

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轉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、主として日本精神科

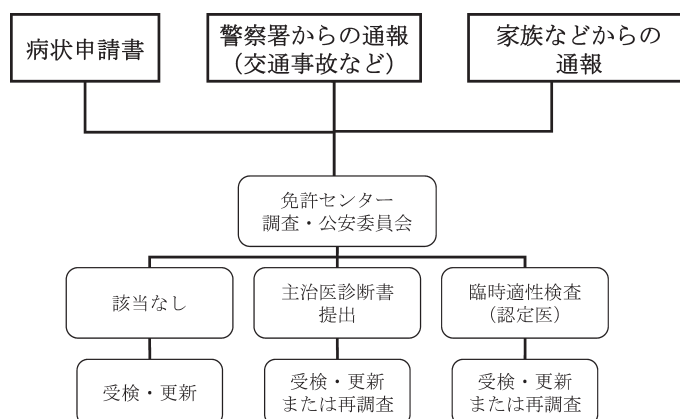


図1 わが国の運転免許制度——診断書提出と臨時適性検査の流れ——

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、

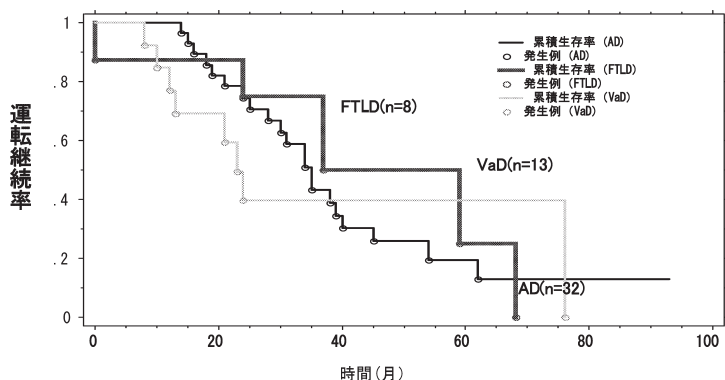


図2 認知症の背景疾患別の運転継続率
(N=53：高知大学および関連病院患者) (未発表データ)

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 枠入れで接触事故
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

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。

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

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、今後初老期の人でも問題になりうる。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

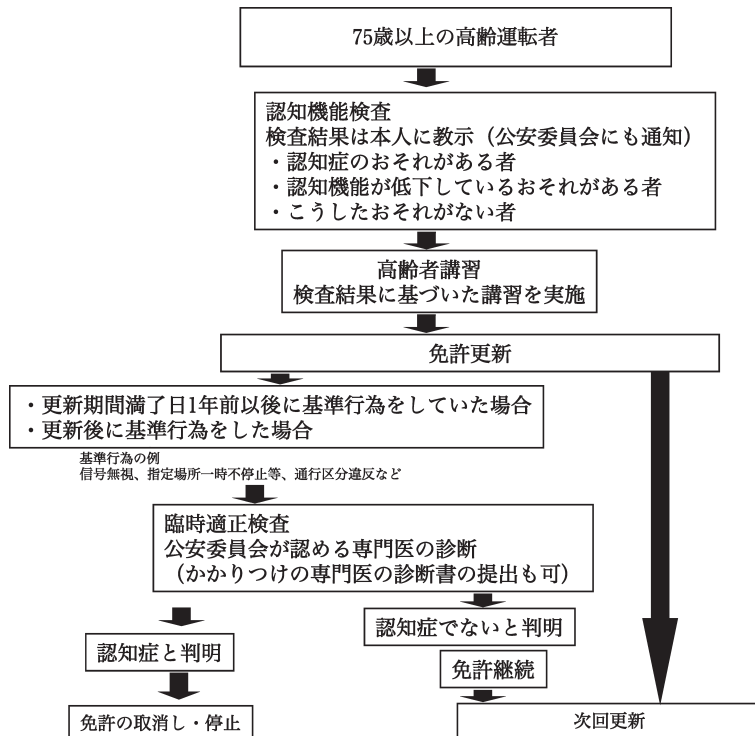


図3 新たな免許更新制度；75歳以上の運転者の免許更新（文献4より）

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られる。

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
-