

## 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師がおこなう運転支援

日下部桐子\* \*\*

### Driving support provided by Stroke Rehabilitation Nursing Certified Nurse

Kiriko Kusakabe\* \*\*

\*医療法人かのん はやし脳神経外科クリニック[〒525-0066 滋賀県草津市矢橋町102-8]

\*\*社会福祉法人いしづみ会 就労継続支援B型事業所 いしづみ

\*Hayashi Neurosurgery Clinic

\*\*TypeB Continuous Employment Support Facility “Ishizumi”

**Key Words:** 認定看護師 (Certified Nurse), 運転支援 (driving support), リハビリテーション (rehabilitation)

#### 1. はじめに

看護師の仕事は、療養上の世話と診療の補助を行うことである。●人●をみるという看護師独自の視点で、対象となる人を身体や精神、社会、文化など様々な側面から捉え、情報を総合的にアセスメントし、必要な看護を的確に判断する。看護師は医療機関、介護・福祉関係施設、企業、学校など、人々の生命と生活を支える専門職である。その中でも認定看護師は、特定の看護分野における熟練した高い水準の技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする人に、高い看護実践が出来る看護師です<sup>1)</sup>。2010年に認定された脳卒中リハビリテーション看護分野には2025年12月現在A過程・B過程合わせて815名<sup>2)</sup>が認定され、約9割が病院勤務であり、クリニック勤務者は約1割となっている<sup>3)</sup>。

脳卒中や脳外傷における自動車運転の再開について、急性期病院に入院し回復期リハビリテーション病院へ転院した患者については、神経心理検査やドライブシミュレーターによる評価、自動車教習所との連携などもかなり進んでおり、作業療法士学会においても運転支援についての実践や連携が進められている。しかし短期入院で高い稼働率を求められる急性期の場面において、十分なリハビリ介入が出来ないこともある。また軽症例であれば、救急病棟からの退院や数日間の入院、リハビリの未介入例も多い。さらに自動車運転に

ついて、医療従事者からの説明が全くないまま運転を再開している例も多い。これまで、運転支援に関する多職種チームを見ると、看護師の参加は極稀で、また実際に看護師が運転支援においてどのような役割を担うのか、あるいは期待されているのかを示したものは、ほとんどなかった。前述したように認定看護師は、あらゆる場で看護を必要とする人に関わることが出来る看護師である。これまで介入されてこなかった看護師における運転支援において、これまでの実践について述べる。

#### 2. 脳神経外科クリニックにおける自動車運転支援の必要性和実際

当院はMRIによる画像診断、非常勤の言語聴覚士(以下、ST)による神経心理検査が可能な施設である。片頭痛患者が約6割であるが、脳外傷・脳卒中のフォローとして、また高次脳機能障害の診断・評価、手帳や年金の申請を始め、運転再開における診断書作成をおこなっている。その中で必要な方には、自動車教習所に依頼し運転の評価をお願いしている。また物忘れ外来では高齢者講習で認知機能低下を指摘された方の評価や診断書作成を実施している。

クリニックにおいて脳卒中の診断を受けても、症状が軽度で、病院へ紹介しても入院を拒否したり、病院での治療や追加検査等自体を拒否する患者も少なくない

い。脳卒中においては、急性期における再発リスクの可能性もあり、当院での継続治療を希望された場合には、1か月後のMRIでの画像評価を確認し運転再開について可否を判断している。しかし半側空間無視や半盲等の視野欠損による症状がある場合には、受診までの様子を十分に聞き取りし、自己にて運転し来院され場合には、本人へ説明し運転の中止を説明し、家族による送迎やタクシーによる帰宅あるいは転院を依頼するようにしている。

さらに脳神経外科領域では、片頭痛や脊椎疾患、てんかん等の治療に使用する薬剤には、運転に影響を及ぼす可能性のある薬剤も多く、服用における注意喚起や指導も重要となる。片頭痛は若い女性患者が多いが、最近では男性の患者も来院が増加傾向にあり、営業や通勤などで日常的に運転をおこなう世代の患者が多いため、眠気や眩暈をきたす可能性のある薬剤の服用については、十分な説明が必要となる。勿論、処方時に薬剤師による服薬の指導も実施されているが、患者の生活や社会背景も含めて、より適した薬剤の選択が出来るのは患者からの十分な情報収集をおこない、医師との連携が図れる環境にあるからだと考える。看護師が服用方法だけでなく初回服用時の注意や、患者の仕事における業務内容や生活状況も必要に応じて別室で聞き取りし、日常生活に出来るだけ支障が少ない様な服用方法へ変更が必要であると判断すれば、薬価は高額となるが眠気がない新薬の試用なども提案し医師と情報共有し処方内容を変更する場合もある。具体的には予防薬としての注射の導入や昨年12月発売のナルティークや今年4月に発売となったアクイブタ等の副作用に眠気のない薬剤を選択する、また急性期治療薬については服用により眠気や倦怠感、眩暈などが出現する場合には、市販の鎮痛剤の併用や、具体的な服用時間の提案をおこなっている。患者指導における統一が図れるよう、適宜製薬会社による勉強会の実施や指導用の冊子作成をおこなっている。

てんかん患者では、医師より道路交通法によるルールがあることを説明し運転を中止する必要がある事を伝えている。また通勤あるいは業務での運転の有無などを確認し、職場への報告や配置転換、服用の重要性や発作が一定期間なければ運転再開も可能であること、免許更新時の質問票への記載などについても説明を行っている。さらに運転だけでなく、きちんと通院し正しく薬剤が服用できるよう自立支援医療制度についても紹介し、継続して通院や治療がしやすい環境を整えられるように努めている。そして転居や転院で来院した患者には、運転ルールの確認や服薬状況、発作の有

無などを診察の際に確認した上で、一定期間発作がなく運転再開を希望される場合には、免許センターへ連絡して頂き診断書を作成・提出するようにしている。コンプライアンス不良患者には、家族も含めた説明や免許センターへの相談提案も実施している。

### 3. 当院における運転評価の流れと実際

クリニック受診患者の運転評価をおこなう場合は、MRIによる画像評価と別日に実施するSTによる神経心理検査の評価を合わせておこなう。脳卒中や脳外傷などの脳疾患患者では当院で実際の運転評価が必要と判断した場合には、患者及び家族へ説明し同意を得たうえで月の輪自動車教習所での実地評価をおこなう場合もある。

クリニックで運転再開を希望されるケースは病院とは異なり、発症からかなり時間が経過したケースで、当院では発症2～3年のケースや短期間の入院で退院したが、主治医からは運転を禁止され、運転許可してくれる医師を探して何か所も受診しているケース、かかりつけ医が内科等で診断書の記載が出来ないと言われて来院するケースなどがほとんどである。その他、高齢者講習で認知機能低下を指摘され診断書の提出のために来院される場合もある。

脳疾患患者の運転再開評価については、高次脳機能学会が提唱している神経心理検査を中心にSTが実施している。当院のSTは非常勤であり、勤務日も1回/週程度のため、時間的な制約があること、また診療報酬についても制限がある。患者は発症からすでに長期間経過している場合や、紹介状や入院中のリハビリ評価の内容などの情報が全くない状態で来院する場合もある。MRIによる画像評価とともに来院から診察、検査における言動を観察していく。例えば、受付の際にマイナンバーや医療受給者証などの必要なものが探せるか、問診票を記載して血圧を測定し、血圧値を記載した紙を受付に提出していただくのだが、一連の指示を忘れずに実施出来ているか、待合室での様子も落ち着きがないとか、診察まで待てずに何度も受付に確認に来るなど、院内カメラや受付スタッフからの報告、MRIにおける着替え等の準備の様子などは看護師あるいは放射線技師からの報告も含め評価していく。診察の中で気になる点があれば、家族のみ別室で追加聞き取りをおこない、医師と情報共有をおこなっている。

### 3・1 脳幹部 glioma Kさんへの運転再開支援

40代女性で公立高校教師。自宅を離れ勤務地近くに息子と同居している。3年前に脳幹部グリオーマにて開頭生検術のみ施行された。その後腫瘍による第4脳室の圧排による閉塞性水頭症により、V-P シャント術も施行された。回復期リハビリテーション病院への転院を勧められたが本人希望にて急性期病院より自宅退院となった。軽度の右片麻痺と感覚障害が残存し杖歩行している。退院後2年経過後も、眩暈やふらつき、吐気による食欲低下が続き点滴投与を何度か行ったが、自宅での療養が困難となり他府県にある実家で数ヶ月の療養後、自宅へ戻り職場復帰を果たした。当院への通院には、毎回他府県に在住している実母が付き添い来院していた。体調回復後に職場復帰を果たし、少しずつ歩行も安定し、来院時の不良の訴えが少なくなっていた。本人より「転勤の可能性もあり可能なら運転を再開したい。これ以上良くならないなら言うて欲しい。それによって車も買い替える。」との発言があった。画像評価では腫瘍の増大は認めておらず、水頭症の悪化もなく経過しており運転再開に向けた評価を行うこととした。退院後免許更新はされていた。

医師はKさんが退院後、外来主治医として継続的に診察しており、高次脳機能障害がない事を確認していたため、今回は高次脳機能評価を実施せず自動車教習所での評価のみとした。

まず、診察時に医師より免許センターへの運転相談への連絡と自動車教習所での運転評価の必要性について説明し同意を得た。その後、別室で教習所での評価の流れ、費用、家族の同伴等について説明しカルテへ記載した。

教習所の繁忙期であったが、復職したKさんの休日を考慮し、土・日での評価が可能ないように日程調整を行って頂き、合計5回の練習・評価を実施した。

初回の場内走行の評価では、3年というブランクもあったが、易疲労や手術の影響による頸部の右回旋、焦りなどによるブレーキ・アクセルの踏み間違い、車線のはみだしや脱輪などもあり、再評価の必要と判断された（図1）。定期内服がなく、こまめな来院の必要がなかったため、電話やメールでの連絡を可能とし、運転再開に必要な書類や報告の対応を速やかに行えるようにした。評価前、転勤の可能性のある4月に運転再開を希望していたこともあり、約1年の時間の猶予があったが、診断書は6か月内には運転を控えずともよいとの診断が出来ることを見込まれるとし、免許証を一旦免許センターで預かっている状態であった。しかし教習所からも場内での練習のみでは評価も限ら

れており、そろそろ場外での評価・練習を実施したいとの申し出があった。運転を控えるべきではないと変更した診断書を作成し、本人へは場外評価のためであり教習所からの許可が出るまでは運転は行わないことを条件に提出した。その後、場外での練習を経て運転再開に至った。復職により徐々に体力も回復し、歩行は安定し、ふらつき等の症状も軽減していた。運転に慣れるまでは同乗者を置いての運転であったが、車通勤を再開し、ここまで4か月程度を要した。

場内走行運転評価

月の輪自動車教習所

| 運転 | 乗客       | 車両   | AT (ノーマル) | 実施 | 合格 | 科目 |
|----|----------|------|-----------|----|----|----|
| 同乗 | 月の輪教習所 / | ご主人様 | 道後        |    |    |    |

  

| 評価項目                 | 着眼ポイント<br>(運転評価が2又は1の項目については、その内容を赤字で示します。) | 運転評価 |   |   |   |    |    |
|----------------------|---------------------------------------------|------|---|---|---|----|----|
|                      |                                             | 4    | 3 | 2 | 1 | 助言 | 補助 |
| 1. 乗降・登進準備           | 車中で乗り降り シートベルトの着用 運転姿勢                      | ○    |   |   |   |    |    |
| 2. 路端からの発進           | 発進操作 合図 後方の確認 判断                            |      | ○ |   |   |    |    |
| 3. 右外周走行             | 走行位置 指示速度40km/h 加速減速                        |      |   | ○ |   | あり |    |
| 4. 左外周走行             | 走行位置 指示速度40km/h 加速減速                        |      |   | ○ |   | あり |    |
| 5. 車線変更              | 合図 後方の確認 判断                                 |      | ○ |   |   |    |    |
| 6. 障害物の側方通過          | 速度 走行位置 側方開闢                                |      | ○ |   |   |    |    |
| 7. 交差点の右折            | 合図 走行位置 速度 周囲の確認 判断                         |      |   | ○ |   | あり |    |
| 8. 交差点の左折            | 合図 走行位置 速度 周囲の確認 判断                         |      |   | ○ |   | あり |    |
| 9. 信号の対応             | 信号機の認知 正しい対応                                | ○    |   |   |   |    |    |
| 10. 一時停止場所           | 標識の認知 一時停止 周囲の確認 判断                         | ○    |   |   |   |    |    |
| 11. 見通しの悪い交差点        | 速度 走行位置 周囲の確認 判断                            |      |   |   | ○ | あり |    |
| 12. 狭路(クランク)         | 速度 誘導 危険時の停止 切り返し                           |      |   |   | ○ | あり |    |
| 13. 路端への停車           | 速度 路端への寄せ方                                  | ○    |   |   |   |    |    |
| 14. 車間距離             | 走行中の車間距離 停止時の車間距離                           |      | ○ |   |   |    |    |
| 15. 方向変換でのバック        | 速度 周囲の確認 誘導 危険時の停止 切り返し                     |      |   | ○ |   | あり |    |
| 16. 注意力(集中力)の持続ができるか |                                             |      |   | ○ |   |    |    |
| 17. 慌てるとパニック状態にならないか |                                             |      |   | ○ |   |    |    |
| 18. 感情のコントロールに問題はないか |                                             |      | ○ |   |   |    |    |

4: 概ね良好 / 3: やや不安 / 2: 不安 / 1: 危険 / 助言: 補助に至らない助言・指示 / 補助: 補助ブレーキ・補助ハンドル

特に注意を要する評価項目番号...

| 特記事項 |
|------|
|      |

| アドバイス              | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------|---|---|---|---|
| 路上での運転は可能である。      |   |   |   |   |
| 路上での運転は可能だが注意を要する。 |   |   |   |   |
| 再度場内での判定を要する。      |   |   |   |   |
| 路上での運転は事故の危険性が高い。  |   |   |   |   |

総評 この結果をみてから久しぶりの運転という事もあるが走行位置の乱れがありました。カーブや交差点での車線のはみだし、S字、クランクコースでの脱輪などが目撃されました。車両感覚不足・ハンドルの回し方などに課題があります。また、右左折時の進路変更の車線不足などもありますが、これはレールの再確認をして頂ければ矯正可能な内容かと思われます。①ブレーキとアクセルの踏み間違いの際にブレーキペダルの左端の方を踏むことが多く、踏み外しのおそれがある事。②見通しの悪い交差点での飛び出し・急ブレーキが出るパターンでしてしまい、アクセル・ブレーキの踏み間違い。③40分ほど運転されるとかなり疲れたとおっしゃっているのでもあり長時間の運転は控えた方がよい。あと、運転中に顔が右側を向いておられるようにお見受けしたのでお聞きすると手前の影響でまっすぐ向いているときに揺みがあるのでもよくお見受けしているの事でした。現状では単独での路上運転には危険が伴うかと思われますので、練習後、改善がみられるかどうか再度判定をさせていただければと思います。

図1 Kさんの教習所での運転評価

### 3・2 肺癌術後の脳塞栓症 Yさんへの運転再開支援

両側肺野に癌を認め、術後、肺動脈断端部の血栓形成による脳塞栓症を発症し、出血性梗塞による脳室内出血、閉塞性水頭症のため脳室ドレーナージ術を行った30代男性。抗凝固療法を継続しているが発作再発の評価が困難で、2年は運転を控えるよう説明されていた。しかし発症から1年ほど経過し、運転できないことによる不便さから、運転を許可してくれる医師を探して当院を受診した。入院していた施設では運転について

の評価は行っており、運転相談でも主治医の指示を仰ぐよう指示された。そのため主治医の許可があれば当院で評価し診断書の作成を行うことを説明し、主治医の紹介状を持参し再度来院した。MRIによる画像評価を行い、STによる高次脳機能検査を実施した。

#### ① SDSA

ドット末梢 所要時間560秒 誤り数2 お手つき0  
スクエアマトリックス 方向32点 コンパス32点  
道路標識 得点11点 運転合格予測式点数18.866点

#### ② TMT-J

PartA 所要時間22秒

PartB 所要時間35秒

いずれも誤反応や鉛筆離しはなし

評価上は問題なく、教習所での運転評価可能と判断した。

そのため、医師より免許センターへの運転相談への連絡と自動車教習所での運転評価の必要性について説明し同意を得た。その後、別室で教習所での評価の流れ、費用、家族の同伴等について説明しカルテへ記載し、教習所での場内評価を実施した。（図2）

**場内走行運転評価**

月の自動車教習所

|    |            |    |           |    |          |
|----|------------|----|-----------|----|----------|
| 運転 | 標          | 車両 | AT (ノーマル) | 実施 | 令和 年 月 日 |
| 同業 | 月の教習所 / 今村 | 追従 |           |    |          |

| 評価項目                 | 着眼ポイント<br>(運転評価の目安は1の項目については、その内容を赤字で示しています。) | 運転評価 |   |   |   |       |
|----------------------|-----------------------------------------------|------|---|---|---|-------|
|                      |                                               | 4    | 3 | 2 | 1 | 助言・補助 |
| 1. 乗降・乗降準備           | 乗降で乗り降り シートベルトの着用 運転姿勢                        | ○    |   |   |   |       |
| 2. 路端からの発進           | 発進操作 合図 後方の確認 車速                              | ○    |   |   |   |       |
| 3. 右外周走行             | 車行位置 指示速度40km/h 加減速                           | ○    |   |   |   |       |
| 4. 左外周走行             | 走行位置 指示速度40km/h 加減速                           | ○    |   |   |   |       |
| 5. 本線変更              | 合図 後方の確認 判断                                   | ○    |   |   |   |       |
| 6. 障害物の前方通過          | 速度 走行位置 側方確認                                  | ○    |   |   |   |       |
| 7. 交差点の右折            | 合図 走行位置 速度 両側の確認 判断                           | ○    |   |   |   |       |
| 8. 交差点の左折            | 合図 走行位置 速度 両側の確認 判断                           | ○    |   |   |   |       |
| 9. 信号の対応             | 信号機の認知 正しい対応                                  | ○    |   |   |   |       |
| 10. 一時停止場所           | 標識の認知 一時停止 両側の確認 判断                           | ○    |   |   |   |       |
| 11. 見通しの悪い交差点        | 速度 走行位置 両側の確認 判断                              | ○    |   |   |   |       |
| 12. 狭路(クランク)         | 速度 誘導 危険時の停止 回避                               | ○    |   |   |   |       |
| 13. 路端への停車           | 速度 路端への寄寄せ                                    | ○    |   |   |   |       |
| 14. 車両距離             | 走行中の車両距離 停止時の車両距離                             | ○    |   |   |   |       |
| 15. 方向変換でのバック        | 速度 周囲の確認 誘導 危険時の停止 回避                         | ○    |   |   |   |       |
| 16. 注意力(集中力)の持続ができるか |                                               | ○    |   |   |   |       |
| 17. 慌てるとパニック状態にならないか |                                               | ○    |   |   |   |       |
| 18. 感情のコントロールに問題はないか |                                               | ○    |   |   |   |       |

4: 概ね良好 / 3: やや不安 / 2: 不安 / 1: 危険 / 助言: 補助に至らない助言 / 補助: 補助ドライバー・補助ヘルパー

時に注意を要する評価項目番号...

|      |         |
|------|---------|
| 特記事項 | 時ありません。 |
|------|---------|

|       |                   |                      |
|-------|-------------------|----------------------|
| アドバイス | 1 ○ 路上での運転は可能である。 | 2 路上での運転は可能だが注意を要する。 |
|       | 3 再度場内での判定を要する。   | 4 路上での運転は事故の危険性が高い。  |

総評 6か月ぶりの運転という事でしたが、操作面・運転面など特に大きな問題もなく全体的に安定した運転をされていました。オートマチック車だけでなくマニュアル車も運転していたことが、どちらも基本的なことはしっかりと把握していました。ハンドルの回し方などは基本的な形からは外れている部分は見受けられましたが、これはご病気の影響ではなく、過去の運転経験からくる慣習的なものかと思われます。現状の運転を継続していただき、路上の運転は可能と思われます。ただ、路上は様々な状況が起こり得ますので、これまで以上に注意を払い、無理のない慎重な運転をお願いいたします。

図2 Yさんの教習所での運転評価

#### 4. 地域における現状と運転支援の必要性

私は現在、1回/週の半日であるが、継続支援B型作業所（以下、作業所）に勤務している。そこでは約20名の高次脳機能障害者が就労している。脳卒中や交通事故による脳外傷による高次脳機能障害がほとんどで、就労から10年以上経過している方もいる。実際に車を保有し運転している利用者は少ないが、運転を希望している利用者もいる。しかし中には、「車がないだけで運転は出来る、問題ない。」と理解が得られない利用者もいる。また利用者も徐々に高齢化しており、体力の低下や新たな疾病の発症、認知機能低下などの問題を抱えている。

作業所での私の業務は、利用者の健康管理となる。不調を訴える方や精神的な不安を抱える方の個人面談や、健康診断の結果やかかりつけ医での採血結果などを踏まえて生活指導や、排便コントロールや体重管理、退院後の体調管理など多岐に渡る。また失語症や記憶障害の利用者も多く、かかりつけ医への受診の際の体調等の様子を報告書にまとめ送付するケースや、サービス担当者や訪問看護師との調整も行う。

作業所の利用者Fさんは現在50代後半の男性である。35歳の時に左脳内出血を発症し右上下肢の完全麻痺となった。右側への注意低下も認める。失語症ははっきりしないが、日常のコミュニケーションに問題はない。当時、どうしても運転を再開したかったFさんは関東の施設で運転再開の評価を受け、左アクセルブレーキの改造を条件に運転を許可され、現在も運転を継続している。普段は作業所での送迎車を利用し、兄のサポートを受けて外出の送迎を行ってもらう時もあるが、書類の申請などが必要な際は、自家用車で出勤し、作業終了後に用事を済ませて帰宅することもある。しかし、Fさんの車の右フロント部分は大きくガムテープで補強されており、これまでも何度も擦ったりぶつけたりしていると、作業所職員より情報提供があった。また、2年前には脳梗塞を発症し1週間ほど入院加療した。右側の梗塞であったが後遺症はなかった。しかし入院中、運転についての説明や評価は全くされていない。さらに、昨年免許の更新がされており、質問票への記載については、理解が出来ずそのまま提出した可能性が高いと聞かされた。かかりつけは近所の内科であり、30日の処方に対し2か月毎に受診している。独居であり生活費を切り詰めるため、冬季に暖房の使用を制限する、食事回数を減らすなど再発リスクも高い。

以前Fさんが運転中、ずっと回転数が上がっていることに気付いた。本人からは右足がパット部分に引っかかっていたかもしれないと思っていたが、確認することも出来ず、そのまま運転を継続していた。職員より報告を受け、もう少し詳細な聞き取りを実施したところ、運転席のフローアーマットがずれてアクセルにかかった状態になっていたことが判明した。（図3・4）送迎車への乗り込みの際にも、右足が引っかかっているにも関わらず進もうとする姿を何度も目撃し、制止することもあった。福祉の現場では、より生活が重要視されるため、脳出血なのか脳梗塞なのか、右の損傷なのか左の損傷なのか、手術をしたのかどうかの情報も分からない事も多い。また数年以上全く服用している薬剤が同じであり、本人のみで通院している場合には診察の内容や本人の不調さえも支援者内で把握されていないケースも多々ある。



図3 運転席フローアーマットあり



図4 運転席フローアーマットなし

脳外傷や脳卒中などによる後遺症に加え、加齢による身体機能や認知機能の低下による変化は、自動車だけでなく電動車椅子やセニアカー、自転車での移動における安全にも影響してくる。作業所では、作業体験や1週間ほどの実習なども受け入れており、受傷後初めての就労となる場合も多い。作業自体の評価は勿論であるが、就労に伴う疲労や車通勤における問題がないかを聞き取りし、食事や睡眠などの変化がないか、服薬は正しく出来ているか等を確認し、医療機関や就労支援機関と情報共有している。

## 5. 滋賀県における自動車運転支援

2016年、滋賀県における障害者の自動車運転に関する問題解決に向けて、滋賀医科大学と近江温泉病院、八日市自動車教習所が取り組み始めた。2019年には「滋賀県自動車運転と医療に関する協議会」が発足した。発起人には医師、作業療法士、教習指導員だけでなく認定看護師が加わった。年数回の世話人会に加え年2回協議会を開催し、新たな知識や仲間を増やしていった。現在では、世話人は約20名に増え、参加施設は医療機関だけでなく高次脳機能障害支援センターやセラピスト養成機関も加えた18か所へと増加した。そのため、病院での問題だけでなく病院以外の医療機関や地域における問題も共有することが可能になった。また、これまで各々の施設で作成されていたパンフレットを修正して県内統一化し、県内の全地域包括支援センターへも配布した。2024年には、県内でも先駆的な自動車運転支援を行っている近江温泉病院と八日市自動車教習所への見学をおこない、世話人で評価の実際や評価ツールなどを確認し共有することが出来た。更に滋賀県では、毎年1医療機関が地域医療介護総合確保基金を活用し、ドライブシミュレーターを購入している。この基金では半額が県からの補助となっており、現在では県内の7施設がドライブシミュレーターを導入することが出来た。県内の7圏域のうち5圏域で医療機関と自動車教習所での連携が進められている。

## 6. おわりに

前述したように、認定看護師はあらゆる場で看護を必要とする人に、水準の高い看護実践が出来る看護師である。地域で疾病を抱え療養生活を送る人々の中には、本人のセルフケア能力や健康への関心・理解度、経済的要因、周囲のサポート体制等の様々な要因によ

り、療養生活に課題を抱えることがある。自動車運転はその方にとっての仕事や、移動手段、趣味や楽しみであったりする。

現在、急性期病院から回復期リハビリテーション病院へ転院する患者では、セラピストによる神経心理検査や運転支援について比較的介入されてきているが、1週間以内の短期入院や救急病棟からの退院、医療と繋がりがなくなってしまう脳損傷患者の多くが、運転支援を受けることも相談場所も知らずに生活している現状もまた事実である。日本の医療従事者のうち、医師が約34万人、看護師等（保健師・助産師・准看護師含む）が200万人超、理学療法士が約19万人、作業療法士は約10.5万人である。医療従事者の中で圧倒的な数を誇る看護職は、医療と生活の両方から対象となる人を全人的にとらえて支援できる職種である。病院においては365日、24時間患者のそばに寄り添うことができる。そのため、リハビリを実施していない患者であっても、運転再開の希望があるかの確認をおこなうことや、運転支援をおこなう必要や免許センターへの運転相談についての案内、主治医からの説明や運転支援に力を入れている回復期リハビリテーション病院やリハビリ外来を選定して転院を勧めることも出来る。

クリニックへ来院する患者さんの多くは、入院中はしばらく運転を控えるよう言われたが、いつまでなのか説明はなかった、どこで相談したらよいか分からない、主治医から運転は許可されたが、症状が安定せず怖くて乗れないなど、十分な説明や評価をされていない状態で退院やかかりつけ医への転院をされているケースが多い。少しでもそのような患者を減らしたい、必要な患者が運転支援を受けられる、免許センターへ相談し、安全な交通社会を維持できるようにしたいと思う。

自動車運転に関することは、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の教育課程においても全く触れられることはなかった。現在でも脳神経看護の学会等において運転に関する話題に挙がることはなく、運転支援において具体的に看護師が何を行うのか、何を求められているのかも明記されていない。そんな中で滋賀県では、全国でも珍しく運転支援チームに認定看護師が参加することが出来た。認定看護師は横断的に活動できる看護師である。脳卒中などのように急性期病院、回復期リハビリテーション病院、その後在宅あるいは施設など患者が移動していく中で、継続して介入が難しいが認定看護師は、それぞれの施設や多職種のコーディネーターとして、継続的に関わることが出来る立場だ。そのため、運転支援のための神経心理検査は行

えるが医師がいない、あるいは非協力的で診断書の作成が出来ない施設や、地域包括支援センターや訪問看護ステーション、ケアマネージャーから直接相談、高次脳機能障害支援センターからの依頼等にも対応している。滋賀県では、まだ7全圏域にドライブシミュレーターが設置されていないが、クリニックへ来院する患者はほぼ全圏域のため、運転支援が必要な患者が自分の居住圏域で支援が受けることが出来る連携体制を構築していきたいと考えている。

認定看護師は全国にネットワークがあり、学会以外でもそれぞれの地域や所属での活動・問題などを共有している。認定看護師の中でも運転支援については必要ではあるが実際は優先順位は低く、セラピストへ任せている現状がある。また大阪や名古屋などの交通網が発達している地域では、必要性はより低いと感じている傾向が高い。しかし今回初めて、脳神経看護の学会で運転支援についてのセッションを準備していただけることになった。全国の脳卒中リハビリテーション看護認定看護師あるいは脳卒中看護認定看護師が、それぞれの施設や地域で、看護師が運転支援チームの一員として活動し、さらには脳神経看護に関わる看護師への啓発に繋げていけるよう声を上げ続けていきたいと思う。

## 7. 引用文献

- 1) 日本看護協会 HP
- 2) 日本看護協会 HP 認定看護師認定者数推移（全国・都道府県別）
- 3) 日本看護協会 HP 分野別所属先種別登録者数一覧

## 利益相反

開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) 2022年度版厚生労働白書 I 制度の概要及び基礎統計 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/21-2/>（2026年4月20日引用）
- 2) 日本高次脳機能学会 運転に関する神経心理学的評価法 <https://www.higherbrain.or.jp/research/driving/>（2026年4月20日引用）
- 3) 原 寛美：脳卒中リハビリテーションポケットマニュアル：医歯薬出版，2008：225-226
- 4) 武原格：脳卒中患者さんの自動車運転再開支援 Q&A50-ナースの知りたいことがパッとわかる！：メディカ出版，2021
- 5) 武原格，一杉正仁，渡邊修：医歯薬出版，2019