
解 説

非専門医が知っておくべき成人におけるてんかんの診断と治療

福智 寿彦*

はじめに

てんかんは一般的に有病率が1%前後と見積もられている神経疾患であり、日本には約100万人のてんかん患者が存在するといわれる。

これに対し、日本でてんかん学会が認定しているてんかん専門医の総数は平成28年6月の時点では535名にすぎないうえ、専門医の所属する診療科や地域にはかなりばらつきがある。専門医の過半数(55.9%)を小児科医師が占め、10県では専門医が1名ないし2名しか登録されていない。また、全国てんかんセンター協議会(JEPICA)が中心となって全国にてんかん治療の拠点としての「てんかんセンター」を設置する構想が推し進められているものの、現時点ではセンターがひとつもない県が大多数である。仮にセンターが県内にあったとしても気軽に受診できる圏内で生活する県民は限られている。したがって、新たにてんかんを発症した人も、小児科で治療を受けてきた後に成人科への移行が必要になった人も、進学や仕事の都合で県外へ転居することになった人も、非専門医のもとを受診することになる可能性が高い。

さらに、てんかんという疾患の実態が国民に十分に知れ渡っていないという状況がある。そのため、わかりやすい痙攣発作以外の症状をもつ人は内臓疾患や認知症を疑って内科などで初診を受けるといったケースもある。

これが現在のてんかん治療を取り巻く現状である。したがって、てんかんの診断や治療に関する最低限の知識は専門医以外の医師、ひいては小児科、精神科、神経内科や脳外科以外の医療従事者

も身に着けていることが求められる。本稿では、成人におけるてんかんの診断および治療に関して概要を述べていく。

1. てんかんとはどのような疾患か

てんかんの定義としては世界保健機関(WHO)によるものと国際抗てんかん連盟(ILAE)によるものが引用されることが多い。WHOでは、てんかんを「種々の病因によってもたらされる慢性的脳の疾患であって、大脳ニューロンの過剰な放電から由来する反復性の発作(てんかん発作)を主徴とし、それに変異に富んだ臨床ならびに検査所見の表出を伴う」と定義している¹⁾。国際抗てんかん連盟(ILAE)では、てんかん発作を「脳における過剰または同期性の異常なニューロン活動による一過性の徴候または症状」とし、てんかんを「てんかん発作を引き起こす持続的素因と、それによる神経生物学的、認知的、心理学的、社会的な帰結を特徴とする脳の障害である。てんかんを診断するには、てんかん発作が少なくとも1回は起こっている必要がある」と定義づけている²⁾。これらの定義を要約すると、①慢性に経過し、②ニューロンの異常活動に由来する発作が、③反復して生じ、④そこに様々な臨床的問題を伴うのがてんかんという疾患である。

発作が反復して起きることがてんかんの概念的定義に含まれるため「24時間以上の間隔で生じた2回の非誘発性発作」があることがてんかん診断の要件であり、一度だけの発作(機会発作、孤発発作)だけでは抗てんかん薬の投与を開始しないというのが従来のあるり方であった。しかしながら近年ではこの見方も変わってきており、2度の非誘発性発作の基準を満たさない場合でも対応でき

*医療法人福智会理事長、すずかけクリニック院長
(ふくち としひこ)

るようにILAEが2014年に実用的定義の見直しを行った。その結果、「1回の非誘発性(または反射性)発作が生じ、その後10年間の発作再発率が2回の非誘発性発作後の一般的な再発リスク(60%以上)と同程度」の場合にもてんかんとみなすことができるという新しい実用的定義が現在では運用されている。これにより現在の臨床現場では、例えば明らかに脳障害に起因する非誘発性発作を起こした患者の場合には、2回目の発作を待たずにてんかん治療が導入されることもある。

2. 多様なてんかん発作

てんかん発作というと、けいれん性の発作を思い浮かべる人が多い。しかし実際にはてんかんの発作症状は多彩であり、けいれん(強直間代発作)以外の発作をてんかんの症状だと気付かずにいたために受診が遅れたり、治療されずにいるてんかん患者も少なからずいるものと思われる。患者が呈するてんかんと鑑別することは診断と治療の上でも必須である。様々な発作症状について大まかに説明していく。

・単純部分発作

単純部分発作は意識障害を伴わない発作で、発作焦点によって運動徴候、体性感覚や特殊感覚、自律神経症状、精神症状など異なる症状が出現する。強直間代発作に先行して決まった「前兆」が自覚されることがあるが、これは単純部分発作のことである。したがって、強直間代発作を呈した患者が発作前に「前兆」があったという場合は当該患者のてんかんは「部分てんかん」である可能性がかなり高くなる。てんかん発作の一部と患者が認識していないことも多いが、単純部分発作に該当する症状を問診で確認しておくことは重要である。

・複雑部分発作

部分てんかんの症状のうち、発作中に意識消失を伴うのが複雑部分発作である。意識障害があるとき、患者は痛み刺激や呼びかけに速やか且つ的確には反応できなくなる。ただし意識減損があっ

ても「はい」、「大丈夫です」程度の単純な応答は可能なことがある。発作を呈している患者の意識を確認するときの質問は「はい」、「いいえ」では答えられない複雑なものにしなければならない。刺激への反応のなさに加えて、発作後に発作中のことを想起できなければ意識障害があったと判断できる。

複雑部分発作にしばしば伴って出現する、意識障害中の無目的な不随意動作や表情、行動を「自動症」という。自動症としては口をモグモグと動かす口部自動症をはじめ、手を動かす動作もよくみられる。

・欠神発作

欠神発作ではそれまでの動作が止まりぼーっと放心したような表情になり、発作後には突然我に返る。欠神発作も意識消失発作であるが、複雑部分発作と異なりこちらは全般てんかんの症状に該当する。欠神発作と複雑部分発作を鑑別することは抗てんかん薬の選択にもかかわるためきわめて重要である。欠神発作は持続時間が5~10秒程度であり、1分前後の意識消失が生じる複雑部分発作に比べ短く、発作後に朦朧状態も生じない点特徴的である。また、欠神発作は主に小児期に発症し、成人してから初めて欠神発作を起こす例は稀である。

・ミオクロニー発作

四肢や体幹、時に顔面の筋肉が瞬間的にびくっと不随意に収縮するのが、ミオクロニー発作である。通常は上肢優位に現れ、両側性の場合も左あるいは右に非対称に現れる場合もある。この発作では通常は意識消失を伴わない。

・強直間代発作

強直間代発作は一般によくイメージされる、意識消失と全身のけいれんが生じるてんかん発作である。これには部分てんかんが二次性に全般化して起こるものと、全般てんかんによるもののが含まれる。部分てんかんの全般化発作は脳の一部に

生じた異常放電が脳全体に広がったもので、強直間代発作に先行して部分発作の兆候がみられることが多い。強直間代発作では、初めに強直相が出現し多くの場合は叫び声、意識消失、全身に両側性の強直性けいれんが生じ、その直後に間代相に移行しガクガクとした間代性けいれんが出現する。発作は通常2～3分でおさまり、20分以内に意識を回復する。

強直間代発作は他のてんかん発作と比べても見た目のインパクトが大きく、発作を見た人が驚いて救急車を呼んでしまうことが少なからずある。発作が重積している場合など、特別な場合を除いて救急対応の必要はないことを家族などに周知しておくことが大切である。周囲の人がけいれんを止めようとして患者の体を押さえついたり、舌を噛まないようにと口の中に箸などを入れたことで事故につながるケースもあるため、発作時の正しい対応に関しては説明しておく必要がある。

3. 高齢発症てんかん

てんかんは子どもがなる病気というイメージをもつ人は少なくない。確かに年代別にみるとてんかんの発症率は1歳未満で最も高く、それ以降は徐々に減少する。しかし実際にはてんかんはあらゆる年齢で発病する可能性がある。特に65歳以上では発症率が再び上昇に転じて目立って高くなることがわかっている。てんかんは高齢者医療の分野では診療機会の多い神経疾患である。社会の高齢化が進む日本において、高齢になって発症するてんかんは近年注目されるテーマとなっているともいえるだろう。

高齢者でてんかんを発症するケースが多いのは、加齢に伴う脳卒中や動脈硬化、外傷により生じる脳の損傷がてんかんの病因となるためである。高齢発症てんかんでは脳血管障害が全病因の3～4割とされており、脳血管障害発症から1年以内のてんかん発症リスクは一般人口の23倍との報告もある。それと並んで、認知症によるてんかんの発症リスクも一般人口と比べて5～10倍高くなるといわれている³⁾。

以前テレビ番組で高齢発症てんかんが「治る認知症」として取り上げられたことからわかるように、高齢になって発症するてんかんの発作は認知症との鑑別が問題となる。高齢発症てんかんにおいて最も多く現れる発作型は複雑部分発作で、強直間代発作のようにわかりやすい症状がみられることは稀である。しかも、意識障害が軽微であったり非特異的な症状がみられるものも多い。複雑部分発作自体の持続時間も発作後の朦朧状態も長引く傾向があり、これらの要因から周囲の人がてんかんだと気付かず認知症を疑うケースがよくみられる。

当然、そうしたケースではてんかん専門医以外の医師のもとへ受診することになるため、患者の症状が非てんかん性のものと確定できるか、てんかんの可能性がないかについては非専門医であっても判断できなければいけない。てんかんの可能性がある症状を高齢者が示した場合には、病歴上てんかんの可能性がないかを聴取し、患者だけでなく家族などの目撃者から具体的にエピソードを収集して情報を得る。その上で、一般血算や生化学などの血液検査、脳波検査、頭部MRI、心電図検査などを実施し診断を進めていくことになる。

また、なかには認知症にてんかんを合併している事例もあることも念頭においておく必要がある。

患者の症状がてんかん発作であり治療が必要と判断された場合、前述したように高齢発症てんかんは脳における器質的な病因がある部分てんかんが大部分であるため、多くの事例では部分てんかんの薬剤が用いられる。なお、高齢者のてんかんを治療する場合には抗てんかん薬の少量投与でも発作抑制効果が十分に発揮されることが多いことを意識する必要がある。

4. てんかんの薬物療法

本項では新規にてんかんを発病した症例に対する薬物療法の概要のみを説明する。これまで説明してきたように、一口にてんかんといっても臨床

像は多様である。てんかん患者の発作症状が診断学上いずれの分類に合致するかを判断した後は、ガイドラインに沿って抗てんかん薬を選択していくことになる(表1)。投与が決まったら少量での単剤治療を開始し、特に最初のうちは週に1回の診療で効果と副作用の確認をしながら増量を進めていく。抗てんかん薬は薬剤ごとに初期用量、維持用量、増量幅、有効血中濃度、半減期、薬物相互作用、副作用が異なるため、それぞれ把握しておくことは治療上不可欠となる。

有効血中濃度に達しているにもかかわらず発作抑制の効果がみられなければ、その薬剤は無効であると判断される。日本てんかん学会のガイドラインでは、2~3種類の薬剤での単剤治療行っても発作抑制効果が得られなかった場合に多剤併用治療を行うことになっている。さらに、2ないし3種類の薬物療法で発作が抑制されなかった場合には、てんかん外科治療の可能性を考慮することが推奨される。適切に選択された2剤の抗てんかん薬による治療で発作が消失しなかった場合には3剤目で発作がなくなる可能性は少なく、5%未満といわれる。8割程度でてんかんは薬物療法により寛解し、残りの2割は難治てんかんということになる。ただし、難治てんかんと思われた場合でも薬剤調整や外科治療を検討する前に、まずは改めて診断や薬剤選択の適切性、服薬状況、生活リズムや飲酒の習慣の有無といった生活習慣について考慮することが必要である。

当然のことながら、発作消失を追求するあまり副作用を軽視することがあってはならない。抗てんかん薬の副作用の中には精神症状や認知機能障害といった症状や、Stevens-Johnson症候群に代表される重篤な皮膚障害が発現するものもある。副作用により患者の生活が障害されては治療として本末転倒であるが、患者が薬の副作用を把握していなかったために診療場面で申告がなされず発見が遅れる場合がある。したがって副作用については医師の側が注意を払うのはもちろんのこと、患者や家族にも周知しておくことが重要である。

5. 発作治療だけがてんかん治療ではない

ここまで成人てんかんの発作症状の診断と治療について説明してきたが、てんかんの治療は発作治療に留まるものではない。ILAEによる定義にも「認知的、心理学的、社会的な帰結を特徴とする」という文言が含まれるように、てんかん患者はしばしば発作以外の問題を抱える。

それにもかかわらず、てんかん発作さえなくなれば人生のあらゆる問題が解決すると期待する患者や家族は少なくない。てんかん患者の発作以外の側面に目を向けずとにかく発作を消失させることを追求する医療従事者の存在も決して珍しくない。両者のこうした態度により生じる問題が表面化するの、特に外科手術を行った時である。手術が成功し発作が減少または消失しても、人生の諸問題がそれだけで解決するわけではない。例え

表1 日本神経学会による成人てんかんの薬物療法ガイドライン

	部分てんかん	全般てんかん		
		強直間代	欠神	ミオクロニー
第一選択薬	カルバマゼピン	バルプロ酸ナトリウム		
第二選択薬	フェニトイン ゾニサミド (バルプロ酸ナトリウム)	フェノバルビタール	エトスクシミド	クロナゼパム
新規薬	ラモトリギン レベチラセタム トピラマート	ラモトリギン トピラマート レベチラセタム	ラモトリギン	レベチラセタム

注)カルバマゼピン、ガバペンチンでミオクロニー発作や欠神発作が増悪するため、特発性全般てんかんには使用しない

ば患者や家族が「発作がなくなれば就職や結婚ができるはず」と信じていたのなら、発作治療がうまくいったとしても結果に満足できるとは限らないのである。それまでの社会生活や家庭生活に支障をきたすような副作用が出現した場合には、患者にとっては発作があったときに比べてむしろ生活の質が低下したと感じられることもあるかもしれない。外科治療は多くの患者本人や家族にとって重大な決心の末に受けるもので、不可逆的な治療法であるが故にこうした問題が強い不満や不信感につながりやすいわけであるが、薬物療法の場合でも同じことがいえる。発作治療が患者や家族の抱えるすべての問題を解決する魔法ではないということは、てんかん治療の導入時点で理解してもらう必要がある。魔法どころか、薬物療法にせよ外科療法にせよ、発作を抑制するための介入により患者は何かを犠牲にしなければならない可能性がある。犠牲となりうるものが本人の望む人生にとってどれだけ重要なものなのか、医師、患者本人、家族で慎重に検討しながら治療に望んでいく姿勢が望まれる。

医師の側も発作以外の課題、患者の「人」としての全体像に注目することを忘れず、「とにかく薬で発作を止める」、「手術で患部を切除した時点で治療を終了する」という態度を慎まなければならない。治療が目指すべきは「症状を消し去ること」ではなく、患者の「よりよい人生」こそが治療目標であるというのはてんかん医療も他の領域と変わりはない。発作を止めるための治療をしたところで医師の役割が終わるわけではなく、むしろその時点から始まる治療やフォローアップもあって然るべきである。

てんかん治療の領域で発作治療がきわめて重要であるのは当然のことであり、本稿はそれを否定するものではない。しかしながら発作抑制はてんかん治療の目指すところを達成する重要な「手段」として位置づけ、医療者側も患者側もそれ自体を目的化しないことでより質の高いてんかん治療へとつながっていくものと筆者は考える。

6. てんかんと社会不適応

てんかん治療の目標を「QOL (Quality of Life) の向上」と設定した際に発作以外に注目しなければならないのは、患者の社会適応の状態である。パーソナリティや適応能力に問題がなく、発作さえ抑制されれば社会活動や家庭生活への支障がない水準の人であれば、副作用を考慮した適切な治療によりQOLは向上するであろう。しかし、社会適応上の何らかの問題を生じている人に対しては、発作抑制と同時進行でその問題に対する介入を行う必要が生じる。てんかん発作は患者の社会適応に影響を及ぼしうるが、それは間接的な原因にすぎない。したがって、発作がなくなれば適応上の問題も改善するとは限らない。例えば、度重なる発作により長期に渡って自尊心が傷ついた結果ひきこもりに陥っている人は、発作がなくなったからといってそれだけで社会に参加できるほどに意欲と自信が回復するものではないのである。

てんかん患者が社会不適応に陥る背景も個人により異なる。筆者の精神科クリニックでよくみられるのは、精神症状を合併している人、発作を起こした際の傷つき体験を抱えている人、社会から遠ざかっていた期間が比較的長く社会経験が乏しい人、過度に保護的な環境で生育したため情緒的に未成熟である人、「自分ではてんかん発作があるから何もできない、してはいけない」と周囲や自分自身が制限を設けてしまっている人である。複数の要因が複合的に関与して不適応状態となっている人も見受けられる。これらの例はいずれも心理社会的な要因による不適応であるため、発作治療と併行して精神療法や認知行動療法などの心理的支援や環境調整、生活指導、心理教育の対象となる。

なお、精神症状についてはてんかんの発病原因や発作放電による脳機能障害によるもの、ストレスなど心理社会的要因によるもの、抗てんかん薬や外科手術の副作用によるものなど、合併要因もいくつか考えられる。精神症状といっても幻覚、妄想、奇異言動といった統合失調症様症状が現れるだけでなく、意欲や活動性の低下、無為自閉、

抑うつ気分といった症状により生活障害が生じるケースも多い。病的な状態が客観的にも判断しやすい精神病症状に比べ、うつ状態は医師の側から患者や家族に質問しなければ見過ごされる場合もあり、注意が必要である。精神症状に対しては原因によって抗てんかん薬の整理や向精神薬の投与を行うが、この場合も薬以外の心理社会的介入が奏功するケースが多い。

いずれの場合でも、社会不適応となっているてんかん患者のQOLを改善するサポートを医師ひとりで行うことには限界がある。筆者の精神科クリニックでは、てんかん患者の心理社会的支援を目的とし併設の精神科デイケア、グループホーム、就労継続支援事業所、就労以降支援事業所などの施設での活動を通じ、実社会に即して他者とともに行動する経験を積んだり、親元を離れて自立することに挑戦できる環境を整えている。社会適応が障害されている事例に対しては、このように心理社会的支援を行うことのできる医師やソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士などとの連携、社会復帰施設での複合的なサービス利用を考慮に入れるべきである。

7. てんかん治療としての「リカバリー」支援

心理社会的支援と切って離すことのできない概念に「リカバリー」という考え方がある。これは1990年代以降に米国を中心に広がり先進諸国の精神保健行政の柱として位置づけられるようになった概念である。リカバリーには厳密な定義があるわけではなく様々に解釈されているが、一貫しているのは「疾患の治癒を意味するのではなく、精神障害によってもたらされた破局的な影響を乗り越え、新たな人生を主体的に獲得する過程である」という考えであり、このことから分かるように日本語での「回復」の意味を超越した概念である。

リカバリーに即した心理社会的支援に際して求められる支援者の姿勢についていくつか挙げる。まず、精神障害をもつ当事者と支援者は対等な立場であり、支援者は当事者が治療や自分の人生を

選択することを支える役割を担うことになる。このことが意味するのは、すなわち当事者本人の考えが治療上最重要視されるということである。薬物療法や外科手術であれ、心理社会的なサポートであれ、それが医師の目からは最良の選択に見えても結果を背負うことになるのは当事者自身である。したがって、当事者がする選択が何より重要で、支援者は正しい情報を提供し、選択肢を提示するに徹するのが役割となる。重要な決定を他人任せにできないという点で当事者にも自己責任の負担が課せられることになるが、こうした経験を積み重ねていくことで主体的な人生を送れるようになることがリカバリーを追求する支援の目指すところでもある。

支援者自身がリスクを恐れずに挑戦する意志をもち続けることも必要である。てんかん発作や精神症状ある人に対しては、医師としては病状の悪化を回避するべく心理的なストレスや身体的な負荷がかかる状況を避けさせたいのは無理もない。実際に主治医に反対されたという理由で就職や結婚、出産を諦めてきたという人は数多く存在する。しかし、症状がなくなるまで時間を費やしたために時機を逃すということは十分に有り得る。そうするよりは適切な対処法を身に付け、周囲の力を借りながら目標の実現のために挑戦することがリカバリーの理念に適っている。挑戦にはリスクが付き物であり手痛い失敗をすることもあろう。しかし、その結果も受け止め乗り越えていくことが人間らしい生き方といえるのであり、支援者は当事者がよりよく生きるために何かに挑戦することを押しとどめるのではなく、むしろ推奨し励ますべきである。

リカバリー支援の実施を障害の重症度により判断しないということにも留意しなければならない。障害が軽度であれば少ない支援で社会参加できるとは限らない。反対に重症度が高くとも周りのサポートを受けながら地域で自立して生活できている事例には筆者もいくつも出会っている。リカバリーの道を歩むのに必要なのは本人の意志と希望であり、症状が重度であることを理由に支援

の機会を奪われることがあってはならない。

こうした姿勢が身に着いていると、てんかんの発作消失だけを治療目標に設定して結果的に患者に不利益が生じることや、医師の傲慢により患者が自分の人生を犠牲にすることを回避することができる。したがって、発作の抑制が即QOL改善につながるいてんかん患者の治療を進める際は、リカバリーの考え方を指針にすることが役立つ。リカバリーは精神保健領域の用語ではあるが、あらゆる医療機関で治療を受ける可能性のあるてんかん患者を支えるためには精神科以外の医療従事者や専門医以外の医師にも、この概念への理解が広がることが重要である。

8. てんかんのアンチスティグマ —てんかん啓発キャンペーン「パープルデー」について

てんかん患者の地域生活や社会参加を阻害する要因は患者個人の問題だけとは限らない。人々がてんかんに対して抱いている偏った信念やそれに基づく差別、排除といった「スティグマ」はてんかん治療をしていくうえで無視することのできない重大な問題である。

精神障害に対するコミュニティの理解を促進する要因に関するいくつかの調査では、当事者との直接的な接触体験の機会を豊富にすることは、そのことが時として地域住民に否定的な感情をもたらす可能性があるものの、疾患や障害に対する正しい認識が深まり態度が変容するための重要な機会となる旨が報告されている⁴⁾⁵⁾。しかし、てんかんであることを敢えて周囲に知らせている人は日常的に発作がある人を除くと少ないと考えられ、てんかん患者が既に自分の周囲にいる可能性を十分に認識している人はそう多くはないと思われる。てんかんが話題になるのは、近年では発作が原因の交通事故が報道されるときぐらいなのである。さらに発作の中でも強直間代発作は見た目のインパクトが大きく、それを数分でおさまる症状であることを知らない目撃者には不安やパニックを惹起させうる。てんかん患者との接触の機会が少なく、大きな事故に付随してのみ情報が入っ

てきて、てんかんという疾患自体に対する正しい知識が社会全体で共有できているとはいえない状況にあっては、「てんかんという病気や、それをもつ人は恐ろしい存在なのではないか」という偏見をもつ人が出てくるのも無理はないのが現状である。てんかんに対するスティグマは患者や家族自身にも「内なる偏見」として根付いているケースもあり、その場合には社会参加を思い止まる原因のひとつとなる可能性がある。

てんかんに対する誤解や差別は、リカバリーの機会を減らすばかりか患者の受診行動や障害受容を妨げることにもなりかねないという点でも、社会問題としてだけでなく医療的問題として捉える必要がある。その意味で、てんかんに対するスティグマへの対策をとることは医療者の役割であり治療の一環といえる。こうした考えに基づいててんかんの啓発活動に積極的に関与する医療従事者が国内でも増えてきている。てんかんの啓発活動としてはILAEによる「世界てんかんの日」(2月第2土曜日)制定の取り組みや、日本てんかん協会による「てんかんを正しく知る月間(てんかん月間)」(毎年10月)における推進活動があるが、本稿では「パープルデー」というキャンペーンについて紹介したい。

「パープルデー」とは3月26日を記念日として、その日は紫色のものを身につけることでてんかんを正しく理解し偏見をなくしていくことへの賛同の意志を表明し、それを以て患者や患者を支える人々を勇気づけることを目的とした取り組みである。このキャンペーンは2008年にカナダでキャシディー・メーガンという8歳の少女の発案で始まった活動が人々の支持を集めた結果、北米を中心に世界各国に波及したもので、現在では3月26日に限らず「Purple Day, Everyday」をスローガンに日々キャンペーンが展開されている。パープルデーキャンペーンが他の啓発活動と比べて特徴的なのは、誰もが容易に参加することができ、なおかつ参加者が楽しめる形式のイベントが活動の柱となっている点である。諸外国ではパープルデーを記念してラン&ウォークイベント、サイク

リング、音楽ライブなど過去に多彩な企画が実施されてきた。缶バッジやTシャツ、リストバンド、カップケーキなどパルデーにちなんだグッズも無料配布または販売されキャンペーンを盛り上げている。発信地となった北米では企業や有名人もこの活動に関与し、啓発の活性化に一役買っている。このように一種の祝祭的な側面のあるパルデーは、日頃てんかんとかわりのない人にとっても親和性が高く受け入れられやすい啓発活動であると思われる。

わが国でも2014年頃からパルデーキャンペーンを普及させようと、国内のてんかん医療従事者で結成された「全国てんかんリハビリテーション研究会」が中心的役割を担って取り組みを実施してきた。愛知県では名古屋市内の会場で過去2回に渡り3月26日を記念してイベントを開催した(写真1)。日本でも海外に倣って、イベントに地元の芸能人を招いたり、地域のランドマークを紫色にライトアップしつつ、疾患についての正しい知識や発作時の対処法などの情報発信を行う機会を設けている。

9. おわりに

てんかんの診断と治療について概観してきた。てんかん専門医の数は患者数に比して十分であるとは言えない状況にあるうえに、てんかん治療は大半の場合は長期にわたって行われる。初診の場合でも治療の引継ぎの場合でも、てんかん患者は専



写真1 3月26日に名古屋で開催したパープルデーイベントには地元アイドルグループも参加した

門医以外のもとを受診する機会も多い。てんかん専門医以外がてんかんの診断と治療についての正しい知識を習得していることで救われるてんかん患者は大勢いる。

本稿の内容はあくまで入門的な内容に留めたため十分に触れることができなかつたテーマも多く残っている。より深くてんかんを知りたいという人は参考文献を参照していただきたい。

本稿にCOI(利益相反)はありません

【参考文献】

- 1) Gaustaut H, WHO&ILAE : Dictionary of Epilepsy. Part 1 : Definitions. World Health Organization, 1973
- 2) Fisher R, et al. : ILAE Official Report : A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 55 : 475-482, 2014
- 3) 日本てんかん学会編 : てんかん専門医ガイドブック—てんかんにかわる医師のための基本知識—。診断と治療社, 2014
- 4) 大島巖ほか : 日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観—開放的な処遇をする一精神病院の周辺住民調査から。 *社会精神医学* 12 : 286-297, 1989
- 5) 星越活彦ほか : 精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査 : 香川県下の単価精神病院勤務者を対象として。 *日本社会精神医学会雑誌* 2 : 93-104, 1994
- 6) 高橋幸利編 : プライマリ・ケアのための新規抗てんかん薬マスターブック。診断と治療社, 2012
- 7) 吉野相英編 : てんかん診療スキルアップ。医学書院, 2014年
- 8) 松浦雅人, 原恵子編 : てんかん診療のクリニカルエクステンション200(改訂第2版)。診断と治療社, 2013
- 9) マーク・レーガン著, 前田ケイ監訳 : ビレッジから学ぶリカバリーへの道—精神の病から立ち直ることを支援する。金剛出版, 2005
- 10) ノーマン・サルトリウス著, 日本若手精神科医の会(JYPO)訳 : アンチスティグマの精神医学—メンタルヘルスへの挑戦—。金剛出版, 2013年