

---

---

# 認知症と自動車運転

## Dementia and Driving in JAPAN

高知大学医学部神経精神病態医学教室

上村 直人\* (講師)      惣田 聡子\* (臨床心理)  
岩崎 美穂\* (臨床心理)      今城 由里子\* (臨床心理)  
澤田 健\* (助手)      井上 新平\* (教授)

---

---

はじめに

2002年6月1日に改正道路交通法<sup>1)</sup>が施行され、身体疾患や精神疾患を持つ人の運転が制限可能となった。また主治医は疾患と運転能力評価に関し、各都道府県の公安委員会から診断書の提出を求められることとなった。それに伴い認知症性疾患をもつ人も免許が制限されるようになったが、これまで認知症患者の運転能力や運転の是非をめぐっては医学的な検討は十分議論されているとは言い難い。そこで本稿では認知症性疾患をもつ患者の運転問題について概観し、現時点での医

学的な課題や問題点について述べる。

### 1. 改正道路交通法と制度変更について

#### 1) 改正道路交通法 (表 1)

2002年6月から施行された改正道路交通法 (表 1) では、第103条第1項に疾患関連の免許取り消しおよび停止について述べられている。精神障害者では政令に定める病態で、交通安全上問題がある場合に、各都道府県の公安委員会の権限で運転免許を停止、もしくは制限を加える事ができるという相対的欠格規定という緩やかな規定になっ

#### 道路交通法第103条第1項 (認知症及び疾患関連抜粋)

免許(仮免許を除く)を受けたもの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つ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つ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. 目が見えないことその他自動車などの安全な運転に支障を及ぼすおそれがある身体の障害として政令の定めるものが生じている者であることが判明したとき

##### 3. アルコール、麻薬、大麻、あへんまたは覚せい剤の中毒者であることが判明したとき

表 1 改正道路交通法 (道路交通法施工令の一部を改正する政令試案等: <http://www004.upp.so-net.ne.jp>)<sup>3)</sup>

道路交通法が2002年6月改正施行され、認知症が運転取り消しの対象として法律に明文化された。その他精神障害については絶対的欠格時効から相対的時効となり、精神障害者の運転免許の制限が緩和されている。また視聴覚障害者以外でも糖尿病などの身体の病気で、安全な運転に支障を及ぼす場合は免許の制限を受ける事がある。

---

\* Kamimura Naoto, Souda Satoko, Iwasaki Miho, Imajou Yuriko, Sawada Ken, Inoue Simpei: Department of Neuropsychiatry, Kochi Medical School, Kochi University

表2 運転に関する主治医診断書（都道府県公安委員会提出用）

<p>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「CD-10」 所見(現病歴、現在症、重症度など)                  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。                  ウー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。                  エー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。                  オー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否定できない。                  ウー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。</p>
<p>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</p>

診断書への必要記載事項としては、医学的診断としての、病名(Fコード)、現病歴、現在症、重症度などの所見に加え、選択式による現時点での病状からみた運転能力および改善の見込みについての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記載する必要がある。

表3 診断書記載ガイドライン

- ・ 診断名:状態像でなく、病名を記載する。ただし病名と認められない旨の診断である場合には、「〇〇の症状」(状態像)があるが、病名と認められないと記載する。FコードにはCD-10における診断分類を記載する(可能な限り二桁以上とする)  
 所見:3及び4の意見を導く根拠となる症状や経過などを具体的に記載する。
- ・ 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 2において病名と認められない旨の診断を行った場合には、記載不要 ア、イ、ウ、ウー1、エ、エー1、オ、又はオー1のいずれかを丸で囲む ウー1、エー1、オー1については、本項目でア、又はイの判断が出来る見込みだけでなく、4においてもア又はイの判断が出来る見込みのある事に注意する。上記において6月以内に判断できる場合は括弧内に当該期間を記載する。一度ウ、エ、オー1の判断をしたものについて再度判断する場合(適性検査受検命令や診断書提出命令など)には2の所見欄に、前回の見込みが異なった理由(環境要因の変化など)を具体的に記載する(記載がない場合は、ウ、エ、オの意見として取り扱う可能性がある)
- ・ 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 2において病名と認められない旨の診断を行った場合には、記載不要 ア、イ、ウ、ウー1、エ、エー1、オ、又はオー1のいずれかを丸で囲む ア、イ、ウ、ウー1、エの判断は診断などにおいて知りえた事実に基づいて予想可能な事態(要因)の範囲内で判断してよい イの括弧内は1以上の数字を記載する一度ウー1の判断をしたものについて再度ウー1の判断をする場合(例:適性検査受検命令や診断書提出命令など)には2の所見欄に前回の見込みが異なった理由(環境要因の変化等)を具体的に記載する(記載ない場合はウの見通しとして取り扱う可能性がある)
- ・ 専門医・主治医 臨時適性検査の場合には「専門医」に丸印を付し、主治医である場合には「主治医」に丸印を付す。主治医が臨時適性検査を行う場合には、両方に丸印を付す

診断書提出を求められた主治医、もしくは専門医は上記のような記載ガイドラインを参考に運転適性に関する診断書の記載を行う

ている。しかし今回新たに追加された認知症の場合、その用語は状態像を示す症候群に対する名称であるため、本法令のみでは認知症の原因による考慮などはなく、判断基準などは釈然としていない。

2) 診断書（都道府県公安委員会提出）と診断書記載ガイドラインについて（表2、表3、表4）

医師は改正法施行後、表2に示すような所定の様式による診断書を作成し、患者の運転免許の更新や安全運転など運転能力に何らかの形で関与

する事になった。都道府県の公安委員会はこの診断書や精神保健指定の行う臨時適性検査により、免許取得や更新の可否について決定を下したり、免許の有効期間や保留期間について表3に示すような警察庁の作成した判断基準に従って決定を行うことになる。なお診断書作成や、意見の選択に当たっては、表3に示すような警察庁が表4に示すような診断書記載ガイドライン<sup>2)</sup>を作成されている。しかしながら患者の病態から運転能力やその改善の見込み、および将来の患者の運転能力の予後予測判断を、はたして医師が認知症患者の運

表4 運転適性法令ガイドライン（精神障害関係：一部抜粋）

日本精神神経学会：道路交通法および道路交通法施行令の改正（2004.6.1）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 精神神経誌2004 Vol.106 No.6 p812～847より文献）より

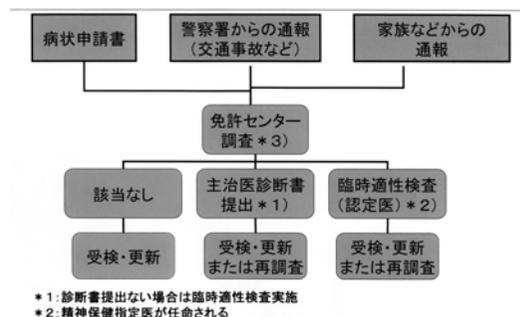
改正道路交通法	改正道路交通法施行令	警察庁丁運発 第49号通知(通達)*
幻覚症状伴う精神病であり、政令で定めるもの	統合失調症(安全な運転に必要な認知、予測、判断、または操作のいずれかにかかる能力を欠くおそれがある症状がないものを除く)	対応マニュアル参照
発作により意識障害又は運動障害をもたらす病気で政令で定めるもの	1. てんかん(発作のおそれのないもの、あつても意識障害や運動障害のないものを除く、睡眠中のみは可)	対応マニュアル参照
痴呆	定義について記載なし	1. アルツハイマー型痴呆および脳血管性痴呆一取り消し 2. その他の痴呆(脳腫瘍、頭部外傷後ほか)一取り消し 詳細はマニュアル参照
その他の自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれのある病気で政令で定めるもの	1. 躁うつ病 2. 重度睡眠障害 3. 上記以外	1. 脳梗塞(意識障害、見当識障害、判断障害、注意障害など慢性化の場合は痴呆と同様の対応) 2. その他:急性一過性精神障害、持続性妄想性障害は統合失調症と同様の対応
アルコール、麻薬、大麻、あへん、覚醒剤の中毒者	定義の記載なし	6ヶ月以内に回復の見込める者は保留なしし停止。回復の見込めないものは取り消し

転能力を評価することができるのかといった検討は道交法改正前を含め、筆者らの考察<sup>3)</sup> 以外にはほとんど見受けられない。そのため今後は医療側と警察庁などの関連省庁がさらに検討をしていく必要があるであろう。

3) 臨時適性検査とその流れ (図1)

改正道交法の施行後、認知症性疾患の評価として臨時適性検査\*の増加が見込まれる。しかし精神障害者では本検査は精神保健指定医が担うことになっているが、指定医のすべてが運転能力の評価に精通しているわけではなく、さらには精神科医以外の医師においても、ある病態や疾患から運転能力を評価する事という仕組みには疑問が残る。そのため、医師が様々な精神症状や行動傷害を起こしうる精神障害者や、精神障害以外の失神や糖尿病患者の医学的病態から、複雑な認知や行為能力を要する自動車運転の能力を評価できうるのかといった基本的な議論すら我国では欠如したままに法律が施行されていることが指摘されている<sup>4)</sup>。実際の免許行政現場の調査を

図1 臨時適性検査の流れ



\*1: 診断書提出ない場合は臨時適性検査実施  
\*2: 精神保健指定医が任命される

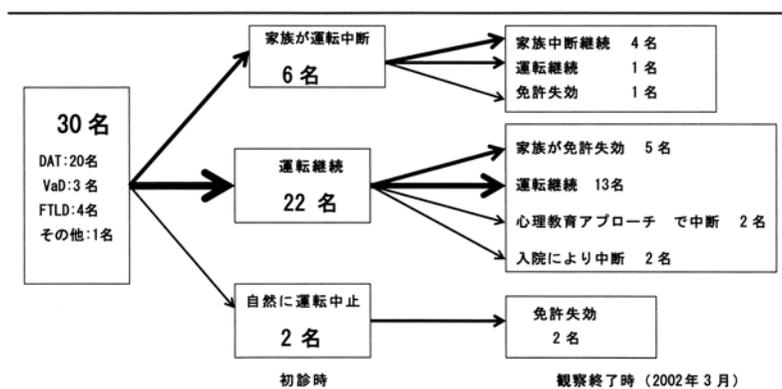
臨時適性検査は、免許試験に合格した者が拒否自由に該当すると疑う理由があるときや免許を受けた者が取消自由に該当すると疑う理由があるときに、公安委員会が専門医により臨時に行う適性検査のことを意味し、具体的には、免許更新時の病状申請書から交通安全上問題が予測される場合や、交通事故の現場検証の結果、警察署から通報されるもの、および家族からの通報の3つの流れが想定されている(図1)。なお臨時適性検査を行う専門医とは精神障害者の場合は精神保健指定医が、それ以外の疾患では各専門領域の医師がその役割を担う事になっている。

行ったAraiの指摘<sup>5)</sup> によれば、病状申請書や、警察官からの通報から予測される交通安全上危険な運転者の場合は、運転免許の返納制度への誘導が多く見受けられることを指摘している。

\* 運転適性試験

運転適性とは道路交通法第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以上の有無を評価するものをさす。なお運転適性検査とは通常、臨時運転適性検査の事を指し、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)が行う検査をさしており、運転シミュレーションを用いたり、心理検査を用いたり、ケースバイケースで免許センターにおいて実車試験が行われる。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。

図2 観察期間中の運行情況の変化と家族対応 (N=30)



初診時評価は H7 年 9 月から H13 年 9 月までを含む  
平均観察期間 2.1 ± 2.0 年 (0.5-5.5 年)

DAT: Dementia of Alzheimer type VaD: Vascular Dementia FTLD: Frontotemporal lobar degeneration

適性検査	CDR	CDRO.5	CDR1	CDR2
4 : 優	0	0	0	0
3 : 良	3	2	0	0
2 : 普通	3	8	4	4
1 : 低下	4	4	4	2
0 : 評価不可	0	0	0	2

図3 認知症性ドライバーの認知症重症度と運転適性検査評価 (N=32)

認知症患者 32 名 (CDRO.5: 10 名、CDR1: 14 名、CDR2: 8 名) を対象に運転適性検査を施行。運転適性検査は 1-5 の 5 段階評価である。適性検査の理解ができず、評価不可能であったものは評価を 0 としている。CDR 別による適性検査結果は有意な差はなかった。文献<sup>6)</sup>

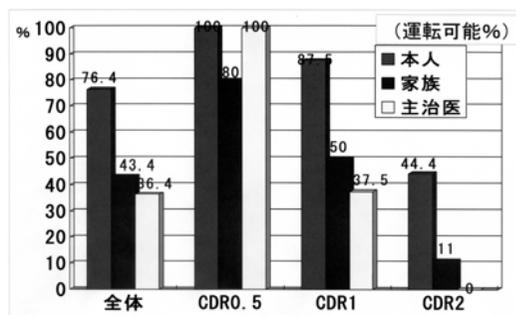


図4 評価者の違いによる運転能力評価 (N=30)

運転継続の是非について、患者本人、主介護者、主治医が判断。患者本人、介護者、主治医では、運転継続の是非は全体評価でも差があった。ごく軽度認知症では介護者は主治医よりも慎重な判断であるが、認知症重症度が上がるに従い運転継続が危険であると判断している。患者本人は、認知症が悪化しても、半数近くが運転可能と判断している。

## 2. 認知症患者に対する医学的運転能力評価

### 1) 医療機関からみた認知症患者の自動車運転への対応の実態 (図2)

図2に道交法改正前に高知大学医学部附属病院および関連病院を受診し、運転免許を保持していた 30 名の認知症患者の診断後の自動車運転の実態について示す。30 名中 22 名 (73.3%) は認知症発症後も運転を継続し、8 名 (26.8%) は認知症の診断前にすでに交通事故を起していた。認知症診断後の運転継続者 22 名中 13 名 (58.1%) はその後も運転を継続していた。軽度認知症では運転中断を拒否したり、助手席からの家族援助で運転継続をしているケースもみられた。

### 2) 認知症患者に対する運転シミュレーター検査成績 (図3)<sup>6)</sup>

高知大学付属病院および関連病院を受診し、研究への参加協力の得られた認知症患者 32 名

(CDRO.5: 10 名、CDP1: 14 名、CDR2: 8 名) を対象に運転シミュレーターを施行した。CDR 別による適性検査結果は有意な差はなかった。以上から運転シミュレーター検査では運転の危険な認知症患者を判別することは困難であることが示唆された。今後はより実際に近い運転状況でのシミュレーション機器の開発が望まれる。

### 3) 評価者の違いによる運転適性評価の差異 (図4)

前述した 30 症例の経過観察中、運転継続の是非について患者本人、主介護者、主治医が評価を行った。図4にその結果を示すが、患者本人、介護者、主治医では運転継続の是非は全体評価でも差があった。またごく軽度認知症では介護者は主治医よりも慎重な判断であるが、認知症重症度が

表5 家族評価による認知症原因別運転行動の差

	前頭側頭葉変性症 (n=8)	%	アルツハイマー型痴呆 (n=23)	%
行き先忘れ	0	0	22	95.6
車庫入れ	1	12.5	4	17.4
車間距離	5	62.5	2	8.7
信号無視	5	62.5	1	4.3
わき見/注意散漫運転	5	62.5	0	0
運転行動変化 (発症後)	7	87.5	22	95.6
交通違反/事故	7	87.5	5	21.7
事故発生までの 期間	1.28年		3.0年	

「前頭側頭葉変性症に見られる運転行動上の特徴と危険性について～アルツハイマー型認知症との比較検討～」  
上村直人、池田学、掛田恭子、北村ゆり、真田順子、井上新平 第19回日本老年精神医学会抄録集 2004 文献<sup>7)</sup>

表6 免許更新時に施行する病状申請書

- 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  
ある・ない
- 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  
ある・ない
- 3) 病気を原因として発作的に身体の一部または一部のけいれんまたは麻痺を起したことがある  
ある・ない
- 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の申請時に申告をしていないけいれんや麻痺の経験がある  
ある・ない
- 5) 十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、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  
ある・ない
- 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  
受けている・受けていない
- 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  
ある・ない
- 8) 1～6のいずれにも該当しない  
該当する・該当しない

平成14年の道交法改正後、すべての免許更新者を対象に、上記のような病状申請書提出が義務化された。本病状申請書は虚偽の報告は法律で罰せられることとなっている。

上がるに従い運転継続が危険であると判断していた。一方、患者本人は認知症進行例でも、半数近くが運転可能と判断していた。これらのことから患者本人はともかく、主治医と家族でも患者の運転能力評価には乖離がみられた。

4) 認知症の原因別による運転行動の違いと危険性 (表5)

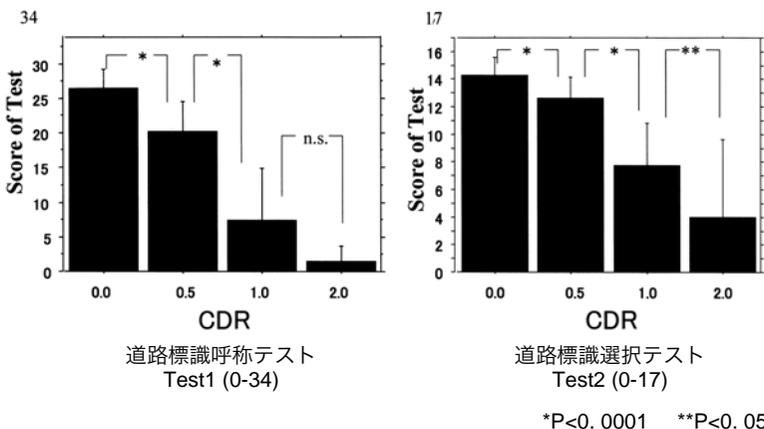
前頭側頭葉変性症に見られる運転行動上の特徴と危険性について、アルツハイマー型認知症との比較検討を行った<sup>7)</sup>。H7年9月～H14年3月までに高知大学神経科精神科を受診したFTLD8名(平

均年齢65.8才 男/女:5/3、平均HDS-R19.8)、DAT23名(平均年齢68.5才 男/女:13/12平均HDS-R17.0)の運転行動を比較検討した。結果では運転行動ではFTLDでは車間距離の調整困難、接触事故、信号無視、注意散漫などが多く、DATでは行き先忘れ、車庫入れの失敗などが多かった。またFTLDの交通事故や交通違反の危険性はDATよりも高かった。これらの結果から、認知症の原因別で運転行動に差異があり、特にFTLDは、DATと異なり交通事故や違反の危険性も高いと考えられた。

図5 道路標識テスト 左：呼称課題（テスト1） 右：選択課題（テスト2）



図6 道路標識テスト結果 認知症重症度（CDR）別



5) 認知症患者に対する免許更新時の病状申請書調査（表6）

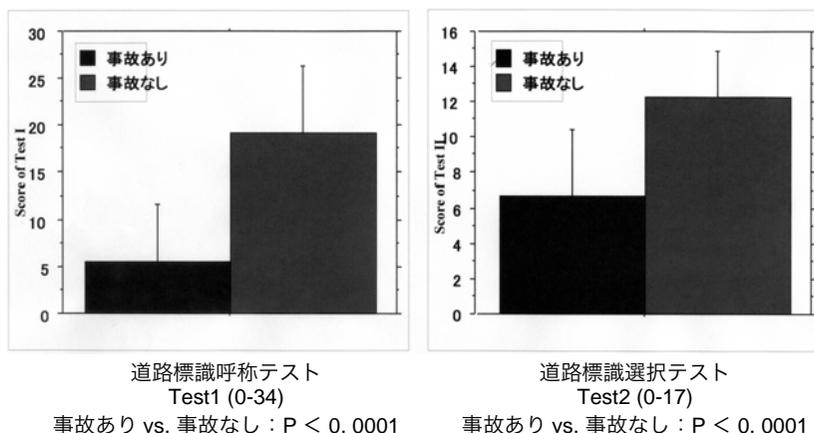
2002年6月～2004年12月の期間に高知大学神経科を受診した認知症患者20名（男性14名 女性6名）で、臨床診断：アルツハイマー型認知症13名、脳血管性認知症5名、前頭側頭葉変性症2名（FTD 1名、SD1名、平均年齢：71.0±6.5歳、CDR0.5: 3名、CDR1: 10名、CDR2: 7名）に対し、免許更新時の病状申請書（表6）調査を行った。20名中15名（75%）では、医師からの中止勧告はないと回答していた。またわずかに2名（10%）が中止勧告をうけていると回答していたが、いずれも脳血管性認知症の診断であった。運転免許更新にあたりいずれかの問題があるかどうかでは、12名

（60%）が問題なしで、記入なしの7名（35%）みられた。以上から、認知症患者は自身の病状を申請書の形式で反映することは困難である。そのため、本申請書の目的とする、疾患を持つ人を運転能力評価である臨時適性検査につなげることは、認知症患者ではほとんど有効な手段となっていない。今後、認知症患者では、運転継続に危険のある人をスクリーニングできるかもしくは、臨時適性検査につなげることが可能な、新たな評価方法を考案する必要があると思われる。

6) 運転能力評価方法としての道路標識テスト作製の試み（図5/6/7）

17個の道路標識および交通マークを用いて、認知症患者の運転能力評価としてのスクリーニン

図7 道路標識テスト（交通事故の経験\*の有無別）  
n=28, Dementia=18, Non-dementia=10



\* 交通事故の有無は認知症診断後の評価にもとづく

図8 認知症患者の自動車運転に関するガイドライン  
日本神経学会治療ガイドライン 痴呆疾患治療ガイドライン 文献<sup>9)</sup>

65歳以上の運転者では一時不停止、信号無視、優先通行障害の比率が高くなる。事故のパターンとしては、交差点内とカーブでの事故、出合い頭衝突と右折時衝突などが多くなる。痴呆患者では、その心理的特性を考慮すれば、運転中にとっさに必要となる適切な状況判断を下すことが困難となることが考えられる。明らかな痴呆と診断された患者(CDR1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(CDR0.5)のあるときには、1年以内にCDR1まで悪化する可能性あることを考慮し、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。

現在わが国では米国神経学会の痴呆患者の運転に関するガイドラインが邦訳され、日本神経学会の治療ガイドラインとして紹介されている。

グテストの作成を試みた<sup>8)</sup>。対象は認知症患者28名、比較対照として健常者10名に対し、道路標識テストを施行した。テスト1は標識の呼称を問う検査で完全正解を2点、不完全正答1点、不正解を0点とし、34点満点、テスト2は3つの選択肢の中から回答を選び、正答を1点、誤答を0点として17点満点とした。結果ではテスト2ではCDR0、0.5、1、2の間すべてで有意な差を認めた。テスト1ではCD0、0.5、1間では有意差を認めたが、CDR1、2間では有意な差を認めなかった。交通事故の有無では、テスト1、2共に有意差を認めた。今後はさらに症例を増やし妥当性や有効性を検討が必要である。

### 3. 認知症患者の運転に関するガイドラインと課題 (図8/9)

図8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医学的ガイドラインを示す<sup>9)</sup>。本ガイドラインではCDR1の軽度認知症で認知症患者は運転を中止することが推奨されている。CDR1は認知症の初期からの運転中断を意味しており、認知症の診断がなされると同時に運転中断を勧告すべきというものと解釈される。一方、例えば車社会といわれる米国の精神医学会作製の治療ガイドライン(日本精神神経学会監訳)によると(図9)<sup>10)</sup>、認知症患者の自動車運転に対し、中等度から重度では運転中断を強く勧告すべき

図9 運転に関する患者と家族への提言 筆者一部改変

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 文献<sup>10)</sup>

- ◆ 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。内容として、現在の運転状況、送迎の必要性、可能な代替手段を検討する
- ◆ 運転継続する痴呆ドライバーでは繰り返し検討し、再評価すべきである  
中等度から重度では運転中断を強く忠告すべきである
- ◆ 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
- ◆ 精神科医は運転制限を望むが、その判断を負いたくないという家族を保護し、道徳的な権限を付与する事も出来る（カルテに「運転不可」と記入するなど）
- ◆ 精神科医は具体的なアドバイスをを行う（他者への危険性、保険への影響など）
- ◆ 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べきである。
- ◆ 運転能力評価が、どれほど予測的価値があるか明らかでない。

米国精神医学会作成の治療ガイドラインでは、痴呆患者の自動車運転に対し、中等度から重度では、運転中断を強く勧告すべきであると記載されている。米国の神経学会と精神医学会という専門医向けのガイドラインでも痴呆患者への対応には違いが存在する。

表7 認知症性ドライバーの運転中断に関する問題点

- 1: 「認知症」の判定で中止でよいのか？  
課題：現在免許取消対象はアルツハイマー病と血管性認知症 除外診断のあり方  
認知症の判定をどこで行うのか？  
認知症の過剰診断、思いこみと運転制限のための受診回避をどうするか
- 2: 認知症の重傷度(重さ) 例: CDRの判定でよいのかどうか？  
課題: 知的・認知障害の目立たないFTLDなどの認知症はどうするべきか
- 3: 運転適性検査は有効か？  
「認知症のひとは免許更新に合格しない」という思いこみ  
課題: 実際は殆どの認知症患者は合格している  
1. 視力検査・適性検査への過信 2. 病状自己申告制度は認知症に有効か？
- 4: 倫理的問題  
課題: 1. 家族申告の是非 2. 主治医(医師)通報の是非
- 5: 運転能力評価方法  
課題: 運転危険を予測する神経心理学的評価方法はあるのか？  
全員に実車テストを行うとコストが問題
- 6: 運転中断時の対応 中断が必要な認知症患者への心理社会的対策がない  
1: 課題: 病名告知 2: 本人の受け入れ 3: 代替案

であると記載されている。このように専門医向けのガイドラインでも認知症患者への対応には違いが存在する。今後はわが国でも独自の医学的検討やコンセンサスづくりが必要と思われる。

#### 4. 結語 (表7)

2005年4月現在における認知症患者の自動車運転に関する法的対応と、これまで筆者らの行ってきた認知症患者の運転能力に対する医学的検討について述べた。今後の認知症患者の自動車運転

に関する課題を表7に要約した。以上からそのため今後各専門領域や、行政、医療、保健福祉の垣根を超えた連携づくりや対策づくりが重要であると考えられる。

最後に本発表にあたり多大な助言と指導を頂いた愛媛大学池田学先生にこの場を借りて深謝いたします。なお本発表内容の一部は厚生労働科学省 長寿科学 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」班(課題番号H15-長寿-032)の補助を受けて実施した。

文献

- 1) 道路交通法施行令の一部を改正する政令試案等 : <http://www004.upp.so-net.ne.jp>
- 2) 日本精神神経学会精神医療と法に関する委員会 : 委員長 富田三樹生 ; 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 - 精神神経誌 2004 年 6 月号 106 巻 6 号 p812 ~ 847
- 3) 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次, ほか : 痴呆患者と自動車運転 - 我が国における痴呆患者の運転問題への対応 -. 臨床精神医学 . 31; 313-321, 2002
- 4) 上村直人 : 痴呆性ドライバーにおける基本的問題 医師は本当に運転能力を判断できるのか? 法と精神科臨床研究会第 12 回例会 2003 東京 抄録集
- 5) Arai Y : Problems of family caregivers with demented elderly behind the wheel: The 2002 Road Traffic Act in Japan Revisited. Japanese bulletin of social psychiatry (in press)
- 6) 上村直人, 痴呆性老人と自動車運転 ~ 認知能力と運転能力の関連性の検討 : 日本損保協会平成 12 年度ジェロントロジー研究 ジェロントロジーに関する社会科学分野における独創的・先進的な研究 研究報告 No5 P3-13 2002
- 7) 上村直人, 掛田恭子, 泉本雄司, 下寺信次, 井上新平 : アルツハイマー型痴呆と前頭側頭型痴呆の運転行動の特徴の差異について ~ 痴呆の原因別による運転行動の違いと対応 ~ 第 20 回日本社会精神医学会 抄録集 2003
- 8) 上村直人, 掛田恭子, 泉本雄司, 下寺信次, 井上新平, 痴呆患者の運転能力評価としての道路標識テストの有用性の検討 第 43 回中四国精神神経学会抄録集 2001
- 9) 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.
- 10) 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, 日本精神神経学会 監訳, 医学書院, P36-38, 1999

この論文は、平成17年4月9日(土) 第15回中・四国老年期痴呆研究会で発表された内容です。