

認知症と自動車運転

～我が国における認知症ドライバーの実態と課題～

現在、65歳以上の高齢者人口は約2,643万人、その中で65歳以上の運転免許保有者数は約1,039万人と全運転免許保有者数（約7,933万人）の13.1%となっています。今後、65歳以上の運転免許保有者数は確実に増加していくなか、高齢ドライバーのかかわる交通事故は大きな問題となっていくと考えられますが、高齢ドライバー問題を深刻にしていくもの一つに認知症患者による運転問題があると思われまます。

今月号は、認知症とは何かについて、認知症患者の運転の実態とその問題について解説をいただき、さらに今後の対策についてご提案をいただきました。

高知大学医学部神経精神科学教室

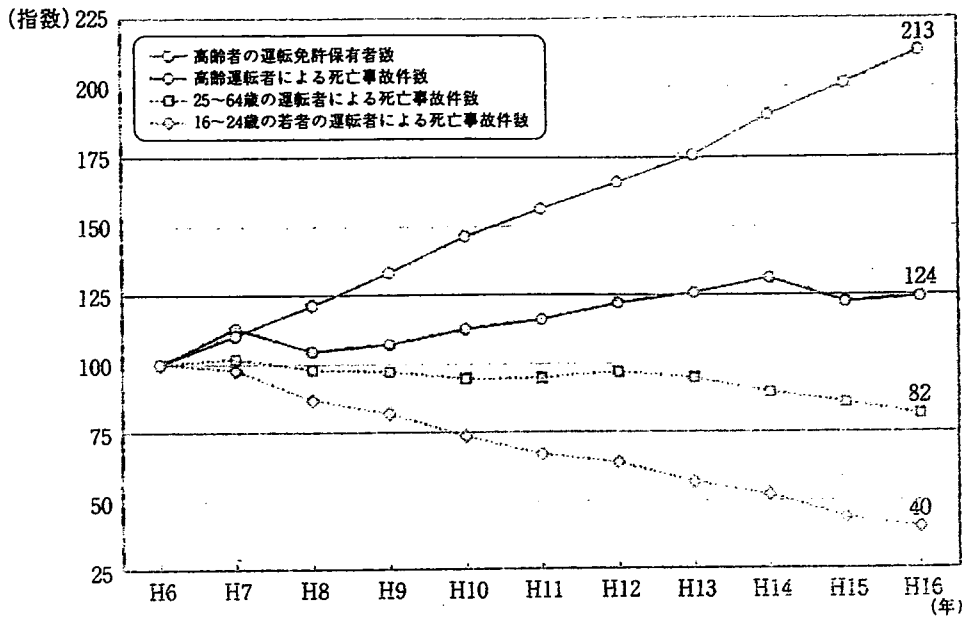
上村 直人

はじめに

近年、高齢運転者数は急増しており、平成18年の高齢者（65歳以上）の運転免許保有者数は1,000万人を超えている¹⁾。また図1（次頁）に示すように高齢者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者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²⁾、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（表1次頁）。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。その背景には認知症という疾患に関する多くの誤解が存在していることが挙げられ、このことは医師という専門集団にさえ当てはまるのが現状である。

そこで本稿では、認知症について概説し、さらに筆者の所属していた研究班「痴呆性高齢者



注：運転者は、自動車又は原動機付自転車の第1当事者（平成17年警察白書より）

図1 高齢運転者による死亡事故件数の推移(平成6～16年)

の自動車運転と権利擁護に関する研究（班長：池田学）」の研究成果の一部を紹介する。

表1 道路交通法第103条第1項
(痴呆及び疾患関連抜粋)2002.6.1施行

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ヶ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っ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っ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

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

認知症とは

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」のことをさす用語である。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、このことが認知症に関する科学的研究や検討を混乱させているといっても過言ではない。そこで、本誌を読まれる方にも理解を深めるため、認知症（痴呆）について改めて述べる。

表2（次頁）に示すように、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

表2 認知症(痴呆)の定義(DSM-III-R)

<p>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</p> <p>(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)</p> <p>(2) 以下の認知障害のうち1つ(またはそれ以上)</p> <p>(a) 失語</p> <p>(b) 失行</p> <p>(c) 失認</p> <p>(d) 実行機能障害</p> <p>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</p>

認知症とは病名の名前ではなく、状態を示す。したがって、さまざま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意識障害を伴わないことを確認しておくことが重要である。また認知症患者は、高齢者とは限らない。また物忘れだけが認知症の症状ではないことを銘記しておく必要がある。

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さしている。なお、“器質性”とは、病変の存在が脳に確認され、その病変に起因した症状や行動障害が出現する場合に器質性疾患と呼び、現状で言えばMRIレベルで異常所見が指摘できるとされる。また“遷延性”とは数ヶ月の期間でその状態が持続することをさす。また認知症の定義には“意識障害”がないこととされている。これは薬の飲みすぎや、お酒でほろ酔い気分有的时候に、知的機能や認知機能を評価しても、その人の正しい、正確な知的機能の評価が不可能であるため、いわば注意力や集中力が低下している状態で認知症の診断を行なうことを避けるのは至極当然のことである。

しかしながら、「昨日からボケた、認知症が起こった」など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さ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さっぱりわからないし、ボケと老化と何が違うのかわからない。

図2(次頁)には認知症の原因別の症状や行動の違いについて示すが、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ことになる。

◇アルツハイマー型認知症(Alzheimer Disease; AD): 我が国でも認知症の原因の過半数を占めるといわれ、高齢の女性に多いとされる。現在は原因不明であるが、脳に老人斑や神経原繊維変化といった病理学的異常が存在し、2000年からは我が国でも治療薬が発売されている。

◇脳血管性認知症(Vascular Dementia; VaD): 通常脳血管障害に起因する認知症(痴呆)の総称である。脳血管障害には、高血圧症、高脂血症、糖尿病、心臓病などの慢性身体疾患をもつ場合が多く、50歳代の男性に多いとされる。

◇パーキンソン病: 手の震えや筋肉の硬直性、無動といった体の動きに障害が見られる疾患群



	アブハイマ-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	取り繕い・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	行き先忘れ 接触事故	信号無視・わき見運 転・追突事故	注意障害 運転操作ミス

認知症（痴呆）は原因により行動・症状も大きく異なる
そのことから運転行動や運転能力も異なる

図2 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

である。最近パーキンソン病にも記憶障害や幻覚を伴う認知症が合併することが明らかとなっている。

◇前頭側頭葉変性症（Frontotemporal lobar degeneration；FTLD、ピック病ともいう）：主として大脳の前半部や側頭葉が原因不明に萎縮を来し、社会規範を守らなかつたり、脱抑制といった人間の本能がむき出しになった振る舞いや行動をすることが本疾患の本質である。

3

認知症患者の運転の実態と問題

(1) なぜ認知症ドライバーの運転が問題なのか

博野氏³⁾は認知症と運転に関する文献的考察を行い、その検討から、

①自動車運転に与える認知症の影響として、自動車の運転には、記憶、視空間認知、交通法規等の知識、判断力、注意力などの多くの認知機能が必要となり、これらの認知機能に広

範な障害を有する認知症患者は、事故を生じるリスクが高くなり、認知症患者の23～47%が1回以上の自動車事故を経験し、また認知症患者は同年齢の健常者に比し、2.5から4.7倍自動車事故を起こすリスクが高い。

②一度事故を起こし、その後運転を継続していた認知症患者の40%が、再び事故を起こしている。

③いつ運転をやめさせるべきかについては、多くの研究が、認知症と診断されても、軽度の段階では、その多くが安全に自動車を運転する能力は保存されている。

④自動車が、特に都市部以外で、日常生活に必要な不可欠な道具であることから認知症の診断だけでは、自動車運転免許の取り消しを行なうべきではなく、個々の患者の運転技能を評価することが必要である。

⑤そのため具体的な評価法が必要であるが、現在のところ、妥当性のある評価法は存在せず、医療現場で用いられる認知機能評価や日常生活活動評価などでは、重度の患者を安全に運転できないと判断することはできるものの、

軽度の患者の運転能力に対する判断の指標は示されていない。

といった医学的考察を指摘している。

これらの医学的視点に立った検証を検討すると、認知症という状態が自動車運転にどのような影響を与え、その社会的対策をつくるにはまだまだ事例の積み重ねが我が国では必要であると思われる。

(2) 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なった⁴⁾。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（以下AD）20名、脳血管性認知症（以下VaD）3名、混合型認知症2名、前頭側頭葉変性症（以下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3）。特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。

また諸隈氏⁴⁾は、認知症ドライバー83名の交通事故や免許更新に関する中長期的予後調査を行なった。その結果83名中、34名（40.9%）が交通事故を起こし、原因疾患別の交通事故発生率では、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（表3次頁）。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

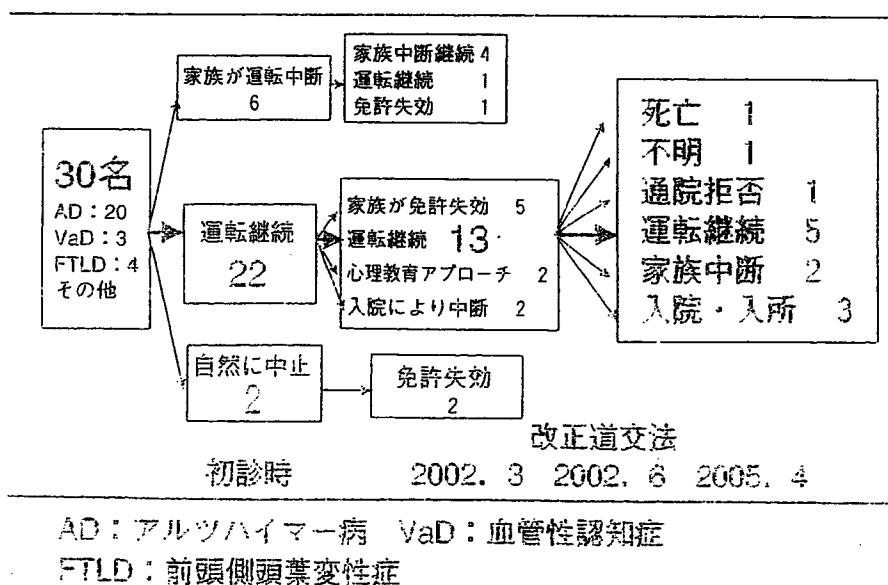


図3 認知症患者の運転の実態と医師対応（上村文献4より抜粋）

表3 認知症患者の交通事故率と事故内容
(随園ら文献5より)

全体 (N=83名)	交通事故率 40.9% (34名)	事故・危険運転内容
AD (n=41名)	39.0% (16名)	迷子運転 枠入れで接触事故
VaD (n=20名)	20% (4名)	操作ミス 速度維持困難
FTLD (n=22名)	63.6% (14名)	信号無視 追突事故 わき見運転

83名中34名、40.9%で事故を起こしている。また認知症の原因疾患別でも事故内容に大きな差を認めた。

34事例中わずか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、強制力を持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ることを報告している。

(3) 認知症ドライバーの運転中止に伴う日常生活への影響

現在、我が国では行政機関が認知症ドライバーの早期把握および自動車運転中止の判定や宣告を行なうシステムは整備されておらず、医療の現場では主治医や家族の判断に頼っているのが現状である。野村氏ら⁶⁾は愛媛大学の専門外来を受診した初期認知症患者13名の医師の運転中止勧告の時期や指導内容を収集し、発症後の自動車事故歴と運転中止との関連を分析した。

その結果、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った。複数回の事故を発生させている患者が5名おり、初

回から最新の事故発生までの期間は半年から5年にわたり、その間の高齢者講習や免許更新には合格していた。親族の強い勧めで免許を返納した後も、主介護者の同乗・見守りによって無免許で農業に従事していた事例もあった。自動者運転を継続している5名はいずれも事故歴なしであることから、認知症ドライバーと家族介護者が運転中止を実行するのは、事故の発生が契機になる実態が明らかとなった。

また運転中止を困難にする心理社会的関連要因として、本人要因では、「年齢的に納得できない」、「運転が好き」、「運転技術の自信と誇り」、「仕事や家事の役割遂行(周囲の期待)」が、家族要因では、「同居家族に運転免許なし」、「家族の負担増(患者の外出を助けるゆとりがない)」、「家族の利益や判断の不一致」が、地域要因では、「生活環境の不便さ」、「公的・私的資源による外出援助サポートの欠如」が見られた。新井氏らの調査報告でも認知症ドライバーの運転中断には、認知症患者本人の運転の状況ではなく、むしろ介護者の自動車の必要性などの地域性や介護者自身の運転状況などの家族要因が関連する⁷⁾ことを指摘している。しかし認知症ドライバーの運転中断に対して、家族のみの対処では限界があるし、また、主治医のみにこの問題を委ねることは、長期にわたり治療関係を継続しなければならない患者との間で関係性の破綻を招くおそれもある。そのため、認知症ドライバーの運転中止は、患者、家族、主治医の3者の判断や意思決定のみに委ねるのではなく、行政機関や専門の第三者による判定と中止宣告、免許制限・剥奪というシステムが緊急に必要なものである。

認知症ドライバーに関する 現在の免許制度および社会制度の問題

(1) 認知症患者と運転免許：道路交通法と その運用

平成16年時点で、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。荒井氏ら⁹⁾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なっている。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な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な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ドライバー数に比し、県警が行政指導を行な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なうためには、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、病状申告を行な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年であることに鑑みると、この間に病状が進行し、行政指導を行なうまでもなく、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 申告書の問題について

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（図5次頁）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。そこで筆者らは、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なった¹⁰⁾。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。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1枚を用いた。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。認知症を有する患者は、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。なお対象者全員が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。

該当する箇所の□に印をつけてください。

- 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
- * 該当者は、その月日・番号を記入してください 月 日 番
- 8) 1～6のいずれにも該当しない

認知症では、6もしくは7に自らチェックする必要がある

図5 病気の症状などの申告表(運転免許更新時施行)

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。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

改正道交法第103条第1項の規定により公安委員会は図6(1,2,3次頁)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なう。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ている。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¹⁰⁾、こ

- 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）
- 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でア又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

図6-1 診断書(都道府県公安委員会提出用)記載内容

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痴呆（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なわれている。これらの問題点についてもまだまだ検討が必要であると思うが、現在最も懸念されることは、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も憂慮されることである。

- 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：残遺症状がないか又は極めて軽微であり、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又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。
ウー1；ただし、6月（ 月）以内に3、及び4について
ともにア又はイの判断が出来る見込みがある。
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。
エー1；ただし、6月（ 月）以内に3、及び4について
ともにア又はイの判断が出来る見込みがある。
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。
オー1；ただし、6月（ 月）以内に3、及び4について
ともにア又はイの判断が出来る見込みがある。

図6-2

- 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
でア又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否定できない。
ウー1；ただし、6月（ 月）以内に3、及び4について
ともにア又はイの判断が出来る見込みがある。
エ：1年以内に症状が再発するおそれが認められる。

図6-3

(4) 認知症の自動車運転と「運転適性診断」

2002年の改正道交法の施行に伴い、運転免許更新時に義務づけられている高齢者特定講習の対象年齢が70歳以上に引き下げられた。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（以下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

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（上村直人）

認知症 重症度	CDR0.5 ごく軽度	CDR1 軽度	CDR2 中等度
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。

ほとんどの健常高齢者では1か2⇒認知症ドライバーとの鑑別は困難。
認知症の重症度(程度)と適性検査結果は関連性は低い。

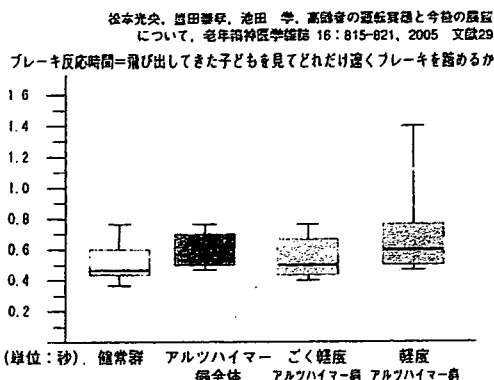


図7 単純反応検査

あり、認知症患者の運転能力の評価には十分な妥当性が確立されていない。

筆者らは平成12年に認知症患者32名を対象に、高齢者講習で用いる運転シミュレーター機器を用いて運転能力評価を行なった(表4)。しかし認知症の重症度や認知機能とシミュレーターの成績では相関がなく、シミュレーター機器では認知症ドライバーと健常者との鑑別ができないことが示唆された。また松本氏らは¹¹⁾、上記DSによるアルツハイマー病(以下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群では健常群に比し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(図7)。

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DSの新たな検査プログラムを開発する余地は残されていると考えられる。

認知症ドライバー対策と今後の展望 諸外国制度も含め

表5(次頁)に、これまで認知症患者の運転に対するいくつかのガイドラインを示す。このようなガイドラインは欧米を中心に作成されているが、しかし、これらのすべての指針間で一致しているわけではない。しかし認知症患者が

表5 認知症患者の運転に関する指針

1. American Academy of Neurology (Dubinsky et al. 2000) 文献12)
CDR 1以上のAD患者：運転するべきではない。
CDR 0.5のAD患者：6ヶ月毎の実地運転技能評価が必要である。
2. Canadian Medical Association (http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/18223/la_id/1.htm) 文献13)
MMSE 24未満：不可逆性なら運転するべきではない。
MMSE 24以上でも、判断、抽象思考、病識の障害があれば実地運転技能評価を受けるべきである。
3. 1994 International Consensus Conference (Johansson and Lundberg, 1997) 文献14)
CDR 2以上：運転するべきではない。
CDR 0.5、1：特に日常生活活動の障害があれば、実地運転技能評価を受けるべきである。
4. Japanese Society of Neurology Guideline 文献15) (http://www.neurology-jp.org/guideline/dementia/3_02a.html)
CDR 1以上：運転するべきではない。
CDR 0.5：6ヶ月毎の痴呆の評価が必要である。 (実地運転技能評価に関する記載はない)

病気の経過中に、運転能力の低下を生じ事故のリスクが増大することは繰り返し報告されており、いずれかの段階で運転を中止することが社会的対策としても求められるため、統一された方針やガイドラインづくりを急ぐ必要が我が国でもある。その場合、ガイドラインでは、認知症の診断のみに基づくのではなく、個々の患者の運転能力の評価を行なうことが必要である。実際、患者の運転技能は医療現場で行なわれる認知機能評価や認知症の程度を評価する重症度評価のみでは判断困難であり、特に、軽度の患者では予測することはほとんど不可能である。

したがって、最終的には妥当性の高い実地運転機能評価法により判断されなくてはならないが、コストや自動車教習所のマンパワーの問題を考慮すると、認知症患者全例で実技による評価を行なうことは不可能であろう。そのため現実的には明らかに安全に自動車を運転できる、あるいは明らかに運転が危険な認知症ドライバーを検出可能な妥当性のあるスクリーニング検査や現在のような認知症と健常者との運転技能

1994 International Consensus Conference on Dementia and Driver

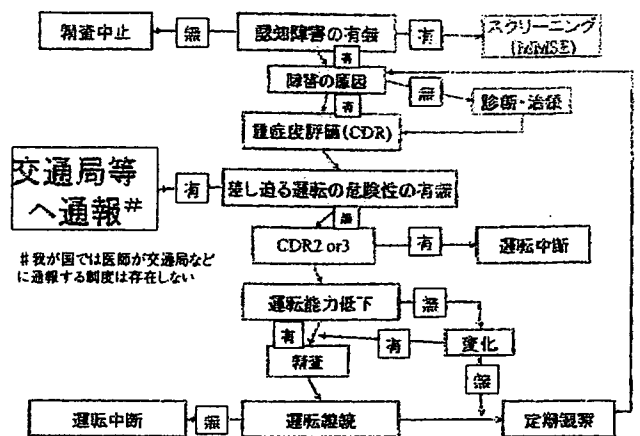


図8 認知症ドライバーの運転中断決定プロセス

や能力を鑑別できないものではなく、正確に運転継続が危険なドライバーを鑑別可能なシミュレーター機器を開発すること、医師に認知症患者の報告義務を課すかどうかなど（すでに欧米の一部で試行されている、図8）、確実に把握できる法整備を行なうことがあわせて必要である。

認知症ドライバーの問題に対する我が国の対策の現状と今後の課題、提案

現在認知症ドライバーも問題が徐々に社会問題化されているが、運転免許行政から考えると、認知症であろうとなかろうと、運転継続が危険なドライバーをスクリーニングできる機器や、シミュレーター、および専門員を育成することなどが最も重要であると思われる。しかしながらこの問題は医療、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づくりは望めない。

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発、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、組織横断的な資源の集中などによるプロジェクトチームづくりによる安心で、安全な国土と環境づくりを期待したい。そして我が国の対策が、今後アジア、特に加速度的に自動車社会となりつつある中国などへの貢献も可能となりうると考えられる。

おわりに

認知症の解説と認知症ドライバーの自動車運転に関するこれまでの我が国の医学的研究と現状について精神科医師の立場から概説した。本問題は、今後高齢社会の進む我が国においては非常に深刻な問題となりうることは間違いない。しかし我が国においては運転と認知症（認知障害）の関連性についての医学的検討は繕に

ついたばかりである。今後、我々の取り組みが本誌読者を通して認知症患者の運転問題に関するシステム確立に少しでも貢献できることになれば幸いである。なお、本稿では医学用語や難解な専門語を多く使用し、理解しにくい文章があれば、この場で謝罪したい。

本論考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が、文献等詳しい内容は、平成15～17年度総合研究報告書を参照されたい。

これまでの筆者の論考の基礎はそのほぼすべてが、現実の認知症の運転行動について教えていただいた患者さんご本人やご家族に教えられたことが多かったことをここに感謝したい。

（参考文献）

- 1) 警察庁交通局資料
- 2) 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>
- 3) 博野信次：高齢痴呆症患者の自動車運転：一今、解決しなくてはならない問題点—精神誌 107 (12)：1322-1327, 2005
- 4) 上村直人, 樹田恭子, 北村ゆり, 真田順子, 井上新平, 池田学：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 57：409-414, 2005
- 5) 諸隈陽子, 上村直人, 岩崎美穂, 徳田聡子, 井上新平 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 東京；都市センターホテル 6月30日 2006
- 6) 野村美千江, 柴珠実, 豊田ゆかり, 宮内清子：痴呆高齢者が自動車運転断念する過程—家族対処とジレンマ。精神誌107 (12)：1344-1347, 2005
- 7) 新井明日奈, 荒井由美子, 松本光央, 池田学：認知症高齢者の運転行動の実態—家族介護者からの評価。日本医事新報No4272：44-48, 2006
- 8) 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」精神誌107 (12)：1335-1343, 2005
- 9) 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

特集：高齢者を取り巻く諸問題—医療と介護保険制度改革の動向—

医療制度・介護保険制度に対する認識 と不安

—2006年一般生活者調査から—

新井明日奈 佐々木 恵 荒井由美子

株式会社 ライフ・サイエンス

医療制度・介護保険制度に対する認識と不安

—2006年一般生活者調査から—

新井明日奈* 佐々木 恵* 荒井由美子**

KEY WORD

医療制度
介護保険制度
意識調査
在宅介護
家族介護

POINT

- 一般生活者において、医療制度・介護保険制度に対する関心は高いものの、両制度の改正についての認知度が低く、両制度内容については、自身が高齢になった時に満足できるものではないと考えている割合が高いことが示された。
- 介護保険サービスの利用に関しては、多様な不安要素が存在し、また、実際に認知症患者を介護している者と一般生活者全体、あるいは年齢層別では、不安の内容や程度が異なる傾向が示された。
- 医療・介護保険制度やサービスに関する啓発活動や情報発信においては、一般生活者の状況や年齢層別のニーズの差異を考慮した方策を検討することが求められる。

0387-1088/07/4500/論文/JCLS

はじめに

わが国では、2005年10月1日時点において、高齢化率が21.0%に達し、また、合計特殊出生率は1.25(2005年)と低い値を示しており、未曾有の高齢化を迎えている。一方、わが国における平均寿命は、2005年時点で、男性が78.5歳、女性が85.4歳である。さらに、一生のうち障害や疾病に罹患せずに過ごせる期間である健康寿命(HALE)についても、2002年時点で、男性が72.3歳、女性が77.7歳と、世界最高水

準の値が報告されている。従って、諸外国と比較しても、わが国は、高齢者が健康に長生きできる国であることが示されている。

しかしながら、荒井らが¹⁾、2004年に、全国約2,000人の成人に対して長生きをしたいか否かについて尋ねたところ、「長生きしたくない」と回答した者が4割にも達した。長生きしたくない理由の1番目として挙げられていたのが「寝たきりや認知症になりたくないから」であり、2番目が「家族に迷惑をかけたくないから」であった¹⁻³⁾。このように、一般生活者において、在宅における家族介護が大変なものであることが広く認識されていた。

家族介護に関する研究では、Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)⁴⁾およびJ-ZBIの短縮版(J-

*あらい あすな, ささき めぐみ: 国立長寿医療センター長寿政策科学研究部

**あらい ゆみこ: 同部長

ZBI⁸⁾ 7-9)などを用いた介護負担研究¹⁰⁻¹²⁾が行われている。さらに最近では、要介護高齢者の状態および家族介護の状況を含めて、多面的に評価する尺度である在宅ケアの質評価法 Home Care Quality Assessment Index (HCQAI)も開発されている¹³⁻¹⁶⁾。現在、訪問看護の実践現場において、HCQAIを活用した在宅ケアの評価と、系統的かつ負担の少ない記録業務の実現が試みられているところである¹⁷⁾。このような、介護負担の量的把握や介護の質の評価を通じて、家族介護の支援策を検討し、また、その支援策の有効性を評価することが重要であると考えられる。

一方、2006年4月の医療制度および介護保険制度の大幅な改正に伴い、家族介護を取り巻く環境は、大きな変化の波にさらされている。このような中で、医療・介護保険サービスが国民にとって有益なものとなるためには、改正によって見直された制度内容について、国民の十分な理解を得ることに加えて、提供されるサービスが国民のニーズに合致しているかどうかを検証することが不可欠である。しかしながら、今般の医療制度および介護保険制度の改正が、一般生活者において、どの程度認知され、制度の利用にあたってどのような不安が存在しているのかについての実証的な研究は、これまでに行われてこなかった。我々は、今般の医療制度および介護保険制度の改正に関する意識、および制度やサービスに対する不安について調査を行ったので、紹介する。

■ 一般生活者に対する意識調査

荒井らは、2006年6月から同年7月に、株式会社社会情報サービス(SSRI)が管理する一般生活者パネル登録者(全国20歳以上65,750名より構成)から、性・年齢による割付法により抽出された2,500名を対象に、調査を実施した(以下、2006年一般生活者調査)。この調査では、自記式質問票を用い、一般生活者において、今般の医療制度および介護保険制度の改正がどの程度認知されており、また、両制度に対

する関心度や満足度はどの程度であるのか、さらに、介護保険サービスの利用に対して、どのような不安があるのかについてを尋ねた。有効回答数は、2,161名(男性1,011名、女性1,149名、不明1名)であった。なお、各年齢層別の有効回答数は、20~39歳で755名、40~54歳で519名、55~64歳で287名、65~74歳で315名、75歳以上で285名であった。

■ 医療制度・介護保険制度

—改正の認知度と関心・満足度—

一般生活者に対して、「あなたは、今年(2006年)4月に医療制度や介護保険制度が改正されたことはご存じですか」と質問したところ、「知っている」と回答した者は、全体の36.8%であった(図1)。すなわち、全体の約6割が「聞いたことはあるが、よく知らない」「知らない」と回答しており、年齢層別にみると、20~39歳では約8割を占めていた。65~74歳までは、年齢層が上がるに従って「知っている」割合が増加する傾向がみられた。図には示していないが、この傾向は男女ともに同様であった。

次に、「現在の医療制度あるいは介護保険制度に、どの程度関心を持っていますか」という質問に対して、医療制度については、全体の84.5%が、介護保険制度については、全体の72.2%が、「非常に関心がある」「ある程度関心がある」と回答しており、双方の制度に対して高い関心があることが示された(図2)。しかし、「あなた自身が高齢者になった場合に、現在の医療制度・介護保険制度は満足できるものですか」という質問に対して、「非常に満足できる」「ある程度満足できる」と回答した者は、医療制度および介護保険制度について、それぞれ全体の11%しか存在しなかった。図には示していないが、年齢層別に検討したところ、関心度については、医療制度、介護保険制度ともに、65~74歳までは年齢層が上がるにつれて高くなったが、75歳以上ではやや低かった。一方、両制度の満足度については、それぞれ、年齢が上がるにつれて高くなり、75歳以上で最も高

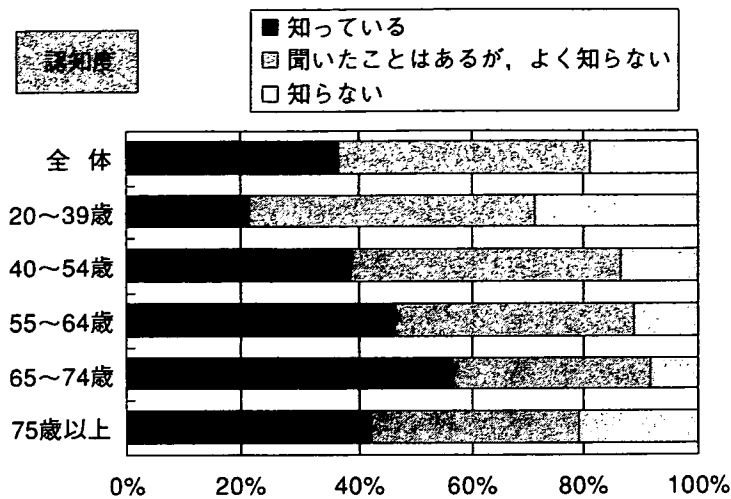


図1 医療制度・介護保険制度が2006年4月に改正されたことに対する認知度 (n=2,161)

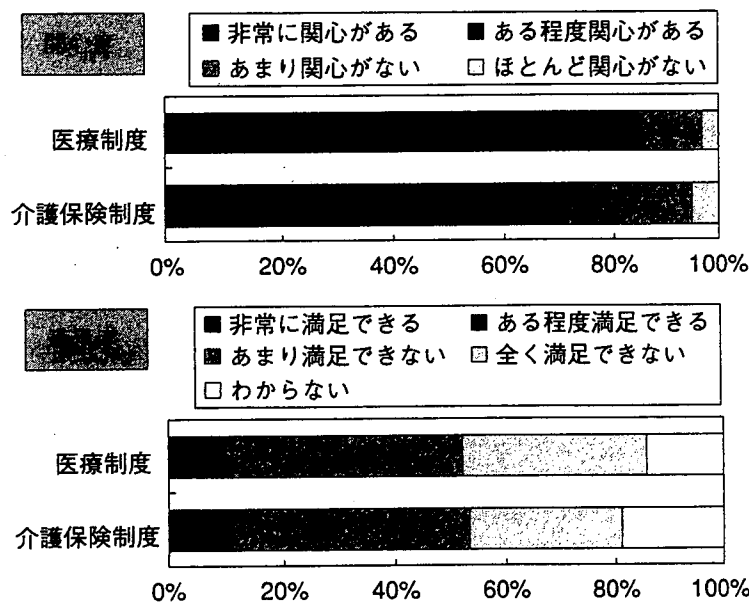


図2 医療制度および介護保険制度に対する関心度および自身が高齢になった時の両制度内容に対する満足度 (n=2,161)

かった。また、性別で検討したところ、関心度、満足度ともに有意な差異は認められなかった。

このように、医療制度および介護保険制度の改正に関する一般生活者の認知度は、本調査が制度改正から間もない時期に行われたにもかかわらず、決して高いとはいえないことが明らかになった。しかし、医療制度や介護保険制度に対する関心は極めて高いことから、制度改正の事実や詳細な変更内容について、一般生活者の

認識が追いついていない現状が示唆される。さらに、高齢になった時に両制度に満足できる者が少ないことは、現在の制度内容に対して、あるいは将来的に予測される制度内容に対しての不安が反映されているものと考えられる。

■ 介護保険サービス利用についての不安

また、介護保険サービス利用に対する不安に

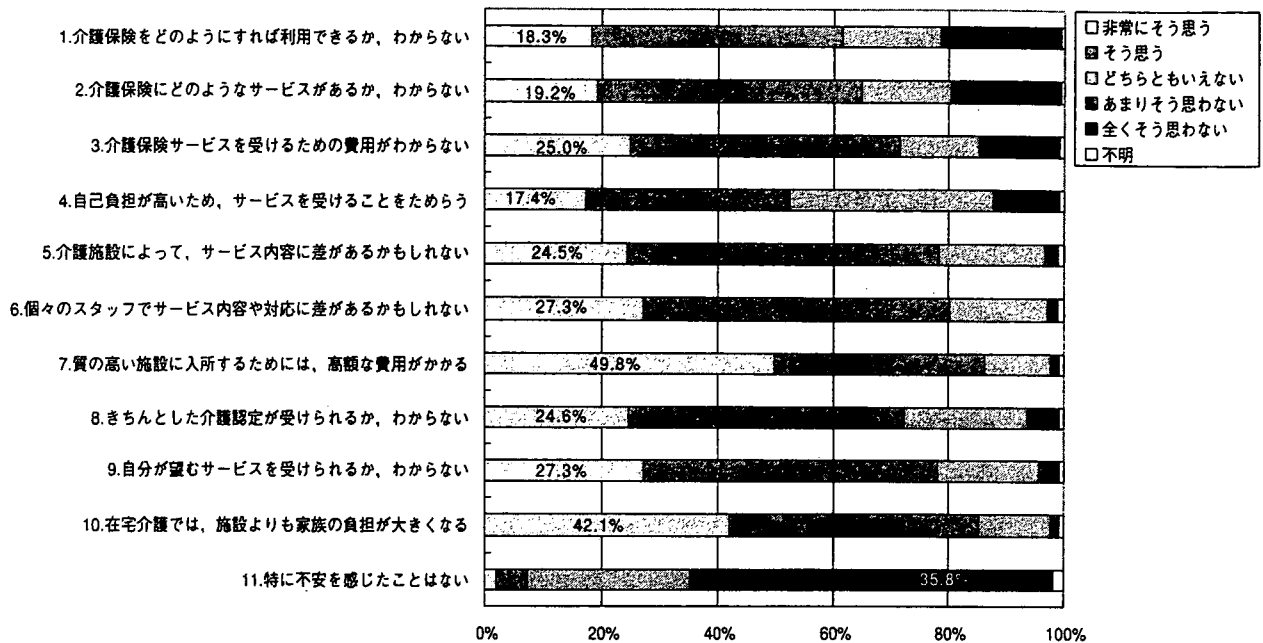


図3 介護保険サービス利用についての不安(一般生活者全体, n=2,161)

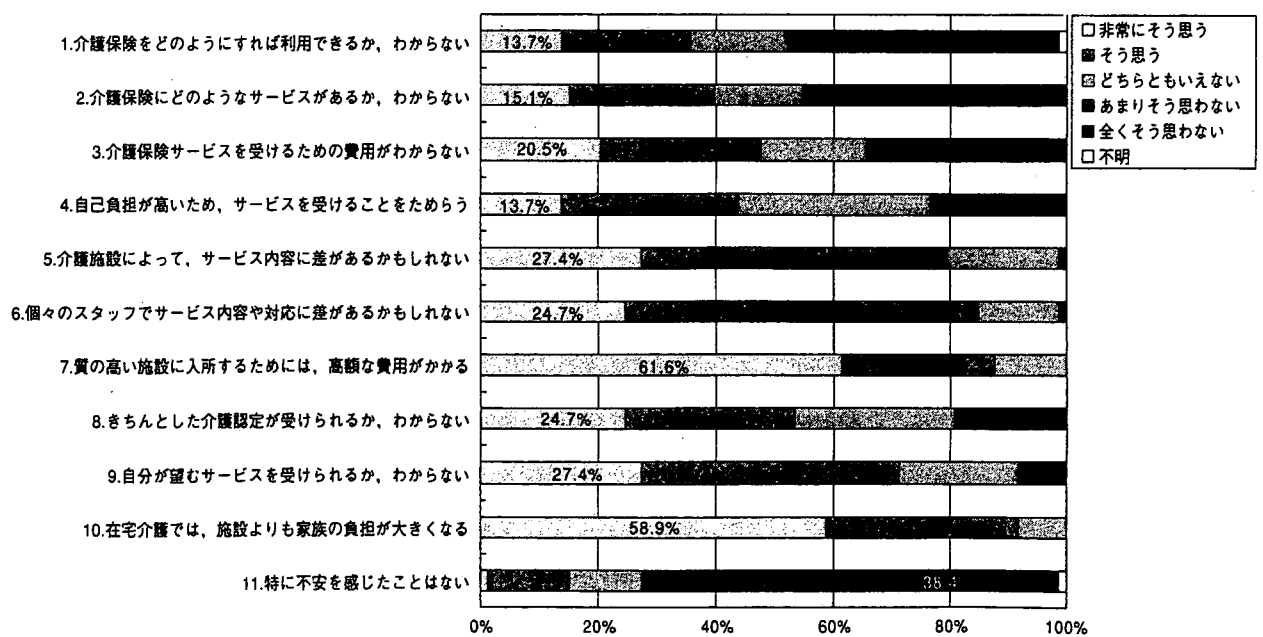


図4 介護保険サービス利用についての不安(現在、認知症患者を介護している者(家族介護者), n=73)

関しても調査を行った。図3ならびに図4に示されている11の項目について、「非常にそう思う」から「全くそう思わない」までの5件法で回答を求めた。図3には一般生活者全体(n=2,161)の結果を、図4には認知症患者を介護している者(家族介護者, n=73)に絞った結果をそれぞれ示した。「非常にそう思う」「そう思う」

と回答した者を「不安を感じている」とみなした場合、いずれの項目においても一般生活者全体の50%以上が不安を感じていた(項目11の「特に不安を感じたことはない」については、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」と回答した者を「不安を感じている」とみなし、「非常にそう思う」「そう思う」と回答した者を

「不安を感じていない」とみなして集計を行った)。

また、11項目のうち、項目5「介護施設によって、サービス内容に差があるかもしれない」、項目6「個々のスタッフでサービス内容や対応に差があるかもしれない」、項目7「質の高い施設に入所するためには、高額な費用がかかる」といった、サービスの内容や質およびそれらに伴う費用に関する不安に着目すると、一般生活者全体においても、認知症患者を介護している者においても、およそ80%が不安を感じていることが明らかになった。一方、介護保険制度の利用方法(項目1)、サービス内容(項目2)、費用について(項目3)の知識がないことによる不安や、適切な介護認定が受けられるのか(項目8)という不安を感じている者の割合は、認知症患者を介護している者において相対的に低い数値となった。認知症患者を介護している者は、既に実際に介護サービス利用の経験を重ねているため、このような結果となったものと考えられる。また、項目10「在宅介護では、施設よりも家族の負担が大きくなる」と感じている者は一般生活者全体の85.2%を占め、認知症患者を介護している者においても91.8%を占めた。以上のことから、在宅における介護の負担を軽減するための支援を充実させ、それについての情報発信を一層行っていくことの必要性が示唆された。さらに、図には示していないが、年齢層を20～39歳、40～64歳(第2号被保険者)、65歳以上(第1号被保険者)の3区分に分けて検討したところ、介護保険制度の利用方法(項目1)ならびにサービス内容(項目2)の知識がないことによる不安を感じている者は、介護保険料を既に納めている40歳以上の年齢層で約60%、介護保険料を未だ納めていない39歳未満の年齢層では70%を超える値となった。従って、若年層は、介護保険制度の利用方法ならびにサービス内容の知識がないことによる不安を、より強く感じていることが明らかとなった。これらの結果から、介護保険サービスに関する情報発信が必要であり、特に若年層に対して基本的な情報を十分提供することの必要性が

示唆された。

■ 今後の展望

今回施行した2006年一般生活者調査から、医療制度・介護保険制度に対する一般生活者の意識として、以下の3点が明らかになった。第一に、両制度の改正が十分に認知されていないこと、第二に、両制度下で提供されるサービスが、高齢になった時に満足できるものではないと考えられている傾向にあること、第三に、特に介護保険サービスにおいては多様な不安要素が存在することである。従って、制度に対する啓発・情報発信を積極的に行い、一般生活者の不安を軽減していくことが喫緊の課題である。

この啓発・情報発信に当たっては、一般生活者それぞれが医療・介護と現時点においてどのように関わっているのかにより、異なったアプローチをとることが必要であろうし、あるいは年齢層別のアプローチをとることも有効であろう。前者についての根拠は、本調査結果からも推察されるように、実際に介護に携わっている者と携わっていない者とは、医療・介護保険サービスに関して必要な情報の種類や内容が異なること、故に当然のことながら、情報収集に対する積極性にも温度差が生じてくることが予想されるからである。後者の年齢層別アプローチについての根拠は、介護保険制度では第1号被保険者、第2号被保険者、および被保険者ではない若年層の3者間において、介護保険サービスの利用に際して感じる不安の内容やその程度が異なることが、本調査結果から示唆されているからである。

このように、サービス利用者を含む一般生活者の置かれている状況にいくつかのパターンを想定し、それぞれのニーズに合致した情報が提供されることによって、全体として制度への認識が深まり、不安が軽減されることが期待される。今後は、こうした制度への理解と不安への対処が、一般生活者個人において、医療や介護に関する現実的な問題が表面化する以前に行われることが重要である。国民の健康と長寿を

支える医療制度および介護保険制度が国民の理解を得て有効に機能すれば、人々が望む長寿社会に向けてさらに前進するものと考えられる。

文 献

- 1) Arai Y et al : Angst in Shangri-la : Japanese fear of growing old. *J Am Geriatr Soc* 53(9) : 1641-1642, 2005.
- 2) 荒井由美子ほか : わが国の一般生活者の高齢社会に対する意識. *醫事新報* 4229 : 23-27, 2005.
- 3) 安部幸志, 荒井由美子 : 認知症における社会的資源の活用 : 一般生活者の高齢社会に対する意識調査から. *精神* 7(3) : 219-225, 2005.
- 4) 安部幸志ほか : 家族が認知症となった場合の対処行動 : 一般生活者に対する調査から. *医事新報* 4292 : 63-67, 2006.
- 5) 荒井由美子 : 高齢者・高齢社会に対する意識と認知症になった場合の意識・行動 : 2004年一般生活者調査. *Dementia Care Support 臨時増刊号* : 18-22, 2006.
- 6) Arai Y et al : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 51 : 281-287, 1997.
- 7) 荒井由美子ほか : Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成 : その信頼性と妥当性に関する検討. *日老医誌* 40(5) : 497-503, 2003.
- 8) 熊本圭吾, 荒井由美子 : 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. *日老医誌* 41(2) : 204-210, 2004.
- 9) Kumamoto K and 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.
- 10) 荒井由美子 : 家族介護者の介護負担. *日内会誌* 94(8) : 1548-1554, 2005.
- 11) Kumamoto K and Arai Y : Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan : Preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry* 21(2) : 163-170, 2006.
- 12) Sasaki M and Arai Y : Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 22(in press).
- 13) 荒井由美子ほか : 在宅ケアの質評価法 (Home Care Quality Assessment Index : HCQAI) の開発. *日老医誌* 42(4) : 432-443, 2005.
- 14) 熊本圭吾, 荒井由美子 : 在宅ケアの質評価法 Home Care Quality Assessment Index : HCQAI の妥当性の検証. *日老医誌* 43(4) : 518-524, 2006.
- 15) 荒井由美子ほか : 在宅ケアの質を測る新しい評価法 : HCQAI. *公衆衛生* 70(7) : 535-538, 2006.
- 16) 荒井由美子ほか : 在宅ケアの質の評価 : HCQAI. 日常診療に活かす老年病ガイドブック第8巻 高齢者の退院支援と在宅医療(大内尉義編), pp182-187, メジカルビュー社, 東京, 2006.
- 17) 荒井由美子ほか : 国立長寿医療センター方式訪問看護データベース入力支援システムの開発. *医事新報* 4285 : 69-73, 2006.

(執筆者連絡先) 荒井由美子 〒474-8522 愛知県大府市森岡町源吾 36-3 国立長寿医療センター長寿政策科学研究部

normal communication and understanding. After three months, a score of 13/30 in MMSE, 3/6 in ADL, 2/8 in IADL in GDS 7/15, NPI (Neuro-Psychiatric Inventory) with 28 of distress were observed. A further improvement in the general condition of the patient was observed, and an increase of his neuropsychological and social assessment was detected after 1-year. The last neuropsychometric assessment showed a score of 21/30 in MMSE, 4/6 in ADL, 3/8 in IADL in GDS 3/15, NPI with 3 of distress.

Conclusions: Our experience suggests that the administration of off-label valproic acid allowed a good control of BPSD, with a functional recovery; however other studies are obviously needed to confirm it.

P2-107

Quality of life and burden of spouses of Alzheimer's disease patients; individualized assessment with the schedule for the evaluation of individual quality of life (SEIQoL)

Carla J.M. Schölzel-Dorenbos¹; Irena Draskovic²; Myrta J. Vernooij-Dassen²; Marcel G.M. Olde Rikkert²

¹*Multidisciplinary Memory Clinic (MMC) Slingeland Hospital/Alzheimer Centre Nijmegen, University Medical Centre Nijmegen, the Netherlands;*

²*Alzheimer Centre Nijmegen, University Medical Centre Nijmegen, the Netherlands*

Caring for persons with dementia is a multidimensional challenge, with progress of disease causing different types of problems, with different impacts on relationship and caregivers.

We assessed quality of life (QoL) of spouses of mild to moderately severe Alzheimer patients and explored its relationship with caregiver burden and patient cognition in a cross-sectional study.

QoL was measured with the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL), which acknowledges the relevant individual QoL domains. Three burden indicators were applied: visual analogue scale (VAS), perceived stress scale (EDIZ) and Zarit Burden Interview (ZBI), with low scores for low and high scores for high burden. Patient cognition was assessed with the Mini-Mental State Examination (MMSE).

Of 112 spouses 97 could complete the SEIQoL. 87 spouses (53% male, mean age 72 years) fulfilled

the SEIQoL internal reliability criteria, and had a mean SEIQoL score (0–100) of 68.6 (SD: 14.8). Most important QoL domains were: condition of patient (31%) and marriage (26%). Caregiver burden scores on VAS (0–100), EDIZ (0–9) and ZBI (0–48) were 44.1 (SD 23.5), 4.9 (SD 2.2), and 13.1 (SD 6.2) respectively. Mean patient MMSE score (0–30) was 20.3 (SD 4.2). In 46 participants the complete battery of tests was administered. Their mean scores were: SEIQoL 69,2 (SD 15,2); ZBI 12,6 (SD 6,3); EDIZ 4,7 (SD 2,3) and VAS burden 45,6 (SD 25). Mean patient MMSE for this subgroup was 19,5 (SD 4,8). A significant negative association was found between SEIQoL and ZBI, if MMSE score was >20. For the subgroup with MMSE score < 20, MMSE was the only significant predictor of SEIQoL. In cognitively less impaired patients (MMSE >20), caregiver QoL is better and caregiver burden is lower. If MMSE was < 20, better caregiver QoL was associated with better patient cognition. Thus, patient cognition is a predictor of caregiver QoL, and burden. QoL of spousal caregivers is lower than the QoL of mild stage AD patients and healthy contemporaries (own former research, data not shown).

Our data showed that caregiver QoL and burden is influenced most by the altered relationship with the demented person. Quality of life is already negatively affected, while the level of burden is still relatively modest. Evidence on the impact of caregiver burden, and the large number of caregivers involved, warrants that new interventions are evaluated on their impact on caregiver QoL and burden.

P2-108

Status quo for determining driving cessation of older adults with dementia in Japan

Yoko Mizuno¹; Asuna Arai¹; Yumiko Arai¹

¹*Department of Gerontological Policy, National Institute for Longevity Sciences (NILS), National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG, Japan)*

Introduction: It is estimated that there are approximately 350,000 people with dementia who continue to drive in Japan (Y Arai 2005). With the amendment to *Section 103* of the Road Traffic Act in 2002, dementia is for the first time included as a reason for license revocation. However, it is argued that the implementation of the Act leaves much to be desired. In particular, it still remains to be defined