

A. 研究目的

2002年6月には改正道路交通法が施行され、痴呆症患者は行政から免許を停止されうることになった。しかし現在まで、痴呆症患者の自動車運転について十分な議論はなされていない。特に、どのような基準なし検査結果をもって停止させるかという点が明示されていない点が、臨床の現場や免許更新時に混乱をきたしている。そこで今回我々は、専門外来を受診した痴呆症患者、および健常高齢者を対象に高齢者の免許更新時に使用されることがあるドライビングシミュレーターを用いてその運転能力について検討した。

B. 研究方法

愛媛大学医学部附属病院、高知大学医学部附属病院の専門外来を受診した痴呆症患者で受診当時、日常的に運転を行っている者と健常高齢者を対象とした。なお、全対象者と痴呆症患者の家族に対して、口頭と書面で研究の目的について説明を行い同意を得た。ドライビングシミュレーターは上記2病院に設置した三菱プレジジョン DS-2000（以下 DS）を用いた。対象の内訳はアルツハイマー病18名、前頭側頭葉変性症4名、脳血管障害5名、血管性痴呆1名、健常高齢者18名であった。今回、特

に患者数が多い AD について検討した。

運転免許所有歴、実際の自動車運転歴、主に運転する場所、頻度を聴取し、DSの練習プログラムを10分施行し、操作感に慣れさせた後、DSにプログラムされている「運転適性検査」を施行した。「運転適性検査」は単一の視覚刺激に対しブレーキを踏む操作の「反応時間」、「反応むら」、「見落とし」を算出する単純反応検査、3種類の刺激に対し各々異なる反応を行い、アクセル及びブレーキ操作それぞれの「反応時間」、「反応むら」、「誤反応数」を算出する選択反応検査、30km/h から 50km/h の速度で走行する際の景色を模した画面を見ながら道路に沿ってハンドルを操作し、そのときのハンドル操作の「誤差率」、「左右偏り」、「速度適応」を算出するハンドル操作検査、一定の速度でハンドル操作をしながら、3種類の刺激に対し、各々異なった反応を行い、そのアクセルまたはブレーキ操作それぞれの「反応時間」、「反応むら」、「誤反応数」、「ハンドル操作の誤差率」を算出する注意配分・複数作業検査からなる。

DSのプログラムによって算出された20項目からなる結果を Mann-Whitney の U 検定を用いて比較、検討した。

C. 研究結果

AD 群 18 名（男性 12 名、女性 6 名、CDR0.5:10 名、CDR1:6 名、CDR2:2 名、平均年齢 70.1±8.4 歳）と健常群 18 名（男性 12 名、女性 6 名、平均年齢 66.9±9.5 歳）2 群間で比較、検討した。全評価項目のうち、単純反応検査の“ブレーキ”反応時間、選択反応検査の“アクセル”誤反応数と“無反応”の誤反応数、ハンドル操作検査の“ハンドル”誤差率、注意配分・複数作業検査の“アクセル”反応時間と誤反応数、“ブレーキ”反応時間と誤反応数、ハンドル操作の誤差率において AD 群と健常群の成績に有意な差が見られた。

D. 考察

DS の検査項目だけでは、いくつかの項目で AD 群と健常群に有意な得点差を認めたものの、これらの項目においてさえ 2 群間で重複している範囲が多く、2 群を明確に区別することができなかった。

AD 群と健常群を明確に区別し得ない原因として、既存の DS の結果の算出方法では痴呆症患者特有の操作の誤りが得点に反映されていない可能性や、普段の経験に基づいた操作を DS が誤操作と判定してしまうなどのプログラム上の問題が考えられた。

D. 結論

運転免許センターなどで利用されている DS を用いて、事故の危険性が高い、運転中止を勧めるべき痴呆症患者を抽出できる技術の開発は、今後の高齢運転者と免許を保有する痴呆症患者の急増が予想される現状において、急務である。しかし、現在利用されている DS の結果の算出方法では、運転中止を勧告すべき痴呆症患者のみを抽出することは困難であり、痴呆症患者の誤操作のパターン、事故に直結しうる誤操作を鋭敏に判定できるプログラムの開発や、神経心理学的検査と併せて、その精度を高める方法を検討する必要があると考えられた。

F.

1. 論文発表

Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, Ikeda M, Mizuno Y. Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. PSYCHOGERIATRICS (in press)

Ikeda M. Attitude of community dwelling elderly people regarding dementia and driving. Japanese bulletin of social psychiatry (in

press)

豊田泰孝, 池田 学, 田辺敬貴. 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-. 日本医師会雑誌 (印刷中)

福原竜治, 池田 学. 物忘れ外来. 精神科・神経科ナースの疾患別ケアハンドブック (井上新平編). メディカ出版, 大阪, 240-243, 2005

Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H. Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration (FTLD). Dement Geriatr Cogn Disord 17 : 265-268, 2004

Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H. Efficacy of fluvoxamine as a treatment for behavioral symptoms in FTLD patients. Dement Geriatr Cogn Disord 17 : 117-121, 2004

Ikeda M. Early diagnosis and memory clinic for Alzheimer's disease. PSYCHOGERIATRICS 4 : 129-131, 2004

Ikeda M, Tanabe H. Editorial: Reducing the burden of care in dementia through the amelioration of BPSD by drug therapy. Expert Rev. Neurotherapeutics 4 : 921-922, 2004

品川俊一郎, 池田 学. アルツハイマー病の診断: 臨床症状, 診断基準. 新しい診断・治療のABCシリーズ22 アルツハイマー病 (田平 武編). 最新医学社, 大阪, 72-82, 2004

池田 学. 地域における MCI の疫学 -中山町研究を通して-. 日老医誌 41 : 186-192, 2004

兵頭隆幸, 池田 学, 田辺敬貴. アルツハイマー病とほかの変性性痴呆性疾患の鑑別. よくわかるアルツハイマー病—実際にかかわる人のために— (中野今治, 水澤英洋編). 永井書店, 大阪, 106-120, 2004

池田 学, 石川智久, 野村美千江, 荒井由美子. 地域から見た精神科医療と介護保険. 精神医学 46 : 1063-1069, 2004

松本光央, 池田 学, 小森憲治郎. 変性性痴呆性疾患. 高次脳機能障害のリハビリテーション Ver.2 (江藤

文夫, 武田克彦, 原 寛美, 坂東充秋, 渡邊修編). 医歯薬出版株式会社, 東京, 119-123, 2004

2. 学会発表

Ikeda M. Symposium Ethical challenges posed by dementia and driving. Attitude of community dwelling elderly people regarding dementia and driving. XVIII World Congress of World Association for Social Psychiatry, Kobe, Japan, October 24-27, 2004

田辺敬貴, 池田 学. 教育講演「痴呆性疾患の診断と治療の実際」. 第100回日本精神神経学会総会精神医学研修コース, 札幌, 5月20-22日, 2004

池田 学. 講演 「痴呆性高齢者と交通安全」. 創ろう! シルバーセーフティー愛媛推進会議, 愛媛県警察本部, 9月18日, 2004

池田 学. 講演「地域の人々に痴呆を正しく理解してもらうために~痴呆性高齢者と交通安全~」. 痴呆にやさしい地域づくり講演会, 四国中央市, 11月23日, 2005

池田 学. 講演 痴呆高齢者の運転

に関する住民の意識調査から. 第2回東予ボケても安心して暮らせる街にする会, 新居浜, 1月14日, 2004

上村直人, 掛田恭子, 井上新平, 池田 学, 北村ゆり, 真田順子. 前頭側頭葉変性症に見られる運転行動上の特徴と危険性について; アルツハイマー型痴呆との比較検討. 第19回日本老年精神医学会, 松本, 6月25-26日, 2004

豊田泰孝, 池田 学, 松本直美, 松本光央, 田辺敬貴. 地方都市における高齢者の運転と公共交通機関に関する予備的調査の結果について. 第19回日本老年精神医学会, 松本, 6月25-26日, 2004

諸隈陽子, 上村直人, 惣田聡子, 井上新平, 池田 学. 反社会行動及び運転危険行動で入院に至った前頭葉症候群を呈する初老期痴呆の一例. 第19回日本老年精神医学会, 松本, 6月25-26日, 2004

惣田聡子, 上村直人, 掛田恭子, 井上新平, 北村ゆり, 真田順子, 池田 学. 運転実車検査により運転中断に至った前頭側頭葉変性症の1例. 第19回日本老年精神医学会, 松本, 6月25-26日, 2004

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

痴呆性疾患における運転免許更新時の病状申告書に関する問題について

分担研究者 上村直人 高知大学医学部神経統御学講座講師

研究要旨

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。そして同時に免許更新時に更新希望者が記入する更新申告書の裏面にある病状に関する申告欄への記入と提出が義務化された。しかしながら痴呆患者は病識が乏しく、実際の免許更新時に提出される申告書が十分に機能しているのか疑問な点も多い。そこで我々は、痴呆患者における病状申告欄の問題点を探るため、認知障害を有する患者を対象に、病状申告欄と同様の文面を用いたアンケート調査を行った。痴呆患者20名（男性14名、女性6名；アルツハイマー型痴呆13名、脳血管性痴呆5名、前頭側頭葉変性症2名；平均年齢 71.0 ± 6.5 歳；CDR 0.5：3名、CDR 1：10名、CDR 2：7名）と痴呆性疾患を有さない者は7名（男性2名、女性5名；平均年齢 59.6 ± 14.1 歳；CDR 0：5名、CDR 0.5：2名；統合失調症1名、てんかん1名、軽度精神遅滞1名、注意・欠陥多動性障害1名、軽度認知障害3名）に対して調査を行った。その結果、痴呆患者20名中12名（60%）が、問題がないと回答し、記入なしが7名（35%）であった。一方、非痴呆性疾患患者7名では7名中6名（85.5%）は自身の病状を申告欄に正確に記入できていた。以上から、非痴呆性疾患患者は免許更新時にも申告書での病状報告が可能であると考えられたが、痴呆患者は自身の病状を申告書の形式で報告することは困難であると考えられた。免許更新時に病気に罹患しているため運転能力の評価を必要とする者を本申告書で選択し、その後公安委員会の規定する臨時適性検査につなげるという本来の目的は、痴呆患者ではほとんど達成されていない可能性が示唆された。つまり、改正道路交通法に基づく免許更新時の病状申告書では、痴呆患者は自身の運転能力に対する正確な評価が困難であるため、スクリーニングとしての有効性は低い可能性が示唆された。今後は、痴呆患者を臨時適性検査につなげるスクリーニング方法として新たな評価方法が必要である。

A. 研究目的

2002年6月から改正道路交通法が施行され、それと同時に免許更新者全員に病状に関する申告書提出（資料9）が義務化された。しかし、認知障害を有する患者においては実際の免許更新時に提出される申告書が十分に機能しているのか疑問な点も多い。そこで我々は、痴呆患者における病状申告書の問題点を探るために、痴呆患者を対象に、病状申告書と同様の文面を用いたアンケート調査を行ったので若干の考察を加え報告する。なお本研究調査に当たっては、高知大学医学部の倫理委員会の承認を得た。

B. 研究方法

2002年6月～2004年12月の期間に高知大学神経科精神科を受診した痴呆患者で、調査時において運転免許を所有している20名を対象にアンケートを施行した。同様に、当院神経科精神科を受診し、痴呆性疾患が否定され、運転免許を所有する患者にも同様のアンケート調査を行った。アンケートは免許更新申告書と同様の文面を拡大し、印刷したA4版の

用紙一枚を作成して用いた。なお調査に当たっては、アンケートに関する趣旨を説明し、書面にて同意を得た。また本来の更新申告書では、虚偽の記載をした場合には罰則規定が存在するが、今回のアンケート調査は、実施の免許更新とは無関係である事も合わせて説明を行った。痴呆性疾患を有する患者は、男性14名と女性6名で、臨床診断ではアルツハイマー型痴呆13名、脳血管性痴呆5名、前頭側頭葉変性症2名であった。対象者の平均年齢は 71.0 ± 6.5 歳で、重症度評価であるCDRはCDR 0.5:3名、CDR 1:10名、CDR 2:7名であった。痴呆性疾患を有さない患者は7名で、男性2名、女性5名、平均年齢は 59.6 ± 14.1 歳で、CDR 0:5名、CDR 0.5:2名であった。非痴呆性疾患を有する患者の臨床診断は統合失調症1名、てんかん1名、軽度精神遅滞1名、注意・欠陥多動性障害1名、軽度認知障害3名であった。

なお痴呆の告知および運転中断勧告に当たっては、正式な病名告知はほとんどしていないものの、病的な物忘れがあること、自動車運転は物忘れ等のため危険になりつつあり中止すべきである事を主治医から全員が説明を受けていた。

C. 研究結果

痴呆患者 20 名中 15 名 (75%) では、医師からの中止勧告はないと回答していた。またわずかに 2 名 (10%) が中止勧告を受けていると回答していたが、いずれも脳血管性痴呆の診断であった。運転免許更新にあたり何らかの問題があるかどうかでは、実際は運転に問題があるにもかかわらず 12 名 (60%) が問題ないと回答し、記入なしが 7 名 (35%) であった。非痴呆性疾患患者 7 名では 1 名 (14.5%) のみが医師からの中止勧告を受けていると回答しており、7 名中 6 名 (85.5%) は自身の病状を申告書に正確に記入できていた。

D. 考察

以上の結果から、非痴呆性疾患患者は免許更新時にも申告書での病状報告が可能であると考えられたが、痴呆患者は自身の病状を申告書の形式で報告することは困難であると考えられた。免許更新時に病気に罹患しているため運転能力の評価を必要とする人を本申告書で選択し、その後公安委員会の規定する臨時適性検査につなげるという本来の目的は、痴呆患者ではほとんど達成されていない可能性が示唆された。つまり、痴呆患者で、運転継続に危険のある

者をスクリーニングできる、もしくは臨時適性検査につなげることが可能な、新たな評価方法を考案する必要があると思われる。

E. 結論

2002 年に施行された改正道路交通法に基づく免許更新時の病状申告欄は、痴呆性疾患を有する患者には自身の運転能力に対する正確な評価が困難であるため、スクリーニングとしての有効性は低い可能性が示唆された。今後は、痴呆患者を臨時適性検査につなげるための、スクリーニングには新たな評価方法が必要である。

F.

1. 論文発表

上村直人, 掛田恭子, 井上新平. 幻覚・妄想患者に対する法的対応. JIM 14 (10) : 860-865, 2004.

上村直人, 片岡賢一, 掛田恭子, 井上新平. 権利擁護事業の契約可能であったが、成年後見が必要であったアルツハイマー型痴呆の一例. 臨床精神医学 33(9) : 1271-1277, 2004.

上村直人, 惣田聡子, 岩崎美穂, 井上新平. 痴呆介護における新しい課題 : 痴呆性ドライバーと介護負担,

老年精神医学雑誌増刊号 15:102-110,
2004

Kamimura N. Dementia illness and
driving in Japan. Japanese bulletin
of social psychiatry (in press)

2. 学会発表

上村直人, 今城由里子, 惣田聡子,
岩崎美穂. 痴呆介護における新しい
課題: 痴呆性ドライバーと介護負担.
第 5 回 AD 研究会, 東京, 4 月 10 日,
2004.

上村直人, 池田 学, 掛田恭子, 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. 第 100 回日本精神医学
会, 北海道, 5 月 19 日~21 日, 2004.

上村直人, 掛田恭子, 井上新平, 池
田 学, 北村ゆり, 真田順子. 前頭
側頭葉変性症に見られる運転行動上
の特徴と危険性について; アルツハ
イマー型痴呆との比較検討. 第 19 回
日本老年精神医学会, 松本, 6 月 25-
26 日, 2004

惣田聡子, 上村直人, 北村ゆり, 真
田順子, 池田 学, 井上新平. 運転
適性検査で運転中断に至った前頭側
頭型痴呆の一例.. 第 19 回日本老年

精神医学会, 長野 6 月 24 日~25 日,
2004.

諸隈陽子, 上村直人, 惣田聡子, 北
村ゆり, 真田順子, 池田 学, 井上
新平. 運転上の危険行動を含む反社
会的行動により入院に至った前頭葉
症候群を呈する初老期痴呆の一例.
第 19 回日本老年精神医学会, 長野,
6 月 24 日~25 日, 2004.

Kamimura N. Dementia and
driving in Japan. XVIII World
Congress of World Association for
Social Psychiatry, 神戸 10 月 24 日
~27 日, 2004.

病気の症状等申告欄

下記の1～8を読んで、当てはまる番号に○をしてください。

1	病気を原因として、又は原因は明らかではないが、意識を失ったことがある方
2	1に該当する方で、これまでの免許の申請時又は免許証の更新の申請時に申告していない意識喪失の経験がある方
3	病気を原因として発作的に身体の一部又は一部のけいれん又は麻痺を起こしたことがある方
4	3に該当する方で、これまでの免許の申請時又は免許証の更新の申請時に申告していないけいれん又は麻痺の経験がある方
5	十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、日中、活動している最中に眠り込んでしまうことが週3回以上ある方
6	病気を理由として、医師から、免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている方
7	1～6のどれかに該当する方で、申請前に運転適性相談を終了している方
8	1～6のどれにも該当しない方

高知県公安委員会 殿	平成 年 月 日	理由
氏名	印	出産・出張・留学・航海 その他
<p>期間前更新理由書</p> <p>私の、運転免許証の有効期限は、平成 年 月 日 までですが、右の理由により更新期間内に手続きを することができませんので、期間前の更新申請をします。 なお、期間前更新をした運転免許証の有効期限は、 通常の更新のものより短くなることを承知しています。</p>		

免許を与える場合の条件等	身体障害の状況

病気の症状等申告欄

1 病気を原因として、又は原因は明らかではないが、意識を失ったことがある方

2 病気を原因として発作的に身体の一部又は一部のけいれん又は麻痺を起こしたことがある方

3 十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、日中、活動している最中に眠り込んでしまうことが週3回以上ある方

4 病気を理由として、医師から、免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている方

5 1～4のどれかに該当する方で申請前に運転適性相談を終了している方

6 1～4のどれにも該当しない方

注：チェック欄のどれかに該当する場合は、添付のラベルを点線内に貼り付けて下さい。

チェクク欄

月 日 番

合格証明	学 科	技 能	確認者	印
			確認者	印

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

認知症患者と運転免許：道路交通法とその運用

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

本研究は、認知症患者の運転に関し現場において、道路交通法が、どのように運用されているのかについて検討することを目的とし、都道府県警察（以下、県警）（A、B、C 県）の運転免許課の担当者に対し、聞き取り調査を行った。県警において、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。

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られるなどの行政指導が行われた事例が存在した。

免許停止・取り消しは個人の権利の剥奪にも繋がることであるため、県警は、行政指導という慎重な対応を優先して行っていることが明らかになった。

今後は、患者の危険運転行為を防止し、かつ患者自身の権利を尊重することが可能な、患者、患者家族、警察、ならびに精神科医等の主治医等の関係者の連携を推進するシステムの構築が重要であろう。

A. 研究目的

わが国においては、高齢化の進展とともに、免許保持者の中に占める高齢者の割合が増加の一途を辿っている。こうした事態に対処するために、道路交通法の改正が行われてきた。1998 年には、運転に不安を感じず高齢者は免許を返上することが可能になり、また 75 歳以上の高齢者は、免許更新の際に、高齢者講習(適性検査および実車教習を受検すること)が義務づけら

れるようになった(2002 年には、高齢者講習の受検義務年齢が 70 歳以上に改正された)。

高齢者で運転を続ける者(以下、高齢者ドライバー)は今後も増加していくと考えられるが、65 歳以上の年齢層における痴呆性疾患の罹患率が、4-6%であることを鑑みると、高齢者ドライバーの中で痴呆性疾患に罹患している者も相当数存在すると思われる。こうした高齢の痴呆(以下、認知症)

罹患ドライバーも今後、増加の一途を辿ることが予想される。

ところで、2002年には、道路交通法において、免許の欠格事由撤廃をはじめとした大幅な改正が行われたが、その一環として、“運転者が痴呆性疾患に罹患している場合、運転免許を取り消すこと”が可能となった（103条）。しかし、免許の取り消しの条件となる痴呆症（認知症）の症状等については、道路交通法はもとより、その下部法規である政令、内閣府令においても明確には定められていない。

そこで、本年度は、認知症患者の運転に関する規定（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、研究を行った。

B. 研究方法

A、B、C県の都道府県警察（以下、県警）の運転免許課の担当者に対し、本研究の目的を説明し、聞き取り調査への協力を依頼した書状を送付したところ、すべての県警から同意が得られた。これらの県警の免許課に所属する5人の担当者に対し、90-180分に亘る聞き取り調査を行い、書面にて記録した。

C. 研究結果

県警への聞き取りの結果、以下のことが明らかになった。

県警において、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。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られるなどの行政指導が行われた事例が存在した。

また、免許更新の窓口において、“申請書にうまく記入できない”等の行動がみられた者に対しては、窓口の職員より照会を受けた免許課の職員が、適性相談を行い、診断書を持参するように促し、診断書の所見と適性相談の結果を総合的に判断した結果、更新を辞退するよう行政指導を行った例も存在した。さらに、家族介護者が認知症患者の運転に関して、県警に電話での相談を行った例は、相当数存在した。

D. 考察

道路交通法では、“運転者が痴呆であると判断された場合、免許を取り消すことができる”とされており、その取り消しの判断は各県の公安委員会によってなされることになっている。

しかし、今回の聞き取り調査からは、現場においては、診断書提出や個別相談を行うことで、運転に支障があるような“症状”の有無を、個々のケースにおいて判断し、個別の対応を行っていることが明らかになった。しかし、県警の免許課においては、複数回に亘る適性相談や診断書提出を通じて、本

人の症状を把握し、あくまでも本人の権利を尊重し、本人による運転継続の可否に関する判断を促すという、行政指導を積極的に行っていることが明らかになった。

ところで、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きわめて少ないことが明らかになった。この理由としては、以下の2つの理由が考えられた。

1) 県警が行政指導を行うためには、あくまでも本人（認知症に罹患しているドライバー）自らが、病状申告を行うことが前提となる。認知症患者は病識のない者が多いため、大多数の認知症患者は、病状申告を行わないものと考えられる。

2) 運転免許の更新期間が3-5年であることを鑑みると、この間に病状が進行し、行政指導を行うまでもなく、免許を返納せざるを得ない状態となった者も存在すると考えられる。

また、道路交通法においては、“運転者が痴呆であると判定された場合、運転免許を取り消すこと”が可能となったが、同法において用いられている“痴呆”という用語の定義を明らかにし、現場における正確かつ迅速な対応に資するような指針を作成する必要があると思われる。いわゆる痴呆（認知症）とは、アルツハイマー型痴呆、脳血管痴呆、前頭側頭型痴呆、外傷や感染症、脳腫瘍など様々な原因疾患により引き起こされる病態を総称しており、運転者が運転を行うことによる危

険度は、それぞれの原因疾患および病期により異なると考えられる。従って、運転者本人の認知症の鑑別診断・病期を勘案した上で、運転継続の可否に関する指導を行うことが望ましく、そのための指針を作成することが必要であろう。

E. 結語

以上より、免許停止・取り消しは個人の権利の剥奪にも繋がることであるため、県警は、行政指導という慎重な対応を優先して行っていることが明らかになった。

今後は、患者の危険運転行為を防止し、かつ患者自身の権利を尊重することが可能な、患者、患者家族、警察、ならびに精神科医等の主治医等の関係者の連携を推進するシステムの構築が重要であろう。

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, 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): 396-402.

Arai Y. Family caregiver burden in the context of the Long-term Care (LTC) insurance system. *J Epidemiology* 2004; 14(5): 139-142.

Arai Y, Kumamoto K, Washio M. Assessment of family caregiver burden in the context of the LTC insurance system: J-ZBI. *Geriatrics & Gerontology International* 2004; 4: S53-S55.

Arai Y, Kumamoto K. Caregiver burden not “worse” after new public Long-Term Care (LTC) insurance scheme took over in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 1205- 1206.

Kumamoto K, Arai Y. Validation of “Personal Strain” and “Role Strain”: Subscales of the short version of the Japanese version of the Zarit Burden Interview (J-ZBI_8). *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58(6): 606-610.

Arai Y, Kumamoto K. Network for improving the dementia care system. *Psychogeriatrics* (in press)

Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, Ikeda M, Mizuno Y, Washio M. Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. *Psychogeriatrics* 2004; 4: (in press)

Washio M, Nakayama Y, Izumi H, Oura A, Kobayashi K, Arai Y, Mori M. Factors related to hospitalization among the frail elderly with home-visiting nursing service in the winter months. *Int Med J* 2004;(in press)

荒井由美子. Zarit 介護負担尺度日本語版(J-ZBI)および短縮版(J-ZBI_8). *日本臨床* 2004 ; 62(4) : 45-50.

荒井由美子. 高齢者に対する機能評価—Geriatric Assessment—. *ジェロントロジーニューホライズン* 2004 ; 16(2) : 141-143.

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.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担. *最新医学 別冊 アルツハイマー病* 2004 ; 22(3) : 173-179.

荒井由美子. 家族の介護負担を介護負担尺度を用いて測定する. *自立支援とリハビリテーション* 2004 ; 2(2) : 4-10.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担—その評価および今後の課題—. *日本精*

神医学雑誌 2004 ; 15 : 111-116.

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一. 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. 日本老年医学会雑誌 2004 ; 41(2) : 204-210.

三浦宏子, 苅安誠, 山崎きよ子, 荒井由美子. 虚弱老人における摂食・嚥下障害に関するケアアセスメント. 日本老年医学会雑誌 2004 ; 41(2) : 217-222.

工藤 啓, 吉田俊子, 青木匡子, 吉岡悦子, 猪股みち子, 後藤久美子, 工藤 拓子, 岡田彩子, 荒井由美子. 住民健診におけるソルトペーパーを利用した減塩教育の長期効果について. 公衆衛生情報みやぎ 2004 ; 327 : 21-25.

三浦宏子, 荒井由美子. 摂食・嚥下障害のスクリーニングと評価. 作業療法ジャーナル 2004 ; 38(13) : 1201-1207.

池田 学, 石川智久, 野村美千江, 荒井由美子. 地域から見た精神科医療と介護保険. 精神医学 2004 ; 46(10) : 1063-1069.

荒井由美子. 要介護高齢者を介護する者の介護負担とその軽減に向けて. 日本老年医学会雑誌 2004 (印刷中).

鷺尾昌一, 斎藤重幸, 荒井由美子, 高木 寛, 大西浩文, 磯部 健, 竹内 宏, 大畑純一, 森 満, 島本和明. 北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与える要因の検討: 日本語版 Zarit 介護負担尺度(J-ZBI)を用いて. 日本老年医学会雑誌 2004 (印刷中).

三浦宏子, 荒井由美子, 山崎きよ子. 在宅要介護高齢者ならびにその家族介護者における主観的言語コミュニケーション満足度の関連要因. 日本老年医学会雑誌 2004 ; 42(3) : (印刷中).

新田順子, 熊本圭吾, 荒井由美子. 訪問看護師から見た介護者の介護負担の実態. 日本老年医学会雑誌 2004 (印刷中).

大浦麻絵, 鷺尾昌一, 輪田順一, 荒井由美子, 森 満. 訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の性差による入院・入所の関連要因の検討. 保健師ジャーナル (印刷中).

2. 著書

荒井由美子, 熊本圭吾. 高齢者リハビリテーションと介護. 武田雅俊, 編. 老年精神医学講座; 総論. 東京: ワールドプランニング, 2004 : 173-188.

荒井由美子. 在宅家族介護者の介護負担. 上島国利, 他, 編. 精神障害の臨床. 東京: 日本医師会, 2004: 251-252.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担—Zarit 介護負担度日本語版(J-ZBI)及びその短縮版(J-ZBI_8)について—. 福地義之助, 編. エキスパートナースMOOK・高齢者ケアマニュアル. 東京: 照林社, 2004: 318-319.

荒井由美子. 精神障害の現状と動向. 鈴木庄亮・久道茂, 編. シンプル衛生公衆衛生学 2004. 東京: 南江堂, 2004: 293-303.

池上直己, 姉崎正平, 荒井由美子, 一圓光彌, 井上恒男, 近藤克則. イギリス医療保障制度の概要. 医療経済研究機構, 監修. 医療白書 2004 年度版. 東京: 日本医療企画, 2004: 205-256.

荒井由美子. 家族介護者の介護負担. 武田雅俊, 編. 現代老年精神医療. 東京: 永井書店, 2004: (印刷中)

熊本圭吾, 荒井由美子. 高齢者の心理的支援. 武田雅俊, 編. 現代老年精神医療. 東京: 永井書店, 2004: (印刷中)

荒井由美子. 精神障害の現状と動向. 鈴木庄亮・久道茂, 編. シンプル衛生公衆衛生学 2005. 東京: 南江堂, 2005: (印刷中)

3.学会発表

Arai Y. Kumamoto K. Problems of family caregiver with the demented elderly behind the wheel: The 2002 Road Traffic Law of Japan revisited (Symposist). 18th World Congress of World Association for Social Psychiatry. 2004 October 24-27, Kobe, Japan.

荒井由美子. 高齢者に対する家族介護者の介護負担に関する疫学的研究. 第14回日本疫学会学術総会 日本疫学会奨励賞受賞講演, 2004年1月22日~23日, 山形県山形市.

荒井由美子. 要介護高齢者を介護する者の介護負担とその軽減に向けて. (シンポジスト)2004年度第46回日本老年医学会学術集会シンポジスト_(要介護高齢者の在宅ケア: 介護負担軽減に向けて), 2004年6月16-18日(発表17日), 千葉県千葉市.

熊本圭吾, 荒井由美子. 在宅要介護高齢者を介護する者の介護負担に対する介護保険サービス利用の緩衝効果. 第46回日本老年医学会学術集会, 2004年6月16-18日(発表16日), 千葉県千葉市.

鷲尾昌一, 齋藤重幸, 荒井由美子, 高木寛, 大西浩文, 磯部健, 竹内宏, 大畑純一, 森満, 島本和明. 高齢者を介護する家族の負担感に影響を与える要因の検討: 日本語版 Zarit 介護負担尺度(J-ZBI)を用いて. 第46回日本老年医学会学術集会, 2004年6月16-18

日(発表 16 日), 千葉県千葉市.

大浦麻絵, 鷺尾昌一, 輪田順一, 荒井由美子, 森 満. 訪問看護ステーション利用者の入院・入所のリスク要因. 第 46 回日本老年医学会学術集会, 2004 年 6 月 16-18 日(発表 17 日), 千葉県千葉市.

上田照子, 荒井由美子. 在宅要介護高齢者を介護する家族における不適切処遇について. 第 46 回老年社会学会, 2004 年 7 月 1-2 日, 宮城県仙台市.

熊本圭吾, 荒井由美子. 高齢者を在宅で介護する家族の介護負担の評価. 第 32 回日本行動計量学会, 2004 年 9 月 16-18 日(発表 18 日), 神奈川県相模原市.

三浦宏子, 荒井由美子, 山崎きよ子. 要介護高齢者—介護者間の言語コミュニケーション状態と介護者の介護負担感. 第 63 回日本公衆衛生学会総会, 2004 年 10 月 27-29 日(発表 28 日), 島根県松江市.

上田照子, 荒井由美子, 西山利正. 介護家族による要介護高齢者に対する不適切処遇—縦断調査から—. 第 63 回日本公衆衛生学会総会, 2004 年 10 月

27-29 日(発表 28 日), 島根県松江市.

工藤啓, 荒井由美子. 市町村における健康日本 21 地方計画策定状況と策定推進に関連する要因について. 第 63 回日本公衆衛生学会総会, 2004 年 10 月 27-29 日(発表 29 日), 島根県松江市.

鷺尾昌一, 大浦麻絵, 荒井由美子, 山崎律子, 井手三郎, 和泉比佐子, 森 満. 介護者の抑うつ割合と介護負担の経年的変化: 介護保険導入前~5 年目まで. 第 15 回日本疫学会学術総会, 2005 年 1 月 21 日, 滋賀県大津市.

大浦麻絵, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 井手三郎, 山崎律子, 輪田順一, 桑原裕一, 森満. 介護者の抑うつに関連する要因; 介護保険制度導入前後での検討. 第 15 回日本疫学会学術総会, 2005 年 1 月 21 日, 滋賀県大津市.

山崎律子, 堤千代, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 井手三郎. 訪問看護サービスを利用している主介護者の介護負担の要因. 第 15 回日本疫学会学術総会, 2005 年 1 月 21 日, 滋賀県大津市.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得、2. 実用新案登録、
3. その他、特記すべきことなし

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

分担研究者 野村美千江 愛媛県立医療技術大学看護学科教授

研究要旨

本研究は、痴呆高齢者が自動車運転を断念する過程とその関連要因を明らかにすることによって、効果的な介入方法を探ることを目的とした。対象は大学病院精神科神経科を受診した初期痴呆患者で車の運転中止を勧告された12例。本人と家族に対して半構造化面接を行い、作成した逐語録から生活上の出来事、本人と家族の言動・認識を時間的経過で整理し、運転中止への家族の対処および関連する要因を抽出し分析した。その結果、運転断念にいたるプロセスには、痴呆を受けとめる過程・折り合いをつける過程・運転を断念する過程が共通して認められ、運転を断念する過程には、見守り期・見極め期・納得期があり、その期間や重なりは多様であった。運転中止がスムーズに運ばない背景には、年齢や生活の利便性、家族の認識、家族の関係性、周囲のサポート等多くの要因が存在し、自動車の運転は単に本人固有の能力ではなく、生活の糧に直結し、誇りや役割といった自尊感情に関連することが明らかになった。ゆえに、能力の維持が本人や他者の命の危険を招くこの問題は、家族の葛藤や意思決定の遅延をもたらし、自立した生活の維持を願う家族ほど、車に執着する本人と対応を急かせる周囲との間でジレンマをより強く経験し、介護者の健康障害の発生や介護放棄に至る危険性が高まることが明らかとなった。介入にあたっては、本人・家族・地域の3側面から関連要因のアセスメントを行い、病態や家族の力に見合ったタイミングのよい家族支援が必要である。運転を断念する過程に対応した介入方法を考察するとともに、地域における支援の方向性として、実態把握や関係者間の連携、地区組織への啓発や情報発信の必要性を提言した。

愛媛県立医療技術大学看護学科

A. 研究目的

地域で高齢者ケアの相談窓口となる市町村保健センターや在宅介護支援センター、ケア提供部門においては、痴呆高齢者が車の運転を止められず困っている家族や地域住民からの相談が増えてきた。主治医から自動車の運転中止を強く勧められているにもかかわらず、運転を断念するのに長期間を要し、本人や同乗者さらには歩行者の命の危険性が危惧される事例が見受けられる。

この問題は、公共交通機関が発達している都市部に比べ、買い物や通院など最低限の外出に自家用自動車が必要となる地方ではより深刻である。また、運転免許はその人固有の権利であるために、痴呆高齢者の“その人らしさ”を生かした自立支援を志向する立場の関係者にとって、その対応はジレンマそのものである。

そこで今回我々は、初期痴呆高齢者が自動車運転を断念する過程とその関連要因を明らかにし、介入のタイミングや効果的な介入方法を探ることを目的とした事例研究を行った。

B. 研究方法

対象は大学病院の精神科神経科を受診した初期痴呆患者で研究参加に

同意の得られた 12 例。車の運転に関して医師から中止勧告がなされた後、家族が何らかの対処を行ってきた事例である。

平成 15 年 10 月～16 年 12 月の間、外来または自宅において平均 2 時間の半構造化面接を行った。面接の前半は本人と家族のペアを対象とし、家族構成・地域の環境、運転歴、自動車運転に対する思い、自家用車の利用頻度と内容等を聴取した。後半は家族に対して、運転中止に関する家族の考えや対処、交通事故等運転に関連する生活出来事、事故の際の本人の反応や警察の対応等を聴取した。

面接にあたっては、主治医からインフォームド・コンセントによる承諾を得た後、研究者による口頭と文書説明を実施、本人へは認知障害の程度と自己決定能力を査定し、説明方法を工夫するとともに家族の同意のもと書面にサインを得た。説明事項は、研究の趣旨、参加の自由意志、公表時のプライバシー保護とデータ使用範囲である。ケアプランに反映することによって当事者の利益となり得る情報は本人・家族・関係者で共有することを保障し、録音の了解を得た。

分析にあたって、まず逐語録を作成し、運転中止に関連する要因を抽出した。その後、各事例の生活上の出来事、本人・家族の言動や認識を時間的経過で整理し、共通性と個別性から対処過程を分析した。

C. 研究結果

1) 対象の概況

男性 10 名、女性 2 名、平均年齢 72.8(58~90)歳。診断名はアルツハイマー病 8 名、前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration : 以下 FTL D と略す) 4 名。 主介護者は配偶者 10 名、嫁 1 名、娘 1 名。家族形態は高齢者夫婦世帯 7 名、三世代世帯 4 名、未婚の子と同居 1 名。現役の職業は農業従事者 3 名、自営業 1 名。住所地は愛媛県下 10 市町。

2) 運転中止への家族対処の結果

家族対処の結果、運転中止 9 名、運転継続中 3 名であった。9 名のうち、4 名はスムーズに運転中止に至ったが、5 名は対処困難であった。

スムーズに運転を断念することができた 4 名は、すべて男性で 70~83 歳と年齢が高く、Clinical Dementia Rating (以下 CDR と略す) は 0.5 (痴呆の疑い) が 2 名、1 (軽度痴呆) が 2 名であった。いずれも介護者である妻が夫の運転を懸念し始めた頃、医

師からの勧告と免許更新時期がタイミングよく重なり、事故による本人の危険性の自覚や家族の説得によって、2ヶ月以内にスムーズに運転を中止することができた。後期高齢者 3 名は車への執着が強かったが、長男による説得と家族の情緒的かつ物理的サポートによって、本人が運転中止を納得できた。年齢が 70 歳の男性は 1 日に数回運転欲求が生じたが、その度に運転免許を持つ妻が本人を助手席に乗せてドライブすることにより、運転の必要性の抑制に成功していた。この群の共通性は、家族関係の良好さと配偶者が自家用車に頼らない生活を再構築する意志と実行力を有したことであった。

運転中止にいたる家族対処が困難であった 5 名は、男性 4 名と女性 1 名、年齢は 66~90 歳と広範囲であった。CDR は 0.5 が 4 名、1 が 1 名、診断は FTL D が 1 名含まれた。対処困難の理由は、嫁の介護負担増大の恐れ、配偶者と子どもの認識のずれ、家族の関係性が不良で団結した対処ができない、仕事上の役割変更の困難等であった。

5 名のうち 3 名は専業農家で地域的には公共交通機関の縮小・廃止等により、生活上自家用車への依存が高かった。主たる介護者である妻や嫁は運転中止の必要性を感じてはい

るが、本人の運転継続による生活上の有益性が高いために決断できず、中止を迫る子どもや孫たちとの葛藤が長期間持続していた。2名は車への異常な執着のほか、強い精神症状や行動障害を呈しており、家族は対処に困窮していた。精査目的の精神科入院による物理的な引き離しや、自動車運転シミュレーション検査による危険性の自覚や不安の高まりが、結果的に運転を中止する契機になった。

この対処困難 5 名の共通性は、本人の車の運転に依存する生活上の必要性が家族の側にも強いこと、家族成員間で病気や運転に対する認識が異なること、家族の関係性に課題があること、家族内意思決定パターンの不統一と脆弱性であった。

運転継続中の 3 名は、男性 2 名、女性 1 名、年齢は 58~67 歳と若かった。いずれも確定診断から 1 年以内、CDR は 0.5。全員が農業・自営業等に従事していた。体力・仕事上の能力が維持されており、本人の車の運転に依存する生活上の必要性が家族の側に強いことから、今後、運転中止の家族対処にあたっては大きな困難が予想された。

3) 運転断念の関連要因

本人・家族・地域の 3 領域に以下

の関連要因が認められた。

本人—①年齢、②生きがい、③運転技術の自信と誇り、④役割と周囲の期待、⑤移動手段、⑥痴呆のタイプ

家族—①運転免許の所有、②本人の自立を助けるゆとり、③家族の関係性、④対処力・問題解決力

地域—①交通の利便性、②生活支援の資源、③地域の助け合い、④運転に関する慣習や住民意識

4) 運転断念にいたるプロセス

「運転を断念する過程」には、見守り期・見極め期・納得期があり、期間や重なりは多様であった。

<見守り期>

本人・家族ともに異変を知覚し、対処を模索する時期がみられた。まず、安全であろうとする行動（運転範囲の縮小、夜間や雨天の運転自粛、街中や車庫入れの交代等）を起し、保障を担保する行動（任意保険の対人補償増額や保険のかけ替え等）がみられた。医療者の助言によって、運転の観察を試みた家族の中には、同乗して初めてブレーキ反応の鈍さ、右折や左折の判断の鈍さ、信号の見落とし回数多さ、車間距離の異常さを実感した者もいた。

また、痴呆がある程度進んだ段階であっても高齢者講習や免許更新時