

ず家族の日常生活についても予測し、両者について対応策を検討しながら、運転中止の過程を進めていくことが必要であろう。

本調査においては、患者の運転継続の是非が、家族の中だけで論じられる傾向にあることが示された(表2)。先行研究によると、認知症患者は、自らの運転能力に対し、第三者よりも高く評価する傾向にあった。また、介護者が、患者の運転を中止すべき兆候を見極めることは容易ではなく、さらに、運転中止の必要性を認識してから、中止を試みるまでに半年以上が経過していたという報告もある。我々の調査においても、患者の運転中止を試みた介護者の1/3では、試みるまでに1年以上が経過していた。また、運転中止を試みていない介護者では、患者の危険な運転に気づいてから1年以上が経過しているという者が、約半数であった。このことから、患者の「運転できる」という認識と家族の評価だけで、運転の継続と安全性を判断するには限界があり、対応の遅れが運転中止をますます困難にし、交通事故のリスクを増大させる恐れもある。

患者にとって、自動車は、移動手段となっているだけでなく、「運転する」という「生きがい」をもたらしている場合が少なくない。それゆえに、患者に運転中止を説得することは、患者にとっても家族にとっても、苦痛を伴うものと予想

される。本調査では、介護者が、患者の運転中止を円滑に行うためには、医師など第三者の専門的な意見と、自動車に替わる患者の交通手段の確保が必要であると考えていることが明らかになった。したがって、認知症患者とその家族が、疾患の進行状態や運転の安全性についての情報を、主治医や警察などの関係者と共有し、連携しながら、段階的に運転中止の準備を進められるようなネットワーク(システム)を構築することが重要である。また、患者や家族に対し、自動車の代替となる移動手段の確保や「生きがい」づくりを、地域の社会的なネットワークの中で支援することも必要である。このように、関係者間のみならず地域のネットワークの構築こそが、認知症患者の危険な運転行為を防止し、かつ運転者の権利を尊重することを可能にすると思われる。

E. 結論

本研究は、1) 運転を継続している認知症患者の中にCDR2の者が1割も存在すること、2) 患者の運転の有無による、患者の認知機能及び精神症状には差がないこと、3) 患者の運転継続の是非が、家族の中だけで論じられる傾向にあること、4) 介護者が、患者の運転中止を円滑に行うためには、医師など第三者の専門的な意見と、自動車に替わる患者の交通手段の確保が必要であると考えていること、を明らか

にした。今後の課題としては、患者、患者の家族、警察、ならびに精神科医等の関係者の連携を推進するシステムの構築と地域の社会的ネットワークの強化であると考えられる。

研究協力者

新井明日奈（国立長寿医療センター
長寿政策科学研究部 流動研究員）

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

Arai Y, Kumamoto K, Zarit SH, Dennoh H, Kitamoto M. Angst in Shangri-la: Japanese fear of growing old. J Am Geriatr Soc 2005; 53(9): 1641-1642.

Miura H, Arai Y, Yamasaki K. Feelings of burden and health-related quality of life among family caregivers looking after the impaired elderly. Psychiatry Clin Neurosci 2005; 59(5): 551-555.

Miura H, Kariyasu M, Yamasaki K, Arai Y, Sumi Y. Relationship between change in chewing ability and general health status: A longitudinal study of the frail elderly in Japan over a

three-year period. Gerodontology 2005; 22: 200-205.

Washio M, Arai Y, Yamasaki R, Ide S, Kuwahara Y, Tokunaga S, Wada J, Mori M. Long-Term Care insurance, caregivers' depression and risk of institutionalization / hospitalization of the frail elderly. Int Med J 2005; 12(2): 99-103.

Arai Y. Family caregiver burden and quality of home care in the context of the Long-Term Care insurance scheme: An overview. Psychogeriatrics 2005; 5: (in press).

Arai Y. Implementation and implications of the 2002 Road Traffic Act of Japan from the perspective of dementia and driving: A qualitative study. Japanese Bulletin of Social Psychiatry 2006; (in press).

Schreiner AS, Morimoto T, Arai Y, Zarit SH. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cutoff score for the Zarit Burden Interview. Aging Ment Health 2006; 10(2): 107-111.

Oura A, Washio M, Wada J, Arai Y, Mori

M: Factors related to institutionalization among the frail elderly with home-visiting nursing service in Japan. Gerontology 2006; 52(1): 66-68.

Kumamoto K, Arai Y, Zarit SH. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: Preliminary results. Int J Geriatr Psychiatry 2006; 21(2): 163-170.

荒井由美子, 熊本圭吾, 傳農 寿, 北本正和. わが国の一般生活者の高齢社会に対する意識. 日本医事新報 2005 ; 4229 : 23-27.

荒井由美子, 熊本圭吾, 杉浦ミドリ, 鷺尾昌一, 三浦宏子, 工藤 啓. 在宅ケアの質評価法 (Home Care Quality Assessment Index: HCQAI) の開発. 日本老年医学会雑誌 2005 ; 42(4) : 432-443.

大浦麻絵, 鷺尾昌一, 森 満, 輪田順一, 荒井由美子. 訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の性差に関する特徴. 保健師ジャーナル 2005 ; 61(5) : 420-424.

大浦麻絵, 鷺尾昌一, 桑原裕一, 橋本恵理, 荒井由美子, 森 満. 介護保険導入

前後における福岡県K地区においての要介護高齢者を介護する家族の抑うつ. 札幌医学雑誌 2005 ; 74(1-2) : 5-8.

鷺尾昌一, 荒井由美子, 大浦麻絵, 山崎律子, 井手三郎, 和泉比佐子, 森 満. 介護保険導入後の介護負担と介護者の抑うつ—導入前から5年後までの訪問看護サービス利用者を対象とした調査から—. 臨牀と研究 2005 ; 82(8) : 100(1366)-104(1370).

三浦宏子, 荒井由美子, 山崎きよ子. 在宅要介護高齢者ならびにその家族介護者における主観的言語コミュニケーション満足度の関連要因. 日本老年医学会雑誌 2005 ; 42(3) : 328-334.

新田順子, 熊本圭吾, 荒井由美子. 訪問看護師から見た介護者の介護負担の実態. 日本老年医学会雑誌 2005 ; 42(2) : 181-185.

鷺尾昌一, 斎藤重幸, 荒井由美子, 高木覚, 大西浩文, 磯部 健, 竹内 宏, 大畑純一, 森 満, 島本和明. 北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与える要因の検討: 日本語版Zarit介護負担尺度 (J-ZBI) を用いて. 日本老年医学会雑誌 2005 ; 42(2) : 221-228.

工藤 啓, 吉田俊子, 岡田彩子, 荒井由美子, 板宮 栄. 宮城県区市町村に対するの食塩摂取アンケート調査について—お茶漬け状況および区市町村の減塩目標設定に焦点を当てて—. 公衆衛生情報みやぎ 2005; 338: 13-16.

工藤 啓, 荒井由美子. 汎用性のある市町村健康増進計画策定法の試みについて—住民参加型策定方法への対応に向けて—. 宮城大学看護学部紀要 2005; 8(1): 143-148.

工藤 啓, 吉田俊子, 荒井由美子. 主病名と第2病名による簡易国保医療費分析の試み—大和町での国保医療費分析(中間報告)から—. 公衆衛生情報みやぎ 2005; 343(7): 15-18.

荒井由美子. 要介護高齢者を介護する者の介護負担とその軽減に向けて. 日本老年医学会雑誌 2005; 42(2): 195-198.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担の評価および在宅ケアの質について. 日本医師会雑誌 2005; 134(6): 1030-1031.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担. 日本内科学雑誌 2005; 94(8): 1548-1554.

荒井由美子. 家族の介護負担および在宅ケアの質の評価. モダンフィジシャン

2005; 25(9): 1150-1153.

安部幸志, 荒井由美子. 認知症における社会的資源の活用: 一般生活者の高齢社会に対する意識調査から. 精神科 2005; 7(3): 219-225.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担と居宅ケアの質の評価. 精神科 2005; 7(4): 339-344.

工藤 啓, 荒井由美子. 市町村の健康日本21の進捗状況と策定推進. 公衆衛生 2005; 69(5): 398-400.

荒井由美子, 新井明日奈. 高齢者への交通安全対策—認知症高齢者の運転を中心として—. 精神神経学雑誌 2005; 107(12): 1335-1343.

新井明日奈, 荒井由美子, 松本光央, 池田 学. 認知症高齢者の運転行動の実態—家族介護者からの評価—. 日本医事新報 2006; (印刷中).

工藤 啓, 荒井由美子. ヘルスケア情報のIT化について—特にPDA(Personal Digital assistants)の活用について—. 公衆衛生情報みやぎ 2006; 350:10-12.

2. 著書

荒井由美子. 精神障害の現状と動向. 鈴

木庄亮・久道 茂, 編. シンプル衛生公衆衛生学 2005. 東京: 南江堂, 2005: 293-303.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担. 武田雅俊, 編. 現代老年精神医療. 東京: 永井書店, 2005: 263-267.

熊本圭吾, 荒井由美子. 高齢者の心理的支援. 武田雅俊, 編. 現代老年精神医療. 東京: 永井書店, 2005: 294-298.

荒井由美子. 介護負担の評価. 鳥羽研二, 編. 日常診療に活かす老年病ガイドブック第7巻 高齢者への包括的アプローチとリハビリテーション. 東京: メジカルビュー社, 2006: (印刷中).

荒井由美子, 佐々木恵. 在宅ケアの質の評価. 大内尉義, 編. 日常診療に活かす老年病ガイドブック第8巻 高齢者の退院支援と在宅医療. 東京: メジカルビュー社, 2006: (印刷中).

荒井由美子. 精神障害の現状と動向. 鈴木庄亮・久道 茂, 編. シンプル衛生公衆衛生学 2006. 東京: 南江堂, 2006: (印刷中).

3. 学会発表

荒井由美子. 認知症患者と運転免許: 道路交通法とその適用. (シンポジスト) 第

101 回日本精神神経学会シンポジウム 6 (痴呆高齢者の自動車運転と権利擁護), 2005 年 5 月 18-20 日(発表 18 日), 埼玉県さいたま市.

荒井由美子. 介護保険制度下における家族介護者. (シンポジスト) 第 20 回日本老年精神医学会シンポジウムⅢ (老年精神医療における介護保険), 2005 年 6 月 16-17 日, 東京都.

荒井由美子. 介護保険制度と家族介護. (シンポジスト) 第 25 回日本社会精神医学会シンポジウムⅡ (高齢社会における地域と家族), 2006 年 2 月 23-24 日, 東京都.

鷺尾昌一, 大浦麻絵, 荒井由美子, 山崎律子, 井手三郎, 和泉比佐子, 森 満. 介護者の抑うつ割合と介護負担の経年的変化: 介護保険導入前~5 年目まで. 第 15 回日本疫学会学術総会, 2005 年 1 月 21 日, 滋賀県大津市.

大浦麻絵, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 井手三郎, 山崎律子, 輪田順一, 桑原裕一, 森 満. 介護者の抑うつに関連する要因; 介護保険制度導入前後での検討. 第 15 回日本疫学会学術総会, 2005 年 1 月 21 日, 滋賀県大津市.

山崎律子, 堤 千代, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 井手三郎. 訪問看護サービスを利用している主介護者の介護負担の要因. 第 15 回日本疫学会学術総会, 2005 年 1 月 21 日, 滋賀県大津市.

三浦宏子, 荒井由美子, 山崎きよ子. 在宅要介護高齢者における摂食・嚥下障害リスクと口腔ケア実施状況. 第 47 回老年医学会, 2005 年 6 月 15-17 日, 東京.

松本光央, 池田 学, 豊田泰孝, 上村直人, 荒井由美子, 田辺敬貴. ドライビングシミュレーターを用いたアルツハイマー病患者の運転能力評価の試み. 第 20 回日本老年精神医学会, 2005 年 6 月 16-17 日, 東京都.

三浦宏子, 荒井由美子, 山崎きよ子. 在宅要介護高齢者における口腔ケア実施に関する要因分析. 日本公衆衛生学会, 2005 年 9 月 14-16 日, 北海道札幌市.

大浦麻絵, 鷺尾昌一, 輪田順一, 荒井由美子, 森 満. 在宅要介護高齢者の入院・入所のリスク要因. 日本公衆衛生学会, 2005 年 9 月 14-16 日, 北海道札幌市.

佐々木恵, 熊本圭吾, 荒井由美子. 要介護高齢者介護者の介護負担を規定する要因の検討. 第 16 回日本疫学会学術総会, 2006 年 1 月 23-24 日, 名古屋市.

鷺尾昌一, 竹居田和之, 荒井由美子, 大浦麻絵, 鈴木 拓, 園田智子, 坂内文男, 森 満. 寒冷地で要介護高齢者を介護する家族介護者の抑うつ—北海道稚内市の訪問看護ステーション利用者調査より—. 第16回日本疫学会学術総会, 2006年1月23-24日, 名古屋市.

吉益光一, 鷺尾昌一, 倉澤茂樹, 宮井信行, 宮下和久, 荒井由美子. 要介護高齢者を介護する家族の介護負担の地域差について. 第76回日本衛生学会総会, 2006年3月25-28日, 山口県宇部市.

倉澤茂樹, 吉益光一, 鷺尾昌一, 宮井信行, 宮下和久, 荒井由美子. 要介護高齢者を介護する家族介護者の抑うつ状態に関連する要因. 第76回日本衛生学会総会, 2006年3月25-28日, 山口県宇部市.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得、2. 実用新案登録、3. その他、特記すべきことなし.

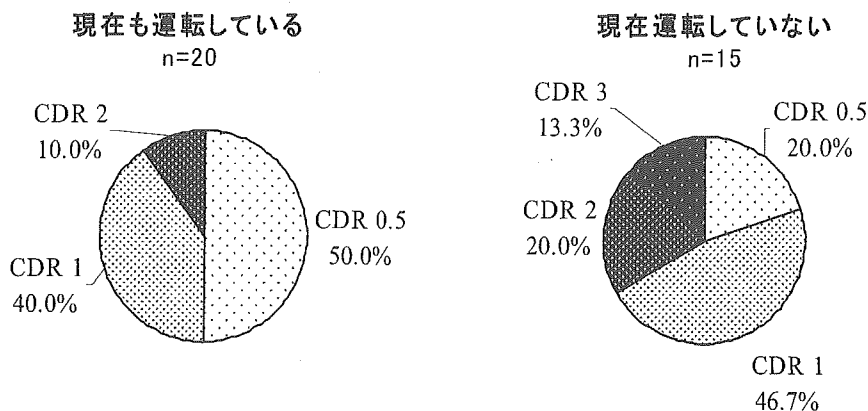


図 1. 認知症患者における、現在も運転している者と現在運転していない者の重症度別割合

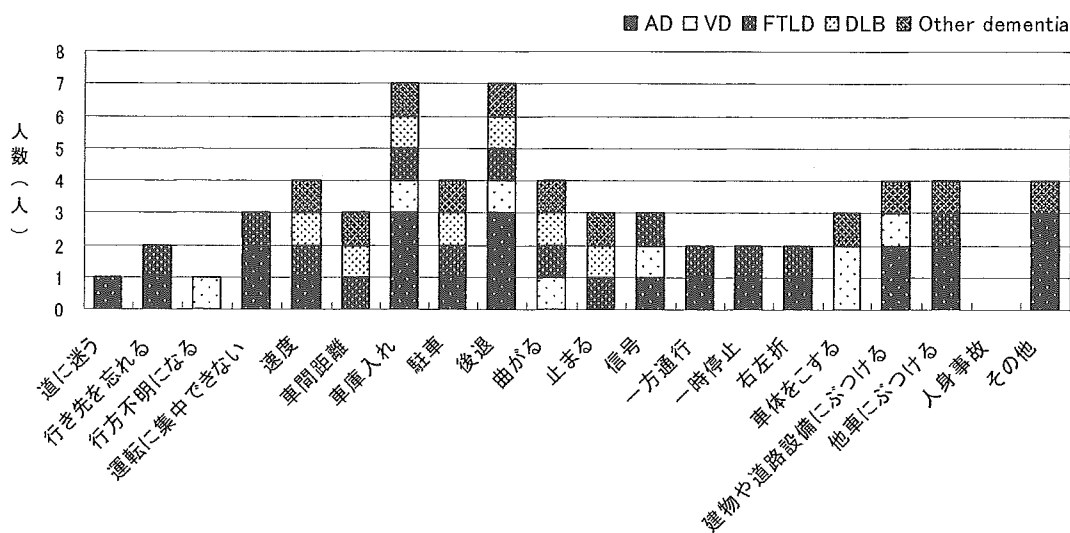


図 2. 認知症疾患別の運転時の困難(n=17, 複数回答)

表 1. 日常生活における家族全体の自動車への依存程度

	自動車への依存程度, n(%)					p値 ^a
	ほぼ すべて	7割程度	約半分	3割程度	あまり 必要ない	
全体 (n=31) ^b	13 (41.9)	4 (12.9)	3 (9.7)	1 (3.2)	10 (32.3)	
患者の運転状況						
現在も運転している	9 (47.4)	2 (10.5)	2 (10.5)	1 (5.3)	5 (26.3)	0.8810
現在運転していない	4 (33.3)	2 (16.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	5 (41.7)	
介護者の運転状況						
運転する	10 (76.9)	2 (15.4)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	<0.001
運転しない	3 (16.7)	2 (11.1)	2 (11.1)	1 (5.6)	10 (55.6)	

a: 各項目ごとの頻度を、Fisher の正確確率検定により比較した。

b: 無回答 4 名を除いた 31 名。

表 2. 認知症患者の運転中止に関する状況

	運転免許取得経験者 (n=35)	
	n/total	% ^a
運転中止の最大の理由 (n=15) ^b		
家族が運転を見て	6/15	40.0
医師による説得	3/15	20.0
自発的に中止した	3/15	20.0
交通事故	2/15	13.3
運転中止に用いた方法 (n=30) ^c (複数回答) ^e		
家族による説得	8/30	26.7
医師による説得	3/30	10.0
患者の意思	3/30	10.0
鍵を隠す	1/30	3.3
その他	2/30	6.7
運転継続の可否を決定する者 (n=35) (複数回答) ^e		
患者本人	12/35	34.3
家族	10/35	28.6
親族	1/35	2.9
主治医	1/35	2.9
運転中止の際の患者の対応における困難 (n=30) ^c		
なかった	15/30	50.0
あった	2/30	6.7
運転中止による家族の日常生活への影響 (n=30) ^c		
なかった	11/30	36.7
あった	8/30	26.7
運転中止を可能にする条件 (n=14) ^d (複数回答) ^e		
医師からの働きかけ	6/14	42.9
介護者が運転できること	5/14	35.7
家族が運転できること	3/14	21.4
家族以外に代わりの運転者が確保できること	3/14	21.4
警察からの働きかけ	3/14	21.4
タクシー代の補助	2/14	14.3
保健師からの働きかけ	1/14	7.1
地区の方からの働きかけ	1/14	7.1
公共交通機関の充実	1/14	7.1
その他	1/14	7.1

a: パーセンテージは、無回答も含めて算出した。

b: 現在運転をしていない 15 名。

c: 全対象者 35 名から、運転中止の必要がないと回答した 5 名を除く 30 名。

d: 運転中止を可能にする条件が「あると思う」と回答した 14 名。

e: 複数回答のため、割合 (%) の合計は 100%を超える。

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
（総括・分担）研究報告書

認知症ドライバーの運転中止に伴う日常生活への影響—家族支援事例からの検討

分担研究者 野村美千江 愛媛県立医療技術大学看護学科教授

研究要旨

本研究は、認知症患者や家族が自動車運転を中止する過程において経験する困難と対処およびその関連要因を明らかにすることによって、運転の中止が日常生活に及ぼす影響と家族支援の方法を探ることを目的とした。対象は大学病院精神科神経科を受診した初期認知症患者で車の運転中止を勧告された13例。患者と家族に対して半構造化面接を行い、運転中止に関連する要因を抽出し分析した。その後、家族介護者および主治医の要請に応じて家族相談による支援を継続し、認知症ドライバーと家族の運転中止過程の困難と対処を分析した。その結果、13例中8例が発症後に人身事故や対物事故を含む自動車事故を発生させていることが明らかになった。運転中止がスムーズに進まない背景には、年齢的に納得できない、運転が好き、運転技術への自信、仕事や家事の役割遂行、生活環境の不便さ、同居家族が運転免許を所有しない、家族の介護負担、家族の利益や判断の不一致、公的資源による外出援助サポート不足などの心理社会的要因が関連していた。それらの要因が複数関与するほど運転中止までに長期間を要し、運転中止後の生活に不適應の反応を示していた。家族介護者は、患者が事故を起こすまで運転中止を意思決定できない状況が認められ、介護負担の増加、家族の利益や判断の不一致等の条件が重なって長期間の葛藤期を過ごしていた。家族に運転中止を委ねると、その家族の対処力・問題解決力が大きく影響することが明らかとなった。このような家族あるいは自立した生活の維持を願う家族や患者との信頼関係の中で治療を進めている主治医だけにこの問題を委ねるのではなく、第三者の介入による判定・中止宣告といった運転免許に対する行政機関のシステム整備が急務である。また、保健医療福祉関係者は、運転中止の過程における認知症ドライバーや家族介護者の苦悩を理解し、生活の質の低下を防ぐ社会資源の整備等の支援を行う必要がある。

愛媛県立医療技術大学看護学科

野村美千江、豊田ゆかり、中平洋子、宮内清子

A. 研究目的

認知症ドライバーの事故発生率が増加し社会的問題となっている。特に農業などの日々の仕事や買い物・通院など最低限の外出に自家用自動車が必要である農山村においてより深刻である。

欧米では、行政機関が認知症ドライバーの早期把握および自動車運転中止の判定や宣告を行うシステムが整っているが、わが国ではそのようなシステムは整備されておらず、主治医や家族の判断に頼っているのが現状である。

自立した生活能力の維持を願う家族にとって、患者のみならず他者の命の危険に関わるこの問題は、家族・親族内や近隣住民との葛藤をもたらし、介護者の健康障害発生や患者と介護者との関係悪化を招き、虐待や介護放棄に至る危険性が高い。また患者との治療的信頼関係の中で、運転中止を宣告し権利の剥奪を勧めなければならない主治医もまたジレンマを経験している。

そこで今回我々は、認知症ドライバーが自動車運転を中止する過程において、患者や家族が経験する困難と対処およびその関連要因を探ることによって、運転の中止が日常生活に及ぼす影響を明らかにし、運転を中止する認知症ドライバーと家族の支援方法を探ることを目的とした。

B. 研究方法

対象は大学病院の精神科神経科を受診した初期認知症患者で研究参加に同意が得られ、看護相談を希望した13例。

データは、①カルテ、②初回面接、③看護相談から下記のような方法で収集した。

①カルテからは、患者の診断名、初診および診断確定日、現病歴、認知機能検査、医師の運転中止勧告の時期や指導内容を収集した。

②初回面接は、平成15年10月～17年3月の間、外来または自宅において平均2時間の半構造化面接を行った。面接の前半は患者と家族のペアを対象とし、家族構成・地域の環境、運転歴、自動車運転に対する思い、自家用車の利用頻度と内容等を聴取した。後半は家族に対して、運転中止に関する家族の考えや対処、発症後の交通事故等運転に関連する生活出来事、事故発生時の患者の反応や警察の対応等を聴取した。

③看護相談は、初回面接後に家族介護者の希望および主治医の要請に応じて外来・自宅訪問・本学地域交流センターにおける面接や電話・メール等の方法によって、平成15年11月～平成17年12月（エンドポイント）の間に随時行った。患者・家族成員の精神的身体的健康状態、患者の言動の変化や家族の対応、生活リズム、患者と家族の緊張関係、家族成員間の役割分担や情緒的变化などを詳細に記録した。相談回数は1～12回であった。

初回面接および看護相談にあたっては、事前に主治医からインフォームド・コンセントによる承諾を得た後、研究者により口頭と文書説明を実施、患者へは認知障害の程度と自己決定能力を査定し、説明方法を工夫するとともに家族の同意のもと書面に

サインを得た。説明事項は、研究の趣旨、参加の自由意志、公表時のプライバシー保護とデータ使用範囲である。ケアプランに反映することによって当事者の利益となり得る情報は患者・家族・関係者で共有することを保障し、録音の了解を得た。

分析は、カルテ、初回面接の逐語録および相談記録からの情報を基に以下のように行った。①各事例のエンドポイントにおける運転中止状況、家族が運転中止を決意した時期、二輪・四輪に関わらず自動車運転が完全に中止された時期を確定し、診断から運転中止までの期間、家族内葛藤の期間を算出した。②発症後の運転事故歴と運転状況（中止または継続）との関連を分析した。③各事例の運転中止に関連する要因を整理し、中止を困難にする心理社会的要因として抽出した。④各事例の患者の運転行動と家族の認識・対応を時間的経過で整理し、中止の決定要因を抽出するとともに運転中止のプロセスを資料化した。⑤④の資料を研究者全員で読み取り、運転中止にいたるステージを抽出した。⑥運転中止後の生活への適応・不適応を研究者が判断した。⑦運転中止後の適応・不適応と中止までの期間や心理社会的要因との関連を質的に分析した。⑧疾患特性が運転中止に及ぼす日常生活上の影響を質的に分析した。

C. 研究結果

1) 対象の概況 (表1)

男性11名、女性2名、平均年齢71.3(49~90)歳。診断名はアルツハイマー病9名、

前頭側頭葉変性症4名。医師が運転中止を勧告した時点の重症度: Clinical Dementia Rating は、0.5 (ごく軽度) 9名、1 (軽度) 4名であった。認知機能の評価では、Mini-Mental State Examination が平均19.3 (±5.5) であった。

主介護者は配偶者11名、嫁1名、娘1名。家族形態は夫婦世帯7名、三世代世帯4名、夫婦と未婚子世帯1名、ひとり親と未婚子世帯1名。現在の職業は、無職7名、農業従事者4名、公務員1名、自営業1名。住所地は愛媛県下9市町。

2) 運転中止と発症後の事故の関連 (表1)

エンドポイントにおいて自動車運転を中止していたのは13名中8名で、5名は自動車運転を継続中であった。

発症後の自動車事故歴と運転中止との関連を分析した結果、運転を中止した8名は全員自動車事故を発生させており、交差点における人身事故や看板等の対物事故、運転中道に迷うなど危険な経験を重ねていることがわかった。複数回の事故を発生させている患者が5名おり、初回から最新の事故発生までの期間は半年から5年に亘り、その間の高齢者講習や免許更新には合格していた。親族の強い勧めで免許を返納した後も、主介護者の同乗・見守りによって無免許で農業に従事していた事例もあった。

自動者運転を継続している5名はいずれも事故歴なしであることから、認知症ドライバーと家族介護者が運転中止を実行するのは、事故の発生が契機になる実態が明ら

かとなった。

3) 運転中止を困難にする心理社会的要因 (表2)

運転中止を困難にする心理社会的関連要因として、本人・家族・地域環境の3領域に以下の項目が認められた。

本人—①年齢的に納得できない、②運転が好き、③運転技術の自信と誇り、④仕事や家事の役割遂行(周囲の期待)。

家族—①同居家族に運転免許なし、②家族の負担増(患者の外出を助けるゆとりがない)、③家族の利益や判断の不一致。

地域—①生活環境の不便さ、②公的・私的資源による外出援助サポートなし。

認知症ドライバーや家族介護者の心理社会的要因に影響を与える背景因子として、自動者運転に関する地域の慣習や住民意識(例:80歳になったら免許を返そう)が認められた。また、運転中止の実行に関与する影響要因として全事例に共通であったのは、家族の対処力・問題解決力であった。

4) 運転を中止した認知症患者の生活適応・不適応に関連する諸要因(表2)

運転を中止した8名のうち、中止後の生活に適応しているのは2名で、6名は不適応と判断された。

適応の2名は、後期高齢者で年齢的に運転中止を本人が納得することができたこと、病気の進行段階における比較的早期に自損事故や免許更新の機会を捉えて対策を実行したこと、主介護者や家族全員の賛同・支

持を得て長男が強力に説得したことが共通点であった。主介護者にとって病者の運転に依存する生活上の必要性が低い点も同じであった。

不適応6名のうち、2名は医療機関受診の遅れにより、医師の宣告前に長期の家族内葛藤を経験していた。1名は診断の数ヵ月後に人身事故を起こし、廃車となった自分の車を探して市内を毎日歩き続けた。診断時に医師から運転中止勧告がなされたが、プロのドライバーであった職業歴と運転技術への過信が家族の意思決定を遅らせ、生活の不適応が長期に亘った。

初老期に発症した前頭側頭葉変性症の女性は、車への異常な執着のほか、強い精神症状や行動障害を呈しており、家族は対処に困窮していた。子どもらは強く運転中止を勧め、バッテリー外しなどの対策を実行したが、運転免許のない配偶者が認知症ドライバーの運転に依存しており、家族内での認識のずれが大きいことも要因であった。しかし、この疾患特有の非社会的行動(スーパーでの万引きに似た行為の繰り返し、人身事故現場からの逃亡)によって夫は妻の病気を認め、精査目的の精神科入院やグループホーム入居による物理的な引き離しによって運転中止を実行した。

不適応群のうち、診断から運転中止まで60~80ヶ月を要した2名は、老夫婦世帯の専業農家で、山・田・畑への移動や農作業に自家用車や農耕車の運転が欠かせない点が共通していた。また両者の配偶者とも「田舎だから」と医師や周囲の忠告を聞き

流し、運転中止までに自損・対物事故や運転中道に迷う出来事を繰り返していた。病状が進んでくると鍵を隠す家族への暴力が増し、運転中止はより難しくなった。介護負担の増大と近隣からの危険運転を指摘する声に耐えかねた配偶者が、認知症の夫の食事を制限するなどの虐待に発展する兆候がみられた。

5) 運転中止にいたるプロセス

運転を中止する過程には、準備期・実行期・適応期があり、期間や重なりは事例によって個別性が大きかった。各ステージを説明する。

<準備期>

患者本人・家族ともに異変を知覚し、対処を模索する時期である。まず、安全であろうとする行動（運転範囲の縮小、夜間や雨天の運転自粛、街中や車庫入れの交代等）を起こし、保障を担保する行動（任意保険の対人補償増額や保険のかけ替え等）がみられた。医療者の助言によって、運転の観察を試みた家族の中には、同乗して初めてブレーキ反応の鈍さ、右折や左折の判断の鈍さ、信号の見落とし回数多さ、車間距離の異常さを実感した者もいた。家族だけでなく近隣住民や別居家族が危険性を察知して、家族に対処を迫るようになると次の時期に移行していた。

<実行期>

本人・家族の葛藤が高まり、具体的な対処方法を求めて右往左往する混乱期である。

周囲から「危ない」「止めさせてほしい」という声が高まるにつれ、本人には苛立ちや車への執着が強まっていた。主介護者は、運転を続けてほしいと願う気持ちと危ないから止めてほしい気持ちの間で揺れ動き、大きなジレンマを経験していた。交通事故やニアミス、車で道に迷うなどのトラブルの発生頻度が高まり、家族内の意見対立や近隣からの批判が大きなストレスとなり、危機に直面する家族もみられた。

運転中止に向けて決断を迫られた家族は、本人の説得を続けるとともに、親族内の有力者や警察・運転免許センター、医療関係者への相談を行い、親族内の男性の力や活用できる資源を総動員して、鍵や車を隠す、バッテリーを外すなど種々の対応を行っていた。運転の要求を繰り返し、怒りの反応を示す本人にうまく対応できない家族の中には健康障害を発生し、介護を断念する事例もみられた。

運転中止に向けて決断を迫られた家族は、本人の説得を続けるとともに、親族内の有力者や警察・運転免許センター、医療関係者への相談を行い、親族内の男性の力や活用できる資源を総動員して、鍵や車を隠す、バッテリーを外すなど種々の対応を行っていた。運転の要求を繰り返し、怒りの反応を示す本人にうまく対応できない家族の中には健康障害を発生し、介護を断念する事例もみられた。

<適応期>

本人・家族ともに車の運転を諦め、車のない生活へと適応していく段階である。

運転の中止によって、農作業や買い物、銀行・郵便局の利用、通院への支障など新たな生活障害が発生し、車のない生活に慣れるのに時間を要した家族が多かった。生活パターンの変更は容易でなく、新たな移動手段の開発や代替サポートを得ること（公共交通機関への移行やタクシー利用、近隣住民や福祉関係車への便乗など）が大きな課題であった。近隣との関係性が良く、生活の知恵を発揮する力のある家族にとっては比較的容易であったが、十分なサポー

トが得られず生活の再構築が難しい家族は生活の質が低下していた。

また、介護者の役割として、運転を諦めなければならない本人に共感と励ましを与え、運転の必要性を感じる本人の欲求を満たし、車に代わる生きがい探しを手伝うことが大きな仕事であった。高齢者の場合は身体の衰えが納得を容易にし、比較的短期間で断念することができたが、初老期の場合は体力があり、運転を諦めることは容易ではなかった。特に前頭側頭葉変性症の患者は運転への強い執着をエネルギッシュな異常行動で絶え間なく示し続けるため、家族は心身ともに疲弊し、生活への適応が非常に困難であった。

6) 運転継続中の認知症患者の中止困難要因と家族対処(表3)

運転を継続している5名は、年齢が若く、体力や仕事上の能力が維持されており、経済的に主要な役割を担っている点から、本人も家族も年齢的に運転中止を納得できない事例であった。支援過程における家族の対処は、運転の範囲・時間帯・回数制限、親族や近隣への協力依頼、医師に中止宣告文書の執筆依頼、運転機会を減らす努力などであった。

アルツハイマー病の40代の男性は、交通事故発生による免職を回避するため家族が早期から運転中止を決意し、職場の上司や保健師等を活用して、自動車運転に代わる生きがい探しを行っている。

前頭側頭葉変性症の2名は、男女の違い

はあるが、両者とも農業で、家族の側に車の運転に依存する生活上の必要性が強い。前頭側頭葉変性症のドライバーは、危険性の認識や中止の必要性を理解することが難しく運転への執着が強い上に、運転中止を困難にする心理社会的要因が数多く認められること、疾患の特性である固執性や非社会的行動などの面から、今後、運転中止プロセスにおいて多大な困難が予測される。そのため、間隔の短い外来受診で認知リハビリテーションを行いながら、医師・臨床心理士・看護師の支援を継続している。

5名とも親族や友人・近隣のサポートは得られるが、病状の進行とともに家族成員間の認識のずれによる家族内の判断に不一致が生じてくることが予測された。

7) 運転中止を進める方策と中止後の生活適応の支援策

運転中止を進める方策として有効であったのは、医学的診断と重症度の説明、医師からの病状進行と予測される運転に関する出来事の説明、家族同乗の運転行動観察による運転の危険性の実感、自動車運転シミュレーション検査による危険性の自覚や不安の高まり、医師からの危険性の説明や文書による指導、家族内の協議と意思統一、周囲の忠告であった。

中止後の生活への適応を促す方策として効果が認められた家族の知恵や対処は、①共感：運転の権利を放棄しなければならない本人の気持ちの理解、②感謝：過去の運転によって家族員の生活が支えられた事実

のふり返りと思いの共有、③断念の儀式化によるエピソード記憶の活用：家族員の同乗による安全な場所での走り納め、鍵を長男や娘に預ける返還儀式の盛大な開催と写真や映像の記録化、④代替移動手段の確保：自転車、タクシー会社との契約、近隣住民への依頼、福祉車両への便乗等であった。

D. 考察

大学病院精神科神経科を受診した初期認知症患者で車の運転中止を勧告された13例に対する面接調査および看護相談による継続的支援の結果、運転中止までには長期間を要すること、その間に交通事故を発生させていること、家族の依存や生活上の必要性が大きい場合は、事故の発生回数や医師の勧告に関わらず、運転中止が難しいことが明らかになった。

運転中止がスムーズに運ばない背景には、年齢や運転に対する思い、運転技術への自信、生活環境の利便性、患者と家族の運転による利益の共存、家族内の判断の不一致など多くの要因が存在する。家族にとって疾患の特性やその重症度などの病態を理解し、運転の能力と関連付けて考えることは難しいため、知識や情報を生かしてリーダーシップを発揮する家族成員の存在が鍵となる。つまり、認知症患者の運転中止を家族に委ねると、心理社会的要因や家族の理解力・問題解決力に大きく影響を受けることになる。

農山村地域で農業に従事する家族ほど、

車に執着する本人と対応を急かせる身内や近隣との間でジレンマをより強く経験し、ストレス・葛藤を抱えたまま日常生活と介護を両立させている。長期になれば介護者の健康障害の発生や介護放棄に至る危険性が高く、認知症ドライバーの問題は、一家族の問題ではなく、高齢社会全体の問題である。

自動車運転の権利放棄に関するこの問題において、本人が納得し諦めることや家族自らが知恵を結集して対処していくには限界がある。また、主治医だけにこの問題を委ねることは、長期に亘り相談・治療関係を継続しなければならない患者との間で関係性の破綻を招く恐れがある。認知症ドライバーの運転中止の問題は、患者・家族・主治医の三者の判断や意思決定に委ねるのではなく、行政機関等の第三者による判定と中止宣告、免許剥奪というシステムが整備される必要がある。

認知症患者と家族の支援方法について、運転中止過程における時期別に以下のような介入策が考えられる。＜準備期＞には、医師による認知症性疾患の鑑別・重症度の評価、家族関係・対処力・生活環境の評価、本人や家族への教育。＜実行期＞には、危険性予測検査や家族の観察による運転能力の評価、医師からの危険性の説明や文書による指導、免許更新や出来事を活用した中止のタイミングの決定、具体策立案への助言。＜適応期＞には、本人の生活意欲向上と自尊感情を高めるための具体策を家族と協議し、代替サポートや地域のネットワー

クを活用するために関係者との連携が必要である。

また、アルツハイマー病に比べ前頭側頭葉変性症の場合は、危険性の認識や中止の必要性を理解することが難しく、運転への強い執着をエネルギー豊富な異常行動で絶え間なく示し続けるため、家族は心身ともに疲弊し、生活への適応が非常に難しい。よって、疾患別の対応を考慮した介入方策が必要である。

さらに、全支援過程を通じて、病によるストレスと深刻さの査定、家族・地域の許容量と家庭内外の資源とのバランスの査定、継続的かつ将来予測を含めた情報提供、本人と家族の心理的葛藤の傾聴や励まし、新たな健康障害発生の予防などによって、家族の結束を促し、対処パターンの獲得に向けて働きかけることが家族の問題解決能力と適応を促進すると考えられる。

E. 結論

認知症ドライバーの運転中止には、医学的診断や医師の中止宣告から数年を要し、その間に事故を発生させている。

家族にとって認知症ドライバーの運転の問題は、病態の理解が難しいこと、運転による利益が共存していること、複数の家族員間の認識のずれによって方向性の一致が難しいことである。

家族と主治医に運転中止の判断や宣告を委ねては、家族の問題解決力に影響を受けるため、行政機関等の第三者による公的な判定と中止宣告が必要である。

介入にあたっては本人・家族・地域の3側面から関連要因をアセスメントし、病態や家族の力に見合ったタイミングのよい支援を行うことが重要である。保健医療福祉関係者は、とくに運転中止後の生活適応に向けて支援を行うことが必要である。

F. 業績

1. 論文発表

野村美千江, 大名門裕子. 農村に暮らす初期痴呆高齢者と配偶者の生活特性とその全体像. 日本看護研究学会誌 2005 ; 28(1) : 91-100.

野村美千江, 柴珠実, 豊田ゆかり, 宮内清子. 痴呆高齢者が自動車運転を断念する過程—家族対処とジレンマ. 精神神経学雑誌. 2005 ; 107(12) ; 1344-1347.

2. 学会発表

野村美千江, 柴珠実, 豊田ゆかり, 宮内清子. 痴呆高齢者が自動車運転を断念する過程に付き合う家族と関係者のジレンマ. シンポジウム：痴呆高齢者の自動車運転と権利擁護, 第101回日本精神神経学会, 2005年5月18-20日(発表18日), 大宮市.

Nomura M, Kato M, Nishimura M, Makimoto K. Community-based Empowerment Group Activity Program for Elderly with Early-stage Dementia. The 3rd International Conference on Community Health Nursing Research, 2005.9/30-10/2 Tokyo.

表1 対象の概況

No.	性	年齢	世帯	職業	診断名 ¹⁾	中止勧告時 ²⁾		発症後の 運転事故歴	エンドポイント の状況
						CDR	MMSE		
1	男	82	夫婦	農業	AD	1	13	対物事故 2回 自損事故 数回 運転中迷う 2回	
2	男	67	夫婦	農業	AD	0.5	20	自損事故 数回 運転中迷う 2回	
3	女	66	夫婦	無職	FTLD	0.5	15	人身事故 1回 自損事故 2回 運転中迷う 1回	自動車 運転 中止
4	男	83	夫婦	"	AD	1	15	自損事故 1回	
5	男	79	夫婦	"	AD	1	14	人身事故 1回	
6	男	77	三世代	"	FTLD	0.5	25	自損事故 1回	
7	男	90	三世代	"	AD	1	13	自損事故 2回	
8	男	72	ひとり親と未婚子	"	AD	0.5	22	自損事故 3回 運転中迷う 2回	
9	男	70	夫婦	"	AD	0.5	13	なし	
10	男	67	三世代	自営業	AD	0.5	22	なし	
11	女	67	夫婦	農業	FTLD	0.5	27	なし	自動車 運転続行
12	男	58	三世代	農業	FTLD	0.5	23	なし	
13	男	49	夫婦と未婚子	公務員	AD	0.5	29	なし	

注1) 診断名 AD:アルツハイマー病 (Alzheimer's disease)

FTLD: 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration)

注2) 医師が自動車運転の中止を勧告した時期の神経心理検査結果

CDR: Clinical Dementia Rating, MMSE: Mini-Mental State Examination

表 2 自動車運転を中止した認知症患者の生活適応の結果と中止に関連する諸要因

No.	中止後の生活適応	診断から運転中止まで(月数)	家族内葛藤の期間(月数)	家族内から運転中止まで(月数)	中止の決定要因	運転中止を困難にする心理社会的要因														
						年齢的納得不可	運転が好き	技術への自信	役割遂行仕事	生活の不便	同居家族免許なし	家族の負担増	家族内判断の不一致	地域のサポートなし						
6		3	0	1	自損事故の機会 長男説得		●													
4	適応	19	8	1	免許更新の機会 長男説得		●	●		●										
8		0	10	4	精査入院 転倒骨折	●			●											
7		0	24	1	身体機能低下 長男の宣告		●			●										
5		8	2	0	人身交通事故 廃車		●	●			●									
3	不適応	24	9	3	事故後の入院 グループホーム同居															
2		66	36	12	近隣からの苦情 妻の決意	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
1		80	42	2	妻の決意 毎日型デイ利用		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

表3 自動車運転を継続中の認知症患者の中止困難要因と家族対処

診断名 ¹⁾	性	年齢	家族構成	職業	診断からの期間(月数)	運転中止を困難にする心理社会的要因						支援過程における 家族の対処
						運転が 好き	技術への 自信	役割遂行 仕事	生活の 不便	同居家族 免許なし	家族の 負担増	
AD	男	70	夫婦	無職	42	●					●	私道のみ運転 必要性を減らす
	男	67	三世代	自営業	26	●		●	●	●		運転の時間帯 ・回数制限
	男	49	夫婦と 未婚子	公務員	12	●	●	●				医師の中止宣告文書 周囲から本人へ忠告 職場の資源活用 生きがい探し
FTLD	男	58	三世代	農業	24	●	●	●	●	●	●	運転範囲の制限 近隣に協力依頼 認知リハビリ継続
	女	67	夫婦	農業	16	●		●	●	●	●	同病体験家族との交流 近隣に協力依頼 認知リハビリ継続

注1) 診断名 AD: アルツハイマー病 (Alzheimer's disease), FTLD: 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表〈書籍〉

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
池田 学	アルツハイマー病の早期診断	三木哲郎	日常臨床に活かす老年病ガイドブック第4巻 認知症・うつ・睡眠障害の診療の実際	メジカルビュー社	東京	2005	56-63
池田 学	前頭側頭型認知症	武田雅俊	現代老年精神医療	永井書店	東京	2005	603-608
池田 学,品川俊一郎		監修 田辺敬貴, 野村美千江	前方型痴呆の正しい理解	愛媛大学医学部神経精神医学	愛媛	2005	
小森憲治郎,池田 学,田辺敬貴	原発性進行性失語 (Primary Progressive Aphasia: PPA)	笹沼澄子	コミュニケーション障害の新しい視点と治療理論	医学書院	東京	2005	221-238
池田 学	パーキンソン病と痴呆	山本光利	皮質下性痴呆の本質	中外医学社	東京	2005	63-66
福原竜治,池田 学	物忘れ外来	井上新平	精神科・神経科ナースの疾患別ケアハンドブック	メディカ出版	東京	2005	240-242
福原竜治,池田 学	せん妄	上島国利	研修医の精神科研修ハンドブック	エルゼビア・ジャパン	東京	2005	60-65
池田 学	器質性精神障害(前頭葉システム障害を含む)		今日の治療指針 2006年版—私はこう治療している	医学書院	東京	2006	698-699
池田 学	前頭側頭型痴呆に有効な薬物療法はあるか	上島国利,三村将,中込和幸,平島奈津子	EBM精神疾患の治療 2006-2007	中外医学社	東京	2006	363-367
池田 学	認知症の診断	荻原俊男監修, 池上博司,楽木宏美	老年病・認知症—長寿の秘けつ—	メディカルビュー社	東京	2006	207-211
豊田泰孝,池田 学	ピック病		老年期痴呆ナビゲーター	メディカルビュー社	東京	印刷中	
秦 龍二,池田 学	FTDP-17		老年期痴呆ナビゲーター	メディカルビュー社	東京	印刷中	
池田 学,田辺敬貴	前頭側頭型痴呆		老年期痴呆ナビゲーター	メディカルビュー社	東京	印刷中	
荒井由美子	精神障害の現状と動向	鈴木庄亮・久道茂	シンプル衛生公衆衛生学2005	南江堂	東京	2005	293-303
荒井由美子	家族介護者の介護負	武田雅俊	現代老年精神医療	永井書店	東京	2005	263-267
熊本圭吾,荒井由美子	高齢者の心理的支援	武田雅俊	現代老年精神医療	永井書店	東京	2005	294-298
荒井由美子	介護負担の評価	鳥羽研二	日常診療に活かす老年病ガイドブック第7巻 高齢者への包括的アプローチとリハビリテーション	メジカルビュー社	東京	印刷中	
荒井由美子,佐々木 恵	在宅ケアの質の評価	大内尉義	日常診療に活かす老年病ガイドブック第8巻 高齢者の退院支援と在宅医療	メジカルビュー社	東京	印刷中	
荒井由美子	精神障害の現状と動向	鈴木庄亮・久道茂	シンプル衛生公衆衛生学 2006	南江堂	東京	印刷中	
上村直人	運転免許と診断書	松下正明	司法精神医学4	中山書店	東京	2005	301-316
上村直人	高齢者の心理療法	武田雅俊	現代老年精神医療	永井書店	東京	2005	220-225
上村直人	主要な疾患と病態 せん妄	井上新平	精神科・神経科ナースの疾患別ケアハンドブック	メディカ出版	東京	2005	58-63