

2022年10月24日

第3490号

週刊(毎週月曜日発行)
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
COPY 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

- [対談] 観察と思索から症候をとらえる(神田隆, 三苦博)…………… 1—2面
- [インタビュー] 安全な無痛分娩提供体制の構築をめざして(海野信也)…………… 3面
- [連載] 誤嚥性肺炎のリハビリテーション…………… 4面
- MEDICAL LIBRARY/第28回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会開催/Spiegel-Wycis Award 2022 5—7面

対談 観察と思索から症候をとらえる

末梢神経障害診療に学ぶ 症候学の重要性

多数の患者が症状を訴える末梢神経障害は common disease と言える一方で、診療に苦手意識を持つ医師は多いのではないかと。では、なぜ末梢神経障害の診療を難しく感じるのか。末梢神経障害を専門とし、このたび『末梢神経障害——解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで』(医学書院)を上梓した神田隆氏は、日常診療での症候学の重要性を説く。さらに長年医学教育に尽力を続ける三苦博氏は、近年の医学教育の在り方に問題点を指摘する。対談から見えた両氏の真意とは。



三苦 博氏
東京医科大学 副学長・医学科長/
医学教育学分野 主任教授

神田 隆氏
山口大学医学部
神経・筋難病治療学講座 特命教授

三苦 神田先生、ご無沙汰しております。このたびは書籍の刊行おめでとうございます。

神田 ありがとうございます。学生や若手脳神経内科医、他科の医師の「末梢神経障害の診療は難しい」「検査をしても診断がつかない」との声をよく耳にします。そこで上梓したのが『末梢神経障害——解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで』です。三苦 企画の背景にどのような問題意識があったのでしょうか。

神田 脳神経内科が広範な領域を担う一方、多くの施設では少人数で領域全体の診療をカバーしている現状です。その中で、患者さんが多い common disease であるにもかかわらず、対応が特に不十分になりやすい領域が末梢神経障害だと私は考えています。標準的な診療を学ぶためには教科書の存在が欠かせませんが、これまでは臨床での実用に耐え得る日本語の教科書がありませんでした。欧文では Dyck 先生による『Peripheral Neuropathy』が最もスタンダードであり、網羅的に書かれた良書です。しかし実践的ではないと感じていたので。

三苦 簡単な総論が冒頭にあり、以降に疾患の各論が並ぶような書籍は、辞書としては活用できますが読み物にはなりませんよね。ただ疾患を羅列されたのでは面白くありませんから。

神田 その通りです。ただ一方で、「教科書はいま本当に求められているか?」との疑問を持っています。近年は Web 上で簡単に情報を入手できる

こともあり、教科書が買われませんよね。その中でこれからの教科書の役割や、末梢神経障害を含む神経内科学をどのように学ぶか、あるいは指導すべきか考えたいと思い、ご施設で医学科長を務めるなど、医学教育に造詣の深い三苦先生をお呼びしました。

医学教育における「実践化」の流れの中で

神田 教科書が売れない理由をどう分析しますか?

三苦 長年学生と接する中で、そもそも医学生が目標が私たち教員の考えとは異なるように感じています。われわれは医学を学ぶことそのものや、患者さんを診る実践的能力の獲得を彼らに期待しますが、近年の学生の多くは医師になること自体を目標とします。医師国家試験(以下、国試)に受かるための勉強をするとの意識が強いのが一因ではないでしょうか。

神田 なるほど。以前、私は国試の試験委員を務めていました。国試は詰まるところ、単なる暗記ではなく疾患の進行や治療法選択の根拠、つまり「なぜその解答になるか」の背景を理解している学生が正答できることをめざし、委員が丁々発止の議論を重ねながら問題を作成します。しかし、国試の解説本では「この診断基準に該当する、診断基準を知っていれば解ける問題」などと解説されてしまうのです。

三苦 当然、学生側はわかりやすいその解説を受け入れ、「知っているか、

知らないか」の学習を継続してしまいますよね。卒後も同様で、近年は専門医資格の取得が目標となり研究を失くしていると感じます。設計者の意図とは異なり試験や制度がひとり歩きし、「資格が取ればいい」との文化ができてつあるのではないのでしょうか。

神田 資格取得を最終目標に据えていれば、教科書を用いず効率よく勉強しようとの発想は合理的とも言えます。2004年に導入された医師臨床研修制度をはじめ、医学教育で実践が強調されすぎた弊害とも言えるのでしょうか。

三苦 そうですね。それ以前の本邦の卒前・卒後の医学教育は知識偏重だと指摘されていたので、その反動だと思います。ただ、今度は反対に「この症状があればこの疾患」「この手技が必要」と、「臨床ですぐに役立つ」ことが錦の御旗となり過度に強調されている気もします。その結果、胸痛があれば虚血性心疾患や大動脈解離、肺血栓塞栓症を考える。そして、左肩に放散痛があれば心筋梗塞、移動性の痛みならば大動脈解離と、症状と疾患を直接結びつけるよう教育されがちです。

神田 同様に、症状をとにかく診断基準やガイドラインに“当てはめる”ことも多いですね。しかし、ガイドラインにも診断基準にも作られた背景や思想があります。完治・寛解の見込める疾患であれば、治療のチャンスを増やすために広く患者さんを捕捉できるように基準を作る。一方、予後が悪く慎重に診断すべき疾患であれば患者さんを広く捕捉するのは不適切で、診断基準は狭められます。

診断基準やガイドラインが整備されるのは重要なことです。けれども「何を根拠に作られたのか」「その診断基準は何を目的としているのか」「なぜその治療を選択するのか」といった背景を体系的に理解して用いなければ、次のステップには進めません。

三苦 教科書には著者が蓄積した経験が落とし込まれているので、その体系的な理解に有用なはずですが。臨床医学は文学のように自由に解釈できるものではないので、どう診療を組み立てるかの考え方も最初は真似しなければなりません。そこで、単に事実を羅列するのではなく、その考え方の定石を提示することがこれからの教科書の役割だと思います。実際に、欧米で用いられる教科書は著者の考え方が記されていますよね。若手が読まないのも課題ですけれど、作り手側にも問題があるでしょう。名著には、やはり工夫があります。

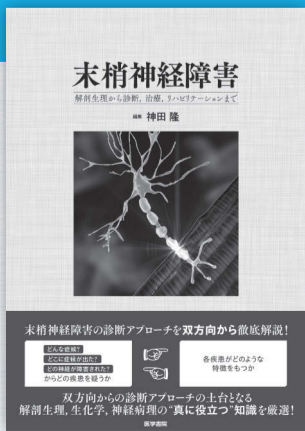
神田 同感です。ネットで情報が得られる時代ですが、一貫した物事の考え方が背後にある書籍は、体系的な理解を促す導きとして、存在価値が残ります。それらを利用して実践偏重の傾向を打開することが、これからの医学教育の課題になるでしょう。

末梢神経障害診療の鍵は 症候学にあり!

三苦 神田先生の書籍は症候についての記載があり、そこが病態生理の解説の役割を果たしているのが特徴です

(2面につづく)

末梢神経障害の診断アプローチを双方向から徹底解説!



末梢神経障害

解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで

編集 神田 隆

詳細はこちらから



● B5 頁520 2022年
定価: 13,200円 (本体12,000円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04939-9]

▶末梢神経障害の臨床に必須の情報を網羅した、明日の診療がレベルアップする1冊

▶common から rare まで重要な末梢神経疾患の特徴を幅広く解説することに加え、症候の種類・出現場所、どの神経に障害があるかといった所見から何を疑うべきかを解説し、双方向から疾患に迫る

▶双方向からのアプローチに欠かせない解剖生理、生化学、神経病理の“真に役立つ”知識を厳選

▶最新の治療、リハビリテーションまで充実の内容

- 目次
- 第I編 末梢神経障害の基礎
 - 第II編 末梢神経障害の臨床①——診断と治療総論
 - 第III編 末梢神経障害の臨床②——疾患各論
 - 第IV編 末梢神経障害のリハビリテーション

医学書院



● かねだ・たかし氏

1981年東京医歯大卒。米南カリフォルニア大神経学教室リサーチフェロー、米バージニア大生化学・分子生物学教室研究員、東京医歯大神経内科講師、助教授などを経て、2004年山口大医学部神経内科教授。22年より現職。博士(医学)。診療の傍ら、『医学生・研修医のための脳神経内科』(中外医学社)の執筆や神経内科専門医試験、医師国家試験の試験委員を務めるなど、後進の育成に尽力する。近著に『末梢神経障害——解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで』(医学書院)。

(1面よりつづく)

ね。総論と疾患各論の間に症候学を置いて構成された点に、神田先生の思想や哲学が反映されています。末梢神経障害の領域で、よくこれだけの症候をおまとめになったなと感嘆しました。神田 ありがとうございます。あえて言えば、書籍の内容は末梢神経障害を診る際に最低限押さえていたいものです。脳神経内科は膨大な領域を相手とする学問で、丸覚えで対処すると必ず破綻します。そこで、各疾患の概要を教科書的に解説するだけでなく、鑑別を行う際に必要な観点も加えることで、実際に診療を行う際の基本的な考え方を併せて身につけられる書籍を作ろうと企画し、執筆者の先生方がその思いに応えてくれました。

例えば末梢神経障害は、通常手よりも脚で筋力低下が顕著です。では反対に手の症候が強い場合には何を考えるべきか。患者さんの症状をきちんと観察し、その背景にある病態生理や解剖学の理解を基盤に原因や病態を考えながら、根拠を持って鑑別していく症候学が非常に重要だと考えています。

三苦 近年は molecular medicine、すなわち各疾患の病因論の発展に伴い、症候学が目立たなくなりましたね。しかし、ベッドサイドで患者さんと相対する時、医師はまさに症候を診るので、いま指摘された「観察と思索」によって、基礎医学と臨床医学を統合することが真に臨床の実践を重視することにつながると考えています。もちろん病因論とどちらか一方ではなくバランスが重要ですが、症候学に一度スポットを当てる必要があるのではないのでしょうか。

神田 同感です。患者さんの困り事に共感し、対策を立ててあげるのが医師の基本的な役割のほうです。患者さんは「この遺伝子の具合が悪い」と病因論で困るのではなく、「右手が動かない」ことに困っています。患者さん

の症候を観察し適切にとらえることから医師と患者さんとのコミュニケーションが始まるのです。そうして良好な人間関係が構築されていけば、診断も治療もよい方向に展開していくはず。症候学を身につけることは医師として必須だと思います。

指導者自身が研鑽を積み、ベッドサイドの学びの充実を

神田 本日挙がった実践の偏重や症候学が目立たないなどの課題は、背景にある基礎知識の理解を徹底して指導してこなかったわれわれ指導者に責任があると考えています。特に若手に対して、その重要性をどのように伝えていくべきかと考えますか。

三苦 われわれの役割は、いかに面白いと感じさせるかでしょう。彼らには学習する能力があり、中でも面白く感じたことには集中して取り組みますから。そして、「目の前の患者さんの症状は症候学ではこう説明できて、molecular レベルではこういう異常がある」と、学習したこと同士がつながる実感を持って面白く感じるはず。その体系的な理解を促すために、やはり教科書です。卒前の場合は、ベッドサイドで「観察と思索」を行う習慣を身につけるための手がかりとして教員が成書を示す。卒後の指導も同様です。さらに書籍だけで不足する実践は、ベッドサイドで共に患者さんを診ながらの指導も欠かせません。

神田 その機会の一つが回診です。近年は無意味だと指摘があちこちから上がっていて、とりやめた教室もあるように聞いています。私は無意味だとは全く思いません。「患者さんの現在の状況をどう考えるのか」を主治医や学生に聞くことで、彼らの考えや理解度の深さを把握し、それに対してフィードバックを行うための貴重な機会だととらえています。形式的に行う大名行列は無意味です。しかし、リアルな病状に対して、指導医が要点を的確に突いた診察を見せてあげる機会が必要です。

三苦 特にコロナ禍を受けて教授回診が制限され、また学生は実習の中で患者さんと触れ合う機会が減りました。そうして患者さんに触れていない中で、実践が推奨されて「とにかく病棟に行け」「患者さんを診ろ」と言われる。たしかに見学ばかりでは経験不足に陥るかもしれませんが、そもそも前段階として、エキスパートがどう患者さんを診察するのかを見せてあげることが必要ですね。私もお話ししていて気がつきました。

神田 ええ。本当に症候学を学べる機会、おそらくベッドサイドだけです。例えば筋炎の患者さんで、CK値が正常で大腿四頭筋などの四肢近位筋にも筋力低下がみられなければ、真の原因がわからないまま治ったと判断されることがあります。そうではなく、「患者さんは体をよじってベッドの柵を持

たないと起き上がれないよね。でも大腿四頭筋に力は入っている。では、どこが弱いのか」と彼らに聞いて考えさせ、「この患者さんは筋炎で体幹筋が弱っていて、まだ全く治っていないんだよ」と伝える。その指導をベッドサイドで実際に患者さんを診ながら行って初めて、研修医や学生は症候と真に向き合えるのです。

三苦 指導医の能力が問われますね。指導を通して症候学の面白さを伝えるためには、指導者自身ももっと研鑽を重ね、深く考えて診療に当たらなければなりません。

神田 思い返せば、私が学んだ頃の東京医科歯科大学には、神経解剖学者の故・萬年甫先生をはじめ、神経系の大家の先生が多くいらっしゃいました。そこに居るだけで圧力を感じるような(笑)。同学年80人のうち4分の1近くが神経関連の領域に進んだのは、そういう先生の影響が大きいと思います。

三苦 私も授業の内容は忘れてしまっても、研鑽に裏打ちされた彼らの凛とした佇まいや文化的な雰囲気は今でもはっきり覚えています。ご自身が血のにじむような格闘をしながらも楽しんで研究を続けてきた人生そのものが醸し出す、言語化されないメッセージに学生や研修医は影響されるのでしょう。神田 むしろ、そうした姿を見せることこそが指導者の本当の役割なのかもしれませんね。

他科にも応用できる脳神経内科的な症候学の考え

神田 末梢神経障害は国内におよそ1000万人の患者が推定され、common diseaseと言えます。他科との連携も欠かせません。また脳神経内科医に比べて整形外科医が多いこともあって、ファーストタッチの多くを整形外科医が担います。最後に、他科の先生にどのように啓発すべきかを議論できればと思います。

近年は、画像検査の発達により手の痺れならばすぐに頸の、脚の痺れであればすぐに腰の画像検査を行います。国内でのMRIを含む画像検査の普及は幸甚なことである反面、原因がわからない場合に加齢による腰の湾曲を痺れの原因とされてしまうことが往々にしてあります。

三苦 脳神経内科と他科の症候学には、文化の違いもありますね。他科では症状があればすぐ鑑別診断を行います。比べて脳神経内科の症候学では本日お話ししたように、症状を徹底的に観察し、「患者さんが今どういう状態か」を基礎医学の観点から思索します。つまり病態を中心に考え、その症状は脳や脊髄、末梢神経のどのシステムが障害されることで起こるのかによって疾患に当たりをつけていく局在診断のステップがあります。

神田 ご指摘の局在診断のステップを要する点が、まさに他科の先生が末梢神経障害の診療を苦手とする一因だと



● みとま・ひろし氏

1985年東京医歯大卒。89年同大大学院医学研究科修了後、同大神経内科に入局。三菱化学生命科学研究員を経て、2006年より東京医大医学教育学分野兼任教授。16年同大医学教育推進センター教授、17年同センターセンター長。18年より同大医学教育学分野主任教授。21年より現職。専門は神経生理学。博士(医学)。医師国家試験対策の病態生理の視点からの教材を作成し、「医師国家試験のカリスマ」として知られるなど、長らく医学教育分野での尽力を続ける。

思います。頸椎・頸髄障害などの整形外科的疾患であれば画像検査で客観的に病像をとらえられますが、末梢神経障害は神経伝導検査を行ったからといって病態が全て把握できるわけではないです。末梢神経障害の診療で、患者さんのどの部位にどのような症状があるかを観察し、さらに経時的に診なければならぬ点は、他科の先生からすると高いハードルになります。もちろん整形外科の先生の立場では、画像所見による判断で手術の要否を決定するので、重要視するのも当然です。三苦 ええ。ただ、脳神経内科的な症候学の視点は、他科にも応用できるものです。実際に他科の先生でも、優れた医師は必ず病態をとらえて「観察と思索」を行うワンステップを置きます。例えば息切れに対してすぐに疾患を挙げるのではなく、呼吸不全がどの程度なのか、呼吸生理や循環生理を考え、基礎医学の知識を根拠に客観的に判断を行っていくわけです。

神田 「その検査の所見で、患者さんの症候を本当に説明できるか」を考える症候学の作業が、末梢神経障害を診る際には重要になりますね。他科の先生方にも、ぜひ末梢神経障害の可能性を念頭に置き、このたび上梓した書籍に記したような症候を押さえて診療に当たっていただければと思います。

*

神田 これからはAIの時代になりますが、それだけで診療が完結することはありません。中でも症候学はAIが太刀打ちできないもので医師の技術として残り続けるはずですから、身につければ診療科を問わず大きな武器になるはずです。末梢神経障害は症候学を身につける上でも有意義な分野です。その学習に本書を活用していただき、末梢神経障害の「いい診療」に役立てていただければ幸いです。(了)

● 参考文献

1) Brain Nerve. 2013 [PMID : 24018743]

BRAIN and NERVE 2022年10月号 Vol.74 No.10
特集 ウイルス性脳炎・脳症2022
特集の内容
急性弛緩性麻痺.....細矢光亮
単純ヘルペス脳炎後の自己免疫性脳炎—臨床像、病態、診断と治療.....原 誠、中嶋秀人
水痘帯状疱疹ウイルスによる中枢神経障害.....根本 塚、神田 隆
進行性多巣性白質脳症の現況.....雪竹基弘
重症熱性血小板減少症候群(SFTS)とSFTS脳症.....高橋 徹
● 定価2,970円(本体2,700円+税10%)
◆ 年間購読
冊子 37,488円(本体34,080円+税10%)
冊子+電子 42,988円(本体39,080円+税10%)
電子版1号売り・電子版記事売りもごさいます。
医学書院

頭痛診療のエッセンスがここに
頭痛の診療ガイドライン2021 ダイジェスト版
『頭痛の診療ガイドライン2021』の内容をコンパクトにまとめたダイジェスト版。判型は小さくとも、132のCQと推奨文は割愛せず全文掲載。膨大なエビデンスの塊であったガイドライン本体からエッセンスだけをいっと取り。頭痛診療の指針としての心強さはそのままに、読みやすく、持ち運びにも便利な1冊。
監修 日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経治療学会
編集 「頭痛の診療ガイドライン」作成委員会
A5 頁224 2022年 定価:3,850円[本体3,500円+税10%] [ISBN978-4-260-04977-1]
医学書院

安全な無痛分娩提供体制の構築をめざして

interview 海野 信也氏 (JALA 総会議長/JCHO 相模野病院周産期母子医療センター顧問) に聞く

過去10年で約20万件減と国内の分娩件数が減少する中、これまで諸外国に比べて著しく少なかった無痛分娩の実施件数は年々増加する傾向にあり、安全な無痛分娩の実施に関するコンセンサス形成が求められていた。そうした状況を受け、2017年以降厚労省、関連専門学会は、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)の設立を含めた体制の整備を進めてきた。その歩みについて、JALA 総会議長である海野氏に話を聞いた。

——2017年に安全な無痛分娩提供体制の整備に向けた動きが始まりました。きっかけは何だったのでしょうか。海野 メディア報道に伴う社会的関心の高まりです。無痛分娩中に母体の状態が悪くなり寝たきりになった方、亡くなった方の事例が繰り返し報じられたのが大きく影響しました。また、日本産婦人科医会をはじめとする関係学会・団体では、2010年から妊産婦死亡報告事業に取り組み、妊産婦死亡事例の再発防止策を検討して、「母体安全への提言」¹⁾として解析結果を毎年公表していますが、その中でも、無痛分娩の安全性への懸念が指摘されました。——本格的な体制整備の動きよりも以前から、妊産婦死亡事例に関する調査が行われていたのです。

海野 ええ。国内の妊産婦死亡事例は、2010年から現在に至るまで、おおよそ年間数十件です。総分娩件数は100万件前後で推移していますから、規模の大きな分娩施設でも妊産婦死亡に出合うことはまれ。いざ目の前で妊産婦死亡が起きたとして、その理由は自施設だけで考えていてもなかなかわからないわけです。妊婦さんが亡くなるのは大変な悲劇であり、少しでも減らすための方策が必要でした。そこで改善の方針を立てるため、国内の死亡事例を集めて検討し、原因を見極める妊産婦死亡報告事業が始まったのです。——事業を通してどのような問題が見えてきましたか。

2010年当初の分析でまず問題として挙げたのは産後の大量出血でした。ただこれは医療体制が整備されるにつれ徐々に減ってきました。そうした中、2017年になって、帝王切開や無痛分娩の麻酔が妊産婦死亡に関連する可能性が指摘されました。もちろん当時は実際に因果関係があるのか定かではなかったのですが、麻酔を使用した分娩、とりわけ無痛分娩の安全性を確認・検討する必要があることは明らかでした。そうした検討が開始される時期に、無痛分娩の死亡例の報道が相次いで起こった、という事の次第です。——その頃の無痛分娩の診療体制は、どのようなものだったのですか。

海野 当時は診療体制に関して、学会のガイドラインなどの基本的な大枠さえ存在していませんでした。そもそも、無痛分娩がどこで、どのように、どのくらい行われているのかという基礎的なデータすら把握できていない状況でした。ですから、まずは現状を知るこ

とが必要だったのです。その成果が日本産婦人科医会の「分娩に関する調査」²⁾です。分娩施設約2000のうち無痛分娩を行う施設は500ほど。全分娩件数に占める無痛分娩の割合が約6%で、その割合は増加傾向にあることが明らかになりました。一方で、無痛分娩と妊産婦死亡との間に明確な関連性はみられませんでした。もちろん関連がないとは言いきれませんが、調査結果に鑑みると無痛分娩そのものを危険視するほどではない、との結論に至りました。

硬膜外麻酔に伴うリスクへの準備を怠らない

——つまり無痛分娩の安全性に問題点はなかったということでしょうか。

海野 必ずしもそうではありません。子宮破裂や出血過多であれば麻酔が原因で起こったのかははっきりとはわかりませんが、全脊椎麻酔に関しては明らかに硬膜外麻酔の合併症です。厚労省の研究班が把握した範囲では、10年間で約50万件と推定される無痛分娩のうち4例で全脊椎麻酔による死亡・脳障害事例が報道事例だけでも確認されました。現実を正確に反映した数字であると直ちに言うことはできないにせよ、約10万件に1例という割合は、無視していい数字ではないと考えました。単純比較はできないものの、米国では100万件に1例ほどですから。——全脊椎麻酔による死亡・脳障害を防ぐことは難しいのですか。

海野 全脊椎麻酔への対処のためには、適切な体制の整備、医師およびスタッフの訓練が必要です。局所麻酔が効きすぎること呼吸困難に陥った状態ですから、気管挿管し人工呼吸器につないで全身麻酔に切り替えることができれば、重大な後遺障害の発生を防げると考えられています。——死亡につながった例があるのはなぜなのでしょう。

海野 無痛分娩が手術室ではなく分娩室で行われることが理由の一つとして挙げられます。分娩室は手術室に比べて設備面でのビハインドがあります。また、硬膜外麻酔下でも意識はあるので、無痛分娩中に全脊椎麻酔が起こると、酸素が足りなくなって苦しむ産婦さんが興奮して暴れてしまう事態も起こり得ます。大抵のケースではうまく対処できるものの、事前に想定した上で準備をしておかなければ、緊急の対応に

手間取ってしまう可能性を拭いきれません。危険性が著しく高いと言うほどではないけれど、相応のリスクを伴う。それが硬膜外麻酔による無痛分娩です。

研修体制の構築と情報公開、有害事象報告

——リスクへの備えとして、どのような体制整備を行ってきたのですか。

海野 まず、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(The Japanese Association for Labor Analgesia: JALA)を発足しました。この組織は、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」³⁾を受け、賛同した日本医師会、日本看護協会、日本産科婦人科学会、日本麻酔科学会、日本産婦人科医会、日本産科麻酔学会によって2018年7月に設立されました。安全な診療体制実現に向け、大きく3つの方策を講じています。——具体的に教えてください。

海野 一つ目は、研修体制の構築です。先ほど申し上げたように、無痛分娩では状態が悪くなった際に対応できるかが安全性の鍵を握ります。そのためには、無痛分娩に携わる医療者全員が、起こる可能性のある事柄と対処法を共有する必要があります。JALAでは4つの区分の講習会を指定し、自身の職域に合わせた内容を定期的に受講するよう呼び掛けています。

二つ目は、一般の方・医療者双方に向けた情報公開です。無痛分娩の様式やリスクといった基本的な情報を提供するとともに、無痛分娩実施施設の検索ができるデータベース⁴⁾を公開しています。現在、事業に参画、同意した施設約400のうち、199の施設の情報を公開しています。登録内容は、情報の正確性を担保するため、各施設のWebサイトに掲載されている情報と一致することを条件にしています。

三つ目は、有害事象の収集です。無痛分娩との関連は問わずにインシデント・アクシデントを収集し、分析を行います。こちらはまだ十分な数の事例が集まっていないこともあり、今後本格化していく予定です。

お産の形は社会、妊産婦の判断が作っていく

——今後の無痛分娩の在り方はどうなっていくとお考えでしょうか。

海野 どのようなお産をするかを決めるのは産む当事者だというのが、JALAの基本的な考え方です。お産をする全員が、安全性の高いと考えられる大病院を受診するかという、そうではありません。お産には生活・文化としての側面があるのです。各人の暮らしや考え方が先あって、それに沿う形で行われている。無痛分娩がその



●うんの・のぶや氏

1982年東大医学部卒業後、同大病院産科婦人科学教室入局。焼津市立総合病院等を経て、94年米コーネル大獣医学部生理学教室客員助教授。帰国後は東大産婦人科講師、長野県立こども病院産科部長、長野県総合周産期母子医療センター長等を歴任し、2004年北里大産婦人科主任教授、12年同大病院長などを経て、22年より現職。18年よりJALA総会議長、19～21年日本産科麻酔学会理事長。

中にどのように組み込まれていくか、なのだと思います。もちろん無痛分娩には先に述べたリスクがありますし、そのことを把握していない一般の方も多いです。無痛分娩を選ぶ上で最低限の知識を持っていただくことは必要です。正確な知識があれば選ばなかった、という方もおられるでしょうから。

JALAが現在行っているのは、そうした選択のための前段階の整備です。無痛分娩を選択したい人が選択できるよう、基本的な枠組みを作っているわけです。1人ひとりがどのようなお産をするのかを選び、その選択の集積の結果として無痛分娩を含むお産の在り方が定まっていくのではないのでしょうか。——最後に、無痛分娩に取り組む医療者にメッセージをお願いします。

海野 今、全体としてお産の数が減っている一方で、無痛分娩を希望する方は増え続けています。各施設の経営上の課題もあり、無痛分娩に対応してほしいというプレッシャーが、妊産婦さんからも経営側からも、病院・診療所を問わずにかかっている状況があるのだと思います。ニーズに対応することも重要ですが、まず考えていただきたいのは、安全性を確保することです。安全でない無痛分娩は、わが国の社会には許容されません。安全な無痛分娩の提供体制を構築するために、JALAの発信する情報を活用していただければ幸いです。(了)

●参考文献・URL

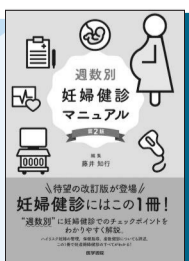
- 1) 日本産婦人科医会. 母体安全への提言. <https://bit.ly/3SZRqJa>
- 2) 日本産婦人科医会. 分娩に関する調査. 2017. <https://bit.ly/3ypsES9>
- 3) 「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」研究班. 無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言. 2018. <https://bit.ly/3ehMLL9>
- 4) JALA. 全国無痛分娩施設検索. <https://www.jalalite.org/area/>

妊婦健診でチェックすべき内容を週数別に解説。ハイリスク妊婦の管理や保健指導も網羅

週数別 妊婦健診マニュアル 第2版

好評を博した前版から3年振りの改訂。妊婦健診でチェックすべき内容を週数別に解説するとともに、ハイリスク妊婦の管理や保健指導についても詳述。改訂された各種ガイドラインへの対応はもちろん、妊婦への感染症検査・予防接種などもアップデート。妊婦から尋ねられることも多い出生前遺伝学的検査(NIPT)、無痛分娩の項目も追加された。

編集 藤井知行



産婦人科医の「困った」を解決する信頼のポケットマニュアル、待望の改訂!

産婦人科ベッドサイドマニュアル 第7版

初版以来27年にわたり圧倒的信頼を得てきた、ポケットサイズの産婦人科最強ベッドサイドマニュアル第7版。構成新たに123テーマを明快解説。「再発卵巣癌に対する化学療法」「遺伝性腫瘍」「AMHの測定意義」「不妊症における子宮内膜症の治療」「女性アスリート診療の留意点」「骨盤臓器脱」「脂質異常症」など新規掲載項目も多数。外来で。ベッドサイドで。産婦人科の「困った」「わからない」にはこの1冊が効きます!

編集 青野敏博
苛原 稔



多職種で支える

誤嚥性肺炎のリハビリテーション

高齢化に伴い患者数の増加が進む誤嚥性肺炎に対しては、抗菌薬による薬物治療だけでなく、嚥下機能の評価や訓練、口腔管理、栄養管理など、多職種による包括的な介入が重要です。スムーズな多職種連携を実現するための知識を学んでいきましょう。

編集 百崎良 三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野 教授

第7回 栄養管理

今回の執筆者 白井祐佳 浜松医科大学医学部附属病院 栄養部

こんな患者さん見たことありませんか？
 77歳男性。食道癌術後、繰り返す誤嚥性肺炎のため緊急入院。入院後は絶食、輸液管理となり、1週間以上電解質輸液のみだった。入院時BMI 15.2 kg/m²と、もともと低体重であったが、3週間でBMI 14.3 kg/m²まで低下した。歩行困難となり活動性も低下、患者さんから体力低下の訴えがあった。

誤嚥性肺炎は食欲不振を惹起し、低栄養状態になりやすい疾患の1つです。また、低栄養による骨格筋量の減少は嚥下障害を招くため¹⁾、低栄養と嚥下障害は密接に関連していると言えます。不適切な栄養管理は、栄養状態の低下を招き、臨床転帰に悪影響を及ぼします。治療効果を最大限発揮するには、多職種で協働し、患者の状況に合わせた多角的な栄養管理を行うことが必要です。そこで今回は、誤嚥性肺炎患者に対する栄養管理をご紹介します。

適切な栄養管理の必要性とは

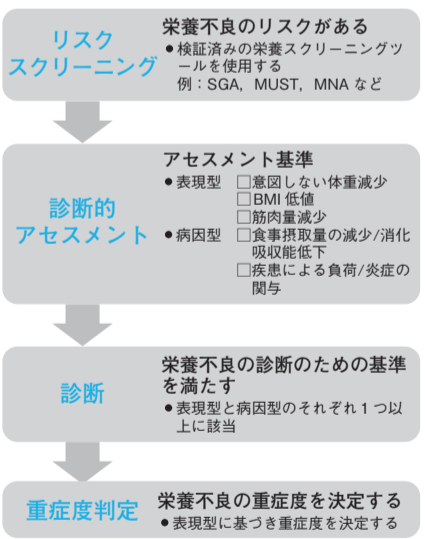
誤嚥性肺炎患者の中には、誤嚥が懸念されるため一時的に絶食になる患者がいます。日本の65歳以上の誤嚥性肺炎で絶食となっている患者の栄養管理の状態を調査した研究によれば、入院7日目にエネルギー量20 kcal/kg以上の患者が5.3%、アミノ酸1.0 g/kg以上の患者が6.4%、脂肪エネルギー比率15%以上の患者が5.7%と、それぞれの目標栄養量に達していた患者は

非常に少ないことが明らかになっています²⁾。その一方で、入院早期および絶食食中から十分なエネルギー量とアミノ酸量を投与することは、誤嚥性肺炎患者の良好な転帰と関連することが報告されており^{3,4)}、適切な栄養管理は誤嚥性肺炎からの回復、再発防止、予後の改善に大変重要と言えるでしょう。

GLIM criteria を用いたアセスメント

『静脈経腸栄養ガイドライン』では、全ての患者に対して栄養スクリーニングを実施し、栄養学的リスクの高い患者に疾患や病態に応じた指標を用いて定期的に栄養アセスメントを行うことを推奨しています⁵⁾。しかしながら、誤嚥性肺炎患者に特化した栄養アセスメント指標は示されていません。

さて、臨床現場において、アルブミン値などの血清内蔵蛋白レベルを栄養アセスメント指標として活用する場面にしばしば遭遇します。一方で米国静脈経腸栄養学会による position paper⁶⁾では、血清内蔵蛋白レベルは栄養状態



●図1 GLIM criteria (文献8より作成)
 SGA: Subjective Global Assessment, MUST: Malnutrition Universal Screening Tool, MNA: Mini Nutritional Assessment.

表現型	病因型
<input type="checkbox"/> 意図しない体重減少 >5%/6か月以内 >10%/6か月以上 <input type="checkbox"/> BMI 低値 <18.5 kg/m ² (70歳未満) <20.0 kg/m ² (70歳以上) <input type="checkbox"/> 筋肉量減少 DXA, BIA, CT, MRI, CC など基準値以下	<input type="checkbox"/> 食事摂取量の減少/消化吸収能低下 必要量の50%以下/週以上、摂取量低下/2週以上、慢性的な消化器症状 <input type="checkbox"/> 疾患による負荷/炎症の関与 急性疾患、侵襲、慢性疾患

●図2 診断的アセスメント (文献8より作成)
 DXA: Dual energy X-ray Absorptiometry, BIA: Bioelectrical Impedance Analysis, CC: Calf Circumference.

●表 重症度判定 (文献9より作成)

表現型	ステージ1 中等度低栄養		ステージ2 重度低栄養
	意図しない体重減少	過去6か月以内	5~10%
	過去6か月以上	10~20%	>20%
BMI 低値	70歳未満	<18.5 kg/m ²	<17.0 kg/m ²
	70歳以上	<20.0 kg/m ²	<17.8 kg/m ²
筋肉量減少	具体的な数値設定はなし		

を示すものではなく炎症を特徴づけるものであり、栄養マーカーとして用いるべきではないとしています。嚥下障害による誤嚥性肺炎は急性炎症を伴う場合があり、低栄養リスクを評価するために炎症の程度を考慮することは重要です。しかし、血清内蔵蛋白レベルのみで栄養状態を評価することは誤った栄養アセスメントにつながる可能性があるため、留意が必要です。

では一体、どのような指標を栄養アセスメントに用いればよいのでしょうか。摂食嚥下障害患者を対象としたスコアリングレビューによれば、栄養スクリーニング指標である MNA-SF、身体計測値、BIA法で測定した体組成、食形態、絶食期間、食事摂取量の食事評価等が、栄養アセスメント指標として抽出されました⁷⁾。これらの指標が複数含まれている栄養診断ツールとして、GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) criteria⁸⁾があります(図1, 2)。同ツールは、民族または人種による違いを考慮しており、世界共通の栄養不良の診断基準として使用されています。日本の高齢肺炎患者を対象とした報告⁹⁾によれば、BMIのアジア人のカットオフ値(表)が30日院内死亡率等の独立した予後予測因子であったことから、GLIM criteriaの重症度判定は高齢肺炎患者の予後予測に有用と言えるかもしれません。

個別化した栄養介入の意義

適切な栄養量を投与し、栄養状態を改善させるには、多職種による個別化した介入が求められます。栄養不良の高齢肺炎患者を対象とした報告では、管理栄養士と患者家族が栄養をサポートし、6か月間の個別栄養介入プログラムを行うことで栄養状態の改善や再入院率の低下が認められました¹⁰⁾。

また、誤嚥性肺炎患者では早期経口摂取の有用性が報告されていることから¹¹⁾、食事摂取が最良の栄養管理法であると言えます。しかし、食事のみで適切な栄養量に達しない場合も多いです。その際、最初に検討すべき栄養療法としては Oral Nutritional Supplements (ONS) が挙げられます。漠然としたONSの提供は経済的負担となり得ますが、低栄養リスク患者に対するONSの早期提供は費用対効果が高いことが示されています¹²⁾。摂取量を定期的にモニタリングし、ONSの内容を適宜調整していくことで、意義の高い介入となるでしょう。

人工栄養の導入に当たって

食事やONSを調整したにもかかわらず、経口摂取のみで適切な栄養量に達しない場合は、人工栄養(経腸栄養や静脈栄養)による栄養療法を検討します。人工栄養適応の目安は、エネルギー消費量または必要量の60%以下しか摂取できない状態が1週間以上持続することが予想される場合です⁵⁾。経腸栄養か静脈栄養のいずれかを選択する際の基準の大前提は、「腸が機能

している場合には腸を使う」ということ。経腸栄養は静脈栄養に比べて生理的であり、消化管本来の機能である消化吸収や腸管免疫系の機能が維持されるからです。通常、4週間未満の短期間に経腸栄養を施行する場合には経鼻アクセスを、4週間以上の長期にわたる施行が予想される場合には胃瘻や空腸瘻の造設を検討することが原則とされています⁵⁾。

一方で経腸栄養は、重度栄養不良で体重減少が進行した後に開始されることが多く¹³⁾、栄養療法としての効果を低減させています¹⁴⁾。欧州静脈経腸栄養学会の神経内科領域における臨床栄養ガイドライン¹⁵⁾では、脳卒中後に重度嚥下障害が7日以上続くと推定される場合、72時間以内に経腸栄養を開始することが推奨されています。これらのことから、経腸栄養の開始は時機を逸さないよう判断していくことが重要です。ただし経腸栄養を含む人工栄養は侵襲的な処置を必要とするため、医学的適応や本人・家族の意思も考慮して判断しなければなりません¹⁶⁾。人工栄養の導入は、めざすゴールを医療者と患者および家族で共有し、利益と負担を考慮した上で試みるべきです。

＊

ここまで誤嚥性肺炎患者の栄養管理について述べてきましたが、今後、栄養管理に悩まされた際に参考にさせていただきたい資料があります。それは、摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士を中心とする、Japanese Working Group on Integrated Nutrition for Dysphagic Peopleが執筆した摂食嚥下障害患者の栄養ケアに関する position paperです¹⁷⁾。同資料には、摂食嚥下障害患者における栄養管理の必要性、栄養専門職が対処すべき課題と有力なアプローチなどが集約されています。ぜひご一読いただければ幸いです。

今回のポイント

- 全ての患者に対し、栄養スクリーニング、栄養アセスメントを行うことが栄養管理の第一歩です。
- 個別化した専門的な栄養介入は、予後改善の一助になります。
- 入院早期、絶食食期間中から適切な栄養量が投与できるよう栄養補給方法を検討しましょう。

参考文献
 1) Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 25807861]
 2) Arch Gerontol Geriatr. 2021 [PMID: 33798999]
 3) J Nutr Health Aging. 2020 [PMID: 31886818]
 4) J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2022 [PMID: 34626471]
 5) 日本静脈経腸栄養学会(編). 静脈経腸栄養ガイドライン 第3版. 照林社. 2013.
 6) Nutr Clin Pract. 2021 [PMID: 33125793]
 7) Nutrients. 2021 [PMID: 33673581]
 8) J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019 [PMID: 30920778]
 9) JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2021 [PMID: 32677042]
 10) Int J Environ Res Public Health. 2019 [PMID: 31783672]
 11) Clin Nutr. 2016 [PMID: 26481947]
 12) JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2021 [PMID: 33241592]
 13) Dig Dis Sci. 2003 [PMID: 14627355]
 14) Nutrition. 2009 [PMID: 18848432]
 15) Clin Nutr. 2018 [PMID: 29274834]
 16) Dtsch Med Wochenschr. 2010 [PMID: 20234993]
 17) J Am Med Dir Assoc. 2022 [PMID: 35985419]

NHKスペシャル

人体 vs ウイルス

驚異の免疫ネットワーク

著: NHKスペシャル「人体」取材班 / 坂元 志歩

●B5 2022年 頁144 [ISBN978-4-260-04962-7]
 定価: 2,970円(本体2,700円+税10%)

目次
 はじめに
 introduction 新たな感染症の始まり
 chapter 1 ウイルスと変異
 chapter 2 ウイルスの侵入
 chapter 3 潜伏期間の攻防戦
 chapter 4 自然免疫の戦い
 chapter 5 獲得免疫の戦い
 chapter 6 重症化と後遺症
 chapter 7 ワクチンの開発
 chapter 8 ウイルスとともに生きる
 あとがき

人体と新型コロナウイルス、その攻防をビジュアル資料で描くNHK人気番組を書籍化!

2019年末に報告されてから世界中をパンデミックに陥れた新型コロナウイルス。人体、そして人間社会は、これまでどのように新型コロナウイルスとその感染症に対峙してきたのか。そしてこの先どのように共存していくのか—新型コロナウイルスがヒト細胞に感染するしくみ、ウイルスに抗う人体の免疫システムなど、豊富なビジュアル資料とともに描きながら、ヒトとウイルスの未来に迫っていく。

医学書院

Medical Library 書評新刊案内

Grant解剖学図譜 第8版

Anne M. R. Agur, Arthur F. Dalley ●原著
坂井 建雄 ●監訳
小林 靖, 小林 直人, 市村 浩一郎, 西井 清雅 ●訳

A4変型・頁896
定価:16,500円(本体15,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04730-2

評者 尾崎 紀之
金沢大教授・機能解剖学

このたび、原著15版に基づいた『Grant解剖学図譜 第8版』が出版されました。本書は、J. C. B. Grant教授が、自らの手で繊細な解剖を行った解剖標本をもとに忠実に描いた解剖学図譜がもとになっており、写実性と正確性を特徴とした優れたアトラスです。

写実的なアトラスの有用性は、解剖実習の現場で教えている誰もが感じるところです。解剖学で難解なのは、複雑な形をした臓器や器官の空間的・立体的配置の会得です。これはいかに丁寧に言葉を尽くしても伝えるのが難しく、また繰り返し文章で読んでも理解することは難しいものです。剖出写真を示したとしても、学生では写真のどこに着目したらよいかかわからない場合があります。しかし、構造を理解している人の手によって描き起こされたアトラスの図を見ながら、自らの手で剖出することによって、頭の中でいくら再構築してもわからなかったことが初めてわかる、まさに腑に落ちる経験は、実習を経験した者なら何度もあると思います。

解剖実習において、多くの学生は、それまで見たことがない構造物を、不安な気持ちを抱きながら剖出します。そのため、正確なアトラスこそが、学生にとって力強い手がかりとなります。また、解剖実習は、必ずしも手順書と

同じように進められるわけではありません。ご遺体は、故人の人生を反映し、亡くなってから解剖に付されるまでの経緯がさまざまなことから、実に多様です。そのため、実習の現場では、それぞれのご遺体から学べることを最大限引き出せるように、一体一体、工夫をしながら解剖を進めていきます。そうした際に、応用が利くアトラスは大きな力となります。

標本に忠実で写実的な図譜は、初学者のみならず、臨床医学を学ぶ学生や医師、医療関係者にとっても、安心して、自分が直面している実臨床に役立てると考えます。日常の処置から高度な外科的・内視鏡的アプローチ、MRIやCT画像の理解まで、臨床のさまざまな場面で、正確で写実的なアトラスは、信頼して活用することができます。

最後に、翻訳について触れさせていただきます。初学者の大きな悩みの一つは、成書によって記載が異なる解剖学用語です。解剖学は歴史が長く、世界中で医学を越えた多分野・多職種で使われる知識の集大成であり、そのため、分野独自の知識も含まれます。多分野の視点は解剖学の発展に寄与してきたところですが、それでも同じ構造に対して複数の用語が使われることは、大きな混乱を招きます。初学者が

解剖実習から実臨床まで、安心して活用できるアトラス



摂食嚥下障害への早期介入に向けて

第28回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会の話題より

摂食嚥下機能を正確に評価するには嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査の実施が重要であるものの、摂食嚥下障害が疑われる患者は多く、全例にこれらの検査を行うことは現実的ではない。そこで求められるのが簡便に行えるベッドサイドスクリーニング検査である。本紙では、9月23~24日に幕張メッセ(千葉県千葉市)で開催された第28回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会(大会長=国際医療福祉大・倉智雅子氏)において、各専門職によって行われるベッドサイドスクリーニングに焦点を当てたシンポジウム、「トッランナーに学ぶ ベッドサイドスクリーニング」(座長=国立長寿医療研究センター・加賀谷齊氏)の様相を報告する。

◆看護師、言語聴覚士、理学療法士の視点からみたベッドサイドスクリーニング

講演冒頭、「摂食嚥下障害患者への対応には、多職種が連携したチームによるアプローチが重要」と切り出したのは、摂食・嚥下障害看護認定看護師の三鬼達人氏(藤田医大ばんだね病院)。チーム内での看護師の役割として、①急性期からリスクを管理しながらかわること、②治療経過の中で嚥下障害を発見すること、③嚥下訓練を患者の生活に定着させること、④観察結果をチームに提供すること、⑤チーム内でのコーディネーターとなることを挙げ、とりわけ入院や手術、絶食を契機に起こる全身状態の変化によって摂食嚥下障害が顕在化しやすい急性期病院では、「看護師による異常の早期発見と早期介入が必要」と訴えた。

では具体的にどのような体制を構築すればよいのか。氏が所属していた藤田医大病院では、看護師が入院時に口腔嚥下機能評価フローチャートを用いて初期評価を行い、異常が認められれば摂食・嚥下障害看護認定看護師へコンサルテーション、さらなる介入が必要と判断されると、リハビリテーション科医、歯科医、言語聴覚士、管理栄養士などから構成される嚥下回診を実施するスクリーニング体制を整備している¹⁾。この取り組みにより、摂食・嚥下障害看護認定看護師へのコンサルテーション件数が788件(2019年)から1358件(2020年)に増加していることを氏は示し、各施設での早期発見・介入の体制構築を呼びかけた。

続いて登壇した言語聴覚士の清水充子氏(埼玉県総合リハビリテーションセンター)は、摂食嚥下障害患者に対して用いられる各種スクリーニングテストについて解説した。氏は、スクリーニングの目的である「症状を引き起こしている病態をつかむ」「摂食嚥下に伴う異常を推定し、リハビリテーションにつなげる」を改めて意識することが重要だとし、症例ごとに用いるべきスクリーニングテストの選択、また、得られた情報から何を推察すべきかを考慮しながら対応する必要があると述べた。

嚥下運動が行いやすい状態をめざし、頸部・体幹機能と呼吸・嚥下との関係を考慮した効果的な運動療法を提供すべきと訴えるのは高崎健康福祉大の吉田剛氏(理学療法士)。氏は長年、嚥下運動障害因子となる不良座位姿勢やその原因となる頸部・体幹機能および呼吸状態に注目し、局所の嚥下機能に影響を与える全身機能を運動連鎖の視点からとらえてアプローチを続けてきた²⁾。「摂食嚥下の際に必要な座位を保持する能力を向上させるのは理学療法士の得意とするところ」と述べ、摂食嚥下リハビリテーションチームの一員として、運動療法・物理療法の専門家である理学療法士を活用してほしいとの考えを示した。

参考文献

- 1) Yamasaki M, et al. Incidence and patient characteristics of aspiration pneumonia using a nursing screening flowchart in an acute hospital. JNSE. 2022; 9: 190-200.
- 2) 吉田剛, 他. 脳血管障害による嚥下運動障害者の嚥下障害重症度変化と嚥下運動指標および頸部・体幹機能との関連性. 日老医誌. 2006; 43(6): 755-60.

頭を悩まし、やる気をそがれてしまうかもしれません。本書の監訳に当たられた坂井建雄教授をはじめとした翻訳者は、解剖学用語に造形が深く、使用する用語を『解剖学用語 改訂13版』(日本解剖学会監修)を中心に、丁寧に選んでおり、学習者が安心して勉強

に取り組むことができるのも本書の優れた点です。

本書は、解剖学をひもとく学生から、臨床現場で働く多職種の医療関係者まで、大きな安心と信頼感を与えながら、役立つものと考えています。

もっと『カンデル神経科学』を楽しむ! 連載コラムとお得な情報

カンデル公式 note

約30%の改訂アップデート

PRINCIPLES OF NEURAL SCIENCE Sixth Edition

新刊 脳科学を網羅する教科書、8年ぶりの改訂。

カンデル神経科学 第2版

日本語版監修 宮下保司
日本学士院会員/東京大学名誉教授
A4変 1,704頁 フルカラー
ISBN978-4-8157-3055-0
定価 15,950円 (本体 14,500円+税10%)

月1連載 『カンデル神経科学』を読んでみた
A-1 エンジニアが

月2連載 専門外の元神経学者がゆるっと『カンデル神経科学』を読んで書く

先着250名さまプレゼント!

カンデルボトル缶

石川尊教 牧野曜

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 https://www.medsi.co.jp
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

ベイツ診察法 第3版
Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 13th Edition

ドゥガーウィン 診断のための診察と検査
DeGowin's Diagnostic Examination, 11th Edition

身体診察本の 新刊 どちらの名著を開こうか

原初の一冊。

定番、7年ぶりの改訂。

日本語版監修 有岡宏子 聖路加国際病院一般内科部長
井部俊子 長野保健医療大学教授/聖路加国際大学名誉教授
山内豊明 放送大学大学院教授/名古屋大学名誉教授

A4変 1,264頁 フルカラー 図646・写真800・表150
ISBN978-4-8157-3056-7
定価 12,100円 (本体 11,000円+税10%)

監訳 上田剛士
洛和会丸太町病院 救急・総合診療科 部長

A5変 1,168頁 2/4色 図279・写真28
ISBN978-4-8157-3060-4
定価 9,900円 (本体 9,000円+税10%)

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 https://www.medsi.co.jp
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

Medical Library 書評新刊案内

アトミー・トレイン [Web動画付] 第4版 徒手運動療法のための筋膜経線

トーマス・W・マイヤース (Thomas W. Myers) ●原著
板場 英行, 石井 慎一郎 ●訳

A4・頁404
定価:7480円(本体6,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04924-5

評者 園部 俊晴
コンディショナラボ所長

近年、「筋膜 (myofascia)」や「膜 (fascia)」という用語は、医療だけでなく一般にも認知され、コンビニに並ぶ雑誌にすら「筋膜」という言葉を目にするようになりました。そして、これまでわからなかった筋膜や膜に由来する病態が徐々に明らかになり、整形外科医を含め、運動器にかかわる医療者が、筋膜や膜の臨床的意義を認識するようになってきました。本書『アトミー・トレイン』は、その先駆的存在であったと、多くの医療者が認めることです。

新たな発見で臨床の奥深さに
気付かせてくれる一冊



臨床の世界は、どれだけ経験を重ねても、学べば学ぶほど奥が深く、発見の連続であるといえます。筋膜や膜が関与する病態については、最近になってわかってきたことが多く、その顕著な例といえるでしょう。これまで、腰部の障害や病態が原因と思われていた下肢の痺れや痛みも、筋膜へのアプローチによって改善することを、臨床では多く経験します。つまり、実は筋膜の病態であったと確認できることが多くあるのです。その他、筋や腱、靭帯、滑膜、脂肪体が原因と思われた病態が、実は筋膜や膜の病態であることも珍しくありません。こうした発見は、本書に書かれている身体の膜の構造と機能を理解することでひもとけることでしょう。本書の原著者であるトーマス・W・

マイヤース氏は、運動器を連続体としてとらえ、筋膜や膜が姿勢制御や運動連鎖に深く関連していると考えています。これまでの運動器治療は、局所に着目しすぎてきたと私は感じています。だからこそ、この考えにはとても共感できますし、多くの医療者に「身体が連続体である」という考え方を知ってほしいと思っています。今回の第4版で追記された「ピラティス的な考え方」や「ボディリーディング®」の概念も、こうしたトーマス・W・マイヤース氏の考えを理解するのに役立つため、ぜひ一読してほしい項目です。

今後、筋膜や膜に関する病態、ネットワークシステム、運動の連動、さらには皮神経の機能解剖との関連性など、さまざまなことが解明されていくことは疑いありません。そして、それに基づいた運動器治療の変革があるはずだと。

私たちが臨床と真摯に向き合い、素直な気持ちで、筋膜や膜の視点も含め、運動器疾患の治療に取り組んでいくことが大切であると、この一冊が気付かせてくれるはずだと。

最後に、訳者の板場英行先生と石井慎一郎先生の強い思いとご尽力により、本書がわが国に広まったことに感謝します。

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方

吉村 長久, 山崎 祥光 ●編

B5・頁216
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04806-4

評者 川崎 誠治
三井記念病院院長

本書は、北野病院の吉村長久院長と山崎祥光弁護士の編集で上梓されたものである。適切なカルテ記載の重要性を認識し、もともと関心を持っていた吉村院長が、医師の資格もあり臨床経験もお持ちの山崎弁護士にカルテ記載に関する講演を数多く依頼してきた。その講演の内容が土台となったのが本書である。このお二人の組み合わせこそが、独特の視点を持つ本書の出版を可能にしたといえる。北野病院医療安全管理室の先生方と山崎弁護士が中心になり著述されているが、本書を読むと、「カルテ記載のない事柄はなかったことになる」ということがあらためて強く認識される。その他に、何となくそうではないか、あるいはほんやりとどうなのだろう、と思っていたいくつかのことが明瞭に説明・記述されており、大変参考になる。以下に例を挙げる。

正確なカルテ記載が身を守る



ちゃんと定めておくべきである。
・カルテ改ざんと追記訂正は別である(改ざんと思われるのをいわずらに恐れて誤った記載をそのままするのは問題である)。ただし追記訂正で望まれるのは、初めの記載から1~2日以内、トラブル発生以前である。
・暴言を繰り返したり大声を出したりする患者・家族と病院職員とのやりとりを録音する際には患者・家族の同意を得る必要はなく、同意を得なくても証拠として役立つ。

救急受診患者の帰宅を認めるときには、重篤な疾病である可能性を低める事実・所見も意識してカルテに記載する。
きちんとカルテに記載するということが基本的に時間を要する作業になるが、医師および診療に携わるスタッフの時間とエネルギーはできるだけ実際の患者診療に向けられるべきであるということが本書では強調され、チェックリストを利用するなどの具体的で簡便なカルテ記載方法も示されており、現場に寄り添った視点が貫かれていることに感銘を受けた。

カルテと異なり、忌憚のない意見交換の場であるカンファレンスや医療安全事例検討会などの議事録は開示の義務はない(むしろ開示すべきではない)。それと関連して開示・非開示の書類の区別を医療機関内でき

小児と成人のための 超音波ガイド下区域麻酔図解マニュアル

中島 芳樹 ●監訳
上村 明 ●訳者代表

B5・頁200
定価:8,250円(本体7,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04744-9

評者 鈴木 玄一
日本小児麻酔学会名誉会員

原著は第3版で、このたび初めて日本語版が出版された。著者は区域麻酔を超音波ガイド下で施行することにより、成功率が向上し、より正確に必要な部分のみのブロックが可能になり、新生児から高齢者まで恩恵を受けたと述べている。その他、新生児などに対する超音波ガイド下の内頸静脈カテーテル留置法を解説し、さらに区域麻酔以外に超音波ガイド下での肺・気道・視神経管・胃噴門部エコーについて簡潔な概要にも触れている。区域麻酔以外に麻酔科医が覚えておいて大変役に立つことだろう。

画像とイラストが豊富で実際の 手技を行う際に大変便利

超音波の基本的な原理の理解は当然として、p.19に記載された超音波ガイ

ド下神経ブロックのコツは、ぜひとも目を通していただきたい。

本書はB5判で、実際にブロックを行う場合に傍らに置けるので大変便利であり、超音波画像、写真、イラストが豊富で大変参考になる。また日本語訳が大変素晴らしいが、著者の長年の苦勞もあることと思うが、ブロックに際して読者は理解しやすいと思われる。

ブロック針の太さと局所麻酔薬の種類と量は施設により異なるので注意されたい。例えば仙骨麻酔について述べると、欧米では穿刺針で、皮膚や皮下のdebrisを硬膜外腔に誤入するのを予防するために、スタイレット入りの針を使用する、すなわち22Gの静脈ノ

心電図問題集の決定版! ベストセラー「心エコー読影ドリル」待望の姉妹版!

心研印 心電図判読ドリル

ベストセラー「国循・天理よろづ印 心エコー読影ドリル」の心電図版がついに登場! 心臓血管研究所・不整脈チームの精鋭が執筆し、編集は心電図界のレジェンド・山下武志先生。単純に診断名を当てさせるのではなく、心電図の細かい所見や、本質に迫る問題、その先の診療方針を問う問題など、この一冊で心電図を通して循環器診療を深く学びます。不整脈や虚血性心疾患だけでなく、弁膜症や先天性心疾患など、幅広い疾患を収載。

編集 山下武志



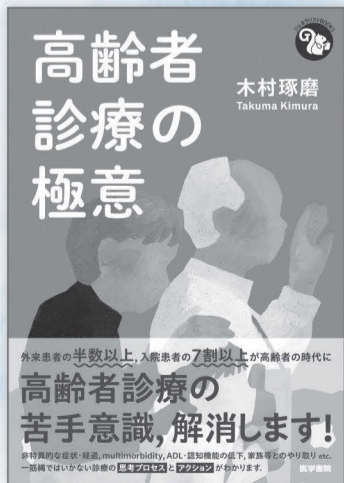
B5 頁208 2022年 定価:4,620円[本体4,200円+税10%] [ISBN978-4-260-05012-8]

医学書院

高齢者診療の苦手意識、解消します! 一筋縄ではいかない診療のノウハウをまとめました

高齢者 診療の 極意

木村 琢磨



詳しくは



高齢者診療の苦手意識、解消します! 不特異的な症状・経過、multimorbidity、ポリファーマシー、ADL・認知機能の低下、家族や他職種とのやり取り、社会的支援など、一筋縄ではいかない高齢者診療の思考プロセスとアクションをまとめました。外来患者の半数以上、入院患者の7割以上が高齢者の時代に必携の書です。

A5 2022年 定価:4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN 978-4-260-05027-2]

医学書院

問題解決型救急初期診療 第3版

田中 和豊 ● 著

B6変型・頁564
定価:5,280円(本体4,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04732-6

評者 藤井 達也
アンカークリニック船堀整形外科

「これから動悸の患者さんが来るから、ACLS見直しておいて」。

初期研修医だった僕は上級医に言われ、ACLSのテキストを見直していた。

「意識があるということは脈あり・頻脈だな」と思い頻脈プロトコールを頭に入れた。すると心電図モニターを確認すると洞調律の78歳男性だった。僕は脈あり・頻脈のプロトコールの最初でつまずき、頭が真っ白になりそうだった。しかし、過去カルテを見に行くときに本書の「動悸」の項目を開いた。まずは「問診」「心電図」と記載がある。

「それで具体的には何を聞くのか?」と思い次のページを見ると、「安静時の動悸か?」「労作時の動悸か?」「既往歴」「家族歴」と書かれている。ふむふむ。30秒でざっと確認し現場に戻る。診察や検査を終え無事に上級医へプレゼンできた。

本書の初版は米国内科学会専門医取得後、聖路加国際病院救命救急センターに在籍していた当時卒後9年目の田中和豊先生が執筆されたもので、本書は全面改訂を行った第3版である。初版では初期研修医が救急外来において、診療科を問わず自分一人で戦えることを目的としていた。初版から約20年が経過し、さらに医学生も読者対象にしたいという思いが、序文の田中先生の言葉からうかがえる。

ここでは整形外科専門医の立場からこの書籍を切り出してみる。結論から述べると「プライマリケアの最前線にいる田中先生という熟達者から、これから実臨床を学ぶ初学者に向けたEBMと経験を融合した実践知を詰め込んだ道標」である。その理由は以下の3つである。

「専門医である前に一人の医師であれ」の具体的な道標



①症候からフローチャートがある: 例えば「動悸」の最初の分岐は「一過性」か「持続性」かである。「持続性」の後には「ACLS徐脈・頻脈プロト

コールに従い、不整脈をコントロールする」と書かれている。このようにフローチャートで視覚的に示すことで、初めて動悸を診る医学生、初期研修医にも持続性動悸は「急いで」対処しなくてはならない症状だとわかる。一方、一過性動悸に関しては、問診や心電図などの項目が示されており、次の一手がすぐにわかる。

②必要なスコアが必要なところにある: 診断や治療をしていく中では疾患に特化したスコアリングを活用することがある。例えば心房細動の抗凝固療法にはCHADS₂スコアがある。こういったスコアは検索しても前後の文脈までは記載されておらず、目の前の患者さんに当てはめてよいかわからないことが多い。しかし、本書では診断や治療に関する記載のすぐ近くにスコアが掲載されている。これを参考にすれば、コンサルトする際に専門医と円滑にコミュニケーションがとれそうである。

③具体的に何をすべきかが書かれている: フローチャートのすぐ後には、問診や診察、検査で何をすべきかが記載されている。ここには「なぜ」を解く田中先生のTipsがたくさん詰め込まれている。まるで現場で田中先生に教わっているような気分になる。

初期研修医のときに初版を片手にERに出ていた僕だが、いま一度、整形外科専門医としてだけでなく一人の医師として学び直しをしてみようと思う。

う。このブロックは開胸手術に非常に有効で、硬膜外ブロックと異なり開胸側のみの鎮痛であり、術後胸腔ドレーンが挿入中は体動に際して創部痛より強い疼痛を抑える。また、このブロックは腎臓手術や腎生検にも有効で患側のみのブロックであり、開胸手術とともにこのマニュアルを参考に皆さんにもっと施行してもらいたい。

術後の鎮痛には麻薬を含む鎮痛薬よりも区域麻酔が有効なのは誰もが認めるところである。絶対的な禁忌がある場合はともかく、まずはこの本を参考に区域麻酔を試みるべきである。

留置針を使用するそうだが、私は国立小児病院時代の恩師に教えられ、以来25Gの鈍針を用いている。この太さでも乳児では脂肪が多いせい、何回も試みていると針先が詰まることある。しかし、この25Gは長さ2.5cmで非常に使いやすい。

仙骨麻酔では薬液注入中に後硬膜の沈み込みがあるそうだが、評者は不注意のせい、か気が付かず、今後はよく注意したい。

小児胸部傍脊椎ブロックのところでは、椎体、肋膜、内肋間筋、横突起などのイラストがあれば、ブロックを行うときに非常にわかりやすかったと思

Spiegel-Wycis Award 2022

定位・機能神経外科手術の発展に貢献した平孝臣氏が日本人4人目の受賞

定位・機能神経外科手術の発展に貢献した脳神経外科医に贈られる Spiegel-Wycis Award を、平孝臣氏(東京女子医大)が受賞した。定位脳手術の先駆者である Spiegel, Wycis 両博士の名前を冠した本賞は本領域での最高の賞に位置づけられており、国際定位機能神経外科学会が開催する「世界定位・機能神経外科学会」の折に授与される。1977年に賞が設立されて以来、平氏の受賞は日本人として4人目となる。

平氏は、本邦で初めてジストニアに対する脳深部刺激療法(Deep Brain Stimulation: DBS)を行った定位・機能神経外科手術分野の第一人者である。そのほか、局所性ジストニアに対する熱凝固手術治療や痙攣に対するバクロフェン髄腔内投与療法(Intrathecal Baclofen Therapy: ITB)、本態性振戦・パーキンソン病に対するMRIガイド下集束超音波視床破壊術などのさまざまな治療法を確立し、領域をリードしてきた。

平氏は、「このたび脳神経外科のさまざまな分野の中で最も歴史のある本会で、定位脳手術の開祖である Spiegel, Wycis両博士の名を冠した本賞を受賞したことは極めて光栄なことです」と受賞の喜びをコメント。また、「今後さらに日本の若手の方々に神経科学と外科学の融合した本分野に興味を持っていただき、多くの患者さんの病に立ち向かってもらいたいです」と若手医師への期待を述べた。



●(左)授賞式での平孝臣氏、(右)平氏に授与された表彰盾

外科医のための局所解剖学序説 第2版

佐々木 克典 ● 著

A4・頁368
定価:14,300円(本体13,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04626-8

評者 松下 尚之
栃木県立がんセンター食道胃外科科長

著者の佐々木克典先生は本書初版の序文で、「卒後まだ日の浅い若き術者は、学生時代に学んだ解剖をうまく使えないということに、もどかしさを感じるのではないかと述べておられるが、私はまさにその一人であった。私が1996年に大学を卒業し熊本大学第1外科に入局した年に雑誌『臨床外科』(医学書院)にて本書初版のベースとなる連載が始まった。私は雑誌から「外科医のための局所解剖学序説」の連載を切り離して冊子とし、使用してきた。2006年に書籍として本書初版が出版され、

エキスパート外科医への滯標



長く待ち望んでいた第2版を2022年に手にすることができた。

本書では系統解剖学と手術の実践解剖のギャップを埋めるべくさまざまな手法がとられている。その一つとして、体表の構造物を深部の構造物と結びつけることがある。個体差を超え構造物が恒常的に同じ位置にあることは手術のアプローチやIVRの手技などの基礎となる。また手術では表層から深部へアプローチするが、視点を交え深部から表層へ、左右の違いを理解するため正中から外側へ構造物をたどる手法がとられ、立体的な理解が得られるよう工夫されている。また生体には解剖を理解するための重要な間隙や断面がありその詳細が解説されている。私は

本書の立体的なシェーマと『グラント解剖学図譜』(医学書院)などの解剖図譜を見比べながら、構造物を本文に沿って一つひとつたどっていき、そして手術に入るといった作業を繰り返した。単調ともいえる作業であり、膨大な構造物をすぐに覚えられないわけではないが、繰り返しているうちに次第に血管の基本走行や隣接臓器、さらに深部の構造物との位置関係が把握できるようになり、さまざまなメルクマールを持つことができたようになった。この知識は定型的な手術の安全な遂行や時間短縮だけでなく合併切除や突発的な出血への対応に役に立つ。

「タイムクリップ」のコラムではさまざまな術式の黎明期のエピソードが詳細に解説されている。このコラムはそもそも読んでいて楽しいし、解剖学へのモチベーションを上げることができる。どの回も古い文献をどのようにして調べ上げたのか感服してしまう。そして、随所に佐々木先生から若い外科医への温かい励ましがちりばめられている。私自身、症例の少ない病院で研修していたため大いに励まされた。

本書を手にした若い外科医はエキスパートへの確かな航路を進んでいると断言したい。本書はまさに「エキスパート外科医への滯標」である。

本書を手にした若い外科医はエキスパートへの確かな航路を進んでいると断言したい。本書はまさに「エキスパート外科医への滯標」である。

本書を手にした若い外科医はエキスパートへの確かな航路を進んでいると断言したい。本書はまさに「エキスパート外科医への滯標」である。

この一冊で全部位の画像がわかる! 待望の全面改訂版

新刊 ジェネラリストを目指す人のための **画像診断パワフルガイド 第2版**

▶ 全身の画像診断を1冊で解説する本邦唯一のパワフルガイド、8年ぶりの全面改訂。ジェネラリストとして知っておくべき疾患の病態生理や病理の知識を踏まえて、それに対する画像診断を解説する基本コンセプトを継承。各章で鑑別診断(診断アプローチ)の考え方をまとめた頁も新設。タイトル項目の疾患には3段階の難易度レベルを示し、読者がレベルに合わせて学習できるように配慮。タイトル疾患数は381→406に増量。PoweUp欄で関連疾患をできる限り補強し、大幅にボリュームアップ!

著: 山下 康行 (くまもと県立病院理事長(前熊本大学放射線診断学教授))

定価12,100円(本体11,000円+税10%)
B5 頁880 写真2615・図273 2022年
ISBN978-4-8157-3054-3

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

外来診療の迷宮に踏み込んだら「型」! 待望の続編

新刊 続・外来診療の型

苦手な主訴にも同じ診断アプローチ!

▶ よくある主訴に対する問診・身体診察・検査等に際して、著者オリジナルの「型」を活用し診断に導く「外来診療の型」の続編。診断の流れと文献の活用・解釈法を中心に診断推論の基本を扱った総論と、外来での遭遇頻度が高く原因特定が難しい6種の愁訴(めまい・一過性意識障害・倦怠感・関節痛・しびれ・発熱)を取り上げた各論の2部構成。各論は対話形式で「熱心な指導医」と共に問題点の明確化、疾患の想起と検証を疑似体験でき、「診療の型」が身につく。

著: 鈴木 慎吾 (千葉中央メディカルセンター内科 医長)

定価4,950円(本体4,500円+税10%)
A5 頁294 図30・写真14 2022年
ISBN978-4-8157-3058-1

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 https://www.medisi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medisi.co.jp

