

が非常に大きかった。

以上の結果をまとめると、免許を保有していた高齢者の多くが現在高頻度で運転しており、自動車の運転を生活上必要と考えていた。とくに、公共交通機関の整備が不十分な地域ほど、自動車運転に依存する傾向が強く、山間部では仕事のために毎日運転を続けている高齢者も多いことが明らかになった。

「認知症患者は運転をやめるべきだと思うか」という質問に対して、90%の高齢者がやめるべきだと思うと回答した。また、免許取り消しの決定者としては、「家族」とする答えが多かった。しかし認知症患者は、病気に対する自覚が乏しいため運転をやめず、家族が運転をやめさせようとするると激しく拒否することも多い。また、地域の生活事情として家族が認知症患者の運転に依存せざるをえない、などの理由により運転を継続することも多い。運転中止が認知症患者と社会との接点を奪うことにつながる可能性もある。法律上、免許取り消しの権限を有する公安委員会などの行政機関ならびに専門医は、認知症患者の運転能力を評価するシステムを確立し、保健師やケアマネージャー、主治医は円滑な運転中止に向けて認知症患者とその家族を支援する必要がある。

Ⅲ. 認知症の自動車運転

本章では、運転免許を保持する認知症患者の道路交通法改正直前まで²⁾と改正後の運転の実態と家族の対応についての調査結果を紹介する。

対象は1995年～2001年に高知医科大学神経科精神科及び関連施設を受診し、初診時に運転免許を保有する認知症患者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病20例、脳血管性認知症3例、前2者の混合型2例、前頭側頭葉変性症4例、その他の認知症1例であった。CDR別評価では、CDR 0.5が6例、CDR 1が17例、CDR 2が7例であった。

認知症発症から受診、及び診断までの認知症患者の運転の実態では、免許を保有する認知症患者30例のうち8例が運転を中止しており、その全てがCDR 2の中等度認知症患者であった。8例中6例は家族が危険であると判断し、鍵や車を取り上げていた。諸外国の認知症患者の運転に関する検討でも、中等度認知症以上では運転継続は危険であることが報告されており³⁾、本研究の結果を裏づけるものであろう。また、初診時に運転を行っていた22例に対する家族や介護者の評価では、「危険ではない/大丈夫である」と答えたのは4例のみであった。残りの18例の家族は、患者の認知症の程度が軽度にもかかわらず、「運転は危険だが生活のためには仕方ない」など、既に患者の運転に関して何らかの危険や不安を感じながら、運転を受け入れる現状がうかがえた。つまり、中等度認知症の場合は、家族が免許を失効させても他人の自動車を勝手に運転していた例もあるが、多くは運転中止に至っていると考えられる。ところが、軽度認知症患者の場合は、家族が対応に苦慮したり、運転の危険性が認められたりする場合が多いにもかかわらず、運転中止に至っている例は少ない。今後は、CDR0.5～1レベルの軽度認知症患者の運転能力の評価や運転中止基準の作成、運転に対する患者教育や家族へのサポートが必要であると思われる。また、ピック病を代表とする前頭側頭葉変性症では、記憶

障害は目立たないものの、脱抑制や、常同行動などの行動異常から運転行動上の危険性は、アルツハイマー病よりむしろ高いと考えられ4)、今回の対象の中にも道路を逆走した例が含まれていた。疾患別の運転能力の評価も、今後の重要な課題である。

道路交通法改正後の運転の実態については、愛媛大学附属病院精神科神経科を受診した自動車運転中の初期認知症患者13名について、約1年半にわたって経過を観察した。観察終了時において自動車運転を中止していたのは13名中8名で、5名は自動車運転を継続中であつた。認知症発症後の自動車事故歴と運転中止との関連を分析した結果、運転を中止した8名は全員自動車事故を発生させており、交差点における人身事故や看板等の対物事故、運転中道に迷うなど危険な経験を重ねている

ことがわかつた(表2)。初期認知症患者の場合は車の運転中止を勧告された後も、運転中止までには長期間を要すること、その間に交通事故を発生させていること、事故を起こす前に運転を中止することはほとんどないこと、などが明らかになった。また、家族の依存や生活上の必要性が大きい場合は、事故の発生回数や医師の勧告に関わらず、運転中止が難しいことも明らかになった。したがって、家族と主治医に運転中止の判断や宣告を委ねては、家族の問題解決力に影響を受けるため、行政機関等の第三者による公的な判定と中止宣告が必要であると思われる。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支援を行うことが重要である。

表2 対象の概況

No.	性	年齢	世帯	職業	診断名	発症後の		観察終了時の 状況
						運転事故歴		
1	男	82	夫婦	農業	AD	対物事故 2回 自損事故 2回 運転中迷う 2回		
2	男	67	夫婦	農業	AD	自損事故 数回 運転中迷う 2回		
3	女	66	夫婦	無職	FTLD	人身事故 1回 自損事故 2回 運転中迷う 1回		自動車 運転 中止
4	男	83	夫婦	〃	AD	自損事故 1回		
5	男	79	夫婦	〃	AD	人身事故 1回		
6	男	77	三世代	〃	FTLD	自損事故 1回		
7	男	90	三世代	〃	AD	自損事故 2回		
8	男	72	ひとり親と未婚子	〃	AD	自損事故 3回 運転中迷う 2回		
9	男	70	夫婦	〃	AD	なし		
10	男	67	三世代	自営業	AD	なし		自動車 運転 続行
11	女	67	夫婦	農業	FTLD	なし		
12	男	58	三世代	農業	FTLD	なし		
13	男	49	夫婦と未婚子	公務員	AD	なし		

注) 診断名

AD: アルツハイマー病 (Alzheimer's disease)

FTLD: 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration)

IV. スクリーニング検査開発の試み

現在、わが国では運転行動に関する指針は米国の神経医学会の基準をそのまま一部引用している日本神経学会のガイドラインしか存在せず(表1)、今後更なる増加が見込まれる認知症の運転者に対し、指針の作成も含めたシステムの整備が急務であると考えられる。また、なるべく簡便で、患者の運転に不安を持った家族などが最初に受診させるかかりつけ医などでも施行できる検査を用いて評価できることが望ましい。

愛媛大学と高知大学の専門外来の診療録データベースから、初診時、自動車の運転を行っており、過去に交通事故、違反歴が確認されたアルツハイマー病(AD)患者と事故、違反歴、運転上の問題のないAD患者を抽出した。事故、違反歴、なんらかの運転上の問題があった者は26名(男:女=20:6、年齢=73.6±9.0、MMSE=20.5±5.4、CDR 3=1名、CDR 2=6名、CDR 1=11名、CDR 0.5=8名)、事故、違反歴がなかった者は23名(男:女=15:8、年齢=69.4±7.9、MMSE=23.0±3.0、CDR 2=0名、CDR 1=9名、CDR 0.5=14名)であった。

その現病歴から確認された事故、違反、運転上の問題は「行き先忘れ」、「迷子」、「接触事故」が多く、主に記憶障害、場所に関する見当識障害、注意障害、視空間性機能に関する障害によると考えられた。そのため、当外来受診者全員に行っているMMSEの記憶障害を反映している「想起」、「場所の見当識」、注意機能を反映していると考えられる「Serial-7」、視空間性機能の障害、すなわち構成障害を反映している「三次元図形の模

写」、認知症の重症度を評価したCDRについて上記2群について比較した。

記憶、場所の見当識、注意機能、視空間性機能が障害されている例では事故の危険性がより高まり、なんらかの運転上の問題を有する群において失点している例が多く、問題のない群では失点が少ないことが予想され、それらを用いた基準を設定し、事故の危険性の高い群、低い群を分別する感度、特異度を算出した。

まず、MMSEの下位項目である「想起」は1例を除き全て失点しており、「三次元図形の模写」は問題「あり」群で3例、問題「なし」群の5例以外の例ができており、問題「あり」群と「なし」群にほぼ共通した結果であった。したがって、これらの項目は2群の分別には適さないという理由で解析から除外した。CDRとMMSEの「場所の見当識」「Serial-7」を比較すると、問題「あり」群を陽性と検出する能力、即ち感度が最も高かったのは“CDR \geq 2”という基準である。また、問題「なし」群を陰性と検出する能力、即ち特異度が最も高かったのは、“「場所の見当識」、「Serial-7」ともに失点があり、かつCDRが1以上”という基準であった。これらより、“CDR \geq 2”または、“「場所の見当識」、「Serial-7」ともに失点があり、かつCDRが1以上”は即時中止を勧める基準として、残りのADは免許センターなどでの精査を受けるよう勧める基準として用いることができると考えられる。

今回の基準では検出できない運転上の問題のあるCDR 1の例は1名のみで(表3)、他8名はCDR 0.5である。CDR 0.5の群ではMMSEの下位項目条件に合致する例、しない例と運転上の問題の有無にバラつきが大きか

った。その要因としては、CDR 0.5の群には定型例とは若干異なる経過を示す若年発症の例が比較的多く含まれることや、家族の同乗などの支援の有無、運転する環境の違いなどが認知症の重症度以上に事故に関与している可能性が考えられる。

V. おわりに

本稿で紹介した研究の多くは、3年間の厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業の支援によっておこなった、「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」班によるものである。これらの研究成果に基づき、認知症の自動車運転の中止に関するシステムが確立し、中止を余儀なくされた認知症高齢者やその家族に対する支援が、同時に一日も早く実現することを願っている。

さらに詳しい情報を希望される方は、厚生労働科学研究費補助金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」総合報告書(2006年)、精神神経学雑誌 107巻12号(2005年)、日本老年精神医学雑誌 16巻7号(2005年)、Jpn Bull Soc Psychiat 14 suppl(2006)の特集論文を参考にしていきたい。

表3 CDR 1群

	問題あり	問題なし	
基準に合致する	10	0	10
基準に合致しない	1	9	10
	11	9	20

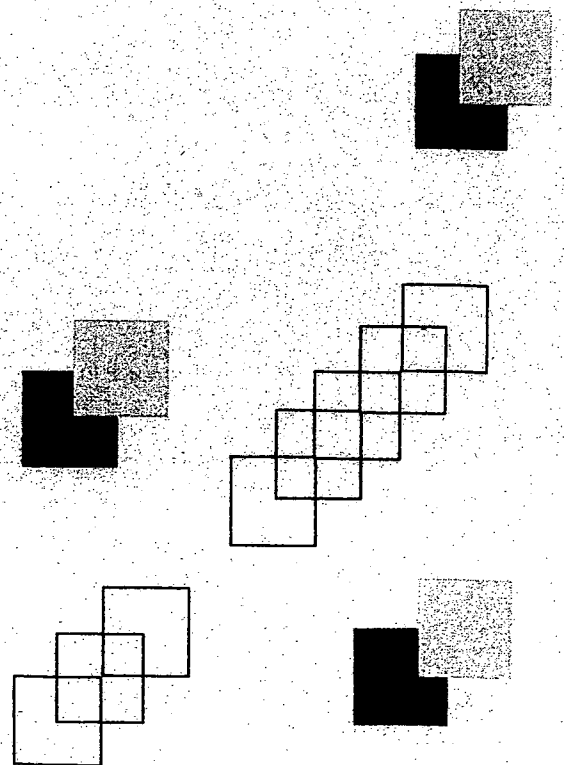
感度90.9%、特異度100.0%、陽性尤度比 ∞ 、陰性尤度比0.09、陽性的中率100.0%、陰性的中率90.0%であった。

さいごに、上記研究班員諸氏ならびに愛媛大学大学院脳とこころの医学分野高次脳機能グループ諸氏に深謝する。

文献

- 1) 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 134：450-453, 2005
- 2) 上村直人、掛田恭子、北村ゆりほか：痴呆症患者と自動車運転—日本における痴呆患者の自動車運転と家族の対応の実態について—。脳神経 57：409-414, 2005
- 3) Carr D, Jackson T, Alquire P：Characteristics of an elderly driving population referred to a geriatric assessment center. J Am Geriatr Soc 38：1145-1150, 1990
- 4) Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, et al：Problems family caregivers encounter in home care of patients with frontotemporal lobar degeneration. PSYCHOGERIATRICS 4：33-39, 2004

日本交通心理学会 平成19年度（第72回大会） 発表論文集



平成19年6月9日（土）～10日（日）
京都府民総合交流プラザ「京都テルサ」

認知症ドライバー研究に関する諸問題

～どこに問題があるのか ある精神科医から見た視点～

○上村直人(高知大学医学部神経精神科学教室)

谷勝良子(一陽病院)、諸隈陽子(一陽病院)、下寺信次(高知大)、惣田聡子(高知大)、今城由里子(高知大)

キーワード: 認知症、運転、医学、交通心理、科学研究

はじめに

来年度から75歳以上の高齢ドライバーに対する認知機能検査が導入されようとしている。また近年認知症ドライバーの交通事故が社会的にも問題となっている。そのため早急な対策づくりが必要であるが、「認知症」という疾患理解に基づいた科学的検討はほとんど見られない。そこで、認知症ドライバー研究に関する諸問題について①認知症という疾患とは、②認知症ドライバーの運転能力評価方法、③社会的対策づくりという観点から提言を行なう。

認知症患者の運転研究の濫觴

近年、医療機関を訪れる高齢者の中にも自動車運転免許を保持している認知症患者を診察する機会が増えている。発表者もそのような経験を持つ一人であり、当初、医師として患者の自動車運転に対して当初どこまでかわかりを持っていいのかわかる事が多かった。また、同時に認知症患者のご家族から患者の運転について相談される事も増加していた。そこで我々は医療機関ベースで調査してみたが、多くの認知症患者が免許を持ち、現実に運転継続ができていた事が判明した(上村,2005)。その頃メディアでも認知症ドライバーの運転行動では、1)注意・集中力が持続しない、2)複雑な実行判断力が低下している、3)パニックになりやすい、4)見ているのに判断できないなどの特徴があると述べられているが、我々の検討では認知症のない高齢者と認知症患者での差異にはその様な特徴は認められなかった(上村, 2002)。そこで、認知症患者の運転行動(心理)に関する科学的検証の必要性を感じたことが、認知症ドライバー研究に取り組むきっかけとなった。しかしながら現在でも高齢ドライバー研究が盛んである反面、認知症ドライバー研究では「認知症」に対する病気の理解がなされず、また交通心理(科学)と医学が結びついていない印象も受ける。

「認知症」という言葉・用語

認知症とは、「一度発達した知的機能(認知機能)が、脳の器質性疾患により広汎に遷延性に障害された状態」の事をさす用語である。

表1:認知症(痴呆)の定義(DSM-III-R)

- A:多彩な認知欠損の発現で、それは以下の両方により明らかにされる
- (1)記憶障害(新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力障害)
 - (2)以下の認知障害のうち一つ(またはそれ以上)
 - (a)失語
 - (b)失行
 - (c)失認
 - (d)実行機能障害
- B:基準A(1)およびA2は、その各々が社会的・職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの低下を示す

認知症とは病名の名前ではなく、状態を示す。従って、様々な認知症を起こす原因疾患があることに注意が必要。なお認知症の診断に際しては重層障害を伴わないことを確認しておく事が重要である。また認知症患者は、高齢者とは異なる。また物忘れだけが認知症の症状ではないことを認識しておく必要がある。

しかしながらこの認知症という用語の理解や使用方法が専門家と呼ばれる医師の間でさえ、共通した認識のもとに使用されていない場合も多く、この事が認知症に関する科学研究や検討を混乱させているといっても過言ではない。認知症とは大脳の器質的疾患のために機能低下が起こり、そのため記憶障害や失語、失行、失認、実行機能障害といった高次脳機能障害が起こり、それらの症状が持続し、そのため以前できていた日常生活行動に支障を来している状態を指している(表1)。しかしながら、「昨日からボケた、認知症が起こった」という用語の使用は医療界でもあり、また運転をしていて突然に認知症が出現したり、ストレスやショックで突然起こったなどという誤解もあるため注意が必要である。そして最も重要な理解は、認知症とはある一つの疾患や病名を指しているのではなく、大脳の機能障害を示す言葉)であり、そのような状態になる原因には、アルツハイマー病の認知症や、高血圧や糖尿病、心臓病を起因とする脳血管障害から引き起こされる血管性認知症、脳腫瘍や脳炎という原因の異なる病気の一群をさすという理解である。もしその理解がなければ、認知症の運転行動は、その原因疾患によっても大きな差異があることがわからない(図1)。

図1:認知症の原因疾患別の精神症状・行動障害と運転行動の差異

	Alzheimer型痴呆	前頭側頭型痴呆	脳血管性痴呆
主な精神症状	記憶障害 空間失見当識	人格変化 行動障害	記憶障害 せん妄(夜間)
空間見当識(空間・場所の認知)	失見当識	保持される	失見当識
周囲との接触/診察態度	取り纏い・場合わけ 作話・多幸	考え不精・脱抑制 Going my way 本能むき出しの行動	人格の先鋭化 感情失禁
運転行動	行色先忘れ 接触事故	番号無視・むき見運転・逸突事故	注意障害 運転操作ミス

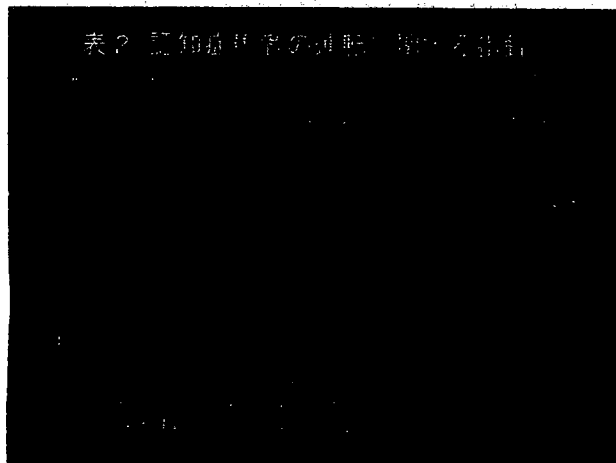
そして、認知症といってもその原因により症状や行動

に大きな差があることを理解していただきたい。その理解がなければ、科学的な認知症の人の運転行動への理解も深まらず、十把一絡げに認知症ドライバー=運転危険、運転できないなどといった議論に陥る事になる。そのため、認知症ドライバーの運転行動を科学的に検討する上ではまず認知症とは何かといった理解が最も重要であるが、最近でも、「痴呆のケア」や「痴呆の予防」と言う言葉の氾濫が見受けられるが、痴呆予防方法としての趣味や社会活動を行なうことが推奨されたり、活動性を向上させることが、痴呆の予防=アルツハイマー病の予防と誤解してしまう誤りが生じている。

認知症ドライバー研究に関する指針と現状

医療界から見た認知症ドライバーの現状としては①医師は運転能力(危険性・事故予測)を評価できないし、認知症の専門家といった医師でも究極的には運転能力を正確に判断する事は不可能である、②警察、行政でも現状では病気を持つ人の運転能力(危険性・事故予測)を評価できない、③一般国民は認知症ドライバーの問題をどこに相談すればいいのかまた、どこが判断すべきか知らないし、一部では認知症ドライバーは走る凶器とさえ感じている。④現在、世界中のどこにも、誰も解決手段・方法が存在しない⑤システムやガイドライン(表2)が存在するが、それが解決方法になっていない。⑥医療・保健・福祉、行政の統合手段がないという点が上げられる。

表2 認知症ドライバーの運転に関する指針



日本交通心理学会への期待

現状からは、前述したような課題を例えゆっくりであろうと一つ一つ解決していく事が必要であり、認知症への正しい理解に基づいた実証研究が最も重要であると考えられる。そして医療界と交通心理に携わる専門集団が相互に協力・連携し、真の問題解決手段を社会に発信していく事が求められている。

おわりに

これまで本邦では、認知症患者の運転問題は医学的にも注目されてこなかった。しかし 2002 年の改正道交法施行後、主治医やかかりつけ医が何らかの形で関わらざるをえない状況になった。そのため、今後は認知症ドライバーの実証研究の積み重ねと、医学、警察、行政の連携や協力体制の構築が喫緊に必要なものである。

文献

上村直人,掛田恭子,北村ゆり,真田順子,池田学,井上新平(2005).痴呆性疾患と自動車運転 日本における痴呆患者の自動車運転と家族の対応の実態について.脳と神経第 57 巻第 5 号 409-414.

上村直人 かかりつけ医のための認知症 Q&A 問題となる認知症患者への対応 クリニシャン Vol.53no548 15-21 2006 4月号

上村直人,池田学,荒井由美子,野村美千江,博野信次 認知症と社会的側面 わが国における認知症ドライバー研究の動向 脳と神経 第 58 巻第 6 号 463-470 2006,6月号

池田学,上村直人,荒井由美子,野村美千江,博野信次 認知症一予防とケアの最前線 認知症高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究 公衆衛生第 70 巻第 9 号 692-694 2006 年 9 月号

上村直人.認知症患者の運転実態 厚生労働科学研究費補助金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 平成18年度総括研究報告書 P24-28 2006 年 4 月

上村直人,池田学 認知症と自動車運転 医療からみたわが国における現状と課題 実践成年後見 No19 P92-105 2006 年 10 月

(かみむらなおと・たにかつりようこ・もろくまようこ・しもでらしんじ・そうださとこ・いまじょうゆりこ)

medicina

6

2007

Vol.44 No.6

内科臨床誌
メディチーナ

今月の主題

認知症の プライマリケア

「認知症」の診断と治療
—— 難病の診断と治療 ——

座談会

連載

聖路加 Common Disease
目でみるトレーニング
内科医が知っておきたい
Case Study 診断に至るまで
外来研修医教育への期待
日常診療の質を高める口腔の知識
研修おたく海を渡る

認知症と自動車運転免許

上村 直人・諸隈 陽子

ポイント

- 改正道路交通法が施行され、一定の疾患をもつ患者の運転免許が法的に制限されうようになった。
- 睡眠障害、低血糖症、再発性失神、不整脈などの身体疾患においても制限されうが、ほとんどの臨床家はそのことを知らない。
- 認知症を含め、一定の疾患と運転能力の問題は今後の医学的検討が喫緊に必要である。

2002年6月1日から改正道路交通法(以下、改正道交法)が施行され、一定の疾患をもつ患者の運転免許の制限について新たに明文化された。主な改正点は、①統合失調症やてんかんなどの疾患が絶対的欠格から相対的欠格に変更、②認知症および睡眠障害の一部が新たに制限された、③低血糖症、再発性失神、不整脈などの身体疾患においても安全運転上問題がある場合制限される。

そこで、本稿では最近問題となっている認知症ドライバーについてどのように考えるべきか、またどのようなことを主治医として知っておかねばならないかについて概説する。

認知症患者の 自動車運転の実態と問題点

現在、わが国の認知症患者は約160万人存在するといわれている。警察庁データ「65歳以上の36%が運転免許を保持している」という

資料を考慮すると、少なくとも28万人程度の運転免許を保持する認知症患者が存在する。さらにわが国の高齢化を考慮すると、今後運転免許を保持する認知症患者が増加していくことは間違いない。

高知大学では、認知症患者の運転能力と認知機能との関連性や自動車運転に対する精神医学的管理上の問題について検討を行った結果、多くの認知症患者が診断後も運転を継続し、認知症の診断までにすでに交通事故を起こしていたり、運転行動上の変化をきたしていた。また、2002年の改正道交法施行後、病状申告書提出で病状チェックが行われているにもかかわらず、多くの認知症患者は免許更新に成功している実態が判明している。一方、運転中断では主治医が勧告をした場合、中等度以上の認知症では成功しているが、軽度レベルでは患者本人の拒否が強かったり、生活のため家族が患者の運転中断に反対している。したがって、認知症の告知、本人・家族への運転継続の危険性の説

かみむら なおと：高知大学医学部附属病院神経科精神科 ☎ 783-8505 高知県南国市岡豊町小運
もろくま ようこ：同病院神経科精神科/一陽病院

表1 運転と病状に関するアンケート(本人記入用)

下記の質問にお答えください。該当するものに○をつけてください

- | | |
|--|------------|
| 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全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 | ある・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 |

明、中断勧告のみでは、決して問題は解決しないのが現状である。

免許更新時の病状調査

免許更新時の病状申告書(表1)では、認知症患者により「6)病気を理由として、医師から免許の取得、または運転を控えるように助言を受けている」にチェックがされなければ、免許更新が成功してしまうことがある。なお、2008年度から75歳以上の高齢者に対して認知機能を確認する制度が導入されようとしているが、今後その制度の有効性や妥当性についても検証が必要であろう。

主治医提出の運転能力に関する診断書

改正道交法第103条第1項(表2)¹⁾に規定された認知症や睡眠障害、失神、意識消失発作など発作性疾患など一定の疾患をもつ人に対し、都道府県公安委員会は免許停止や保留を行うことが可能となった。そして、その是非は都道府県公安委員会の判断を経て主治医に対して診断

表2 道路交通法第103条第1項

(文献¹⁾より、痴呆および疾患関連を抜粋)

免許(仮免許を除く)を受けた者が次の各号のいずれかに該当することとなったときは、その者が当該各号のいずれかに該当することとなったときにおけるその者の住所地を管轄する公安委員会は、政令で定める基準に従い、その者の免許を取り消し、または6カ月を超えない範囲内で期間を定めて免許の効力を停止することができる

1. 次に掲げる病気にかかっている者であることが判明したとき
 - イ：幻覚の症状を伴う精神病であつて政令で定めるもの
 - ロ：発作により意識障害または運動障害をもたらす病気であつて政令で定めるもの
 - ハ：痴呆
 - ニ：イからハまで掲げるもののほか、自動車などの安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるもの

2.3. 省略

改正道路交通法(道路交通法施行令の一部を改正する政令試案など:<http://www004.upp.so-net.ne.jp>)

書(表3, 4)提出が求められ、警察庁からの要請で日本医師会から医師会員への本診断書提出協力の声明文も出されている³⁾。すなわち、医師は何らかの形で患者の自動車運転能力の評価にかかわるようになった。診断書で記載の必要な事項は、病名、病歴、現在症、重症度などの

医学的判断に加えて、自動車の安全な運転に必要な認知、予測、判断、または操作に関する現時点での病状に関する意見と、現時点での病状を踏まえた今後の見通しについての意見を検討し、診断書に記載しなければならない。

しかし、現在、認知症患者の運転能力に関する信頼性のある評価方法は存在せず、現在の病状についての意見は評価困難である²⁾。また、今後の見通しについては、“認知症”の場合は基本的に慢性進行性の疾患であるため、免許保留もしくは停止条件を満たすが、認知症の運転能力の予後予測とはなっていない。そのため、診断書では運転能力よりも、認知症の現在の状態や重症度を詳細に記載することが現実的な対応といえる。また、アルツハイマー病もしくは血管性認知症と診断書で判明した場合、警察庁の通達により公安委員会は免許停止と判断することになっている。つまり、診断書では運転能力を医師に求めながら、実際の免許停止などは病名で行われている。

認知症ドライバーに関する 医学的ガイドラインと研究動向

近年、認知症の自動車運転に関しては欧米を中心に医学的ガイドラインが作成され、邦訳もされている。しかしながら、米国の神経学会と精神医学会でも対応が異なっている。例えば、両学会とも認知症の重症度評価である Clinical Dementia Rating (CDR) を評価としているが、医師の運転中断勧告は CDR 1 の軽度レベルか、CDR 2 の中等度レベルかでも対応が異なっている。Reger ら⁴⁾ は認知症患者の運転能力の予測は、頭頂葉機能が最も優れているなどのメタアナリシスを報告しているが、CDR では評価しにくい前頭側頭葉変性症やレビー小体型認知症などではどのように運転能力を評価すべきかが今後の課題といえる。そのため、今後わが国

表3 診断書(都道府県公安委員会提出用)
記載内容

- 1: 氏名, 生年月日, 年齢, 性別, 住所
- 2: 医学的診断 病名 F: コード(ICD-10)
所見(現病歴, 現在症, 重症度など: 3, 4を類推する根拠を記載)
- 3: 現時点での病状(運転能力及び改善の見込み)についての意見 ア~オ(5段階)(表4)
- 4: 現時点での病状を踏まえた今後の見通しについての意見(3でアまたはイに該当する場合のみ)ア~エ(4段階)(表4)

専門医・主治医として以上のとおり診断します
平成 年 月 日
病院名称・所在地
担当診療科
担当医師名

でも認知症のさまざまな原因疾患別の症例の積み重ねが必要であろう。

現状と今後の課題 — 認知症ドライバーに対して今できることと今後の対策

現時点では、認知症患者の運転免許をどのように考えるかの臨床的な指針やガイドラインは不十分であるといわざるを得ない。しかしながら、これからも臨床家の目の前にはますます多くの運転免許を保持した認知症患者が現れ、運転についての判断を求められる機会が増えていく。そして、主治医が認知症を診断し、その告知を行い、患者が運転免許をもっている場合、中断勧告を行えば、法的に主治医はその役割を終える。しかしながら、患者本人や家族は運転を中断すると通院できない、生活必需品を購入できなくなる、都市部に引越するかどうかなど、生活方法の解決に直面せざるを得ない現実も残されている。

現状では主治医が取り組むべき対応として、

(1) 正確な認知症の診断・認知症の原因疾患を特定し、疾患自体の治療を検討する。

(2) 認知症の疾患特性と運転行動の評価を行

表 4 診断書(3:現時点の病状および4:今後見通しの評価材料)

3:現時点での病状(運転能力及び改善の見込み)についての意見

ア:残遺症状がないか、またはきわめて軽微であり、自動車などの安全な運転に必要な認知、予測、判断または操作のいずれかに関する能力(以下「安全な運転に必要な能力」という)を欠いていないと認められる。

イ:残遺症状は認められるが、安全な運転に必要な能力を欠いていないと認められる。

ウ:病状を踏まえると、安全な運転に必要な能力を一部欠いている可能性が認められる。

ウ-1;ただし、6月(ケ月)以内に3および4について、ともにアまたはイの判断ができる見込みがある。

エ:病状を踏まえると、安全な運転に必要な能力を一部欠いていると認められる。

エ-1;ただし、6月(ケ月)以内に3および4について、ともにアまたはイの判断ができる見込みがある。

オ:病状を踏まえると、安全な運転に必要な能力を大きく欠いていると認められる。

オ-1;ただし、6月(ケ月)以内に3および4について、ともにアまたはイの判断ができる見込みがある。

4:現時点での病状を踏まえた今後の見通しについての意見(3でアまたはイに該当する場合のみ)

ア:安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれがある症状(以下、単に「症状」という)が再発するおそれはないと認められる。

イ:症状が再発するおそれがないとまでは認められないが、()年程度であれば、症状が再発するおそれはないと認められる。

ウ:1年以内に症状が再発するおそれは否定できない。

ウ-1;ただし、6月(ケ月)以内に3および4について、ともにアまたはイの判断ができる見込みがある。

エ:1年以内に症状が再発するおそれが認められる。

い、その内容をカルテ記載しておく。

(3)医学的生活指導の検討のため、認知症の告知について検討し、そのうえで運転上問題が生じている場合は、

(4)免許センターへの高齢者適性相談を勧める。これは各都道府県に設置されており、専門の係官が相談窓口となっている。

(5)運転適性検査を実施する。患者本人の同意が必要となるが、都道府県免許センターでは臨時適性検査など、実際にセンター内において実車テストを行い、専門官からの評価を受けることができる。

おわりに

これまで本邦では、認知症患者の運転問題は医学的にも注目されてこなかった。しかし、

2002年の改正道交法施行後、主治医やかかりつけ医が何らかの形でかかわらざるを得ない状況になった。しかしながら、現在最も懸念されることは、認知症から話題が逸れてしまうが、このような運転免許行政に医師がかかわるようになったこと自体をほとんどの臨床医が知らないことである。そのため、今後認知症にかかわらず、一定の病気をもつ患者の運転能力評価において医学的検討を積み重ねていくことが喫緊に必要である。

なお、本研究の一部は厚生労働科学研究費補助金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」(主任研究者;池田 学)(H15-長寿-032)の補助を受けて実施した。文献など詳しい内容は、平成15~17年度総合研究報告書を参照されたい。

文 献

- 1)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>
- 2)上村直人:運転免許と診断書、松下正明(編):司法精神医学4、民事法と精神医学、pp 301-316、中山書店、2005
- 3)日本医師会:日医発第191号、運転免許制度の適正な運用について、日医発第191号、2002
- 4)Reger MA, et al: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia; A meta-analysis. *Neuropsychology* 18: 85-93, 2004

特集 認知症患者の人権と自動車運転

認知症患者の自動車運転の実態と
医師の役割*

● 上村直人** / 井関美咲** / 谷勝良子**,** / 諸隈陽子**,**

Key Words : dementia, driving, driving license, traffic accident, guideline

認知症患者の運転とその実態

1. 認知症患者の運転実態と交通事故

筆者らは認知症患者の運転実態について医療機関レベルでの調査を行った²⁾。調査は1997年9月～2001年9月に高知医科大学神経科精神科および関連施設を受診し、免許を保持する認知症患者30名(男性19名, 女性11名)で、臨床診断はアルツハイマー病(AD)20名, 脳血管性認知症(VaD)3名, 混合型認知症2名, 前頭側頭葉変性症(FTLD)4名, その他の痴呆1名であった。その結果, 多くの認知症患者が発症後も運転を継続していることが明らかとなった(30名中22名, 73.3%)(図1)。とくに, 軽度認知症患者の場合, 運転の危険性が多いにもかかわらず, 運転中断に至っている例は少なく, 家族が対応に苦慮している実態が明らかとなった。また, 改正道交法施行直前では22名中13名(58.1%)は運転を継続していたが, 改正道交法施行後も13名中5名(38.5%)が免許更新に成功し運転を継続していた。

また, 諸隈ら³⁾は, 1995年9月～2005年8月に高知大学神経科精神科外来および関連機関を受診した運転免許を保持する認知症患者83名(男性63名, 女性20名)を対象に交通事故の有無や免許更新の有無などの中長期的予後の実態調査を行った(表1～4)。対象者の平均年齢は70.7±9.7

はじめに

近年, 高齢運転者数は急増しており, 2005年には900万人を超え, また高齢者のみでの死亡事故の発生率が増加している。一方, 認知症(痴呆)患者の運転免許保有数は免許保有者数と認知症の有病率から, 約30万人に上ると考えられ, 認知症患者による事故をいかに防止するか, 各方面の対応が急がれている。2002年には道路交通法が改正され¹⁾, その103条で「公安委員会は痴呆症患者の運転免許証を停止, あるいは取り消すことができる」とされた。しかし, 現実には認知症といってもその原因疾患や, 認知症の程度により運転行動には差異があり, どのような基準で「認知症患者」を判定し, どういった運転能力評価で運転中止を決定するかといった具体的な指針は法律にも示されていない。その背景には精神科のなかでも認知症患者の自動車運転に対する臨床家の取り組みにこれまで関心が払われてこなかったということがあげられる。そこで本稿では, 認知症患者の自動車運転の実態について概説し, 今後精神科臨床において主治医が知っておくべき事柄や課題について述べることとする。

* Driving with dementia people and role of physician.

** Naoto KAMIMURA, M.D., Misaki ISEKI, M.D., Ryoko TANIKATSU, M.D. & Yoko MOROKUMA, M.D.: 高知大学医学部神経精神科学教室(☎783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮); Department of Neuropsychiatry, Kochi Medical School, Nankoku, Kochi 783-8505, Japan.

*** 一陽病院; Ichiyo Hospital, Susaki, Kochi, Japan.

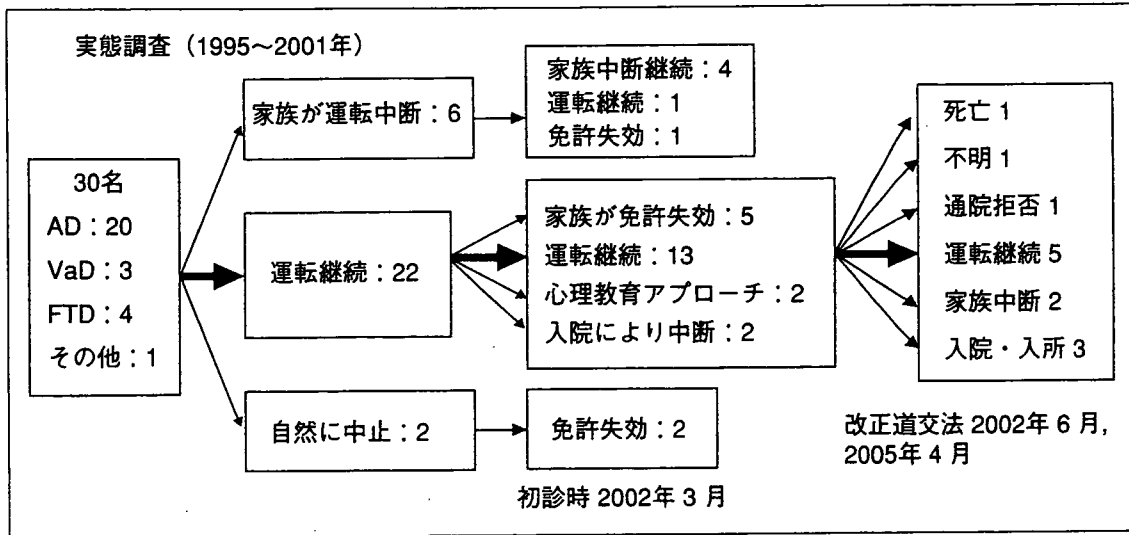


図1 認知症患者の運転の実態と医師対応

AD：アルツハイマー病，VaD：血管性認知症，FTLD：前頭側頭葉変性症。認知症患者の運転の実態；22/30(73.3%)は認知症が発症後も運転。8/30(26.8%)は受診(診断)までに交通事故発生。13/22(58.1%)は診断後も運転継続軽度レベルの一部は運転中断を拒否したり，家族の援助で運転継続している例も多い。中等度以上のほとんどは家族の働きかけで運転中断可能だが，一部ではまだ継続している。道路交通法改正後も5/13(38.5%)は免許更新に成功し，運転を継続。

表1 交通事故率と事故内容

	交通事故率 (%)	事故内容危険運転特徴
AD (n=41)	39.0% (16)	迷子運転粹入れミスで接触事故
VaD (n=20)	20% (4)	操作ミス，速度維持困難
FTLD (n=22)	63.6% (14)	信号無視，追突事故，わき見運転
全体 (n=83)	40.9% (34)	

認知症といっても，その原因疾患により事故率や事故内容は異なる。

表2 臨床診断別交通事故内容

	AD (n=41)	FTLD (n=22)	VaD (n=20)	合計
自損事故	13	11	2	26
物損事故	7	10	1	18
人身事故	4	9	1	14

患者により自損・物損・人身事故に重複あり。臨床診断で事故内容(自損・物損・人身)や頻度も異なる。

歳で，臨床診断別ではAD患者，41名(男性28名，女性13名，平均年齢70.5±9.8歳)，VaD患者，20名(男性19名，女性1名，平均年齢75.2±7.3歳)，FTLD患者，22名(男性16名，女性6名，平均年齢67.2±10.1歳)であった。その結果83名中，34名(41.0%)が交通事故を起し，原因疾患別の交通

表3 調査期間中の免許更新例

	免許更新率 (%)	成功数 (%)
AD (n=41)	26/41 (63.4%)	26/26 (100%)
VaD (n=20)	6/20 (30%)	6/6 (100%)
FTLD (n=22)	10/22 (45.4%)	10/10 (100%)
全体 (n=83)	42/8 (50.6%)	42/42 (100%)

過半数が更新に成功している。免許更新を行った者はすべて成功している。

表4 免許更新後の交通事故発生率

免許更新者 (n=42)	交通事故発生者数	事故発生率
AD (n=26)	10	38.5%
VaD (n=6)	3	50%
FTLD (n=10)	8	80%

免許更新成功者の半数がその後事故を起こしている。

事故発生率では，AD群で41名中16名(39.0%)，VaD群で20名中4名(20%)，FTLD群で22名中14名(63.6%)と認知症の原因でも交通事故の発生率は大きな差があることが判明した。また，それらの交通事故のうち，警察などの事故処理や行政上の対応がなされていたのは34事例中わずか

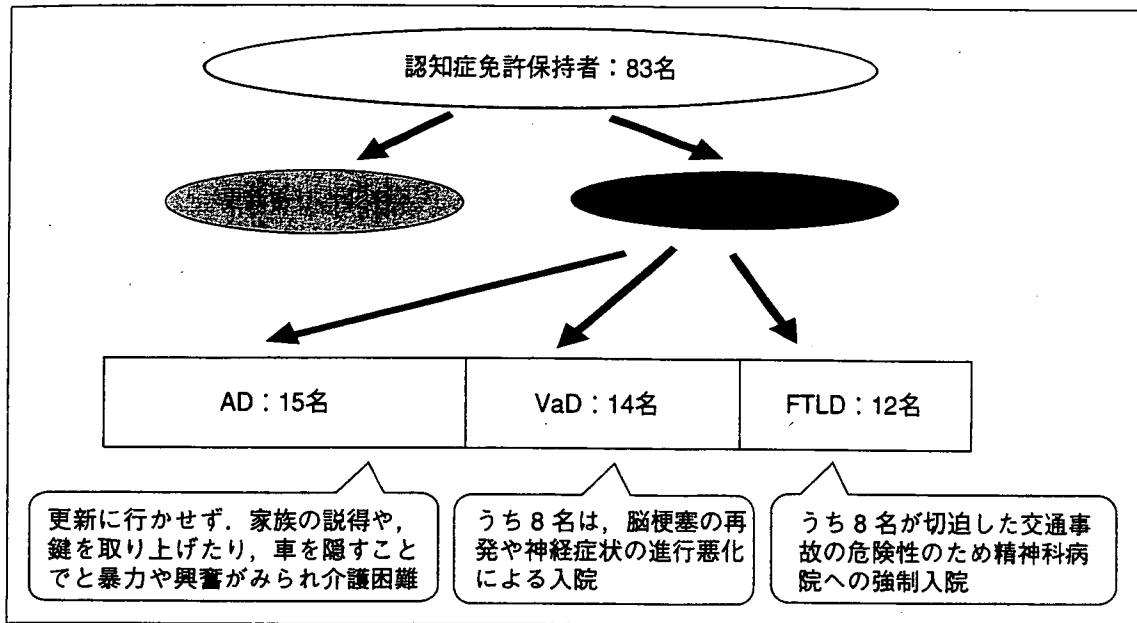


図2 免許更新なしの理由について

AD：アルツハイマー病，VaD：血管性認知症，FTLD：前頭側頭葉変性症。83名中42名は免許更新をしなかった。

8例(23.5%)のみで，AD群で16事件中5例(31.5%)，VaD群で4事件中0例，FTLD群で，14事件中3例(21.4%)であった。また，医学的管理上の問題として，医師が運転継続の危険性を予測しても，多くの認知症患者は免許更新に成功してしまうため，強制力をもった行政的対応が存在せず，医師の対応が遅くなりがちであった(図2)。そのため今後は認知症の原因別での運転能力や交通事故の危険性の評価が必要と考えられる。

2. 認知症ドライバーはなぜ運転をやめないのか

筆者らは運転をやめない認知症ドライバーの心理社会的背景を明らかにするため，高知大学医学部付属病院を1995～2005年に受診し，認知症と診断され，かつ運転免許を保持する患者101名を対象に運転継続および中止成功理由について調査した⁴⁾。その結果，主治医もしくは家族から運転中断勧告をされていた者は101名中87名(86%)であった。87名中運転中断に成功した者は9名(8.9%)，中断勧告をしているが，運転能力の評価自体は困難であった者7名(7%)，71名(70.3%)は勧告や助言をしても運転継続していた。勧告・助言で中断成功者9名は中等度認知症レベルか，配偶者が免許を保持していたり，子供が必要時運転代行を行っていた。運転能力の評価が困難

であった7名の理由は，ごく軽度認知症レベルかもしくは意味認知症患者であった。運転中断の勧告後も運転をやめない理由としては，患者本人の拒否49名(62%)，生活上止めれない17名(21.5%)，運転が趣味・生きがだから10名(12.7%)であった。一方，中断勧告や助言のない者は101名中14名(13.8%)で2名(1.9%)が自然に運転中断し，4名(3.9%)は家族の説得で運転中断していた。以上から認知症の診断後ほとんどの患者に対して運転中断勧告がなされていたにもかかわらず，多くの患者が運転中断を拒否しその後も運転を継続していた。今後，認知症ドライバーの運転中断には医師の対応のみではなく，医師の勧告を受け入れない心理社会的要因や，認知症の重症度および原因疾患を考慮した疾患対策が必要である。

認知症ドライバーに関する現在の免許制度の実態と課題(図3)

1. 認知症患者と運転免許：道路交通法とその運用

荒井ら⁵⁾は，認知症患者の運転に関する法令(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

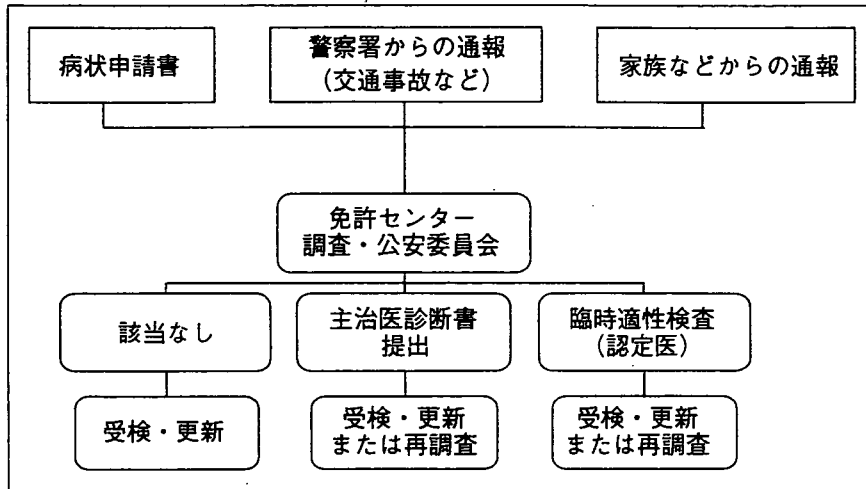


図3 わが国の運転免許制度—診断書提出と臨時適性検査の流れ—

現在本邦では、図のような流れで運転適性を判断することになっており、主治医は診断書提出という形式で患者の運転能力評価にかかわる。なお、運転能力に関する診断書の提出ない場合は臨時適性検査が免許センターの命令で実施され、認知症のような精神障害の場合、精神保健指定医が任命される。しかしながら、認知症患者においては、病状申請書の提出には至らず、また交通事故が発生しても免許センターの調査にもつながりにくい実態が存在している。

いて検討することを目的として、3県の都道府県警察(以下、県警)を対象に聞き取り調査を行っている。3県警では、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るなどの行政指導が行われた事例が存在した。

しかし、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べ、県警が行政指導を行った事例はきわめて少なく、この理由として、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であり、認知症患者は自らの記憶障害や判断力の低下の自覚に乏しい者が多いため、大多数の認知症患者は、正確な自己の病状申告を行わない可能性や、運転免許の更新期間が3～5年であることをかんがみると、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が存在すると指摘している。

2. 認知症における運転免許更新時の病状申告書の問題

改正道路交通法施行と同時に免許更新者は、全員に自己の病状申告書の提出が義務化された。しかし、自らの病気に自覚の乏しい認知症を有するドライバーでは、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。そこで上村らは、認知症患者を対象に、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⁶⁾。対象は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認知症患者で、調査時に運転免許を保有している20名である。対象者は、男性14名と女性6名で、対象者の平均年齢は71.0±6.5歳であった。認知症の程度はごく軽度レベル:3名、軽度:10名、中等度:7名であった。なお、対象者全員には運転中止勧告を主治医から受けていた。結果では、認知症患者20名中15名(75%)が、医師からの中止勧告はないと回答していた。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、いずれも脳血管性認知症の患者であった。運転免許更新にあたりなん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

表 5-1 診断書(都道府県公安委員会提出用)記載内容

1. 氏名, 生年月日, 年齢, 性別, 住所
2. 医学的診断 病名 F:コード(ICD-10)所見(現病歴, 現在症, 重症度など:3,4を類推する根拠を記載)
3. 現時点での病状(運転能力および改善の見込み)についての意見:ア~オ(5段階)
4. 現時点での病状を踏まえた今後の見通しについての意見(3でアまたはイに該当する場合のみ):ア~エ(4段階)
専門医・主治医として以上のとおり診断します。平成 年 月 日 病院名称・所在地 担当診療科 担当医師名

表 5-2 診断書(3:現時点での病状および4:今後見通しの評価抜粋)

3:現時点での病状(運転能力および改善の見込み)についての意見
ア:残遺症状がないかまたはきわめて軽微であり, 自動車等の安全な運転に必要な認知, 予測, 判断または操作のいずれにかに関する能力(以下「安全な運転に必要な能力」という)を欠いていないと認められる。
イ:残遺症状は認められるが, 安全な運転に必要な能力を欠いていないと認められる。
ウ:病状を踏まえると, 安全な運転に必要な能力を一部欠いている可能性が認められる。
ウ-1:ただし, 6月()月以内に3, および4についてともにアまたはイの判断ができる見込みがある。
エ:病状を踏まえると, 安全な運転に必要な能力を一部欠いていると認められる。
エ-1:ただし, 6月()月以内に3, および4についてともにアまたはイの判断ができる見込みがある。
オ:病状を踏まえると, 安全な運転に必要な能力を大きく欠いていると認められる。
オ-1:ただし, 6月()月以内に3, および4についてともにアまたはイの判断ができる見込みがある。
4:現時点での病状を踏まえた今後の見通しについての意見(3でアまたはイに該当する場合のみ)
ア:安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれがある症状(以下単に「症状」という)が再発するおそれはないと認められる。
イ:症状が再発するおそれがないとまでは認められないが, ()年程度であれば, 症状が再発するおそれはないと認められる。
ウ:1年以内に症状が再発するおそれは否定できない。
ウ-1:ただし, 6月()月以内に3, および4についてともにアまたはイの判断ができる見込みがある。
エ:1年以内に症状が再発するおそれが認められる。

7名(35%)であった。すなわち, 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申告書本来の目的は, 認知症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。したがって, 認知症患者で, 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。

3. 主治医提出の運転能力に関する診断書について

改正道路交通法第103条第1項の規定により公安委員会は表5-1, 2に示すような診断書を主治医に対して提出させて免許更新の是非を行う。すなわち, 医師はなんらかの形で患者の自動車運転能力を評価にかかわるようになっていく。その診断書で記載の必要な事項の主な点は, 病名, 病歴, 現在症, 重症度などの医学的判断に

加え, 自動車の安全な運転に必要な認知, 予測, 判断, または操作に関する現時点での病状に関する意見と, 現時点での病状を踏まえた今後の見通しについての意見を検討し, 診断書に記載しなければならない。認知症患者の本診断書提出に医師がかかわることの問題点について筆者はこれまでも指摘したが⁷⁾, これまで認知症患者の運転能力について医学的に十分検討されているとはいえず, 現在の病状についての意見は評価困難である。また, 今後の見通しについて, 「認知症」では基本的に慢性進行性の病気であるため, 免許保留もしくは停止条件を満たすが, 認知症の運転能力自体の予後予測とはなっていない。そのため, 認知症患者に関する運転能力の診断書提出を求められた場合は運転能力よりも, 認知症の現在の状態や重症度を詳細に記載することしか現実的にはできないであろう。さらなる課題は診断書提出後, 公安委員会は警察庁の通達により, アルツハイマー病と血管性病

呆(原文まま)と診断された場合、免許停止と判断することになっている。つまり、診断書では運転能力を医師に求めながら、実際の免許停止などは病名で行われている。これらの問題点についてもまだまだ検討が必要である

4. 認知症の自動車運転と運転適性診断

現在の高齢者特定講習では、判定員が同乗し教習所内のコースを実車で運転する講習とドライビングシミュレーター(DS)の「運転適性検査」プログラムによる「運転適性診断」を受け、運転能力を評価されることになっている。この講習は現在のところ運転指導が主な目的であり、認知症患者の運転能力を評価には十分な妥当性が確立されていない。松本らは⁹⁾、上記DSによるAD患者と健常高齢者の運転能力評価を試みている。対象は、愛媛大学と高知大学の専門外来を受診したAD群19名(男性14名、女性5名、平均年齢67.4歳)、健常対照群20名(男性14名、女性6名、平均年齢67.8歳)である。AD群の認知症の程度はごく軽度認知症:9名、軽度:9名、中等度:1名であった。評価はプログラムにより算出される20の評価項目のうち、健常者において年齢による成績の差がないとされている6項目を比較した。AD群では健常群に比べ総じて成績が悪い傾向が認められたが、両群の重複が大きく、いずれにも有意差は認められていない。また、バラつきが大きく、同プログラムの検査項目だけでは、両群を明確に区別することができなかった。

すなわち、現時点では、DSの結果から認知症に起因する特異的な運転能力の低下を判断することは困難であるため、今後認知症特有の神経心理学的特徴を踏まえて、特定講習時のスクリーニング検査あるいは実車教習に代わる最終決定検査としての機器開発が期待される。

認知症ドライバー対策と医師の役割

1. 認知症ドライバーにかかわる医師の義務

新井は司法の立場から、医師には善管注意義務(善良なる管理者である医師は治療上注意を払う義務がある)と説明義務(病名告知や、病状管理上の生活指導の説明)があると述べている⁹⁾。そのため、運転に関しても改正道交法施行後には、認知症の診断を受けた後に交通事故を起し

た場合や、交通事故の後に認知症の存在を見逃していた場合、医師の責任が問われうるという指摘をしている。しかしながら、医師は認知症の医学的評価は可能としても、患者の運転能力の評価者としては非専門である。また、精神保健指定医は各都道府県の公安委員会からの要請で、精神障害者の運転適性を評価する専門家とされているが、運転能力の判断や予後予測が可能かどうかは慎重な態度をとらざるを得ないであろう。これらの状況から判断すると、医療現場の認識と道路交通法などの運用や認識の間にはまだまだずれが存在しており、今後医療と司法の協力の下により実的な運用体制の構築が必要であると考えられる。そこで、まずかかりつけ医や臨床医が取り組むべき対応・方法として、①正確な認知症の診断・認知症の原因疾患を特定し、疾患自体の治療を検討する。②認知症の疾患特性と運轉行動の評価を行い、その内容をカルテ記載しておく。③医学的生活指導の検討のため、認知症の告知について検討する。④その上で運転上問題が生じている場合は、免許センターへの高齢者適性相談の勧める。これは各都道府県に設置されており、専門の係官が相談窓口となっている。⑤運転適性検査の実施の検討:患者本人の同意が必要となるが、都道府県免許センターでは臨時適性検査など、実際にセンター内において実車テストを行い、専門官からの評価を受けることができる。

2. 認知症患者の運転に対するガイドライン

現在、欧米を中心として痴呆患者の運転についての医学的なガイドライン作成などの試みが行われている。たとえば、米国精神神経学会作成の治療ガイドライン(アルツハイマー病と老年期の痴呆:日本語版)によれば、「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、中等度から重度の場合は運転中断を強く勧告すべきである」¹⁰⁾と述べられている。一方、米国神経学会では2001年にADの自動車運転に関する指針を示しており、CDR1の軽度痴呆以上では運転を中断すべきであり、CDR0.5のごく軽度痴呆では6カ月ごとに運転能力を再評価すべきとしている。このように、米国内においても指針が異なる上、医師に患者の診断結果を

交通局に通報する義務がある州もある。また、Regerら¹¹⁾は認知症患者の運転能力の予測は、頭頂葉機能がもっとも優れているなどのメタアナリシスを報告しているが、CDRでは評価しにくいFTLDやレビー小体型認知症などではどのように運転能力を評価すべきかが今後の課題といえる。そのため今後わが国でも認知症のさまざまな原因疾患別の症例の積み重ねが必要であろう。そのため筆者らは、わが国では公安委員会などとの調整や協力体制が未整備であるため、そのまま欧米の指針を臨床の場に導入することは困難であることを指摘した⁷⁾。日本神経学会の痴呆疾患の治療ガイドラインでも¹²⁾、この米国神経学会のガイドラインが紹介されているが、わが国の実情や社会に即したガイドラインの作成が急務であると考えられる。

おわりに

これまで本邦では、認知症患者の運転問題は医学的にも注目されてこなかった。しかし、2002年の改正道交法施行後、主治医やかかりつけ医がなんらかの形でかかわらざるをえない状況になった。そのため今後認知症にかかわらず、一定の病気をもつ患者の運転能力評価において医学的検討を積み重ねていくことが喫緊に必要である。本問題は医療、警察行政、国土交通、関連法の整備などさまざまな領域にまたがる問題のため、今のままでは認知症ドライバーに対する総合的な対策作りは望めない。そこで、徐々にではあるがその解決策として筆者が考えることは、①正しい認知症への理解を深め、疾患を知り、認知症は決して教育や訓練では根本的解決にならないことへの啓蒙、②縦割り行政を取り払った認知症ドライバーに関する国家的な科学的・医学的研究の推進、③地方自治体や県医師会レベル、事業所レベルでの連携の取れた社会的政策、対策づくりの模索が必要である。それができなければおそらく日本でも法整備の隙間をつかれた刑事、民事裁判が多発し、結局責任者探しで終わってしまいかねない。ぜひとも国家的な研究組織、組織横断的な有機的な問題解決のためのプロジェクトチームづくりに期待したい。

文 献

- 1) 警察庁. 改正道路交通法の概要. Available from : URL : www.npa.go.jp/koutsuu/kikaku20/gaiyou.pdf.
- 2) 上村直人, 掛田恭子, 北村ゆり, ほか. 痴呆性疾患と自動車運転—日本における痴呆患者の自動車運転と家族の対応の実態について. 脳神経 2005 ; 57 : 409.
- 3) 諸隈陽子, 上村直人, 岩崎美穂, ほか. 認知症患者と自動車運転の交通事故リスク—中長期的予後について—. 第20回日本老年精神学会抄録集[会]. 2006
- 4) 上村直人, 諸隈陽子, 惣田聡子, ほか. 認知症ドライバーはなぜ運転をやめないのか? まったなしの認知症ドライバー対策[会]. 第26回日本社会精神医学会抄録集 2007. p. 139.
- 5) 荒井由美子, 新井明日奈. 高齢者への交通安全対策—認知症高齢者の運転を中心として. 精神神経誌 2005 ; 107 : 1335.
- 6) 上村直人. 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. In : 厚生労働科学省長寿科学研究. 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護研究班報告書. 2005. p. 42-6.
- 7) 上村直人. 運転免許と診断書. In : 松下正明・編. 司法精神医学 4 民事法と精神医学. 東京 : 中山書店 ; 2005. p. 301-6.
- 8) 松本光央, 豊田泰孝, 池田 学. 高齢者の運転実態と今後の展望について. 老年精神医学雑誌 2005 ; 16 : 815.
- 9) 新井 誠. 痴ほうケアなんでもQ&A. In : 痴ほうケアサポート. 東京 : メディカルクオール ; 2003. p. 15-6.
- 10) 日本精神神経学会・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. 東京 : 医学書院 ; 1999. p. 36-8.
- 11) Reger MA, Welsh RK, Watson GS, et al. The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia : a meta-analysis. *Neuropsychology* 2004 ; 18 : 85.
- 12) 中村重信. 痴呆疾患治療ガイドライン. 臨床神経 2002 ; 42 : 781.

Traffic Safety Education

交通安全教育

2007

5

No.493
May



特集

認知症と自動車運転