



JEPICA
Japan Epilepsy Center Association
全国てんかんセンター協議会

JEPICA 2015

全国てんかんセンター協議会総会

会 期 平成27年**2月14**日(土)～**15**日(日)

会 場 東京医科歯科大学 M&Dタワー 2階 鈴木章夫記念講堂他

大会長 前原健寿(東京医科歯科大学 脳神経外科教授)



JEPICA 2015

全国てんかんセンター協議会総会

プログラム・抄録集

会 期：平成 27 年 2 月 14 日(土)～15 日(日)

会 場：東京医科歯科大学 M&D タワー 2 階
鈴木章夫記念講堂他

大会長：前原健寿（東京医科歯科大学 脳神経外科教授）

全国てんかんセンター協議会2015総会 開催にあたり

てんかんは単一の病気ではありません。種々の症候群の集まりです。従ってさまざまな患者がいて、患者の悩みを解決するためには患者一人一人にきめ細やかな対応が必要となるのは当然のことなのです。発作の軽減、消失は最も重要ですが、これだけでは不十分です。発作に起因する色々な問題を解決することが必要なのです。

全国てんかんセンター協議会は、てんかん患者一人一人に対するきめ細やかな治療、つまり包括的治療を医療従事者のみならず患者、家族の意見も取り入れて行う研究会です。我々が総力をあげて取り組む事で、十分な治療、支援が受けられないてんかん患者、いわゆるてんかん難民を一人でも救いたいというのが我々の望みです。

しかし本協議会は産まれたばかりの組織です。さまざまな試練を乗り越え、支援を得て、我々の手で育てていかなければなりません。昨年の静岡大会では、普段発表の機会が少ない医師以外の職種の方々にご活躍いただき大きな成功をおさめる事ができました。今回は前回と同様のご発表に加え、各てんかんセンターの抱える問題点と課題を、協議会全体で共有し解決することを目的としたシンポジウムを組ませていただきました。

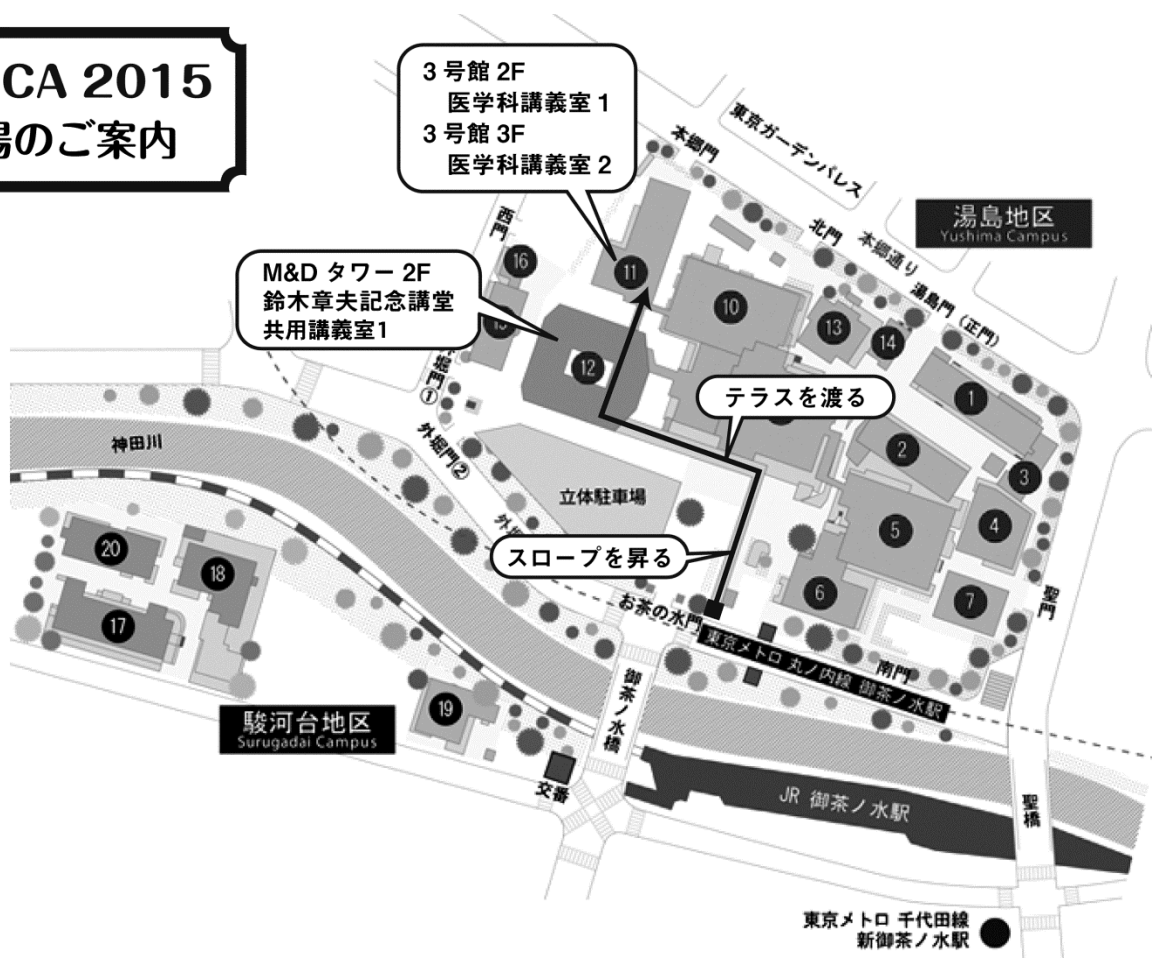
会場はお茶の水駅前にある東京医科歯科大学の鈴木章夫記念講堂です。約400人が収容できる大きな講堂です。是非日頃の成果をご発表ください。教育講演として、京都大学の池田昭夫教授に「ビデオモニタリングのガイドライン：ソフト(安全性)とハード(機器)の2面性」というタイトルで教育講演をお願いしました。さらに研究発表に加えて、看護師向け、あるいは検査技師向けのワークショップやてんかん基礎講座も予定させていただきました。初日の午後には、大学に近接した会場で懇親会も予定しています。勉強で疲れた頭や体を楽しい団欒の時間で癒してください。

なお大学から歩いて10分のところには、オタク文化の聖地である秋葉原があり、さらに大学から駿河台に向かってギター専門店が軒を連ねミュージシャンのメッカとなっています。また大学のすぐ隣には江戸時代からの学問所として有名な湯島の聖堂があり週末は多くの人で賑わっています。さらに、大学の裏手には日本サッカー協会があります。今回の総会では参加された皆様方にてんかんの包括的治療に関する活発な討議をお願いするとともに、お茶の水周辺の文化も堪能していただきたいと思います。是非多くの方々の参加をお願いします。

東京医科歯科大学 脳神経外科
前原 健寿

会場のご案内

JEPICA 2015 会場のご案内

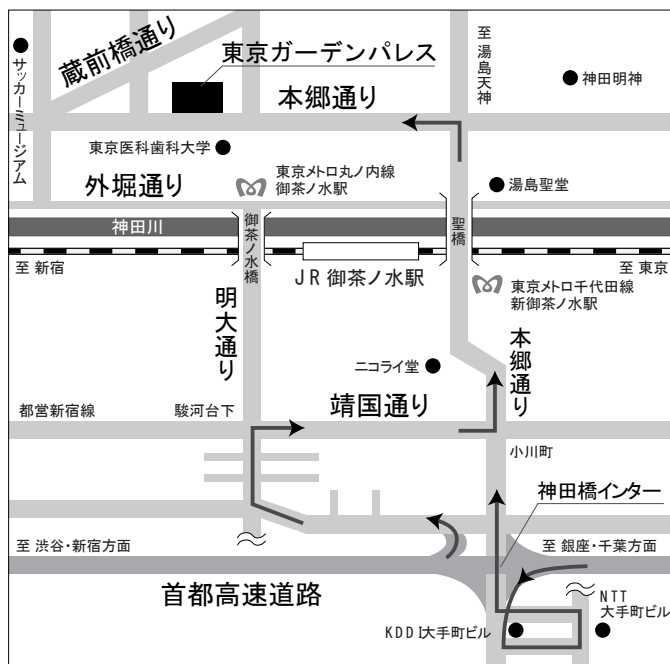


【最寄り駅】

JR 中央線・総武線御茶ノ水駅下車 御茶ノ水橋口
東京メトロ丸ノ内御茶ノ水駅下車 1番出口

アクセス&マップ

ホテル 東京ガーデンパレス 〒113-0034 東京都文京区湯島1-7-5 TEL.03-3813-6211 FAX.03-3818-6060



電車でお越しの場合（東京駅起点）

- JR中央線「御茶ノ水駅」下車、「聖橋口」より徒歩5分
- 東京メトロ千代田線「新御茶ノ水駅」下車、徒歩5分
- 東京メトロ丸の内線「御茶ノ水駅」下車、徒歩5分

自動車でお越しの場合

- 渋谷・新宿方面からお越しの場合
神田橋インターから本郷通りに直接出られませんので、矢印に従って本郷通りへ出て下さい。
- 銀座・千葉方面からお越しの場合
神田橋インターの出口から本郷通り聖橋方面へ直接出られませんので、矢印に従って迂回し、本郷通り聖橋方面へ進んで下さい。

駐車場ご利用案内（64台収容）

- 駐車料金……30分／¥300（以後30分毎¥300）
- 宿泊……1泊／¥1000（税込）
- 宴会・会議……3時間無料
- 婚礼……4時間無料
- レストラン……2時間無料

HOTEL, BANQUET & RESTAURANT
東京ガーデンパレス

ご案内とお願い

1. 参加者の皆様へ

- ① 参加受付は MD タワー2 階・鈴木章夫記念講堂前にて、2 月 14 日は午前 10 時より、2 月 15 日は午前 8 時より行います。また、2 月 14 日 17 時 30 分より懇親会場においても参加受付を行います。
- ② 参加費は医師 6000 円、コメディカル 3000 円、学生無料です。
- ③ 会場内での呼び出しは行いません。

2. クロークについて

- ① クロークは MD タワー2 階・鈴木章夫記念講堂前にて、2 月 14 日は午前 10 時より 18 時まで、2 月 15 日は午前 8 時より 16 時まで設置致します。
- ② 懇親会ではガーデンパレス 1 階にクロークがございます。
- ③ 時間外のお荷物のお預かりは出来ません。必ずお引き取り下さい。
- ④ 貴重品、PC のお預かりは出来ません。必ず各自にてお持ちください。

3. 懇親会について

- ① 2 月 14 日 18 時からの懇親会は、東京ガーデンパレス 2 階、高千穂にて行います。懇親会費は不要ですので、奮ってご参加ください。
- ② 必ずネームプレートをご着用ください。

演者・座長の皆様へ

1. 演題受付方法

- ① ご発表の先生は、セッション開始 30 分前までに、発表用データを PC 受付に USB メモリにてお持ちください。文字化けやレイアウト崩れのチェックをお願い致します。
- ② PC 受付は鈴木章夫記念講堂前に設置致します。
- ③ 発表スライドは PowerPoint にてご作成ください。総会事務局では Windows 7 に Microsoft PowerPoint 2010 および 2013 をインストールしたものを用意致します。
- ④ 発表にて動画をご利用になられる方、Macintosh でのご発表をされる方はご自身の PC を持ちください。なお、液晶プロジェクターへの接続のために、D-sub 15Pin アダプターを必ずご持参ください。
- ⑤ 受付致しました発表データは、発表終了後に事務局にて消去致します。

2. 発表に際して

- ① 前演者の発表開始後、直ちに会場内の次演者席にお座りください。
- ② 発表は全て PC によるプレゼンテーション(1 面映写)になります。スライドやビデオはご使用になれません。
- ③ 発表時間はシンポジウム 12 分(発表 9 分・質疑応答 3 分)、一般演題 10 分(発表 7 分・質疑応答 3 分)です。時間厳守をお願い致します。

3. 座長の先生へ

- ① セッション開始 10 分前には会場内の次座長席におつきください。
- ② 時間厳守にて進行をお願い致します。

4. 討論される方へ

- ① 鈴木章夫記念講堂では座席にマイクがございます。挙手の上、座長の許可をお待ちいただき、着席のまま座席よりご討論ください。
- ② 共用講義室ではスタンドマイクをご用意致します。

各施設代表者・実務担当者の皆様へ

- ① 施設報告を 2 月 15 日 11 時より鈴木章夫記念講堂にて行います。2 月 15 日 10 時までに PC 受付にて受付をお願い致します。
- ② 各施設の持ち時間は 3 分間で、座席よりご発表頂きます。質疑応答はありません。時間厳守をお願い致します。
- ③ 報告は PC によるプレゼンテーションのみとなります。発表用データを PC 受付に USB メモリにてお持ちください。
- ④ 発表スライドは必ず PowerPoint にてご作成ください。総会事務局では Windows 7 に Microsoft PowerPoint 2010 および 2013 をインストールしたものを用意致します。なお、動画・音声の使用はお控えください。
- ⑤ スライド操作は事務局にて行います。

運営委員会ご出席の皆様へ

2 月 14 日 17 時より、ガーデンパレスにて行います。東京医科歯科大学内では行いませんので、お気をつけ下さい。運営委員および参加者の方はご出席をお願い致します。

全国てんかんセンター協議会について

2 月 15 日 11 時より、施設報告に続いて鈴木章夫記念講堂にて開催致します。皆様のご出席をお願い致します。

てんかんケアツール作成委員会について

2 月 15 日 9 時より、共用講義室 2 にて開催致します。委員の方はご出席をお願い致します。

日 程 表

【2月14日(土)】

	M&D タワー2F 鈴木章夫記念講堂	M&D タワー2F 共用講義室 1	3号館 2F 医学科講義室 1	3号館 3F 医学科講義室 2	東京ガーデン パレス
10:40-10:45	会長挨拶				
10:45-11:45	一般演題 1 看護 1 座長：菅野 秀宣 座長：工藤 孝子	一般演題 2 治療、その他 座長：谷口 豪 座長：原 恵子			
11:45-12:00	休 憩				
12:00-13:00			ランチョン セミナー 1 (大塚・ユージービー) 演者：太組 一朗 座長：馬場 啓至	ランチョン セミナー 2 (日本光電) 演者：森野 道晴 座長：稲次 基希	
13:00-13:15	休 憩				
13:15-14:15	一般演題 3 看護 2 座長：白石 秀明 座長：大柄 昭子	一般演題 4 リハビリテーション 座長：須永 茂樹 座長：藤川 真由			
14:15-15:15	一般演題 5 看護 3 座長：星田 徹 座長：松田 春美	一般演題 6 検査 座長：寺田 清人 座長：山崎まどか			
15:15-15:30	休 憩				
15:30-16:30	ワークショップ 1 てんかんと看護 座長：川崎つま子	ワークショップ 2 脳波測定と解析 座長：吉永 治美			
16:30-17:30	一般演題 7 看護 4 座長：神 一敬 座長：杵渕 絵美	一般演題 8 医療支援、薬剤 座長：岡崎 光俊 座長：高橋 弘充			17:00-18:00 運営委員会
17:30-18:00	休 憩				
18:00-20:00	懇親会				

【2月15日(日)】

	M&D タワー2F 鈴木章夫記念講堂	M&D タワー2F 共用講義室 1	3号館 2F 医学科講義室 1	3号館 3F 医学科講義室 2
08:30-10:00	シンポジウム 1 てんかんセンターの現状と 課題1 座長：馬場 啓至 座長：加藤 天美 コメンテーター：井上 有史	てんかん基礎講座 座長：渡辺さつき		
10:00-10:45	教育講演 (協和発酵キリン) 演者：池田 昭夫 座長：三國 信啓			
10:45-11:00	休 憩			
11:00-11:45	施設報告 司会：川合 謙介			
11:45-12:30	全国てんかんセンター協議 会総会			
12:30-13:30			ランチョン セミナー 3 (グラクソ・スミスクライン) 演者：大竹 将司 演者：遠山 潤 座長：久保田英幹	ランチョン セミナー 4 (エーザイ・ノーベル ファーマ) 演者：加藤 天美 座長：松浦 雅人
13:30-14:00	休 憩			
14:00-15:45	シンポジウム 2 てんかんセンターの現状と 課題2 座長：亀山 茂樹 座長：中里 信和 コメンテーター：大槻 泰介	14:00-15:30 てんかん基礎講座 座長：中島 円		
	会長挨拶			

プログラム

施設報告

鈴木章夫記念講堂 平成 27 年 2 月 15 日(日) 11:00-11:45

司会：川合 謙介 (NTT 東日本 関東病院 脳神経外科)

全国てんかんセンター協議会総会

鈴木章夫記念講堂 平成 27 年 2 月 15 日(日) 11:45-12:30

運営委員会

東京ガーデンパレス 3F 平安の間 平成 27 年 2 月 14 日(土) 17:00-18:00

懇親会

東京ガーデンパレス 2F 高千穂の間 平成 27 年 2 月 14 日(土) 18:00-20:00

教育講演

鈴木章夫記念講堂 平成 27 年 2 月 15 日(日) 10:00-10:45

座長：三國 信啓 (札幌医科大学 脳神経外科 教授)

共催 (協和発酵キリン)

「ビデオ脳波モニタリングのガイドライン：ソフト(安全性)とハード(機器)の2面性」

京都大学医学研究科 てんかん・運動異常生理学講座・教授

池田 昭夫

シンポジウム1 てんかんセンターの現状と課題1

鈴木章夫記念講堂 平成27年2月15日(日) 8:30-10:00

座長：馬場 啓至（国立病院機構長崎医療センター 脳神経外科）

加藤 天美（近畿大学 脳神経外科）

コメンテーター：井上 有史（静岡てんかん・神経医療センター てんかん科）

8:30-8:42

1-1. 当施設のてんかん診療の取り組みと課題

¹⁾東京医科大学八王子医療センター 救急救命センター、²⁾同 脳神経外科
須永茂樹²⁾、神保洋之¹⁾、田中洋輔²⁾、新井隆男²⁾、池田幸穂¹⁾

8:43-8:54

1-2. 順天堂てんかんセンターの問題点と展望

順天堂てんかんセンター

菅野秀宣、金井数明、中島 円、安部信平、伊藤賢伸、肥後拓磨、飯村康司、
池野 充、五十嵐鮎子、新井 一

8:55-9:06

1-3. 移行医療を念頭においた院内てんかんセンター組織化の試み

¹⁾北海道大学病院 小児科、²⁾同 検査輸血部
白石秀明¹⁾、江川 潔¹⁾、大塚耕右¹⁾、鳴神雅史¹⁾、櫻井 唯¹⁾、中根進児²⁾、
高橋香代子²⁾

9:07-9:18

1-4. てんかん包括診療時代における大学病院てんかんセンターの役割

ー地域ネットワークと医学教育の観点からー

¹⁾広島大学病院 てんかんセンター、²⁾同 脳神経外科、³⁾同 小児科、⁴⁾同 脳神経内科、
⁵⁾鹿児島大学病院 てんかんセンター、⁶⁾同 脳神経外科
飯田幸治^{1,2)}、香川幸太^{1,2)}、片桐匡弥^{1,2)}、橋詰 顕^{1,2)}、石川暢恒^{1,3)}、宍戸丈郎^{1,4)}、
花谷亮典^{5,6)}、有田和徳⁶⁾、栗栖 薫²⁾

9:19-9:30

1-5. 岡山大学病院てんかんセンターにおける現状と問題点

¹⁾岡山大学大学院医歯薬学総合研究科発達神経病態学、²⁾岡山大学病院 小児神経科
吉永治美^{1,2)}、遠藤文香²⁾、小林勝弘²⁾

9:31-9:42

1-6. 小児難治性てんかんの早期手術適応に向けた医療連携

¹⁾鹿児島大学病院 てんかんセンター、²⁾同 脳神経外科、³⁾同 小児科、
⁴⁾地域医療連携センター、⁵⁾藤元総合病院
花谷亮典^{1,2)}、丸山慎介^{1,3)}、檜田祐美^{1,2)}、細山浩史^{1,2)}、馬場美穂子⁴⁾、大坪俊昭⁵⁾、
河野嘉文³⁾、有田和徳²⁾

シンポジウム2 てんかんセンターの現状と課題2

鈴木章夫記念講堂 平成27年2月15日(日) 14:00-15:45

座長：亀山 茂樹（国立病院機構西新潟中央病院 脳神経外科）

中里 信和（東北大学大学院医学系研究科 てんかん学分野）

コメンテーター：大槻 泰介（国立精神・神経医療研究センター 脳神経外科）

14:00-14:12

2-1. 当院におけるてんかん診療院内連携の現状

近畿大学 脳神経外科

中野直樹、宮内正晴、田崎貴之、吉岡宏真、村上沙織、加藤天美

14:13-14:24

2-2. てんかんセンター開設から4年を迎えて

¹⁾独立行政法人国立病院機構奈良医療センター てんかんセンター 診療部、

²⁾同 看護課、³⁾同 研究検査科、⁴⁾同 薬剤科、⁵⁾同 放射線科、⁶⁾同 リハビリテーション科、

⁷⁾同 事務部

星田 徹¹⁾、丸山信之¹⁾、川田和弘¹⁾、榊原崇文¹⁾、廣瀬棟彦¹⁾、井上淳子²⁾、

武田奈美²⁾、櫛谷佳代²⁾、廣瀬喜代子²⁾、西本京子²⁾、大杉奈保美³⁾、小松勝明³⁾、

玉置伸二^{1,3)}、安井みのり⁴⁾、本田芳久⁴⁾、小林正佳⁵⁾、中尾 弘⁵⁾、東 奈緒子⁶⁾、

伊藤浩一⁶⁾、齊藤三則⁷⁾、平林秀裕¹⁾

14:25-14:36

2-3. 東京都立神経病院 てんかん総合治療センター設立の今後の問題点

¹⁾東京都立神経病院 脳神経外科、²⁾てんかん総合治療センター、³⁾同 看護科

森野道晴^{1,2)}、秋山祥子³⁾、吉澤君依³⁾、岡野希望³⁾、木田亮平³⁾、三鍋節子³⁾

14:37-14:48

2-4. てんかん診療拠点としての大学病院の役割

東北大学大学院医学系研究科 てんかん学分野

中里信和

14:49-15:00

2-5. 長崎医療センターてんかんセンターの現状と課題

¹⁾国立病院機構長崎医療センター てんかんセンター 脳神経外科、²⁾同 小児科

戸田啓介¹⁾、馬場啓至¹⁾、小野智憲¹⁾、本田涼子²⁾

15:01-15:12

2-6. 静岡におけるてんかん地域連携の試み

国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター

久保田英幹、西田拓司、井上有史

15:12-15:24

2-7. 新潟県での小児てんかん診療連携の実際と課題 —Dravet 症候群症例を通して—

国立病院機構西新潟中央病院 小児科

遠山 潤、赤坂紀幸、小林 悠、眞柄慎一、川島英志

ランチョンセミナー1 (大塚製薬株式会社・ユーシービージャパン株式会社 共催)

医学科講義室1 平成27年2月14日(土) 12:00-13:00

「てんかん診療と服薬アドヒアランス」

演者：太組 一朗（日本医科大学武蔵小杉病院 脳神経外科 講師）

座長：馬場 啓至（国立病院機構長崎医療センター 脳神経外科 部長）

ランチョンセミナー2（日本光電工業株式会社 共催）

医学科講義室2 平成27年2月14日(土) 12:00-13:00

「難治性てんかんを手術で治す！—てんかん外科治療の難しさについて—」

演者：森野 道晴（東京都立神経病院 脳神経外科部長／てんかん総合治療センター長）

座長：稲次 基希（東京医科歯科大学 脳神経外科 講師）

ランチョンセミナー3（グラクソ・スミスクライン株式会社 共催）

医学科講義室1 平成27年2月15日(日) 12:30-13:30

「抗てんかん薬の基礎知識」

演者：大竹 将司（独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院 薬剤科）

「小児キャリアオーバー例のてんかん治療を考える」

演者：遠山 潤（独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院 臨床研究部長）

座長：久保田 英幹（独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター 統括診療部長）

ランチョンセミナー4（エーザイ株式会社・ ノーベルファーマ株式会社 共催）

医学科講義室2 平成27年2月15日(日) 12:30-13:30

「てんかん重積とその治療」

演者：加藤 天美（近畿大学医学部 脳神経外科 教授）

座長：松浦 雅人（田崎病院 副院長、東京医科歯科大学 名誉教授）

てんかん基礎講座

共用講義室 1 平成 27 年 2 月 15 日(日)

第一部 8:30-10:00

座長：渡辺 さつき（国立精神・神経医療研究センター病院 精神科）

1. てんかん総論
岡崎 光俊（国立精神・神経医療研究センター病院 精神科）
2. VIDEO 脳波で見る発作症候のみかた
荒木 保清（静岡てんかん神経医療センター 神経内科）
3. てんかんに対する内科治療
谷口 豪（東京大学 精神神経科）

第二部 14:00-15:30

座長：中島 円（順天堂大学 脳神経外科）

4. てんかんに対する外科治療
國井 尚人（東京大学 脳神経外科）
5. 小児患者に対する生活指導
石塚 麻美子（東京医科歯科大学 小児科）
6. 成人患者に対する生活指導
原 恵子（東京医科歯科大学 生命機能情報解析学）

ワークショップ1 てんかんと看護

鈴木章夫記念講堂 平成 27 年 2 月 14 日(土) 15:30-16:30

座長：川崎 つま子（東京医科歯科大学 看護部長）

演題1 「てんかんと看護」～ビデオ脳波検査中の看護～

演者：杵渕 絵美（西新潟中央病院看護部）

演題2 「てんかんと看護」～発作と共に生活するための患者教育～

演者：松田 春美（独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター）

ワークショップ2 脳波測定と解析

共用講義室 1 平成 27 年 2 月 14 日(土) 15:30-16:30

座長：吉永 治美（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科発達神経病態学）

演題1 「脳波計取扱の基礎知識」＜デジタル脳波計対応＞

演者：鈴木 芳幹（日本光電工業株式会社 医療機器事業本部 第三技術部一課）

演題2 「最新の脳波検査」

演者：山崎 まどか（大東文化大学 スポーツ健康科学部）

演題3「脳波解析 ー解析で見えてくる脳の活動ー」

演者：白澤 厚（株式会社ミュキ技研）

一般演題1：看護1

鈴木章夫記念講堂 平成27年2月14日(土) 10:45-11:45

座長：菅野 秀宣（順天堂てんかんセンター）

座長：工藤 孝子（順天堂医院 看護部）

10:45-10:55

1-1. 終夜脳波検査を受ける患者への看護

¹⁾東京都立神経病院 看護科、²⁾同 脳神経外科、³⁾てんかん総合治療センター
秋山祥子¹⁾、遠藤知行¹⁾、片貝美鶴¹⁾、小林則子¹⁾、寺山明伸¹⁾、吉田信樹¹⁾、
政本純子¹⁾、森野道晴^{2,3)}

10:55-11:05

1-2. てんかん病棟における医療安全管理

静岡てんかん・神経医療センター
山口規公美、田尻 浩、日吉由紀子

11:05-11:15

1-3. 治験のリスクマネジメント：被験者が警察に拘留 ー治験参加カードの有用性とCRCの役割ー

¹⁾広島大学病院 臨床研究部、²⁾同 てんかんセンター
古屋由加^{1,2)}、井田裕美^{1,2)}、後藤志保¹⁾、小島美樹子¹⁾、山中恵子¹⁾、田川茉希^{1,2)}、
宮井ふみ子¹⁾、宮中桃子¹⁾、深川恵美子¹⁾、増井陽子¹⁾、荒神曜子¹⁾、角山政之¹⁾、
飯田幸治²⁾

11:15-11:25

1-4. てんかん専門精神科病棟における精神疾患併存の現状

国立精神・神経医療研究センター病院
熊田真記、緒方正通、山口しげ子、渡邊裕貴

11:25-11:35

1-5. 患者の自己管理能力を高めるための看護介入

東京医科大学八王子医療センター 看護部¹⁾、同 脳神経外科²⁾
中沢由香里¹⁾、盛上直美¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸穂²⁾

11:35-11:45

1-6. 外国人患者受け入れ、頭蓋内脳波と周手術期の看護の振り返り

静岡てんかん神経医療センター A3病棟
望月美彩紀、鈴木雅博、一瀬尚子、原 稔枝、舛田俊一

一般演題 2：治療、その他

共用講義室 1 平成 27 年 2 月 14 日(土) 10:45-11:45

座長：谷口 豪（東京大学 精神神経科）

座長：原 恵子（東京医科歯科大学 生命情報解析学）

10:45-10:55

2-1. 地域基幹病院におけるてんかんセンターの役割と課題

¹⁾総合病院 土浦協同病院 脳神経外科、²⁾東京医科歯科大学医学部附属病院 脳神経機能外科
伊藤なつみ¹⁾、タンマモングッド・ティップアーパ¹⁾、寺門利継¹⁾、芳村雅隆¹⁾、
廣田 晋¹⁾、山本信二¹⁾、稲次基希²⁾、前原健寿²⁾

10:55-11:05

2-2. 当院におけるケトン食療法

宇多野病院 小児科

向田壮一、鈴木理恵、糸見世子、白石一浩

11:05-11:15

2-3. 女性てんかん患者の QOL 評価

順天堂てんかんセンター

三橋 匠、菅野秀宣、金井数明、中島 円、安部信平、伊藤賢伸、肥後拓磨、
飯村康司、池野 充、五十嵐鮎子、新井 一

11:15-11:25

2-4. 言語性記憶検査において著しい虚再生がみられたてんかん患者の症例

¹⁾東京医科大学 八王子医療センター メンタルヘルス科、²⁾同 脳神経外科
宮本明日香¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸穂²⁾

11:25-11:35

2-5. 非痙攣性てんかん重積状態(NCSE)の鑑別において医師が実施する簡易脳波検査の有効性

¹⁾東京医科大学八王子医療センター 救命救急センター、²⁾同 脳神経外科
田中洋輔¹⁾、上野恵子¹⁾、熊坂謙一郎¹⁾、弦切純也¹⁾、新井隆男¹⁾、神保洋之²⁾、
須永茂樹²⁾、池田幸穂²⁾

11:35-11:45

2-6. 当院てんかんモニタリングユニット入院時の医療面接書式

¹⁾東北大学てんかん学分野、²⁾同 神経内科学分野、³⁾同 神経外科学分野、
⁴⁾JR 仙台病院精神科、⁵⁾清山会あおばの杜診療所
加藤量広^{1,2)}、神 一敬¹⁾、北澤 悠¹⁾、柿坂庸介¹⁾、藤川真由¹⁾、岩崎真樹³⁾、
秋月祐子^{4,5)}、中里信和¹⁾

一般演題3：看護2

鈴木章夫記念講堂 平成27年2月14日(土) 13:15-14:15

座長：白石 秀明（北海道大学 小児科）

座長：大柄 昭子（国立精神・神経医療研究センター病院 看護部）

13:15-13:25

3-1. 小児てんかん患者家族会の活動報告

国立精神・神経医療研究センター病院 看護部

新津里子、大桑朋子、佐藤陽子、林田喜代美、長浜千秋、大柄昭子

13:25-13:35

3-2. 外国語圏入院患者とのコミュニケーションの円滑化 ～翻訳ツールの介入を通じて～

国立病院機構 西新潟中央病院

森 智秋、本間貴子、山田静華、大竹将司、園田真樹、齋藤泰裕、Chernysheva Tatiana

13:35-13:45

3-3. プレパレーションの実施と個別支援

国立病院機構 西新潟中央病院

佐藤 香、齋藤泰裕

13:45-13:55

3-4. 難治性てんかん患児に付き添う父母の看護師への役割期待

国立精神・神経医療研究センター病院 3階南病棟

山崎由美子、塩澤まり子、大柄昭子

13:55-14:05

3-5. 日常的にできるてんかん患児のリハビリテーションを導入して

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 小児科病棟

木佐貫友香、柳 麻美、山田まどか、尾形美和

14:05-14:15

3-6. てんかんのある高校生の心理社会的問題

～てんかんモニタリングユニット入院患者における検討～

¹⁾東北大学てんかん学分野、²⁾同 神経内科学分野、³⁾同 神経外科学分野

岸本百合¹⁾、藤川真由¹⁾、北澤 悠¹⁾、加藤量広^{1,2)}、柿坂庸介¹⁾、岩崎真樹³⁾、

神 一敬¹⁾、中里信和¹⁾

一般演題 4：リハビリテーション

共用講義室 1 平成 27 年 2 月 14 日(土) 13:15-14:15

座長：須永 茂樹（東京医科大学八王子医療センター 脳神経外科）

座長：藤川 真由（東北大学病院 てんかん科）

13:15-13:25

4-1. 躁鬱病・ADHD を合併したてんかん症例における心理カウンセリング経験

- ¹⁾ 国立病院機構 宇多野病院 リハビリテーション科、
 - ²⁾ 国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科、
 - ³⁾ 国立病院機構 宇多野病院 神経内科
- 岸田奈緒¹⁾、中野 仁^{2,3)}、木下真幸子³⁾

13:25-13:35

4-2. てんかん学習プログラム MOSES(モーゼス)の効果に関する調査

静岡てんかん・神経医療センター

山崎陽平、石原己緒光、原 稔枝、田尻 浩、山口規公美、笠井良修、西田拓司

13:35-13:45

4-3. てんかん外科手術後の復職困難に対して対人技能訓練および社会認知訓練を実施した 1 症例

静岡てんかん・神経医療センター リハビリテーション科

長田英喜、春名令子、山崎陽平、鈴木健之、西田拓司

13:45-13:55

4-4. てんかんの作業療法 ～外科的治療後、発作軽減により社会参加が可能となった症例～

¹⁾ NTT 東日本関東病院 リハビリテーション科、²⁾ 同 脳神経外科 てんかんセンター

村木 慈¹⁾、鶴ヶ谷沙紀¹⁾、川合謙介²⁾、稲川利光¹⁾

13:55-14:05

4-5. 脳炎による難治性てんかん患者に対する理学療法の経験

¹⁾ 東京医科大学八王子医療センター リハビリテーション部、²⁾ 同 脳神経外科

川幡江里子¹⁾、富田千尋¹⁾、新美拓穂¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸穂²⁾

14:05-14:15

4-6. 当院における成人てんかん患者リハビリテーションの在り方について

一看護師に対するアンケート調査より

¹⁾ 東京医科大学八王子医療センター リハビリテーション部、²⁾ 同 脳神経外科、³⁾ 同 看護部

富田千尋¹⁾、川幡江里子¹⁾、佐藤麻衣子¹⁾、盛上直美³⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸穂²⁾

一般演題5：看護3

鈴木章夫記念講堂 平成27年2月14日(土) 14:15-15:15

座長：星田 徹（独立行政法人国立病院機構奈良医療センターてんかんセンター）

座長：松田 春美（独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター）

14:15-14:25

5-1. 一般病棟におけるビデオ脳波検査時の安全確保への取り組み

東京医科歯科大学 脳神経外科

森 比呂、佐藤由佳、葛野明日香、磯部和美、山崎やよい、前原健寿、高橋祐子

14:25-14:35

5-2. 看護師間における発作時の観察点と対応の統一への取り組み ～てんかん教育DVDを用いて～

独立行政法人国立病院機構奈良医療センター 3A病棟

伊東亜紀子、小山田圭吾、福元和子、武田奈美、松尾郁恵、廣瀬喜代子

14:35-14:45

5-3. 入院中のてんかん患者に対する患者教育が与える影響

静岡てんかん医療センター

田尻 浩、望月香穂里、原 稔枝、石原己緒光、松田春美、豊泉三枝子、青柳政彦

14:45-14:55

5-4. てんかん患者における効果的な問診票の改善 ～電子カルテ対応版の試み～

国立病院機構 西新潟中央病院

橋口 香、亀田杏子、菊池淳子、中澤美恵子

14:55-15:05

5-5. 小児てんかん患者の術前プリパレーションツールの作成

国立精神・神経医療研究センター病院 看護部

武井千果、長浜千秋、大柄昭子

15:05-15:15

5-6. 長時間ビデオ脳波モニタリング検査を受ける患者に写真を取り入れたパンフレットを使用しての効果

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 看護部 3B脳神経疾患センター

上村貴弘、福田香織、牧 裕子、植村郁子、稲田有里

一般演題6：検査

共用講義室1 平成27年2月14日(土) 14:15-15:15

座長：寺田 清人（静岡てんかん・神経医療センター 神経内科）

座長：山崎 まどか（大東文化大学 スポーツ健康科学部）

14:15-14:25

6-1. 臨床検査技師であり、てんかん患者であること

¹⁾国立病院機構 宇多野病院 臨床検査科、²⁾同 神経内科(発作科)

城戸孝夫¹⁾、松本彩郁¹⁾、小林茂昭¹⁾、木下真幸子²⁾

14:25-14:35

6-2. てんかん患者が働きやすい職場環境をつくるために

¹⁾宇多野病院 臨床検査科、²⁾同 神経内科(発作科)

松本彩郁¹⁾、城戸孝夫¹⁾、中西秀俊¹⁾、小林茂昭¹⁾、木下真幸子²⁾

14:35-14:45

6-3. 頭皮上脳波で律動的な棘波を認めた症例における HFO 解析

¹⁾東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、²⁾原クリニック、

³⁾東京医科歯科大学脳神経外科、⁴⁾田崎病院

田端 梓¹⁾、原 恵子^{1,2)}、稲次基希³⁾、伊藤なつみ³⁾、川並麗奈³⁾、橋本聡華³⁾、
藤間詩央里¹⁾、松浦雅人^{1,4)}、角 勇樹¹⁾、前原健寿³⁾

14:45-14:55

6-4. 当院におけるてんかん外科に対する臨床検査技師の関わり

¹⁾JA 茨城県厚生連 総合病院土浦協同病院 臨床検査部、²⁾同 脳神経外科、

³⁾東京医科歯科大学 脳神経機能外科

小山高明¹⁾、菊池千恵子¹⁾、宮本和典¹⁾、山本信二²⁾、前原健寿³⁾

14:55-15:05

6-5. 当院における長時間ビデオ同時記録脳波検査の現状と問題点

¹⁾順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床検査部、²⁾同 脳神経外科

櫻井銘子¹⁾、小岩井宏子¹⁾、廣田順子¹⁾、澤田洋子¹⁾、近藤裕之¹⁾、堀井 隆¹⁾、
大坂顯通¹⁾、菅野秀宣²⁾

15:05-15:15

6-6. 中核病院でのてんかん診療の取り組み

¹⁾東京医科大学八王子医療センター 中央検査部、²⁾同 脳神経外科

大友 舞¹⁾、脇田由香¹⁾、中川淳子¹⁾、坂下圭史¹⁾、鎌倉俊太郎¹⁾、原田かおり¹⁾、
小林千穂¹⁾、小山正晴¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸穂²⁾

一般演題 7：看護 4

鈴木章夫記念講堂 平成 27 年 2 月 14 日(土) 16:30-17:30

座長：神 一敬（東北大学病院 てんかん科）

座長：杵渕 絵美（西新潟中央病院 看護部）

16:30-16:40

7-1. 当院におけるてんかん看護の現状と課題

近畿大学医学部附属病院 看護部 80 病棟

林 真由美

16:40-16:50

7-2. 外来看護師による「てんかん指導」の取り組みから見えた現状と課題

独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター

櫛谷佳代、藤田美幸、井上淳子、星田 徹

16:50-17:00

7-3. てんかん発作の判断能力向上を目指した検討会から見えた現状と今後の課題

社会医療法人 医仁会 中村記念病院

小柳久美子、高橋美香、栗林淳子、三河夏子、溝渕雅広

17:00-17:10

7-4. 東京都立神経病院てんかん総合治療センターにおけるてんかん患者への看護の現状と今後の課題について

¹⁾東京都立神経病院 看護科、²⁾同 脳神経外科、³⁾てんかん総合治療センター

吉田信樹¹⁾、秋山祥子¹⁾、遠藤知行¹⁾、片貝美鶴¹⁾、小林則子¹⁾、寺山明伸¹⁾、

政本純子¹⁾、森野道晴^{2,3)}

17:10-17:20

7-5. 一般病棟でのてんかん看護の確立への課題：スタッフ教育ツールの作成

東京医科歯科大学看護部

山崎やよい、磯部和美、佐藤由佳、森 比呂、葛野明日香、高橋祐子

17:20-17:30

7-6. てんかんセンター開設 1 年目の取り組みと課題

¹⁾NTT 東日本関東病院 看護部、²⁾同 脳神経外科

佐藤泰史¹⁾、井林賢治²⁾、畑山勝彦¹⁾、高工愛美¹⁾、山田由美¹⁾、宮崎由紀¹⁾、

松尾 健²⁾、川合謙介²⁾

一般演題 8：医療支援、薬剤

共用講義室 1 平成 27 年 2 月 14 日(土) 16:30-17:30

座長：岡崎 光俊（国立精神・神経医療研究センター病院 精神科）

座長：高橋 弘充（東京医科歯科大学 薬剤部）

16:30-16:40

8-1. 小児期てんかん患者に対するソーシャルワーク介入について

鹿児島大学病院 地域医療連携センター

石原新美、馬場美穂子、道園久美子、丸山慎介、花谷亮介、有田和徳

16:40-16:50

8-2. てんかんを持つ乳児期の子どもと家族への支援から学んだこと

四国こどもとおとなの医療センター 地域医療連携室

福田育美、栗尾梨乃、田中悠乃、松尾亜希子

16:50-17:00

8-3. てんかんセンターにおける相談支援体制の考察

NTT 東日本関東病院 てんかんセンター、総合相談室

原田とも子、井手宏人、中山範子、江口美奈子、村上 健、井林賢志、松尾 健、川合謙介

17:00-17:10

8-4. 症候性てんかんに対するカルバマゼピンの初期投与の現状

長崎医療センター

青木孝喜、田中 誠、植村 隆、東島彰人

17:10-17:20

8-5. てんかん患者の服薬アドヒアランス向上にむけた薬剤管理指導に関する検討

¹⁾日本医科大学武蔵小杉病院 薬剤部、²⁾日本医科大学千葉北総病院 薬剤部、

³⁾日本医科大学武蔵小杉病院 脳神経外科、⁴⁾日本医科大学 脳神経外科

松岡順子¹⁾、今村真沙美¹⁾、野口周作¹⁾、笠原英城¹⁾、浦 裕之²⁾、福田恵子²⁾、
太組一朗³⁾、喜多村孝幸³⁾、森田明夫⁴⁾

17:20-17:30

8-6. 病棟における持参薬を含む抗てんかん薬の使用実態調査と問題点

東京医科歯科大学医学部附属病院 薬剤部

四元美和、森 美奈子、高橋弘充

抄 録 集

演者略歴

池田 昭夫 (いけだ あきお)

京都大学医学研究科 てんかん・運動異常生理学講座・教授

1985年 佐賀医科大学卒

1989年 米国クリーブランドクリニック神経内科フェロー(てんかん・臨床神経生理部門)

1991年 京都大・医・臨床脳生理助手

2000年 神経内科助手

2001年 同 講師

2007年 同 准教授

2013年から現職。

学会活動：

日本神経学会・評議員・専門医、日本てんかん学会理事・評議員・専門医、日本臨床神経生理学会理事・評議員・認定医、ABCN(American Board of Clinical Neurophysiology)など。

編集委員：

Epilepsia(associate editor)、Neurology & Clinical Neuroscience(associate editor)、臨床神経学、臨床神経生理学(field editor)、Epilepsy & Seizure(JES, Tokyo)、Epilepsy(メディカルレビュー社)

受賞歴：

1997年日本てんかん学会 Juhn & Mary WADA 賞(ヒトの新皮質てんかんにおける発作時 DC 電位の記録)

2002年てんかん治療研究振興財団研究褒賞(直流電位変化によるてんかん焦点および運動機能局在の評価：てんかん治療における応用)

2006年日本神経学会賞(ヒトの随意運動における補足運動野の機能と臨床的意義)。

ビデオ脳波モニタリングのガイドライン： ソフト(安全性)とハード(機器)の2面性

京都大学大学院医学研究科 てんかん・運動異常生理学講座¹⁾、
同 脳神経外科学講座²⁾

池田 昭夫¹⁾、松本 理器¹⁾、国枝 武治²⁾

EMU (Epilepsy Monitoring Unit) が整備され、長時間ビデオ脳波モニターを行なうことにより、質の高い発作時脳波とビデオでの発作症状を記録することができて、正確な発作分類とてんかん症候群分類を可能にした。これにより、(1) 診断の精度の向上：てんかん発作か非てんかん発作を明らかにする、部分発作と全般発作の診断を明らかにする、発作誘発因子を明らかにする、など可能となる、さらに(2) てんかん外科の促進：難治部分てんかん患者の実際の焦点診断を明確にすることで、焦点切除の外科手術の適応を明らかにする、が可能となる。しかしながら、特に後者では、限られたモニターの数日間の期間内で発作を記録できる様に、抗てんかん薬(AED)を減量し、時に発作が頻発・全般化する。

EMU の機器と専門医ガイドライン特に前者のハード面は、世界的標準化が進み急速に整備された¹⁾。一方、2008年に米国コロラド州で起こったEMU下での発作後の患者死亡事故を契機に、世界的に長時間ビデオ脳波モニターの安全確保の関心が急速に高まった。米国の全国てんかんセンター連盟(NAEC)は2010年にてんかんセンターのガイドライン改訂第3版を発表し、「安全規約と質的基準」が記された²⁾。更に2009年以降EMUでの安全性に関するデータ解析の論文が13編発表され概要がまとめられた³⁾。その結果、EMUの患者の10%近くに発作に伴い重大な有害事象(転倒、外傷、骨折、誤嚥、発作後精神症状、心肺窮迫等)が起こった。今後、AEDの減量基準、medical staffの教育、常時の患者監視体制、発作時の対処、遠隔アラームの適切な運用、など多くを考慮した安全ガイドラインが望まれる。医療経済的な実現性の担保、ガイドラインを支持するデータの収集が不可欠である。さらに、脳波ビデオモニターの適応基準の再検討、各病態に応じて必要な記録発作回数とその程度、脳波ビデオモニターを代替・置換できる諸検査の開発、携帯型小型動画記録装置(スマートフォン)の活用など、喫緊の課題として望まれる。

- 1) American Clinical Neurophysiology Society. Guideline twelve: guidelines for long-term monitoring for epilepsy. J Clin Neurophysiol 25: 170-180, 2008.
- 2) Labiner DM et al: Essential services, personnel, and facilities in specialized epilepsy centers – Revised 2010 guidelines, Epilepsia, 51: 2322-2333, 2010.
- 3) Rheims S, Ryvlin P: Patients' safety in the epilepsy monitoring unit: time for revising practices, Curr Opin Neurol 27: 213-218, 2014.

1-1. 当施設のてんかん診療の取り組みと課題

¹⁾東京医科大学八王子医療センター 救急救命センター、

²⁾同 脳神経外科

須永茂樹²⁾、神保洋之¹⁾、田中洋輔²⁾、新井隆男²⁾、池田幸穂¹⁾

当施設は、八王子市 57 万人を含めた南多摩医療圏 142 万人の中核病院として、「先進医療」と「地域医療」の両者の機能を果たしている。この様に多機能を持つ当施設におけるてんかん診療の取り組み方と課題について検討を行った。

現在、標榜診療科 34 科・許可病床数 610 床を有する施設にてんかん診療システムの構築を行っている。当施設へてんかん患者が来院する経路は、地域医療の中心となっている救命救急センターからの受け入れと一般外来からの受け入れが存在する。てんかん重積状態に至ると、他施設の通院患者であっても当救命救急センターに搬送され、てんかんの診断や外科的治療の目的では、一般外来を受診することとなる。てんかん患者の受け入れ可能な診療科は、脳神経外科・小児科・神経内科・高齢診療科・総合診療科である。てんかんの診断(長時間ビデオ脳波記録)と治療は、脳神経外科・小児科・神経内科が担当し、重傷例は救命救急センターが中心となって他科と連携しながら治療を行っている。また精神的な問題が生じればメンタルヘルス科と連携し、症状が重篤化した場合など全身管理が必要となった症例は特定集中治療部(ICU)での診療が行われる。更に必要に応じて神経心理士とケースワーカーの協力を仰ぐ事となる。

今後、当院へ搬送される非けいれん性てんかん重積状態の患者や失神で搬送された症例の鑑別診断に対し、昼夜を問わず迅速に脳波検査を施行し診断を行えるような脳波システムの構築が必要である。またてんかん患者は、時として症状の重篤化に陥ることがあるが、そのような症例の受け入れをスムーズに行える体制、即ち救命救急センターとの連携を強固にすることが重要であると考えられた。

1-2. 順天堂てんかんセンターの問題点と展望

順天堂てんかんセンター

菅野秀宣、金井数明、中島 円、安部信平、伊藤賢伸、肥後拓磨、
飯村康司、池野 充、五十嵐鮎子、新井 一

順天堂てんかんセンターの構成は、脳神経外科のてんかん専門医 2 名を中心とし、脳神経外科大学院生 1 名、神経内科医 1 名、小児神経科医 3 名、精神科医 1 名、その他神経心理士、技師、看護師数名より成る。必然的にてんかん外科診療を中心としたものである。てんかん外科治療を中心としたてんかんセンターの問題点を考える。2014 年のてんかん外科手術数は 74 例であり、週に約 2 例の手術を行っている。てんかんセンター化した後には MRI negative の症例など診断に苦慮する症例が増えている。また、大学病院脳神経外科内にあるてんかんセンターであるため、手術枠の取得を他治療グループと競合して得ている状態である。2014 年には手術を急ぎたいという要望のあった患者に対して、すぐに手術を予定することができず、東京医科歯科大学脳神経外科へ当日紹介し手術を行っていただいた。本症例の経験より、近隣てんかんセンター間での連携で治療を行えた事は、患者の側に立った治療をし得たと考えている。また、手術対象症例以外のビデオ脳波同時記録にも力を入れており、年間 98 例であった。その中で非てんかん性精神発作(PNES)の症例の治療には当センター内の精神科医のみでは対応しきれず、近医精神科クリニックで診てもらっている。大学病院内てんかんセンターでは、全ての分野を網羅する人員の確保には困難な面も生じてくる。前例のようにてんかんセンター間の連携を行う事で治療せしめたことを考えると、PNES に対しても精神科を中心としたセンターとの連携を確立させることが重要と考えられた。東京都心にはいくつかのてんかんセンターが設立されたが、てんかん患者数に対しては十分な医療資源の提供というには未だ不十分と言わざるを得ない。患者側に立った治療を進める解決策の一つにはてんかんセンター間のネットワーク構築があると思われた。

1-3. 移行医療を念頭においた院内てんかんセンター組織化の試み

¹⁾北海道大学病院 小児科、²⁾同 検査輸血部

白石秀明¹⁾、江川 潔¹⁾、大塚耕右¹⁾、鳴神雅史¹⁾、櫻井 唯¹⁾、
中根進児²⁾、高橋香代子²⁾

北海道は日本国土の 25%を占める広大な地域であるが、人口が散在し、医療の供給において困難を伴っている。北海道内に、およそ 5 万人のてんかん患者が存在することが予想されるが、てんかん専門医は限られ、十分な医療が行われていない現状である。

難治性てんかんの多くは小児期に発症することから、その多くは小児科医が初療することになる。これらの患者さんが成長し、成人になっていた時、その移行医療を誰が担うのかが大きな問題になっている。

北海道大学病院で経過を観察しているてんかん患者は約 1,000 名で、その内訳は、精神科・神経科 500 名、神経内科 100 名、小児科 400 名である。

小児科における成人患者の割合は、およそ 45%であり、これまでの全国調査に比し、やや平均年齢が高い。当院における小児神経担当医師が 5 名で、全員がてんかん診療に当たっているのに対し、精神神経科で 2 名、神経内科で 2 名の担当医師がてんかん診療に当たっている現状があり、上記の移行症例を全て院内の成人科に受け渡すことは現実的に不可能である。

以上の理由から、持続可能な移行医療の実現の為に、院内てんかんセンターの設立を起草した。その目的は、診療科の垣根を取り払うことにより、移行される患者の主治医は代わらないまでも、精神症状や生活習慣病、悪性疾患、社会活動教育など、成人期特有の病態に対し、連携して対応出来るような、ゆるい結合体を想定している。

加えて、脳神経外科の参加をもって、集学的・包括的てんかん診療体制の構築・完成を目指している。

てんかんセンターの完成により、北海道におけるてんかん診療レベルの向上、また、積極的な啓発活動による医療の均てん化を図り、北海道内におけるてんかん患者さんの生活向上、社会参加の可能性を拡大することを目指す。

1-4. てんかん包括診療時代における大学病院てんかんセンターの役割 ー地域ネットワークと医学教育の観点からー

- ¹⁾広島大学病院 てんかんセンター、²⁾同 脳神経外科、³⁾同 小児科、
⁴⁾同 脳神経内科、⁵⁾鹿児島大学病院 てんかんセンター、
⁶⁾同 脳神経外科
飯田幸治^{1,2)}、香川幸太^{1,2)}、片桐匡弥^{1,2)}、橋詰 顕^{1,2)}、石川暢恒^{1,3)}、
宍戸丈郎^{1,4)}、花谷亮典^{5,6)}、有田和徳⁶⁾、栗栖 薫²⁾

近年、患者の状態に応じた診療レベルの確立ならびに治療の流れを円滑にするためのてんかん診療ネットワークの構築が急がれている。てんかんは、多方面からのアプローチが必要な疾患であり、こうした包括的診療に外科治療も組み込まれる。しかし、日本における外科治療の浸透率は不十分であり、地域による較差も著しい。また、地域に外科治療施設がありながら適切な時期に術前診断の機会を与えられていない患者も多い。てんかん包括診療が円滑にすすみ、かつ外科治療を地域に定着させるためには、現在の二次および三次診療の機能不全の是正、すなわち二次診療施設の質的量的改善と、三次診療施設の拡充が必要である。現在、いくつかの大学病院でてんかんセンターが名乗りをあげ、活動を開始している。広島大学病院でも10年間の準備機関を経て、2014年1月1日にてんかんセンターが開設し、組織横断的なてんかん診療活動を通じて、地域におけるてんかん診療ネットワークの3次診療施設の役割を果たしている。

一方、てんかん学講座が独立して存在していない大学においては、てんかん学の教育は複数の診療科が縦割り、分断的に実施するしかないのが現状である。大学病院は特定機能病院として高度先端医療を提供するとともに、教育、研究機関の機能を果さなければならない。今後は、医学科、看護学科学生に対する臨床てんかん学教育、医療技術系学科学生に対する卒前教育ならびに研修医等に対する卒後教育において、大学病院てんかんセンターが学際的な枠組みを生かして大きくコミットして行く必要がある。

このことを通じて、てんかん外科を含めた包括的てんかん診療に対する認識の普遍化と人材供給の基盤を提供することが可能になる。

1-5. 岡山大学病院てんかんセンターにおける現状と問題点

¹⁾岡山大学大学院医歯薬学総合研究科発達神経病態学、

²⁾岡山大学病院 小児神経科

吉永治美^{1,2)}、遠藤文香²⁾、小林勝弘²⁾

てんかんの地域医療連携システムの確立に向けて、昨今全国のてんかんセンターが動き始めている。私たち岡山大学病院も、中国・四国地区の患者団体からのてんかんセンター設立への強い要望を受けて、院内に2013年12月、てんかんセンターを立ち上げた。以前より岡山大学病院では既に小児神経科と脳神経外科との協力で、てんかん外科手術を行うという体制が整っていたので、てんかん外科手術に関しては、非常に順調に運営されている。

一方、近年、小児期発症の慢性疾患の診療において、小児期医療から年齢に応じた成人期医療への移行、つまり移行期医療の問題が注目されている。その中で、小児てんかんでは小児期に治療が終結することが多いとされるが、成人に達しても治療継続が必要なキャリアオーバー患者も多く存在し、移行期医療の問題は切実である。2009年に日本てんかん学会でてんかん実態調査が行われているが、小児領域の多くの医師・施設での成人患者の割合は3割以上で、小児てんかん患者が16歳以上に達した場合もそのまま小児科領域での診療を続けていることが多く、また小児科単独で診療している患者が多いことが報告された。

岡山大学病院においても、てんかんセンター設立後は、地域医療連携担当事務が、予約の時点で18歳以上の成人は神経内科に振り分けてくれるので、新患で成人発症のてんかんが小児神経科に直接来院する事例は減ったが、それでも小児神経科に通院している成人に達したてんかんの患者はてんかんセンター全体に通う成人患者の過半数を超えている。

実際小児神経科医師が成人に到達したてんかん患者をみるということは、精神・心理的症状の扱いの問題に加えて、成人の合併疾患の診療の問題もあり、困難をきわめてくる。

今回、岡山地区において地域連携システムの確立を思考したところ、やはり圧倒的にてんかん患者を扱う精神科医の数的欠乏を感じたが、てんかんセンターにおいても、精神科の積極的な関与は重要課題と考える。

1-6. 小児難治性てんかんの早期手術適応に向けた医療連携

¹⁾鹿児島大学病院 てんかんセンター、²⁾同 脳神経外科、³⁾同 小児科、
⁴⁾地域医療連携センター、⁵⁾藤元総合病院
花谷亮典^{1,2)}、丸山慎介^{1,3)}、檜田祐美^{1,2)}、細山浩史^{1,2)}、
馬場美穂子⁴⁾、大坪俊昭⁵⁾、河野嘉文³⁾、有田和徳²⁾

【はじめに】

てんかん診療を行う上で担当診療科の相互連携は重要であり、外科治療の適応を考える場合においても、紹介元となる診療科医の考えが手術担当科以上に影響を持つといえる。当センターでは、発達過程にある小児・未成年や若年成人を外科治療の重点対象と考え対応を行っており、特に当地域における小児科医と脳神経外科医における連携の現状について報告する。

【背景】

鹿児島県の小児てんかん診療は、てんかん治療に造詣の深い小児神経専門医が中心となり、特に難治例についてはこうした医師や拠点施設に患者が集約される傾向にあった。脳神経外科は、2008年にてんかん外科を再開して以来、3名のてんかん専門医を中心に、小児科拠点病院や脳神経外科からの紹介を受けて小児手術例を徐々に増やしている状況にあった。

【現状】

未成年患者の手術は2008年の2名(平均16.5歳)から2014年の9名(平均9.2歳：予定含む)と適応数が増え、手術時年齢は低下しており、小児難治例に対する早期外科治療の動機付けが共有されていると考えられる。難治例は、小児科拠点病院から紹介を受ける時期も早まり、特に重症例は、センターの小児科医を介して、受診前から脳外科医に情報提供が行われる流れが定着した。また、小児神経科医が術前評価と術後管理に直接参画するようになって以降、3歳以下の手術例が増加している。

一方で、県外施設受診後に当院センターに逆紹介を受けた未成年者では、患者はいずれも中高生で小児科医の介在はなかった。

【課題】

小児難治性てんかんの治療を行う上で、当地域における小児科医と脳神経外科医との連携は順当に整いつつあると考えられるが、難治症例への対応を勧めるためには、非小児科医との連携を今後とも高める必要がある。また、小児難治例に対する近隣県を含めた需要は高く、人的資源の充足にあわせ、外科適応とならない難治性てんかん小児も対象とするサポート体制の整備も急務であることは言を俟たない。

2-1. 当院におけるてんかん診療院内連携の現状

近畿大学 脳神経外科

中野直樹、宮内正晴、田崎貴之、吉岡宏真、村上沙織、加藤天美

当院では2005年からてんかん外科を施行しているが、当初、当院他科からの紹介はなく、周辺病院、他県からのみであった。他県からはてんかん手術例が主で、周辺病院からは、てんかん診断から手術例まで多岐であった。このような状況でまず、てんかん例における院内連携を重点にすべく、院内てんかん連携を図るため、院内検討会を設けた。その活動について報告する。

最低年間4回の開催を目標とした。参加科は、小児科、精神神経科、神経内科の医師、携わる医療関係者すべてとした。広報は院内庶務課を通じて、ポスターを掲示した。過去2年間で計8回開催した。

参加人数は、10-20名/回毎であった。内容は、症例検討、その時のトピックなどとした。また、実臨床に即した脳波測定のやり方やてんかんの見方などのテーマも盛り込んだ。脳波測定の実演は臨床検査技師により行っていただき、脳波測定の条件などについて議論がなされた。てんかんの見方は医師からビデオ脳波モニタリングの再生による講義を行った。

着席は当初、スクール型式であったが、テーブルを対面にした島型式にして、質問がしやすい方式としている。

院内他科からの紹介てんかん手術例は、2013年0例、2014年3例であった。また、当科から精神神経科に紹介した心因性てんかん例は、2013年1例、2014年2例であった。徐々にではあるが、連携はなされつつあると考えられる。今後の展望には、他施設の状況を参考にしながら推し進めたい。

2-2. てんかんセンター開設から4年を迎えて

¹⁾独立行政法人国立病院機構奈良医療センター てんかんセンター 診療部、

²⁾同 看護課、³⁾同 研究検査科、⁴⁾同 薬剤科、⁵⁾同 放射線科、

⁶⁾同 リハビリテーション科、⁷⁾同 事務部

星田 徹¹⁾、丸山信之¹⁾、川田和弘¹⁾、榊原崇文¹⁾、廣瀬棟彦¹⁾、
井上淳子²⁾、武田奈美²⁾、櫛谷佳代²⁾、廣瀬喜代子²⁾、西本京子²⁾、
大杉奈保美³⁾、小松勝明³⁾、玉置伸二^{1,3)}、安井みのり⁴⁾、
本田芳久⁴⁾、小林正佳⁵⁾、中尾 弘⁵⁾、東 奈緒子⁶⁾、伊藤浩一⁶⁾、
齊藤三則⁷⁾、平林秀裕¹⁾

当院のてんかんセンターがめざすのは「てんかん包括医療の実践」です。当院で立ち上げたてんかんセンターの4年間を振り返り、今後の方向性を考察します。

てんかんセンター開設とともに、毎月のてんかん患者数が4年前に比べて5倍に増えました。長時間脳波ビデオモニタリング施行数も年々増加しています。てんかんモニタリングユニットとして個室2床、新病棟内に整備することができました。脳波検査技師も増員し、神経心理にかかる臨床心理士も初期の非常勤から常勤に進めることができました。脳波モニタリング解析技師養成のために、東北大学中里信和教授のご尽力に感謝致します。抗てんかん薬治験の体制も整備でき、奈良先端科学技術大学院大学との共同研究で、MRSやPET、抗てんかん薬血中濃度の臨床研究も進行しています。

すべてが順調かという、決してそうではありません。新病棟さくら3A病棟内、ここは当院の混合病棟であり、内科、消化器内科、外科、整形外科、脳神経外科などの患者が入院します。この病棟内にモニタリングユニットがあり、おもに検査入院となっています。てんかん診療の主体は外来業務で脳神経外科が対応し、非常勤で小児神経科と精神科外来を行っていますが、いまだ神経内科外来は開設できていません。実際には、専門医・指導医が減少し、組織ができて「診察する医師不足」が最大の課題となっています。その中で、外来部門は看護師が初診時の対応、診断後の病態説明、日常生活の指導に向けての活動が始まりました。指導していただいた京都大学池田昭夫教授に感謝致します。病棟では看護師による個人差をなくすべく、確実な発作観察の充実に努めています。脳波解析は、今後脳波技師の活動範囲をさらに広げていきたいと考えます。

院内外ともにすべては協力体制づくり、人とのつながり、これに尽きるというのが結論です。全国のてんかんセンターとのさらなる連携を宜しく願います。

2-3. 東京都立神経病院 てんかん総合治療センター設立の今後の問題点

¹⁾東京都立神経病院 脳神経外科、²⁾てんかん総合治療センター、

³⁾同 看護科

森野道晴^{1,2)}、秋山祥子³⁾、吉澤君依³⁾、岡野希望³⁾、木田亮平³⁾、
三鍋節子³⁾

東京都病院経営本部は東京都立神経病院に本年 8 月、「てんかん総合治療センター」を設立した。一昨年は 85 例、昨年は 128 例と国内最多のてんかん手術数を記録したが、日本てんかん学会専門医・指導医が脳神経外科に 1 名存在するのみという状態であり、診療上、外科治療が主体でやや偏りがあることは否めない。てんかん患者を診療する科としては小児神経科および神経内科があるので、それぞれにてんかん治療を専門とする医師を育成して、内科治療を充実させる必要がある。現在、若手の神経内科医 3 名が毎朝行っている脳神経外科のてんかん治療カンファレンスに出席し、てんかん患者の現症、病歴聴取をはじめとする実際の診察や抗てんかん薬の適切な使い方、てんかん患者に伴う精神症状、外科治療の適応などのてんかん治療の基本を学んでいる。また神経内科医、小児神経科医も含めたてんかん病理カンファレンスを 2 か月に 1 回、手術症例検討会を週 1 回開催している。また今後は看護師や事務員を含めた院内職員全体を対象とするてんかん患者の対応についてのケーススタディを定期的に行うことを企画している。現在、てんかん外来を立ち上げて、演者が一人でてんかん患者を診察しているが、今後、神経内科医がてんかん学会専門医を取得すれば内科治療主体の外来患者の需要に応えられると考える。てんかん治療にかかわる看護の問題点の改善、手術室看護師でてんかんの手術法全般についてよりよい手術介助ができるような教育システムの構築について、てんかんワーキンググループを作って、話し合う場を設けている。てんかん患者の心のケアや社会復帰に向けての対応に今後は力を注いで患者さんのてんかん症状の改善だけではなく、精神面の支えになれるようなセンターを目指す所存である。今回、当院てんかん総合治療センターの問題点について述べ、他センターからの建設的な意見を拝聴したい。

2-4. てんかん診療拠点としての大学病院の役割

東北大学大学院医学系研究科 てんかん学分野
中里信和

国際てんかん連盟(ILAE)の2009年戦略プランには「てんかんが何人の人生をも左右しない世界」という理想が掲げられ、「医療従事者・患者・介護者・政府・世界の人々に対して、てんかんへの理解とてんかんの診断と治療に不可欠な教育と研究の資源を保証すること」が使命として謳われている。東北大学では2010年に大学病院として国内初の「てんかん科」、2011年には国内の大学として初の「てんかん学分野」が誕生した。てんかんの包括医療の必要性は以前から叫ばれていたが、大学では診療面のみならず研究面と教育面での使命が重要視されている。すなわちILAEの使命は大学のそれと合致しているといえる。本発表では、臨床・研究・教育の観点から、東北大学の5年間の足取りと、浮かび上がってきた問題点について紹介したい。

臨床面では「大学病院の特徴」に資源を投入しつつ、他に任せるべき事項は外注する、というマネジメントが重要である。現在、長時間ビデオ脳波モニタリング検査の効率的運用を重要視し、外来診療は新規入院症例を確保すべく、治療方針が決まった患者は紹介元に戻す方針で再来患者数を制限している。他院との連携は不可欠であり、その意味では外部の医療関係者にオープンして開催される東北大学てんかん症例検討会がきわめて重要な役割を果たしている。

研究と教育は、前述の臨床面との密接な関連がある。ILAEの使命と同様、究極の目標はてんかんの診断と治療に不可欠な人的資源の養成である。医師だけでなく、看護師・検査技師・薬剤師・心理士・ソーシャルワーカーなどの医療従事者に加え、工学部、教育学部など異分野との人材交流、人材育成が大学病院の強みと考えている。

さらにキャンパスの外に目を向けたアウトリーチ活動も重要である。講演や論文発表はもちろんのこと、行政、マスメディア、ソーシャルメディアなどのあらゆる手法を用いて、最新てんかん診療の存在を周知させるとともに、てんかんに対する誤解と偏見を取り除く活動が必要である。

2-5. 長崎医療センターてんかんセンターの現状と課題

¹⁾国立病院機構長崎医療センター てんかんセンター 脳神経外科、

²⁾同 小児科

戸田啓介¹⁾、馬場啓至¹⁾、小野智憲¹⁾、本田涼子²⁾

2014年のてんかん診療を振り返り、てんかんセンターとしての問題点を考えてみた。

【安全面について】

2014年3月まで脳波ビデオモニタリングは3ユニットで行ってきた。脳外科病棟に2台、小児科病棟に1台配置のもとで、2013年にはそれぞれのべ184名、148名のビデオモニタリングを実施した。当院では1日2例までは検査技師が電極の装着を行うが、3例目以降は医師が装着する。2014年4月以降はユニットが4台に増えたため、医師自ら装着する例が増えている。発作頻度が少ない成人では、検査中に抗てんかん剤を減量或いは中止する。このため特に夜間は家族の付き添いを原則としているが、叶わない事例も生じている。SUDEPが問題となっている現在では、発作時の突然死について患者と家族に説明しておく必要がある。スタッフも、合併症が生じうることを十分に認知しておくべきである。

【マンパワーについて】

てんかんセンターのスタッフは脳外科3名、小児科1名である。当院は救命救急センターを有する地域の基幹病院であり、てんかんセンタースタッフといえども急患対応およびてんかん以外の一般診療を行っている。故に一般診療の間隙をぬって脳波判読などの業務をこなしている。圧倒的に人手が足りない。

【てんかん診療連携の現状】

当院では月に1回てんかんカンファレンスを実施している。この1年間の出席者は、小児科医が全参加者数の50%を占めていた。ついで脳神経外科の25%、薬剤科の8%となっていた。精神科の出席は1%に過ぎず、神経内科の参加はなかった。成人てんかん患者の担当医の積極的な取り組みを促すため、長崎てんかん診療ネットワークを立ち上げ、ネットワークの周知、研究会やてんかんカンファレンスの案内や教育を通じて、成人てんかんの掘り起こしに努めている。

【まとめ】

長崎医療センターてんかんセンターの課題は山積している。診療の質の向上のために個人のスキルアップは大切だが、スタッフ・検査技師の増員も必要と考えている。

2-6. 静岡におけるてんかん地域連携の試み

国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター

久保田英幹、西田拓司、井上有史

当院は、2010年9月より、静岡てんかん地域ネットワーク研究会を立ち上げ、効果的・効率的な地域連携のあり方を模索してきた。研究会は22名の世話人から成り、1次医療機関(10施設)から10名、2次(6施設)から7名、3次(2施設)から5名という構成で、これまでに年2回、9回の研究会を行った。会では一般的なてんかんの教育講演(5演題)やアップデートな話題提供(3演題)、Q & A(3演題)以外に、てんかん管理ツールの紹介(2演題)、各施設のてんかん診療の現状(6演題)、症例カンファレンス(8症例)、そして、てんかん連携にかかわる調査結果やパスの提案などを行った。出席者は医師のみならず、メディカルスタッフの参加もあった。

各演題のなかでは、特に、各施設のてんかん診療の現状報告や症例討議は有意義であり、1次や2次機関から3次に紹介された症例の解説は、地域の連携に適切なトピックと思われた。

2012年には会員を対象としたネットワークに関する調査をおこなった(n=27)。連携が取れているという回答と、取れていないあるいは必要性がないという回答は同数で(11:11)、連携の対象(単科病院、総合病院、てんかん専門病院)の間に差はなかった。診療上最も困難を感じているのは、てんかんと他の疾患の鑑別診断(14)、薬物の選択(13)、発作型・症候群診断(11)、診断書(10)、救急対応(9)、外科治療(9)の順であった。てんかんに関する医療・福祉制度の認知度が低いことも明らかになった。

以上の結果と、大阪・豊中市のてんかん連携パスおよび認知症の連携パスを参考に、当研究会の連携パスを作成し、今後、3次から活用し、広げて行くことになった。パスの資材として紹介先が返す①共通診療情報提供書と②てんかん基本情報シート、患者が自己管理する③発作ノートを作成した。

紹介元は、各医療機関の診療情報提供書を用いて紹介し、紹介先は①、②を返すとともに、③を患者に渡し、病気の理解や自己管理などに役立てることにした。折しも、厚生労働省より来年度のてんかんモデル事業が発表され、県と共同で地域連携のあり方を討議しているところである。

2-7. 新潟県での小児てんかん診療連携の実際と課題 －Dravet 症候群症例を通して－

国立病院機構西新潟中央病院 小児科

遠山 潤、赤坂紀幸、小林 悠、眞柄慎一、川島英志

【はじめに】

新潟県は日本で 5 番目の大きさを持つ広く横長な県である。上越、中越、下越の 3 地域に分けられ、新潟市と上越地域の上越市までは 100km 以上はなれている。当院小児科の地域連携について Dravet 症候群症例を通して紹介する。

【背景】

Dravet 症候群は、乳児期より全身けいれんや片側性けいれんを頻回におこし、1 歳過ぎよりミオクロニ発作なども合併する。発作は発熱や入浴で誘発されしばしばけいれん重積をきたす。

【症例 1】

男児。上越地方在住。6 か月時に強直間代けいれんで発症。以後、発熱時などけいれん重積を数回あり。7 か月時初診。Dravet 症候群疑いで薬物調整を行うも完全にコントロールできず、けいれん重積時はダイアップ座薬使用や紹介医での治療をうけた。3 歳時急性脳症発症。超急性期は紹介医 ICU で加療を受け以後転院し当院で加療。現在ではてんかん発作は落ち着き、発達遅滞について地元で療育を受けている。

【症例 2】

女児。中越地区在住。6 か月時にけいれん重積で発症。以後半身けいれんも繰り返し、1 歳 2 か月時紹介。薬物治療するも難治。発熱時や予防接種時などにも発作があり地元病院に入院することもあった。小学校入学にあたっては急性期加療できる医療機関の指定を求められた。また、スティリペントール開始時には処方できる医療機関を探す必要もあった。

【考案】

Dravet 症候群は、抗けいれん剤治療でも完全に抑制されない難治てんかんと考えられ、専門的治療を求めててんかんセンターに紹介されることが多い。薬物治療によっても完全抑制は難しく、けいれん重積時の治療など診療連携が重要となる疾患の一つである。けいれんがコントロールされていないために診療をいやがられる場合もある。急性脳症や突然死の可能性もあり、ご家族に予め十分な説明を行った上で診療連携を結ぶことが重要である。

1-1. 終夜脳波検査を受ける患者への看護

- ¹⁾東京都立神経病院 看護科、²⁾同 脳神経外科、
³⁾てんかん総合治療センター
秋山祥子¹⁾、遠藤知行¹⁾、片貝美鶴¹⁾、小林則子¹⁾、
寺山明伸¹⁾、吉田信樹¹⁾、政本純子¹⁾、森野道晴^{2,3)}

【はじめに】

当院での終夜脳波検査は抗てんかん薬の休薬を行って発作を起こしやすい状態で行う。本検査を受ける患者から不安の声が聞かれ、看護介入を必要とした。

【方法】

抗てんかん薬を休薬した経験がなく、検査前に医師から終夜脳波検査について説明を受けたてんかん患者で精神的に安定している患者を対象として話を聞いた。

【結果】

休薬する思い、ベッド上での行動制限に対する思い、終夜脳波検査自体に対する思いの3つの項目に分類し、検査前後の患者の思いについて検討した。

(1) 休薬する思い

前：「どんな発作が起きるのか不安。」など未知の状態に対する不安が聞かれた。

後：「とにかく恐怖感があった。発作が起きて安心した。」という言葉が聞かれた。

(2) ベッド上での行動制限に対する思い

前：「携帯を使えないのは知らなかった。」とイメージが付けづらい言葉が聞かれた。

後：「トイレもベッドの近くなのが嫌だった。」など日常生活に関する言葉が聞かれた。

(3) 検査に対する思い

前：「発作の前兆が怖い。」「検査で原因がわかればいい。」などの言葉が聞かれた。

後：「治療の方針が決まって良かった。」「仕事がしたい。」などの言葉が聞かれた。

【考察】

休薬については患者が安心して検査に臨める様な看護介入の必要性を感じた。てんかん患者の特徴である心理社会的要因や薬剤などの副作用から起こる記憶力低下を考えると現在の当科での説明では内容が不十分である。休薬に関してのパフレットを作成し、オリエンテーションする必要があると考える。口頭だけの説明だけでなく、何度も読み返せるという点で効果的である。行動の制限については予想と実際の検査状況にギャップを覚え、患者が強い不安と精神的苦痛を感じているのがわかった。検査自体については終夜脳波検査を実施する事で、今後の治療方針が決定し、発作がなくなる若しくは減少し、社会生活を送ることができる事を期待していると感じた。今後は、患者の負担感を減少させ検査に臨めるよう、スタッフが統一した検査説明・指導・支援ができるよう取り組むこととする。

1-2. てんかん病棟における医療安全管理

静岡てんかん・神経医療センター

山口規公美、田尻 浩、日吉由紀子

成人てんかん病棟における発生頻度の高いエラー項目として、①発作による転倒・転落②精神症状(発作に関連した)、脳の器質的な原因による対人トラブル④服薬ミスがあげられる。リスクカンファレンスにて、要因の分析を行うと、薬物調整における発作の増強、発作の変化、前兆の有無、副作用によるふらつき、眠気等の出現や、理解力、パーソナル問題が主にあげられる。それらの要因は治療を継続していく上で避けられない現状もあり、対策を考えていく事に苦悩し、結果、最短の危険防止策として活動の制限や、看護師、家族による見守りの強化をすることが第一選択となる傾向にある。しかし、安全対策への理解が不十分なままの制限や見守りの強化は、患者のストレスに繋がり、同様のエラーの繰り返しや、予測できていなかったエラー事故を招くケースも見られる。そこで安全を優先するだけのエラー防止だけに重点を置かず、患者の心身機能・身体機能・活動・参加・個人因子・環境因子(ICF)の視点からエラーの分析と対策案を検討する必要があると考えた。一つの方法として、医師、リハビリ、患者家族が共有するリハビリ実施計画書(ICF)の活用を見直し、リスク管理項目に発作状況や日常生活場面で予測されるリスクを具体的に看護師が記載することで、他職種とリスクに対する共通認識の高まりを目指した。また、患者や家族が疾患を理解することが適切な安全対策を身につける手掛かりになると考え、入院期間中に患者、家族がてんかんを学べるよう講義や学習プログラムの場を設けた。平成 23 年より取り組み始め 4 年が経過し、転倒転落件数が平成 22 年度 83 件から平成 24 年度 39 件と大幅な減少が見られた。そこで現在の病棟での医療安全管理の実態と取り組み状況を報告する。

1-3. 治験のリスクマネジメント：被験者が警察に拘留 －治験参加カードの有用性と CRC の役割－

¹⁾広島大学病院 臨床研究部、²⁾同 てんかんセンター

古屋由加^{1,2)}、井田裕美^{1,2)}、後藤志保¹⁾、小島美樹子¹⁾、
山中恵子¹⁾、田川茉希^{1,2)}、宮井ふみ子¹⁾、宮中桃子¹⁾、深川恵美子¹⁾、
増井陽子¹⁾、荒神曜子¹⁾、角山政之¹⁾、飯田幸治²⁾

【目的】

難治性てんかん対象の治験に参加中の被験者が配偶者への暴力容疑で拘留された。拘留中は私物の持ち込みが禁止で、治験薬を含む薬剤を警察に保管された被験者は服薬が不可能な状況になった。しかし、被験者が携帯する治験参加カード・てんかん発作時対応カード(以下、カード)を見た警察官から CRC への連絡により、被験者が治験薬を服薬できる支援を実施した。過去の治験で経験した同様の事例と今回の事例と併せてカードの有用性と CRC の役割について考察する。

【結果】

1. カードにより警察官は被験者が治験薬を服薬する必要性を認識し、CRC に連絡できた。
2. 治験薬の処方に至らなかったが、過去の経験を生かし警察官と治験分担医師の処方から残薬回収までの対応ができた。
3. CRC は警察官に治験薬の取り扱いを指示する一方、被験者に出頭日の治験薬内服時間等を助言しけいれんに対する不安軽減に努めた。
4. 拘留前に「死にたい」という言動があった被験者の心身的ダメージと病状への影響に配慮し電話相談等を含む被験者ケアを治験分担医師と協働した。

【考察】

治験参加中の被験者が容疑者として拘留されることは、不測の事態の最たるものである。その場合、警察は被験者を留置し事情聴取するのが役割であるが、CRC は被験者がいかなる状況に置かれても医療者として最善を尽くす役割がある。被験者は拘留により規定来院ができないばかりか、容疑者の扱いも受ける。さらに治験薬は未承認薬であるが故に被験者の説明では警察に理解されにくい。今回、カードは警察官が治験薬服薬の必要性を理解するのみならず、CRC との連携をとる有用な媒体として役割を發揮した。

カードは本来の目的に加え治験薬と不法薬物との区別、被験者の病態と服薬の必要性を第三者が認識する媒体としての役割を發揮した。

拘留後、被験者のけいれん発作回数が増加し、心身・社会的ダメージによる病状への影響も懸念された。現在、被験者が1日も早く以前の療養環境の中で立ち直れるよう治験ポイント外の受診勧告や電話相談など治験分担医師と連携した被験者ケアを継続している。

1-4. てんかん専門精神科病棟における精神疾患併存の現状

国立精神・神経医療研究センター病院

熊田真記、緒方正通、山口しげ子、渡邊裕貴

精神疾患に関して ICD-10(精神および行動の障害の分類)では器質性精神障害を含め明確に分類され一般に広く利用されている。しかし、てんかんの精神症状についてはほとんど記載がなく、てんかん発作およびてんかん症候群についての国際分類でも、てんかんの精神症状についてはほとんど記載がない。

てんかん患者の 40%以上が何らかの精神症状を有しているという報告もあり、包括的なてんかん医療において、精神科看護は必須の要素であると考えられる。

当病棟は、てんかん専門の精神科病棟である。そのため、一般病棟では対応困難な状況にある様々な精神症状を有するてんかん患者が入院している。てんかんを精神科で専門的に治療している病棟は全国でも限られているため、てんかん発作だけではなく、精神疾患も含めた治療が可能な当病棟の機能は、特異であると考えている。

そこで、てんかん専門の精神科病棟に入院したてんかん患者に焦点を当て調査することで、様々な精神症状を有するてんかん患者の現状を把握することができると考えた。

調査期間は平成 25 年 4 月から平成 26 年 9 月で、当病棟入院患者の内、主病名がてんかんである 329 名(延べ)の患者を対象とした。なお、薬物治療を要しない軽度の不安状態や抑うつ状態は除外した。内訳は男性 53%女性 47%で、入院形態は任意入院が 73%医療保護入院は 26%であった。てんかん以外に精神症状(統合失調症様症状、うつ、ヒステリー)を有する患者は 27%で、入院時に保護室による治療を要した患者は 8%、暴力が問題となって入院した患者は 2%であった。

1-5. 患者の自己管理能力を高めるための看護介入

東京医科大学八王子医療センター 看護部¹⁾、同 脳神経外科²⁾

中沢由香里¹⁾、盛上直美¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸穂²⁾

【はじめに】

当院は東京都南多摩地区の「てんかんセンター」として機能している。今回、入院中の発作後に心肺停止に至ったが救命され、その後順調に回復し退院したものの、自己管理不足から全身発作が出現し、再入院となった症例を経験した。患者は前回退院後、四肢の機能障害を併発し、IADL(手段的日常生活動作)も低下した状態での入院であった。そこで、表面化している問題への対策として病気や内服の指導、機能回復へ向けたリハビリテーションといった看護介入を一方向的にするのではなく、患者自身が自立に向けて必要なことは何かを考えて、取り組める環境を作った。その結果、患者の自己管理能力を高めることにつながったのでここに報告する。

【症例】

20代女性、高校生の時にてんかん発作を発症し加療を受けている。子供が一人、両親、祖母と同居中であり、現在無職、自宅で子供と過ごす生活を送っている。今回入院時に、薬を自己判断で半量に減量していたこと、小発作を繰り返していたが定期受診はしていなかったことが発覚した。また入院直後から退院願望の言動も多く聞かれるなど、現実と向き合うことが困難な状況にあった。そのため、患者の思いを傾聴することからはじめた。患者はこれまで、てんかんという病気について詳しく聞いたことはなく、また自分から知ろうとしてこなかったこと、更に自分の病気に関連した悩みを他者に言うことも、相談をもちかけることもできていないことが浮き彫りとなった。そこで、それらを医療者側で共有し、患者像を正しく捉えることに努めた。更に、患者と家族、医療者による合同カンファレンスを開き、患者が目指す「社会復帰したい」という目標に関して、現存する問題を解決していくためにはどうしたらよいかを一緒に考えた。そうした中で、医療者側が提供しなければならないこと、家族ができること、患者自身がすべきことが明確になり、自己管理能力を高めることにつながった。

【まとめ】

てんかん患者は、いつおきるかわからない発作への恐怖や将来への不安などを自分1人で抱え込みやすい状況にある。まず患者の気持ちを表出できる場が必要であり、そこから患者と医療者が共に問題解決の糸口を探ること、そうした関わりが患者自身の継続的な自己管理能力向上の原動力になり得るのではないかと考える。

1-6. 外国人患者受け入れ、頭蓋内脳波と周手術期の看護の振り返り

静岡てんかん神経医療センター A3 病棟

望月美彩紀、鈴木雅博、一瀬尚子、原 稔枝、舛田俊一

【はじめに】

当院はてんかん専門病院であり、国際医療協力を手掛けているため、外国人研修生や外国人患者の受け入れは、院内で 1 人/月程度ある。しかし、患者の中には意思の疎通がとれず行き違いが生じたたり、文化の違いによる価値観の相違があり、日本と異なる習慣を理解できず入院生活に支障をきたした症例があった。今回新たに外国人患者に対して受け入れ体制を整えた。受け入れ体制を整えての初の手術適応の症例として振り返りを行い、自分達の関わりの妥当性について検討した。今後の受け入れに活かしていくことを目的にこの研究を取り組んだので報告をする。

【対象と方法】

A 氏 18 歳 女性 前頭葉てんかん 中国在住 母国語(中国語のみ) 付き添い母と祖母。術前検査も当院で実施している。手術に対しての期待が大きい。

研究方法として対面式で医療通訳を介し、本人、母に聞き取り調査をした。

【経過】

入院期間 27 日 深部脳波 1 週間実施中発作も補足され、大きなトラブルなく検査終了。検査結果から電極抜去、左前頭葉切除術施行。

【結果と考察】

受け入れ準備として、事前にオリエンテーション用紙の中国語版を郵送した。そのことでイメージができ不安の軽減が図れた。またコミュニケーション方法は、24 時間対応の電話通訳、タブレット端末での中国語翻訳アプリを使用した。さらに指定日(入院日、手術日、頭蓋内脳波開始日、マッピング、退院日)には医療通訳が来院した。発作観察は言葉が通じないため意識確認が困難であり、発作観察カードを作成し、発作観察方法を統一することができた。通訳の介入があり、一方向に伝えるのではなく、意思の疎通がスムーズになり相手の不安や疑問、理解度が分かりケアにつなげることができた。日々コミュニケーションを密にすることが可能になり、相手の思いを知ることができトラブルになる前に早期に介入することができた。日本の文化が患者に伝わらないことでのトラブルや、想定外の問題行動などはなかった。事前の説明、以前に入院歴があり病棟やスタッフにも慣れていてことからも術前からの関わりが大切になることが分かった。

2-1. 地域基幹病院におけるてんかんセンターの役割と課題

¹⁾総合病院 土浦協同病院 脳神経外科、

²⁾東京医科歯科大学医学部附属病院 脳神経機能外科

伊藤なつみ¹⁾、タンマモングッド・ティップアーパ¹⁾、寺門利継¹⁾、
芳村雅隆¹⁾、廣田 晋¹⁾、山本信二¹⁾、稲次基希²⁾、前原健寿²⁾

【緒言】

平成 23 年度に厚生労働省てんかん研究班が発足し、全国的にてんかん診療ネットワークの構築が進められてきた。当院は、地域基幹病院としての立場から、県内でのてんかんセンターの必要性を認識し、平成 23 年 8 月、独自にてんかん外来を開設し、平成 25 年度からてんかんセンターの仲間入りを果たした。以来、3 年が経過し、この間の変遷を顧みて、地域におけるてんかんセンターの役割と課題について検討した。

【方法】

平成 23 年 8 月から平成 26 年 10 月までのてんかん外来における受診者数、外来の内容、外来から入院となった症例、その入院費用などに関して後ろ向きに検討した。

【結果】

受診者は、初回外来の 5 名から 111 名に増加した。他科からの紹介、地域内外の病院からの紹介が増え、全紹介率は 57.7%、他病院からの紹介率は 33.3%となった。紹介元病院へ戻る率は 25.0%だった。紹介先からの依頼内容は、難治症例の診断・治療、運転免許の適否、手術適応の評価などだった。診断に関しては、それまで抗痙攣剤を服用していた 23 症例で非てんかんと診断され、投薬不要となった。外来受診者の内、診断、手術目的に 11 例が精査入院し、6 例で手術が施行された。入院費用に関しては、DPC 病院での精密検査入院は、出来高収入と比較して負の差額となっていた。

【考察】

県外の専門施設を受診していた患者を県内で受け入れるだけでなく、適切な診断と治療の下に紹介患者を紹介元へ返すてんかん外来の意義は大きい。多剤併用症例が専門医の診断により、投薬不要となった症例、外科治療を行い良好な成績を得られた症例はその代表である。一方、DPC 病院における精密検査・手術入院での出来高と比較した際の負の差額は今後の検討課題である。

2-2. 当院におけるケトン食療法

宇多野病院 小児科

向田壮一、鈴木理恵、糸見世子、白石一浩

【はじめに】

ケトン食療法は古くて新しい治療といわれています。なぜてんかんに有効なのかは不明ですが、発作型や原因疾患によらずにある程度効果が認められます。方法は炭水化物を必要最小限まで制限し、タンパク質は年齢相当の必要量、必要エネルギーの多くを脂質で摂取します。副作用としては低血糖や悪心・嘔吐、腎結石などがあります。また、保護者への食事指導などが必要となります。

【当院の現状、方法】

当院の特徴として病院食を外部委託しているため、あらかじめ決まった食事しか選ぶことができないという問題点があります。そのため対象患者は経管栄養の患者とし、ケトンフォーミュラで治療を行いました。ケトンフォーミュラはケトン食用に開発された特殊ミルクで、ケトン比が 3 : 1 になるように調節されています。導入はケトン比 1 : 1 から開始し、約 1 週間で 3 : 1 まで漸増し維持としました。重大な副作用を生じなかった患者は最低 2 か月ケトン食療法を継続し、効果を確認しました。

【症例 1】

1 歳 11 か月、男児、体重 12kg。生後 3 か月発症の West 症候群。種々の抗てんかん薬は無効、ACTH 療法で一過性の改善(計 3 回施行)を認めるのみであった。発作は spasms を中心に 2-30 回/日認められた。10 日間で導入しケトン比 3 : 1 で維持とした。明らかな副作用はなかった。発作は若干減少した印象程度であったが、自ら寝返りをしようとするなど自発運動の面で改善が認められた。

【症例 2】

15 歳、女兒、進行性ミオクロニーてんかん。12 歳時に GTC で初発。当初は月単位の発作であったが、ケトン食療法導入時には寝たきりで経管栄養が行われ、発作は日単位で認められた。5 日間で導入しケトン比 3 : 1 で維持とした。明らかな副作用はなく、開始後 1 か月の時点で発作は週単位に減少した。

【結語】

病院のシステム上ケトン食を提供できなくても症例を選ぶことでケトン食療法を行うことができた。難治てんかんの中にはケトン食療法が有効な症例もあり、試みる価値があると思われた。

2-3. 女性てんかん患者の QOL 評価

順天堂てんかんセンター

三橋 匠、菅野秀宣、金井数明、中島 円、安部信平、伊藤賢伸、
肥後拓磨、飯村康司、池野 充、五十嵐鮎子、新井 一

順天堂大学脳神経外科外来において、通院てんかん患者の QOL 評価を行った。また、女性患者にはアンケート調査を加えている。それらの結果を報告する。2012年には男女ともに QUOLIE 31-P を用いて QOL 評価を行い、2013 年は女性患者に QOL 評価とアンケート調査を行った。男性 70 名、女性 91 名を対象とし、全般てんかんと焦点性てんかんの比率および重症度においても、性差間で違いはなかった。当研究の対象となったてんかん患者全体において、発作が生じることへの不安、疲労感、感情のコントロールの難しさを感じていた傾向にあるが、男性に比べ女性では抗てんかん薬服用に対する不安が強い事が伺われた。手術治療を行い発作消失した群では、発作への不安、感情コントロール、内服への不安が改善していた。これらの結果を踏まえ、女性てんかん患者にアンケート調査を行ったところ、てんかんの治療で重視することは、発作抑制とともに副作用、妊娠に係わることであった。てんかん治療に対して欲している情報としては、妊娠と出産に関することが 59.3%と最も高く、次に抗てんかん薬の副作用の 50.8%が続いた。妊娠を希望する女性は 50.8%に達しており、手術を受けることで抗てんかん薬の減薬や中止が可能であればてんかん手術を希望される方が 71.1%におよんだ。本調査より女性のてんかん患者では、自身の服用している抗てんかん薬の副作用を理解しようとする傾向がみられ、通常の妊娠、出産を希望していることが確認できた。また、てんかん手術を受けることで、発作消失、抗てんかん薬の減薬、中止になることを希望する女性が多いことも判明した。これらより、内科的治療や外科的治療に係わらず、適切な治療を施すことで患者個々の QOL 向上が望めるものと思われた。

2-4. 言語性記憶検査において著しい虚再生がみられたてんかん患者の症例

¹⁾東京医科大学 八王子医療センター メンタルヘルス科、

²⁾同 脳神経外科

宮本明日香¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸穂²⁾

当院で検査をおこなった症例の中で、レイ言語性短期記憶検査(RAVLT)において外科手術後に虚再生数の改善がみられた一例があったので報告する。

【現病歴】

40代男性。言語優位半球左。X-8年に交通事故による右脳挫傷・頭蓋底骨折等で加療、X年にてんかん発作発症。発作型は運動亢進発作および複雑部分発作。

【検査所見】

脳波で右前頭極に異常波。MRIで右側頭葉の脳挫傷後変化および海馬萎縮。Bz-SPECTで右前頭葉～側頭葉での機能低下。

【治療経過】

X年5月右前頭葉極離断術により右前頭葉の異常波消失するが、右側頭葉に残存。

【おもな神経心理学的検査結果】

術前のWAIS-IIIはIQ65。FABは術前術後で変化なし。注意機能の成績は向上。語想起では頭文字想起はやや減少、カテゴリー想起は増加。図形描画の構成方略は劣位に変化なし。

【RAVLT結果】

術後1ヶ月では再生数はほぼ変わらないが虚再生数は大幅に減少し(22語→2語)再生内容の質的な向上がみられた。術後4ヶ月では虚再生数は増加しているが(→7語)再生数も増加しており(25→29→43語)記憶量の向上がみられた。ただし、遅延再生数については微増であった(0→2→2語)。

【考察】

虚再生はおもに記憶の検索過程に問題があるとされている。本患者においても、てんかん波による前頭葉機能の亢進もしくは抑制による検索の失敗が主因と推測される。AD患者における意味記憶の虚再生との関与が疑われる機能として、①意味記憶の非効率的利用、②注意および遂行機能の低下などが報告されているが、本患者の状態とも合致すると考えられた。またエピソード記憶の自発性作話のある患者の特徴のうち、③刺激間の関係性や統合性の学習の失敗、④時間的な印付けと検索失敗、⑤親近性の判断の混乱などいくつかは本患者の状態像と重なっており、類似した発生機序が想定される。

2-5. 非痙攣性てんかん重積状態 (NCSE) の鑑別において医師が実施する簡易脳波検査の有効性

¹⁾東京医科大学八王子医療センター 救命救急センター、

²⁾同 脳神経外科

田中洋輔¹⁾、上野恵子¹⁾、熊坂謙一郎¹⁾、弦切純也¹⁾、新井隆男¹⁾、
神保洋之²⁾、須永茂樹²⁾、池田幸穂²⁾

【背景】

非痙攣性てんかん重積状態 (NCSE) 決してまれな病態ではなく、診断の遅れが予後の悪化につながるため、原因不明の意識障害患者に対してはすみやかに脳波検査を実施するべきである。

【目的】

救急外来で医師自らが実施する簡易的な脳波検査の効果を検証する。

【方法】

当救命救急センターに搬送された原因不明の意識障害患者 10 例に対し、医師が外来で実施した簡易脳波検査の結果をまとめた。

【結果】

いずれの症例も 8 電極 (耳朶を含めた左右 4 電極) により簡易的に測定した。電極の装着には概ね 10～15 分程度を要した。筋電図などによる判定不能例が 3 例あったが、残りの 7 例は脳波に基づき NCSE を否定した。

【結論】

医師自らが実施する簡便な脳波検査により、ある程度 NCSE を鑑別することができた。

2-6. 当院てんかんモニタリングユニット入院時の医療面接書式

¹⁾東北大学てんかん学分野、²⁾同 神経内科学分野、³⁾同 神経外科学分野、
⁴⁾JR 仙台病院精神科、⁵⁾清山会あおばの杜診療所
加藤量広^{1,2)}、神 一敬¹⁾、北澤 悠¹⁾、柿坂庸介¹⁾、藤川真由¹⁾、
岩崎真樹³⁾、秋月祐子^{4,5)}、中里信和¹⁾

【背景】

当院では 2010 年 9 月からてんかんモニタリングユニット (EMU) を開設し、ビデオ脳波モニタリング (VEEG) を含む入院精査を行っている。入院期間は約 2 週間で、初めの 4-5 日間に VEEG を行い、2 週目は脳画像検査、神経心理検査、および心理社会面の評価を行っている。

入院担当医は VEEG 開始前の面接で病歴を聴取する。自記式問診票の情報のみでは不正確・不十分で、医師や専門職による聴取が必要である。限られた面接時間で病歴を十分に聴取するには熟練を要する。聴取すべき内容は、周産期・発達歴、既往歴、家族歴、現病歴(発作病歴)に加え、入院時の発作症状・頻度、服薬歴、生活歴、学歴・職歴、さらに生活・睡眠リズム、服薬状況(怠薬の有無・頻度など)まで多岐にわたる。自傷他害リスクの評価も必要である。

当院 EMU では神経内科の後期研修医が担当医として病歴聴取に当たっている。彼らは研修プログラムの一環として当科で 2 ヶ月間研修するが、EMU 研修開始時はてんかん診療の経験に乏しい。そこで、我々は病歴聴取の助けになる書式を作成し、活用を試みている。

【方法】

上記の各項目を含め、てんかん診療に関係する要素を箇条書きにした書式を作成した。てんかん学の標準的教科書、神経内科・精神科での入院時面接・診察用の書式を参考にした。書式は演者が 2010 年 10 月から面接時に用いており、その後、改訂を重ねている。

【結果】

客観的な評価は未施行だが、面接の円滑化と確認漏れの防止に有効と思われた。EMU で研修した神経内科後期研修医からは「入院面接時に役立った」という感想が得られた。他の医療スタッフも書式への記載を適宜参照し活用している。ただし、入院初日の面接で得た情報は実態と異なることがあるため、他の医療スタッフが得た情報もときに重要である。書式の各項目がどのように病歴に関係しているかを指導医は後期研修医に伝え、症例ごとに議論することが求められる。

【まとめ】

入院時の医療面接用書式の作成・活用により、面接の効率が良くなっただけでなく、神経内科後期研修医、その他の医療スタッフに対する教育的効果も得られている。今後は本書式のさらなる改訂を進めるとともに、その客観的評価も行う予定である。

3-1. 小児てんかん患者家族会の活動報告

国立精神・神経医療研究センター病院 看護部

新津里子、大桑朋子、佐藤陽子、林田喜代美、長浜千秋、大柄昭子

当病棟では H24 年度より「てんかん患者家族会(以下、家族会)」を立ち上げ活動を続けている。発足時は成人と小児の家族を対象としていたが、H26 年度より小児患者の家族に焦点を当てて取り組んでいる。その取組みを報告する。

【目的】

患者の家族が必要としているてんかんに関する様々な情報を提供することで、今後てんかんと共に生活していく上で直面する問題に対する解決能力を身につけてもらう。家族同士が悩みや不安を共有し、情報交換することで解決方法を共に考える場を提供する。また、医療者が家族会を企画、運営していくことにより、家族看護を学び、医療者としての成長を図る。

【対象者】

家族会開催日に入院しているてんかんと診断されている患者の家族

【構成員】

病棟看護師、摂食嚥下認定看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、ソーシャルワーカー

【活動内容】

月に1度、多職種による講義と家族参加によるグループセッションを行っている。多職種による講義は「小児科から見たてんかんの外科的治療について」「てんかんと遺伝について」「てんかん患者のリハビリテーションについて」「社会資源について」を行った。グループセッションは、日頃の悩みや不安を家族同士で話し合い、疑問をお互いに相談し解決する場となっていた。また、対象者のニーズの把握のため、家族会開催時には対象者にアンケート調査を行った。

【今後の課題】

対象者の現状として、家族会開催日に入院している患者の家族となっているため、対象者の人数が制限され、対象者の希望に添えないことなどが課題としてあげられる。そのため今後は対象者のニーズに沿った家族会を開催できるよう努めていく必要がある。

3-2. 外国語圏入院患者とのコミュニケーションの円滑化 ～翻訳ツールの介入を通じて～

国立病院機構 西新潟中央病院

森 智秋、本間貴子、山田静華、大竹将司、園田真樹、齋藤泰裕、
Chernysheva Tatiana

【はじめに】

当院は視床下部過誤腫センターを有しており、手術をうけるために海外からの患者が増加している。とくにロシアからは今までに約 20 名の患者が定位温熱凝固術を受けている。そのため、ロシア語通訳士が勤務しているが、日中の時間に限られている。通訳士不在の時間は看護師が iPad で翻訳アプリケーションツールを利用してコミュニケーションをとっていた。しかし、時間もかかり簡単な会話でさえもうまく伝わらないことが多く、とくに医療用語などは正しい意味が訳されていないことあり、患者・家族、医療従事者双方にストレスが生じていた。そのため、独自に翻訳ツールを作成し、意思疎通を円滑にすることによって、当院での入院生活や医療を安心して受けられるのではないかと考え、この研究に取り組んだ。

【方法】

病棟スタッフに実施したアンケートを基に翻訳ツールを作成し、実際に使用する。患者家族にアンケートを実施し、翻訳ツール使用前と使用後の患者満足度を比較する。

【結果】

10 月に翻訳ツール Ver.1 が完成した。病棟スタッフに使用してもらい、その意見を基に不足している文章を追加、レイアウトを変更し、インデックスを付け Ver.2 が完成した。さらに、文字の配置を変更、文章を探しやすくするため目次を作成し Ver.3 が完成した。患者満足度アンケートはツール Ver.1 の使用と並行して行い、現在までに 3 家族に実施した。

現在は、Ver.3 を使用中で今後さらにアンケートを実施する予定である。

3-3. プレパレーションの実施と個別支援

国立病院機構 西新潟中央病院

佐藤 香、齋藤泰裕

【はじめに】

当院のてんかんセンターで病棟専属の保育士として、患児へ保育活動や家族への精神的支援を行っている。また、てんかんの検査、手術を受ける際には、看護師と保育士が連携し、患児と家族へプレパレーションを実施している。今回、当院で行っているプレパレーションの実際と、支援を行う中で生じた問題点、それに対して行った個別の支援について報告する。

【症例の概要】

手術を受ける患児へ看護師とのカンファレンスし、患児の個別性を考慮し実施方法を決定。手術の流れを患児にもわかりやすく説明するために専用ツールとして「紙芝居」を作成。

プレパレーションは①家族への説明と情報収集②「紙芝居での説明」③「オペ室探検」④「出棟時の支援」⑤「振り返り」を行った。

【経過】

プレパレーションはその趣旨を説明し、家族の了承を得て情報収集をしながら個別対応で行った。家族は「てんかん」という病気を周りの人たちに内緒にしていたり、家族から患児へ手術について伝えることができないことや、手術自体への不安、といった思いをいただいていた。患児の発達や疾患の特徴が様々であるように家族の病気や治療に対しての思いも様々であった。関わりの中で表出された問題に対してはその都度、対応していった。採血や脳波などの検査に対し、恐怖感がある子どもへは、人形や玩具を使った治癒的な遊びなどを通して、患児の「がんばろう」という思いを引き出せるようプレパレーションを行った。また、家族の抱える不安や思いを傾聴し、精神的支援を行った。

【結果】

プレパレーションを行った後、家族との振り返りの中でプレパレーションが患児の支援にとっても役に立っていると感想が聞かれた。病棟から手術室へ出棟時の支援を行うようになってから、子ども達は自発的に前に進み笑顔で入室しており、見送る家族にも笑顔が見られた。プレパレーションは子どもへの支援のみならず、家族への支援にも有効であると考えられる。

3-4. 難治性てんかん患児に付き添う父母の看護師への役割期待

国立精神・神経医療研究センター病院 3 階南病棟

山崎由美子、塩澤まり子、大柄昭子

【背景】

当病棟は脳外科と小児神経科の混合病棟であり、全国から患者が来院され難治性てんかんの検査や治療を行っている。発作による呼吸抑制や外傷などの二次障害のリスクがあることや、24 時間のビデオ脳波検査では発作を捉えるために減薬や断薬を行うため、より密度の高いケアが必要とされている。我々看護師は患児やその家族が安全・安楽に入院生活を送れるように、日常生活援助に加え、内服管理や発作の観察、発作時の介入などを行っている。また、退院後に家族が自信を持って患児に関われるように患児・家族への指導を行っている。しかし、児の不安軽減には家族の存在は大きいため、一部それらを付き添いの家族に依頼している。先行研究において、看護師への役割期待に関する研究は一般病棟に限られたものであり、難治性てんかんの専門病棟での研究はない。今回、他の病棟にはない当病棟特有の看護師に対する役割期待を明らかにし、難治性てんかんを持つ患児と家族のより良い QOL を支援する手がかりを得るために本研究に取り組むこととなった。

【目的】

難治性てんかん専門病棟に入院する患児に付き添う父母の看護師に対する役割期待を明らかにすることを目的とする。

【対象と方法】

質的帰納的研究。当病棟に入院中の難治性てんかん患児に付き添う父母 6 名を対象としインタビューガイドに基づく半構造化面接を行う。

【今後の展望】

今回の研究で当病棟特有の看護師への役割期待を明らかにし、今後の難治性てんかん患児の周手術期看護の質の向上につなげたい。

3-5. 日常的にできるてんかん患児のリハビリテーションを導入して

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 小児科病棟
木佐貫友香、柳 麻美、山田まどか、尾形美和

【はじめに】

てんかん患児にとってリハビリテーション(以下リハビリと略す)は成長や発達の促進、手術後の機能回復に大きな効果が得られる。しかし、入院中日常的にリハビリを行っている患児は少ない。また患児は、日中寝ている事が多く、夜間眠れず生活のリズムが崩れて発作を誘発している傾向にある。

その原因の1つとして、看護師からの生活のリズムに対する指導不足、情報提供不足が考えられた。患児の成長や発達の促進、生活のリズムの改善を図るために、日常的にリハビリを行うことは効果的であると考え、パンフレットとDVDを作成・導入したので報告する。

【目的】

てんかん患児が日常的にできるリハビリを導入し、患児の成長・発達の促進、生活リズムの改善を図る。

【対象】

定額、寝返り、座位、つかまり立ちができないてんかん患児。

【方法】

入院日の担当看護師が、作成したパンフレットとDVDを家族へ説明してお渡しし、リハビリを実施してもらった。実施期間“H26.5月～11月”、症例数:21例。実施後に家族に対し、入院の目的やADL、パンフレットやDVDの内容について聞き取り調査を行った。

【結果】

聞き取り調査では、「身近にあるおもちゃを使って遊びながらできるリハビリは家でもやりやすい。」や「コミュニケーションにもなるし、子どもが喜ぶので家でもやってみようと思った。」などの意見があった。一方で「具体的に体位変換やうつ伏せからの顔上げのコツのアドバイスがほしかった。」という意見があった。

【今後の課題】

家族の聞き取り調査から、リハビリの導入について良い反応が得られた。しかしスタッフ側の定着不足、説明不足が考えられたため、スタッフが自発的に導入し、今後は受け持ち看護師の関わりとして取り入れていけるよう、病棟でのリハビリの定着を目指していく。マニュアルの修正を行い、リハビリのパンフレットやDVDの活用方法を改善し、更なる充実を図っていく。

3-6. てんかんのある高校生の心理社会的問題 ～てんかんモニタリングユニット入院患者における検討～

¹⁾東北大学てんかん学分野、²⁾同 神経内科学分野、³⁾同 神経外科学分野
岸本百合¹⁾、藤川真由¹⁾、北澤 悠¹⁾、加藤量広^{1,2)}、柿坂庸介¹⁾、
岩崎真樹³⁾、神 一敬¹⁾、中里信和¹⁾

【はじめに】

当院てんかんモニタリングユニット(EMU)では、2013年9月から心理士を中心に心理社会的評価を包括精査の一環として行い、てんかん患者や家族の生活全般における質(QOL)の向上を目指してきた。成人移行期の患者における心理社会的・精神的問題は、小児科から成人科への移行の問題も含め、未だ十分な対応がなされていない。

【方法】

当科では EMU 入院患者の心理社会面・精神面を評価するため、入院1週目のビデオ脳波モニタリング(VEEG)中に自記式スクリーニングと心理士による家族面接を行い、2週目には脳画像検査、神経心理検査に加えて患者への心理面接を行なっている。本研究では、2014年4月から8月に EMU に入院したてんかんのある高校生(16-18歳)11名を対象に、定量化尺度と質的情報を用いた mixed method approach により、患者の心理社会的背景を考察した。主な評価尺度は、抑うつ(NDDI-E)、不安(GAD-7)、QOL(QOLIE-48)、行動(SDQ)である。このうち、NDDI-E で抑うつが示唆された3名(A群)と正常範囲の8名(B群)の2群にわけ、その傾向と特徴を考察した。

【結果】

抑うつが示唆されたA群では、不安症状もB群の約4倍高い値を示した。A群はQOLIE-48においても「総合点」、「ソーシャルサポート」、「学校での行動」の3項目で低下が見られ、SDQでも「情緒」、「仲間関係」、「困難さ総合点」の3項目で困難さが見られた。一方、B群では、評価尺度では問題が指摘されなかったにもかかわらず、自傷行為や希死念慮が報告された患者が2名いた。

【考察】

成人移行期は就労・自立への移行期であり、発作コントロールのみならず、家庭内の環境や将来への不安が精神面に影響する場合もあり、心理社会的問題が多い時期である。この時期に心理社会面・精神面を包括的に精査し、問題抽出から介入に繋げることが、その後の患者のQOL向上を考える上で重要と思われた。また、スクリーニング尺度のみでは問題抽出の感度が不十分であり、質的面接を合わせた評価が重要であると考えられた。

4-1. 躁鬱病・ADHD を合併したてんかん症例における心理カウンセリング経験

- ¹⁾国立病院機構 宇多野病院 リハビリテーション科、
²⁾国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科、
³⁾国立病院機構 宇多野病院 神経内科
 岸田奈緒¹⁾、中野 仁^{2,3)}、木下真幸子³⁾

【目的】

躁鬱病・ADHD を合併したてんかん症例における、仕事・人間関係を見直す目的の心理カウンセリング経験を報告する。

症例：30代男性、普通域知能。血縁にADHD、アルコール中毒、うつ病、パラノイア、躁鬱病、胆道閉鎖症あり。20歳時結婚、22歳で離婚し独居。20歳時長女死亡。

16歳からヒステリー・躁鬱病と診断、22歳時てんかんを指摘されたが治療継続できず。放火未遂や暴力で措置入院歴が複数回あり。28歳てんかんの治療開始、30歳ADHDと診断。

【経過】

人間関係：開始時、治療への動機付けを行い、重大な問題は相談することを約束。疾患教育を行い、治療意欲は高まったが依存的になった。開始後4m恋愛感情が生じたが、患者・治療者の関係を確認した上で継続。10m「母から愛情を受けた記憶がない」と話す。11m人間関係を見直し「少し生きやすくなった」が、同月後半から鬱状態となり関係をリセットしようとした。治療継続中。

情緒障害：5m自殺念慮を示し情緒不安定。ADHD対策にて就業継続を試みたが、辛さから逃れられない苦しさを訴える。1y「死にたいが約束があるから死ねない」と表出。1y6m発作が生じ著しく動揺。1y8m概ね躁的だが抑鬱気分が度々生じた。2y2m物忘れを訴えたが仕事が軌道に乗ると改善。

就職：開始時ホームセンターのアルバイト。4m派遣アルバイトに転職。5m疾患を隠し事務正規職員に就業するが、7m胃潰瘍にて退職、直後バイク修理販売に転職。1y運送アルバイトに転職。てんかんを理由に就職を断られ「てんかんはコントロールできるのに理解されない、ADHDはコントロールできないのに世間受けは悪くない」と話した。1y6m正規職員に転職。1y8mコンビニエンスストアのアルバイトに転職。1y9m荷物運搬業に転職したが発作にて退職。2y2m障害者枠の草むしりに就職し継続中。

【考察】

人間関係：躁状態に友人を作るが鬱状態に関係を断つため、躁鬱の波に惑わされない人間関係の構築を実践。長女に対する「喪の作業」は未解決である為、治療の継続が必要である。

情緒障害：治療者との継続した人間関係によって緩和されたが、特に躁状態にネガティブなイベントが加わると著しく不安定になった。てんかん発作の抑制は精神的な拠り所であり、その出現は非常に強い動揺を与える。

就職：比較的安全なデスクワークがADHD合併例では苦痛となり、継続が非常に困難である。

4-2. てんかん学習プログラム MOSES (モーゼス) の効果に関する調査

静岡てんかん・神経医療センター

山崎陽平、石原己緒光、原 稔枝、田尻 浩、山口規公美、
笠井良修、西田拓司

【目的】

当院では、てんかん学習プログラム MOSES (モーゼス) を臨床現場に即した形で実施している。MOSES はドイツ・オーストリア・スイスの専門家によりてんかん患者が自分の病気を理解し、積極的に病気に向き合い学ぶことを目的として考案されたプログラムであり、心理社会面へのアプローチとして有効性をもつと期待される。

そこで MOSES を受講した対象者にどのような変化が現れるか調査を行った。

【対象】

当院入院中で、てんかん学習プログラムに参加した 25 名 (男性 15 名、女性 10 名、平均年齢 28.2 ± 9.2 歳)

【方法】

1 時間のセッションを計 8 回、運動を計 4 回の合計 12 回のプログラムを実施し、プログラム実施前後に、「てんかんにおける生活の質」質問票 (以下 QOLIE-31P)、てんかん患者の生活・心理・主観評価 (以下 PESOS)、てんかん患者用の神経学的障害うつ病評価尺度、てんかんの知識スケールの 4 つの評価を行い、比較検討した。

【結果】

4 つの評価尺度を MOSES 実施前後で比較したところ、PESOS の「てんかんへの適応」の項目、てんかんの知識スケールで統計学的に有意な得点の向上がみられた。

【考察】

PESOS の「てんかんへの適応」、てんかんの知識スケールが向上したことから、MOSES の効果としててんかんについての知識の向上のみならず、てんかんという病気を受け入れようという心理面の変化が得られたと考えられる。海外の研究では、MOSES を実施することで、てんかんに対する知識、およびてんかんへの対処 (感情の表出能力) が向上することが示されており、今回の調査ではこの研究を支持する結果が得られた。学会当日は MOSES のプログラムの実施状況・問題点等も合わせて報告したい。

4-3. てんかん外科手術後の復職困難に対して対人技能訓練および社会認知訓練を実施した 1 症例

静岡てんかん・神経医療センター リハビリテーション科

長田英喜、春名令子、山崎陽平、鈴木健之、西田拓司

【はじめに】

てんかん外科治療を受けた患者のなかには、手術により発作が抑制あるいは軽減しているにも関わらず、術後の就労に困難をきたしている症例がある。その要因はさまざまであるが、一つの要因として対人技能の問題が挙げられる。今回、術後の復職に困難をきたしている症例に対して、対人技能の問題が復職を阻害しており、その背景に社会認知の問題があるとの仮説のもと、作業療法で対人技能訓練および社会認知訓練を実施した。

【症例】

35 歳女性。21 歳時に側頭葉てんかんと診断された。複雑部分発作と二次性全般化発作が難治に経過した。大学院卒業後、公務員として勤務していたが、発作および上司との関係の悪化などにより当院受診時はすでに仕事を休職していた。34 歳時に右扁桃体海馬切除術を施行。術後に一度、二次性全般化発作があり、発作後精神病を呈したが、その後は発作、精神症状とも経過良好だった。手術前および手術後に職場でのリワークの経験はあったものの、継続できなかった。

【実施内容】

本人との個別のカウンセリング、職業適性検査 (GATB)、職場との連絡調整に加えて、集団で職場対人技能トレーニング (以下 JST) を計 5 回、JST の復習を兼ねて、社会認知に関するメタ認知トレーニングを 8 セッション実施した。開始前後で社会認知等の評価を行った。

【結果】

社会認知では、原因帰属バイアス、問題解決の項目で向上がみられ、また、心理面の向上もみられた。その後、実際の復職に向けて、当院外来でリハビリ継続となった。

【まとめ】

JST およびメタ認知トレーニングにより、本人の心理面と社会認知に対しての効果が伺えた。今後、この効果が実際の復職に結びつくための支援を継続する予定である。

4-4. てんかんの作業療法 ～外科的治療後、発作軽減により社会参加が可能となった症例～

¹⁾NTT 東日本関東病院 リハビリテーション科、

²⁾同 脳神経外科 てんかんセンター

村木 慈¹⁾、鶴ヶ谷沙紀¹⁾、川合謙介²⁾、稲川利光¹⁾

【はじめに】

外科的治療により全身強直発作が軽減し、社会参加への可能性がもてた症例を経験した。てんかん発作以外の障害に対する取り組みが重要である事を考察も含めて報告する。今回の報告に際し、患者・家族より同意を得ている。

【症例】

3歳初発の19歳女子、特別支援学校高校4年生。抗てんかん薬治療や迷走神経刺激療法を行うが入眠中の全身強直発作が残存した。高校3年生頃より強直間代発作が増加し、手術半年前から毎晩出現する事で日中傾眠、作業参加困難など活動制限を認めた。てんかん発作緩和目的に焦点切除(右前頭葉前部離断+脳梁前半部離断)が施行された。術前評価ではWAIS-III言語性IQ80、動作性IQ58、全検査IQ66と知的障害を認めた。身体機能障害は認めなかった。

【経過と結果】

手術後、強直間代発作は消失したが1ヶ月後には部分発作が少ないながらも出現した。術後半年間、全身強直発作は消失した。しかし日常生活は受容的、社会参加は困難であった。母親からは過保護な発言が聞かれた為、外来において本人、母親と個別面談、家族関係や生活・療育指導を行った。結果、本人は自立を意識し、就職活動に取り組んでいる。母親は見守る視点を持つ事が出来た。

【考察】

本症例は意識障害を伴う全身強直発作が消失した事で、日中活動・社会参加への可能性が持てた。しかし知的障害、家庭環境により将来像が持てず、新生活への挑戦や社会参加が困難であった。学校卒業後の生活や社会参加を見据えた精神的介入・社会的支援が自立を促すこととなり、就職活動に繋がったと考える。

【結語】

外科的治療によりてんかん発作が軽減され、社会的参加が可能となる。しかしてんかんに付随して起こる神経障害、知的障害、発達障害、環境問題が重複しており社会参加への壁となっている。他職種連携は重複した障害をもつてんかん患者の社会適応能力が向上するよう支援できると考える。

4-5. 脳炎による難治性てんかん患者に対する理学療法の経験

¹⁾東京医科大学八王子医療センター リハビリテーション部、

²⁾同 脳神経外科

川幡江里子¹⁾、富田千尋¹⁾、新美拓穂¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、
池田幸穂²⁾

【はじめに】

当院は 2013 年にてんかんセンターを立ち上げ、様々な重症度の患者に対しててんかん診療を行うようになり、リハビリテーション(以下、リハ)を必要とするてんかん患者も増えてきている。今回、脳炎後にてんかん重積発作(以下、重積発作)を繰り返した症例に対し、長期に理学療法(以下、PT)を施行した症例を経験したので報告する。

【症例・現病歴】

31 歳男性。X 年 1 月ウイルス性脳炎により重積発作を発症し他院へ救急搬送された。加療後も発作のコントロールは不良であったが、リハ病院へ転院し 11 月に自宅退院した。翌日、重積発作を発症し当院に救急搬送されたが、薬物での発作のコントロールは不良であったため、12 月迷走神経刺激術を施行した。X+1 年 2 月薬剤性膵炎、5 月敗血症と脳膿瘍を併発した。その後、誤嚥性肺炎を繰り返したため、11 月喉頭摘出術を施行した。

【理学療法経過】

X 年 12 月 PT を開始した。当初、感覚性失語、記憶障害等を認めたが、麻痺はなく X+1 年 1 月独歩監視レベルとなった。その後、膵炎や敗血症、誤嚥性肺炎により全身状態が悪化し、重積発作を繰り返した。重積発作の治療中(鎮静下)はベッドサイドにて関節可動域訓練等を施行し、状態が安定したら、筋力強化や車椅子自走、歩行訓練を施行し呼吸機能維持・向上、ADL 向上を図った。結果、全失語や知能低下等は残存したが、長期臥床後も独歩軽介助レベルまで改善した。また、PT を施行中に発作を認めた場合、患者の状態を確認し、大発作や酸素飽和度が 90%以下になった場合は主治医へ緊急連絡するという対応方法を決め、リスク管理を行った。

【考察】

てんかんセンター立ち上げ以前は、発作時のリハの中止基準が不明確であったため、わずかな兆候でもリハを中止していたが、発作時の対応方法を明確にすることで、難治性てんかんの症例に対しても PT を継続することができ、身体機能の維持・向上につながったと考える。

4-6. 当院における成人てんかん患者リハビリテーションの在り方について —看護師に対するアンケート調査より—

¹⁾東京医科大学八王子医療センター リハビリテーション部、
²⁾同 脳神経外科、³⁾同 看護部
富田千尋¹⁾、川幡江里子¹⁾、佐藤麻衣子¹⁾、盛上直美³⁾、
須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、池田幸徳²⁾

【はじめに】

当院は、2013年よりてんかんセンターとして、多くのてんかん患者を受け入れるようになってきた。一般に、てんかんリハビリテーション(以下、リハビリ)については高次脳機能障害や復職支援などの報告は散見されるが、急性期病院でのてんかん診療におけるリハビリについての報告はない。今回、アンケート調査をもとに看護師からみた成人てんかん患者のリハビリの特徴について検討した。

【対象】

成人てんかん患者をケアする病棟(脳神経外科、救命救急科など)の看護師 99名を対象とした。

【アンケート内容と結果】

回答 72名で回収率は 72.7%であった。質問①『成人てんかん患者においてリハビリは必要か』では、「とても必要」「必要」「必要な場合もある」が 98.2%と大半をしめ、『必要と感じる時』は「長期臥床が続いている時」が 86.1%、「身体障害が生じている or 予測される時」が 84.7%となった。質問③『リハビリに期待すること』では、「ADL 維持・改善」「身体的機能維持・改善」が 70%を上回った。また、看護上の注意点は、発作時の対応、転倒転落予防やモニター管理などの発作に関する回答が多かった。脳卒中患者との看護上の違いは、重症度も様々であることや、バイタルサインなどから発作の予測がつかないこと、予後予測の困難さという回答が複数みられた。

【まとめ】

救命救急センターや脳神経外科外来からの入院手段をもつ当院において、てんかん重積発作などの重症度の高い患者から服薬コントロールや手術目的で入院となるような早期に自宅退院可能な患者など重症度は様々である。てんかん患者は、脳卒中患者と異なり運動麻痺などの身体障害はみられないが、長期臥床となる場合にはリハビリが必要と判断される。今回の調査により、当院のような急性期病院では、重症患者はもちろん服薬によりコントロール可能となった患者であっても、発作時のリスク管理や対応をチームで話し合い、廃用性筋力低下や ADL 低下が予測される場合は、早期にリハビリを開始することが重要と思われた。

5-1. 一般病棟におけるビデオ脳波検査時の安全確保への取り組み

東京医科歯科大学 脳神経外科

森 比呂、佐藤由佳、葛野明日香、磯部和美、山崎やよい、
前原健寿、高橋祐子

【はじめに】

当院では近年ビデオ脳波検査目的の入院患者が増加している。前年度の研究により、てんかん患者の二次的外傷を予防するための安全確保が困難である現状と課題が明確になった。ビデオ脳波検査時は内服の減量ないしは中断により発作のリスクが高まるが、発作時に適切な対応と安全確保が行える病棟設備が整っていない。また、経験年数の浅い看護師の割合が多く、てんかん看護に対して十分な知識を持つ看護師が少ないため、安全な環境作りや発作時の迅速な対応が難しい。そのため、患者の行動を過度に制限することで安全を確保してきたという現状がある。

看護師が発作時に適切な対応をとり、患者の安全確保を行うためには、看護師の知識向上に加え病棟設備が整っている必要がある。また、入院生活や検査に関して統一した説明を行うことができるようパンフレットを作成し、患者からの協力を得ることで、より適切な安全確保に繋がると考えた。

【目的】

病棟設備と物品の充実、看護師の知識向上により統一した看護を提供することで、患者の安全確保が適切に行われる。

【方法】

- ・ビデオ脳波検査時に使用している脳波室の環境について改善点を検討した。
- ・病棟スタッフによる勉強会を開催することで、看護師の知識向上と意識改革に努めた。
- ・入院生活や検査についてのパンフレット作成に取り組んだ。

【結果】

脳波室のナースコールや映像モニター、中央配管などの設備面を整備し、ベッドやビデオカメラの配置を工夫することで、検査中の患者の状態を把握しやすくなった。さらに発作時の看護に関する知識向上により、発作出現に対する看護師の不安を軽減することに繋がった。

【今後の展望】

パンフレット導入に向け医師と連携していく。また、パンフレットの使いやすさや活用状況、効果に関して症例を合わせて評価していく。

5-2. 看護師間における発作時の観察点と対応の統一への取り組み ～てんかん教育 DVD を用いて～

独立行政法人国立病院機構奈良医療センター 3A 病棟

伊東亜紀子、小山田圭吾、福元和子、武田奈美、松尾郁恵、
廣瀬喜代子

【はじめに】

当院ではてんかん看護に対する看護師の意識向上や、てんかん発作時の観察や対応の必要性を周知することに取り組んでいる。しかし、実際の発作に対応したことがない看護師もおり、発作時の観察や対応に差があるため、統一した看護ができていない。また、発作観察シートを、実際の発作時に記録として活用できていない現状がある。

【目的】

発作観察シートの見直しとともに、てんかん発作時の観察点及び看護の統一ができる。

【研究方法】

- ① 「てんかん発作 Library」の DVD をスタッフ全員で観て、発作型を確認する。
- ② 「実際の発作事例映像 DVD」を観て、発作観察シートを用いて記録する。
- ③ ②をもとに看護師間で発作時に必要な観察ポイントや対応について話し合う。
- ④ 発作観察シートの使用に関するアンケートをスタッフに実施し、問題点を抽出する。

【定義】

教育 DVD とは、「てんかん発作 Library」と当院でモニタリングされた「実際の発作事例映像 DVD」を指す。

【実施】

期間：平成 26 年 10 月 9 日～平成 26 年 11 月 11 日

対象：N 病院 S 病棟勤務の看護師 26 名

【結果】

教育 DVD を見て発作型を確認した結果、症例に対する発作型の見解には看護師間でばらつきがあり、発作時の対応経験回数に比例して観察ポイントや対応に関する知識に差が出た。また、発作観察シートの使用に関するアンケートにより、観察項目の多さやレイアウトの見づらさという問題点が明らかとなった。

【考察】

今回教育 DVD を活用したことで、視覚的に捉えたものを同じ言葉で表すことがいかに困難で、それは日常の観察においても同様であると感じた。実際に起きた発作事例の映像で、重要な点に焦点を当てて学び、経験回数の違う看護師間で意見を交換したことで、発作型の認識を整理できた。このことは大変有意義であり、今後の観察や対応の技術の向上に繋がると考える。てんかんでは、発作の状況を的確に他の医療者に伝えることが患者の治療に直結している。発作の第一発見者になることが多い看護師が今後、質の高い情報を提供することで、患者へより効果的な治療が可能になると考える。また、従来の発作観察シートの内容は観察項目を網羅したものであるが、瞬時に判断しにくく、見づらいレイアウトのため活用しにくいことが分かった。今後、円滑に記録が行えるための観察シートを検討し改善することで、より詳細に発作時の情報を提供できると考える。

5-3. 入院中でのてんかん患者に対する患者教育が与える影響

静岡てんかん医療センター

田尻 浩、望月香穂里、原 稔枝、石原己緒光、松田春美、
豊泉三枝子、青柳政彦

慢性疾患を持つ患者にとって、疾患に関する知識の獲得や自己管理方法の習得は、病状を安定させ、安心した生活を送るために重要である。また、その教育を行うことは、医療者の大きな役割であり、てんかん患者に対する教育においても、同様である。

現在、静岡てんかん神経医療センターA6 病棟(成人てんかん病棟)では、患者教育として、集団服薬指導(ビデオ学習と服薬管理についてのグループワーク)、医師・リハビリテーション科・ソーシャルワーカーと連携して行っている、てんかん学習プログラム(てんかんの知識・治療・検査・自己管理・リハビリテーション・社会資源の活用などの講義を7回/1クール)やMOSES学習プログラム(グループワークを主体とした、てんかんの心理教育)や、退院後の服薬管理への訓練として段階的に服薬の自己管理を実施している。また、各看護師も、入院生活の中から、個別に患者教育を実践している。このような患者への教育的な関わりの結果、患者の治療に対する意欲や行動に明らかな変容が見られる時がある。しかし、多くの場合では、患者の変容は明確なものではなく、教育的な関わりが患者にとって、どのように有効であったのか分かりづらいのが現状である。

今回、成人てんかん病棟に入院している患者に対して、入院初期と退院直前に、不安感・自己管理への意欲・自己管理への自信・てんかんの受容・健康状況などに関して質問紙による調査を行い、てんかんに関する教育が患者に与える影響について調査したので報告する。

5-4. てんかん患者における効果的な問診票の改善 ～電子カルテ対応版の試み～

国立病院機構 西新潟中央病院

橋口 香、亀田杏子、菊池淳子、中澤美恵子

【はじめに】

当院は新潟県内だけでなく全国各地、また韓国やロシアなど世界各国からも難治性てんかん患者が受診するてんかんセンターである。機能脳神経外科、てんかん科、神経小児科の合計 11 名の医師が外来診察にあたっている。

2013 年からは外来にも院内認定てんかん専門看護師 1 名が配置された。てんかん外来の新患は、完全予約制で毎日 3 名が受診する。新患はまず受付で問診票を記載し、その後看護師がその問診票と紹介状をもとに問診を行った後、医師の診察を受ける。

しかし、以前から使用している問診用紙では、必要な情報が取りきれないため、看護師がさらに情報を追記しなくてはならない。また、発作の状態に関しても問診票に記載されている内容では不十分で、医師の診察で明らかになることも少なくない。そのようなことが、医師の診察時間が長くなってしまいう要因の一つと考えられた。当院の機能脳神経外科外来は新患のほか再来患者も 20 名程いるため新患診察に時間がかかると再来患者の待ち時間に影響を及ぼす現状があった。さらに、問診票の内容をメディカルアシスタントが電子カルテに打ち込むという作業を行うため 2 度手間になっていた。

以上のことから、以前より使用している問診票の改善が必要だと感じていた。そこで必要な情報が取れ、患者や医療者にもわかりやすく、電子カルテへの入力も簡便な問診票を作成することで初診患者の診療時間が短縮されるのではないかと考え研究に取り組んだ。

【方法】

- ① 『てんかん発作の国際分類』に沿って新しい問診票を作成する。
 - ・チェック項目を多くする・患者が記入しやすい・看護師が統一した問診がとれる
 - ・電子カルテに記載しやすい・一目で見やすい
- ② 旧問診票と新しい問診票を用いて看護師、脳外科医の問診時間を計測して比較する。
- ③ 医師、看護師で新旧問診票を使用して意見交換を行う。

【結果】

診察時間・問診内容・方法を検討してさらに問診票の内容を改善した。

5-5. 小児てんかん患者の術前プリパレーションツールの作成

国立精神・神経医療研究センター病院 看護部

武井千果、長浜千秋、大柄昭子

【はじめに】

子どもが主体的に手術を乗り越えるためには、子どもの知る権利を尊重したプリパレーションの必要性が指摘されている。プリパレーションとは、通常「心理的準備」と訳され、子どもが病気や入院によって引き起こされるさまざまな心理的混乱に対し、準備や配慮をすることにより、その悪影響を避けたり和らげたりし、子どもの対処能力を引き出すような環境を整えることを意味している。子どもにプリパレーションが有用であることは、これまで多くの文献などでいわれているが、小児てんかん患者に対するプリパレーションについての先行文献はなく、筆者らの病棟においても、小児てんかん患者に対して術前プリパレーションはほとんど行われていない。小児てんかん患者は知的レベルも様々であり、説明を行うのが難しいことなどがその理由として考えられる。そのため、小児てんかん患者の術前プリパレーションツールの作成を行い、術前プリパレーションを行いやすい環境を整える必要があるのではないかと考えた。

【目的】

当病棟看護師が小児てんかん患者に対して行っているプリパレーションの実際と、術前プリパレーションツールに対するニーズを明らかにすることで、ツールの作成を行う。

【対象と方法】

当病棟での経験年数3年以上の看護師6名に対しグループインタビューを行う。また術前プリパレーションに関する先行文献のレビューを行い、インタビュー分析の結果と合わせて検討し、小児てんかん患者の術前プリパレーションに適したツールを作成する。

【今後の展望】

作成した術前プリパレーションツールを病棟で使用し、評価していきたいと考えている。

5-6. 長時間ビデオ脳波モニタリング検査を受ける患者に写真を取り入れたパンフレットを使用しての効果

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 看護部 3B脳神経疾患センター
上村貴弘、福田香織、牧 裕子、植村郁子、稲田有里

【はじめに】

当院では、ほぼ毎日長時間ビデオ脳波モニタリング検査(以下脳波モニタリング検査)が行われている。初めて検査を受ける患者や家族は、モニタリング室のイメージや検査中の注意点についてイメージ化できずに、入院後に検査中の質問や落ち着いた言動が見られた。患者・家族の検査に対する疑問や不安を取り除き、理解を深めることは円滑に検査を行うためにも重要である。患者・家族が検査をイメージ化し、より理解しやすいように、当病棟でこれまで使用していた説明用紙の問題点を検討し、新たに写真を取り入れ視覚に訴えるパンフレットを作成した。作成したパンフレットを用いて、患者・家族の反応や行動に効果があったのか検討したので報告する。

【目的】

視覚に訴えるパンフレットを用いることで、患者・家族がモニタリング検査に対してイメージ化につながったかその効果について評価する。

【方法】

写真を取り入れたパンフレットに変更した後の、患者・家族の言動を看護記録より収集し、その効果を評価する。

【結果・考察】

看護記録を調査した結果、脳波モニタリング検査を行ったことがない患者・家族から、①写真を見て検査時の自分や部屋の様子がイメージできた、②1日中ビデオに撮られることが予めわかった、③蝶形骨電極留置時に日常生活上で電極刺入部が濡れてしまう可能性がある場面をイメージし注意することができたとの良い反応結果が得られた。

上記の言動からも文字だけの説明ではなく、写真を取り入れ視覚に訴えることで、患者・家族はモニタリング検査に対してイメージ化でき、疑問や不安を軽減できたのではないかと考えられる。

【まとめ】

写真を取り入れたことで検査に対するイメージ化につながった。今後、さらに患者や家族、看護師からの反応を得て、評価・修正を行い、患者が安心して脳波モニタリング検査が行えるように取り組んでいきたいと考えている。

6-1. 臨床検査技師であり、てんかん患者であること

¹⁾国立病院機構 宇多野病院 臨床検査科、²⁾同 神経内科(発作科)
城戸孝夫¹⁾、松本彩郁¹⁾、小林茂昭¹⁾、木下真幸子²⁾

【目的】

臨床検査技師であると同時にてんかん患者であるという立場を経験している一症例を報告する。

【症例】

40歳男性の臨床検査技師。(発症は34歳)病院勤務にて血液・一般検査を担当し、顕微鏡で血液像を鏡検している最中に気分が悪くなり倒れた。

同日に脳波検査と診察を受け、てんかん(焦点発作)と診断された。

【本症例の経験に基づく所感】

勤務上の注意事項：診断を受けた時はてんかんという今まで言われたこともない言葉にとまどいもあったが、てんかんとともに人生を歩んでいかなければと思った。仕事中に特に困る症状は、顕微鏡のピントを合わせていると気分が悪くなることで、横に倒れたこともあった。また、階段を使用すると気分が悪くなりふらつき転んでしまう場合がある。さらに手の震えが出現し、検体を落としそうになることもある。現在、負担のかからない仕事内容を任せてもらっている。

病院業務で気になる点：検体検査を担当して、てんかん患者の血中薬物濃度の測定値を目にする時に、きちんと医師の指示通りに飲んでいるかな、少し忘れてるかな、など検査結果を返す時に思う。

受診時に気になる点：診断されてからしばらくは、診察までの待ち時間、白衣を着て待っている所以他科の患者様や他の医療スタッフにてんかん患者と知られてしまうのではないかと不安になった。

その他の場面：交通事故などのニュースで、報道側はてんかんに偏見を持っていると感じた。献血に行ったときも問診で病歴・診断名、使用薬剤名だけで拒否されたが、前もって教えてもらえれば良かったのと思った。

【まとめ】

本症例は、まだまだ自分は病気について知らない事が多く、それを思うと悔しいのでもう少し勉強しようと思う、との決意を述べた。職種別にも、地域ごとにネットワークを連携して情報交換が出来たらと思う。

6-2. てんかん患者が働きやすい職場環境をつくるために

¹⁾宇多野病院 臨床検査科、²⁾同 神経内科(発作科)

松本彩郁¹⁾、城戸孝夫¹⁾、中西秀俊¹⁾、小林茂昭¹⁾、木下真幸子²⁾

【はじめに】

てんかん患者が社会生活を送るにあたって就業は大切なファクターである。しかし、てんかんという疾患に対して職場での理解が十分に得られず、就業が困難となるケースが間々見受けられる。今回どのように環境を整えればてんかん患者が安心して仕事ができるようになるのか検討を行った。

【目的】

てんかん患者にとってどのように職場環境を整えればより働きやすい環境になるのか検討を行う。

【対象】

当院発作外来に通院し、現在就業を行っている成人患者(40代男性)、およびその患者と同じ職場で働く職員(男性2名、女性2名：平均年齢47.8歳)。後者群には調査対象者だけでなく患者本人にも十分説明を行い、了承を得た。

【方法】

てんかん患者および職員にそれぞれ患者向けと職員向けのアンケート調査を行い、その結果をもとに考察を行う。

【結果】

現在の職場は働きやすいかとの問いに対して、患者から「まあまあ働きやすい」(5段階評価の2番目)と回答を得た。また周囲の職員に理解してもらえているのかという問いには「とても理解してもらえている」(5段階評価の1番目)と回答が得られた。周囲の職員は、てんかんという病気を「十分理解している」(5段階評価の1番目)と25%、「まあまあ理解している」(5段階評価の2番目)と75%の人が回答した。

【考察】

働きやすい環境を作るためには、患者本人も周囲の職員も疾患を正しく理解することが必要である。また発作の種類は様々であり、その誘因となるものはそれぞれ異なる。よって患者は自分の症状や何が誘因となるのか、またどのような仕事は問題なく行えるのかという事を周囲の職員に伝えることが大切である。また、周囲の職員はその患者の症状について理解し、どのような仕事ができるのか、あるいは避けなければならないのか考慮していくことが大切であるち考える。

6-3. 頭皮上脳波で律動的な棘波を認めた症例における HFO 解析

¹⁾東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、²⁾原クリニック、
³⁾東京医科歯科大学脳神経外科、⁴⁾田崎病院
田端 梓¹⁾、原 恵子^{1,2)}、稲次基希³⁾、伊藤なつみ³⁾、川並麗奈³⁾、
橋本聡華³⁾、藤間詩央里¹⁾、松浦雅人^{1,4)}、角 勇樹¹⁾、前原健寿³⁾

【初めに】

限局性皮質形成異常(focal cortical dysplasia ; FCD)は、難治性てんかん原因病変として知られており、FCD 部位より律動的な棘波が観察されると報告されている。一方、てんかん焦点の同定法として頭蓋内や頭皮上脳波で観察される high frequency oscillations(HFO: >80Hz)が注目されている。今回、発作間欠期の頭皮上脳波における律動的な棘波と HFO の関連性について報告する。

【対象・方法】

対象は発作間欠期に先述の棘波が観察されたてんかん患者 3 名とした。発作間欠期の術前頭皮上脳波から律動的棘波が出現した部分を視覚的に同定した後に、時間周波数解析により HFO の活動の出現部位を解析した。

【結果】

病理診断では、全員が FCD type II であった。HFO 解析では、3 名中 2 名で MRI 上の FCD 部位や律動的棘波の出現と一致した電極において、律動的な棘波が出現したタイミングで強いパワー値を持つ HFO の活動を認めた。

【考察】

律動的棘波は FCD type II と関連があるとの報告がある。今回、FCD type II の頭蓋内脳波における先行報告と、頭皮上脳波での律動的な棘波や HFO 解析で得られる結果はほぼ同様であることが確認された。

頭皮上脳波で出現する律動的な棘波に重畳して観察される HFO も FCD type II のてんかん原性を反映するのかもしれない。

6-4. 当院におけるてんかん外科に対する臨床検査技師の関わり

- ¹⁾JA 茨城県厚生連 総合病院土浦協同病院 臨床検査部、
²⁾同 脳神経外科、³⁾東京医科歯科大学 脳神経機能外科
 小山高明¹⁾、菊池千恵子¹⁾、宮本和典¹⁾、山本信二²⁾、前原健寿³⁾

【はじめに】

2011 年の当院てんかん外来開設以来、てんかん患者数が増加傾向にある。当初、臨床検査部の役割は、外来での睡眠時脳波のみであった。2013 年 8 月のビデオ脳波計導入後、終夜ビデオ脳波を病棟で行うようになり、更には手術症例を経験するようになった。今回、手術症例に関わった経験と課題について報告する。

【対象と方法】

ビデオ脳波を行った症例の内、てんかん手術症例を対象とした。初回入院では終夜ビデオ脳波測定により焦点を絞り込んだ。記録中は、病棟看護師との連携の下、発作の報告のあった時間帯をより重点的にチェックし、担当医とともに検討した。また、術者であるてんかん外来担当医が月二回のてんかん外来に来た際に、主要検査データを一緒に判読した。二回目の入院で、脳表電極留置術と病棟での記録、切除範囲決定後の焦点切除術に携わった。高周波律動解析は当院に解析ソフトが無く、術者の所属施設に委ねた。

【結果】

2014 年 10 月現在、ビデオ脳波は合計 54 件に達した。内、5 例(男性 3 人、女性 2 人。年齢 5 才から 40 才)が手術の対象となった。術前診断は皮質形成異常 2 例、海綿状血管腫 2 例、海馬硬化症 1 例であった。初回入院の平均入院日数は 5 日(内、ビデオ脳波記録日数 4 日)であった。担当検査技師は 2 人。手術室での脳波測定は、建物の老朽化もあり、手術機器からのノイズが入りやすく、様々な工夫(発表時報告予定)が必要であった。電極留置術後も病棟で連日(平均 6 日)、ビデオ脳波記録を行った。連日記録されるビデオ脳波の判定を 2 人の検査技師で当日中に行う事は困難な事があり、担当医への報告が遅れがちとなった。

【考察と検討課題】

看護師との連携は効率的な判読に有用であった。より効率のよい検査プロトコール作成、人員配備・育成などが今後の課題である。また、自前の高周波律動測定の導入は焦点同定の迅速化、検査日数の短縮に寄与する可能性がある。

6-5. 当院における長時間ビデオ同時記録脳波検査の現状と問題点

¹⁾順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床検査部、²⁾同 脳神経外科
櫻井銘子¹⁾、小岩井宏子¹⁾、廣田順子¹⁾、澤田洋子¹⁾、近藤裕之¹⁾、
堀井 隆¹⁾、大坂顯通¹⁾、菅野秀宣²⁾

【目的】

近年、てんかんは社会的に注目されている疾患のひとつである。てんかんの診断には脳波異常を伴う発作症状を捉えることが必須であり、長時間ビデオ同時記録脳波検査が有用である。当院では平成 23 年 6 月からてんかん外来が開設された。今回、当院における長時間ビデオ同時記録脳波検査の現状を紹介すると共に問題点をあげ、今後の改善につなげていくため報告する。

【方法】

脳波電極の装着は、土曜日の正午から ICU 病棟にて行っている。脳波計のセッティングは臨床工学技師が行い、脳波の電極装着は臨床検査技師が行っている。装着のチェックと仕上げを脳神経外科の医師が行い、その後のケアは ICU の看護師が行っている。

電極の配置は、10/20 法 (Fz、Cz、Pz は省略) で行い、蝶形骨誘導または T₁、T₂ を追加している。電極の装着は、当初使用していた脳波検査用ペースト (エレフィックス) では柔らかく、電極が外れやすいため PSG 検査時に使用している硬めの Ten20 を使用している。また、心電図の電極に 1.5m の脳波用電極を使用していたが、外れやすいことから 2.9m の生体電極へ変更している。

【問題点】

現状における問題点として以下の 2 点がある。①長時間の脳波記録のため、後頭部に装着している電極 O₁、O₂ 電極の後方から前方にずれやすい。②前頭部 (おでこ部分) の電極 FP₁、FP₂、FPz 部分に伸縮包帯と電極の圧迫により褥瘡が発生しやすい。

【検討事項】

問題点①に対しては、キャップの使用やコロジオン固定など電極が外れにくく、かつインピーダンスを維持できる方法を検討する必要がある。問題点②の褥瘡の発生防止には、ペーストの量を増やして電極が直接皮膚に当たらないようにしている。また、皮膚抵抗を低下させるために酒精綿とスキンプュアを使用していたが、濡らしたガーゼとスキンプュアへ変更している。変更後の褥瘡の発生状況をみて更に検討していきたい。

6-6. 中核病院でのてんかん診療の取り組み

¹⁾東京医科大学八王子医療センター 中央検査部、²⁾同 脳神経外科

大友 舞¹⁾、脇田由香¹⁾、中川淳子¹⁾、坂下圭史¹⁾、鎌倉俊太郎¹⁾、
原田かおり¹⁾、小林千穂¹⁾、小山正晴¹⁾、須永茂樹²⁾、神保洋之²⁾、
池田幸穂²⁾

当センターは、八王子市 57 万人を含めた南多摩医療圏 142 万人の中核病院として「先進医療」と「地域医療」の両者の機能を果たしている。現在診療科 34 科・許可病床数 610 床の総合病院として、三次救命救急センター・災害拠点病院・感染症指定医療機関・がん診療連携拠点病院の指定を受けている。2012 年 6 月 1 日よりてんかん診療が開始された。今回、てんかん診療開始前後の脳波検査件数および検査内容の変化が見られたので報告する。

2010 年 1 月～2013 年 12 月に当センター中央検査部に依頼された脳波検査において、各年の睡眠脳波・覚醒脳波・ポータブル脳波の依頼件数の科別(脳神経外科・神経内科・小児科・救命救急科他)の脳波件数を集計した。脳波検査の総数は 2011 年 693 件から 2013 年 994 件へ増加した。2012 年 6 月、てんかん診療を開始する前は、脳神経外科依頼の睡眠脳波は 0 件であったが、てんかん診療開始後約半年で 137 件に増加した。2013 年は 248 件に増加した。救命救急科依頼の睡眠脳波も 2013 年では 14 件に増加し、2014 年 11 月現在、睡眠脳波は 55 件に至った。

救命救急科依頼の睡眠脳波が増えた要因として、非けいれん性てんかん重積状態などの症例を疑い、脳波検査を行なうことが多くなったためと考えられる。また、当センターを受診するてんかん患者数も増加したためと思われる。詳細なデータと共に文献的考察を加えて報告する。

7-1. 当院におけるてんかん看護の現状と課題

近畿大学医学部附属病院 看護部 80 病棟

林 真由美

当病棟は、てんかんセンターの機能も持ち、年間約 60 名の患者が入院している。主な入院目的は、手術加療が前提であるモニタリング例が多い。内訳は、病変切除術などの根治手術前の電極埋め込み術を行った頭蓋内モニタリング、迷走神経刺激術や脳梁離断などの緩和手術例に対する頭皮モニタリングなどである。年齢は、幼児期から成人、老年期と発達段階も様々であるが、ひとつの病棟で対応している。

そのような中、てんかん外科看護の役割として、てんかん診断の補助、患者看護、患者教育などが求められ、自施設においても、発作時の観察や対応、電極埋め込み術による脳波モニタリングにおいては精神的苦痛を伴う検査であり精神的支援ができるように努めている。

しかし、発作時の観察、対応においては看護師間で統一した関わりができていない、もしくは患者や家族任せになっていることがある。脳波モニタリングにおいては、日常生活に制限が強いられている中で少しでも患者のニーズに応じられているのか、退院指導、社会資源の活用など、てんかん看護において、まだまだ課題が山積みである。

今回、自施設におけるてんかん看護についての現状と課題を考察した。その結果、発作時の対応、モニタリング時の看護において新たな取り組みの必要性を見出し、現在実践している内容について報告をする。

7-2. 外来看護師による「てんかん指導」の取り組みから見た現状と課題

独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター

楢谷佳代、藤田美幸、井上淳子、星田 徹

外来で「てんかん」と診断された患者は、その場で医師から診断を告げられたあと、医師から疾患の詳細、注意点について説明を受けている。しかし告知された直後で患者はショックが大きく、説明が十分に受け止められず、不安を抱えたまま帰宅した事例があった。そこで当院では 10 月から「てんかんセンター外来」において看護師によるてんかん指導を開始した。この取り組みの現状と今後の看護の課題についてまとめた。

指導内容の統一を図るために、てんかん指導医監修の基、看護師相互でてんかんの疾患・生活指導について全員が講師になる形で勉強会を行った。そして指導体制を整えるために外来予約時間、勤務体制の整備、プライバシー保護のための面談室確保について調整した。指導対象は 1) てんかんの告知を受けた患者・家族、2) てんかんに対する知識が十分でないと主治医が判断した患者・家族とした。指導する看護師は診察・告知に同席し、医師の説明内容、患者・家族の反応を把握したうえで介入した。1 回の指導を約 30 分前後と設定し、医師から指示された指導を行い、患者・家族からの質問や疑問に対応した。そこから患者の抱える不安や問題について情報を得、医師と連携を取って不安を軽減できるよう介入した。

実際の指導では、医師から指示を受けた指導内容以外の質問に回答することもあった。診察の場ではなく、場所を変えて看護師から再度指導を受けることで、診察では言えなかったこと、落ち着いてから気になったことなど、患者個々の抱える不安の表出の場となっていると思われる。しかし、患者や家族からは、「就職の問題」や「家族間の問題」といった、看護だけでは解決できない内容の相談や不安の表出があり、他科受診の打診、心理療法士、医療社会福祉士の介入を医師に相談していくことも必要であるということが見えてきた。

医師からの告知後、看護師が指導として介入することで、必要な知識を取得し、必要とされる専門分野へと橋渡しがされ、より安全で安心できる生活へとつなげていくことが今後の課題である。

7-3. てんかん発作の判断能力向上を目指した検討会から見た現状と今後の課題

社会医療法人 医仁会 中村記念病院

小柳久美子、高橋美香、栗林淳子、三河夏子、溝渕雅広

【はじめに】

てんかん発作の観察を標準化し適正な治療や看護に役立てる目的で、てんかん発作観察シート(以下SAS)を使用している。今回てんかん発作の観察を適切に行う為、発作ビデオの視聴による検討会を継続的に行い、看護師の判断能力の向上を目指した。

【目的】

看護師のてんかん発作の判断能力を検討会での学習結果をもとに把握し、今後のてんかん看護に役立てる。

【対象と方法】

神経内科(EMU 設置)病棟に所属する看護師 17 名を対象として検討会を 4 回実施した。検討会は毎回 7~9 名の参加で、EMU 入室患者 15 症例の発作ビデオを視聴し、各自が SAS を記載した。各発作について専門医からの解説を受けそれを採点基準とし単純集計した。SAS 項目のビデオでの観察が可能な「発作時の状態」「頭・身体回旋」「運動症状」「発作の反復」の 4 項目について検討した。

【結果】

項目別の正答率は、「発作時の状態」が 68.6%、「頭・身体回旋」が 36.4%、「運動症状」が 45.7%、「発作の反復」が 36.4%だった。項目別の未記入率は、「発作時の状態」が 24.5%、「頭・身体回旋」が 44.9%、「運動症状」が 15.2%、「発作の反復」が 50.0%だった。このうち「運動症状」の項目は、自動症が 38.9%、間代が 35.9%、強直が 57.2%、強直間代が 61.1%だった。4 回の検討会ごとの正答率は第 1 回が 50.6%、第 2 回が 52.5%、第 3 回が 42.8%、第 4 回が 28.5%だった。

【考察】

SAS の記載方法や各項目の定義が周知されている事を前提に、発作ビデオの視聴による検討会を実施してきた。しかし項目・内容により、それらが周知されていない事が示唆された。適切なたんかん症状の観察には継続的な学習が必須と考える。今後は、正答率が低かった項目に関しての集中的な研修会の実施や、SAS を記入しやすいよう改定していく事が必要であると考えます。

7-4. 東京都立神経病院てんかん総合治療センターにおけるてんかん患者への看護の現状と今後の課題について

¹⁾東京都立神経病院 看護科、²⁾同 脳神経外科、

³⁾てんかん総合治療センター

吉田信樹¹⁾、秋山祥子¹⁾、遠藤知行¹⁾、片貝美鶴¹⁾、小林則子¹⁾、
寺山明伸¹⁾、政本純子¹⁾、森野道晴^{2,3)}

当施設では選択的海馬扁桃体摘出術や側頭葉切除術、海馬多切術、脳梁離断術、大脳半球離断術、軟膜下皮質多切術(MST)、迷走神経刺激術(VNS)などすべての難治性てんかんに対する手術治療法を実践している。平成 21 年より難治性てんかん患者 432 例の手術治療を行い、80%以上の発作消失率を認めている。現在、「医師・看護師カンファレンス」を週に 1 回、看護スタッフの勉強会を年 6 回、学会発表を年 2 回(平成 25 年度実績)実施している。てんかん患者の転倒事故防止対策として、保護帽の着用、肘掛け椅子やベッド柵保護の使用、高柵ベッドなどの使用により対応し、発作が高頻度で起こる患者に対しては観察を強化し、棟内の病室配置の工夫や活動中の付添い、車椅子での介助を行っている。精神発達遅滞の強い患者に対してはセンサーマットを設置して安全を図っている。クリニカルパスを使用して統一した看護実践を心掛け、特に脳梁離断術後の離断症状のある患者への看護実践には力を注ぎ、退院後の社会生活についてソーシャルワーカーと業務連携を積極的に行っている。平成 26 年度から都立病院改革推進プランとして神経疾患のなかでも有病率の高いてんかん患者の総合治療に積極的に取り組むことが決定し、手術治療を中心としたてんかん発作抑制により患者の社会生活の質向上を目指した「てんかん総合治療センター」を立ち上げた。これを契機に精神症状を伴うことが多いてんかん患者の看護をさらに充実させるため、医師と看護師による「てんかんワーキング・グループ」を立ち上げた。今回、てんかん患者に対する看護について問題点を掲げ、看護の現状を把握し、今後の課題について検討する。

7-5. 一般病棟でのてんかん看護の確立への課題：スタッフ教育ツールの作成

東京医科歯科大学看護部

山崎やよい、磯部和美、佐藤由佳、森 比呂、葛野明日香、
高橋祐子

【はじめに】

てんかん患者の入院数が増えている中、当病棟ではてんかん看護に対する教育ツールはなく、個々の自己学習やスタッフの経験、医師からの情報などを基に看護を行っていた。昨年度より病棟内でてんかん看護についての学習班を立ち上げ、スタッフのてんかん患者への意識調査を行ったところ、苦手意識を持っているスタッフが半数以上であった。てんかんへの知識不足から不安を感じているという意見も多く聞かれた。今後も、新規採用・人事異動などで 1 からてんかんを学ぶスタッフに対しても対応出来るよう、てんかんの知識を向上し看護実践にいかせるような病棟での教育ツールを作成したいと考えた。

【目的】

一定レベルのてんかんの知識・看護をスタッフ間で共有できるように、てんかん看護に対する教育ツールを作る。

【方法】

- ・ 昨年・今年実施した聞き取り調査を基に、スタッフの苦手とする部分を明確にする。
- ・ てんかん発作の種類や注意点などわかりやすい学習教材の検索。
- ・ てんかんの勉強会の開催
- ・ 脳波カンファレンスへの参加

【考察】

脳疾患症状から起こるけいれんに対する看護は経験を積んでいる。しかし昨年とったアンケートより、てんかん患者が抗てんかん薬を中止している際に発症するてんかん発作には知識が不足しており恐怖心や苦手意識があるという結果が得られた。そこで、スタッフに対しててんかん発作の種類や程度、薬の知識や安全対策に対する勉強会を開催した。その際、DVD を用い実際にてんかん発作が起きている様子がわかるようにした。勉強会後のアンケートでは、てんかん発作に遭遇したことがない新人看護師からは発作の様子がよくわかったという声や、てんかん患者が行っている検査・薬の概要を理解することができたという意見が出た。DVD を用い視覚的に訴えたことで、実際にてんかん発作に遭遇していないスタッフでも、どのような点に注意し観察を行い、安全対策をとればよいのか具体的に考えるきっかけになった。

全スタッフが、てんかんに対して一定のレベルの知識・看護を共有するため、病棟内で共通に学習することができる教育ツールを鋭意作成中である。

7-6. てんかんセンター開設 1 年目の取り組みと課題

¹⁾NTT 東日本関東病院 看護部、²⁾同 脳神経外科

佐藤泰史¹⁾、井林賢治²⁾、畑山勝彦¹⁾、高工愛美¹⁾、山田由美¹⁾、
宮崎由紀¹⁾、松尾 健²⁾、川合謙介²⁾

当院は東京都内に位置するベッド数 592 床の急性期病院で、外来患者数は 1 日平均 2100 人が来院、平均在院日数は 10.6 日である。てんかんセンターは脳神経外科川合部長の就任を機に 2014 年 4 月に開設された。2014 年 4 月よりてんかんチームとして医師、薬剤師、言語療法士、理学療法士、作業療法士、看護師により活動を開始。入院病棟は脳神経系の混合病棟(脳神経外科、脳卒中センター、神経内科)でベッド数は 46 床となっている

2014 年 4 月から 2014 年 11 月までの間に延べ 27 人のてんかん患者が入院した。内訳(ビデオ脳波 23 人、迷走神経刺激装置挿入術 5 人、迷走神経刺激装置交換 2 人、焦点切除 5 人、脳梁離断 1 人) てんかん患者がスムーズに受診～入院～退院まで安全に治療、検査、看護が受けられるように当院が 1 年間で行ってきた活動と成果を報告する。

てんかん医療を提供していくにあたり課題となったのは①スタッフのてんかんに対する知識の不足②病棟看護師のてんかん発作時の対応の知識の不足③初診診察時の円滑化④多職種との連携の取り方⑤急性期病院の中で、てんかん患者に対してどこまで関わっていけるのかである。てんかんチームで課題を検討し、④については、元々急性期脳卒中リハビリ、転院、在宅調整が多くが多職種との連携はとれていたため、①②③に焦点を絞り取り組んだ。

まず多職種スタッフを対象にてんかんの勉強会をシリーズで実施。それと併行し、問診票とビデオ脳波、迷走神経刺激装置(VNS)挿入術のパンフレットを作成した。問診票やパンフレットを活用することで、てんかん発作の状況が効率的かつ必要な情報が漏れなく取れるようになり、オリエンテーションの統一化を図ることが出来た。また迷走神経刺激装置(VNS)挿入のクリティカルパスを作成し活用している。ビデオ脳波クリティカルパスも現在作成中。ビデオ脳波実施時の病棟における患者への安全管理の実施、評価、修正と、てんかん発作時の対応の評価を随時行っている。

今後の課題として、以下に取り組んでゆく予定である。現在、病棟でのてんかん医療の知識・看護は浸透してきているものの、発作時の対応にまだばらつきがあるため、今後ではてんかん発作時の対応をマニュアル化し作成することで、誰もがあわせて対応できるようにすることを検討中である。また、これまでの入院患者は成人期以降の患者が多かったが、小児患者も継続して入院治療の対象となることが予想されるため、小児期の看護も習熟する必要がある、患児が安全に入院生活を送るための対応策や学習プログラムの充実を検討している。

8-1. 小児期てんかん患者に対するソーシャルワーク介入について

鹿児島大学病院 地域医療連携センター

石原新美、馬場美穂子、道園久美子、丸山慎介、花谷亮介
有田和徳

【目的】

小児には、成長発達があり、その段階に応じて家族内や社会における役割や環境の変化、家族への影響、社会への適応などが問題となる。そのため、様々な場面や環境において、病気をもちながら生活することについて、課題が生じる。その順応する過程において、専門的な支援が重要であると考え。ソーシャルワーク介入においても、小児のてんかん患者は大人のてんかん患者に比べて特別なサポートを必要としている。小児分野担当のソーシャルワーカーとして小児期のてんかん患者に関わった経験から、小児期てんかん患者に対するソーシャルワーク介入について考察する。

【方法】

2013 年度から介入した小児のてんかん患者の支援内容について、経済面、身体的・知的・精神的障害、療育環境、就学、在宅サービス、社会的問題、家族への負担の項目について、これらがどのように患者・家族へ影響しているのかを分析する。明らかになった影響や問題点に対して、どのようなソーシャルワーク介入をしたか、または必要だったかについて考察し、必要な支援について整理する。

【結果】

事例を分析した結果として、医療費・生活費の問題、社会資源の不足、社会的理解の不足、学校との連携、介入のタイミング等について、ソーシャルワーク介入におけるポイントがあることがわかった。また、これらの介入は、多職種・他機関での連携を行い、総合的な介入を行うことが重要である。

【考察】

鹿児島県においては、社会資源が少なく、希望するサービスを受けることが難しいこともあった。さらに、小児分野における制度やサービスをコーディネートする人が不足であるため、それらに結びつくまでに時間と労力がかかる。また、ケアマネージャーのような利用状況を評価する人がいないために、制度やサービスを適切に利用していないこともある。てんかんに対する社会的理解を得られないことが、差別や家庭内での閉塞感やストレスにつながり、精神的な負担につながっていると考えられる。

8-2. てんかんを持つ乳児期の子どもと家族への支援から学んだこと

四国こどもとおとなの医療センター 地域医療連携室

福田育美、栗尾梨乃、田中悠乃、松尾亜希子

【はじめに】

てんかんを乳児期に発症した場合、子どもの成長発達への影響や、将来の不透明さから家族の困惑や不安は大きいことが予測され、対応により一層の注意が必要となる。今回、疾患や発症までの経過、成長発達に違いはあるが、乳児期にてんかんを発症した児に対する、家族の受け止めや診療に対する姿勢、理解、サポートの差などについて、2つの症例を通して経験したことに考察を加えて報告する。

【症例 1】

2歳6ヶ月の男児。生後10ヶ月発症。胎児期より水頭症を認め、重度の精神運動発達遅滞の可能性があると診断された。母親、家族共に出産に対する不安が強く、出産後も児の将来や成長発達に不安に感じていた。てんかん発作が起こったときも、新たな疾患に対する受け入れが不良であった。MSWとしては母親に十分すぎる疾患への知識と理解があったため、生活が治療中心ではなく、子育てとして考えられるように支援した。

【症例 2】

1歳7ヶ月の男児。母親16歳で出産、独身。生後8ヶ月発症。出生後、食道閉鎖、鎖肛があり、出生後、鎖肛に対し人工肛門造設術施行。頭部CTで結節性硬化症と診断された。母親はストーマケアを行いながら、子育てを楽しんでいた。てんかん発作が起こったとき、母親以外の家族は、成長の遅れや、薬服用の必要性を受容し、母親にサポート的に関わっていた。MSWとしては、母親の愛着形成が十分にあり家族の支援も行われていたため、疾患に対して母親へ受診の必要性や治療方針等の理解を深められるよう、祖母を巻き込み支援した。

【考察】

乳児期においては、疾患の有無に関わらず、子どもとの愛着形成がスムーズに育まれるように支援する必要がある。てんかんを有する児においては、発作の治療に焦点を当てるだけでなく、子育てを楽しんでいるように支援することが大切である。MSWとして、両症例ともてんかん発作のない時期より介入し、医療・福祉サービスの案内と早期に地域関係者の関わりを始め、その連携においても、院内の支援内容を具体的に提示し、疾患と治療方針等について詳細に情報提供するように努めた。

8-3. てんかんセンターにおける相談支援体制の考察

NTT 東日本関東病院 てんかんセンター、総合相談室

原田とも子、井手宏人、中山範子、江口美奈子、村上 健、
井林賢志、松尾 健、川合謙介

【目的】

当院にてんかんセンターを設置して半年が経過したが、患者への相談支援体制は模索段階にある。そこで、てんかん患者にはどのような相談ニーズがあり、制度を活用しているか等を明らかにすることにより、相談支援体制の課題を考察する。

【方法】

1)2013年9月～2014年9月に相談支援を行った脳外科のてんかん患者を対象に(主病名がてんかんの患者)、電子カルテ記録から、相談内容、仕事の有無等の生活情報、制度活用、ソーシャルワーカーによる情報提供した制度について調べ、マトリックス表により集計する。2)2事例の分析を行い、1)、2)の結果から考察を行う。

【結果】

相談支援は18名に行った。入院9名、外来9名、男性9名、女性9名、年齢は20～60歳が15名(83%)であった。相談内容(複数回答)は、制度6名、経済4名、就労4名、退院3名であった。仕事有は6名、5名は仕事があったが退職していた。20歳前発症の患者は10名であったが、制度活用は、自立支援医療を43%が取得、障害年金の取得を確認できた患者も少なかった。長年多くの医療機関を受診してきたが、制度の情報提供がなかった患者や、手帳申請のために、リハビリテーション科で高次脳機能障害の評価を行ったが、申請段階で患者が躊躇したケースもあった。

【考察】

制度活用が少ない要因は、①患者が制度を知らない。②医師が制度申請の時期に障害の評価を行い、情報提供することが難しい。③ソーシャルワーカーも障害の見極めが難しい。④“精神障害”に抵抗があり、申請しない患者もいると思われた。特に無職の患者には、経済的支援の制度に該当するか、就労支援も必要かを評価し、支援していくことが望ましいと思われた。

【課題】

制度情報を患者へ提供していくためには、問診票による制度の確認、チームで評価する等の仕組みの導入が課題として挙げられた。さらに、患者をチームでサポートしていくためのカンファレンスの必要性も示唆された。

8-4. 症候性てんかんに対するカルバマゼピンの初期投与の現状

長崎医療センター

青木孝喜、田中 誠、植村 隆、東島彰人

【目的】

長崎医療センター(以下、当院)は年間約 14,000 名(内ヘリコプター搬送：約 800 名)の患者を受け入れ救命救急センター有する病院である。救命救急の患者疾患は多岐に渡っており、外傷や脳卒中疾患等の受け入れ症例もある。その外傷や脳卒中に伴うてんかん症状出現も少なくなくその際にカルバマゼピン(以下、CBZ)が使用される。しかしながら、血中濃度を測定すると適正範囲から逸脱する症例が散見されていた。CBZ は肝代謝薬物であり薬物相互作用がある薬剤の一つである。救命救急センターでは、多岐に様々な医薬品が同時に使用されているため相互作用もその要因の可能性もある。今回、外傷、脳卒中にて当院に入院し症候性てんかんとして診断され CBZ を処方され血中濃度を測定した患者を抽出し血中濃度とのその他の関連性について検討した。

【方法】

2013 年 11 月～2014 年 10 月の 1 年間に当院に CBZ 濃度を測定した外傷性、脳卒中による症候性てんかん患者を対象とした。CBZ の初期投与量と血中 CBZ 濃度の相関性を観察し、その相関に関して様々な要因を検討した。

【結果・考察】

該当患者は 51 人。(男 31 人、平均年齢 59.9 歳、女 20 人、平均年齢 62.5 歳)。初期投与量は 400mg 16 名、300mg 2 名、200mg 31 名、100mg 2 名であった。検討項目としては肝機能・腎機能・性別・疾患別・併用薬の検討等を行った。

今回の結果から初期投与量と血中濃度には相関性があるが、それから逸脱している例も少なくなかった。逸脱した例の要因を考えたところ、血中濃度測定が投与開始から 2 週間以上経過しており、代謝酵素の自己誘導があったのではないかと推測できた。またフェニトイン(PHT)、フェノバルビタール(PB)を併用してある症例で血中濃度が低くなる傾向が見られたことから、これらの症例でも代謝酵素が関係しているのではないかと推測した。

8-5. てんかん患者の服薬アドヒアランス向上にむけた薬剤管理指導に関する検討

- ¹⁾ 日本医科大学武蔵小杉病院 薬剤部、
²⁾ 日本医科大学千葉北総病院 薬剤部、
³⁾ 日本医科大学武蔵小杉病院 脳神経外科、
⁴⁾ 日本医科大学 脳神経外科
松岡順子¹⁾、今村真沙美¹⁾、野口周作¹⁾、笠原英城¹⁾、浦 裕之²⁾、
福田恵子²⁾、太組一朗³⁾、喜多村孝幸³⁾、森田明夫⁴⁾

【背景】

てんかんの有病率は、0.8%程度といわれており、日本では約 100 万人のてんかん患者がいると推定されている。また、薬物治療はてんかん治療の大部分を占め、患者の約 70%は適切な薬物治療で発作消失を得ることができる。そのため、薬剤師は薬剤管理指導により服薬アドヒアランス(以下、アドヒアランス)向上に寄与すべきである。今回、てんかん患者のアドヒアランスにどのような因子が影響を与えているのかを調査し、効果的な薬剤管理指導の方法について検討を行ったので報告する。

【方法】

てんかん治療におけるアドヒアランスに影響を及ぼしている要因について、主に海外での文献をもとに調査を行った。

【結果】

てんかん患者の 20~50%はアドヒアランス不良であった。アドヒアランスに関連する主な因子としては抗てんかん薬の服用回数の多さや煩雑さ、副作用、精神疾患の併発、医師とのコミュニケーション不足などが挙げられた。

【考察】

今回の調査でさまざまな因子がアドヒアランスに影響していることが明らかとなった。そこで薬剤師は薬剤管理指導の際、患者ごとにアドヒアランス低下因子を評価する必要があると考えられる。例えば服用回数の多さや煩雑さがアドヒアランス低下因子として働いている場合、薬剤師は患者が実行可能な服薬計画を医師に提案することが必要である。当院では平成 26 年 10 月より薬剤師が全病棟に配置され、より積極的に薬物治療に関われるようになった。今回得られた知見をもとに、患者のアドヒアランス向上を目的とした薬剤管理指導を充実させていきたいと考えている。

8-6. 病棟における持参薬を含む抗てんかん薬の使用実態調査と問題点

東京医科歯科大学医学部附属病院 薬剤部

四元美和、森 美奈子、高橋弘充

【目的】

2003年に特定機能病院を中心にスタートした入院医療費包括制度は医療の標準化と医療費適正化を牽引し、在院日数の短縮、後発医薬品の拡大、入院での持参薬の積極的な使用といった環境変化をもたらした。そして、そのような背景の中でより高度な薬の安全管理の必要性から平 24 年度診療報酬改定において病棟薬剤業務実施加算が新設され、当院においても病棟専任薬剤師が配置され、全入院患者を対象とした持参薬の鑑別等の業務を開始した。ここでは、脳神経外科病棟専任薬剤師の立場から「抗てんかん薬」を中心とした持参薬の実態と使用状況、院内薬への切り替え等によっておこる問題点とその対策について報告する。

【方法】

調査データは 2014 年 4 月から 10 月までの当院 A10(脳神経外科病棟)における院内処方、持参薬処方データを用い、抗てんかん薬としては日本標準商品分類番号より薬効分類 113：抗てんかん薬を対象として使用状況を解析した。

【結果】

入院中に抗てんかん薬を処方した 106 名中 46 名、43.4%の患者が持参薬から継続して使用していた。また、持参薬処方てんかん薬を使用した 78 名の患者のうち 32 名、41.0%は持参薬のみを使用し、59%の患者については持参薬からの追加または変更が行われていた。この中には錠剤・カプセル剤の経口投与が困難となり散剤等への変更患者も多く、その際に経管チューブの閉塞などの問題も起こっているため、薬剤師と看護師と医師の協力により簡易懸濁法による投与を検討しています。

【考察】

持参薬の使用は抗てんかん薬という特性からもその使用率も高く、その鑑別と安全は運用については多くの労力を必要とするため、病棟薬剤師の役割は大きい。また、薬剤の追加変更時、特に経管投与による錠剤から散剤への変更時には簡易懸濁法の利用も有用な手段であり、病棟での標準化を推進していきたい。

MEMO

Your choice of sealant matters

SEAL TO HEAL



DuraSeal[®] is the dural sealant that strengthens your repair and supports the body's natural healing process.

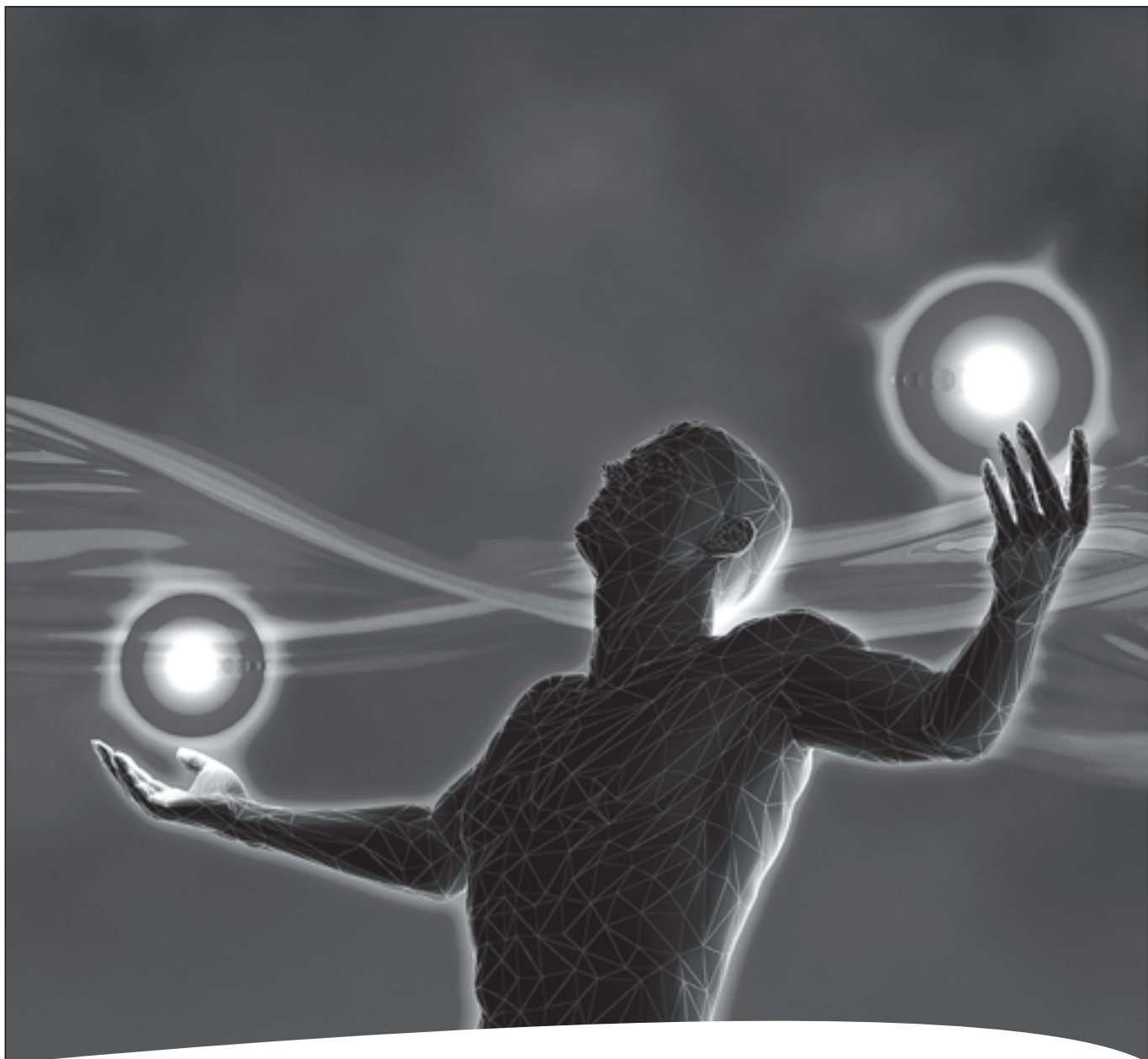
Please see DuraSeal[®] Instructions for Use for more information.

DuraSeal, Integra, and the Integra logo are registered trademarks of Integra LifeSciences Corporation or its subsidiaries in the United States and/or other countries.

© 2014 Integra LifeSciences Corporation. All rights reserved.

インテグラジャパン株式会社

〒106-0047 東京都港区南麻布4-11-22 南麻布T&Fビル 8F
TEL: 03-6809-0235 FAX: 03-6809-0236



毒薬 処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

抗悪性腫瘍剤

薬価基準収載

テモダール[®]カプセル
20mg/100mg

テモゾロミドカプセル

Temodal[®]

毒薬 処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

抗悪性腫瘍剤

薬価基準収載

テモダール[®]点滴静注用
100mg

注射用テモゾロミド

Temodal[®]

★「効能・効果」、「用法・用量」、「警告、禁忌を含む使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元 [資料請求先]

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア

Tel.(03)6272-1001 Fax.(03)6272-9136

<http://www.msd.co.jp/>

【MSDカスタマーサポートセンター】

医師、病院薬剤師の方 0120-024-961

〈受付時間〉9:00-17:30 (土日祝日・当社休日を除く)

2014年6月作成
TEM14AD033-0619



特定生物由来製品 処方せん医薬品^{注)}

生理的組織接着剤



ベリプラスト® P コンビセット 組織接着用

Beriplast® P Combi-Set Tissue adhesion

薬価基準収載

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

★効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

資料請求先：

CSLベーリング株式会社 くすり相談窓口

TEL:0120-534-587 FAX:03-3534-5861

製造販売（輸入）：

CSLベーリング株式会社

〒135-0062 東京都江東区東雲一丁目7番12号

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

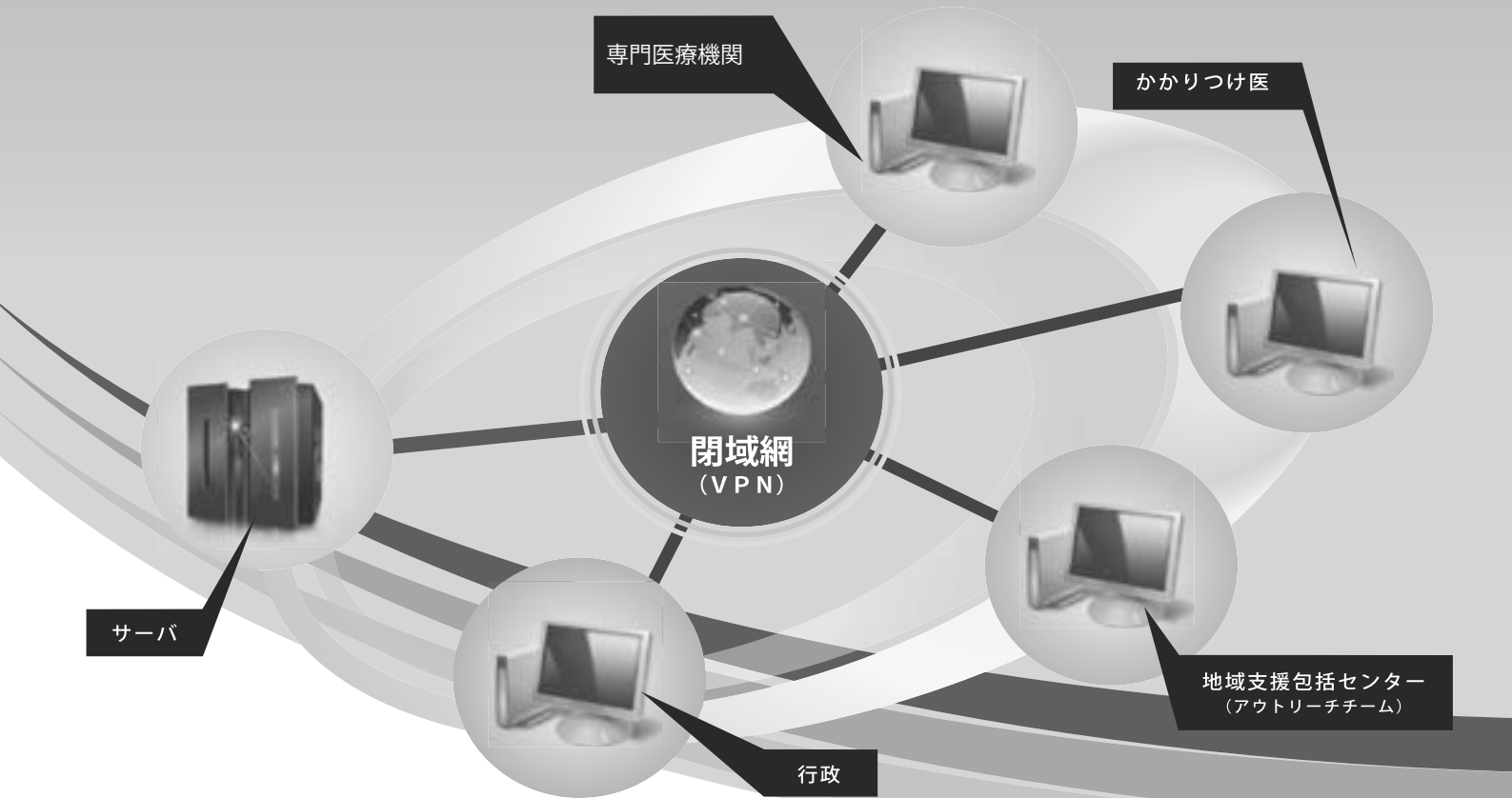
一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに応えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

D I C S

Dementia Integration Care System
 認知症統合ケアシステム



認知症のより効果的なケアのためには、

1. 他職種間連携やケアチームの情報共有
2. 認知症の初期から終末までを一貫して情報管理
3. 本人の課題解決や、周囲の問題・課題の解消体制等

認知症初期集中支援チームのシステムについて (オプションにて提供予定)



地域包括との連携イメージ図 (オプションにて提供予定)

地域包括支援センターに登録されている、認知症の疑いがある住民を認知症ケアシステムと連携します。



今後のシステム拡張性 ~既に連携体制が整っている地域~ (一部オプションにて提供予定)

役割分担により、サイクルを確立するとともに、データ蓄積が可能となります。

フェーズ	役割	DICS
相談	包括支援センター or 認知症疾患医療センター	共有情報としてインテークに入力
計画	認知症疾患医療センター	追加インテーク及び「認知症療養計画書」作成
記録	かかりつけ医 or 訪問看護ステーション 認知症対応型介護施設等	支援経過記録 ケース記録を記入 ・バイタル (オプション) ・検査項目 (オプション)
報告 (結果)	退院時等 家族	経過報告書 「計画時と最終の比較表」 +ケアアドバイス表 (オプション)

日本光電グループ

BeneFicks 株式会社 **ベネフィックス**

本社 〒110-0014 東京都台東区北上野1-6-11 ノルドビル5階
 TEL: 03 3843 1717 FAX: 03 3843 1777

<http://www.beneficks.com>

Multimodal Analysis for Epilepsy

ミュキ技研は高密度脳波と画像解析で
てんかん診断をサポートします。

高密度センサ脳波計 Dense Array EEG

ホールヘッド型センサネット電極で脳波の新しい時代がスタートしました。



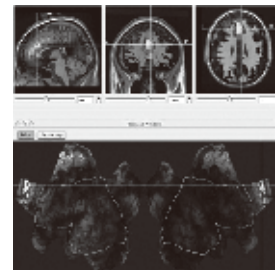
GES300 クリニカル



センサーネット電極



256ch
Dense Array EEG



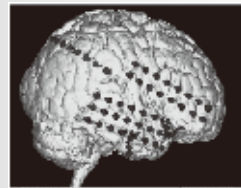
新開発の FDM 方式による高精度信号源推定

発売元 Electrical Geodesics, Inc. (米国)

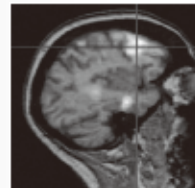
医用画像解析プログラム Analyze

MRI・CT・PET・SPECTの生体画像を解析処理 / 多次元表示します。

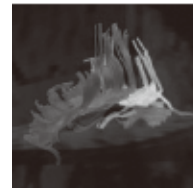
Visualization and Analysis Software



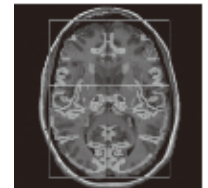
VSE
グリッド電極をMRI画像上に表示
します。



SISCOM
発作時と非発作時のSPECTの
差をMRI画像上に表示します。



DTI
白質線維追跡法により、連合
交差線維などを可視化します。

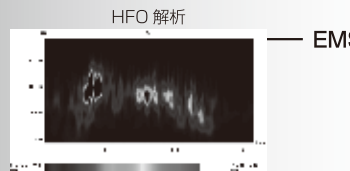


3D Brain Atlas
個人のMRI像をTalairach
座標にレジストレーション
します。

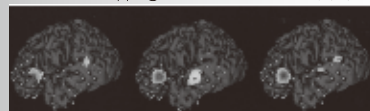
発売元 AnalyzeDirect, Inc. (米国)

マルチモーダル脳波解析プログラム EMSE®

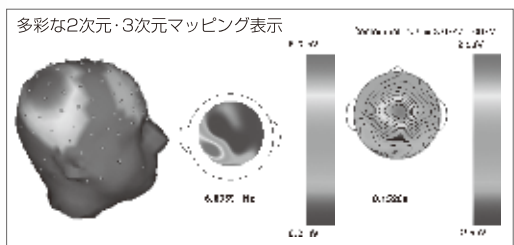
脳神経分野における研究をバイタルサインと3D画像の比較解析からアプローチします。



Cortical MappingによるECoGスタディの視覚化



EMSE(エムゼ)による最新の脳波解析



発売元 Source Signal Imaging Inc. (米国)

輸入販売元

 株式会社 ミュキ技研

〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目18番14号 本郷ダイヤビル6階
TEL. 03(3818)8631 FAX. 03(3818)8632

<http://www.miyuki-net.co.jp/>



LactoSorb[®]

Silent strength.

吸収性骨接合材料 ラクトソープ[®]

「ラクトソープ」は、1996年に米国にて販売開始以来、全世界において、65,000症例を超える豊富な実績を持つ、生体吸収性プレート・スクリューシステムです。インプラントは術後ほぼ12ヶ月で分解・吸収されます。

BIOMET[®]
MICROFIXATION

Anticipate. Innovate.™

 株式会社 **メディカルユーアンドエイ**
URL: www.mua.co.jp E-mail: info@mua.co.jp
販売名: ラクトソープ 承認番号: 21900BZG00010000

本社・大阪営業所 / PHONE(06)4796-3151 FAX(06)4796-3150
札幌営業所 / PHONE(011)709-6137 FAX(011)709-6127
仙台営業所 / PHONE(022)739-8786 FAX(022)739-8796
東京営業所 / PHONE(03)3518-0211 FAX(03)3518-0220

名古屋営業所 / PHONE(052)218-2820 FAX(052)201-0320
岡山営業所 / PHONE(086)212-0556 FAX(086)227-3060
福岡営業所 / PHONE(092)415-4861 FAX(092)415-4870



© Elle Bernager / Stone / Getty Image

サノフィは、グローバルに多角的事業を展開するヘルスケアリーダーとして
患者さんのニーズにフォーカスしています。

サノフィ株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー www.sanofi.co.jp



CODMAN NEURO



ANSPACH SMOOTH OPERATION

High Speed Drill System



製造販売元
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
デピューシンセス・ジャパン
コッドマン & CMF 事業部
〒101-0065 東京都千代田区西神田 3 丁目 5 番 2 号
T. 03 4411 7912 F. 03 4411 7669
depuysynthes.com

販売名：イーマックスサージカルドリルシステム
認証番号：225AABZ00171000
販売名：アンスパックドリルアタッチメント
届出番号：13B1X002045A0001
販売名：ハイスピードドリル
認証番号：225AABZ00165000

ANSPACH

©J&JKK2014・DSCDM058-01-201402

★
★
5th
★
★
Anniversary

レボドパ賦活型パーキンソン病治療薬——薬価基準収載
創薬・処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

トレリーフ錠25mg

TRELIEF[®] ゾニサミド錠

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）

大日本住友製薬株式会社

〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉

くすり情報センター

TEL 0120-034-389

受付時間 / 月～金 9:00～18:30(祝・祭日を除く)

【医療情報サイト】 <https://ds-pharma.jp/>



呼ぶ 赤い手——1981

2014.2 作成



虚弱な体質で神経がたかぶるものの
神経症、不眠症に

54

ヨク カン サン
ツムラ抑肝散
エキス顆粒(医療用) (薬価基準収載)

■効能又は効果、用法及び用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照下さい。



株式会社 **ツムラ**

<http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。Tel.0120-329-970

(2009年8月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 HV-0541 ㊞



Focus!
神経受容体イメージング・トレーサー



劇薬・処方せん医薬品[※]
放射性医薬品・脳疾患診断薬 **薬価基準収載**

ベンゾダイン[®]注

放射性医薬品基準イオマゼニル(¹²³I)注射液

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

資料請求先



日本メジフィジックス株式会社

〒136-0075 東京都江東区新砂3丁目4番10号 URL: <http://www.nmp.co.jp/>

効能又は効果

外科的治療が考慮される部分でてんかん患者におけるてんかん焦点の診断

用法及び用量

通常、成人には本剤167MBqを静脈内投与し、投与後約3時間に頭部のシンチグラムを得る。

投与量は、年齢、体重により適宜増減するが、最大222MBqまでとする。

使用上の注意

- 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）
 - 重篤な肝機能障害のある患者 [血中に滞留することがある。]
 - 重篤な腎機能障害のある患者 [血中に滞留することがある。]
 - 排尿障害のある患者 [膀胱部の被曝が増加することがある。]
- 重要な基本的注意
診断上の有益性が被曝による不利益を上回ると判断される場合にのみ投与することとし、投与量は最少限度にとどめること。
- 相互作用
併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ベンゾジアゼピン系薬剤	画像が劣化する原因となる可能性がある。可能であれば投与前数日間の休薬を行うこと。	本剤の脳内薬物動態が影響を受ける場合がある。

4. 副作用

追加第Ⅲ相臨床試験において80例中13例（16.3%）14件の副作用が認められた。主な副作用は、嗅覚錯誤6件（7.5%）、疼痛（注射部位等）3件（3.8%）等であった。また、主な臨床検査値異常としては、尿pH上昇11.3%（9/80）、好中球百分率減少3.8%（3/79）、血中カルシウム減少2.5%（2/80）等が認められた（承認時）。

包装

167MBq（1.5mL）/シリンジ 1本、222MBq（2mL）/シリンジ 1本
詳しくは添付文書をご参照ください。 **®**：登録商標

資料請求先

製品に関するお問い合わせ先



0120-076941

2009年6月改訂

Nobelpharma

ノーベルファーマ株式会社

必要なのに顧みられない医薬品の提供を通して、
医療に貢献する

ノーベルファーマの 脳神経外科領域製品

希望をカタチにする。



光線化学診断用剤

薬価基準収載

アラベル[®]内用剤 1.5g

Amilabel[®] Oral 1.5g
アミノレプリン酸塩酸塩

劇薬、処方箋医薬品[※]
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

®: ノーベルファーマ株式会社 登録商標

製造販売元 [資料請求先]
ノーベルファーマ株式会社
東京都中央区日本橋小舟町12番地10

抗悪性腫瘍剤

薬価基準収載

ギリアデル[®] 脳内留置用剤 7.7mg

Glitadel[®] 7.7mg Implant

カルムスチン脳内留置用剤

劇薬、処方箋医薬品[※]
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

®: ノーベルファーマ株式会社 登録商標

製造販売元 [資料請求先]
エーザイ株式会社 エーザイ株式会社 hhcホットライン
東京都文京区小石川4-6-10 フリーダイヤル 0120-419-497

販売提携 [資料請求先]
ノーベルファーマ株式会社
東京都中央区日本橋小舟町12番地10

抗けいれん剤

薬価基準収載

ホストイン[®] 静注 750mg

Fostoin[®] 750mg for Injection

ホスフェニトインナトリウム注射液

劇薬、処方箋医薬品[※]
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

®: ノーベルファーマ株式会社 登録商標

販売元 [資料請求先]
エーザイ株式会社 エーザイ株式会社 hhcホットライン
東京都文京区小石川4-6-10 フリーダイヤル 0120-419-497

製造販売元
ノーベルファーマ株式会社
東京都中央区日本橋小舟町12番地10

抗けいれん剤

薬価基準収載

ノーベルバル[®] 静注用 250mg

NOBELBAR[®] 250mg for Injection

フェナルピタールナトリウム凍結乾燥製剤

劇薬、向精神薬、習慣性医薬品^{※1)}、処方箋医薬品^{※2)}
注1) 注意—習慣性あり 注2) 注意—医師等の処方箋により使用すること **®**: ノーベルファーマ株式会社 登録商標

販売元 [資料請求先]
alfesa アルフレッサファーマ株式会社
大阪府中央区石町二丁目2番9号

製造販売元
ノーベルファーマ株式会社
東京都中央区日本橋小舟町12番地10

製造元
東洋紡株式会社
大阪府北区堂島浜二丁目2番8号

※「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。 2014年6月作成



新薬で人々のいのちと健康に貢献します。

私たちノバルティス ファーマは、
 分子標的薬や抗体医薬など最新の技術を生かして、
 世界で140もの開発プロジェクトを進めています。
 くすりを必要としている患者さんに、革新的な新薬を。
 ノバルティス ファーマの新薬は、これからも進化を続けます。



ノバルティス ファーマ株式会社
 〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号
<http://www.novartis.co.jp/>




近赤外線が血液を監視します

- 近赤外線での脳血管中のヘモグロビン濃度を監視
- 心臓停止でも無痛、リアルタイム、即時結果もモニタリング
- 脳、脳内出血、脳卒中から成人まで安心して測定できます
- センサーはキャリブレーション不要、リソースで済みます

医療機器認証番号：第224AFBZX00022000号




TOS-OR

.....の優れたメリット

- モニター部位の腫瘍増殖と脳腫瘍再発診断、脳血管病の血液量やヘモグロビン濃度や血管の拡張、収縮した変化をリアルタイム、即時に結果のモニタリング。測定部位や患者の状態、腫瘍や脳血管の変化を容易に検出が可能です。
- 測定中に患者痛楚を完全に軽減し、TOS-ORはToshiba PowerLiteプロジェクター + i-COPYER + Projector + TOS-OR の4種類の患者の検出装置、測定装置、モニタ、測定装置などが付属しています。
- 測定データから、情報的な人により、脳腫瘍、脳血管病の予防、早期診断の検出やCO₂の検出に貢献します。

■ TOS-ORの特徴

1. レンズは検出
モニターで検出も測定、センサーを測定部位に設置後、モニターを押し出す。
2. 非接触検出センサー
成人から新生児までの顔から顔内検出まで、モニター部位にあいた各種検出センサーがあります。
3. 非接触モニター検出
手術中からの検出装置まで、測定部位の検出検出モニターが可能です。
4. 心臓は、検出装置でもモニターが
検出の検出が不要なので、即時でも検出でもモニターが可能です。
5. キャリブレーション不要
キャリブレーションがセンサーの内蔵された検出装置に付属しているため、その必要はありません。
6. 測定時の検出装置がいつでも検出可能
測定時に検出したいモニター部位の検出がいつでも、モニターが検出装置に付属して検出されます。

■ TOS-ORの適用分野

1. 脳神経科
2. 心臓血管外科
3. 血管外科
4. 循環器内科
5. 脳神経外科
6. 脳神経センター
7. ICF脳血管病検出モニター
8. 脳ドック血液テスト評価
9. 脳神経内科・精神科
10. リハビリ分野
11. 臨床研究



株式会社フジタ医科器械 本 社：〒113-0033 東京都文京区本郷3-6-1 TEL:03-3815-8810 FAX:03-3815-7620
<http://www.fujitaika.co.jp> 千葉支店：〒264-0028 千葉市若葉区賀曾利町 263-1 TEL:043-233-5271 FAX:043-231-8270

TEIJIN

Human Health. Human Solutions.



血漿分画製剤(生体組織接着剤)

薬価基準収載

ボルヒール[®]組織接着用 献血

特定生物由来製品、処方せん医薬品^{※1}
※1 病院・調剤薬局の処方せんによる処方を受けること

BOLHEAL[®]

■「効能・効果」・「用法・用量」・「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

TEIJIN 株式会社
帝人ファーマ株式会社
東京都中央区新富1-1-1 TEL:03-5561-1111
お問い合わせ:03-5561-1111 FAX:03-5561-1112

ボロヒール
化血研
株式会社
東京都中央区新富1-1-1 TEL:03-5561-1111

TEL:03-5561-1111 FAX:03-5561-1112