

2017年7月3日

第3230号

週刊(毎週月曜日発行)  
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)  
発行=株式会社医学書院  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp  
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

# 週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [インタビュー] “孤立の病”依存症、社会に居場所はあるか(松本俊彦) / 第151回日本医学会シンポジウム…………… 1—2面
- [寄稿] ブロードマン没後99年に寄せて(河村清)…………… 3面
- [連載] 高齢者診療のエビデンス…………… 4面
- [寄稿] 中動態は医療にどんな可能性をひらくのか(藤沼康樹、青島周一)…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY,他…………… 6—7面

# “孤立の病” 依存症、社会に居場所はあるか

interview 松本俊彦氏 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部 部長) に聞く

依存症が疑われる患者を診る機会は、専門科以外にもプライマリ・ケアや救急医療の現場では少なからずあるだろう。依存症の問題は、アルコールやたばこ、市販薬から違法薬物に至るまで多岐にわたり、「commonな疾患」とも言える。しかし、どう対処し介入すればよいか不安を抱える方も多いのではないかと。本紙では、これまでに薬物依存症の治療プログラムの開発を手掛け、今年1月には「薬物報道ガイドライン」の作成にかかわるなど、「薬物依存症は病気」ととらえることの重要性を訴える松本氏に、依存症の患者を診る際の具体的な方策について、最近のトピックとともに聞いた。

——「薬物依存症は病気」と見ることは、医療者には当然欠かせない視点ではないでしょうか。

松本 医療者までもが薬物依存症を犯罪と見なすことで、2つの問題が生じる恐れがあります。1つは、違法薬物以外の薬物依存症を見落としてしまうこと。もう1つは、患者の社会復帰を妨げてしまうことです。

——違法薬物の他に、どのような薬物依存症がありますか。

松本 潜在的に多いとされるのが、睡眠薬や抗不安薬の依存症です。わかっているだけでも薬物依存症の17.0%を占めます<sup>1)</sup>。市販の風邪薬や痛み止めの依存症も5.2%あるため、広い視野で診療に当たる必要があります。

——依存症患者の社会復帰を妨げる要因は何でしょう。

松本 「薬物依存症=犯罪」という偏った見方により、社会やコミュニティから排除され、大切な人とのつながりや就労の機会を失ってしまうことです。そのことが新たな苦しみを生み、かえって薬をやめにくくしてしまう。覚せい剤取締法違反者の再犯率が年々増加する中、50歳以上は83.1%にも上るの<sup>2)</sup>、社会的な疎外も一因だと私は考えています。

## 心の痛みが依存を招く

——依存症対策の現状をどう見ますか。  
松本 違法薬物に対する規制は必要です。一方で、需要を減らすためにも、人はなぜ依存症になるのかを知らなければなりません。薬物乱用防止教育では、「ダメ。ゼッタイ。」と啓発されます。薬物に手を出すと快感が脳に刻まれ、再び使用してしまうのだからダメだと。しかし、アルコールや、治療目的で医療用麻薬を使用したからといって全ての人が依存症になるわけではありませんね。

——人間は飽きっぽいとされるのに依存症に陥ってしまう。そこに原因となる因子があるのでしょうか。

松本 依存症になる人の多くは、心の痛みを抱えていることです。何らかの薬物を摂取してかつて経験したことのない快感を体験する、という「正の強化」は飽きやすいですが、薬物摂取によって悩みや痛み、苦しみが軽減したり消えたりする、という「負の強化」は何度やっても飽きず、生きるために欠かせないものになってしまいます。だから依存症の本質は「負の強化」であるとの共通認識を医療者が持ち、こ

れを前提に依存症対策も進められるべきです。

## 市販薬の乱用は、自殺企図を予測する重要因子に

——救急や一般外来などプライマリ・ケアの現場では、依存症の問題を抱える方を診る機会も多いと思います。注意すべき点はありますか。

松本 先に述べた、処方薬や市販薬による薬物依存症の有無です。市販の感冒薬に含まれる薬は個々の成分は弱くても、過剰服用による相互作用でかなり重篤な依存を呈する危険があります。——どのような薬を使用しているか把握することで、依存症の芽を早期に摘むことができるわけですね。

松本 それだけではありません。なぜ私が市販薬への注意を強調するかというと、リストカットなどの自傷行為を繰り返す患者の近い将来における自殺行動の予測因子として、過食や嘔吐といった摂食障害とともに市販薬の乱用は見逃せないものだからです。いち早く気付いて処方薬の長期処方を含めれば、依存症だけでなく自殺の抑止にもつながります。

今やcommonな疾患とも言える依存症。その知識を備えることで、プライマリ・ケア領域における問題の対応範囲はぐっと広がるはずですよ。

——依存症は薬物に限らず、アルコール、たばこ、ギャンブルなどさまざまです。依存症が疑われる患者さんを診る場合、どのような態度を心掛ければよいでしょう。

松本 まずお願いしたいのは、頭ごなしの説教、叱責、人格攻撃をしないこ



●まつもと・としひこ氏

1993年佐賀医大卒。横浜市大病院精神科助手などを経て、2004年に国立精神・神経センター(現・国立精神・神経医療研究センター)精神保健研究所司法精神医学研究部室長に就任。同研究所自殺予防総合対策センター副センター長などを歴任し、15年より現職。日本アルコール・アディクション医学会理事、日本精神科救急学会理事、日本社会精神医学会理事。『薬物依存臨床の焦点』(金剛出版)、『いまどきの依存とアディクション——プライマリ・ケア/救急における関わりかた入門』(南山堂)など著書多数。

とです。本人の望まない救急搬送は別として、なぜ患者さんがわざわざ来てくれたのかを考えてほしい。本人は「今のままでいい」とは思っていないから診察に訪れるわけですよ。酒や薬、たばこをやめられなくても、自分なりに量を減らし度が過ぎないように工夫していれば、ちゃんと評価し褒めてあげてください。「あなたのことを心配している」という姿勢が大切です。

——専門病院へ紹介せざるを得ない場合の注意点はありますか。

松本 「もううちでは診られません」と突き放さないことです。患者さんは失望し、紹介先の専門病院にもつながらなくなってしまうからです。当センターの患者さんを診ていると、プライマリ・ケアの先生と良好な関係にあったとの印象を受ける方が多いです。できれば紹介後も治療関係を維持しな

(2面につづく)

July 2017

## 新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部 ☎03-3817-5650  
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

### うつ病治療ガイドライン (第2版)

監修 日本うつ病学会  
編集 気分障害の治療ガイドライン作成委員会  
B5 頁160 4,000円  
[ISBN978-4-260-03206-3]

### 学校関係者のためのDSM-5®

原著 Tabin RM, House AE  
監訳 高橋祥友  
訳 高橋 晶、袖山紀子  
A5 頁336 3,400円  
[ISBN978-4-260-03212-4]

### PCIにいかす OCT/OFDIハンドブック

監修 森野禎浩  
編集 伊藤智範、房崎哲也  
B5 頁160 5,000円  
[ISBN978-4-260-03017-5]

### AO法骨折治療 頭蓋顎顔面骨の内固定 外傷と顎矯正手術

原著 Ehrenfeld M, Manson PN, Prein J(eds)  
監訳 下郷和雄  
訳者代表 近藤壽郎、前川二郎、楠本健司  
A4 頁520 28,000円  
[ISBN978-4-260-02869-1]

### 科研費 採択される3要素 (第2版) アイデア・業績・見栄え

郡健二郎  
B5 頁196 3,800円  
[ISBN978-4-260-03220-9]

### 臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2018年版

編集 「検査と技術」編集委員会  
B5 頁208 3,000円  
[ISBN978-4-260-03253-7]

### この熱「様子見」で大丈夫? 在宅で出会う「なんとなく変」への対応法

編集 家 研也  
B5 頁224 2,400円  
[ISBN978-4-260-03168-4]

### 看護師のための 倫理的合意形成の考え方・進め方

吉武久美子  
B5 頁132 2,400円  
[ISBN978-4-260-03129-5]

### 今日の診療ベーシック Vol.27 DVD-ROM for Windows

監修 永田 啓  
DVD-ROM 価格59,000円  
[JAN4580492610223]

●表 薬物報道ガイドライン(「依存症問題の正しい報道を求めるネットワーク」ウェブサイトより) 松本氏は「今後、メディア関係者とも議論を重ねて練り上げたい」と話す。

Table with 2 columns: 望ましいこと (Desirable things) and 避けるべきこと (Things to avoid). It lists guidelines for reporting on drug addiction, such as avoiding stigmatizing language and providing accurate information.

(1面よりつづく)

がら、患者さんのめざす目標達成へと導くことが重要です。

心の問題に特化した施設、精神保健福祉センターを知る

——違法薬物の使用が疑われる患者が救急搬送されたり、家族に連れて来られたりした場合、どう介入すればよいでしょう。

松本 急性中毒症状があれば措置入院や一般入院による経過観察を行います。その上で、専門病院や精神保健福祉センターなどの公的機関、各地のダルクや断酒会、アルコールクス・アノニマス(AA)やナルコティクス・アノニマスなどの自助グループといった社会資源があると伝えてください。

松本 精神科医の他、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士など、心の問題に熟達した医療者が依存症の相談に個別に乗っています。家族の相談も受け付けているので、付き添いの家族がいれば必ず教えてください。依存症は、本人よりも先に身近な家族が困り果ててしまうため、まずは孤立状態の家族を救わなければなりません。

松本 即通報は控えるべきです。医師に警察への通報義務はありませんし、医師法では守秘義務が規定されています。

松本 即通報は控えるべきです。医師に警察への通報義務はありませんし、医師法では守秘義務が規定されています。社会的責任を取らせるべきとの意見もあるでしょう。しかし、薬物依存症は刑罰を与えれば治るものではありません。実際、刑務所を出た直後に「も

う治ったから、大丈夫」と、薬物を使ってしまふ患者がたくさんいるのです。——罰則を強化すれば解決できるとの発想から、転換が必要ですね。

松本 それは歴史が証明しています。米国は1971年、ニクソン大統領が「薬物戦争」と位置付け薬物使用に厳罰主義を掲げました。しかし、使用者の健康被害の悪化を招き、刑務所の出入りを繰り返す「回転ドア現象」が起こり、さらには反社会的勢力の増加でコミュニティの安全が脅かされるなどして失敗に終わりました。

一方、ポルトガルは、2001年から全ての薬物の自己使用と少量の薬物所持を非犯罪化し、薬物使用経験者の割合を低下させる成果を上げています。

松本 非犯罪化は合法化ではありませんが、刑務所には収容されません。ソーシャルワーカーが依存症の回復プログラムや就労支援のプログラムを紹介し、使用者に対する仕事の斡旋なども行政サービスとして行われます。

松本 開始から10年、ポルトガルでは治療につながる患者が増え、過剰摂取で死亡する人や薬物乱用者間のHIV感染も激減しました。何と10代の薬物使用経験者の割合も減少したのです。

松本 他国の学術研究も、処罰するより地域で治療につなげたほうが再犯率は低いことを明らかにしており、WHOも2014年に、「薬物問題の非犯罪化」を日本を含む各国に勧告しています。こうした動向を踏まえ、医師としてイデオロギーとサイエンスのどちらを重んずるのか、しっかりと判断していただきたい。

松本 きっかけは、芸能人やスポーツ

アディクションにはコネクション

——今年1月には、当事者らと作成した「薬物報道ガイドライン」を公表し(表)、依存症への偏見や報道の在り方に対して一石を投じました。作成の経緯をお聞かせください。

松本 きっかけは、芸能人やスポーツ

医療における賢明な選択とは何か 第151回日本医学会シンポジウムより

第151回日本医学会シンポジウム「医療における“賢明な選択(Choosing Wisely)”を目指して」(座長=東女医大・山口直人氏、佐賀大名誉教授・小泉俊三氏)が6月1日、日本医師会館(東京都文京区)にて開催された。近年、より高価値な医療を追求する立場から、エビデンスに基づかない医療に警鐘を鳴らす“Choosing Wisely”の動きが世界的に広がっている。日本でも2016年10月にChoosing Wisely Japanが設立され、臨床主導の提案として注目が高まっているところだ。

◆メリットだけでなく、デメリットにもEBMを

Choosing Wiselyキャンペーンは主目的をケアの質向上と過剰医療による患者への有害事象の削減に置く。医療の質・安全学会理事を務める小泉氏は、医療者のプロフェッショナルリズムとEBMを基盤に、医師と患者の対話により適切な選択を推進するものだ

松本 北澤京子氏(京都薬大/医療ジャーナリスト)はスクリーニング検査に対する患者・市民と医療者の心理を分析。検査費用や合併症といったデメリットは市民からは見えにくい上に、陽性の検査結果が予後に影響を与えるか否かの判断が難しいことがエビデンスに基づかない検査、医療に結びついているという。質の高いエビデンスをもとに、医療者と市民の対話の促進をめざす本キャンペーンの役割は大きいとした。

松本 日本人の放射線被ばく量のうち約65%は医療被ばくで、大部分はCT検査によるものだ。「画像検査の賢い選択は難しい」と述べた隈丸加奈子氏(順大)は、その理由として①検査の高度化・複雑化などによって起こる情報不足、②「出来高払い」により検査を減らすインセンティブが働きにくい環境の2つを挙げた。米国の公的保険では2018年から、画像検査オーダー時にガイドラインを参照できるようなシステム導入の必須化を求めていることに言及し、日本でも類似の研究が進んでいると報告した。

松本 医療経済学者の今中雄一氏(京大大学院)は、医療資源をより効率的に使い、質を向上させるためには、比較可能な指標を用いて可視化していくことが重要だと提言した。その一例として、氏が責任者を務める診療パフォーマンス指標の多施設比較プロジェクト(QIP)を紹介。「限りある医療資源をより公平公正に使い、質を高めていくシステムを作らなければならない」と締めくくった。

松本 日本人の放射線被ばく量のうち約65%は医療被ばくで、大部分はCT検査によるものだ。「画像検査の賢い選択は難しい」と述べた隈丸加奈子氏(順大)は、その理由として①検査の高度化・複雑化などによって起こる情報不足、②「出来高払い」により検査を減らすインセンティブが働きにくい環境の2つを挙げた。米国の公的保険では2018年から、画像検査オーダー時にガイドラインを参照できるようなシステム導入の必須化を求めていることに言及し、日本でも類似の研究が進んでいると報告した。



●シンポジウムの様子

松本 選手は薬物事件報道が相次いだ2016年、その影響が自分の診察室の中に現れたことです。

松本 どのようなことですか。

松本 メディアで使われる、覚せい剤の注射器や白い粉などのイメージカットを見た患者に覚せい剤の欲求が蘇り、再使用してしまう事例が出始めたのです。コメンテーターによる薬物使用者への心ない発言を聞いて、一生懸命薬を断とうと治療している人やその家族が辛い思いをしているとの声も耳にしました。

松本 今年1月にラジオ番組で共演した評論家の荻上チキさんとは、「センセーショナルな報道で人格攻撃に拍車がかかり、薬物使用者の生活の糧や社会復帰の機会までも奪っている」との意見で一致し、WHOが2000年に出した自殺報道のガイドライン<sup>3)</sup>を参考に作成しました。

松本 薬物依存症を犯罪としか見なさない風潮が広がっていることに歯止めをかける狙いがあったわけですね。

松本 過激な報道で薬物使用者を追い詰めることに、いったい何の意味があるのか。私自身、これまで多くの薬物依存症を診てきましたが、患者の社会

松本 復帰がうまくいかず再犯率が高いのは、依存症自体の深刻さよりも、社会からの排除、すなわち“村八分”の力学のほうがはるかに強いからだと感じています。

松本 排除よりも共生の道を開くことこそが依存症患者が社会復帰する近道であると。

松本 ええ。最近、海外ではアディクションの反対語はコネクションと言われています。つながりを喪失した孤立の病、それが依存症である。だから依存症患者には“つながり”が必要との認識が広がっています。

松本 より多くの人が健康で幸せになる保健政策は何か。われわれ医療者はエビデンスに基づいた公衆衛生の知識を持って、依存症の問題に向き合わなければなりません。(了)

●参考文献・URL

- 1) 松本俊彦, 他. 平成28年度厚労科研. 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 2016.
2) 警察庁. 平成27年における薬物・銃器情勢確定値. 2016.
3) WHO. Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals. 2000. http://www.who.int/mental\_health/media/en/426.pdf

好評シリーズに待望の精神科版!

精神科レジデントマニュアル

レジデントマニュアルシリーズに遂に精神科が登場! シチュエーションに応じた対応のコツから主要症候、疾患各論、諸問題への対応、他職種との連携まで、研修医や若手精神科医が現場で知りたい情報を具体的およびコンパクトに解説。臨床を重視する新専門医制度対策としてはもちろん、医療現場でこれまで以上の活躍が期待される心理職などにとっても役立つこと間違いなし!

編集 三村 将
編集協力 前田貴記, 内田裕之, 藤澤大介, 中川敦夫

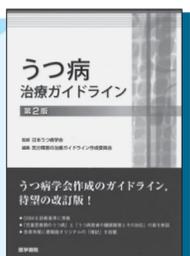


DSM-5診断基準に準拠した改訂版ガイドライン。書籍版オリジナルの「補記」付き。

うつ病治療ガイドライン 第2版

「大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン」の「うつ病」部分の改訂版。DSM-5診断基準に準拠するとともに、新たに「児童思春期のうつ病」と「うつ病患者の睡眠障害とその対応」の章が加わった。各章末尾に書籍版オリジナルの「補記」があり、ガイドラインに基づいた診療を行う上で知っておくべき実践的な知識がまとめられている。精神科医だけでなく、うつ病診療に携わる一般内科医やコメディカルにもお勧めの1冊。

監修 日本うつ病学会
編集 気分障害の治療ガイドライン作成委員会



# ブロードマン 没後99年に寄せて

河村 満

奥沢病院名誉院長

1918年8月22日、1人の男が敗血症により49歳の若さで亡くなりました。名前はコルビニアン・ブロードマン (Korbinian Brodmann)。彼の名前の冠された脳地図は彼が亡くなった後も、神経学、神経科学研究の基礎をなす土台となり続け、それは現在まで続いています。この8月に没後99年を迎えるブロードマンの業績を駆け足ながら振り返ってみたいと思います。

ブロードマンの業績といえば、何をあつかうにしても脳地図の作成だと思います(図)。神経解剖学の教科書や脳神経領域にかかわる研究書はもちろんのこと、一般書にまで転載され続けるこの脳地図がいったい何を表しているのか、ご存じでしょうか。

## 形態と機能を結び付けた業績

この地図は、大脳の図が2枚1セットになっています。これは左の図が脳を外側から見たもの(外側面)、右の図が脳を矢状面で切った内側がわかるもの(内側面)です。そこにさまざまな形の記号を付して領域を塗り分け(これを領野と呼びます)、それぞれに番号を振っています。この領野をどのように分けたのか、それこそがブロードマンの仕事の本領です。

大脳はご存じのとおり、数百億という膨大な数の神経細胞が集まって構成されています。神経細胞には形態と機能が異なるさまざまな種類があり、大脳皮質ではそれらが種類ごとに地層のような層構造を形成しています。ブロードマン以前から大脳皮質の層構造は知られていましたが、研究者により層をどのように分けるか、各層をどのように呼ぶかは異なりました。ブロードマンは6層に分け、表面から順に①表在層、②外顆粒層、③錐体細胞層、④内顆粒層、⑤神経細胞層、⑥多形細胞層と名付けました。今でもこのブロードマンの分類と名称をもとにした層名が使用されています。

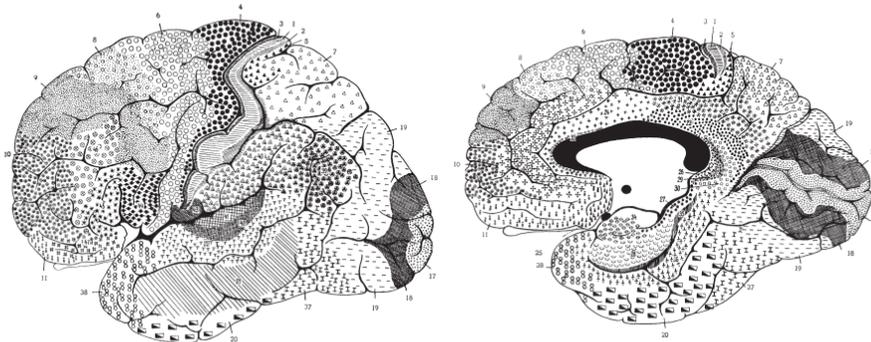
さらにブロードマンはこの6層構造が大脳皮質の場所ごとに異なることを発見しました。層全体および各層の厚さ、神経細胞の密度が場所によって異なるのです。例えば、一次視覚野では④内顆粒層が厚く、一次運動野では④内顆粒層が薄い一方で⑤神経細胞層は厚く巨大な錐体細胞(ベッツ細胞)が

みられるといった具合です。このような層構造を大脳皮質全体で調べ、層構造の共通するところ、異なるところで分けし、52の領野に分けました。この情報を大脳の図にマッピングし、ビジュアル化したものがブロードマンの脳地図なのです。

ブロードマンの脳地図はつまり、形態の差異に基づいた脳の区分図なのですが、なぜこのような図がその後の研究者たちの大きな道しるべとなったのでしょうか。それは、形態の差異が機能の差異に結び付いたからです。先ほど、一次視覚野と一次運動野の層構造(形態)の違いについて述べましたが、「どのような形をしているか」で分けた区分と、「何を行うのか」で分けた区分が多くの場合一致します。これは、その領野の機能を遂行するためには特定の神経細胞が必要となり、逆に、ある種類の神経細胞は不要な場合もあり、この要不要が層構造に反映されているためです(この因果関係は逆かもしれませんが)。このことにより、脳の解明をめざす神経学者にとっては非常に魅力的な地図なのです。

## 実は未完成の脳地図

100年以上輝きを失わない業績に反して、意外にも生前のブロードマンは研究者として恵まれていたとは言えません。26歳で医師資格を取得したのち、ドイツ国内のさまざまな研究施設を転々としています。ようやく、当時ドイツ精神医学の長であったエミール・クレペリン (Emil Kraepelin; 1856~1926) が開設したドイツ精神医学研究所(現・マックスプランク精神医学研究所)に局所解剖組織学部門の長として招聘されたのが、1918年の4月、急逝する4か月前のことでした。彼はここで脳地図にさらに磨きをかけようとしていたに違いありません。と



●図 ブロードマンの脳地図

1909年出版の神経解剖学に関するモノグラフ『Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues』に掲載されたブロードマンの脳地図。本書では大脳を大きく11のregion、さらに細かく52のareaに区分している。なぜ52としたのかは謎に包まれている。同図が最初に発表されたのは1908年の雑誌論文においてと言われている。1909年の図が転載されることが多いが、1910年に「もう1枚」の脳地図が発表されている。

いうのも、あまり知られていませんが彼の脳地図は「未完成」なのです。

どういうことかといえば、脳地図をよくみるとわかるのですが、1~52の番号がすべて振られているわけではなく、いくつか欠番が存在します(12~16野、48~51野)。また、実は脳地図には1909年に発表されたものと、1910年に発表されたものの2種類が存在しており、一見同じもののようにみえますが後者には欠番であった12野が追加されるなど変更が加えられています。さらに1910年の脳地図と同じものが1914年の総説に再掲されていますが、そこには1910年にはなかったキャプションが加えられており、年を経てブロードマンの考えが更新されていく様子が見てとれます。歴史に「もしも」を持ち込んでも仕方がないのですが、ブロードマンが長生きしていたら、どのような変更が脳地図にもたらされていたのか、興味は尽きません。

## なぜブロードマンだけが普及したのか?

大脳皮質のミクロな構造を調べ、それに基づいて領域を区分するという発想はブロードマンだけのものではありません。ブロードマンの前にはオーストラリアのキャンベル (Alfred Walter Campbell; 1868~1937) が大脳を約20の領域に分けていますし、ブロードマンの共同研究者であったフォークト (Oskar Vogt; 1870~1959) は細胞構築ではなく神経線維の分布をみた髄鞘構築に基づいて200もの領域に大脳を細分しています。

しかしながら、数ある脳地図の中で、ブロードマンのものだけがここまで普

及したのはなぜでしょうか。私はそこに3つの理由があるとみています。1つは領野に名前を付けるのではなく数字を振ったことです。意味を孕みにくい数字で分類したことにより、言語の壁を越え、誰もが一目でどの領野か理解することができるのではないのでしょうか。もう1つは52という数です。多すぎず、少なすぎず、また1年間が52週(と1日)であったり、ラテンアルファベットの基本字数26を重ね合わせた数であったりと親和度が高い数字を用いることで、多くの人に抵抗感なく浸透していったのだと思います。

最近、インフォグラフィックという言葉がよく用いられ、情報をいかに視覚化してわかりやすく伝えるかという試みがなされています。インフォグラフィックは流麗なイラストや親しみやすいアイコンを用いることと同義とされやすいですが、本質的には過不足なく伝えたい情報を読み手に理解してもらうことが目的だろうと思います。さらに言えば、それに触発されて思考が動きだし、行動を起こしたくなるものがよいインフォグラフィックではないのでしょうか。個人的にはブロードマンの脳地図はまさにそれに当たります。何度みても飽くことはなく、いつみても研究者として挑発される思いがします。それはもはや芸術作品の域にあるように思われます。

## ●かわむら・みつる氏

1977年横浜市大医学部卒。78年千葉大医学部神経内科入局。94年昭和医大医学部神経内科助教授、2001年同教授。17年より現職。『BRAIN and NERVE』誌編集主幹。共著書として『MRI脳部位診断』、シリーズ編集として『神経心理学コレクション』『脳とソシアル』を手掛ける(いずれも医学書院)。

Brain and Nerve

●月刊、増大号3冊を含む年12冊

1部定価:本体2,700円+税

増大号定価:本体3,800円+税

年間購読料、電子版等に関しては弊社WEBをご覧ください

◆2017年4月増大号 (Vol.69 No.4)

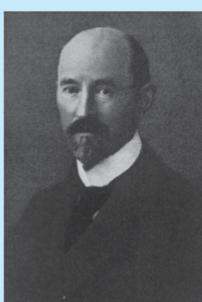
**増大特集** ブロードマン領野の現在地

細胞構築をもとに脳を分けし、番号を振った。なんとシンプルなコンセプトだろう。しかし、それから100年余り、脳研究の端々にそのコンセプトの影響は色濃く残る。単純なものは生き続ける。各領野における研究の最前線をわかりやすくまとめる。

◆2017年7月増大号 (Vol.69 No.7) 近刊!

**増大特集** あしたのアルツハイマー病治療

**医学書院**



**コルビニアン・ブロードマン (Korbinian Brodmann; 1868~1918)**  
 ミュンヘン大、ヴェルツブルク大、ベルリン大、フライブルク大で医学を学び、1895年医師資格取得。アレクサンダースパートの神経病院に勤務後、98年ライプチヒ大で学位を授かる。1900年フランクフルトの精神病院に勤務。01年ベルリンの神経生物学中央研究所で、細胞構築学的方法による大脳区分の研究を開始。05年にサル大脳、08年にヒト大脳の脳地図を作成。その後、10年チュービンゲン大精神神経科教室、16年ニートレーベンの神経病院の病理解剖主任などを経て、18年にドイツ精神医学研究所局所解剖組織学部門主任。彼が脳地図を作成した19世紀末から20世紀初頭は脳研究の隆盛期の1つである。

# ここが知りたい! 高齢者診療のエビデンス

高齢者は複数の疾患、加齢に伴うさまざまな身体的・精神的症状を有するため、治療ガイドラインをそのまま適用することは患者の不利になりかねません。併存疾患や余命、ADL、価値観などを考慮した治療ゴールを設定し、治療方針を決めていくことが重要です。本連載では、より良い治療を提供するために「高齢者診療のエビデンス」を検証し、各疾患へのアプローチを紹介します(老年医学のエキスパートたちによる、リレー連載の形でお届けします)。

## 第16回

### 高齢者の慢性便秘への適切な介入とは?

関口 健二 信州大学医学部附属病院/市立大町総合病院 総合診療科

#### 症例

認知症、高血圧、逆流性食道炎、骨粗鬆症、便秘症で外来通院中の要介護1の84歳女性について、主介護者の長女から質問があった。「最近おばあちゃん、便の出が悪いらしくて。何かお薬いただけませんか?」

#### ディスカッション

- 高齢者の便秘の特徴は?
- 高齢者の慢性便秘への適切な介入とは?

長期予後の改善よりも日々の生活の快適さが重要度を増す高齢者において、生活の主要素である「食べる」「寝る」「排泄する」の改善は、低侵襲でQOLを改善させ得る3大要素でもある。排泄が障害された状態が便秘であり、高齢になるとその有病割合は一気に増す。そしてその多くは慢性化し、生涯にわたり付き合っていかなければならない。慢性便秘は、患者のQOLを著しく低下させるものであり、ぜひ毎日の外来で積極的に介入していきたい。

#### 患者の「便秘」を定義する

正常の排便とされるものの範囲が広いこと、便秘を正確に定義することは難しい。多くの人々は少なくとも週に3回は排便し、週3回未満の排便回数は便秘症診断の1要素である。しかし、排便の頻度が少ないということだけでは、便秘の診断基準とするには不十分である。Rome IV基準<sup>1)</sup>を参照し、排便頻度と便の性状(硬さ)、過度の努責(力み)の有無、下腹部膨満感、残便感などの症状から、患者の訴える「便秘」が本当は何を意味しているか、医

学的に正しく定義し直すことが適切な介入への第一歩である。毎日排便することを重要と考える患者が毎日排便がないことを便秘として訴える場合や、近時記憶障害のために排便したことを忘れて便秘だと訴える場合など、医学的には便秘と考えられない例では患者や家族への教育が適切な介入となる。ひとたび医学的に便秘と判断されれば、排便回数・排便量の減少が主体なのか、排便困難が主体なのかを分類する。また、それが新規発症であればもちろんのこと、慢性便秘であっても治療反応性が悪い場合、体重減少、下血、便潜血、貧血を認める場合は、消化管疾患を必ず鑑別する<sup>2)</sup>。さらに、消化管疾患がなくても簡単に「慢性便秘」とするのではなく、便秘を増悪させ得る要因がないかを常に念頭に置きながら診療を進める必要がある。

#### 老年症候群としての便秘

高齢者の便秘診療が難しいのは、その原因となる複数の要因が複合的に関与して便秘という問題が表れているためである。以下に主な要因を示す<sup>3)</sup>。  
● **ポリファーマシー/薬剤有害作用**：市販医薬品も含めて必ず全ての薬剤を確認する。6剤以上内服の患者は便秘発症リスクが有意に高いことが知られている<sup>4)</sup>、抗コリン作用を有する薬剤な

●表2 慢性便秘への段階的アプローチ(文献8より一部改変)

<b>Step 1</b> 便秘の原因薬剤をできる限り中止、脱水などの身体疾患に対して介入、身体活動促進
<b>Step 2</b> 浸透圧性緩下剤を試用 ・酸化マグネシウムが頻用されるが、単剤使用で便秘改善のエビデンスは乏しい。0.33~0.5g/日から開始し、適宜調節。腎障害患者の高マグネシウム血症と、併用によるビスホスホネートやフルオロキノロンの吸収阻害に注意。 ・ラクツロース 6.5g(10mL)程度/回から開始(有効だが保険適外)。 ・超高齢者や腎障害患者ではルビプロストン(1Capから開始)を用いることもある。
<b>Step 3</b> 刺激性下剤を併用(長期連用は腸管運動低下や腸内神経叢の障害を引き起こし、難治性便秘の原因となり得るため、短期使用にとどめたい) ・センナ・センノシド 1~3回/週 ・ピコスルファートナトリウム 1回10~15滴程度 1~3回/週
<b>Step 4</b> 上記でコントロールできない場合や便排出障害型に限り、坐剤・グリセリン浣腸試用

ど、多くの薬剤で大腸通過遅延(腸管運動低下)を来し便秘を惹起する<sup>5)</sup>。  
● **併存疾患**：大腸通過遅延を来し得る全身性疾患を表1に示す。鑑別診断を意識した問診、直腸診・便潜血、神経診察、腹部単純X線写真(宿便を疑うとき)<sup>1)</sup>、採血(血算、カルシウムを含めた電解質、甲状腺機能)は必須である。

● **運動量の低下**：運動量が低下すれば腸管刺激も低下する。また、サルコペニアに至れば臥床しがちになり、腹筋群の筋力低下から腹腔内圧を上昇させることも難しくなる。高齢者の便秘で「そこまで来ているのに出ない」と排便困難を訴えることが多くなる理由である。したがって、高齢者の便秘評価では直腸診が欠かせない。腫瘍や便塊貯留の評価のみならず、肛門括約筋のトーン・随意収縮、痛みの有無(感覚障害)、会陰下降の程度などを確認することで、スムーズな排便のために不可欠な骨盤底機能の障害の存在も評価することができる<sup>6)</sup>。

● **食事内容の変化**：加齢により食事は減少する傾向にあるが、経口摂取不足のみでも機能的便秘は起こり得るし、口渇中枢感受性の低下による水分摂取量の減少も便秘を惹起する。食物繊維摂取不足もその要因であるが、咀嚼能の低下や義歯不具合があると特に、食物繊維を含む食材を避けることになり、摂取不足が助長される。プルーンジュースや乾燥プルーンが便秘を改善したとのRCTは複数あるが、いずれも超高齢者を研究対象に含んでいないことには注意が必要である。

● **生活環境の変化**：独居であれば食材調達、調達した食材の調理、社会的孤立が食量や栄養バランスに大きな影響を与える。また、頻尿症状を緩和するために飲水を我慢して脱水になったり、要介護者は介護者への遠慮から排便を我慢したりするようになり、便秘を惹起し得る。

● **認知機能低下**：排泄時の失敗で着衣を汚したことを叱責されたことを契機に排便を我慢するようになったり、認知機能障害が進行して便意を認識できずに結果として排便を我慢してしまったりすることで便秘を惹起する。

#### 慢性便秘への治療的介入

上記疾患群を鑑別しながら、表2のごとく段階的に治療的介入を行う。介

入の最も望ましいアウトカムは、生理的腸管運動機能の回復であり、Step 1が最も大切である。特に便意が乏しい高齢者においては、「朝目覚めたときに腸が動き出し食事により腸運動が活発化する」という生理的特徴を生かして、毎日朝食後にトイレに座る(座らせる)ことで、排便習慣が回復することも少なくない。

#### 症例その後

内服薬にカルシウム含有の健胃薬、ビタミンD、サイアザイド系利尿薬が含まれており、高カルシウム血症を来していたことが判明し、薬剤を調整。日中臥床している時間が長いことも考慮に入れ、デイサービスへの参加頻度を増やすとともに、朝食後のトイレ着座を習慣にしたところ、食量も増え、刺激性下剤を使用せずに2日に1回の排便習慣に改善した。



- ✓ 日々の外来診療に「食べる」「寝る」「排泄する」の評価介入を取り入れよう。
- ✓ 「便秘」を正しく診断し、排便回数・排便量減少が主体か排便困難が主体かに分類しよう。
- ✓ 薬剤の有害作用、併存疾患、生活環境や認知機能の変化が複合的に関与していることを意識して介入しよう。
- ✓ 介入の最も望ましいアウトカムは生理的腸管運動機能の回復!

#### 【参考文献】

- 1) Gastroenterology. 2016 [PMID : 27144627]
- 2) CMAJ. 2013 [PMID : 23359042]
- 3) Harari D. Chapter 108. In : Howard M, et al. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology : Expert Consult. 7th ed. Saunders ; 2010. 909-25.
- 4) Gerontology. 1983 [PMID : 6852545]
- 5) Arch Intern Med. 2008 [PMID : 18332297]
- 6) Gastroenterol Clin North Am. 2009 [PMID : 19699408]
- 7) Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2009 [PMID : 19942165]
- 8) American Geriatric Society. Geriatrics At Your Fingertips 2015. 17th ed. American Geriatric Society ; 2015. 188-93, 308-14.

#### 一言アドバイス

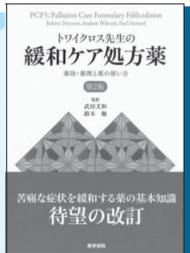
- 便秘は排便の問題だけにとどまらず、尿閉やせん妄、食欲不振などの老年症候群を引き起こす可逆的な原因の一つにもなり得ることを心に留めておきたい。(狩野 恵彦/厚生連高岡病院)
- 便失禁もまた高齢者のQOLを左右する排泄の問題。宿便に伴う溢流性のこともあり、加齢現象と安易に考えることなく、しっかり病歴・身体所見を取って評価しよう。(許 智榮/アドベンチストメディカルセンター)

#### 緩和ケアの必携書、待望の改訂

## トワイクロス先生の緩和ケア処方薬 第2版 薬効・薬理と薬の使い方

原書は「Palliative Care Formulary 5th edition」(2014年)。ロバート・トワイクロス博士(オックスフォード大学緩和ケア学講座初代教授)の編纂による緩和ケア界の必携書。最新のエビデンスに基づいて改訂された。緩和ケア薬を網羅した薬剤情報集と基本知識(オピオイド効力換算比、終末期の薬の投与法、薬物間相互作用など)の二部構成。新章「かゆみの治療薬」なども追加された。

編集 Robert Twycross, Andrew Wilcock, Paul Howard  
監訳 武田文和(前・埼玉県立がんセンター・総長), 鈴木 勉(星薬科大学・特任教授・名誉教授)



#### より見やすく、より分かりやすく、待望の改訂第3版

## 片麻痺回復のための運動療法 [DVD付] 第3版 促進回復療法「川平法」の理論と実際

脳卒中後の片麻痺に対する運動療法として広く認知されている「川平法」こと、促進回復療法について基礎編/実践編の2部構成、フルカラーで解説。基礎編では臨床研究とエビデンス、実践編では治療者がどのように患者に手技を行うかについて1コマ1コマの写真を用いて丁寧に解説。前版から好評のDVDも内容をすべて見直し、上肢・下肢を中心に70手技の動画を収録、読者のさらなる理解が得られるよう工夫されている。

川平和美(促進回復療法研究所・川平先陣リハビリ所長/鹿児島大学名誉教授)  
下堂蘭恵(鹿児島大学大学院医学総合研究科リハビリテーション医学・教授)  
野間知一(鹿児島大学病院鹿児島リハビリテーションセンター・作業療法士)



# 中動態の世界と カツアゲの構造

藤沼 康樹

医療福祉生協連  
家庭医療学開発センター



思想や哲学における「考古学」という思い浮かべるのは、現在私たちが自然で当たり前と思っている認識の枠組みが、実は歴史的にある時点から新たに生まれたものであることを明らかにする作業ということである。例えばフィリップ・アリエスが著書『〈子供〉の誕生』(みすず書房)で明らかにしたのは、大人とは本質的に違う「子供」という存在は実はある時期に発明されたものだったということであり、それ以前は「小さな大人」として取り扱われていた、ということであった。かつては、子供と大人に区別はなかったのである。こうした見方を、私たちは体感的に理解できない。また、柄谷行人『日本近代文学の起源』(講談社)では、日本における「風景」あるいは「内面」といった、今はわれわれが普通に使っている言葉で想起するものが、実は近代に発見されたものだったということ

を、二葉亭四迷や国木田独歩などの小説を題材に明らかにしようとしているのだが、おそらくそれ以前の日本人が見ていた「風景」は私達が今見ている風景とは違っていった可能性があるということである。

國分功一郎氏はこの『中動態の世界』の中で、能動と受動という、私たちににとっては自明と思われる文法上の枠組み=二分法の起源に、ある転倒、あるいはシフトがあったということをも丹念に、考古学的に明らかにしていく。かつて動詞は、能動態 vs. 中動態の対比のみがあったのだが、それが中動態が後景に退き能動態 vs. 受動態の対比に変化してしまったという歴史的な経過を見つめ直している。実は能動態/中動態の区別が主たる動詞の区別であった時代においては、世界認識そのものが現在とは異なっていたということが提示される。

さて、この本の前半では哲学的・言語学的な考察が丹念に行われるた

め、読んでいる私もここからどこに行くのだろうという不安感もあったが、中盤から、アレント、ハイデッガー、ドゥルーズ、スピノザが出てきて、これらの議論における自発性、同意と非同意、権力と暴力、自由意志と責任などの考察が出てくると俄然アクチュアルな様相を帯びてくる。こうした議論を、國分氏が能動態と中動態の枠組みで読み解くプロセスは、喚起的で、さらにその先へ考察を進めたいくなる。

こうした書物が看護系の雑誌『精神看護』の連載から生まれたというところが非常に興味深いと思う。例えば、普通の診療において、

「血圧が高いですよ。薬飲んだほうがいいと思いますか」

「飲みたくないなあ……」

「いや、薬を飲まないとお倒れますよ」

「そうですね、わかりました」

といった会話はよく生じている。実はこの本の中でアレントは、

銃を突きつけられた

人がポケットから

お金を

して銃を持っている人に渡す、という「カツアゲ」の場面を取り上げているのだが、お金を渡した人の行為は能動的と言っていいのか？ 自分の意志により渡している行為なのか？ などといったスリリングな考察がされている。上記の医師と患者のやりとりは構造的にはカツアゲと同じである。この場合に患者は自分の意志で自発的・能動的に服薬をするようになったと言っていいのかという根本的な疑問に私たちは直面することになる。

インフォームドコンセント、患者の自律性の尊重、QOLなどの医療倫理上の重要なコンセプトについても、おそらく能動態/中動態のパラダイムからそれらが問直される時、医療者は、相当な不安に襲われると思うが、その不安に耐えることなしには、医療はいつまでもカツアゲと同様の構造にとどまるような気がするのである。

そして、メルヴィルの「ピリー・バッド」を読み解いていく最終章は圧巻である。この最終章のために、その前の丹念な考察を追っていく価値があると思う。

●《シリーズ ケアをひらく》  
『中動態の世界』(2017年4月発行、5刷)



## Perspective

# 中動態は医療に どんな可能性を ひらくのか

かつて、「能動/中動」という二分法の世界が存在した。そこでは「その行為が誰に帰属するか」ではなく、「その出来事がどこで起きているか」に着目されていた——。この4月に刊行された『中動態の世界——意志と責任の考古学』(國分功一郎著、医学書院)が思想界の話題をさらっている。薬物依存症者との語りからヒントを得たという本書は医療界にどのようなインパクトをもたらすのか。中動態という「古くて新しい」文法に衝撃を受けたお二人にご寄稿いただいた。

え、その患者さんが薬局を出て行こうとしたその時、薬局の自動ドアの前でこちらを振り返り、僕にこう言った。「薬で生かされているんだよな。死ぬまで薬を飲まないといけないのかな……」

薬が飲むのが嫌なのだろうか、それとも飲まざるを得ないという状況を受け入れたくないのだろうか。僕はこの言葉を聞いたときに、薬を飲まなくても良い、という選択肢がこの患者さんにはないような気がして、返す言葉が見つからなかった。

医療を受ける、あるいは処方された薬を飲む、という行為には、患者自らの意志が存在するのだろうか。つまりこれは能動的行為と言えるだろうか。確かに患者が薬を服用したり、医療を受けようとする行為は方向性としては能動的だと言える。そして、そこには明確な意志が存在するように思えるし、「医療を受けさせられている」とか、

「薬を服用させられている」といった受動的な要素は少ないように思える。しかし、受動的な要素が完全に存在しないと切り切れるだろうか。

人の振る舞いが、自分の意志により行った自発的行為なのか、外部の要因にさせられた非自発的な行為なのか、その境界を明確に定めるのは困難である。過失致死と殺人の境界線をどう線引きするかということを考えてみれば容易に想像がつくだろう。つまり能動性と受動性は程度の差はあれ交わり合っている。別言すれば能動と受動は連続した概念なのだと言える。われわれはそれを能動/受動という「態」によって分節しながら人の振る舞いを定義付けている。

こうした能動/受動という関心を取り払ってみると、病院へ行く、薬を飲むという行為が純粋な能動的行為から逸脱していることに気付く。病名という言葉により前景化された「健康では

ない状態」という疾患概念が、われわれに対して、健康に気を使うべき、薬を飲むべき、病院へ行くべき、という外部要因をより強固なものにしていく側面がある。病院へ行く、薬を飲むという行為が存在すると信じていた能動性は、寄付のためにお金を渡すような能動性ではなく、どちらかといえば、(外部要因に)脅されてお金を渡すようなカツアゲ的な能動性に近いとは言えないだろうか。こうした観点から日常を見渡してみると、強制はないが自発的でもなく、自発的ではないが同意をしているという事態は身近にありふれている。それが見えにくくなっているのは能動/受動というパースペクティブから自由になれないからだ。

能動/受動ではなく能動/中動というパースペクティブで見つめ直すことは、医療に新たな可能性をもたらすだろう。臨床で渦巻く「仕方なしに……」「……するより他ない」という患者の想い。それは強制でも自発でもないが言葉として概念化されない何か。能動/中動のパースペクティブはこの言語化されなかった何かを浮き彫りにさせていく。それは、医療者にとっては臨床判断の多様性を可能にするだろうし、患者にとっても選択の幅を広げるものとなるだろう。例えば、薬を死ぬまで飲まなくても良いかもしれない、ということ突き詰めて考えるきっかけをもたらすように。

# 言語化できない 思いをとらえる

青島 周一

徳仁会中野病院  
薬局薬剤師



かつて、言語には能動/受動ではなく、能動/中動という概念が存在したという。中動態という言葉から受けるイメージは能動態と受動態の間にある何か、つまり能動/受動からはみ出てしまった何事かを指し示す概念のように感じられる。しかし、中動態の世界とはそのような単純な世界のことはない。中動態の世界は身近にありふれているはずなのだが、われわれがそれに気付けないのは、能動/受動という概念を前提として世界を見ているからに他ならない。

僕が保険薬局に勤務していた頃に出会った患者さんの言葉がとても印象的で、今でも記憶に残っている。その患者さんは、80歳を超えていたけれど、背筋がピンとしており、言葉もはっきりしていて、とても話し上手な方だった。ある日、いつも通り服薬説明を終

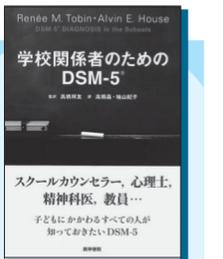
スクールカウンセラー、心理士、精神科医、教員…子どもにかかわる人に必要なDSM-5

## 学校関係者のためのDSM-5®

DSM-5® DIAGNOSIS in the Schools

児童・思春期の子どもたちが学校で直面する多様な精神的問題に、どのようなケアを提供できるのか。スクールカウンセラー、心理士、精神科医、教員…子どもにかかわるすべての人が知っておくべきDSM-5の知識を、ベテラン心理士が解説する。

原著 Tobin RM House AE  
監訳 高橋祥友 筑波大学災害・地域精神医学教授  
訳 高橋 晶 筑波大学災害・地域精神医学  
袖山紀子 筑波大学災害・地域精神医学



# Medical Library

書評・新刊案内

## マイヤース腹部放射線診断学 発生学的・解剖学的アプローチ

太田 光泰, 幡多 政治 ● 監訳

B5・頁400  
定価: 本体14,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02521-8

評者 清田 雅智  
飯塚病院総合診療科

命題「放射線科の専門書を、内科医や研修医がなぜ読む必要があるのか？」

内科医でも研修医でも、救急と腫瘍の患者を診察するにあたり腹部CTを読む必要があるためと私なりに回答する。2年間の初期研修時代に救急外来でCTを読めずに悩んだ経験は誰でもあると思う。私は3年次の後期研修時に放射線科を9か月研修し画像を自力で読めるよう研鑽していた。そのときの指導医から、腹部救急疾患の画像の専門書としてこの本の存在を教えられた。実際には、その後内科医として困った症例を調べるときに多く利用していた。例えば、第17章の内ヘルニアによる腸閉塞の症例などを診たときは、この本に匹敵する記述を見いだすことはできないという経験もしている。

当院では、急性肺炎はなぜか common disease であった。後腹膜臓器である膵臓の炎症の波及を診る上で、後腹膜の解剖の理解は欠かせない。Zuckerkindl や Gerota が 19 世紀に解剖所見から得た後腹膜の Fascia の概念は、肉眼や顕微鏡では膜と膜の連続性を理解するのに限界があった。その薄い膜の間に実はスペースが存在している。肝臓、脾臓、骨盤腔への連続性があることは、CT ガイド下に遺体に造影剤を注入して CT 撮影するという手法が出るまで実証が困難だったのである。Cullen 徴候 (1918 年) や Grey Turner 徴候 (1919 年) がなぜ膵臓とは遠隔の部位に出ているのかも、1989

年に Meyers らが CT で検証していた。このような解剖学的連続性の理解がなければ、例えば十二指腸穿孔の画像は理解できないであろう。

一方、高齢化社会を反映して、がんもまた common disease になっている。がんを併発することも多くなっている時代で、Double cancer や Triple cancer もまれではないとされている。例えばリンパ節の腫大からがんの origin を探るのに、がんの進展範囲を画像的に想像することで、これらの存在を知ることもできるだろう。臨床解剖学は、現場で使用される CT 解剖学での学びが重要だと感じている。実はこの本がこだわる、発生学や解剖学に立ち返り病態を理解するという姿勢は、1900年代から医師にとってなら変わっていないのかもしれない。

監訳者の一人、太田光泰先生(足柄上病院総合診療科担当部長)と、訳者の一人、吉江浩一郎先生(足柄上病院総合診療科部長)とは、2011年から毎年行っている講演で親交を深め、尊敬している総合診療医である。ある年の懇親会の席で、この本を翻訳されていると聞きわが耳を疑った。ひそかにこの本の価値を知る希少な内科医だと思っていた私であるが、他にもそのように思っている内科医がいたのだ！序文を読み、その真意を理解し、ますます共感した次第である。この本は間違いなく名著である。私は、この本の価値に気付く医師が増えることを切に望んでいる一人である。

### 本書の価値に気付く医師が増えてほしい



## 標準解剖学

坂井 建雄 ● 著

B5・頁662  
定価: 本体9,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02473-0

評者 町田 志樹  
臨床福祉専門学校・理学療法学

医学の専門教育は人体の構造を学ぶ解剖学から始まる。その事実には異論を唱える者はいないだろう。当然、理学療法士の養成課程でも同様であり、現職者であれば誰もが一度はその習得に苦心した経験があるはずである。特に近年、学生からは「各部位の名称を覚えることができない」「運動器の位置関係を理解できない」という声をよく耳にする。また、理学療法士の養成課程で用いる解剖学書は養成校ごとに異なっており、スタンダードとして用いられている一冊は定まっていな印象を受ける。

### 今後の解剖学教育のスタンダードになっていく一冊



このたび、医学書院より『標準解剖学』が発刊された。本書の著者は順大大学院教授の坂井建雄先生である。この事実こそが、本書の第一の特徴と言えるだろう。坂井先生は日本の解剖学教育・研究の第一人者であり、これまで数多の解剖学書の執筆に携わっている。その執筆の領域は医療従事者やその学生を対象とした専門書のみならず、一般向け・子ども向けの書籍など、極めて多岐にわたっている。本書にはその知見が存分に生かされ、解剖学の初学者から現職者まで

が学ぶことのできる一冊に仕上がっている。

また、各章が極めて正確かつ簡潔に記述されており、「最小限かつ最重要」に構成されている。この点は、解剖学の習得に苦心する学生たちの大きな一助となるだろう。本書の第二の特徴は、美術修士・医学博士の阿久津裕彦氏による美しい図譜である。本書の図譜は、阿久津氏が新たに作成したものである。芸術と解剖学の両者を知る阿久津氏の図譜の緻密さと正確さに、ぜひとも着目していただきたい。

ここまで広い範囲を網羅し、多くの図譜を組み込み、かつ必要最小限にまとめられた解剖学書は他に類を見ない。「標準」の名のとおり、今後の解剖学教育のスタンダードになっていく一冊だと確信する。近年の学生は、文章を読むことを怠る傾向にある。しかしぜひ、学生諸君には坂井先生の素晴らしい文章に目を向けてほしい。その洗練された文章の奥に、われわれの臨床に役立つ大きなヒントが隠れているはずである。

## 《眼科臨床エキスパート》

### 眼形成手術 眼瞼から涙器まで

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集  
高比良 雅之, 後藤 浩 ● 編

B5・頁480  
定価: 本体18,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02811-0

評者 高橋 寛二  
関西医科大学教授・眼科学

《眼科臨床エキスパート》シリーズの最新巻として、『眼形成手術——眼瞼から涙器まで』が上梓された。このシリーズの中でも最も厚みがある、力の込められた眼形成の手術書の誕生である。

### 一般眼科医にも 広くお薦めしたい名著

眼科のさまざまな領域にあって、眼形成の領域は、整容面や視機能の改善はもとより、場合によっては悪性腫瘍を取り扱うことから、生命予後にも直結することもある重要な一領域である。その反面、「好きこそもの上手なれ」の領域であるとも言える。眼形成に携わっておられる先生方は、手術が大好きで、しかもご自分の手術に強いポリシー、すなわち「こだわり」と「こつ」を持って日頃手術に臨まれている。本書の執筆陣は45人に及ぶが、一般形成外科を専門としておられる専

門家(形成外科医)は7人のみで、他は眼科の中にあって形成手術をサブスペシャリティとして熱心に勉強された上で活躍しておられる先生ばかりである。このような眼形成の専門家は、日本眼形成再建外科学会をはじめ、日本眼窩疾患シンポジウム、日本涙道・涙液学会、日本眼腫瘍学会などのさまざまな学会や研究会において、常に熱く語り合いながら、手術の考え方、手術適応や手技について切磋琢磨しておられる先生方が多く、誠に頭の下がる思いである。まず本書の特徴として、一般眼科医にとっても非常に丁寧でわかりやすい実践的な編集がなされていることが挙げられる。編者の一人である金沢大学の高比良雅之先生が眼形成手術の基本的な考え方、解剖、手技を解説され

てんかん鑑別診断とてんかん併発疾患に関する最新かつ唯一のガイドブック

## てんかんとその境界領域 鑑別診断のためのガイドブック

Borderland of Epilepsy Revisited

てんかん発作と非てんかん性発作の鑑別に悩まされるてんかん診療にたずさわる医師に、てんかんとその周辺病態の鑑別点を示し、明確な鑑別診断へ導く1冊。具体的な症例も多数紹介され、てんかんとその境界領域への理解を助ける。

監訳 吉野相英  
防衛医科大学教授・精神科  
訳 立澤賢孝  
防衛医科大学校・精神科  
角田智哉  
防衛医科大学校・精神科  
吉野文浩  
防衛医科大学校・精神科



B5 頁344 2017年 定価: 本体10,000円+税 [ISBN978-4-260-03023-6]

医学書院

# ホスピタリスト Hospitalist

2017年 年間購読申込受付中

病棟、外来、チーム医療……  
病院医療をコンダクトする  
ジェネラリストのための  
クォーターリーマガジン

編集委員: 平岡 栄治・八重樫 牧人・清田 雅智・  
石山 貴章・筒泉 貴彦・  
石丸 直人・藤谷 茂樹

● 季刊/年4回発行 ● A4変 ● 200頁  
● 1部定価: 本体4,600円+税  
● 年間購読料 19,008円(本体17,600円+税)

※ 毎月お手元に直送します。(送料別)  
※ 1部ずつお買い求めいただくのに比べ、  
約4%の割引となります。

Vol.5-No.2  
特集: 呼吸器疾患2  
責任編集: 大西 尚 愛仁会明石医療センター 呼吸器内科  
石丸 直人 愛仁会明石医療センター 総合内科

1号 代謝内分  
2号 周術期マネジメント  
3号 腫瘍  
4号 他科の知識1  
2017年(予定)  
1号 神経内科  
2号 呼吸器疾患2  
3号 感染症2  
4号 老年科

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 http://www.medsi.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 風明ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

# 内科医こそが行う臨床研究とは ACP日本支部年次総会2017の話題より

ACP(米国内科学会)日本支部年次総会2017(会長=聖マリアンナ医大・柴垣有吾氏)が6月10~11日、「スペシャリストとともに支える日本のGIM診療」をテーマに京大にて開催された。本紙では、昨年発足した日本臨床疫学会との共催セッション「内科医こそが行う臨床研究とは?」(座長=柴垣氏, ACP日本支部長・上野文昭氏)の様態を報告する。

## ◆「臨床疫学の適時」が到来

“何よりも大切にすべきは、ただ生きるのではなく、より良く生きることだ——”。最初に登壇した柴垣氏は、プラトン著『クリトン』の一節を引用した上で「現代の医療は、より良い生き方を与えているだろうか?」と問題提起を行った。特に複数の併存疾患を持つ高齢者において、RCT/SRに依拠するガイドラインの限界を指摘。臨床試験から得られるefficacy(効能)だけでなく、臨床現場のeffectiveness(効果)に関する情報を診療ガイドラインに組み込むためにも、臨床医が臨床研究のリテラシーを獲得する必要性を訴えた。

1980年代から始まった内科の臓器別細分化を経て、超高齢社会を迎えた今、内科ジェネラリズムの復興をめざす機運が高まっている。日本臨床疫学会代表理事とACP日本支部副支部長を務める福原俊一氏(京大)は、「新しい医療に、新しい医学が必要」と強調し、その学術基盤となるのが臨床疫学研究であると強調した。医療者がビッグデータにアクセス可能な時代になったことを「臨床疫学の適時」と考察。医療者による質の高い研究を推進する「場」を日本臨床疫学会が提供していきたいと抱負を語った。

“大切なものは目に見えない——”。サン・テグジュペリ著『星の王子さま』の引用から話を始めたのは、循環器領域のレジストリ研究を牽引する香坂俊氏(慶大)。「目に見えないものを可視化するのがレジストリ研究の意義」と述べ、PCI・心不全・心房細動における最新知見の一端を紹介した。その中には、慶大の若手医師が日常診療の疑問を発端に臨床研究をイチから勉強して論文(Circ Heart Fail. 2015 [PMID: 25737498])につなげた例もあり、「臨床的洞察を現場のデータベースによって裏打ちするのがレジストリ研究の醍醐味」と述べた。さらに、「現在の研究体制は、レジストリが実臨床から診療ガイドラインへのフィードバックをかける。ある意味、民主的な時代になった」と私見を述べた。



恒例の研修病院対抗クイズトーナメント「Doctor's Dilemma」には全国から20チームが参加。今回は練馬光が丘病院が優勝、岡山大病院が準優勝。来年のACPニューオリンズ大会への切符を勝ち取った。

福間真悟氏(京大大学院)は、慢性腎臓病診療を例に、診療の質とアウトカムをビッグデータで解析する事例を紹介した。データベース研究は有用であるとの見解を述べる一方、その解釈には注意を要するとも指摘。エビデンスを創る側も使う側も、「研究デザインの質」に着目することが重要であると強調した。

〳〵ている第1章「総説」に始まり、第2章の「総論」では、眼瞼、眼窩、涙道の眼形成三大領域について、疾患の概説と手術に必要な解剖、初診時の外来診察(どう診てどう考えるか)、診断・治療に必要な検査、手術の概説が列記されている。第3章の各論のパートに入ると、著者のポリシーを交えて各疾患に対する具体的な手術方法が写真やシエマを多用して詳しく述べられている。第3章の各術式の記載の最後には、「一般眼科医へのアドバイス」というコラムがあり、一般眼科医が患者説明や眼形成専門医に患者を紹介する際に役立つひと言が記されている。本書を通読される一般眼科医や眼形成初心者の先生方には、まず「総説」で眼形成手術の精神と概念を学び、「総論」で手術が必要な疾患の正確な診断と治療方針がわかるようになっている。さらに、各論では実際にさまざまなレベルの術者に役立つ手術手順が、

手に取るような細かい記載と視覚に訴える図譜で表されている。もちろん本書は、実際に多数の眼形成手術を行っておられる先生方にとっても、新しい手術への挑戦、各術式における手術前の細かい手技の再確認、そして目前に迫った手術のイメージトレーニングを行うためにも大いに役立つ専門的かつ辞書的な手術書でもある。なお本書では、眼瞼、眼窩、涙器の領域別に総論と各論を合わせると、眼瞼では約80ページ、眼窩では約140ページ、そして涙器では約90ページが割かれている。同じ事項についての記載が複数の著者から行われている箇所もあるが、これは、いくつもの教科書を合わせた「おトク」な教科書であると考えればよい。本書は、日頃眼形成手術に意欲的に取り組んでおられる先生方ばかりでなく、眼形成に興味のある初心者や一般眼科医にも広くお薦めしたい名著である。

## 多発性硬化症・視神経脊髄炎の診療現場に必須のガイドライン最新版

# 多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン2017

多発性硬化症・視神経脊髄炎に代表される、中枢神経系炎症性脱髄疾患全般の診療手引き書の最新版。従来の治療に特化したガイドラインから大きく発展し、治療に加えて、疫学、病因・病態から、診断、検査、経過と予後といった診療全体をカバーしたガイドラインに生まれ変わった。第一線で診療に当たる医師によって編集され、新しい研究成果や臨床経験の蓄積が反映された、診療現場に必須のガイドライン。

監修 日本神経学会  
編集 多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン  
作成委員会



# 栄養疫学者の視点から | 今村 文昭

英国ケンブリッジ大学  
MRC(Medical Research Council)  
疫学ユニット

栄養に関する研究の質は玉石混交。情報の渦に巻き込まれないために、  
栄養疫学を専門とする著者が「食と健康の関係」を考察します。

## 第4話

### 受動喫煙の臨床試験

私は昨年夏ごろ体型が変わるほど太りました。被験者にたっもらうという臨床試験に参加したためです。ある部門で参加者募集が難航中という話を耳にしたのがきっかけでした。臨床試験の大変さを被験者側から体験でき、詳しい血液検査などもあり、お小遣いも頂きました。

さて、肥満がさまざまな病気の危険因子であることを考えると、この臨床試験は非倫理的なものです。しかし、肥満のほうが心疾患発症後の予後がよいといった「肥満パラドックス」もあり(Lancet. 2006 [PMID: 16920472])、健康者を短期間でも太らせる臨床試験はやる価値があるとも言えます。

栄養学でも似たような臨床試験が行われてきました。その成果もあって一種のトランス脂肪酸は害として理解され、ナイアシン(ビタミンB<sub>3</sub>)は脂質異常症の薬として活躍しています。

そして受動喫煙も同様です。合法的な煙草も世界各国で禁煙政策が執られています。屋内外の政策に関する白熱した議論、喫煙者の心情を鑑みれば地道な啓発とエビデンスの精査が必要です。こうした状況に光を当てた、知る人ぞ知る臨床試験を3つ紹介します。

- ・オーストリアにて、1980年代当時のレストランなどと同程度の受動喫煙を喫煙者13人と非喫煙者9人に20分間経験させ、非喫煙者の血小板凝集を抑える指標が喫煙者並みに減少(Chest. 1986 [PMID: 3522121])
- ・米国カンザス州の病院にて、非喫煙者10人を喫煙エリアに20分間、別日に非喫煙エリアに20分間着席させ、受動喫煙によりニコチンやヘモグロビン付加体の血中濃度が上昇、血小板凝集と血栓に関する指標が上昇(Arch Intern Med. 1989 [PMID: 2916883])
- ・大阪市大医学部生の非喫煙者15人、喫煙者15人を院内の喫煙ルームに30分間滞在させ、非喫煙者の血中ヘモグロビン付加体濃度が上昇、冠血流予備能が減衰し喫煙者のそれに接近(JAMA. 2001 [PMID: 11466122])

上記の研究から短期の受動喫煙でも血栓形成を促すなどの影響が考えられます。これらの論文には発表バイアスの可能性<sup>1)</sup>、研究倫理の記載などの問題はありますが、米国政府の報告書(ISBN 0-16-076152-2)に引用されるなど、医学界にも認められています。さらにこうした短期の効果は通常の長期の観察研究では検証できません<sup>2)</sup>。受動喫煙に関する議論においてその意義はとて大きいと言えるでしょう。

またこうした成果はコミュニケーションツールとしても有用です。受動喫煙により肺がんなどのリスクが約1.2倍になるとされています。この影響は国民全体を考えると無視できませんが、多くの人で年間のリスクは1%にも至らないので1.2倍と言っても一般の人はピンときません<sup>3)</sup>。一方、「数十分でも起こる身体への影響」は表現としては力があります。

EBMが常識とされエビデンスの強さに優劣が付けられることがありますが、時にそれは危険です。EBMはそのピラミッドの頂上付近だけではなく、動物実験や小規模ながら力強い臨床試験などを礎にしてこそ成り立ちます。上記のように観察研究では答えきれない課題に見事に応じた臨床試験は再考に値します。

近年、疫学研究ごとにプレスリリースが行われメディアを賑わせています。しかし疫学研究だけが一人歩きしないよう注視する必要があります。栄養疫学領域でも加糖への課税や減塩政策などの議論があります。受動喫煙の例に倣い、大規模な疫学成果と共に、厳密な試験の成果を何度でも評価し、互いの研究デザインの弱点を補完し合うようエビデンスを構築し解釈していくことが大切です。

1) 有意な結果や通説に沿った結果しか学術雑誌に載らないといったバイアス。臨床試験の登録制度はその予防の一環。  
 2) 症例クロスオーバーという疫学研究のデザインなら可能とされる。  
 3) 予防医学のパラドックスの一端(Int J Epidemiol. 1985 [PMID: 3872850])。

心臓大血管手術の麻酔は楽しい!! チームの指針になり得る、心強い最新症例集

新刊 **A.M.C.心臓手術と麻酔の手引 実践9症例**

好評『続 麻酔科臨床の書』の続編、上級編となる実践症例集。心臓大血管手術の麻酔に関する厳選9症例を通して、最新の治療法と周術期患者管理の実像がみえ、さまざまなイベントへの対処法を養える。特に人工心肺管理、術中経食道心エコーのポイントを丁寧に解説。レジデントからベテランまで、麻酔科医と心臓外科医が共有すべき知識を提示。

著: 井出 雅洋 神戸麻酔アソシエイツ  
吉田 和則 西宮渡辺心臓血管センター 心臓血管外科

定価: 本体4,600円+税  
A5変 頁208 図43・写真44 2017年  
ISBN978-4-89592-886-1

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# 国内最大級の総合診療データベース

# 今日の診療 27 プレミアム Vol.27 DVD-ROM for Windows

## Today's Diagnosis and Treatment Premium

●DVD-ROM版 2017年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610209]

医学書院のベストセラー書籍15冊、  
約100,000件の収録項目から一括検索



スマートフォンやタブレット端末でも利用可能な「Web閲覧権付」

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。  
お申し込みは、2018年4月30日で締め切らせていただきます。  
※『今日の診療プレミアムWEB』ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証により認証番号の取得を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。

※認証番号の取得は、最大3台までのPCに行うことができます(特定の1人が使用する場合)。

Vol.27では、DVD-ROMの内容をダウンロードできるようになりました。DVDドライブがなくても利用可能です。

手順等は、パッケージ同封の書面をご参照ください。

## 詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ todayst.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください。

骨格をなす8冊を収録した  
「今日の診療 ベーシック Vol.27」もご用意しております



## 今日の診療 ベーシック Vol.27

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税  
[JAN4580492610223]

※「今日の診療 ベーシック Vol.27」には、Web閲覧権は付与されません。

### 収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2017年版 Update
- ② 今日の治療指針 2016年版
- ③ 今日の診断指針 第7版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第7版 Update
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2017-2018 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2017 Update

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針 第2版 Update
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

\*書籍とは一部異なる部分があります

## 2017年7月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生	8月号 Vol.81 No.8	衛生監視・指導行政の現状と課題	臨床外科	7月号 Vol.72 No.7	イラストでわかる! 特別付録Web動画付き 消化器手術における最適な剝離層
medicina	7月号 Vol.54 No.8	がん診療 —内科医が知りたい30のエッセンス	臨床整形外科	7月号 Vol.52 No.7	認知症の痛み
総合診療	7月号 Vol.27 No.7	感染症を病歴と診察だけで診断する! Part3 (カリスマ編)	臨床婦人科産科	7月号 Vol.71 No.7	若年女性のスポーツ障害へのトータルヘルスケア—こんなときどうする?
糖尿病診療マスター	7月号 Vol.15 No.7	糖尿病と遺伝 —患者さんからの質問に的確にこたえるために	臨床眼科	7月号 Vol.71 No.7	第70回日本臨床眼科学会講演集(5)
呼吸器ジャーナル (旧 呼吸と循環)	8月号 Vol.65 No.3	呼吸器感染症治療薬の上手な使い方 —症例から紐解く達人の技—	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	7月号 Vol.89 No.8	ここが知りたい 高齢化時代の頭頸部がん診療
胃と腸	7月号 Vol.52 No.8	臨床医も知っておくべき 免疫組織化学染色のすべて	臨床泌尿器科	7月号 Vol.71 No.8	前立腺肥大症に対する手術 —古くて新しい泌尿器科の標準治療
Cancer Board Square	7月号 Vol.3 No.2	がん診療のコスト原論/ 卵巣・卵管・腹膜がん	総合リハビリテーション	7月号 Vol.45 No.7	職業リハビリテーション
BRAIN and NERVE	増大 Vol.69 No.7	あしたのアルツハイマー病治療	理学療法ジャーナル	7月号 Vol.51 No.7	理学療法のプロフェッショナルをめざして
精神医学	7月号 Vol.59 No.7	MRIのT2・FLAIR画像での 白質高信号の意味を読み解く	臨床検査	8月号 Vol.61 No.8	病態から学ぶ生化学/リンパ球の増減を正しく評価するために
			病院	7月号 Vol.76 No.7	第7次医療計画 —これまでと何が違うのか、病院への影響は?



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp  
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp