

神経疾患と交通事故

独立行政法人労働者健康福祉機構 中部労災病院 神経内科 部長 上 條 美樹子

1. 神経内科とは☒

神経内科ではこころ（精神）の問題ではなく、身体システムの異常を扱います。すなわち神経疾患とは神経組織＝大脳、小脳、脊髄、末梢神経、筋などの「カラダの部品」に不具合が生じて起こる異常です。これらの部位に異常があると、筋力低下や麻痺、しびれ、ふるえ、けいれんなどや、判断力・俊敏性低下などドライバーにとっては運転能力低下に直結する状態が起こります。本項では、交通医学と神経内科の橋渡しの観点から、交通事故につながりやすい代表的な脳神経疾患の種類や病態解説を試みます。

2. てんかん

私たちの脳は電気信号の流れによって神経回路を構成しています。てんかんはこの回路が突然遮断あるいは異常興奮することによって流れの異常がおこるため、全身のけいれんや意識障害を生じる疾患です。こどもに起こるてんかんは出生時の微細な脳損傷が原因といわれますが、代謝疾患に伴うものや、成人例では脳腫瘍・脳血管障害・脳萎縮が原因になることもあります。特に瞬間的な意識消失を伴う側頭葉てんかんは病気として認識されないまま生活していることも多く、交通事故を起こして初めてその病気に気付いたという事例も度々経験されます。内服治療や外科療法で発作の抑制は可能ですが、たとえ長期に発作が起きていないとしても完治の判断は難しく、てんかん患者さんの運転適格性判断はガイドラインにそって慎重に行うべきです。

3. 認知症

運動能力の低下した高齢者にとってクルマは大切な移動手段です。しかし加齢による俊敏性・聴力・視力の生理的低下はもちろん判断力の基礎である認知機能も低下し、80歳以上の50%はなんらかの認知機能低下を有するともいわれています。認知機能の低下はいわゆる物忘れ症状だけではなく、運転に際しては動作のみならず判断の俊敏性・的確さが大切ですが、

認知機能の低下があるとなこのようなスピードも低下します。また、新しいことの手順を覚えられない学習障害の症状により「車を新しくしたら運転できなくなった」という事例も多く存在します。認知症のひとつである前頭側頭葉型認知症（Front-Temporal Lobe Dementia:FTLD）では、感情の抑制がきかない、自己中心的行動が多いなど運転適格性に問題となる症状が前景にたつものの、物忘れが目立たないため認知症としての診断が遅れがちです。近年ではアルツハイマー病など認知症の病態理解が進み、予防や治療選択の幅が広がってきています。交通安全の観点からも早期診断早期治療が重要なのは言うまでもありません。

4. パーキンソン病

パーキンソン病は動作緩慢・姿勢反射障害・振戦・無動を主症状とする難病です。突然動作が止まってしまう on-off 現象や、薬剤による突発性睡眠が病気の進行に伴い目立ってきます。これらは内服コントロールが良好でも起こり予期できない症状のため、運転はもちろん日常生活のあらゆる場面で困難の原因となってしまいます。

5. 糖尿病性神経障害

治療に伴う低血糖による意識障害はもちろんですが、末梢神経障害による下肢足底の知覚鈍磨が引き起こす「踏みまちがい」は意外と多い症状です。病識があれば予防できる症状であり病態理解や適切な指導が必要です。

6. まとめ

てんかん患者の意識消失によるつっこみや認知症高齢者の誤運転など神経疾患と交通事故には強い因果関係が認められます。安全確保は最優先ですが、むやみに運転制限をすることはただでさえ日常生活動作に制限のある患者さんの活動性低下につながりかねません。深い疾患理解に基づいた適切な判断が求められていると考えられます。