

## ＜シンポジウム (1)―13―1＞明日からのてんかん診療向上のための方策

### てんかんと法制度

松浦 雅人

(臨床神経 2012;52:1033-1035)

Key words : 精神保健福祉法, 社会資源, 運転免許, 相対欠格, 欧州連合指令

#### はじめに

1975年, 当時の精神衛生法第32条の通院公費負担制度の事務取り扱いに関連して, 公衆衛生局長が「てんかんは精神衛生法の対象疾患」であると通知して以来, 日本の法制度・福祉制度ではてんかんは精神障害に位置づけられている。2011年には, 社会保障審議会医療部会が, 医療計画に反映すべき疾患, すなわち, 患者数が多く, 死亡率が高いなど緊急性が高く, 医療機関の機能に応じた対応が必要な疾患として新たに精神障害を追加した。てんかんも精神障害にふくまれるため, 2013年以降の医療計画にてんかんの救急医療, 専門医療, 地域医療の連携を強化した医療計画が求められる。

また, 日本では国連の障害者権利条約批准に向けて, 1999年より運転免許制度もふくめて各種法令の欠格条項が見直され, 病名による絶対的欠格条項が廃止され, 個別に判断する相対的欠格となった。さらに, 2011年には障害者基本法が改正され, 共生社会の実現に向けて障害の定義が拡大され, 差別的禁止項目が新設され, 2013年をめぐりに新しい障害者総合支援法(仮称)が施行されることとなった。

#### 運転免許制度

1960年制定の旧道路交通法では, 「精神病患者, 精神薄弱者, てんかん病患者, 目がみえない者, 耳がきこえない者, 又は口がきけない者」は免許を与えないとあり, これらは絶対欠格事由であった。さらに, 1967年には上記疾患でないことを証明する診断書の提出が義務付けられたが, この法改正は医療現場で大混乱をひきおこしたため, 11カ月で廃止された。

2002年に改正された道路交通法では, てんかんをふくめて病名による絶対欠格はなくなり, てんかんのある人でも一定の条件を満たしたばあいには運転免許が許可されることとなった<sup>1)</sup>。Table 1に示したように, 法律からは病名が削除されたが, 施行令には病名が残された。また, 大型免許や第2種免許に関しては, 原則として運転適性がないと運用基準マニュアルに記載された。

日本てんかん学会の法的问题検討委員会では, 定期的にてんかんのある人の運転免許に関する実態調査をおこなってきた<sup>2)</sup>。Table 2に示したように, 改正道交法施行以降, およそ1万人の患者が正規の手続きを経て運転免許を取得したと考えられる。しかし, 日本のおてんかん患者数が92~158万人と推

Table 1 道路交通法・施行令・運用基準抜粋

道路交通法	第九十条 次の各号のいずれかに該当する者については, 政令で定める基準に従い, 免許(仮免許を除く.)を与えず, 又は六月を超えない範囲内において免許を保留することができる。 一 次に掲げる病気にかかっている者 ロ 発作により意識障害又は運動障害をもたらす病気であって政令で定めるもの
道路交通法施行令	第三十三条の二の三 2 法第九十条第一項第一号口の政令で定める病気は, 次に掲げるとおりとする。 一 てんかん(発作が再発するおそれのないもの, 発作が再発しても意識障害及び運動障害がもたらされないもの並びに発作が睡眠中に限り再発するものを除く)
運用基準	一定の病気に係る免許の可否等の運用基準 2 てんかん(令第三十三条の二の三第2項第一号関係) (1) 以下のいずれかの場合には拒否等を行わない。 ア 発作が過去5年以内に起こったことがなく, 医師が「今後, 発作が起こるおそれがない」旨の診断を行った場合 イ 発作が過去2年以内に起こったことがなく, 医師が「今後, X年程度であれば, 発作が起こるおそれがない」旨の診断を行った場合 ウ 医師が, 1年間の経過観察の後「発作が意識障害及び運動障害を伴わない単純部分発作に限られ, 今後, 症状の悪化のおそれがない」旨の診断を行った場合 エ 医師が, 2年間の経過観察の後「発作が睡眠中に限って起こり, 今後, 症状の悪化のおそれがない」旨の診断を行った場合

Table 2 法改正後のてんかんのある人の運転免許取扱件数.

		2003年 (法施行1年目)	2005年 (同3年目)	2007年 (同5年目)	2010年 (同8年目)
取扱件数	自己申告	2,508	3,192	3,926	4,370
	交通事故など	126	176	195	312
診断書の主体	主治医診断書	1,719	2,347	2,669	3,865
	臨時適性検査	131	50	101	60
判定結果	新規・更新の許可	1,399	1,987	2,544	3,373
	保留ないし停止	61	40	60	119
	拒否ないし取り消し	157	41	169	177
申請取り下げなど			552	673	675

定される<sup>3)</sup>ことから、いまだその取得率は低い。現行ルールに対する学会会員の意見としては、判定保留期間6カ月は短すぎる、無発作期間を一律に2年とするのは問題である。今後発作がおきおそれないと断定できない、大型免許や第二種免許の規定を再考すべき、融通をきかせられる部分をつくるべきなどであった。

2010年から11年にかけて、てんかん患者が関連した悲惨な交通死傷事故があいついで報道された。公安委員会の報告では、2010年の1年間で発作によると思われる人身事故が71件発生し、そのうち申告していた者はわずかに5名であったという。法令不遵守の人が事故をおこすリスクが高いのではないかと推測される。現行ルールが守られていないとしたらその要因を分析する必要がある。そして、てんかん患者の交通事故を減らすための対策が急がれる。

### 欧州の状況

欧州連合は2005年にてんかんと運転免許に関する報告書<sup>4)</sup>をまとめ、てんかんのある人による事故はすべての交通事故の0.25%であり、決して事故発生率が高いとはいえない。また、てんかんのある人の交通事故のうち発作による事故は11%であり、さらに発作による事故のうちの15%は最初の発作、すなわち避けることのできない発作による、と述べている。そして、てんかんのある人の運転免許に関する規則は、寛容で、単純で、明確であるべきとし、その理由として、道理にかなっていると感じる、再取得も容易と考える、責任感をもちやすい、規則を守ろうとすることを指摘している。

医師の通達制度に関しては、「医師から当局への報告を義務化すべきでない。患者は医師に発作を報告しなくなり、治療をさまたげる。規則を守らなくなり、不法な運転や無免許運転を増やす。しかし、患者が当局への報告を拒否し、公共に例外的なさしめまった危険が生じる場合には、医師が報告することもありうる」と述べている。

具体的な勧告では、自家用車運転に必要なとされる無発作期間を1年とし、初回発作や薬物調整時の発作は6カ月でよいとし、職業運転のばあいは服薬なしで10年間、初回発作では5年間の無発作期間としている。2009年にはこの勧告を欧州連合指令として議決し、2012年4月時点でEU加盟国27カ

国中23カ国が自国の法律をこの指令に沿った形で改正した。

### 米国の状況

米国では州によってことなるが、発作抑制期間を6カ月としているところが多い。発作抑制期間ごとに致死の交通事故率を検討したところ、発作抑制期間と交通事故の関連はなかったという<sup>5)</sup>。また、アリゾナ州では1994年に発作抑制期間を12カ月から3カ月に減らしたが、変更前3年間と変更後3年間で事故率は変化しなかった<sup>6)</sup>。フロリダにおける法令遵守に関するアンケート調査<sup>7)</sup>では、発作が残存する例の24%が運転しており、運転適性のないことを告げても1/4が遵守しないと答え、その理由として仕事や生活の必要性、前兆があるため、ルール自体がばかっていると答えた。

米国50州のうち、6州では潜在的なリスクドライバーを診察した医師には陸運局への報告を義務付けている。法規の内容は州によってことなるが、実際には届け出が患者の意思にそぐわず、通常業務にさし障ることもあり、臨床現場ではほとんど遵守されていないという<sup>8)</sup>。医師に報告を求めるニュージャージー州と求めないアリゾナ州を比較した研究<sup>9)</sup>では、医師の報告義務を課しても交通事故や法令不遵守は変わらず、むしろ専門家に相談することが減るので、相談を義務化した方がよいとした。最近のレビュー<sup>10)</sup>も、医師の通報制度は交通事故を減らさないと結論している。

### 社会資源の利用

社会資源とは、利用者の生活上のニーズを充足し、問題を解決するために動員されるあらゆる人的・物的資源の総称である。フォーマルなものからインフォーマルなものまであり、経済面、就労面、社会生活面など生活全般にかかわり、制度、施設、情報などを包含する。わが国ではてんかんのある人が社会資源をうまく活用できていないという指摘がある。医療費の支援については、てんかんは自立支援医療の対象疾患である。生活費支援については、初診日から1年半を経過した時点で、被保険者が働けないか、働くことに制限を受ける状態のばあいに障害年金が申請できる。日常生活支援については、精神障害者保健福祉手帳を所持することにより障害者雇用率に算定

され、所得税制の優遇措置や公共施設の利用料減免など、さまざまな制度を利用できる。いずれも主治医であれば診療科を問わず診断書を作成できる。知的障害や身体障害を併せ持つ人は、障害の状態により療養手帳や身体障害者手帳の重複取得が可能である。

※本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。

## 文 献

- 1) 日本てんかん学会法的问题検討委員会. 道路交通法改正にともなう運転適性の判定について. てんかん研究 2002;20:135-138.
- 2) 日本てんかん学会法的问题検討委員会. てんかんのある人における運転免許の現状と問題点～道路交通法改正8年後の公安委員会・医師へのアンケート調査. てんかん研究 2012;30:60-67.
- 3) 日本てんかん学会てんかん実態調査検討委員会. 日本におけるてんかんの実態 日本でのてんかん患者数の推定. てんかん研究 2010;27:408-411.
- 4) Advisory Board to the Driving Licence Committee of the European Union. Epilepsy and driving in Europe. Final Report. 2005.
- 5) Sheth SG, Krauss G, Krumholz A, et al. Mortality in epilepsy: driving fatalities vs other causes of death in patients with epilepsy. *Neurology* 2004;63:1002-1007.
- 6) Drazkowski JF, et al. Seizure-related motor vehicle crashes in Arizona before and after reducing the driving restriction from 12 to 3 months. *Mayo Clin Proc* 2003;78:819-825.
- 7) Tatum WO, et al. Disobedience and driving in patients with epilepsy. *Epilepsy Beh* 2011;23:30-35.
- 8) Schultheis MT, DeLuca J, Chute DL. Handbook for the Assessment of Driving Capacity. Elsevier; 2009 (三村 将監訳: 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; 2011).
- 9) Drazkowski JF, Neiman ES, Sirven JI, et al. Frequency of physician counseling and attitudes toward driving motor vehicles in people with epilepsy: comparing a mandatory-reporting with a voluntary-reporting state. *Epilepsy Behav* 2010;19:52-54.
- 10) Classen S, Crizzle AM, Winter SM, et al. Evidence-based review on epilepsy and driving. *Epilepsy Beh* 2012;23:103-112.

## Abstract

### Epilepsy and law

Masato Matsuura

Section of Biofunctional Informatics, Tokyo Medical and Dental University

In Japan, the law related to mental health and welfare for the person with mental disorders is also applied to the people with epilepsy (PWE). PWE are said to utilize social resources, such as financial supports for medical care, cost of living, etc, ineffectively. The driving regulations in Japan were amended in 2002, which granted licenses to PWE after a two-year seizure free period. In 2010, 3,373 PWE legally obtained a driving license, and the attending doctor assessed fitness for driving in most of the cases. The main remarks from the doctors of Japan Epilepsy Society included the need to shorten the seizure-free period of two years, and to lengthen the withholding period of six months to qualify for fitness to drive. Problems of assessment identified included difficulty in assessing the risk of seizure recurrence, and in deciding the time for reassessment. In 2010, 71 traffic accidents resulting in injuries or death were supposed to be caused by epileptic seizures, and only five drivers had previously declared their condition. Effective action plans, including education for the public, patients, and professionals, are urgently needed to heighten compliance of the regulation and to decrease traffic accidents relating to PWE.

(*Clin Neurol* 2012;52:1033-1035)

**Key words:** the law related to mental health and welfare of the person with mental disorders, social resources, driving license, relative restriction, EU directive