

原議保存期間	5年（令和8年3月31日まで）
有効期間	一種（令和8年3月31日まで）

各管区警察局広域調整担当部長
警視庁交通部長 殿
各道府県警察本部長
（参考送付先）

警察庁丁運発第233号
令和2年12月23日
警察庁交通局運転免許課長

警察大学校交通教養部長
科学警察研究所交通科学部長
各方面本部長

主治医の診断書の様式のモデルについて（通達）

現在、「規制改革実施計画」（令和2年7月17日閣議決定）等を踏まえ、政府を挙げて、国民や事業者等に対する押印又は署名（以下「押印等」という。）を必要とする規制の見直しを行うこととされている。そのため、今般「主治医の診断書の様式のモデルについて」（平成29年7月31日付け警察庁丁運発第110号。以下「旧通達」という。）においても、申請書等の押印等を廃止するなどの改正を行うこととしたので、事務処理上遺憾のないようにされたい。

なお、旧通達は廃止する。

- 別添1 法第90条第1項第1号の2及び法第103条第1項第1号の2に係る主治医の診断書様式
- 別添2 令第33条の2の3第1項、同第3項第1号及び同第3項第3号に掲げる病気のうち精神障害に係るものに係る主治医の診断書様式
- 別添3 令第33条の2の3第2項第2号に掲げる病気のうち反射性（神経調節性）失神に係るものに係る主治医の診断書様式
- 別添4 令第33条の2の3第2項第2号に掲げる病気のうち不整脈を原因とする失神（植込み型除細動器を植え込んでいる者に限る。）に係るものに係る主治医の診断書様式

参考資料1 別添1の記載ガイドライン

参考資料2 別添2の記載に関連するガイドライン

診 断 書 (都道府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 (歳)

住所

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。)

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 _____）

☐ 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）

☐ 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 2 ⑤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

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院または診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医氏名

診 断 書

(〇〇県公安委員会提出用)

1	氏名	男・女
	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
	住所	
2	医学的判断	
	病名	(F)
	総合所見（現病歴、現在症、重症度、経過、治療状況など）	
3	現時点での症状（運転能力及び改善の見込み）についての意見	
	ア 自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに関する能力（以下「安全な運転に必要な能力」という）を欠くこととなるおそれのある症状を呈していない	
	イ 自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈している	
	イ-1 それは、過去6月以内に特殊な事情があったためであり、今後6月（月）以内にアの判断ができる見込みがある。	
4	その他特記すべき事項	
	（「2」「4」の記載法、「3」の評価法については、日本精神神経学会等関係学会のガイドラインを参照のこと）	

専門医・主治医として以上の通り診断します。

年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地

担当診療科名

担当医氏名

診 断 書

(公安委員会提出用)

1	氏 名				男 ・ 女
	生年月日	T ・ S ・ H	年	月	日 (歳)
	住 所				
2	医学的診断				
	○ 病 名				
	○ 総合所見(現病歴、現症状、重症度、治療経過、治療状況等)				

3	現時点での病状(改善の見込み等)についての意見				
	過去5年以内に反射性(神経調節性)失神で意識を失ったことがあるが				
	(1) 発作のおそれの観点から「運転を控えるべき」とはいえない。(A)				
	(2) 6月以内[若しくは6月より短期間(ヶ月間)]に「(A)」と診断できることが見込まれる。				
	(3) 上記(1)又は(2)のいずれにも該当しない。				
4	その他特記すべき事項				

担当医として以上のとおり診断する。

年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地(電話番号)

担当診療科名

担当医氏名

(再発性の失神・不整脈を原因とする失神（植込み型除細動器を植えている者）関係)

診 断 書

(公安委員会提出用)

1 氏 名 男 ・ 女
 生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)
 住 所

2 医学的診断

- 病 名
 ○ 総合所見（現病歴、現症状、重症度、治療経過、治療状況等）

3 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見

- (1) 除細動器植え込み前後に意識を失ったことがなく、一次予防（植え込み前に心室頻拍・心室細動やそれによる意識消失の既往のない予防的植込み）目的の場合
 ア 植え込み後7日以上経過しておりその間、意識を失ったことも除細動器の作動もなく、不整脈発作の観点から、運転を控えるべきとはいえない。
 イ 植え込み後7日を経過していないが、___日以内にアと診断できることが見込まれる。
- (2) 除細動器植え込み後に意識を失ったことがある場合
 ア 植え込み後6ヶ月を経過しており、過去3ヶ月以内に除細動器の適切作動もなく、不整脈発作のおそれの観点から、運転を控えるべきとはいえない。
 イ 意識を失ったのは不整脈以外が原因（ ）であり、この原因については、治療、除細動器の調整等により回復したため、不整脈発作のおそれの観点から運転を控えるべきとはいえない。
 ウ 植え込み後6ヶ月を経過していないが、植え込み目的が一次予防であり、過去3ヶ月以内に除細動器の適切作動もなく、不整脈発作のおそれの観点から、運転を控えるべきとはいえない。
 エ 意識を失ったのは不整脈が原因であり、治療によりその原因が改善されたため、6ヶ月以内（ ___ヶ月以内）にアと診断できることが見込まれる。
 オ 意識を失ったのは不整脈以外が原因（ ）であり、その原因については、治療、除細動器の調整等により回復し、6ヶ月以内（ ___ヶ月以内）にイと診断できることが見込まれる。
 カ 意識を失ったのは不整脈が原因であり、治療によりその原因が改善されたため、6ヶ月以内（ ___ヶ月以内）にウと診断できることが見込まれる。
 キ 上記アからカのいずれにも該当しない。
- (3) 除細動器植え込み後に意識を失ったことがない場合
 ア 植え込み後6ヶ月を経過しており、過去3ヶ月以内に除細動器の適切作動もなく、不整脈発作のおそれの観点から、運転を控えるべきとはいえない。
 イ 除細動器の不適切作動（誤作動）を認めたが、この原因については治療により回復したため不整脈発作のおそれの観点から運転を控えるべきとはいえない。
 ウ 植え込み後6ヶ月を経過していないが、___ヶ月以内にアと診断できることが見込まれる。
 エ 不整脈発作が生じ除細動器の作動があるが、6ヶ月以内（ ___ヶ月間）にアと診断できることが見込まれる。

オ 除細動器の不適切作動（誤作動）があり、その原因が改善されたため、6ヶ月以内（ヶ月）にイと診断できることが見込まれる。

カ 上記アからオのいずれかにも該当しない。

(4) 電池消耗、故障等により除細動器の本体、リード線の双方又はいずれかの交換を行った場合

ア 電池消耗、故障等により除細動器の本体、リード線の双方又はいずれかの交換を行ったが、7日以上経過しておりその間、意識を失ったことも除細動器の作動もなく、不整脈発作のおそれの観点から、運転を控えるべきとはいえない。

イ 電池消耗、故障等により除細動器の本体、リード線の双方又はいずれかの交換を行ったが、7日以内（日以内）にアと診断できることが見込まれる。

4 その他特記すべき事項

主治医又は専門医として以上のとおり診断する。

年 月 日

病院名・所在地（電話番号）

担当診療科名

担当医氏名

診断書記載ガイドライン（都道府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 (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 2 ⑤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。 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。

2014.7.19 版

**患者の自動車運転に関する
精神科医のためのガイドライン**

平成 26 年 6 月

公益社団法人 日本精神神経学会

【はじめに】

本ガイドラインは、私たち精神科医が、自動車運転能力の低下したまたは運転能力を喪失した状態にある患者に主治医として関わるときに従うべき行動規範を示したものである。

日本精神神経学会は、平成 13 年から 14 年にかけての道路交通法および同施行令の改正、平成 25 年の道路交通法および同施行令の改正、および自動車運転死傷行為処罰法の成立に反対してきた歴史を持つ^{1,2}。

- ① これらの法が、病名を特定して患者の自動車運転を制限し、あるいは過失による事故に通常人よりも重い罪を課すことを認める差別法であること
- ② こうした規定には医学的根拠がなく、特定の疾患を持つ人が一般人よりも事故を起こしやすいというデータはないこと（むしろ警察庁の資料では精神疾患を原因とした事故の率は著しく低い）、患者の社会生活や通院、職業選択に不当な制限を加えるものであること
- ③ 治療関係にも悪影響を及ぼすこと などが反対の根拠であった。

しかるにこれらの法は成立し、施行されている。当学会の意見にかかわらず、法は遵守しなければならないし、法がどうであっても、患者が自動車運転に携わる権利とそれに伴うリスクの問題は、臨床に携わる医師として避けて通れない事柄である。

また、患者の運転に関連する問題が医師の目に触れるのは、①患者の運転免許の更新時、②必要時に診断書が求められた場合、③免許制度に関連して医師が届出の検討を要する場合等で、運転免許のことのみに目が行きがちであるが、実際にはこれのみで足りるものではない。危険な運転を行う可能性のある患者の診療に携わった医師は、現実の運転の制限などを含め、本人や家族等とも相談しつつ、種々の視点から検討を行う必要がある。

本ガイドラインは、臨床に携わる精神科医に対して、患者の自動車運転に関連する事象に対し積極的に関わることを期待している。

【精神科医のためのガイドライン】

I 一般的事項

1) 主治医として患者の自動車運転に関わるときに念頭に置くべきこと

精神科医は、主治医として患者に関わる時、患者の生活上の困難を軽減し、その生活が患者にとってより望ましいものになることを目指している。現在、精神科で治療中の患者の多くが運転免許を所持し、日常的に自動車を運転している。多くの患者にとって自動車を運転することは生活を維持する上で重要なことである。一方、他の身体疾患と同様に、精神科疾患においても、症状の増悪により運転能力に支障をきたしうる。

したがって、精神科医は患者が症状の増悪によって運転能力を損なうことのないよう気

¹ 日本精神神経学会 精神医療と法に関する委員会：道路交通法および道路交通法施行令の改正（平成 14 年 6 月 1 日施行）についての報告—特に精神障害者の運転免許証の取得と保持について—。精神経誌 106-6、812-847、2004

² 日本精神神経学会ホームページ、<https://www.jspn.or.jp/>より閲覧可能。また、当学会理事が国会で参考人として発言もしている。

を配る必要があるし、そのような状態のときに自動車を運転して交通事故を起こすことのないように働きかけることを求められる。

患者の運転能力の低下ないしは喪失は症状の増悪等を含む具体的な健康状態によって判断されるべきであり、診断名・病名によって一律に判断されてはならない。但し、現実には運転能力の評価は容易ではなく、交通事故という、自動車運転がこれだけ著しく広範に行われていることに比較すればまれな、一方で健康人でも起こし得る事象を、病気の影響でそれが起こると確実に予測し得る指標はないし、また事後的にも、その事故が病気の影響で起こったのか否かの判定には困難を伴う。

主治医は、患者が交通事故の当事者となることを回避するよう努力すべきであるが、同時に運転の制限が社会生活ないし職業上の支障を来し、場合によっては通院へも困難をもたらすことがあることを意識し、これを不必要に行うことがないように留意しなければならない。また、以下に述べる運転しないことの勧告や診断書の記載、任意の届出が、症状の過少申告や治療中断などの治療関係の悪化をもたらし得ること、それは患者自身にとってばかりでなく交通安全の観点からも不利益であることも念頭におくべきである。

2) 患者へのアドバイス

精神科医は、患者の治療経過の様々な時期に患者が運転能力に支障を来していることに気づくことがあるだろう。そのようなとき、精神科医は主治医として積極的に患者に対して交通事故を起こすことのないよう、可能な限りのアドバイスをしなければならない。患者及び家族と、運転に伴う危険に関して率直に話し合うことが最も重要である。

患者の精神医学的状态に応じて、精神科医は患者に対し、運転能力を回復するために必要な治療を受けるように勧める。また精神科医は、①運転時間を短くする、②運転頻度を減らす、③混雑時間帯を避ける、④夜間は運転しない、⑤悪天候では運転しない、⑥高速道路は運転しない、⑦慣れ親しんだ自宅近辺のみを運転する、⑧家族が同乗するときのみ運転する、などの制限によって危険性が低下すると考えられるのであれば、患者や家族に対しこれらを推奨する。

患者の現在の状態、症状と運転能力低下との関係を精神医学的な情報とともに詳しく説明し、患者自身が今の状態で運転することの危険性を自覚するよう促すことが重要である。

3) 運転中止の指示

患者が上記のような制限によっても運転に伴う危険性の低下があまり期待できず、現時点では運転を中止することが必要と判断されるときには、精神科医はその旨を患者および家族に対して明確に伝え、運転の中止を指示すべきである。

4) 守秘義務と法的責任

今日、医師の守秘義務に関する解釈としては、家族に対して患者の情報を開示することについても守秘を求められることが一般的であるが、患者の運転能力が低下しており、交通事故を起こす危険性が明らかである場合、家族に対してその危険性を伝えることを躊躇

すべきではない。またそれは守秘義務の違反とみなされるべきではない。

後に述べる任意の届出においては、医師が守秘義務違反として刑事責任に問われることがないことは法に規定されている。その他、本ガイドラインに記されている点につき、主治医が適切な治療的配慮のもとで行ったことあるいは行わなかったことについては、医師として刑事ないし民事上の責任を問われるべきではない。

II 道路交通法に関わる問題

1) 道路交通法及び関連事項の概要

道路交通法では、平成 13 年の改正以来、公安委員会に、一定の症状を呈する病気にかかっている者について、運転免許を認めない・保留・取消し・停止等を行う権限を認めている。その一定の症状を呈する病気とは、道路交通法および同施行令で定められている³。

また、公安委員会は、免許の申請、更新を行う者に対して一定の症状を呈する病気に該当するかどうかの判断に必要な質問をする質問票（別添 1）を交付できる（道路交通法第 89 条、101 条）し、必要なときは免許を受けた者に対して同様の報告を求めることができる（101 条の 5）。これらは実務としては従来から行われていたが、道路交通法に記されたものとしては平成 25 年の改正での新設である。また、これらの質問票や報告書への虚偽記載等には、平成 25 年の改正で罰則がもうけられた（117 条の 4 第 2 項）。

元来道路交通法においては、第 66 条として過労・病気・薬物の影響で正常な運転がで

³ 条文は改正されることがあるので最新のものを参照されたいが、平成 26 年 5 月現在の規定は以下のとおりである。まず、道路交通法第 90 条および第 103 条で以下のように定められている。

一 次に掲げる病気にかかっている者

イ 幻覚の症状を伴う精神病であって政令で定めるもの

ロ 発作により意識障害又は運動障害をもたらす病気であって政令で定めるもの

ハ イ又はロに掲げるもののほか、自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるもの

一の二 介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第五条の二に規定する認知症

二 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

そして、道路交通法施行令第 33 条の 2 の 3 で、

一のイは「統合失調症（自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈しないものを除く。）」、

一のロは「てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害及び運動障害をもたらされないもの並びに発作が睡眠中に限り再発するものを除く。）」「再発性の失神（脳全体の虚血により一過性の意識障害をもたらす病気であって、発作が再発するおそれがあるものをいう。）」「無自覚性の低血糖症（人為的に血糖を調節することができるものを除く。）」、

一のハは「そううつ病（そう病及びうつ病を含み、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈しないものを除く。）」

「重度の眠気の症状を呈する睡眠障害」「前二号に掲げるもののほか、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する病気」とされている。

また、介護保険法における認知症は、「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をいう。」とされている。認知症は、あくまでも介護保険法上の定義であることに留意されたい。また、平成 25 年から 26 年にかけて当学会担当委員が折衝した警察庁担当者の見解によれば、幻覚を伴う統合失調症は一のイにあたるが、幻覚を伴わない統合失調症は一のハにあたる。

きないおそれのある状態での運転を禁止しており、これに基づいて運転の禁止を含む種々の権限を公安委員会や警察官にもたせているし、罰則規定もある。これは病気の種類を問わず、病気一般に適用されるものである。しかるに、道路交通法は、精神疾患・神経疾患等の一定の症状を呈する病気についてのみ、さらに禁止や罰則を定めるという構造になっている。

また、平成 25 年の道路交通法改正で、第 101 条の 6 として、医師の届出制度が新設された。上記の一定の症状を呈する病気に該当すると認められ、免許を所持している者を診察した場合に、その結果を公安委員会に届け出ることができるとされた。公安委員会は、医師から尋ねられた場合にはその者が免許を受けているかどうかを回答するものとされ、これは秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定に反しないとされた。

冒頭で述べたように、この規定には重大な問題が存在すると考えられる。この問題に関連して平成 25 年の法改正の際には、病気を理由とした差別が生じないように配慮すること、権利利益の侵害が生じた際には迅速かつ効果的に救済すること、社会生活上の不利益や支障が生じないように支援策を充実させることなどをうたった附帯決議が、衆参両院でなされた。

2) 欠格事由に関わる免許の可否等の公安委員会運用基準について

道路交通法施行令第 33 条の 2 の 3 で定められている一定の症状を呈する病気については、警察庁交通局運転免許課長通知「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」の中に「一定の病気に係る免許の可否等の運用基準」という別添の説明書きがある⁴。

この運用基準には、統合失調症、てんかん、再発性の失神（神経起因性失神、不整脈性失神など）、無自覚性低血糖症（薬剤性低血糖症など）、そううつ病、睡眠障害、脳卒中、認知症、アルコールの中毒者、といった疾患それぞれについて、免許の可否等の決定が行われる基準が具体的に記載されており、主治医が記載した診断書が提出された場合、それがどのように判定されるかが示されている。例えば統合失調症患者については、主治医が患者について、現時点で自動車運転能力を欠いていないことおよび将来的にも運転に支障のある症状が再発するおそれがない旨の診断を行った場合には、免許の拒否、保留、取り消し、効力停止などを行わないことや、現時点で自動車運転能力を欠いているが一定期間にその能力が回復すると診断した場合には、当該一定期間の免許の保留又は効力の停止とすることなど、具体的な基準が述べられている。

この運用基準は今後も診断書の形式の変更などに伴い改訂されると考えられるが、主治医はこれを熟読の上、次章の「診断書の記載方法」を参考にして診断書作成にあたること

⁴ 改訂されるので最新のものを確認されたい。警察庁ホームページから、「法令・訓令・通達等」から運転免許課の通達を探せばよい。平成 26 年 7 月現在では平成 26 年 4 月 10 日付のもの <http://www.npa.go.jp/pdc/notification/koutuu/menkyo/menkyo20140410.pdf> の 19 頁以下が最新であるが、本ガイドラインの診断書記載の例に準拠するため改定される予定である。

が求められる。

3) 公安委員会提出用診断書(別添2)と記載方法(別添3)

(1) 上に紹介したとおり、患者は運転免許の取得・更新の際、ないし公安委員会が必要と考えたときは、「質問票」「報告書」などを求められることがあり、その記載の内容により、あるいは警察官等が必要と認めた場合に、医師の診断書が求められることがある。警察庁によれば、別添2の診断書は統合失調症・そううつ病(そう病、うつ病を含む)などの精神疾患を対象としたものである。この診断書の書式は、都道府県により若干の形式・表現の違いがあるが、おおむね共通で、

- 1 氏名、住所などの本人事項記載欄
- 2 「医学的判断」として病名および所見記載欄(以下【2医学的判断】と略記)
- 3 「現時点での症状(運転能力及び改善の見込み)についての意見」として「安全な運転に必要な能力」を欠くこととなるおそれのある症状を呈しているか否かの項目選択欄(以下【3現時点での症状】)
- 4 「その他特記すべき事項」記載欄(以下【4特記すべき事項】)

からなる。別添2で診断書、別添3で診断書記載ガイドラインを示す。

(2) 【2医学的判断】の「病名」については、特にそれが上に紹介した道路交通法上の一定の症状を呈する病気に該当するときは、それをもとに警察官等が本人と話をすることが望ましい。

(3) 直近の再発の既往やその際の症状、危険な運転をした既往やそれに至る可能性が高い症状を呈した既往については「総合所見」の欄に記す。

(4) 【3現時点での症状】の判断および【4特記すべき事項】の記述に当たっては、診断等において知り得た事実に基づいて予想可能な事態(要因)の範囲内で判断してよいとされている。すなわち、これまでの経過等の情報から判断し記載するということである。なお、【3現時点での症状】の判断により、運転免許がどのように判断されるかについては、前章において述べた運用基準を参照のこと。

(5) 【3現時点での症状】では、その患者が統合失調症やそううつ病などに罹患しているが、一般的診察で重大な社会生活上の障害を来しておらず、現在は急性精神病状態にないと考えられ、以下の①～③に該当するような場合は「ア」(安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈していない、との趣旨の項目)としてよい⁵。

- ① 一般的な再発リスク以上のリスクはない場合。
- ② ある事情により一般的な再発リスク以上の再発リスクがあるが、これまでの経過等から、そのときにも「安全な運転に必要な能力」を欠く状態とはならな

⁵ 当学会担当者の意見として、ある程度の再発頻度を有するが、それが緊張病性昏迷状態や意欲減退の強いうつ状態など、精神医学的に言えば危険な運転につながることは考えにくいような状態を想定し、①～③のほか、「ある事情により一般的な再発リスク以上の再発リスクがあり、これまでの経過等から、そのときには『安全な運転に必要な能力』を欠く状態とはなるが、現実には『危険な運転』もできないとなると判断される場合。」という例示も行い、これも「ア」にあたると思った。しかし、警察庁の見解によれば、これは即座に「免許交付可」とは判断できないとのことであった。

いと判断される場合。

- ③ ある事情により一般的な再発リスク以上の再発リスクがあり、これまでの経過等から、そのときには「安全な運転に必要な能力」を欠く状態とはなるが、その場合には自らの判断で運転を自制できる場合。

- (6) その患者が統合失調症やそううつ病などに罹患しており、現在急性精神病状態にある、ないしごく直近に急性精神病状態にあって回復した直後である、ないし最近増悪傾向にありごく近い将来に急性精神病状態に陥るリスクが非常に高いなどの場合は、【3 現時点での症状】は「イ」（安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈している、との趣旨の項目）とする。

ここで、「イ」のみを選択し、「イー1」それは、過去6月以内に特殊な事情があったためであり、今後6月（月）以内にアの判断ができる見込みがある」を選択しない場合は、免許は警察庁の判断基準に従うと「拒否又は取消し」となる可能性が高いので、ある程度の期間の後に再評価ができる可能性のある場合は、できるだけ「イ」のみでなく「イー1」を選択する。

- (7) 【4 特記すべき事項】には、今後予想される経過および参考事項、【3 現時点での症状】の判断の根拠等を記す。統合失調症等の一般的な再発リスクを有するのみであればその旨を記す。これまで頻回の再発がある、医師の勧告に従わないなどの特殊事情があるときはそれも記す。病状増悪時には運転を自制できると判断される場合には、その事実を【4 特記すべき事項】にも記す。

今後予想される経過が記載できない場合は、記載する必要はない。この場合、折衝した警察庁担当者の見解によれば、公安委員会は、定期的（半年に1回など）に症状を確認することとなる。今後X年程度（Xは1以上の整数）の経過が予想できるのであれば、その旨を記載する。

- (8) 欄外の「専門医・主治医として以下の通り診断します。」の「専門医」とは、公安委員会の指定する専門医との意であり、日本精神神経学会の精神科専門医を意味するものではない。通常の診断書では「主治医」の箇所に丸を付ける。

記載例として、通常統合失調症の例であるが、一般的な再発リスクを有するのみであれば、以下ようになる。【2 医学的判断】の「病名」には「統合失調症 F20」、「総合所見」には現病歴等を記し、【3 現時点での症状】は「ア」を選択、【4 特記すべき事項】には「現在までの経過、治療状況などから、今後一般的な再発リスク以上のリスクは考えられない」などと記す。

4) 医師からの任意の届出について

- (1) 精神科医は、患者の運転能力が低下もしくは喪失した状態にあり、患者自身に対してそのことを明確に伝えて自動車の運転を中止するよう指示したにもかかわらず、患者が自動車の運転を継続するおそれが強いときには、その旨を都道府県公安委員会に対し届け出ることができる。これはあくまでも任意のものであるが、特に下記①～④をすべて満たすような事例においては、このような届出を行うことを考慮す

べきである。

- ① 過去において同様の状態で、重大な交通事故を起こしたことがある、接触事故や信号無視などの交通ルール違反を繰り返したことがある、示している症状が自動車の運転に必要な技能を妨げることが明確な根拠で示されるなど、患者が自動車の運転を継続することが明らかに不適切であると考えられる場合。
 - ② 医師からの運転を中止する旨の勧告に従わない場合。
 - ③ 不調であっても運転を自粛するという判断ができないと思われる場合。
 - ④ 家族など周囲の者の工夫によっても運転を中止させることが不可能な場合。
- (2) 精神科医は上記のような状況で都道府県公安委員会に届け出る場合、患者の同意を得ないでこれを行うことができる。ただし、このことを患者に伝えることが望ましい。

届出の手順については、日本医師会「道路交通法第 101 条の 6 第 1 項に基づく一定の症状を呈する病気等を持つ患者の運転免許に係わる届出ガイドライン」を参照のこと。

Ⅲ 自動車運転死傷行為処罰法に関わる問題

1) 自動車運転死傷行為処罰法の概要

この法は、医師の日々の診療に直接実務上の影響を及ぼすものではないが、関連する事項でありこの問題を考える上での前提の一つでもあるのでここで触れておく。元来交通事故は注意を怠った過失によるものであり、刑事事件としては最高刑懲役 5 年である業務上過失致死傷罪として処理されていた。しかし、その後悪質とされる交通事故を契機に、平成 13 年に危険運転への故意として危険運転致死傷罪（最高刑は致死で懲役 20 年、致傷で 15 年）が創設され、平成 19 年に最高刑懲役 7 年である自動車運転過失致死傷罪が新設された。その後もやはり悲惨な交通事故が報道され、酒気帯び、薬物、病気の影響による死傷事犯について、適用が厳格な危険運転致死傷罪に準じ、危険運転へのおそれの認識で故意に足るとした新類型などが法制審議会刑事法部会で検討された。多くの批判、反対があったが、要綱としてまとめられ、従来刑法にあった自動車運転危険運転致死傷罪、過失致死傷罪と併せて自動車運転死傷行為処罰法案として国会に提出された。精神疾患などにあるものが病気の状態で危険運転しうることを構成要件とする条項に対して、日本精神神経学会はじめ多くの医療関係団体が反対声明を出した。衆参両院法務委員会でも議論があり、当学会理事も参考人としてこの条項の撤回を求めたが、平成 25 年 11 月に成立した。

本法の第 3 条で、「危険運転へのおそれ」への故意の結果ひきおこした致死傷事犯について、アルコール又は薬物の影響下での運転と並んで、『自動車の運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるものの影響により、その走行中に正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で、自動車を運転し、よって、その病気の影響により正常な運転が困難な状態に陥り、人を死傷させた者』につき、致死で 15 年、致傷で 12 年以下の懲役が科されることとなった。

国会での議論でも、「正常な運転に支障が生じるおそれがある状態」とはどのような状態

であるのか、精神疾患であることが適用要件となっていることの根拠が明らかにされることはなかった。成立の際には、「その範囲が不当に拡大され、あるいは適用にばらつきが生じることのないよう留意すること。」「特定の病名そのものに対してではなく、その症状に着目してなされるものであることに鑑み、……病気を理由とする差別を助長することがないよう努めること。」（参議院）等との附帯決議がなされた。

2) 政令と適用要件

平成 26 年 4 月発布された本法施行令において本法の適用要件が具体的に示されており、第三条では法第三条第二項の「政令で定める病気」として以下の 6 項目が挙げられている。

- ① 自動車の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する統合失調症。
- ② 意識障害又は運動障害をもたらす発作が再発するおそれがあるてんかん（発作が睡眠中に限り再発するものを除く。）
- ③ 再発性の失神（脳全体の虚血により一過性の意識障害をもたらす病気であって、発作が再発するおそれがあるものをいう。）
- ④ 自動車の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する低血糖症
- ⑤ 自動車の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈するそう鬱病（そう病及び鬱病を含む。）
- ⑥ 重度の眠気の症状を呈する睡眠障害

この施行令が策定される経過で、例えば統合失調症については、当初案は道交法令に倣って「統合失調症（自動車の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈しないものを除く。）」という表現であったが、「自動車の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する統合失調症」に変更された。この修正は、本法の適用に当たっては、いたずらにその適用範囲を広げることのないように留意するべきであるという考え方に基づいたものと考えられる。

なお、法務省より、一般向けに「Q&A」⁶が公開されている。そこでは、精神疾患で「正常な運転が困難な状態」とは、急性の精神病状態に陥っている場合と示されている。また、本罪で故意となる要件は、これまでの運転中に急性の精神病状態になって、物損事故を起こした経験があり、その時の状況について周囲から指摘を受けているなど、自らのそのような症状が自動車の運転には危険なものであることを知っており、危険な症状が現れる具体的なおそれがあることを分かっていたのに、あえて運転した場合などという具体的な例があげられている。

IV 治療薬の添付文書記載内容との関係

1) 添付文書に運転禁止の記載がある薬物の現状

周知のとおり、精神疾患を有する者に処方されることの多い抗精神病薬、抗うつ薬、抗

不安薬、睡眠薬、抗てんかん薬等には、添付文書上の注意事項として「本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること」「自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には十分注意させること」などと記されていることが大部分である。また、平成 25 年 5 月 29 日の厚生労働省医薬食品局総務課長・厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知では、「添付文書の使用上の注意に自動車運転等の禁止等の記載がある医薬品を処方又は調剤する際は、医師又は薬剤師からの患者に対する注意喚起の説明を徹底させること。」等とされている。

服薬中は自動車運転を禁止し、医師はその旨を説明する義務があるとした記載は、向精神薬だけでなく抗アレルギー薬、抗不整脈薬、降圧薬、頭痛薬、排尿改善薬など薬理作用を問わず多くの治療薬の添付文書で認められる。また薬物の影響により正常な運転ができない状態での運転は道路交通法 66 条で禁止され、自動車運転死傷行為処罰法でも、薬物の影響による危険運転は、危険運転致死傷罪として重罰が定められているが、2 法とも疾患や状態を特定しておらず、全ての国民に適用されるものである。従って、運転禁止薬物の問題については、疾患を特定して免許制限や重罰を課すとした 2 つの法の差別構造によるものとは異なり、このような表現で注意義務の文書を添付している製薬メーカーとその規制官庁である厚労省と独立行政法人医薬品医療機器総合機構に責任の所在がある。

2) 運転禁止薬物の処方についての現実的な対応と今後の方針

確かに、これらの薬物は、副作用として眠気などの明らかに運転に支障を来す症状を呈することがあり、注意が必要である。前述した道路交通法第 66 条の規定は遵守されるべきである。しかし、副作用の出現の仕方には個人差があり、処方を受けた者全員に運転を禁じなければならないほどの医学的根拠はない⁷。実際にこれらの薬物の投与を受けている者が運転に従事しており、実態にもそぐわない。処方する医師としては、薬物の開始時、増量時などに、数日は運転を控え眠気等の様子をみながら運転を再開するよう指示する、その後も適宜必要に応じて注意を促す、といった対応が現実的であろう。

但し、添付文書の記載や上記通知は無視することはできない。日本神経精神薬理学会、日本うつ病学会は、平成 26 年 1 月 17 日付で、厚生労働省医薬食品局安全対策課に対し、添付文書の改訂についての要望を行っている⁸。当学会でも薬事委員会を中心として、添付文書の不適切・非医学的な記載について、今後改善を目指し、厚生労働省や独立行政法人医薬品医療機器総合機構への働きかけを行っていく予定である。

なお、公安委員会に提出する診断書の記載にあたっては、処方薬の影響について稀な例外を除き原則考慮する必要がない旨、警察庁より回答を得ている⁹。

⁷ 向精神薬の長期継続服用と免許取得不可の判断 (Q&A における井上有史の回答)。日本医事新報、4654、82-83、2013

⁸ 日本神経精神薬理学会 日本うつ病学会「添付文に関する要望書」
http://www.asas.or.jp/jsnp/pdf/info_20140311_2.pdf

⁹ 平成 26 年 7 月 17 日付 警察庁交通局運転免許課の回答

Q 1 通常服用し大きな副作用のない処方薬についても、公安委員会に提出する診断書に記載する必要はあるか。(次ページ脚注に続く)

【おわりに】

平成 25 年、精神疾患患者の自動車運転に関連する法制度における 2 つの大きな動きがあった。道路交通法および同施行令の改正、そして自動車運転死傷行為処罰法の制定である。この 2 つの法制度は様々な意味で深く関連しているものであり、本ガイドラインでもこの 2 つの法律を同時に扱っているが、私たち精神科医は実務的にはこの 2 つの法律の違いを整理して理解しておく必要がある。

一方で、この 2 つの法律は共通の問題点を有している。それはこの 2 つの法律にとどまらない「欠格事由」の問題である。これまで精神科疾患は、数多くの法律において絶対欠格もしくは相対欠格の対象とされてきた。その多くは医学的根拠や統計学的データに基づかない、偏見や思い込みによって長年にわたって容認されてきたものである。私たち精神科医は精神科疾患患者の治療と支援に携わる専門職として、この「欠格事由」問題の解消に向けて今後も積極的に関わり続ける必要がある。

(脚注 9 の続き)

A 1 公安委員会では、処方薬を服用していること又は服用していないことを直接の理由に、運転免許の拒否を行うものではないことから、処方薬の情報の診断書への記載については、必要的事項とは考えていません。

Q 2 処方薬の効能として、長期にわたって眠気などの副作用が消失する可能性がないなどの稀な場合を除いては、運転能力の評価にも考慮しなくてよい。

A 2

- 公安委員会による運転免許の可否の判断は、病気の症状として自動車等の安全な運転に必要な認知・予測・判断・操作といった能力を欠くこととなるおそれがあるかどうかであって、処方薬がこれらの能力に及ぼす影響まで評価するものではありません。
- 他方で、処方薬を服用することによって一時的な眠気を催すなど、当該処方薬の副作用によって自動車等の正常な運転に影響を及ぼすおそれがある場合には、道路交通法第 66 条の規定により、運転を差し控える義務があります。

【付記】

患者からの質問に答えるための参考事項

Q1.「自動車教習所に通っています。仮免許取得前に、一定の病気にかかっている人は警察の運転適性相談窓口にご相談するよう言われました。私は、統合失調症と診断され通院しています。統合失調症、てんかん、うつ病、そう病など一定の病気とされた人は、運転免許を取得してはいけなんでしょうか？」

回答のための参考事項；

道路交通法の第90条では、幻覚の症状を伴う精神病、発作により意識障害または運動障害をもたらす病気やその他安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気などの中で、政令で定める基準によって免許を与えないことができるとあります。道交法政令では、例えば「幻覚の症状を伴う精神病」は、統合失調症とするとしていますが、「自動車の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈しないものを除く」という基準が定められています。

政令ではとてもわかりにくい表現をとっていますが、統合失調症やそううつ病（そう病・うつ病を含む）については、「自動車の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈する」状態にある人には運転免許を与えない、相対的欠格事由であるとされています。一定の病気とは、このような「一定の症状を呈する病気の状態にある」ことの略と思われる、挙げられた病気の人すべてを指すものではありません。どのような症状と状態が該当するのか、人によっても病気になってからの経過によっても異なります。警察や免許センターの運転適性相談窓口にご相談すると免許の可否の基準の説明がありますし、主治医ともよく相談してください。

Q2.「運転免許の申請・更新時に、病気であることや症状があることを隠すと、罰せられると聞きましたが、本当ですか？」

回答のための参考事項；

免許申請・更新時に、一定の症状を呈する病気に該当するかどうか判断するための質問票への回答を求められます。この質問票は、道交法政令で挙げられている病気にある人で、安全な運転に必要な能力を欠いてしまう一定の症状を呈していないかを申告してもらうためのものです。質問票には、安全運転に支障を及ぼす症状や状態が列記されていて、それに該当する場合に✓印を記入する形式となっています。この質問票に虚偽の記載をしたときに、罰則が設けられているのです。

挙げられた病気にかかっている、病気の症状があるということを申告しなければ罰せられるという規定ではありません。

Q3.「質問票の5で。医師から運転を控えるよう助言を受けたかと尋ねています。かつて病状が重かったときに、主治医からそのように助言されたことがあります。はいと記載すべきでしょうか？」

回答のための参考事項；

この質問票は、挙げられている病気のうち安全な運転に支障を及ぼす一定の症状を呈するものを、医師の運転禁止の助言の有無から判断しているものです。過去にそのような助言があっても、現在そのような症状がない場合には該当しません。あくまで、現在でも有効な助言の有無を尋ねています。

Q 4. 「質問票のある項目の回答欄の「はい」に✓を入れました。これだけで免許の取り消しになるのですか？」

回答のための参考事項；

回答欄の「はい」に✓がある人には、病状の聞き取りなど個別聴取が行われます。その結果、免許更新の可否の判断が必要とされた時には、主治医の診断書の提出を求められるか、公安委員会が指定する医師による臨時適性検査が行われることがあります。

回答欄の「はい」に✓をいれたからといって、直ちに免許が取り消し等になるものではありません。

Q 5. 「主治医の診断書を添えて更新手続きをしましたが、質問票の記載内容と病気の症状を理由として、運転免許が取り消されました。もう再取得はできないのでしょうか？」

回答のための参考事項；

一定の症状を呈する病気に該当するとして免許取消の処分を受けた場合でも、その日から1年を経過して、運転に支障のある病状を呈していないほど回復した時には、再取得の手続きができます。道交法の改定（第97条の2）により、取消後3年以内で一定の条件（取消し前の直前に提出した質問票に虚偽記載がないなど）を満たしている場合には、実技(技能)試験と学科(知識)試験が免除されることになりました。

Q 6. 「うつ病として治療を受けています。ようやく復職しましたが、会社から運転業務から外れるよう言われました。危険な運転をして事故を起こしたら重い罪に問われるとも言われました。どういうことでしょうか？」

回答のための参考事項；

道路交通法の規定と自動車運転死傷行為処罰法の規定を区別して理解する必要があります。

- ① 道路交通法では、うつ病は病名を挙げて相対欠格の対象とされている疾患の一つで、うつ病の人のうち「自動車の安全な運転に必要な能力を欠くおそれのある症状のない人以外」が免許の取消や停止などの処分をされることがあるという、分かりにくい規定となっています。復職時に免許が有効であるのなら、この規定と会社の業務内容が直接関係するわけではありません。しかし会社が、復職時の産業医面接などから健康状態や運転適性について判断し、職務上の配慮や制限を加えることも考えられます。主治医に、可能な範囲で病状説明などをして貰う必要があります。
- ② 自動車運転死傷行為処罰法では、「①病氣のために正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で、②そのことを自分でも分かっているが自動車を運転し、③病氣の症状

のために正常な運転が困難になり人を死傷させた場合」という3つの要件が全て満たされたときに、重い罪に問われることになります¹⁰。

法務省ホームページのQ&A¹¹では、精神疾患にある人の「正常な運転が困難な状態」とは、急性の精神病状態にある場合¹²とされています。うつ病ですと、急性期で顕著な精神運動制止が見られ判断に重大な障害が見られるなど、極めて限られた状態です。このように、自動車で人を死傷させた時に、うつ病にある人すべてがこの罪に問われるわけではありません。

¹⁰ 「自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律に関するQ&A」 法務省
<http://www.moj.go.jp/content/000117471.pdf>
のQ4-2で解説されている。

¹¹ 法務省の同上Q&AのQ4-2で解説されている。

¹² 同上Q4-2の欄外に以下の記載がある。

「急性の精神病状態」とは、公益社団法人日本精神神経学会の見解においては、数日単位で急に現れ、幻覚や妄想に加えて、明らかに病的な行動の型（極端な興奮や過活動、顕著な精神運動制止、緊張病性行動）がみられる状態であるとされ、このような状態においては、行動は幻覚や妄想に相当影響され、意思伝達や判断に重大な欠陥が認められるとされています。

別記様式第十二の二（第十八条の二の二、第二十九条の二関係）

質 問 票	
次の事項について、該当する□に✓印を付けて回答してください。	
1 過去5年以内において、病気（病気の治療に伴う症状を含みます。）を原因として、又は原因は明らかでないが、意識を失ったことがある。	☐ はい ☐ いいえ
2 過去5年以内において、病気を原因として、身体の全部又は一部が、一時的に思い通りに動かせなくなったことがある。	☐ はい ☐ いいえ
3 過去5年以内において、十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、日中、活動している最中に眠り込んでしまった回数が週3回以上となったことがある。	☐ はい ☐ いいえ
4 過去1年以内において、次のいずれかに該当したことがある。 ・飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態を3日以上続けたことが3回以上ある。 ・病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けているにもかかわらず、飲酒したことが3回以上ある。	☐ はい ☐ いいえ
5 病気を理由として、医師から、運転免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている。	☐ はい ☐ いいえ
公安委員会 殿	年 月 日
上記のとおり回答します。	回答者署名 _____
(注意事項) 1 各質問に対して「はい」と回答しても、直ちに運転免許を拒否若しくは保留され、又は既に受けている運転免許を取り消され若しくは停止されることはありません。 (運転免許の可否は、医師の診断を参考に判断されますので、正確に記載してください。) 2 虚偽の記載をして提出した方は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処せられます。 3 提出しない場合は手続きできません。	

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

印

診断書記載ガイドライン

1	氏名	男・女
	生年月日 S・H	年 月 日 (歳)
	住所	
2	医学的判断	
	病名	(F)
	総合所見（現病歴、現在症、重症度、経過、治療状況など）	

〈病名〉

- 特に病名が道路交通法上の一定の症状を呈する病気に該当するときは、それをもとに警察官等が本人と話をすることが望ましい。その記載内容について患者に説明されていることが望ましい。ICD-10 に基づき F コードを記載する。

〈総合所見〉

- 現病歴以外に、間近の再発の既往やその際の症状、危険な運転をした既往やそれに至る可能性が高い症状を呈した既往などがあれば記す

3	現時点での症状（運転能力及び改善の見込み）についての意見
	ア 自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに関する能力（以下「安全な運転に必要な能力」という）を欠くこととなるおそれのある症状を呈していない
	イ 自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈している
	イ-1 それは、過去6月以内に特殊な事情があったためであり、今後6月（月）以内にアの判断ができる見込みがある。

〈判断の基準〉

- 診断等において知り得た事実に基づいて予想可能な事態（要因）の範囲内で判断してよい。すなわち、これまでの経過等の情報から判断するということである。

〈「ア」としてよい場合〉

- 患者が統合失調症やそううつ病などに罹患しているが、一般的診察で重大な社会生活上の障害を来しておらず、現在は急性精神病状態にないと考えられ、以下の①～③に該当するような場合
- ① 一般的な再発リスク以上のリスクはない
 - ② ある事情により一般的な再発リスク以上の再発リスクがあるが、これまでの経過等から、そのときにも「安全な運転に必要な能力」を欠く状態とはならない

と判断される。

- ③ ある事情により一般的な再発リスク以上の再発リスクがあり、これまでの経過等から、そのときには「安全な運転に必要な能力」を欠く状態とはなるが、その場合には自らの判断で運転を自制できる

〈「イ」とする場合〉

- 患者が統合失調症やそううつ病などに罹患しており、現在急性精神病状態にある、ないしごく直近に急性精神病状態にあって回復した直後である、ないし最近増悪傾向にありごく近い将来に急性精神病状態に陥るリスクが非常に高いなどの場合
- ここで、「イ」のみを選択し、「イー１」それは、過去６月以内に特殊な事情があったためであり、今後６月（月）以内にアの判断ができる見込みがある」を選択しない場合は、免許は警察庁の判断基準に従うと「拒否又は取消し」となる可能性が高いので、ある程度の期間の後に再評価ができる可能性のある場合は、できるだけ「イ」のみでなく「イー１」を選択する。

4 その他特記すべき事項

（「２」「４」の記載法、「３」の評価法については、日本精神神経学会等関係学会のガイドラインを参照のこと）

〈記載する内容〉

- 今後予想される経過および参考事項、「３現時点での症状」の判断の根拠等を記す。統合失調症等の一般的な再発リスクを有するのみであればその旨を記す。
- これまで頻回の再発がある、医師の勧告に従わないなどの特殊事情があるときはそれも記す。病状増悪時には運転を自制できると判断される場合には、その事実を記す。
- 今後予想される経過が記載できない場合は、記載する必要はない。この場合、警察庁の見解によれば、公安委員会は、定期的（半年に１回など）に症状を確認することとなる。今後Ｘ年程度（Ｘは１以上の整数）の経過が予想できるのであれば、その旨を記載する。

専門医・主治医として以上の通り診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地

担当診療科名

担当医師

印

- 「専門医」とは、公安委員会の指定する専門医との意であり、日本精神神経学会の精神科専門医を意味するものではない。通常の診断書では「主治医」のみを○で囲む。