

2022年7月18日

第3478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] 「キーフレーズ」を用いてネクストレベルの臨床推論をめざす(志水太郎, 長野広之)..... 1-2面
- [寄稿] 携帯型装置の技術革新によりPOCUSは新たなステージへ(亀田徹)..... 3面
- [寄稿] ひきこもりの社会復帰支援(加藤隆弘)..... 4面
- [連載] 誤嚥性肺炎のリハビリテーション..... 5面

対談

# 「キーフレーズ」を用いて ネクストレベルの臨床推論をめざす



志水 太郎氏  
獨協医科大学総合診療医学 主任教授



長野 広之氏  
京都大学大学院医学研究科  
医療経済学分野博士課程

患者の訴えから診断を導き出す思考過程である「臨床推論」を学ぶ機会が近年増えている。しかし、学んできた臨床推論による対応だけでは診断が難しい症例に出会うこともままある中、得られた情報をどう整理し診断につなげればいいのか、途方に暮れる若手医師は少なくない。近刊『ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ』(医学書院)では、臨床推論をスムーズに行うための道具立てとして、鑑別診断を絞るための「キーフレーズ」を提示している。本紙では、同書著者の長野広之氏と、『診断戦略——診断力向上のためのアートとサイエンス』(医学書院)著者で診断学領域の発展に尽力する志水太郎氏の対談を企画。「キーフレーズ」の有用性や診断学領域の今後の展開について議論した。

長野 本日はよろしくお願ひします。私の医学生時代、志水先生を大阪大学にお呼びして臨床推論に関する勉強会を開いたことを思い出して、感慨深いです。

志水 懐かしいですね。

長野 今でこそ臨床推論は一般的になりましたが、私が学生だった12、3年前は、教えてくれる先生はそう多くいりませんでした。志水先生のレクチャーが非常に魅力的に映ったのを覚えています。

志水 診断学領域では、「診断の卓越(diagnostic excellence)」というキーワードが2021年に登場しました。患者の状態について、正確で精密な説明を達成するための最適な(タイムリーで、費用対効果が高く、便利で、患者に理解しやすい)診断プロセスを指します<sup>1)</sup>。診断エラーをどう減らしていくかという従来の観点から、卓越性の向上をめざし、診断にまつわる臨床の

アウトカムをさまざまな角度から良くしようとする動きが世界的に広がっています。医師の思考過程がクローズアップされたこの10年でしたが、今後は外部の環境やシステムを含めた診断の在り方にフォーカスを当てる流れになっていくでしょう。

この10年に関して言うと、日本ほど診断技術の研さんに熱い国は世界を見渡してもおそくないと思います。勉強会が国内のあちこちで多数開かれています。そうした動きは診断学分野が発展するためのエンジンとして働いてきたのでしょうか。一つのムーブメントであり、日本の独自性だと思えます。

今回先生が上梓された『ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ』は、まさにそうしたムーブメントに新たな角度から焦点を当てた、大きな意味合いのある本だと私は考えています。

長野 ありがとうございます。

## 難しい症例を診断する ロジックを押さえる

志水 長野先生は、なぜ本書を書こうと思ったのですか。

長野 医師として働き始めた当初の体験がベースにあります。臨床推論の勉強会に、私も学生・研修医時代から参加してきました。けれども優れた医師が診断に当たって一体どのような思考過程を経ているのか見えない状況が、卒後3年目ぐらいまで続きました。勉強会自体は楽しいのですが、最終診断となった疾患名も知らなければ、診断に至るプロセスもよくわからない。自身の力不足を感じさせられるという意味ではつらい経験でもありました。

しかし、卒後5年目を過ぎた頃に、卓越した医師に共通している部分に気がつきました。彼らは病歴や身体所見、提示される検査所見から診断特異的な情報を取り出してくることに優れていたのです。そのことに気づいて以来、私も同様のポイントに注目するようになりました。そういった情報、拙著で言うところの「キーフレーズ」を日々の診療の中でメモ書きとして蓄積し始めました。そしてメモ書きがある程度集まった時点で、『medicina』誌の連載で発表する機会を得ました。それが

今回の単著に結実したという経緯です。

志水 書籍のタイトルにもなっている「キーフレーズ」とはどのようなものか、改めて説明してもらえますか。

長野 一言で言うと、「鑑別診断を絞るのに特異的であり、知っておくと役に立つproblem」を指します。臨床では鑑別を挙げたり絞ったりするのに困りがちなパターンが存在します。そうしたものをキーフレーズとして収集しておくことで、次にまた同じ症状に出合った時に、鑑別を素早く挙げられます。診断に至るまでにはいくつかのプロセスがありますが、患者さんから得た情報を適切に医学言語化(例えば「気を失った」なら、「失神」に言い換え)した上で、それに対して鑑別診断を絞る情報(semantic qualifier, 註)を付け加え、診断に特異的なキーフレーズとして取り出すのです。

志水 なるほど。患者さんを診た時に、「こういう状況があったら何を考える?」ということですね。よくある例を挙げると「突然発症の頭痛」などでしょうか。

長野 そうです。ただ、今例に挙げた突然発症の頭痛の鑑別は、初学者が勉強する初級レベルに当たります。その次のレベルで困るのは、例えば「く

(2面につづく)

### ●しみず・たろう氏

2005年愛媛大卒、18年より現職。専門は診断戦略学。病歴、フィジカル、診断思考を軸に、診療、研究と後進指導に従事している。博士(医学)、修士(公衆衛生学)、修士(経営学)。Diagnosis (De Gruyter) 国際編集委員。主な著書に『診断戦略——診断力向上のためのアートとサイエンス』(医学書院)。

### ●ながの・ひろゆき氏

2011年阪大卒。天理よろづ相談所病院総合内科、洛和会丸太町病院救急総合診療科などを経て、20年より京大大学院医学研究科医療経済学分野博士課程。臨床研究や医療経済、Quality indicatorについて学び、データベース研究に取り組む。著書に『ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ』(医学書院)。

待望の改訂。読み継がれてきた  
解剖学図譜の新たなステージ



# グラント 解剖学図譜

監訳 坂井建雄

第8版

A4変型 頁896 2022年 定価: 16,500円(本体15,000円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04730-2]

- ◆ 実際の解剖標本を基に描かれた独自のイラストが高く評価されてきた、定番の解剖学図譜の改訂版。
- ◆ 他書に見られない独自の剖出のアングル。
- ◆ 現代的な装いに統一をはかりつつも、従来からのスピリッツを失わない改訂。
- ◆ これまでのファンもこれからのファンも飽きさせることなく、深遠な、巧緻な人体の構造美へと誘う。
- ◆ 初学者にも、臨床でも、学究の場でも必携の図譜。

目次

- 1 背部
- 2 上肢
- 3 胸郭
- 4 腹部
- 5 骨盤と会陰
- 6 下肢
- 7 頭部
- 8 頸部
- 9 脳神経

詳細はこちら



医学書院



●表 アルコールに関連する合併症（『ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ』、p43より）

Table with 2 columns: Symptom (e.g., ショック, 意識障害) and Associated conditions (e.g., 肝細胞癌破裂, 肝性脳症).

SBP : spontaneous bacterial peritonitis, 特発性細菌性腹膜炎。SBEM : spontaneous bacterial empyema, 特発性細菌性胸膜炎。下垂体卒中や第3脳室のコロイド嚢胞などではCTで異常が見つかる場合がある。

(1面よりつづく)

も膜下出血と考えてCTを撮ったものの出血がない」などです。そこで、「CT正常のthunderclap headache」といった具合に情報を付け加えると、さらに特異的になるというイメージです。

志水 本書で扱うキーフレーズは複合型で、初学者を終えた次のレベルを見据えているのですね。

症状や主訴に応じて鑑別診断を挙げる書籍はたくさんありますが、その次のレベルへの足掛かりとなる情報を取り上げた書籍は、意外なことにあまり世に出回っていません。

長野 その通りです。私自身、次への足掛かりが見当たらないと、後期研修医の頃に感じていました。臨床推論の勉強会で扱われる症例は難しいことが多かったですし、私の所属していた総合診療科では、診断の難しい症例によく出会いました。

志水 「総合診療医が得意とするような臨床推論は一般化が難しい」と、一部の医師からは敬遠されがちですが、そこにはしかるべきロジックが存在していることを言語化したのですね。本書は今までになかったタイプの書籍と言えはりますが、若手、研修医教育に用いるに当たって、何か提案はありますか。

長野 一般的な症候学を学んだ次のレベルに行くために使うのがまずは1つ。Common diseaseを当たり前のように診られることを前提に、いつか出会う診断困難事例に向けての臨床推論の教育に使っていただきたいですね。もう1つは、各施設でケースカンファレンスがたくさん行われていますが、その中で「このケースからキーフレーズを抜き出すとしたらどのようなものになるか」と考える際にも使ってもらいたいです。

志水 ところで、長野先生がご自身で気に入っているキーフレーズはありますか。

長野 「アルコール常用者のショック」

です。アルコールに関連する合併症を、まとめたオリジナルの表を書籍に掲載しました。アルコール中毒は診療に当たる医師からは敬遠されがちで、アルコール摂取の影響と簡単に片づけられることも多いです。しかし実際には、医学的な問題はもちろんのこと、心理社会的な問題までカバーすべき範囲が広く、背後にはさまざまな可能性が潜んでいます。そのことを伝えなかったです。

志水 そうした知的な探求心がある、日常診療も面白くなってきますよね。

長野 ええ。アルコール中毒の患者さんが多くて救急外来のスタッフが疲弊していたところに、バイオメディカル的な視点を取り入れ、関連した研究を行うことで、日常診療が充実したものになった事例を耳にしたことがあります。切り口を新たに一つ加えることで、診療がぐっと興味深くなる側面はあると思います。

日常臨床における曖昧さをそぎ落とさない

志水 本書を読んでいて、不完全さや曖昧さを必ずしも除外しない、という方針を感じました。各キーフレーズで挙げる鑑別診断の最後が「その他」になっている項目が目にとまります(図)。鑑別診断を「①, ②, ③, ④, ⑤. 以上」とはしていない。読者に提供する情報を限定するのは初期研修医向けの書き方と言えますが、本書は違います。

「その他」の内容を確認すると、相当量の情報が記された項目も多いです。長野先生がまとめきれなかったのではなく、あえての記載だと思いました。「その他」で挙げるものは、「①, ②……にはならなかったけど、他にもこうした可能性が考えられる」というレベルで、真っ先に鑑別に挙げるわけではない。ただ、重要性の高い鑑別がそこに含まれている可能性はあります。「その部分を整理してまとめていくのは、読者1人ひとりが取り組むべき仕事です。だけど、取り組むに当たって全くヒントがないと大変だろうから、筆者が手助けしますよ」というメ

No.13

KEY PHRASE

CT正常のthunderclap headache

緊急度 ★★★ 頻度 ★★★

- ① sentinel headache (警告頭痛) ④ 脳静脈洞血栓症
② 可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) ⑤ 下垂体卒中
③ 頸動脈/椎骨動脈解離 ⑥ 第3脳室のコロイド嚢胞
⑦ その他

本キーフレーズのPoint!

- Thunderclap headache (TCH)は一瞬で最大に達する突然の激しい頭痛であり、発症起点を詳細に問診することが重要である。
• TCHの代表的疾患はくも膜下出血であり、CTで出血がなかったとしても警告頭痛も疑い脳動脈瘤の有無も同時に確認する。
• RCVSは繰り返し起こり、誘因をもつのが特徴である。最初の画像検査では血管攣縮像を認めないこともある。

●図 キーフレーズと鑑別診断（『ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ』、p80より）

「CT正常のthunderclap headache」がキーフレーズ、「①sentinel headache (警告頭痛)〜⑦その他」までがこのキーフレーズに対して挙げる鑑別診断。

ッセージとして私は受け取りました。長野 ありがとうございます。おっしゃる通りで、日常臨床の明快でない部分を反映したいとの考えから、そうした記述になりました。

志水 長野先生の読者への優しさを感じる記述です。

長野 一方で、さらりと読みたい方には、項目冒頭の鑑別とキーフレーズのPointだけを読んでもらえばわかるようにもまとめています。

志水 それはいいですね。褒められたことではないかもしれませんが、私自身も研修医の頃に、書籍の中の危険な鑑別に該当する箇所だけを拾い読むような使い方をしたことがあります。

研究活動と書籍出版の好循環

志水 診断学領域の今後の発展のために望まれるものについて、アイデアはありますか。

長野 現場の診断スキルとしては成熟しつつあるものの、新しい分野なので学問としては未成熟です。そのため、診断方法などの研究を進める必要があります。例えば、拙著の冒頭では臨床推論の流れを解説しているのですが、そこに理論を補足できるような論文が付いていれば、素晴らしいですね。

志水 賛同します。私も『診断戦略——診断力向上のためのアートとサイエンス』を出版した際、医学教育の師匠に当たる神津忠彦先生(東京女子医大名誉教授)に、「先生ご自身の引用文献がほとんどないですね。先生が今後やるべき仕事はエビデンスの構築ではないでしょうか」と言われて、はっとしました。それが2014年のことです。現在進めている論文プロジェクトも、

結局のところ『診断戦略』に載せるならば……ということを用意して行っています。世に出した出版物に引用文献を付けることを念頭に置いて研究する。研究成果を広く拡散できる形として出版物やセミナー・講演などにつなげる。その両輪で前に進むことが大事なかもしれません。

長野 そうですね。出版が論文につながり、論文がまた出版につながるという好循環が生まれれば素晴らしいと思います。

志水 加えて、先ほどのアルコールの話もそうですが、アカデミックな視点では、診療を楽しく続けていく上で必須ではないかと思っています。アカデミックに考えて整理し、普遍的な理論を発見して、それを論文にする。臨床医の仕事は忙しく、負うべき責任も決して軽くはないので、長く続けるうちに前向きなモチベーションを失ってしまう人も一定数います。研究や教育は、そうならないためのもう一つの良い時間となるでしょう。臨床・教育・研究にバランスよくかかされると理想的です。診断分野の盛り上がり、発展のためにも、多くの臨床医が臨床推論の研究に携わる未来を期待します。(了)

註：直訳すると「意味のある修飾語」。「診断学的に有用な形容詞」のことを指す。また、症状や所見の特徴を鑑別診断の軸となるように普遍化・概念化して「診断学的に有用な形容詞」とする作業そのものを指す。急性⇔慢性、両側⇔片側、持続性⇔反復性など、典型的には二元的だが、症候の部位など二元的でないものもある。例えば「入院当日から左手首が腫れて痛い」であれば「急性片側性単関節炎」と変換される。

●参考文献

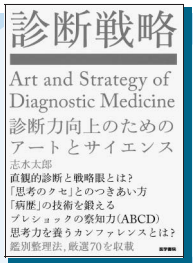
- 1) JAMA. 2021 [PMID : 34709367]

何が診断を曇らせるか、どのように養えば良いか

診断戦略 診断力向上のためのアートとサイエンス

名医の思考や巧みさ(Art)は再現できるか? その問いに正面から答える。多くの名医に師事し、経営診断学が著者による「診断力の鍛え方」。診断にともなうバイアスのつきあい方、病歴をよりクリアにするための具体的な質問例、鑑別ごころ合わせなど、明日から役に立つ心構えとテクニックが満載。認知科学とハードな臨床経験を背景に紡がれる言葉は、まさにArt & Science。

志水太郎



“キーフレーズ”をヒントに鑑別を絞り込む!

ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ

「medicina」誌の好評連載「フレーズにピンときたら、このパターン!」鑑別診断に使えるカード」をアップデートして書籍化。内科臨床に役立つ「鑑別診断を絞り込むのに特異的、知っておくと役に立つProblem (=キーフレーズ)」から絞り込んでいく鑑別診断の考え方について、エビデンスに基づいて実践的に解説する。

長野広之





## 寄稿

# 携帯型装置の技術革新により POCUS は新たなステージへ

亀田 徹 済生会宇都宮病院超音波診断科 主任診療科長

医療従事者がベッドサイドで観察項目を絞り短時間で行う point-of-care 超音波 (POCUS) の概念が国際的に共有され<sup>1)</sup>、約 10 年を経て新たなステージに入っています<sup>2)</sup>。少し前までは医師の超音波検査離れが問題視されていましたが、本邦では領域横断的に診療を行う臨床医が中心となって、積極的に POCUS を診療に取り入れるようになってきました。また、ベッドサイドでの利便性を追求した携帯型超音波診断装置 (以下、携帯型装置) の技術革新が POCUS の普及を後押ししています。一方、検査室で行われている系統的超音波検査には高度な技術が次々に組み込まれ、より精度の高い検査結果が求められるようになりました。すなわち、POCUS と系統的超音波検査の使い分けがより意識されるようになってきているのです。本稿では、POCUS と携帯型装置をキーワードとし、医療現場での POCUS の普及状況や抱える課題、今後の展望を述べます。

## 技術革新と価格低下により さらなる普及が期待される

2010 年、ポケットサイズの携帯型装置の登場は衝撃的でしたが、現在では多くの製造業者から多種多様な携帯型装置が販売されています<sup>3)</sup>。大きさについては手のひらサイズからタブレットサイズまで、状況に応じた使い分けが可能となっています。また、プローブと画面との間でワイヤレス化を実現した機種、バッテリー駆動で数時間の連続使用に耐えられる機種もあります。また、遠隔診療・教育用に画像共有機能を備えたもの、人工知能 (AI) によるプローブ操作ガイダンス機能を有するものも登場し、有用性が示されています<sup>4)</sup>。携帯型装置の一例をお示しします (写真)。価格は 100 万円前後が多いですが、個人での購入が現実的な 20 万円台の機種もあります。今後さらなる価格低下により、臨床と教育現場に携帯型装置が一段と普及するでしょう。

実際の普及状況はデータとして示されていませんが、特に病院前救急 (ドクターカー、ドクターヘリ)、診察室や病棟、在宅医療の現場で活用が進んでいます。また、超音波検査の有資格者である看護師による利用も話題です。

## POCUS 使用の課題

超音波検査をはじめ画像診断の普及に伴い、医師の身体所見取得技術の低



●写真 携帯型装置の一例

超音波診断装置本体とプローブが一体化し、ワイヤレスでタブレットやスマートフォンに画像を表示できる (左)。同携帯型装置を用いた POCUS 診療の様子 (右)。

下が進んでいると言われていいます。聴診器の利用はもはや時代遅れであり、体内を可視化できる携帯型装置が取って代わると唱える識者も存在し、携帯型装置の普及でその考え方に拍車がかかる可能性があります。

しかし、観察範囲を絞り短時間でを行う POCUS を適切に活用するためには、病歴と身体所見による適切な診断推論が不可欠であることも事実です。これからの時代は、身体所見と POCUS を別個にとらえるのではなく、それらを組み合わせる姿勢が求められ、筆者は考えます。いずれにしても POCUS の普及は身体所見の意味合いをとらえ直す機会となり、診断学の体系に一石を投じるでしょう。

また、POCUS による患者ケアへの貢献について、患者の生命予後を改善するという臨床研究はほぼありませんが、穿刺手技の安全性向上<sup>5)</sup>、診断までの大幅な時間短縮<sup>6)</sup>、被ばく低減<sup>7)</sup>といったアウトカムベースの研究報告は散見されます。一方、偽陰性による見逃しなど、診療結果にマイナスに働く可能性についても留意すべきです。

## POCUS 教育の課題

### ◆研修医への POCUS 教育

POCUS 教育については、ベッドサイド教育やハンズオンセミナーなどが少しずつ広まっていますが、ごく一部の病院を除き教育システムは未整備のまま、指導者も不足しています。今後は POCUS の教育システムの確立と、認証制度などによる質の担保が不可欠です。この課題を解決するためにまず取り組みそうなこととして、各臨床研修病院での POCUS カリキュラムの構築が挙げられます。これを達成することで、卒後臨床研修の趣旨に沿った魅力的な教育が提供できます。また、後期研修で診療科別に POCUS 診療技術

の到達目標を示すことにより、POCUS 診療の底上げにつながると考えられます。日本救急医学会が近日公開を予定する「救急 point-of-care 超音波診療指針」では、救急科専門医の POCUS 到達目標を明示しています。

### ◆医学生への POCUS 教育

基本的臨床能力として位置付けられつつある POCUS が急速に普及する中、医学部で超音波検査、POCUS の教育を検討する時期に来ています。ハンズオンセミナー、検査室やベッドサイドでの超音波教育を通じて知識と技術のある程度身に付けられれば、シームレスに卒後臨床研修に移行できるはずで

す。医学生が超音波検査に触れる利点はいくつかあります。例えば基礎医学において超音波検査を用いて心臓を観察することで、循環器系の解剖と生理を学ぶことができます。このように超音波検査は、臓器を観察することで解剖学 (living anatomy) や生理学を学習する手段としても注目されており<sup>8)</sup>、勉強の動機付けにも活用できるでしょう。

また、超音波検査は身体所見学習のための手段としても可能性を秘めています。なぜなら、学生が聴診や触診で所見を取得後、自ら (携帯型) 超音波装置を操作して体内を診ることで、臨床の醍醐味を体感するからです。例えば、頸部に放散する駆出性雑音を聴取後に大動脈弁の可動性不良を、ギャロップリズムを聴取後に左室収縮能低下を、Murphy サイン取得後に胆嚢腫大と壁肥厚を、片側下肢浮腫を視認後に総大腿静脈の圧縮不良を POCUS で診るといった経験です。身体所見と POCUS を組み合わせることで、双方に対する学習意欲が高まり、病態理解が深まることを指導者として実感しています。

今後、医学部で超音波教育を普遍的なものにしていくためには、過密なカリキュラムへの対応、指導者・教育用超音波診断装置・被検者の確保といっ

### ●かめだ・とおる氏

1996 年北大卒。救急・集中治療・超音波検査の研修後、超音波検査をサブスペシャリティとして救急医療に長年従事。日本超音波医学会指導医、日本救急医学会 Point-of-Care 超音波推進委員会委員長、日本集中治療医学会超音波画像診断認定制度設立 WG 副リーダー、日本内科学会専門医部会ベッドサイドエコー WG サブリーダー。『内科救急で使える! Point-of-Care 超音波ベーシックス』(医学書院)をはじめ著書多数。検査室とベッドサイドから、系統的超音波検査と POCUS の在り方を考え続けてたいと思います。



た課題があります。これらの解決策として、身体所見学習と組み合わせたカリキュラム、高学年が低学年に指導する peer teaching の導入、低価格の携帯型装置の普及、シミュレーターの利用などが挙げられます<sup>8)</sup>。

\*

各医師が携帯型装置を個人所有することがいよいよ現実的となってきました。携帯型装置を使って適切に POCUS を実践していくためには、前述のように教育の機会と質の担保が不可欠です。その上で POCUS の未来は、患者ケアへの貢献を具体的に示せるかにかかっていると言えるでしょう。診断精度の向上はもちろんのこと、診療手技の安全性向上、診断までの時間短縮、被ばく低減などに関して、引き続き検討が必要です。他方、画像検査を安易に行えない小児診療、画像検査へのアクセスが制限される在宅医療、裁量を委ねやすい看護領域で POCUS の活路が見いだされる可能性もあります。

また、忘れてはならないのが医療経済的な視点です。現状では病院内で行われる POCUS はいわゆる超音波検査の範囲で扱われます。医療費増大の中、今後 POCUS が診療の一部として積極的に利用されるようになれば、医療経済的な観点から真価や質が問われることとなります。系統的超音波検査を含めた他の画像検査との使い分けも重要な課題です。POCUS 導入による費用対効果の可視化が求められるでしょう。

謝辞：本稿は、第 95 回日本超音波医学会学術集会 (廣岡芳樹会長) と第 12 回 Point-of-Care 超音波研究会 (2022 年 4 月より学会へ移行) のパネルディスカッション「Point-of-Care 超音波の未来を語る——10 年後を見据えて」の内容を参考に執筆しました。パネリストの皆さまに厚く御礼申し上げます。

### ●参考文献

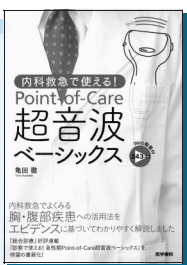
- 1) N Engl J Med. 2011 [PMID : 21345104]
- 2) N Engl J Med. 2021 [PMID : 34670045]
- 3) 白石吉彦. POCUS のための携帯型超音波診断装置の動向. INNERVISION. 2022 ; 37 (5) : 30-3.
- 4) JAMA Cardiol. 2021 [PMID : 33599681]
- 5) Cochrane Database Syst Rev. 2015 [PMID : 25575244]
- 6) Chest. 2017 [PMID : 28212836]
- 7) N Engl J Med. 2014 [PMID : 25229916]
- 8) J Med Ultrason (2001). 2022 [PMID : 35034230]

超音波は外来・ベッドサイドでこう使う!

## 内科救急で使える! Point-of-Care超音波ベーシックス [Web動画付]

臨床医が診断推論に基づき観察部位を絞って行う超音波検査として、いま注目を集めているPoint-of-Care超音波(POCUS)。本書は内科救急でよくみる腹部・循環器・呼吸器疾患への活用法をエビデンスに基づいてわかりやすく解説しました。身体所見とPOCUSをどう組み合わせるかなど、聴診器のように日常的に超音波を活用するためのノウハウが詰まった1冊です。Web動画243本付き!

亀田 徹

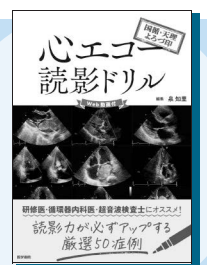


こんな問題集がほしかった! 心エコー読影力が必ずupする50症例、動画185本付!

## 国循・天理よろづ印 心エコー読影ドリル [Web動画付]

こんな問題集がほしかった! 心エコー読影力が必ずupする50症例、動画185本付! 「循環器ジャーナル」人気連載に大幅加筆し、心不全や弁膜症、先天性心疾患から、虚血性心疾患、心筋疾患まで、心エコー読影力さらにはその先を問う症例を厳選。解き終えた後は不正解の問題を解き直すもよし、付録の「逆引き疾患目次」「Learning Pointまとめ」で各疾患の理解を深めるもよし。ポロポロになるまで使い倒すべし!

編集 泉 知里





寄稿

# ひきこもりの社会復帰支援 家族、そして当事者への支援アプローチ

加藤 隆弘 九州大学大学院医学研究院精神病態医学 准教授

●かとう・たかひろ氏

2000年九大医学部卒。08年日本学術振興会特別研究員、11年米ジョンズホプキンス大「日米脳」研究員、13年九大レドックスナビ研究拠点特任准教授、17年同大病院精神科講師を経て21年より現職。13年九大病院に「気分障害ひきこもり外来」を立ち上げ、脳と心の橋渡し研究ラボを主宰。著書に『みんなのひきこもり』(木立の文庫)。



「社会的ひきこもり」(以下、ひきこもり)は、6か月以上にわたり就労・就学など社会参加を回避し家庭内にとどまっている状態で、内閣府調査ではひきこもり状況にある者(以下、当事者)は110万人を超えると推定される。思春期や青年期に限らず、近年では80歳代の親が50歳代の当事者を支える8050問題といったひきこもりの長期化・高齢化が社会問題と化している。筆者が主宰する九州大学ひきこもり研究ラボ(以下、ラボ)では、2013年に大学病院において世界初のひきこもり研究外来を立ち上げ、国内外の医療研究機関やひきこもり支援団体と連携し、ひきこもりの多面的理解に基づく具体的な支援法の開発を進めている。本稿では、ラボでの研究成果を簡単に紹介する。

## 「見て見ぬふり」からの脱却がひきこもり支援の鍵に

ひきこもり支援における最大の困難は、恥意識や背景にある精神疾患への偏見などから、当事者が支援を求めないことである。当事者ばかりでなく、その家族も「まさかうちの子が精神疾患? そんなはずはない」「そっと見守っていれば、いずれ働いてくれるに違いない」など見て見ぬふりをしがちであり、支援開始が年単位で先延ばしされやすい。こうした状況を打開するため、ラボでは多機関と連携し、メンタルヘルス・ファーストエイド(Mental Health First Aid: MHFA)、コミュニティ強化と家族訓練(Community Reinforcement And Family Training: CRAFT)をベースにした、ひきこもり家族支援プログラム(以下、本プログラム)の開発を進めてきた。

オーストラリアで市民向けに開発されたMHFAは、心の不調(うつ・不安・依存・精神病)に対する応急処置を学ぶための12時間の教育支援プログラムである。身近な人のメンタルヘルスを適切に評価し、専門家につなぐ具体的な方法について、「り(リスク評価)・は(話を聴く:傾聴)・あ(安心につながる情報提供)・さ(サポートを求める)・る(セルフヘルプなどのサポート)」という5ステップに沿って体験的に習得する。本邦ではMHFAジャパンの下で、被災地支援や自殺予防に取り入れられてきた。なお、本学では医療職や会社員向けの短期プログラムも開発しており、本プログラムに「り・は・あ・さ・る」のエッセンスを導入している。

CRAFTはアルコール依存症者の家族

向けに開発された認知行動療法的アプローチであり、ひきこもり支援への応用開発が進められている。CRAFTからはひきこもりにまつわる問題行動の低減と適応行動の増加を図る機能分析を参考にして、本プログラムに導入した。

## ひきこもり家族支援プログラムの概要

ラボでは2017年から本プログラムの参加者を募集し、ひきこもりの改善がみられるかを検証している。2017年に実施した初回の検討は5日間(隔週・各2時間)のコースで、ひきこもりや精神疾患に対する家族の理解を深め、当事者の相談機関・医療機関への受診がスムーズに進むための声かけなど具体的な対話スキルを習得できるように、講義だけでなくロールプレイを盛り込み、実践力の向上をめざした。当事者の親21人が参加し、6か月間の追跡調査を行った。その結果、ひきこもり症例への対応スキル、精神疾患への偏見などが改善した。さらに、当事者の社会参加が改善するといった行動変容も認められた<sup>1)</sup>。

2018年には、プログラムの日程を5日間から3日間(隔週・各3時間)に変更し、その有効性を予備検討した。参加者23人(父親4人、母親19人、うち3人は両親が参加)のデータを分析した結果、当事者の社会参加や支援利用開始などの実際の行動変化が観察された(当事者20人中6人)<sup>2)</sup>。また、参加者自身の精神状態の改善も認められた。2019年より3日間プログラムの効果検証を目的としたRCTを実施しており、現在結果を解析中である。

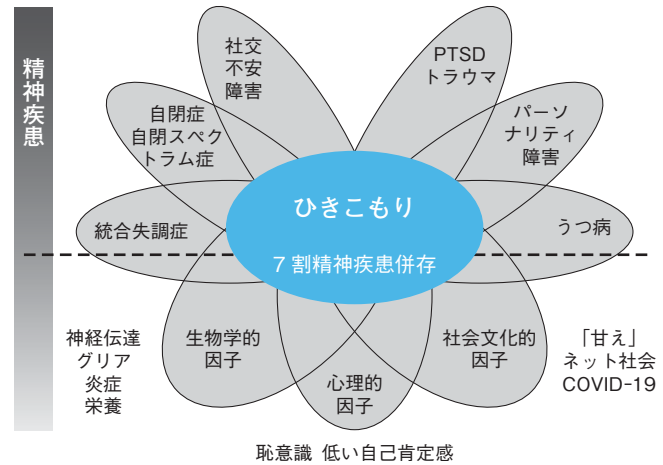
## 病的ひきこもりの国際診断基準

従来、ひきこもりは日本固有の社会現象と想定されていたが、韓国、イタリア、スペイン、フランス、米国、ブラジルなどさまざまな国でも報告され、社会的孤立に直結するひきこもりは21世紀における新たな国際的精神保健問題になりつつある。さらに、コロナ禍を契機として、在宅ワークやオンライン学習がニューノーマルとなる中で、ひきこもりの爆発的増加も懸念される。こうした状況下、ラボではひきこもり状態をより簡便に評価可能な「病的ひきこもり」(pathological social withdrawal)の国際診断基準を作成した<sup>3)</sup>。以下に、その定義を提示する。

【定義】病的な社会的回避または社会的孤立の状態であり、大前提として自宅にとどまり物理的に孤立した状態を指す。下

## ●表 家族が最初の支援者になるための5つのステップ

ひ	① 評価(ひょうか): ひきこもり状況の理解
き	② 聴(き)く: 傾聴による相談しやすい居場所づくり
こ	③ 声(こえ)かけ: 適切な声かけによるポジティブな行動変化
も	④ 求(もと)める: 状況に応じて専門家に支援を求める
り	⑤ リラックス: リラックスできる家庭での取り組み



●図 ひきこもりの多面的理解モデル(文献6より作成) ひきこもりは生物学—心理—社会文化的因子などが複合的に関与し、当事者の7割ほどが精神疾患を併存している。

記3つの全てを満たす。

- ①自宅にとどまり社会的に著しく孤立している。
  - ②社会的孤立が少なくとも6か月以上続いている。
  - ③社会的孤立に関連した臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、あるいは他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- 外出頻度が週2~3回を軽度、週1回以下を中等度、週1回以下でかつ自宅からほとんど出ない場合を重度の病的ひきこもりとする。なお、夜間コンビニに行く程度の短時間の外出は、外出頻度の回数に加えない。また、ひきこもりの期間が3か月以上で6か月未満の場合は「前ひきこもり」(pre-hikikomori)とする。当事者の中で社会的状況を回避したり精神疾患を併存したりしている者は多く、その評価は容易ではない。したがって、この定義では「社会的回避」は必須項目にせず、「併存症の有無」は問わないこととする。③に関して、ひきこもりの初期段階では孤独感といった主観的苦痛を認めないことが多く、機能の障害と併せて慎重に評価すべきである。

さらに、ラボでは誰でも簡便に自身のひきこもり度を評価できる質問票(HQ-25)を開発し<sup>4)</sup>、2022年1月には、「ひ・き・こ・も・り」という新たな5つのステップによる、オンラインでも実施可能な家族支援プログラムを開発したばかりである(表)。ラボでは、当事者への新たな支援法開発も進めており、ロボットやアバターによる遠隔支援システムも開発中である。こうしたプログラムを家族や当事者が在宅で利用できるようにすることで早い段階での支援が可能となり、ひきこもりの長期化解消の一助になればと期している。

ラボでは、九州大学病院検査部との連携によるひきこもりの血液バイオマーカー開発研究も進めている。研究の結果、健常者と比較して、当事者では血中のオルニチンや長鎖アシルカルニチン濃度が有意に高く、アルギニン濃度が低下していたことがわかった<sup>5)</sup>。従来、ひきこもりは「甘え」「恥」といった心理社会的な問題とみなされがちであったが、生物学的な病理理解が進むことで、栄養療法などの支援アプローチが可能となるだけでなく、ひきこもりへの偏見の軽減も期待される。ラボでの研究知見に鑑みると、ひきこもりは生物学—心理—社会文化的因子などが複合的に関与していることがわかった(図)<sup>6)</sup>。今後さまざまな領域の専門家や支援者との連携による包括的な支援システムの開発が求められる。

## ●参考文献

- 1) Heliyon. 2020 [PMID: 31938741]
- 2) Kubo H, et al. Development of a 3-Day Intervention Program for Family Members of Hikikomori Sufferers. Jpn Psychol Res. 2021 June 2. https://doi.org/10.1111/jpr.12368. Epub ahead of print.
- 3) World Psychiatry. 2020 [PMID: 31922682]
- 4) Psychiatry Clin Neurosci. 2018 [PMID: 29926525]
- 5) Setoyama D, et al. Blood metabolic signatures of hikikomori, pathological social withdrawal. Dialogues Clin Neurosci. 2021; 23(1): 14-28.
- 6) Psychiatry Clin Neurosci. 2019 [PMID: 31148350]

最新のエビデンスにアップデートされた改訂版、遂に完成!

## 統合失調症薬物治療ガイドライン2022

統合失調症に対する薬物治療について、薬剤の選択や用量、投与期間などの基準をエビデンスに基づいてまとめたガイドライン、待望の改訂版。急性期、維持・安定期でどのような薬剤を選択するか、薬の副作用で生じる症状にどのように対応すればよいかなど、より臨床に即したクリニカルエッセンスが設定され、難しい判断が要求される統合失調症の薬物治療において頼れる1冊。

編集 日本神経精神薬理学会  
日本臨床精神神経薬理学会



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かに取り、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

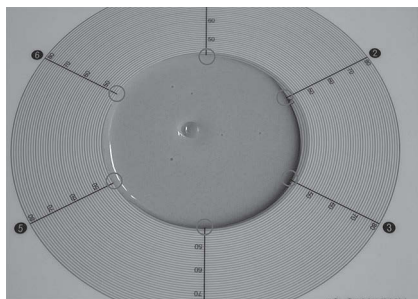




●表 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021 (とろみ) の段階とシリンジ法の基準 (文献1の内容をもとに作成)

	段階1: 薄いとろみ	段階2: 中間のとろみ	段階3: 濃いとろみ
LST値 (mm)	36-43	32-36	30-32
シリンジ法による残留量 (mL)	2.2-7.0	7.0-9.5	9.5-10.0

日摂食嚥下リハ会誌 25 (2): 135-149, 2021 または日本摂食嚥下リハ学会 HP ホームページ: <https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf> 『嚥下調整食学会分類 2021』を必ずご参照ください。



●写真1 LSTの様子  
とろみの液体を円柱状の筒に入れ、60秒後に液体の広がる距離(6点)を測定するもの。



●写真2 シリンジ法の様子  
10 mLのシリンジに液体を入れ、10秒間自然落下させた後の残留量を計測する。

◆LST

LSTにはいくつかの課題が指摘されています。まず、60秒後に6点の広がり計測しなければならないため、一人での測定が困難です。そして、経腸栄養剤のような脂肪を多く含む液体に対してとろみを付けた場合に、適切な値が計測できないことが知られています。

◆シリンジ法

シリンジ法は、LSTと比較してさまざまなとろみの液体を分類するのに有効である<sup>3)</sup>とされ、簡便で場所を選ばずに実施可能です。注意点として、高粘度の液体の場合、コンプレート粘度計の測定値と差異が生じることが挙げられる一方、LSTよりは実施しやすいと言えます。ぜひシリンジ法を用いて自施設のとろみの粘度を分類してください。

嚥下反射を高める食事の工夫

嚥下反射は感覚刺激に影響を受けることが知られています。食事の味や温度と関連するとされ、酸味は嚥下反射惹起遅延を改善することが、過去の研究で示されました<sup>4)</sup>。また嚥下反射の惹起速度は、体温の値から離れるほど速くなることが知られています<sup>5)</sup>。しかし、酸味が強く、冷たいあるいは熱い食べ物を日常的に摂取し続けることは困難です。そこで、嚥下反射を高める別の手立てが検討されてきました。中でも、うま味による唾液分泌の促進は、嚥下反射に直接的な影響はないものの、食塊形成や嚥下反射改善に有効なのではないかと考えられています<sup>6)</sup>。そのため、嚥下調整食にうま味調味料の使用を検討する価値はあるでしょう。

近年、炭酸飲料による感覚刺激も注目されています。嚥下機能に対する炭酸飲料の効果を分析したメタアナリシスでは、炭酸飲料は水と比較して誤嚥

予防に効果的であることが示され、嚥下時無呼吸時間の延長を認めています<sup>7)</sup>。嚥下時無呼吸時間が長いほうが誤嚥予防の観点から安全であると考えられていることから、炭酸の喉越しを残したままとろみを付ける方法が提案されています(註2)。とろみの液体では水分摂取量が低下してしまう場合、炭酸飲料やとろみ炭酸を用いることが嚥下反射を高めると共に水分摂取量増加やQOL改善に寄与するかもしれません。

今回のポイント

- 嚥下調整食ととろみの粘度を分類するために学会分類2021が用いられています。
- 臨床現場におけるとろみの粘度を分類する方法はシリンジ法が簡便かつ正確と言えます。
- とろみの液体で水分摂取が進まない場合は、炭酸飲料またはとろみ炭酸が有効な場合があります。

註1: 国際的にはInternational Dysphagia Diet Standardization Initiative Framework (<https://iddsi.org/>) という基準が用いられていますが、今回は説明を割愛します。

註2: YouTube上で「炭酸飲料へのとろみのつけ方/How to thicken soda drinks」と検索すると詳細な作製方法を紹介した動画(<https://bit.ly/3yn3bcu>)ができます。

参考文献

- 1) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食委員会. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2021. 日摂食嚥下リハ会誌. 2021; 25 (2): 135-49.
- 2) Dysphagia. 2020 [PMID: 31535216]
- 3) 佐藤光絵, 他. とろみ液の簡易評価法としてのシリンジテストの検証. 日摂食嚥下リハ会誌. 2021; 25 (2): 102-13.
- 4) J Speech Hear Res. 1995 [PMID: 7674647]
- 5) J Am Geriatr Soc. 2004 [PMID: 15571561]
- 6) J Med Invest. 2009 [PMID: 20224181]
- 7) Laryngoscope. 2022 [PMID: 35038167]

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4回 嚥下調整食・とろみの分類

今回の執筆者 清水昭雄 長野県立大学健康発達学部健康学科 講師

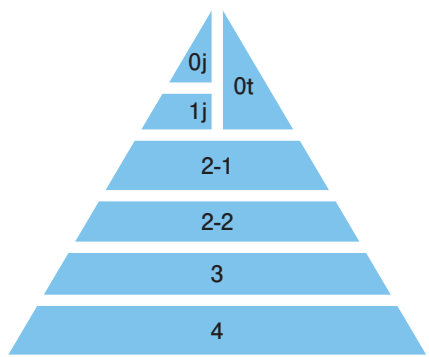
### こんな患者さん見たことありませんか?

80歳女性。誤嚥性肺炎で入院し、嚥下機能低下を認めるため、嚥下調整食ととろみの液体を提供するようになった。しかし嚥下調整食ととろみの液体は嗜好に合わないため、食事と水分摂取量が低下している。

摂食嚥下障害は、窒息、栄養障害、誤嚥性肺炎発症と関連し、QOL低下、死亡率増加など不良な結果を導くことが知られています。これらのリスクを低減させるため、摂食嚥下障害の栄養管理には食事の形態調整を行う嚥下調整食や液体の粘度調整を行うとろみの液体が用いられています。ケアの質を向上させるためには、適切な食事形態やとろみを提供する必要があります。そこで今回は、嚥下調整食やとろみの液体に関する分類と、嚥下反射を高める食事の工夫に関する知識などについて紹介します。

### 嚥下調整食ととろみの分類

嚥下調整食の名称は施設によって多種多様です。そのため名称を用いて食事形態の情報を共有すると、認識の違いから適切な食事形態が提供されない可能性があります。つまり、統一された基準を用いて他施設と正確な食事形態の情報を共有する必要があります。



●図 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021 (食事) (文献1より転載)

日摂食嚥下リハ会誌 25 (2): 135-149, 2021 または日本摂食嚥下リハ学会 HP ホームページ: <https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf> 『嚥下調整食学会分類 2021』を必ずご参照ください。

す。日本摂食嚥下リハビリテーション学会は、嚥下調整食の基準として「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」(以下、学会分類 2021)<sup>1)</sup>を提案し、嚥下調整食を5段階7種類(図)に、とろみの液体を3段階(表)に分類しています(註1)。嚥下調整食の分類は学会分類 2021の論文に記載されている早見表を参照し、各食事形態の特徴を理解するとよいでしょう。

食事形態については、医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士など、摂食嚥下障害の治療にかかわる多職種で多角的に検討することが望ましいと考えられます。また、学会分類に準拠した嚥下調整食を、要不要にかかわらずもって準備しておくことは、高齢肺炎患者の嚥下能力および栄養状態改善に有効であると報告されています<sup>2)</sup>。摂食嚥下障害患者に対するケアの質を高めるために、多職種で施設の嚥下調整食を分類し、より多くの嚥下調整食が準備できるように取り組むことが重要です。

### とろみの段階を分類する方法とは

不必要に濃いとろみの液体は、患者さんの水分摂取量を減少させ、QOL低下につながる可能性があることから、とろみの粘度を適切に分類しなければなりません。正確に粘度を測定する方法としてコンプレート粘度計があるものの、研究施設以外には設置されていないでしょう。そこで学会分類 2021では、とろみの段階を分類する方法として、とろみの液体を円柱状の筒に入れ60秒後に液体の広がる距離を測定するLST (Line Spread Test, 写真1)と、10 mLのシリンジに液体を入れ、10秒間自然落下させた後の残留量を計測するシリンジ法(写真2)を提案しています(表)。

### 現場目線ですぐに役立つ

## 患者安全・医療安全 実践ハンドブック

日本の医療安全対策の普及に務めてきた「医療安全全国共同行動」のいのちをまもるパートナーズの知見の集大成。事例分析や再発防止策、チームSTEPPS、患者参加を促すための取り組みなど、医療安全に関するあらゆる事項を網羅。過去の事例を踏まえた現場目線での医療安全対策やフローチャートなど現場ですぐに役立つ知識を収録。医療安全管理者をはじめ医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士等、医療従事者必読の一冊。

編集: 一般社団法人 医療安全全国共同行動 技術支援部会

定価3,850円(本体3,500円+税10%)  
B5 頁360 図87 写真14 2022年  
ISBN978-4-8157-3046-8



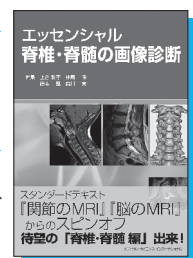
### スタンダードテキスト「関節のMRI」「脳のMRI」からのスピノフ 待望の「脊椎・脊髄 編」出来!

## エッセンシャル 脊椎・脊髄の画像診断

弊社刊「関節のMRI」「脳のMRI」を補完する内容として、日常診療で遭遇することの多い疾患を中心に厳選、当該領域の画像診断のエッセンスを凝縮した実践テキスト。現場のニーズを踏まえ、MRI診断のみならず、単純X線写真、CT診断の解説も加える。簡易書きスタイルで読みやすく、2色・4色刷で見やすい。放射線科医のみならず整形外科、神経内科、脳神経外科等各科臨床医にも役立つ書。

編集: 上谷雅孝・神島保・藤本肇・森川実

定価10,450円(本体9,500円+税10%)  
B5 頁456 図21・表23・写真87 2022年  
ISBN978-4-8157-3049-9





# Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで  
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

## 回復期リハビリテーションで「困った!」 ときの臨床ノート

杉田 之宏, 藤原 俊之 ● 監修  
高橋 哲也, 藤野 雄次 ● 編

B5・頁256  
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04648-0

評者 吉村 芳弘  
熊本リハビリテーション病院サルコペニア・  
低栄養研究センター長

回復期リハビリテーションがテーマの書籍はこれまで数多くありましたが、ここまで体系的かつ徹底的な現場目線で回復期リハビリテーションの教育および臨床に適した書籍はありません。どうしても断片的で執筆者目線になりやすい情報が、本書では包括的かつ現場目線でまとめられています。目次を眺めていたら、つい寝食を忘れて最後まで一気に読んでしまいました。時がたつのを忘れるほど読書に熱中したのは久しぶりです。

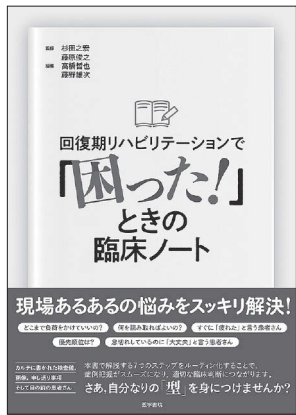
病態や症例に関する基本的な情報整理に始まり、回復期リハビリテーションでよく遭遇する「困った!」をステージ、機能障害、呼吸循環、老年医学、チーム医療、家屋調査というさまざまな角度から展開しています。これらは、どれも回復期リハビリテーションに携わる医療および介護従事者にとって、欠かすことができないテーマです。さらに、わかりにくい言葉や新しい言葉は小見出しでしっかりと説明さ

れており、この構成バランスが俊逸です。まさに、回復期リハビリテーションのバイブルとなり得る一冊です。

本書の目次項目を一部要約して紹介すると、「少し歩いただけで血圧が180を超えた! どうする?」「いつもリハビリを拒否される。どうしたらいい?」「機能訓練はいつまで続けるの?」「女性セラピストの歩行練習のコツは?」「低栄養の患者に注意することは?」「服薬状況から何がわかる?」「カンファレンスでは何を話したらいい?」など、回復期リハビリテーションへの現場目線の鋭い情熱とスタッフへの愛情があふれた問いかけが満載です。

ひたすら現場目線の、まるで同僚から発せられるような身近な疑問を丁寧に解説する書面づくりが素晴らしいです。何よりテーマの立て方が超一級です。私や同僚がしょっちゅうつまづいて苦労している回復期リハビリテーションの「困った!」を見事に言い当てており、この書籍はもしかして私(や同僚)に向けて書かれた本なのでは、と何度も膝を打ってしまいます。私はこの本を読んでいる間、ずっと

だから回復期リハビリテーションはやめられない。そういう意味でのバイブルでもある。



## 緩和ケアレジデントマニュアル 第2版

森田 達也, 木澤 義之 ● 監修  
西 智弘, 松本 禎久, 森 雅紀, 山口 崇 ● 編

B6変型・頁536  
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04907-8

評者 柏木 秀行  
飯塚病院連携医療・緩和ケア科部長

レジデントマニュアルシリーズと聞けば、「片手で持てて、ポケットに入るけど、ちょっと厚めのマニュアルね」と多くの人がイメージする。そのくらい、各領域に抜群の信頼性を備えた診療マニュアルとして位置付けられ、定番中の定番だろう。そんなレジデントマニュアルに、緩和ケアが仲間入りしたのが2016年であった。初版も緩和ケアにかかわる幅広い論点を網羅していたが、さらに充実したというのが第2版を手にとった感想である。

### 比類なき網羅性を実現した 第2版



緩和ケアもここ数年で大きく変化した。心不全をはじめとした非がん疾患をも対象とし、今後の症状緩和のアプローチが変わっていくような薬剤も出てきた。こういったアップデートをふんだんに盛り込んだのが第2版である。緩和ケアに関するマニュアルも増えてきたが、網羅性という点において間違いなく最強であろう。そう考えると分厚さも、「これだけのことを網羅しておいて、よくこの厚さに抑えたものだ」と感じられる。

もう少し具体的に本書の魅力について触れてみる。まず、エビデンスレベルの表記が相変わらず秀逸だ。自分の参考にしていく情報やプラクティスが、何を根拠にしているかを理解することは重要である。これらの情報はただ単にマニュアルとしての価値ではなく、学習者を支援する一冊であることを物語っている。症状緩和に関しては、こ

こ数年で登場したヒドロモルフォンやアナモレリン、ミロガバリンといった薬剤についてカバーされている。こういった新たな薬物療法がどのように位置付けられているかに注目しつつ、安全に利用するためのガイダンスとしても活用できる。さらに、心不全や神経難病といった多様な非がん疾患に対する緩和ケアはもちろんのこと、「小児の緩和ケア」や「がんの親をもつ子どものサポート」といったさまざまな状況での緩和ケアについて扱われている。こういった点は、より緩和ケアのマニュアルらしい点として強化されている。

以上を踏まえ、この『緩和ケアレジデントマニュアル 第2版』の使用シーンをイメージしてみる。まず文字通りのレジデント世代は、その都度確認するためのマニュアルとして活用してみよう。繰り返し手にすることで、あやふやな知識が確かなものになっていくはずだ。上級医はぜひ指導に活用してほしい。「あの本に書いてあるから見ておいてね」というには、網羅性の高いこの本がうってつけだろう。各パートはそれぞれの領域のエキスパートが手掛けている。いずれも指導医として信頼できる執筆者たちのメッセージが、あなたの目の前の学習者に直接指導してくれるのである。レジデント世代はもちろん、緩和ケアにかかわる幅広い医療者に活用していただきたい一冊である。

「早く病棟(リハ室)に行きたいな」「明日の回診が楽しみだな」「あの患者の歩行状態はどうなったかな」などと考えてばかりいました。何しろ回復期リハビリテーションが対象で、書籍の中にあらゆる現場の様子がリアルに登

場しますので、生睡が出てくるくらい「回復期リハビリテーション」をやりたくなくなってきます。だから回復期リハビリテーションはやめられない。この書籍はそういう意味でのバイブルでもあります。

@igakukaishinbun

医学書院 ジェネラリストのための

# がん診療ポケットブック

編集 勝俣範之 東 光久

がん診療は専門医だけでなく、ジェネラリストと連携しながら行っていく時代に

2人に1人ががんになる。今やがんは国民病である。世界的にも、がん診療は専門医だけでなく、ジェネラリストと連携しながら行っていく時代になってきた。本書は、がんに関心のある総合診療医・総合内科医、そして総合診療に通じたがん専門医・腫瘍内科医を目指す医療者に向けて編集。がん専門医・治療医、総合医とが手に手をとって、一緒になってがん患者を支えていくことができるような医療が実現することを期待して。

2人に1人ががんになる時代。がんに関心のある総合診療医・オンコジェネラリスト、総合診療に通じたがん専門医を目指そう!

A6 2022年 頁288  
定価:4,180円(本体3,800円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04922-1]

詳細は 2022年

その情報、正確に伝わっていますか?

外来 病棟 地域 をつなぐ

# ケア移行実践ガイド

編集 小坂鎮太郎 松村真司

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ——。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

その情報、正確に伝わっていますか?

カルテ 退院療養計画書 指示簿 診療情報提供書 申し送り

外来(ICU) 急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ—— ケアの場が次々と移行行く中で、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮!

●B5 頁184 2022年  
定価:3,850円(本体3,500円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04885-9]



# 医学英語論文 手トリ足トリ いまさら聞けない論文の書きかた

千葉 一裕 監修  
堀内 圭輔 著

A5・頁220  
定価:3,850円(本体3,500円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04883-5

著者の堀内圭輔先生とは整形外科の臨床における専門領域を共有していることから、以前より親交を深めていた。同時に基礎生物学の研究にも従事されていることから、私が編集委員を務めている学術誌に投稿された論文の査読をしばしばご依頼申し上げている。大きな声では言えないが、査読者の review の質は、いわゆるピンキリである。その中で著者の review は、内容を十分理解した上で、研究の目的は論理的なものなのか、実験計画に見落としがないのか、結果の解釈は妥当であるのか、そして結論は結果から推定されるものなのかという点について、毎回極めて適切なコメントを寄せている。たとえ最終的な意見が reject であっても、投稿者にとって有用なアドバイスとなるコメントを comfortable English で提示しており、いつも敬服していた。本書を一読して、なるほど論文を書くということに対して、このような確固たる姿勢を持ってもらえるから、あのような review comment が書けるのだと納得した次第である。

著者が述べているように、学術論文とは情報を他者と共有するためのツールである。SNS を介しての情報共有と異なる点は、情報の質、信頼性に関して、複数の専門家が内容を吟味した上で公開されることである。そして公開された情報に基づいてさらに深く、あるいは広く研究が行われ、その成果が再び学術論文として公開されていく。つまり学術論文を書くということは、小さな歩みであるかもしれないが、科学の進歩に貢献するということであり、自分の発見したことを、わくわく

初めて論文を書く学生のみならず、指導者にもお薦め



する気持ちで文章にするということである(私の大学院生時代のボスは、Nature 誌に単独著者で I found で始まる論文を書かれていた!)

本書は、「動詞化できる名詞はできるだけ動詞化する」などの「医学論文を書くコツ」的なガイドブックではなく、論文全体の構造から細部に至るまでを、タイトルにあるように手トリ足トリ教えてくれる内容になっている。全ての論文の基本構造である Introduction, Methods, Results そして Discussion の説明の冒頭には、それぞれのパートの重要なポイントが簡潔に記載されている。Methods は「信頼に足る研究手法・研究倫理に基づいた研究結果だと示すこと」、Results は「研究の追体験ができるように書くこと」、そして Discussion は「結局この論文で言いたいことは何なんだろう」という疑問に答えるための「適切な論点・回答を用意すること」であると、いずれも読んだ時に思わず「その通り!」と心の中で喝采した。「英語論文の作法」としてフォントの使い方や、今でも時々迷ってしまうようなスペースの使い方などの解説から、近年問題が増加している研究不正の疑念を抱かれないための適切な画像処理の手法、SD と SE の使い分け、biological と technical replicate の「n」の違いなど、適切な統計法の使用に関しても丁寧な解説がなされている。さらに Podcast の応用などの時代に即した内容も盛り込まれている。初めて論文を書く学生のみならず、指導者の立場にいる方も、ぜひ一読をお薦めしたい。

# 慢性疼痛診療に精神科医の参画を 第118回日本精神神経学会学術総会の話より

慢性疼痛患者の多くは睡眠障害、抑うつ、不安などの精神神経症状を併発するため、精神科医による診断・治療へのさらなる介入が望まれている。では実際に、どのようなかがり求められるか。第118回日本精神神経学会学術総会(6月16~18日、福岡県福岡市)で開催されたシンポジウム、「慢性疼痛」(座長=東医大/睡眠総合ケアクリニック代々木・井上雄一氏、順大・臼井千恵氏)の様相を報告する。

慢性疼痛に対する精神生理学的評価の必要性を呼び掛けたのは、西原真理氏(愛知医大)。従来の器質的要因の検索と合わせて、背景にある心理社会的状況を含めた精神症状としての側面を評価する重要性に言及した。また、これまで困難であった痛みを客観的に評価するための戦略として、痛覚情報処理システムの異常の検出、痛み以外の感覚性過敏の生理学的評価、大脳皮質の変化の評価の3点を挙げた。

吉野敦雄氏(広島大)は、慢性疼痛に対して実施される集団認知行動療法について、オンラインでの実践を報告した。集団認知行動療法が普及しない一因に、難治性で定期的な受診ができず、治療アクセスが困難な患者が多く存在する点を指摘。加えて近年のコロナ禍の影響もあり、オンライン化が強く求められることから実践に至った。自施設における対面実施との比較から、オンライン集団認知行動療法の効果の高さを示すとともに、実施時の注意点として事前面談等で治療同盟を十分得よう強調した。

続いて臼井氏が、侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛に続いて国際疼痛学会が新たに定義した第3の痛み、nociceptive pain(痛覚変調性疼痛)を紹介。侵害受容の変容によって引き起こされる痛みを指し、原因は不明とされる。代表的疾患として線維筋痛症を例に上げ、薬物療法だけでなく認知行動療法や運動療法、音楽療法などの非薬物療法を併せて行うべきとの見解を示した。

その他、加藤隆弘氏(九大)が線維筋痛症とミクログリアの関連について、井上氏が慢性疼痛と関連してレストレスレッグス症候群について報告した。

# ジェネラリストのための がん診療ポケットブック

勝俣 範之、東 光久 編

A6・頁288  
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04922-1

評者 渡辺 亨  
浜松オンコロジーセンター院長

二人に一人が罹患するほど、がんは「当たり前」の疾患であり、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝臓がんは、罹患率、死亡率も高く「五大がん」と呼ばれています。他にも前立腺がん、子宮頸がん検診が公費負担されており、卵巣がん、膵臓がん、膀胱がん、食道がんなども、医療者から見て何ら特別な病気ではありません。

がん治療として、最初に発展したのは外科手術、次に放射線治療で、これらは局所治療と分類されます。一方、現在は全身治療として、抗がん剤などの薬物療法が治療の主体を担っており、がん診療を専門としている病院、診療所も全国に多数整備されています。昭和の時代、がん薬物療法を受ける患者は、副作用に苦しみながら数週間入院するのが当たり前でした。しかし、好中球増加因子(G-CSF)、制吐剤、抗生剤など、各種の有効な副作用対策薬の開発とともに、モノクローナル抗体薬、ホルモン療法薬、免疫チェックポイント阻害薬など、新しい作用機序を持ち、優れた効果が得られる治療薬が導入され、「外来化学療法室」が専門病院に整備され、今やがんの薬物療法は通院で受

ける時代、がんと共に生活を送り、仕事を続ける人が増えています。通院でがん薬物療法を受けている患者は、治療の間に生じる副作用の苦痛、病院を離れている不安などから、頻繁に病院受診を希望しますが、予約が取りにくい、受診しても待ち時間がすごく長い、担当医は手術中に対応できない、偉い先生は学会出張で不在、など必ずしも満足できるとは言えません。一方で、広範囲の診療能力を有する「ジェネラリスト」がかりつけ医として21世紀の医療を支えています。

今般、医学書院より出版された『ジェネラリストのためのがん診療ポケットブック』は、コモンディーズであるがんの診療に、さらに多くのジェネラリストの参画を促す卓越した良書です。本書の第1章に「本当のがん診療とは、『がん』という疾患の診療ではなく、『がん』という疾患をもつ患者のために行われる診療である」とあります。まさに、がん治療のスペシャリストと、全人的医療を担うジェネラリストがハイレベルな連携を構築することが、全てのがん患者を最高の幸福に導く鍵となるでしょう。

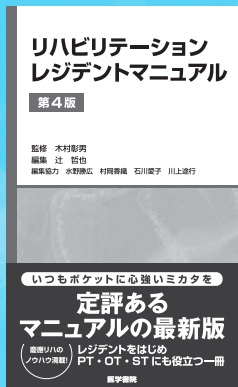
# リハビリテーション レジデントマニュアル

第4版

監修 木村彰男 編集 辻哲也  
編集協力 水野勝広・村岡香織  
石川愛子・川上途行

## いつもポケットに心強いミカタを。 慶應リハのノウハウ満載の マニュアル、待望の改訂!

- ◆ 日常のリハビリテーション診療・治療に携行できるポケットサイズで、迷ったときや困ったときに、評価・診断、治療、疾患・障害から検索できる。
- ◆ 見逃してはならない重要なポイントを「臨床上のコツ」として集約。臨床でよく使われる評価スケールを付録として収録。
- ◆ リハビリテーション科専門医を目指すレジデントはもちろん、PT、OT、STにも、初期研修医や他科医師が最初に持つテキストとしても最良の一冊。



B6変型 2022年 頁数432  
定価:4,620円  
(本体4,200円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04755-5]

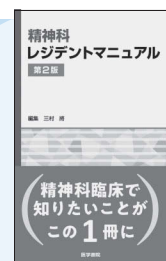
医学書院

レジデントにも、専門医を目指す方にも。精神科臨床のエッセンスが詰まった一冊。

# 精神科レジデントマニュアル 第2版

精神科レジデントや若手精神科医が日常的に遭遇する精神症状・疾患や診療場面で直面する諸問題への対応などについて、コンパクトにまとめ、気になる事柄をすぐにその場で参照できるマニュアルの改訂第2版。

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



B6変型 頁380 2022年 定価:4,180円[本体3,800円+税10%] [ISBN978-4-260-04932-0] 医学書院



# きっといい。 独りで鑑別 するよりも。



総合診療データベース「今日の診療」は  
“診断アシスト機能”を新たに実装します。  
症状・症候の入力だけで、疑われる疾患の候補を、瞬時に。

さらに、「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」を  
タブレットやスマートフォンにダウンロードし  
オフラインでも利用可能になりました。

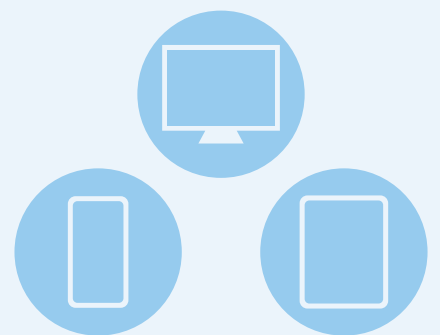
豊富なコンテンツ/多彩な機能/高性能な検索システムが  
疑問や悩みを即解決。多忙な現場をサポートします。

## 10万項目、著者1万人——知りたい情報が、いつも手元に。

# 今日の診療 ▶ プレミアムWEB ▶ ベーシックWEB

- ✓ 診断・検査・治療・処方・ケア / エビデンス / 診療のTips など、現場ですぐ役立つ総合診療データベース
- ✓ PC・タブレット・スマートフォンで、いつでもどこでも。さらに、オフライン\*でも
- ✓ 常に最新情報にアクセス—収録コンテンツの改訂に伴い、データをアップデート
- ✓ 3,080円/月・34,320円/年から。目的と使用環境に応じた多様なプランをご用意

\*「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」は、タブレットやスマートフォンにダウンロードしてご利用いただけます。  
※全コンテンツをWindowsパソコンにインストールしてご利用いただける「Windowsインストールオプション付」プランもございます。



### 収録コンテンツ一覧

★は「今日の診療プレミアムWEB」でのみご利用いただけます。



今日の治療指針(2年分収録)  
治療薬マニュアル  
臨床検査データブック  
今日の診断指針  
標準的医療説明  
今日の救急治療指針  
今日の小児治療指針  
今日の整形外科治療指針  
今日の皮膚疾患治療指針★

今日の精神疾患治療指針★  
新臨床内科学★  
内科診断学★  
ジェネラリストのための内科診断リファレンス★  
急性中毒診療レジデントマニュアル★  
医学書院 医学大辞典★  
患者説明資料  
その場で印刷し患者さんに渡せます  
診療報酬点数表



Q 今日の診療 個人向け



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <https://www.igaku-shoin.co.jp>  
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp