(RS-1035) 禁複製

# 認知症社会に備える企業とビジネス

高齢化の進展にともない、認知症者が増加している。認知症は、発症した本人のみならず、 家族や職場、経済・社会に多大な負担を生じる。

認知症を治す治療法は現時点で存在せず、生活習慣の改善が予防策としてとられるが、その有効性は未知数で、即効性にも欠ける。そこで認知症者を企業や社会が受け入れる対策の重要性が増している。

前編(「認知症に揺れる日本」RS-1018)で、 認知症の社会に対する影響を取り上げたが、本 編では認知症に対する個人、企業、社会がとる 対策についてまとめた。

2019年 5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、がんや心筋梗塞、脳卒中を上回る最大の健康不安であるが、その根本的な治療法は存在せず、対症療法がとられている。アルツハイマー型認知症の原因とされるアミロイドβ沈着に対する診断法が発達している。しかし、アミロイドβの生成や沈着を阻害する薬物の有効性は現時点で確認できていない。 (p2-3)
- ◆認知症に最も深く関わる因子は加齢であるが、いくつかの遺伝的素因や生活習慣も 認知症発症のリスク因子である。生活習慣の改善や運動、余暇活動、認知訓練、音 楽療法などやそれらを組み合わせた非薬物療法が推奨されている。 (p4-9)
- ◆認知症者は精神障害者として保護の対象である。65歳未満の認知症である若年性認知症者の就労を支援する制度がある。認知症はほかの障害と異なり、回復の目途が立たず、会社や同僚に負担が大きいことから退職するケースが多い。就労継続より、退職後の支援体制が重要だ。 (p10-13)
- ◆企業として、認知症者と契約した場合の対応や、認知症者による被害への対策を考える必要がある。また、認知症の疑いのある従業員や認知症者を家族に持つ従業員に対する支援を行い、その負担を減らし離職を防止することも必要だ。 (p13-17)
- ◆政府は、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を策定し、包括的な認知症対策を実施している。認知症に対し、社会が向き合い、受け入れる先駆的な社会モデルとして、世界的にも注目されている。 (p17-18)
- ◆治療薬や予防薬が乏しいため、認知症予防ビジネスは体操や認知訓練などの非薬物的な予防とケアが中心となる。認知症の予防や認知症者本人やその家族、介護施設や介護従事者を対象とするビジネスが盛んである。 (p19-23)

# 目 次

は	じめに	Z
1	. 自分	うや家族が認知症になったらどうする -治療、予防と対策2
	(1)	認知症はがんや心筋梗塞、脳卒中を上回る最大の健康不安2
	(2)	認知症の診断と薬物治療の限界2
	(3)	認知症と密接に関係する因子 - 糖尿病、喫煙、食習慣、生活行動など 4
	(4)	認知症に有効とされる、さまざまな非薬物療法5
	(5)	認知症者本人だけでなく家族を含めたケアが必要6
	(6)	自分自身が MCI (軽度認知障害) や認知症と診断されたら7
	(7)	認知症者や家族を助ける公的制度・施設・団体8
2	. 「款	翌知症社会」における個人と企業10
	(1)	認知症者は精神障害者としてさまざまな保護を受けることができる10
	(2)	若年性認知症と雇用延長時代の雇用の在り方10
	(3)	認知症を発症すると実際には退職するケースが多い11
	(4)	認知症者と共に仕事する(自分や同僚に認知症の疑いが生じたら)13
	(5)	認知症者による被害や認知症者との契約トラブル13
	(6)	認知症者による被害に備える保険14
	(7)	企業ができる認知症予防は地道な生活習慣改善15
	(8)	働く世代が介護のために離職する介護離職への対策15
	(9)	認知症者が安心して暮らせる社会の実現を目指した新オレンジプラン17

3. ビジネスとしての認知症予防・対策19
(1) 認知症ビジネスの類型 -健常人、認知症者、介護者19
(2)治療より予防とケアを重視しはじめた社会20
(3) 急速に広がりを見せる認知症予防ビジネス21
(4) 社会的重要さを増す認知症ケアビジネス22
おわりに24
参考資料25

#### はじめに

2012 年時点での、高齢認知症者は 462 万人と推計されている。認知症は加齢とともに罹患率が上昇するため、高齢者人口の増加とともに認知症者も増加する。現在の年齢別の認知症罹患率が変わらないとすると 60 年には 850 万人に達する。認知症リスクである糖尿病罹患率などの上昇予測を踏まえると、60 年に 1,153 万人となるという推計もある。日本人の約8人に1人が認知症という時代を迎える。

認知症は、介護などの社会的負担の大きい疾患である。認知症は認知機能以外は、 比較的健常であることが多いため、徘徊のような異常行動への対応など介護の負担は大 きい。仮に認知症者2人に対して1人の介護者が必要だとすれば、60年には日本の労働 人口の8人に1人が認知症者の介護に係わるという計算となる。

医療技術の発達により、認知症も治る病気となる時代が来ることが期待されるが、 現状、認知症の抜本的治療法は存在しない。認知症発症の仮説に基づく多くの医薬品が 臨床試験に供されたが、18 年末時点で開発が成功したものはなく、臨床試験中のもの を考えても、当面は画期的な医薬品の登場は期待薄となっている。そのため、認知症対 策はリスクの除去による発症の予防と認知症者のケアの比重が高まっている。政府は新 オレンジプランという認知症に対する包括的な対策を実施し、認知症社会に備えている。

一方、人口減少による労働力不足や年金資産の減少に対応するために、定年延長などによる高齢者の雇用の促進や、年金受給年齢の引き上げが図られている。認知症の65 歳未満での発症リスクは低いため、これまで企業は認知症に対する注意をあまり払ってこなかった。しかし、高齢者の雇用が増えるにつれ、認知症者あるいは認知機能の落ちた従業員にどう対処するかが問題となってくる。また、認知症を持つ顧客とのトラブルも増えており、その対策も必要だ。

前編「認知症に揺れる日本」では、認知症の社会に対する影響の大きさについてま とめた。本編では、認知症に企業や社会がどう向き合っているか、そして今後どう向き 合うべきかについてまとめた。

# 1. 自分や家族が認知症になったらどうする 一治療、予防と対策ー

#### (1)認知症はがんや心筋梗塞、脳卒中を上回る最大の健康不安

認知症は、正常な認知機能が、脳血管疾患、アルツハイマー病などによる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 <sup>1,2)</sup>。認知症には、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、徘徊、暴言・暴力などの BPSD (行動・心理症状) がある <sup>2)</sup>。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、65歳以上の高齢者の6人に1人が認知症である <sup>3)</sup>。

日本の認知症の病型は、アルツハイマー型が約7割を占め、次いで、脳血管性が2割、 残りはレビー小体型、前頭側頭型などである。アルツハイマー型の割合は年々増加して いる<sup>2)</sup>。

17 年  $3\sim4$  月に太陽生命保険が実施したアンケートによると、回答した男女 1,557 人のうち、健康に対する不安として、37.6%が「認知症」を挙げており、「心筋梗塞や脳卒中」の 26.5%、「がん」の 26.1%を上回る  $^4$  。認知症は、いまや最大の健康不安となっている。

#### (2) 認知症の診断と薬物治療の限界

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。また、認知症と MCI (軽度認知障害)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<sup>2)</sup>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。

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<sup>2)</sup>。脳の変化を初期から知ることができる PET (陽電子放射断層撮影) などの脳機能画像検査や、

さまざまな血液マーカーの発達により、かなり初期からアルツハイマー型認知症にかかる病変を見つけ出すことが可能 <sup>5)</sup> となっており、認知症がアルツハイマー型かどうかの確定診断にも用いられている。

しかし、現時点で、アルツハイマー型認知症と関連の高いアミロイドβの沈着などの病変が確認されても、それに対する有効な治療法や予防法はない。また、病変が確認されても、必ずしも認知症を発症するわけでもない。

認知症の症状の進行を抑制するいくつかの薬剤が使用されている(表 1)。これらは、認知症者の脳内で不足する神経伝達物質の増強、あるいは過剰に存在する神経伝達物質の働きを阻害することにより、症状の進行を抑制する。しかし、対症療法にすぎず、認知症の病態の進行、つまり脳細胞の消失を抑制することはできない。

アルツハイマー型認知症の成因にアミロイド $\beta$ が関わる可能性が指摘されて以来、アミロイド $\beta$ の生成を阻害する、あるいは沈着したアミロイド $\beta$ を分解させるなどの多くの薬物が試されてきたが、ことごとく失敗に終わっている $^{7)}$ 。現在のところ、依然として有効な治療法も予防法も存在しない。

医薬品の種類 一般名 代表的製品名 主な作用メカニズム ドネペジル アリセプト 神経伝達物質アセチルコリンを分解する酵素 アセチルコリンエステラーゼを阻害し、脳内で アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 ガランタミン レミニール のアセチルコリンの濃度を高めることで、神経 リバスチグミン リバスタッチ 伝達を増強させる。 神経伝達物質グルタミン酸の受容体(NMDA) 受容体)への結合を阻害し、過剰なグルタミン NMDA受容体拮抗薬 メマンチン メマリー 酸による脳神経細胞の異常興奮による細胞 死を防ぐ。

表 1 認知症治療に用いられる主な薬剤

(認知症ネット「認知症の薬」<sup>6)</sup>他を参考にARC作成)

ところで、さまざまな非薬物療法が、認知症に対して用いられている。これらは、認知症の病態の治療に効果があるわけではなく、また有効性が科学的に証明されているわけではないが、認知症者の BPSD が減るなどの病状の安定や、認知能力の維持などに有効とする報告がある。非薬物療法の多くが、安価で副作用もほとんどないことから、認知症治療ガイドライン<sup>2)</sup>でも推奨されており、多くの介護施設で取り入れられている。

#### (3) 認知症と密接に関係する因子 - 糖尿病、喫煙、食習慣、生活行動など-

認知症の発症に最も深く関わる因子は、加齢である。また、いくつかの遺伝的素因が認知症発症に関わっていることが知られている。高等教育を受けたかどうかなどの教育歴と認知症の罹患率との間に相関がある。脳震盪などの頭部外傷が原因となることもある。これらは、修正不可能な因子である。一方で、努力により修正可能な因子も知られている(表 2)。糖尿病や高血圧症、脂質異常、肥満、メタボリック症候群などの生活習慣病と認知症の罹患率の間に相関がある。また、喫煙、偏った食生活、過度の飲酒や孤立的な生活態度も認知症の危険因子として知られている。

現時点で、生活習慣を変えることで認知症予防が可能かどうかは明らかではないが、 生活習慣を変えることで認知症が予防できるかどうかの大規模な前向き(prospective) 臨床試験(仮説を実証するために、一定の集団を介入群と非介入群に分けて行うタイプ の臨床試験)が実施されており、数年後には最初の結果が出ることが期待されている。 認知症の治療法がなく、あっても進行を遅らせるだけであるならば、できるだけ認知症 になるリスクを避ける行動をとることが必要だろう。

表 2 認知症発症に関わる諸因子

修正不可能なもの	加齡、遺伝的素因、教育歴、頭部外傷
	高血圧、糖尿病、脂質異常症、難聴、喫煙、身体不活動
修正・治療可能なもの	メタボリック症候群、睡眠時無呼吸症候群、うつ病と双極性障害
	極端な食生活、過度の飲酒、社会的孤立

(「認知症疾患治療ガイドライン2017」<sup>2)</sup> 他を参考にARC作成)

食べ物に関しては、日本の「久山町研究の食事形態と認知症のリスクに関しての報告」®で、大豆や大豆食品、野菜、藻類、牛乳および乳製品の摂取は認知症のリスクを軽減し、米の摂取量が多いと認知症のリスクが高まるとされている。なお、米の摂取に関しては、単に食事摂取の偏りが問題なのかもしれないとしている。糖尿病などの生活習慣病が認知症のリスク因子であることを考え合わせると、認知症の予防には生活習慣病を予防するバランスのよい食生活が好ましいといえる。

カフェイン、コーヒー、茶などのし好品に関しては、総じて摂取者の方が認知機能

の低下が少ない傾向があるとしている。一方、サプリメントなどの栄養補助に関して、 認知症に対する効果を科学的に証明したものはない<sup>2)</sup>。

#### (4) 認知症に有効とされる、さまざまな非薬物療法

認知症のリスク因子を取り除くことが肝要であることから、多くの認知症にかかる 非薬物療法は、生活習慣病の予防と重複する。一方、精神疾患である認知症の症状改善 には、社会的関係を増やす行動が有効とされている(表 3)。

#### 表 3 認知症の予防や症状改善に有効とされている行動

運動、余暇活動(ゲーム、囲碁、麻雀、映画・劇鑑賞、スポーツ、散歩、エアロビクス、友達に会う、ボランティア活動、旅行など)、認知訓練、瞑想療法、音楽療法、芸術療法、あるいは、それらを組み合わせたもの

(「認知症疾患治療ガイドライン2017」<sup>2)</sup>他を参考にARC作成)

運動は、脳に刺激を与えるとともに、カロリー消費を通して生活習慣病の改善が期待できる。余暇活動は、知的要素(ゲーム、囲碁、麻雀、映画・劇鑑賞など)、身体的要素(スポーツ、散歩、エアロビクスなど)、社会的要素(友達に会う、ボランティア活動、旅行など)が含まれることから、認知症発症の抑制効果があるとされている。余暇活動は、他人とのコミュニケーションを増やす効果も期待でき、また高齢者の生活の質の向上に寄与する。

認知機能訓練、瞑想療法、音楽療法、芸術療法など、さまざまな非薬物療法が行われている(表 4)。しりとりや計算ドリルなどの認知訓練と運動を組み合わせたコグニサイズや、瞑想と運動を組み合わせたヨガ体操など、複数のものを組み合わせた療法も多い。いずれも認知症の治療や予防に対する有効性が科学的に証明されていないが、認知症のリスク因子を除去する効果や残存する脳細胞の活性化の観点から好ましい。また、そのような活動は一人で行うより、グループや家族で行うことで、BPSD が減少したとの報告もある。認知症治療ガイドラインでは、有効とされる薬物療法の選択肢が乏しい現状も顧み、非薬物療法を現実的な選択肢として強く推奨している2)。

表 4 認知症の主な非薬物療法

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決などの課題を紙面やコンピューターを用いて行う。		
認知刺激	認知機能や社会機能の強化を目的とした活動やグループディスカッションを行う。		
運動療法	有酸素運動や筋肉強化訓練、平衡感覚訓練を組み合わせて行う。		
音楽療法 音楽を聴く、歌う、楽器を演奏するなど行為とリズム運動を組み合わせて行う。			
回想法	高齢者に過去の自分の歩んだ歴史を話させる。		
その他、ペットセラピー、アロマセラピー、レクレーション療法、旅行療法など多種多様なものが存在する。			

(「認知症疾患治療ガイドライン2017」<sup>2)</sup>他を参考にARC作成)

#### (5) 認知症者本人だけでなく家族を含めたケアが必要

認知症者は、物事の重要性・危険性、順序、善悪などの社会的常識に対する認知能力を消失するため、事故を起こしたり、巻き込まれるケースが多い<sup>1)</sup>。認知症者は、身体が元気であることが多いため、認知症者への介護は、身体が不自由な要介護者への介護以上のものが要求されることがある。特に、暴言・暴力、徘徊、異食(なんでも口に入れること)、弄便(排泄物を投げたり、なすりつけたりすること)などの BPSD は、介護者の心身に重大な負担を与える。

認知症介護は家族が行うことが多いが、これまで一緒に生活し、家庭で一定の役割を果たしてきた家族が、負担となる存在へと変わることを意味する。また、自分の尊敬してきた親や配偶者の変化に戸惑うことが多い。そのような肉体的・精神的負担から、介護者が認知症者への虐待に及ぶケースや介護者自身が疲れ果ててしまう燃え尽き症候群(介護バーンアウト)に陥る「)。また介護者の精神状態は、認知症者に影響し、BPSDが悪化することもある。そうなると、認知症者、介護者双方が困難に陥る。そのため、認知症対策では、認知症者だけでなく、介護者へのケアも重要とされる。

身体拘束や BPSD を抑えるための鎮静剤や睡眠薬などの向精神薬の使用は、認知症そのものの治療にとって無益とされている。しかし、現状、認知症者を介護する立場で考えれば、共倒れを防ぐ手段として考慮されるのも致し方ないかもしれない。認知症治療ガイドラインでは、患者と患者家族全体のバランスを考えて対処することが好ましいとしている<sup>2)</sup>。

#### (6) 自分自身が MCI (軽度認知障害) や認知症と診断されたら

認知症は、脳組織の器質的変化による進行性かつ不可逆的な脳の機能障害である。一方、MCI(Mild Cognitive Impairment)は軽度な認知障害という症状を指す言葉であり、病気ではない。認知症は必ず MCI の状態を通って発症(図 1)するが、MCI だからといって必ず認知症に発展するわけではなく、正常に戻ることが多い。また、MCI となる原因も多様で、うつ病などの原因を取り除けば、改善するものもある。しかし、認知症が現時点で、治療不可能な疾患であることから、極力、認知症とならないようにすることが肝要であり、好ましくは平素から、遅くとも MCI と診断された段階から認知症予防や対策を、本人および家族で行うとよい。



(「認知症疾患治療ガイドライン2017」<sup>2)</sup>他を参考にARC作成)

#### 図 1 健常状態と認知症状態の中間状態である MCI

まず、医師により認知症と診断されたならば、医師の指示に従う。また、すでに病 状が進行していれば、本人に病識(自分が病気であると認めること)がない可能性が高 く、治療方針や介護などの身の回りのことに関する主導権は家族に移る。

MCI と診断されたら、まず、MCI の原因について医師と話し合う。MCI の原因が特定できるのならば、それを取り除く治療を受ける。糖尿病や高脂血症などの認知症のリスク因子とされる疾患の治療を進めることも必要だ。

脳にアミロイド $\beta$ の沈着など病変があるかどうかの検査も受けた方がよい。脳へのアミロイド $\beta$ の沈着が認められても、直ちにアルツハイマー型認知症の発症が約束されるわけではない。アミロイド $\beta$ の沈着が認められても健常な人が多く存在する。アミロイド $\beta$ により死滅した脳細胞が担っていた機能を、残存する脳細胞が担っていれば、認知症が発症しないのではないかと考えられている。

そこで、現在の脳細胞を活性化するような脳トレーニングを行うとよい。また、運

動やコミュニケーションは認知症の重要な予防因子であることから、運動やコミュニケーションを図ることも重要だ。

食事に関しては、生活習慣病が認知症の危険因子であることから、生活習慣病の治療にもつながるバランスのよい食事が好ましい。

MCI の多くは正常に戻るので、過度に悲観的になる必要はない。しかし、認知症リスクを考えれば、認知症に発展するリスクをできるだけ減らすことや、万が一、認知症になった場合に備えておく必要がある。職場や仕事先への報告は、誤解を与える可能性もあるため、会社の仕組みや職場環境を見定めて、上司や産業医に相談するとよい。MCIと診断されたら行うべき行動を表 5 にまとめた。

表 5 MCIと診断されたら行うべき行動

MCIの原因を考える。原因となる傷病が推定できるのなら、それを治療する。
脳の画像検査を行い、原因となる脳病変に対する正しい対処法を実施する。
糖尿病や高脂血症などの危険因子である疾患の治療を行う。
生活習慣病リスクを下げる、バランスのよい食事を心がける。
飲酒や喫煙をやめる。
運動やコミュニケーションに心がける。
趣味などを生かした余暇行動を増やす。
MCIについて正しく理解してもらい協力を得る。
印鑑や通帳の場所、取引のある銀行、証券会社、SNSのアカウント、パソコンやスマホのパスワードなど、資産やデータの保全に必要な対応を行う。
認知能力を失った場合に備えて、任意後見人を決めておく。
認知能力を失った場合に備えて、保険商品を見直す。
家族と介護保険申請の手順を確認しておく。
MCIであることについて、職場(上司や同僚)や仕事先に理解してもらう。
産業医に相談し、負担のない職場や職務に変えてもらう。

(「認知症疾患治療ガイドライン2017」<sup>2)</sup> 他を参考にARC作成)

#### (7) 認知症者や家族を助ける公的制度・施設・団体

認知症者や家族を助ける公的制度、施設、団体が存在するので、それらの利用を考えることは、家族負担を減らす上で重要だろう。それらを表 6 にまとめた。

認知症の疑いがある、あるいは MCI と診断されたら、家族とともにこれらの制度や団体の存在を理解しておく必要がある。

表 6 認知症者や家族を助ける公的制度・施設・団体

制度	内容			
介護保険	認知症と診断されれば、40歳から利用可能。要介護の認定を受ければ、さまざまな介護サービスを介護保険を使って受けることができる。要介護度の認定は認知症者の「日常生活自立度」などに基づいて決定される。			
成年(法定)後見制度	認知症者の財産や生活を守るための法的な制度。家族や自治体などの要請により、家庭裁判所が法定後見人 を指名する。家族や第三者がなることができる。認知症者の財産を管理し、契約などを締結することができる。			
任意後見制度	判断能力が維持されているうちに将来に備え、後見人予定者を決めておくことができる。自分の希望をあらかじめ後見人予定者に伝えておくことが可能。			
認知症カフェ	認知症者、認知症の疑いのある人、あるいはその家族が、気軽に相談に訪れることが可能。また、自分の体験 や悩み、支援に関する情報などを、専門家や地域の支援者と交流し、共有することができるカフェ。			
認知症の人と家族の会	認知症者や家族同士が意見交換、知識と気持ちを共有することができる。			
その他、公的機関による就労支援や障害者年金制度、社会福祉協議会による日常生活自立支援事業、精神障害者保健福祉手帳など、				

(e-65ネット認知症を知り認知症と生きる<sup>9)</sup> 他を参考にARC作成)

家族が認知症の疑い、あるいはMCIと診断されたら、本人の記憶がまだ明確なうちに、 資産の所在や保険などの契約状態を確認しておくとよい。また、万が一のことを考えて、 銀行の口座番号やパスワード、パソコンのパスワードなどを書き留めておくか、家族と 共有しておくことも考えたい。

家族といえども、認知症者に成り代わって預貯金の引き出しや契約の締結などを行うことはできない。そのために、成年後見制度があるが、あくまで認知症者本人の財産を守るための制度であり、必ずしも家族にとって使い勝手のよいものではない<sup>1)</sup>。

みずほ情報総研の調査 <sup>10)</sup> 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。認知症者の介護を行っている多くの家族は、認知症者の預貯金の引き出しなどを実際に行っている。金融機関においても、認知症者の家族が代理として預貯金を ATM などから引き出すことを、特に問題としていない <sup>10,11)</sup>。しかし、パスワードがわからない、キャッシュカードを紛失したなどというトラブルが生じた際の対応は、個別の銀行の判断となる <sup>11)</sup>。法律的には、成年後見人の活用を考慮することになる。

# 2. 「認知症社会」における個人と企業

#### (1) 認知症者は精神障害者としてさまざまな保護を受けることができる

精神保健福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)では、「精神障害者とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」と定義されている <sup>12)</sup>。また、障害者基本法では、障害者とは 「身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む。)その他の心身の機能の障害(以下「障害」と総称する。)がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう」としている <sup>13)</sup>。日本精神科病院協会は、認知症は精神疾患であり、医師により認知症と診断されれば、精神保健福祉法の定める精神障害者保健福祉手帳の交付を受けることができるとしている <sup>14)</sup>。精神障害者保健福祉手帳の被交付者となれば、税の控除、公共料金の減額、法定雇用率へのカウントなど、後述のさまざまな保護を受けることができる。

#### (2) 若年性認知症と雇用延長時代の雇用の在り方

障害者雇用促進法により、すべての事業主は、精神障害者を含む法定雇用率以上の割合で障害者を雇用する義務がある <sup>15)</sup>。認知症者は、認知障害を持つことから、うつ病などのメンタルヘルスの異常による精神障害者とは、対応の仕方が大きく異なると考えられる。多くの認知症は 85 歳以上の高齢で発症するケースが多く、企業が雇用の対象とする 65 歳未満の年齢において、認知症を発症するケースは少ない。

65 歳未満で発症した場合の認知症を「若年性認知症」と呼ぶ。厚生労働省の調査 (2009 年)によると、日本の若年性認知症患者数は 3.78 万人と推計されている。その うち70%が55歳以上である。また90%以上が、40歳以上である <sup>16)</sup>。そのため企業は、 うつ病などの治療可能なメンタル疾患と異なり、認知症に対する対応をこれまで急ぐ必要がなかった。

しかし、高齢化にともない、また労働者不足対策として高齢者の活用や雇用年齢の延長が進められていることもあり、企業は、認知症者の雇用、あるいは従業員が認知症を発症した場合の対策を考える必要がある。厚生労働省は、働く世代の認知症である若

年性認知症者に対する雇用継続や就労の支援に関する対策を打ち出している(表 7)。

#### 表7若年性認知症者の就労を手助けする制度

- ・障害者手帳取得者に対する法定雇用率へのカウント。
- ・障害者手帳取得者の雇入れや職場定着に取り組む事業主向けの各種助成金の活用。
- ・ハローワークが中心となった医療機関や福祉施設などの関係機関と連携したチーム支援。
- ・職場適応援助者(ジョブコーチ)による、本人に加えて、事業主や職場の上司、同僚に対する助言や啓発を実施。
- ・地域障害者職業センター: ハローワークや地域の就労支援機関と連携して、障害者や事業主に対して専門的な職業リハビリテーションサービスを提供。
- ・障害者就業・生活支援センター: 雇用、保健福祉、教育などの関係機関と連携して、就業や生活上の相談・支援を実施。

健康保険組合など: 若年性認知症などにより休んだ場合、給料を補填する「現金給付制度」。

(厚生労働省「これからの若年性認知症施策の概要」<sup>17)</sup> 他を参考に ARC 作成)

#### (3) 認知症を発症すると実際には退職するケースが多い

小長谷氏らの調査(2013 年)によると、若年性認知症の発症時に就業していたものは、調査対象全体(383人)の58%。そのうち定年前に自主的に退職したものは66%、解雇されたものが8%。発症前と同じ職場、あるいは配置転換されたが同じ会社に勤め続けたものは3%であった $^{18)}$ 。

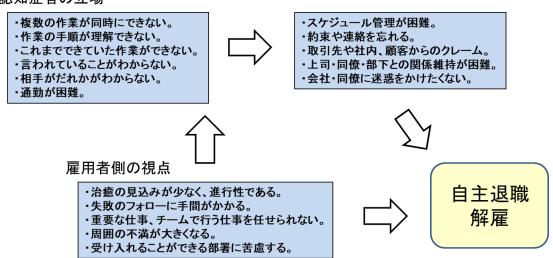
会社や同僚に迷惑をかけたくないという気持ちや、上司や部下、顧客や取引先との関係維持が困難となり、自主的に退職するケースが多いと考えられる。また、企業が配置転換を意図しても、認知症者を受け入れることができる部署の選定に苦慮している実態がある。他の障害と異なり、進行性であること、回復の見込みが立ちにくいことがある 190。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の調査 (2010 年) によると、若年性 認知症家族の会の会員のうち発症時に就業していた 57 名のうち、調査時に就業してい たものは1名にすぎなかった (48 名が退職。8 名が休職中)。家族や本人が気付いた時 の平均年齢が 53.8 歳、診断がついた時が 55.2 歳、退職した時の年齢が 55.6 歳と、発 症してから、2年程度、診断されてから半年以内に退職している200。

さらに、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の追加調査(2012)による 上場企業の大規模事業所964カ所を対象としたアンケートによると、若年性認知症者が 「いた」事業所は35所(3.7%)であった。その若年性認知症者の雇用状況は、「在職」 12所(34.3%)、「休職」15所(42.9%)、「退職」8所(22.9%)であった。前回 (2010年)の調査との違いは見られるものの、調査の時系列や母集団の差によるもの と思われるが、いずれも若年性認知症患者の多くは就業できていない状態にある<sup>21)</sup>。

雇用者側からすれば、がんや脳梗塞などによる障害は、認知機能は正常であることが多く、また障害は一過性である可能性があり、治癒すれば戦力として期待できる。また、障害者手帳を取得させることで、障害者雇用率制度の対象とすることも可能である。しかし、認知症の場合、認知機能による業務遂行能力、判断能力の低下や、見当識の障害などにより通勤が困難な場合もありうる。認知症者の雇用を続ければ、それをサポートする人員の確保も必要となることから、雇用を続けるには公的機関の助成があったとしても、非常に困難と思われる(図 2)。症状の軽い間の就労支援は必要だが、いずれ退職してもらう必要が出てくるだろう。むしろ、生活の場を段階的に移行し、退職後の本人および家族に対する支援体制の構築が急務だ。

#### 認知症者の立場



(「企業 (事業所) における若年性認知症の実態と支援への課題」<sup>22)</sup> 他を参考にARC作成)

図 2 認知症者の離職にいたるメカニズム

#### (4) 認知症者と共に仕事する(自分や同僚に認知症の疑いが生じたら)

障害者職業総合センターの調査によれば、企業における認知症の疑いのある対象者がいた場合、産業医への相談や申し出は「上司から」が最も多く31人(52.5%)、次いで「家族から」が11人(18.6%)であった。「本人から」という回答は7人(11.9%)であった<sup>20)</sup>。疾患によっては一時的な認知障害を起こしたもので、回復可能なものもあるため、疑いがあれば、まず産業医に相談することになる。認知症の診断には、時間が必要であるため、休職や認知症による失敗が影響しない職場への配転を行う必要を考えたい。

しかし、企業においては配置転換を考慮しても、認知症者を受け入れることができる部署の選定に苦慮している実態がある。他の障害と異なり、進行性であること、回復の見込みが立ちにくいこともある。若年性認知症者には抑うつ状態となることが多いので、産業医に相談するだけでなく、職場の理解や周りの他の従業員に対する教育も必要だろう。

認知症と診断されれば、障害者年金手帳を取得させて、障害者雇用制度への適用を 考慮する。そうすれば、企業はより長く認知症者の雇用を継続できるかもしれない。

努力の上、どうしても社業に差し支える場合には、産業医、労働組合と本人、家族などと相談し、退職・解雇を考慮することになる。認知症者の就労には、周りに理解が必要だ。しかし、実際には、認知症者をケアしながら事業を継続することは、規模の小さい企業だと厳しいこともあろう。その場合、退職後も適切な支援が受けられるようにする配慮も必要だ。

#### (5) 認知症者による被害や認知症者との契約トラブル

認知症者が従業員である場合だけでなく、認知症高齢者の増加にともない、施設内に認知症者が入り込む、あるいは認知症者と商取引する場合もありうる。前リポート<sup>1)</sup>で指摘したが、認知症者が線路内に立ち入り、列車事故を起こした結果、鉄道会社が、認知症者の保護者を相手に損害賠償を起こした件では、最高裁は、無能力者である認知症者本人だけでなく、保護者においても、必ずしも損害賠償の責はないとする判決を下

した。この判決は、保護者の責任は事情を考慮した上で決定するとしたものであるが、 認知症者が起こした事故に関して、かならずしも保護者の責を問うものではないとした。 一方、企業サイドにおいては、被害があっても泣き寝入りとなることを意味する。また、 認知症高齢者の増加にともない、世論的にも、認知症者の家族に求償できないだろう。

また、認知症高齢者とのサービス契約でトラブルとなり、業績が悪化した企業の例もある<sup>1)</sup>。重度の認知症者は、本来「無能力者」であり、契約締結の当事者とはなりえない。しかし、企業は契約当事者が認知症者であるかどうかを窺い知ることはできない。それゆえに、契約者が高齢者である場合、家族の同意をとるなどの対応をとっている企業もある<sup>1)</sup>。非高齢者が取引の主体の商売であれば、それも可能であろうが、通常の取引で、高齢者を直ちに排除することは無理があるだろう。

小売り企業だけでなく、一般企業においても契約の相手が高齢者である場合のマニュアルの整備や従業員の教育などの対策を行う必要がある。これまで、高齢者を保護する観点からの取り組みが主であったが、今後、認知症高齢者との取引の可能性が増すにつれ、企業側に対策が必要だ。

一般社団法人全国地域生活支援機構では、そのような高齢者との取引が盛んに行われる金融、医療・介護、不動産業界を対象に「高齢者対応実務運営マニュアル作成支援」を行っている<sup>23)</sup>。

#### (6) 認知症者による被害に備える保険

認知症者の起こした被害に対して保護者が賠償責任を持つ場合がある。そのような 事態に対処するために、個人賠償責任保険商品あるいは個人賠償特約付きの損害保険が 販売されている<sup>24)</sup>。認知症者を介護する家族は、まさかの時に備えて、これらの保険 への加入を検討することになるが、なかなか想定しづらい損害であり、お金もかかる。

そこで地方自治体が、認知症住民が起こした事故の賠償金や、認知症者により被害を受けた住民を救済する損害保険の掛け金を負担する例が相次いでいる。17 年 11 月、神奈川県大和市は、同市の住民で「はいかい高齢者等 SOS ネットワーク」登録者を対象に「はいかい高齢者個人賠償責任保険事業」を開始した。踏切事故などにより第三者に

損害を負わせてしまった際などに、保険で最大 3 億円を補償する <sup>25)</sup> 。同様な試みは、福岡県久留米市 <sup>26)</sup> 、愛知県大府市 <sup>27)</sup> 、栃木県小山市 <sup>28)</sup> 、兵庫県神戸市 <sup>29)</sup> など、全国の自治体に広まっている。

#### (7) 企業ができる認知症予防は地道な生活習慣改善

現行の医療保険制度では、働く世代の加入する健康保険組合や協会けんぽ等と退職した後に加入する国民健康保険、75歳以上が加入する後期高齢者保険との間に、紐づけはない。つまり、企業健保組合が従業員の健康のためにいくら努力しても、高齢者医療全体への拠出金が減ることのない仕組みとなっている。また、認知症の予防法として、有効性が証明されたものはない。働く世代における認知症の発症比率が、決して高くないことから、企業は認知症予防を急いでいない。しかし、退職後の医療費を、働く世代全体で賄っている現状を考えれば、企業も働く世代の退職後の認知症リスクを下げる努力は必要だろう。

認知症は、はっきりした原因が明らかにはされていないが、多くのリスク因子が同定されている(表 2)。そのうち、努力により修正可能な因子である、糖尿病や高血圧症、脂質異常、肥満、メタボリック症候群などの生活習慣病や喫煙、偏った食生活、過度の飲酒や孤立的な生活態度を改めさせることが重要と考えられる。つまり、地道な生活習慣改善に関する啓発と教育が重要ということだ。現時点でも国や各企業は、医療費の削減と従業員の健康向上の観点から、メタボ健診や禁煙指導などの生活習慣病対策を実施している。今後は、生活習慣がいかに認知症のリスクとなっているかの啓発も行っていくことが好ましい。

#### (8) 働く世代が介護のために離職する介護離職への対策

総務省統計局の「平成 29 年就業構造基本調査」によると、16 年 10 月から 17 年 9 月 の 1 年間における介護離職者は、約 9.9 万人であった。また、約 346 万人 (男性約 151 万人、女性約 195 万人) が家族を介護しながら働いており、これは前回 (2012 年) の調査より増加している。特に女性の増加が著しい。一方、介護を行っている 40~50 代

男性の有業率は、約87%の高率を示した<sup>30)</sup>。

40~50 代の働き盛り世代は、企業において重要な地位についていることも多く、また多くのスキルを有していることから、この離職防止対策は、企業にとっても喫緊の課題である。介護離職を防止するためには、介護を行っている従業員の負担を減らすことが重要だ。企業はこれまで、がんを患う従業員が働きながら治療することができるような支援や出産や保育のために一時的に職を離れる女性を支援する対策を行っている。しかし、がん治療や出産・保育と異なり、介護はいつまで続くかが見通せず、一時的な休暇で対処できる問題ではない。結局、介護と仕事の両立ができず、やむなく離職に至ると思われる。

現行の育児・介護休業法(育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律)では、一定期間の雇用などの条件を満たしている労働者は家族が要介護状態(要介護認定の必要はない)にあった場合、対象家族1人につき年間通算93日まで介護休業(通常給料は支払われず、介護休業給付金が支払われる)を取得できる³1)。また、要介護状態にある対象家族の介護その他の世話を行う労働者は、要介護者1人につき1年に5日(最大10日)まで、介護その他の世話を行うために、介護休暇(無給あるいは有給は企業により異なる。賞与や待遇に影響させてはいけない)が取得できる。また、介護を行う必要のある労働者は、所定外労働や時間外労働、深夜就業が制限され、所定労働時間の短縮なども図られている(表8)。病気による休職などと異なり、介護は先が見えないことから、93日の期間で十分といえず、長期の介護に関わるようになった場合、休業後復帰せず離職するケースが多い。

介護休業・介護休暇は、自らが介護に取り組むというより、介護施設やケアマネージャーなどの協力者との調整や、要介護者の身辺整理に充てる期間と考えるのが妥当と思われる<sup>32)</sup>。企業としては、いつ終わるかわからない介護に対して無制限の休暇を与えることには無理がある。企業は、介護に取り組む従業員が、離職しないで済むような手助けを行うことが好ましいが、休業・休暇より、認知症介護におけるさまざまな支援制度を用いるという対策が、より好ましいだろう。

表8介護者の就労を支援する各種制度

介護休業制度	対象となる要介護家族1人につき通算93日まで取得可能(3回まで分割可能)。必ずしも介護認定を受けている必要はない。また企業は、これを上回る期間や条件を設定しても構わない。
介護休暇制度	対象となる要介護家族1人につ1年で5日まで(最大2人、10日)取得可能。半日や1日単位での取得が可能である点が介護休業との違い。
所定外労働の制限	従業員の申請により、所定の労働時間を超える労働を免除される仕組み。
時間外労働の制限	従業員の申請により、1カ月について24時間、1年について150時間を超える時間外労働が免除される仕組み。
深夜就業の制限	従業員の申請により、深夜(午後10時から午前5時)の就業が免除される仕 組み。
介護のための短時間勤務	要介護家族を介護する従業員に対して、短時間勤務を認める仕組み。
介護休業給付金	基本的には無給の介護休業中の収入を補填する制度。雇用保険から支給。支給金額は、月額賃金の67%が目安。最大3回(総計3カ月分)を受け取ることが可能。

(厚生労働省「育児・介護休業法のあらまし」31) 他を参考に ARC 作成)

#### (9) 認知症者が安心して暮らせる社会の実現を目指した新オレンジプラン

2015 年に厚生労働省が内閣官房、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、経済産業省および国土交通省といった、関係省庁と共同して「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を策定した<sup>33)</sup>。これは、日本の認知症者増加に対応し、認知症者が尊重され、安心して暮らせる社会の実現を目指したもので、2012 年に発表した「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」の後継施策である。

新オレンジプランでは、「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。」ものとなっており、7つの柱からなる(図 3)。

- 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

(厚生労働省資料<sup>33)</sup> 他を参考にARC作成)

#### 図3 新オレンジプランにおける7つの柱

認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で、認知症者やその家族を手助けする認知症サポーターを17年度末までに800万人養成する。医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関間の連携を図るための支援や、認知症者とその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域支援推進員を全市町村に配置するなど、野心的な数値目標であったが、その多くを前倒して達成した。厚生労働省は、施策のさらなる深化を進めるとともに、数値目標の上方修正を行っている(表 9)。

表 9 新オレンジプランにおける主な数値目標(17年度末)

項目	17年度末達成目標	進捗状況(16年度末)	新たな達成目標(20年度末)
認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で、 認知症者やその家族を手助けする認知症サポーターの養成。	800万人	880万人	1,200万人
認知症サポート医養成研修の受講。	5,000人	6,000人	1万人
認知症初期集中支援チームの設置。	すべての市町村に設置	703力所	質のさらなる向上
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講。	6万人	5.3万人	7.5万人
医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症者やその家族を支援する相談 業務等を行う認知症地域支援推進員の配置。	すべての市町村に配置	1,200か所	質のさらなる向上
認知症者やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を 共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置。	地域の実情に応じ、 すべての市町村に設置	未公表	全市町村

(厚生労働省「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) の数値目標の更新等について」34) を参考に ARC 作成)

また、16年より、医師や介護職員だけでなく、歯科医や薬剤師、看護職員に対する 認知症対応力向上研修を実施し、地域社会総勢で、認知症に取り組む体制を構築しつつ ある<sup>34)</sup>。

日本の新オレンジプランは、認知症者を避けられない存在として、社会が向き合い、 受け入れる先駆的な社会モデルとして、世界的にも注目されている<sup>35)</sup>。特に、これか ら社会を担う小中学生に対する認知症への理解を深める教育の実施は、高く評価されて いる。

# 3. ビジネスとしての認知症予防・対策

#### (1)認知症ビジネスの類型 ー健常人、認知症者、介護者ー

認知症ビジネスは、認知症者に対するビジネス、MCI を含む健常人に対するビジネス、認知症者の介護者を支援するビジネスに分けられる(表 10)。認知症者に対しては、治療と診断、介護が大きなビジネスである。認知症薬の市場は約 1,500 億円(2015 年) <sup>36)</sup>であるが、患者数が増加する一方で、ジェネリック医薬品の登場もあり、市場は伸び悩む。しかし、画期的な新薬が登場すれば、市場が一変する可能性がある。

 認知症ビジネス
 対象
 具体例

 予防薬・治療薬
 認知症者
 アセチルコリンエステラーゼ阻害薬、NMDA受容体拮抗薬

 診断技術・診断薬
 健常人・認知症者
 PET、CT、血液診断、尿診断、遺伝子診断

 認知症予防
 主として健常人
 体操、フィットネス、旅行、食事指導

 認知症者対策
 主として介護者
 認知症保険、介護機器、見守りシステム

表 10 認知症ビジネスの類型

(各種資料を参考に ARC 作成)

認知症自体に有効な治療法が存在しないことから、認知症リスクを早期に判断し、早期治療を開始するというメカニズムが働かない。認知症は、がんなどの「あるなし」の疾患ではなく、認知機能テストや問診などにより医師が総合的に診断する精神疾患である。MRI や CT で確認される脳萎縮や、アルツハイマー型認知症にみられ、PET (陽電子放射断層撮影)で確認可能なアミロイド $\beta$ 斑は、認知症の確定診断や認知症の型の類別の判定に使われる。

しかし、脳萎縮やアミロイド $\beta$  斑が確認されても認知症を発症していないケースもある。また、認知症のリスク因子である ApoE4 遺伝子があるが、この遺伝子を持っていると必ず認知症になるというわけではない  $^{37}$ )。また、血液中の微量のアミロイド $\beta$  類縁体を質量分析システムを用いた方法で測定することで、アルツハイマー型認知症の罹患リスクや進行状況を測る方法が開発中である  $^{38,39}$ )。高価で侵襲性がある PET や脳髄液を使用した検査に代わりうる方法と期待される。

早期診断には、認知症発症の高リスク者とその家族の介護計画や将来設計を立てやすくするというメリットもある。しかし現状、科学的に証明された抜本的治療法や予防

法のないまま、確度の高くない早期診断結果をもって、むやみに未発症者の不安をあおる必要もないだろう。将来、確度の高い早期診断により認知症発症高リスク者が特定され、その高リスク者を対象とする認知症の予防薬の開発が成功した時、はじめて、早期診断の存在意義が明確化すると思われる。

#### (2) 治療より予防とケアを重視しはじめた社会

世界的な認知症者の増大と、その社会と経済に対する影響の大きさから、認知症治療薬の登場に対する期待は大きい。しかし、18 年末時点で、認知症の治療や予防に科学的に有効と証明された医薬品や方法は存在しない。アセチルコリンエステラーゼ阻害薬や NMDA 受容体拮抗薬などの市販されている認知症治療薬は、認知症の症状の悪化の進行を遅らせることができるが、認知症による脳の器質的変化に対する治療効果はない。フランス厚生省は、18 年 6 月、これらの薬には、費用や副作用リスクに見合う効果がないとして、保険適用を中止した 400。日本をはじめとする他の多くの国では、他に有効な治療薬がないことから、これらの認知症治療薬を保険薬として使用している。

認知症の多くを占めるアルツハイマー型認知症は、アミロイド $\beta$ が脳組織に沈着することにより発症すると考えられている(アミロイド $\beta$ 仮説)。そのため、アミロイド $\beta$ の生成を阻害する医薬品やアミロイド $\beta$ 自体を攻撃する数多くの医薬品が開発され、臨床試験が行われた。それ以外にも、さまざまなメカニズムに基づく医薬品が多く試されたが、すべて失敗し、有効な医薬品は存在しない。認知症が発症して、脳神経組織が障害を受けてからの治療開始では手遅れではないかと、認知症の初期や $\beta$  MCI 段階からの治療も試みられている $\beta$  410。

しかし、認知症を予防するためとはいえ、高価(開発中の医薬品の多くは高価な抗体医薬品)で、副作用のリスクのある医薬品を長期間にわたって未病状態の健常人へ使用することに疑問の声もある。また、認知症の予測が可能な指標や診断法も存在しない。

今後、認知症を予防する画期的な医薬品が現れたとしても、すでに発症し、脳神経 細胞の脱落が認められる患者に対して有効な治療法は、再生医療などの新技術を待つ必 要がある。現れるかどうかわからない認知症治療薬の登場を待つより、いま存在する認 知症者のケアを重要視する方が理にかなっており、世界的な認知症に対する流れも、治療より予防やケアに向かっている。

#### (3) 急速に広がりを見せる認知症予防ビジネス

現状、認知症治療薬に期待できず、認知症を予防する科学的に証明された方法も存在しないことから、認知症の予防はひとえに認知症リスクの除去が主眼となる。認知症リスク因子として、糖尿病や高血圧症、脂質異常、肥満、メタボリック症候群などの生活習慣病、喫煙、偏った食生活、過度の飲酒や孤立的な生活態度が知られている(表2)。

認知症予防とは、生活習慣を改善し、よく運動し、よくしゃべり笑う、好奇心を失わない知的で社交的な生活を送ることが肝要とされており、その考えから、体操や知的ゲームを集団で行う多様なビジネスが展開されている(表 11)。

表 11 さまざまな認知症予防ビジネス

認知症予防ビジネス	提供企業	内容	参考文献
考えながら運動 シナプソロジー	ルネサンス	「2つのことを同時に行う」「左右で違う動きをする」といった動きで脳に適度な刺激を与え、活性化を図る。グループで楽しく行うことで、感情や情動に関係した脳も活性化され、認知機能や運動機能の向上と共に、不安感の低下が期待できる。	42)
女性だけの30分健康体操教室	カーブス	筋トレおよび有酸素運動により高齢者の記憶などの認知機能に対する改善効果 が期待できる。	43,44)
ながおかタニタ健康くらぶ みしまタニタ健康くらぶなど	タニタ	健康づくりセミナーやイベント、活動量測定、「まちなかまるごとタニタ食堂」などを 通じて市民の健康増進をサポートする。	45,46)
ヤマハウエルネスプログラム	ヤマハ音楽研究所	音楽にのせてエクササイズや歌を歌うことで、身体機能の維持や脳の活性化、心のリラックスが期待できる。	47)
七田式いきいき脳開発	しちだ教育研究所	手指の運動や瞑想・深呼吸、プリント学習、回想法を組み合わせて脳を活性化する。	48)
福祉向けパチンコ「トレパチ!」	豊丸産業	ゲーム性や安全性、静音性に留意した福祉施設向けパチンコ機。手指を使い、 脳を刺激することで、認知機能の維持・鍛錬を図ることができる。	49)

(各種資料を参考にARC作成)

これらの予防法が、認知症予防に実際に役に立っているかを科学的に立証したものはない。しかし、多くの認知症予防法は、脳卒中や心筋梗塞、糖尿病、足腰の衰え(フレイル)、骨粗しょう症などの予防につながり、健康で社会的な生活の営みに利するものであることから、積極的に活用すべきであろう。

#### (4) 社会的重要さを増す認知症ケアビジネス

すでに認知症を発症した場合や、認知症者を介護する場合、予防ではなく、認知症者とその家族が安心して社会生活を送ることができるような対策や支援が重要となる。 そのような対策や支援を目的とするビジネスも多い(表 12)。

表 12 さまざまな認知症ケアビジネス

認知症対策ビジネス	提供組織	内容	参考文献
公的介護保険制度に基づく 介護施設や介護サービス	各自治体 医療法人 福祉法人 一般企業	非営利団体が経営主体となる特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設などや、営利企業などが経営主体となるサービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、デイケアサービス、訪問介護サービス、福祉用具レンタルサービスなどによるさまざまな介護サービス。	
民間介護保険	各保険会社	民間保険会社が保険者として、加入者からの保険料を財源として、介護保険事業を運営。被保険者が介護の程度に応じて保険金を受けることができる。	
認知症損害保険	各保険会社	民間保険会社が保険者として、加入者からの保険料あるいは自治体からの保険料を財源として、認知症者が起こした事故の損害を補償。	
高齢者見守りサービス	セコム、ALSOKなど	生活動線にセンサーを設置し異常を感知した際に、警備会社が安否を確認するサービスやペンダント型通報機による駆け付けサービス、高齢者に対する相談サービスなど。	50,51)
見守り機能付きベッド	パラマウントベッド、 フランスベッドなど	ベッドに装着したセンサーで認知症者の離床や転落を感知し、介護者に知らせる システムを搭載したベッド。	52,53)
徘徊防止対策	各自治体	徘徊した際の発見を容易にするためのGPS付きのバッジの配給や、地域のコンビニやガソリンスタンドなどと連携した徘徊認知症者の発見・保護システムなど。	

(各種資料を参考に ARC 作成)

介護保険や公的な支援制度に関しては、第 1 章でふれた(表 6)。介護は医療とは異なり、民間企業が施設やサービスを提供することが可能だ。そのような施設やサービスに有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、通所介護(デイケア)や訪問介護などがある。宿泊と食事のいわゆるホテルコストは、介護保険外でのサービスの提供が可能であることから、豪華な施設で食事を提供する高級有料老人ホームを運営している企業もある。

認知症にかかる医療費や介護費の大部分は、医療保険や介護保険で賄われるが、保険外の医療や介護にかかる費用、自己負担分を補填する保険商品や認知症者が起こした事故などによる本人や家族に対する損害を補償する保険商品もあり、保険料を自治体が負担する例も増えている(第2章6項参照)。

認知症者を介護する上で課題の一つとなっているのが、認知症者の徘徊だ。見守り

システムは、認知症者の夜間における行動をモニターすることで、認知症者の徘徊を予防するとともに、介護施設職員の負担を下げることから、見守りシステムを備え付けた介護施設は、夜間職員配置に関する施設要件が変更された <sup>54)</sup>。 つまり、介護施設は、見守りシステムを備え付けることにより、夜間職員の数を減らしても、夜間職員配置加算を受けることが可能となった。

在宅にあっては、民間警備保障会社が、見守りシステムを提供している。セコムはホームセキュリティ加入者を対象に、離れて暮らす親の見守りプランを提供している。月額 4,700 円で、親の居宅の動線にセンサーを設置し、一定期間動きが検知されない場合、セコムの社員が駆け付けるサービスだ。ペンダント型通報機を使った救急通報サービスも提供している。転倒や転落時に、ペンダント型通報機を握るだけで、セコムの社員が駆け付ける 500 。同様なサービスを綜合警備保障(ALSOK)も実施している 510 。

また、在宅用介護ベッドを販売しているパラマウントベッド <sup>52)</sup> やフランスベッド <sup>53)</sup> では、介護ベッドに取り付けられたセンサーにより、要介護者が離床したことを、介護者に通報する見守り機能付きのベッドを販売している。

年々認知症者の徘徊が増加している。警察庁によると、17年における認知症による届け出のあった行方不明者数は1万5,863人に達した<sup>55)</sup>。認知症による行方不明者の72.7%が、届出当日中に所在確認されているが、徘徊者の捜索、発見と保護は、家族のみならず地域社会や警察にとっての負担となっている。

そこで、徘徊者を早期に発見、保護する仕組みとして、地方自治体が近隣のコンビニやガソリンスタンドなどと協力して、発見・保護するシステムを構築する例が増えている。滋賀県守山市の「行方不明高齢者 SOS ネットワーク」は、バス会社やタクシー会社等の公共交通機関や商店等の協力事業所と連携し、行方不明高齢者を発見・保護するネットワークを構築した 56)。同様な仕組みは、埼玉県 57) や、福岡県北九州市 58) でも行われている。東京都八王子市 59) や静岡県三島市 60) では、認知症者の徘徊による事故の防止と早期発見のために、GPS 端末を貸し出している。このように、認知症徘徊者を早期に発見・保護する仕組みは、全国に広がっている。

# おわりに

認知症は、いまや最大の健康リスクである。治療法がなく、発症すれば社会や家族に対する負担が大きいからだ。人間の寿命が現代より短い時代、認知症者の数は相対的に少数であり、社会はそれを受け入れることが可能であった。高齢化の進んだ現在においても、介護離職や介護人材難などの問題が表面化しているが、社会はよく対処している。しかし、今後、高齢化がさらに進み、国民の8人に1人が認知症となるような状態となれば、社会と経済の持続可能性が損なわれかねない。人口動態は簡単に変わるものでなく、寿命もさらに延伸する。画期的な医療技術が開発され認知症が治療可能とならない限り、認知症社会は避けることのできない未来だ。認知症に対する理解を深めるとともに、認知症者と共に暮らす社会の実現が現実的な解だろう。そのためには、認知症対策をさらに加速・強化する必要がある。

日本政府は「新オレンジプラン」を実施し、それを前倒して達成後、さらに目標を上方修正している。800万人を超える認知症サポーターと、子供たちへの認知症に関する啓発教育は、世界的にも評価が高い。一方、認知症者の増加を抑制するための予防が重要となってくるが、すでに多くの認知症予防プログラムが自治体や民間企業により実施されている。介護においては、介護者の負担の低減と介護の生産性を上げる努力が必要だ。見守りシステムによる介護施設の効率化など IT を使った手法は、その答えの一つだろう。今後、ロボットや IT 技術を利用した、介護者負担がより少なくなるシステムの登場が期待される。企業の高齢者の雇用促進もさらに進む。従業員やその家族、そして顧客が認知症を患った場合の対策について考えていく必要がある。

本リポートが、今後の認知症対策や認知症予防・ケアビジネスを考えている個人や 企業の一助になれば幸いである。

# 参考資料

- 1) 毛利光伸「認知症に揺れる日本」株式会社旭リサーチセンターARCリポートRS-1018 (2017年10月) http://www.asahi-kasei.co.jp/arc/service/pdf/1018.pdf
- 2) 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」 https://www.neurology-jp.org/guidelinem/index.html
- 3) 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
- 4) 太陽生命保険「健康や医療・介護に関するアンケート」 (2018年11月2日アクセス) https://www.taiyo-seimei.co.jp/company/notice/download/press.../290712\_result.pdf
- 5) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター「アルツハイマー病変の早期検出法を血液検査で確立 ーアルツハイマー病治療薬、予防薬開発の加速に貢献が期待-」 (2018年9月28日アクセス) http://www.ncgg.go.jp/research/news/20180201.html
- 6) 認知症ネット「認知症の薬」 (2018年9月28日アクセス) <a href="https://info.ninchisho.net/medicine">https://info.ninchisho.net/medicine</a>
- 7) 日経バイオテク「アルツハイマー病のアミロイド $\beta$  仮説は死んだのか?」(2018年9月28日アクセス) https://bio.nikkeibp.co.jp/atcl/mag/btomail/17/10/30/00322/
- 8) 小原知之「久山町研究からみた認知症の予防」 (2018年10月3日アクセス) http://www.rouninken.jp/member/pdf/21\_pdf/vol.21\_01-29-03.pdf
- 9) e-65ネット 認知症を知り認知症と生きる「いろいろな支援」 (2018年10月3日アクセス) http://www.e-65.net/support/category02\_1.html
- 10) 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」(2017年5月)
  - https://www.mizuho-ir.co.jp/publication/report/2017/pdf/ninchisho1705.pdf
- 11) 一般社団法人全国銀行協会「親族等本人以外への預金払出しの主な事例」(2018年10月26日アクセス)https://www.zenginkyo.or.jp/fileadmin/res/news/news/230437.pdf
- 12) 日本法令索引「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」
  http://elaws.egov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\_search/lsg0500/detail?lawId=325AC1000000123&openerCode
  =1#15
- 13) 内閣府「障害者基本法」http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonhou/s45-84.html
- 14) 公益社団法人日本精神科病院協会「認知症は精神疾患でない」発言への抗議文 日精協発第14186号 (2015年2月12日)
  - https://www.nisseikyo.or.jp/images/Teigen/TeigenPDF\_e4kj6EdStiqyT2iuAbL5XIVMs8EdksQriwMAtj23LUQ6TAsPSG9gs3DzxyqU9a91\_1.pdf
- 15) 厚生労働省「障害者雇用義務の対象に精神障害者が加わりました」(2018年11月1日アクセス) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192051.html
- 16) 厚生労働省「若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について」(2009年3月19日) https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html

- 17) 厚生労働省「これからの若年性認知症施策の概要」 (2018年11月1日アクセス) https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/e01.html
- 18) 小長谷陽子、渡邉智之「全国15府県における若年性認知症者とその家族の生活実態」Dementia Japan 30:394-404(2016) http://dementia.umin.jp/pdf/30/p394-404.pdf
- 19) 認知症介護研究・研修大府センター 企業向けセミナー「若年性認知症と就労継続」 (2017年10月実施) http://y-ninchisyotel.net/pdf/shurou\_seminar\_panfu2017.pdf
- 20) 障害者職業総合センター:若年性認知症者の就労継続に関する研究「調査研究報告書 No.96」サマリー(2010年)http://www.nivr.jeed.or.jp/download/houkoku/houkoku96\_summary.pdf
- 21) 障害者職業総合センター: 若年性認知症者の就労継続に関する研究Ⅱ「調査研究報告書 No.111」サマリーhttp://www.nivr.jeed.or.jp/download/houkoku/houkoku/l11\_summary.pdf
- 22) 小長谷陽子「企業(事業所) における若年性認知症の実態と支援への課題」 職リハネットワーク 2011年 3月No. 68 http://www.nivr.jeed.or.jp/download/network/syokuriha68\_03.pdf
- 23) 一般社団法人全国地域生活支援機構「高齢者対応実務運営マニュアル作成支援」(2018年11月6日アクセス)https://jlsa-net.jp/eld-manual/
- 24) 認知症ねっと「認知症保険~認知症介護の経済的負担に備える」(2018年11月6日アクセス) https://info.ninchisho.net/care/c280
- 25) 神奈川県大和市「全国自治体初!はいかい高齢者個人賠償責任保険事業を開始」(2018年11月6日アクセス) http://www.city.yamato.lg.jp/web/content/000130948.pdf
- 26) 福岡県久留米市「久留米市認知症高齢者等個人賠償責任保険のお知らせ」(2018年11月6日アクセス) http://www.city.kurume.fukuoka.jp/1050kurashi/2080koureikaigo/3027sonato/files/tirasi.pdf
- 27) 愛知県大府市「おおぶ・あったか見守りネットワーク~認知症高齢者等の見守り及び個人賠償責任保険事業~」(2018年11月6日アクセス) http://www.city.obu.aichi.jp/contents\_detail.php?frmId=7690
- 28) 栃木県小山市「徘徊中の事故が心配な方、保険に加入しませんか?」(2018年11月6日アクセス) http://www.city.oyama.tochigi.jp/soshiki/37/209837.html
- 29) 兵庫県神戸市「神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例における事故救済制度に関する規定 (案)について 」 (2018年11月6日アクセス)
  - http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/shiryo/bunkakai/img/29\_4bukai\_07.pdf
- 30) 総務省統計局 平成29年就業構造基本調査 結果の概要 (2018年7月) http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/pdf/kgaiyou.pdf
- 31) 厚生労働省「育児・介護休業法のあらまし」(2018年11月14日アクセス)
  - https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000103504.html
- 32) ミドルシニアマガジン「介護休業で(介護をする)と職場復帰は難しい?!正しい制度の使い方」 (2018年11月20日アクセス) <a href="https://mynavi-ms.jp/magazine/detail/000414.html">https://mynavi-ms.jp/magazine/detail/000414.html</a>
- 33) 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) 制定までの経緯と概要について」 http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet\_orangeplan\_explain.html
- 34) 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) の数値目標の更新等について」(2017 年7月)
  - https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000196653.pdf
- 35) Alzheimer's Disease International -The Global Voice on Dementia- Dementia plans (2018年11

- 月20日アクセス) https://www.alz.co.uk/dementia-plans
- 36) 富士経済「医療用医薬品 国内市場調査 (2) 中枢神経領域、認知症治療剤などを調査 」 (2018年12月29日アクセス) https://www.fuji-keizai.co.jp/market/16092.html
- 37) 大阪市立大学大学院医学研究科認知症病態学「アポリポ蛋白 E (Apolipoprotein E)」 (2018年12月 29日アクセス) http://www.med.osaka-cu.ac.jp/Neurosci/ApoE.htm
- 38) 東海林幹夫「認知症のバイオマーカー:診断と予測への貢献」 (2018年12月29日アクセス) https://www.medience.co.jp/forum/pdf/2014\_03.pdf
- 39) 認知症先進医療センター「アルツハイマー病変の早期検出法を血液検査で確立 アルツハイマー病治療薬、予防薬開発の加速に貢献が期待-」 (2018年12月29日アクセス) http://www.ncgg.go.jp/camd/news/20180129.html
- 40) 市川衛 Yahooニュース「アルツハイマー病治療薬・フランスで医療保険から外れる 変わる認知症 治療の潮流とは」(2018年6月5日記事)
  - https://news.yahoo.co.jp/byline/mamoruichikawa/20180605-00086006/
- 41) 日経メディカル 記者の目「難航する認知症治療薬開発にFDAが新指針」(2018年3月12日記事) https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/eye/201803/555175.html
- 42) シナプソロジー普及会「シナプソロジーとは」 (2019年3月25日アクセス) <a href="https://synapsology.com/sy/overview/">https://synapsology.com/sy/overview/</a>
- 43) 女性だけの30分健康体操教室カーブス (2019年3月25日アクセス) http://www.curves.co.jp/
- 44) 東北大学加齢医学研究所、株式会社カーブスジャパン「筋トレおよび有酸素運動による効果」について4週間のサーキットトレーニングが高齢者の記憶などの広範囲な認知機能を改善(2019年3月25日アクセス) http://www.curves.co.jp/medical/common/pdf/tohoku\_unv\_1310.pdf
- 45) ながおかタニタ健康くらぶ (2019年3月25日アクセス) https://www.nagaoka-kenkou.jp/category/topics/topics-kenkou/page/6
- 46) みしまタニタ健康くらぶ (2019年3月25日アクセス) http://mishima-kenko.net/
- 47) ヤマハウエルネスプログラム (2019年3月25日アクセス) https://school.jp.yamaha.com/music\_lesson/wellness/
- 48) 七田式いきいき脳開発 (2019年3月25日アクセス) https://www.shichida.co.jp/magazines/認知症は予防できる!脳トレと生活習慣の改善で/
- 49) 1人でみんなでレッツ「トレパチ!」(2019年3月25日アクセス) https://be-selfish.jp/torepachi/
- 50) セコム・ホームセキュリティ「親の見守りプラン」(2019年3月25日アクセス) https://www.secom.co.jp/homesecurity/plan/seniorparents/
- 51) ALSOK「高齢者・シニア向けみまもり」(2019年3月25日アクセス) https://www.alsok.co.jp/person/senior/
- 52) パラマウントベッド「業界初 見守りセンサー内蔵型の超低床電動ベッド「エスパシアシリーズ」を 発売」https://www.paramount.co.jp/news/detail/83
- 53) フランスベッド「見守りケアシステムM-2」(2019年3月26日アクセス) https://www.francebed.co.jp/irvofukushi/special/mimamori2/
- 54) 厚生労働省「夜勤職員配置加算の要件の見直し」 (2019年3月26日アクセス) <a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000346243.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000346243.pdf</a>

- 55) 警察庁「平成29年における行方不明者の状況について」(2019年3月26日アクセス) https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/H29yukuehumeisha\_zuhyou.pdf
- 56) 守山市「知っていますか。行方不明高齢者SOSネットワーク」(2019年3月26日アクセス) http://www.city.moriyama.lg.jp/chiikihokatsu/koureiservice\_3.html
- 57) 埼玉県「埼玉県徘徊高齢者等SOSネットワーク」(2019年3月26日アクセス) https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/ninchisyosesaku/sos-network.html
- 58) 福岡県北九州市「認知症行方不明者等SOSネットワーク」(2019年3月26日アクセス) https://www.city.kitakyushu.lg.jp/page/ninkai-center/ninchi/family/sos.html
- 59) 東京都八王子市「徘徊高齢者探索機器の貸与」(2019年3月26日アクセス) https://www.city.hachioji.tokyo.jp/kurashi/welfare/004/004/001/p003849.html
- 60) 静岡県三島市「徘徊性のある高齢者の家族へGPS端末機を貸出します」(2019年3月26日アクセス) https://www.city.mishima.shizuoka.jp/ipn021222.html

(木)	1ポー	トのキー	ワー	ドン
× 717 .	/ AIV:	トレノイ・	. , .	ı, /

認知症、MCI、認知症社会、認知症者の雇用、介護離職、認知症の予防

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

このリポートの担当 主幹研究員 毛利 光伸

お問い合わせ先 03-6699-3095

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