

**第3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3月17日(金) 13:00~15:00

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
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

国松 志保 東北大学大学院医学系研究科神経感覚器病態学講座眼科学分野講師
松本 長太 近畿大学医学部眼科学教室教授

(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
中村 裕治 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

総務省地域力創造グループ地域振興室事務官
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 事務局等説明

事務局から資料1～4に基づき説明。

国土交通省自動車局技術政策課長から資料5及び6に基づき、国土交通省総合政策局公共交通政策部交通計画課長から資料7に基づき、それぞれ説明。

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

鈴木邦彦委員から資料8に基づき、松本長太氏から資料9に基づき、春日伸予委員から資料10に基づき、助川未枝保委員から資料11に基づき、鈴木春男委員から資料12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。

○ 認知症関係

- ・ アカデミアの立場では、早い段階から認知症と診断して治療を行っているが、運転免許に関しては、認知症と診断することについて、非常に慎重でなければならないと思う。

「かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」のモデル事例3において、アルツハイマー病を生活機能の面から7段階に分類するFAST (Functional Assessment Staging) で3と評価された者について、診断書では「認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれがある」を選択することが示されているが、こうした対応に賛成である。

- ・ (「かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」のモデル事例3で示された対応について、) 賛成であるが、例えば、CDR (Clinical Dementia Rating) で軽度認知障害と評価された者については、その後の経過に注意しなければならない。
- ・ 認知症と診断された者には運転を卒業してもらいたい。

(認知機能検査で第1分類(認知症のおそれ)と判定されてから、認知症と診断され、免許の取消し処分を受けるまでの) グレーゾーン期間に交通事故が起ってしまうのは、とても切ない話である。

軟着陸として自主返納してもらいたいが、運転免許試験場で通告されるだけでは納得できないだろう。どのような者の説得が最も効果的かは、人それぞれであるため、ネットワークを作り、ケアマネージャーや医師の説得等、様々なアプローチがあると思うが、グレーゾーン期間を活用して自主返納につなげる工夫をしていただきたい。

○ 視野関係

- ・ 視力が悪くなれば、本人も気付くが、視野が悪くなっても、中枢レベルで視野が欠けていることが補填されるため、あたかも正常と同じように見えているような感覚となり、本人が視野が欠けていることに気付かないことが多い。
- ・ 緑内障の場合には、末期まで視力がほぼ正常であることが多く、視野異常の有無を調べるための検査をしなければ、見付けることができない。

現行制度において、一眼の視力が0.3に満たない者又は一眼が見えない者は、免許取得・更新時に視力良好眼の水平視野の検査が義務付けられているが、(視野が狭くても中心視力が良好なため) 水平視野検査を受けるケースが少ない。また、水平視野の検査では、正確に視野を捉えることができていないのではないかと。

- ・ 加齢黄斑変性症の場合には、目の中心部分で出血が起きるため、中心の一定範囲が見えなくなる中心暗点という状況になり、視力が低下することが多い。ただし、出血の程度に応じ、見えなくなる範囲や大きさも異なり、少し視線を動かすと見えるというような場合もある。どの程度までの症状であれば、運転が可能かという点に関しては、現行の視力検査が比較的上手く作用しており、視力に問題のある者は免許更新ができないようになっている。また、本人が症状に気づきやすく、運転行動において注意が払われやすい。
- ・ (眼科以外の分野で加齢によって視野が狭くなるという報告があることについて、) 眼科医全体が不思議に思っており、なぜ眼科医の捉え方と違うのかと議論がされている。眼科の診療で用いる視野検査機器では、正常人データベースがとられており、検査結果を、正常人データベースと比較し、病気の診断や経過観察を行っている。通常の眼科診療で使用している視野検査機器を用いた視野検査結果は、資料9の12ページにあるように、17歳と77歳では、網膜のある最周辺部まで含めても、見える範囲は、ほぼ変わらない。つまり、高齢者も若年者も同じように見えているのは間違いない。

眼科以外の分野の実験では、例えば、視標を外側から動かし、見えた時点でボタンを押すという視野検査では、視標を動かすスピードを速くすると、応答が鈍い場合には、見えているにもかかわらず、ボタンを押すタイミングが間に合わなくて、結果として「視野が狭い」と判定される。加齢現象が視野測定検査に影響し、結果として視野が狭くなるということが報告されているものと思慮されるが、飽くまでも応答が遅くなっているのもあって、加齢によって視野が狭くなるというのは間違いである。

- ・ 視線を動かせば、視野も動くが、動かす範囲に関しては、見えているから動かすというより、どの部分まで見なければならぬかという高次の情報処理の流れが眼球運動にフィードバックされており、これが加齢によって遅くなることもある。
一方、視野が狭くても、視線を活発に動かす者もおお、これが交通事故を起こすか否かの要となる。
- ・ (視野の各部分における認知能力について、) 中心30度内の範囲に関しては、中心を見ているところにタスクを与え、周辺の視野で当該タスクができるか否かという実験を行った場合、年齢の影響で徐々に鈍くなってくると言われている。
- ・ 警察庁では、平成28年度において、新たな視野検査方法について調査検討を行い、高齢運転者を対象に、新しい視野計を用いた模擬的な検査を行った。その結果、この新たな視野計については、視野異常者をスクリーニングするための十分な性能を備えていると評価できたが、実際の高齢者講習への導入に当たっては、視野と交通事故の関係に関する十分なデータがなく、検査結果に基づく指導の在り方が確立していないこと、検査時間の長さや費用面等の課題があり、自動車教習所等での現実的な運用に向け、更なる検討が必要と指摘された。

警察庁としては、この結果を踏まえ、引き続き、検討を進めていきたい。

○ 高齢者の生活支援関係

- Age Friendly Society をつくっていくためには、移動手段の問題だけではなく、医療・介護等、総合的に取り組んでいかなければならず、医療・介護等の関係者やボランティアがどうやって協力するか、地域包括ケアシステムの中で進めるのか、行政の交通・保健福祉の部局が連携して進めるのか、そうした枠組みができることを期待している。
- Dementia Friendly Society の国際比較では、モータリゼーションや工業が発達した地域ほど、コミュニティー能力が低い。アジア型のコミュニティーの緊密さを学んでいく姿勢で、モータリゼーションがもたらしたものと失ったものを勘案し、地域包括ケアシステムの中で、移動手段を確保しつつ、コミュニティー能力を両立させる新たな日本型の取組が必要である。
- 高齢者の移動手段の確保については、公共交通機関だけの問題ではない。例えば、運転免許を持つ夫が軽トラックを運転し、運転免許を持たない妻を乗せて畑仕事に行くという農家の場合、夫が認知症と診断されると、それまで生きがいであった畑仕事ができなくなり、家に閉じこもってしまうが、なかなか介護給付にはならない。この場合の移動手段については、畑仕事をする道具を運ばなければならないため、近隣住民が親切であったとしても、毎日送迎することはできず、公共交通機関でも、インフォーマルなサポートでも、カバーできないのではないかと。
有償にせよ、無償にせよ、ボランティアが代わりに軽トラックを運転し、朝夕、自宅と畑を往復するというサポートは、現状の地域のリソースからは難しいと思うが、そうしたニーズがあることを忘れてはならない。
- バッテリー付きの電動四輪車（ハンドル形電動車いす）は、時速6キロメートルであるが、籠が付いているので畑仕事の道具も運ぶことができ、足腰が衰えた高齢者の移動手段として活用できるのではないかと。
- アメリカのサンシティでは、高齢者の移動手段としてゴルフカートが利用されている。
- 自宅から畑までの軽トラックの運転だけであれば可能という限定条件付免許があればいいのではないかと。

公共交通機関によって日本全国をカバーすることはリソース上できない中、諸外国の例を踏まえながら、限定条件付免許について検討することも、具体的なソリューションになってくるのではないかと。

○ 車両関係

- 「安全運転サポート車」の普及啓発について、自動ブレーキは、ヨーロッパ及び北米でも実用化が進んでいる。一方、ヨーロッパ及び北米では、マニュアル車や左ハンドルの車が多く、これらの車は踏み間違いが起りにくいいため、ペダル踏み間違い時加速抑制装置は、特に日本において実用化が進んでいる。

「安全運転サポート車」は、高齢運転者の交通事故防止に有効な技術として、ペダル踏み間違い時加速抑制装置を挙げているが、高齢運転者以外の運転者にとっても、自動ブレーキは非常に有効な技術であることから、その普及啓発を進めていく必要がある。

将来的に、先進安全技術の義務付けや（その普及に向けた）支援措置について検討する場合には、欧米と日本の技術の現状を踏まえる必要がある。

- ・ 「安全運転サポート車」に乗れば安全になるといっても、スピードを出しすぎるのは危険である。自動ブレーキに頼るのではなく、その限界等を正しく認識し、自分の能力に合ったスピードで走行するよう、教育・指導すべきである。

○ その他

- ・ 本日の議論では、運転免許制度、技術、医療という3つの話が出たが、例えば、老化現象や医学的な機能低下が運転の技量にどうつながっているのか、運転の技量をカバーするための技術がどうつながっていくのか、どのような技術があれば限定条件付免許を導入できるか等について、科学的な関係が明らかになれば、納得した上で議論ができる。すぐにできる話ではないが、長期的な観点から検討していけばいいと思う。

(以上)