

脳機能障害者の運転適正

名古屋市総合
リハビリテーションセンター 土嶋 政宏

自動車の運転適正について、高齢者の問題とともに脳機能障害者の増大がみられ大きな話題となってきている。特に、脳血管障害などの後遺症として出現する高次脳機能の障害（失行症・失認症・注意障害・言語障害など）が日常生活および社会生活を過ごす中で、自動車運転操作能力判断が医学的リハビリテーション医療の視点からも大きな問題点となっている。

当センターにおいては、平成元年より自動車運転のシミュレーション装置を開発し、その装置を使用して運転適正検査を行ってきている。①視知覚認知反応の検査：（瞬時視・移動視）②運転装置の操作能力検査：（ハンドル・アクセル・ブレーキなど）③模擬運転操作能力検査の3点の検査により、総合的な観点から安全な運転能力に対する判断をしている。

の中でも視知覚認知障害があり、頭頂葉や側頭葉の出血病巣にて生じる（半側視空間失認）や後頭葉の出血病巣にて出現する（半盲症状）がある。後述した半盲の場合は、純粹に視覚領域の脳機能が損傷されているわけで見えていない領域が自己確認する事ができ、首を振るなどの行為にり欠損した視覚領域を補正することができる。しかし、前述した半側空間失認では、見えていない領域を自己確認する能力が低く視覚領域の補正機能や学習能力が低いとされている。また、これまでの研究においても注意障害と相まって障害の自己認識の低下が述べられている。

これまでの我々の研究では、①視知覚認知運動反応において0.2 sec程度の反応遅延が生じる。②視知覚認知反応検査において、移動視が瞬時視に比べ優位にある。③注意障害者においては、運転作業時の緊張状態が続かずには注視状態による認知反応低下が生じ、右大脑半球障害（左運動片麻痺）に多発する。など健常者に比べていろんな問題点が脳機能障害者特有の運転能力に問題点がある事が明確になってきた。

実際の脳機能障害者の運転操作能力について、改善した症例など今後の問題点を含み報告する。

身障者と運転適性：判断基準

愛知県警察本部
運転免許試験場 犬飼 俊二

モーターリゼーションの発達と共に、車が生活の足として必要欠くべからざる道具となりつつあり、身体障害者の自動車運転の必要性、願望は、社会復帰への手段としてますます強まる傾向にある。

とくに、手足の不自由な障害者は、健常者以上に運転免許取得に強い熱意と大きな願望をもつようになってきている。

こうした時代背景の中で、身体障害者の運動能力の合否判定をする試験官の判断基準が重要な課題として求められているが、昨今における自動車そのものの性能アップ及び補助付属品の改良、身体障害者自身に装着する補装具の発達等により、かなり弾力的な判断が可能となっている。

以上のことを踏まえながら、運転免許試験場の適性相談室で扱った事例を紹介し、身体障害者の免許取得による社会復帰と交通事故防止の観点からどのあたりに調和点を置くべきかを考察したい。

まず最初に、現在運用している判断基準について述べる。この基準は昭和50年1月10日付け警察庁の通達により全国統一されたものである。本講演においては、(1)統一された基準ができるまでの、免許行政の変遷について、(2)身体障害者の運転免許に付与される条件について順次述べる。示されている判断基準そのものは、あくまでも障害の部位の違いによる一般的な条件内容を示しているだけであり、実際には一人ひとりの身体障害者の障害程度に応じた条件を、試験官が判断して付している。

次に、運転適性相談等の流れ図及び愛知県の身体障害者取扱件数（免許保有、部位別、免許種別）を紹介しながら、実際に扱った身体障害者の免許取得に対する事例を挙げて、今後いかに身体障害者の社会復帰と、運転者として遵守しなくてはならない道路交通法及び交通事故防止との調和点を推し量るかを概説し、日本交通医学工学研究会の目指す交通安全に寄与したいと念願している。