

2023年2月6日

第3504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

- 【寄稿特集】私を変えた、患者さんの“あのひと言”(成瀬暢也、岡田晋吾、余谷暢之、上田敬博、近藤敬太、荻野美恵子、小松康宏) 1-3面
【視点】リードスペースメーカーにドキッ!(末光浩太郎)/【連載】睡眠外来の診察室から 4面
【寄稿】新概念:輸液忍容性(Fluid tolerance)への期待(三谷雄己、高場章宏) 5面
MEDICAL LIBRARY 6-7面

寄稿特集 私を変えた、患者さんの“あのひと言”



臨床現場において、「言葉」が患者さんの回復・治癒に重要な役割を果たす場面も時にあるでしょう。その反対に、対話の中で患者さんが発した何気ない言葉から臨床・研究への貴重な示唆を得たこと、あるいはその言葉が自らの医師としての働き方にまで影響した、といった経験はないでしょうか。

本企画では、これまで多くの患者さんたちと対話してきた先生方に「今も忘れられず、心に残っている患者さんの“ひと言”と「そこから学んだこと、自身にもたらされた変化」をご寄稿いただきました。

成瀬 暢也

埼玉県立精神医療センター 副病院長



「薬物がなかったらとっくに死んでいたと思う」

私が現在勤務する病院の依存症病棟に配属になったのは、医師になって10年目になろうとしていた頃であった。依存症病棟に勤務することは、当時の医師にとって今以上に抵抗があった。

依存症担当の医師にとって、その役割は患者にアルコールや薬物をやめさせることであった。このことに誰も疑問は持たなかった。そして、熱心なスタッフほど患者に厳しく対応していた。患者には厳しく接しなければならない。甘やかしてはいけない。要求を認めてはいけない。病棟を居心地良くしてはいけない。そんな対応の原則が当然のこととして申し送られていた。

そんな状況の中、ある30歳代の女性患者さんが診察中にポツンとつぶやいた。「私、薬物があつたから生きてこれたと思うんです。薬物がなかったらとっくに死んでいたと思う……」と。これまで私はそのような見方をしたことはな

かった。「薬物は悪いもの。それを手放さないのはその害に気づいていないから。患者さんは、まだ薬物をやりたいから見て見ぬふりをしている、否認をしている」と。当時は治療スタッフのみんなが「当然のこと」として、そのようなステレオタイプの考えを持っていた。患者の立場からやめられない理由をきちんと考えたことはなかった。そこに想像や共感はなかった。

頭の中が当時の原則で凝り固まっていた私には、彼女の一言を聞いた時に、「おかしなことを言う人だな」としか思えなかった。その診察の際には、それ以上その話題に触れることはなかった。彼女もそれ以上のことは話さなかった。しかし、私の中では何かが引っかかっていた。

私は彼女の生い立ちを、カルテを見返しながら想像してみた。そこには、他の依存症患者さんにもみられるような、過酷な生い立ちが記されていた。幼少時からの虐待、親元を離れて里親から受けた性被害、付き合う男性や元夫からの繰り返される暴力、自傷行為や自殺企図の数々……。それは、女性の依存症患者さんにしばしばみられる生活史であった。「薬物があつたから生きてこれた」という言葉が、現実味を帯びて伝わってきた。その時から、私は一人ひとりの患者さんに、「どんな思いでこれまで生きてきたのかを聞かせてほしい」と謙虚に頭を下げてお願いするようになった。

岡田 晋吾

北美原クリニック 顧問/ 函館五稜郭病院 客員診療部長



「私はいつ食事が始まりますか?」

私は大学の外科医局を若くして飛び出し、他の大学医局の大きなジツツ(関連病院)を2か所ほど渡り歩いた。昭和の医者としては珍しい医師かも知れません。その時代医局を飛び出すということは、移った先でケンカ別れる

自分に自信がない、人を信じられない、本音を言えない、見捨てられる不安が強い、孤独で寂しい、自分を大切にできない。それらは、年齢や性別、使っている物質のいかんにかかわらず、驚くほど共通していた。「あなたも?」「あなたも?」。その時の驚きは、私にとってにわかには信じがたいものであったことを覚えている。患者さんは人に安心して頼れない人たちであり、依存対象の物質が文字通り「命綱」である人たちがいかに多いかを知った。私は今まで何を見てきたのだろうか。

それからの私は、患者さんに対して、ここまで生き延びてきたことを心からねぎ

らうようになった。「大変でしたね。でもよくこれまで生きてこれましたね」と。「『つらかったね。でもよく生きてきたね』と言われて、涙が止まらなくなった。誰かにこんな気持ち、わかってほしかったんだと思う。でも、自分からは絶対に言えなかった」。そんなことを話してくれる人もあった。

こうして私は、依存症患者の物質使用は、「人に癒されず生きづらさを抱えた人の孤独な自己治療である」と初めて理解できるようになった。彼女の最初の一言が、その情景と共に今でも私の心に残っている。

(2面につづく)

2 February 2023 新刊のご案内 医学書院

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

標準整形外科学 (第15版)

監修 井藤栄二、津村 弘
編集 田中 栄、高木理彰、松田秀一
B5 頁1112 定価:10,450円[本体9,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04936-8]

解剖学カラーアトラス (第9版)

原著 Rohen J.W., Yokochi C., Lutjen-Drecoll E
著 J.W.Rohen, 横地千仍, E.Lutjen-Drecoll
A4 頁632 定価:13,200円[本体12,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05048-7]

標準臨床検査医学 (第5版)

監修 高木 康
編集 山田俊幸、大西宏明
B5 頁448 定価:7,480円[本体6,800+税10%]
[ISBN978-4-260-04967-2]

がん化学療法 レジメン管理マニュアル (第4版)

監修 濱 敏弘
B6変型 頁936 定価:4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05028-9]

医療者のスライドデザイン プレゼンテーションを進化させる、デザインの教科書

小林 啓
B5変型 頁200 定価:3,740円[本体3,400+税10%]
[ISBN978-4-260-04773-9]

(視能学エキスパート) 視能訓練学 (第2版)

シリーズ監修 公益社団法人日本視能訓練士協会
編集 松本富美子、大沼一彦、石井祐子、玉置明野
B5 頁452 定価:16,500円[本体15,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05040-1]

(視能学エキスパート) 光学・眼鏡 (第2版)

シリーズ監修 公益社団法人日本視能訓練士協会
編集 松本富美子、大沼一彦、石井祐子、玉置明野
B5 頁424 定価:16,500円[本体15,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05044-9]

運動学×解剖学×エコー 関節機能障害を「治す!」理学療法のトリセツ

編集 工藤慎太郎
B5 頁224 定価:5,280円[本体4,800+税10%]
[ISBN978-4-260-04621-3]

言語聴覚士のための基礎知識 耳鼻咽喉科学 (第3版)

編集 田山二朗
B5 頁320 定価:4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05046-3]

黒田裕子の看護研究 Step by Step (第6版)

黒田裕子
B5 頁412 定価:2,970円[本体2,700+税10%]
[ISBN978-4-260-05265-8]

APA論文作成マニュアル (第3版)

原著 American Psychological Association
著 アメリカ心理学会(APA)
訳 前田樹海、江藤裕之
B5 頁472 定価:4,620円[本体4,200+税10%]
[ISBN978-4-260-04812-5]

看護診断ハンドブック (第12版)

原著 Carpenito LJ
監訳 黒江ゆり子
A5 頁944 定価:4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05021-0]

周術期の臨床判断を磨く I (第2版) 手術侵襲と生体反応から導く看護

鎌倉やよい、深田順子
B5 頁228 定価:3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05077-7]

誤嚥予防、食事のためのポジショニングPOTTプログラム [Web動画付]

編集 迫田綾子、北出貴則、竹市美加
B5 頁192 定価:2,750円[本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04322-9]

〈看護管理まなびラボBOOKS〉 看護師・医師を育てる 経験学習支援

認知的徒弟制による6ステップアプローチ
松尾 隆、薬部卓郎
A5 頁136 定価:2,750円[本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05122-4]

13の実践レシピで解説! 看護を教える人が 発問と応答のスキルを磨く本

内藤知佐子、高橋聖子、高橋平徳
A5 頁144 定価:2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05112-5]

弱さの倫理学 不完全な存在である私たちについて

宮坂道夫
A5 頁248 定価:2,420円[本体2,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05114-9]

寄稿特集

余谷 暢之

国立成育医療研究センター総合診療部緩和ケア科/小児がんセンターがん緩和ケア科 診療部長



「先生、育児が楽しくなってきました！」

最初にそのご家族とお会いしたのは、NICU(新生児集中治療室)でのことだった。生まれて間もない児は、身体全体の低緊張に伴う呼吸障害で、今後気管内挿管をしないと呼吸が保てなくなるだろうと考えられる状況にあった。児の状態を勘案すると抜管は困難であり、その後気管切開、人工呼吸管理につながる事が想定される状況において、ご両親は、気管内挿管、人工呼吸管理を行わずに症状緩和を中心とした治療を希望されていた。

医療チーム内にもさまざまな意見があったが、背景疾患を考慮すると治療を差し控えることは許容できないのではないかという意見が主流だった。そんな意思決定支援の目的で私たち緩和ケアチームに相談があった。ご家族の意向は明確であった。気管切開、人工呼吸をして生きる児のこれからを考えると、児にとって負担が大きいのではないかと。家族の一致した意向であると父親はお話になった。ご家族は毎日面会に来られて、一生懸命児と向き合っているように感じた。医療チームも何度も話し合いを行ったが、一致した結論に至らず、最終的には倫理委員会の判断を仰ぐこととなった。倫理委員会の判断は、児の背景疾患の予後を考え

ると治療を差し控えることは最善の方針とは言えないというもので、気管内挿管を行う方針となった。気管内挿管を行った児は状態が安定し、気管切開、人工呼吸管理を行いながら在宅移行へ向けて病棟へと転棟となった。

最初にお目にかかってから2年後に、病棟で児に面会中の父親と出会った。ちょうど在宅移行に向けての調整が整い、いよいよ退院に向けた調整を行っている時だった。母親の体調不良があり、ここのところ父親が面会に来ていたとのこと。そんな父親から聞いたのが冒頭の言葉である。

「最初は育児とか興味がなかったんです。でも、こうやって週に何度か来るようになって、ちょっとしたこの子の変化に気づけるようになって楽しくなってきました。育児って楽しいですね」。その時の父親の表情は今でも忘れられない。NICUでは治療を続けることが児にとって負担になると考えていた家族、そんな父親から出た言葉。「新生児領域の緩和ケアは家族になることを支えるケアである」。新生児緩和ケアの教科書に書かれていたフレーズを思い出した。子どもが成長・発達していくと同時に、家族も成長・発達する。病気が子どもと家族のこれからは与える影響は大きい。突然の病気で混乱する子どもと家族を支え、子どもが家族の一員になっていくことを見守ることこそが、この領域のできる支援なのだと思えた瞬間であった。

成長・変化していく意向に寄り添いながらかかわること、子どもの緩和ケアで大切にしたいことをこの言葉が教えてくれている。

ているのではないかと不安、反対に全てが早く始まるのも不安です。それは標準的なスケジュールが提示されていないからです。

これをどうにかしなければならなかった時に出会ったのが、クリニカルパス(クリティカルパス)でした。まずは院内の外科全体で全ての指示を標準化しました。幸いよそ者の私の提案を快く受け入れていただけました。標準化により看護師は指示待ちではなく、全てのスタッフが患者さんに聞かれた時に自信を持って答えることができるようになりました。そして標準化の上で多職種で話し合いながらEエビデンスを考慮したパスを作りました。剃毛廃止、抗菌薬は術前1回、疾患ごとに1種類など、今では当たり前のことを取り入れていきました。

患者さんの言葉のおかげでパスを勉強し、医療の標準化、EBMの導入、チーム医療の推進という医療のダイナミックな変革時代に立ち会えました。「白い巨塔」的な時代の最後の世代の私が、チーム医療の楽しさを知って褥瘡対策チーム、NST(栄養サポートチーム)、

上田 敬博

鳥取大学医学部附属病院高度救命救急センター 教授



「怖かったから戻って来たよ」

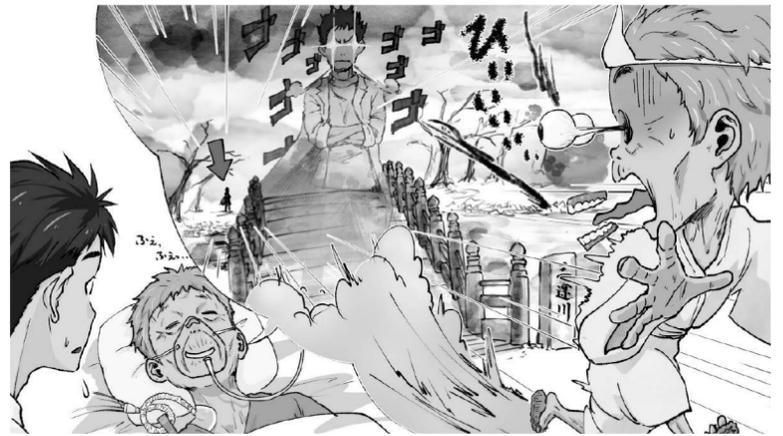
医師や医療人は患者さんに教えられることがあると言われるが、人生経験が未熟な私にとってはいまだに教わるばかりである。そのうちの2つを紹介する。

研修医1年目、今から20年以上前はシミュレーションセンターがある病院や研修システムはほとんどなかった。研修医には点滴当番が課され、留置針や翼状針で静脈路確保を行わなければならない日があった。はじめは上級医や看護師についてもらい指導を受けるが、3回目あたりで独り立ちする前に一人で静脈路確保に行かなければならなくなるシステムだった。泳げない人を水に突き落としたり泳げるようになるだろうという昔の教育(?)スタイルだ。そこで元大工で70歳代の肝硬変患者Aさんに出会った。腕は太いの、血管は細く、見るからに脆弱そうだった。案の定、針が血管内に留置できたと思っても、すぐに腫れてしまう、漏れてしまう。3~4回繰り返して、「すみません」と謝りながら、冷や汗の量は増え、頭の中は真っ白になっていく。そんな私を見たAさんは「先生、俺の腕で学ぶんだ、うまくなるんだ! 躊躇するな! ビビったら手先が震えるやろ。だから俺の腕をダイコンやと思って一気に刺すんや。失敗してもかまへん。痛くないから、成功するまでしたらええ」と言う。そこまで言ってくれる患者は今はないだろうし、そう言わせる研修医も少ないかもしれない。次の日から、Aさんの病床に行くと、「ダイコンと思って刺したらええ」があいさつのようにな

っていた。「血管が脆弱だから……」と患者の血管のせいしようとした自分の未熟さは、その患者の言葉によって覆された。Aさんの静脈路確保を失敗することはなくなった。もちろん他の患者でも然りというのは言うまでもない。

月日は流れ、今で言う専攻医として循環器内科(心臓カテーテル)の修行に出ていた頃。もうすぐ90歳になるとうする陳旧性心筋梗塞の既往のあるBさん(女性)を外来で担当することになった。一度カテーテル治療を受けていて、再発時は二度と侵襲的治療を受けない、蘇生も希望しないと毎回のようには言っていた。しかしある日、心室細動で搬送され、除細動で心拍再開し、私は呼び出し対応でその姿を初療室で見ることになる。心停止の時間が短いこと、明らかに急性冠動脈症候群(新規病変)を示唆する所見であることから、家族と再度話し合い、カテーテル治療を行った。数日後意識が回復し呼吸器から離脱したBさんは、開口一番に「怖かったから戻って来たよ。あんな怖い顔をした先生は初めて見た」と言った。よく理解できなかったが、よくよく聞いてみれば彼女は三途の川を渡っていたそう。向こう岸(あの世)にたどり着く直前、私が口を一文字に噛みしめ、腕を組み大の字に立ちだかっていたというのだ。その私は彼女によると、「いつも優しい顔をしているのに、その時だけは見たことのない鬼の形相で、あまりにも怖くて引き返すことにした」そう。臨死体験が存在するのかについては触れないが、よっぽど怖い私が立ちだかっていたのだろう。

そんなわけで、患者のひとつは奥が深い。エビデンスがないように聞こえるが、全ての医師の経験を集めるとひとつのエビデンスになるのではないだろうか。ひと・患者から学ぶことは書物より深く広いということは間違いなさそう。



在宅医療チームなどにかかわり、全国に職種を越えた友人ができました。還暦を越えた私の医師人生を充実したものにしてくれたひと言であったと思います。先日当院から他院に手術で紹介した患者さんがクリニカルパスを持っ

て来てくれ「先生がこういうものを初めて作ったんですってね。とても安心して手術を受けられました」と言ってくれました。あの患者さんのひと言のおかげですね。

30年分の甲状腺病理・超音波写真をあなたへ

超音波・細胞・組織からみた 甲状腺疾患診断アトラス

甲状腺疾患専門病院で長年病理診断に携わってきた著者の選りすぐりの症例写真を凝縮したアトラス。超音波像や肉眼像、細胞像、組織像など、バリエーションに富んだ1,300枚以上の写真を惜しみなく盛り込んだ。甲状腺疾患診断のポイントをコンパクトにまとめたフニミニッツ講座や穿刺吸引細胞診の動画など、初学者でも楽しんで学べる内容となっている。

執筆 廣川満良 執筆協力 樋口親世子 鈴木彩葉



リウマチ学の精髓を集約した決定版、写真を大幅に追加しパワーアップ!

リウマチ病診療ビジュアルテキスト 第3版

プライマリケアにおけるリウマチ性疾患診療のコツを、著者所蔵の世界的にも貴重な写真を多数掲載して解説し、圧倒的な支持を得たビジュアルテキストの改訂第3版。重要な疾患である関節リウマチ、変形性関節症、痛風などの項目を全面改稿、治療薬剤についてもup-to-dateした。掲載された写真の質と量は、今版でも他書の追従を許さない。

上野征夫



私を変えた、患者さんの“あの一言”

近藤 敬太

豊田地域医療センター
総合診療科在宅部門長/
藤田医科大学連携地域医療学



「来年の桜は、もう見られないのよね」

医師3年目、総合診療の道を志し、専門研修を始めたばかりの頃のこと。患者さんは末期の血液腫瘍である。週一回輸血のために通院しながら、当院から在宅での療養をサポートする目的と、いずれ通院が全くできなくなった時のために訪問診療を行っていた。当時私は在宅医療の研修を始めたばかり、主治医として末期の悪性腫瘍の方を一人で担当するのは初めてであり、緊張しながら訪問していたのをよく覚えている。

当初はADLはなんとか保たれており、訪問すると頑張って車椅子に移乗され、病状以外のお話もよく伺っていた。もともと、庭のお花を手入れされるのが大好きで庭がよく見える居間にベッドを設置したこと、特に桜が好きで、庭にはないけれどご主人とよく見に行ったことなどを話された。私からもご家族や訪問看護師と相談して庭に車椅子で出ることを提案したり、庭がよく見えるようにベッドを設置し直したり、何とかご自宅を過ごしやすい環境にできるよう試行錯誤を行った。

病状が悪化するにつれ、徐々に寝られている時間が増えていき、輸血のための通院も難しくなってきた。この時点でご家族には血液内科の主治医から年を越せるかどうかの予後であることが伝えられていた。ご家族からは本人が落ち込むといけないうので予後は伝えなくていいと言われていた。年末になり、いよいよほとんど寝たきりとなられ、本人からも輸血のための通院は

もう諦めたいと伝えられ、私もそれを理解し、「症状の緩和をしっかりとやっていきましょう」と伝えていた。

そんなある日、訪問の最後に何か言い残したことはないかと聞いたところ、患者さんから「先生、私、来年の桜はもう見られないのよね」と唐突に尋ねられた。ご家族も周りにいる中でいきなり食らったストレートパンチのような衝撃に、私は言葉に詰まってしまった。そして患者さんは笑いながら「先生、顔に出ちゃってるよ」と仰った。私はしまったと思いながらも取り繕うこともできず、「やっぱり、私、先生に診てもらえて良かった。先生は正直だから、信頼できる。先生、いつまでもそのままいてね」と真っすぐな目で続けられた。その後どんな話をしたのかも覚えていないが、自身の余命を問うような質問と、そうしてでも私に伝えたかったメッセージに、診療後に目頭が熱くなったのを覚えている。

その後も、予後は伝えずに訪問を続けていった。それ以来、予後に関する質問は一切なかったが、本人はそれを伝えなくても自身の病状を理解されているようだった。やがて意識障害も出現し、話すこともできなくなったが、訪問すると真っすぐな目で私に何かを、強く伝えてくださっていた。なんとか年を越すことはできたものの、春の便りが来る前に患者さんは亡くなられた。

早いものであの日から数年がたち、私も今年の春で医師10年目となる。今では在宅医療部門の責任者となり、さまざまなスタッフと多くの患者さんの人生の最終段階にかかわっている。あれ以来、桜の花は美しいだけでなく、自分をいつまでも正してくれる特別な意味を持つ存在となった。「今も私は正直に患者さんに向き合っているだろうか……」。今年の春も私はきっと桜を見て、あの患者さん、そしてあの言葉を思い出す。

った頃に体調はどうかと尋ねると、「とても元気で、楽しく暮らしている。自分が病人だとは思っていないが、外来に来る時だけ、自分が透析患者であることを感じる」と言われた。透析療法について、ネガティブなイメージを持つ人は少なくないが、この方は生活の一部とらえていた。国際腹膜透析医学会は、透析療法の目標を「人生の目標を達成させることで、生活の質をできるだけ維持すること」と述べているが、透析療法がその人らしい生活の一部になり得ることを実感した言葉だった。また、診察時の会話でも、医学的な視点だけでなく、患者の生活、人生の面も重視する重要性を気付かせてくれた一言だった。

透析を開始して数年後、頭痛の精査入院となった。頭部画像診断で腫瘍が見つかり、検査や治療法について話し

萩野 美恵子

国際医療福祉大学医学部
医学教育統括センター 教授/
脳神経内科学 教授



「先生は結婚しないで研究して、この病気を治してください」

長年神経難病、中でも筋萎縮性側索硬化症(ALS)を専門とした診療を行ってきた。ALSは進行性疾患で致命的であるものの、人工呼吸器を選択すれば身体は不自由な状態ながら生きることが出来る疾患であり、単に医療の問題だけでなく、介護や経済的・倫理的問題も生じるため、その方の人生に深くかかわることになる。これまで多くのALSを始めとした神経難病の患者さんとのかかわりのなかで、いろいろなお言葉をいただいていた。

中でも研修期間が終わり大学に戻ってすぐに担当したALS患者さんのことはよく覚えている。40歳代の男性で、若い奥さまがかいがかいとお話をしていた。子どもたちも小さいし、人工呼吸器を付けてでも生きてほしいと奥さまは懇願したが、「君には僕の苦しみはわからない」と本人は応じなかった。しばらくして食事がとれなくなっていく父親の姿を間近でみていたからか、長女が拒食症になってしまった。奥さまは午前中はこども病院に付き添いに行き、夕方に夫のところに来るとい生活余儀なくされた。数分ごとに訴えがある本人を見るために、先妻が日中の介護に当たるようになった。いろいろな愛の形があるのだなと、まだ若かった私は思ったものだ。本人は最後まで意思を変えることなく亡くなられたが、その奥さまに泣きながら言われたのが「先生は結婚しないで研究して、この病気を治してください」という言葉だった。まだ大学院1年生で神経免疫分野の研究を始めたばかりの医師3年目の私に何が出来るでもないわけだが、この言葉はずっと心に引っ掛かっていた。

しかし、私は結婚もし、長女を授かり米国コロンビア大学に留学する。神

合った。詳細な説明をしようとする私に一言、「先生が一番良いと思う選択にしてくれ。先生に任せる」と言う。慢性腎臓病外来や透析導入に当たっては、多くの質問をし、私の提案に対して異議を唱えることも多かった患者さんだったので、少し驚いた。頭痛や倦怠感が強まる中で、医師に判断を委ねたいという気持ちを察した。

侵襲的な検査、治療に当たっては、十分な説明と患者の理解に基づく同意・合意を得るインフォームド・コンセント(IC)は医療の大原則である。ICに至るプロセスには、最善の選択を医師が判断し、患者が受け入れるパターンリスティック・モデル、医師が医学的情報を提示し、患者自らが最善の選択を決定するインフォームド(情報選択)・モデル、医学的情報、患者の価値観を合わせて医療者と患者が協働して最善の決定を考える共同意思決定(SDM)モデルがある。複数の不確実性のある選択があり、患者の生活に与える影響が異なる場合にはSDMモデルが望ましいとされる。慢性腎臓病における治療選択については、私自身、SDMを積極的に推進している。SDMの目的は、エビデンスに基づく

経免疫分野の研究の延長線上として留学したのだが、そこでもALSと出会うことになる。乳癌+IgM蛋白血症+ALSを併せ持つ4人の患者さんのモノクローナル抗体のエピトープマッピングをするという研究だった。当時は神経免疫とALSは関係ないと思われていたが、今では神経免疫はALSの病態機序の一部関与していると考えられている。

さて、4年の留学を経て日本に帰った時には次女も授かっていたが、あてがわれた出向先は身体障害者療養施設だった。良かれと思つての配慮と感謝しているものの、30年前は乳飲み子を抱える女医に選択肢はなく、自分にはキャリアは望めないのだなと悟った。しかし、そこでもALS問題に遭遇することになる。国が急に決定した、身体障害者療養施設での気管切開人工呼吸器装着ALS患者受け入れに対するプロジェクトを担当することになったのだ。

さらに4年を経て、急性期医療から離れて8年が過ぎたところで、大学病院に戻る誘いがきた。三女が生まれたばかりであったが、専門医試験受験資格に教育病院での勤務があと1年足りなかった私は挑戦することにした。この間の女性医師としての苦労は他稿に譲るとして、戻った大学病院は神奈川県神経難病センターでもあったため、もともとALS患者数は多く、私はALS診療にのめりこんでいった。さらに県外から通院する方も含めて多数のALS患者さんを診断から看取りまで拝見することになり、日本の中では最もALSの意思決定にかかわる医師の一人になったと思う。ALSを完治させる研究ではないものの、少しでもALS患者さんのQOLを高めることに注力して、臨床研究も継続してきた。

結局非才な自分はいまだに治すことのできないALSと格闘している。そして、多くの患者さんからいただいたメッセージを次世代の医学生に伝える役割も担っている。私を潜在的にALSへと向かわせる言葉を放った奥さまには、今も続く年賀状のやり取りで、毎年ALSへの取り組みを報告しているのである。

医学情報と、患者の価値観・選択に配慮し、患者にとって最善の選択に至ることであり、話し合いのプロセスはあくまで手段である。広義にSDMをとらえた場合、「決定を(医師に)お任せします」という患者の希望、選択を尊重し、患者の価値観、選考に合致した選択を医師が提案することはSDMの考え方に合致するともいう¹⁾。ただし、医師の価値観の押し付けにならないよう、医師には高いコミュニケーション技量と徳(virtue)が求められる²⁾。

多疾患併存の高齢患者が増えている。医療の目的は疾患の治癒から、患者がその人らしい生活、人生を送ることを医学面で支援することに移っている。「外来に来る時以外は病気を持っていることを忘れてしまう」と言ってもらえるような治療・ケアを提供するとともに、SDMを原則としつつ、「お任せしたい」と言われた時には、責任をもって提案できるよう、患者が何を大切にしているかを理解できるように信頼関係を作っていきたいと思う。

●参考文献

- 1) Patient Edu Couns. 2015 [PMID : 26215573]
- 2) J R Soc Med. 2012 [PMID : 23104944]

小松 康宏

群馬大学大学院医学系
研究科医療の質・
安全学講座 教授



「外来に来る時だけ、自分が透析患者であることを感じる」

50年以上前に来日し、日本人の奥さまと暮らしていた米国人の患者さんである。陽気な方だったが、末期腎不全が進行するにつれて不安が高まっているようだった。治療方針については、自分で納得して決める姿勢を持っており、腎代替療法の選択に当たっても、インターネットで調べ、診察室で多くの質問をし、最終的に腹膜透析を選ばれた。透析が始まって1年くらいがた

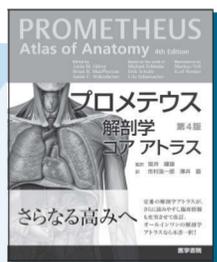
オールインワンの解剖学アトラスならこれ一択

プロメテウス解剖学 コア アトラス 第4版

Atlas of Anatomy, 4th ed.

すっかり定番の解剖学アトラスとして定着したコアアトラスの最新版。すでに高い完成度を誇る本書だが、臨床情報をまとめた臨床BOXの拡充をはじめ、読者の読みやすさをさらに向上するための細かいレイアウト変更など、最高峰の座に安住することなく、さらなる高みを目指した意欲的な改訂となった。これまでも、これからも、オールインワンの解剖学アトラスなら、コアアトラスを選べば何も間違いない。

原著 Anne M. Gilroy
Brian R. MacPherson
Jamie C. Wikenheiser
監訳 坂井建雄
市村浩一郎
澤井直





リードスペースメーカーにドキッ!



末光 浩太郎 関西労災病院 内科(腎臓) 副部長

いろいろなものが小さく軽くなり便利なものが増えましたが、そのせいでドキッとさせられた症例を読者の皆さんと共有したいと思います。

本症例はシャント作製術を受ける患者さんでした。当院では、ペースメーカーが植え込まれた患者さんに電気メス(モノポーラ)を使用するとき、術前に臨床工学技士が業者がペースメーカー設定の調整を行っています。そのため、手術予定のある患者さんにはペースメーカー植え込み歴の有無を確認しています。

さらにペースメーカーのリードにより鎖骨下静脈などの中心静脈が狭窄や閉塞を来しシャント作製後に静脈高血圧というトラブルを引き起こすことがあるため、シャントは基本的にペースメーカーが入っていない側の upper limb に作製します。そのため当院でも、シャント作製前の血管評価をする際に「ペースメーカーは入っていますか?」と最初に確認しています。この問いに対して「いいえ」と答えた本症例の手術が始まりました。電気メスを使うと心電図モニターからアラームが鳴り、「おかしいな」と思って改めて調べると、リードスペースメーカーが入っていることが発覚したのです。

◆なぜこのようなことになったのか? 2つのミス「リード」

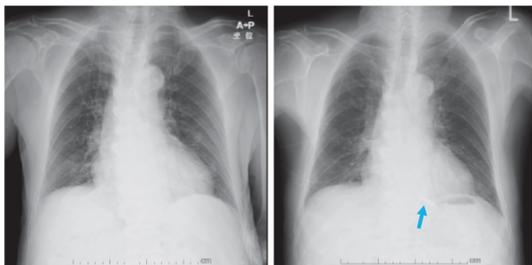
①問診によるミスリード

リードスペースメーカーのように体表からはわからないデバイスの場合には、患者さんはペースメーカーが入っているという自覚を持ちにくい可能性があります。

②入院時検査でのミスリード

当院では入院時に心電図検査や胸部X線写真(正面)撮影を行っています。しかし本症例はVV150というバックアップ設定であり、自己脈が50bpm以上あればペースメーカー波形とはならず、心電図からはリードスペースメーカーが入っていることは全くわかりませんでした。また、胸部X線写真(正面)ではリードスペースメーカーは心陰影や背骨、横隔膜などに重なり、肺野を中心に観察するだけでは気付かないこともあると思われます(図)。また、仮にこの陰影に気が付いたとしても、それがリードスペースメーカーを見たことがない医療従事者であった場合、ペースメーカーであると気付けるでしょうか。

われわれ腎臓内科はこの陰影には気が付いたものの、リードスペース



植え込み前 植え込み後

●図 もはや間違い探し!?! 胸部X線写真(正面)。心陰影や背骨、横隔膜などに重なり、肺野を中心に観察するだけではリードスペースメーカー(矢印)に気付くのが難しい。

メーカーとは結び付けることができず、このインシデントが生じてしまいました。知り合いの不整脈専門医に確認したところ、患者の申告がなく、基本調律が自己心拍の場合にはX線写真以外では見つけることは難しいとの意見でした。

*

今回は術前という状況で起きたインシデントでしたが、救急外来にて意識レベルが低下した患者さんのMRI撮影などでも同じようなインシデントが起きる可能性があると思います。また、植え込み型心電計という皮下に植え込むデバイス(失神の原因精査などに用いる)も胸部X線写真では同じような場所に写るものがあります。これは手術時やMRI時に設定変更は不要なデバイスであるにもかかわらず、非常によく似た陰影のためにリードスペースメーカーと勘違いする恐れがあります。MRIを早期に撮影することが患者予後改善につながる疾患で無駄な時間を費やしてしまう可能性があると考えられます。

リードスペースメーカーを植え込み可能な施設は限られていますが(国内500施設ほど)、植え込み数は年々増えており(年間6千例程度)、このようなケースは皆さんの施設でも今後確実に生じ得るものと考えられます。さまざまな分野で想像を超えるスピードでデバイスが進化しているため、新たな植え込みデバイスが登場するたびに同じようなリスクが潜んでいると言えるのではないのでしょうか。同時に、このようなデバイスの存在を知っていれば同様のトラブルを避けられる可能性が高いと思い、少しでも多くの医療従事者の目につくようにと願って、本コラムを寄稿しました。

謝辞:執筆に当たり、不整脈専門医としていろいろとアドバイスをいただいたTK先生に感謝いたします。

●すえみつ・こうたろう氏/2003年兵庫医大卒。14年より現職。専門は血液透析、シャント関連治療(手術、PTA)。

睡眠外来の診察室から

「睡眠」はまだまだ謎だらけ。患者さんから受ける一言に睡眠医学の専門家が答えます。

松井健太郎 国立精神・神経医療研究センター病院 臨床検査部睡眠障害検査室医長

第11話 「寝ている間に妻を殴ってしまって、同じベッドで寝てもらえなくなった」

近所に公園があった。あけぼの公園と言う。あけぼの公園は小学生数人が遊ぶのに程よい広さで、サッカーしてよし、ドッジボールしてよしの素晴らしい公園である。私の愛するホームグラウンドなのであった。

小学2年生の時、同学年か1学年上だろうか、普段みかけない2人組男子があけぼの公園に現れた。彼らは友人の自転車をご丁寧に蹴って倒すなど露骨な挑発行為をするのである。平和なあけぼの公園の秩序を守らねばならない。義憤に駆られ、物申しに行ったらケンカになってしまった。

まあ一方的にボコボコにされたのであった。私のパンチもキックも全く通らない。変な飛び蹴りを際限なくもらう。「うちらxxx拳法やっとなるでね! ザーコ!」。ニヤニヤしながら彼らは言う。蹴られて痛かった以上に、相手にダメージを与えられない理不尽さに、私は怒り泣きわめいてあけぼの公園を後にした。正義が勝つとは限らないのである。

その後ナントカ拳法には二度と出会うことがないまま、私は都会に引っ越すことになった。負け逃げである。私は肝心な場面について逃げた意気地のないタイプの人間となった。人生が暗転したタイミングである。

それから私は夢の中でもいつも逃げ回るような夢ばかり見るのであった。どうにもこうにも追いつめられると夢から覚める以外の解決策がなく、私は朝起きては忸怩たる思いを抱いていた。

しかし高校生になった時である。ついに私は夢の中で正面から戦いを挑んだのであった。私は迫りくるやくざ者に対して、体重を乗せ、右足で渾身のミドルキックを浴びせたのであった。ガツン!

——いてええ! 私は勉強机の角に思いっきり右足をぶつけて激痛とともに目覚めた。それはもう、ものすごく痛かったのだが、私は何かを克服した、襖を済ませたような気がして大いに達成感を得たのであった。あれから人生が好転したような気がする。

ところで、この「夢の内容に合わせて、手足が動く」というのはレム睡眠行動障害という疾患の典型的所見なのである。

「寝ている間に妻を殴ってしまって、同じベッドで寝てもらえなくなった」

レム睡眠行動障害は中高年齢層に好発する睡眠時随伴症(パラソムニア)である。レム睡眠中に生じる夢(特に悪夢)に合わせて大声を上げる、時には殴る、蹴るなど暴力的な行動がみられるのが特徴だ。

その名の通りレム睡眠が病態にかかわる。レム睡眠中には、覚醒に近い脳波が出現している(皮質活動、すなわち夢見を反映している)のだが、同時に全身の筋肉が弛緩し身体はしっかり休んでいる(Behav Brain Sci. 2000 [PMID: 11515143])。金縛り状態がデフォルトである。

レム睡眠行動障害では、何らかの理由でレム睡眠中の「金縛り司令」が障害されている。すると、本来ないはずのレム睡眠中の筋活動(REM sleep without atonia)が観察される。診断において重要な所見である(Nat Rev Dis Primers. 2018 [PMID: 30166532])。

夜間の激しい行動にはネガティブな情動が関与していると考えられ、日常的なストレスが症状の増悪因子となる。また高用量のアルコール摂取も夜間の異常行動を賦活する。寝る直前に見た映画やドラマが夢に出てきてそのまま大暴れ、なんてケースもある。

本人は夜間の異常行動を覚えていないことが多く、奥さんを殴ってしまったとしても悪気があっての行動ではない。手指の骨折、頭部打撲など、自身が怪我をすることも。クロナゼパム、プラミベキソール等が治療において使用される(J Clin Sleep Med. 2022 [PMID: 36515157])が、寝言・体動の頻度や激しさこそ改善することが多いものの、症状が完全に消失することはまれなので、寝床周囲の安全を確保するのがとても重要である。低床ベッドで寝るように、とか、周りに家具をおかないように、といった指導を行う。

レム睡眠行動障害はパーキンソン病やレビー小体型認知症(α-シヌクレイノパチー)にしばしば併存する。また特発性レム睡眠行動障害患者を追跡すると、診断から10年後に半数以上がα-シヌクレイノパチーを発症する(Brain. 2019 [PMID: 30789229])。残念ながら発症を遅らせる介入は現在のところない。

上述のREM sleep without atoniaは若年者でも生じ得る(Minn Med. 2014 [PMID: 24941592])ので、高校生の時に夢に合わせてキックを繰り出したからといって、将来α-シヌクレイノパチーに罹患する可能性は必ずしも高くないのだと思う(と、信じたい)。私と妻は仲良しで、子どもが生まれてからもずっと隣のお布団で寝ている。妻を殴るだなんて、絶対にあってはならない。

誰も教えてくれなかった、子どもならでは「痛み」の診かた・考えかた

子どもの「痛み」がわかる本

はじめて学ぶ慢性痛診療

子どもは大人より痛みを感じやすい? 子どもの頃の痛みの体験がその後も影響する? 予防接種の時に痛みを減らす方法がある? 集学的痛みセンターで長いあいだ慢性痛診療に取り組んできた著者が伝える、子どもならでは「痛み」の診かた・考えかた。同じ「痛み」でも急性痛と慢性痛の捉え方のちがいを、診療のコツや豊富な症例を交えながら、わかりやすく解説している。巻末付録には日常臨床の疑問に答えるQ&Aもあり。



救急搬送される患者のほとんどが、大切なことをまだ決めていない。

新訂版 緊急ACP 悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方

本書は『緊急ACP VitalTalkに学ぶ悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方』に加筆・修正を行い、新たに刊行したものです。「あらかじめ」ではなく、救急外来や集中治療室などの「いざという場面」で行うAdvance Care Planning=緊急ACP。患者も家族も混乱の中で、いかに患者の価値観に沿った治療のゴールを見出すか。意思決定支援のためのコミュニケーションスキルトレーニング「Vital Talk」から、緊急ACPの決め方を考えます。



寄稿

新概念：輸液忍容性 (Fluid tolerance) への期待 過剰輸液によるうっ血、臓器障害を回避するために

三谷 雄己, 高場 章宏
JA 広島総合病院救急集中治療科

●みたに・ゆうき氏

2018年広島大医学部卒。マツダ病院での臨床研修を経て現職。広島大救急集中治療医学所属。広島県内の各施設で勤務し立派な救急医となれるよう日々修行中。信念である「知行合一」を実践すべく、臨床で学んだ内容をアウトプットすることを心がけている。著書に『みんなの救命救急科』(中外医学社)。



急性期の輸液療法において、「血圧が低いけど、これ以上輸液するとうっ血で呼吸状態が悪化するかも……」「3L輸液したけど尿が出ない……まだ輸液すべきなのか?」といった悩みは、恐らく誰もが一度は抱えたことがあるかと思えます。これらのような、目の前の患者にそれ以上輸液をすると臓器障害に進展してしまいそうだと感じ、近年提唱された概念である“Fluid tolerance (輸液忍容性, 註)”について学ぶことで、もう少し具体化することができるかもしれません。

今回は、この新たな概念について総論的に解説した論文¹⁾を参考に、急性期の蘇生輸液の周辺知識と近年のトレンドを解説します。なお、私自身もこの概念に関して学習中であり、今後臨床にどこまで反映されるかなどは未知数なのが現状です。

近年の蘇生輸液のトレンド

輸液忍容性について学ぶ上で、まずは蘇生輸液についておさらいします。蘇生輸液とは、ショック患者(循環不全に起因して酸素需給バランスが破綻した患者)に対して輸液を行うことで、全身の組織への酸素供給を増やすことを目的とした輸液療法を指します。薬剤投与ルートのための維持輸液や、必要な水分や電解質の補正をするための補充輸液とは目的が異なります。

蘇生輸液を行う目的は、一回心拍出量(SV)を規定する因子である前負荷を増やすことで心拍出量(CO)、酸素供給量(DO₂)を増加させることです(図1)²⁾。輸液負荷によってSVが効果的に増加する状態のことを「輸液反応性がある」と表現します²⁾。

そのため、急性循環不全を来しているショック患者で輸液反応性がある場合は、酸素供給を増やすために輸液負荷を考慮します(図2)²⁾。ただし、輸

液反応性があるからといって輸液負荷をし続けると、過剰輸液による体液過剰(Fluid overload)によって、肺水腫や腎機能低下などの臓器障害を来してしまいます。近年、この過剰輸液による体液過剰と重症患者の死亡率は相関関係にあることが数多くの論文で立証されているため^{3,4)}、蘇生輸液ではいかに過剰輸液を避けた管理をできるかが重要視されているのです。そのため、目の前のショック患者に輸液負荷を行うメリットとデメリットを比較し、治療方針を決めることとなります。このデメリットを見積もる指標として期待されているのが、今回のテーマである輸液忍容性です。

輸液忍容性とは、臓器障害を来すことなく、輸液負荷に耐えられるかどうかの程度・範囲を指します。輸液反応性と体液過剰の間にある症例においては、輸液負荷を行うかどうかの治療判断に役立つ可能性があるといわれています(表)¹⁾。

輸液忍容性を見積もる

輸液忍容性は症例ごとの年齢や併存疾患、循環不全の程度などの複数の要素で規定されます。また、普遍的なものではなく、初期診療時の蘇生輸液戦略や、症例の病態変化に伴う炎症や血管内非障害、血管外漏出の程度によって変化すると考えられています。さらに、各臓器によっても異なるとされるため、それぞれの症例においてリアルタイムに、かつ臓器特異的にうっ血に伴う初期の臓器障害の徴候を探ることが大切なのです。

例えば、肺にフォーカスして輸液忍容性について考えてみましょう。低心機能の敗血症性ショックの患者に3Lの輸液療法を行ったが、循環不全が遷延している状況を想像してみてください。

●表 輸液反応性と輸液忍容性、体液過剰の違い(文献1より一部改変)

	輸液反応性	輸液忍容性	体液過剰
定義	前負荷を増やすとCOが10%以上増加する(動的試験で輸液反応性を操作)	うっ血に伴う臓器障害を引き起こすことなく輸液療法に耐えられる程度・範囲	蘇生輸液後に全身に体液貯留を来し、臓器障害を来した状態
いつ使うか	蘇生のフェーズ	蘇生のフェーズ	蘇生後のフェーズ
適正な使用	輸液反応性を認める患者に対しCOを高めて低灌流を是正	蘇生戦略の意思決定(カテコルルミン・膠質液を選択)	de-resuscitationを試みる
不適切な使用	組織還流の状態にかかわらず、輸液反応性を輸液の必須トリガーとする	輸液耐性は輸液反応性がない症例にのみ発生すると仮定する	不適切なタイミング・強度でのde-resuscitation
限界	全ての症例で評価できるわけではない、技術面の課題	まだ臨床的に検証されていない	後方視的な評価・最適なde-resuscitationの方法が不明確

de-resuscitation: 利尿薬あるいは腎代替療法を用いて水分バランスの均衡化を図る手段。

い。身体所見やエコー所見上も、もう少し輸液が必要そうだけど、これ以上輸液をすると呼吸状態が悪化してしまいそう……この瞬間こそ、肺の輸液忍容性を推察するのが有効なタイミングです。客観的指標として、現時点の肺エコーでのB lineの所見、エコーでの左房圧や三尖弁圧較差(TRPG)の推測などを参考にしつつ、輸液忍容性を見積もります。現状の酸素療法や呼吸補助の程度を確認するのも重要です。仮に経鼻酸素3~4L/分投与で酸素化がある程度保たれていれば、ある程度の輸液負荷に耐え得ると判断できますし、逆に高い吸入酸素濃度(FIO₂)での非侵襲的陽圧換気(NPPV)サポートを要していれば、さらに輸液負荷をすると気管挿管が必要になる可能性が非常に高いと推察できるかもしれません。

また、腎臓も輸液忍容性を考慮した輸液管理の必要がある臓器の一つです。上記のような敗血症性ショックの患者は、しばしば前負荷の不足と感染症による臓器障害により、急性腎障害を来します。また、この腎障害に伴う乏尿や蘇生輸液による輸液負荷によって体液過多となれば、うっ血に伴う腎障害も合併することになります。そのため、

腎障害を反映した所見として乏尿や血清クレアチニンの上昇が出現した場合、目の前の患者へ輸液負荷するか、利尿薬で薬剤的除水をするかの判断には、輸液忍容性の把握が必要なのです。具体的には腎静脈ドップラーなどを用いて腎うっ血の程度を推察すると良いでしょう。腎静脈の評価に加え、下大静脈や冠静脈、門脈を評価することで全身臓器のうっ血を評価するエコー評価法(VexUS)⁵⁾も近年注目されていますので、興味がある方はぜひ詳細を確認してみてください。

臓器障害を避けた循環管理 実現への期待

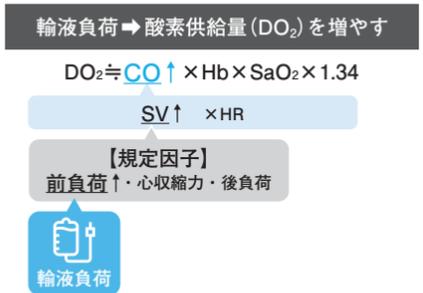
ここまで輸液忍容性のざっくりとした総論をお話ししましたが、そもそも輸液忍容性の判断指標や臨床的転帰との関連、評価するためのスコアリングシステムは確立されておらず、今後の研究課題です。今後の研究によって実臨床での意思決定プロセスに輸液忍容性を組み込むことができれば、うっ血による臓器障害を回避した循環管理ができるようになるかもしれません。

これまでの輸液反応性を用いた輸液負荷の必要性の判断のような、明確に輸液が必要、または不必要という評価だけでなく、その中間に存在する症例の評価分類をして輸液療法を最適化する……。そんな時代がやってくることに期待しつつ、今後も輸液忍容性について学んでいきたいです。

註: 2022年12月時点でFluid toleranceの定義はせず、当記事では「輸液忍容性」と訳しました。

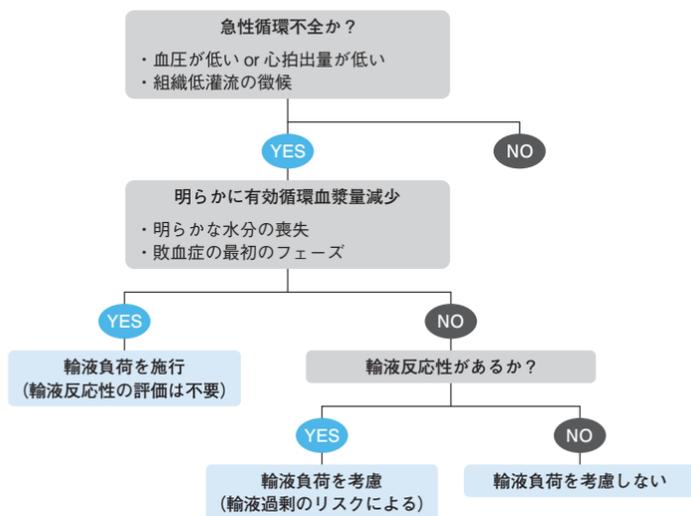
●参考文献

- 1) J Crit Care. 2022 [PMID: 35660844]
- 2) Ann Intensive Care. 2016 [PMID: 27858374]
- 3) Crit Care Med. 2017 [PMID: 27922878]
- 4) BMC Nephrol. 2016 [PMID: 27484681]
- 5) Ultrasound J. 2020 [PMID: 32270297]



●図1 蘇生輸液の概念(文献2を参考に作成)

蘇生輸液では、一回心拍出量(SV)を規定する因子である前負荷を増やすことで心拍出量(CO)、酸素供給量(DO₂)を増加させる。Hb:ヘモグロビン、SaO₂:動脈血酸素飽和度。



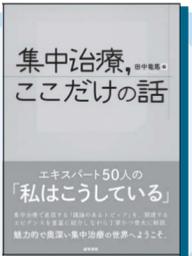
●図2 輸液負荷の是非を判断するフローチャート(文献2を参考に作成)

魅力的で奥深い集中治療の世界へようこそ。

集中治療, ここだけの話

集中治療の分野で議論のあるトピックに関して、第一線の集中治療医はどのように考えて診療しているのか。本書は「昇圧薬・強心薬の使い方」「HFNC vs NPPV」「ICUでの鎮静・鎮痛」など、読者の関心が高い50テーマを取り上げ、関連するエビデンスを豊富に紹介しながら丁寧に解説していく。集中治療が専門ではない若手医師・看護師・薬剤師でも、「Controversial」な状況に強くなる「ここだけの話」!

編集 田中電馬



救急外来, ここだけの話

編集 坂本 壮 田中 電馬

救急外来(ER)の分野で議論のあるトピックを取り上げ、「第一線の医師はどのように考えて診療しているのか(=ぶっちゃけ、どうしているのか)」を解説。大好評の『集中治療, ここだけの話』に続く、シリーズ第2作。



●B5 2021年 頁482
定価:5,720円(本体5,200円+税10%)
[ISBN978-4-260-04638-1]

第一線の医師は どのように考えて診療しているのか?

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

臨床で使える 半側空間無視への実践的アプローチ

前田 眞治 ● 監修
菅原 光晴, 原 麻理子, 山本 潤 ● 編

B5・頁384
定価:5,940円(本体5,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04681-7

本書は、半側空間無視の病態や、さまざまな観点に基づいて検討されたアプローチの手法を学べる、これまでにない書籍である。

第1章では、半側空間無視が生じる責任病巣と種々あるメカニズムの説明、第2章では、実際に使える半側空間無視の臨床現場での評価、観察の仕方のポイントが症例の画像を用いて説明されている。また第3章では、半側空間無視へアプローチする際の留意事項、第4章では、リハ室、ADL場面など臨床場面別での実践的アプローチ、ラストを飾る第5章では、視覚走査練習やリズム順応課題、ミラーセラピーなどの実践例が6例紹介されている。この章立ての紹介だけでも、これまでの書籍とは違うことがご理解いただけるのではないだろうか。

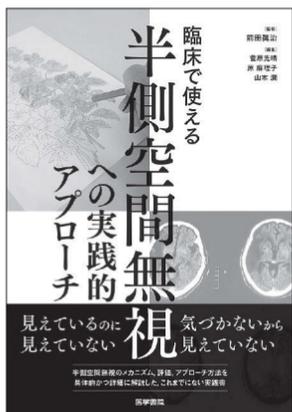
半側空間無視が出現する病巣や病態、およびリハビリテーションに関する研究には長い歴史がある。半側空間無視はさまざまな病巣で出現するが、本書では損傷部位によって無視症状が異なること、典型的な病巣、慢性化しやすい病巣などが項目立てで説明されており、理解しやすい。

その昔、私は、半側空間無視を知覚

性無視、運動性無視、表象性無視といったように無視の特徴によって分類したことがあった。当時は、病巣別にみることにはしていなかったが、その無視

評者 種村 留美
神戸大大学院教授・作業療法学

半側空間無視について セラピスト目線で書かれた これまでにない一冊



の特徴を頭頂葉病変、側頭葉病変、前頭葉病変と病巣別にみるとどうなるのか、と大変合点がいった。

常日頃から半側空間無視例にアプローチする際に大事なことは、「気付き」について精査することであると考えている。と思っていたら、本書にもちゃんと書いてあるではないか！対象者は半側空間無視をどう感じているのか、どうすれば気付けるのか、無視側に向かせるためにはどうすればよいのかといった内容が、セラピスト目線でよく説明されている。

車椅子移乗やADLのアプローチでは、写真やイラストを使って、具体的な介入方法が書かれているため、本書から学ぶことの多くが、すぐに実行に移せる。さらに、観察による評価をアプローチに結び付けるコツも示されており、日々のリハ現場でどのような視点で観察するべきかについても学ぶことができる。日常生活動作に関する介入まで述べた書籍が少ない中、細かいアプローチ内容やリスク管理が書かれ

運動器疾患・外傷の リハビリテーション医学・医療テキスト

一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構、
公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 ● 監修
久保 俊一, 津田 英一 ● 総編集
佐浦 隆一, 三上 靖夫 ● 編

B5・頁448
定価:5,500円(本体5,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04941-2

評者 山本 卓明
福岡大教授・整形外科

『運動器疾患・外傷のリハビリテーション医学・医療テキスト』が発刊された。これまで系統的かつ継続的に発刊されてきた、「リハビリテーション医学・医療テキストシリーズ」の11番目の書であり、質・量ともに大変充実したものになっている。

まず、一貫したコンセプトとして、「リハビリテーション医学・医療は、運動器の機能回復だけでなく、社会活動をも見据えた治療や支援を行い、人の営みの基本である活動を賦活化し、QOLの向上を目的としていること」が、総論を含めたテキスト全体で丁寧に

述べられている。そして、何よりも「具体的な運動療法のプロトコルが、カラーを用いた図を駆使し、的確かつ大変わかりやすく解説されている」ことが大きな特徴である。読者は図を見るだけで、具体的なリハビリテーション診療の内容と注意すべきポイントが容易に理解できる。さらに、項目ごとに「リハビリテーション診療のポイント」が明記されており、実践を主眼においた素晴らしいテキストである。リハビリテーション科医のみならず、整形外科医やリハビリテーション専門職・看護師など運動器医療にかかわる医療スタッフ全てに参考になる仕様になって

ており、病院だけでなく在宅支援の場でも有効活用できる。

最後の章の実践事例では、さまざまなアプローチ方法を実践した経過や評価結果が紹介されており、介入によってどのような効果が出るのかをイメー

いる。

総論では、「活動を育む医学・医療」と定義されるリハビリテーション医学・医療の意義、そしてリハビリテーション診療を行うに当たり必要となる基礎科学についても、わかりやすく解説されている。また、各論では、骨軟部腫瘍や関節リウマチも含めた、主要な運動器疾患・外傷が系統的に網羅されている。その疾患概念の再整理が行えるとともに、具体的なリハビリテーション診療が詳細に解説されており、リハビリテーション科医はもとより整形外科医にとっても、臨床現場

で直ちに役立つ構成となっている。

運動器疾患・外傷に対する治療は、外科的治療だけで完結するわけではなく、むしろ術後のリハビリテーション診療が治療成績を大きく左右すると言っても過言ではない。その観点からも、整形外科医にとって必携・必読の書であり、運動器疾患・外傷にかかわる医療スタッフ全員、初期研修医にとっても座右に置いておくべき書物の一つである。

本来であれば、リハビリテーション科医が書評を担当すべきかもしれないが、整形外科医にとっても、とても有用な書であり、わが身を顧みず筆を執らせていただいた次第である。

ジしやすくなっている。

半側空間無視のリハビリテーションがこの一冊で網羅されており、急性期から在宅までをカバーした幅広いアプローチ方法の解説は、前田眞治先生率いるセラピスト軍団による賜物である。

実践を主眼においた 素晴らしいテキスト



臨床検査
TEST SELECTION AND INTERPRETATION
データブック

わかりやすい
だから検査値が
深く読める 2023
2024

- 知りたかったポイントがまとめられていて、使いやすい
- 疾患名からも異常値やフォローアップを調べられる
- 臨床推論に/検査のセンスを磨くために/薬剤の影響を知るために
- 検査値判読マニュアルのLONG & BEST SELLER最新版

医学書院

臨床検査 データブック 2023-2024

監修 高久史磨 編集 黒川清・春日雅人・北村聖・大西宏明

● B6 頁1200 2023年 定価 5,500円(本体5,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-05009-8]

詳しくはこちらから

医学書院

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

神田 隆 ● 編

B5・頁520
定価:13,200円(本体12,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04939-9

多くの方々にとって、末梢神経と中枢神経の区別は必ずしも正確に認識されていないのではないのでしょうか。私が講義などでまず学生に言うことにしているのは、末梢神経系とはシュワン細胞、結合組織が神経細胞を包囲している箇所、一方、中枢神経系とはオリゴデンドロサイト、アストロサイトが周りにある部分と教えています。

この定義に従えば、ニューロンの中には、中枢神経系の部分があれば、同時に末梢神経系に属する部分もあることとなります。例えば第1次感覚ニューロン、第2次運動ニューロン、自律神経節前線維などはそれに当たります。末梢神経

という「末梢の部分」という先入観でうやむやにされたり、二義的にとらえられたりしがちなのは残念なことであり、同時に、神経系の理解を不十分なものとするゆえんでもあります。

この度、神田隆先生の編集、106人の執筆者による『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』が上梓されました。全体は500ページ超に及ぶものですが、「末梢神経障害の基礎」、「末梢神経障害の臨床①——診断と治療総論」までの約200ページを私は、この本の前編とし、後に続く「末梢神経障害の臨床②——疾患各論」を後編として通覧させていただきました。

この著作はまず、その前編に大きな特徴があります。この部分の多くは、これまで末梢神経の臨床、病理、生理などの第一線で活躍してこられた方々の個性ある経験に支えられた記述から構成されています。深い味わいと貴重な言葉がにじむ箇所がたくさんあり、読み応えがあります。このような記述は英米の教科書には時にありますが、

わが国の医学書にはあまり例がないようです。この本は多くの執筆者の合作です。お一人おひとりの経験の中からにじみ出た個性と確信に満ちた言葉でつづられているからこそ、読み物としても飽きずに、楽しみながら末梢神経疾患の理解につながる知識を自然と身につけることができるものと思います。

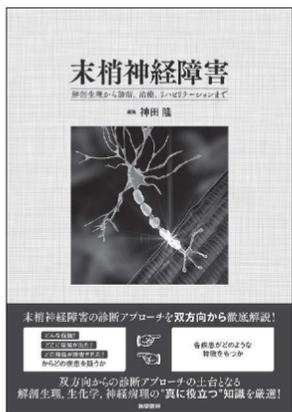
後編は各論で、末梢神経疾患の一つひとつがそれぞれの専門家の手により丁寧に記載され、新しい知見を含めて文献を挙げながら解説されています。図、写真も豊富です。末梢神経疾患は整形外科でも大切な領域ですが、診療科の枠を超えて多

くの分野から執筆者が選ばれている点も、編集者の幅広い見識によるものでしょう。

こうして見ていくと、『末梢神経障害』の前編の約200ページは、これまでの末梢神経関係の成書にはない手法と考え方に立って編集された部分であり、最初から通して読まれることをお勧めします。後編の300ページは座右に置いて事典的に活用されることに向いている部分でしょう。文献も充実し、索引は和名と英名で引けるようになっています。

ちなみに「末梢」を国語辞典で引いてみました。「①木の枝の先、こずえ②物のはし、末端。転じてとるに足らないこと。⇒末梢神経系」とありました。これはひどい！ どうか神田先生編集の『末梢神経障害』、特にこの前編を通読して、神経系を論ずる上での末梢神経系の重要性と知識を再確認されることをお勧めします。末梢神経系への興味と理解はきっと神経学をより身近なものにしてくれることと信じます。

改めて「末梢神経障害とは何か」から詳細な「疾患解説」まで



公衆衛生の緊急事態にまちの医療者が知っておきたいリスクコミュニケーション

蝦名 玲子 ● 著

A5・頁296
定価:2,860円(本体2,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05086-9

本書の題名を見たときに、「公衆衛生」「緊急事態」「リスクコミュニケーション」という言葉から、日常診療に携わる皆さんは縁遠さや抵抗感を覚え、たかもしれない。この3年間の新型コロナウイルス感染症対応で、もう緊急事態なんてこりごりだと思っている方も多いかもしいない。でも、本書を読み終えたとき、なぜ著者が「まちの医療者」を対象にしていたのか気付かされるのである。「日常診療で日々行ってきた業務はリスクコミュニケーションそのものだった！」と驚きとともに心に刺さることだろう。

私自身は病院の管理者として、また行政において新型コロナ保健医療施策の立案、運営の指揮に携わる立場として本書を読み始めた。改めてリスクコミュニケーションの理論的背景や標準の対応と実践を体系的に学ぶ最高のテキストに出合えたと思った。これは数か月間かけて学校のプログラムとして学んだら、さぞ面白い思考回路ができて上がるのではないだろうか。私は一般的な医学教育を修めた後に、臨床現場での経験、災害・危機管理対応のトレーニングと実践を経て今に至っているが、もっと早く本書に出合っていたら、この3年間の新型コロナウイルス感染症対応でも、もっと違うアプローチをしていたのかもしれないと思う。行政、医療福祉、産業保健など、さまざまな立場で本書に触れ

た時に「あの時のことだ」「なるほど心当たりあるなあ」「確かに……」と、思わずうなずいている自分がいることだろう。本書を読み始めると導入部で、

少々難しい理論や概念、用語だと感じる項目から書かれていると感じる。著者もこの点は承知していて、ページをめくって最初に「本書の読み方」が書いてある。Part1から読むことに拘らず、目下の課題や困りごとに近い項目や目次から見つけて読む方法も提示しているのだ。私から読者の皆さんにあえてお勧めするもう一つの方法は、あまり身構えずに、小説を読むように最初から気楽に通読

することである。一見厚い本だが新型コロナウイルス感染症や福島原発事故など事例を挙げて、同じ事象を章ごとに異なる切り口で繰り返し、リスクコミュニケーション手法を説明している。自然に内容が理解できるようになっていく。なんととっても手にマーカーペンを持って重要な部位に線を引くという勉強スタイルが不要なのだ。なぜなら、事前に著者が重要部位に青のマーカーをつけてくれている。ニクイ演出ではないか！

本書の中には「完全なパートナーとして扱う」と、市民や患者への向き合い方の極意が記載してあった。日々の診療で決して忘れてはいけない大切な信念をあなたも改めてかみしめてみてはいかがだろうか。

リスクコミュニケーションを体系的に学ぶことができる最高のテキスト



Web限定 医学界新聞プラス

今すぐ check!

医学書院の話題書、発売前の新刊内容を無料で公開!

FIRE DIPPER for OSCE

効率的なOSCE実施をサポート

OSCE(Objective Structured Clinical Examination)実施支援システムは、各ステーションで行われる試験スケジュールの予約、採点を映像と共に管理しより効率的なOSCEの実施を可能とします。

OSCE実施中の映像は、遠隔からでも、ライブ視聴はもちろん、試験実施後の録画映像までも視聴することが可能です。

業務効率化をサポート

紙ではなく、タブレット端末にて「OSCE実施支援システム評価ツール」を利用することで、採点結果集計・入力などの煩雑な紙管理から解放されます。評価結果は即座に本システムに反映され、全ての学生の評価内容や平均点などが一括して管理されます。

試験スケジュールに合わせて、ネットワークカメラによる自動録画が行われ、ハンディカムによる録画などの手間からも解放されます。

試験スケジュールの予約管理から、評価・採点までを映像と共に管理

医療教育機関向けOSCE実施支援システム

国立大学
採用製品
DX対策

- ・学生・評価者 管理機能
学生・評価者情報はCSVファイルから一括インポート可能。年度毎の入力作業はワンストップで完了できます。
- ・スケジュール 管理機能
試験スケジュールに合わせて自動録画。当日の急なスケジュール変更にも対応できます。
- ・ライブ映像視聴 機能
管理ツールから試験の進行状況を確認。試験当日のスタッフの負担を軽減します。
- ・録画映像視聴 機能
録画映像と評価結果を連携してシステム内に保存。録画映像を振り返り学習に役立てることも可能です。
- ・試験進行ステータス確認 機能
評価用端末の接続状況・試験進行状況を一覧表示。端末トラブルなどにも迅速に対応できます。
- ・評価・採点 機能
タブレット端末を利用して、採点内容は随時システム内に保存されます。採点用紙の回収・内容の手入力作業から解放されます。



日本テクノ・ラボ株式会社 <www.ntl.co.jp>

〒220-6211 神奈川県横浜市西区みなとみらい2-3-5
クイーンズタワーTEL: 045-263-8546 FAX: 045-263-8549
E-Mail: sales@ntl.co.jp

最新の医療情報は、 日々の安心感と即戦力に。



今日の治療指針 2023年版

New 処方例が商品名・一般名併記

- ☑ 疾患頻度を3段階表示
- ☑ 診断の手がかりをアンダーラインで強調

● ポケット判(B6) 頁2208 2023年 定価17,050円(本体15,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05034-0]
 ● デスク判(B5) 頁2208 2023年 定価22,000円(本体20,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05035-7]



治療薬マニュアル 2023

- ☑ 警告・禁忌・副作用を含む全情報を収載
- ☑ 適応外使用の情報も随所に
- ☑ 後発医薬品情報がさらに充実

● B6 頁2848 2023年 定価5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05054-8]

いずれも高機能なWeb電子版付。2冊併用なら、電子版が連携しグレードアップ!

- 約1200疾患項目、薬剤約2万品目の情報から瞬時に検索
- [処方例→薬剤情報][薬剤情報→関連疾患]がワンクリックで参照できる



スマホ・PCが“総合診療データベース”に大変身!

医学書院

2023年2月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

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

公衆衛生 3月号 Vol.87 No.3 1部定価:2,640円(税込)	気候危機に立ち向かう 気候変動は公衆衛生の非常事態	臨床整形外科 2月号 Vol.58 No.2 1部定価:2,860円(税込)	外反母趾診療ガイドライン改訂 外反母趾治療のトレンドを知る
medicina 2月号 Vol.60 No.2 1部定価:2,860円(税込)	慢性疾患診療のお悩みポイント まとめました 高血圧からヘルスマネジメントまで	臨床眼科 2月号 Vol.77 No.2 1部定価:3,080円(税込)	視神経炎診療のブレークスルー 病態理解から新規治療まで
総合診療 2月号 Vol.33 No.2 1部定価:2,750円(税込)	しびれQ&A ビビッとしびれるクリニカルパール付き!	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 2月号 Vol.95 No.2 1部定価:2,970円(税込)	アレルギー疾患を広く深く診る
呼吸器ジャーナル (旧 呼吸と循環) Vol.71 No.1 1部定価:4,400円(税込)	エキスパートに学ぶ 肺癌診療 悩ましい シチュエーションへの解決策	臨床泌尿器科 2月号 Vol.77 No.2 1部定価:3,080円(税込)	徹底解説! 過活動膀胱(OAB) の診療ストラテジー
胃と腸 2月号 Vol.58 No.2 1部定価:3,520円(税込)	鋸歯状病変関連の早期大腸癌	総合リハビリテーション 2月号 Vol.51 No.2 1部定価:2,530円(税込)	脳卒中下肢機能の徹底改善
BRAIN and NERVE 2月号 Vol.75 No.2 1部定価:2,970円(税込)	多系統萎縮症の新診断基準と これからの診療	理学療法ジャーナル 2月号 Vol.57 No.2 1部定価:1,980円(税込)	嚥下機能に着目した理学療法
精神医学 2月号 Vol.65 No.2 1部定価:2,970円(税込)	精神医療・精神医学の 組織文化のパラダイムシフト	臨床検査 3月号 Vol.67 No.3 1部定価:2,420円(税込)	子宮頸がんをめぐる 臨床検査で患者を救え!
臨床外科 2月号 Vol.78 No.2 1部定価:2,970円(税込)	最新医療機器・材料を使いこなす	病院 2月号 Vol.82 No.2 1部定価:3,300円(税込)	コロナパンデミック後の 病院スタッフのメンタルヘルスケア



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:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp