

認知症高齢者と自動車運転

上村直人

高知大学医学部付属病院 神経科精神科



1. はじめに

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、また高齢の運転免許保有者数は急増し、平成17年には900万人を超えられている。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、特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。このような状況を反映して高齢者の自動車運転の是非が注目されてきているが、特に高齢者に多いとされる認知症患者の自動車運転が問題となっている。

2. 高齢ドライバーの増加と交通事故

実際、前述したように高齢ドライバーは加速度的に増加が見込まれ、

2015年には70～74歳男性の9割近く、女性で過半数が運転免許を保有すると予測されており、今後高齢の女性ドライバーも加速度的に増加すると考えられる。また24～64歳までの交通死亡事故が減少している一方で、65歳以上の高齢ドライバーは増加していることも、高齢者と自動車運転の問題が社会的にも対応を迫られていると言える。

3. 認知症と自動車運転

高齢者の問題の代表と言え、現在わが国では認知症への対応が最も重要視されているが、平成20年度の日本老年精神学会会員に対する認知症と自動車運転に関する調査結果を見ても、認知症ドライバーの6人に1人が何らかの交通事故を起こしているという実態調査や、欧米では自動車事故で死亡した高齢者の約40%にアルツハイマー病の病理所見が見られたという疫学データも散見される。これらの調査が

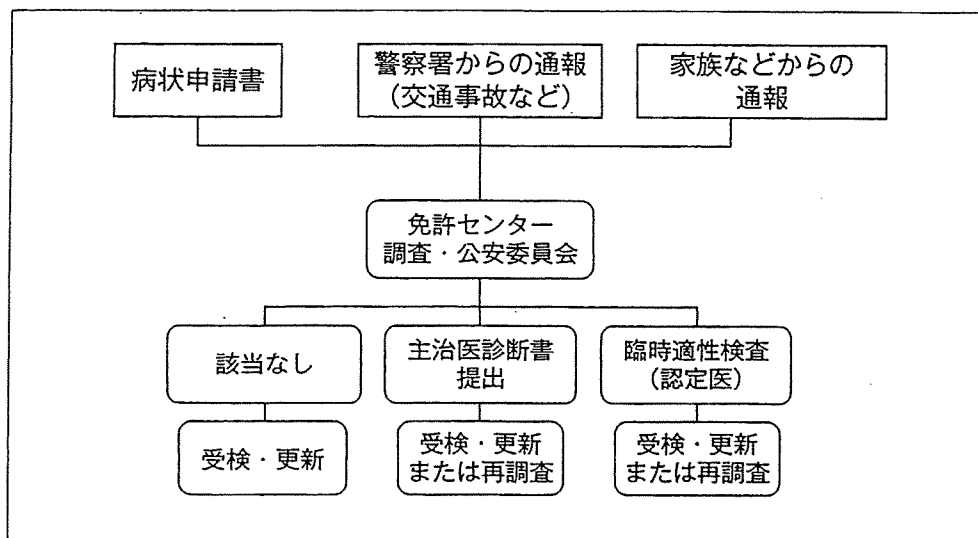


図1 わが国の運転免許制度診断書提出と臨時適性検査の流れ

現在本邦では、図のような流れで運転適正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。

らもわかるように、今後認知症患者の自動車運転の問題が社会的に重要になると考えられる。

4. 認知症ドライバーに関する法律 ～改正道交法について～

(1) 改正道交法

高齢社会をすでに迎えたわが国では、高齢者の運転免許保有に関して行政的対応がなされ、平成14年6月1日に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をも

つ免許更新者が相対的制限を受けるようになった。

(2) わが国の運転免許更新の仕組み

わが国ではある一定の疾患をもつドライバーの自動車運転更新に制限を導入するため、図1に示すような流れで免許更新時に一定のスクリーニングがなされるようになった。この制度開始を機に医師は、何らかの形で自動車運転の是非についてかかわる機会が増えるようになった。しかしながら本邦の現行制度では、認知症患者が運転能力

を評価される機会として、免許更新時の病状申請書による自己申告、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場合、家族などからの相談や情報から、本人が出向く場合という3つの入り口から免許センター・都道府県公安委員会の調査および評価へと進む。その後、公安委員会の判断により主治医の診断書提出や、主治医がない場合は、認定医の診察などを含んだ臨時適性検査が施行されることとなっている。

(3) 認知症ドライバーの免許更新と課題

しかしながら、本制度施行後認知症ドライバーにおいてはさまざまな問題点が浮かび上がってきた。まず病状申請書では、認知症患者は自己申告という形式で正確な申告は望めず、ほとんどの認知症患者にとりスクリーニングとなっていないことが判明している¹⁾。またたとえ認知症患者が交通事故を起こした場合でも、警察官が認知症の有無を評価することはほぼ不可能であるため、事故処理現場では免許返納の促し程度で終わっていたり、事故後に外来で家族から報告されるケースがほとんどである。しかし、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ったり、免許センターは認知症患者本人が免許センターに出向いて公安委員会の評価を受けない限り免許中止という手続きが採れないのが現状である。

5. 認知症と運転 高知大学のデータ¹⁾

このように高齢者に多い認知症患者と自動車運転の問題が徐々に社会問題化するようになり、発表者らの所属する高知大学や、厚生労働省の研究班の分担研究として、認知症と自動車運転に関する結果をまとめてみると、1) 認知症患者の実態調査では多くの認知症患者が運転を継続(改正道交後)しており、また発症から臨床診断にいたるまでに3割の患者が事故経験をしていた。2) 運転継続が危険と考えられる認知症ドライバーでも前述したような医師の中断勧告を忘れて、病状申請が正確にせず免許更新に成功してしまうため、現在の制度では不十分であることが判明した。3) 運転適性診断(シミュレー

認知症の運転中止が本人と家族に与える影響
運転中止の社会的影響（地域社会生活）

■家族も認知症患者の運転に依存

- ー通院できない
- ー買い物ができない
- ー仕事に行けない
- 代替交通機関の整備

■家族関係の亀裂と介護負担の増大

- ー運転を中止させた家族に対する反発
- 行政や医師の適切な介入

■生き甲斐の喪失と社会からの孤立

- 運転に代わる生き甲斐の提供

図2 認知症患者の自動車運転と社会的影響

ター)や実車テストが高齢者講習では実施されているが、その取り組みは実質的には認知症を見つけ出したり、危険なドライバーをスクリーニングして中断を行う目的となっておらず、期待される危険な認知症ドライバーのスクリーニングができていない。4) 高齢者(認知症)運転中止は本人のQOLや家族の生活にも影響しており、上の図2にも示すように、認知症ドライバーの運転中断は、単に医師が認知症を診断したり、また、運転能力を評価して運転免許の中断を命令すれば解決するといった問題ではないことが言える。5) 研究班の調査結果からは認知症ドライバーが運転を

中断すべきであるという社会的コンセンサスは得られているが、一方で運転中断後の社会的対策は不十分であり、まだまだ自動車が生活に必要な不可欠な地域が多いという結果が得られた。6) 運転が危険な高齢者や認知症患者は、最終的には主治医診断書の提出と結びつけば、法的には免許の中断が可能であるが、実際は医療機関において、医師が患者の運転という生活の領域まで踏み込むことは、これまで稀であり、特に認知症では提出に繋がりにくいといった実態が判明した。このような現状からすると、中山間地域を多く抱えたわが国では、高齢者と自動車運転への

対応が不可避であり、同時に認知症も含めた社会対策づくりが重要であるといった課題が浮き彫りとなった。

6. 認知症ドライバーと社会問題 運転中止が本人、家族に与える影響

前述したように、認知症ドライバーと運転の問題解決を阻むものとして、高齢者や認知症患者が地域で生活を続けるために自動車運転が必要不可欠な存在であることが挙げられる。われわれの検討では、家族も認知症患者の運転に依存している場合が多く、認知症患者が運転をやめると、家族が通院できない、買い物ができない、仕事に行けないといった問題が生じ、中山間地域では代替交通機関の整備が不十分であるため運転中止に踏み切れないケースがある。また家族が運転中断を希望しても、患者本人は運転継続が危険であっても拒否感が強かったり、場合によっては家族の中断の勧めにより、さらに興奮や攻撃などが家族に向かってしまい、家族関係の亀裂と介護負担を増大させることが問題となっている。その他にも認知症患者でも、運転することが生き甲斐である場合、自尊心の喪失や社会からの孤立へ

の不安に対する代替案が見出せないため、運転中断に至れないことも臨床の現場では感じられるところである。このような認知症と自動車運転の問題を通じた、地域社会と精神疾患対策といった対応も医療のみでは解決できない課題と思われる。

7. 新制度、認知機能検査の導入と課題

2009年度から75歳以上の高齢者に対して簡易認知機能検査を導入することが予定されている。図3に新制度の流れを示すが、今後免許更新時に認知機能検査が課され、その結果、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といった基準行為と呼ばれる違反があった場合には、公安委員会が認める専門医の診断(かかりつけの専門医の診断書の提出も可)を含めた臨時適性検査が行われる。その結果認知症と判断された場合には、免許の取消し・停止となり、認知症でないと判断されれば、免許は継続され、次回更新可能

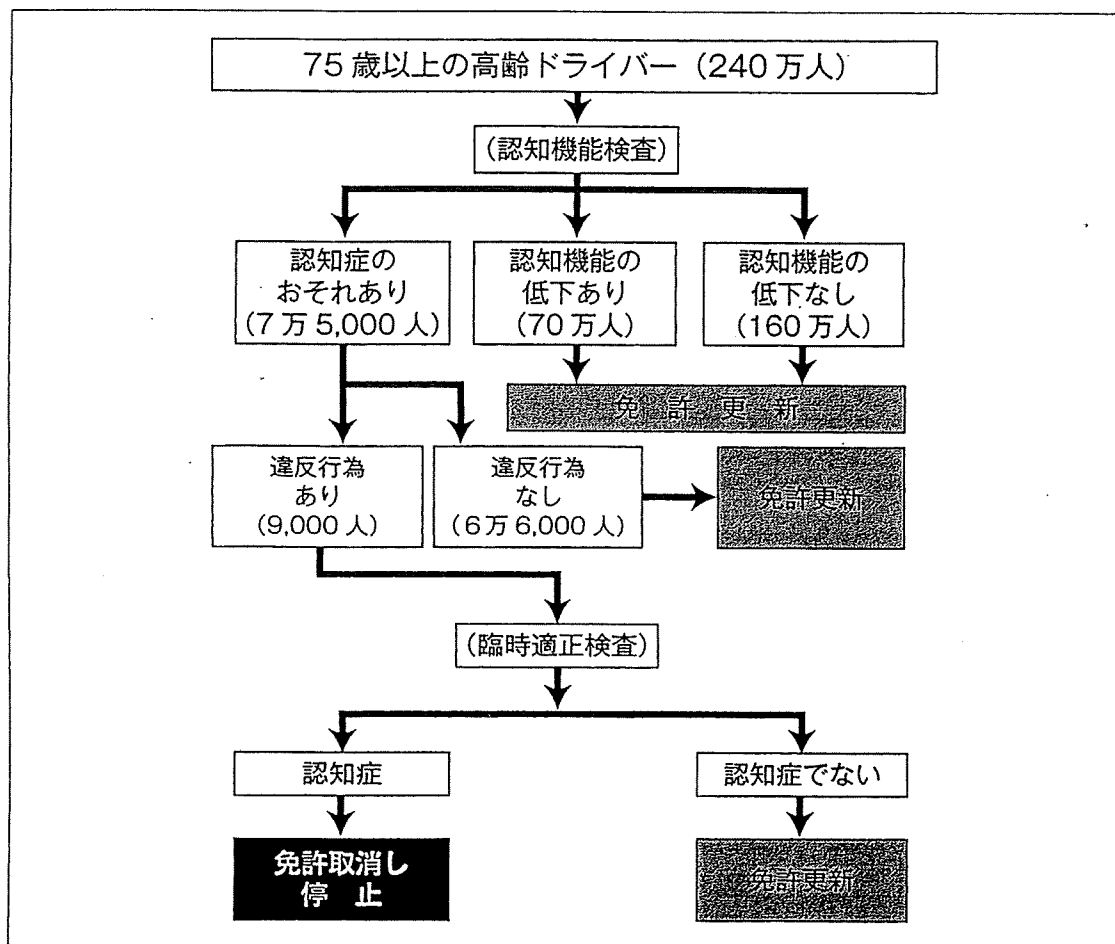


図3 75歳以上の高齢ドライバーに対する認知機能検査導入と仕組み

となる。三村らは本制度導入前の予備的調査で、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している。本制度は今後増加する認知症ドライバーの免許更新に対して一定のスクリーニング機能を果たしうるといって前進したとも言えるがまだまだ課題も残されている。筆者の視点からの課題を列記すると、1) 75歳以上

のみでいいのだろうか？ 初老期、若年性の認知症のほうが交通安全上、より危険では？ 2) 認知機能のみでいいのだろうか？ グレーゾーン、ごく軽度、軽度レベルの認知症患者の評価はどうすべきか？ 3) 都道府県公安委員会が最終判断をするとなっているが、医師の認知症の有無の判断のみでいいのだろうか？ 医師の診断書作成はど

のような基準ですべきか? といった臨床的課題もあるが、認知症患者の運転問題への対策が社会制度として諸外国より遅れてやっと実現化したことはわが国において大きな前進と言える。しかし医師が認知症の診断について報告する義務を負うのかどうか?、それは専門医かどうか? また行政的対策として運転中断後の社会的保証をどうするのか? など大きな課題も残されている。このような課題は制度の有効性の検証や症例の積み重ねと、医療と行政の連携した更なる協力体制が国家規模で行わなければ解決しないと考えられる。

8. おわりに

高齢者のこころと介護といったテーマのシンポジウムで、認知症と自動車運転の問題について述べてきたが、高齢者にとり自動車はすでに地域生活と切り離せない存在となっている。そのため、高齢者の心の健康対策として認

知症そのものの対策もますます必要であるのは間違いないが、高齢者の9割以上が運転免許を持つ社会を迎えることを考慮すると、認知症と自動車運転の問題は、わが国の高齢者問題の縮図であり、今後の社会対策の重要な位置を占めていると思われる。最後に、このような機会を与えていただいた鹿児島大学、佐野輝教授、および日本精神衛生会に深謝いたします。

参考文献

- 1) 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究(班長;池田学) 平成15-17年度 総合研究報告書、2006
- 2) 上村直人、掛田恭子、北村ゆり、真田順子、池田学、井上新平. 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、2005

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

認知症の臨床における
最近の話題

認知症と自動車運転

上村 直人

精神神経学雑誌第 111 巻第 8 号別刷

平成 21 年 8 月 25 日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 111, Numerus 8, 2009

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

認知症と自動車運転

上村 直人 (高知大学医学部神経精神科)

認知症と自動車運転の問題が最近わが国においても注目されるようになった。その契機としては 2002 年の道路交通法改正において、認知症が一定の免許制限を受けうることが法的に明文化された。しかしながら、かかりつけ医や認知症を専門とする医療者でさえ、そのような行政的・法的改正について十分な知識があるとは言いがたい。また、運転免許を持つ認知症患者の治療に携わる臨床現場の医師が対応困難事例として問題意識を持つに至っていると考えられる。認知症患者の自動車運転は中止すべきであるという意見が一般住民の意見でも多いという調査結果がある一方、認知症治療に携わる医師はどのような基準で患者やその家族に生活指導や運転中止勧告をすべきかといった実用的なガイドラインが求められている。そのような背景もあり本年から 75 歳以上の高齢者の免許更新時に認知機能検査の導入が決定された。そこで本シンポジウムでは認知症と自動車運転に関する最近の臨床精神医学的課題について、①行政制度としての認知症の自動車運転の問題、②わが国における認知症運転者へ対応と課題、③認知症の自動車運転に関する最近の話題 (背景疾患別による運転行動の問題と交通事故危険性の違い、認知症ドライバーに関する社会的コンセンサス、認知症患者本人やその家族/地域性と自動車運転中断の社会的影響)、④ 2009 年度から開始予定の 75 歳以上の免許更新者に対する認知機能検査制度の概要と精神科臨床から見た課題について概観した。

1. はじめに

2002 年の改正道路交通法で、一定の疾患を持つ患者の運転免許制限について法的に明記された。その時の主な点は、①統合失調症やてんかんなどの疾患が絶対から相対的欠格への変更、②認知症および睡眠障害の一部が新たに追加、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は免許保持が制限されることとなった。現在 65 歳以上高齢者の免許保有者は 1000 万人を超え、将来の状況を考慮すると、運転免許を保持する認知症患者が増加すると予測される。また 2007 年にも道路交通法が改正され、今後 75 歳以上の高齢ドライバーについては認知機能検査の導入が予定されている。そこで本シンポジウムでは、2002 年から開始された改正道路交通法施行前後の運転免許制度の現状とこれまで判明してきた課題について、また日常臨床

から見た認知症患者の自動車運転に関する話題について紹介し、また 2009 年度から開始される 75 歳以上の認知機能検査導入と課題について述べる。

2. 改正道路交通法 (2002) 施行と医師会、 本学会のかかわり

平成 14 年度に改正道路交通法施行に伴い、警察庁からの日本医師会への協力依頼 (日医発第 191 号 平成 14 年 5 月 17 日) として、①医療機関を通じて患者などに対して、今改正の趣旨、内容について周知すること、②各都道府県公安委員会から運転免許取得の可否などを判断するに当たって、臨時適性検査の実施や専門医の紹介等、各都道府県医師会、及び会員にご協力いただくことの 2 点について支援することが要請された。それらの動きと前後して精神神経学会からも精神障害者の運転の可否については、主として日本精神

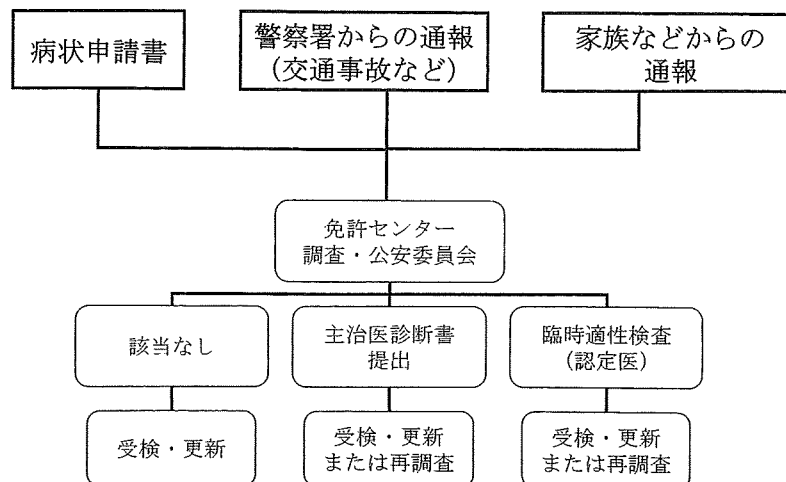


図1 わが国の運転免許制度——診断書提出と臨時適性検査の流れ——

経学会が中心となり警察庁との意見交換がなされている¹⁾。当時の日本精神神経学会の基本的立場として、障害者の社会参加を保障し、差別をなくす観点から欠格条項はできる限り廃止し、障害名や病名により一律に欠格としないことを述べている。さらに特定の病名に基づいて免許の交付を制限することに反対の立場を表明している。また精神疾患と交通事故との因果関係についての科学的な評価は、国外を含めて国内でもいまだに十分な検証はなく、明確なものは認められないことを指摘している。これらの指摘は、認知症においても同様であり、筆者らは認知症患者の自動車運転におけるわが国のとるべき対応について解説し、医療も含めた介護保険行政や、警察行政組織などが相互に連携しあって作成するガイドラインづくりが重要であることを指摘している。

3. わが国の認知症ドライバーに対する社会的対応と仕組み (図1)

これまでの経過を経て平成14年6月から改正道路交通法が開始され、認知症をはじめとする精神疾患が新たに免許の制限を受けることとなった。図1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。本邦の現状では、認知症患者の運転評価として、①病状申請書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、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への評価と進み、その後主治医の診断書提出となる。主治医がいない場合は、認定医の診察なども含んだ臨時適性検査が施行されることとなっている。しかしながら、病状申請書では、認知症患者は自己申告という形式では正確な申告は望めない点や、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。また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。

そのような問題点に加えて、認知症患者の運転能力を評価する方法にも課題が残っている。欧米では医師は認知症と診断すれば、交通局への通報を認める対応があるなど様々な取り組みがなされているが、認知症患者の運転能力そのものを正確に評価し、妥当性のある危険なドライバーをスクリーニングする手段は存在しない。このような運転に関する課題は、医師がかかわるべきかどうかには様々な意見があらうと思われるが、少なくとも2002年の道路交通法の改正から、医師は必然的に主治医として運転能力に関する診断書提出を求められるようになった現実を踏まえた対策づくりが必要であろう。

表1 認知症と運転——これまでの免許（更新）制度の問題点——

- ①病状自己申請書によるスクリーニング制度
例：認知症患者では自身の運転能力を自己申告できない。
多くの認知症患者が、免許更新に成功。
- ②警察官通報⇒事故処理や交通違反では警察官が認知症に気づくことは困難。高齢者に対して免許返納を薦めるに留まる。
- ③家族通報⇒本人が免許センターに行かなければ免許停止・中断に至らない。現在、わが国には医師に通報制度はないため、今後課題。
- ④医師提出の診断書
⇒1) 診断書提出に至らないケースがほとんど。患者、家族、主治医も診断書提出の仕組みを知らない。地域により警察側でも対応が様々。2) 運転能力の評価基準はあいまい。専門医でも記載困難。現状評価と予後予測評価は困難である認知症の診断で免許制限することの医学的検討はわが国では不十分。
- ⑤専門医の不足：専門医は認知症の診断はできても、運転能力は評価できない。特にごく軽度、軽度認知症では困難。

4. 認知症と自動車運転に関する社会制度上の問題、免許更新制度上の課題²⁾ (表1)

免許更新の際には自己の病状を申告する制度が改正道路交通法（2002）以降開始されたが、認知症患者は、主治医から病名の告知や運転中断の勧告を受けていたとしても、免許更新時には忘れてしまうことが多く、病状申請書の「主治医から運転を控えるように助言されているか」という質問には、認知症患者は回答しないかもしくは問題がないと回答する可能性があることは、容易に推測される。上村らは、外来通院中の認知症患者20名を対象に本病状申請書を外来受診時に記入するアンケート調査を行い、20名中15名（75%）では、医師からの中止勧告があるにもかかわらず、患者本人は問題がないと回答したことを報告した。このように、認知症患者では自身の病状を申請書の形式で反映することが非常に難しく、認知症患者の運転中断は法制度上の対応のみでは困難な場合があり、家族が対応に苦慮しているなどの多くの問題が残されている。また、警察官の通報や家族が公安委員会に通報する制度があり、その後運転能力評価に関する診断書を主治医が提出し、認知症と判明すれば免許停止や制限をかけるという制度も存在しているが、その問題点として、事故

処理や交通違反では警察官が認知症に気づくことは困難であり、多くは高齢者に対して免許返納を薦めるに留まっている。また家族通報でも、結局は本人が免許センターに行かなければ公安委員会が臨時適性検査に導入することは困難であり（病識の低下している認知症患者が自ら望んで運転能力の評価を受けようとすることは稀である）、結局、診断書の提出には至らず免許制限につながりにくい。現在、わが国には欧米の一部のように、医師による通報制度は存在しないため、診断書提出に至らないケースがほとんどであり、また、患者、家族、主治医も診断書提出の仕組みを知らないのが現状である。

5. 認知症と自動車運転に関する最近の話題^{2,3)}

筆者らは厚生労働省の研究班に参加し、その中で認知症と自動者運転に関する現状や課題を調査してきたので、いくつかの結果を紹介する。

- 1) 我々の認知症患者の実態調査の結果から、①多くの認知症患者が運転を継続している（2002年改正道路交通法後も）、②認知症患者の40%が発症後、何らかの事故を起こしている、③運転危険な高齢ドライバーも免許更新に成功するため、

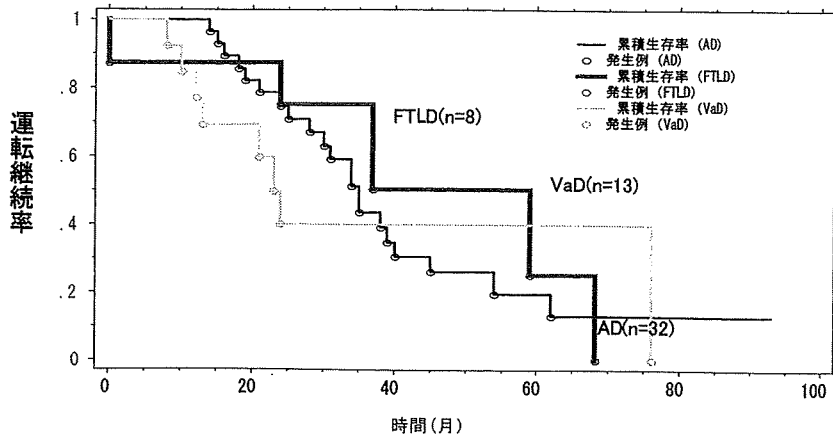


図2 認知症の背景疾患別の運転継続率
(N=53：高知大学および関連病院患者) (未発表データ)

表2 認知症の背景疾患別の運転行動、危険性、事故リスク

	交通事故率 (名)	事故危険運転特徴
AD (n=41)	39.0 % (16)	迷子運転 枠入れて接触事故
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)	認知症の原因で差異 を認める

2) 背景疾患による認知症患者の運転継続率の差異 (図2)

高知大学および関連病院の認知症患者53名を対象に、認知症発症後から運転中断までの期間(月)と運転継続率を調査したが(未発表データ)、AD患者(n=32)では認知症発症後50%が運転中断に至る期間は約36か月であった。その結果から、AD患者では発症後約3年で運転中断に至っており、この結果は欧米の調査結果とほぼ同様であった。一方、血管性認知症(以下VaD)(n=13)では50%継続期間は21か月であり、AD群よりも短い結果であった。このように認知症の背景疾患によっても運転継続率が異なっていた。

3) 背景疾患による認知症患者の運転行動・危険性の差異について (表2)

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。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%)が交通事故を起しており、認知症の原因別で

現行制度(改正道路交通法2002)では不十分である、④運転適性診断(シミュレーター)・実車テストにおいても運転が危険な認知症ドライバーのスクリーニングは困難であり課題が残る、⑤認知症の背景疾患により、運転行動・危険性の差異があり、例えば、アルツハイマー病(以下AD)と前頭側頭葉変性症(fronto-temporal lobar degeneration; 以下FTLD)では運転行動・交通事故リスク異なる、⑥高齢者(認知症)運転中止は本人のQOLや家族の生活にも影響しうる、⑦認知症ドライバーの免許制限の社会的コンセンサスはあるが、認知症患者の運転中断後の社会対策は不十分であることが判明した。

は、AD群は41名中16名(39%)が事故を起こし、その運転行動/事故特徴として、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していた。VaD群では20名中4名(20%)が事故を起こし、その特徴として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。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。

4) 一般住民、医師会会員へのアンケート調査と認知症患者の運転の是非について

認知症ドライバーの運転免許更新の際の診断書作成に関わることは医療者にはまだまだ情報不足が存在すると予測される。そこで、高知県医師会会員1551名を対象に高齢者および認知症患者の運転に関する意識調査を行った。有効回答441名で、対象者の28.4%であった。その結果、認知症患者の運転の是非については絶対止めるべき：180名(41%)、止めるべき：185名(42%)であり、8割以上の医師会会員が認知症患者は運転を止めるべきであると考えていた。また豊田ら(2005)による一般住民に関する中山間地域と都市部における意識調査では、中山間地域および都市部にかかわらず9割以上の一般住民が認知症患者は運転を中止すべきと考えているという報告をしている。これらのことから、わが国においても認知症患者は運転を止めるべきであるという社会的コンセンサスはほぼ得られており、今後は医療者をはじめとする社会制度の整備が喫緊の課題であると考えられる。

6. 2009年開始の認知機能検査の導入と残されている課題⁴⁾

2009年6月1日から改正道路交通法2009が施行され、75歳以上の免許更新者には認知機能検

査の導入が決定された(図3)。そして、ある一定の規定を満たせば(表3)、免許更新不可となることとなった。その仕組みは、免許更新時に認知機能検査が課され、その結果、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)に分類し、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といった基準行為と呼ばれる違反があった場合には、公安委員会が認める専門医の診断(かかりつけの専門医の診断書の提出も可)を含めた臨時適性検査が施行される。そして上記の結果、認知症と判断された場合には、免許の取消し・停止となり、認知症でないと判断されれば、免許は継続され、次回更新可能となることとなった。本制度は今後、高齢ドライバーが加速度的に増加するわが国における新たな試みであり、また免許制度に係る警察行政と医療の連携や協力体制の構築としての第一歩といえる。しかしながら、認知症は背景疾患により、精神症状・行動障害などが様々であり、筆者らの指摘した、認知症の背景疾患による運転能力の検討は不十分であるため、認知機能評価で交通安全・事故対策となりうるかどうかの検証が今後必要であろう。また認知症の診断がなされたら運転中止といっても、その最終決定や責任の所在については今後議論がなされるべきである。さらには今回の試みは75歳以上の免許更新者となっているが、今後初老期の人も問題になりうる。そして最も重要な視点は、認知症と判定されたドライバーが運転を断念せざるを得なくなった時に、通院や生活必需品を購入するなど地域で生活を継続できる社会保障制度の確立であると筆者らは考える。

7. ま と め

認知症の最近の臨床的課題として、認知症と自動車運転の問題を取り上げ、これまでの実態とこれからの課題について概説した。認知症患者の運転問題は徐々に社会的にも医療的にも関心が払われるようになってきたが、すでに高齢社会を迎え

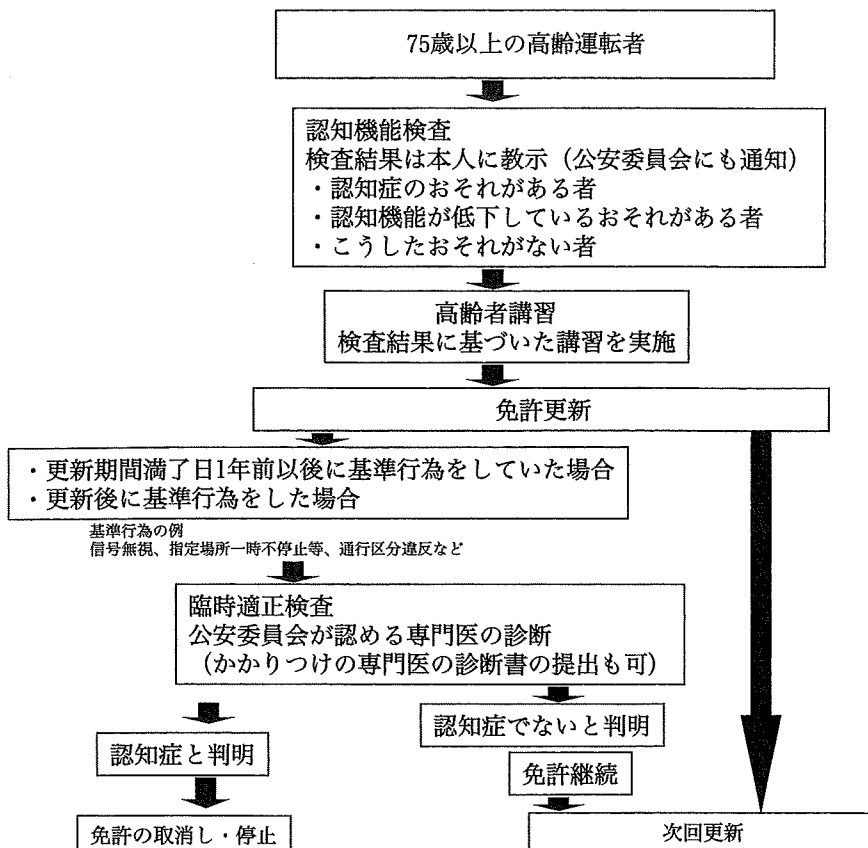


図3 新たな免許更新制度；75歳以上の運転者の免許更新（文献4より）

表3 臨時適性検査の基準行為の選定等（文献4より）

<p>・ 高齢運転者対策 75歳以上の高齢運転者の免許更新時に認知機能検査を導入→検査結果が一定の基準に該当し、かつ、更新期間満了の1年前から次回の更新までに基準行為として定められた違反行為をしていた者について、臨時適性検査を実施 基準行為とは；認知機能が低下した場合に行われやすいものとして政令（令第37条の7第1項関係）で定める行為</p>		
<p>・ 基準行為の選定・考え方 75歳以上の高齢運転者約1600名を対象に、認知機能検査と運転行動の調査を実施し、専門家から意見を聴取</p>		
<p>・ 認知症のおそれがあるとされた者の、運転行動の大きな特徴は、①信号無視、②交差点走行不適、③進路変更不適、④加速不良、別の行為をしながら運転することや運転中に走行継続の可否の判断ができなくなる認知症特有の症状を考慮</p>		
<p>・ 基準行為の選定</p>		
○信号無視	○通行禁止違反	○通行区分違反（右側通行等）
○通行帯違反	○進路変更禁止違反	○転回・後退等禁止違反
○踏切不停止	○しゃ断踏切立ち入り	○指定通行区分違反
○一時不停止	○交差点優先車妨害	○優先道路通行車妨害
○徐行場所違反	○横断歩行者等妨害	○交差点安全進行義務違反

たわが国では、本問題は重要な課題であるといえる。そのため今後、認知症に係るすべての医療者と行政側の連携が重要であると考えている。

本シンポジウムでの発表内容は、主としてH19年度厚生労働科学研究費補助金「認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援の在り方に関する検討（主任研究者 荒井由美子）」の助成を受けて行った。

文 献

1) 道路交通法および道路交通法施行令の改正（平成14年6月1日施行）についての報告—特に精神障害者の

運転免許の取得と保持について—精神医療と法に関する委員会。精神経誌, 106; 812-847, 2004

2) H15~17年度総合研究報告書（主任研究者 池田学）分担研究：痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究, 総合研究報告書, 2006

3) H19年度総括・分担研究報告書（主任研究者 荒井由美子）分担研究：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, 総括・分担研究報告書, 2008

4) 新たな免許更新制度：75歳以上の運転者の免許更新, JPS NEWS, 老年精神医学雑誌, 20; 105-107, 2009

特 集

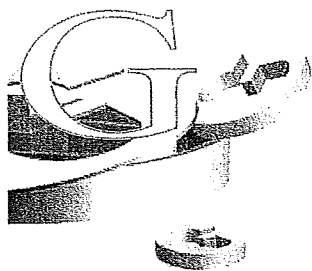
各国の認知症診療ガイドライン

各国の認知症と自動車運転に関するガイドラインと課題

上村直人・谷勝良子・井関美咲・諸隈陽子

特集

各国の認知症診療ガイドライン



各国の認知症と自動車運転に関する ガイドラインと課題

上村直人*¹, 谷勝良子*¹, 井関美咲*¹, 諸隈陽子*²

抄 録

認知症ドライバーに関する医学的ガイドラインについて、諸外国の医学雑誌を中心に概観した。認知症患者の自動車運転の問題や医学的検討は、1990年代から欧米諸国を中心として注目されてきた。また近年わが国においても高齢者の交通事故が問題となり、そのなかでも認知症ドライバーの問題が一般社会でも注目されてきている。しかしながら認知症患者の運転に関する医学的研究や検討自体がほとんどなく、また欧米においても医学的なガイドラインは存在しながらも、まだまだ不十分な点も多い。またわが国でも認知症と自動車運転の対策は欧米同様の課題を抱えているが、これまでの日本の現状と2009年から開始される認知機能検査制度についてさらに解説した。

Key words : dementia, driving, medical guidelines, assessment of driving ability, social support system

老年精神医学雑誌 20 : 421-435, 2009

はじめに

認知症と自動車運転の問題は最近わが国においても注目されるようになった。その契機としては2002年の道路交通法改正において、認知症（当時は痴呆の用語で法制化がなされた）が一定の免許制限を受けうることが法的に明文化された。しかしながらその一方でかかりつけ医や認知症を専門とする医療者でさえ、そのような行政的・法的改正について十分な知識があるとは言い難く、高齢化率の上昇とそれに伴う免許保有高齢者の増加にあわせて、運転免許証を持つ認知症患者が増加している。そのような状況で認知症の自動車運転が臨床現場の医師の対応困難事例として徐々に問題になっていると考えられる。また認知症患者の

自動車運転は中止すべきであるという一般住民の合意が得られているという調査結果³⁹⁾もある一方で、認知症治療に携わる医師はどのような基準で患者やその家族に生活指導や運転中止勧告をすべきかといった実用的なガイドラインがなく、多くの臨床医がジレンマを抱えていることも指摘されている^{17-20, 22)}。そのような背景もあり、わが国では行政的対応として75歳以上の高齢者の免許更新時に認知機能検査の導入が決定されている。

そこで本稿では、認知症と自動車運転に関するガイドラインについて欧米諸国の現状について紹介し、それらの現状と問題点について検討を行った。またわが国の法的制度や医療の課題についても若干述べることにする。

1 認知症患者の自動車運転に関する
ガイドラインの文献的検索 (表1)

1. 文献検索方法

認知症と自動車運転に関するガイドラインの検

* 1 Naoto Kamimura, Ryoko Tanikatsu, Misaki Iseki : 高知大学教育研究部医療学系医学部門神経精神科学教室

* 2 Yoko Morozumi : 高知大学教育研究部医療学系医学部門神経精神科学教室, 一陽病院

* 1 〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮

表1 認知症と自動車運転に関する文献検索法と検索件数

キーワード	検索件数	選択数	選択基準とエビデンスレベル
Dementia, driving	112件	45件	<ul style="list-style-type: none"> ・タイトルや要約に“driving”の用語があること ・検討事項に自動車運転, 運転能力を含んでいること ・医学的検討事項が含まれていること
Dementia, driving, RCT	2件	2件	
Dementia, driving, guideline	3件	3件	

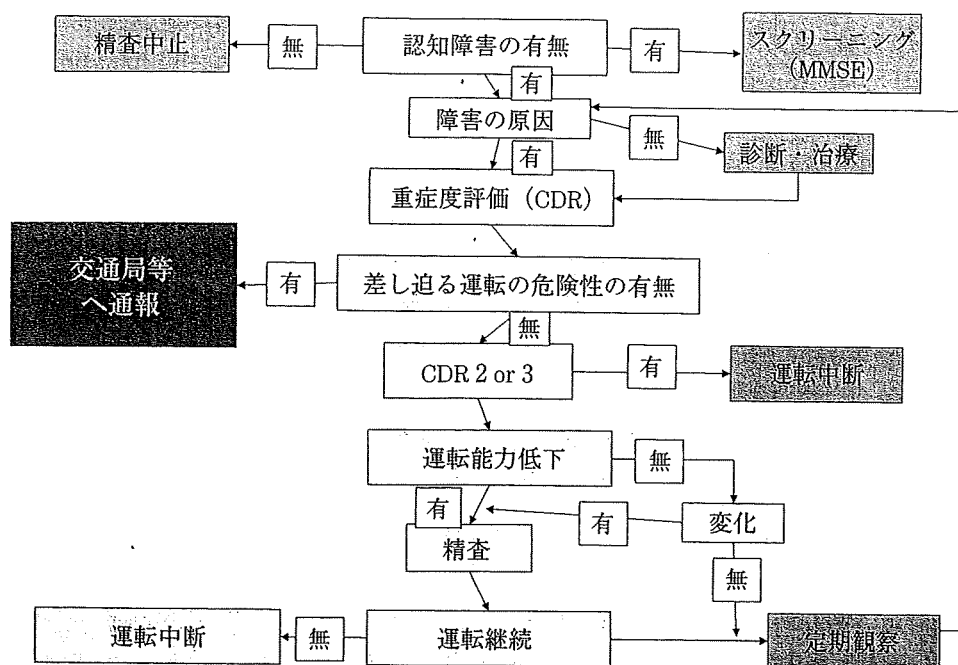
PubMed, 文献検索時期: 2008年12月16日, 検索年: 規定なし

討として, U.S. National Library of Medicine の MEDLINE database を使用した. 検索は 2008 年 12 月 16 日の時点で, dementia, driving をキーワードとして行い, 検索期間はとくに設定しなかった. さらに Meta-analysis, review, Practice guideline, RCT 別でも検索を絞り込んだ. その結果, 全体として 112 件の文献が選別され, 論文タイトル, 要約から認知症, 自動車運転と直接関係のない論文を除外すると 45 件であった. それらの論文は 1985 年から 2008 年 9 月までのものであった. RCT のキーワード追加では 2 件, Practice guideline のキーワード追加では 3 件が選択された.

2. 代表的文献の紹介

上記文献的検索から検出された認知症と自動車運転に関する代表的なガイドラインおよび指針について示す. 1997 年の Johansson と Lundberg¹⁴⁾ の “The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving ; A brief report” (図 1) では, 認知症患者で運転をしている場合, 認知機能障害の有無の評価, 臨床診断, 認知症の重症度判定を施行した後, 運転行動に危険性が伴う場合は運転局などへの通報を行う. 差し迫った危険性がなければ, 認知症の重症度評価である Clinical Dementia Rating (CDR) 2 もしくは 3 レベルであれば運転中断勧告を行う. CDR 1 以下で運転能力に問題がなく, 定常状態であれば定期的な評価を行うが, 運転能力の低下があったり, なくても定常化していない場合は運転能力のより専門的な評価を行う. そして運転継続している場合は運転中断を試み, 運転を継続していなければ定期的なフォローを行うとされている. 本ガイドラインでは

認知症の評価として CDR が示されているが, 最も重要な視点は, 欧米では臨床医が認知症の診断について交通局への通報制度について言及している点は認知症の自動車運転が問題となりはじめた 1990 年代当時のガイドラインとしては画期的であるといえるが, 患者 - 医師の信頼関係などへの言及などはない. その後米国神経学会の指針として 2000 年に Dubinsky ら⁷⁾ は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, わが国でも 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 のごく軽度認知症では 6 か月ごとに運転能力を再評価すべきで³⁰⁾, CDR 1 以上では交通事故の危険性が高くなるため運転中断を勧告し, CDR 0.5 の認知症疑いレベルでは定期的な運転能力の評価を行うというようなより具体的な指針が示されている. しかしながら CDR 1 以上で運転をすべきでないとされながらも, “すべての CDR 1 以上の患者が安全に運転できないかどうかは確かめられていない” と明記されていることから, CDR を運転能力評価尺度として用いるにはさらなる妥当性の評価が必要であると言及されている⁷⁾. その後, 2004 年に Reger ら³⁴⁾ は認知症と自動車運転に関する 27 編の論文のメタアナリシスを比較検討した結果, 精神現症全般, 注意/集中, 視空間機能, 遂行機能といった各認知領域が, 路上運転, 運転シミュレーターなどによる路上以外の運転技能, 介護者評価の 3 種のいずれかの運転能力評価と関連している. それらの認知領域のなかでは, とくに視空間機能が運転能力を予測する指標と考えられると述べている (図 2). しかしながら検討した対象のほとんどがアル



認知機能の有無の評価，臨床診断，認知症の重症度判定を施行した後，運転行動に危険性が伴う場合は運転局などへの通報を行い，差し迫った危険性がなければ，認知症の重症度評価である CDR 2 もしくは 3 レベルであれば運転中断を行う。それ以外であれば運転能力に問題がなく，定常状態であれば定期的な評価を行い，運転能力の低下があったり，なくても定常化していない場合は運転能力のより専門的な評価を行う。そして運転を継続している場合は運転中断を試み，運転を継続していなければ定期的なフォローを行う。
 (Johansson K, Lundberg C : The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving ; A brief report. Swedish National Road Administration. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 11 (Suppl. 1) : 62-69, 1997)

図 1 認知症ドライバーの運転中断決定のプロセス (1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving)

ツハイマー病もしくは認知症の背景疾患の原因が特定されていないため，視空間性障害が目立たないピック病などの運転能力の評価において課題となりうる^{24, 25)}。

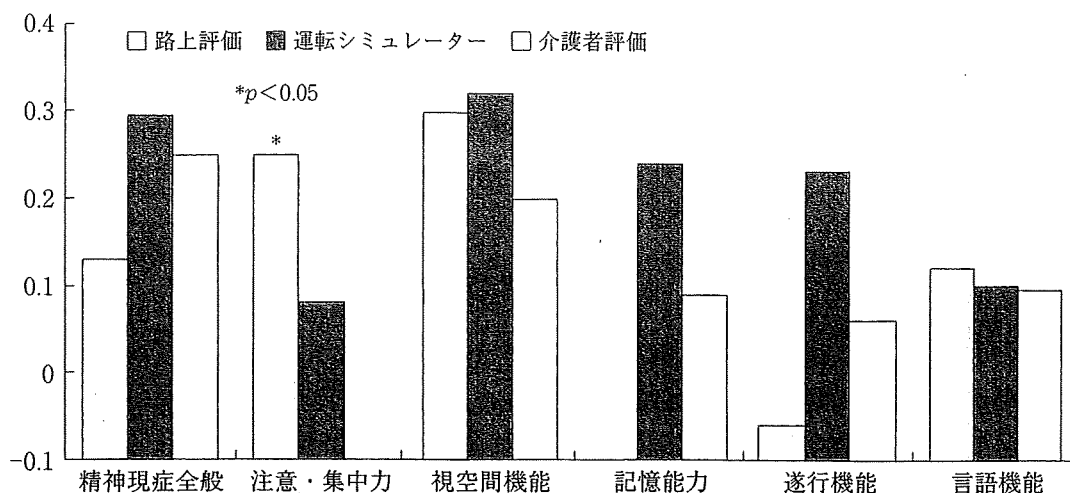
3. 文献的検索の結果と考察

認知症と自動車運転に関する医学的文献検索では，症例報告や臨床的検討，疫学的報告は1990年代から欧米を中心に報告がなされているが，RCTやメタアナリシスなどのエビデンスレベルの高い報告はわずかに1件のみであり，認知症と自動車運転の問題が医学的研究としてまだまだ不十分であることを物語っていた。これらの背景には Rapoport ら³³⁾が述べているように，①医学的な注目がまだまだなされていないこと，②エビデンスの高い研究が少ないこと，③医療として運転

問題を扱うことは患者と医師の信頼関係を崩しがちである懸念の存在，④ゴールドスタンダードとされている実車による路上テストが費用的にも，人的にも検討しにくいことを指摘している。

2 さまざまな領域 (文献以外) からの代表的ガイドライン

前項では学術的検索から認知症と運転に関するガイドラインについて紹介したが，認知症と自動車運転の問題は欧米でも医学領域以外に行政的・社会的な対応も必要とされており，教科書レベルや行政的・法的な対応でもさまざまなガイドライン試案が散見される。各国の運転局などのガイドラインは施策的な対応からリーガルモデルと受け止められ，各国の専門学会作成のガイドラインは



27の報告のメタ解析を行い、精神現症全般、注意/集中、視空間技能、遂行機能といった各認知領域が、路上運転、運転シミュレーターなどによる路上以外運転技能、介護者評価の3種のいずれの運転能力評価と関連し、それらの認知領域のなかでは、とくに視空間機能が運転能力を予測する指標と考えられる。

(Reger MA, Welsh RK, Watson GS, Cholerton B, et al.: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia; A meta-analysis. *Neuropsychology*, 18 : 85-93, 2004)

図2 認知症患者の認知領域と運転能力に及ぼす影響 (effect size)

表2 認知症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)

<ul style="list-style-type: none"> ・明らかな認知症と診断された患者 (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、認知症が明らかでないが、認知症の疑い (CDR 0.5) のあるときには、1年以内に CDR 1 まで悪化する可能性あることを考慮し、6か月に1度の認知症についての評価を受けるべきである ・わが国では、認知症患者において6か月以上治る見込みがないと判定されたとき、それまで所持していた運転免許が取り消されることがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医はすべての認知症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留める必要がある ・中等度～重度では運転中断を強く忠告すべき ・軽度でも交通事故経験者、判断力低下、空間認知、実行力に重大な障害があれば同様の忠告が必要。家族にも伝える必要がある ・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、危険の少ない状況のみ運転することを進言する
(中村重信ほか：痴呆疾患治療ガイドライン 2002. 臨床神経, 42 : 781-833, 2002 より抜粋)	(アルツハイマー病と老年期の痴呆. 日本精神神経学会監訳, 米国精神医学会治療ガイドライン, 36-38, 医学書院, 東京, 1999 より抜粋)

メディカルモデルであり、認知症の専門的教科書ではそれらの中間的で統合的なガイドラインと位置づけられる。ここでは主としてイギリスとイギリスの制度を中心に紹介する。

1. 専門学会レベルの医学的ガイドライン (表2)

代表的な米国神経学会 (ANA)⁷⁾と、米国精神医学会 (APA)⁸⁾の認知症と運転に関するガイドラインを紹介する。いずれも認知症の重症度評価である CDR をその判定指標として推奨しているが、前者の米国神経学会 (日本語訳³⁰⁾) では CDR 1

以上では事故リスクの危険性が高く、その時点で運転中断を勧告すべきであり、CDR 0.5のごく軽度認知症レベルでも進行悪化を考慮すると6か月ごとに再評価をすべきであるとされている。一方、同じアメリカでも米国精神医学会 (日本語訳¹¹⁾) 作成の治療ガイドライン (アルツハイマー病と老年期の認知症, 日本語版) では CDR 2 以上では運転中断を勧告すべきであるが、CDR 1 レベルでは運転能力の低下はさまざまであり、定期的な評価か、運転局などでのより詳細な運転能力の評価