

認知症に揺れる日本

認知症は、発症した本人のみならず、家族や職場、経済・社会に多大な負担がかかる。高齢化の進展に伴い、認知症者の増加による社会問題が増えてきている。認知症は、誰でも発症する可能性がある。個人や家族単位だけでなく、コミュニティや国、企業、社会全体で取り組むべき問題だ。

本レポートでは、認知症とは何か、なぜ社会問題とされているか、そして実際、日本の社会にどのような影響を与えているかについてまとめた。

2017年 10月



株式会社 旭リサーチセンター

主幹研究員 毛利 光伸

まとめ

- ◆認知症は、正常な認知機能が、脳の障害によって低下し、日常生活や社会生活に支障をきたした状態をいう。認知症の「中核症状」には、出来事や体験自体を忘れる記憶障害、自分の居場所、時間などがわからなくなる見当識障害などがある。また、徘徊、暴言・暴力などのBPSD（行動・心理症状）が生じる。 (p2-4)
- ◆高齢認知症者数は462万人（12年）と推計され、65歳以上の高齢者における有病率は約15%である。つまり、6人に1人が認知症である。認知症であるかどうかは、医師の判断に依る。認知症の根本的な治療法、有効とされる予防法はない。 (p4-9)
- ◆認知症にかかる社会的コストは、約14.5兆円（14年）と推計されている。医療費（約1.9兆円）よりも、介護にかかる費用（約12.6兆円）がはるかに大きい。認知症の家族を介護するために職を離れる「介護離職」が生じている。 (p10-12)
- ◆認知症者による交通事故増加を背景に、認知症による自動車運転免許失効が増えている。認知症者の徘徊による行方不明者が増加し、徘徊者による鉄道事故などが発生している。重度の認知症者は「責任無能力者」とされており、家族などの保護者への損害賠償請求、被害者の救済などが社会問題化している。 (p12-15)
- ◆消費者との契約締結において、認知症が疑われる高齢者が結んだ契約に関し、サービス提供企業との間での係争が生じている。また、認知症者による万引きや、認知症者に対する虐待が増加している。 (p16-18)
- ◆認知症者や家族、社会を守る制度として成年後見制度がある。その責任の範囲が不明確で、成年後見人にメリットが少なく、活用が進んでいない。認知症の家族を損害賠償請求から守る保険商品が拡充されている。 (p18-20)

目 次

はじめに.....	1
1. 認知症とは何か（定義、分類、症状、患者数、原因）	2
(1) 認知症とは、「一度成熟した脳機能の低下」	2
(2) 認知症の症状、健常な物忘れと異なる異常な物忘れ	3
(3) 認知症における徘徊・異食などの異常行動、BPSD	4
(4) 認知症者の数　－65歳以上の高齢者の6人に1人が認知症－	4
(5) 正常と認知症の境目、軽度認知障害（MCI）とは	5
(6) 認知症の多くを占めるアルツハイマー型認知症の病理と原因仮説	6
(7) 認知症と遺伝　－カウンセリング提供体制などの十分な対応が必要－	7
(8) 認知症の診断　－境界はなく、診断は専門医の判断に依る－	7
(9) 認知症の治療方法、薬物療法と非薬物療法	8
(10) 認知症への医学的対応の限界と社会的支援の重要性	9
2. 認知症の社会的・経済的影響	10
(1) 認知症の社会的コストは約14.5兆円、GDPの約2.8%	10
(2) 医療費と医療インフラに対する影響	10
(3) 介護費用と介護保険制度に対する影響	11
(4) 本人の経済基盤や日本の経済成長を揺るがす介護離職問題	12
(5) 認知症と診断されると失効する自動車運転免許	12
(6) 認知症による徘徊者の増加により増す社会的負担	13
① 年々増加する認知症徘徊による行方不明者	13
② 認知症者の起こした鉄道事故をめぐる最高裁判決	14
③ 最高裁判決に対する関連団体及び新聞の反応	15

(7) 認知症を疑われる高齢者との適切な消費者契約の在り方	16
① 認知症者による契約は法律的には無効となる可能性	16
② 認知症高齢者との不適切なサービス契約から「大炎上」となった PC デポ	16
③ PC デポによるその後の対応	17
(8) 認知症者が関わるその他の事件、意識しない万引き	18
(9) 認知症の介護疲れやいら立ちによる介護者や家族による虐待	18
(10) 成年後見制度、その権限、責任と限界	18
(11) 認知症者の起こした損害を賠償する保険、損害を給付する公的な制度	20
最後に.....	21
参考資料.....	22

はじめに

認知症者が増え続けている。2012年時点での全国の高齢認知症者は462万人と推計され、有病率は約15%と報告されている。すなわち、65歳以上の高齢者の6人に1人が認知症であり、約20人に1人が重度の認知症である。25年には、それが750万人に達すると推計されている。認知症は、医療問題だけでなく、重大な社会問題である。14年時点の認知症の社会的コストは14.5兆円にのぼる。がんの社会的コスト（05年時点9.7兆円）が、医療費を除けば、がん罹患による早期の死亡による逸失利益が占めるのに比べ、認知症においては、介護費用とインフォーマルケア（家族やコミュニティによる介護）が大部分を占め、社会的負担が大きい。

認知症者は、病状が進むと自覚が無くなり、法律的にも責任無能力者とされる。しかし、認知症者は体力があり、徘徊などの行動を起こすことから、さまざまな社会問題が生じる。また、認知能力が低下した高齢者をめぐる消費者契約にかかる問題や、認知症の家族を介護するために職を離れる介護離職などの問題も生じている。

「人間には2通りの生き方しかない。認知症になるまで長生きするか、その前に亡くなるか」（東京女子医科大学、岩田誠名誉教授）¹⁾。これまで人類は、認知症を発症する前に死を迎えていた。医療や公衆衛生の発達により、脳以外の臓器の障害による死を免れるようになった結果、脳の加齢による認知症が顕在化したのである。現時点では、認知症を根本的に治療する方法はなく、臨床的に証明されている効果的な予防法もない。認知症は、発症した本人だけでなく、介護する家族や社会に、大きな負担を生じさせる。一方で、生物の老いは不可避であり、社会全体として認知症対策に取り組んでいく必要がある。

本レポートでは、認知症とは何か、どんな社会的負担や社会問題が生じているかについてまとめた。認知症者と共に暮らす時代を迎え、社会は変わらざるを得ない状況になりつつある。個人や企業が対応や対策を考えるきっかけになれば幸いである。

1. 認知症とは何か（定義、分類、症状、患者数、原因）

（1）認知症とは、「一度成熟した脳機能の低下」

認知症とは、介護保険法²⁾では「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」と定義されている。

また、日本神経学会のガイドライン³⁾では、「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいい、それが意識障害のないときにみられる」と定義されている。国際的に広く用いられる世界保健機関による認知症診断基準（ICD10）の要約を例に示す。

このような診断ガイドラインなどを参考に、認知症であるかどうかは、医師が総合的に判断することになる。

なお、認知症疾患治療ガイドラインは17年版⁴⁾が作成中であり、案が学会により提示掲載され、意見公募（パブリックコメント）が行われている。

表1 WHOによる認知症の診断基準（ICD10）の要約

<p>A. 次の2項目が存在。</p> <ol style="list-style-type: none">1. 記憶力の低下。2. 認知能力の低下。 <p>B. 周囲の状況を認識する能力が、A項の症状を明らかに確認できる十分な期間が保たれていること。</p> <p>C. 次の1項以上を認める。</p> <ol style="list-style-type: none">1. 情緒的不安定性。2. 易刺激性。3. 無関心。4. 社会行動における粗雑さ。 <p>D. A項の症状が、明らかに6ヶ月以上存在して確定診断される。</p>

（「認知症疾患治療ガイドライン2017（案）」⁴⁾より引用）

(2) 認知症の症状、健常な物忘れと異なる異常な物忘れ

認知症者に共通の以下の異常な物忘れ症状を「中核症状」という。

表 2 認知症の中核症状

見当識障害	日時・場所の理解や方向感覚などが失われ、周囲の人を見ても自分が置かれた状況を判断できなくなる。「今居る場所が分からない、今日の日付が分からない、知人、縁者と会っても、思い出せない、周りの人間と自分との関係が分からない」といった症状を指し、認知症の典型的な症状とされる。
判断力の障害(実行機能障害)	「行動の目的が定まらない」「行動が自立出来ない」など、行動をとる際に支障をきたすこと。
失語	「聞く・話す・読む・書く」といった音声・文字などの言語情報に関する機能が失われた状態。
失認	「五感(視覚・聴覚・触覚・嗅覚・味覚)」を正常に働かせ、状況を正しく把握することが難しくなった状態。
失行	目的とする行動の方法が分からなくなる状態。たとえば、服の着方を忘れる。ドアの開け方を忘れる。電気のつけ方を忘れるなど。

(認知症ネット「認知症の中核症状と周辺症状(BPSD)」⁵⁾ 他を参考に ARC 作成)

人は誰でも加齢と共に脳の機能が衰え、年相応の自然な物忘れ(生理的健忘)がみられるようになる。生理的健忘の場合、物をどこにしまったかを忘れることがあっても、自分がしまったこと自体を忘れることはない。また、食事の内容を忘れることがあっても、食事をしたこと自体を忘れることはない。認知症においては、自分がしまったことを忘れてしまい盗まれたと妄想したり、なんども食事を要求したりする行動が見受けられるようになる。

表 3 正常な物忘れ(生理的健忘)と認知症の違い

	生理的健忘	認知症
物忘れの内容	一般的な知識など	自分の経験した出来事
物忘れの範囲	体験の一部	体験したこと自体
進行	進行しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力、判断力	維持されている	低下する
日時の見当識	保持されている	障害されている

(認知症ネット「物忘れと認知症の違いは？」⁶⁾ 他を参考に ARC 作成)

(3) 認知症における徘徊・異食などの異常行動、BPSD

認知症では、これまでの人生で積み重ねてきた人間社会で暮らすための知識や知恵、社会との関係を喪失し、これまでできていたことができなくなる。そのような状態が進行することによる焦燥感、不安などから生じるとされる、徘徊や異食、暴力・暴言などの BPSD（行動・心理症状）が特徴である。BPSD は、認知症が進行し、重症化すれば、減少する^{4,5)}。

表 4 認知症における BPSD

徘徊	自分のいる場所や時間の見当識が障害を受け、現在の環境が理解できず、実家などに戻ろうとする(帰宅願望)、あるいは元の場所に戻って来られなくなる症状。
弄便(ろうべん)・失禁	弄便は、大便に手で触れたり掴んだり、至る所に擦りつける行為。失禁は、トイレの場所が分からなくなる、トイレのやり方が分からなくなることにより生じる。
物盗られ妄想	どこに片づけたかではなく、片づけたこと自体を忘れてしまい、盗まれたと、家族や他人を疑う症状。
せん妄・幻覚・錯覚	せん妄は、意識障害が起こり、頭が混乱した状態であり、大きな声を出したり、暴れたりすることがあるため、介護者にとって大きな負担となる。
摂食障害・異食	異食とは、食べ物に対する見当識が障害され、食べられない物を口にしたり、実際に食べてしまう症状。
暴力・暴言・介護拒否	思っていることを表現することが難しくなり、いらだちを理性で抑えることができなくなることから生じる。
不眠・睡眠障害・昼夜逆転	夜間の睡眠量が減り、日中に傾眠傾向となり、昼夜逆転が起きやすくなる。

(認知症ネット「認知症の中核症状と周辺症状 (BPSD)」⁵⁾ 他を参考に ARC 作成)

(4) 認知症者の数 — 65 歳以上の高齢者の 6 人に 1 人が認知症 —

厚生労働省の研究報告⁷⁾によると、全国 8 市町で行われた認知症有病率調査から、12 年時点での全国の高齢認知症者は 462 万人と推計され、65 歳以上の高齢者における有病率は約 15%と報告されている。うち、軽度が 36.6%、中等度が 22.9%、重度が 35.5%である。すなわち、65 歳以上の高齢者の 6 人に 1 人が認知症であり、約 20 人に 1 人が重度の認知症である。認知症の型別で見ると、アルツハイマー型認知症が 67.6%、脳血管性認知症が 19.5%であった。1980 年代から 2000 年代にかけての認知症有病率は 3.8

～11%と報告されており、認知症有病率は増加傾向にある。また、認知症の型としては、アルツハイマー型認知症が増加しているとされている。25年の推計認知症患者数は675万人で、認知症のリスク因子とされる糖尿病の頻度が、調査時点より20%上昇すると仮定した場合には、その数が730万人になると推計している^{4,7)}。

認知症有病率は、65-69歳では約2%にすぎないが、年齢と共に上昇し、90歳の時点で過半数を超える(図1)。

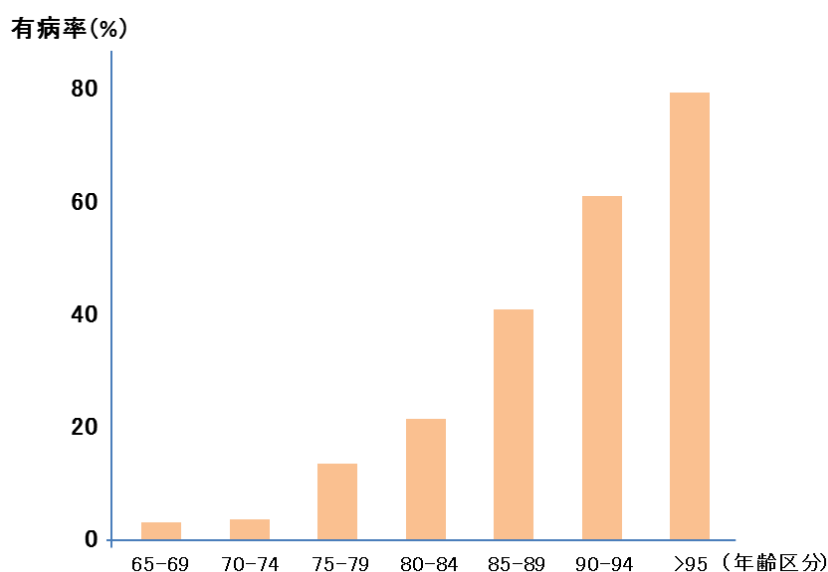


図1 年齢と認知症有病率の関係

(国立長寿医療研究センター資料⁸⁾を参考にARC作成)

全世界における認知症患者数は15年時点で4,680万人と推計されている。今後20年毎に倍増するペースで30年には7,470万人、50年には1億3,500万人に到達すると推計されている。低～中所得国で著しい増加が見込まれるが、欧米などの高所得国では、認知症有病率あるいは発症率の減少が報告されている^{4,9)}。

(5) 正常と認知症の境目、軽度認知障害(MCI)とは

ところで、認知症にまで至らない状態として、軽度認知障害(MCI)というものがある。「記憶障害の訴えがあり、部分的な認知機能に問題が生じているが、全般的な認知

機能は正常で、日常生活には支障がない状態であり、認知症に至っていない状態」を指す^{4,10)}。日本の軽度認知障害 (MCI) の有病率は 65 歳以上の高齢者で 15~25%と推計されている⁴⁾。

MCI から認知症への移行は 5~15%/年とされ、一方、MCI から正常への回復は 16~41%/年とされている⁴⁾。つまり、MCI は、認知症と正常の間の境界領域であるが、必ずしも認知症前段階というわけではない。しかし、認知症の発症は、MCI の段階を経ることから、MCI の状態において予防を開始し、認知症への移行を減少あるいは遅延させることは、意義がある。

(6) 認知症の多くを占めるアルツハイマー型認知症の病理と原因仮説

認知症の型では、アルツハイマー型が約 7 割を占め、増加傾向にある。アルツハイマー病は、脳にアミロイドβの蓄積による老人斑とタウタンパクの線維状凝集体 (神経原線維変化) が生じ、神経細胞が死滅、認知症に至ると考えられている (アミロイドカスケード仮説¹¹⁾ 図 2)。老人斑、神経原線維変化は、認知症でない高齢者にも出現する。また、加齢に伴う、アミロイドβの沈着は、30~40 代から始まり、通常 20~30 年以上かけて起きる現象である。老人斑や神経原線維変化の形成がなぜ神経細胞死に結びついているかはまだ明らかではない^{4,11)}。

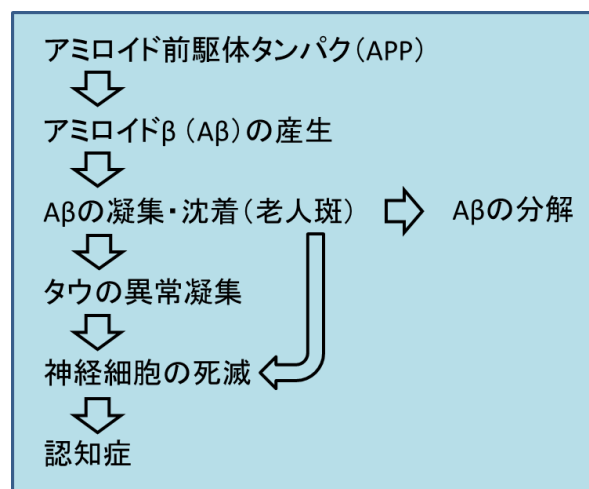


図 2 アミロイドカスケード仮説
(日本認知症学会 HP 内資料¹¹⁾ を参考に ARC 作成)

（７）認知症と遺伝　－カウンセリング提供体制などの十分な対応が必要－

現在、遺伝性認知症の原因遺伝子として、APOE 多型が知られている⁴⁾。市販の遺伝子検査キットで APOE 多型の有無を確認することは可能である。しかし、APOE 多型遺伝子を保有することが直ちに、認知症を発症するということを意味するものではない。遺伝子は、個人の努力で変えることができないものであり、また、次世代に影響を与えるものである。遺伝子検査により、認知症発症リスクが高いことを、本人に知らせ、適切な食生活や運動、認知機能向上訓練など、認知症の予防に役に立つとされる生活を習慣づける意義はあるが、一方で、差別の対象となったり、本人の精神状態への悪影響が懸念されているため、カウンセリング提供体制などの十分な対応が必要とされる⁴⁾。

（８）認知症の診断　－境界はなく、診断は医師の判断に依る－

認知症は精神疾患であり、がんのように「あるなし」ではなく、認知機能検査や画像検査などにより総合的に診断されるものである。糖尿病におけるヘモグロビン A1c 値のような、認知症鑑別に信頼できる血液検査、生化学検査もない。また、認知症と MCI を含む非認知症との間は連続的であり、どこで線引きするかは、認知症診断ガイドラインに基づく、医師の判断に依るところが大きい。さらに、認知症に似た症状を一過性に示す疾患もあるため、これらとの鑑別も必要である。認知症と診断されると、運転免許の制限など、本人や家族の生活への影響も甚大であることから、経験を積んだ専門医による適切かつ慎重な診断が望まれる。通常、一般検査、認知機能検査、形態画像検査（CT または MRI）、脳機能画像検査、血液・脳脊髄液検査等を行い認知症の病型や進み具合の診察を行い、治療可能なタイプの認知症や認知症に類似した認知機能障害を除外することにより診断される^{4, 12)}。

認知症には、頭部外傷、出血や腫瘍などによる認知症など、原因を取り除けば治るタイプの認知症もある。現時点で、アルツハイマー型認知症は治すことはできないが、病気の進行を薬で遅らせることが可能である。また、認知症が進んで、何もわからなくなった時の家族などへの負担を考え、現在の病状を知り、病気の進行を遅らせ、適切なケアを受ける共に、認知症が進行するまでの残された時間を有意義に利用することも重

要とされる。

一方、比較的、診断基準が明確で他覚症状が主である認知症に比べ、MCI とされる状態は、軽い MCI から認知症に近い MCI までさまざまである。MCI は病気ではなく、多くの場合、正常に戻るため、医薬品を処方することはない。MCI であることを自覚し、糖尿病や高血圧、飲酒・喫煙などの認知症のリスクファクターとされる因子を取り除き、認知機能を鍛えることは認知症予防に役に立つとされている¹³⁾。

しかし現状、認知症を隠そうとする気持ちや、認知症者やその家族に対する差別、運転免許の取り消しなどに対する懸念も少なくない。認知症と診断された本人や家族のショックが大きいため、医師も認知症と診断することに躊躇がある。認知症と診断された場合、MCI と指摘された場合、どうしたらよいかということに関して周知すると共に、社会の認知症に対する理解を深めるため、認知症サポーターや認知症サポート医の養成、認知症初期集中支援チームの市町村への設置などの認知症者支援体制の整備が進められている。

(9) 認知症の治療方法、薬物療法と非薬物療法

認知症は、脳のネットワークを形成する脳細胞の死滅による機能不全であるため、死んだ脳細胞を生き返らせることや、いったん消失したデータ（記憶）を回復することはできない。よって治療は、生き残っている脳細胞の活用や賦活化、認知症のさらなる進展の防止、認知機能の改善と生活の質（QOL）向上を目的として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせる⁴⁾。

アルツハイマー型認知症においてはコリンエステラーゼ阻害薬や NMDA 受容体拮抗薬が使用されている。これらは、脳の活動を活性化し、認知症の「中核症状」の進行を遅らせることができる。しかし、認知症者は、その認知機能障害ゆえに初期から服薬管理が困難になることにも留意する必要がある。また、高齢者はさまざまな疾患を併発していることが多く、薬物療法は、結局、薬漬け状態を起し、薬剤の副作用を抑えるために薬剤を処方する処方カスケードを起しやすいとされる⁴⁾。

認知症者に対する非薬物療法として、認知機能訓練、認知刺激、運動療法、回想法、

音楽療法、日常生活動作（ADL）訓練などがある。科学的に有効であるとする証拠に乏しいとされるが、非薬物療法は、精神症状や行動障害の緩和だけを目的に行われるわけではない。例えば、回想法、音楽療法といった手法は認知症者と積極的にコミュニケーションを取り、共に生活して行くための関わりの手段としての意味もある⁴⁾。

向精神薬は、認知症の徘徊やせん妄、不眠などの BPSD を抑制し、介護者の負担を下げる効果がある。しかし、認知症の進展抑制には効果がなく（却って有害な場合もある）、また認知症者を薬物でおとなしくさせるという発想は、「認知症者に寄り添う社会」の精神にそぐわない。非薬物治療を薬物治療より優先的にを行い、BPSD への対処に向精神薬を用いることは、やむを得ない手段とされる⁴⁾。

（10）認知症への医学的対応の限界と社会的支援の重要性

これまで医学界は、認知症に対して、早期の診断と治療開始を勧めてきた。しかし、治療法に限界がある以上、これらの取り組みだけでは本人とその家族の受ける心理的打撃や将来に対する不安への対応が不十分である。当事者たちが安心して将来に備えるために、認知症診断後の早い段階から生活に役立つ情報や介護や社会保障などに関する情報を提供し、将来計画を考えるための支援を行うことが重要である⁴⁾。そのために、疾患を理解し症状に対処するのに役立つ情報の提供や、当事者や家族の悩みを共有、理解し、情報交換、相互支援を目的とした、認知症支援ネットワークや公的支援ネットワークへつなげることや、元の職場や地域等のコミュニティへのつながりを維持するための支援を行い、周囲からの支援を最大化し、孤立を回避し、生活の質を高めることが必要とされている。

2. 認知症の社会的・経済的影響

(1) 認知症の社会的コストは約 14.5 兆円、GDP の約 2.8%

厚生労働省の研究報告¹⁴⁾によれば、14年時点での認知症の社会的コストは約 14.5 兆円と推計されている。内訳は、医療費が 1.9 兆円、公的介護費が 6.4 兆円、インフォーマルケアが 6.2 兆円である。インフォーマルケアは、家族などによる介護を指す。つまり介護全体にかかる費用は 12.6 兆円となる。認知症の要介護者 1 人あたり、平均約 25 時間/週がインフォーマルケアに費やされ、その年間コストは約 382 万円とされている。このインフォーマルケアのコスト推計には、見守り時間が考慮されていないことなどから、低めに見積もられている可能性がある。高齢化の進展に伴い、認知症の社会的コストは、60 年に 24.2 兆円となると推計されている¹⁴⁾。

一方、がんの社会的コストは、国立保健医療科学院の曾根氏の研究¹⁵⁾によれば、05 年時点での推計で、9.7 兆円（うち医療費 2.6 兆円、早期死亡や加療による労働損失 7.1 兆円）としている。がんの社会的コストでは、医療費を除くと、働き盛りの労働力の喪失による逸失利益であり、出費の伴うものではない。それに対し、認知症では、認知症者の介護のための労働コストである点が大きく異なる。

「World Alzheimer Report 2015」¹⁶⁾によれば、世界の認知症にかかるコストは、15 年で 8,180 億ドルと推計され、18 年までに 1 兆ドルを超すとしている。医療費、公的介護費、インフォーマルケアで、それぞれ 15 年時点で、1,590 億ドル、3,280 億ドル、3,310 億ドルと推計している。

つまり、認知症の社会に対する経済的な影響は、認知症者の介護や見守りにかかる費用や家族の労働機会損失などの非医療費にある。認知症が社会問題といわれる所以である。

(2) 医療費と医療インフラに対する影響

認知症にかかる医療費は、直接的には、その診断にかかる医療費、治療に使用する薬剤を含む医療費である。間接的には、認知症によって引き起こされる BPSD や転倒な

どにより生じる怪我をどう見積もるかという点もある。現在、使用されている抗認知症薬は4種類ある。いずれも、脳の機能を活性化し、認知症の症状の悪化を抑制・遅延させるタイプの薬剤である。15年の市場規模は約1,500億円である¹⁷⁾。また、認知症に伴う、不安や不眠などのBPSDを抑制するために向精神薬も用いられている。

認知症は罹患者が多い割には、薬剤費が少ない。厚生労働省の推計¹⁴⁾では、認知症にかかる医療費は1.9兆円であり、医療費全体に占める割合も5%程度で、他の疾患に比べ突出しているわけではない。しかしそれは、現状、根本的な治療薬がないためであって、現在開発中の高価な抗体医薬品や、診断のために必要なPET（陽電子放出断層撮影）のような高額な検査機器が承認・使用されることになれば、状況は一変するだろう。

中央社会保険医療協議会（中医協）の資料¹⁸⁾によれば、一般病棟（89.4万床¹⁹⁾）の約2割、療養病棟（32.8万床¹⁹⁾）の約6割が「認知症あり」の入院患者で占められている。また、厚生労働省の調査²⁰⁾によれば、精神病棟（33.6万床¹⁹⁾）の約2割が認知症者で占められている。日本の総病床数167万床¹⁹⁾のうち、約3割が認知症者で占められていることになる。認知症者の増加は、確実に医療インフラに負荷を与えている。

（3）介護費用と介護保険制度に対する影響

16年度の介護総費用（介護給付と利用者負担の合計）は10.4兆円である²¹⁾。また、17年6月時点での要介護（要支援）認定者数を637万人としている²²⁾。そのうち、どの程度が、認知症にかかる介護であるかは明らかにされていないが、10年時点での介護保険制度を利用している認知症高齢者（日常生活自立度Ⅱ以上）を280万人（15年に345万人、20年に410万人）としている²³⁾。日常生活自立度Ⅱは、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られるが、誰かが注意していれば自立できる状態である。すなわち、介護保険利用の約半数が認知症に関わるものであり、少なくとも約5兆円が認知症介護に使われている計算となる。認知症のさらなる増加は、介護保険に著しい負荷を与える。

(4) 本人の経済基盤や日本の経済成長を揺るがす介護離職問題

厚生労働省の16年の国民生活基礎調査²⁴⁾によれば、認知症は高齢者の介護が必要になった理由の18%を占める(脳卒中16.6%、高齢による衰弱13.3%)。介護を主に担う人が同居の家族という割合は約6割、65歳以上同士の「老老介護」が過半数を占める。介護保険によらない介護出費は、想定よりかなり多い可能性がある。

総務省統計局「平成24年就業構造基本調査 結果の概要」²⁵⁾によれば、11年10月～12年9月の1年間の介護離職者は、約10.1万人に上る。介護離職は離職者本人の経済基盤を揺るがす上、経済成長へのマイナスの影響も懸念されている。また、約291万人(男性130.9万人、女性160.1万人)が家族を介護しながら働いており、介護者全体の52.2%、働いている人全体の4.5%を占める。一方、介護をしながら働く被雇用者のうち、介護休業や介護休暇などの制度を利用しているのは15.7%にとどまっている。介護は、保育と異なり、いつまで続くか見通せず、一時的な休暇で対処できる問題ではないことも、介護離職の原因となっている。また、現在の高齢者の介護を担う世代は、介護される世代より兄弟姉妹が少なく、1人が担う介護負担が重くなっている。

(5) 認知症と診断されると失効する自動車運転免許

現時点で、認知症と診断されると制限を受ける唯一の資格として自動車運転免許がある。背景として、高齢者による交通事故の増加がある。75歳以上の運転者による死亡事故の割合は、05年の7.4%から15年には12.8%に増加した。また、75歳以上の運転者による死亡事故において、事故前の認知機能検査により、5割近くが「認知症の恐れあり」または「認知機能低下の恐れあり」と判定されていた²⁶⁾。

17年3月、改正道路交通法が施行され、高齢運転者対策として自動車運転適性検査制度の見直しが行われた。75歳以上の高齢者は、運転免許証更新時に実施される認知機能検査により「認知症の恐れあり」と判定された場合、医師による臨時適性検査の受診が義務づけられる。また、免許更新時以外でも一定の違反行為があった場合、臨時認知機能検査が実施され、更新時と同様の判定が実施される。医師による臨時適性検査で認知症と診断されれば、公安委員会の判断で免許が取り消されることとなる²⁶⁾。

また、改正道路交通法施行後の17年5月までの81日間に43.1万人が認知機能検査を受け、約1.2万人が「認知症の恐れがある」と判定された。このうち約1,800人が、医師の診察を受け、免許が取り消された人は229人だった。また、「認知症の恐れがある」と判定された約1.2万人のうち、987人が、自主的に返納した²⁷⁾。合わせると、約1,200人が、認知症を理由に、免許の取り消しあるいは返納を行ったことになる。医師の診察結果は、約2割が「認知症」、5割が「認知症ではないが、認知機能に低下が認められる」、3割が「認知症ではない」であった²⁷⁾。現時点で「認知症ではないが、認知機能に低下が認められる」に該当し、今後認知症となる恐れがあるという診断書が提出された場合は、その後、6ヵ月～1年以内の再検査が義務付けられている²⁸⁾。

現時点で、認知症に的確な診断を行える認知症を専門とする警察庁による指定医は約1,100人に過ぎず手が足りないのが実状だ²⁷⁾。専門医以外の医師でも認知症の診断は可能であるが、認知症は専門医でも確定診断に迷う場合があるとされる。

一方、運転免許を失う高齢者の「足」の確保も問題となる。これまでも、地方自治体は、高齢者の運転免許返納を促す支援対策として、コミュニティバスの運行や、バスやタクシーの回数券発行などを行っている。しかし、地方にはこうした支援策がなく、車だけが移動手段である地域も多い。そのような高齢者にとっての生活手段を一方的に奪うことに対する、医師や高齢者のとまどいの声も上がっている²⁹⁾。

(6) 認知症による徘徊者の増加により増す社会的負担

① 年々増加する認知症徘徊による行方不明者

警察庁³⁰⁾によれば、16年に届出を受理した行方不明者は8万4,850人であり、06年以降、8万人台で横ばい状態にある。うち、認知症、またはその疑いによるものは1万5,432人（構成比18.2%）であり、11年の9,607人から、5年間で6割増加した。認知症になると、危険な場所に侵入したり、所有に対する見当識が障害されているため万引きなどを起こすことがある。また、自力で帰ること、携帯電話などによる連絡が不可能であり、脱水症状や転落などの危険があるため、捜索が必要となる。

② 認知症者の起こした鉄道事故をめぐる最高裁判決³¹⁻³⁴⁾

07年12月、アルツハイマー型認知症と診断され要介護4の認定を受けていた男性（当時91歳）が徘徊中、JR東海の駅構内から線路に立ち入り、列車にはねられて亡くなった。JR東海は列車が遅延して損害が発生したとして、家族（妻及び長男他）に対し、損害賠償（719万7,740円）を求める裁判を起こした。1審と2審では「家族に監督義務がある」とし、損害賠償を命じる判決が下された。しかし、最高裁は下級審の判決を覆し、家族に責任なしとした。この判決は、認知症者の介護とその家族などの保護者の法的責任の範囲をめぐる裁判として、そして、認知症者の関わる事故や事件に対面した企業の取り得るべき対応に関して大きな転換点となる判例となった。

民法713条では、「精神上の障害により自己の行為の責任を弁識する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えた者は、その賠償の責任を負わない」と定められており、裁判においても、本人は責任無能力者とされた。民法714条1項に、「責任無能力者がその責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、監督義務者がその義務を怠らなかつたとき、又はその義務を怠らなくても損害が生ずべきであったときは、この限りでない」とする。さらに、民法714条2項に、「監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う」としている。

JR東海は、認知症者の家族が「法定監督義務者」あるいはその代理である者として、損害賠償を請求した。下級審では、家族が「法定監督義務者」あるいはそれに準ずる者に相当するとして、賠償の支払いを命じた。

最高裁は、まず保護者や成年後見人であることだけでは、直ちに「法定監督義務者」とすることはできないとした（これまで、保護者や成年後見人であれば、「法定監督義務者」とみなされていた）。さらに、法定監督義務者にあたらなくても、実際に監督義務を果たしていたか、監督することが可能であったかどうかなどの諸般の事情を考慮、バランスを取った上で、「法定監督義務者に準ずる者」として、損害賠償責任を問いただした。

さらに、最高裁は、「法定監督義務者」ならびに「法定監督義務者に準ずる者」か

どうかを判断する上での基準を示した上で、認知症の男性の妻（当時 85 歳）は、認知症の男性の介護にあたっていたが、本人も要介護 1 の認定を受けており、認知症の男性の徘徊を防止・監督することが現実的に可能な状況にあったとはいえないとした。また、認知症の男性の長男は、認知症の男性とは 20 年以上同居しておらず、認知症者を監督することが可能な状況にあったとはいえないとした。

判決ではこの点について、当事者の生活・心身の状況や日常的な関わり方、介護の必要度などを総合的に考えた上で、それぞれ個別に判断されるべきと指摘した。詳しい事情を勘案し、ケースバイケースで決めるべきだという見解を初めて示したことになる。

③ 最高裁判決に対する関連団体及び新聞の反応

認知症者の増加に伴い、認知症者が起こす事故・事件は、今後も増えていくと予想される。その中で、認知症者が起こした事故に対する損害賠償責任を、認知症者の介護者、家族、成年後見人に一方的に強いるものでないことを明確にした判決であった。一方で、認知症者の起こす事故・事件によって生じた損害に対して、だれが賠償責任を負うのかに関して、必ずしも明確とされなかったことが指摘されている。

判決後、認知症の関連団体からは、判決を肯定的に評価する意見表明が相次いだ。公益社団法人認知症の人と家族の会³⁵⁾は「この判決は、全国の家族と認知症介護に関わる人々に大きな安心と元気を与えてくれた」とした一方で、認知症による鉄道事故被害の社会的救済が必要であると引き続き訴えていくとしている。

公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート³⁶⁾は、「認知症の人の介護に携わる多くの人の意識に合致した妥当な判断として評価できる」とした一方で、家族や成年後見人などの認知症者の事実上の監督義務者の責任が場合によって問われるとされたことに対して、公的な保障制度の構築や民間の保険の活用などへの施策を訴えている。

一方、新聞各紙³⁷⁾は、認知症介護の実態を重くみた最高裁判決を好意的に評価すると共に、認知症の増加に伴う事故などの損害を、社会全体のコストとして受け入れる考え方もあるとしている。また、被害者が、中小企業や個人であった場合、被害救済をどうするか課題が残るとした。

(7) 認知症を疑われる高齢者との適切な消費者契約の在り方

① 認知症者による契約は法的には無効となる可能性

比較的軽度な認知症の場合、自身の行為の利害得失を判断する知的能力である「意思能力」を有する場合がある。しかし、重度の認知症においては「意思能力」を喪失している可能性が高く、その場合の消費者契約締結などの法律行為は無効とされている³⁸⁾。精神障害者保護の観点から、法律行為をなし得る能力「行為能力」を制限して、法律行為を代行する、後述する成年後見制度がある。成年後見人は、成年被後見人による契約の取消権を有する。

しかし、契約締結時において、相手が認知症なのか、「意思能力」があるのか、成年後見人が付されているかどうかを判断することは容易でなく、契約後、認知症に発展した場合、契約時において認知症であったのか、それとも単なる認知能力の低下であったのかを、判断する方法はない。

② 認知症高齢者との不適切なサービス契約から「大炎上」となった PC デポ³⁹⁻⁴¹⁾

認知症の高齢者との契約により、ネット上で「大炎上」した東証1部上場企業ピーシーデポコーポレーション（以後、PC デポ）の例で、認知症が疑われる高齢者との消費者契約の難しさをうかがい知ることができる。

15年12月、82歳の独居高齢者（以後、「父親」とする）が以前から利用していたPCデポを訪れ、パソコンの不具合について相談した結果、月額15,000円のサポート契約（10台までのパソコンをサポート、iPad1台レンタル他）を締結した。父親は、当時、認知症であり、契約を結んだことに対する記憶はない。その後、父親の老人ホーム入居をきっかけに息子がレシートを発見し、16年8月、サポート契約の解除を行ったところ、20万円の契約解除料が請求され、交渉による減額を経て、10万円の契約解除料を支払った。息子が、この経緯をツイッターに投稿したところ、SNS上でまたたくまに拡散、炎上した。

PCデポは、当初、父親が内容を了解して結んだ正当な契約であると主張した。しかし、契約内容が、独居高齢者が結ぶ内容としては過大なものであり、高齢者の認知能力

低下につけこんだものではないかと疑われた。その後、PC デポは、「実態にそぐわない契約である」ことを認めたものの、その後の対応が後手に回り、新聞やテレビでも取り上げられ、高齢者を食い物にする企業との風評が広がるに至った。騒動前 1,500 円を付けていた株価は、1/3 にまで暴落した。業績面でも、サポート契約の見直しや広告の自粛などで、大幅な減収減益となった。17 年 8 月時点で、株価は回復に至っていない。

③ PC デポによるその後の対応⁴²⁾

PC デポはその後、70 歳以上のサポートサービス新規加入者には、原則、家族もしくは第三者の確認を取ることとした。75 歳以上のサポートサービス加入者に対して、加入期間に関係なくコース変更いい契約の解除に無償で対応したうえ、会員約 40 万人に対してダイレクトメールを送り、顧客の使用状況とサービス契約に齟齬がある場合は、無償でコースの変更や解約に応じることとした。また、300 人態勢の品質管理部を組成し、従業員・アルバイトへの教育を徹底すると共に、契約に当たっては、販売担当者と品質管理部スタッフによる二重チェックを行うとした。

ところで、契約時点で、認知症であり「意思能力」がなかったとされれば、法的には契約は無効となり得るが、成年後見人が付されていないければ、無条件で、契約解除ができない。認知症者の家族としては、保護者としての負い目から、金銭的な解決を選ぶ可能性が高く、PC デポのケースでも息子は金銭的解決を選んだ。一方、企業側としては、すべての高齢者に対し、認知症であるかどうかを確認することは困難であり、契約後、認知症だったからという理由で無効を主張されたとしても、簡単に無償解約に応じがたく、PC デポも当初は正当な契約であると主張した。

PC デポのケースでは、すでに会社の存続を揺るがす大問題へと発展していたこともあり、顧客が 70 歳以上である場合は必ず家族の承諾を得る対応となった。しかし、高齢者によっては、家族の承諾を前提とすることを侮辱と取る可能性があり、高齢者差別となる懸念もある。また、そのような確認を行うことはコスト増につながる。家族がいない者、家族と疎遠にしている者とは、事実上契約できないという問題がある。

（８）認知症者が関わるその他の事件、意識しない万引き

06年2月、神奈川県がスーパーで万引きした疑いで逮捕された。本人には覚えがなく、冤罪を主張。事件から2週間後に懲戒免職になった。その後、言動に違和感を覚えた家族に付き添われ病院で診断を受けたところ、初期の前頭側頭型認知症と診断された。処分に対する不服申し立てを行い、3年以上に及ぶ審理の結果、処分は停職6か月に軽減され、公務員の立場と名誉を取り戻した（その後、自主退職）⁴³⁾。

認知症の一種である前頭側頭型認知症においては、脳の「前頭葉」あるいは「側頭葉」という部位が損傷を受けるため、物事に対する善悪の判断ができず、万引きなどの反社会的行動をとるようになる⁴⁴⁾。認知症により「意思能力」が失われていれば、責任無能力者であるため無罪だが、刑事罰を免れるためには、犯行時、「意思能力」が失われていたことを証明する必要がある。また、経済的被害を与えた場合には、家族に賠償が請求されることもあり得る。

（９）認知症の介護疲れやいら立ちによる介護者や家族による虐待

認知症の介護は忍耐が必要であるが、いつまでも続く長期間にわたる過酷な介護による疲れといら立ちから、介護者が認知症者への虐待に走る場合がある。厚生労働省によれば⁴⁵⁾、15年度に、148件（対前年58件増）の養介護施設従事者等による虐待に関する相談・通報が寄せられ、24件（対前年4件増）に虐待の事実が確認された。また、1,478件（対前年69件増）の介護者による虐待に関する相談・通報が寄せられ、822件（対前年27件減）の虐待の事実が確認された。被虐待高齢者のうち、7割以上が要介護認定を受けており、そのうち認知症（日常生活自立度Ⅱ以上）は約66%に認められた。つまり、虐待を受けた高齢者の半数が、認知症であった。

（10）成年後見制度、その権限、責任と限界

成年後見制度は、認知症などの精神上の障害により判断能力が十分でない人が不利益を被らないよう、その者の法的行為能力を制限し、本人の権利を守る援助者（成年後見人、保佐人、補助人）を選任し、本人の財産管理や身上監護に関する契約等の法律行

為全般（後見人）あるいは一部分（保佐人、補助人）を支援する制度である⁴⁶⁾。取引相手にとっては、認知症者に成り代わって、契約能力のある代理人との交渉が可能となり、取引の円滑化が図られることになる。

家族や行政などの申し立てにもとづき、家庭裁判所において、医師による診断書や本人との面会を経て、後見人を付すとの審判が下された者を成年被後見人、本人に代わって法律行為を行う者として選任された者を成年後見人とよぶ。成年後見人は、成年被後見人について、広範な代理権と取消権、財産管理権、療養看護義務を有する。取消権については成年被後見人の、日々の買い物などの日常生活に関する行為については取り消すことが出来ない。また、婚姻や離婚などの「身分法上の行為」や治療行為などの「事実行為」に関する同意など、本人の意思のみによって決めるべき事項についての取消権や代理権は行使できない⁴⁷⁾。

これまで、成年後見人は、法律行為の代理者であり、身上監護を負う保護者であるとされてきたことから、成年被後見人が事故などを起こした場合、賠償の責があるとみなされていた。また、成年後見制度は、第三者が成年後見人になることも想定しているため、家族が成年後見人となった場合であっても、成年被後見人の財産を厳格に管理する必要がある。成年後見人にかかる費用は、成年被後見人の財産より供出される。親族間での財産侵奪での親族相盗例は適用されず、厳格に管理し、裁判所に報告する必要がある。成年被後見人が死亡した場合、成年後見人の義務は消失するが、成年被後見人に身寄りがない場合や、家族が引き取りを拒否した場合、葬儀や相続などの死後事務も成年後見人の負担となる場合がある。それゆえに、成年後見人の成り手が少ないという問題が生じている。

みずほ総研の調査（17年5月）⁴⁸⁾によると、認知症者の預貯金・財産の管理を支援したことがある家族のうち成年後見制度を利用している者は約6.4%であった。成年後見制度のことは知っているが利用するつもりはないとする回答が過半数を占めた。成年後見制度を利用しなくても実質的に支障がないこと、成年後見人にかかる事務手続きが煩雑であることが理由として挙げられている。

前述の JR 東海の鉄道事故にかかる最高裁判決により、成年後見人が直ちに、「法定

監督義務者」となるわけではないという判断が示されたことから、状況が変わる可能性はある。だが、依然として「法定監督義務者に準ずる者」であることから、成年後見人が、十分な監護義務を果たしていたかが問われることになる。しかし、成年後見制度は、成年被後見人が不利益を被らないように保護するための制度であることから、成年被後見人が起こした事故に対する賠償責任を有するとするのは、特に成年後見人が家族でない場合、受け入れがたい。認知症高齢者の増加に伴い、認知症に関わる事故・事件の増加が予見されることから、成年後見人としての責任と義務範囲・報酬を明確にすると共に、利用しやすい成年後見制度にしていく必要がある。

(11) 認知症者の起こした損害を賠償する保険、損害を給付する公的な制度

最高裁判決でみるように、認知症者の家族や成年後見人などが、認知症者の起こした事故・事件の賠償責任を直ちに問われるわけではないが、「法定監督義務者に準ずる者」として、十分な監護義務を果たしていたかが問われる。監護義務を十分に果たしていなかったと判断されれば、賠償責任を負うことになる。家族や成年後見人が、安心して、認知症者の監護を務めるためには、何らかの保険制度が必要である。認知症者の家族は、万が一、賠償の責任を負う可能性があり、そのようなリスクに対応するために民間の保険制度を利用することになる。

JR 東海の鉄道事故にかかる最高裁判決以後、損害保険各社は「個人賠償責任保険」を見直し、認知症者が起こした事故に関する加入者への賠償をカバーする改定を行っている⁴⁹⁾。また、認知症者が契約者であった場合、その監護義務を負う家族らも補償の対象に加えるよう改定も行っている⁴⁹⁾。家族が認知症となった場合、かかるリスクに対応するためにも、保険への加入が望ましい。しかし、認知症者に身寄りがなく、保険料負担を行えるだけの資力がない場合もある。

一方、被害者側であるが、認知症者の保護者に責が認められない場合、認知症者の保護者に支払い能力がない場合、また認知症者に身寄りがなく、被害者側は泣き寝入りすることになる。現時点で、公的な被害者救済制度は存在せず、また万が一に備えた保険への加入にも限界があるため、国が関与する公的制度が必要だろう。

最後に

認知症は、つい最近、現れた疾患ではなく、古くから存在している。いわゆる「ボケ」あるいは「恍惚の人」というのがそうだ。高齢者が比較的少なく、それを支える子孫世代が多かった時代においては、認知症高齢者に対して、家族に貢献してくれた功労者に対する尊敬の念を込めて、家族単位で見守りや介護を行っていた。しかし、高齢化と共に少子化が進み、高齢者の数人に1人が認知症であり、子孫世代の多くが認知症の家族の介護に携わる、あるいは高齢者同士で介護する状況となり、すでに家族単位での認知症対策は限界に達している。

25年には、国民の3人に1人が65歳以上の高齢者であり、その高齢者の5人に1人が認知症と予想されている。認知症は、介護などの家族負担の高い疾患であることから、国民の多くが、なんらかの形で、認知症に関わることになる。社会は「認知症者と共に過ごす社会」へと確実に移行している。この社会変化は、本レポートで指摘しているように、さまざまな社会問題を生じさせているが、十分に対応できているとはいえない。自分自身あるいは家族が認知症者になるかもしれない個人、そのような社会や職場に対応を迫られる企業や自治体、コミュニティが、どう行動・対応していくかが問われている。

人類は、医学と公衆衛生の発達により、さまざまな疾病を克服、寿命の延伸をなし遂げた。その結果、寿命が尽きるまでの数年間、脳の老化現象である認知症になることを余儀なくされている。現状、認知症を根本的に治療する方法はなく、効果的な予防法も存在しない。脳の老化現象である以上、認知症者となることを避けることはできない。認知症を発症するまでの期間を先延ばしするしかない。そして、「認知症者に寄り添う社会」を構築することが必要だ。

次レポートでは、現在の認知症予防策、政府や自治体が行っている認知症対策、そしてかかる対策におけるビジネスチャンスについて、まとめる予定である。

参考資料

- 1) 日経ビジネス「あなたを襲う認知症」(2017年3月13日号 No.1882)
- 2) 介護保険法第5条の2
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09H0123.html>
- 3) 一般社団法人 日本神経学会「認知症疾患治療ガイドライン2010」
<https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo.html>
- 4) 一般社団法人 日本神経治療学会「認知症疾患治療ガイドライン2017」(案)
https://www.jsnt.gr.jp/Public_comment/index.html
- 5) 認知症ネット「認知症の中核症状と周辺症状(BPSD)」(2017年4月12日アクセス)
<https://info.ninchisho.net/symptom/s10>
- 6) 認知症ネット「物忘れと認知症の違いは?」(2017年4月12日アクセス)
<https://info.ninchisho.net/mci/k20>
- 7) 厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)総合研究報告書「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年度～平成24年度総合研究報告書(2013年3月)
http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf
- 8) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター「認知症ははじめの一步 -ご本人、ご家族のための教室テキスト-」(2015年4月)
<http://www.ncgg.go.jp/monowasure/news/documents/0511-5.pdf>
- 9) The global voice of dementia "Dementia statistics"(2017年3月28日アクセス)
<https://www.alz.co.uk/research/statistics>
- 10) 認知症ねっと「軽度認知障害(MCI)とは」(2017年5月30日アクセス)
<https://info.ninchisho.net/mci/k40>
- 11) 日本認知症学会 アルツハイマー型認知症(Alzheimer-type dementia: ATD)の病理(2017年5月30日アクセス)
<http://dementia.umin.jp/link4-1.html>
- 12) 認知症ねっと「認知症の診断とは」(2017年5月30日アクセス)
https://info.ninchisho.net/dem_diagnosis/d10
- 13) 認知症ねっと「認知症は予防できる?」(2017年5月30日アクセス)
<https://info.ninchisho.net/mci/k60>
- 14) 平成26年度 厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)「わが国における認知症の経済的影響に関する研究 平成26年度 総括・分担研究報告書」(2015年3月)
<http://csr.keio.ac.jp/pdf/2014年度認知症社会的コスト総括分担報告書.pdf>
- 15) 国立保健医療科学院公衆衛生政策部 曾根智史「がん対策の医療経済的評価に関する研究」(2008年)
http://www.jcancer.jp/wp-content/themes/jcancer/data/pdf/happyoukai_h22/5.pdf
- 16) World Alzheimer Report 2015
<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- 17) みんなの介護ニュース ニッポンの介護学「第120回 認知症薬の種類は主要4種…2020年にはアルツハイマー病治療薬の市場規模が2,900億円に!根本的な治療薬が開発される日も遠くない!」

(2017年6月10日アクセス)

<https://www.minnanokaigo.com/news/N58913476/>

- 18) 中央社会保険医療協議会 総会 (第 315 回) 入院医療 (その 6) について 資料 総-2 (2015 年 11 月)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf>
- 19) 厚生労働省 平成 27 年 (2015) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況 (2016 年 9 月)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/gaikyo.pdf>
- 20) 厚生労働省 第 5 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資料 2 「精神病床における認知症入院患者の状況について」 (2010 年 9 月)
<http://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000r30a-att/2r9852000000r3ux.pdf>
- 21) 厚生労働省老健局総務課 「公的介護保険制度の現状と今後の役割」 平成 27 年度
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf
- 22) 厚生労働省 「介護保険事業状況報告の概要 (平成 29 年 6 月暫定版)」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/ml7/dl/1706a.pdf>
- 23) 社会保障審議会 介護保険部会 (第 47 回) 資料 「認知症施策の推進について」 (2013 年 9 月)
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021004.pdf
- 24) 厚生労働省 平成 28 年国民生活基礎調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf>
- 25) 総務省統計局 平成 24 年就業構造基本調査 結果の概要 (2013 年 7 月)
<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/pdf/kgaiyou.pdf>
- 26) 政府広報オンライン 「3 月 12 日スタート、改正道路交通法の主なポイント (その 2) 運転免許を持つ 75 歳以上の方へ。認知機能の状況に応じ診断や講習の機会が増えます。」 (2017 年 2 月 22 日アクセス)
<http://www.gov-online.go.jp/useful/article/201702/2.html>
- 27) 第 5 回 高齢運転者交通事故防止対策に関する有識者会議 配布資料 2 「改正道路交通法の施行状況」 (2017 年 6 月)
<https://www.npa.go.jp/koutsuu/kikaku/koureiuntten/kaigi/5/shiryo/shiryo2.pdf>
- 28) 日本医師会 「かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」 (2017 年 3 月)
<http://www.aomori.med.or.jp/pdf/menkyokoushin.pdf>
- 29) 西日本新聞 「認知機能診断、医師悩む 患者減恐れ二の足 改正道交法施行 5 カ月」 (2017 年 8 月 16 日掲載)
<https://www.nishinippon.co.jp/nnp/oita/article/351183/>
- 30) 警察庁生活安全局生活安全企画課 「平成 28 年中における行方不明者の状況」 (2017 年 6 月)
<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/H28yukuehumeisya.pdf>
- 31) 法律事務所ミライト・パートナーズのブログ 「認知症事件 (JR 東海事件) 最高裁判決に関する簡単な解説とコメント」 (2017 年 6 月 2 日アクセス)
<http://milight-partners-law.hatenablog.com/entry/2016/03/02/152745>
- 32) 厚生労働省 第 4 回 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議 (2016 年 5 月)

31 日開催) 資料 2-1

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/04_shiryu2-1_1.pdf

- 33) 平成 26 年 (受) 第 1434 号, 第 1435 号 損害賠償請求事件 平成 28 年 3 月 1 日 第三小法廷判決
http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/714/085714_hanrei.pdf
- 34) 弁護士ドットコム「<認知症訴訟>家族が「事実上の監督義務者」になる場合とは? 最高裁判決の要点を解説」 (2017 年 6 月 2 日アクセス)
https://www.bengo4.com/other/1144/1280/n_4363/
- 35) 公益社団法人認知症の人と家族の会「家族と関係者に安心と元気を与えてくれた! JR 列車事故最高裁判決について」 (2016 年 3 月)
<http://alzheimer.or.jp/webfile/JRjikosaikousaihanketukenkai20160304.pdf>
- 36) 公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート 理事長 多田宏治「認知症列車事故の最高裁判決に関する理事長声明」 (2016 年 3 月)
https://www.legal-support.or.jp/akamon_regal_support/static/page/main/newsttopics/20160303.pdf
- 37) 介護のニュースサイト JOINT「認知症の事故、賠償は誰が… 最高裁判決を受け議論活発化」 (2017 年 6 月 22 日アクセス)
<http://www.joint-kaigo.com/social/pg1887.html>
- 38) 民法まとめ「意思能力と行為能力」 (2017 年 6 月 22 日アクセス)
<https://www.minpou-matome.com/民法総則/人/意思能力と行為能力/>
- 39) (株) 日本ベル投資研究所 IR アナリストレポート ピーシデポ コーポレーション (2016 年 8 月)
http://v4.eir-parts.net/v4Contents/View.aspx?template=ir_material&sid=57435&code=7618
- 40) (株) 日本ベル投資研究所 IR アナリストレポート ピーシデポ コーポレーション (2017 年 6 月)
http://v4.eir-parts.net/v4Contents/View.aspx?template=ir_material&sid=75630&code=7618
- 41) Yahoo ニュース ヨッピー「PC デポ 高額解除料問題 大炎上の経緯とその背景」 (2016 年 8 月)
<https://news.yahoo.co.jp/byline/yopypy/20160823-00061403/>
- 42) 株式会社ピーシーデポコーポレーション プレスリリース「弊社プレミアムサービスご契約のお客様対応に関するお知らせ」 (2016 年 8 月)
<http://v4.eir-parts.net/v4Contents/View.aspx?cat=tdnet&sid=1396227>
- 43) YOMIURI ONLINE yomi Dr. 「 [本人の思い] 中村成信さん (上) 「万引き」で病気に気づく」 (2017 年 8 月 2 日アクセス)
<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20120502-0YTEW61213/>
- 44) 認知症ネット ゆっきー先生の認知症コラム「第 28 回前頭側頭型認知症 (FTD) ケアのポイント」 (2017 年 8 月 2 日アクセス)
https://info.ninchisho.net/column/psychiatry_028
- 45) 厚生労働省 平成 27 年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」資料 1 (2017 年 8 月 2 日アクセス)
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaishakusuishinshitsu/0000155596.pdf>
- 46) 成年後見制度完全マニュアル「成年後見制度とは」 (2017 年 4 月 3 日アクセス)
https://www.seinen-kouken.net/1_seido/

- 47) 認知症ネット「成年後見制度（成年後見人）を利用する」（2017年4月3日アクセス）
<https://info.ninchisho.net/care/c90>
- 48) みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部「認知症の人に対する家族等による預貯金・財産の管理支援に関する調査」調査レポート（2017年5月）
<https://www.mizuho-ir.co.jp/publication/report/2017/pdf/ninchisho1705.pdf>
- 49) 毎日新聞「損保2社 認知症列車事故も補償 個人賠償保険を改定」（2016年12月7日掲載）
<https://mainichi.jp/articles/20161207/k00/00e/020/204000c>

<本レポートのキーワード>

認知症、アルツハイマー病、介護保険、成年後見制度

(注) 本レポートは、ARC のホームページ (<https://www.asahi-kasei.co.jp/arc/>) から検索できます。

このレポートの担当

主幹研究員 毛利 光伸

お問い合わせ先 03-3296-7019

E-mail mohri.mb@om.asahi-kasei.co.jp