

万引き研究会

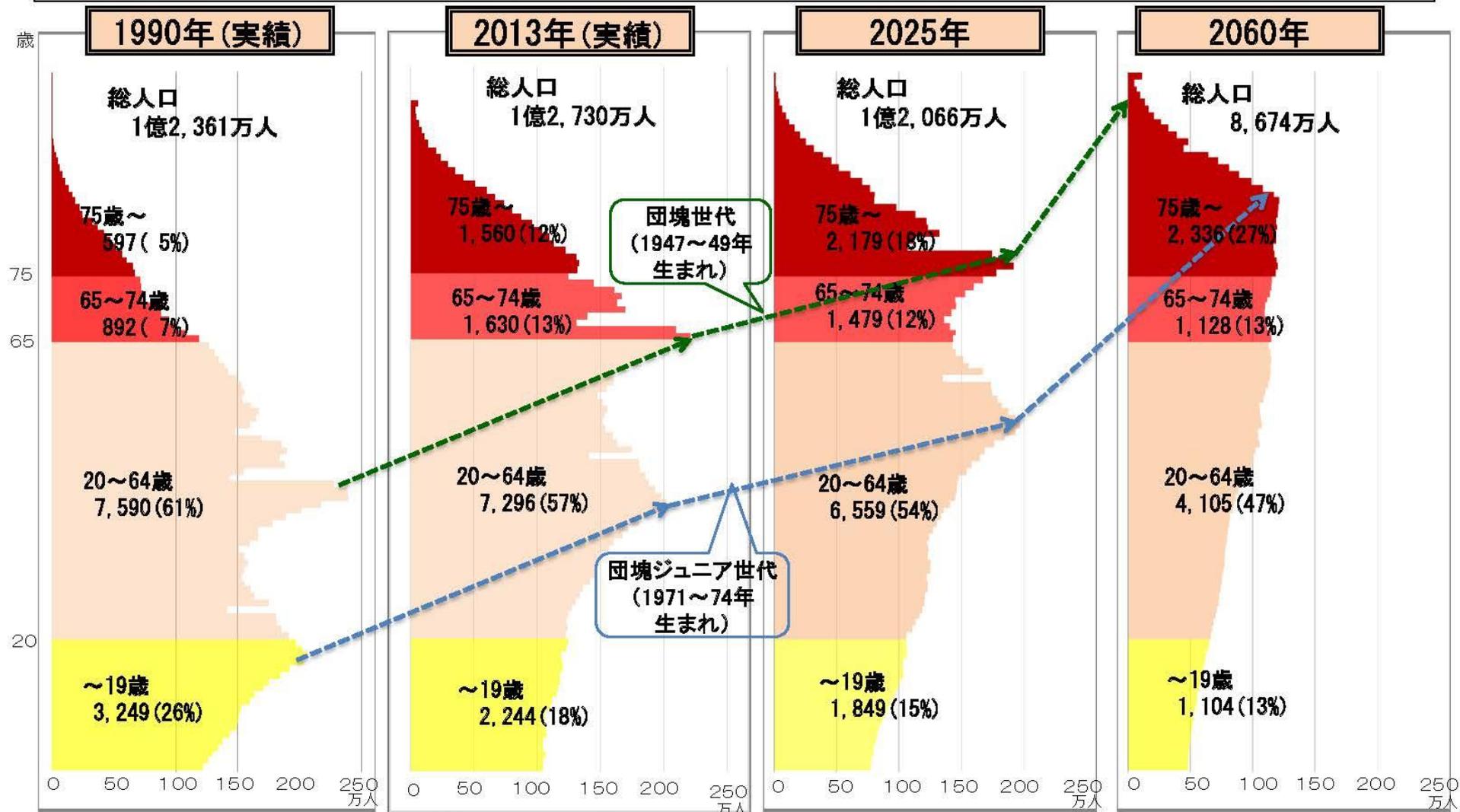
認知症と社会

桜美林大学老年学総合研究所
国立長寿医療研究センター

鈴木 隆雄

日本の人口ピラミッドの変化

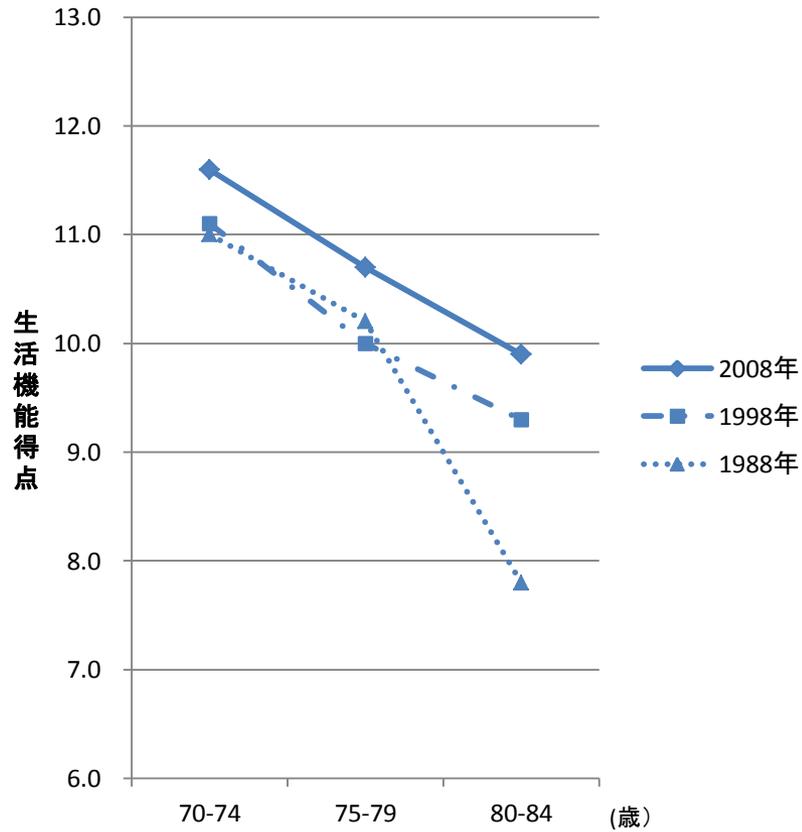
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



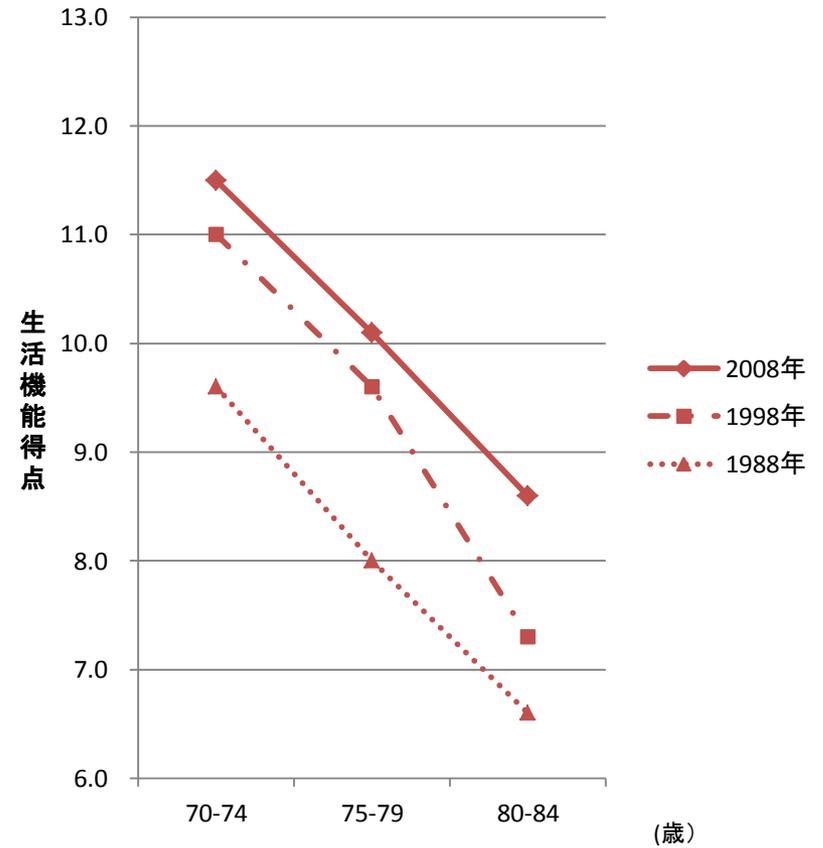
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計): 出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

生活機能の時代差

男



女



前期高齢者 VS 後期高齢者

前期高齢者(65～74歳)

- ・健康度が高く活動的
- ・社会的貢献度(プロダクティビティ)も高い
- ・就労意欲が高く欧米に比し就労率が高い

後期高齢者(75歳以上)

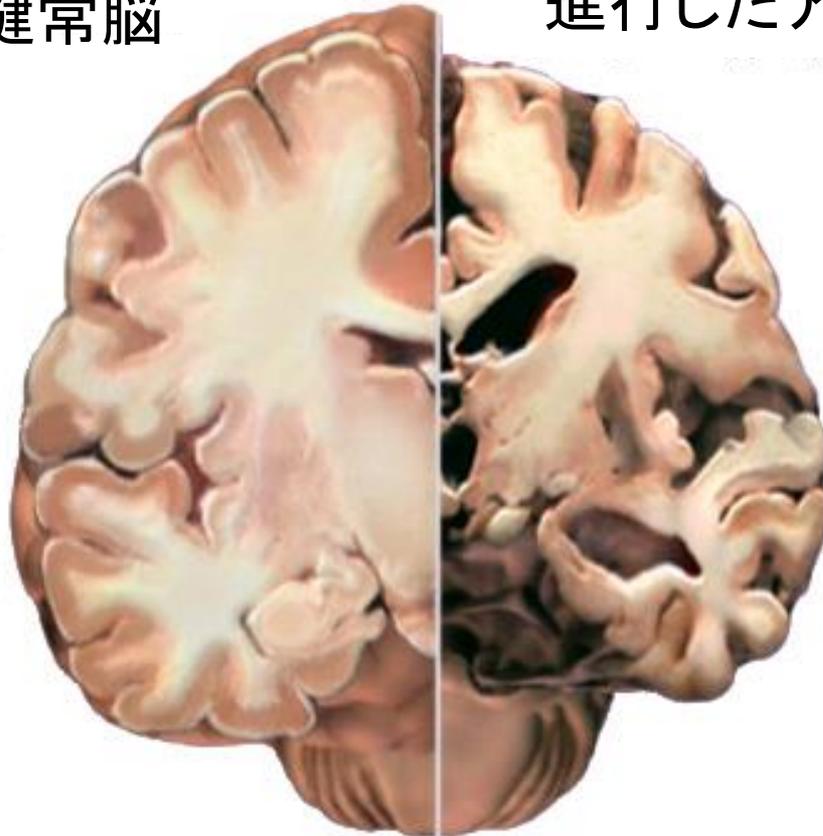
- ・心身の機能の減衰が顕在化
- ・老年症候群、フレイル(虚弱)、認知症が増加
- ・医療機関受診の割合が高い(85.8%)
- ・要介護認定者の割合が高い(86.4%)

	要介護認定者数(千人)	厚労省(2010)高齢者数(千人)	要介護認定者に占める割合(%)	要介護認定者に占める割合(%)
前期高齢者	654	28,100	2.3	13.6
後期高齢者	4,152	28,100	14.3	86.4

アルツハイマー病の脳

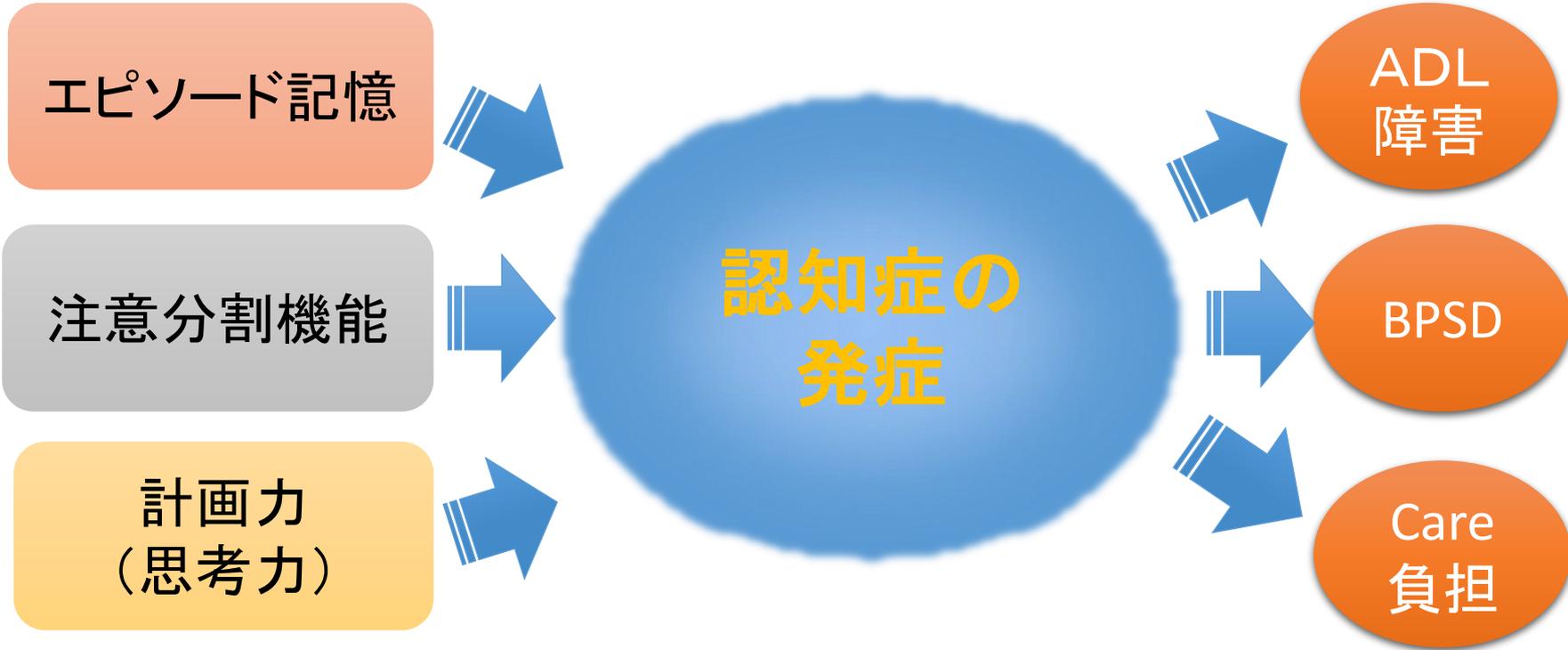
健常脳

進行したアルツハイマー病脳



認知症の認知機能低下

記憶障害を伴う認知機能の障害



認知症のタイプ

Dementia subtype	Early characteristic symptoms	Neuropathology	Proportion of dementia cases
Alzheimer's Disease (AD)*	Impaired memory, apathy and depression Gradual onset	Cortical amyloid plaques and neurofibrillary tangles	50-75%
Vascular Dementia (VaD)*	Similar to AD, but memory less affected, and mood fluctuations more prominent Physical frailty Stepwise onset	Cerebrovascular disease Single infarcts in critical regions, or more diffuse multi-infarct disease	20-30%
Dementia with Lewy Bodies	Marked fluctuation in cognitive ability Visual hallucinations Parkinsonism (tremor and rigidity)	Cortical Lewy bodies (alpha-synuclein)	<5%
Frontotemporal dementia	Personality changes Mood changes Disinhibition Language difficulties	No single pathology – damage limited to frontal and temporal lobes	5-10%

* Post mortem studies suggest that many people with dementia have mixed Alzheimer's disease and vascular dementia pathology, and that this 'mixed dementia' is underdiagnosed

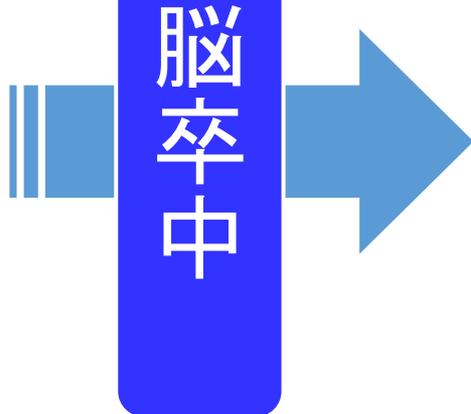
万引きと関係する認知症の特徴

タイプ(原疾患)	主な特徴
アルツハイマー型認知症 (アルツハイマー病)	(近時)エピソード記憶中心の記憶障害、 物盗られ妄想、判断力・実行機能低下、失語、 失行、失認、中期にはBPSD(万引き)
血管性認知症 (脳血管障害)	「ど忘れ」タイプの物忘れ、処理スピードの低下、 身体症状(高血圧、頭痛、めまい、眼痛、四肢麻痺)、感情失禁
レビー小体型認知症 (レビー小体病)	意識レベルの変動を伴う認知障害、具体的な 幻視・妄想、それらに基づく不安・焦燥など パーキンソン症状
前頭側頭型認知症 (ピック病)	記憶障害は目立たない、病識の欠如、人格変 化、自己中心的(社会ルールの無視)、万引き 、感情変化

生活習慣病とアルツハイマー型認知症の関係

心血管系危険因子
(メタボ、インスリン抵抗性)

- ✓ 高血圧
- ✓ 糖尿病
- ✓ 高脂血症



発症

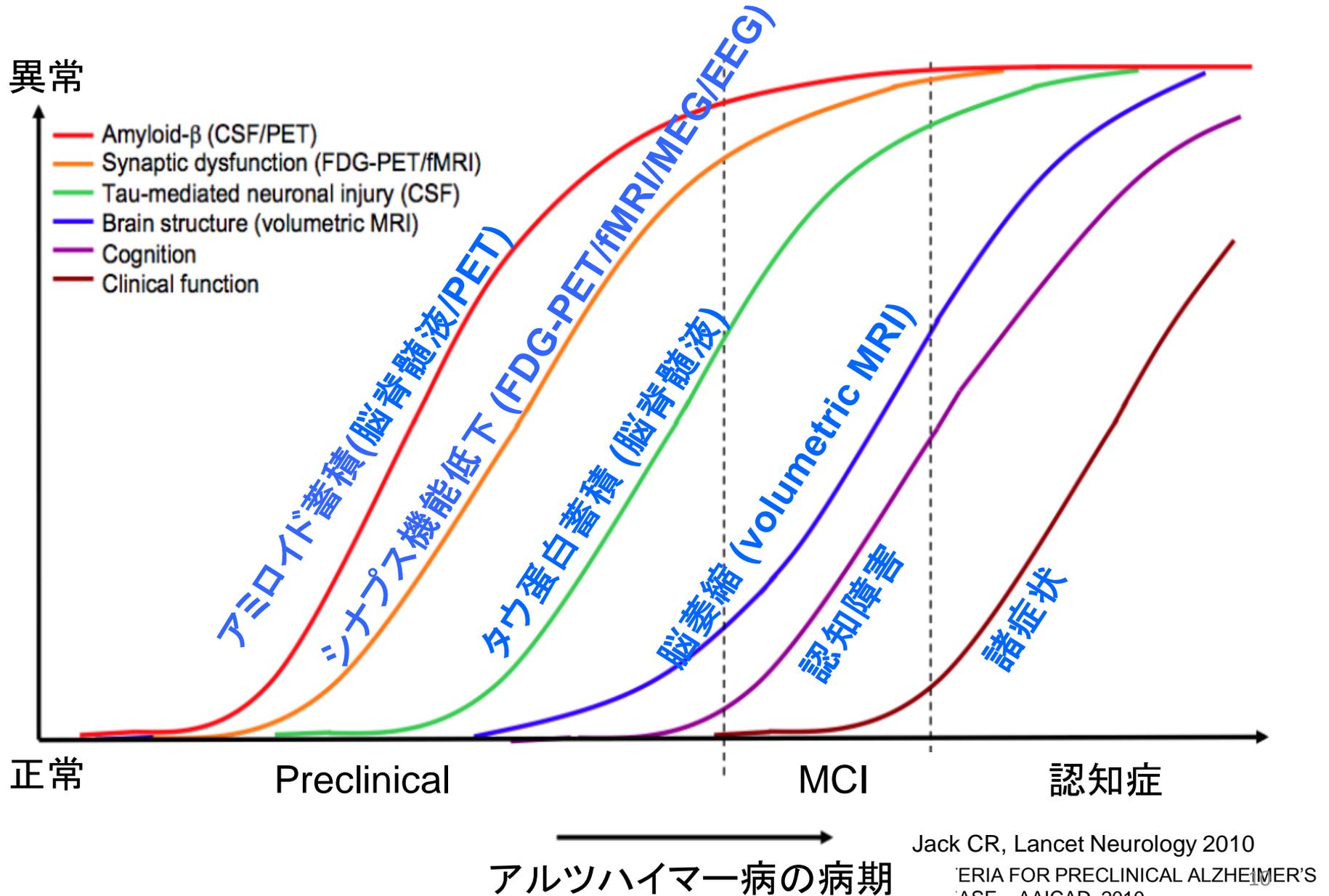
進行

脳血管性認知症

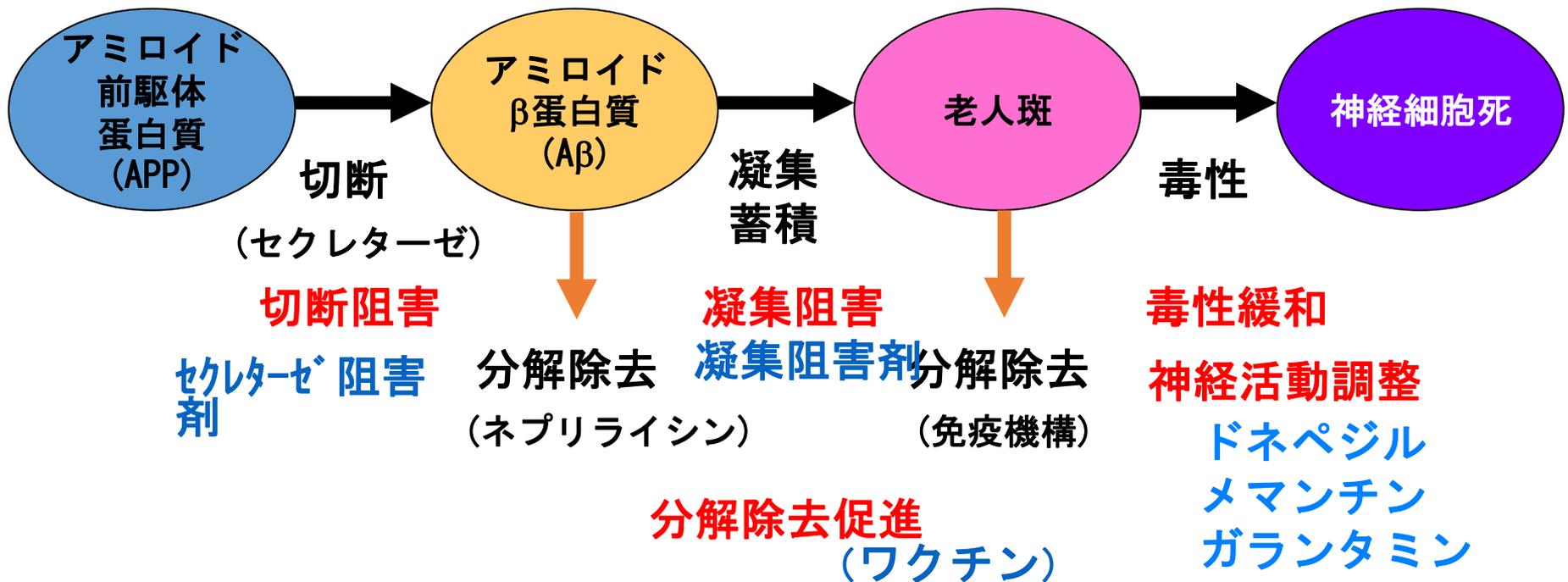
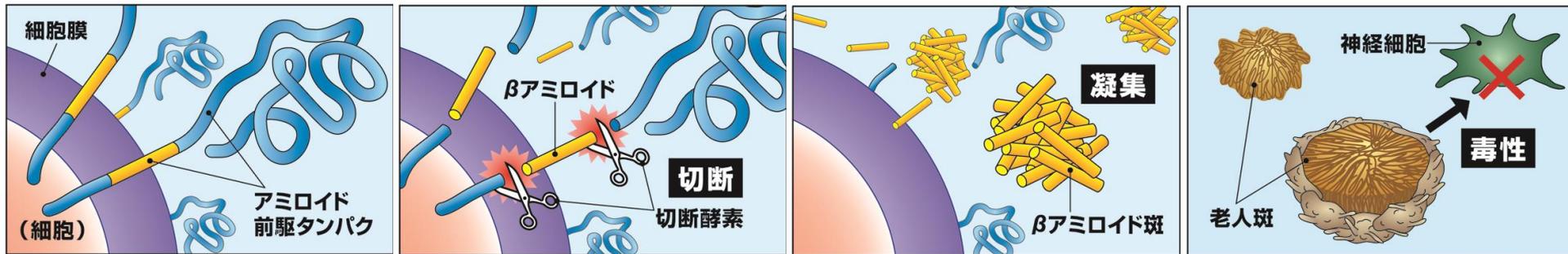
最終的には混在
する

アルツハイマー型
認知症

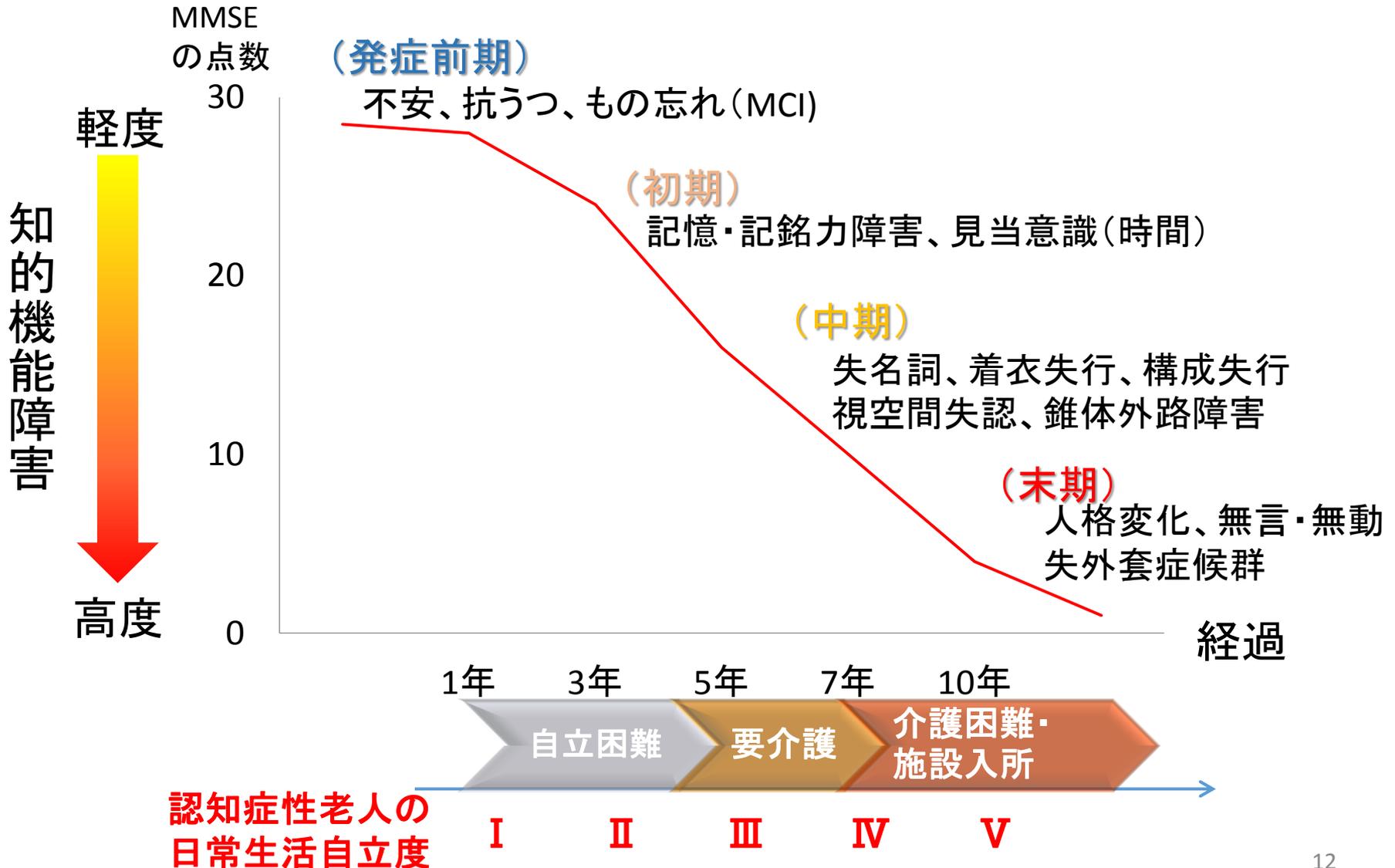
アルツハイマー病進行の指標



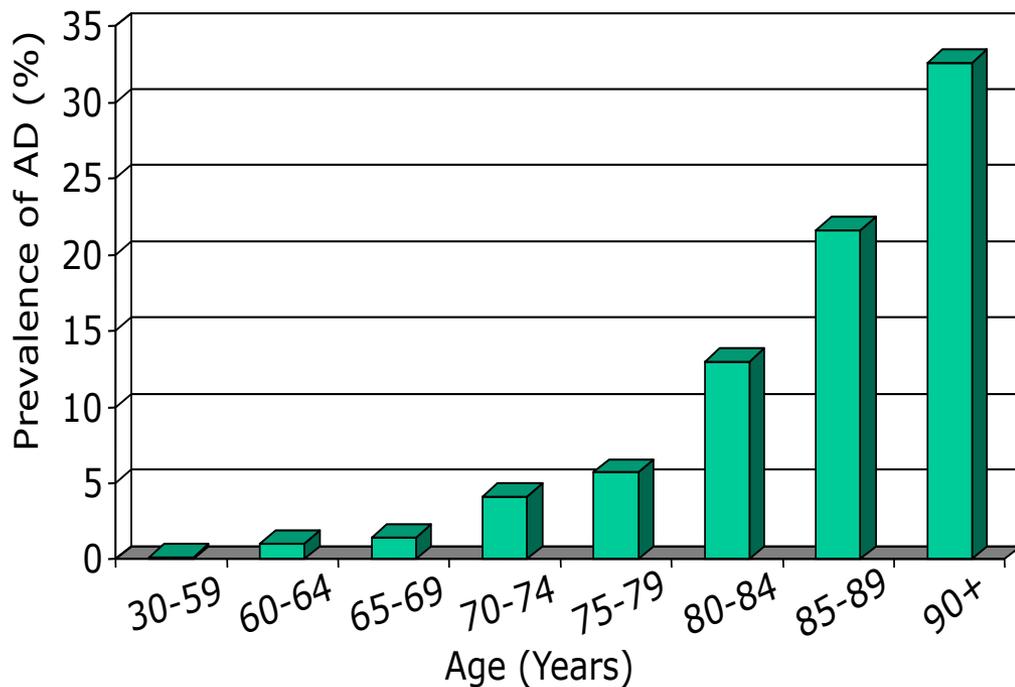
アルツハイマー病の原因と治療戦略



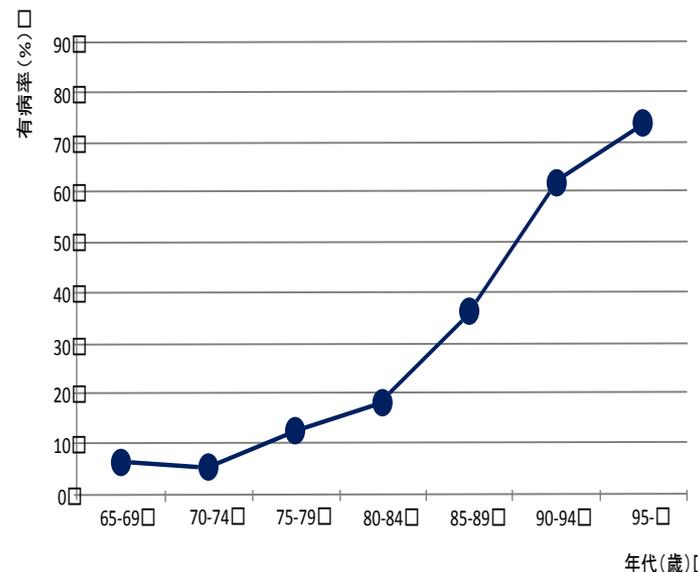
アルツハイマー型認知症の経過を追った症状の変化



加齢と認知症有病率



Source: The prevalence of AD in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings (EURODEM)



厚生労働省: 第19回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム。朝田隆構成員提出資料(平成23年7月26日)

認知症の危険因子

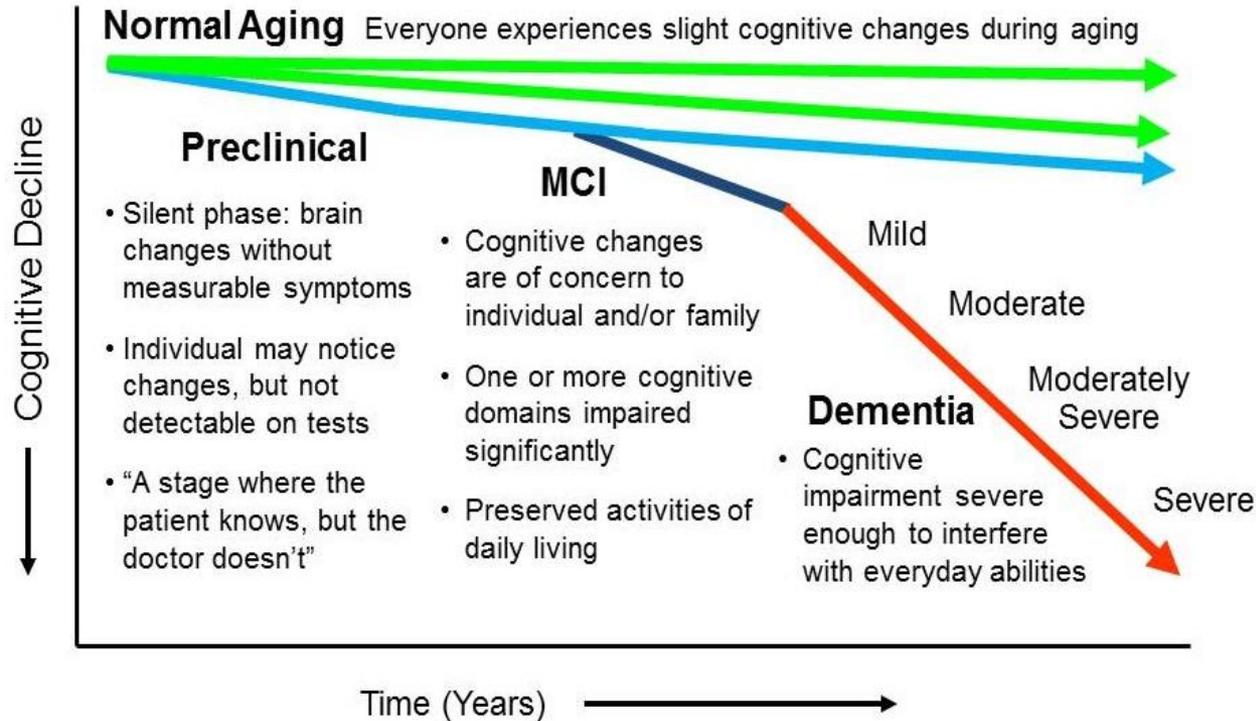
不可逆的因子

- ✓ 加齢
- ✓ 遺伝因子
- ✓ 教育歴
- ✓ 頭部外傷既往
- ✓ 性別

可逆的因子

- ✓ 生活習慣病リスクの管理
(高血圧, 糖尿病, 高脂血症)
- ✓ 抗酸化作用の高い食物摂取
- ✓ 適量の飲酒
- ✓ 喫煙習慣の停止
- ✓ 中等度以上の身体活動
- ✓ 知的活動の実施
- ✓ 社会活動の実施

軽度認知障害 (mild cognitive impairment: MCI)

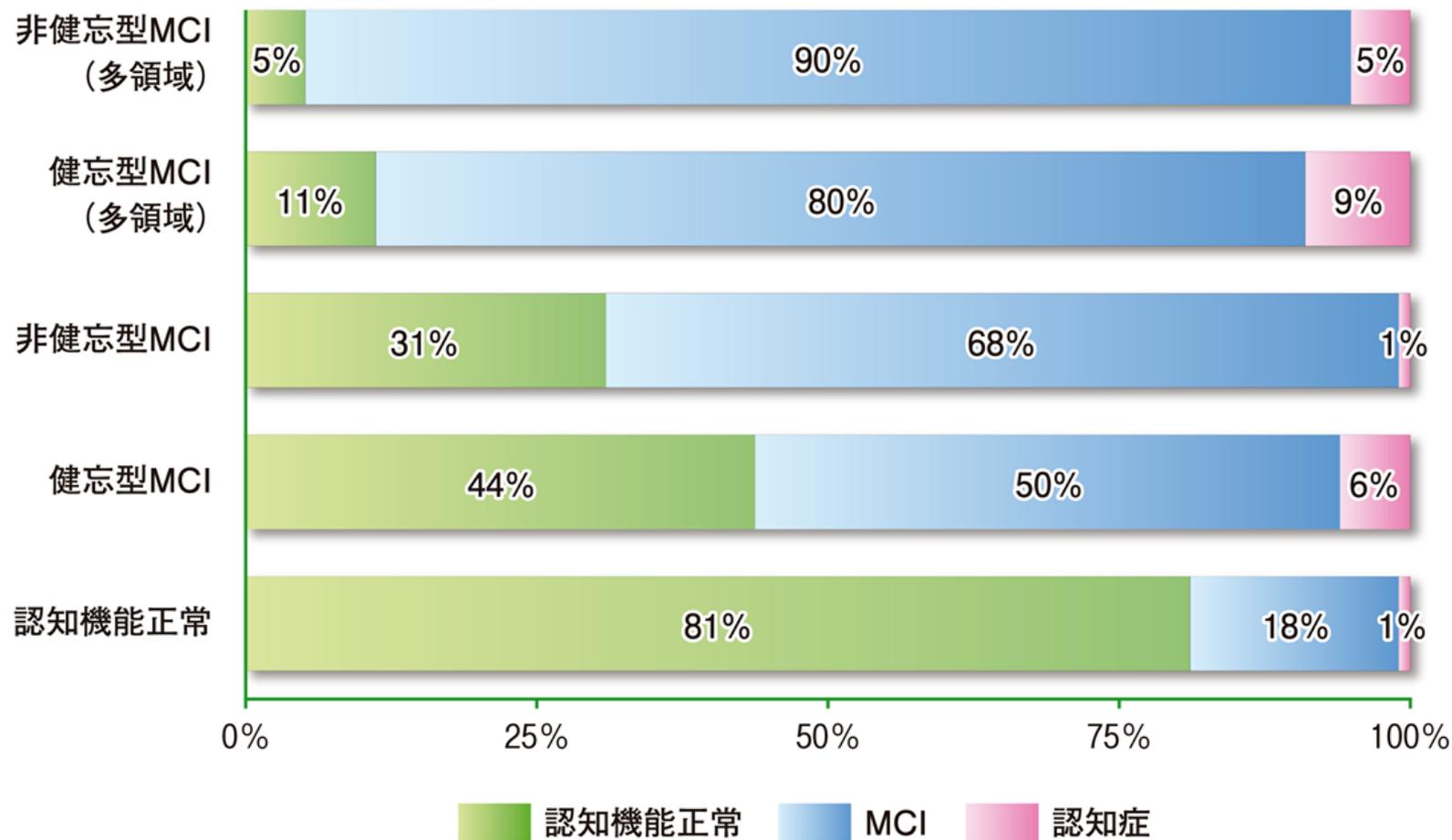


認知症の発症率

Healthy controls (健常高齢者) → 年間1~2%

Mild Cognitive Impairment: MCI (軽度認知障害) → 年間5~10%

(Petersen RC. Continuum 2016; Mitchell AJ, et al. Acta Psychiatr Scand 2009)

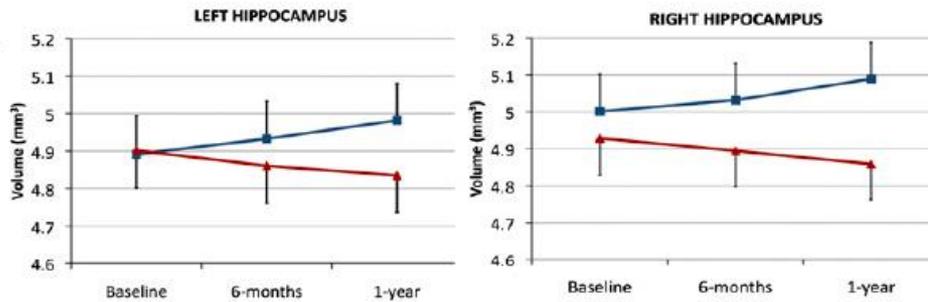
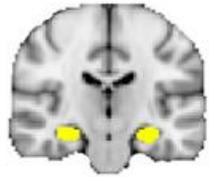


2年間の追跡調査による認知症移行率の違い

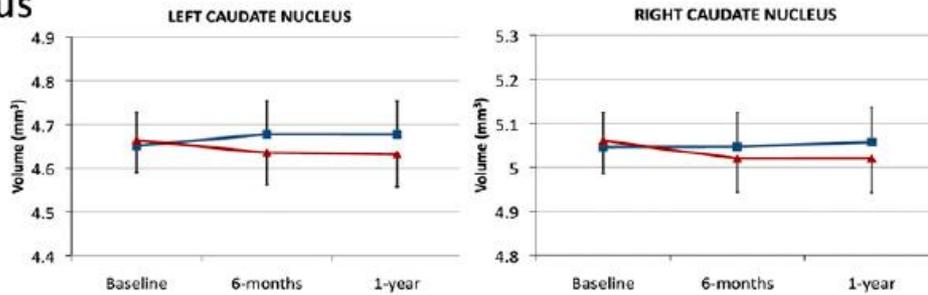
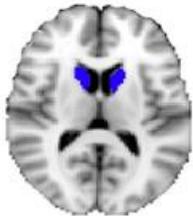
Brody H, et al. & Dementia 2013より作図

運動による脳容量の変化

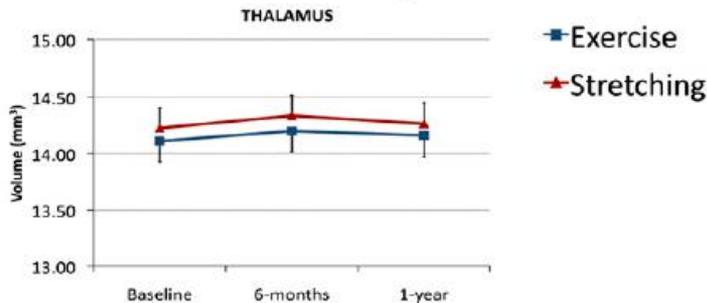
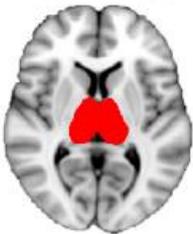
A Hippocampus



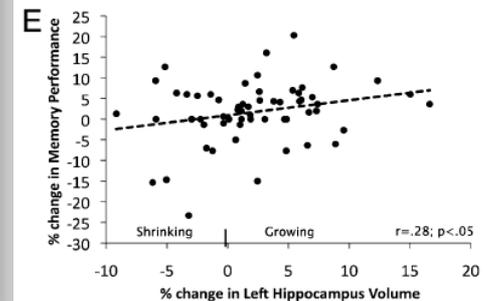
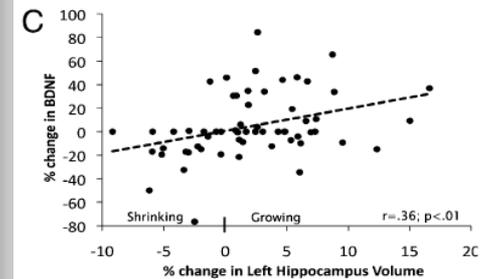
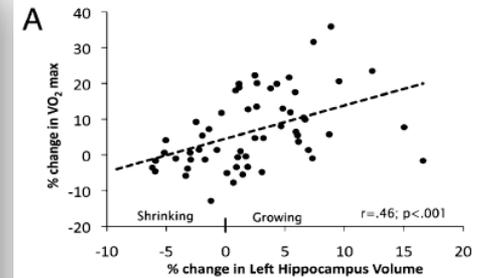
B Caudate Nucleus

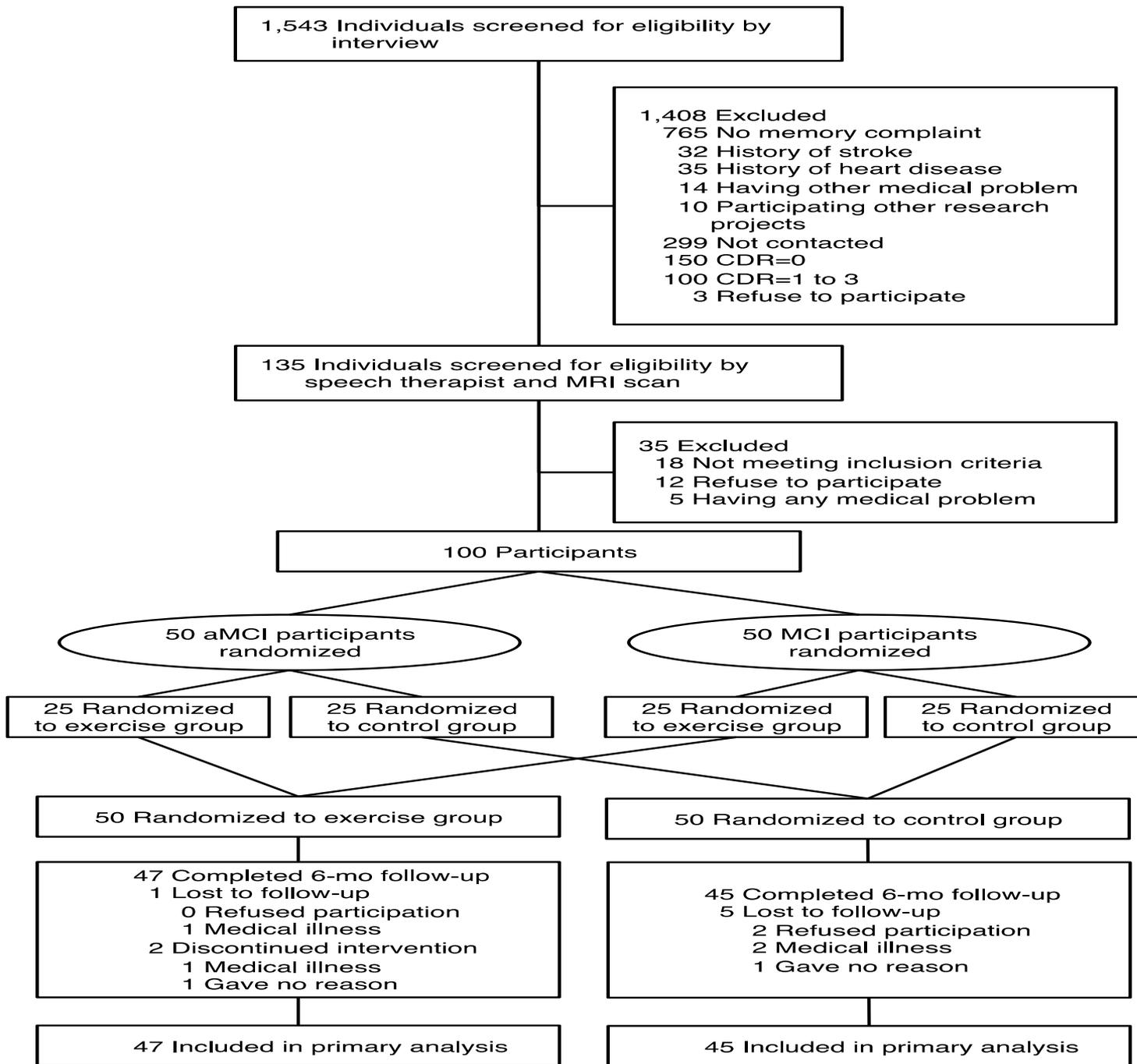


C Thalamus



■ Exercise
▲ Stretching





認知機能検査



General cognitive functioning

1. Mini-mental state examination
2. ADAS-cog

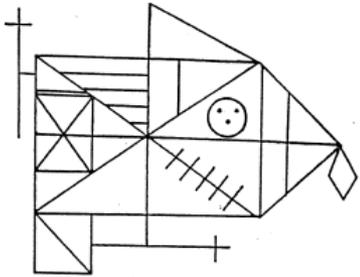
Memory

1. Wechsler Memory Scale-logical memory
2. Rey complex figure retention tests

Attention & Executive function

1. Trail Making Test part A
2. Stroop Color and Word Test

認知機能障害を持つ高齢者の発見 Rey複雑図形

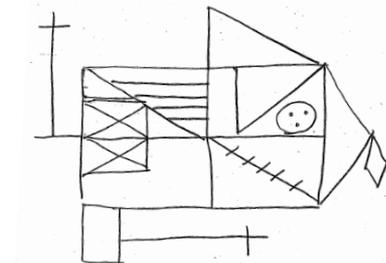
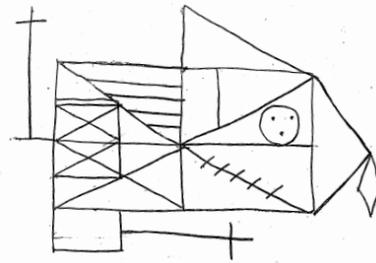
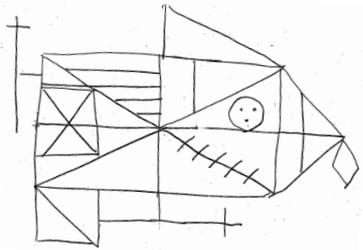


模写

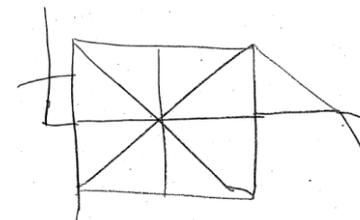
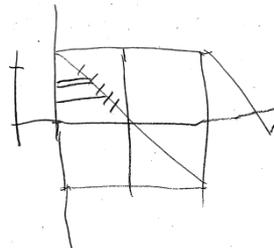
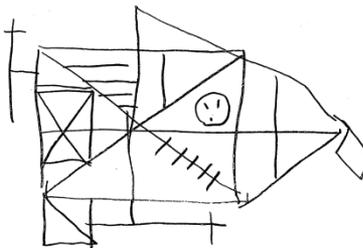
3分後再生

30分後再生

正常
高齢者



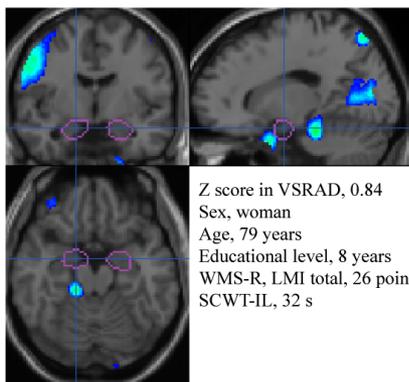
A氏



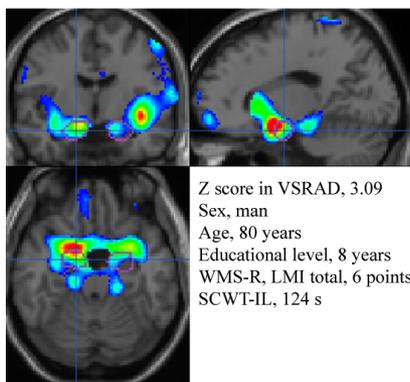
脳形態・脳機能検査

MRI

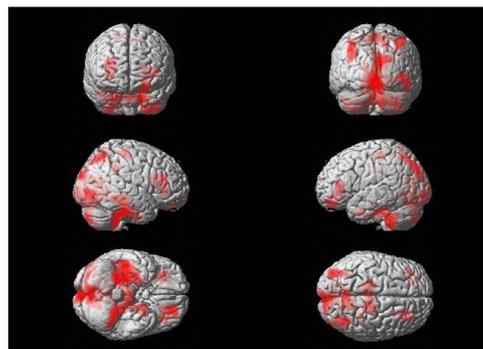
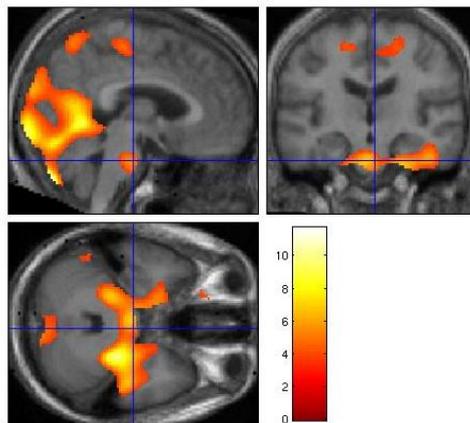
A subject in non-atrophy group



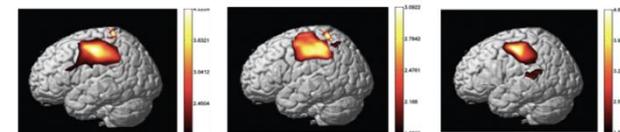
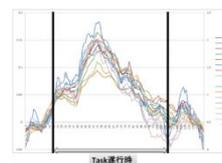
A subject in atrophy group



FDG PET



fNIRS



(1)HbO

(2)HbR

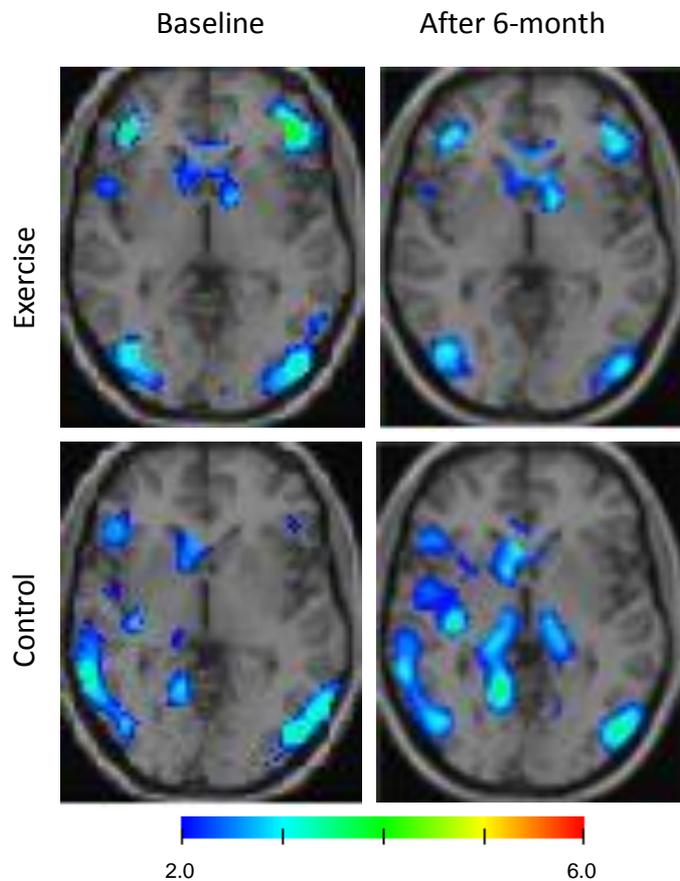
(3) HbT

多重課題を含む運動による認知機能低下予防 “コグニサイズ”

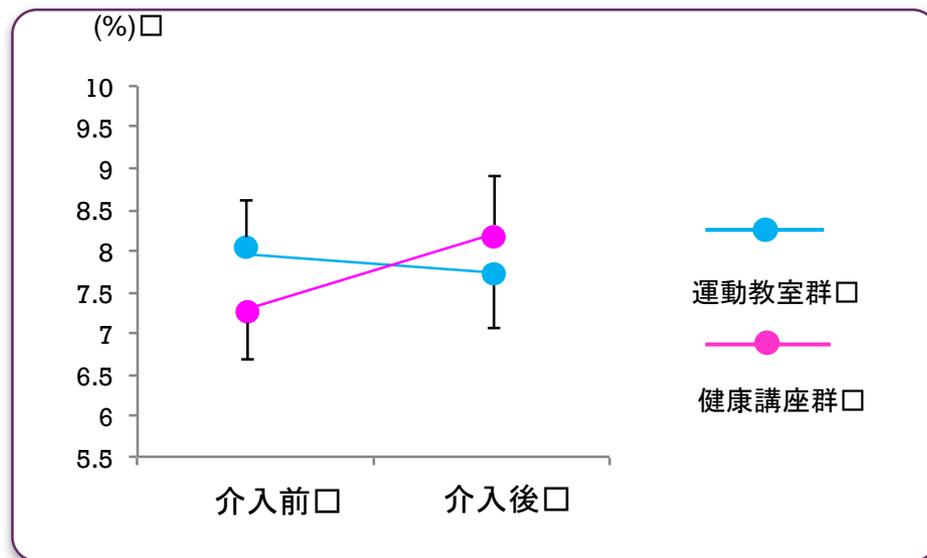


MCI高齢者に対するコグニサイズによるRCT 脳容量の変化

Suzuki T et al., PLOS ONE, 2013

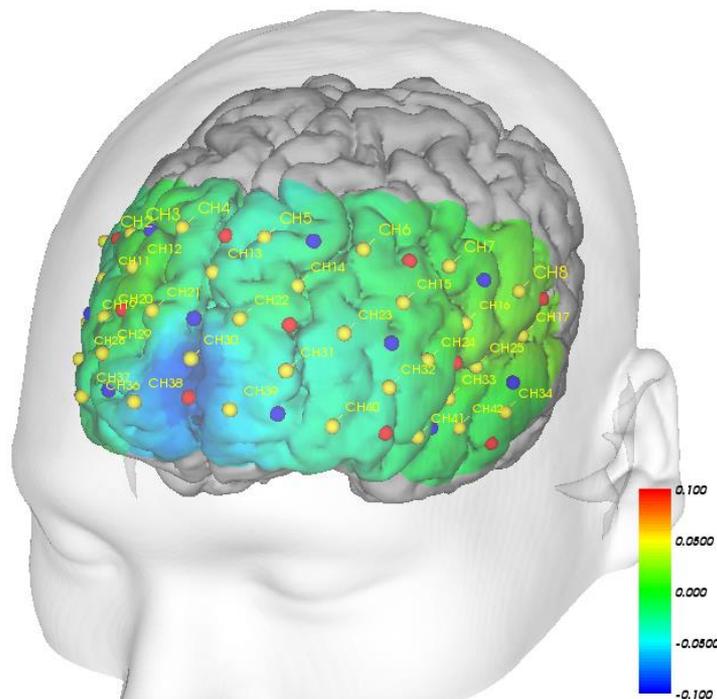


脳萎縮領域の割合 (健忘型MCI高齢者)

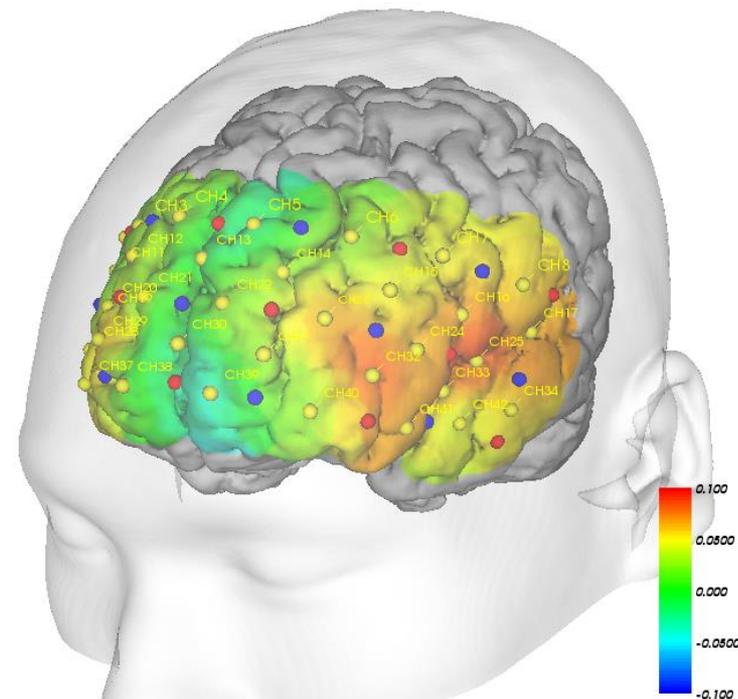


コグニサイズの脳賦活効果

通常の運動



コグニサイズ



単純な運動するだけでなく、頭を使いながら(たとえば計算など)運動をすると、前頭葉の活動が活性化します。前頭葉は、望ましい行動の選択、判断、長期記憶の保持に重要な役割を担っていて、これらは加齢に伴い低下しやすいということがわかっています。

Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force

Jennifer S. Lin, MD, MCR; Elizabeth O'Connor, PhD; Rebecca C. Rossom, MD, MCR; Leslie A. Perdue, MPH; and Elizabeth Eckstrom, MD, MPH

Ann Intern Med. 2013; 159: 601-612.

Full-text articles assessed for eligibility
n=1190

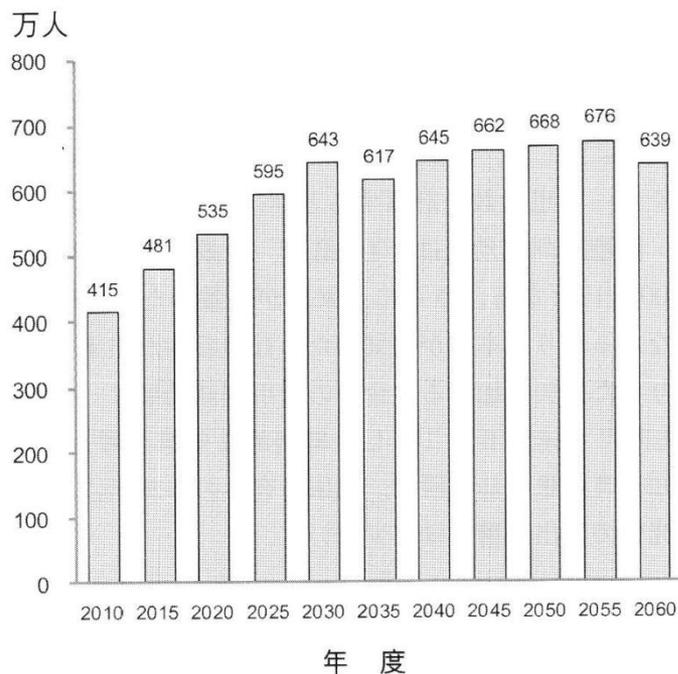
Article reviewed for test-performance of brief cognitive screening instruments n=66

Article reviewed for benefits and harm of treatment (1) pharmacologic intervention n=48

Article reviewed for benefit and harm of treatment (2) non-pharmacologic intervention n=32 (n=10*)

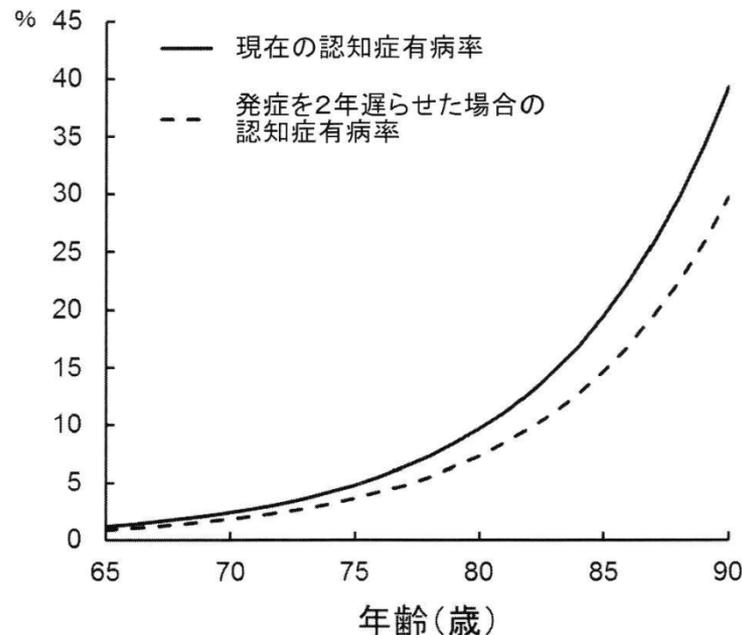
*Ten mostly fair-quality exercise trials showed no consistent benefit on cognitive outcomes . . . Two trials of a multicomponent self-guided exercise intervention (n=220) in persons with MCI found a small benefit in global cognitive function (approximately 1 point on the MMSE or ADAS-cog) at 12 to 18 months (Lautenschlager NT et al. JAMA 2008, Suzuki T et al. BMC Neurol. 2012).

認知症関連の社会保障費



認知症患者数の将来推計

国立長寿医療研究センター・老化に関する長期縦断疫学研究より



認知症発症遅延による認知症有病率の変化

国立長寿医療研究センター・老化に関する長期縦断疫学研究より

仮に、認知症の発症を2年遅らせることができれば…

- 期待患者減少数 33万人
- 医療および介護費用削減効果 9,700億円

認知症による徘徊行方不明高齢者；一万人

- 警察庁は2012年から「行方不明者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」の数を集計し公表
- 2012年中の認知症が疑われる行方不明者数は9,607名であり、死亡して発見された者は359名
- 2014年4月の第186回通常国会厚生労働委員会で厚生労働大臣は「警察や自治体等とも協力しながら、できる限りの調査」と答弁

⇒「行方不明者1万人」とマスコミでも取り上げられた

認知症高齢者行方不明1万人

- 2013年警察発表で認知症又は認知症の疑いにより行方不明になった者10,322名の内、死亡して発見された388名(3.8%)と公表された。本研究では認知症行方不明高齢者で死亡例388名および生存例388名の合計776名を対象とし症例・対照研究を実施した。
- 厚生労働省が警察庁に当該行方不明者の家族に調査票・調査協力依頼文書等の配布し、厚生労働省に返送してもらう郵送調査方式で実施。調査期間は2015年1月5日から2月2日

研究代表者 鈴木 隆雄(桜美林大学・国立長寿医療研究センター)

研究分担者 栗田 圭一・菊地和則(東京都健康長寿医療センター研究所)

研究協力者 伊集院 睦雄(県立広島大学)

「徘徊」の定義

「徘徊」の必要最小限の要件としては;

- 1) 認知症に関連していること
- 2) 移動の要素が含まれること

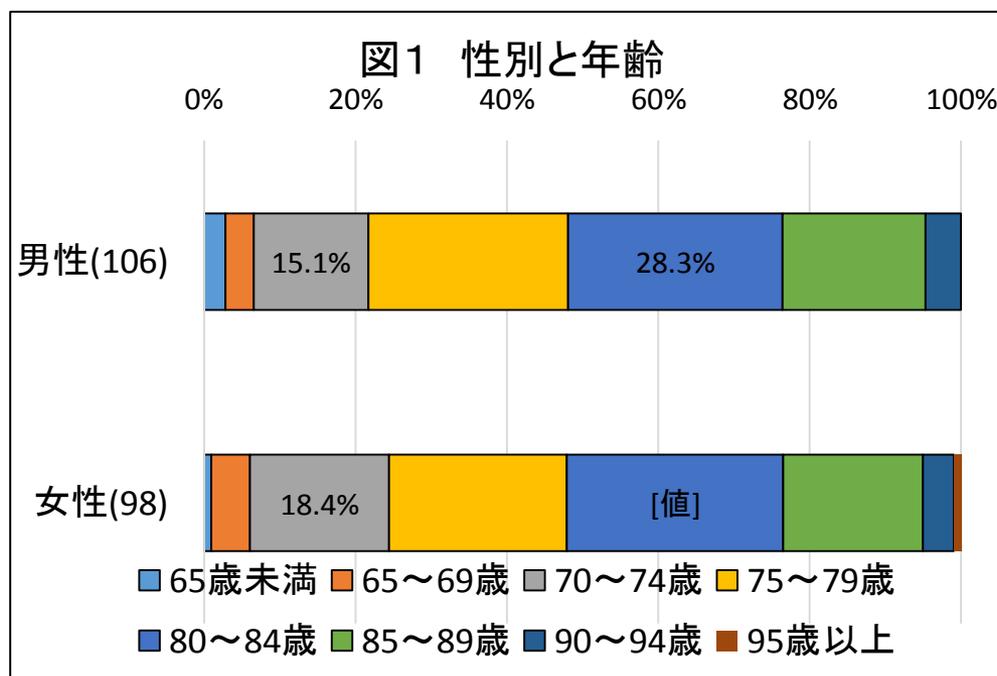
以下の要件を定義に含めるかどうか

- 1) 繰り返し起こる
- 2) 客観的に明確な目的のないこと
- 3) 道迷いとは区別できるか
- 4) 失見当識を含めるか
- 5) 戸外(屋外)のみに限定するか、等々

今回の調査研究では→ 「認知症＋移動＋屋外」かつ「行方不明」

分析

- 厚生労働省から研究班に提供されたデータは調査対象者776名の内、212名分(27.3%)であった。しかし、性別、年齢、発見時の状態の3項目について、1項目でも無回答がある場合は無効票としたため、最終の分析対象となったのは204名分(26.3%)となった。
- 204名の内訳は生存者が117名、死亡者が87名であった。



行方不明者の居所と要介護認定状況

図2 行方不明者の居所

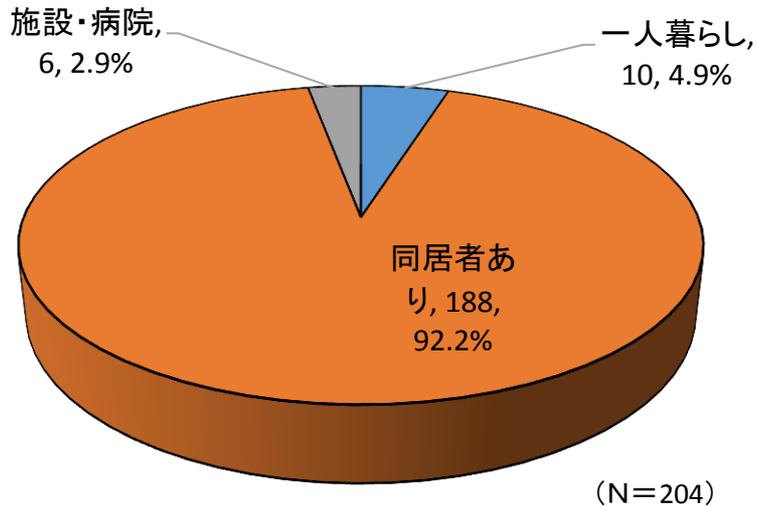
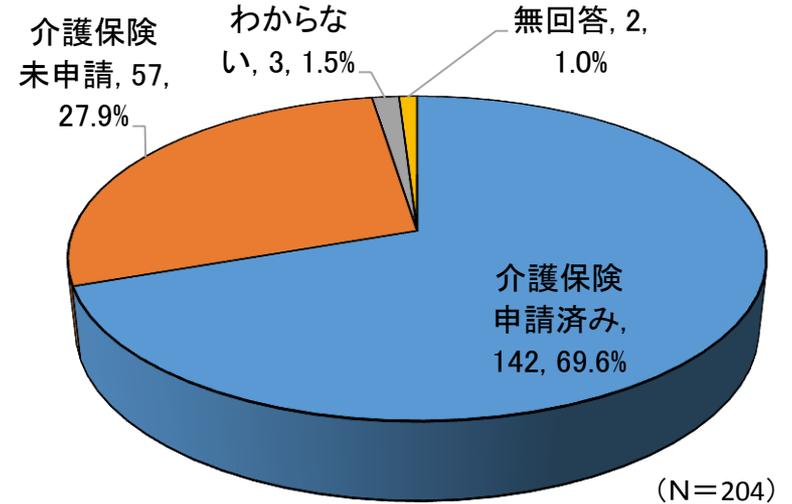


図3 介護保険申請状況



行方不明者の認知症の診断と程度

図4 認知症の診断

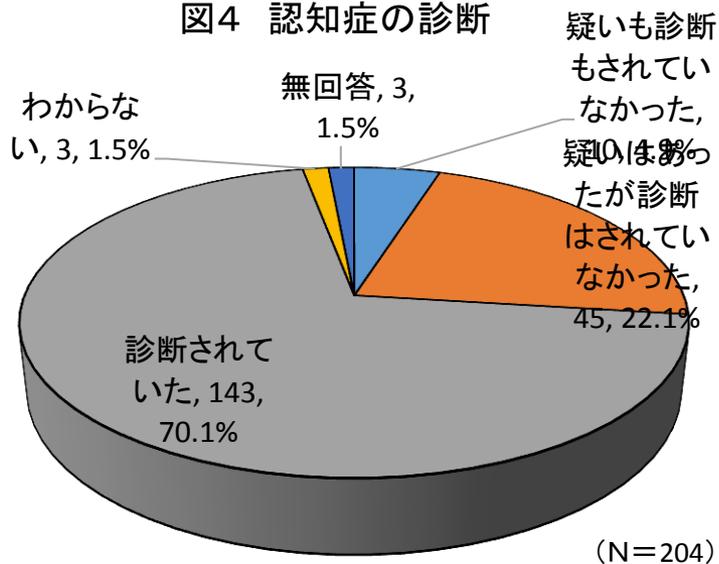
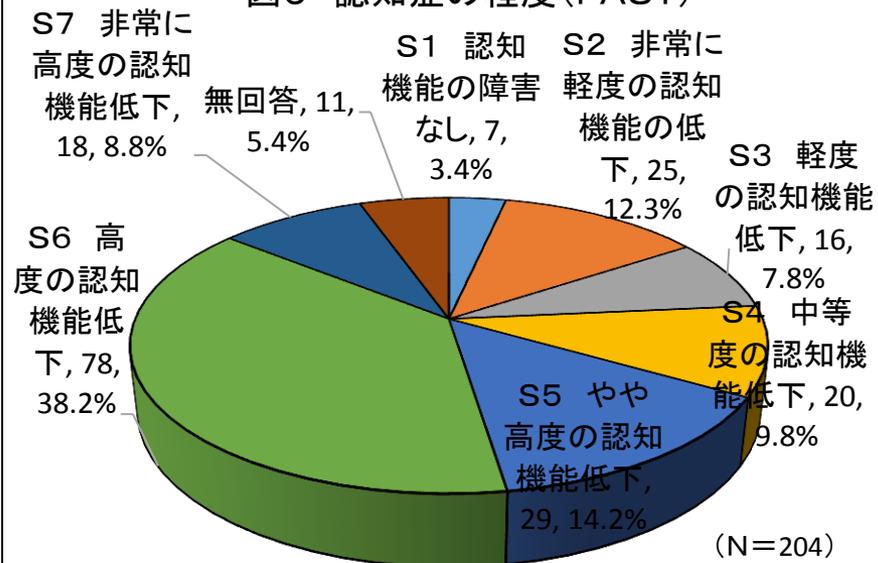


図5 認知症の程度 (FAST)



FAST (Functional Assessment Staging)

認知症の疑いから徘徊までの期間と これまでの行方不明回数

図6 認知症の疑いから徘徊までの期間

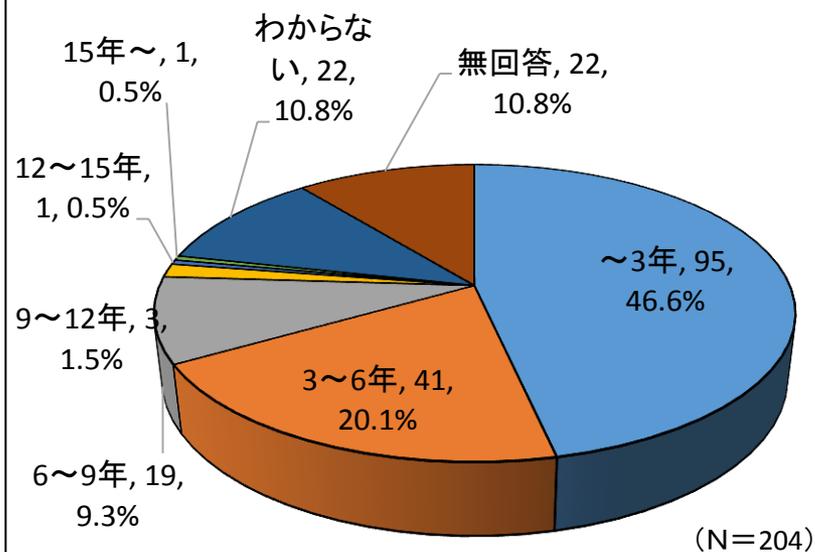
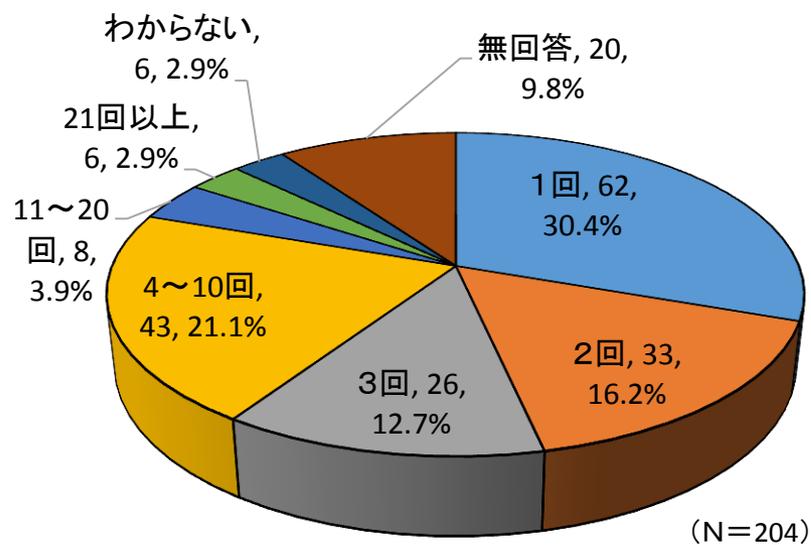


図7 これまでの行方不明回数



行方不明になった季節と時間帯

図12 行方不明になった季節

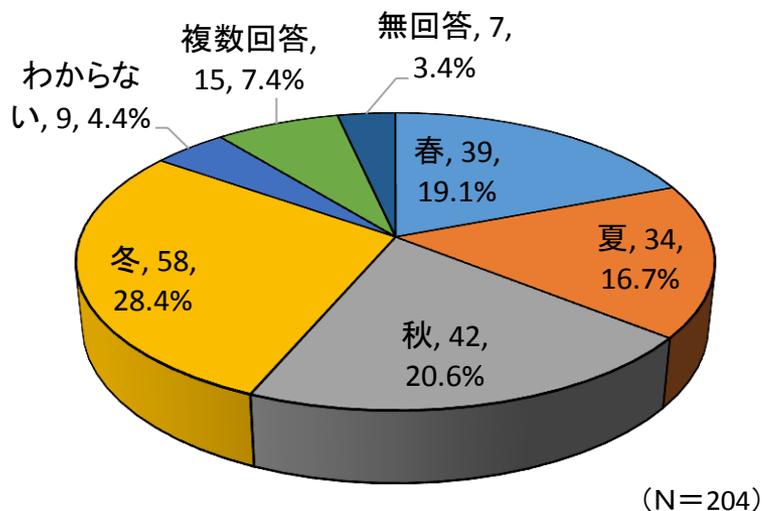
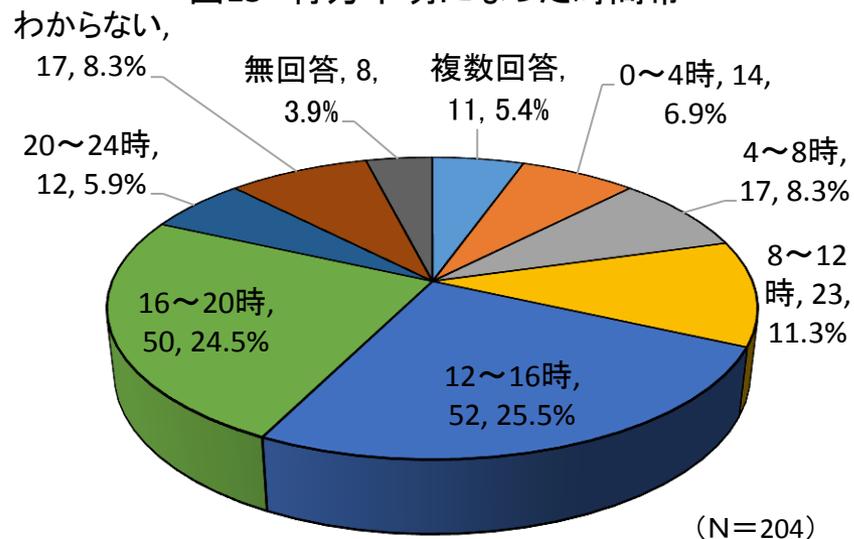


図13 行方不明になった時間帯



行方不明者の搜索

図12 行方不明者届が出されるまでの期間

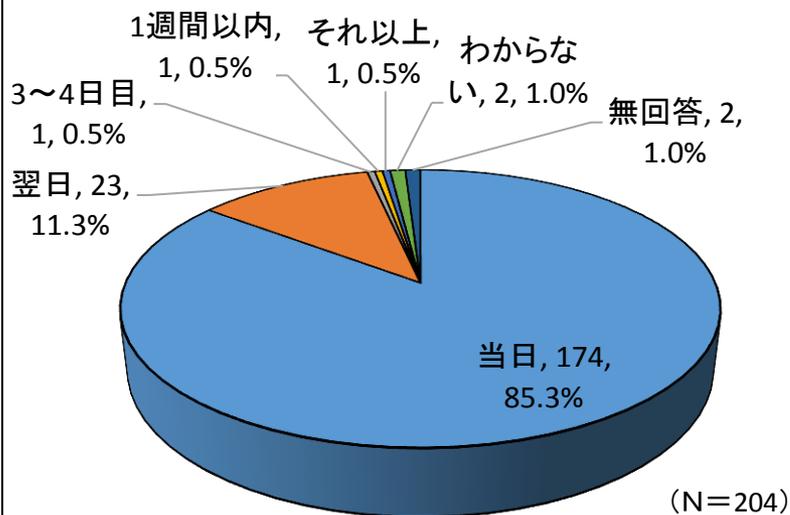
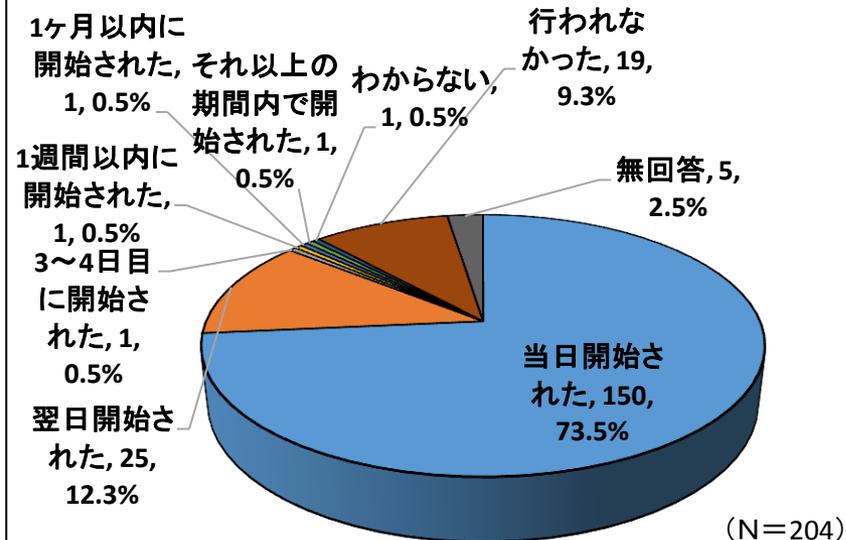
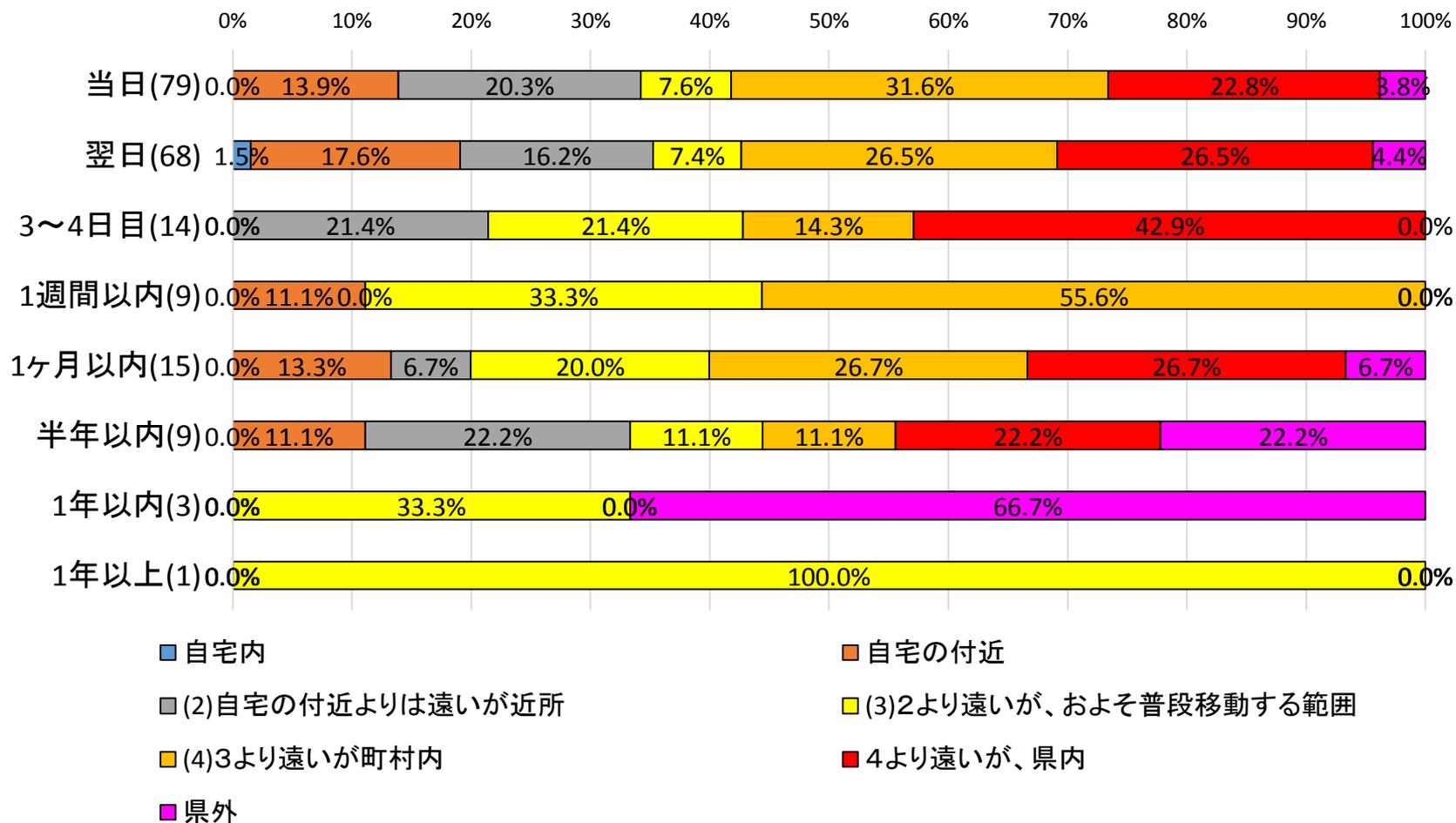


図13 警察以外の搜索開始時期



発見までの期間と発見場所

図14 発見までの期間と発見場所



発見者と発見時の状態(死因)

図15 発見者

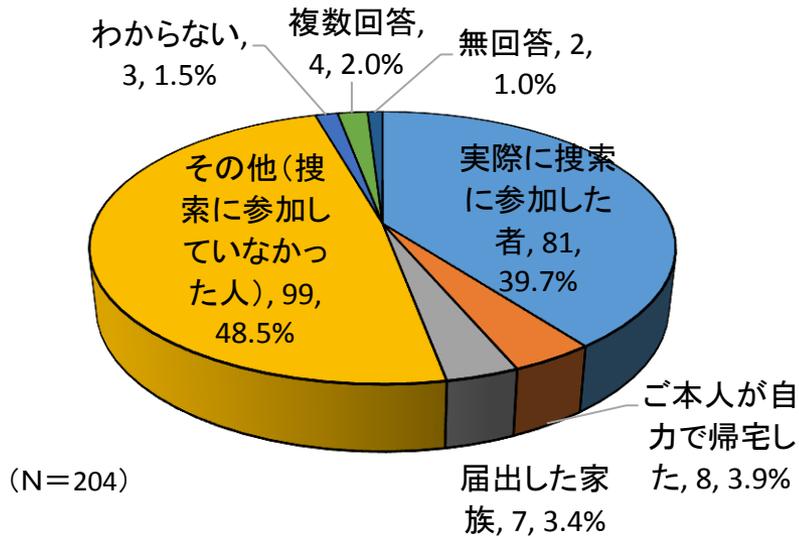


図16 発見時の状態

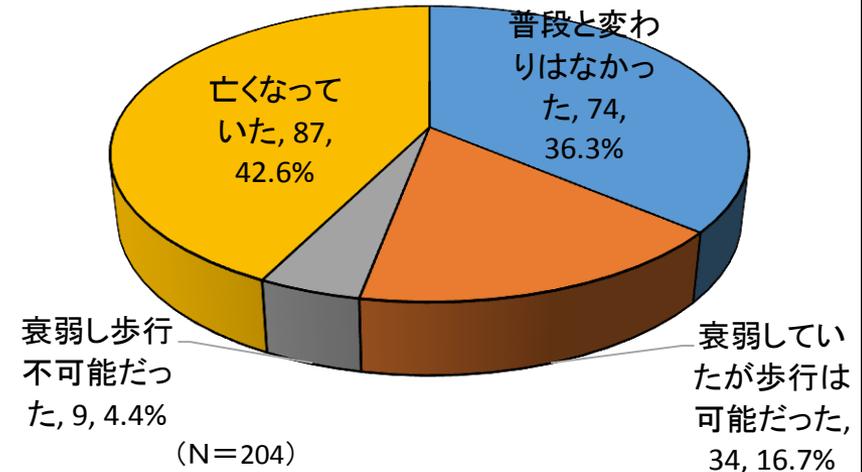


表1 死因

溺死	17(27.9)
水死	7(11.5)
低体温症	8(13.1)
凍死	13(21.3)
事故	9(14.8)
病気	5(8.2)
その他	2(3.3)

(回答のあった61ケース)

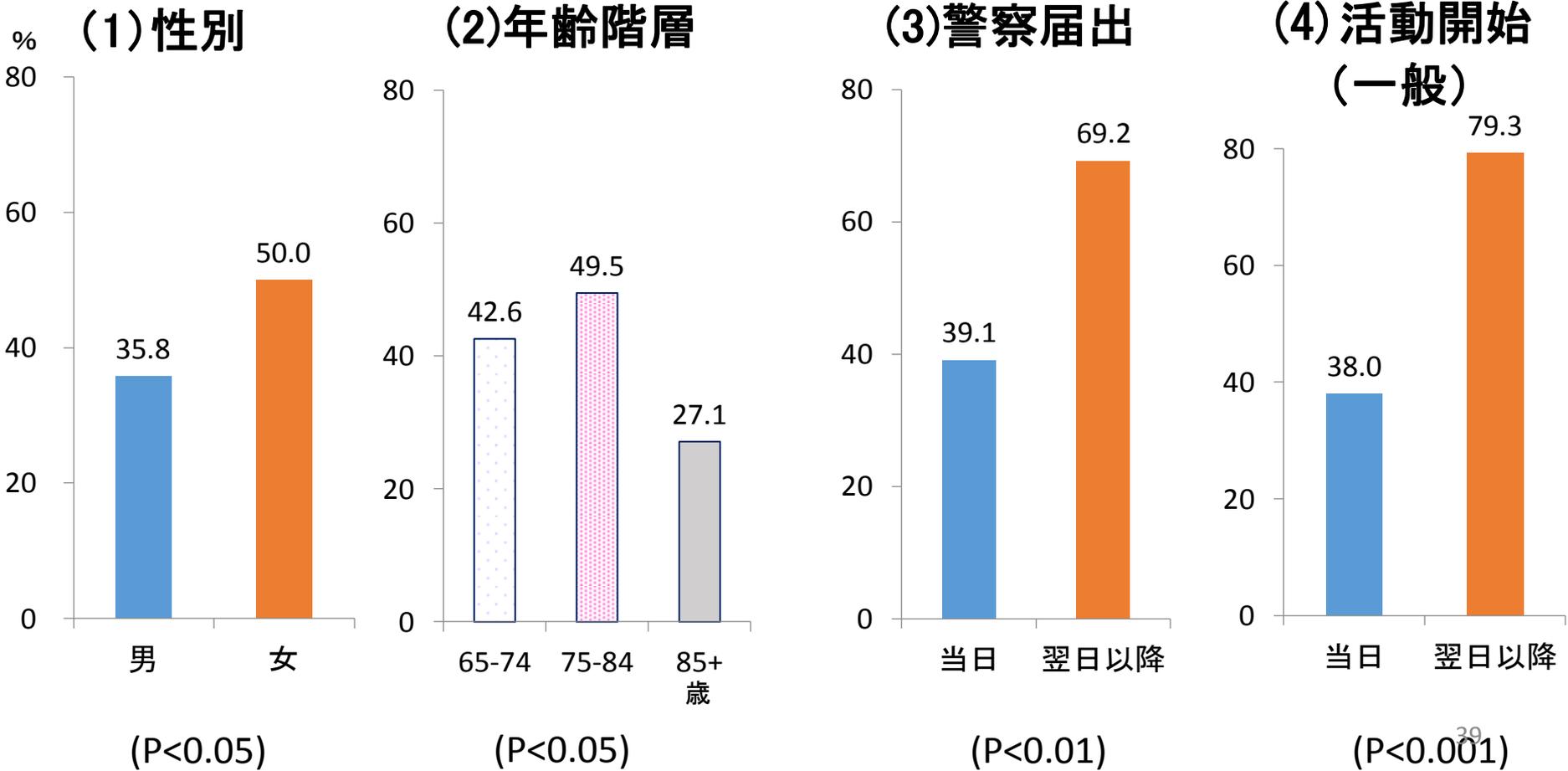
生死に関連する要因

	(n)	生死 n(%)		p値
		生存	死亡	
性別	男性(106)	68(64.2)	38(35.8)	0.041 *
	女性(98)	49(50.0)	49(50.0)	
年齢	前期高齢者(65歳未満含む)(47)	27(57.4)	20(42.6)	0.032 *
	後期高齢者(75~84歳)(109)	55(50.5)	54(49.5)	
	超高齢者(85歳以上)(48)	35(72.9)	13(27.1)	
居所	一人暮らし(10)	1(10.0)	9(90.0)	検定不可
	同居所あり/施設・病院(194)	116(59.8)	78(42.6)	
要介護認定	申請済み(142)	87(61.3)	55(38.7)	0.179 n.s.
	未申請(57)	29(50.9)	28(49.1)	
認知症の診断	診断されていた(143)	84(58.7)	59(41.3)	0.319 n.s.
	診断されていなかった(55)	28(50.9)	27(49.1)	
認知症の程度 (FAST)	正常(ステージ1・2)(32)	13(40.6)	19(59.4)	0.090 †
	軽度認知障害(ステージ3)(16)	6(37.5)	10(62.5)	
	軽度認知症(ステージ4)(20)	14(70.0)	6(30.0)	
	中等度認知症(ステージ5・6)(107)	65(60.7)	42(39.3)	
行方不明時の世帯状況	夫婦のみの世帯(50)	33(66.0)	17(34.0)	0.047 *
	夫婦と未婚の子のみの世帯(32)	21(65.6)	11(34.4)	
	ひとり親と未婚の子のみの世帯(11)	2(18.2)	9(81.8)	
	三世帯世帯(52)	31(59.6)	21(40.4)	
	その他の世帯(50)	27(54.0)	23(46.0)	
これまでの行方不明回数	1回(62)	26(41.9)	36(58.1)	0.000 ***
	2回(33)	24(72.7)	9(27.3)	
	3回(26)	13(50.0)	13(50.0)	
	4回以上(57)	44(77.2)	13(22.8)	

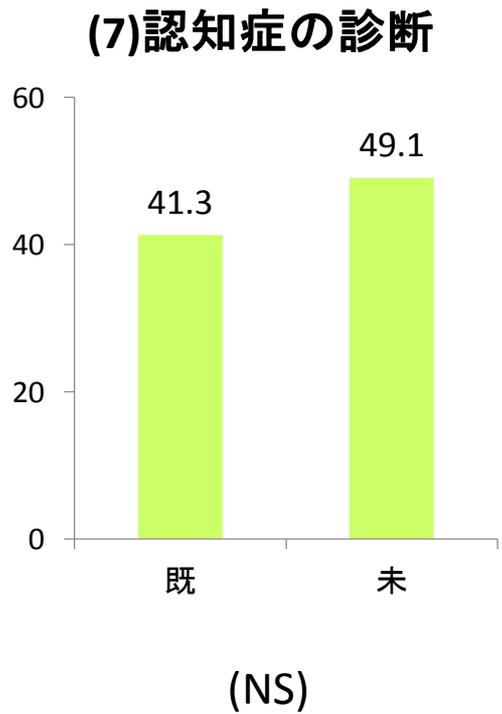
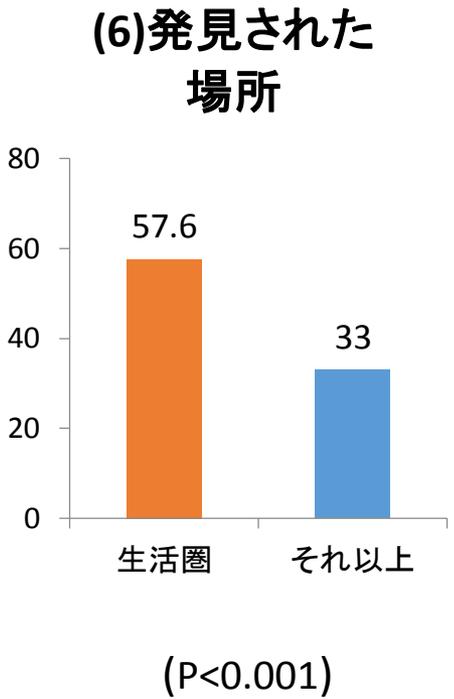
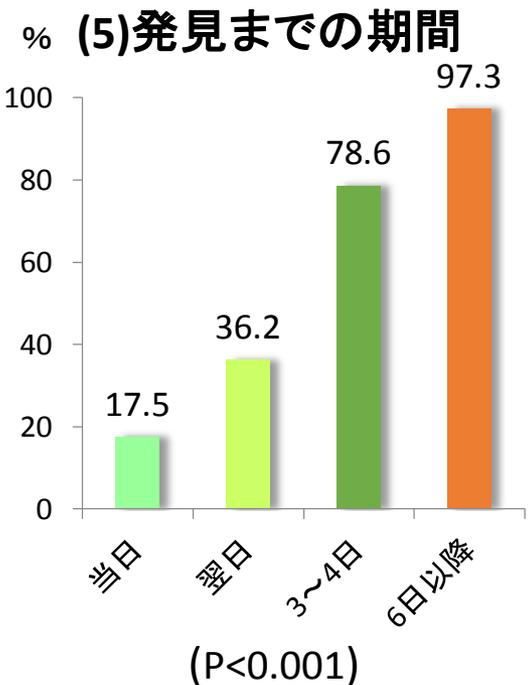
	(n)	生死 n(%)		p値
		生存	死亡	
行方不明になった季節	春(39)	19(48.7)	20(51.3)	0.124 n.s.
	夏(34)	21(61.8)	13(38.2)	
	秋(42)	27(64.3)	15(35.7)	
	冬(58)	25(43.1)	33(56.9)	
行方不明になった場所	自宅から(157)	85(54.1)	72(45.9)	0.146 n.s.
	自宅以外から(42)	28(66.7)	14(33.3)	
行方不明になった時間帯	0~4時(14)	3(21.4)	11(78.5)	0.097 †
	4~8時(17)	7(41.2)	10(58.8)	
	8~12時(23)	15(65.2)	8(34.8)	
	12~16時(52)	31(59.6)	21(40.4)	
	16~20時(50)	29(58.0)	21(42.0)	
警察に行方不明者届が出されるまでの期間	当日(174)	106(60.9)	68(39.1)	0.004 **
	翌日以降(26)	8(30.8)	18(69.2)	
警察以外の捜索活動開始までの期間	当日(150)	93(62.0)	57(38.0)	0.000 ***
	翌日以降(29)	6(20.7)	23(79.3)	
発見までの期間	当日(80)	66(82.5)	14(17.5)	0.000 ***
	翌日(69)	44(63.8)	25(36.2)	
	3~4日目(14)	3(21.4)	11(78.6)	
	5日目以降(37)	1(2.7)	36(97.3)	
発見された場所	およそ普段移動する範囲(85)	36(42.4)	49(57.6)	0.000 ***
	それ以上(115)	77(67.0)	38(33.0)	
発見した人	捜索参加者・家族・自力帰還(96)	57(59.4)	39(40.6)	0.691 n.s.
	上記以外(99)	56(56.6)	43(43.4)	

カイ2乗検定 †:p<0.1 *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

認知症高齢者の徘徊による行方不明例 (男性106例、女性98例、合計204例)と 死亡例(87例; 22.4%)に関する分析



認知症高齢者の徘徊による行方不明例 (男性106例、女性98例、合計204例)と 死亡例(87例; 22.4%)に関する分析



徘徊による行方不明者の生死に関連する要因分析

(二項ロジスティック回帰分析)

独立変数		P	Odd's R	(95% IC)
基本属性	年齢(65歳未満=1, ~95歳以上=8)	.718	.940	(.673- 1.314)
	性別(男性=1, 女性=2)	.088	2.230	(.888- 5.601)
	FAST(Stage1=1, ~Stage7=7)	.885	.979	(.736- 1.302)
	居住形態(同居者あり/施設・病院=1, 一人暮らし=2)	.040	13.451	(1.120-161.595)
搜索状況	警察への行方不明者届までの期間(当日=1, 翌日以降=2)	.502	.591	(.128- 2.741)
	警察以外での搜索開始までの期間(当日=1, 翌日以降=2)	.133	3.580	(.677-18.919)
発見時の状況	発見者(搜索参加者・家族・自力帰還=1, 搜索者以外=2)	.925	1.048	(.395- 2.779)
	発見場所(普段移動範囲より遠方=1, 普段移動する範囲=2)	.000	6.363	(2.264-17.884)
	発見までの期間(当日=1, 2日目=2, ~5日目以降=4)	.000	6.140	(3.142-12.001)

Nagelkerke R² .604

Hosmer & Lemeshowの検定 $\chi^2=8.049^{ns}$.(df=8)

従属変数: 生存=0, 死亡=1

菊地、栗田、伊集院、鈴木 (老年精神医学雑誌、2016)

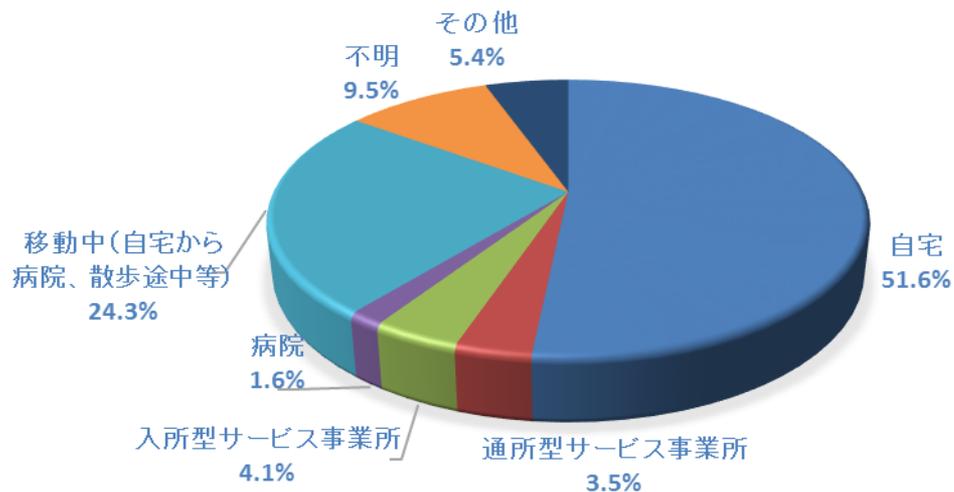
愛知県における 全自治体調査による結果

平成26年度に愛知県の全自治体において認知症が原因で徘徊・行方不明となった高齢者は377人（男性203名、女性169名）であり、そのうち死亡発見例は16名（4.3%）であった。

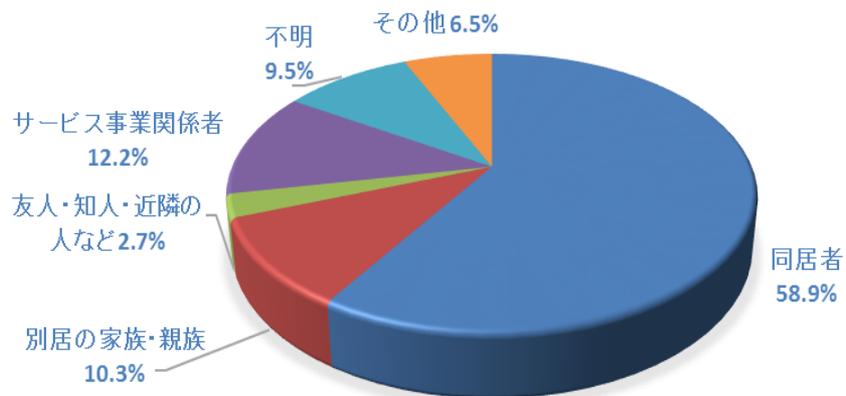
行方不明となった高齢者についての特徴

- 1) 後期高齢者（75歳以上）が約70%
- 2) 身体機能は比較的自立、認知機能は比較的低下
- 3) 高齢者のみの世帯が42%、独居15%
- 4) 主たる介護者は配偶者、70歳以上が60%以上

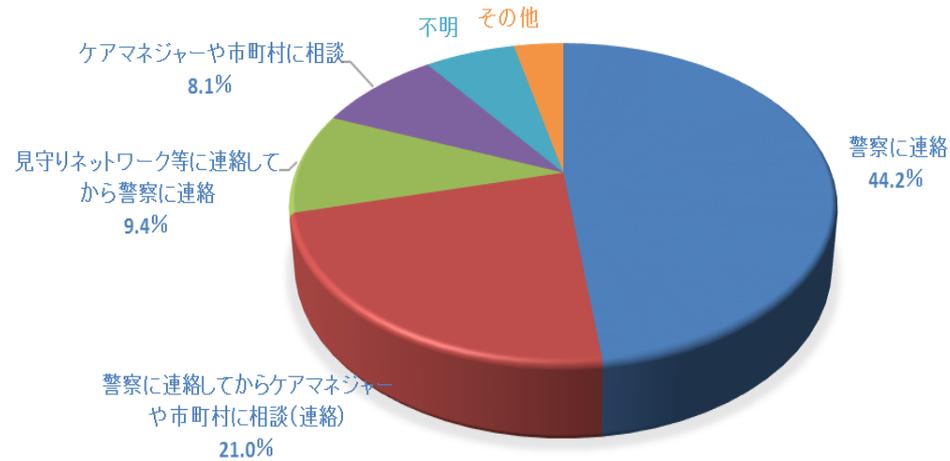
行方不明時にいた場所



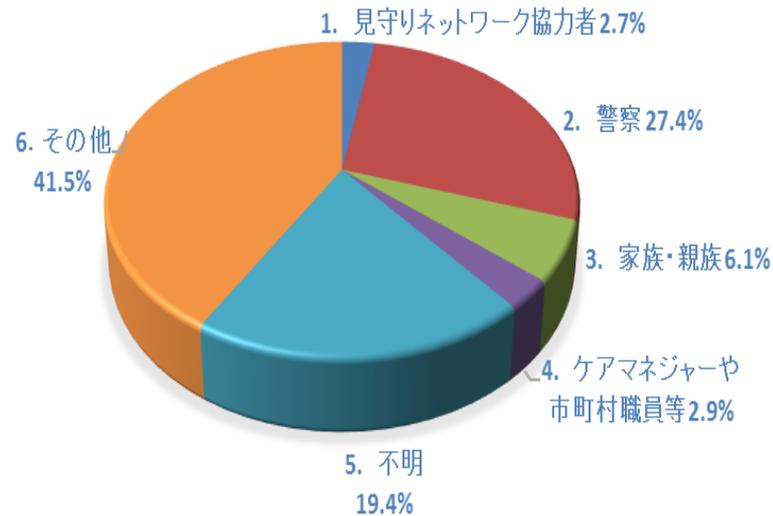
行方不明に気づいた人



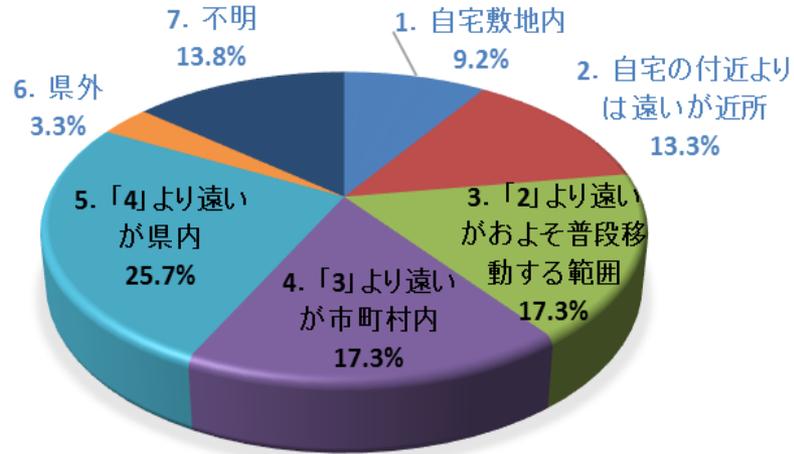
行方不明の気づきからの流れ



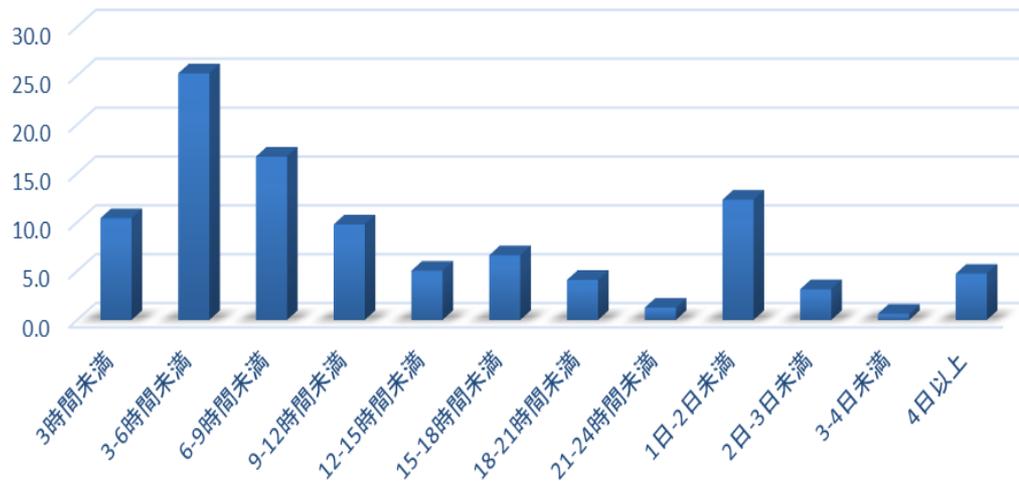
発見者



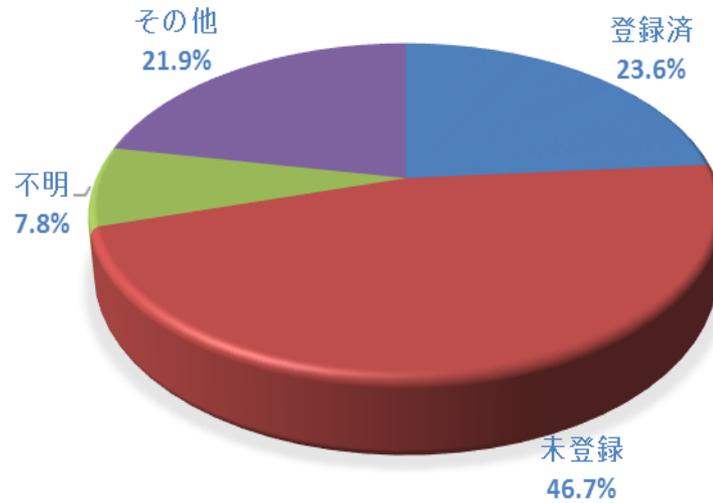
発見場所



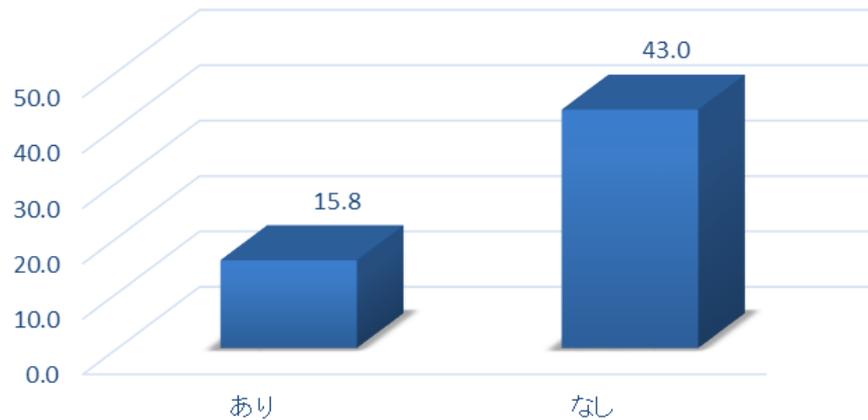
発見までにかかった時間



見守りネットワークへの登録状況



見守りネットワークの利用別の 行方不明から発見までの平均時間



読売新聞

2016年(平成28年)

3月2日 水曜日

通過	2	政治	4	国際	7	解説	11	
最低	9	経済	8	9	小説	10		
セル	21	気流	10	教育	16	文化	23	
衝突事故	37	家庭	19	21	ミドル	29		
場せず	38	スポーツ	25	27	商況	暮・将棋	30	31

発行所 読売新聞東京本社 〒100-8055 東京都千代田区大手町1-7-1 電話(03)3242-1111(代) www.yomiuri.co.jp

認知症事故 家族責任なし

監督義務「総」

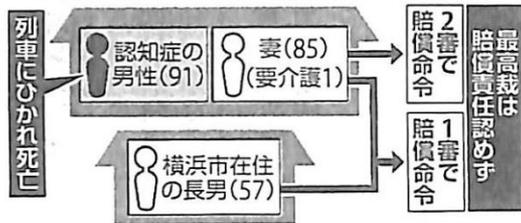
最高裁初の基準 J

認知症の男性(当時91歳)が徘徊して列車にはねられた事故を巡り、家族が監督義務を怠ったなどとして、JR東海が男性の妻(93)と長男(65)に損害賠償を求めた訴訟の上告審判決が1日、最高裁第3小法廷であった。岡部喜代子裁判長は「家族が監督義務者②にあたるかどうかの判断では、監督が可能で容易な立場だったかなどを総合的に考慮すべきだ」とする初判断を示した。その上で、妻と長男は監督義務者ではなかったとし、1、2審の賠償命令を破棄して請求を棄却した。家族側の逆転勝訴が確定した。

△判決要旨8面、関連記事2・3・11・38・39面▽

裁判官5人の全員一致の判決。在宅介護を担う家族の負担が軽減される一方、

◆愛知県大府市の認知症列車事故訴訟の構図
※年齢は事故が起きた2007年12月時点



最高裁は賠償責任認めず

判決によると、愛知県大府市の男性は2007年12月、当時85歳だった同居の妻がうたた寝をしている間に外出。JR東海道線の駅構内で列車にはねられ死亡した。JR東海は10年2月、妻や長男らに運行遅延に伴う計約720万円の賠償を求め、提訴した。

判決のポイント

- ▽配偶者や長男だからといって無条件に監督義務者とはならない
- ▽監督義務者にあたるかどうかは、同居しているかや財産管理への関与など、様々な事情を考慮して判断すべきだ
- ▽事故当時85歳で要介護の妻と、20年以上別居していた長男は監督義務者にはあたらず、賠償責任は負わない

判決 家族の救い

認知症支える人ら「画期的」

認知症の高齢者が起こした事故の責任を、家族が必ず負うわけではない。高齢者の7人に1人が認知症という「認知症社会」を迎え、最高裁が示した判断に当事者からは歓迎の声があがった。「では、誰がどう責任を負うのか」という問題も関係者は指摘する。▼1面参照



最高裁の判決を受け、記者会見する浅岡輝彦弁護士(右端)ら遺族側代理人=1日午後4時9分、東京都千代田区、関田航撮影

社会で支えて 介護の実態伝わった

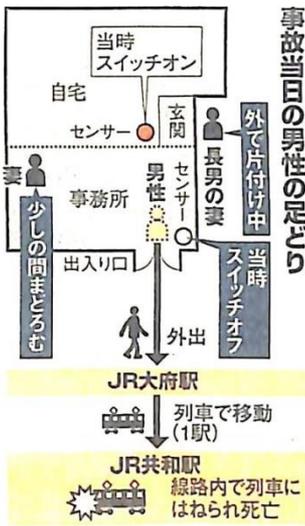
同じように介護する家族は、判決を自分に重ねて見守っていた。前橋市の後藤京子さん(67)は認知症の母(88)を一人で介護している。母は昼夜を問わず多い日は何度も徘徊し、そのたびに追いかける。地裁判決の後、名古屋高裁の長官宛てに手紙を出した。「介護家族の生活がどれほど追い詰められ、極限に達しているかわかってい

ただきたい」。最高裁判決について「結果としてはよかった。でも判決まで長ずきた」と話す。「認知症の人は増え、これから色んなことが起きると思う。社会全体で支えるようになってほしい」。神奈川県鎌倉市の女性(70)は認知症の夫(71)にGPS付き携帯を持たせ、タブレット端末などで夫の位置を確かめながら見守る。ひどい判決が出たら、夫と買い物に行くのも旅行に行くのも不安だった。本当によかった」と話した。「ほんとにうれいし、よかった」。認知症の人と家族の会(京都市)の高見国生代表理事は判決後、言葉詰まりが止まらなくなった。判決内容を会のメンバーにメールで伝えたところ、「うれい」「泣いて

「大変温かい判断をして頂き、心より感謝申し上げます。父も喜んでおられます。8年間、色々なことがありましたが、これで肩の荷が下りてほっとした思いです」。判決後、東京都内で会見した代理人弁護士が、認知症で徘徊中に死亡した男性の長男(65)のコメントを読み上げた。事故は2007年12月、愛知県大府市のJR共和駅で起きた。長男の妻は横浜から転居して男性宅の近

■事故をめぐる経緯

- 2000年 愛知県大府市に住む男性に認知症の症状が現れる
- 02年3月 介護方針を考えるため、親族が集まり家族会議を開く。横浜市に住んでいた長男の妻が、男性の介護のために単身で近所に転居
- 07年2月 要介護4の認定を受ける。施設入居も検討したが在宅介護を選択
- 12月 男性が外出し、JR共和駅の線路で列車にはねられて死亡
- 10年2月 JR東海が遺族に損害賠償を求めて提訴
- 13年8月 名古屋地裁が長男と男性の妻に、約720万円の支払いを命じる判決
- 14年4月 名古屋高裁が妻のみに約360万円の支払いを命じる判決
- 16年3月 最高裁が妻と長男に賠償責任がないとする判決



「大変温かい判断をして頂き、心より感謝申し上げます。父も喜んでおられます。8年間、色々なことがありましたが、これで肩の荷が下りてほっとした思いです」。判決後、東京都内で会見した代理人弁護士が、認知症で徘徊中に死亡した男性の長男(65)のコメントを読み上げた。事故は2007年12月、愛知県大府市のJR共和駅で起きた。長男の妻は横浜から転居して男性宅の近

まとめ

- 全国調査や愛知県などの調査を通じて、我が国における認知症の徘徊・行方不明者の実態の一端を初めて明らかにすることができた。
- 生死に関連する要因として、独居の有無や行方不明発生時の通報(届け出)時間、そして初動捜索までの時間が非常に重要。
- 自治体側の要因として、見守りネットワークへの登録が早期発見のポイントとなっている。
- 全国調査では、一人暮らしの行方不明者が調査対象から外れた可能性が高く、今後一人暮らし認知症者の行方不明の実態を明らかにする必要がある。

高齢者の万引きの実態と背景

- 少年・成人は減少、高齢者は高止まり
- 少年は初犯、成人・高齢者は再犯が多い 東京都万引き防止官民合同会議、平成27年
- 万引きをした高齢者の半数が独居世帯
- 特に男性高齢者の孤立が問題
- 高齢者では孤独(23.9%) > 単に欲しかった・ゲーム感覚(5.9%)
- 少年では孤独(4.0%) < 単に欲しかった・ゲーム感覚(23.9%)
- 高齢者: 生き甲斐がない(50.3%) 尾田、平成27年

万引きをした高齢者の半数が独居世帯

→孤立、家族・近所・行政との絆の再構築が必要

→ソーシャル・キャピタルとソーシャル・サポート

- ソーシャル・キャピタル(社会関係資源):人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることができるという考え方に基づき、「互酬性の規範(お互い様という意識)」「社会的信頼や安心」、および「人々のつながりと絆」の3つの循環と相乗効果により維持形成される社会的仕組みのことである(Puttnum, 2000)。
- ソーシャルサポート:手段的・情動的・情緒的など

母が万引き…認知症だった

実刑か猶予か 割れる司法判断

万引きで罪に問われた人が、認知症と診断されるケースが増えている。たゞ、社会的にはまだ知られておらず、繰り返して罪を重ねる中で、裁判で実刑判決を受けることもある。司法の判断が割れるなか、弁護側は地域のみで患者をえることが必要だと指摘する。



女性は、母親の写真や自身の連絡先などを持ってスーパーなどで説明に回ったという

診断後も実刑 家族苦悩

「お母さん、認知症かもしれませんね」
東京都内に住む57歳女性(以下、Aさん)は昨年夏、母親(82)を診察した医師から認知症の可能性を指摘された。母親は昨年4月に地元の一

パーで靴など9点万引きを盗み、東京地裁での裁判を受けた。理由として「万引きをするようになったのは10年ほど前から。おぼろげや栄養ドリンク…」

2年前にも執行猶予付された。医師の指摘に、思い当た

る節もあった。きれいな料理も得意だったのに、部屋の片付けでできなくなり、同じような料理ばかり作るようになっていた。昨年4月の万引きについての一審の裁判には診断が間に合わず、認知症という主張ができず、そのまま実刑判決を受けた。判決後の専門医の検査で初めて、脳の前頭葉や側頭葉が萎縮する

「前頭側頭型認知症」だとわかった。母親の場合、前頭側頭型のなかでも「ピック病」と呼ばれる症状だ(以下、Bさん)。

女性は、住んでいる区に介護保険を申請。母親は日

「周囲が理解深めて」

認知症に詳しい東京医科歯科大の朝田隆特任教授によると、前頭側頭型認知症になると衝動的な行動が増えることが特徴だ。初期はアルツハイマー型などと同じく、物忘れは少なく、本人や周囲が認知症と気づかないことが多いという。

周囲が理解を深め、見守っていくことが大切だ」と話

す。裁判で被告が前頭側頭型認知症と認められたケース

65歳未満の若年性認知症の人は、09年公表の調査で推計約5万8千人いた。一方、認知症のうち前頭側頭型認知症の割合は65歳以上で1%、65歳未満で4%ほど言われている。

常生活に支障はなく症状が見えにくい。買物の際にケアマネジャー付き添ってもらうほか、警察やスーパーに女性が事情を話して理解を求めるなどの対策を取った。

控訴審判決は、母親の認知症を認めたらえ、家族の再犯防止の取り組みを評価した。だが、「実刑は重すぎる」とは言えない」と控訴を棄却。最高裁に上告した

が、実質的な審理はされな

人、09年公表の調査で推計約5万8千人いた。一方、認知症のうち前頭側頭型認知症の割合は65歳以上で1%、65歳未満で4%ほど言われている。

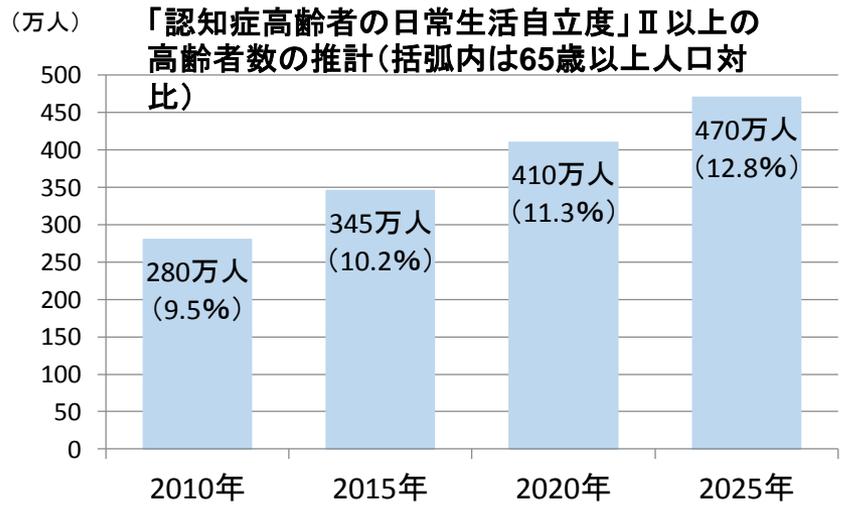
今後の介護保険をとりまく状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

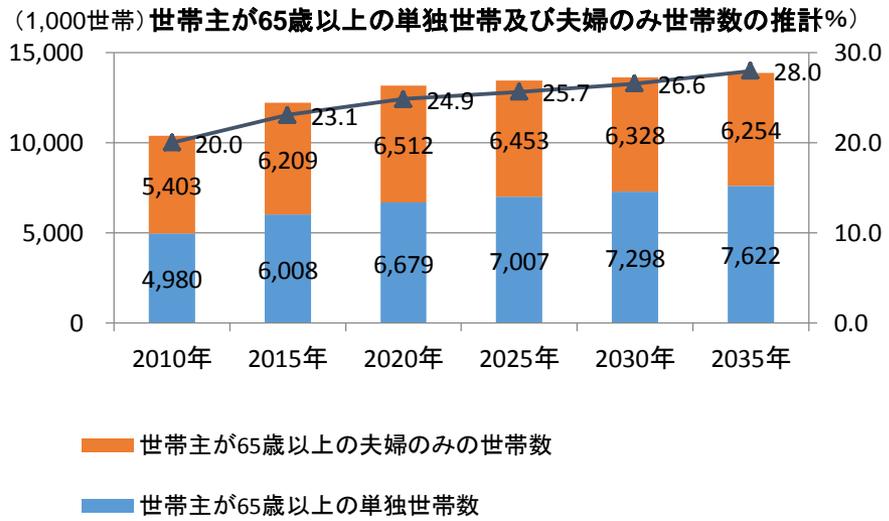
	2010年	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	2,948万人(23.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,419万人(11.1%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013)年1月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013)年1月推計)」

④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加。各地域の高齢化の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(11)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	76.5万人 <10.6%>	71.7万人 <11.6%>	101.6万人 <11.1%>	81.7万人 <10.9%>	107.0万人 <12.1%>		147.3万人 <11.0%>		26.7万人 <16.2%>	18.8万人 <18.4%>	19.0万人 <17.0%>	1645.8万人 <13.0%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (1.54倍)	108.2万人 <18.1%> (1.51倍)	148.5万人 <16.5%> (1.46倍)	116.6万人 <15.9%> (1.43倍)	152.8万人 <18.2%> (1.43倍)		197.7万人 <15.0%> (1.34倍)		29.5万人 <19.4%> (1.10倍)	20.5万人 <23.0%> (1.09倍)	20.7万人 <20.6%> (1.09倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.32倍)

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ **新** 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための**普及・啓発**の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な**医療・介護等**の提供
- ③ **若年性認知症施策**の強化
- ④ 認知症の人の**介護者への支援**
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者に**やさしい地域づくり**の推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の**研究開発**及びその成果の普及の推進
- ⑦ **認知症の人やその家族の視点**の重視

認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「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年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

