯してしまう。現場で欲しいと思っても、やってはいけないとなればやらないので、なぜ一部の高齢者たちは逸脱してしまうのかという疑問が出てくる。普段は犯罪しているわけではない、毎日コンビニも行っているが、毎日万引きするわけではない。そのときにだけ、なぜ万引きしたのか。そのときにだけ、なぜコントロールが効かないで、欲望が優先してしまったのか。その辺も何かわかればと思う。

○続いて、「万引きに関する実態調査について」安全・安心まちづくり課長から報告し、委員・オブザーバーによる意見交換が行われた。

- ・調査の狙いは、各質問同士の関係を分析し、万引きに結びつく要素、抑止する要素の関連を見て、一般の人との比較の中から、違いを明らかにする方向性を考えている。
- ・調査地域はあまり問題にする必要はない。高齢者の万引きに関しては、収入が低階層といったような明確性は出ていない。むしろ分析にとって重要なのは、一般の方でもひとり暮らしの高齢者はいるわけなので、ひとり暮らしの方同士を比較するなど、分析テクニックの方が有効である。

○その他 治安対策担当部長から、次回のスケジュールのお知らせをした後、閉会した。