

高齢化社会における効果的な事故予防対策の実践



滋賀医科大学社会医学講座法医学部門教授 **一杉 正仁氏**が講演

第252回 会員研修会開催

日 本自動車会議所は10月17日、東京・港区の日本自動車会館「くるまプラザ」会議室で、交通安全ポスター原画コンテスト表彰式に引き続き、第252回会員研修会を開催し、滋賀医科大学社会医学講座法医学部門教授の一杉正仁氏が「高齢化社会における効果的な事故予防対策の実践」と題して講演した。参加者は約50人。

【講演要旨】

1. はじめに

政府の第9次交通安全基本計画では、2015年度までに死者3,000人以下、死傷者70万人以下という目標が立てられましたが、死者が未達で、現在の第10次計画では、2020年度までに、それぞれ2,500人以下、50万人以下と新たな目標が掲げられました。一方、最近、死者数は減り止まり、以前と同じ取り組みでは効果が上がりにくくなってきています。そこで、その打開に向けて、今後は新しい問題点を見つけ出し、未解決事象をエビデンスで解決していくことが求められています。

自動車事故の原因については、通常多くは「前方不注意」とされますが、フランスの救急病院でスタッフが詳細に調査したところ、最も多かったのが「過度の注意力散漫」でした。これを逆の見方をすると、注意力を十分保てない人は交通社会に出られないということになります。これに次ぐのが「睡眠不足」と「向精神薬の内服」で、これら全ては体に関わる事項で、今まで危ないと言われていた「飲酒運転」より順位が上なのです。これまでは、飲酒運転の厳罰化などを進めてきましたが、これからは違うこと

をやらねばならない、大きなカギが人の体、健康に関することではないかと考えています。

以上の前提で、本日は、①日本が抱えている高齢化問題について、②体調起因性事故予防に向けて、そして、③高齢者に頼らざるを得ない社会が到来しているわけですが、そのような社会で多くの人が交通社会に復帰できるようにするにはどうすればよいか、考えていきたいと思ひます。

2. 高齢化問題・体調起因性事故予防

日本の高齢化のスピードは世界でも際立って早く、65歳以上については、既に人口の27%を超え、免許保有者の割合も10数年前には50数%でしたが、現在は8割近くに及び、特に顕著なのは70歳代で、10数%から40%超に増えています。また、この年代は20歳未満と並んで、重大な死亡事故を引き起こす割合が非常に高い特徴もあります。

そこで、75歳以上を対象に、免許更新時の認知機能検査が導入されましたが、全体の3%が認知症の疑いが非常に強いと判定され、高年齢ほど高くなっています。認知症と診断された段階で免許は更新されず、施策としては確かに有効ですが、そういう人だけが、死亡事故を起こしたり、高速道路を逆走したりするのではなく、それで全て問題が解決するわけではありません。

先日、滋賀県で起きた68歳の自営運送業者がセンターラインを逸脱して対向車と正面衝突し、バイクを巻き込んで二人が亡くなるという悲惨な事故について、いろいろ考えさせられました。まずは、高齢者が普通に運送業という現場を担っている日本の現

状です。二つ目は、この方は3年前に軽度の認知症と診断され、進行を遅らせる薬を常用していましたが、運転までは止められていなかったこと、三つ目は、白ナンバー(自家用車)運送業だったことです。もし、医師が免許返納を助言していたら、事故は防げたのではないかと。家族が運転を止めるよう勧めることはできなかったのでしょうか。高齢社会での事故予防には、医師だけに責任を押し付けるのではなく、周囲の皆が考えていかないといけない問題だと思います。

正面衝突事故についても高齢者の割合が高く、運転技能の問題と解釈されやすいのですが、私はある意味正しく、ある意味では間違っていると思います。それは、高齢になると多くの病気を持っているので、運転中に起きる発作や悪化、つまり体調起因性の事故が起こりやすくなるからです。

この問題は高齢者に限りません。ある47歳の女性が、車で通勤途中、急に壁におつかり電柱に衝突して亡くなるという事故が発生しました。これまで日本では、このような場合は、「前方不注意」として処理されてきました。しかし、ブレーキ痕もなく、毎日走っている道でもあり、見る人が見たらすぐわかるのですが、このような本人が原因を語れない事故こそ細かく調べなければなりません。この時、私の主張で解剖検査がされた結果、クモ膜下出血を発症して意識を消失したもので、事故死ではなく病死であることが判明しました。

このように交通事故死者を解剖して調べるケースは日本では数%程度しかなく、地域による差も大きく、ほとんど対応されていない所もあります。体調変化で事故が起きるということ自体が、社会で認識されてこなかったため、見逃されてきたのです。

この問題が関心を持たれるようになったのは、2011年に栃木県でクレーン車の運転者がてんかん発作で意識を失い、小学生の集団登校列に突っ込み6人の命が失われた事故からでした。検証の結果、この運転手が過去に10件以上の人身・物損事故を起こしていることがわかりましたが、全ての原因が「前方不注意」で処理されていたのです。

再発予防には、原因をきっちり調べるのが鉄則ですが、運転者のヒューマンエラーが原因とされてきたため、対策としては運転者に法律の順守、運転への集中を求めることや、車線逸脱アラームの開発

には繋がりましたが、意識を失った人に警告音を発しても何の解決にもなりません。現状に対応できないシステムを沢山作っても有効な対策とはなりえず、事故が繰り返され、人命を失い続けることになってしまったのです。

事故調査が確実になされ、科学的検証がされる、これが基本です。2012年には京都の祇園で、2016年には大阪の梅田で同じように病気に起因した事故が起きましたが、「類まれな事故」と報道されました。私は当時ニュースステーションでコメントしましたが、それは決して類まれなどではなく、有効な対策が打たれないがために、普通に繰り返されてきた事故なのです。

運転中の虚血性心疾患による22人の事故を調べたことがあり、その内、19人は全く回避行動がとれず、そのままの速度で突っ込み大事故になったことや、大動脈の病気が原因で発作が起きる事故など、何例も報告し、2003年には自動車技術会で発表もしましたが、皆さんの食いつきはあまりよくありませんでした。大事故が起きてから反応は違ってきましたが、それは決してよいことではなく、もっと早い内に何かできたのではないかと悔やまれてなりません。

海外での対策は進んでいます。フィンランドでの調査によると、事故の1割が運転者の体調変化が原因でした。カナダでも心臓関係だけで9%あるので、体調変化全体では1割は優に超えていると思います。このように諸外国では、少なくとも1割が運転者の体調変化が原因ということがエビデンスとして確立されています。

私もその実態を調べるために、国交省の協力で、栃木県の全法人タクシー運転者の調査を行いました。運転中の体調悪化の経験を聞いたところ、3割以上があるという回答で、それが事故につながったものは0.4%ありました。驚いたのは、事故にはならなかったものの、事故になりかけたというヒヤリハットが12%もあることでした。同様に静岡県では16%、都内のタンクローリーの運転者では16%と、大体同じ数字が出てきましたので、7人に1人は体調悪化で事故になりかけた経験を持っているということがわかります。従って、運転中の体調変化は類まれではなく、よくあることで、解決ニーズの高いことは、この数字が証明しています。

栃木県のある病院で、救急救命センターの救急医

全員に、事故原因の確認と、事故現場の写真撮影を必ず行ってもらおうよう頼み1年間調べてみると、なんと7.5%が事故前に意識をなくしていました。このことも、体調変化起因による事故発生率1割に合致します。興味深かったのは、糖尿病治療薬が効きすぎて低血糖になって意識を失ったり、睡眠前に飲むべき睡眠薬を運転前に飲んでいたり、抗てんかん薬を飲んでいなかった事例で、これら全ては患者さんと医師、薬剤師が協力すると防げるものばかりです。

日本の糖尿病患者は2,000万人以上で、その内、低血糖のリスクのある人が相当数いるのではないかと危惧し、栃木県のある病院の糖尿外来患者全員を調査してみました。結果は、I型糖尿病でインシュリン注射をしている人の1/3が運転中に低血糖発作を起こしたことがあり、患者の9割近くを占める内服薬服用者の2.7%が発作の経験があるという大変な数字がでてきました。このような状況を踏まえると、糖尿病の人は車に甘いブドウ糖の入っているジュースを常備くださいとか、めまいがしたら低血糖の恐れがあるので、必ず車を止めてくださいと言言を添えるだけでも事故予防に繋がるのではないかと思います。そして、これは色々な分野にも及ぶので、医療従事者がそれぞれの分野で対応すると効果が大きいと、医師向きの講演では必ず話すことにしています。

体調変化の原因を調べると、国土交通省のHPにも載っていますが、一番多いのは脳卒中、二番目が心臓疾患です。突発の病気は脳と心臓に多いのは予想どおりでしたが、予想を大きく裏切ったのは、脳と心臓が占める割合は半分程度だったということです。三番目以降は失神、消化器疾患（下痢、腹痛など）、めまい、その他（咳、急なしびれ、腰痛など）と続きますが、残り半分は命には関わらないものの、皆さんが日頃からよく訴える内容なのです。つまり大きな病気さえなければよいというのではなく、皆が運転時には常に体調管理に心がけ、日頃からよく急なめまいを起こすような人は、めまい止めの薬を毎日飲むというように、自分の状況をコントロールする必要があります。どんな病気でも交通事故の原因になりうるということを、1億人の人に理解してもらおうことが、今、求められているのです。

では、医師の指示通り薬を飲めば事故を予防でき

るのかと、あるタクシードライバーに言われたことがあります。そこで、タクシードライバーについて、事故やヒヤリハットの経験がある人となない人を区分して解析すると、前者はやはり定期的に医師に通う割合が低く、隔日勤務の日数が多いことがわかりました。このデータはドライバー自身でも、医師に掛かり、年をとったら隔日勤務の日数も減らすことで、事故を予防できることを示しています。薬については、医師はきちんと飲んでもらえるという性善説で出していますが、実際に飲まれる割合をある医師が調べたところ、糖尿病患者に100粒出したら67.5粒しか飲んでいない、つまり3回に1回は抜けていることがわかりました。関節炎やリウマチなど、痛みを伴うものは81.2%と高めですが、それ以外は意外と低いのです。自動車を運転する人は発作が起きるかもしれないので、医師はきちんと飲んでくださいと言わねばならないと、医師仲間の講演会で話しています。

病名がついていることで運転が禁止されるのは認知症だけです。それ以外はどんな病気であっても、「何人も過労、病気、薬物の影響など、その他の理由により正常な運転ができない恐れがある状態で運転してはならない。」という原則から、正常な運転さえできれば禁止されることはありません。服用を理由に、運転を止められる薬もありますが、間違った理解をしている医師もいますので、一般の方にもお知らせしておいた方がよいと思います。

また、以前は、病気だから勘弁してもよいとか、病気だから責められないという意見もありましたが、今、社会は大変厳しくなりました。栃木の事故をきっかけに署名活動が行われ、厳罰化されましたが、さらに、裁判の領域にも及んでいます。2008年に横浜でてんかん持ちのトラック運転者が発作を起こし、14歳の子供をはねて死なせた事故ですが、運転者は慣れからか薬を飲んだり飲まなかったりという状態でした。裁判長は刑事裁判で「偶発的に起きた事故とは全く違い、過失は誠に大きい。」と述べました。薬を飲まないで発作が起きることを認識していた上で引き起こした事故は、偶発的事故よりも過失は大きいと判断されるようになってきたのです。

3. 高齢者・事故障害者の交通社会への復帰

少子高齢化と並行して生産年齢人口の減少が進ん

であり、このままでは日本はやっていけなくなるのは明白で、高齢者に交通社会にもっと積極的に入ってもらわねばならない時代がきます。

既に布石が打たれ始めているのが、他の産業に比べて平均年齢が圧倒的に高い運送事業で、バスは49歳、タクシーは59歳です。今後さらに平均年齢も高まり、東京オリンピック・パラリンピックも控えタクシードライバー不足は一層深刻度を増します。

高齢者、女性、障害者の戦力化と併せ、脳梗塞経験者にも社会復帰できる状態なら、安心して安全に再度運転してもらうための支援に、長期間取り組んできました。

脳卒中でリハビリテーション中の入院患者に、退院したらもう一度車を運転したいかを尋ねると、「したい」という回答が7割で、その内、「絶対したい」が2割ありましたが、これは運送業や自営業で運転できないと生活が成り立たない方々です。具体的な相談も、運転再開に向けた取り組み方や、左半身だけで運転できるような車の改造、教習所での再訓練など、多岐に及びました。

しかしながら、実際に運転できるようになる人は7割の半分にとどまっており、その主因は、退院前に医師や看護師が運転してよいかどうかを教えたり、相談にのれていないからで、多分全国どの病院も同じ状況だと思えます。

滋賀県のある病院で、教習所と組んで運転再開希望者向けのプログラムを試行錯誤を重ねて作成しました。半身でも使えるような改造を加えた簡易型ドライビングシュミレーターを、どの病院でも買えるレベルの価格で開発して病棟に設置したり、不安な人向けには実車訓練も行いました。

一例ですが、脳出血で倒れ、左半身麻痺、顔面神経麻痺、バランス片足立ちもできない状態になった自営の運送業者がいました。その方は、家族の生活を支えるため、リハビリに懸命に取り組み、驚異的な回復で何とか運転できるくらいまで回復してきたので、シュミレーターによる運転訓練も同時にやってもらうことにしました。そして、シュミレーターで、急な飛び出しにも、的確に認知、判断、行動できるようになり、日常生活に戻ることができましたが、最後に高血圧と糖尿病を主治医にしっかり診てもらうことを、本人としっかり約束しました。

医師も、運転させてもよいか迷うことがあります。

脳出血で左右の目の左半分が見えない後遺症が残った40歳代の建設現場監督の例です。私は運転は控えた方がよいと勧めましたが、免許センターでの検査結果、免許更新ができたので、再開することになりました。理由は免許制度上、視力が片方で0.3以上、両方で0.7以上あれば運転可能と判断され、「視野」については問われないからで、緑内障の視野欠損者も運転できているのはこのためです。そして、2年間無事故を続けることができたので調べてみると、走行位置をセンターラインギリギリにとったり、首を動かして視野を補う代償行動を身に付けてカバーしていることがわかりました。しかしながら、左手前からの飛び出しは見えないなど、特有の危険事例があるので、改めて整理して伝え、理解したうえで安全運転に努めるよう話しました。

私はこの事例から、今後、左半分が見えない人に、運転を止めるよう言うてはならない、シュミレーターで代償行動がとれているのが確認できたら運転を認めることに変えなければならないと反省しました。このような方は、世の中に大勢いるので、安全に運転できる能力があるのならば、何とか社会に戻ってもらい、日本経済のためにも活躍いただきたいと考えた次第です。

このように脳卒中患者の運転再開に対して、医療機関や教習所を巻き込んでサポートする制度が次第に拡がり、警察庁も支援活動を容認しています。以前に「障害者自動車運転研究会」を立ち上げましたが、同じような会がいろいろできてきていますので、2017年に一つにまとめ、「日本安全運転・医療研究会」が発足しました。今年の1月に私が会長として大会を行い、今後の活動の進め方について相談することができました。

運転は脳全体を使う高度な作業で、きちんと能力を見極める必要がありますが、運転者の生活が懸かっていることであり、まずはどこの病院でも、どの医師でもきちんと対応できるようにしなければなりません。そして、政府の取り組みも職業運転関係は国交省、一般免許関係は警察庁、職業関係は厚労省と分担されていますので、予算の問題もあり、可能であれば内閣府でまとめることができると、日本の経済・社会基盤維持に向けた有効な対策の一つとして加速できると考えています。