



通学途中の小学生の列にトレーラーが突っ込み六名が死亡した栃木県の事故は、運転手に懲役七年の実刑判決が下された。運転手は「てんかん」の持病があり、その朝は薬を服用せずに家を出たという。その後、京都でも同じような事故が起こったが、運転手が死亡し、その詳細は不明である。一方、糖尿病でインスリンを自己注射し自動車運転中に低血糖状態となり交通事故を起こし、自転車に乗っていた高校生を死亡させた事例には、無罪判決が下された。これらの裁判で下された刑が重いのか、軽いのかという問題はともかく、被害に遭われた方々のご家族・関係者の

服薬アドヒアランス

情報広報部副部長

悲しみは癒えることがないであろう。

医者ではない友人から「このような事故では、病気を診ていた医者の責任はどうなっているのですか」と質問された。専門外ではあるが改めて「てんかん」に的を絞ってこの問題を考えてみたい。

「てんかん患者」の車両事故の結果が大惨事であることが多いという認識から、てんかん学会・てんかん協会として警視庁が合同で運転免許取得や更新制度を見直すことを進めている。昨年十月に開催された「第45回てんかん学会市民公開講座」でも「てんかんを持つ人の運転免許と就労について」がテーマのひ

とつであつた。当事者からは、病気を職場に正直に報告すると失職する可能性があることが問題点としてあげられた。

一九六〇年に制定された旧道路交通法では、すべてのてんかん患者が運転免許証を取得できない「絶対欠格」であつた。しかし多くの海外の国では「症状がない、または治療で抑制できる患者は免許を取得できる」とされておられ、また障害者基本法に合わせて見直しの機運が高まり、二〇〇二年に「相対欠格」を取り入れた道交法に改正された。

ここでは、発作歴・将来的な発作発症のリスク・発作の性状など四つの基準があるが、

前川 勲

いずれも診断・治療にかかわる医者の判断が重要である。無論、患者側にも運転免許の更新時に「病気の申告」が義務付けられている。一般人と比べて「てんかん」患者の交通事故率が必ずしも高いわけではないとされているが、今回のような大事故では当事者である患者と診療にかかわっていた医者との間に「どのような意志の共通性」があつたのか問われるのは、当然であろう。

過日の北海道医報に「Living Will」に関するアメリカでの誓約書が紹介されていたが、「インフォームド・コンセント」が一般的に行われ、患者と医者との契約が文書で取り交わされる時代になっている。服薬遵守は、かつて「服薬コンプライアンス」と称されていたが、より患者の意思を重視するという意味で「服薬アドヒアランス」に変更された。

正しい服薬が治療上で重要となる疾患では、この点での「相互確認」が強く求められる。医者と患者が診療行為に対して相互の信頼関係を保つことは当然とはいえ、服薬に関する相互に納得した約束事を文書で交わす（服薬契約）という方法が日本の医療界でも検討されるべきではないかと考える。

さて、話は変わるが「高齢者てんかん」も今後問題になる可能性が高い。高齢者では脳梗塞、脳出血後遺症などに伴う「付随的てんかん」が起こることは良く知られているが、高齢者てんかんの三割は原因不明であることが報告されている。この場合には典型的なけいれん発作ではなく、短時間の意識喪失、麻痺など多彩な症状を呈するとされている。

高齢者の自動車事故では「アクセルとブレーキの踏み間違い」が多く、年間数千件、多数の死亡例があると報告されているが、この様な事故の40%は六十歳以上であることを考えれば、この中に「高齢者てんかん」が含まれている可能性は否定できない。

また、発作を誘発する薬剤との関係も注目されている。抗精神薬、ニューキノロン系の抗菌剤、また非ステロイド抗炎症薬（NSAID）などごく普通に使われている薬剤が「高齢者てんかんの増悪因子」として指摘されており、高齢者の医療現場において十分注意を払う必要があるだろう。

現代社会に起こっている了解不能な出来事・犯罪なども別の角度から見れば違った姿が見えてくるのではないだろうか。「様々な角度」で物事を見ることが求められるという時代にわれわれ臨床医が生きていることが痛感される。