1998年10月９日第三種郵便物認可（毎月３回８の日発行）　　2011年９月15日発行　SSKU増刊通巻3946号

JSCF Japan Spinal Cord Foundation

SSKU　特定非営利活動法人

日本せきずい基金ニュース

〔季刊〕
No.50
2011－9

＊　スウェーデンのSpinalis財団は、脊髄損傷者の便利グッズと暮らしのアイデアを「Spinalistips」というデータベースとして公開している。障害レベル／当事者別に1000件以上が作業療法士のコメントとともに紹介されている。

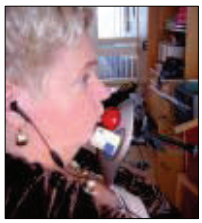
本号から当事者別に全体の2割程度をピックアップし、掲載していく。英語版からの翻訳はコメントなど最低限にとどめた。

http://www.spinalistips.se/all-tips.html　参照。番号は事務局による。今後、基金HPに全点を順次掲載予定。〔JSCF事務局〕

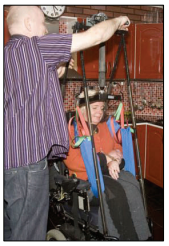
【頚髄C２－４損傷／ASIA-A及びB】（手と腕もマヒ）

◆ **ヘレナ**:ご主人と2人のティーンエイジの子供と家で暮らしている。彼女はフルタイムの75％程度の仕事をしている。彼女は生まれながらに、高位脊髄損傷と同様の症状がある筋疾患にかかっている。彼女は1日24時間のパーソナル・アシスタントを利用している。

1）改造マウス――トラックボール・マウスは口と唇で操作する。マウスボタンは、小さい固いプラスチック(クレジットカードのような)が取り付けられ、唇で操作する。



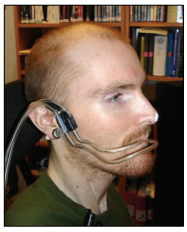
2）携帯トイレ――車いすに取り付けられた折りたたみのリフトで、訪問したどこの浴室でも可能。リフトは車イスにつける縦4本、横1本の金属棒、手動クランクとウインチから成っている。ウインチを巻きあげてユーザーのズボンとスカートの着脱が出来る高さに持ち上げる。全体のリフトはイケアバッグに収納し車いすにぶら下げることができる。



3）ワゴン車の回転便座――レジャー用RV車内に設置したもので介助が容易。

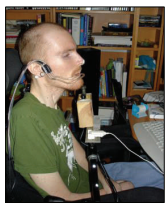
◆ **カーレ**:アパートに住み、パートタイムで就学している。彼は2001年に受傷した高位の頚髄損傷者(C4)。パーソナル・アシスタントを1日24時間利用し、そのうちの4時間は2人のアシスタントを利用する。

1）コンピュータ操作――腕と手の機能のない人々がコンピュータゲームすることが可能になる。コンピュータはWiVIK特製のヘッドマウスで制御される。 特別な「吸う-吹く」(sip/puff)コントロールと、ジョイスティックとマイクの2つのオプションで操作する。



2）ヘッドマウス操作――WiVIKは特製のウィンドウズ操作システムで、スクリーン上のキーボードをワイヤレスのヘッドマウスで操作する。ユーザは、鼻の上に貼った反射鏡(シール)とスクリーンの上にある受信機を使用することでマウスを動かす。受信機からの赤外光は反射鏡を通したユーザの頭の動きを感知する。ユーザの頭部にセットされた「吸う-吹く」コントロールは、マウスの右・左クリックとして機能する。

3）ジョイスティック――顎でコンピュータゲームを操作するための特別仕様のジョイスティック。ジョイスティックと2つボタンはカメラの三脚に設置され、カスタムメイドの木製ブロックに固定されている。

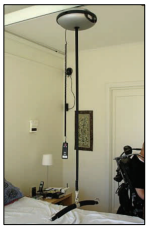


4）マイクによる操作――マイクは、ジョイスティックのホルダーに固定され、ユーザーはマイクに直接語りかける。マイクは音声制御や一緒にVentriloを持つ他のプレイヤーと通信するための入力のいずれかに使用される。Ventriloはオンライン上の人々と話すのを容易にするフリープログラム。ゲーマー達は最高で高速のオンラインゲームにVentriloを利用する。

【目次】

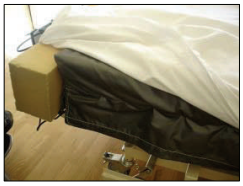
・暮らしのグッズ＆アイデア：C2－4損傷・・・・・・・・・・・・・・・1
・脊損者の性的健康〔1〕・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
・ドリームキャッチャー：頚髄損傷の車イスの医師となって・・・・・・9
・再生研究*Now！*・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
　CiRAシンポジウム／呼吸回路の再生／HGF臨床試験他
・被災者救援活動・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
　障害者デイサービス開始／在宅緊急時支援事業

◆ **マーティン**：彼は奥さんと家で生活している。彼は2000年に高位の頚損（C4）で四肢マヒとなった。彼はパーソナルアシスタントを1日24時間利用している。



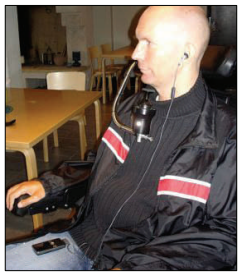
1）天井走行リフト――魅力的なデザインで目立たないリフトのレールは壁に埋め込まれている。リフトのモーターは取り外せるカセットに設置され 、リフトは垂直に設置可能。

2）シャワーチェア――柔らかい衛生的なRohoクッションのシートで、高い背もたれは布カバーで覆われている。アームレストも特製のもの。



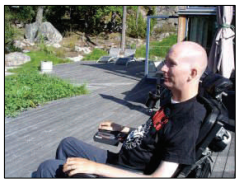
3）除圧マットレス――自動的にベッドがユーザーのニーズと姿勢をベースに異なったゾーンを設定し、褥瘡を予防する。マットが交互に低圧になるか一定の低圧のままか選択できる。警告シグナルは、交互の圧力設定にマットレスを戻すための注意喚起として用いられる。マットレスには長いチューブで利用できる小さな操作ユニットが使われている。

4）リビングルーム――両側にガラスの壁のある広々としたリビングルームで、テラスにアクセスしている。



5）電話の操作――ユーザーは主にマイク付きヘッドフォンとつないだ携帯電話を使う。電話の応答は自分で出来るが、かけることはできない。職場でのスイッチボードは携帯電話にリンクされており、ヘッドフォンを2つ使う必要はない。

6）ベッドでコンピュータ操作――ベッド枠にスタンドで取り付けたテーブルにラップトップが付けられている。コンピュータが滑り落ちないよう、テーブルには小さなエッジがある。コンピュータはスクリーンの上部に設置されたヘッドマウスで操作する。スクリーンに現れるキーボードを操作し入力する。

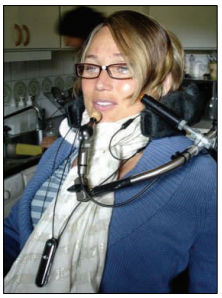


7）ウッドテラス――広くて簡単にアクセスできるテラスは、勾配のある屋外で、車いすで時間を過ごすことを可能にする。

◆ **ニーナ**：彼女はアパートに住み、パートタイムで働いている。 彼女は1996年に高位の頚髄損傷（C4）を負い、呼吸器を使用している。１日24時間、２人のパーソナルアシスタントを利用している。

1）手荷物カート――呼吸器ユーザーのための非常用機器のカート。特製の棚を取り付け、安定したホイールがある。バッグはカテーテル付き携帯吸引器、吸引器をすすぐ水筒、バッグバルブマスク〔アンビューバック〕、そしてコンプレッサーや手袋などのような必要な物からなっている。

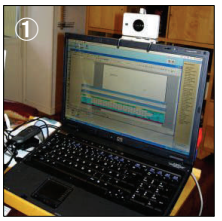
彼女は咳を出来ないので、吸引器に頼っている。外出時には、吸引器や呼吸器のバッテリー切れや故障に備えたバックアップ用の呼吸器を持っていく。



2）携帯用無線ヘッドセット――小さなブルートゥースヘッドセット（マイクつきヘッドフォン）により無線で携帯電話を操作する。それはマルチポイント接続、すなわち同時に無線で音楽が保存されるハンドヘルドコンピュータに電話は接続可能。この方法で携帯電話を通してコンピュータで保存された音楽を聴くことができる。ブルートゥースの利点は、それがまだハンドバッグにあってもユーザーが電話に出ることが可能なことだ（ソニーエリクソン製HBH-DS980）。

3）防火毛布――ガラス繊維で織られた毛布は扱うのが簡単なので、小さい炎を消すのに理想的。ユーザーはいつも防火用毛布を車イスの背もたれと呼吸器の間に収納している。

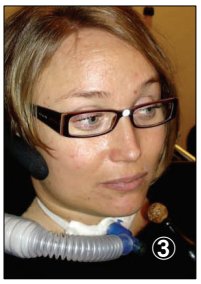
4）ヘッドフォン――軽量で調整可能なヘッドフォンはすべての主要な電話システムと互換性があり、地上回線と携帯電話の双方に使用される。



5）コンピュータ操作――ほとんどのアプリケーションを音声命令で使用できるVoiceXpressという口述プログラムを使用。コンピュータは、（トレーニングの後に）あなたが何を言うか理解し、文書と数字に翻訳する。あなたがさらにプログラムを使用すれば使用するほど精度が上がり、ユーザはすばやく96％の音声認識精度を達成できる。また、プログラムは声を出してテキストを読むことができる。〔写真①；スクリーンキーボードとヘッドマウス〕

ヘッドフォンにはマイクが付いている。コンピュータ用めがねに貼った小さい反

射シールが送信機能を、スクリーンの上に設置されたヘッドマウスが受信機能を持つ。反射シールの動きを読んでマウスカーソルを動かす。KeyVitというソフトでスクリーン上のキーボードをヘッドマウスで操作する。このソフトには単語予測機能がある〔写真③：メガネの中央のノーズパッドに反射シールを貼っている〕。



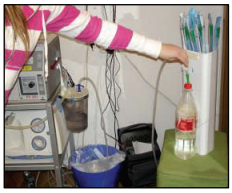
6）マッサージローラー ――身体の筋肉の張りを減少させるマッサージ器。非常にフレキシブルであり、ボディーに順応して、柔らかくて優しいマッサージを提供する。アシスタントがマッサージ器を操作する。

7）首のロールクッション――リフトでのトランスファーの際、ユーザーは縦長のリフトカバーと特製の首に巻くクッションを用いる。このクッションは頚部を安定させ緊張を弱める。

8）ベッドのクッション――ゆったり横たわり、血流を改善し、褥瘡を予防するためにクッションを置く。ユーザーは、夜、ベッドに様々な姿勢保持クッションを持っている。写真①：彼女があおむけに腰筋クッションでいるとき、彼女の足を置く細長いくさび型クッション（サポートクッション）。写真②：彼女が横向きに寝たときに背部に当てるクッション 。

9）シャワーチェアー ――呼吸器チューブのホルダーの付いたシャワーチェア。Rohoクッションのシートの座面は角度が30度まで変えられ、アームレストは折りたたんでロック可能。足台の高さも調整できる。呼吸器チューブのためのホルダーはシャワーチェアのアームレストに気泡ラバーで巻き付けられている。チューブは適所で気泡ラバーに取り付けられたマジックテープによって保たれている。

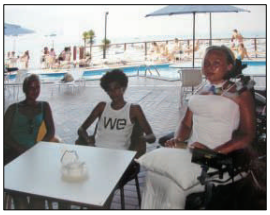
10）吸引器と吸引ボトル――気管切開した呼吸器ユーザの重要な器具。必要に応じ気道の痰を取るためにユーザは2つの吸引器を持っている。使い捨てカテーテルは吸引に使用。



11）チューブスタンド―― ベッド脇のテーブルに、フレキシブルアームと呼吸器チューブのためのホルダースタンドがある。

12）電動車いすと呼吸器使用の旅行――旅の日程に応じて4～6人のアシスタントを連れていき、番号をつけたスーツケースのいくつかを担当する。旅行するときに彼女が持っていくのは；シャワーチェア、手動リフト、2台の呼吸器、吸引器付き呼吸器の非常用機器およびアンビューバック、スロープ（短・長）、縛りひも、ベッドの脚を高くするためのアイスホッケー用ゴム製円盤、携帯たらい、ガソリンスタンドで購入したパンク修理キット。

飛行機に乗るなら、手動車いすも持っていく。 電動車いすは、輸送のために前もって梱包される。彼女は電気器具とアダプター（Travelstar）、変圧器のために延長コードを持って行く。

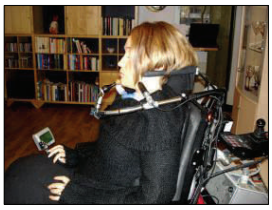


13）チューブヒーター ――寒い野外にいるとき、チューブヒーターは呼吸器のチューブの水蒸気の凝結を抑える。厚い布地を呼吸器チューブに巻きつけマジックテープで止める。

14）呼吸器の配置――彼女は気管切開していて、24時間呼吸器を必要とする。ユーザーは2台の同じ呼吸器を所有している（夜用；写真②、日中用；①）。

日中、呼吸器は内蔵電池で動き、予備として車いすバッテリーを使用する。昼間、呼吸器は金属ケースに収められ車いすの背もたれの後ろに顔を出している。呼吸器は背もたれを下げても支障ないように離されている。しかし車いすが非常に大きくなりエレベータに乗るときに問題がある。

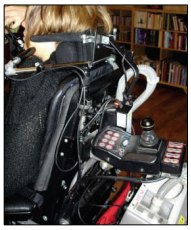
15）電動車いす操作―― 彼女には3種の操作の選択肢がある。



①ジョイスティックによる顎（チン）コントロール：背もたれに口元に伸びるスタンドが取り付けられる。ジョイスティックホルダー上にオン／オフボタンがある。

②首による操作：後ろ、右、左の3つのレバーから成り、頭部の動きで操作する。

③介助者による操作： 背もたれの後ろにあるジョイスティックで車いすを操作する。それはもっと緻密に狭いスペースで動くことに優れているので、ジョイスティックコントロールは主に室内で使われる。首でのコントロールは主に屋外で使う。彼女は顔面に装置をおく必要がないことを喜んでいる。

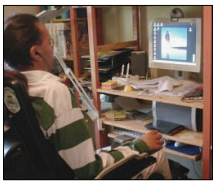


彼女が車いす操作で首を痛めることがあるので、違う筋肉を使うために、違うコントロールシステムに切り替えが出来ることは重要である。

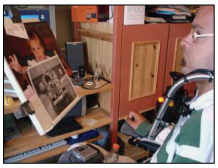
◆ **コニー**：彼は娘たちと家に住みパートタイムで働いている。1994年にC4レベルを損傷。 パーソナルアシスタントを1日24時間利用、そのうちの3～5時間は2人のアシスタントを利用している。

1） 車いすバッグ――バッグはユーザーの足元のフットレストに置くので、バッグを見守ることが出来る。

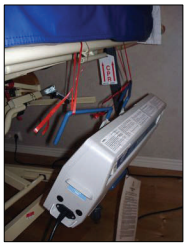
2） 革のオーバーズボン――着用者の前部と脚をカバーするだけのズボン。それはマジックテープで閉じられる。座っている間、着用するのが簡単であり、着用者に合わせて縫われる。



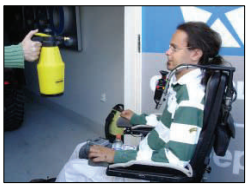
3） コンピュータ操作――スクリーン上のキーボードとヘッドマウス。送信機はユーザーのメガネに自分で貼った反射鏡で、スクリーンの上にある受信機が反射鏡の動きを捉えてマウスカーソルを動かす。スクリーンの脇に文書ホルダーがあり、ペンを口でくわえてメモをすることができる。



4） 褥瘡予防マットレス――コンプレッサーとマットレスがセットとなり、内蔵センサーが自動的にユーザーの体重を測定する。継続的に圧力が変化する空気の細胞（エアーセル）で構成されている。マットレスには静止設定があり、服の着脱やベッド上を寝転がるのを楽にする。 コンプレッサーはベットの骨組に掛かるようになっている。コンプレッサーには騒音レベルを減少させ、振動を排除するために操作用ひもがぶら下がっている。



5） 携帯電話の操作――携帯電話のホルダーとスティックにより、ユーザーは口で電話を操作出来る。電話は車いすの顎（チン）コントローラーに装着する。ペン差しはリング状でホルダー脇にあり、胸ポケットから取り出す。ペンはキーのすべりどめのため消しゴム付きの短い鉛筆を使っている。



6） スプレーボトル――ポンプ付きのウォータースプレーボトルは、暑い日のクーリングオフに役立つ。

7） 小麦粉のホットクッション――電子レンジで小麦粉クッションを温め、その余熱でベッドや首筋を温める。

【広告1/2頁】

〔セクシュアリティ〕

米国脊髄医学コンソーシアム編

脊損者の性的健康【1】

2010年1月、米国脊髄医学コンソーシアムは専門家向けの診療ガイドライン「*Sexuality and reproductive health in adult spinal cord injury*」(『成人脊髄損傷者における性と生殖の健康』)を刊行した。編集委員長は、せきずい基金が2001年にセクシュアリティ講演会に招聘したボストン大学のS. デュシャーム教授である。

本書の推奨事項を本号から連載する。なお推奨事項の要約、ガイドライン判定基準、文献は基金HPの刊行物欄に掲載した。

翻訳：赤十字語学奉仕団〔訳者名はHPに掲載〕／文責：事務局

■推奨事項

本診療ガイドラインは、脊髄損傷者を担当するすべての医療関係者用に、「性とリプロダクティブヘルス」〔性と生殖に関する健康〕についてまとめられている。

本ガイドラインを作成するにあたり我々の取った立場は、すべての医療専門家が性の健康を促進する役割を担い、性に関する問題や教育を推進するという積極的な姿勢を脊髄損傷者と共に取り組む各人が伝えていかなければならないというものであった。

医学のいかなる分野とも同様に、個人としての限界や専門性の高い特異的分野であることに、医療者は必ず気付くだろう。医療者が性に関する疑問に答えたり懸案事項を議論する時に、知識不足や気まずさを感じた場合、その疑問や懸案事項は相応の専門家に委ねるべきである。

最も重要なことは、性に関する議論と教育はそれぞれの脊髄損傷者に特有な必要性と快適度に合わせる必要のあることである。いかなる状況下でも、脊髄損傷者のケアに携わるすべての者は、倫理的境界線を最優先で維持しなければならない。

訳注：各項目の推奨度の分類（詳細は基金HP参照を）。
エビデンス;I～VとNAに分類。レベルⅠは信憑度が最高。
推奨度：A～CとNAに分類。カテゴリーAがエビデンス最高。
パネル同意レベル；強・中・弱の3段階。

個人にとっての性と生殖の重要性

おそらく他のどの要素よりも、性は自分自身についての感情や人との結びつきについての感情に影響を及ぼすものである。それは自身のアイデンティティーの根幹を成すものである。性は自意識、生物学的性質、対人関係、道徳や文化的信念と並んで、自身を取り巻く環境ならびに社会との関わり方も包含するものである。

ほとんどの人にとり、性的感覚の喪失は、幸福感、充足感や他者との繋がりに必要な個人の不可欠な部分を失うこととなる。性はさまざまに表現され、恋愛関係や友情関係の場面、世間に自己を表現する方法、個人的には自己分析や自慰行為の状況であることがある。

脊髄損傷者の最初に心配することの1つが性の問題であることが多い。脊髄損傷は、患者や彼らの人間関係のさまざまな範囲に影響を及ぼす。医学が進むに従って、研究者らは脊髄損傷のような破壊的外傷後の機能について能力の理解と回復に大きな進歩を遂げてきている。

しかし、過去四半世紀に渡り、脊髄損傷者と同様にリハビリテーションの専門家は、人間関係、自尊心や家族に影響を及ぼす生活の質の基本的な部分に取り組まない脊髄損傷の医学的管理は不十分であると気付くようになった。

このような理由で、ほとんどの医療専門家は、性に関する問題をリハビリテーションプログラムの構成や脊損者へ進行中の医療提供の中で取り組む必要があるとする意見を採用するようになった。

最終的に、性と性機能についての情報を得て、脊髄損傷者は損傷後の生活における性の重要性に関する情報に基づいた意思決定をしなければならない。医療関係者の役割は、脊髄損傷者が情報に基づいた意思決定をするために必要とする情報を確実に得られるようにすることである。

受傷後に性を表現する方法は多くある。それに応じて、損傷後に患者が経験する困難を解決する方法も多い。各人が受傷後の性を向上させるための選択肢と可能性への理解を確実にすることが、積極的な姿勢と完全な自己意識を維持する脊損者の能力への手がかりとなる。

1. 率直な議論を維持し一連の治療を通して公私双方の環境で性に関する教育を受けられるようにする。
（エビデンス；NA、推奨度；C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 脊髄損傷者にとって性の問題は一貫して最も重要な話題であると確認されている（Widerstrom-Noga, 1999）。さらに、文献と臨床診療の包括的検証は、いずれも性的満足は受傷後の人生の一部として残る可能性があると示唆している（Reitz et al., 2004）。医療者の重要な役割は、脊髄損傷者が損傷後に性を健全に適応させるために情報やサービスを確実に利用できるようにすることである（Fisher ら、2002）。

効果的であるためには、医療者は性について深い見識を有し、不安感なく議論できるようでなければならない。反対に、患者が医療者からこのような話題を聞く心構えができているのか、また、この分野における更に高度な専門知識を持つ専門家を患者に紹介する適切な時期はいつであるのかを医療者は考慮しなければならない。

一般的に、性と性に関連する問題についての議論は、評価、計画、および現在行っている治療に統合されるべきである。性に関する特定の講習やカウンセリングはリハビリ計画の一部として設置すべきである。しかし、性に関する教育は脊損者と医療者との間の非公式な議論の中でなされることが多い（Byfield ら、2000）。

2. 教育のための容認、限定された情報、特定の提言、及び集中療法（PLISSIT）モデルのような治療の枠組みの利用を検討する。（エビデンス；Ⅳ/Ⅴ、推奨度；C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 脊損者の治療に携わっているすべての医療者は、自分自身の性に関する価値感、偏り、および限界について理解する必要がある。さらに、性の健康に対する最適のケアの提供の妨げとなる可能性のあるあらゆる個人的問題も医療者は取り組むべきである。

PLISSITモデルとして知られる性に関する介入の枠組みの1つは、各人の必要性に応じてさまざまなサービスの段階を確認するようにデザインされた(McBride and Rines, 2000; McInnes, 2003)。PLISSITは4段階の介入の頭文字であり、容認、限定された情報、特定の提言、集中療法を意味する。

“容認”とは、性について話すことに対する文字通りの“承認”や“許可”ではなく、性に関する議論が好意的に受け止められることが患者に明白な雰囲気をつくることである。

“限定された情報”とは、個人特有の状態が性表現に及ぼす影響に関する情報を受取る各人の心構えに関連する。性の問題を聞き議論する際の患者の心構えはそれぞれ異なる。医療者に根拠のない話を一掃し誤解を取り除くこと以上を望まない患者がいる一方、自身の性機能についてより詳しい情報を得る心構えのある患者がいる場合がある。

“特定の提言”とは、各人が持つ特有な性的困難の解決に役立つことを目的とした特別な考えである。この段階では、医療者に高度な知識や臨床技術が求められる場合がある。なぜならそれには、詳細な性生活歴を得ること、特有な問題を確認すること、目標(例えば特有な介入、教育、あるいは代償的戦略)を定めることが関与するからである。

最も高い段階の“集中療法”とは、性セラピー、性に関するカウンセリング、および心理療法に関する正式な訓練や実証された適応能力が求められる。性行為の履歴がより複雑な患者に関してはこの段階の介入治療が必要なことがある。このような場合には専門医への紹介が指示される。

3. 患者が性関連の問題の情報収集に積極的な役目を果たすよう促す。（エビデンス;NA、推奨度;C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ;強）

理論的根拠： 脊髄損傷後、患者は身体的および情緒的な健康を維持する責任を持つことになる。身体的健康に関しては、皮膚の完全性の維持、腸と膀胱の適切なプログラムに従うこと、体温を計測することなどがある。さらに、脊損者には、情緒的健康をモニタリングすることを奨め、非常に悲しい、不幸である、憂鬱である、絶望している、過度に不安であるなどと感じた時には、相談できるサービスを探すよう奨めるべきである。そのような時には、専門家の介入とカウンセリングを積極的に求めるよう患者とそのパートナーに働きかけるべきである。

性に関する正しい情報を得ることを確実にするために、脊損者もまた情報を収集し、疑問があればいつでも性と生殖能力に関する質問ができるように勧められるべきである。そのためには、その分野に詳しく安心のできる専門家を探すことが必要である。必ずしもすべての医療者が性の分野に関して同レベルの知識と安心感を持つわけではない。結局、脊損者は安心感や知識のある医療者に出合うまでに何人かの医療者と会う必要があろう。

4. 性に関する基本的な情報を提供することや治療を通じてさらに詳しい情報を得られることを可能な限り早急(できれば急性期)に患者に対して保証する。
（エビデンス;Ⅳ、推奨度;C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ;強）

理論的根拠： 最初、損傷後に医療機関に入院したときは、生命維持のための医療問題が性や生殖能力のような長期適応に関連する懸念よりも優位になりやすい。しかし、患者が安定しつつあるときでも、夫婦関係や性機能をどのように維持し回復するのか、あるいは維持や回復が可能なのかといった将来に着目しやすい。

急性期の危機が過ぎると、性に関する最初の疑問は平凡であり、「性行為を再び行うことは可能なのか」、「子供を設けることは可能なのか」、あるいは「関係を維持できるのか」といったことである。患者が以前の性行為や生殖行為を変えざるを得ないことは間違いないが、そのような疑念への答えは一般的に「可能である」ということである。

患者の疑念への回答後に、今後の急性期リハビリテーションの間や進行中のフォローアップケアを通して、より多くの情報が得られることを医療者は患者に対して確約すべきである。このような問題に関して、患者が医療者とオープンな会話を続けるように求めることも必要である。

最後に、脊損者は男として/女としてあり続け、楽しむための性行為と満足するための性行為のどちらも続けられることを強調することが常に重要である(Reitz ら、2004)。

5. 率直かつ中立な態度で問題を議論して性の話題を取り上げる。可能な限り継続中の会話を発展させるような、自由回答の質問をする。
（エビデンス;Ⅳ/Ⅴ、推奨度;C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ;強）

理論的根拠：性に関するいかなる議論にも気配りが必要である。このような議論に非常にオープンな人がいる一方で、より控えめな人もいる。問診過程の定期的一部として性の問題を取り上げることは、初期及びそれに続くリハビリテーションの過程において性の問題が不可欠な部分であるとのメッセージを送ることとなる(Ide and Fugl-Meyer, 2001)。

率直に敬意を払って自由回答の質問を提示することは、脊損者の特殊な状況に関する疑問を問い、回答を求め始めるよう促す場合がある。医療者は、言葉による、および言葉によらないメッセージにより何を脊損者に伝えているのかを意識すべきである。容認、確認、および中立的な姿勢を伝えていく必要がある。

患者と医療者の意思疎通が図られているか、また、同一の問題を議論しているかを確実にするために、患者の質問を頻繁に繰り返すことや患者の懸念をまとめることなどの積極的な聞き方を採用する。さらに、「あなたが性欲を感じていることはうれしい。どのように感じているかをもう少し話してくれませんか」といった、積極的で自由回答の質問の利用は有効である。

最後に、このような話題が出たならば、できる限り十分な議論のために多くの時間を確保する。常に時間が限られているようであれば、十分な時間、安心感、および知識のある人に患者を担当させる必要がある(Miller and Marini, 2007)。可能であれば、患者と相談し、この話題の議論の際に誰に最も安心感を覚えるのかを決めてもらうこと。

6. 誠実で生産的な議論を引き出すために性的指向や性同一性に関して中立的姿勢を保つ一方で、最大限のプライバシーを提供し機密性を維持する。
（エビデンス;NA、推奨度;NA、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ;強）

理論的根拠： オープンな議論、容認や傾聴を通して、医療者は患者の性的指向や性同一性に対してデリケートであるべきである。脊損者に関わる医療者は患者の性的

指向や性同一性によらず、独特な性の健康問題に対処する用意を整えることは必須である。有効であるために、医療者は自身の性的指向に対する価値観や姿勢を意識し、それらが患者に提供するリハビリテーション、教育やカウンセリングに対して否定的に影響を及ぼすことのないようにしなければならない。性的指向や性同一性に関わらず、すべての脊損者に対する情緒的なサポートや擁護は重要である。

7．脊髄損傷後の性機能や性表現について学ぶことに対する患者の関心や心構えを判定する。このような話題を直接取り上げることを心地よく感じない患者がいることも認識する。　（エビデンス；IV/V、推奨度；C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 脊髄損傷者の多くは、損傷後のある時期に性や人間関係についての情報を必要とする（Ferreiro ら、2005; Fisher ら、2002）。性に関する話題が（個人的にであっても正式にであっても）扱われている時、患者のボディランゲージ、アイコンタクトやコメントを観察して議論を深めるための患者の心構えに注意を払うべきである。

回復の過程においては、患者各人がそれぞれ異なった時期に心構えができることを念頭に置おくこと。ある患者は自身の家に帰り、ライフスタイルの変化にやや慣れるまでは具体的な質問が浮かばないであろう。別の患者は、入院中に性に関する質問をすることに居心地の悪さを覚えるであろう。このような理由から、退院後に患者がどこで、どのように性に関する情報を得ることができるかを知らせておくべきである。

ジョークや「わいせつな」もしくは「きわどい」コメントを通して疑問や不安を切り出す傾向のある患者もいる。そのような疑問やコメントは、この話題に関する不安の徴候の可能性がある。このようなコメントや態度が見られた場合には、率直かつ積極的にさらに話したいかどうかを患者に尋ねて、この話題を持ち出すようにする。「（括弧内にはあなたの患者に適切だと思われる問題を入れる）――についての疑問のある脊髄損傷者は多い」といったメッセージの利用が役立つ場合もある。このようなメッセージは、患者が持つであろう、あらゆる疑問や不安を標準化する。率直さや励ましは常に示されるべきである。

同様に、性に関する適応は継続しているリハビリテーション過程において必須かつ正当な構成要素であることを患者に気付かせるような雰囲気も示されるべきである。患者は自身の疑問が適切であり歓迎されることを感じるはずである（Taylor and Davis, 2006）。

8．人生における性の役割および患者が性を表現することが可能なさまざま方法を検討するよう患者を促す。
（エビデンス；III/IV/V、推奨度；C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 性の重要性や表現についての決定は個人的な選択である（Valtonen ら、 2006; Reitz ら、2004）。性に関する表現は複数の要素で決定される。それらの要素には、文化、宗教、幼年期から青年期における経験、性に関する早期教育、具体的な性的関係の有無、安心度、そして肉体的・社会的・心理学的な問題がある。性、愛情行為や愛の重要性は高いと考える人は多い（Yim ら、1998）。

脊髄損傷後に性的であることの選択や患者が性を表現するために選択する方法は医療チーム全員が尊重する必要がある。医療者が、性の重要性や表現に関して個人的な価値観を持っているとしても、患者それぞれが性に関して下す判断を尊重することは不可欠である。

時として、患者が損傷前に性的に積極的でなかった場合、リハビリテーション中に性教育を受けることを選択しない場合や、損傷後には性的に積極的にならないと決める場合がある。これらの決定は必ずしも心理学的困難を反映しているものではない。しかし、性的行為を控える決定は、他に選択肢がないという誤った考えを基に成されるべきではない。究極的には、性教育やカウンセリングの目標とは、性の表現や親密な人間関係は脊髄損傷後も続くことに対する患者の理解を促すことである。

9．リハビリテーション中あるいは入院中のすべての患者の性的表現はプライバシーを尊重し、敬意を払い、尊厳を持って扱われることを確実にする。
（エビデンス；IV、推奨度；C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 脊髄損傷後に患者あるいは患者とパートナーとのカップルが安心して性的な適応を模索するのであれば、時間、敬意およびプライバシーは重要である（Byfield ら、1999）。患者とそのパートナーが親密になれる別室あるいは病室の提供は、重要なメッセージであり、損傷後に性的親密さを回復する第一歩である。多くのカップルにとり、抱擁し、抱き合い、ベッドで一緒に横になることは、お互いに情緒的に支え合うためにも親密な関係を立て直すためにも優れた方法である。

この時期に、カップル間のコミュニケーションが向上することがよくある。普通の場面では、単に「起こさないで下さい」の札をドアに掛けておけば患者や患者とそのパートナーとのカップルのプライバシーを確保できる。いつものように、脊損者が医療スタッフの助けを必要とする場合に備え、「ナースコールボタン」が利用可能であることを確認しておくこと。性的な模索や意思疎通を図るためにプライベートな場所を提供することは、性と親密さは重要であり脊髄損傷後も継続できるという重要なメッセージを伝える。カップルがふたりきりになる機会を得たならば、疑問や問題解決のための援助が必要な時には医療スタッフのメンバーと議論する機会があることを伝えておくこと。

性生活歴および評価

脊損者の性生活歴を入手することは、性に関する問題がリハビリテーションやフォローアップの過程に必須な構成要素であるという前例を確立する。性生活歴が、性的な問題を具体的かつ現実的に議論のできる対話を開く。性生活歴により話題を取り上げられ、脊損者と医療者との間に信頼関係が生まれることから、性生活歴が性教育の第一歩となることが多い。

脊髄損傷後では、患者の性的機能の能力を判断するのに神経学的要素が重要な役割を担う。そのために神経学的な問題がきわめて優勢であるため、性生活歴は軽視され、やや関連性がないと見られることが多い。しかし、性機能は神経学的レベル以上の構成要素であり、情緒的要素、心理学的要素、医学的状態、以前の性生活歴ならびに過去や現在の人間関係に関係している。これらの要素は

すべて考慮しなければならず、脊髄損傷後の患者の性的な難局に寄与することがある。

さらに、性機能は不変ではない。つまり、時の経過と共に機能が回復することもあり、失われることもある。また、各人の年齢、医学的状態、パートナーの有無や人間関係の質、情緒的な健康、文化、信仰などの要素によってもさまざまに変化する。

10. リハビリテーション過程のできるたけ早い時期に性と性的機能についての一般的な質問を組み入れる。直接的な自由回答の質問をして、性に関する議論を容易にする。

（エビデンス；NA、推奨度；NA、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 医学的並存疾患のあらゆる既往歴、レイプ、性的虐待、家庭内暴力、情緒的問題、薬物乱用、パフォーマンス関連の問題、および人間関係に関する要素は、リハビリテーションの早い段階で確認しなければならない。

リハビリテーションの早い段階で性に関する問題を取り上げると、入院期間を通して問題や論点に対処する多くの機会ができる。さらに、虐待歴などの性に関連するのは、リハビリをどのように進めるのか、医療者との関係をどのように築くのかに影響を及ぼす場合がある。医療者が要因や患者の成育歴を理解していれば、対人関係の対立が少なくなるかもしれない。

医療者の質問が直接的、自由回答式で安心感を与えるものでなければ、患者が性に関する話題を取り上げたがらない場合が多い。性の問題の評価には、脊損者が性の懸念の議論に興味があるかどうかをまず尋ね、次に状況に応じて進めることが適切である。質問の例は以下のとおり。

- 受傷前の性的行為について話してもらえますか。
- 受傷前に性的な問題はありましたか。
- 当時起こっていたことについて少し話をしませんか。
- 受傷後ほとんどの患者は性や性的行為について疑問を持ちますが、あなたの懸念について話してもらえますか。
- 受傷前は性的に積極的でしたか。もしそうでなかったとしたら、今の段階で何か質問はありますか。
- 何か情報の提供を望んでいますか。

性生活歴を問診する時には、患者の物理的環境が快適であることと室内の機密性が保たれていることを確認する。

11. 過去に性的トラウマや性機能障害、あるいは脊髄損傷後の性機能に影響を及ぼした可能性のある性感染症を経験したことがあるかどうかを脊損者に尋ねる。

（エビデンス；NA、推奨度；NA、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 脊髄損傷後に行われる性教育やカウンセリングであるため、患者の心理学的、医学的、および性的な既往歴を総合的に理解することは大切である。

まず、特に脊髄損傷前に何らかの問題があったのか、受傷前には性に対して積極的であったのか、あるいは性経験は限られたものであったのかといった脊髄損傷前の性的な懸念を評価する。

受傷前に性経験のない患者への指導には、デート、社交術、人間関係、意思疎通や性行為への準備がある。人間関係の問題、身体像についての懸念、自尊心など、損傷前からの心理学的要素を尋ねることが大切である。性的な困難、不安や機能障害は一般の人々においてもありふれたことである。また、うつ病、薬物乱用、高血圧症、糖尿病や心血管疾患の病歴のある患者においてもありふれたことである。

虐待、レイプ、性感染症や過去の性機能障害といった問題は、カウンセリングの進め方や性に関する情報の提示の仕方へ与える影響が大きい。たとえば、過去に虐待の経験のある女性は、男女混合の研修クラスでは安心できない場合がある。そのような場合、その女性は女性スタッフとの会話を通じて性について学ぶことを好むかもしれない。あるいは、過去に性的な困難のあった患者は、性的な適応や機能を複雑にするような、未解決である能力についての不安や並存する医学的問題を抱えている場合がある。一般に、以前からの性の問題を抱えている患者は、性カウンセラー、セラピスト、婦人科医や泌尿科医などの専門家に紹介する必要があろう。

12. 性教育時およびカウンセリング時に個人の生活背景（文化的、環境的、精神的および社会的背景）を考慮する。

（エビデンス；Ⅳ、推奨度；C、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 性は人の生活の多くの分野にかかわっている。性が家族や文化の中でどのように見られているかを話し合うことは、このテーマに関する会話や教育をどのように進めればよいか決定するのに役立つ。性が個人の生活の文化的背景の中で取り扱われると、脊髄損傷者にとって性の問題は解決しやすくなる。そのようなものとして、医療従事者は人々に体の心的イメージの問題、性的関係の質および望むなら性行為の再開を考え始めるよう促すことができるだろう(Ide and Fugl-Meyer, 2001;Sakellariou ら、2006)。

13. 脊髄損傷後、生殖器系の医学的評価は必ず行う。評価には、乳房と生殖器の検査のほか、頚部、卵巣、子宮、胸部、前立腺および睾丸のがんのスクリーニングも含める。HIV/エイズを含む性感染症のスクリーニングは、個人と協議して適当と認められる場合に行うべきである。必要に応じてHPV予防接種についてカウンセリングを行う。

（エビデンス；I/III/IV/V、推奨度；A、ﾊﾟﾈﾙ同意ﾚﾍﾞﾙ；強）

理論的根拠： 多くの場合、受傷後に乳房や生殖器の身体的評価は必須であると見なされない(Tasら、2007; Schmidら、2003; Sharma ら、2006)。医師は、性的不全はたいがい神経学的疾患の結果だと見なされるので、この検査の重要な部分の実施を怠ることが多い。しかし、個人の生殖器系および性的システムの評価は、受傷と関係があろうとなかろうと、いかなる潜在的な問題も看過されないように実施しなければならない。脊髄損傷者は、他の人と同じ医学的関心を抱きやすいが、脊髄損傷のために、ルーチンスクリーニングを受けていない。その結果さらなる評価が必要なことを示す症状が認知されないかもしれない。

したがって、 脊髄損傷者には、受傷早期で併発症状を特定することの重要性だけではなく、定期的なスクリーニングを受ける必要性を説明すること。脊損者は、将来自分自身のケアの強い擁護者になるため、このような情報を必要とする。外来患者の場合は、特に脊損者を扱う専門家のリストを最新のものにしておくことが重要である(即ち、利用しやすい診察室や診察台のあるもの) (Welner ら、1999)。■

〔ドリームキャッチャー〕

頸髄損傷の車イスの医師となって

阿部　憲史

私は52歳、車イスの精神科医である。山形大学医学部2年、25歳の時、ラグビーの事故にあい車イス生活となった。平成3年、日本で初めてワープロ受験により医師国家試験に合格して、現在は山形市に住み阿部クリニックを開院して、地域のメンタルケアを行っている。一日8時間30人の患者さんを診察する。車イスに座りカルテや処方箋は看護師に代筆してもらう。頸髄損傷の私には、一日診察するだけで全身がへとへと。毎日が辛い。体温調節ができず、神経因性膀胱や便秘症による自律神経過緊張があり、褥瘡による炎症が繰り返されて全身が消耗状態にあるようだ。しかし仕事を終える時、充実感や喜びに満ちあふれている自分を発見する。

私が障害を負ったのは昭和59年、東日本医科大学ラグビー大会の試合中の事故だった。私の上に大勢のプレイヤーがのっかかり首の骨の折れる音を聞いた。診断は第4、第5頸椎脱臼骨折による完全四肢マヒだった。山形大学病院で手術、東北労災病院、神奈川県総合リハビリセンターにてリハビリを行ったが回復せず、車イスの人生を歩むこととなった。

入院中、「生きていたくない」と絶望や悲観を繰り返し、常にイライラしていた。看護婦さんにあたり、わざわざ見舞いに来てくれた友人を追い返し、食べさせてくれたものを吐き出すなど暴言や悪態をついた。不良な患者だった。私より障害が軽い患者さんに対してはねたみ、しばしば恨みを持った。私の性格もあろうが、突然体が動かなくなり不自由で介護を受けなければならなくなったみじめな自分や変わり果てた自分に対する悲しみや怒りがそうさせていたのかもしれない。心が荒れ、壊れかけていたようだ。

また、ある時期リハビリを勝手にさぼった。人一倍頑張った私が無気力となり、病院の敷地の片隅に行き一人になりたかった。呆然と外を見ながら涙を流していた。「もう、歩くことはできない、昔の自分に戻れない」と過去の自分を捨てようとしていた。他人には見られたくなかった。2年後の昭和61年自宅に戻るころには、車イスで生きていく覚悟はできていた。振り返れば入院生活は障害を受容するために必要な時間であった。

昭和62年、車イスに乗り医学部3年生に復学した。当時障害者に対する見方は厳しく偏見は根強かった。大学側はスロープ、エレベーターの改造、車イストイレの設置、専用の机を準備してくれ、ハード面を整えてもらってありがたかった。一方授業やテスト、実習の方法は担当の教授にゆだねられ、否定的な視線といつ退学させられるかという恐怖感があった。常に緊張のある生活だった。

そんな中いつも相談できる学務課の先生がおり、クラスに手を貸してくれる友人をたくさん持てた。それが救いだった。困ったら相談する、誰に対してでも手を借りる覚悟、どのような頼み方をしたらよいのかなど他人と関わりながら生きる方法を学んだ。

平成3年、医学部を卒業し医師国家試験に無事合格した。試験はマークシートだった。自らの力では問題集をめくれず、マークシートを塗りつぶせない私に対して、大学側は厚生労働省に特例措置を嘆願してくれた。自動めくり機、ワープロ、プリンターを使って受験をした。そのような配慮を許可してくれた厚生労働省に頭が下がる。福祉に対する進歩的判断であり、その後の大学入試センター試験で代筆や別室受験が認められ、障害者に門戸が開かれた。私の経験が一石を投じたと思い、貢献できたことをうれしく思う。

2年間大学病院で研修をした後、平成5年精神科医局に入局した。整形外科医を目指していた自分がなぜ精神科医を選んだのだろうか。精神医療では会話を通して精神状態を目に見える形に変える。目、耳、口の能力をフルに発揮すれば自分にもできるのではと可能性を感じた。また絶望から立ち上がってくる過程であきらめない精神力と支えらえる喜びを経験して、心や精神に対する強い関心が出てきたようだ。障害を負った私の新しい居場所の発見であり価値観の転換である。

家族の話をする。ケガをした当時、父、母、祖母、私の4人家族だった。両親は農業を続けながら介護も頑張ってくれた。母とはたびたびケンカもしたが、ただひたすらに、献身的に支えてくれた。両親は私のケガにひどく落ち込み悲しんだに違いない。あの情熱は親としての愛であろうが、悲しみやくやしさの裏返しでもなかったのか。いくら感謝しても感謝しきれない。残念にも両親、祖母は他界してしまったが、心のストレスが寿命に影響したのではないかと私は自分を責め苦しむ時がある。

平成7年に結婚。今は妻と息子と暮らす。妻が眠れない、憂鬱な気分、頭痛、疲れ、ためいきをつく姿を見て心配になる。障害者の家族も幸せに生きるすべはないのだろうか。自立支援制度を利用しヘルパーさんの介護を生活の基盤にすべきだろう。

最後に、重い障害を負いながら医師として20年働き、新しい家族ができ生活できることをとても幸せに思う。医療スタッフやヘルパーさんに支えられ生きることに誇りを感じる。最近は、長生きをして我が子の成長を見届けたいと希望を持つ。しかし今でも「手が動いたら」「立って歩けたら」という考えが出る。自由に体を動かしたいという望みは捨てきれないのだ。完全四肢マヒで生きることは基本的に苦しいからだ。

iPS細胞や再生医療が一刻も早く実現することを楽しみにしている。　〔あべ　けんし〕

■再生研究*Now*！

◆「iPS細胞　科学者たちの挑戦」〔CiRA（サイラ）シンポジウム〕

京都大学iPS細胞研究所（CiRA）が2011年7月23日（土）に開催した兵庫県民会館でのシンポジウムの概要。

○ 「iPS細胞の原点から未来像へ」（山中伸弥教授）

・ ES細胞とiPS細胞：iPS細胞は、繊維芽細胞等を幹細胞に戻した「人工的に作り出された幹細胞」でES細胞と同様の能力を持ち、医療使用時の拒絶反応や倫理的問題は小さい。iPS細胞の作製・樹立には、①iPS細胞の作成方法、②iPS細胞の基となる細胞の選択、③樹立用iPS細胞の選択、が問題となるが、今後1～2年で解決する。

・ iPS細胞による再生医療：病理モデル作成が難病治療の薬剤開発に役立つ。CiRAでは、ALS患者由来のiPS細胞を樹立し、創薬プロジェクトを進めている。

脊損治療に患者のiPS細胞を使うと、コストと時間が掛り、有効治療期間に間合わない。この解決にはiPS細胞バンクの設立が必要。ある種の抗原を持つドナーからiPS細胞を作成すると、移植時の拒絶反応が抑えられる。このドナー75人で日本人の80％をカバーすることが可能。

・CiRA　10年間の目標：○基盤技術確立、知的財産確保、○再生医療用iPS細胞バンク構築、○前臨床試験から臨床試験へ、○患者由来iPS細胞樹立、を目指す。問題点は、CIRA研究費約30億円の殆どが国からの援助で、民間援助が少ないこと〔「iPS細胞研究基金」をCiRAで受付中〕。

○ 「血液疾患治療戦略」（江藤浩之教授　CiRA）

iPS細胞をソースとする赤血球や血小板の生産システムの作成を目的として、①血液ドナーに依存しない血液輸血システムを構築、②有効で安全な造血幹細胞移植療法による遺伝病、難治性疾患根治、③iPS細胞からのTリンパ球作成・血球誘導技術を確立し、免疫システムをリフレッシュ、抗腫瘍効果を強化する治療法の開発、を目指す。

○「網膜再生」（高橋政代・理研神戸チームリーダー）

iPS細胞を使用し網膜機能を再生させることが目標。眼球の利点は、腫瘍が出来難い環境にあり、万一の際、すぐ治療に移ることができ、治療に使用するiPS細胞数が少なくて済むこと。治療実現性は、“思っているよりも速いが、患者が望むよりは時間が掛かる”。これは、視神経の再生ではなく、視細胞、網膜色素上皮の再生であり、治療時に視神経が残っている必要がある。3年以内に臨床試験を開始し、10年後、網膜色素変性の失明患者の矯正視力を0.1に上げることを目標としている。

＊質問コーナーから

○安全性：最重要課題だが、どんな事項にもリスクはあり、どこでGOサインが出せるか難しい。リスクとベネフィット、患者と研究者の思い、リスクの評価と管理が問題。

○外傷性の治療に使える時期：脊損の急性期対象で研究中。慢性期はiPSのみでは困難で、薬剤、リハビリとの組み合わせで検討中。

○その他：iPS細胞治療は特定の疾患で進んでいるが、全ての疾患治療にはまだ使用できない。再生医療は色々な方法も含めての治療で、研究を組み合わせが必要。急ぐが、かつじっくりと失敗せず頑張りたい。

◆「脊髄損傷後の呼吸回路の機能的再生」

Nature 2011年7月14日号のW. Alilain, J. Silverら（米国ケースウェスタンリザーブ大学）の論文の要旨。

頚髄損傷の場合、呼吸器が必要な場合が多く、呼吸障害が主要な死因の1つとなる。

呼吸機能回復を困難にしている要因：

① C4以上の損傷では、脳幹から脊髄内の横隔運動核にいたるインパルス伝導の遮断。

② 成人では損傷後に脊髄神経軸索が殆ど再生しないこと。

今回Silverらは、脊損ラットモデルで、損傷後の軸索再生を妨げているものが、細胞外マトリックス〔細胞周囲の物質〕中の分子群の発現量の増加であることを突き止めた。

さらに特定の細胞外成分のコンドロイチナーゼ〔コンドロイチン硫酸分解酵素〕による分解と、脊髄の損傷部分をまたぐ形での末梢神経の自己移植の組合せにより、軸索再生後の呼吸活動の相当の回復〔横隔膜の筋電活動の収縮の全面的増加〕が実証された。

これらの実験は、脊髄損傷の一部では損傷後の軸索再生と横隔膜機能の回復が可能なことを示唆している。

◆ALSに対するHGFの臨床試験開始へ

運動ニューロンの保護効果が動物実験で確認されているHGF（肝細胞増殖因子）のALS患者に対するフェーズⅠ臨床試験が東北大学神経内科（青木正志教授）で開始される。これは慶応大学（岡野栄之教授）とクリングルファーマ社との共同研究である。HGFの安全性と体内動態を見る臨床試験で12名の患者に実施する予定で、対象患者の受付を開始した。

慶応大学ではこのフェーズⅠ試験後に、脊髄損傷患者へのHGFによる臨床試験を検討している。

なお9月16日、パシフィコ横浜の日本神経科学大会で患者団体連携企画としてHGF臨床研究のミニシンポジウムが開催され、基金とALS協会が指定発言をする予定である。

◇文部科学省iPS細胞等研究ネットワーク

第3回合同シンポジウム　《一般向け》

2011年11月19日（土）

国立京都国際会館（京都市）にて

プログラムや申込方法は9月下旬頃下記に掲載。

http://www.ips-network.mext.go.jp/

問合せ：同シンポジウム事務局（Tel 06-6377-2188

E-mail ips2011@secretariat.ne.jp）

上記のウェブサイトにはメニュー欄に「患者様へ」というサイトがある。ここでは現在進められている臨床研究や将来期待される治療法も含め、幹細胞研究の現状と医療の関わりを紹介している。

すでに、パーキンソン病、ALS、筋ジストロフィーが掲載され、今後、Ⅰ型糖尿病、脊髄損傷（9月下旬頃UPの見込み）が掲載予定である。

また、国際幹細胞学会（ISSCR）の『幹細胞治療について：患者ハンドブック』（日本語版）のPDFファイルも掲載されており、誰でも無料でダウンロードできる。

被災者救援活動

〔ﾀｲﾄﾙﾊﾞｯｸ：毎日新聞より〕

東日本大震災以降の基金の取り組み

3.11以降、せきずい基金ではまず会報読者への電話での安否確認作業を開始した。

その後、3月30日の被災障害者宮城支援センターの発足にあわせ、専門スタッフ1名とせきずい基金のハンディキャブを現地に常駐させた。

４月には医師の巡回キャラバンを2次にわたり派遣、５－６月には避難所などへの物資の配分・輸送活動に従事。常駐スタッフは朝7時から夜10時過ぎに打合せ終了、という日々が続いた。

障害者デイサービスを開始

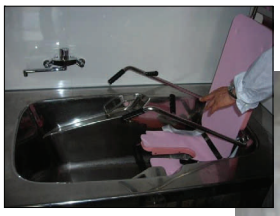
車いす利用者は避難所や仮設住宅での入浴が困難なため、他の障害者団体とともに陸前高田市の障害者施設にコンテナ車の入浴施設「ひかみの湯」を開設。７月11日より車で利用者を送迎し障害者デイサービスを開始した。「ひかみの湯」第１週の利用状況は――

7/11（月）　車いす者１名送迎
7/12（火）　車いす者１名・知的障害者３名送迎
7/13（水）　車いす者２名・知的障害者２名送迎
7/14（木）　車いす者２名・脳性まひ者１名送迎
7/15（金）　車いす者３名・知的障害者３名送迎

日本財団から追加助成

被災地での救援活動のために、日本財団の震災への救援復興のための「ROADプロジェクト」から３月に100万円、さらに12月まで活動継続するために７月に追加助成金100万円を得ることが出来た。

入浴設備をつけたコンテナ〔陸前高田市・ひかみの園〕



「ひかみの湯」

浴槽に座位のまま入浴できる〔コンテナ内部〕

在宅療養者緊急時対応支援事業の制定充実を

前号で震災時の在宅呼吸器使用者の状況を掲載した。その後、毎日新聞記者が仙台市泉区に住む薩日内裕章さん宅を取材し、8月11日付けの毎日新聞朝刊「証言3.11」に掲載された。

薩日内さんは消防署に駆け込んで何とか一夜の電源を確保出来たが、全国の在宅呼吸器使用者は1万7000人に達している。では、広域・長時間の停電にいかに対応すべきか。

証言3.11

停電――人工呼吸器あと３時間

仙台 寝たきりの男性

消防に運び間一髪

「もう死ぬのか」

2011年8月22日付　毎日新聞

東京都の「在宅療養者緊急時対応支援事業」では、内部バッテリーが6時間未満のものの場合に、外付けバッテリーが補助対象となっている。これは1回3時間の計画停電が1日2回実施されることを根拠に6時間未満としたものである。大震災と原発事故により電力需給が全国的に逼迫している現在、在宅呼吸療法者が「想定外の大規模停電」により死に直面することの無いよう、全国の行政にスピード感のある対応がなされることを切に求めたい。

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
ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ　楽天銀行サンバ支店（旧称：ｲｰﾊﾞﾝｸ）
普通口座No.７００１２４７ ﾆﾎﾝｾｷｽﾞｲｷｷﾝ

★ 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。

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。　　頒価 100円

★ 資料頒布が不要な方は事務局までお知らせ下さい。