

地域生活支援の視点から考える 医療機関における自動車運転再開支援と運転中断支援

那須識徳*

Supporting the Resumption and Cessation of Driving in Medical Institutions: A Community Life Support Perspective

Satonori Nasu*

*農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 福祉部 障害者支援施設さわらび
Dept. of Welfare, Sawarabi Support Facility for Persons with Disabilities
JA-Kyosai Nakaizu Rehabilitation Center

Key Words: 自動車運転 (driving) 後天性脳損傷 (Acquired brain injury), 運転中断 (driving cessation)

1. はじめに

近年、高齢化社会の進展に伴い、運転免許保有者に占める高齢者の割合が増加している。令和5年度の運転免許統計によれば、65歳以上の運転免許保有率は24.2%を超えており¹⁾、高齢ドライバーが交通社会において大きな割合を占める状況となっている。免許人口10万人あたりの交通死亡事故件数の推移を年齢層別に見ると、全年齢層における交通事故数は削減傾向にあるものの、65歳以上の運転者による交通死亡事故の割合は増加傾向にある²⁾。高齢ドライバーは、加齢に伴う身体的・認知的な変化に加えて、さまざまな疾患のリスクが高まることが知られている。なかでも脳卒中は、自動車運転の継続に影響を及ぼす代表的な疾患の一つである。脳卒中データバンク2021によると、全脳卒中患者に占める年齢層の割合は、若年者(44歳以下)が全体の3.4%、壮年者(45～64歳)が24%、前期高齢者(65～74歳)が27.3%、後期高齢者(75歳以上)が45.3%を占めており、発症率は年齢とともに上昇する傾向にある³⁾。脳卒中後には運動・知覚障害や認知機能の低下など、さまざまな障害が生じることが知られており、自動車運転に影響を与える可能性がある⁴⁾。そのため高齢者や脳卒中などの後天性脳損傷を経験した人々に対して、近年では医療分野においても自動車運転支援を提供する取り組みが広がっている。

2. 中伊豆リハビリテーションセンターにおける自動車運転支援の流れ

農協共済中伊豆リハビリテーションセンター(以下、当センター)における自動車運転評価は、自動車運転再開を希望し、主治医が評価を指示した対象者に対して、段階的な運転評価を実施している。まず問診により運転再開の理由や運転環境を把握し、注意、記憶、視空間認知、半側空間無視、遂行機能に関する神経心理学的検査を行う⁵⁾。

さらに、運転に特化したスクリーニングとしてJ-SDSAを実施し、必要に応じてK-II型運転適性検査や有効視野検査も併用している。これに加え、三菱プレシジョン社製のDS-2000R、HONDA セーフティナビ、株式会社クレクト社製の@ATTENTIONによるシミュレーター評価を通じて、視線動向や反応速度、情報処理能力、運転操作能力や危険予測能力を確認する。

一連の評価で一定の基準を満たした場合、院内の実車評価に進み、基本操作技能や必要に応じた運転補助装置の使用を確認する。その後、医師が総合的に判断し、必要に応じて指定自動車教習所での路上実車評価を依頼する。教習指導員による評価と作業療法士の所見は主治医に提出され、最終的な診断書作成の参考資料となる。

3. 当センターにおける運転再開率と運転中断支援の必要性

地域の移動に自動車運転が必要な地域である場合、自動車運転の再開を目標に掲げる患者は多い。しかし、当センターにおける入院中の運転再開率は約 50%にとどまっており、運転再開を希望していても半数近くの患者が直ちに再開できていないのが現状である⁵⁾。(表1)

	入院		外来	
	可能	保留・不可	可能	保留・不可
脳卒中	62	63	12	25
脳外傷	4	2	0	0
合計	66	65	12	25
	131		37	

表1 当センターにおける自動車運転評価の実績

当センターでは、退院前に日常生活動作（ADL）が自立した段階で運転評価を実施している。しかし、運転が再開できなかった場合の地域移動を含めた応用的な生活動作までの支援は十分とは言えず、入院中に運転が再開できない患者では、退院を急ぐ傾向がみられ、運転中断後の生活支援に十分な時間を確保できないまま支援が終了するケースも少なくない。

高齢者を対象とした先行研究では、運転中断を事前に予測していた群は、予測していなかった群に比べ、公共交通機関の利用頻度が高く、運転中断後も社会参加を維持しやすいことが報告されている⁶⁾。さらに、虚弱性や身体機能の低下が運転中断の主要なリスク因子であることも指摘されている⁷⁾。これらの知見は、運転中断に対する準備が不十分な場合、地域生活への参加が困難となり、心身機能の低下を招く可能性を示唆している。

さらに、我々が実施した調査において、運転中断を自己決定した群（自己決定群）と家族や医療者などの第三者により決定された群（第三者決定群）に分けて地域活動への参加状況を比較した結果、第三者決定群において「やりたいこと」「やる必要があること」の得点が有意に低下していた。すなわち、当事者が納得していない状況で運転を中断すると、運転できないことによる不便さが日常生活の多くの活動に影響を及ぼしている傾向が認められた⁸⁾。

これらの結果を踏まえると、医療機関における運転支援では、運転が困難となる可能性を想定し、早期から代替手段を含めた生活支援を検討しておくことが必

要であると考え。また、リハビリテーションの期間には限りがあることから、運転再開が困難な場合でも生活上の課題を整理し、適切なタイミングで支援を実施できる体制の整備が求められる。さらに、運転中断の意思決定に際しては、当事者が主体的に関与できるよう運転中断までの準備性を高める支援も必要であると考え。

4. 運転中断の準備性について

傷病後の自動車運転中断など、移動手段の喪失や変化に対応するための感情面や態度の準備状況を評価する指標として Assessment of Readiness for Mobility Transition (ARMT)がある⁹⁾。ARMT は 24 項目 4 因子構造で構成されており、Web 上に原文マニュアルをダウンロードすることが可能である¹⁰⁾。各項目は、①AA (Anticipatory Anxiety)：予測される不安 (9 項目)、②PB (Perceived Burden)：認識される負担感 (5 項目)、③Av (Avoidance)：回避 (4 項目)、④AS (Adverse Situation)：不利な状況 (6 項目)で構成されている。

ARMT は行動変容に対する Transtheoretical Model が背景理論に作成されており、本来はカウンセリングに使用することも想定されている。そのため、加点方式の採点だけでなく、本評価を使用して個人の運転中断の準備状況を探る半構造的な面接にも活用可能である。

本評価の採点方法に関して、各項目は「1 点：全くそう思わない」から「5 点：非常にそう思う」の 5 段階リッカートスケールで評価し、下位尺度ごとの平均得点で解釈する。基準値としては、合計得点平均 3.57 点、AA 3.81 点、PB 3.55 点、Av 3.60 点、AS 3.88 点を上回る場合、高得点者（＝運転中断の準備ができていない者）と判断される¹⁰⁾。

高得点者は運転中断に対する強い不安や、他者に移動支援を依頼することへの負担感を抱きやすく、助言に対して否定的な反応を示しやすいため、支持的な関わりが推奨される。なお、筆者らは ARMT の日本語訳を作成し、言語的妥当性の検証¹¹⁾および日本語版 ARMT (ARMT-J) の信頼性と妥当性の検証を行なった¹²⁾。その結果 ARMT-J は Av の因子を除いた 11 項目 3 因子構造となり、現在では ARMT-J の利用が可能となっている¹³⁾。(表2)

5. 運転中断の準備性を考慮した運転支援

運転支援においては、運転中断に対する準備性を考慮することが重要である。運転評価を受ける前から、評価結果によっては運転を控えるという心構えが形成されていれば、運転中断支援は比較的円滑に進む可能性が高い。

もし、自分自身で行きたい所に行けず、行いたい活動をできなくなるとしたら、どうなるかを考えてみてください。その上で以下の文書を読み、同意するか、同意しないか、その程度を考え、番号に丸をつけてください。		全く 思わ ない	←————→				非 常 に そ う 思 う
氏名	年齢						
1.	移動に他者の助けを求めることは、自立した生活を失っていることを意味する。	1	2	3	4	5	
2.	私は、家族を含む他の誰かに地域での移動の助けを頼むことに、負担を感じる。	1	2	3	4	5	
3.	私は、他者に私の移動性について意見されたくない。	1	2	3	4	5	
4.	他の人々は、移動が制限されていることがどんなに大変か、全く理解していない。	1	2	3	4	5	
5.	高齢者（障害者）が他の誰かに車の鍵を取り上げられるのは、ひどいことだ。	1	2	3	4	5	
6.	私は他者に車で送って欲しいと頼むのは好きではない。	1	2	3	4	5	
7.	移動性を失うことは、自尊心をひどく傷つけることだ。	1	2	3	4	5	
8.	移動性を失うと、非常に孤立し、落ち込んだ気分になる。	1	2	3	4	5	
9.	私は、自分が今よりも移動性を失うことを考えると、そっとする（不快になる）。	1	2	3	4	5	
10.	移動するのが難しいと、本当にイライラする。	1	2	3	4	5	
11.	必要なときに地域での移動の助けを求めるのは、私にとっては簡単ではない。	1	2	3	4	5	

表2 Assessment of Readiness for Mobility Transition (ARMT-J)

しかし、現実には運転再開が困難と判断された時点でも、運転中断への準備が整っていない事例は少なくない。運転中断に納得できない患者に対応する場合、一定期間を空けて再評価を実施するなどの対応をとる医療機関も存在するものと思われる。一方で、運転を中断すると地域社会への参加機会が減少し、身体的虚弱が進行する可能性がある。とりわけ、当事者が納得せずに運転中断に至った場合、この傾向は一層強まると考えられる。

このような背景から、運転中断に至る過程においては、自動車運転の再評価の希望の有無にかかわらず、中断期間の過ごし方を検討し、自己の障害に対する認識を高め、生活場面での対応能力を養い、活動的に過ごすことにより、心身機能の維持・向上を図ることが重要である。当センターでは、こうした課題に対応するため、運転中断者への支援を展開している。

5-1. Transtheoretical model を考慮した支援

ARMT は Transtheoretical model を背景理論として作成されており、このモデルは Prochaska により禁煙の研究から考案されたものである¹⁴⁾。その中には、行動変容ステージという段階的な枠組みが含まれている。行動変容ステージは、1. 無関心期（前熟考期）、2. 関心期（熟考期）、3. 準備期、4. 実行期、5. 維持期から構成されている。

具体的には、無関心期は「すぐには行動を変えようと思っていない」時期であり、関心期では「6ヶ月以内に行動を変えようと思っている」時期であるとされている。準備期では「1ヶ月以内に行動を変えようとしている」段階であり、実行期は「行動を変えて6ヶ月

未満」、維持期では「行動を変えて6ヶ月以上」が経過している状態を示す¹⁵⁾。

運転中断後の支援に、この行動変容ステージを当てはめて考えると、実行期以降に運転免許を返納した場合、運転再開の希望が再燃されることは、それほど多くはないと考えられる。したがって、支援の対象としては、とくに無関心期から準備期にある対象者への対応が重要となる。本稿では、これらの初期ステージの特徴と各ステージで考慮すべき支援のあり方について述べる。

無関心期（前熟考期）

無関心期に属する者は、「行動をすぐに変えようとは考えてはいない」、あるいは「問題の存在自体に抵抗を示したり、否定したりする」傾向があるとされている。さらに、「自己の行動を合理化し、その責任を他者に転嫁する傾向」も指摘されている。そのため、運転中断に関する支援を受け入れないケースも多く認められる。この時期には、問題行動に関する一般的知識の獲得、親しい家族や友人からの無条件の励まし、そして問題行動に関する情報提供といった介入が有効とされており、運転中断支援においても、情報提供の工夫が求められる。

実際の取り組み例として、名古屋総合リハビリテーションセンターの吉原らの取り組みが参考となる¹⁶⁾。吉原らは『高次脳機能障害と自動車運転ガイドブック』を作成し、ガイドブックを使用した支援について報告している。このガイドブックでは、障害特性や運転評価の流れを紹介するだけでなく、最終頁において「運転を控えること」に関する情報を提示し、「運転再開」

と「運転中断」の双方を視野に入れた生活事例を併記している。このように、運転再開に関連する情報提供に加え、運転中断後の生活を具体的にイメージできる資料作成は、無関心期の支援として有効な取り組みと考えられる。また、運転評価を実施している医療機関では、パンフレットやポスターなどを用いて、運転中断後の生活再建方法や、利用可能な公共交通機関・移動サービスなどの地域移動資源に関する情報を可視化し、院内に掲示することも有用と考えられる。これにより、運転中断の準備が整っていない段階の対象者に対して、日常的に情報に触れる機会を提供し、段階的な意識変容を促すことが期待できると考えている。

熟考期（関心期）

熟考期は「6ヶ月以内に行動を変化させるという前向きな意図」が存在する時期であり、行動変容に伴う、プロズ（利得）とコンズ（コスト）を意識する段階である。この時期では「利得の強調」と「コストの軽減」が支援の要点となる。具体的には、運転を中断することによる利得（例：交通事故リスクの低下、車両維持費用の軽減など）を明確にし、反対にコスト（例：移動手段の喪失、生活範囲の縮小）については、公共交通やパーソナルモビリティの活用など代替手段の提示を通じて緩和を図り、運転中断後でも地域での自立した生活が可能であることを伝えることが重要である。

準備期

準備期は、「1か月以内に行動変容を実行しようとする」明確な意図が存在する段階である。この時期には、運転に依存していた日常活動（通院、買い物、地域交流活動等）を、運転に依存せずに継続するための具体策について支援を行いやすい。たとえば、公共交通機関、福祉輸送サービス、歩行補助具の活用など、具体的な代替移動手段を提示することで、個別性の高い生活支援を進めることが求められる。

5-2：自動車運転中断者の人-環境-作業のモデル

筆者らは、自動車運転中断時に当事者に生じうる問題を、質的研究の統合手法である Meta-study を用いて整理した¹⁷⁾。Meta-study は、質的研究論文を体系的に統合し、対象領域における中範囲理論（middle-range theory）の構築を可能とする方法論である。

本研究では、運転中断を経験した当事者およびその家族が直面する事象に関する質的研究を統合し、構造化することにより、運転中断者への介入に関する洞察を得ることを目的とした。論文選択の適格基準は以下のとおりである。

- ①運転中断の経験がある当事者およびその家族を対象とした研究
- ②運転再開の有無の影響を報告した研究
- ③研究参加者の人口統計学的情報が明示されている
- ④研究デザインが質的研究または混合研究である

これらの基準に基づき、Meta-study の手法に則って統合を実施した。最終的に分析対象とした論文は9件であり、作業療法の理論枠組みである「人-環境-作業（Person-Environment-Occupation：PEO）」モデル¹⁸⁾を参考にして内容を整理した。その結果、「人」についてはクライアント（以下、CL）と家族（以下、FM）に分類され、さらにCLは5つのテーマ、FMは3つのテーマに整理された。

【人】について

CL（本人）：本項目は、①機能回復の希望に隠れている運転に関する意向、②運転再開の有無が心理・感情面に及ぼす影響、③運転中断と地域移動支援の受け入れ、④CLの自己の能力の認識、⑤医療的許可のない運転リスクの5テーマから構成される。発症直後は機能回復が優先されるが、その背後には自動車運転再開の意向が残存していることも少なくない。突然の運転中断は心理的影響が大きく、その受け入れ状況によっては、代替手段の利用を拒否したり、医学的に安全性が確認されていない状況で運転を再開したりする可能性もある。情報提供の時期と内容を慎重に検討し、CLの自己の能力の認識を促しながら、現実的な移動手段について、話し合うことも重要である。

FM（家族・支援者）：本項目は、①CLを支援することの思い、②FMに生じる心理・感情面への影響、③運転中断期間に生じる不安と期待の3テーマから構成される。FMは送迎や公共交通支援に協力的である一方で、FM自身の生活の負担を抱えることも多い。支援者はFMの思いをくみ取りつつ心理的負担にも配慮し、長期的視点に立った助言を行うことが求められる。また、運転中断期間や再開の見通しが不明確な場合、不安が増大しやすくなるため、具体的な情報提供と将来計画を支援する体制の整備が必要である。

【環境】について

本項目は、①運転中断時に必要な情報、②支援者は誰か、③雇用と生計の問題、の3つのテーマから構成される。運転中断後の生活では、地域特性、支援資源、代替移動手段など多くの情報が必要となる。その情報量の多さと運転再開プロセスの複雑さが当事者を悩ませる要因となることもある。そのため、運転支援に関わる者は各種検査基準や利用可能な社会資源、代替交



図1 伊豆市移動支援ガイド

交通手段に関する情報を整理し、適切に情報提供できる体制を整える必要がある。また、支援者の存在も重要であり、家族や友人による移動支援は、場合によっては本人の活動制限につながるリスクもある。家族や近親者も「環境」の一部として捉え、地域移動支援の教育体制に組み込むことが求められる。さらに、運転中断によりCL・FM双方に雇用や生計面への影響が生じる可能性があるため、医療相談員などの多職種と連携し、生活基盤を支えるための支援体制を構築する必要がある。

【作業】について

本項目は、①運転中断により生じる生活の変化、②自己管理できない運転中断後の生活、③運転という作業の価値・役割・特性、④運転再開に必要な支援と再開後の課題の4テーマから構成される。ABI後に運転を中断すると地域での移動に制限が生じ、CLもFMも病前のように移動することが困難となり、自己管理も難しくなる。また、公共交通手段の利用には地域差があり、障害の程度によっても制約を受けるため、これまで担っていた社会的役割を果たせなくなることもある。さらに、経済的負担や時間的制約も課題として生じやすい。

そのため、運転という作業の持つ価値・役割・特性を把握し、個々の経験に応じた代替移動手段の導入を検討する必要がある。特に、公共交通の利用経験が乏しい場合には、バス利用に対して否定的態度や不安が生じる可能性もあるため、そのような背景要因にも配

慮すべきである。さらに、運転再開を目指すことが、リハビリテーション継続の動機づけとなる場合があるため、運転再開に向けた支援体制の構築と、有効なリハビリテーションプログラムの整備が求められる。

このように、運転中断に関連した質的研究を統合した内容は、運転中断時に生じる問題を捉えることができているものと思われ、介入の一助として当センターにおける運転中断支援にも活用している。

6. 運転支援と地域移動支援における課題

運転中断後の地域生活では、様々な活動に制限が生じる可能性がある。筆者らの調査研究においても、就労、買い物、通院、交流といった日常活動は、運転中断後に継続困難となる傾向が示されている⁸⁾。このため、運転中断者に対しては、再評価の時期を適切に見極めるとともに、自動車運転に代わる移動手段の確保に向けた支援が求められる。

6-1. 地域における移動手段の利用状況

当センターでは、患者や利用者の居住地域に応じて療法師が個別に移動支援サービスを調査し、運転中断後の生活支援に取り組んできた。しかし、情報収集の範囲に療法師間で差異が生じることがあり、必要なサービスに結びつかないケースも散見された。この背景には、介護保険制度や福祉制度、自治会独自の移動支援サービス等の情報が各自治体で一元化されておらず、必要な情報にアクセスが困難であるという課題があると考えられる。この課題に対して、近隣市町の協力を得て、「移動支援ガイド」の作成に着手し、情報アク



図2 - モビリティコース

セスの改善に取り組んでいる¹⁹⁾ (図1)。現在は病院所在地である伊豆市の情報整備に留まっているが、今後は支援対象地域全体への拡大を目指し、必要な支援を適切に届ける体制構築を進めていく予定である。

6-2. 地域で利用可能な代替移動機器について

公共交通機関の整備が不十分な地域では、交通空白地域も多く、地域移動サービスへのアクセスが制限されることで、適切な支援につながらない事例が少なくない。このような背景から、代替移動手段の活用は重要な選択肢となる。

近年では、標準型やハンドル型の電動車いすに加え、簡易型、座位変換型、特殊型など多様な電動車いすが登場している。また、電動アシスト自転車や電動キックボードなど、パーソナルモビリティの選択肢も拡大している。利用者の移動行動に影響を及ぼす心理的要因や交通環境の多様性にも配慮しつつ、運転支援に携わる支援者は、これら機器の種類や使用法に精通するとともに、利用者の生活環境や地域インフラを把握し、個別のニーズに応じた柔軟かつ実践的な支援を提供する必要がある。

当センターは、山間部に立地しており、市街地での実践練習が困難な事情から、研究助成を活用してセンター内にモビリティコースを整備した (図2)。このコースを活用し、職員や全国の作業療法士を対象に研修会を開催することで、運転困難者への支援体制強化に取り組んでいる。

7. おわりに

運転中断後の生活を支援するにあたっては、地域の移動資源に関する包括的な理解が重要である。特に、自家用車への依存度が高い地域においては、運転手段の喪失が生活の利便性や社会参加に大きな影響を及ぼすことが指摘されている。このような地域における生活支援を実効性のあるものとするには、まず、地域に存在する移動資源、公共交通、および代替移動手段等を正確に「知る」ことが支援の出発点となる。

さらに、それらの資源を当事者が必要に応じて適切に「使う」ことができるよう、療法士などの支援者は、地域の生活環境に関する理解を深め、情報提供や利用促進に積極的に関与していく姿勢が求められる。

一方で、そもそも移動資源が十分に整備されていない地域も存在する。そのような場合には、既存資源の活用にとどまらず、地域との連携やアウトリーチ活動を通じて、資源そのものを「作る」担い手として関与していくことが重要である。

また、運転支援においては、単に運転能力の維持や評価にとどまらず、当事者の「出かけたがたい」という希望を実現する観点から、運転支援と地域移動支援の繋がりを意識しながら、生活の質を高める支援が求められる。

利益相反

本報告の一部は 2023 年度トヨタ財団研究助成プログラム（助成題目：「傷病後の自動車運転中断者に対しての地域社会参加の支援体制構築」、代表：那須識徳、D23-R-0043）の助成を受けて実施した。

文 献

- 1) 警察庁交通局運転免許課：運転免許統計 令和5年度版，https://www.npa.go.jp/publications/statistics/koutsuu/menkyo/r05/r05_main.pdf（2025年4月29日引用）
- 2) 内閣府：令和6年交通安全白書 特集 交通事故防止について 第1章 第3節 高齢運転者による交通死亡事故の状況，https://www8.cao.go.jp/koutu/taisaku/r06kouhaku/zenbun/genkyo/feature/feature_1_3.html（2025年4月29日引用）
- 3) 国循環卒中データバンク 2021 編集委員会：脳卒中データバンク 2021. 中山書店，東京，2021，20-23
- 4) Zorowitz RD, Gross E, Polinski DM: The stroke survivor. *Disabil Rehabil* 2002; 24 (13) : 666-679
- 5) 生田純一，那須識徳，内山博康 他：病院紹介 農協共済中伊豆リハビリテーションセンターの脳損傷者に対する自動車運転再開支援の取り組み：日本安全運転医療学会誌 2023; 3(1): 30-37
- 6) Pellichero A, Lafont S, Paire-Ficout L et al : Barriers and facilitators to social participation after driving cessation among older adults: A cohort study. *Ann Phys Rehabil Med* 2021; 64: 101373
- 7) Mielenz TJ, Jia H, DiGuseppi CG et al : Frailty and poor physical functioning as risk

factors for driving cessation. *Frontiers Public Health* 2024; 12: 1298539

8) 那須識徳，石橋裕，生田純一 他：後天性脳損傷後の自動車運転中断の意思決定要因の違いが作業参加に及ぼす影響：作業療法 2024; 43(5): 630-637

9) Meuser T.M, Berg-Weger, M, Chibnall, J.T et al. : Assessment of Readiness for Mobility Transition (ARMT) a tool for mobility transition counseling with older adults. *J Appl Gerontol* 2013; 32: 484-507

10) Assessment of Readiness for Mobility Transition (ARMT) . Available online : <https://maineot.org/resources/Documents/fall%20conference%20handouts/Meuser%20ARMT%202019%20Packet.pdf>（2025年4月29日引用）

11) 那須識徳，山根伸吾，小林隆司：移動手段の変化に関するレディネス尺度—ARMT 日本語版の作成と言語的妥当性の検証—。 *Jpn J Rehabil Med* 2022; 59 (5) : 532-540

12) Nasu, S, Ishibashi, Y, Ikuta, J et al. : Reliability and Validity of the Japanese Version of the Assessment of Readiness for Mobility Transition (ARMT-J) for Japanese Elderly: *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19 (21) : 13957

13) 那須識徳，山根伸吾：自動車運転などの移動手段変更時の態度や感情面の準備状況の評価 —日本語版 Assessment of readiness for mobility transition (ARMT-J) の紹介—：大阪作業療法ジャーナル 2023; 37(1): 53-57

14) Prochaska, J. O, DiClemente, C. C: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change: *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51(3): 390

15) Burbank PM, Riebe D 編，竹中晃二監訳，高齢者の運動と行動変容：トランスセオレティカル・モデルを用いた介入，Book House HD，東京，2005，37-54

16) 吉原理美，田中創：脳損傷者に対するガイドブックを用いた運転再開手続き遵守支援：作業療法 2024; 43(5): 708-712

17) 那須識徳，石橋裕，生田純一：後天性脳損傷後に自動車運転を中断した当事者と家族の経験—質的研究 Meta-study を用いて—：作業療法 2022; 41(6): 663-675

- 18) Law M, Cooper B, Strong S et al: The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance: Can J Occup Ther 1996; 63(1): 9-23
- 19) 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター：移動支援ガイド。
<https://www.janrc.or.jp/book2/#page=1> (2025年4月29日引用)