

2010年11月15日
第2904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 (出社者著作権管理機構 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

- [対談]「敗北の官能」から自由が立ち上がる(大澤真幸、熊谷晋一郎)……1—3面
- 第18回日本消化器関連学会週間/金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式……4面
- [連載]続・アメリカ医療の光と影/第33回神経研シンポジウム……5面
- MEDICAL LIBRARY/[連載]在宅医療モノ語り……6—7面

『リハビリの夜』第9回新潮ドキュメント賞受賞記念対談

「敗北の官能」から自由が立ち上がる



大澤 真幸氏

無限に広がる選択肢。何者にも縛られない意思。“自由”とは何かと問われたとき、こうした概念を思い描く人は多いだろう。しかし今、それらを手に入れた私たちは本当に“自由”なのだろうか？
『リハビリの夜』(医学書院)は、脳性まひ者で小児科医でもある熊谷晋一郎氏が、“ままならない”自らの身体との交渉の道のりを詳らかに記した身体論である。このほど同書が第9回新潮ドキュメント賞を受賞したことを記念し、時代を彩るさまざまな事象から自由についての省察を重ねてきた社会学者の大澤真幸氏と熊谷氏が対談。大きな力に身を任せ、敗北の快楽に飲み込まれたときにこそ自由が立ち上がる——逆説的自由論を両氏が展開した。



熊谷 晋一郎氏

敗北に快楽が潜む

大澤 『リハビリの夜』新潮ドキュメント賞受賞、おめでとうございます。
熊谷 ありがとうございます。
大澤 この本を特徴付けるならば、脳性まひ者から見た一種の現象学的哲学であり、それに医学的見地からも検証を加えたもの、と言えると思います。
僕が驚いたのは、脳性まひを持つ方ならではの特殊なエピソードが書かれていながら、そこから生み出された概

念には非常に普遍性がある、皆が共感できるという点です。そうした普遍的概念のひとつが、「敗北の官能」だと思うのですが、この言葉が生まれるきっかけとなった体験を、あらためて教えていただけますか。
熊谷 小学校低学年のころ友だちと、「熊谷でも参加できるルールで競争しよう」ということで、「腹ばい競争」をすることになりました。いざスタートしてみると、やはり友達のほうが圧倒的に早く、私はすっかり置いていかれてしまったのですが、そのとき、そ

れまで経験したことのない“焼けるような感じ”があり、同時に下腹部・肘・胸など床と身体との接触点がものすごく敏感になってきたのです。そしてついには運動を取り持つ秩序がバラバラになって、自分の身体が散逸してしまう感覚に陥りました。そうした感覚を、『リハビリの夜』では、「敗北の官能」と呼んでいます。
大澤 「敗北の官能」という概念がユニークなのは、通常は自分自身にとってネガティブなこと、不快であったり不幸であったりするものとされる「敗北」を、他者との関係性において、ポジティブな体験としてとらえている点です。具体的には、まず「敗北」が人を動かしていることがあります。友だちは、熊谷さんをいじめようとして競争を提案したわけではないんですよね。
熊谷 はい。
大澤 こちらが、つまり熊谷さんの側が従属的・受動的な立場にいるにもかかわらず、「一緒にやってみよう」と相手に思わせ、行動に移させている。言わば、見えなくて主従の関係が逆転しているのです。
もう一つ特徴的なのは、先ほどの体験のように「敗北」に快楽を関連付けていること。僕が思うに、「敗北の官能」に比較的近いのは“マゾヒスティック

な快感”のような気がします。性的な快楽というのは、『リハビリの夜』流に言えば「開かれる」感じというか、自分の意思に反してはいないけれど、完全に自分の予想通りことが進んでいるわけでもないという、微妙なところに宿るものですね。「敗北の官能」にもそうした面があり、そこに皆が共感を覚える、自分にもそんなときがあるという感覚を得るのではないかと思います。

意識するとこわばる身体

熊谷 実は『リハビリの夜』を書く前に大澤先生の『〈自由〉の条件』を拝読して、非常に刺激を受けました。自分の経験を言葉にする上で、大いにヒントをいただいたと感じています。
大澤 それは嬉しいですね。
熊谷 文中で、〈自由〉を構成する条件として受動性について述べておられますね。私もリハビリを通じて、自分の意思とはあまり関係なく、大きな力に身体が“ほどかれた”ときに立ち上がってくる動きが自由を切り開くという感覚を得てきたので、とても共感を覚えました。
通常動きの基本となるのは、“理想

(2面につづく)

<出席者>

●大澤真幸氏

1981年東大文学部卒。1987年同大学院社会学研究科博士課程満期退学。同年4月—90年、同大文学部助手。90年「行為の代数学」にて博士号取得。千葉大文学部講師・助教授を経て、97年京大大学院人間・環境学研究科助教授、07—09年同教授。『〈自由〉の条件』(講談社、08年)のほか、毎日出版文化賞受賞作『ナショナリズムの由来』(講談社、07年)、『生きるための自由論』(河出書房新社、10年)、『現代宗教意識論』(弘文堂、10年)など著書多数。10年4月には月刊誌『THINKING「O」』(左右社)を創刊。本対談のもようは同誌11年3月発行号にも掲載予定。

●熊谷晋一郎氏

2001年東大医学部卒。千葉西病院(当時)、埼玉医大で小児科臨床に携わり、東大大学院医学系研究科博士課程を経て、同大先端科学技術研究センター特任講師。新生児仮死の後遺症で脳性まひになり、中学生のころから車椅子で生活しているが、大学在学中には一人暮らしも経験。共著に『発達障害者当事者研究——ゆっくりしていけないにつなぐたい』(医学書院)がある。従来は専門家により外部から記述されがちだった「運動」「コミュニケーション」「痛み」といった問題に対し、当事者が内側から現象学的に記述、分析する「当事者研究」という実践に興味がある。

リハビリテーション関連書

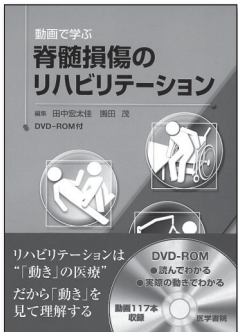
動画で学ぶ 脊髄損傷の リハビリテーション

[DVD-ROM付]

編集=田中宏太佳・園田 茂

117本もの豊富な動画により、脊髄損傷患者へのリハビリテーション実施に必要なすべての技術をDVD-ROMに収録。DVD-ROMには動画目次、画像目次、損傷高位別到達可能ADL一覧表、索引をはじめ、文中にもリンクを張り巡らせ、見たい知りたい内容がすぐわかる。

●B5 頁152 2010年
価格5,985円(本体5,700円+税5%)
[ISBN978-4-260-00778-8]



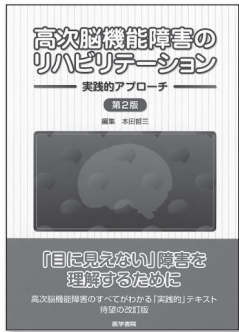
高次脳機能障害の リハビリテーション

実践的アプローチ 第2版

編集=本田哲三

高次脳機能障害のリハビリテーションの基礎知識から、すぐに実践できるアプローチ方法までを扱った総合テキスト。薬物療法の基礎知識や回復期リハビリテーション病棟でのチームアプローチ法など、関係職種にとって今後ますます必要とされる情報も新たに収載。

●B5 頁272 2010年
定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01024-5]

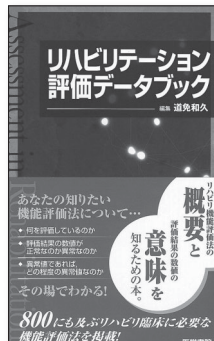


リハビリテーション 評価データブック

編集=道免和久

リハビリテーション医療の臨床で用いられる可能性のある800以上にも及び機能評価法や一般検査法について、各々の概要、および正常値・異常値とその意味を解説した、“数字”にこだわったポケットサイズのデータブック。

●B6変 頁616 2010年
定価4,410円(本体4,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-00826-6]



対談 「敗北の官能」から自由が立ち上がる

(1面よりつづく)

の動き”をイメージし、それに沿って体を動かしていく、医学で言う随意運動だと思います。でも、特に私のタイプの脳性まひは、意思を持つととたんに体がこわばるという特徴を持っています。イメージを具体化させるほど、それに沿わない身体を突きつけられてこわばるという悪循環に陥るんです。

そうした状態から、自分なりの動きをどう立ち上げていくか。脳性まひの先輩は、「酒を飲むとスムーズに動ける」と話していましたが(笑)、同じように、何かに身を委ねるように動くイメージが、自分の中に構築されてきたんです。

大澤 今のお話には「〈自由〉とは何か」という問いへの答えにつながる、哲学

“つぶつぶ感”が残っているくらいがいい

大澤 動きに意識が先立たないとする、なぜ自由自在に動けるのかという疑問が次に生じます。それを熊谷さんは「身体内協応構造」「身体外協応構造」という概念で説明されておられますね。これは、一般的な言葉なのですか。

熊谷 「協応構造」はもともと、運動生理学者のニコライ・ベルンシュタインが提唱していたものなんです。

大澤 身体の内にも外部にも複数のエージェントがあって、エージェントたちがそれぞれ他のエージェントの反応を「拾う」——つまりエージェント間に連鎖反応的なつながりができることで身体に動きが生まれる、という理解でよいですか。

熊谷 はい。ベルンシュタインは身体の内・外という分け方はしていませんが、私は身体の輪郭が可変的に動くというさまを表したいなと思い、“身体内”と“身体外”と仮称してみました。

一人暮らしを始めてから特に意識するようになったのは、身体の内外の境界線は健常者ほど自明に引かれていないということです。電動車椅子に乗ったとき、トイレ介助をお願いしたとき、車椅子や介助者が、まるで自分の身体の輪郭と一体化したように感じられるのです。

ただ、身体内と外とが分離する場面もあり、何がその差を決めているのだろう？と考えたとき、ある程度の“あそび”は保ちながらも、私の動きとかなりリンクして動いてくれるflexibleな協応構造を持つものならば、身体に取り込まれる——身体化されるのではないか、と思ったのです。

大澤 “あそび”を保つということは、エージェントの集合が餅のように完全に一体化するのではなく、“つぶつぶ感”が残っているくらいがよい、ということですよ。

熊谷 そうです。そもそも脳性まひの身体が不自由なのは、身体内協応構造がrigidすぎて、身体を構成するパー

的にとても深い含みがあると思います。僕たちは、随意に動くこと、自分が自分をコントロールできることこそが自由だと思い込みがちですが、よく反省してみると、普段から動くプロセスをいちいち意識しているわけではないし、そんなことをすると逆にぎこちなくなる。

神経心理学者のベンジャミン・リベットが、動作を起こそうと意識してから脳の運動前野が活動し始めるのではなく、意識に先立って脳の活動が始まっていることを証明した実験はよく知られています。この実験により“第一義的に意識(自由意志)があって、意識が行為を規定する”というそれまでの常識に大いに疑義が呈されたのですが、熊谷さんは実体験からそれを証明していると思います。

ツが1つの岩のようにガチッと固まっており、外界としなやかな協応構造をキープできなくなってしまうことが原因ですから。

そして、凝固まった協応構造がほどけた瞬間の快楽が、「敗北の官能」なのです。私は「折り畳みナイフ現象」という医学用語を借りて説明しましたが、抗えない力を加えられ、ほどかれてぐにゃぐにゃになる感覚があり、しかしそこで初めて、身体の輪郭が外の世界とつながる余白が生じると感じています。

大澤 内側に閉じてしまっているものを緩ませた上で、外との巧みな協応構造を形成していくわけですね。

不確実性を処理するためのアニミズム

大澤 熊谷さんは「便意」を内なる他者として、協応構造の中で考えられていますよね。身体内では腸と協応して蠕動運動が起こる一方で、身体外では社会規範との協応構造で、便意を我慢しなければならない。そして腸との“交渉”に失敗すれば、失禁の恍惚に至る……という、エッセイとしてもとても魅力的な記述でした。

熊谷 毎日のように自分の身に起きていることなので、筆が乗ってしまいました(笑)。

大澤 「古くから知る地元の不良」に腸を例えていて、彼が不意に声を掛けてくるんですよ(笑)。初めは知らん顔を決め込むけれど、次第に強い調子で「いつまで俺を無視するつもり？」と肩を叩かれる。

熊谷 腸があまりにも不確実で動きが読めないのが、アニミズム的に人格帰属させることで対処しているんです。交渉に当たってはいつも「おとなしくしないと暴飲暴食をしてやるぞ」というカードを切るんですが、腸は「また漏らしてやるぞ」と返してくる。わず

らわしさを振り払うようにワッと食べては、また腸が押し寄せてくるという、そういう付き合いをずっと続けています。

おむつをつければ「漏らしてやるぞ」と脅されても「漏らせば？」と言えて、交渉が相当有利になるので、実は今、検討しているところなんです(笑)。

大澤 アニミズムという言葉が出てきましたが、熊谷さんの場合、医師という自然科学系の職業に従事していながら、地面をはじめとする「生きていないもの」にも、ある意味で生命が宿っていると感じている印象を受けました。熊谷 協応構造が完全でないが故の不確実性に直面したとき、それに対処するためにアニミズムや人格化の回路が作動するように感じています。

例えば自閉症の世界がそうなんですが、自分の意思決定のプロセスをすべて意識してしまうと、自由を感じられなくなります。先ほどのリベットの実験では「自分の意思決定は自分自身では見えないものだ、不確実なものだ」ということが証明されましたが、それはすなわち、自分が自由であることの証明になるように思うのです。自己身体に内在する不確実性を処理する一つのスタイルとして、自己身体にアニミズムを適用した結果立ち現れるのが自由意志だと考えると、自然科学的にもあまり矛盾がないのかなと思います。

リンク全体が“自由”

大澤 リベットの実験は、自由や自由意志を否定する証拠に使われてきましたし、そもそもリベット自身がそのように考えていますが、むしろ、自由とは、自由意志とはいったい何なのか、誤りを解き、あらためて考えるヒントを与えてくれたとみたほうがいいですね。

自由論において最も高名な人物の一人であるイマヌエル・カントは、人間は他人を「道具」としてではなく、「目的」として扱わなければいけない、と説いており、これは非常にざっくばらんに言えば「相手の人格を尊重しなさい」という意味です。カントはこの「道具」と「目的」という2パターンを完全に排他的にとらえていますが、熊谷さんは、自分が相手に身を委ねていることに快感や自由を感じる状況があること、つまり他人に「道具」のように利用されている状況において、自己の自由が実現することもあり得ると示しています。それはつまりカントの言葉とは裏腹に、人間関係は両義的だということを哲学的に暗示しているのではないかと感じるのです。

熊谷 身体障害者の地位向上をめざす社会運動においては「自己決定」という言葉がよく使われてきましたが、これはまさに介助者を道具として使うためのキーワードです。

しかし、この自己決定の原則を字義

通りにとらえて実行する介助者が現れると、例えば入浴介助の場面では「手から洗いますか。足から洗いますか」「手です」「手の先からですか。肩からですか」「手の先から」「小指からですか、親指からですか」「……」という問答が繰り返されるようになり、介助される側が選択しなければならないことがどんどん増してきます。そのときに、「果たしてこれは自由だろうか」と思ったんですね。

一挙手一投足を意識して指令することは自由にはつながらない。むしろ、相手と最終的な目的を大まかに共有しつつ、ある程度自発的に動いてもらったほうが自由であり、相互に身体化し合う条件が充足するのではないかと思います。

大澤 身体のパーツ一つひとつ、さらには身体外の人やモノにもそれぞれ主体性があって、それらが緩やかに協応構造を形作っている。そうしたリンク全体が自由という状態であり、誰が自由で誰が自由でないという議論ではないこと、言わば誰が主人で誰が奴隷かは決定不能だということを、『リハビリの夜』では見事に実証しているのではないのでしょうか。

複眼的な内部モデルで介護がうまくいく

大澤 脳の内部モデルの話題も興味深いですね。

熊谷 本来、脳の一次運動野から指令が出てから、実際の運動がフィードバックされるまでにはかなりのタイムラグが生じます。しかし脳の中ではバーチャルな内部モデルが状況を先取りしており、人はそれに反応してリアルタイムに外界を経験できている、という脳科学研究での考え方を援用しています。

大澤 『リハビリの夜』では脳内だけでなく、身体内部の対話も外部との関係も一律に、内部モデルをお互いに持って調整していくプロセスだと考えることがメインの主張の一つになっているように思います。

熊谷 そうですね。

大澤 内部モデルというのは、脳内の主観的な世界を外部の客観的な世界に投影しているもので、障害を持たない人の場合、客観と主観とのズレは少ないのですが、脳性まひ者の場合は内部モデルと実際にできることの間に大きな乖離がある。それを「無理やりすり合わせることはやめて、身を委ねてみよう」とポジティブに考えるのが熊谷さんらしいですよ。

熊谷 健常者向けの内部モデルを唯一のものとしている間は、やはり実際の自分の身体との乖離を、日々鮮烈に突きつけられてしまいます。しかしいったんそれを脇に置いて、無策のままで世界と交渉していく中で協応構造が立ち上がっていったときに、それを固着

リハ科レジデントの卒後臨床教育のための実践書・待望の改訂版!

リハビリテーションレジデントマニュアル第3版

日常のリハビリテーション診療に携行し、迷ったときや困ったときに、その場ですぐに役立つように、主に技術面に焦点をあてて具体的に分かりやすくまとめたリハビリテーション科レジデントの卒後臨床教育のための実践書。高次脳機能障害やがんをはじめとした最近注目を集めている疾患・障害、転倒や廃用症候群に対する予防的リハビリテーションなど、第2版以降のトピックスももれなく収載。

編集 木村彰男
慶應義塾大学教授・月が瀬リハビリテーションセンター
編集協力 里宇明元
慶応義塾大学教授・リハビリテーション/医学教室
正門由久
東海大学教授・リハビリテーション科学
長谷公隆
慶應義塾大学准教授・リハビリテーション医学教室

リハビリテーションレジデントマニュアル第3版

リハビリテーション医療の技術面に焦点をあてて具体的な実践的に対応をまとめた特選の改訂第3版

B6変型 頁544 2010年 定価5,250円(本体5,000円＋税5%) [ISBN978-4-260-00844-0]

医学書院

新刊

“標準的”プロトコルを明快に提示する、実践書の決定版!

新刊

リハビリテーションプロトコル

整形外科疾患へのアプローチ

第2版

Handbook of Orthopaedic Rehabilitation, 2nd Edition

▶12年ぶりの改版。各疾患ごとの実施手順(プロトコル)を表形式でわかりやすく解説。収載疾患数を倍増し、日常診療で遭遇する整形外科疾患がほぼ網羅された。特にリハビリテーションの根拠となる解剖学的構造や検査法、骨折の分類など基礎的な解説を充実。整形外科疾患の診断・治療にも言及、リハビリテーションまでの一連の流れを学ぶことができる。リハビリテーション科医・整形外科医・PT指導者のための実践書。

監訳 木村 彰男
慶應義塾大学教授・慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター所長

定価11,550円(本体11,000円＋税5%)
A5変 頁944 写真214 原色図228 表59
2010年 ISBN 978-4-89592-633-1

MEDSi

メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL. (03) 5804-6051
FAX. (03) 5804-6055

http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

させるものとして、事後的に自分専用の内部モデルを作っていく感じです。

ただやはり生活していくには、否が
応でも健常者向けの内部モデルも活用
していかなければならない。私は「多重規
範」と称しているのですが、介助者と
連動するにも、健常者から見た世界と
自分から見た世界が複眼的に両立して
いることが必要なんです。

介助がうまくいくのは、大澤先生流に言うと「遠心化」、つまり介助者と私がお互いの内部モデルを取り入れて、相手の見ている景色をなぞっている、そんなときです。これは「憑依」とも呼べますが、他者に身体を委ねる

敗北の伝染が、世界を動かす

大澤 社会学者の宮台真司さんが最近よく、「ミメシス (Mimesis)」について述べられています。

ミメシスというのは、感染的模倣、感染するようにして生じる模倣という意味ですが、宮台さんはこの概念を、主として、すごく立派な人、世界に対する勝利者がいたときに、自分もそうなりたいたと模倣する、いわば「勝利」が伝染してしまう現象ととらえています。しかし僕は、熊谷さんの「敗北の官能」という概念から、「敗北の伝染」もあるのでは、と考えたんです。

福音書に記された、イエスが語った寓話に「善きサマリア人」という話があります（註）。サマリア人に全面的に身を委ねた瀕死の旅人は、そのことである種の「敗北の官能」を感じている。同時にサマリア人も、倒れている人を見て思わず助けたとき、その官能に伝染しているのではないかと思うのです。

註) 善きサマリア人

ある旅人が強盗に襲われて半殺しの目に遭い、身ぐるみ剥がされた。ユダヤ人の祭司も、高い身分にあったレビ人も、旅人を避け道の反対側を通って行く。しかし3番目に通りがかった、当時差別対象だったサマリア人は、旅人を救護して宿屋まで運び、宿の主人に治療代を渡し「足りなければ帰りに払う」とまで言った。イエスは、3人のうち旅人の“隣人”はサマリア人であるとし、“真の隣人愛の実践”を説いた。

にあたり、少しでも不確実性を減らし、相手の動きを読もうとする中で、おのずと自分の中心点が向こう側に移っていく感覚があります。私自身が実際には介助する側になったことがないのに、介助者に「こう動かしたらいいよ」と指示が出せるのも、相手の中に入り込んで誘導し、不確実性を減らそうとすることを、しょっちゅうやっているからだろうと思います。

大澤　確かによく考えてみると、介助するほうは一度も経験されていないわけですね。人間が、外から他人を見ることで学習している部分が大きいことが、非常によくわかります。

立派な人を見て、思わずそのようになりたいと模倣するのではなく、ある種、弱く捨てられているものに、やはり弱く捨てられるものが感応していくことで、逆説的に強さが出てくる。「敗北の官能」の連鎖によって自由が立ち上がる、その例証として、『リハビルの夜』が読めるという仮説を立てたのですが、いかがでしょうか。

熊谷 まさにこの『リハビリの夜』は、ミメシスの失敗から始まっているんです。規範的なものをインストールすること、つまりミメシスによって居場所を見いだすことが無理だとわかったとき、どのようにして世界とつながっていくべきかという問いから、すべての物語が始まっています。

「敗北の官能」の感染というのもまったくそのとおりで、協応構造がほどけ始めた人、秩序を失って碎け始めた人を目の前にすると、それを見た人も身体がざわめく。「打たれる少女」という章では、私がこの本で唯一サディスティックな行為に及んだ経験を書いています、肘打ちをして倒れていく相手を見たときのざわめきはいつたい何だったのか、いまだによくわからずにいます。

でもそんなふうに双方が協応構造を少しずつ緩め合って初めて、つながるための余白が生まれるんですね。ですから「敗北の官能」＝「協応構造のほどけ」の感染が、ミメシスできない人同士がつながるとき、一つの契機になるのではないかと感じますね。

大澤 私は社会学を生業にしているの

で、「敗北の官能」が一つの触媒になって人やものが苦もなく動いていくということが、社会のトータルな構造や変化を考える際のヒントにならないかと考えているんです。

マックス・ウェーバーは、社会の變化の原点にはカリスマの出現があると考えています。歴史の中で偶発的にカリスマ的な個人が現れることがあって、そうした人物が作った理念や行動規範やモデルが人々に影響を与え、社会を動かしていくというイメージです。

でも、「敗北の官能」に対する僕のイメージは、こういう社会変動のイメージとはまったく逆。ミメシスされるような強い人、カリスマ的個人は必要がなくて、ある意味では無能な、弱い人が触媒になって、世界が変わることもあり得るというものです。

『THINKING「O」』の創刊号で、アフガニスタンで活動する「ペシャワール会」の医師、中村哲さんと対談しました。中村さんは、間違いなく立派な人なのですが、「神様のような」と形容するとちょっと違和感がある。むしろ、すごく人間味があるし、いい意味で普通の方なんです。でも、その人が触媒になってとてつもないことが起きている。

ここで「敗北の官能」という言葉が僕のなかでピンとくるわけです。1人の無力な男がやってきて、他者に対して何かを触発して世界が動いていくイメージです。そういうイメージを社会的な場面で見れば中村さんたちのアフガニスタンでの活動になるし、人間の身体というミクロでベーシックなレベルで見いだそうとすると、『リハビリの夜』になる。

熊谷 確かに『リハビリの夜』では、人間関係や社会など大きなスケールを意識しながらも、身体のことにと落とし込んで書ききれなかった部分もあるので、社会というスケールで言えることと、個々の身体レベルのことがどう通じ合うのか、とても興味があります。

隙間のない脳性まひ、
隙間が空きすぎたアスペルガー

熊谷 『〈自由〉の条件』では、政治哲学者アイザイア・バーリンの自由論についての記載もあり、私たちが自由を感じる条件として“複数の選択肢から

選べることだけではなく、そこから一つ選ぶ必然性が生じること”とありました。そこに結びついたのが、先ほども少し触れたアスペルガー症候群や自閉症者の「不自由」の感覚です。脳性まひ者とは逆に、彼らは、次々と選択肢が乱立し無視できずに立ち止まってしまうという、協応構造で言えば「過剰に隙間が空いている」身体です。ですから、『発達障害当事者研究』共著者でアスペルガー症候群の綾屋紗月さんに「敗北の官能」のことを話すと、「全然わかんない」と言われます(笑)。常に隙間が空いている人に隙間が空くことの官能を説いたところで、理解されないですよね。

社会が解放的になると脳性まひ者には暮らしやすいのですが、逆にアスペルガーの人にとっては選択肢が増えず、生きていくのがつらい。つまり大澤先生のおっしゃる「第三者の審級」（規範の担い手、与え手として現れる超越的な第三者。神や父が典型）の弱体化と並行して、ようやく息が吸えるようになった脳性まひ者と、障害が顕在化してしまったアスペルガー症候群の人々がいるんです。アスペルガー症候群が急増している背景には、そうした社会の変化もあるのではないかとみています。

大澤 アスペルガー症候群などのコミュニケーションの問題と、脳性まひのような運動障害の問題とは普通は別次元に考えるものですが、熊谷さん流に言えばどちらも協応構造の問題ということですね。二つの問題を一つの線で結ぶことができれば、現代社会全体を見ることができる視座が出てくる可能性があると思います。

熊谷 そう思います。今、綾屋さんと新たに本を作っていて、『発達障害当事者研究』と『リハビリの夜』とを止揚できるような内容にできればと考えています。

大澤 楽しみにしています。

『リハビリの夜』には、僕自身が独自に考えていた自由についての概念やアイデアとフィットすることがたくさん書かれていて、「わが意を得たり」という思いなんです。時間をかけて考える必要がある、とても重要な宿題がたくさん詰め込まれている本であり、今後も思考のモデルにさせていただくことになると思っています。本日はありがとうございました。（了）

シリーズ ケアをひらく

医学書院

新潮流ドキュメント賞受賞

大宅壮一ノンフィクション賞受賞

リハビリの夜
熊谷晋一郎
痛いのは困る。
気持ちいいのがいい。

●A5 頁264 2009年
定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01004-7]

逝かない身体
ALS的日常を生きる
川口有美子
究極の身体ケア

●A5 頁276 2009年
定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01003-0]

その後の不自由
「嵐」のあとを生きる人たち
上岡陽江 大嶋栄子
新刊

暴力などトラウマティックな事件があった“その後”も、専門家がやって来て去って行った“その後”も、当事者たちの生は続く。しかし彼らはなぜ「日常」そのものにつまずいてしまうのか。なぜ援助者を振り回してしまうのか。そんな「不思議な人たち」の生態を、薬物依存の当事者が身を削って書き記した当事者研究の最前線！

●A5 頁272 2010年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01187-7]

シリーズ一覧

技法以前 べてるの家のつくりかた
向谷地生良
●A5 頁252 2009年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00954-6]

コードの世界 手話の文化と声の文化
澁谷智子
●A5 頁248 2009年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00953-9]

ニーズ中心の福祉社会へ
当事者主権の次世代福祉戦略
編集 上野千鶴子・中西正司
●A5 頁296 2008年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00643-9]

発達障害当事者研究
ゆっくりでいいに近づきたい
綾屋紗月／熊谷晋一郎
●A5 頁228 2008年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00725-2]

こんなとき私はどうしてきたか 中井久夫
●A5 頁240 2007年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00457-2]

ケアってなんだろう 編著 小澤 勲
●A5 頁304 2006年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00266-0]

べてるの家の「当事者研究」
浦河べてるの家
●A5 頁310 2005年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33388-7]

ALS 不動の身体と息する機械
立岩真也
●A5 頁456 2004年 定価2,940円
(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-33377-1]

死と身体 コミュニケーションの磁場
内田 樹
●A5 頁248 2004年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33366-5]

見えないものと見えるもの
社交とアシストの障害学 石川 准
●A5 頁272 2002年 定価2,310円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33313-9]

物語としてのケア
ナラティブ・アプローチの世界へ 野口裕二
●A5 頁220 2002年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-33209-5]

べてるの家の「非」援助論
そのままでもいいと思えるための25章
浦河べてるの家
●A5 頁264 2002年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33210-1]

病んだ家族、散乱した室内
援助者にとっての不全感と困惑について
春日武彦
●A5 頁228 2001年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-33154-8]

感情と看護
人とのかわわりを職業とすることの意味
武井麻子
●A5 頁284 2001年 定価2,520円
(本体2,400円+税5%) [ISBN978-4-260-33117-3]

あなたの知らない「家族」
遺された者の口からこぼれ落ちる13の物語
柳原清子
●A5 頁204 2001年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33118-0]

気持ちのいい看護
宮子あずさ
●A5 頁220 2000年 定価2,205円
(本体2,100円+税5%) [ISBN978-4-260-33088-6]

ケア学 越境するケアへ
広井良典
●A5 頁276 2000年 定価2,415円
(本体2,300円+税5%) [ISBN978-4-260-33087-9]

6学会合同, 基礎・臨床で白熱の議論

第18回日本消化器関連学会週間開催

第18回日本消化器関連学会週間(JDDW2010)が10月13—16日、林紀夫運営委員会委員長(関西ろうさい病院)のもと、パシフィコ横浜(横浜市)において開催された。今回のJDDWは、これまでの日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本肝臓学会、日本消化器がん検診学会、日本消化吸收学会の5学会に新たに日本消化器外科学会が加わり、6学会で開催された。会場には約2万人の参加者が集まり、各学会の枠を越えた議論が展開された。

基礎研究の積み重ねが次代のがん治療を切り開く

会長講演「肝臓病研究の展望——基礎研究から臨床研究へ」では、ME的手法、分子生物学的手法などの研究方法の発展の歴史を振り返った上で、今後の肝臓病治療の鍵となる2つの要素、「アポトーシス」と「自然免疫」について林氏が解説した。「アポトーシス」の研究では、Bcl-xLとMcl-1がアポトーシス抑制作用を持つがん化促進因子となっていること、ABT-737とソラフェニブという2つの分子標的薬の併用によりこのがん化促進の流れを抑制できることがわかってきた。

一方、「自然免疫」に関する研究では、がん抗原を添加した樹状細胞によって獲得免疫、自然免疫の両方を活性化し、抗がん効果を得ようとする試みが行われている。阪大は、こうした機能を持つ樹状細胞として「OPA-DC」を開発。2007年に先進医療として承認、阪大病院にて大腸がん、胃がんの治療に使用されている。氏はこうした基礎研究が一つ一つの臨床応用へつながっていることを示し、今後、多くの若手医師ががん研究に意欲的に取り組むことに期待して、講演を終えた。

在宅中心静脈栄養法の問題点を探り、改善へ

ワークショップ「短腸症候群の治療：在宅中心静脈栄養法の課題と対策」(司会＝女子医大八千代医療センター・城谷典保氏、東北大・仁尾正記氏)では、在宅中心静脈栄養法における感染防止、カテーテル選択、代替的な治療方法の模索など、多角的な議論が展開された。

クローン病(Crohn's disease: CD)は、腸管切除の繰り返しにより短腸症候群(Short Bowel Syndrome: SBS)を発症するなど、在宅中心静脈栄養法(Home Parenteral Nutrition: HPN)を導入することが多い。酒匂美奈子氏(社会保険中央総合病院)は、CD患者へのHPN実施状況について報告した。氏の施設では長期留置用のヒックマンカテーテルを主に使用している。まず、カテーテル関連血流感染症(Catheter Related Blood Stream Infection: CRBSI)の発

生状況を述べ、予防策として約1年ごとの交換などを挙げた。また、見逃せない合併症としてカテーテル関連血栓症について言及。カテーテル先端を正しい位置に留置することなどを予防策として示した。最後に氏は、症例に応じたポート式カテーテルの使用、残存小腸が150 cm以上の場合におけるHPNから経腸栄養への切り替えの検討の必要性を提起した。

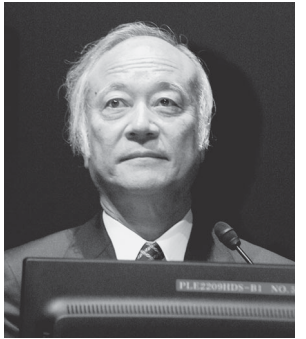
内野基氏(兵庫医大)も、CD治療中にSBSを発症し、HPN実施となった症例について考察した。まず、SBSの発症リスクとして、手術3回以上、残存小腸が250 cm以下、パウヒン弁・右側結腸の切除、ストーマの造設を挙げた。氏の施設では、中心静脈カテーテル(CVC)を使用。合併症として、カテーテル閉塞、血気胸・血栓などがみられるが、感染症の際の対応は容易になったという。さらに血流感染対策としてガイドワイヤーを用いてCVC交換を行うことの有効性を示した。

鎌田紀子氏(阪市大)は、氏の施設でHPNを行った10例について報告した。特に、慢性特発性偽性腸閉塞症の治療例について言及。この症例では高

カロリー輸液下において、本来消化管の中にとどまるべき腸内細菌が腸管粘膜上皮のバリアを超えて血流やリンパ流を介して体内に移行し感染を引き起こすBacterial Translocationが発生しており、敗血症が懸念された。これに対し氏は、経胃瘻小腸留置型チューブの留置および小腸瘻増設により腸管洗浄を行うことで、敗血症の長期間予防に成功したと報告した。

羽根田祥氏(東北大)は、カテーテル感染の予防法としてAntibiotic Lock Technique(ALT)を紹介。ALTでは、血液培養でグラム陽性球菌が同定された症例に対し、バンコマイシン25 mg/mLを1日2回、3 mLずつ10—14日間ポートより注入する。この間、ポートは注入期間終了まで使用しない。氏によると、ALTを実施した9例中8例でカテーテル感染を30日以上回避できたほか、約5割の症例で1年以上のポート維持が可能であったという。米国感染症学会が真菌感染を除くカテーテル感染の治療法として推奨していることも添えて、ALTの有用性を訴えた。

HPNの長期施行時には高カロリー輸液用微量元素製剤の投与が不可欠である。しかし、各元素の必要量は疾患の種類や活動性により変動し、適切な投与量は確立していない。また、特にCDなどの炎症性腸疾患の悪化に伴う下痢がみられたり、小腸瘻を造設している患者では、消化管からの漏出の増加も予想され、投与量の判断は一層難



●林紀夫委員長

しい。加藤彩氏(北里大東病院)は、CDなどの患者4症例に対して高カロリー輸液用微量元素製剤ミネラリン®を毎日2 mLずつ6か月間投与し、標準的な投与量を検討した。その結果、各微量元素の血中濃度をおおむね基準値内に維持することができ、今回の投与量の妥当性を示唆した。ただし、病態特有の吸収障害や排泄量の増加のほか、症状悪化によっても微量元素の必要量は変化するため、血中濃度の定期的な測定が必要であると付け加えた。

東大病院では、小腸移植も視野に、自己の消化管を最大限に活用し静脈栄養からの離脱・依存軽減、および肝機能障害を極力起こさない静脈栄養管理をめざしている。同院の和田基氏は、小児科における腸管不全治療の取り組みを紹介。移植では、2003年11月から計7例を実施してきた一方、今年7月の改正臓器移植法施行後も小児脳死ドナーからの臓器提供がないなど、厳しい現状も述べた。移植以外の治療における要点としては、腸管不全関連肝障害(IFALD)の効果的な治療薬としてω3系脂肪静注製剤omegaven®に言及。胆汁流出の改善・免疫賦活化・脂肪化の改善などの作用によりIFALDを予防・治療することが期待できるとして、本剤の国内での早期承認を求めた。

金原一郎記念医学医療振興財団

第48回認定証(第25回基礎医学医療研究助成金)贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長＝理化学研究所総合研究センター特別顧問・伊藤正男氏)は、このほど「第25回基礎医学医療研究助成金」の交付対象者として37名(助成総額1620万円)を選出。10月13日に、東京都文京区の医学書院にて第48回認定証贈呈式を開催した。

開会に際して挨拶に立った金原優同財団常任理事(医学書院代表取締役社長)は、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された本財団の概要を紹介。応募件数235件の中から選出された対象者の研究を讃えながら、「さらに良い研究を続けて、基礎医学研究の分野で活躍してほしい」と激励した。

認定証贈呈の後、同財団理事で選考委員長の野々村禎昭氏(東大名誉教授・微生物化学研究会理事長)が祝辞を述べた。氏は、2年ぶりに日本人が

ノーベル賞を受賞したことなどに触れながら、「基礎的な学問が進歩しなければ、医療の進歩はない。今後も研究に励んで、さらなる学問の進展のために役立っていただきたい」と述べた。

続いて、受賞者を代表して武藤倫弘氏(国立がん研究センター研究所・助成対象「メタボリック症候群における大腸発がん促進機序の解明」)が挨拶に立った。近年、大腸がんなどメタボリック症候群に関連したがんが増えている。そこで氏は、メタボリック症候群と大腸がん発症の関連性をテーマに研究。肥大化した脂肪細胞から分泌されるアディポネクチン、PAI-1などのアディポサイトカインと呼ばれる物質の産生バランスの破綻が発が



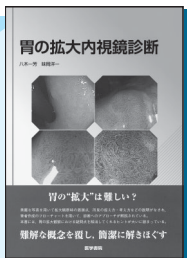
んに大きく関与していると推測した。今後、各物質の阻害剤やノックアウトマウスを用いた実験により、詳細なメカニズムを解明していく方針だ。氏は、「本研究で得られる成果は、大腸がん化学予防法の確立に貢献すると考えている。この受賞を励みとして、今後もさらに研究を進め、医学研究の進歩と国民の健康に貢献したい」と語った。

難解と言われる胃の拡大内視鏡診断を簡潔に解きほぐす

胃の拡大内視鏡診断

胃の拡大内視鏡診断は「難解」とのイメージが拭い去れない。本書では、癌だけでなく、胃炎の拡大像も提示し、捉えられるさまざまな所見を解説。所見から診断へのアプローチの解説には、著者作成による胃鏡診断フローチャートを用い、「簡潔に」解説した。また、実際の症例に当てはめ、拡大像と組織像との対比による検証もなされ、読者の診断能向上だけでなく、難解さも解きほぐされるに違いない。

八木一芳
新潟県立吉田病院内科
味岡洋一
新潟大学分子・診断病理学・教授



新刊

わかりやすさで世界が選んだ 速攻理解の“名講義”

ペコリーノ がんの分子生物学

-メカニズム・分子標的・治療

Molecular Biology of Cancer: Mechanisms, Targets, and Therapeutics, 2nd Edition

監訳 日合弘

木南凌

定価4,725円(本体4,500円+税5%)
B5変 頁324 図・写真128 2010年9月
ISBN978-4-89592-654-6

ヘコリーノ がんの分子生物学

メカニズム・分子標的・治療

MOLECULAR BIOLOGY OF CANCER

がんの分子生物学

2nd Edition

監訳 日合弘

木南凌

定価4,725円(本体4,500円+税5%)
B5変 頁324 図・写真128 2010年9月
ISBN978-4-89592-654-6

▶ Oxford University Press発売のベストセラーの翻訳。がんの発生から進展にいたる諸過程のメカニズムを遺伝子、分子のレベルで簡明に解き明かす。治療法の開発において今や分子レベルの知識は不可欠であり、本書ではそうした点を踏まえ、基礎理論と臨床、創薬とを結びつけて理解することを企図している。最新の情報を過不足なく取り入れ、しかもコンパクト。院生、研究者や研修医、臨床家の入門書、がんプロフェッショナル育成プログラムの教科書としても最適な一冊。

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

続・アメリカ医療の光と影

第186回

アウトブレイク②

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

前回のあらすじ：2010年、カリフォルニア州で百日咳が大流行。新生児に死者が続出する事態に、成人への予防接種が呼びかけられるようになった。

百日咳流行の人種差と地域差

ではなぜ、米国の中でも、カリフォルニア州に限定して百日咳が大流行したのだろうか？ この理由を考えるために、まず、2010年の流行について、そのパターンを見てみよう（註1）。

最初に目につくのは「人種差」である。例えば、死亡例9例のうち8例をヒスパニックが占めていた。前回、感染例・死亡例は新生児に集中していると言いたが、6か月未満の新生児でみたとき、人口10万人当たりの患者数でみた感染率はヒスパニックの323人に対し白人は137人（カリフォルニア州全体では260人）と、ヒスパニックで突出している。しかし、予防接種率については人種差がほとんどないことが知られており、新生児感染の人種差が予防接種率の差でもたらされたとは説明しにくい。ヒスパニックは大家族で同居する割合が高いため、成人から新生児に感染する機会が多いのではないかと推測されている。

次に目につくパターンは、「地域差」である。州全体の「人口10万人当たりの患者数でみた感染率」が13.4人であるのに対し、郡別にみた感染率は最低0人から最高136人と、地域により大きな差が出ているのである。地域差一般が何によってもたらされているのかについてはまだ定説はないが、マリン郡で感染率が122人（州第2位）と突出して高くなっている理由については、「予防接種率の低さ」との関連が指摘されている。

予防接種免除がもたらす「集団としての免疫」の低下

マリン郡は、サンフランシスコから金門橋を渡った場所に位置し、住民の収入・教育程度が高いことで知られている。カリフォルニア州でも就学児の予防接種を法律で義務付けているのは

他の州と変わらないが、同州の場合、「個人的信条」を理由に予防接種を免除することに、非常に「寛大」であることで知られている。親が簡単な書類にサインするだけで、子どもの予防接種を拒否することができる仕組みとなっているのである。

予防接種を拒否する親は、なぜか収入・教育程度が高い階層に多いと言われているが、マリン郡も例外ではなく、州平均の予防接種免除率が約2%であるのに対し、同郡の免除率は7%に達している。しかも、予防接種免除率は学区によっても大きく異なり、約半数の児童が予防接種免除を認められている学区さえ存在する。予防接種率が著しく

低い学区が、感染の「ホット・スポット」となる事態は容易に想像され、今回の大流行にも大きく寄与しているのではないかと推察されているのである。

予防接種免除と百日咳感染の関連を示した報告は多いが、例えば、フェイキンらは、コロラド州における調査で、学童・生徒を予防接種を免除された群と受けた群とで比較したとき、百日咳感染率は5.9倍違ったと報告している（ちなみに、麻疹では22.2倍）。また、予防接種免除率が高い学校ほど学区の百日咳流行が起りやすい傾向が認められ、免除率が1%増すごとに流行発生が起こる危険が12%増すと推測された。さらに、地域別にみたとき、予防接種を受けた学童・児童の百日咳感染率は免除者が多い地域で増える傾向が認められ、予防接種免除が「集団としての免疫（herd immunity）」に大きな影響を与えていることが示唆されたのだった（註2）。

一方、オメルらは、全米の州を予防接種免除が認められる難易度で比較し、免除を得ることが容易な州で百日咳感染率が高い傾向を示している（註

3）。それだけでなく、予防接種免除が容易に得られる州では免除率が年々増加する傾向が認められ、百日咳大流行のリスクが年々増大しつつあることが示唆されたのである。

子どもに予防接種を受けさせたくないと思っているのは、高収入・高学歴の親に多いと書いたが、彼らはなぜ、「予防接種を受けさせないことが子どものためになる」と考えているのだろうか？ 次回以降、親たちが予防接種を忌避する背景について考える。

（この項つづく）

註1：今回挙げた数字は、カリフォルニア州公衆衛生局が2010年10月5日に集計したデータに拠った。

註2：Feikin DR, et al. Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization. JAMA. 2000；284(24)：3145-50.

註3：Omer SB, et al. Nonmedical exemptions to school immunization requirements：secular trends and association of state policies with pertussis incidence. JAMA. 2006；296(14)：1757-63.

最新の神経科学研究成果を臨床現場へ
第33回神経研シンポジウムの話題から

シンポジウム「神経科学研究の新たな展開」が10月29日、新宿明治安田生命ホール（東京都新宿区）にて開催された。本シンポジウムは東京都神経科学総合研究所が、都民や研究者、医療従事者を対象に年1回開催しているもの。来年4月に東京都臨床医学総合研究所、東京都精神医学総合研究所との統合が予定されている同研究所としては、最後のシンポジウムとなった。

シンポジウムでは、同研究所において行われているプロジェクト研究9題（学習記憶、神経可塑性、神経回路形成、神経細胞分化、パーキンソン病、運動失調、ALS、網膜・視神経、こどもの脳）と、特別研究課題「がん・認知症対策」について、最新の研究の動向が語られた。本紙では、そのなかから2題を紹介する。

リハビリ効果の評価法を提示

「運動失調プロジェクト」からは寛慎治氏が登壇し、運動失調の病態解明と「神経疾患治療ナビゲーター」の開発について紹介した。氏はまず、従来の神経疾患の診断は、局在的で定性的な観察にとどまっており、筋運動を司る脳機能自体の評価が不足してきたと指摘。これを踏まえ、氏は筋活動を分析して脳の運動指令を抽出することで患者の病態を簡便かつ非侵襲的に評価する「定量的運動指令解析システム」の開発を行った。その結果、筋活動のための指令を出す予測制御器とフィードバック制御器の状態を個別・定量的に分析できるようになったという。

予測制御器は、経験に基づいて予測的な運動指令を生成し、一方のフィードバック制御器は、予測制御器の指令による筋活動の誤差を修正する働きを担っている。氏は、脊髄小脳変性症の患者の場合、予測制御器からの運動指令がうまく機能しないためにフィードバック制御器による大幅な誤差の修正が必要となり、滑らかな筋活動が阻害されていると解説した。

氏は現在、この定量的分析指令解析システムを脳卒中患者のリハビリテーションに応用すべく、病態の可視化・定量化に関する研究を行っている。多数の患者を経時的に追跡してデータベース化することで、機能回復の予測や病態に最適なリハビリテーションメニューの提案が可能になり得るとの展望を氏は述べ、この「神経疾患治療ナビゲーター」システムについて今後も研究を進めていくとした。

さらに氏は、リハビリテーションの効果を定量的かつ精密に分析できるようになったことで、脳機能システムの総合的な評価が可能になりつつあると強調。現在世界中で進んでいる神経難病の治療法開発の必須のツールとして発展させていきたいと語った。

発達障害のメカニズム解明へ

近年の分子生物学的研究の進展により、AD/HDや自閉症などの発達障害に対する神経伝達物質代謝やシナプス形成の異常の関与が明らかになってきた。さらに、睡眠・覚醒リズムの乱れなどが行動的あるいは情緒的な問題を引き起こす危険性も指摘されている。この



●シンポジウムの模様

ようななか、薬物治療などの対症療法は行われているものの、根本的な治療法は見いだされていないのが現状だ。

「こどもの脳プロジェクト」の林雅晴氏は上記の事情を踏まえ、氏が現在取り組んでいる「脳内物質表出と病態変化の解析を通じた新たな治療法、予防法、療育システムの構築」について報告した。氏はまず、難治てんかん患者の剖検脳を用いた脚橋被蓋核の解析に着手。この研究結果から、知能障害に脚橋被蓋核のアセチルコリン・ニューロンの関与が示唆されたという。

続いて、知的障害の原因となる脳炎・脳症と酸化ストレスの関連性についての研究を実施。氏は、脳炎を引き起こすヒトヘルペスウイルス6型でDNAや脂質に対する酸化ストレスの関与がみられたほか、自閉症に似た知能障害を呈するRett症候群でも酸化ストレスマーカーの異常を確認したと述べた。

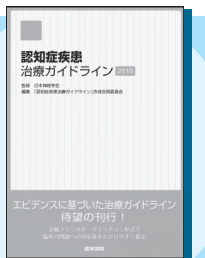
さらに氏は、霊長類を用いた脳内物質表出の電子脳アトラス化と、明暗環境の乱れと発達異常の関連性を解明する研究について概説。発達障害につながるメカニズムを明らかにし、臨床現場に貢献していきたいとの決意を示した。

超高齢化社会に向けて、強く求められる認知症治療の指針

認知症疾患治療ガイドライン2010

超高齢化社会に突入し、今後さらなる患者数の増加が予想される認知症。本書では、その定義や疫学、治療などの総論的な内容から、Alzheimer病やLewy小体型認知症など個別の原因疾患ごとの具体的な特徴や診断基準、薬物療法・非薬物療法といった各論的な内容までを、全編クリニカル・クエスト形式で解説する。疾患に関するさらなる理解を手助けするとともに、臨床現場で直面する問題の解決方法も提示する1冊。

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会



B5 頁400 2010年 定価6,090円（本体5,800円＋税5%） [ISBN978-4-260-01094-8]

医学書院

続・アメリカ医療の光と影

第186回

アウトブレイク②

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

前回のあらすじ：2010年、カリフォルニア州で百日咳が大流行。新生児に死者が続出する事態に、成人への予防接種が呼びかけられるようになった。

百日咳流行の人種差と地域差

ではなぜ、米国の中でも、カリフォルニア州に限定して百日咳が大流行したのだろうか？ この理由を考えるために、まず、2010年の流行について、そのパターンを見てみよう（註1）。

最初に目につくのは「人種差」である。例えば、死亡例9例のうち8例をヒスパニックが占めていた。前回、感染例・死亡例は新生児に集中していると言いたが、6か月未満の新生児でみたとき、人口10万人当たりの患者数でみた感染率はヒスパニックの323人に対し白人は137人（カリフォルニア州全体では260人）と、ヒスパニックで突出している。しかし、予防接種率については人種差がほとんどないことが知られており、新生児感染の人種差が予防接種率の差でもたらされたとは説明しにくい。ヒスパニックは大家族で同居する割合が高いため、成人から新生児に感染する機会が多いのではないかと推測されている。

次に目につくパターンは、「地域差」である。州全体の「人口10万人当たりの患者数でみた感染率」が13.4人であるのに対し、郡別にみた感染率は最低0人から最高136人と、地域により大きな差が出ているのである。地域差一般が何によってもたらされているのかについてはまだ定説はないが、マリン郡で感染率が122人（州第2位）と突出して高くなっている理由については、「予防接種率の低さ」との関連が指摘されている。

予防接種免除がもたらす「集団としての免疫」の低下

マリン郡は、サンフランシスコから金門橋を渡った場所に位置し、住民の収入・教育程度が高いことで知られている。カリフォルニア州でも就学児の予防接種を法律で義務付けているのは

他の州と変わらないが、同州の場合、「個人的信条」を理由に予防接種を免除することに、非常に「寛大」であることで知られている。親が簡単な書類にサインするだけで、子どもの予防接種を拒否することができる仕組みとなっているのである。

予防接種を拒否する親は、なぜか収入・教育程度が高い階層に多いと言われているが、マリン郡も例外ではなく、州平均の予防接種免除率が約2%であるのに対し、同郡の免除率は7%に達している。しかも、予防接種免除率は学区によっても大きく異なり、約半数の児童が予防接種免除を認められている学区さえ存在する。予防接種率が著しく

低い学区が、感染の「ホット・スポット」となる事態は容易に想像され、今回の大流行にも大きく寄与しているのではないかと推察されているのである。

予防接種免除と百日咳感染の関連を示した報告は多いが、例えば、フェイキンらは、コロラド州における調査で、学童・生徒を予防接種を免除された群と受けた群とで比較したとき、百日咳感染率は5.9倍違ったと報告している（ちなみに、麻疹では22.2倍）。また、予防接種免除率が高い学校ほど学区の百日咳流行が起りやすい傾向が認められ、免除率が1%増すごとに流行発生が起こる危険が12%増すと推測された。さらに、地域別にみたとき、予防接種を受けた学童・児童の百日咳感染率は免除者が多い地域で増える傾向が認められ、予防接種免除が「集団としての免疫（herd immunity）」に大きな影響を与えていることが示唆されたのだった（註2）。

一方、オメルらは、全米の州を予防接種免除が認められる難易度で比較し、免除を得ることが容易な州で百日咳感染率が高い傾向を示している（註

3）。それだけでなく、予防接種免除が容易に得られる州では免除率が年々増加する傾向が認められ、百日咳大流行のリスクが年々増大しつつあることが示唆されたのである。

子どもに予防接種を受けさせたくないと思っているのは、高収入・高学歴の親に多いと書いたが、彼らはなぜ、「予防接種を受けさせないことが子どものためになる」と考えているのだろうか？ 次回以降、親たちが予防接種を忌避する背景について考える。

（この項つづく）

註1：今回挙げた数字は、カリフォルニア州公衆衛生局が2010年10月5日に集計したデータに拠った。

註2：Feikin DR, et al. Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization. JAMA. 2000；284(24)：3145-50.

註3：Omer SB, et al. Nonmedical exemptions to school immunization requirements：secular trends and association of state policies with pertussis incidence. JAMA. 2006；296(14)：1757-63.

最新の神経科学研究成果を臨床現場へ
第33回神経研シンポジウムの話題から

シンポジウム「神経科学研究の新たな展開」が10月29日、新宿明治安田生命ホール（東京都新宿区）にて開催された。本シンポジウムは東京都神経科学総合研究所が、都民や研究者、医療従事者を対象に年1回開催しているもの。来年4月に東京都臨床医学総合研究所、東京都精神医学総合研究所との統合が予定されている同研究所としては、最後のシンポジウムとなった。

シンポジウムでは、同研究所において行われているプロジェクト研究9題（学習記憶、神経可塑性、神経回路形成、神経細胞分化、パーキンソン病、運動失調、ALS、網膜・視神経、こどもの脳）と、特別研究課題「がん・認知症対策」について、最新の研究の動向が語られた。本紙では、そのなかから2題を紹介する。

リハビリ効果の評価法を提示

「運動失調プロジェクト」からは寛慎治氏が登壇し、運動失調の病態解明と「神経疾患治療ナビゲーター」の開発について紹介した。氏はまず、従来の神経疾患の診断は、局在的で定性的な観察にとどまっており、筋運動を司る脳機能自体の評価が不足してきたと指摘。これを踏まえ、氏は筋活動を分析して脳の運動指令を抽出することで患者の病態を簡便かつ非侵襲的に評価する「定量的運動指令解析システム」の開発を行った。その結果、筋活動のための指令を出す予測制御器とフィードバック制御器の状態を個別・定量的に分析できるようになったという。

予測制御器は、経験に基づいて予測的な運動指令を生成し、一方のフィードバック制御器は、予測制御器の指令による筋活動の誤差を修正する働きを担っている。氏は、脊髄小脳変性症の患者の場合、予測制御器からの運動指令がうまく機能しないためにフィードバック制御器による大幅な誤差の修正が必要となり、滑らかな筋活動が阻害されていると解説した。

氏は現在、この定量的分析指令解析システムを脳卒中患者のリハビリテーションに応用すべく、病態の可視化・定量化に関する研究を行っている。多数の患者を経時的に追跡してデータベース化することで、機能回復の予測や病態に最適なリハビリテーションメニューの提案が可能になり得るとの展望を氏は述べ、この「神経疾患治療ナビゲーター」システムについて今後も研究を進めていくとした。

さらに氏は、リハビリテーションの効果を定量的かつ精密に分析できるようになったことで、脳機能システムの総合的な評価が可能になりつつあると強調。現在世界中で進んでいる神経難病の治療法開発の必須のツールとして発展させていきたいと語った。

発達障害のメカニズム解明へ

近年の分子生物学的研究の進展により、AD/HDや自閉症などの発達障害に対する神経伝達物質代謝やシナプス形成の異常の関与が明らかになってきた。さらに、睡眠・覚醒リズムの乱れなどが行動的あるいは情緒的な問題を引き起こす危険性も指摘されている。この



●シンポジウムの模様

ようななか、薬物治療などの対症療法は行われているものの、根本的な治療法は見いだされていないのが現状だ。

「こどもの脳プロジェクト」の林雅晴氏は上記の事情を踏まえ、氏が現在取り組んでいる「脳内物質表出と病態変化の解析を通じた新たな治療法、予防法、療育システムの構築」について報告した。氏はまず、難治てんかん患者の剖検脳を用いた脚橋被蓋核の解析に着手。この研究結果から、知能障害に脚橋被蓋核のアセチルコリン・ニューロンの関与が示唆されたという。

続いて、知的障害の原因となる脳炎・脳症と酸化ストレスの関連性についての研究を実施。氏は、脳炎を引き起こすヒトヘルペスウイルス6型でDNAや脂質に対する酸化ストレスの関与がみられたほか、自閉症に似た知能障害を呈するRett症候群でも酸化ストレスマーカーの異常を確認したと述べた。

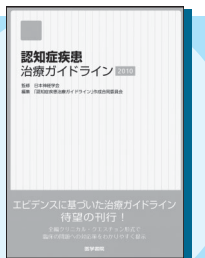
さらに氏は、霊長類を用いた脳内物質表出の電子脳アトラス化と、明暗環境の乱れと発達異常の関連性を解明する研究について概説。発達障害につながるメカニズムを明らかにし、臨床現場に貢献していきたいとの決意を示した。

超高齢化社会に向けて、強く求められる認知症治療の指針

認知症疾患治療ガイドライン2010

超高齢化社会に突入し、今後さらなる患者数の増加が予想される認知症。本書では、その定義や疫学、治療などの総論的な内容から、Alzheimer病やLewy小体型認知症など個別の原因疾患ごとの具体的な特徴や診断基準、薬物療法・非薬物療法といった各論的な内容までを、全編クリニカル・クエスト形式で解説する。疾患に関するさらなる理解を手助けするとともに、臨床現場で直面する問題の解決方法も提示する1冊。

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会



B5 頁400 2010年 定価6,090円（本体5,800円＋税5%） [ISBN978-4-260-01094-8]

医学書院

続・アメリカ医療の光と影

第186回

アウトブレイク②

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

前回のあらすじ：2010年、カリフォルニア州で百日咳が大流行。新生児に死者が続出する事態に、成人への予防接種が呼びかけられるようになった。

百日咳流行の人種差と地域差

ではなぜ、米国の中でも、カリフォルニア州に限定して百日咳が大流行したのだろうか？ この理由を考えるために、まず、2010年の流行について、そのパターンを見てみよう（註1）。

最初に目につくのは「人種差」である。例えば、死亡例9例のうち8例をヒスパニックが占めていた。前回、感染例・死亡例は新生児に集中していると言いたが、6か月未満の新生児でみたとき、人口10万人当たりの患者数でみた感染率はヒスパニックの323人に対し白人は137人（カリフォルニア州全体では260人）と、ヒスパニックで突出している。しかし、予防接種率については人種差がほとんどないことが知られており、新生児感染の人種差が予防接種率の差でもたらされたとは説明しにくい。ヒスパニックは大家族で同居する割合が高いため、成人から新生児に感染する機会が多いのではないかと推測されている。

次に目につくパターンは、「地域差」である。州全体の「人口10万人当たりの患者数でみた感染率」が13.4人であるのに対し、郡別にみた感染率は最低0人から最高136人と、地域により大きな差が出ているのである。地域差一般が何によってもたらされているのかについてはまだ定説はないが、マリン郡で感染率が122人（州第2位）と突出して高くなっている理由については、「予防接種率の低さ」との関連が指摘されている。

予防接種免除がもたらす「集団としての免疫」の低下

マリン郡は、サンフランシスコから金門橋を渡った場所に位置し、住民の収入・教育程度が高いことで知られている。カリフォルニア州でも就学児の予防接種を法律で義務付けているのは

他の州と変わらないが、同州の場合、「個人的信条」を理由に予防接種を免除することに、非常に「寛大」であることで知られている。親が簡単な書類にサインするだけで、子どもの予防接種を拒否することができる仕組みとなっているのである。

予防接種を拒否する親は、なぜか収入・教育程度が高い階層に多いと言われているが、マリン郡も例外ではなく、州平均の予防接種免除率が約2%であるのに対し、同郡の免除率は7%に達している。しかも、予防接種免除率は学区によっても大きく異なり、約半数の児童が予防接種免除を認められている学区さえ存在する。予防接種率が著しく

低い学区が、感染の「ホット・スポット」となる事態は容易に想像され、今回の大流行にも大きく寄与しているのではないかと推察されているのである。

予防接種免除と百日咳感染の関連を示した報告は多いが、例えば、フェイキンらは、コロラド州における調査で、学童・生徒を予防接種を免除された群と受けた群とで比較したとき、百日咳感染率は5.9倍違ったと報告している（ちなみに、麻疹では22.2倍）。また、予防接種免除率が高い学校ほど学区の百日咳流行が起りやすい傾向が認められ、免除率が1%増すごとに流行発生が起こる危険が12%増すと推測された。さらに、地域別にみたとき、予防接種を受けた学童・児童の百日咳感染率は免除者が多い地域で増える傾向が認められ、予防接種免除が「集団としての免疫（herd immunity）」に大きな影響を与えていることが示唆されたのだった（註2）。

一方、オメルらは、全米の州を予防接種免除が認められる難易度で比較し、免除を得ることが容易な州で百日咳感染率が高い傾向を示している（註

3）。それだけでなく、予防接種免除が容易に得られる州では免除率が年々増加する傾向が認められ、百日咳大流行のリスクが年々増大しつつあることが示唆されたのである。

子どもに予防接種を受けさせたくないと思っているのは、高収入・高学歴の親に多いと書いたが、彼らはなぜ、「予防接種を受けさせないことが子どものためになる」と考えているのだろうか？ 次回以降、親たちが予防接種を忌避する背景について考える。

（この項つづく）

註1：今回挙げた数字は、カリフォルニア州公衆衛生局が2010年10月5日に集計したデータに拠った。

註2：Feikin DR, et al. Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization. JAMA. 2000；284(24)：3145-50.

註3：Omer SB, et al. Nonmedical exemptions to school immunization requirements：secular trends and association of state policies with pertussis incidence. JAMA. 2006；296(14)：1757-63.

最新の神経科学研究成果を臨床現場へ
第33回神経研シンポジウムの話題から

シンポジウム「神経科学研究の新たな展開」が10月29日、新宿明治安田生命ホール（東京都新宿区）にて開催された。本シンポジウムは東京都神経科学総合研究所が、都民や研究者、医療従事者を対象に年1回開催しているもの。来年4月に東京都臨床医学総合研究所、東京都精神医学総合研究所との統合が予定されている同研究所としては、最後のシンポジウムとなった。

シンポジウムでは、同研究所において行われているプロジェクト研究9題（学習記憶、神経可塑性、神経回路形成、神経細胞分化、パーキンソン病、運動失調、ALS、網膜・視神経、こどもの脳）と、特別研究課題「がん・認知症対策」について、最新の研究の動向が語られた。本紙では、そのなかから2題を紹介する。

リハビリ効果の評価法を提示

「運動失調プロジェクト」からは寛慎治氏が登壇し、運動失調の病態解明と「神経疾患治療ナビゲーター」の開発について紹介した。氏はまず、従来の神経疾患の診断は、局在的で定性的な観察にとどまっており、筋運動を司る脳機能自体の評価が不足してきたと指摘。これを踏まえ、氏は筋活動を分析して脳の運動指令を抽出することで患者の病態を簡便かつ非侵襲的に評価する「定量的運動指令解析システム」の開発を行った。その結果、筋活動のための指令を出す予測制御器とフィードバック制御器の状態を個別・定量的に分析できるようになったという。

予測制御器は、経験に基づいて予測的な運動指令を生成し、一方のフィードバック制御器は、予測制御器の指令による筋活動の誤差を修正する働きを担っている。氏は、脊髄小脳変性症の患者の場合、予測制御器からの運動指令がうまく機能しないためにフィードバック制御器による大幅な誤差の修正が必要となり、滑らかな筋活動が阻害されていると解説した。

氏は現在、この定量的分析指令解析システムを脳卒中患者のリハビリテーションに応用すべく、病態の可視化・定量化に関する研究を行っている。多数の患者を経時的に追跡してデータベース化することで、機能回復の予測や病態に最適なリハビリテーションメニューの提案が可能になり得るとの展望を氏は述べ、この「神経疾患治療ナビゲーター」システムについて今後も研究を進めていくとした。

さらに氏は、リハビリテーションの効果を定量的かつ精密に分析できるようになったことで、脳機能システムの総合的な評価が可能になりつつあると強調。現在世界中で進んでいる神経難病の治療法開発の必須のツールとして発展させていきたいと語った。

発達障害のメカニズム解明へ

近年の分子生物学的研究の進展により、AD/HDや自閉症などの発達障害に対する神経伝達物質代謝やシナプス形成の異常の関与が明らかになってきた。さらに、睡眠・覚醒リズムの乱れなどが行動的あるいは情緒的な問題を引き起こす危険性も指摘されている。この



●シンポジウムの模様

ようななか、薬物治療などの対症療法は行われているものの、根本的な治療法は見いだされていないのが現状だ。

「こどもの脳プロジェクト」の林雅晴氏は上記の事情を踏まえ、氏が現在取り組んでいる「脳内物質表出と病態変化の解析を通じた新たな治療法、予防法、療育システムの構築」について報告した。氏はまず、難治てんかん患者の剖検脳を用いた脚橋被蓋核の解析に着手。この研究結果から、知能障害に脚橋被蓋核のアセチルコリン・ニューロンの関与が示唆されたという。

続いて、知的障害の原因となる脳炎・脳症と酸化ストレスの関連性についての研究を実施。氏は、脳炎を引き起こすヒトヘルペスウイルス6型でDNAや脂質に対する酸化ストレスの関与がみられたほか、自閉症に似た知能障害を呈するRett症候群でも酸化ストレスマーカーの異常を確認したと述べた。

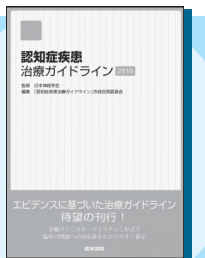
さらに氏は、霊長類を用いた脳内物質表出の電子脳アトラス化と、明暗環境の乱れと発達異常の関連性を解明する研究について概説。発達障害につながるメカニズムを明らかにし、臨床現場に貢献していきたいとの決意を示した。

超高齢化社会に向けて、強く求められる認知症治療の指針

認知症疾患治療ガイドライン2010

超高齢化社会に突入し、今後さらなる患者数の増加が予想される認知症。本書では、その定義や疫学、治療などの総論的な内容から、Alzheimer病やLewy小体型認知症など個別の原因疾患ごとの具体的な特徴や診断基準、薬物療法・非薬物療法といった各論的な内容までを、全編クリニカル・クエスト形式で解説する。疾患に関するさらなる理解を手助けするとともに、臨床現場で直面する問題の解決方法も提示する1冊。

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会



B5 頁400 2010年 定価6,090円（本体5,800円＋税5%） [ISBN978-4-260-01094-8]

医学書院

MEDICAL
LIBRARY

書評・新刊案内

婦人科病理診断トレーニング What is your diagnosis?

清水 道生 ● 編

B5・頁364
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00734-4

【評者】 向井 萬起男
慶大准教授・病理学

最近、日本の医師不足が声高に言われている。臨床各科の中で特に不足している科の名が挙げられてもいる。でも、病理医の不足については声高に言われていないようだ。病理医も不足しているのに。……数の少ない日本の病理医が医療の現場でどれだけハードに働き、医療レベルの向上にどれだけ寄与しているかわかっている人が少ないのだろう。それでも、日本の病理医は頑張り続けるしかない。そして、自分が専門とする臓器・分野だけに専念しないで(そんな余裕なんてあるわけがない!)、どの臓器・分野の病理診断でもできるオールラウンド・プレイヤーをめざしていくしかない。

ここで、問題が一つある。病理診断が易しい臓器・分野なんて一つもないということだ。一見すると易しそうに見える臓器・分野でも、実は奥が深くて、正確で臨床に役立つ病理診断を下すのはけっこう難しい。病理医は、経験を積みば積むほど、その難しさと怖さがわかってくるものだ。

そこで、婦人科領域の病理診断。これは、一見しただけでも難しい。もし、婦人科の病理診断なんて易しいなどと言う人と出くわしたら(そんな人はいないと信じたいけど)、相手になんかないことです。

で、日本の病理医は婦人科領域の病理診断についてコツコツと勉強していかなくてはならない。婦人科領域のいろいろな疾患についての臨床病理学的知識を身に付け、組織標本も実際に顕

微鏡でのぞいてみるということをやろうとやってみていくしかない。そして、こうしたことをやってみていく上で羅針盤となるような優れた本があれば言うことなしとなる。

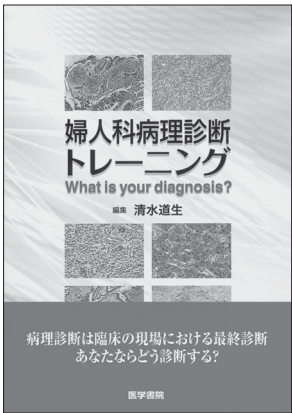
『婦人科病理診断トレーニング——What is your diagnosis?』は、そうした羅針盤となり得る本であることは間違いないだろう。

まず、構成が実にイイ。80の疾患を選び、そのおのおのについて疾患概念、臨床像、組織像、鑑別診断をコンパクトにまとめてくれているのだが、どの疾患についても簡単な臨床経過と組織像から成るクイズ形式の問いか

ら始まるので、つい興味を惹かれてしまうようになっている。さらに、この80疾患の選び方が的を射ている。婦人科領域の数多い疾患の中から羅針盤として選んだ最高の80疾患と言えるかもしれない。一つひとつの疾患から他の疾患に考えを広げていくことができるからだ。こうした点は、鑑別診断の項目に多くの疾患が挙げられていることでよくわかる。また、関連用語とか関連事項という興味深い項目を設けた疾患が多いことでもよくわかる。

経験豊富な病理医であれば、この本のもう一つの特徴にすぐに気付くだろう。組織像を示す写真の質の高さだ。肝心なことがよくわからない組織写真が載っている本がけっこうあるが、この本に載っている写真は倍率の適切さ、像の明瞭さという点で抜群と言える。プロがやった仕事、プロにしかできない仕事というのが伝わってくる。

知識や経験を積むときの 羅針盤となる書



摂食障害の認知行動療法

切池 信夫 ● 監訳
Christopher G. Fairburn ● 原著

A5・頁392
定価5,775円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01056-6

【評者】 大野 裕
慶大保健管理センター教授・臨床精神医学

「いたれりつくせり」というのが、『摂食障害の認知行動療法』を読んだときの私の率直な感想だ。摂食障害の認知行動療法の第一人者である Christopher G. Fairburn 博士が、実に丁寧に、そして具体的に、摂食障害患者の治療的アプローチを紹介している本である。本書を読むだけで、Fairburn 博士のスーパービジョンを受けているような感覚になる、素晴らしい出来だ。

認知行動療法は、摂食障害に効果的であるエビデンスが多く報告されている治療法であり、3分の2の患者が改善していることが本書でも紹介されている。本書には、そうした治療法の臨床的実践に基づく最新の情報がふんだんに盛り込まれている。

この本を読みながら、私は、認知療法の創始者の Aaron T. Beck 博士の言葉を思い出していた。Beck 博士は研究会で、どのような方法を使っている、患者さんが良くなったら認知療法ができたということだし、良くなかったら認知療法ができなかったということだ、という趣旨のことを言っていた。すべての治療の効果発現の背景に認知の修正があるという趣旨の発言だが、同時に、認知療法は型にとらわれずに柔軟に実践されるべきだという意味でもある。

その Beck 博士の言葉を思い出したのは、本書で提唱されているアプローチでは「(認知療法の基本的技法とされる)認知再構成法をあまり用いない」と書かれていたからだ。Fairburn 博士は、自動思考やスキーマといった認知療法特有の概念をあまり使わないで、行動を通して患者の思考態度を変えていくというアプローチをとる。そのアプローチは、すべてが一体として働いて効果を現すとも言う。それもまた認知行動療法だ。

本書で紹介されているそうしたアプローチが Fairburn 博士の豊富な臨床体験に裏付けされていることは、本書で紹介されている言葉かけから生き生きとした臨床感覚が伝わってくることから、十分にわかる。こうした言葉には、一般臨床ですぐにでも使えるものが多く含まれており、臨床家にとってとても刺激的で有意義な内容だ。その実際を知ってもらうためには本書を読んでいただくしかないが、そのような生の言葉が伝わるような訳文も本書の魅力になっている。それは、本書の監訳者や訳者の臨床家としての力量によるものに違いない。摂食障害の治療者だけでなく、多くの臨床家に読んでいただきたい好著である。

《神経心理学コレクション》 視覚性認知の神経心理学

鈴木 匡子 ● 著
山鳥 重、彦坂 興秀、河村 満、田邊 敬貴 ● シリーズ編集

A5・頁184
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00829-7

【評者】 高橋 伸佳
千葉県立保健医療大学教授・リハビリテーション学

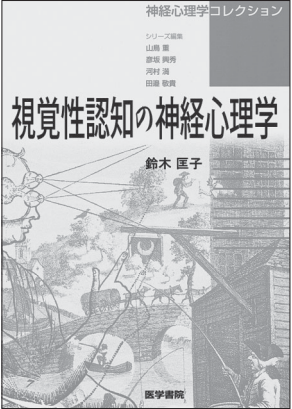
神経心理学の対象は言語、行為、認知にはじまり、記憶、注意、遂行機能、情動などを含む広範な領域に及ぶ。このうち失認症を中核とする認知の障害

は、他の症状、例えば失語症や失行症などと比べてとっつきにくいと感じる人が多いのではなかろうか。脳の機能を大きく運動(出力)と感覚(入力)に分けたとき、後者の障害である失認症は外から見てその存在がわかりづらい。障害を検出する際にも、結果を出力という目に見える(表に現れる)形でとらえにくいため客観的評価が難しい。こうした印象が失認症への積極的アプローチをためらう理由の一つ

かもしれない。認知の障害は視覚、聴覚、触覚など感覚別に分類される。本書はこのうち最も重要な視覚性認知に焦点を当てた

ものである。本書の特長は二つある。一つは視覚が関係する高次脳機能のすべてを網羅している点である。内容は「視覚性失認」「視空間認知」「視覚性注意」「視覚認知の陽性症状」から「視覚認知と意識」にまで及ぶ。読み、計算、言語理解、行為などについて、視覚(あるいは視空間)認知の観点からみた項目もある。読者は全体を眺めてもよいし、まず興味のある部分から覗いてみて

症状を解きほぐす術を学べる

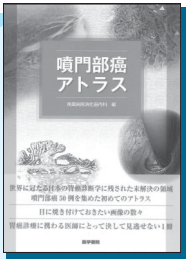


胃癌の診断・治療に携わる医師にとって必読の1冊

噴門部癌アトラス

胃癌は語り尽くされたか。胃上部、特に噴門部周辺の癌は依然未解決の問題が多い。世界に冠たる日本の胃癌診断学もその意味で完成したとは言い難い。本書は噴門部領域の癌50例について、消化管形態診断学の王道というべきX線・内視鏡・病理の三位一体となった解析でその本態に迫るとともに、診断上のヒントを数多く提供している。胃癌の診断・治療に携わる医師にとって必読の1冊。

編集 南風病院消化器内科



B5 頁168 2010年 定価8,400円(本体8,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01049-8]

医学書院

「診断の達人」による臨床指南

新刊

ティアニー先生の 臨床入門

Principles of
Dr.Tierney's
medical practice

ローレンス・ティアニー

カリフォルニア大学サンフランシスコ校
内科学教授

松村正巳

金沢大学医学教育研修センター准教授 リウマチ・膠原病内科

- 「診断の達人」「鑑別診断の神様」と賞賛される米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏が臨床医学の学び方と臨床修練の基本を綴った。
- 医師はどう成長していくべきか、すぐれた臨床教育者として知られるティアニー氏ならではの臨床道が語られている。
- 本書で初めて綴られたティアニー氏による「症例呈示のスキル」も必読である。
- 医学生・研修医必読のシリーズ第二弾。

ローレンス・ティアニー 「鑑別診断の神様」、「内科医の頂点」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。病歴と身体所見から鑑別診断をもれなく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、ユモアにあふれ、学びと含養に富むと絶賛されている。著書に「ティアニー先生の診断入門」(医学書院)など。

●A5 頁164 2010年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01177-8]



☞ 既刊タイトルも合わせて読みたい!

ティアニー先生の診断入門

著 ローレンス・ティアニー＋松村正巳

●A5 頁152 2008年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00698-9]

医学書院

精神科薬物相互作用ハンドブック

Neil B. Sandson, M.D. ●著
上島 国利, 樋口 輝彦 ●監訳
山下 さおり, 尾鷲 登志美, 佐藤 真由美 ●訳

A5・頁424
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00959-1

【評者】 下田 和孝
獨協医大教授・精神神経医学

抗ウイルス薬であるソリブジンと代謝拮抗薬であるフルオロウラシル（5-FU）との薬物相互作用による重篤な副作用が問題となったのは1993年である。ソリブジンの代謝物であるプロモビニルウラシルが5-FUの代謝酵素であるdihydropyrimidine dehydrogenaseを不可逆的に阻害する結果、5-FUの血中濃度が上昇、5-FUの副作用である白血球・血小板減少などの重篤な血液障害を惹起するというメカニズムである。わが国で開発されたソリブジンが市場から姿を消すことになったこの薬害事件や1990年代にcytochrome P 450（CYP）を中心とする薬物代謝酵素の解析が急速に進んだことを背景に、薬物相互作用に関する関心は高まってきたと言える。

精神科領域では、1999年にわが国最初の選択的セロトニン再取込み阻害薬（SSRI）としてフルボキサミン、2000年にはパロキセチンが臨床現場に導入された。これらのSSRIは従来の三環系抗うつ薬などとの副作用プロファイルの差異が認められるが、さらに薬物代謝酵素の阻害作用という点でも特徴があり、薬物相互作用の知識は精神科薬物治療において必須であろうと思われる。

本書の主な部分は精神科、内科、神経内科、外科・麻酔科、婦人科・腫瘍科・皮膚科の5つのセクションにわたって、計175の症例によって構成されている。本書の原題は“Drug-Drug Interaction Primer. A Compendium of Case Vignettes for Practicing Clinician”（American Psychiatric Publishing, 2007）というものであり、psychiatryという

言葉は出てこないが、ほとんどの症例で向精神薬が絡んでおり、『精神科薬物相互作用ハンドブック』という訳としたのであろうと推察される。これらの症例について、薬物血中濃度の測定結果などにより、さまざまな角度から検討し、症例で認められた問題となるイベントの原因を明らかにしようと試みている。また諸検査が施行できなかった場合でも、各薬物の特性からその発現機序を推論し、また、症例ごとに参考文献を付している。

薬物相互作用を推測できるようにするためには、薬物相互作用のパターンを学ぶことが必要であるが、実際の症例を通してそのパターンを会得するのが近道であろう。本書に収載された各症例では、薬物相互作用の6つのパターン（①基質となる薬物に阻害薬が追加投与された場合、②阻害薬に対し基質が追加投与された場合、③基質となる薬物に誘導物質が追加投与された場合、④誘導物質に基質が追加投与された場合、⑤阻害薬の中断、⑥誘導物質の中断）のどれに当たるのかということも示されている。

また、本書の巻末には向精神薬の各カテゴリに分けた「向精神薬の薬物相互作用——総論」、各CYP, uridine diphosphate glucuronosyltransferase (UGT)、P糖蛋白質の基質、阻害薬などをまとめた「P450一覧表」「UGTまたは第二相（グルクロン酸抱合）表」「P糖蛋白質関連の一覧表」が掲載されている。また薬剤名から引ける「薬物相互作用索引」が用意されている点も特筆すべきである。

「次視知覚検査」では一部に障害がみられたが、これでは症状を説明できない。次いで物品や風景の写真を用いて検査すると、「対象の質的特徴の抽出」に問題があるらしいことがわかる。そこでさらにtexture（肌理）の違いによる形の抽出能力を調べ、ついにこの症例では「textureの違いによって輪郭をとらえる機能」が低下していることを突き止める。「なるほどこう考えていくのか」と感心する読者も多いに違いない。

本書は神経心理学を学びつつある諸氏が視覚性認知に関する知識を整理し、理解を深めるのに最適と思われる。さらにこの方面の研究に興味を持つ人にとっては、症候の正確なとらえ方や病態解明へのアプローチの仕方について多くの示唆を与えてくれるものと確信する。

薬物相互作用への関心の高まりに応える書



在宅医療モノ語り 第8話

鶴岡優子 つるかめ診療所

語り手 まあるく視界をつくります

懐中電灯さん

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診鞆に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いている。往診鞆の中を覗き道具を見つめていると、道具（モノ）も何かを語っているようだ。今回の主役は「懐中電灯」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

映画『八つ墓村』って知っていますか？ 実はアレ、私の親戚も出演しているんです。昔の話ですが、出演依頼がきたときはワルモノなので随分悩んだそうです。俳優さんが頭に親戚2本をさし、ものすごい形相で走ります。とても怖くて悲しい話ですが、当時の小学生は「八つ墓村の崇りじゃー」と真似をしていました。あれで家庭に普及したとは思いませんが、確かに一家に一本はある道具です。私は携帯用の照明器具、懐中電灯です。夜間や停電、災害のとき、洞窟探検のとき、暗闇の中に視界をつくる、基本的にはイイモノです。

はい、医療用に開発された仲間もいます。その代表がペンライト君。人体の洞窟である口腔内などの観察に使用するのが一般的です。また、眼に当てて瞳孔の対光反射を診るときに使用されるのもこのライトで、眼に当ててもよい程度の光に抑えられているのが特徴ですね。白衣の胸ポケットに収まる小さくて軽いことも魅力です。そのほか、用途に合わせてさまざまなモノが開発されています。内視鏡の先に付けられている光なんかは出世頭ですね。

おかげさまで在宅業界でも私たちは大変お世話になっております。ペンライト君も往診鞆の中にもありますが、うちの主人は私、マグライトミニをひいきにしてくれます。ペンライトに比べると重いし、眼に当てるには明るすぎるのですが、ザイタクでは何かと便利なようです。

そんな私の活躍の場の一つが、夜の往診です。最初の仕事は道案内。往診先によっては外灯がなく暗いことがあり、そんなときは主人が車を降りてから玄関に達するまで、私が足元を照らして案内します。患者さんの家に着くと、ご家族が「先生、来てくれたよ」なんて声をかけながら、患者さんのお部屋の灯りをつけてくれます。診察には十分な明るさですが、点滴とか導尿となったらちょっと暗い。そこで私が再び登場します。医者は家族に私を手渡し「こっちから光を入れて、この辺に照らしてください」とお願いします。時々「うちにはもっと大きいヤツあるから待ってて」と、災害用の立派な懐中電灯さんが現れ、手術室並みの視界を作り上げることもあります。後日、また点滴をするとなったとき、ご家族が察して自前の懐中電灯さんを連れ、スタンバイされることがあります。私の出る幕なしですが、医者はあうんの呼吸に感激し、「チーム結成！」と喜びます。

さらに“在宅医療が終わるとき”にも立ち会うことがあります。医者が家族に取り囲まれ、最後の診察をします。呼吸されていません。心臓も動いていません。ご家族が息をのんで見守るなか、私が出て行き静かに仕事をします。医者は「瞳孔は開き光を当てても反応がありません」と家族に説明します。家族の眼は涙でいっぱいになり、視界は曇ってしまいます。医者の眼は静かに時計に向かいます。「ご臨終です」。せっかくできたチームもここで解散。でも医療者は、こんなときでも視界を曇らせてはいけません。看護師は末期の水とエンゼルケアの準備にとりかかります。医者は私の光を頼りにいったん車に戻り、それから死亡診断書を書き上げるのです。



たまには腹を割ってみました
右側3本はマグライト社のもので、私は右端にあります。左端はLEDペンライト君。たまには腹を割って話そうと電池を取り出してみました。単3電池2個と、単4電池1個では体重にも差が出ます。後ろは交換用電池とヘッドランプ。往診車のトランクで待機中ですが、出番はまだありません。



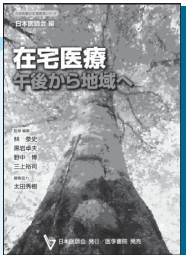
つるかめ ゆうこ氏……1993年順大医学部卒。旭中央病院を経て、95年自治医大地域医療学に入局。96年藤沢町民病院、2001年米国ケース・ウェスタン・リザーブ大家庭医療学を経て、08年よりつるかめ診療所（栃木県下野市）で極めて小さな在宅医療を展開。エコとダイエットの両立をめざし訪問診療には自転車を受用。自治医大非常勤講師。日本内科学会認定総合内科専門医。

在宅医療はどう始めて、どう軌道に乗せるのか？ 第一線で活躍する医師が手ほどき

＜日本医師会生涯教育シリーズ＞
在宅医療 午後から地域へ

在宅医療の考え方から、制度を含めた実践的な知識、効率的な連携の方法など、第一線で活躍する医師が、自らの経験をもとにした本物の知識と技術をわかりやすく解説。在宅医療とは何か？ どう始めて、どう軌道に乗せるのか？ 使える制度・サービスは何か？ 各章をたどることで、在宅医療の今とこれからが見える。自治体・医師会、病院、診療所における実践例も豊富に収載。

編・発行 日本医師会
監修・編集 林 泰史
東京都リハビリテーション病院院長
黒岩卓夫
浦佐明気園診療所所長
野中 博
博覧会野中医院院長
三上裕司
日本医師会常任理事
編集協力 太田秀樹
医療法人アスムス理事長
おやま城北クリニック院長



新刊 がんにかかわるすべての医師へ
幅広い知識をもった“がんの総合医”を目指して

ワシントンがん診療マニュアル
The Washington Manual of Oncology, 2nd Edition

▶「ワシントンマニュアル」の伝統を受け継ぎ、がんの診断・治療法を体系的にまとめた実地テキスト。腫瘍内科学に根ざし、腫瘍学の原理・原則、がん種別の診断・治療、および支持療法・緩和ケアまで、幅広い事項を包括的に取り上げて解説。がん対策基本法が施行され、臓器・診療科横断的な知識を持った臨床医の必要性が高まる中、がん治療認定医、がん薬物療法専門医をはじめとした、がん診療に携わるすべての臨床医必携の書。

監訳 福岡正博
和泉市立病院がんセンターセンター長

定価8,400円(本体8,000円＋税5%)
A5変 頁768 図10 2010年
ISBN978-4-89592-657-7



内科臨床誌メディチナ

medicina

Vol.47 No.11

2010年
増刊号

よく出遭う疾患の診断に資する検査項目に絞り、異常値の出るメカニズムから、その臨床的意義、検査費用や保険請求までをわかりやすく解説。

●定価 7,560円(税込)

これだけは知っておきたい 検査のポイント

第8集

編集 高木 康(昭和大学医学部医学教育推進室)



■診断に直結した 良質な臨床検査のために

Evidence-based laboratory medicine 診断と臨床検査の理解に必要なEBMの知識
日常診療におけるPOCTの役割
日常診療における外来迅速検査の有用性

■一般検査

●尿検査
尿定性検査(尿試験紙検査)
尿沈渣検査
●糞便検査
便潜血反応
寄生虫検
●髄液そのほかの穿刺液
胸水・腹水検査
髄液検査

■外来でできる迅速キット検査

インフルエンザウイルス抗原検査
溶連菌
妊娠反応
急性冠症候群

■血液検査

●血球検査
赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、赤血球指数、網赤血球
砂糖水(シロ糖水)試験、Ham試験
白血球、白血球分類
末梢血液像
血小板数
骨髓像
特殊染色
WHO/FAB分類
●凝固・線溶系検査
PT(プロトロンビン時間)
APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)
トロンボテスト、ヘパプラスチンテスト
出血時間
フィブリノゲン
アンチトロンビン、トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)
FDP、Dダイマー
プロテインC、プロテインS
血液凝固因子
血小板凝集能

■血液生化学検査

●蛋白
血清総蛋白と蛋白分画
免疫電気泳動
 α_1 -ミクログロブリン(α_1 -m)、 β_2 -ミクログロブリン(β_2 -m)
 α_1 -アンチトリプシン、 α_1 -アンチキモトリプシン
 α_2 -マクログロブリン
ハプトグロビン
免疫グロブリン
補体
クリオグロブリン
Bence Jones蛋白
IgE、アレルギー特異的IgE抗体、アレルギー特異的IgG抗体
栄養評価蛋白
●炎症マーカー
CRP(C反応性蛋白)
KL-6

赤沈(赤血球沈降速度)
●窒素化合物
UN(尿素窒素)
尿酸
アンモニア
クレアチン、クレアチニン
Ccr(クレアチニンクリアランス)
●酵素および関連物質
ビリルビン
CK(クレアチンキナーゼ)とそのアインザイム
AST(GOT)、ALT(GPT)
心筋型脂防酸結合蛋白、ミオグロビン、トロポニンT、ミオシン軽鎖
LD(乳酸デヒドロゲナーゼ)とそのアインザイム
AST(GOT)、ALT(GPT)
ALPとそのアインザイム
 γ -GTP(γ -グルタミルトランスペプチダーゼ)
LAP(ロイシンアミノペプチダーゼ)
ADA(アデノシンデアミナーゼ)
ChE(コリンエステラーゼ)
ALD(アルドラーゼ)
ICG試験
アミラーゼとそのアインザイム
リパーゼ、トリプシン
アシドホスファターゼ(ACP)
ADH(アルコール脱水素酵素)
●糖質および関連物質
グルコース
HbA1c(グリコヘモグロビン)
グリコアルブミン
尿中微量アルブミン
1,5-AG(1,5-anhydroglucitol)
インスリン、C-ペプチド
抗インスリン抗体、インスリン抗体
抗GAD抗体
インスリン受容体抗体、抗インスリン受容体抗体
血中ケトン体
乳酸、ビルビン酸
●脂質・リポ蛋白
総コレステロール
LDLコレステロール、HDLコレステロール
TG(トリグリセリド)
リポ蛋白分画
アポ蛋白分画
Lp(a)[リポ蛋白(a)]
●血液ガス・電解質・微量金属
pH、 HCO_3^- 、base excess、 PaCO_2 、 PaO_2 、 SaO_2
Na、K、Cl
Ca、P
血清銅
Mg(マグネシウム)
Zn(亜鉛)
フェリチン、血清鉄と鉄結合能
Posm(血漿浸透圧)
●ビタミン
ビタミンB₁₂、葉酸
ビタミンA、B₁、B₂、B₆、D、E
●血中薬物濃度
抗てんかん薬、向精神薬
強心薬
抗菌薬
免疫抑制薬

■内分泌学的検査

●下垂体
GH(成長ホルモン)
TSH(甲状腺刺激ホルモン)

PRL(プロラクチン)、LH(黄体化ホルモン)、FSH(卵胞刺激ホルモン)
ACTH(副腎皮質刺激ホルモン)
ADH(抗利尿ホルモン、バソプレシン)
●甲状腺・副甲状腺
T₄(サイロキシン)、FT₄(free T₄)、T₃(3,5,3'-トリヨードサイロニン)、FT₃(free T₃)
Tg(サイログロブリン)、TBG(サイロキシン結合グロブリン)
抗サイログロブリン抗体
抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(抗甲状腺マイクロソーム抗体)
TSHレセプター抗体
カルシトニン
PTH(副甲状腺ホルモン)、PTHrP(副甲状腺ホルモン関連蛋白)
●副腎
コルチゾール
尿中17-OHCS、尿中17-KS
アルドステロン
血中・尿中カテコールアミン
尿中メタネフリン、尿中VMA
●性腺
ヒト絨毛性ゴナドトロピン(hCG)
エストロゲン(エストラジオール、尿中エストリオール)、プロゲステロン
テストステロン
●そのほかのホルモン
レニン
ANP(心房性ナトリウム利尿ペプチド)、BNP(NT-proBNP、脳性ナトリウム利尿ペプチド)

■免疫学的検査

●感染関連検査
〈ウイルス関連検査〉
A型肝炎ウイルス関連検査
B型肝炎ウイルス関連検査
C型肝炎ウイルス関連検査
そのほかの肝炎ウイルス関連検査
―D型肝炎ウイルス、E型肝炎ウイルス
IV型コラーゲン、ヒアルロン酸
風疹ウイルス、麻疹ウイルス
ムンプスウイルス
抗HTLV-1抗体、HIV-1、HIV-2
単純ヘルペスウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス
EBウイルス
サイトメガロウイルス
ロタウイルス
〈微生物の抗原・抗体検査〉
クラミジアトラコマチス抗原・抗体
ASO、ASK
エンドキシン
梅毒血清反応
マイコプラズマ抗体
つつが虫病抗体
真菌抗原・抗体
マラリア
●自己免疫関連検査
抗核抗体
抗U1 RNP抗体
抗DNA抗体
抗ENA抗体
抗Sm抗体
抗Scl-70抗体
リウマトイド因子
MMP-3、抗CCP抗体
LE細胞

抗Jo-1抗体およびそのほかの抗アミノアシルtRNA合成酵素抗体
抗SS-A/Ro抗体、抗SS-B/La抗体
抗アセチルコリン受容体抗体
抗ミトコンドリア抗体
肝腎ミクロソーム(LKM)-1抗体
抗平滑筋抗体
抗胃壁細胞抗体、抗内因子抗体
抗リン脂質抗体
抗血小板抗体
抗好中球細胞質抗体(ANCA)
免疫複合体
抗神経抗体
●免疫血液学的検査
血液型試験
交差適合試験
抗グロブリン試験(Coombs試験)
不規則抗体
●細胞性免疫検査
白血球表面マーカー
●サイトカイン
サイトカインと可溶性サイトカインレセプター
EPO(エリスロポエチン)

■腫瘍マーカー

●消化器系
AFP、AFP-L3分画
CEA(癌胎児性抗原)
CA19-9(糖鎖抗原19-9)
エラスターゼ1
CA50
CA125
SPAn-1
SLX(シアリルSSEA-1)
NCC-ST-439
DU-PAN-2
PIVKA-II
●呼吸器系
CYFRA21-1、SCC抗原
NSE、proGRP
●乳腺・婦人科系
CA125
CA15-3
●泌尿器系
PSA

■細菌検査

●検体別同定検査各論
グラム染色
喀痰微生物検査
尿培養検査
便細菌検査
血液培養検査
髄液培養検査
レジオネラ尿中抗原
肺炎球菌尿中抗原
Helicobacter pylori
●感受性検査
ディスク法
MIC(微量液体希釈法)

■遺伝子検査と染色体検査

HLA系とHLAタイピング
染色体検査
遺伝病のDNA診断
遺伝子検査の分析前因子
癌の遺伝子検査

医学書院 電子ジャーナル 無料体験 キャンペーンの お知らせ

良質な情報を提供する医学書院発行雑誌を、オンラインで読んでみませんか？

医学書院では、このたび期間限定で電子ジャーナルを無料でお試しいただけるキャンペーンを企画しました。

参考文献へのリンクや論文検索機能といった、冊子とはまた違った便利な機能を備えた電子ジャーナルを、

この機会にぜひお試しください！！

実施期間 2010年10月13日(水)～12月17日(金)

キャンペーン内容 上記期間中、ご希望の雑誌の2009年発行分までのバックナンバー(最大7年分)をweb上でご覧いただけます。

申込方法 上記期間中に、医学書院web(<http://www.igaku-shoin.co.jp/>)内の特設ページにてお申し込みください。

動作環境 対応OS : Windows XP Service Pack2以降、Windows Vista、Windows 7、Mac OSX 10.4以降
推奨ブラウザ : Internet Explorer 6以降、Fire Fox 2以降、Safari 3以降

お問い合わせは下記まで

医学書院電子ジャーナル無料体験キャンペーン係
pr@igaku-shoin.co.jp



医学書院



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL : 03-3817-5657 FAX:03-3815-7804
E-mail : sd@igaku-shoin.co.jp <http://www.igaku-shoin.co.jp> 振替 : 00170-9-96693