

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、都市部よりも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<sup>13)</sup>。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

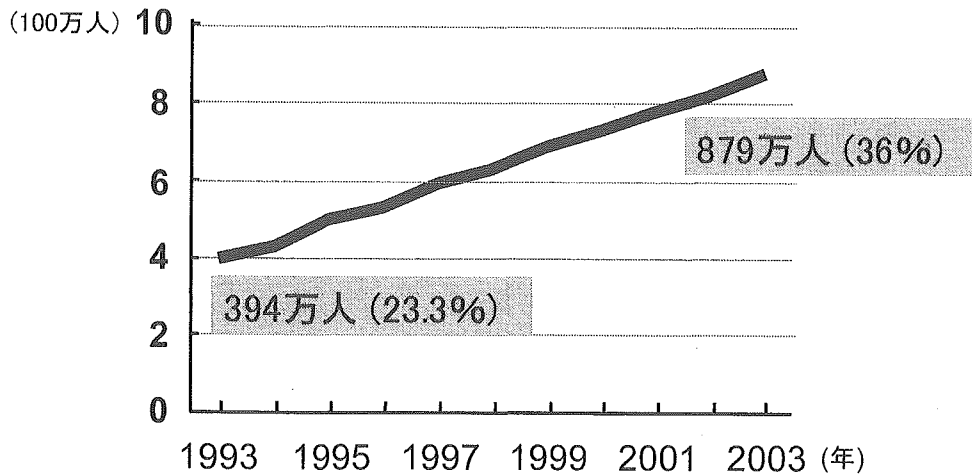


図6 65歳以上の運転免許保有者数の推移 (全国, 1993-2003年)

免許保持者となっている<sup>11)</sup>。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

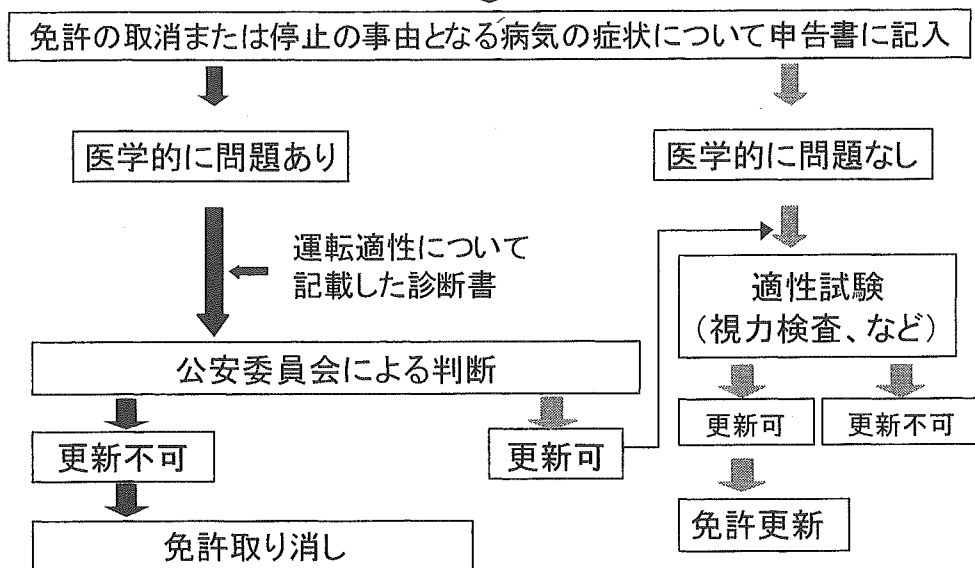


図7 免許更新の過程

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<sup>1)</sup>。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

## 免許更新の実際

免許の取消または停止の事由となる病気の症状があった場合

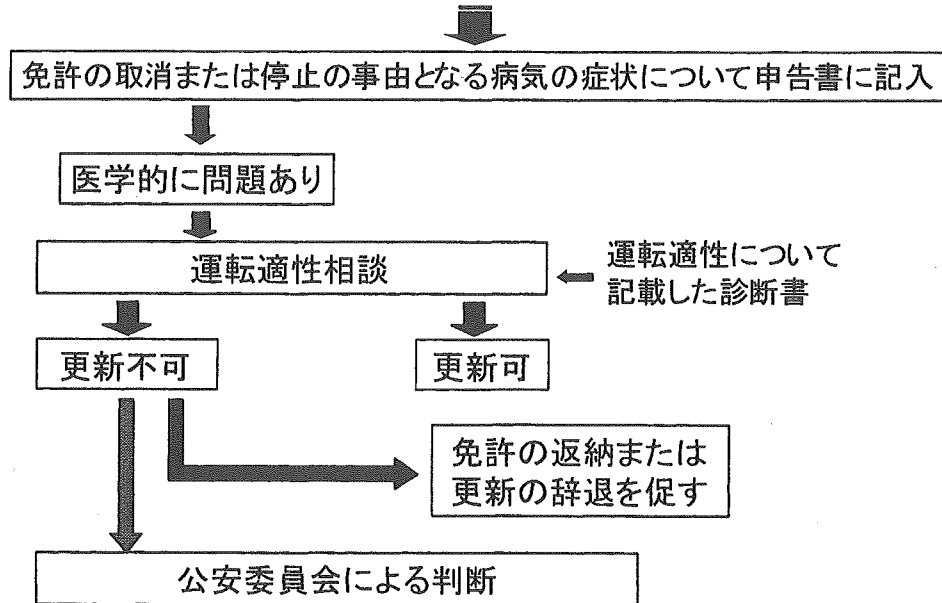


図8 免許の取消または停止の事由となる病状が見られた場合における免許更新の実際の過程

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考えられる。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」であるということ、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

第 101 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 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<sup>3)</sup>。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<sup>1)</sup>。

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<sup>4)</sup>、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 FTL D 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、三世代世帯 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

\*: FTLTD (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す、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<sup>2)</sup>。



#### 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、起き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<sup>1)</sup>, 豊田 泰孝<sup>1)</sup>, 繁信 和恵<sup>2)</sup>

(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<sup>5,7,9)</sup>。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)<sup>3)</sup>。

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<sup>5,6,7)</sup>。

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

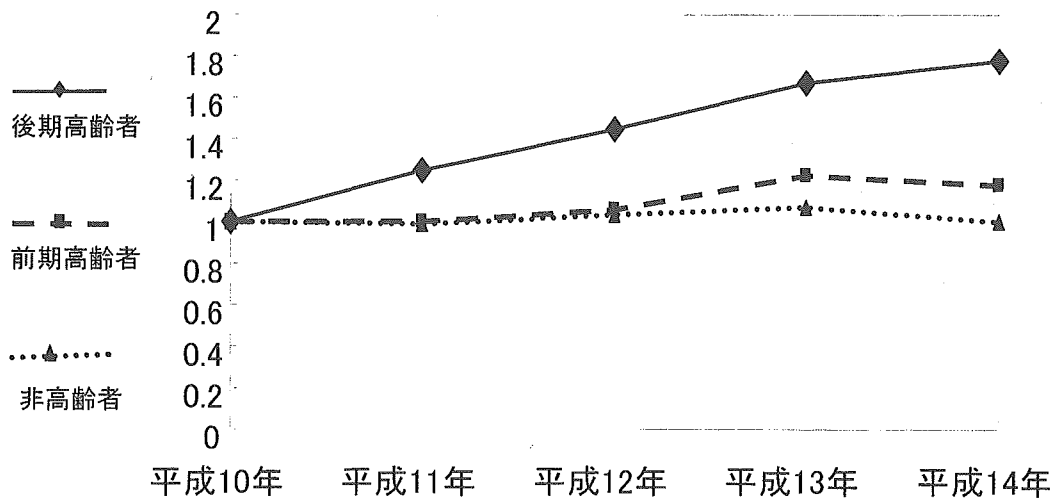


図 1 愛媛県における年齢層別事故件数の推移——平成 10 年を 1 とする (非高齢者: 20 歳以上 64 歳以下, 前期高齢者: 65 歳以上 74 歳以下, 後期高齢者: 75 歳以上)

表1 対象3市町の比較

	山間部	地方都市	大都市
人口(人)	4500	37000	80万
面積(km <sup>2</sup> )	75	185	150
人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	60	200	5300
65歳以上 人口(人)	1600	7400	14万
高齢化率(%)	36	20	17

(調査時の値)

患者の自動車運転に関するガイドラインの作成や、運転中止に伴う痴呆症患者の権利擁護の議論の前提となる地域住民のこの問題に対する意識調査が緊急を要する課題と考え、地域在住の65歳以上の高齢者に自動車運転と公共交通機関利用に関する意識と実態についての調査を実施した。居住地域によって、公共交通機関の普及度の違いなどから自動車への依存度も大きく異なる可能性が予想されるので、今回は昨年実施した地方都市での予備的研究<sup>10)</sup>に加えて四国の中山間部の町と関西の大都市における調査結果を合わせて(3市町の比較を表1に示す)、若干の考察を加え報告する<sup>11)</sup>。

## II. 対象者と方法

すでに報告した愛媛県旧I市(以下地方都市)に在住し、痴呆予防事業に参加し、認知機能検査(ファイブコグ)で粗大な認知機能障害を認めなかった65歳以上の高齢者106名(平均年齢74.8歳、回収率92.6%)と、愛媛県の中山間地域旧N町(以下山間部)と関西のS市(以下大都市)の65歳以上の在宅高齢者、各々965名(平均年齢75.5歳、回収率73.3%)と1732名(平均年齢72.5歳、回収率75.2%)を対象とした。対象には書面にて同意を得た後、多肢選択問題による無記名アンケートを配布し自記式にて実施した。

対象者全員に対して年齢、性別、家族構成、痴呆症患者の運転の是非、運転中止の決定を誰がおこなうべきだと思うか、痴呆症患者の運転免許が取り消しとなりうることを知っているか、運転免

許の有無などについて尋ねた。

運転免許保有者に対しては、現在運転をしているか、運転をしているならばその目的、運転している頻度、運転できないと日常生活で困るか、などの項目について尋ねた。

なお、有効回答数は設問毎に若干異なったので、結果は選択肢の回答者数/設問の回答者数で算出した。

## III. 結果と考察

### 1) 公共交通機関の利用状況

「公共交通機関までかかる時間、及び利用状況について」の質問に対して、「歩いて10分以内に公共交通機関がある」と答えたのは、大都市で84.1%、地方都市で約61.5%、山間部では51.1%であった。一方、「歩いて10分以上かかり、公共交通機関は利用していない」と答えた高齢者は、山間部では27.4%にのぼったが、大都市ではほとんど認められなかった。

「生活に公共交通機関が必要か?」という質問に対しては、大都市では「必要」ないし「どちらか」というと必要」と89.0%の高齢者が回答したのに対し、山間部では53.1%に過ぎなかった。

### 2) 痴呆症患者の運転について

「平成14年6月の改正道路交通法で痴呆症患者の免許が取り消しとなる可能性がある」と定められたことを知っているか?という質問に対して、「知っている」と答えた高齢者は、大都市で23.4%、地方都市で17.0%、山間部では16.7%であった。3地域のうち後2地域は、痴呆の啓発活動などを積極的に行ってきた地域にも拘らず、痴呆症患者の運転免許が停止または取り消しとなる可能性がある」と定められたことを知っている高齢者は少なかった。

「痴呆症患者は運転をやめるべきだと思うか?」という質問に対しては、「思う」と答えた高齢者が3地域とも90%前後と高く、地域による差は認められなかった。

「痴呆症患者に運転をやめさせる場合、その決

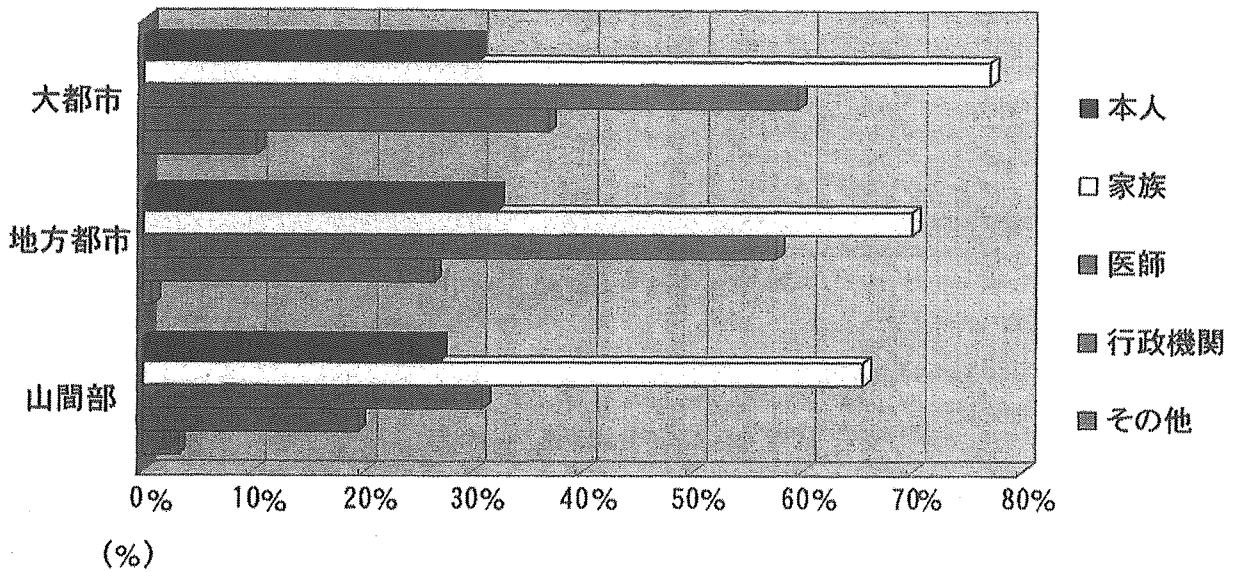


図2 地域住民の運転中止決定者についての意見（「痴呆症患者に運転をやめさせる場合、その決定はどこがもしくは誰が行うべきだと思うか？」という質問に対する回答。複数回答可）

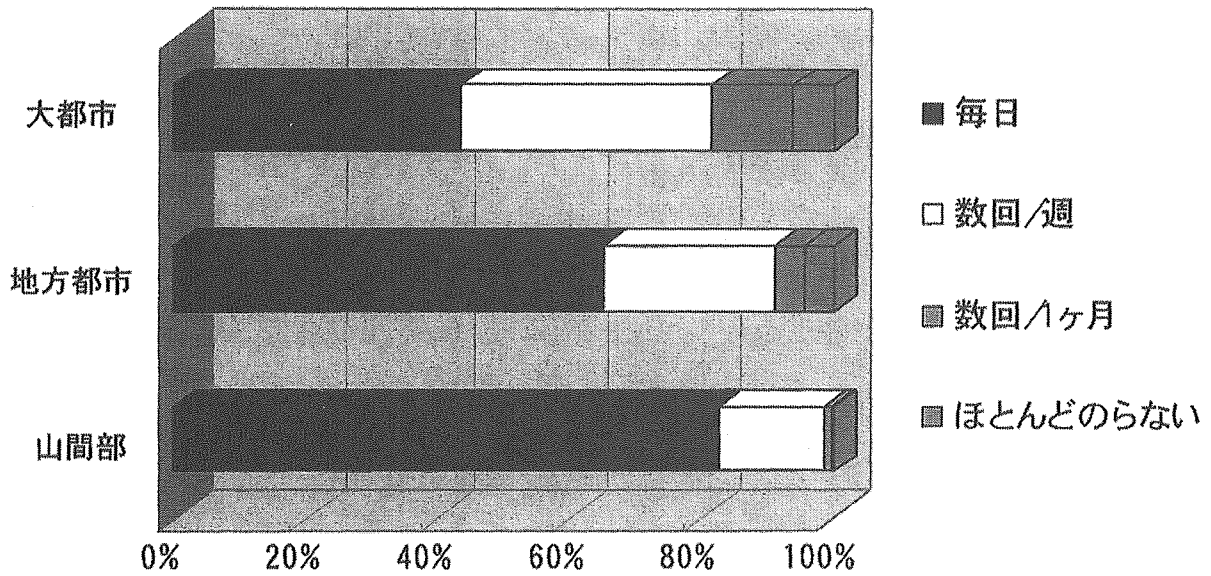


図3 「自動車を運転する頻度」についての回答

定はどこがもしくは誰がおこなうべきだと思うか？」という複数回答可の質問に対しては、「家族」が3地域ともに最も多く、次に多かったのは「医師（主治医）」であった。特に、大都市と地方都市では、各々59.4%と57.5%の高齢者が医師（主治医）を取り消しの決定者として望んでいた。痴呆症患者「本人」が自分で決定すべきであるとする回答も比較的多く、3地域ともに30%前後であった。一方、「警察などを含む行政機関」

という回答は少なく、最も少なかった山間部では20%以下であった（図2）。

### 3) 高齢者の運転状況について

「運転免許を保有しているか？」という質問に対して「保有している」と答えた高齢者は、大都市の65.7%、地方都市の47.2%、山間部の41.9%であった。

さらに運転免許を保有していると回答した者へ

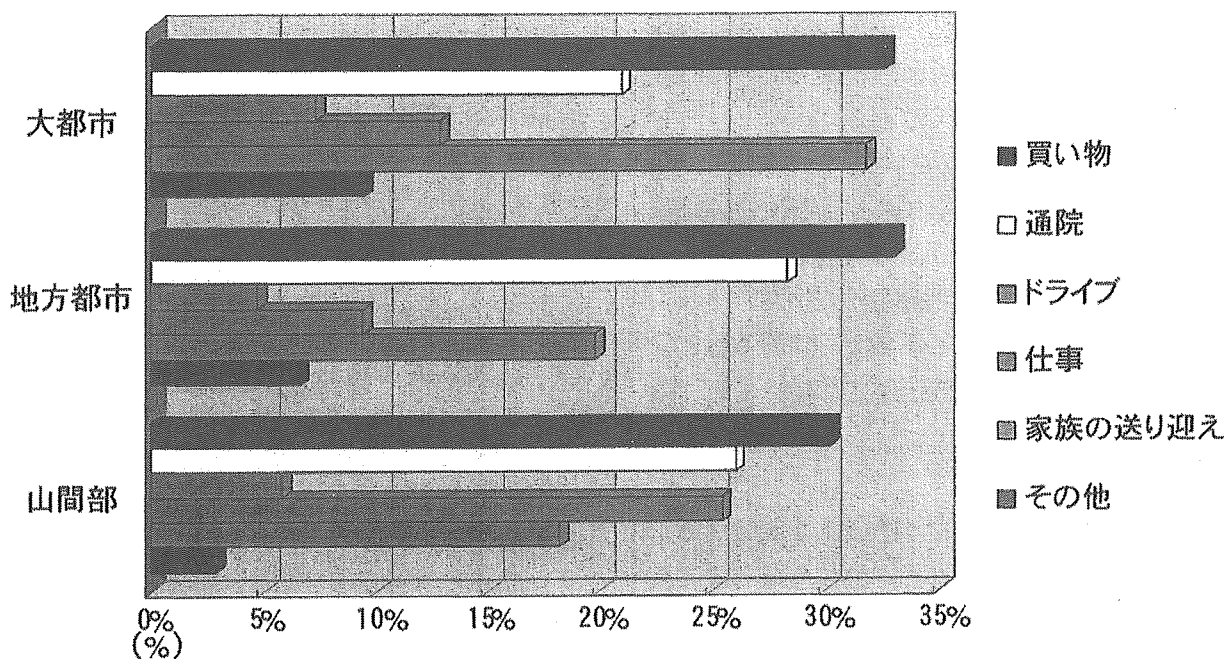


図4 「運転する目的」についての回答 (複数回答可)

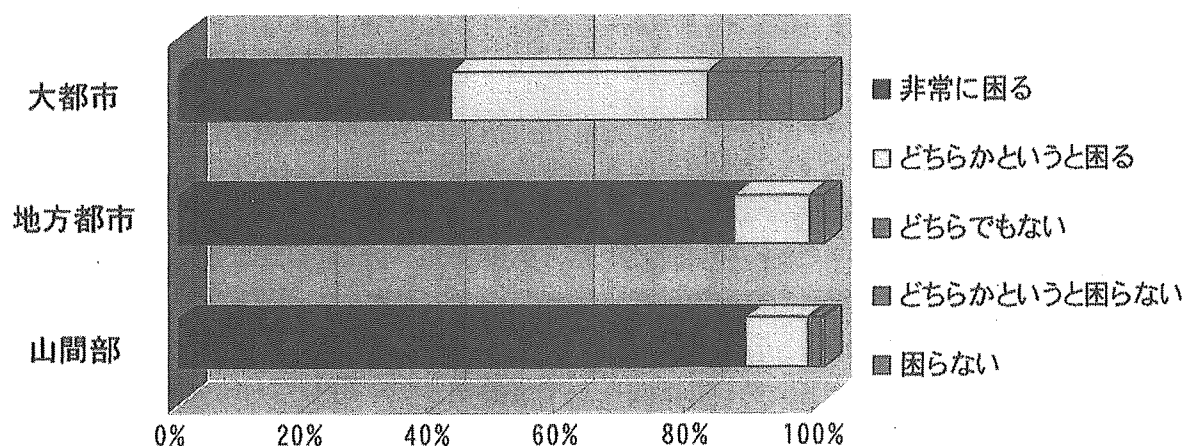


図5 「運転できないと日常生活で困るか」という質問に対する回答

の下位項目の回答は (以下のパーセントは運転免許保有者に占める割合), 「現在運転をしているか?」という質問に対しては3地域ともに「運転している」が80%以上であり, 免許保有者の多くが運転をしていた。

「運転する頻度は?」という質問に対して「毎日」運転していると答えたのは, 大都市の43.6%, 地方都市の65.2%, 山間部では82.6%にのぼった。中山間地域では, 残りの20%のほとんども「1週間に数回」運転しており, 大部分の

免許保有者が高頻度で運転をしていることが明らかになった (図3)。

「運転する目的」に関する質問では, 3地域ともに「買い物」「通院」「家族の送り迎え」に使用するという回答が多かったが, 「仕事」を目的に運転することには地域差がみられ, 山間部の高齢者では25%以上と高頻度であった (図4)。

「あなたは自分で, 自動車の運転ができなくなったら, 日常生活上困るか?」という質問では, 「非常に困る」が大都市では42%であったのに

対し、地方都市や山間部では 80 % 以上で、地域差が非常に大きかった (図 5)。

#### IV. ま と め

免許を保有していた高齢者の多くが現在高頻度で運転しており、自動車の運転を生活上必要と考えていた。とくに、公共交通機関の整備が不十分な地域ほど、自動車運転に依存する傾向が強く、山間部では仕事のために毎日運転を続けている高齢者も多いことが明らかになった。わが国では今後ますます高齢者の増加が予想されているため、運転をする高齢者が必然的に増加すると考えられる。また、それに伴って、運転免許を保有する痴呆症患者の数も急増することが予想される。

「痴呆症患者は運転をやめるべきだと思うか」という質問に対して、90 % の高齢者がやめるべきだと思うと回答した。また、免許取り消しの決定者としては、「家族」とする答えが多かった。しかし痴呆症患者は、病識が乏しいため運転をやめず、家族が運転をやめさせようとするすると激しく拒否することも多い。また、地域の生活事情として家族が痴呆症患者の運転に依存せざるをえない、などの理由により運転を継続することも多い。運転中断が痴呆症患者と社会との接点を奪うことにつながる可能性もある<sup>1,2,4,8)</sup>。法律上、免許取り消しの権限を有する公安委員会などの行政機関と専門医は、痴呆症患者の運転能力を評価するシステムを確立し、主治医は円滑な運転中止に向けて痴呆症患者とその家族を支援する必要がある。

痴呆症患者の自動車運転の問題は、超高齢社会と自動車社会の只中にあるわが国の社会構造とも密接に関連した課題であるということもできる。行政が高齢者の自動車運転をとりまく環境を整備するとともに、我々老年精神医学を専門とする者は、行政と連携を取り合いながら痴呆症患者の運転中止に関するエビデンスに基づく指針を示し、運転を中止した痴呆症患者やその家族が社会的に孤立しないような制度を整えることが急務である

と考える。

本研究の一部は、平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」(課題番号 H 15-長寿-032) の補助を受けて実施された。

#### 文 献

- 1) Alzheimer's Society: Driving and dementia. Alzheimer's society advice sheet, 2000
- 2) Azad, N., Byszewski, A., Amos, S., et al.: A survey of the impact of driving cessation on older drivers. *Geriatrics Today*, 5; 170-174, 2002
- 3) (社) 愛媛県交通安全協会: 高齢者の交通事故防止調査研究報告書. 愛媛, 2004
- 4) Freedman, M.L., Freedman, D.L.: Should Alzheimer's disease patients be allowed to drive? A medical, legal, and ethical dilemma: *J Am Geriatr Soc*, 44; 876-877, 1996
- 5) 深津 亮: 高齢者と交通安全. *老年精神医学雑誌*, 13; 252-253, 2002
- 6) 池田 学: 痴呆性高齢者と自動車運転. *老年精神医学雑誌*, 14; 404-405, 2003
- 7) 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次ほか: 痴呆性老人と自動車運転——我が国における痴呆性老人の運転問題への対応. *臨床精神医学*, 31; 313-321, 2002
- 8) Kumamoto, K., Arai, Y., Hashimoto, N., et al.: Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. *Psychogeriatrics*, 4; 33-39, 2004
- 9) 三村 将, 三品 誠, 風間秀夫: 高齢者の運転能力と事故. *老年精神医学雑誌*, 14; 413-423, 2003
- 10) 豊田泰孝, 池田 学, 田辺敬貴: 地方都市における高齢者の自動車運転と公共交通機関に関する意識——痴呆と自動車運転の問題を中心に——. *日本医師会雑誌*, 134; 450-453, 2005
- 11) Toyota, Y., Ikeda, M., Shigenobu, K., et al.: Opinion surveys about state of driving for elderly people and regarding driving for demented elderly people in rural town and large city in Japan. (in preparation)

研究報告

認知症高齢者の運転行動の実態

— 家族介護者からの評価 —

国立長寿医療センター  
長寿政策科学研究部

新井明日奈  
部長 荒井由美子

愛媛大学医学部神経精神医学講座

松本光央  
助教 池田学

わが国では、高齢者にとつ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。二〇〇二年には、道路交通法の改正により、「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」という内容の条文が付加され、認知症に罹患した運転者は、運転を即中止すべきである、との方針が打ち出された。ところが、実際には、運転免許業務を担う都道府県警察免許課によると、認知症による免許取り消しなどの行政処分

を検討することは、喫緊の課題である。また、患者の運転行動と患者および家族の日常生活との関わりを考慮した交通環境の整備と、関係者間および地域のネットワークの構築が、患者の運転継続と中止の過程において、重要な役割を果たすであろう。こうした体系的な安全対策を実施するためには、認知症高齢者の運転に関する実態を把握することが極めて有意義であるが、わが国ではまだ十分な報告がなされていない。

そこで本研究では、認知症に罹患した高齢者の運転行動の実態と、運転を中止することによる日常生活への影響を明らかにすることを目的として、運転免許取得経験のある認知症患者と、その同居する家族介護者に対して調査を行った。

方法

二〇〇四年六月から二〇〇五年八月までに愛媛大学医学部附属病院精神科神経科外来を受診し、専門医により認知症と診断された患者、および患者と同居する主たる家族介護者（介護者）を対象とし

た。対象者に調査の趣旨を説明し、了承が得られた後、介護者に対して、運転行動に関する自記式質問票を配布した。質問票は外来再診時に回収された。

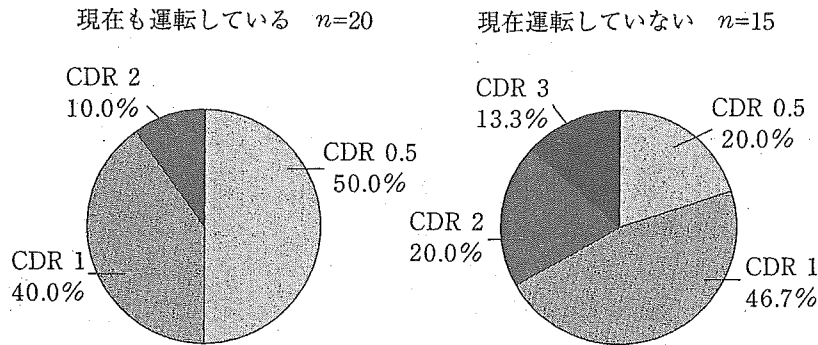
患者の認知機能、精神症状、および認知症の重症度については、Mini-Mental State Examination (MMSE)、日本語版 Neuropsychiatric Inventory (NPI)、および Clinical Dementia Rating (CDR) により評価された。

質問票における名義尺度の項目については Fisher の正確確率検定を用い、間隔尺度については Mann-Whitney 検定を用いて、項目間の頻度を比較した。

結果と考察

(1) 基本属性および運転状況  
自記式質問票を配布した認知症患者および介護者六九組のうち、未回収一組、検査データ不足の二組、質問票に対し複数の回答者が回答していた六組、介護者が患者と同居していた八組を除き、五二組（有効回答率七五・四％）を解析対象者とした。これら五二名の

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



認知症患者において、現在も自動車の運転をしている者は二〇名、認知症発症後に運転を中止した者は一〇名、認知症発症前に運転を中止した者は三名、ペーパードライバーは二名、運転免許を取得したことがない者は一六名、不明一名であった。そこで筆者らは、運転免許取得経験者三五名の運転行

動の実態について分析を行った。運転免許取得経験者の平均年齢は七二・一 (SD七・五) 歳で、男性が六五・七%を占めていた。MMSEは平均二一・〇 (SD六・七) 点、NPIは平均一三・五 (SD一三・四) 点であった。認知症の疾患別では、アルツハイマー病 (AD) が最も多く六二・九%を占め、次いで脳血管性認知症 (VD) と前頭側頭葉変性症 (FTLD) がそれぞれ一一・四%であり、レビー小体型認知症 (DLB) が五・七%であった。重症度について、CDR 0.5 (ごく軽度) および CDR 1 (軽度) がそれぞれ四割ほどを占めていた。家族介護者の七割は女性で、平均年齢は七〇・六 (SD六・八) 歳であり、ほとんどが患者の配偶者であった。

認知症患者における運転免許取得経験者は、現在も運転している者二〇名と現在は運転していない者一五名であり、これら二群において属性を比較した。その結果、両群において、患者の性、年齢、認知機能 (MMSE)、精神症状 (NPI)、疾患別割合、および介護

者の性、年齢、続柄、世帯構成には有意差がみられなかった。認知症の重症度 (CDR) については、現在も運転している群では有意に軽度であり、図1に示すように、半数が CDR 0.5 であった。しかし、現在も運転している群には、CDR 1 の者が四割、CDR 2 (中等度) の者も一割認められた。

「問題があった」と回答していた二名は、「歩道に乗り上げた」「運転中行く先が不明になった」との内容を具体的な問題として挙げていた。介護者のうち、「患者の運転について危険を感じたことがある、あるいは怪しいと思ったことがある」者は四二・九% (一五名、無回答六名) であり、そのうち、患者の運転中止を試みたことのある介護者は約半数であった。

家族介護者によると、免許取得経験者三五名のうち、最近、免許の更新を行ったのは六五・七% (二三名、無回答四名) であり、そのうち、六五・二% (一五名、無回答六名) が更新の際に「問題はなかった」と回答していた。「問題があった」と回答していた二名は、「歩道に乗り上げた」「運転中行く先が不明になった」との内容を具体的な問題として挙げていた。介護者のうち、「患者の運転について危険を感じたことがある、あるいは怪しいと思ったことがある」者は四二・九% (一五名、無回答六名) であり、そのうち、患者の運転中止を試みたことのある介護者は約半数であった。

患者の運転に関して、「困難があった」と回答したのは二七名 (四八・六%、無回答三名) であり、具体的な困難の内容としては、図2に示すように、「車庫入れ」や「後退」など、運転技能の低下に関する項目が多く認められた。さらに、「建物や道路設備」あるいは「他車」に対しての物損事故も多かった。一方、「道に迷う」や「行方不明になる」という回答は少数で、「人身事故」はみられなかった。

最寄りの公共交通機関の駅まで、徒歩、自転車、または、自動車のいずれかの手段によって要する時間は、平均八・七 (SD五・七) 分であり、全体の約四五%が公共交通機関の便数が「一時間に数本以上ある」と回答していた。しかし、公共交通機関を「あまり/まったく利用しない」と回答していた者が六割を占め、普段の買い物にも自動車を用いている者が五割に達していた。

介護者のうち、運転免許の保有者は約四割おり、性別や患者が現在運転しているか否かによる差は

患者の運転に関して、「困難があった」と回答したのは二七名 (四八・六%、無回答三名) であり、具体的な困難の内容としては、図2に示すように、「車庫入れ」や「後退」など、運転技能の低下に関する項目が多く認められた。さらに、「建物や道路設備」あるいは「他車」に対しての物損事故も多かった。一方、「道に迷う」や「行方不明になる」という回答は少数で、「人身事故」はみられなかった。



図2 認知症患者別の運転時の困難 (n=17, 複数回答)

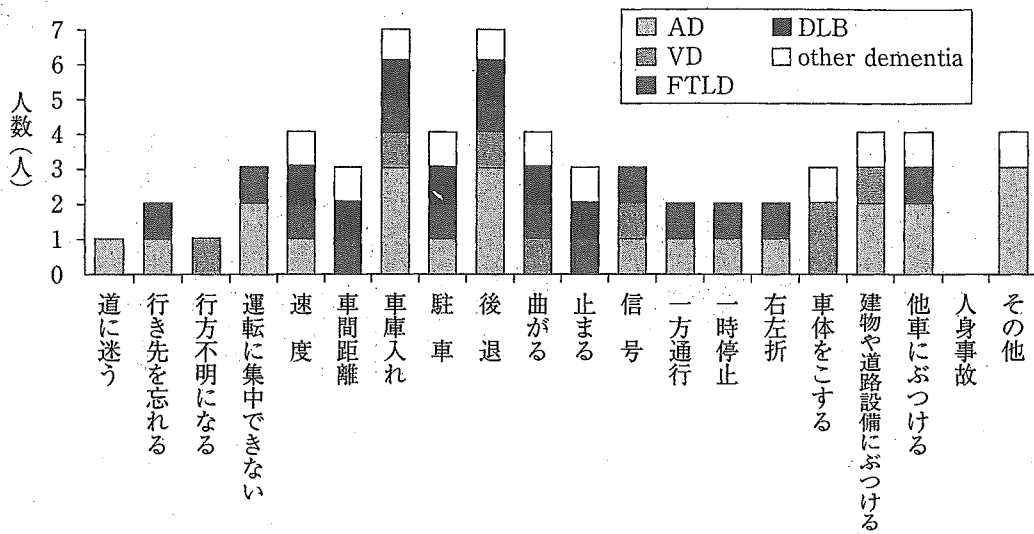


表1 日常生活における家族全体の自動車への依存程度

	自動車への依存程度 n (%)					P値 <sup>a</sup>
	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) <sup>b</sup>	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。

全体としては約半数の者が、「七割程度」または「ほぼすべて」依存している。介護者が運転する場合、運転しない者に比べて自動車への依存程度が有意に高かった。しかし、患者の現在の運転状況と自動車への依存程度には、有意な関連が認められなかった。

(4) 運転中止に関する状況  
 運転を中止した認知症患者のうち、運転中止に至った理由として最も多くの介護者が列挙していたのは、「家族が運転をみて」であった(表2)。運転中止を促すために用いた方法や「家族による」という理由が最も多く、次いで「家族」であった。運転中止によって「患者の対応で困難が生じた」と回答していた者は少数であり、具体的には、「患者がまだ運転できると思っていたので怒った」「患者が外出しなくなるのではという不安」という内容であった。運転中止によって「家族の日常生活に困難が生じた」と回答していた者は、その具体的内容として、「家族の仕事」「患者や家族の外出」「買い物」についての困難を挙げている。運転中止に伴う困難を減少させ、中止を可能にする条件が「あると思う」と回答した一四名のうち、その具体的条件として多くの回答が得られた項目は、「医師からの働きかけ」や「介護者が運転できること」であった。

まとめと結語

本研究により、(1)現在運転を継続している認知症患者の中にも

認められず、また公共交通機関の利用の有無による差も認められなかった。免許を保有している介護者の約七割は、患者の通院時の運転を担っていた。日常生活において、家族全体がそれほど自動車に依存しているのかについて、表1に示すように、

全体としては約半数の者が、「七割程度」または「ほぼすべて」依存している。介護者が運転する場合、運転しない者に比べて自動車への依存程度が有意に高かった。しかし、患者の現在の運転状況と自動車への依存程度には、有意な関連が認められなかった。

表2 認知症患者の運転中止に関する状況

	免許取得経験者 (n=35)
	n/total (%) <sup>a</sup>
運転中止の最大の理由 (n=15) <sup>b</sup>	
家族が運転をみて	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) <sup>c</sup> (複数回答) <sup>e</sup>	
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)
運転継続の可否を決定する者 (n=35) (複数回答) <sup>e</sup>	
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) <sup>c</sup>	
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上の困難 (n=30) <sup>c</sup>	
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) <sup>d</sup> (複数回答) <sup>e</sup>	
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・地区の方からの働きかけ	2/14 (14.3)
公共交通機関の充実	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。

自動車が日常生活にどの程度の重要度を占めているのかについて、池田らが六五歳以

って実際に確認することが望まれる。先行研究では、家族介護者などが「co-pilot」として認知症患者と同乗し、運転操作を指示するという例もみられた。しかしながら、こうした方法は一時的な手段であり、安全面から考えても推奨され難い。反対に患者がco-pilotとなること、より安全な方法であるとの提案もなされている。

CDR 2 (中等度の重症度) の者が一割も存在すること、(2) 患者の運転の有無による、患者の認知機能および精神症状には差がないことが明らかになった。

Foleyらの後ろ向きコホート研究でも、新規に認知症を発症した患者のうち、CDR 0.5であった者の四六%、CDR 1であった者の二二%が運転を続けていたと報告している。Dubinskyらは、認知症患者の運転は、たとえCDR 1レベルの重症度であっても、運転技能の低下が認められ、交通事故のリスクも高くなるために、交通安全上の問題があると指摘している。これらの研究結果は、認知症という診断や重症度だけ

で、運転能力を判断するには限界があるという報告<sup>23)</sup>を支持しており、認知症患者の病状に照らしながら運転技能を適宜、評価する仕組みを構築することが求められる。本研究により認知症患者にとつては、「車庫入れ」や「後退」などに困難が生じる傾向が高いことが

明らかになった。これらの技術は周囲の視空間情報を統合し、複雑で細かいハンドル操作を必要とする運転技能であると考えられる。こうした技能を高齢者講習で用いられている運転シミュレーターに搭載されたプログラムによって測定することは難しく、路上運転評価ないしはそれに準ずる方法によ

上の地域高齢者を対象に行った調査<sup>9)</sup>によると、「自動車の運転ができなくなったら日常生活上非常に困る」と考えている者は、大都市では四二%、地方都市や山間部では八〇%以上を占め、大都市以外での自動車依存傾向が大変高いことが示された。本調査では、患者の運転中止によって、「家族の日常生活に困難が生じた」のは、全体で二六・七%であり、前述の研究結果と比較して少ない傾向であった。その理由としては、本調査の回答者が家族介護者であったため、自動車の必要性に対する認識が、介護者の主観的見解に大きく影響されていた可能性が考えられる。実際に、日常生活における自動車への依存程度は、患者の運転状況ではなく、むしろ、介護者の運転状況に有意に関連していたことが示された。このことから、患者と家族介護者において、それぞれの運転免許保有の有無やライフスタイルによって、自動車に対する必要性の程度は異なってくるものと考えられる。

したがって、患者が運転を中止

した後に、日常生活に困難が生じないようにするためには、運転中止によってどのような困難が生ずるのかについて、患者のみなら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<sup>10)</sup>。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の報告もある<sup>11)</sup>。筆者らの調査においても、患者の運転中止を試みた介護者の三分の一では、試みるまでに一年以上が経過していた。また、運転中止を試みている者では、患者の危険な運転に気づいてから一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、移動手段となっただけではなく、「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)の構築が重要である。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」作りを、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。

本研究の一部は、厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業H15-長寿-032の一環として行われた。

#### 【文 献】

- 1) Arai Y: Japanese Bulletin of Social Psychiatry: 2006 (印刷中).
- 2) 荒井由美子, 他: 精神神経学雑誌 107 (12): 2005 (印刷中).
- 3) Foley DJ, et al: J Am Geriatr Soc 48: 928, 2000.
- 4) Dubinsky RM, et al: Neurology 54: 2205, 2000.
- 5) Odenheimer GL: Clin Geriatr Med 9: 349, 1993.
- 6) Dobbs BM, et al: Neurologist 8: 61, 2002.
- 7) The Hartford: At the Crossroads: A guide to Alzheimer's disease, dementia and driving. Hartford, CT, USA, 2003, p4.
- 8) 池田孝, 他: 精神神経学雑誌 107 (12): 2005 (印刷中).
- 9) Wild K, et al: Alzheimer Dis Assoc Disord 17: 27, 2003.
- 10) Cotrell V, et al: Alzheimer Dis Assoc Disord 13: 151, 1999.

---

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」  
平成 15～17 年度 総合研究報告書

発行日 平成 18 年 4 月  
発行者 主任研究者 池田 学  
発行所 愛媛大学大学院医学系研究科 脳・神経病態制御医学講座  
脳とこころの医学  
〒791-0295 愛媛県東温市志津川  
TEL 089-960-5315 FAX 089-960-5317

---