

ら、本研究結果に対する教育歴による交絡の可能性は低いものと考えられる。

自身の介護について何らかの要望を有することと認知症に対する意識の程度との関連性が示された一方で、その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」あるいは「知識」)の程度と有意な関連性を示さなかった。したがって、自らの介護に関する要望が決定しても、家族等周囲の者にその要望を表明するにあたっては、また新たな動機付けが必要であると推測される。また、介護の要望に関する意思表示を妨げる要因を検討する必要もあるであろう。その要因としては、例えば、世帯の構造上の問題や経済的困窮等が挙げられるが、本研究では、対象者の世帯構成及び世帯収入いずれも、意思表示との有意な関連性を示さなかった。荒井らの報告<sup>19-21)</sup>では、一般生活者のうち、「長生きを望んでいない」と回答した者の約7割が、「家族に迷惑をかけたくない」ことをその理由に挙げていた。このことから、一般生活者において、自らの介護の可能性を含めて将来設計を考える上で、家族への負担を少なくしたいという思いが強いことが示唆される。それ故、こうした家族の負担に対する懸念が、自らの要望を家族に表明することを躊躇させる要因となっているとも考えられる。

介護を担う家族にとって、介護による身体的・心理的・経済的な負担(介護負担<sup>22)</sup>)は、介護に対する家族間の認識や意見の相違から生じる人間関係の摩擦によって、より一層強められる可能性もあるであろう<sup>19)</sup>。米国のElliotら<sup>20)</sup>は、ナーシングホームに入居した高齢者の家族介護者を対象とした質的研究において、入居以前の在宅生活の中で、高齢者の認知機能が低下し意思決定が困難になった際に、家族の中で意思決定の代理人を決定することは容易ではなく、特に施設入所の決定等、生活場所を変更する際に困難が生じた事例が多かったと報告している。さらに、高齢者自身の介護に対する要望について、家族内に意見の相違が生じた場合に、高齢者の要望を実現させることよりも、その家族内の衝突を鎮めることが優先される傾向にあったと述べている。また、本間<sup>21)</sup>の報告によると、医師が、認知症患者の家族から、患者への医療行為の同意を得る際に困難があった者は73%に上り、その理由として、家族の判断に時間を要したことや家族間の意見の対立が生じたこと等が挙げられていた。

したがって、介護が必要な状況に直面する前に、高齢者がどのような介護を望むかについて家族内で意思を確認する機会をつくり、意向を一致させておくことが、家族内の衝突を未然に防ぐ方策となろう。それは、同時に、

高齢者本人が自らの介護に関して事前に検討しておくことによって、切迫した状況の中で意思決定をしなければならない事態を回避することにも寄与する。また、認知症等の疾患により、高齢者の意思判断能力が低下したために、意思決定を代理人に委ねなければならない状況においても、代理人が判断の代行をするための十分な情報を共有することによって、高齢者の意思を類推する際の困難が軽減するものと考えられる。高齢者が積極的に将来のプランを立てることは、周囲との意思疎通を促し、empowermentやwell-beingを維持することに有用であるとの報告もある<sup>23)</sup>。個人々が自らの介護を含めた将来のプランを、家族・親族あるいは医療保健福祉関係者等と話し合う機会を設け、情報を共有することは、将来起こりうる介護に対して、自らの心構えと準備を促し、さらには自らの希望に合う生活の維持にとって重要である。今後は、医療のみならず、介護に関しても事前の意思決定・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と考えられる。

#### 謝辞

本研究にご協力頂いた株式会社社会情報サービス(SSRI)の傳慶寿様ならびに北本正和様に深謝申し上げます。なお、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)H19-長寿一般-025(研究代表者:荒井由美子)の助成により行われた。

#### 文 献

- 1) Arai Y, Kumamoto K, Zarit SH, Denno H, Kitamoto M: Angst in Shanghai-La: Japanese fear of growing old. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1641-1642.
- 2) 荒井由美子, 熊本圭吾, 傳慶 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. *医事新報* 2005; 4229: 23-27.
- 3) 荒井由美子: 高齢者・高齢社会に対する意識と認知症になった場合の意識・行動: 2004年一般生活者調査. *Dementia Care Support* 2006; 臨時増刊号: 18-22.
- 4) 浅井 篤: 事前指示. 医療倫理(浅井 篤, 服部健司, 大西基喜, 大西香代子, 赤林 朗編), 勁草書房, 東京, 2002, p141.
- 5) 国立長寿医療センター社会復帰支援室: 私の医療に対する希望(終末期になったとき). 2007 [cited: <http://www.ncgg.go.jp/hospital/pdf/top/hospiceinvestigation.pdf>].
- 6) Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I: Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. *BMC Med Ethics* 2003; 4: E5.
- 7) Miyata H, Shiraishi H, Kai I: Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: how to respect patients' preferences. *BMC Med Ethics* 2006; 7: E11.
- 8) 松井美帆: 一般高齢者と入院高齢患者における終末期ケ

- アの意向に関する比較調査. 厚生省の指標 2006; 53: 22-26.
- 9) Masuda Y, Fetters MD, Hattori A, Mogi N, Naito M, Iguchi A, et al: Physicians's reports on the impact of living wills at the end of life in Japan. *J Med Ethics* 2003; 29: 248-252.
  - 10) 厚生労働省: 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—平成16年7月. 2004 [cited: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>].
  - 11) 水野 裕: 介護保険制度と高齢者の意思能力. *老年精医誌* 2002; 13: 1127-1135.
  - 12) 斎藤正彦: 認知症の権利擁護とケアのあり方. *老年精医誌* 2005; 16: 1149-1154.
  - 13) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成16年 国民生活基礎調査の概況. 2005 [cited: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa04/4-2.html>].
  - 14) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室: 介護票第2巻第26表 介護を要する者数, 痴呆の状況・通院の有無・現在の要介護度の状況別. 2001 [cited: [http://www.dhtk.mhlw.go.jp/toukei/data/030/2001/toukeihyou/0004165/t0080540/g26\\_001.html](http://www.dhtk.mhlw.go.jp/toukei/data/030/2001/toukeihyou/0004165/t0080540/g26_001.html)].
  - 15) 越谷美貴恵: 中高年者の希望する認知症終末期ケアに関する意識調査. *日認知症ケア会誌* 2006; 5: 35-43.
  - 16) Arai Y, Arai A, Zarit SH: What do we know about dementia?: a survey on knowledge about dementia in the general public of Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 433-438.
  - 17) 丹後俊郎: 用量—反応関係の検出. *新版医学への統計学* (古川俊之監修). 朝倉書店. 東京, 1993, p236-238.
  - 18) 荒井由美子: 家族介護者の介護負担. *日内会誌* 2005; 94: 1548-1554.
  - 19) Whitlatch CJ: Including the person with dementia in family care-giving research. *Aging Ment Health* 2001; 5 Suppl 1: S20-S22.
  - 20) Elliott BA, Gessert CE, Peden-McAlpine C: Decision making on behalf of elders with advanced cognitive impairment: family transitions. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007; 21: 49-54.
  - 21) 本間 昭: 認知症高齢者の医療同意をめぐる成年後見制度の課題—医師を対象とした全国アンケート調査結果. 成年後見と医療行為 (新井 誠編). 日本評論社. 東京, 2007, p19-31.
  - 22) Spira M: Mapping your future—a proactive approach to aging. *J Gerontol Soc Work* 2006; 47: 71-87.

### Advance care planning among the general public in Japan: Association with awareness about dementia

Asuna Arai and Yumiko Arai

#### Abstract

**Aim:** To explore attitudes towards advance care planning among the general public in Japan and to examine the association between the advance care planning and awareness about dementia.

**Methods:** We conducted a postal self-administered questionnaire survey in a sample of the general population aged 40 and over and 86% (n = 2,161) of the sample were eligible for analysis. The question items included sociodemographic characteristics, awareness about dementia (anxiety about dementia and knowledge about dementia), and advance care planning (decision making on own care preference if extra assistance were required and disclosure of their care preferences to family members).

**Results:** More than a half of the participants had yet to consider what kind of care they preferred to receive if extra assistance were required, especially in men and younger people. Although some people had made a decision regarding care preferences, only 39% of those had disclosed their wishes for care to family members. People who had higher awareness (anxiety and knowledge) about dementia were more likely to consider or make a decision about care preferences, irrespective of age and gender. On the other hand, the disclosure of care preferences to family members was associated with the age groups but not with the extent of awareness about dementia.

**Conclusions:** The general public in Japan are not used to determining and disclosing their own preferences on advance care planning. There is clearly a need for greater public awareness and further study about an effective method for enhancement of advance care planning.

**Key words:** *Attitude, Advance care planning, Decision making, Dementia, Survey*

(*Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2008; 45: 640-646)

Department of Gerontological Policy, National Institute for Longevity Sciences (NILS), National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG)

診 断 と 治 療〔第96巻・第11号〕別 刷

2008年11月1日発行

発 行 所 株 式 会 社 診 断 と 治 療 社

---

## アルツハイマー病の診断と治療

## Key Words

## 社会のなかのアルツハイマー病

## 認知症と社会支援

認知症  
 家族介護  
 介護・医療システム  
 社会支援  
 啓発

.....  
 \* 国立長寿医療センター 長寿政策・  
 在宅医療研究部

荒井 由美子\* 新井 明日奈\* 水野 洋子\*

### 緒言—認知症患者を取り巻く社会環境

厚生労働省によると、わが国の要介護（要支援含む）高齢者およそ314万人のうち、何らかの介護・支援を必要とする認知症がある者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準II以上）は、149万人（47.5%）に上り、その後20年間で2倍以上に増加すると予測されている（2002年9月末についての推計）<sup>1)</sup>。その一方で、今後は、世帯主が65歳以上である「高齢者世帯」が急速に増加することが予測されており<sup>2)</sup>、「家族による介護」がますます困難な状況になるものと思われる。

このような背景を踏まえ、近年では、認知症患者を地域で支えるという認識が主流になりつつある。筆者らは、認知症患者の社会支援の構図について、現在及び今後の方向性を図1のように考えている。認知症患者を取り巻く社会環境は、現在どのような状況にあるのか、本稿では、図1をもとに、現状及び課題を概説する。

### 認知症患者の生活基盤—居宅における家族介護に着目して

厚生労働省の推計では、認知症要介護高齢者において、介護認定申請時の所在が「居宅」である者は73万人（認知症要介護高齢者の49.0%）と最も多く、「特別養護老人ホーム」（同、18.1%）、「老人保健施設」（同、13.4%）、「介護療養型医療施設（同、6.7%）、「その他の施設」（同、12.8%）に比して、高い割合を占めていることが示された<sup>3)</sup>。

このように、居宅に生活基盤を置き、何らかの介護・支援を要する認知症高齢者が、できる限り長く、住み慣れた環境で自立した生活を継続するためには、認知症の諸症状を見守り、必要に応じて日常生活を援助する支援者の存在が不可欠である。わが国では、高齢者介護を家の問題、すなわち私的な問題として捉えてきた歴史があり、認知症患者に同居の家族がいる場合には、その家族が介護者として中心的な役割を担ってきた。2000年に導入された介護保険制度により、「介護の社会化」が促進されてきてはいるものの、要支援・要介護高齢者の主な介護者の約7割が同

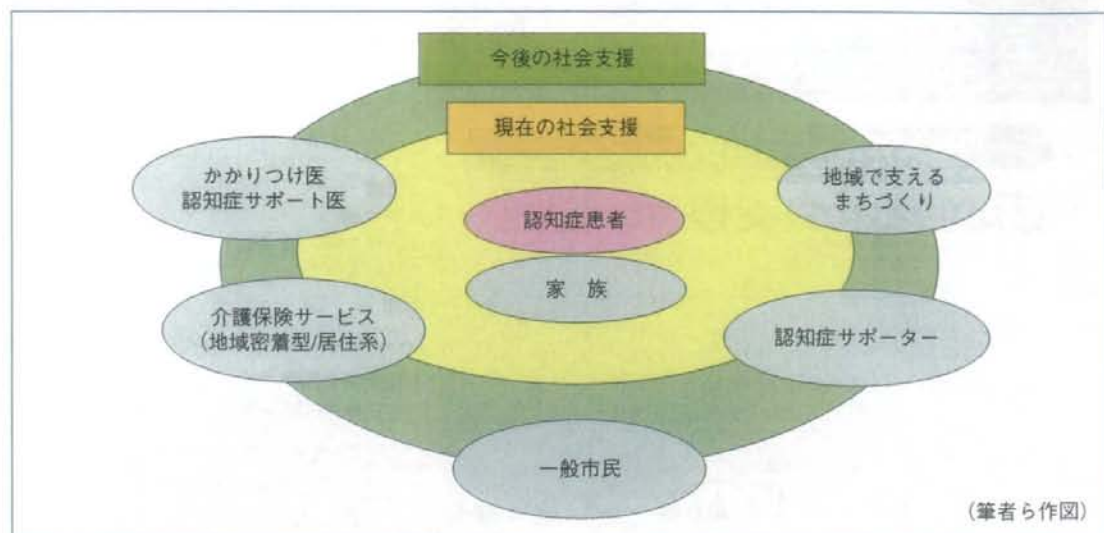


図1 認知症患者の社会支援の構図：現在及び今後の方向性

居している家族であることから<sup>3)</sup>、依然として、家族介護者の介護力に依存する傾向が大きいといえる。

一方で、わが国の一般生活者は、家族介護に対して大きな不安を抱えていることが、筆者らの実施した意識調査から示されている。2004年に全国20歳以上の一般生活者（ $n=2,025$ ）を対象に、「もし自分が『認知症』だとわかった場合の気持ち」を尋ねたところ、「家族に介護で負担をかけるのがつらい」（複数回答，68%）、「家族に精神的な不安を感じさせるのがつらい」（同，66%）、「家族に経済的な面で負担をかけるのがつらい」（同，53%）と回答する者の割合が高く、家族の負担に対する懸念が多く認められた<sup>4)</sup>。また、2006年に実施した同様の意識調査において、「認知症に罹患した家族を介護すると仮定した場合に、介護に対してどのように思うか」について尋ねたところ、一般生活者（ $n=2,161$ ）のうち、「迷惑だと思う」「どうして私がやらなければいけないのかと思う」「面倒だと思う」などの介護に対する負の感情を有する者は、全体の4割未満と低かった一方で、「疲れると思う」「手間がかかると思う」「お

金がかかると思う」という、身体的あるいは経済的負担感を挙げた者は、全体の6割以上を占めていた<sup>5)</sup>。これらの調査から、わが国の一般生活者は、自ら認知症に罹患し介護が必要となった場合の意識、及び、認知症の家族を介護することになった場合の意識、いずれの側面においても、介護負担に対する大きな不安を有していることが明らかになった。

また、国内外の複数の研究により、認知症に罹患した者を在宅で介護することは、家族介護者に対して、健康状態の悪化や抑うつ、慢性的なストレスによる免疫機能の低下など、負の影響を及ぼすことが知られている。さらに、介護負担による家族介護者の身体的・精神的健康状態の悪化は、ひいては、要介護者に対する介護の質の低下や要介護者の施設入所の増加をもたらし、在宅生活の継続を困難にすることも報告されている。したがって、在宅介護を円滑に継続する上で、家族介護者の介護負担の程度を客観的に把握することは、極めて重要である<sup>6)</sup>。

その上で、認知症患者の介護者における介護負担を軽減するためには、認知症の症状そのものに対処することが必要である。とりわ

け、認知症患者の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) は、介護負担を増大させるリスクファクターあるいは予測因子であると考えられている。さらに、筆者らは、BPSDが家族介護者による高齢者虐待の関連要因であることを報告した<sup>7)</sup>。認知症患者のBPSDの軽減を企図した、患者への直接的なアプローチとしては、非薬物療法や薬物療法が存在する。また、欧米では、介護者に対して介護の量的削減と、介護者自らのスキルの向上、及び困難への対処方法の獲得を目的とする、介護者への介入に関する研究が盛んに実施されるようになり、様々な手法とその効果が検証されているところである<sup>8)</sup>。わが国においても、介護者が介護状況の改善や介護負担の軽減に主体的に取り組めるような、積極的な支援策について検討を深めていく必要があると考えられる。

### 認知症患者を支える公的制度— 介護・医療システムに着目して

#### 1. 介護

2006年度の介護保険制度改革は、地域包括支援センターを中心とした地域ケアのネットワークと連携を図りつつ、地域密着型サービスの新設や居住系サービスの拡充により、身近な地域で地域特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となるようなサービス体系の確立を目指すものである。

地域密着型サービスとしては、①夜間対応型訪問介護、及び②小規模多機能型居宅介護、さらに、認知症に関する③認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)、及び④認知症対応型通所介護などが創設された。また、居住系サービスとしては、特定施設である「有料老人ホーム」における定義の見直し (人数要件の廃止など) や、特定施設の対象を拡大し、「養護老人ホーム」や事業者の参入が著

しい「高齢者専用賃貸住宅」の入所者も介護保険サービスを利用できることとなった。こうした施設については、かつての収容や保護などの措置的意味合いから、生活の場としての認識が主流となりつつあるものと思われ、今後、認知症患者へも対応した居住の場としての選択肢は、着実に増えていくことが予想される。

また、今般の制度改革により、通所介護や通所リハビリテーションにおける、若年性 (初老期) 認知症患者に対するケアが、新たに介護報酬の加算対象となった。国は2006年度に、10年ぶりとなる全国的な調査により、初老期認知症に関する実態把握に乗り出したところであり、介護支援は緒に就いたばかりといえる。筆者らの研究では、初老期認知症患者の家族介護者は、老年期認知症患者の家族介護者に比して、患者のBPSDに対して有意に大きな困難を感じていることが示されている<sup>9)</sup>。今後はさらに、初老期認知症患者のみならず、家族介護者のニーズを把握し、初老期発症による特有の困難を軽減するための支援策の構築に努める必要があると考えられる。

#### 2. 医療

筆者らの実施した意識調査から、一般生活者 (n=2,025) において、自身のもの忘れが気になるようになった場合の通院意向としては、「認知症の専門医がいる病院を受診したい」という回答が、全体の41%と最も多く、次いで「かかりつけの医院・病院を受診したい」(32%)、「地元の診療所・医院・病院を受診したい」(13%)、「受診したくない」(13%)、「その他・不明」(1%)であることが明らかになった (図2)<sup>4)</sup>。認知症が疑われる場合に専門医を志向する傾向は、先行研究でも報告されているが、本研究では、専門医に加えて、かかりつけ医 (主治医) を希望する意見も多いたことが示されたことは注目すべき点であ

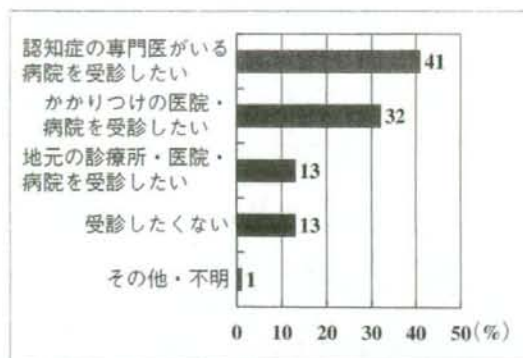


図2 一般生活者における認知症が疑われる場合の通院意向 (n = 2,025) (文献4より引用)

る。さらに本調査における対象者について、75歳以上の者 (n = 109) に限定すると、「かかりつけの医院・病院を受診したい」(47%)と回答した者の割合が、「認知症の専門医がいる病院を受診したい」(28%)よりも高かった。このように、認知症が疑われる場合の一般生活者の通院意向として、全体では、認知症を専門とする医師への希望が高い一方で、高齢層においては、居住地域のかかりつけ医に対する高い信頼感が顕著に現れていた。

2006年度に再編・創設された「認知症対策等総合支援事業 (認知症対策等総合支援事業の実施について：平成18年5月30日老健局長通知、老発0630002)」<sup>10)</sup>は、まさに、上述の高齢者の意向に即した医療提供体制の構築に寄与することが期待されるものである。この総合支援事業は、認知症の早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援など、地域単位での総合的かつ継続的な支援体制の確立を図るものであり、6事業より構成されている。

そのうちの1つである「認知症地域医療支援事業」は、「認知症サポート医養成研修等事業」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を含み、地域のかかりつけ医における認知症対応力の向上と、かかりつけ医の

認知症診断などに関する相談・アドバイザー役となる認知症サポート医 (推進医師) の養成により、地域医療における認知症対応力を高めようとするものである。各地域においては、研修を終了した「かかりつけ医」あるいは「認知症サポート医」が、都道府県あるいは地域医師会を通じて、「相談医」として登録されるシステムも整備されつつあり、地域包括支援センターや地域住民が閲覧できるよう、登録に同意した相談医のリストが公開されている。こうした取組みを通して、認知症患者の早期発見と早期治療及び在宅生活を支える適切な介護・福祉サービスとの連携が一層促進されることが望まれる。

### 認知症患者と地域社会—既存の取組みと課題に着目して

認知症患者が自らの尊厳を保ち、住み慣れた地域において生活を継続するためには、地域住民による理解と支援が不可欠である。そこで、厚生労働省は、2005年度から10年間を「認知症を知り地域をつくる10か年」とし、認知症患者およびその家族を地域で支える仕組みの構築を実施している。現在、その一環として、「認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン」が展開されているとともに、「認知症サポーター」の養成が進められている。これらの取組みは、地域による支援を実現するためにも重要である。しかし、その他の一般生活者の多くは、必ずしも認知症に関する正しい知識を持しているとは限らない。

このため筆者らは、わが国の一般生活者が認知症をどの程度理解しているのかを明らかにすることを企図した調査を行った<sup>11)</sup>。当該調査は、2006年7月に全国の男女2,500人を対象として実施した。調査の方法は、自記式質問票を用いて、認知症に関する「全般的な知識」「症状」「原因・治療・予後」に関する11項目について正誤を問い、認知症に係る理解

の程度を抽出した。その結果、主として以下の2点が明らかとなった。

第一に、認知症の症状が、記憶力の低下に限局したのではなく、理解力や判断力の低下など、多岐に亘ることを理解していない者が3割を占めていた。第二に、認知症が余命を短くする疾病であることを理解していない者が回答者の9割を占めていた。

本調査の結果から、認知症の症状や予後に関する知識の欠如が確認されたが、これにより、実際に支援または介護を行う場合に、何らかの軋轢を生じる可能性が危惧される。認知症患者を支援する、あるいは家族介護者として介護する可能性は、誰にでも起こりうることである。このことから、一般生活者における認知症に関する知識の普及が喫緊の課題である。

## 結論

認知症患者が尊厳を保持し、住み慣れた地域において生活を継続するためには、介護・医療システムなどの公的制度による支援が不可欠である。しかし、認知症患者を真に支える社会を実現するためには、社会を構成するあらゆる主体が、認知症を身近な問題として認識することが必要である。そのためにも、一般生活者による認知症の正しい理解を促進することが、今後一層求められるものと思われる。

## 文献

- 厚生労働省・高齢者介護研究会:報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」,2003 [http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3c.html]
- 国立社会保障・人口問題研究所:日本の世帯数の将来推計(全国推計),2008 [http://www.ipss.go.jp/]
- 厚生労働省大臣官房統計情報部:平成16年国民生活基礎調査,2005
- 安部幸志 他:認知症における社会資源の活用:一般生活者の高齢社会に対する意識調査から.精神科 7:219-225,2005
- 佐々木恵 他:家族の介護に対する意識:平成18年一般生活者調査から.医事新報 4832:70-73,2008
- 荒井由美子:家族介護者の介護負担.日内会誌 94:1548-1554,2005
- Sasaki M, et al.: Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. Int J Geriatr Psychiatry 22: 250-257, 2007
- 新井明日奈 他: BPSDによる家族介護者の負担およびその軽減策—介護者への介入を中心として—.精神科 9:48-56,2006
- Arai A, et al.: Do family caregivers perceive more difficulty when they look after patients with early onset dementia compared to those with late onset dementia? Int J Geriatr Psychiatry 22:1255-1261, 2007
- 介護保険法規研究会(監修):認知症対策等総合支援事業の実施について.介護保険六法(平成20年版).中央法規,2189-2196,2008
- Arai Y, et al.: What do we know about dementia?: a survey on knowledge about dementia in the general public of Japan. Int J Geriatr Psychiatry 23:433-438, 2008

## 著者連絡先

(〒474-8522)  
愛知県大府市森岡町源吾36-3  
国立長寿医療センター 長寿政策・在宅医療研究部  
荒井由美子



## 認知症と自動車運転について考える

池田 学

警視庁によると、2006年には、65歳以上の高齢者の運転免許保有者数が1000万人を越えた。高齢者のほぼ4割が免許を保有していることになる。65歳以上の高齢者と24歳以下の若者の免許保有者数も、2003年に逆転している。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。高齢者が加害者となった交通事故は、10年前に比べて65歳以上で2.2倍、70歳以上で2.7倍に増加している。

自動車の運転には、記憶、視空間認知、交通法規等の知識、判断力、注意能力などの多くの認知機能が必要となり、これらの認知機能に広範な障害を有する認知症患者は、高齢者のなかでもとくに、事故を生じるリスクが高くなると考えられる。実際、認知症患者の23～47%がその経過中、1回以上の自動車事故を経験していること、また認知症患者は同年齢の健常者に比して、2.5～4.7倍自動車事故を起こすリスクが高いことが報告されている。さらに、一度事故を起こし、その後運転を継続していた認知症患者の40%が、再び事故を起こしていることも報告されており、認知症は患者の自動車運転能力に影響を及ぼし、事故を生じるリスクを高めると考えられる。

そのような状況のなか、2002年6月に改正道路

交通法が施行され、認知症患者は行政から運転免許を停止または取り消され得る可能性があることと定められた。しかし認知症のなかにも症状・程度がさまざまあり、だれ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が十分には解決されてこなかったため、とくに公共交通機関の乏しい地域においては、運転継続を望む認知症患者と中止させようとする家族や中止を指導する医師との間に関係の悪化がみられたり、危険を承知のうで交通手段のなくなる家族が認知症患者の運転を黙認し続けたりと、臨床現場ではしばしば混乱が起こっていた。そこで、筆者は2003年からの3年間、厚生労働科学研究費補助金を受け「認知症高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」の主任研究者として、この問題に取り組んだ。その結果、われわれの研究活動を通じて、多くの行政関係者、現場の医師や警察官、認知症の患者家族、マスメディアの間でこの問題への関心が高まった。そして、2007年の国会で75歳以上の免許更新希望者に認知機能検査を導入するという道路交通法改正案の審議が最終段階にはいつているなかで、本トラックセッションが開催された意義は大きい。その後、この改正道路交通法は成立し、2009年6月までに上記の認知機能検査が導入されることが決定した。この検査で認知症の疑いがあると判断され、免許満了日までの1年間に信号無視などの交通違反をしていた場合、対象者は専門医で診断を受けることになったのである。

博野信次先生には諸外国の認知症に関する免許システムをレビューするなかで、日本のシステム

Manabu Ikeda：熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野（神経精神科）

〒860-8556 熊本県熊本市本荘1-1-1

の問題点を論じていただいた。豊田泰孝先生には、アンケート調査から都市部と山間部に住む高齢者の運転の実態と、そこからみえてくる運転中止後の課題を論じていただいた。上村直人先生には、わが国の認知症患者の自動車運転の実態を詳細なデータとともに示していただいた。座長でもある荒井由美子先生には、認知症の自動車運転の問題を家族介護者の視点から論じていただいた。これらの厚生労働省の研究班のメンバーに加えて、今回の道路交通法改正案にかかわった三村将先生、そして高齢者の運転免許の自主返納促進と返納者への支援という先進的な施策を展開している西村

伸一郎土佐清水市長を迎えて、今後の社会全体としての課題と主治医としての老年精神科医の役割を多角的に論じていただいた。また、トークライザーを通じて、会場の参加者にも積極的に議論に加わっていただき、有意義な討論ができたことを感謝したい。

#### 文 献

- 1) 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 (主任研究者：池田学)。(2006)。

## 高齢者の自動車運転の実態

豊田泰孝\*<sup>1</sup>, 繁信和恵\*<sup>2</sup>, 池田 学\*<sup>3</sup>

### 抄 録

現在、認知症患者の増加、それに伴う交通事故が社会問題となっている。平成14年に道路交通法が改正され認知症患者は行政から運転免許を停止または取り消すことができると定められたが、なおさまざまな議論すべき課題がある。今回、筆者らは環境の差異を考慮し、山間部と都市部、異なる2地域在住の高齢者を対象にこの問題ならびに高齢者自身の自動車運転に関する意識調査を実施したので、若干の考察を加え報告した。

Key words : 認知症, 自動車運転, 運転免許, 運転中止, 交通事故

### はじめに

現在わが国は世界に例をみない超高齢社会を迎えており、平成18年には65歳以上の自動車運転免許保有者数は800万人を超えた。それに伴い近年交通事故において被害者・加害者のうち高齢者の占める割合が増加しており<sup>6,9,13)</sup>、75歳以上の高齢運転者による交通事故はこの10年間で4.7倍に増加し社会的に問題となっている(このなかに占める認知症患者の割合は報告されていない)。一般に正常加齢でも、運動能力、動体視力、認知判断能力等の低下により運転の際事故の危険性が高まると考えられており、加えてアルツハイマー型認知症などでは記憶・視空間認知・交通法規の知識などが広範に障害され、さらに事故を起こす可能性が高くなると報告されている<sup>5)</sup>。

このような状況のなか、平成14年6月に改正道

路交通法が施行され、認知症患者は行政から運転免許を停止または取り消すことができると定められた(道路交通法103条1項)。しかし、そこにはいくつかの問題がある。まず、認知症にもさまざまな症状・程度があり、自動車運転を中止すべき認知症患者を判定する具体的な評価法や基準について、法律にはふれられていない<sup>6,8,13)</sup>。また軽度の認知症患者と健常者の運転能力の差を客観的に評価すること自体が困難であるという報告<sup>12)</sup>や軽度の認知症患者は安全に自動車を運転する能力が保たれている可能性があるという報告<sup>2)</sup>もあり、認知症患者が自動車を運転することの是非について、見解は一定していない。そして、現代社会において自動車はもはや単なる移動手段だけにとどまらず、運転そのものが生きがいとなっている場合もある。山間部や過疎地においては、自動車の存在なしでは、生活そのものが成り立たなくなるところも多くあるため<sup>10)</sup>、「認知症」というだけで安易に運転中止を決定することは、きわめて困難である<sup>7,17)</sup>。

認知症患者の自動車運転の問題に関して欧米諸国では以前から議論が行われ、さまざまな対策が

\*1 Yasutaka Toyota: 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分野

\*2 Kazue Shigenobu: 財団法人浅香山病院

\*3 Manabu Ikeda: 熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野

\*1 〒791-0295 愛媛県東温市志津川

とられており、認知症患者の運転中止の際に医師が重要な役割を担う場合もある<sup>3)</sup>。しかしわが国では、十分な議論がなされていないばかりか、健常高齢者や認知症患者の自動車運転について、地域住民の意識や運転の実態に関する資料もない。そこで、筆者らは地方都市在住の高齢者に対して予備的調査を施行し、その結果、公共交通機関の充実度の違いなどの要因で運転状況や運転中止に関する意見が異なっている可能性を指摘した<sup>10)</sup>。今回は、山間部と都市部、異なる2地域(表1)に在住する高齢者を対象に、運転に関する意識調査を実施したので、若干の考察を加え報告する。

## I. 対象者と方法

愛媛県の山間部に在住する65歳以上の高齢者965人(平均年齢75.5歳、回収率73.3%)と大阪府の都市部に在住する65歳以上の高齢者1,732人(平均年齢72.5歳、回収率75.2%)を対象とした。十分に本調査の内容を説明し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。視力障害などにより回答が困難な場合、適宜スタッフが援助した。

表1 対象2地域の比較

	山間部	都市部
人口(人)	4,500	80万
面積(km <sup>2</sup> )	75	150
人口密度(人/km <sup>2</sup> )	60	5,300
65歳以上人口(人)	1,600	14万
高齢化率(%)	36	17

対象者全員に対して年齢、性別、家族構成、認知症患者の運転の是非、運転中止の決定をだれが行うべきだと思えるか、認知症患者の運転免許を取り消しとなり得ることを知っているか、運転免許保有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、有効回答数が設問ごとに若干異なったため、「選択肢の回答者数/設問の回答者数」で算出した。

## II. 結果

### 1. 生活環境について

居住の状況は、「独居」が山間部17.0%・都市部12.5%、「配偶者と二人暮らし」が山間部39.6%・都市部52.7%、「配偶者およびその他の家族と同居」が山間部27.5%・都市部24.8%、「配偶者以外の家族と同居」が山間部15.6%・都市部8.6%であった。「独居」「配偶者と二人暮らし」を合わせると山間部56.6%・都市部65.2%であり両地域とも65歳以上の高齢者の半数以上が高齢者のみで居住していた(図1)。

最寄りの公共交通機関までかかる時間、および利用状況は、「歩いて10分以内にある」が山間部51.1%・都市部84.1%、「歩いて10分以上かかるが歩いて利用している」が山間部7.4%・都市部12.3%、「歩いて10分以上かかり、車などで送ってもらい利用している」が山間部11.6%・都市部

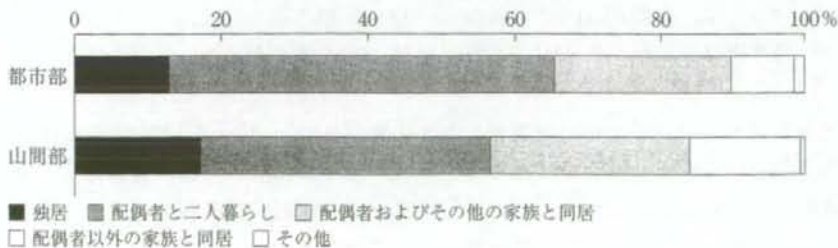


図1 「現在の居住状況」についての回答

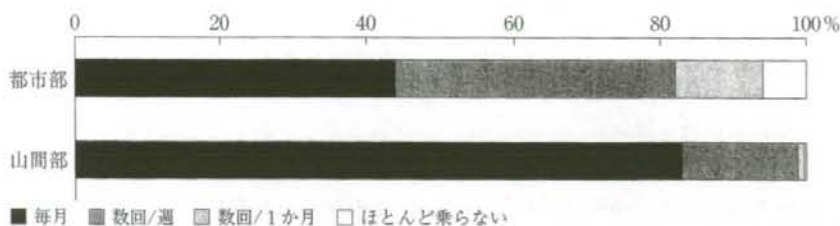


図2 「運転する頻度」についての回答

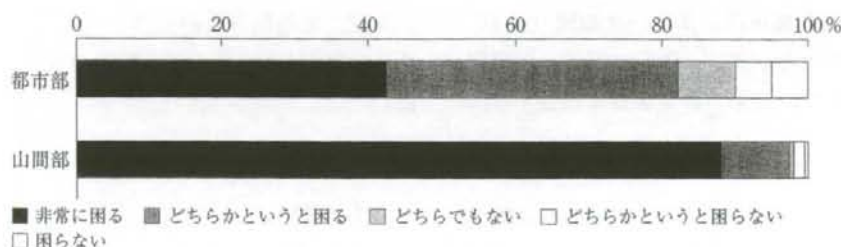


図3 「運転ができない場合の日常生活上の困難さ」に関する回答

1.8%、「歩いて10分以上かかり利用していない」が山間部27.4%・都市部0.8%であった。公共交通機関の利用率が山間部と都市部では大きく異なっていた。

「現在の生活に公共交通機関が必要か」という問いに対して、「必要」は山間部39.8%・都市部74.9%、「どちらかという必要」は山間部13.3%・都市部14.1%、「どちらでもない」は山間部4.7%・都市部5.2%、「どちらかという必要でない」は山間部16.0%・都市部4.4%、「不必要」が山間部26.2%・都市部1.3%であった。

## 2. 現在の運転状況について

「運転免許を保有しているか」という問いに対して、「保有している」は、山間部41.9%・都市部65.7%であり、保有率は都市部のほうが高くなっていた。

さらに運転免許を保有しているとした回答者へ質問したところ（以下は運転免許保有者に占める割合）、「現在運転をしているか」という問いに対して、「運転している」が山間部83.8%・都市部86.2%、「運転していたが現在止めている」が山

間部16.2%・都市部13.8%であった。「運転する頻度は？」という問いに対して（以下は現在運転継続者に占める割合）、「毎日」は山間部82.7%・都市部43.6%、「週に数回」が山間部15.8%・都市部38.0%、「1か月に数回」が山間部1.1%・都市部12.0%、「ほとんど乗らない」は山間部0.3%・都市部6.3%であった（図2）。週に数回以上運転する率は山間部97.3%・都市部81.6%と両地域とも高く、とくに山間部では8割以上の高齢者が毎日運転していた。

「運転できないと日常生活で困るか」という問いに対して、「非常に困る」が山間部87.8%・都市部42.0%、「どちらかという困る」が山間部9.5%・都市部40.0%、「どちらでもない」が山間部0.6%・都市部7.8%、「どちらかという困らない」が山間部1.5%・都市部5.1%、「困らない」が山間部0.6%・都市部5.1%であった（図3）。つまり、山間部においては、運転免許を保有している高齢者の大部分は運転できないと非常に困ると考えていた。

運転する目的（複数回答可）は、「買い物」が

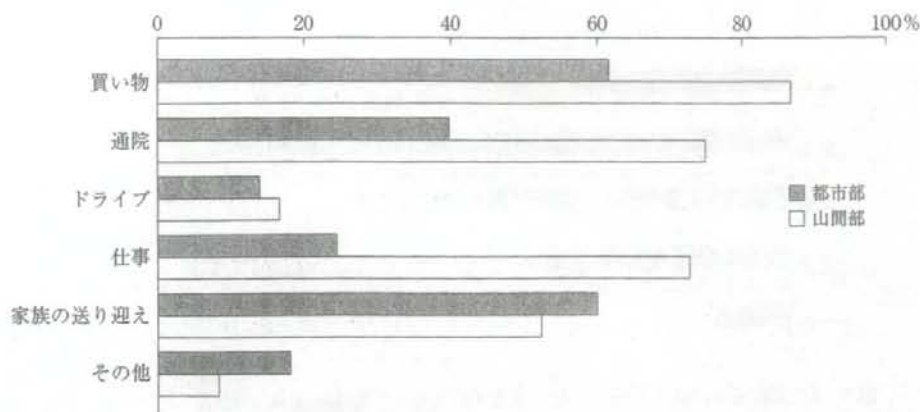


図4 「運転する目的」についての回答（複数回答可）

山間部 86.6%・都市部 61.6%、「通院」が山間部 74.7%・都市部 39.6%、「ドライブ」が山間部 16.7%・都市部 13.9%、「仕事」が山間部 72.9%・都市部 24.2%、「家族の送り迎え」が山間部 52.4%・都市部 60.1%、「その他」が山間部 8.3%・都市部 17.8%であった（図4）。とくに山間部では、高齢者が仕事のために自動車を運転している実態が明らかになった。

### 3. 認知症患者の自動車運転について

「平成14年6月の改正道路交通法で認知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」という問いに対して、「知っている」は山間部 16.8%・都市部 23.4%であった。

「認知症患者は運転を止めるべきだと思うか」という問いに対して、「思う」は山間部 92.9%・都市部 95.9%、「思わない」は山間部 2.2%・都市部 1.8%、「わからない」は山間部 4.9%・都市部 2.3%であった。90%以上の高齢者が認知症患者の運転中止に賛成していた。

「認知症患者に運転を止めさせる場合、その決定はどこがもしくはだれが行うべきだと思うか」という複数回答可の問いに対して、「本人」が山間部 26.9%・都市部 30.4%、「家族」が山間部 65.4%・都市部 77.0%、「医師（主治医）」が山間

部 30.9%・都市部 59.4%、「行政機関」が山間部 19.5%・都市部 36.8%であり（図5）、「家族」次いで「医師」という意見が多かった。

## Ⅲ. 考 察

わが国では今後いわゆる団塊の世代が高齢となり、この世代以降はモータリゼーションの影響を強く受け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、女性の運転免許保有者の急増も見込まれている。今回の調査では、山間部で約40%・都市部で約60%が運転免許を保有し、そのうち80%以上が現在運転していた。さらにそのうち約90%の高齢者が高頻度（週に数回以上）で運転していた。「都市部では地方の小さな町と比べて、免許を保有している高齢者が少ないうえに、高齢になったからという理由で運転を止める人が多い」という報告もみられるが<sup>15)</sup>、今回の調査結果から公共交通機関の発達している都市部においてすら自動車に依存している高齢者が多いことが示唆された。

認知症患者の運転中止に対しては90%以上が賛同しており、社会的な理解は得られていると考えられる。一方、認知症患者の運転免許が中止または取り消しとなり得ることを知っている高齢者は20%前後と少なく、現時点では一般の高齢者

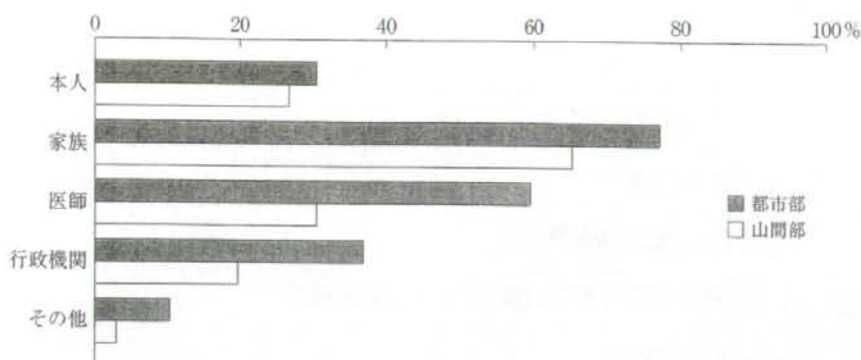


図5 「認知症患者に運転を止めさせる場合の決定者」に関する回答 (複数回答可)

この問題に対する関心・理解は乏しいといわざるを得ない。また中止の決定者として「家族」「医師」という意見が多く、本来の決定機関である「行政機関」という意見は少なかった。「家族」が患者の運転に依存しているなどの理由で運転能力について評価が不十分である可能性や、「医師」が運転中止の決定をするとなれば、そもそも受診しなくなる可能性も考えられ、どのようなかたで運転を中止するか、議論しなければならない。また「本人」とする意見も30%前後あったが、認知症患者の多くは病識がないため運転を止める必要性を理解できないことから、現実には家族が運転を止めさせようとすると拒否する傾向が強く、自ら運転を中止したり、家族の忠告に素直に従うことはまれであることなど<sup>10)</sup>は、ほとんど知られていないようであり、今後さらに啓発が必要であると考えられた。

認知症患者の自動車運転を中止するにあたり、高齢の夫婦で生活していることが多い山間部では家族が認知症患者の運転に依存せざるを得ず、運転中断により認知症患者・家族と社会とのつながりが断たれたり自立を奪ったりすることにつながる可能性もあり<sup>14,15)</sup>、中止するに至る過程および中止に伴う不利益をどのようなかたちで支援するかについて今後行政を中心に議論していく必要がある。

## まとめ

認知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密接に関連した課題であり、老年精神医学に携わる者はこの問題を避けることはできない。今後行政を中心に自動車運転を取り巻く環境を整備するとともに、運転を中止した認知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。

## 文 献

- 1) Azad N, Byszewski A, Amos S, Molnar FJ, et al.: A survey of the impact of driving cessation on older drivers. *Geriatrics Today*, 5 (4) : 170-174 (2002).
- 2) Dobbs AR, Heller RB, Schopflocher D : A comparative approach to identify unsafe older drivers. *Accid Anal Prev*, 30 (3) : 363-370 (1998).
- 3) Driver and Vehicle Licensing Agency : <http://www.dvla.gov.uk/>
- 4) Freedman ML, Freedman DL : Should Alzheimer's disease patients be allowed to drive? ; A medical, legal, and ethical dilemma. *J Am Geriatr Soc*, 44 (11) : 876-877 (1996).
- 5) Friedland RP, Koss E, Kumar A, Gaine S, et al.: Motor vehicle crashes in dementia of the Alzheimer type. *Ann Neurol*, 24 (6) : 782-786 (1988).
- 6) 深津 亮 : 高齢者と交通安全. *老年精神医学雑誌*, 13 (3) : 252-253 (2002).
- 7) 博野信次 : 高齢痴呆症患者の自動車運転 ; 今, 解

- 決してなくてはならない問題点. 精神神経誌, 107:1328-1334 (2005).
- 8) 池田 学: 痴呆性高齢者と自動車運転. 老年精神医学雑誌, 14 (4):404-405 (2003).
- 9) 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 (3):313-321 (2002).
- 10) 上村直人, 掛田恭子, 岩崎美穂, 惣田聡子: 痴呆介護における新しい問題; 痴呆性ドライバーと家族の介護負担について. 老年精神医学雑誌, 15 (増刊号):102-110 (2004).
- 11) Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, Ikeda M, et al.: Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. *PSYCHOGERIATRICS*, 4 (2): 33-39 (2004).
- 12) 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 (7):815-821 (2005).
- 13) 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 (4):413-423 (2003).
- 14) 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. 精神神経誌, 107:1344-1347 (2005).
- 15) 鈴木春男: 高齢者の自動車運転能力. 臨床精神医学, 29 (6):609-615 (2000).
- 16) 豊田泰孝, 池田 学, 田邊敬貴: 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. 日本医師会誌, 134 (3):450-453 (2005).
- 17) 吉村匡史, 吉田常孝, 木下利彦: 免許更新における問題; 法的なことも含めて. 老年精神医学雑誌, 16 (7):802-808 (2005).



論

## 高齢者ならびに認知症患者の自動車運転

壇



熊本大学大学院医学薬学研究部 池田 学

## 抄録

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。認知機能に広範な障害を有する認知症患者は、事故を生じるリスクがさらに高くなる。一方、都市部以外の公共交通機関網は年々衰退しており、高齢化が進んでいる山間部では高齢者の運転に生活を依存せざるをえず、運転中止により高齢者ならびにその家族と社会とのつながりが断たれる危険性や自立性を奪うことにつながる可能性もある。したがって、自動車運転を中止するに至る過程および中止に伴う不利益をどのような形で支援するかについて今後行政を中心に議論していく必要がある。認知症の自動車運転は、その象徴的な問題であって、その背後には高齢者全体の自動車運転と地域社会の構造そのものの問題があることを忘れてはならない。

Key words : 高齢者、認知症、自動車運転、公共交通機関

老年社会科学, 30 (3) : 439-444, 2008



## I. 高齢者の自動車運転

高齢者がかかわる交通事故は年々増加しており、日本の高齢社会が抱える大きな課題のひとつである。65歳以上の運転免許保有者数は、2006年には1,039万人を超えた。65歳以上の高齢者と24歳以下の若年者の免許保有者数も、2003年に逆転している。

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。警察庁の2007年度の統計によると、第一当事者（過失のもっとも重い者）として65歳以上の高齢ドライバーが死亡事故にかかわる件数はこの10年間一貫して増加している。交通事故負傷

者の割合も、他の年齢層がここ数年減少傾向にあるなか、高齢者ではこの10年間での増加が1.5倍と顕著であり、1975年以降増加傾向が続いている。死傷者数を年齢層別・被害程度別にみると、高齢者の構成率は、軽傷者では11.5%であるのに対して、重傷者では29.0%、死者では47.5%となっており、被害程度が深刻になるほど高齢者の構成率が高くなっている。



## II. 認知症の自動車運転

わが国の認知症患者の自動車運転免許保有数は、免許保有者数と認知症の有病率から、30万人近く存在すると考えられ、認知症患者による事故をいかに防止するか、各方面の対応が急がれている。そのような状況のなか、2002年6月に改正道路交通法が施行され、認知症患者は行政機関から運転免許を停止または取り消されうると定められた。しかし認知症のなかにも症状・程度がさまざま

Manabu Ikeda

〒860-8556 熊本県熊本市本荘1丁目1-1-1

あまり、だれ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、わが国では十分に解決されていない。

自動車の運転には、記憶、視空間認知、交通法規等の知識、判断力、注意能力などの多くの認知機能が必要となり、これらの認知機能に広範な障害を有する認知症患者は、事故を生じるリスクが高くなると考えられる。実際、認知症患者の23～47%がその経過中、1回以上の自動車事故を経験していること、また認知症患者は同年齢の健康者に比し、2.5～4.7倍自動車事故を起こすリスクが高いことが報告されている。さらに、一度事故を起こし、その後運転を継続していた認知症患者の40%が、再び事故を起こしていることも報告されており、認知症は患者の自動車運転能力に影響を及ぼし、事故を生じるリスクを高めることは間違いない。



### Ⅲ. 高齢者の運転実態と認知症患者の運転に関するコンセンサス

上述したように、現在までわが国では認知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、高齢者や認知症患者の自動車運転についての実態および地域住民のコンセンサスに関する十分な資料もない。そこでわれわれは、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実態ならびに認知症患者の運転に関する意識調査を2004年に施行した。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たので、四国の中山間地域（以下山間部）と関西の都市部の65歳以上の在宅高齢者、おのおの965人（平均年齢75.5歳、回収率73.3%）と1,732人（平均年齢72.5歳、回収率75.2%）を対象とした。

「公共交通機関までかかる時間、およ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、都市部で

84.1%、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%に上ったが、都市部ではほとんど認められなかった。

「認知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」と答えた高齢者が両地域とも90%前後と高く、地域による差は認められなかった。「認知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だれが行うべきだと思うか？」という複数回答可の質問に対しては、「家族」が両地域共にもっとも多く、次に多かったのは「医師（主治医）」であった。認知症患者「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、両地域共に30%前後あった。一方、「改正道路交通法で認知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、都市部で23.4%、山間部では16.7%にすぎなかった。

「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、都市部の65.7%、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両地域共に「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、都市部の43.6%、山間部では82.6%にのぼった。山間部では、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。「運転する目的」に関する質問では、両地域共に「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。「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」が都市部では42%であったのに対し、山間部では80%以上で、地域差が非常に大きかった。

わが国では今後しばらくは高齢者人口が急速に増加することが見込まれており、これからの高齢者世代はモータリゼーションの影響を強くうけ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、女性の高齢者における運転免許保有者の割合が急増することが予想される。さらに、過疎地での公共交通機関の廃止が相次いでおり、このような地域では高齢者が自身や家族の運転に依存せざるを得ない状況はますます増えることが確実である。今回の調査では、山間部で約4割・大都市で約6割が運転免許を保有し、そのうち8割以上が現在運転しており、さらにそのうち約9割が週に数回以上と高頻度で運転していた。

また認知症患者の運転中止に対しては9割以上が賛同しており、社会的なコンセンサスは得られていると考えられた。一方、認知症患者の運転免許が中止または取り消しとなりうることを知っている高齢者は2割前後と少なかった。また、中止の決定者として「家族」「医師」という意見が多かったものの、本来の決定機関である「行政機関」という意見は少なく、「本人」とする意見も3割ほどあった。したがって、現時点では一般の高齢者のこの問題に対する関心は乏しいと言わざるを得ない。また、認知症患者の多くは病識がないため運転をやめる必要性を理解できず、家族が運転をやめさせようとするすると拒否する傾向が強く、自ら運転を中止したり、家族の忠告に素直に従うことはむしろまれであることはほとんど知られていないようである。以上のことから、今後さらに啓発が必要と考えられた。また中止するとしても、高齢の夫婦で生活していることが多い山間部では家族が高齢者の運転に依存せざるをえず、運転中止により高齢者ならびにその家族と社会とのつながりが断たれる危険性や自立性を奪うことにつな

がる可能性もあり、中止するに至る過程および中止に伴う不利益をどのような形で支援するかについて今後行政を中心に議論していく必要がある。認知症の自動車運転は、その象徴的な問題であって、その背後には高齢者全体の自動車運転と地域社会の問題があることを忘れてはならない。



#### IV. 認知症患者の運転中止をめぐる問題

欧米では行政機関が認知症を伴う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、わが国では上述のようにシステムは整備されておらず、臨床現場では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かかわるこの問題は、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なかで、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。

上村らの高知大学の専門外来での検討では、多くの認知症患者が発症後も運転を継続していることが明らかとなった(30人中22人、73.3%)。とくに軽度認知症患者の場合、運転の危険性が多いにもかかわらず、運転中断に至っている例は少なく、家族が対応に苦慮している実態が示された。

野村らは愛媛大学の専門外来を受診した初期認知症患者13例の医師の運転中止勧告の時期や指導内容を収集し、発症後の自動車事故歴と運転中止との関連を分析した。その結果、運転を中止した8人は、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分かった(表1)。そのうち複数回の事故を発生させている患者が5人おり、初回から最新の事故発生までの期間は半年から5年に渡り、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

表1 認知症患者が運転中止に至る過程 (AD：アルツハイマー病, FTLD：前頭側頭葉変性症)

No.	性	年齢	世帯	職業	診断名	中止勧告時		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	自動車 運転中止
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	
4	男	83	夫婦	無職	AD	1	15	自損事故 1回	
5	男	79	夫婦	無職	AD	1	14	人身事故 1回	
6	男	77	三世帯	無職	FTLD	0.5	25	自損事故 1回	
7	男	90	三世帯	無職	AD	1	13	自損事故 2回	
8	男	72	ひとり親と未婚子	無職	AD	0.5	22	自損事故 3回 運転中迷う 2回	
9	男	70	夫婦	無職	AD	0.5	13	なし	自動車 運転続行
10	男	67	三世帯	自営業	AD	0.5	22	なし	
11	女	67	夫婦	農業	FTLD	0.5	27	なし	
12	男	58	三世帯	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	

勧めで免許を返納したあとも、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。自動車運転を継続している5人はいずれも事故歴なしであることから、認知症を伴う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。

これらの研究結果からは、患者本人と家族のみで、円滑に患者の運転を中止させることは困難であり、主治医のみに運転中止を委ねることにも無理があることを示唆している。そのため、認知症患者の運転中止の問題は、患者や家族、あるいは主治医の判断や意思決定に委ねるのではなく、行政機関や専門の第三者による判定と中止勧告、免許取り消しというシステムの構築が喫緊の課題であることが明らかになった。



## V. 新たな法整備と今後の課題

荒井らは、上述した改正道路交通法（2002）の

施行後に、認知症患者の運転に関する法令（道路交通法、政令、内閣府令など）が、現場においてどのように運用されているのか、および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することを目的として、3県の都道府県警察（以下、県警）を対象に聞き取り調査を行った。これらの県警では、運転を続けている認知症患者に対し、道路交通法103条を適用し、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（全国でも、免許取り消しは法改正から研究時点まで200件未満）。しかし、認知症患者が、運転免許更新時に病状申告により症状を申告した場合、または認知症患者・家族介護者が、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。認知症に罹患していると考えられる高齢者ドライバー数に比して、県警が行政指導を行った事例は極めて少なく、この理由として、県警が行政指導を行う