

図1 わが国の運転免許制度～診断書提出と臨時適性検査の流れ～

現在、わが国では図のような流れで運転適性を判断することになっており、主治医は診断書提出という形式で患者の運転能力評価に関わる。なお、運転能力に関する診断書の提出がない場合は臨時適性検査が免許センターの命令で実施され、認知症のような精神障害の場合、精神保健指定医が任命される。しかしながら、認知症患者においては、病状申請書の提出には至らず、また交通事故が発生しても免許センターの調査にもつながりにくい実態が存在している。

表1 FAST stage分類

stage	臨床診断	特徴
1	正常	主観的・客観的にも知能低下なし
2	年齢相応	物の置き忘れ、換語困難
3	境界	他人が見て仕事の効率低下 日常生活では機能低下顕在化なし
4	軽度	社会生活・対人関係で支障きたす 将来の計画や、段取りができない 日常生活では支障が目立たない
5	中等度	日常生活で介助必要、季節にあった服を選べない 理由なく着替えや入浴を嫌がる 自動車を適切かつ安全に運転できない、不適切にシートベルトを上げたり下げたり、また信号を無視する。無事故だった人が初めて事故を起こすこともある
6	やや高度	不適切な着衣、着衣介助必要 入浴時介助必要、尿失禁
7	高度	常に日常生活で介助必要 家族がわからない 簡単な指示もわからない

表2 交通事故率と事故内容

	交通事故率 (%)	事故危険運転特徴
AD (n=41)	39.0% (16)	迷子運転 枠入れで接触事故
VaD (n=20)	20% (4)	操作ミス 速度維持困難
FTLD (n=22)	63.6% (14)	信号無視, 追突事故 わき見運転
全体 (n=83)	40.9% (34)	

AD:アルツハイマー病, VaD:血管性認知症, FTLD:前頭側頭葉変性症。

上村直人:認知症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;愛媛大学;厚生労働科学省長寿科学研究H17年度報告書。

名中34名(40.9%)が交通事故を起しており, AD患者では41名中16名(39%)が交通事故を起し, 運転行動では「行き先を忘れてしまう」, 「迷子運転や駐車場で車庫入れを行う際の枠入れがうまくできず接触事故を起こす」などの記憶障害や, 視空間性の障害に関連する運転行動が認められた(表2)。Regerらの認知症と運転に関するメタアナリシスにおいても⁴⁾, 視空間性能力のみが運転能力と関連している神経心理学的所見であったと報告しているが, 筆者らの検討結果と同様であった。

なおAD以外の認知症では表2のように運転行動や事故の発生率も異なっており, 認知症の原因によっても運転行動の違いが顕著であったが, 認知症の原因別の運転行動の差異についても臨床医は知っておくことが家族指導において有用である。なお筆者らのAD患者を対象とした検討では発症後3年間, 診断後1年以内に50%が何らかの交通事故を起していた(未発表データ)。

表3 事故を起こしやすいハイリスク群のAD患者の特徴

- ・“CDR ≥ 2 ”の例は必ず事故を起していた
- ・CDR 1の群で, 「場所の見当識」, 「Serial-7」とともに失点がある”例はすべて事故を起していた。運転上の問題があるがこの基準を満たさないCDR 1の例は1名のみであった
- ・CDR 0.5の群では, 「場所の見当識」, 「Serial-7」とともに失点がある”という基準を満たしていても, 運転上の問題がない例が8名いた
- ・問題「なし」群でありながら, 「場所の見当識」, 「Serial-7」とともに失点があり, かつCDRが1以上”という基準でスクリーニングされた例は存在しなかった

(文献⁴⁾より引用改変)

アルツハイマー病患者とハイリスク運転者のスクリーニング方法開発の試み

現在, 認知症患者の運転中止を決定する方法, 基準についてはADを含め世界的にも統一されたものはない。そこで, 松本らは簡便で, かかりつけ医レベルでも施行可能なスクリーニング基準の検討を行った⁵⁾。対象は初診時, 自動車の運転を行い, 過去に交通事故, 違反歴が確認されたAD患者27名と, 違反歴, 運転上の問題のないAD患者23名で, 神経心理学的検査の結果と交通事故・違反との関連を検討した。その結果, “CDR (clinical dementia rating) ≥ 2 ”では必ず運転に問題があり, CDR 1群では, MMSE (mini mental state examination) の下位項目である「場所の見当識」・「Serial-7」とともに失点がある事例もすべて運転に問題があった。運転上の問題があるが前述の2項目の失点のないCDR 1の例は1名のみであった。CDR 0.5群では, 「場所の見当識」・「Serial-7」とともに失点があっても, 運転上の問題がない例が8名あった。また問題「なし」群でありながら, 「場所の見当識」・「Serial-7」とともに失点があり, かつCDRが1以上”という事例は存在しなかった。以上から, AD患者の運転中止基準とし

て、“CDR \geq 2”または、“[場所の見当識]・[Serial-7]”ともに失点があり、かつCDRが1”であれば即時中止を勧め、それ以外であれば運転シミュレーターをはじめとした実際の運転行動の詳細な評価など、免許センターでの運転適性検査を受けることを勧めるなどの方法をとるべきであるとの提言を行っている。このような検討は、今後高齢者、特に認知症者の運転問題を議論するうえで有用な指標となりうる(表3)。

認知症およびアルツハイマー病患者の運転に対する見極めと対応

新井⁶⁾は司法の立場から、医師には善管注意義務と説明義務があるため、患者の運転に関しても改正道交法施行後には、認知症の診断を受けた後に交通事故を起した場合や、交通事故の後に認知症の存在を見逃していた場合、医師の責任が問われうるという指摘がある。そのため、かかりつけ医や臨床医が取り組むべき対応・方法として、①正確な認知症の診断・認知症の原因疾患を特定する、②認知症の疾患特性と運転行動の評価を行い、その内容をカルテ記載しておく、③医学的生活指導の検討のため、認知症の告知について検討する、④運転上問題が生じている場合は、免許センターへの高齢者適性相談を勧める(これは各都道府県に設置されており、専門の係官が相談窓口となっている)、⑤運転適性検査の実施を検討する(患者本人の同意が必要となるが、都道府県免許センターでは臨時適性検査など、実際にセンター内において実車テストを行い、専門官からの評価を受けることができる)ことが必要である⁷⁾。また、いつ認知症ドライバーに運転中断を勧告すべきかといった課題について今のところ認知症全体の運転能力評価方法や中止基準といったゴールドスタンダードは存在せず、中断すべ

きタイミングもケースバイケースでの対応を行うほかないのが現状であるが、米国精神医学会作成のアルツハイマー病の診断・治療ガイドライン⁸⁾では、認知症ドライバーに対する中断勧告のタイミングとして、①認知症の重症度が中等度から重度の場合は運転中断を強く勧告すべき、②軽度であっても交通事故経験者、判断能力の低下、視空間性認知や実行機能の障害に重大な障害があれば①と同様の対応を行う、③認知障害の程度がごく軽度から軽度レベルであれば、配偶者にナビゲーター役を検討したり、危険の少ない状況のみ(近所や夜間以外など)で運転することを進言する、といった記載がなされており、わが国の臨床医でも対応医可能と考えられる。ただし、このような医学的対応がかかりつけ医や主治医としての法的対応として必要十分かということ、そのようなコンセンサスはまだまだわが国では確立されていないため、より具体的な患者、家族への生活指導を診療録に記載し、その根拠についても説明しておく必要がある。

おわりに

運転を行う認知症患者の現状と対応について、アルツハイマー病を中心に述べた。認知症と運転については今後まだまだ医学的検証が必要と思われるが、臨床現場で最も重要な視点は、高齢者や認知症患者およびその家族・介護者に対して運転を中止した後の生活援助や社会資源の利用、免許を奪われることへの心理的影響に配慮することが最も重要であると考えられる。

文 献

- 1) 警察庁ホームページ 改正道路交通法の概要：
<http://www.npa.go.jp/pub-docs/-1k>
- 2) Reisberg B, et al: Functional assessment of Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 435:481-483,1984

- 3) 上村直人,井岡美咲,谷勝貞子,諸隈陽子 認知症患者の自動車運転の実態と医師の役割.精神科 11 (1): 43-49.2007
- 4) Reger MA, Welsh RK, Watson GS, Cholerton B, Baker LD, Craft S. The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia: a meta-analysis. Neuropsychology 18: 85-93. 2004
- 5) 松本光央,池田学:認知症患者の自動車運転を中止する基準.精神科 11 (1): 56-61.2007
- 6) 新井誠:痴ほうケアなんでもQ&A.痴ほうケアサポート.メディカルクオール 15-16.2003
- 7) 上村直人:認知症患者の自動車運転をどのように

考えるべきですか—問題となる認知症患者への対応.クリニシャン Vol.53 no.548: 15-21.2006

- 8) アルツハイマー病と老年期の痴呆.米国精神医学会治療ガイドライン.日本精神神経学会監訳.医学書院:36-38.1999

著者連絡先

(〒783-8505)
 南国市岡豊町小蓮
 高知大学医学部神経精神科学教室
 上村直人



研修医ノート 医の基本

東京大学教授 永井良三 責任編集

● A5判 702頁・定価(本体7,800円+税) ISBN4-7878-1151-1

● かつて先輩医師から臨床の現場で学んだ事柄を医療の社会的側面と基本的診察法を中心に研修医のみならず,若手医師を指導する立場の指導医にも役立つよう解説。

診断と治療社

〒100-0014 東京都千代田区永田町2-14-2 山王グランドビル4F 電話 03(3580)2770 FAX 03(3580)2776
<http://www.shindan.co.jp/> E-mail: eigyobu@shindan.co.jp

©2001. 6. 5

別刷

Cognition and Dementia

Vol. **7** No. **2**

2008. 4

メヂカルビュー社

誌上ディベート

高齢者の自動車運転の是非

生活の利便性を考慮すべき
との立場から

高知大学医学部神経精神科学教室

上村直人(講師)・谷勝良子・井関美咲

VS

安全性を重視すべき
との立場から

昭和大学医学部精神医学教室准教授

三村 将

高齢化とモータリゼーションの狭間で
一両論文に関するコメント

熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野教授

池田 学

本ディベートは問題点をよりクローズアップすることを目的としており、このテーマに対して、あえて一方の見地に立った場合の議論であって、必ずしも論者自身の確定した意見ではありません。

誌上ディベート 高齢者の自動車運転の是非

生活の利便性を考慮すべき 上村直人ほか ◎ 安全性を重視すべき 三村 将

生活の利便性を考慮するべきとの立場から

高知大学医学部神経精神科学教室 上村直人(講師)・谷勝良子・井関美咲

はじめに

本ディベートは高齢者の自動車運転について、生活の利便性を考慮すべきか、安全性を重視すべきかという2つの立場からその是非を問うという趣旨であり、筆者に与えられたテーマは、「高齢者の自動車運転は、生活の利便性を考慮すべきである」ということで論旨を述べるといえる。はじめに明らかにしておきたいが、高齢者の自動車運転の是非を論じる場合、安全性を無視することはできないし、また医療機関で勤務する臨床医にとり、患者の生活を考慮するという事は当然であるが、本稿では、あくまで高齢者の自動車運転の是非を考える場合に、安全性の重視も当然ながら、より患者の生活を考慮すべきという臨床的立場で述べることを断っておく。

高齢者の自動車運転の是非とその背景

高齢者の自動車運転の問題が医学的に注目されはじめたきっかけは、近年わが国の交通事故死者数が漸減してい

るにもかかわらず、高齢者の占める割合が増加していることに加え、平成14年(2002年)6月1日から、道路交通法が改正され、認知症を代表とするある一定の基準を満たす疾患が免許の相対的制限を受けるようになったことである。この法律施行を機に臨床医は、なんらかのかたちで病気をもつ患者の自動車運転の是非について関わることになった。一方で現代の日本社会において、自動車は便利な移動手段であるだけにとどまらず、生活の質を向上させる手段として欠かせないものになっている。ちなみに高齢の運転者数は急増しており、2002年には、65歳以上の高齢者の運転免許保有者数が25歳以下を上回り、2005年には900万人を超えるといわれている¹⁾。一方、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倍に増加しており、特に死亡事故の発生率が高いことが社会的に問題となっている²⁾。このような状況を反映して高齢者の自動車運転の是非が注目されてきているが、特に高齢者に多いとされる認知症患者の自動車運転が問題となっている。一方で、高齢者の交通事故は走行距離などを考慮すれ

ば若年者と比較してそれほど多いとはいえないという報告³⁾や、医学的問題のある高齢者に運転制限を行っても地域高齢者の事故率の減少はみられないといった報告⁴⁾や、車社会といわれる米国では、高齢者のリハビリや、健康の証であるといった風潮⁵⁾も存在しており、本問題は非常に社会的環境的要素を含んでいるといえる。

認知症と自動車運転の実態と行政制度上の問題

高齢者の自動車運転の問題を考える際に、最も重要な課題は認知症患者の自動車運転の問題である。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、約30万人に上ると考えられ、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。そのような状況の中、2002年に道路交通法が改正され⁶⁾、その103条で「公安委員会は痴呆症患者の運転免許証を停止、あるいは取り消すことができる」とされた。しかし認知症の中にも症状・程度がさまざまであり、どのような基準で運転中止を決定するかといった具体的な指針は示さ

れていない^{9)~11)}。

上村らは認知症患者の運転実態について調査報告を行った¹¹⁾が、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名中22名、73.3%)。特に軽度認知症患者の場合、運転の危険性が高いにもかかわらず、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明らかとなった。また上村らは、その後も認知症患者の自動車運転の経過を継続調査し、改正道路交通法施行直前では22名中13名(59.1%)は運転を継続していたが、改正法施行後も13名中5名(38.5%)が免許更新に成功し運転を継続していたことを報告した¹²⁾。このような背景には、①免許更新制度の問題(多くの認知症患者は病識の欠如があり、免許更新時に自己申告によるスクリーニングが有効に働いていない)、②主治医の運転能力に関する診断書提出システムの問題(交通事故発生時の警察官の誘導や家族申告による高齢者の運転能力に関する診断書提出は基本的に本人の同意を必要としており、診断書提出までつながりにくい)、③免許取り消しの条件の不明確さ(現在はアルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)もしくは血管性認知症(vascular dementia; VaD)もしくは回復の見込みのない認知症という診断を必要とする)などの問題が考えられる。

高齢者の運転実態と 認知症高齢者の運転中止に 関するコンセンサス

これまで、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意識に関する十分な資料もない。また現在わが国では、認知症患者に対する免許中止のプロセスは図1に示すような制度が整備されており、実際の臨床現場では病状申請書の提出や、主治医の診断書提出、および臨時適性検査につなげ、運転の危険な認知症患者が判定されているとは言い難い。豊田らは高齢者を対象に自動車運転に関する意識調査を実施¹³⁾し[調査対象：愛媛県の中山間地域と関西地方の都市部の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1,732名(平均年齢72.5歳、回収率75.2%)]、認知症患者の運転について調査を行った。それらの結果を要約すると、認知症患者の運転については、「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%に過ぎなかった。「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」と答えた高齢者が予備調査を実施した地方都市も含めて全地域で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」が両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、都市部では、59.4%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。認知症患者「本人」が自分で決定するべきであるとする回答も比較的多く、両地域ともに30%前後あった。その一方で、「警察などを含む行政機関」という回答は少なく、山間部では20%以下であった(図2)。したがって、



図1 日本における認知症患者の運転チェックシステム—診断書提出と臨時適性検査の流れ

*1: 70歳以上では高齢者講習で運転適性を確認。

*2: 診断書の提出ない場合は臨時適性検査実施。

連載・認知症をどう診るか?

認知症診療の実際

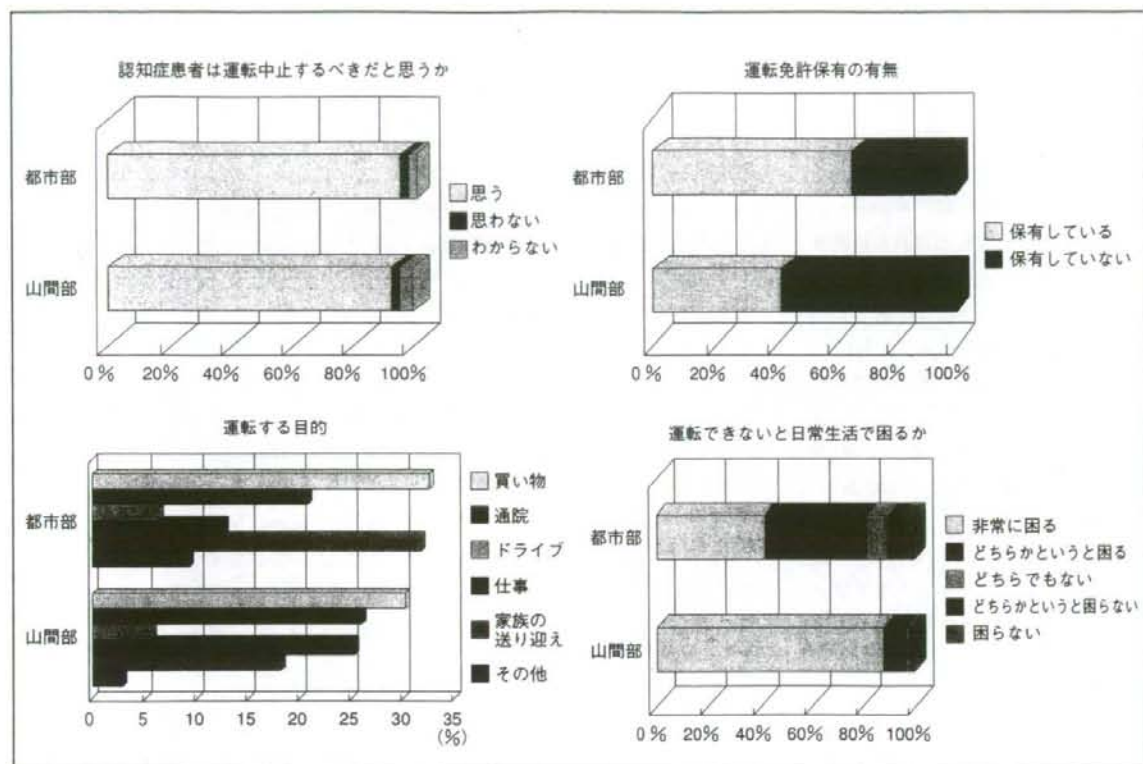


図2 認知症の運転に関する一般住民アンケート調査

都市部、中山間地域両者で、認知症患者は運転を中止するべきであるというコンセンサスは存在すると同時に、両地域で運転ができなければ日常生活での困難があると過半数が回答し、運転は高齢者生活への影響が大きいことが指摘される。

(文献13)より引用)

豊田らの報告から推察すると、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いわざるをえない。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、家族の忠告に従うことがまれであることがほとんど知られていない。また野村らの初期認知症患者13例の自動車事故歴と運転中止の分析報告で

は¹⁴⁾、運転中止を困難にする心理社会的関連要因として、本人要因では、年齢的に納得できない、運転が好き、運転技術の自信と誇り、仕事や家事の役割遂行、家族要因では、同居家族に運転免許がない、家族の負担増(患者の外出援助困難)、家族の利益や判断の不一致、地域要因では、生活環境の不便さ、公的・私的資源による外出援助サポートの欠如がみられた。さらに新井らの報告¹⁵⁾では、運転中止の是非は

認知症患者の運転の状況ではなく、むしろ介護者の自動車の必要性などの地域性や介護者自身の運転状況などの家族要因との関連を指摘している。また病院ベースでの調査として筆者らは、運転をやめない認知症ドライバーの心理社会的背景を明らかにするため、高知大学医学部附属病院を1995～2005年に受診し、認知症と診断され、かつ運転免許を保持する患者101名を対象に運転継続および中止成功理由について

て調査した¹⁶⁾。その結果(表1)、主治医もしくは家族から運転中断勧告をされていた者は101名中87名(86.1%)であった。87名中運転中断に成功した者は9名(8.9%)、中断勧告をしているが、運転能力の評価自体は困難であった者7名(6.9%)、71名(70.3%)は勧告や助言をしても運転を継続していた。勧告・助言による中断成功者9名は中等度認知症レベルか、配偶者が免許を保持していたり、子供が必要時運転代行を行っていた。運転能力の評価が困難であった7名の理由は、ごく軽度認知症レベルかもしくは意味認知症患者であった。運転中断の勧告後も運転をやめない理由としては、患者本人の拒否49名(69%)、生活上やめれない17名(23.9%)、運転が趣味・生きがいでから10名(14.1%)であった。一方、中断勧告や助言のない者は101名中14名(13.9%)で2名(2.0%)が自然に運転中断し、4名(4.0%)は家族の説得で運転中断していた。これらの地域ベースの報告では認知症患者の運転中断は高齢者や認知症患者本人の要因に加え、家族が大きな要因を占めているといえる。このように、高齢の夫婦で生活している家族の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えず、運転中止により認知症患者・家族と社会とのつながりが断たれる危険性や自律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かたちで支援するかについて今後十分なセーフティネットがなければ、単に年齢で高齢者の自動車運転を制限したり、現状の制度で起こっているADやVaDとい

った病名のみをもった免許制限のままでは、中山間地域が6割以上を占めるわが国の実情と乖離した高齢者の生活無視の対応となってしまう、問題解決の先送りにしかならないことが危惧される。

高齢者および認知症患者の運転に関する対策上の課題と懸念

認知症性疾患を代表するADの進行過程を評価するFAST(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)¹⁷⁾(表2)では、自動車運転に

支障をきたす段階は中等度のレベルであるとされている。しかしながら、軽度認知症レベルでも交通事故を起こす高齢者が存在する。そのため、認知症の重症度によらない運転能力の評価方法が求められている。そこでRegerら¹⁸⁾は最近の認知症患者の運転能力評価としてメタアナリシスの結果から、交通事故は視空間性機能と相関性が高く、高齢者や認知症患者の事故予測は視空間性機能評価で可能といった報告(図3)をしている。しかしながら、メタアナリシスの対象疾患のほとんど

表1 運転中断の勧告・助言が困難な理由(N=71)

理由(複数回答あり)	回答数	%
本人の勧告・助言の拒否(本人)	49	69
運転は生活に必要な(本人)	17	23.9
趣味・生きがいである(本人)	10	14.1
勧告・助言の理解不能(本人)	10	14.1
本人がやめてくれない(拒否するから)(家族)	40	56.3
やめさせるべきかわからない(家族)	14	19.7
一人暮らしでどうしてよいかかわからない(家族)	10	14.1
生活のためやめれない(家族)	8	11.3
やめさせたくない(家族)	6	8.5
まだまだ大丈夫(家族)	4	5.6

(文献16)より引用)

表2 アルツハイマー病の重症度判定FAST(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)

段階	臨床診断	特徴
1	正常	主観的・客観的に機能低下なし
2	年齢相応	物の置き忘れ、換語困難
3	境界	熟練を要する場面で機能低下
4	軽度	夕食に客を招く段取り、家計管理、買い物などで支障をきたす
5	中等度	介助なしで更衣困難、入浴に脱得 自動車を適切かつ安全に運転できない
6	やや高度	不適切な着衣、入浴介助、失禁
7	高度	発語減少、言語理解困難、歩行障害

(文献17)より引用)

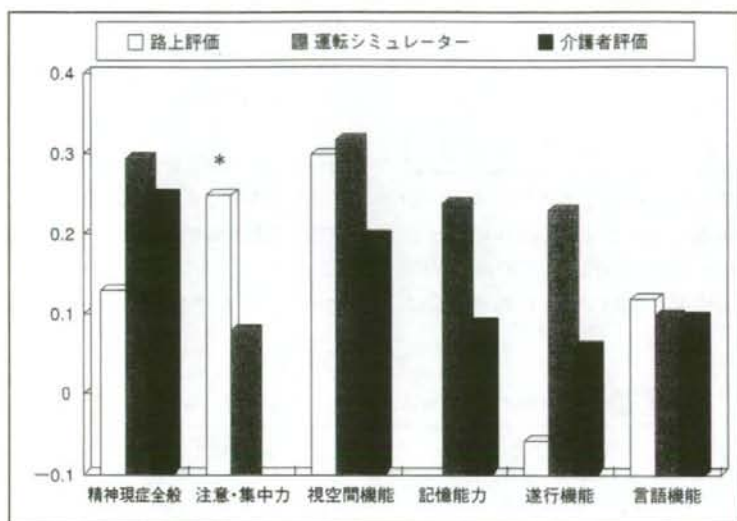


図3 認知症患者の認知領域と運転能力に及ぼす影響 (effect size)
 ・認知症患者の運転能力と神経心理学的検査成績の関連性の検討。
 ・27の報告のメタ解析。
 ・特に視空間機能が運転能力を予測する最も有力な指標。
 ・課題：検討した対象のほとんどがアルツハイマー病もしくは認知症の原因が特定されていない。
 (文献18)より引用)

が、ADもしくは認知症の原因が特定されておらず、前頭葉の萎縮を主座とする前方型認知症では視空間性障害は軽度である一方、筆者らの調査ではADよりもむしろ交通事故の危険性が高かった結果などからすると、ADとVaDと診断された場合には免許取り消しとする現状の対策では不十分であり、また認知症という状態群のみで安全性の基準を担保する方法は科学的、論理的対策ではないと考えられる。

結論—高齢者・認知症患者の自動車運転の是非はあくまで運転能力で評価すべきである

そもそも、自動車運転の是非を考え

る場合、当然ではあるが高齢者であろうとなかろうと、また認知症患者であろうとなかろうと、あくまでその個人の運転能力で評価するべきと考える。公共交通および社会環境的に安全重視の視点も決して無視できない観点であるが、その際に高齢者であるから、もしくは認知症があるからといった理由では問題の本質である高齢者の事故対策や防止対策になるとは考えにくい。極論をいえば、運転の危険な高齢者、もしくは認知症患者をいかに有効に効率よく、科学的にスクリーニングし、公共交通の安全を考慮したうえで是非を問うべきであり、前述してきたように、現代社会ではすでに全国的に普

及している自動車という高齢者にとっても非常に便利な道具を制限する場合、免許をもつ人間の生活状況や利便性を考慮しなければ、たとえ認知症患者であっても決してハンドルを離すことはないのは明白である。これらの観点から、筆者らは認知症患者を含めた高齢者の自動車運転の是非を考える場合、自動車運転により生活が成り立っている、もしくは成り立っていた生活の利便性をまず最初に考慮しなければ本問題の解決はありえないと考える。そのためには今後、医療機関はもとより、警察行政、地域福祉の充実の連携・協力を図り、高齢者および認知症患者の運転対策が構築されることが必要不可欠であるが、主役である自動車運転を行う高齢者の生活が考慮された対策が講じられることを期待してやまない。

文 献

- 1) 警視庁ホームページ：統計 平成16年末の運転免許保有者数の状況等について (<http://www.npa.go.jp/koutsuu/menkyo10/mekyohoyuu16.pdf>).
- 2) 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次, 他：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. 臨精医 31 : 313-321, 2002
- 3) 三村 将, 三品 誠, 風間秀夫：高齢者の運転能力と事故. 老年精医誌 14 : 413-423, 2003
- 4) Tuokko H, Tallman K, Beattie BL, et al : An examination of driving records in a dementia clinic. J gerontol B Psychol Sci Soc Sci 50 : S173-S181, 1995
- 5) Hunt L, Morris JC, Edwards D, et al : Driving performance in persons with mild senile dementia of the Alzheimer type. J Am Geriatr Soc 41 : 747-752, 1993

- 6) Logsdon RG, Teri L, Larson EB: Driving and Alzheimer's disease. *J Gen Intern Med* 7: 583-588, 1992
- 7) 佐々木一: 車と生きる人々—アメリカ人と車. *JAMIC JOURNAL* 10月号: 21, 1999
- 8) 警察庁ホームページ(平成16年当時): 改正道路交通法の概要(<http://www.npa.go.jp/pub-docs/-lk>)
- 9) 深津 亮: 高齢者と交通安全. *老年精医誌* 13: 252-253, 2002
- 10) 池田 学: 痴呆性高齢者と自動車運転. *老年精医誌* 14: 404-405, 2003
- 11) 上村直人, 掛田恭子, 北村ゆり, 他: 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. *脳と神経* 57: 409-414, 2005
- 12) 上村直人: 痴呆患者の自動車運転の実態と医師の対応. *精神誌* 107: 121328-1334, 2005
- 13) 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. *日医誌* 134: 450-453, 2005
- 14) 野村美千江, 柴 珠実, 豊田ゆかり, 他: 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. *精神誌* 107: 1344-1347, 2005
- 15) 新井明日奈, 荒井由美子, 松本光央, 他: 認知症高齢者の運転行動の実態—家族介護者からの評価. *日本医事新報* 4272: 44-48, 2006
- 16) 上村直人, 諸隈陽子, 惣田聡子, 他: 認知症ドライバーはなぜ運転をやめないのか? まったなしの認知症ドライバー対策[会], 第26回日本社会精神医学会抄録集, 139, 2007
- 17) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al: Functional assessment of dementia of the Alzheimer type. *Ann N Y Acad Sci* 435: 481-483, 1984
- 18) Reger MA, Welsh RK, Watson GS, et al: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia: A meta-analysis. *Neuropsychology* 18: 85-93, 2004

誌上ディベート 高齢者の自動車運転の是非

安全性を重視するべき 三村 将 ◎ 生活の利便性を考慮するべき 上村直人ほか

安全性を重視するべきとの立場から

昭和大学医学部精神医学教室准教授 三村 将

認知症ドライバーによる交通事故

「認知症74歳，山陽道逆走 7人が重軽傷 22日午後8時50分ごろ，岡山県倉敷市矢部の山陽自動車道入り線を，広島県福山市の会社役員男性(74)運転の軽乗用車が逆走し，避けようとした兵庫県尼崎市の左官男性(24)運転のワゴン車が中央分離帯に衝突，横転した。助手席の同市の男性(43)が首を強く打つなどして重傷，男性6人が打撲などの軽傷。7人は同じ会社に勤める左官で，仕事先から会社に帰る途中だったという。軽乗用車は現場から約8キロ離れた地点で，岡山県警高速道路交通警察隊のバトカーに止められた。」(毎日新聞 東京朝刊，2007年11月23日版)。

自動車の運転に際しては，常に周囲に目を配り，的確に状況を判断し，場面に瞬時に対応することが求められる。自動車を運転する者は誰でも交通事故を起こすリスクは免れないが，ドライバーの認知機能が十分でなければそのリスクが増大し，ときには認知機能の低下が重大な事故につながることはいうまでもない。2002年に行われた

前回の道路交通法の改正で，認知症であると診断されれば，自動車運転免許(以下免許)の取り消しや停止が行われることとなった。しかしながら，今日でも，この新聞記事のように，認知症ドライバーによる重大事故が散見される。

高齢ドライバーの増加

警察庁の調査では，65歳以上の免許保有者数は現在，1,000万人に達しており，高齢者の3人に1人以上が免許を保有していることになる。このうち約4分の1が75歳以上であり，2010年にはその数は324万人に達すると推計されている¹⁾。また，免許保有者数あたりの死亡事故についてみると，全年代の総数としては減少傾向にあり，さらに若年者は最近でも直線的に減少してきている反面，70歳以上では，いわば減り止まりのかたちで横ばい傾向にある。死亡事故件数を年代別でみても，若年者から中高年にかけて年齢とともにいったん減少するが，70歳以降では顕著な増加傾向を示している。

日本では，10年前にはじめての試みとして「高齢ドライバー標識表示」が

実施されて以来，「高齢者の更新時講習」に至るまで，高齢ドライバーへのさまざまな施策が行われてきている。これらの制度導入の背景としては，高齢免許保有者の急増とともに，高齢ドライバーの「過失責任が重い」とみられる事故の増加が挙げられる。自動車は高齢者が活動的な生活を行うための移動手段として重要性を増してきている一方，高齢ドライバーが安全に運転できる社会を実現するための対策を考えていくことが急務である。

認知症ドライバーと運転安全性

一般高齢者に関して，実際の死亡事故に際しての法令違反をみると，速度制限違反や飲酒運転から事故に至っている割合はむしろ少ない。それに対して近年，顕著な増加を示しているのは運転操作不適である²⁾。その他，主たる原因としては，漫然運転，脇見運転，一時不停止，安全確認違反といった運転行動そのものの問題が上位に挙げられている。これらの問題運転の背景には，ドライバーの認知機能低下が存在する場合が少なくないと推測される。

一般高齢者においても、加齢とともに運転行動に関する認知機能はある程度は低下してくるが、冒頭のケースのように、実際に運転をしている高齢ドライバーの中に認知障害の進行した認知症患者が内在している点は深刻な問題である。実際、21人のアルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)患者(CDR = 0~1)を路上運転で評価した Grace ら³⁾は、流れへの合流、車線変更、十字路右折・左折などを含めたほとんどの評価項目で、25%以上の人に問題を認めている。

一般人口における認知症の有病率を考えると、約1,000万人の高齢免許保有者の中で、約300万人程度に認知機能低下が存在すると推測され、さらにその中のおそらく1割程度、すなわち20万~30万人程度の人が認知症を生じていると試算されている。高齢の免許保有者はさまざまな意味で免許をもっていない高齢者よりも認知機能が保たれている可能性があり、また認知機能が低下している人はたとえ免許をもっていないでも実際にはペーパードライバー化している人が多いかもしれない。し

かしながら、行政処分に至ったケースや、自己申告によって免許証の返納を行った人は相対的に少なく、現状で運転を継続している認知症ドライバーが一定の割合でいることは間違いない。

認知機能と運転行動

認知症患者は健常高齢者に比べて、衝突事故の危険性が2.5~4.7倍高く、認知症の重症度とともに事故の危険性が高まるのが以前より知られている⁴⁾。実車による路上運転試験においても、健常高齢者では3%が不合格であったのに対し、最軽度のAD患者では19%、軽度のAD患者では41%が不合格となっており、やはり運転能力と認知症の重症度とは関連していることが報告されている⁵⁾。精巧な運転シミュレータを用いた最近のUc ら⁶⁾の検討でも、AD患者は追突や危険な回避行動(急激な減速・停止やハンドル操作)が多くみられた(表1)。

いかなる認知領域の機能低下が認知症患者の運転に最も影響するかは一概にはいえないが、最近のメタ解析の結果からも、知的機能全般の重症度と

もに、注意/集中、視空間技能、遂行機能といった各認知領域の重要性が指摘されている⁷⁾。これらの認知領域の中では、ことに視空間技能が運転能力を予測する最も有力な指標と考えられている。早期からこの能力の低下するADでは、神経心理学的検査における視空間探索能力の低下とともに、道路標識や目印を見落とす傾向が明らかである⁸⁾。運転は慎重に考えるべきである。前述の Grace ら³⁾は、AD患者とパーキンソン病(Parkinson's disease; PD)患者の運転安全性と神経心理学的検査所見との関連を検討している。その結果では、路上運転評価で安全と判断されたドライバーとそうでないドライバーとでは、視覚構成機能、遂行機能、記憶などの要因が抽出されている(表2)。

前頭側頭型認知症では、視空間技能が保たれる反面、判断力や問題解決能力の障害、衝動性の亢進が危険運転につながるリスクが高い。しかし、運転技能そのものは問題ないために、かえって運転を断念させるのが困難であることは多くの臨床医の経験するところ

表1 アルツハイマー病(AD)群と高齢健常群における運転行動の差

群	追突ないし危険な回避行動	
	あり	なし
AD群	89%	11%
健常群	65%	35%
オッズ比(95%信頼区間)	4.11(1.71-9.88)	
P値	0.0007	
補正したOR(P値)		
年齢	4.52(0.0012)	
マイル/週	3.15(0.0191)	
両方	3.53(0.0139)	

(文献6)より一部改変して引用)

表2 路上運転で安全と判断されたドライバーとそうでないドライバーで差がみられた神経心理学的検査

AD群+PD群	AD群のみ	PD群のみ
TMT-B	TMT-A	HVLT 遅延再生
ROCFT	HVLT 再認	
視空間・構成機能		
ROCFT		
遂行機能		

AD: アルツハイマー病, PD: パーキンソン病, TMT: trail making test, HVLT: ホブキンス言語学習検査, ROCFT: Rey-Osterrieth 複雑図形検査

(文献3)より一部改変して引用)

であろう。

認知症と道路交通法の規定

前述のごとく、前回の道路交通法改正において、ADや血管性認知症(vascular dementia; VaD)を含め、「6か月以内に回復の見込みがない認知症」と診断されれば、免許の取り消しとすることが規定された。その一方、これらの通常の認知症性疾患以外に、「6か月以内に回復する見込みがある認知症」についても規定されており、これに対しては免許の取り消しではなく、免許の停止が行われることとされ、6ヵ月ごとに評価していくことが定められている。

ここで問題は、「6か月以内に回復する見込みがある認知症」という病態をどのように定義、解釈するかである。一般に、ADやVaDを含め、認知症性疾患は進行性であり、再評価により運転可能な状態となることはきわめて例外的である。筆者自身はむしろ、この「6か月以内に回復する見込みがある認知症」という概念の中に、いわゆる treatable dementia やせん妄・通過症候群などの意識障害、認知症には至っていない軽度認知障害(mild cognitive impairment; MCI)の段階、さらに高次脳機能障害、原発性進行性失語症、種々の神経変性疾患に伴う認知機能低下などの場合を包括的に含めるのが適当であると考えている。少なくとも、これらの病態については特に他に規定されていない。たとえば頭部外傷後の高次脳機能障害や、脳血管障害による停止性の巣症状の残存を認める場合、原則としても6ヵ月に1度は継

続的な評価をしながら、運転適性を判断していくことが必要であると考えられる。また、PDにおいても、残存予備能力が低下しているために、認知的負荷がかかった状態では運転行動に障害が現れることがわかってきている⁹⁾。

認知症の重症度と運転の是非

なお、前回の道路交通法の改正が行われる前は、てんかんや統合失調症、気分障害については免許取り消しの要件となっていたにもかかわらず、認知症については全く規定されていなかった。したがって、極論すれば、どんなに認知機能が落ちていて運転していても、そのこと自体に対する道路交通法上の罰則規定はなかったといえる。前回の道路交通法改正前の規定はきわめて現実離れしており、それが前回改正されたのは大きな一歩であった。しかし一方で、認知症と診断されれば、重症度によらず一律取り消ししないし停止の要件となり、比較的厳しい規定であるといえる。

主治医としてみている認知症患者が運転している場合、医師自身がその是非の判断に迷ったり、あるいは家族から意見を求められたりするケースは少なくないと思われる。道路交通法の規定と現実とのギャップを踏まえて、筆者自身は、少なくともCDRが2(中等度)以上の人(場合によりCDRが1の人も含む)には、本人および介護者に明確に運転中断を勧告すべきであると考えている。免許継続の是非、ないし運転適性を判断するのは公安委員会であり、医師ではない。しかし、免許証の更新申請書の中に「医師から免許

の取得または運転を控えるよう助言を受けている」というチェック項目(表3)があることを医師も知っておくべきである。

実際に運転の頻度が高く、また臨床的にもその是非が本来の意味で問題となるのは、むしろCDRが1(軽度)ないしは0.5(認知症の疑い)に該当する患者であろう。私見ではMCIを含めて、CDRが0.5ないし1のドライバーについては、直ちに運転を控えるよう助言するのではなく、さまざまな運転環境の要因も考慮に入れて、総合的に判断すべきである。同乗者の報告や事故の有無などから運転安全性に関わる情報を十分聴取し、運転継続可能と医師が判断した場合でも、最低6ヵ月に1度は認知機能変化の有無を継続評価していく。運転適性の判断に迷う患者は、少なくとも運転免許センターなどで運転シミュレータや路上の実車運転などによる評価を受けてもらうよう、指導する。

警察庁の高齢運転者対策

警察庁は、平成19年(2007年)9月に施行され、早ければ平成20年(2008年)度から実施が予定されている道路交通法の一部改正の中に新しい高齢運転者対策を盛り込んだ¹⁰⁾。75歳以上の高齢者の自動車免許更新に際して、認知機能検査を実施し、認知症が強く疑われる場合には専門医の受診を義務づけることを盛り込んだこの規定の細部については、まださまざまな議論の余地がある。しかし、社会問題化している認知症ドライバーによる事故の増加に対して、なんらかの具体的な対応を迫ら

表3 免許証の有効期間の更新

1. 病気を原因として、または原因は明らかでないが、意識を失ったことがある
2. これまでの更新時に申告していない意識消失がある
3. 発作的に身体の全部または一部の痙攣または麻痺を起こしたことがある
4. これまでの更新時に申請していない痙攣または麻痺の経験がある
5. 日中、活動の最中に眠り込んでしまうことが週に3回以上ある
6. 医師から免許の取得または運転を控えるよう助言を受けている
7. 申請前に運転適性相談を終了している

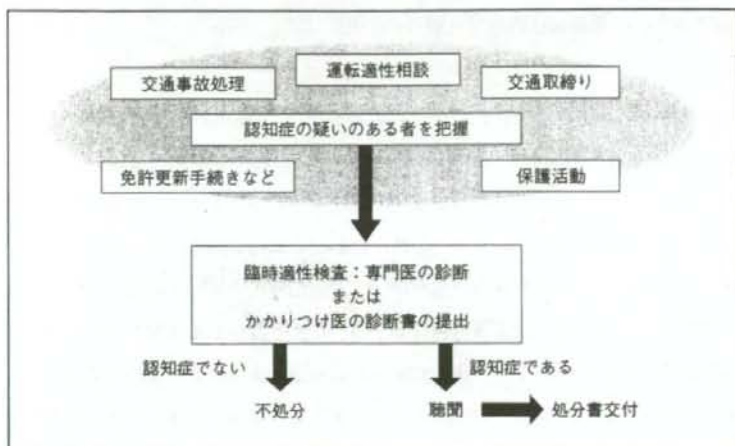


図1 認知症における行政処分に至る流れ

れていることは論を待たない。まずは認知症ドライバーへの方策の第一歩として捉えるべきであろう。

日本における認知症ドライバーの行政処分の流れを図1にまとめた。認知症の疑いのあるドライバーの把握には、家族などからの適性相談や、交通法規違反や交通事故処理時に露呈する場が挙げられる。しかしながら、前述のごとく、行政処分となる認知症ドライバーはきわめて少なく、平成14年(2002年)からの3年間で、実際に行政処分となったケースはわずか120件程度である¹⁾。また、家族の勧めや自己

申告によって免許証の返納を行ったものは、徐々に増えてきているものの、まだ十分とは言えない。したがって、更新申請手続きに際して、認知症の強く疑われるドライバーを見出すことは、最も現実的な方略の1つであり、今後の推移が注目される。

高齢者の安全運転対策においては、公安委員会、運転免許センター、自動車教習所と主治医・専門医とが協調し、本人ないし家族と相談しながら、その時点での本人にとって最適な運転状況を判断していくことが求められている。

文献

- 1) 警察庁ホームページ：運転免許統計・平成18年版(http://www.npa.go.jp/toukei/menkyo/menkyo10/h18_main.pdf)
- 2) 警察庁資料：運転管理、東京、モビリティ文化出版、2004
- 3) Grace J, Amick MM, D'Abreu A, et al: Neuropsychological deficits associated with driving performance in Parkinson's and Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc* 11: 766-775, 2005
- 4) Drachman DA, Swearer JM: Driving and Alzheimer's disease; The risk of crashes. *Neurology* 43: 2448-2456, 1993
- 5) Hunt LA, Murphy CF, Carr D, et al: Reliability of the Washington University Road Test; A performance-based assessment for drivers with dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 54: 707-712, 1997
- 6) Uc EY, Rizzo M, Anderson SW, et al: Unsafe rear-end collision avoidance in Alzheimer's disease. *J Neurol Sci* 251: 35-43, 2006
- 7) Reger MA, Welsh RK, Watson GS, et al: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia; A meta-analysis. *Neuropsychology* 18: 85-93, 2004
- 8) Uc EY, Rizzo M, Anderson SW, et al: Driver landmark and traffic sign identification in early Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 76: 764-768, 2005
- 9) Uc EY, Rizzo M, Anderson SW, et al: Impaired navigation in drivers with Parkinson's disease. *Brain* 130: 2433-2440, 2007
- 10) 警察庁ホームページ：道路交通法の一部を改正する法律について(<http://www.npa.go.jp/koutsuu/kikaku9/gaiyou.pdf>)

高齢化とモータリゼーションの狭間で — 両論文に関するコメント —

熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野教授 池田 学

2人の論者がはじめに強調しているように、免許を保有している高齢者が急増し(65歳以上では1,000万人以上)、死亡事故件数も高齢者のみで顕著な増加傾向を示していることから、高齢者の自動車運転は社会的な問題となっている。しかし、上村が紹介しているわれわれの調査(図2)でも明らかのように、都市部以外の公共交通機関の乏しい地域に暮らす高齢者は、自家用車による移動に依存する傾向が強く、買い物や通院のみならず、仕事にも自動車運転が不可欠という実態がある。したがって、運転中止により高齢者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かたちで支援するかについて、今後行政を中心に社会全体で議論していく必要がある。特に日本では社会の高齢化とモータリゼーションの狭間で今後もますます深刻さが増していく社会問題、高齢者のための街づくりまで視野に入れて検討すべき課題といえることができる。

認知症の自動車運転の問題は、まさにこの問題が凝縮したかたちで、高齢者一般の自動車運転よりも一足早く、社会にこの問題の重要性を問いかけているようにも思われる。認知症患者が経過中に運転能力の低下を生じ事故のリスクが増大することは繰り返し報告されており、いずれかの段階で運転を中止することが求められるのは当然である。その一方で、運転を中止した認知症高齢者や患者の運転に依存していた家族の社会生活を保障することこそ、円滑な運転中止が可能となる前提条件であろう。2007年9月に施行された道路交通法の一部改正は、75歳以上の高齢者の自動車免許更新時に認知機能検査を実施し、認知症が強く疑われる場合は専門医の受診を義務づけるという内容で、認知症高齢者の運転規制における重要な第一歩となった。次に必要なことは、運転を中止せざるをえなくなった人々に対する社会支援の第一歩であろう。

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(主任研究者 池田 学): 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

2. 高齢者への非薬物療法 —心理療法—

井関 美咲 谷勝 良子 上村 直人

臨床精神医学 第37巻 第5号 別刷

アークメディア

第3部 治療と対応

特集

臨床に必要な
高齢者精神障害
の知識

2. 高齢者への非薬物療法 —心理療法—

井関 美咲 谷勝 良子 上村 直人

Key words: 高齢者, 心理療法, 回想法, リアリティ・オリエンテーション法, 認知行動療法

1 はじめに

わが国の高齢化の将来推計によると、2020年には4人に1人(総人口の26.9%)が、2050年には3人に1人(総人口の32.5%)が65歳以上の高齢者という超高齢社会を迎えると推測されている¹⁷⁾。

これまで高齢者は心理的に円熟した存在と捉えられがちであり、心配や不安は、年を重ねるにつれて克服されると考えられてきた。そして、近年問題となっている認知症の問題や高齢者の自殺などの高齢者特有の心理的危機に注目されることは少なかった。しかしながら高齢社会を迎え、わが国の高齢者が直面している心理的問題への対応は大きな課題となっている。そのため今後、高齢者に対する心理療法的なアプローチが重要であると考えられる。

老年期における心理療法は、思春期・青年期や中年期のものとは異なる。将来への希望よりも、これまでの人生を顧みながら現在の喪失とどう向き合い、残された人生をどう生きていくかという切実な課題があるといわれている¹⁵⁾。

本稿では老年期の心理の諸側面を述べるとともに、心理療法として高齢者に広く行われている技法について紹介することとする。

2 高齢者の特徴

老年期の心理的問題には、肉親や配偶者の死、子供や孫の独立、社会での役割の減少、住み慣れた環境の変化、安定した経済的収入の減少などに伴う、「喪失」といった心理的課題を抱えていると考えられている(表1)。このように老年期に至るまでに自己を支えてくれたこれらの価値観や欲求対象を失ったりする喪失体験をいかに乗り切るかといった課題が老年期特有の課題といえる。このような心理的な課題に加えて、近年の平均寿命の延長から認知症などの精神疾患やさまざまな身体疾患が並存しやすいことも特徴である。そのため現代の高齢者には自身の心理的課題に加え、高血圧や心疾患を代表とする慢性持続性の身体疾患が併存している場合が多く、さらにはそれらの心理的・身体的課題が相互に関連しあっている。

また、高齢者は若い世代よりも不安の出現率が高いことがよく知られている。疫学的調査として、Himmelfarbらは、STAI(State-Trait Anxiety Inventory)を用いて55歳以上の2,000例の男女を比較したところ、男性の7%、女性の22%が臨床問題となる不安症状を経験していた。高齢者が不安をもつ頻度は高率であり、不安は身体的健康問題に関連する傾向があった⁹⁾。

Gurianらによれば、2,460例の成人を調査し、

Psychotherapy in elderly patients

ISEKI Misaki, TANIKATSU Ryoko and KAMIMURA Naoto

高知大学医学部附属病院神経科精神科〔〒783-8505 南国市岡豊町小蓮〕

表1 喪失体験

1. 環境：定年退職、転居、家の改装、子どもとの同居
2. 身体：老化による症状、知的能力の変化、容貌の変化
3. 対人：配偶者の死、友人の死、子供・孫の死、子どもの自立

(文献15を一部改変)

65歳以上では、21～44歳に比して神経質、心配、恐怖などの認知的不安がほぼ3倍、息切れ、呼吸困難、心気亢進などの身体的不安は7倍の出現率であった。認知的不安と身体的不安の両者を合わせた不安の出現率は、65歳以上では21.7%であった⁸⁾。

3 高齢者に対する心理療法を行う前に

現代社会は高齢者にとってもストレスを受けやすい社会となっており、心理療法的アプローチが重要であるのはいうまでもないが、その前に銘記すべき諸要素について述べる。

まず第一に、高齢者では心理・精神面には脳器質性疾患の影響が多く存在することである。高齢者の心理面ばかりに目が行くと、いわゆる認知症などの脳器質性疾患や内因性精神疾患であるうつ病(感情障害)や老年期妄想症などが見逃されがちとなる。そのため心理的アプローチの導入前には、精神医学的診断や精神症状の評価が重要となる。認知症やうつ病においても心理療法や心理的アプローチが重要であるのはいうまでもないが、一方で脳器質性や内因性的高齢者の精神疾患が見逃されると、治療の重要な位置を占める薬物治療などの治療が遅れ、心理療法の導入や継続が行えない場合が存在する。高齢者で多くみられる精神疾患には、Dementia(認知症)、Depression(うつ病)、Delirium(せん妄・意識障害)、Delusion(妄想)(4つのD)があり、それらを早期に診断し、治療を開始することが重要である。高齢者の心の問題＝老化・環境などの社会的要因という視点のみで高齢者の心の危機を捉え、心理的アプローチのみにこだわることは避けなければならない。そのため高齢者の心理的アプローチにかかわる専門

職は、精神症状の把握をしっかりと行う必要がある。宮岡¹⁹⁾は精神症状の捉え方をわかりやすくフローチャートに示している(図1)が、意識障害、せん妄、知的機能障害などによる生活困難が出現する認知症、自殺予防が重要となるうつ病などの、老年期に発生しやすい脳器質性、症状性、および内因性の精神障害の早期発見、早期診断を行い、適切な精神科的治療に結びつけることが重要である。

第二に、前述したように、高齢者では「喪失」といった心理的課題が存在している。高齢者の心理療法に際しては、同じ出来事や環境変化の意味や感じ方が、それを受ける人の年齢によって変わることも考慮に入れておく必要がある。例えば、配偶者を失うことは若い世代の人にとっても大きな喪失ではあるが、高齢者にとっては、それが直接自己の生涯の終わりが近づいたと感じられたり、現実問題としての生活への支障により大きな心理的負担となることがある。こうした喪失感、絶望感、孤独感、多くの場合、治療者が経験したことのないものである。そのため、高齢者の心理療法を行うにあたって、単なる臨床的訓練に留まらず、人間のあり方に関する広く、深い学習と修練を積む必要があるといわれている²⁰⁾。一方で、喪失体験だけに注目するのではなく、老年期に期待される精神的発達も念頭に置く必要がある。高齢者の喪失体験は、多くの場合取り返しのつかない喪失であることが多いが、状況の変化は皆無ではなく、些細な偶発的出来事をうまく治療に生かすことが大切である¹²⁾。

わが国では高齢者が長寿を得た一方で、核家族化や家庭内独居といった社会的ストレスにさらされている。そのため高齢者にかかわる専門職は、生物(身体的側面)－心理(精神的側面)－社会(環境的側面)的アプローチを参考に、総合的な高齢者の評価をまず行うことが重要である。

4 高齢者に心理療法を行うにあたっての留意点

高齢者とのコミュニケーションの困難さについては、社会的な孤立、身体疾患や精神疾患に罹患する、難聴、視力障害、言語表出などが関与する