

てんかんと運転免許

東京医科歯科大学生命機能情報解析学教授

松浦 雅人

(聞き手 山内俊一)

てんかんと運転免許との関係についてご教示ください。

<埼玉県勤務医>

山内 てんかんと運転免許との関係についてですが、まず現時点での対応といますか、てんかんを持っている方に対する運転免許、主に行政サイドの話になるかもしれませんが、こちらのほうからお聞かせ願えますか。

松浦 かつては、てんかんという診断がつきますと、運転免許は絶対欠格という時代があったのですけれども、2002年に改正道路交通法が施行されて、その後は相対欠格ということになっています。ですから、個々の患者さんごとに判断するという事になっています。てんかんであっても、4通りの場合については運転適性があるというふうに考えられております。

山内 具体的にはどんな条件なのでしょう。

松浦 1つは5年間無発作という場合です。2つ目は2年間無発作で、主

治医が今後数年であれば発作は起きないという診断書を書いた場合です。3つ目が発作が意識障害を伴わない、あるいは運動障害を伴わない、いわゆる単純部分発作に限られるという場合です。4つ目が発作が睡眠中に限られる。この4通りの場合は、てんかんという診断であっても運転適性があるということになっています。

山内 ただ、実際に診断書が必要なケースが多いということになりますか。

松浦 はい。先ほどの1番目と3番目、4番目は免許を申請する最初のときに診断書を出せば、その後、5年ごとの更新のときに病状申告だけでオーケーです。2番目の場合は数年後にもう一回診断書を出す、そういうルールになっています。診断書は、各都道府県の免許センターに置いてあり、患者さんがそれを持ってきますので、「診

断書を書いてください」と持ってきたら、ぜひ書いてあげていただきたいと思います。

山内 診断書を書くにあたって、専門医である必要はないのですか。

松浦 それは全くありません。主治医であれば、先ほどの4通りのどれかに該当すればオーケーということになります。

山内 ただ、現実問題として、かなり見慣れた先生でないと、例えば睡眠時だけとかいったことを断定するのはなかなか難しいような印象もありますね。特にこれは患者さんの申告によるところもありますね。このあたりに関しては、少しあいまいなところが残っていると見てよろしいのでしょうか。

松浦 てんかんの患者さんは非常に多くて、日本で100万人ぐらいといわれています。そのうち7割の方は発作が止まる人たちです。この人たちに関してはそんなに難しくないと 생각합니다。問題は残りの3割の人たちで、適切な薬で、適切な量を使ってようやく止まるという方もおられますし、あるいは外科手術でようやく止まるという方もおられますので、そういった方々に関しては確かに専門医の判断が必要な場合も出てくると思います。

山内 非常に現実的な話で恐縮ですが、先ほどの診断書を書くにあたって、多くの非専門の先生方は患者さんの申告をもとにして書くということになっ

てしまうと思われませんが、薬を使用していない場合ですと、一応その申告を信じて診断書を書くという、そういうスタンスで今のところはよろしいのでしょうか。

松浦 てんかんの治療は、薬をきちんと服用するというのが原則でして、先ほどの発作が止まる7割の方というのは、薬を服用して止まるという意味ですから、薬の服用が前提になります。

山内 そうしますと、薬をのんでいる場合に、薬の量とか、あるいは種類とかの調節とか、そういったものも絡んでくると見てよろしいのでしょうか。すなわち、薬を増やしたらてんかん発作は収まるのではないかとか、そういった話ですが。

松浦 先ほど言った7割の人たちは、これはある程度予後がよくて、薬を仮に少量であっても、あるいはやめても発作が再発しないという良好な人たちなのですけれども、残りの3割の人たちは確かに適切な薬を適切な量使わないと止まらないということがあります。患者さんは100万人もいるので、専門医がすべて診るというわけにはいきませんので、発作が年に1回でも残っているという患者さんの場合には、一度セカンドオピニオンのようなかたちで、今の薬が妥当かどうかということ専門医にコンサルトする必要があるかなと思います。

山内 現在、日本で一番標準的な治

療薬というとは何でしょうか。

松浦 てんかんには2種類ありまして、いわゆる全般てんかんというのと部分てんかんというのがあります。前者であればバルプロ酸ナトリウムという薬を使います。後者の部分てんかんであればカルバマゼピンという薬を使います。これが逆になったりしますと、本来止まるべき発作が止まらないということになります。この2つの薬が基本になります。

山内 最初の診断は、自信がないならば専門医にお任せしてということがよろしいでしょうか。

松浦 部分てんかんと全般てんかんの区別が基本になりますので、どちらかわからないという場合には一度専門医にコンサルトしたらいいと思います。

山内 片方の薬を使って効かなかったら、もう片方というわけにはいかないわけですね。

松浦 そうですね。

山内 あとは量の調節ですが、これはどのように行われるのが普通なのでしょうか。

松浦 抗てんかん薬は脳に作用する薬ですから、眠気とかの副作用が出てきますので、すべての抗てんかん薬の原則はゆっくりと少量から開始して、ゆっくりと増量する。発作が止まった段階でストップする。そういうやり方が原則になります。

山内 ストップというのは維持です

ね。

松浦 維持するということになります。

山内 確かに運転免許というものが絡みますと、少し複雑になるときもあるかもしれないということですね。

松浦 そうですね。

山内 いずれにしても、そのあたり、行政との絡みもあると思われませんが、学問的に見た場合、学会の考え方というのはまた別にあるのでしょうか。

松浦 はい、あります。運転免許というのは、医師の診断書がすべてを決めるわけではありません。各都道府県の免許センター、公安委員会が医師の診断書を参考にして、その患者さんに運転適性があるかどうかを判断して免許を与えるわけです。あくまで医師の診断書は参考で、実際に免許を与えるのは公安委員会であるということになります。

日本のルールは、先ほど言いましたように、2年以上の無発作を要求しているという、非常に厳しいルールなのです。ヨーロッパでは原則1年間発作がなければ、運転適性があるという判断です。EUに加盟している諸国はそういった方針で各国の法律を整備するようという通達が出ていまして、現在、ほとんどのヨーロッパの国ではそのルールに従っていると思います。アメリカでは各州によって違うのですけれども、原則6カ月無発作であれば運

転適性があるというルールを使っている州が多いです。いずれにしても、日本はそういう意味では非常に厳しいルールになっている。

先ほどの話ですけれども、主治医は患者さんの申告で診断書を書くわけですけれども、これはもちろん患者さんの申告が正確だということが前提になるわけです。診断書を書いたあとから実は発作があったということが判明しても、それはもちろん医師の責任にはならない、そういうふうにいわれています。

山内 一つには、車がないと生活できないところはかなり深刻な問題になりますから、日本でもそのあたり、地域的なものも少し加味されてもいいかもしれないという気もいたしますが、実際には道路交通法が今度改正されますが、かなり厳しくなると見てよろしいでしょうか。

松浦 先ほどの運用基準のところは変わらないのですけれども、申告をせずに免許を取得したりした場合に罰則を強化しようということがあります。もう一つは、医師の勧告に従わずに危険な運転をしている場合に、医師が、

任意ですけれども、当局に通報するというのも可能にしようという方針のようです。

さらに、刑法の改正も議論されています。従来、交通死傷事故を起こした場合に、注意義務違反と、ある程度故意に危険運転をした場合と、2つの刑罰しかなかったのですけれども、その中間の罪をつくろうという動きがあります。発作があることを知っていて、結果的に事故を起こした場合に、そういった中間の刑罰を適用するようにしようというものです。道路交通法にしる、刑法にしる、厳罰化の方向にしているわけです。

山内 厳しいですね。

松浦 ただ、厳罰化だけで果たして実効性があるかというのはちょっと疑問がありまして、厳罰化と同時に、学会が提案しているように運用基準を緩和するとか、あるいは関連の支援法を整備するとかが必要と思われます。また、新しい法律は何年後かに見直すといったような付帯決議をつける必要があるのではないかなと考えています。

山内 どうもありがとうございます。