

- 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 2005；32-33
- 7) 毎日新聞「認知症運転者：6人に1人が事故 75歳未満が半数—学会調査」2009年3月17日；34面
- 8) 上村直人, 諸隈陽子, 惣田聡子, 他：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. 第26回日本社会精神医学会抄録集 2007；139 (抄)
- 9) 上村直人, 井関美咲, 谷勝良子, 他：認知症患者の自動車運転の実態と医師の役割. 精神科 2007；11：43-49
- 10) Reger MA, Welsh RK, Watson GS, et al : The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia : a meta-analysis. *Neuropsychology* 2004；18：85-93
- 11) 上村直人：認知症と自動車運転. *精神神経学雑誌* 2009；111：960-966
- 12) 豊田泰孝, 池田 学, 田邊敬貴：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* 2005；134：450-453
- 13) 上村直人, 惣田聡子, 岩崎美穂, 他：塩酸ドネペジル服用とアルツハイマー病患者の自動車運転. *老年精神医学雑誌* 2006；17 (増刊-1)：171 (抄)

高齢者の生活と診療

運転免許証

高齢者における運転適性の判断

上村 直人・大石 りさ・池田 学

Question & Answer

Q: 免許をもった認知症患者や認知機能低下患者への対応は？

A: 道交法では、運転に支障をきたす可能性のある意識消失や認知症などの疾患をもつ人の免許が制限されており、医師も協力が求められています。その際は患者と家族に運転の危険性を説明し、カルテ記載を怠らないことが必要です。

Keyword: 認知症, 運転, 免許制度, 道路交通法, 善管注意義務

Case

無免許で運転を続けるアルツハイマー病患者

患者：75歳，男性，生活圏に公共交通機関はほとんどない，元公務員，趣味：農業。

既往歴：特記事項なし。

現病歴：数年前から物忘れが目立ち，運転中に行き先を忘れることがあった。半年前から同じことを何度も繰り返したり，接触事故を頻回に起こし，認知症が疑われ，A大学病院の物忘れ外来を受診した。MMSE 23/30でエピソード記憶障害を認めた。頭部MRIで両側海馬と頭頂葉萎縮を認め，臨床経過からアルツハイマー病と診断し，塩酸ドネペジルを処方した。その後も頻回に接触事故を起こすため，本人，家族の同意のもと，公安委員会に診断書提出を行い，免許を停止した。しかしながら初診6カ月後，免許停止を忘れてしまい，家族が鍵をつけたままにしていた車を運転し，自損事故を起こした。

認知症患者の運転の実態

わが国の65歳以上の運転免許保有者数は，2011年度には1,300万人を超え，認知症の有病率から考えると，軽症例も含めると認知症患者の免許保有者数は推定で100万人近く存在すると考えられている。一方で，近年，交通事故における被害者・加害者として高齢者の割合が増加しており，高齢者の運転，とくに認知症を伴う高齢者の運転が社会問題となってきている。高齢化率の上昇と免許保有率の増加から，免許をもつ認知症患者は今後ますます増えていくと考えられる。そのため，かかりつけ医も，運転免許を保持する認知症高齢者を診察する機会が増加すると考えられ，十分な知識と適切な対応が求められる状況になりつつある。

認知症を伴う高齢者に対する法的整備と診断書作成について

2002年6月から，主治医が認知症と診断書を提出すれば，患者の運転免許の有効性を制限したり，停止することができるようになった(表1)。

表1 道路交通法第103条第1項(痴呆および疾患関連抜粋)

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時は、その者が、当該各号のいずれかに該当することとなった時における、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時
 - 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：認知症
 - 二：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

※1-ロの発作・意識障害をきたす疾患には、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)などの疾患も含まれながら、なかなか周知されておらず、一般内科医は注意が必要と思われる。

また同時期に、免許更新時の病状申請書により交通安全上問題ありと予測される更新者には、各都道府県の免許センターが主治医診断書を提出させ、医学的見地からの意見を聴いたうえで、公安委員会が免許更新可否を判定するか、診断書の提出がない場合は公安委員会の権限で臨時適正検査を実施できることになっている。また、2009年6月には、道路交通法の改正により、75歳以上の免許更新時に認知機能検査(講習予備検査)(J1)が導入された¹⁾。そして、認知機能検査により認知症のおそれがあるとされ、一定の期間内に信号無視や一時不停止などの基準行為¹⁾があった場合、臨時適正検査のうえ、認知症と判断された場合には免許停止あるいは取り消しとされるようになった。このように行政的な対応が可能となっている一方で、運転免許を保持する、もしくは講習予備検査(いわゆる認知機能検査)に合格し、そのまま運転を継続する認知症を伴う高齢者も存在する。この背景には、認知症患者は自身の記憶障害や認知機能の低下だけでなく、自分の運転能力の低下を自覚することができないため、患者本人からの申告や免許返納を期待できないことがある。皮肉なことに交通事故を起こして初めて認知症に気づかれ、専門医やかかりつけ医を受診する場合

も少なくない。

認知症を伴う高齢者の自動車運転における医師の役割

医師は認知症の診断は可能であるが、患者の運転能力の評価に関しては専門家ではない。法令では、医師が作成した診断書や臨時適性検査をもとに公安委員会が運転免許証を発行した場合、その最終的な責任の所在は公安委員会にあるとされている。一方で、新井は司法の立場から、医師には善管注意義務(J2)と説明報告義務があると述べている²⁾。すなわち、医師が認知症の診断をした後に患者が交通事故を起こした場合や、医師が認知症を見逃していた場合などでは、医師の法的責任が問われる可能性がある²⁾。また、米国精神医学会の治療ガイドラインによれば、「すべての認

JIMノート

J1 講習予備検査

運転免許証の更新期間が満了する日の年齢が75歳以上のドライバーは、高齢者講習の前に講習予備検査を受けなければならない。講習予備検査は、記憶力や判断力を測定する検査で、警察から委託された教習所などで受けることができる(約30分程度)。

表2 認知症の原因別による症状の違いと運転行動の特徴(文献3より)

	アルツハイマー病	Pick 病	血管性認知症
記憶	出来事記憶の障害 (いつ、どこでといった 記憶を思い出せない)	意味記憶が障害されるこ ともある (言葉の意味、物の名前 がわからず、会話が通じ ない)	出来事記憶の障害
場所の理解	侵される	保たれる	侵されることもある
普段の態度	取り繕い・場合わけ (もっともらしい態度や 反応を示す)	わが道を行く行動、常同 行動・固執(同じことを 繰り返す、こだわり続け る)	意欲低下 感情失禁(わすかなこと で急に泣き出したり、 怒ったりする)
運転行動	・運転中に行き先を忘れ る ・駐車や幅寄せが下手に なる	・交通ルール無視 ・運転中のわき見 ・車間距離が短くなる	・運転中にボーっとする など注意散漫になる ・ハンドルやギアチェン ジ、ブレーキペダルの 運転操作が遅くなる

認知症はその原因によって行動・症状も大きく異なります。そのことから運転行動でもそれぞれ異なる注意
点や危険性があると予測されます。

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、その話し合いの内容を詳細に書きとどめておく必要がある」,「中等度から重度の障害をもつ患者には運転しないよう強く忠告すべきである。過失により交通事故を起こした経験があり、判断力、空間認知、実行機能に重大な障害を有する軽度認知症患者についても同様の忠告を行うのが適当と思われる」,「障害がより軽度な患者に対

しても、運転を諦めるよう説得すべきである」とある³⁾。したがって、医師は、患者が認知症であるならば、自動車運転の有無に関心をもち、運転している場合は患者本人や家族とよく運転の危険性を話し合ったうえで、その旨をカルテに記載しておくことが必要である(J3)。また認知症といっても、背景疾患により運転行動やその危険性に違いがあることがわかっており、そのことも家族に説明しておくことが必要である(表2)³⁾。

認知症患者に対して運転中止を勧告しても、病識が低下しているため拒否する場合がしばしばある。さらに、認知症患者の日常生活が運転に依存している場合や、生きがいや趣味活動となっている場合には、運転中止を説得することは困難になる。運転の危険性を話し合う場合にも、一方的に運転中止を勧めるのではなく、法律の内容を正確に説明し、おのおのの心理社会的な背景にも配慮する必要がある。家族が免許や鍵を取り上げても、無免許運転にまで及ぶ認知症患者もまれではない。医師は認知症患者に運転中止を説得するだ

JIMノート

J2 善管注意義務

善管注意義務とは、民法でいうところの「善良な管理者の注意をもって事務を処理する義務のことを指し、医師も患者に対して善良な管理者であり、知識と技能に基づいた診断や治療、すなわち認知症に伴う生活上のリスクの説明を行うことが求められる。

J3 認知症患者への運転中止勧告は必ずカルテに記載する

認知症患者は自分の受けた説明を忘れることが多いため、家族や第三者が同席のうえで説明を行い、「運転を中止すべき」などの説明内容をカルテに記載しておくことが重要である。

けでなく、運転中止後の通院手段やその他の社会生活についてもさまざまなアドバイスを行うことが望ましいし、そのことが運転中止に結びつくことが多い。荒井らは、認知症を伴う高齢者の運転中止後の支援も含めた心理教育マニュアルを作成している⁵⁾。本マニュアルでは、認知症の診断、背景疾患別の運転行動の鑑別、運転の危険性、中止の説得をいつすべきかの指標が示され、説明後の本人、家族への対応が具体的にまとめられている。これは国立長寿医療センター長寿政策・在宅医療研究部のホームページより、家族介護者用の冊子である「認知症高齢者の自動車運転を考える、家族介護者のための支援マニュアル、認知症高齢者の安全と安心のために」⁵⁾がPDFとしてダウンロードできるので参照していただきたい。

- 2) 本間 昭(総監修)：かかりつけ医のための痴呆診療マニュアル—医師の倫理・法規と痴呆症診療(第2版)。ユーザイ株式会社・ファイザー株式会社, 2004。
＜法律的な側面からみた認知症ドライバーに対する医師の義務を解説＞
- 3) 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。精神科 11(1)：43-49, 2007。
＜認知症の背景疾患の違いによる運転行動の差異についての調査報告＞
- 4) 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。
＜米国精神医学会作成の治療ガイドライン。認知症ドライバーに対する精神科医の義務について＞
- 5) 荒井由美子(監修)：認知症高齢者の自動車運転を考える、家族介護者のための支援マニュアル、認知症高齢者の安全と安心のために。http://www.nils.go.jp/department/dgp/index-dgp-j.htm。
＜認知症ドライバーに対する家族心理教育マニュアル—症例から家族の対応方法も掲載＞



- 1) JPS NEWS/75歳以上の運転者の免許更新。国家公安委員会, 老年精神医学雑誌 20(1)：105-107, 2009。
＜新たに開始された講習予備検査に関する紹介および解説＞

かみむら なおと¹⁾・おいしり さ²⁾・
いけだ まなぶ³⁾

- 1)高知大学神経精神科学教室 2)一陽病院老年精神科
3)熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
Tel : 088-880-2359 Fax : 088-880-2360

NURSING BOOK INFORMATION

医学書院

基礎から学ぶ

楽しい学会発表・論文執筆

中村好一

- A5 頁240 2013年
定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01797-8]

若手医療関係者や医療系学生に向けて、学会発表や論文執筆のコツを具体的に解説。学会選び、抄録・スライド・ポスターの作成、口演とポスター発表の違い、投稿雑誌選び、投稿規定の重要性、編集委員会とのやりとり、やってはいけない「べからず集」など、実践的な情報が満載。「基礎から学ぶ 楽しい～」シリーズ第2弾。隠れファンの多い脚注も一読の価値あり。本書を読めば、学会発表がうまくなる、論文執筆が楽しくなる!

認知症と自動車運転

— 運転中断におけるカウンセリング的アプローチの重要性 —

上村直人*
福島章恵*

1. はじめに

現代社会において、自動車は便利な移動手段であるだけにとどまらず、生活の質を向上させる手段として欠かせないものである。近年、高齢の運転者数が急増しており、65歳以上の運転免許保有者はH23年度時点で1300万人を超えている¹⁾。また、認知症者が既に450万人を超え、予備軍400万人を加えると、約1000万人が何らかの認知機能低下をきたしている高齢者が存在していることとなる。これらのことから、認知症ドライバーは約30万人に上ると考えられる。そのため社会的な対策が採られるようになり、既に2002年には道路交通法が改正され²⁾、第103条において「公安委員会は認知症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)。

しかし認知症の中にも症状・程度が様々あり、どのような基準で「認知症患者」を判定し、どういった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おらず、また医療現場でも認知症者の運転中止の判断基準は存在していないのが現状である^{3,4)}。そこで本稿では、我が国における認知症高齢者の自動車運転の実態と課題について概説し、その対策として運転をせざるを得ない認知症高齢者のおかれた社会的現状を知り、対応することの重要性について交通科学に関わる本稿読者に医学的視点からの筆者らの取り組みの紹介を試みたい。なお本稿は編集委員会の依頼原稿であり、筆者の所属していた厚生労働省の研究班(主任研究者 荒井由美子研究課題名:高齢者の自立支援に資する総合的研究)における検討を中心に述べることをあらかじめ断っておく。

表-1 道路交通法第103条(免許の取消し等抜粋)

<p>第103条 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時におけるその者の住所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、又は六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。(中略)</p> <p>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。</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又は運動障害をもたらす病気であつて政令で定めるもの^{*1}</p> <p>ハ イ及びロに掲げるもののほか、自動車等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>1-2 認知症であることが判明したとき。</p> <p>2... (以下略)</p> <p>http://www.npa.go.jp/koutsuu/kikaku9/taisyou.pdf (2013/7/30)</p> <p>関連事項に関して、直近では2013年6月に改正道交法が成立している。</p> <p>^{*1} 1-ロの発作により意識障害をきたす疾患には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)などの疾患も含まれながら、なかなか周知されておらず、一般内科医は注意が必要と思われる。</p>
--

2. 認知症患者の自動車運転の現状と課題

1) 認知症患者の運転の実態

筆者らは前述した改正道交法において、認知症が運転免許を制限される以前から、認知症高齢者の自動車運転について検討をしてきた。その背景には中山間地域が殆どを占め、通院や生活必需品の購入に自動車運転が欠かせない地方都市では認知症治療と併行して運転と交通事故の問題が早期から問題として把握されていた。そこで、上村らはまず認知症患者30名の運転実態について、認知症患者の運転状況と医師および家族の対応について検討した(上村2005)⁵⁾。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%)。特に軽度認知症患者の場合、運転の危険性が高いにもかかわらず、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。その後も調査継続し、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、

* 高知大学医学部精神科
Department of Neuropsychiatry, Kochi Medical School, Kochi University

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。なかでも特記すべきは認知症患者の運転能力に関する病識である(図-1)

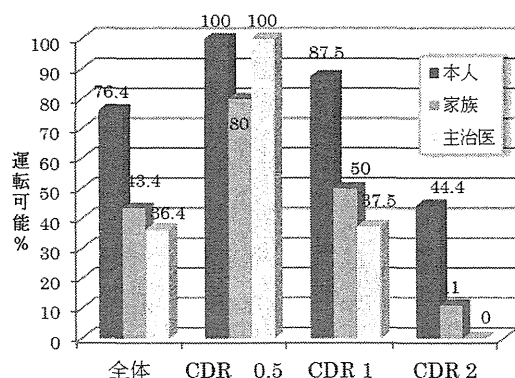


図-1 認知症患者の自動車運転能力評価 (N=30)
～運転継続が可能と思うかどうか?～

2) 認知症者が運転中断につながりにくい心理社会的背景

認知症患者では主治医が運転中断を勧告しても生活や通院を理由になかなか中断に踏み切れないことを当初から経験してきたが、その背景には認知症高齢者のおかれている社会心理的背景が大きく影響している。例えば、運転中断を勧告しても、認知症患者本人が運転をしなければ病院にすら通院できない、高齢の妻は免許がなく、生活必需品の購入にも運転が不可欠であるため中断を拒否するケースが非常に多く見られた。そこで我々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調査を行った(上村: 2006)⁸⁾。対象は認知症と診断され、かつ運転免許を保持する患者101名である。対象者のうち、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、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性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%)、生活上止められない17名(21.5%)、運転が趣味・生きがいで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。このように、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。

すなわち、認知症ドライバーの運転中断では医師の中断勧告をするということのみではなく、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と考えられたが、これは何も認知症に限ったことではなく、その他の運転能力に影響を与える疾患にも通じる心理社会的背景と思われる(表-2)。

表-2 なぜ認知症者は運転をやめないのか?
運転中断の勧告・助言が困難な理由 (N=71)

理由(複数回答あり)	回答数	%
本人の勧告・助言の拒否(本人)	49	69
運転は生活に必要な(本人)	17	23.9
趣味・生きがいである(本人)	10	14.1
勧告・助言の理解不能(本人)	10	14.1
本人が止めてくれない(拒否するから)(家族)	40	56.3
やめさせるべきかわからない(家族)	14	19.7
一人暮らしでどうしてよいかわからない(家族)	10	14.1
生活のため止められない(家族)	8	11.3
止めさせたくない(家族)	6	8.5
まだまだ大丈夫(家族)	4	5.6

上村直人、惣田聡子、岩崎美穂、今城由里子：高知大学精神科、2006 日本社会精神医学会より

3) 認知症の背景疾患の違いによる運転行動、交通事故リスクの差異

認知症高齢者といっても、その原因疾患は多様な背景がある。代表的な4大認知症疾患としてアルツハイマー型認知症(以下AD)、血管性認知症(以下VaD)、レビー小体型認知症(以下DLB)、ピック病(前頭側頭葉変性症)(以下FTLD)といった様々な違いがあり、原因によっても精神症状や行動障害が大きく異なることが指摘されている。そのため、運転行動にも大きな差異があることが予想される。そこで、我々は認知症の原因疾患によっても運転継続の危険性や事故リスクの差異があるかどうかを検討した。対象は運転免許を保持する認知症患者83人(男性63人、女性20人)を対象に実態調査を行なった⁹⁾。対象者の平均年齢は70.7±9.7歳で、臨床診断別ではAD:41人 VaD:20人、前頭側頭葉変性症(frontotemporal lobar degeneration;以下FTLD)22人であった。その結果、83人中34人(41.0%)が交通事故を起していた。認知症の原因別では、AD患者は41人中16人(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出来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患者では20人中4人(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患者では22人中14

人 (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)。

表-3 認知症の背景疾患別の運転行動、危険性、事故リスク

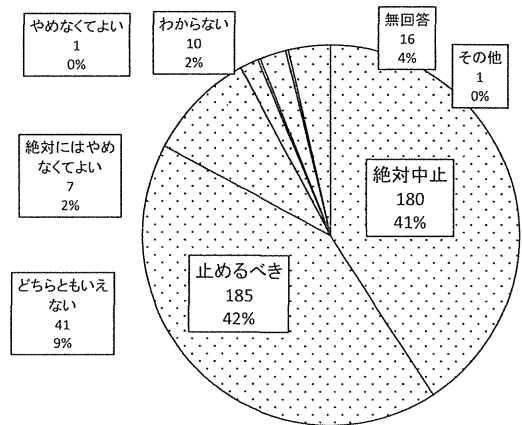
背景疾患	交通事故率 (人)	事故危険運転特徴
AD (N=41)	39.0% (16)	迷子運転 枠入れで接触事故
VaD (N=20)	20.0% (4)	操作ミス 速度維持困難
FTLD (N=22)	63.6% (14)	信号無視・追突事故 わき見運転
全体 (N=83)	40.9% (34)	認知症の原因で 差異を認める

これまでの認知症と運転行動に関する Reger (2002)¹⁰⁾らのメタアナリシスでは、視空間能力が運転能力と関連していると報告している。今回の我々の検討でも、車庫入れの失敗がADに多く見られたことに関連していると思われる。しかしながら、FTLD群では視空間性の障害はほとんどないか稀である。FTLDでみられる運転行動の問題は、衝動性や脱抑制などの行動障害がより関連していると思われる。これらの検討から、認知症の背景疾患により運転行動には大きな差異があり、特にFTLD患者では、運転行動や交通事故の危険性が異なる事が示唆されるため、認知症という状態像だけではなく、背景疾患の違いによっても運転行動や危険運転、事故発生リスクは異なる事は本問題に関わる研究者や専門家は知っておくべきであろう。

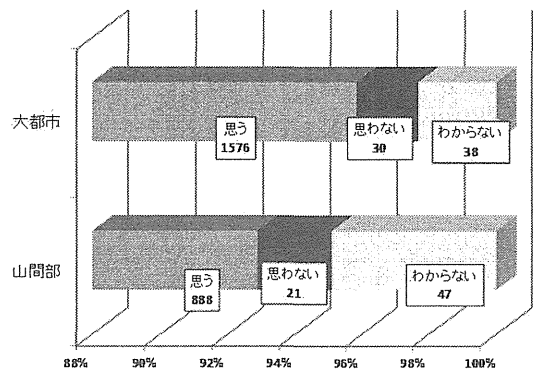
4) 一般住民、医師会会員へのアンケート調査と認知症患者の運転の是非について

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事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¹¹⁾。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 (図-2)。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¹²⁾、中山間地域及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。



認知症ドライバーの是非について (N=441)
高知県医師会会員アンケート(2008)より



認知症患者は運転中止すべきだと思うか
豊田らの調査 (2005) より

図-2 「認知症患者は運転をやめるべき」は社会的コンセンサス

3. 認知症高齢者および介護者に対する心理教育的アプローチの試み～運転中断におけるカウンセリング的アプローチ

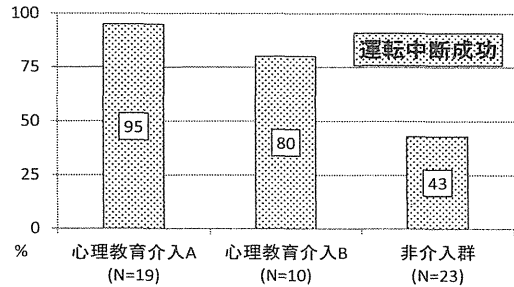
前述してきたように、認知症高齢者の自動車運転の対応には生活背景などの心理社会的影響が大きく、単に患者に運転中断を告知しても解決しないことが明白である。Bahroら (1995) は認知症の運転中止には認知症本人への心理的、カウンセリング的アプローチの重要性を指摘しているが、1990年代から欧米を中心として認知症と自動車運転の問題は医学的にも大きな関心が寄せられてい

たが、心理社会的なアプローチや検討はほとんど見られていなかった。そこで筆者らは、認知症高齢者の自動車運転とその家族に対する心理教育のあり方について高知大学認知症疾患データベースを用いて検討した。対象は高知大学医学部附属病院、関連病院を受診し、初診時に運転免許を保持する認知症、認知機能低下者とその家族に対して行った。方法は高知大学医学部附属病院物忘れ外来を2010年6月-2012年9月までに受診し、初診時に運転免許を保持する認知症患者および認知機能低下を来し、研究参加に同意の得られた55名（男性32名、女性23名）とその介護家族を対象に心理教育的介入を行った。心理教育カウンセリングは臨床心理士が約一時間の時間で行い、その内容は、1) 認知症の基本的知識教育、2) 運転免許制度について、3) 背景疾患による運転行動の特徴の違いについて、4) 運転中断方法の具体的解説と介護家族のケアの方法についての知識教育を基本とするものである。臨床診断直後に心理教育カウンセリング導入群をA群(32名)、臨床診断、治療方針決定3ヶ月後に心理教育を導入した群をB群(18名)の2群に分けた。その結果では、心理教育介入により運転中断につながった者は50名中39名、78%であった。介入後も運転を継続した者は11名であったが、運転の機会を減らす、助手席で家族が指示を出すなどの対応が6名、54.5%できていた(図-3)。また、心理教育カウンセリングにより、認知症患者の精神症状・行動障害の改善の他、家族の介護負担感も軽減していた。これらのことから、認知症患者を運転中断に導く手段として心理教育は一定の有効性があると考えられた。このようなカウンセリング用冊子を用いた心理教育ツールを使用することで、家族の介護負担も軽減させることが示唆されたが、今回の研究では症例数も少ないため大規模調査などでの検証が今後必要であろう。

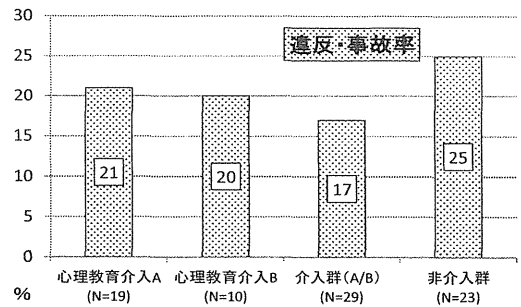
4. おわりに

ごく最近、国会で道交法がさらに改定され、てんかん性疾患をはじめとする運転に支障をきたす可能性のある意識消失や睡眠障害、認知症を含めた病気を持つ人の交通違反に対してさらに厳しい対応が施行されることが国会で決定された。認知症をはじめ、病気と運転能力および交通安全との関連性の科学的検討はまだまわが国では十分とは言えないままに法律改訂や、社会制度のみが先行している感が否めない。2013年5月に行われたてんかん協会主催の緊急シンポジウムでも採択された宣言において、事故をなくすためには、「高齢者、病気や障害のある人、そしてあらゆる人の移動に関するバリアフリー社会を、私たちは望みます。国がさまざまな研究や地域

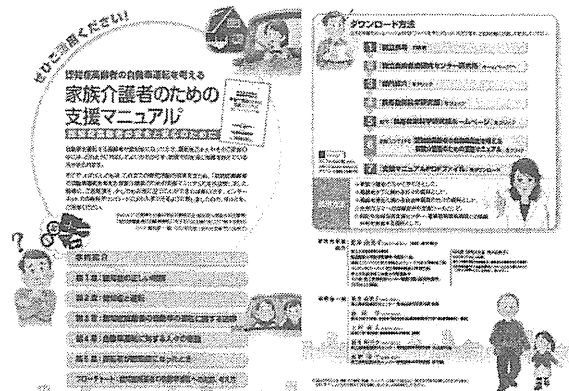
の取り組みを一元化し、推進することにより、ソフトウェア、ハードウェアともの世界に誇れるような新しい地域社会が実現することを望みます」(波 第37巻第6号 2013年6月 P184-185)と述べている。そのため、罰を重



運転中断と地域生活継続について / マニュアル使用により 80%以上で運転中断に成功している



交通事故及び違反予防について / 心理教育で交通事故は非介入群と比較し減少



荒井由美子編 認知症高齢者の自動車運転を考える
家族介護者のための支援マニュアル 認知症高齢者の安全と安心のために

http://www.town.tamaki.mie.jp/hpdata/_images/Media/fuho/kaigosien.pdf

図-3 マニュアルによる心理教育的効果

くするなどの対策では不十分である。病気と文明の利器である自動車の関連性の検討には科学的な検証が欠かせないと筆者は考えるが、その中でも病気を持つ人の生活状況や自動車を利用する心理的な背景も考慮することが不可欠であると思われる。筆者は2002年に初めての症例報告(上村, 2000 精神科治療学)の経験をし、その患者に、認知症患者に単に病名を告知し、運転中断を勧告したが、中断には至らず、むしろ同居する家族の介護負担が増大した経験をした。その経験からは、認知症の有無にかかわらず運転をすることは心理的な、カウンセリング的な視点が重要であると考えられる。

そして、この問題は、とくに日本では社会の高齢化とモタリゼーションの狭間で今後もますます深刻さが増していく社会問題といえることができる。また、運転研究はまさに最も身近な存在である自動車運転という、認知、予測、判断、操作という認知科学、行動科学に加えて、社会的な影響も受ける社会学の側面も大きい、そのため今後は医療のみではなく福祉、工学、社会学などを巻き込んだ総合的な学際的研究が国家的に取り組まれることが期待される。

なお、更に詳細な資料を希望される方は、下記報告書を参考にいただければ幸いです。

厚生労働省総合報告書(H15-17): 班長 池田学「厚生労働科学省長寿科学研究 H15 年度「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」(課題番号H15-長寿-032)」

認知症対策総合研究事業総合研究報告書(H19-21): 班長 荒井由美子「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)(課題番号 H19 - 認知症 - 25)

5. 引用文献

- 1) 警視庁ホームページ: 平成 23 年末の運転免許保有者数の状況等について
http://www.npa.go.jp/toukei/menkyo/menkyo13/h23_main.pdf (2013/7/30)
- 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/koutsuu/kikaku9/taisyou.pdf> (2013/7/30)
- 3) 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次, ほか(2002) 痴呆性老人と自動車運転—我が国における痴呆性老人の運転問題への対応. 臨床精神医学 31, 313-321.
- 4) 上村直人, 掛田恭子, 北村ゆり, ほか(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. 脳神経 57, 409-414.
- 5) 上村直人(2005) 痴呆患者の自動車運転の実態と医師の対応 精神経誌 107 (12), 1328-1334.
- 6) 上村直人(2005) 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 愛媛, 32-33
- 7) 毎日新聞(2009) 認知症運転者: 6人に1人が事故 75歳未満が半数—学会調査 (2009/3/17)
- 8) 上村直人, 諸隈陽子, 惣田聡子他 (2007) 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 (抄) 第26回日本社会精神医学会抄録集 p.139
- 9) 上村直人, 井関美咲, 谷勝良子, ほか(2007) 認知症患者の自動車運転の実態と医師の役割 精神科(科学評論社), 11(1), 43-49.
- 10) Reger MA, Welsh RK, Watson GS, et al. (2004) The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia: a meta-analysis. *Neuropsychology* 18, 85-93.
- 11) 上村直人(2009) 認知症と自動車運転 精神神経学雑誌 111 (8): 960-966.
- 12) 豊田泰孝, 池田学, 田邊敬貴 (2005) 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— 日医誌 134, 450-453.
- 13) Bahro, M., Silber, E., Box, P. et al (1995) Giving up driving in Alzheimer disease -A integrative therapeutic approach. *Int J. Geriatr Psychiatr* 10: 871-874.
- 14) 上村直人(2013) 平成 24 年度報告書: 認知症高齢者の自動車運転と家族に対する心理教育のあり方に関する検討、平成 23 年度長寿医療研究開発費 (23-4) 研究課題番号: 23-4 長寿医療研究開発費 (23-4) 主任研究者 荒井由美子 15) 波第 37 巻 第 6 号 (2013/6) p.184-185.

(平成 25 年 7 月 17 日受付) (平成 25 年 7 月 31 日受理)

■第32回日本社会精神医学会(熊本) :
シンポジウムⅥ「認知症を地域で支えるために」

大都市における認知症連携の課題

繁信和恵

抄録 :

認知症だけではなく、全ての疾患の医療連携においては、そのモデルが「顔の見える連携」ということばで表されることが多い。認知症の連携は医療だけでなく、介護、福祉領域の各機関との連携が非常に重要である。「顔の見える連携」は理想ではあるが、大都市では認知症の専門医療機関は複数あり、それらの連携医療機関、介護施設は膨大な数に上る。

筆者の病院がある堺市は政令指定都市のため、認知症疾患医療センターの指定は堺市が行っている。堺市では平成20年12月に浅香山病院、平成22年7月に阪南病院の2施設を認知症疾患医療センターに指定している。現在はいずれも地域型認知症疾患医療センターとして運営されている。

堺市の認知症疾患医療センターでは互いの活動を理解し、連携を発展させていくための会議の場として、認知症疾患医療センターの事業内容で開催が義務づけられている『認知症疾患医療連携協議会』を活用していくこととした。そこでかかりつけ医を中心とした認知症医療連携ネットワークの作成や、かかりつけ医とケアマネージャーの関係強化を進めている。

『認知症疾患医療連携協議会』で検討、決定されたことをいかに市全体の医療・介護・福祉機関に浸透させていくか、また生きた情報として活用できるかが、大都市で連携を進めていくためには必要であると考えている。

日社精医誌 22 : 559-567, 2013

1. はじめに

大阪府堺市は大阪市に隣接する人口約85万人の政令指定都市である。高齢者人口は19万人(前期高齢者10.8万人、後期高齢者8.1万人)、高齢化率は22.4%(平成23年9月末現在)である。政令指定都市のため、認知症疾患医療センターの指

定は堺市が行っている。堺市では平成20年12月に浅香山病院、平成22年7月に阪南病院の2施設が認知症疾患医療センターに指定された。現在はいずれも地域型認知症疾患医療センターとして指定されている。

認知症疾患医療センターができる以前、当院は平成2年6月に大阪府から老人性痴呆疾患センタ

英文タイトル : The Problem of Dementia Corporation in the Big City
著者連絡先 : 繁信和恵(公益財団法人 浅香山病院 精神科・認知症疾患医療センター)
〒590-0018 大阪府堺市境区今池町3-3-16
E-mail : kskazue@nifty.com
Corresponding author : Kazue Shigenobu
Department of Psychiatry, Asakayama General Hospital

3-3-16, Imaike-cho, Sakai-ku, Sakai-shi, Osaka 590-0018, Japan

公益財団法人 浅香山病院 精神科・認知症疾患医療センター
Kazue Shigenobu : Department of Psychiatry, Asakayama General Hospital

一の指定を受けて以降、認知症診療に取り組んできた。外来部門では認知症の鑑別診断、BPSDの治療、精神保健福祉士による専門医療・福祉相談、入院部門では認知症治療病棟でのBPSDの急性期治療、精神科身体疾患合併症病棟での身体疾患の急性期治療を行ってきた。また地域のかかりつけ医やケアマネージャー・介護スタッフを対象に定期的な講演会等を実施していた。しかし老人性痴呆疾患センターの事業内容に、地域連携を進めることが明記されていなかったこともあり、認知症の地域連携システムの構築に積極的に関わることは少なかった。それゆえ鑑別診断や入院のための受診依頼もかかりつけ医や包括支援センターからではなく、家族から直接受けることが多い状況にあった。

また堺市医師会はかかりつけ医とケアマネージャーとの連絡がどうすれば円滑に行うことができるかを模索している状態であった。本稿では認知症疾患医療センターができてからの堺市の取り組みを通じて大都市における認知症連携の課題について考える。

2. 堺市の取り組み²⁾

医療や介護の理想の連携を語る時、常に「顔の

見える連携」ということばが用いられる。しかし大都市においては連携する機関の数は膨大であり、またそこで働くスタッフの数はさらに大きな数になることは容易に推測できる。堺市では認知症の鑑別診断が可能であるとうたう医療機関は27機関ある。また介護保険による入所施設は210施設以上ある。当院の連携医療機関は70機関以上ある。これだけ多数の機関で連携を進めていくにはそれぞれの属する機関が互いの活動を理解し、連携を発展させていく必要がある。

1) 堺市における認知症疾患医療センターの指定

堺市は平成20年12月に1つ目の認知症疾患医療センターに堺市堺区にある浅香山病院を、平成22年7月に堺市南区にある阪南病院を2つ目のセンターに指定した。前述したように、堺市では既にそれぞれの機関が認知症対策について考え実践している状況であった。認知症疾患医療センターの役割である認知症の地域連携を進めていくためには、それぞれの機関が実践していることを互いに理解し、今後連携のために必要なことを考える場が必要であった。

2) 認知症疾患連携協議会

堺市の認知症疾患医療センターでは前述のよう

表1 堺市認知症疾患医療連携協議会構成員

行政機関
堺市健康部精神保健課長 (精神科病院担当)
堺市健康部健康医療推進課長(かかりつけ医研修担当)
堺市高齢施策推進課参事(介護保険・認知症疾患医療センター担当)
堺市こころの健康センター所長
区保健センター所長(代表)
区地域福祉課長(代表)
堺市医師会 (高齢者対策理事・いいともネットさかい座長)
堺市社会福祉協議会(地域包括支援センター統括)
老人福祉施設部会推薦者
学識経験者
認知症疾患医療センター(浅香山病院・阪南病院)

に互いの活動を理解し、連携を発展させていくための会議の場として、認知症疾患医療センターの事業内容で開催が義務づけられている『認知症疾患医療連携協議会』を活用していくこととした。そのため、協議会への参加機関を表1のように決定し参加の協力を得た。行政機関としては、認知症疾患医療センター、精神科病院、介護保険、かかりつけ医対応力向上研修等を担当している部門

の参加を依頼した。医師会からは高齢者対策担当理事が参加することになった。介護分野からは包括支援センターと堺市の老人福祉施設部会に参加を依頼した。

3) かかりつけ医を中心とした認知症医療ネットワークの作成

認知症疾患医療連携協議会の中で、認知症疾患

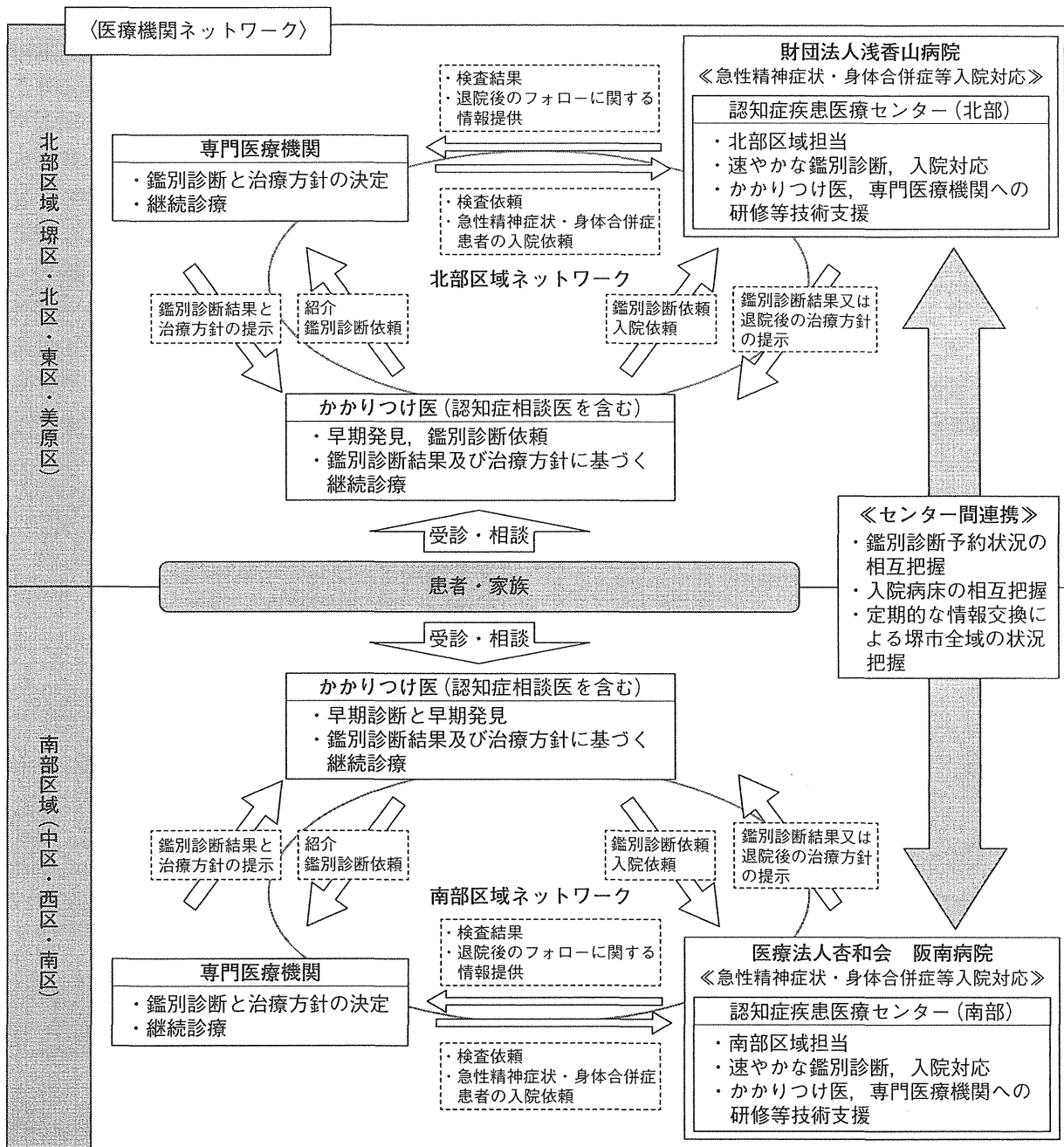


図1 堺市認知症医療ネットワーク

医療センターだけで、今後急速に増加が予測される認知症患者に対応していくことは困難であり、いかに有効に認知症疾患医療センターの機能を活用するかが重要であるという認識が共有された。そこでかかりつけ医を中心とした認知症医療連携ネットワークが提案された(図1)。この連携ネットワーク図を実行していくために必要なことをそれぞれの機関が進めていくこととなった。認知症疾患医療センターでは2つのセンターで認知症の鑑別診断を行う際の検査内容や、家族からの問診に使用する評価スケールを統一し、情報が共有しやすい環境を整えた。また認知症患者専用の診療情報提供書(紹介・返信ともに)を作成した(図2, 3)。かかりつけ医が紹介のために使用するもの(図2)には、認知症の鑑別診断の際に注意すべき精神症状等をチェックできるものとし、鑑別診断時に施行した頭部CTやMRI等の画像データを希望すれば渡すことができる体制とした。認知症疾患医療センターからの返信(図3)では、できるだけ詳細な鑑別診断の結果や、今後の方針、家族への指導内容などを記載できるようにした。加えて

介護保険の主治医意見書の認知症に関わる部分を組み入れた。それによりかかりつけ医が鑑別診断後の患者の介護保険の主治医意見書を作成する際に参考にできるようにした。この診療情報提供書は堺市医師会を通じてかかりつけ医に周知され、堺市医師会のホームページからもダウンロードができるようにした。

4) 医師会の取り組み～医師会からかかりつけ医への働きかけ～

認知症疾患医療連携協議会で提案された認知症の医療連携ネットワークの中でも、医師会はケアマネージャーとの適切な連携が課題であると考えていた。そこで平成20年11月、堺市医師会が主導し、「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議(いいともネットさかい)」を発足させた。その関係者会議を通して、①主治医とケアマネージャーが連絡をとる際の共通シート(連絡票)の作成(図4, 5)、②講演会・研修会の開催、③堺市版「医療と介護連携マニュアル」の作成、④主治医意見書予診票の作成等を行い、かかりつ

(かかりつけ医→専門医)

診 療 情 報 提 供 書

紹介先認知症専門医療機関 平成 年 月 日

科 殿 医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

④

患 者	氏名		男・女	要介護認定	無・有 要支援 要介護 []
	住所				
	生年月日	男・大・昭	年 月 日	電話番号	自 生 (歳)
	介護支援専門員	無・有 (事業所名と担当者名)			
病 名					
紹介目的					
既往歴及び家族歴					
症状や治療経過及び検査結果や方針					
睡眠状況 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・夜眠) 頻度 毎日・時々・なし					
食欲低下 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 体重減少 () か月で () Kg減					
意欲低下 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (程度や状況)					
気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (程度や状況)					
認められる周辺症状(看のみ)					
<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()					
感染症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRSA - HBS抗原 - HCV抗体 - 梅毒関連血清 - 他 ())					
MRIの貸出希望 <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (フィルム - CD)					
処方内容			備考		

※最新の血液検査データと実施された脳機能検査や心電図等の諸検査データがあれば添付してください。
※生活支援アンケートおよび薬計表があれば添付してください。

図2 かかりつけ医から専門医療機関への診療情報提供書(紹介)

け医とケアマネジャーの関係強化を進めている。また平成23年度からは、かかりつけ医にとどまらず、これまで連携が十分でなかった病院と介護関係者の連絡を強化し、在宅への円滑な移行、情報提供に基づく適切なケアプランの作成など、切れ目のない医療と介護のサービス提供を目指している。またそれらを実施していくために、多職種協働事例検討会を開催し、顔の見える関係づくりに取り組んでいる。

5) 行政の取り組み

かかりつけ医が安心して認知症の診療にあたることができるには、鑑別診断の必要性が生じた時、BPSDの悪化時、認知症患者に入院の必要な身体合併症が生じた時等に、対応可能な連携先があることが不可欠である。そこで堺市は、医師会

の協力のもと、①認知症の鑑別診断可能な施設、②BPSDの外来診療が可能な施設／往診診療が可能な施設、③BPSDの入院治療が可能な施設、④認知症患者の急性身体合併症の入院治療が可能な施設、⑤認知症患者の慢性身体合併症の入院治療が可能な施設、⑥認知症患者の身体慢性身体合併症の往診治療が可能な医療機関を調査した。結果は堺市医師会のホームページに掲載されており、会員以外の者でも閲覧可能になっている。

6) 地域包括支援センターの取り組み

地域包括支援センターでは、認知症疾患医療連携協議会での課題のうち、困難事例へのアウトリーチ機能の確立と、堺市として未整備であった若年性認知症の連携と支援を開始した。医師会の協力を得て、地域包括支援センターに認知症専門医

診療情報提供書

医療機関名 _____ 作成年月日 _____
 住 所 _____
 医 師 先生 _____ 医療機関名 _____
 _____ 住 所 _____
 _____ 電 話 _____
 _____ (F A X) _____
 _____ 担当医師 _____

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日付で、診療情報提供書にいただきました下記の患者につきまして、回答いたします。

姓 氏 名	性 別	男	女
住 所	電話番号		
生年月日	(明)・大・昭 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 (歳)		
所 名			
検 査 結 果			
MMSE /30点	HDS-1 /30点		
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		
今後の治療方針	<input type="checkbox"/> 病院で引き続き、御来院、御加療よろしく願います。 <input type="checkbox"/> () ヶ月程度、当科外来で診察させていただきます。 <input type="checkbox"/> 当科にて、入院治療をさせていただきます。 入院見込み期間: _____		
必要な支援	() ヶ月後退院予定に合わせた支援計画立案		
治療計画	短期 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
必要と考えられる医療連携や介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 月に1度は当院受診 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知症の重症度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 短 期 認 症 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり		
認知症の重症度	意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない 意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない 生活障害 _____		
認知症の異変症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 失火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 具食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()		

介護支援における留意点等	家族又は介護者による介護の状況	<input type="checkbox"/> 単身独居 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 家族が同居 (注:介護者) <input type="checkbox"/> その他
	症状の可逆性の高い状態	<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・昏倒 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心機能の低下 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 脱水・低血糖
	生活機能の維持・改善の見込み	<input type="checkbox"/> 見守りできる <input type="checkbox"/> 見守りできない <input type="checkbox"/> 不明
	医学的管理の必要性	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員が訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療サービス ()
医学的観点からの留意事項	転倒: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () 移動: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () 褥瘡: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () 脱水: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () 嚥下: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () その他: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
緊急時の対応方法・連携先	<input type="checkbox"/> 24時間体制に相談 <input type="checkbox"/> 身体状態の急変はかかりつけ医又は救急システムに <input type="checkbox"/> ケアマネジャーに相談 <input type="checkbox"/> 精神症状の悪化はかかりつけ医をとおして当科へ相談	
特記事項		

図3 専門医療機関からかかりつけ医への診療情報提供書(返信)

等6名(神経内科医・精神科医・サポート医等)の嘱託医を配置した。6名の専門医がそれぞれ1回/月困難事例についての相談事業を実施している。医療的介入や介護サービスの導入が急がれるが、様々な理由から介入が困難な事例に、専門医がケアマネージャーや地域包括支援センターのスタッフとともに自宅を訪問し、介入することが可能になった。また若年性認知症の支援では、認知症疾患医療センターで若年性認知症の診断を受けた患者で、本人・家族から同意が得られた場合は、地域包括支援センターに情報を提供し、初期から関わりを持つようにしている。進行に応じて今後必要とされるサービスや障害福祉・介護保険等多岐に渡る相談窓口のコーディネーター役を担っている。

上述のような取り組みにより、堺市の認知症疾患医療センターでは、平成23年度は認知症の鑑別診断の依頼のうち、41%がかかりつけ医からの紹介となり、認知症の鑑別診断を受けた58%が「かかりつけ医」に戻り治療を継続している。それまでかかりつけ医を持っていなかった5%の患者は、新たな「かかりつけ医」に逆紹介され治療を継続しているという状況にある。

堺市のような都市部地域では、認知症の鑑別診断等を行うことができ、専門医療機関と位置づけられる医療機関は、認知症疾患医療センター以外にも複数ある。堺市の認知症疾患医療連携協議会では今後の課題として、認知症疾患医療センターとそれ以外の認知症を専門に診療できる医療機関との連携を進めていくことが重要であると考えている。

(様式 1)
介護(予防)連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票			
		平成	年
		月	日
宛先	医療機関名 住所 医師	発信元 先生(氏)	介護事業所名 住所 TEL FAX 氏名 (発信)
<p>日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願ひいたします。 *なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、 <input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。</p>			
利用者	氏名	介護度	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	住所	TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	男・女
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について <input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 利用者の下況状況についての相談 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶		
<相談内容等>			
担当介護支援専門員名			
医師からの回答(返信)			
*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。			
連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします(日時: 月 日 時頃に実施ください) <input type="checkbox"/> 電話で話します(日時: 月 日 時頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します		
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します(<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出席しません			
平成 年 月 日 氏名			

図4 医師とケアマネージャーの連絡票

3. 入院患者の退院支援における連携

当院ではBPSDの入院治療も行っているが、平成24年において入院前居住地为堺市であった者は27.9%であった。つまり7割以上の患者が堺市以外からの入院であった。他府県からの入院も3.6%あった。このように広範な地域から入院患者を受け入れていることも、大都市の特徴であると思われる。しかし、そのような広域からの入院患者に対し、在宅あるいは居住地域の施設に退院を進めていく場合、病院の精神保健福祉士だけで情報を収集し、退院支援をしていくには限界がある。特に、独居の認知症患者においては入院前の生活状況や地域との関わりを知る者が乏しい。そのような患者で入院前からの生活状況を一番知っ

ているのはケアマネージャーであることが多い。しかしこれまで当院では、遠方から入院する患者ほどいったん入院すると、ケアマネージャーとの関係が途切れてしまうことが多かった。BPSDの症状が改善した後の退院支援を円滑に行い、かつ患者に合った地域の介護サービスや入所施設を検討できるようにするためには、入院前から患者の状況をよく知るケアマネージャーの協力が不可欠であると考えられた。そこで当院ではケアマネージャーの役割も記載されている入院療養計画書を図6のように作成し、本人や家族の了解を得てケアマネージャーにも郵送している。加えて入院後1ヶ月時に行う今後の方針を検討するための面談に参加していただくようにした。

(様式 2) 介護支援専門員用診療情報提供書 平成 年 月 日

介護事業所名称 _____

氏 名 _____ 様 医療機関の所在地及び名称 _____

医師氏名 _____

電話番号 () _____

FAX () _____

患者氏名			
性別・生年月日 (男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業			
患者住所	電話番号 () - _____		
診療形態	1. 外来	2. 往診	3. 入院(平成 年 月 日) 情報提供回数 回
病名 (疑いを含む)	発症年月日 平成 年 月 日	受診年月日 平成 年 月 日	初発/再発 1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)
寝たきり度 (該当するものに○)	J 一部自立 何かの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 A 寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 B 寝たきり 1 屋内での生活は何かの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが坐位を保つ。 C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。		
日常生活活動(ADL)の状況 (該当するものに○)	移動 自立・一部介助・全面介助 食事 自立・一部介助・全面介助 排泄 自立・一部介助・全面介助 入浴 自立・一部介助・全面介助 着替 自立・一部介助・全面介助 整容 自立・一部介助・全面介助		
認知症老人の日常生活自立度 (該当するものに○)	I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会向にほぼ自立している。 II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられるも、誰かが注意していれば自立可能。 III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。		
認知症の重症症状	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・短期記憶 ・自らの意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いづれが困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自らの意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづれが困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
病状・既往症・治療状況・退院の年月日等			
訪問診療 有・無 訪問看護 有・無			
必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容 (介護支援専門員に依頼したい内容や必要と考えられる介護サービス・介護支援専門員が知っておくべき医療情報を記載して下さい。)			

上記の患者について、介護(予防)サービス等の診療情報を提供いたします。
 依頼内容について、回答(必要・不要)です。
 この診療情報提供書の内容を外部に提供する場合は必ず主治医の同意を得てください。

診療情報提供書における介護支援専門員からの回答(返信) 平成 年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

医 師 _____ 先生

介護事業所名 _____

住 所 _____

担当介護支援専門員 氏 名 _____

TEL () _____

FAX () _____

平成 年 月 日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記利用者につきまして、回答いたします。

利用者氏名			
性別・生年月日 (男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
住 所	電話番号 () - _____		
<回答>			


図5 医師とケアマネージャーの連絡票

ご入院される患者様とご家族様へ(入院療養計画書)

病名:
 症状:
 特別な栄養管理の必要性
 有・無

患者様氏名:
 主治医: _____ 印
 担当看護師:
 担当PSW:

入院病棟:

目安の時期	入院時 /	入院1日目～2週間頃 /	1か月目 /	2か月目 /	3か月目～退院 /	退院後
ご本人	検査のある方は、受けていただきます。		病棟の活動にご参加ください。 外泊について検討します。 退院後の生活について、ご希望を伺います。		退院後の生活における留意点を確認します。	退院前面談での、生活における留意点に気をつけて、リズムのある生活を送ってください。
ご家族	*入院前の生活や今後の希望について、病院職員からお尋ねします。 *入院の契約をします。 *介護保険の状況について確認させていただきます。 *介護保険を申請していない場合介護認定が出るまでに1か月程度かかります。 地域により約1か月半～2か月かかる所もありますので、お早めにお住まい(住民票のある)の市区町村の窓口または福祉事務所などに申請手続きを行ってください。(詳しくはソーシャルワーカーにお尋ねください) *初回面談の日程を決めます。	*入院での環境変化は患者様の不安につながります。可能な範囲で面会をお願いします。 面会時間 13:00～19:00 *家族教室にご参加ください。	*退院先の検討にあたり、ご本人・ご家族の希望をうかがいます。 *施設申し込みや、介護保険の申し込み状況をソーシャルワーカーに随時お知らせください。 *面談時、介護や生活などについての質問や不安に思うことがあれば、お伝えください。 *面談日には病院にお越しください。	*外出・外泊の準備を行っていただきます。 	退院後の生活を応援する人たちを確認します。また、退院後に生活面などで、看護師にご相談のある方は、看護外来の予約ができます。	次回受診予定のある方は、病院へお越しください。
病院で行うこと	*担当医より入院の目的やこれからの治療の計画について説明を行います。 *病棟のオリエンテーションを行います。 	担当医は服薬の調整を行います。 医師・看護師・看護補助者・ソーシャルワーカー・作業療法士・心理療法士で、ご本人の状態や生活についての情報を共有します。 初期の関わりについて見直し、ご本人の療養環境を整え、症状を軽減します。	面談日 月 日 () : ~ 医師から治療経過や病状について、看護師から、病院での様子や生活ぶりをお話しさせていただきます。今後の方針について、ご本人やご家族と共に相談していきます。 症状にあわせ、生活機能回復訓練・回想療法・光療法などの必要な治療を行います。 生活リズム・食事・排泄などの日常生活を整え、症状緩和に努めます。 また、生活しやすいように環境調整しながらケアを工夫します。	面談日 月 日 () : (必要な方) [退院日] 月 日 ()	退院後、落ち着いて生活していただけるように、その後の過ごし方について、ご本人やご家族と確認するための、最終面談を医師・看護師・ソーシャルワーカー・施設職員やケアマネージャーと行います。	
地域	*入院前から介護専門員(ケアマネージャー)など支援に関わっている担当者がある場合 入院前のご様子で治療に役立てていただけそうな情報があれば、ご本人やご家族のご了解の上、病院へお伝えします。また、ご本人への面会や病院の職員との連絡も行います。		病院での面談に参加し、病院職員とご家族様と情報を共有します。		自宅退院の場合、支援者がご自宅へ伺うことがあります。 [訪問日] 月 日 () 時	退院後に利用する施設職員やケアマネージャーと面談します。
メモ						

入院診療計画書の内容を、治療の評価に、使用させて頂くことがあります。

患者様ご署名(本人・家族) _____

図6 入院療養計画書

表2 地域別の1ヶ月の施設費用

		グループホーム	従来型特養	ユニット型特養
石川県	金沢市	約9万円～	約8万円～	約12～14万円
東京都	世田谷区	約20～25万円	約15～16万円	約18～20万円
熊本県	熊本市	約10～13万円	約7～8万円	約13万円～
大阪府	大阪市・堺市	約15～19万円	約8～16万円	約15～20万円
大阪府	熊取町	約10万円	約9万円	約13万円

特養：特別養護老人ホーム

4. 低所得高齢者の問題³⁾

大都市の抱える問題の一つに低所得高齢者の問題がある。生活保護受給世帯の内訳でも高齢者世帯が40%を超え、増加の一途である。特に都市部でその傾向は大きい。当院においても平成24年12月に認知症のBPSDの治療のために入院していた114名のうち、72.8%が低所得者(非課税世帯ないしは生活保護世帯)であった。近年は認知症の進行により単身独居生活に破綻を来し入院に至る事例が増加している。単身者ばかりでなく、老老介護、認認介護と呼ばれる家族基盤の脆弱な世帯も多い。そのような患者は精神症状が改善しても自宅に戻ることが難しく、施設入所が必要になる。しかし表2に示すように地方に比べ大都市では施設費用が割高である。そのためBPSDの改善後も経済状況に合う受け入れ施設が見つかるまで入院を継続せざるを得ない場合も少なからずある。認知症が進行し入院入所が必要になってからではなく、初期に認知症の診断がついた時点から進行期を見据え経済状況を考慮した治療や、ケアプラン、支援制度の導入が必要である。特に

経済的な問題が生じる可能性が高い患者には初期からの精神保健福祉士の関わりが重要である。

5. おわりに

平成24年6月に厚生労働省から、65歳以上人口6万人に1カ所程度の「身近型認知症疾患医療センター」整備を進めるという報告がされた¹⁾。大都市においてどのような医療機関が身近型認知症疾患医療センターを担っていくかを考えることは、地域で、認知症の医療・介護の連携を進めていく上で重要であると思われる。

文 献

- 1) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について。2012
- 2) 繁信和恵：認知症疾患医療センターの役割。臨床精神医学 41(12)：1705-1714, 2012
- 3) 繁信和恵, 柏木一恵, 比良美千代他：低所得者の認知症医療と施設介護の現状と課題。老年精神医学雑誌 23(5)：586-591, 2012

短報

リスペリドン中止前後の頭部外傷後遺症
患者の活動性の変化

— IC タグモニタリングシステムによる客観的評価 —

樋上容子^{*1}・樋口明里^{*1}・山川みやえ^{*1}・松浦和江^{*2}
竹村有由^{*3}・繁信和恵^{*2}・周藤俊治^{*4}・牧本清子^{*1}*1 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻, *2 公益財団法人 浅香山病院
*3 京都大学大学院医学系研究科脳病態生理学講座 (精神医学), *4 成美大学

抄録

本研究では、認知症症状のある頭部外傷後遺症患者一事例を対象とし、入院中のリスペリドン中止後の対象患者の歩行距離と時間を、IC タグモニタリングシステムで測定し、看護記録と比較した。患者の活動性の変化は、認知症治療病棟に設置したIC タグモニタリングシステムで2か月間測定した。看護記録からは患者の歩行や活動性など入院生活について分析した。リスペリドン中止後、対象患者の1日の総歩行距離は有意に増加し活動性は増加していた。しかし、その活動性の増加は看護師にはとらえられておらず、客観的データからの患者の活動性の観察結果と看護記録上の看護師の認識には相違があったことがわかった。

Key words : リスペリドン, 認知症, 活動性, IC タグモニタリングシステム

老年精神医学雑誌 24 : 393-397, 2012

序 言

認知症患者の80~90%はその疾病過程で行動心理学的症候 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) を呈するといわれている⁶⁾。BPSDに対する治療は、第1に、認知症患者の診断や注意深い観察を生かした環境調整が行われる。そして、ほとんどの症例で非薬物療法と薬物療法が組み合わせられて行われる⁶⁾。BPSDに対する薬物療法は、非定型抗精神病薬が適応外ながら多く用いられ、その有用性の報告も多い^{3,6)}。しかし、錐体外路症状や過鎮静、血圧低下など副作用を考慮した身体面の観察の必要性が指摘されている。

BPSDに対する薬物療法の評価は、BPSDの各

症状と薬物の副作用との区別がむずかしく、認知症患者別の慎重な検討が必要とされる³⁾。このため、日常生活の細やかな評価が必要であり看護師の観察が欠かせない。しかし、これまで薬物療法中の患者の活動と休息について客観的指標で示し、看護記録とともに分析した研究はほとんどない。

本研究では、認知症症状を伴う頭部外傷後遺症患者を対象とし、リスペリドン中止前後の活動性の変化を、IC タグモニタリングシステムを用いて測定し看護記録とともに分析した。

I. 方 法

本研究は、2011年にA病院認知症治療病棟(60床、閉鎖病棟)で行ったICタグモニタリングシステムによる認知症患者の徘徊のトリガー要因探究プロジェクトのひとつである。このなかで認知症症状を伴う頭部外傷後遺症患者1人を対象とした⁵⁾。

(受付日 2013年1月15日/受理日 2013年3月15日)

Yoko Higami, Akari Higuchi, Miyae Yamakawa,
Kazue Matsuura, Ariyoshi Takemura, Kazue Shigenobu,
Syunji Suto, Kiyoko Makimoto

*1 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-7