

表1 認知症と自動車運転に関する文献検索法と検索件数

キーワード	検索件数	選択数	選択基準とエビデンスレベル
Dementia, driving	112件	45件	・タイトルや要約に“driving”の用語があること
Dementia, driving, RCT	2件	2件	・検討事項に自動車運転, 運転能力を含んでいること
Dementia, driving, guideline	3件	3件	・医学的検討事項が含まれていること

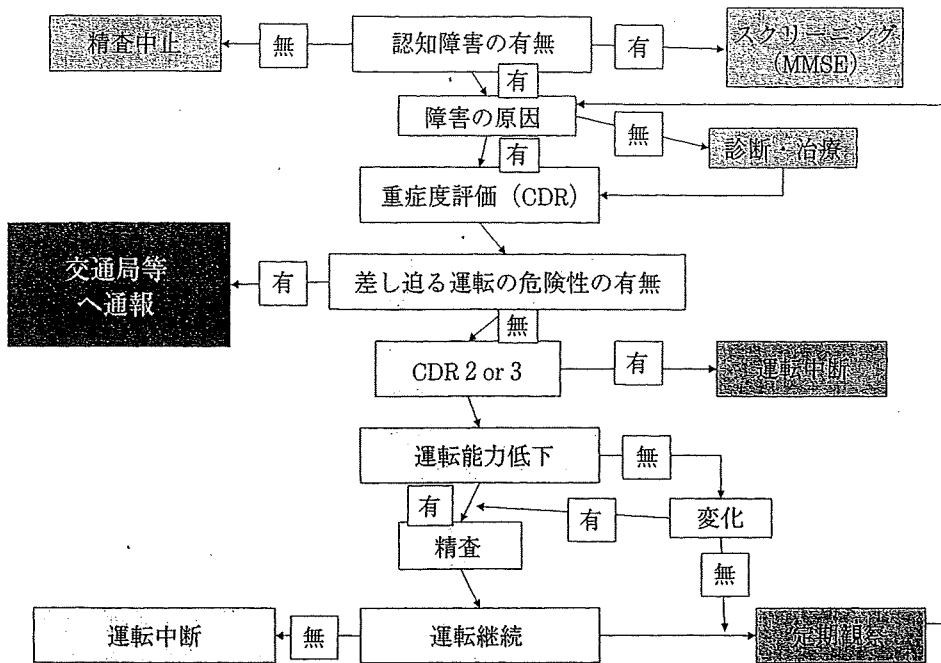
PubMed, 文献検索時期: 2008年12月16日, 検索年: 規定なし

討として, U.S. National Library of Medicine の MEDLINE database を使用した. 検索は2008年12月16日の時点で, dementia, driving をキーワードとして行い, 検索期間はとくに設定しなかった. さらに Meta-analysis, review, Practice guideline, RCT 別でも検索を絞り込んだ. その結果, 全体として112件の文献が選別され, 論文タイトル, 要約から認知症, 自動車運転と直接関係のない論文を除外すると45件であった. それらの論文は1985年から2008年9月までのものであった. RCT のキーワード追加では2件, Practice guideline のキーワード追加では3件が選択された.

2. 代表的文献の紹介

上記文献の検索から検出された認知症と自動車運転に関する代表的なガイドラインおよび指針について示す. 1997年の Johansson と Lundberg¹⁴⁾ の “The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving ; A brief report” (図1) では, 認知症患者で運転をしている場合, 認知機能障害の有無の評価, 臨床診断, 認知症の重症度判定を施行した後, 運転行動に危険性が伴う場合は運転局などへの通報を行う. 差し迫った危険性がなければ, 認知症の重症度評価である Clinical Dementia Rating (CDR) 2もしくは3レベルであれば運転中断勧告を行う. CDR 1以下で運転能力に問題がなく, 定常状態であれば定期的な評価を行うが, 運転能力の低下があったり, なくても定常化していない場合は運転能力のより専門的な評価を行う. そして運転継続している場合は運転中断を試み, 運転を継続していなければ定期的なフォローを行うとされている. 本ガイドラインでは

認知症の評価として CDR が示されているが, 最も重要な視点は, 欧米では臨床医が認知症の診断について交通局への通報制度について言及している点は認知症の自動車運転が問題となりはじめた1990年代当時のガイドラインとしては画期的であるといえるが, 患者-医師の信頼関係などへの言及などはない. その後米国神経学会の指針として2000年に Dubinsky ら⁷⁾ はアルツハイマー病の自動車運転に関する指針を示しており, わが国でも CDR 1 の軽度認知症以上では運転を中断すべきであり, CDR 0.5 のごく軽度認知症では6か月ごとに運転能力を再評価すべきで³⁰⁾, CDR 1 以上では交通事故の危険性が高くなるため運転中断を勧告し, CDR 0.5 の認知症疑いレベルでは定期的な運転能力の評価を行うというより具体的な指針が示されている. しかしながら CDR 1 以上で運転をすべきでないと言えながらも, “すべての CDR 1 以上の患者が安全に運転できないかどうかは確かめられていない” と明記されていることから, CDR を運転能力評価尺度として用いるにはさらなる妥当性の評価が必要であると言及されている⁷⁾. その後, 2004年に Reger ら³⁴⁾ は認知症と自動車運転に関する27編の論文のメタアナリシスを比較検討した結果, 精神現症全般, 注意/集中, 視空間機能, 遂行機能といった各認知領域が, 路上運転, 運転シミュレーターなどによる路上以外の運転技能, 介護者評価の3種のいずれかの運転能力評価と関連している. それらの認知領域のなかでは, とくに視空間機能が運転能力を予測する指標と考えられると述べている (図2). しかしながら検討した対象のほとんどがアル



認知機能の有無の評価，臨床診断，認知症の重症度判定を施行した後，運転行動に危険性が伴う場合は運転局などへの通報を行い，差し迫った危険性がなければ，認知症の重症度評価である CDR 2 もしくは 3 レベルであれば運転中断を行う．それ以外であれば運転能力に問題がなく，定常状態であれば定期的な評価を行い，運転能力の低下があったり，なくても定常化していない場合は運転能力のより専門的な評価を行う．そして運転を継続している場合は運転中断を試み，運転を継続していなければ定期的なフォローを行う．(Johansson K, Lundberg C : The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving ; A brief report. Swedish National Road Administration. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 11 (Suppl. 1) : 62-69, 1997)

図 1 認知症ドライバーの運転中断決定のプロセス (1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving)

ツハイマー病もしくは認知症の背景疾患の原因が特定されていないため，視空間性障害が目立たないピック病などの運転能力の評価において課題となりうる^{24, 25)}。

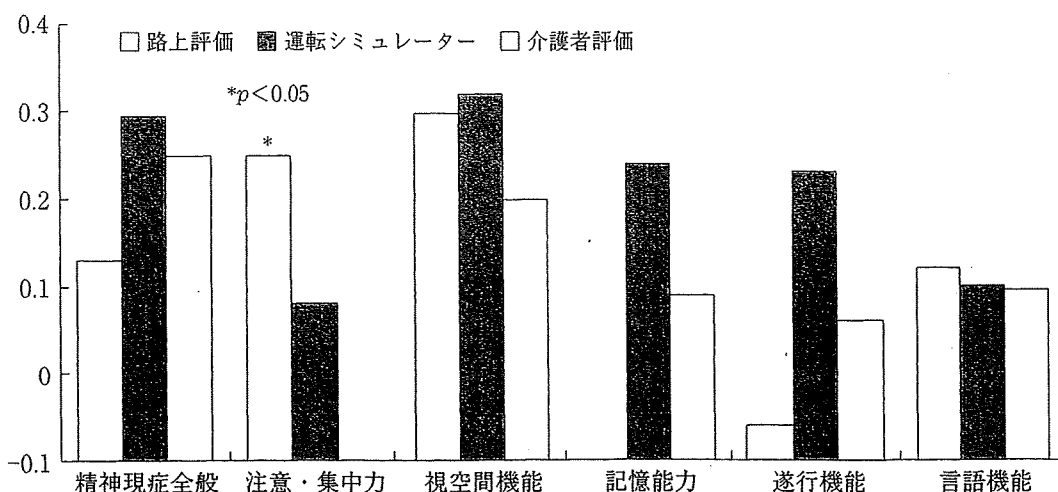
3. 文献的検索の結果と考察

認知症と自動車運転に関する医学的文献検索では，症例報告や臨床的検討，疫学的報告は1990年代から欧米を中心に報告がなされているが，RCTやメタアナリシスなどのエビデンスレベルの高い報告はわずかに1件のみであり，認知症と自動車運転の問題が医学的研究としてまだまだ不十分であることを物語っていた。これらの背景には Rapoport ら³³⁾が述べているように，①医学的な注目がまだまだなされていないこと，②エビデンスの高い研究が少ないこと，③医療として運転

問題を扱うことは患者と医師の信頼関係を崩しがちである懸念の存在，④ゴールドスタンダードとされている実車による路上テストが費用的にも，人的にも検討しにくいことを指摘している。

2 さまざまな領域 (文献以外) からの代表的ガイドライン

前項では学術的検索から認知症と運転に関するガイドラインについて紹介したが，認知症と自動車運転の問題は欧米でも医学領域以外に行政的・社会的な対応も必要とされており，教科書レベルや行政的・法的な対応でもさまざまなガイドライン試案が散見される。各国の運転局などのガイドラインは施策的な対応からリーガルモデルと受け止められ，各国の専門学会作成のガイドラインは



27の報告のメタ解析を行い, 精神現症全般, 注意/集中, 視空間技能, 遂行機能といった各認知領域が, 路上運転, 運転シミュレーターなどによる路上以外運転技能, 介護者評価の3種のいずれの運転能力評価と関連し, それらの認知領域のなかでは, とくに視空間機能が運転能力を予測する指標と考えられる。

(Reger MA, Welsh RK, Watson GS, Cholerton B, et al.: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia ; A meta-analysis. *Neuropsychology*, 18 : 85-93, 2004)

図2 認知症患者の認知領域と運転能力に及ぼす影響 (effect size)

表2 認知症患者の自動車運転に関する医学的ガイドライン (米国神経学会 vs 米国精神医学会)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 明らかな認知症と診断された患者 (CDR 1 以上) においては, 事故の可能性, 運転ミスの頻度が高まるので, 運転することを止めるべきである ・ もし, 認知症が明らかでないが, 認知症の疑い (CDR 0.5) のあるときには, 1年以内に CDR 1 まで悪化する可能性があることを考慮し, 6か月に1度の認知症についての評価を受けるべきである ・ わが国では, 認知症患者において6か月以上治る見込みがないと判定されたとき, それまで所持していた運転免許が取り消されることがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科医はすべての認知症患者とその家族と運転の危険性について話し合い内容を詳細に書き留める必要がある ・ 中等度～重度では運転中断を強く忠告すべき ・ 軽度でも交通事故経験者, 判断力低下, 空間認知, 実行力に重大な障害があれば同様の忠告が必要, 家族にも伝える必要がある ・ 障害が軽度であれば, 配偶者にナビゲーター役を検討したり, 危険の少ない状況のみ運転することを進言する
<p>(中村重信ほか: 痴呆疾患治療ガイドライン 2002. 臨床神経, 42 : 781-833, 2002 より抜粋)</p> <p>(アルツハイマー病と老年期の痴呆. 日本精神神経学会監訳, 米国精神医学会治療ガイドライン, 36-38, 医学書院, 東京, 1999 より抜粋)</p>	

メディカルモデルであり, 認知症の専門的教科書ではそれらの中間的で統合的なガイドラインと位置づけられる。ここでは主としてイギリスとイギリスの制度を中心に紹介する。

1. 専門学会レベルの医学的ガイドライン (表2)

代表的な米国神経学会 (ANA)⁷⁾と, 米国精神医学会 (APA)⁸⁾の認知症と運転に関するガイドラインを紹介する。いずれも認知症の重症度評価である CDR をその判定指標として推奨しているが, 前者の米国神経学会 (日本語訳³⁰⁾) では CDR 1

以上では事故リスクの危険性が高く, その時点で運転中断を勧告すべきであり, CDR 0.5のごく軽度認知症レベルでも進行悪化を考慮すると6か月ごとに再評価をすべきであるとされている。一方, 同じアメリカでも米国精神医学会 (日本語訳¹¹⁾) 作成の治療ガイドライン (アルツハイマー病と老年期の認知症, 日本語版) では CDR 2 以上では運転中断を勧告すべきであるが, CDR 1 レベルでは運転能力の低下はさまざまであり, 定期的な評価か, 運転局などでのより詳細な運転能力の評価

□特集

をすべきであるとされている。またそのなかで、「精神科医はすべての認知症患者とその家族と運転の危険性について話し合い、中等度～重度の場合は運転中断を強く勧告すべきである」と述べられている。このようにアメリカの専門学会においても、認知症患者の運転中止を決定する中止基準が異なっていることから、認知症を専門とする医学的学会や専門委員会でも認知症の運転のガイドラインには大きな差異がみられており、今後医療界全体での検討や協議も必要と考えられる。

2. 行政的ガイドライン

認知症と自動車運転の問題は欧米を中心として行政的にもこれまで多くの検討がなされており、実際の免許制度の枠組みのなかで認知症に関する対応についても一定のガイドラインが存在する。アメリカではDMV (Department of Motor Vehicle) というわが国の警察庁や公安委員会に当たる部門が制度やガイドラインの作成を行っている。しかしながらアメリカでは周知のように行政政策が州ごとに異なるように、運転免許の行政的対応も異なるため、ここでは最も運転に関して基準が高いとされるアメリカ・カリフォルニア州の免許更新の仕組み⁹⁾と、イギリスのDVLA (Driver and Vehicle Licensing Agency)^{10,11)}の対応について紹介する。

1) イギリスにおける認知症患者の運転に関するシステム^{10,11)}

イギリスでは認知症患者の運転に関する監督当局は、Driving and Vehicle Licensing Authority (DVLA, www.dvla.gov.uk)¹⁰⁾という部門が統括しており、高齢者の運転に影響するようないかなる問題も、免許保持者はDVLAに通報されなければならない。そして運転免許は70歳の時点で更新され、その後も3年ごとに更新が必要である。そして運転に影響するような病的な健康状態が出現した場合、免許を保有している本人、親戚や介護者、裁判官や警察、仕事の関係者やかかりつけ医、眼鏡商や他の専門家を含む多様な出所からDVLAに通報することができる。もし危険な運転のはっきりし

た証拠がある場合は、この段階で運転免許の許可を取り消すことができる。通常、DVLAは医学的情報を得るために免許保有者の許可を求めるが、もし本人が同意しない場合は、3週間後に免許は取り消され、本人の承諾が得られた場合、かかりつけ医に医学的報告書の提出が求められる。しかしそれでも結論を出すために情報が十分でなければ、より詳しい評価が実施される。医師は、患者の運転能力に重大な懸念がある場合、通常の医師-患者間の信頼関係を覆してでも、DVLAに通報する義務がある。認知症は精神疾患の章の関連する項(認知症ないし器質性脳症候群)に含まれ、次のように記載されている (<http://www.dvla.gov.uk/media/pdf/medical/aagvl.pdf>)¹²⁾。グループ2(ミニバスや大型車)では免許発行の拒否/取り上げ、グループ1(普通車)では、認知症患者の運転能力を評価することはたいへんむずかしいが、運転適正の判断は通常医学的報告に基づいて行われ、十分な技術が保持され進行の遅い初期認知症においては、運転免許は毎年審査の対象としてもよいと記載されている。実際のイギリスの現場では、医師は認知症患者が免許を保持していることが判明した場合、患者もしくは家族に対して、DVLAに申告するか、加入する自動車保険会社に認知症であることを通報すべきであるという勧告義務があり、中等度～重度の認知症は運転を中止させ、機能低下と関連する軽度認知症は専門家の評価を受け、機能低下のない進行のみられない軽度認知症は経過観察が行われている⁴⁾。

2) アメリカDMVにおけるガイドライン^{8,9,35)}

アメリカでは自動車局 (Department of Motor Vehicles ; DMV) と呼ばれる部門が、運転者に対する行政的対処部門として知られているが、周知のとおりアメリカでは各州ごとに医師の通報義務が異なるなど対応が異なる。また医師以外にも家族や近隣住民が運転に不適格と思われる者を通報することを許可している州もあれば、ニューヨーク州¹⁶⁾では医師が州のDMVへ通報を行った場合患者から告訴されうる場合もある。またカリフォ

表3 カリフォルニア州の医療状況評価表に記載する認知症重症度

1. 軽度認知症：自立した生活を送る能力は比較的保たれている。しかし仕事や社会的な活動は有意に障害されている。安全に運転するのに必要な注意、判断、記憶などの認知機能は有意に障害されている可能性がある
2. 中等度認知症：自立した生活を送ることは危険であり、ある程度の監視が必要である。患者は環境に適切に対応することはできない。見たものを適切に解釈することが有意に障害されている可能性があり、判断や反応の障害や遅れにつながる可能性がある。運転は危険である
3. 重度認知症：日常生活の障害は著しく持続的な監視が必要である。だいたいの話において、話のつじつまが合わないか、話をしない。患者は精神的にも身体的にも運転能力がない

(出典：文献8, 35より)

ルニア州では1992年、それまでは一定していなかった患者の確認や検査の方法および処分の判断基準を統一させるため、医師、DMV、アルツハイマー病協会の代表者による委員会が設置され検討が行われた。この結果、医師以外の、家族、友人、近隣住民、介護施設職員が認知症の可能性のある者をDMVに報告できるようになった。また、認知症の重症度評価を盛り込んだ新たな運転者医療状況評価表が作成され、運転者自身に送付され、運転者が最も適切な医師を選択し記載してもらうことが義務づけられた。そして評価方法と判断基準が統一され、運転者医療状況評価表により医師が軽度の認知症と診断した場合にはDMVによる評価が行われるが、中等度以上の認知症と診断した場合には、ただちに免許が取り消されることとなった。認知症の重症度の判断は表3^{8,35)}の記述に基づいて行われ、Mini-Mental State Examination (MMSE) や CDR などの評価基準は用いられていない。

DMVによる評価としては、最初に標準的知識検査が施行され、これに合格した場合のみ、運転者安全聴取官 (driver safety hearing officer) による面接が行われ、健康状態、医学的治療、運転記録、日常生活習慣、介助の必要性などの質問を行い、記憶、見当識、注意、言語等が評価される。これで、安全に運転できる可能性があるとされれば、視覚機能検査を行い、これに合格すれば、路上運転能力検査を行う。これらのすべての検査に

合格すると運転は許可されるが、6~12か月後に同じ方法で再評価が行われる。次回検査時期は今回の検査成績や医師からの医療状況報告書による進行速度の予測などに基づいて定められ、不服がある場合、運転者はすべての段階で、DMVや州の裁判所へ訴える権利が認められている。なお、運転免許を失った運転者には地域の代替交通機関のリストが提供されることになっている。このカリフォルニア州のシステムでは、認知症と診断された患者を医師が届け出ることによりDMVが把握することができ、運転能力評価を必要とするものを特定できること、段階的な評価が行われ、中等度以上の認知症と診断された者や、知識検査や運転者安全聴取官によるインタビューで不合格となった者は路上運転能力検査を行うことなく免許が取り消されることから、路上検査によるリスクおよび、その経費とコストを軽減することができるといった長所を有していると博野⁸⁾は考察している。

3) その他の欧米諸国のガイドライン(表4)^{3,27,33,40)}

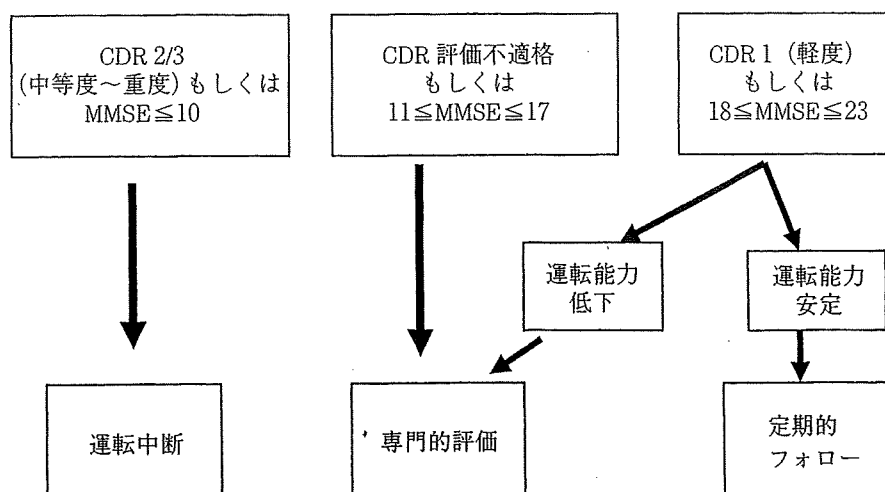
表4に認知症患者の運転と医師の通報義務や、交通局の推奨事項について、アメリカ^{32,39)}、イギリスのほか、カナダ⁶⁾、オーストラリア³⁷⁾、ニュージーランド²⁸⁾の行政的対応を示す。なお日本については筆者が加筆を行ったが、車社会であるアメリカにおいても州ごとに医師の対応が異なっているが、カナダ、オーストラリアでも同様であり、イギリス、ニュージーランドは全国的な指標であ

□特集

表4 認知症および高齢者と諸外国の運転免許制度

	アメリカ	イギリス ^{b)}	オーストラリア	ニュージーランド	カナダ	日本 ^{c)}
対応部署 (URL)	DMV http://www.dmv.ca.gov/ (カリフォルニア州) ^{a)}	DVLA http://www.dvla.gov.uk/	http://www.officeofroad safety.wa.gov.au/Facts/ papers/licence_assess ment_program_for_old er_drivers.html	Land Transport Safety Authority 2002	http://www.mto. gov.on.ca/english/ dandv/driver/re newal.htm	警察庁, 都道府 県公安委員会
医師の免許局 への通報報告 義務など	州ごとに異なる 報告義務: カリフォルニア (背景疾患も含め), ペンシ ルベニア (精神症状・状 態), デラウェア, ネバダ, ニュージャージー (背景疾 患は問わない), オレゴン (重度認知障害), インデ アナ (障害者) アリゾナ, コネチカット, アイダホ, ケンタッキー, メーン, ニューメキシコ (推奨されているが義務は ない)	なし 医師は患者自身に DVLAに通報させる義 務がある	・医師は認知症の診断を 報告する義務はない ・ South Australia と Northern Territory で は、運転に適さない人 を報告する義務あり すべての州で運転が危 険と思われるときはだ れでも報告できる	なし 医師は運転能力を5段階に 判定	医学的に運転が不 適切な患者の報告 通報義務あり; プ リテイア州など 自由裁量; アルバ ータ, ノバスコクテ ィア, ケベック州	なし 2002年~都道 府県公安委員会 でアルツハイマ ー病と血管性認 知症が判明すれ ば免許停止 2009年~75歳 以上に認知機能 検査の導入 ^{d)}
推奨	・中等度~重度では禁止 ・軽度では専門機関での包 括的な路上もしくは特 殊なテストを受けるべき	・短期記憶の障害, 見 当識障害, 病識や判 断力の欠如がみられ る人はまず運転には 適していないことは 明らかである ・初期認知症において は, 公的な運転能力 評価を要する	・記憶, 視空間性障害, 病識や判断能力の低下 が目立つ場合は運転す べきではない ・運転能力は定期的に見 直すことが重要である	・安全な運転に影響がある 認知機能障害があれば運 転をすべきではない ・病識や判断能力が保たれ ていく場合は失見当識 や意識障害がなければ初 期認知症患者は運転が可 能かもしれない ・認知機能と専門家は全般 的な運転能力の評価が運 転継続の決定に有効であ る	・中等度~重度で は禁止 ・軽度では専門機 関での包括的な 路上もしくは特 殊なテストを受 けるべき	なし

^{a)}アメリカでは州ごとに対応が異なる点に注意 (文献3, 33), ^{b)}EU内では唯一イギリスのみが, 交通局への通報義務が課されている (文献40), ^{c)}筆者が文献27に追記, ^{d)}認知機能検査の導入 (2009年度) (文献15, JFS) (出典: 文献3, 27, 33, 40より筆者一部改変翻訳, 筆者追記)



CDR : Clinical Dementia Rating, MMSE : Mini-Mental State Examination
 (Lundberg C, Johannson K, Rizzo M, et al.: Dementia in driving ; An attempt at consensus.
Alzheimer Dis Assoc Disord, 11: 28-37, 1997 ; Rizzo MA : Safe and unsafe driving algorithm
 for assessment of demented drivers. *In Principles and practice of behavioral neurology and
 neuropsychology*, 215, Saunders Elsevier, 2004 より作成)

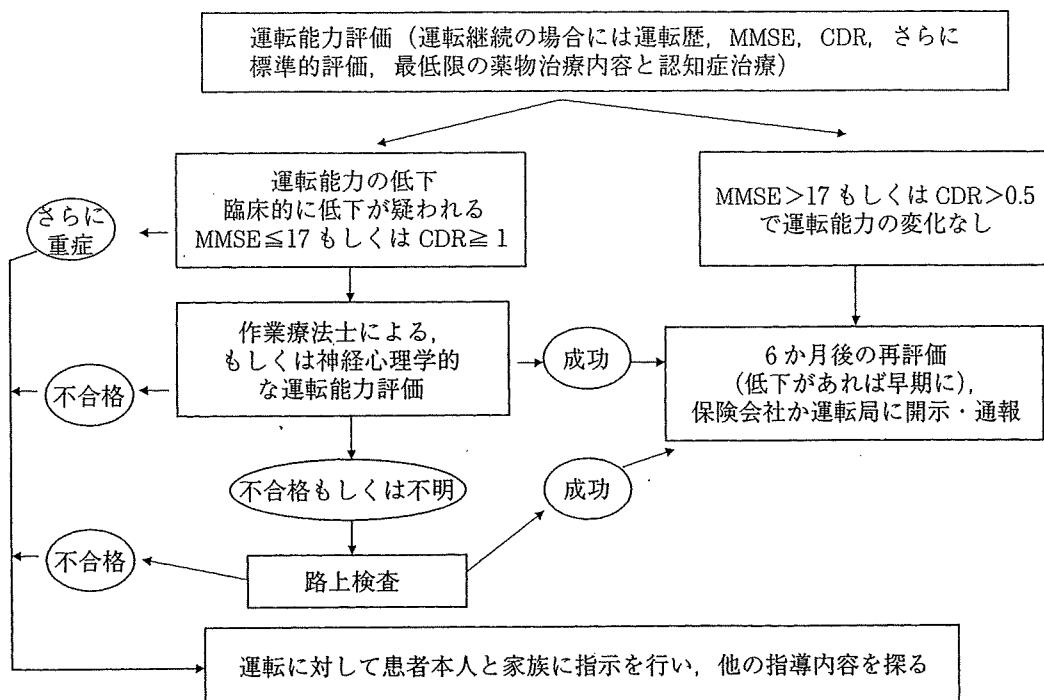
図3 認知症ドライバーに関する評価のアルゴリズム

った。また医師の交通局などへの通報制度においても、一部のアメリカの州、イギリス、カナダのいくつかの州には医師に報告義務が課されているが、EUではイギリス以外には通報制度がないなど地域や同じ国内においても統一されていない。さらには通報内容の事態にも差異が大きく、同じ医師にとっても行政区分により対応がさまざまである。しかしどこにおいても共通するのは、表4からも示されるように、認知症患者の運転免許制度については、行政的にも専門的な評価が重要であり、定期的な運転能力の評価が重要であるという考えはおおむね一致している。しかしながら認知症の背景疾患や認知機能、神経心理学的指標による判断基準は統一されたものではなく、認知症患者の運転能力評価方法は医学的にも、社会的にも確立されておらず、臨床的にも使用可能な診療ガイドラインは不十分であるといえる。そのため、わが国も含め、今後国別ではなく世界的な規模での行政と医療界の連携や対策を一致させていくことも必要である。

3. 専門書によるガイドライン

ここでは、研究者が教科書レベルで提案した認

知症患者の自動車運転に対する指針であり、上記の専門学会や行政的な指針やガイドラインよりさらに踏み込んだ統合的な対策を紹介する。そのため作業療法士など医師以外のエキスパートも運転能力評価に携わるなどより現実的な要因を考慮した指針ともいえ、専門学会の指針と行政的指針の中間的な位置づけともいえる。しかしながら、学術的にはまだまだ実証的に証明されたものではないため、今後さらなる検討が必要とされる指針ともいえる。ここでは欧米における認知症と運転に関する専門的な研究者による代表的なガイドラインについて紹介する。Rizzo³⁶⁾は認知症ドライバーの運転能力評価のアルゴリズム(図3)を前述した1997年のJohannsonとLundbergのガイドラインを踏襲して、CDRのほかにMMSEが追加された類型化を行っている。これは認知症の非専門医にも受け入れやすいものである。一方で、専門的評価では神経心理学的検査、実車テスト、シミュレーターなどの使用とされているが、具体的な記載はない。そのため妥当性や信頼性といった点では今後の検討が必要といえる。O'Neill³⁷⁾による認知症患者の運転能力評価試案(図4)では運



(O'Neill D : Dementia and driving ; Evidence-based dementia practice. 755-763, Blackwell, Oxford, UK, 2002)

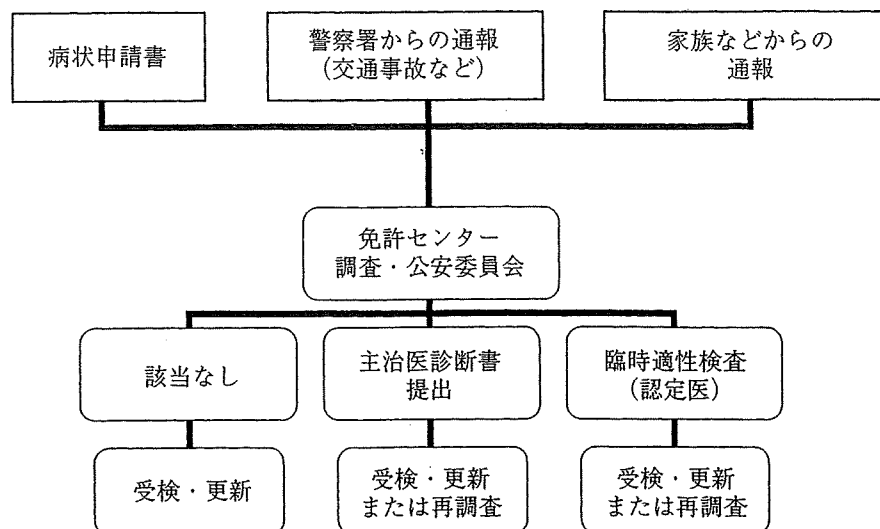
図4 運転能力評価

転能力の評価に際して医師以外にも作業療法士というエキスパートを運転適正の判断に参加させる提案を行っている。医師は自動車運転の能力を判定するなどの医学教育をそもそも受けていない現実を考慮すると、多職種によるアセスメント方法を行うという点でわが国でも今後検討されうるガイドラインとして有用と考えられるが、もしわが国での導入を検討する場合は、専門領域の連携の困難さの解決が求められるところである。

3 わが国の認知症患者の自動車運転に関するシステムと課題^{15, 23)} —— 日本の現状 ——

2002年6月の改正道路交通法²⁰⁾により、認知症は行政から免許を停止されうることになったが、認知症患者にはどのようなリスクがどの程度存在し、どのようにしてそれを検出・評価するかについての検討はわが国では十分にはなされていない。図5²³⁾に、わが国の自動車運転に関する運転能力のチェックシステムを示す。わが国の現行制度では、認知症患者が運転能力を評価される機会とし

ては、①免許更新時の病状申請書による自己申告、②交通事故などの際に警察官が免許センターや公安委員会に通報する場合、③家族などからの相談や情報から、本人が出向く場合という3つの入り口から免許センター・都道府県公安委員会の調査および評価へと進む。その後、公安委員会の判断により主治医の診断書提出や、主治医がいない場合は、認定医の診察なども含んだ臨時適性検査が施行されることとなっている。しかしながら、本制度の問題点として病状申請書では、認知症患者は自己申告という形式で正確に申告は望めず、ほとんどの認知症患者にとりスクリーニングとなっていないことが判明している²⁰⁾。またたとえ認知症患者が交通事故を起こした場合でも、警察官が認知症の有無を評価することはほぼ不可能であるため、事故処理現場では免許返納の促し程度で終わっていたり、事故後に外来で家族から報告されるケースがほとんどである。そして、家族からの通報といっても認知症患者に通院や生活必需品の購入を依存している家族であれば、認知症患者の運転を止めさせることに躊躇してしまったり、免



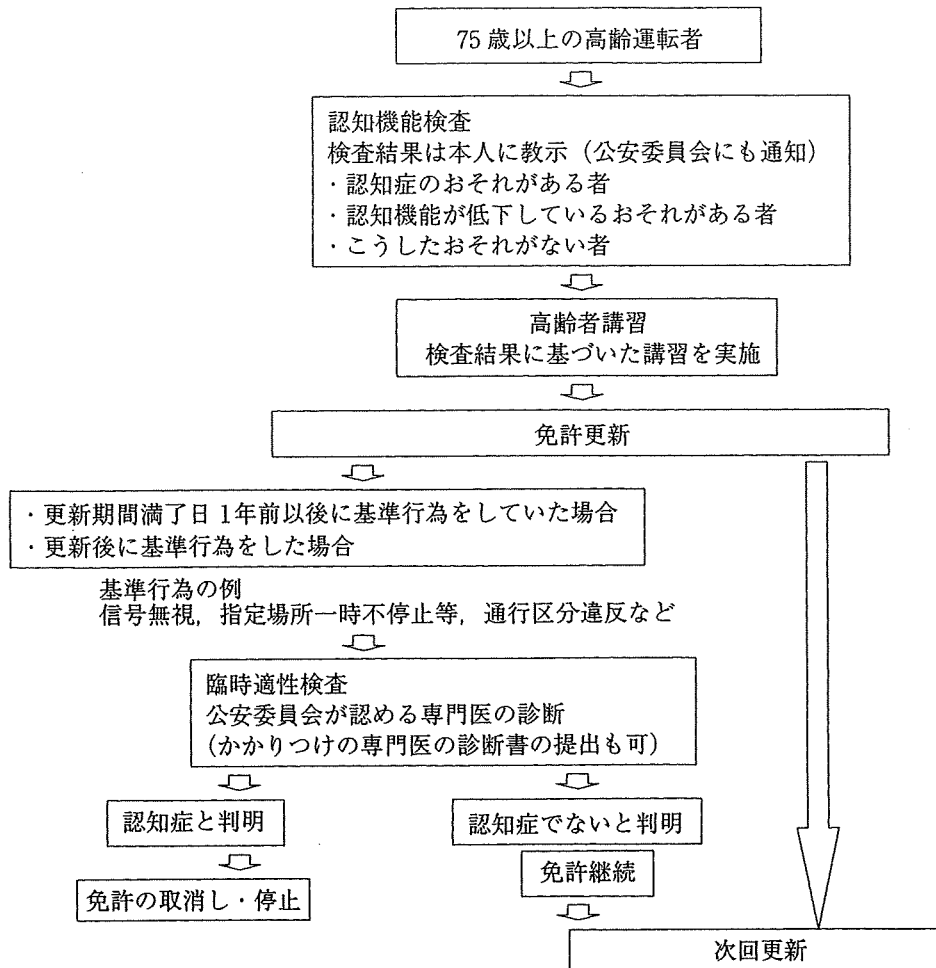
現在わが国では、図のような流れで運転適性を判断することになっており、主治医は診断書提出という形式で患者の運転能力評価にかかわる。なお、運転能力に関する診断書の提出がない場合は臨時適性検査が免許センターの命令で実施され、認知症のような精神障害の場合、精神保健指定医が任命される。しかしながら、認知症患者においては、病状申請書の提出には至らず、また交通事故が発生しても免許センターの調査にもつながりにくい実態が存在している。
 (上村直人：認知症患者の自動車運転をどのように考えるべきですか；問題となる認知症患者への対応、クリニシャン、53 (548)：15-21, 2006)

図5 わが国の運転免許制度；診断書提出と臨時適性検査の流れ

許センターでは認知症患者本人が免許センターに出向いて公安委員会の評価を受けない限り免許中止という手続きがとれないのが現状である。

そこで、2009年度から75歳以上の高齢者に対して簡易認知機能検査を導入することとなった。図6、表5に新制度の流れ¹⁹⁾を示すが、今後免許更新時に認知機能検査が課され、その結果、得点に応じて第1分類（認知症のおそれあり）、第2分類（認知機能の低下あり）、第3分類（認知機能の低下なし）に分けられ、第1分類に該当する者のうち、過去1年間に信号無視や一時不停止などの違反行為といった基準行為と呼ばれる違反があった場合には、公安委員会が認める専門医の診断（かかりつけの専門医の診断書の提出も可）を含めた臨時適性検査が行われる。その結果認知症と判断された場合には、免許の取消し・停止となり、認知症でないと判断されれば、免許は継続され、次回更新可能となる。三村²⁰⁾は本制度導入前の予備的調査で、75歳以上の高齢ドライバーの

3.2%が認知症疑いとされたと報告している。本制度は今後増加する認知症ドライバーの免許更新に対して一定のスクリーニング機能を果たするという点で前進したともいえるが、まだまだ課題も残されている。筆者の視点からの課題を列記すると、①75歳以上のみでよいのかどうか？ 初老期、若年性の認知症のほうが交通安全上、より危険ではないか、②認知機能のみでよいのかどうか？ グレーゾーン—ごく軽度、軽度レベルの認知症患者の評価はどうすべきか、③都道府県公安委員会が最終判断をするとなっているが、医師の認知症の有無の判断のみでよいのかどうか？ 医師の診断書作成はどのような基準ですべきか、といった臨床的課題もあるが、認知症患者の運転問題への対策が社会制度として諸外国より遅れてやっと実現化したことはわが国において大きな前進といえる。しかし医師が認知症の診断について報告する義務を負うのかどうか、それは専門医かどうか、また行政的対策として運転中断後の社会的



免許更新時に認知機能検査が課され、その結果、得点に応じて第1分類（認知症のおそれあり）、第2分類（認知機能の低下あり）、第3分類（認知機能の低下なし）に分けられ、第1分類に該当する者のうち、過去1年間に信号無視や一時不停止などの違反行為といった基準行為と呼ばれる違反があった場合には、公安委員会が認める専門医の診断（かかりつけの専門医の診断書の提出も可）を含めた臨時適性検査が行われる。その結果認知症と判断された場合には、免許の取消し・停止となり、認知症でないと判断されれば、免許は継続され、次回更新可能となる。

（JPS NEWS. 75歳以上の運転者の免許更新. 老年精神医学雑誌, 20 (1) : 105-107, 2009）

図6 新たな免許更新制度；75歳以上の運転者の免許更新

保証をどうするのか、など大きな課題も残されている。このような課題は制度の有効性の検証や事例の積み重ねと、医療と行政の連携したさらなる協力体制が国家規模で行わなければ解決しないと考えられる。

認知症患者の運転に対する ガイドラインと課題 —— 日本を含めた欧米各国の指針の 現状と課題 ——

これまで欧米を中心に認知症患者の自動車運転に関するガイドラインを概観し、わが国の免許制度についても述べてきた。山本⁴⁾はそもそもガイドラインとは、“指針という意味であり、法律とは異なり医師の診察を全面的に拘束するものでは

表5 道路交通法施行令の一部を改正する政令案；臨時適性検査の基準行為の選定等

<p>・高齢運転者対策 75歳以上の高齢運転者の免許更新時に認知機能を導入→検査結果が一定の基準に該当し、かつ、更新期間満了の1年前から次回の更新までに基準行為として定められた違反行為をしていた者について、<u>臨時適性検査を実施</u> 基準行為とは；認知機能が低下した場合に行われやすいものとして政令（令第37条の7第1項関係）で定める行為</p>		
<p>・基準行為の選定 考え方 75歳以上の高齢運転者約1,600人を対象に、認知機能検査と運転行動の調査を実施し、専門家から意見を聴取</p>		
<p>・認知症のおそれがあるとされた者の、運転行動の大きな特徴は、①信号無視、②交差点走行不適、③進路変更不適、④一時不停止、⑤加速不良 別の行為をしながら運転することや運転中に走行継続の可否の判断ができなくなる認知症特有の症状を考慮</p>		
<p>・基準行為の選定</p>		
○信号無視	○通行禁止違反	○通行区分違反（右側通行等）
○通行帯違反	○進路変更禁止違反	○転回・後退等禁止違反
○踏切不停止	○しゃ断踏切立ち入り	○指定通行区分違反
○一時不停止	○交差点優先車妨害	○優先道路通行車妨害
○徐行場所違反	○横断歩行者等妨害	○交差点安全進行義務違反

(JPS NEWS, 75歳以上の運転者の免許更新, 老年精神医学雑誌, 20 (1) : 105-107, 2009)

ない。しかし現実に訴訟が生じた場合には公的な学術専門団体が作成したガイドラインが最小公約数的な意味を有するであろう。ガイドラインからはずれた診療に対しては、その臨床決断に対する説明責任が問われる”と述べている。その意味で諸外国の認知症患者の運転に関する指針（ガイドライン）をみてみると、最小公約数的な指針となりうる指標があるとは言い難く、究極的には現在認知症の自動車運転に関するガイドラインは存在しないというほかない。今現在欧米でも行政的ガイドライン、学会レベルのガイドライン、専門家による教科書レベルでのガイドラインといった切り口でも、社会制度が異なったり、同じ国内でも地方レベルでの方針が大きく異なっているのが現状である。そしてガイドライン自体が存在しないという背景には、各国の社会制度の差異というよりはこれまで欧米を含めて認知症の自動車運転に関する検討自体が困難であることが挙げられる。医療者は認知症という疾患特異的な医学的な視点からのアプローチであり、行政関係者は自動車運転という生活道具を法的にどのように扱うかという視点からのアプローチが中心であり、医

学と行政のお互いの連携がわが国を含めて不十分であった結果と思われる。また社会的要因としては医師の認知症の診断の通報義務の有無が国や地方自治体でも異なることが、ガイドラインの確立を妨げている要因かもしれない。また医学的には認知症の多様性も影響しているであろう。欧米の認知症と運転の検討は主としてその対象者がアルツハイマー病患者であるため、認知症患者の運転能力の予測には、視空間機能の低下が最も優れているとされている。しかしながら運転能力とは視空間機能以外にも認知、判断、予測、操作という一連の運転行動において、注意機能の維持や集中力、運転環境を理解するための意味記憶などさまざまな高次脳機能を要求されるが、ピック病を代表とする前方型認知症では視空間障害は保たれながら、むしろアルツハイマー病よりは交通事故の危険性が高いということも判明している^{24,25)}。そのため今後は認知症の背景疾患ごとの運転能力の評価が必要かもしれないが、そのような検討は諸外国ではほとんど見受けられない。本来認知症の運転能力の判定には、認知症の有無は関係なく、安全な運転が可能かどうかという、“運転能力”

□特集

が評価されるべきであり、運転中断も認知機能や視空間性の障害といった要素的な評価ではなく、総合的なアセスメントがなされるべきであろう。またガイドライン作成という政策的な側面から述べると、ガイドラインが医療的にも有効であるためには認知症患者の運転を評価・判定した後の社会的対策がなければならない。認知症患者がいつどのようになれば運転を中断し、それを法的にだれが決定し、さらには運転をするという権利を奪った後のアフターケアがなければ、不十分なものといわざるを得ない。現在、認知症ドライバーに対する決定的で有効な臨床的ガイドラインは存在しないが、筆者の考える重要な視点は認知症ドライバーに対する Bio-Psycho-Socio-Ethical 的な視点である。これは認知症に限らず不幸にして疾患をもつすべての患者への対応と何ら変わらない。その視点の要約として、① Bio (生物学的) — 正確な認知症の診断がなされること、② Psycho (精神症状・行動障害) — 認知症の原因別による運転行動の特徴と運転能力評価がなされていること、③ Socio (社会的) — 運転は患者の重要な移動手段、生活道具であることに配慮し、在宅生活が可能となる社会資源の活用を検討がなされるべきであること、そして最も重要な視点である④ Ethical (倫理的) — 運転は単に移動手段ではなく、趣味、役割、自尊心を満たすなど、患者にとって大きな役割をもっており、疾患の告知と運転中断の勧告においても、運転する権利を奪わざるを得ない、または止めざるを得ない患者の心理に注目するなどの4つの視点を念頭に対応がなされることが重要と考える²⁶⁾。

今後、この問題に対して医療従事者ができることは、まず認知症についての正しい知識を広めるとともに、自身もこの新しく改正される法律について周知しておくことである。患者が運転継続困難な場合には、本人・家族を含めて理解を促し、疾病教育や啓発に取り組み、社会的支援について情報提供すること等が必要であろう。Cable ら⁵⁾は、運転能力の評価に主治医が関与すべき法律が

存在するアメリカにおいてさえ、家庭医レベルではその州の道路交通法に関しては、ほとんどが周知徹底されていなかったことを報告している。日本でも、特定の疾患をもつ患者の運転免許が制限されうる道路交通法の内容についていまだ把握していない医師も少なからず存在すると思われる。何らかのかたちで医師が運転免許更新にかかわることが必要であるとされている以上、各領域の専門家だけの対応ではなく、警察庁等の関連省庁と協力しながら医療関係者全体がこの問題に取り組む体制づくりが必要である。また、きめ細かい安全運転教育の推進や、ドライバー全体の運転マナー向上の取組みも重要になる。

運転中断に至るまでの過程を円滑にし、本人・家族がその事実を受け入れることのできる体制づくりも重要である。池田¹⁹⁾は、「われわれは、運転中断を受け入れる認知症患者および介護者に対する支援体制を日本政府に働きかけるべきである」と述べているように、運転中断の判断をする以前に、地域社会での公共交通機関の整備や他の移動手段の支援を充実させ、医療や福祉など多面的に体制を整え、高齢者が安心して今までの生活を継続できるような、国全体での取組みが望まれる。

■ おわりに

認知症と自動車運転に関するガイドラインについて諸外国の医学的文献を中心に検討し、その課題について概説した。また諸外国においても認知症と運転の問題については医学的にもまだまだ課題が残されていることが判明した。そのため今後は医学的検討以外の社会的・行政的対応も含めたガイドラインの作成が重要であることを強調しておきたい。

なお、わが国における認知症と運転に関する研究成果や検討についてさらに詳細な資料を希望される方は、厚生労働省総合報告書(平成15-17年度、班長:池田学、「厚生労働省長寿科学研究平成15年度「痴呆性高齢者の自動車運転と権利

擁護に関する研究」(課題番号 H15-長寿-032)], 今後のわが国の政策については, 谷勝良子ほか(最新精神医学, 第13巻第4号, 2008), 新しい認知機能検査導入のシステムについては「75歳以上の運転者の免許証更新手続等の流れ」(老年精神医学雑誌第20巻第1号, 2009)を参照されたい。

文 献

- 1) アルツハイマー病と老年期の痴呆。(日本精神神経学会監訳) 米国精神医学会治療ガイドライン, 36-38, 医学書院, 東京(1999).
- 2) American Psychiatric Association: APA Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's disease and senile dementia. American Psychiatry Publishing, Washington, D.C. (1997).
- 3) Breen DA, Breen DP, Moore JW, Breen PA, et al.: Driving and dementia; Clinical review. *BMJ*, **334**: 1365-1369 (2007).
- 4) Carol Brayne, 池田 学: 英国における痴呆の自動車運転; 現状と課題について. 老年精神医学雑誌, **16**: 831-835 (2005).
- 5) Cable G, Reisner M, Gerges S, Thirumavalavan V: Knowledge, attitudes, and practices of geriatricians regarding patients with dementia who are potentially dangerous automobile drivers; A national survey. *J Am Geriatr Soc*, **48** (1): 14-17 (2000).
- 6) Canadian Medical Association: Determining medical fitness to operate motor vehicles; CMA drivers guide 7th ed., The Association, Ottawa (2006).
- 7) Dubinsky RM, Stein AC, Lyons K: Practice parameter; Risk of driving and Alzheimer's disease (an evidence-based review) - Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, **54**: 2205-2011 (2000).
- 8) 博野信次: 認知症に関する日本の免許システムの問題点と諸外国のシステム. 老年精神医学雑誌, **19** (増刊-I): 132-137 (2008).
- 9) <http://www.dmv.ca.gov/>
- 10) <http://www.dvla.gov.uk/>
- 11) <http://www.dvla.gov.uk/medical/ataglance.aspx>
- 12) <http://www.dvla.gov.uk/media/pdf/medical/aagvl1.pdf>
- 13) 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. 厚生科学総合研究事業 平成15-17年度総合研究報告書 (2006).
- 14) Johansson K, Lundberg C: The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving; A brief report. Swedish National Road Administration. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, **11** (Suppl. 1): 62-69 (1997).
- 15) JPS NEWS. 75歳以上の運転者の免許更新. 老年精神医学雑誌, **20** (1): 105-107 (2009).
- 16) Kakaiya R, Tisovec R, Fulkerson P: Evaluation of fitness to drive; The physicians role in assessing elderly or demented patients. *Postgrad Med*, **107**: 229-236 (2000).
- 17) 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次, 北村ゆりほか: 痴呆性老人と自動車運転 我が国における痴呆性老人の運転問題への対応. 臨床精神医学, **131** (3): 313-321 (2002).
- 18) 上村直人: 運転免許と診断書. (松下正明, 山内俊雄, 山上 皓, 中谷陽二編) 司法精神医学・4; 民法と精神医学, 301-316, 中山書店, 東京(2005).
- 19) 上村直人, 諸隈陽子, 掛田恭子, 下寺信次ほか: 認知症高齢者と自動車運転; 運転継続の判断が困難であった認知症患者10例の精神医学的考察. 老年精神医学雑誌, **16** (7): 822-830 (2005).
- 20) 上村直人: 痴呆患者の自動車運転の実態と医師の対応. 精神神経誌, **107** (12): 1328-1334 (2005).
- 21) 上村直人: 痴呆性疾患における運転免許更新時の病状申告書に関する問題について. 厚生労働科学省長寿科学研究「痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護」研究班報告書, 32-33, 42-46 (2005).
- 22) 上村直人, 池田 学: 認知症と自動車運転; 医療から見たわが国における現状と課題. 実践成年後見, No.18: 92-105 (2006).
- 23) 上村直人: 認知症患者の自動車運転をどのように考えるべきですか; 問題となる認知症患者への対応. クリニシャン, **53** (548): 15-21 (2006).
- 24) Kamimura N, Ikeda M, Kakeda K, et al.: FTLD and driving; Are drivers with frontotemporal lobar degeneration more dangerous than those with Alzheimer's disease? Proceedings in the 5th International Conference on Frontotemporal Dementia, San Francisco (2006).
- 25) 上村直人: アルツハイマー病と前頭側頭葉変性症の運転行動の特徴; 認知症の原因疾患による

□特集

- 運転行動の違いと危険性。(班長：池田 学編)
痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究, 厚生科学総合研究事業 平成15-17年度総合研究報告書, 59-62 (2006).
- 26) 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次, 池田 学ほか: 痴呆性ドライバーに対する Bio-Psycho-Socio-Ethical Approach の提言. 第25回日本社会精神医学会抄録集, 東京 (2006).
- 27) 警察庁ホームページ 改正道路交通法の概要: <http://www.npa.go.jp/pub-docs/-1k>
- 28) Medical aspects of fitness to drive ; A guide for medical practitioners. Available : www.landtransport.govt.nz/licensing/docs/ltsa-medical-aspects.pdf
- 29) 三村 将: 警察庁の新しい高齢運転者対策. 老年精神医学雑誌, 19 (増刊-I) : 154-163 (2008).
- 30) 中村重信ほか: 痴呆疾患治療ガイドライン2002. 臨床神経, 42 : 781-833 (2002).
- 31) O'Neill D : Dementia and driving ; Evidence-based dementia practice. 755-763, Blackwell, Oxford, UK (2002).
- 32) Oregon gov. Oregon Department of Motor Vehicles. Available : www.pregon.Gov/ODOT/DMV/atrisk/report.html
- 33) Rapoport MJ, Herrmann N, Molnar FJ, Man-Son-Hing M, et al.: Sharing the responsibility for assessing the risk of the driver with dementia. *CMAJ*, 177 (6) : 599-601 (2007).
- 34) Reger MA, Welsh RK, Watson GS, Cholerton B, et al.: The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia ; A meta-analysis. *Neuropsychology*, 18 : 85-93 (2004).
- 35) Reuben DB, St George P : Driving and dementia California's approach to a medical and policy dilemma. *West J Med*, 164 : 111-121 (1996).
- 36) Rizzo MA : Safe and unsafe driving algorithm for assessment of demented drivers. *In* Principles and practice of behavioral neurology and neuropsychology, 215, Saunders Elsevier (2004).
- 37) The National Transport Communication and Austroads. Assessing fitness to drive. The Commition, Australia (2006). Available : www.austroads.com.au/aftd/index.html
- 38) 豊田泰孝, 池田 学, 田辺敬貴: 地方都市における高齢者の自動車運転と公共交通機関に関する意識; 痴呆と自動車運転の問題を中心に. 日本医師会雑誌, 134 : 450-453 (2005).
- 39) Wang CC, Kosinski CJ, Schwartzberg JG, et al.: Physicians guide to assessing and counseling older drivers. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C. (2003). Available : www.ana-assn.org/ama/pub/category/10791.html
- 40) White S, O'Neill D : Health and relicensing policies for older drivers in the European union. *Gerontology*, 46 : 146-152 (2000).
- 41) 山本光利: パーキンソン病ガイドライン. *Clinical Neuroscience*, 25 (1) : 87 (2007).

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[®]

認知症高齢者の安全と安心のために

監 修

国立長寿医療センター 長寿政策・在宅医療研究部 部長
荒井 由美子

作 成

平成19-21年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「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」
（H19-認知症-一般-025）研究班（研究代表者 荒井由美子）

営利目的による、無断での複写・転載・データベース等への
取り込み、転送及び使用は禁じられています。
なお、本マニュアルの内容を引用する際には、必ず、出典を明記して下さい。

目次

本マニュアルでは、認知症患者さんの自動車運転について考えるために、認知症という病気の解説や、患者さんが運転を中止しなければならなくなった時の対応などを記載しています。

◎お急ぎの方は、「**フローチャート** (33ページ)」「**第5章** (26ページ)」「**事例紹介** (3ページ)」「**第1章** (13ページ)」をお読みください。

◎お時間のある方は、**全ての章をじっくりお読みください。**

事例紹介	03～12ページ
第1章：認知症の正しい理解	13～16ページ
第2章：認知症と運転	17～18ページ
第3章：認知症高齢者の自動車の運転に関する法律	19～21ページ
第4章：自動車運転に対する人々の意識	22～25ページ
第5章：運転者が認知症になったとき	26～32ページ
フローチャート：認知症高齢者の自動車運転への対応、考え方	33ページ



執筆者一覧

あらい ゆみこ
荒井 由美子

国立長寿医療センター 長寿政策・在宅医療研究部 部長

〔平成19-21年度厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)
「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」
(H19-認知症-一般-025) 研究班 研究代表者〕

いけ だ まなぶ
池 田 学

熊本大学大学院 医学薬学研究部

脳機能病態学分野(神経精神科) 教授

〔同研究班 研究分担者〕

かみ むら なお と
上 村 直 人

高知大学 医学部 神経精神科学教室 講師

〔同研究班 研究分担者〕

あらい あすな
新 井 明 日 奈

国立長寿医療センター 長寿政策・在宅医療研究部 室長

〔同研究班 研究分担者〕

みず の よう こ
水 野 洋 子

国立長寿医療センター 長寿政策・在宅医療研究部 研究員

〔同研究班 研究協力者〕

本誌に掲載のデータは、平成19-21年度厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)「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」(H19-認知症-一般-025)において得られたものである。

事例 1

アルツハイマー病のAさん

早期の説得と介護保険サービスを利用した環境整備により、運転を中止したアルツハイマー病の女性Aさん(70代前半、一人暮らし)の場合

1年ほど前からAさんは、数分前のことを忘れてたり日付けを間違えるなどの、もの忘れが目立つようになってきました。病院を受診したところ、初期アルツハイマー病と診断されました。

Aさんは毎日、自宅から少し離れたスーパーマーケットまで自動車を運転し買い物に出かけていましたが、運転中に道に迷うことが多くなりました。「自分の知っている道くらいは運転したい」と言っていたAさんでしたが、主治医から、事故の危険性について丁寧な説明を受けると、自分の運転の危険性を理解し、自ら運転を中止しました。また、運転中止に伴い、介護保険制度のホームヘルプサービスを活用し、買い物や家事の援助を受けました。さらに、運転中止によって活動性が低下しないように、デイサービスにも参加し始めました。



◀ アルツハイマー病とは? →p14へ

◀ 危険な運転行動とは? →p18へ

◀ 一人暮らしの方への支援
介護保険サービスなど地域のサービスを活用しましょう
→p27へ

◀ 活動性の低下を防ぐために、地域で利用可能な趣味や社会参加の機会を探しましょう
→p28へ



アルツハイマー病の患者さんで、認知機能障害が軽度であれば、運転中止の説得に対する理解が得られやすいため、早めに話し合いをもつことが重要です。

事例

2

アルツハイマー病のBさん

家族の協力と福祉サービスの活用で、運転中止に成功したアルツハイマー病の男性Bさん（70代前半、夫婦二人暮らし）の場合

Bさんは、2年ほど前から、もの忘れが目立ち始め、病院を受診したところ、初期アルツハイマー病と診断されました。

Bさんは、運転中に行き先を忘れてたり、車庫入れに失敗することがあり、医師から運転中止を勧められましたが、中止しようとしませんでした。その後、走行中のレーンのはみ出しや自損事故が増えてきたため、再度医師から運転中止の勧告を受けました。しかし、Bさんは「運転は生きがい。運転できないなら死んだ方がいい」と頑^{かたく}なに運転中止を拒否しました。そこで、Bさんの家族が協力して、Bさんの運転中止に取り組むことにしました。Bさんの家族が運転の代行を行うこととし、生活上必要な時は、地域で提供している移動支援サービスで、タクシーチケットを活用することにした結果、徐々に運転機会が減り、Bさんは運転を中止することができました。



◀ アルツハイマー病とは？→p14へ

◀ 危険な運転行動とは？→p18へ

◀ 運転に代わる「生きがい」探しに協力しましょう。地域で利用可能な趣味や社会参加の機会がありますか？→p28へ

◀ お住まいの地域に、便利なサービスがないか探してみましょ→p27へ



自動車に代わる移動手段を考えてみましょう。公共交通機関、ご家族の自動車、あるいは、地域の移動・外出支援サービスは利用可能ですか？

事例 3

レビー小体型認知症のCさん

病気の理解と家族の説得により、運転中止を受け入れた レビー小体型認知症の男性Cさん(80代前半、一人暮らし) の場合

Cさんは、2年ほど前から、もの忘れをするようになり、最近になって幻視^{げんし}が現れたため、病院を受診したところ、レビー小体型認知症と診断されました。

Cさんは自動車のほかバイクも運転していました。Cさんの娘は、主治医から、病気の症状や予後について十分に説明を受け、Cさんが運転を継続することが危険であることを理解しました。Cさんの娘は、Cさんに、運転中止後の生活も支障がないことを何度も説明し、運転を中止できるよう協力的に取り組んだところ、Cさんは安心して運転を中止しました。



◀ レビー小体型認知症とは？→p15へ



患者さんの家族が、認知症の特徴と運転への影響をよく理解することが重要です。ご家族が、運転中止に協力して取り組み、中止後の不安を取り除くよう話し合いを持ちましょう。