

のテストに合格し、行政から停止命令が下るに違いないと祈る家族の期待は裏切られ、苦悩が長引いていた。

家族だけでなく近隣住民や別居家族が危険性を察知するようになると次の見極め期に移行していた。

<見極め期>

周囲から「危ない」「止めさせてほしい」という声が高まるにつれ、本人には苛立ちや車への執着が強まっていた。主たる介護者は、運転を続けてほしいと願う気持ちと危ないから止めてほしい気持ちの間で揺れ動き、大きなジレンマを経験していた。交通事故やニアミス、車で道に迷うなどのトラブルの発生頻度が高まり、家族内の意見対立や近隣からの批判が大きなストレスとなり、危機に直面する家族もみられた。

運転中止に向けて決断を迫られた家族は、本人の説得を続けるとともに、親族内の有力者や警察・運転免許センター、医療関係者への相談を行い、親族内の男性の力や活用できる資源を総動員して、鍵や車を隠す、バッテリーを外すなど種々の対応を行っていた。運転の要求を繰り返し、怒りの反応をみせる本人にうまく対応できない家族の中には健康障害を発生し、介護を断念する事例もみられた。この見極め期は家族が最も対処困難を感じる時期であった。

<納得期>

運転の中止によって、農作業や買い物・銀行郵便局の利用・通院への支障など新たな生活障害が発生し、車のない生活に慣れるのに時間を要した家族が多かった。生活パターンの変更は容易ではなく、新たな移動手段の開発や代替サポートを得ること（公共交通機関への移行やタクシー利用、近隣住民や福祉関係車への便乗など）が大きな課題であった。近隣との関係性が良く、生活の知恵を発揮する力のある家族にとっては比較的容易であったが、十分なサポートが得られず生活の再構築が難しい家族は生活の質が低下していた。

また、主たる介護者にとって、運転を諦めなければならない本人に共感と励ましを与え、運転の必要性を感じる本人の欲求を満たし、車に代わる生きがい探しを手伝うことが大きな仕事であった。高齢者の場合は身体の衰えが納得を容易にし、比較的短期間で断念することができたが、初老期の場合は体力があり、運転を諦めることは容易ではなかった。特に FTLD の事例は危険性の認識や中止の必要性を理解することが難しく、運転への強い執着をエネルギーな異常行動で絶え間なく示し続けるため、家族は心身の疲弊が大きかった。

D. 考察

運転中止がスムーズに運ばない背景には、年齢や生きがい、生活の利便性、家族の認識等多くの要因が存在する。一日でも長く自立した生活を維持してほしいと願う家族ほど、車に執着する本人と対応を急かせる身内や近隣との間でジレンマをより強く経験し、長期になれば介護者の健康障害の発生や介護放棄に至る危険性が高い。介入にあたっては本人・家族・地域の3側面から関連要因をアセスメントし、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望まれている。

以下に介入の時期と方法、地域の啓発等を含む支援の方向性を考察する。

1) 介入時期とその方法

見守り期－①診断：痴呆性疾患の鑑別、重症度の評価、②アセスメント：家族関係、対処力、生活環境、③知識提供：認知障害と運転、起こり得る出来事、④家族相談：認識を高める、不安の傾聴、励まし

見極め期－①運転能力の評価：危険性予測検査、家族の観察、②医師の指導：危険性の説明、文書勧告、③タイミングを計る：免許更新や出来事を活用、④家族対処の焦点化：家族会議、男性の巻き込み、⑤具体

策立案：運転免許センターや教習所と連携、物理的引き離し(廃車、入院・入所)

納得期－①本人の支持：生活意欲・自尊感情を高める、②家族の支持：心理的葛藤の傾聴、健康障害予防、③支援体制整備：代替サポート、地域のネットワーク

2) 運転断念の支援の視点

①地域の実態把握：危険性を伴いながら運転を続ける痴呆高齢者や適切な対処ができない家族がいることの現状を認識し、その実態を把握する。公共交通機関の整備状況等の実態を把握する。

②関係者との連携：地域の医師、ケアマネジャー、サービス提供者らに対し、痴呆高齢者の自動車運転に関する実態および家族対処を支援する必要性とその方策について情報提供を行う。

③地区組織への啓発・情報発信：民生委員、老人会、婦人会、交通安全協会等に対し、また高齢者大学などの学習機会を活用して、高齢者と運転、代替サポートや地域の助け合いについて(介護バス、買い物支援、出張サービスほか)啓発や情報の発信を行う。

④家族支援：地区の健康相談や高齢者精神保健相談等を通じて支援の必要な家族を発見し、家族支援を行

う。

当事者への援助の視点として、起こっていることの大変さを受け止めること、病者本人が、納得し諦めることができるように支援すること、家族自らが知恵を結集して対処していくことを支援することが重要である。

E. 結論

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 12 例。半構造化面接を行い、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た。その結果、運転を断念する過程には、見守り期・見極め期・納得期が共通に認められ、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、年齢や生きがい、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す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 側面から関連要因を査定し、病態や家族の力に見合った方法で、運転を断念する過程に対応

したタイミングのよい家族支援を行うとともに、地域への啓発や情報発信、関係者との連携が必要である。

F.

1. 論文発表

野村美千江，大名門裕子．農村に暮らす初期痴呆高齢者と配偶者の生活特性とその全体像．日本看護研究学会誌 2005；28(1)：(印刷中)

池田 学，品川俊一郎，編集（田辺敬貴，野村美千江，監修）．前方型痴呆の正しい理解．愛媛大学神経精神医学教室，2005

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

2. 学会発表

野村美千江，柴珠実，宮内清子．認知障害をもつ初老期女性とその配偶者の生活を整える家族の対処．第 11 回日本家族看護学会，2004 年 9 月 3-4 日（発表 4 日），神戸市

野村美千江，柴珠実，宮内清子．進行性認知障害の事例における支援チームづくりと看護職のマネジメント機能．第 24 回日本看護科学学会，2004

年 12 月 4-5 日（発表 5 日），東京都

野村美千江，柴珠実，豊田ゆかり，
宮内清子，福原竜治，銚石和彦，池
田学．初期痴呆高齢者が自動車運転
を断念する過程と関連要因．第 50 回
四国公衆衛生学会，2005 年 2 月 10 日，
松山市．

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表〈書籍〉

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
豊田泰孝, 銚石和彦, 池田学, 田辺敬貴	Pick complex		別冊日本臨床痴呆症学(2)	日本臨床社	大阪	2004	175-178
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	中野今治, 水澤英洋	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-	南江堂	永井書店	2004	106-120
松本光央, 池田学, 銚石和彦, 福原竜治, 田辺敬貴	Alzheimer型痴呆と前頭側頭型痴呆		別冊日本臨床痴呆症学(3)	日本臨床社	大阪	2004	147-153
松本光央, 池田学, 小森憲治郎	変性性痴呆性疾患	江藤文夫, 武田克彦, 原寛美, 坂東充秋, 渡邊修	高次脳機能障害のリハビリテーションVer.2	医歯薬出版株式会社	東京	2004	119-123
池田学, 田辺敬貴	前頭側頭型痴呆	日本老年精神医学会	老年精神医学講座;各論	ワールドプランニング	東京	2004	51-69
池田学, 田辺敬貴	痴呆(1)症状の見方と鑑別診断	武田雅俊, 鹿島晴雄	コア・ローテーション 精神科	金芳堂	東京	2004	235-240
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	田平武	新しい診断・治療のABCシリーズ22	最新医学社	大阪	2004	72-82
博野信次	痴呆症患者の社会支援ネットワーク		別冊日本臨床痴呆症学(3)	日本臨床社	大阪	2004	348-354
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	老年精神医学講座	ワールドプランニング	東京	2004	173-188
荒井由美子	在宅家族介護者の介護負担	上島国利	精神障害の臨床	日本医師会	東京	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	エキスパートナースMOOK・高齢者ケアマニュアル	照林社	東京	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	シンプル衛生公衆衛生学2004	南江堂	東京	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	医療白書2004年度版	日本医療企画	東京	2004	205-256
荒井由美子	精神障害の現状と動向	鈴木庄亮・久道茂	シンプル衛生公衆衛生学2005	南江堂	東京	2005	293-303

福原竜治, 池田 学	物忘れ外来	井上新平	精神科・神経科 ナースの疾患別 ケアハンドブック	メディカ出版	大阪	2005	240-243
池田 学	アルツハイマー 病の早期診断	三木哲郎	日常臨床に活か す老年病ガイド ブック第4巻 認知症・うつ・ 睡眠障害の診療 の実際	メジカル ビュー社	東京	印刷中	
池田 学	前頭側頭型痴呆	武田雅俊	現代老年精神医 療	永井書店	大阪	印刷中	

〈雑誌〉

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
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, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H	Dementia-associated mental and behavioral disturbances in community dwelling elderly: findings from the first Nakayama study	J Neurol Neurosurg Psychiatry	75	146-148	2004
Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H	Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration (FTLD)	Dement Geriatr Cogn Disord	17	265-268	2004
Nagao M, Sugawara Y, Ikeda M, Fukuhara R, Hokoishi K, Murase K, Mochizuki T, Miki H, Kikuchi T	Heterogeneity of Cerebral Blood Flow in Frontotemporal Lobar Degeneration and Alzheimer's Disease	Eur J Nucl Med	31	162-168	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
Hirono N, Hashimoto M, Ishii K, Kazui H, Mori E	One-year change in cerebral glucose metabolism in patients with mild Alzheimer's disease's	J Neuropsychiatry Clin Neurosci	16	488-492	2004
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	Psychiatry Clin Neurosci	58 (4)	396-402	2004
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	58 (6)	606-610	2004
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	19	1205-1206	2004
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	11 (4)	259-262	2004
Arai Y	Family caregiver burden in the context of the Long-term Care (LTC) insurance system	J. Epidemiology	14 (5)	139-142	2004

Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, Ikeda M, Mizuno Y	Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration	PSYCHOGERIATRICS	4			in press
Ikeda M	Attitude of community dwelling elderly people regarding dementia and driving	Japanese bulletin of social psychiatry				in press
Kamimura N	Dementia illness and driving in Japan	Japanese bulletin of social psychiatry				in press
Hirono N	Overview: Risk of driving in patients with dementia	Japanese bulletin of social psychiatry				in press
Arai Y	Implementation and implications of the 2002 Road Traffic Act of Japan from the perspective of dementia and driving: A qualitative study	Japanese bulletin of social psychiatry				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 International				in press
Arai Y, Kumamoto K	Network for improving the dementia care system.	Psychogeriatrics				in press
石川智久, 銚石和彦, 森 崇明, 牧 徳彦, 小森憲 治郎, 中川賀嗣, 池田 学, 田辺敬貴	駆梅療法後も脳血流量の改善がみられなかった進行麻痺の1例	精神医学	46	749-752	2004	
池田 学	アルツハイマー病における物盗られ妄想と記憶障害の関係について	高次脳機能研究	24	147-154	2004	
小森憲治郎, 石川智久, 池田 学, 田辺敬貴, 繁信和恵	Semantic dementia例に対する語彙再獲得訓練	認知リハビリテーション 2004		86-94	2004	
池田 学	地域における MCI の疫学 -中山町研究を通して-	日本老年医学雑誌	41	186-192	2004	
兵頭隆幸, 池田 学, 小森憲治郎, 田辺敬貴	視覚性半側空間無視の簡易なベッドサイドの検査	精神科治療学	19	53-58	2004	
池田 学	前頭側頭型痴呆	CLINICIAN	51	493-500	2004	
池田 学	前頭側頭型痴呆における前頭葉機能障害	老年精神医学雑誌	15	700-706	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	
池田 学	痴呆にみられる精神症状・行動異常 (BPSD) の薬物療法	老年精神医学雑誌	15 (増刊号)	79-87	2004	
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	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	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	15 (増刊号)	102-110	2004
上村直人	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	岡山県医師会会報	1153	13-16	2004
博野信次	痴呆の行動学的心理学的症候 (BPSD) を評価することの重要性	老年精神医学	15 (増刊号)	67-72	2004
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	16 (2)	141-143	2004
荒井由美子	Zarit介護負担尺度日本語版 (J-ZBI_8) および短縮版 (J-ZBI_8)	日本臨床	62 (4)	45-50	2004
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	50 (11)	22-23	2004
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	68 (2)	125-127	2004
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	81 (1)	115-119	2004
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	41 (2)	204-210	2004
三浦宏子, 菊安誠, 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	41 (2)	217-222	2004
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	22 (3)	173-179	2004
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	2 (2)	4月10日	2004
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	38 (13)	1201-1207	2004
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	15	111-116	2004
工藤 啓, 吉田俊子, 岡木匡子, 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	327	21-25	2004
松本直美, 池田 学	前頭葉の病変による痴呆	最新精神医学	10	11-19	2005
足立浩祥, 池田 学, 小森憲治郎, 田辺敬貴	高次神経機能	CLINICAL NEUROSCIENCE	23	56-59	2005

品川俊一郎, 池田 学, 鎌石和彦, 田辺敬貴	前頭側頭型痴呆—前頭 葉変性症型を中心に—	CLINICAL NEUROSCIENCE	23	302-304	2005
工藤 啓, 吉田俊子, 岡 田彩子, 荒井由美子, 板 宮 栄	宮城県区市町村に対し ての食塩摂取アンケート 調査について—お茶 漬け状況および区市町 村の減塩目標設定に焦 点を当てて—	公衆衛生情 報みやぎ	338	13-16	2005
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
品川俊一郎, 池田 学	前頭側頭型痴呆の前駆 状態	老年精神医 学雑誌	16		印刷中
野村美千江, 大名門裕子	農村に暮らす初期痴呆 高齢者と配偶者の生活 特性とその全体像	日本看護研 究学会誌	28		印刷中
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			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			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	子日本老年 医学会雑誌			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			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
荒井由美子, 熊本圭吾, 杉浦ミドリ, 鷺尾昌一, 三浦宏子, 工藤啓	在宅ケアの質評価法 (Home Care Quality Assessment Index: HCQAI) の開発	日本老年医 学会雑誌			印刷中

IV. 研究成果の刊行物・別刷〈研究成果1〉

トラックセッション2 アルツハイマー型痴呆患者・家族の負担とフォローを考える

II. 痴呆患者の家族の介護負担について考える

痴呆介護における新しい問題

—— 痴呆性ドライバーと家族の介護負担について ——

上村直人, 掛田恭子, 岩崎美穂, 惣田聡子

抄 録

近年, 欧米を中心に痴呆患者の自動車運転に対する医学的検討がさかんになりつつある。わが国でも2002年6月から痴呆が運転免許停止の条件として法律に明文化されたが, 痴呆患者の運転能力に関する医学的検討は少ない。そこで筆者らは痴呆患者の運転に関する医学的検討を行い, 現在の運転適性検査では痴呆患者の運転能力評価には課題が存在し, 家族会調査や家族の介護負担度調査から, 痴呆患者の自動車運転が今後新しい介護負担となりうることを示した。今後は痴呆患者の運転能力評価における医学的検討に加え, 介護負担などへの社会的対策づくりが急務であると考えられる。

Key words : 痴呆, 自動車運転, 介護負担, 人権擁護, ガイドライン

はじめに

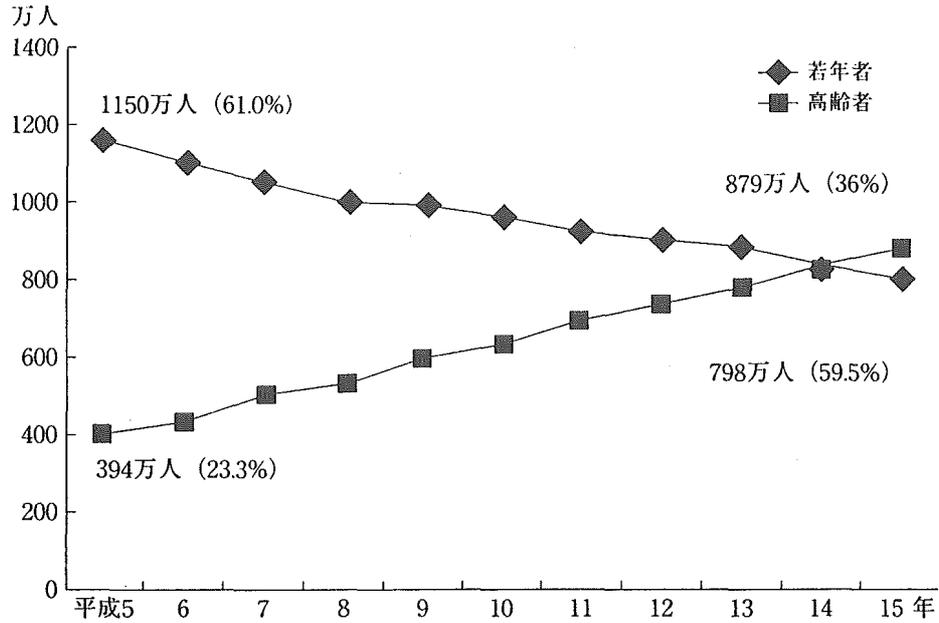
高齢社会を迎えたわが国では, 今後痴呆患者の増加が見込まれている。それと並行して運転免許を保持する高齢者も増加し, すでに平成14年度では65歳以上の高齢者の36%, 879万人が運転免許を保持しており, 24歳以下の若年者の59.5%, 798万人を上回った(図1)¹⁾。今後もわが国の高齢者人口の増加を考えると, 運転免許を保持する痴呆患者も増加していくと思われる。痴呆患者は健常者と比較して運転に支障をきたしやすいことが予測されながらも, これまでわが国では痴呆患者の運転能力評価について医学的見地から検討を加えた論考も少なく, 痴呆患者の運転の是非についてはこれまで検討されてきたとはいいがたい。これまで高齢者に対する運転対策としては(表1), 平成10年4月から免許返納制度が策定され,

個人の申請により運転免許を返上することが可能となった。しかしながら実際には東京都のデータでは48万人の対象者のうち, 返上した高齢者は257人で, わずか0.5%しか返上していないという結果であった¹⁵⁾。また同年10月から, 免許更新時の運転適性検査と実車教習の義務が, 75歳以上から70歳以上へと早まった。このような高齢ドライバー対策が有効かどうかは不明であるが, 少なくとも痴呆患者では, 高齢を理由に自ら免許を返上したり, 病気を理由に免許停止を望むことはまれであり, また適性検査を70歳へと年齢をさげても, 初老期痴呆は適性検査を施行されないことから, 現在の法律では痴呆患者の自動車運転の対策として実効性は低いと考えられる。

I. 痴呆患者と運転免許制度

平成14年6月から改正道路交通法(以下, 改正道交法)²⁾が施行され, そこでは痴呆という言葉が法律に明文化され, 公安委員会が痴呆患者の運転免許を停止することが可能とされるようになった

Naoto Kamimura, Kyouko Kakeda, Miho Iwasaki, Satoko Souda : 高知大学医学部神経統御学講座神経精神病態医学教室
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮



平成14年度において、高齢者(65>)の免許保有人口が若年者(24<)を超えた。
 (警察庁交通局資料：平成15年末の運転免許保有者数の状況等について。http://www.npa.go.jp/toukei/koutuu14/h15jiko.pdf)

図1 高齢者の運転免許保有率の推移

表1 日本における高齢者と運転対策

<ul style="list-style-type: none"> 免許人口(高齢者) 平成8年度 525万人(27.6%) 平成14年度 879万人(36%)
<ul style="list-style-type: none"> 運転免許返納制度：平成10年4月 申請による運転免許の返上制度 平成10年度；東京都：48万人中257人(0.5%)
<ul style="list-style-type: none"> 運転適性検査：平成10年10月 75歳以上の免許更新時の運転適性検査と実車教習の義務化。平成12年からは70歳以上に変更

免許保有者における高齢者数が加速度的に増加している。わが国では高齢ドライバー対策として免許の返上制度が開始されたが、実態は少数にとどまっている。高齢ドライバー対策として高齢者の免許更新時の適性検査と実車教習が75歳から70歳に下げられた。

た(表2)。また各都道府県の警察本部長宛の通達において、アルツハイマー型痴呆および血管性痴呆は運転免許を取り消しとする旨の文面がみられている¹⁰⁾。具体的には、免許更新時に、病気を理由として医師から運転を制限されていることなどを質問する病状調査(表3)で運転の危険性が疑われる場合、もしくは本人、家族から運転継続

の心配から、運転適性検査の申し出があった場合は主治医や専門医による診断書を公安委員会に提出し、公安委員会が免許取り消しの判定を行うことになっている。このような行政や司法による対策は、運転継続が危険な痴呆患者をこれまで介護してきた家族の介護負担を軽減させうるなどの社会政策上の必要性から理解できうる。しかし道路交通法が改正され、痴呆症の運転免許が制限されうるといった情報は、法律や公安・交通関係に携わる専門家以外はほとんどがその存在自体を知らない場合が多い⁶⁾。また改正道交法の文面にある痴呆という状態像で運転免許を制限することに問題があると思われる。痴呆の原因疾患にはさまざまな原因があるため、その原因診断の正確性の確保が重要である。しかしながら一般開業医と専門医によっても医学的な痴呆の診断は現在異なっていると思われる。そもそも医師が医学的検討から運転能力を評価できうるのかといった観点に立ち戻ることが必要であろう⁷⁾。

表4 痴呆性ドライバーの痴呆重症度と運転適性検査評価 (N=32)

適性検査 \ CDR	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2
4:優	0人	0人	0人
3:良	3	2	0
2:普通	3	8	4
1:低下	4	4	2
0:評価不可	0	0	2

痴呆患者 32 人 (DAT: 20 人, VaD: 10 人, FTD: 2 人, CDR 0.5: 10 人, CDR 1: 14 人, CDR 2: 8 人) を対象に運転適性検査を施行。運転適性検査は 1~5 の 5 段階評価である。適性検査の理解ができず、評価不可能であった者は評価を 0 としている。CDR 別による適性検査結果は有意な差はなかった。

(上村直人: 痴呆性老人と自動車運転; 認知能力と運転能力の関連性の検討。日本損保協会平成 12 年度ジェロントロジー研究 ジェロントロジーに関する社会科学分野における独創的・先進的な研究報告書, 2002)

運転適性検査の評価には有意な差はなかった。なお今回用いた運転適性検査機器では調査官の経験によるが、65 歳以上の健常な高齢者でも 8 割以上は 2 の普通か 1 の低下を示すというものである。これらのことから、痴呆状態があっても、なくても現在の運転適性検査機器での運転能力評価では評価 1 か 2 を示す現状では、運転継続の危険な痴呆患者を適性検査で鑑別することは困難であると考えられる⁹⁾。

Ⅲ. 痴呆患者の運転と家族の介護負担

1. 家族会調査

筆者らは平成 14 年 6 月の改正道交法施行前に、アルツハイマー病協会高知県支部 (旧称: 呆け老人をかかえる家族の会高知県支部) 会員を対象に、痴呆患者の自動車運転に関する意識調査を行った⁹⁾。調査はアンケート用紙を郵便で会員 272 人に配布し、114 人 (運転経験のある痴呆患者の介護会員 26 人, 経験のない会員 88 人), 42% から回収された。調査結果では、会員の大多数 (81%) が痴呆患者は運転をやめるべきであるという回答であった。しかし運転経験のある痴呆患者を介護

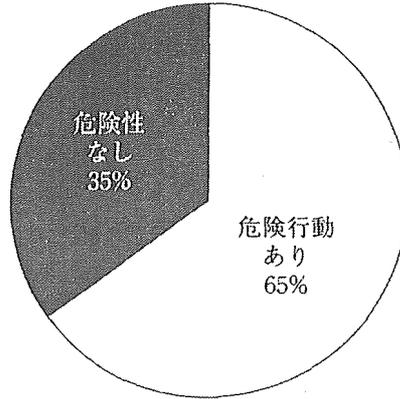
したことがある 26 人の結果では、痴呆発症後 7 割近くが運転行動上の変化を認め、接触事故や物損事故、高速道路の逆走などの危険行為を経験していたこと、痴呆患者が自発的に運転中断したのは 26 人中 5 人と少なく、11 人では免許更新が問題なくできていたこと、また家族の対応では鍵を隠したり車を隠していたが半数以上で対応困難であったことが判明した (図 2)。

2. 運転と介護負担度

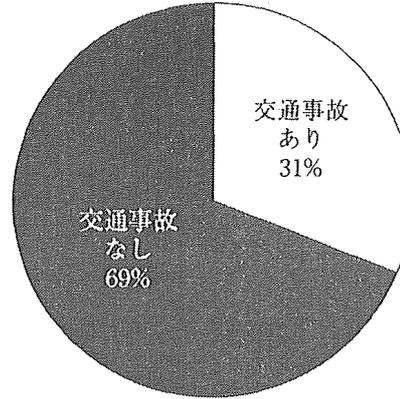
高知大学神経科精神科および関連病院通院中で、痴呆の診断基準を満たし、患者本人の臨床評価および、家族の介護負担度の面接調査を承諾した者を対象として、痴呆患者の自動車運転が家族介護に及ぼす影響について検討を行った。面接を受けた対象者は 55 人で、痴呆の診断時点で運転継続者 30 人、運転経験なし 25 人であった。なお診断時点で運転免許を保持しながらも運転中断している者は含まれていない。対象者の年齢、痴呆発症年齢、罹病期間、CDR、CDR 下位項目点合計、MMSE (Mini-Mental State Examination)、精神症状・行動障害評価尺度である NPI (Neuropsychiatric Inventory) では運転あり、運転なしの群で有意な差はなかった (表 5)。主たる介護家族には、一般精神健康調査である GHQ-12 および Arai ら¹⁰⁾の作成した家族介護負担度評価である Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) 日本語版 (J-ZBI) を施行した。GHQ-12 の結果では合計点数では両群間で有意な差は認めなかったが、下位項目である身体症状、社会活動において有意な差を認めた (図 3)。また介護負担度評価である J-ZBI では総合点 ($p < 0.0006$)、介護自体によるストレスを表す Personal strain (Z-PS) ($p < 0.03$)、介護により受ける社会的喪失度を示す Role strain (Z-RS) ($p < 0.02$) のすべてにおいて、運転あり群では有意に介護負担度が高かった (図 4)。

以上の結果から、自動車運転を行う痴呆患者の介護では、運転を行っていない患者の介護よりも介護負担度が高い結果であった。このような結果の背景には、対象者の居住地域が高知県といった

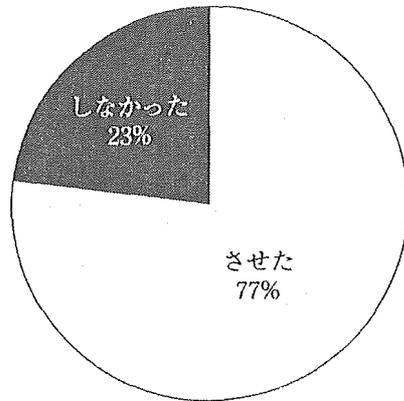
a. 痴呆発症後の運転行動変化



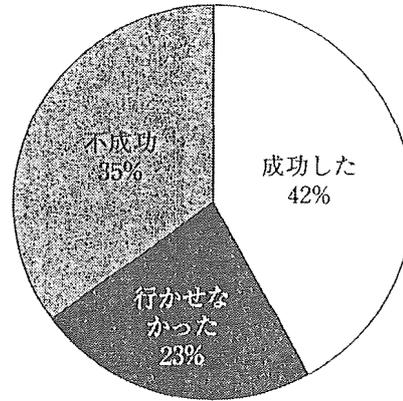
c. 痴呆発症後の交通事故有無



c. 運転中断の試み



d. 運転免許の更新



家族会会員で痴呆性ドライバーの介護経験のある26人の回答を分析した。65%では痴呆発症後危険な運転行動があり、31%で交通事故を経験している。77%の家族は運転中断を試みているが、42%は免許更新に成功していた。(上村直人：ぼけのひとと家族への援助をすすめる第18回全国研究会抄録集, 32-33, 岡山, 2002)

図2 痴呆と運転に関するアンケート調査結果(家族会調査, 2002)

表5 痴呆患者の運転と家族介護負担調査：対象者の臨床評価

	全体 (N = 55)	運転あり (N = 30)	運転なし (N = 25)
年齢・性別	75.2±7.8	73.3±8.1	77.4±6.8
発症年齢(歳)	72.7±7.7	71.0±8.0	74.8±7.0
罹病期間(年)	2.5±1.9	2.4±2.1	2.6±1.7
CDR	1.5±0.7	1.4±0.7	1.5±0.7
CDR合計(0~18)	8.1±3.8	7.5±3.8	8.8±4.0
MMSE(点)	17.6±6.7	18.6±6.2	16.5±7.1
DAD*(点)	65.0±26.7	71.1±25.0	59.1±27.4
NPI(点)	14.3±10.8	13.7±11.9	14.9±9.8

CDR; Clinical Dementia Rating, MMSE; Mini-Mental State Examination, DAD; Disability Assessment for Dementia, NPI; Neuropsychiatric Inventory

* $p < 0.05$

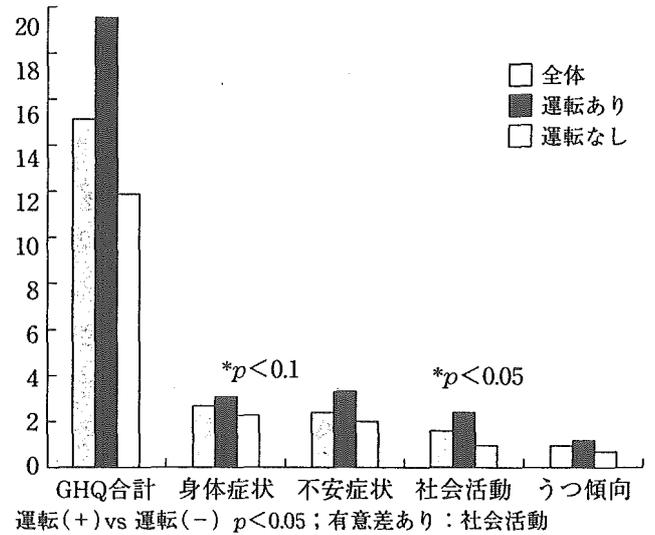


図3 介護家族の介護負担評価(GHQ-12)

中山間地域に住む痴呆患者を対象としており、そのような地域では本人以外でも家族の日常生活が痴呆患者の自動車運転に依存せざるをえないといった地域の事情も影響していると思われる。しかしながら中山間地域が国土の7割近くを占めるわが国では、一部の都心部を除き全国的にも高知県のような地域事情は存在すると思われるため、今後運転免許を保持する痴呆患者が全国的に増加することを考えると、問題は地域の事情のみで解決されるものでもないことは明らかである。

IV. 今後の課題について

現在わが国で見受けられる痴呆患者の治療ガイドラインの一部に、痴呆患者の運転に関する指針がみられる。そのひとつが日本神経学会の作成した「痴呆患者の自動車運転」に関する指針(表6)¹²⁾である。そこではCDR 1の痴呆患者は運転を中断すべきであるとされている。一方、アメリカ精神医学会の治療ガイドライン「アルツハイマー病と老年期の痴呆」(日本精神神経学会監訳, 2002)では、運転に関する患者と家族への提言として、中等度から重度痴呆では医師は痴呆患者に運転中断を強く忠告すべきであるとされている(表7)¹³⁾。このように専門学会によっても痴呆患者の運転中断の指針には差異がみられており、筆者らはわが国に適応する場合の問題点について言及した⁴⁾。たとえば、神経学会のガイドラインを採用すれば、CDR 1のレベルでの運転中断は、痴呆患者はすべて運転中断を必要とする。CDR 1で運転中断を勧告する根拠としては、若年者と比較して交通事故の危険性が高まるという調査結果などから採用されていると思われる。しかしながら第一の問題点は、わが国では地域でのプライマリ・ケアレベルでの痴呆の早期診断はまだ課題

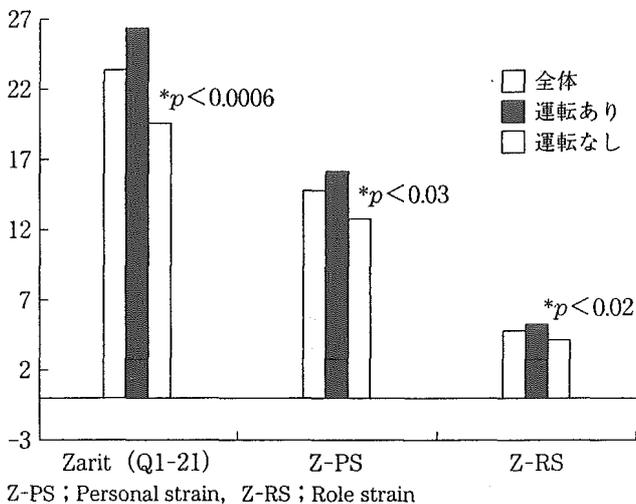


図4 痴呆性ドライバー介護家族の介護負担評価 (J-ZBI)

表6 痴呆患者の自動車運転 (日本神経学会治療ガイドライン)

65歳以上の運転者では一時不停止、信号無視、優先通行障害の比率が高くなる。事故のパターンとしては、交差点内とカーブでの事故、出会い頭衝突と右折時衝突などが多くなる^{a)}。痴呆患者では、その心理的特性を考慮すれば、運転中にとっさに必要となる適切な状況判断をくだすことが困難となることが考えられる。明らかな痴呆と診断された患者 (CDR 1以上) においては、事故の可能性、運転ミスの頻度が高まるので、運転することを止めるべきである。もし、痴呆が明らかでないが、痴呆の疑い (CDR 0.5) のあるときには、1年以内にCDR 1まで悪化する可能性があることを考慮し、6か月に1度の痴呆についての評価を受けるべきである^{b), c)}。

わが国では、痴呆患者において6か月以上治る見込みがないと判断されたとき、それまで所持していた運転免許が取り消されることがある。

a) 鈴木春男: 高齢者の自動車運転能力。臨床精神医学, 29: 609-615, 2000

b) Dubinsky RM, Stein A, Lyons K: Practice parameter; Risk of driving and Alzheimer's disease. (An evidence-based review)-Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 54: 2205-2211, 2000

c) Drachman DA, Swearer M: Driving and Alzheimer's disease; The risk of crashes. *Neurology*, 43: 2448-2456, 1993

(中村重信ほか: 痴呆疾患治療ガイドライン 2002。臨床神経, 42: 781-833, 2002)

表7 運転に関する患者と家族への提言（アメリカ精神医学会治療ガイドライン）

- 精神科医はすべての痴呆患者とその家族と運転の危険性について話し合い、内容を詳細に書きとどめる必要がある
内容として、現在の運転状況、送迎の必要性、可能な代替手段
- 運転継続する痴呆ドライバーでは繰り返し検討し、再評価すべき。中等度～重度では運転中断を強く忠告すべき
- 軽度でも交通事故経験者、判断力低下、空間認知、実行力に重大な障害があれば同様の忠告が必要。家族にも伝える必要
- 精神科医は運転制限を望むが、その判断を負いたくないという家族を保護し、道徳的な権限を付与することもできる（カルテに「運転不可」と記入するなど）
- 精神科医は具体的なアドバイスが行える（他者への危険性、保険への影響など）
- 障害が軽度であれば、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運転することを進言
- 運転能力評価が、どれほど予測的価値があるか明らかでない

（日本精神神経学会監訳：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、36-38、医学書院、東京、1999）

題が残っているため、早期発見するシステムを地域でいかにつくるかという点である。また第二点目の問題は病識の欠如しやすい痴呆患者をどのように運転中断まで導きうるのかということである。痴呆が軽度であれば、運転中断の勧告のまえに痴呆の診断の告知の問題も存在する。痴呆診断が早期にできたと仮定して、診断告知の直後に運転中断の勧告自体をわかりつけ医や主治医が行うのは言うのは簡単であるが、痴呆の告知や運転の危険性を本人や家族に告知しても、本人は勧告自体を忘れ、運転を継続し続けたり、家族が鍵を取り上げたり、車を隠しても、よけいに精神症状が悪化してしまうことが日常臨床ではよく見受けられる⁹⁾。そのため運転継続が危険な痴呆患者への対応は中断勧告のみでは終了せず、これまで家族が中断を何度も試みては、介護困難に陥る繰り返しのしかない。そのため欧米のように痴呆の診断を免許局に医師が通告したり、免許局の医師が判定するシステムが存在しないわが国では、今後欧米のようなシステムを取り入れるべきか、わが国独自の対策をつくるべきかの検討が必要と思われる。

そのためには再度痴呆患者の運転問題を整理し直し、かつ医学的検討を加えた対策づくりが必要であると思われる。図5に、現在の痴呆患者の運転対策上の課題について示す。

1点目として、現在提唱されている痴呆患者の運転中断の基準は、MMSEやCDRを視標とした記憶障害や認知障害に評価の重点においている。そのため痴呆でも痴呆の初期には記憶障害の目立たない前頭側頭葉変性症のような患者の運転能力の評価をどのようにすべきかという問題がある。筆者らはアルツハイマー型痴呆よりもむしろ記憶障害が目立たず、脱抑制や反社会的行動などの行動異常を示す前頭側頭葉変性症のほうが運転の危険性が高いことを報告した⁹⁾。前頭側頭葉変性症はわが国の池田ら³⁾や、イギリスのRatnavalliら¹⁴⁾の疫学調査報告にもみられるように、けっしてまれではない疾患群である。今後は運転能力の評価にあたり、記憶障害や認知機能評価のみではなく、精神症状や行動障害の評価もあわせた神経心理学的な評価方法が望まれる。

第2点目として、現在ほとんどの痴呆患者が免許更新に成功していることから、運転継続が危険な痴呆患者の鑑別のための免許更新時の病状調査のあり方を見直すことが必要であろう。ほとんどの痴呆患者では医師の運転中断勧告を忘れてしまい、病状調査には反映されない危険性が大きい点があげられる。

第3点目としては痴呆患者の運転を奪うという倫理的な検討が必要である。欧米の一部では、医師が患者の痴呆診断を行い、運転をしていること

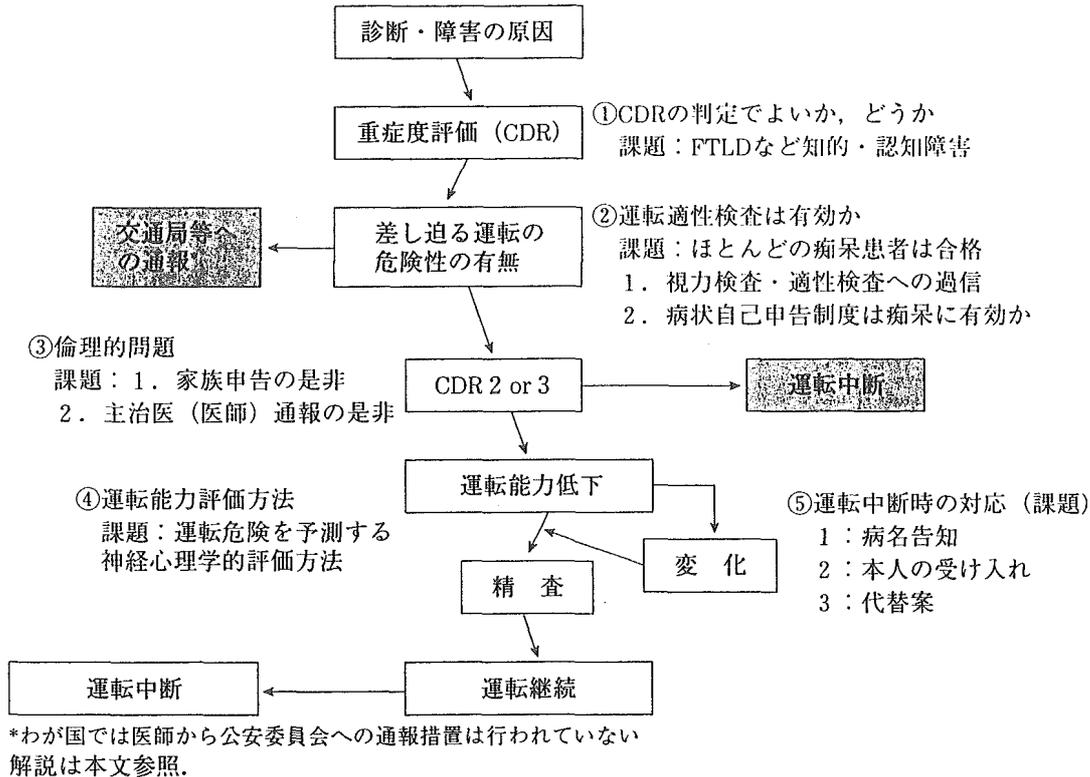


図5 痴呆性ドライバーの運転中断に関する問題点

が判明した場合は、免許局に通法義務があるが、わが国に導入する場合は社会的コンセンサスが得られるかどうかといった倫理的・法的検討を必要とする。

第4点目は運転継続の危険を予測する神経心理学的評価方法の確立であるが、痴呆は原因疾患により、精神症状や行動障害も異なるため、そのような原因疾患も考慮にいたった評価方法が必要であろう。現在最も有用な運転の能力評価は専門の評価者が行う実車テストであろうが、費用的に困難である点を考慮すると実際的ではないと思われる。

第5点目として、最も重要なことであるが、痴呆患者の運転中断を行う場合、患者本人に病名を告知し、どのように中断を受け入れてもらうか、また運転を奪った場合の代替案をどのように行うかといった問題である。病名告知をされ、運転する権利を奪うといったことは、痴呆患者にとっても社会的な役割や、生きがいを奪うことにもなりうる。そのため、痴呆の診断のみではなく、治療

やケアを含めた心理・社会的な対策づくりが重要と思われる。

現在、痴呆患者の治療にかかわる欧米の専門学会の作成した痴呆患者の運転に対するガイドラインは日本語訳され、現在わが国において存在しているともいえるが、ある意味で存在していないともいえる。それは、現時点では痴呆患者の日常臨床において運転継続を行う痴呆患者に対してより実際的で、実効的で、有用なガイドラインづくりが医学的検討のないまま導入されてきたことも関連していると思われる。

本発表および論文掲載にあたり多数の助言を頂いた愛媛大学医学部神経精神医学教室の池田学先生に深謝いたします。また多数の情報処理および統計処理をしていただいた今城由里子さんにもあわせて深謝いたします。なお本研究発表の内容は平成15年度厚生労働科学研究費補助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」の一部として発表した。

文 献

- 1) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosci*, **51** : 281-287 (1997).
- 2) 道路交通法施行令の一部を改正する政令試案等.
<http://www004.upp.so-net.ne.jp>
- 3) Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H : Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration. *Dement Geriatr Cogn Disord*, **17** (4) : 265-268 (2004).
- 4) 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次ほか: 痴呆患者と自動車運転; 我が国における痴呆患者の運転問題への対応. *臨床精神医学*, **31** : 313-321 (2002).
- 5) 上村直人, 北村ゆり, 真田順子ほか: 心理教育的アプローチにより運転中断に成功したアルツハイマー病患者の1例. *精神科治療学*, **17** : 1033-1038 (2002).
- 6) 上村直人: ほけのひとと家族への援助をすすめる第18回全国研究会抄録集, 32-33, 岡山 (2002).
- 7) 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回例会抄録集, 東京 (2003).
- 8) 上村直人: 痴呆性老人と自動車運転; 認知能力と運転能力の関連性の検討. 日本損保協会平成12年度ジェロントロジー研究 ジェロントロジーに関する社会科学分野における独創的・先進的な研究報告書 (2002).
- 9) 上村直人, 掛田恭子, 泉本雄司, 下寺信次ほか: 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異について; 痴呆の原因別による運転行動の違いと対応. 第20回日本社会精神医学会抄録集 (2003).
- 10) 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>
- 11) 警察庁交通局資料: 平成15年末の運転免許保有者数の状況等について. <http://www.npa.go.jp/toukei/koutuu14/h15jiko.pdf>
- 12) 中村重信ほか: 痴呆疾患治療ガイドライン2002. *臨床神経*, **42** : 781-833 (2002).
- 13) 日本精神神経学会 (監訳): 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, 36-38, 医学書院, 東京 (1999).
- 14) Ratnavalli E, Brayne C, Dawson K, Hodges JR : The prevalence of frontotemporal dementia. *Neurology*, **58** : 1615-1621 (2002).
- 15) 新開省二, 溝端光男: 後期高齢者の安全. *保健の科学*, **41** : 336-342 (1999).

Epidemiology of Frontotemporal Lobar Degeneration

Manabu Ikeda Tomohisa Ishikawa Hirotaka Tanabe

Department of Neuropsychiatry, Ehime University School of Medicine, Ehime, Japan

Key Words

Alzheimer's disease · Epidemiology · Frontotemporal dementia · Frontotemporal lobar degeneration

Abstract

A few epidemiologic studies have dealt with the prevalence of frontotemporal lobar degeneration (FTLD), including Pick's disease. The aim of this study was to review the epidemiologic studies of FTLD in western countries and to compare them with those in Japan. A community-based study of early-onset dementia in London revealed that 12% of cases with frontotemporal dementia (FTD) fulfilled the Lund-Manchester criteria in contrast to 34% of cases with Alzheimer's disease (AD) in a sample of 185 cases. The Cambridge Group has recently examined the prevalence of early-onset dementia in a community-based study. Of 108 cases, 15.7% had FTLD and 25% had AD. FTLD included 13 FTD cases, and 2 each with semantic dementia (SD) and nonfluent progressive aphasia (PA). Almost one third of cases with FTLD (29%) had a positive family history. Of our consecutive 330 outpatients with dementia (hospital setting without age limitation), 42 (12.7%) had FTLD and 215 (65.1%) had AD. In our series of patients, 22 FTD, 15 SD and 5 PA cases were identified. There was no family his-

tory in all subtypes of FTLD. Epidemiologic studies, both community-based and hospital-based, demonstrate that FTLD is a more common cause of early-onset dementia than previously recognized. Regarding the subtypes of FTLD, in Japan, compared with the data from the UK, FTD is less common, SD may be more common and PA is equally common. The reason for this discrepancy is supposed to be mainly based on the role of heredity.

Copyright © 2004 S. Karger AG, Basel

Introduction

A few epidemiologic studies have dealt with the prevalence of frontotemporal lobar degeneration (FTLD), including Pick's disease. Until recently, it had been considered a rare disorder, clinically indistinguishable from Alzheimer's disease (AD), and even its pathological criteria were controversial [1]. However, the recent development of clinical diagnostic criteria has led to numerous clinical studies and made it possible to investigate the epidemiologic aspects of FTLD. According to the consensus criteria, FTLD is subdivided into frontotemporal dementia (FTD), semantic dementia (SD), and nonfluent progressive aphasia (PA) [2].

KARGER

Fax +41 61 306 12 34
E-Mail karger@karger.ch
www.karger.com

© 2004 S. Karger AG, Basel
1420–8008/04/0174–0265\$21.00/0

Accessible online at:
www.karger.com/dem

Manabu Ikeda, MD, PhD
Department of Neuropsychiatry, Ehime University School of Medicine
Shigenobu, Onsen-gun, Ehime 791-0295 (Japan)
Tel. +81 89 960 5315, Fax +81 89 960 5317
E-Mail mikeda@m.ehime-u.ac.jp