

銚石和彦, 池田 学, 田辺敬貴. 痴呆の症候学的分類. Annual Review 神経 2003 (柳澤信夫, 篠原幸人, 岩田 誠, 清水輝夫, 寺本 明編), 59-66, 中外医学社, 東京, 2003

池田 学. 周辺症状と痴呆の行動心理学的問題. 別冊日本臨床 痴呆症学 (1): 109-113, 2003

繁信和恵, 池田 学. 介護保険主治医意見書. 臨床精神医学 増刊号 精神科診療に必要な書式マニュアル, 133-141, アークメディア, 東京, 2003

河野保子, 首藤 貴, 藤目節夫, 杉山充宏, 池田 学, 陶山啓子, 得丸敬三. (高齢者の交通事故防止調査研究会 編). 高齢者の交通事故防止調査研究報告書. 社団法人 愛媛県交通安全協会, 2004

2. 学会発表

Ikeda M, Tanabe H. Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration (FTLD). 4th International Conference on Fronto Temporal Dementias, Lund, Sweden, April 24-26, 2003

池田 学. シンポジウム 痴呆の早期診断 (臨床). 地域における MCI

の疫学—中山町研究を通して—. 第 23 回日本老年医学会, 名古屋, 6 月 18-20 日, 2003

池田 学. シンポジウム アルツハイマー病の早期診断 —ベッドサイドの神経心理学—. 第 22 回日本痴呆学会, 東京, 10 月 3-4 日, 2003

池田 学. シンポジウム記憶障害. アルツハイマー病の妄想と記憶障害の関係について. 第 27 回日本高次脳機能障害学会, 東京, 12 月 4-5 日, 2003

池田 学. シンポジウム 痴呆症の早期発見・診断がなぜ必要か. 疫学・予防の立場から. 厚生省効果的医療技術の確立推進事業痴呆研究会による研究成果発表会, 名古屋, 2 月 14 日, 2004

池田 学. シンポジウム 痴呆、精神疾患についての脳循環動態. 痴呆の精神症状. 第 6 回 日本ヒト脳機能マッピング学会, 東京, 3 月 21-22 日, 2004

(6)あなたが公共交通機関を利用していない場合、それはなぜですか。いくつでもあてはまるものに○をつけてください

- 1) 駅やバス停が近くにないから
- 2) 利用したい時間に、鉄道(電車)やバスが時刻表にないから
- 3) 待っている時間がめんどうだから(自分の思う時間に移動できないから)
- 4) 腰痛やひざ痛などのため、歩いて移動することが難しいから
- 5) お金がかかるから
- 6) 荷物が多いから
- 7) その他

(7)あなたは普段の生活でよく利用する移動手段は以下のどれですか？(あてはまるものはいくつでも○をして下さい)利用される交通機関については、利用頻度もお答えください。

交通手段	使う場合の頻度		
	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
1) 鉄道(電車)	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
2) バス	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
3) タクシー/ハイヤー	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
4) 自動車(自分で運転)	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
5) 自動車(家族が送迎)	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
6) バイク/スクーター	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
7) 自転車	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
8) その他()	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない

(8)生活上どのような目的で自動車を利用しますか？ 自分で運転しない場合もお答えください。
(あてはまるものはいくつでも○をして下さい) 頻度もお答えください。

目的	使う場合の頻度		
	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
1) 買い物などのため	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
2) 通勤・通学	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
3) 医療機関への通院	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
4) 会合(寄り合い)などへの出席	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
5) 介護施設への通所	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない
6) その他()	使う	ほぼ毎日・週数回・月数回・年数回	使わない

2:自動車運転に関する質問です

(1)あなたは運転免許をお持ちですか？

(持っている・持っていない)

(2)現在、運転はしていますか？(している・していたが現在やめている・した事がない)

(3)自動車運転をされる方に対する質問です。(免許をお持ちでない方、または、お持ちでも運転されない方は、最後のページのみなさん全員への質問に進んでください。)

1)あなたはどの程度運転をしていますか？

1. 毎日
2. 1週間に数回
3. 2-3週間に数回
4. ほとんど乗らない

2)あなたが運転をされる目的は何ですか？(あてはまるものはいくつでも○をして下さい)

1. (自分のための)買い物
2. (自分のための)病院への通院
3. ドライブが好きだから
4. 仕事・通勤
5. 家族を買い物や病院へ連れていくため
6. その他の目的()

3)あなたが運転している場合以下のようなことはありますか？

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1. 夜間に、運転することがある | <u>はい・いいえ</u> |
| 2. 一人で運転することがある | <u>はい・いいえ</u> |
| 3. 慣れないところを運転することがある | <u>はい・いいえ</u> |
| 4. 長距離を運転することがある | <u>はい・いいえ</u> |
| 5. とてもゆっくり走ることがある | <u>はい・いいえ</u> |
| 6. 悪天候では運転しないようにしている | <u>はい・いいえ</u> |

(4)あなたは自分で、自動車の運転ができなくなったら、日常生活上困りますか？

- 1)非常に困る
- 2)どちらかという困る
- 3)どちらでもない
- 4)どちらかという困らない
- 5)困らない

3:みなさん全員に対する質問です。みなさんお答え下さい。

(1)痴呆症患者は運転をやめるべきだと思いますか？ (思う・思わない・わからない)

(2)痴呆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行うべきだと思いますか？よいと思うものにいくつでも○をして下さい

- 1)本人
- 2)家族
- 3)医師(主治医)
- 4)警察等の行政機関
- 5)その他()

(3)痴呆症患者が運転をやめても、安心して生活していくためにはどのような制度があれば良いと思いますか？ 思うものにいくつでも○をして下さい

- 1)バス・鉄道などの公共交通機関の整備、充実
- 2)バス・鉄道などの公共交通機関割引制度
- 3)高齢者のためのタクシー割引制度
- 4)介護保険による通院、通所援助
- 5)その他()

(4)ご自分、あるいはご家族が痴呆症になった時に、運転をやめても生活できる場所に転居したいと思いますか。

(思う・思わない)

思わない場合は、その理由をお書きください()

(5)平成14年6月の改正道路交通法で、痴呆症患者の運転免許が取り消しとなる可能性があると定められた事を知っていますか？

(知っている・知らない)

(6)痴呆症患者の運転が法律で禁止されることに対してどう思いますか？

ご意見をお書きください

()

ご協力ありがとうございました

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（総括・分担）研究報告書

痴呆患者の運転実態に関する研究 —予備的調査—

（主任又は分担）研究者 博野 信次 愛媛大学医学部看護学科教授

研究要旨

2002年6月の改正道路交通法により、痴呆症は行政から免許を停止されることになったが、痴呆患者の運転実態に関する本邦における資料はほとんどない。専門外来を受診し何らかの痴呆性疾患と診断された患者の家族に対し、運転に関するアンケートを実施し、痴呆患者の運転実態について検討した。2003年8月から2004年2月に愛媛大学医学部附属病院ないし財団新居浜病院の専門外来を受診した痴呆患者のうち、診察日までの1年以内に自動車ないしオートバイの運転の経験があり、同居家族から確実な情報が得られ、調査に同意を得た31家族より回答を得た。患者の内訳は男性29名、女性2名、平均年齢は69.7歳であった。アンケートは介護家族による自記式で実施した。調査時に既に運転を中止できていた例は6例であった。中断を試みた事が「ある」家族は17例、「ない」12例であった。やめさせられない理由としては複数回答可で、「本人がやめたがらないから」が最多（77%）で、次に「患者の運転が家族の生活上必要だから」（46%）であった。未中断例22例のうち、患者の運転に対して家族が問題を感じるかどうか尋ねたところ、「全く問題ない」2例、「問題ない」6例、「少し問題あり」9例、「問題あり」が3例であった。診断後事故を起こしたことのある患者は3例、また、事故には至らないが「危ない」と感じている家族の数は9例であった。多くの痴呆患者が日常的に運転を継続しており、家族はその運転が危険なものであると感じていないか、多少なりとも危険を感じつつも黙認、もしくは積極的な中止に介入できずにいることが明らかになった。近隣に何らかの他の交通手段がありながら、家族が患者の運転を中止できない理由として、家族の痴呆患者の運転の危険度に対する意識の低さ、患者本人の運転に対する執着、痴呆患者の運転に家族が依存しているなどの、代替手段を利用できない理由の存在等が推測された。

愛媛大学医学部看護学科

博野信次

愛媛大学医学部神経精神医学教室

池田 学 松本光央 石川智久

A. 研究目的

2002年6月の改正道路交通法により、痴呆症は行政から免許を停止されることになったが、改正前も含めて痴呆患者の運転実態に関する本邦における資料はほとんどない。専門外来を受診し何らかの痴呆性疾患と診断された患者の家族に対し、運転に関するアンケートを実施し、痴呆患者の運転実態について検討した。

B. 研究方法

2003年8月から2004年2月に愛媛大学医学部附属病院ないし財団新居浜病院の専門外来を受診した痴呆患者のうち、診察日までの1年以内に自動車ないしオートバイの運転の経験があり、同居家族から確実な情報が得られ、調査に同意を得た31家族より回答を得た。患者の内訳は男性29名、女性2名、年齢分布は52歳から83歳であり、平均年齢は69.7歳であった。診断はアルツハイマー型痴呆23名、前方型痴呆6名、レビー小体型痴呆1名、進行性核上性麻痺1名であった。

なお、アンケートには上村らが道路交通法改正前の痴呆患者の実態調査

に用いた質問紙を用い、介護家族による自記式で実施した。

C. 研究結果

- (1) アンケート実施時に既に運転を中止できていた例は6例であった。
- (2) 中断を試みた事が「ある」家族は17例、「ない」12例、無回答2例であった。
- (3) やめさせられない理由としては複数回答可で、「本人がやめたがらないから」が最多(77%)で、次に「患者の運転が家族の生活上必要だから」(46%)であった。以下、「説得してもすぐに忘れるから」「よけいに怒ったりするから」が続いた。
- (4) 車、オートバイを自ら所有している患者の数は25例、家族と共有している患者の数は3例、所有していない患者の数は2例、無回答1例であった。無回答の1例を除き、30例全てが住居の周辺に何らかの公共交通機関がある、と回答していた。
- (5) 頻度に関して、「毎日運転」する、と答えた数は17例、7例が「週に数回」であった。
- (6) 運転する目的で最も多かったのが「買い物」で57.7%、「趣味・気分転換」38.5%、「通院」34.6%、「仕事・通勤」26.9%、であった(複数回答あり)。
- (7) 未中断例22例のうち、患者の運

転に対して家族が問題を感じるかどうか尋ねたところ、「全く問題ない」2例、「問題ない」6例、「少し問題あり」9例、「問題あり」3例、「わからない」または無回答が2例であった。

(8) 診断後事故を起こしたことのあ
る患者は3例、また、事故には至ら
ないが「危ない」と感じている家族
の数は9例であった。無回答は4例
であった。免許の更新は無回答の5
例を除き、残り26例ができていた。

D. 考察

多くの痴呆患者が日常的に運転を
継続しており、家族はその運転が危険
なものであると感じていないか、多少
なりとも危険を感じつつも黙認、もし
くは積極的な中止に介入できずにい
ることが明らかになった。住居近隣に
何らかの他の交通手段がありながら、
家族が患者の運転を中止できない理
由として、痴呆患者の運転の危険度
に対する家族の意識の低さ、運転に対
する患者本人の執着、痴呆患者の運転
への家族の依存、代替手段を利用でき
ない理由の存在等が推測された。また、
免許の更新はほぼ全例でできており、
実際に事故、もしくは事故至らないま
でも危険な運転をする痴呆患者を検
出できていない可能性がある。

比較的多数の項目で無回答がみら
れたので、質問内容の修正、自記式で

はなく半構造化面接への改訂を実施
する必要性が明らかになった。

D. 結論

今後の展望として、家族だけでなく
社会全体に対する痴呆患者の運転の
危険に関する啓発や、高齢者の運転能
力を的確に評価できる指標の開発、専
門医と行政の連携が必要である。また、
公共交通機関の充実など、運転を中止
した患者と家族に対する代替サービ
スの提供が必要であると考えられる。

F.

1. 論文発表

Hirono N, Hashimoto M, Yasuda M,
Kazui H, Mori E. Accelerated memory
decline in Alzheimer's disease with
apolipoprotein e4 allele. J
Neuropsychiatry Clin Neurosci 15:
354-358, 2003

Ishii K, Mori T, Hirono N, Mori E.
Glucose metabolic dysfunction in
subjects with a Clinical Dementia Rating
of 0.5. J Neurol Sci 215 : 71-74, 2003

Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R,
Maki N, Hokoishi K, Nebu A, Nomura M,
Komori K, Tanabe H. Delusions of
Japanese patients with Alzheimer's
disease. International Journal of Geriatric

Psychiatry 18 : 527-532, 2003

Nishio Y, Nakano Y, Matsumoto K,
Hashimoto M, Kazui H, Hirono N, Ishii
K, Mori E. Striatal infarcts mimicking
frontotemporal dementia: a case report.
Eur J Neurol 10 : 457-460, 2003

Kazui H, Hashimoto M, Hirono N, Mori
E. Nature of personal semantic memory:
evidence from Alzheimer's disease.
Neuropsychologia 41 : 981-988, 2003

Kazui H, Mori E, Hashimoto M, Hirono
N. Enhancement of declarative memory
by emotional arousal and visual memory
function in Alzheimer's disease . J
Neuropsychiatry Clin Neurosci 15 :
221-226, 2003

小坂直美, 博野信次, 東陽次郎, 森
悦朗. 中年期の食習慣とアルツハイ
マー病の発症との関連の検討. 臨床
栄養 102:53-58, 2003

博野信次. Neuropsychiatric Inventory
(NPI). 別冊日本臨床 痴呆症学 (1),
154-158, 2003

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（総括・分担）研究報告書

道路交通法改正前の痴呆症患者の自動車運転に関する実態調査

（主任又は分担）研究者 上村直人 高知大学医学部神経統御学講座助手

研究要旨

高齢社会を既に迎えた我が国では、自動車を運転する痴呆症患者が増加していくと予測される。しかし痴呆症患者がいつまで運転ができるのか、またどのような基準で痴呆症患者に運転中断を勧告すべきか等の点に関する医学的検証は皆無であり、痴呆症患者の運転に関するガイドラインは我が国には存在しない。一方、2002年6月の道路交通法の改正により、痴呆が自動車運転における欠格条項として新たに規定されたが、前述した痴呆症患者の運転問題の解決には至っていない。そこで今後社会問題化すると思われる痴呆症患者の運転行動について検証するため、1997年9月 - 2001年9月に高知医科大学神経科精神科及び関連施設を受診した痴呆症患者30名（男性19名、女性11名、初診時平均年齢69.4±8.2歳、平均改訂長谷川式簡易知能評価スケール16.2±6.8点、臨床診断（アルツハイマー型痴呆20名、脳血管性痴呆3名、混合型痴呆2名、前方型痴呆4名、その他の痴呆1名）を対象として、痴呆症患者の運転状況と運転に対する家族の対応、及び本人、主治医、家族の運転に対する意向について検討した。その結果、多くの痴呆症患者が痴呆発症後も運転継続をしていることが明らかとなった（30名中22名、73.3%）。痴呆の重症度にかかわらず、本人の運転継続の意向は強かった。中等度痴呆では、主治医と家族の間で運転継続の判断は一致率が高かったが、運転を継続している軽度レベルでは、主治医と家族の間でも判断が異なっていた。その為運転中断に当たっては痴呆症患者の運転能力に関する医学的実証研究に基づくガイドラインの作成が急務であると考えられた。

高知大学医学部神経精神統御学講座

上村直人 掛田恭子

A. 研究目的

近年、高齢者の交通事故の急増が社

会的にも問題となっている。そして高齢社会を迎えたわが国では今後痴呆性疾患の増加に併せ、運転免許を保持する痴呆性ドライバーも急増すると考えられる。そこで我々は痴呆症患者の運転に対してどのような課題があるのか高知医科大学神経精神科及び関連施設を受診し、運転免許を保持する痴呆症患者の運転の実態と家族の対応について調査し検討を加えた。

B. 研究方法

対象は 1) 1995 年 9 月～2001 年 9 月に高知医科大学神経科精神科及び関連施設を受診し、2) DSM-III-R の痴呆の診断基準を満たした患者で、3) 初診時に運転免許を保持する痴呆症患者で、同意を得られた者を対象とした。基本的評価として初診時の年齢、性別、臨床診断、認知機能の評価として改訂長谷川式簡易知能評価スケール (以下 HDS-R)、痴呆の重症度評価として Clinical Dementia Rating Scale (以下 CDR) を用いた。対象者は 30 名 (男性 19 名、女性 11 名) で、初診時の平均年齢は 69.4 ± 8.2 歳 (52～84 歳) であった。臨床診断ではアルツハイマー型痴呆 20 名、脳血管性痴呆 3 名、混合型痴呆 2 名、前方型痴呆 4 名、その他の痴呆 1 名で、初診時の平均 HDS-R は 16.2 ± 6.8 点 (21 点以上 9 名) であった。CDR 別評価では CDR

0.5=6 名、CDR1=17 名、CDR2=7 名であった。

自動車運転の実態に関して、観察期間中の交通事故の有無、運転行動の変化、運転中断の有無について調査した。

C. 研究結果

30 名の対象者の中で、初診時に運転していた者は 22 名 (CDR0.5=6 名、CDR1=12 名、CDR2=4 名) であった。運転免許は保持しているが、初診時までに自ら運転をやめていた者が 2 名、免許は保持しているが、家族に運転を中断させられていた者が 6 名で、この 8 名は CDR2 の中等度痴呆であった。痴呆発症後から初診時までに交通事故を経験した者は 30 名中 8 名 (26.7%) であり、残りの 22 名 (73.3%) は痴呆発症後も交通事故は経験していなかった。初診時以降の観察期間中に交通事故や違反を起した者は 6 名おり (運転継続 22 例中の 27.2%)、CDR 別では CDR0.5=6 名中 0 名、CDR1=12 名中 4 名、CDR2=4 名中 2 名であった。観察期間終了時点の 2002 年 3 月で運転継続していた者は 13 名で、初診時運転継続者 22 名の 59% に減少していた。

D. 考察

多数の痴呆症患者が痴呆診断後も運転を継続しており、また家族の多くがその対応に苦慮している事が明ら

かとなった。また軽度痴呆レベルであっても家族が対応に苦慮したり、運転の危険性も見られる場合があるため、早期に運転能力の評価や、痴呆症患者の運転に対する家族へのアプローチが必要であると思われる。2002年6月の道路交通法改正により、痴呆性疾患の患者は運転が禁止されうる事が法律で明確化された。これにより介護家族が日常生活上の対応や精神的な負担から解放されうると期待できる一方、運転行動が危険ではないにもかかわらず家族の一存で運転中断が痴呆症患者に強制されうるなどの人権問題に陥ることが予測されたり、運転中断を回避するため医療機関への受診自体が抑制されたりする恐れがあるなどの懸念もある。また痴呆全般に一律の対策ではなく、痴呆の原因別の運転行動特徴を考慮した対策が必要と思われるが、現状の法対策では解決は見出せていない。

E. 結論

多数の痴呆症患者が自動車運転を継続しており、継続困難な場合、家族の介護負担が増悪する事が示唆された。その為と、痴呆症患者の運転能力に関する医学的実証研究に基づいたより実際的なガイドラインの作成が急務であると考えられる。

F.

1. 論文発表

上村直人, 掛田恭子, 井上新平. 向精神薬 「高齢者と薬」 JIM 13 : 932-937, 2003.

2. 学会発表

上村直人, 掛田恭子, 泉本雄司, 下寺信次, 井上新平. アルツハイマー型痴呆と前頭側頭型痴呆の運転行動の特徴の差違についてー
よる運転行動の違いと対応ー. 第20回日本社会精神医学会, 岩手, 3月4日～5日, 2003.

上村直人, 掛田恭子, 下寺信次, 北村ゆり, 真田順子, 池田 学. 痴呆症患者の自動車運転に関するアンケート調査. 第19回日本老年精神医学会 名古屋, 6月18日～20日, 2003.

上村直人. 痴呆性ドライバーにおける基本的問題 医師は本当に運転能力を判断できるのか? 法と精神科臨床研究会第12回例会. 東京 8月30日, 2003.

上村直人, 掛田恭子, 下寺信次, 北村ゆり, 真田順子, 池田 学. アルツハイマー型痴呆と前頭側頭型痴呆の運転行動の特徴の差違について.

第 44 回中国四国精神神経学会. 香川
11 月 20 日～21 日, 2003

〈資料4〉

第18回老年精神医学会抄録

「痴呆性老人の自動車運転に関する家族意識調査～家族会会員と介護者意識の相違について～」

上村直人 掛田恭子 泉本雄司 下寺信次
北村ゆり 真田順子
池田学

高知医科大学神経精神医学教室
菜の花診療所
愛媛大学医学部精神神経医学教室

はじめに

H14年6月から改正道路交通法の施行により痴呆性ドライバーの運転が禁止された。しかしこれまで痴呆性老人が自動車運転をすることの是非について医学的に十分議論はされていない。そこで我々は痴呆性老人の自動車運転に関する実態調査のため、痴呆を抱える家族の会高知県支部の会員対象にアンケート調査を施行した。

対象と方法

家族会調査はH14年2月に郵送方式で272名に対し行い、114名から回収した(回収率42%)。痴呆性ドライバーを介護する会員はいなかったが、過去に運転歴があるものは29名であった。

調査内容

1) 痴呆性ドライバーが運転中断をすべきかどうか、2) 中断する場合はどこが決定すればよいか、3) 運転中断の方法はどうすればよいか、4) 運転中断しても痴呆性ドライバーが生活する為にはどのようにすればよいか、5) H14年6月施行の改正道路交通法における痴呆性ドライバーの欠格条項について知っているかどうか、6) 痴呆性ドライバーを介護している場合、運転に際しての危険性や介護困難の有無について調査を行った。

結果

- 1) 痴呆性老人が運転を止めるべきかどうかでは、家族会会員の大多数(114名中93名、81%)が運転をやめるべきであるという意見であった。
- 2) 家族会調査では痴呆の運転を中断する場合、家族の意見や医師の判断を重視する意見が7割、本人の意向や警察にゆだねるという方法は3割程度と低い結果であった。
- 3) 家族会会員調査では運転を中断する際の判断基準では、痴呆の程度を重視すべきという意見が61.4%で最も多く、以下痴呆の有無50.8%、運転技術34.2%、警察の試験33.3%の順であった。
- 4) 痴呆性ドライバーの生活ため、高齢者のためのタクシー割引や、介護保険による通院援助、公共交通機関の整備など社会サービスの充実に期待する意見が過半数に見られた。
- 5) 痴呆性老人の運転が制限を受けるようになることを、家族会会員の9割近くが知らなかった。
- 6) 家族会の会員調査において、過去に運転をしていた痴呆性老人を介護経験のある29名では、痴呆発症後、7割近くに運転行動上何らかの変化が見られ、中には接触事故や、物損事故、高速道路の逆走など、危険な行為も見られていた。また御家族が運転を止めさせようと中断を試みても、本人が自然にやめたものは26名中5名と少なく、むしろ鍵を隠したり、車を廃車にしたりと過半数の家族の方がやめさせるのが大変であった。そして26名中11名が、痴呆であっても問題なく免許の書き換えができており、免許制度自体にも今後対策が必要であると思われた。

発表当日は医療機関に通院中の痴呆性ドライバーを介護する家族に対して施行した同様のアンケート調査結果の相違点についてのべる予定である。

〈資料5〉

第44回中国四国精神神経学会抄録

演題名 神-23 アルツハイマー型痴呆と前頭側頭葉型痴呆の運転能力の差異について

- 1) 高知大学医学部神経統御学講座 神経精神病態医学教室
2) 菜の花診療所 3) 愛媛大学医学部精神神経科

上村直人¹⁾ 掛田恭子¹⁾ 下寺信次¹⁾ 井上新平¹⁾
北村ゆり²⁾ 真田順子²⁾ 池田 学³⁾

〈発表背景〉

平成14年6月から道交法改正で、痴呆症が運転中止として明確化された。そこで痴呆の原因疾患別の運転行動評価を行った。

〈対象と方法〉

アルツハイマー型痴呆(DAT)23名、前頭側頭葉変性症(FTLD)4名に対して、痴呆重症度評価、および家族に対して運転行動評価を行った。

〈結果〉

家族評価から、DATとFTLDでは、運転行動において大きな差異が認められた。DATは、行き先忘れ、車庫入れ失敗などであるが、FTLDでは、信号無視、わき見運転、車間距離が狭いなどであった。また運行動の危険性もDATよりむしろFTLDが危険性が高いと考えられた。そのため運転中断の検証には、痴呆の原因疾患も考慮する必要があると考えられる。また今後症例を増やして検証する必要がある。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

FTD 患者の運転に関する家族介護者の介護負担に関する研究

分担研究者 荒井由美子 国立長寿医療センター研究所 長寿看護・介護研究室長

研究要旨

痴呆性疾患に罹患した者における運転の実態および問題について、我が国における知見は限られる。そこで本研究は、痴呆性疾患に罹患した者の自動車運転に関する問題を、事例を通じて明らかにすることを目的とした。I 病院にて外来診療を受け、前頭側頭型痴呆（Frontotemporal Dementia: FTD）と診断され、発症前より自家用車の運転をしていた FTD 患者 2 名の主たる家族介護者に対して、患者の運転に関する問題について、半構造化面接を行った。その結果、FTD 患者が運転を継続することは、極めて危険であることが明らかとなった。しかし、生活上、自家用車での移動が必要であるにもかかわらず、家族の中に、患者以外に運転する者がいない場合には、簡単には患者の運転を中止させることができないことも明らかとなった。

A. 研究目的

今後わが国においては高齢者の増加に伴い、高齢者において発症率の高い痴呆性疾患に罹患した運転者の増加が予想される。平成 14 年に施行された改正道路交通法により、痴呆性疾患の罹患によっても運転免許を取り消すことが可能となったが、運転能力の評価や免許の取り消しの条件となる痴呆の症状等について、明確には定められていない。また、痴呆性疾患に罹患した者における運転の実態について、これまで集められた知見は限られる。臨床の現場では、痴呆患者に対して、運転中

止を強く勧めているものの、多くの問題も生じているという。

そこで本研究は、痴呆性疾患に罹患した者の自動車運転に関する問題を、事例を通じて明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

対象は、2002 年 7 月に I 病院にて外来診療を受け、Lund と Manchester のグループによる基準により前頭側頭型痴呆（Frontotemporal Dementia: FTD）と診断され、発症前より自家用車の運転をしていた FTD 患者 2 名と、その主

たる介護者である同居家族各1名であった。

介護者に対して、対象患者の運転に関する問題について、半構造化面接による調査を行った。面接は、病院の相談室において、患者本人や他の関係者を交えずに行った。聴取時間は、約2時間であり、聴取に際しては、介護者の希望により録音は行わず、了承を得て面接者が筆記により記録した。

患者については、調査時点において、主治医により Clinical Dementia Rating (CDR) を用いて全般的な痴呆の重症度を、また改訂長谷川式簡易知能評価スケール (Revised version of Hasegawa's Dementia Scale: HDS-R) を用いて認知機能を評価した。また、ADL および手段的 ADL (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) については、調査時に、調査者による観察および主介護者からの聞き取りにより Barthel Index (20点版) および Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)、Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) による評価を行った。

C. 研究結果

1) 症例1 女性 調査時の年齢 69 歳。

介護者：夫 77 歳

家族構成：夫婦のみの世帯。娘が一人いるが、離れた土地に住んでいる。

調査時の利用介護サービス：デイケアを週6日利用している。

CT 画像所見：両側前頭側頭葉のナイフの刃状限局性萎縮、尾状核、扁桃体の

萎縮も目立ち、頭頂葉にもごく軽度萎縮が及んでいる。

調査時の評価：CDR 3、HDS-R 0 点、Barthel Index 6 点、PSMS 0 点、IADL 0 点。

生活歴：中学卒業。20 歳で結婚し、店員や事務のパート、内職などを続けていた。

発症時期：1988 年 (54 歳) 頃 急速に言葉が出なくなり失職

運転に関する問題

患者は、若い頃から自動車の運転をしていたが、1988 年 (54 歳) に、交差点の中央で理由もなく立ち往生することが多くなった。また同じ頃、たびたび一方通行路を逆走するようになった。危険な運転が増えたことに気づいた夫が、強制的に運転を止めさせるために、患者である妻の車を一方的に処分した。しばらくは不満そうであったが、夫の車に乗って運転することはなかったという。その後、自転車で移動するようになった。1993 年 (59 歳) 頃には、自転車で駅やバス停まで行き、電車・バスを利用して移動をした末、自力で帰宅できなくなり警察に保護されることを何度か繰り返した。そこで、夫が、自転車を物置の奥へ隠したため、その後は徒歩による外出のみとなった。

2) 症例2 男性 調査時の年齢 69 歳。

介護者：妻 62 歳

家族構成：夫婦のみの世帯。自宅の近くに住む息子夫婦と、結婚し遠くに住む娘がいる。

調査時の利用介護サービス：デイケアを週6日利用している。

CT画像所見：右優位の前頭側頭葉のナイフの刃状限局性萎縮、尾状核、扁桃体の萎縮も目立ち、頭頂葉にも軽度萎縮が及んでいる。

調査時の評価：CDR3、HDS-R 6点、Barthel Index 5点、PSMS 0点、IADL 0(1)点。

生活歴：高等学校卒業。仕事を転々とした後、会社を何度か興し、工場経営に至る。30歳で結婚。工場の経営は、現在息子と妻が引き継いでいる。

発症時期：1996年(63歳)頃 仕事への態度の変化と異常感覚

運転に関する問題

自動車運転は、患者である夫のみがしており、経営する工場へも、夫の運転する車に妻が同乗し、通勤していた。1998年(65歳)自分の工場から、車での帰途において、普通の道路ではない、暗いあぜ道のようなところへ入っていき、夜遅くまでグルグルと走り回るようになった。毎日同乗していた妻には、道に迷っていたようにも見えたが、最終的には帰宅できており、夫がわざと走り回っていたようにも思われたという。また、毎日同じ寿司の折り詰めを持ち、夜に妻の実家へ車で通うようになり、その往復においても遠くまで行ってしまい、連日帰宅が深夜となった。1999年(66歳)に、運転操作が非常にゆっくりとしかできなくなり、車の速度も出せなくなり、常に後ろに長い車の列ができるようになった。交通の支

障となり、知人から妻へ電話で連絡が入ったこともあった。その後、三度、自動車事故を起こした。いずれも、患者が当て逃げをしたものだという。それを受け、妻が車を処分した。自動車がなくなると、患者は連日長時間タクシーに乗るようになった。本症例の世帯は、外出時の移動を夫の運転する車に頼っていたため、妻は1999年から2年間かけて運転免許を取得し、現在では外来への通院などは、妻の運転する車で行っている(その後、この妻も疲労から二度交通事故を起こしたとのことである)。

D. 考察

本研究は、痴呆性疾患に罹患した者の自動車運転に関する問題を、事例を通じて明らかにすることを目的とし、発症前より自家用車の運転をしていたFTD患者2名と、その主たる家族介護者を対象に、聴き取り調査を行ったものである。

本研究の2症例とも、発症したと考えられる後も、受診せず診断を受けない状態で運転を継続していた。

症例1は、患者の夫も車の運転をしており、夫主導の夫婦関係であったことから、患者が危険な運転をするようになってから、短期間で、強制的に運転を中止させている。

一方、症例2は、介護者である妻自身が、当時患者の運転に依存して生活しており、また、患者主導の夫婦関係であったため、交通事故を起こすまで、患者に運転を中止させることができず

にいた。妻が車を処分した時点では、既に事態が把握できないほど痴呆が進行していたとのことである。患者である夫の運転に外出時の移動を頼っていた妻は、患者の介護を続けながら、教習所に通う必要に迫られた。

以上により、FTD 患者が運転を継続することは、極めて危険であることが明らかとなった。しかし、痴呆症状を発症したとしても、なかなか受診に至らないこと、生活上、自家用車による移動が必要であるにもかかわらず、家族が患者の運転に依存している場合には、簡単には患者の運転を中止させることができないことも、併せて明らかとなった。

E. 結論

痴呆性疾患に罹患した者の自動車運転に関する問題を、事例を通じて明らかにするために、FTD 患者 2 名と、その主たる家族介護者を対象に、聴き取り調査を行った。その結果、FTD 患者が運転を継続することは、極めて危険であることが明らかとなった。しかし、生活上、自家用車による移動が必要であるにもかかわらず、家族の中に患者以外に運転する者がいない場合には、簡単には患者の運転を中止させることができないことも明らかとなった。

研究協力者

熊本圭吾 国立長寿医療センター研究所 長寿看護・介護研究室

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

Arai Y, Ueda T. Paradox revisited: still no direct connection between hours of care and caregiver burden. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(2): 188-189.

Arai Y, Zarit SH, Kumamoto K, Takeda A. Are there inequities in the assessment of dementia under Japan's LTC insurance system? *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 346-352.

Washio M, Inoue H, Kiyohara C, Matsumoto K, Koto H, Nakanishi Y, Arai Y, Mori M. Depression among caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int Med J* 2003, 10(4): 255-259.

Washio M, Oura A, Arai Y, Mori M. Depression among caregivers of the frail elderly: Three years after the introduction of the Public Long-Term Care insurance for the elderly. *Int Med J* 2003; 10(3): 179-183.

Arai Y, Kumamoto K, Washio M, Ueda T, Miura H, Kudo K. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long-Term Care Insurance system. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58(4):(in press)

Arai Y, Kumamoto K, Washio M. Assessment of family caregiver burden in the context of the LTC insurance system: J-ZBI. Geriatrics & Gerontology Internatioanal 2004: (in press)

荒井由美子, 熊本圭吾. 高齢者リハビリテーションと介護. 老年精神医学雑誌 2003; 14(3): 367-375.

荒井由美子. 介護負担についての調査研究の現状. 医事新報 2003 ; 4117: 112-113.

鷺尾昌一, 荒井由美子, 和泉比佐子, 森 満. 介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: Zarit 介護負担尺度日本語版による検討. 日本老年医学会雑誌 2003 ; 40(2): 147-155.

荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二. Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI-8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 2003 ; 40(5) : 471-477.

工藤 啓, 右田周平, 菅沼 靖, 荒井由美子. 地域ケアシステム構築の手法について-企画書と計画書の重要性-. 公衆衛生 2003 ; 67(6) : 449-451.

増井香織, 荒井由美子, 鷺尾昌一, 工藤啓. 介護保険制度導入直後の介護負担の変化-要介護度, サービス利用との

関連-. 保健婦雑誌 2003 ; 59(11) : 1060-1065.

松鶴甲枝, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 朔義亮, 井手三郎. 訪問看護サービスを利用している在宅要介護高齢者の主介護者の介護負担-福岡県南部の都市部の調査より-. 臨床と研究 2003 ; 80(9) : 1687-1690.

荒井由美子. Geriatric Assessment. ジェロントロジーニューホライズン 2004 ; 16(2) : (印刷中).

荒井由美子. 介護負担の評価. 日本臨床 2004: (印刷中)

荒井由美子. Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI-8)の開発について. Gp net 2004 ; 50(11) : 22-23.

荒井由美子, 工藤 啓. Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)および短縮版(J-ZBI-8). 公衆衛生 2004 ; 68(2) : 125-127.

山崎律子, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 井手三郎. 大都市における訪問看護サービス利用者の公的サービスの利用状況と介護者の負担感-福岡市の一訪問看護ステーションの調査より-. 臨床と研究 2004 ; 81(1) : 115-119.

熊本圭吾, 荒井由美子, 上田照子, 鷺尾昌一. 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版(J-ZBI-8)の交差妥当性の検討.