

○かかりつけ医のための認知症Q & A

問題となる認知症患者への対応

認知症患者の自動車運転を
どのように考えるべきですか

回答者 上村 直人

はじめに

2002年6月1日から改正道路交通法（以下改正道交法）が施行された。主な改正点は、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、認知症および睡眠障害の一部が新たに制限されること、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うることである。今後高齢ドライバーが増加するこ

とを考慮すると²⁾、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る。しかしながら認知症患者の自動車運転に関する医学的な検証はわが国ではまだ不十分であるといわざるをえない。そこで筆者らの検討について紹介し、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、どのように考えるべきか、またどのようなことを主治医として知っておかねばならないかについて概説する。

認知症患者の自動車運転の実態と問題点

われわれは1995年以降、認知症患者の運転能力と認知機能の関連性や自動車運転に対する精神医学的管理上の問題について検討を行ってきたが、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ていたり、運転行動上の変化をきたしていた⁴⁾。さらに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⁵⁾。主治医が運転中断を勧告をした場合、中等度以上では比較的受け入れられやすいが、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い光景となっている。

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表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の判断を行う。

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関わるようになった。その診断書で記載に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ぬ。認知症患者の本診断書提出に医師が関わるこの問題点について筆者はこれまでも指摘したが、これまで認知症患者の運転能力について医学的に十分検討されているとはいえず、現在の病状についての評価は困難である。また今後の見通しについては「認知症」の場合には基本的に慢性進行性の疾患であるため、免許保留もしくは停止条件を満たすが、認知症の運転能力の予後予測とはなっていない。そのため、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

診断書（都道府県公安委員会提出用）記載内容

- 1：氏名、生年月日、年齢、性別、住所
- 2：医学的診断 病名 F：コード ICD - 10)
所見（現病歴、現在症、重症度など：3，4を類推する根拠を記載）
- 3：現時点での病状（運転能力及び改善の見込み）についての意見 ア～オ（5段階）
- 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

診断書（3：現時点の病状および4：今後見通しの評価抜粋）

- 3：現時点での病状（運転能力及び改善の見込み）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 - 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 - 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 - 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。
- 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は否定できない。
ウ - 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。

の状態や重症度を詳細に記載することが現実的な対応といえる。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の評価を医師に求めながら、実際の免許停止などは病名で行われている。これらの問題点についてもまだまだ検討が必要であるが、現在最も懸念されることは、認知症から話題がそれてしまうが、このような運転免許行政に医師が関わるようになったこと自体をほとんどの臨床医が知らないことである。

認知症ドライバーに関する

医学的ガイドラインと研究動向

近年、認知症の自動車運転に関しては欧米を中心に医学的ガイドラインが作成され邦訳もされている。^{9,10} しかしながら表に示すように神経学会と精神医学会でも内容は多少異なっている。

例えば両者とも認知症の重症度評価である Clinical Dementia Rating (CDR) を判断基準としているが、医師の運転中断勧告は CDR 1 の軽度レベルか、CDR 2 の中等度レベルかでも対応が異なっている。また 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。認知症患者の運転に関する研究面では Regier¹¹ 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、Ozono¹² が指摘しているように運転の問題を医学的視点で行うこと自体が研究として注目されてこなかった歴史が、現在の対応の遅れを及ぼしているとも考えられるため、今後わが国でも症例の積み重ねが必要であろう。

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)

■ 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、運転ミスが頻度が高まるので、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) のあるときには、1年以内に CDR 1まで悪化する可能性があることを考慮し、6ヶ月に1度の痴呆についての評価を受けるべきである

■ わが国では、痴呆患者において6ヶ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

2002日本神経学会治療ガイドライン⁹ 訳抜粋

■ 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内容を詳細に書きとどめる必要がある

■ 中等度から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事を進言する

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；アルツハイマー病と老年期の痴呆¹⁰ 抜粋

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牀的な指針やガイドラインは不十分であるといわざるをえない。その要因は、認知症と運転の関連性という問題が医学、免許行政、交通安全など多領域にまたがるため、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がある。しかしながら、これからも臨床家の目の前にはますます多くの運転免許を保持した認知症患者が現れ、運転についての判断を求められる機会が増えていく。そして、主治医やかかりつけ医が認知症を診断し、その告知を行い、運転免許を持つている患者に対して中断勧告を行えば、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ぬ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、

都市部に引越しかどうかなど、その後の生活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、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、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。認知症の疾患特性と運転行動の評価を行い、その内容をカルテに記載しておく。医学的生活指導の検討のため、認知症の告知について検討し、その上で運転上問題が生じている場合は、免許センターへの高齢者適性相談を勧める。これは各都道府県に設置されており、専門の係官が相談窓口となっている。運転適性検査の実施の検討：患者本人の同意が必要となるが、都道府県免許センターでは臨時適性検査など、実際にセンター内において実車テ

ストを行い、専門官からの評価を受けることができる。

おわりに

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

(高知大学医学部附属病院 神経科精神科)

文献

- 1) 警察庁ホームページ 改正道路交通法の概要：http://www.npa.go.jp/pub-docs/-1k
- 2) 警察庁交通局資料：平成15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/koutuui/4n15jiko.pdf
- 3) 道路交通法施行令の一部を改正する政令試案等：http://www.004-apps-net.ne.jp

- 4) 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、上村直人、井上新平ら：脳と神経第57巻第5号409～414 (2005)
- 5) 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、上村直人：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P42」46 (2005)
- 6) 認知症高齢者と自動車運転 運転継続が困難であった認知症患者10例の精神医学的考察、上村直人、池田学ら：老年精神医学雑誌16 (7) 822～830 (2005)
- 7) 運転免許と診断書、上村直人：司法精神医学4、P301～316、民事法と精神医学、中山書店、東京 2005年
- 8) 警察庁丁運発第49号「運転免許の欠格条項の見直し等に関する運用上の留意事項等について」(平成14年5月16日)° <http://www5.ocn.ne.jp/~netkaisidouro20020516.pdf>
- 9) 中村重信ら：痴呆疾患治療ガイドライン、2002、臨床神経 42、781～833 (2002)
- 10) アルツハイマー病と老年期の痴呆、米国精神医学学会治療ガイドライン、日本精神神経学会監訳、医学書

- 院、p36～38、1999年
- 11) Reger, MA, et al.: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia: a meta-analysis. *Neuropsychology*, 18, 85～93(2004)
- 12) Nell, D, et al.: Dementia and Driving. *J. R.Soc. Med.*, 85, 199～202(2002)

