

## SJ Interview

## SJ インタビュー

医療現場での経験と研究を積み上げ、  
認知症者の運転能力評価のあり方を提言

上村さんは老年精神医学の専門家です。昨年、「認知症者の自動車運転能力評価とその課題」という論文を発表。この論文は高齢運転者の認知症をめぐる諸問題について、従来の社会的対応の経緯と現状、今後の課題と将来の方向性などを学術的な観点から包括的にまとめた点が高く評価され、今年4月に第40回国際交通安全学会賞（論文部門）（主催：（公財）国際交通安全学会）を受賞した。

認知症の多様な症状に  
合わせた対応が必要

上村さんは1990年代後半に医師となり、認知症者の診療にあたった。「当時、患者の方々のほとんどが運転免許を持ち続けていることに違和感を覚えました。それが認知症と自動車運転について研究を始めたきっかけです」と振り返る。上村さんは2000年に「アルツハイマー型認知症高齢者に対する運転中断の試みに関する症例報告」を発表。運転継続を主張する78歳の認知症者に対し、どのようにアプローチして運転中断へと導いたかを報告したものだ。認知症者の運転が道路交通法で規制される前のことである。これ以前に、認知症と自動車運転に関する医学的検討はほとんどなかったという。

認知症は様々な原因疾患により引き起こされる大脳疾患の総称で、その症状は多様だ。代表的なものにアルツハイマー型、前頭側頭型、脳血管性、レビー小体型がある（下表参照）。「運転行動は認知→予測→判断→操作が基本動作となります。そのため、認知症によって運転行動にも影響が出ることは想像に難くないですが、現時点でも認知症の精神神経症状と運転能力との関連性については十分に検証されているとはいえません」。

上村さんは認知症の原因の違いにより、運転行動や交通事故の危険性に差異があるかを明らかにしようと、認知症者83人（男性63人・女性20人）を対象に実態調査を行った。対象者の平均年齢は70.7歳で、臨床診断別ではアルツハイマー型（AD）患者41人、脳血管性（VaD）患者20人、前頭側頭型（FTD）患者22人であった。

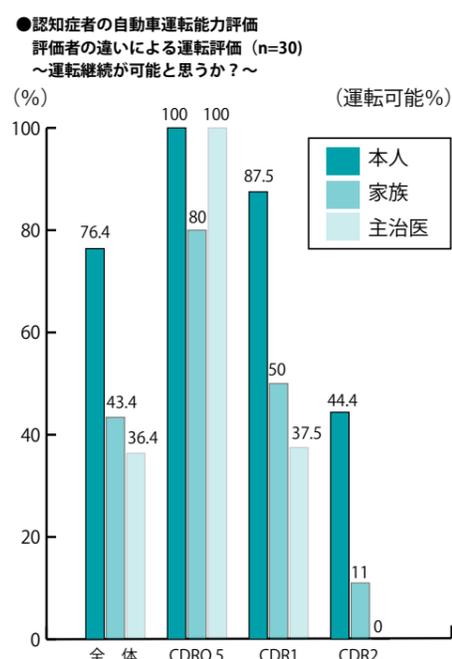
その結果、83人中34人（41.0%）が交通事故を起こしていた。AD患者は41人中16人（39.0%）で、運転行動や事故の特徴として「行

き先を忘れてしまう」「迷子運転や駐車場での枠入れが上手くできず接触事故を起こす」ことが認められた。VaD患者は20人中4人（20.0%）で、ハンドル操作やギアチェンジミス、速度維持困難が要因と考えられた。FTD患者では22人中14人（63.6%）と最も高い比率で事故を起こしており、その特徴として信号無視や注意維持困難や脇見運転による追突事故が多くみられた。

さらに、ADと認知機能よりも精神症状や行動障がいの方が病気の初期に目立つFTDの運転行動を比較。ADでは行き先忘れ、車庫入れの失敗が多いのに対し、FTDでは車間距離の維持困難、信号無視や道路標識の無視、脇見運転が多いことから、FTDの事故や違反の危険性はADより高くなっていることが明らかとなった。このように認知症といっても、ひとくくりにするのはではなく、その症状に合わせて対応する必要があると上村さんは指摘する。

認知症者の家族に対して  
効果的な心理教育を

上村さんが認知症者30人を対象に「運転継続が可能だと思うか？」について患者本人、家族、主治医それぞれに評価を聞いたところ（下記グラフ参照）、ごく軽度レベル（CDRO.5）の認知症では本人および主治医は100%運転が可能と評価したのに対して、家族は80%だった。軽度レベル（CDR1）では本人の87.5%が運転可能と判断しているが、家族は50%、



## ●認知症の原因別による症状の違いと運転行動の特徴

	アルツハイマー型	前頭側頭型	脳血管性	レビー小体型
記憶	出来事記憶の障がい（いつ、どこでといった記憶を思い出せない）	意味記憶が障がいされることもある（言葉の意味、物の名前がわからず、会話が通じない）	出来事記憶の障がい（軽い場合も多い）	出来事記憶の障がいはあるが目立たない場合もある 症状が変動しやすい
場所の理解	侵される	保たれる	侵されることもある	侵される（特に視覚認知障がいのため、位置関係がわかりにくくなる）
普段の態度	取り繕い、場合合わせ（もっともらしい態度や反応を示す）	脱抑制的な行動（社会のルールを守らない等）、常同行動・固執（同じことを繰り返す、こだわり続ける）	意欲低下 感情失禁（わずかなことで急に泣き出したり、怒ったりする）	幻視（実在しない人や動物が ありありと見える） 錯視（床のゴミなどを動物や虫と見まちがう） 大きな声での寝言
運転行動	・運転中に行き先を忘れる ・駐車や幅寄せが下手になる	・交通ルール無視 ・運転中の脇見 ・車間距離が短くなる	・運転中にボーっとするなど 注意散漫になる ・ハンドルやギアチェンジ、ブレーキペダルの運転操作が遅くなる	・注意、集中力に変動が みられるため、 運転技術にもむらがある ・自身の運転の危険性に 気づいている場合がある

出典：「認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル」国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部



高知大学医学部精神科 講師 上村直人さん

主治医は37.5%。中程度（CDR2）では本人44.4%、家族11.0%、主治医0%が運転可能と考えていた。認知症の程度が軽い（CDR1）場合、主治医が運転をやめるべきと考える時期と本人の運転能力の自覚には大きな乖離が存在していたのである。

また、認知症者が運転中断を拒否する理由についても調査。患者本人はその多くが、感情的に運転中断を受け入れられず、「なぜ医師にいわれないといけないのか」と感じている。また、「生活に必要」「趣味・生きがいである」等、運転が生活に直結していることもうかがえる。一方、家族は「本人がやめてくれない」という理由以外に、どうしていいかわからない、生活のためにたとえ認知症であってもやめられては困るといった社会的な理由も挙げている。「このように、運転中断が困難なのは本人の病識（病識に対する自覚）がないことはもちろん、患者や家族の心理、社会的背景の違いが影響していると考えられます」。

現在、認知症と判断された場合は医師が診断書を提出し、都道府県公安委員会が運転免許の効力を停止したり、運転免許の自主返納を促したりして、運転を中断することが推奨されている。一方で、病識の低下した認知症者では中断の告知を忘れていたり、あるいは生きがいなどの生活に直結している場合、なかなか医師の勧告を受け入れず、無免許運転で交通事故を起こすこともあり得る。

上村さんは、認知症者の家族への心理教育のあり方について検討を行った。心理教育に活用したのは、「認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル」<sup>①</sup>（国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部）。運転を中断しなければいけなくなった時の対応などが具体的に記されている。そして、高知大学医学部附属病院物忘れ外来を受診し、認知症もしくは認知機能の低下をきたしている患者73人（2010～2014年）の介護家族に、同マニュアルを用いた面接方式による心理教育を実施したのである。すると、全体の75.3%が運転を中断。運転を継続していても、その半数以上は運転する機会を減らしたり、家族が助手席で指示を出すなど運転行動に変化がみられ、心理教育の有効性を確認できたという。上村さんはいう。

医学的・科学的研究を進めるための  
国家的枠組みづくりが課題

認知症者の自動車運転に関して、運転能力の評価方法や運転中断後の社会的対策は十分とい

えない状態で、医学的・科学的研究としても検討すべき課題はまだ多いと上村さんは訴える。

「自動車運転は様々な行政領域と関係していることが問題を難しくしていると感じています。運転免許は警察庁、自動車・カーナビシステムは経済産業省、道路環境・自賠責は国土交通省、民間保険は金融庁、病気は厚生労働省です。そのため、認知症と自動車運転の問題を包括的に考え、解決策をとることがなかなかできない。認知症による運転能力の低下や事故の危険性を認識しながら運転させて、観察研究を行うことは倫理的に許されることではありません。その一方で、こうした観察研究ができないことは解明を阻害する要因でもあるのです。自動車教習所と大学および研究組織との連携や、研究特区など真理探究が可能となる国家的枠組みづくりが必要だと思います」。

また、最近は認知症予防ブームでマスコミ等を通じた様々な予防方法が宣伝されているが、こうした情報を鵜呑みにしないよう上村さんは警鐘を鳴らす。「外来診療で『運転をやめるとボケが進むから、運転はリハビリとして続けさせたい』という家族の方がよくいます。私は運転をやめることが直接的に認知症を発症させたり、進行のスピードを加速させるとは考えていないので、『現時点で危険ではないと感じていても今後、認知症が進行して危険になってからでは遅い』と説明するのですが、本人や家族の顔を見ると納得していないと感じます。この問題については正しい情報や正解はありません」。

運転継続の可否は運転能力で判断すべきであること、MCI（認知症の前段階）の運転能力評価には、医学・工学・心理学の連携と協働作業が必要だと上村さんは強調する。「人間は65歳以上の15%が認知症になると疫学調査でも判明しています。『社会施策は生物学の法則に従わなければならない』。これは明治初期の官僚・政治家で医師の後藤新平の言葉です。『社会の慣習や制度は、生物と同様に相応の理由と必然性から発生したものであり、無理に変更すれば大きな反発を招く。よって現地を知悉し（知りつくし）、状況に合わせた施政を行っていくべきである』とも解釈されています。病気になった人間がどのような反応をして事故を起こすのか、私たちはもっと知る必要があるのです」。認知症という病態を生物学的な法則という視点からみて、経験や研究の成果を継続的に積み上げていくことが、今後の対策づくりに最も大切だと上村さんは考えている。