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

平成 29 年 3 月

日 本 医 師 会

目　　次

第１章　かかりつけ医の対応について　　渡辺　　憲……　2

第２章　平成29年３月施行改正道路交通法について　警　察　庁……　6

（１）公安委員会に提出する診断書を作成する上での留意点

（２）改正道路交通法のポイント

（３）警察庁より提示された各種様式

ア）モデル診断書様式

イ）診断書記載ガイドライン

ウ）診断書提出命令書様式

エ）医師向けの依頼書（医師の皆様へ）

第３章　診断書の記載例　　粟田　主一……　16

第４章　高齢者の自動車等の運転と認知症の人を
地域で支えるためのポイント　　瀬戸　裕司……　28

参考資料　……　30

第１章　かかりつけ医の対応について

渡 辺　　憲

平成 29 年 3 月より施行される改正道路交通法により、75 歳以上の高齢者の運転免許証の更新に際して、認知症に関連した診断書を求められるケースが急増することが予想されています。

社会の高齢化が進む現代においては、認知症は糖尿病、高血圧症等とならんで、かかりつけ医によるプライマリ・ケアの重要な対象疾患となっています。また、ここ 10 年余り、全国の都道府県医師会等と連携して、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が開催され、認知症に関わる医学的、さらに介護保険を含めた福祉的対応につき、かかりつけ医の先生方は積極的に取り組んでこられたことと思います。

今回の改正道路交通法により、全国で毎年 5 万人を超す高齢者において、運転免許証の更新等に際して認知症の可能性が指摘され、診断が必要になることが予想されています。これらのケースについて、専門医のみでは到底対応しきれず、かかりつけ医の協力が必要となります。

また、認知症の診断に際しては、認知機能、知覚運動系を含めた心身機能、さらに生活機能等を継時的に観察し、家族からの情報も把握しているかかりつけ医の役割はきわめて大きいと考えられます。

かかりつけ医には、従来より、患者が地域において安全な社会生活が送れるよう見守り、指導を行うことが求められてきました。すなわち、疾病により、あるいは高齢に伴って歩行が不安定で転倒のリスクが高い患者に、杖や車いすを用いて移動するように助言・指導してきた経緯があります。これと同様に、明らかに認知機能の障害が進みつつあり、自動車運転に危険が予想されるケースにおいては、運転の断念を説得し、さらに、運転免許証の更新に伴って診断書を求められた際には、適切に診断し、指導を行うことが重要です。その際、認知症の診断を行うケースにあっては、単に診断書を交付するのみならず、認知機能検査の結果が良くないことを説明し、公安委員会の審査において免許証の更新が認められない可能性が高いことを丁寧に伝えることが大切です。これによって、患者から免許証の更新を断念する旨の申し出があった場合、診断書を作成しないで、運転免許証更新の手続きの取り下げを指導するのも一法です。

認知症をきたす疾患には多様なものがあります。アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症は四大認知症と言われておりますが、これら以外にも数十種類の認知症の原因疾患があると言われています。また、認知機能の低下がみられても、明らかに認知症のレベルとは判断しきれない境界域（軽度認知障害；MCI）のケースも少なくありません。かかりつけ医の先生方の日常の診療の範囲で判断が困難なケースについては、地域における医療連携の中で、専門医を紹介し診断を委ねたり、専門医の意見を参考に、適切に診断につな

げてゆくことが望まれます。一方、患者によっては、認知症と診断されることを拒否したり、保険診療自体に納得が得られないケースも、少数と思われますが想定されます。これらのケースへの対応につきましては、警察の運転免許担当部局に相談して下さい。

４ページに、改正道路交通法に基づく診断書作成の手順を、フローチャートにしてお示しします（図 1）。また、診断書作成にあたっての留意点や、今回の改正道路交通法のポイント、診断書様式例等につきまして第２章に、さらに、診断書の具体的な記載例につきましては、第３章に詳細に解説しております。

最後に、運転免許証を失った高齢者が引きこもったり、社会活動から遠ざかることのないよう支援することも、かかりつけ医の新たな重要な役割と考えます。これにつきましては、第４章をご参照ください。

図1　かかりつけ医による診断書作成フローチャート

※緑色部分は診断・医学的判断、青色部分は患者への対応についての留意点

かかりつけ医には、基本的に患者が健康で安全な社会生活が送れるよう指導・支援を行う役割が求められます。すなわち、疾病により、あるいは高齢に伴って歩行が不安定で転倒のリスクが高い患者に、杖や車いすを用いて移動するように指導するのと同様に、明らかに認知機能の障害が進みつつあり、自動車運転に危険が予想されるケースにおいては、運転の断念を説得し、また、免許更新の際に診断書を求められた際には、適切に診断することが重要です。一方、認知機能低下がみられても、明らかに認知症のレベルとは判断しきれない境界域（軽度認知障害：MCI）のケースも少なくありません。

診断書作成にあたっては、画像検査は必須ではありませんが、認知機能検査（*HDS-R、または、*MMSE）は必ず実施してください。運転免許センターにおける認知機能検査において第1分類に判定された人は、*CDR１以上の認知症が強く疑われるレベルに該当しますので、医療機関受診時に行った認知機能検査（HDS-R、MMSE）が20点以下であれば、認知症の可能性が高いと考えられます。以上は、認知症の原因疾患の約6割を占めるアルツハイマー型認知症(DAT)にとくに当てはまります。緩徐に進行する認知機能障害が確認され、日常生活にも支障がみられ、HDS-R、MMSEの得点が上記以下の患者は、DATを念頭に総合的に診断していただきます。また、これらの得点が概ね21点以上かつ概ね25点以下で、進行性の認知機能低下があれば、MCIの可能性を検討します。

また、レビー小体型認知症(DLB)、前頭側頭型認知症(FTD)等では、検査得点が高くても認知症として診断すべきケースがあります。人格変化、行動障害がみられるケース、躁うつの感情障害、幻覚妄想症状がみられるケース、意識レベルの変動ないし一過性の意識障害がみられるケース等は、専門医療機関の診断が望ましいと考えられます。さらに、もともとの知的障害、失語症を伴う等で、HDS-R、MMSEの得点から認知症の存在を推理することが難しいケースも同様です。

*HDS-R：改定長谷川式簡易知能評価スケール、*MMSE：ミニメンタルステート検査

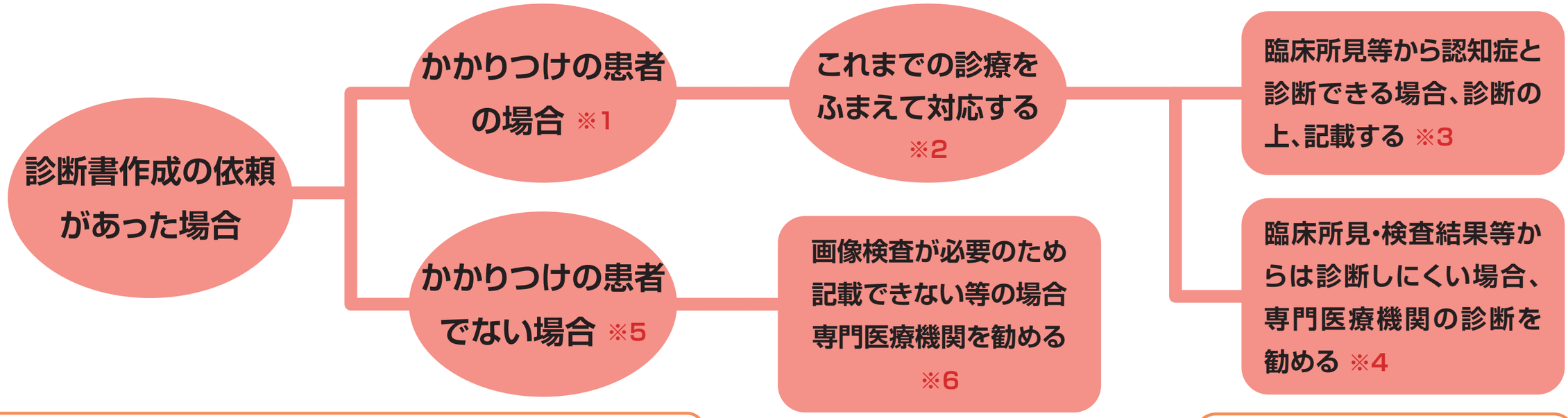
*CDR：Clinical Dementia Rating（米国CERAD: Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease 作成の認知症重症度の評価尺度で、0.5:認知症疑い、1:軽度認知症、2:中等度認知症、3;重度認知症 ）

※1：少なくとも1年以上定期的に診察を行っており、患者の心身の状態、生活状況を、可能であれば家族からの情報も含め、よく把握できている患者。また、認知機能の障害について、患者自身にもよく説明し、理解を求めることが重要である。（⇒※5②参照）

※２：DATのように、緩徐に進行する認知機能の低下が、日常の継続的な診察で確認される場合、臨床所見とともに受診時の認知機能検査(HDS-R、MMSE等)の点数を総合して診断を行う。患者が承諾すれば、他の医療機関に保険診療として画像検査を依頼し、その所見を加えてもよい。

※3：認知症としての診断を行う場合、患者に検査結果が良くないことを伝え、診断書の提出によって、公安委員会の審査で免許証の更新が認められない可能性が高いことを説明する。その際、患者から免許証の更新を断念する旨の申し出があった場合、診断書を作成しないで、運転免許証更新の手続きの取り下げを指導するのも一法である。

境界域の患者をMCIと診断することも可能である。この場合、免許証の更新は認められるが、半年後に再検査が求められる。



※5：①全くの初診、または、きわめて不定期の受診で、病状、生活状況の把握がほとんどできていないケースについても、本人および家族が診察に対して協力的で、十分な診察を行うことができれば、HDS-R、MMSE等を実施の上で、家族等から日頃の生活状況を確認の上、総合的に診断を行ってもよい。

②一方、認知症が強く疑われるも、認知機能低下を強固に否認する、または、認知症ではない旨の診断書発行を強く求めるケースについては、きわめて慎重な対応が求められる。これらのケースにおいては、診断書作成に係る診察、検査を保険診療で行うこと自体が適切でない場合もある。この場合、専門医療機関の受診方法につき警察の運転免許担当部局に相談する。

また、患者の求めに応じて、医学的根拠なしに、認知症ではない旨の診断書を作成することは厳に慎まなければならない。

※6：1回の診察のみで、しかも普段の生活状況とその障害の有無、さらにこれらの継時的推移について、家族等からの情報が全く得られないケースにおいては、専門医療機関で診断を受けることを勧める。紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき警察の運転免許担当部局に相談する。

臨床所見、認知機能検査、家族等からの情報を総合しても、診断が困難な場合も同様である。

※4：臨床所見、家族からの本人の生活状況の情報を総合しても認知症とは判断しにくいが、HDS-R、MMSE等の点数が著しく低いケース、また、これらの点数が高いが、人格変化、行動の障害が目立つ、幻覚妄想症状がみられる、躁状態またはうつ状態を伴っている、一過性の意識障害のエピソードがみられる等のケースは、専門医療機関で診断を受けることを勧める。

紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき警察の運転免許担当部局に相談する。

第2章　平成 29 年 3 月施行改正道路交通法について

警 察 庁

（1）公安委員会に提出する診断書を作成する上での留意点

○「認知症」と判明した場合は、運転免許の取消し等になります。

- 「認知症」と判明した場合は、道路交通法において、免許の取消し等となり、自動車等を運転することはできません。

○道路交通法上の「認知症」は、「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化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」です。

- 道路交通法上の「認知症」は、「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化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」（介護保険法第 5 条の 2）とされています。

○認知機能検査で第 1 分類と判定された方は、「認知症のおそれ」があるため、医師の診断を受けていただきます。

- 認知機能検査は、平成 27 年中、全国で約 163 万人が受け、第 1 分類と判定された方は、約 5.4 万人（3.3%）となっています。
- 認知機能検査は、「時間の見当識」、「手がかり再生」、「時計描画」からなる検査で、100 点満点中 49 点未満を、第 1 分類としています。検査内容等（※）は警察庁ホームページで公表しています。

  ※「認知機能検査の実施要領について」（平成 28 年 9 月 30 日付け警察庁丁運発第 141 号）
- 認知機能検査の第 1 分類は、警察庁の調査研究により、ＣＤＲ（認知症重症度）1 の方が概ね該当するように点数配分をしており、道路交通法において、「認知症のおそれ」があることを示すものとされています。

○診断書提出命令は、本人に対して行うもので、医師に診断書作成を義務付けるものではありません。

- 認知症であるかどうかの診断が難しく、専門的な検査が必要な場合は、他の医療機関への紹介や警察に問い合わせてください。
- 診断書提出命令は、提出期限までに提出することとなっています。提出期限までに、診断ができない場合には、警察に問い合わせてください。

○診断書は、必ずしもモデル診断書様式でなくて構いません。

- 診断書は、必ずしもモデル診断書様式を使用しなくても構いませんが、診断書の要件は、法令で定まっており、モデル診断書様式はこの要件を満たしていますので、モデル診断書様式に基づく診断書の作成に協力をお願いします。
- モデル診断書様式を使用しない場合は、法令の要件である「認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する医師の意見が記載されている」診断書の提出をお願いします。

○認知症と診断された方の免許の取消し等は、公安委員会の責任で行います。

- 都道府県公安委員会では、医師から認知症と診断された診断書の提出を受けた後、免許取消し等の行政処分を行う場合は、本人からの聴聞等の手続を経て、都道府県公安委員会の判断と責任において処分決定します。

○認知症と診断された方への免許の取消し等の判断は、公安委員会が運用基準に基づいて行います。

- 認知症等の病気に係る免許の可否等の運用基準（※）は警察庁ホームページで公表しています。

※「一定の病気等に係る運転免許関係事務に関する運用上の留意事項について」

（平成 28 年 9 月 30 日付け警察庁丁運発第 146 号）

- 「アルツハイマー型認知症、血管性認知症、前頭側頭型認知症（ピック病）又はレビー小体型認知症」との診断書が提出され、都道府県公安委員会がそのとおり判断した場合は、取消し等になります。
- 「その他の認知症（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）」について、6 か月以内に回復する見込みがないとの診断書が提出され、都道府県公安委員会がそのとおり判断した場合は、取消し等になります。ただし、「その他の認知症」について、6 か月以内に回復する見込みがあるとの診断書が提出され、都道府県公安委員会がそのとおり判断した場合は、6 か月の停止等になります（医師の診断を踏まえてこれより短期間とする場合もあります）。
- 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場合（「軽度の認知機能の低下が認められる」「境界状態にある」「認知症の疑いがある」等）の診断書が提出され、都道府県公安委員会がそのとおり判断した場合は、その後認知症となる可能性があることから、原則として 6 か月後に臨時適性検査を行うことになります。なお、医師の診断を踏まえて、より長い期間や短期間を定めることも可能です（ただし、長期の場合は最長で 1 年となります）。

○取消し等に不服がある方は、公安委員会に不服申立て等ができます

- 免許取消し等の行政処分に不服がある方は、処分をした都道府県公安委員会に対して審査請求や取消し訴訟をすることができます。
- 行政処分をする際には、法律上、処分の相手方に、不服申立てできること並びに不服申立先（都道府県公安委員会）及び不服申立てできる期間を教示しなければならないので、都道府県公安委員会は、取消し処分等をした方に、不服申立てができること等について必ず教示しています。

○認知症でないと診断した方が、その後、事故を起こし、認知症であったことが判明した場合であっても、通常、医師の刑事責任が問われることはありません。

- 医師が故意に虚偽の診断書を作成したような場合は別として、その良心と見識に基づき、医学的見地から行った診断に基づき作成した診断書について、結果的にそれとは異なる結果が生じたからといって、それを理由に刑事責任が問われることは通常想定できません（平成25年11月19日参議院・法務委員会において警察庁交通局長が同様の趣旨を答弁しています）。

○自主返納した方には、公共交通機関・自治体等による優遇措置があります。

- 運転免許は、免許が不要となった場合のほか、病気や運転に自信がなくなった場合などには、申請取消し（いわゆる自主返納）することができます。
- 自主返納した方には、バス・タクシーの割引など、公共交通機関や自治体等による優遇措置があります。優遇措置の内容は、自治体等のホームページ等を参照してください。

○認知症を理由に免許を取消された方や免許の取消し等の対象となっている方は、自主返納することはできません。

- 行政処分により免許を取消された方は、その後、自主返納することはできません。このため、認知症等の病気を理由に、都道府県公安委員会による取消し処分を受けた方は、その後、自主返納することはできません。
- 自主返納は、認知症を理由に免許の取消し等の対象となっている方はできないこととされており、認知症との診断書が提出され、都道府県公安委員会がそのとおり判断した場合は、自主返納をすることはできません。他方、例えば、認知機能検査の結果、認知症の疑いがあると判定され認知症の診断を受けに来た段階の方は、自主返納をすることができます。

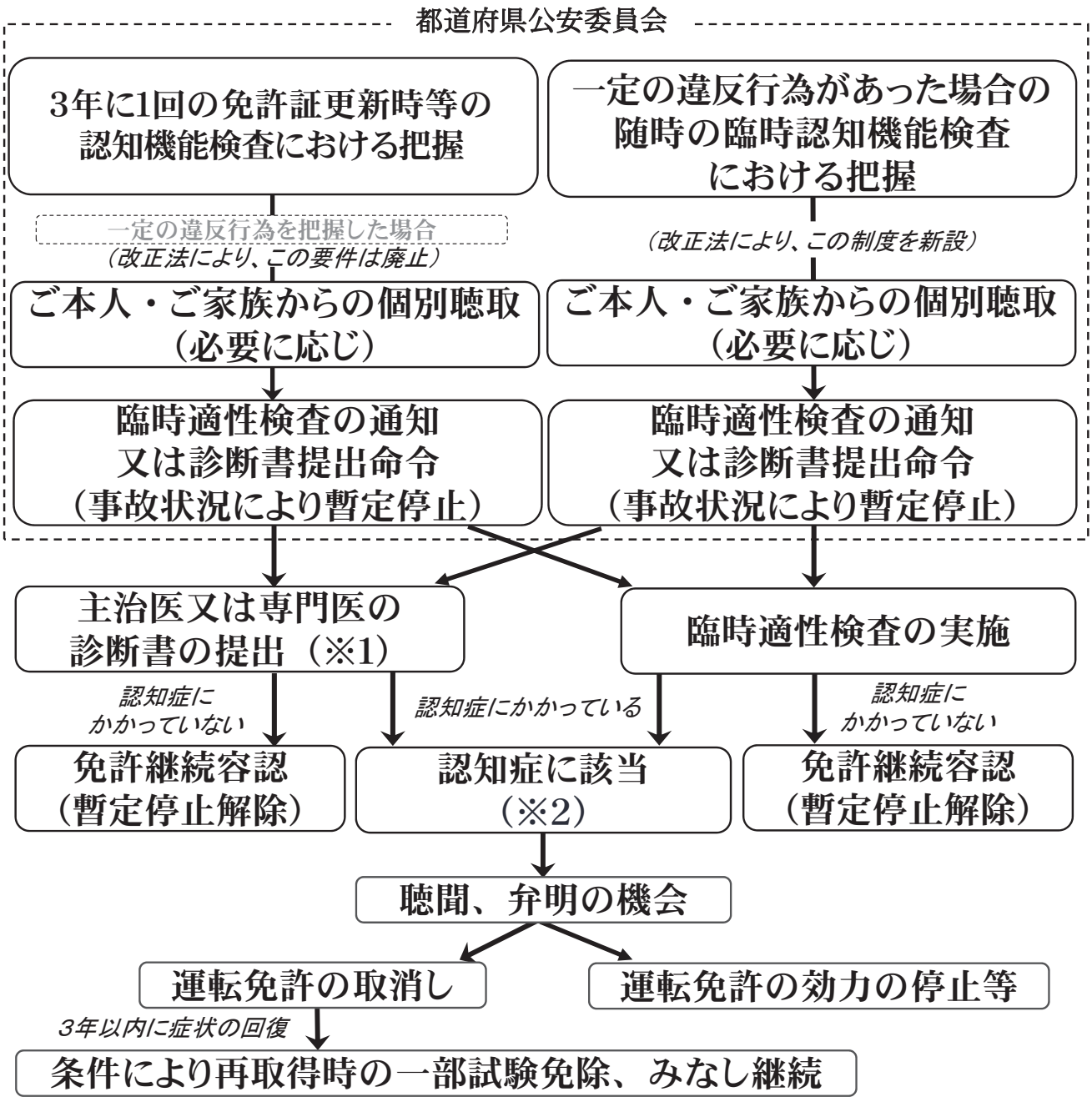
○認知症を理由に免許を取消しになった場合でも、3年以内であれば、試験の一部が免除されます。

- 認知症等の病気を理由として免許を取消された場合、取消し処分から3年以内に回復した場合であれば、再取得の試験時の試験の一部（技能試験及び学科試験）が免除されます。

（2）改正道路交通法のポイント

改正道路交通法が平成29年3月12日から施行されます。
75歳以上の方は、免許更新時に認知機能検査を受け、その分類に基づき高齢者講習を受講していただいていますが、今回の改正により、認知機能検査で第1分類（認知症のおそれあり）と判定された方は、違反の有無を問わず、医師の診断を受けていただくことになります。
また、今回の改正により、75歳以上の方が一定の違反をした場合には、臨時に認知機能検査を受けていただき、その結果、第1分類と判定された方は、医師の診断を受けていただくことになります。
なお、医師の診断を受けていただく方には、都道府県公安委員会による臨時適性検査を行うか、又は診断書を提出する命令書を発行し、提出期限までに本人から都道府県公安委員会に提出していただくことになります。

＜認知機能検査で認知症のおそれがあると判定された方の手続の流れ＞



※1 認知症に関し専門的な知識を有する医師又は認知症に係る主治医が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する医師の意見が記載されたもの。
※2 介護保険法第5条の2に規定の認知症（脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化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）

（3）警察庁より提示された各種様式

ア）モデル診断書様式

診　断　書（都道府県公安委員会提出用）

1．氏名 男・女 生年月日 M・T・S・H　　年　　月　　日（　　歳） 住所
2．診断 ①　アルツハイマー型認知症 ②　レビー小体型認知症 ③　血管性認知症 ④　前頭側頭型認知症 ⑤　その他の認知症（　　） ⑥　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（軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等） ⑦　認知症ではない 所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。）

モデル様式

３．身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）

□　認知機能検査・神経心理学的検査

□　MMSE　　□　HDS-R　　□　その他（実施検査名　　）

□　未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

□　検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

□　臨床検査（画像検査を含む）

□　未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

□　検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

□　その他の検査

４．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

＊前頁２⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載

(1) 認知症について６月以内[または６月より短期間（　　ヶ月間）]に回復する見込みがある。

(2) 認知症について６月以内に回復する見込みがない。

(3) 認知症について回復の見込みがない。

５．その他参考事項

以上のとおり診断します。　　平成　　年　　月　　日

病院または診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医氏名

＊A4 版表裏印刷で使用。A4 版２枚の場合は要割印。A3 版１枚印刷も可

モデル様式

イ）診断書記載ガイドライン

診断書記載ガイドライン（都道府県公安委員会提出用）

１．氏名

男・女

生年月日

M・T・S・H　　年　　月　　日　（　　歳）

住所

２．診断

- **認知症とは、介護保険法第５条の２に規定する認知症をいう。**

① アルツハイマー型認知症

② レビー小体型認知症

③ 血管性認知症

④ 前頭側頭型認知症

⑤ その他の認知症（　　）

⑥ 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（軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等）

⑦ 認知症ではない

該当する診断名の番号を〇で囲む

- **⑥を選択した場合、原則として６か月後に臨時適性検査等を行うこととされている。**

所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。）

- **どのような日常生活上の変化がいつ頃からみられたか。**
- **本診断書作成時の状態**
- **認知症の重症度（Clinical Dementia Rating (CDR), Functional Assessment Staging (FAST)など、あるいは、必ずしも重症度の基準ではないが、認知症高齢者の日常生活自立度を記載。**
- **同居・独居の有無、介護者の有無など**
- **記憶障害はその内容と程度を記載**
- **見当識障害はその内容と程度を記載**
- **注意障害はその内容と程度を記載**
- **失語があればその内容を記載**
- **失行があればその内容を記載**
- **失認があればその内容を記載**
- **実行機能障害があればその内容と程度を記載**
- **視空間認知の障害があればその内容と程度を記載**
- **人格・感情の障害等があればその内容と程度を記載**

３．身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）

- **認知機能検査・神経心理学的検査、臨床検査（画像検査を含む）は原則として全て行う**

□ 認知機能検査・神経心理学的検査

□ MMSE　　□ HDS-R　　□ その他（実施検査名　　）

□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

- **診断時に行われた認知機能検査(MMSE, HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)等)の該当するものをチェックし、結果を記載**
- **未実施・検査不能の場合にはその理由を記載（本人が拒否など）**

□ 臨床検査（画像検査を含む）

□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

- **認知症の診断と関連する臨床検査結果（頭部 CT、MRI、SPECT、PET 等の画像検査、あるいは特記すべき血液生化学検査、脳脊髄液検査など）を記載**

□ その他の検査

- **上記以外の検査結果（MIBG 心筋シンチグラフィー等）を記載**

４．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

＊前頁２⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載

(1) 認知症について６月以内[または６月より短期間（　　ヶ月間）]に回復する見込みがある。

- **(1)を○で囲んだ場合には、括弧内に当該期間（１月～５月）を記載する。**

(2) 認知症について６月以内に回復する見込みがない。

(3) 認知症について回復の見込みがない。

該当する番号を○で囲む

５．その他参考事項

４．再診断の場合で前回（1）と診断し、再度（1）の診断をする場合には、２の診断の所見欄に前回の見込みが異なった理由を具体的に記載する。理由の記載がない場合、または合理的な理由がない場合には（2）または（3）として扱われる可能性がある。

以上のとおり診断します。　　平成　　年　　月　　日

病院または診療所の名称・所在地

認知症疾患医療センターに指定されている機関である場合にはその旨についても記載する。

担当診療科名

担当医氏名

日本認知症学会、老年精神医学会等の学会認定専門医である場合にはその旨を記載する。

＊A4 版表裏印刷で使用。A4 版 2 枚の場合は要割印。A3 版 1 枚印刷も可

ウ）診断書提出命令書様式

診断書提出命令書

年　　月　　日

住　所

殿

公安委員会　印

あなたは、認知機能検査の結果、「記憶力・判断力が低くなっている」との判定を受け、認知症のおそれ（疑い）があることから、道路交通法第102条第　　項の規定により、下記のとおり、道路交通法施行規則第29条の３第３項に規定する要件を満たす医師の診断書（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を提出していただくようお願いします。

なお、やむを得ない理由なく診断書を提出しない場合は、

運転免許　　が拒否される／が保留される／が取り消される／の効力が停止される　　こととなりますので、御注意ください。

また、提出された診断書が上記の要件（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を満たさない場合、上記運転免許の行政処分を行うか、改めて臨時適性検査又は診断書提出命令を行うこととなりますので、御注意ください。

診断書の提出を命ずる理由となった認知機能検査の結果	
診断書の提出期限	
診断書の提出先	
備考	

※　この通知について、不明な点がある場合には、○○県警察本部運転免許試験場○○係までお問い合わせください。

○○県警察本部運転免許試験場○○係
住所　○○市○○町○丁目○番○号
電話　○○－○○○○－○○○○（内線○○○○）

エ）医師向けの依頼書

医　師　の　皆　様　へ

認知機能検査（※）の結果、認知症の疑いがありますので、診断をお願いします。

なお、この診断に御不明な点がある場合やトラブルがあった場合には、下記の担当者までお問い合わせください。

○○県警察本部交通部運転免許課

（参照）

※　認知機能検査は、「時間の見当識」（自らおかれている時を正しく認識しているかについての検査）、「手がかり再生」（16の記憶項目を再生することによる記憶力の検査）、「時計描画」（空間把握能力（物の位置を把握する能力）についての検査）からなる検査で、100点満点中49点未満を道路交通法において「認知症のおそれがある」と定めています。

検査内容等は警察庁ＨＰで公表しています。

【担当者】
○○県警察本部運転免許試験場○○係　○○
住所　○○市○○町○丁目○番○号
電話　○○－○○○○－○○○○（内線○○○○）

栗田　主一

モデル事例１：　アルツハイマー型認知症（CDR １ / FAST ４ / 軽度）
83 歳，男性，要介護未認定，６年前から高血圧症で当院に通院している．現在も，買物や通院の際には自分で自動車を運転している．１年前から，同じことを何度も質問したり，置いた場所がわからなくなって探し物をしたり，朝の薬を飲み忘れたりすることが多くなり，認知症のはじまりではないかと妻も心配していた．自動車運転のことも妻は心配している．

２．診断：「認知症疾患」であるか否かを記載する．
ここで言う「認知症」とは，介護保険法第５条の２に規定する認知症（脳血管疾患，アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化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）のことをいう．すなわち，「何らかの脳の器質的疾患（認知症疾患）によって認知機能が障害され，それによって生活障害が認められた状態」である．
ここでは，①～⑦の中から該当する診断名を選択し〇で囲む．⑤を選択した場合には，①～④以外の認知症疾患の診断名を括弧内に記載する．軽度認知障害（MCI）の場合は⑥を〇で囲む（⑥を選択した場合，原則として６か月後に臨時適性検査等を行うこととされている）．認知症ではなく，MCI でもない場合には⑦を選択する．
この事例では，①アルツハイマー型認知症を選択している．

２．診断：「現病歴」を記載する．
「現病歴」では，いつ頃から，どのような生活上の変化が見られたかを具体的に記載する．その際には，誰から得た情報であるかも合わせて記載する．生活上の変化は診断の根拠となる重要な情報である．ここでは，妻の報告に基づいて，日常生活の変化を具体的に記載している（例：同じことを何度も質問するようになった，置いた場所がわからなくなり探し物をすることが増えた，薬の飲み忘れが増えた，同じ物を買ってくることが増えた，約束を忘れることが多くなった，道に迷うことが多くなった）．
生活上の変化がより明確になるように，これまでの生活の様子，現在治療中の疾患がある場合にはその治療状況，受診に至る経緯，世帯状況（同居・独居の有無），家族の状況なども必要に応じて記載してもよい．

診　断　書（都道府県公安委員会提出用）

１．氏名　〇〇　〇〇
（男）・女
生年月日
M・T（S）・H　〇年　〇月　〇日　（　83　歳）
住所
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

２．診断
（①）アルツハイマー型認知症
②　レビー小体型認知症
③　血管性認知症
④　前頭側頭型認知症
⑤　その他の認知症（　　）
⑥　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（軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等）
⑦　認知症ではない

所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。）

6 年前から高血圧症で当院に通院している．妻によれば，1 年前から健忘が目立ち，同じことを何度も質問したり，置いた場所がわからなくなって探し物をしたりするようになった．最近では朝の薬を飲み忘れることが多くなり，通院日も忘れがちである．平成〇〇年〇月〇日に妻と同伴で当院を受診した．

身なりは整っており，態度も自然，感情もおだやかである．本人も「もの忘れ」を自覚されているが，日常生活にはそれほど支障を感じていない．妻によれば服薬管理や金銭管理に支障があり，最近では妻が必ず確認しているという．入浴・排泄・着脱衣などの基本的 ADL は自立している．

血圧 140-90mmHg，脈拍 80/min 不整はない．運動麻痺，歩行障害，パーキンソン症状などの神経学的異常は認められない．MMSE は 18 点で，明らかな近時記憶障害，時間失見当識，注意障害・ワーキングメモリの障害．視空間認知障害を認め，服薬管理や金銭管理に支障を来している．血液・生化学検査，甲状腺機能検査，ビタミン B1・B12・葉酸値は正常範囲内，頭部 CT で両側側頭葉内側面の萎縮（側脳室下角の拡大）を認める．以上の所見を総合するアルツハイマー型認知症（軽度）で矛盾はない．

２．診断：「本診断書作成時の状態」について記載する．
「本診断書作成時の状態」として，はじめに，本人の表出（身なり・表情・態度）や体験（本人の自覚的な体験，思い）を記載している．本人の表出と体験は，現在の精神状態（精神医学的所見）を把握する上で役に立つ．この事例の記載から，うつ病やせん妄ではないこと，幻覚や妄想や社会的逸脱行動などの認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められないことがわかる．
次に，認知機能障害や生活障害に対する本人の自覚と，家族からの報告を記載している．この事例では，本人の生活障害の自覚は少ないが，妻からの報告によって，手段的日常生活動作（IADL）が障害されていること，基本的日常生活動作（BADL）が保持されていることがわかる．

２．診断：「現在症」を記載する．
「現在症」として，①バイタル（血圧，脈拍等），②神経学的所見，③神経心理学的所見，④日常生活動作（IADL と BADL），⑤血液検査所見，⑥画像所見を系統的に記載している．神経心理学的所見について，ここでは MMSE の総合得点を記載した上で，近時記憶，時間見当識，注意機能，実行機能（ワーキングメモリ），視空間認知などの認知ドメインに障害が認められると記載している．また，日常生活動作については，服薬管理と金銭管理に障害が認められると記載している．

２．診断：「診断名（重症度）」とその根拠を記載する．
上記に記載した所見から，明らかな認知機能障害と生活障害が認められることがわかり，認知症の状態であることが確認できる．また，近時記憶，見当識，視空間認知の障害が認められること，頭部 CT で両側側頭葉内側面（海馬を含む）に萎縮が認められることから，診断名としては「アルツハイマー型認知症」で矛盾がないことがわかる．
ここではさらに重症度も記載している．重症度については，CDR や FAST などの尺度や，介護保険の「認知症高齢者の日常生活自立度」を用いることもできるが，ここでは生活障害（IADL と BADL の障害）の程度による一般的な分類を用いて「軽度」と判定している．

参考：軽度（IADL 障害を認めるが BADL は自立），中等度（BADL が部分的に障害），重度（BADL が全体的に障害）．

3．身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）

☑ 認知機能検査・神経心理学的検査

☑ MMSE　　☐ HDS-R　　☐ その他（実施検査名　　）

MMSE18 点．年月日・曜日．3 単語遅延再生，連続 7 減算，図形模写の課題で減点．

☐ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

☐ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

☑ 臨床検査（画像検査を含む）

☐ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

☐ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

頭部 CT で両側側頭葉内側面の委縮を認める．明らかな脳梗塞・脳出血は認めない．

☐ その他の検査

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

＊前頁２⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載

(1) 認知症について 6 月以内[または 6 月より短期間（　　ヶ月間）]に回復する見込みがある。

(2) 認知症について 6 月以内に回復する見込みがない。

(3) 認知症について回復の見込みがない。

5．その他参考事項

以上のとおり診断します。　　平成○○年○○月○○日

病院または診療所の名称・所在地

○○診療所，○○県○○市○○町○○-○○

担当診療科名

内科

担当医氏名

○○　○○

＊A4 版表裏印刷で使用。A4 版 2 枚の場合は要割印。A3 版 1 枚印刷も可

3．身体・精神の状態に関する検査結果

ここには，認知機能検査・神経心理学的検査，臨床検査（画像検査，血液・生化学検査，脳脊髄液検査など），その他の検査（脳波検査など）の実施の有無と結果について記載することになっている．

この事例では，認知機能検査については，MMSE の得点と，減点されている課題項目を簡潔に列挙している（MMSE の総合得点の記載だけでもよい）．また，臨床検査については，頭部 CT 検査の所見と血液・生化学検査の所見を簡潔に記載している．MMSE の3単語遅延再生は「近時記憶」，年月日・曜日・季節は「時間見当識」，連続７減算は「注意機能」または「実行機能（ワーキングメモリ）」，図形模写は「視空間認知機能」に関連する課題である．頭部 CT の側頭葉内側面の萎縮（海馬を含む大脳辺縁系の萎縮）は，特に近時記憶障害と関連する可能性がある．本事例では，明白な脳血管障害（脳梗塞や脳出血）が認められないことから，これらの所見は，アルツハイマー型認知症と診断する重要な根拠になっている．

注１）「認知機能検査」または「臨床検査（画像検査を含む）」が未実施の場合には，その理由を記載することになっているが，ここに，①医療機関によるもの，②患者本人の理由によるもの，というチェック欄を設けておくのも一案かと思われる．

注２）この書式には，「臨床検査（画像検査を含む）」を実施した場合，所見を記載する場所が明示されていない．実施した場合には，「未実施」の上に「実施」のチェック欄を設け，実施した検査名と検査結果を記載できるように書式を変更するのも一案かと思われる．ここでは，「検査不能」のチェック欄の下の余白に実施した検査名とその所見を記載した．

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

ここには，前ページ 2⑤に該当する場合のみ記載することになっている．たとえば，正常圧水頭症のような回復可能性のある認知症（いわゆる”treatable dementia”）では，2⑤を選択した上で，ここに記入する．

5．その他参考事項

ここには，認知症の診断にあたって，さらに参考とすべき事項がある場合に記載する．この事例では，特に追記すべき参考事項はないので，何も記載していない．

モデル事例2：　血管性認知症（CDR 1 / FAST 4 / 軽度）
76歳，男性，一人暮らし．要介護未認定．5年前から高血圧症と脂質異常症で通院していたが，6カ月前から通院を中断している．75歳までは家事などもすべて一人でこなしていたが，最近は自分でせず放置するようになり，現在は近隣に住む長女が定期的に通って食事の準備，掃除，洗濯をしている．本人によれば自動車運転は生活の楽しみの一つだと言う．

2．診断：「認知症疾患」であるか否かを記載する．
ここで言う「認知症」とは，介護保険法第５条の２に規定する認知症（脳血管疾患，アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化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）を意味している．すなわち，「何らかの脳の器質的疾患（認知症疾患）によって認知機能障害が現れ，それによって生活障害が認められた状態」である．
ここでは，①～⑦の中から該当する診断名を選択し〇で囲む．⑤を選択した場合には，①～④以外の認知症疾患の診断名を括弧内に記載する．軽度認知障害（MCI）の場合は⑥を〇で囲む（⑥を選択した場合，原則として６か月後に臨時適性検査等を行うこととされている）．認知症ではなく，MCI でもない場合には⑦を選択する．
本事例では，③血管性認知症を選択している．

2．診断：「現病歴」を記載する．
「現病歴」では，いつ頃から，どのような生活上の変化が見られたかを具体的に記載する．その際には，誰から得た情報であるか（例：長女）も合わせて記載する．生活上の変化は診断の根拠となる重要な情報である．ここでは，長女の報告にもとづいて，日常生活の変化を具体的に記載している（例：もともとまめに家事をする人であったが，今では何もしなくなり，すべてを長女にまかせるようになった）．
生活上の変化がより明確になるように，これまでの生活の様子，現在治療中の疾患がある場合にはその治療状況，今回受診に至った経緯，世帯状況（同居・独居の有無），家族による介護や生活支援の状況なども必要に応じて記載してもよい．

診　断　書（都道府県公安委員会提出用）

1．氏名　〇〇　〇〇
(男)・女
生年月日
M・T (S) H　　〇年　〇月　〇日　（　76　歳）
住所
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

2．診断
① アルツハイマー型認知症
② レビー小体型認知症
③ 血管性認知症
④ 前頭側頭型認知症
⑤ その他の認知症（　　）
⑥ 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（軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等）
⑦ 認知症ではない

所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。）

70 歳まで会社の顧問をしていたが，現在は年金暮らし．5 年前より，高血圧症，脂質異常症で当院に通院していたが，6 カ月前から通院が中断していた．3 年前に妻と死別し，現在は一人暮らし．近隣に長女が暮らしている．長女によれば，もともと酒は好きであったが，一人暮らしになってから酒量が増えたという．また，75 歳頃までは家事などもまめに一人でこなしていたが，1 年ほど前から人柄も次第に変わり，自分で何もしなくなり，現在は長女が買い物，食事の準備，掃除，洗濯をしているという．

口数は少なく，長女が語ることに対しても我関せずの様子である．本人によれば，自動車運転は生活の楽しみの一つであり，特に支障はないという．過去の出来事も比較的よく覚えており，記憶機能も比較的よい．しかし，MMSE は 17 点と低い．注意障害やワーキングメモリの障害が目立つ．

血圧 180-100 ㎜ Hg，脈拍 88/min 不整はない．明らかな運動麻痺やパーキンソン症状は認められないが，歩行はやや不安定，動作は緩慢である．血液検査では，血糖値 210mg/dl，中性脂肪 300mg/dl，HbA1c8.0％と高値を示し，頭部ＣＴで両側視床・基底核に多発性小梗塞，脳室周囲深部白質に慢性虚血性変化を認める．側頭葉内側面の萎縮は目立たない．以上の所見を総合すると血管性認知症（軽度）で矛盾はない．

2．診断：「本診断書作成時の状態」「現在症」を記載する．
「本診断書作成時の状態」として，本人の表出（身なり・表情・態度）や体験（本人の自覚的な体験，思い）を記載している．本人の表出と体験は，現在の精神状態（精神医学的所見）を把握する上で役に立つ．この事例では，全般的に口数が少なく，以前に比べると自発性も低下し，無頓着な人柄になっている様子を記載している．
さらに，ここでは，「現在症」として，認知機能障害に対する本人の自覚とともに，会話の中で把握される記憶機能の程度，MMSE の総合得点，MMSE で把握された認知機能障害について記載している．なお，MMSE の総合得点と減点が認められた課題項目については，裏面の「3．身体・精神の状態に関する検査結果」に改めて記載している．

2．診断：「現在症」「検査所見」を記載する．
「現在症」として，①バイタル（血圧，脈拍等），②神経学的所見とともに，③血液・生化学検査所見，④神経画像所見を系統的に記載している．

2．診断：診断名（重症度）とその根拠を記載する．
上記に記載した所見から，認知症の状態であること（明らかな認知機能障害と生活障害が認められること）が明らかにされているが，それと共に，①高血圧，高血糖，脂質異常症などの脳血管障害の危険因子が認められること，②記憶障害が比較的軽度であるが，注意障害，自発性低下，人柄の変化（無頓着で無関心な性格傾向）が目立つこと，③動作緩慢が目立つこと，歩行の不安定性を認めること，④画像検査において脳血管障害が確認できること，などから，血管性認知症の診断で矛盾がないことを指摘している．重症度については，手段的日常生活動作（IADL）の障害を認めるが，基本的日常生活動作（BADL）は自立していることから，「軽度」と判定している．

3．身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）

☑ 認知機能検査・神経心理学的検査

☑ MMSE　　□ HDS-R　　□ その他（実施検査名　　）

MMSE17 点．年月日・曜日．3 単語遅延再生，連続 7 減算，3 段階命令で減点．

□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

☑ 臨床検査（画像検査を含む）

□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

頭部 CT で両側視床・基底核に多発性小梗塞，脳室周囲深部白質に慢性虚血性変化を認める．

□ その他の検査

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

＊前頁２⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載

(1) 認知症について 6 月以内[または 6 月より短期間（　　ヶ月間）]に回復する見込みがある。

(2) 認知症について 6 月以内に回復する見込みがない。

(3) 認知症について回復の見込みがない。

5．その他参考事項

以上のとおり診断します。　　平成○○年○○月○○日

病院または診療所の名称・所在地

○○診療所，○○県○○市○○町○○-○○

担当診療科名

内科

担当医氏名

○○　○○

＊A4 版表裏印刷で使用。A4 版 2 枚の場合は要割印。A3 版 1 枚印刷も可

3．身体・精神の状態に関する検査結果

ここには，認知機能検査・神経心理学的検査，臨床検査（画像検査，血液・生化学検査，脳脊髄液検査など），その他の検査（脳波検査など）の実施の有無と結果について記載することになっている．

この事例では，認知機能検査については，MMSE の総合得点を記載するとともに，減点されている課題項目を列挙している（MMSE の総合得点だけでもよい）．また，臨床検査については，頭部 CT 検査の所見を簡潔に記載している．MMSE の連続 7 減算課題，3 段階命令課題，HDS-R の数唱（逆唱）課題，野菜名想起課題は注意機能や実行機能（ワーキングメモリ）とも関連しており，血管性認知症では，記憶機能が比較的保持されている場合でもこの課題で成績低下が目立つ場合が少なくない．頭部 CT 検査で認められる視床・基底核の多発性小梗塞や脳室周囲深部白質の慢性虚血性変化は，この事例の注意障害やワーキングメモリの障害，自発性低下や動作緩慢を説明できる病変である可能性があり，この事例を血管性認知症（皮質下血管性認知症）と診断する重要な根拠になっている．

注1）「認知機能検査」または「臨床検査（画像検査を含む）」が未実施の場合には，その理由を記載することになっているが，ここに，①医療機関によるもの，②患者本人の理由によるもの，というチェック欄を設けておくのも一案かと思われる．

注2）この書式には，「臨床検査（画像検査を含む）」を実施した場合，所見を記載する場所が明示されていない．実施した場合には，「未実施」の上に「実施」のチェック欄を設け，実施した検査名と検査結果を記載できるように書式を変更するのも一案かと思われる．ここでは，「検査不能」のチェック欄の下の余白に実施した検査名とその所見を記載した．

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

ここには，前ページ 2⑤に該当する場合のみ記載することになっている．たとえば，正常圧水頭症のような回復可能性のある認知症（いわゆる"treatable dementia"）では，2⑤を選択した上で，ここに記入する．

5．その他参考事項

ここには，認知症の診断にあたって，さらに参考とすべき事項がある場合に記載する．この事例では，特に追記すべき参考事項はないので，何も記載していない．

モデル事例3：軽度認知障害（CDR 0.5 / FAST 3 / 認知症の疑い / 境界状態）
77歳，男性，妻と二人暮らし．要介護未認定．70歳から高血圧症と糖尿病で当院に通院している．75歳頃から，「電話で話したことをすぐ忘れてしまう」「約束を忘れることが増えた」「読書する意欲が低下した」と本人も自覚するようになった．ゴルフが趣味であり，現在も自分で自動車を運転してゴルフ練習場に通っている．通院予約日の受診や服薬管理は自分で行っている．

2．診断：「認知症疾患」であるか否かを記載する．
ここで言う「認知症」とは，介護保険法第５条の２に規定する認知症（脳血管疾患，アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化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）を意味している．すなわち，「何らかの脳の器質的疾患（認知症疾患）によって認知機能が障害され，それによって生活障害が認められた状態」である．
ここでは，①～⑦の中から該当する診断名を選択し○で囲む．⑤を選択した場合には，①～④以外の認知症疾患の診断名を括弧内に記載する．軽度認知障害（MCI）の場合は⑥を○で囲む（⑥を選択した場合，原則として６か月後に臨時適性検査等を行うこととされている）．認知症ではなく，MCI でもない場合には⑦を選択する．
本事例では，軽度の認知機能障害を認めるが，明らかな生活障害が認められないことから（MCI に該当），⑥「認知症ではないが認知機能低下がみられ，今後認知症となるおそれがある」を選択している．

2．診断：「現病歴」を記載する．
「現病歴」では，いつ頃から，どのような生活上の変化が見られたかを具体的に記載する．その際には，これまでの生活史，世帯状況，本人の仕事・趣味・社会活動の状況，自動車運転の状況，現在治療中の疾患と通院状況などについて記載しておくとわかりやすい．また，誰から得た情報であるかも合わせて記載するようにする．家族から見た生活上の変化は診断の根拠となる重要な情報となる場合が多い．
本事例では，本人と妻からの情報で，「電話で話したことをすぐに忘れる」などの健忘のエピソードが認められること，「以前に比べて物忘れが増えていること」，しかし，「予約日の受診」や「服薬管理」は自分で行っており，今のところ日常生活面には支障が認められないことを記載している．

診　断　書（都道府県公安委員会提出用）

1．氏名　○○　○○
(男)・女
生年月日
M・T (S) H　　○年　○月　○日　（ 77 歳）
住所
○○県○○市○○町○○-○○

2．診断
① アルツハイマー型認知症
② レビー小体型認知症
③ 血管性認知症
④ 前頭側頭型認知症
⑤ その他の認知症（　　）
⑥ 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（軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等）
⑦ 認知症ではない

所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。）

元会社役員，現在は妻と二人暮らし．ゴルフが趣味で，現在も自分で自動車を運転してゴルフ練習場に通っている．70 歳から高血圧症，糖尿病で当院に通院している．

本人によれば，75 歳頃から，「電話で話したことをすぐに忘れてしまう」，「約束を忘れてしまうことが多くなった」，「読書をする意欲が低下した」と自覚していたが，日常生活には特に支障がないという．妻から見ても，以前に比べると確かに物忘れが増えたが，通院日も手帳に記入して自分で確認して受診しており，薬も自分で管理して服用している．今のところ生活には支障はないという．

問診では，最近のニュースや日常生活の出来事なども概ね覚えており，記憶障害はそれほど目立たない．しかし，MMSE は 24 点で，近時記憶障害、軽度の注意障害または実行機能障害（ワーキングメモリの障害）を認める．血圧 140-82 ㎜ Hg，脈拍 72/min．神経学的異常所見は認めない。血液・生化学検査では HbA1c6.5％で糖尿病のコントロールも良好である．

以上の所見を総合すると，現在の状態は軽度認知障害（MCI）と診断するのが妥当かと考える．

2．診断：「本診断書作成時の状態」「現在症」を記載する．
「本診断書作成時の状態」として，医師の問診において，最近のニュースや日常生活の出来事を概ねよく覚えていること，（問診の場面では）記憶障害がそれほど目立たないことを記載している．
しかし，MMSE を用いた検査では，３単語遅延再生課題や連続７減算課題に成績低下が認められること（裏面の３．「身体・精神の状態に関する検査結果」で記載）から，近時記憶障害と軽度の注意障害または実行機能障害（ワーキングメモリの障害）が認められると記載している．

注）３単語遅延再生課題は近時記憶機能，連続７減算課題は注意機能や実行機能（ワーキングメモリ）に関連する．ここでは「近時記憶障害と軽度の注意障害」と簡略に記載するだけでもよい．

2．診断：「現在症」「検査所見」を記載する．
「現在症」「検査所見」として，本事例では，①バイタル（血圧，脈拍等），②神経学的所見，③血液・生化学検査所見を系統的に記載している．本事例では，画像検査を実施していないために，画像検査の所見は記載していない．

2．診断：診断名（重症度）とその根拠を記載する．
上記に記載した所見から，本事例では，認知機能障害を認めるが，手段的日常生活動作（IADL），基本的日常生活動作（BADL）を含めて明らかな生活障害が認められないことがわかる．そのことを根拠にして，現在の状態を「軽度認知障害（MCI）」と診断している．

注）MCI は認知症の状態ではないために，この事例では重症度判定は行っていないが，CDR では０．５（認知症の疑い），FAST では３（境界状態）に相当する．

3．身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）

☑ 認知機能検査・神経心理学的検査

☑ MMSE　　□ HDS-R　　□ その他（実施検査名　　）

MMSE24 点．3 単語遅延再生課題と連続 7 減算課題で減点を認める

□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

□ 臨床検査（画像検査を含む）

☑ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

本人・家族が希望されず，診断上も必要ではなかったため．

□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

血液生化学検査で HbA1c 6.5%，特記すべき異常所見は認めない．

□ その他の検査

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

＊前頁２⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載

(1) 認知症について 6 月以内[または 6 月より短期間（　　ヶ月間）]に回復する見込みがある。

(2) 認知症について 6 月以内に回復する見込みがない。

(3) 認知症について回復の見込みがない。

5．その他参考事項

団地内の公園の掃除などのボランティア活動を継続しており，町内会の行事にもよく参加している．

以上のとおり診断します。　　平成〇〇年〇〇月〇〇日

病院または診療所の名称・所在地

〇〇診療所，〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

担当診療科名

内科

担当医氏名

〇〇　〇〇

＊A4 版表裏印刷で使用。A4 版 2 枚の場合は要割印。A3 版 1 枚印刷も可

3．身体・精神の状態に関する検査結果

ここには，認知機能検査・神経心理学的検査，臨床検査（画像検査，血液・生化学検査，脳脊髄液検査など），その他の検査（脳波検査など）の実施の有無と結果について記載することになっている．

この事例では，認知機能検査については，MMSE の総合得点を記載し，減点されている課題項目（3 単語遅延再生課題，連続 7 減算課題）を列挙している（MMSE の総合得点だけでもよい）．

臨床検査について，この事例では画像検査を実施していないために「未実施」をチェックし，その理由として，「本人・家族が希望されず，診断上も必要ではなかったため」と記載している．

実施した血液・生化学検査については，特記すべき異常所見を認めないことを記載している．

注1）「認知機能検査」または「臨床検査（画像検査を含む）」が未実施の場合には，その理由を記載することになっているが，ここに，①医療機関によるもの，②患者本人の理由によるもの，というチェック欄を設けておくのも一案かと思われる．

注2）この書式には，「臨床検査（画像検査を含む）」を実施した場合，所見を記載する場所が明示されていない．実施した場合には，「未実施」の上に「実施」のチェック欄を設け，実施した検査名と検査結果を記載できるように書式を変更するのも一案かと思われる．ここでは，「検査不能」のチェック欄の下の余白に実施した検査名とその所見を記載した．

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）

ここには，前ページ 2⑤に該当する場合のみ記載することになっている．たとえば，正常圧水頭症のような回復可能性のある認知症（いわゆる”treatable dementia”）では，2⑤を選択した上で，ここに記入する．

5．その他参考事項

ここには，認知症の診断にあたって，さらに参考とすべき事項がある場合に記載することになっている．この事例では，その他の事項として，社会的活動を継続していることを追記している．このことは，現在の状態はまだ認知症の段階ではなく，軽度認知障害（MCI）の段階であることを支持している．

第４章　高齢者の自動車等の運転と認知症の人を地域で支えるためのポイント

瀬戸　裕司

認知症と診断された高齢者の医療・介護のケアにおけるかかりつけ医の果たす役割には、運転免許のみに関わらず様々なものがありますが、自動車等の運転という日常生活活動へ直接影響を及ぼすものについて、かかりつけ医に求められる対応について述べてみたいと思います。

（１）引きこもりの防止、社会生活への支援

現代は、車依存社会であり、重要な交通手段である自動車等の運転を中止することにより、患者・家族の生活に著しい支障をきたし、暮らしの質が大幅に下がることが予想されます。また、引きこもり、買い物難民、抑うつ、認知症の進行など、本人の状態悪化にもつながる可能性も指摘されます。

かかりつけ医は、これらを踏まえて、運転免許取消しまたは停止・返納後の生活・暮らしぶりの変化や本人・家族の状態変化にも注意する必要があり、地域包括支援センターや自治体等との関わりがとても重要となります。今回の改正道路交通法による高齢者の自動車等の運転免許制度の見直しには、かかりつけ医の地域包括ケアシステムへの積極的関与が不可欠なのです。

（２）自動車運転をやめた高齢者への心のケア

自動車等の運転を高齢者が続ける理由には、様々なものがあると考えられ、一律には論じ切れません。

① 「認知症」という病識がないために運転不可という理解または認識ができない
② 生活の「移動手段」として必要であるためやめられない
③ 「楽しみ」「運転が好き」「生きがい」「自尊心獲得」等の感情によるもの
④ 行動制限されることへの本人の被害感情や拒絶・拒否感情によるもの
⑤ 本人を制限することへの家族や周囲のためらい感情や罪悪感によるもの

等、様々な場合が考えられます。個々のケースでの理由をきちんと検討して対応をしなければ、的外れな対処となることもあり、かかりつけ医としてはそれらを念頭に注意をする必要があります。例えば、判断力低下や病識欠如による返納拒否でなく、喪失体験を回避するため本能的な拒絶や生きがい・楽しみとして運転している人には、思いの共感・共有・受容が取り組みの基本となり、生きがいとして運転に代わるものを見つけてもらうことも重要です。

（3）医師・患者の信頼関係のもと認知症を診断すること

かかりつけ医は、認知症の早期発見・早期治療を求められていることは言うまでもありません。自動車等の運転をしている患者において、認知症が疑われる場合には、早期に、適切で正確な診断を行えるように援助する必要があります。本人が納得し、運転を中止するためには、早い段階から、本人だけでなく家族や周囲の関係者を含めての協議は大切であり、その場面において、信頼関係が、しっかり構築されているかかりつけ医からの説明は、大きな役割を果たします。認知症の早い段階であれば、本人の理解を得やすいケースも多いのです。また、反応性の興奮や易怒性が見られることはしばしばありますが、一時的なことも多く、腰を据えて対応することが、肝要です。

（4）代替の交通手段、生きがいを一緒に考える

運転免許が取消されたとき、移動手段として必要な場合は、地域の公共交通機関の状況や代行サービス、移動・移送サービスの有無などの検討を行う必要があります。自動車等の運転が、本人の生きがい等であった場合は、介護サービス、地域支援サービス、福祉サービスなどの導入が必要となり、かかりつけ医が地域包括ケアシステムの重要な位置にいて、情報共有のキーパーソンとなります。

（5）患者本位の安全確保

認知症は、その原因により認知機能障害や行動心理症状も大きく異なるため、運転に際しての問題も多様である事を忘れてはなりません。何れにせよ、この高齢者の自動車等の運転に対してのかかりつけ医の基本姿勢は、「患者本人の安全確保」という視点で対応することです。

【参考資料】

・「認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル©」
（国立長寿医療研究センター　長寿政策科学研究部）

・「高齢者が気をつけるべき運転行動のチェックリスト」
（国立長寿医療研究センター　長寿政策科学研究部　部長　荒井由美子氏）

上記２点　※http://www.ncgg.go.jp/department/dgp/index-dgp-j.htm
（印刷物の配布は実施しておらず、ダウンロードでのみ入手可能）

・かかりつけ医のための認知症マニュアル（書籍）
（編　公益社団法人　日本医師会・発行所　社会保険研究所）

・日本医師会ＨＰ・メンバーズルーム　平成 29 年 3 月施行　改正道路交通法に関する情報
※http://www.med.or.jp/japanese/members/kaigo/ninmen/

・厚生労働省ＨＰ　認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に関する情報
※http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html

・警察庁ＨＰ　運転免許関係諸手続に関する情報
※https://www.npa.go.jp/annai/license_renewal/home.html

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

平成２９年３月１日発行

発行：公益社団法人日本医師会

作業メンバー：（五十音順）

粟田 主一 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター　自立促進と介護予防研究チーム　研究部長）

篠原　彰 （静岡県医師会長・篠原医院院長）

瀬戸 裕司 （福岡県医師会専務理事・医療法人ゆう心と体のクリニック院長）

渡辺　憲 （鳥取県医師会副会長・社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院理事長・院長）

松原 謙二 （日本医師会副会長）

鈴木 邦彦 （日本医師会常任理事）

松本 純一 （日本医師会常任理事）

担当事務局：日本医師会介護保険課、地域医療第三課、医事法・医療安全課