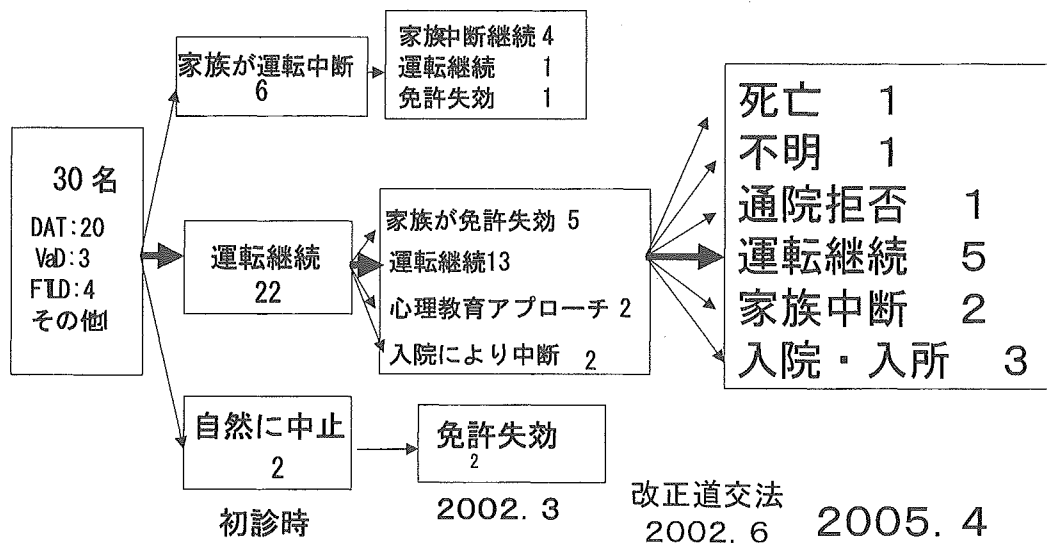


表1 道路交通法第103条第1項(痴呆及び疾患関連抜粋)

免許(仮免許を除く)を受けたものが次の各号のいずれかに該当することとなったときは、その者が当該各号のいずれかに該当することとなった時におけるその者の住所地を管轄する公安委員会は、政令で定める基準に従い、その者の免許を取り消し、または6ヶ月を超えない範囲内で期間を定めて免許の効力を停止することができる。

1. 次に掲げる病気にかかっている者であることが判明したとき
 - イ：幻覚の症状を伴う精神病であって政令で定めるもの
 - ロ：発作により意識障害または運動障害をもたらす病気であって政令で定めるもの
 - ハ：痴呆
 - ニ：イからハまで掲げるもののほか、自動車などの安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるもの
2. 目が見えないことその他自動車などの安全な運転に支障を及ぼすおそれがある身体の障害として政令の定めるものが生じている者であることが判明したとき
3. アルコール、麻薬、大麻、あへんまたは覚せい剤の中毒者であることが判明したとき

改正道路交通法(道路交通法施行令の一部を改正する政令試案等：<http://www004.upp.so-net.ne.jp>)¹⁾ 道路交通法が2002年6月改正施行され、痴呆が運転取り消しの対象として法律に明文化された。その他精神障害については絶対的欠格事項から相対的欠格事項となり、精神障害者の運転免許の制限が緩和されている。また視聴覚障害者以外でも糖尿病などの身体の病気でも、安全な運転に支障を及ぼす場合は免許の制限を受ける事がある。

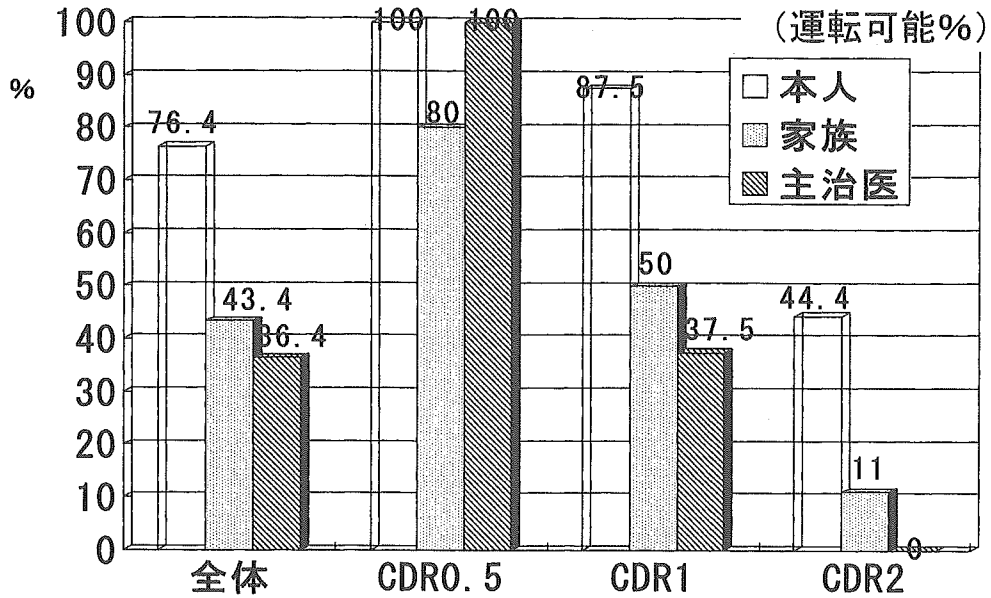


初診時評価は H7年9月から H13年9月までを含む
 DAT: Dementia of Alzheimer type VaD: Vascular Dementia
 FTL: Frontotemporal lobar degeneration

図1 痴呆患者の自動車運転の実態と医師の対応 (N=30)²⁾

人、家族、主治医が評価を行った(図2)。その結果、患者本人、家族、主治医で運転継続の是非についての意見に差があった。CDR 0.5のごく軽度痴呆では、家族は主治医よりも慎重な判断であるが、痴呆重症度が上がるに従い運転継続が危険であると判断していた。一方、患者本人は痴呆

進行例でも、半数近くが運転可能と判断していた。主治医と家族でも患者の運転能力評価には病初期と進行期においては乖離が見られた³⁾。更に道交法改正後も運転継続をする13名は、2005年3月時点で5名(16.6%) [道交法改正前運転継続13名中38.4%] が運転を継続していた。これらの



CDR: Clinical Dementia Rating CDR 0.5: ごく軽度痴呆 CDR 1: 軽度痴呆 CDR 2: 中等度痴呆

図2 痴呆患者の自動車運転能力評価 評価者の違いによる運転評価 (N=30)
 ~運転継続が可能と思うかどうか?~³⁾

表2 症例の概要と運転行動

症例	年齢/性別	臨床診断	CDR	MMSE	交通事故有無と内容	精神医学的管理上の課題
1	75/F	DAT	0.5	26	公共バスと接触事故 事故処理不可	自動車保険会社の名義変更で継続運転
2	75/M	DAT	2	14	なし	通院のため運転中断困難 妻も通院
3	73/F	DAT	1	25	接触事故 高速入り口逆走	運転は生きがいと権利主張 家族も当初 運転中断拒否→免許更新成功
4	74/F	DAT	1	22	不明(なし)	通院拒否 当初の薬物治療導入困難
5	58/F	FTLD(SD)	0.5	15	信号無視 接触事故	仕事のため運転中断家族拒否 本人は中止の意味がわからず2年間運転
6	74/M	FTLD(SD)	0.5	19	なし	信号無視, 追越禁止違反頻回だが, 免許 センターでの実車テストでは異常なし
7	58/F	FTLD(FTD)	0.5	27	当て逃げ 信号無視	当て逃げの反省なし 中断拒否 家族間での中断の意向の差が問題
8	74/M	FTLD(FTD)	0.5	26	頻回の自損事故	医師が本人・家族に中断勧告しても, 臨 時適性検査, 診断書提出につながらない
9	64/M	VaD	1	23	なし	元タクシー運転手 妻は運転がリハビリ と信じ込む

DAT: Dementia of Alzheimer type, FTLD: Frontotemporal degeneration,
 FTD: Frontotemporal dementia, SD: Semantic dementia, VaD: Vascular Dementia
 CDR: Clinical Dementia Rating, MMSE: Mini-Mental State Examination

ことから痴呆患者の運転対策としては現在の改正道交法では不十分であることが伺える。

2) 症例提示 (表 2)

前述したように、現在の免許更新制度では、痴呆患者の運転問題への対応としては不十分といわざるを得ない。そのため以下に痴呆の自動車運転に関する精神医学的管理が困難であった自験例を提示し、今後の課題について考察する。

〔症例 1〕 事故の事故処理ができないまま運転継続を続けるアルツハイマー型痴呆 (以下 DAT) の女性

75 歳、女性。X 年 4 月 (75 歳時)、高知大学附属病院神経科精神科 (以下当科) 物忘れ外来を受診し、DAT、CDR 0.5 と診断。運転では、行き先忘れ、目的地に着けないなどの異常を認めた。患者の夫は免許を保持しているが、社会活動への参加時は妻の運転に頼っていた。その後、患者の運転の様子を見るうちに夫は徐々に危険を感じるようになっていたが、改正道交法施行後、免許更新に成功した。X+2 年、公共バスとの接触事故を起した。患者はまったくそのことを忘却し、夫が事故処理を行った。その後も、患者は運転を継続可能と主張し、運転を続けている。

〔症例 2〕 介護負担の増加により、夫婦で精神科病院入院に至った DAT の男性

75 歳、男性。夫婦 2 人生活。X 年 6 月 (75 歳時)、物忘れが目立ち、当科物忘れ外来受診。DAT+血管障害、CDR 2 と診断 (車で片道 3 時間の中山間地域在住)。患者の運転について妻は、「行き先を忘れる、谷の合間や崖沿いの道路を通るので恐ろしい。しかし病院通院や、買い物は夫の運転がなければ生活できない。恐いながらも我慢している」と述べた。患者は「国家に許可を受けている」と免許を主治医に見せながら自慢し、運転を中断する意志はまったくなかった。運転を止めるように勧めると余計に妻に対して怒り出し、暴力行為も出現し中断がいつそう介護を困難にした。X+1 年、夫の運転がますます危険となり、妻の通院が困難となったことに加えて、介護疲れの増悪をきっかけに妻自身がうつ病を発症し、その後夫婦で精神科病院に入院した。

〔症例 3〕 運転中断を家族に勧告され悩む DAT の女性

73 歳、女性。当科にて X-3 年、DAT、CDR 1 の軽度痴呆と診断。その後定期的に外来に通院。X+1 年、免許は更新 (法改正後) できたが、更新 2 ヶ月後、接触事故をおこし事故状況を説明できず、娘が事故処理を行なった。患者は運転継続を主張し、娘も、「まだ運転は大丈夫」と評価した。X+1.5 年、駐車場で接触事故を起し、主治医から運転中断を娘に勧告した。しかし娘は、「事故を忘れていて、夜間運転を控えている、行き先忘れなどなく、孫の送り迎えも出来ている」と勧告を拒否。再度中断を提案し、患者にも勧告した。しかし患者は、「運転は続けます、止めたらすることがない」と中断を再度拒否。X+1.8 年、高速道路入り口を逆走する事故を起し、娘から運転中断勧告の希望もあり、患者に 3 回目の運転中断を勧告した。その後患者は、「絶対にやめたくない、お願いだから取り上げないで」と懇願したが、娘が鍵を取り上げた。患者は「鍵が無い、どこに隠した」と毎日娘に電話をかけるようになったため、ついに娘が鍵を患者に返却した。X+2 年、患者は、「みんなが運転を止めるように勧める。運転は止めたほうがいいのか? 運転は生きがいがいい、車を取り上げられるなら死んだ方がいい」と主治医に述べた。患者、娘と協議を行い、X+2.5 年、娘宅近くのグループホームに入居した。しかし自動車はグループホームに持参し、車で通院している。

〔症例 4〕 痴呆診断後受診中断となった DAT の女性

74 歳、女性。X-1 年 (73 歳) 頃、物取られ妄想出現。X 年、当科物忘れ外来受診し、DAT、CDR 1 と診断。X+0.5 年に何度も免許証がなくなったと繰り返し警察署に行くことから、警察署から娘に連絡があった。確認すると「お母さんは 2 週間で 3 回も再交付を請求し、その度に免許を紛失している。異常だ」と指摘された。その後の外来では娘同伴で診察をしたが、娘の「先生から運転を止めるようにきつく言ってください」といった言葉に患者が反応し、それ以後通院が中断し、当初家族が希望していた介護保険の申請や薬物治療の導入もできなかった。

〔症例5〕 隣家の車庫に頻回に車を入れる意味性痴呆の女性

58歳, 女性. 初診時, 工場勤務. X年4月(58歳), 当科受診. 左側脳室下角の著明な拡大, SPECTで左側頭葉の血流低下, 及び無関心, 脱抑制, 語義失語, 滞続言語等の臨床症候を認め, 意味性痴呆と診断. 通勤で自動車を使用し, 自動車以外の通勤方法はなかった. 初診時には運転中の注意散漫が娘から報告されていた. その後通勤途中に接触事故を起し, 現場検証の警察官に前後関係を説明できなかったため, 家族に連絡された. 警察からは今後の注意点を指導され, 娘が事故処理を行った. しかし, その後も隣家の駐車場に車を止め, 平然と自宅に帰ることが常同的に起こり, 道路標識も無視して運転していた. 主介護者である娘は本人が仕事を続けている間の運転中断には終始反対し続けていた. 幸いにも, 定年である60歳までの2年間は前述した事故以外は起きず, 娘が60歳時の免許更新に行かせず運転中断させた.

〔症例6〕 免許センターで運転は問題ないと判定された意味性痴呆の男性例

74歳, 男性. X年(74歳)時, 会話が通じないことを主訴に当科物忘れ外来を受診. 粗大なエピソード記憶障害は認めず, 毎日刺身を要求したりする食行動異常や語義失語, 脱抑制などの精神症状・行動障害を認め, 画像検査では右側頭葉優位の萎縮を認め, 意味性痴呆と診断した. 初診時の家族からの情報では, スピードの出しすぎ, 黄色車線での追い越しの頻発, 信号無視, 車間距離保持困難(前の車をあおる)などが報告された. そのため, 主治医から免許センターでの運転適性検査を勧告し, 2005年実施した. しかし, 運転操作はまったく問題なしと太鼓判をもらい, 更に患者は自信をつけるようになった. 妻はその結果にほっとする反面, 信号無視や追い越しがあるため同乗することに恐怖感を抱くようになっていく.

〔症例7〕 反社会的行動, 脱抑制, 当て逃げ運転により精神科病院入院となった前頭側頭型痴呆(以下FTD)の女性

58歳, 女性. 右利き. X-2年(56歳)頃から健忘, 清潔観念の低下, 人格変化が出現. 頭部CTで, 両側前頭葉(左優位)の萎縮を認めFTDと診断した.

運転行動では, X-1年に運転中の注意散漫と頻回の接触事故を起し, X年に当て逃げ事故を起したが, 交通事故に対する反省はまったくなく, 病識もない状態で車に乗り続けるため, 当院精神科に入院. その後, 運転要求が頻発したため, 患者と家族の同意を得て免許センターでの運転適性検査を施行し, その様子をビデオ撮影した. 適性検査結果では, 1) 運転動作が粗雑, 指示したコースの忘却, 2) 各場所での確認動作欠如, 3) 停止線を越えての停止, 赤信号の見落とし, 線路内への停止なし乗り入れ, 中央線はみ出し, 反対車線への乗り越え, 障害物の回避不十分, 方向指示器出し遅れ, 4) 間違ったコースへの強引な侵入, およびバックする時の確認欠如, 5) 前方車輛発見時のスピードダウンができないことが指摘された. 患者本人に前述の結果を基に中断を勧告したが, 患者は「自分は上手と言われた, 免許を返せ, 運転をする, 生き甲斐を取るな」と主張した. そのため適性検査のビデオ撮影を患者本人にも見せながら運転中断を勧告したが, 本人は納得できず, 自分の失敗に自覚はまったくなかった. その後不安・焦燥感が高まり, 当院での入院継続困難となり, 精神科病院に転院した.

〔症例8〕 運転実車検査により運転危険性が明らかとなったFTDの男性

74歳, 男性. X-2年, 健忘を主訴に当科を初診. X-1~X年初旬にかけ交通事故(運転中に車をぶついたり, タイヤを溝に落とす)を頻回に起すが, 患者は反省も無く運転を継続していた. X年7月, 精査目的で当科に入院した. 神経学的異常はなく, MMSE 26/30, RCPM 29/37. 頭部MRIで前頭葉(左>右)優位の大脳皮質の萎縮および, 病識欠如, 人格変化, 無関心, 脱抑制などの精神症状・行動障害からFTDと診断した. 運転行動では, 軽微な自損事故を起しているにもかかわらず, 「事故はない」と主張するため, 患者, 家族の同意を得て免許センターの協力で運転適性検査を施行した. 結果では, 1) 確認行為の不備, 2) 停止線越え停止, 3) 赤信号の見落とし, 4) バック時の後方確認見落とし, 5) 急発進, 急ブレーキなどの多数の安全運転上の問題が明らかとなり, 同席した家族も驚きを隠さなかった. 運転評価者から結果を患者自身に伝えても深刻な様子は全くなかった. 後日, 主治医が患者と家族に対

し、運転適性結果を基に免許センターに運転免許返納および運転中断をするように勧告した。しかし患者はわかったという反面、すぐに「大丈夫や先生、近場なら問題ないでしょ」とまったく深刻みはなかった。家族も、「本人が言うこと聞かないからあきません」と述べ、主治医の診断書提出ができずに運転中断には至っていない。

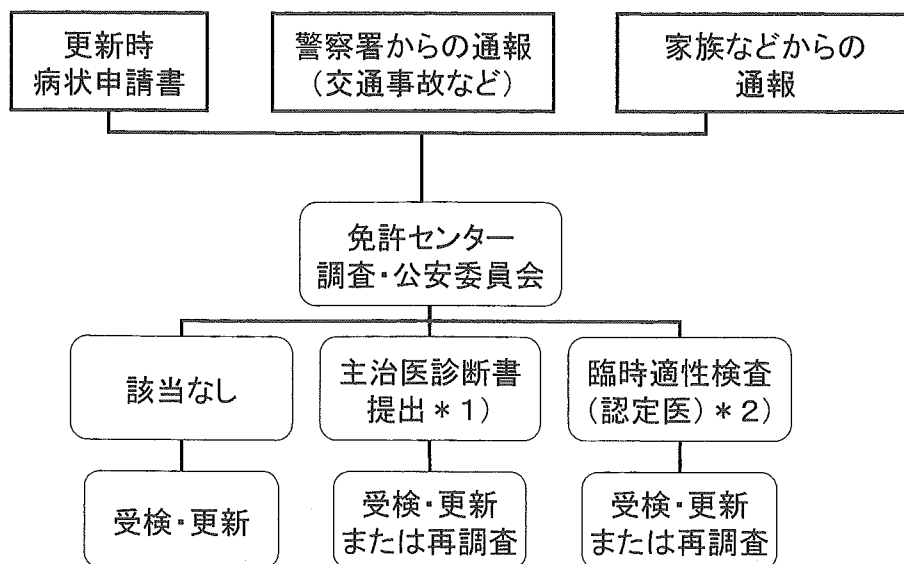
〔症例9〕 妻が運転をリハビリと考え中断に躊躇する脳血管性痴呆の男性

64歳、男性。元タクシー運転手。X年12月、物忘れを主訴に当科を受診。左片麻痺、頭部MRIで多発性脳梗塞を認めた。臨床経過、画像検査、臨床評価から、脳血管性痴呆、CDR1と診断。妻からの情報では、「職業柄、車の運転に自信もあるため、家族親戚からは運転止められているが、本人が止めたがらない」ということであった。その後も患者は運転をしたいと外出したが、毎日ドライブに出かけていた。妻も運転がリハビリになるからと積極的にドライブを容認していた。X+1年頃から、バックの際に車をよく擦るようになったが、同年の免許更新（道交法改正後）は成功した。しかしその後、スピードをよく出す、注意散漫になるなど妻から見ても患者の運転の危険が増加した。そのため妻が助手席に乗り運転援助しながら経過を見ていたが、X+2年、妻の指示出しでも道を間違えたり、注意散漫になって

きたため、鍵と自動車を取り上げた。すると、患者は興奮、暴言を妻にふるうようになり、対応に苦慮した妻が、主治医からの運転中断勧告を希望した。主治医が運転中断勧告を行ったところ、患者は「勧告に従います」と回答したが、一方で自宅では妻に対し、「車は何処だ」と何度も繰り返し要求が続いた。これまで妻は運転がリハビリにもなると思いあえて禁止していなかったが、運転が危なくなってきたので事故になると大変になるからと本人の運転要求を避けながら次の免許更新を待つ介護を続けている。

3. 痴呆患者の自動車運転の現状と、医療からみた今後の課題

図3に免許更新制度における診断書提出や、精神疾患の場合における臨時適性検査の流れについて示す。通常ドライバーの運転継続が問題となった場合、公安委員会が継続性の是非について評価を行うが、その経路には3つの場合が想定される。すなわち、免許更新者すべてに行う病状申請書をもって評価する方法、交通事故が発生した場合に警察官から免許センターへの通報を経由して公安委員会が評価する方法、家族からの免許センターへの相談・通報を基に公安委員会が評価する方法である。その後、公安委員会が、再評価の必要な



* 1：診断書提出ない場合は臨時適性検査実施
* 2：精神障害の場合、精神保健指定医が任命される

図3 診断書提出と臨時適性検査の流れ

4. 結 語

今回、症例提示も含めて痴呆患者の自動車運転の実態を医学的観点から検討した。これらの検討から、今後痴呆患者の自動車運転に関する最も重要な課題は精神科医などを含む各専門医療領域や、行政、保健福祉、法曹関係者などの垣根を越えた連携つくりと運転中断せざるを得ない痴呆患者への社会的対策つくりが急務であると考えられる。

なお本発表内容の一部は厚生労働科学研究長寿科学研究 H 15 年度「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」班（課題番号 H 15-長寿-032）の補助を受けて実施した。

文 献

- 1) Carol Brayne, 池田 学: イギリスにおける痴呆の自動車運転——現状と課題について——. 老年精神医学雑誌, 16; 831-835, 2005
- 2) 上村直人, 掛田恭子, 北村ゆりほか: 痴呆性疾患と自動車運転——日本における痴呆患者の自動車運転と家族の対応の実態について——. 脳神経, 57 (5); 409-414, 2005
- 3) 上村直人: 平成 15 年度厚生労働科学研究長寿科学総合研究事業総括報告書「道路交通法改正前の痴呆症患者の自動車運転に関する実態調査: 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」(主任研究者; 池田 学). 28-31, 2004
- 4) 上村直人: 平成 16 年度厚生労働科学研究長寿科学総合研究事業総括報告書「痴呆性疾患における運転免許更新時の病状申告書に関する問題について: 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」(班長; 池田学). 44-46, 2005
- 5) 上村直人: 痴呆性老人と自動車運転～認知能力と運転能力の関連性の検討. 日本興亜福祉財団平成 12 年度ジェロントロジー研究, ジェロントロジーに関する社会科学分野における独創的・先進的な研究, 研究報告書 No 5; 3-13, 2002
- 6) 道路交通法施行令の一部を改正する政令試案等: <http://www004.upp.so-net.ne.jp>

し、主治医からの診断書の提出、診断書提出が無い場合の臨時適性検査の導入を決定し、後者 2 つの場合は医師の診断書を基に公安委員会が運転免許の継続性を判断することになっている。しかしながら、これまで我々が検討した結果では、現状の免許更新時の病状申請書や⁴⁾、運転適性診断機器では、痴呆患者の運転問題に十分対応できているとは言いがたい⁵⁾。症例提示で示したように、交通事故を起こしているにも拘らず、その後も運転を継続していた症例 1, 3 では道交法改正後でも免許更新に成功しており、現状の病状申請書制度では痴呆患者に対しては十分対応できていないと考えられる。また医師や主治医が提出する診断書において、例え交通事故を起こしても、症例 1, 7, 8 のように患者本人の同意や家族の協力がなければ診断書の提出に結びつけることは難しい。更には症例 6, 7, 8 では運転継続の危険性から家族からの通報という形式を取り、主治医が強力に運転相談を勧め運転適性検査を導入し、免許センターで危険性が指摘されたにもかかわらず、主治医の診断書提出には至らなかった。そして、症例 4 のように患者が通院拒否をすれば診断書提出の機会すらなくなる。その他、患者本人は病識がなく、家族に中断勧告を行っても、症例 2 のように家族の通院のために運転中断が困難である場合や、症例 5 のように仕事など通勤のために家族が中断を拒否する場合もありうる。このように痴呆患者の運転中断の困難性は、病状申請書の有効性の低さや、医師が診断書を提出するという法的手続きに結びつきにくいといった問題が存在する。そのため、今後痴呆患者では有効性の低い病状申請書以外の新たな方法の開発や、患者本人や家族の協力の得られない運転継続が危険な痴呆患者への具体的な法的体制つくり、現在一部の欧米に見られるような痴呆のドライバーを免許局に通報すること¹⁾を主治医に義務化することなどの検討が必要であろう。

〈研究成果8〉

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総会

シ
ン
ポ
ジ
ウ
ム

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——

荒井 由美子, 新井 明日奈 (国立長寿医療センター長寿政策科学研究部)

わが国では、高齢者にとっての安全な交通環境の実現に向け、国を挙げた取り組みが推進されている。なかでも、2002年の道路交通法の改正により、運転者が認知症に罹患した場合に関する記述が初めて付加されたことは、注目に値する。このような交通に関する法令等の内容を吟味し、その運用によって国民の安全にどのように寄与しているのかについて検討することは、極めて重要である。さらに、高齢者への的確な交通事故予防策を講じるためには、高齢者の関わる交通事故を詳細に分析することが求められる。

我々は、まず、北海道を例にとり、高齢者の交通事故の特徴について考察した。交通事故による高齢死傷者数の増加率は、高齢者人口の伸び率に比して大きいことが明らかになった。高齢者は若年者に比して、「歩行中」の交通事故死傷率が有意に高く、また、都市部と非都市部においても死傷率に違いが見られることが示された。

次に、運転者が認知症に罹患した場合の、運転免許の更新に関して、都道府県警察の運転免許課への聞き取り調査をふまえて検討した。免許課では、運転者が認知症であると判明した場合、「免許の取り消し」という行政処分ではなく、運転者が「自主的に」運転を中止するように行政指導を行う方針がとられていた。しかし、免許課において、運転者が認知症であるか否かを客観的に判断し、認知症に罹患した運転者の運転適性を適切に評価することは、極めて難しい状況であることが明らかになった。

今後の課題としては、「認知症」という用語の定義を明確にし、認知症の症状の進行に伴う運転のリスクを明らかにすることが大切である。その上で、運転継続の可否に関する指導を行うためのガイドラインを作成し、さらに、患者、家族、警察、並びに主治医などの関係者間の連携を推進するシステムを構築することが、運転者の危険運転行為を防止し、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。

<索引用語：老年者、認知症、自動車運転、交通事故、事故防止>

近年わが国において、交通事故死傷者数に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、2004（平成16）年（1～12月）では、交通事故死者数及び重傷者数のうち、65歳以上高齢者がそれぞれ、41.4%、25.8%を占め、他の年齢層に比べても特に高くなっている¹⁰⁾。また、高齢者は、交通事故による死亡のリスクが高いだけでなく、後遺症による障害や寝たきりになるリスクも高いため、ひとたび交通事故に遭遇すると、QOL（生活の

質）全体が低下しかねない。高齢者を取り巻く交通環境は、科学・医療分野における技術の進歩に伴い、道路整備や救急医療体制の充実、さらには自動車車両の安全性能の向上によって、大きく様変わりしてきている。しかしながら一方で、欧米の研究によると、近年需要の高まるスポーツ多目的車（SUV）は、一般の車両と比べ、衝突によって歩行者に及ぼす衝撃がより深刻であり、歩行者の死傷率がより高くなると報告され、経済産業

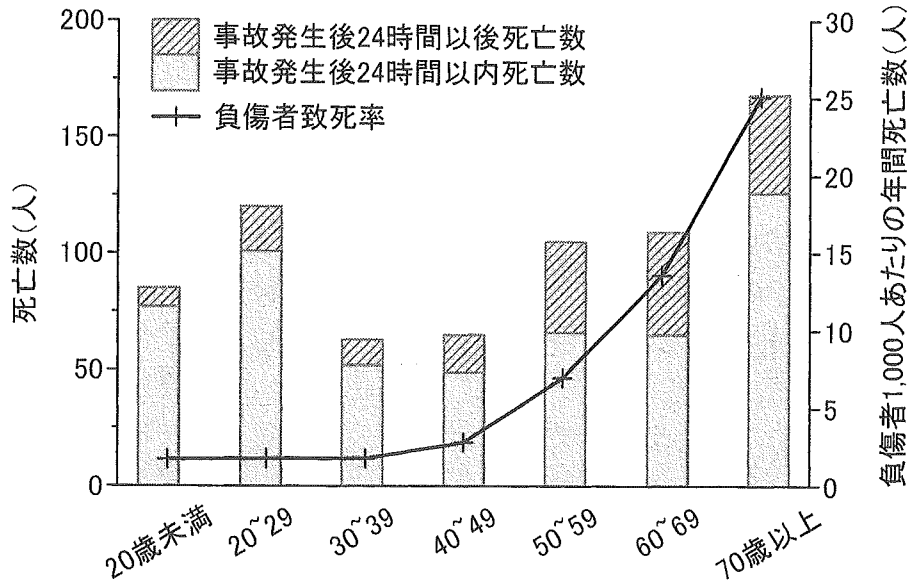


図1 1年間の年齢層別交通事故死亡数（事故発生後24時間以内死亡と24時間以後死亡）および負傷者1,000人あたりの年間致死率（北海道，1997年）

の推進が安全政策よりも優先されてはならないと研究者らは警鐘を鳴らしている¹⁵⁾。このことは、わが国においても例外ではないだろう。

したがって、高齢者への有効な交通事故予防策を講じることは、喫緊の課題といえる。毎年春・秋に実施されている全国交通安全運動においても、昨今は「高齢者」の交通事故防止に重点がおかれているように、今後の高齢者人口及び高齢運転免許保有者のさらなる増加を見据え、安全な交通社会の実現に向けた取り組みが国を挙げて推進されている。そのような取り組みの中でも、近年の道路交通法の改正は、高齢運転者に深く関わる制度の見直しを含んでおり、交通安全対策の柱として注目される。高齢者の安全な交通環境を整備するためには、交通に関する法令等の内容及び運用を適宜吟味し、また、高齢者の関わる交通事故の詳細な分析を、事故防止活動へ具体化することが求められている。

本稿では、まず、北海道における状況を例にとり、高齢者の交通事故の特徴について考察する。次に、高齢運転者が認知症に罹患した場合の対応について、都道府県警察への聞き取り調査の結果もふまえ、検討する。

我々は、北海道警察から閲覧許可を得た1996（平成8）年から2000（平成12）年までの5年間の交通事故統計分析表を用いて、北海道における高齢者の交通事故の分析を行った。1997（平成9）年（1～12月）に北海道で発生した交通事故における死者数を年齢層別にみると、20～29歳の若年者層や70歳以上の高齢者層で多くなっていた（図1棒グラフ灰色部）。この死者数とは、1年間における「事故発生後24時間以内に死亡した人数」を表しているが、「24時間以後の死亡数」はどのようになっているのであろうか。年間の死因別死亡数⁴⁾を参照すると、事故発生後24時間以後の死亡数は、交通事故を死因とする死亡数から事故発生後24時間以内の死亡数を差し引いた人数（図1棒グラフ斜線部）として概算される。その結果、事故発生後24時間以後の死亡数は、高齢者層で他の年齢層より顕著に多いことが示された。つまり、高齢者層では、交通事故による負傷者の1年以内の致死率が、極めて高いことが明らかになった（図1折れ線グラフ）。

ところで、交通死傷者数に高齢者の占める割合が高い要因の一つとして、高齢者人口の増加が考えられる。そこで、1996年から5年間の65歳以

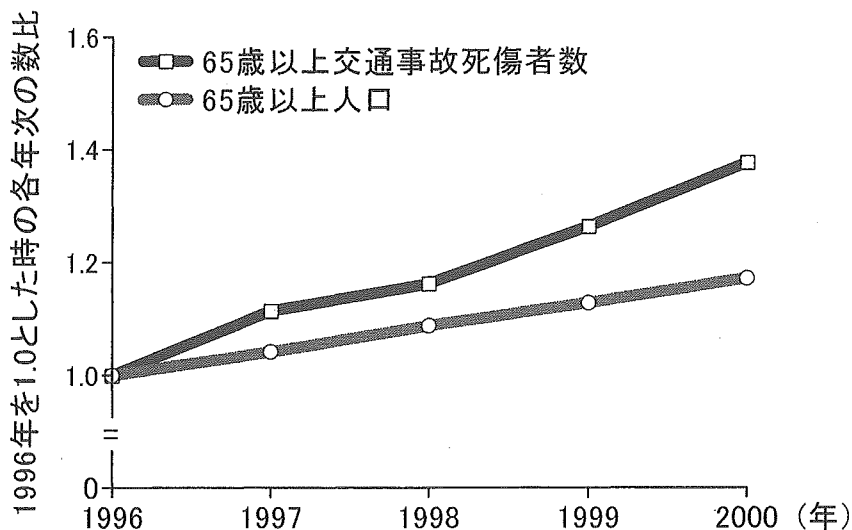


図2 1996年を基準としたときの65歳以上人口の増加率と65歳以上死傷者数の増加率（北海道，1996-2000年）

上の人口と交通事故死傷者数の経時変化に着目した。その結果、人口の伸び率に比して、交通事故による死傷者数の増加率が、より大きいことが示された（図2）。この結果から明らかのように、高齢者が関わる交通事故の増加を、単に人口の高齢化だけで説明することはできず、さらに掘り下げて要因を探求しなければならないと考えられた。

そこで我々は、どのような場合に高齢者が交通事故に遭遇しやすいのかについての検討を行った。交通死傷事故は、発生時の状態によって、乗用車運転中（以下、「運転中」と略）、乗用車同乗中（以下、「同乗中」と略）、自転車乗用中（以下、「自転車」と略）、及び「歩行中」などと分類できる。これを年齢層別に比較すると、20～29歳では、死傷事故発生時に「運転中」及び「同乗中」である割合が全体の77.1%を占め、他の年齢層と比べ自動車に関わる状態であった割合が最も高く、年齢層が上がるにつれ死傷事故発生時に「運転中」及び「同乗中」である割合は減少していた（図3）。これに対し、死傷事故発生時に「自転車」及び「歩行中」である割合は、年齢層が上がるにつれて増加し、20～29歳では全体の6.9%、70歳以上では47.0%を占めた。このように、年齢層によって事故発生時の状態には明らかな違いが見られた。とりわけ70歳以上の高齢者におい

ては、若年層よりも「自転車」や「歩行中」における事故が多く発生しており、「運転中」「同乗中」「自転車」及び「歩行中」の割合がそれぞれ同程度（2割）を占めていた。

さらに、高齢者（65歳以上）の状態別死傷者数を、人口（「運転中」では免許保有人口⁵⁻⁹⁾10万対で若年者（20～29歳）と比較すると、事故発生時の状態が「運転中」「同乗中」及び「歩行中」については、若年者と高齢者で死傷者率に有意な差が認められた（図4）。すなわち、「運転中」及び「同乗中」の死傷者率では、若年者のほうが高齢者より上回っており、「歩行中」の死傷者率では、高齢者のほうが若年者より上回っていたことが示された。

交通事故の発生要因に関しては、事故発生時の状態をさらに地域の交通環境や地理条件をふまえて検討する必要がある。これまでの研究でも、人口規模や人口密度によって、事故の状況や死亡率あるいはリスクファクターに違いが見られることが報告されている^{2,3,12,14)}。そこで、高齢者における状態別死傷者率において、都市部と非都市部に違いがみられるかどうかについて検討した。具体的には、北海道の市町村のうち、人口2万5,000人以上かつ人口密度200人/km²以上の17市町を都市部（総人口387万7,325人、2000年現在）

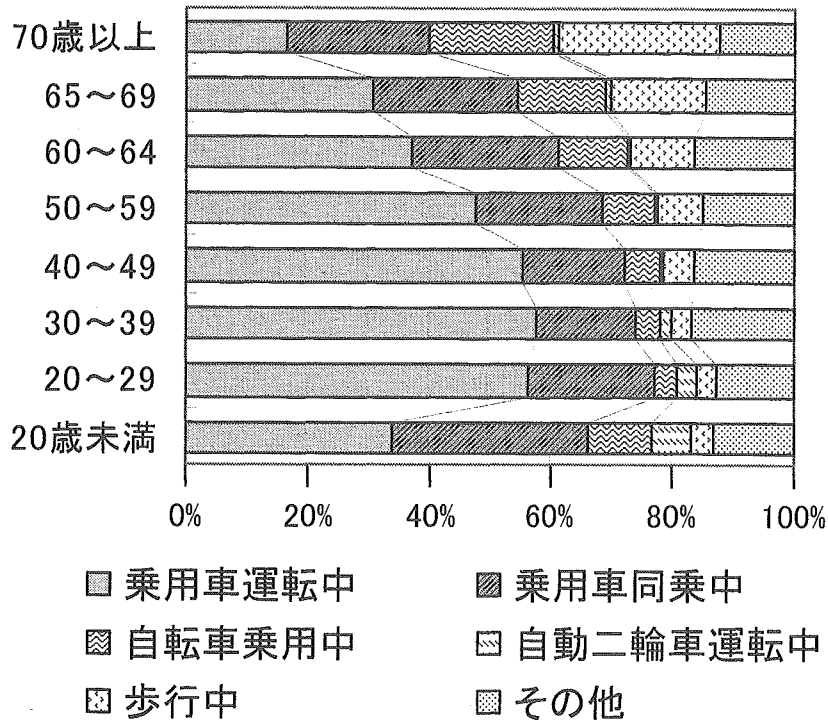


図3 年齢層・状態別交通事故死傷者割合 (北海道, 1996-2000年合計)

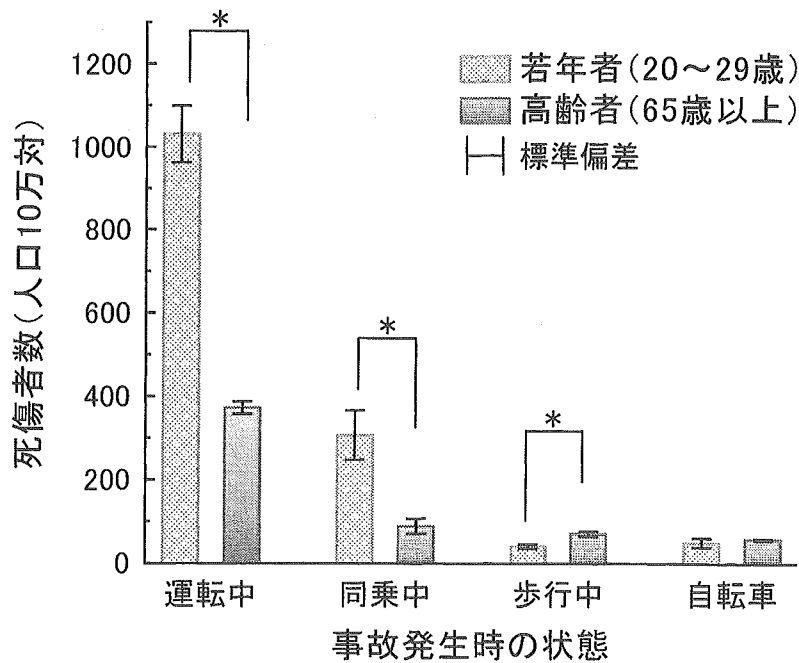


図4 若年者と高齢者における事故発生時の状態別死傷者数 (人口10万対, 1996-2000年平均)

1996-2000年の年間平均状態別死傷者率を, Mann-Whitney検定を用い若年者と高齢者で比較した。*: $p < 0.05$

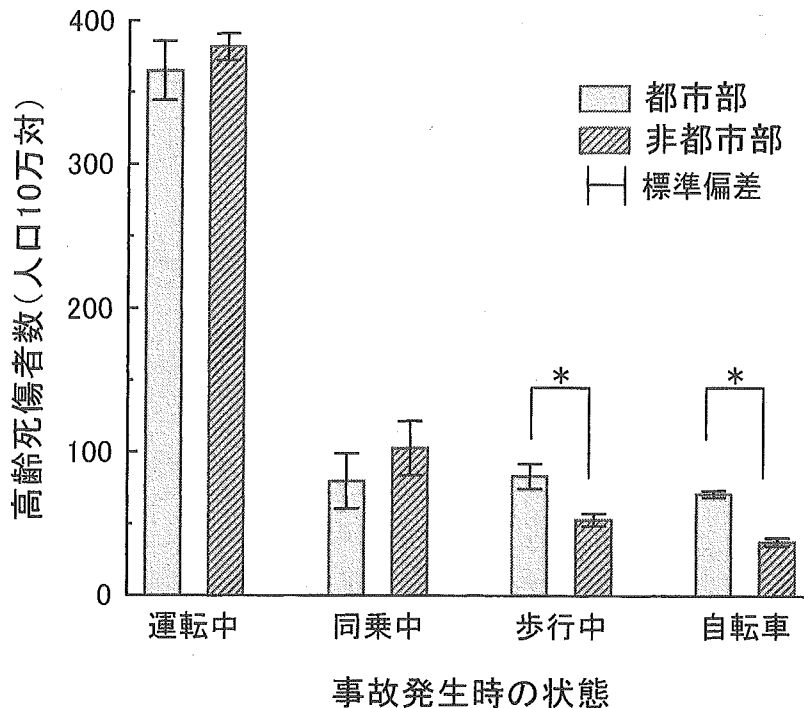


図5 都市部・非都市部でみた高齢者における事故発生時の状態別死傷者数 (人口10万対, 1996-2000年平均)
 1996-2000年の年間平均状態別死傷者率を, Mann-Whitney検定を用い都市部と非都市部で比較した。*: p<0.05

とし, それ以外の195市町村を非都市部(総人口180万5,502人, 2000年現在)と分類して, 都市部と非都市部における高齢者の状態別死傷者率を比較した。その結果, 事故発生時の状態が「歩行中」及び「自転車」においては, 都市部での高齢死傷者率が, 非都市部よりも有意に高いことが明らかになった(図5)。これとは対照的に, 「運転中」及び「同乗中」の自動車に関する事故においては, 非都市部での高齢死傷者率が, 都市部より有意ではないものの高い傾向であった。このように, 都市部と非都市部では, 自動車に関わる交通事故とそれ以外の交通事故における死傷者率が, ほぼ正反対の傾向を示した。このことは, 高齢者においては, 居住地域の交通環境や生活スタイルの違いが, そのまま高齢者本人の移動手段に反映されているためであろうと考えられる。したがって, 自動車運転, 自動車同乗, 自転車, そして歩行という異なる状態への適切な安全対策を考え, それぞれに応じた事故予防策を講じていかなけれ

ばならない。

交通事故総合分析センターによると, 高齢者の自転車乗用中に発生する事故は, 「昼間」の「交差点」における直進車との「出会い頭」に多く, 事故要因としては, 自転車乗用中の者が車の存在を「認知」する際のエラーが多いという。また, 歩行中の事故については, 「夜間」の「単路」において, 直進車の「右から」横断する際に多く発生しており, 歩行者が車の動きや自分がどう行動すべきかを「判断」する際のエラーが多いと報告している¹³⁾。こうした詳細な分析を高齢者への安全講習などに活用するとともに, 自動車の運転者並びに同乗者に対しても, 自転車や歩行者への十分な配慮と注意喚起を促すことが不可欠である。

では, 高齢者の運転に関しては, どのような状況にあるのだろうか。

我が国における高齢運転者数は, 図6に示すように年々増加しており, 2003(平成15)年現在で879万1,045人, すなわち高齢者の約36%が

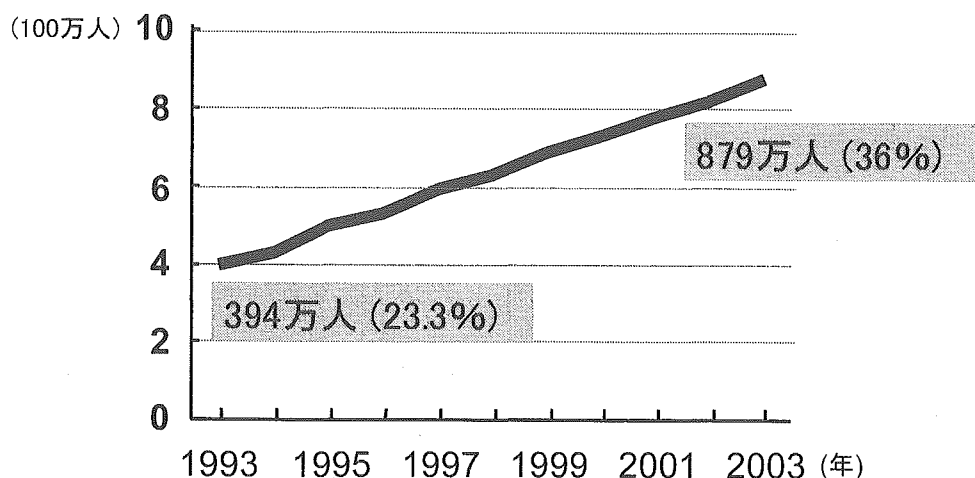


図6 65歳以上の運転免許保有者数の推移 (全国, 1993-2003年)

免許保持者となっている¹¹⁾。このような高齢運転者の増加に対応すべく、道路交通法の改正が行われてきた。まず1998(平成10)年の改正では、運転免許の自主返納制度が導入され、高齢などで運転する意思がない運転者が、自主的に免許取り消しを申請できることとなった。さらに、75歳以上の高齢者に関しては、免許更新時に、申請者(運転者)の性格や反応速度などをみる適性診断及び実車教習からなる高齢者講習を受検することが義務づけられた。2002(平成14)年の改正では、高齢者講習の受検開始年齢が、70歳に引き下げられ、また、運転者が認知症に罹患した場合に関する記述が初めて付加された。すなわち、「運転者が認知症であると判明した場合には、免許を停止または取り消すことができる」というものである。しかし、運転に関する適性に関しては、疾患(すなわち診断名)のみで判断するのではなく、運転者の症状や状態で判断する、としている。例えば、以前、欠格事由であった「てんかん」に罹患した運転者は、新法下では、条件を満たせば運転できるようになった。

ところで、高齢運転者の中で、認知症に罹患している者の割合はどの位であろうか。65歳以上の人口における認知症の有病率が4~6%であることを鑑みれば、約879万人(平成15年現在)の高齢運転者のうち、認知症に罹患している運転者は、少なく見積もっても35万人いるのではな

いかと推定される。しかし、運転者が認知症であるということが、どのように判明するのか疑問である。加えて、運転の適性に関して、どの機関がどのような手法で判断しているのかについては明らかにされていない。

そこで我々は、運転者が認知症に罹患している場合に、運転に関する法令等について、現場でどのように運用されているのか、また、運用にあたってどのような問題点があるのかについて検討した。今回、検討の対象としたのは、道路交通法、道路交通法施行令、道路交通法施行細則、及び警察庁課長通達であった。

まず、運転の適性に関して判断する機関は、各都道府県の公安委員会である。公安委員会は、運転免許停止の判断に関して、必要と認める時には運転者に対し、適性検査(臨時適性検査)の受検、または医師の診断書の提出命令を行うことができる。また、公安委員会は、運転適性相談窓口を開設し、運転者やその家族に対して、運転者が運転に危険の伴う可能性があるような疾患に罹患している場合や、運転適性あるいは運転能力に不安がある場合に、免許申請や自動車教習所への入所が可能か否かを事前に相談するよう推奨している。しかし、公安委員会の権限は、「交通規制や運転免許の交付」の他にも、「地方警務官の任免に関する同意」「風俗営業、古物営業、質屋営業の許可」など、多岐にわたっており、運転免許に関す

免許の更新

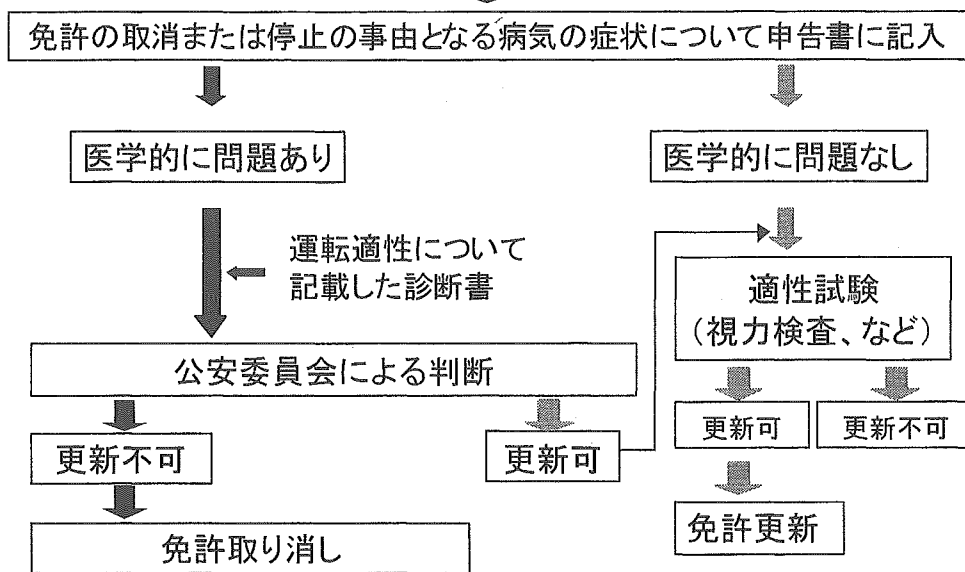


図7 免許更新の過程

る業務を専属で行っているわけではない。したがって、運転に関する日々の実務は、各都道府県警察の免許課に委ねられている。

我々は、運転者が認知症に罹患している場合について、都道府県警察の免許課における実際の対応状況を把握するため、A県、B県、及びC県警察（以下、県警）の運転免許課に所属する5人の担当者に対し、90～180分に亘る聞き取り調査を実施した¹⁾。まず、前述の臨時適性検査が、どのような場合に実施され、認知症の運転者における運転適性を判断するのに適用可能であるかについて尋ねた。県警によると、臨時適性検査を実施するにあたっては、以下の三つの場合が挙げられる。第一は、免許を受けた者から臨時適性検査を受けたいとの申し出があった時、第二は、免許を受けた者が自動車等の運転により交通事故等を起こした場合において、その者が自動車の運転について必要な適性を備えていないおそれがあると認められる時、第三は、運転免許の更新時に、必要であると認められる時である。認知症患者の場合、上述の一、二の状況はほとんどなく、三の状況は時々見られるとのことであった。したがって、県

警免許課が認知症患者の運転適性を判断する機会は、ほとんど運転免許更新時に限られる。

図7に示すとおり、免許更新時には、すべての運転者に対して、病状申告書の記載が義務づけられている。病状申告書において運転者が回答することになっている項目は、意識消失の有無、けいれんの有無、ナルコレプシーの有無などである。しかし、認知症の患者は、たとえ、これらの経験があっても記憶していない場合が多く、何よりも、これらの質問項目のみでスクリーニングを行うことは難しいと思われる。実際、県警において、運転を続けている認知症患者に対し、道路交通法を適用し、停止・取り消しなどの行政処分を明確に行った事例は存在しなかった。しかし、認知症患者が、運転免許更新時に病状申告書により症状を申告した場合、または、認知症患者本人や家族が、運転継続の可否について適性相談窓口にて相談した場合に、「免許更新を辞退することを勧める」などの行政指導が行われた事例が存在した。また、県警免許課では、運転者が認知症であると判明した場合、適性相談を複数回に亘って実施し、運転者に医師の診断書の提出を求めることになってい

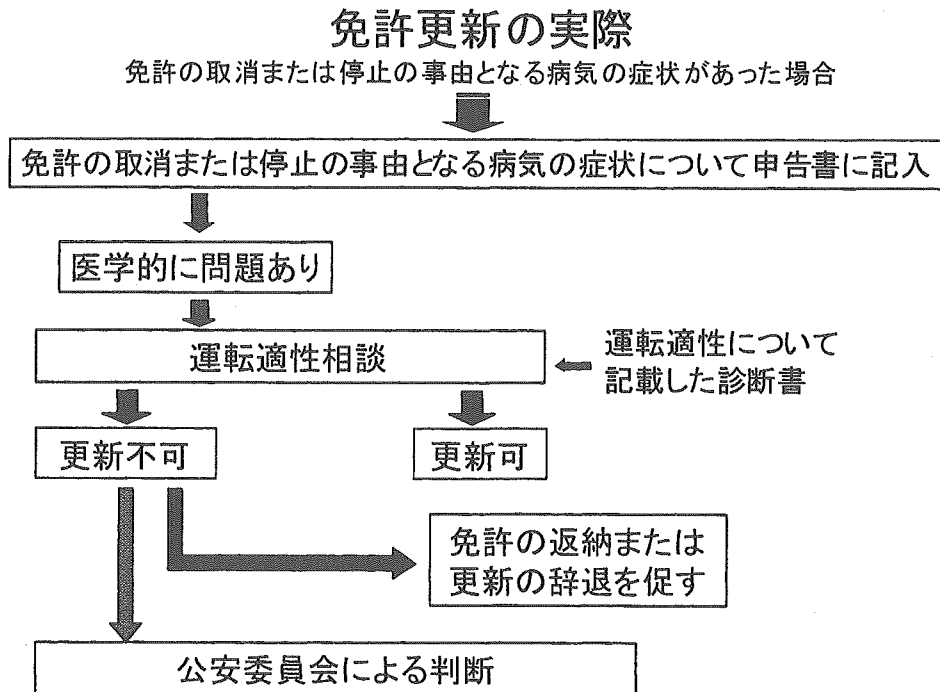


図8 免許の取消または停止の事由となる病状が見られた場合における免許更新の実際の過程

る。つまり、運転に支障があるような「症状」の有無は、個々のケースにおいて判断され、個別の対応がとられているということになる。すなわち、法律では、認知症であれば即取り消し、と規定されているものが、現場においては、本人の症状を把握した上で、あくまでも本人の権利を尊重し、運転継続の可否に関して本人による判断を促すという行政指導が行われていることが明らかになった。このように現場においては、「免許の取り消し」という行政処分を極力回避するため、運転者に対し、「免許の返納を勧める」、あるいは、「免許を更新しないように勧める」などの行政指導を行うことによって、運転者が「自主的に」運転を中止するような方針がとられていた（図8）。

ところで、免許課が認知症運転者に対して行政指導を行った事例は、前述の推定される認知症高齢運転者数（35万人）を鑑みても、実際には各県で2～5名と、極めて少数であった。この理由として、以下の二点が考えられる。第一点は、県警が行政指導を行うためには、あくまでも認知症に罹患している運転者本人が病状申告を行うことが前提となるが、認知症患者は病識のない者が多

いため、大多数の認知症患者は病状申告を行わないものと考えられる。第二点として、運転免許の更新期間が3～5年であることを鑑みると、この間に病状が進行し、行政指導を行うまでもなく、免許を返納せざるを得ない状態となった者も存在すると思われる。したがって、免許課において、運転者が認知症に罹患していることを本人の病状申告に拠らずに判断し、病状の進行を捉え、なおかつ運転の適性を正しく判定することは、非常に困難であると予想される。

認知症に罹患した者の運転に関して、道路交通法では、法の中に「認知症」という用語についての明確な定義がなされていない。いわゆる認知症とは、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、前頭側頭葉変性症をはじめ、外傷、感染症、及び脳腫瘍等による認知症など様々な原因疾患による病態を総称するものであり、専門医による精査なしに鑑別診断を行うことは不可能である。それにもかかわらず、運転者が「認知症」とあるということを、免許課レベルでどのように「判断」するのかについての詳細な情報が与えられていないのが現状である。すなわち、運転者をどのようにし

て「認知症」と判断するのか、及び、「認知症」であると判断した場合に、どのように対応すべきかについての詳細かつ系統的な指針は、我々が調査した限りでは存在しなかった。このような指針の欠如ゆえに、各免許課で判断せねばならない事項が多いにもかかわらず、免許課における人的資源が充分でないことも業務遂行を困難にしているものと考えられる。例えば、愛知県では、年間の免許更新者が約110万人で、高齢の運転免許保持者は約25万人存在するが、免許課には、4人しか人員が配置されていない（平成16年現在）。このような、法における認知症に対する明確な定義の欠如や現場における人的資源の不足により、認知症に罹患した運転者への対応において、現場は大きな困難に直面している。

したがって、今後の課題としては、まずは、法レベル及び免許課レベルにおいて、「認知症」という用語の定義を明確にすることが重要であろう。そして、どの程度の重症度で、どのような認知症が、運転を危険にするような症状を呈するのかを明らかにすることが大切であると思われる。さらに、運転者の認知症の鑑別診断・重症度（病期）を勘案した上で、運転継続の可否に関する指導を行うことが必要であり、そのためのガイドラインを作成することが喫緊の課題である。その上で、患者、家族、警察、並びに主治医などの関係者が、疾患の進行状態と運転の安全性についての情報を共有し、運転者とともに相談しながら段階的に準備を進め、運転者本人と家族が納得のいく結論を導き出せることが望ましい。こうした関係者間の連携を推進するシステムの構築が、運転者の危険運転行為を防止し、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。

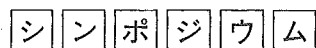
謝辞：本研究遂行にあたり、貴重なご助言を頂きました名古屋大学医学部法医学教室教授の勝又義直先生、及び北海道大学医学部老年保健医学分野教授の玉城英彦先生に深謝致します。また、資料提供にご協力頂きました北海道警察本部交通企画課の方々に厚く御礼申し上げます。

なお、本研究の一部は、厚生労働省科学研究費補助金長

寿科学総合研究事業 H15-長寿032（主任研究者：池田学）の一環として行われた。

文 献

- 1) 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, 2005 (in press)
- 2) Baker, S.P., Whitfield, R.A., O'Neill, B.: Geographic variations in mortality from motor vehicle crashes. New England Journal of Medicine, 316 (22); 1384-1387, 1987
- 3) Clark, D. E.: Motor vehicle crash fatalities in the elderly: Rural versus urban. Journal of Trauma—Injury, Infection, and Critical Care, 51 (5); 896-900, 2001
- 4) 北海道保健福祉部：北海道保健統計年報平成9年。1999
- 5) 北海道警察本部：平成8年交通年鑑。北海道，1997
- 6) 北海道警察本部：平成9年交通年鑑。北海道，1998
- 7) 北海道警察本部：平成10年交通年鑑。北海道，1999
- 8) 北海道警察本部：平成11年交通年鑑。北海道，2000
- 9) 北海道警察本部：平成12年交通年鑑。北海道，2001
- 10) 警察庁交通局：平成16年中の交通事故の発生状況。2005
- 11) 警察庁交通局運転免許課：運転免許統計平成15年版。2004
- 12) 交通事故総合分析センター：イタルダ・インフォメーション No. 24 高齢者交通事故。東京都，2000
- 13) 交通事故総合分析センター：イタルダ・インフォメーション No. 53 高齢者の交通事故。東京都，2004
- 14) Muelleman, R. L., Mueller, K.: Fatal motor vehicle crashes: Variations of crash characteristics within rural regions of different population densities. Journal of Trauma—Injury, Infection, and Critical Care, 41 (2); 315-320, 1996
- 15) Simms, C., O'Neill, D.: Sports utility vehicles and older pedestrians. British Medical Journal, 331; 787-788, 2005



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

野村 美千江, 柴 珠実, 豊田 ゆかり, 宮内 清子

(愛媛県立医療技術大学看護学科)

1. 緒 言

地域で高齢者ケアの相談窓口となる市町村保健センターや在宅介護支援センター、ケア提供部門においては、痴呆高齢者が車の運転をやめられず困っている家族や地域住民からの相談が増えてきた。主治医から自動車の運転中止を強く勧められているにもかかわらず、運転を断念するのに長期間を要し、本人や同乗者さらには歩行者の命の危険性が危惧される事例が見受けられる。この問題は、公共交通機関が発達している都市部に比べ、買い物や通院など最低限の外出に自家用自動車が必要となる農山村ではより深刻である³⁾。また、自動車を運転することは自立した生活や責任のシンボルであるので、これを断念することには当然大きな痛みを伴い、意思決定のプロセスが関与する¹⁾。

本報告では地域看護の立場から、初期痴呆高齢者が自動車運転を断念する過程と家族の対処行動⁴⁾、運転中止に成功した事例と断念できない事例を分析したので、その結果から効果的な介入方法や行政の対策について若干の考察を加えた。

2. 研究方法

1) 対象：愛媛大学医学部附属病院の精神科神経科高次脳機能外来において家族からの運転状況の聴取やドライビングシミュレーターの結果、医師から運転中止勧告がなされ、研究参加に同意の得られた初期痴呆患者 12 名 (男性 10 名, 女性 2

名)。平均年齢 72.8 (58～90) 歳。診断名はアルツハイマー病 8 名, 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: 以下 FTLD と略す) 4 名。Clinical Dementia Rating (以下 CDR と略す) および Mini-Mental State Examination は表 1 に示す。

主介護者は配偶者 10 名, 嫁 1 名, 娘 1 名。家族形態は高齢者夫婦世帯 7 名, 三世帯世帯 4 名, 未婚の子と同居 1 名。現役の職業は農業従事者 3 名, 自営業 1 名。

2) データ収集：平成 15 年 10 月～16 年 12 月の間、外来または自宅において平均 2 時間, 1～5 回の非構成的面接を行った。面接の前半は本人と家族のペアを対象とし、家族構成・地域の環境、運転歴、運転に対する思い、車の利用頻度と内容等を聴取した。後半は家族に運転中止への考え方や対処、運転に関連する生活出来事を聴取した。

3) 分析方法：面接の全逐語録を作成し、その中から抽出した運転中止に関連する記述を類似性により分類しその意味を解釈することによって要素を抽出した。次に事例別に生活上の出来事、本人・家族の言動や認識を経時的に整理し、家族の対処プロセスを表象的に解釈し、全事例の類似性によって運転を断念する過程を分析した。

3. 研究結果

1) 運転の断念に関連が予測される要素
痴呆の疾患のタイプや重症度以外の要素として、

運転の断念に関連が予測される患者本人の要素は、年齢の自覚、車への執着（人生の象徴として固有の意味をもつ）、運転技術への自信と誇り、家庭や地域での役割遂行であった。家族の要素は、運転への期待・依存度、運転免許の有無、家事や介護に関する家族の負担、家族の関係性、家族で結束し対処していく力であった。また、地域の要素は、交通の利便性、車のない生活を支援する社会資源、近隣の相互扶助、車の運転に関する慣習と住民意識であった。

2) 運転中止への家族対処の結果（表1）

家族対処の結果、運転中止9名、運転継続中3名であった。9名のうち、4名はスムーズに運転中止に至ったが、5名は対処困難であった。

スムーズに運転を断念することができた4名は、すべて男性で年齢が高い。いずれも介護者である妻が夫の運転を懸念し始めた頃、医師からの勧告と免許更新時期がタイミングよく重なり、2ヵ月以内に大きな支障なしに運転を中止することができた。後期高齢者3名は車への執着が強かったが、事故による危険性の自覚や家族の説得と情緒的サポートによって、本人が運転中止を納得できた。事例④は、本人の運転欲求が生じる度に妻が本人を助手席に乗せてドライブすることにより、運転

の抑制に成功していた。長男が説得にあたった事例①②③は、家族や近隣住民の運転代行やタクシー利用で生活を維持している。この群の共通性は、家族関係の良好さと配偶者が自家用車に頼らない生活を再構築する意志と実行力を有していたことであった。

運転中止にいたる家族対処が困難であった5名は、公共交通機関が縮小・廃止された地域に居住していた。3名は専業農家であることから本人・家族ともに運転中止への抵抗が大きく、交通事故や山中での行方不明などのトラブルを繰り返しながら、運転断念までに3~5年を要した。主たる介護者である妻や嫁は運転中止の必要性を感じながら、患者本人の運転継続による生活上の有益性が高いために決断できず、中止を迫る親族や近隣住民との間で葛藤が長期間持続していた。2名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、家族の知識不足から敵対的な対応を繰り返す状況がみられた。運転中止のきっかけは、自動車運転シミュレーション検査による危険性の自覚、医師からの強い勧告、主介護者の介護負担の増大、精査目的の精神科入院による物理的な引き離しであった。この対処困難5名の共通性は、家族の側に車の運転に依存する生活上の必要性が強いこと、家族成員間で病気や運転に対する認識

表1 運転中止への家族対処の結果

結果	家族対処の経緯・理由	性	年齢	CDR	MMSE
運転断念	① 免許更新時、長男が説得	男	83	1	15
	② 人身事故、妻と長男が説得	男	79	1	14
	③ 自損事故、長男が説得	男	77	0.5	*25
	④ 医師の勧告を受け、妻が説得	男	70	0.5	13
対処困難	⑤ 嫁の介護負担増大の恐れ	男	90	0.5	13
	⑥ 妻と子供の認識のずれ	男	82	1	13
	⑦ 家族の関係性が不良	男	72	0.5	22
	⑧ 仕事上の役割変更が困難	男	67	0.5	20
	⑨ 人身事故、入院で断念	女	66	0.5	*15
運転継続中	⑩ 妻の介護負担増大の恐れ	男	67	0.5	22
	⑪ 免許所有者不在、生活不便	女	67	0.5	*27
	⑫ 若年齢、仕事上の能力維持	男	58	0.5	*23

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

*: FTLD (frontotemporal lobar degeneration)

が異なること、家族の関係性に問題があること、つまり家族の意思決定パターンの不統一と脆弱性であった。

運転継続中の3名は、男性2名、女性1名。いずれも確定診断から1年以内でCDRは0.5であった。年齢が58～67歳と若いので体力・仕事上の能力が一定レベル保たれており、全員が農業・自営業等に従事していた。運転を中止すれば直ちに家計収入の減少に結びつき、生活が維持できなくなる恐れがあるため、今後、運転中止の家族対処にあたっては大きな困難が予想された。(今回の研究に参加された12例のうち7例は現在も家庭訪問や電話相談、外来面接等により支援を継続中である。)

3) 運転断念にいたるプロセス

「運転を断念する過程」には、見守り期・見極め期・納得期があり、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。

〈見守り期〉

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見極め期に移行していた。

〈見極め期〉

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。主たる介護者は、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、怒りの反応をみせる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。この見極め期は家族が最も対処困難を感じる時期であった。

〈納得期〉

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、主たる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、初老期の場合には体力があり、運転を諦めることは容易ではなかった。特にFTLDの事例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ていた²⁾。

4. 考 察

運転中止がスムーズに運ばない背景には、年齢の自覚や生きがい、生活の利便性、家族の認識など多くの要素が関係する。一日でも長く自立した生活を維持してほしいと願う家族ほど、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、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い。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家族支援が必要と考えられる。

以下に介入の時期と方法、地域の啓発等を含む支援の方向性を示す。

1) 介入時期とその方法

見守り期——①診断：痴呆性疾患の鑑別、重症度の評価、②アセスメント：家族関係、対処力、生活環境、③知識提供：認知障害と運転、起こり得る出来事、④家族相談：認識を高める、不安の傾聴、励まし

見極め期——①運転能力の評価：危険性予測検査、家族の観察、②医師の指導：危険性の説明、文書による指導、③タイミングを計る：免許更新や出来事を活用、④家族の結束を促す：家族会議によって、男性の巻き込み、⑤具体策立案への助言：運転免許センターや教習所と連携、物理的引き離し（廃車、入院・入所）

納得期——①本人の支持：生活意欲・自尊感情を高める、②家族の支持：心理的葛藤の傾聴、健康障害予防、③支援体制整備：代替サポート、地域のネットワーク

2) 運転断念への支援の方向性

地域看護の立場から以下の4点を提言する。

①地域の実態把握：危険性を伴いながら運転を続ける痴呆高齢者や適切な対処ができない家族がいることの現状を認識し、その実態を把握する。

公共交通機関の整備状況等の実態を把握する。

②関係者との連携：地域の医師、ケアマネジャー、サービス提供者らに対し、痴呆高齢者の自動車運転に関する実態および家族対処を支援する必要性とその方策について情報提供を行う。

③地区組織への啓発・情報発信：民生委員、老人会、婦人会、交通安全協会等に対し、また高齢者大学などの学習機会を活用して、高齢者と運転、代替サポートや地域の助け合いについて（介護バス、買い物支援、出張サービスほか）啓発や情報の発信を行う。

④家族支援：地区の健康相談や高齢者精神保健相談等を通じて支援の必要な家族を発見し、家族支援を行う。当事者への援助の視点として、起こっていることの大変さを受け止めること、病者本人が、納得し諦めることができるように支援すること、家族自らが知恵を結集して対処していくことを支援することが重要である。

なお本発表内容の一部は厚生労働省 長寿科学研究 H 15 年度「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」班（課題番号 H 15-長寿-032）の補助を受けて実施した。

文 献

1) Bahro, M., Silber, E., Box, P.: Giving up driving in Alzheimer disease; A integrative therapeutic approach. *Int J Geriatr Psychiatry*, 10; 871-874, 1995

2) Kumamoto, K., Arai, Y., Hashimoto, N., Ikeda, M., Mizuno, Y.: Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. *PSYCHOGERIATRICS*, 4; 33-39, 2004

3) 松本光央, 豊田泰孝, 池田 学: 高齢者の運転の実態と今後の展望について. *老年精神医学雑誌*, 16; 815-821, 2005

4) 野村美千江: 初期痴呆の高齢者が自動車運転を断念する過程と関連要因. 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業. 平成 16 年度分担報告書 (主任研究者 池田 学), 54-61, 2004

第 101 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

痴呆症患者の自動車運転中止に関する コンセンサスと医師の役割について

池田 学¹⁾, 豊田 泰孝¹⁾, 繁信 和恵²⁾

(1) 愛媛大学医学部神経精神医学講座, 2) 財団法人浅香山病院精神科)

I. はじめに

2003 年には 65 歳以上の人口は 2400 万人を越え総人口の約 19.0% を占め人口・割合とも過去最高となり, 65 歳以上の運転免許保有者数が 870 万人を越えた。65 歳以上の在宅高齢者における痴呆の有症率を約 4-6% とすると 35 万人以上の運転免許を保有する痴呆症患者が存在する状況となった。また正常加齢でも, 運動能力, 動体視力, 認知判断能力等が低下し運転の際事故の危険性が高まると考えられており, 事実, 近年交通事故において被害者・加害者として高齢者の割合が増加している^{5,7,9)}。例えば愛媛県では, 非高齢者と比較して高齢者, 特に後期高齢者の自動車事故の件

数が急増している (図 1)³⁾。

そのような状況の中, 2002 年 6 月に改正道路交通法が施行され, 痴呆症患者は行政から運転免許を停止または取り消される可能性があるとして定められた。しかし痴呆症の中にも症状・程度が様々あり, 誰がどのような手続きで判断し運転中止を決定するかなどの問題は十分には解決されていない^{5,6,7)}。

現在まで, わが国では痴呆症患者の自動車運転について十分な議論がなされていないだけでなく, 高齢者や痴呆症患者の自動車運転についての実態および地域住民の意識に関する十分な資料もない。そこで今回我々は, わが国の実態に則した痴呆症

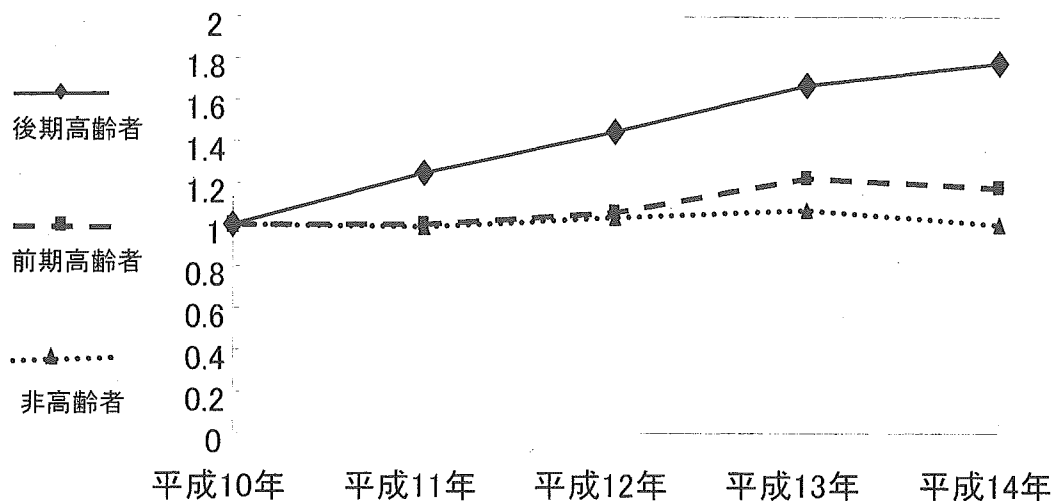


図 1 愛媛県における年齢層別事故件数の推移——平成 10 年を 1 とする (非高齢者: 20 歳以上 64 歳以下, 前期高齢者: 65 歳以上 74 歳以下, 後期高齢者: 75 歳以上)