

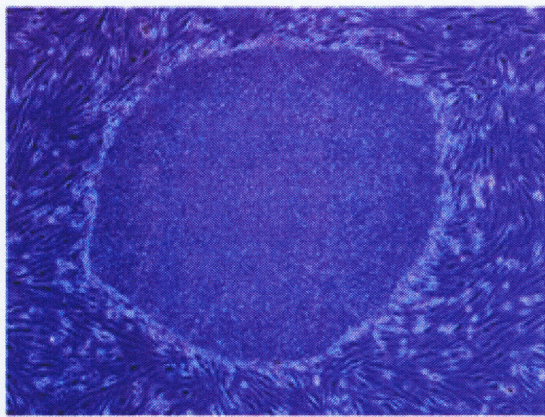
南ユークリイ

平成24年秋
さくらホームクリニック
第6号

ヒポクラテスの樹

10月8日の夜、北欧スウェーデンのカロリンスカ医科大学は、今年ノーベル医学・生理学賞を、京都大学の山中教授らに贈ると発表しました。日本人が医学・生理学賞を受賞するのは、1987年に米国ボストンにあるマサチューセッツ工科大学の利根川教授以

来、25年ぶりの快挙です。これまで神経、血液、心臓、肝臓など生体のあらゆる細胞を作ることができるよう細胞として注目されてきたES細胞（胚性幹細胞）は初期の受精卵の胚から取り出すため、生命の源である受精卵を壊すことに対する倫理的な問題が将来の臨



ヒトの皮膚細胞から作成したiPS細胞の顕微鏡写真。塊の中にiPS細胞が含まれる。
写真＝京都大学 山中教授

床応用への大きな障壁となっていました。これに対して、山中教授らが開発してきたiPS細胞（人工多能性幹細胞）は、受精卵を使用せずに、皮膚などの体細胞から作製するため、倫理的な問題はクリアーされ、患者自身の細胞から作れば拒絶反応も防げる可能性が高く、アルツハイマー型認知症などの難病の仕組みを患者の細胞レベルで解明したり、新薬の開発や再生医療の実現に向けて新しい道を開いたと期待されます。

これまでノーベル医学・生理学賞は最初の発見が発表されても直ぐには贈られず、長い年月を経てその評価がしっかり固まってから贈られるのが通常と考

えられていました。しかし、マウスを使ったiPS細胞の作製の成功が2006年に米国の高名な科学雑誌Cell（セル）に発表されてからわずかに6年で今回の栄誉となったことは、山中教授らの成功が画期的で夢の再生医療への突破口を開いた功績が高く評価されたと思われま

す。ただ、iPS細胞を作製するには癌遺伝子などの導入が不可欠であることから、今後、患者体内に移植された時にその細胞が癌化する危険性はどの程度なのか、その予防方法は、また、iPS細胞から特殊な培養液の中で神経や心臓の細胞に分化させることに成功した細胞が、患者体内に移植された後でもそのまま分化した細胞のまま生存するのか、病気の場所にいつまでも留まらせることが出来るのか、

他の部位に移動してしまふ可能性はないのか、例えばパーキンソン病の治療のために、iPS由来の細胞に遺伝子操作を行い不足しているドーパミンを分泌させるようにしてから脳内に移植されたが、その後にも心臓などに迷走してしまうのを制御する方法は、など数多くの難問が山積みされており、これから日本だけでなく世界中の科学者や医学者たちが切磋琢磨していくことを期待したいと思います。

このような興奮した気分には水をさすような気になるニュースがいっつかメディアで報道されています。一つは、東京大学から米国のハーバード大学医学部の関連病院として有名なマサチューセッツ総合病院に留学中と称する日本人研究者が、同病院で重い心不全患者6

人に対しiPS細胞を用いて山中教授らとは異なる方法で心筋細胞を作製し心臓に移植して成功したと発表しました。iPS細胞を用いた世界初の臨床応用として大いに注目を集めました。ハーバード大学とマサチューセッツ総合病院からこのような治験は内部の審査委員会承認されていない、そもそもそのような研究者は現在勤務していないとクレームが付き、ニューヨークで開催中の米トランスレーショナル幹細胞学会で10月11日にこの研究者がポスター発表の予定であったものが、急遽学会主催者の責任においてポスターが撤去され、この研究者も発表場所に現れなかったという信じられない事態となりました。私が理事を務める千葉県保険医協会でも

(2面に続く)

患者さんを対象とした医学研究及び臨床応用に対して医の倫理に関する事項を審議するために今年倫理委員会を設立し、私はその初代の委員長に就任して最近歯科医師の先生からの申請を審議しました。この分野では日本より欧米ではもっと厳しい規制があることから、上記の臨床研究が全く大学や病院内で承認どころか審査すらされていないという信じられない状態に驚くばかりです。

また、文部科学省はiPS細胞の臨床応用や安全性確保に向けた研究を促進させるために今後10年程度の長期に渡り総額で200億円から300億円の助成を行うことに決めたそうです。日本中至る所で不景気で、当然、文部科学省から国内の科学者に割り当てられる競争的科学研究費も

大幅に増額は望めない厳しい状況下の中で、こうした手厚い支援はもちろん有り難いことですが、研究費として使える予算に限りがあるため、iPS細胞以外の研究費が大幅に削減されることは確実です。科学立国を目指す日本にとって、一点集中は他の研究を犠牲にすることとなるため将来を考えると非常に危ういことになりそうです。

認知症の話

その②

9月14日、佐倉市役所社会福祉センターにおいて、私は認知症サポーター養成講座の講師を務め、「認知症を理解する」という題で2時間の講演を行いました。これは、認知症100万人キャラバンという全国規模のキャンペーンの一環として開催されたものです。参加者は、医療従事者や介護従事者なども含んだボランティアの方々に、養成講座終了後はキャラバンメイトとして地域で活動してもらう、という趣旨のもの

に削減されることは確実です。科学立国を目指す日本にとって、一点集中は他の研究を犠牲にすることとなるため将来を考えると非常に危ういことになりそうです。

当日は、9月中旬とはいえまだまだ残暑が厳しく、クーラーの効きも不十分だったため、快適とはとても言えない室内でしたが、参加者の熱心さを感じられた2時間で、好評のうちに終えることができました。すでに認知症の方に接している参加者が多かった中で、寄せられた質問も実際のなものでした。ひとつは、「どのタイミングで認知症の治療

を始めると効果的でしょうか？」というもので、認知症だと確定した時点で始めるのが良いと思われる。認知症の種々の症状は、いろいろな原因疾患から来しうるので、まず、CTやMRIなどの設備の整った病院で確定診断を行い、原因に応じて治療が行われるべきで、原因によっては手術や特定の薬が必要になります。また、もし診断がアルツハイマー病で、アリセプトなどの薬を始める場合も、薬の効果は認知症の進行を遅らせるというものなので、進行してからよりも早いうちに始める方が効果的でしょう。また、「暴力行為を伴う認知症の対応はどうすれば良いでしょうか？」という質問もありました。暴言や暴力というのは、幻視や妄想などのように、認知症の周辺症状

と呼ばれるもののひとつで、介護者にとって対応が難しいものです。これらの周辺症状は悩ましいものですが、一方、対応の工夫や薬剤で症状が緩和されることもよくあります。暴力的な場合は、何らかの原因があつて起こることが多く、まず、原因を見極めて対処してみるのがお勧めです。私の経験では、帰宅願望や介護拒否、他の入居者との人間関係が暴力の原因となつていた場合が実際にありました。介護や関わり方を工夫して、暴言や暴力を和らげられた例もありますし、またどうしても暴力が酷く、精神科を受診して抗精神薬を調整してもらった例もあります。

私の講演や認知症キヤンペーンをきっかけに、世間に認知症の実際がより良く知られ、認知症の高齢者に対して適切に対応できる人が増えてくれることを望みます。近藤靖子

