

運転免許証のための認知症診断目的で来院し、  
手術が有効だった正常圧水頭症の一例：  
診断書作成に積極的に関わる脳外科医の立場からの考察

A case of iNPH who came to our hospital for the diagnosis of dementia  
for a driver's license : Consideration from the neurosurgeon's view  
positively involved in medical certificate preparation

滝澤 貴昭

*Takaaki Takizawa*

(医) 幸義会 岡山東部脳神経外科病院 脳神経外科・神経内科  
*Department of neurosurgery and neurology, Okayama east neurosurgery hospital*

**Abstract**

The Road Traffic Law was revised in March 2017. The first patient who came to our hospital for the diagnosis of dementia for a driver's license was idiopathic normal pressure hydrocephalus. He was treated by lumbar peritoneal shunt and recovered well. As the first case after enforcement of the law was impressive, we decided to actively participate in the preparation of this medical certificate at our hospital. Up to now, we diagnosed 27 persons. Among them, only one person could be diagnosed as normal. 5 persons were diagnosed as MCI. The remaining 21 persons were diagnosed with dementia. It was considered that the probability of the elderly cognitive function test performed by the Public Safety Commission was high. I reported the necessity and problems involved in preparing this medical certificate as one of Japanese neurosurgeons.

**Key Words:** Dementia, Idiopathic normal pressure hydrocephalus, Revised road traffic law, Driver's license

### はじめに

平成 29 年 3 月施行改正道路交通法により公安委員会に提出する診断書の作成をかかりつけ医に依頼されることとなったが、もの忘れ外来を行っている脳神経外科医や日頃から認知症の診断・治療に携わることの多い脳神経外科医に紹介されることが増えると予想される。

公安委員会に提出する診断書の作成に当たっては、その煩雑さとともに、認知症と診断し免許取り消しとなった際に、担当医と患者や家族と感情的もつれが生じる可能性がある。また認知症でないと診断して事故が起きた場合には被害者のみではなく、患者本人や家族から民事訴訟を起こされるリスクがある。そのような中で、認知症疾患医療センターの認知症専門医のみでは物理的に対応困難であることが予想されている。

当院にて経験した改正道路交通法施行直後の症例が外科治療により改善の期待される特発性正常圧水頭症と診断された。そこで当院では脳神経外科医も、改正道路交通法に関わる高齢者認知症診断に積極的にかかわるべきと考え実施しているので、その経験について報告する。

### 対象と方法

当院では、原則として予約制で専門外来を設けており、診断書提出期限が迫っている場合には、特例として通常の外来枠のなかで診察を行っている。まず本人と家族との面談・診察を行う。かかりつけ医の情報提供がある場合には、医師の印象や既往歴の情報に基づき判断の補充材料にしている。VSRAD を含む MRI または CT 検査

MMSE	/30 点
HDS-R	/30 点
FAB	/18 点
DASC21	/84 点
DBD13	/52 点
J-ZBI8	/32 点
TMT-A	分 秒

図 1

と HDS-R・MMSE 検査を行う。VSRAD は左右を分けて計測し、とくに優位半球の萎縮度合いを参考にしている。医師会のガイドラインに基づき認知症初期集中支援チームが用いる DASC-21(合計点が 31 点以上の場合には認知症の可能性あり)、DBD13、J-ZBI-8 などを実施する。しかし免許証の自主返納を選択せず敢えて検査に来られる場合には、ご本人はもちろん、ご家族さえも病識をお持ちでないことがほとんどであり、DASC-21、DBD13、J-ZBI-8 はほとんど役に立たないと思われた。そこで当院においては前頭葉機能検査 FAB(Frontal assessment battery)と TMT を標準で行っている。FAB は 18 点満点で、健康群は 16 点以上のことが多く、アルツハイマー型認知症では 9 から 12 点程度、前頭側頭型認知症では HDS-R や MMSE 検査ではほぼ正常のこともあるが FAB を用いれば 9 点以下のことが多く見落としが減ると考えられている。当院では 11-12 点あたりをカットオフとしている。TMT は TMT-A と TMT-B があり、数字のみの A をスクリーニングに使っている。それらを一覧表とし、診断書を作成しやすいように高次脳機能の評価として分類した(図 1, 図 2)。

		問題 なし	問題 あり	程 度	
記憶障害	記銘			/3	MMSE2 HDS-R2
	保持			/3	HDS-R5
	再生			/3	MMSE5.6
	一時記憶			/2	HDS-R4
見当識障害			/7	HDS-R1 MMSE1	
失語	物品呼称			/2	MMSE8
	錯語		有 無		MMSE9
	聴覚的把持		有 無		MMSE9
	聴理解			/3	MMSE10
	失書		有 無		MMSE12
	失読		有 無		MMSE11
失行	観念失行			/3	MMSE10
視空間認知			有 無		MMSE13
失認	構成障害		有 無		立方体の模写
実行機能障害	概念化			/3	FAB1
	語流暢性			/3	FAB2
	運動系列			/3	FAB3
	葛藤指示			/3	FAB4
	抑制コントロール			/3	FAB5
	環境被影響性			/3	FAB6

図 2

## 結 果

平成 29 年 3 月から 9 月までに、改正道路交通法による認知機能検査にて第一分類と診断されて診断書依頼で来院したのは 27 名であった。かかりつけ医にてすでに抗認知症薬が投与されているケースもあった。画像診断としては、MRI 検査を 26 名に、CT 検査を 1 名に施行した。さらに MRI と HD-SR/MMSE で診断ができず SPECT 検査を施行した症例が 1 例あった。

本研究の端緒となった最初の症例は、一旦停止違反にたいする臨時認知機能検査が施行されて認知症のおそれありとされ、かかりつけ医から鑑別診断および診断書作成依頼にて紹介来院した。尿失禁や歩行障害が半年前から進行性で、HDS-R 19 MMSE 21 であった。MRI にては典型的な特発性正常圧水頭症と診断され、また腰椎タップテストも手術効果を期待させた。そこで本症例の初回の診断書内容としては、6 ヶ月以内に症状が改善する可能性が高いため、免許の一時的停止が好ましく、6 ヶ月以内程度に再度診断書を提出する予定とした。その後に行われた腰椎腹腔シャントが有効であり、尿失禁や歩行障害は改善し、認知機能もある程度改善したが、運転機能に問題なしとまでは判断できず、結果的には、アルツハイマー型認知症の初期の合併があるものと考えられ、抗認知症薬を開始するとともに、免許証の自主返納を勧め納得された。

27 名のうち、21 名は認知症と診断し、内訳としてはアルツハイマー型認知症 11 名(すでに治療中 4 名)、血管性認知症 4 名、混合型認知症 2 名、レビー小体型認知症 1 名、認知症だが分類不能 2 名、特発性正常圧水頭症 + アルツハイマー型認知症の合併 1 名であった(図 3)。

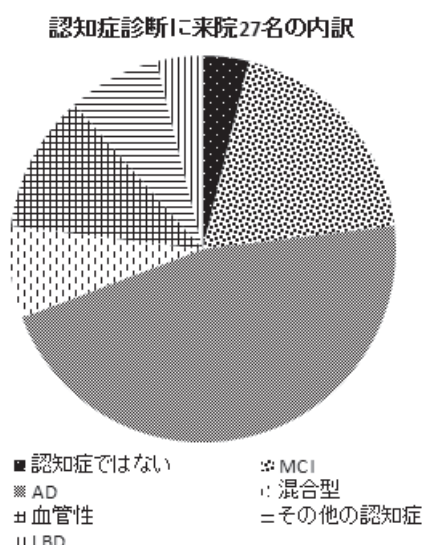


図 3

MCI(認知症のおそれがある、あるいは認知症ではないが今後認知症となる可能性がある)は 5 名であり、半年後の再検査が必要と診断した。これらの方には、原則半年後の再延長は困難である旨を説明し、その間に生活基盤を整えて免許証の自主返納をされるように指導した。

認知症ではないと診断できたのは、わずかに 1 名のみであり、この症例では中学生の頃から高度の難聴があり、認知機能検査の際の理解力不足が原因であると考えられた。さらに原付バイクしか乗らない予定のため免許更新可能と判断した。但し書きとして原付バイクに限定する旨を診断書に記載した。

MCI と診断した 5 名では、HDS-R や MMSE が 19 から 25 点だったが、たとえこれらの点数が良くても、FAB にて実行機能障害が強く疑われ、運転の危険性が示唆された。

認知症と診断した症例は、画像診断にても確信が得られたが、いずれの症例においても FAB は 12 点以下であり、6 から 8 点程度と低下しており中等度に進行した認知症と診断される症例も少なからず存在した。

当院は、岡山市郊外に位置し、来院した方の殆どは公共交通などの代替手段に乏しい地域に住んでおられることが多かった。そこで、運転免許証の取り消しあるいは自主返納の際の、外出時の交通手段なども必ず尋ねている。ご本人は、車の運転ができなければとても困るように表現されることが多いが、同居の伴侶が運転出来たり、同居または近所に子供・孫などがおられるため、直ちに生活に困窮されることは意外と少ないと感じられた。

## 考 察

平成 29 年 3 月 12 日に道路交通法の一部が改正され、75 歳以上の高齢者が運転免許証を更新する際、あるいは認知機能が低下したときに起こしやすい違反行為をした際には認知機能検査を受けなければならなくなり、その結果「認知症のおそれ」があると判定された場合には医師による診断を受けることになった。岡山県においては免許証の自主返納をされる方を除いて約千人が対象になると言われている。日本医師会においては、専門医のみでは到底対応しきれないので、かかりつけ医の協力が必要となると考え、診断書作成の手引きなどを公開している。しかしながら頭部画像診断は必ず必要であり、医師会の診断書作成例で示される記載内容は神経疾患の専門医以外ではとても難しいとも考えられる。また、かかりつけの患者さんや家族との間に感情的しこりが残ることを懸念される医師も多い。岡山県では大学病院、公的病院や民間の精神科・神経内科専門病院などが認知症患者医療センターとして認定されているが、通常の認知症

患者の初診予約待ちが3カ月程度となっている。運転免許証のための特別外来を設けて、早期の診察を受け付けている認知症センターもあるが、絶対数はとても不足している。また当院の位置する岡山市の東端から、兵庫県境までの広範な岡山県南東部地域においては専門医もわずかしかない。そこで、CTやMRIを有しない近隣の開業医などに向けて、当院にて専門外来を設けている旨をアナウンスしている。しかし、MRIを有する病院においても診断書作成を敬遠して紹介されることがあり、またかかりつけ医を持たない対象者が、県免許センターに問い合わせ、当院に来院された症例も4例あった。免許センターには当院からアナウンスは行っておらず、本来免許センターが提携する専門医あるいは認知症疾患医療センターを紹介するべきと考えられたが、現実的には地理的事情から当院を紹介されたものと思われた。

当院において、認知症と診断せざるを得ない場合に、当初の10例目程度まではできるだけ免許証の自主返納を勧めていたが、説得には忍耐と時間を要し、また自主返納に納得されたはずの方が返納されず、後日警察より診断書提出依頼がある事例を経験したため、以後は全例で診断書提出を原則としている。

ご家族はすでに運転の危険を心配しておられるものご本人が納得されず来院される症例では、医師のほうからきちんと診断して説明してもらえて安心し、自主返納を勧めやすくなったという言葉が頂戴することがある。

一方で、ご本人は勿論のこと、ご家族も認知症としての認識が無く、診断に納得されないばかりか、憤慨されることもしばしば経験した。運転ができなければ生きていても仕方がないとか、山の中の一軒家で、車の運転ができなければ買い物にも医者にも行けなくなり、死ぬと言うのかというような脅しとも感じられる言葉を浴びせられることも少なからずあった。

国・県・市などにおいて、十分な受け皿を準備する間もなく、唐突に改正された感のある道路交通法は、認知症のおそれがあると診断された方たちのみでなく、かかりつけ医や、専門医にも混乱を招いている。

しかし脳神経外科医のなかには、救急患者の治療や手術を主体に活躍している方たちばかりではなく、普段の外来診療にて認知症の診断と治療に従事しておられる方も多いと思われる。

運転免許証の更新あるいは違反行為により、認知症の可能性のある方が早期に見つかり、交通事故が減らせることは勿論有意義であるが、早期治療に結びつけることも重要であると思われた。また治療可能な認知症を見つけることも脳神経外科医の使命であると考えている。しかし、現実的には、ご本人やご家族に認知症との病識が

無く、当院での診察で免許更新が可能となりうることを期待して受診されることが多いので、2-3時間程度の診察時間のみで、認知症の治療の必要性まで踏み込んで納得してもらえることは難しいと感じている。そこで、かかりつけ医からの紹介の場合には当然のこと、紹介無しで来院された場合にも、かかりつけ医や近医を聞き出して情報提供し、介護保険の申請や薬物療法などをお願いするようにここがけている。

認知症診断に必要な画像検査や血液検査は健康保険に請求することが認められているが、高次脳機能検査や各種聞き取り項目などには保険点数は算定できない。診察と診断書作成には2-3時間程度かかり、さらにご本人やご家族との話し合いには強いストレスを感ずることが多い。診断書の結果は、必ずしもご本人にとって期待するものではないため、高額な診断書料をいただくわけにはいかないと考えて、当院では3000円と消費税のみとしている。この時間的・精神的対価に見合う保険点数が設定されなければ、善意で診断書を作成する医師は徐々に減少するのではないかと懸念している。

今後、さらに高齢化・過疎化が進む地方においては、行政と民間の垣根を越えて、認知症の可能性のある方たちが車を持たなくても安心して暮らせるような街づくりが期待される。また技術革新により自動運転機能が充実した際に、軽度の認知症患者において運転が認められるようになるか否か、さらには一部の諸外国のように過疎地域限定の運転許可の可能性などの法整備の方向性も気になるところである。

## 結 論

平成29年3月施行の改正道路交通法により公安委員会に提出する認知症診断書の作成を目的に、かかりつけ医から紹介来院した最初の症例が特発性正常圧水頭症であった。そこで、脳神経外科医もこの診断書作成に積極的にかかわるべきと考え受け入れている。

29年9月現在27名が来院した。そのうち、わずかに1名のみが認知症ではないと診断でき、5名はMCIと考えられ半年後に再診断が必要との診断書を提出した。MCIの方たちには、半年間で準備をして免許証の自主返納をするように指導した。他の21名では認知症と診断をせざるを得なかった。家族を含めて十分に納得された際には、免許証を自主返納していただくこととしたが、認知症と記載した診断書を提出せざるを得ないことが多かった。

当院の取り組みのきっかけとなった特発性正常圧水頭症の症例では手術が有効ではあったが、アルツハイマー型認知症の初期の合併も疑われ、結果的には免許証の自

主返納をしていただき、また薬物療法の併用も開始した。

当院での27例の経験では、公安委員会・警察の実施する高齢者認知機能検査の確診率は高いと考えられたが、ご本人やご家族は運転が継続できることを期待して来院されることが多く、十分に時間をかけた検査と病状説明を行い、さらに今後の生活不安や治療に対するアドバイスなども必要と考えられた。

責任著者はCOIの申告済です。

本学会の演題申し込み締め切り日が、3月12日の改正道路交通法施行から日が浅かったため、その後の症例の経過が異なり、また経験した症例数も増えましたので、学会演題名および当初の抄録と、講演録の内容が若干異なることをお詫び申し上げます。