

**第2回 高齢運転者交通事故防止対策に関する有識者会議  
議事概要**

**1 開催日時**

平成29年2月22日(水) 10:30~13:00

**2 開催場所**

警察庁第1会議室(中央合同庁舎2号館16階)

**3 出席者**

**(1) 有識者委員**

秋山 治彦 一般社団法人日本認知症学会理事長  
朝倉 康夫 東京工業大学環境・社会理工学院土木・環境工学系教授  
新井 平伊 公益社団法人日本老年精神医学会理事長  
石田 敏郎 早稲田大学人間科学学術院人間情報科学科教授  
春日 伸予 芝浦工業大学工学部教授  
鎌田 晴之 公益社団法人認知症の人と家族の会理事  
鎌田 実 東京大学大学院新領域創成科学研究科教授  
助川 未枝保 一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事  
鈴木 邦彦 公益社団法人日本医師会常任理事  
鈴木 春男 千葉大学名誉教授  
須田 義大 東京大学生産技術研究所次世代モビリティ研究センター長・教授  
鳥羽 研二 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事長  
藤原 静雄 中央大学大学院法務研究科教授  
本間 昭 お多福もの忘れクリニック院長  
松浦 常夫 日本交通心理学会会長・実践女子大学教授  
溝端 光雄 自由学園最高学部講師  
山崎 學 公益社団法人日本精神科病院協会会長

**(2) ヒアリング対応者**

池田 学 大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室教授  
島田 裕之 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター予防老年学研究部長  
瀬川 誠 株式会社山城自動車教習所交通教育センター長  
高橋 信彦 一般社団法人日本自動車工業会安全・環境技術委員会安全部会長  
横山 雅之 一般社団法人全日本指定自動車教習所協会連合会専務理事

**(3) 警察庁**

井上 剛志 交通局長  
櫻澤 健一 交通局交通企画課長  
岡本 努 交通局運転免許課高齢運転者等支援室長

**(4) 関係府省**

金子 健 内閣府政策統括官(共生社会政策担当)付交通安全対策担当参事官  
飯塚 秋成 総務省地域力創造グループ地域振興室長  
宮腰 奏子 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室長  
金子 正志 国土交通省総合政策局公共交通政策部交通計画課長  
伊勢田 敏 国土交通省道路局高速道路課長

江坂 行弘 国土交通省自動車局技術政策課長

※ 代理出席者

総務省総合通信基盤局電波部移動通信課新世代移動通信システム推進室係長  
経済産業省製造産業局自動車課課長補佐

#### 4 議事概要

##### (1) 開会

事務局から出席者を紹介。

##### (2) 議事

###### ア 事務局説明

事務局から資料1-1、1-2及び2に基づき説明。

###### イ 有識者委員プレゼンテーション及び関係者ヒアリング

池田学氏から資料3に基づき、秋山治彦委員から資料4に基づき、溝端光雄委員から資料5に基づき、松浦常夫委員から資料6に基づき、島田裕之氏から資料7に基づき、横山雅之氏から資料8に基づき、瀬川誠氏から資料9に基づき、高橋信彦氏から資料10に基づき、それぞれ説明。

###### ウ 自由討議

主な発言は次のとおり。

###### ○ 総論

- ・ 運転免許の取消しによって、施設に入る方が増える、認知症が悪化する方が増える、認知症の診断を遅らせようとする方が増えるという話もあったように、特に、地方において非常に大きな社会問題になる可能性があるため、総合的な対策を進めていく必要がある。
- ・ 高齢化が進んでいくと、身体機能の低下によって運転が不安定になり、危険になるという場合もあるとのことから、認知症だけでなく、高齢による身体機能の低下による問題への対策も必要ではないか。
- ・ 事故の発生をゼロにはできないので、通学路にガードレールを設けたり、高齢者が自動ブレーキ等の搭載車を購入するのを支援したりするなどの対策を早急に講じるべきである。

###### ○ 交通安全教育関係

- ・ 高齢ドライバーの教育をどうするかということが重要な課題である。  
本年3月12日からの高齢者講習の高度化において、個人指導という部分が、教育の一環として非常に重要だと思う。  
自動車教習所は、厳しい環境の中にあるとのことだが、せつかくの個人指導という教育の場がいかされるように、何とか体制を整えていただきたい。
- ・ 改正道路交通法により高度化される高齢者講習において、個人指導や双方向型講義は、非常に重要な要素であり、制度の趣旨・目的が完全に果たされるよう、全日本指定自動車教習所協会連合会では、現在、全国の自動車教習所に指導方法等の確認徹底等を行っている。  
今後、いわゆる団塊世代の高齢化が進んでいく一方で、自動車教習所は減少しており、現場はいろいろと苦勞していることを十分理解した上で、制度設計を行っていただきたい。
- ・ 自動車教習所においても、教育の重要性を十分理解しており、全国の自動車教習

所では、法定の講習以外にも、いわゆる任意の安全診断や安全講習を工夫しながら行っている。

このような取組が更に進み、身体健康診断と同じように定着していく形が理想的であると思っており、高齢者の交通安全教育については十分協力してまいりたい。

- 安全運転教習といった（身体機能の低下による運転の危険性を）少しでも改善していくような取組も必要だと思ふ。

## ○ 認知症関係

- かかりつけ医は、認知症の患者のためを思って、ある程度広く（認知症であると）判断して治療を開始することもあるが、それが免許の取消しに当たっては、かえって患者に不利になる場合もあり、かかりつけ医が非常に悩むことになるため、実車テストを実施することも必要だと思ふ。
- MCI（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）の患者の車にドライブレコーダーを付けたり、（認知症と診断された患者は運転することができないため）シミュレーター等を用いたりして、データを収集しているところ、データの再現性について、運転者のその日の体調によるのか、ある日はちゃんとできたのに、別のある日は同じところで駄目だったということもあり、運転の能力の診断は非常に難しいものと感じている。
- 認知症は、1つの病気ではなく、多くの原因疾患がある。例えば、代表的な疾患の1つであるレビー小体型認知症は、診断基準そのものに「認知機能が変動するもの」と定められている。

このため、日を変えて認知機能の検査を行い、（日によって）認知機能が変動すれば、レビー小体型認知症の可能性が高くなるという診断を行っており、1回きりの検査で判断するのは非常に難しい。

（1回きりの検査で判断するのは非常に難しいというのは、）実車教習や実車テストについても同じであり、特に、（道路交通法に基づく）認知機能検査は、15分程度のスクリーニング検査であるため、（認知症か否かの）判断は難しい。

- これから、改正道路交通法の施行によって、実地医家を含め、認知症の診断を求められることは間違いなく、比較的早期のものから認知症やアルツハイマーと診断するようなことが増えてくると思ふ。

実際には、実地医家は、介護保険法に定められた「日常生活に支障のあるもの」を認知症として診断していくものと理解しているが、そうであれば、早期のアルツハイマーや画像・バイオマーカー（により早期に発見される症状）は、その診断対象に含まれないことになるのではないか。

認知症の診断基準をどこに置くかということを決めなければならないのではないか。

認知症と自動車の運転技能が、ある程度は相関する点があるとすれば、これを見極めるのは、自動車教習所だけではなく、アカデミアの責任ではないか。

- 現行の道路交通法に基づいて医師の診断を受けに来る方については、誤診を防ぐためにCTを撮っておけば十分な程度の認知症であり、生活障害も出ているため、必ずしも様々な検査が必要ということではない。

今回の改正道路交通法の施行後は、違反や事故のない多くのグレーゾーンの方が対象となるため、判断が難しい。

- ・ 介護保険や投薬の問題もあり、ある程度の生活機能障害があることを基準として認知症と診断している。ただ、その「ある程度」が、どのくらいかということは難しい。

今の医学の流れは、診断については、認知機能低下の原因がどういう病気であるかという方向に行くと思われるし、治療としては、認知症にならないよう、その病気を治療するという方向に治療薬開発が進んでおり、そういう流れの中で、現在の制度を考えていった場合、難しい点が生じてくるのではないか。

- ・ 認知症と運転の関係は、本有識者会議の重要な論点だと思う。

医学的立場からは、2つの要素がある。

1つは、今回の改正道路交通法の施行に向けて直面する問題に対して、どのように工夫してソフトランディングさせるかということである。

もう1つは、次の法改正に向けて、根本的に考えていくことである。

事故防止と運転免許に関して、運転技能が認知症と関連付けて議論されてしまうが、「本来の運転技能というのは、どうあるべきか」という検討を行うべきである。

認知症の診断は、医学的に確立していないところがあり、そこがアカデミアの問題である。

認知症をどう規定するかというのは、法の運営上・実務上、決めるしかなく、介護保険の中で判定するというのが、1つの実利的な話だと思う。

- ・ かかりつけ医が診断書を作成する過程で、刑事手続に巻き込まれることはないとのことであるが、民事の賠償はどうか。

様々なケースが想定されるが、例えば、抗認知症薬を処方しているが、生活障害までは至らないので運転は許可されていた患者が事故を起こし、被害者から損害賠償請求がなされた場合に、かかりつけ医の責任はどうか、また、運転を中止することによって、認知症が進行することや生活範囲が狭まることについて、裁判の対象になるのではないかというかかりつけ医の不安をよく聞く。

#### ○ 運転免許証の自主返納関係

- ・ AD (Alzheimer's Disease : アルツハイマー病) の初期で本人が (運転に) 不安を感じているときに自主返納を勧めるのが (医学的に) 有効とのことであり、ケアマネジャーとしても、本人が不安を感じているときに自主返納できるよう、「地域の中で支えていけるから、車は使わなくてもいいのではないか」と発言できるようになっていけばいいと思う。
- ・ 認知症と診断された場合には、運転をやめさせようというのが家族の立場であるが、実際には難しい。

認知症と診断される側の家族としては、医師との間に信頼関係があれば別だが、「なかなか良くならない」という焦りからか、「良い医者はいないか」という相談もまだ減ることがない。家族は、現場でいろいろと苦労しているが、医療関係者と信頼関係ができれば、自主返納につながる。

認知症の初期段階で自主返納を進めるのが有効とのことであるが、家族が異変に気付いてから医療機関にかかるまでの期間が平均1年9か月という統計がある。初期の診断が遅れているのが現状であり、この点は、認知症初期集中支援チームの配置等、厚生労働省において努力されているところ、様々な分野で、運転卒業を受け入れるアプローチを考えていただきたい。

また、運転寿命延伸の取組には期待するものの、教習の工夫次第で本人が自覚し、諦めにつながるということもあり得るため、自動車教習所との連携も重要であり、総合的な取組を進めていただきたい。

家族としては、加害者側になりたくないという思いがあり、自分から運転をやめるというソフトランディングのアプローチを検討していただきたい。

- 運転をやめてもらう一番良い方法は、医師と患者の間に信頼関係を築くことである。ただし、医師と患者の信頼関係については、運転をやめてもらうこと以外にも、診療を進めていく上で大前提であり、当たり前のことであるから、とてつもなく大変なことではない。

実際に、家族に病気を理解して受け入れてもらうことも、医師と患者本人・家族との間に信頼関係がなければできず、その中に運転をやめてもらうということも含まれてくるだろう。

もちろん、1回説明するだけで、運転をやめてもらえるわけではなく、外来で回数を積み重ねることになるが、信頼関係は、基本的なことの1つであるため、改めて取り上げて考えなくてもいいのではないかと。

- 運転をやめてもらう方法として、医師と患者の信頼関係だけでなく、ケアマネジャーがどのくらい認識し、理解できているか、手伝ってもらえるかということも絡んでくる。ケアマネジャーにおいても、全体的な研修等を進めていただきたい。
- (認知症との診断結果を理由にするのと、自動車教習所における実車テストの結果を理由にするのと、いずれが良いかについて、) 運転免許を諦めるに当たっては、信頼関係が全てであり、自分が信頼する人からの提言であれば、受け入れる。

難しいのは、実車テストの場合、まだらに認知症の症状が出る方がいることであり、実車テストでは問題がなくても、いつ、またその症状が出るか分からないという問題が残っているため、「とにかくやめさせたい」というのが、家族の気持ちである。

運転寿命延伸の取組には興味があるが、ケース・バイ・ケースであることから、一概にどちらが良いか、申し上げられない。

#### ○ 高齢者の生活支援関係

- 高齢者の生活の質の保障について、2つある。  
1つは、個別のケースで、ケアマネジャーがどのように生活支援を行っていくのかという部分である。

もう1つは、社会支援として地域の中で必要なインフラを整備していく中で、地域の課題を一番分かっているのは現場のケアマネジャーであり、どういう部分が足りていないのかという地域の課題を地域包括支援センター等の会議に諮るなどしながら把握していくという役割がある。

高齢者が運転できなくて困っている事例として、買物、通院、仕事が挙げられるが、仕事の部分も生活の軸として絶対に外せない部分であり、例えば、畑に行くときに乗り合わせていくなど、どのように地域の協力を得るのか、地域の課題を把握することが非常に重要だと思う。

#### ○ 車両関係

- 地域によっては、いろいろな限定をした形で、社会的な生活を維持するための運転を認めることが必要な場合もあり、(現行制度では免許が取り消される可能性の

ある) 高齢者でも乗れるような低速で安全な車の開発も必要ではないか。

- アメリカでは、州によっていろいろな対応があるが、連邦政府において、ゴルフカートよりも少し上のクラスをLow-speed Vehiclesとして、1990年代の半ばくらいに新しく規格化しており、低速の自動車があちこちで走っている。
- ヨーロッパでは、「L6」というクラスの自動車が、最高時速45キロメートルという規格で、免許がなくても運転できるようにしている国もある。

若者が、こうした自動車に乗って事故を起こすのが多いため、安全基準について議論されているが、(高齢運転者の交通事故防止対策としては、) 低速化の自動車を活用するのも1つの方法ではないか。

- 石川県輪島市では、ゴルフカートを保安基準に合わせて軽自動車のナンバーを取得して走らせている。

時速20キロメートルだと遅過ぎるのではないかという指摘もあり、いろいろと苦情を頂くものかと思っていたが、ゴルフカートの後部にドライブレコーダーを付けて、後続車両のドライバーの様子や渋滞状況を分析したところ、(特段の問題はなく、) 輪島市のような場所であれば、時速20キロメートルでも十分だという結果が得られた。

- テクノロジーの開発も非常に重要だと思う。

自動ブレーキやアクセルとブレーキの踏み間違いを防止する装置、逆走を防止する装置等の技術について、できるだけ早く、安価に(利用できるように) 開発して、普及させる必要がある。

自動運転が究極の目標かもしれないが、その前にできること、やるべきことがたくさんあるのではないか。

- (先進安全技術による高齢運転者に係る交通事故の抑止・被害軽減効果について、) 踏み間違いに関しては、事故統計等から効果代が分かかってきており、技術的に考えなければならない領域は、かなり絞られる。ただし、想定できないようなところで事故が起こっているケースもあるため、例えば、新聞やテレビ等で報道されるような特殊事例に対処できるのかということ、それは難しいかもしれない。

統計的に数が多い事故に対して、「その事故には、この運転支援が有効である」という情報を自動車メーカー側で考えながら提供していくというのは、重要なアプローチであると思う。

(以上)