

図1 道路交通法第103条の認知度
 「運転者が認知症である場合は、運転免許を取消す、または停止することができる」
 (n=1,010)
 認知度は低く、全体の2割程度であった。「全く知らなかった」という回答が5割を占めていた。

転に関連する以下の2項目の規定について、一般生活者の知識を検討した。

1) 「運転者が認知症である場合は、運転免許を取消す、または停止することができる」(道交法第103条第1項1号の2)

上記規定について、「詳しく/なんとなく知っていた」と回答した者は、全体の22.8%と低い割合であり、「全く知らなかった」という回答が約5割を占めていた(図1)。

2) 「75歳以上の運転者は、免許更新時に認知機能検査を受検しなければならない」(平成19年改正道交法第101条の4第2項)

上記規定について、「詳しく/なんとなく知っていた」と回答した者は、全体の27.7%であり、「全く知らなかった」という回答が約5割を占め、上記103条同様に認知度は低かった(図2)。

また、両規定において、男性は女性より「知っている」割合が高く、運転者は、非運転者より

「知っている」割合が高い傾向であった。

III-3 運転継続の是非を決定する適任者

「認知症の人が運転を続けてよいかどうかを決定するのは、誰がふさわしいと思いますか。」と尋ねたところ、「医師(主治医)」と回答した者が最も多く(45.2%)、次いで、「家族・親族」(23.1%)、「警察・免許センター」(22.8%)であった(図3)。

一方、先行研究において、医師135名を対象に、同様の質問をしたところ、半数以上(54.1%)が「警察・免許センター」と回答しており、「医師」(18.5%)という回答は、2割弱であった(アルツハイマー病研究会第八回学術シンポジウムにおけるトータライザーを用いた調査より、2007年4月14日、東京都)。また、認知症患者と同居する家族介護者を対象とした調査では、同様の質問(但し、複数回答可かつ選択肢に「警

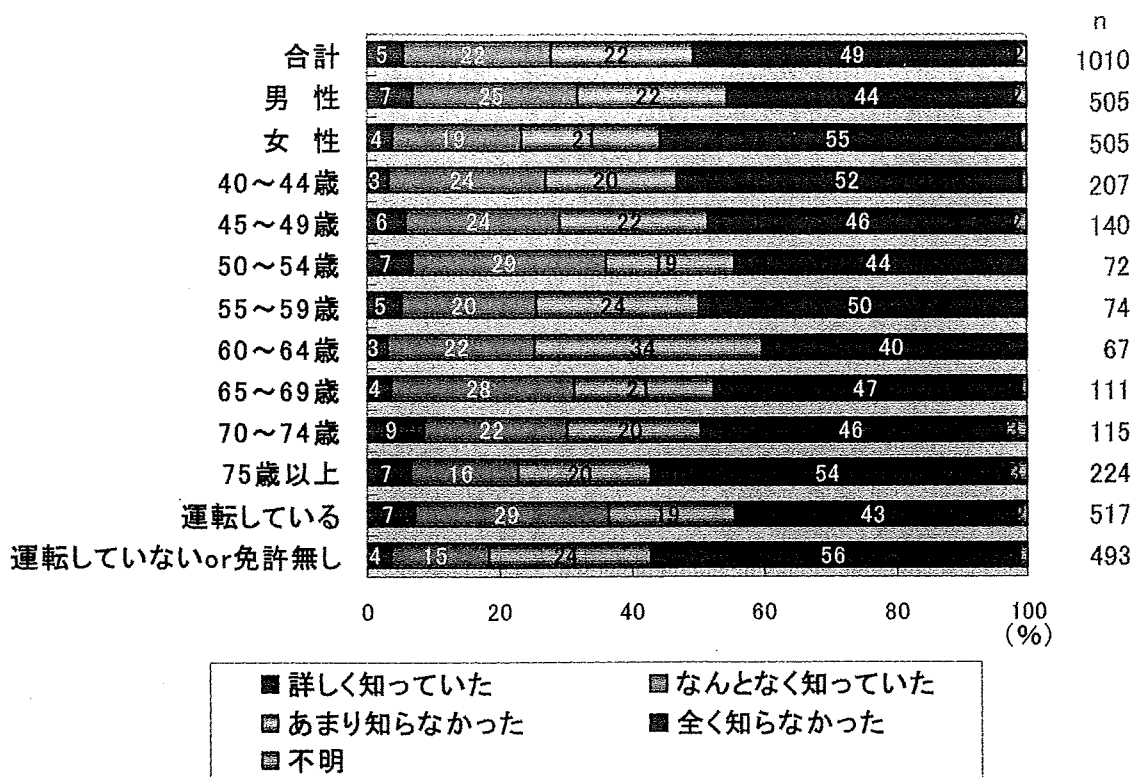


図2 改正道路交通法第101条の認知度

「75歳以上の運転者は、免許更新時に認知機能検査を受検する」(n=1,010)
103条同様に認知度は低く、「全く知らなかった」という回答が5割を占めていた。

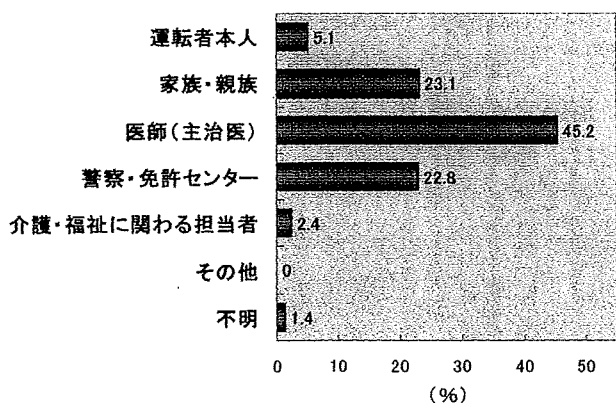


図3 「認知症の人が運転を続けてもよいかどうかを決定するのは、誰が最も適当か？」(n=1,010)
「医師」が最も多く、「家族・親族」「警察・免許センター」が2割程度であった。

察・免許センター」の設定なし)に対して、半数以上(54.1%)が「患者本人」と回答しており、次いで「家族」「親族」(併せて45.9%)であった。

III-4 認知症患者の自動車運転の中止

1) 最適な中止方法

認知症患者の自動車運転を中止させるために最も適当だと思える方法を、選択肢から複数回答で尋ねたところ、全対象者(n=1,010)の約7割が「医師(主治医)による説得」と回答していた。次いで、「家族・親族による説得」「警察・免許センターによる免許取消しや中止の説得」と回答した者が、それぞれ全体の6割を占めていた。一方で、「本人の自主的な中止」(45.2%)と回答した者もやや多かった。

2) 運転中止を勧告される際、聞き入れやすい相手

運転者 (n=517) を対象に、「(病気や高齢などを理由に) あなたは運転をやめた方がよい、と誰かから忠告されるとします。あなたは、誰の意見であれば、最も聞き入れると思いますか。」と尋ねたところ、「医師 (主治医)」あるいは「家族・親族」を挙げた者が、それぞれ4割に上った。「警察・免許センター」と回答した者は、約1割であった。

性・年齢層別に検討したところ、女性では、男性に比して「医師 (主治医)」「家族・親族」と回答した割合が高い傾向であった。反対に男性では、「警察・免許センター」を挙げた割合が、女性よりも高い傾向であった。男性あるいは75歳以上では、「誰の意見も聞かない (自分の意志で決める)」と回答した者の割合がやや高い傾向であった。

3) 運転中止の実現に必要な条件

認知症患者が運転を円滑に中止するために必要な条件を、選択肢から複数回答で尋ねたところ、「身近なものが運転できる」あるいは「医師からの働きかけ」を挙げた者が、それぞれ対象者全体 (n=1,010) の約7割を占めていた。次いで「警察からの働きかけ」(55.0%)、「公共交通機関の充実」(41.8%)、「介護保険サービス等の移動手段の充実」(39.5%)、であった。

4) 利用しやすい相談窓口

認知症患者の運転に関する相談窓口として利用しやすい場所について、選択肢から複数回答で尋ねたところ、対象者全体 (n=1,010) の約7割が「病院・診療所」と回答していた。次いで、約5割が「市役所・区役所・役場」あるいは「地域の介護保険・保健福祉機関」を挙げ、約4割が「警察署・交番」あるいは「運転免許センター」を挙げていた。

5) 運転中止を躊躇する理由

運転者 (n=517) を対象に、「あなたが、運転中止を考える時、中止をためらうとすれば、それはどのような理由によるものだと思いますか。」

という質問に対し、複数選択回答において、最も多く挙げられた回答は、「自身の外出に支障が生じるため」(65.4%)であり、次いで「家族の外出に支障が生じるため」(43.7%)であった。また、「自分の楽しみがなくなる」(30.0%)、「自立した生活が失われる」(22.6%)、「身分証明書として持っていたい」(27.3%)、という項目を挙げた者の割合もやや高かった。

性・年齢層別に検討したところ、いずれの年齢層でも「自身/家族の外出に支障」「身分証明書」を挙げる割合が高かった。65歳以上では、「自分の楽しみがなくなる」が多く、75歳以上では、それに加えて「自分の生きがいなくなる」と回答した者の割合が、他の年齢層より高い傾向であった。居住地の人口規模別に検討したところ、人口規模の小さい地域ほど、「自身/家族の外出」への支障や「自立した生活」の損失を挙げた者の割合が高く、中都市、小都市に居住する者のそれぞれ7割以上が、「自分自身の外出に支障が生じる」と回答していた (図4)。

IV. 考 察

IV-1 高齢者・認知症患者の自動車運転：法制度についての知識

道路交通法第103条「運転者が認知症である場合は、運転免許を取消す、または停止することができる」及び第101条「75歳以上の運転者は、免許更新時に認知機能検査を受検しなければならない」に関して、一般生活者の認識の程度は、どの年齢層においても低いことが示された。特に、非運転者においては、その傾向が顕著であった。このため、認知症患者の運転中止に関わる者 (家族介護者等) が非運転者の場合には、道路交通法をはじめとした、運転免許の取消しに関する法令や関連情報の著しい欠如が懸念される。このような情報の欠如が原因となって、運転中止に際して家族内に様々な軋轢や困難を生ずる可能性もある。したがって、運転者の家族が非運転者である場合も勘案し、非運転者に対しても、認知症患者や高齢者の運転に関わる適切な情報提供が必要である

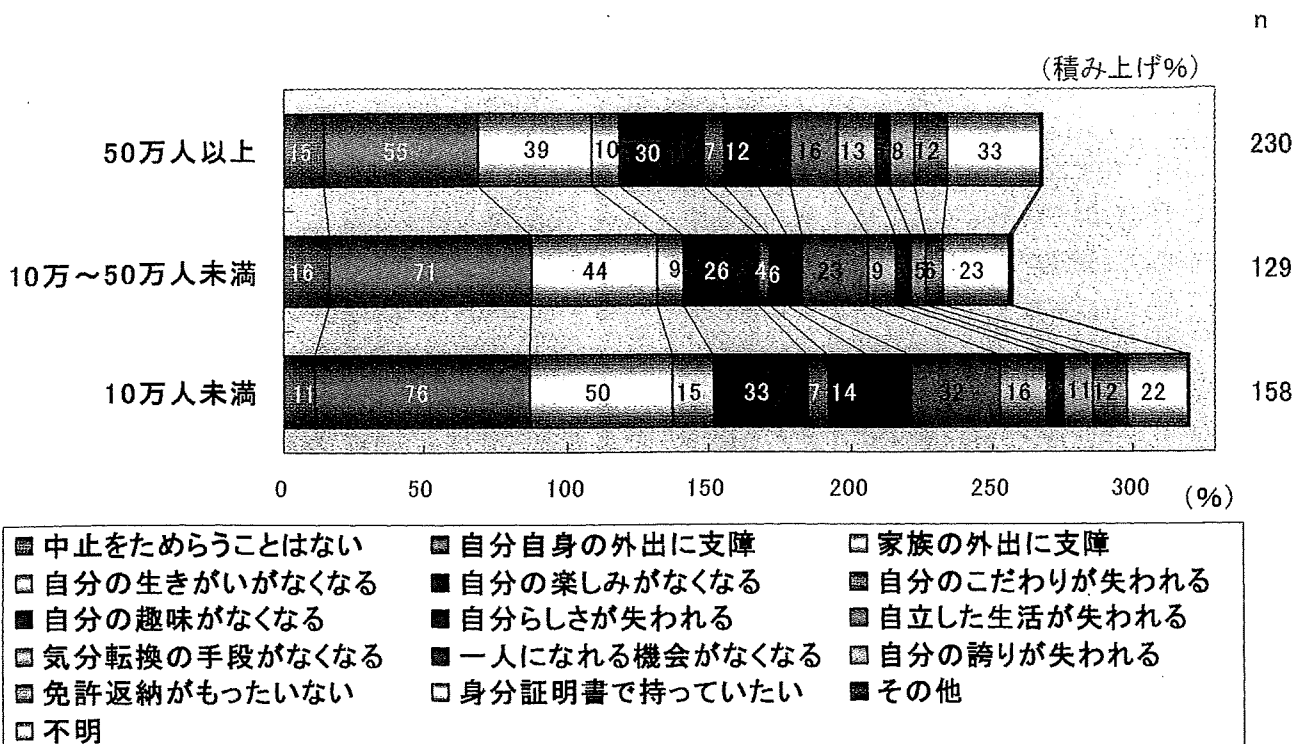


図4 運転中止をためらうとすれば、その理由として考えられること
(人口規模別、複数回答、普段運転する者、n=517)

「自身の外出」「家族の外出」に支障が生じると回答していた割合は、人口規模の大きい地域よりも小さい地域において高かった。

と考えられる。

IV-2 認知症患者の自動車運転

認知症患者の運転の危険性を判定する者あるいは運転継続の是非を決定する者、いずれにおいても、一般生活者の多くが最適者として挙げているのは、医師（主治医）であった。運転継続の是非を決定する適任者を尋ねた先行研究（対象は医師あるいは認知症患者の家族介護者）によると、医師を対象とした調査においては、「警察・免許センター」が適任であるとの見解を持つ者が多く、また、家族介護者を対象とした調査においては、「認知症患者本人」の意思を尊重したいという思いがより強く、あるいは、「家族」の中で検討したいという意識が強いことが明らかになった。これらの調査は、対象者や質問方法が異なるため、結果の解釈には留意を要するが、総じて、一般生活者、医師、家族介護者それぞれが、運転継続の

是非を決定する適任者については異なる見解を持っているものと推察された。認知症患者の運転中止に際して、関係者それぞれの立場において、このような認識の乖離があることは、患者の運転中止を妨げる可能性もあると考えられる。

IV-3 認知症患者の自動車運転の中止

運転中止の最適な方法、あるいは円滑に中止するための必要条件として、一般生活者の多くが挙げている条件は、医師からの説得や働きかけであり、相談窓口として適当な場所についても、病院・医療機関を挙げる者が多かった。また、現在運転している者において、「もし、自らが運転中止の勧告をされた場合に耳を傾ける相手」として挙げた回答においても医師が最も多く、一般生活者が、医師や医療機関に対して高い信頼を寄せていることが如実に示された。

こうした医師や医療機関への高い信頼感を活用

し、患者や家族介護者への支援体制を構築していくことも可能であろう。具体的には、患者や家族の身近な存在である、医師や医療機関を通じて、自動車運転に関する適切な機関や支援先を紹介するような支援体制を構築することにより、運転中止に際しての、認知症患者や家族の負担や抵抗感を軽減、ないしは払拭することが可能になると思われる。

一方、運転中止に際して生ずる様々な困難を軽減していくためには、「運転者にとっての運転を必要とする理由」等を考慮した方策も有効であると考えられる。本調査において運転者が挙げた「運転中止を躊躇する理由」を精査したところ、運転者の大半が、自身や家族の移動手段として自動車運転を必要としていることが明らかになった。したがって、運転中止を円滑に進めていくためには、自動車の代替となる移動手段の確保がまず必要である。しかし、自助による対応には限界があることから、高齢社会を踏まえた街づくりの一環として、各自治体が代替移動手段の確保に取り組むべきであろう。さらに、特に高齢者においては、運転が日常生活における「生きがい」「楽しみ」「自立」をもたらすものとの意識が高いことが明らかになった。したがって、高齢者における運転中止を円滑に進めていくためには、高齢者が、生活の張りや精神的な支えを自動車運転以外にも見出せるよう、方策を検討していくことが必要であろう。

V. 結 論

本研究から、わが国の一般生活者は、高齢者及び認知症高齢者の自動車運転に関して、1) 性別、年齢層、運転状況により、異なる認識を有していること、2) 運転継続や中止等の判断について、医師や医療機関に対して高い信頼を寄せていることが明らかになった。

認知症高齢者の円滑な運転中止には、上述の結果1)で示されたような一般生活者間の認識の乖離を小さくし、運転中止に際しての関係者間の合意形成を促していくことが奏功すると考えられる。

したがって、まずは、運転者のみならず非運転者も含め、あらゆる年齢層の一般生活者に対し、認知症高齢者の運転に関する十分な啓発活動に努めることが必要であろう。さらに、こうした合意形成がなされていくことで、各自治体が、高齢社会を踏まえた街づくりに取り組みやすくなり、運転者やその家族の移動手段の確保も可能となろう。

また、運転継続あるいは中止の如何にかかわらず、認知症高齢者及び家族介護者の社会生活を支援していくためには、複数の関係機関による連携・協働が必要不可欠である。ついては、上述の結果2)で示されたような一般生活者が高い信頼を寄せている医師や医療機関を端緒とすることで、警察、免許センター、自治体をも含めた複数の機関が連携・協働できる支援体制を構築することが可能となるものと思われる。そうした支援体制のもとで、関係者間における情報の共有を促進するツールの一つとして、当該研究事業の最終成果物として作成予定である「認知症患者の家族介護者に対する支援マニュアル」は大いに活用できるものと期待される。

(註：本調査の詳細については、文献1)を参照されたい。)

文 献

- 1) 荒井由美子：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討（H19-長寿一般-025）」、平成19年度総括・分担研究報告書
- 2) Arai, Y.: Implementation and implications of the 2002 Road Traffic Act of Japan from the perspective of dementia and driving: A qualitative study. *Jpn Bull Soc Psychiat*, 14; 158-161, 2006
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 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

(12) ; 1335-1343, 2005

6) 新井明日奈, 荒井由美子, 松本光央ほか: 認知症高齢者の運転行動の実態—家族介護者からの評価—. 日本医事新報, 4272; 44-48, 2006

7) 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

8) Mizuno, Y., Arai, A., Arai, Y.: Determination of driving cessation for older adults with dementia in Japan. Int J Geriatr Psychiatry, 23 (9) ; 987-989, 2008

特集

若年性認知症をめぐる諸問題

若年性認知症者の運転免許の問題

池田 学

精神医学

第51巻 第10号 別刷

2009年10月15日 発行

医学書院



若年性認知症をめぐる諸問題

若年性認知症者の運転免許の問題*

池田 学**

Key words

Driving, Early-onset dementias, Alzheimer's disease, Fronto-temporal lobar degeneration, Accidents

認知症の自動車運転とわが国における対策

わが国の65歳以上の免許保有者はすでに1,000万人を超え、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ている。自動車の運転には、記憶、視空間認知、交通法規などの知識、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常者に比し、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³⁾。さらに、1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。

わが国で認知症患者の自動車運転が制限されるようになったのは比較的最近で、2002年6月に改正道路交通法が施行され、認知症患者は公安委員会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⁴⁾と定められた。しかしその後も、この改正法は実際にはほとんど機能せず⁵⁾、臨床現場では家族や主治医が、患者の人権と社会の安全の間で苦悩することがしばしばあった。その理由は、本法には、誰がどのような手続きで運転が危険かどうかを判断し、どのような手順で運転中止を決定するかなどの点が十分盛り込まれていなかったことにある。

認知症患者の運転状況

2008年、日本老年精神医学会の「認知症と運転に関する委員会」(委員長:本間昭)により、学会員とアルツハイマー型認知症研究会の会員に対して実施された調査が、認知症患者の運転状況に関するわが国では最新かつ最大規模のものである。本調査は、認知症を積極的に診療している医師の外来を受診した3か月間の認知症患者連続例の実態調査で、対象は7,329人(平均年齢78.8歳)であった。このうち、調査時点で運転を継続していた者は838人(11%)で、平均年齢は73.1歳と、非運転者の79.5歳と比べて有意に若い患

* Driving and Early-onset Dementias

** 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 熊本市本荘1-1-1), IKEDA Manabu: Department of Psychiatry and Neuropathobiology, Faculty of Medical and Pharmaceutical Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

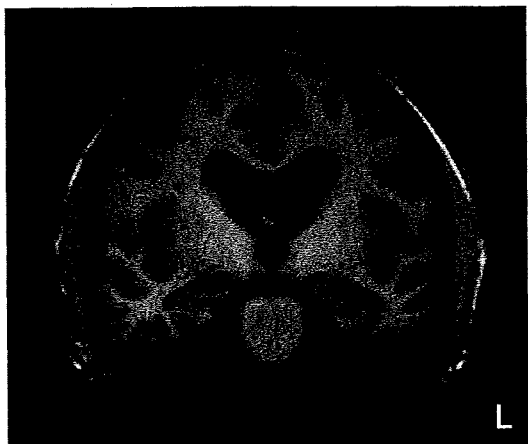


図1 50代後半，右利き男性，アルツハイマー病
MRIT1 強調冠状断像で，左側頭葉にやや強いびまん性
脳萎縮を認める。

者であった。運転中の 838 人のうち，発病後に事故を起こしていたのは 134 人(16%)で，その約半数は 75 歳未満であった(50 代 7 人，60 代 22 人，70 代 69 人，80 代 33 人，90 代 3 人)。

若年性認知症の運転事例

ここで，自験の若年性認知症患者で，自動車運転の継続が問題となった症例を紹介してみたい。個人情報に配慮し，複数の典型例から病歴を再構築した。

〈症例 1〉 50 歳代後半，右利き，男性。会社員。

主訴 言葉が出なくなった。眠れない。物忘れ。

現病歴 X-3 年初め頃から緊張が強くなると，パニックになることに気づかれた。その頃より言葉の出にくい，物の置き場所を忘れるなどの症状を認めるようになった。X-2 年頃からはアナログ時計が読めなくなり，書字や計算にも支障が出始めたため，X 年 1 月 A 精神科クリニックを受診した(その直前に，家族の判断で退職)。アルツハイマー病の診断を受けドネペジルが開始されたが，不眠が出現し，認知症症状も変化なかったため，認知症の精査と言語障害のリハビリテーション目的で X 年 3 月，当科紹介初診となった。

初診時所見 記憶障害に対する病識は，ある程

度保持されていた。場合わせ，取り繕い反応が目立った。語想起障害，了解障害が目立ち超皮質性感覚失語を呈していた。書字は自分の名前も書けず，著明な視覚構成障害，計算障害も伴っていた。これらの障害に比して記憶障害は軽い。軽度の抑うつ気分と無為・無関心を認めた。

検査所見 MMSE：9/30，CDR：1。MRI：左側頭葉にやや強いびまん性脳萎縮(図 1)。SPECT：左に強い側頭頭頂葉の血流低下。

自動車運転とその後の経過 上記の所見から，失語症状の強いアルツハイマー病と診断された。初診時に，何度か運転中に行き先を忘れて迷子になりかけたエピソードや，ときどき車庫入れの際に扉に擦っていることが確認できたため，運転の中止を強く勧めた。当初，患者は生活が不便になると運転継続を望んでいたが，妻と主治医が粘り強く説得を続けたところ，退職していたこともあり，初診から 3 か月後に中止することができた。しかし，それまで続けていた買い物や友人宅への訪問もできなくなったため，自宅にひきこもるようになった。そこで，デイサービスを導入したが，近所のデイサービスは利用者が高齢であると本人が拒否したため，週に 1 度だけ若年性認知症専門のデイケアに通所している。送迎範囲外の遠方であるため，昨年からは開始したパート勤務の傍ら妻が送迎を行っている。

考察 若年性アルツハイマー病は記憶障害だけでなく，頭頂葉機能の低下による視空間性障害が初期から目立つ例が多く，行き先忘れだけでなく，センターラインからはみ出しや，本例のように車庫入れ時の自損などがよくみられる⁶⁾。センターラインからはみ出しは正面衝突に，路肩へのはみ出しは山間部では崖からの転落につながることもある。たとえば，本例のように退職していたとしても，自動車運転により社会生活を維持している患者が多く，運転中止は本例のように自宅へのひきこもりや廃用症候群の合併につながるが多い。また，他稿で指摘されているように，若年性認知症の利用可能な通所施設は少なく，本例のように送迎サービスの範囲外から通所してい

る例も多く、家計を支えなくてはならない配偶者の就労が患者の送迎により困難になることすらある。

〈症例 2〉 60 歳代前半，右利き，男性。公務員。

主訴 人の名前が憶えられない。

病歴 X-5 年頃から人の名前を憶えられず，親戚や知人の名前を思い出せないといった障害を自覚するようになった。このため部下の指導に支障を来すようになり，仕事を辞めた。その後，徐々に「トマト」や「毛布」のような簡単な言葉が理解できなくなった。退職後は好きな畑仕事をしなくなる一方で，毎日，車を運転して独りで出かけ，いろいろな物を買込み親戚などに配ってまわるといった浪費がみられた。さらに，午前 7 時に起きて，日中は外出し，午後 5 時に夕食を摂り，午後 7 時には就寝するというように日々の生活パターンは時刻表的となった。X-2 年には，それまで体に良いと習性的に摂っていた酢を飲まなくなり，羊羹や菓子パン，タイ焼きといった甘味を好むようになった。また，同じ頃から交通違反を繰り返すようになった（一旦停止違反 2 回，スピード違反 2 回，駐車違反 3 回）ため，X 年 1 月当科初診となった。

初診時所見 言語の障害に関しては，ある程度の病識を有していたが，他の症状に関しては全く病識なく，あっけらかんとしていた。発話は流暢であったが，内容は乏しく喚語困難が目立っていた。日常物品の呼称障害，語義理解障害，語性錯語を認めた。復唱は保たれ統辞理解も良好であった。読字では類音的錯読を認め，語義失語像を呈していた。

検査所見 MMSE：10/30，CDR：1。MMSE は 10 点であったが，日々のエピソードの記憶は保たれ，視覚構成も良好であった。画像検査上，MRI では左側頭葉前部のナイフの刃様の萎縮 knife-edge atrophy を認めた（図 2）。

自動車運転とその後の経過 上記所見から，semantic dementia と診断された。初診時から，



図 2 60 歳代前半，右利き男性，semantic dementia
MRIT1 強調水平断像で，左側頭葉前部のナイフの刃様萎縮 (knife-edge atrophy) を認める。

主治医は妻とともに強く運転中止を勧告したが，患者は真剣に応じようとはしなかった。X 年 6 月には追突事故を立て続けに 2 回起こし，免許停止となった。2 回目は，その場から立ち去ろうとしたため，被害者とトラブルになりかけ，息子が免許を取りあげると同時に車を処分した。

考察 前頭側頭葉変性症の場合，脱抑制，被影響性の亢進，注意の転導性などの前頭葉症状により，自動車運転の危険性が指摘されている²⁾。また，本例のように視空間性機能の障害はなく運転技術そのものは保たれるため，スピードの出し過ぎなども認められ，アルツハイマー病と比較しても事故や重大な違反が多いことが指摘されている⁶⁾。また，本例のように早期から病識は欠如しており，多くは 65 歳未満の発症であるため，就労中の患者も多く，運転中止は困難をきわめることがよくある。

新たな法整備と若年性認知症

このような状況の中，警察庁は，免許更新時に 75 歳以上の高齢者に対して認知機能検査（講習予備検査）を導入し，その結果で認知症の疑いがある者には臨時適性検査（専門医の診断）を受けさせるなどとしたうえで，認知症である者には免許停

止あるいは取消の行政処分の対象となるという新たな改正案を提示した。本政策は 2009 年 6 月から実施され、認知機能検査では時間の見当識、手がかり再生、時計描画で認知機能が評価される。予備的調査では、75 歳以上の高齢ドライバーの 3.2% が認知症疑いとされたと報告されている。認知機能検査の結果、得点に応じて第 1 分類(認知症のおそれあり)、第 2 分類(認知機能の低下あり)、第 3 分類(認知機能の低下なし)に分けられ、第 1 分類に該当する者のうち、過去 1 年間または更新後に信号無視や一時不停止などの違反行為があった場合に臨時適性検査の対象となる。

免許更新手続以外でも、交通取締や事故処理などの現場で、認知症の疑いのある人を警察官が把握した際には、専門医による診断(臨時適性検査)または主治医による診断書の提出を求められる。検査を経て認知症と診断された場合には、聴聞などの手続きを経て、都道府県公安委員会が免許取消などの処分を決定する。

本改正案によって、認知症を伴う高齢者の運転規制が初めて具体化されたことは高く評価すべきである。しかし、認知機能検査を受ける対象の年齢が 75 歳以上である点や、認知機能検査の内容が主としてアルツハイマー病のスクリーニングを目的としたものである点などが今後の検討事項として残っている。

上述した日本老年精神医学会の調査でも、自動車運転を継続している認知症患者の半数は 75 歳未満である。また、そもそも運転中断が困難な認知症は、仕事や通勤などに車を利用している若い認知症患者が多い。また、症例としても提示したように、アルツハイマー病と比べて、交通ルールの無視などにより運転行動がより危険であるといわれている前頭側頭葉変性症患者は、大部分が 75 歳までに発症する。このような患者は、記憶障害や視空間認知障害がないか軽度のため、仮に検査を受けたとしても問題なく通過してしまう可能性がある。

ようやく認知症の運転に関する法整備は端緒についたが、我々が厚生労働省の研究班(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(主任研究者:池田学)」⁴⁾として、かねてから主張している自動車運転を中止した認知症患者、ひいては高齢者全般とその家族のサポートに関しては、一部の先進的な自治体を除いて、ほとんど対策が講じられていないのが現状である。特に、若年性認知症患者の場合は、運転中止により認知症そのものが進行する可能性がある。まずは、通所サービスへの送迎補助や若年性認知症患者の受け入れ可能な通所施設の整備が喫緊の課題であろう。運転中止により、患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。

おわりに

わが国では上述のように認知症患者の運転に関するシステムは整備されつつあるが、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中で、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。

上村らの高知医科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。特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⁵⁾。野村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⁷⁾。その結果、運転を中止した 8 名は、全員自

表 対象の運転概況⁶⁾

No.	性	年齢	世帯	職業	診断名	発症後の運転事故歴	観察終了時の状況
1	男	82	夫婦	農業	AD	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	自損事故数回, 運転中迷う 2 回	
3	女	66	夫婦	無職	FTLD	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	自損事故 1 回	
5	男	79	夫婦	無職	AD	人身事故 1 回	
6	男	77	三世代	無職	FTLD	自損事故 1 回	
7	男	90	三世代	無職	AD	自損事故 2 回	
8	男	72	ひとり親と未婚子	無職	AD	自損事故 3 回, 運転中迷う 2 回	
9	男	70	夫婦	無職	AD	なし	自動車 運転 続行
10	男	67	三世代	自営業	AD	なし	
11	女	67	夫婦	農業	FTLD	なし	
12	男	58	三世代	農業	FTLD	なし	
13	男	49	夫婦と未婚子	公務員	AD	なし	

注) 診断名

AD ; アルツハイマー病 (Alzheimer's disease)

FTLD ; 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration)

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などとの対物事故、運転中道に迷うなど危険な経験を重ねていることがわかった(表)。そのうち複数回の事故を発生させている患者が 5 名おり、初回から最新の事故発生までの期間は半年から 5 年にわたり、その間の高齢者講習や免許更新には合格していた。親族の強い勧めで免許を返納した後も、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 名はいずれも事故歴なしであることから、認知症患者と家族介護者が運転中止を実行するのは、事故が発生してからであるという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、もちろん家族や主治医には円滑な運転中止と中止後の支援に重要な役割が期待されているが、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、中止後の支援という総合的なシステムの構築が根本的な課題である。

さらに詳しい情報を希望される読者は、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(主任研究員:池田学)総合報告書(2006年)」, 精神経誌 107 巻 12 号(2005年), 老年精医誌 16 巻 7 号(2005年)の特集論文, 谷勝良子, 他:最新精神医学 13 巻 4 号(2008年), 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討(主任研究員:荒井由美子)平成 20 年度総括報告書(2008年)」を参考にしていただきたい。

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 (Suppl) : 158-161, 2006
- 2) de Simone V, Kaplan L, Patronas N, et al : Driving abilities in frontotemporal dementia patients. Demnt Geriatr Cogn Disord 23 : 1-7, 2007
- 3) Friedland RP, Koss E, Kumar A, et al : Motor vehicle crashes in dementia of the Alzheimer type. Ann Neurol 24 : 782-786, 1988
- 4) 池田学 : 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(主任研究者:池田学)」総合報告書. 2006

- 5) 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. No To Shinkei 57: 409-414, 2005
- 6) Kamimura N, Ikeda M, Kakeda K, et al: FTLD and driving: Are drivers with frontotemporal lobar degeneration more dangerous than those with Alzheimer's disease?. Proceedings of UCFS 5th International Conference on Frontotemporal Dementias. pp 40-41, 2006
- 7) 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. 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—総括研究報告書. 平成 16 年度. pp 54-61, 2005



第 29 回日本精神科診断学会

大会テーマ 伝統的診断と操作的診断—いかに診断し患者理解を深めるか—

会長 飯森真喜雄(東京医科大学精神医学講座)

会期 2009 年 10 月 16 日(金), 17 日(土)

会場 ハイアットリージェンシー東京(☎ 160-0023 東京都新宿区西新宿 2-7-2)

プログラム

特別講演(10 月 16 日) B. Saraceno(WHO 精神保健・薬物乱用部部長)

Plenary Session(10 月 16 日)

「伝統的診断と操作的診断—失われたものと見いだされたもの—」

演者: 原田憲一, 融 道男, 高橋三郎

シンポジウム(10 月 17 日)

「アスペルガー症候群診断の今日的意義」

シンポジスト: 加藤進昌(昭和大学医学部), 青木省三(川崎医科大学),
村井俊哉(京都大学医学部), 宮川香織(東京医科大学)

その他 モーニングセミナー, ランチョンセミナー

参加費 5,000 円(非医師 3,000 円)

事務局 第 29 回日本精神科診断学会事務局(事務局長: 丸田敏雅)(☎ 160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1 東京医科大学精神医学講座内)

☎ 03-3342-6111(代) Fax 03-3340-4499 e-mail: info@jspd29.org

URL: <http://jspd29.org>

[原著論文]

認知症高齢者の自動車運転に関する アンケート調査

—— アルツハイマー病患者の自動車運転に対する
患者と家族の認識の乖離に関する検討 ——

寺川智浩^{*1}・玉井 顯^{*2}・池田 学^{*3}

*1 医療法人教賀温泉病院介護老人保健施設ゆなみ、*2 医療法人教賀温泉病院神経精神科

*3 熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野

抄録

精神科病院外来における認知症を伴うドライバーの現状を把握するためアンケート調査を実施した。アルツハイマー病（AD）患者の自動車運転に対する患者と家族の認識について、2002年の道路交通法改正前の先行研究と比較した。さらに事故を起こす危険性の高いAD患者において、認知機能に何らかの特徴がみられるかを検討した。アンケート調査結果から、AD患者に買い物や通院目的で毎日30分～1時間程度運転するなど共通の特徴が多くみられた。また、本人と家族の間で運転制限の有無や運転能力の変化、事故歴の有無などの認識に乖離を認め、先行研究と同様の結果となった。認知機能は、認識の乖離を認めた患者とそうでない患者で明らかな差はなかった。AD患者本人の判断に運転中止を委ねると中止時期が遅れ、事故を起こす危険が高いことがうかがえた。また家族の判断に委ねても、交通手段がなくなるという不安で運転制限が遅れる可能性が推測された。

Key words：認知症，アルツハイマー病，自動車運転，病識，認知機能

老年精神医学雑誌 20：555-565，2009

はじめに

日々の臨床で、認知症を抱えた高齢者本人が自動車を運転し通院する姿をたびたび目にする。しかし、欧米の先行研究や報道から、認知症を抱えた高齢者に自動車運転中の事故が多いことは周知のとおりである^{8,9,13)}。一方、わが国では高齢者の「足」となる公共交通機関は地方へ行くほど過疎化で利用者も少なく、運行数を減らすなど交通網は弱体化してきている。平成14年には、65歳以上の高齢者の自動車運転免許保有者数が25歳以下の保有者数を上回るまでになり、平成19年には1100万人を超えた⁹⁾。また、認知症患者の自動車運転免許保有者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⁷⁾。

筆者らの施設が隣接する福井県嶺南地方（以下、若狭）も、自動車は重要な「足」となっており、認知症を伴うドライバーの運転制限は今後大きな課題となると思われる。そこで筆者らは、若狭の認知症を伴うドライバーの現状を把握するため、認知症高齢者とその家族にアンケート調査を実施した。そしてその調査結果から、対応策を検討し、さらには高齢者が少しでも長く安全に運転できる予防リハビリテーションの考案を目指すことを目的に、平成19年9月に若狭「認知症ドライバー」プロジェクトを立ち上げた。

今回、プロジェクトの最初の取組みとして、若狭の認知症を伴うドライバーの現状を把握するためアンケート調査を実施し、アルツハイマー病

(受付日 2009年2月6日)

Tomohiro Terakawa, Akira Tamai, Manabu Ikeda

*1 〒919-1325 福井県三方上中郡若狭町岩屋61鳥引31番地

表1 運転に関するアンケート

a. 本人用

運転に関するアンケート (本人用) 記載日 平成 年 月 日
 記入者 本人 ・ 本人以外 (関係)

氏名 _____ 殿 (歳) (男性・女性) 居住地域 (地区) 名 _____

同居者の有無 (有・無) _____
 同居者の免許保有状況 (保有している・保有していない) _____

①現在、運転している乗り物をすべて教えてください。
普通自動車 軽自動車 バイク その他 ()

②運転免許証を取得してからどのくらい経ちますか？
10年以内 20年以内 30年以内 40年以内 40年以上

③どのくらいの頻度で運転しますか？
毎日 週に2・3回 週に1回 月に2・3回 ほとんど乗らない

④一度にどのくらいの時間運転しますか？
5分 (近所) 10分 (町内) 30分 1時間 (県内) 1時間以上 (県外)

⑤現在の主な運転の目的は何ですか？
買い物 通勤 (畑仕事へ行くなども含む) 通院 旅行 その他 ()

⑥高速道路を使うことはありますか？
よく使う 使う たまに使う めったに使わない 使わない

⑦運転に自信がありますか？
たいへんある ある 少しある あまりない ない

⑧昔と比較して運転能力は変わりましたか？
変わらない
変わった→どのくらい変わりましたか？ かなり低下した 低下した 少し低下した
 どんな運転能力が低下しましたか？思い当たるものにすべてに☑してください。
運動神経 反射神経 視力 聴力 判断力 注意力 集中力
記憶力 (信号・標識の意味を忘れる・知っている道で迷う)
その他 ()

⑨最近、事故 (車庫入れのとき車を傷つける、脱輪するなどを含む) を起こしたことはありますか？
ない
ある →どのくらいの頻度ですか？ 年に1回 半年に1回 2・3か月に1回 1か月に1回
 起こした事故はどんな事故ですか？思い当たるものにすべてに☑してください。
ひどい物損事故 (全損) 軽い物損事故 (修理程度) 脱輪 車を傷つける
ひどい事故 (入院必要) 軽い事故 (手当て程度) その他 ()

⑩最近、家族やまわりの方に運転を止めるように (危険だと) と言われたことはありますか？
ない
ある →どのくらい言われますか？ たいへん強く 強く 何度か言われた 1・2度言われた

⑪今、運転できなかつたら、どんなことが困りますか？

⑫運転に関することでのなにかありましたらどんなことでもお書きください。

ご協力ありがとうございました。

(Alzheimer's disease ; AD) 患者の自動車運転について、①調査時点で運転をしているAD患者の自動車運転に対する患者と家族の認識について検討し、2002年の道路交通法改正前の上村ら³⁾の報

告と比較すること、②事故を起こす危険性の高いAD患者において、認知機能に何らかの特徴がみられるかどうかを検討することを中心に報告する。

b. 家族用

運転に関するアンケート (家族用)	記載日 平成 年 月 日
氏名 _____ 殿 (歳)	ご本人との関係 (_____)
①ご本人が現在、運転している乗り物をすべて教えてください。 <input type="checkbox"/> 普通自動車 <input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
②どのくらいの頻度 (週に何回くらい) で運転しますか? <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に2・3回 <input type="checkbox"/> 週に1回 <input type="checkbox"/> 月に2・3回 <input type="checkbox"/> ほとんど乗らない	
③一度にどのくらいの時間運転しますか? <input type="checkbox"/> 5分 (近所) <input type="checkbox"/> 10分 (町内) <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 1時間 (県内) <input type="checkbox"/> 1時間以上 (県外)	
④ご本人の主な運転の目的は何ですか? <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通勤 (畑仕事へ行くなども含む) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
⑤高速道路を使うことはありますか? <input type="checkbox"/> よく使う <input type="checkbox"/> 使う <input type="checkbox"/> たまに使う <input type="checkbox"/> めったに使わない <input type="checkbox"/> 使わない	
⑥運転を止めてほしいと思いますか? <input type="checkbox"/> 絶対に止めてほしい <input type="checkbox"/> 止めてほしい <input type="checkbox"/> そろそろ止めてほしい <input type="checkbox"/> あまり思わない <input type="checkbox"/> 思わない	
⑦ご本人に運転を止めるように (危険だと) 言ったことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →どのくらい言いますか? <input type="checkbox"/> たいへん強く <input type="checkbox"/> 強く <input type="checkbox"/> 何度か言った <input type="checkbox"/> 1・2度言った	
⑧昔と比較して運転能力は変わりましたか? <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 変わった→どのくらい変わりましたか? <input type="checkbox"/> かなり低下した <input type="checkbox"/> 低下した <input type="checkbox"/> 少し低下した どの運転能力が低下しましたか? 思い当たるものにすべてに☑してください。 <input type="checkbox"/> 運動神経 <input type="checkbox"/> 反射神経 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 判断力 <input type="checkbox"/> 注意力 <input type="checkbox"/> 集中力 <input type="checkbox"/> 記憶力 (信号・標識の意味を忘れる・知っている道で迷う) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
⑨最近、事故 (車庫入れのとき車を傷つける、脱輪するなどを含む) を起こしたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →どのくらいの頻度ですか? <input type="checkbox"/> 年に1回 <input type="checkbox"/> 半年に1回 <input type="checkbox"/> 2・3か月に1回 <input type="checkbox"/> 1か月に1回 起こした事故はどんな事故ですか? 思い当たるものにすべてに☑してください。 <input type="checkbox"/> ひどい物損事故 (全損) <input type="checkbox"/> 軽い物損事故 (修理程度) <input type="checkbox"/> 脱輪 <input type="checkbox"/> 車を傷つける <input type="checkbox"/> ひどい事故 (入院必要) <input type="checkbox"/> 軽い事故 (手当て程度) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
⑩ご本人の運転に関することでなにかありましたらどんなことでもお書きください。	
ご協力ありがとうございました。	

I. 方法

1. 対象

平成19年11月1~30日 (24日間) に敦賀温

泉病院神経科精神科外来を受診した連続例813人中、60歳以上の運転免許証保有者167人で、同意が得られ調査時点で運転をしている90人にアンケート調査を実施し、50人 (男性39人、女性

表2 アンケート結果

	AD患者 (24人)
運転している乗り物	普通自動車か軽自動車
運転免許証保有年数	40年以上 ベテランドライバー
運転頻度	毎日 30分～1時間
運転目的	買い物 通院
高速道路の使用	ほとんど使用しない
運転に対する自信あり (本人)	21/24
運転を止めてほしい (家族)	14/24
運転制限	伝えた (家族) 12/24
	言われた (本人) 6/24
運転能力の変化 ※低下したにチェックした者	本人 12/24
	家族 16/24
低下した運転能力	本人 反射神経・視力
	家族 運動神経・反射神経・視力・ 判断力・注意力・記憶力
事故の有無 ※事故ありにチェックした者	本人 7/24
	家族 11/24

11人) から本人・家族とも回答を得た (回収率 55.6%)。アンケートを回収できた50人の診断別内訳は、AD 24人、不安障害13人、気分障害2人、統合失調症3人、血管性認知症4人、レビー小体型認知症1人、軽度認知障害3人であった。

アンケート回収できた50人はADほかさまざまな診断であり、より認知症ドライバーの特徴を調査するため今回は診断がADの24人 (男性19人、女性5人) を本研究の検討の対象とした。平均年齢は76.3歳 (69～83歳) で、内訳は60歳代1人、70歳代16人、80歳代7人であった。なお、研究対象にならなかった26人は、男性20人、女性6人、平均年齢69.0歳 (60～79歳) で、いずれの項目も本研究の対象と有意な差はみられなかった。

2. アンケート調査、認知機能評価

アンケートは、自動車運転の能力について問うものを中心に、事故の有無、家族の対応 (運転制限の試み) の有無などに関する項目をチェック式

で回答するものを本人用・家族用それぞれ独自に作成し用いた (表1)。

認知機能評価は、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)⁹⁾、Clinical Dementia Rating (CDR)^{1,10)}、Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R)^{12,14)}を用いた。

3. 倫理的配慮

患者本人および家族に対し、十分に研究内容を説明し、書面にて同意を得た。

II. 結 果

1. アンケート調査 (表2)

ほとんどの対象が普通自動車か軽自動車を運転する運転免許証保有年数40年以上のベテランドライバーであった。運転頻度も高く、「毎日」、おおむね「30分～1時間」ほど「買い物」や「通院」のために運転している者が多く、高速道路は使用していない者が多くみられた。

特徴のみられた項目は以下のとおりである。本

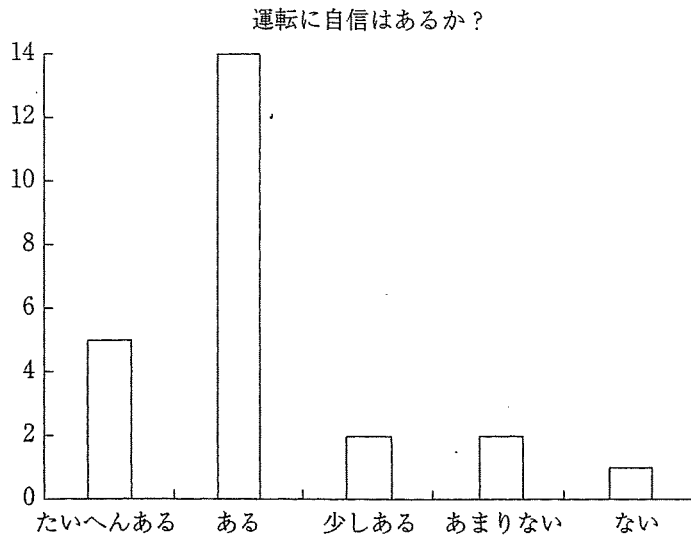


図1 本人の運転に対する自信 (アンケート項目 本人⑦)

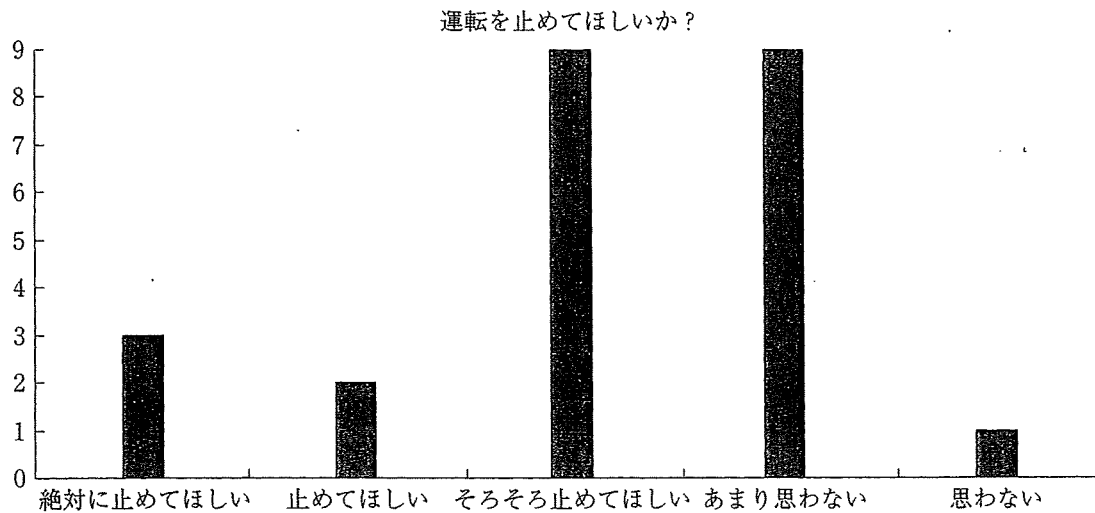


図2 本人の運転に対する家族の思い (アンケート項目 家族⑥)

人への質問「運転に対する自信はあるか」の問いで、たいへんある・ある・少しあると回答した者は21/24人と多くを占めた(図1)。それに対し、家族への質問「運転を止めてほしいか」の問いには、止めてほしいと回答した者が14/24人であった(図2)。運転制限に対する質問では、家族の12/24人が運転を止めるよう本人に伝えているが、本人は運転中止を勧められていると回答したのは6/24人と運転制限の認識のない者が6人もみられた(図3)。運転能力の変化に対する質問で、本人は、反射神経や視力の低下を感じている者が半数みられた。一方、家族は16/24人と本人以上

に運転能力の低下を感じている者が多く、反射神経、視力に加え、運動神経、判断力、注意力、記憶力の低下を訴える者も多く認めた(図4)。「事故の有無」についての質問では、本人は、事故を起こしたことがあると答えたのは7/24人で、家族は11/24人と事故に対しての認識が乏しい者の存在が明らかとなった(図5)。事故としては、「修理程度」「車を傷つける」といった自損事故が多くを占めていた。運転できないと困ることに関しての自由記述に対して本人は、「買い物に行けない」や「畑に行けない」「不便だ」と答える者が多かった。また、家族からは、「シートベルト

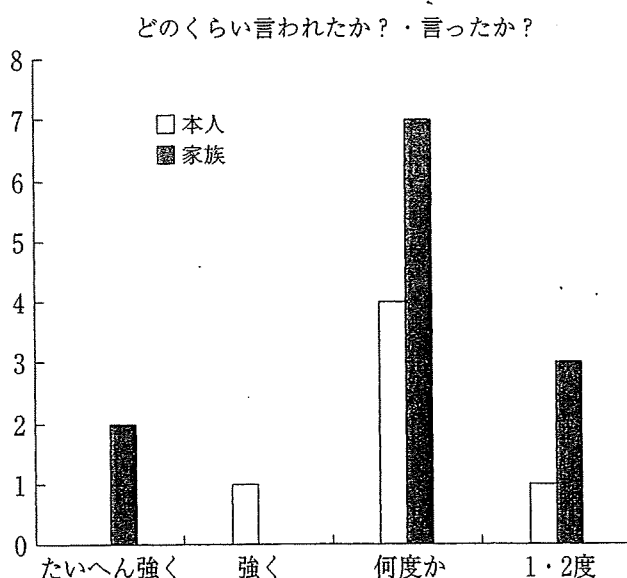
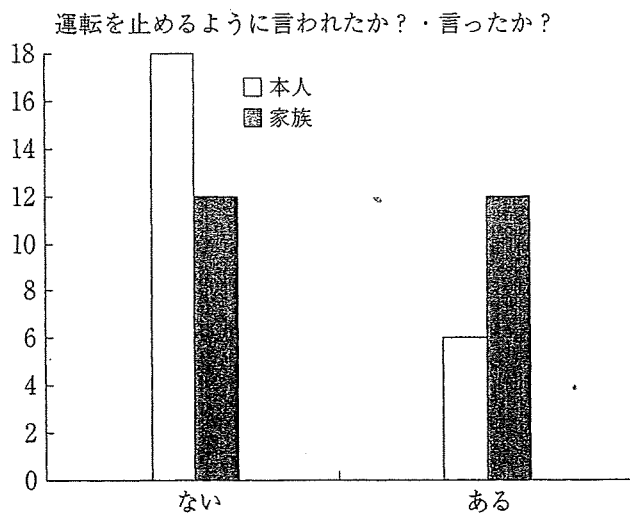


図3 運転制限について (アンケート項目 本人⑩・家族⑦)

を忘れる」や「事故を起こさないか心配」「事故を起こすまえに運転を止めてほしい」「(注意しても聞かないから)やむを得ない」など、実際には事故は起こしていないがこれから起こす可能性を心配する意見が多くみられた。

2. 認知機能評価

HDS-Rの平均は20.1点(4~30点)で日時の見当識と再生において減点を認める者が多かった。CDRの平均スコアは1.1(0.5が6人, 1が13人, 2が5人)であった。WMS-Rの各指標は、言語性記憶平均67.9, 視覚性記憶平均61.6, 一般的記憶平均61.6, 注意/集中力平均84.7, 遅延再生平均58.7であった。全般的な認知機能の低下は軽

いものの、見当識や記憶課題において低下が目立った。なお、運転制限の認識のないAD6人と残りの18人で各認知機能検査の成績を比較したが有意な差は認められなかった。

Ⅲ. 考 察

1. アンケート調査

今回の調査から、運転している乗り物、運転免許取得経過年数、運転頻度、運転目的、高速道路の使用などADを伴うドライバーに共通する特徴が多くみられた。一方で、運転制限や運転能力、事故についてなど一部のAD患者本人と家族で認識の乖離を示した項目を認めた。

ADを伴うドライバーは、加齢や認知症そのものの影響から運転能力は若いころに比べて低下していることが予測されるが、本人は運転に自信のある者が大半を占めていた。また、家族に対して「運転を止めてほしいか」の問いに、止めてほしいとの回答が約6割に留まったことから、すべての家族が運転を止めてほしいと思っているわけではないことが明らかとなった。止めてほしいながらも運転を続けさせている家族が存在することもわかった。上村ら³⁾の報告でも「生活のため止めさせられない、止めさせたくない」と回答した者もみられている。これらから推測すると、家族はAD患者本人が運転する自動車に同乗したり、車の傷を見て危険を認識している者も多いと考えられるが、運転を止めれば交通網の不十分さから「足」がなくなり、買い物や病院などへ行けないといった生活に対する不安を有している。そのため、運転を止めさせるのではなく、少々危険はあるが買い物や病院などへは行けるとい生活の安心を選択する家族もあるのではないかとと思われる。

運転制限に対する質問「運転制限されたか・したか」について、家族の12人が運転を止めるよう本人に伝えているが、本人は6人のみが運転制限されたと答えており、運転制限をされたことをまったく認識していない者が6人も認められた。上村らの検討⁴⁾でも運転中止勧告を行っている認

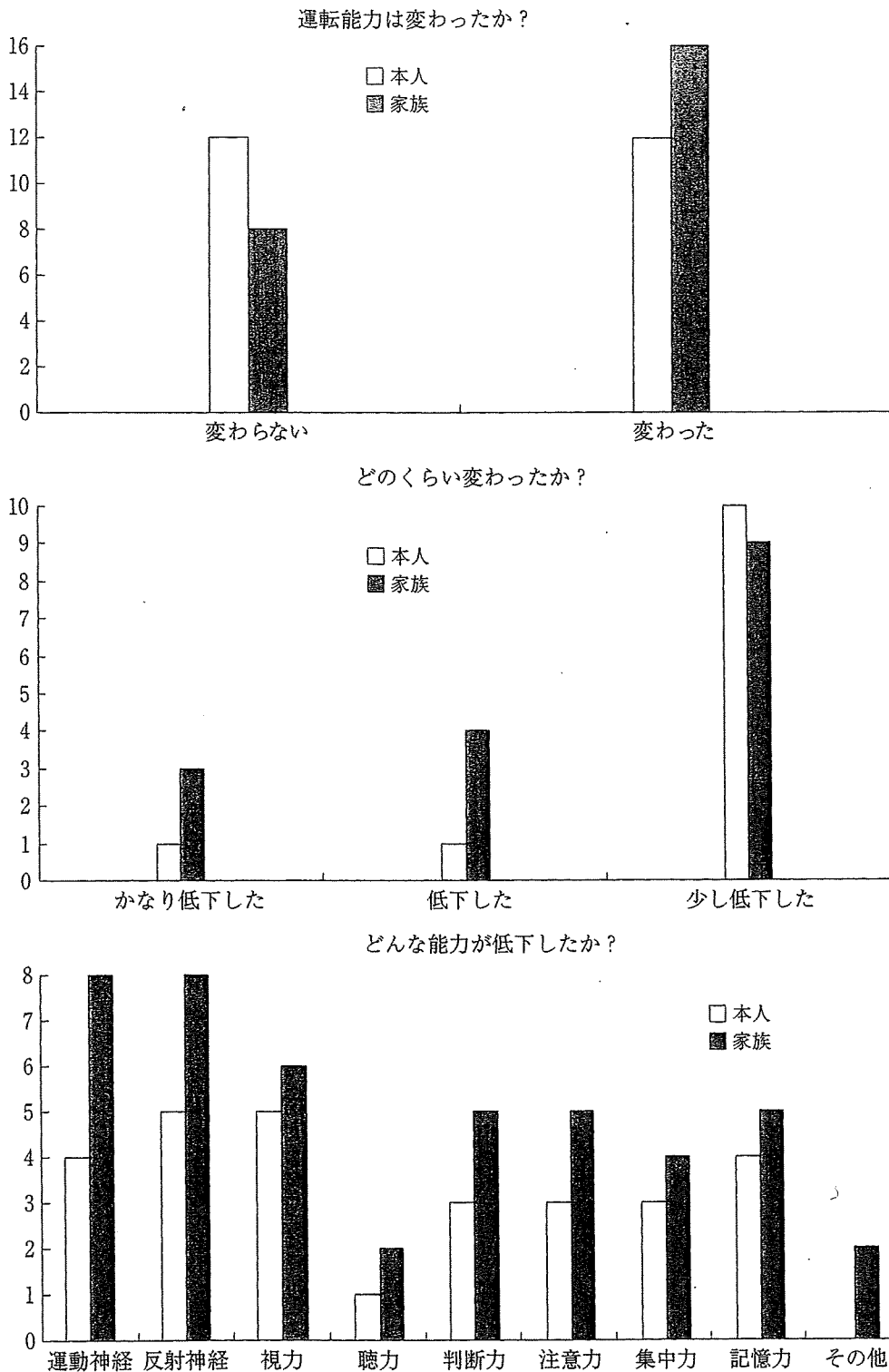


図4 運転能力について (アンケート項目 本人⑧・家族⑧)

知症患者 20 人中 15 人 (75%) が「医師からの中止勧告はない」と回答していることから、運転中止の判断を AD 患者自身に委ねると、運転中止の時期を誤り、事故を起こす危険性が高いことが明

らかである。本研究の運転制限の認識のない 6 人は、今後も運転中止はたいへん困難であると推測された。

運転能力の低下について本人と家族で乖離を認