

レポート

●第46回日本てんかん学会サテライト行事より

「てんかんと社会」国際シンポジウム

座長：前原健寿氏(東京医科歯科大学 脳神経外科 教授)

水澤英洋氏(東京医科歯科大学大学院 脳神経病態学 教授)

第46回日本てんかん学会サテライト行事「てんかんと社会」国際シンポジウムが、8月24日に東京都内で開催された。シンポジウムでは、第1部「てんかんと社会」と、第2部「Epilepsy and Society」が行われ、てんかんに巡る諸問題について、海外の研究者らも交えて活発な議論が行われた。本記事では、そのうち第1部「てんかんと社会」について、その概要を紹介する。

「てんかんと偏見～その本質は何か～」

中里信和氏(東北大学大学院 医学系研究科 てんかん学分野 教授)

てんかんは、「反復性のてんかん発作と、発作以外の様々な臨床症状」を持つ疾患である。中里氏は「発作のみならず、発作以外の精神症状、患者の悩みにも目を向けて」と訴える。

様々な精神症状を伴うことから、精神疾患と間違われることもある。東北大学に紹介された患者の中にも、紹介前の病院では「心因性発作」と診断されていた患者は少なくないという。

てんかんは、乳児期から老年期まで、いつでも発症するが、特に若年者の場合、患者は人生の大半をてんかんと過ごすことになる。治療で発作をなくし、患者の人生を回復する意味でも、てんかん医療の意義は大きい。

◎ビデオ脳波記録で「人生を変える」

中里氏は、てんかんの問診にはできる限り時間をかけるべきだという。東北大学てんかん科では、1時間をかけて発作の兆候、生活歴、生活上の悩みの有無などを確認している。

てんかんの診断では、脳波の検査も不可欠だ。しかし中里氏によると、発作間欠時の脳波検査では、異常が見つからないことも多いという。

そこで中里氏が重視するのが、発作時の脳波と発作症状を同時に記録できる「ビデオ脳波モニタリング検査」である。東北大学てんかん科では、4日間

にわたりビデオと脳波の連続測定を行い、発作の様子を記録する。

ビデオ脳波同時検査は、多くの人手と時間と費用を要する検査である。それでも中里氏は「多くの患者はこの検査で人生が変わる」と、ビデオ脳波モニタリング検査の意義を強調する。

◎偏見は「知識の不足」から生まれる

てんかんの治療も進歩している。現在では、「てんかん患者の約7割は、適切な診断と治療によって発作をなくすることができる」(中里氏)という。

にもかかわらず、いまだてんかんに対する偏見は根強い。中里氏は、てんかん患者に対する偏見の裏には「知識の不足」の存在を指摘する。

こうした事情は日本に限らないようだ。クウェートで実施されたアンケート調査でも「結婚したくない」、「子どもを産むべきではない」などの意見が寄せられていた。日本の場合、てんかん患者による自動車事故を巡る一部の報道や、道路交通法改正などの厳罰化の流れが、こうした世論の情勢を形成している面も否定できないだろう。

中里氏は、てんかんに対する偏見をなくすには「啓発に十分な時間をかけなければならない」と述べ、正しい知識の普及が重要だと訴えた。

「日本のてんかん医療と社会～その新しい姿をめざして～」

大槻泰介氏(国立精神・神経医療研究センター てんかんセンター 長)

大槻氏は、「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」代表者であり、「てんかん診療ネットワーク」の運営委員でもある。

大槻氏が研究を始めるきっかけとなったのは、「日本のてんかん医療における2つの疑問」であった。そのひとつは、厚労省の「国内のてんかん患者数は二十数万人」という数字である。

てんかんの有病率は、人種に関わらず人口の1%程度とされる。1億2千万人が住む日本で、患者の数が二十数万人というのは、あまりに少ない。

もうひとつは「国内のてんかん外科手術は年間約500件」という数字である。これは欧米の半分以下である。大槻氏は「なぜ日本の外科手術はこれほど少ないのか」と疑問に思ったという。

◎互いの顔が見える診療体制を構築

大槻氏は、日本のてんかん医療の問題点は、誰がどこで治療しているのか

がわからない状況にあると指摘。これを「診療科のモザイク」と表現する。

そこで大槻氏らが始めたのが、「複数の診療科にまたがる横断的な診療連携システムの構築」、すなわち「てんかん診療ネットワーク」の構築である。

てんかん診療ネットワークのウェブサイトには、地域別のてんかん診療医の名簿と施設名が掲載されている。医療者はこれで、自身の住む地域のどこで誰がてんかん診療をしているか知ることができる。医師会の協力もあって約1,200名の医師が登録している。

この登録状況を見て、大槻氏は「こんなに多くのてんかん診療医がいたのか」と驚いたという。大槻氏もわからないほど、国内のてんかん医療は「互いの顔が見えない状況」だったのだ。

◎てんかんにも地域連携パスが必要

このモザイク状態のてんかん医療をどのようにまとめるべきだろうか。大槻氏は、①プライマリケアと、②専門

診療施設をひとつのユニットとし、さらにユニット内では治療が難しい難治患者を診療するための③地域診療連携拠点施設を上層に置くことで、より広い地域をカバーする、いわゆる地域診療連携パスの構築を提唱している。

がん、脳卒中、認知症などでは、既に地域医療連携モデルが運用されてい

る。大槻氏はこうしたパスをてんかん医療にも導入したいと考えている。

もちろん、診療連携システムの構築は簡単ではない。大槻氏は、学会、診療科の枠を超えた横断的取り組みに加えて、地元医師会、行政、患者会、メディアの協力が不可欠だと訴えた。

「高齢化社会とてんかん」

赤松直樹氏(産業医科大学 神経内科 准教授)

近年、新たな課題として注目されている高齢者のてんかんだが、実は国内の有病率に関する疫学データはまだない。海外報告によると、60歳以上の高齢者の有病率は1%程度だという。

日本の65歳以上人口は約3,000万人とされる。仮に高齢者のてんかん有病率を1%とすると、約30万人の高齢てんかん患者がいる計算になる。

赤松氏によると、高齢者てんかんは「2～3分間の意識減損」を特徴とする複雑部分発作が多いという。いわゆる「ぼんやりしている」状態である。そのため、認知症と間違われやすい。

さらに厄介なことに、認知症とてんかんは合併しやすい。アルツハイマー型認知症患者のてんかん発症リスクは10～20%に上るという報告もある。

◎患者の6割は高齢になってから発症

高齢者てんかんには、どんな特徴があるのか。赤松氏は、2005年から2011年の6年半にわたり産業医科大学てんかん専門外来が診療した高齢てんかん患者の背景をまとめた。その結果、患者の6割以上は、65歳以降に初めててんかんを発症した患者であった。

てんかんの発作型および症候群を見ると、発症年齢にかかわらず、二次性全般化発作と複雑部分発作が大半を占

めていた。てんかん症候群は、側頭葉てんかんが6～7割を占めていた。

てんかんの病因を見ると、病変なしが半数を占めており、次に脳血管障害が続いていた。患者の半数に病変がない点について、赤松氏は「加齢そのものが、てんかん発症の原因になっているのかもしれない」と推察する。

◎発作に対する不安は高齢者も同じ

抗てんかん薬の効果が高いのも、高齢発症てんかんの特徴である。

同大の診療例によると、65歳以上で発症した患者のうち、8割以上が単剤治療だった。赤松氏は「抗てんかん薬でピタリと発作が止まる」という。

てんかんによるQOLの損失は、たとえ高齢者であっても変わらない。赤松氏の診療患者の中にも、75歳で外科治療を受けた人がある。患者は40年以上も発作とともに生活していた。

術後、患者の家族が赤松氏に「この40年間は心配ばかりだったが、もう心配しなくても良くなった」と嬉しそうに話したという。赤松氏は「(高齢者であっても)患者や家族にとって“発作を起こすかもしれない”という不安はとても大きい」と述べ、高齢者てんかんの診断と治療の重要性を強調した。

「てんかんと運転免許」

松浦雅人氏(東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授)

てんかん患者による交通死傷事故が相次いだことを受けて、国は道路交通法と刑事法の改正を進めている。

改正道路交通法の骨子は、①病状申告書への虚偽記載に対する罰則の新設②危険性のある患者については、医師の通報を守秘義務の対象外とする——など。今年6月に国会で成立した。

刑事法も変更され、新たに自動車死傷事故に関係する刑罰をまとめた新法が制定される。新法では、てんかんや統合失調症、躁うつ病など「正常な運転に支障が生じる恐れのある疾病」による交通事故を、通常の過失事故よりも厳罰化(最高で懲役15年)している。臨時国会で成立する見込みだ。

日本てんかん学会は、警察庁のヒアリングに「厳罰強化の実効性には疑問だ。適性を欠く運転者が潜行し、事故リスクが増加する」と提言していた。

◎薬を服用している患者は運転不可に

さらに、松浦氏が懸念するのが、今年5月に発表された厚生労働省課長通達である。通達の内容は「医薬品添付文書に記載のある運転禁止の患者説明を徹底するように」というものだ。

通達について、松浦氏は「抗てんかん薬はもちろん、精神神経疾患に用いられる薬のほとんどが該当する」と指

摘。これが厳密に運用されると、診療が成立しないと危惧する。

別の問題もある。現在のルールではてんかん患者でも、適切な治療で2年にわたり発作が抑制できていれば、車を運転することができる。しかし、先の課長通達を徹底すれば、薬物治療中の患者は運転ができないことになる。

◎病気を理由に刑罰を加重する考え方

日本てんかん学会は今年8月、日本睡眠学会、日本精神神経学会、日本脳卒中学会、日本不整脈学会、日本臨床精神神経薬理学会、日本うつ病学会の6学術団体と共に、「法的問題検討委員会・関連学会合同会議」を開催した。

会議では、刑事法新法について「病気を理由に刑罰が加重されるという法律で、問題が大きい」と指摘。「当事者や専門家を参考人として国会に招致して答弁を議事録に残す」、「慎重に運用する」、「病名の根拠と科学的エビデンスを示すなどの付帯決議を入れる」とする要望書を提出することになった。

松浦氏は「日本はてんかん発作による事故が多いというデータもない。とても先進国とは思えない状況だ」と指摘。病気を理由に刑罰を加重するという新法の考え方に強い懸念を示した。