

**認知症高齢者の運転免許更新に
関する診断書作成について
—三重県版—**

**平成29年3月
三重県医師会**

目 次

第1章 かかりつけ医の対応について 渡辺 憲氏…… 2

(日本医師会作成 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より抜粋)

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…… 5

(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

診断書様式(三重県版)(案)

診断書記載ガイドライン(三重県版)(案)

診断書提出命令書様式

医師向けの依頼書(医師の皆様へ)

(日本医師会作成 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より一部抜粋)

第3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 裕司氏…… 15

(日本医師会作成 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より抜粋)

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5万人を越す高齢者において、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続的に観察し、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おります。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、少数と思われませんが想定されます。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、診断書様式例等並びに、診断書の具体的な記載例につきましては、第2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3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、*CDR 1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。徐々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。

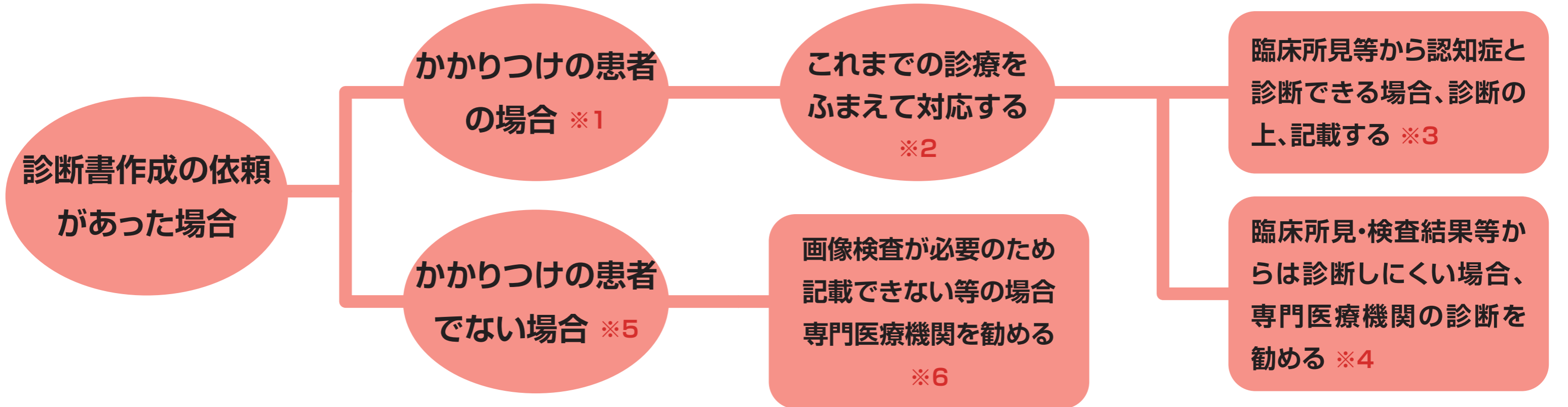
また、**レビー小体型認知症(DLB)、前頭側頭型認知症(FTD)**等では、**検査得点が高くても認知症として診断すべきケースがあります。人格変化、行動障害がみられるケース、躁うつ感情障害、幻覚妄想症状がみられるケース、意識レベルの変動ないし一過性の意識障害がみられるケース等は、専門医療機関の診断が望ましいと考えられます**。さらに、もともとの知的障害、失語症を伴う等で、**HDS-R、MMSE**の得点から認知症の存在を推理することが難しいケースも同様です。

***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、徐々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、きわめて不規則の受診で、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、さらにこれらの継続的推移について、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、**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となります。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。

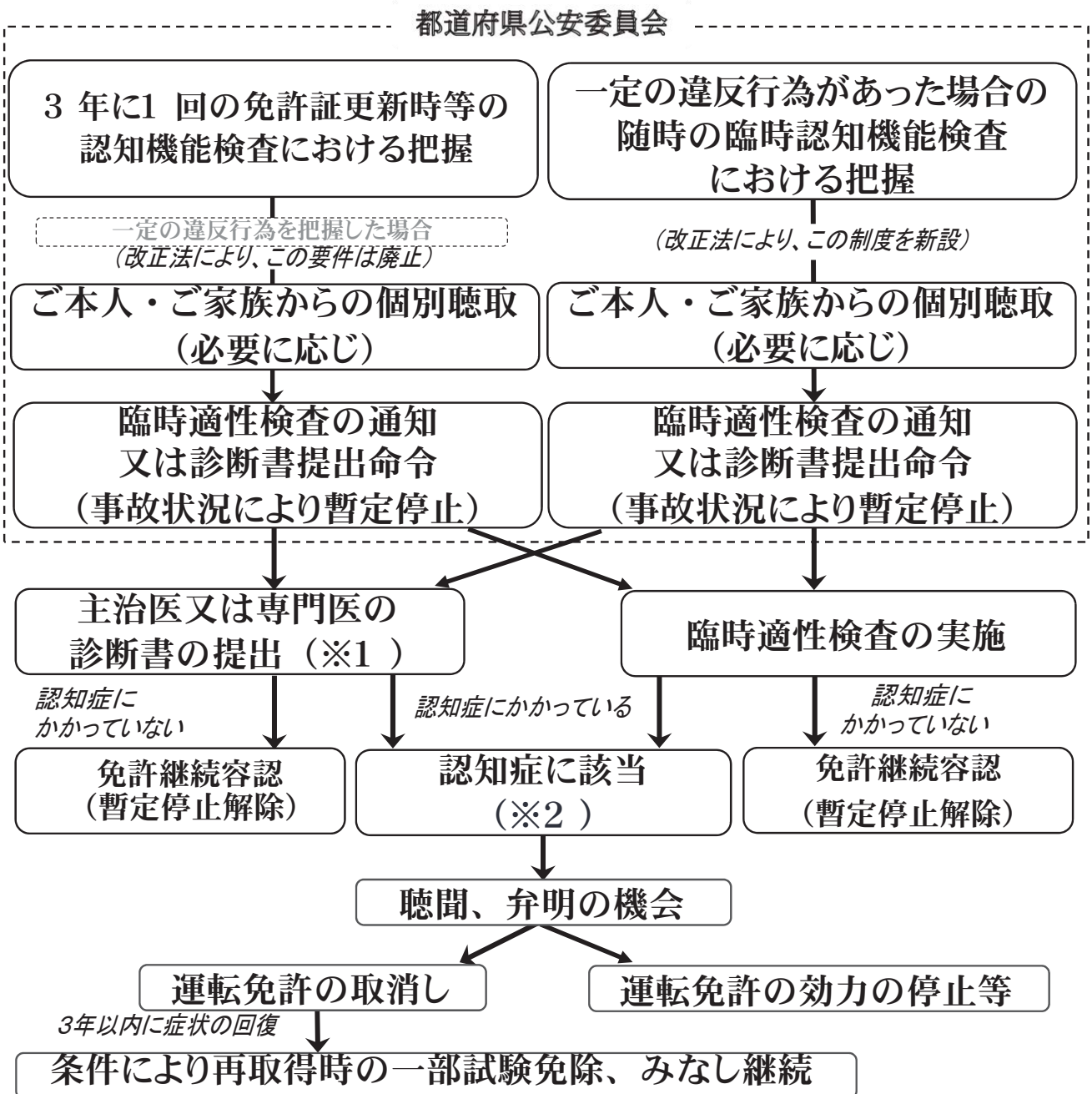
○認知症を理由に免許を取消しになった場合でも、3 年以内であれば、試験の一部が免除されます。

- ・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おりますが、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）

診 断 書

(三重県公安委員会提出用)

適性審査係

1 氏名

男・女

生年月日

M・T・S・H 年 月 日 (歳)

住所

2 診断 (該当する番号を○で囲む)

① 認知症である。

診断名が判明する場合 (該当する□にチェック)

- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症
- 血管性認知症
- 前頭側頭型認知症

② ①以外、その他の認知症 ()

③ 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)

④ 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。)

認知機能障害等の状態 (症状があるものにチェック)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 記憶障害
<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う
<input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 見当識障害
<input type="checkbox"/> 日付の誤認 <input type="checkbox"/> 道がわからなくなる
<input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 実行機能障害 (生活障害)
<input type="checkbox"/> 買い物ができない <input type="checkbox"/> 着衣の異常
<input type="checkbox"/> 入浴ができない <input type="checkbox"/> 料理ができない
<input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下
<input type="checkbox"/> 交通違反・事故、万引き
<input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 行動障害
<input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為
<input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 精神障害
<input type="checkbox"/> 妄想 (物盗られ・被害) <input type="checkbox"/> 怒りっぽい
<input type="checkbox"/> 幻覚
<input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> その他 (言語の障害、失行、失認、視空間認知の障害など) | |

(以下、わかれば□にチェック)

F A S T (Functional Assessment Staging) (1 2 3 4 5 6 7)

認知症高齢者の日常生活自立度 (自立 I II a II b III a III b IV M)

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（検査日 年 月 日 結果 / 点）

HDS-R（検査日 年 月 日 結果 / 点）

その他（実施検査名
（検査日 年 月 日 結果 / 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）

※ 検査結果に関する所見等

臨床検査（画像検査を含む）

CT MRI SPECT

その他（ ）

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）

※ 検査日、検査結果及び結果に関する所見等

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2②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（該当するものにチェック）

(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

以上のおり診断します。

病院または診療所の名称・所在地

平成 年 月 日

担当診療科名

担当医氏名

印

診断書記載ガイドライン

(三重県公安委員会提出用)

適性審査係

1 氏名

男・女

生年月日

M・T・S・H

年

月

日

(

歳)

住所

青色のスタンプにて「適性審査係」と押印。これが原本である証明になります。

2 診断（該当する番号を○で囲む）

- ・ 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 認知症である。

該当する番号に○を付ける

診断名が判明する場合（該当する□にチェック）

- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症
- 血管性認知症
- 前頭側頭型認知症

□にチェックする

② ①以外、その他の認知症（

③ 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）

④ 認知症ではない。

- ・ ③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。）

- ・ 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
- ・ 同居・独居の有無、介護者の有無など
- ・ 注意障害はその内容と程度を記載

認知機能障害等の状態

□にチェック

認知機能障害等の状態（症状があるものにチェック）

記憶障害

物忘れ 同じ事を何度も言う

その他（

）

見当識障害

日付の誤認 道がわからなくなる

その他（

）

実行機能障害（生活障害）

買い物ができない 着衣の異常

入浴ができない 料理ができない

その他（

）

理解・判断力の低下

交通違反・事故、万引き

その他（

）

行動障害

暴力行為 徘徊 不潔行為

その他（

）

精神障害

妄想（物盗られ・被害） 怒りっぽい

幻覚

その他（

）

その他（言語の障害、失行、失認、視空間認知の障害など）

- ・ 失語、失行、失認、視空間認知障害があればその内容を記載

F A S T (Functional Assessment Staging) (1 2 3 4 5 6 7)

- ・ アルツハイマー型認知症の病状ステージがわかれば□にチェック↑

認知症高齢者の日常生活自立度 (自立 I II a II b III a III b IV M)

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度がわかれば□にチェック↑

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（検査日 年 月 日 結果 / 点）
- HDS-R（検査日 年 月 日 結果 / 点）
- その他（実施検査名 ）
（検査日 年 月 日 結果 / 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）

※ 検査結果に関する所見又は未実施若しくは検査不能の理由

- ・ 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）

- CT MRI SPECT
- その他（ ）
- 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）

※ 検査日、検査結果及び結果に関する所見又は未実施若しくは検査不能の理由

- ・ 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）該当するものにチェック
- ・ 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）

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 2②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（該当するものにチェック）

- (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)にチェックした場合には、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□に
チェックする

5 その他参考事項

- ・ 再診断の場合で前回 4 の (1) と診断し、再度 4 の (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

印

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。

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いたします。

なお、やむを得ない理由なく診断書を提出しない場合は、

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

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、〇〇県警察本部運転免許試験場〇〇係までお問い合わせください。

〇〇県警察本部運転免許試験場〇〇係
 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（内線〇〇〇〇）

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、診断書の記載をお願いします。

なお、この診断に御不明な点がある場合やより詳細な情報が必要な場合には、下記の担当者までお問い合わせください。

三重県警察本部交通部運転免許センター

（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】

三重県警察本部運転免許センター適性審査係

住所 津市垂水2566番地

電話 059-229-1212（内線481～3）

第3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るとあり、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、生きがいと一緒に考える

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。