

安部幸志, 荒井由美子	一般生活者を対象とした認知症の症状に対する援助希求行動尺度の作成とその信頼性及び妥当性の検討	老年精神医学雑誌	19(4)	451-460	2008
佐々木恵, 荒井由美子	国立長寿医療センター方式訪問看護データベース入力支援システムの導入効果	日本医事新報	4404	73-75	2008
佐々木恵, 新井明日奈, 荒井由美子	要介護高齢者における死亡場所の希望と実際-訪問看護師による把握-	日本老年医学会雑誌	45(6)	622-626	2008
新井明日奈, 荒井由美子	介護に関する事前の意志決定及び意思表示-わが国の一般生活者2,161名における実態-	日本老年医学会雑誌	45(6)	640-646	2008
鷺尾昌一, 今村桃子, 豊島泰子, 中柳美恵子, 荒井由美子	高齢者入所施設における入所者と看護・介護職員に対するインフルエンザワクチンと入所者に対する肺炎球菌ワクチンの接種状況-福岡県での調査より-	臨牀と研究	85(10)	97(1467)-101(1471)	2008
西川浩平, 増原宏明, 荒井由美子	人工透析患者における外来受診行動についての分析	季刊社会保障研	44(4)	印刷中	2008
荒井由美子, 新井明日奈	認知症患者の自動車運転: 社会支援の観点から	日本臨牀	66(増刊号1アルツハイマー病)	467-471	2008
荒井由美子, 新井明日奈	認知症患者の自動車運転に対する家族介護者の意識と困難	老年精神医学雑誌	19(増刊号1)	149-153	2008
荒井由美子	家族介護に関する諸問題.	Psychiatry Today	18	19-21	2008
荒井由美子	認知症患者の生存期間: 14年間追跡データに基づく一般人口コホート研究の解析結果	The Mainichi Medical Journal	4(7)	572-573	2008
工藤 啓, 荒井由美子	中間評価を経た市町村健康日本21計画について	公衆衛生情報みやぎ	381	17-20	2008
荒井由美子, 新井明日奈, 水野洋子	認知症と社会支援	診断と治療	96(11)	2371-2375	2008
荒井由美子, 新井明日奈, 水野洋子	認知症患者の運転: 社会支援の必要性	精神神経学雑誌	111(1)	印刷中	2009
荒井由美子, 新井明日奈, 水野洋子	認知症高齢者と運転: 社会支援のあり方	老年期痴呆研究会誌		印刷中	2009
石川智久, 中川賀嗣, 小森憲治郎, 池田 学, 田邊敬貴	右側優位の側頭葉萎縮をともなった相貌認知障害の一症例	高次脳機能研究	28	1-10	2008

松本直美, 小森憲治郎, 伏見貴夫, 池田学, 田邊敬貴	Semantic dementia例の語彙に関する多角的検討	神経心理	24	266-274	2008
繁信和恵, 博野信次, 田伏 薫, 池田学	日本語版NPI-NHの妥当性と信頼性の検討	Brain and Nerve	60	1463-1469	2008
池田 学	前頭側頭型認知症の症候学	臨床神経	48	1002-1004	2008
池田 学	論壇 高齢者ならびに認知症患者の自動車運転	老年社会科学	30	130-131	2008
池田 学	認知症の自動車運転をめぐる課題	老年精神医学雑誌	19増刊号	1002-1004	2008
豊田泰孝, 繁信和恵, 池田 学	高齢者の自動車運転の実態	老年精神医学雑誌	19増刊号	138-143	2008
本田和揮, 橋本衛, 池田 学	アルツハイマー病とピック病の鑑別	診断と治療	96	2314-2320	2008
池田 学	記憶障害の臨床	神経心理	24	109-114	2008
上村直人, 谷勝良子, 井関美咲	高齢者の自動車運転の是非 生活の利便性を考慮するべきとの立場から	Cognition and Dementia	7(2)	78-83	2008
上村直人, 谷勝良子, 井関美咲	主治医として知っておきたい後期高齢者の医療と生活 高齢者ドライバー医療の立場からできること	メディチーナ	45(7)	1294-1298	2008
上村直人, 谷勝良子, 井関美咲, 諸隈陽子	認知症患者が自動車運転をやめるタイミング どの時点で医師は運転中断を勧告すべきか	JIM	18(7)	614-618	2008
上村直人, 谷勝良子	アルツハイマー病と運転免許 社会のなかのアルツハイマー病 アルツハイマー病の診断と治療	診断と治療	96(11)	2381-2385	2008
井関美咲, 谷勝良子, 上村直人	高齢者への非薬物療法—心理療法—	臨床精神医学	37(5)	671-676	2008
上村直人	企画シンポジウム 高齢ドライバーと認知症の諸問題「医療から見た認知症ドライバーの現状と課題」	平成20年度日本交通心理学会第73回大会発表論文集		149-151	2008
上村直人	高齢社会に求められるITSとその課題 認知症ドライバーとITS社会への課題と期待	第7回日本ITSシンポジウム2008プログラム・講演集		11-12	2008

日本臨牀 66巻 増刊号1 (2008年1月28日発行) 別刷

# アルツハイマー病

—基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム—

III. 臨床編

社会的対応

認知症患者の自動車運転：  
社会支援の観点から

荒井由美子 新井明日奈

## III. 臨 床 編

## 社会的対応

## 認知症患者の自動車運転：社会支援の観点から

Dementia and driving: Urgent needs for the development of support schemes for patients and their family caregivers

荒井由美子 新井明日奈

**Key words** : 認知症, 自動車運転, 家族介護者, 社会支援

## はじめに

認知症の進行は、記憶、視空間認知、見当識などの患者の身体機能に大きな影響を及ぼす。したがって、認知症患者が、自動車運転を安全に継続することが困難であるのは明らかである。こうした事実を踏まえ、平成14年に改正された道路交通法においては、'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、運転免許業務を担う都道府県警察免許課によると、実際には、認知症による免許取消しという行政処分を実施した例は極めて少数であり、運転継続の可否に関しては、本人による自主的な判断を促すという行政指導が推奨されていた<sup>1)</sup>。その理由としては、免許課において、運転者が認知症に罹患していることを客観的に判断し、かつ、病状の進行を踏まえた上で運転の適性を評価していくことが極めて難しいためであると考えられた<sup>2)</sup>。

したがって、認知症の病状が進行するに伴って生じる運転のリスクを明らかにし、認知症患者の運転適性をどのような方法で評価すること

が適切であるのかについて検討することが、喫緊の課題となっている。さらに、認知症患者本人およびその家族が、円滑に'運転中止'に至るためには、その過程でどのような困難が生じるのか、そして、どのような社会支援策が有用であるのかについても検討が必要である。

## 1. 認知症患者の自動車運転の実態

我が国において、運転者が認知症であることが判明するのは、先述の都道府県警察免許課において、免許更新時に本人が自己申告するか、あるいは、家族から相談を受ける場合が大半である。したがって、認知症患者の自動車運転および運転中止に関する実態に関して、十分な見が得られていないのが現状である。

そこで、著者らは、認知症患者の自動車運転に関する調査研究を実施した<sup>3)</sup>。その結果、2004年6月から2006年3月に専門医により認知症と診断された患者79名のうち、38.0%(30名)が現在も運転を継続していることが明らかになった(図1)。認知症の重症度(CDR)別では、CDR 3の患者において運転を継続している者はみられなかったが、CDR 2の患者では、17名のうち3名が運転を継続しており、CDR 1の患者では、24名のうち11名が運転を継続して

Yumiko Arai, Asuna Arai: Department of Gerontological Policy, National Institute for Longevity Sciences (NILS), National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG) 国立長寿医療センター研究所 長寿政策・在宅医療研究部

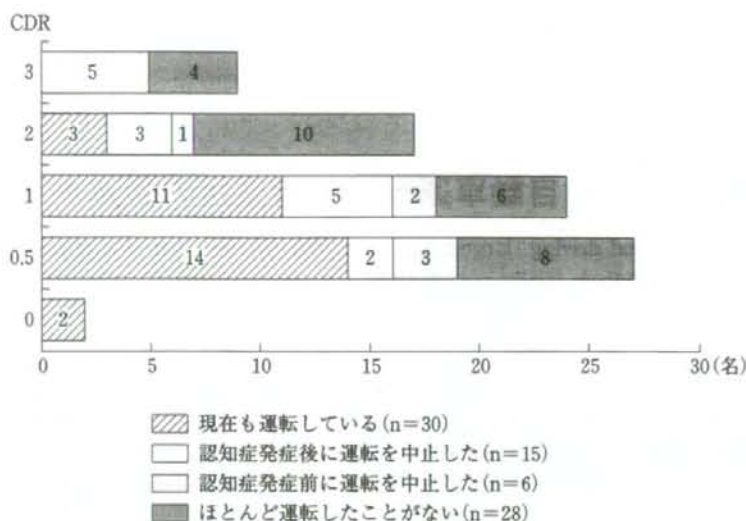


図1 認知症患者の重症度別運転状況 (n=79)

表1 認知症患者における‘運転群’と‘運転中止群’の属性および臨床症状

	‘運転群’ (n=30)	‘運転中止群’ (n=15)	p 値 (運転群 vs 運転中止群)
男性, n(%)	21(70.0)	13(86.7)	0.29
年齢	69[66, 77]	72[67, 78]	0.28
初診時からの年数(年)	1[0, 1]	2[1, 3]	<0.01
AD, n(%)	23(76.7)	9(60.0)	0.24
重症度(CDR $\geq 2$ ), n(%)	3(10.0)	8(53.3)	<0.01
認知機能(MMSE)	23[21, 25]	18[11, 22]	0.07
行動異常・精神症状(NPI)	7[3, 14]	13[9, 23]	0.09

数値は n(%)あるいは中央値[25%値, 75%値].

p 値は Fisher's exact test, あるいは Mann-Whitney U-test により算出.

いた。一方、認知症発症後に運転を中止した患者は、79名中15名で、CDR 0.5からCDR 3のいずれの段階にもみられた。

さらに、認知症患者の中で、現在運転している群(以下、‘運転群’とする)と認知症発症後に運転を中止した群(以下、‘運転中止群’とする)において、患者の属性を統計学的に比較したところ、運転中止群が運転群よりも、初診時からの年数が長く経過しており、重症度(CDR)がより高いことが明らかになった(表1)。一方、臨床症状のうち、認知機能(MMSE)と行動異常・精神症状(NPI)については、運転群より運転中止群において、認知機能が低く、行動異常・精神症状も多くみられる傾向にあったが、両群間

に統計学的な有意差は認められなかった。

このように、たとえ専門医から認知症と診断された患者であっても、運転継続と運転中止との境界線は、認知症の臨床症状に必ずしも依拠しないことが統計学的に示された。このことは、認知症の臨床症状だけで、患者の運転継続の是非を判断するのは困難であることを示唆している。したがって、認知症患者の運転適性を判断する際には、認知症の診断や臨床症状のみならず、運転技能の専門的な評価や原因疾患別の身体・認知機能を加味した総合的な判断を要すると考えられる。

表2 認知症患者が運転を中止した主な理由(n=21)

	n	(%)
家族が患者の運転を危険に感じたこと	10	(47.6)
主治医の説得	3	(14.3)
交通事故	3	(14.3)
その他(自発的に中止した)	5	(23.8)

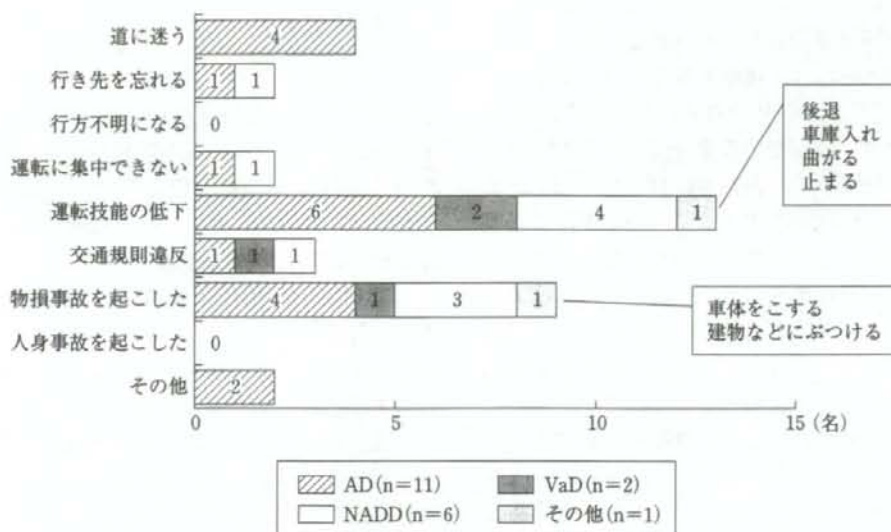


図2 家族介護者が気づいた認知症患者の危険な運転行為(原因疾患別)(n=20, 複数回答)

## 2. 自動車運転の中止：その現状

そこで、認知症患者の家族介護者に対して、運転中止の主たる理由を尋ねた。その結果、表2に示すとおり、‘家族が患者の運転を危険に感じたこと’を主たる理由として挙げている者が最も多かった。

さらに、家族介護者が気づいた認知症患者の運転上の危険行為について検討したところ、認知症全体としては、‘運転技能の低下’と‘物損事故を起こした’という危険行為が多く観察された。図2に示すように、原因疾患別では、アルツハイマー病(AD)患者において、比較的多くの種類の危険行為が観察され、‘道に迷う’については、AD患者のみに報告された。また、脳血管性認知症(VaD)患者は2名と少ないものの、両者に‘運転技能の低下’が観察された。

さらに、非アルツハイマー型変性性認知症(NADD)患者(前頭側頭葉変性症5名、レビー小体型認知症1名、皮質基底核変性症1名)では、危険行為が観察された6名のうち半数以上において、‘運転技能の低下’や‘物損事故’が観察された。

認知症患者の運転上の安全性を保持するためには、患者の最も身近な観察者である家族介護者の視点を最大限に活用し、より早期に適切に対処できるようにすることが必要である。こうすることで、認知症患者のみならず、公共の安全性の確保・向上にもつながるであろう。もちろん、家族の評価だけで、患者の運転継続と安全性を判断するには限界があるが<sup>6-8)</sup>、報告数の多い危険行為については、認知症患者特有のものであるのかどうか、また、原因疾患別に特徴があるのかどうかについても詳細に検討し、家

族介護者に対して、エビデンスに基づいた情報提供と注意喚起を行うことが重要である。

### 3. 高齢者における自動車運転の意義

ところで、自立した生活を営む手段の一つとして、長い期間にわたり自動車を運転してきた人々が、高齢などの何らかの理由で運転を中止することは、本人の生活面のみならず精神面に相応の影響を与えるものと予想される。こうした人々にとっては、運転することは、単なる移動手段であるばかりでなく、‘自立の象徴’や‘生きがい’となっている場合が少なくないからである。それ故に、運転者に対して運転中止を促すことは、運転者本人にとっても説得する側にとっても、苦痛を伴うものと予想される。なかでも、認知症患者においては、病態の認識がない場合や、中止したことを忘れてしまう場合があるために、運転中止の実施がますます困難になっていると考えられる。

高齢の運転者にとって、運転中止がどのような影響を及ぼすのかについて、海外において複数の報告がなされている。ただし、研究対象は、認知症患者に絞ったものではなく、一般の高齢者である。これらの報告によると、運転中止によって、高齢者の自立度が低下する、サービスへのアクセスに困難が生じる、また、自動車を利用し生計を立てていた場合は、家計への影響が生じる、活動範囲や頻度が狭まる、さらには、抑うつ症状が出現するなどの健康への負の影響が生じ、あるいは、日常生活への支障を来していた<sup>9-13)</sup>。

運転中止が、運転者本人に対して、このように多様な影響を及ぼすことは、必然的に周囲の家族に対しても多様な影響を及ぼすものと考えられる。家族への影響に関する報告は僅かであるが、Azadらは、運転を中止した高齢者が、代替交通手段として、公共交通機関よりも家族の運転に依存するため、家族の負担が増加したと報告している<sup>14)</sup>。

以上のことから、高齢運転者が、運転中止後も、住み慣れた地域で日常生活に不便なく自律的に活動することを支援するために、代替移

動手段の整備や運転以外の生きがいづくりの創出など、インフラ整備を推進することが不可欠である。それが、ひいては、運転者本人およびその家族が抱える運転中止への不安要素を軽減し、運転中止過程を円滑に進めることに寄与することと考えられる。

### 4. 認知症運転者と家族介護者への社会支援策

昨今、高齢運転者および認知症運転者に係わる交通事故防止を図るため、平成19年の道路交通法改正により、今後2年以内に運転免許更新時における高齢者講習において、75歳以上の運転者に対して、運転に必要な記憶力、判断力などの認知機能検査が導入されることとなった。このような検査施行により、運転中止の妥当性が科学的なエビデンスに基づき示されることになるため、検査結果を受けて、運転免許を返納する者が増加すると予想される。また一方で、運転に支障があるほどの認知機能の低下を運転者本人が自覚していない場合であっても、運転中止の勧告が、(運転者にとって)全く思いがけずなされるケースも生じるであろう。いずれの場合においても、運転者本人および家族が、運転中止の過程および中止後において生ずる困難に的確に対処できるよう、社会支援策を構築することが肝要である。

本稿にて述べてきた著者らの調査研究から、認知症患者の運転中止の過程で生じうる、家族介護者の抱える困難の要因として、主に以下の3点が考えられた。第一に、患者の運転中止を検討すべき危険な運転行為とは何であるのかが明確に示されていないこと、第二に、患者への運転中止の説得を主に家族が担っていること、そして第三に、運転中止が及ぼす運転者本人および家族への影響に対する不安があること、である。これらの要因に対する社会支援策としては、例えば、運転を中止すべき危険な運転行為に関する情報を提供すること、運転中止を円滑に進めるための有効なプロセスを提示すること、さらに、運転中止後のソーシャルサポートを充実させることなどが挙げられる。

## おわりに

自動車運転とは、日常生活における行為の一つであり、本人の自立の象徴とみなされることも少なくない。したがって、認知症患者の自動車運転への対応策としては、患者や家族介護者の抱える日常生活上の困難を科学的に解明し、社会支援策を構築していくことが必要であると考えられる。そのためには、臨床医学、社会医

学双方の観点から、認知症患者の全体像を把握し支援していくことが、今後ますます重要になってくるであろう。

**謝辞** 本稿で報告した調査研究の一部は、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)および H19-長寿-一般-025(主任研究者：荒井由美子)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. *J Bull Soc Psych* 14: 158-161, 2006.
- 2) 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—. *精神経誌* 107: 1335-1343, 2005.
- 3) 新井明日奈ほか: 認知症患者の交通安全対策について. *精神科* 11: 50-55, 2007.
- 4) 新井明日奈ほか: 認知症高齢者の運転行動の実態—家族介護者からの評価—. *日本醫事新報* 4272: 44-48, 2006.
- 5) 荒井由美子, 新井明日奈: 認知症患者の自動車運転に対する家族介護者の意識と困難. *老年精神医学雑誌* 18: 2007. (印刷中)
- 6) Cotrell V, Wild K: Longitudinal study of self-imposed driving restrictions and deficit awareness in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 13: 151-156, 1999.
- 7) Wild K, Cotrell V: Identifying driving impairment in Alzheimer disease: a comparison of self and observer reports versus driving evaluation. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 17: 27-34, 2003.
- 8) Hunt L, et al: Driving performance in persons with mild senile dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc* 41: 747-752, 1993.
- 9) Fonda SJ, et al: Changes in driving patterns and worsening depressive symptoms among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 56: S343-351, 2001.
- 10) Marottoli RA, et al: Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 55: S334-340, 2000.
- 11) Ragland DR, et al: Driving cessation and increased depressive symptoms. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 60: 399-403, 2005.
- 12) Marottoli RA, et al: Driving cessation and increased depressive symptoms: prospective evidence from the New Haven EPESE. Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J Am Geriatr Soc* 45: 202-206, 1997.
- 13) Mollenkopf H, et al: Outdoor mobility and social relationships of elderly people. *Arch Gerontol Geriatr* 24: 295-310, 1997.
- 14) Azad N, et al: A survey of the impact of driving cessation on older drivers. *Geriatrics Today: J Can Geriatr Soc* 5: 170-174, 2002.



# 認知症患者の自動車運転に対する 家族介護者の意識と困難

荒井由美子, 新井明日奈

## 抄 録

認知症患者は、法律的にも臨床的にも、いずれは運転を中止しなければならず、患者およびその家族が運転中止という場面向き合うことは必至である。一方で、運転中止による、患者本人への心理的・身体的影響や日常生活における移動手段の変更は、患者やその家族にさまざまな困難や不安をもたらすと考えられる。本稿では、認知症患者の運転中止に関わる家族介護者の意識と困難に着目し、今後解決すべき課題を示す。

Key words : 認知症, 家族介護者, 自動車運転, 運転中止

## はじめに

わが国では、昨今、高齢の運転免許保有者数の増加を踏まえ、高齢運転者の交通死亡事故を抑止することを交通安全施策の重点課題に据えている。また、加齢とともに罹患リスクが高まる認知症については、その進行によって、患者の安全な運転継続を困難にさせることから、高齢運転者が認知症に罹患した場合の対策が検討されるようになった。具体的には、平成14(2002)年に改正された道路交通法により、運転者が認知症であることが判明したとき、「その者の免許を取消し、又は六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」との条文が付加されたことで(法第103条第1条の2)、認知症患者による運転は、法律上、望ましくない行為となった。従って、認知症患者は、法律的にも臨床的にも、いずれは運転を中止しなければならず、患者およびその家族が運転中止という場面向き合うことは必至である。

## I. 高齢者に及ぼす運転中止の影響

ところで、自立した生活を営む手段の一つとして、長い期間にわたり自動車を運転してきた人々が、高齢等の何らかの理由で運転を中止することは、本人の生活面のみならず精神面に相応の影響を与えるものと予想される。

高齢運転者にとって、運転中止がどのような影響を及ぼすのかについては、海外において複数の報告がなされている。ただし、研究対象は、認知症患者に限定したのではなく、一般の高齢者である。これらの報告によると、運転中止によって、高齢者の自立度が低下する、サービスへのアクセスに困難が生じる、また、自動車を利用し生計を立てていた場合は、家計への影響が生じる、活動範囲や頻度が狭まる、さらには、抑うつ症状が出現する等の健康への負の影響が生じ、あるいは、日常生活への支障を来していた<sup>7,9,10-12)</sup>。

運転中止が、運転者本人に対して、このように多様な影響を及ぼすことは、必然的に周囲の家族に対しても多様な影響を及ぼすものと考えられる。

Yumiko Arai, Asuna Arai : 国立長寿医療センター研究所 長寿政策・在宅医療研究部  
〒474-8522 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

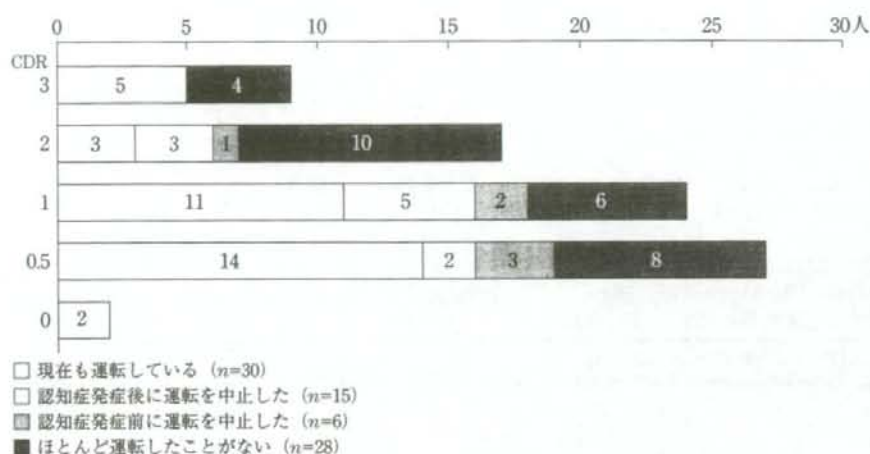


図1 認知症患者の重症度別運転状況 (n=79)

## II. 認知症運転者に対する免許課における取組み

そこでまず、認知症患者の運転中止におけるわが国の現状を明らかにすべく、筆者らは3都道府県警察免許課に対する聞き取り調査を実施した。その結果、上述の道路交通法第103条の運用状況について、各免許課において一律ではないことが明らかになった。すなわち法律では、「認知症であれば即運転免許の取消し」と規定されているものが、現場では、「免許の取消し」という行政処分を極力回避するため、運転者に対し、免許の返納や更新自粛を勧めるなどの行政指導により、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<sup>2-4)</sup>。

現場での法律の運用に、このようなばらつきがある理由としては、免許課において、運転者が認知症に罹患していることを客観的に判断し、かつ、病状の進行を踏まえたうえで運転の適性を評価していくことが極めて難しいためであると考えられた<sup>3)</sup>。

## III. 認知症患者における自動車運転の実態

認知症患者の円滑な運転中止に資するために、筆者らは、患者の自動車運転に関する実態調

査<sup>1,5)</sup>を通して検討を行った。本研究では、2004年6月から2006年3月までに専門医により認知症と診断された患者とその同居する家族介護者を対象とした。解析対象となった認知症患者79人のうち、38.0% (30人) が現在も運転を継続していることが明らかになった (図1)。認知症の重症度 (Clinical Dementia Rating; CDR) 別では、CDR 3の患者において運転を継続している者はみられなかったが、CDR 2の患者では、17人のうち3人が運転を継続しており、CDR 1の患者では、24人のうち11人が運転を継続していた。一方、認知症発症後に運転を中止した患者は、79人中15人で、CDR 0.5からCDR 3のいずれの段階にもみられた。

次に、認知症患者のなかで、現在運転している群 (以下、「運転群」とする) と認知症発症後に運転を中止した群 (以下、「運転中止群」とする) において、患者の属性をフィッシャーの正確確率検定あるいはマン・ホイットニー検定を用いて比較した (表1)。運転群と運転中止群における認知症の原因疾患としては、ともにアルツハイマー病 (Alzheimer's disease; AD) が最も多く、原因疾患について両群間での有意な差異は認められなかった。しかし、運転中止群は、運転群よりも初診時からの年数が有意に長く経過しており、重症

表1 運転群と運転中止群の属性および臨床症状 (n=45)

	運転群 (n=30)	運転中止群 (n=15)	p 値 (運転群 vs. 運 転中止群)
男性, n (%)	21 (70.0)	13 (86.7)	0.29
年齢 (歳), med [25,75%]	69 [66, 77]	72 [67, 78]	0.28
初診時からの年数 (年), med [25,75%]	1 [0, 1]	2 [1, 3]	< 0.01
AD, n (%)	23 (76.7)	9 (60.0)	0.24
重症度 (CDR $\geq$ 2), n (%)	3 (10.0)	8 (53.3)	< 0.01
認知機能 (MMSE), med [25,75%]	23 [21, 25]	18 [11, 22]	0.07
行動異常・精神症状 (NPI), med [25,75%]	7 [3, 14]	13 [9, 23]	0.09

med [25,75%]; 中央値 [25% 値, 75% 値]

p 値は, Fisher's exact test あるいは Mann-Whitney U-test により算出した。

度 (CDR) が有意に高いことが明らかになった。一方、臨床症状のうち、認知機能 (Mini-Mental State Examination; MMSE) と行動異常・精神症状 (Neuropsychiatric Inventory; NPI) については、運転群より運転中止群において、認知機能が低く、行動異常・精神症状も多くみられる傾向にあったが、両群間に統計学的な有意差は認められなかった。

これらのことは、認知症の臨床症状だけで、患者の運転継続の是非を判断するのは困難であることを示唆している。従って、認知症患者の運転適性を判断する際には、認知症の診断や臨床症状のみならず、運転技能の専門的な評価や原因疾患別の身体・認知機能を加味した総合的な判断基準を要すると考えられる。

#### IV. 認知症患者における運転中止の実際

認知症患者において、いずれは運転を中止せざるを得ない状況にあっても、中止の実施は、個々の判断に委ねられているところが大きい。筆者らの調査<sup>1)</sup>によると、家族介護者のうち、患者の運転継続の是非を「患者本人」が決定すべきであると回答した者が最も多いことが示された。ところが、実際に運転中止に至った主たる理由としては、「家族が患者の運転を危険に感じたこと」と回答した者が最も多かった。このように、運転を中止すべきは「患者本人」であるという理想に対し、

現実には「家族」が決定している、という実態が明らかになった。

次に、家族介護者が気づいた認知症患者の運転における危険行為を詳細に検討したところ、運転群と運転中止群の認知症患者 40 人のうち、介護者により、運転中に危険な運転行為が観察された患者は、半数であった。図 2 に示すように、危険行為の内訳としては、「運転技能の低下」と「物損事故」に該当する行為が多く観察された。原因疾患別では、AD 患者において、比較的多くの種類の危険行為が観察され、「道に迷う」については、AD 患者のみに報告された。また、脳血管性認知症 (vascular dementia; VaD) 患者は 2 人と少ないものの、両者に「運転技能の低下」が観察された。さらに、非アルツハイマー型変性性認知症 (non-Alzheimer degenerative dementias; NADD) 患者 (前頭側頭葉変性症 5 人、レビー小体型認知症 1 人、皮質基底核変性症 1 人) では、危険行為が観察された 6 人のうち半数以上において、「運転技能の低下」や「物損事故」が観察された。

図 3 に、上述の危険行為に対する家族介護者の認識の有無、運転中止の試行の有無およびその結果を示す。認知症患者の運転に危険を感じたことがある家族介護者 18 人のうち、半数の 9 人が患者の運転中止を試みており、そのうち 8 人では患者が運転を中止していた。一方、介護者が患者の運

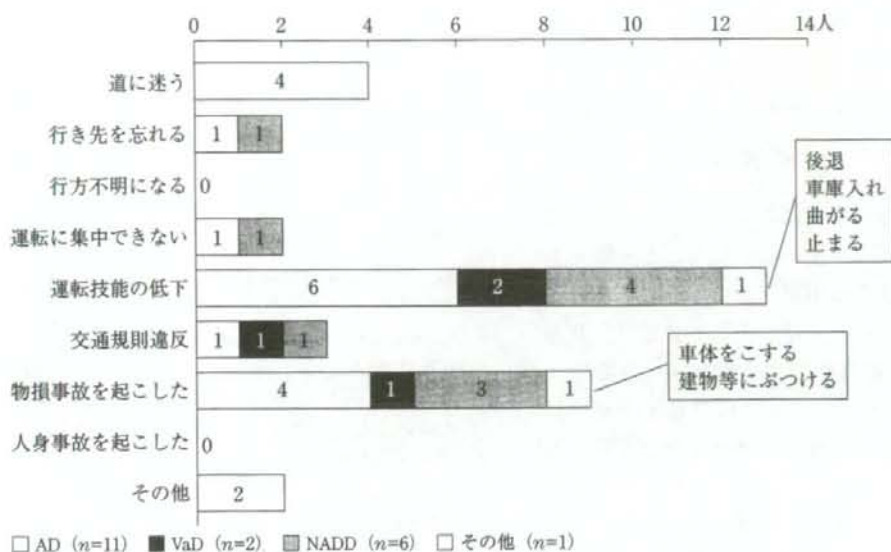


図2 家族介護者が気づいた認知症患者の危険な運転行為(原因疾患別)(複数回答, n=79)

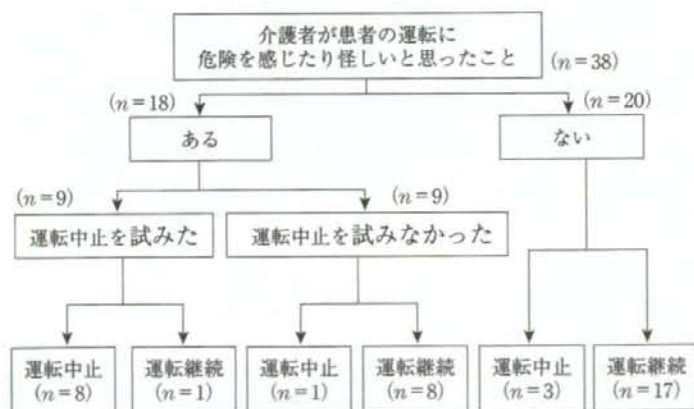


図3 家族介護者による運転中止の試み(n=38)

転に危険を感じたことがあっても運転中止を試みなかった9人では、運転を中止した患者は1人のみであった。また、患者の運転に危険を感じたことがない介護者20人のうち、運転を中止した患者は、わずか3人であった。

従って、患者の運転中止にとって、介護者が患者の危険な運転に気づき、運転中止を試みることが、現実には大きな役割を果たしていると考えられる。認知症患者の運転上の安全性を保持するた

めには、患者の最も身近な観察者である家族介護者の視点を最大限に活用し、より早期に適切に対処することを支援する情報提供が必要である。こうすることで、認知症患者のみならず、公共の安全性の確保・向上にもつながるであろう。もちろん、家族の評価だけで、患者の運転継続と安全性を判断するには限界があるが<sup>6,8,13)</sup>、報告数の多い危険行為については、認知症患者特有のものであるのかどうか、また、原因疾患別に特徴があるの

かどうかについても詳細に検討し、家族介護者に対して、エビデンスに基づいた情報提供と注意喚起を行うことが重要である。

## V. 今後の課題

認知症患者の運転中止に際して、家族がその判断から実行まで幅広く携わっていることを鑑みると、その過程で生じる不安に対する支援が必要である。家族の不安としては、主に3点挙げられる。すなわち、「患者の運転中止を検討すべき危険な運転行為とは何か」「どのように患者を説得すればよいのか」そして「患者が運転を中止することで、活動が制限されるのではないか」という不安である。このような不安を軽減するためには、円滑な運転中止に資する有用な情報提供やソーシャルサポートといった社会支援の充実が一つの手段となると考えられる。今後、関連研究から得られた結果を活用し、これらのサポートを具体的な支援策として早期に実現させることが求められている。

本稿で報告した調査研究の一部は、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) および H19-長寿-一般-025 (主任研究者:荒井由美子) の一環として行われた。本研究実施にあたり、愛媛大学大学院医学系研究科脳とこころの医学分野、故田邊敬貴教授のご高配を賜ったことに深謝申し上げる。また、同講座の池田学先生 (現・熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野教授) および医局の先生方のご協りに厚く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 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. 日本醫事新報, 4272号: 44-48 (2006).
- 2) 新井明日奈, 水野洋子, 荒井由美子: 認知症患者の交通安全対策について. 精神科, 11 (1): 50-55 (2007).
- 3) 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, 107 (12): 1335-1343 (2005).
- 4) Arai Y: Implementation and implications of the 2002 Road Traffic Act of Japan from the perspective of dementia and driving; A qualitative study. *J Bull Soc Psych*, 14 [Suppl.]: 158-161 (2006).
- 5) 荒井由美子, 新井明日奈: 認知症患者の自動車運転: 社会支援の観点から. 日本臨牀, 増刊 (印刷中).
- 6) Cotrell V, Wild K: Longitudinal study of self-imposed driving restrictions and deficit awareness in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 13 (3): 151-156 (1999).
- 7) Fonda SJ, Wallace RB, Herzog AR: Changes in driving patterns and worsening depressive symptoms among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 56 (6): S343-351 (2001).
- 8) Hunt LA: Evaluation and retraining programs for older drivers. *Clin Geriatr Med*, 9 (2): 439-448 (1993).
- 9) Marottoli RA, Mendes de Leon CF, Glass TA, Williams CS, et al.: Driving cessation and increased depressive symptoms; Prospective evidence from the New Haven EPESE. Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J Am Geriatr Soc*, 45 (2): 202-206 (1997).
- 10) Marottoli RA, de Leon CFM, Glass TA, Williams CS, et al.: Consequences of driving cessation; Decreased out-of-home activity levels. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55 (6): S334-340 (2000).
- 11) Mollenkopf H, Marcellini F, Ruoppila I, Flaschen-trager P, et al.: Outdoor mobility and social relationships of elderly people. *Arch Gerontol Geriatr*, 24 (3): 295-310 (1997).
- 12) Ragland DR, Satariano WA, MacLeod KE: Driving cessation and increased depressive symptoms. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60 (3): 399-403 (2005).
- 13) Wild K, Cotrell V: Identifying driving impairment in Alzheimer disease; A comparison of self and observer reports versus driving evaluation. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 17 (1): 27-34 (2003).

# 認知症発症後の生存期間は推定4.5年

認知症患者の生存期間: 14年間追跡データに基づく一般人口コホート研究の解析結果  
Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up

**■目的** 年齢、性別、自己申告に基づく健康状態、(機能)障害、そして認知障害の重症度別に、認知症発症後の生存期間を推定する。

**■研究デザイン** 1991~2003年にかけて実施された一般住民対象の前向きコホート研究; 全例において試験登録から2年後、6年後(1施設にて)および10年後、一部の対象者ではさらに6年後と8年後に認知症の状態を追跡調査し、生存状況は2005年まで追跡した。

**■設定** 英国とウェールズで実施した多施設による一般住民を対象とした研究; 地方の2施設と都市部の3施設。

**■参加者** プライマリケア住民登録から抽出した、65歳以上の13,004人からなる一般住民調査の参加中に認知症を発症した438人。

**■主要評価項目** 社会人口統計学的因子、認知機能、特定の疾患、自己申告に基づく健康状態に関する情報を各面接時に収集した。Cox比例ハザード回帰モデルを用いて、本研究で採用された診断基準において認知症との診断を受けていた患者に対して、選択した変数の中から死亡の予測因子を特定した。

**■結果** 2005年12月までの研究期間中に、認知症を発症した438人のうち356人(81%)が死亡した。

認知症発症からの生存期間中央値は、男性が4.1年(四分位範囲[IQR], 2.5~7.6)、女性が4.6年(IQR, 2.9~7.0)と推定された。認知症を有する比較的若い人と最高年齢層の人では生存期間に7年近く差があった: 65~69歳が10.7年(IQR, 5.6)、70~79歳が5.4年(IQR, 3.4~8.3)、80~89歳が4.3年(IQR, 2.8~7.0)、90歳以上が3.8年(IQR, 2.3~5.2)であった。追跡中に認知症を発症していた人における死亡の有意な予測因子として、性別、認知症の発症年齢、(機能)障害などが挙げられた。

表2 認知症発症例における死亡の予測因子(ハザード比)  
Table 3より抜粋

	Multivariable analysis	
	HR (95% CI)	P value
<b>Sex:</b>		
Women	1	0.007
Men	1.4	
<b>Age at onset:</b>		
65-69	1	0.03
70-79	2.1 (0.9 to 4.9)	
80-89	2.7 (1.1 to 6.3)	
≥90	3.1 (1.3 to 7.5)	
<b>Accommodation type:</b>		
Community	1	0.14
Residential and nursing home	1.2 (0.9 to 1.6)	
<b>Marital status:</b>		
Widowed	1	0.2
Married/cohabiting	0.7 (0.6 to 1.0)	
Single	0.9 (0.6 to 1.4)	
<b>Third of Blessed dementia scale:</b>		
First	1	0.002
Second	1.8 (1.3 to 2.5)	
Third	2.1 (1.6 to 3.3)	
Missing	1.6 (1.2 to 2.2)	
<b>Mini-mental state examination:</b>		
26-30	0.3 (0.1 to 1.5)	0.3
22-25	0.8 (0.5 to 1.2)	
18-21	1.2 (0.9 to 1.6)	
0-17	1	
Missing	1.2 (0.9 to 1.6)	

表1 認知症発症例438人における生存期間中央値(四分位範囲)  
Table 2より抜粋

	Women	Men	All
Sex	4.6 (2.9-7.0)	4.1 (2.5-7.6)	4.5 (2.8-7.0)
<b>Median age at onset:</b>			
65-69	7.5 (4.8-NA)	NA (9.1-NA)	10.7 (5.6-NA)
70-79	5.8 (3.6-8.3)	4.6 (3.0-8.6)	5.4 (3.4-8.3)
80-89	4.4 (2.8-7.0)	3.7 (2.5-6.3)	4.3 (2.8-7.0)
≥90	3.9 (2.4-5.2)	3.4 (1.5-5.5)	3.8 (2.3-5.2)

**結論** 本研究の解析結果から、一般人口における認知症発症後の生存期間中央値は4.5年と推計される。これらの推計値は、患者や介護者、医療サー

ビス提供者、医療政策立案者が予後の予測や各種計画を立てるのに利用可能であろう。

©BMJ Publishing Group Limited 2008 - All rights reserved.

解説

認知症発症後の生存期間の推計がわが国でも必要

荒井 由美子 国立長寿医療センター長寿政策・在宅医療研究部部长

本論文は、認知症患者の生存期間について、一般人口における推計値を示した貴重な一報である。2005年の推計によれば、認知症患者は、世界全体で約2400万人に達しており、毎年460万人の新規の患者が発生しており、2040年までに患者数は約8000万人に達するとされている<sup>1</sup>。さらに、英国における1998年の推計によれば、認知症患者の施設介護費用は41億ポンド(約8118億円)と推計されており、これはGDP(国内総生産)の0.6%をも占めている<sup>2</sup>。このように患者が急増しており、介護費用も国家財政に少なからぬ影響を及ぼしている認知症に関しては、有病率や発症率に関する疫学研究が世界的に数多く行われている。

しかし、患者の生存期間を検討した研究は少ない。それ以前の問題として、認知症が患者の生存期間を短縮しうるとはWaringらの研究<sup>3</sup>をはじめ、複数の研究において示されている事実であるが、このことを一般人口において、理解していた者は、わずか1割であった<sup>4</sup>。この

ように、認知症患者の予後に関しては、研究がまだまだ発展途上であるだけでなく、一般市民の持つ知識も十分でないのが現状である。

本研究は、英国ケンブリッジ大学Brayne教授らが率いる研究グループ、Medical Research Council's cognitive function and ageing study(MRC CFAS)による一般人口を対象とした前向きコホート研究である(<http://www.cfas.ac.uk/>)。研究の結果、認知症発症からの生存期間中央値は、4.5年と推計された。本研究の限界は、患者の認知症の発症時期を正確には特定できていないことであるが、一般人口を対象とした本研究のようなデザインの場合、致し方ないことであろう。むしろ、特定の人口ではなく、サンプルの代表性が保証された一般人口における認知症生存期間の推計値を算出したことに本研究の価値があるとみなすことができ、さらに本研究で得られた知見は、医療従事者のみならず患者・家族にとっても貴重な情報になりうると思われる。

ところで、Kurlandらの最新の論文では<sup>5</sup>、認知症発症からの生存期間は、人種によって異なることが指摘されている。このことは、本論文で示された認知症発症からの生存期間中央値4.5年という推計を、わが国の認知症患者に対して敷衍できない可能性もあることを示唆している。わが国においても本論文と同様の研究が施行され、わが国の一般人口における正確な生存期間を算出することこそが、今後の認知症に対する施策に資する有用な情報を提供するものと思われる。

引用文献

1. Ferri CP, et al. *Lancet* 2005;366:2112~2117.
2. Comas-Herrera A, et al. Cognitive impairment in older people: its implications for future demand for a services and costs. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, 2003. (Discussion paper 1728).
3. Waring SC, et al. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005;19:178~183.
4. Arai Y, et al. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:433~438.
5. Kurland, et al. *Neurology* 2008;70:1163~1170.

## 介護に関する事前の意思決定及び意思表示 —わが国の一般生活者2,161名における実態—

新井明日奈 荒井由美子

**要約 目的:** 一般生活者における、自身の介護の要望に関する事前の意思決定と意思表示の実態を明らかにし、要介護状態をもたらす要因の一つである認知症に対する意識との関連性について検討した。**方法:** 一般生活者パネル登録者から抽出した2,500名を対象に、自記式質問票を用いて横断研究を実施した。質問票では、基本属性のほか、認知症に対する意識(不安及び知識)、自身の介護の要望についての意思決定及び意思表示の有無を尋ね、統計的に解析した。**結果:** 解析対象者2,161名において、自身が介護を要する状態になった時に、介護の要望に関して意思決定がなされている、あるいは、考えたことがある者は、併せて全体の44.6%であった。さらに、自身の要望について既に意思決定がなされている274名において、その要望を、家族等に表明している者の割合は39.5%であった。特に、若年層ほど、介護の要望に関する意思決定及び意思表示の割合が低かった。また、認知症への不安が高いほど、あるいは、認知症に関する知識が高いほど、自身の介護について何らかの要望を有している傾向が認められた。一方、そうした要望を家族等に意思表示することについては、認知症に対する意識(不安・知識)との有意な関連性を示さなかった。**結論:** わが国の一般生活者において、自身の介護に関する要望についての事前の意思決定や意思表示は、積極的に実行されていないという実態が明らかになった。また、介護に関する要望を事前に意思決定するにあたっては、認知症等の介護に対する意識の高さが動機付けとなっている可能性が示唆される。しかし、自身の要望を周囲に表明するにあたっては、新たな動機付けが必要であると推測される。個人の意思を尊重した介護の実現に向けて、今後、介護に関する事前の意思決定・意思表示のあり方とその促進に有用な手段及び支援体制について、検討を深めていく必要がある。

**Key words:** 介護、意思決定、意思表示、認知症、一般生活者調査

(日老医誌 2008; 45: 640-646)

### 緒 言

わが国の平均寿命は年々延伸しているが、加齢に伴い、疾病の罹患リスクや、生活上、何らかの援助や介護を要する可能性が高まることは否定できない。荒井らの報告では、認知症や寝たきりになることへの不安や、介護が必要となることによって家族に迷惑をかけたくないという懸念から、一般生活者の約8割が高齢になることに不安を抱き、約4割が長生きを望んでいないことが明らかにされた<sup>1)</sup>。また、今般の医療制度改革においては、医療費適正化の推進、及び、安心・信頼の医療の確保と予防の重視を基本的枠組みとする中で、平成23年度末を目標に、医療型療養病床の削減と介護型療養病床の廃

止が決定された。そのため、療養病床に代わる受け皿として、老人保健施設のほか、自宅あるいは有料老人ホームやケアハウスなどの居住系サービスを含む居住の場における、「在宅医療」の充実を図ることが期待されている。さらに、介護保険制度改革においても、地域密着型サービスの創設や居住系サービスの充実により、独居高齢者の増加や高齢者の多様な居住の場を想定したサービス体系が構築された。

このように、一般生活者が加齢や長寿に対して大きな不安を抱えている一方で、その不安に関連する介護及び医療は、これまでよりも、日常生活の一部として組み込まれる形に変化しつつある。したがって、介護や医療を日常生活と共存させ、望ましい生活を維持するためには、介護や医療を要する状態になった時に、どのような介護や医療を受け、どのような生活を送るのかについて、事前に検討し周囲に表明しておくことが重要である。そのための手段の一つとして、医療に関しては、特に終末期

A. Arai, Y. Arai: 国立長寿医療センター長寿政策・在宅医療研究部

受付日: 2008.5.14. 採用日: 2008.6.30



医療に対する「事前指示 (Advance directives)」が知られている。事故や重症疾患によって判断能力が失われた際にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに意思表示しておく「事前指示」には、文書として残す場合（いわゆる、リビング・ウィル）や口頭で誰かに伝える場合、また、自分の代わりに意思決定を行う代理人を指定するものがある<sup>9)</sup>。国立長寿医療センターでは、平成17年5月より、終末期の延命治療に関する「事前指示書」(終末期のペインコントロールや最期を迎える場所の希望、延命治療に関する希望及び任意代理人に関する項目を含む)が導入され、作成を希望する患者が自らの意向を表明することが可能になった<sup>9)</sup>。また、わが国では、一般生活者、患者あるいは医師、看護師等を対象とした調査研究により、終末期医療の事前指示に対する意識や事前指示書を保有・提示することの関連要因等について、複数の報告がなされている<sup>9)~10)</sup>。

一方、介護については、自らの要望を事前に意思表示するための形式的な手段があるわけではない。しかし、介護保険制度の開始によって、利用者自らがサービスを選択・決定し、サービス提供者との「契約」行為が生じたことにより、介護の領域においても、高齢者の意思能力や権利擁護について検討されるようになってきた<sup>11)12)</sup>。特に、病状の進行に伴い意思決定が困難になる可能性の高い認知症は、介護が必要な状態を引き起こす主な原因の約1割を占め<sup>13)</sup>、居宅の要介護者及び要支援者のうち、医師が認知症であると診断している者は約2割を占めている<sup>14)</sup>。したがって、医療のみならず介護の領域においても、介護を要する高齢者本人の意思を尊重した生活の維持と介護サービスの提供を実現するために、一般生活者が介護の希望に関する意思決定を事前に行うことを支援する取り組みが、今後ますます求められるものと考えられる。

介護の要望に関する事前の意思決定や意思表示に関する先行研究は、わが国の中高齢者における実態を検討した越谷の報告<sup>15)</sup>のほかには、国内外ではほとんどみられない。今後、介護の領域においても事前の意思決定や意思表示のあり方を検討していく上で、幅広い年代の一般生活者において、自身の介護に対する要望について、どの程度意思決定をしており、家族等にどの程度意思表示しているのかについて検討することは有用である。そこで本研究では、未だ知見の少ない介護の要望に関する意思決定及び意思表示について、若年者も含めた一般生活者の実態を明らかにすることを第一の目的とした。さらに、上述の先行研究において、介護の要望に関する意思決定等には、認知症に関する認識の深さや介護を切実な

問題として捉えていることが関連しているのではないかと推測されていた。そこで、本研究では、認知症に対する意識、認知症に対する不安と認知症に関する知識という側面から捉え、介護の要望に関する意思決定及び意思表示との関連性を検討することを第二の目的とした。

## 方 法

平成18年6月から同年7月に、株式会社社会情報サービス (SSRI) が管理する一般生活者パネル登録者 (全国20歳以上65,750名より構成) から、性・年齢による割付法によって抽出し同意が得られた2,500名を対象とした。自記式質問票を用いて、性、年齢、教育歴、世帯年収、世帯構成などの基本属性のほか、認知症に対する不安(「あなた自身が将来認知症になることについて、どの程度不安に感じていますか」という質問に対し、「よく不安を感じることもある」から「全く不安を感じることはない」の4件法で回答を得た)、認知症に関する知識(認知症に関する症状・治療・予後等に関する11項目の記述それぞれについて正誤を尋ね、正答数の合計[範囲:0~11]を以って認知症に関する知識の程度とみなした)(詳細は別稿にて記載<sup>16)</sup>)、自身の介護の要望に関する意思決定(「あなたが認知症や寝たきりになった場合に、どのように介護してほしいか、ご自身の気持ちの中では決まっていますか」という質問に対し、「決まっている」「考えたことはあるが、自分の気持ちは決まっていない」「考えたことがない」「その他」から単一回答を得た)、及び、前述の質問において、自身の介護の要望に関して「決まっています」と回答した者における自身の介護の要望に関する意思表示(「あなたが認知症や寝たきりになった場合にどのようにしたいか、家族や親族に話をしたことがありますか」という質問に対し、「既に家族・親族に話をしている」「ごく近い家族には話をしているが、親族にまでは話をしていない」「話にあがったことがあるが、具体的な話まではしていない」「全く話をしたことがない」「その他」から単一回答を得た)について尋ねた。

Mantel-Haenszel法を用いて、各質問項目における性、年齢層(3分類:20~39歳/40~64歳/65歳以上)との関連性について検討した。また、Cochran-Armitage傾向検定<sup>17)</sup>を用いて、認知症に対する意識(認知症に対する不安及び認知症に関する知識)の程度の変化に伴い、介護の要望に関する意思決定あるいは意思表示の比率が一定のトレンドを示すかどうかについて検討した。さらに、認知症に対する意識(認知症に対する不安及び認知症に関する知識)の程度別に、意思決定あるいは意思表示における性・年齢調整オッズ比(OR)をMantel-

表1 対象者の基本属性

	n	(%)
全体	2,161	
性別		
男	1,011	(46.8)
女	1,149	(53.2)
年齢層		
20～39歳	755	(34.9)
40～64歳	806	(37.3)
65歳以上	600	(27.8)
教育歴		
9年以下	277	(12.9)
10～14年	1,280	(59.8)
15年以上	600	(27.3)
世帯年収		
400万円未満	627	(32.0)
400～600万円未満	492	(25.1)
600万円以上	839	(42.9)
世帯構成		
独居	145	(6.9)
夫婦のみ	424	(20.1)
2世代	1,178	(55.8)
3世代	365	(17.3)

各項目の有効回答のみ表示

Haenszel法により算出した。

すべての統計解析は、Windows版SAS version 9.1.3 (SAS Institute Inc, Cary, NC) を用いて行われた。

## 結 果

### 1. 対象者の属性および認知症に対する意識

表1に、有効回答2,161名(男性1,011名、女性1,149名、不明1名;有効回答率86.4%)の基本属性を示した。

表2に示すとおり、対象者の62.1%(1,335名)が、自分自身が将来認知症になるかもしれないという不安を「よく/たまに感じることもある」と回答していた。性別に検討したところ、女性では、男性に比して認知症に対する不安が有意に高かった。また、年齢層別では、認知症に対する不安を「よく/たまに感じることもある」と回答した者の割合が、20～39歳では5割弱であったが、年齢層が上がるとともに増加し、65歳以上では約8割を占めていた。

また、認知症の知識として、認知症に関する11項目の記述における正答数を3分位数にて「低位(正答数:0～5)」「中位(正答数:6～7)」「高位(正答数:8～11)」に分類したところ、女性は男性よりも「中位」及び「高位」の割合が高く、認知症の知識の程度が高いことが示された。年齢層別では、若年層や高齢層に比して、中年層(40～64歳)において、認知症の知識の程度が高い

ことが示された。

### 2. 介護の要望に関する意思決定と意思表示:性・年齢層別の検討

図1に示すように、自身が認知症や寝たきりになった場合に、どのように介護してほしいかについて、全体の44.6%が「決まっている/考えたことはある」と回答していた。女性では、男性よりも、「決まっている/考えたことはある」と回答した者の割合が有意に高かった(年齢調整 $\chi^2$ 値:47.11;  $p < 0.01$ )。また、高齢層ほど、「決まっている/考えたことはある」と回答した者の割合が高く(性別調整 $\chi^2$ 値:204.13;  $p < 0.01$ )、20～39歳では29.9%であったのに対し、65歳以上では66.2%を占めていた。

さらに、介護に対する要望が「決まっている」と回答した274名のうち、その要望について、「家族や親族/ごく近い家族に話をしている」と回答した者の割合は、39.5%であった(図2)。性別に有意な差異は認められなかったが(年齢調整 $\chi^2$ 値:0.22;  $p = 0.64$ )。年齢層別では、高齢層ほど家族や親族に対して意思表示をしている者の割合が高く、65歳以上では53.6%と半数以上を占めていた(性別調整 $\chi^2$ 値:16.88;  $p < 0.01$ )。

なお、性、年齢層以外に表1に示された基本属性(教育歴、世帯年収、及び世帯構成)と、介護の要望に関する意思決定及び意思表示の有無との間に、単変量解析では関連性が示されたものの、性別と年齢層で調整すると、いずれの有意性も認められなかった。

### 3. 認知症に対する意識と介護の意思決定/意思表示との関連性

自身の介護の要望に関して、「決まっている/考えたことはある」と「考えたことがない」という2群に分類した時の各群の比率と、認知症に対する意識(不安・知識)の程度との関連性について検討した。表3に示すように、認知症への不安が高いほど、介護の要望について「決まっている/考えたことはある」と回答した者の割合が高く、有意な傾向性が示された。性別と年齢による調整後も、認知症に対する不安が低くなるにつれてオッズ比(OR)が有意に低下した。また、認知症に関する知識の程度については、弱いものの有意な傾向性が認められ、認知症の知識が高いほど、介護の要望が決まっている割合が高いことが示された。性・年齢調整ORにおいても、認知症の知識が低くなるほど有意に低下することが認められた。

同様に、自身の介護の要望に関して「決まっている」と回答した者( $n = 274$ )において、自らの介護の要望を「既に家族・親族に話をしている/ごく近い家族には

表2 一般生活者における認知症に対する意識

	全体 n (%)	性 n (%)		調整 p 値 <sup>a</sup>	年齢層 n (%)			調整 p 値 <sup>b</sup>
		男	女		20~39歳	40~64歳	65歳以上	
認知症に対する不安				< 0.0001				< 0.0001
よくある	368 (17.1)	142 (14.1)	226 (19.8)		71 (9.4)	125 (15.5)	172 (29.1)	
たまにある	967 (45.0)	422 (42.0)	545 (47.6)		282 (37.5)	393 (48.8)	292 (49.4)	
あまりない	581 (27.0)	295 (29.4)	285 (24.9)		258 (34.3)	221 (27.5)	102 (17.3)	
全くない	233 (10.8)	145 (14.4)	88 (7.7)		142 (18.9)	66 (8.2)	25 (4.2)	
認知症に関する知識				< 0.0001				0.0033
高位 (正答数: 8~11)	783 (37.0)	334 (33.7)	449 (40.0)		251 (33.6)	327 (41.1)	205 (35.8)	
中位 (正答数: 6~7)	909 (43.0)	421 (42.5)	487 (43.3)		328 (43.9)	337 (42.3)	244 (42.6)	
低位 (正答数: 0~5)	424 (20.0)	236 (23.8)	188 (16.7)		168 (22.5)	132 (16.6)	124 (21.6)	

各項目の有効回答のみ表示

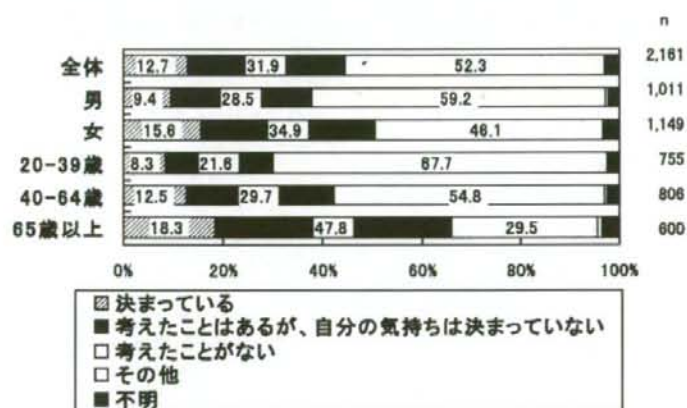
<sup>a</sup>: Mantel-Haenszel 法により年齢層で調整した p 値<sup>b</sup>: Mantel-Haenszel 法により性別で調整した p 値

図1 介護の要望に関する意思決定 (n = 2,161)

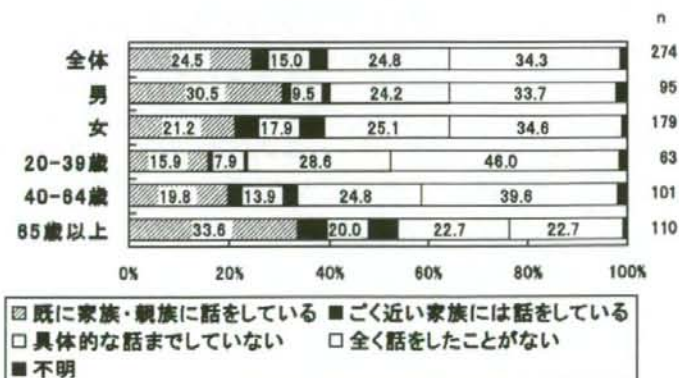


図2 介護の要望に関する意思表示(自身の介護の要望について「決まっている」と回答した者 n = 274)

表3 認知症に対する意識(不安・知識)の程度と介護の要望に関する意思決定・意思表示

	介護の要望に関する意思決定 (n = 2,086)			介護の要望に関する意思表示 (自身の介護の要望について「決まっている」と回答した者 n = 274)				
	決まっている/ 考えたことはある n (% vs. 考えた ことがない)	相関統計量 Somers D (CI) <sup>a</sup> [95% CI]	傾向性 p 値 <sup>a</sup>	性・年齢 調整 OR <sup>b</sup>	話をしている n (% vs. 話を していない)	相関統計量 Somers D (CI) <sup>a</sup> [95% CI]	傾向性 p 値 <sup>a</sup>	性・年齢 調整 OR <sup>b</sup>
認知症に対する不安		0.30 [0.27, 0.33]	< 0.01			0.10 [0.00, 0.19]	0.07	
よくある	250 (70.6)			1.00	43 (45.7)			1.00
たまにある	528 (56.4)			0.65**	51 (41.1)			0.94
あまりない	152 (26.7)			0.19**	8 (21.6)			0.46
全くない	31 (13.8)			0.10**	6 (40.0)			0.94
認知症に関する知識		0.07 [0.03, 0.10]	< 0.01			-0.08 [-0.18, 0.02]	0.15	
高位	387 (51.2)			1.00	40 (34.8)			1.00
中位	386 (43.9)			0.75**	42 (41.2)			1.15
低位	171 (40.9)			0.71*	23 (46.9)			1.69

各項目の有効回答のみ表示

<sup>a</sup>: Cochran-Armitage 傾向検定により算出

<sup>b</sup>: Mantel-Haenszel 法により性別と年齢層で調整したオッズ比

\*: p < 0.05; \*\*: p < 0.01

話をしている」と「具体的な話までしていない/全く話をしたことがない」という2群に分類した時の各群の比率と、認知症に対する意識(不安・知識)との関連性について検討した。表3に示すとおり、不安の程度及び知識の程度いずれにおいても、介護の要望に関して家族等に意思表示を行っていた割合に有意な傾向性は認められず、性・年齢調整ORについても有意ではなかった。

## 考 察

本研究から、一般生活者において、自身が介護を要する状態になった時に、自身の介護の要望に関して意思決定がなされている、あるいは、考えたことがある者は、併せても対象者全体の半数に満たないことが明らかになった。さらに、自らの要望について既に意思決定がなされている場合でも、その要望を、身近な家族や親族に表明している者は4割に満たないことが示された。特に、若年層ほど、介護の要望に関する意思決定及び意思表示の割合が小さかった。先行研究によると、50歳以上の中高年者(n=181)を対象に実施した調査において、認知症になった時に希望する介護について「考える」と回答した者が66.9%、自分の希望する介護方法について「家族と話し合ったことがある」と回答した者が32.6%と報告されている<sup>10</sup>。本研究では、65歳以上の高齢層(n=600)における介護の要望に関する意思決定(「決まっている/考えたことはある」との回答)の割合は66.1%であり、先行研究の結果と類似していた。しかし、高齢層における意思表示(「既に家族・親族に話をしてい

る/ごく近い家族には話をしている」との回答)の割合は、要望が既に決まっている者では53.6%であったが、高齢層全体に換算すると9.8%となり、先行研究の結果に比して低いことが示された。

また、上述の先行研究では、希望する介護のあり方について考えた経験やそれを家族に話すことに関連要因として、介護経験や認知症に罹患した近親者の存在が示され、認知症や介護への認識が深く、あるいは切実な問題として捉えていることが影響している可能性が指摘されていた。本研究では、認知症に対する意識を、認知症に対する不安と認知症に関する知識として掘り下げた場合、認知症への不安が高いほど、また、認知症に関する知識が高いほど、自身の介護について何らかの要望を有している傾向が認められた。本研究は横断研究であるため、関連の認められた事象における時間的な関係性を証明し得ないが、認知症に対する不安の大きさや知識の高さが、介護における自らの要望について検討し、要望が定まることの動機付けとなっている可能性が考えられる。今後、この可能性について縦断的に検討する必要がある。なお、本研究では、認知症に対する意識(「不安」あるいは「知識」と)、介護の要望に関する意思決定との関連性において、性別と年齢による交絡が大きいために認められたため、両変数を調整して検証した。その他の基本属性について、結果には示していないが、対象者の教育歴と、認知症に関する知識との間には有意な関連性が認められた。しかしながら、教育歴は、介護の要望に関する意思決定の有無とは関連していなかったことが