

警察庁「第1回一定の病気等に係る運転免許の在り方に関する有識者検討会」

ヒアリング発言内容

社団法人 日本てんかん協会
会 長 鶴井 啓司
副会長 久保田英幹

日本てんかん協会会長の鶴井と申します。

私どもの協会は、「てんかんに関する正しい知識を社会に広めること」と「てんかんのある人の医療・福祉等を向上させること」を目的として活動している当事者団体です。

昨年来、無申告で運転免許を取得したてんかん患者が加害者となる重大事故が続きまして、協会としても事故の再発を防ぐため、機関誌や医療講演会等を通じて法令遵守を呼びかけ、あるいは独自で啓発ポスターを作成し医療機関に配布するなど協会会員でなくてんかん患者に運転免許制度を周知する努力をしているところです。

「有識者検討会」において「運転免許制度のあり方」の検討が進められるにあたり、協会として委員の皆様にはぜひともお願いしたいことが3点あります。

一つ目は、「病名による差別は絶対にしないでください」ということです。てんかんだけを対象に制度化されると病名による差別が助長されかねません。てんかん患者の症状は様々です。世界的な“病名や障害による差別の禁止”の動きに逆行し、病名による差別をすることのないようお願い申し上げます。

二つ目は、「自己申告率を高めるため、運転免許制度の周知徹底に国も力を入れてほしい」ということです。協会は啓発活動を通じて、改正から10年を経た運転免許制度がまだ十分に社会に周知されていないことも痛感しています。この機会に、国においても「患者自身に症状によっては運転できない、という社会的責任を自覚させる適切な方策」を、講じていただくことをお願い申し上げます。

三つ目は、「運転免許をとれないてんかん患者が、社会参加できる環境づくりに配慮してほしい」ということです。発作のために運転免許が取得できないてんかん患者は、就労や生活上の移動が不便になり交通費も嵩むうえに、身分証明書として信用度の高い運転免許証を持ってない不自由さに苦しんでいることにご配慮のうえ、運転免許制度のあり方についてご検討くださいますようお願い申し上げます。

引き続き、久保田副会長から発言させていただきます。

日本てんかん協会副会長の久保田です。国立病院機構静岡・てんかん神経医療センターに勤務する、てんかん専門医でもあります。本日は、このような機会をいただき有り難うございます。最初に、てんかんとはどのような病気なのか、委員のみなさまのご理解をいただきたく、簡単に説明させていただきます。

【てんかんとてんかんのある人】

てんかん発作は、脳が一時的に過剰な活動をするために生じます。発作の種類は多彩で、意識障害を伴うものもあれば、伴わないものもあります。持続時間も、ピクンと一瞬のものもあれば、回復までに5～6分を要すものもあります。

てんかんは、乳児期と高齢者で発病率の高い病気ですが、あらゆる年齢で発病します。有病率は先進国では0.8%程度と推定されており、日本の患者数は100万人と推定されています。生涯を通じた累積発病率は、70歳以上では3%程度と推定されており、神経疾患の中ではポピュラーな病気です。

原因が明らかな人は1/3程度で、脳血管障害、周産期障害、外傷や腫瘍など様々です。てんかんは、私たちいかなる人でも発病する可能性のある病気です。

したがって、歴史上多くの著名人がてんかんであったと言われていています。ローマ皇帝シーザー、フランス皇帝ナポレオン、画家のゴッホ、ロシアの作家ドストエフスキー、日本では博物学者南方熊楠など、枚挙にいとまがありません。現在活躍中の人でも、アメリカカリフォルニア州元下院議員トニー・クエロ、かれは下院議員選挙に出馬した際に、反対陣営から“彼はてんかんである”と攻撃されましたが、“てんかんで何が悪いのか？”と切り返し、当選しています。自転車競技選手のマリオン・クリニエ、彼女は自転車競技の世界チャンピオンでありながら、てんかんであることを理由にオリンピックのアメリカ代表選考会で落とされました。負けず嫌いな彼女は、もう一つの国籍であるフランスのナショナルチームに入り、オリンピックに4回出場し、銀メダル2個を獲得しました。スーザン・ボイルも、その一人です。子供のころ、過敏で落ち着きがないのはてんかんからくる障害だと、両親が説明したのは正しくなかったと苦い体験を語っています。彼らの存在や発言は、てんかんのある人に勇気を与え、敬愛されています。

有名人でなくても、多くのてんかんのある人たちは、法律を守り、真面目に暮らしています。正規に運転免許を取得した人で、何年も発作がない人でも、疲れていたり、根拠がなくても何となく発作が起こりそうで不安、などといった時には運転を控えています。免許取得可能年齢になった青年は、2年間の発作がなければ免許が取れることを目標に治療に励んでいます。すでに免許を持っていて発病した人は、自転車や徒歩、あるいは必ずしも近くにはないバス停まで歩き、バスや電車を乗り継いで通勤しています。自転車に資料や機材を乗せて営業に出たり、配達が出来なくなり倒産しそうなった弁当店の経営者が、最後は友人や客の支援で盛り返したなど、みな苦労に耐えながら、再び2年間発作が止まるのをじっと待っています。「怖いから」と、発作が止まっても運転免許を取ろうとしない人もいます。病気を自覚し、自身と周りの人の安全を考えて、行動をしています。

ところが、無責任な一部のてんかんのある人の起こした事故のために、報道などを通して、てんかんのある人は無責任で、いつ発作が起こるかわからないので危険な人とい

う誤った考えが流布しており、多くの患者さんやそのご家族は傷つき、悲しみ、このような事態をもたらした加害者に怒っています。また本年4月に起きた京都・祇園の事故では、てんかん発作が原因か明らかでないにもかかわらず、てんかん発作との関連を執拗に記事にしたマスコミに対する不満の声も少なくありません。

【病気や障害と交通事故】

交通事故全般については警察庁から、詳細な分析が財団法人交通事故総合分析センターから公表されています。警察庁の公表する事故件数は人身事故だけを取り扱っていますので、以後、事故とは人身事故を指します。

最新のデータによりますと、2010年の病気や障害を原因とした事故で最も多かったのは、身障者で129件、次いでてんかん71件、脳血管障害55件と続きます。1997年から2010年までの14年間の平均は、最も多かったのは身障者の242件で、薬物の影響82件、脳血管障害とてんかん69件と続きます。いずれも、全事故の0.008%から0.028%に相当します。

事故の状況を見てみます。2010年には、病気や障害により20件の死亡事故が起こっております。1997年から2010年までの平均事故の多い順では、身障者17.5件、てんかん3.6件薬物2.9件の順でした。死亡事故の中の割合でみると、高い順に、心臓麻痺7.8%、身障者7.2%、てんかん5.2%の順になります。これは一般の事故と比べて、6.5倍高いという結果になりました。病気や障害に起因する事故が、いったん起これば重大であるという結果になりました。ちなみに、一般の事故の中で死亡事故の占める割合の高い原因は、酒酔い23.2倍、最高速度違反19.0倍、飲酒8.7倍、通行区分違反7.4倍でした。

事故件数と死亡事故の割合の経年的変化を示しましたので、ご参照ください。

てんかんだけが事故の多い病気ではありません。公平にご検討いただけたら幸いです。

本日配布された資料について、一言だけ申し上げます。資料の最後に、「一定の病気等に起因する交通事故における第1当事者に係る病状申告等の状況調査」の結果が示されておりますが、てんかんだけを他の病気や障害と分けて調査することの意図がわかりません。また、一定の病気等に起因する交通事故と言いながら、病気に起因しない事故を除外しないで分析している点も、問題のありかを曖昧にするだけです。“病気のある人で事故を起こした人”は全体としての申告状況が明らかになるものの、一定の病気に直接関連した事故と、申告状況、申告に関わる指導の実情は不明のままです。医師による指示の少なさが示されていますが、その理由を分析する必要があります。本調査では、制度が周知されていないことが明らかになっております。

【症状等の申告の担保のための方策について】

本日の議題に沿って意見を申し上げます。

障害や病気のある人の運転免許を、絶対欠格事由に戻すことや、病気や障害でないことの証明を求める施策が無意味であることは、日本の過去の経験から明らかですので、ここでは取り上げません。今回の会議に関するマスコミ報道で焦点が当てられ、またこの1年間議論の多かった現在の自己申告制度に対する疑問に基づく、無申告者に対する罰則の新設と、医師の通報に関して意見を述べます。

【1） 無申告者に対する罰則の導入について】

一定の病気に関する運転適性に関しては、道路交通法施行令第三十三条の二の三に規定されています。その運用基準が警察庁から各都道府県警に示されていますが、それをまとめるとてんかんと再発性失神以外の疾患に関しては、すべて「医師の診断による」とされており、基準は非常に曖昧です。このような曖昧な基準をもとに、申告義務違反を問えるのか、甚だ疑問です。

次に、申告が求められている病気の患者数をみると、統合失調症100万人、てんかんで運転可能年齢にあって、運転能力があると推定された人50万人、再発性の失神200万人、無自覚性低血糖症の統計はありませんが、平成9年に厚労省が発表した糖尿病患者は690万人、気分障害の統計には非常に幅がありますが、200～1,000万人、重度の睡眠障害の患者数も不明ですが、睡眠時無呼吸症候群200万人、ナルコレプシー20万人、とされています。それ以外にも「自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する病気」として、脳卒中、認知症、アルコール中毒の患者が示されており、対象となる患者数は膨大な数になることがわかります。

無申告者に対する罰則制度に関して、以下の理由で実施は相当困難と思われる。

- 主として、事故の時にしか無申告は明らかにならず、実効性に乏しい
- 運転適性の判断を主として医師に任されている疾患の場合、医師間で判断が異なることは十分あり得る。罰則を適用することで、混乱に拍車をかけないか？
- 罰則制度を厳正に対応するためには、膨大な経費が必要
- 基準の比較的明瞭な、てんかんと失神の患者だけが取り締まりの対象にならないか？
- てんかんであっても、同じ発作に対して医師間で判断が異なる場合がある（例：ミオクロニー発作、軽微な運動発作など）。
- 平等性が確保できるか？
- 運転適性を有している人でも、未申告だと罰則の対象となる。形式的である
- 隠さざるをえず生活している人の病気を、強引に明らかにする

【2） 医師の報告制度について】

以下の理由で反対します。

- 医師のみが報告する制度には反対
 - 医師の申告が義務化されている州と、されていない州で事故率に差がなかった（カナダ）
 - 医師・患者の信頼関係を破壊する
 - 発作再発など、症状悪化時の患者の報告が不正確になる（医師に発作を隠す）
 - 免許を失いたくないあまり、患者が医療から遠ざかる
 - 医師がてんかん患者の診療を負担に感じる
 - てんかん患者が難民化する
- 医師は患者の側に立ち、治療という前向きな目標に対してのみ真剣になれる。報

告はその反対向きの行為であり、医師は積極的に興味を持ってない

通報はそもそも医師のみに課せられるものなのか、そうだとするとその根拠はなんでしょう？ 私たちは、医師の当局への報告は法的責任ではなく、倫理的責任であるべきと考えます。顧みれば、交通に危険をもたらすのは、病気の人だけではありません。もし報告制度を作るとしたら、徹底したものにしないと、特定の人たちだけを社会から排除することになります。

徹底した方法には、様々な制度があります。医師の報告を義務化するならば、カリフォルニア州のように、医師は診断するだけで機械的に当局に報告し、当局が責任を持って運転適性を判断する方法があります。医師は、訴訟から守られるというメリットがあります。アリゾナ州のように、医師の報告は義務ではないものの、自発的報告制度を定めた州もありますが、その場合、報告は医師のみならず法律家や市民は誰でも報告ができます。徹底した自発的報告制度、といえます。

すなわち報告が義務であれ自発であれ、「あらゆる危険運転者に対して、あらゆる人が報告の（倫理的）義務を負うのが公平なルール」です。しかしながら、このような当たり前の倫理規範を、あえて法律にする必要があるのか疑問です。さらには、このような密告社会を望む人はいません。

医師の報告義務が、てんかん発作による交通事故の抑制に役立たないどころか、かえって危険な運転者が増えるという研究報告の要旨を、資料として挙げましたのでご参照ください。

【罰則規定の導入と医師による報告制度 —結論—】

- 罰則制度も、医師による報告制度も患者を医療から遠ざけ、危険な運転者が増えるだけで反対する
 - 現在ある以下の法律で対応可能であり活用すべき
 - * 道路交通法
 - 第百十七条の四 次の各号のいずれかに該当する者は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する
 - 一～三（略）
 - 四 偽りその他不正の手段により免許証又は国外運転免許証の交付を受けた者
 - * 第三者による相談・通報
- 55件／平成23年度の実績

【申告を行いやすい環境の整備方策について】

罰則よりも、自己申告を促すことがあるべき社会の姿と考えます。そのためには制度の周知が何より優先されます。千葉労災病院の調査結果を示します。「てんかんでも一定の条件を満たせば運転免許が取得可能である」ことを知っているか？ との質問に、運転免許所持の有無にかかわらず、約2/3の人が知りませんでした。また、旧法時代を含めて免許取得時に欠格状態であった人は14名（23.7%）でした。したがって、未報告の人のうち3/4は、運転適性がありながら制度を知らなかったために未報告であった

といえます。これらの人を取り締まるための予算や人員が有効といえるのか疑問です。

当協会は、鹿沼の事故以来さまざまな手段で制度の周知に努めてきました。資料5は、当協会が昨年8月に作成し、全国2,000の医療機関に送付した啓発ポスターです。

日本にある3種類の障害者手帳（身体障害者、知的障害者、精神障害者）による交通費の減免に関するまとめです。

精神障害者の一部は、運転免許の取得が制限されながら、精神保健福祉手帳だけがJR、私鉄などの減免制度を欠いています。手帳を利用する人の大きな目的は、税と交通費の減免であり、精神保健福祉手帳は柱の一つを欠いているのです。「てんかんは移動の障害である」として協会発足以来、署名活動を続けてきました。

1998年からは、国会請願署名に切り替えております。国会請願に切り替えてからの13年間に集まった署名は総数で1,376,054筆に上ります。2001年と2008年には、通常国会で交通費減免に関する請願が採択されたにもかかわらず、国土交通省の対応は、「もはやJRは民間企業」という理由で協力要請を約束したにすぎませんでした。政府は、てんかんのある人の請願に対し、十分な対策をとってこなかったのです。それならばと、私たちはJR各本社への一斉要望も行いましたが、運賃の減免に応じた会社はありませんでした。20年以上、具体的進展は何もありません。

精神障害に対する偏見が根強いことから、精神保健福祉手帳には当初、個人を特定できる写真貼付欄がありませんでした。公共交通機関の割引が実現しないのは、写真が貼付されておらず本人確認ができないからだと言われ、当協会は手帳への写真貼付に率先して賛成し、2006年には手帳への写真貼付が義務づけられたにもかかわらず、何も進展していないのです。障害の間に格差のない福祉施策を実現していただきたいと思いません。

申告率の低い理由を、制度以外の点で検討しました。よく聞かれる声の一つに、「自分は大丈夫」、というものがあります。年1回発作のある人が、1日1時間運転するとして、運転中に発作を起こす確率は24年に1度です。実際には、運転中の発作の約半分が事故（対物含む）に繋がると言われており、事故として集計されている“人身事故”はその中の一部ですから、危険であることを認識してもらうには十分話し合う時間が必要です。

1年に1回発作が起こるということは、2～5分の発作のために、1年＝525,600分の生活が制限されることを意味します。発作という実感を持ちにくい症状が理由で、障害のないほとんどの時間の抑制を余儀なくされている、てんかんのある人の生活に対する少なくとも移動の支援がない限り、根本的解決は困難です。

1992年のてんかん学会の調査によると、運転免許所持者のうち、月1回以上発作のある人の4割の人は、実際には運転していませんでした。以下のような理由で、運転する以外に運転免許を持っている必要があるからです。

- 就職（履歴書に記載欄あり、運転免許がないと理由を聞かれる）
- 身分証明書として安易に用いられる

現在一般に用いられている履歴書には、資格・免許を記載する欄があります。資格・免許取得には、疾患や障害の状況によっては取得を制限されているにもかかわらず、資格や免許の必要の有無にかかわらず、一律に問うのは無意味であり、ない人に対する差

別です。聞くのであれば、理由を明示し、必要な資格を一律に問うべきです。

自己申告率向上のためには、更新のための講習などを利用して徹底的に制度の周知することが何より重要と考えます。また申告しやすい環境づくりとして、診断書の無料化や、電話相談の周知や診断書用紙を病院に配置し入手を容易にするなど、相談窓口の工夫が考えられます。第三者でも、相談できることを周知することが必要です。

運転をやめるのが困難な人ほど、一方的に伝えるだけでは問題は解決しません。法に対するコンプライアンスを向上するためには、十分な時間をかけたカウンセリングが必要です。カウンセリングでは、運転適性のある人に対しては、申告することで法律から守られるというメリットを伝え、運転適性の無い人には、免許のない生活をどのように再建するのか、一人一人の職業や生活の状況に合わせてともに考える必要があります。カウンセリングが適切に実施されるなら、不正に運転する人の数が確実に減るとされています。規制強化に費やす費用を、カウンセリングのための組織やシステムの構築に用いる方がはるかに有効です。

現行の道路交通法に関しても、てんかんという病気の治療の実態に即していない面があります。以下の点に関して、より遵守可能な法律へ改正をお願いしたく存じます。

1. 2年間の発作抑制を必要としながら、6か月しか経過観察期間がないのは矛盾している。治療意欲につながらない
2. 医師の指示による断薬など理由が明らかな再発の場合は、観察期間を短縮してほしい
3. 発作抑制期間の2年は長すぎる。
4. 諸外国の基準と比較して、守りやすい法律への改定を日本てんかん学会と検討してほしい
5. 病気が理由で免許証を失った場合には、再取得を容易にしてほしい

【結 論】

結論です。規制強化で問題は解決しません。いたずらに罰則を強化するより、現在の制度を利用して自己申告の促進を図るべきであり、そのための仕組みは整っています。制度の啓発を徹底して行ってください。車のない生活は、地方では非常に不自由で、生活が成立しなくなる人もいます。車の運転ができなくなった後の生活を、カウンセリングを通してアドバイスするとともに、法律や制度面での支援も真剣に考えないと、制度運用の徹底は困難です。

てんかんのある人の道路交通法順守のためには、交通費減免制度などと一体化した改革が必要で、道路交通法だけを変えても解決にはなりません。病気の人だけが不自由を強要されることにならないよう、ご配慮をお願いします。

日本てんかん協会が選挙人名簿から無作為抽出をして、全国8つの都市で行ったてんかんに対する市民意識調査では、「てんかん発作の特徴は？」という質問に、87%の人が転倒する全身けいれんと答えています。すべてのてんかん発作の発作型別の出現率を示してありますが、全身けいれんは実際には23%しかなく、最も多いのは、意識を消失して動作が停止するといった症状を呈する複雑部分発作です。多くのてんかんのある人は病気を隠して生活しています。それは、このようにてんかんに関する正しい知識が普

及していないからで、てんかんのある人はいつ倒れるかわからないから危険、という誤解をされているからです。教育に、てんかんが適切に取り上げられていないのがその理由です。

てんかんに関する正しい理解は世界共通の課題であり、WHO、国際てんかん学会、国際てんかん協会の3者によるてんかんグローバルキャンペーン(GCAE)が1997年から取り組まれています。これはWHOの神経疾患では最大規模の事業です。日本でも、ぜひともWHOのこの動きに協調して、国民の正しい理解を促し、一日も早く、てんかんが隠さなくてもよい病気になるような啓発の推進を、厚生労働省にお願いしたく存じます。

厚生労働省には、脳卒中センターや認知症疾患医療センターのような素晴らしいシステムをてんかん医療にも導入し、てんかん医療体制をしっかりと整え、てんかんの医療水準を向上させるようお願いしたく存じます。てんかんの適切な治療が、この問題を解くもう一つの鍵です。てんかんに対して全省庁的に取り組んでいただくことを、切にお願い申し上げます。

最後に、鹿沼の事故のご遺族のみなさんが、危険運転致死傷罪の適用を求めておられます。私たちは、重大な事故を起こした者を厳罰に処するのは当然と考えますが、条件を狭く限定した同罪の適応には疑問を持っています。市民感情に即し、結果責任を前面に出した網羅的法律のもと、何人たりとも平等に扱われる法体系を根本的に見直すことが必要と考えます。

いずれにせよ、重大な罪を犯した者は相応の罰を受けることが明瞭になることは、何よりも不正な運転免許の取得の抑制に繋がると考えております。

ご清聴ありがとうございました。

警察庁「第1回一定の病気を疑に係る運転免許制度の在り方に関する有識者検討会」
 合同庁舎第2号館(51F)「警察庁第7会議室」
 2012年6月5日(火) 17時~17時30分

てんかんと自動車運転

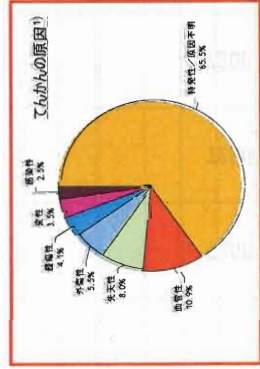
社団法人 日本てんかん協会
 独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター

久保田 英幹

1

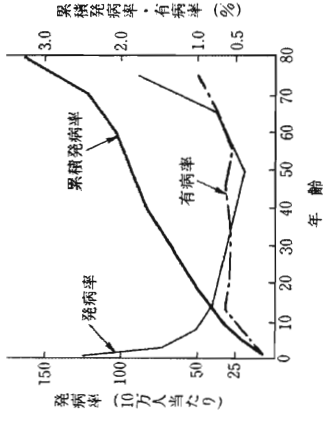
てんかんの原因

- 原因が明らかなのは全体の3分の1で、残りは原因不明である。
- 原因としては外傷、脳炎、脳血管障害、脳形成異常などがある。
- 遺伝だけで発病することはまれである。
- 成因および予後
 - 特発性: 特定の病変・原因がなく、ある程度体質による、治りやすい
 - 症候性: 器質性病変があり、治りにくい



1) Huaster WA, Epilepsia 1993;34(2):453-468

てんかんの発病率、累積発病率及び有病率



中野隆史, てんかん発症と発病率, 1. てんかん発症とその特徴, G. 成年期, 老年期のてんかん.
 松下正明編著, 臨床神経学講座9-てんかん-1998,p.265-72.

2

てんかんと著名人

- てんかんが病氣と認識されるようになったのは、最近100年位
- 発作が理解困難なため、洋の東西を問わず多くの誤解や偏見がある



シーザー



ナポレオン



ゴッホ



ドストエフスキ



マリオン・クリニエ

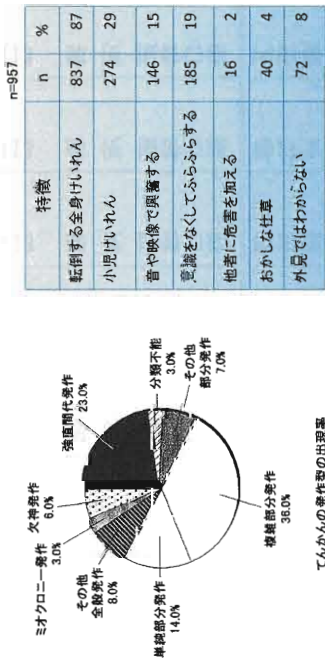


スーザン・ホイル



トニー・クエロ

てんかん発作の特徴は？ —市民意識調査より—



てんかんに対する市民意識調査
日本てんかん協会、1998

てんかんの発作型の出現率
ローチエスター市、1935-1964年
W. A. Hauser in Epilepsy: A Comprehensive Textbook
edited by J. Engel, Jr. and T. A. Pedley, 1977

5

てんかんは誰もがかかる病気です
多くの人は法律を守り、真面目に
生活しています

6

特殊事故(当事者内容) 発生件数

事故件数	平均(1997年~2010年)	
	全事故に対する割合	全事故に対する割合
身障者	129	0.018%
薬物影響	20	0.003%
脳血管障害	55	0.008%
てんかん	71	0.010%
心臓マヒ	22	0.003%
発作・急病	108	0.015%
その他	405	0.056%
年間合計	725773	100%
全体	8595113	100%

参考：警察庁交通局、平成22年中の交通事故の発生状況
財団法人交通事故総合分析センター、交通事故統計年報

7

病気や障害などと交通事故

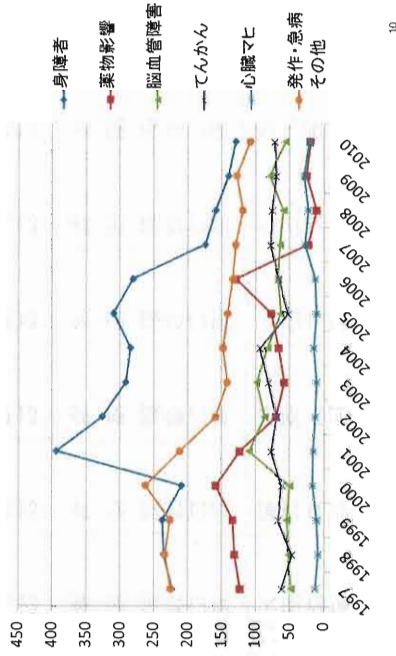
特殊事故(当事者内容) 死亡事故件数

	2010年	平均(1997年~2010年)		
	死亡事故件数	死亡事故に対する割合	死亡事故件数	死亡事故に対する割合
身障者	9	7.0%	17.5	7.2%
薬物影響	2	10.0%	2.9	3.5%
脳血管障害	0	0.0%	1.8	2.6%
てんかん	2	2.8%	4.3	5.2%
心臓マヒ	1	4.5%	7.0	7.8%
発作・急病	6	5.6%	8.5	4.6%
その他	20	4.9%	7.6	5.4%
年間合計	4726	0.7%	7088	0.8%
全体				1.0

参考: 警察庁交通局: 平成22年中の交通死亡事故の特徴及び道路交通法違反条項について
財団法人交通事故総合分析センター: 交通事故統計年報

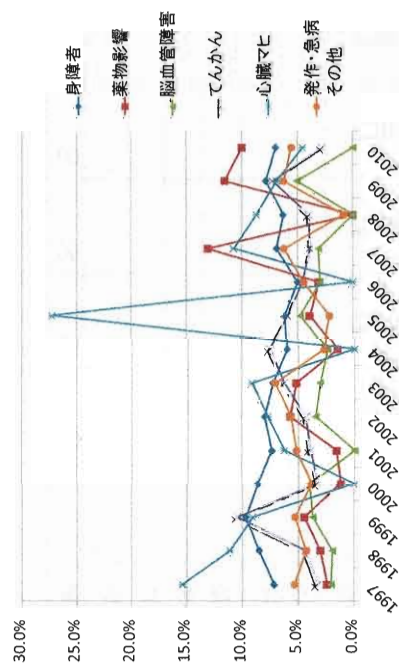
9

事故件数



10

死亡事故の割合



11

てんかんだけが事故の多い病気
ではありません

公平にご検討ください

12

一定の病気等に起因する交通事故における第1当事者に係る病状申告等の状況調査(配布資料)について

- てんかんだけを別に調査する意味があるのか？
- 一定の病気等に起因する交通事故と一言いながら、病気に起因しない事故を除外しないで分析している
- “病気のある人で事故を起こした人”全体としての申告状況が明らかになったものの、一定の病気に直接関連した事故と、申告状況、申告に関わる指導の実情は不明
- ①-2 一定の病気による総事故件数は？(複数事故を起こしたもののだけの調査では、一定の病気に関わる事故の割合が多くなっている可能性がある)
- ③ 医師による指示の少なさを理由を分析する必要がある。知らない？道交法が分かりにくい？医師の責任だと思っていない？関わりにくい？
- ④ 制度が周知されていないことを意味する

13

自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれのある一定の症状を有する者を的確に把握するための方策について

(1) 症状等の申告の担保のための方策について

14

運転適性に関する基準は厳密か？

- 統合失調症：医師の診断による
- てんかん：発作が2年以上抑制
- 再発性の失神：
 - 神経因性：医師の診断による
 - 心原性：除細動器装着等の条件により詳細な基準
 - その他(起立性低血圧など)：医師の診断による
- 無自覚性低血糖症：医師の診断による
- そううつ病：医師の診断による
- 重度の睡眠障害：医師の診断による

16

1) 無申告者に対する罰則の導入

15

対象者数

- 統合失調症: 100万人
- てんかん: 50万人 (100万人のうち、運転可能年齢で合併障害がない)
- 再発性の失神: 200万人 (失神発作の発生率6%/年、再発率30%¹⁾)
- 無自覚性低血糖症: ? (糖尿病690万人/H9年厚労省)
- 躁うつ病: 200-1000万人
- 重度の睡眠障害: ? (睡眠時無呼吸症候群200万人、ナルコレプシー20万人)
- 前二号に掲げるもののほか、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する病氣(脳卒中、認知症、アルコールの中毒)

1) 今泉勉、失神の診断と治療

17

無申告者に対する罰則制度

- 主として事故の時にしか、無申告は明らかにならず実効性に乏しい
- 運転適性の判断を主として医師に任されている疾患の場合、医師間で判断が異なることは十分あり得る。罰則を適用することで、混乱に拍車をかけないか?
- 罰則制度を厳正に対応するためには膨大な経費が必要
- 基準の比較的明瞭なてんかんと失神の患者だけが取り締まりの対象にならないか?
- てんかんであっても、同じ発作に対して医師間で判断が異なる場合がある(例: ミオクロニー発作、軽微な運動発作など)。
- 平等性が確保できるか?
- 運転適性を有している人でも、未申告だと罰則の対象となる。形式的である
- 隠さざるをえず生活している人の病気を、強引に明らかにする

18

医師の報告制度

- 医師のみが報告する制度には反対
 - 医師・患者の信頼関係を破壊する
 - 発作再発など、症状悪化時の患者の報告が不正確になる(医師に発作を隠す)
 - 免許を失いたくないあまり、患者が医療から遠ざかる
 - 医師がてんかん患者の診療を負担に感じる
 - てんかん患者が難民化する
- 医師は患者の側に立ち、治療という前向きな目標に対してのみ真剣になれる。報告はその反対向きの行為であり、医師は積極的に興味を持ってない

20

2) 医師の報告制度

19

市民を巻き込んだ報告制度は？ (アリゾナ州)

- 当局への報告は法的責任ではなく、倫理的責任であるべき
- 交通に危険をもたらすのは、病気の人だけではない
- 報告制度を作るなら、徹底したものにならないと、特定の人たちだけを社会から排除することになる
- あらゆる危険運転者に対して、あらゆる人が報告の（倫理的）義務を負うのが公平なルール
- 当たり前前の倫理規範をあげて法律にする必要があるのか？
- 密告社会を望む人はいない

21

てんかんと道路交通法、患者の医師への発作報告

M. C. Salinsky, K. Wegener, and F. Sinnema
Epilepsia, 33(3):469-472, 1992

- 交通当局への発作の報告を医師が行う州と、患者が州の2つの病院(Oregon Health Service University, Portland VA Medical Center)のてんかん患者155名を対象に、道路交通法の違反により、発作が再発した際の医師への報告に違いがあるかを意識調査をした。
- 患者に報告義務がある場合、96%の患者が医師に発作を告げ、56%が当局にも報告すると答えた。一方、医師が報告する法律の場合には84%が医師に告げると答えたが、実際に運転している患者だけを対象とすると72%に低下した。当局に報告して免許停止になっても運転すると答えた人は、患者報告制で9%、医師報告制で17%であった。医師に発作を伝えない、あるいは当局に報告しないなど不適切な状態の運転者を合計すると、患者報告制で53%、医師報告制で33%であった。しかし不適切な運転者のうち、同時に治療が不適切になる患者の割合は、患者報告制で8%に対し、医師報告制の場合49%に上った。医師報告制とした場合の事故のリスクは高くなる。

22

医師の報告義務のてんかん発作による事故のリスクへの影響

*Richard S. McLachlan, Flout Starrevel, and Mary Ann Lee
Epilepsia, 48(8):1500-1505, 2007

- 医師の当局への通報義務が事故を減らすという仮説を検証した。カナダのOntario州(医師報告制)とAlberta州(匿名報告制)の2つの州で、郵送による質問紙方式で運転歴と事故歴を調査し、コントロールとしてそれぞれの州のてんかんのない人(患者の友人や親類)も調査した。両州とも患者による当局への報告は法的に義務づけられている。
- 運転歴(運転免許を所持しているあるいは所持していた人の割合)はてんかん群では425名のうち73%、コントロール群94%で、コントロール群が有意に高かった。生涯事故率は、てんかん群で58%、コントロール群で60%と差がなく、生涯事故を起こした人は両群とも9%であった。Ontario州(202名)、Alberta州(233名)のてんかん患者の生涯事故率はそれぞれ45%、46%と変わりなかった。なお両群の年齢、性別に差はなかった。無免許運転者は、Ontario州で20%、Alberta州では3%とOntario州で有意に高かった。
- 発作の抑制されていない患者の運転が危険なのは言うまでもないが、医師の当局への報告義務が事故率を下げるという仮説は成立しなかった。他の疾病や疾病以外の事故要因と比較して、てんかんへの関心は過剰である。

23

罰則規定の導入と医師による報告制度

——結論——

- 罰則制度も、医師による報告制度も患者を医療から遠ざけ、危険な運転者が増えるだけで反対する
- 現在ある法律の中で十分対応できる
 - 申請・更新時の無申告(虚偽の申告)に対する罰則
 - 道路交通法
 - 第百七十七条の四次の各号のいずれかに該当する者は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。
 - 四 偽りその他不正の手段により免許証又は国外運転免許証の交付を受けた者
 - 第三者による相談・通報
 - 55件/平成23年度の実績

24

自動車等の安全な運転に支障を及ぼす
おそれのある一定の症状を有する者を
的確に把握するための方策について

(2) 申告を行いやすい環境の整備方策につ
いて

25

自己申告率向上のために

26

千葉労使病院のてんかん患者の実態調査 1) 道路交通法の認知度

- 「てんかんであっても一定の条件を満たせば運転免許が取得可能である」ことを知っているか？
- 免許あり 59名
 - 知っている 22名 (37.3%)
 - 知らない 37名 (62.7%)
- 免許なし 20名
 - 知っている 22名 (35.0%)
 - 知らない 37名 (65.0%)

小沢義典、てんかん患者の運転免許取得に関する実態調査、
日本職業・災害医学会誌、59(6)、251-254、2011

27

千葉労使病院のてんかん患者の実態調査

2) 遵法状況 (免許取得者59名)

- 免許取得・更新時に公安委員会の診断書を提出
 - 6名 (10.2%)
 - ・ (取得時3名、更新時3名、うち1名は失効)
- 免許取得時に欠格状態(旧法時を含む)
 - 14名 (23.7%)
- 更新時の診断書提出なし
 - 46名 (78.0%)

小沢義典、てんかん患者の運転免許取得に関する実態調査、
日本職業・災害医学会誌、59(5)、251-254、2011

28

資料5

日本てんかん協会作成
啓発ポスター

全国2000力所の医療機関に
送付



資料6 各種手帳の交通費減免に関する比較

	JR (電車、バス)	私鉄 (電車、バス)	有料道路 通行料	タクシー	船舶	航空運賃
精神保健福祉手帳	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
身体障害者手帳	50%	50%	50%	10%	50%	各社の規定による
療育手帳 (知的障害)	50%	50%	50%	10%	50%	各社の規定による

啓業者白書 平成17年度版、内閣府

以下の私鉄は全社、精神保健福祉手帳所持者に対する割引制度なし
(平成24年5月11日確認)

東京メトロ、東武鉄道、西武鉄道、京成電鉄、京王電鉄、小田急電鉄、東急電鉄、京浜急行、相模鉄道、阪急電鉄、近畿日本鉄道、南海電鉄、京阪電鉄、神戸電鉄、阪神電車

30

資料7 てんかんのある人とその家族を支える国会
請願活動

・1988年度から国会請願署名活動を全国展開 → 交通運賃減免・手帳サービス拡大の項目を含む
・毎年実施(8万筆台~13万筆台) → 2010年度までの総数1,376,054筆

その成果

・2001年9月、第151通常国会・衆議院(国土交通委員会)において公共 交通機関運賃割引の請願が採択 → 内閣送付
・2008年6月、第169通常国会・衆議院(厚生労働委員会 等)において全5項目(交通運賃減免制度の拡充を含む)の請願が採択 → 内閣送付

しかし

《 内閣府、厚生省、国交省、JR = 明確な進展は無い 》

・国土交通省: JRは民間企業で協力要請をする。障害福祉サービスの充実を。
・JR: 営業成績による。利用者全般の運賃の見直しにも波及する課題。

どうして“自分は大丈夫”と思うのか？
予測されるてんかん発作による事故率

- ・ 年1回発作のある人が、1日1時間運転するとして、運転中に発作を起こす確率
 - 1日の中で、運転中に発作を起こす確率=1/24
 - 運転中に発作が起こるのは、24年に1度
- ・ 実際には運転中の発作の約半分が事故(対物含む)に繋がると言われている
- ・ 事故として集計されている“人身事故”はその中の一部
- ・ 2-5分の発作のために、1年=525600分の生活が制限される

32

運転免許が必要な理由

- 1992年のてんかん学会の調査によると、運転免許所持者のうち、月1回以上発作のある人の4割の人は実際には運転していない。
- 運転する以外に運転免許を持っている必要がある
 - 就職(履歴書に記載欄あり、運転免許がないと理由を聞かれる)
 - 身分証明書として安易に用いられる
- 履歴書の問題
 - 資格・免許取得には、疾患や障害の状況によっては取得を制限しているものがある。必要の有無にかかわらず、資格・免許の所持を問うのは差別である

33

自己申告率向上のために必要なこと

- 制度の周知(更新のための講習などを利用して紹介する)
- 診断書の無料化
- 現在の「相談制度」の活用(第三者でも相談できることを周知するなど)
- 相談窓口の工夫
 - 電話相談の活用
 - 診断書の入手を容易にする(病院に配置するなど)
- 運転をやめるのが困難な人ほど、カウンセリングが必要。きちんとしたカウンセリングが行われるなら、不正に運転する人の数が確実に減る。規制強化に費やす費用を、カウンセリングのための組織やシステムの構築に用いる

34

運用規則

- 道交法を現実的なものに変える必要がある
 - 2年間の発作抑制を必要としながら、6か月しか経過観察期間がないのは矛盾している。治療意欲につながらない
 - 断薬など理由が明らかな再発の場合は観察期間を短縮してほしい
 - 発作抑制期間の2年は長すぎる。
- 諸外国の基準と比較して、守りやすい法律への改定を日本てんかん学会と検討してほしい
- 病気が理由で免許証を失った場合には、再取得を容易にしてほしい

35

結論

- 規制強化で問題は解決しない
- 現在の制度を利用して自己申告の促進を図るべき
- 制度の啓発を徹底して行う
- 車のない生活は、地方では非常に不自由で、生活が成立しなくなる人もいる。車の運転ができなくなった後の支援も真剣に考えないと、制度運用の徹底は困難
- 交通費減免制度などと一体化した改革が必要で、道路交通法だけを変えても解決にはならない
- 病気の人がだけが不自由を強要されることにならないようお願いいたします

36

予備6 てんかんのグローバルキャンペーン

- てんかんに関するグローバルキャンペーンは、世界保健機関(WHO)、国際てんかん協会、国際抗てんかん連盟の共同実施
- てんかんは個人、家族、コミュニティ、国に物理的、心理的、社会的、経済的多大な負担を課すとともに、誤解、恐怖と偏見によってそれらの負担はさらに増している。
- てんかんに関する社会の意識、受け入れ、教育の向上を目的とする
- WHOは、実施中のグローバルキャンペーンの中で、てんかんに対するグローバルキャンペーンは、神経疾患における唯一かつ最重要課題と位置づけた。2001年の世界保険デーでも最先端の取り組みであった。
- てんかん宣言:ヨーロッパで採択されたのを最初に、アフリカ、ラテンアメリカ、アジア・オセアニアと続いた。
- 第3期(2005年～2009年)
 - 途上国以外での実証プロジェクト:グルジア(ヨーロッパ)
 - 法制度の改正:教育、雇用、居住、地域サービス、医療などの面での不利益。
 - ステイグマに対するプロジェクト:中国とベトナムで調査を実施
 - 治療ガイドラインの作成
 - 国家レベルでのキャンペーンの判定
 - ヨーロッパ
 - 2011年7月14日:ヨーロッパてんかんデー
 - 2011年9月:EU委員会によるヨーロッパてんかん宣言の採択