

千葉県医師会版「かかりつけ医のための自動車運転免許証の診断書記載の手引き」

(平成 29 年 1 月 27 日作成)

はじめに

平成 29 年 3 月 12 日に改正道路交通法が施行されます。75 歳以上の高齢ドライバーが免許更新時、または一定の違反行為をしたときに受ける認知機能検査で認知機能が低下しており、認知症の疑いがある場合、認知症であるかどうかの診断書の提出が求められます。この診断書の内容によって免許の更新の可否が決まります。

運転免許証の更新はその世帯の生活やその人のプライドに大きな影響を与えます。その判断を委ねられることは医師としても非常に強いプレッシャーを受けます。しかしながら高齢ドライバーの関与する重大事故の割合は増加しており、法の施行も決まっております。対象者は激増すると言われており、認知症疾患医療センターをはじめとした専門医療機関だけでは対応できません。かかりつけ医の先生方も患者さんから記載を依頼されることが考えられます。その際に本手引書をご参考にいただければ幸いです。

対象者

- ・ 75 歳以上で更新時の認知機能検査で認知機能の低下が認められた人
 - ・ 75 歳以上で一定の違反行為を行い、臨時認知機能検査で認知機能の低下が認められた人
- ※スクリーニングで引っかかっているので、基本的には軽度認知障害以上と考える
→したがって「認知症」か「軽度認知障害」かが診断書のポイントになる

診断書の記載の仕方

- 1) 診断 (①～⑦のうちいずれかに丸を付ける)

認知症の場合、①～④に丸を付ける

これらを選択した場合、免許の更新ができなくなる

認知症の診断について

認知症の定義は「日常生活に支障をきたした不可逆的な認知機能の低下」である
画像や血液検査、認知機能検査 (HDS-R や MMSE など) だけで判断ができないところが難しく、⑥の軽度認知障害との境界もあいまいである

診断の進め方

できるだけ本人の生活の様子を知っている方の同席をお願いする

- i) 本人に対して身体状況や日常生活について簡単に質問する。
聞かれた質問に対して適切に答えられているかを確認する

ii) 同伴者に日常生活について質問する

- ・ 周囲から見てもの忘れがあるかどうかを確認する。(認知機能の低下を確認する)

a. 注意や集中力の低下について

→ 本来、認知症の診断に必須ではないが、運転に非常に重要な要素のため、周囲から見て注意・集中力の低下がみられる場合、認知症と診断しておく

b. 車の運転について

車にキズはないか、道を間違えないか、直進安定性はどうか(蛇行しないか) 事故を起こしていないかなど、普段の運転の様子をきく
→ 運転が危ない場合は認知症として診断書を記載する

c. その他の日常生活について

お金の管理はできているか、薬の管理はできているかなど身の回りのことについて支障はないかを確認し、支障があれば認知症として記載する

病型の鑑別については専門医でも難しい場合がある

以下に簡単な鑑別を記載する

① アルツハイマー型認知症

特徴がなく、いわゆる加齢に伴って機能が低下した認知症はこれを選択する

② レビー小体型認知症

幻視、妄想、パーキンソン症状などがみられる

(初期は認知機能の低下は目立たないので対象になりづらい)

③ 血管性認知症

脳血管疾患の既往があり、その後遺症として認知機能の低下がある場合

④ 前頭側頭型認知症

認知機能の低下は目立たないが交通ルールが守れない

(罹病率も低く、好発年齢も若いので対象になりにくい)

⑤ その他の認知症 ()

「治療可能かもしれない認知症」で()内に病名を記載する

⑥「認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となる恐れがある」
もの忘れがあっても上記 a~c について支障がなければ軽度認知障害とする
(6 か月後に再度診断書を提出する)

⑦「認知症ではない」
認知機能の低下が目立たず、日常生活にも支障がない
→この場合、基本的には次回更新(3年後)まで診断書の提出はない

2) 所見を記載する

所見については①~⑤については、所定の項目について記載するが、必ずしもすべての項目についての記載は必要がないと思われる。

(全ての項目について詳細に記載することは専門医療機関でも時間と手間がかかる)
現病歴(いつ頃からどのような症状が出現したか)、現在症、重症度、記憶障害、見当識障害、注意障害などが記載されていれば十分と思われる。

重症度については(CDR、FAST、介護保険における認知症自立度などで記載する)

※⑥については「記憶障害はあるが、日常生活に支障はない。」と記載すればよい
⑦については「所見なし」と記載する

3) 検査結果

- ・ 認知機能検査・神経心理検査について
MMSE、HDS-R のいずれかを行い、結果を記載する
それぞれ 23/24、20/21 とカットオフポイントがあるが、診断を確定する値ではない
しかしながら認知機能の低下を客観的に示すことができる
- ・ 画像検査
ガイドラインには原則として行うと記載されているが、病歴や現在症で「明らかに認知症であり、かかりつけ医で診断が可能な場合」未実施でもよいと思われる。
その場合、理由として「病歴・現在症より明らかな認知症であるため」と記載する。
歩行障害や尿失禁、その他の神経症状や経過が急速な場合、その他必要と判断した場合、連携している医療機関に撮影と読影を依頼する。
- ・ その他の検査(血液検査など)
 - ⑥ にあたる「治療可能な認知症」で必要な場合、検査結果を記載する
(例：甲状腺機能低下症など)

4) 改善の見込みについて（治療可能な認知症の場合のみ）記載する

- ⑤ に丸を付けた場合、法的には更新の「停止」といった一時的な措置になる
その場合、「6か月以内に回復の見込みがある」「6か月以内に回復の見込みがない」
「回復の見込みがない」のいずれかに丸を付ける。
それぞれの身体疾患についてその認知機能の改善の見込みについて判断する

本人と家族への説明について

1) 「認知症」と診断した場合

法律に従って運転免許証の更新はできなくなる旨を伝える
市役所・地域包括支援センターに相談し、代替交通手段の情報を確認するよう促す

本人だけでなく、家族がやめさせたがらない場合
事故があった場合、家族にも賠償責任の可能性のあることを説明する

2) 「軽度認知障害」と診断した場合

6か月の猶予は運転を卒業する準備期間であることを伝える。
この間に運転を減らし、代替交通手段を準備することを勧め、出来れば返納も勧める

訴訟のリスクについて

「認知症ではない」と診断した人が事故を起こした場合、被害者から民事訴訟を起こされる可能性がある。この場合、事故の発生が診断書作成から日が浅いほうがリスクが高い。3年という期間は認知症を発症させ、進行するのに十分な期間なので、2～3年後に起きた事故の場合、診断書記載時に認知機能の低下がなかったと証明すれば問題はない。しかし、予備検査で認知機能の低下を指摘された人に、「認知機能の低下がない」と証明することは難しい。（認知症がないことの証明は難しい）

「軽度認知障害」と診断することで、少なくとも認知機能の見落としはなかった、家族からの聴取で日常生活に支障がなく、認知症の診断には至らなかったとすれば診断医に責任は及ばないと思われる。また、「軽度認知障害」と記載した人に運転を辞めることを勧めることも重要である。6か月ごとに診断書の記載のための診察を行うことによって、訴訟のリスクを減らすことができる。

おわりに

警察庁の目的は端的にいえば、高齢ドライバーを減らすことである。高齢であること自体がリスクであることについては事故発生率の統計で証明されている。免許証の取得が18歳以上と決められているように、将来的には年齢の上限が決められるかもしれない。現時点

では一律に年齢で更新ができなくすると大きな混乱を招くため、認知機能の低下（≒認知症）の有無で許可を判断している。認知症イコール免許証の更新が不可であることについては日本精神神経学会をはじめ、多くの学会が異議を唱えている。私自身、軽度の認知症の人が、慣れた道であれば運転が可能であることを経験している。医師に運転能力の可否を判断させること自体が無茶である。多くの学会が要望しているように、運転能力を客観的に測る検査によって運転の可否が判断され、医師の診断書が必要なくなる日ができるだけ早く来ることを願っている。

今回の診断書の問題（自動車運転）はあくまでも課題の一つであって、全体としては超高齢社会・人口減社会における、地域の利便性や交通インフラの再構築である。死ぬまで運転はできない。50年以上かけて車社会を創ってきたわが国が、各自が車を持たなくても不自由なく生活が送れるようになるのか。「できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続ける社会の実現」ができるようになるのか。そのためには我々は医療者として、地域住民として何をすべきなのかを考え、実行するときに来ている。

監修

袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患医療センター センター長
千葉県医師会認知症対策検討委員会委員

細井 尚人