

改正道路交通法と 医師の診断書提出・認知症診療の課題

(医)幸義会 岡山東部脳神経外科病院

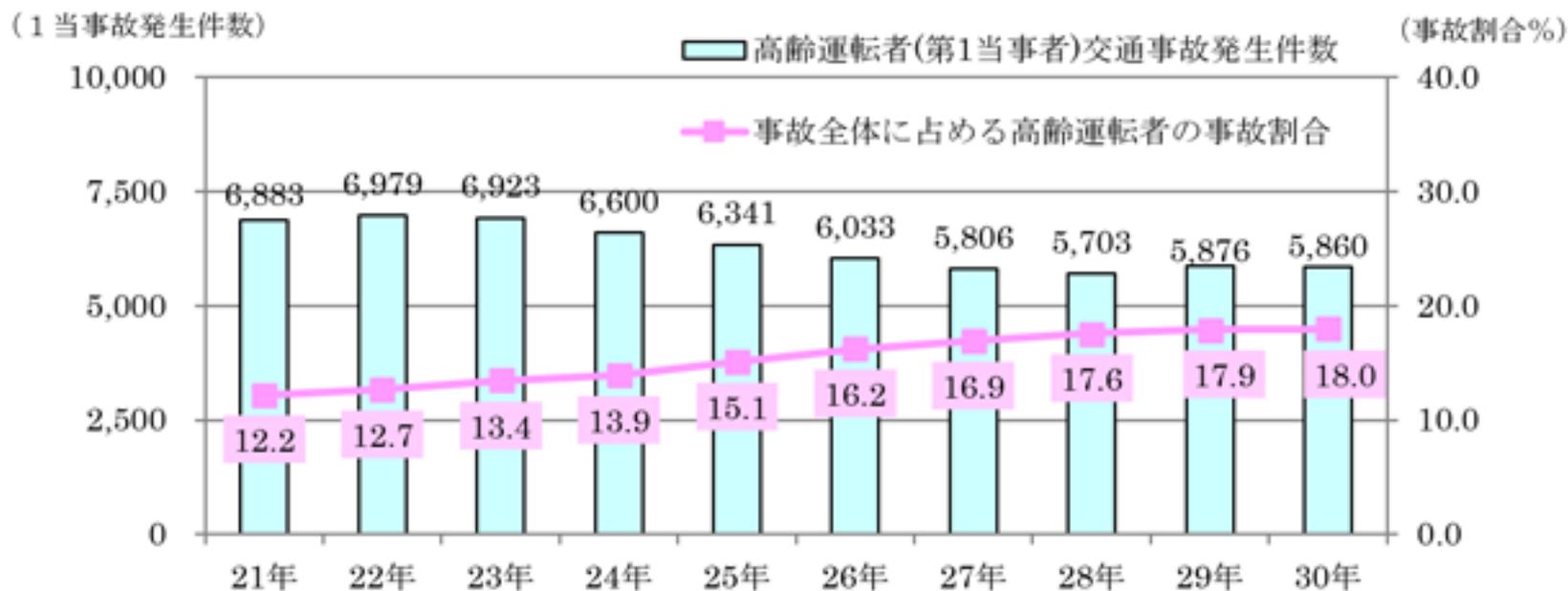
理事長 滝澤貴昭

2019年度
岡山市認知症かかりつけ医研修会講演録

高齢運転者の交通事故発生状況の年推移

平成30年度版警視庁資料より引用

高齢運転者が第1当事者となる交通事故発生件数は10年前に比べ減少しているが、高齢運転者による事故の割合は年々増加傾向

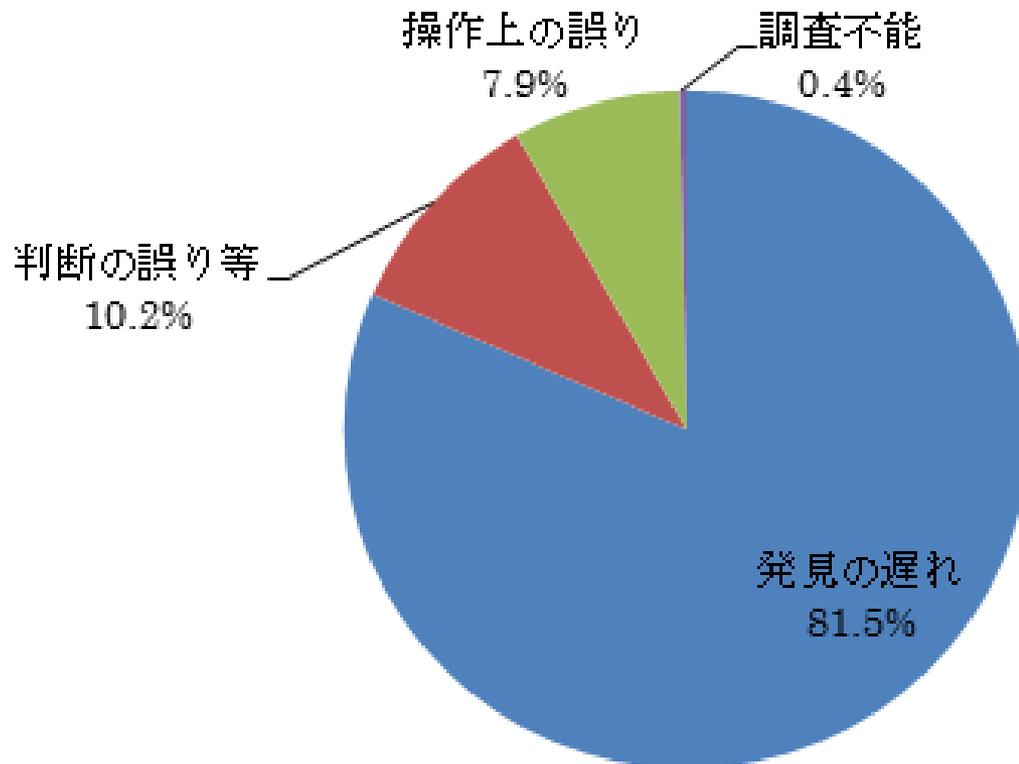


人的要因別にみた高齢運転者交通事故発生状況と要因

平成30年度版警視庁資料より引

用

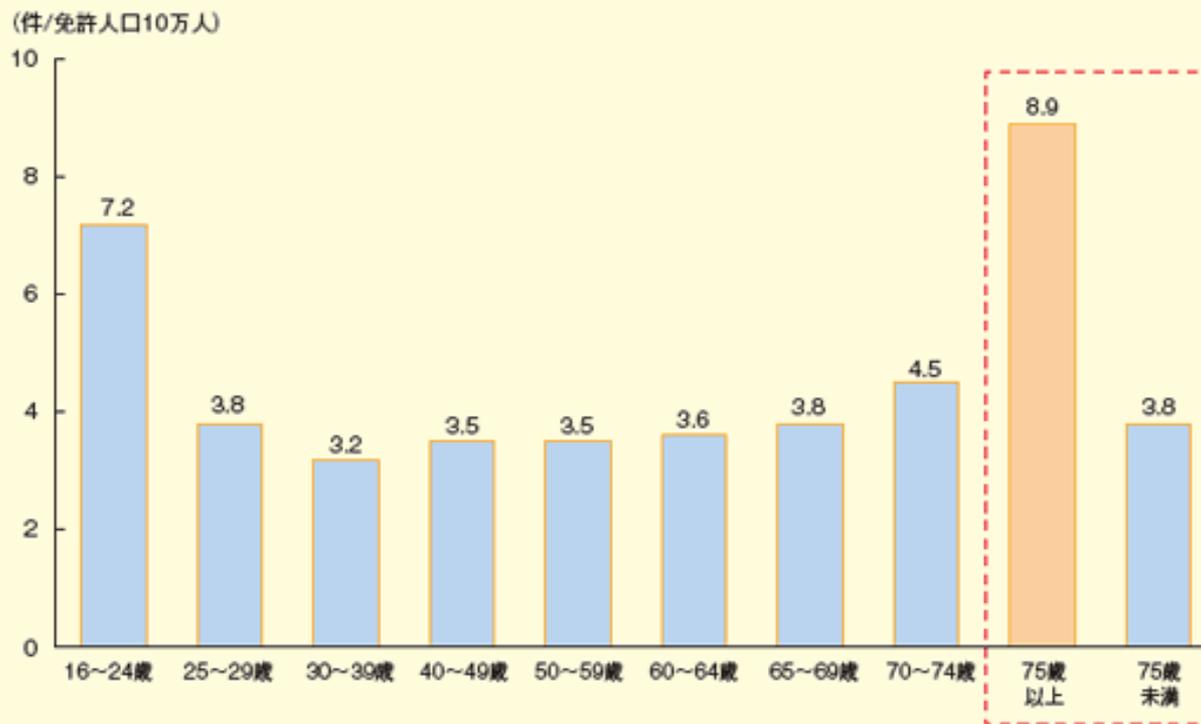
- 注意力や集中力が低下している
- 瞬間的な判断力が低下している
- 過去の経験にとらわれる傾向にある



高齢運転者による死亡事故の発生状況

内閣府HPの警察庁資料より引用

▶ 特集-第10図 年齢層別免許人口10万人当たり死亡事故件数（原付以上第1当事者）（平成28年）

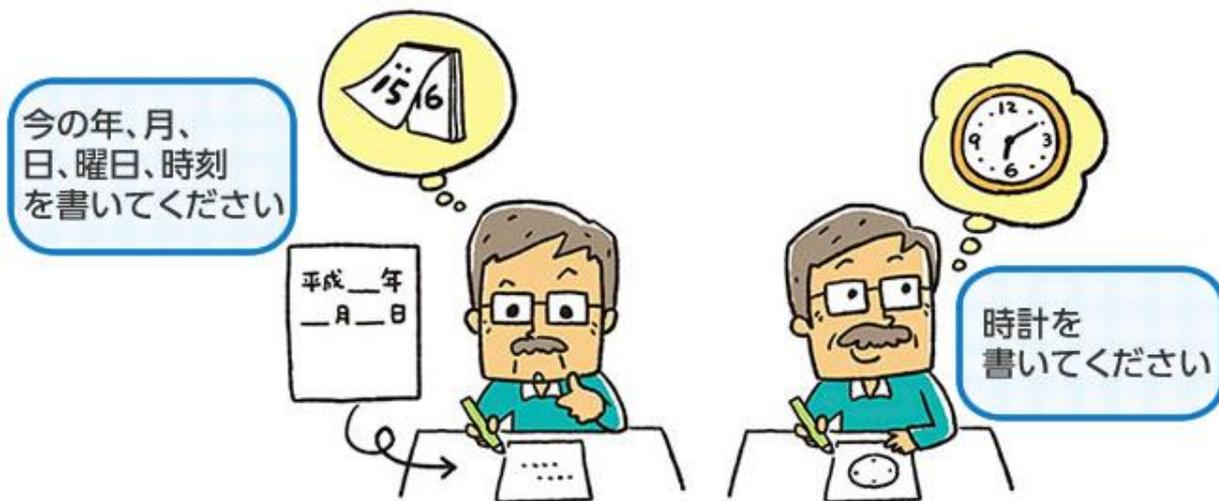


- 注 1 警察庁資料による。
2 平成28年12月末現在の免許人口10万人当たりで算出した数である。

平成30年警察庁統計による運転免許保有者数

- 総数 4499万人
- 65歳以上 1147万人
- 70歳以上 740万人
- 75歳以上 403万人
- 90歳以上 53万人

2017年(平成29年)3月12日スタート、改正道路交通法の主なポイント



運転免許証を更新するとき

75歳未満

75歳以上

更新時の認知機能検査

認知機能の低下のおそれなし

認知機能の低下のおそれ

認知症のおそれ

高齢者講習 (合理化)

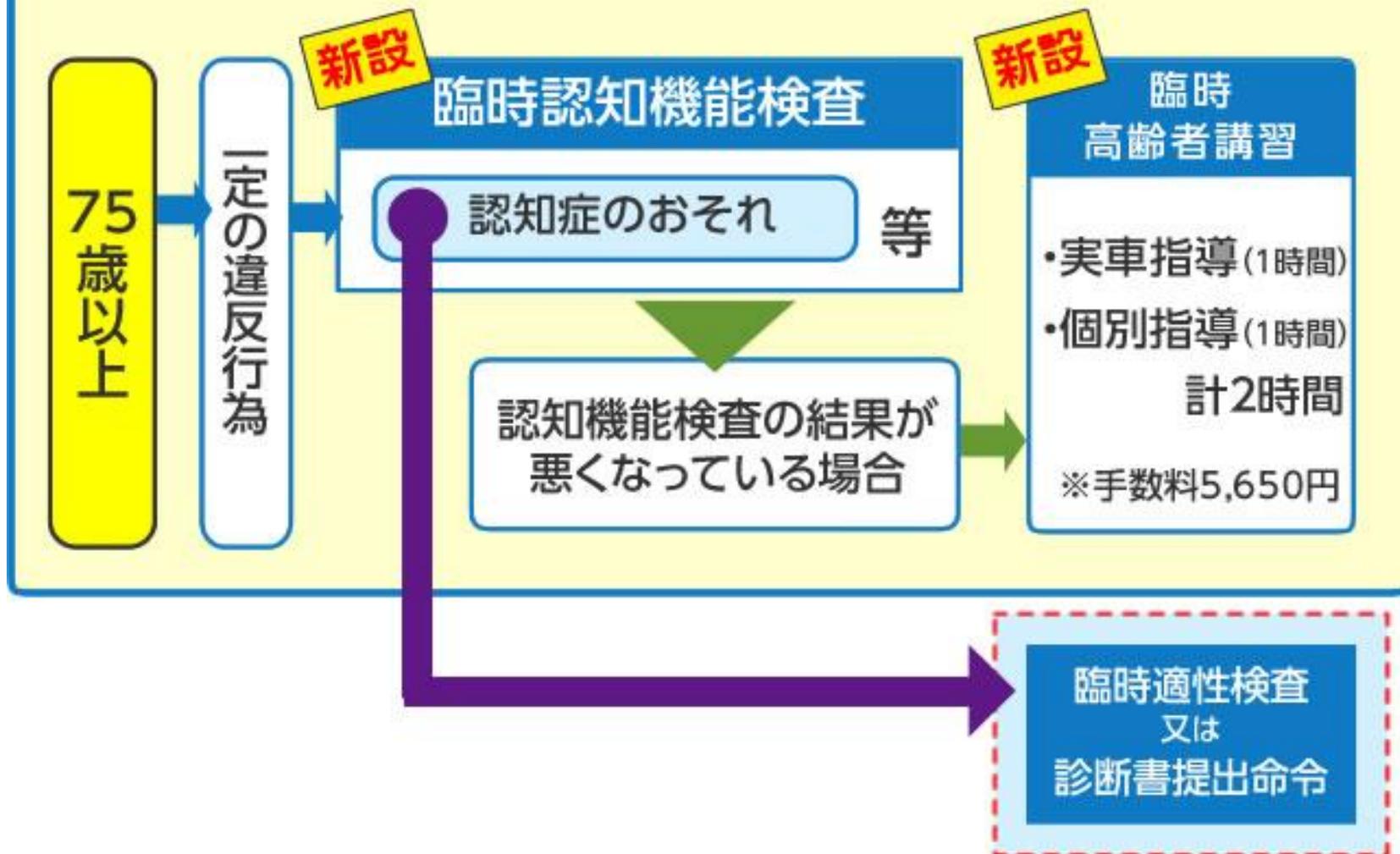
・実車指導 など
計2時間
※手数料4,650円

高齢者講習 (高度化)

・実車指導
・個別指導 など
計3時間
※手数料7,550円

臨時適性検査
又は
診断書提出命令

一定の違反行為をしたとき

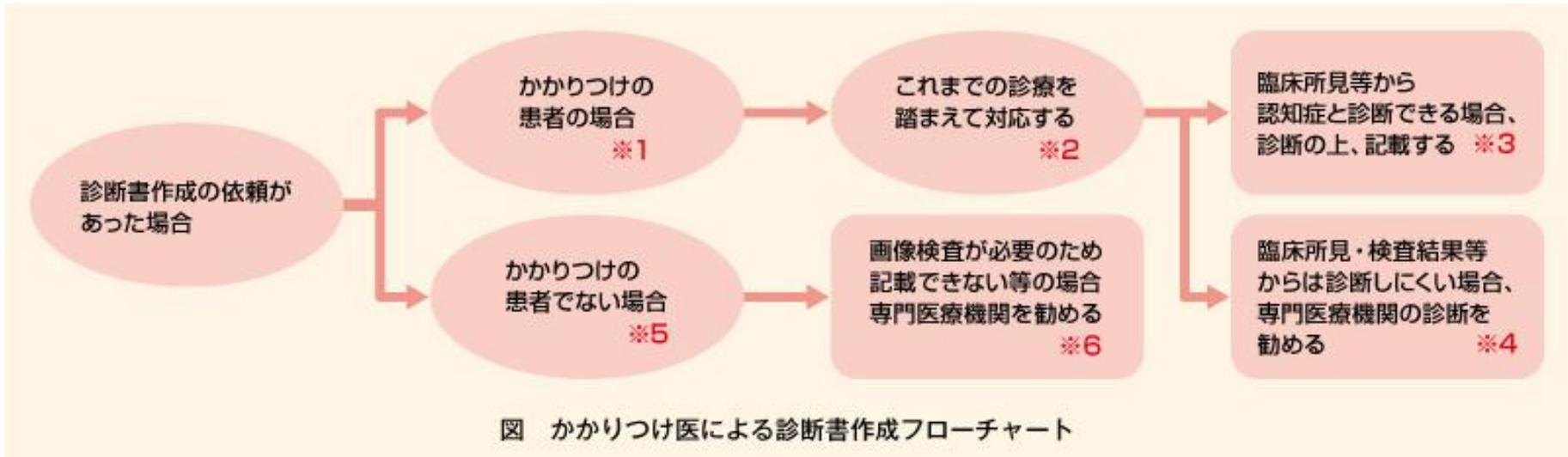


平成29年3月12日施行の改正道路交通法により 公安委員会に提出する診断書の作成をかかりつけ医 に依頼されることとなった。

※ 認知機能検査の結果について

- 第1分類・・・記憶力・判断力が低くなっている方
(認知症のおそれがある方)
更新時受験者の約3%程度、CDR 1に相当
- 第2分類・・・記憶力・判断力が少し低くなっている方
(認知機能が低下しているおそれがある方)
- 第3分類・・・記憶力・判断力に心配ない方
(認知機能が低下しているおそれがない方)

『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』の活用を求める



- 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
- 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。

- 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。

- 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ですが、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。

- ①全くの初診、または、極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、本人及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、極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。

- 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、更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。

免許証更新時の認知機能検査 受験者数の推移と結果

第一分類 CDR1相当（認知症の恐れあり） 3%前後

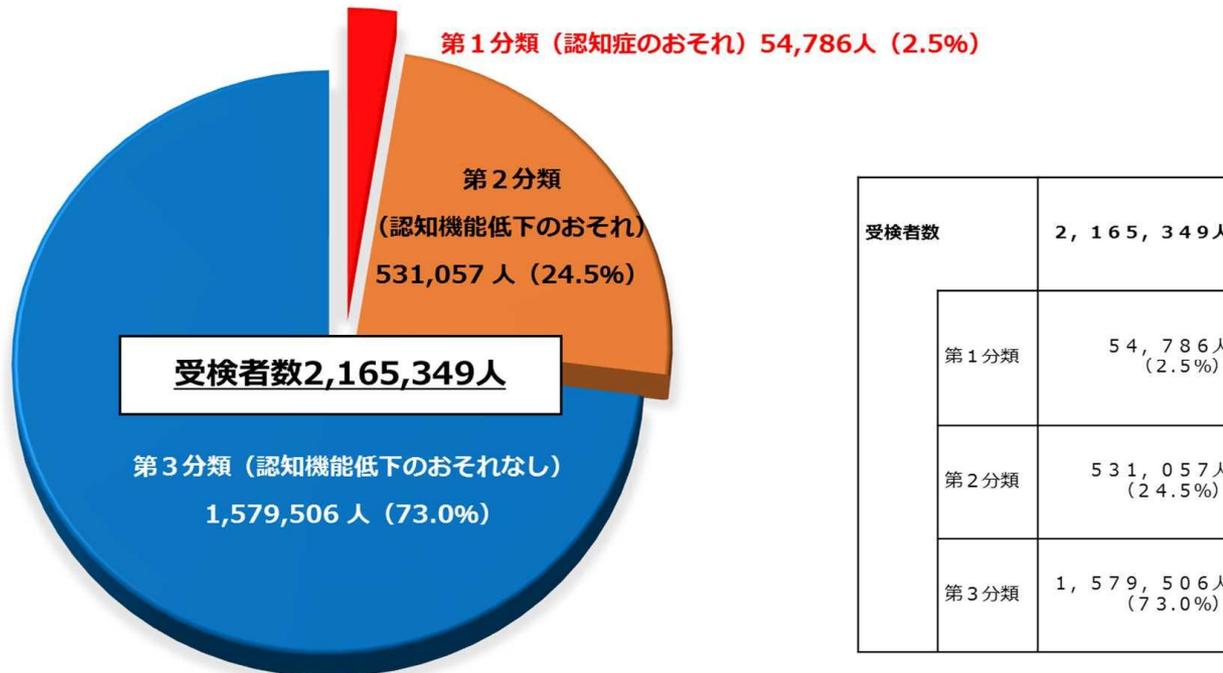
総受験者は年々増加している 第一分類は最近若干減少傾向

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	合計
総受験者数	1,185,886	1,194,263	1,331,787	1,451,989	1,438,040	1,630,709	1,662,512	1,864,781	2,020,144	14,122,916
第1分類の割合	1.4%	1.4%	1.3%	2.4%	3.7%	3.3%	3.1%	2.8%	2.5%	2.5%
第2分類の割合	23.7%	23.6%	21.2%	26.2%	32.5%	30.8%	29.3%	26.8%	24.6%	26.7%
第3分類の割合	74.9%	75.0%	77.5%	71.4%	63.8%	65.9%	67.6%	70.4%	72.9%	70.8%

認知機能検査の実施結果(平成30年全国統計)

平成30年度 警察庁

「高齢運転者交通事故防止対策に関する提言」の具体化に向けた調査研究に係る認知機能と安全運転の関係に関する調査研究



※1 認知機能検査は更新時・臨時の両方を含む

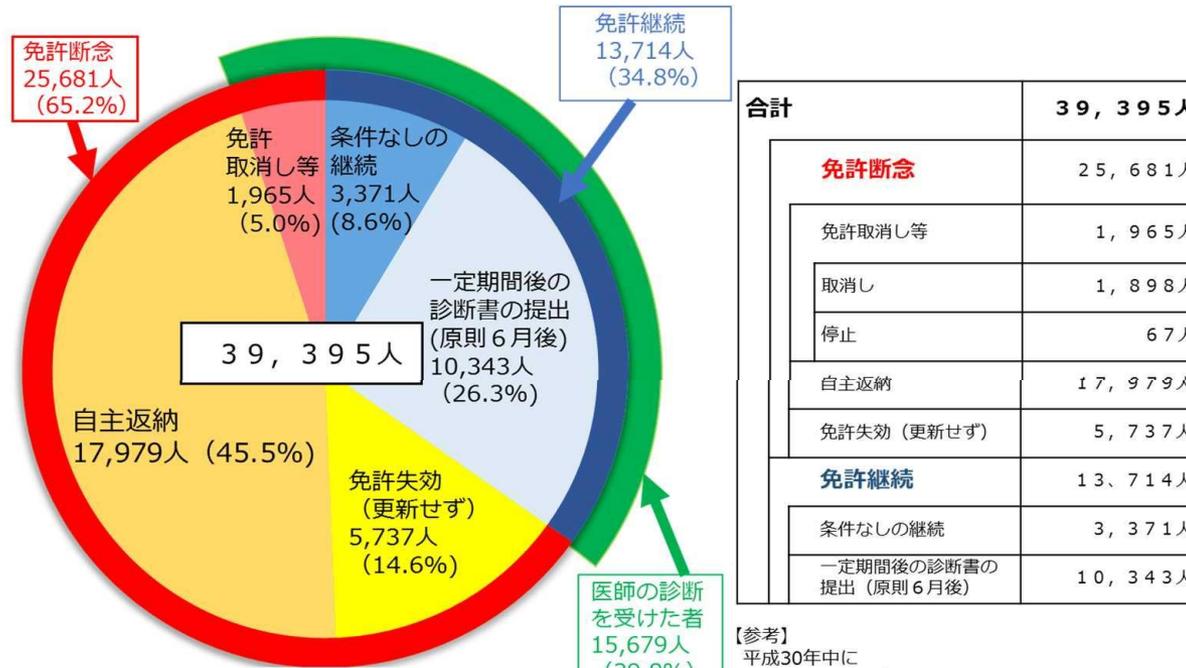
※2 人数は延べ人数

(例) 同一人物が認知機能検査を3回受検し、それぞれの判定が第1分類が2回、第2分類が1回となった場合には、受検者数は3人(第1分類:2人、第2分類:1人)とカウント

第1分類と判定された者の処分等の状況(平成30年)

平成30年度 警察庁

「高齢運転者交通事故防止対策に関する提言」の具体化に向けた調査研究に係る認知機能と安全運転の関係に関する調査研究



※ 人数は実人数
 ※ 数値は暫定

【参考】

平成30年中に

- ・第1分類と判定された者：54,786人 (延べ)
- ・再受検の結果、第2・3分類となった者：8,768人

自主返納を考え始めたきっかけ

自主返納者1000名中

- 自分から 66%
- 家族から言われて 32%
- 家族以外から言われて 2%

自主返納を決断した理由として 家族以外からの一言と回答した者の内訳

家族以外から言われてと回答した41名64件(複数回答あり)の内訳

- 医師から 48%
- 友人・知人 28%
- 警察官 23%
- その他 13%

認知機能検査の施行手順・参考問題などは警察庁のHPにて PDFで公開されており、予行演習可能

- 100点満点
- 時間の見当識 約17点満点
- 手がかり再生 約62点満点
- 時計描画 約21点満点

介入課題には配点はない

認知機能検査は何度受けても良いが、現実には予約が取れないと思われる

49点未満は医師の診断書提出が必要（第一分類）

50~75点は3時間の臨時高齢者講習(高度化講習・実車指導・個別指導)

76点以上は2時間の講習と実車指導

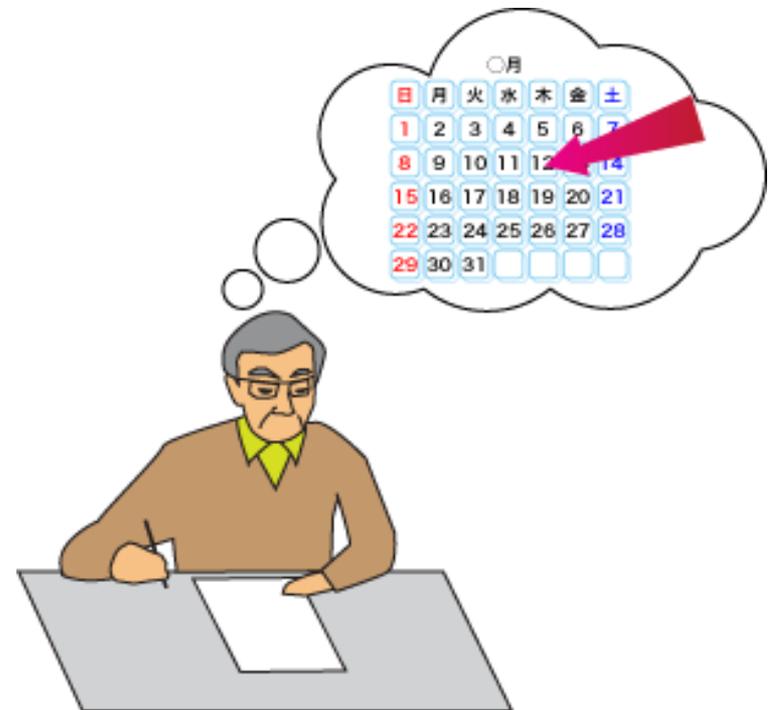
時間の見当識

検査時における年月日、曜日、時間を答えます。

認知機能検査の内容（時間の見当識）

現在の「年」、「月」、「日」、「曜日」及び「時間」を記載する。

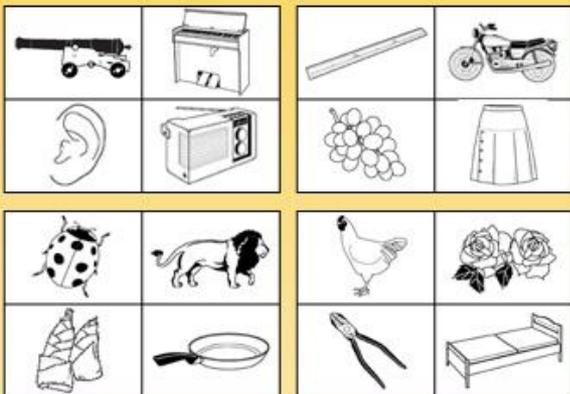
しつもん 質問	かいとう 回答
ことし なんねん 今年は何年ですか？	ねん 年
こんげつ なんがつ 今月は何月ですか？	がつ 月
きょう なんにち 今日は何日ですか？	にち 日
きょう なんようび 今日は何曜日ですか？	ようび 曜日
いま なんじなんぶん 今は何時何分ですか？	じ ぶん 時 分



手がかり再生

認知機能検査の内容（手がかり再生）

4種類のイラストが記載されたボードを示しながら、「これは、にわとりです。これは、バラです。」と順次説明した上、「この中に鳥がいます。それは何ですか？」とそれぞれの回答を確認し、4枚のボードで計16種類のイラストの記憶を促す。



ア.
4種類のイラストが描かれたボードが4枚提示され、検査員の説明を受けながら記憶をします。
例)
これは、大砲です。これはオルガンです。
これは、耳です。これは、ラジオです。

この中に、楽器があります。それは何ですか？
オルガンですね。
この中に、電気製品があります。それは何ですか？
ラジオですね。
この中に、戦いの武器があります。それは何ですか？
大砲ですね。
この中に、体の一部があります。それは何ですか？
耳ですね。
(以後、同じ要領で全16種類のイラストの説明を聞く。)

介入課題

認知機能検査の内容（介入課題）

たくさんの数字が書かれた表に、指定された数字（例「1」と「4」）に斜線を引いていく。

9	3	2	7	5	4	2	4	1	3
3	4	5	2	1	2	7	2	4	6
6	5	2	7	9	6	1	3	4	2
4	6	1	4	3	8	2	6	9	3
2	5	4	1	3	9	6	8		

【問題2】

イ. 別の検査(介入課題)を行います。



手がかり再生

【問題3】

ウ.介入課題が終了したあとに、アで記憶をしたイラストをヒント無しで回答します。

【問題4】

エ.アで記憶したイラストをヒント有りて回答します。

(回答用紙には、イラストのヒントが書いてありますので、そのヒントを手がかりに回答する。)

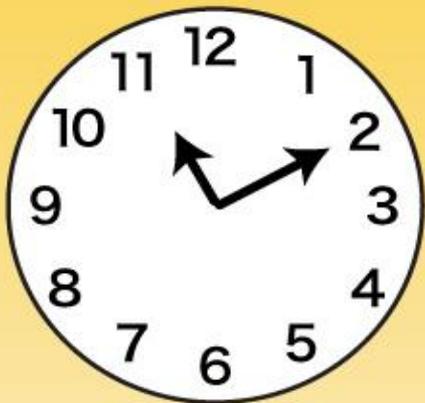
ヒントの例:

「戦いの武器」、「楽器」、「体の一部」、「電気製品」など・・・

時計描画

認知機能検査の内容（時計描画）

- ・ 白紙の回答用紙に時計の文字盤を描く。
- ・ 指定した時刻（例「11時10分」）を示すように時計の針を描く。



【問題5】

ア.まず、時計の文字盤を描きます。

イ.次の指定された時刻(例:11時10分)を示す針を、その文字盤の上に描きます。



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

6年



日

(85 歳)

住所 701-

赤磐



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。)

平成21年に慢性硬膜下血腫による失語症を発症。手術にて完治。27年7月 病院にて冠動脈経皮的拡張術を受けているが、その後の経過は良好。日常生活では特記すべき問題なし。

長谷川式テストにて、近時記憶障害・遅延再生障害あり。ミニメンタルステートは正常下限。見当識障害や失認は無い。視空間認知障害なし。前頭葉機能検査FABにて実行機能障害が目立つ。注意障害あり。

人格・感情の変化無し。

MRIにては8年前と比較し、全脳萎縮の進行あり。海馬萎縮は軽度あり、VSRAD値は1.89であるが、左は2.33と有意な海馬萎縮と考えられる。運転機能に影響を来たすような脳梗塞は無い。

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。）

平成21年に慢性硬膜下血腫による失語症を発症。手術にて完治。27年7月 病院にて冠動脈経皮的拡張術を受けているが、その後の経過は良好。日常生活では特記すべき問題なし。

長谷川式テストにて、近時記憶障害・遅延再生障害あり。ミニメンタルステートは正常下限。見当識障害や失認は無い。視空間認知障害なし。前頭葉機能検査FABにて実行機能障害が目立つ。注意障害あり。

人格・感情の変化無し。

MRIにては8年前と比較し、全脳萎縮の進行あり。海馬萎縮は軽度あり、VSRAD値は1.89であるが、左は2.33と有意な海馬萎縮と考えられる。運転機能に影響を来たすような脳梗塞は無い。

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 DBD-13 J-ZBI_8 DASC-21 FAB

TMT-A その他（実施検査名 _____）

MMSE： 24/30点、HDS-R： 20/30点、DBD13： 7/52点、J-ZBI_8： 1/32点、
DASC-21： 29/84点、FAB： 7/18点、TMT-A： 3分 1秒

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） MRI CT

MRIにては8年前と比較し、全脳萎縮の進行あり。海馬萎縮は軽度あり、VSRAD値は1.89であるが、左は2.33と有意な海馬萎縮と考えられる。運転機能に影響を来たすような脳梗塞は無い。

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

生化学検査（TP,Alb,BIL/総,AST,ALT,ALP,LD,ChE, γ -GT,Tcho,HDL・コレステロール,
LDL・コレステロール,TG,BUN,Cr,UA,Na,Cl,K,糖）

内分泌学的検査（TSH,FT4） 認知機能に影響を及ぼすような特記すべき所見なし。
ビタミンB1の軽度低下があるが、認知機能低下との因果関係は無い程度と考えられる。

葉酸

ビタミン B1・B12

末梢血液一般

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 29年 9月 19日

病院または診療所の名称・所在地 岡山東部脳神経外科病院
担当診療科名 神経内科
担当医氏名 滝澤 貴昭

701-2141
岡山県岡山市北区牟佐9-6-1

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 DBD-13 J-ZBI_8 DASC-21 FAB

TMT-A その他（実施検査名 _____）

MMSE： 24/30点、HDS-R： 20/30点、DBD13： 7/52点、J-ZBI_8： 1/32点、
DASC-21： 29/84点、FAB： 7/18点、TMT-A： 3分 1秒

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） MRI CT

MRIにては8年前と比較し、全脳萎縮の進行あり。海馬萎縮は軽度あり、VSRAD値は1.89であるが、左は2.33と有意な海馬萎縮と考えられる。運転機能に影響を来たすような脳梗塞は無い。

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

生化学検査（TP,Alb,BIL/総,AST,ALT,ALP,LD,ChE,γ-GT,Tcho,HDL-コレステロール,
LDL-コレステロール,TG,BUN,Cr,UA,Na,Cl,K,糖）

内分泌学的検査（TSH,FT4） 認知機能に影響を及ぼすような特記すべき所見なし。
ビタミンB1の軽度低下があるが、認知機能低下との因果関係は無い程度と考えられる。

葉酸

ビタミン B1・B12

末梢血液一般

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

(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)

(後述のごとく改善見込み等についての意見を記載する必要あり)

2. 診断

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)

⑥を選択した場合、6か月後に臨時適性検査等を行うこととされているが、一般には、再び医師の診断書提出命令が送付されてくる。

⑦ 認知症ではない

4. 現時点での病状(改善見込み等についての意見)

※前項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) 認知症について回復の見込みがない。

(3) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。

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の診断欄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。

第一分類と判定された者の医師の診断結果別認知機能検査の結果

平成 30 年度 警察庁

「高齢運転者交通事故防止対策に関する提言」の具体化に向けた調査研究に係る 認知機能と安全運転の関係に関する調査研究

■ 医師の診断結果	人数	(割合)	MMSE		HDS-R		認知機能検査			
			平均点	件数	平均点	件数	総合点の平均	時間の見当識	手がかり再生	時計描画
アルツハイマー型認知症	2,294	14.3%	19.8	1,131	16.4	1,863	34.2	8.8	4.2	5.6
血管性認知症	324	2.0%	19.8	157	15.8	261	34.1	9.3	4.8	5.0
前頭側頭型認知症	50	0.3%	21.5	24	17.3	45	36.4	9.7	5.0	5.5
レビー小体型認知症	29	0.2%	18.4	19	16.9	24	32.6	8.7	3.9	5.3
その他認知症 ⁴	314	2.0%	19.4	175	16.4	242	33.7	8.8	4.3	5.4
認知機能低下	9,601	59.8%	23.2	5,040	21.1	7,315	39.2	10.8	5.6	5.6
認知症ではない	3,432	21.4%	25.8	1,290	24.4	2,602	40.9	11.7	6.2	5.4

第一分類と判定された者の医師の診断結果別認知機能検査の結果

• 認知症	MMSE	18.4~21.5
	HDS-R	15.8~17.3
• 認知機能低下	MMSE平均	23.2
	HDS-R平均	21.1
• 認知症ではない	MMSE平均	25.8
	HDS-R平均	24.4

当院における

公安委員会提出用診断書記載を目的とした
認知症スクリーニング

専門外来は土曜日と月曜日午後。診察にあたる医師は滝澤のみ。
画像診断は原則頭部MRI/MRA 症例によってはSPECTやMIBG心筋シンチ検討
下記検査はOT・STまたは経験豊富な看護師が施行。約一時間から一時間半

日本医師会のガイドラインに加えて FABとTMT-Aを追加施行

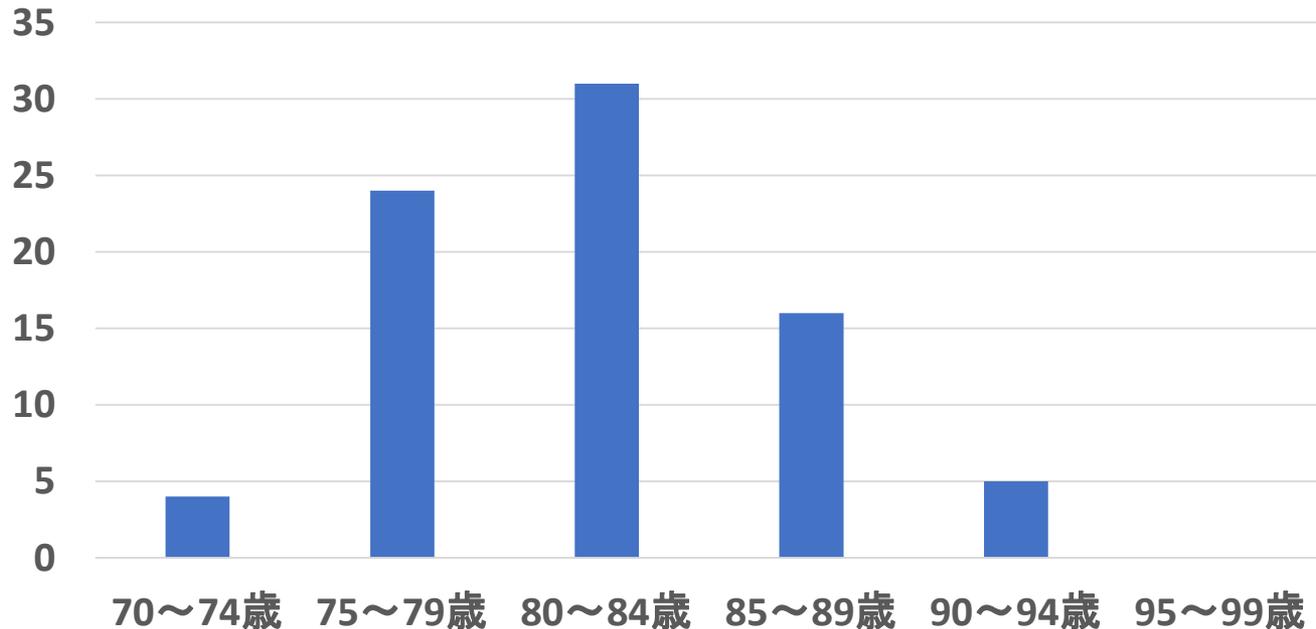
MMSE	/30 点
HDS-R	/30 点
FAB	/18 点
DASC21	/84 点
DBD13	/52 点
J-ZBI8	/32 点
TMT-A	秒

FAB カットオフ11~12点

TMT-A 60代平均65.8秒
カットオフ3分から3分45秒

2017年3月から2019年9月まで 82人が初回診断書持参にて診察に来院

初回診察時の年齢



定期の免許更新以外の理由で
公安委員会に提出する診断書の作成依頼にて来院

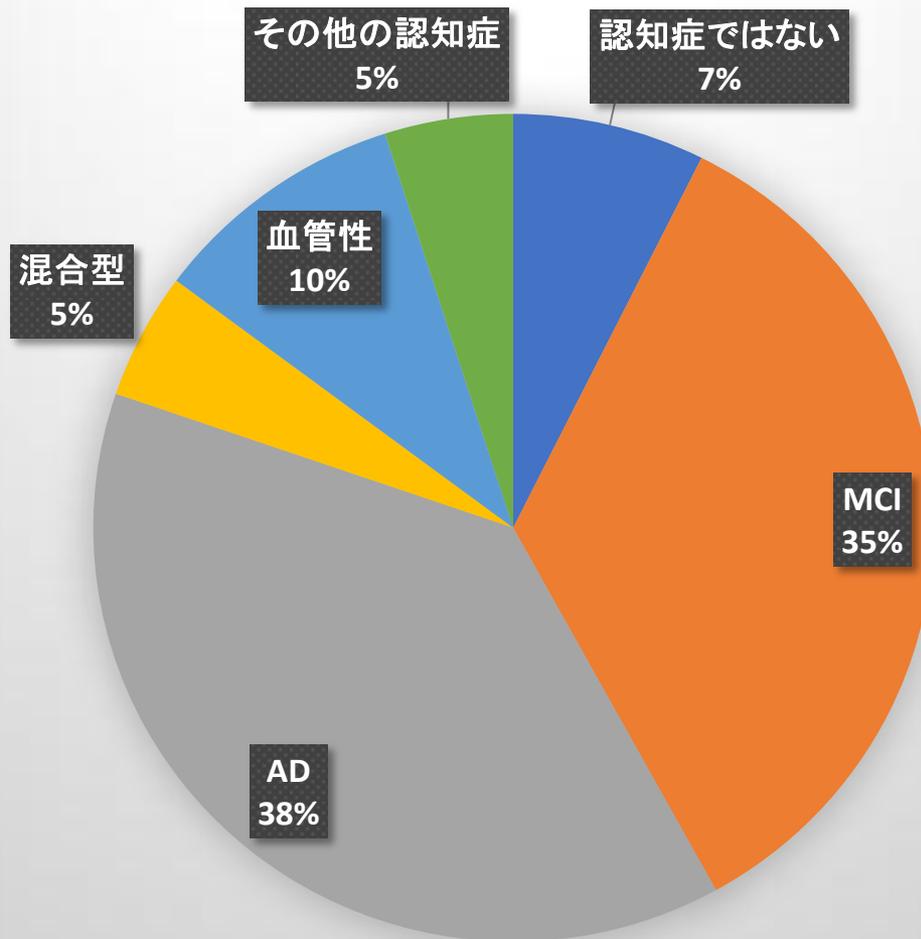
- 交通事故後の臨時検査にて第一分類 1人
- 違反行為時の臨時検査にて第一分類 4人
 - 一旦停止違反
 - 通行区分違反（一方通行違反）
 - 交差点での違反（大きな交差点で原付バイクの右折禁止）
- 事故の被害者として
警察官聴取の際に認知症が疑われ診断依頼 1人
 - 認知症と診断 HDS-R 13 MMSE 18 FAB 6 診断書提出

2017年3月から2019年9月まで 82人が109回の診察に来院 (紹介医あり32人)

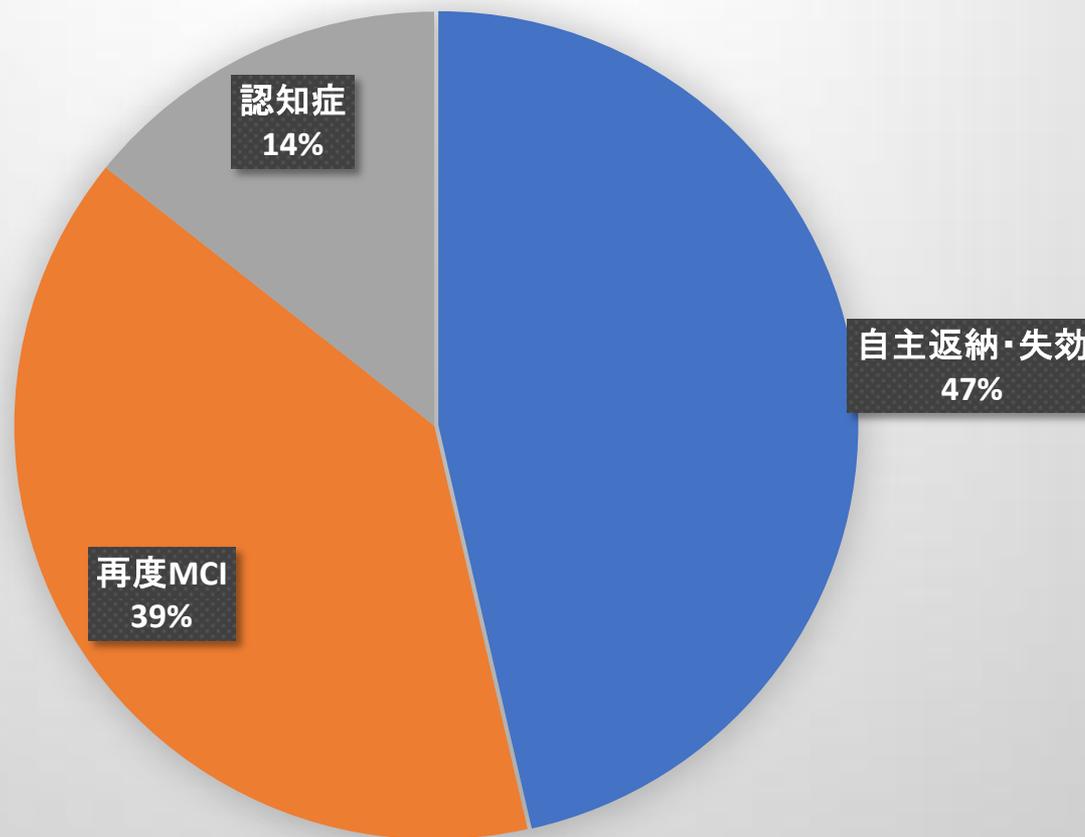
初回診察 82回 の 診断内訳

認知症	48人	59% (全国平均は21%)
アルツハイマー型 AD (Tauopathy含む)	31	
血管性 VD	9	
混合型	4	
前頭側頭型疑い	1	
分類 不能	3	
軽度認知障害または今後認知症のおそれ MCI	28人	35% (全国平均は58%)
認知症ではない	6人	7% (全国平均は21%)

初回診察に来院82人の内訳



初回に軽度認知障害と診断された28人の半年後の経過



MCIと診断された人のうち再診断を希望された15人

2017年3月から2019年9月

半年後に2回目の診断書提出 (内2例の初回診断は他院#)	15
2回目も MCI と診断	11
2回目は 認知症と診断 (内2例の初回診断は他院#)	4
2回目もMCIのうち3回目の診断書提出	10
3回目も MCIと診断	5
3回目は 認知症と診断	5
3回目もMCIのうち4回目の診断書提出	2
3回目も MCI と診断	2

合計27回の2回目以後の診察にて、さらにMCIとして再延長できたのは17回(複数回を含む)

#他院での初回診断がMCIの方

1人は、かかりつけ医が認知症に進行していることを強く疑い紹介にて来院

1人は、本人は納得しないが、家族が認知症を疑い免許断念を期待して来院

MCIの診断書を提出するものの比較的速やかに認知症へと進行することが多いとの印象

当院での診断で「認知症ではない」の診断が少ない理由の考察

- かかりつけ医において、継続的に診ておられる患者さんから診断書作成を依頼され、日頃の様子や家族からの聞き取り、MMSE/HDS-Rなどの検査にて認知症の可能性がないと判断されれば、ご自分で認知症ではないと自信を持って診断書を書かれており、当院への紹介には至らないであろう。
- 全国統計に示された、診断書記載のMMSE/HDS-Rの平均点数と診断結果については、当院の検査結果とほぼ同程度であり矛盾はない。
- 初年度においては、かかりつけ医が診断書を作成する場合に、医師にも戸惑いがあり、MCIと診断されたうえで、半年かけて、免許証の自主返納などを勧められている実態があるのではないかと推察する。
- 全国統計でも、第一分類とされた全総数のうち、医師の診断書で認知症ではないと判定されたのは8.6%のみである。

道路交通法でいう認知症とは

- 介護保険法第五条の二. に 規定する認知症

これに該当すると、免許の停止または取り消しとなる

- 主治医意見書では日常生活自立度判定基準のⅡB以上(要介護1)相当

自立度Ⅱとは、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる

- そのうち道路交通法でいう認知症にあてはまらない軽い段階の自立度ⅡAでさえも、「たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等」が該当だが？

道路交通法でいう認知症とは

- 厳密に、介護保険法に規定する認知症以外の方を、認知症ではないと診断して、果たしてこの制度に矛盾はないのであろうかと疑問を感じている。
- 現状としては、本人には病識がなく免許証の自主返納や運転中止に同意されないが、娘さん・息子さんたちからの申し出にて、これを機会に医師に診断してもらい本人を説得したい。さらに介護保険を申請したり、薬物療法を開始するきっかけにしたいということがある。こういう場合には、医師としては時間をかけてでも、ご本人に状況を説明し信頼関係を築いていけるため、大変やり甲斐を感じている。

かかりつけ医が診断書を書くという問題

- 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、かかりつけ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さえも民事訴訟を起こされるリスクがある。
- 認知症疾患医療センターの認知症専門医による診断書の作成は、専門医数に対して診断書希望者数が大きく上回り物理的に困難な状況。

かかりつけ医が診断書を書くという問題

- 長年かかりつけ医として診てきた患者様において、認知機能低下が疑わしい場合には、かかりつけ医も積極的に免許証の自主返納を勧めるか、または軽度認知障害と診断して半年毎の診断にて慎重なフォローを行なっても良い。
- かかりつけ医は、ご本人の性格や家族構成などの知識を有しており、より有用なアドバイスができる可能性が高いと思われる。
- かかりつけ医としてすでに抗認知症薬を投与している場合には、原則的に薬物療法を継続するようアドバイスし、慎重に運転の禁止や免許証の返納を勧めるべきである。説明の仕方を間違えると、運転を継続したいために、抗認知症薬を中止して、急速に認知症が進行することがあるという報告がある。

認知症高齢者の自動車運転に関する専門医のためのQ&A集

平成29年3月14日

日本神経学会

日本神経治療学会

日本認知症学会

日本老年医学会

日本老年精神医学会

Q2. 初期・早期のアルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症で抗認知症薬を投与し有効であった場合など、病状が改善していることも考えられます。このようなケースでは診断書は認知症で構わないでしょうか？

【A】この場合、認知症として診療を行っていることから、診断書も認知症となります。

Q3. (軽度認知障害と診断した時など、非認知症の診断名で) 診断書を作成した患者が事故を起こした場合、作成した医師に法的責任を問われることはないですか？

【A】臨時適性検査および診断書提出命令に係る診断書作成は医師により行われますが、免許取消し等は都道府県公安委員会において判断されます。公安委員会が判断するに際し、主治医の診断書により判断できない場合は、再度、専門医の判断を実施することがあります。

したがって、医師がその良心と見識にもとづき行った診断にもとづき作成した診断書について、診断書作成医師に刑事上の責任が生じることはありませんが、**民法上の責任はこの限りではありません。**

私は、これが怖いですね!!!



Q10 認知症として加療中であっても本人に告知していない場合はどう対応したら良いですか？

【A】運転中止と免許の返納を勧め、それでも本人が自動車運転の継続を強く望む場合は、慎重に告知し運転中止を指導してください。

Q11. 日常生活に支障を来さない程度の軽い認知機能障害でも、運転は禁止されるのでしょうか？

【A】道路交通法により運転が禁止されているのは、脳血管障害、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ある認知症です。

本Qのような場合は診断書様式の2. 診断の項の⑥に相当すると判断されますので、その旨、診断書に記載します。

(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。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)

⑥に相当すると診断した場合、原則として6ヶ月後に、再度、主治医等による診断書の提出(または臨時適性検査)が必要になります。

考察

- 当院を受診される方には、かかりつけ医がおられず警察や免許センターに相談して当院を紹介されて来院されることも多い。意外と本来かかりつけ医を持っていない方や検診さえも受けていない方が多いことに驚かされるが、認知症の早期発見のきっかけとしては有用である。
- かかりつけ医から紹介来院される方は、認知症か否かの判断が難しい症例が多く、実際に当院の診断もMCIとされることが多い傾向にある。
- かかりつけ医にて免許証の自主返納が勧められても、本人はもちろんのこと、家族も納得しないで紹介来院される方も少なくない。すなわち、当院で認知症と診断しても、免許証の自主返納には納得されないことが多く、後日のトラブルを避けるために、診断書を提出することを前提にしている。
- 「公安委員会の定める第一分類とは介護保険の要介護1相当」であるとの観点からは、医師として、認知症と診断するには抵抗感があるが、社会情勢を鑑みると安易に「認知症ではない」との診断はできない。

考察

- 認知症ではない、あるいはMCIと診断するには、それなりの詳しい検査と診断の根拠の記載が必要と思われる。SPECTなどの特殊検査は、必要な症例には勧めている。特に認知症であるとの診断に納得されない場合に施行することが多く、今後の生活指導と早期治療につなげていくことができる可能性がある。
- 認知症であっても、ご本人はもちろん、ご家族にも、日常生活には支障がないと考えている方が多いので、薬物療法の介入までは希望されないことが多く、介護保険の申請も希望されないことが多かった。しかし、せっかく免許証更新の機会に認知症が早期発見されたことを前向きに捉えていただき、積極的な治療(介護保険申請による通所リハビリ・デイサービス利用・認知行動療法・薬物療法など)を開始するように勧めている。