

2023年6月19日

第3522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
JCOPY 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

- [座談会] 予後予測の実践で磨き上げるリハビリテーションの思考力(竹林崇、庵本直矢、平山幸一郎)…………… 1-2面
- [寄稿] 知っておきたい心筋炎診療の最前線(永井利幸)…………… 3面
- [FAQ] 失文法を持つ失語症患者診療のポイント(金野竜太)…………… 4面
- [連載] サイエンスイラストで「伝わる」科学…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6-7面

座談会 予後予測の実践で磨き上げるリハビリテーションの思考力



平山 幸一郎氏 岸和田リハビリテーション病院 リハビリテーション部 主任
 竹林 崇氏 司会 大阪公立大学 医学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻 教授
 庵本 直矢氏 名古屋市総合 リハビリテーションセンター 作業療法科

経験の浅い療法士にとって対象者の予後を正確に予測することは容易ではない。予後について先輩に意見を求めるも、アドバイスが主観や経験則に依拠しがちで眼前の対象者に適用できない場合もある。そこで参考となるのが機能障害の経過を調査した予後予測研究だ。

このたび発行された『PT・OT・STのための臨床5年目までに知っておきたい予後予測の考えかた』(医学書院)では、数多く存在する予後予測研究を自身の臨床に結び付けるための工夫が紹介されている。今回、編者である竹林崇氏を司会に、臨床現場で予後予測を実践しながら若手の指導も行う庵本直矢氏、平山幸一郎氏を迎えた座談会が開かれた。若手療法士が予後予測を行う際の考え方を学びたい。

竹林 適切なリハビリテーションプログラムを組むには対象者がどのような経過をたどるか予測する必要があるものの、予後予測に自信のある若手療法士は多くないのが実情です。このたび、予後予測に必要な知識や実際の方法などを解説した『PT・OT・STのための臨床5年目までに知っておきたい予後予測の考えかた』が発行されました。庵本先生、平山先生は本書の執筆や査読にも携わり、臨床現場において予後予測を日々実践されています。本日は、若手療法士が予後予測を行う際のヒントを探っていきたいと思います。

予後予測は対象者の未来にたどりつくための地図

竹林 そもそも現場の若手療法士は予後予測に対してどのようなイメージを持っているのでしょうか。若手の指導も行われているお2人の印象を聞かせてください。

平山 後輩を指導する中で感じるのは、エビデンスに基づいた予後予測が難しいものと考えられがちということです。自らの少ない経験や身近な先輩・上司の経験則のみで予後予測を考えてしまう若手が多いことは、療法士全体の課題となっていると思います。

庵本 同感です。養成課程に予後予測を学ぶ機会が少ないのが一因でしょう。臨床現場では、これまで経験則に基づくリハビリテーションが代々受け

継がれてきているのが現状です。

竹林 養成課程で予後予測を学ぶ機会が少ないのは、私が学生であったおよそ20年前からそうでした。そうした現状に一石を投じたのが『脳卒中機能評価・予後予測マニュアル』(医学書院)であり、同書の登場によってリハビリテーション業界では予後予測を基に対象者のアウトカムを計測する重要性が意識され始めました。一方で、発行から10年が経過し療法士の人数も増えたものの、そうした考えがまだ十分には広がりきっていないのでしょうか。

予後予測が難しいととらえられてしまう理由は何だと思いますか。

庵本 交絡因子の多さではないでしょうか。先行研究と眼前の対象者を比較した時に、交絡因子が全て一致することは非常に少ないため、どのように解釈すれば良いかに悩み、挫折する若手は少なくないはずで。

平山 加えて、環境や療法士側の要因も挙げられます。施設によっては、予後予測をしたくても参考にできるデータがそもそも存在しない場合もあるでしょうし、論文を読み慣れていない若手療法士が多いことも考えられます。

竹林 たしかに英語論文をすらすらと読んで討論できる若手はそこまで多くないと思います。また、論文検索ができたとしても次の壁にぶつかる人がいます。それは先行研究をどこまで参照すべきかという問題です。先行研究で「～となる可能性がある」という表

現を見つけた時、どう考えるべきなのでしょう。

庵本 先行研究はあくまで特定の予後をたどる確率を算出したデータに過ぎないと考えます。研究結果は絶対ではありません。たとえ予後不良である可能性が高いと判断されたとしても「自身の介入によって研究結果をどう上回るか」について考えることが重要だと思います。

平山 おっしゃるとおりです。ただ、そうした柔軟な発想を持つことは難しいですね。

竹林 ええ。ですので、先行研究は対象者の未来にたどり着くための地図だと考えるとよいでしょう。対象者がたどる経過(道筋)は多岐にわたりますが、アウトカムを継続的に計測し、予後予測を繰り返し行うことで無数にあった道筋を徐々に絞っていくイメージを持つと良いと思います。

振り返りの言語化と多角的な評価で経験値をためる

竹林 予後予測を考えるに当たり、参考となる論文を2本紹介します。1本目はPrabhakaranら¹⁾の論文(PMID: 17687024)です。これは脳卒中後の上肢麻痺を呈した対象者において麻痺手の機能予後が予測できるかを検証した研究で、3~6か月後の最大回復FMA(Fugl-Meyer Assessment)上肢項目の値を予測する式[0.7×(66-発症時の

FMA上肢項目の値)+0.4]を立てたものです。初期の障害の重さにかかわらず回復がほとんどみられない対象者を除いて、最大回復FMA上肢項目の点数は89%の確率で同予測式に適合したとしています。

2本目はWintersら²⁾の論文(PMID: 25505223)です。これは1本目で紹介したPrabhakaranらの予測式の妥当性や外れ値の要因を検証した研究で、対象者211例におけるFMA上肢項目の値を同予測式に当てはめた結果、146例(69%)に対して適合したと報告しています。また、同予測式に適合しなかった残りの対象者65例を検証したところ、「72時間以内に手指の伸展が出現しない」といった複数の要因が判明し、これらの要因を除いた症例では新たな予測式[1.99+0.78×FMA上肢項目の値(R=0.97, R²=0.94)]が成り立つとしています。

これらの結果からもわかるように、いかに予後予測の確度が高い研究結果だとしても、それが眼前の対象者に適合しない可能性を必ず意識しなければなりません。

庵本 竹林先生が取り上げた予測式は臨床現場でも頻繁に活用されている指標ですが、これらの予測式はFMAの変化量を検証している点に注意が必要です。なぜなら初期評価時と帰結評価時の上肢機能全体の変化量をみている

(2面につづく)

PT・OT・STのための臨床5年目までに知っておきたい予後予測の考えかた

編集 竹林 崇

書籍の詳細はこちら



■ B5 2023年頁320
 定価: 4,950円(本体4,500円+税10%)
 [ISBN978-4-260-04961-0]



自信を持って予後を予測できる。リハビリプログラムの最適解を導ける。

脳血管疾患はもちろん、全身各疾患や障害の予後予測について、これまでの予後予測研究から得られたデータや知識をもとに導き出された数多くの方法を掲載。アウトカムの測定能力やリハビリテーションスキルを1段階上げ、自信を持って予後を予測するための1冊。

目次

- 第1章 予後予測プレビュー
- 第2章 全身管理における機能予後予測
- 第3章 上肢機能の予後予測
- 第4章 ADLの機能予後予測
- 第5章 下肢歩行機能の予後予測
- 第7章 脳画像や生理学的指標を用いた予後予測

医学書院

<出席者>

●たけばやし・たかし氏

2003年川崎医療福祉大医療技術学部卒。同年より兵庫医大病院リハビリテーション部に勤務。18年兵庫医大大学院修了。博士(医学)。22年より現職。『作業で紡ぐ上肢機能アプローチ』『PT・OT・STのための臨床5年目までを知っておきたい予後予測の考えかた』(いずれも医学書院)など編著書多数。



●あんもと・なおや氏

2013年名大医学部保健学科作業療法学専攻を卒業後、名古屋市総合リハビリテーションセンターに入職。脳画像解析による対象者の機能予後予測に関する研究を行う。『作業で紡ぐ上肢機能アプローチ』『臨床5年目までを知っておきたい予後予測の考えかた』(いずれも医学書院)を分担執筆。



●ひらやま・こういちろう氏

2017年鹿児島大医学部保健学科作業療法学専攻を卒業後、岸和田リハビリテーション病院に入職。23年大阪公立大大学院修了。修士(保健学)。『作業で紡ぐ上肢機能アプローチ』(医学書院)を分担執筆。査読協力者として『PT・OT・STのための臨床5年目までを知っておきたい予後予測の考えかた』(医学書院)の制作に携わる。



(1面よりつづく)

に過ぎず、変化の意味合いが対象者ごとに異なるからです。血腫の減退や筋などの末梢部の変化といった何らかの理由で介入初期に回復する方もいれば介入後期で回復する方もおり、回復の時期や程度は人それぞれです。そのため初期評価時の値のみで最終的な変化を予測するのではなく、定期的な評価で対象者の回復の程度や時期を踏まえた予測を繰り返していく作業が必要でしょう。先行研究を参照する際は、こうした点に気付けるかが重要です。平山 発症から72時間以内にFMAを算出している点にも注意が必要です。これを実臨床に落とし込む場合には、FMAを用いた評価が急性期病院で行われていること、そしてそれが回復期病院へ申し送りされているかどうかを問われます。

また、Wintersらの論文では発症後72時間以内と6か月後にそれぞれアウトカムを計測していますが、その間の介入内容によってもFMAの変化量

が変わってきます。介入方法によって予後が変わるので、先行研究の参照時はそうした条件の違いまで考慮する必要があります。

竹林 ですが、先行研究との条件の違いを見極めることは簡単ではありません。工夫されていることはありますか。

庵本 先行研究における適応基準を確認し、眼前の対象者とどの程度合致しているかを確認するとともに、予測した経過を逐一振り返ることで。忙しい日常臨床においては症例ごとに振り返っている余裕がない方も多いでしょうが、この地道な作業を繰り返すと先行研究との条件の違いを考えられるようになります。

平山 予測結果と同じ経過をたどらなかった症例に着目することも重要ですね。今まで見えてこなかった交絡因子の可能性に気付けるようになり、予後予測に対する考えがより深まると思います。

竹林 おっしゃるとおりです。加えて多角的に評価することも必要です。脳卒中後の上肢麻痺で言えば、回復度はFMAだけでなく脳画像所見からも評価できます。また、FMA以外にもARAT(Action Research Arm Test)やMAL(Motor Activity Log)なども評価ツールとして挙げられます。一つの症例に対して一つの評価のみで結論を出さず、複数のアウトカムを評価して予後予測を行うのが良いでしょう。振り返りの言語化と多角的な評価による予後予測で経験値を少しずつためていく。予後予測で悩む若手療法士がいたら、ぜひこのことを意識してほしいです。

臨床現場で研究結果がどう活用できるかを意識する

竹林 今後はさらに予後予測を実践する若手が増えて、得られた結果を研究にまとめる人も出てくるでしょう。研究を行う上で意識しておくべき点は何ですか。

庵本 先行研究の限界を見極めることです。先行研究では明らかになっていない部分が必ずあるので、そこを解決できるような研究を行ってほしいですね。

平山 臨床現場で研究結果がどう活用できるのかも意識しておくべきでしょう。研究を行うことは目的ではなく手段ですから、研究で得られた知見が対

象者にどうメリットをもたらすかを考えてほしいです。

竹林 仮説の立証に必要なアウトカムを自施設で計測できるかが重要ですね。自施設が特定のアウトカムを計測していない体制だとしても、対象者の経過を個人で追うことはできます。予後予測に挑戦してみたい方は、個人で追える範囲内でまずはアウトカムを継続して計測してみると良いでしょう。

EBPの加速で底上げされる日本のリハビリテーション

竹林 では予後予測研究が増えた結果、日本のリハビリテーションはどう変化していくと考えられるでしょうか。

平山 EBP(Evidence Based Practice)が加速度的に促進され、提供されるリハビリテーションのレベルが底上げされていくと思います。例えば、日本作業療法士協会も推進する作業療法の実

「疑問を持つこと」から始まる予後予測への挑戦

竹林 ここまでは主に先行研究の活用の仕方や研究時の留意点などを話してきました。先行研究を参照する際に、他に気をつけるべき点はありませんか。

平山 対象者とのコミュニケーションの際に、先行研究とは異なる経過がみられる可能性があることを十分に伝えることです。「研究結果と同じ経過をたどる」と言い切ってしまうと、異なる経過がみられた場合に対象者の不信感につながります。不信感の対象者のリハビリテーションへのモチベーション低下につながるため、療法士と対象者の間にある認識の食い違いを少なくすることは、医療サービス向上の観点からも重要です。

庵本 予測結果を伝えるタイミングも重要だと感じます。急性期や回復期前半の段階で予後不良の可能性を伝えた結果、対象者との信頼関係が損なわれるおそれもありますから。

竹林 予後不良がわかったとしてもすぐ伝えるのではなく、対象者の身体的・心理的状況を考慮して伝えるタイミングを瞬時に判断することが求められますね。対象者との適切なコミュニケーション・リハビリテーションの双方を意識してほしいです。

平山 本日の座談会を通して、対象者に適切なリハビリテーションが提供さ

れるには、アウトカムを計測する文化の普及や論文を読み慣れた療法士の増加といった「予後予測を行うための地盤」をさらに固めていく必要性を感じました。地盤を固めるには療法士の研究を読み解く力が求められます。ぜひ予後予測に挑戦していただきたいです。

庵本 先行研究を眼前の対象者に当てはめて良さを批判的に吟味してみてください。そして、臨床疑問が出てきたら症例報告を基に何度もディスカッションを行い、今後新たなエビデンスを創り出していけるようになることを願っています。

竹林 治療・ケアの場が移行する際に、必要なアウトカムが当たり前のようになり共有される世の中になることを期待しています。

竹林 先行研究を参照する際は、「～の可能性はある」といった表現がなぜ用いられているかを考えてみましょう。そして、日々の症例を振り返りリハビリテーションの思考力を磨くことは自身のレベルアップにつながります。ぜひその際の参考として『PT・OT・STのための臨床5年目までを知っておきたい予後予測の考えかた』を活用してもらえたら幸いです。(了)

●参考文献・URL

- 1) Neurorehabil Neural Repair. 2008 [PMID : 17687024]
2) Neurorehabil Neural Repair. 2015 [PMID : 25505223]

作業で紡ぐ上肢機能アプローチ
作業療法における行動変容を導く機能練習の考えかた

編集 竹林 崇

数多ある脳卒中後の上肢機能アプローチの手法を幅広く紹介するとともに、各々のアプローチに対する evidence based practice(EBP)についてまとめた。

また、これらのアプローチの実際という観点から、EBPに根ざした多様な事例報告を収載。

エビデンスに基づいた「対象者中心の作業療法」を実現するための1冊。

- 1. 作業療法におけるエビデンスと上肢機能に対するEBP
2. 作業を用いた上肢機能アプローチ
3. 上肢機能に対するアウトカム
4. 代表的な上肢機能アプローチ
5. EBPに焦点を当てた事例報告のまとめかた



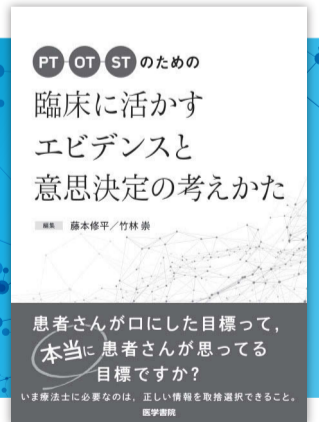
上肢への作業療法アプローチのエビデンスを学べる！臨床で活かせる！

臨床現場での情報活用から意思決定の方法までを体系的に理解できる！

PT・OT・STのための臨床に活かすエビデンスと意思決定の考えかた

編集 藤本 修平/竹林 崇

臨床に携わる療法士にとって、「臨床」と「研究(エビデンス)」は欠くことのできない要素といえる。本書ではその両者を融合することの必要性を説くとともに、患者の価値観という大切な要素もそこに組み合わせる。エビデンスの活用だけで適切な意思決定ができない場合に、自身の経験、また患者の価値観をどのように反映させていくか、治療に必要な知識を情報へ転換し、活用するスキルを身に付けるための具体的な指針を提示する。



CONTENTS

- 序章 玉石混交の情報から治療法を決めるスキルが求められている
第1章 エビデンスと世の中の情報を取捨選択するための基礎知識
第2章 患者の価値観・希望
第3章 治療法を決定するための目標設定とコミュニケーション
第4章 臨床における意思決定過程

B5 2020年 頁320 定価: 4,180円(本体3,800円+税) [ISBN978-4-260-04271-0]

医学書院

B5 2021年 頁216 定価: 4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04640-4]

医学書院

寄稿

知っておきたい心筋炎診療の最前線

「2023年改訂版 心筋炎の診断・治療に関するガイドライン」をひもとく

永井 利幸 北海道大学大学院医学研究院循環病態内科学教室 准教授

2019年から世界的に流行した新型コロナウイルス感染症はさまざまな混乱と苦難を人類に与えたが、ワクチンの開発・普及が急速に進み、現在はウィズコロナ時代に突入したと言えよう。そのような中、まれではあるものの、ワクチン関連心筋炎が特に若年者を中心に報告されるようになり (<https://bit.ly/42F22tE>)、時には重症化するため、ここ数年は世界的に「心筋炎」がクローズアップされてきた感がある。そのような中、心筋炎診療に関連したガイドラインが14年ぶりに改訂された。

直近10年間の変遷

心筋炎は循環器疾患の中では発生頻度の比較的少ない疾病に属するため、多数例を扱った臨床研究が少なく、国内外含めてガイドラインの整備が不十分な領域であった。本邦では2009年に発表された「急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン」(以下、2009年改訂版)に沿った診療がこれまで行われてきており、心筋炎を急性あるいは慢性に大別して診断治療を行ってきたという歴史がある。一方、近年の欧米のポジションステートメントおよびエキスパートコンセンサスでは、心筋炎を急性心筋炎と慢性炎症性心筋症に大別する方向にシフトしており、慢性心筋炎という用語を使用する頻度が世界的に減少している^{1,2)}。背景には、ウイルスゲノムや詳細な病理組織学的解析などにより、心筋炎の病因・病態・臨床経過に関する理解が徐々に深まってきていることが挙げられる³⁻⁵⁾。また診断に関しても、特に心臓MRIの精度が格段に向上し、心臓MRIによる心筋炎の臨床診断が可能となったことも大きな進歩である⁶⁾。これらのことから、今回「心筋炎の診断・治療に関するガイドライン」(以下、2023年改訂版)に名称変更する形で新たに策定(日英版同時掲載)がなされた^{7,8)}。

2023年改訂版のポイント

2023年改訂版では、直近10年間で世界的に変遷した心筋炎の概念を取り入れつつ、慢性期におけるハイリスク症例を新たに定義することで、新規の治療戦略の開発に資する分類を提唱した。また、現場視点を重視し、可能な限り診療の推奨を定め、診断アルゴリズムを提唱したこと、さらに好酸球性心筋炎や巨細胞性心筋炎に加え、近年注目されている薬剤(免疫チェックポイント阻害薬や新型コロナウイルスワクチン)に起因する心筋炎等、特徴ある心筋炎についても記載を充実させた。

以下、改訂のポイントをまとめる。

定義・分類の改訂と診断アルゴリズムの提唱

1) 心筋炎の病態・分類: 2009年改訂版では急性、慢性の境界を3か月(数か月)と定義してきたが、2023年改訂版では、欧米のステートメントに合わせて30日を境界とする定義を採用し、発症から30日未満であれば急性、30日以上であれば慢性と定義した。慢性期については、慢性活動性心筋炎、慢性心筋炎、慢性炎症性心筋症(炎症性拡張型心筋症を含む)、心筋炎後心筋症に分類した。

2) 慢性活動性心筋炎: 欧米のステートメントでは、慢性期の心筋炎は原則として慢性炎症性心筋症と定義されており、炎症細胞浸潤を一定数以上認めるが、心筋細胞傷害(壊死/変性)が認められない状態と明記されている²⁾。ところが、経時的に心機能低下を認める拡張型心筋症様患者の中に、心筋細胞傷害(壊死/変性)を伴う炎症細胞浸潤を認める患者が存在し、このような患者群はハイリスクであるという報告が散見されるようになった。今後の診療・治療戦略を開発する観点からも、ハイリスクの活動性炎症を有する心筋炎を定義すべきであるとの作成班内のエキスパートコンセンサスをもとに、慢性活動性心筋炎を「慢性期においても炎症細胞浸潤に加え、炎症細胞と近接する心筋細胞傷害(壊死/変性)が観察される状態」と新たに定義した。

ただし、この定義は心筋生検の施行を必須としており、サンプリングエラーなどの問題もあることから、病理組織において心筋細胞傷害を認めなくとも、①血中高感度心筋トロポニン値の持続的上昇、②心筋組織におけるCD3陽性T細胞24/mm²(5.8個/HPF)以上の浸潤、③心筋組織におけるテネイシンC(4C8)染色陽性所見のいずれかが確認されれば、臨床的に慢性活動性心筋炎の可能性があるため、慎重な経過観察が必要であるとした。

3) 心臓MRIによる診断: 経胸壁心エコー検査は、急性心筋炎を疑う場合や診断後において必須の検査法であるが(推奨クラスI)、画像診断の進歩に伴い、下記の場合はいずれもクラスIで心臓MRIを用いることが推奨された。

- 症状・徴候から心筋炎が疑われ、血行動態が安定している患者における心筋炎の診断
- 病態のモニタリング、予後評価
- T1マッピングを用いた心筋線維化/浮腫の評価
- T2マッピングもしくはT2強調像を用いた心筋浮腫の評価

4) 心筋生検の位置づけ: 2023年改訂版には、心筋生検が施行できる環境が整

っていない場合は施行可能な施設への転送を考慮することが望ましいとの付記とともに、心内膜心筋生検の施行が特に考慮される臨床シナリオとして、以下5つを記載した。

クラス I

- 重症心不全あるいは心原性ショックを伴う急性心筋炎
 - 急性心不全、心室不整脈あるいは高度房室ブロックを伴う急性心筋炎
- #### クラス IIa
- 末梢血好酸球増多症を伴う急性心筋炎
 - 免疫チェックポイント阻害薬による急性心筋炎
 - 慢性活動性心筋炎あるいは慢性炎症性心筋症が疑われる

以上から、2023年改訂版では急性心筋炎および慢性活動性心筋炎・慢性炎症性心筋症の診断アルゴリズムを新たに提唱した(QRコード)。

特記すべき推奨

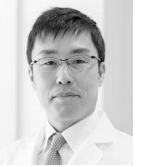
1) 診断編: 2009年改訂版からの変更点として、心筋炎患者に対して、病原体を特定する目的でウイルス血清検査をルーチンで行うことは推奨されない(推奨クラスIII No benefit)ことを加えた。

2) 治療編(劇症型心筋炎): 劇症型心筋炎における薬物治療の推奨として、一般的に心原性ショックにおけるノルアドレナリンの使用はドパミンに比べて予後が良好であることが報告されている⁹⁾。そのため心原性ショックを呈する患者に対し、ノルアドレナリンの投与をクラスIIa推奨とした。心原性ショックもしくは致死性不整脈を呈する患者に対して、VA-ECMOを使用することがクラスIで推奨され、VA-ECMO運用・管理のフローチャートも示した。また、近年使用可能になった補助循環ポンプカテーテル(IMPELLA)に関しては、心原性ショックを呈する患者に対して、単独あるいはVA-ECMOとの併用でクラスIIa推奨とした。一方、致死性不整脈、右心不全、著明な呼吸不全を呈する患者に対するIMPELLA単独での使用は推奨されない(推奨クラスIII No benefit)ことを明記した。

3) 治療編(免疫抑制療法・免疫調整療法・抗ウイルス療法): 急性心筋炎における免疫抑制療法として、急性リンパ球性心筋炎に対する「ルーチン」の免疫抑制療法は推奨されない(推奨クラスIII No benefit)ことを明記した。一方、血行動態が不安定な急性好酸球性心筋炎に対しては、高用量のステロイド療法をクラスIで推奨した。また、急性リンパ球性心筋炎、急性好酸球性心筋炎、巨細胞性心筋炎に対する免疫抑制療法のプロトコル例も示している。静注免疫グロブリンの効果に関するエビデンスは少ないが、血行動態の不安定な急性心筋炎患者および血行動態の安

●ながい・としゆき氏

2003年防衛医大卒。慶大医学部循環器内科、国立循環器病研究センターを経て、16年英Imperial College London/National Heart and Lung Instituteに留学、20年4月より現職。「2023年改訂版 心筋炎の診断・治療に関するガイドライン」の作成班班長を務め、炎症性心筋症の克服に取り組んでいる。



定した急性心筋炎患者への投与はクラスIIb推奨で考慮してもよいとした。抗ウイルス療法に関しては、エビデンスが極めて乏しく、推奨をつけることが難しいため、明記を避けた。

特徴ある心筋炎に関する記載の充実

薬剤性心筋炎: 免疫チェックポイント阻害薬や新型コロナウイルスワクチン関連心筋炎が近年のトピックとなっているが、免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象に加え、2022年に欧州心臓病学会より発表された腫瘍循環器ガイドラインに記載されている免疫チェックポイント阻害薬関連心筋炎の診断基準も示した¹⁰⁾。ワクチン関連心筋炎については、罹患頻度や臨床経過が記載され、代表的な病理所見も掲載している¹¹⁾。

これからの心筋炎診療の在り方

ここまで述べてきたように、心筋炎診療はその定義・概念に関する劇的な変遷を認めているものの、その変遷自体が治療応用までつながっていないのが大きな課題である。近年、欧州を中心に心筋組織におけるウイルスゲノムPCR評価による治療の個別化に関する研究・提唱が進みつつあり、ウイルスゲノム陰性慢性期心筋炎症例に対する免疫抑制療法の効果が期待されている¹²⁾。一方で、ウイルスゲノム陽性例においては、抗ウイルス薬やインターフェロンβなどによる免疫調節療法による治療可能性も示唆された¹²⁾。しかしながら、いずれの個別化治療もいまだ発展途上であり、質の高い臨床研究によるエビデンスの蓄積が重要だろう。今回改訂された、世界で最も新しいガイドラインが心筋炎診療の発展に少しでも貢献できればと考えている。

急性心筋炎および慢性活動性心筋炎・慢性炎症性心筋症の診断アルゴリズムは右記QRコードを参照してください。



●参考文献・URL

- 1) Eur Heart J. 2013 [PMID: 23824828]
- 2) Circ Heart Fail. 2020 [PMID: 33176455]
- 3) Circulation. 2022 [PMID: 36164974]
- 4) Circ J. 2022 [PMID: 35264513]
- 5) Pathol Int. 2020 [PMID: 31691489]
- 6) J Am Coll Cardiol. 2018 [PMID: 30545455]
- 7) 日本循環器学会, 他. 2023年改訂版 心筋炎の診断・治療に関するガイドライン. 2023. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2023/03/JCS2023_nagai.pdf
- 8) Circ J. 2023 [PMID: 36908170]
- 9) N Engl J Med. 2010 [PMID: 20200382]
- 10) Eur Heart J. 2022 [PMID: 36017568]
- 11) Eur J Heart Fail. 2022 [PMID: 35488842]
- 12) Circ Res. 2019 [PMID 31120823]

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・天理よるづ印 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べます。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

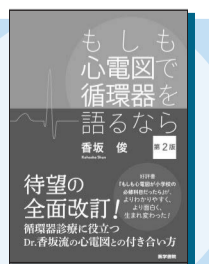


待望の全面改訂! 循環器診療に役立つ Dr.香坂流の心電図との付き合い方

もしも心電図で循環器を語るなら 第2版

好評書「もしも心電図が小学校の必修科目だったら」が、よりわかりやすく、より面白く、生まれ変わった! “心電図は苦手”と語る著者が、心電図を循環器診療を読み解くツールと定義し、徹底的な現場志向で解説。「スバズムはこの世に存在しない?」「ST上昇のルールブック」「規則的で礼儀正しいSVT」…著者の軽快な語り口に導かれ、いつの間にか循環器の真髄に迫る!

香坂 俊



FAQ

今回の回答者

金野 竜太

昭和大学横浜市北部病院 内科(神経) 准教授

さんの・りゅうた氏/2002年昭和大学医学部卒。07年同大大学院修了。同大神経内科に入局後、東大大学院総合文化研究科で神経言語学専攻に在籍。昭和大学、昭和大学大塚が丘病院での勤務を経て、21年より現職。専門は臨床神経学、神経言語学。分担執筆に「わかる! 使える! 日本語の文法障害の臨床」(医学書院)。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問)に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

失文法を持つ失語症患者 診療のポイント

脳梗塞などの脳の病気によって「話す」や「理解する」といった言語機能が障害された状態を失語症と呼びます。有名なものとしてブローカ失語(主に話すことができない)やウェルニッケ失語(主に言葉を理解することができない)などがあります。今回は失語症の症状の1つである「失文法」について解説します。

FAQ 1 失文法の患者にはどのような症状が現れるのでしょうか。

失文法とは文法機能の障害であり、ブローカ失語の患者で観察されることが多いとされる言語症状です。失文法の患者では、格助詞などの機能語の使用や複雑な文構造の作成が困難になります。日本語を例にとると、発話時の格助詞(が、を、に、など)の欠如や誤用が起こります。また、発話される文の長さが短くなるという特徴もあります。さらに、失文法が顕著な場合は、「今日、ごはんを食べる」と発話するべきところが「今日、ごはん」のように助詞や動詞が脱落した発話(いわゆる電文発話)になります。このような言語産生における症状は発話だけでなく、書字においてもみられることがあります。

また、文法機能が障害されると文の理解にも影響を及ぼすことがあり、統語理解障害と呼ばれます。統語は「単語と単語をつなぐ規則」と考えるとわかりやすいです。例えば、「警察が泥棒を捕まえる」は統語的に正しい文ですが、「警察が捕まえるを泥棒」は統語的に正しくない文です。統語理解障害を有する患者では、単純な構造の短文は文法機能に頼らなくてもある程度単語から意味を推測できるため理解が保たれるものの、文構造が複雑な長文(隣町からやってきた警察が泥棒を捕まえた記事を私は読んだ)になると理解が困難になります。また、「警察」「泥棒」など、関係性が推測できる意味的な手掛

かりがない文(例: 太郎が次郎を捕まえる)では、文法機能に頼らないと理解が難しいため、理解が困難になります。ウェルニッケ失語の患者でも文の理解障害を呈しますが、こちらは単語理解や文構造が単純な文の理解も障害される点で統語理解障害とは異なります。

Answer...失文法とは文法機能の障害であり、発話面では助詞の欠如や電文発話などがみられます。また理解面では、単純な構造の文理解は保たれるものの複雑な構造の文理解が障害される症状が起こります。

FAQ 2 失文法が疑われる失語症患者へはどのようにアプローチすればいいのでしょうか。

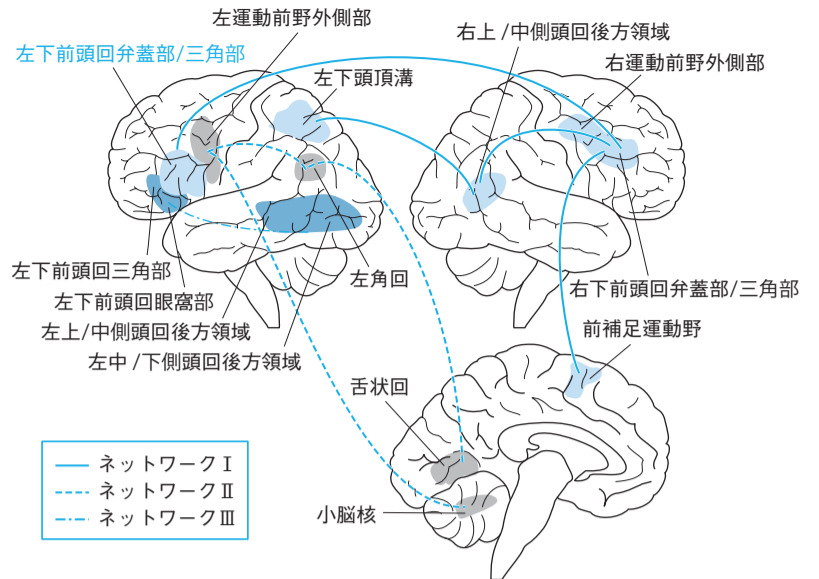
失語症は、脳血管障害・脳外傷・脳腫瘍・神経変性疾患などで発症することが多く(後述)、まずは原疾患に対して適切に診療を行うことが大切です。その上で、言語機能評価と言語リハビリテーションを行います。失文法の評価に関しては、まず患者の言語症状をよく観察して、FAQ1で解説した失文法の特徴がないか検討することが重要です。失文法では長い文章の理解が苦手であることが多いですが、失文法以外の要因でも文理解障害は起こります。その患者の理解障害が失文法によるものか否かを明らかにするためには、文法機能の検査課題などを用いた評価が必要となるでしょう。

これまでのところ、標準化された文法機能の検査法はありませんが、研究レベルで用いられる検査課題として、主語と目的語が入れ替え可能な文(例: ライオンがトラを追いかける)と絵を提示し、絵と文の内容が合っているかを判断するものなどがあります。「ライオン」「トラ」のような意味的な手掛かりを完全に排除した課題も有用です(図1)。しかし、後者の課題は意味的な手掛かりを排除したことにより検査課題が抽象化されるため、言語以外の能力の障害においても課題正答率が



●図1 絵と文のマッチング課題(『わかる! 使える! 日本語の文法障害の臨床』, p131より転載)

二人の登場人物による動作を表す絵と文から構成されており、被検者は絵と文の内容が合っているかを判断する。人物を○、△などの図形で表しているため意味的な手掛かりがなく、文構造を正しく理解する能力が必要とされる。



●図2 文法処理に関与すると考えられる脳内ネットワーク(『わかる! 使える! 日本語の文法障害の臨床』, p135より一部改変して転載)

3つの脳内ネットワークの神経結合を示す。文法処理においては左前頭葉の左下前頭回弁蓋部/三角部と呼ばれる脳領域が重要であるが、右大脳半球や小脳などの他の脳領域も関与していると考えられている。

下がること予想されます。今後、文法機能の検査法の標準化が望まれます。

そして、言語機能評価や治療には専門的な知識と技能を必要とするため、言語聴覚士や作業療法士など多職種との連携が重要となります。例えば、急性期には意識障害が強いため、失語症でなくとも言語機能を適切に用いることができないこともあります。また、原疾患の経過とともに言語機能は変動します。そのため、どのタイミングで言語機能の評価し、どのような言語リハビリテーションで介入するか、患者ごとに適切に設定することが重要です。定期的に多職種カンファレンスの場を設けるなど、原疾患が発症した段階から患者の状態を多職種で共有し、効率的な言語機能評価と治療をめざすことが大切です。

Answer...原疾患に対して適切に診療を行い、その上で患者の言語機能をよく観察し、介入することが重要です。失文法以外の要因でも文理解障害は起こるため、文法機能を個別に評価することが必要です。多職種カンファレンスにより患者の状態を随時共有し、介入方法を検討しましょう。

FAQ 3 どのような病変で失文法は発症するのでしょうか。

失文法はブローカ失語の患者で観察されることが多く、発症には左下前頭回弁蓋部や三角部と呼ばれる脳領域が関与しています。したがって、左前頭葉の脳血管障害や脳外傷、脳腫瘍などの患者で観察されることが多いとされています。しかし、この領域が障害されても失文法が発症しない場合もある上、小脳など他の脳領域の病変でも失文法を発症することはあります。また、脳血管障害・脳外傷・脳腫瘍などの占拠性病変だけではなく、前頭側頭型認知症などの神経変性疾患に伴い失文法が起こることも知られています。原発

性進行性失語(発症早期に言語症状が先行する神経変性疾患)の中には、文法機能の障害を特徴とする症候群(非流暢/失文法型原発性進行性失語)も存在します¹⁾。

失文法の発症メカニズムについては議論が続いています。私の研究チームでは、文法処理に関与する脳内ネットワークの機能低下が失文法の発症に関連する可能性を示した論文を発表しました²⁾。文法処理には左前頭葉だけではなく、右大脳半球や小脳を含んだ脳領域が関与しており、これらの脳領域が少なくとも3つの脳内ネットワークを形成しています(図2)。脳内ネットワークの共同作業により文法処理が営まれ、このネットワークの機能低下が失文法の発症に関与していると推測されます。文法処理に関与する脳内ネットワークの詳細についてはまだ研究の余地が残っており、今後の神経言語学の重要課題といえます。

Answer...左下前頭回弁蓋部と呼ばれる脳領域が失文法の発症に関与していると考えられています。また、左前頭葉、右大脳半球、小脳を含んだ脳領域が形成する脳内ネットワークによって文法処理が営まれ、このネットワーク機能の低下が失文法に関与する可能性があります。このネットワークの詳細の解明は今後の神経言語学の重要課題です。

もう一言 現時点では失文法の患者に対してどのような治療・リハビリテーションプログラムが適用できるか、標準化はされていません。治療の原則は患者の症状を的確に把握し、症状に応じて臨機応変な治療プログラムを提供することであり、主題役割と文法関係の対応づけに焦点を当てたマッチング訓練などが適用可能です。

参考文献
1) Neurology. 2011 [PMID: 21325651]
2) Brain. 2014 [PMID: 24519977]

失語症臨床の第一人者が、文法障害のなぜ? どうする? にこたえる

医学書院

わかる! 使える! 日本語の文法障害の臨床

失語症・特異的言語発達障害(SLI)をひもとく

編集 藤田郁代 菅野倫子

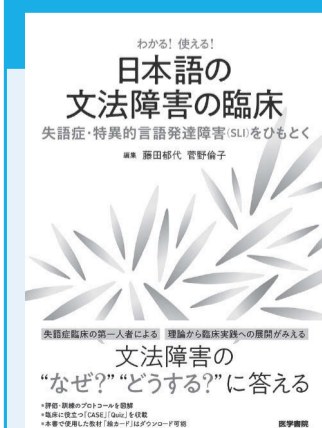
詳細はこちら



B5 2023年 頁数252 定価: 5,940円(本体5,400円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05274-0]

失語症と特異的言語発達障害(SLI)の文法・統語障害について、基礎となる理論から障害を理解し、臨床を展開する方法までをわかりやすく解説する、本邦初の体系書

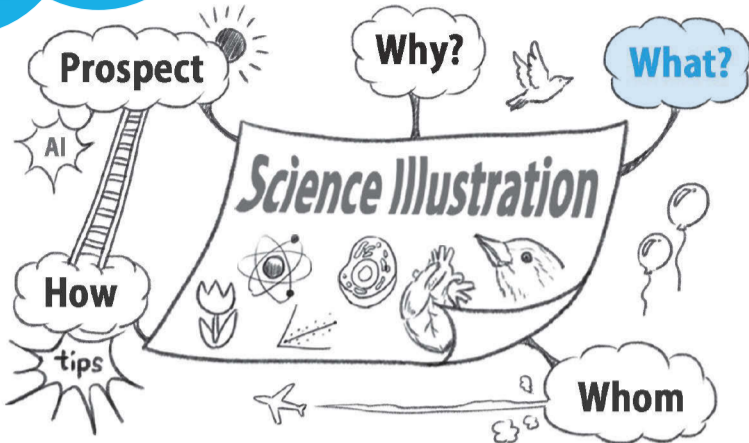
目次	I 基礎となる理論編	第4章 失文法-失語症の統語障害
	第1章 言語の特質とその障害	III 臨床の展開編
	第2章 言語の獲得と喪失	第5章 失語症における統語の評価
	II 文法・統語障害の理解編	第6章 失語症における文の訓練
	第3章 特異的言語発達障害(SLI)の文法障害	用語解説/教材「絵カード」



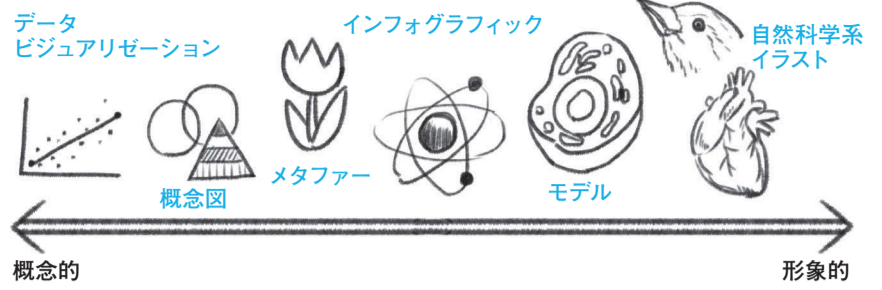
サイエンスイラストで「伝わる」科学

大内田 美沙紀

北海道大学大学院教育推進機構
オープンエデュケーションセンター
科学技術コミュニケーション教育研究部門



イラストの活用によって見る人を惹きつけ、情報を直感的かつ記憶に残るかたちで伝えることができます。患者への説明、学会発表、論文のアブストラクトなどで効果的にイラストを活用する方法をサイエンスイラストレーターから学んでみませんか？



●図2 サイエンスイラストレーションのスタイル分類 (文献2をもとに作成)



●図3 サイエンスイラストレーションの主な用途

第2回 科学のためのイラストとは

模写から学ぶ解剖学

私がサイエンスイラストレーションを知ったのは、アメリカの大学院に留学していたときだった。大学院の専攻は人類学。人類学が扱う範囲は非常に広く、地域の文化を研究する社会学的なものから、ヒトのホルモン分泌を調べる医学的なものまでさまざま。私は化石の科学的復元に興味があり、骨格からどのように筋肉などの組織を復元するかを学ぶため、医学生に混じって解剖学の講義を受けていた。献体にも触れる機会があり、人体の隅々まで夢中になって学んでいた。そのときの講義では、『ネッター解剖学アトラス』(Elsevier)を皆バイブルとしていた。その本の著者であるフランク・ヘンリー・ネッターは、外科医であると同時にメディカルイラストレーターでもあった。ネッターが描く美しくも正確なイラストはほとんどのページに載っており、実物の写真よりはるかに見やすい内容となっていた。当時、私も購入を検討したが、お金がなく、図書館で借りてほぼ全てのイラストをノートに模写していた。解剖学の理解には空

間的な把握が必要で、テキストを読み込むよりもイラストを模写する学習法のほうが情報を整理しやすく、記憶に残りやすい¹⁾。節約のために始めた模写だったが、学習に大いに役に立った(図1)。

解剖学以外の講義でも、私はイラストいっばいのノートを作っていた。そのイラストが徐々に周りに注目され、あるとき指導教官から「Isn't it something? (これは特別な何かなんじゃない?)」と諭され、同大学の夜間に開催されていたサイエンスイラストレーション講座を受講することになった。そこからサイエンスイラストレーションの世界に足を踏み入れ、専門職とするまでどっぷり浸かることになる。

時代に合わせ多様化するスタイルと用途

そもそも科学のためのイラスト“サイエンスイラストレーション”とは何のために作られ、どのようなものなのか。

サイエンスイラストレーションという言葉聞いたことがある人は、図鑑や画譜などで使われる緻密な博物画を

イメージされるかもしれない。しかし、今はそのスタイルや用途はかなり多岐にわたっている。“Guild of Natural Science Illustrators”というアメリカの Smithsonian 自然史博物館から始まったサイエンスイラストレーション全般に関する国際学会をご存知だろうか。2018年、学会設立50周年を記念して行われた特別講演で、『Scientific American』誌のグラフィック編集者、ジェン・クリスチャンセンが改めてサイエンスイラストレーションの用途と表現についてまとめた(図2)²⁾。

人によってサイエンスイラストレーションの定義は異なるが、クリスチャンセンはどんなスタイルであっても、科学に関するイラストを全てサイエンスイラストレーションのくくりに入れており、私もそれに賛同している。クリスチャンセンのイラストレーション分類を「概念的 (abstract)」と「形象的 (figurative)」という軸で考えると、データや概要を可視化した図と正確性を重視した図が両極に存在し、間に伝えたい情報が整理されたインフォグラフィックなどが存在する。しかし、これらはスペクトラムのように交わり、明確に分かれているわけではない。科学が発展し、「見えないもの」が解明されていくにつれ、形象的なものが主であったサイエンスイラストレーシ

ョンも、宇宙やDNAの構造といった概念的なものを表現する需要が増えていった。

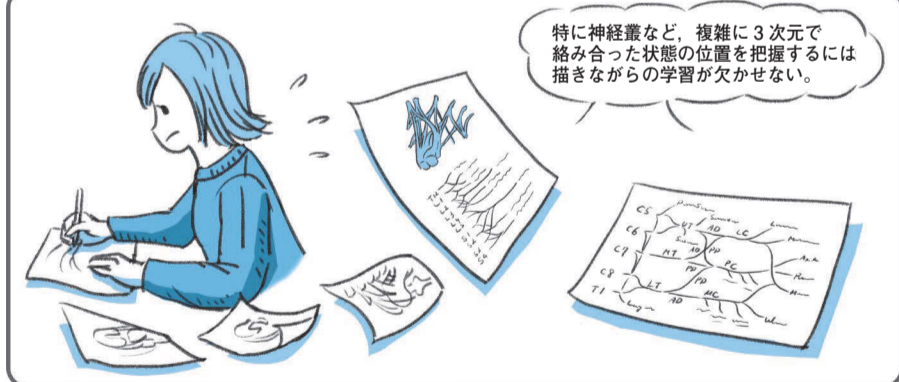
インターネットが普及し多様なメディアが生まれていくにつれ、サイエンスイラストレーションの用途も増えていった。おおまかな印象を伝えることが目的のPR用のちらしから、従来のサイエンスイラストレーションの主目的である正確な情報を伝える論文用の挿入図までさまざま(図3)。特に、近年ではSNSやWebページでの表示を意識したサイエンスイラストレーションが増えている(図3の中間領域に位置するもの全般)。

あらゆるスタイルと用途があるサイエンスイラストレーション。サイエンスイラストレーターは用途に沿って伝える相手と科学のメッセージを意識し、概念的であるか形象的であるかのバランスを調整してうまく制作する必要がある。今回は、その調整について深掘りしていきたい。

参考文献・URL

- 1) Science. 2011 [PMID:21868658]
- 2) Jen Christiansen. Visualizing Science: Illustration and Beyond. 2018. <https://blogs.scientificamerican.com/sa-visual/visualizing-science-illustration-and-beyond/>

使えるイラスト活用法



●図1 描くことで効率良く学習する

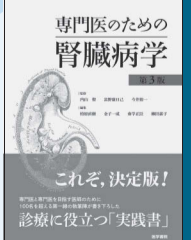
示されたイラストを解釈するだけの学習よりも、学習者自身でイラストを模写しながら学習するほうが理解がさらに深まるという研究結果が出ている¹⁾。

“臨床志向”の専門医向けのテキスト。13年ぶりの大改訂!

専門医のための腎臓病学 第3版

高度の知識と技術が要求される腎臓専門医と、専門医を目指す医師に向けて編集されたテキストが13年ぶりに大改訂。腎臓病学を総合的に学ぶという初版以来のコンセプトを引き継ぎつつ、最新の知見を盛り込み、内容をアップデート。腎臓病診療の第一線で活躍するエキスパートが執筆者となり、昨今、臨床医学においてさらに重要性を増している「腎臓病学」を臨床的な視点に基づいて解説する。

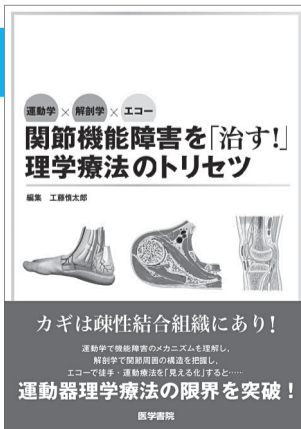
監修 内山 聖
富野康己
今井裕一
編集 柏原直樹
金子一成
南学正臣
柳田素子



運動学 × 解剖学 × エコー 医学書院

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



運動器理学療法の限界を突破!

解剖学で関節周辺の構造を把握し、運動学で機能障害のメカニズムを理解し、エコーで徒手・運動療法を「見える化」する。関節機能障害において、関節周囲の疎性結合組織に着目しアプローチすることで即時効果を引き出す可能性を、可視化して提示する。

B5 2023年 頁224
定価:5,280円(本体4,800円+税10%)
[ISBN978-4-260-04621-3]



- 目次 第1部 運動器の機能障害と構造破綻を理解する
運動器理学療法に必要な運動学とその病態 / 運動器理学療法に必要な解剖学とその病態
- 第2部 関節機能障害を「治す!」理学療法
肩関節 / 肘関節 / 手関節・手部 / 頸椎 / 腰椎 / 股関節 / 膝関節 / 足関節・足部

Medical Library

書評新刊案内

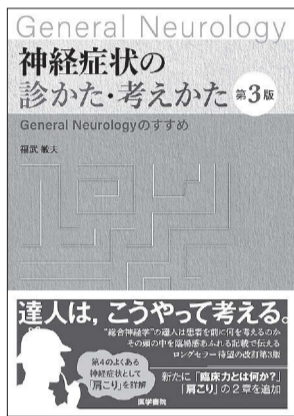
神経症状の診かた・考えかた 第3版 General Neurologyのすすめ

福武 敏夫 ● 著

B5・頁440
定価:5,940円(本体5,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05103-3

著者の福武敏夫先生は脳神経内科領域のオーソリティとして、誰もが認める存在である。私は先生と本書の大ファンで、本書は初版から繰り返し読み続けている。病歴聴取と神経診察の実例を通して、一貫したエキスパートの診かた・考えかたを学ばせていただいた。まさに第2版の帯に書かれていた「傍らに上級医がいる」ような感覚になるテキストである。関心のある項目から読み始めても良いが、本書を持ち歩き、私のように繰り返し読むことをお勧めしたい。きっと先生方の血肉になると思う。

繰り返し読み続けたい、
エキスパートの診かた・考えかた



第I編では日常的によく遭遇する症状(頭痛、めまい、しびれ、パーキンソン病、震え、物忘れ、脊髄症状など)が、第II編では緊急処置が必要な病態(けいれん、意識障害、急性球麻痺、急性四肢麻痺、脳梗塞)が、そして第III編では神経診察の手技上のポイントと考えかたに加え、画像診断におけるピットフォールが、いずれも具体的な実例を基に解説されている。私は「どうしたらこれほど具体的に豊富な事例を記載できるのですか?」と尋ねたことがあるが、福武先生は「一日の終わりに診療した患者のことを思い出し、ノートにつけて勉強している」と答えられ、合点がいくと同時に先生の不断の努力に改めて尊敬の念を抱いた。

評者 下畑 享良
岐阜大大学院教授・脳神経内科学

今回の第3版では多くの記載の追加がなされたが、特に第I編に多彩な全身症状のもととなる「肩こり」が追加されたこと、序章として「臨床力とは何か?」が加わったことは注目に値する。実は後者の「臨床力とは何か?」は自分がずっと考えてきた問いであり、ぜひ福武先生に伺ってみたいと考え、自身が編集委員を務める『Brain and Nerve』誌において原稿依頼をした経緯があった。先生は「例えば、ホスピタルツアーをここで終わりにするとか、医療・医学のレベルアップのために教科書を一行でも書き換えるとか

(中略) そういう気概を『臨床力』と呼びたい」と答えられた。そして第3版の目的を、後進の脳神経内科医の「情熱と気概を喚起」することとお書きになっている。私たちが「気概」を得るためにどうしたら良いか? 知識は不可欠だが、それだけでは不十分であり、好奇心(患者への人間としての興味)が大切で、さらに観察力、幅広い注意力、型にはめない推理力・思考力が必要だと述べておられる。つまりガイドラインや診断基準に安易に当てはめるだけではダメということである。それらはある意味で過去のものであり、それらをマスターすることイコール臨床力ではないということだ。全ゲノム解析や多彩な自己抗体の測定により、治

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 ● 著

A5・頁248
定価:2,420円(本体2,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05114-9

評者 山内 志朗
慶大文学部名誉教授

著者は倫理を次のように宣言する。倫理とは、「弱い存在を前にした人間が、自らの振る舞いについて考えるもの」であると。

倫理学は正義とは何か、善とは何か、幸せとは何か、そういったことを考える学問だと考えられている。ただ、そういった問題設定は強い者目線での思考に染まりがちだ。強さは戦いを引き寄せる。だからこそ、世界的な宗教は、キリスト教も仏教も徹底的に弱者の地平から人間の救済を考えてきた。本質的に人間は弱く不完全であり、不完全なまま生き続けるものであるという事態を前にして、私たちは絶望に陥らず希望を語ることが求められている。

著者は、前著『対話と承認のケア』(医学書院、2020年)の中で、ケアというものが、対話において弱さが顕現することの過程と、弱さを承認し、その弱さに配慮し、世話していくことを語った。この弱さのお世話こそ、ケアの本質である。この流れは本書でも継承されており、弱さを巡る本質論として結実している。

自律、責任、理性といった、強い者のための倫理学が、倫理学の主流を占めてきた。その流れに対して、著者は静かでありながら断固としてあらがう。著者の姿は一貫している。

弱さとは、生きている存在だけが持つ強さの代償、脆さは高機能の代償であり、死や有限性は高度な統合性を獲

得したことの代償であるという。代償ということ、これこそ本書の基調を成すものであり、弱さを正しく位置付け評価するための重要な基本命題になっている。

弱さとは取り除かれるべき存在の側面であるのではなく、存在することの必然的条件であり、それを喪失すること自体が人間であることをやめることなのである。

古い倫理学に代わって、20世紀の倫理学は、徳倫理学もケアの倫理も、不完全性や非存在をまなごしの中心に据えている。

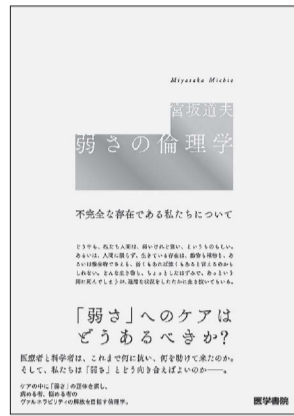
死をできる限り遅くすることが医学の基本課題であるとする

倫理学は不死を理想状態とするものではない。死を忘却して、死なないことではなく、必ず死ぬという人間の避けがたい弱さを中心に据える視座こそ、弱さの倫理学のテーゼである。

人間は死の前には弱い存在だ。それは呪いではなく、祝福であり、そうでなければならない。

他者とのかかわりの中でも、人間は弱い存在であり、他者との絆に巻き込まれ、それを取り込む存在である以上、弱さを甘受し、内化することができなければ、共同存在ではいられない。弱さとは人間であることの本質的条件なのである。

強さを求め荒れ狂う世界の現状の中で、本書の放つ声は小さいようだが遠くまで響くものだと思う。私の心もまた共鳴した。



療可能な疾患を見いだせる時代においてこそ、患者を正しく理解するための症候学の重要性が増していることを認識する必要がある。「症候学は古い学問ではない。日々最も新たにしなければならない分野であり、『最新』の

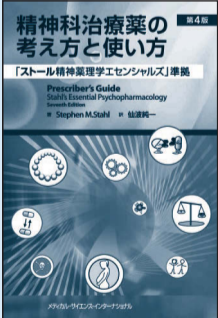
研究こそ症候学の version up に寄与しなければならないし、寄与しない研究は意味がない」という先生の言葉は肝に銘じる必要がある。神経学を学ぶ者にとって必携の書として本書をご推薦したい。

新刊 152の治療薬を網羅! 臨床に役立つ“もうひとつの”ストール本

精神科治療薬の 考え方と使い方

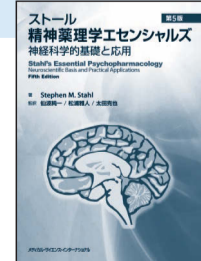
—「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」準拠 第4版

「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」の姉妹書、7年ぶりの改訂。臨床実践に焦点を当て、治療薬の理解を深める考え方と臨床に即した使い方を提示する。改訂にともない新薬が追加され、著者ストールのユニークな主張が垣間見える「臨床の知恵」も大幅更新。ストールの簡潔で鮮やかな記述、オールカラーで見やすく調べやすい構成は引き継がれ、日本での「商品名」「適応」「投与方法」「警告・禁忌」の記載は今版でも継続。「エッセンシャルズ」との併用でより理解が深まる。



定価 12,100円
(本体11,000円+税10%)

訳 仙波純一 (東京愛成会 たかつきクリニック) ●B5変 頁1024 色図21 2023年 ●ISBN978-4-8157-3076-5



新刊 ストール 精神薬理学エッセンシャルズ 第5版

—神経科学的基礎と応用

監訳 仙波純一・松浦雅人・太田克也
●B5 頁704 図504 2023年 ●ISBN978-4-8157-3069-7 定価 13,750円(本体12,500円+税10%)

大好評 カンデル神経科学 第2版

●ISBN978-4-8157-3055-0 定価 15,950円(本体14,500円+税10%)
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 風明ビル
TEL03-5804-6051 FAX03-5804-6055
https://www.medsico.jp E-mail info@medsico.jp

救急に関わるすべての医療者のための総合誌

BeyondER

Vol.2-No.1 2023

特集1:ドクターカー&ヘリ運用の今を問う
特集2:心肺蘇生
~まさかの!ガイドラインが使えないとき、
あつても悩むとき~

BeyondER 01



●一部定価:3,520円(本体3,200円+税10%)
●年間購読料:19,800円(本体18,000円+税10%)
●年6回発行 ●ISBN978-4-8157-2059-9
*毎月お手元に直送します。(送料別)
*1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約6%の割引となります。

創刊号 好評発売中

BeyondER

Vol.1-No.1 2022

特集1:働き方改革の本質と戦略
特集2:ショック
~最速介入のための認知力と
確かな対応力を身につける~

BeyondER 01



●一部定価:3,520円(本体3,200円+税10%)
●ISBN978-4-8157-2037-7

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 https://www.medsico.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36風明ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsico.jp

ジェネラリストのための これだけは押さえておきたい皮膚外用療法

安部 正敏 ● 著

A5・頁276
定価:4,620円(本体4,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05023-4

評者 宮地 紘樹
掛川東病院院長

皮膚科学はジェネラリストにとって重要な分野であり、日々の診療において多くの患者が皮膚トラブルに直面している。そのため、皮膚疾患に対する適切な外用療法を知っておくことは、ジェネラリストにとって極めて有益と言える。

本書は、皮膚科臨床現場の第一線で活躍する著者が、ただ知識を共有するだけにとどまらず、ジェネラリストの立場を深く理解した上で内容構成したものととなっている。そのためすぐに現場で使えるという点においては、他の教科書とは一線を画するものである。

構成もユニークで、まず本を開くと「筆者独断! ジェネラリストの診療の幅を広げるこの10剤!」というイントロダクションから始まる。これは料理で言えば、素人でもプロの味に近づけるちょっとしたコツを公開したものであり、知識を独占しないという著者の太っ腹な愛情が感じられた。ぜひここだけでも持ち帰ってほしいという知識が込められている。

続く総論では、外用薬の基本を簡潔

かつ十分に伝えている。混合薬処方へのメリットやデメリットなどは、全ての医師が知っておくべき知識だろう。また日常の診療ではキャッチアップが困難な新外用薬についても触れられており、基本を復習しながら自然と知識のアップデートにもつながるうれしい内容構成だ。

各論では、実際に臨床現場でよく出会う疾患別に診断・治療のプロセスを学ぶことができ、具体的な処方例も記載されている。外来診察にとどまらず、訪問診療でのシチュエーションにも言及されており、高齢化が進む昨今の医療状況に沿ったアドバイスが豊富である。また使用する外用薬は、医薬品だけでなく化粧品や市販の衛生材料も写真と共に掲載されており、皮膚科を専門としない医師が患者に寄り添ったアドバイスをする際に役立つだろう。

全体を通して、つつい患者さんへ話したくなるような診療のTIPSが満載で、ジェネラリストが皮膚疾患に對峙する際の強力な助っ人になることは間違いないうだろう。

老舗うなぎ屋が秘伝の蒲焼きたれのレシピを公開したような珠玉の一冊



解剖学カラーアトラス 第9版

J. W. Rohen, 横地 千仞, E. Lütjen-Drecoll ● 著

A4・頁632
定価:13,200円(本体12,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05048-7

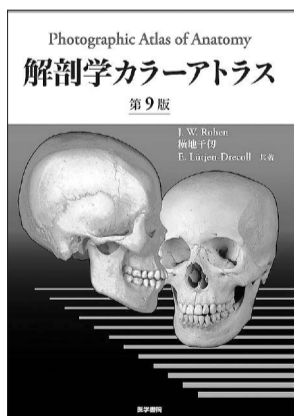
評者 大塚 愛二
環太平洋大特任教授・体育学部健康科学科/メディカルセンター長

「ローエン&横地」の愛称で親しまれる『解剖学カラーアトラス』が7年ぶりに改訂され、第9版が出版された。これまでも解剖実習室でよく使われてきた人体解剖アトラスである。このアトラスの最大の特長は、初版以来変わらず、精密に解剖された人体解剖標本を極めてクリアに撮影した写真にある。ここまで精緻に割出するためには、高度な技術に裏付けられた多大な労力と時間を費やしているはずで、写真による解剖アトラスとして他の追随を許さない。

通常解剖アトラスは、伝統的な手描きの解剖図または近年主流

となったコンピュータグラフィックス(CG)である。これらは理解しやすく、立体感のあるものも多い。基本的に著者の意図に沿って描かれていて、一般的な教科書の記載とマッチしてわかりやすい。しかし、時に小さいものや細かいものも多少強調されて大きく描かれている場合がある。これは、理解するためには良いのだが、解剖実習で何を目印にして割出すれば良いのかを見当づけるためには、時として混乱を招くこともある。一方、写真は著者の意図とは無関係に、そこに存在するものをそのままのサイズ感で写し出

「実物に勝るものはない」を実感できるアトラス



消化器内視鏡外科手術バイブル 動画で学ぶハイボリュームセンターの手技

北川 雄光 ● 監修
宮澤 光男/竹内 裕也 ● 編集

B5・頁336
定価:13,200円(本体12,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05052-4

評者 平野 聡
北大大学院教授・消化器外科学/
北大病院副院長・消化器外科II科長

「手術は手術室に行くと覚えよ」とは、外科医にとって絶対的な教えであった。あえて術野に入らない立場で、術者や助手の一挙手一投足を目に焼き付け、その手術室の雰囲気を含めて肌で感じることは、「手術がうまくなりたい外科医」にとって必須の行いと目されていた。しかし本書は、その不文律を塗り替えるかのごとき大著である。

「コロナ禍」により移動が制限された数年間を経験し、さらに働き方改革で外科医の時間の使い方に変化が生じる中、多くの修練医がエキスパートによる手術映像を渴望している。確かに、昨今、外科系学会では多くの手術動画が供覧されるようになったが、短時間の口演では繰り返し学習は困難であり、エキスパートの考え方やデバイス選択の理由など、詳細情報を欠くことが常である。そのような背景を的確に認識し出版されたのが本書であり、消化器内視鏡手術全般を、実に368本を数える動画と豊富な紙面情報により読者にオンデマンドで提供してくれる点において他に比肩するものがない。

現在、臨床現場では腹腔鏡・胸腔鏡手術とロボット支援手術が各領域でさまざまな比率で選択されているが、本書はそれぞれのアプローチ法を実施の頻度によって適切に選択して掲載している。その関連情報として、ポート位置や使用デバイスはもちろん、術者の

ポジションやナースと器械台の位置まで、はたまた、ロボットのペイシェントカートの方向に至るまでが全編を通して同じイラストで示されている点で、読者への細かな気配りを感じる。さらに、本書の最大の売りである手術動画も、紙面の中にQRコードが適切に配置され、収録時間も数分程度に集約してあり、本文の文字情報との相性もさることながら、スマホ片手に動画を連続して閲覧することで、術前の手術イメージ作りにも絶好である。

本書編さんの目的として「全ての消化器内視鏡外科医に高いレベルの手術を」という命題が掲げられているとおり、対象となる読者層は極めて広い。手術のセッティングやエキスパートの手さばき一つひとつは初学者や技術認定をめざす者にとって珠玉であり、デバイス選択やテクニックの詳細は自施設の方法を進化させようとしている指導者にも格好の情報である。また、食道癌における反回神経・大動脈・気管浸潤例などが「高難度」手技と明示して独立掲載されており、熟練者といえども思わず本書を手に取り、動画を開きたくなるはずである。

紀元前から人は老若男女にかかわらず、何か悩みがあるたびに「聖書(バイブル)」をめくっていたと言われる。本書は若手からベテランまで、その技術の成長を導くものとして、現代における真の「手術バイブル」である。

す。細かい神経は細く、太いものは太く写る。学習者は、解剖実習の時にどの程度の大きさのものをどこで探せば良いのかをあらかじめイメージできる。

リアルな写真の解剖アトラスは、医学・歯学以外の医療専門職の学生など、実際の解剖実習に立ち会う機会の少ない学習者にとって、さらに価値あるものとなる。図や模型による理解は、概念的に理解するには良いが、実際の構造をイメージするためには実際の解剖をするのが最も良いのである。しかし、実際の解剖の機会に恵まれない場合、本書のようなリアルな写真アトラスは、実際に解剖された人体の構造をイメージするのに役立つ。

今版では、新たに「学習ボード」が加わった。体幹、上肢、下肢、頭頸部の脈管、神経、筋について、簡潔な図

表を用いてまとめてある。うまくできているのは、本体の写真アトラスのページが参照されていることである。学習者は写真アトラスと学習ボードをうまく組み合わせることで、知識を整理することができ、学習で得られた知見を反すうすることができるだろう。また、CT像やMR像もさらに充実してきた。これらは、実際の臨床現場で必要不可欠なもので、解剖学の知識を臨床に応用できるものへと深めてくれる。

著者のお一人である横地千仞先生は、2018年に満百歳を迎えられ、今もお元気でいらっしやるとのことである。その元気なエネルギーが伝わってくるような本書は、医療系の全ての学習者にとって、ヒトの生命の不思議を伝えてくれる一冊である。

周術期管理における力強い意思決定のために

Decision Making in Perioperative Medicine: Clinical Pearls

▶ 新たなエビデンスが次々登場するなかでも色褪せない、周術期管理に関するクリニカルパールが数多く盛り込まれた米国内科学会(ACP)刊行書籍の邦訳。「周術期患者ケア入門」、「予防」、「術前評価と周術期管理」、「術後の問題」の4つのセクションで構成。周術期の内科管理の全体像を、臨床に即して過不足なくコンパクトかつ体系的に網羅。麻酔科医をはじめ、周術期管理に携わるすべての医療従事者必見の書。

監訳: 江木盛時 京都大学医学部附属病院 麻酔科

定価6,380円(本体5,800円+税10%)
B5変 頁344 図45 2023年
ISBN978-4-8157-3077-2

世界的なベストセラー「マクギニス」日本語版、ついに登場!

スポーツと運動のバイオメカニクス
Biomechanics of Sport and Exercise, 4th Edition

▶ 世界各国で翻訳されているスポーツバイオメカニクスの定番テキスト、初の邦訳。機能解剖や運動の理解の前提となる力学や物理学の基礎を、数学/物理学嫌いでもしっかり理解してもらうことを意図したユニークな構成。イラストは豊富に掲載され、オールカラーで読みやすい。自身で簡単に学習内容を体感できる「自己実験」や理論・原理の具体的な活用例を紹介する「概念の応用」を適宜配置し、臨場感を持って学べる。当該領域を体系的に学びたい専門家・非専門家双方に役立つ書。

監訳: 柳谷登志雄・川本竜史・長野明紀・谷川 聡・広瀬統一

定価9,350円(本体8,500円+税10%)
B5変 頁480 図245 2023年
ISBN978-4-8157-3064-2

トップ指導医たちが吟味を重ねた1,200超の良問が内科系専門医試験合格をサポート！

内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

WEB内科塾

定価：30,800円(28,000円+税)：1年間

特徴

- 1 トップ指導医たちによる最強の臨床トレーニングWEBアプリ
- 2 内科系専門医試験の出題形式にそって作成され、専門医カリキュラムの重要トピックを網羅
- 3 最新のガイドライン・エビデンスをふまえた問題と解説により内科臨床の必須事項は一通り学ぶことができる
- 4 専門医試験の約60%を占める臨床問題対策に最適の学習ツール
- 5 スマホ、タブレット、PCでいつでもどこでもスキマ時間に効率的に試験対策。学習支援機能も充実



「スマホにアクセス！」

エディター



筒泉 貴彦
愛仁会高槻病院
総合内科主任部長



山田 悠史
マウントサイナイ医科大学
老年医学・緩和医療科

医学書院 WEB内科塾

<https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku>



利用環境 対応ブラウザ：Internet Explorer, Microsoft Edge, Chrome, Firefox, Safari の最新版 ※WEB内科塾のご利用にはインターネット接続環境が必要になります。

収録内容

<p>THE 1 内科専門医問題集 WEB版付 (207問)</p>	<p>THE 2 内科専門医問題集 WEB版付 (223問)</p>	<p>THE 総合内科ドリル WEB版付 (218問)</p>	<p>目でみるトレーニング 151題</p>	<p>目でみるトレーニング 第2集 (159問)</p>	<p>目でみるトレーニング 第3集 (143問)</p>	<p>目でみるトレーニング 第4集 (146問)</p>	<p>みるトレ リウマチ・膠原病 第2版 (58問)</p>
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------

※ 掲載書籍および問題数は2023年4月時点の予定となります。予告なく変更・掲載される可能性があります。



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