

—■特集・てんかんの新治療戦略と課題—

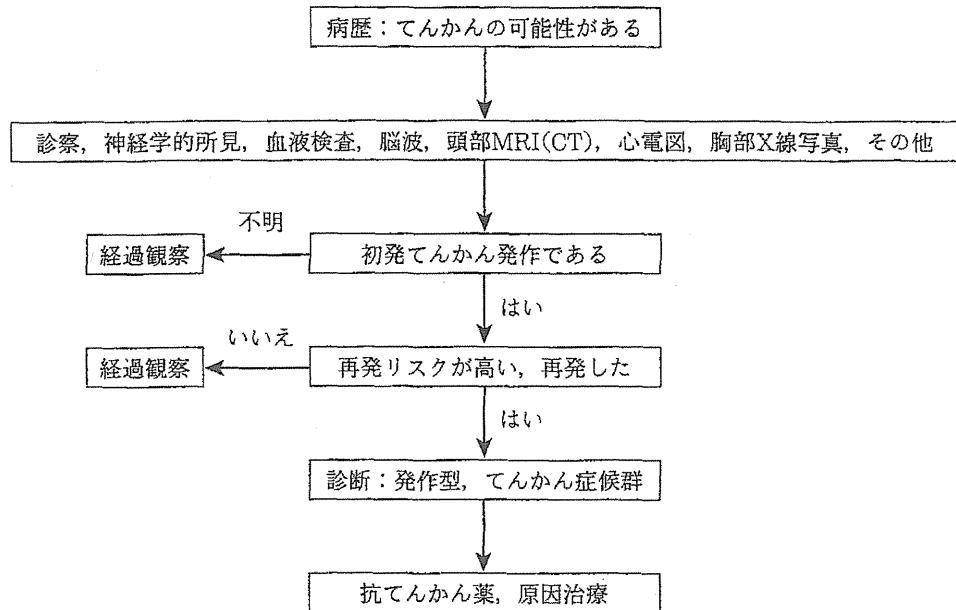


図1 高齢者てんかんの診断と治療の流れ

高齢者てんかんの、診断と治療の流れを示した。診断には病歴と脳波が最も重要であるが、高齢者では心肺疾患等、鑑別疾患を十分考慮する。初発てんかん発作は、必ずしも抗てんかん薬治療を必要としない。だが、高齢者では発作がもたらす身体的影響が大きいので、再発リスクを考慮した上で初発発作から、抗てんかん薬治療を開始することもある。

MRI : magnetic resonance imaging, CT : computed tomography

(筆者ら作成)

脳血管障害が最も多い原因であるが、脳炎、代謝異常、電解質異常、重症感染症等も重要な病因である。向精神病薬、抗うつ薬、テオフィリン、抗生物質、なども原因としてあげられる。これらの急性症候性発作は一時的には抗てんかん薬を投与することがあっても、長期間必ず抗てんかん薬が必要というわけではない。脳血管障害や脳炎は、後遺症としててんかんを発症することがある。

3. 高齢者てんかんの診断

高齢者がてんかんを発症した場合の診断手順を図1に示した。診断に病歴が最も重要なことは言うまでもない。高齢初発発作の複雑部分発作は、半数以上でけいれんをきたさないことを認識すべきである²⁾。意識減損発作が認知症と見誤られることも珍しくない³⁾。てんかん発作との鑑別が必要な疾患を表1に示した。

身体診察は、心血管系の診察と神経学的検査が

重要である。血液検査を行い、貧血、電解質異常、低血糖、肝機能障害、腎不全などの評価をする。胸部レントゲン写真、心電図検査は心血管系の疾患の鑑別に必要である。必要に応じてホルター心電図検査を行う。

脳波検査はてんかんの診断に重要なことは言うまでもない。臨床的に発作があり、脳波でてんかん性放電（棘波、鋭波）が確認されれば、てんかんの診断はほとんど確実である。高齢者てんかんにおいては、脳波でのてんかん波捕捉の感度は産業医科大学病院の80例では約80%であった。

高齢者で初発のてんかん発作の場合、脳画像検査を行う必要がある。脳出血等の緊急処置が必要な場合はCT (computed tomography) 検査を行うが、通常はMRI (magnetic resonance imaging) 検査を行うべきである。てんかんの原因診断としては、MRIは最も有力な検査法である。加齢

4. 高齢者てんかんの現状と治療

表1 高齢者におけるてんかん発作の鑑別診断

高齢者では、他の疾患による発作も典型的でない場合があり、

表1の鑑別診断を念頭において診断する。

<神経疾患>	<代謝・内分泌疾患>
・一過性脳虚血発作 (TIA)	・低血糖
・一過性全健忘 (TGA)	・低ナトリウム血症
・片頭痛	・低カリウム血症
・ミオクローヌス	・高カルシウム血症
<循環器疾患>	<睡眠異常症>
・神経調節性失神	・睡眠時無呼吸症候群
・起立性低血圧	・REM 睡眠行動異常症
・不整脈 (Adams-Stokes 症候群)	・入眠時ミオクローヌス
・弁膜症・心筋症	<精神・心理的疾患>
・頸動脈洞症候群	・非てんかん性心因発作
	・パニック発作
	・過呼吸発作

(筆者ら作成)

表2 高齢てんかんの発作型分類

産業医科大学病院外来通院中の125人の高齢者てんかんについて調べた。45人が65歳未満にてんかんを発症しており、80人が65歳以降のてんかん発症であった。65歳以降発症てんかんは、複雑部分発作と二次性全般化発作で約90%を占めていた。高齢初発てんかんの半数近くが、けいれんのない複雑部分発作であることに注意する必要がある。

発症年齢	65歳未満 [n = 45]	65歳以上 [n = 80]	合計 [n = 125]
単純部分発作	1人 (2.2%)	3人 (3.8%)	4人 (3.2%)
複雑部分発作 (sGTCなし)	16人 (35.6%)	35人 (43.8%)	51人 (40.8%)
二次性全般化発作	20人 (44.4%)	36人 (45.0%)	56人 (44.8%)
強直間代発作	3人 (6.7%)	0人 (0%)	3人 (2.4%)
ミオクロニー発作	5人 (11.1%)	6人 (7.5%)	11人 (8.8%)

sGTCs : 二次性全般化発作

(筆者ら作成)

によってしばしば認められる脳萎縮、ラクナ梗塞等とてんかん発作は必ずしも関連がない。てんかんの原因となる病変かどうかは慎重に判断する。

場合も、発作後朦胧状態との鑑別のために脳波検査を行うべきである。脳波は、複雑部分発作重積状態では持続性のてんかん発作パターンを示す。

4. 複雑部分発作重積状態(表2)

複雑部分発作重積状態は、非けいれん性てんかん重積状態の一つである。高齢者で原因がよく分からず意識障害の患者の場合、鑑別診断に複雑部分発作重積状態を思い浮かべることが必要である。意識障害以外の特徴的な臨床徵候がないため、脳波を検査しないと診断は困難である。一度全身けいれん発作を生じた後に意識が回復しない

5. 治療

抗てんかん薬治療は長期にわたるので、内服治療開始は重要な決定事項である。診断が確実で再発のリスクがあり、患者(介護者)が理解した場合に、内服治療を開始する。この時てんかんについて分かりやすく説明することが重要である。てんかんについて誤解や偏見を持っている高齢者もいるので、正しい知識の教育・指導も重要である。

■特集・てんかんの新治療戦略と課題

抗てんかん薬は少量から始めて漸増するのが基本である。高齢者では標準的な投与量の3分の1程度から開始することが多い。部分(焦点)発作の第一選択薬であるカルバマゼピンであれば、1日量を100～200mgで開始し、効果と副作用を見ながら1～2週ごとに增量するか検討する。フェニトインも代表的な抗てんかん薬であるが、血中濃度が15～20μg/mLを超えると增量に伴い急峻に濃度が上昇するので、めまいやふらつきなどの中毒症状をきたしやすいことが欠点である。高齢初発てんかんは、ほとんどが焦点(部分)てんかんである。

高齢者の治療で考慮すべき重要な点に、忍容性(tolerability:副作用の少なさ)がある。高齢者てんかんではどの薬剤でも発作抑制効果が十分あるので、治療薬選択においてはその患者の個別条件を考えて副作用が少ない薬剤を選択の際に考慮すべきである。

新規抗てんかん薬で、ガバペンチン、ラモトリギン、レベチラセタムは忍容性で、有利な薬剤とされている。ガバペンチンは、カルバマゼピンと比較してやや発作抑制効果は劣るが、他の薬剤との相互作用が全くなく、副作用の心配が非常に少ない点でてんかん原性のむしろ低いてんかんの治療に有用である。ラモトリギンも忍容性が高い薬剤で、高齢者てんかんの治療に適していると考えられている。レベチラセタムも他剤との相互作用

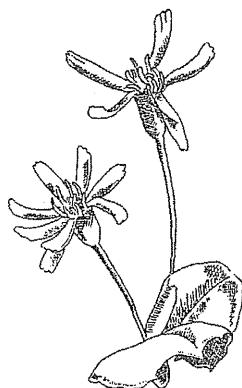
がなく、過敏症(薬疹等)も少ない。新規抗てんかん薬の本邦での承認は、他の抗てんかん薬との併用で認められているが、欧米では単剤でも使用されている。本邦でもラモトリギンとレベチラセタムの単剤使用臨床治験が行われ、近いうちに認可されるであろうと思われる。

発作頻度、脳波所見、画像所見、抗てんかん薬による治療経過などから、てんかん発作の重症度(てんかん原性の強さ)を推定することも必要である。高齢発症で器質病変がない場合は、てんかん原性が低く、少量の抗てんかん薬で発作抑制が可能であることが多い。

治療に当たっては、心理的な側面にも配慮が必要である。てんかんは長らく誤解と偏見で見られてきたという歴史がある。高齢者の中には、てんかんと診断されることで精神的に苦痛に感じる人もいる。てんかんは医学的には病態の理解も進み、治療も進歩していることを話して、精神的な面でもケアを行うことが必要である。

文 献

- 1) Hauser WA : Seizure disorders : the changes with age. *Epilepsia* 33 (suppl 4) : S6-14, 1992.
- 2) 山野光彦、赤松直樹、辻 貞俊:高齢者のてんかん. *Pharma Medica* 26 (10) : 19-22, 2008.
- 3) 川村哲朗、廣瀬源二郎: 1. 高齢者とてんかん. *Epilepsy* 2 : 109-113, 2008.



精神科におけるてんかん医療の現況

—精神科病院などの実態調査から—*

河野 稔明*¹ 竹島 正*²

*¹国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部 リサーチ・レジデント *²同 部長

Key Words** てんかん、精神科、医療体制

緒 言

てんかんは有病率の高い神経疾患であり^{1, 3)}、長期的な医療に加え、状況に応じて教育・福祉にわたる総合的な支援が必要である。てんかん発作はそれ自体が多様であるだけでなく、発作周辺期精神症状として感情症状や精神病症状を生じることがある。

また、知的障害や発達障害、そのほかの精神障害を合併する割合が高く、患者の年齢層も幅広い。治療は発作や精神症状に対する薬物療法を中心であるが、外科手術が必要な場合もある。こうしたことから、てんかん医療には診療科の枠を超えた人的・物的医療資源の活用が必要となる。

しかし、わが国でのてんかん医療は歴史的に中核となる診療科が不明確なこともあります、その体制の整備は必ずしも十分でなく、てんかんの患者数や地域における医療の実態も正確に把握されていないのが現状である。

そのため、著者らは地域における医療体制とその充実に向けた取り組みの実態を把握することを目的に、てんかんに関連の強い精神科、神経内科、小児科、および脳神経外科の医師を対象に質問紙調査を行った。

本稿では、精神科の医師から得た回答に基づく

分析結果を報告する。

方 法

1. 対 象

地域の実態を把握するため、てんかん医療体制の状況をよく知る各地域の代表として、精神医学講座担当者会議の会員（以下、大学という）、日本精神科病院協会の支部長（以下、病院という）、日本精神神経科診療所協会の地区協会会长（以下、診療所という）、および精神保健福祉センターの所長（以下、センターという）の全員を対象とした。大学は80名、病院は47名、診療所は44名、センターは67名であった（計238名）。

2. 質問紙の構成と調査の実施方法

質問紙は6つのパートからなり、(1)てんかんの診療・相談とそれを支える体制の概況、(2)自分が所属する医療機関・診療科の状況、(3)ケース別の診療・相談体制、(4)診療・相談体制の充実に向けた地域での取り組み、(5)統合失調症と比較した、てんかんに対する地域の障害者福祉サービスの水準、および(6)地域における課題について設問した。

(6)地域における課題を自由記述式としたほかは選択式とし、必要に応じて具体的な内容の記載を求めた。(3)ケース別の診療・相談体制は、成人のてんかん初発例、発作難治例、精神症状合併例、およびキャリーオーバー例を意図して作成した4つの事例を提示し、それぞれに対して(a)地域での一般的な診療科、(b)地域での一般的な医療機関、(c)回答者が行うであろう対応、(d)地域で対応可能な医療機関数をたずねた（内容は表1参照）。また、(5)統合失調症と比較した、てんかんに対する地域の障害者福祉サービスの水準は、援助内容を塗

* Current situation of epilepsy treatment in psychiatry : a nationwide survey of psychiatric hospitals and other facilities

** epilepsy, psychiatry, medical care system

表1 ケース別の診療・相談体制に関する設問で提示した事例

〈事例1：成人のてんかん初発例〉

25歳男性。とくに既往歴はなく、大学卒業後一般企業に就職した。今回職場で突然全身けいれん発作を起こし、救急車で近くの総合病院に運ばれた。検査の結果、CTで異常はないが、てんかん発作の疑いがあると言われて帰宅した。てんかんかどうか診察してほしい。

〈事例2：発作難治例〉

22歳女性。中学1年のころに複雑部分発作が起き、抗てんかん薬の服用を開始した。発作は前兆（おかしな気分になり、胸が込みあがてくる感覚）を伴い、数分間意識が混濁し、場にそぐわない行動をする。高校卒業後就職したが、現在も発作は月に2～3回あり、仕事中にも起こるため、転職を繰り返してきた。薬の調整をしてほしい。手術で発作が止まらないか相談したい。これまで脳波で側頭葉に異常があると言われているが、MRIは撮ったことがない。

〈事例3：精神症状合併例〉

45歳男性。中学生のころから全身けいれん発作や精神運動発作があり、35歳のときに脳外科手術を受け、発作は一時消失していた。43歳のときに睡眠時のけいれん発作が再発して抗てんかん薬を服用している。最近、周囲の人が自分のことを噂している、いつも誰かに見られているなどと言うようになった。記憶障害があり、通常の就労は困難である。

〈事例4：キャリーオーバー例〉

28歳男性。幼児期より発達障害があり、7歳より強直発作が頻発し、レノックス症候群として近隣の県の小児医療センターで治療を受けていた。15歳ごろより倒れる発作は年0～1回となり、作業所に通っているが、ときどきパニックを起こすため抗不安薬を服用している。今回家族の都合で転居したため、診察してくれる医師を探している。

畠⁴⁾による4段階に区分して設問した。

なお、回答対象とする地域は当該都道府県・政令指定都市を原則としたが、人口がおおむね300万人以上の都道府県については、所属する医療機関が所在する人口50～100万人程度の圏域とした。

対象医師には2012年3月に質問紙を送付し、協力を依頼した。質問紙は郵便で回収した。

3. 回答数

全体の回答者は158名(66%)であった。回答者の所属別の内訳と回答率は、大学50名(63%), 病院26名(55%), 診療所26名(59%), センター56名(84%)であった。

結 果

1. てんかんの診療・相談とそれを支える体制の概況(表2)

てんかん患者の診断・治療の専門機関と地域の医療機関の連携といったてんかんの地域医療体制について、行政から情報提供があったと回答した医師は4%と少数であった。てんかんの基礎知識を体系的に学べる専門家向けの教育課程や研修は、

25%の医師があったと回答した。

具体的な内容から実施形態を分類したところ、多い順に、院内開催の勉強会等8件、地域の専門家による研究会5件、職能団体(医師会、薬剤師会)主催4件、学会主催4件、日本てんかん協会主催3件、製薬会社主催3件、地域のてんかん懇話会2件であった(同一回答の複数カテゴリーへの振り分けあり)。

難治性てんかんの診断や治療のコンサルテーションが可能な専門機関が地域にないと回答した医師は、患者が小児の場合は14%, 成人の場合は23%であった。

2. 回答者が所属する医療機関・診療科の状況(表3)

てんかんを主たる傷病として外来診療または相談対応をしている患者数は、大学、病院および診療所では過半数が1日当たり10人未満であったが、センターの医師は93%が「いない、またはほとんどいない」と回答した。大学では「1日当たり10人以上」と回答した医師も26%を占めた。

診療設備は、大学には脳波計、CT撮影装置、

表2 てんかんの診療・相談とそれを支える体制の概況（所属区分別）

(%)

		大 学 (n=50)	病 院 (n=26)	診 療 所 (n=26)	セ ン タ ー (n=56)	全 体 (n=158)
てんかんの地域医療体制に関する行政からの情報提供（過去2～3年）	あつた	4	4	4	5	4
	なかつた	94	92	96	93	94
	無回答	2	4	0	2	2
てんかんの基礎知識を体系的に学べる、地域での専門家向けの教育課程や研修（過去2～3年）	あつた	42	27	19	13	25
	なかつた	52	69	81	86	72
	無回答	6	4	0	2	3
小児の難治性てんかんの診断や治療のコサルテーションが可能な専門機関	あ る	58	46	46	59	54
	な い	12	15	23	11	14
	わからぬ	28	38	31	30	31
	無回答	2	0	0	0	1
成人の難治性てんかんの診断や治療のコサルテーションが可能な専門機関	あ る	60	50	54	52	54
	な い	26	31	31	14	23
	わからぬ	12	19	15	34	22
	無回答	2	0	0	0	1

表3 回答者が所属する医療機関・診療科の状況

(%)

		大 学 (n=50)	病 院 (n=26)	診 療 所 (n=26)	セ ン タ ー (n=56)	全 体 (n=158)
外来診療・相談対応患者数（主たる傷病がてんかん）	い な い、 ま た は ほ と ん ど い な い	10	15	42	93	46
	1 日当たり 10 人未満	62	77	58	5	44
	1 日当たり 10 人以上	26	8	0	0	9
	無回答	2	0	0	2	1
診療設備	複 数 回 答 脳波計	98	100	31	5	54
	CT撮影装置	98	69	0	0	42
	MRI	98	19	0	0	34
	い ず れ も な い	0	0	69	95	45
発作のコントロールに関して担っている役割	複 数 回 答 発作抑制例の通院治療	92	96	92	7	63
	難治例の通院治療	70	31	27	2	32
	難治例の入院治療	52	15	0	0	19
	い ず れ に も 対 応 し て い な い	4	0	8	93	35
精神症状を合併している患者の対応	複 数 回 答 外来診療において薬物療法等	90	73	85	11	58
	必 要 に 応 じ て 入 院 治 療	90	85	0	0	42
	相談対応と医療機関・相談機関の紹介	42	12	38	55	41
	い ず れ に も 対 応 し て い な い	0	0	12	39	16

MRIともほとんどが配備されていた。病院には69%にCT撮影装置が、19%にMRIがあり、診療所も31%が脳波計を有していた。

発作のコントロールに関して担っている役割について、大学、病院および診療所では9割以上が発作抑制例の通院治療に対応していた。病院および診療所では難治例の通院治療に3割前後が、大学では難治例の入院治療にも過半数が対応していた。

精神症状を合併している患者には、大学、病院とも大半が入院治療に対応していた。センターでは55%が相談対応と医療機関・相談機関の紹介を行っていたが、39%はこれらに外来診療、入院治療を加えたいずれにも対応していなかった。

3. ケース別の診療・相談体制（表4）

地域での一般的な診療科は、成人のてんかん初発例および発作難治例では、それぞれ神経内科（36%）および脳神経外科（31%）がやや多いものの、大半が神経内科、精神（神経）科、脳神経外科、および「いずれともいえない」に一定数ずつ分かれた。

地域での一般的な医療機関は、成人のてんかん初発例で80%、精神症状合併例では66%の医師が「特定とは限らない」と回答したが、発作難治例では51%がほぼ特定されると回答した。

事例のような患者の診療・相談があった場合に、回答者が行うであろう対応については、大学の医師はいずれの事例でも大半が「自院で診療する」と回答した。病院、診療所の医師とも、精神症状合併例は多くが「自院で診療する」と回答したが、発作難治例に対しては病院42%、診療所4%と少数であった。

示したような事例に対応可能な地域の医療機関数は、いずれの事例も1～9カ所が最多であったが、10カ所以上との回答は、成人のてんかん初発例で最多（33%）、発作難治例で最少（10%）であった。

4. 診療・相談体制の充実に向けた地域での取り組み（表5）

例示した5つの取り組み（表中に略称とともに

記載、以下の本文では略称を使用）のうち、「専門家向け研修」および「一般向け普及啓発活動」の2つは、「ある」と回答した医師が2割を超えたが、それ以外の3つは1割以下で、とくに「行政主体の情報管理・提供」は4%ときわめて少數であった。

また、「わからない」と回答したセンターの医師の割合は、専門家が主体または対象となる「専門家主体のネットワーク」「専門家向け研修」および「専門家養成支援」ではいずれも50%以上と高率であった。

なお、「専門家向け研修」の具体的な内容は地域の専門家による研究会、製薬会社、てんかん懇話会によるものが、「一般向け普及啓発活動」は日本てんかん協会によるものが、それぞれ大半であった。

5. 総合失調症と比較した、てんかんに対する地域の障害者福祉サービスの水準（表6）

てんかんに対する障害者福祉サービスの水準は、総合失調症に対するそれに比べて、4段階とも「同じくらい」と回答した医師が最も多かったが、「よい」（5%未満）に比して「よくない」が20%台と多かった。

また、欄外記述として、精神症状があるケースなら総合失調症に対するサービスと同じくらいと評価できるとの指摘があった。

所属区分別には、全般的に大学および病院の医師で「よくない」との回答が、センターの医師で「わからない」との回答がとくに多い傾向にあった。

6. 地域における課題

てんかんの診療・相談等に関する地域の課題として挙げられたことは、多い順に、「専門医や基幹医療機関の不足」（19件）、「てんかんの診療を行う、また十分な知識・技術を有する精神科医の減少・不足」（9件）、「医師・関係機関相互の連携不足」（9件）、「成人のてんかん診療体制が不十分であること」（5件）、「てんかんに特有の問題が福祉サービスでカバーされないこと」（4件）、「受診すべき診療科が不明確であること」（4件）、「一般市民・患者に対する啓発の不足」（4件）,

表4 ケース別の診療・相談体制

		成人のてんかん初発例	発作難治例	精神症状合併例	(%) キャリーオーバー例
地域での一般的な診療科	小児(神経)科	0	3	0	8
	神経内科	36	20	1	11
	精神(神経)科	22	20	84	54
	脳神経外科	16	31	5	3
	内科	0	0	0	0
	いずれともいえない	20	21	7	16
地域での一般的な医療機関	わからない	5	5	3	6
	ほぼ特定される	17	51	31	44
	特定とは限らない	80	45	66	53
回答者が行うであろう対応	わからない	3	4	3	4
	自院で診療する	50	34	58	45
	他院に紹介する	44	61	37	49
大学(n=50)	その他	6	5	5	6
	自院で診療する	94	78	94	84
	他院に紹介する	2	18	0	12
病院(n=26)	その他	4	4	6	4
	自院で診療する	77	42	92	65
	他院に紹介する	19	54	8	31
診療所(n=26)	その他	4	4	0	4
	自院で診療する	38	4	65	38
	他院に紹介する	50	92	31	54
センター(n=56)	その他	12	4	4	8
	自院で診療する	4	4	7	4
	他院に紹介する	89	89	86	89
地域で対応可能な医療機関数	その他	7	7	7	7
	10カ所以上	33	10	27	20
	1~9カ所	60	80	66	72
	存在しない	1	1	1	1
	わからない	6	9	6	8
無回答		0	0	1	0

注：「回答者が行うであろう対応」以外の項目は全体(n=158)の結果のみ記載。

「てんかん診療を敬遠する医師・医療機関の増加」(3件), 「精神科以外の医師が障害者福祉サービスの内容や手続きに不案内であること」(3件)などであった。

また、「診療・相談の機会がほとんどないため, よくわからない」との回答も6件あった(うち5

件はセンター)。

このほか、「脳器質性疾患の1つとして, 認知症疾患医療センターのような施設と一緒に診療できるようにするとよい」との指摘もあった。

表5 診療・相談体制の充実に向けた地域での取り組み

		大学 (n=50)	病院 (n=26)	診療所 (n=26)	センター (n=56)	(%) 全休 (n=158)
行政が主体となった、てんかん専門医や相談機関などに関する情報の管理および提供(行政主体の情報管理・提供)	ある	2	4	4	7	4
	ない	64	81	73	70	70
	わからない	34	15	23	23	25
	無回答	0	0	0	0	0
てんかん専門医や相談機関などが主体となって、情報共有または協働を組織的に行うネットワーク(専門家主体のネットワーク)	ある	14	12	0	11	10
	ない	54	62	54	38	49
	わからない	32	27	46	52	41
	無回答	0	0	0	0	0
てんかん患者のケアに当たる専門家向けの研修の開催(専門家向け研修)	ある	38	19	12	13	22
	ない	30	46	46	32	36
	わからない	32	35	42	55	42
	無回答	0	0	0	0	0
てんかんの相談・診療についての研修に派遣するなど、専門家養成の支援(専門家養成支援)	ある	8	4	4	2	4
	ない	48	58	54	46	50
	わからない	44	38	42	50	45
	無回答	0	0	0	2	1
地域の一般向けに行う、てんかんについての理解を深める普及啓発活動(一般向け普及啓発活動)	ある	24	23	15	27	23
	ない	28	42	35	32	33
	わからない	48	35	50	41	44
	無回答	0	0	0	0	0
上記以外の特筆すべき取り組み	ある	6	8	0	5	5
	ない	42	38	46	38	41
	わからない	46	46	54	55	51
	無回答	6	8	0	2	4

注：項目に続く（ ）内の語句は、本文で使用する略称。

考 察

1. 医療機関の整備・医療機能の強化と連携

てんかんの治療が可能な医療機関が存在しない地域は、難治例に対する場合も含めてほとんどなかったが、難治例の診断や治療のコンサルテーションが可能な医療機関については、一定数の医師が地域に存在しないと回答した。地域における課題としても、専門医や基幹医療機関の不足が多数指摘された。こうした専門的医療機関は、患者が定期的に通院できる範囲にある必要はないが、てんかん外科のある施設として人口200万人ごと²⁾、

すなわち都道府県に1カ所程度は必要と思われる。

回答者の所属する医療機関で対応可能な治療内容は、おおむね大学、病院、診療所、センターの順に高さであった。また、比較的多数の病院や診療所に導入されている診療設備もあり、一部の患者については確定診断が可能な環境にあると考えられる。一方で、てんかんの診療を行う精神科医の減少が指摘されており、診療実績の結果でも患者が大学や病院に集中する傾向がみられた。

こうした状況から、精神科医療機関は、それが可能なかんじん医療を提供するとともに、とくに精神症状を有するてんかん患者に対する医療

表6 統合失調症と比較した、てんかんに対する地域の障害者福祉サービスの水準

(%)

	大 学 (n=50)	病 院 (n=26)	診 療 所 (n=26)	セ ン タ ー (n=56)	全 体 (n=158)
傷病によって、生活が困窮したり家族が崩壊していくことを予防する援助	よ い	4	12	4	4
	同じくらい	38	23	46	39
	よくない	40	38	13	28
	無回答	18	27	41	29
傷病によって困窮した状態から、社会的諸制度等を活用して生活の安定を図り、救済する援助	よ い	6	8	4	4
	同じくらい	48	38	52	49
	よくない	26	27	13	20
	無回答	20	27	36	27
傷病によっていったんは失ってしまった生活を、就労や就学などの社会的関係も含めて取り戻す援助	よ い	4	4	0	3
	同じくらい	40	35	45	41
	よくない	36	31	16	27
	無回答	20	31	39	30
傷病を抱えながらも、よりよく生きることができるようにする援助	よ い	4	8	4	3
	同じくらい	42	31	45	41
	よくない	32	27	14	23
	無回答	22	35	41	32

を分担し、神経内科、小児科、脳神経外科との連携を強化することが期待される。それによって医療資源の不足を緩和し、患者の医療へのアクセスを改善することができるだろう。

センターについては、多くがてんかんの診療に対応していなかった。これは大半のセンターが診療機能を有しないためであるが、相談対応や医療機関・相談機関の紹介に対応していないセンターも4割近くを占めた。

またセンターからは、障害者福祉サービスの水準についてはわからないとの回答が多く、地域における課題でも、よくわからないとの回答がみられた。これらの結果から、多くのセンターではてんかん患者の援助に関する情報が乏しく、相談対応が難しくなっていると考えられる。てんかん医療体制に関して行政による情報の管理や提供がほとんど行われていないのも、行政機関でもあるセンターへの情報の集積が不十分なためかもしれない。

2. 情報の集積・発信・共有

地域で一般的とされる診療科は、精神症状合併例を除き、回答者によってさまざまであった。診療科が一貫しないことは、わが国の医療がフリーアクセスで提供されていることと、てんかんという疾患の性質からやむを得ない面がある。しかし、てんかんの診療体制について患者が必要なときにアクセス可能な情報があれば、適切な診療科での受診が容易になる。

また、ケース別の診療・相談体制について、発作難治例は対応可能な医療機関数が少なく、ほぼ特定される地域が多数を占めたが、一般の医師はこうした症例の紹介先を十分に知らない可能性がある。情報の集積と発信は、医師をはじめとする専門家にとっても有益となるだろう。

体制の充実に向けた地域での取り組みのうち、専門家向け研修や一般向け普及啓発活動は、少數ながらも一定数の地域で行われていた。こうした取り組みは、地域の研究会、懇話会、日本てんかん協会などによるものが多く、このような組織の存在が重要であることが示唆される。

しかし、専門家が主体または対象となる取り組みについては、とくにセンターの医師で知らない割合が高かった。このような取り組みは専門家の間で完結することが多く、センターを含む行政機関には周知されにくい可能性があるが、てんかんの診療・相談体制を充実させるうえでは、行政機関も専門医療の実態を把握しておくことが有用と思われる。

てんかんの診療・相談体制に関する情報は、おののの関係者が部分的に有してはいるが、十分に共有されているとはいえない。情報の共有には、それを集積し発信するしくみが有用な場合もあるが、可能であれば、まず専門家や日本てんかん協会などの当事者団体、行政機関が情報を直接交換する機会を設け、関係作りを行うことで、そのようなしくみの整備や運営について検討しやすくなるだろう。

3. 障害者福祉サービスの充実

てんかんの患者に対する障害者福祉サービスは、統合失調症の患者に対するそれに比べて水準が低いという評価が優勢であった。これは、(1)障害者福祉サービスの枠組みが必ずしもてんかんの特性に適さないこと、(2)精神障害者や知的障害者として福祉手帳の対象とならない限り、障害年金などのサービスを受けられないことが関与していると思われる。てんかん患者の持つ障害者福祉ニーズを調査し、その特性に応じたサービスのあり方を探っていくことが必要と思われる。

4. 限 界

本調査では、ほとんどの都道府県で各所属区分から1名以上の医師が対象となったが、必ずしも全員から回答が得られなかつたため、結果が各地域の状況を偏りなく表しているとはいえない。

また、てんかんの患者に対する障害者福祉サービスの水準については、統合失調症に対するそれと比べて評価した結果であり、統合失調症に対するサービス水準の地域差に左右される。

本研究の結果の解釈に際しては、上記の点に留意する必要がある。

謝 辞

本研究は、平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」(研究代表者:大槻泰介)の分担研究「てんかんの地域医療における保健行政的研究」(研究分担者:竹島 正)として実施した。

本調査にご協力下さった回答者の皆様に、お礼を申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省: 平成23年患者調査. 2012.12. <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat>List.do?lid=000001103075>> (2012.12.23)
- 2) 大槻泰介: 日本におけるてんかん外科の現状. Epilepsy 1:23-26, 2007.
- 3) Olafsson E, Hauser WA: Prevalence of epilepsy in rural Iceland: a population-based study. Epilepsia 40:1529-1534, 1999.
- 4) 漆畠真人: てんかん臨床の窓から、てんかんと社会資源 2, ソーシャルワーカーについて. Epilepsy 5:140-141, 2011.

