

平成 25 年 1 月 23 日

法制審議会 刑事法(自動車運転に係る死傷事犯関係)部会

部会長 西田 典之 様

社団法人 日本精神神経学会

理事長 武田 雅俊



自動車運転による死傷事犯の罰則整備に関する要望

貴職におかれましては、自動車運転による死傷事故を防ぐための法整備のご検討にご尽力をいただき、ありがとうございます。

さて、貴部会で、危険な自動車運転への罰則の検討に関連し、特定の病気に罹患していて、その影響により正常な運転に支障が生じるおそれのある状態で死傷事故を起こした場合、15年以下の懲役とする罪を新設することが検討されていると聞き及んでおります。

もとより自動車運転に携わる者が正常な運転をなし得るよう最大限の努力を払うことは義務であり、仮にそれを怠った場合、その者は結果に対し社会通念相応の責任を負うのは当然のことです。

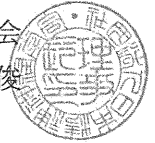
しかし、特定の病気と交通事故との関連は医学的に明らかでなく、病名を特に挙げ、それを要件として罰則の対象とするのは障害者の社会参加や差別解消の観点からも不適切です。アルコールや薬物の影響、通行禁止道路での運転や無免許運転など、明らかに故意による危険な運転と同列に扱うべきものとも思えません。

貴部会におかれましては、この点についてもご高配いただき、慎重な審議を行っていただくよう強く要望いたします。

参考として、当学会による「『一定の症状を呈する病気等に係る運転免許制度の在り方に関する提言』についての批判」を添付いたします。

平成25年1月19日

社団法人 日本精神神経学会
理事長 武田 雅 俊



「一定の症状を呈する病気等に係る運転免許制度の在り方に関する提言」 についての批判（声明）

平成24年10月25日付で、「一定の病気等に係る運転免許制度の在り方に関する有識者検討会」（以下「検討会」）による「一定の症状を呈する病気等に係る運転免許制度の在り方に関する提言」が出された（以下「提言」）。これは、当学会が平成24年9月15日付で出した、学術的・臨床的な視点からの指摘（以下「学会意見」）を無視した、正当性のないものである。以下要約を示し、詳述で、その根拠を具体的に示す。

〈要約〉

1. そもそも特定の病名に基づく免許の制限は、障害者の社会参加や差別解消という観点からして適切でなく、また医学的にも正当性がない。
2. 「一定の症状を呈する病気等に起因する交通事故」として701件を抽出し検討しているが、そもそもこの数はてんかん、統合失調症、そううつ病等の有病率と比して考えればごく少ない数であり、この数字を信頼するとすれば、これら病気の症状に基づく交通事故はごく少ないとの結論が自然である。そうではなく、701例が全体の一部しか反映していないのだとすれば、それを根拠に何らかの判断をする際には、全体を歪めることなく抽出されたものであるという保障が必要であるが、それは示されていない。事故の反復率も他のデータと比して高いとは言えないし、不申告等は問題であるとしても、それが深刻な事態の主たる原因であるという証拠も、改善したら問題が解決するという証拠もない。
3. 虚偽申告者への罰則整備は、障害者差別による矛盾をさらに強め、精神科医療機関への受診拒否をさらに深刻化させるものであり、有効性にも疑問がある。
4. 医師による届け出制度は、障害者差別による矛盾をさらに強め、精神科医療機関への受診拒否をさらに深刻化させるものであり、医師の負担を不当に増加させるばかりでなく、医師-患者関係にも重大な問題をもたらす、本人の治療上マイナスであるのみならず、結果としては交通事故のリスクを増加させることにつながる。

5. 疑いの段階での免許の暫定的停止は、特定の病名に基づく免許の制限という本質的な問題点を強化するものであり、不適切である。

6. 実証的根拠のないままに、いくつかの病気と交通事故の関連があるかのごとき前提で議論が進められている現状では、交通事故情報のデータベース化は、真の意味で「一定の症状を呈する病気等に起因する交通事故の現状」を明らかにすることに寄与するとは言えない。

7. 「提言」は、医学的根拠のないまま、運転技能を有する者であるにもかかわらず病気を有することのみをもって免許を奪う方向に極端に傾斜している。

〈詳述〉

1. 病名表記について

「提言」では、「現行の道路交通法においては、運転免許を受けようとする者ごとに自動車等の安全な運転に支障があるかどうかを見極めることとされており、運転免許の拒否又は取消し等の事由となる自動車等の運転に支障を及ぼすおそれのある病気等（次に列挙する病気や認知症、特定の薬物中毒を、以下「一定の症状を呈する病気等」と総称する。）として定めている。」とされ、統合失調症、てんかん、そううつ病などが列挙されている。

「提言」ではこれらが道路交通法（以下「法」）によって規定されているように記されているが、「法」ではあくまでも「幻覚の症状を伴う精神病であつて政令で定めるもの」（第九十条および百三条）等と記されているのみで、これらの病名を列挙しているのは政令（道路交通法施行令第三十三条の二の三）である。さらに述べれば「法」における「幻覚の症状を伴う精神病」を特に運転不適切と排斥しなければならない医学的理由もない。そもそも当学会は、従来より、特定の病名に基づく免許の制限は、障害者の社会参加や差別解消という観点からして適切でなく、また医学的にも正当性がないと考えており、「学会意見」でもその旨を明らかにした。他国においても、統合失調症、そううつ病等を挙げて免許を奪う根拠としている国は少数であり、そのことは警察庁も当学会への説明の中で認めていた。病名表記を前提とした「提言」は、この点で既に問題である。

2. 「一定の症状を呈する病気等に起因する交通事故の現状」について

「提言」は、「資料2」として、「一定の症状を呈する病気等に起因する交通事故のうち、当該事故の発生地等を管轄する都道府県警察に対する照会を実施し、交通事故の概要等の項目について有意な回答があった701件」について調査をし、161人が以前に交通事故を起こしており、69件が同じ種類の病気を原因とする事故である、172人が医師から運転の禁止・自粛の指示を受けていた、450人が運転適性検査を受けていなかった、152人が更新時に申告していなかった等の分析を行い、「このような交通事故の現状に鑑みると、現行制度による運用の改善のみでは十分でなく、道路交通の安全を確保するためには制度の見直しが必要であるとの認識を持つに至ったものである。」としている。

しかし、この調査結果は、「一定の症状を呈する病気等」に対する制度の見直しが必要であることを裏付けていない。まず、これは過去5年間の交通事故や行政処分から抽出したものであるが、交通事故発生件数はここ数年は年間72～95万件ほど、運転免許の取消しや停止などの行政処分も年間52～85万件ほどあるのであり、701件という数値は5年の累積として考えれば0.02%以下である。て

んかん、統合失調症、そううつ病等の有病率は総計すれば数%に及ぶのであるから、この数字を信頼するとすれば、これら病気の症状に基づく交通事故はごく少ないとの結論が自然である。このことは、資料3「平成23年中の一定の症状を呈する病気等による取消等処分件数」の、交通事故を端緒として運転免許の取消し等の処分が行われている例は300にとどまっていることにも現れている。701例が全体の一部しか反映していないのだとすれば、それを根拠に何らかの判断をする際には、全体を歪めることなく抽出されたものであるという保障が必要であるが、それは示されていない。

また、701件のうち69件、すなわち10%が以前に同じ種類の病気を原因として事故を起こしていたという。一般に事故反復者がいることは知られているが、ある事故が一定数あったときに、以前に遡って同じ人がどれだけ事故を起こしていたかというデータは知るかぎり存在しない。交通事故総合分析センターによれば、2001年から3年間に事故を2回以上起こしたドライバーが、その後3年間に事故を起こした割合は16.7%である（事故と違反を繰り返すドライバー。イタルダ・インフォメーション73、2008、<http://www.itarda.or.jp/itardainfomation/info73.pdf>）。単純な比較ができないことは言うまでもないが、この数字と比べると、10%というのは飛び抜けて高い数字ではないことがわかる。

医師の助言に従っていなかった者、更新時に申告をしていなかった者の比率等が問題とされている。しかし、上述のとおり、701例が適正に抽出されたものである保障がない以上、この比率が現実のものであるという断定はできない。また、701例においても、大半はこの期間に更新を迎えていないか、あるいは医師の助言に従い申告を行っているのであるから、更新時の申告を厳しくする等の処置をとっても、その大部分は予防し得なかったものである。すなわち、不申告等は問題であるとしても、それが深刻な事態の主たる原因であるという証拠も、改善したら問題が解決するという証拠もないのである。

以上、まとめて言えば、701例等の数字についての分析についてそれなりの意義を認めるとしても、その代償として数百万人の統合失調症等を有する者に無用で医学的根拠のない免許制限を強いるし、また年間100万件を超える事故や行政処分の減少という切実な課題への有効性はきわめて疑わしいということなのである。

3. 「症状等の虚偽申告に対する罰則の整備について」について

「提言」は、「結論」として「運転に支障を及ぼす症状について故意に虚偽の申告をした者に対する罰則の整備が必要」と断じている。しかし、このことについては、既に「学会意見」で「特定の病名に基づく免許制限は、障害者社会参加や差別解消という観点からしても適切でなく、また医学的にも正当性がないと考えています。

罰則をもうけることはこの矛盾をさらに強めることしかありません。また、精神科医療機関への受診拒否はさらに深刻化することが強く予想されます。」と明確に指摘している。さらに、罰則をもうけることで虚偽申告が防げるのは病識を有する患者であるが、元々病識を有する患者は不調のときに運転をしないという判断ができる。運転が不適切であるのは、従来から当学会が主張してきたとおり、急性精神病状態にある者であり、それは主治医に発見されれば入院等の処置がとられる可能性が高い。これらの諸点から、罰則整備は有効性にも疑問がある。

4. 「自己申告以外の把握方法について」について

「提言」は、「結論」として「自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれが認められる患者について、医師がその判断により任意に届け出ることができる仕組みが必要」と断じている。しかし、このことについては、既に「学会意見」で「医師による通報・届出規定の整備は、それが義務であれ任意であれ、特定の病名に基づく免許の制限という本制度の本質的な問題点を強化することにしかつながりません。精神科医療機関への受診拒否の問題は根底的に深刻化するでしょう。」と明確に指摘している。守秘義務違反をはずすことで医師が届け出ることに対して免責されるかのような表現がなされているが、この免責はあくまでも刑事手続き上のそれであり、民事におけるそれを一切保障しない。また逆に、医師には、「届け出をしなかった」という行為が問題とされる可能性も生じる。すなわち、この規定によって、「今目の前にいる患者さんが、将来、調子が悪くなって運転上の問題を起こす可能性」という、きわめて不確定要素の大きく判断も困難な事柄について、届け出をしなくても届け出をしなくても民事上の責を問われるという立場に常に置かれることとなる。医師一患者関係にも重大な問題をもたらす。例えば医師による届け出をおそれた患者が発作回数を過少申告する事態となれば、本人の治療上マイナスであるのみならず、結果としては交通事故のリスクを増加させることにつながる。

5. 「病状が判明するまでの間における運転免許の取扱いについて」について

「提言」は、「結論」として「一定の症状を呈する病気等に該当する疑いが客観的事実により認められる場合には、その者の運転免許の効力を暫定的に停止すべき」と断じている。しかし、このことについては、既に「学会意見」で「これも、特定の病名に基づく免許の制限という本質的な問題点を強化するものであり、不適切であると考えます。」と明確に指摘している。

6. 「交通事故情報管理システムの整備」について

「提言」は、「結論」として、「物損事故を含む交通事故情報のデータベース化が必要」としている。しかし、まず前提として、現状では真の意味で「一定の症状

を呈する病気等に起因する交通事故の現状」の情報が得られていないことを強調しておきたい。例えば、てんかん等を原因として起こる交通事故が年間どの程度あるのかについての資料がない。

すでにこのことについては、当学会では平成12年の道路交通法改正をめぐるやりとりの中でも指摘していた（精神神経学雑誌106巻6号812-847頁、2004年）。てんかんを例にとると、「検討会」第1回資料8によれば、平成23年の交通事故を発見の端緒とする免許の取消し等は187件となっているが、「検討会」第1回資料9をみると平成23年のてんかんによる交通事故発生件数は73となっている。また同じ資料9で、平成19年から23年までのてんかんによる交通事故発生件数の合計は355であるが、「検討会」第1回資料10では平成19年から23年に発生したてんかん発作に起因する交通事故は370件とされている。この食い違いについての説明はなく、基礎となるデータの信頼性に疑いを持たせるものと言える。警察庁から当学会への説明でも、こうした資料がないこと、現在ある資料でもこうした実態に至る調査をすることは不可能であることが明らかにされた。学会の側から調査に協力するから今後それを行っていく旨を提案したにもかかわらず、財政的な面を挙げてではあるが、それすらも不可能であるとされた。真に病気と交通事故との関連が立証できる情報がないのであれば、いかに「データベース化」しても検討は進まない。現在の道路交通法関連法規では、事故を頻回に起こす者については点数制度等で免許を制限する仕組みとなっている。事故を頻回に起こす者の中で病気を持つ者のみにさらに制限を加えるには、その病気と事故との関連を示す根拠が必要であるが、現時点ではその「根拠」は存在しない。結局データベース化を図る前に、どのようなデータを集めることが交通事故対策として意味があるのかを実証的に示すことが必要なのである。

7. 運転技能を有する者から免許を奪うことの問題について

不幸な交通事故は減らすべきであるとの主張はきわめて正当である。この観点から、運転技能に欠ける者の免許を奪うことには異論がないが、病気に罹患していることのみを理由として運転技能を有する者から免許を剥奪することが許されないこともまた事実である。現状でも、資料3「平成23年中の一定の症状を呈する病気等による取消等処分件数」をみると、統合失調症やそううつ病では交通事故を端緒とした処分数を更新等を端緒とするそれが上回っており、運転技能を有するにもかかわらず更新時等に免許を奪われている者が存在している可能性がある。病気を有することのみをもってこうしたことが正当化されると考えるのは差別であるし、実務的にも、公共交通機関の充分でない地域では自家用車が通院の主たる手段である患者は少なくなく、こうした者の治療中断を招く可能性は高い。実際には、運転技能という複雑な技術を評価し、事故というまれな事象を前もって予測するという難

しい営みは不確定要素を含まざるを得ず、運転技能のない者が取消し等を逃れること、および運転技能を有する者が取消し等になってしまうこと、双方を0にすることは不可能であるから、双方を極小にすべく、そのバランスをとることが求められるのであろう。「提言」は、医学的根拠のないまま、このバランスを極端に病者に負担を負わせる方向に傾いている。

以上、「提言」の問題性を明らかにした。臨床に携わる者の実感としては、治療をきちんと受けている者が病気の症状を原因として交通事故を起こすことはきわめてまれで、ほとんどの医師は経験がないと考えるほどである。事故を起こすリスクが高いのはおそらく安定した治療関係を持たない患者であろう。実際、上述した701例の調査結果で、通院有りとなっているのは297人とどまっている。しかるに、虚偽申告への罰則は、安定した治療関係を持たず医師からの助言を受ける機会も乏しい患者には無効であるし、医師の届け出制度は医師－患者関係に不信の要素を持ち込み、治療の不安定化をもたらす可能性が高い。

当学会は、従来より、精神病を理由とする欠格事由が残るとしても、その規定を「原因に関わらず急性精神病状態にあり、認知・判断・行動の能力が明らかに低下し、運転に支障を来たす場合」に留めるべきであると主張してきた。その立場より、当学会はこの提言に反対する。

以 上