

指標

認知症に係る 診断書提出命令制度

～改正道路交通法における高齢者対策～

常任理事 地域福祉部長

林 宏一

平成19年の道路交通法改正(平成19年法律第90号)により、平成21年6月1日より運転免許証の更新を受けようとする者で更新期間満了月における年齢が75歳以上の者は、満了月前6ヵ月以内に認知機能に関する検査「認知機能検査」を受けなければならないこととなり(平成20年度 日医発第975号として都道府県医師会長宛に通達済)、すでに施行され現在に至っている。しかし巷間、高齢者が関与する交通事故の報告が多発していることは周知の事実である。

これらを踏まえ、今回道路交通法の一部を改正(平成27年法律第40号)が平成27年6月17日に公布され、平成29年3月12日より施行されることとなった。

平成28年11月16日、警察庁交通局長 井上剛志氏

より、日本医師会長宛通達、平成28年11月24日、日医発第933号として都道府県医師会長宛に、同年12月9日、道医発第974号として北海道医師会長より、各郡市・医育機関医師会長宛に「認知症に係る診断書提出命令制度の円滑な運用に関するご協力について」として、連絡を行っている。

本稿では、この法律における診断書提出命令制度について解説し、医療者としての種々の問題点を述べたい。

なお、この道路交通法改正について、北海道警察からのお知らせ文は北海道医報平成29年2月号に掲載した。

図1に、75歳以上高齢者の免許更新にかかわる行程について記した。75歳以上は全員認知機能検査(公安委員会が行うスクリーニング)を受ける。これは「時間の見当識」「手がかり再生」「時計描写」の要素より構築され、満点を100点とし、76点以上を「心配ない」(3分類)、49～75点を「少し低い」(2分類)、49点未満を「低い」(1分類)と区分する。この採点で3分類の者は高齢者講習(合理化)を経て免許更新される。2分類の者は高齢者講習(高度化)を経て免許更新される。1分類の認知機能の低下を強く疑う者も、特別な事情がない限り、高齢者講習(高度化)受講後、免許は更新される。その後、臨時適性検査か、診断書提出命令を受ける。診断書は自費にて事前に手上げにより作成を可能とした医療機関などを受診することとなる。この診断書作成における文書料などは決定していない。臨時適性検査は公安委員会が認定する認知症に係る専門の医師のいる医療機関において行われ、日時を指定し公費で行うもの。これにより認知症でないと判定されると、運転の継続が可能となる。

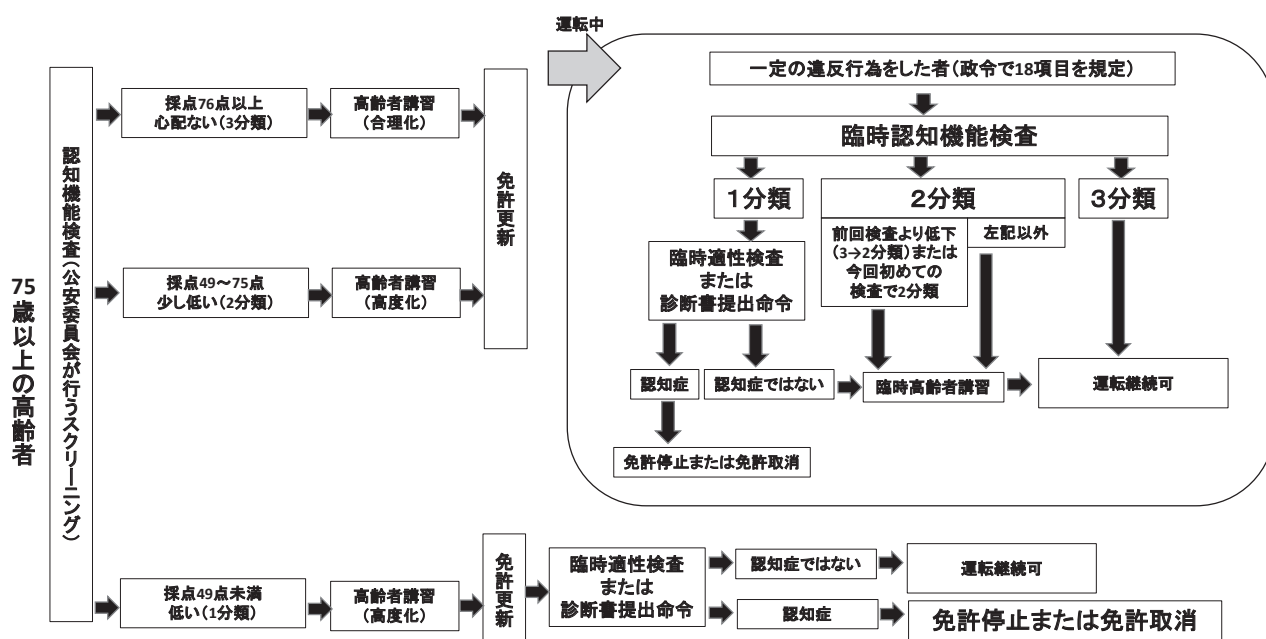


図1 75歳以上の免許更新の流れ

診断書提出命令は図2のごとく内閣府令で定める要件を満たす医師（認知症に関し専門的な知識を有する医師）または認知症に係る主治医が作成したものとされる。この診断書様式を図3に示したが、この記載ガイドラインからいわゆる主治医あるいはかかりつけ医が作成可能とは到底思えず、専門医（いわゆる認知症医療疾患センターなど）の手を借りることとなることが推察される。

しかし、先述した日医発第933号の横倉会長よりの通知文には“かかりつけ医の先生方にもご協力いただきたく”とある。これらのことにつきすでに中部医師会連合委員総会の介護保険特別委員会分科会でも討論され、かかりつけ医が「顔なじみの患者に『免許は駄目だ』と言にくい」との意見もあったと報告されている。これに対し鈴木日本医師会常任理事は「かかりつけ医で判断に迷う場合に専門医に依頼するという形になる」と述べている。

これにより認知症と判定されると、免許停止または免許取り消しとなる。

次に免許を更新した者が一定の違反行為（18類型、図4）をすると、臨時認知機能検査（簡易スクリーニング）を受け1分類と判定された場合は、必ず臨時適性検査または診断書提出命令の対象となり、認知症ではないと診断されれば臨時高齢者講習を受け運転を継続できることとなる（図1）。

今回の改正による1分類の対象者数は道内で年間2,200人程度と想定している（北海道警察、運転免許試験課推計）。

井上警察庁交通局長よりの日本医師会への通達文の付記として（図5）、認知症の診断は医師がして、免許証の取り消し等は公安委員会において判断するとある。

免許取り消しを避けたい高齢者は複数の医療機関より診断書をとることも予想される。すなわち診断書提出命令により提出した診断書に納得がいかず、別医療機関による再診断および診断書の提出があった事例は「診断の異なる診断書の提出があった場合は『検査結果』および『医師の意見』双方を総合的

に確認して判断、または102条第4項の臨時適性検査を実施して判断する」とある。つまり複数の診断書より免許取り消しに至る最終判断は公安側で行うことになる。

臨時適性検査での診断書様式と診断書提出命令を受けて記載する診断書様式が図3に示した都道府県公安委員会提出用診断書様式であるならば、画像診断や、血液検査も含まれ、相当な金額と日時がかかることが想定される。

老年精神医学会では、この改正道路交通法施行に向けて、認知機能の低下による運転不適格者と「認知症」である診断は必ずしも同義ではなく「認知症」と一括りにして運転を制限するのではなく、その個人が生活する場の特性を踏まえて、現実的な能力評価に根ざした判断が必要とした提言を警察庁や厚生労働省に提出したと報じられている。

北海道のように厳寒期があり移動距離が長く、かつ公共交通機関が必ずしも充分とは言えない現状での運転免許証の取り消しにかかわる制度が、医師の判断にかかってくるとなれば、その診断は極めて慎重にならざるを得ないし、慎重にすべきである。

すなわち、高齢者の引き起こした交通事故が、認知機能の低下を見逃した診断書による免許更新での運転で生じた時は、当然被害者からの民事的裁判請求の当事者の一人となることも危惧される。

北海道新聞2016年12月26日版の月曜討論欄で北海道医師会藤原秀俊副会長は「免許返納早めに意識を」として、「ひとたび交通事故を起こせば他人を傷つけ、賠償責任を負う上、家族も大変な思いをします。認知症は今後も増えていくとみられ、高齢者は早めに免許を自主返納することを意識し、行政は早いうちから十分な治療を受けられる体制の構築を急ぐ必要があります」と述べている。

これら一連のことを踏まえ北海道医師会では平成28年12月22日、北海道医師会館にて北海道警察との意見の擦り合わせを行った。当初北海道警察側がリストアップした地域別の臨時適性検査施行医療機関が認知症疾患センターとも一致していなかったため詳細に協議し、改めて北海道警察より北海道医師会長宛に以下の文面を含めて推薦依頼があった。

「つきましては、交通の安全を図り、対象となる高齢運転者及びその介護者等の利便に配慮しつつ、認知症を理由とする診断書提出命令を円滑に実施するためには認知症に係る専門の医師又は認知症に係る主治の医師の把握が不可欠であり、同命令に御協力いただける貴会会員の医師について推薦を賜りますようよろしくお願いします」とある。

これにより北海道医師会として、各郡市医師会長へ「手上げ方式」による医療機関のリストアップをお願いし（依頼文はすでに発送済み）、これら結果を集約して北海道警察に医療機関一覧を提出する運びとなっている。

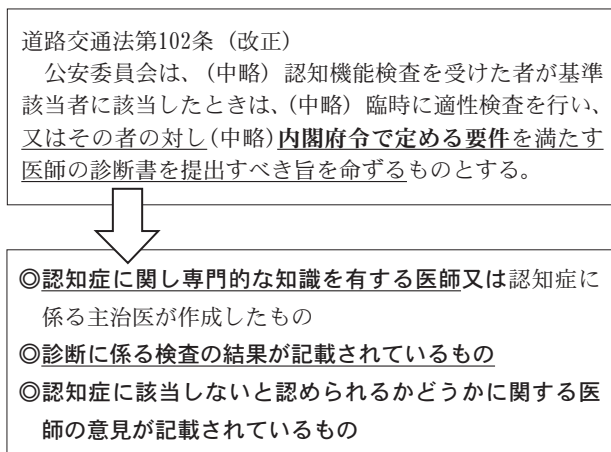


図2 診断書提出命令の新設

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○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2⑥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

【認知症と自動車の運転に関する諸論(資料からの抜粋)】

「自動車の運転には、記憶、視空間認知、交通法規等の知識、判断力、注意能力など多くの認知機能が必要となり、これらの認知機能に広範な障害を有する認知症患者は、事故を生じるリスクが高くなると考えられる。実際、認知症患者の23～47%がその経過中、1回以上の自動車事故を経験していること、また認知症患者は同年齢の健常者に比し、2.5～4.7倍自動車事故を起こすリスクが高いことが報告されている。さらに、一度事故を起こし、その後運転を継続していた認知症患者の40%が再び事故を起こしていることも報告されている。」「(痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」p11)

「認知症では個々の患者で様々な認知機能が様々な程度障害されるため、異なった自動車運転技能の障害が生じうる(Lloyd et al,2001)。例えば記憶障害のある患者は目的地を忘れてしまうことがあるであろうし、視空間認知機能障害のある患者は反対車線を走行してしまうかもしれない。注意障害のある患者は重要な標識を見逃してしまふ可能性があるし、意味記憶障害のある患者はそもそも標識の意味がわからないこともあり得る。実際、これらの様々な認知機能検査は路上運転技能評価成績や事故の発生を予測することが報告されている(Owsley et al,1998;MacGregor et al,2001;Lic et al,2004;Kantor et al,2004;Reger et al,2004)。」「(痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」p13～14)

「初診時、自動車の運転を行っており、過去に交通事故、違反歴が確認されたアルツハイマー病(AD)患者と事故、違反歴、運転上の問題のないAD患者を抽出した。(中略)その現病歴から確認された事故、違反、運転上の問題は「行き先忘れ」、「迷子」、「接触事故」が多く、主に記憶障害、場所に関する見当識障害、注意障害、視空間性機能に関する障害によると考えられた。」「(痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」p53～54)

「ビック病を代表とする前頭側頭葉変性症では、記憶障害は自立たないものの、脱抑制や、常同行動などの行為異常から運転行動上の危険性は、アルツハイマー病よりむしろ高いと考えられ(Kumamoto et al,2004)。今回の対象の中にも道路を歩走した例が含まれていた。」「(痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」p26)

「運転行動においてはFTLD(前頭側頭葉変性症)では車間距離調整困難が62.5%、接触事故が87.5%、信号・道路標識の無視が62.5%、わき見・注意散漫運転が62.5%に認められた。一方ADでは、行き先忘れが95.6%、車庫入れ失敗が17.6%に認められた。交通事故や交通違反の危険性は、FTLD群が87.5%(7/8)、AD群が21.7%で、FTLD群の方が有意に危険性は高かった(p<0.001,Fisher's exact test)。更に、認知症の発症から初回事故までの期間は、FTLD群(1.28±0.49年)の方がAD群(3.0±1.2)年より有意に短かった(Mann-Whitney U test、p<0.05)。」「(痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究」p60)

「FTLDとAD患者における運転行動の差異では、FTLD群で認知症発症後の運転行動変化を85%に認め、車間距離の維持困難(前の車をあおる)70%、わき見・注意散漫運転50%、信号無視35%の順であった。(中略)一方AD群では発症後76.7%で運転行動変化を認めたが、運転行動では運転中行き先を忘れる72.3%、車庫入れの失敗21.3%、車間距離の維持困難(ノロノロ運転)10.6%の順であった。(中略)FTD(前頭側頭型認知症)とSD(意味認知症)の違いによる運転行動の差異では、FTD群ではわき見運転・注意散漫運転(70%)が多く、一方SD群では信号無視が多かった。SD群の萎縮の左右差による運転行動については左優位萎縮群(L群)では右萎縮優位群(R群)と比較し車間距離維持困難が85.7%(6/7)と高い一方で、R群で信号無視が66.6%(2/3)、

わき見運転は33.3%(1/3)とL群より多く見られた。」「(認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討」p7)

「Regerら(2004)のメタ分析でも視空間認知課題が運転技能を直接測定するテストとよく関連したと報告されている。」「(認知機能の状況を確認する手法に関する基礎的研究」p7)

「Willdr(2003)も路上テストにおいて、(中略)評定者による得点とアルツハイマー型認知症群の自己評価による得点が大きく乖離した項目として、交差点の操作、警告標識の対応、車線変更操作、適切なスピード維持、適切なミラー操作、路面状況への対応などを挙げている。」「(認知機能の状況を確認する手法に関する手法に関する基礎的研究」p38)

【臨床的認知症尺度(CDR: Clinical Dementia Rating)】

	健康(CDR0)	認知症の疑い(CDR0.5)	軽度認知症(CDR1)	中等度認知症(CDR2)	重度認知症(CDR3)
記憶	記憶障害なし 若干もの忘れ	一貫した軽い物忘れ、出来事や部分的に思い出す良性健忘	中等度記憶障害、特に最近の出来事に対するもの日常生活に支障	重度記憶障害、高度に学習した記憶は保持、新しいものはすぐに忘れる	重度記憶障害、断片記憶のみ残存
見当識	見当識障害なし	左同	時間に対しての障害あり、検査では場所・人物の失見当はないが時に地理的失見当あり	常時、時間の失見当、時に場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力 問題解決	適切な判断力 問題解決	問題解決能力の障害が疑われる	複雑な問題解決に関する中等度の障害、その判断は保持	重度の問題解決能力の障害、社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	社会的グループで普通の自立した機能	左記の活動の軽度の障害、その疑い	左記の活動にかかわっていても自立した機能が果たせない	一般社会では独立した機能を果たせない	左同
家庭状況 興味・関心	生活、趣味、知的関心が保持されている	左同、若干の障害	軽度の家庭生活の障害、複雑な家事は障害、高度の趣味・関心の喪失	単純な家事のみ限定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケア完全	左同	時々援助が必要	着衣、衛生管理などの身の回りのことに介助が必要	日常生活に十分な介護を要する、しばしば失禁

(Hughes CP et al. Br J Psychiatry 140:566-572,1982)

【認知機能障害等の状態】

○ 記憶障害：記憶を思い出すことができない、新たなことを覚えることができない状態

○ 見当識障害：自分自身が置かれている状況等を正しく認識できない状態

○ 失認：目の前にあるものがわからなくなる状態

○ 失行：目的を持った行動がとれない状態

○ 言語の障害：言葉の思い出せない、言葉にできない等の失語症の状態

○ 実行機能障害：計画や段取りを立てられない、状況を判断できない状態

○ 視空間認知の障害：物と物の位置関係等が視覚的に把握できない状態

図3 診断書記載ガイドライン(都道府県公安委員会提出用) ※道医HPで閲覧可能です

5

平成29年3月1日 北海道医報 第1182号

現在、道内には18の認知症疾患医療センターが指定されているが、道内21医療圏を満たしてはいない。したがって精神科、神経科、心療内科および脳神経科など、先の都道府県公安委員会提出用診断書様式に準じた診断書を自己責任において記載可能な医療機関が、数多く「手上げ」をしていただかないと、道内の対象症例数をさばくことは現実的に不可能と考えられる。

75歳以上の高齢者の交通事故を未然に防止するのは極めて有意義であることは論を俟たないが、認知機能の低下を来している75歳未満の者をどうするかも大きな問題である。やはり家族の説得による早めの免許証自主返納が最善であり、行政は返納後の種々の代替策も周到に準備しなければならないと思われる。

なお、1月22日（日）に東京ドームホテル札幌で開催した平成28年度認知症サポート医フォローアップ研修において、北海道警察本部交通部運転免許センター運転免許試験課適性審査担当課長補佐の伊藤賢一氏から、これら法改正における種々の注意点について説明を受けたが、この制度における道内の医療機関との連携がほとんどなされていない現実が浮き彫りとなり、多数の参加者からの質問にあったように、今後臨床の現場での混乱が予想される。

日本医師会は3月中にこれら診断書作成における具体的手引きを作成するとしているが、時間的にかなり切羽詰まったものが感じられる。もう少し早期からの周知徹底と対応をするべきではなかったかと考えている。

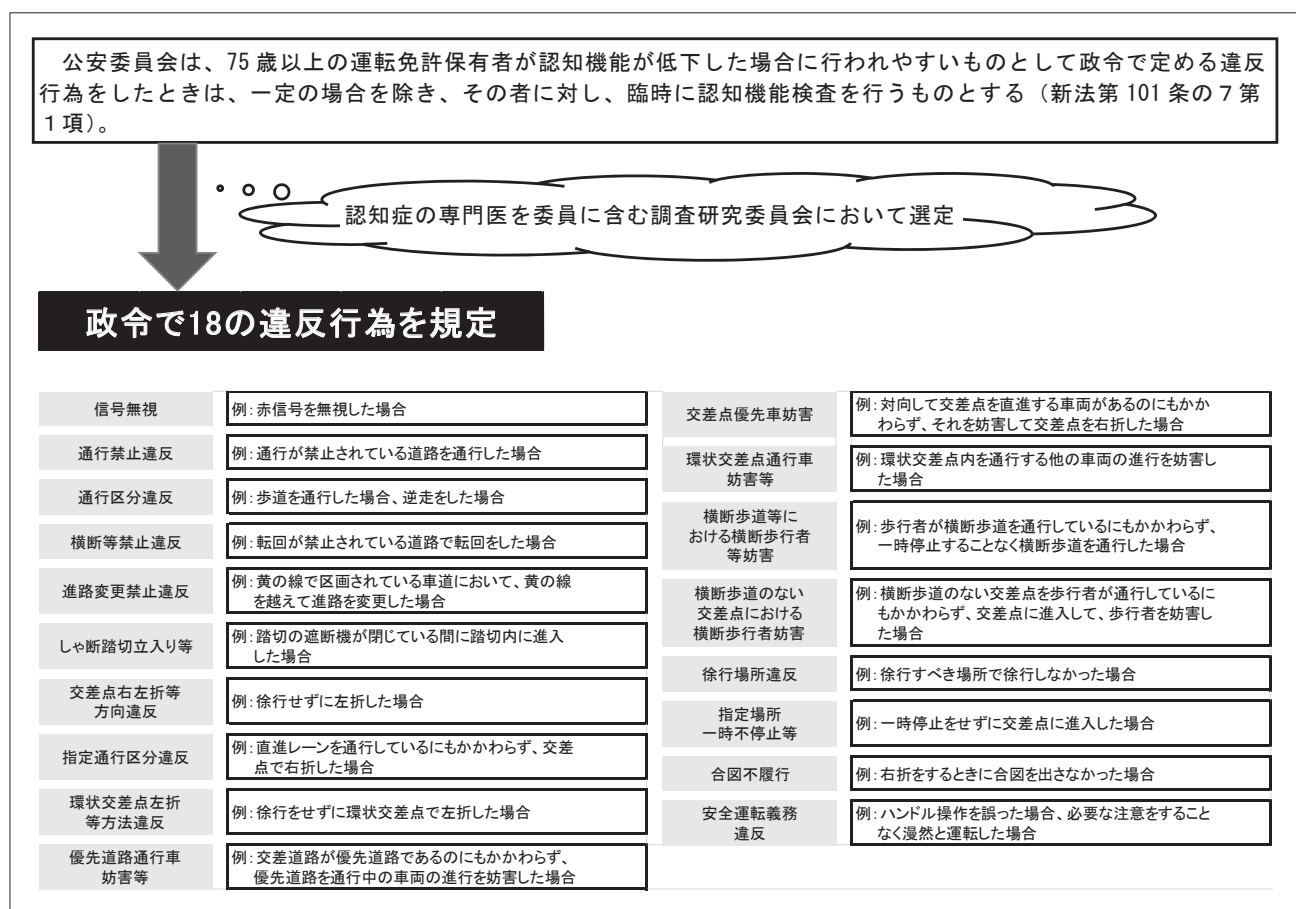


図4 臨時認知機能検査の要件となる違反行為（基準行為）——一定の違反行為——

（参考）

- ・本件診断書様式については、別添2の診断書記載ガイドラインの内容に応じた必要事項を記載していただければ、当該様式を用いる必要はありません。また、様式を変更していただくことも可能です。
- ・なお、臨時適性検査は専門の医師の診断により行われ、また、診断書提出命令に係る診断は専門の医師又は認知症に係る主治の医師により行われますが、免許の取消し等は公安委員会において判断いたします。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には、再度、専門医の診断を実施することとなる場合がありますので何とぞ御理解願います。
- ・今回の法改正の実施に伴う臨時適性検査及び診断書提出命令の円滑な運用に向けて、貴会及び貴会会員の皆様方に対しまして、警察庁及び都道府県警察から、随時又は定期的に情報提供を行います。
- ・都道府県警察に貴会会員の皆様方との連絡に係る連絡責任者等を指定して、貴会会員の皆様方の質問・要望等に誠実に対応します。