

HSK

あすなる

昭和48年1月13日
第三種郵便物認可
HSK 通巻 407 号
発行:平成18年

2月10日
毎月10日発行
編集:あすなる会
発行:北海道身体障害者
団体定期刊行物協会

◆◆◆ 個人参加難病患者の会 ◆◆◆ 会報118号



とりわけ厳しい冬でした。でも、ほら、雪も温かみがあるようになって・・・

北海道難病連のスローガン

- ☆ 国と道は、原因の究明と治療法の確立を急いでください！！
- ☆ 全ての難病の治療を公費負担にしてください！！
- ☆ 介護手当の支給と通院交通費、付添費の補助を！！
- ☆ 患者、障害児者の教育の選択権を親と子に！！
- ☆ 医療過誤、薬害を無くし被害者救済を！！
- ☆ 北海道の総合的な難病対策の確立を一日も早く！！
- ☆ 広く道民と手を結び、明るい福祉社会を実現させよう！！



目 次

会長メッセージ・・・・・・・・・・・・・・・・	1
チャリティクリスマスに参加して・・・・・・・・	3
無年金障害者訴訟控訴審傍聴記（第1回）・・・・・・・・	5
シリーズ「病気」希少会員の部A・・・・・・・・	8
チャリティバザーのお知らせ・・・・・・・・	17
2006年度 定期総会のお知らせ・・・・・・・・	18
会費についてのお願ひ・・・・・・・・	19
お知らせ・・・・・・・・	20
「日常生活の中の神経学・・・」10月23日の医療講演より・・	22



障害者自立支援法

障害者福祉サービスの一元化によって、この先障害者を取り巻く環境が大きく変わって行くと言う。

今後は障害の方々がもっと働ける社会に、規制の自己負担金の増大に関して問題は沢山あると思います。

私達障害者にとっては生活が大変である事になって行きます。

困難に負けることなく少しでも良くなる事を期待して、お互いに協力し明日に向かって生きていきましょう。

皆様も宜しくお願い致します。

成 田

日本難病疾病団体協議会の略称決まる

患者・家族団体協議会（JPC）と旧全国難病団体連絡協議会（全難連）が29日組織統合をして「日本難病疾病団体協議会」となりましたが、この程が次のように決まりました。

略称は、JPA

<u>J</u> APAN	(日本)
<u>P</u> ATIENTS	(患者)
<u>A</u> SSOCIATION	(連合)

橋本病・肝炎特定疾患打ち切り

2005年10月、経費削減の方針の中、道単独事業の橋本病・肝炎に対して医療費の見直しの対象に・・・特定疾患助成が打ち切られる結果になりました。

(財)北海道難病連と各部会・各支部と要望書・陳情書などを国会議員、知事様へ提出等活動しましたが、残念ながら駄目でした。各難病患者・重度心身障害者の方々の医療費負担増の波及も懸念されます。難病対策。原因究明や治療法を1日も早く確立されますように、患者同士が結束して根気強く活動を続けることが大切であることを痛感しました。

高齢化社会に向かっている今日、充実した社会保障・福祉社会を実現することとともに連携されていくものと思います。

皆様お身体を守りながら自分なりに一日一日を過ごして生きましょう。



チャリティクリスマスに参加して

札幌市 H・N

MERRY XMAS

1月は元日、七草粥、鏡びらきと成人式、主婦は大変ですね。

12月もクリスマス、大晦日と切りがありません。主婦は休んでいただけませんか。クリスマスパーティに一言とのことですが、私の寝言と思ってお聞きくださいませ。

パーティに参加させて戴いたのは2回目でした。大変楽しゅう御座居ました。おこがましいのですが、気になっていました事が少しありました。

抽選会の事ですが、一番良い商品は三万円のおせち料理との事ですが、おせちじゃなくておけちにして、数を多くしたら良いと思いました。

三万円のおせちに当たった方は、恐縮しながら大きなお口で召し上がっていらっしゃることでしょう。

それから飲酒の方、別料金というのあづましくないのでしょうか。まかない切れないのでしょうか。

座席の事ですが、どのように決めるのでしょうか。あすなる会は前回、今回とも遠くみえにくく末席でした。私、目が悪く全然見えなく楽しさも半減



致します。来年・・・今年ですね。前の見える席をお願いします、と言っても無理ですよね。ハハハハ・・・。

以上が私の一人言でした。

クリスマスパーティに出席して

札幌市 A・S

12月18日(日)に京王プラザホテル札幌の地下ホールに行ったのですが、初めての所とまどいもありましたが、親切なボランティアの方の御蔭ですなる会のテーブルに無事着くことが出来ました。

ボランティアの方からマグカップとバッグのクリスマスプレゼントをいただいて、クリスマスパーティが始まりました。

持病の為、油っこい食事とジュースは制限されているのですが、出てくる御料理は思いの外あっさりしていて美味しくいただき、ステージの音楽を聴きながらおしゃべりをしたりして、楽しい時間が過ぎていきました。



御料理をボランティアの方が取り分けて下さり、心から御礼申し上げます。



最後に北海道日本ハムファイターズのBB君のピアノ(こういう機会でもないと思いません)の後、クリスマスプレゼントの部会賞の抽選が始まり、カードが良く混ざってなかったのか、100番台の番号ばかり出てきて、あすなる会のメンバーは200番台の番号なのでなかなか当らなかったのですが、それでも2等京王プラザホテル札幌の宿泊券が同じテーブルの方に当たって良かったです。クリスマスプレゼントの抽選があすなる会の出席者からは出なくて残念でしたが、楽しいパーティでした。

(演奏は奈良岡明憲サキソフオンカルテットでした。皆さん有難う!!)

無年金障がい者訴訟控訴審傍聴記 (第1回)

あすなる会
渡辺 貢一

私の地裁裁判の傍聴は審理が半ばほど進んだ段階から始まりました。そのせいで最後まで裁判の全体の流れが理解できないという、中途半端なまま終わってしまって、はなはだ恥ずかしい傍聴者だったことを反省させられました。

こんな経緯がありましたから、『控訴審は最初から“見てやろう”、“聞いてやろう”』と思い込みも大きく、1月18日は裁判所に激励集会の50分も前の午後0時40分に駆けつけていました。

まず、高裁の中の掲示板でこの日から始まる控訴審についての、次のような掲示内容を自分の目で確認しました。

平成18年1月18日(水)	札幌高裁第二民事部第二法廷
裁判官	末永 進 千葉和則 杉浦徳宏
提起者	関口 治ほか3名
代理人	佐藤 太勝
相手側	社会保険庁長官ほか1名
*ここで「ほか1名」というのは国のことです	
国民年金不支給処分取消等請求控訴事件	

午後0時55分頃、原告の田中士郎さんがお母さんに伴われてお見えになりました。お母さんが思いのほかお元気そうでほっとしました。

午後1時15分頃、裁判所前に難病連の車が到着し、歩道の際にオレンジ色ののぼりが見え始めました。私は早速裁判所の建物から外に出て、激励集会が開かれる裁判所前の歩道に歩を進めました。

当日は低温のうえ風まじりの小雪が舞うという、難病患者にとって『気持ちは向かえど足は進まず』といった悪条件でしたが、ざっと教えた激励団は40名は超えていたでしょう。地裁段階では回を追うごとに寂しくなっていたのが、久し振りの賑わいでした。



激励集会は定刻の午後1時30分に開会されました。【北海道・無年金障害者をなくす会】はこれまで、原告の田中士郎さんを代表とし、原告（当事者）と弁護士と支援者で組織されておりましたが、活動を強化するために代表を原告から支援者に交代して、新たな決意で出発することになりました。そして、新しい代表は原告の田中さんの大学院時代の恩師で、長い間私たちの活動を支援していただいていた、北大の名誉教授の水谷純也先生に就任していただくことになりました。

激励集会は代表の水谷先生のご挨拶で始まり、次に佐藤太勝弁護士のお話し、続いて田中さん、山道さん、妻倉さんの3原告が決意表明し、激励団のさかんな拍手で締めました。

控訴審は定刻の午後2時きっかりに開廷されました。正面中央の席についた末永裁判長は顔はどことなく温顔、言葉も身振り動作も暖かそうで、“ホーッとした”私の印象が裏切られないよう願いたいものです。

傍聴席は空席が少しあって“ヤヤ残念”といった状況。それに引き替え、記者席には10名ほどの記者が着席しており、この控訴審にたいする報道機関の関心の大きさがわかりました。

控訴してから原告は【控訴理由書】を高裁に提出し、札幌地裁の一番判決の取消しを求め、一方で被告は【答弁書】を提出して控訴棄却を求めています。このあたりの経緯について傍聴者には説明のひとつもありません。前後の脈絡で“ああそういうことだったのか”とうなずくばかり。『開かれた裁判所』はまだまだ先のようなのです。

また、裁判官席と左右の弁護人席と原告被告が意見陳述する席にはマイクがあるものの、傍聴者席のスピーカー設備が十分でなくて、耳のうしろに両手の平をかざして聴きとろうとしても、“聴きとれなかった”のは私だけでしょうか。ここにも裁判所が傍聴者をどのように位置づけているかわからうというものです。



田中さん、山道さん、妻倉さんの順で原告の【意見陳述】がありました。さらにSさんのお母さんが入院中で出廷できないSさんの【補佐人】という立場で【意見陳述】に加わりました。それぞれが静かな口調でたんたんと、地裁判決の誤りを指摘し障害基礎年金を受給する権利を主張しておりました。

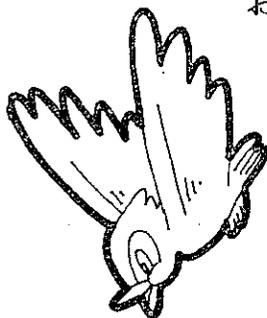


続いて佐藤弁護士が北海道新聞の『あまりにも硬直的で、血の通わない司法判断だと断じざるを得ない』という社説を引用して、(1)形式論議の羅列であって、年金制度を平等や公平の観点から精査するという姿勢に欠けること、(2)広い立法裁量論に盲目的に追随していること、(3)原告の主張にきちんと耳を傾けていないこと、(4)司法、そして立法の動向に逆らったものであることの4点を指摘した【意見書】を朗読して提出しました。

その後で裁判官と原告・被告双方の弁護士の間で、次回公判までの打ち合わせが事務的に進められました。その中で『知的障害や先天的障害の場合の初診日認定についての国の釈明を求める(私にはこのように聞こえました)』といった裁判官からの意思表示があり、私の耳にととても印象的でした。

次回公判は3月17日(金曜日)の午後1時30分開会と決まりました。いつものとおり【激励集会】が午後1時から開かれるはずです。

おそらく気候はうーんと春めいているはず。ずいぶん暖かくなっているはず。



いちど札幌高裁の南側の道路を激励集会でいっぱいにして見ませんか。そうして、苦しい戦いを続けている4人の仲間と、彼らを支えておられるお母さんやご家族に連帯の意思を伝えようではありませんか。

私は今回同様に早めに駆け込んで、皆さんがお集まりになるのをお待ちしております。今年の春は暖かい春になる予感がしてなりません。

シリーズ【病氣】 希少会員の部A

今回は、あすなる会の中でも1～2人という少ない病氣の方をとりあげました。病氣自体が少ないという方、会に入っている数が少ない方々ですが、あすなる会にはこのような一人ぼっちという方も多いのです。

その中から3人に書いていただきました。今後も何度かに分けて取り上げて行く予定です。

ステロイドホルモン産生異常症

副腎クリーゼ（急性副腎不全）を患って

匿名希望

平成7年9月2日に他科の治療入院中、便通及び排尿が完全に止まり、その後食事が摂れない状態が続いていたが、夕方から翌朝にかけて胸部から腹部にかけ激痛が起り、発熱・脱水・呼吸困難な症状となった。

救急車で救急病院ICUに麻痺性イレウス・電解質アンバランス肝機能障害で緊急入院となる。1週間意識不明で酸素マスクをつける。

エコー・CT・MRIで両側副腎の腫大・出血、血中コルチゾール2・3と低下しており、当初副腎結核を疑ったが確認出来なかった為、原因不明で転院となった。

足がむくんで赤黒くなりかゆかった。

発熱・嘔吐もあった。

札幌医大附属病院に転院し、平成7年10月から12月まで入院。札幌医大でアジソン病（先天的に副腎皮質ホルモンが出ない病氣）を疑い検体をアメリカに送って検査したが、アジソン病ではなかった。



先生から検査結果副腎クリーゼになった原因が分らず、アドレナリンファンクションの廃絶と副腎皮質ホルモンが出なくなり、一生コートリルの補充療法をするように言われる。

平成8年4月末に北大病院に副腎疾患に詳しい先生がおられるとの情報があり転院。北大病院第二内科受診となる。

北大病院に転院してからコートリル二錠からコートリル一錠を飲むように言われる。(今も変わりがありません。)

先生から37度以上の熱を出した時はコートリル三錠(現在は二錠)飲むこと、手術の際は副腎皮質ホルモンの点滴をすること等を言われる。

相変わらず現在でも1日の半分は寝ており、寝ても疲れがぬけない。低血圧・色素沈着・わきの下と恥毛の脱落・むくみがあった。お風呂に入る時立ちくらみ。目まいがするので、介助してもらう。朝、睡眠不足があると吐き気がして、すぐコートリル一錠を飲み、寝る。

立ちくらみ・空腹感・目まい・冷や汗になることがよくあったが、冷や汗で座布団がびしょりになり動けなくなる。



副腎がつかさどる自律神経の失調症からきているものと言われていたが、去年平成17年5月～6月の入院で朝食前の空腹時血糖検査で正常値70よりも若干低く、冷や汗をかくのが食事後4時間程なので、反応性低血糖であると言われる。

血液検査の結果、アドレナリンがほとんど出なくて代わりにノルアドレナリンが普通の人よりも多く分泌されて血圧と血糖を上げる作用を補っている。

また、男性ホルモンも副腎でつくられるので正常値よりも低い。

ACTH(副腎皮質刺激ホルモン)も高値の事。

現在一番困るのは、母もガン患者で私も難病患者である為食事づくりが大変なことで、以前配食サービスを利用したが体が受け付けられず食べられるものがなくて困った。(油を使った料理を食べると吐き気・胃もたれ・胃痛がした。)

1 日も早く私が住んでいる地域に個々の患者に合った配食サービスが出来ることを望みます。

以前とは違って毎年申請をしなければならない特定疾患受給者証は、所得証明のコピーをとって最初の年暑い夏の盛りにしなくてはならないのがとても大変で、申請に行った後疲れて4~5日一日中寝込んでしまった。

現在は所得証明のコピーを役所の方でしてくれるので、多少は助かります。しかし、夏の申請は病気の体にとって非常に負担になるので、春か秋の申請にしてほしい。

通院する時タクシーもばかにならない。れば良いと思います。

特定疾患受給者証費が月 17,000 円自
た薬物アレルギーが
いて熱が下がらないと薬が使えず即入院となり、入院費が3割自己負担になり入院費が高む。



を使うので、出費
通院費の補助があ

を切られると薬剤
己負担となり、ま
あるので風邪をひ

所得証明の現在の制度になってから血液検査は定期的に年 3~4 回検査だったのが、原則として申請の時に1回だけ検査するようになった。

アジソン病も私の知る限りあすなる会でも2名。厚生労働省に問い合わせでも全国で二百数十名しかいない希少性の高い病気ですが、副腎クリーゼも同様に頻度は極めてまれで、厚生省特定疾患研究班の報告では1977~81年の

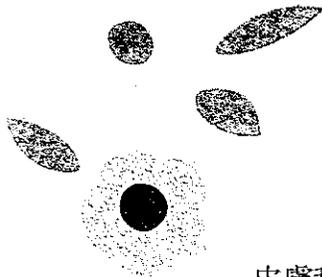
5年間で21例の報告がある。

札幌医大病院でも近年5年間25名の患者が出たと言われ、また厚生労働省人口動態局の死亡原因で2004年副腎クリーゼは全国で3名との事。

ステロイド剤を常に補充しないとすぐショック状態になり、放置すると死に至り重症化して決して軽症化はあり得ない事で、この事は道庁が軽症者の導入をした時も認められているところです。

専門家のいる大学病院も少なく、北大以外には東大・京大・大阪市立大・浜松医大・横浜市立大等限られた病院で本当にありふれた病気ではなく国の特定疾患になっているアジソン病以上に病名すら知られていないのがその実態ではないかと思います。

最後に他の科の先生等に注意された事について触れておきたい
と思います。



NTT 東日本札幌病院産婦人科の先生からは、自然妊娠能力はあるものの、妊娠しただけで命にかかわる事。

皮膚科の先生からはステロイドホルモンを飲んでいるので、日光に当たってはならない事。

整形外科の先生からはステロイド剤を飲んでいる為、1年に1度は骨粗しょう症の検査を受ける事。

転ばないように杖を使っています。

また、感染症にかからないように一年中マスクはかかせません。

長々と病気の経過・困っている事・注意事項等を書きましたが、読んでいただきまして、ありがとうございました。

アジソン病（慢性副腎皮質機能低下症）

釧路市 T・I

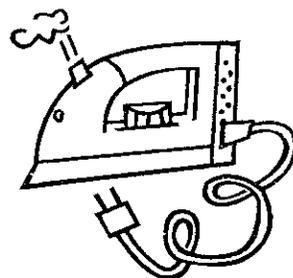
診断名は上記表題の通りです。平成7年2月、やっと診断がつかしました。息子を出産してから半年後のこと、26歳でした。

この病気は原因不明で、体内でステロイドホルモンが作られにくいので、内服薬で足りないホルモンを補うのです。一生涯です。ホルモン補充療法といいます。

私は、独身の時、数年看護師をしていました。

ちょっとだけ、病気の知識もありました。「まさか自分が？こんな病気になるなんて！何も悪いことしていないのに・・・。」と泣けてきました。

病気を受け入れられるまで、かなりの時間が必要でした。最低限の日常生活をこなしていくのに必死でした。



症状は易疲労感、倦怠感、脱力感、やせ、体重減少、色素沈着などなど・・・。

「具合悪いなー。」と思って無理して動き続けていると、頻脈、不整脈、頭痛、吐き気、冷や汗などがおきてきて、立ってられなくなります。

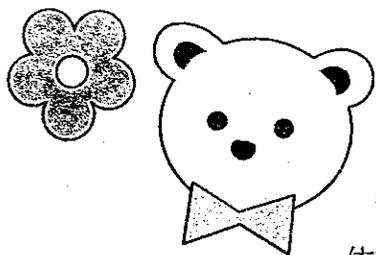
症状の出方は人それぞれ違うと思いますが・・・。

これらの症状が出現してくると、私の体からの黄色信号なんだなー！！と気づけるようになりました。

それらの症状が出たら、安静にして、目を閉じて、とにかく眠って、身体の回復を待つしかありません。

内服薬のステロイド剤は一日量が決まっているからです。

この病気とは、一生つきあっています。



もう12年のつきあいです。

私も37歳になりました。

この11年間、子育て、主人の転勤、私の社会参加（パートの仕事）など、いろいろありました。

体調不良で救急車を呼んで病院に駆けつけたことも

数回。点滴に通い、何とか入院をしのいだこともしばしば。

第2子妊娠しましたが（8年前）、母体がもたず泣く泣く中絶。この時ほど自分が病気であることを悔しく思ったことはありません。

病気になってから今までの中で、環境やその人の気持ち・考え方がいかに病気に影響するかを知りました。

「病は気から。」本当、そういう面もあると思います。

周りの健康な人たちと、病気を持っている自分とを比べてしまうと劣等感が生まれてしまいます。

それじゃあ自分が辛すぎる。比べないことにしました。

「人の半分、動ければいい。それで万々歳、それを目標にしよう！」そう思うことにしました。その目標は、これからも続きます。



エキノコックス症との闘い

早川君子

エキノコックス症とは、皆に可愛いと云われている北キツネから感染される病気です。キツネから野鼠や野良犬などにも感染されます。飼い犬にも感染しているとの話もありました。けれど、人から人への感染はしません。

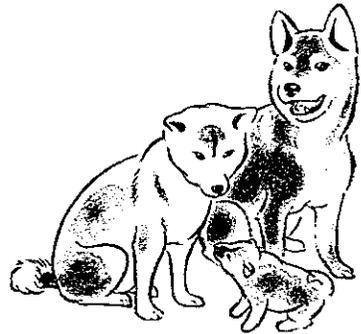
今でこそ新聞やテレビなどで知れわたっていますが、昭和40年頃は道東地区だけが汚染地区で、あまり知られていませんでした。

私もエキノコックスの言葉を聞いたこともなく、どんな病気なのか知りませんでした。

私がエキノコックス症と分ったのは、昭和46年の6月に地元で行った集団検診でした。その時私は下の子がお腹をにいて、検診は受けられないのではとっていて、検診に行かないつもりでいましたが、友人と一緒に付いて行ってと言われて付いて行ったところ、保健師さん（その頃は保健婦）に「受けても大丈夫だよ」と言われたので受けたところ、疑いがあると言われました。

検査は、ツベルクリン反応みたいな豆注射で皮膚の反応を見る検査でした。

私は他の人より注射の部分が真っ赤になり、すぐその場で採決されました。自覚症状は全くありませんでした。



それから3年間、年2回二次検査を受け、3年目に北大で精密検査を受ける事になり入院しました。検査に1ヶ月ほどかかり、その時に1回目の手術を受けましたが、まだ採れる状態になっていなくて開けてすぐふさぎました。

その時、また3年後に手術をすると云われ、これからどうなるのだろうと不安でいっぱいでした。

痛いとか、苦しいとかあるのなら、手術するのも納得いくのですが・・・。

この病気を治すには手術するより他にないと云われ、それから3年おきに手術でした。毎年、年2回北大に通い、地元でも二次検診を2回受け、3年目ごとに精密検査と云われると、また手術かと本当にいやでした。

入院した時の病室はエキノコックス症の患者ばかりで、主に根室や中標津などの道東地方の方が多かったです。その中でも自覚症状が全くないのは私だけでした。

腹水が溜まったり、黄疸で皮膚が黄色くなった人や様々です。私もその内そうなるのではと思ったら、生きた心地がしませんでした。

エキノコックス症は、放っておくと肝臓がやられ他の臓器や脳にも転移する恐ろしい病気なのです。亡くなった人もいました。

人から人への感染がないのだけが救いでした。

私は、寄生虫が肝臓の取りづらい所についてしまい、2回目の手術で肋骨を何本か取り穴を開けてドレーンを入れて退院してからは、地元の病院に雨が降ろうと雪が降ろうと、年から年中10年近くも毎日通いました。

定期券を買い通ったのですが、見かけは元気なので勤め人と間違われた事もありました。「どこへ勤めているの？」なんて・・・今思うとよく通ったものと思います。

自覚症状のない時期に分ったおかげと思っています。

術後、体力が戻るまでは何ヶ月か辛かったが、その後は元気に通えたのだと



思います。

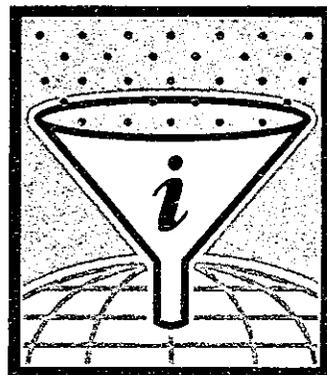
通っていて10年目頃にエキノコックス症の薬が出来ました。それで、4回目の手術で大きい手術は最後になり、開けていた穴をふさぎました。

結局取れない寄生虫は肝臓の管の中に入ったままで、薬

で押さえています。

薬は2種類あって、私の飲んでいる薬は充分にあり、もう一方の薬はいつも不足気味で、その薬を飲んでいて人は困っていました。

私の飲んでいた薬は副作用もなく、薬を飲みながらもバイトが出来るようになっていたのに、何年か飲んでいるうちに、ある時その薬がもらえなくなり、品不足だった薬が国に認定され、それまで私が飲んでいては試験的に飲んでいたのでお金がかからなかったのが、もう一方の薬はお金がかかるようになった上に、私に合わず強い副作用があって、飲み始めて1ヶ月で入院することに・・・。



前の薬は認定されていないので保険が利かずすごく高いため、副作用で具合悪くなるのが分かっていても、今の薬を飲み続けなければならないのです。

でも、今は副作用の治療に月1~2回の通院ですむようになりました。

そこで、毎日通院していた頃に上尾幌にベージュの人がいて、その頃は難病連友の会だったと思うのですが、気晴らしになるからと田宮さんを紹介していただき仲間に入れてもらいました。

それから色々相談に乗ってもらったり、通院交通費を出してもらえるように町などに交渉してもらったり、助かりました。全道集会にも参加出来るようにもなり、あすなる会の方々にもお世話になり、毎年皆さんに逢えるのを楽しみにしています。これからもよろしくお願ひ致します。

(三つの病気を打ちながら何度溜息をつき、息を呑んだでしょう。あすなる会にいらっしゃることは知っていても、こんな病気、そして闘い、会の仲間を知ってもらうために書いてくださった勇気に感動と激励の拍手を贈ります。有難うございます)

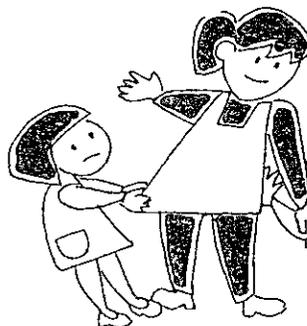
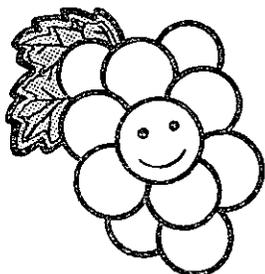
チャリティバザーのお知らせ

3月4日（土）午後1時～4時

5日（日）午前10時半～午後2時

今年も春のバザーです！！

4年ぶりに難病センターでの開催！



「なんれん臨時号」でお知らせしたように、皆様のご協力をお願いします。

☆ バザー品のご提供をお願いします。

☆ 会員の皆さん、お手伝いをお願いします。

(バザー当日の他、3月1日、2日の準備、終わった後翌日の片付け等、都合と体力に余裕のある方事務局—512—3233—までご連絡ください。一日でも、いや半日でも結構です。)

そして、当日は掘り出し物を見つけましょう！

2006年度 個人参加部会 (あすなる会)

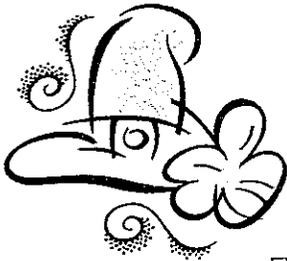
定期総会のお知らせ

日 時 2006年6月3日(土) 午後1時より

場 所 札幌市社会福祉総合センター 4階 視聴覚室

(札幌市中央区大通り西19丁目 地下鉄東西線西18丁目駅より
1番出口・エレベーターあり)

◎ 総会議事終了後に、医療講演会及び交流会を行います。



講 師 勤医協月寒医院

院長 升 田 和比古 先生

演 題 『医療から見る憲法』

(医師の立場から、患者の立場から、憲法を

見るとどうなのか・・・分り易くお話しさせていただきます。

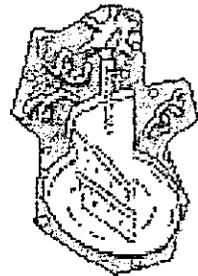
又、先生はスウェーデンにもいらしています。時間に余裕があれば、
そのお話しも聴けるかも・・・)

升田先生は講演後もいてくださる予定ですので、色々
お話しも聴けますし、お茶とケーキでお互いの旧交を暖
めるのも良いですね!!

参加費 500円

(同送の返信用ハガキで出欠のお返事をお願いいたします。)

5月25日必着! くださるようお願いいたします。)



会費についてのお願い

年度末も迫りました。会員・家族に皆様風邪をひいていらっしゃいませんか？もうすぐ、もうすぐ春です。

と、いう時期に・・・こんなお願いでごめんなさい。

◎ 会費未納の方へ

本会報に郵便振替の用紙を同送いたします。本年度中に必ずお送りくださるようお願いいたします。

難病連。各部会・支部に迫る財政事情

2月4日理事会で報告されましたが、道は2006年度の難病連に対する助成を25%削減します。

2004年度にも「3年間で25%の削減」を打ち出し、2004年度に10%弱の削減をされました。2005年度は意外にも据え置きでした。

それが、2006年度は新たに25%の削減です。

しかも、次年度も続けて同じだけ削減される恐れがあります。道は助成金を最終的には3分の1まで削る予定でいます。

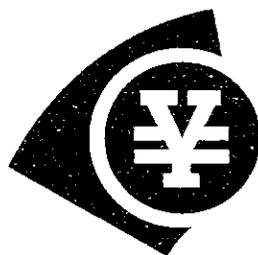
これだけ助成金が少なくなったら、部会活動に大きな影響がでます。今まで通りの活動が出来ない、そして活動が順調でないから更に助成減額の口実にされる・・・という悪循環を招きかねません。



難病連本体も苦慮を重ね、思索しています。

今、部会費の100%納入を目指すことが出来ること！

ご協力ください！！

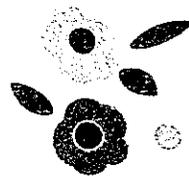


お 知 ら せ

◎ 大動脈炎症候群の会員の皆さんへ

「大動脈炎症候群友の会～あけぼの会～」が交流を求めています。あけぼの会は京都を中心とした全国的な患者会で、東北・東京・中部・京都・大阪南部・九州地域での地区活動があります。北海道では活動拠点がな
いため、あすなる会の会員との交流をしたいとのことです。

とりあえず、会報の交換をすることとし、あすなる 117 号を送りました。これから大動脈炎の会員さんにお知らせすべき情報がありましたら、当会報でも取り上げていきます。特に、あけぼの会の情報を詳しくお知りになりたい方はお申し出ください。



◎ シリーズ[病気] の原稿について

原稿依頼に応じてくださっている会員の皆様、有難うございます。原稿は返却希望がなければシュレッダー処理しておりますので、個人情報
が洩れる心配はありません。又、依頼の時に書く気になれなかった方
でも、書きたいとお思いになりましたら、いつでもお送りください。お待ち
しております。

◎ 参加出来る方のご連絡を！

チャリティバザーのお手伝いをしていただける方。

「学生無年金訴訟控訴審」の第 2 回審理は 3 月 17 日（金）午後 1 時半
で、1 時から激励集会です。傍聴参加出来る方。

ご連絡待っています。



◎ 「IBD がラクになる本」について

難病連 IBD 部会さんから表記の本が出ました。あすなる会にも該当会員さんがいらっしゃいます。又、とても読みやすく体験談が豊富ですので、周りにクローン病・潰瘍性大腸炎の方がいらしたら、お薦めするのも良いでしょう。¥500 難病センターにあります。(512-3233)

◎ 障害者自立支援法の資料について

自立支援法について、議論が飛び交っています。役員研修会でも学びましたが、複雑で理解困難でした。分りやすく解説した資料がありましたので同送いたします。是非お読みになってください。

◎ ありがとうございます

会報 117 号でお送りいたしました JPA 国会請願署名の署名を集めて、お送りくださった方々有難うございます。募金にご協力くださった方達とても助かりました。これからの請願活動の貴重な資金となります。

まだお手元に署名用紙をお持ちの方は、まだ間に合いますのでお送りくださるようお願いいたします。



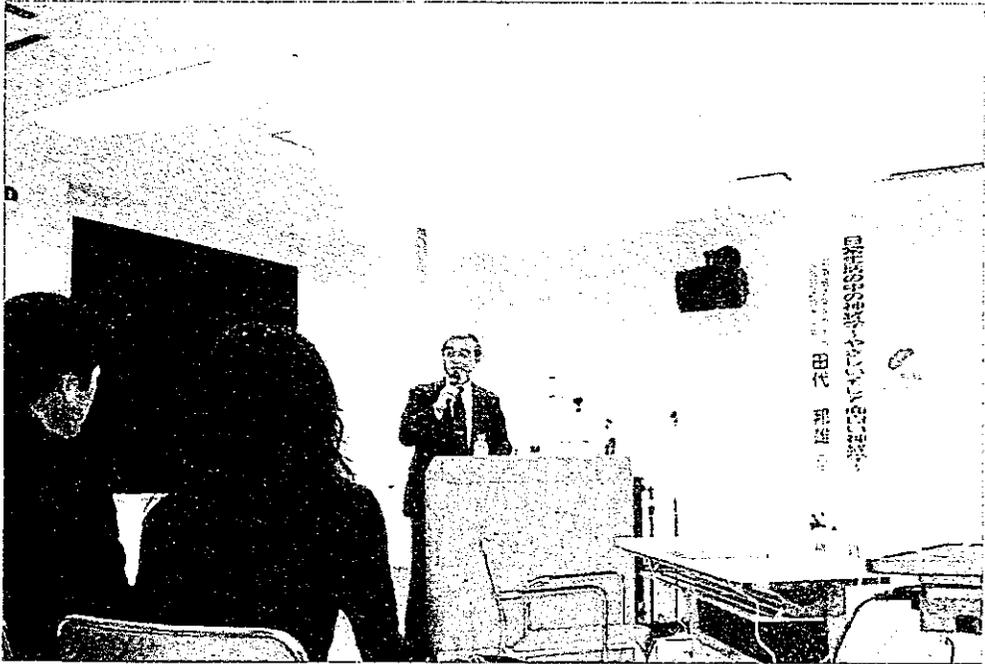
2005年10月23日 あすなろ会医療講演会より

「日常生活の中の神経学ーやさしくそして面白い神経学ー」

北海道大学名誉教授 北海道医療大学教授

田代邦雄先生

私は30年以上北大で神経内科をやってきました、2年半前から言語聴覚士という大変重要な職種を養成する医療大学の方にきております。今日も私の受け持ちで大学の1期生と2期生である7人の学生さんを連れてきております。



本日、こういうタイトルにしたのは、一つの病気についての講演ではなくて、実は北大に神経内科ができるまでは14年もかかったことの経緯も含め“神経学”とは何か？についてお話ししようと思ったのです。私は北大出身で、医学生の頃から神経学を専門にやりたかったのですが、まだ当時は日本でも神経内科という専門科がない時代でした。卒業した1964年に日本で初めて九大に神経内科ができ

たばかりでしたので、1年のインターン研修の後に母校の北大で脳神経外科に入りました。北大には脳神経外科の都留美都雄教授という大変素晴らしい先生がいらっしゃって、脳外科の先生ですがアメリカに5年半留学されて、あちらでは脳外科と神経内科があり、本当にいろいろ協調してやるようになっていたので、私が神経内科をやりたいと言った時にその都留先生が脳外科の方で先ずやりなさいということで、2年間脳外科で学び、それからアメリカに留学、5年間神経内科を勉強して帰ってきたという経歴です。

帰国後、神経内科を始めるのに最初は北大脳外科で2-3人の小グループから始まりまして、だんだん大きくなってきたのです。とくに難病については当時このような立派な難病センターができる前のお話で、確か難病連絡協議会としてピルの一部に事務所があり、そこで伊藤さ

んたちが頑張っておられ、また当時は一緒に稚内へ難病検診に行ったとか、別な場所へ行ったとかいう生活した思い出があります。伊藤さんは現在「全国の日本難病センター研究会」の事務局長になっておられます。

そういうことで、まずは神経内科とは何か？神経難病とは何か？ということをお話して、北大の学生などにいろいろお話しておりました。しかし、一般の人にも知ってもらいたいと考えていたところに、北海道新聞社から神経学の話をお話を週1回、「田代教授の医の話」というコラムで1年間連載することになりまして、その時のものをまとめ「日常生活の中の神経学」として出版、本日もこのタイトルを用いてみました。

本日は、一つの病気のことではなく、神経という目でみると、どういうふうにものが見えるのかを一般の方々に知っていただこうと考えてこのお話を準備して

あります。

実は北大に 30 年もいましたが、当時は学生さんの講義もまだスライドを使ってやる時代で、パソコンで講義する先生は少なかったのですね。私も現在の医療大学へ来てからパソコンでやることになりました。今回、自分で作ったタイトルを先ずお見せしましょう。富良野の景色を絵はがきからとりました。この絵にタイトルを入れて道外で講演をすると、まるでこの景色は外国にいるような感じに見えてしまうようですね。

スライド (以下はスライドを用いています)

私共が神経内科を北海道で始めようと思った頃は、まず神経内科が何かということから解説をしなければならない時代でした。神経内科という自分たちの専門を話すのに、まずはその字をスライドの真ん中に書き、内科と脳外科と精神科が非常に近い領域なので周囲にこれらの三つの科を重ねるようにしました。さらに神経内科を勉強するためには、解剖、病理、生理など関連する基礎医学を学びます。そこでは各々に神経がつくような、例えば神経解剖、神経病理などなど、専門分化してきています。一方、臨床医学では内科、脳外科、精神科は勿論大切ですし、その他に、例えば小児神経、神経眼科、神経耳鼻科、神経放射線など、更にはリハビリテーション科も含め、それらに重なるように神経内科というものが存在すると説明しています。

ですから、実際に外来をやっても、内科のいろんな症状の中に神経の症状がある方、あるいは脳外科とは本当に密な関係にありまして、神経を“内科的に診る”のが我々であって、神経を“外科的に診る”のが脳外科というような考えもできるのですね。

私は 1972 年の秋に日本に帰ってきたのですが、73 年から脳外科の中で部屋をもらいまして、一人で始めた時には脳外科から 1 名の先生が交代で応援に来てくれました。そのうち神経内科をやりたいという人たちが一人、二人とだんだ

ん入ってきましたけど、最初の年に外来で診た神経内科的患者さんの数は1年間に100人ぐらいでした。

翌年一翌々年でも100人から150人ぐらい。そうしている内に少しずつ、そういうグループが診療しているということが知られてきて、患者さんが増えてきて、だいたい1000~1200人前後となりましたが、この間14年かかったのです。

そのころ、全国的にも神経内科は独立していったものですから、私の恩師の都留先生が頑張ってくださいと、その次に都留先生の後任になられた阿部弘教授が御尽力下さり遂に独立できました。それが1987年のことでもあります。正式に北大病院に看板が神経内科というふうに上がりますと、新患の患者さんが一気に1700人ぐらい、更にその後は2000人を超えることになりました。

そこで、どういう方が神経内科を受診したらいいのかということで、“こういう訴えの時には神経内科を受診すること”という解説を出したことがあるんですね。一番多いのは、実は頭痛です。頭痛の方が相談に来られるのは神経内科が圧倒的に多いと思います。

それからスライドの順番でいきますと、意識障害の患者さんの診察、あるいは

痴呆(今は認知症という言葉が使われ始めていますが)、

痙攣、てんかん、視力の障害や、めまいの方、言葉がしゃべりづらい、失語症も含めてしゃべりづらい、

飲み込みづらい、耳鳴り、難聴(このあたりは耳鼻科にも関係すると思いますが)、さらに歩行障害、手足が震

る、不随意に動いてしまう! こういうような時の相談

え
は、やっ

ぱり神経内科が一番の専門だろうと思います。

姿勢がおかしいというだけで病気の診断がつくことも多いです、姿勢異常の相談、痛み、排尿障害のようなことでも窓口になりますよ!という宣伝もしたのです。

図に表わすと、大脳、小脳、脳幹、脊髄、末梢神経、そして筋肉の病気も実は神経内科の専門領域になります。

一番大事なのは、神経内科を受診されたことのある方は経験されたと思うのですが、私たちは最初に問診ということに非常に多くの時間をかけます。その病歴をとるといふ時の心構えについては、日本の神経学会の最初の理事長になられた椿忠雄先生という新潟大学の先生で、スモンとか水俣病で非常に活躍された先生が言われた病歴のとりかたについて「問診 日頃心にとめている十カ条」というお言葉があるのです。それは日本神経学会事務局に額入りで飾られていますし、私も椿先生の奥様より御恵与いただき現在の教授室の壁に飾っております。

十分な問診のあとで（いや問診中の観察も大事な診察なのです！）診察をしますが、神経の診察は、これは必ず頭から足の先まで詳しく診るようにしています。その時点で大体どういう病気なのかというのを想定し“インプレッション”とするんですね。

それから必要によって、血液検査とかあるいはレントゲンの検査や、最近ではCTとかMRIという検査があるのをご存じの方が多いと思いますし、あとは脳波をとったり筋電図をとったりとか、いろいろな検査をしてそして診断を確定し、治療法を考えるということになります。大事なのは、その後の神経の患者さんの、やはり長期にわたる経過の観察、あるいはサポートをするのもは大切なのですね。ですから、非常に長いおつきあいということで相談にのったりしております。

次のスライドですが、これは私の医療大学にある部屋の中で、その壁には私は自分の恩師の先生方3人（アメリカのお二人の先生と脳外科の都留美都雄先生）の写真を飾っておりますし、更に、先刻お話ししました新潟大学の椿先生による問診の時の「日頃心にとめている十カ条」も掛けております。

このスライドには診察カバンも写っていますが、我々はほとんどの場合、お話をよく聞いて、診察カバンに入っている用具を使ってじっくり診察をするのが重要なのです。

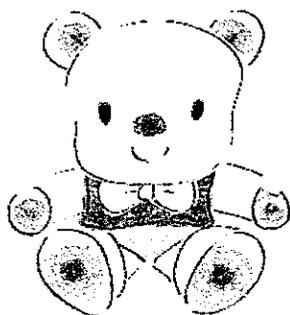
椿先生の十カ条のうち一番大事なところをお見せします。

問診について平常考えていることを箇条書きにして述べる、ということ始まり、

1 から 10 までありますが、その 1 番のところでおっしゃっていることは「神経病ほど問診が重要な疾患はないと思う。誇張でなく診断の 8 割くらいはこれで大よその見当がつく」と。これは本当にそうなんですね。ただ、ここに書いてありますが、最近は内科一般では検査所見の比重が大きくなっていると。確かにどこか受診しますとまず、じゃあまず検査しましょう、血液とりましょうということが中心になるかもしれませんね。しかしながら神経内科はそうではなくて、問診と病床側の診察が重要なんだということをおっしゃられるのです。

ですから、病気のお話きいている時に、「いつ起こったのか」とか「どこから起こったのか」あるいはその経過はどうなのか、急に起こったのかゆっくり起こったのかということだけで、だいたい絞られていきます。例えば脳血管障害というのは当然突然おこりますし、次第に進行していくものには変性疾患なども入ります。

椿先生は、とても優しく人に敬意を払うという態おっしゃっておられました。わけですから、当然その態とか知能とか意識の状況定できる訳であります。



い先生でし、医者が患者さ度で問診すべきであるとおその問診とは、お話を聞くしゃべり方とかその精神状態ということもだいたい推

この写真は 1984 年の札幌での日本神経学会の時のものです。左側が私の恩師で学会長の都留美都雄先生、脳神経外科の教授で日本神経学会の会長をした方は都留先生が最初でおそらく最後だと思います。それほど神経学については理解が深く、御自分は神経外科医ですが、神経内科医を育てるべく私どもを脳外科の中にいれて下さった先生なんですね。真ん中が椿先生、そして右側には、九大の初代の教授の黒岩義五郎先生が写っている貴重な写真です。

それから今の言葉と全く同じことを、フランスで主に勉強されてきた平山恵造

先生も述べておられます。平山先生は、実はこんな厚い“神経症候学”という本を出しておられます。その表紙をみますと、足の裏をピンでこすって、この親ゆびが上を向いている画が載っています。これはバビンスキー反射という、バビンスキーという人が提唱した反射なので、その方が検査をしている画です。

この平山先生はフランス学派ですが、しかしながらその御本の中には椿先生と同じことが書いてあるのです。神経を診ることを神経症候学と言うのですが、この神経症候学は神経学の基本であって、その第一歩は症状を正確にとらえることであると。それから問診に時間をかけない診察というのは粗診であり、誤診につながると述べられています。それと並ぶ大事なのはやっぱり診察をすることであると。ですから、優れた問診、ベッドサイドで実際に患者さんを診察するという経験、それを獲得した人から指導を受け、伝わっていくわけです。ですから先人から後輩への“伝授”、それを受ける“伝受”、要するにそういうことで培われてくるもので、一朝一夕にできあがるものではなく、きちっと伝えなければいけないということを言っておられるのです。

ですから、お話を聞くことだけで、これはどういう病気にあたるだろうか？ということ推定することができるのです。

これは私が米国で教わった“経過からどういう病気かを推定するのか？”を示す模式図です。一番多い脳梗塞とか脳出血で、突然起こりますし、だんだんよくなり、あるいは完全によくなる人もいます。ただ突然の小さなエピソードを繰り返している、進行しているように一見みえますが、あちらこちらに小さな梗塞（ラクナ）を伴う血管障害だと分かるんですね。また、一過性脳虚血発作という症状があります。これは24時間以内によくなる、例えばそういう麻痺を繰り返していてその時点で発見しないと先に述べた脳梗塞と同じようになってしまうということ描いたものです。その時点で適切な診断と治療をする必要があります。一方、症状が始まって、ゆっくりと進行してくるようであると変性疾患や脳腫瘍

のようなものが疑われます。

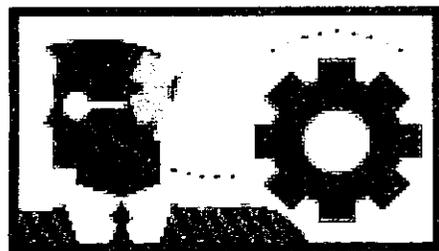
また、良くなったり悪くなったりを繰り返す病気で神経内科特有の病気なのですが“多発性硬化症”というのがあります。これも決して少ないわけじゃない、しかも北海道のような寒い地区に多いという病気でもあります。

髄膜炎のような感染症では、一度悪くなりますがよくなってくる。あとは、てんかんとか片頭痛とかはその時だけ症状が出る。このように神経内科に関係する病気の起こり方の特徴を知っていると、たとえば電話で相談を受けた時も、“ああ、こういう可能性はないだろうか”、というようにある程度推定できるんですね。ましてや、先に述べたように問診してじっくりとお話を聞くとかなりのところまで推定できるということです。

ここで画をお見せしましょう。これは私の持っている診察カバンをスケッチしてもらったものですが、カバンの中に血圧計とか聴診器、これはやっぱり我々も全身を診ますので必要になりますが、そしてハンマー（ここには3種類のみ描いた）、そして眼底鏡、音叉、また感覚を調べるのは、刷毛をや筆のさきを解きほぐして触覚といって触った感じをしらべたり、針で痛覚を調べたりするんです。

この画は現在、市立札幌病院神経内科の部長である松本先生が、“神経内科医の姿”をマンガを描いてくれたものです。とても上手なマンガです。

ですから、神経内科はいろんなことの相談にのるのだと説明したら、担当の方



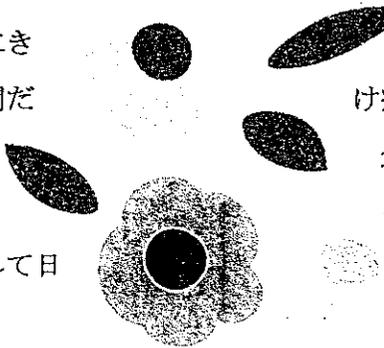
が“神経内科はよろず相談所”というマンガを北海道新聞に描いてくれたのです。更に“神経内科はシャーロックホームズ”のようなものだというマンガも実に見事に描いてくれました。

神経内科では患者さんのお話を先ず聞き、そして神経学的診察として12対ある脳神経を診て、あとは運動の状態、反射、感覚を調べて、ふらつくかどうかと

ということで小脳の状態を診ることをいつもやるんですね。ですから、手がしびれるという方でも手だけを診るのではなく、必ず脳神経とか他の運動系とか全部調べるんです。これは、何故大事かという、他のところに本人が訴えていない症状が隠れていることもありますし、そういうことで沢山の患者さんを診るということは、逆にいうと、正常とは如何なることかも分かる。ですから正常を何時も経験していれば僅かの異常も必ず分かるようになるということです。手がしびれるという場合でも、手だけの感覚を調べるということではなく、それこそ頭から足の先まで診ます。

神経内科が正式に認められ看板を北大病院に初めて挙げた時に、1年間の新患の患者さん、総数が2333人も来院されました。

一番多いのは、さっきもお話した頭痛です。頭痛で何か心配なものがあるんじゃないかという相談が圧倒的に多くて、この時の統計では20%。しかも、頭痛については、緊張型頭痛とって診断をしてきちんと指導すれば悪いものではないといえるのが圧倒的なんですね。しかし片頭痛も大切です。外国ではとても多いんですね。というのは、ちょっと頭痛があると外国の方は神経内科にすぐ相談にきます。日本の方は、片頭痛というのはある時間だけ痛いんですが、また良くなりますので、意外に自分の家系だからと我慢されていますね。実は片頭痛というのは決して日本でも少ないものではないのです。



あとは手足のしびれの訴えの方は結構多く末梢神経障害、ものが二つに見えとか視力が落ちた、顔面の麻痺が出た、あるいは何か不随意運動といっているような動きが出てきたという訴えの方。あとは、パーキンソン病、多発性硬化症と、重症筋無力症など、本当にいろいろな訴えの方々が来ます。

では、最初に頭痛についての簡単な復習といいたいまいしょうか、お話をしようと思います。頭痛については、国際分類というのがありまして、多くの項目が書かれています。しかし基本的にさっきお話したような片頭痛と緊張型頭痛が圧倒的に多いということになります。それについてちょっとだけ触れてますと、まず多くの人が経験する頭痛はほとんど緊張型頭痛です。特徴は、この頭の後の方が重苦しい感じで帽子をかぶったような鉢巻き様の痛みが起こると。ですからこういう頭痛も経験したことがないという人は少ないぐらいで、ただ病院に来るほどのものではなくて、リラックスしたら良くなったというようなことですし、それが緊張型頭痛の特徴ですね。

ただ片頭痛というのは名前の通り片側が特にズキンズキンというような、脈打つような頭痛です。特徴は名前の通り片側で、そしてひどい場合には吐き気を起こしてくる。しかしある時間が経つと良くなるということですね。そこで、実は日本の方はかなり我慢をしているということが多いんですが、今は良いお薬が沢山ありますので、神経内科あるいは頭痛外来という名を出されている先生もおられますので相談されると良いと思います。

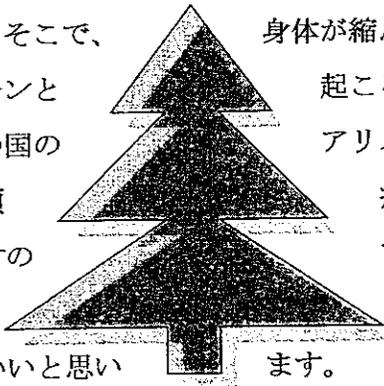
片頭痛のことでは、特徴的な、古典的片頭痛というのがあります。前兆という前触れがあります。ギザギザ視野に出てきて大きく広がる（城壁スペクトラムという）、などの前兆があつて、このあとからズキンズキンと頭痛が起こります。

そこで、実際に私の経験している、あるいは我々のグループで経験した中で城壁のような訴えをした人の2、3人をお見せしますが、これは41歳の女の方で、この方は目の前にこういう扇を開いたようなものが出て、そのあとからズキンズキンが起こるといふ訴えで、こういう訴えがある時は必ず患者さんに描いていただくと分かりやすいのです。

次ぎのは私が診た22才の大学生ですが、らせんあるいは城壁様に先ず見え、それが次第に形を変えていき、その後にズキンズキンとなるという訴えをしていました。

ここで、札幌医科大学の名誉教授の黒川先生が教えて下さった木下奎太郎という方の前兆の図をお見せします。その方は明治時代のお医者さんですけども、詩人、劇作家で、本名が大田正雄という有名な先生です。その方が大学時代に講義を聴いた時に作ったノートが手に入ったというので私にコピーをくださったのです。その木下奎太郎が学生時代に書いたノートは、さっきの同じような、ギザギザが広がっていき片頭痛が起こることを見事に描いておられました。

突然マンガの「不思議の国のアリス」をお見せするのですが、不思議の国のアリスではアリスの身体がだんだん大きくなったり、だんだん縮んだりということが起こりますね。不思議の国のアリスを書いた作者ルイス・キャロルは実は片頭痛持ちだったんですね。そこで、前兆があってズキンズキンと学書の中でも「不思議の国のそれから、前兆がある片頭痛ではよいお薬がありますのの人がいたら、それこ



身体が縮んだり伸びたりするという起こる例があるということを医アリス症候群」と言います。その痛、前兆がない片頭痛も今で、知っている方で片頭痛そ専門医へ相談するようになります。

それから、少しだけ痴呆ということでのお話をしておこうと思うんですが、誰でもやはり自分はボケたくないというふうに思いますし、最近は痴呆という言葉はあまりよくないのではないかということで、“認知症”という言葉に変えようという動きがあります。ただ、神経内科の領域ではまだ痴呆という言葉はそのまま使いますが、他の学会では認知症という言葉が使われるようになってきています。

一番心配なのはやはりある時期からだんだんと知能が落ちてきて、この痴呆あるいは認知症になったということが、心配になると思いますし、これについては神経内科も相談の窓口になります。年齢とともに誰でも物忘れというのは当然あるんですね。そこで、そうなる自分は痴呆になったのではないかと心配をさ

れる方がおりますけども、正常ラインより外れていない、また、自分が自覚している場合はむしろ“良性健忘”という表現を使い心配ないものだと思います。一方、知恵遅れの場合は精神発達遅滞という表現をします。

そういうことで、頭痛と、この痴呆あるいは認知症というものは、本当に自分あるいは周囲の方が気がついた時に相談をする場所が必要で、おそらく神経内科が一番いい窓口になるだろうと思うんですね。

ここで、アメリカの有名なヤコブレフという先生の描いた画をお見せします。それは人間の一生の経過を示したもので、その中で、子どもがお母さんのお腹の中にいる時は頭が大きく身体が縮こまった形で、臍の緒でつながっている姿勢、その後、生まれて這い這いをして、次ぎに立ち上がって元気に走り回り、大人での普通の歩行となります。しかし、ある程度高齢になった時の歩き方は、少し背中が曲がり若い人のように手をあんまり大きく振っていないし足幅も少し狭いかもしれません。しかし、これは正常の歩行の推移だと思います。ところが、その図で点線の下に描いてある身体が前向きになったり、杖をついたり、あるいは寝たきりになるのが示されている、つまり、そういう状態には注意して治療可能な病気を見逃さないようにすることが大切です。

即ち、よくお話を聞いて、きちんと診察することを神経内科では非常に重要視



しているんですね。そこで、私たち神経内科医のシンボルは何だろうか？という質問がでるかと思いますが、私は“それはハンマーである”といつも言っています。

スライドに示しましたが、顎のところの反射（下顎反射）、手首のところの腕撓骨筋反射、上腕をまげ二頭筋反射と三頭筋反射、下肢では、膝蓋腱とアキレス腱での反射を必ず検査します。このときハンマーを使います。

神経内科の歴史を振り返ると、“神経学の父”と言われているフランスのシャルコー (1825-1893) という先生がいらっしゃるんですが、1800年代ですね。そのシャルコー先生が患者さんを診察している有名な画があります。前方にお弟子さんがいて先生が患者さんの横、そして婦長さんが後ろで支えているという臨床講義という有名な図なのです。机の上には実はハンマーが置かれていて、もうこの時代から診察の用具としては本当にハンマーがシンボルになっていたことを表しています。

同じころ“アメリカの神経学の父”といわれるミッチェルという先生がいて、やはり患者さんの診察をしている画があります。この診察風景でもミッチェル先生が右手にもっているのはやはりハンマーなんですね。ですからこのハンマーというのは神経学にとっては本当にシンボルとっていいと思います。

イギリスでも、これも同じ頃にガワーズという非常に有名な先生で本も書いていらっしゃる方おられましたが、このガワーズの教科書の中でもハンマーで診察をしているスケッチが載っています。

ここで日本の吉村喜作先生(1879-1943)の写真をお見せします。右手にもっているハンマーに注目してください。実はこの吉村喜作先生は東京帝大でバビンスキー反射について素晴らしい研究をされ、この写真にあるように足の外踝の下を擦ることでバビンスキー反射と同じ親ゆびの背屈を発見されました。これは世界的にはチャドック反射といわれていますが、吉村先生がチャドックよりも5年も前に既に発見していたのでした。実は私の学位論文はこのチャドック反射についての研究でしたが、その中で吉村先生が世界に先駆けて発見していたことを日本語と、英語でも外国の専門誌にも紹介したのでした。

こういうハンマーが神経内科にとってのシンボルですので、受診されたら必ずどういう訴えでもこの神経内科医はこのハンマーを使って診察をするはずですよ。

ここで私がコレクションとして50本以上集めているハンマーの一部をお見せ

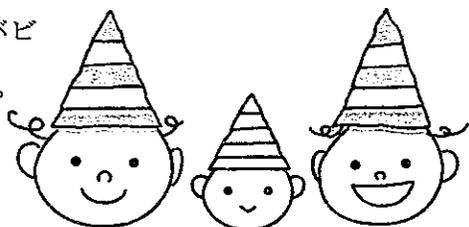
したいと思います。

さきほどミッチェルという先生が持っていた三角形のゴムのあるのはテ일러型で現在も広く用いられています。アメリカ製、日本製をお見せしますが、ゴムの質とか重さからいうと日本製の方が遙か良いですね。それから手で握る柄は日本製では先が尖ってしまっていて、足の裏を刺激する反射を調べるのに適しているのです。一方、イギリスには、クイーンスクエアという有名な病院が今でもありまして、クイーンスクエア型のハンマーというのがあります。円いタイヤのようなゴムが特徴です。先に出てきたガワーズという人はバーノン型というハンマーを使っています。その他、ドイツ製などのハンマーをお見せしましょう。日本製の歴史的ハンマーとして、入澤型、三浦型、大貫型、勝沼型、吉村型というのがありますが、残念ながらこれらは全てゴムが軽くて外国のもの比べて実用にはむかず、ただ歴史的コレクションとしては貴重なものと言えるでしょう。

ここで神経学では最も重要な“バビンスキー徴候”についてお話したいと思います。

バビンスキーは 1896 年に足の裏の外側をピンで刺激すると錐体路という運動を伝える経路が障害されている人で親ゆびが背屈（上を向く）することを発見、今日でも最も重要な反射で“バビンスキー反射”と呼ばれています。先にも述べましたが、外踝の下の刺激（チャドック）、ふくらはぎの圧迫（ゴードン）、アキレス腱の刺激（シェーフアー）なども、バビンスキー反射と同じく親ゆびの背屈を起こさせているのです（そこで一括して「バビンスキー徴候」という用語を使っています）。

現在まで生き残っているものはバビンスキーにはじまり合計 15 の名前があるとされ



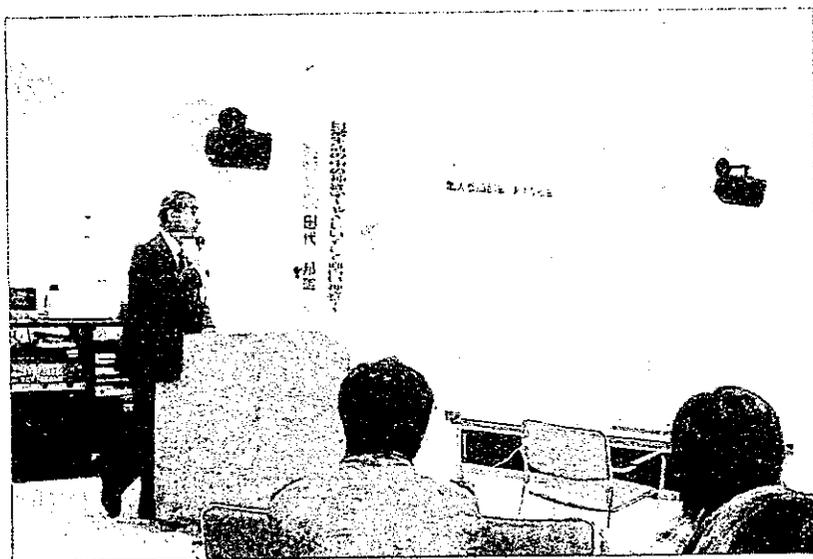
ています（自分のことで恐縮ですが、15番目のものは逆チャドック法として 1986年に私が発表した方法で田代と命名されています）。

バビンスキー徴候は“錐体路という運動を伝える経路が障害されている時に出現する”と先に述べましたが、1歳未満の赤ちゃんではこの“錐体路”がまだ十

分に発達していませんので正常の乳児でもみられるものなのです。ご自分のお子さんや、お孫さんを抱くときに容易に観察することができますので是非注意してみてください。

そこでルネッサンス期の画家たちが、聖母マリアとその胸に抱く幼児キリストで、このバビンスキー徴候を見事に描いていることが話題となっているのです。特にボッティチェリは、足裏の刺激（バビンスキー）ばかりでなく、外踝の下の刺激（チャドック）、アキレス腱の刺激（シェーフアー）、ふくらはぎの圧迫（ゴードン）で“親ゆびの背屈”を描いていることに私は気づき、神経内科という専門誌の2004年に「ボッティチェリとバビンスキー徴候」として発表しました。また生後5ヵ月頃までの乳児では、抱いていて急に頭の支えがとれると驚いたように両手を開くことは母親ですと必ず気づいておられる正常な反射で“モロー反射”（モローが1918年に報告）と言われています。横になっている赤ちゃんの横でベットを叩いても同じような反射が出るのです。

ところが先ほどのボッティチェリの聖母子像にはこの反射が見事に描かれていることを同じ年に発表しました。でも此処で強調したいのは、ルネッサンス期の画家達は本当に素晴らしい観察をしていたということでした。



また側頭動脈炎という治療しなければ失明する恐ろしい病気があり、これは1932年に米国のホートンが発表したことで知られていますが、1436年にヤン・ファン・エイクという画家が描いた「ファン・デル・パーレの聖母」(ベルギーのブリュージュ市立美術館)では市参事会員である老人のファン・デル・パーレが側頭動脈炎を患って失明していると思われる画を500年も前に描いていたと推定できることに気づき、これも論文として報告しました。

またカナダ・モントリオール神経研究所のペンフィールド(1891-1976)が顔面、手足や胴体の運動や感覚が脳のどの部分が支配しているのかの研究をし、「脳のなかのこびと」を描いたことで、現在では例えば手の親指だけの麻痺が脳の小さな脳梗塞で起こりうることも脚光を浴びているのです。

いま流行り、ブームといえ、**「ダ・ヴィンチ・コード」**という本でしょう。そのダ・ヴィンチはモナ・リザで知られ、また文字を全て鏡文字で書いたことでも有名です。なぜ鏡文字を書いたのかも謎ですが、ここではモナ・リザのモデルが誰かについて多くの説があること、しかし日本の岡 庸子さんという方が、1983年にダ・ヴィンチ自身がモデルであると発表したことは画期的でした。詳細は省きますが、私もその説が正しいと思い、追加の証拠も発表しています。またダ・ヴィンチには右片麻痺がある理由として彼自身がモデルとされている**“ウィトルウィウスの人体比例図”**にその証拠があるという説を、これは私が提唱していますが、まだ決定ではありません。

何れにしてもこれら**“芸術と神経学”**はとても面白い話題と思っています。

今まで私が歩んできた神経内科の道と、ここで述べてきた自分の考えを整理するために**「神経症候学の夢を追いつづけて」**(悠飛社、2005年11月発行)という本を書いてみました。

最後に国の指定する**「特定疾患治療研究対象疾患」**(いわゆる難病)の一覧表をお見せします。

全部で45疾患がありますが、その3分の2は神経内科が担当あるいは関与しなければならないと言えます。特に私自身が神経内科を仲間と始めた32年前ですが、この多発性硬化症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病などの患者さん達の診療あるいは検診に仲間とともに全力を挙げ、いろんな取り組みをずっと今まで続けてきました。即ち、私たちの神経学・神経内科はこういった特に難病、特定疾患の多くの患者さん、多くの病気を扱っているというのが一つの特徴です。ですから、私たちが札幌で活動を始めた時に、特にこの難病連と一緒にスタートしたと言えるでしょう。

北大神経内科も今はどんどん大きくなりまして、同門はだいたい140人にもなり、北海道の主なところの病院の、あるいは本州でも活躍しています。難病センターとの関係、特定疾患の診断書、あるいは申請書を書くということも含めて、神経内科は非常には大きな役割が与えられてると思っています。

それにプラスすることとして、いろいろな神経学の目で世の中をみると、日常生活の中にも、あるいは芸術・美術の中にも神経学が沢山隠れているということを今日はお話したかったのです。

「あすなる会」ですので、特定の病気のお話ということは本日はいたしませんでしたが、北海道内あるいは全国的にも神経内科は沢山頑張っていますので、我々のできることはいくらかでもお手伝いしたいと思っています。

以上で終わらせて頂きます。御静聴有難うございました。



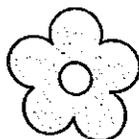
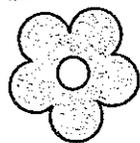
質疑応答

(質問)

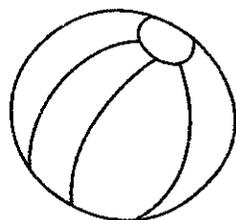
足がしびれたりというのがあるんですけど、その原因、血行が悪くなることによるのか、それとも神経自体が圧迫を受けてなのか、いつも疑問に思っていました。

(答え) たたみで正座なんかするとしびれますね、あれは大部分はおそらく血行も問題だと思うんですけども、ただ正座で座っている場合はおそらくそうだと思いますね。ただ、椅子に座っていたりして、特に足を組んでいる時なんか、しびれてきますんで、必ず組み替えますね。あれは実はここの神経が圧迫されていると考えます。ですからそれを気付かないで長いあいだいるということはなく、だいたいみんな気づき足を必ず組み替えていますよね。

正座はおそらく血行障
組ん



な意味が
“しびれ”につ



害だと思うんです。ただ座っていて足を
でいてしびれてくるのは神経の圧迫、こ
こは圧迫されやすいですからそれが関係

しているかと思います。ですから、しびれとい
う言葉は実は皆さんよく使いますが、いろん
あるということです。血行障害や、神経の圧迫。

いては他にもしびれたとの訴えで来たんだけど、
実際は動きが悪いことを「しびれ」と表現する人もいるのです。しびれという言葉
は非常に多い訴えであって、今のような正座は多分血行障害、足を組んだ時には神
経の圧迫、あとは、例えば両足の裏の方がしびれる、組んだ位置でなくて、黙って
いても足の裏がちょっと冷や冷やする、あるいはビリビリするという“しびれ”の
訴えというのも結構多いのです。そういう時はやはり神経学的診察をする必要があ
ります。何故かという、例えば糖尿病なんか気がつかれないで隠れていた時に、
足の一番長い、先の方の末梢神経からしびれてくるんです。ですから足の裏にもの
が張り付いたような感じでしびれると訴える人がおられたら、昔は、脚気とか栄養

障害でよくあったのですが、このごろは高脂血症、糖尿病が隠れているとか、そういうことで多発神経炎（ニューロパチー）のため足の裏からしびれるというのが起こってくることもある。ですから両方左右対称に足の裏からしびれてきたら、これも内科と神経内科とで診てもらわなければならないだろうということです。

手がしびれましたという訴えで、基本的にはそれが麻痺の始まりだったりすることもあります。ですから今のご質問は、正座は神経の圧迫でなくて血行障害、足を組んだ時は神経の圧迫だろうと思います。

そんなことで、ちょっとした日常感じていることを聞くと、それはこうじゃないかと言えるのは、僕たち神経内科医だと思っています。

（質問） もう一つ関連して、神経がいなくなると筋肉自体が痩せてくると聞いたことがあります、それはどういう仕組みでしょうか？

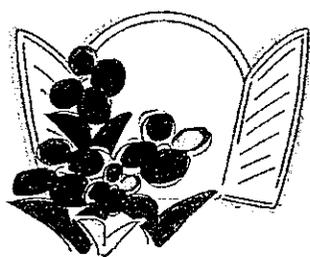
（答え） そうなんです。実は一番いい例は、小児麻痺のような脊髄の運動神経細胞のところ侵されるんですね。そうしますとそれから先にいく神経は、もちろん麻痺もありますし、実際に小児麻痺にかかった方が今もしも成人になっておられたら足はもう完全に痩せた状態になっています。足の痩せと言っても、もし左右対称であればまた別なことを考えなければいけないのです。一方、一側であった場合に、このごろは小児麻痺というのはもうほとんどないわけですから、もし50-60歳あたりでどうも足が片足だけ痩せてきた、しびれも何もないと、即ち、感覚も正常であるけれども足が痩せてきたという時に、やはり一番心配なのは、さっきの小児麻痺と同じように脊髄の運動神経細胞の方が病気になる筋萎縮性側索硬化症（ALS）という病気もあります。でも、これはそんなに多くありません。ただ、先にあげた45の難病の中で一番おそろしいものの一つに入ってしまうのですが、運動神経細胞、そのさきの神経がやられると、結局運動が低下、筋肉は痩せてくることになります。そういう痩せた筋肉を顕微鏡で見ますと、たとえば例として、このぐらいのサイズのが沢山筋肉の束がみえるのが、もう本当にこんなに小さい筋肉の束に変わ

っているんですね。そういうことで神経の支配がおかされると痩せが起こってくるということです。

あともうひとつは、筋肉自体の病気でも筋肉は痩せますけども、筋ジストロフィーとか、そういう場合はだいたい左右対称ですね。むしろ一側がかなり、しかも、だんだん悪くなる時には、早めに専門医に診てもらふ必要があるだろうと思います。普段そういうことで、気になった時に、相談行くのはどこがいいだろうかという時に、例えば手足ですと整形外科にまず行きますけれども、神経内科もそういう意味の窓口にはなるでしょう。要するにいろんなことの“よろず相談所”だというのはそういう意味なのです。

だから神経内科的には、筋肉の痩せはどちらかという、もしくは片側だけというのであれば神経の可能性、両方同時であれば筋肉の病気も考えられるということになります。

ですからお話を聞くだけでほしい、ああそうかと、年齢とか経過とか症状を聞くだけで、電話相談を受けても、これはこうした方がいいのではないかなと言えるのが、我々の領域かなと思っています。



質問(女性) 私は基礎疾患が大動脈炎症候群ですが、右の椎骨底動脈循環不全もありまして、小脳に行く血管が細くなっているんで、めまいとか頭痛もあるんですけども、去年の冬とか手と足、両手両足の土踏まずだったり一差し指と親指の間のあたりだったり、つねに画鋲が刺さっているような痛みがあったんですが、それは小脳に行く血流障害とかなかで起きているのかどうかを伺いたい。

(答え) それはずっと続いたんでなくてその時だけですか？それともその後ずっ

と続いているというわけじゃない？（2、3年ぐらい前から左足の土踏まずであったのが、次に左手に来て、どんどん広がって、去年の冬は両手両足が常に画鋸が刺さっていたりするような感じで、普通に歩いていて痛い！といって足をビクッとあげるようなのがけっこう続いていたんですけども、春からは、暖かくなってから治ったのか、また今年寒くなったら冬になったらまた同じ症状が現れるのか。）

それは大動脈炎症候群そのものとはあまり関係ないと思います。例えばそういう血管の方に、大動脈炎症候群ですから当然大動脈中心のあれですけども、椎骨脳底動脈というのは主に脳幹・小脳の方にいきますよね。ただそこでおこる現象は、めまいとか、ふらつきなんです。だから今のようなしびれというのはそこでは起こりません。それから、それがずっと続いているわけじゃなくて移動したりとかですから、その痛み、しびれは小脳とか大動脈炎症候群とはあまり直接関係ないかなと思います。むしろ、その症状は移動するけども、完全によくなくなるわけですよ、今のお話では。そういう時期があったということですね。それはもう大動脈炎症候群とむすびつけない方がいいと思います。気にするとそういうのってまた出てきますから、気にしない方がいいと思うんですが。



（質問） 今日は大変面白いお話を聞かせていただいてありがとうございます。とっても楽しくて、一番楽しかったのはやはりルネッサンスのころから発見されていたということに着目されていたことがとってもびっくりしました。と、ともに本当にそうだなという、まじまじと考えたんですけど、私、自分のことと考え合わせると、足が上に上がることと、私は、たとえばスリッパとか靴とかを履く時に、離れてしまうのです。それは、足は、病的反射からみると上に行くということと反対に、つかむということがありますね、足もやはり靴や何かを履いている時に、つかんでいるのだということ、初めて分かったんですね、自分が病気になって。それで、そのつかむというのと離す、その関係はどういうふうに神経のなりかたというんですか？

(答え) 先刻の子どもさん、ルネッサンスの幼児ですが、結局無意識に握ってくるような、そういう状態は脳の発達がまだ未熟な子どもさん、赤ちゃんでは何でも握る、指は全部握ってきます。ですからあれは反射なんですよね。足についても同じなんです、やはり触ると赤ちゃんは握ってくるんですね。もう一つお話していたのは、もしも神経の関係で麻痺で手足が動かない、特に足に障害がある場合は、握ってくるんじゃないで、逆に親指だけ上にいくという反射がでますよね。ですから普通の方で、だまっていて何か足が、むしろ握ったような感じになると今いいましたですね？(普通の方はですね。) ええ普通はここにまっすぐですけどね(そうですね。たっているように思っている、大地を踏みしめて) 踏みしめてますね。(それができない状態になるということ) 両足ですか？片足？(そうですね) ただでも動かすことはできますよね。(はい) それは僕は病氣的なものとは結びつけない方がいいと思います。

例えば、すごくお年の方で、ある意味ではぼけてきたと、いまの表現では認知症というような方なんかでは、床に立つだけでも握ってきますので、歩くのが歩けない、すり足になっちゃうのです。ですけども、普通の方でやはり何かこう握ったようになる、感ずるといのは、例えば糖尿病の方なんかで、足の裏がしびれる人っているんですが、そういう方はやはり違和感がありますので歩く時とかしっくりこないで握ったような感覚に感ずるとか、そういうことはあります。だから、もしも両足がなんとなく違和感があるということであれば、末梢神経の障害というのはいろんなことで起こりますので、そういう目で、診ると原因が見つかるかもしれないということと言えます。

むしろ今のお話ですと、特に病的な印象はないと思いますのですが。畳の上とか靴を履いた時とかでは感覚が違います？(全然違います。) 違うわけですね。ですから、ひょっとすると、私たちそういう時によく考えるのはやはり、両方、左右同じような状態であれば、末梢神経の一番先で、一番長い方から神経炎というのは起こりやすいんですね。だから、そういうものが何かの原因で起こっていないか？というの考えますけども、さきほどのような足の、グッと握ってしまうとか、グッと上にいってしまうというような病的なものではないというふうに思います。

(それで、それがなくなった時、逆に)それがなくなった時という？(あの、つかむ、つかめなくなって)つかめなくなったという、つかもうという意識はあるわけですか？(あるわけです)けども何か足がしっかりとしていないということですね。その場合はもしもビリビリ感という感覚障害もあって(あります)、そうであれば、やっぱり先程の、何か末梢神経の先の方からいろんな原因ででするので、そういう目で診てもらおうということなんですね。今は神経内科で診てもらっていますでしょう？(はい)反射とかやってもらったのですね。(はい、もちろん)アキレス腱どうでした？(アキレス腱・・・)アキレス腱がちょっと出づらいとか膝に比べると出づらいとか、(不随意運動があるので、叩くと全身が)あ、そうか、全身がびっくりするようになります。(それでちょっと分かりづらい)そうですね。

なかなか
の方の先
も



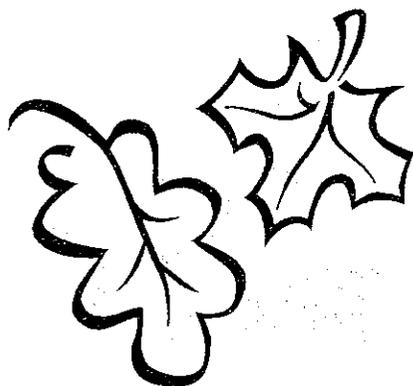
ことで

か説明できないんですけども、でも、両方左右対称性で足の方で、手はなんともない？(手は全然ダメです)手ダメ？そうするとますますもってお話だけでは分からないですね。(いや、ただ聞いてみたかったのは、全体的に今の講演の印象で、やっぱり人間というのはつかむとか離すとか、そういうことが自然のあって、それができない場合ということの神経の作用、どっかの神経でそういうことが起こりえるのだなということですね)そうですね。だから、つかんで離すというのは普通はできるけれども、(普通はできるけれども)それがちょっと感覚的にできないとか、あるいはむしろ、普段の動きから比べてできない、あるいは異常に感ずるとかっていうのも含めて、そういう時には気のせいだけではなくて、やっぱりちゃんと診てもらわなければならないと思います。実はそういう“しびれ”とか“両足の動きがおかしい”という訴えの方、どこに行ったらいいのかという時に、いつも神経内科は注意して診てまして、いろんなことを考えながら診るんですけども、今のことについては私はこうですと診断はちょっとできません。

そういう疑問をもって、これどういう風に説明できるんだろうかという質問を私

共は患者さんからよく受けますけど、うまく説明できることもあるしできないこともあります。ただ、これは心配なものなのか、そうでないのか、というようなことは、だいたい診察だけで分かると思っています。残念ながら今のご質問については私自身も診断がつきません。

(本当にそれはもう自分の病気をもとにして、ただ見ている、スライドを見ている、ああなんか、こういうことがあるんだな、ということがすごく自分で勉強になったので。楽しいお勉強が本当にできる皆さん、生徒さん達って、本当にうらやましいなと思いました。ありがとうございました)。



田代先生 本当に有難うございました。とても専門的であり、そして、とても面白い内容でした。先生の世界に認められる知識と経験をこれからも多くの患者のため、広めていただきたいと存じます。

(尚、この講演ではスライドで豊富に写真や図を見ることが出来ましたが、参加出来なかった方々は見られませんので、難しく感じられたかもしれません。田代先生の近著をご紹介します。

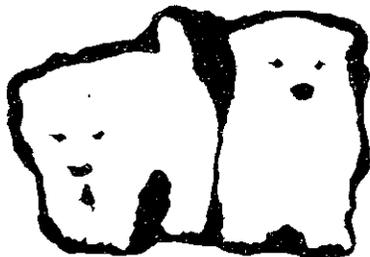
『神経症候学の夢を追いつづけて』(株)悠飛社 ¥1,600+税

講演の内容を更に分りやすく、そして楽しく、絵やイラストを見ながら謎解きするように読めます。ご一読をオススメします。)

◎ 会費納入のお願い ◎

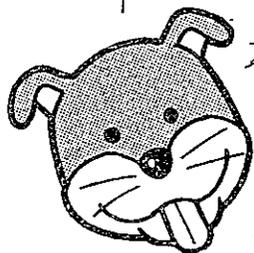
平成17年度『あすなろ会』会費をまだ振り込まれていない方がおりましたら、早めに振り込んで下さいますようお願いいたします。

会費 2,400円 賛助会費 2,000円(会員は必要なし)
あわせて北海道難病連『運営協力会』にご加入下さるようお願いいたします。



編集後記

不調、多忙で会報作業は少ない人歎てごわんぱりました！
誰か肩もんでエ〜。ウアア〜でも楽しかったですよ。柳。



2005年度の会報118号…シリーズ「病氣同じ痛みは違っても
患者同志で読んで下さいね」コーナーに、タムをしながらの会報作成
午前中、役員会 藤田さん 佐古さん、ご苦労までして、2006年度総会
楽しみにします、田代先講、楽しかったです。

成田

今年度 最後の会報作業も 終了です。
ホッとして安心かな？
どうして 腰がこわいのか ねえねえ、お
福澤リリおの

渡田



編集人 個人参加難病患者の会 昭和48年1月13日 第三種郵便物認可
札幌市中央区南4条西10丁目 難病センター内(512-3233) HSK407号
発行人 北海道身体障害者団体定期刊行物協会 細川久美子
あすなろ118号(毎月1回10日発行) 1部100円(会員は会費に含まれる)