

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.**95**

事務局からの報告

Walk Again 2022 開催レポート

10月22日(土)に無事にWalkAgain2022「いよいよ動き始めた脊髄損傷の再生医療」のシンポジウムが盛況の中、開催できました。会場には沢山の再生医療を待ち望む脊髄損傷者の皆さんや研究者・家族の方々、福祉関係者など150名の来場をいただき、またYouTubeを使って、会場にはこられない地方の方や重度の障害者、医療技術関係者など500名以上の方々に視聴していただきました。この模様はアーカイブでご覧いただけます。 WalkAgain2022の画像視聴: https://youtu.be/jd-VJU1YF80 でで覧いただけます。



慶応大学医学部教授で日本再生医療学会の理事長でも ある岡野栄之先生がオーガナイザーとして、各分野で脊 髄損傷に関わっていただいている3人の先生方よりご講 演をいただき、最新の現状、さらには今後の見通しなど の貴重なお話をお聞きすることができました。

村山医療センターで移植後の患者を担当され、多くの脊髄損傷の患者さんと接しておられる小林喜臣先生は、アメリカでの胎児由来神経幹細胞を慢性期の胸髄損傷患

目次

事務局からの報告

コンドロイチナーゼABC(ChABC)投与は完全脊髄離断ラットの

動ニューロンのセロトニン作動性神経支配を促進する・・・・・・・・p.2~3

せき損研修会レポート

和歌山県立医大せき損研修会レポート 「褥瘡について2」・・・・・・・p.4~5

「チャレンジの50年を振り返って」 高嶺豊・・・・・・・・・・・・・・p.7~8 事務局からのお知らせ

募金関係・新住所 など・・・・・・・・・・・・・ p.8

者に移植したところ、有害事象なし、疼痛軽減、障害高位 1~2レベル改善の事例等を講演されました。

また、この治験で重要となる回復しているかどうかの判断基準の作成のために、日々脊髄損傷者の回復に関して、緻密にデータをとり、積み重ねてデータベース作成に尽力されている福岡の総合せき損センター整形外科部長の坂井宏旭先生からも日々の研究の大切さを教えていただきました。

また、慶応大学医学部整形外科教授の中村雅也先生からは、実際にiPS細胞由来神経前駆細胞移植の再生医療の手術を執刀され、2例目の臨床も行われ、安全性には問題ないという経過が出ていること、今後症例を増やし、データベースなどと比較しながら、さらに多くの治験対象者を増やし実績を積み重ねていきたい。また慢性期の不全麻痺の脊髄損傷者も2024年には医師主導治験を考えている。慢性期でも移植する脊髄内の環境因子に減少はないとの力強いお話をお聞きすることもできました。

移植においては、様々な脊髄の中の状態や環境が重要となってきます。私たちも日々の自分の身体の健康を管理し、動かせる能力は最大限使って、いつでも移植が行える身体を保つことの重要性を知って、努力することが大切です。リハビリや食事、自分にできることをしっかり続けて行きましょう。来年、再来年に更なるご報告が聞けることを期待したいと思います。



コンドロイチナーゼABC(ChABC)投与は完全脊髄離断ラットの動ニューロンのセロトニン作動性神経支配を促進する

Frontiers in Integrative Neuroscience June 2022 | Volume 16 | Article 881632横浜市立大学医学部

『要約』

コンドロイチナーゼABC(ChABC)は、コンドロイチン硫酸プロテオグリカン(CSPG)コアタンパク質からコンドロイチン硫酸(CS-GAG)のグリコサミノグリカン側鎖を分解する酵素です。以前の研究では、脊髄損傷後のChABCの投与は、病変部位からCS-GAGを除去することによって神経再生を促進し、神経周囲ネット(PNN)からCS-GAGを除去することによって脊髄ニューロンの可塑性を促進することが実証されました。ChABCのこれらの効果は、下行軸索の再生と発芽を促進し、運動機能の回復につながる可能性があります。しかし、再生された軸索が病変部位の尾側の脊髄運動ニューロンを神経支配することを示す解剖学的証拠は不足していました。

本研究では、胸部レベルでの完全脊髄離断(CST=Complete Spinal Cord Transection)ラットを対象に、ChABC投与後に下行軸索が病変部位を通過し、腰椎運動ニューロンを神経支配するかどうかを調べました。CSTの8週間後、L5の腹角に多くの5-HT線維が観察され、ChABC処理ラットでは運動ニューロンで終結したが、生理食塩水処理ラットのL5腹角の運動ニューロンの54%、ChABC処理ラットの運動ニューロンの39%がCS-A陽性構造に囲まれていました。

ChABCで治療されたラットのバッソ、ビーティー、ブレスナハン(BBB)の運動スコアは、完全脊髄切断(CST)後2週間で3.8、3週間で7.1、8週間で10.3でした。これらの観察結果は、CST直後の病変部位へのChABC投与が、病変部位を介した下行5-HT軸索の再生と、病変部位への尾側のレベルでの運動ニューロンでの終結を促進する可能性があることを示唆しています。ChABC投与は、運動ニューロン周辺のCS-GAGを分解することにより、神経支配を促進する可能性があります。ChABC投与ラットでは、5-HT軸索が運動ニューロンで終結する前でも下肢の運動機能が有意に改善され、他のメカニズムも運動機能の回復に寄与している可能性が示唆されています。

『抄訳』

外傷性脳損傷や脊髄損傷(SCI)は、中枢神経系の病変部位 に瘢痕組織を形成させる。哺乳類において刺傷後に形成さ れる瘢痕は、病巣の中心部の線維組織と周囲の実質部のグ リア組織からなる。

グリア組織は、重度の反応性アストログリア症であり、軸索

を捕捉し、長距離の再生能力を制限する様々な分子を含む 化学的障壁を形成している。これらの分子の中で、コンドロ イチン硫酸プロテオグリカン(CSPG)は主要な成長阻害因 子と考えられている。CSPGはコンドロイチン硫酸のグリコサ ミノグリカン側鎖(CS-GAG)からなるプロテオグリカンのサ ブセットであるコアタンパク質である。このCS-GAGが軸索 再生の阻害に大きく関与している。

コンドロイチナーゼABC(ChABC)は、CSPGコアタンパク質からCS-GAGを分解する細菌酵素である。ChABC投与は脊髄ニューロンの可塑性と予備の長管軸索発芽促進から神経を再生する事が明らかになっている。多くの前臨床試験で、SCIの治療法としてChABCの効率が実証されている(Muirら、2019)。しかし、機能回復のメカニズムは不明である。((下行路の再生は機能回復に関与していないかもしれない。脊髄の部分損傷、半断端、挫滅の場合、下行路の予備軸索は尾側運動野への投射を維持し、運動機能の回復に寄与している可能性がある。))

そこで本研究では、胸部中位に完全脊髄切断CSTを施したラットにChABCを投与することで再生軸索の病変部位通過と腰部運動ニューロン上への終末を促進するかどうかを検討した。セロトニン作動性線維の再生を5-hydroxytrypt-amine(5-HT)抗体を用いた免疫組織化学で、運動ニューロン上の再生線維のシナプス結合をシナプシンI抗体を用いた免疫組織化学で評価した。さらに、腰部腹角の運動ニューロン周囲の神経周囲網(PNN)におけるCSPGを分解するChABCの効果、運動ニューロン周囲の神経周囲網(PNN)と5-HT神経の末端との関係も検討した。

神経細胞周囲の網様構造(ペリニューロナル・ネット、PNNs)

神経周囲ネットワーク(ペリニューロナル・ネットPNN)

材料と方法

完全脊髄切断

ラット(n=50)の脊髄を第10胸椎レベル(T10)で切断した。 CSTラットには、 50μ lのChABC溶液に浸したゼラチンスポンジ片を病変部に置いた(CST-ChABCラット: n=25)。対照として、ChABCの代わりに生理食塩水に浸したゼラチンスポンジ片を病変部位に貼付した(CST-生理食塩水ラット: n=25)。ChABC処置ラット及び生理食塩水(NSS)処置ラット

の2群に分けた。

ゼラチンスポンジは水に溶けず、軟部組織に貼ると4~6週間で完全に吸収される。動物実験では、ゼラチンスポンジは化学物質を徐放的に投与するための足場として有用である)。

CSTによる重度の排尿障害は、研究者が1日2回、膀胱を手で押すことで対処した。合計16匹のCSTラットはCST処置後2週間生存しなかったため、解析に含まれなかった。

行動分析学

完全脊髄切断(CST)ラット(n=34)を、2,3,8週後で評価 CST後2週間(CST-ChABC:n=6、CST-生理食塩水:n=6) CST後3週間(CST-ChABC:n=7、CST-生理食塩水:n=7) CST後8週間(CST-ChABC:n=4、CST-生理食塩水:n=4)

CSTラット(n= 34)の後肢運動機能は、CST後2、3、および8 週目にBBBスケール(0~21)で評価された。(Basso, Beattie, and Bresnahan (BBB) locomotor scale method(Basso et al., 1995)を各ラットについて算出)

結果

後肢の運動機能

CST-ChABCラットの平均BBB scoreは、CST後2週目に 3.83 ± 0.54 、CST後3週目に 7.14 ± 0.64 、CST後8週目に 10.25 ± 0.61 であった。CST-生理食塩水ラットの平均BBB スコアは、CST後2週で 1.33 ± 0.21 、CST後3週で 1.86 ± 0.37 、CST後8週で 2.75 ± 0.20 であった(図)。 CST-ChABCラットのBBBスコアは、CST後2、3、8週において CST-生理食塩水ラットのスコアより有意に高く、より良い回復を示した。

ChABCの投与によるCS-GAGの分解は、軸索再生と脊髄神経可塑性を効率的に促進し、SCIの治療戦略として応用されている(Muirら、2019)。本研究では、ラットの完全脊髄切断(CST)直後の病変部位へのChABC投与により、下行性軸索が病変部位の線維性瘢痕を通過し、腰部運動ニューロンの終末が促進されました。

脊髄完全切断後8週目の状態

CST-ChABCラットでは、多くの5-HT神経線維が病変部位の 線維組織を通過し病変部の尾側境界を越え、病変部尾側 の神経組織の深部に侵入していた。また、病変部位の髄膜 には、いくつかの5-HT線維が観察された.さらに、 CST-ChABCラットの5-HT神経線維はGAP-43が陰性であっ た。

CST-生理食塩水ラットでは、多くの5-HT神経線維が病変部

位の深部に入り込んでいた。これらの神経線維は病変部位の尾側境界付近で終末を迎えるが、病変部位の尾側の神経組織には進入しない。CST-生理食塩水ラットでは、いくつかの5-HT神経線維がGAP-43に陽性であった。

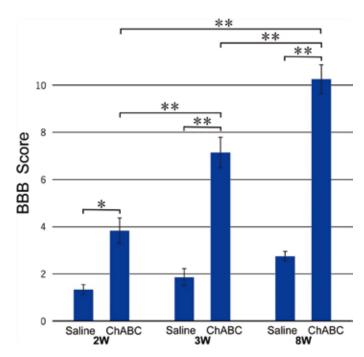


図) 脊髄完全切断 (CST) 後2、3、8週目にChABCまたは生理食塩(Saline)を 投与したラットのBasso、Beattie、およびBresnahan (BBB) スコア

結論

今回の結果は、完全脊髄切断(CST)直後にChABCを適用することでCSPGを効果的に分解し、軸索再生を促進することが示唆された。

ChABCをラットの完全脊髄切断(CTS)に投与すると病変部 位及びPNNからCS-GAGが除去され、神経再生と脊髄ニューロンの可塑性を促進する。これらの結果から、CST直後の病変部位へのChABC投与が病変部位での下行性 5-HT 線維軸索を再生し、下肢の運動機能を有意に改善させるだけでなく、他の機序も運動機能の回復に寄与している可能性が示唆された。

【 キーワード 】

CST:完全脊髄切断(Complete Spinal Cord Transection) PNN:神経周囲ネット

セロトニン:脊髄損傷。

CSPG:コンドロイチン硫酸プロテオグリカン

※コンドロイチン硫酸プロテオグリカン(CSPG)はコアタンパク質とコンドロイチン硫酸(CS)という糖鎖からなるハイブリッド分子

※コンドロイチン硫酸のグリコサミノグリカン側鎖 (CS-GAG)

せき損研修会レポート~和歌山県立医大の研修会より 「褥瘡についての新しい考え方(続き)」

和歌山県立医科大 リハビリテーション医学講座教授 田島 文博

●微小循環血流圧について

血圧とは何かというと、動脈血圧は収縮期と、拡張期で違 います。末梢に行くほど下がっていきます。一般にはこの動 脈血圧が問題にされますが、褥瘡のときは筋や皮下組織へ の血流維持が大切なので、微小循環血流圧が重要です。微 小循環血流圧を測ってみたところ、疾患によって異なること がわかりました。今日は障がいが重度な頚髄損傷の人の話 をします。頚髄損傷の人は交感神経が障害されているので 血圧が低く、健常者が収縮期血圧120mmHg程度に比べて 80mmHg程度です。ところが微小循環血流圧は、健常者よ り高く60mmHgもあります。健常者は50mmHgくらいしかあ りません。交換神経が頚髄で遮断されているので末梢血管 が収縮しないからです。末梢血管が収縮しないと血圧が下 がりますが、血管抵抗がないので血圧が直接末梢まで伝わ って微小末梢血管圧が上がると考えられます。すなわち頸 髄損傷の人は、除圧をするか、圧がピンポイントに高くなら ないように工夫さえしていれば、かえって褥瘡はできにくい のです。

大分車いすフルマラソン大会に出場する頸髄損傷者の 褥瘡の率を調べました。21部位を調べましたけれど1か所 もありませんでした。エコーでも異常はありませんでした。対 して脊損者では39部位中12部位、30%近くの人に異常を 認めました。脊損者は交感神経が残っていて健常者と同じ 血圧の仕組みが維持されているからだと考えられます。脊 髄損傷者の褥瘡はほぼ全てDeep Tissue Injury(DTI;深部 組織損傷)だと私は考えています。標準的なベッドのマット レスの体表面の接触圧は、30度ギャッチアップで72mmHg です。仰臥位だと55mmHgまで下がります。頸髄損傷者はこ の程度の圧だと褥瘡は出来にくいと考えます。このように、 生理学的に考えて対応すれば褥瘡は防げます。結論として、 圧迫圧を微小循環圧以下にすることが予防の最低条件で、 どうしても無理なときは微小循環圧以上の圧迫部を2時間 程度で解放することです。

●脊髄損傷の褥瘡に対する考え方

実際に褥瘡ケアをしていると、「表面は発赤だけだったのに、開けたら骨まで届いていた」という状況に頻繁に出くわします。褥瘡は下からでき、しかも球状に大きくなっていくので、開けたら絶対ポケットの形になっているのです。ですから褥瘡は皮膚疾患ではありません。どのように褥瘡を見つけるか。私は触るのが一番だと思っています。

1992年の症例で、皮膚の発赤で外来を受診した人です。 その3日後にお尻が2倍くらいに腫れたのですが、発赤の大きさは変わらない。おかしいと思いエコーを当ててみたら、 水の中に雪みたいなふわっとした像が映っていました。膿です。翌日、熱も出て白血球も増えて、切開排膿をしました。

もっと早く見つける方法はないか。大分国際車いすマラソン大会の選手ほぼ全員にエコーをしました。すると、巨大な水腫が映った人は褥瘡を作っていました。一見何ともなくても、褥瘡の元のような状況を認める人もいました。視診で異常がある人は触診でも異常があるし、触診で何ともない人でもエコーで異常が認められることがあります。深達度による褥瘡分類は、少なくとも脊損では違うと僕は思います。褥瘡の考えを変える必要があります。褥瘡は症候群で、立体で虚血部位をイメージして、挫滅、炎症、感染を区別して理解する。局所にとらわれず全身を診ないといけませんし、安静臥床と圧迫がつくるのが褥瘡だと理解してください。褥瘡の評価は、全身状態、局所の視診、触診、エコーもしくはMRI。1回褥瘡になると医療費が平均で約300万円かかることを考えれば、年に1回MRIを撮るほうがはるかに患者さんのためになります。

どんな褥瘡も必ず触診してください。局所熱感、皮下の腫瘤、波動性といった異常があるときはわかります。基本は瘡傷治癒です。壊死組織を残していてはいつまででも治癒しません。壊死組織は何色をしていても取るしかありません。外用薬を塗っても再生しない。だからもう壊死組織をデブリードマンするしかないのです。そして正常組織が露出した後が問題です。今度は正常組織が分裂して良い肉芽になって傷を埋めてくれないといけないのです。その正常組織がどんどん培養されて増える環境、つまり細胞に優しい環境が必要ですが、バイ菌にとっても絶好の環境です。だからホストである患さんを元気にして、運動療法をし、良い物を食べてもらって免疫力を高めて、局所的には細胞にやさしい環境にすること。これが治すコツです。

1996年に頚髄損傷の人で感染のない褥瘡を診たことがありました。ウェットドレッシングを使用して3週間できれいに治りました。感染がなくコンディションが良ければそのぐらいで治るものです。感染防止か治癒促進かで外用薬が決まります。陰圧機は携帯型になって使いやすくなりました。褥瘡は1度なってしまったら元通りにはもう再生しないので、そこの傷を持ちながらいかに生きながらえていくかとい

う考え方になります。

基本的に壊死に伴うものはすべて除去するしかありません。それが褥瘡の外科的治療です。場合によってはそのスペースを埋めるために、筋皮弁術などをおこないます。その後は術後のケアで決まりますが、ずっと安静にしているとだいたいうまくいきません。手術がうまくいっていれば多少動かしても生着しますので、活動性によるプラスの方が大きくて傷が治ります。

褥瘡予防のためのマットも、空気セルタイプのマット以外は信用していません。ポイントは剪断力の防止です。そして、トイレや移乗など日常生活動作をきめ細かに診ないとダメだと思います。繰り返します。褥瘡は皮下にとどまっている状態で発見すれば、確実に除圧することによって外用薬とか何もしなくても治ります。

実は、麻痺している人は、上肢を運動させるだけで下肢の 血流も流れます。だから車いすマラソンの選手は褥瘡の種 をもっていても本当の褥瘡になる人というのはほとんどいま せん。

褥瘡の治療については、除圧、全身状態の改善、関節拘縮をなくすことです。関節が拘縮していると、踵とお尻しか

当たらなくなって、褥瘡をすぐつくります。総合的な活動性を上げていくということです。特に、全身状態が悪い、急性期の褥瘡予防は重要です。私は九州労災病院での研修中、頚髄損傷患者の体位交換を2時間おきにしました。24時間のうち4時間手を抜くだけで失敗して褥瘡をつくってしまいます。褥瘡予防にスターはいりません。大事なのはチーム力です。一人のミスがすべてを無駄にします。そうすると、脊損の患者さんには、非常に豊かな次の生活が待っています。

<後記>

褥瘡は私たち患者にとって日々の行動に大きく関わってくる問題です。地方の医療機関では正確な治療方法を知らない医師も多く、間違った治療などで、改善せず悩んでいらっしゃる方々も多いと思います。是非、そのような方は、前回と今回のレポートを参考にかかっておられる病院や医師・介護関係者の方々にこの情報をお伝えしていただけたらと思います。

私たちの医療環境を変えていくのも患者自身の役割だと 思います。再生医療を受けられる日のためにも自分の身体 のケアを行って行きましょう。

<日本せきずい基金 安藤>



訪問介護員が自宅に訪問し、 身体介護や生活援助を行うサービスです。

ご相談、お問い合わせは

Tel 03-3725-8836



資格がない方でも研修を受けてすぐに働ける!

特定非営利活動法人ピッケルニ 介護支援ピッケルニ

〒152-0031 東京都目黒区中根 2-13-14 1F 営業時間:9時 00分 ~ 18時 00分

TEL: 03-3725-8836 FAX: 03-3725-8837 休業日: 土日祝(サービス提供時間: 365 日 24 時間)



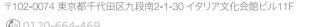
親水性コーティング付き使い捨て型自己導尿カテーテルは、 医療機関からより処方されやすく 保険改定されました。

潤滑ゼリーや保存液が不要で、 開封してすぐに使うことができます。



経肛門的洗腸療法による排便管理 親水性コーティングカテーテルによる導尿管理

ご興味のある方は、ぜひかかりつけの医療機関にお問い合わせください。 経肛門的洗腸療法の実施医療機関については、コロプラスト株式会社ホームページの 「経肛門的洗腸療法の実施施設一覧」をご確認ください。





チャレンジの50年を振り返って

今年沖縄県は、本土復帰50周年を祝う行事がいくつも 行われている。私の障害歴も50年を超えるので、当時の沖 縄の事情も加えながら私の受傷後を振り返ってみたい。

私が受傷したのは、本土復帰前の1965年12月、17歳の高校生の時だった。以前にも本誌に寄稿したが当時の沖縄は、復帰前で、リハビリテーションがようやく始まったばかり。国家資格を持ったPTやOTがいない時代だった。

私は、高校のクラブ活動の器械体操中に落下して胸髄12番を損傷した。当時の八重山病院では治療が難しく翌日那覇の病院に空輸された。その病院には、頚髄、脊髄損傷者が私以外に3人いた。皆2、3年の長期入院者だった。いや自宅に戻れなく滞留していたと言った方が良いだろう。私は、若かったので病院に一生涯閉じ込められるのが恐ろしくて、一年半の入院後、自分で行き先を探して退院した。そこは沖縄県障害者更生指導所というところだった。



対象者は脊髄損傷者を想定してなく、宿舎は畳間だった。しかし、そこでしっかりリハの訓練を受けることができた。その結果、両足に補装具を付け、両膝を固定し、松葉杖を使って歩くことができた。そのことで、ようやく一人で外出することができた。

当時は、まだ、バリアフリーという概念がなく、自宅、学校、職場、公共施設などどこもバリアだらけだったので、車椅子のみでの活動は難しかった。施設を出て、私が当時の沖縄キリスト教短期大学(現在の沖縄キリスト教学院大学、以後、キリ短)に入学できたのは奇跡的とも言える。私は、高校を中退して高校卒業資格検定試験を受けて受験資格はあったが、車椅子の私が受験できる大学はなかった。思い切って、キリ短に相談したところ、学長が面談してくれることになった。面談の時、できるだけ支援したいとのことで、受験が可能となり、入試を受けて合格できたのである。当時のキリ短の校舎は20メートル程の丘の上にあった。そこには車道があったが車椅子では到底登れない坂だ。私の兄

は自動車修理工場を営んでいたので、オートマチック車を 手動で運転できるように改造してくれた。その車を運転免 許場に持ち込んで、免許証を取得できたので、車での通学 が可能になったのである。復帰前の沖縄でしかできない事 であった。



兄が改造してくれた手動式装置のついた車です。恐らく 沖縄県で初めての装置だと思います。復帰前で、簡単に 改造し免許が取れました。

私は、中学校に入学してから英語 が得意になり、障害を受けた後も大 学に進みたいと思っていた。当時の キリ短は、学生2百人程度の小さな

短大で、バリアフリーの設備はないが、先生方、職員、同級 生の支援があって、2年間の充実した学生生活を過ごすこ とができた。その時の出会いが、その後のハワイ大学留学 へと繋がり、私の人生を大きく変えていった。

沖縄では、復帰前には国費・自費大学入学試験制度があり、 試験に受かると本土の国立大学等に入学できた。また、米 軍のスポンサーで米国留学制度があり大勢の沖縄の学生 が毎年米国留学していた。復帰後はそれらの制度が廃止され、全て自費での留学になっていた。私は、上の事情で、国 内四年制大学への進学が難しかったので、米国留学を目指 した。米国では、車椅子での就学が可能だと聞いていたからだ。キリ短のハワイ2世の恩師の勧めもあり、ハワイの州 立大学を選んで受験し合格した。当時の沖縄は、まだ貧し く、家族の経済的支援の目処もなく、留学できるか大変不安 であったが、経済的に行き詰まれば帰ってくれば良いとの 無謀な意気込みで出かけた。



私は、1974年の1月にハワイ大学に入学した。1970年代の米国は、障害者運動が盛んになった時代で、連邦政府の公的な機関における障害者差別禁止法が1973年には制定されていた。私が入居した新しい大学寮は、各階にバリアフリーなトイレとシャワーがあり、車椅子でも不自由なく生活できた。また、大学には、既に障害学生を支援する事務所が設置されていて、留学生の私でも支援を受けることができた。キャンパスのほとんどの建物にエレベーターがついて

理事会からのお知らせ

いて問題なかったが、階段しかない古い校舎には、ヘルパーを派遣してもらい階段の上り下りを手伝ってもらった。

私は、学士課程で心理学を学び、さらに保健学を及びソーシャルワーク学の修士号を取得した。

その後、当時設立されたハワイ自立生活センターで、上級カウンセラーとして4年間働き1985年に帰国した。

私は、ハワイに11年間滞在したことになるが、私にとって 大いに学び、遊び、青春を謳歌した時代であった。



ハワイから帰国後、私は、障害者運動やリハビリテーションの仕事で、5年間東京や横浜市で仕事をした。更に、1981年にシンガポールで開催された障害者インターナショナル(DPI)の創立総会に参加したことをきっかけに、1990年4月に、タイ・バンコクにある国連アジア太平洋経済社会委員会の社会開発部に障害問題専門官として赴任することになった。



そして、1993年から始まったアジア太平洋障害者の10年の 事務局の担当者として活動する機会があった。2002年に10 年が終わり、2003年からそれまで誘いのあった琉球大学の 法文学部に教授として赴任した。その時、29年ぶりに沖縄 に戻ったことになる。



車椅子の身で長い間故郷を離れてどうして生活できたか驚く人がいるかもしれない。私は、障害者に

なっても自分のやりたいことを制限する気持ちはなかった。



また、当時の沖縄の厳しい環境の中で障害者として過ごしたことがバネとなって、海外や、特に開発途上国の厳しい環境の中の障害者と共感し、一緒に活動できたのではないかと思う。どんなに障害が重くとも、チャレンジする精神を忘れずにいて欲しいと切に思う。

2015年11月に国際協力事業団の仕事でエ ジプトへの出張でピラミッドに立ち寄った

~ウェブから購読の申し込み受付ができます

会報「日本せきずい基金ニュース」の購読の登録、登録情報の変更、削除は下記のQRコードから行えます。「せきずい基金ニュース」は当ホームページからでもダウン

ロードできます。郵送での受け取りが不要な方は是非、 削除のご連絡をお願いします。

新規ご購読の申込み、登録情報の変更・ご購読の中止は こちらから→

https://forms.gle/LvEEizdSYwK9zftRA



We Ask You

日本せきずい基金の活動は 皆様の任意のカンパで支えられています

● 寄付の受付口座

郵便振替 記号 00140-2 番号 63307 銀行振込 みずほ銀行 多摩支店 普通1197435 楽天銀行 サンバ支店 普通7001247 口座名義はいずれも「ニホンセキズイキキン」です。 発行人 障害者団体定期刊行物協会 〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷3-1-17 ヴェルドゥーラ祖師谷102

編集人 特定非営利活動法人 日本せきずい基金・事務局

〒158-0097 東京都世田谷区用賀4-5-21 第一小林ビル402号室 TEL 03-6421-1683 FAX 03-6421-1693 E-mail jscf@jscf.org HP https://www.jscf.org/

*この会報は日本せきずい基金のホームページから、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ください。