

シニアドライバーによる交通事故が増加している。視力など身体機能の低下が原因のようだ。「長年運転してきたし、自分は大丈夫」といった過信が事故を招きかねない。さらに、痴ほう症が進んでも運転する例もみられ、様々な危険が潜んでいる。加害者にならないための対策をまとめた。

晴天の日曜日。青森市にある国土交通省青森運輸支局の駐車場では、日本自動車連盟（JAF）主催の「シニア・ドライバーズスクール」が開かれていた。参加したシニアは男女五人。

最高齢の本木謙逸さん（80）は、ドライバー歴約六十年。「これだけ長く乗っていると、自己流になる。変なクセがついていないかどうか、点検したかった」と話す。リタイア後の六十一歳になってから免許を取得したという池田正雄さん（71）も、「七十歳を過ぎて、集中力や判断力などが衰えているかもしれない」と思っている。参加したという。

スクールは五十歳以上が対象。自家用車を持ち込み、実地訓練ができる。時速四十キロで急ブレーキを実際にかけてみるなど、運転の基本操作の再確認や交差点での対処方法を学ぶ。昨年度は全国各地で十八回開催した。

警察庁のまとめでは、六十五歳以上の高齢者が、交通事故の過失割合が大きい第一当事者となった事故件数は、二〇〇二年で八万三千四百七十七件と、十年前に比べ約三倍に増えた。背景には免許人口の増加がある。六十五歳以上の

シニアの運転に注意

過信

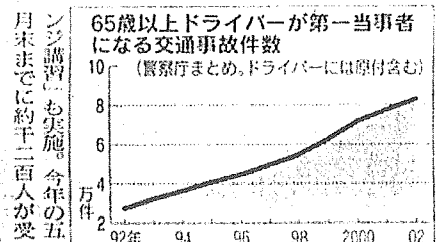
交通事故が増加

痴ほう対策も欠かせず

身体機能、大きく低下

多い」と指摘するのは、財団法人交通安全総合分析センター主任研究員の高岸一博さん。一出台の頭では、相手の車の動きや周辺状況など多くの情報を認知、判断して行動する必要があるから、シニアの弱点になる」とも述べている。

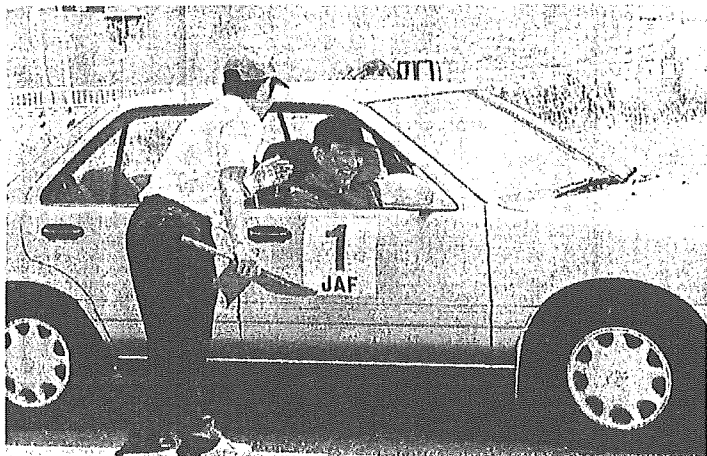
しかし、「シニアは自分の運転能力を過信する人が多く」と話すのは、帝塚山大学教授の蓮花一己さん。蓮花さんは国際交通安全学会の協力を得て実施した運転技能調査では、半を占めるほど自信を持つ人が多く、七十五歳以上では自分の腕前を過度に過信している。約九十三点。しかし指導員の評価は約五十六点だった。こんな過信を防ぐための取り組みも始まっている。道路の弱点があるから、シニアの弱点になる」とも述べている。



「シニア講習」も実施。今年五月末までに約千二百人が受けた。また、上村さんは、「痴ほうは原因によって、運転能力に違いがある。中程度以上なら運転は難しいが、初期や軽度のアルツハイマーの場合、行き先を忘れたり、車庫入れがうまくできないドライバーが多いが、誰かが助手席で指示すれば運転はできる場合もある」と話す。

免許保有者は約七百六十五万人（二〇〇二年）にも上る。加齢に伴う身体機能の低下も見逃せない。警察庁科学警察研究所の交通安全研究部長、西田泰さんなどのグループが、研究所内にシニアドライバーを集めて実施した調査では、時速三十キロで五十メートルから近づくと見える動物視力では、若者が〇・五だったのに対し、シニア層は〇・二九と、三割と低かった。

「判断・行動」の遅れを引き起す。「シニアドライバーの事故は、出合い頭の衝突が



JAFのシニア・ドライバーズスクールでは高齢者の弱点を集中練習する（青森市）

「合格」したのは四割だった。シニアドライバーの深刻な問題として、痴ほう症対策も欠かさない。昨年六月施行の改正道交法では、痴ほう高齢者に対し、公安委員会が免許を取り消せるようになった。この一年間で取り消した件数は十数件だ。

免許の更新時に自主的に申告する方法と、交通事故などの際に、痴ほうの疑いがある」と警察が認めた場合、聴取したうえで医師に診断書を提出させたり、適性検査したりして判断している。このため、痴ほう老人の運転をすべてやめさせるのは難しい。

〈資料2〉

高齢者の交通事故防止調査研究報告書
(平成16年3月 社団法人 愛媛県交通安全協会)

3 高齢者の交通事故防止対策についての提言

本調査研究会は、愛媛県の高齢者の交通事故を抑止するために取るべき対策を下記のとおり 5 つの提言として報告する。今後、高齢者交通事故の発生状況を的確に把握しつつ、各提言に基づく個々具体的な対策が行われることを期待する。

1. 高齢者の認知・判断能力及び身体機能の状況をしっかりと理解・把握し、歩行者・自転車利用者への的を絞った総合的かつ具体的な交通安全対策を積極的に推進すること！
2. 高齢者が真に興味を持ち心に残る交通安全教育を推進すること！
3. 高齢者の身体機能の向上及び学習能力を賦活させるための指導講習会を計画的に実施すること！
4. 歩車分離式信号機・スクランブル交差点等を積極的に設置し高齢者に優しい道路交通環境の整備を推進すること！
5. 高齢者が主体となって参画できる交通安全教育の場を多く作り、高齢者に自信と生きがいを持たせる交通安全対策を積極的に試みること！

【提言1】

高齢者の認知・判断能力及び身体機能の状況をしっかりと理解・把握し、歩行者・自転車利用者への的を絞った総合的かつ具体的な交通安全対策を積極的に推進すること！

高齢者の交通事故防止対策を効果的に推進していくためには、高齢者の認知・判断能力及び身体機能の状況をしっかりと理解することが重要である。

高齢になると身体の諸機能が低下するというのは人間の摂理であるが、加齢による知覚機能の低下

- ・ 動体視力、静止視力、夜間視力、深視力等が低下する。特に 60 歳を過ぎると動体視力は大きく低下する。

- ・ 網膜感度の低下、水晶体の黄化により、色別能力が低下する。
- ・ 聴神経と内耳器官の退化により、低いゆっくりした音声は聞き取れるが、高音域が聞き取りにくくなる。
- ・ 知覚能力の低下により反応時間が長くなる。

加齢による運動能力の低下

- ・ 筋肉の衰え、骨密度の低下、神経細胞の減少等から全身運動能力が著しく低下する。
- ・ 運動能力の低下と知覚能力の低下は、相乗的に作用する。

加齢による記憶能力の低下

- ・ 新しい情報を記憶することが困難になり、過去の情報に依存した行動を取る傾向が強くなる。

といった高齢者の特性をしっかりと把握・理解することが必要である。

また、過去 5 年間における愛媛県の高齢者の交通事故死者数は 334 人であり、その内、167 人 (50%) が歩行者、63 人 (19%) が自転車利用者である。

つまり、高齢死者の約 7 割が歩行中と自転車利用中の死者である。このことから、高齢者の交通死亡事故抑止対策として、歩行者事故、自転車事故に的を絞った総合的かつ具体的な交通安全対策を積極的に推進することを提言する。

さらに、愛媛県では在宅の痴呆性高齢者の数は約 5 パーセントと言われており、愛媛県の高齢者人口約 30 万人の内、1 万 5 千人位の高齢者が痴呆症の範疇に入る可能性がある。

痴呆症の率は年齢が上がるとともに加速度的に増え、後期高齢者では 10 パーセントを遥かに超えていると推測され、交通事故防止対策上極めて深刻な問題である。

今後、痴呆性高齢者の交通の場における行動実態調査や医療関係者との緊密な連携による調査研究を推進し、痴呆性高齢歩行者、自転車利用者、痴呆性高齢運転者に対する総合的なガイドラインづくりを行うことを併せて提言する。

Ethical Challenges Posed by Dementia and Driving

Chairpersons: Manabu Ikeda, Ehime University School of Medicine, Japan
Yumiko Arai, Research Unit for Nursing & Caring Sciences, National Institute for Longevity Sciences, (NILS), Aichi, Japan

SY018-1 Overview: Risk of Driving in Patients with Dementia

Nobutsugu Hirono
Kobegakuin-University, Japan

SY018-2 Dementing Illness and Driving in Japan

Naoto Kamimura
Kochi Medical School, Kochi University, Japan

SY018-3 Dementing Illness and Driving in UK

Carol Brayne
Department of Public Health & Primary Care, Cambridge, U.K.

SY018-4 Attitude of Community Dwelling Elderly People Regarding Dementia and Driving

Manabu Ikeda
Ehime University School of Medicine, Japan

SY018-5 Problems of Family Caregiver with the Demented Elderly Behind the Wheel: The 2002 Road Traffic Law of Japan Revisited

Yumiko Arai, Keigo Kumamoto
Research Unit for Nursing & Caring Sciences, National Institute for Longevity Sciences, (NILS), Aichi, Japan

SY018-1

Overview: Risk of Driving in Patients with Dementia

Nobutsugu Hirono
Kobegakuin-University, Japan

Patients with dementia have multiple cognitive impairments which can impair their driving ability. The *Japanese Road Traffic Law* was recently modified so that the government can void a driver's license of a patient with dementia. It is not necessary to specify that the patients with moderate to severe dementia, who can no longer live independently and need some degree of help, can not drive a car safely. However, it is also true that some patients with dementia in the mild stage may still have retained cognitive functions necessary to safely operate a motor vehicle. Some researchers believe that patients with dementing illnesses should cease driving as soon as the diagnosis has been done for the safety of the patients, family members, and the other people. However, quitting driving might substantially deteriorate the quality of life of the patients and their family members. In Japan, especially in rural areas, it is common that a family solely relies on transport provided by a patient in everyday life errands. Therefore, it is critical to determine whether patients can still drive safely or not.

When examining the driving skills of patients with dementia, many kinds of diseases can have underlying influences. These diseases include Alzheimer's disease, vascular dementia, frontotemporal dementia, and dementia with Lewy bodies. Each disease has different prognosis, characteristic neuropsychiatric manifestation, and different types of neurological deficits. Many are progressive but some others are not. Patients with some diseases may show disinhibition, aggressiveness, extrapyramidal signs, or sensory disturbances which can impair the patient's driving ability even at the stage when cognitive dysfunction remains to be mild. It is also noteworthy that these dementing illnesses impair various aspects of cognitive functions such as memory, orientation, visuospatial perception, semantic knowledge, executive function, judgment, and attention. Each cognitive dysfunction may impair patients' driving skills in a different way. Therefore, it seems impossible to estimate patients' driving skills by using a single cognitive measure.

SY018-2

Dementing Illness and Driving in Japan

Naoto Kamimura
Kochi Medical School, Kochi University, Japan

In June 2002, driving by dementia patients was prohibited due to the revision of the Road Traffic Law. Some recent studies in western countries have shown that many dementia patients are still driving cars. In Japan, the present status of driving by dementia patients is still unclear. In Japan, acceleration of the aging of society and an increase in dementia patients with a driver's license are expected in the future. The public safety commissioner revoked the driver's licenses of dementia patients though there had been no evaluation of patient's conditions requiring discontinuation of driving or neuropsychological studies on their risks of traffic accidents. However, the driving problem in dementia patients can not be radically solved only by the present administrative measures. In Japan with many mountainous regions, inhabitants including those with dementia depend on cars as a means of transportation. Therefore, the prohibition of driving based on only the diagnosis of dementia may present many problems. In this symposium, we take a general view of measures for driving problems in dementia patients in Japan.

SY018-3

Dementing Illness and Driving in UK

Carol Brayne

Department of Public Health & Primary Care, Cambridge, U.K.

The issue of medical fitness to drive and its relationship to ageing is an area of concern in those countries where access to cars is widespread and driving is considered to be an automatic right. Policies are needed that protect the population but also preserve the rights of individual. In order to formulate such policies a diversity of evidence is required. Many factors can influence an individual's ability to drive competently, dementia and cognitive impairment being important amongst these. In the UK the Driving Vehicle Licensing Authority has committees dedicated to advising ministers on specific areas of policy and part of this function is to review the scientific evidence as it becomes available. There are many types of evidence to draw on, although there are relatively few of driving behaviour in the very old. In this presentation I will describe the situation with regard to attitudes and policies for driving and ageing in the UK, and describe one population based study in more detail.

SY018-4

Attitude of Community Dwelling Elderly People Regarding Dementia and Driving

Manabu Ikeda

Ehime University School of Medicine, Japan

[Background and Purpose] In recent years in Japan, the number of elderly people as victim or assailant in traffic accidents has increased. According to revised road traffic laws from 2002, the driver's license of a patient with dementia can be revoked by the government. Despite this, however, driving related issues for dementia patients has not been widely discussed. In this study, we analyzed public opinion of driving for elderly people living in a rural city. [Subjects and Methods] A structured questionnaire was administered to 109 people over age 65 who live in the local city. The questionnaire consisted of following questions in a multiple-choice format. (1) Do you drive a car in daily life? (2) If you can't drive a car, do you have difficulties in your daily life as a result? (3) Do you think patients with dementia should stop driving? (4) (multiple response method) Who should decide to take away the driver's license of a dementia patient? (5) Are you familiar with the new road traffic law allowing the government to revoke the driver's license of dementia patients? [Results] (1) Of the 50 with licenses, 45 drove at that time. (2) 42 subjects thought that they had difficulty in daily life because they can't drive. (3) 95 subjects (89.6%) thought patients with dementia should stop driving. (4) Subjects thought that patients with dementia should decide to stop driving on their own (32.1%), or should be forced to stop by family members (69.8%), by primary doctors (57.5%), or by the government (26.4%). (5) 18 subjects (17.0%) were familiar with the revised road traffic law allowing the government to revoke the driver's license of dementia patients. [Discussion] In Japan, most elderly people with driver's licenses believe that driving is necessary for daily life. Many elderly people think that primary doctors or family members should stop patients with dementia from driving.

講演要旨

運転と性行動が問題

「痴呆介護における課題について」

上村直人講師が講演

はじめに



上村 直人氏

身体的健康を含めた介護負担についての調査結果を報告する。

痴呆介護において今後課題となりうる新しい問題について述べる。その中でも今後課題となりうる痴呆性ドライバーの問題と、高齢者の性的問題行動と高齢者ケアにかかわるケアスタッフの精神的・

り、痴呆の診断には頭の大脳の病気であり、そのために、1) 記憶障害(病的な物忘れ、後で思い出す事が出来ないなど)と、2) 失語、失行、失認、実行機能の障害などの症状がおり、以前出来ていた社会的機能が低下する状態をさすものである。そこで重要な理解は痴呆症を起こしうる病気には多数の疾患が存在するという事である。アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆のほかにも、治る痴呆といった様々な痴呆をきたす病気が存在することを銘記して頂きたい。これまで痴呆の治療やケアに欠けていたものは1) 痴呆の原因疾患を診断しないままの治療、例えばアルツハイマー型痴呆なのか、脳血管性痴呆なのか、または別の痴呆なのかなど、原因をあらかじめ想定しておかないと、そ

痴呆とは

痴呆という言葉は、既に我国では十分認知されている言葉であるが、痴呆という医学的用語に関してはまだまだ誤解も多い。いわゆる「ボケ」という言葉と「痴呆」という言葉の混同である。ボケには2種類あり、老化で起こる健常なボケと、痴呆という病的なボケに分けて理解する必要があるが、まだまだ理解不測の面もあり、ボケ=痴呆、もしくは痴呆=老化が原因といった誤解も多い。その他にも徘徊や妄想がないと痴呆症ではない、痴呆=アルツハイマー、痴呆は性格や生き方の問題であって、性格や生き方を変えれば痴呆を予防できるといった認識がまだまだ存在している。そこで再度痴呆の医学的な診断基準を振り返っておく(表1)。痴呆は病気の名前ではなく、状態をさす言葉であ

表1 ■痴呆の定義 (DSM-IV)

- 病気の名前ではなく、状態を示す
- 従って、様々な痴呆を起こす疾患がある
- 定義

- | |
|--|
| (1)記憶障害
(2)以下の認知機能のうち一つ以上
1) 失語 2) 失行 3) 失認
4) 実行機能障害 |
|--|

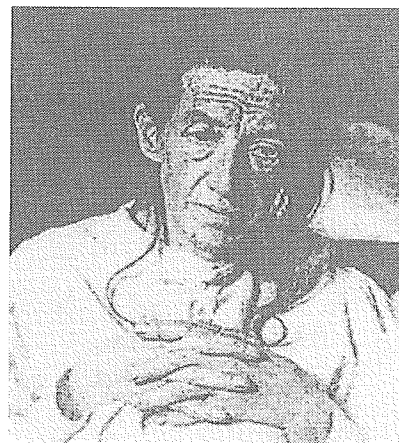
- 物忘れや判断力の低下があり、そのために対人関係などの社会生活・職業に支障を来している
- 以前(半年~1年)のレベルよりも機能が低下している
- 意識障害を伴わない
- ◆ 高齢者とは限らない
- ◆ 進行性であるとは限らない
- ◆ 物忘れだけが痴呆症の症状ではない

本間 昭 講演より

図1



アルツハイマー (独)
精神科医 1864年生



51歳 女性
嫉妬妄想 その後物忘れ
経過5年で死亡

の後の薬物治療やケアも大きく異なってくる。また、2) 痴呆の重症度評価のないままの治療導入である。例えば末期痴呆状態で、在宅で寝たきりが近い方にデイケアなどのサービスを毎日提供するケアプランなどは問題があろう。むしろ訪問看護の導入や、施設介護なども検討すべきである。このように痴呆患者がどの程度進行した痴呆状態、言葉を変えれば痴呆の重症度はどの程度かを把握する事も医療や、ケアには欠かせない。そのためまず痴呆症が疑われた

ら、医療機関を受診し正確な痴呆の診断を行うことが重要である。そして1) 痴呆かどうか、2) 痴呆の原因疾患は何か、3) 痴呆の重症度はどの程度かを見極める事から、痴呆の治療・ケアはスタートする。ここで100年前にドイツの精神科医であるアルツハイマーが報告したアルツハイマー型痴呆の女性を紹介する(図1)。51歳の女性で、最初は嫉妬妄想が出現し、その後病的な物忘れが顕著となり経過5年で死亡されている。その女性の脳をアルツハ

図2 痴呆の進み方—時期で異なる症状と対策—

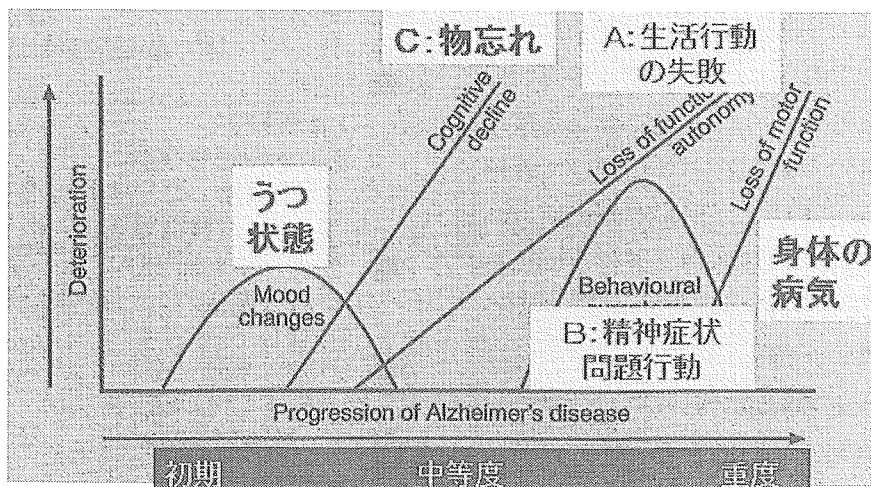


Figure1. Progressive deterioration and emergence of symptoms in Alzheimer's disease. Adapted and reproduced with permission from reference 12.

イマーが解剖して、それまでの痴呆症とは異なる所見をある学会で症例報告した事がきっかけで、現在有名になっているアルツハイマー病が知られるようになった。ここでアルツハイマーという徘徊や妄想が一生持続し、家族は大変案困難に陥ると思いがちであるが、アルツハイマー型痴呆はほぼその経過が予測できるようになっている(図2)。まず初期の段階では病的な物忘れや、認知障害から引き起こされる日常生活上の失敗が中心となる症状である。痴呆が進行し、中等度になると徘徊や、物を盗られたなどという妄想症が出現する。そして妄想や徘徊などの精神症状や行動障害は徐々に消失し(痴呆が進行し今後からだの病気が目立つ末期に近いしるしでもある);末期の身体疾患(尿失禁から来る膀胱炎、肺炎、転倒骨折)が目立つ時期の3期に分けて理解する事が出来る。そのため医師も介護職の方も、この進行に合わせた治療やケアを考える事が必要である。痴呆の話ばかりに話題が集中しがちであるが、高齢者の精神的問題としては痴呆以外にも、自殺が

問題となるうつ病、薬の飲みすぎや、体の病気の初期症状としてときどき現れるせん妄・意識障害、老年期妄想症といった疾患も見逃す事がないようにしなければならない。繰り返しとなるが痴呆症の原因には多数の疾患が存在すると述べたが、大きく分けると1) 治る痴呆症(甲状腺機能低下症、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍)と2) 予防可能な痴呆症(脳血管性痴呆: 高血圧、心臓病、糖尿病、高脂血症、痛風などによる血管障害の予防で痴呆発症予防可能)と3) 現在治療困難な痴呆(アルツハイマー型痴呆やピック病)に分けられる(表2)。いずれにしても痴呆症は早期発見も重要であるため、医療機関を受診し正確な診断と、原因、重症度の評価が重要である。

痴呆介護の新しい課題その1-痴呆性ドライバーと家族介護負担について

高知県は山間部が多いことから自動車の運転が生活上欠かせない土地柄である。そして痴呆症の方と付き合っていると、運転免許を保有した痴呆患者に出会う機会がこの10年間で非常に増えてきた。ある調査によると平成14年には65歳以上の高齢者で免許を保持する者は約880万人で24歳以下の若年者の保持者790万人を越えた。また880万人という数字は全高齢者人口の36%が免許を保持している事になり、今後免許を保有する高齢者が我国では加速度的に増加していく。そこで問題となるのが痴呆症の方の自動車運転と免許である。平成14年6月から、痴呆症は公安委員会が運転免許を取り上げたり、拒否する事が可能となった。可能であるというのは、免許を停止させるのではなく、停止が可能というところが問題である。というのも痴呆症という状態は法律に明記されているが、その程度や、痴呆の原因は問われていない。軽度痴呆ではどうか、治る痴呆ではどうかなどである。

そこで公安委員会ではすべての免許更新者に

表2 痴呆症の分類(愛媛大学:池田学先生講演スライドより)

- 治る痴呆——甲状腺機能低下症、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍
- 予防できる痴呆——脳血管性痴呆/薬剤性痴呆/廃用性痴呆
 - ・危険因子の管理——かかりつけ医—もち
はもち屋へ
喫煙/大酒/高血圧
/糖尿病/高コレステロール血症/心臓病/痛風など 動脈硬化の予防/脳卒中の予防
 - ・服薬管理
 - ・環境調整
廃用症候群の予防
- 治療困難な痴呆——医学的治療、薬物で完治しない
アルツハイマー型痴呆、前頭側頭葉型痴呆(ピック病) など

表3 運転と病状に関するアンケート

- 1) 病気を原因として、もしくは原因は明らかではないが意識を失ったことがある
ある・ない
- 2) 1) に該当する方で、これまでに運転免許の申請または免許の更新時に申告をしていない意識消失の経験がある
ある・ない
- 3) 病気を原因として発作的に身体の一部または一部のけいれんまたは麻痺を起こしたことがある
ある・ない
- 4) 3) に該当する方で、これまで運転免許の申請や免許の更新の申請時に申告をしていないけいれんや麻痺の経験がある
ある・ない
- 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1週間のうちに3回以上ある
ある・ない
- 6) 病気を理由として、医師から運転免許の取得や、運転を控えるように助言を受けている
受けている・受けていない
- 7) 1～6のいずれかに該当する方で、運転免許の申請前や更新前に運転適性相談を受けたことがある
ある・ない
- 8) 1～6のいずれにも該当しない
該当する・該当しない

病状調査を平成14年から行うようになった(表3)。そこでは本人が病状アンケートに回答し、問題ありとなると主治医に運転適性に関する診断書発行が求められる。しかしながら病気と運転適性の関係はまだ医学的にも十分検討されていないところである。なお痴呆症以外でも、自身でコントロールできない低血糖発作や、心臓疾患によりコントロールできない失神発作を繰り返す場合は、患者が免許更新の際にその事を申告し、必要に応じて主治医に診断書提出が求められる事になる。そのため運転と診断書の問題は痴呆症にかかわる精神科医や神経内科、脳外科の医師のみではなく、一般身体科や診療所の先生方にも関係してくる問題と考えられる。高知大学で痴呆患者の運転に関する調査を行ったが、痴呆患者の運転適性検査の調査結果を示す。32名の痴呆患者に運転適性検査を施行したが、結果から言うと痴呆の有無、もしくは

は痴呆の重症度で適性検査の成績に有意な差はなかった(図3)。そのため現在のシステムでは運転の危険な痴呆患者の評価方法は存在せず、今後医学的評価を含めた運転能力の評価方法の確立が望まれるところである。また運転をする痴呆患者を介護する家族の介護負担について調査を行った。年齢、痴呆の程度など有意な差のない運転あり30名と運転していない25名で家族の介護負担度について比較検討した。結果では家族の介護負担尺度である Zarit caregiver burden interview 日本語版(荒井由実子ら: 2000)では運転をする痴呆患者を介護する家族では全般的介護負担度、直接介護にかかわる際の負担、間接的介護上の負担のすべての項目において有意に負担度が高く、また一般的精神的健康調査(GHQ-60)では、身体症状、社会活動において運転する患者の介護負担度が高かった。このように痴呆患者の運転は対策上の課題もある上に、家族の介護負担といった観点からも問題となりうる。そのため今後が医療側と警察関係者など行政側の協力の下対策づくりを行っていくことが必要不可欠であると考えられる。

痴呆介護の新しい課題その2 - 高齢者と性的問題行動について

図3 痴呆性ドライバーの痴呆重症度と運転適性検査評価

適性検査 \ CDR	CDR0.5	CDR 1	CDR 2
4: 優	0	0	0
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

N=32 適性検査: 5段階評価
70歳以上の80%は1か2
70歳以上で4以上は5%のみ

これまで高齢者の性行動はあまり注目されていなかった。しかし高齢社会をむかえ、高齢者の性に関する問題が存在する。今回は高齢者の性的(問題)行動と高齢者の介護にかかわるケアスタッフの精神的・身体的健康に関する調査について述べる。はじめにある高齢者用施設において入所高齢者の性的問題行動の発生についてアンケート調査を行った。回収率は低かったが、有効回答40名中16名、40%が入所高齢者から性的問題行動を受けていた。内容では高齢者の性行動を見る、16名中3名、スタッフが直接性的問題行動を受ける16名中13名であった。このようにケアサービスを提供するケアスタッフが高齢者から性的問題行動を受けている事は驚きであった。さらに在宅サービスにかかわるケ

アスタッフを対象にアンケート調査を行ってみたところ、約3割が性的問題行動を受けていた。高齢者のケアサービスを提供する施設も在宅でも専門職が性的な被害を受けていることが判明した。しかし最も重要である事は、調査を通じて声を出してくれたケアスタッフは、このような高齢者の性行動をどのように捉えていいのかわからないという悩みと、上司に相談すると逆に「あなたの服装がわるい、お年寄りの性的な興味を引かすような態度が悪い」などの叱責に近い言葉を同僚や上司から受け、職場を辞めてしまうなど2次被害的なことが起こっていた。そのため高齢者介護を今後考えていく上では、高齢者の性的問題行動も重要な課題になると思われる。

〈資料5〉

人はだれでも歳をとります。
痴呆性高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる、
そんなまち、「四国中央市」にしていきたいと思います。

痴呆にやさしい地域づくり講演会

講演：「地域の人々に痴呆を正しく理解してもらうためには」

～痴呆性高齢者と交通安全～

講師：愛媛大学医学部神経精神医学教室

助教授 池田 学 先生

と き：11月23日（祝・火）

受付：13時～

講演：13時30分～15時

ところ：四国中央市福祉会館4階多目的ホール

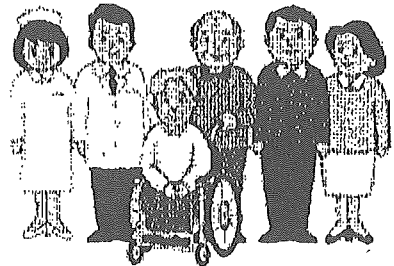
（四国中央市三島宮川4丁目6番55号）

受講料：無料

問い合わせ先：四国中央市福祉部高齢福祉課 28-6024

（要人介護・福祉イラスト）

みなさんのお越しをお待ちしております。

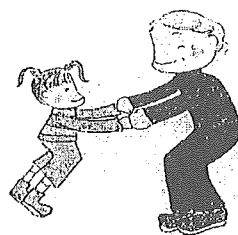
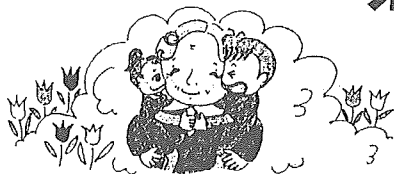


第2回

東予をボケても安心して

暮らせる街にする会

～痴呆性高齢者の交通安全～



日時:平成17年1月14日(金)午後6時30分～午後9時
(開場午後5時30分)

場所:新居浜市市民文化センター 中ホール

プログラム

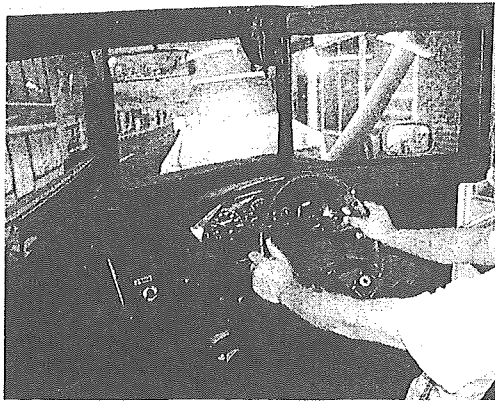
- I アリセプト商品紹介 午後6時30分～6時40分
- II 開会の挨拶 午後6時40分～6時45分
- III 話題提供 午後6時45分～7時00分
「通所リハビリテーションから見る在宅痴呆高齢者の一考察」
老人保健施設 ちかい 看護長 鈴木 栄次先生
- IV 講演 午後7時00分～8時00分
1. 「高齢者の交通事故防止調査研究報告」
愛媛県警察本部 交通部交通企画課事故分析・統計補佐
警部 池田 修先生
2. 「痴呆高齢者の運転に関する住民の意識調査から」
愛媛大学医学部 神経精神医学講座 助教授 池田 学先生
- ～ 休憩 午後8時00分～8時10分 ～
- V 特別講演 午後8時10分～9時00分
「家族の介護負担の評価と痴呆高齢者の運転」
国立長寿医療センター研究所 長寿看護介護研究室
荒井 由美子先生
- VI 閉会の挨拶

共催 東予をボケても安心して暮らせる街にする会
エーザイ株式会社 ファイザー株式会社

お問い合わせ先:エーザイ株式会社松山コミュニケーションオフィス 担当者:矢吹/栄田(サカエダ)
TEL:089-941-6345 FAX:089-933-5463 (平日8:30～17:10)

認知症 ハンドル握って大丈夫？

高齢者のドライバーが増えるなか、認知症(痴呆症)の人の運転の安全が問題になっている。02年の道路交通法改正で認知症は免許取り消しの対象となったが、申請は本人や家族に任せられ、家族が危険と感じても、車が生活の足になっている場合など、なかなか中止できない例も多い。運転に支障があるかどうかの見極めも難しく、対策が急がれている。(本多昭彦)

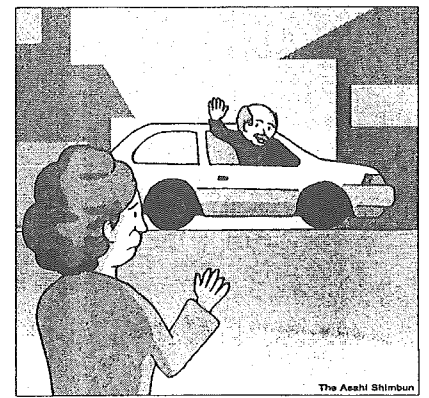


脳機能などに障害がある人のための運転シミュレーター神奈川県厚木市の神奈川県リハビリテーション病院で

「危ない」。都内の主婦は昨年、助手席で思わず叫んだ。60代の夫が運転する車は赤信号の交差点で突進した。横断歩道にいた若い男性が跳んで逃げ、間一髪。他の歩行者から怒号を浴びたが、夫は「青だつた」と言い張った。数年前から車庫入れなどの失敗が増えた。1年のせい「か」と思っていたが、怒りっぽさなどが顕著になり、2年前、心臓内科を受診、認知症と診断された。だが本人は病気の認めない。退職後は運転が楽しみなようになって、「運転させたくない」と思いながら、強く言えずにいた。その後、主婦は車のキーを隠したが、夫はどこかでスペアキーを作り、何時間も出かけたままのこともあった。免許証も隠したが、「身分証明に必要」と責められ、根負けした。免許更新が近づいていたので、その際に相談しようと思っていたが、夫は一人で警察署に行き、何事もなく更新してきてしまった。いまは車を処分し、夫は運転をあきらめたが、主婦は「事故を起こしたら」と

家族「強く反対できず」

不安でたまらなかった」と中部地区の70代の工場経営者は毎日、車で工場に通っていたが、6年ほど前から帰宅時に寄り道運転をするようになった。妻は最初、わざとやっていると怒っていたが、やがて、毎晩帰宅後に車で遠出をするなど、異常な行動が目立つようになった。だが、外出はすべて夫の運転に頼っていて、病院にも連れていけなかった。そのうちに夫は接触事故を3回も起こしてしまった。これをきっかけに車を処分、



外出にはタクシーを使うようになった。夫が認知症の中でも運転などに支障が出やすいヒック病だと診断されたのは、事故の後だった。

厚生労働省の推計では、認知症の患者は189万人(05年)で、65歳以上の7.6%が認知症とみられている。警察庁によると65歳以上の免許保有者は03年末で879万人。単純計算では、65歳以上の認知症患者の66万人以上が免許を持っていることになる。一方、65歳以上の高齢者が第一当事者になった事故は03年で8万9千件(死亡事故は約1千件)。10年前の2倍以上になっている。

70歳以上には、免許更新時に高齢者講習の受講が義務づけられ、簡単な運転シミュレーターを使って、1主反応時間などをみる適性検査が行われている。だが、愛媛大学の池田学助教(精神医学)らが、ごく軽度から中程度のアルツハイマー病と診断されても運転を続けていた18人に同じ検査をしたところ、同年代の健康な人と明確に区別できなかったという。池田助教は「認知症に特有な運転時の反応を取り入れたプログラムの開発が必要」と指摘する。

原因によって能力に差

「認知症だから」といってひとくくりに運転を中止させてしまうのは、問題がある。上村直人高知大医学部講師(精神医学)だ。「認知症の原因によって運転能力には違いがあり、軽度のアルツハイマー病では行き先を忘れるなどして、助手席で指示すれば運転できる場合もある」と話している。まずは正確な診断が大切という。運転中止の判断の目安として、群馬県こころの健康センターの高永和夫所長は「家族が助手席に乗って危ないと感じたらやめさせるべきだ」という。一方で「患者から車を奪うことで、閉じこもりにきくのをしている。障害はあっても運転を希望する人に、実際の道路で起こると同様の状況を体験してもらうのが目的だ。バイクが突然飛び込んでくるなど多数の危険な場面を再現でき、判断力が落ちていると、バイクや人をねてしまう。仮想の事故体験ができるため、自分の運転が危険だと自覚するのに役立つという。国立長寿医療センター研究所の荒井由美子・長寿看護学部長は「本人の権利を尊重しながら運転中止ができるように、かかりつけ医との情報交換を行ったり、警察など関係機関がもっと連携できる仕組みが必要」と話している。

02年6月施行の改正道路交通法で、重度の睡眠障害などとともに認知症の人の免許は公安委員会が取り消せるようになった。更新時に本人や家族が申告するほか、事故などで警察が医師に診断書を出させたり、適性検査を受けさせたりして判断している。だが、警察庁によると、認知症が理由の免許取り消しは03年は30件。各地の運転免許センターなどの運転適性相談窓口では、家族から相談を受けた際に自主的な返納を推奨しているのが現状だ。

免許取り消し年30件 7割は診断後も運転

03年8月・04年2月に愛媛大付属病院などで認知症と診断された人で、1年以上に運転経験があった31人(平均70歳)の家族へのアンケートでは、約7割にあたる22人が診断後も運転をしていた。日本神経学会が認知症の治療指針の中で、認知症の重症度が軽度以上を運転中止の目安にし、ごく軽度の場合は半年後に再評価するべきとしている。だが、両者の区別が専門医でも難しいとの指摘もある。

推定35万人、痴呆ドライバー 公共の安全確保と個人のQOL喪失がジレンマに

信号に気付かない、車間距離が狭い、隣家に車庫入れる、事故を起こしたこと自体忘れてしまふ。本人だけでなく公共の危険を伴う痴呆性高齢者の運転は、2002年の改正道路交通法(囲み記事参照)で制限できるようになった。運転中止の行政判断に診断書提出が求められるなど、同法には医師も深くかかわるが、痴呆による運転技能の低下を測定する方法はまだない。また、免許取り消しが高齢者本人や介護家族のQOL低下を招くというジレンマもある。シンポジウム「痴呆高齢者の自動車運転と権利擁護」(オーガナイザー=愛媛大学神経精神医学・池田学・助教授)では、物忘れ外来や地域介護支援に携わるシンポジストが、社会を挙げて取り組むべき課題を整理した。

前頭側頭葉変性症ではより早急な対応が必要

2003年現在、わが国の65歳以上の運転免許保有者数は879万人。痴呆性高齢者の実数を示すのは難しいが、65歳以上の有病率を4~6%とすると、運転免許を保有する痴呆性高齢者は少なく見積もっても35万人となる。痴呆性高齢者が衝突事故を起こすリスクは、同年齢の健康者に比べ2.5~4.7倍高いとされることなどから、国は1998年に免許の自主返納制度を開始。75歳以上には免許更新時の講習を義務付けた。2002年には受講年齢を70歳以上に引き下げている。しかし個別に見ると、明らかに運転への支障が出ていても免許更新に成功する例が少なくない。

高知大学神経精神統御学の上村直人講師が同大病院物忘れ外来で経験した痴呆性高齢者の運転問題事例(30例)を分析したところ、臨床痴呆評価尺度(CDR)0.5(痴呆の疑い)の場合、本人とかがかりつけ医の全員が運転継続可能と考えているが、CDR1(軽度痴呆)に進むと医師の6割、家族の半分が運転継続に否定的になっていた。CDR2(重度記憶障害あり)では、すべての医師が運転継続は不可能としたが、家族の1割、本人の4割は運転可能と考えていることがわかった(図)。

実際、CDR0.5でも運転能力低下と診断されたり、CDR2でも適正診断をパスする例は少なくなく、現在の診断には問題があることが明らかになっている。

また、前頭側頭葉変性症(8例)とアルツハイマー病(AD、23例)の特性を検討したところ、両者とも発症後の運転行動は変化しているが、ADは特に「行き先忘れ」、「車庫入れ」で問題が多くなるのに対し、前頭側

頭葉変性症では「車間距離」、「信号無視」、「わき見/注意散漫運転」での問題が目立ってくるのが明らかになった。特に前頭側頭葉変性症では、発症後事故を起こすまでの期間が平均1.28年と、ADの平均3.0年に比べて短いなど早急な対応が必要だが、認知障害が目立たないことがネックになって対処されにくい。

同講師は「本人が運転に強く執着して説得しきれなかったり、山間部居住のため自家用車がなければ通院できなかったりする例もある。運転中止を促す医師の責務は重い」と指摘した。

地方で自家用車は必需品

運転中止に伴う高齢者本人、また家族への負担は、居住地域によって大きく異なる。都心では電車やバスのほか、地域のシャトルバスサービスなどがあるが、地方では自家用車がなければ病院まで片道6時間という事態も起こりうる。運転中止の決断はQOLの低下に直結する問題だ。

オーガナイザーを務めた池田助教授は、こうした運転中止への高齢者本人のコンセンサスと医師の役割について知るため、中山間地域(愛媛県中山町)、地方都市(同県伊予三島市)、大都市(大阪府堺市)の3地域で、65歳以上の約2,800人にアンケート調査した結果を紹介した。

まず、「痴呆患者は運転をやめるべきだと思うか」の問には3地域とも9割以上が「思う」と回答した。しかし「痴呆患者の運転免許が取り消しとなりうることを知っているか」の問にはほぼ8割が「知らない」とした。運転免許の取り消し決定者はだれが適当かについては(複数回答)、3地域とも「家族」が6割以上で、「行政機関」との答は4割に満たなかった。医師に決定を期待する声は、大都市部や地方都市では6割近かったが、中山間部では「本人」とする回答と並び3割程度だった。

運転の頻度については、「毎日」とした高齢者が大都市では4割だったのに対し、中山間部では8割近くにのぼった。運転ができない場合の日常生活への影響で「非常に困る」とした率とほぼ比例しており、車が生活必需品である山間部での運

転中止の介入には、足の便の確保という社会的受け皿整備が不可欠であることが示唆された。

少ない警察のかかわり、自己申告に頼る難しさ

運転中止の決断は、させるほうにも苦慮を伴う。国立長寿医療センター研究所長寿政策科学研究所の荒井由美子部長が、法改正からこれまでに痴呆性高齢者の免許処分があったかを3県警で調査したところ、免許の停止・取り消しなどの行政処分を明確に行った事例はなく、代わりに免許の自主返納や更新の自粛を勧めていることが明らかになった。本人の意思を尊重した対応と言えるが、実数として、この問題への警察の関与はまだまだ少ないと言える。

仕組みにも問題があった。県によって若干異なるが、こうした行政処分は、免許の更新時に座学や失神などの経験ありと病状を自己申告し、診断書の提出などを経て公安委員会による審査が行われて決定される。つまり、免許停止・取り消しは、痴呆ドライバー本人が運転能力低下を納得し、自己申告しなければ進まない仕組みになっているのだ。

痴呆性高齢者が運転を断念する過程と要因、家族対応の特性、効果的な介入方法を探っている愛媛県立医療技術大学地域看護学の野村美千江教授は、「運転中止の成功は、妻や長男が高い意識と主導権を持っている例が多く、逆に家族関係が不良であったり、介護負担増の懸念がある場合に難しい」と特性を挙げた。

調査対象は、愛媛大学病院の精神科神経科で運転中止勧告がなされたCDR0.5~1の初期痴呆の12例(男性10例、女性2例、平均年齢72.8歳)。本人・家族に平均2.2回の面接を行い、運転中止の成否と家族対応の経緯や理由を聞いた。

対象のうち、運転断念に成功していたのは4例。免許更新時や人身・自損事故後に、妻や長男が本人を説得したケースが目立った。説得しきれずに現在に至っている事例では、嫁の介護負担増大への懸念や妻と子供の認識のずれ、家族関係などが足かせになっていた。運転継続中のケースでは、介護負担への懸念のほか、若年齢のための生活・仕事上の能力維持、家族が本人の運転に依存、地理環境などが理由に挙げられた。

同教授は、運転を断念する過程には「見守り期、見極め期、納得期」があると解説。高齢者の自立を奪う懸念、本人・家族のストレスやトラブル、車への執着心自体の忘却一といった過程を通じて、車のない生活に慣れる必要があるとし、地域ネットワークなどによる支援体制の整備が必要として、行政支援へ期待を寄せた。

道路交通法

自動車および原動機付自転車の運転免許の取り消し、停止等(平成14年6月改正施行、抜粋)

第103条 免許を受ける者が次のいずれかに該当することとなったときは、管轄する公安委員会はその者の免許を取り消し、または6月を超えない範囲で免許を停止できる。

1. 下記いずれかの病気にかかっていることが判明したとき
イ 幻覚症状を伴う精神病
ロ 発作により意識障害または運動障害をもたらす病気
ハ 痴呆
2. その他自動車等の安全な運転に支障を及ぼす恐れがある病気

路上運転技能評価の確立が必要

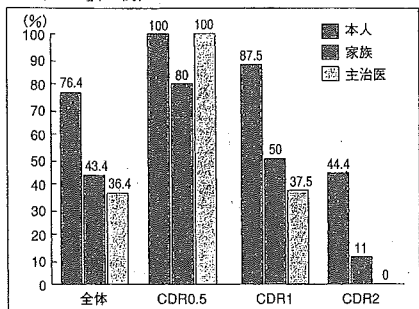
上記の池田助教授の調査結果からは、痴呆性高齢者の運転が望ましくないという社会的コンセンサスは既にあると解釈できる。だが実際に、運転能力の低下を測定する客観的指標があるわけではない。このため、医療関係者や家族が「運転中止の説得に苦労することになる。

神戸学院大学人文学部人間心理学科の博野信次教授によると、海外でも事情は同様だ。米国神経学会ではCDR1以上のAD患者、カナダ医師会(MMSE(Mini-Mental State Examination)24未満で不可逆な場合に運転すべきでない)との基準を定めている。しかし、CDRを指標にすることの妥当性についてはまだほとんど検討されていない。運転技能評価との相関が認められていないMMSEも、軽度痴呆群では必ずしも反映されないなど、予選指標としての妥当性は不十分なことが明らかになっている。

同教授が参考例として挙げるのは、ADとその関連疾患患者を診察した医師に地域保健局への報告義務を課しているカリフォルニア州のシステムだ。報告を怠ると、患者が衝突事故を起こした場合は医師に責任が生じる。医師からの報告は州自動車管理局に転送され、患者は医療状況評価を受けることが求められる。ここで軽度痴呆と診断された場合は、運転知識検査や面接、視覚検査、運転技能検査が行われる。すべてに合格すれば運転継続が認められるが、6~12か月後に再度同じ評価を受けなくてはならない仕組みだ。

同教授は、カリフォルニア州の取り組みには医師の診断力や妥当性が検討されていない、コストがかかる、受診回滞につながるなどの問題があるとしながらも、「痴呆患者を確実に把握する法整備は、(わが国でも)今後解決しなければならない問題」と指摘。妥当で安全な運転能力評価法の確立が急務と述べた。池田助教授もまた、「公共の安全のためには、患者の権利尊重に偏ってはいち行かない。その解決は行政の役割だ。われわれは行政へ働きかけるとともに、痴呆と運転能力の診断をどうするのかを、さらに考えていかなければならない」と述べた。

〈図〉痴呆性高齢者の自動車運転能力評価「運転継続が可能と思うか?」(30例)



痴呆高齢者の自動車運転

—— 医師はどのような役割を担うべきか：日本精神神経学会で議論 ——

道交法改正も、十分な歯止めにはなっていない

自分の診ている痴呆症の患者さんが、自動車を運転することに、医師として危険を感じる。でも免許更新時の適性試験は問題なく合格しているし、医師が運転中止を勧告する明確なガイドラインもない——。

このような問題に、今後は多くの先生方が直面することになるかもしれません。

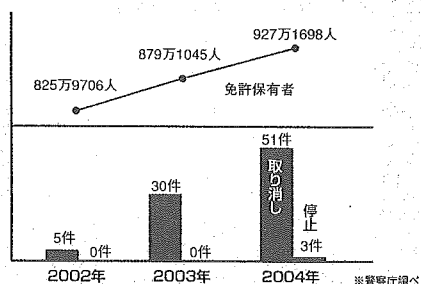
国内で運転免許を保有する痴呆高齢者は、少なく見積もっても35万人。海外の報告では、同年齢の健常高齢者に比べ、痴呆高齢者が運転事故を起こすリスクは2.5～4.7倍高いといえます。こうした背景もあり、2002年6月に道路交通法が改正され、公安委員会は痴呆症を理由に運転免許を取り消し、あるいは停止できるようにしました。しかし警察庁によると、2003年の痴呆症に伴う免許取り消しは、全取り消し(6万9729件)のうちわずか30件、2004年も6万7135件中51件に過ぎません(下グラフ)。

医師によるスクリーニング、行政による最終評価

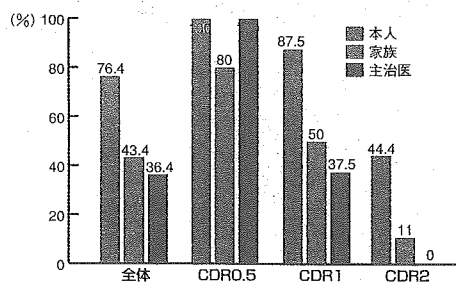
埼玉県で開催された『第101回 日本精神神経学会総会』の初日(5月18日)、『痴呆高齢者の自動車運転と権利擁護』と題するシンポジウムが開催されました(オーガナイザー＝愛媛大学医学部神経精神医学講座・池田学助教授)。「改正道路交通法の存在自体がほとんど知られていないので啓発が急務」[運転の危険性の高い患者さんを医師が絞り込むためのスクリーニングテストと、行政が最終的に運転の可否を判断する評価法の開発が必要(現行の免許更新時の運転適性試験では痴呆高齢者の運転能力を的確

に評価できない)] [地方では特に、代替交通機関の整備など本人と家族に対するサポートが必須]——。演者の発表を通してこれらの課題が整理されたほか、フロアとの質疑応答では、患者さんや家族との治療関係を維持しつつ、また一方で公共の安全を図るべく、医師として運転中止勧告にどこまで踏み込むかが議論されました。池田助教授は「総会のシンポジウムというかたちでこのテーマがとりあげられたのは国内では初めて。今後もディスカッションを重ね、行政への提言などにつなげていきたい」と述べました。

■認知症による免許取り消し、停止件数と65歳以上の免許保有者の推移

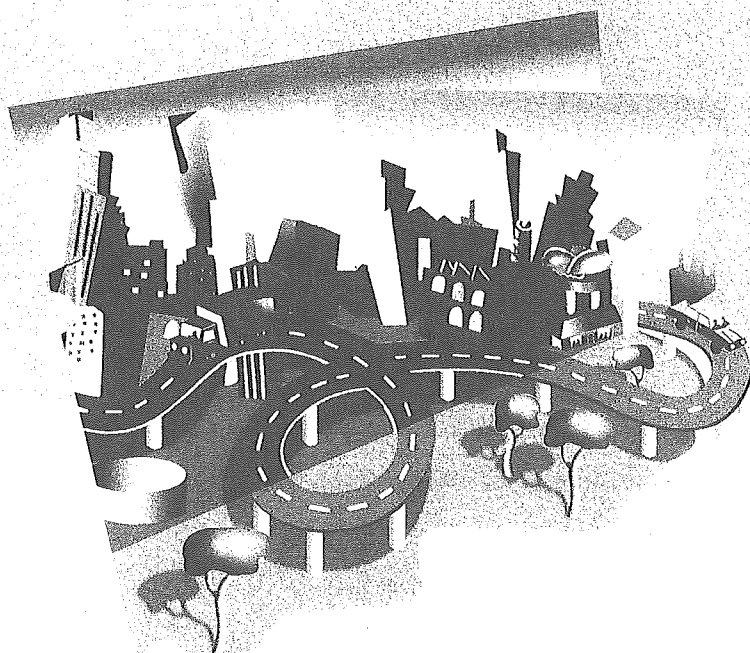


■痴呆高齢者の自動車運転能力評価「運転継続が可能かと思うか？」(30例)



CDR2 (中等度痴呆) であっても、本人は4割以上が運転可能と考えている。

※日本精神神経学会総会における上村直人先生(高知大学医学部)の発表より



第6回日本認知症ケア学会大会

ランチョンセミナー

認知症と自動車運転

日時

2005年10月2日(日) 12:00~13:00

場所

島根県民会館 第1会場 (1F 大ホール)
松江市殿町158番地 TEL:0852-22-5506

演者

池田 学 先生

愛媛大学医学部 神経精神医学講座 助教授

座長

堀口 淳 先生

島根大学医学部 精神医学講座 教授

共催 第6回日本認知症ケア学会大会
ヤンセン ファーマ株式会社

略 歴

- 氏 名 池田 学 (いけだ まなぶ)
- 所 属 愛媛大学医学部 神経精神医学教室 助教授
- 研究歴・職 歴
昭和59年 3月 東京大学理学部生物学科人類学課程卒業
昭和63年 3月 大阪大学医学部卒業
平成5年 3月 大阪大学医学部精神医学教室大学院卒業・博士(医学)
平成5年 4月 東京都精神医学総合研究所神経病理部門研究生(国内留学、1年間)
平成6年 4月 兵庫県立高齢者脳機能研究センター臨床研究部門研究員・医長
平成8年 9月 愛媛大学医学部精神科神経科助手
平成12年 8月 ケンブリッジ大学神経科にて共同研究(海外留学、1年間)
平成14年10月 愛媛大学医学部神経精神医学講座助教授
- 主要研究領域 老年精神医学, 神経心理学, 老年期精神疾患の疫学, など

認知症と自動車運転

現在、わが国の65歳以上の運転免許保有者数は850万人を超えている。65歳以上の在宅の認知症患者の有病率を5%、免許保有率を40%とすると、運転免許を保有する認知症高齢者は少なくとも17万人以上となる。このような状況をふまえて、平成14年6月の改正道路交通法の施行により、認知症患者の免許停止もしくは取り消しが可能となった。日常臨床でも認知症患者の運転中止をめぐる問題は喫緊の課題となっているが、家族介護者に説明するための本邦独自のデータに基づくガイドラインすら存在しない。

本講演では、現在わが国において加速度的に増加が見込まれる認知症を伴う高齢ドライバーの実態と現時点での解決すべき問題点を明らかにし、認知症高齢者のQOLに配慮するとともに運転中止に伴う介護者の介護負担を軽減し、わが国における認知症高齢ドライバーに対する医学的、行政的、福祉的問題に対する検討を試みる。

演者らは、まず運転中止への高齢者本人のコンセンサスと医師の役割について検討するため、中山間地域、地方都市、大都市の3地域でアンケート調査を実施した。3地域ともに90%以上の高齢者が認知症患者は運転を止めるべきだと考えていた。運転の頻度については「毎日運転している」とした高齢者は大都市では4割程度だったのに対して、中山間地域では8割近くにのぼった。運転ができない場合の日常生活への影響で「非常に困る」とした率とほぼ比例しており、車が生活必需品である中山間地域などにおける運転中止の介入には、代替交通機関などの整備が不可欠であることが明らかになった。

当日は、医師から運転中止勧告を受けた事例を調査し、認知症高齢ドライバーが運転を断念する過程と要因、家族対処の特性、効果的な介入方法を検討した結果や、ドライブシミュレーターによる認知症患者の運転技能評価などの安全性の高い妥当性のある実地評価法の開発状況なども紹介してみたい。

L U N C H E O N S E M I N A R

第25回日本社会精神医学会 ランチョンセミナー5

【座長】 信州大学医学部 精神医学教室
老年期精神医学 臨床神経病理学
教授 **天野 直二**先生

【演者】 愛媛大学医学部 神経精神医学講座
助教授 **池田 学**先生

認知症と 社会的問題 ～自動車運転を中心に～

2006年 **2/24** 金
12:30 ~ 13:20

京王プラザホテル
南館3階「グレースルーム」

〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1 TEL:03-3344-0111

共催：第25回日本社会精神医学会
エーザイ株式会社
ファイザー株式会社

認知症と地域社会 高齢者と交通手段

公開シンポジウム



日時 平成18年1月15日(日)
15:00~17:15

場所 ふれあい健康館1Fホール (定員200名)

主催 徳島大学

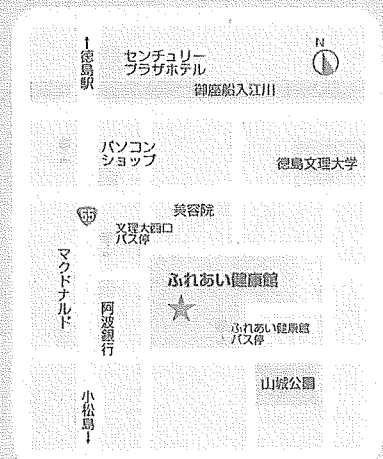
共催 徳島地域連携協議会

後援 徳島県・徳島市長会・徳島県町村会
徳島県医師会・徳島市医師会・(社)徳島新聞社・四国放送(株)
NHK徳島放送局

申込方法 どなたでも参加できます(無料)。
当日会場に直接お越し下さい。

プログラム

- 総合司会 平井松午 (徳島大学地域連携推進室長)
開会挨拶 青野敏博 (徳島大学長)
講演
1. 「高齢者の認知機能と認知症」
国立精神・神経センター総長 金澤一郎
15:30~
2. 「認知症と高齢者の交通事故」
高知大学医学部附属病院講師 上村直人
15:50~
3. 「徳島県における高齢者の交通事故」
徳島県警察本部交通企画課交通安全対策官 藤井良夫
16:10~
4. 「高齢化社会における交通安全対策」
徳島大学大学院工学研究科教授 近藤光男
16:30~
休憩
16:40~
パネルディスカッション 「高齢者を交通事故から守る」
司会:梶 龍児 (徳島大学地域医療連携センター長)
パネラー:金澤一郎、上村直人、藤井良夫、近藤光男
17:10~
閉会挨拶 黒田泰弘 (徳島大学副学長)



お問い合わせ先

徳島大学総務部企画・評価課社会貢献係
〒770-8501 徳島市新蔵町2丁目24番地
TEL. 088-656-9752 FAX. 088-656-9965
E-mail: khkoukenc@jim.tokushima-u.ac.jp

併催

第5回 徳島神経難病セミナー

13:00~13:55 神経難病対策について
14:00~14:50 日本神経学会公開講座
講演「神経難病と認知症」
国立精神・神経センター総長 金澤一郎 先生