

千葉県千葉リハビリテーションセンターにおける地域連携の取り組み (高次脳機能障害者の運転再開支援について)

小倉由紀*, 赤荻英理**, 安森太一***, 菊地尚久****

Initiatives for regional collaboration at the Chiba Rehabilitation Center (Support for driving for patients with cognitive dysfunction)

Yuki Ogura* Eri Akaogi** Taichi Yasumori*** Naohisa Kikuchi****

*千葉県千葉リハビリテーションセンター 更生園 [〒266-0005 千葉県千葉市緑区誉田町 1-45-2]

**千葉県千葉リハビリテーションセンター 脳神経内科

***千葉県千葉リハビリテーションセンター リハビリテーション治療部

****千葉県千葉リハビリテーションセンター リハビリテーション科

*Kouseien, Chiba Rehabilitation Center

**Dept. of Neurology, Chiba Rehabilitation Center

***Dept. of Rehabilitation Treatment, Chiba Rehabilitation Center

****Dept. of Rehabilitation Medicine, Chiba Rehabilitation Center

1. はじめに

千葉県千葉リハビリテーションセンター(以下,当センター)は,厚生労働省高次脳機能障害支援普及事業の千葉県支援拠点機関として多方面にわたる高次脳機能障害者支援を行っている。「高次脳機能障害者の自動車運転再開支援」はこの支援拠点機関の活動の一環として,実車評価を含めた評価支援体制を整えながら2009年から現在まで取り組み続けているものである。

本稿では当センターが携わってきた自動車運転再開支援に関する千葉県内における地域連携について紹介する。

2. 千葉県の概要

千葉県は太平洋を望む南関東に位置し,全国28位の面積¹⁾の中に6,284,480人(全国6位)¹⁾を抱え,東京都近郊及び東京湾沿岸を中心とした商工業と,農業,水産業が盛んな県である(農業産出額全国4位,水産業海面漁業漁獲量全国7位)¹⁾。運転免許保有者数は4,051,406人²⁾,自動車保有車両台数は3,686,000台(全国7位)¹⁾である。道路実延長は40,868km(全国第6位)¹⁾と,面積の割には道路が発達している。交通環境の面から見ると,電車・バスなどの公共交通機関が発達している都市部と,人口密度が比較的低い公共交通機関が少なく自動車への依存度が高い地域が広く同居している形となっている。

他県と同様に,都市部は交通量が多く,運転にはリスクが高い反面,公共交通機関などの代替手段が比較的保障されている。一方,人口が少ない地域は公共交通機関が少なく,自動車の必要性がとりわけ高くなっている。さらに高齢化と核家族化により高齢者世帯が多いため,当事者の運転中止の際には家族が代わりに運転することが難しい場合が多いが,このような課題を抱える地域が広がっている県である。

3. 当センターの運転再開支援と紹介患者受入れ 3-1 運転支援開始のきっかけと評価対象者の動向

当センターが実車評価を始めた2009年は脳損傷者の運転再開支援にフォーカスがあたり始めた時期でもある。本学会の源流の一つである「運転と認知機能研究会」第1回研究会(2008年)への参加がきっかけとなり,高次脳機能障害支援普及事業のプロジェクトチームでの運転再開支援の活動が開始された。本プロジェクトでの運転再開支援は作業療法士を中心に,医師,心理士,ソーシャルワーカー,眼科医,視能訓練士が評価システム構築に参加し,入院患者における運転再開評価を開始した。更に外来にて退院患者への評価を行い試行錯誤しながら評価システムを構築してきた。2017

年度からは本プロジェクト内に医師, 作業療法士, 心理士, ソーシャルワーカーが参加する「運転コア会議」を設置し, 毎月の定例会議を軸に関係機関連携を含む運転再開支援に関する検討と調整および研究を行っている。

当センターの運転再開評価は2段階評価となっている。第一段階は実車前評価として, 視機能評価, 神経心理学的検査, ドランピングシミュレータ評価を行い, カンファレンスにて実車評価に移行するか, 評価を終了するかを検討する。第二段階は教習所にて, 作業療法士が同乗して構内走行と路上走行の2回の実車評価を行い, 医療機関としての最終判断をカンファレンスにて検討する。なお, 実車評価移行の場合は事前に「実車前支援」として停止車両評価・支援を行い, 円滑な実車評価の為の準備を行っている。最終カンファレンスにて「運転再開可能」と判断した場合は, 公安委員会提出用診断書を記載し臨時適性検査受検につなげている。

評価対象者は多少増減しながらも2017年度までは増加傾向を辿った。取り組み開始から3年間は入院での評価割合もある程度高かったが, 2012年度以降から主な評価対象は外来患者に移行した(表1)。これは, 当センターの入院患者の場合, 評価時期が早いために症状の回復・安定が不十分で「運転再開不可」との評価結果となるが多かったため, 評価開始時期を「発症から半年」以降とする院内基準を定めたことが要因の一つである。更に,

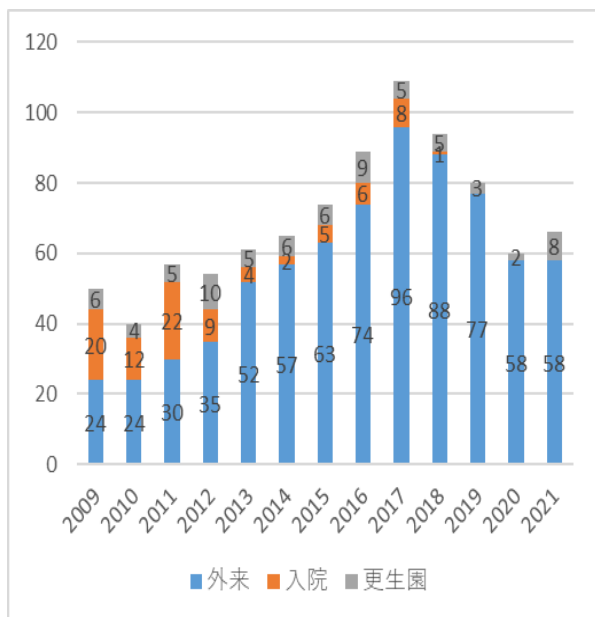


表1 所属別評価終了者数(延べ人数)

当センターにおける高次脳機能障害者の運転再開評価の取り組みが周知される中で, 後述のように県内を中心に評価依頼が続いたことも外来での評価実施件数の増加につながっている。なお, 急性期病院及び回復期リハビリテーション病院では, 診療報酬制度の影響で入院期間短縮傾向が生じ, 入院中の運転評価が行いにくくなったことも当センターへの評価依頼の背景の一つとなっている。

3-2 外来紹介患者の増加と対応

当センターが評価システムを構築し始めた頃は, まだ道路交通法の「一定の病気」に関連した評価の必要性が医療機関側と患者側双方に浸透していない状況であった。その後, 徐々に県内の急性期病院や回復期リハビリテーション病院を中心に, 脳損傷患者への運転再開評価が増加するようになった。その中で一部の患者については当センターに評価を依頼(紹介)する医療機関が増加していった。当センターへの主な紹介理由は, 「実車評価を行っている」「評価実績が多い」「千葉県の高次脳機能障害支援拠点機関である」ということが診療情報提供書などから伺われた。主な紹介内容としては, 紹介元で運転再開の可否判断に迷う場合と, 紹介元ではもともと運転評価を行っていない場合に分けられた。県内の事情としては, 実車評価を行え, かつ他医療機関からの紹介患者に外来で対応できる医療機関が殆どないために当センターに紹介が集中する状況となった。なお, 紹介元の医療機関では評価を実施している場合でも実車評価は行っておらず, 紹介患者への当センターでの実車評価が期待されている。しかし, 当センターでの実車前評価により実車評価に進めない患者も一定数みられるため, 紹介患者の理解と納得にエネルギーを注ぐことも多いのが実情である。

紹介元医療機関数と紹介数は表2のとおりである。各医療機関からの紹介は殆ど年間1, 2名程度となっている。一部の医療機関からの紹介が二桁を超える時期もあったが2018年度以降は是正されている。コロナ禍の2020年度を除き, 2017年度から2022年度まで20以上の医療機関からの紹介が続いている。また, 紹介元医療機関の実数は2015年から2022年の8年間では67であり, 県外を除いても千葉県内の59の医療機関が当センターへ運転評価を依頼している。なお, 県外からの紹介は, もともと千葉県在住の患者が県外で発症した場合が多い。

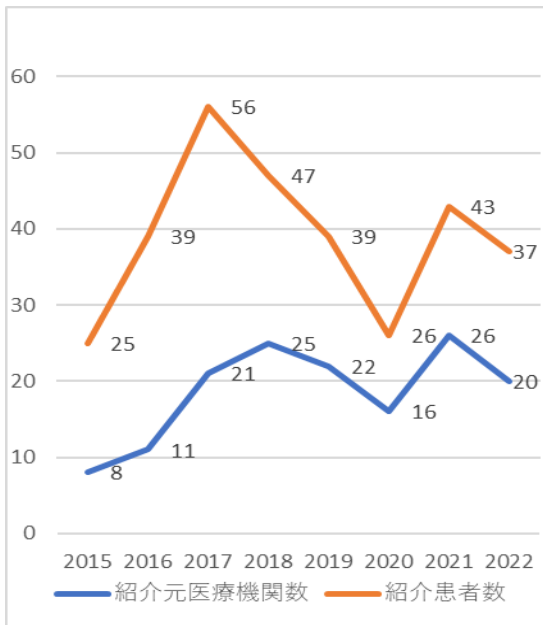


表2 紹介元医療機関数と紹介患者数

4. 医療間連携の取り組み

4-1 運転再開支援に関する懇談会

当センターの外来では評価対象者数の増加とともに、紹介元による実車評価移行率及び運転再開率に差がみられていた。また、紹介元の医療機関からは紹介のしにくさや行き違いなどが聞かれるなど、紹介元との連携の在り方を検討する必要性が生じていた。同時に、紹介元を含む地域の医療機関からは運転免許センターや指定教習所との連携方法に関する相談や戸惑いも寄せられるようになっていた。これらを背景に、当センターではまずは紹介数の多い2つの回復期リハビリテーション病院と当センターによる「運転再開支援に関する懇談会(以下、「懇談会」)」を開催することとした。

「懇談会」は参加医療機関同士での情報交換と課題の共有と解決を目指し、運転再開支援の充実を図ることを目的とした。更には、千葉県内の回復期リハビリテーション病院間で連携を図り、千葉県の運転免許センター(公安委員会)や指定自動車教習所及び千葉県指定自動車教習所協会に働きかけができることを目指した。

2019年3月に第1回の「懇談会」を行い、3医療機関から運転再開支援に携わる医師、作業療法士、ソーシャルワーカーが参加した。「懇談会」ではこれまでの紹介患者の評価結果を事例も含めて振り返りを行い、今後の当センターへの紹介の流れと条件、紹介元で行う神経心理学的検査などについて検討を行った。その結果、紹介の流れと条件、

神経心理学的検査の扱いの変更に関する運用を開始し、継続課題として紹介基準の作成を当センターが行うこととなった。

2020年2月の第2回「懇談会」では、「千葉リハ運転再開評価紹介基準」(以下、紹介基準)の提案と検討が行われ、紹介基準の運用を一年間行うことで合意した。その他、第2回「懇談会」では、半盲や年齢制限、基礎疾患の管理、実車評価の拡大、運転不可例のフォローなどについての意見交換を行った。

「懇談会」で検討され合意した「紹介の流れ」は図1のとおりである。当センターへの紹介の条件は、①発症から6ヶ月以上経過している、②基礎疾患の管理ができていない、③半盲、半側空間無視がない、④神経心理学的検査(標準注意検査法)基準をクリアしている、以上4点とした。紹介基準の一つ、標準注意検査法(以下、CAT)では、自動車運転に関連が深いと考えられる13項目について「基準値以下が3項目以上ある場合は千葉リハでの運転評価は行わない」とした。但し、失語症例などはこの基準に限定せずに個別に相談に応じることとした。本基準は、直近5年間分の運転評価データベース

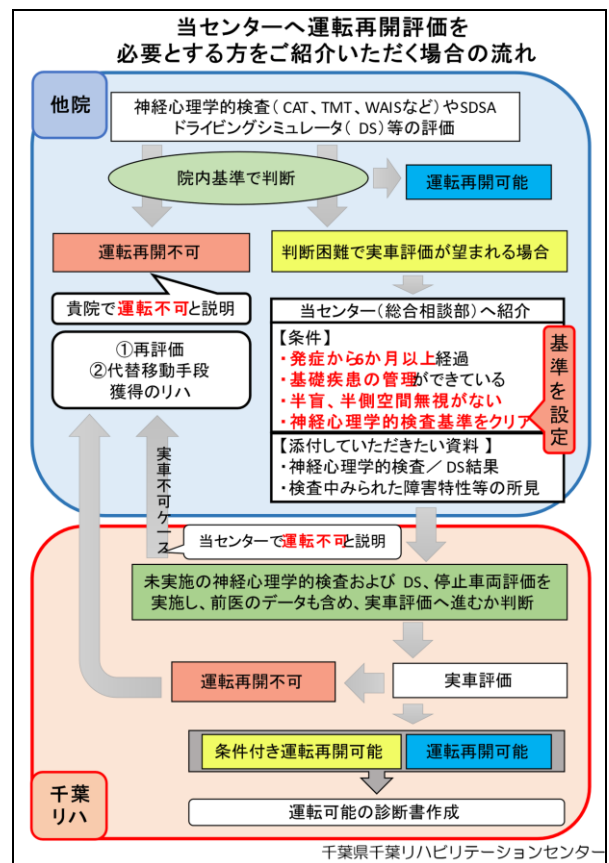


図1 当センターへの紹介の流れ

から身体障害例と失語症例を除外した高次脳機能障害 153 例の実車評価を含めた最終結果と、過去 3 年間の外来紹介患者の評価結果とを照合した結果に、更にある程度幅を持たせて設定している。

2021 年 2 月の第 3 回「懇談会」(Web 開催)では、紹介基準の運用後の実績を確認し、継続した運用を決定した。紹介基準の運用により紹介元での可否判断と紹介について精査しやすくなり、紹介数が減少した。なお、第 3 回「懇談会」では紹介基準運用の他、ドライビングシミュレータの活用方法についての情報共有を行うなど、運転支援と連携を深める内容での意見交換が行われた。

3 医療機関での連携が順調に進む中、今後の方向性として、当初からの目的の一つであった運転免許センターとの円滑な連携を求める意見が出された。また、各地域では判断の難しさや不可例への対応に苦慮している医療機関も多くみられていることもあり、「懇談会」では、県内の回復期リハビリテーション病院間の連携構築に取り組み、運転免許センターや県指定教習所協会等の関係機関との更なる連携によって運転支援が行いやすい環境づくりを目指し「懇談会」拡大を合意した。

2021 年 6 月に行った第 4 回「懇談会」(Web 開催)では「懇談会」の拡大化に向けた協議を行った結果、会議の名称を「千葉県脳損傷者運転支援連携会議」(以下、「連携会議」)とし、運営に責任を持つ立場から、代表、副代表、世話人を 3 医療機関から選出した。「連携会議」への参加要請は、県内の回復期リハビリテーション病院と高次脳機能障害支援拠点機関に行くことで合意し、その後、該当する医療機関への参加呼びかけを行った。

4-2 千葉県脳損傷者運転支援連携会議

1) 「連携会議」の発足

「懇談会」からの呼びかけの結果、新たに 10 医療機関が加わり、合計 13 の医療機関が参加する「千葉県脳損傷者運転支援連携会議」(代表：菊田尚久千葉県千葉リハビリテーションセンター長)が発足した。参加医療機関の構成は、回復期リハビリテーション病院 12 施設、急性期病院 1 施設(高次脳機能障害支援拠点機関)であり、県内すべての高次脳機能障害支援拠点機関 4 施設が参加した。また、人口密度が高い東葛地域と千葉市地域からの複数参加を含め、県内すべての保健医療圏域からの参加となった(図 3)。

本会議の目的は、「千葉県の脳損傷者における運転支援・評価が円滑に行えるよう課題抽出とその解決および関係機関の連携促進を図る」ことであり、会議開催は連携を密にとれるように年 3 回程度とした。

2) 事前アンケート

第 1 回会議開催に向けて、参加医療機関に事前アンケートを行い、運転支援に関する現状と課題を調査し、今後の活動の検討材料とした。事前アンケート結果では、参加医療機関すべてで神経心理学的検査やドライビングシミュレータによる評価を行い診断書を作成しているが、判断困難な症例も多いなど、運転支援に関しての様々な疑問、要望が寄せられた。主な内容は、①「公安委員会との連携についての質問・要望」：公安委員会がどのような判断を求めているか、公安委員会での評価をどのように行っているかを知りたい等、②「公安委員会提出用診断書」についての意見：わかりやすく記載しにくいため様式を変えてほしい等、③「医療機関連携についての意見・要望」：判断基準、評価実施時期、検査結果や評価内容・体制の情報共有、スタッフ教育、実車評価への協力の検討等について、④「自動車教習所への要望」：実車評価を行って

千葉リハ運転再開評価紹介基準

【条件】

- 発症から6ヶ月以上経過していること
- 基礎疾患の管理が出来ること
- 半盲、半側空間無視がないこと
- **神経心理学的検査(CAT:標準注意検査法)を実施し、基準値に到達していること**

CATの下位検査から以下の項目を実施する

- VC : △・記号・数字・かな課題 (所要時間)
- SDMT (達成率)
- PASAT2秒 (正答率)
- PS (達成率)
- CPT : SRT・X・AX課題(平均反応時間/的中率)

○ **各検査項目の合格基準値** (↓以下↑以上)

VC△ (sec)	VC記号 (sec)	VC数字 (sec)	VCかな (sec)	SDMT 達成率 (%)	PASAT2 正答率 (%)	PS 達成率 (%)
65.5 ↓	77.5 ↓	124.25 ↓	155.5 ↓	32.7 ↑	23.08 ↑	94.5 ↑

SRT (msec)	SRT 的中率 (%)	X (msec)	X 的中率 (%)	AX (msec)	AX 的中率 (%)
495.02 ↓	98.7 ↑	677.95 ↓	96.25 ↑	678.1 ↓	88.35 ↑

VC(visual cancellation task) SDMT(Symbol Digit Modalities test) PASAT2(Paced Auditory Addition test2秒) PS(Position Stroop test) SRT(SRT課題) XX課題) AX(AX課題)

○ **13項目中3項目以上が基準値に達していない場合は、千葉リハの運転評価は行わない**

※ 基準に達していない場合でも、運転再開の可能性のある方については、診療情報書にその理由をご記載の上(失語症ケースなど)、別途ご相談ください

図 2 当センターへの紹介基準

れる教習所が少ない, 連携先がない, などであった。

3) 「連携会議」開始と免許センターとの連携強化

「連携会議」の発足に合わせ, 第1回会議開催の前に, 当センターから「連携会議」の副代表, 世話人である医師と作業療法士が千葉運転免許センターを訪問し, 「連携会議」発足の報告と連携協力の要請を行った。免許センター側からは連携についての理解と協力を得ることができ, 第2回「連携会議」への参加と医療機関からの質問への対応も了承された。

2021年10月, 第1回千葉県脳損傷者運転支援連携会議をWebにて開催した(「連携会議」はこれ以降もすべてWeb開催)。「連携会議」の趣旨説明, 参加医療機関の紹介と事前アンケート結果の共有を行った。更に, 千葉運転免許センター訪問報告と, 第2回「連携会議」への免許センター職員の参加予定を伝えた。会議には各医療機関から医師, 作業療法士を中心に, ソーシャルワーカー, 言語聴覚士といった複数の関係職種が参加した。

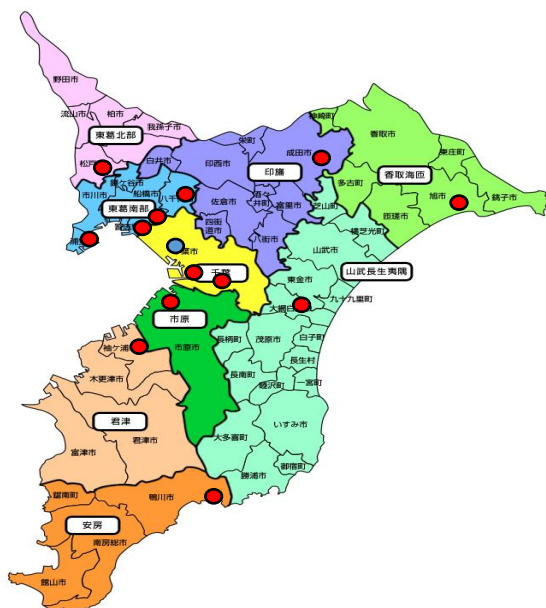


図3 「連携会議」参加医療機関所在地
(第二次保健医療圏 ●参加医療機関)

第2回「連携会議」に向けて, 事前アンケートで寄せられた免許センターへの質問を当センターで改めてとりまとめ, 「リハ関連医療施設から千葉運転免許センターへの質問」として千葉運転免許センターに事前に送り回答作成を依頼した。

第2回「連携会議」(2022年4月)には千葉運転免許センターが初参加し, 安全運転相談係が「リ

ハ関連医療施設から千葉運転免許センターへの質問」に丁寧に回答した。免許センターの会議参加は日頃直接コミュニケーションをとる機会が少ない医療機関側にとっても, 免許センターにとっても相互に理解を深める貴重な機会となった。特に診断書様式改訂に関する強い要望を理解された免許センター側は診断書様式の見直しに着手すること, 完成前に修正案を医療機関側にも提示し意見を聴取したい旨を表明された。

2022年5月2日付で免許センターから届けられた「脳卒中等に係る“新診断書様式”(案)について」に対して, 医療機関側の意見を取りまとめる作業を行った。改訂案では二重否定の解消をはじめ医療側の意見を反映していることを評価しつつも, 更に改訂すべき要素として, ①「現在の症状」と「その症状が運転に及ぼす影響」を区別できるように, 「脳卒中等か, それによる障害があるか, その障害が運転にどう影響しているか」の3段階構成とする, ②(A)や(B)ではなく, 直接文章を記載したほうが見えやすく理解しやすい, ③「繰り返して障害が生じているか」の解釈が受け手により変わるおそれがある, などの見直しの要望を文書にて免許センターに提出した。医療機関側からの意見(医療案)に対し, 免許センターは「診断書は行政処分に係る判断基準に基づく診断書様式でなければならない。また, 警察庁が示す『診断書モデル様式』を大きく逸脱することはできない」ことを前提として, 「医療案を頂いたが採用は難しい」との回答があった。そこで2022年6月7日, 当センター連携会議副代表と世話人等が直接免許センターを訪問し医療案の作成意図を説明し意見交換を行った。最終調整を経て, 2022年10月3日から千葉県内で「脳卒中等に係る診断書新様式」の運用が開始された。

「脳卒中等に係る診断書様式」の主な改訂ポイントは, ①二重否定の文言(例「控えるべきとは言えないとまでは言えない」)の改善, ②「発作のおそれの観点から」ではなく「現時点での症状(運転能力及び改善の見込み)」に変更, ③「生じている障害を○で囲んでください。【高次脳機能障害(意識障害, 見当識障害, 記憶障害, 判断障害, 注意障害):」身体の麻痺等の運動障害・視覚障害(視力障害, 視野障害)・その他】」の部分のア〜カの上に移動する。④ア〜カを選択肢の最後に「運転可, 運転不可」を記載, ⑤上記の改訂内容の理解のための手引きの作成, となっている。今回の様式改訂により, 診断書がわかりやすく記載がしやすくなっ

たことで医師の負担軽減と誤解の回避が期待されている。

診断書改訂のやり取り後も千葉運転免許センターは第5回「連携会議」(2023年2月)に参加し、医療機関からの様々な質問に対応し、参加医療機関の運転支援における疑問の解消と支援方法の検討に貢献している。このように千葉運転免許センターとは「連携会議」参加を軸に、医療機関とのコミュニケーションを図る機会が定着している。

4) 県指定自動車教習所協会との連携の取り組み

「連携会議」に参加している医療機関をはじめ、県内には実車評価を行いたくとも協力頂ける教習所の開拓に苦慮している医療機関が存在している。そこで、千葉県指定自動車教習所協会(以下、県協会)との連携を図り、会員教習所における実車評価への理解を深め、協力につなげるために、「連携会議」を代表して当センター医師と作業療法士が2022年4月に県協会を訪問した。挨拶と脳損傷者の運転再開評価と支援、実車評価の必要性について説明を行った上で、「連携会議」の紹介と連携について申し出を行った。県協会としては会員教習所への情報の周知についての協力を了承されたが、それ以上に関しては会員教習所の個別の判断であり、県協会の範疇ではないとの見解を述べられた。全国の都道府県協会は地域の実情に応じた活動をされており、その活動状況はかなり違いをみせている。千葉県においても様々な地域事情を抱えていると推察されるが、脳損傷者への実車評価についての理解と実施のための条件づくりに向けて、引き続き県協会への働きかけを行う予定である。

5) 医療間情報共有の取り組み

県内各地域で運転再開支援に取り組んでいる医療機関では、境界例や身体障害合併例などの場合の運転再開の可否判断に迷う場合に実車評価による判断を求めて当センターへの紹介を行っている。そこで「連携会議」では、紹介元ではどのような評価を行い結果がどうであったか、など紹介患者の情報を的確に把握でき、紹介先では紹介元への結果のフィードバックを行える、医療間連携のための「運転支援連携情報共有シート」(図4)を作成し、第2回「連携会議」で参加医療機関間での一年間の試行を決定した。第3回「連携会議」(2022年7月)、第4回「連携会議」(2022年10月)にて運用

状況の確認を行い、各医療機関で浸透を図ることを確認した。

また、第3回「連携会議」では、免許センターの診断書様式改訂、運転支援情報共有シートの他に、当センターの患者・家族向け「運転学習会パンフレット」の紹介を行い、参加医療機関での活用を提案を行った。患者教育は評価の必要性と流れを理解しスムーズな運転再開評価につなげるために必要なプロセスであり、そのための教材の共有化は医療間連携にも必要であった。第4回「連携会議」にて、当センター版をもとにした各医療機関活用の改編版を提案し、参加医療機関での活用が始まっている。

「連携会議」ではこのほか、第4回「連携会議」で「千葉リハ運転再開評価紹介基準」を紹介、第5回「連携会議」(2023年2月)からは持ち回りで参加医療機関の運転支援状況報告を行い、医療間連携の促進を図っている。

5. 運転免許センターとの連携

5-1 「連携会議」発足前の連携

千葉県には千葉運転免許センター(千葉市)と流山運転免許センター(流山市)の2ヶ所の運転免許センターがある。当センターは千葉運転免許センターの担当エリアである千葉市に所在しており、千葉運転免許センターとは「連携会議」発足以前から継続した連携関係を構築してきた。

当センターで運転再開評価を始めた2009年には運転評価を終えた当事者の臨時適性検査に当センター作業療法士が同行し適性相談室とのコミュニケーションを図った。2010年6月には、当センターでの「高次脳機能障害者の運転再開支援に関する懇談会」に免許センター副センター長と適性相談室担当者を迎え、当センターリハ科医全員及び作業療法士等関係職種との意見交換を行った。2013年には、当センターで定期開催している支援者向け「高次脳機能障害と自動車運転勉強会」に適性相談室から2名の職員を講師に迎え、臨時適性検査をはじめとする適性相談室の業務紹介、改正道交法について講話をして頂いた。2014年には道路交通法の改正に伴う「やむを得ない失効」の取り扱いの変更と「一定の病気等」に関する対応について、当センター作業療法士とソーシャル

運転支援情報共有シート									
【運転情報】※情報提供病院が記載					情報提供日:				
情報提供病院名:			→		情報受取病院名:				
患者氏名:		様		年齢:		才		介護保険でのPT・OT・ST利用の有無	
評価者(記載者):									
疾患情報									
診断名:					発症日:				
障害名: <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視空間認知障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害									
左記以外:									
てんかんの有無		失語症		運動麻痺		上肢		下肢	
発症からの経過期間:					発症6か月経過日:				
運転・社会的情報									
免許の種類:					免許有効期限:				
運転頻度:					主な運転場面:				
免許センターへの連絡:			運転経験:		年		家族の意向:		
項目(当てはまる or 実施項目は☑)									
<input checked="" type="checkbox"/> 備考									
疾患管理									
服薬管理により病状が安定である					<input type="checkbox"/>				
基礎疾患や合併症等の管理が良好である					<input type="checkbox"/>				
てんかん発作を2年以内に起こしていない					<input type="checkbox"/>				
機能・活動状況									
半盲や複視などの視覚障害がない					<input type="checkbox"/> 【最終発作日:				
半側空間無視がない					<input type="checkbox"/> 【眼科医の判断:				
自立歩行(装具・補助具の活用含める)が可能					<input type="checkbox"/>				
神経心理学的検査									
TMT-J		実施日を記載		A: 秒 誤り:				<input type="checkbox"/>	
J-SDSA				合格予測点数:				<input type="checkbox"/>	
				不合格予測点数:					
kohs立方体				得点:		換算IQ:		<input type="checkbox"/>	
Rey複雑図形				模写:				<input type="checkbox"/>	
				直後:		3分後:			
CAT				※プロフィールを添付				<input type="checkbox"/>	
WAIS-IV				FSIQ:		VCI:		<input type="checkbox"/>	
		PRI:		WMI:		PSI:			
BIT				通常:		行動:		<input type="checkbox"/>	
WMS-R				言語性:		視覚性:		<input type="checkbox"/>	
		一般的:		注意/集中:		遅延:			
RBMT				スクリーニング:		標準:		<input type="checkbox"/>	
SLTA				※プロフィールを添付				<input type="checkbox"/>	
ドライビングシミュレーター									
HONDA セーフティナビ					<input type="checkbox"/> ※ドライビングシミュレーター実施時に観察された言動は備考欄に記載				
運転反応検査 ※結果を添付					<input type="checkbox"/>				
危険予測体験 ※結果を添付					<input type="checkbox"/>				
実施日を記載									
運転操作課題 ※結果を添付					<input type="checkbox"/>				
上記以外のDSを実施 ※結果を添付					<input type="checkbox"/>				
【運転評価結果】※情報受取病院が記載					最終結果確定日:				
実施した内容									
上記☑以外の神経心理学的検査					<input type="checkbox"/> ※実施した検査項目を以下に記載				
ドライビングシミュレーター					<input type="checkbox"/> ※ドライビングシミュレーターを実施した場合、結果を添付				
実車評価					<input type="checkbox"/> ※実車評価結果等、可能な範囲で添付				
					<input type="checkbox"/>				
最終結果									
<input type="checkbox"/> 運転再開に関して医学的に大きな問題はない(運転再開可能)									
<input type="checkbox"/> 安全な運転を行うために、以下の条件で運転再開をお勧めした									
<input type="checkbox"/> 医学的に運転再開を勧めることは難しい									

図4 運転支援情報共有シート(千葉県脳損傷者運転支援連携会議)

ワーカーが免許センターを訪問し、適性相談係から直接解説して頂き、その後も随時個別相談や確認を行い適切な助言を頂いた。2016年には当センター作成の患者・家族向け「運転学習会パンフレット」の内容確認と修正点の指導を頂いた。本パン

フレットは現在でも患者向け学習会に活用され、連携会議でも紹介している。

免許センターとの連携を進める中で医療間連携に大きく貢献したのは、2回にわたる医療機関向け研修会「運転支援に関する研修会」の開催と免許

センターからの講師派遣であった。県内各地域の医療機関では有病者、高齢者の運転に関する関わり方や診断書記載に関する疑問を抱えており、当センターへもその声が多く寄せられていた。そこで、免許センターから直接解説して頂く機会を設定することとした。

2019年12月、第1回「運転支援に関する研修会」は当センターにて開催し、県内30病院93名(医師, OT, ST, PT, SW)と当センター職員29名の合計122名が参加した。千葉運転免許センターからはセンター長補佐と適性相談室係長を講師として迎え、事前質問への回答と当日の質問への対応を行って頂いた。非常に好評であり、翌年度2021年2月には第2回「運転支援に関する研修会」をWebにて開催することとなった。第2回は「当センターの運転再開評価の実際」紹介と、免許センターによる講話「最近の交通情勢の動向」「一定の病気にかかる免許の可否判断」を質問への対応も含めて行い、93名(医師, OT, ST, PT, 心理, SW, Ns等)が参加した。

5-2 連携会議発足後の新たな連携関係

当センターが県立施設であり、県高次脳機能障害支援拠点機関でもあることから、個別相談をはじめ、懇談や講師派遣など様々な形で千葉運転免許センターとの連携関係が続いていた。しかし、それはあくまでも当センターと千葉運転免許センターとの二者間での関係に留まっていたとも言える。2020年11月に当センター医師と作業療法士が免許センターを訪問し、医師が記載しやすい診断書改訂について相談した際に、「一医療機関の意見に基づいて変更するのは難しく、一定の規模の組織からの意見であれば検討の余地がある」と返答されたことから連携関係の限界が窺えた。従って、「連携会議」と千葉運転免許センターとが良好な連携関係を構築し、医療機関側の疑問・要望に対応して診断書様式の改訂が行われたことは非常に大きな前進であったと言える。

なお、免許センターへの要望としては、更なる診断書様式の改訂とともに、評価の判断基準の明確化や免許センターでの実車評価実施の要望も多く寄せられている。特に、実車評価は合併例を含む高次脳機能障害者や肢体不自由者、及び大型車(二種免許)での実施が非常に期待されており、今後の連携の中での課題解決が待たれている。

6. 千葉県自動車練習所との連携

6-1 連携の背景と組織間連携の開始

実車評価は運転評価のゴールドスタンダードと言われている³⁾。その実車評価を行うには、運転者教育カリキュラムと設備環境及び専門の指導員を有する自動車教習所と連携することが必要となる。当センターでも高次脳機能障害者の運転再開支援の中に実車評価を組み込むために、自動車教習所との連携を必須としていた。

指定自動車教習所「千葉県自動車練習所」(以下、県連。千葉市若葉区坂月)は、もともと当センターとは脳性麻痺者や肢体不自由者更生施設(現障害者支援施設)の脳損傷者の運転免許取得や運転再開に関して個別に連携してきた歴史があった。その背景のもと、2009年、高次脳機能障害を呈する入院患者の実車評価を千葉県自動車練習所にて開始することとなった。主治医の処方を受けて作業療法士2名が患者に同行し、教習車両への同乗とビデオカメラでの撮影を実施した。パイロット的な活動を複数件実施したのち、改めて公文書にて当センター長名で教習所管理者宛てに、実車評価の目的と意義等を含めた高次脳機能障害支援普及事業への理解と協力の要請を正式に行い、組織間連携が始まった。協力要請以降、県連では窓口を一本化して頂き、予約・相談がスムーズに行なえるようになった。そして、実車評価全例に作業療法士が同乗しビデオ撮影と運転評価を行い、担当指導員からのコメントを頂くこととなった。2009年当時は教習指導員用の評価表もなく、口頭でコメントや作業療法士の質問への回答を総合評価の一助とし、主には同乗している作業療法士の観察による評価が中心となっていた。

6-2 懇談会の継続的な開催

時間の枠に制約が多い教習指導員とのコミュニケーションは、毎回の実車評価の機会だけでは十分ではないこともあり、また実車評価の在り方に関して双方で検討すべき課題も生じてきたため、懇談会を実施して課題解決を図った。懇談会は1年に1回、時に2年に1回の実施となった。殆どは県連にて開催され、県連からは管理者、事務局長、主任教習指導員、教習指導員からその時々変更しながらも管理職と現場の教習指導員1名は必ず出席した。当センターからは実車評価担当の作業療法士を含む支援担当の作業療法士が複数名参加し、コロナ禍でも相互に最小限の人数に絞り短時間ながらも懇談会開催を続けた。

懇談会を軸に、情報共有のツールである「教習指導員用情報提供書」と「教習指導員用評価表」の

作成と改訂, 実車評価当日の情報提供方法の検討, 実車評価の進め方や評価対象者への対応方法のすり合わせ, 「停止車両による実車前支援」のセンター内実施, 予約の取り方等多くの課題を話し合い, 相互理解と実車評価の質の担保を行ってきた. このほか, 懇談会では作業療法士による「高次脳機能障害の障害特性について」の講義を行い, 目に見えない障害への理解を深める機会もつくった.

6-3 「けんれん・まごころチーム」の発足

当センターの実車評価は, 一対象者に2回の実車評価を行い, 時には3回目の実車評価を行うことがある. その際, 毎回担当する教習指導員が異なるために情報共有の在り方が非常に重要となっていた. 2013年の懇談会にて県連が指導員の固定チームを提案し, 2014年, 「けんれん・まごころチーム」が結成された. 本チームは障害者の自動車運転へのサポートに特に理解と熱意を持つ7名の教習指導員により構成されている. 複数体制とはいえ固定メンバーによる評価は, 評価の均一化と支援者間のコミュニケーションの取りやすさにつながった. 高次脳機能障害の障害特性と対応, 運転技能評価についてお互いの知識と判断基準の見えにくさの解消の為に, まごころチームメンバーと当センター作業療法士とによる実車評価場面はもちろんのこと, 勉強会や交流会にてコミュニケーションを深める取り組みを行っている.

6-4 「教習指導員用情報提供書」の作成と運用

2011年度に教習指導員の意見を取り入れながら「教習指導員用情報提供書」の作成を行った. 情報提供書の作成においては, 専門用語を使用せずに, 評価対象者の状態と課題, 評価での配慮点・対応について短時間で伝わり, より的確な実車評価実施に寄与できる内容が必要であった. 指導員とのコミュニケーションのポイントを「わかりやすさ」とし, 記載項目と記載時の留意点を整理した. 当センターの作業療法士も記載についての配慮が必要となったが, しばらくはまだわかりにくい表現を使用してしまい, 懇談会で指摘を受けることもあった. 基本的にはA4版1枚の情報提供書に必要な事項をまとめ, 実車評価直前に直接担当指導員に説明することで, より有意義な実車評価を行えるようになっていった.

6-5 「教習指導員用評価表」の作成・導入

実車評価開始当初から教習指導員は口頭でのフィードバックを行ってきたが, 高次脳機能障害者の中には聴覚的に指摘された内容が残りにくく変

容することもあり, 評価内容や指摘事項を書面で残す必要性が生じていた. そこで情報提供書と同時期に「教習指導員用評価表」を作成し, 2012年1月から運用を開始した. 作成にあたっては教習指導員の意見も含めて, 県連で使用しているペーパードライバー講習の評価表をベースにした. 3段階の評価と, 高次脳機能障害でよくみられる集中力・注意力・記憶力・理解力・疲労・感情面の行動評価を選択式で列挙した. また, 担当する教習指導員が代わっても路上評価時に前回の構内評価の内容を確認できるように両面印刷とした. 2016年度にはまごころチームからの意見を多く取り入れ, 4段階評価とし評価項目を見直すなど, 実車評価中に担当指導員が記載しやすいように改訂した.

2021年度には教習指導員から構内コースの見直し, 障害特性に合わせた特別課題を含むコースの検討案が提出された. 提案をもとに当センター作業療法士と県連共同で指導員用評価表の再改訂を行い, 2022年4月からの試行が始まった. 評価表は特別課題を含め3種類となった. 図5は路上評価の一般課題用評価表である.

6-6 コロナ禍における連携

コロナ禍ではお互いの状況によっては実車評価が実施できないこともあったが, 工夫と配慮を行いながら連携関係を続け, 実車評価を継続した⁴⁾. 工夫点の一つには県連からの要望である作業療法士2名の同乗を1名に変更することも含まれていた. 当センターとして評価対象者の安全面の確保

路上 一般課題評価表						
講習回数: 1回目・2回目・()回目		評価日: 202 年 月 日				
免許条件: 条件なし・眼鏡(コンタクト)		氏名: _____ 様				
所持免許: 第1種免許・第2種免許						
路上コース	<input type="checkbox"/> 交通量の少ない単調な道路 <input type="checkbox"/> 住宅街, 一時停止場所の通過 <input type="checkbox"/> 交通量の多い道路 <input type="checkbox"/> 2車線以上の幹線道路					
※受講者の急が高次脳の影響がわからない(判断できない)時は, △で記入します。						
項目	詳細内容	未実施	改善せず	指導後改善にみられず	指導後改善	良好
基本歩行	正しい運転姿勢で走行できる	0	1	2	3	4
	ハンドルの握り方が適切(内握り・片手・送り×)	0	1	2	3	4
	標線・標示・信号をすばやく読み取り行動できる	0	1	2	3	4
	道路変更時, 合図を出して周囲を確認できる	0	1	2	3	4
	左折直前で, 安全確認(巻き込み)ができる	0	1	2	3	4
応用歩行	右左折時の速度と走行位置が適切	0	1	2	3	4
	視界が広く, 周囲へ注意を配れる	0	1	2	3	4
	安全な車間距離を確保することができる	0	1	2	3	4
	横断歩道の歩行者に気付き適切な対応ができる	0	1	2	3	4
	道路変更の判断が適切である	0	1	2	3	4
危険予測	交差点付近の対応が適切である	0	1	2	3	4
	道路形状や読み取りや速度調整が適切	0	1	2	3	4
	死傷に気付くことができる	0	1	2	3	4
	見える危険を読み取れる	0	1	2	3	4
	見えない危険を読み取れる	0	1	2	3	4
その他	危険の少ない運転行動が出来る	0	1	2	3	4
	車道間の意思疎通ができる	0	1	2	3	4
	注意力: 良好 不十分 (一つのことでいっぱい・会話で崩れる)					
	集中力: 良好 不十分 (後半に崩れあり・なみがある)					
	理解力: 良好 不十分 (何度も指導を要す・図での説明を要す・模範を要す)					
アドバイス欄	判断力: 良好 不十分 (場面により選きや誤りがある)					
	感情面: 終始安定 うらやみ (怒る・悩む・怖がる・落ち着かない)					
	疲労: なし 後半あり (分後に疲労があり運転に影響)					
次回の講習項目: 1. 今回で講習終了 2. 路上講習 3. 病院関係者に委ねる						
				担当指導員: 印		

図5 教習指導員用路上一般課題評価表

とフィードバック方法に関して検討し、作業療法士1名体制での安全な実車評価方法として「単独実車評価基準」を設定して県連に理解を求め、了承された。その後、基準を満たした場合に作業療法士1名での実車評価を行っている。密な環境下でも工夫して作業療法士が同乗することは、指導員と評価対象者の安心感を担保し、障害特性に応じた支援と運転再開時の具体的な提案につながった。

高次脳機能障害者の運転再開になくはならない実車評価を担って下さっている教習所との連携は今後も重要であり、コロナ禍を含め様々な環境下でも継続できるためのコミュニケーションと創意工夫が求められている。

7. まとめ

当センターにおける自動車運転再開に関する外来紹介患者の増加は、安全な運転再開を求める社会的要請により地域の医療機関での評価機会が増加していることが背景にあると推察される。そして、当センターが高次脳機能障害支援拠点機関として比較的早期から運転再開支援に取り組み、評価実績を重ねていることも紹介される要因の一つでもある。そこで、当センターは千葉県全体を担当する高次脳機能障害支援拠点機関として、紹介された困難例や境界例への対応を行うことはもちろんのこと、地域で高次脳機能障害者の評価・支援に取り組んでいる医療機関のために研修や啓発活動を行ってきた。また、千葉運転免許センターや千葉県自動車練習所といった関係機関との連携も十年以上にわたり当事者支援に生かしてきたが、1対1の関係にとどまり県内の運転支援の環境を改善するには限界がみられていた。

今回、新たなステップとして医療間連携の強化に取り組み、3医療機関の「懇談会」から13医療機関で構成される「連携会議」発足へと発展し、免許センターとの新たな連携関係を築くことができた。現在「連携会議」はリハビリテーション病院中心であるが、その目的達成のためには、運転支援に関わっている急性期病院との連携の在り方を検討することも必要となっている。なおこの他、県内の運転支援をめぐる動向では、運転特設委員会を設置し運転支援に取り組んでいる「千葉県作業療法士会」と「連携会議」との連携の動きがみられている。

千葉県における自動車運転支援をめぐる地域連携は医療間連携を中心に徐々に構築がなされ、一

部では課題解決につながった点がみられている。今後については、まず医療機関同士で評価内容・方法やスタッフ教育など「事前アンケート」に寄せられた課題の検討が必要となっており、医療間での協力により課題解決へと進むことが期待される。また各地域で実車評価を含めた評価・支援体制をどのように構築するか、も継続した課題である。そもそも医療機関での実車評価は様々な点でハードルが高く、ある程度環境整備を行ったとしても実車評価を行える医療機関を増やすには限界がある。そのため境界例など一部でも運転免許センターでの実車評価を期待する声大きい。また、今回の診断書様式改訂は非常に評価されるものの、記載側として更なる改訂を望む声も残されている。それらの課題の解決のためには、医療機関連携を強化しながら免許センターとの丁寧な協議を継続しなければならない。免許行政を担当し運転可否等に関する法的権限を有する公安委員会(運転免許センター)と医療機関それぞれが果たすべき役割を発揮できることが求められている。なお、適正な実車評価を行える環境づくりのためには、個別の教習所への働きかけと合わせて、千葉県指定自動車教習所協会との連携関係の構築が重要な課題となっている。

関係機関の連携構築・強化のためには、関係機関がお互いを理解することが県内での運転支援をめぐる諸課題の解決の前提であり、そのために意識的な情報共有・相談、研修会や懇談会などの取り組みを継続することが必要と考える。

利益相反

本文において開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 千葉県ホームページ 数字でみる千葉県
Available from URL:
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kouhou/profile/suuji.html> (2023年4月1日参照)
- 2) 千葉県警察ホームページ 運転免許資料集
Available from URL:
https://www.police.pref.chiba.jp/menkyoka/licence_doc.html (2023年4月1日参照)
- 3) 三村将監修: 医療従事者のための自動車運転評価の手引き. 新興医学出版社, 東京, 2011, 監訳にあたって
- 4) 小倉由紀: COVID-19が自動車運転再開支援に与えた影響～千葉県千葉リハビリテーションセンターの場合～. 日本安全運転・医療研究会会誌(電子版)2021;1:19-24