

モデル事例1： アルツハイマー型認知症 (CDR 1 / FAST 4 / 軽度)

83歳、男性、要介護未認定、6年前から高血圧症で当院に入院している。現在も、買物や通院の際には自分で自動車を運転している。1年前から、同じことを何度も質問したり、置いた場所がわからなくなったり探して探した。朝の薬を飲み忘れたりすることが多くなり、認知症はじまりではないかと妻も心配していた。自動車運転のことも妻は心配している。

2. 診断：「認知症疾患」であるか否かを記載する。
 ここで言う「認知症」とは、介護保険法第5条の2に規定する認知症（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）のことをいう。すなわち、「何らかの脳の器質的疾患（認知症疾患）によって認知機能が障害され、それによって日常生活障害が認められた状態」である。

ここでは、①～⑦の中から該当する診断名を選択し①～⑦を⑥を選択した場合、①～④以外の認知症疾患の診断名を括弧内に記載する。軽度認知障害 (MCI) の場合は⑥を⑦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。認知症ではなく、MCI でもない場合には⑦を選択する。

この事例では、①アルツハイマー型認知症を選択している。

2. 診断：「現病歴」を記載する。

「現病歴」では、いつ頃から、どのような生活上の変化が見られたかを具体的に記載する。その際には、誰から得た情報であるかも合わせて記載する。生活上の変化は診断の根拠となる重要な情報である。ここでは、妻の報告に基づいて、日常生活の変化を具体的に記載している (例：同じことを何度も質問するようになった、置いた場所がわからなくなったり探した物が増えた、薬の飲み忘れが増えた、同じ物を買ってくるが増えた、約束を忘れることが多くなった、道に迷うことが多くなった)。

生活上の変化がより明確になるように、これまでの生活の様子、現在治療中の疾患がある場合にはその治療状況、受診に至る経緯、世帯状況 (同居・同居の有無)、家族の状況なども必要に応じて記載してもよい。

診断書 (北海道県公安委員会様出用)

1. 氏名 ○○ ○○

(男)・女

生年月日

M・T (S) H ○年 ○月 ○日 (83 歳)

住所

○○県○○市○○町○○○

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、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。)

6年前から高血圧症で当院に入院している。妻によれば、1年前から健忘が目立ち、同じことを何度も質問したり、置いた場所がわからなくなったり探して探した。最近では朝の薬を飲み忘れることが多くなり、通院日も忘れがちである。平成○○年○○月○○日に妻と同様に当院を受診した。

身なりは整っており、態度も自然、感情もおだやかである。本人も「もの忘れ」を自覚されているが、日常生活にはそれほど支障を感じていない。妻によれば服薬管理や金銭管理に支障があり、最近では妻が必ず確認しているという。入浴・排泄・着脱衣などの基本的ADLは自立している。

血圧 140-90mmHg、脈拍 80/min 不整はない。運動麻痺、歩行障害、パーキンソン症状などの神経学的異常は認められない。MMSEは18点で、明らかな近時記憶障害、時間失見当識、注意障害・ワーキングメモリの障害、視空間認知障害を認め、服薬管理や金銭管理に支障を来している。血液・生化学検査、甲状腺機能検査、ビタミンB1・B12・葉酸値は正常範囲内、頭部CTで両側側頭葉内側面の萎縮 (側頭室下角の拡大) を認める。以上の所見を総合するアルツハイマー型認知症 (軽度) で矛盾はない。

2. 診断：「本診断書作成時の状態」について記載する。
 「本診断書作成時の状態」として、はじめに、本人の表出(身なり・表情・態度)や体験(本人の自覚的な体験、思い)を記載している。本人の表出と体験は、現在の精神状態(精神医学的所見)を把握する上で役に立つ。この事例の記載から、うつ病やせん妄ではないこと、幻覚や妄想や社会的逸脱行動などの認知症の行動・心理症状 (BPSD) が認められないことがわかる。

次に、認知機能障害や生活障害に対する本人の自覚と、家族からの報告を記載している。この事例では、本人の生活障害の自覚は少ないが、妻からの報告によって、手段的日常生活動作 (IADL) が障害されていること、基本的日常生活動作 (BADL) が保持されていることがわかる。

2. 診断：「現在症」を記載する。

「現在症」として、①バイタル (血圧、脈拍等)、②神経学的所見、③神経心理学的所見、④日常生活動作 (IADLとBADL)、⑤血液検査所見、⑥画像所見を系統的に記載している。神経心理学的所見について、ここではMMSEの総合得点を記載した上で、近時記憶、時間見当識、注意機能、実行機能 (ワーキングメモリ)、視空間認知などの認知ドメインに障害が認められると記載している。また、日常生活動作については、服薬管理と金銭管理に障害が認められると記載している。

2. 診断：「診断名 (重症度)」とその根拠を記載する。

上記に記載した所見から、明らかな認知機能障害と生活障害が認められることがわかり、認知症の状態であることが確認できる。また、近時記憶、見当識、視空間認知の障害が認められること、頭部CTで両側側頭葉内側面 (海马を含む) に萎縮が認められることから、診断名としては「アルツハイマー型認知症」で矛盾がないことがわかる。

ここではさらに重症度も記載している。重症度については、CDR や FAST などの尺度や、介護保険の「認知症高齢者の日常生活自立度」を用いることもできるが、ここでは生活障害 (IADLとBADLの障害) の程度による一般的な分類を用いて「軽度」と判定している。

参考：軽度 (IADL 障害を認めるがBADLは自立)、中等度 (BADLが部分的に障害)、重度 (BADLが全体的に障害)。

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 その他 (実施検査名)

MMSE18点、年月日・曜日、3 単語遅延再生、連続7減算、図形模写の課題で減点。

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)

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)

頭部 CT で両側側頭葉内側面の萎縮を認める。明らかな脳梗塞・脳出血は認めない。

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2⑤に該当する場合 (甲狀腺機能低下症、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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

病院または診療所の名称・所在地

〇〇診療所、〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

担当診療科名

内科

担当医氏名

〇〇 〇〇

* 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

3. 身体・精神の状態に関する検査結果
 ここには、認知機能検査・神経心理学的検査、臨床検査 (画像検査、血液・生化学検査、脳脊髄液検査など)、その他の検査 (脳波検査など) の実施の有無と結果について記載することになっている。この事例では、認知機能検査については、MMSE の得点と、減点されている課題項目を簡潔に列挙している (MMSE の総合得点の記載だけでもよい)。また、臨床検査については、頭部 CT 検査の所見と血液・生化学検査の所見を簡潔に記載している。MMSE の3単語遅延再生は「近時記憶」、年月日・曜日・季節は「時間見当識」、連続7減算は「注意機能」または「実行機能(ワーキングメモリ)」, 図形模写は「視空間認知機能」に関連する課題である。頭部 CT の側頭葉内側面の萎縮 (海馬を含む大脳辺縁系の萎縮) は、特に近時記憶障害と関連する可能性がある。本事例では、明白な脳血管障害 (脳梗塞や脳出血) が認められないことから、これらの所見は、アルツハイマー型認知症と診断する重要な根拠になっていない。

注1) 「認知機能検査」または「臨床検査 (画像検査を含む)」が未実施の場合には、その理由を記載することになっているが、ここに、①医療機関によるもの、②患者本人の理由によるもの、というチェック欄を設けておくのも一案かと思われる。

注2) この書式には、「臨床検査 (画像検査を含む)」を実施した場合、所見を記載する場所が明示されていない。実施した場合には、「未実施」の上に「実施」のチェック欄を設け、実施した検査名と検査結果を記載できるように書式を変更するのでも一案かと思われる。ここでは、「検査不能」のチェック欄の下の余白に実施した検査名とその所見を記載した。

4. 現時点での病状 (改善見込み等についての意見)
 ここには、前ページ2⑤に該当する場合のみ記載することになっている。たとえば、正常圧水頭症のような回復可能性のある認知症 (いわゆる "treatable dementia ") では、2⑤を選択した上で、ここに記入する。

5. その他参考事項
 ここには、認知症の診断にあたって、さらに参考とすべき事項がある場合に記載する。この事例では、特に追記すべき参考事項はないので、何も記載していない。

モデル事例2: 血管性認知症 (CDR 1 / FAST 4 / 軽度)

76歳、男性、一人暮らし、要介護未認定。5年前から高血圧症と脂質異常症で通院していたが、6カ月前から通院を中断している。75歳までは家事などもすべて一人でこなしていたが、最近は何分でもせず放置するようになり、現在は近隣に住む長女が定期的に通って食事の準備、掃除、洗濯をしている。本人によれば自動車運転は生活の楽しみの一つだと言う。

診 断 書 (北海道県公安委員会提出用)

(男)・女

1. 氏名 ○○ ○○
 生年月日 M・T (S) H ○年 ○月 ○日 (76 歳)
 住所 ○○県○○市○○町○○○

2. 診断
 ① アルツハイマー型認知症
 ② レビイ小体型認知症
 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、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。)

70歳まで会社の顧問をしていたが、現在は年金暮らし。5年前より、高血圧症、脂質異常症で当院に通院していたが、6カ月前から通院が中断していた。3年前に妻と死別し、現在は一人暮らし、近隣に長女が暮らしている。長女によれば、もともと酒は好きであったが、一人暮らしになってから酒量が増えたという。また、75歳頃までは家事などもまめに一人でこなしていたが、1年ほど前から人柄も次第に変わり、自分で何もしくなくなり、現在は長女が買い物、食事の準備、掃除、洗濯をしているという。

口数は少なく、長女が語ることに對しても我関せずの様子である。本人によれば、自動車運転は生活の楽しみの一つであり、特に支障はないという。過去の出来事も比較的よく覚えており、記憶機能も比較的良好。しかし、MMSEは17点と低い。注意障害やワーキングメモリの障害が目立つ。

血圧180/100mmHg、脈拍98/min、不整はない。明らかな運動障害やパーキンソン症状は認められないが、歩行はやや不安定、動作は緩慢である。血液検査では、血糖値210mg/dl、中性脂肪800mg/dl、HbA1c8.0%と高値を示し、頭部CTで河側脳室・基底核に多発性小腔嚢、脳室周囲深部白質に慢性虚血性変化を認める。側頭葉内側面の萎縮は目立たない。以上の所見を総合すると血管性認知症(軽度)で矛盾はない。

2. 診断: 「認知症疾患」であるかを記載する。
 ここで言う「認知症」とは、介護保険法第5条の2に規定する認知症(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)を意味している。すなわち、「何らかの脳の器質的疾患(認知症疾患)によって認知機能障害が現れ、それによって生活障害が認められた状態」である。
 ここでは、①~⑦の中から該当する診断名を選択し○で囲む。⑥を選択した場合には、①~④以外の認知症疾患の診断名を括弧内に記載する。軽度認知障害(MCI)の場合は⑥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。認知症ではなく、MCIでもない場合には⑦を選択する。
 本事例では、③血管性認知症を選択している。

2. 診断: 「現病歴」を記載する。
 「現病歴」では、いつ頃から、どのような生活上の変化が見られたかを具体的に記載する。その際には、誰から得た情報であるか(例:長女)も合わせて記載する。生活上の変化は診断の根拠となる重要な情報である。ここでは、長女の報告にもとづいて、日常生活の変化を具体的に記載している(例:もともとまめに家事をする人であったが、今では何もしくなくなり、すべてを長女にまかせるようになった)。
 生活上の変化がより明確になるように、これまでの生活の様子、現在治療中の疾患がある場合にはその治療状況、今回受診に至った経緯、世帯状況(同居・同居の有無)、家族による介護や生活支援の状況なども必要に応じて記載してもよい。

2. 診断: 「本診断書作成時の状態」「現在症」を記載する。
 「本診断書作成時の状態」として、本人の表出(身なり・表情・態度)や体験(本人の自覚的な体験、思い)を記載している。本人の表出と体験は、現在の精神状態(精神医学的所見)を把握する上で役に立つ。この事例では、全般的に口数が少なく、以前に比べると自発性も低下し、無頓着な人柄になっている様子を記載している。
 さらに、ここでは、「現在症」として、認知機能障害に對する本人の自覚とともに、会話の中で把握される記憶機能の程度、MMSEの総合得点、MMSEで把握された認知機能障害について記載している。なお、MMSEの総合得点と減点が認められた誤差項目については、裏面の「3. 身体・精神の状態に関する検査結果」に改めて記載している。

2. 診断: 「現在症」「検査所見」を記載する。
 「現在症」として、①バイタル(血圧、脈拍等)、②神経学的所見とともに、③血液・生化学検査所見、④神経画像所見を系統的に記載している。

2. 診断: 診断名(重症度)とその根拠を記載する。
 上記に記載した所見から、認知症の状態であること(明らかな認知機能障害と生活障害が認められること)が明らかにされているが、それと共に、①高血圧、高血糖、脂質異常症などの脳血管障害の危険因子が認められること、②記憶障害が比較的軽度であるが、注意障害、自発性低下、人柄の変化(無頓着で無関心な性格傾向)が目立つこと、③動作緩慢が目立つこと、歩行の不安定性を認めること、④画像検査において脳血管障害が確認できること、などがら、血管性認知症の診断で矛盾がないことを指摘している。重症度については、手段的日常生活動作(IADL)の障害を認めるが、基本的日常生活動作(BADL)は自立していることから、「軽度」と判定している。

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 その他 (実施検査名)

MMSE17点、年月日・曜日、3単語遅延再生、連続7減算、3段階命令で減点。

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)

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)

頭部CTで両側視床・基底核に多発性小梗塞、脳室周囲深部白質に慢性虚血性変化を認める。

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2⑥に該当する場合 (甲狀腺機能低下症、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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

病院または診療所の名称・所在地

〇〇診療所、〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

担当診療科名

内科

担当医氏名

〇〇 〇〇

* A4版表裏印刷で使用。A4版2枚の場合は要判印。A3版1枚印刷も可

3. 身体・精神の状態に関する検査結果
 ここには、認知機能検査・神経心理学的検査、臨床検査 (画像検査、血液・生化学検査、脳脊髄液検査など)、その他の検査 (脳波検査など) の実施の有無と結果について記載することになっている。
 この事例では、認知機能検査については、MMSEの総合得点を記載するとともに、減点されている課題項目を列挙している (MMSEの総合得点だけでもよい)。また、臨床検査については、頭部CT検査の所見を簡潔に記載している。MMSEの連続7減算課題、3段階命令課題、HDS-Rの数唱 (逆唱) 課題、野菜名想起課題は注意機能や実行機能 (ワーキングメモリ) とも関連しており、血管性認知症では、記憶機能が比較的保持されている場合でもこの課題で成績低下が目立つ場合が少なくない。頭部CT検査で認められる視床・基底核の多発性小梗塞や脳室周囲深部白質の慢性虚血性変化は、この事例の注意障害やワーキングメモリの障害、自発性低下や動作緩慢を説明できる病変である可能性があり、この事例を血管性認知症 (皮質下血管性認知症) と診断する重要な根拠になっている。

注1) 「認知機能検査」または「臨床検査 (画像検査を含む)」が未実施の場合には、その理由を記載することになっているが、ここに、①医療機関によるもの、②患者本人の理由によるもの、というチェック欄を設けておくのも一案かと思われる。

注2) この書式には、「臨床検査 (画像検査を含む)」を実施した場合、所見を記載する場所が明示されていない。実施した場合には、「未実施」の上に「実施」のチェック欄を設け、実施した検査名と検査結果を記載できるように書式を変更するのでも一案かと思われる。ここでは、「検査不能」のチェック欄の下の余白に実施した検査名とその所見を記載した。

4. 現時点での病状 (改善見込み等についての意見)
 ここには、前ページ2⑥に該当する場合のみ記載することになっている。たとえば、正常圧水頭症のような回復可能性のある認知症 (いわゆる "treatable dementia") では、2⑥を選択した上で、ここに記入する。

5. その他参考事項
 ここには、認知症の診断にあたって、さらに参考とすべき事項がある場合に記載する。この事例では、特に追記すべき参考事項はないので、何も記載していない。

モデル事例3：軽度認知障害 (CDR 0.5 / FAST 3 / 認知症の疑い / 境界状態)
 77歳、男性、妻と二人暮らし、要介護未認定。70歳から高血圧症と糖尿病で当院に入院している。75歳頃から、「電話で話したことをすぐ忘れてしまう」「読書する意欲が低下した」と本人も自覚するようになった。ゴルフが趣味であり、現在も自分で自動車を運転してゴルフ練習場に通っている。通院予約日の受診や服薬管理は自分でやっている。

2. 診断：「認知症疾患」であるか否かを記載する。
 ここで言う「認知症」とは、介護保険法第5条の2に規定する認知症（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）を意味している。すなわち、「何らかの脳の器質的疾患（認知症疾患）によって認知機能が障害され、それによって生活障害が認められた状態」である。
 ここでは、①～⑦の中から該当する診断名を選択し○で囲む。⑥を選択した場合には、①～④以外の認知症疾患の診断名を括弧内に記載する。軽度認知障害 (MCI) の場合は⑥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)。認知症ではなく、MCIでもない場合には⑦を選択する。
 本事例では、軽度の認知機能障害を認めるが、明らかなる生活障害が認められないことから (MCIに該当)、⑥「認知症ではないが認知機能低下がみられ、今後認知症となるおそれがある」を選択している。

2. 診断：「現病歴」を記載する。
 「現病歴」では、いつ頃から、どのような生活上の変化が見られたかを具体的に記載する。その際には、これまでの生活史、世帯状況、本人の仕事・趣味・社会活動の状況、自動車運転の状況、現在治療中の疾患と通院状況などについて記載しておくことや、また、誰から得た情報であるかも合わせて記載するようにする。家族から見た生活上の変化は診断の根拠となる重要な情報となる場合が多い。
 本事例では、本人と妻からの情報で、「電話で話したことをすぐに忘れる」などの健忘のエピソードが認められること、「以前に比べて物忘れが増えていること」、しかし、「予約日の受診」や「服薬管理」は自分でやっている、今のところ日常生活面には支障が認められないことを記載している。

診 断 書 (北海道県公安委員会提出用)

1. 氏名 ○○ ○○ (男・女) 生年月日 M・T (S) H ○年 ○月 ○日 (77 歳) 住所 ○○県○○市○○町○○○

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。)

元会社役員、現在は妻と二人暮らし、ゴルフが趣味で、現在も自分で自動車を運転してゴルフ練習場に通っている。70歳から高血圧症、糖尿病で当院に入院している。

本人によれば、75歳頃から、「電話で話したことをすぐに忘れてしまう」「約束を忘れてしまうことが多くなった」「読書をする意欲が低下した」と自覚していたが、日常生活には特に支障がないという。妻から見ても、以前に比べると確かに物忘れが増えたが、通院日も手帳に記入して自分で確認して受診しており、妻も自分で管理して服用している。今のところ生活には支障はないという。

問診では、最近のニュースや日常生活の出来事なども概ね覚えており、記憶障害はそれほど目立たない。しかし、MMSEは24点で、近時記憶障害、軽度の注意障害または実行機能障害 (ワーキングメモリの障害) を認める。血圧 140/82 mm Hg、脈拍 79/min。神経学的異常所見は認めない。血液・生化学検査ではHbA1c6.5%で糖尿病のコントロールも良好である。

以上の所見を総合すると、現在の状態は軽度認知障害 (MCI) と診断するのが妥当かと考える。

2. 診断：「本診断書作成時の状態」「現在症」を記載する。
 「本診断書作成時の状態」として、医師の問診において、最近のニュースや日常生活の出来事を概ねよく覚えていないこと、(問診の場面では) 記憶障害がそれほど目立たないことを記載している。
 しかし、MMSEを用いた検査では、3単語遅延再生課題や連続7減算課題に成績低下が認められること (裏面の3. 「身体・精神の状態に関する検査結果」で記載) から、近時記憶障害と軽度の注意障害または実行機能障害 (ワーキングメモリの障害) が認められると記載している。
 注) 3 単語遅延再生課題は近時記憶機能、連続7減算課題は注意機能や実行機能 (ワーキングメモリ) に関連する。ここでは「近時記憶障害と軽度の注意障害」と簡略に記載するだけでもよい。

2. 診断：「現在症」「検査所見」を記載する。
 「現在症」「検査所見」として、本事例では、①バイタル (血圧、脈拍等)、②神経学的所見、③血液・生化学検査所見を系統的に記載している。本事例では、画像検査を実施していないために、画像検査の所見は記載していない。

2. 診断：診断名 (重症度) とその根拠を記載する。
 上記に記載した所見から、本事例では、認知機能障害を認めるが、手段的日常生活動作 (IADL)、基本的日常生活動作 (BADL) を含めて明らかなる生活障害が認められないことがわかる。そのことを根拠にして、現在の状態を「軽度認知障害 (MCI)」と診断している。
 注) MCIは認知症の状態ではないために、この事例では重症度判定は行っていないが、CDRでは0.5 (認知症の疑い)、FASTでは3 (境界状態) に相当する。

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 その他 (実施検査名)

MMSE24点、3単語遅延再生課題と連続7検算課題で減点を認める

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)

未実施 (未実施の場合チェックし、理由を記載)
本人・家族が希望されず、診断上も必要ではなかったため。

検査不能 (検査不能の場合チェックし、理由を記載)
血液生化学検査でHbA1c 6.5%、特記すべき異常所見は認めない。

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

団地内の公園の掃除などのボランティア活動を継続しており、町内会の行事にもよく参加している。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

病院または診療所の名称・所在地

〇〇診療所、〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

担当診療科名

内科

担当医氏名

〇〇 〇〇

* 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

3. 身体・精神の状態に関する検査結果
 ここには、認知機能検査・神経心理学的検査、臨床検査 (画像検査、血液・生化学検査、脳脊髄液検査など)、その他の検査 (脳波検査など) の実施の有無と結果について記載することになっている。この事例では、認知機能検査については、MMSE の総合得点を記載し、減点されている課題項目 (3 単語遅延再生課題、連続 7 検算課題) を列挙している (MMSE の総合得点だけでもよい)。臨床検査について、この事例では画像検査を実施していないために「未実施」をチェックし、その理由として、「本人・家族が希望されず、診断上も必要ではなかったため」と記載している。実施した血液・生化学検査については、特記すべき異常所見を認めないことを記載している。

注1) 「認知機能検査」または「臨床検査 (画像検査を含む)」が未実施の場合には、その理由を記載することになっているが、ここに、①医療機関によるもの、②患者本人の理由によるもの、というチェック欄を設けておくのも一案かと思われる。

注2) この書式には、「臨床検査 (画像検査を含む)」を実施した場合、所見を記載する場所が明示されていない。実施した場合には、「未実施」の上に「実施」のチェック欄を設け、実施した検査名と検査結果を記載できるように書式を変更するも一案かと思われる。ここでは、「検査不能」のチェック欄の下の余白に実施した検査名とその所見を記載した。

4. 現時点での病状 (改善見込み等についての意見)
 ここには、前ページ 2⑤に該当する場合のみ記載することになっている。たとえば、正常圧水頭症のような回復可能性のある認知症 (いわゆる "treatable dementia ") では、2⑤を選択した上で、ここに記入する。

5. その他参考事項
 ここには、認知症の診断にあたって、さらに参考とすべき事項がある場合に記載することになっている。この事例では、その他の事項として、社会的活動を継続していることを追記している。このこととは、現在の状態はまだ認知症の段階ではなく、軽度認知障害 (MCI) の段階であることを支持している。

第4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。

【参考資料】

- ・ 「認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル[◎]」
（国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部）
 - ・ 「高齢者が気をつけるべき運転行動のチェックリスト」
（国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部 部長 荒井由美子氏）
- 上記2点 ※<http://www.ncgg.go.jp/department/dgp/index-dgp-j.htm>
（印刷物の配布は実施しておらず、ダウンロードでのみ入手可能）
- ・ かかりつけ医のための認知症マニュアル（書籍）
（編 公益社団法人 日本医師会・発行所 社会保険研究所）
 - ・ 日本医師会HP・メンバーズルーム 平成29年3月施行 改正道路交通法に関する情報
※<http://www.med.or.jp/japanese/members/kaigo/ninmen/>
 - ・ 厚生労働省HP 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に関する情報
※<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>
 - ・ 警察庁HP 運転免許関係諸手続に関する情報
※https://www.npa.go.jp/annai/license_renewal/home.html

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**

平成29年3月1日発行

発行：公益社団法人日本医師会

作業メンバー：（五十音順）

栗田 主一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 自立促進と介護予防研究チーム 研究部長）

篠原 彰（静岡県医師会長・篠原医院院長）

瀬戸 裕司（福岡県医師会専務理事・医療法人ゆう心と体のクリニック院長）

渡辺 憲（鳥取県医師会副会長・社会医療法人明和会医療福祉センター
渡辺病院理事長・院長）

松原 謙二（日本医師会副会長）

鈴木 邦彦（日本医師会常任理事）

松本 純一（日本医師会常任理事）

担当事務局：日本医師会介護保険課、地域医療第三課、医事法・医療安全課

