

自動車運転と精神神経疾患・薬剤について ——司法の視点から——

田邊 昇

精神障害者が通院や社会生活のために自動車運転を必要とすることは多い。しかし、精神障害者や、向精神薬の服用下、あるいは疾病に起因すると思われる自動車事故が報道されることが多く、精神障害者等の運転について抑圧的な機運が生まれている。例えば、糖尿病により低血糖のエピソードを有する患者は、自動車運転をしない法的義務があり、運転して自動車事故が起ると、業務上過失致死傷罪（刑法 211 条）の対象となるという裁判例（札幌地裁平成 26 年 2 月 26 日判決）がある。一方、自動車運転のリスクの高いてんかんについては、薬剤によるコントロールで事故リスクが大幅に軽減できることは言うまでもない。しかしながら、精神科の薬剤の添付文書は、ほぼすべて自動車運転の禁止を指導するよう医師に義務づけている。最高裁平成 8 年 1 月 23 日判決から、添付文書の法的規範としての効力は非常に強い。もし、黙示的にも運転を許容すると、運転をした患者に対しては、不法行為（民法 709 条）あるいは債務不履行（民法 415 条）責任が生ずる可能性があり（神戸地裁平成 14 年 6 月 21 日判決）、患者が事故を起こして、第三者が被害者となった場合、その被害者への不法行為責任（民法 709 条）を医師は負う可能性があるのみならず、近時創設された自動車運転危険致死傷罪の幫助犯として飲酒運転者に酒類を提供した場合と同じように刑事罰の対象にもなりかねない。これは、従来交通事故において適応された業務上過失致死傷罪（刑法 211 条）だけでなく、自動車危険運転致死傷罪は故意犯を基本犯とする結果的加重犯であるからである。このような法的環境の中で、添付文書の位置づけは大きく、「横並び」的な運転規制ではなく、薬剤の脳内移行や、具体的な運転能力への影響など、科学的なエビデンスに基づく運転規制を行うべく、学会や医療界、製薬業界は粘り強く圧力を厚生省などに加えていく必要があると考える。

<索引用語：自動車運転，ノーマライゼーション，法律，交通事故，医療事故>

はじめに

実は、精神神経学会で、自動車運転に関する講演やシンポジウムに参加させていただくのは初めてではない。そして、平成 26 年に学会から「患者の自動車運転に関する精神科医のためのガイドライン」が上梓され、一部の製薬企業から厚生労働省への添付文書の修正に向けての働きかけがあった（著者も協力した）が、その効果は一部の SNRI にとどまっている。

それどころか、医療用の向精神薬などの薬物服

用下と思われる自動車事故や、精神神経疾患を有する患者の惹起した自動車事故などの報道（新聞記事⁴⁾によれば、疾病関連の交通事故は 2011～2015 年までで 40 件あるという）は続いており、むしろ逆風が吹き続けているともいえよう。

さらに、2015 年 6 月には道路交通法が改正され、これまでは、75 歳以上が運転免許を更新する際、交通違反があった人だけに医師の診断を義務づけ、診断の結果、認知症と判断された場合に免許の停止や取り消しが行われていたが、75 歳以上

の場合、3年に1度の免許更新時に、認知機能の検査を実施し、「認知症の疑いあり」と判断された人全員に医師の診断義務が発生し、発症していたら免許を停止または取り消しということになり、2017年3月12日に施行された。

自動車運転は確かに危険な作業であるが、自動車なしでは生存すら困難な人たちもいることを忘れてはならないだろう。本稿は、すでにご存じのことも含めて、講演でお話した精神疾患などと自動車運転での法律上の問題を整理しておきたい。

I. 自動車事故の責任

自動車事故を起こした場合は、言うまでもなく、刑法211条の業務上過失致死傷罪に該当する可能性がある。

脇見運転、スピード違反、疲れているのに無理をして居眠り運転（ここで注意すべきは、居眠り運転自体は、無意識下での行為なので、「過失」ではない。疲れているのに休まないで運転を続けることが「過失」なのである）など、われわれも決して人ごとではない。

刑法211条

業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金に処する。重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする。

しかし、疾病を有している患者が、疾病のため、あるいは服用している薬物のために事故を起こした場合、それは「過失」なのであろうか。

札幌地裁平成26年2月28日判決（判例秘書）は、自動車事故を起こした糖尿病患者が禁錮2年の実刑判決に処せられた事件である。このケースの「罪となるべき事実」は、以下の通りである。

被告人は、平成25年7月19日午前10時20分頃、普通乗用自動車運転し、札幌市中央区内の駐車場から発進しようとしたが、かねてから糖尿病に罹患して、前兆なく低血糖症状によ

り意識障害に陥って、救急搬送されたことや交通事故を発生させたこともあり、前兆なく低血糖症状により意識障害に陥るおそれがあることを認識していた。

このような場合、自動車の運転者としては、自動車の運転を差し控えるべき自動車運転上の注意義務があるのに、被告人はこれを怠り、意識障害が起らないものと軽信して運転を開始した。

このような過失ある行為により、被告人は、その頃、同所付近において低血糖症状による意識障害に陥り、低下した意識状態のまま車を進行させ、同日午前10時58分頃、同区内の道路において時速約10キロメートルで進行中、進路前方の自転車走行指導帯で信号待ちのため停止中の被害者（当時60歳）運転の自転車後部に自転車前部を衝突させ、同人を同自転車もろとも路上に転倒させた上自転車で走り過ぎて車底部に巻き込み、よって、同人に外傷性ショックの傷害を負わせ、同日午後1時9分頃、同区内の病院において、同人を上記傷害により死亡させた。

時速10kmというから、オートマ車のクリーピングであろう。決して暴走したわけではなく、被害者も加害者も運が悪いとしか言いようのない事件であるが、糖尿病の患者で低血糖を起こしたような者はハンドルを握るなどという判決である。

さらに、平成26年6月に大阪御堂筋で低血糖のためにワゴン車を暴走させ、3人が重軽傷を負った事件では、運転前に、どら焼きなどを食べて低血糖を予防しようとした行為を、検察側が低血糖リスクを認識しながら運転したとして危険運転致死傷罪で起訴している。さすがに大阪地裁平成28年8月24日判決は、これを退け、自動車運転過失致死傷にとどめて執行猶予付き判決としている⁶⁾。

刑事事件だけでなく、もちろん民事上の賠償責任も負うことになる。

民事上は、不法行為責任という対世的責任が通常考えられる。以下に条文を示す。

民法 709 条

故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。

自動車責任賠償法 3 条も適応され、立証責任が転換されているが、ここでは省略する。

一方で、医師は患者に対して、医療過誤を起して損害を与えた場合、上記の不法行為責任と別に契約責任を負う。診療契約が患者と医師あるいは医療機関開設者との間に結ばれているからである。

民法 415 条

債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる。債務者の責めに帰すべき事由によって履行をすることができなくなったときも、同様とする。

読者の皆さんは精神科医であるから、責任という、刑法 39 条の心神喪失時の不可罰規定はご存じと思うが、実は心神喪失時は民事責任も負わなくてよい。

もっとも、その場合は、旧精神保健福祉法の保護者のような者は、代わりに賠償義務を負うことになる。そして、親権者や配偶者などが、精神科病院に患者を入院させていた場合は、以下のような条文で、責任追及が精神科病院の開設者に及ぶ可能性もある。

民法 713 条

精神上の障害により自己の行為の責任を弁識する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えた者は、その賠償の責任を負わない。

但し故意又は過失によって一時的にその状態を招いたときは、この限りでない。

民法 714 条

1 項 前 2 条の規定により、責任無能力者がそ

の責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。

但し、監督義務者がその義務を怠らなかつたとき、または怠らなくても損害が生ずべきであったときはこの限りでない。

2 項 監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も前項の責任を負う。

したがって、精神障害者が交通事故を起こして第三者に被害を与えた場合、それが精神科病院の入院患者であれば、開設者である医療法人などに賠償責任が及ぶ可能性もある。

てんかんなどの場合は、適正な薬物療法で発作がなければ、交通事故の可能性も少なく、公安委員会への意見書で、発作がないことを証明しておけば、患者も自動車免許が取得できる。

しかし、問題は、てんかんなどの発作コントロールには薬物療法が不可欠であるという点である。

ご存じのように、精神科で用いる薬剤は、抗てんかん薬も含めてすべて自動車の運転は服用中禁止することと注記されている。例えば、バルプロ酸では「眠気・注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること」とある。他の薬剤もほとんど同様の記載がある。

このように添付文書に記載があると、最高裁判成 8 年 1 月 23 日判決⁵⁾に照らして、訴訟では薬剤で事故が起こった場合、処方した医師は大いに不利である。抗てんかん薬を服用しながら自動車で通院している患者は、多数いることは間違いないはずだが、同判例は「医療水準は、医師の注意義務の基準となるべきものであるから、平均的医師が現に行っている医療慣行とは必ずしも一致するものではなく、医師が医療慣行に従った治療行為を行ったからといって、医療水準に従った注意義務を尽したとは直ちに言うことはできない。

医師が医薬品を使用するにあたって添付文書に記載された使用上の注意義務に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことにつき特段の合理的理由がない限り当該医師の過失が推定される」と判示している。これでは処方が躊躇され、かえって服薬しないでてんかん発作のリスクが増加したまま運転する患者が増えそうである。しかも、厄介なことに、眠気が起こるから注意せよといったことでは不十分で、運転自体を禁止しないと裁判所は許さないようなのである。

神戸地裁平成14年6月21日判決 (westlaw) は、61歳男性が逆流性食道炎疑いで平成11年に上部消化管内視鏡検査を受けたが、その際に鎮静目的でミダゾラム10mg 静注(半減期2時間)し、終了後、覚醒のために拮抗薬フルマゼニル0.5mg (半減期50分) 静注した。検査パンフレットには運転を避けるよう記載されず、看護師と医師は眠くなる薬を使うがさます薬も使うと説明し、看護師は「検査後ふらついていたので、目が覚めても、また眠くなるので、後の内科外来の診察までの間、しばらく休んでは」との話をしたが、患者は大丈夫と言って自動車で帰宅し、自損事故で大けがをしたというのである。裁判所は、医師や看護師は、場所などから患者が車で来ている認識があったし、眠くなると言っただけで自動車運転について意識した説明をしていないし、拮抗薬投与後も2~3時間は運転させるべきでないから違法な行為があったと認定して、損害全額を医師らの責任にしている。

さらに恐ろしいのは、刑事事件である。もともとあった刑法の危険運転致死傷罪が、別の法律になってグレードアップされている。

(自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律)

第2条 次に掲げる行為を行い、よって、人を負傷させた者は15年以下の懲役に処し、人を死亡させた者は1年以上の有期懲役に処する。

一 アルコール又は薬物の影響により正常な運

転が困難な状態で自動車を走行させる行為

二 その進行を制御することが困難な高速度で自動車を走行させる行為

三~六 略

第3条 アルコール又は薬物の影響により、その走行中に正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で、自動車を運転し、よって、そのアルコール又は薬物の影響により正常な運転が困難な状態に陥り、人を負傷させた者は12年以下の懲役に処し、人を死亡させた者は15年以下の懲役に処する。

2 自動車の運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるものの影響により、その走行中に正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で、自動車を運転し、よって、その病気の影響により正常な運転が困難な状態に陥り、人を死傷させた者も、前項と同様とする。

ここで注目しなければならないのが、新設された3条である(2条はもともと刑法にあった)。実際に運転に大きな支障がなくても「おそれ」がある状態での運転を重く処罰する規定になっている。もちろん薬剤によるimpaired performanceは運転に支障をきたす「おそれ」と認定されよう。添付文書にもはっきり記載がある。

このような状態で運転して事故が起これば、同法の3条が適用される可能性は高い。

もちろん、この法律で処罰されるのは、服用下で運転していた患者である。医師が直接この法律に触れるわけではない。

では、向精神薬(抗うつ薬、抗不安薬、抗てんかん薬など)を処方している患者が、居眠り運転をして幼稚園児の列に突っ込んで7名が死亡したらどうなるであろうか。処方している医師が、眠気がでると注意していたかどうかなどといったことは、今までの多くの交通事故事案でも問題にはなっただろうが、実務では医師の刑事責任まで問うようなことはなかったといえる。

それは、運転者の犯した犯罪は業務上過失致死傷(刑法211条)であって、過失犯である。刑事

上の過失は、故意犯と区別するために一般的には不注意な内心・態度とされることが多く、認識の不存在を強調している。したがって、ドライバーに対する医師の処方、誤りだと評価しても、眠くなったのに運転したドライバーの過失との関係は、因果関係が薄くなり（医師の処方と因果関係を認めれば、論理的にはドライバーの責任を問えなくなる）刑事上も過失の共犯は否定的な運用がなされているために、立件されることはまずなかった。学説でも過失犯への幫助犯とが教唆犯と行ったことはまず成立しないとするものが多い。

ところが自動車危険運転致死傷罪ではそうはいかないのである。なぜかという、同罪は結果的加重犯といって、故意犯であるからである。すなわち、運転に悪い影響のある薬物を服用して運転しているという認識があつて運転していれば、その後、薬物の影響で居眠り運転などをして事故が起これば、同罪が成立する。運転に影響のある薬を飲んで運転するという行為が故意犯部分であるので、これには教唆犯や幫助犯が容易に成立する。

わかりやすい例では、ドライバーに酒類を飲み屋の女将が提供したらどうなるか考えればわかるであろう。酒に関しては、道交法上もちろん、女将に対して犯罪が成立すると明記してある。

道交法（酒気帯び運転等の禁止）

第65条 何人も、酒気を帯びて車両等を運転してはならない。

2 何人も、酒気を帯びている者で、前項の規定に違反して車両等を運転することとなるおそれがあるものに対し、車両等を提供してはならない。

3 何人も、第1項の規定に違反して車両等を運転することとなるおそれがある者に対し、酒類を提供し、又は飲酒をすすめてはならない。

4 何人も、車両（トロリーバス及び旅客自動車運送事業の用に供する自動車であつて当該業務に従事のものその他の政令で定める自動車を除く。以下この項、第117条の2の2第六号及び第117条の3の2第三号において同じ。）の運転者が酒

気を帯びていることを知りながら、当該運転者に対し、当該車両を運転して自己を運送することを要求し、又は依頼して、当該運転者が第1項の規定に違反して運転する車両に同乗してはならない。

（罰則 第1項については第117条の2第一号、第117条の2の2第三号 第2項については第117条の2第二号、第117条の2の2第四号 第3項については第117条の2の2第五号、第117条の3の2第二号 第4項については第117条の2の2第六号、第117条の3の2第三号）

では、医師が車に乗って通院しているとわかっている患者に、運転禁止の添付文書がある薬剤を処方したらどうなるのだろうか。これは、むしろ「駐車券」を発行する調剤薬局の方が深刻な問題かもしれない。

ここで、法律上の議論になる。飲酒については、道交法上、酒類提供禁止の明文がある。しかし、薬剤についてはそのような明文がないので、処方医などは処罰対象にならないという考え方である。罪刑法定主義（憲法31条に由来するとされている）。

医師は、犯罪抑止について特別の義務を負うものではないという考え方（川出³）は、刑事司法への協力は医師の公益的責務とは本来関係がないから、医師法21条は自己負罪拒否特権と正面衝突すると述べている。著者は賛成である）からも、医療上必要な薬剤を医師は投与すればよいともいえる。

しかし、前述の神戸地裁の裁判例のように、薬剤の投与はともすれば患者自身に大きな被害を与えかねない。では、運転はダメだよと患者にきちんと説明しておけば大丈夫なのか。それでも患者が運転して帰って、居眠り運転事故で幼稚園児を5名もひき殺したらどうだろう。

ここで、危険運転致死傷罪が故意犯であることの恐ろしさが出てくる。危険運転致死傷罪は故意犯であるために、幫助犯や、教唆犯が成立することに争いがないのである。もちろん、薬物服用下

での運転を「幫助」するつもりはないし、運転は危険だよと説明している、ましてや教唆などはしていない（駐車券の発行は問題となる可能性がある）といえるのだろうか。

長野地裁平成 24 年 7 月 5 日判決²⁾は飲酒運転同乗罪についての裁判例であるが、「従前から、被告人が居酒屋で飲酒した後、運転者又は交際女性の運転する本件車両で自宅付近に送られることを繰り返していた間柄で、運転者が酒気を帯びていることを十分に知りながら、帰宅の足として本件車両に同乗するという積極姿勢を示したことは、殊更に口に出さずとも、運転者との間では相互の了解事項といえ、『黙示の依頼』があった」として、道路交通法 65 条 4 項のいわゆる飲酒運転同乗罪の成立を認めている。

黙示であっても、「相互の了解事項」として抗てんかん薬を服用して運転して帰宅することになっていたとされまいだろうか。

また、東京高等裁判所判決平成 23 年 7 月 25 日¹⁾は、「深夜から翌朝まで同僚と飲み明かした者が、同僚から自動車で送るという申出を承諾したことは、同僚が酒気帯び運転をすることを心理的に容易にしたものであり、運転免許の取消事由である『重大な違反の唆し等をしたとき』に当たる」として県公安委員会がした運転免許取消処分が適法としている。行政処分の事案であるが、心理的幫助や教唆は裁判例でも当然のように認めている。

とすれば、駐車場のある診療所で、自動車以外では通院が困難な場所にある精神科医療機関では、向精神薬や抗てんかん薬は処方できないこと

にならないだろうか。さらに 2017 年 3 月に施行された改正道交法では、認知症患者に対する診察などが入り、薬剤投与と認知症を含む疾病による自動車運転のリスク評価に関して医師の責任は加重されてきているのである。

おわりに

法律の視点からみると、現行法のもとでは、精神障害者のノーマライゼーションは、家族による送迎が可能か、社会生活上自動車が必要な都会生活者にしか許されないということになりそうである。厚労省の基本施策方針が薬事行政に生かされず、事なかれ主義の横並び規制や、科学的エビデンスを欠いた悪しき行政スタンスが、このような二律背反的な現状を生み出している。精神神経学会は臨床医学各分野、患者団体、人権擁護を目的とする諸団体や製薬企業、自動車関連企業等と連携して、粘り強く厚労省などに圧力をかけ続ける必要がある。

利益相反については、弁護士法 23 条、弁護士職務基本法 規定 23 条の定めにより、一切開示しない。

文 献

- 1) 判例タイムズ 1368 号 86 頁, 2012
- 2) 法律時報 86 巻 13 号 379 号, 2014
- 3) 川出敏裕: 医師法 21 条の届出義務と憲法 38 条 1 項. 法学教室, 290; 4-12, 2004
- 4) 神戸新聞, 平成 26 年 3 月 25 日
- 5) 最高裁判所民事判例集 50 巻 1 号 1 頁
- 6) 読売新聞東京版 4 版, 平成 28 年 8 月 25 日

Car driving, Neuropsychiatric Disorders and Medicine : From a Juridical Perspective

Noboru TANABE

Nakamura, Hirai & Tanabe Law Office

Patients with psychiatric disorders often need to drive cars. However, because of the frequent reports of traffic accidents related to diseases or medicines, social pressure is high to restrict automobile driving by psychiatric patients. There was a case of a diabetic patient who was sentenced to imprisonment based on the reasoning that any one who has had a hypoglycemic episode must avoid driving (Sapporo district court, 26/2/2014).

Of course, we know that the risk of accidents during driving can be effectively regulated by prescribing proper medications such as anti-epileptics. However, regrettably, almost all medications that we use in psychiatric medicine are prohibited when patients drive, and physicians are obliged to tell their patients to avoid driving.

Based on the Supreme Court's ruling on January 23, 1996, the validity of package inserts as a legal norm is strong. No matter how implicit it is, the allowance of driving may be regarded as an illegal action (Civil Code #709) or nonfulfillment of obligation (Civil Code #415), if patients actually drive automobiles (the Kobe District Court's ruling on June 21, 2002). Furthermore, if such patients cause traffic accidents involving third persons, their physicians may also be liable not only for an illegal action (Civil Code #709) against the victims, but also for aiding and abetting in dangerous driving leading to death or injury ; this is a recently defined crime, for which legal penalties are enforced, similarly to the case of providing alcohol beverages to drivers. In short, in addition to being corporate manslaughter (Penal Code #211) causing traffic accidents, dangerous driving leading to death or injury is also a crime committed by a basic offender with scienter, for which aggravated penalties are enforced due to its consequences worse than expected.

In this situation, psychiatric physicians should make continuous efforts to guide governmental administration to be more scientific with the help of other physicians and the pharmaceutical industry.

< Author's abstract >

< **Keywords** : driving a car, normalization, legal issue, traffic accident, medical malpractice lawsuit >
