



4 認知機能障害等の状態（症状があるものにチェックして状態を記載）

記憶障害

見当識障害

失認

失行

言語の障害

実行機能障害

視空間認知の障害

人格・感情の障害

5 現時点での病状（改善見込み等についての意見）

※ 前頁2⑤（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）に該当する場合のみ記載

- (1) 認知症について6月以内〔又は6月より短期間（     カ月間）〕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。
- (4) 上記(1)から(3)のいずれにも該当しない。

6 その他参考事項

専門医・主治医として以上のとおり診断します。     平成     年     月     日  
病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

主治医の診断書（診断書の提出命令に係る診断書を除く。）及び臨時適性検査の結果を踏まえた判断基準

診断書又は臨時適性検査の結果の内容		主治医の診断書を踏まえた判断	臨時適性検査を踏まえた判断	次回臨時適性検査
アルツハイマー型認知症		取消し	取消し	-
血管性認知症		取消し	取消し	-
前頭側頭型認知症（ピック病）		取消し	取消し	-
レビー小体型認知症		取消し	取消し	-
その他の認知症	6月（月）以内に回復する見込みがある（ ）	効力の停止（月間）	効力の停止（月間）	別添2 適性検査受検命令・診断書提出命令にて対応。
	6月以内に回復する見込みがない（ ）	取消し	取消し	-
	回復の見込みがない	取消し	取消し	-
	上記以外	取消し	取消し	-
認知症ではないが認知機能の低下が見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月後

回復の見込みがあると診断される可能性がある認知症の原因としては、以下のものがあげられる。

- ・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



## 診断書記載ガイドライン

1	氏名	男・女
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)
	住所	
2	医学的判断	
	病名	
	① アルツハイマー型認知症	② 血管性認知症
	③ 前頭側頭型認知症 (ピック病)	④ レビー小体型認知症
	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見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 (CDR) など)	
		CDR _____

〈病名〉

- 該当する病名等の番号を○で囲む。⑤に該当の場合は、( ) に病名等を記載する。

〈所見〉

- 以下の3及び4から導かれる症状や経過、精神の状態等を具体的に、重症度は、CDR (「臨床的認知症尺度」表等) による評定を記載する。

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)
	<input type="checkbox"/> 認知機能検査、心理学的検査
	<input type="checkbox"/> 臨床検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査 (CT検査等)

- 各検査は、原則として全て行う。
- 実施した検査について□にチェックをして結果を記載する。
- 認知機能検査、心理学的検査については、HDS-R、MMSEなどの検査結果を記載する。
- 臨床検査については、血液検査、脳脊髄液検査などの検査を実施した場合の結果を記載する。
- その他の検査については、頭部CT、MRI、SPECT、PETなどの画像による検査を実施した場合の結果を記載する。

## 4 認知機能障害等の状態（症状があるものにチェックして状態を記載）

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 記憶障害     | <input type="checkbox"/> 見当識障害    |
| <input type="checkbox"/> 失認       | <input type="checkbox"/> 失行       |
| <input type="checkbox"/> 言語の障害    | <input type="checkbox"/> 実行機能障害   |
| <input type="checkbox"/> 視空間認知の障害 | <input type="checkbox"/> 人格・感情の障害 |

- 症状があるものについて□にチェックをしてその状態を記載する。
- 「記憶障害」は程度について記載する。
- 「見当識障害」は程度について記載する。
- 「失認」は内容について記載する。
- 「失行」は内容について記載する。
- 「言語の障害」は内容について記載する。
- 「実行機能障害」は内容について記載する。
- 「視空間認知の障害」は内容について記載する。
- 「人格・感情の障害」は内容について記載する。

## 5 現時点での病状（改善見込み等についての意見）

※ 前頁2⑤（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）に該当する場合のみ記載

- (1) 認知症について6月以内〔又は6月より短期間（カ月間）〕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。
- (4) 上記(1)から(3)のいずれにも該当しない。

- 2において①から④及び⑥から⑦のいずれかを○で囲んだ場合は不要である。
- (1)、(2)、(3)、(4)のいずれかを○で囲む。
- (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。
- 再診断の場合で前回(1)の判断をし、再度(1)の判断をする場合には、2の医学的判断の所見に、前回の見込みが異なった理由（環境要因の変化等）を具体的に記載する（記載がない場合、又は合理的な理由がない場合には(2)又は(3)として扱う可能性がある）。

専門医・主治医として以上のとおり診断します。 平成 年 月 日  
病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

- 主治医が専門医の基準に該当する場合には「専門医」「主治医」の両方を、該当しない場合は「主治医」のみを○で囲む。（専門医の基準は、老人性痴呆疾患センター、認知症疾患医療センター、日本老年精神医学会、日本認知症学会等の専門医）
- 本診断書をA4版2枚で使用する場合は割印を要する。

## 主治医の診断書様式に関する診断の手引き

## 2. 医学的判断

## 1) 認知症の診断

米国精神医学会による認知症の診断基準を用いる。国際的にも最も一般的な考え方である。意識障害がないことが前提であり、記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、見当識障害や判断力の障害、実行機能障害が認められ、それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定され、うつ病などが除外されれば認知症と診断される。

## 2) 認知症の病型診断

経過、臨床症状、画像を合わせても病型診断が困難であることは少なくない。一方で典型的な経過を示すことも多い。

	アルツハイマー型 A D	レビー小体型 D L B	前頭側頭型 F T D	血管性 V a D
好発年齢	65歳未満発症 早発型 65歳以上発症 晩発型	65-75	50-60	なし
初発症状の 特徴	記憶障害 実行機能障害	パーキンソニズム 睡眠障害 初期には記憶障害はめだ たない	喚語困難 意欲低下 脱抑制的行動 記憶障害	運動麻痺 実行機能障害 記憶障害
臨床症状の 特徴	エピソード記憶の障害 自己評価の障害	症状の日内変動 易転倒性 幻視	失語 常同行動 食行動の異常 時に家族性あり 病識の高度の消失	階段状、突発性の症状変 動 進行の停止
経過	緩徐に進行 身体合併症により悪化	変動しながら進行性に悪 化。A Dよりも経過が早 い。また易転倒性による 骨折も悪化要因となる	緩徐に進行 語義失語や 進行性失語も最終的には F T Dの特徴を呈してく る	段階的、突発的に悪化 一方で進行がほとんど 見られない時期も
代表的な 診断基準	NINCDS-ADRDA Neurology 34:939-944、 1984	McKeithらの診断基準 Neurology 65:1863-1872、 2005	Nearyらの診断基準 Neurology 51: 1546-1554、 1998  International Behavioural Variant FTD Criteria (FTDC) Brain 134; 2456-2477、 2011	NINDS-AIREN Neurology 43:250-260、 1993

## 3) CDR のポイント

CDR を計算するポイントは以下の通りである。

原則として、記憶の評価が優先される。

たとえば、記憶が 0.5 点で、それ以外の項目が 0 点の場合、CDR は 0.5 点となる。

記憶が 0 の場合、

(ア)記憶以外の 2 つ以上の項目の点数が 0.5 以上の点数でなければ、CDR は 0 である。

(イ)記憶以外の 2 つ以上の項目が 0.5 の場合、CDR は 0.5 となる。

記憶以外の項目の 1 つもしくは 2 つが記憶の点数と同じである場合、3 つ以上の記憶以外の項目が記憶よりも 1 ランク大きい(小さい)場合を除いて、記憶の点数が CDR となる。

記憶以外の項目が 3 つ以上同点の場合、

(ウ)記憶と同じ点数である場合は、CDR は記憶の点数となる。

(エ)記憶の点数よりも 1 ランク大きい(小さい)場合、CDR の点数は、記憶以外の 3 つ以上の項目が示す数となる。

(オ)記憶の点数よりも 1 ランク大きく(もしくは小さく)、かつ残り 2 つの記憶以外の項目が記憶の点数よりも 1 ランク小さい(もしくは大きい)場合、CDR は記憶の点数となる。

- ~ に該当しない場合には、目黒謙一、痴呆の臨床：医学書院を参照のこと。
- CDR の点数を記入しない場合は、所見欄に「なし、疑い(軽度認知障害)、軽度、中等度、重度」と重症度を必ず記入する。
- 軽度認知障害とは、認知症とも知的に正常とも言えない中間状態を指し、家事や仕事等の日常生活動作が概して正常な状態である。
- 軽度認知症とは手段的日常生活動作には支障があるため、職業あるいは社会活動が障害されているが、基本的日常生活動作は自立しており入浴、更衣、排泄など身の清潔を保つことができる。
- 中等度認知症とは基本的日常生活動作にも障害がみられ、家庭での日常生活でも自立できないことがあり、ある程度の介助が必要な状態である。
- 重度認知症では、重度の記憶障害があり、人物に関するもの以外の見当識が失われ、問題解決や判断は不能で、家庭内外での活動に支障があり、多大な介助が必要な状態である。



臨床的認知症尺度(CDR)の判定表

CDR	0	0.5	1	2	3
	障害				
	なし 0	疑い 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶 (M)	記憶障害なし 軽度の一貫しない物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い出す 良性健忘	中程度記憶障害 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 高度に学習したもののみ保持、新しいものはすぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ残存する程度
見当識 (O)	見当識障害なし	時間的関連の軽度の困難さ以外は障害なし	時間的関連の障害中程度あり、検査では場所の見当識良好、他の場所で時に地誌的失見当	時間的関連の障害重度、通常時間の失見当、しばしば場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と 問題解決 (JPS)	日常の問題を解決 仕事をこなす 金銭管理良好 過去の行動と関連した良好な判断	問題解決、類似性差異の指摘における軽度障害	問題解決、類似性差異の指摘における中程度障害	問題解決、類似性差異の指摘における重度障害	問題解決不能
			社会的判断は通常、保持される	社会的判断は通常、障害される	判断不能
地域社会 活動 (CA)	通常の仕事、買い物、ボランティア、社会的グループで通常の自立した機能	左記の活動の軽度の障害	左記の活動のいくつかにかかわっていても、自立できない 一見正常	家庭外では自立不可能	
				家族のいる家の外に連れ出しても他人の目には一見活動可能に見える	家族のいる家の外に連れ出した場合生活不可能
家庭生活 および 趣味・関心 (HH)	家での生活、趣味、知的関心が十分保持されている	家での生活、趣味、知的関心が軽度障害されている	軽度しかし確実な家庭生活の障害 複雑な家事の障害、複雑な趣味や関心の喪失	単純な家事手伝いのみ可能 限定された関心	家庭内における意味のある生活活動困難
介護状況 (PC)	セルフケア完全		奨励が必要	着衣、衛生管理など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 頻回な失禁

[Morris JC, The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology 1993, 43:2412-2414;

目黒謙一、痴呆の臨床：CDR 判定用ワークシート解説．医学書院、2004、p.104 より]

### 3. 身体・精神の状態に関する検査結果

#### 1) 認知機能検査、心理学的検査

HDS-R MMSEのどちらを用いてもよいが、合計点のみでなくどの領域で失点しているかも示す。

#### 2) 臨床検査

全血算では高齢者に潜在する貧血や感染症による白血球増加をチェックする。

生化学検査は、通常の肝機能、腎機能、電解質、血糖に加えて、認知機能低下を引き起こす原因となる疾患の鑑別のための下記検査も行う。

甲状腺機能（TSH、FT3、FT4） 甲状腺機能低下症 血清梅毒検査 神経梅毒

アンモニア 肝性脳症 ビタミンB1 Wernicke 脳症 ビタミンB12、葉酸 それぞれの欠乏症

カルシウム 副甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下症、骨粗鬆症治療薬による高カルシウム血症

3) その他の検査（CT検査等）

画像検査の役割は大きく分けて2つある。1つは、脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった他の疾患によって、認知症に類似した状態が引き起こされていないかどうかという除外診断目的。2つめは認知症の病型診断の補助診断である。画像による病型鑑別の要点を表に示す。

	アルツハイマー型 A D	レビー小体型 D L B	前頭側頭型 F T D	血管性 V a D
M R I C T	海馬、頭頂側頭葉の萎縮（初期には目立たない）	海馬の萎縮（A Dに比べ軽度のことが多い）	前頭葉・側頭葉のナイフの刃様の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
S P E C T F D G - P E T	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 （A Dに比べて軽い）	血管障害の病巣により 一定の傾向をもたない
その他		M I B G心筋シンチで取り込み低下		

#### 4. 認知機能障害等の状態

記憶障害（健忘）

新しいことを覚えたり、最近の出来事を思い出すことができない。

質問や会話を繰り返す。

忘れ物や探し物が多い。

視覚認知の障害（失認）

視力は保たれているのに、知っている物や人の顔が見ただけでは分からない。

知っている場所で道に迷う。

言語の障害

言葉がすぐに出てこない。

発話が困難である。

家族の話を正しく理解できない。

文字の読み書きが困難である。

視空間認知の障害

左右の判断ができない。

左（または右）側に気づくことができない。

（視覚や運動の障害が無いにもかかわらず）目の前の物に手を伸ばすことができない。

見当識障害

自分のいる場所が分からない。  
 季節、年、月、日が分からない。  
 行為の障害（失行）  
 日常物品がうまく使えない。  
 手がうまく動かせない。  
 服がうまく着られない。  
 実行機能障害  
 見通しや計画を立てて行動することができない。  
 買い物や金銭の管理ができない。  
 物事を適切に判断することができない。  
 人格・感情の障害（項目がない場合は、空欄に記載すること。）  
 無気力、興味・関心の低下。  
 強迫的な行動。  
 共感性の欠如、わが道を行く（他人を顧みない）行動。  
 不安が強い。  
 待てない、我慢できない。

#### 【認知症と自動車の運転に関する諸論（資料からの抜粋）】

##### ・認知症患者における事故リスクの上昇

〔資料 1、p11〕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。

##### ・認知機能低下の種類と運転技能の障害、運転技能テスト

〔資料 1、p13～14〕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。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う可能性があるし、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。

##### ・アルツハイマー病の場合

〔資料 1、p53～54〕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。

##### ・前頭側頭葉変性症（ピック病など）の場合

〔資料 1、p26〕ピック病を代表とする前頭側頭葉変性症では、記憶障害は目立たないものの、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、今回の対象の中にも道路を逆走した例が含まれていた。

〔資料 2、p7〕前頭側頭型認知症(FTD)と意味性認知症(SD)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、左半球優位萎縮群では右半球萎縮有意群と比較し車間距離維持困難が 85.7%と高い一方で、右半球萎縮有意群で信号無視が 66.6%、わき見運転が 33.3%と左半球萎縮有意群より多く見られた。

・アルツハイマー病と前頭側頭葉変性症との違い

〔資料 1、p60〕運転行動においては前頭側頭葉変性症(FTLD)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。一方アルツハイマー病(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%、AD 群が 21.7%で、FTLD 群の方が有意に危険性は高かった( $P<0.0001$ )。さらに、認知症の発症から初回事故までの期間は、FTLD 群 ( $1.28 \pm 0.49$  年)の方が AD 群 ( $3.0 \pm 1.2$  年)より有意に短かった( $P<0.05$ )。

〔資料 2、p7〕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。

・運転技能テストとの関係

〔資料 3、p7〕メタ分析では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相関したと報告されている。

〔資料 3、p38〕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病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、警告標識への対応、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。

資料 1 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 主任研究者：池田 学 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究 平成 15～17 年度総合研究報告書 平成 18 年 4 月

資料 2 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 主任研究者：荒井 由美子 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 平成 19 年度総括・分担研究報告書 平成 20 年 3 月

資料 3 財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団 東京都老人総合研究所 自立促進と介護予防研究チーム 認知機能の状況を確認する手法に関する基礎的研究 平成 17 年度受諾研究成果報告書 平成 18 年 3 月