

日時 2019年9月29日(日) 13:30~

会場 大阪市立住まい情報センター

共催 全国パーキンソン病友の会大阪府支部

藤本製薬グループ エフピー株式会社

話題のリハビリテーション LOUD (ラウド) と BIG (ビッグ)

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 内科部長 水田英二先生

司会進行 神経内科・内科 氷室クリニック 院長 氷室公秀先生

パーキンソン病のおさらい

氷室先生：この会は「パーキンソン病とリハビリテーション」という事で4回目となります。パーキンソン病の運動療法は在宅でどのように進めるのがいいのか。明日からできるリハビリを持ち帰ってやって頂きたいというのが今回の目的です。

水田先生：私は京都の宇多野病院で31年間、ずーっとパーキンソン病の患者さんばかりを診ていました。リハビリの専門医という訳でもありません。皆さんに「リハビリ大事ですよ」って言っている。皆さんもリハビリは大事と知っている。だけど、実際リハビリで良くなったという人には出会わなかったんですね。リハビリっていうのは大した事ないな、しっかりお薬を飲んで頂かなきゃいけないなって思っていました。

パーキンソン病というのは1817年にJames Parkinson(ジェイムス パーキンソン)という先生が初めて本に書いた。50歳以降に始まって脳の一部の神経細胞が変性しゆっくり進行する原因不明の疾患である。人口10万人あたり約100人で増加傾向にあり、世界中同じですね。四大症候、ふるえ、筋肉のこわばり、麻痺じゃないけど動きにくい、バランスが悪いというような症状を示す。

パーキンソン病の発症年齢をみると、若い方、40歳までの方であれば10万人に1人ぐらい、80歳を過ぎれば100人に1人ぐらい、年齢と共に増えていくという事になっています。

ふるえとか、筋肉のこわばりとか、動きにくいというのは基本的に右、左、違いがあって出てきます。左右同じように出てくる症状であればパーキンソンとは違うかもしれない。それから右足がふるえて左手がふるえるみたいな、症状がクロスするのは間違いだと思います。だいたい右手足が悪いとか、左手足が悪いという事が多い。

パーキンソンの方は他のいろんな症状、自律神経障害、便秘、立ちくらみ、鬱や不眠があったり、発症前から嗅覚障害、においが分かりにくいという症状があります。病気が進んでくればいろんな運動症状も運動症状以外の非運動症状もいろいろ出てくるし、合併症もいろいろ出てくる。これを一つ一つよくしていくのが我々の取り組みかなと思います。

これも皆さんよくご存じだと思いますが、脳の中、中脳黒質の神経細胞からドーパミンを出す神経が線条体に伸びている。この神経が壊れる事で病気は起こります。顕微鏡検査で言えば黒質という所の神経細胞が減っているという事になりますし、化学物質で言えば線条体のドーパミンが減っているという事になります。減ってるものは増やしてやればよいという事で開発されたのがドーパミンの前駆物質(ある物質が生成される前の段階にある物質)であるレボドーパというお薬で、1961年、オーストリアの二人の先生が発表されました。同じ年に日本の大阪大学の佐野勇先生も同じ研

究をされておられましたから、この当時からパーキンソン病研究というのは日本が最先端であったという事です。このレボドーパができたおかげでパーキンソン病の症状が素晴らしく改善しました。ヤール重症度とありますが、ヘーンとヤールという2人の先生が発表した論文から取られている重症度です。これで言いますとお薬ができる前は寝たきり状態のヤール5度になるのは平均発症9.7年後でした。だけど、このお薬ができてからは、約20年になった。パーキンソン病が平均して60歳で発病して20年で80歳、平均年齢までいけるようになりまして。素晴らしいお薬だったんですけども、このお薬を飲み続けていくと勝手に体が動くジスキネジアという問題が起こる。お薬は効くんですけどもいろいろ副作用もある。どんなふうに治療したらいいのかという事で、学会でパーキンソン病診療ガイドラインというものを作っています。最初は2002年、それが改訂されて昨年第3版の診療ガイドラインができています。パーキンソンの患者さんが困って、お薬を飲みたいという時に、レボドーパで治療するのかドーパミンアゴニストで治療するのか、エフピーなどのMAO-B阻害剤で治療するのかという事を考えていきます。お薬を飲んでいても当然リハビリテーションは

しないとイケないです。パーキンソン病と診断されて動きが悪くなって思った時から最後に亡くなるまでリハビリは続けるべきものであって、ここだけリハビリをすればいいってものではないんです。皆さんの実際の症状と主治医の先生と意見をキャッチボールして、お薬を飲んでみてどうだったかという事をやり取りして決めていく。それが上手にできるかどうかというのがよい治療を受けるかどうかという事のコツになります。

で、お薬はおおまかに言って、レボドーパと、ミラペックス、レキップとかニュープロパッチなどドーパミンアゴニスト、それからエフピーとかアジレクトのMAO-B阻害剤。よく効くのがレボドーパ、だけどジスキネジアという副作用が多い。ドーパミンアゴニストは、効きは弱いけれども運動合併症は少ない。MAO-B阻害剤も効きは弱いけれども運動合併症は少ない。ドーパミンアゴニストは幻覚などの副作用が多い、他の二つは少ない。と、こういう特徴を踏まえてどれを選ぶかという事になります。治療というのは効果と副作用のバランスを上手にとる事が必要です。上手にバランスをとる為には患者さんと主治医とがうまく向き合って話ができるという事が大事です。

リハビリと健康な体

あと、ここからリハビリです。ヤール1~2度の軽い人は活動低下の予防はいろんな事をやります。3~4度になると転倒が増えますから転倒予防の為に訓練をする、あるいは手すりを付けて頂く。4~5度ぐらいになりますと寝たきりになりますので床ずれの予防とかをやっていくという事になります。それぞれ病気の軽い時、重い時、それぞれリハビリをしなくちゃいけないけれども、できれば軽い時からやって頂きたいと思います。私も長い事、療養所の病院にいてパーキンソンの患者さんを10年、20

年、経つような患者さんばかり診療していて、うまくいってる人、うまくいかない人、何が違うのかなと思っていました。パーキンソン病の治療のしかた、私が専門医としてパーキンソンの薬をいかにうまく使うかという事も、もちろんあるんですけども、一つは健康な体を持っているかどうか、合併症があって、他に病気があって体が弱っている人にパーキンソンの薬を使うのはちょっと難しい。あるいは、一人暮らしの方とご家族がいて、ご家族がいろいろと介護してくれる方とはやっぱり違う。一人暮

続きは本誌きずな 114 号をご覧ください。

全国パーキンソン病友の会大阪府支部に入会ご希望の方は、ホームページの「入会のお勧め」にある「お問い合わせ」でメールを頂ければ、入会手続きのお知らせを送ります。

これからの病気の症状（個々人で違います）、これからの介護、今後の治療など、将来への対処の参考になると思います。

「一人で悩まないで」これが私たち友の会の願いです。