認知症高齢者の運転支援・実車評価
～桔ケ原病院（長野県）の取り組み

園原　和樹
桔梗ケ原病院

2025年6月29日
第67回日本老年医学会学術集会

はじめに ～ アウトライン

Ⅰ．自動車運転と法律

Ⅱ．長野県の取り組み ～ 認知機能の低下した高齢者の運転支援・運転適正評価

Ⅲ．桔梗ケ原病院の取り組み ～ 医療機関における運転支援・運転適正評価

Ⅳ．理想的な認知症高齢者の運転能力評価法とは？

運転と法律

Ⅰ. 運転と法律

Ⅱ. 長野県の取り組み ～ 認知機能の低下した高齢者の運転支援･運転適正評価

Ⅲ. 桔梗ケ原病院の取り組み ～医療機関における運転支援･運転適正評価

Ⅳ. 理想的な認知症高齢者の運転能力評価法とは？

道路交通法の改正

【過去の経緯】

Ⅰ．病気のない健常者が運転することについて定めている。

Ⅱ．①病気の後遺症，②老化による機能低下により、運転能力が低下する可能性を考慮できていなかった。

Ⅲ．相対的欠格事由により、運転できない状態について定めている。

2014年 一定の病気等 ⇒ 2017年 認知症

※相対的欠格事由とは

欠格事由とは「資格習得に必要となる条件を満たせず、資格習得ができない理由」です。

相対的欠格事由は「資格取得ができない可能性のある理由であって、障害の程度と資格遂行の難度を勘案して資格取得の可否が決められる理由」となります。

一定の病気等

Ⅰ．定義

自動車等の安全な運転に支障をおよぼすおそれがあり、運転免許の取り消しまたは停止の理由となる病気。

Ⅱ．対象疾患

①統合失調症
②てんかん
③再発性の失神
④無自覚性の低血糖症
⑤そううつ病
⑥重度の眠気の症状を呈する睡眠障害
⑦その他精神障害
⑧脳卒中
⑨認知症
⑩アルコール中毒

認知症の定義①

【一般的】

後天的な脳の障害により、いったん正常に発達した認知機能が低下し、日常生活や社会生活に支障を生じた状態。

【医学的（DSM-5「認知症」より）】

①1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習および記憶、言語、知覚ー運動、社会的認知）において、以前の水準から有意な機能低下を認める。
②毎日の活動において、認知欠損が日常生活の自立を阻害する。
③その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
④その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない。

認知症の定義②

【道路交通法】

道路交通法第90条において、認知症とは「介護保険法第5条の2第1項に規定する認知症である者」と定められている。

【介護保険法】

介護保険法第5条の2第1項において、認知症とは「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」と定められいる。

まとめ

Ⅰ．認知症は「自動車等の安全な運転に支障をおよぼすおそれがあり、運転免許の取り消しまたは停止の理由となる病気（一定の病気等）」に該当する。

Ⅱ．医学における認知症 ＝ 道路交通法における認知症ではない。

道路交通法における認知症は「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」である。

Ⅲ．認知症は相対的欠格事由に該当するため、病名により一律に自動車運転を禁止するのではなく、認知症により自動車運転に支障が生じているかを基準として運転継続の可否を個別に判断する必要がある。

長野県の取り組み ～ 認知機能の低下した高齢者の運転支援･運転適正評価

Ⅰ. 自動車運転と法律

Ⅱ. 長野県の取り組み ～ 認知機能の低下した高齢者の運転支援･運転適正評価

Ⅲ. 桔梗ケ原病院の取り組み ～医療機関における運転支援･運転適正評価

Ⅳ. 理想的な認知症高齢者の運転能力評価法とは？

長野県障がい者運転支援連絡会

（以下．運転支援連絡会）

Ⅰ．2016年に、「患者・障がい者の運転再開・免許取得に関係する支援の他、運転ができなくなった場合の支援、認知症者の運転に関する問題などに関わる機関同士が連携を築き、相互の情報交換や研修会・学習会の開催により知識技術の向上を図ると共に、渉外・啓発を進めることで地域資源の開拓を促進し、長野県における支援体制の地域間格差を是正していくこと」を目的として発足。

Ⅱ．運転支援を行う医療機関（28），長野県指定自動車教習所協会、長野県警察本部交通部運転免許課（免許センター）からなる合議体。

Ⅲ．脳血管障害者における運転支援の課題解決のために、毎年2回話し合いを実施。

運転支援連絡会が過去に果たしてきた役割

Ⅰ．医療機関，免許センター，長野県指定自動車教習所協会の連携

Ⅱ．自動車運転評価連携シート（教習所情報提供書）の書式統一

Ⅲ．公安委員会診断書（脳卒中等）の改定

Ⅳ．自動車運転実車評価票の書式統一

Ⅴ．高次脳機能障害者に対する運転再開支援講習（構内および路上における実車評価）の開始

Ⅵ．視野障害者の運転適正評価

過去の経過①

Ⅰ．認知症と道路交通法についての研修会（2022年、2023年）
長野県認知症疾患医療センターと運転支援連絡会で意見交換。

①2022年
認知症と道路交通法～長野県の実情を踏まえて
認知症疾患医療センターと長野県障がい者運転支援連絡会の紹介
認知症高齢者の運転支援についてのアンケート

②2023年
脳血管障害の運転判断について
症例提示 ～ 認知症高齢者に対する運転支援

過去の経過②

Ⅱ．長野県認知症疾患医療センター連携会議（2025年2月）

高齢運転者の運転能力評価法として実車評価が必要であり、今後は実車評価を行う医療機関との協力が望ましいとの意見あり。

Ⅲ．長野県障がい者運転支援連絡会（2025年5月）

「認知機能の低下した高齢者の運転支援・運転適正評価について」の話し合いを開始

①道路交通法における認知症の定義の確認
②高齢者の自動車運転に関する報告書（日本老年学会，2024年）
③今後

運転支援連絡会で老年期の特性を踏まえた高齢者の運転適性評価の基準（ひな形）を決定後、長野県認知症疾患医療センターと協議

まとめ

Ⅰ．病気を来した患者の運転支援について話し合う場として、長野県障がい者運転支援連絡会がある。

Ⅱ．道路交通法・脳血管障害者の運転支援についての研修会を通じて、運転支援連絡会と認知症疾患医療センターの相互理解を深めた。

Ⅲ．運転支援連絡会では、2025年より認知機能の低下した高齢者の運転支援・運転適正評価についての話し合いを開始した。

Ⅳ．運転支援連絡会、認知症疾患医療センターの両者が協力して、認知機能の低下した高齢者の運転支援・運転適正評価を行うことが望ましい。

桔梗ケ原病院の取り組み ～医療機関における運転支援・運転適正評価

Ⅰ．自動車運転と法律

Ⅱ．長野県の取り組み ～ 認知機能の低下した高齢者の運転支援・運転適正評価

Ⅲ．桔梗ケ原病院の取り組み ～医療機関における運転支援・運転適正評価

Ⅳ．理想的な認知症高齢者の運転能力評価法とは？

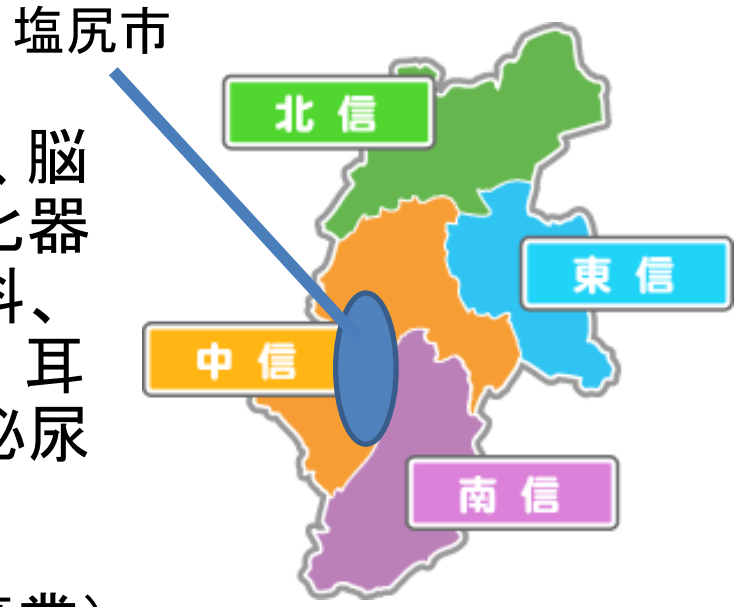
桔梗ヶ原病院

所在地：塩尻市宗賀1295番地

Ⅰ．病床数145床
- 一般病棟45床
- 回復期リハビリテーション病棟40床
- 地域包括ケア病棟20床
- 療養病棟40床

Ⅱ．診療科目

内科、循環器内科、脳神経内科、外科、消化器外科、整形外科、眼科、リハビリテーション科，耳鼻咽喉科、婦人科、泌尿器科

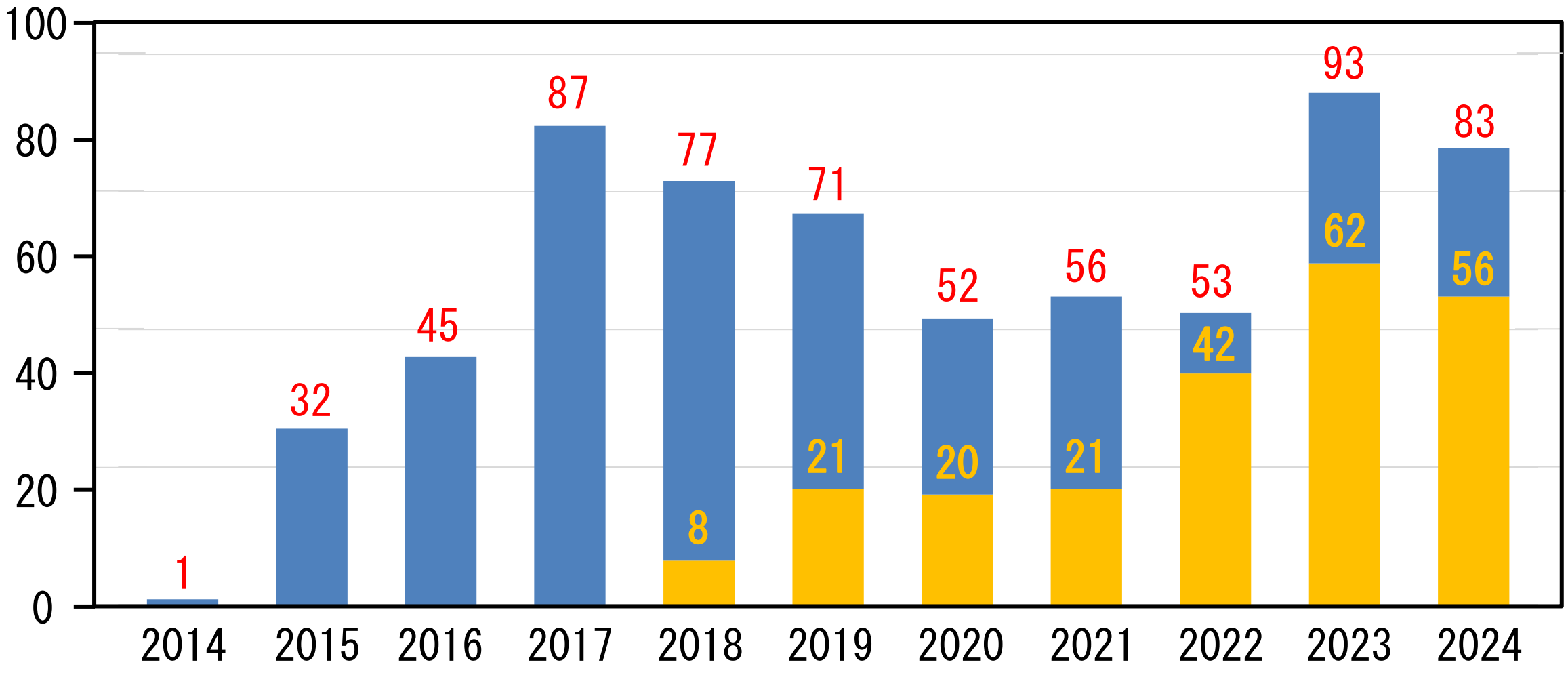


Ⅲ．特殊外来（委託事業）
- 高次脳機能障害支援拠点病院
- 認知症疾患医療センター

成人の認知機能障害を幅広く診ることができる脳血管障害・認知症の運転支援を実施

Ⅳ．その他
- 訪問看護ステーション
- 訪問リハビリテーション
- 桔梗ヶ原病院在宅ケア科（往診）

運転支援者の推移



※ 1月1日 ～ 12月31日を期間として、年毎に集計

■は外来診療，■は入院診療，赤字は総数

脳血管障害者の運転支援①

運転リハビリテーション

リハビリテーションの意義 = 機能回復

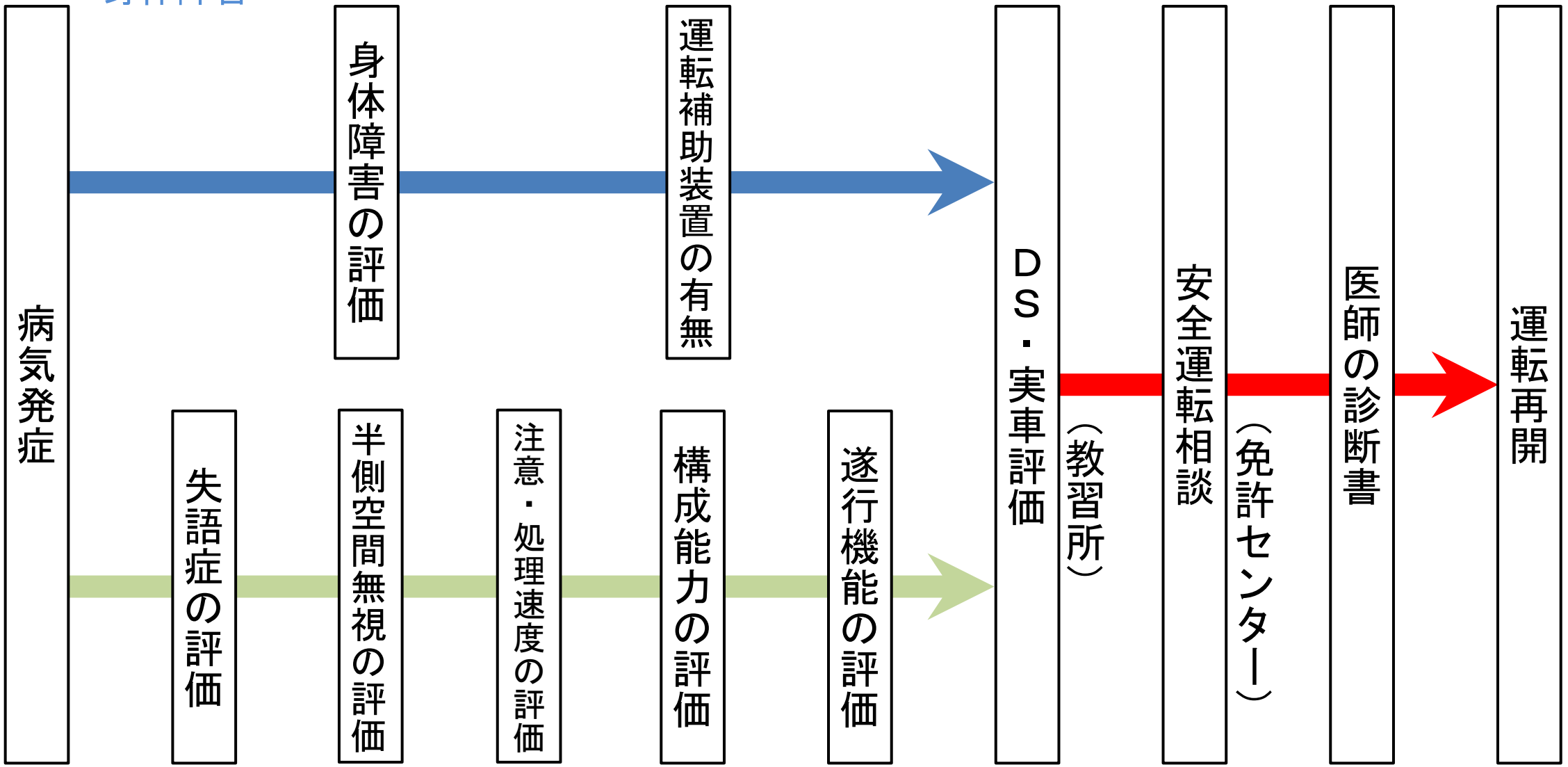
病気の後遺症により自動車の安全な運転に支障を来した患者に対して、運転再開を目的として行われるリハビリテーション。

運転適正の評価

病気の後遺症を踏まえた運転再開の可否判断。

脳血管障害者の運転支援②

※脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断をもとに再編



認知症高齢者の運転支援

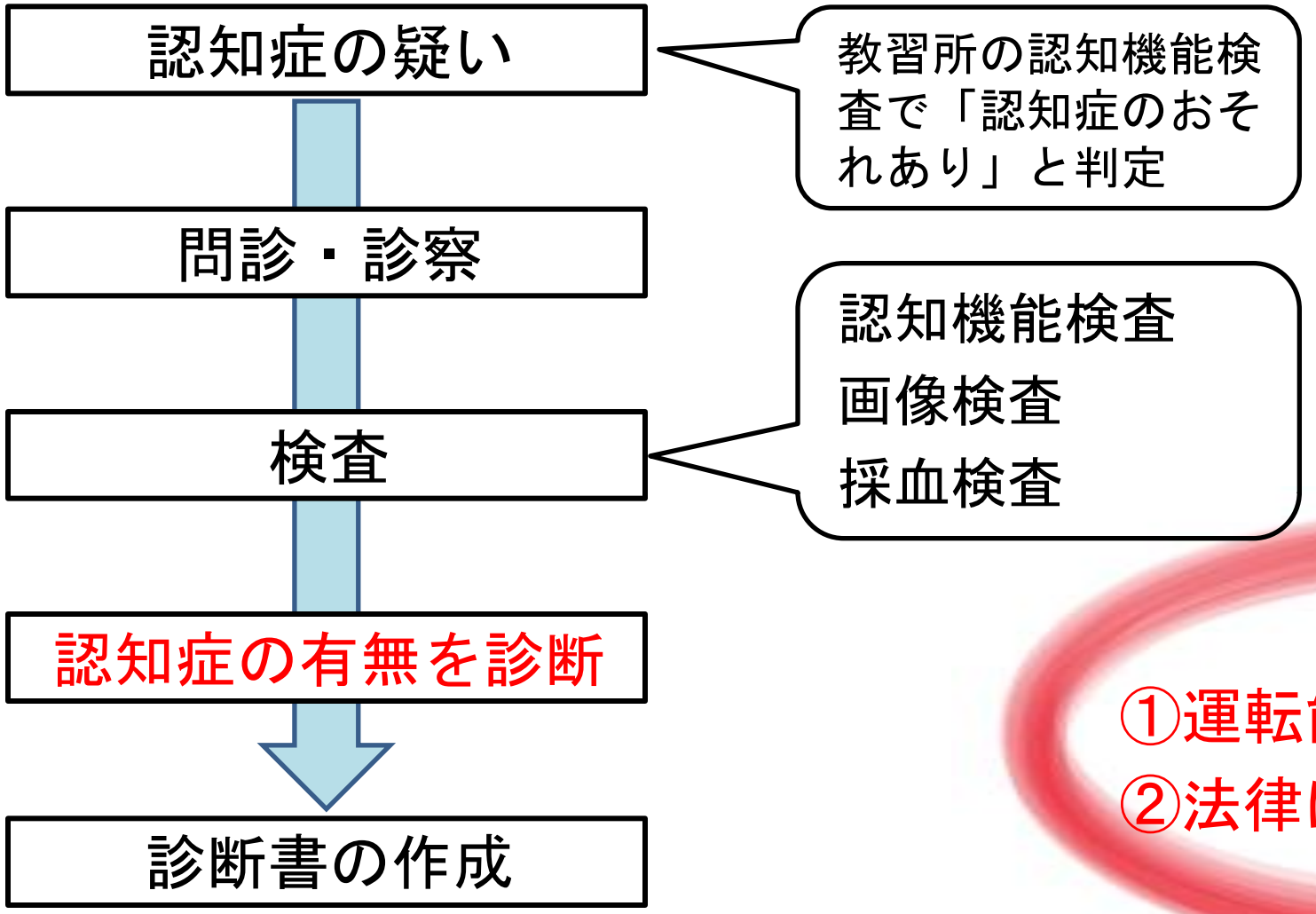
運転リハビリテーション

病気の後遺症により自動車の安全な運転に支障を来した患者に対して、運転再開を目的として行われるリハビリテーション。

運転適正の評価

病気の後遺症を踏まえた運転再開の可否判断。

運転診断書の作成の流れ（一般的）



【課題】

①運転能力の評価の過程がない。

②法律についての説明がない。

認知症に関する運転免許の可否基準（一般的）

- アルツハイマー型認知症
- 血管性認知症
- 前頭側頭型型認知症
- レビー小体型認知症

→ 免許取り消し

その他の認知症 ―― 医師の診断による
（取り消し・停止・継続）

認知症ではない ―― 運転継続が可能

認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれあり　6月後再判定

認知症に関する運転免許の可否基準（道路交通法）

アルツハイマー型認知症
血管性認知症
前頭側頭型型認知症
レビー小体型認知症

免許取り消し

道路交通法上における認知症とは「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態」です。

日常生活に支障が生じる程度まで認知機能が低下していない状態
自動車運転に支障が生じる程度まで認知機能が低下していない状態

認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれあり　6月後再判定

桔梗ケ原病院の運転支援外来

運転支援の希望あり

問診

検査

診断

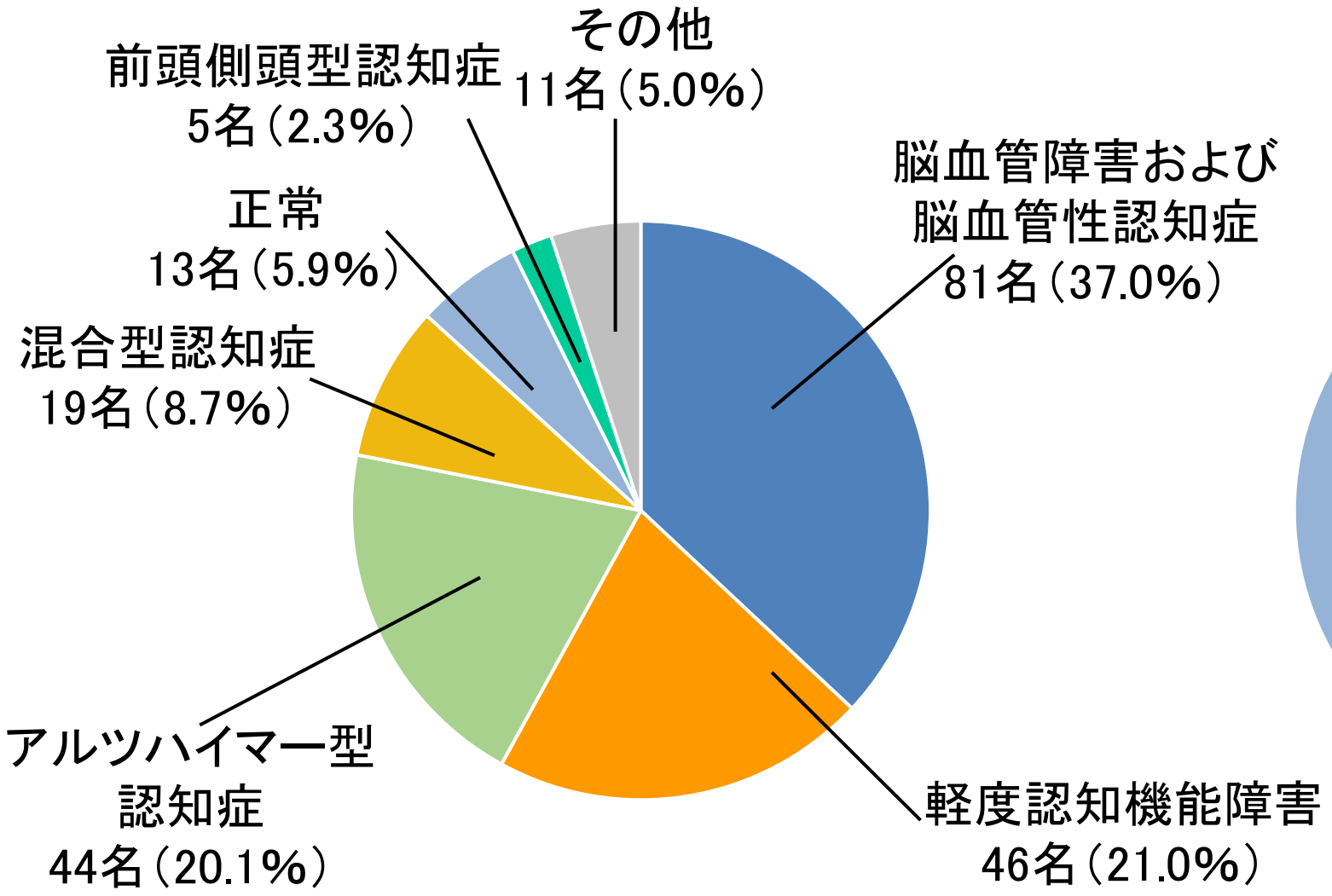
運転支援

本人・家族指導

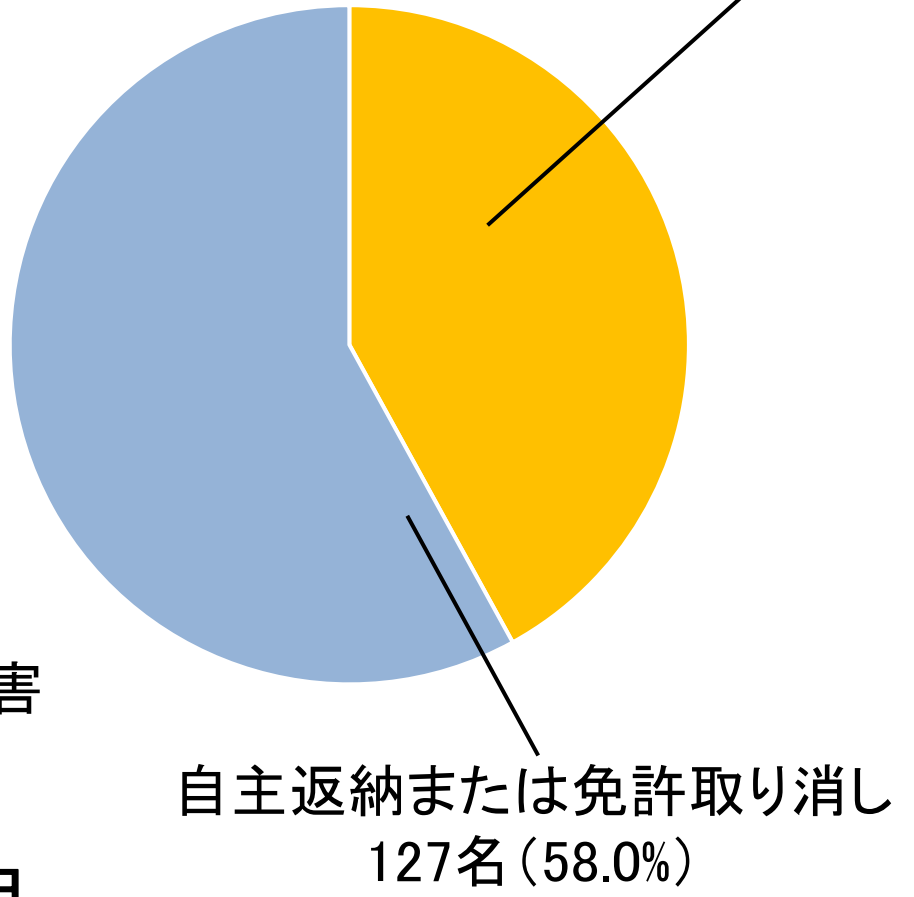
①既往歴，内服薬
②運転免許証
　種類，有効期限
③患者の運転習慣
　車種，運転頻度，運転目的
④過去の事故歴（3年）
⑤患者の運転能力（同乗者による評価）
⑥運転を中止時の課題
　運転可能な同居者，交通支援，生活環境

（1）頭部画像検査（CT，MRI）
（2）認知機能検査
　MMSE，HDSR，GDS，Vitality Index
（3）神経心理学的検査
　TMT-J，Kohs立方体，WAISなど

①診断名



②運転適性評価の結果



期間．2019年1月1日 ～ 2024年12月31日

対象者219名，年齢25 ～ 98歳，男性165名 ／ 女性54名

高齢者⑤桔梗ケ原病院における運転支援の流れ2

運転支援の希望あり
（219名）

運転可否の判断

神経心理学的検査
（204名，93.1%）

ドライブシミュレーター
（5名，2.3%）

実車・ドライブレコーダー
（10名，4.6%）

運転継続
（92名，42.0%）

運転習慣の再評価

運転中止
（127名，58.0%）

本人・家族指導

※2019年1月1日～2024年12月31日まで

運転支援の比較 ～ 認知症と脳血管障害

	認知症	脳血管障害
対象者	高齢者	若年者＋高齢者
個人差＋加齢性変化	大	小
運転の継続	○	×
運転支援の期間	短い	長い
運転支援	運転適性評価	リハビリ＋運転適性評価
[運転適性評価]		
神経心理学的検査	○	○
運転能力評価	×	○
新しい検査機械（DS）	課題あり	可能
実車評価	未確立	確立

理想的な認知症高齢者の運転能力評価法とは？

Ⅰ．自動車運転と法律

Ⅱ．長野県の取り組み ～ 認知機能の低下した高齢者の運転支援･運転適正評価

Ⅲ．桔梗ケ原病院の取り組み ～医療機関における運転支援･運転適正評価

Ⅳ．理想的な認知症高齢者の運転能力評価法とは？

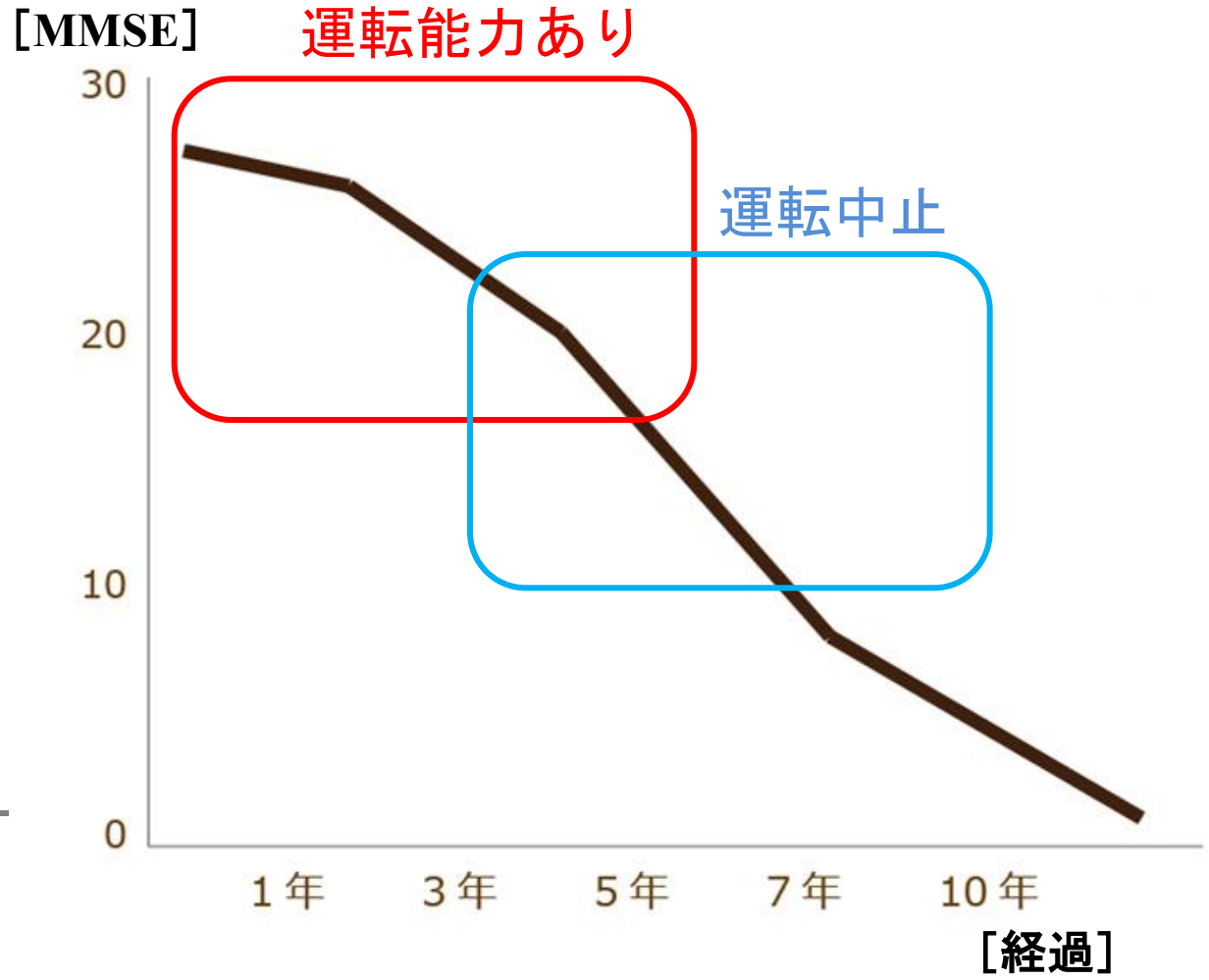
認知症における運転中止とする基準とは？

Ⅰ．運転能力が保たれる期間と運転中止をする期間はオーバーラップしており、運転を中止する日を一点に定めることが難しい。

Ⅱ．認知機能検査の結果から直接運転能力を判断することが難しい。

①記銘力の低下 ＝ 運転能力の低下ではない。

②認知機能検査の結果のみで運転可否を判断することは難しく、ドライブシミュレーター・実車評価との併用が有効。



高齢者の自動車運転に関する報告より①

Ⅰ．言語を除く全般的知的機能、注意、視空間認知（視覚情報処理）、記憶、実行機能の領域が、実車評価のいずれかと多少とも関連する。このうち、特に実車による評価と関連が強いとされているのは、注意機能と視空間機能である。

TMT A/B や迷路課題（Maze）、標準注意力検査（CAT）、BADSなどの検査が実車評価による運転可群・不可群間で有意差が認められたと報告されている。

Ⅱ．ドライビングシミュレーターを用いた評価は、安全に評価できる、同一の環境で繰り返し行えるため時系列で比較しやすいなどの利点があるが、実車の運転適性や事故経験とドライビングシミュレーター成績との関連はまだ明らかではない。

Ⅲ．運転能力のゴールドスタンダードは実車評価である。

他の評価指標でグレーゾーンの場合には可能な限り実車評価や運転シミュレーターによる評価を実施することが望ましい。

※高齢者の自動車運転に関する報告．運転の安全性を評価する検査（第7章）

高齢者の自動車運転に関する報告より②

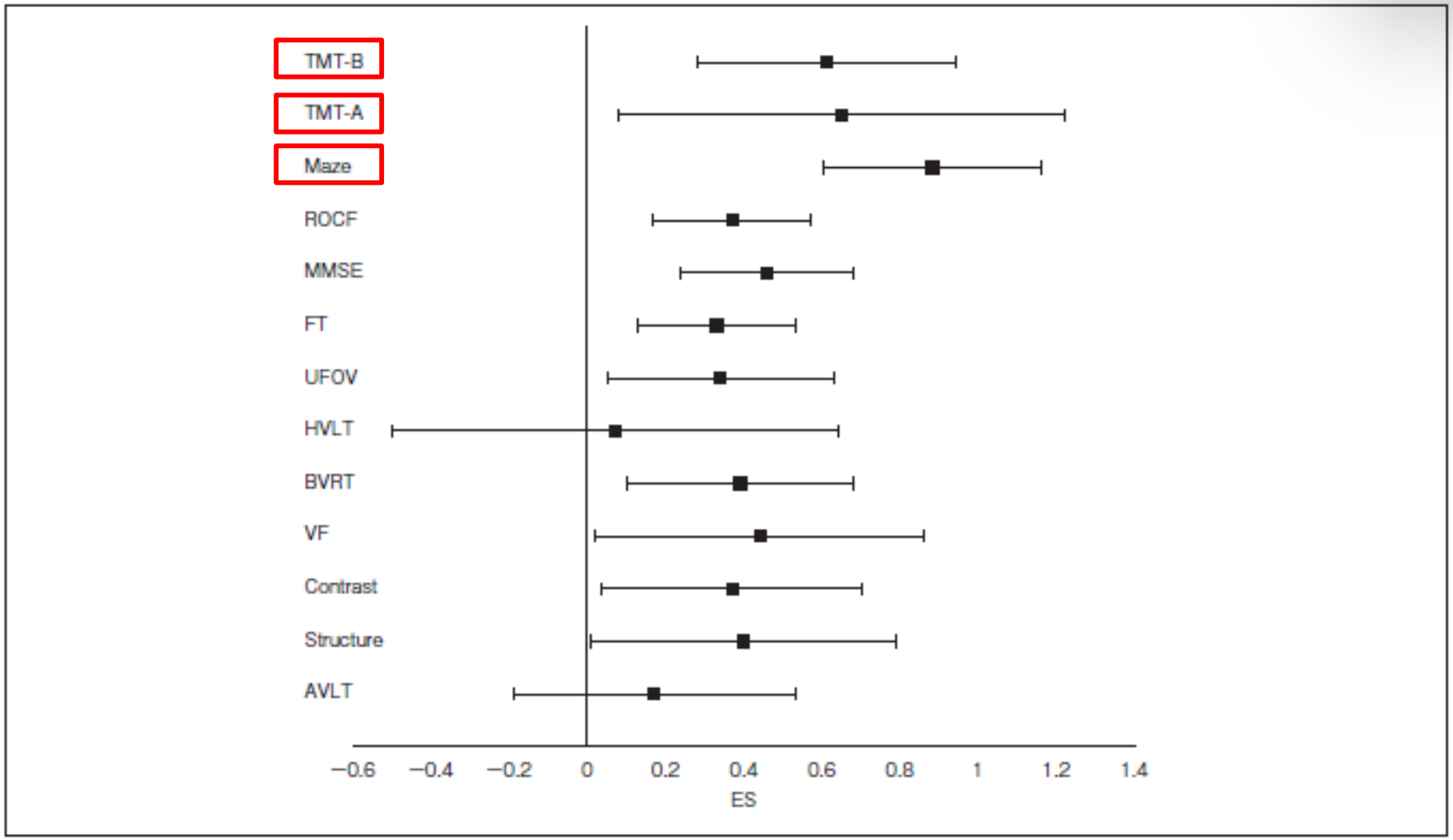


図2a：個別の神経心理学的検査が認知症の運転評価に及ぼすエフェクトサイズ（文献10より引用）

高齢者の自動車運転に関する報告より③

【実車テストORT】

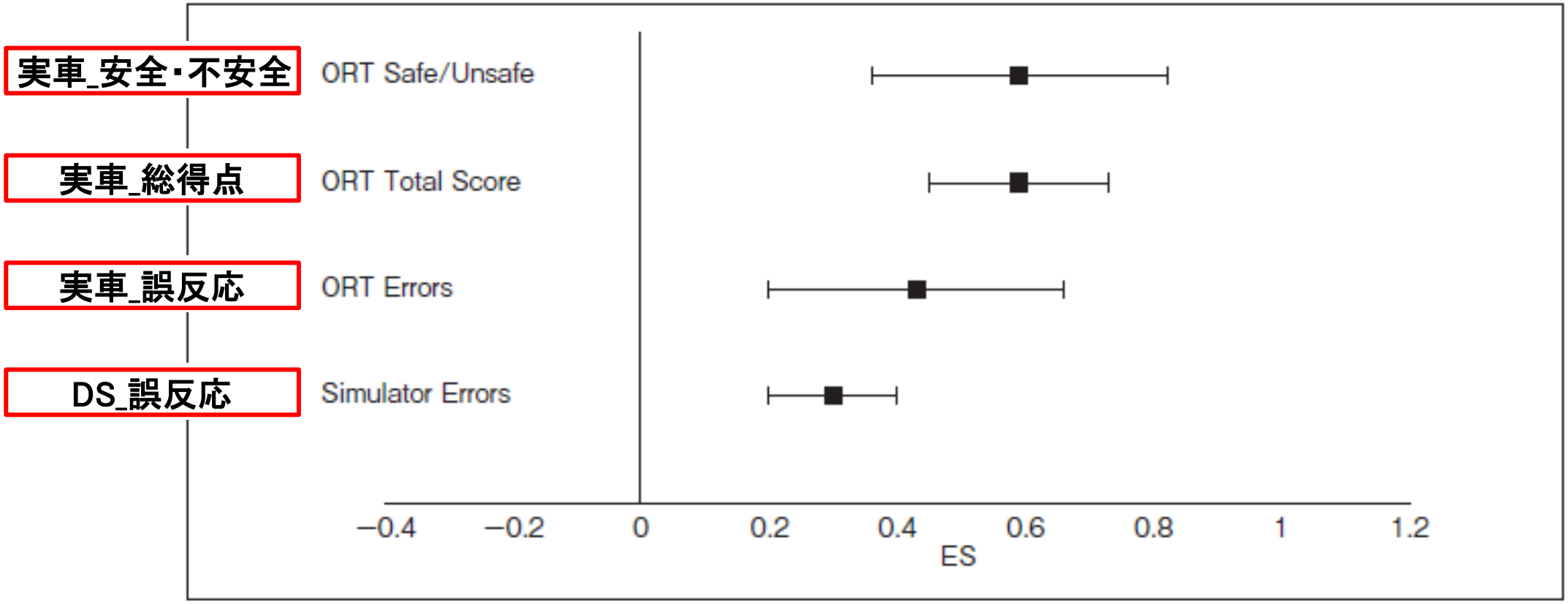


図３：実車による評価が認知症の運転評価に及ぼすエフェクトサイズ（文献10より引用）

※Hird MA, Egeto P, Fischer CE, Naglie G, Schweizer TA: A systematic review and meta-analysis of on-road simulator and cognitive driving assessment in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. J Alzheimer Dis 2016; 53: 713-729.

理想的な認知症高齢者の運転能力評価法

Ⅰ．認知機能検査の結果から直接運転能力を判断することが難しい。

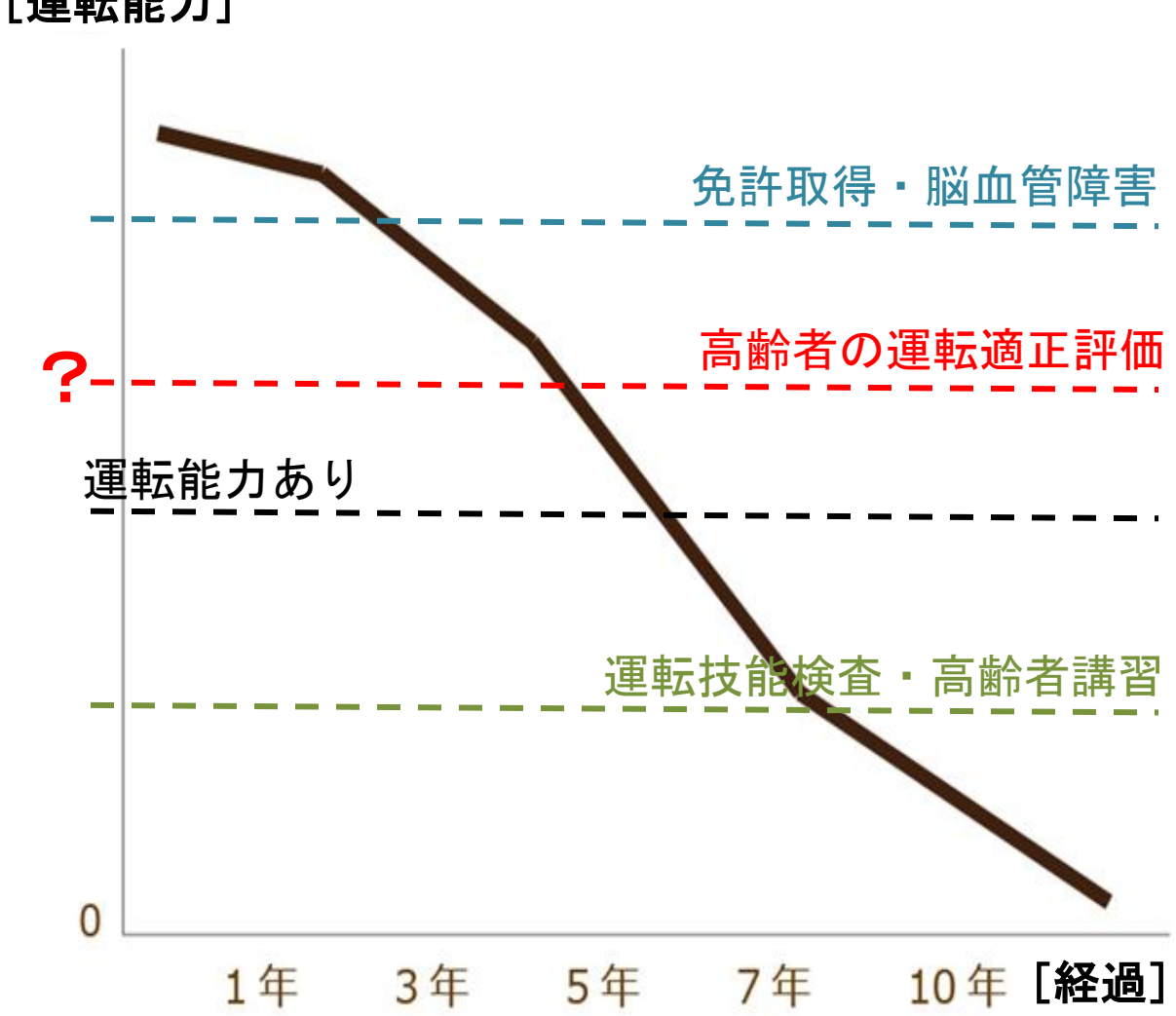
実車評価との併用が有効。

Ⅱ．高次脳機能障害と認知症において、運転可否の基準が同一ではない。

①脳血管障害者の運転再開基準 ＝ 健常ドライバーと同等の運転能力あり。

②運転技能検査・高齢者講習 ＝ 他者から見て明らかに運転能力がない。

Ⅲ．今後は，老年期の特性を踏まえた高齢者の実車評価の基準を定める必要がある。



結語

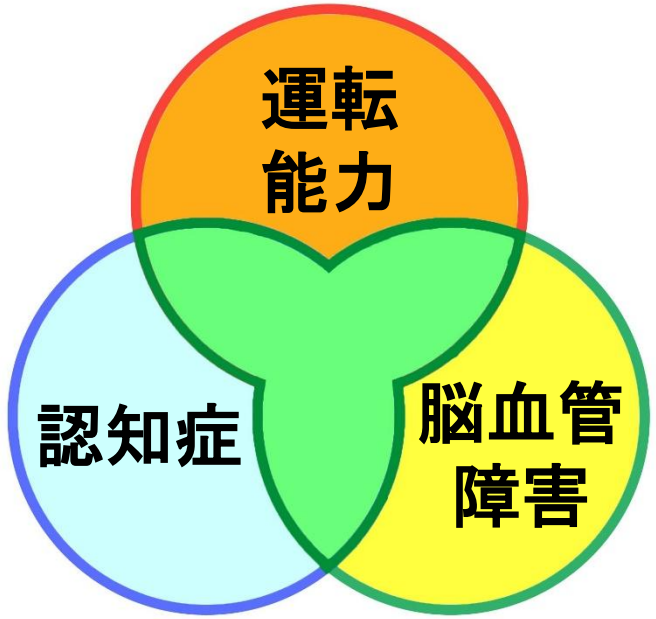
Ⅰ．認知症は一定の病気等(相対的欠格事由)に該当するため、病名により一律に自動車運転を禁止するのではなく、認知症により自動車運転に支障が生じているかを基準として運転継続の可否を個別に判断する必要がある。

Ⅱ．医療機関における運転支援では、疾患特性を知るとともに、医療機関・自動車教習所・免許センターの協力が必要となる。

Ⅲ．高齢者の運転適性評価として、実車評価の視点が必要であり、今後は老年期の特性を踏まえた高齢者の実車評価の基準を定める必要がある。

自動車教習所

免許センター



医療機関