

[2014年7月24,31日 (VOL.47 NO.30,31) p.10]

今週の話題

改正道路交通法で変わるてんかん診療



国立精神・神経医療研究センター てんかんセンターセンター長
大槻 泰介 氏

今年（2014年）6月、自動車の運転免許を取得する人や更新する人に、てんかんなどの病状申告を義務付け、偽って申告した場合の罰則を定めた改正道路交通法が、5月には発作などの持病が原因で起こった致傷事故の罰則を強化する自動車運転死傷行為処罰法が施行された。その狙いは、自動車運転に支障を来す発作などの症状がある人の運転を抑制することにある。ちなみに、てんかん患者の自動車運転は、一定の条件を満たせば許可されており、一般の運転者となんら変わらない。では罰則強化で患者による事故は防げるのか。こう訴え続けてきた国立精神・神経医療研究センターてんかんセンターセンター長の大槻泰介氏に、法改正を契機に変わるてんかん診療の在り方を展望してもらった。

医師法に違反しない任意の届け出制度も

てんかん患者の運転免許の取得や更新は、発作が①再発する恐れがない②再発しても意識障害や運動障害を伴わない③再発が睡眠中に限られる一ものであれば許可されており、病状の申告は任意であった。

しかし今年6月、免許を取得・更新する全ての人に、意識や運動障害などの病状に関する「質問票」の提出を義務付け、申告内容を偽った場合は、1年以下の懲役または30万円以下の罰金を科す改正道路交通法が施行された。さらに今年5月には、症状が原因で人を負傷させた場合は最高12年以下、死亡させた場合は最高15年以下の懲役に処せられる自動車運転死傷行為処罰法が施行された。

また、交通事故を起こす危険性の高い患者を医師が国家公安委員会に届け出ても、医師法の守秘義務に違反しないとする任意の届け出制度が設けられた。そのため日本医師会は、医療現場で混乱が起きないように、日本てんかん学会や日本精神神経学会、日本糖尿病学会など運転者の持病に関わる9学会へのヒアリングを踏まえ、医師による届け出の手順を示すガイドライン（手引き）を間もなく発行する（2014年7月11日現在）。

生活や就労を支援する仕組みづくりが必要

罰則強化のきっかけとなったのが、2011年に栃木県鹿沼市で起きたクレーン車運転事故だ。てんかん発作による負傷事故を繰り返し起こし、医師にも症状があることを隠していた男がクレーン車を運転中に再び発作を起こし、児童6人が犠牲になった。

大槻氏は、同事故は痛ましく重大であるとし、運転してはいけない患者が運転していたことを問題視した上で、法改正までのプロセスに疑問が残ることを指摘した。

てんかんは、薬物療法や外科的治療によって高い割合でコントロールできる疾患であり、前述の条件を満たせば一般の運転者となら変わりなく運転ができる。

では、なぜてんかん発作が起きたのか、なぜ症状を隠してまで運転していたのか。

公共の交通機関が十分整備されていない地方では、運転免許がなければ日常生活や社会生活に支障が生じる。そのため免許停止による生活の破綻を恐れ、医師に症状を偽る患者の存在も否めない。さらに、医師による任意の申告制度は、患者を医療から遠ざけてしまう可能性がある。

したがって、てんかん患者が正直に申告したり、医師に症状を話したりすることで免許が一時的に停止される間の受け皿として、生活や就労を支援する仕組みが必要だ。

同氏が「罰則を厳しくしただけで患者による運転事故が本当に減るのか」「全ての責任は患者だけが負うものなのか」「病気を原因とする事故を減らすには医療の充実が不可欠ではないのか」と訴え続けてきたゆえんである。

しかし、てんかんイコール危険な疾患というイメージが独り歩きした結果、罰則強化が先行し、医療や支援に対する課題が取り残された格好となった。

てんかんの医療資源は少ない

その一方で大槻氏は、今回の法改正が、てんかん診療の質を向上させる契機にもなると肯定的に捉え直す。診断は運転の可否にも関わるため、初発患者では多様な症状を呈するてんかんと他疾患を鑑別するなどの正確な診断が望まれる。また、既にてんかんと診断され、発作がある患者であれば適切にコントロールしてほしいという願いが強い。

「つまり、質の高い医療やより良い医療がますます求められることになる」（同氏）

しかし、わが国では成人のてんかんを専門とする医師が少なく「そもそも全国80の大学医学部医学科のうち、実際にてんかん学の教育を行っている教育機関は少ないのではないかと同氏は指摘する。

また、厚労科研「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態分析と治療体制整備に関する疫学研究」（研究代表者＝同氏）で行った調査によると、プライマリケア医に対する行政からの情報発信がほとんどなく、てんかんの基礎知識を体系的に学べる教育や研修の機会も極めて不十分であることが分かった。

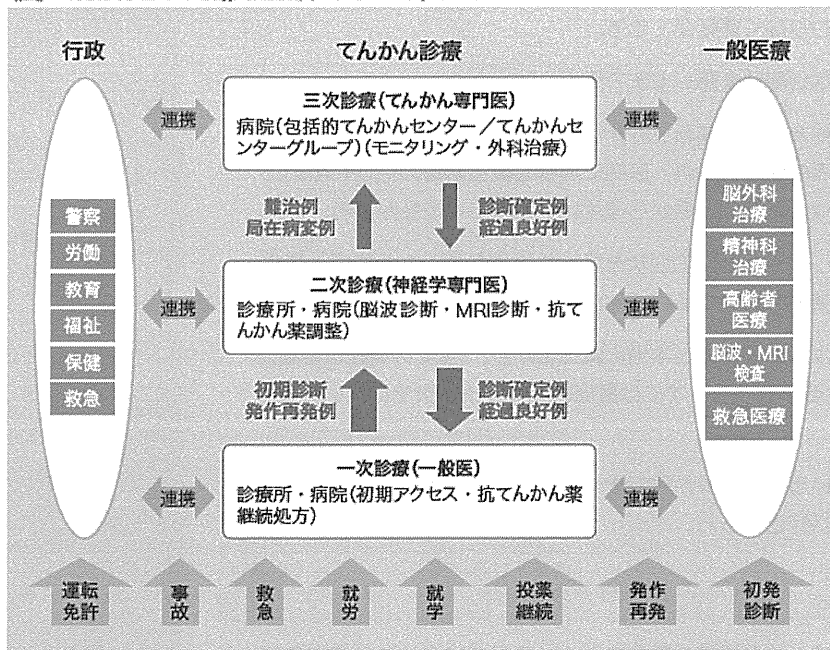
そこで、これまで分かりにくかったわが国のてんかん医療へのアクセスポイントを明らかにするため、診療科横断的な連携が必要と考えた同氏らは、てんかん診療ネットワーク（ECN-Japan）を2012年に立ち上げ、その把握に取り組んだ。

てんかん診療を行う二次診療以上の全国の登録施設において、成人の患者を主に診ているのは、神経内科、脳外科、精神科のいずれも神経関係専門医であるという実態が初めて浮かび上がった。また、問診・脳波およびMRI検査に基づくてんかんの診断や抗てんかん薬の調整ができる二次診療施設は全国で664施設、発作ビデオ脳波モニタリングによる診断や外科治療が行える三次診療施設は136施設に上り、てんかんの医療資源は決して少ないことも把握された。

しかし現状では、二次診療施設と三次診療施設の診療連携は不十分であり、てんかん診療の基準もばらつきがあることから、今後どう整備していくかが課題となっている。

そこで同氏らは、ECN-Japanにおいて地域診療連携モデルを提唱している（図）。初発診断や発作再発例は二次診療施設が担当し、発作モニタリングを要する難治例やMRI病変を伴う外科治療例は三次診療施設で対応する。それにより発作がコントロールされたら患者を一次診療施設に戻すという循環型モデルになっている。

〈図〉 てんかンをめぐる諸問題解決のアクセスポイント



(大槻泰介氏提供)

また、てんかん患者の社会生活を支援するべく、行政との連携を同モデルに組み入れたことも大きな特徴だ。その相互連携が進めば、てんかん患者が抱える自動車運転、就学や就労などのさまざまな問題を解決する糸口になる。

てんかんは向き合う診療領域に

近年、高齢者におけるてんかんが増加しており、大槻氏は改正道路交通法と相まって「てんかん患者を診ることがなかった医師も、今後はてんかん診療に向き合わざるをえないのではないか」と話す。

てんかんの発作症状は、「全身痙攣発作」だけでなく、ぼーっとして反応がなくなる「意識減損発作」や手足の突然の筋収縮を示す「ミオクロニー発作」など多彩である。一次診療施設においててんかンを疑う上で重要なのは、小児から高齢者まで年齢にかかわらず患者が「意識や記憶を失うことがある」と訴えるケースだ。その場合は初期診断に向け、てんかんの専門診断ができる二次診療施設を紹介する必要がある。

てんかん治療においては、副作用の少ない新規の抗てんかん薬が登場し、また外科治療の成績が向上したことから、根治が可能な症例も増えている。したがって、発作が止まらない患者にはてんかんの専門診療を受けさせることが欠かせない。

これまで日常診療ではなじみが薄かったてんかんだが、今回の改正道路交通法などがプラスに作用するなら「今後は正面から向き合っていく診療領域になっていく」との展望を同氏は示した。

[TOPページに戻る](#) [前のページに戻る](#)

[このページの先頭に戻る](#)

てんかん治療 拠点病院

10都道府県 モデル事業

地域の医師と連携

てんかん患者の自動車運転事故が相次ぎ、てんかん医療の充実が求められていることを受け、厚生労働省は来年度、10都道府県で、てんかん診療拠点病院を指定し、地域の医師らと診療ネットワークを作るモデル事業に乗り出す。

てんかん患者は全国に100万人とも言われるが、適切な治療を受ければ運転も含め、生活に支障なく過ごせる人が多い。だが、従来、てんかん医療は、精神科、神経内科、脳神経外科、小児科など数多くの診療科が担ってきた経緯があり、どの医師がどんな診療をしているか、患者だけでなく医師にさえもわかりにくいという指摘があった。

モデル事業は、こうした状況の改善を図るための足かかり。厚生省は将来的には全国展開したい考えだ。拠点病院には、発作時の脳波をモニタリングする検

査や、必要に応じた手術などができる専門的医療機関を指定する方針。地域の医療機関と連携し、症状が悪化した患者は拠点病院で受け入れ、病状が安定したら地域に戻す。地域の医師向

けに標準的な治療の研修を行うほか、住民向けの相談窓口も設ける。モデル事業を行う都道府県は公募する予定だ。

国立精神・神経医療研究センター病院（東京都）の大槻泰介てんかんセンター長は「全国の患者に、より良い医療を提供するための第一歩」としている。

特集—精神神経疾患の話題—医療連携の現状と課題—

てんかん

わが国のてんかんの診療体制の現状 てんかん診療ネットワークの構築



おおつき たいすけ 大槻 泰介

国立精神・神経医療研究センターてんかんセンター脳神経外科部長

INTRODUCTION

現在わが国では、脳卒中、認知症、がんなど様々な急性および慢性疾患を対象とした地域診療連携システムが構築されつつある。これは地域において良い医療を実現するには、一般診療医と専門医の円滑な連携と、その連携体制を軸とした地域全体の診療レベルの向上が不可欠なためである。しかし、てんかん医療について振り返ってみると、これまで地域でいかにより良い医療を実現するかという観点からの議論は、多くはなされてこなかった。

そのような中、わが国では平成26年春から、複数の不幸な自動車運転事故を契機に作られた、病気の無申告に対する罰則および医師による任意の通報制度が盛り込まれた新道路交通法と、罰則強化を盛り込んだ刑法が施行された。しかし、病気のある人が起こす自動車運転事故を防ぐには、地域における適切な医療の供給が欠かせないことは論をまたない。

わが国のてんかんの診療体制の現状

てんかんは、乳幼児・小児から成人・老年に至るまで様々な年齢層で発症する神経疾患であり、有病率は人口のおよそ0.5~1.0%と患者数の多いcommon diseaseの1つである。またその病態と病因は多彩で、時に外科治療を必要とするなど、てんかんの診断と治療には、診療科の枠を超えた様々な人的・物的医療資源の活用が必要とされる。

一方わが国では、諸外国では思春期以降のてんかん診療の中核である神経内科が、歴史的に専門診療科としての成立時期が遅かった経緯が影響し、現在、小児科、精神科、脳神経外科、神経内科など様々な診療科がてんかん診療に関わっている状況がある。実際、日本てんかん学会でてんかん専門医約400名の出身診療科をみると、小児科医が約半数を占め、残りを精神科医が2割、脳神経外科医が2割、神経内科医が1割という比率にある。また地域でのてんかん診療においても、成人のてんかん診療に、精神科、脳神経外科、神経内科のそれぞれの学会の専門医がほぼ等分に関わっている実態が報告されている¹⁾。このように、様々な診療科の専門医が混在し、いわば診療科のモザイク状態を呈するわが国のてんかんの診療体制は、諸外国における神経内科を中核としたてんかんの診療体制とは基本的に大きく異なることを認識す

る必要がある。またこのことは、地域でどの医師がどのようなてんかん診療を行っているのか患者にもまた医師にも分かり難く、患者はどの診療科を受診すれば良いか迷い、また医師には相互の連携が困難な状況が作り出されている。

さらにわが国では、てんかんを担当する行政の担当部署が不明確なことも大きな問題である。すなわち、てんかん医療について神経疾患の担当部署が対応すべきか精神疾患の担当部署が対応すべきかははっきりせず、国および自治体の保健行政の対象から抜け落ちていくらがある。実際、各地方自治体が策定すべき地域医療計画において、てんかんは精神疾患に含まれるとされてはいるものの、実際にてんかんに関する医療計画が立てられている自治体は、現状では極めて稀なのが実態である。

その結果、てんかん医療に関し行政から地域に発信される情報が極めて乏しく、地域の医師にてんかん診療に関する情報が届いていない状況が生まれている。また、プライマリケア医と専門医との連携も十分とは言えず、地域で難治症例を相談できる専門医療機関の存在も不明確で、発作が止まらない患者をどこに相談すればよいか分からない地域も少なくない。実際、わが国のてんかん外科の手術件数は、諸外国の半分以下のレベルに長年留まっており、わが国のてんかん患者が果たして適切な医療に結びついているのか、首をかしげざるを得ない状況がある²⁾。

また、例年の厚労省の患者調査で把握されるわが国のてんかん患者数が、20数万人と疫学的推定(全国で約百万人)の数分の1に過ぎないことも問題と言える。その理由は不明であるが、本来疫学的には年齢とともに増加するはずの有病率が、この患者調査では思春期以降は逆に減少するところに、わが国のてんかん診療における問題点、すなわち一般の医師のてんかんに対する関心の薄さが示されているのかもしれない。

てんかん診療ネットワークの構築

一般にてんかん医療は、地域の医師による一次診療、てんかんの診断と専門治療を行う神経学専門医による二次診療、および外科治療が可能な包括的てんかんセンターによる三次診療に至るモデルが提唱されている³⁾。

このようなてんかんの診療連携体制を構築することを目的として、筆者ら

は平成23年度の厚労省の研究班「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診療体制の整備に関する研究」において、日本てんかん学会員および日本医師会会員を対象としたアンケート調査を行い、その結果作成された名簿を基に、平成24年7月よりウェブサイトで「てんかん診療ネットワーク」(<http://www.ecn-japan.com/>)を立ち上げ、医療・福祉および患者会関係者等の利用に資する環境を整備した。

このウェブサイトでは、日本各地のてんかん診療施設(現在約800施設)が一般に公開されており、患者が受診する際に用いることができる。また医師および医療関係者はユーザー登録することで、登録医師の詳細な情報を閲覧でき、紹介先を探す際に用いることができる。てんかん診療ネットワーク登録医師(現在約1,200名)の専門分野は、てんかん専門医、神経内科専門医、脳神経外科専門医、精神科専門医、小児神経専門医、および非専門医がそれぞれほぼ同数を占めており、わが国の地域におけるてんかん診療の実態を反映しているものと思われる。

またわれわれの研究班では、わが国の現状に即した地域診療連携のモデルを提案している⁴⁾。このモデルでは、てんかん診療施設を、プライマリケアを行う1次診療施設、問診・脳波およびMRI検査に基づくてんかんの診断と抗てんかん薬の調整が可能な2次診療施設、および発作時ビデオ脳波モニタリングによる診断と外科治療が可能な3次診療施設とに位置づけ、てんかん発作が抑制されない場合は、より高次の

てんかん診療機関に紹介され診断を受け、治療の結果発作が抑制され状態が安定した場合は、より低次のてんかん診療機関にもどり継続的な治療を受ける、という循環型の診療連携モデルを想定している(図1)。

この診療連携モデルを実現するには、地域ごとに様々な診療科からなる地域の診療連携ネットワークを構築することが必要であり、地域単位のてんかん診療連携計画を立て、一次診療から二次および三次診療に繋がる円滑な連携システムをつくることが求められる。またこのシステムの実現には、紹介料や専門診断料、拠点施設加算などの診療報酬上の手当を加える仕組みも必要と考えられる。

さらにまた、てんかんは、長期に及ぶ服薬と就学・就労・自動車運転などの患者の生活上の障害に対する継続的ケアを必要とする。治療開始時における診断が重要であるとともに、発作の症状と頻度に応じた継続的な支援を行うことが求められ、そのための適切な連携パスの考案が必要であろう(図2)。

おわりに

てんかん医療の充実は、小児では発達障害の予防と学習の改善、成人では就労と生活の自立などQOLの改善につながり、社会経済学的にも重要な課題である。運転免許と交通事故の問題に関しては、地域で適切なたんかん医療が提供されることは、地域の安全を確保するためには欠かせない前提条件であり、発作が止まらずに自動車運転により事故を起こす可能性のある患者には、すみやかに適切な診断と治療および指導が行き渡ることが不可欠と考えられる。

今後、全国の各地域でてんかん診療ネットワークが整備されることで、てんかん診療のアクセスポイントが明示され、患者・家族およびかかりつけ医にとって、発作が抑制されない場合にどの医療機関を受診すればよいか明らかとなり、また自動車運転免許、発作に関わる事故、就学、就労等てんかんの社会的側面に関する問題への対応も容易になることが期待される。

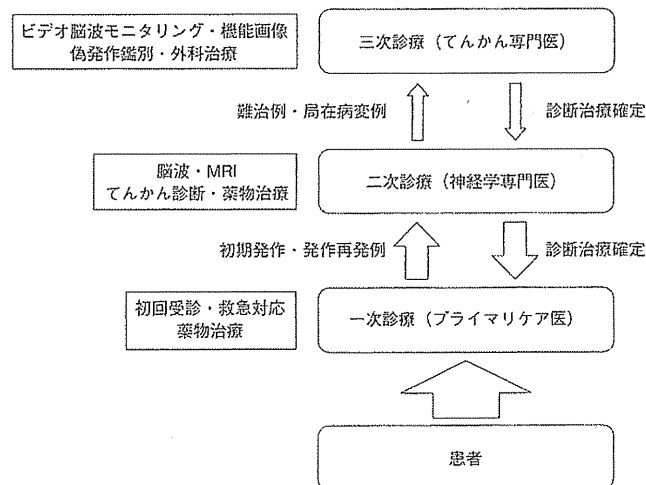


図1 てんかん診療のアルゴリズム

学会レポート

第38回日本てんかん外科学会 [2015年1月15日：都市センターホテル(東京)]

日本各地のてんかんセンターの責任者が国内のてんかん外科の課題と将来を議論

国内におけるてんかん外科については、年間手術数の少なさ、2次診療施設との連携不足などが指摘されている。ビデオ脳波モニタリングユニットやてんかん外科設備を備え、地域診療連携において中心的な役割を担うてんかんセンターは、こうした問題に対してどのように取り組んでおり、またこれからどのような役割を担っていくべきか。本稿では、日本のてんかん外科にまつわる諸問題をテーマとしたシンポジウム「提言：日本におけるてんかん外科の将来像」と、ポスター発表1題を取り上げ、その概要を紹介する。

シンポジウム座長：有田 和徳氏(鹿児島大学脳神経外科) 大槻 泰介氏(国立精神・神経医療センター病院)

シンポジウム「提言：日本におけるてんかん外科の将来像」 地域ネットワークと医学教育からみた大学病院てんかんセンターの役割—てんかん外科を地域に根ざすために— 飯田 幸治氏(広島大学病院 てんかんセンター)

飯田氏は、現在てんかん診療連携における問題点を踏まえ、大学病院のてんかんセンターが地域連携において担うべき役割について講演を行った。 てんかん診療の連携バスでは、患者と最も接する機会の多い1次診療施設(プライマリケア)、専門医療を提供する2次診療施設(専門医)、地域診療に

おいて中核を担う3次診療施設(てんかんセンター)の三者間の連携が重要とされる。中でも、3次診療と2次診療が担う役割は大きい。 しかし飯田氏は、「現時点では、2次診療と3次診療の機能は不全状態にある」と指摘。その原因として、外科治療が推奨されている種類のてんかんすら

バトンタッチされず、多くの患者が外科治療にたどりつかないという「質の問題」と、バトンタッチしたくとも3次診療施設が周辺にないという「数の問題」を挙げる。

質の問題について、飯田氏は「外科的治療で解決するてんかんがあることを知らない」、「不十分な知識で外科適応が判断されてしまい、患者が3次施設に紹介されない」の2点を例示。その上で、解決のためにはてんかん診療のすそ野の充実が必要だと訴える。

◎「てんかん診療の道しるべ」として 一方で、数の問題については「地域による偏在」が指摘されている。「てんかん診療ネットワーク」によると、中国及び四国地方の3次診療施設は、3つしかない。中国・四国地方の総人口が1,130万人以上に上ることを考えると、この数は少し心もとない。

広島大学病院は、10年間の準備期間を経て、昨年1月にてんかんセンターを開設した。人口に対して3次医療施設が不足がちな中国地方にて、「てんかん診療ネットワーク」における3次診療の役割を担うためである。現時点では、スタッフは広島大学病院と兼任ではあるが、センターでは組織横断的な活動に取り組んでいる。

さらに飯田氏によると、現在の同セ

ンターは、2次診療と3次診療の両方の機能を包括的に果たすことで、「当地におけるてんかん診療の道しるべ」の役割も果たしているという。

◎大学病院のメリットは「学生教育」 また飯田氏は、大病院がてんかんセンターを保有することの利点として「学生に対する教育」を挙げる。

広島大学病院では、てんかん外科カンファレンスに医学生を参加させているという。飯田氏は「若いうちからてんかん外科治療に慣れ親しむ機会を提供できるのは、大学病院の大きな利点だ」と指摘する。さらに、医師に限らず看護学科を含めた学生に対して、卒前・卒後教育を継続すれば、てんかん学教育の普及と2次診療のレベルアップにつながっていくと訴える。

こうした活動は、既に芽吹き始めているようだ。飯田氏によると、現在は暫定的に同センターが2次診療と3次診療の役割を包括的に肩代わりしているものの、「(当地における)てんかん診療のすそ野は確実に広がっていると実感している」という。そして、大学病院の学際的な枠組みを活かして、地域の2次診療体制のレベルアップが進んでいけば、いずれは同てんかんセンターも高次医療施設の役割に特化できる日が来るだろうとの展望を述べた。

シンポジウム「提言：日本におけるてんかん外科の将来像」 当院におけるてんかんセンターの現況と将来への提言 山本 貴道氏(聖隷浜松病院 てんかんセンター)

山本氏は、民間病院におけるてんかんセンターの役割と今後の展望について講演を行った。

聖隷浜松病院は、民間病院として積極的にてんかんの包括的診療に取り組んできた。2004年には脳神経外科内にてんかん科を設立し、その4年後にはてんかんセンターを開設している。

山本氏は、てんかんセンターによる包括的診療のメリットとして、「症例診断が容易になる」、「小児から成人まで幅広い診療が可能となり、利用者の利便性が向上する」、「内科医と外科医の連携が進み、外科医は手術に関連した問題に専念できる」、「外科適応などはカンファレンスで判断するので、診断の客観性が担保される」などを挙げ

る。

カンファレンスは、脳神経外科をはじめ、神経内科、小児科、リハビリテーション科など様々な診療科を交えて実施している。大学病院ではないので医学生の参加はまだ少ないが、研修医の参加もあるという。また、同院以外の医師も参加している。

◎検査に対する診療報酬見直しを要請 とはいえ、集学的検査と治療が求められるてんかんセンターの運営は、決して楽ではないようだ。山本氏によると、「収支計算をみると、検査関連の収支は大赤字だ」という。「(収支が黒字の)外科手術を行って、ようやくトントンという状況にある(山本氏)」。

山本氏によると、検査に関する国内

の診療報酬は、かなり厳しく設定されている。たとえば、「長時間ビデオ脳波同時記録検査」の報酬診療は、1日900点。これに対して、米国では24時間あたり1,000~3,000ドルを計上することができるといふ。まさに「ゼロがひとつ足りない」レベルの格差だ。

日本てんかん学会は昨年4月、診療報酬の見直しを求める要望書を厚生労働大臣宛に提出。その中で、長時間ビデオ脳波同時記録検査について、専門機関または診療拠点病院に限り、1日6,500点を計上できるように要望している。山本氏も「更なるてんかん医療の発達のためにも、検査に対する診療報酬を手厚くしてほしい」と訴える。

◎新技術の適応を見極める目も必須 地域診療連携における3次診療を担うてんかんセンターは、てんかん医療の最後の砦として、既存の治療では良い結果が得られない患者を引き受けな

ければならない。そうした患者に最新かつ適切な治療を提供するのも、てんかんセンターが担う役割である。

現在、米国では新しいVNS(迷走神経刺激)として、ictal tachycardia(発作時頻拍)に応じて電気刺激を行う装置の治療が始まっている。山本氏によると、従来のマグネットモード(患者が発作の前兆を感じた時に、任意で電気刺激を強くする)に代わるデバイスとして期待できるという。他にも、三叉神経刺激(TNS)などの新しい治療方法・デバイスの開発も進んでいる。これらも、いずれ日本に導入されると考えられている。

新しい治療技術は、それまで治療が難しかった患者に対する新たな治療選択肢となり得る一方で、安易に飛びつくことなく、適応を正しく判断する眼力が求められる。山本氏は、「適応を見極める目が必要になる」と指摘した。

シンポジウム「提言：日本におけるてんかん外科の将来像」 てんかんの外科治療と医療ネットワークの未来 大槻 泰介氏(国立精神・神経医療センター てんかんセンター)

大槻氏は、日本てんかん診療の現状と、地域診療連携ネットワークのあり方について講演を行った。

国内のてんかん診療が抱える問題点として、大槻氏は「成人のてんかん診療を担う診療科が複数あり、互いに連携がとれていない状況」を挙げる。

日本では、小児のてんかんは小児神経科がほとんどの患者を診療しているのに対して、成人のてんかんは(複雑な歴史的背景もあり)脳神経外科、精神科、神経内科の3科がバラバラに担当している。彼らは診療科も所属する

学会も異なるために、相互の連携がとれず、相互の連絡も非常に不十分なのが現状だ。大槻氏は「診療科のモザイク状態」という言葉で表現する。

そこで大槻氏は、新たに「てんかん診療ネットワーク」を立ち上げた。日常的にてんかん患者を診療している専門医に、自己申告で名乗りを上げてもらうことで、どの地域に誰がいるのかを明らかにし、相互連携や地域での診療バスを構築しようという試みだ。

◎厚労省も4月からモデル事業を開始 現在、てんかん診療ネットワーク上

には、2次診療施設として七百近い数が登録されている。大槻氏は、この数字を有効活用する方法として「地域連携バス」の導入を提唱する。

地域連携バス自体は、既に認知症や脳卒中の診療ネットワークにも採用され、実績を上げている。大槻氏は、バスの構築には①紹介料加算②診断管理料③連携拠点病院加算——など、既にも他の疾病の地域診療連携で採用されている診療報酬加算を、てんかんの診療連携にも導入すべきだと提案する。

厚生労働省も動き始めている。今年4月より、新たに「てんかんの地域診療連携体制の整備事業」を開始する。予算は1,600万円と小さいが、てんかん診療を専門に行う医療機関のうち、10

カ所程度を「てんかん診療拠点機関」に指定し、自治体・医療機関との連携及び支援体制モデルの確立を行うというものだ。その役割を担うのは、日本各地のてんかんセンターである。

◎要件満たすセンターには拠点加算を てんかんセンターのあり方について大槻氏は、「ビデオ脳波同時記録など検査体制の整備」、「外科治療及び複数の診療科による集学的治療」、「地域連携拠点としての活動」など、センターとして満たすべき必要要件を挙げる。

もちろん、こうした設備や人材を揃えれば、人件費や設備投資などセンター側の負担も大きくなる。日本てんかん学会は、一定の機能を備えるてんかんセンターについては「てんかん診療

拠点病院加算」及び「てんかん専門診断料加算」の導入を要望している。大槻氏は「施設要件に該当し、高いクオリティの診療を提供する施設に対して加算を認める制度があれば、拠点整備事業も進むだろう」と期待する。

厚労省のモデル事業など、てんかん医療を巡る環境は、転換点を迎えようとしている。大槻氏は「3次診療施設

のクオリティをどう維持するかを真剣に考える必要がある」と述べ、先を見越した対応の必要性を訴えた。

さらに、こうした日本の脳神経外科医の熱意が、海馬多切術や定位温熱凝固術といった新しい手技や治療を生み出してきた原動力となったという側面もあると指摘をする。脳梁離断術にしても、かつては「日本での実施件数は多すぎる」と批判されたが、近年では海外でも脳神経外科を中心に再評価が進んでおり、これも「日本の外科医が頑張った成果だろう」と評価をする。

シンポジウム「提言：日本におけるてんかん外科の将来像」
日本でのてんかん外科の長所と短所：日本型連携の確立へ
川合 謙介氏(NTT東日本関東病院 脳神経外科・てんかんセンター)

川合氏は、日本のてんかん外科の特徴と課題について講演を行った。

てんかん外科は、3次診療施設(てんかんセンター)が担う機能のひとつだ。それまでの治療で効果不十分な患者を受け入れ、外科適応を判断し、手術に必要な検査を行い、実際に手術を行い、術後の経過を管理する。

ところが川合氏によると、米国では複数の職種間で分業化されているこれらのプロセスについて、日本ではほとんどを脳神経外科医が兼任しているのが現状だ。画像検査、治療薬物モニタリング、リハビリテーション以外の仕事は、ほとんど脳神経外科が兼任している——と川合氏は指摘する。

こうした脳神経外科医の、いわば八

面六臂の活躍に対しては、「医療資源の無駄遣い」と批判的な声もある。さらに、脳神経外科医が全てに関与することで、ワンマンショーに陥り、治療の客観性を不安視する意見もある。

◎「脳外科医のこだわりが支えてきた」
これに対して、川合氏は「手術手技によっては、術前検査の内容もかなり異なる。その微妙なニュアンスは、実際に手術を行う者でないとわからない面もある」との考えを示す。手術後の画像診断についても、「脳神経外科が確認するのは当然」と述べた。

その上で、脳神経外科医が様々な場面を主導している現状を、「(外科医の犠牲のもとで)ある意味で究極の有効活用ともいえる」と表現した。

その一方で、手技に対する過剰なこだわりが、VNS(迷走神経刺激術)などの、いわゆる「ニューロモデュレーション(神経調整法)」といった新しい発想の治療法の開発や導入の遅れにつながっているとの声もある。

◎「外科領域は外科医が一貫して指導を」
これに対して川合氏は、自分たちの技術に拘泥するあまり、神経工学などに基づく新たな発想の治療法の開発を妨げてはならないと注意を促す。そし

て、これからのてんかん外科では、非臨床系の研究者との連携の強化が課題になるだろうとの展望を述べた。

川合氏は、外科医が忘れてならない精神として、「God is in the details(神は細部に宿る)」という言葉を引き上げる。細部まで手を抜かず、自分の領分(外科手術)以外にも関心を持ち、継続してフォローアップする——そうしたこだわりこそが、日本のてんかん外科を支えてきたと川合氏は考える。

川合氏は、今後のてんかん診療連携について、「否応なく(欧米型のも多岐種分業の)システムに代わるだろう」と展望を述べた上で、「(てんかんセンター内で実施される)てんかん外科については、術前検査からフォローアップまで、一貫して脳神経外科医が指導的役割を担うべきだろう」と唱じた。

シンポジウム「提言：日本におけるてんかん外科の将来像」
Keynote Lecture
浅野 英司氏(米国ウェイン大学 小児科・神経内科、准教授)

浅野氏は、日本のてんかん外科の世界的な評価と、これから日本人研究者が世界で活躍していくには何が不足しているかをテーマに講演を行った。

日本人研究者による研究のレベルを知る上で、浅野氏は「2013年米国てんかん学会抄録」から、筆頭著者が日本人の研究の数を検索してみた。その結果、「てんかん外科」というキーワードを含む研究は全229編あり、そのうち日本人(と思われる名前の)筆頭著者の論文が全体の約1割を占めていた。浅野氏は「日本でのてんかん外科研究は活発だといえるだろう」と評価する。

これに対して、「モデル」、「理論」というキーワードで検索すると、その数はかなり少なくなるという。「動物/数

学/統計/病気モデルに詳しい日本人研究者は、臨床研究と比べて相対的に少ないのかもしれない(浅野氏)。

浅野氏は、背景として(非母国語である)英語という言語的な壁と、「医学研究の統計家の数が少なく、医療統計に関して学べる場も少ない」という日本独自の背景を挙げる。

◎「外科手術数にこだわる必要はない」
国内の専門家から、「日本でのてんかん外科手術の実施数は少ない」と指摘がなされてきた。事実、人口比でいえば日本でのてんかん外科手術の年間実施数は、米国の半数程度に過ぎない。

これに対して浅野氏は、確かに米国は外科手術を行いやすい環境が整備されているが、逆に「手術適応が明瞭で

ない症例にまで外科手術が実施されている」点も無視できないと指摘。根底には、手術件数と外科医の給与が比例する「incentive based medicine」ともいえるべき状況があると訴える。

米国で神経内科医を務める浅野氏自身、適応が明瞭でない患者に半球離断術が行われ、結果として発作の抑制に至らなかった事例を経験してきた。その経験から、必ずしも米国のてんかん外科の状況が日本になるとは限らないとした上で、「日本の手術の治療成績は(米国と比べても)良好だ」と述べ、手術件数にはこだわらなくても良いのではないかとの見解を示した。

◎「自分の強みを活かした研究者に」
てんかん外科の研究に関して、浅野氏は「術式・手技に関する日本の研究は海外でも高く評価されている」と指摘。一方で、日本人が不得手とされる理論・モデル研究については、統計学

の訓練を受けることを推奨する。

てんかん外科の症例数は、1年間でもせいぜい20~25例程度しか経験できない。少ない症例数で統計学的な有意差を見出すためには、繰り返し測定を行い、解析対象となる母集団の数を増やす必要がある。浅野氏は「医療統計学に習熟しておけば、論文を書くときにも助けになる」という。

もちろん、全てのてんかん外科医が医療統計のプロになる必要はない。自身が不得手な分野は、自分以上に詳しい専門家の力を借りれば良いのだ。

話題になった「ヒトiPS細胞由来の網膜色素上皮細胞移植」など、近年では臨床家だけでなく、医学博士、工学博士などで構成する複合チームによる医師主導臨床研究が目立っている。浅野氏は「活躍できる場合は、誰にでもある筈だ」と述べ、自分の強みを活かした研究者への道を推奨した。

ポスターセッション「手術」より
地域医療におけるてんかん外科医療の位置づけ・医師を対象とした
川崎市における調査
野崎 敏樹氏¹⁾、太租 一朗氏²⁾、立山 幸次郎氏²⁾、足立 好司氏²⁾、喜多村 幸幸氏²⁾、森田 明夫氏²⁾
1) 日本医科大学千葉北総病院 脳神経外科、2) 日本医科大学武蔵小杉病院 脳神経外科、3) 日本医科大学 脳神経外科

日本でのてんかん外科医療を巡る問題として「手術が必要な患者に対して十分に提供されていない」という指摘がある。近年では、年間700~800件まで増加したと考えられているが、この中にはVNS(迷走神経刺激術)も含まれていることを考えると、まだまだ十分な数とはいえない。

そこで野崎らは、川崎市に診療拠点を持つ医師(小児神経科医、神経内科医、精神科医、脳神経外科医)を対象にアンケート調査を実施。その実態を明らかにしようと試みた。

当地域における調査対象者は180人で、そのうち33人(18%)から有効回答が得られた。回答者の診療科を見ると、小児神経科医2人、神経内科医13人、精神科医4人、脳神経外科医12名、不明が2人だった。回答者の診療年数は平均22.6年(9~44年)だった。

◎「外科治療の適応例は熟知しているが」
設問「どのような患者がてんかん外科治療・VNSの適応と思うか?」に対しては、「いわゆる難治てんかん患者(25人)」が最も多く、次いで「側頭葉てんかん(12人)」、「一側大脳半球に広範

に焦点が存在するてんかん・半球性てんかん(10人)」が続いた。

ところが、設問「難治てんかん患者に対して、どのように解決しているか?」では、「薬剤治療を常に調整する(25人)」が最も多く、「外科治療を検討する(6人)」、「専門施設への紹介(3人)」は少ない。「そのまま経過観察している(3人)」も認められた。

一般的には、「適切な抗てんかん薬を2剤用いても良好な発作コントロールが得られない場合は、薬剤抵抗性てんかんと診断し、外科的治療の可能性を考慮する」と推奨されている。この結果について、野崎氏は「多くの医師が難治てんかんを手術適応であると考えながら、実際には薬物療法を行ってしまう傾向がある」と指摘する。

◎「地域の診療医との連携が最重要課題」
設問「難治てんかん患者をてんかん外科治療依頼したことがあるか?」に

対して、「はい(6人)」は少なく、ほとんどの医師が外科への紹介経験がない(無回答も2人)こともわかった。

患者をてんかん外科施設に紹介していない理由を聞くと、「適切な患者がない(19人)」が最も多かった。

現在、進められている「てんかん診療ネットワーク」に対する登録については、5人が「登録している」と答えたが、28名が「登録していない(無回答も2人含む)」と回答していた。

今回の調査結果について、野崎氏は「てんかん外科治療に関して更なる啓蒙を促すだけでなく、地域のてんかん診療に携わる医師との連携を深めることが最重要課題であると考えられた」と指摘。「てんかん外科治療は広く認識されつつあるものの、実際に治療が必要な患者に治療が十分に行き届くまでには至っていない現状を示唆する結果となった」と考察した。

保健所における精神保健福祉業務の現状と課題

アカザワ マサト タケシマ タダシ タチモリ ヒサテル
 赤澤 正人^{*,2*} 竹島 正^{2*} 立森 久照^{2*}
 ウダ ヒデノリ ノグチ マサユキ シンヤ
 宇田 英典^{3*} 野口 正行^{4*} 澁谷いづみ^{5*}

目的 保健所における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」（以下、運営要領）の運用実態を把握し、運営要領の改訂に向けた基礎資料とすることを目的とした。

方法 全国の保健所495か所を対象に、平成24年に郵送による質問紙調査を実施した。保健所を県型、中核市型、指定都市型の3群に分類し、独自に作成した項目の単純集計、または平均値をもとに分析した。

結果 回収数は308か所（62.2%）であった。保健所の型別の回収数は、県型239か所（63.9%）、中核市型48か所（67.6%）、指定都市型21か所（42.0%）であった。

精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が別であったのは、県型99か所（41.4%）、中核市型32か所（66.7%）、指定都市型8か所（38.1%）であった。担当業務の概ね4分の3以上が精神保健福祉業務である職員数は、県型においてより少ない傾向がみられた。組織育成のための助言指導は、精神障害者家族会に対する割合が最も高く、県型205か所（85.7%）、中核市型42か所（87.6%）、指定都市型14か所（66.7%）であった。精神保健のグループワークは、中核市型において半数以上の27か所（56.3%）で実施されていたが、県型では75か所（31.4%）、指定都市型で8か所（38.1%）であった。県型保健所における市町村への協力および連携の内容では、精神保健福祉相談・訪問指導（83.5%）が最も高く、次いで精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討（44.6%）、事例検討会（42.0%）であった。また、主たる領域・対象では、対応困難事例（84.8%）が最も高く、次いで社会復帰・地域移行（59.5%）、自殺対策（44.2%）であった。

結論 障害者自立支援法、自殺対策基本法の成立など、近年の法制度の整備とともに、保健所の精神保健福祉業務の実施体制と業務内容に変化が起きている可能性が示唆された。運営要領改訂に当たっては、この点を考慮する必要があると考えられた。

Key words : 保健所, 精神保健福祉業務, 運営要領, 市町村

日本公衆衛生雑誌 2014; 61(1): 41-51. doi:10.11236/jph.61.1_41

I はじめに

保健所における精神保健福祉業務の歴史的な背景をみると、1965年の精神衛生法改正に伴い翌年通知された「保健所における精神衛生業務運営要領」¹⁾（以下、旧運営要領）において、保健所は地域にお

ける精神衛生行政の第一線機関とされ、精神衛生相談や訪問指導等が規定され、その後、保健所デイクア、精神障害者家族会の育成、地域作業所づくり、当事者活動の育成等に取り組んできた。現在の保健所における精神保健福祉業務は、1998年の精神保健福祉法改正に伴い、精神障害者の福祉サービスの利用に関する相談・助言の窓口を市町村にすることとした「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」²⁾（2000年厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知。2005年の障害者自立支援法に伴い最終改正。以下、運営要領）に基づき行われている。それによると、保健所は地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関とされ、その業務は、(1)企画調整、(2)普及啓発、(3)研修、(4)組織育成、(5)相談、(6)訪問指導、

* 兵庫県こころのケアセンター

^{2*} 独国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

^{3*} 鹿児島県鹿児島地域振興局保健福祉環境部兼伊集院保健所

^{4*} 岡山県精神保健福祉センター

^{5*} 愛知県豊川保健所

連絡先：〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2

兵庫県こころのケアセンター 赤澤正人

(7)社会復帰及び自立と社会参加への支援, (8)入院及び通院医療関係事務, (9)ケース記録の整理及び秘密の保持等, (10)市町村への協力及び連携に大別されている。

旧運営要領から半世紀近く, 運営要領から10年以上経過したが, この間, 1994年には地域保健法の施行により, 住民に身近で頻度の高いサービスの実施主体は市町村に位置づけられた。さらに, 1999年の「地方分権一括法」により, 地方分権の推進が明確化され, 「平成の大合併」により, 2001年に3,226か所あった市町村は, 2009年には1,777か所まで減少した⁴⁾。また, 2005年の障害者自立支援法により, 障害の種別(身体障害, 知的障害, 精神障害)にかかわらず, サービスの提供主体は市町村に一元化され, 都道府県はこれを広域的な観点からバックアップすることが求められるようになった³⁾。

その一方, 近年では, 自殺や発達障害を含む多様なメンタルヘルスの問題への対応が期待され, 保健所の地域精神保健福祉業務にも変化が求められている⁵⁾。こうした地域保健体制の変化とメンタルヘルスの課題の多様化の中で, 保健所は, 地域保健対策の広域的・専門的・技術的推進のための拠点として, 市町村を支援することが求められている。しかしながら, 住民の保健福祉に関する基本的なデータは市町村が保有するなど, 県型保健所においては情報拠点としての機能が難しくなるなどの問題も生じている⁶⁾。また, 都道府県の保健師数の減少などから保健所の市町村に対する優位性にも課題が生じている⁶⁾。さらに, 現在の保健所の状況は, 人員, 圏域の広さを含めて各地域で大きく異なり, 設置形態によっても期待される役割も異なるのが現状である⁷⁾。

こうした背景をふまえ, 本研究では全国の保健所における運営要領の運用実態を把握し, 運営要領の改訂に向けた基礎資料とすることを本研究の目的とした。

II 方 法

1. 調査対象

平成23年4月現在の全国の保健所495か所を対象とした。

2. 調査方法

本研究では, 郵送による質問紙調査を行った。対象となる全ての保健所に調査協力依頼状, 調査票, 返送用封筒を送付し回答を求めた。調査期間は平成24年1月13日から同年2月10日であった。

3. 調査項目

1) 基本属性と職員数

精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じかどうかを尋ねた。職員数は, 常勤職員数, 精神保健福祉業務を担当している常勤および非常勤職員数, 主たる業務が精神保健福祉の常勤および非常勤職員数(担当業務の概ね4分の3以上である職員), 精神科嘱託医数(非常勤)を尋ねた。

2) 精神保健福祉業務

とくに注意がない場合平成23年度中の業務および状況(実施見込みを含む)を尋ねた。

(1) 管内の精神保健福祉の実態に係る資料

管内住民の精神健康に関する調査, 精神科病院のリスト, 精神神経科診療所のリスト, 自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数, 精神障害者保健福祉手帳の所持者数, 自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト, 自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数を保有しているかどうかを尋ねた。

(2) 普及啓発の取組

地域住民のこころの健康づくりに関する知識または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組, 家族や障害者本人に対する教室を, 「保健所として主催しているものがある」, 「他の機関等が実施するものに協力しているものがある(保健所職員が企画実施に参画していることが要件)」, 「いずれもなし」から複数回答可で回答求めた。

(3) 研修事業

市区町村職員を対象とした研修, 市区町村以外の関係機関・施設・団体を対象にした研修について普及啓発の取組と同様の回答を求めた。

(4) 当該地域における組織育成のための助言指導の機会

精神障害者の当事者団体, 精神障害者家族会, アルコール・薬物依存の自助グループ, 精神障害者の就労支援のための職親会, 精神保健ボランティア団体に関して, 「平均して週1回以上の機会がある」, 「平均して月1回以上の機会がある」, 「年数回程度」, 「ない」から回答を求めた。

(5) 精神保健福祉相談の実施状況

精神保健福祉相談の実施状況について, 保健所職員による面接相談, 精神科嘱託医による面接相談に関して「定期的実施」, 「随時実施」, 「実施していない」から回答を求めた。そして, 定期的な専門相談日, すなわちアルコール問題, 思春期精神保健福祉, ひきこもり, 認知症, 薬物乱用・依存, 社会復帰の専門相談日があるかどうかを尋ねた。

(6) 訪問指導の実施状況

訪問指導の実施状況について、保健所職員によるもの、精神科嘱託医によるもの、その他の非常勤職員によるものに関して、「担当職員一人当たり週1日もしくはそれ以上の訪問指導を行っている」、「左記よりも少ない頻度で実施」、「ほとんど実施していない」、「実施していない」から回答を求めた。

(7) 社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況

精神保健のグループワークについて「週1回以上実施」、「左記よりも少ない頻度で実施」、「実施していない」から回答を求めた。また自立支援法関連施設・サービスへの指導監督、精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組、精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組の有無を尋ねた。

(8) 平成23年4月1日から9月30日までの6か月間における入院および通院医療関係事務

精神保健福祉法第34条の実績について、措置入院のための移送、医療保護入院および応急入院のための移送に関して、事前調査の件数と移送への立会件数の記入を求めた。さらに、都道府県知事、政令指定都市市長が行う精神保健福祉法に基づく実地指導、実地審査に関して「実施している」、「参画している」、「関与していない」から回答を求めた。

(9) 市町村への協力および連携

連絡調整のあった市町村ごとに、主たる内容、主たる領域・対象を尋ねた。主たる内容は、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、市町村障害福祉計画の策定、自立支援協議会、精神保健福祉相談・訪問指導、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、教育委員会への支援、福祉事務所・福祉課への支援、その他の中から3つまで回答を求めた。主たる領域・対象は、社会復帰・地域移行、自殺、災害・被害者支援、心神喪失者等医療観察法、認知症、アルコール関連問題、薬物依存、発達障害、対応困難事例、その他の中から3つまで回答を求めた。

なお、運営要領にある、企画調整、ケース記録の整理および秘密の保持等については、調査項目の設定が困難であることや、回答のあった場合も、他の調査項目への回答と重複する可能性があることから、調査項目を設定しなかった。

4. 解析方法

調査の解析にあたっては、保健所の設置主体別と、都道府県と同等の精神保健福祉業務を担うかどうかを踏まえて、保健所を県型（支所型と都下保健所を含む）、中核市型（中核市、保健所政令市、特別区）、指定都市型の3群に分類し、各項目の割合

または平均値を算出した。

なお、データクリーニングの段階で、職員数、入院および通院医療関係事務の各件数については、件数が「0」の場合に無記入で回答する事例が目立った。このため、回答の届くたびに該当の保健所に「0」であることの確認を行ったが、その後も同様の事例が続いたため、件数が「0」を無記入としていられる事例は、無記入の所を「0」と扱うこととした。その他の無回答についても同様の扱いとした。

解析には SPSS Version 16.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、調査の協力依頼状に調査の目的等を記載した。また、調査責任者の連絡先を記載し、調査に関する質問に対応できるようにした。本研究では、調査票への回答と返送をもって、対象が調査に同意したものとした。

III 結 果

1. 保健所の回答状況

308か所の保健所から回答が得られた（有効回答率62.2%）。各地の保健所数に対する回答割合は、北海道17か所（56.7%）、東北34か所（68.0%）、関東甲信越静84か所（56.4%）、東海北陸41か所（64.1%）、近畿34か所（53.1%）、中国四国41か所（71.9%）、九州沖縄57か所（70.4%）であった。型別の回答数と有効回答率は、県型239か所（63.9%）、中核市型48か所（67.6%）、指定都市型21か所（42.0%）であった。

2. 保健所の基本属性と職員数

精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が別であったのは、県型99か所（41.4%）、中核市型32か所（66.7%）、指定都市型8か所（38.1%）であった。精神保健福祉業務を担当している職員数の割合、業務の概ね4分の3以上が精神保健福祉業務である常勤職員数の割合を表1に、非常勤職員数を表2に示す。表中の度数は、各職種において精神保健福祉業務を担当している人数を有する保健所数であり、表中の%は各保健所型内における度数の割合である。県型は、中核市型、指定都市型に比べて、より少ない人員配置となっている傾向がみられた。精神科嘱託医数の平均は県型2.42（SD=2.85）、中核市型4.02（SD=7.66）、指定都市型3.62（SD=7.33）であった。

3. 精神保健福祉業務

1) 保健所の所有する管内資料

管内資料を保有している保健所の割合を表3に示

表1 精神保健福祉業務を担当している常勤職員数

	人数	県 型		中核市型		指定都市型		計	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
医師【常勤】	0	202	84.5%	41	85.4%	17	81.0%	260	84.4%
	1	32	13.4%	6	12.5%	2	9.5%	40	13.0%
	2	3	1.3%	0	0.0%	2	9.5%	5	1.6%
	3	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%
医師【常勤 主業務】	0	237	99.2%	47	97.9%	21	100.0%	305	99.0%
	1	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%
保健師・看護師【常勤】	0	15	6.3%	4	8.3%	4	19.0%	23	7.5%
	1	42	17.6%	4	8.3%	2	9.5%	48	15.6%
	2	53	22.2%	1	2.1%	3	14.3%	57	18.5%
	3	44	18.4%	3	6.3%	4	19.0%	51	16.6%
	4	33	13.8%	6	12.5%	0	0.0%	39	12.7%
	5+	52	21.8%	30	62.5%	8	38.1%	90	29.2%
保健師・看護師【常勤 主業務】	0	70	29.3%	13	27.1%	7	33.3%	90	29.2%
	1	71	29.7%	5	10.4%	2	9.5%	78	25.3%
	2	49	20.5%	2	4.2%	3	14.3%	54	17.5%
	3	22	9.2%	5	10.4%	4	19.0%	31	10.1%
	4	13	5.4%	5	10.4%	0	0.0%	18	5.8%
	5+	14	5.9%	18	37.5%	5	23.8%	37	12.0%
精神保健福祉士【常勤】	0	181	75.7%	32	66.7%	10	47.6%	223	72.4%
	1	31	13.0%	6	12.5%	1	4.8%	38	12.3%
	2	17	7.1%	2	4.2%	6	28.6%	25	8.1%
	3+	10	4.2%	8	16.7%	4	19.0%	22	7.1%
精神保健福祉士【常勤 主業務】	0	192	80.3%	34	70.8%	10	47.6%	236	76.6%
	1	26	10.9%	6	12.5%	1	4.8%	33	10.7%
	2	12	5.0%	2	4.2%	6	28.6%	20	6.5%
	3+	9	3.8%	6	12.5%	4	19.0%	19	6.2%
臨床心理技術者【常勤】	0	234	97.9%	46	95.8%	21	100.0%	301	97.7%
	1	5	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.6%
	2	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
	3	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
臨床心理技術者【常勤 主業務】	0	235	98.3%	46	95.8%	21	100.0%	302	98.1%
	1	4	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%
	2	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
	3	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
事務職【常勤】	0	107	44.8%	16	33.3%	10	47.6%	133	43.2%
	1	72	30.1%	9	18.8%	3	14.3%	84	27.3%
	2	38	15.9%	7	14.6%	3	14.3%	48	15.6%
	3+	22	9.2%	16	33.3%	5	23.8%	43	14.0%
事務職【常勤 主業務】	0	164	68.6%	26	54.2%	12	57.1%	202	65.6%
	1	55	23.0%	7	14.6%	3	14.3%	65	21.1%
	2	15	6.3%	4	8.3%	2	9.5%	21	6.8%
	3+	5	2.1%	11	22.9%	4	19.0%	20	6.5%
上記以外【常勤】	0	199	83.3%	38	79.2%	17	81.0%	254	82.5%
	1	22	9.2%	3	6.3%	2	9.5%	27	8.8%
	2	9	3.8%	4	8.3%	1	4.8%	14	4.5%
	3+	9	3.8%	3	6.3%	1	4.8%	13	4.2%
上記以外【常勤 主業務】	0	217	90.8%	43	89.6%	18	85.7%	278	90.3%
	1	14	5.9%	1	2.1%	2	9.5%	17	5.5%
	2	6	2.5%	3	6.3%	1	4.8%	10	3.2%
	3+	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%

注) 主業務とは、主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね4分の3以上)であることを指す。

表2 精神保健福祉業務を担当している非常勤職員数

	人数	県 型		中核市型		指定都市型		計	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
医師【非常勤】	0	209	87.4%	42	87.5%	19	90.5%	270	87.7%
	1	9	3.8%	2	4.2%	1	4.8%	12	3.9%
	2	10	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	10	3.2%
	3+	11	4.6%	4	8.3%	1	4.8%	16	5.2%
医師【非常勤 主業務】	0	216	90.4%	44	91.7%	19	90.5%	279	90.6%
	1	9	3.8%	1	2.1%	1	4.8%	11	3.6%
	2	6	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.9%
	3+	8	3.3%	3	6.3%	1	4.8%	12	3.9%
保健師・看護師【非常勤】	0	225	94.1%	33	68.8%	20	95.2%	278	90.3%
	1	12	5.0%	9	18.8%	0	0.0%	21	6.8%
	2	2	0.8%	1	2.1%	1	4.8%	4	1.3%
	3+	0	0.0%	5	10.4%	0	0.0%	5	1.6%
保健師・看護師【非常勤 主業務】	0	232	97.1%	38	79.2%	20	95.2%	290	94.2%
	1	7	2.9%	8	16.7%	0	0.0%	15	4.9%
	2	0	0.0%	1	2.1%	1	4.8%	2	0.6%
	3+	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
精神保健福祉士【非常勤】	0	234	97.9%	36	75.0%	14	66.7%	284	92.2%
	1	3	1.3%	2	4.2%	4	19.0%	9	2.9%
	2	2	0.8%	7	14.6%	1	4.8%	10	3.2%
	3+	0	0.0%	3	6.3%	2	9.5%	5	1.6%
精神保健福祉士【非常勤 主業務】	0	234	97.9%	38	79.2%	14	66.7%	286	92.9%
	1	3	1.3%	2	4.2%	4	19.0%	9	2.9%
	2	2	0.8%	7	14.6%	1	4.8%	10	3.2%
	3	0	0.0%	1	2.1%	2	9.5%	3	1.0%
臨床心理技術者【非常勤】	0	231	96.7%	43	89.6%	21	100.0%	295	95.8%
	1	7	2.9%	2	4.2%	0	0.0%	9	2.9%
	2	0	0.0%	2	4.2%	0	0.0%	2	0.6%
	3+	1	0.4%	1	2.1%	0	0.0%	2	0.6%
臨床心理技術者【非常勤 主業務】	0	233	97.5%	44	91.7%	21	100.0%	298	96.8%
	1	5	2.1%	2	4.2%	0	0.0%	7	2.3%
	2	0	0.0%	2	4.2%	0	0.0%	2	0.6%
	3	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
事務職【非常勤】	0	217	90.8%	40	83.3%	20	95.2%	277	89.9%
	1	18	7.5%	4	8.3%	1	4.8%	23	7.5%
	2	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%
	3+	2	0.8%	3	6.3%	0	0.0%	5	1.6%
事務職【非常勤 主業務】	0	225	94.1%	42	87.5%	20	95.2%	287	93.2%
	1	13	5.4%	3	6.3%	1	4.8%	17	5.5%
	2	1	0.4%	2	4.2%	0	0.0%	3	1.0%
	3+	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
上記以外【非常勤】	0	234	97.9%	42	87.5%	20	95.2%	296	96.1%
	1	3	1.3%	2	4.2%	0	0.0%	5	1.6%
	2	1	0.4%	1	2.1%	0	0.0%	2	0.6%
	3+	1	0.4%	3	6.3%	1	4.8%	5	1.6%
上記以外【非常勤 主業務】	0	236	98.7%	44	91.7%	20	95.2%	300	97.4%
	1	1	0.4%	2	4.2%	0	0.0%	3	1.0%
	2	1	0.4%	1	2.1%	0	0.0%	2	0.6%
	3+	1	0.4%	1	2.1%	1	4.8%	3	1.0%

注) 主業務とは、主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね4分の3以上)であることを指す。

す。精神科病院のリスト、精神神経科診療所のリスト、自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数、精神障害者保健福祉手帳の所持者数、自立支援法の障害福祉サービスの施設リストについては、県型、中核市型、指定都市型ともに概ね80-90%台であった。一方で、管内住民の精神健康に関する調査については、いずれも20%台であった。また、自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数については、県型が28か所(11.7%)でとくに低かった。

表3 精神保健福祉の状況に係る資料を保有している保健所の割合

	県型 N=239	中核市型 N=48	指定都市型 N=21
管内住民の精神健康に関する調査結果	56(23.4%)	14(29.2%)	6(28.6%)
管内の精神科病院のリスト	234(97.9%)	46(95.8%)	20(95.2%)
管内の精神神経科診療所のリスト	232(97.1%)	48(100%)	20(95.2%)
管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数	204(85.4%)	39(81.3%)	17(81.0%)
精神障害者保健福祉手帳の所持者数	206(86.2%)	39(81.3%)	18(85.7%)
管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト	209(87.4%)	40(83.3%)	16(76.2%)
管内の自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数	28(11.7%)	27(56.3%)	14(66.7%)

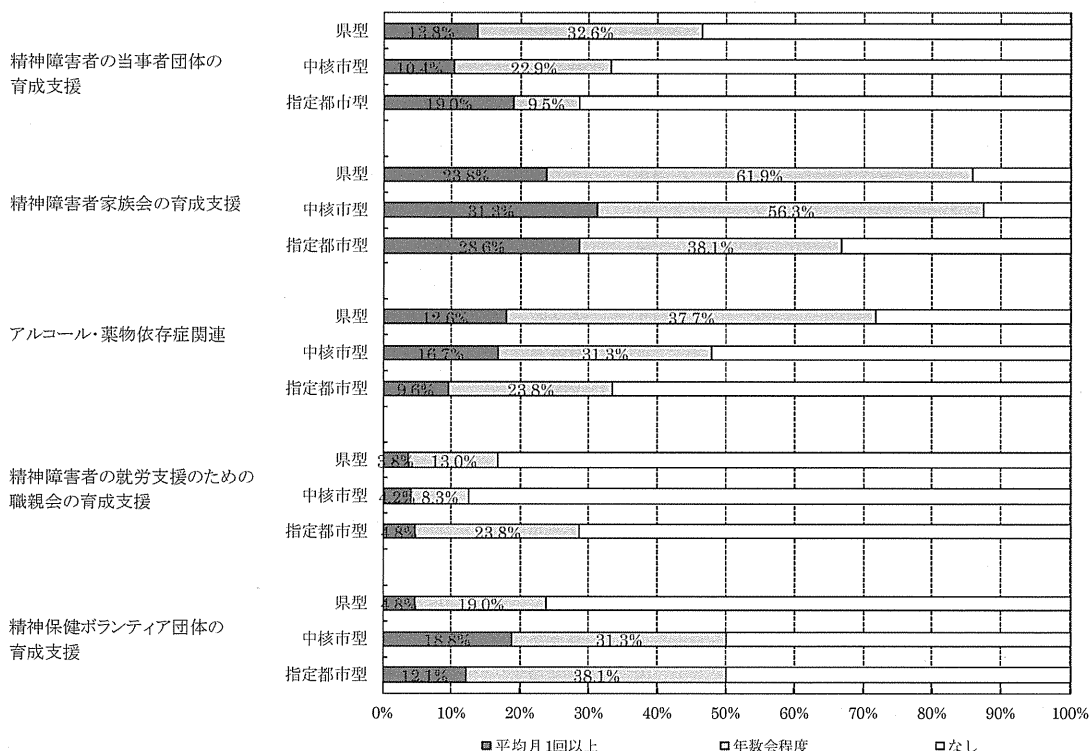
2) 普及啓発の取組

地域住民のこころの健康づくりに関する知識または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組では、保健所として主催しているものがある割合は、県型186か所(77.8%)、中核市型47か所(97.9%)、指定都市型13か所(61.9%)であった。また、他機関等の実施に協力している割合は、県型125か所(52.3%)、中核市型18か所(37.5%)、指定都市型8か所(38.1%)であった。家族や障害者本人に対する教室に主催しているものがある割合は、県型143か所(59.8%)、中核市型38か所(79.2%)、指定都市型15か所(71.4%)であった。また、他機関等に協力(保健所職員が企画に参画)している割合は、県型76か所(31.8%)、中核市型9か所(18.8%)、指定都市型4か所(19.0%)であった。

3) 研修事業

保健所として主催しているものがある割合は、県型184か所(77.0%)、中核市型30か所(62.5%)、指定都市型3か所(14.3%)であった。また、他機関等に協力している割合は、県型59か所(24.7%)、中核市型7か所(14.6%)、指定都市型4か所(19.0%)であった。市区町村以外の関係機関・施設・団体を対象にした研修を主催している割合は、県型185か所(77.4%)、中核市型26か所(54.2%)、指定都市型7か所(33.3%)であった。また、他機関等に協力(保健所職員が企画に参画)している割

図1 保健所における組織・団体への育成支援の割合



合は、県型63か所(26.4%)、中核市型10か所(20.8%)、指定都市型6か所(28.6%)であった。

4) 組織育成のための助言指導の機会

組織育成のための助言指導の機会の頻度を図1に示す(「平均して週1回以上の機会がある」を「平均して月1回以上の機会がある」に計上して集計)。助言指導の機会がある割合は精神障害者家族会の割合が高かった(県型85.7%、中核市型87.6%、指定都市型66.7%)。一方で、精神障害者就労支援のための職親会に対する助言指導の機会の割合は低かった(県型16.8%、中核市型12.5%、指定都市型28.6%)。なお助言指導の頻度は、年数回程度が多かった。

5) 精神保健福祉相談

保健所職員による面接相談は、県型、中核市型、指定都市型とも「随時実施」が最も多く、それぞれ233か所(97.5%)、43か所(89.6%)、18か所(85.7%)であった。また、精神科嘱託医による面接相談は「定期的実施」が最も多く、それぞれ208か所(87.0%)、43か所(89.6%)、16か所(76.2%)であった。

専門相談日のある保健所の割合を表4に示す。定期的な専門相談日の実施はアルコール問題が最も高く、県型43か所(18.0%)、中核市型14か所(29.2%)、指定都市型6か所(28.6%)であって、思春期精神保健、ひきこもりが次いで多かった。最も低かったのは社会復帰で、県型8か所(3.3%)、中核市型2か所(4.2%)、指定都市型1か所(4.8%)であった。

6) 訪問指導

保健所職員による訪問指導を「担当職員一人当たり週1日もしくはそれ以上行っている」と回答したのは、県型86か所(36.0%)、中核市型27か所(56.3%)、指定都市型8か所(38.1%)であった。それよりも少ない頻度で実施していると回答したのは、県型150か所(62.8%)、中核市型19か所(39.6%)、指定都市型9か所(42.9%)であった。

表4 専門相談日がある保健所の割合

	県型 N=239	中核市型 N=48	指定都市型 N=21
アルコール問題について	43(18.0%)	14(29.2%)	6(28.6%)
思春期精神保健について	43(18.0%)	13(27.1%)	2(9.5%)
ひきこもりについて	39(16.3%)	9(18.8%)	1(4.8%)
認知症について	24(10.0%)	10(20.8%)	1(4.8%)
薬物乱用・依存について	12(5.0%)	6(12.5%)	1(4.8%)
社会復帰について	8(3.3%)	2(4.2%)	1(4.8%)

7) 社会復帰および自立と社会参加への支援

社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況を表5に示す。精神保健のグループワークは、中核市型において半数以上の27か所(56.3%)が実施していたが、県型および指定都市型では実施している保健所の割合が低くなっていた(県型31.4%、指定都市型38.1%)。

精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組は、中核市型の半数が取組んでいたが、県型では27か所(11.3%)、指定都市型では7か所(33.3%)であった。自立支援法関連施設・サービスへの指導監督、精神障害者精神保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組は、各型の保健所において「なし」の割合が高かった。

8) 入院および通院医療関係事務

平成23年4月1日から9月30日までの6か月間における実績を表6に示す。各保健所の参画状況は、措置入院の移送に関しては、事前調査および立会件数は、各型の保健所において半年間で平均5件未満であった。また、医療保護入院および応急入院の移送に関しては、どちらも各型において半年間で平均1件未満であった。

精神科病院に対する指導監督では、精神保健福祉

表5 社会復帰および自立と社会参加への支援を実施している保健所の割合

	県型 N=239	中核市型 N=48	指定都市型 N=21
精神保健のグループワーク (週1回以上あるいはそれよりも少ない頻度で実施)	75(31.4%)	27(56.3%)	8(38.1%)
自立支援法関連施設・サービスへの指導監督	73(30.5%)	5(10.4%)	5(23.8%)
精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組	27(11.3%)	24(50.0%)	7(33.3%)
精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組	25(10.5%)	10(20.8%)	4(19.0%)

表6 精神保健福祉法第34条の実績の平均値^{注1)}

	県型 N=239 M(SD)	中核市型 N=48 M(SD)	指定都市型 N=21 M(SD)	
措置入院のための移送	事前調査の件数	2.04(4.98)	0.21(1.30)	4.90(9.31)
	移送への立会件数	1.79(4.21)	0.42(1.92)	4.10(8.84)
医療保護入院および応急入院のための移送	事前調査の件数	0.31(2.00)	0.04(0.20)	0.19(0.51)
	移送への立会件数	0.29(2.00)	0.02(0.14)	0.14(0.48)

注1) 平成23年4月1日から9月30日までの6か月間の件数である

法に基づく実地指導を実施しているのは、県型117か所(49.0%)、中核市型3か所(6.3%)、指定都市型6か所(28.6%)であった。また、実地指導に参画しているのは、県型90か所(37.7%)、中核市型12か所(25.0%)、指定都市型7か所(33.3%)であった。精神保健福祉法に基づく実地審査を実施しているのは、県型110か所(46.0%)、中核市型3か所(6.3%)、指定都市型4か所(19.0%)であった。また、実地審査に参画しているのは、県型70か所(29.3%)、中核市型7か所(14.6%)、指定都市型7か所(33.3%)であった。

4. 市町村への協力および連携

県型保健所における市町村への協力および連携に

記載のあった市町村1,006か所における主たる内容を図2に示す(複数回答)。精神保健福祉相談・訪問指導(83.5%)が最も高く、次いで精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討(44.6%)、事例検討会(42.0%)が高かった。主たる領域・対象を図3に示す(複数回答)。対応困難事例(84.8%)が最も高く、次いで社会復帰・地域移行(59.5%)、自殺対策(44.2%)が高かった。

IV 考 察

1. 精神保健福祉に関わる担当課と職員配置

4割以上の県型保健所で、精神保健福祉法の担当課と障害者自立支援法の担当課が別であった。運営

図2 県型保健所における市町村との協力および連携の主たる内容(複数回答)

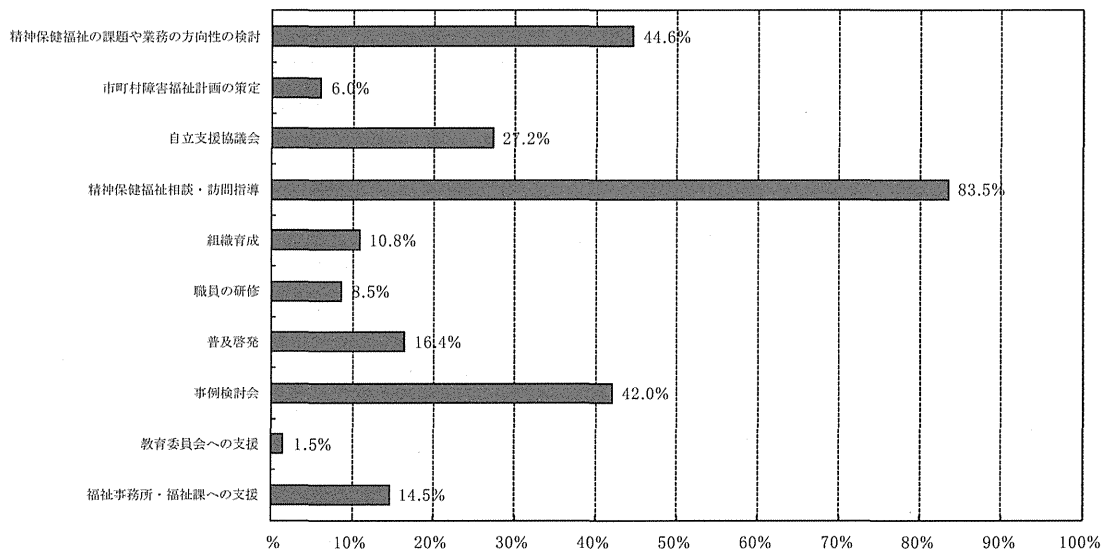
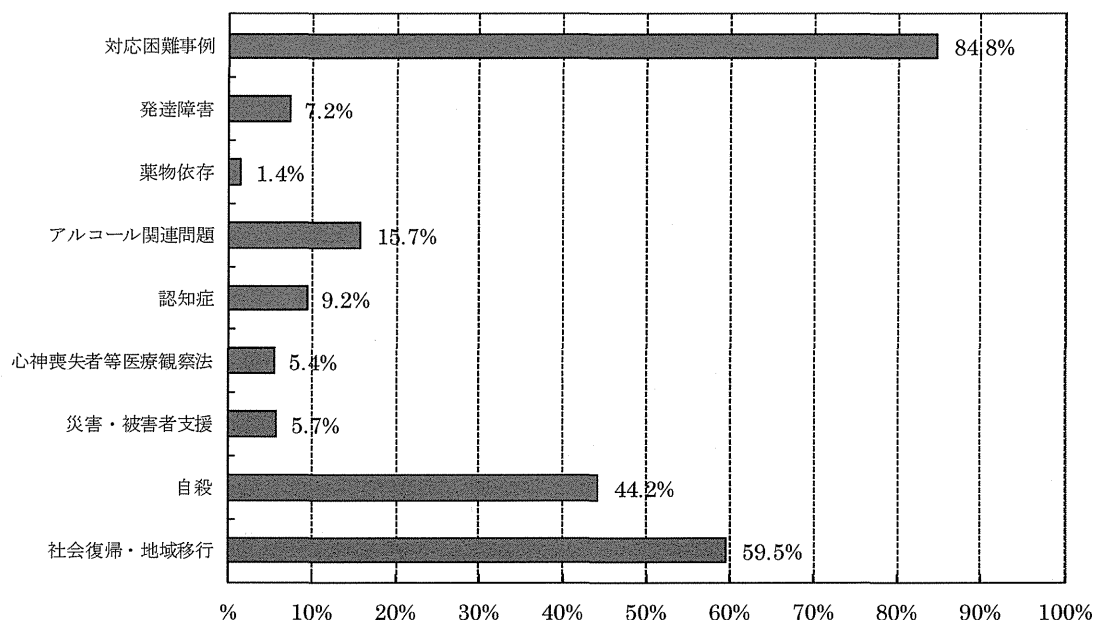


図3 県型保健所における市町村との協力および連携の主たる領域・対象(複数回答)



要領では、精神保健福祉に関する業務は原則として単一の課において取り扱うものとされているが、障害者自立支援法の成立によって、これまで精神保健福祉法に規定されていた精神障害者の福祉に関する事項が、身体障害、知的障害とともに障害者福祉として、障害者自立支援法の事務を担当する課に集約された可能性がある。

職員配置をみると、精神保健福祉業務を担う主たる職種は保健師・看護師であって、県型保健所では、中核市型、指定都市型保健所に比べて少ない傾向が示唆された。同様の傾向は、平成21年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究報告書」⁹⁾でも示されているが、本研究では管内人口と管内面積に関する情報が含まれていないため、その解釈には十分な注意が必要である。

2. 精神保健福祉業務

精神保健福祉業務における保有する管内の資料では、障害者自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数についての資料を保有していた県型保健所は約1割であり、中核市型、指定都市型保健所に比べて低かった。これには、障害者自立支援法による障害者福祉サービスの実施主体が市町村福祉部門であることが影響していると考えられた。また、管内住民の精神健康に関する調査結果を有している保健所は各型保健所において2割台であった。これらの資料や情報は、地域精神保健福祉活動の基盤となるものであり、市町村や関係諸機関との連携による情報共有と充実が望まれる。

組織育成のための助言指導では、精神障害者家族会の育成支援の割合が最も高く、県型、中核市型、指定都市型とも同様の傾向であった。次いで高かったのは、アルコール・薬物依存症関連の自助グループ、精神障害者の当事者団体の育成支援であった。1965年の精神衛生法改正以降、保健所において患者家族会や当事者団体の活動に対する支援が行われてきたが、地域保健・健康増進事業報告⁹⁾からも明らかのように、保健所の精神保健福祉の組織育成支援件数は減少しているものの、相対的には精神障害者家族会の育成支援が上位にあったと考えられる。精神保健福祉のニーズが多様化する中で、地域性を考慮しつつも、組織・団体の育成支援の対象および方法を明確にしていくことが必要と思われる。

精神保健福祉相談ではほとんどの保健所が随時相談に対応していた。定期的な専門相談日を設定している割合は、中核市、指定都市型が県型に比べて高かった。専門相談日に、アルコール問題、思春期精神保健、ひきこもりが多く、社会復帰が少ないことに

は、障害者自立支援法の成立の影響と、地域における精神保健福祉のニーズの変化が影響していると考えられた。

訪問指導を「ほとんど実施していない」、「実施していない」割合が、指定都市型で2割近くになっていた。この理由として、保健所と保健センター等で役割分担がなされ、訪問指導については保健センター等の役割に位置づけられている可能性がある。

精神保健のグループワークを実施していない保健所は、県型と指定都市型で6割を超えており、中核市型でも4割を超えていた。かつて保健所は、1975年の「精神障害者社会復帰相談事業」をもとに、精神障害者デイケア、グループワークの提供に大きな役割を担ってきた。保健所デイケアの実施状況を調査した植村らの報告¹⁰⁾には、精神障害者を取り巻く法律が整備されたことや、保健所以外のデイケア実施施設や共同作業所等の社会資源が充実してきたこと、障害者自立支援法等に伴い、保健所デイケア、グループワークの実施割合は大きく減少していることが示されている。本調査では、精神保健のグループワークという言葉を用いて、従来の保健所デイケアに限らず、地域に適切な支援の場のないひきこもり、発達障害などを対象にしたグループワークも含めた回答を得ていることに注意したい。

精神科病院に対する指導監督、精神保健福祉法に基づく実地審査については、都道府県知事・政令指定都市市長の権限とされているが、保健所長に権限委譲されているものや、権限委譲がなくてもそれに参画している保健所が少なくないことが分かった。中核市市長への権限委譲の有無を含めて、保健所における実地指導・実地審査の実施・参画についての更なる実態把握が望まれる。

県型保健所における市町村への協力および連携では、精神保健福祉相談・訪問指導、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、事例検討会が大きな比重を占めていた。また、主たる領域・対象では対応困難事例、地域移行・社会復帰、自殺対策が大きな割合を占めていた。こうした領域・対象における、保健所に対する市町村の期待の大きさが改めて浮き彫りになるとともに、市町村へのそうした支援を一層充実させていくことの必要性が示唆された。全国保健所長会は、保健所はとくに医療行政を中核的に担いながら、保健福祉を担う市町村と協同していくといった重層的な関係を再構築していくことが地域保健の充実強化に必要であると提言している¹¹⁾。これらが保健所と市町村との連携の構築およびその発展の好事例、すなわち保健所による医療面を中心としたサービスと市町村が担う保健福祉サービスが一

体となった利用者本位のサービスを提供することができる地域ケア体制¹¹⁾を示す可能性がある。

3. 本研究の限界とまとめ

本研究には複数の限界がある。まず、調査項目が運営要領に記載されていることを網羅していないことである。次に、管内面積や管内人口に関する情報を含んでいないため、保健所型間における比較の解釈に注意を要することである。とくに本研究では「精神保健福祉業務を主としている」職員数について、担当業務の概ね3/4以上が精神保健福祉業務に当たる者として、医師（精神保健福祉担当）、保健師・看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、事務職員、上記以外の区分で回答を求めた。その結果、「1」以上の人数のないところは「0」の記載のないままの空欄で回答しているケースが多く、データクリーニング上、空欄は「0」として扱わざるを得なかった。また、担当業務の概ね3/4以上が精神保健福祉業務に当たる職員数の回答を求めた結果、業務の多くが精神保健福祉業務であっても、それが4分の3を超えない限り報告されないことになり、実際に現場で従事している職員数よりも低くカウントされる可能性がある。

そして、何より重要なことは、現在の運営要領は「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」となっているにも関わらず、本報告には市町村を対象にした調査結果が含まれていないことである（筆者らは市町村を対象とした調査も実施しており、別途報告の予定である）。しかしながら、本調査の回答率は6割であって、結果の一般化は慎重に行わなければならないものの、保健所における精神保健福祉業務の現状と課題を検討する資料としては十分役に立つものとする。

さて、現在の運営要領は、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、1965年の精神衛生法改正において保健所が精神衛生行政の第一線に位置づけられた時に設けられたものを原型として、精神保健福祉法改正、障害者自立支援法等に対応して改訂がなされてきたが、障害者自立支援法の成立後の業務実態は大きく変わっている。また、医療計画の記載事項に精神疾患が挙げられたことも今後影響を及ぼしていくであろう。さらに、地域保健対策の推進に関する基本的な指針改訂では、介護および福祉等の施策との調整についても積極的な役割を果たすことが求められている¹²⁾。今後、業務運営要領の改訂を検討するに当たっては、国民の精神保健福祉ニーズの変化とそれに対応した政策対応を踏まえた運営要領の改訂が望まれる。

V 結 語

全国の保健所における精神保健福祉業務の実態を把握し、運営要領の改訂に向けて基礎資料を得ることを目的に、全国の保健所495か所を対象に郵送による質問紙調査を行い308か所の保健所から回答を得た。障害者自立支援法、自殺対策基本法の成立など、近年の法制度の整備とともに、保健所の精神保健福祉業務の実施体制と業務内容に変化が起きている可能性が示唆された。運営要領改訂に当たっては、この点を考慮する必要があると考えられた。

本研究は平成23年度障害者総合福祉推進事業の「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成」におけるワーキンググループの一つとして実施し、本調査の他に市区町村、地域精神保健福祉活動に係る団体にも調査を行った。

調査にご協力いただきました保健所、市区町村、精神保健福祉センター、各団体の皆様に感謝申し上げます。また、ワーキンググループでご協力いただいた千葉県精神保健福祉センター審査課 金田一正史様、全国精神保健福祉センター長会会長・岡山県精神保健福祉センター所長（当時）藤田健三様、清泉女学院大学・清泉女学院短期大学学長 吉川武彦様に深謝申し上げます。

（受付 2012.11.20）
（採用 2013.11.11）

文 献

- 1) 厚生省公衆衛生局長。保健所における精神衛生業務について（通知）。別紙 保健所における精神衛生業務運営要領。衛発第76、1966。
- 2) 厚生省大臣官房障害保健福祉部長。保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（通知）。別紙 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領。障発第251、2000。
- 3) 太陽美術出版部。平成23年度版我が国の精神保健福祉：精神保健福祉ハンドブック。東京：太陽美術出版部、2011；59-63。
- 4) 総務省。広域行政・市町村合併 市町村合併 市町村合併データ 市町村数の推移グラフ（年度末、年度当初版）。H11.3.31以降の市町村数の変遷。http://www.soumu.go.jp/gapei/pdf/090624_01.pdf（2013年6月21日アクセス可能）
- 5) 宇田英典。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂 検討報告書。社団法人日本精神保健福祉連盟。平成23年度障害者総合福祉推進事業地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成 報告書。2012；85-128。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/cyousajigyou/sougoufukushi/h23_jigyo-20.html（2013年12月2日アクセス可能）
- 6) 荒木紀代子。住民主体の保健サービス提供体制のあ

- り方. 社会関係研究 2007; 12(1), 79-118.
- 7) 野口正行. 保健所等に勤務する地域保健従事者のための地域精神保健福祉活動の手引き. 社団法人日本精神保健福祉連盟. 平成23年度障害者総合福祉推進事業地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成 報告書. 2012; 59-83. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/cyousajigyou/sougoufukushi/h23_jigyo-20.html (2013年12月2日アクセス可能)
- 8) 財団法人日本公衆衛生協会. 平成21年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)報告書 保健所の有する機能, 健康課題に対する役割に関する研究報告書(分担事業者 荒田吉彦) 2010. http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2009_12.pdf (2013年12月2日アクセス可能)
- 9) 厚生労働省. 平成23年度地域保健・健康増進事業報告: 地域保健編. 第2章 保健所編, 2011年度. 第30表 保健所が実施した精神保健福祉の組織育成支援件数, 都道府県—指定都市・特別区—中核市—その他政令市, 組織の種類別. 2013. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Csvdl.do?sinfid=000019397344> (2013年12月2日アクセス可能)
- 10) 植村直子, 山田全啓, 畑下博世, 他. 精神障害者に対する保健所のデイケア実施状況と今後の方向性: 障害者自立支援法施行後の全国横断調査結果より. 日本公衆衛生雑誌 2011; 58(12), 1049-1055.
- 11) 全国保健所長会「地域保健の充実強化に関する委員会」. 平成19年度保健所の充実強化に関する提言. 平成21年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業). 医療制度改革の推進に関する研究(分担事業者 廣田洋子) 2008. http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_2007.pdf (2013年12月2日アクセス可能)
- 12) 厚生労働省. 第35回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会(平成24年6月20日)資料2-1 地域保健対策の推進に関する基本的な指針改正案要綱. 2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002ddhl.html> (2013年12月2日アクセス可能)

高齢初発てんかんの臨床的特徴

赤松 直樹, 田中 章浩, 辻 貞俊

神経治療学 第31巻 第3号 別刷

平成26年5月25日発行

Reprinted from Neurological Therapeutics, Vol. 31, No. 3, p. 264-268, May 2014

高齡初発てんかんの臨床的特徴*

赤松 直樹****

田中 章浩****

辻 貞俊**

Key Words : epilepsy, elderly, temporal lobe epilepsy, epidemiology, prevalence

(神経治療 31 : 264-268, 2014)

I. 序 論

てんかんは神経疾患の中では頻度の高い疾患であり、新生児から高齢者のどの年齢でも発症する。従来てんかんは主に小児に発症する疾患と考えられていたが、近年の疫学調査から、てんかん発症率は高齢者で最も高いことが明らかにされている。高齢者ではてんかん発作が身体的および精神的に患者に与える影響が大である。一方、適切に診断・治療すれば、抗てんかん薬による治療反応性がよいことから、患者の quality of life (QOL) に大きく貢献できる。高齢化社会においては、高齢てんかん患者の病態・診断およびその特殊性を理解することは非常に重要である。

WHOによる高齢者の定義は65歳以上とされており、65歳以上の患者を高齢者のてんかんと称する。また、高齢者てんかんは高齢発症のてんかんと、若年でてんかんを発症後に高齢化した場合があるが、本稿では主に高齡初発てんかんについて述べる。日本の65歳以上の高齢者人口は3,000万人を超え総人口に占める割合は24.9%と超高齢化社会であり(2014年)(総務省統計局ホームページ)、2035年には33.4%で3人に1人を上回ると予想されている。一方、てんかんの有病率 prevalence は0.8%とされており^{1,2)}、日本では100万人のてんかん患者が存在する。65歳以上の高齢者の有病率は1.08%と報告されている³⁾が、わが国での正確な疫学データはない。てんかんの発生率 incidence rate は10万人当たり1年間で16~51人⁴⁾であり、若年者と比べると高齢者の発生率が高い⁵⁻⁹⁾。超高齢化社会を迎え、高齢者てんかんの患者は増加することが予想される。

高齡初発てんかんの発作型は「けいれん」をきたさない「非けいれん性」の複雑部分発作が最も多く、次に「全身けいれん」をきたす二次性全般化発作が多い¹⁰⁾。すなわち高齢者てんかんの全身けいれんは大部分が二次性全般化発作である。けいれんをきたさない複雑部分発作は、てんかん発作であるという認識が容易ではないことがある。典型例は1~2分間の自動症を伴う意識減損発作である。発作の前兆を認める場合も多く、動悸、胸部不快感、吐き気、既視感など30秒程度の短い持続時間の症状がみられる。大部分が側頭葉起源の複雑部分発作である。また、健忘、もうろう状態、無反応、精神状態の変容なども多い¹¹⁾。これらの発作症状が高齢者てんかんの診断を困難にしている要因の1つであると考えられる。さらに複雑部分発作の発作後もうろう状態が長く数時間から数日に及ぶこともある¹²⁾。これらを考慮し目撃情報を含め詳細な病歴聴取を行うことが重要である。高齢者初発てんかんは過去の脳血管障害などの急性疾患が病因となることが多い。病因で最も多いものは脳血管障害で全体の30~50%を占め、次いでAlzheimer型認知症などの変性疾患に付随するもの、外傷、脳腫瘍が挙げられるが、1/3の場合は明らかな原因が不明のことが多い¹¹⁾。病因を確定するためにも頭蓋内病変の検索には頭部MRIなどの詳細な画像検査が必要である。

脳波検査はてんかんを診断するうえで最も重要な検査であるが、高齢者では発作間欠期のてんかん性放電(棘波や鋭波)の検出率は約30~70%とされており、非特異的な局在性間欠性徐波のみが認められることが多いとされている¹³⁾。したがって通常の脳波検査でてんかん性放電が認められな

* Clinical Characteristics of New Onset Epilepsy in the Elderly.

** 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科 Naoki ARAMATSU, Sadatoshi TSUJII : Department of Medical Technology and Sciences, School of Health Sciences at Fukuoka, International University of Health and Welfare

*** 福岡山王病院脳・神経機能センター神経内科 Naoki AKAMATSU : Division of Neurology, Neuroscience Center, Fukuoka Sannou Hospital

**** 京都府立医科大学神経内科 Akihiro TANAKA : Department of Neurology, Kyoto Prefectural University of Medicine