

第5回日本てんかん学会東北地方会
プログラム & 抄録集

会期：2011年7月9日(土) 午後1時
会場：江陽グランドホテル3階 孔雀の間
(仙台市青葉区本町2丁目3-1)

第5回日本てんかん学会東北地方会会長
小出 信雄 (むつ総合病院小児神経科)

発表に関する注意事項

1. 受付

受付は時間に余裕を持って会場前でお済ませ下さい。
次演者はステージに向かって左前方の席でお待ち下さい。

2. 時間

一般演題の講演時間は10分、討論時間5分です。
シンポジウムの講演時間はお1人15～20分です。
時間的にややタイトですが、発表時間を厳守しつつ、
活発な議論をお願いします。

3. 形式

PCプレゼンテーション

- 原則としてノートPCの持ち込みによるプレゼンテーションとします。なるべくご自身のPCをお持ち下さい。
- 講演中のPCの操作は演者をお願いします。

※当日、会場後方で、迷走神経刺激装置の実物の展示と、
コーヒーサービスを予定しています。
お立ち寄り下さい。

第5回日本てんかん学会東北地方会

プログラム

開会挨拶(13:00)

一般演題 I (13:05-14:05)

座長：木村 滋

(秋田日赤病院小児科)

1. 急性期および回復期に MDZ, TPM, KBr の併用が有効であった難治頻回部分発作重積型急性脳炎(AERRPS)の1例
藤田浩史、山本達也
弘前大学 小児科
2. Topiramate(TPM)少量が著効した結節性硬化症による難治性てんかんの小児例
稲見育大¹⁾、沢石由記夫¹⁾、矢野珠巨²⁾
秋田県立医療療育センター小児科¹⁾、秋田大学医学部小児科²⁾
3. 脳梁離断術によって発作消失と発達改善が得られた West 症候群後難治てんかんの1例
岩崎真樹¹⁾、植松貢²⁾、中山東城²⁾、佐藤優子²⁾、白石秀明³⁾、神一敬⁴⁾、中里信和⁴⁾、
富永悌二¹⁾
東北大学病院脳神経外科¹⁾、東北大学病院小児科²⁾、北海道大学小児科³⁾、
東北大学病院てんかん科⁴⁾
4. PCDH19 変異による難治性部分てんかんの1女児例
中村 和幸¹⁾、菊池 貴洋¹⁾、加藤 光広¹⁾、早坂 清¹⁾、椎原 隆²⁾、日暮 憲道³⁾、
廣瀬 伸一³⁾
山形大学医学部 小児科学講座¹⁾、群馬県立小児医療センター 神経内科²⁾、
福岡大学医学部 小児科³⁾

一般演題 II (14:05-15:05)

座長：藤田浩史

(弘前大学小児科)

5. カルバマゼピンによる薬剤性間質性肺炎の1例
曾我 菜海、赤坂 真奈美、亀井 淳、千田 勝一
岩手医科大学小児科

6. Levetiracetam(LEV)投与で非定型欠神発作 atypical absence が増悪した Lennox-Gastaut Syndrome(LGS)の一症例

曾我孝志¹⁾、笠松初枝¹⁾、小島奈穂美¹⁾ 海野美千代¹⁾、館澤志津絵¹⁾、大堀守一²⁾、中村正三¹⁾、石井清³⁾

てんかん専門病院ベーテル¹⁾、二本松会上山病院精神科²⁾、仙台市立病院放射線科³⁾

7. 右中心前回底部皮質形成異常に伴う難治性てんかんの一例

板橋尚¹⁾、神一敬¹⁾、岩崎真樹²⁾、大沢伸一郎²⁾、富永悌二²⁾、中里信和¹⁾

東北大学病院てんかん科¹⁾、東北大学病院脳神経外科²⁾

8. 密着連携支援により就労を継続できた、てんかん患者の一例

佐藤成泰¹⁾、岡野学¹⁾、笠松初枝¹⁾、小島奈穂美¹⁾、森凱子²⁾、塚原克典^{1) 2)}、鈴木康義²⁾、海野美千代¹⁾、中村正三¹⁾、曾我孝志¹⁾

てんかん専門病院ベーテル¹⁾、ハンス・バーガー協会²⁾

会員総会 (15:05-15:25)

座長：伊東宗行
(東北地方会会長、みちのく療育園)

—————休憩10分—————

ワークショップ (15:35-16:45)

「てんかん医療と東日本大震災」 座長：小出信雄
(むつ総合病院小児科)

1. 東日本大震災での医療支援活動報告とてんかん支援ホットライン

—そこにあるニーズへの対応—

小出泰道

静岡てんかん・神経医療センター

2. 救急フェーズから復興期フェーズへ

中里信和

東北大学大学院 てんかん科

3. 日本海大地震経験者から見た東日本大震災

亀山茂樹

国立病院機構西新潟病院脳神経外科

4. ディスカッションと情報交換

閉会挨拶(16:45)

※17:00 から、同じホテル内にて、第3回東北てんかんフォーラムが
開催されます。こちらにも、奮ってご参加を。

第 5 回日本てんかん学会東北地方会

抄 録 集

一般演題 I (13:05-14:05)

座長：木村 滋

1. 急性期および回復期に MDZ, TPM, KBr の併用が有効であった難治頻回部分発作重積型急性脳炎(AERRPS)の 1 例

弘前大学小児科 藤田浩史 山本達也

【はじめに】AERRPSは、発熱とともに急性に発症し、急性期発作群発、重積化する難治な複雑部分発作および二次性全般化を主徴とし、難治てんかんへと変化していく特異な脳炎・脳症とされる。今回、我々は急性期の群発型けいれん重積にMDZとPB大量療法が有効であったが、薬疹のため中止せざるをえず、その後、MDZ, TPM, KBr併用で発作コントロールが可能であった症例を経験したので報告する。

【症例】5歳男児、発熱が先行し、第5病日にけいれん発作、意識障害出現し、翌日当科転院した。髄液細胞数、蛋白増加あり、急性脳炎・脳症としてステロイドパルス療法、 γ グロブリン、ACV、抗けいれん薬（DZP, MDZ, PHT, PB, VPA, Lidocaine, ZNS）投与したが、発作群発の状態が続いた。第8病日の頭部MRIで左視床と海馬病変および皮質病変を認めたがウイルス検査は陰性でありAERRPSと診断した。PB大量療法とMDZ持続投与併用で発作は第15病日頓挫したが、脳波上の発作群発は消失せず、PBを70 μ g/ml以上とすることで完全に抑制できた。しかし、第19病日から発疹出現しPBを中止しTPM(11mg/kg/d), KBr(110mg/kg/d)に置換した。一時発作悪化したがコントロール可能となり、MDZもCZPへ置換し第52病日に退院した。発症から4ヶ月経過し、軽度の認知、記憶障害を残したが、日常生活は送れており、発作は月1-2回となっている。

【まとめ】AERRPS では1～数ヶ月の間、難治なけいれん群発が持続するため、この間有効であった、MDZとPB大量療法の併用またはKBr, TPMとの併用は急性期発作コントロールに有効であり、かつ後者は続発するてんかんに対しても有用と思われた。KBrとTPMはそれぞれの減量時に発作再燃をみたため両者の高用量での併用が必要であり、今後副作用に注意しながら経過をみていく。

2. Topiramate(TPM)少量が著効した結節性硬化症による難治性てんかんの小児例

秋田県立医療療育センター小児科 稲見育大、沢石由記夫
秋田大学医学部小児科 矢野珠巨

【はじめに】 點頭てんかんから難治性てんかんへと移行した結節硬化症の小児例に対し、TPM 少量が極めて有効であったので報告する。

【症例】 現在 11 歳の女兒。生後 5 か月に點頭てんかんを発症し、ACTH 少量+Vit.B6 大量療法を受けた。発作は一時的に軽快したが間もなく再発。VPA を中心に、NZP、CLB、ZNS、PB を順次併用し、一過性の効果は得られたものの増悪を繰り返した。6 歳頃より、発熱後に 1～2 週間、発作が軽減するようになった。7 歳より転倒発作が多くなり、BrK や PHT を併用した。発作はやや減ったが不十分なため、7 歳時に TPM を追加した。50mg (体重 20kg) から開始し 150mg まで増量したが、食欲低下が著しく 25mg へ漸減した。食欲も活動性も良くなったが発作コントロール不十分なため、TPM を Gabapentin や Lamictal に変更した。しかし、発作増悪や副作用のため増量できなかった。新薬を諦め、VPA、PHT、CBZ、BrK などを併用し、投与量を調節したが、安定した状態を維持することはできなかった。10 歳時に、既使用薬剤の中で最も有効だった TPM を 25mg で再投与した。発作は軽減したが、食欲低下・体重減少が進行するため 12.5mg に減量した。以降、転倒発作は徐々に認めなくなり、食欲改善、活動性亢進、歩容の改善を認め、脳波所見も著しく改善した。睡眠時の軽い強直発作と覚醒時の非定型欠伸発作は残存した。

【考察】 2 歳以下の乳児部分発作を対象とする研究で、TPM 5～25mg/kg/day を投与し、無効と報告されている (Neurology, 2010)。TPM は実験系で興奮系抑制から抑制系亢進まで多岐にわたる作用機序が報告されている。しかし、生体内で用量依存性にどの作用機序が優位となるかは明らかとなっていない。本例は TPM が通常量よりも少量で有効となる場合があることを示している。

3. 脳梁離断術によって発作消失と発達改善が得られた West 症候群後難治てんかんの 1 例

東北大学病院脳神経外科	岩崎真樹、富永悌二
東北大学病院小児科	植松貢、中山東城、佐藤優子
北海道大学小児科	白石秀明
東北大学病院てんかん科	神一敬、中里信和

【はじめに】脳梁離断術は難治てんかん、特に転倒発作を有する患者の発作症状緩和を目的に行われる。発作の完全消失を目指した治療ではないが、脳梁離断によって発作消失に至る例が一部に見られる。脳梁離断術によって術後 1 年の発作消失を達成し、発達面に改善が見られた 1 例を経験したので報告する。

【症例】4 歳女児。特記すべき周産期異常なし。4 ヶ月まで発達は正常だった。7 ヶ月時に軽度の発達遅延とともにスパズムを発症。脳波で Hypsarrhythmia を認め、West 症候群として治療開始。ACTH 療法を行い一時的に発作が緩解するも、1 歳 0 ヶ月時に再発。シリーズ形成性の強直発作が毎日見られ、転倒による外傷を伴った。各種抗てんかん薬にてコントロールが得られず、頻回の発作とともに 3 歳 7 ヶ月頃から徐々に歩行・立位が不能となった。ケトン食療法を試みるも改善なく、脳梁離断術の適応を検討するため精査を行った。発作間欠時脳波ではびまん性棘徐波に加え左半球に側方性のある棘波が見られた。発作は左右差のない両上下肢の強直発作で、脳波変化はびまん性の背景活動抑制で始まっていた。MRI、FDG-PET ともに局所異常を認めなかった。術前の総合発達年齢は 8 ヶ月相当だった。

4 歳 1 ヶ月時に一期的全脳梁離断術を施行。術後に明らかな離断症状は出現せず、術前と同様の抗てんかん薬を継続のもと発作の再発なく経過した。術後 1 年の時点で、注意力が改善し、独歩が可能になっている。

【考察】脳梁離断によって術後長期の発作消失を達成している 1 例を報告した。脳梁離断術は緩和的治療として位置づけられているが、本症例は非常に高い治療反応性を示す患者群の存在を示唆する。このような患者群の特徴を明らかにすることで、より積極的な手術適応を将来的に確立できると思われる。

4. *PCDH19* 変異による難治性部分てんかんの 1 女児例

山形大学医学部 小児科学講座 中村 和幸, 菊池 貴洋, 加藤 光広, 早坂 清
群馬県立小児医療センター 神経内科 椎原 隆
福岡大学医学部 小児科 日暮 憲道, 廣瀬 伸一

【はじめに】小児期早期にけいれん群発を発症し、時に認知障害や自閉症を伴う女児で、protocadherin 19 (*PCDH19*) 遺伝子の変異が報告されている。前頭葉起始と考えられた難治性部分発作の女児で特徴的な臨床所見から *PCDH19* 変異を疑い、変異を同定した。

【症例】8歳女児。健常両親の第2子、血族結婚なし。父方いとこの児がてんかん。在胎40週、自然分娩で出生、周産期異常は認めず。頸定4か月、坐位6か月、歩行13か月、有意語11か月。生後5か月時に右方偏視し、チアノーゼを伴う両上肢強直性けいれんが初発した。群発傾向が強く、10数回/日でみられたが重積発作は認めなかった。発作前に恐怖感や幻覚を訴えることもあった。発作時脳波では、両側前頭に徐波が先行し、前頭優位広汎性不規則棘徐波複合が認められ、発作間欠時 ECD SPECT では左前頭葉に血流低下部位がみられた。遠城寺式発達検査 DQ44。血液・髄液検査で異常所見を認めず、染色体 G-Band は 46, XX。頭部 MRI で異常所見を認めない。発作は薬剤抵抗性が強いものの、ミダゾラム (MDL) やジアゼパムへの反応性は良好であった。しかし依存性が高く、MDL 持続投与の漸減で再燃を繰り返した。発作群発は数週～6か月毎で変動しつつ、徐々に間隔は開いているが、発熱により誘発されやすい傾向があった。両親の同意を得て *PCDH19* 遺伝子解析を行い、Exon1 に c.1019A>G (p. Asn340Ser) の *de novo* 変異を認めた。

【考察】*PCDH19* の機能は未解明だが、中枢神経優位に発現する細胞接着因子であり、神経細胞結合やシナプス膜でのシグナル伝達への関与が推測されている。*PCDH19* 変異の既報告 51 例中、生後5か月以前発症は1例のみであり、本症例は特に早期発症である。また部分発作は中心-頭頂または側頭起始が多く、前頭起始の報告は少ない。*PCDH19* 遺伝子は X 染色体に存在するが、女児で発症し男児では保因者となる特異な遺伝形式を示す。そのため、変異を明らかにし遺伝相談へ役立てることが重要と考えられた。

5. カルバマゼピンによる薬剤性間質性肺炎の1例

岩手医科大学小児科 曾我 菜海、赤坂 真奈美、亀井 淳、千田 勝一

【はじめに】カルバマゼピン (CBZ) による間質性肺炎の症例を報告する。

【症例】10歳の女児。9歳時に近医で中心・側頭部に棘波をもつ良性小児てんかんと診断され、バルプロ酸ナトリウム (VPA) を開始された。1年後に全身強直けいれんがあり、CBZに変更となった。その1か月後に、朝起きが悪く食欲不振や胃部不快感が出現し、起立性調節障害と診断された。その後、皮疹が出現し、皮膚科で蕁麻疹の診断で治療されたが改善なく、近医を再診した。血液検査で好酸球増多 ($5,470/\mu\text{L}$) と CBZ のリンパ球刺激試験が陽性であった。CBZによる薬疹が疑われたが、発作抑制に有効と判断し、CBZを減量して継続した結果、皮疹の改善と好酸球数の減少 ($540/\mu\text{L}$) が得られた。CBZ開始から3か月後に発熱と呼吸苦が出現し、全身倦怠感が強く、3か月間で5kgの体重減少があり、心因性の不登校が疑われて当科へ紹介された。身長143cm、体重28kg(肥満指数14%)、顔色は不良で表情が乏しく、呼吸数は32/分で陥没呼吸と努力呼吸があり、 SpO_2 は93%と低下していた。白血球数 $6,670/\mu\text{L}$ 、好酸球数 $430/\mu\text{L}$ 、LDH 304 IU/L、KL-6 717 U/mLで、胸部CTで両側肺野にびまん性スリガラス状陰影を認め、呼吸機能検査で拘束性障害のパターンを示した。臨床的にCBZによる薬剤性間質性肺炎と診断し、CBZを中止してプレドニゾン 1mg/kg/日 の内服を開始した。その後、呼吸苦消失、食事摂取量増加、体重正常化、朝起き改善が得られ、登校可能となった。2か月後に胸部CT所見と呼吸機能検査所見の改善が確認できたため、プレドニゾンを減量中である。症状の悪化はない。

【結語】CBZによる薬剤性肺障害は小児での報告は少ないが、成人では死亡例も報告されており、注意すべき副作用である。

6. Levetiracetam(LEV)投与で非定型欠神発作 atypical absence が増悪した Lennox-Gastaut Syndrome(LGS)の一症例

てんかん専門病院ベーテル

曾我孝志、笠松初枝、小島奈穂美、海野美千代、
館澤志津絵、中村正三

二本松会上山病院精神科

大堀守一

仙台市立病院放射線科

石井清

国際誕生年 1999 年の Levetiracetam(LEV)が 2010 年 10 月に日本でも承認販売された。LEV は新しい作用機序、SV2A への結合があり、発作抑制の幅広いスペクトラムも有するとされる。一方、副作用の発現も旧世代薬やその他の第二世代薬に比し目下少ないとされる。加えて、今回主題の発作増悪報告も極めて稀で、欧文成書最新版複数も触れていない。今回、私たちは LEV の試用を行った Lennox-Gastaut Syndrome(LGS)の 1 症例で、atypical absence 非定型欠神発作の明らかな増悪を認めたので、報告する。

【症例】60 歳男性。2 歳半発病の LGS で五十数年発作の抑制を見たことがない。連日の非定型欠神、強直発作に加え、強直間代発作が稀に見られる。幼児期に強直間代発作重積を反復し、フェニトイン性の不可逆の小脳萎縮と運動失調、また重度の精神発達退行がある。

【治療経過】2010 年 10 月 20 日から LEV を日量 250mg から試用開始し、2011 年 3 月 2 日には 2250mg まで増量した。最大投与下で LEV の血中濃度は $48 \mu\text{g/ml}$ を示した。日に数回の強直発作の目撃頻度は変わらなかったが、定期脳波検査で汎性遅鋭徐波結合群発が 80 秒にも渡ることが認められ、不顕性の非定型欠神の増悪を疑った。

【分析】LEV 投与前の終日 EEG・VTR 同時記録と LEV 投与中のものを比較・検討した。2010 年 8 月 30 日と 2011 年 2 月 7 日、4 月 11 日の比較を示す。覚醒時の遅棘徐波結合群発が 15 秒以上持続するものは、使用前は 34 回あり、持続は 15 秒から 31 秒であった。LEV 投与日量 2000mg で血中濃度 $46 \mu\text{g/ml}$ の使用後 2 月 11 日では、総計 46 回、1 分以上持続は 27 回と増え、最長持続は 4 分 15 秒であった。4 月 11 日の LEV 日量 2250mg、 $48 \mu\text{g/ml}$ 下では 45 秒以上の持続が総計 68 回、うち一分以上持続が 57 回、最長持続 5 分 30 秒で、疑うべくもなく増悪していた。が、未だ重積とは呼べない。

7. 右中心前回底部皮質形成異常に伴う難治性てんかんの一例

東北大学病院てんかん科

板橋尚、神一敬、中里信和

東北大学病院脳神経外科

岩崎真樹、大沢伸一郎、富永悌二

【目的】限局性皮質形成異常は難治性てんかんの原因の一つである。薬剤抵抗性で MRI などの異常が明らかとなれば病巣切除術が考慮されるが、一般に病巣が機能野近くに存在している場合には切除術は困難であると考えられている。右中心前回底部皮質形成異常に伴う難治性てんかん患者に対して、頭蓋内電極留置によるビデオ脳波モニタリングに引き続く病巣切除術を行い、良好な発作予後・機能予後が得られたので報告する。

【患者】35 歳女性。在胎 39 週、3050g、臍帯巻絡による窒息あり帝王切開で出生。明らかな発達異常はなく、家族歴に特記事項なし。22 歳時、夜間睡眠中に左上下肢の強直間代発作が出現。てんかんと診断されカルバマゼピン内服を開始された。以後、各種抗てんかん薬を投与されるも薬剤抵抗性で日～週単位の発作頻度で経過した。35 歳時に再精査を行い、以下の結果を得た。①ビデオ脳波モニタリング：発作間欠時に正中中心部の間欠性律動性徐波、発作時は臨床的には意識減損のない下肢優位の左半身強直間代発作で、脳波上は正中中心部の反復性低振幅鋭波を認めた。②MRI：右中心前回底部に FLAIR 高信号病変あり。③脳磁図：棘波の信号源が MRI 異常に近接して推定された。以上より右中心前回底部の皮質形成異常に伴う症候性前頭葉てんかんと診断し、病巣切除術に先立ち頭蓋内電極留置を行った。④侵襲的ビデオ脳波モニタリング：発作間欠時には病変に近接した深部電極で最大振幅を示す律動性鋭波を認め、発作時変化も同部位の多棘波・低振幅速波で始まっていた。機能マッピングの結果もふまえ、病巣切除術を施行し、術後後遺症なく発作消失した。

【結語】右中心前回底部皮質形成異常に伴う難治性てんかんの一例を報告した。病変が一次運動野近傍であっても、良好な発作予後・機能予後が得られる可能性があるため、慎重な術前検査を行った上で外科的切除術の適応を考慮すべきである。

8. 密着連携支援により就労を継続できた、てんかん患者の一例

てんかん専門病院ベータール 佐藤成泰、岡野学、笠松初枝、小島奈穂美、海野美千代、
中村正三、塚原克典、曾我孝志
ハンス・バーガー協会 森凱子、塚原克典、鈴木康義

【報告目的】 てんかん患者の一部は家庭生活や職業生活に関する適切な支援を必要とする。今回私どもは、一般的な外来治療ケアや職業生活への助言のレベルではサポートしきれない症例と直面した。入院治療介入に加え、関連職種、サポータ間の密着した支援と関連機関との連携により、就労を維持させることができたので、密着連携支援として報告する。

【てんかん病歴】 陣痛微弱、吸引分娩で出生。発病は幼稚園時代。年に2~3回の発作頻度。中三の春に緊急搬送されてから治療開始。発作は完全抑制されず、26歳で当院初診。最終発作2009年11月13日。

【てんかんの診断】 発作型は意識が薄れていき転倒に至る焦点性発作。大脳MRIで汎性の軽度大脳萎縮を認める。脳波は所見乏しいが、前頭葉に発作波の存在を疑うてんかん。

【症例】 44歳男性。明らかな発達の遅れには気づかれず。高校卒業後転職を繰り返す。共に長年暮らした兄の結婚で、2009年から単身生活となる。

【経過】 次第に欠勤がちとなり、閉居に至る。発作や発作後の精神不安定などで入院治療を3回繰り返す。てんかんのケアホーム(CH)での生活を選び、外来、CH、OTが連携して社会復帰支援を開始した。その後、9年間勤続した会社の理解ある上司が去った後、軽犯罪事件で解雇された。運良く障害者雇用枠での再就職を得たが仕事に自信が持てず、欠勤することあり。CHからの出奔事件数回、窃盗まがいなどの事件を繰り返す。この経過で、一つにOTが集中して密接に介入し、親族、CH、企業担当者と情報を交換しながら支持した。二つにジョブコーチの直接介入を得て、解雇を防いだ。3.11大震災後も復職を許可された。

【結語】 生活破綻と職業リハに密着連携支援プログラムを適用すれば、処遇困難な症例でも、遭遇・直面する健康、生活、求職や就労、行動などの問題や困難に対処できると考える。

ワークショップ「てんかん医療と東日本大震災」(15:35-16:45)

座長：小出 信雄

1. 東日本大震災での医療支援活動報告とてんかん支援ホットライン

ーそこにあるニーズへの対応ー

静岡てんかん・神経医療センター

小出泰道

2011年3月11日14時46分ごろ発生した東日本大震災は、地震とその後の津波によって未曾有の被害をもたらした。てんかん患者も地震や津波による直接的な被害や、あるいは交通網の破綻や原発事故による退避など間接的な被害を受け、治療継続に支障をきたした。また今回の被災地にはいわゆる医療過疎地が多く含まれており、多くの医療機関が診療困難になったことで状況はますます困難なものとなった。

我々はてんかん学会や被災地の医療機関との協力のもと、被災地でのてんかん患者に対する医療支援活動を行った。また3月24日からてんかん支援ホットラインを立ち上げ、被災地の患者・医療機関からの医療・生活相談を受け付けた。相談の内容に応じて、医師・看護師・ソーシャルワーカーなど多職種で電話対応を行った。4月末までに寄せられた相談の内容は当初は抗てんかん薬の不足についての相談や、受診可能な医療機関の照会が多かったが、その後は病状に関する相談や一般的な生活についての相談が増えた。

てんかんセンターやてんかん協会には震災以前から電話やメールで相談をする患者は少なくない。また匿名での質問-回答を行うインターネットの相談サイトにも、てんかんに関する相談をする患者が多くみられる。今回てんかん支援ホットラインに寄せられた相談内容が、徐々に災害とは直接関係のない一般的なてんかんに関するものになったことから、潜在的にこうした相談のニーズが存在しているものと考えられた。イギリスではてんかん協会のアドバイス用無料回線やてんかん専門看護師が電話での相談を受け付ける **epilepsy help line** が、ニュージーランドでは無料で地域のコミュニティーケアワーカーにつながる電話回線が用意されている。日本においても今後こうしたニーズに応じていく全国的なシステムの構築が必要であると考えられた。

2. 「救急フェーズから復興期フェーズへ」

東北大学病院 てんかん科

中里信和

東日本大震災は、てんかん患者に対して、急性期の薬不足から亜急性期の生活相談まで多大な影響を与え続けている。医療支援を考える際には、時々刻々と変化する患者のニーズを知り、タイムリーに行動することが重要と考えられる。

震災発生直後の抗てんかん薬不足への対応は、他の疾患での薬不足への対応よりも比較的早かったと評価されている。日本てんかん学会本部、日本てんかん学会地方会、日本てんかん協会等の有志の働きによって、抗てんかん薬の被災地への運搬は、平時の卸業者の機能回復以前に展開されていた。

しかし薬不足の危機が過ぎた後に新たな問題が生じている。発作を他人に見られたくないなどの理由で、避難所暮らしを避けて半壊した自宅に住もうとする患者がいると聞く。交通手段の復旧が遅れたり、かかりつけ医の被災などで、診療を受けにくい患者も少なくない。東北地方は、以前から専門医や専門施設の数が少なく、てんかん診療においても過疎地域とされている。震災によって、てんかん診療の弱点があぶり出されたとも言える。

希望の光もある。災害復興という観点から、各方面からの視線が東北地方に集まりやすい状況である。われわれは震災による逆境をバネにして、他の地域のモデルとなるような理想的てんかん診療システムを構築していく必要があるのではなかろうか。

3. 日本海大地震経験者から見た東日本大震災

国立病院機構西新潟病院脳神経外科

亀山茂樹