

SSKU 特定非営利活動法人

[季刊]

No.49

2011 - 6

日本せきずい基金ニュース



脊髄再生研究の現在

2011国際脊髄学会総会より

2011年6月4~8日、米国ワシントンDC.で創立50周年を迎えた国際脊髄学会(ISCoS)と米国脊髄損傷協会(ASIA)の合同総会が開催された。脊髄損傷の治療研究のセッションのトピックスを紹介する。表1も参照を。 [基金事務局]

【Cethrin / セスリン】 Cethrinは軸索伸展を制御する 重要な細胞内シグナル因子Rhoを阻害する。Rhoは単一 のメインスイッチであり、これが活性化すると細胞死の引き 金となり、脊髄損傷後のダメージを増加させる。動物モデル ではCethrinが細胞死を抑制し神経再生を促進した。

臨床試験では、急性期の完全マヒの脊損者48人に注入した(受傷から平均して53時間後)。Cethrinを初回・24・48・72・96時間後の5回、硬膜外に注入。投与量は0.3、1.0、3.0、6mgに増量したが3.0mgが適量であった。

その結果、8人は効果が見られず、37人に効果が見られた。全員がASIA-A(完全マヒ)であったが、6週後には31%がBまたはCレベルまで回復、6ヵ月後では、5人がC(不全・筋力3以下)まで、2人がD(不全・筋力3以上)まで回復し、Cethrinが脊損治療に有望であることが示された。

【Riluzole / リリィゾール】 受傷により脊髄の損傷部位のナトリウム・チャンネルが炎症を引き起こす。その活性化は細胞毒性に関連しており、その反応をナトリウム・チャンネル阻害剤であるRiluzoleで抑制する。

ラットの脊損モデルの試験では6週間観察し、後肢の協調運動と強度の神経学的回復を確認し、脊髄の灰質と灰白質の双方に効果が認められた。運動のコントロールに関与する赤核ニューロンも有意に増加した。

毒性がなく効果を確認し、FDAの承認を得て臨床試験を実施した。フェーズ は2010年2月~2011年夏まで実施。 急性期・完全マヒのC4-T12患者36人(18-70歳)に、受傷12時間以内に1日50mg注入を開始し140日間続けた。

最後のフェーズ の臨床試験を2012年1月に開始する。

【低体温療法】 フロリダ大学マイアミ・プロジェクトの報告。 1万人以上の脊損者の予後を見ると、回復にはまだらがある。受傷後の2次損傷では、血管が破壊され血流が悪化し組織が壊死する。その結果、細胞エネルギー低下、細胞毒性の増大、血圧低下というイベントが次々に起こる。

2次損傷の予防として低体温療法の効果を検証した。これには体表面を冷やすか体内から静脈を冷やす2つの方法がある。動物実験では結果はまちまちだった。

鎖骨下の血管から32 -36 に冷やすが、部分的に冷やした場合は結果は良好だが、全身を冷やした場合は効果が見られなかった。

ASIA-Aの16人(16-75歳)で始めて、6人が最後まで残った。3人がASIA-Bへ、2人がCへ、1人がDとなった。これは出血がコントロールでき心臓の負担もなかったが、免疫の低下や肺炎にかかりやすいという問題もあり、更なる研究が必要である。

【Neuralstem社/幹細胞療法】 前臨床試験では、 Neuralstemの細胞がALSモデルラットの寿命を延ばすことを2006年に報告。ラットでは3ヶ月で軸索が1cmのびた。人ではまだ足りないが、まずまずの結果である。また2007年にはCUサンディエゴ校との共同研究で、ラットの虚血性マヒを食い止めたことを報告。

2010年1月にエモリー大学ALSセンター(アトランタ)でALS患者に対し、神経幹細胞移植の安全性を見るフェーズ 試験を開始した。12人のALS患者に2×10⁶の幹細胞を5 回投入した。注入部位は腰髄の片側と両側に6人ずつである。最初の9人は2011年4月現在、全員生存している。さらに3人に注入し、現在新たに3人のALS患者の被験者を募集している(フェーズでは18人に実施予定)。2011年6月現在、予期せぬ合併症はない。

現在、C3-C5の脊髄損傷の臨床試験をFDAと折衝中。

【Proneuron社 / 活性マクロファージ療法】 血中のマクロファージ(大食細胞)は生体内に侵入した細菌、ウイルスや死んだ細胞を捕食・消化し細胞を修復する機能がある。

2005年からフェーズ 試験を開始。被験者は受傷から14日以内のC5-T11で、ASIA-A~Cの患者。米国とイスラエルなどで数十人に実施したが、治療群で72%、コントロール群で41%が効果ありとなったが、注入効果の評価が明らかでない。今後の治験は再検討が必要となった。

- 【目次】 ---

•	脊髄再生研究の現在・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
•	ICCP報告/阪大の自家嗅粘膜移植について・・・・・2
•	受傷後の抑うつ(第2回)・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
	平成22年度収支計算書・・・・・・・・・・・8
•	痛みとしびれのサイエンス・・・・・・・・・・・・・・・・ <i>9</i>
	日本脊髄障害医学会誌から・・・・・・・・・・10
•	被災脊損者救援活動・・・・・・・・・・・・・・・・11
	その時、在宅呼吸器使用者は/募金御礼・・・・・・12

【Geron社 / GRNOPC1】 2009年1月23日、FDA(米国食品医薬品局)より世界ではじめてヒトES細胞由来の生物医薬GRNOPC1の治験の許可をGeron社が取得した。

GRNOPC1はヒトES細胞由来のオリゴデンドロサイト[神経細胞の1タイプ] 前駆細胞で、受傷14日以内に損傷を受けた脊髄に1-2週間継続して注射すると、ミエリン(髄鞘)の再生と神経の成長を助けて脊髄の機能を回復させる。

前臨床試験では急性期の脊損動物モデルに投与、受傷から7日後には移動機能と運動スコアを改善した。

その後、FDAが品質改善を勧告し、2010年10月11日にアトランタの病院で1例目の患者に実施された。これはGRN OPC1の安全性と耐用量を見るもので、2年間で10例程度に実施する予定。

国際脊髄学会では、Geron社は最初の2例を報告。対象は急性期の完全マヒ(ASIA-A)の胸髄損傷患者である。受傷7 14日以内に固定注射器により損傷部に200万個の細胞が注入された。同時に低用量の免疫抑制剤が46日間投与し、減少しながら60日目まで続けられた。

180日経過後も、2人とも合併症もなく、重大な有害事象がなく、安全面でも大変良好であると報告した。

ICCP報告

"脊髄損傷治療のための国際キャンペーン"

6月4日午後5時から、国際脊髄学会の会場であるGrand Hyattのルーズベルト・ルームにてICCPミーティングを開催した。会議にはせきずい基金を始め欧米・オセアニアの研究基金から7団体が参加。

Armin Curtty:チューリッと大学脊損センター長(欧州脊髄損傷治療多施設研究グループ議長)、Marion Murray:ドレクセル大学、Kim Anderson:マイアミ・プロジェクト研究者も各団体を代表して参加。また国際脊髄学会役員の加藤真介先生(徳島大学)にも一時同席していただいた。

- ICCPの5つの目的について、改めて論議した。
- ・ 脊髄損傷の固有性を念頭に、より有効で効果的な治療法開発の実現のため、一般社会や政府の支援を仰ぐ。
- ・ 国際的な脊損研究を促進する。基礎から臨床へのトランスレーショナルリサーチの促進のために、研究者、科学者、核心的研究機関とのコミュニケーションを向上する。
 - ・ファンドライジング団体のコミュニケーションの向上。
- ・ICCPを脊損治療研究のモデル組織としていく。研究 結果をあるがままに正確に発表し、脊損における医学的研 究の信念を曲げない。
- ・ 脊損者の日々の体のケア/健康管理の最良な方法を 追究するとともに、マヒの治療/治癒を国際的視野で見つ め、この2つがかけ離れないように努力していく。
- * 本年11月には再度ワシントンで今後の共同行動のテーマを討議することになった。

世界各国で現在、効果の検証がないまま幹細胞移植が行われている。特に医療先進国とされるドイツでは、脊髄損傷などの多数の患者に骨髄幹細胞移植が行われ死亡者も1人出ているとの報告があり、ICCPとしての態度表明が必要との認識で一致した。

阪大の自家嗅粘膜移植について

脊損慢性期の被験者を募集

脊髄損傷の治療研究において、受傷後1ヶ月以上の慢性期を対象とした臨床研究は世界的に見ても数少ない。 こうした中で、阪大脳神経外科では慢性期の脊損者に対する嗅粘膜移植の臨床研究の被験者を募集している。

【嗅粘膜移植とは】 鼻の奥にある嗅粘膜は脳の嗅球 (キュウキュウ)につながる神経系組織であり、頭蓋外で唯一神経 再生がほぼ生涯にわたってみられる例外的部位である。頭 蓋内において生理的条件下で神経再生が認められるのは 海馬と嗅球である。しかし海馬は臨床研究上の移植片として採取するには侵襲が大きすぎて現実的でない。

嗅粘膜は内視鏡的に採取しうる神経再生組織というところから、欧州で嗅粘膜移植が行われるようになった。阪大ではすでに多数の慢性脊損者に移植したポルトガルのカルロス・リマ医師の手法をもとに独自の工夫を行っている。

【移植の現状】 阪大では2006年に倫理委員会の承認を得て、嗅粘膜移植の臨床試験を開始。15例を目標としたが現在までの実施例は4例で、本年10月に所定の研究機関を終了する予定であるが、現在も被験者の募集を継続している。

全体の治療成績は研究期間終了後でないと明らかにできないとしているが、マヒした損傷部以下の下肢に筋電図の表出がみられ運動機能が認められた患者さんが存在するという。担当の岩月幸一医師は次のように述べている。

「中枢神経系の再生には術後5-6年の集中的リハビリが必要。下肢運動機能を再獲得するために、その契機となる移植の効果が10%とすれば、リハビリの効果が90%とも考えられるほど、リハビリは重要である。現在では不全損傷の場合はほとんど歩いて退院するようになっているが、完全損傷の慢性期では移植後に同様の非常に厳しいリハビリが必要である。」

脊髄の損傷部にできた瘢痕組織の一部を移植細胞の支持組織として残したり、長期の集中的リハビリを実施することで、慢性期患者の機能回復の一層の向上が望めそうだ。

【被験者の適応基準】

()内は基金事務局による

1)6歳以上40歳以下

(40歳以上では、嗅粘膜の幹細胞の数が減ってくる)

2) 両下肢完全運動マヒ

(当初は胸髄以下が対象、現在は頚損も対象)

- 3) 脊髄損傷後6ヶ月以上経過。
- 4) MRI上、損傷部位の長さが3cm以下であること。
- 5) 術前術後のリハビリを指定施設で受けること。

その他・・・(術前に2週間の検査入院が必要。入院後、 下肢の運動が出てきて除外となった患者もいた)

【連絡先】〒565 - 0871 大阪府吹田市山田丘2 - 2 大阪大学脳神経外科 岩月幸一講師 宛て

Mail: <u>kiwatsuki@nsurg.med.osaka-u.ac.jp</u> 電話: 06 - 6879 - 3652 Fax: 06 - 6879 - 3659

表1. 脊髄損傷の臨床試験の現況

スポンサー / 治療法	フェーズ / 臨床試験No.	実施機関など PI:主任研究者
Alseres社: Cethrin / BA-210	1	米国カナダの8地域で実施。運動機能治験は、神経再生の増
急性期完全マヒ、頚損か胸損者	NCT00500812	加を示唆するだろう。フェーズ を計画中。PI:M.Fehlings。
カイロ大学:自己骨髄移植。受傷後10ヶ月~		カイロ大学医学部で実施。
3年の慢性脊損者。	NCT00816803	
International Stemcell Servises Ltd. :	/	バンガロール(インド)の Sita Bhateja Speciality 病院
瘢痕除去後の自己骨髄移植。	NCT01186679	慢性・急性・亜急性期の脊損者、PI: Arvind Bhateja医師
Stem Cells, Inc. ヒト中枢神経系細胞移植	/	募集中。Balgrist病院(チューリッヒ大学) PI: Armin Curt教授
受傷6週以降のT2-T11脊損者。	NCT01046786他	[2011年4月、受傷後3 12ヶ月の完全・不全マヒ者も募集開始]
中国脊損ネットワーク:臍帯血単核細胞	/	中国の多施設研究。フェース はメチルプレドニゾロン併用検討。
及びリチウム移植、急性・慢性期患者	NCT01046786他	募集中。フェース は2012年に計画中。PI:Wise Young(米国)
Proneuron社: 培養自己マクロファージ、	休止	ベルギー及びイスラエルで2003~2006年に50人登録。 資金的
急性期でC5-T11の完全マヒ患者	NCT00073853	問題から休止。PI∶D.Lammertde⋅M.Sipskiほか
臨床研究情報センター(神戸):	終了	関西医科大学(大阪·守口市)
骨髓間質細胞移植、急性期患者	NCT00695149	
California Stem Cell社.: 幹細胞由来運動ニュ		H . キーステッド(UC - Irvine)ら、希少薬開発助成(2009)、
ーロン移植。脊髄性筋萎縮症&脊髄損傷	保留	FDAはSMA動物モデルでの更なる検証を求めている。
Geron社:ヒトES細胞由来オリゴデンドロサイト		募集中。
前駆細胞の受傷後7 - 14日のT3-10脊損	N C T 01217008	全米の4ヶ所の病院で実施中。
Hospital Sao Rafael:自己骨髓細胞移植		募集中
胸髄・腰髄完全マヒ患者。	N C T01325103	ブラジル・バイサ州 PI:Bahia R. Dos Santos医師
Methdist Hospital System: Riluzole Φ		募集中 米国カナダの7病院。商品名RilutekのALS患者への
薬物動態。急性期のC4-T12脊損患者。	N C T 00876889	投与が承認。脊損への前臨床試験で神経栄養効果を示す。
		多様な疾患に対しこの薬剤による多数の臨床試験が進行中。
Novartis(ノハ'ルティス)製薬: A T1355(Nogo		
抗体)のカテーテル注入。急性期完全マヒ。	N C T00406016	中。PI:Robert Grossman医師。
TCA Cellular Therapy LLC:骨髄間質		実施中だが患者募集はしていない。米国ルイジアナ州
細胞のカテーテル注入。C5以下完全マヒ者。	休止中	亜急性期·慢性期、PI:G. Lasala医師。
マイアミ・プロジェクト: 低体温療法。		低体温療法多施設治験。フェーズ 研究は17医療機関、210
急性期の頚損患者 Wroclow(プロツラフ)医科大学(ポーランド):		人において、正常温度と低体温を比較。 急性期・亜急性期患者を募集中。
自己嗅粘膜移植、C5 - L5完全マヒ者。	N C T01231893	あた知さ年のは知志自と奏朱平。 PI∶P.Tabakow医師。
In Vivo Therapeutics:生体適合ポリマー	IND(臨床試験	医療用機器開発(FDAの規定するIDE)
による足場(スキャホルド)。急性脊髄損傷。	実施申請)	マイアミ・プロジェクトとの共同研究。
Neuralstem社: 幹細胞による臨床試験。 慢性脊髄損傷	IND	ヒト脊髄由来神経幹細胞を12人のALS患者に移植しフェーズ bが2012年に終了予定。PI:Jonathan Glass医師。
マイアミ・プロジェクト: ヒトシュワン細胞移植。	IND準備中	フェーズ では用量増加した安全性について9-12人の患者
重度の急性期脊損患者。	111111111111111111111111111111111111111	で実施予定。 In Vivo Therapeutics社との共同研究。
APINME Assoc.:骨髓間質細胞移植。	治験保留中	スペイン・マドリッドのPuerta de Hierro大学病院で募集中。
胸損完全マヒの慢性期脊損者。	ᄊᄧᄼᄱᅈᆎ	PI: Vaquero医師
ニュージーランド脊髄協会: 嗅粘膜(OEC) 移植と瘢痕除去。	治験保留中	2011年6月に開始予定 Jim Faed医師(治験ディレクター)
191日に加えたける。 Memorial Hermann Helthcare System:		1 15歳小児を募集中。Memorial Hermann 病院(ヒューストン・
自己幹細胞移植。慢性脊損の小児。	N T C 01328869	テキサス)。PI:James Baumgartner

この治験情報は2011年4月15日現在で、米国の「Unite 2 Fight Paralysis」のHP(www.unite2fightparalysis.org)に基づいている。彼らは、米・カナダ(&日本)・仏・蘭・スペイン・アイルランド・伊・英の脊損当事者の個人的共同行動として、ワシントンで開催された国際脊髄学会総会においてこれをパンフレットとして配布した。その一人、Dennis Tesolat 氏は大阪在住の英会話講師で、「幹細胞と原爆」というユニークな日本語HPを作り、幹細胞研究

の研究費と現在も行われている原爆研究に投じられる費用を対比させている(www.kansaibo-Genbaku.blogspot.com)。

なお臨床試験番号は米国NIHのもので、この番号を検索語に入力するだけでNIHに登録されている個々の臨床試験の概要を知ることが出来る。また臨床試験は1年以上の長期の経過観察を経て治療成績を評価するため、臨床試験の被験者となれる者は原則としてその地域の居住者に限られる。 (基金事務局)

脊髄損傷患者用ガイド: What You Should Know

受傷後の抑うつ



米国脊髄医学コンソーシアムの脊損患者向けのガイドブック「Depression」(1999年刊)の連載2回目(本号で完結)。

翻訳: 赤十字語学奉仕団(五十嵐正喜、桑原真里子、佐藤麻利子、柴田ひさ、中久保慎一、濱島ゆり、渡辺理恵子)

重要:

トータルケアの最善を期すためには、担当のプライマリーケア医(最寄り医)に対して、あなたがかかっている他の医療専門家がいることを必ず知らせるようにして下さい。 メンタルヘルス(精神保健)専門家も同様です。併せて、抑うつ症状治療のために服用している薬があれば、プライマリーケア医に必ず知らせて下さい。

心理療法とはどのようなものでしょうか

この方法は、しばしば、「トークセラピー」と呼ばれます。 あなたの妨げになっているどんな些細なことでも、話すだけ で効果的な場合があります。さまざまな分野の専門家が、 あなたの話に耳を傾け、問題の解決に導くための訓練を受 けています。心理学者、ソーシャルワーカー、精神科医、 精神科ナースプラクティショナー、家族療法士、聖職者カウ ンセラーの人たちです。彼らがどのようにあなたと共同作業 ができるかはあなた次第です。単独で行うのが良いのか、 夫婦一緒なのかまた他の家族を含めた方が良いのか、ある いは類似の問題を抱えている人たちのグループに入るの が良いのか、などを見極めます。心理療法には、いくつか の方法があります。ただしあなたとセラピストが選んだどの 方法であっても、共に事に当たってくれる人を信頼し、心を 開くことが肝要です。

精神薬理学とは

憂鬱な気分や人生観を改善するために、あなたのプライマリーケア医が「抗うつ薬」の服用を提案するかもしれません。このアプローチは「精神薬理学」と言われるものです。 医学の学位のみでなく、医師としての資格を持つ人だけが薬剤の処方を許可されています。あなたのプライマリーケア 医が処方をする場合も、処方のためにあなたを専門医に紹介する場合もあるでしょう。いずれの場合でも、医師はあなたと協力しながら効果のある抗うつ薬を見出すことになります。

抗うつ薬について、いくつかの点を理解しておくことが重要です。

抗うつ薬は、タイプにより、体内での働きが様々に異なります。また、すべての抗うつ薬がすべての人に効

果があるとは限りません。そのため、自分にとり効果的である抗うつ薬を見出すために、複数の抗うつ薬を試す必要のある場合があります。

多くの場合、抗うつ薬は十分な効果が出るまでに時間を要し、4週間から6週間程度かかることもあるでしょう。薬が効かないと考えて、薬の効果が現れる前に服用を中断してしまうことがあります。

抗うつ薬の用量は大概、経時的に調節する必要があります。服用者は血液検査や他の検査を定期的に受ける必要があるでしょう。このような検査は、医師が患者に投与している薬の用量の安全性と有効性を確認する上で役立ちます。

抗うつ薬には一般的な副作用を招くものがありますが、副作用は必ずしも生じるとは限りません。もし副作用が生じた場合は、ただちに主治医に相談してください。通常、そのような副作用に対処する容易な方法がありますが、場合によっては、あなたの主治医が他の薬剤を処方したほうがよいと判断することもあるでしょう。

抗うつ薬の中には、あなたが服用している他の薬剤と相互作用を起こすものがあります。市販薬や漢方薬も含め、服用薬についてはもれなく主治医に伝えることが必要です。主治医は薬の服用に関する選択肢について、あなた

アルコールと薬物:知っておくべきこと

アルコールは抑うつ症状を誘引したり、悪化させたりすることがあります。鎮静薬、睡眠導入薬、睡眠薬や街上販売薬(訳注:通常「麻薬」のこと)も同様です。

抑うつ状態では、気分を良くするためにアルコールや薬物に頼る人もいます。これを「自己投薬」と呼び、依存や中毒につながる可能性があります。抑うつ症状のように、人生を台無しにすることもあります。もし特定の事柄や人生全般を憂鬱に感じているのであれば、客観的に対応してくれる親しい友人、プライマリーケア医、聖職者、カウンセラーやセラピストに相談してください。

適切な人に相談することは、問題を解決する上で、薬物やアルコールに頼るよりもより容易で安全です。

重要:

服用の中止や他の薬剤への変更を希望する場合は、その薬剤を初めに処方した医師に相談してください。決して抗うつ薬の服用を勝手に中断してはいけません!健康に害を及ぼす恐れがあるからです。健康を守るためには、用量を少量ずつ減らしてから服薬を中止する必要があるでしょう。

と話し合うことでしょう。新たに服用する薬に関して知っておくべきすべての事項を正しく理解するために、医師に以下の質問をしましょう。

- 1. どの薬剤を薦めますか?
- 2. どのような理由で、その薬剤を薦めるのですか?
- 3. いつ頃から、薬の効果を期待できますか?
- 4. 考えられる副作用には、どのようなものがありますか
- 5. 自分で注意すべき副作用の徴候にはどのようなものがありますか?
- 6. そのような徴候が生じた場合、どうすべきですか?

アルコールや薬物を摂取していると、抑うつ症状の診断が難しくなることがあるため、医師は最善の治療法を見出しにくくなります。アルコールや薬剤を摂取しているのであれば、そのことをプライマリーケア医やメンタルヘルス専門家に伝えてください。そのような情報は、医療者があなたを援助する最善の方法を見出す助けになります。

副作用は問題ですか

抑うつ症状の治療にはいくつかのタイプの薬剤が用いられます。 脊髄損傷者では、体重の増加あるいは減少、尿閉や便秘などの副作用には、特別なリスクがあります。

副作用には安全に対処することが可能です。副作用を 主治医に、正確に伝えることが役立ちます。抗うつ薬の服 用を開始する前に、主治医に以下のガイドライン*を参照 することを提案してみてください。

* 医療関係者向けガイドラインDepression Following Spinal Cord Injury。未訳、PVAのHP; www.pva.org で入手できる。

重要:

重篤な副作用に自律神経過反射があり、医学的に緊急の対処を要します。すべての脊髄損傷者は自律神経過反射の徴候とその対処法を知ってお〈必要があります。[基金HPの「電子版Yes You Can!」第11章:自律神経過反射を参照下さい]

代替医療薬

代替医療薬とは米国食品医薬品局(FDA)の規制を受けない薬剤を言います。 すなわち、それらの薬剤については安全性と有効性を確認する試験が行われていません。

抑うつ症状に有用であると言われる代替医療薬の一例にセントジョーンズワート(セイヨウオトギリソウ)があります。このような製品はFDAの規制を受けないため、私たちは適切な用量や副作用についての情報を知り得ません。

抑うつ症状や他の病態のために代替医療薬を摂取する前に、あなたのプライマリーケア医と話し合ってください。すでにこのような代替医療薬を摂取している場合は、あなたの医療チームの医師たちがそのことを承知していることを

確認してください。

注記:原書にある「保険で治療費を補償できますか」の項は、日米で医療制度が大きく異なるため割愛します。

重要:

抑うつに対する援助が必要な時には、たとえ医療保険に加入していなかったり、プライマリーケア医やメンタルヘルス医療者が薦める治療を医療保険が補償していなくても、援助は得られます。あなたの地域のメンタルヘルスセンター(保健所など)に連絡を取ってください。

社会と関わりましょう

あなたは一人暮らしですか? 家族や友人とのつながりを 断っていませんか? 仕事を休んだり趣味、スポーツや社 交的な外出を控えていませんか? もし該当するものがあ れば、あなたはあなたの健康を危険にさらしていることにな ります。寂しさや孤独は、抑うつ症状の典型的な徴候だか らです。同時にそれらは抑うつ症状の原因にもなります。

では、あなたに何ができるのでしょうか。慌てて結婚したり、ルームメイトを探す必要はありません。しかし、他人と有益な関係を持つ方法を考えるべきでしょう。それは仕事、近所付き合い、スポーツ、他のレクリエーションや社会活動を通して得られるでしょう。相手が健常者であっても、車いす利用者であっても、何かやりがいのあることをしている人は抑うつ状態になりにくく、自分の人生に満足を覚える傾向があります。

ボランティア活動もひとつの選択肢です。自分の時間と才能をボランティア活動に使うことで、自分のコミュニティに貢献するばかりでなく、共通の関心を共有できる人々と出会えるでしょう。教会、病院、退役軍人団体、市民クラブや他のNPO団体では頻繁にボランティアを募集しています。どのような団体を選ぶかは問題ではありません。大切なことは、人とつながり、豊かに生きることなのです。

あなたはひとりではない

脊髄損傷は、身体と精神とに衝撃的な傷を及ぼします。 脊髄損傷のような人生を変えてしまう出来事に遭遇すると、 ほとんどの人は強い感情に囚われます。深い悲しみ、憤 り、失意、抑うつや絶望にさえ襲われますが、これはすべて 自然な反応です。心に留めておくべき重要なことは、「あな たはひとりではない」ということです。

他の脊髄損傷者との接触を持てる団体が、全国にあります。最初に行ってみるとよい場所は、リハビリ施設でしょう。 多くのリハビリ施設は脊髄損傷者に対する支援グループを 提供していたり、時には、あなたの地域の支援グループや 支援団体を紹介することもあります。

場合によっては、障害に関連する生活の問題解決が抑うつ症状を軽減することもあります。

そして、もう一つの非常に有用な情報源はインターネットです。どのようことに関心を持っていても、インターネットにより、同じ趣味や関心を共有できる、あらゆる背景を持つ人々とつながることができます。もしインターネットやEメールについて、より詳しく学びたい場合には、地元の図書館に問い合わせたり、直接訪れたりしてください。公共の図書館では、障害者が利用できるようなコンピュータへのアクセスや支援機器が備わっています。

支援は得られるもの

抑うつ症状に対する支援を、求めても構わないのです。 実際、支援を求めることは、問題を解決するための賢い方 法と言えます。抑うつ症状は医学的病態の一つであり、治 療が可能です。病気になれば病院に行くでしょう。抑うつ 症状に対しての支援を得ることは、たとえば、眼の病気の

田誕集

代替医療薬:米国食品医薬品局(FDA)による規制を受けず、ある症状の治療に処方箋なしで用いられる製品のこと。これらの製品では、FDAの規制を受ける薬剤に求められる安全性と有効性に関する詳細な試験が行われていないため、消費者が、適切な用量や副作用に関する情報を得られない場合がある。

抗うつ薬:気分や人生観の改善のために処方される薬剤。

自律神経過反射:通常(必ずしもではありませんが)、第6胸髄(T6)あるいはT6よりも上部の脊髄損傷部位以下における疼痛や他の刺激に対する異常で危険な反応のこと。身体が正常に刺激に対して反応したり血圧の上昇に対応できないため、血圧が危険なほどに上昇して卒中を引き起こしたり、死に至ることさえある。

双極性障害:うつ病の1つのタイプで、高揚あるいは興奮と無気力を伴う重度の抑うつとの間を揺れ動く大きな気分の変化が特徴です(以前は躁うつ病と呼ばれた)。

抑うつ症状: 悲しみ、絶望感や無力感を感じる状態のこと。その期間は短期間であることも長期間に及ぶこともあり、状態は気分の軽度な憂鬱からより重度でその人の人生を崩壊させてしまう場合までさまざま。

家族療法士:家庭における問題の解決を支援するための訓練を受けた精神保健の専門家のこと。

医療専門家: 医療や医療的なケアを提供する個人のこと。 医師、医師助手、看護師、准看護師、セラピストやソーシャルワーカーなどが含まれる。

不眠症:寝つきが悪いこと、または熟睡できないこと。

躁うつ病: 双極性障害を参照のこと。

時には眼科へ行き、歯の病気の時には歯科へ行き、あるいは脊髄損傷後の身体的適応訓練のためにはリハビリ施設に行くことと変わりはないのです。援助を得ることは、生活管理の一環です。

支援は<u>得られます</u>。あなたの地元の社会がどんなに小さなものであっても、脊髄損傷や抑うつ症状に関連する問題に対する支援を提供する人々がいて、機関があります。

もし効を奏する治療が見つかれば、気持ちも違ってくるでしょう。これは間違いありません。大好きなものから喜びを再び得られることでしょう。世界をより心地よく感じられるでしょう。そして、周囲の人達もあなたの変化に気づくでしょう。わずかずつ、しかし明らかに、生活の質は改善していきます。

重要:

今は信じ難いかもしれませんが、気分が楽になれば、 人生も好転するでしょう。ですから、あなたが抑うつ症 状かもしれないと思ったら、支援を求めてください! 支援を求めても失うものは何もなく、得るものばかりです。

メンタルヘルス専門家:メンタルヘルスの問題解決を支援するよう訓練された専門家のこと。精神科医などの医師や心理学者、ソーシャルワーカー、精神科ナース・プラクティショナーなどの医療専門家が含まれます。

/パストラル(宗教者)・カウンセラー:メンタルヘルスに関するカウンセリングの訓練を受けて経験を積んだ、牧師、司祭、ラビ、あるいは他の宗教の聖職者のこと。

プライマリーケア医: 免許を持つ医師のこと。家庭医や内科医であることが多く、専門医への紹介など患者の医学的必要に応じたケアを提供する。

精神科ナース・プラクティショナー:精神疾患、および情動障害の評価や治療に関する高度な診療の訓練を受けた正看護師。

精神科医:精神疾患を扱うよう訓練を受けた、免許を持つ医師。

心理学者:精神的、情動的、および行動的な症状を評価し、それらに対する療法を提供する専門家のこと。

精神薬理学:精神的および情動的な症状を治療するための薬剤の用法。

心理療法: トークセラピーやカウンセリングを通じて行う、精神的および情動的な症状の治療のこと。

自己投薬:アルコール、薬物、または代替医療薬を使用して、悪いあるいは不快な感情を消失させようとすること。

ソーシャルワーカー: 通常、大学院で訓練を受けて、臨床ソーシャルワーカーとして免許を受けた社会福祉の専門家のこと。

【広告 1/2頁 略】

〔決算報告〕



平成22年度収支計算書

(H22年4月1日~H23年3月31日)

特定非営利活動法人 日本せきずい基金

【収入の部】	(単位:円)
1)助成金・補助金	855,000
2)募金・寄付金	8,383,039
3)受取利息	93,603
4)雑収入	0
当期収入合計(A)	9,331,642
前期繰越収支差額	40,323,995
収入合計(B)	49,655,637
【支出の部】	
1)事業費	[7,121,687]
募金活動事業費	130,450
脊髄再生促進事業1)	640,640
脊損者支援イベント事業 ²⁾	1,709,960
広報活動事業費 ³⁾	2,546,787
『脊髄損傷-初めの1年』刊行事業	2,093,850
2)管理費	(5,710,414)
給料手当	641,630
法定福利費	0
福利厚生費	0
通信費	281,209
荷造運賃	18,800
水道光熱費	177,902
旅費交通費	387,772
広告宣伝費 ⁴⁾	1,000,000
会議費	8,436
事務用消耗品費	124,746
備品消耗品費	171,680
新聞図書費	298,054
地代・家賃	2,289,000
保険料	202,710
租税公課	1,000
諸会費	65,000
支払手数料	42,475
雑費	0
事業活動支出計	12,832,101
事業活動収支差額	3,500,459
前期繰越収支差額	40,323,995
次期繰越収支差額	36,823,536

〔注記〕

* 1: ICCP会議参加費用 (San Diego, CA. USA)
* 2: Walk Again福岡・Walk Again金沢の開催費用

*3:せきずい基金ニュース刊行経費(季刊・15000部)

*4:ホームページのリニュアル費用

○募金の主な内訳:

個人(延べ) 1,040件 5,106,219円 法人・団体 23件 3,276,820円 計: 1,063件 8,383,039円 〔疼痛治療〕

痛みとしびれのサイエンス

《脊椎脊髄ジャーナル・特集号から》

専門誌「脊椎脊髄ジャーナル」の2011年5月号:特集「痛みとしびれのサイエンス 基礎と臨床」(田口敏彦編/山口大学整形外科)が刊行されたので、脊髄損傷関係のトピックの一部を紹介する〔敬称略/文責:基金事務局〕。

40編、260頁からなる特集の目次は三輪書店のHPに掲載されている(www.miwapubl.com/、税込定価5,670円、〒無料)。

○「痛みの概念と分類」(柴田政彦/阪大疼痛講座): このテーマ全般を捉えるウェブサイトとして「痛みと鎮痛の 基礎知識」(小山なつ/滋賀医大)を紹介している。

痛みの分類として、 侵害受容性疼痛、 神経障害性疼痛、 心因性疼痛を挙げている。

は侵害受容器*が興奮し発生する痛みで、我々が日常経験する痛みの殆どを指す。消炎鎮痛剤や麻薬性鎮静薬が効果を発揮する。

注*:侵害刺激を電気信号に変換する変換器。

は感覚神経の障害によって起こる痛みで、帯状疱疹や 脊椎変性疾患による神経根障害などの末梢神経障害のも のと、脊髄損傷や後縦靭帯骨化症、多発性硬化症などの 中枢神経障害のものがある。

神経障害性疼痛は末梢からの侵害刺激がなくても痛みが起こる病態の総称である。プレガバリン(リリカ)などの抗けいれん剤や三環系などの抗うつ薬の効果が示されている。概念的に分けられたとは、実際には重なり合う病態である。

○「しびれの評価法」(園生雅弘/帝京大神経内科):

しびれとは患者が感覚障害ばかりでなく運動障害を指すことがある。診療の第一歩は「しびれ」という言葉で患者が表現している自覚症状が何なのかを明らかにすることである。何もしなくても感じられる自発的異常感覚なのか、触ったりしたときに誘発される錯感覚なのかを区別する。

頚椎症による手のしびれは何本かの指に限局されるが、 中高位頚椎でのミエロパチー〔様々な原因による脊髄症〕で は手全体のしびれ感になることもある。

頚椎症性神経根症のしびれ・痛みは、咳やくしゃみ、いき むなど、静脈圧を上昇させる動作で増悪する。頚椎症では 首の運動、特に後屈が手のしびれを誘発することが多い。

○「薬物療法」(樋口比登実/昭和大緩和ケアセンター): オピオイド[医療系麻薬];フェンタニルパッチ(デュロテッ

プ、MTパッチ)は非がん性疼痛に適応のある唯一の徐放性オピオイド。先行オピオイドからの切替処方が必須条件。

神経障害性疼痛などの鎮痛補助薬;

プレガバリン(リリカ) 2010年に末梢神経性神経障害性疼痛薬として2010年10月に承認され、飛躍的に使用量が伸びている。高齢者には少量からの投与が望ましい。

ガバペンチン(ガバペン) 国際疼痛学会(IASP)ガイドラインでは神経障害性疼痛治療薬の第一選択の1つ。わが国ではてんかんのみ適応(他の抗痙攣薬との併用のみ)。

抗うつ薬;鎮静効果は、うつ病の治療用量より低いうえ、うつ病より短期間で効果を示すことが多い。1週間以内に除痛効果が得られることもあるため、最少量から開始し徐々に増量。

三環系抗うつ剤の鎮静作用ではアミトリプチリンが用いられてきたが、近年は副作用の少ないSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)などが優先されている(ルボックス、パキシル、ジェイゾロフトなど)。SNRI(トレドミン)も同様に比較的安全。

トラドゾン(レスリン・デジレル)は、鎮静作用が強く睡眠障害にも有効。過鎮静、起立性低血圧、めまい、頭痛に注意。

ステロイド性抗炎症薬;強力な抗炎症作用、鎮静作用、免疫抑制作用をもつが、副作用も強い。神経圧迫症状の初期治療として使用される。治療効果と全身に及ぶ副作用(カンジダや消化性潰瘍)を考慮し使用する。

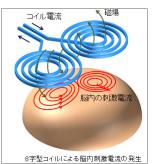
その他の鎮痛剤;

ノイロトピン 痛覚過敏状態の改善、末梢循環の改善作 用により、慢性疼痛患者に広く使用。副作用が少ない。

オパルモン
脊柱管狭窄症によるしびれや疼痛に有効。

○「反復性経頭蓋磁気刺激」 「rTMS)(角田亘ら/慈恵医大川化 リ科): rTMSは反復的に無痛性・ 非侵襲性で、頭頚部に固定したコイルに流れる電流が大脳皮質を 刺激する。5~ルッ以上の高頻度 rTMSが刺激部位の局所神経活動 を亢進させる。

一次運動野*のrTMS 最も 疼痛が強い部位に相当する一次 運動野(右手指の疼痛が強い場 合、左脳一次運動野の手指領域) に5 - 20ヘルツの高頻度刺激を与え



rTMSの概念図 下記の阪大脳神経制御 外科学共同研究のHPより

る(5-10秒刺激後、50-55秒休む。これを10-20分繰り返す)。 注*:大脳皮質で前運動野とともに運動の計画・実行を行う領域。

慢性疼痛患者を対象にした2009年の無作為化比較対照試験(Leungら、UC-SanDiego)では、脳卒中、脊髄損傷、神経根障害、末梢神経障害、三叉神経痛の149人に実施。VAS(視覚アナロヴ尺度)評価では三叉神経痛が最も効果があり(VAS改善率は-28.8%)、脊髄損傷の改善率は-14.7%だった。

EBM(根拠に基づく医療)の実践をめざす国際団体・コクランのデータベース(CD008208,2010)では、総計368人に対する19の報告結果から、慢性疼痛に対する一次運動野のrTMSは有効に疼痛を軽減すると結論している。

脊髄損傷の慢性疼痛に対するrTMS 胸損の12人の慢性疼痛患者では、10日間の実施例(Defrinら、2007)で温熱刺激の疼痛閾値(イキチ)の有意な上昇(=過敏性の低下)が確認され、効果は4週間まで維持された。

前述のLeungらのメタ解析(過去の複数の研究の統計学的評価)では、脊髄損傷による慢性疼痛に対する高頻度rTMSの有効性が示されている。

Saitoh Y.ら(斎藤洋一/阪大脳神経外科、2007)は、運動野への高頻度rTMSの鎮静効果は、脳病変を原因とするものより脊髄以下の病変を原因とするもので、より顕著に発揮されるとしている*。

注 *: 阪大脳神経外科では、難治性疼痛、パーキンソン病、脳卒中についてrTMSの有効性と安全性の臨床研究を、行っている。 http://neuromod.casi.osaka-u.ac.jp/project.html 参照。 〔脊損医療〕

日本脊髄障害医学会誌から

《vol.24 no.1 2011》

第24巻第1号が本年5月に刊行されたので、トピックをいくつか紹介する。なお本誌論文の目次はすべて基金HPに掲載しており、事務局では論文コピーを無償で行っている(1回10点まで)。

脊損発生疫学調査

脊損予防委員会報告(p195)によれば、2009年1 12月の発生件数調査が6道県で行われた。日本全体では人口100万人あたり発生率は1年間で32.33人と推定している。これは年間約4,000人の発生数となる。同委員会の1990年の調査では、100万人当たりの発生率は39.4例で、年間5,000人としており、ここ20年でほぼ2割減少している。

2009年データでは、年齢分布は60代、70代が多く、頚髄損傷が3/4でその約80%が非骨傷性頚損、1/4が胸椎腰椎損傷と推定している。マヒ程度ではフランケル分類でC(運動不全)、D(歩行可能)の不全マヒが多い。

総合せき損センター [福岡県] の植田尊善医師が、高位頚 損におけるNPPV [非侵襲的呼吸療法] について報告。

救急医療の進歩で、人工呼吸頚損者が増加傾向にある と見られること。以前は気管切開での人工呼吸器管理で あったが、現在では、気管切開を閉鎖し、口や鼻からの陽 圧補助呼吸による生命維持が可能になったこと。

しかしこのNPPVを行える施設が不足しており、またNPPVへの移行には他の脊損以上に時間とマンパワーが必要であり、今後、全国的にNPPVを行える施設の増加が、高位頚損のためには強く要望される、と指摘している。

NPPVの導入事例

総合せき損センターにおいて導入した2例について須堯敦史OTらが報告している(pp.166-167)。

センターでのNPPV導入の第1例目は49歳男性で、受傷後108日に入院(ASIA-B)。受傷後350日にNPPV移行への取り組み開始。受傷後522日で移行が完了し、気切部を閉鎖した。NPPV導入前にも気切カニューレにフタをして自発呼吸がわずかに可能だったが、痰の貯留や呼吸苦のため完全な呼吸器離脱が困難だった。移行後の肺活量は400mlから540mlとなり最大強制吸気量は3070mlとなった。

2例目は21歳男性で、受傷後20日で入院(ASIA-A)。93日目にカフなしカニューレに移行し、NPPV移行への取組みを開始。受傷後230日で移行が完了し、気切部を閉鎖。移行後の肺活量は230mlから480mlとなり最大強制吸気量は3070mlとなった。

移行後は両者とも、声によるコミュニケーションが可能になり、痰の貯留が皆無になり吸引が不要となった。

移行にあたってはNPPVを導入している他院を訪問し情報交換を重ね、環境設定や緊急時の対応などをクリア。

口元のマウスピースの固定の問題は、デバイスの作成で体位やベッド角度に左右されず固定することが出来た。気切部の閉鎖まで1例目が入院から414日、2例目が210日を要したが、症例を重ねる中で短期間での導入が可能となる。

排便機能障害の調査

兵庫リハ泌尿器科の乃美昌司医師らは脊損者の排便機能とQOLの聞き取り調査を行った(pp.170-171)。

【対象者】 受診の脊損者20例(男17例・女3例)・頚損13例、胸損7例。完全マヒ11例・不全9例。平均43歳。

【結果】排便回数は平均2.5回/週、排便場所はトイレ14例・ベッド上6例。浣腸使用は18例で、うち9例は介助なしで使用し、そのうち5例は自助具を使用していた。他は看護師など7例、家族2例。

摘便は14例で行っており、実施者は当事者3例、看護師9例、家族2例であった。

内服薬使用では、酸化マグネシウム4例、センノシド4例、 整腸剤1例、大建中湯1例。腹部マッサージは9例、洗浄 便座使用4例、痔疾は10例で6例が軟膏等の治療が必要。

テーマ別の困窮度(3点~0点)を15人にきいた結果は、 排便2.3点、運動1.8点、排尿1.5点、性機能0.3であった。

【考察】英国の調査では脊損者1334名の困窮度は高い順に、排便機能、性機能、排尿機能、車イス使用、疼痛、痙性、スキンケア、と報告されている。他の障害に比較して排便障害にもっとも困窮していることがうかがわれる。

便秘、便失禁、QOLの各質問票において完全マヒより不全マヒのほうがスコアが悪い傾向がある。これは、不全マヒの場合、痛覚が残存していること、日常生活の活動性や自立度が高いために、排便障害が日常生活に影響しやすいことがスコア悪化につながった可能性を指摘している。

頚損者の盲腸瘻

北海道中央労災病院脊損センター(美唄市)の京谷政昭 OTらが、頚損者の盲腸瘻によるADL改善効果を報告している(pp.164-165)。盲腸瘻は人工的に盲腸に管状の孔(瘻)を造設、盲腸チューブから浣腸液を入れ、排便を促す方法である(便の流れと同じなので「順行性浣腸」という」。

盲腸瘻を造設した男性頚損者5名(C6:1名、C7:2名、C8:2名、すべてフランケルA(完全マヒ))にアンケート調査を実施。

実施後の排便時間: C6:1名、C7:2名では、2時間か61時間に短縮。C8の2名では4時間か62時間に短縮した。

盲腸瘻の利点:通常の洋式トイレで排便可能、便失禁の 消失による精神的負担の軽減、排便時間短縮による労力 軽減、1日の時間調整可能、の5点。

盲腸瘻に関する合併症:開腹手術1例では合併症なし。「経皮内視鏡的に造設した盲腸瘻」(PEC)4例では、創部肉芽2名、創部浸出液3名、チューブ逸脱1名だったが、腹膜炎など重篤な合併症はなかった。

ADL改善効果は特にC6、7レベルで示唆された。排便の自己管理が可能になったため実際に社会復帰や社会参加の機会が増え、QOL向上効果もあった。

盲腸瘻に関する保険適応に伴い、頚損者に対する低侵襲・低リスクであるPECの症例が増えつつある。

セラピストも自己浣腸に必要な動作手技の検討や介入により、移乗動作可能なC5レベルにおける排便動作自立の可能性が出てきた。

排泄管理において食事、水分摂取量、運動などの基本的な管理や指導の重要性はもちろんのこと、盲腸瘻が1つの有効な排便手段であると考えていると、報告している。

[この適応に関しては、2010年に刊行した『脊損慢性期マネジメントガイド』の第4章「排便法の選択」も参照を:基金事務局」

[被災者救援活動]

被災脊損者救援活動

《2011年3月~6月》

3月11日の東日本大震災以降、私たちは他の障害者団体と協力し、被災地での救援活動を行ってきた。

震災の翌週から青森県・岩手県・宮城県・福島県の会報 読者で電話番号の分かる方々に電話して安否確認とニー ズ把握の作業を開始。20名とは連絡取れず。

せきずい基金の保有するバンに救援物資を積み込み、 専属ドライバー兼コーディネーター1名を常勤スタッフとし て採用し、9月まで半年間、被災地に派遣することにした。

日本脊髄障害医学会(田島文博·和歌山医大教授)や日本リハビリテーション医学会(理事長: 里宇明元·慶大教授)に被災地を巡回する医師の派遣を要請した。

3月30日には日本障害フォーラム(JDF)宮城支援センターが仙台市の宮城ワークキャンパスに開設されたことから、ここをベースに巡回活動を開始した。以下、医療キャラバン隊の医師の報告を紹介する。

【第1次医療キャラバン隊】(荒川医師)

3月28日:アメリカから帰国。

3月29日: バンに支援物資(ガソリン・紙オムツなど)などを つみ東京を出発、宮城県菅生SAで車中泊。

3月30日:宮城支援センター開所式に参加。名取市·石 巻市の被災現場を訪問し、必要物資·活動内容を検討。

帰京途上の蓮生SAで車中泊。

3月31日:基金目黒事務所に到着。

4月4日:都内で和歌山医大のM先生と合流。日本障害者スポーツ協会へ薬剤等の医療資材の確保のために向かう。カテーテル・点滴・内服薬を積み込み出発、仙台着。

4月5日: 石巻市の当事者訪問活動をするも、所在地把握が難航。 石巻赤十字病院に赴き、総合的な避難所情報を得る。 しかし障害者の個別情報は乏しく、持参した当事者リストをもとに直接足を運ぶ、障害者施設や避難所を廻り、当事者3名に間欠導尿のカテーテル配付や診察を実施。

4月6日:名取市の障害者施設からの依頼で訪問。津波で施設は全壊していた。薬剤の処方と車イス提供の要望を受け、後日他のNPOより車イス10台提供。

午後は南三陸町の避難所を数ヶ所巡回するも当事者に会えず。支援物資は大量に届いているが現場はまだ混乱。 現地の医療支援基地となっているベイサイドアリーナで当事者3名の情報を得た。2名は他県に避難、1名は避難所におり訪問して診察することが出来た。

4月7日: 気仙沼市を訪問。まった〈情報のない大島に船で渡り、当事者1名の健在を確認。仙台のホテルに戻り夕食後、震度6強の余震でホテルは停電と建物の損傷のために車中泊。

4月8日:山形に避難している当事者が褥瘡が出来ているという情報で山形の避難所を訪問し処置を行った。

4月9日:山形空港から帰京。



せきずい基金の巡回車 でカテーテルを届ける



在宅脊損者のベッドサイドへ

【第2次医療キャラバン隊】(鮫島医師)

4月12日:基金事務所で情報交換や活動計画を検討。

4月13日:新宿発のバスで仙台へ。駅前で基金の現地スタッフと合流し名取市へ。被災地を巡回し仙台市泉区の在宅呼吸器使用の高位脊損者の自宅を訪問、非常用発電機を提供(次頁参照)。

4月14日:大船渡市で事前情報で確認した4名の戸別訪問。1名は連絡付かず、1名はヘルパーより家族と東京で暮らしていることを確認。2名に面会し体調について聞き取り、1名が尿とりパッドを希望したので持参したものを提供。釜石まで移動し「鉄の博物館」駐車場で車中泊。

4月15日:大船渡市のヘルパー2名と合流し宮古市周辺の在宅患者を順次訪問。在宅で3名、避難先老人ホームで1名に面会。一次隊から引継ぎの患者を訪問し褥瘡の改善を確認。大船渡市保健所で行政の今後の活動の説明を受け仙台に戻りホテル泊。翌日、山形空港より帰京。

活動を終えて;道路状況が予想以上に悪く、戸別訪問の件数が少なくなってしまった。被災地の医療サービスは日ごとに改善し医薬品の不足も聞かれなかった。

しかし大きな避難所での生活が不自由で、不安を抱えながら家族と在宅に戻る方、普段どうりのリハやケアを受けられないことから筋痙性の亢進や腰痛、不眠など身体的負担が増加している患者様の声が多く聞かれた。

さらには、健康であった高齢者が避難所生活の中で歩行不能になっていく現実を目の当たりにし、震災直後から長期にわたり、被災された方々の生活を支援する視点での医療、福祉サービスの提供が不十分であることを感じた。

【活動資金】

現地で支援活動を展開するために、3月末から基金ホームページにおいて「被災脊損者救援募金」を募った。それに応え、6月21日までに延べ20人の皆様から23万4974円の募金が寄せられた。

また4月上旬、日本財団の「災害にかかる支援活動助成」に応募し、申請10日後には100万円が銀行振込されてきた。

これらの資金は専従スタッフの賃金にすべて充当し、本年9月まで現地での活動を継続する予定である。6月からは陸前高田市の旧障害者施設をベースに、障害者デイサービスを開始した。車イス用入浴施設を設置したコンテナも搬入、送迎サービスも行い、在宅支援を行っていく。

[被災者救援活動]

その時、在宅呼吸器使用者は

《大震災で長時間の停電に》

仙台市在住で頚損で呼吸器使用のS氏のお母さまか ら、震災後に戴いたお手紙の要旨を紹介します。

【第1信/4月7日】

「あの日は息子を抱きかかえて呼吸器がはずれないよう に守ることで精一杯で、揺れのこわさなど頭に入りませんで した。収まってから辺りを見わたしましたら、足の踏み場もあ りませんでした。

停電になったことに気づき、それからはバッテリーの残り 時間との闘いです。主人はすぐにホームセンターへ発電機 を買いに走りましたが、とても買える状況ではありません。 次に消防署に走りました。「連れてきなさい」と救いのことば。

ひと晩消防署内の隅に電源をお借りして、夜をあかしま した。息子は「おれは死ぬんでは・・・」と、気持ちが落ち込 んでおり、「労災病院へ運んでいただけないか」と主人が直 接交渉にいきました。

入院は案の定OKが出ませんでしたが、奥から息子が入 院中大変お世話になった年配の看護師さんが出てきて声 をかけてくださり、許可されました。2週間お世話になり、家 はまだガスもなく、医師、看護師、ヘルパーさんも、ガソリン の供給もありませんでしたが、退院してきました。呼吸器が つなげるような発電機がありましたらご紹介ください。」

【第2信/4月10日】

「早速情報ありがとうございました。4月7日にも大きな地 震がありました。夜でしたので、3/11とはまた違い、とても不 安な思いで一杯でした。また消防署に駆け込み一晩過ご し、8日の午後に電気が復旧しましたので家に戻りました。

このような危険を繰り返してはいけないと思い、往診の医 師に話し、トリロジィ*という新種の呼吸器をつけていただき ました。8時間持つということで、安心しております。

道路断裂などで安全な場にいけないことも考えられます。 自家発電機は必要不可欠です。検討して早急にそろえた いと考えております。」

注*:Trilogy100は内部バッテリーと着脱式バッテリーで移動 が可能(最大8時間)。フィリップス・レスピロニクス製。

基金の活動は皆様のカンパで支えられています

募金には同封の振替用紙をお使いになるか、下記 あてにお願い致します。

振込先(口座名は「日本せきずい基金」) 郵便振替 No.00140-2-63307

銀行振込 みずほ銀行 多摩支店

普通口座 No.1197435 <u>インターネット 楽天銀行サンバ支店</u>(旧称:イーバンク)

インターネットのヤフーチャリティ募金もご利用下さい。

【第3信 / 4月14日】

「私どもの家にもせきずい基金よりお二人お出でいただ き、胸があつくなりました。日中は石巻の被災地を巡回され 大変にお疲れだったことでしょうに。

息子ににこやかな笑顔で温かいおことばをかけてくださ いました。短い時間でしたが息子の好きな音楽にまでお話 を発展させていただき、息子は「おれ、何か活力をもらった ようだ・・・」とこの夜は心地よく眠りにつきました。

今いちばん必要としている発電機、水、ボンベをいただき、こ こまでお心にかけて下さりましたことになんとお礼を申し上 げてよろしいか。」

くところがこの発電機はインバーター式ではなかったた め、使えないことが判明。後日、「難民を助ける会」から提 供してもらった自家発電機を改めてSさん宅に届けた

【第4信/5月5日】

「息子の命をつなぐ電気が途絶えたときのあの恐怖心、 今思い出しても身の縮むような緊張感があります。電気が ないと生命を維持できない息子の不憫さにどうしようもない 衝動に駆られたことも事実です。

今このように強力な命綱、発電機が手元に届き、そばに 置くことができまして、安心いたしております。

息子は首から下の自由を失っておりますが、頭・脳・耳・ 眼・食事も全く正常です。声帯を通しての会話もできます。

息子も眼がだんだん外に広がり、自分の大変さを省みず 被災者の悲しい思いに「母ちゃん、おれにも何かできること がないか・・・」と言っています。なにか私どもでできる協力 があればさせていただきたいと思います。」

募金御礼

大震災後という状況にあっても、せきずい基金の活動 支援のための募金を引き続き寄せていただきましてあり がとうございます。

- ・3月のラグビー・トップリーグのチャリティマッチからは 30万円の募金を戴きました。
- ・またホンダ・ラグビー部からは一部の工場が被災され た中で6月に、16万3250円の募金を戴きました。
- ・会報読者の皆様からは本年4月 5月に約200人の 方々から100万円以上の募金を戴きました。

厚く御礼申し上げます。

発行人 障害者団体定期刊行物協会 東京都世田谷区砧6 - 26 - 21

編集人 特定非営利活動法人 日本せきずい基金・事務局

〒183-0034 東京都府中市住吉町4-17-16 TEL 042 - 366 - 5153 FAX 042 - 314 - 2753 E-mail jscf@jscf.org

URL http://www.jscf.org/jscf/

この会報はせきずい基金のホームページからも 無償でダウンロードできます。

資料頒布が不要な方は事務局までお知らせ下さい。

頒価 100円