

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、認知症患者には病識のない者が多いため、正確な自己の病状申告を行わない可能性が報告されている。

そこで、本研究の終了後、警察庁は、免許更新時に75歳以上の高齢者に対して簡易認知機能検査を導入し、その結果で認知症の疑いがある者には臨時適性検査と専門医の診断を受けさせるなどとしたうえで、認知症である者には免許停止あるいは取り消しの行政処分の対象となるという新たな改正案を提示した。本政策は2009年度から実施され、時間の見当識、手がかり再生、時計描画、言語の流暢性等の項目で認知機能の低下を評価する予定である。予備的調査では、75歳以上の高齢ドライバーの3.2%が認知症疑いとされたと報告されている。認知機能検査の結果、得点に応じて第1分類（認知症のおそれあり）、第2分類（認知機能の低下あり）、第3分類（認知機能の低下なし）に分けられ、第1分類に該当する者のうち、過去1年間に信号無視や一時不停止などの違反行為があった場合に臨時適性検査の対象となる。

免許更新手続以外でも、交通取締や事故処理などの現場で、認知症の疑いのある人を警察官が把握した際には、専門医による診断（臨時適性検査）またはかかりつけの医師による診断書の提出を求められる。検査を経て認知症と診断された場合には、聴聞等の手続を経て、都道府県公安委員会が免許取消等の処分を決定する。

本改正案によって、認知症を伴う高齢者の運転規制が初めて具体化されたことは高く評価すべきである。しかし、認知機能検査を受ける対象の年齢が75歳以上である点や、認知機能検査の内容が主としてアルツハイマー病のスクリーニングを目的としたものである点、さらに医師の責任範囲等の点が、今後の検討事項として残っている。そもそも運転中断が困難な認知症は、仕事などを運転に依存している若い認知症患者が多い。また、アルツハイマー病と比べても、交通ルールの無視

などにより運転行動がより危険であるといわれている前頭側頭葉変性症患者は、大部分が75歳までに発症する。このような患者は、記憶障害や視空間認知障害がないか軽度のため、かりに検査を受けたとしても問題なく通過してしまう可能性がある。

更新時などの認知機能検査で認知症が疑われた場合は、医師に診断書の提出が求められ、認知症と診断された場合には、公安委員会が免許取消等の処分を決定することになるが、決定の最終責任は公安委員会などの行政がなうことを明確にしておく必要がある。また、処分決定の最終判断は、免許センター等における実地運転検査で、運転の専門家が判断すべきであろう。高齢者は認知症に限らず、上述したようにさまざまな要因で運転能力が低下している可能性があるため、免許更新時のスクリーニングを活用するのであれば、特定の疾患を検出するシステムよりも、「最近事故や違反を経験し、ある程度認知機能が低下している高齢者」には全員実地運転検査を実施し、運転の危険性を判断すべきであろう。欧米の一部のような医師に認知症を伴う免許保有者の申告義務を負わせるシステムを併存させれば、認知症に限れば患者の年齢や背景疾患に影響されることなくスクリーニングが可能になるのかもしれない。



VI. 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行った、「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」班（主任研究者：池田学）によるものである。これらの研究成果やマスメディア等による啓発の影響もあり、道路交通法が新たに改正され施行されようとしている。研究班は、現在も「認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討」班（主任研究者：荒井由美子）として研究を継続し、合理的で公平な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社会支援が確立することに寄与することを目指している。

繰り返しになるが、認知症の自動車運転問題の背後には、高齢者全般の自動車運転とわが国の地域社会の構造という今後の国の根幹にかかわるような社会問題が控えていることを忘れてはならない。

さらに詳しい情報を希望される読者は、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)、精神神経学雑誌 107 卷 12 号(2005)、日本老年精神医学雑誌 16 卷 7 号(2005)の特集論文、谷勝良子ほか：最新精神医学(印刷中)を参考にさせていただきたい。

<シンポジウム 9—5>前頭側頭型認知症 (FTD) をめぐる基礎と臨床の最前線

前頭側頭型認知症の症候学

池田 学

臨床神経学 第48巻 第11号 別刷

(2008年11月1日発行)

<シンポジウム 9—5> 前頭側頭型認知症 (FTD) をめぐる基礎と臨床の最前線

前頭側頭型認知症の症候学

池田 学

(臨床神経, 48:1002—1004, 2008)

Key words: 前頭側頭型認知症, 症候学, 環境依存症候群, 脱抑制, 常同行動

I. はじめに

前頭側頭型認知症 (fronto-temporal dementia: FTD) ではアルツハイマー病とことなり脳後部が保たれるため, ある程度進行するまでは記憶や視空間認知は保たれ, 行為自体の解体がないことから基本的な日常生活動作 (ADL) そのものに問題は生じないが, 脳の後部, 辺縁系, 基底核系への抑制がはずれ, これらの機能のもつ本来の行動パターンが顕わとなり, 前頭葉の機能低下そのものに由来する行動異常と併せて出現する (Fig. 1). これらは古典的な Pick 病として記載されてきたものである.

II. 前頭葉の機能低下そのものによる症状

1) 病識の欠如

病初期より欠如している, 病感すらまったく失われていると感じられることが多い. さらに, 自己を意識させるだけでなく, 社会的環境のなかでの自己の位置を認識させる能力, すなわち“自己”を主観的意識を保持しながら比較的客観的な観点から認識する能力 (self-awareness) が障害されている. このような障害を「心の理論」の障害から説明しようという試みもある. 心の理論は, 自己および他者の心を読む (心の動きを類推する), すなわち他者の心的状態, 思考や感情を推論する機能と定義される. 臨床診断基準¹⁾ (Table 1) でも重視されている. 社会的対人行動の障害, 自己行動の統制障害, 情意鈍麻, 病識の欠如の背景にある共通の心的機構を心の理論の障害として捉える研究が注目されている²⁾.

2) 自発性の低下

自発性の低下は FTD の病初期からみとめられ³⁾, 常同行動や落ち着きの無さと共存してみられることが多い. 進行と共に, 前景に立つようになる. 脳血管性認知症においてもしばしばみられる症状の一つであるが, 声をかけないと一日中同じ場所ですっとうしている脳血管性認知症の自発性低下とは趣が異なる. 近縁の症状である抑うつ状態としばしば混同されるが, 抑うつ状態では気分や思考面の変化をとまなうため, 悲哀感や不安, 罪責感などの存在をうかがわせる言動や微小妄想など思考面での異変が生じるため鑑別は可能である. 質問

をしても真剣に答えず, すぐに「わかりません」と答えるような前述の考え不精やよく考えもせずに即答する言動 (当意即答) の背景にも自発性の低下が想定される. 一般的に自発性低下は前頭葉内側面とくに前部帯状回の障害との関係がいわれているが, 前頭葉穹窿面の萎縮との関連も指摘されている.

III. 後方連合野への抑制障害による症状

被影響性の亢進ないし環境依存症候群⁴⁾

FTD 例でみられる被影響性の亢進ないし環境依存症候群 environmental dependency syndrome⁵⁾は, 前方連合野が障害され後方連合野への抑制が外れ, 後方連合野が本来有している状況依存性が解放された結果, すなわち外的刺激あるいは内的要求に対する被刺激閾値が低下し, その処理は短絡的で反射的, 無反省となったものと理解できる. 日常生活場面では, 介護者が首をかしげるのをみて同じように首をかしげる反響ないし模倣行為, 相手の言葉をそのままおうむ返しに答える (反響言語), 何かの文句につられて即座に歌を歌い出す, 他患への質問に先んじて応じる, 視覚に入った看板の文字を

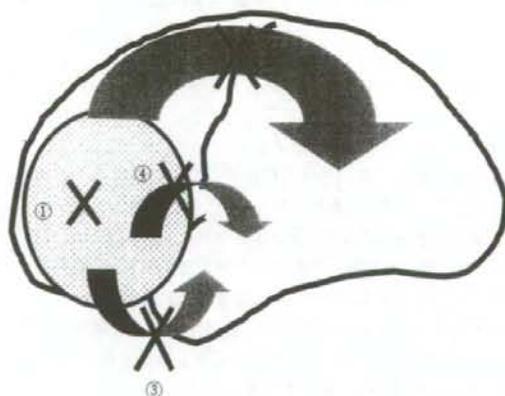


Fig. 1 前頭側頭型認知症の症状発現のメカニズム. ①前頭葉障害そのものによる症状. 前頭葉障害に基づく②後方連合野への抑制障害による症状. ③辺縁系への抑制障害による症状. ④大脳基底核への抑制障害による症状.

Table 1 FTDの診断的特徴(文献1より)

<p>性格変化と社会的行動の障害 (disordered social conduct) が、発症から疾患の経過を通して優位な特徴である。知覚、空間的能力、行為、記憶といった道具的認知機能は正常か、比較的良好に保たれる。</p> <p>I. 主要診断特徴 (すべて必要)</p> <p>A. 潜行性の発症と緩徐な進行</p> <p>B. 社会的対人行動 (interpersonal conduct) の早期からの障害</p> <p>C. 早期からの自己行動の統制 (regulation of personal conduct) 障害</p> <p>D. 早期からの情意鈍麻 (emotional blunting)</p> <p>E. 早期からの病識の欠如</p> <p>II. 支持的診断特徴</p> <p>A. 行動異常</p> <p>1. 自己の衛生や身なりの障害</p> <p>2. 精神の硬直化と柔軟性のなさ</p> <p>3. 易転導性 (distractibility) と維持困難 (impersistence)</p> <p>4. 口唇傾向と食餌嗜好の変化</p> <p>5. 保続的行動と常同行動</p> <p>6. 使用行動</p> <p>III. FTLDに共通する支持的診断特徴</p> <p>A. 65歳以前の発症。親兄弟に同症の家歴</p> <p>B. 球麻痺、筋力低下と萎縮、筋線維束萎縮、保続的行動と常同行動</p>

いちいち読み上げる(強迫的音読)、といった行為で表れる。検査場面では、物品や検者の動作が提示された時、(反応しないように指示されていても) 強迫的にことばで応じてしまう(物品のばあいは呼称し、検者がチョコキの形の手をみせた時は「チョコキ」「V」ないし「2」などと言語化する) という強迫的言語応答がみられる⁹⁾。眼前に置かれた物品を指示なしに使用してしまう現象は使用行動と呼ばれている。これらの症状の責任病巣としては、前頭葉内側面がうたがわれている。

IV. 辺縁系への抑制障害による症状

脱抑制、我が道を行く行動¹⁰⁾

反社会的あるいは脱抑制といわれる本能のおもむくままの行動は、前方連合野から辺縁系への抑制がはずれた結果と理解できる。店頭にならんだ駄菓子や堂々と万引きする、あるいは検査の取り組みに真剣さがみられず(考え不精)自分の気のままに答える、診察中に鼻歌を歌う、関心がなくなると診察室や検査室から勝手に出てゆく(立ち去り行動)などの表現をとる。社会的な関係や周囲への配慮がまったくみられず、過ちを指摘されても悪びれた様子がなく(患者本人に悪気はない)、あっけらかんとしている。脱抑制は、前頭葉眼窩面の障害で出現するといわれているが、側頭葉との関連も指摘されている。自発性の低下が進むと、めだたなくなる。

V. 大脳基底核への抑制障害による症状

常同行動

短絡的、固定的、画一的思路に基づいて常同的、保続的、強迫的とみえる。ある程度まとまった行動がくりかえされる常同行動は、前方連合野から大脳基底核への抑制が外れた結果と理解できる。ADとの鑑別にも重要な症状である¹¹⁾。病棟で

は、デイルームのきまった椅子に座るといった常同行動が形成されやすいが、日常生活では常同的周遊(roaming)や常同的食行動異常¹⁰⁾がめだつことが多い。一日中数kmの同じコースを歩き続けたり、数10kmのコースを毎日周遊し、その途中でおこなうさい銭泥棒、花や果物を盗ってくるといった軽犯罪がしばしば社会的な問題となる。決まった少数の食品や料理に固執する常同的な食行動や、女性のばあいは調理が常同的になり、作る副食の種類が減少したり味噌汁の具が変わらなくなることがある。言語面では、何を聞いても自分の名前や生年月日など同じ語句を答える滞続言語、まとまった同じ内容の話をするオルゴール時計症状などの形で出現する。絶えず膝を手で擦り続けたり、手をパチパチと叩いたりするような反復行動がみられることもある。言語面では、同語反復や反復書字の形で現れる。

常同行動が時間軸上に展開したばあいは、時刻表的生活となる。このばあいは、常同行動は強く時間に規定されるため、強迫性を帯びることが多い。診察時には、しきりに時計をみて時間を気にする例もある。時間軸上のスパンは分・時間単位にとどまらず、日単位、週単位のこともあり、行動が曜日に規定されているような例もある。症状自体は強迫性障害でみられるものと同様であるが、高橋¹⁰⁾が指摘しているように自己の強迫症状に対する自我違和性がみとめられない点でことなる。神経基盤としては、前頭葉眼窩面がうたがわれ、側頭葉との関連も論じられている。

謝辞：貴重な機会を与えていただいた。第49回日本神経学会総会会長の坂井文彦先生に深謝いたします。

文 献

- 1) Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al: Frontotemporal lobar degeneration—A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546—1554

- 2) Gregory C, Lough S, Stone V, et al: Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: theoretical and practical implications. *Brain* 2002; 125: 752-764
- 3) Shinagawa S, Ikeda M, Fukuhara R, et al: Initial symptoms in frontotemporal dementia and semantic dementia compared with Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 21: 74-80
- 4) Tanabe H, Ikeda M, Komori K: Behavioral symptomatology and care of patients with Frontotemporal Lobe Degeneration -based on the aspects of the phylogenetic and ontogenetic processes. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10: 50-54
- 5) Lhermitte F, Pillon B, Serdaru M: Human autonomy and the frontal lobes. Part II: Patient behavior in complex and social situations; The "environmental dependency syndrome". *Ann Neurol* 1986; 19: 335-343
- 6) Shimomura T, Mori E: Obstinate imitation behaviour in differentiation of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease. *Lancet* 1998; 352: 623-624
- 7) Bozeat S, Gregory CA, Ralph MA, et al: Which neuropsychiatric and behavioral features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69: 178-186
- 8) Shigenobu K, Ikeda M, Fukuhara R, et al: The Stereotypy Rating Inventory for Frontotemporal Lobar Degeneration. *Psychiatry Research* 2002; 110: 175-187
- 9) Ikeda M, Brown J, Holland AJ, et al: Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 371-376
- 10) 高橋克朗: 痴呆と常同・強迫行動(Pick病など). *神経心理* 1991; 7: 19-26

Abstract

Symptomatology of fronto-temporal dementia

Manabu Ikeda, M.D.

Department of Psychiatry and Neuropathobiology, Faculty of Medical and Pharmaceutical Sciences, Kumamoto University

Behavioral changes in patients with FTD can be interpreted by considering damage to the frontal lobes themselves and considering the interaction between the frontal lobes and other neural systems such as the posterior association cortices, the limbic system, and basal ganglia. Loss of insight and apathy primarily result from frontal lobes involvement. The latter is probably correlated with the severity of medial frontal-anterior cingulate involvement. Stimulus-bound behavior such as imitation behavior, utilization behavior and environmental dependency syndrome is caused by an imbalance between the activities of the frontal and parietal lobes. Frontal lobe damage, particularly damage to the medial frontal area, result in liberation of the parietal lobe activity, leaving the patient subject to any stimuli from the external environment. Disinhibition such as antisocial behavior is produced by an imbalance between the activities of the frontal and limbic lobes. Namely, loss of control of the frontal lobe, especially the orbitofrontal area, over the limbic system results in acts led by instinctive desires and uncontrolled by reason. Stereotypic behavior is due to an imbalance between the activities of the frontal cortex and basal ganglia. These behaviors range from simple stereotypies to complex repeated actions such as roaming, clock-watching or adherence to a strict daily timetable.

(*Clin Neurol* 48: 1002-1004, 2008)

Key words: fronto-temporal dementia, symptomatology, environmental dependency syndrome, disinhibition, stereotypy

今月の主題 主治医として診る後期高齢者

主治医として知っておきたい後期高齢者の医療と生活

高齢者ドライバー

医師の立場からできること

上村 直人 谷勝 良子 井関 美咲

medicina

第45巻 第7号 別刷

2008年7月10日 発行

医学書院

高齢者ドライバー

医師の立場からできること

上村 直人・谷勝 良子・井関 美咲

ポイント

- 高齢者ドライバーの交通事故が増加し、認知症患者の運転が社会的問題となっている。
- 改正道交法が施行され、認知症などの一定の疾患をもつ患者の運転免許が法的制限される。
- 医師は患者の運転能力について、医学的判断を求められる。
- 日常臨床において、医師は患者の運転免許の有無や交通事故のリスク評価を行う必要がある。

現在わが国では65歳以上高齢者の免許保有者が1000万人を超えた(図1)。また、全交通事故に占める高齢者の比率が増加している¹⁾。このように高齢化率の上昇と免許保有率の増加から、今後、運転免許を保持する認知症患者が増えていくことが予測され、臨床現場では自動車運転をしている認知症高齢者に遭遇することも決して稀ではなくなっている。また、2002年6月1日に改正道路交通法(以下、改正道交

法)が施行され、認知症を代表とする高齢者に多い疾患でも運転免許の制限がなされるようになった¹⁾。道交法の主な改正点は、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されたこと、②認知症および睡眠障害の一部が新たに制限されること、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に制限されることである(表1)²⁾。さらにすべての免許保持者は、免許更新時に病状調査が行われるようになった²⁾。

このような社会政策の変更は、これまで医師や医療従事者にすらあまり意識されなかったことであるが、近年、認知症ドライバーの交通事故が社会問題化していることや、前述した改正道交法の施行により医師も認知症患者の運転能力に関する診断書作成を求められ、訴訟にかかわりうる状況から、認知症患者の運転が診断や治療などにおいて決して無視できない問題となっている。

そこで、本稿ではわが国の免許更新システム

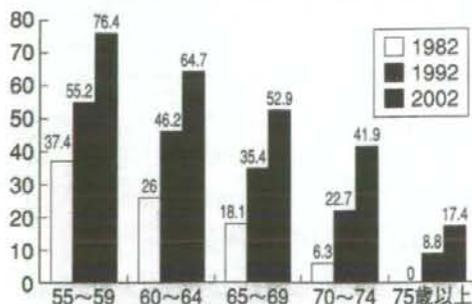


図1 高齢者の運転免許保有率の変化(所 正文: 交通社会における高齢ドライバー. JJ Traffic Psychology, pp37-45, 総務省/1983, 1993, 2003)

表1 改正道交法(参考:文献2)

<p>免許制限にかかる一定の疾患とは?</p> <p>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</p> <p>イ:幻覚の症状を伴う精神病であつて、政令で定めるもの</p> <p>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→ほとんどが無関心・情報不足</p> <p>睡眠時無呼吸症候群 低血糖(糖尿病) 不整脈(心臓病・ペースメーカー埋め込み術施行)</p> <p>ハ:痴呆(認知症)→精神科・神経内科・脳外科</p> <p>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</p> <p>政令で定める一定の疾患をもつ方の免許が制限されるようになった。</p>
--

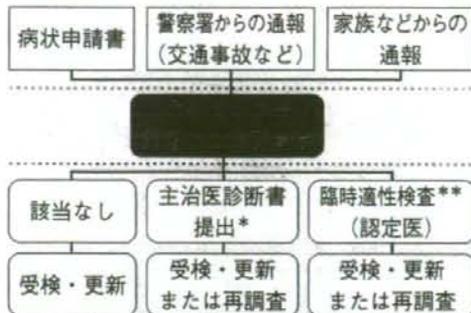


図2 日本における認知症患者の運転チェックシステム:診断書提出と臨時適性検査の流れ

*:70歳以上では高齢者講習で運転適性を確認
** : 診断書提出ない場合は臨時適性検査実施

表2 運動免許更新申請書

病気の症状などの申告欄(運動免許更新時施行)
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ないにもかかわらず、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・番号を記入して下さい

月 日 番

8) 1~6のいずれにも該当しない

免許更新時に義務化された病状調査書。本調査はすべての免許更新者を対象とし、虚偽の報告をすると罰則規定がある。本申請書は都道府県公安委員会が作成するものである。

と医師のかかわりについて述べ、また筆者らの認知症患者の自動車運転に関する検討を紹介し、臨床現場で運転免許を保持する認知症患者に出会った場合に、医師の立場としてできることと知っておかねばならない点を概説する。

わが国の運転免許更新システムと医師のかかわり

図2に、わが国に現在存在する認知症患者の自動車運転に関する運転能力のチェックシステムを示す。わが国では現状では認知症患者の運

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(運転能力および改善の見込み)についての意見 ア~オ(5段階)(表4参照)
 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4参照)

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4 診断書(表3)3,4現時点の病状(3)の今後の見通しの評価基準

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, 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
 エー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
 オー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是否定できない
 ウー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

転評価として, ①病状申請書(表2)による自己申告制度, ②交通事故などの際に警察官が免許センターや公安委員会に通報する, ③家族などからの情報での通報という3つの入り口から, 免許センターや都道府県公安委員会への判断にゆだねられる。その判断の際に, 公安委員会から主治医に対して患者の運転能力に関する医学的診断書(表3, 4)の提出が求められる。診断書における必要記載事項は, 病名, 病歴, 現在症, 重症度などの医学的判断に加え, 現在の病状を踏まえたうえでの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

評価と, 将来の運転能力に関する予測を評価・判断して, 診断書に記載しなければならない。そして主治医からの診断書提出がない場合や主治医がいない場合は, 疾患ごとに公安委員会が任命もしくは指定した専門医に診察なども含めたうえでの臨時適性検査による判断が求められる。このように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。

しかしながら, 本システムの課題として, 公安委員会が認知症患者を把握しうる最も多い機会は, 免許更新時の病状申請書提出時であるが, 自己申告という形式を採っているため, 認

知症患者では記憶障害により、たとえ医師に運転中止を勧告・指示されてもそのこと自体を忘却している場合が多く³⁾、正確な申告は望めない。また、交通事故を起こした現場での警察官が、認知症の有無を評価することは困難と考えられることや、家族からの通報といっても認知症患者に通院や生活必需品の購入を依存している家族であれば、認知症患者の運転を止めさせることに躊躇してしまう。また、公安委員会が認知症を疑っても、その後、認知症患者の運転能力を正確に評価する方法が存在しないため、今後、医師は対応困難となりうる。そのため、現実的には医師は疾患や病気に関する内容を記載せざるを得ない状況となっている。

認知症患者の自動車運転の実態と医学的問題

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。警察庁のデータでは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ことになる。また、2015年には65歳以上の免許保有率は46%まで上昇することから考えても、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。

筆者らの検討では、多くの認知症患者が認知症の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、運転行動上の変化をきたしていた。さらには、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た⁴⁾。また、運転中断では主治医が勧告をした場合、中等度以上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するなど、認知症の

告知、本人、家族への運転継続の危険性の説明、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った。実際、家族が免許更新に成功するはずがないと、更新に連れて行ったり送り出したところ、認知症患者がゴールドカードをもらって帰り、びっくりしたという体験を聞くのも最近では珍しくない光景となっている。

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。その要因は、認知症と運転の関連性という問題が医学、社会学や、免許行政、国土交通安全など多領域にまたがる問題のため、それぞれの専門領域の連携と協力体制が十分構築されてこなかったことにある。そのため、今後、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、主治医やかかりつけ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に中断勧告を行えば、法的に医師はその役割を終えるかもしれない。

しかしながら、告知を受け、運転を止めなければならないと宣告された患者本人や家族に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、都市部に引っ越しするかどうかなど、その後の生活方法を考えていかねばならない現実的な問題も残されている。すなわち、臨床医にとっては病気の告知などの説明、運転に関する注意義務を行ったあと、認知症の患者や家族の生活を支援し、指導していくガイドラインが必要不可欠である。そこで、主治医やかかりつけ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や、認知症の告知について検討する、④すでに運転能力や運転行動で問題が生じている場合は各都道府県の免許センターに設置されている高齢者適性相談を勧める、⑤運転適性検査の実施：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、がある。

おわりに

これまでわが国では、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。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である。

文 献

- 1) 内閣府交通安全白書(平成十八年度版)2006
- 2) 警察庁ホームページ
- 3) 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。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, pp 42-46, 2005
- 4) 上村直人, 他：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 57: 409-414, 2005

女性を診るすべての臨床医が読んでおきたい書

〈総合診療ボックス〉

臨床医が知っておきたい 女性の診かたのエッセンス

編集 荒木葉子 荒木労働衛生コンサルタント事務所

女性によく起こる身体の症状や心の問題、どこに行ったらいいのかわからない体調不良、女性患者の抱える不安や疑問に答える相談の窓口として、昨今、病院・クリニックに設けられるようになった女性外来は、今、非常にニーズが高まっている。女性外来の担当医はもちろん、一般臨床医にとっても女性を診るときに知っておきたい月経、更年期の知識や、男性と女性の違いをふまえた症状へのアプローチ法、そしてメンタルな問題まで、多岐にわたる領域を簡潔にまとめた1冊。

●A5 頁344 2007年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00428-2]

消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

レビューでわかる！ いまどき診療エビデンス 第28回

認知症患者が自動車の運転をやめるタイミング
どの時点で医師は運転中断を勧告すべきか

上村直人・谷勝良子・井関美咲・諸隈陽子

J I M

第18巻 第7号 別刷
2008年7月15日 発行

医学書院

認知症患者が自動車の運転をやめるタイミング どの時点で医師は運転中断を勧告すべきか

上村 直人・谷勝 良子・井関 美咲・諸隈 陽子

Q1 高齢者ドライバーの免許が法律で制限されましたが、どのようなものですか？

高齢者の自動車運転の問題が医学的に注目されはじめたのは、近年わが国の交通事故死者数が漸減しているにもかかわらず、高齢者の占める割合が増加していること¹⁾に加え、平成14年6月1日から、道路交通法が改正され、認知症を代表とするある一定の基準を満たす疾患が免許の相対的制限を受けるようになったためである(表1)²⁾。

この法律施行を機に、臨床医は何らかの形で病気を持つ患者の自動車運転の是非について関わることになった。本法律施行で臨床医が周知すべきなのは、認知症はもちろんのこと、一過性の意識障害や失神をきたし、運転能力に問題のある一定の疾患として、睡眠時無呼吸症候群や糖尿病、ペースメーカー挿入術後の心疾患を持つ人も制限を

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 (文献2より)

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

受け、臨床医も患者の運転能力を評価しなくてはならなくなったことである(表2)。具体的には日本では図1に示すように運転免許のチェックシステムが構築されており、各都道府県公安委員会からの要請を受け、主治医は患者の運転能力に関する診断書を作成、もしくはさらに専門分野ごとの臨時適性検査(Ⅱ)に関わることとなっている。

Q2 認知症ドライバーは実際に交通事故が多いのでしょうか？

高齢者の運転免許保有者数は急増しており、平成14年には、65歳以上の高齢者の運転免許保有者数が25歳以下を上回り、平成17年には900万人を超えるといわれている¹⁾。一方、75歳以上の高齢運転者による交通事故はこの10年間で4.7倍に増加しており、とくに死亡事故の発生率が高いことが社会的に問題となっている³⁾。このような状況を反映して今後高齢者の自動車運転の是非が注目されてきているが、とくに高齢者に多いと

表2 改正道路交通法における一定の疾患

(文献2を一部改変)

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、ほとんどが無関心・情報不足
睡眠時無呼吸症候群
低血糖・糖尿病
不整脈・心臓病・ペースメーカー挿込み術施行
ハ：痴呆 認知症 精神科・神経内科・脳外科
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

される認知症患者の自動車運転が問題となっている。

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⁴⁾。調査対象は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, J2)4名、その他の認知症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%)。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。また改正道路交通法施行直前では22名中13名(59.1%)は運転を継続していたが、改正道路交通法施行後も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。認知症の重症度別評価では、clinical dementia rating(以下CDR, J3)2の

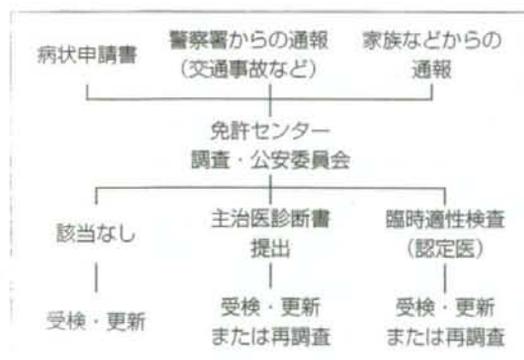


図1 わが国の運転免許制度 診断書提出と臨時適性検査の流れ

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関わる。なお、運転能力に関する診断書の提出の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らにくい実態が存在している。

中等度認知症では、ほとんどが運転を中断していたが、CDR 1の軽度レベルでは運転中断を拒否したり、助手席から方向を指示するなどの対処で運転を継続していた。

また筆者ら⁵⁾は、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。対象者の平均年齢は70.7±9.7歳で、臨床診断別ではAD患者41名、VaD患者20名、FTLD患者22名であった。その結果、83名中34名(41.0%)が交通事故を起こしており、認知症の原因別では、AD群は41名中16

JIMノート

J1 運転適性検査/運転適性試験/運転適性診断

運転適性試験とは道路交通法第97条に規定されている免許の新規申請や更新時に行われる、視力検査、聴力検査や色覚識別試験や四肢体幹の異常の有無を評価するものを指す。運転適性検査とは通常、臨時運転適性検査のことを指し、免許交付後、交通安全上問題があると判断された場合に都道府県の公安委員会の命令で専門医(通常精神保健指定医が任命される)が行う検査を指し、運転シミュレーション、心理検査、実車試験などケースバイケースで免許センターにおいて行われる。運転適性診断とは、運転シミュレーターを用いた運転適性の評価を指し、高齢者講習や免許センター、および自動車教習所において行う検査であり、それらの運転適性結果に基づいて、受講者の安全運転に対して指導や教示がなされる。

J2 FTLD(frontotemporal lobar degeneration)

主として脱抑制、わが道を行く行動、考え無精などの前頭葉症状が顕著である前頭側頭型認知症と、語義の理解、意味記憶障害、形態理解の障害により認知機能障害を呈する意味性認知症を総称した疾患概念であり、アルツハイマー病の1/5～1/10の頻度で生じる認知症性疾患である。神経病理学的背景にはまだ議論があるが、アルツハイマー病でみられる行動障害、精神症状は大きく異なり、運転行動でも差異があると考えられる。

J3 CDR(clinical dementia rating)

Hughesら(1982)が開発した認知症の重症度評価の一種である。記憶、見当識、パーソナルケアの6項目などを総合的に評価するため認知症の原因によらず重症度評価が可能であり、広く利用されている。

表3 交通事故率と事故内容 (文献5より)

	交通事故率(名)	事故危険運転特徴
AD(n=41)	39.0%(16)	迷子運転 枠入れで接触事故
VaD(n=20)	20.0%(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4 臨床診断別交通事故内容分析 (文献5より)

	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)の内容や頻度も異なる。

名(39%)が事故を起こし、行き先を忘れてしまう、迷子運転や駐車場で車庫入れを行う際の枠入れがうまくできず接触事故を起こすことが運転行動/事故特徴として認められた。VaD群では20名中4名(20%)が事故を起こし、ハンドル操作やギアチェンジミス、速度維持困難が要因と考えられた。FTLD群では22名中14名(63.6%)と最も高い比率で事故を起こしており、その特徴として信号無視や注意維持困難やわき見運転による追突事故が多くみられた(表3)。またそれらの交通事故の内容分析(表4)では、AD患者では41名中13名が自損事故、7名が物損事故、4名が人身事故を起こし、以下VaD群では20名中2名が自損事故、1名が物損事故、1名が人身事故、FTLD群では22名中11名が自損事故、10名が物損事故、9名が人身事故を起こしていた。医学的管理上の問題として、83名中42名、50.6%(AD群63.4%、VaD群30%、FTLD群45.4%)が免許更新を試み、認知症の原因に関係なく全員が更新に成功していた。そして免許更新成功者

42名中、半数の21名が事故を起こしており、なかでもFTLD群は10名中8名(80%)と高率に事故を起こしていた。これらの結果から、認知症の原因によっても交通事故の発生率には大きな差があることが判明した。

Q3 認知症ドライバー対策と医師の すべき役割は何でしょうか?

● 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⁶⁾。そのため、運転に関しても改正道路交通法施行後には、認知症の診断を受けた後に交通事故を起こした場合や、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。またすべての医師が認知症の専門医とは限らず、専門医といっても運転能力評価の訓練を受けているわけではないため、今後認知症関連学会などでの対応が検討されている。しかしながら、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する、②認知症の疾患特性と運転行動の評価を行い、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を検討する(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)があげられる。

表5 痴呆患者の自動車運転に関する医学的ガイドライン(米国神経学会 vs 米国精神医学会) (文献8,9より)

米国神経学会	米国精神医学会
<ul style="list-style-type: none"> ● 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)のある時には、1年以内にCDR1まで悪化する可能性があることを考慮し、6カ月に1度の痴呆についての評価を受けるべきである。 ● 日本では、痴呆患者において6カ月以上治る見込みがないと判定された時、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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める必要がある。 ● 中等度から重度では運転中断を強く守るべき ● 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がある。 ● 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、危険の少ない状況でのみ運転することを進言する。

● 認知症患者の運転に対するガイドライン

認知症性疾患を代表とするアルツハイマー病の進行過程を評価するFAST (functional assessment of dementia of the Alzheimer type)⁷⁾では、自動車運転に支障をきたす段階は中等度のレベルであるとされている。しかしながら軽度認知症レベルでも交通事故を起こす高齢者が存在する。そこで現在、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、「精神科医は全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」⁸⁾と述べられている。一方、米国神経学会では2001年にアルツハイマー病の自動車運転に関する指針を示しており、日本でもCDR 1の軽度認知症以上では運転を中断すべきであり、CDR 0.5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⁹⁾。このように、米国内においても指針が異なるうえ(表5)、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¹⁰⁾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。

● いつ認知症ドライバーに運転中断を勧告すべきか

今のところ認知症全体の運転能力評価方法や中止基準といったゴールドスタンダードは存在せず、中断すべきタイミングもケースバイケースでの対応を行うほかないのが現状である。とはいえ、目の前に現われる認知症ドライバーに対する中断勧告のタイミングとしては、①すべての認知症患者およびその家族と運転の危険性について話し合い、認知症の重症度が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、②たとえ軽度であっても交通事故経験者、判断能力の低下、視空間性認知や実行機能の障害に重大な障害があれば同様の対応を行う、③認知障害の程度がごく軽度から軽度レベル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(近所や夜間以外など)で運転することを進言すべきである。

ただし、このような医学的対応がかかりつけ医や主治医としての法的対応として必要十分かという、そのようなコンセンサスはまだまだわが国では確立されていないため、より具体的な患者、家族への生活指導を診療録に記載し、その根拠についても説明しておく必要がある。

2002年の改正道路交通法施行後、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。そのため今後臨床医は患者の運転能力評価といういわばこれまで教わったことがない、もしくは教育を受けていないことにも関心を持たざるをえなくなり、それは決して認知症に限ったことではない。

なお、認知症ドライバーとその対応に関するさらに詳しい情報を希望される読者は、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)の特集論文、谷勝良子・他『最新精神医学』(印刷中)を参考にいただきたい。

文献

- 1) 警察庁ホームページ <http://www.npa.go.jp/toukei/koutuu48/H19.All.pdf>
- 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/-lk>
- 3) Tuokko H, et al: An examination of driving records in a dementia clinic. *J gerontol* 50:173-181, 1995.
- 4) 上村直人, 他: 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* 57(5):409-414, 2005.
- 5) 上村直人, 他: 認知症患者の自動車運転の実態と医師の役割. *精神* 11(1):43-49, 2007.
- 6) 新井誠: アルツハイマー型痴呆における法的側面を俯瞰する—アルツハイマー型痴呆に関する権利擁護について. *老年精医誌* 15:18, 2004.
- 7) Reisberg B, et al: Functional assessment of Alzheimer type. *Ann NY Acad Sci* 435:481-483, 1984.
- 8) 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. 医学書院, pp36-38, 1999.
- 9) 中村重信, 他: 痴呆疾患治療ガイドライン2002. *臨神経* 42:781-833, 2002.
- 10) Reger MA, et al: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia—a meta-analysis. *Neuropsychology* 18:85-93, 2004.

かみむら なおと・たにかつ りょうこ・
いせき みさき
高知大学医学部神経精神病態医学教室
☎783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
もろくま ようこ
一陽病院
☎785-0037 高知県須崎市赤崎町9-3

MEDICAL BOOK INFORMATION ————— 医学書院

リウマチ病診療ビジュアルテキスト 第2版

上野征夫

●B5 頁416 2008年
定価9,975円(本体9,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00445-9]

一般内科医に必要な関節の見方、問診、身体所見の取り方をはじめ、プライマリケアにおけるリウマチ性疾患診療のコツを、著者所蔵の世界的にも貴重なカラー図譜を多数掲載しながら解説したビジュアルテキスト、待望の改訂版。血管炎、感染性関節炎をはじめ大幅に疾患を追加し、新規の図譜も多数掲載。ビジュアルライズに極められた貴重な単著。

神経内科の外来診療 第2版 医師と患者のクロストーク

北野邦孝

●A5 頁432 2008年
定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00115-1]

初版で多くの読者をひきつけた神経内科の新しいテキストの全面的な改訂版。日常疾患として必要な内容を盛りこみ、「医師と患者のクロストーク」をより密にして若き神経内科医や一般診療にたずさわる医師の要望に応えるように、内容と記述をよりわかりやすくした。

診断と治療〔第96巻・第11号〕別刷

2008年11月1日発行

発行所 株式会社 診断と治療社

アルツハイマー病の診断と治療

社会のなかのアルツハイマー病

アルツハイマー病と運転免許

Key Words

アルツハイマー病
自動車運転
運転免許
運転中断
社会システム

・高知大学医学部神経精神科学教室

2002年に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。そして公安委員会に提出する主治医の診断書でアルツハイマー病もしくは血管性認知症と診断された場合、免許行政上では運転免許の停止がなされる仕組みになっている(図1)。しかしながら認知症患者の運転対策は免許更新の際の行政的、法的対応と、医療機関での日常臨床において乖離がみられている。その背景には医学的な運転能力の判断基準や方法が確立されないといった状況が存在している。

そこで本稿では、認知症のなかでも、今後過半数を占めると考えられるアルツハイマー病の自動車運転の実態と免許制度を含めた社会制度の課題や今後認知症に関わる臨床医が考慮すべき医学的対応や問題について述べる。

認知症およびアルツハイマー病 と自動車運転の実態

アルツハイマー病(Alzheimer disease, 以下AD)はわが国でも認知症の原因の過半数

を占める疾患であり、臨床上最も遭遇する認知症の1つである。そのため記憶障害や注意障害、視空間性障害など処々の認知機能障害を呈し、徐々に進行悪化が認められていく疾患であるため、環境からの状況を把握し、適切な判断と操作を行う自動車運転行動にも影響が出現しうることは想像に難くない。たとえばAD進行過程評価であるFAST(functional assessment staging of alzheimer's disease) stage分類(表1)によると²⁾、中等度のstage 5において「自動車を適切かつ安全に運転できなくなり、不適切にスピードを上げたり下げたり、また信号を無視する、無事故だった人が初めて事故を起すこともある」と記載されている。しかしながら軽度レベルのAD患者でも接触事故や衝突事故を起こしたり、人身事故、高速道路の逆走など、認知症の重症度と危険な運転行動には乖離も存在する。

上村らは運転免許を保持する認知症患者83名(AD患者41名、血管性認知症(Vascular dementia, 以下VaD)患者20名、前頭側頭葉変性症(frontotemporal lobar degeneration, 以下FTLD)患者22名)を対象に、運転行動・交通事故について評価した³⁾。その結果、83