

Q1：認知症の方の運転技能評価についてどのような評価が必要ですか？

A1（宮川先生）：運転してよいかどうかを検討する際は、運転技能評価をする必要がないというのが答え。法的には、認知症であれば運転してはいけないのであって、運転技能の有無は問われていない。ただ認知症の方がまだ運転しているときに、本日の症例で示したように、道を間違える、車庫入れを失敗するなど、運転のいろいろなところでつまずきが出てくるので、そのことをきっちり把握していくことも大切。また、今日は説明ができなかったが、疾患ごとに落ちやすい運転技能があるので、そのあたりを本来きっちり評価していく必要がある。

Q2：かかりつけ医のレベルでMRIくらいまではとるようにしているが、専門医の先生方に紹介する前にこういう検査をやっておいてほしい、脳血流シンチをやっておいてほしい、などどういう検査を先にとっておくべきなのか教えていただきたい。

A2（藤井先生）：脳の血流の検査まで開業医の先生の方に求めている。頭の画像の検査も同様。長谷川式やMMSEの検査などそういうところの情報がいだけるといいかなと思います。

Q3：認知症薬がはいっていると、運転はダメということであったが、症例の1で出していた方で、抑肝散が処方されていて、免許がすぐに取り消しではないようにとらえたが、抑肝散は大丈夫か？

A3（宮川先生）：抑肝散はドネペジルのような抗認知症薬（認知症の進行を抑制する薬）ではない。本来は神経症に対して適応となる薬で、認知症の精神症状や行動障害に対して使う薬なのでこれはかまいません。

Q4：MCIの方は6か月間様子をみていくということであったが、平均的な予後、経過はどのような感じでしょうか？

A4（宮川先生）：MCIの方を5年くらいフォローアップしていくと、半分くらいの方が認知症に移行すると言われている。逆に言うと、MCIと判断されても、5年経っても認知症に移行しない人が半分いる。要は、最初の半分の方は、認知症性疾患のごく初期の方であったということ、残り半分の方は、認知症とは関係ない状態であったということ。認知症にならない方は、当然進行しないし、認知症になる残り半分の方は、原因疾患によって進行の仕方が違う。アルツハイマー病の方であればほぼ確実にゆっくり進行するので、MCIから軽症の認知症に移行進行するのに1年～3年くらいかかることが多いが、これも個人差がある。

Q5：車がないとどこにも行けないという認知症高齢者に対して、疾患や症状にもよりますが、電動のカーンを代替手段としてすすめることに対して、ご意見をお願いします。

A5（宮川先生）：電動カーンがうまく使える方であれば使ってもいいのではないかなと思う。しかし、電動カーンはスピードがとても遅く、そんなに使い勝手がよくない道具だと思うので、そう実用的じゃない。特に、アルツハイマー型認知症の方のように、歩能力が落ちない方だったら、あまり実用性がなく、車の代わりにはならないかなと思う。足の悪い方なら意味があると思います。

（藤井先生）：私は安全装置付きの車を積極的に進めたりしますが、先生のお考えはいかがですか？

（宮川先生）：それは、特にこれから先ますます大事になってくる話じゃないかなと思います。今でも、高齢者の方はできるだけ安全装置付きの車に乗ってほしい。認知症であろうがなかろうが安全装置をきっちりつけてほしいですし、ひょっとしたら、完全に自動運転になったら、認知症の方の運転も問題なくなるかもしれないので、その開発には非常に期待し

ています。

Q6：アルツハイマー型認知症の診断を受けておられる利用者で、自家用車の運転を継続されています。支援者は運転をやめるよう機会を見つけて話していますが、遠方に住んでいるご家族の認識が低く、本人への説得に協力を得ることができません。そのような家族への理解に対してケアマネジャーとしてどのような声掛けをして協力が得られるようにしたらよいでしょうか？

A6（宮川先生）：このご質問話題はたまたま運転の話題として出てきていますが、運転に限った話ではなく、認知症に関係したいろいろな問題に対して、遠方に住んでいるご家族が協力してくれないときに困る、という話だと思います。運転に即して言うと、法律的に問題がある状況なので、仮に法律に違反して運転していて、何かおこったときにはご家族は無関係でいられるとなるはずもなく、そういう心配をお伝えするということが必要になってくるのかなと。ただ、あまり脅しのようにするとそれもよくないかもしれません。ご家族に対しては、本人が運転することが法的に問題があることであり、運転を続けることのリスクを説明するしかないのかなと考える。もう一つは、こういう状況をケアマネジャーだけで抱えるのはしんどいでしょうから、主治医や地域包括支援センターに協力していただいたりして、多職種で支援していかないといけないかなと思います。

Q7：大きな脳梗塞などは、それがおこった後の時間的なところと認知症との関係が分かりやすい。また、単一の血管病変なども、それがおこったから認知症ということで分かりやすい。一方、白質病変と多発ラクナの区別が難しい場合がある。専門の先生方はそのあたりをきっちり区別なさると思うが、先生方がみても難しいというケースの場合、小血管病変というべき血管障害の認知症に対して新しい視点でどういふふうに対応されているかを教えていただきたい。

A7（藤井先生）：小血管病変というところでは、どれくらいの画像だったら認知症と関係しているかということだと考える。白質病変のスコアなどあるが、そのスコアを細かくみているかというと、そこまで細かくみていない。白質病変、小血管病変が軽微なのか多いかどうかで、認知症への関与がどうかもしくは認知症への治療をどうするかというところ。そこで、認知症の血管性へのリスクがあれば、コントロールする。しかし、血管性の認知症と考えたら、いわゆる抗認知症薬の治療はいらぬかということ、先生方もご理解いただいているとおり、血管性の認知症とアルツハイマー型認知症は合併が考えられるということ。いわゆる慢性虚血所見などもあるが、海馬の萎縮など、アルツハイマー型の所見が少しあるのであれば、抗認知症薬を積極的に使うようにしている。

Q8：前頭側頭型認知症の場合、あらっぽい運転ということを講演の中でお話いただいた。あらっぽい運転というのは、ゴーイングマイウェイサインという、他人のことを気にせず、自分のふるまいのことしか考えないでいくという意味なんですか？それとも、前頭側頭型認知症は、前頭葉の障害が先にくるので、ワーキングメモリや注意障害がおこりやすい、ましてや意味性の認知症になると信号機の意味さえも分からなくなる。その点、いかがでしょうか？

A8（宮川先生）：前頭側頭型認知症の方のあらっぽい運転というのは、おっしゃる通りいわゆる「我が道を行く」、「ゴーイングマイウェイ」という態度が行動として現れることが多いように思う。この場合はスピード違反や無謀な追い越し運転などが多い。一方前頭葉の機能が低下するためワーキングメモリや注意力が低下して、よそ見運転して大きな事故につながるケースもあり非常に危険。意味性認知症の方はおっしゃるとおりで、信号のシグナルの意味が分からなくなるなどの変化が運転上の問題として出てくると考えられる。また前頭側頭型認知症の方の運転行動として、1日中運転し続けるという常同行動のために、ガソリン代がもの凄くかかったという方がおられた。そういうパターンもあるかもしれない。