

座談会

てんかん診療新時代の幕開け

臨床現場と保険制度の整合性

てんかん治療が大きな変革期を迎えている。新薬が登場しただけでなく、診断や外科治療でも選択肢の幅が広がった。こうした進歩は診療方法だけでなく、専門医や非専門医の連携、学会の在り方などにも変化を求めている。潜在患者数が約100万人とも言われるてんかん患者に、限られた医療資源でどう対応すべきか。臨床現場の第一線に立つ先生方に、てんかん診療の理想と課題について語ってもらった。

中里氏 本日のテーマは「てんかん診療の新時代」です。てんかん診療に関する最新動向をはじめ、今現在、何が問題になっているのか、非専門医と専門医の果たす役割などについて意見交換しながら、今後のてんかん診療の在り方を探っていきたいと思っています。

まず最初に自己紹介をさせていただきます。私が勤務する東北大病院では、2010年に国内初となるてんかん科を立ち上げました。てんかんにターゲットを絞った診療部門と研究部門があり、この4月から講座名もてんかん学分野に変更されました。

兼本氏 私は現在、愛知医科大にいますが、20年以上てんかん診療に携わり、多くの患者と向き合ってきました。

た。私のところに受診する患者は、他院からの紹介患者と、ホームページを見るなど自ら調べて受診するケースの大きく2つに分かれます。

他院からの患者では、てんかん発作と混同されやすい心因性発作や、読み間違いやすい脳波所見を伴う失神発作を起こした患者も含まれているため、鑑別診断という形でお手伝いする場合があります。

星田氏 奈良医療センターでは、10年8月にてんかんセンターを立ち上げました。開設までにはいろいろと苦労もありましたが、てんかんに関する勉強会や講演会などを行ったことによって、院内外で市民権を得つつあります。まさにこれから、てんかん診療に力を入れる体制が始まったという状態です。

診療の第一歩は詳細な病歴聴取

中里氏 まず、てんかんの診断から話を進めたいと思います。どの疾患でも言えることですが、てんかんでも適切に治療するためには適切な診断が欠かせません。一口にてんかんといっても、病型・発作型は多彩で、てんかん患者一人一人に見合った治療法を見極める必要があります。

一方で、抗てんかん薬の服用患者

の8割が、てんかん非専門医から処方を受けているという調査結果が報告されています。

全てのてんかん患者を専門医が鑑別診断するのが理想ですが、限られた医療資源を考えると現実的ではありません。非専門医にも、てんかん診断に関する最低限のノウハウを身につけていただきたいと思っています。そこで考



えてみたいのが、専門医と非専門医の診断では何が異なるのかという点です。兼本先生、いかがですか。

兼本氏 てんかん診療の第一歩は、詳細な病歴聴取です。前世期の初めにウェストファールという人が指摘したように、1つの徴候だけからてんかんの判定をしないよう心がけています。

例えば、発作時に瞳孔が開いているからといって、必ずしもてんかんとは限りません。発作時の症状や反応性などを総合して、それらの徴候をできるだけ多く説明できる病態は何かを考え、発作型を見極めます。脳波や画像検査は有力な情報ですが、あくまでも参考となる所見の1つと考えています。

星田氏 私も同意見です。病歴と発作症状をしっかりと聞き取ることが重要です。発作症状を“痙攣”や“ひきつけ”といった1つの言葉でくくりがちですが、頭や眼球の動きなどを細かく観察することで、多くの情報を得ることができます。

中里氏 外来診療でも、正確に診断するための情報をしっかりと得られるということですね。ここで大切なのは、「痙攣が何回ありましたか」というような単純な質問だけでなく、「手足の様子はどうだったか」「声を発していたか」など、可能な限り

細かく確認することです。

私自身は、発作の様子を携帯電話などで動画におさめてもらうようにしています。まさに百聞は一見にしかずで、その動画だけで診断がつく場合もあります。

脳波検査で注意すべきポイントはありますか。

脳波検査で発作症状の“反応性”確認を

星田氏 脳波モニタリングで一番大事なのは、発作が起きたときの反応性を確かめるという点です。モニタリングの時に、医師や看護師などの観察者がどのように関与するかで、得られる情報の大きさが変わってきます。

兼本氏 そうですね。脳波計という機械を上手く操作するだけでは、十全な情報は取れないと思います。意識はどの程度あるのか、見当識はどれくらいで正常に戻ったかという検者による観察情報が合わさることで、はじめて臨床的に意味のある脳波所見になる場合もあります。

中里氏 お話しの通り、脳波検査時に観察者の対応は非常に重要です。このため東北大病院では、看護師への教育にも重点を置いています。これまで発作を見たことがなかった看護師でも、今では発作に遭遇すると、「手足を前に出して」「じゃんけんの



も課題に



東北大大学院
てんかん学分野教授

中里 信和氏



独立行政法人国立病院機構
奈良医療センター院長

星田 徹氏



愛知医科大精神科学講座教授

兼本 浩祐氏

グーを出して」「このペンは何色」など、臨機応変にさまざまな呼び掛けを試みてくれます。

診断に関する最近のトピックとしては、長時間ビデオ脳波同時記録検査が保険適用になりました。

脳波と同時に発作の様子を動画で観察することができる検査で、てん

かんの鑑別診断を行う上で必要不可欠なものです。手間と時間がかかるため、行える施設は限定されていますが、専門施設を中心に普及が進むのは確実です。新たな検査が普及することに加え、脳波検査時の情報量を上げることで、より正確な診断を下せる症例が増えると感じています。

新規抗てんかん薬の基本は漸増投与

中里氏 次に薬物療法に話を移したと思います。

薬物療法は、てんかん治療で中心的な役割を果たすものです。長らくドラッグラグの問題が指摘されていましたが、06年のガバペンチン（GBP）を皮切りに、07年にトピラマート（TPM）、08年にラモトリギン（LTG）、10年にはレベチラセタム（LEV）が承認され、世界標準の薬物療法が行えるようになりました。新たに登場した薬剤について、先生方はどのような印象をお持ちですか。

兼本氏 GBPは、重篤な副作用が少ないベンゾジアゼピン系薬剤と比べても依存性や認知機能への影響が少なく、優れた薬剤です。効果は多少マイルドですが、GBPの登場で治療選択肢の幅が広がったと考えています。

星田氏 TPMは副作用が強いという見方もありますが、強力な効果も期待できます。ふらつきや精神症状、認知機能低下などの症状が出るケースがあるので、漸増処方 기본적인考え方になります。まずは50mgから始めて75mg、100mgと増量するイメージです。

中里氏 LTGも非常に良い薬剤で

す。高い治療継続率が維持できることに加え、うつ症状に好影響を与えた例も経験しています。

薬疹やステイブンス・ジョンソン症候群には注意が必要ですが、私自身、少量から使用することで重篤な副作用を出現した例は経験していません。もちろん、副作用を完全に防ぐことはできませんが、注意して使用すれば、重大な副作用を避けられるというのが実感です。

星田氏 LTGについては、少量からしか使えないことをデメリットと考える方もいるようですが、私はそれをメリットと捉えています。抗てんかん薬の中には、最初から有効投与量を使えるものもあります。

ただ、副作用に細心の注意を払うためには、少量から始めるのが理想と考えています。もちろん、発作回数が多い患者など、当初から有効投与量が求められるケースもありますので、患者状態を見ながら判断することになります。

LEVは、従来の抗てんかん薬と異なる作用機序を持つ薬剤です。副作用や薬剤相互作用が少なく、最初から有効投与量を処方できます。しかし、有効投与量以下でも効果を発揮する例があるため、やはり少量から処方するのが望ましいと思います。

中里氏 最近登場してきた新薬ですが、基本的には少量から開始し、必要であれば漸増のスピードも上げるということですね。抗てんかん薬をうまく使えば、患者全体の約7割が寛解を迎えられると報告されています。新薬の特徴を理解した上で、患者のニーズに合わせて用量を調節すれば、コントロールではなくて“発作消失”を目指せる時代に入ったといえます。

「刺激療法」の新アプローチも

中里氏 薬物療法の最近の動きについてうかがいましたが、外科治療も新たな局面を迎えています。星田先生、ご解説いただけますか。

星田氏 これまでのてんかん外科手術は、脳梁離断術や病変切除術しか選択肢がありませんでしたが、最近では、刺激を送ることで興奮性を抑えようというアプローチも出てきました。

その代表例の1つが、昨年保険適用となった迷走神経刺激療法（VNS）です。左頸部迷走神経に刺激電極を、前胸部に電源装置を埋め込み、左迷走神経を常時間欠的に刺激することで、発作回数を抑制する仕組みです。VNSの対象となるのは、開頭手術で高い効果が期待できる側頭葉てんかんを除いた難治性の

患者です。

このほか、てんかん発作の原因となる過剰な電気信号をキャッチして、リアルタイムでその信号を打ち消すように刺激を送る“Responsive Cortical Stimulation”という治療法も注目されています。

どの程度発作を抑制できるかは、これから検討を重ねる必要がありますが、新たな治療法として選択の幅が広がるのはうれしいことです。ただ、従来の離断術や切除術の方が効果を見込める症例もあるので、患者や家族と相談しながら、その患者に最適な治療を探る必要があります。

中里氏 患者に合わせて最適な治療法を選択するという考えは非常に重要です。

私の施設では、手術が必要かどうか、どのような術式が最適かを皆で討論する症例検討会を開催しています。この場には、執刀する脳外科医だけでなく、神経内科、小児科、精神科、地域で開業する医師にも参加してもらい、発作型や脳波所見を全て確認します。

つまり、手術適応の判断を皆で責任を持って決めているわけです。外科医1人が責任を負うのではなく、チーム全体でその患者に最適な治療を導き出す。てんかん外科の領域でも、こうしたチーム医療の考え方が求められると思います。



座談会

てんかん診療新時代の幕開け

“日常生活の支障”が
紹介の目安

中里氏 診断・治療が進歩したことで、専門医と非専門医の連携の在り方をあらためて考える時期に来ていると思います。星田先生、専門医と非専門医がそれぞれ果たす役割についてお聞かせください。

星田氏 先ほど中里先生からのご指摘もありましたが、てんかん患者の多くを非専門医が診ているという現状があります。間違った診断を基にした治療を受け続け、結果として症状が5年、10年も改善しないままの患者が現実存在するわけです。こうした問題を解決するための1つの手段が、てんかん専門医と非専門医の連携強化です。

私の個人的な考えですが、連携を取りやすくするためには、非専門医が専門医に紹介する目安をしっかりと提示する必要があると感じています。こうした基準があれば、間違った治療がずるずると行われるような状況を改善できると思います。

中里氏 治療や診断を支援するツールだけでなく、非専門医自身がどのタイミングで専門医に紹介するかを判断する目安ですね。紹介に関する個人的な考えですが、てんかんが原因で何か不幸が起こっているとすれば、専門医の診療が必要だと思います。

例えば、発作が抑制しきれず車を運転できない、発作がなくても抗てんかん薬の副作用で日常生活に支障を来しているのであれば、専門医を訪ねるべきです。逆を言えば、「てんかんという診断がついた以外はすべて幸せ」であれば、紹介しないでも良いと思います。

兼本氏 それは良い考え方ですね。どんな小さなことであっても“てんかんで悩む”ことがあれば、専門医を一度経由するのは悪いことではないと思います。非専門医の先生方が、こうした考えをもって診療するだけで、少人数でも救える患者はいますし、専門医と非専門医の連携がスムーズになるような気がします。

中里氏 専門医と非専門医がいかに連携するかは、今後のてんかん診療

“結果的な新薬単剤療法”の保険診療が課題

兼本氏 専門医や非専門医などの個人だけでなく、学会も時代に合わせ変化が必要があるということですね。教育や連携強化だけでなく、新時代に見合った社会制度づくりについても、積極的に取り組むことが求められているのかもしれない。

日本では、保険制度に対する経済性という点からも、てんかん診療という臨床的な観点からも、誰も得をしない保険制度上のルールもあります。例えば、新規抗てんかん薬は現在、従来薬で効果不十分な場合に上乘せする形でしか使用できません。

中里氏 ここ数年登場した新薬は、既存薬をまず使用して、効果が不十分なケースに上乘せで使用しなければ保険請求できません。ただ、実際の臨床の場では、上乘せした新薬だけでコントロールできる症例も存在します。

もう少し分かりやすく説明すると、旧薬と新薬の併用療法によって

を考えると最も大きな課題といえます。こうした課題を解決し、より良いてんかん診療を提供するためにも、日本てんかん学会の果たす役割も見つめ直す時期に来ているかもしれません。

てんかん学会はこれまで、最新の学問を議論する場として機能してきましたが、今後はより一層、非専門医への啓発や、コメディカルとの連携も視野に入れて活動していくべきだと思います。

発作回数は減りましたが、旧薬の副作用によりQOLが低下してしまう例があるのです。副作用に苦しんでいる患者の中には、旧薬の使用を中止した方がベネフィットが大きい患者もいます。こうした“結果的に新薬の単剤療法”になってしまう症例については、保険診療が認められていません。

兼本氏 患者にとって副作用が減るのは重要なことです。特に、妊娠されている方にとっては、催奇形性の少ない新薬の単剤使用が可能である場合に、単剤治療を試さずに諦めてしまうのは非倫理的といえます。また、新薬の単剤療法でコントロールできる症例が増えれば、不要な薬を処方せずに済み、医療経済全体にも貢献します。

中里氏 私の患者の中には、楽器の演奏家があります。第一選択薬であるカルバマゼピンで発作を抑制できるのですが、副作用として聴覚に異常が出ます。半音下がって聞こえるだけなので、重大な副作用ではないと考えるかもしれませんが、音楽をなりわいとしている人にとって、この副作用は無視することができません。幸いにもこの患者は、新薬を併用し、カルバマゼピンを減量したことで副作用をなくせました。このように、患者のニーズに合わせて、最適な治療を提供するのは医療者の義務だと感じています。

兼本氏 海外では単剤治療に関して、より柔軟な対応をとっている地域もあります。日本でも当事者やてんかん学会が主体となり、医学的・医療経済的な側面から科学的根拠を提示して、国に提言することはできると思います。

データに基づく提言を

星田氏 議論が必要な問題のもう一つに、長期脳波ビデオ同時記録検査もあります。昨年保険適用になったのは非常に喜ばしいのですが、実態にそぐわない保険請求上のしぼりがあります。保険請求時の留意事項として、“手術前後に行う場合”に限って算定できると記載されているのです。つまり、手術を行う症例しか検査できないのです。

中里氏 先ほども申し上げたのですが、長期脳波ビデオ同時記録検査は、てんかんの鑑別診断に欠かせない非常に優れた検査です。手術する、しないに関係なく、この検査をすれば詳細な発作型の診断をつけることができ、薬剤の変更や手術の適応を判断できるのです。

当然、手術が必要ない症例も出てくるのですが、検査自体が手術とワンセットになっているので、必要のない手術をしなければ保険請求ができないという不思議な状況になっています。

兼本氏 脳波ビデオ検査について補足しますと、てんかん発作と心因性発作を鑑別する上で、この検査がゴールド・スタンダードとなります。てんかんとして紹介される患者の約1~2割に心因性発作が含まれ、時にてんかんと“誤診”されています。こうした患者をきちんと除外できれば、不要な薬剤を飲む症例は当然少なくなります。

これらの課題も含め、日本てんかん学会が積極的に議論すべき問題は山積しています。保険制度の運用面の課題を解決するため、学会としてもさまざまなデータを集め、評価検証することで、診療現場により良い変化をもたらすこともあると思います。患者会とも連携することで、社会的ムーブメントを起こしていくのも1つの方法でしょうか。

中里氏 より良いてんかん診療を実現するためには、専門家集団である日本てんかん学会にも変化が求められていると思います。てんかんに関わる医師、患者・家族、国民のすべてが“Win Win”の関係になるよう、学会が行政に働き掛ける機会も増えていきそうです。

本日は、診療の課題や進歩だけでなく、今後のてんかん診療全体のあるべき姿も議論することができたと思います。どうもありがとうございました。

