

平成27年2月3日

「道路交通法改正試案」に対する意見

公益社団法人 日本精神神経学会
理事長 武田 雅俊

貴庁より、道路交通法改正試案（以下、「改正試案」）が提示されました。私たち日本精神神経学会は、精神障害者の運転の問題に携わってきました。貴庁の担当者とも協議しつつ、ガイドラインを作成した経緯もあります。この立場から、この「改正試案」における高齢運転者対策については大きな驚きと疑問を禁じ得ません。以下、その理由について述べます。

1. 認知症と危険な運転との因果関係は明らかでない

私たちはそもそも特定の病名を挙げて運転免許の制限を行うことは病者への差別であるということから強く反対してきています。その観点から現在の道路交通法の規定は不適切なものであると考えていますが、その道路交通法を前提とするとしても、欠格とされているのは介護保険法に規定する認知症であり、医学的な意味での認知症全般を指すわけではありません。この「改正試案」は、その混同をあえてしており、用語の使用法という観点からしても不適切です。

また、高齢者においては認知機能が低下している者の比率が高くなり、また認知機能が低下した者においては事故の比率が高くなるであろうことは推測できる事実です。しかし、ある集団において事故の比率が高いからと言って、その集団全体の運転を制限してよいかと言えば、それは別の問題です。「改正試案」の説明には、高齢者の交通事故の増加が述べられていますが、これは社会全体の高齢者の増加に伴って必然的に生じるものです。また、高齢者の「年齢層別免許保有者 10 万人当たり死亡事故件数（平成 25 年）をみると、75 歳以上の高齢運転者は 10.8 件と 75 歳未満の者と比べ約 2.5 倍となっています。」とされていますが、免許保有者当たりの死亡事故件数は若年者でもかなり高く、死亡事故に限らず人身事故全般に広げれば 10 歳代や 20 歳代の若年者の方が高いというデータもあります。だからと言って、若年者の運転や免許取得を制限していいという議論にならないことから、このことの問題性は明らかです。

個別に運転能力や事故のリスクを判断することが可能であればこの問題は解決しますが、現時点ではそうした手段や指標はありません。

医師は認知症の診断においては短期記憶の障害を重視しています。これは、特に認知症の原因疾患として最多数と言われているアルツハイマー型認知症に

において、その初期症状の認定や進行度の判断に有用で、他の症状とも関連性があるからであり、医学的にはきわめて妥当なことです。しかし、記憶障害それ自体が運転に与える影響は小さなものです。また、医師は、病気を見落とさないという姿勢を習慣としているために、その疑いの者も含めて病気と診断する傾向があり、これも市民の健康維持という観点からすれば妥当なことです、病名をつけることによって権利の制限が生じる場合には大きな問題を招きます。すなわち、認知症のおそれがあると判断された者につき、医師の診断を求めることは、運転能力が残されているにもかかわらずそれが制限されてしまう者を生じさせる可能性がきわめて大きいということになります。

私たちも交通事故の減少を切望しており、そのための協力であれば惜しまないつもりです。しかし、診察場面や検査でこれを行う適切な方法が現在存在しない以上、安易な診断書作成には協力できません。交通事故と精神症状の関連について調査するには、交通事故の原因究明が第一です。このための調査を、当学会担当者から貴庁に提案致しましたが、それは拒否されたまま現在に至っています。

2. 診断をする医師の確保がなされていない

「改正試案」の説明を読むと、平成 25 年中に認知機能検査において認知症のおそれがあると判断された者は 34,716 人という多数に及ぶことが明らかにされています。こうした多数の者の診察をする医師をどのように確保するのでしょうか。その方策が全く示されていません。

この診察は運転免許の制限などの処分に直結し得るものであり、高度に公的な性格を有するものです。公安委員会の指定する医師に施行させるのが正当であると考えますが、この数であればそれは困難でしょう。主治医がいればそれに委ねるという方法がありますが、主治医がこうした診断に精通しているとは限らないうえ、もし仮にその診断結果が本人の意に沿わないものであった場合、治療関係を破壊し、医療中断を招きかねません。主治医がいない場合はもっと問題で、公安委員会が指定しない場合はその人や家族が診察してくれる医師を探してさまようことになります。

また、その診断の際の費用負担のあり方が明らかではありません。認知症の診断にはかなり高度な検査を要する場合もあります。臨時適性検査の診断ガイドラインに従えば、費用が自費とすれば数万円以上に及びうると思われます。本人の望まない診察において、本人の負担を強いることが適切であるかは不明です。かかりつけ医がおらず、診断書記載だけを目的として検査を行うなら保険

診療の適用はなく、かかりつけ医がいても、診断のための保険請求の可否について給付者との協議が行われているのか明らかにされていません。

3. 運転を奪うことによる生活障害への補償がない

特に地方では交通手段が事実上自家用車しかない場合があります。運転を制限すると、買い物などの日常行為や通院が不能になるような高齢者も少なくありません。生活上の困難に対する補償があればよいのですが、それは全く用意されていません。運転能力に制限はあるものの、通り慣れた道であれば大丈夫、同乗者がいれば大丈夫、という人も少なくありません。「改正試案」は、こうした人へも一律に免許を制限することに、さらに一步を進めるものです。

4. 困惑している家族を救わない

高齢の家族の運転に不安を感じ、運転を断念するように説得しているがそれを聞き入れないので困惑しているという家族がいることも事実です。「改正試案」は、そうした人の一部について安心感をもたらすものではありません。しかし、真に重症の認知症の高齢者は、免許がなくなったことすら失念し、あるいはそのことにこだわらずに、運転を行います。その際の事故については、家族に多額の賠償が請求されることがあることは、踏切での電車事故において高齢者の遺族に多額の請求がなされた事例が最近報道されたこと等でも明らかです。すなわち、この「改正試案」は、真の意味での家族の救済にならないのです。認知症を患った者、およびその家族への精神保健・医療・福祉上の支援こそが必要なのですが、本邦は精神科に対する低医療費政策が長く続いており、この点が大きく立ち後れています。道路交通法の改正より前になすべきことがたくさんあるのです。

繰り返すように、私たちも交通事故の減少を望むものです。しかし、この「改正試案」では、その実効は保証されず、却って運転能力の残存している高齢者から運転を奪うことにつながりかねず、また医療現場に混乱をもたらします。高齢者に特別な手続きが必要とするのであれば、病名診断は医師の役割であると考えますが、それと運転能力が直結しない以上、運転の適否の判断は警察・公安委員会がこれを個別に判断すべきです。今回の改正試案、特に高齢者対策の部分については拙速で大きな問題があり、改正は見送り、当事者（家族）団体、医療関係団体、関係学会、司法関係者、有識者で構成される検討会を開催し、十分な検討を行うことを強く望みます。

(以上)