

# 高齢者運転とモビリティ

## — ライフサイクルを通してのモビリティ維持を目指して —

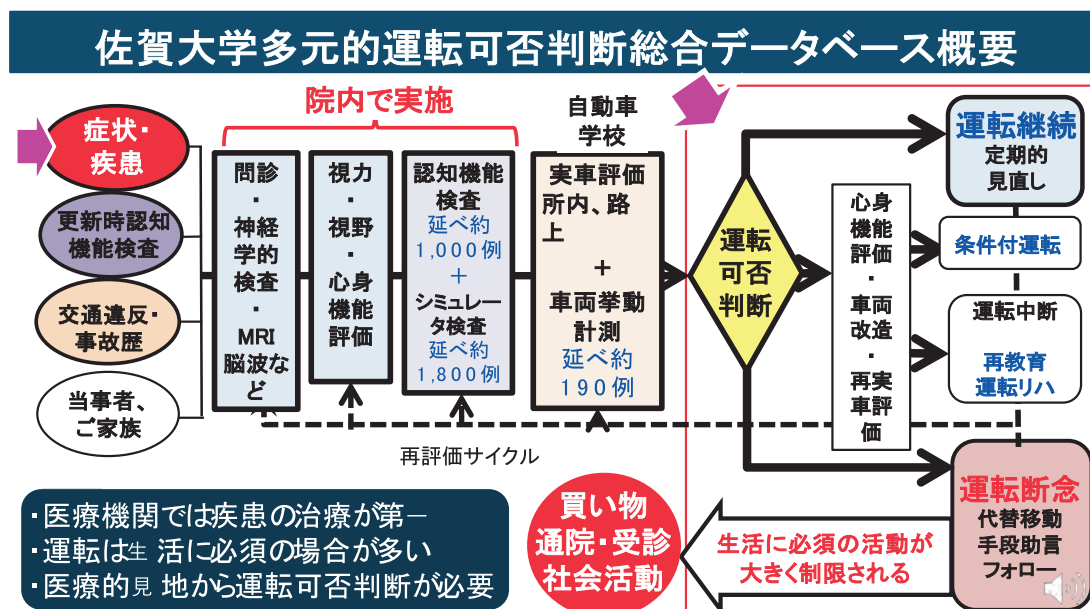
福岡国際医療福祉大学 医療学部 堀川 悦夫

日本の65歳以上人口は総人口の29.1%（2021年度内閣府発表）を示し、世界最高の比率となる超高齢社会であり、今後も増加が予想されている。一方、高齢期の多発疾患の一つである認知症の有病率は約17%（H29高齢社会白書）である。更に、高齢者の交通事故は、全年代の交通事故発生数が減少している中で、高齢者の事故比率は増加している。高齢化の過程の中、道交法により運転免許の欠格事由が定められ、アルツハイマー病等を含む4大認知症がその病名として定められている。認知症に見られる認知機能低下を検出するために、現行の道交法では、75歳以上の高齢者を対象に、運転免許更新時に事前に認知機能検査をうけ、第1分類と判断されれば、医療機関を受診して認知症か否かの診断を受ける必要が生じる。

その過程で、高齢者が運転継続できるか、或いは運転断念すべきかを判断する運転可否判断の重要性が増している。この過程で特に、認知症と健常者の中間群、軽度認知機能低下（MCI）などの診断と運転に関する診断書作成が必要となる。認知症の初期では認知症の症状が見られない方、認知機能低下の症状よりも運転機能低下が先行して検出される方などもみられるなど、個人差が特に大きく、運転可否判断は容易ではない。

我々は、佐賀大学病院のもの忘れ外来等で、通常の診療過程に加えて運転シミュレータ検査、実車運転評価と車両挙動解析、そして運転リハビリテーションの過程を、「佐賀大学多元的運転可否判断総合データベース」として構築し、エビデンスにもとづく運転可否判断とその後のモビリティ支援のシステム開発を行っている。

データベースに集載された内容は、1) 脳MRIを含む医学的検査、2) 交通事故リスク評価に実績のある認知機能検査各種 約1,000例、(MMSE、FAB、TMT、CDT、GDS等)、3) 運転シミュレータ検査 延べ約1,900例（警察庁2000年仕様、基準値各年代男女各100名、計2,000名）、①単純反応、②選択反応、③ハンドル操作（眼一手協応検査）、④複合検査（マルチタスク）：周辺視野刺激提示条件での上記②と③の同時実施、4) 実車運転評価 延べ約200例、自動車学校教員評価と車両挙動計測（速度、加速度、ビデオ計測ほか）、学習効果（同一日に2回測定し教員の指導効果を検証）などである。



この活動における我々の目的は、①エビデンスに基づいた運転可否判断を行う、②疾患と運転行動の関係を明らかにする、③運転断念後の移動支援を開発することであり、医工連携を根幹として更なる改良が行われている。日常的な運転行動から、交通事故の予兆を検出し、自動運転開発やMaas開発にも発展させていきたい。

【キーワード：運転可否判断、認知症、軽度認知機能低下（MCI）、データベース、モビリティ支援】