

総論編

# 身体診察総論

まずは「通しの身体診察」を実現, 継続しよう!

北野 夕佳\* *KITANO, Yuka*

ここでは、身体診察実践の具体的な流れを、最大限、実現可能で、継続可能な形にまとめて紹介する。本特集のガイドとしてはもちろん、マニュアルのような位置づけで「通しの身体診察」を頭に入れ、生涯で活用いただきたい\*1。

## 1. 患者との対面

### 自己紹介 (時間外外来・初対面)

初診の外来や救急外来をイメージして述べる。ポイントは次のとおりである。

- 自分の名札を見せて
- 相手の目を見て
- 自分の名前と身分を紹介

医師もメディカルスタッフもその患者にとって初対面であることが想定される。そのため、自己紹介を、名前だけでなく身分を含めて紹介することが重要である。そうでないと外見からは医師なのか看護師なのか、その他のメディカルクラークなのか患者からは判断しがたく、誰が自分の診療を中心的に担う人なのかかわからず、非常に不安に思うはずである。

また、病状をこのなかの誰にしっかり伝えるべきかわからないため、大事な情報を伝え損ねる可能性もある。

「私があなたの今日の診療を担う人です」というメッセージをきちんと伝えるためにも、「救急外来の医師で北野です」のような形で自己紹介することが望ましい。このときに、アイコンタクトをしっかりとることも、信頼のおける患者-医師関係を築くうえで重要である (臨床メモ①)。また、人名は一度で聞き取りにくいことも多く、その場合、患者側から聞き返しにくいかもしれない。筆者は名札など、何か文字で書いてあるものを見せつつ、自己紹介していることが多い。

### 患者確認

診察の際の患者確認は、患者の誤認を防ぐ意味で、医療の最重要項目の1つである。次のいずれか、あるいは両方の方法で行う。

- 名前 (フルネーム) と生年月日を言ってもらう。
  - (患者の視力に問題がなければ) 電子カルテの画面か、IDカードを患者と一緒に見て確認する。
- 忙しい救急外来や、外来の呼び出しマイクの状態 (音が割れるなど) によっては、間違った患者が入室してくる可能性は大いにある。

また、患者が救急車で搬送された場合、家族は動転していることもあり、別の名前でも思わず返

◎本稿の写真について  
学研メディカルサポート 看護師の特定行為研修「フィジカルアセスメント」: 通しの全身診察の型 (講師名: 北野 夕佳 先生, 所属: 聖マリアンナ医科大学 救急医学 助教/聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 救命救急センター) をもとに作成

\*1 基本の身体診察は、世界医学教育連盟 (WFME) グローバルスタンダードに準拠した、医学教育分野別評価基準日本版の項目として含まれている。

\* 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター



臨床メモ①

アイコンタクトのとり方

- 再診外来でも、電子カルテの使用で「パソコンばかり見て、患者の顔を見ない」ことになりかねない。しかし、患者にずっと向き合って診療し、患者が退席してから電子カルテに入力するのでは、患者からの反応は良くても、外来は絶対にまわらないだろう。
- その両者を満たすために、診療の最初に必ずアイコンタクトをとるように筆者は意識して実行している。「山〇孝〇さんですね、どうぞおかけください。その後、おうちの血圧はどうですか？」などと尋ねて、血圧手帳と一緒に見るあたりまでをしっかりと顔を見て話し、そのあと「パソコン見ながら失礼しますね」と断りつつ、電子カルテの検査結果を説明するようにしている。病歴を聴取して電子カルテを書くときも、初めの1分くらいはアイコンタクトをとりながら話を聞き、「電子カルテ書きながら聞かせてもらいますね」と断ってからキーボードに向かうようにしている。

臨床メモ②

患者家族にも必ず名前確認を

- 筆者が実際に経験した事例である（名前は仮名）。
- 救急車で胸部苦悶・呼吸困難で搬送された高橋さんと、転倒下肢変形・骨折疑いで搬送された澤田さん（どちらも家族同伴）に同時帯に対応していた状況である。救急外来のドアの奥で何が行われているかわからないご家族は、動揺を隠しきれない様子で座っておられる。かなり長時間待たされておられ、そのことで状態が悪いのではと考え、心配もさらに積み重なっている。
- 高橋さんのご家族は他の家族への緊急連絡のため、救急外来待合室から携帯電話通話可能エリアに席を外していた。そこに救急外来のドアが突然開いて、中から「高橋さんのご家族」と呼ばれると、残っていた澤田さんのご家族は、思わず「はい！」と返事をして立ち上がり、誘導されるほうへ入って来られた。「心筋梗塞の可能性が高く…」と筆者が説明を始めたところで、「え？ 骨折だけじゃなくて心筋梗塞もですか？」とご家族の反応があり、名前を再確認し、違うご家族だということに気づけた。
- 「ヒヤリ・ハット」で済んだ事例であるが、ご家族が立ち上がって、入って来られた時点で、「澤田〇〇さんのご家族ですね？」と名前の確認を行うべきであった。似た名前だけで起こるインシデントではなく、この仮名の「タカハシ」「サワダ」のように、実際に音としてもかなり異なる名前でも、このような事例が起こった。自戒の意味と、未来の患者を守るために、あえて紹介する。

事をして入室してくるようなことがある（臨床メモ②）。

言うまでもないが、患者誤認から例えば次のようなインシデント・アクシデントが起こり得るため、必ず毎回、患者確認を行う。

- 投与すべきではない薬剤（抗がん薬、抗不整脈薬）が投与されてしまう可能性がある。
- X線写真を取り違えて、必要のない侵襲的な処置（胸腔ドレーン）を行ってしまう可能性がある。

2. 手指消毒・感染管理

COVID-19の時代になって周知のことではあるが、再度、診察の際の手指消毒は医療の最重要項目の1つであることを強調したい。

状態の悪い患者が入院する医療機関は、ウイルス、細菌（特に多剤耐性菌）が常に存在し得る場所である。医療従事者の責任として、次のことを常に認識する必要がある。

- 患者への新たな感染・コロナイゼーション（菌の定着）を起こさせない。
- すでに感染・コロナイゼーションしている患者から他の患者に伝播させない。

- 1人の患者の診察前に必ず手指衛生を行う。
- 1人の患者の診察後には再度必ず手指衛生を行う。

手指衛生は、基本はアルコール手指消毒で行うことが多い。注意点として、下痢症例では流水と石けん（soap and water）で行う必要がある。*Clostridioides (Clostridium) difficile* 関連腸炎、ノロウイルスなどの可能性があり、これらはいずれもアルコール製剤が無効のためである。下痢は“soap and water”とシンプルに記憶しておくのがよい。

3. 適切なプライバシー配慮・ドレーピング

外来でも病棟でも、身体診察に際してはプライバシーの配慮、適切なドレーピングが重要である。個室ではドアやカーテンを、大部屋や外来ではカーテンを閉める、などを行う。

乳房触診、鼠径部や外陰部の診察、直腸診などを行う場合、状況に応じてシャペロン（一般的に患者と同性の医療従事者）に同席してもらうことも重要である。

きちんとした脱衣、観察、診察は大前提だが、そのうえでプライバシー保護や防寒のため、適切

なドレーピング（診察に大事な部位以外をバスタオルや服などで覆う）を考慮する。

#### 4. バイタルサインの把握

丁寧な問診、診察は当然重要であるが、救急外来でも、通常の内科外来でも必ず、まずはバイタルサイン・第一印象を把握してから診察に入る。例えば以下の症例などでは、状態が不安定な症例をすみやかに認識することも同様に重要である。

50歳の男性。上腹部痛・気分不良で来院。丁寧に問診、診察を行っていたところ、顔面蒼白となり、意識レベルが低下し急変した。血圧を測定すると70/40 mmHg、脈拍は120 bpmであった。

可能性のある鑑別疾患として以下が挙げられた。

- ✓胃・十二指腸潰瘍からの消化管出血→循環血液量減少性ショック
- ✓急性胆管炎・イレウスなど→重症で血液分布異常性ショック
- ✓急性心筋梗塞→心原性ショック、不整脈

このような症例では、バイタルサインを把握してから問診、診察に入ることが重要である。何だかしんどそう（Sick そう）なら、JATEC<sup>\*2</sup>の初期評価と同様に、まず橈骨の脈拍を触診して頰脈・微弱な脈ではないか、手を触って、末梢循環不全を示唆する「冷たく湿った手」、*“cold and clammy”* でないかを評価する<sup>\*3</sup>。

#### 5. H&P 症例 vs. ABC 症例

患者に重症感があるとき、すみやかに対応すること、問診診察を丁寧にすることという、相矛盾したタスクをどう両立させたらよいのか。このような質問を若手医師から受けることも多い。筆者が最も腑に落ちた説明は、その症例が「H&P (History & Physical) 症例なのか、ABC (Air Breathing Circulation) 症例なのかを判断して、コミットする」という概念である。

丁寧な問診、診察により適切な情報が得られる症例（H & P 症例）の一方で、重症例では酸素投与、点滴静脈ルート確保、すみやかな診察、採血、画像検査などが優先される症例（ABC 症例）もある。以下のような具体例で考えてみたい。

50歳の男性。上腹部痛、気分不良で内科時間外外来を受診。

パターン1：バイタルサイン安定、3週間の症状持続、急な悪化なし

→H&P 症例である。詳細な問診（経過の確認）、身体診察を行ったほうがより方針決定に必要な情報が得られる。

パターン2：血圧80 mmHg 台、脈拍120 bpm 台、呼吸数24/min、末梢は冷たく、冷汗を認める

→ABC 症例である。簡潔な問診（経過の確認）、迅速な主要項目の診察（特に腹部、心音・呼吸音の診察）はむしろ方針決定のために必須であるが、それ以上の詳しい問診・診察よりも、蘇生のための処置（モニター装着、バイタルサイン測定、点滴静脈ルート確保、必要に応じて酸素投与）と、診断のための検査（POCUS<sup>\*4</sup> エコー、採血、12誘導心電図、必要に応じて画像検査など）が優先される。

「ABC 症例」は名前が ABC ではあるが、必ずしも挿管するほどの重症でなくとも、「重症例として迅速に対応する必要がある症例」と認識するのがよいと思う。ABC 症例でも、安定化させられたあとに、全身の網羅的な（迅速な）診察も行い、患者のベースラインと追加の有意所見がないかを評価すべきである<sup>\*5</sup>。

#### 6. 通しの身体診察

「時間がなくてできない」とならない方法を身につけることが重要である。そのために、簡潔に、どの症例も同じ流れで全身を診察をする習慣をつけるほうが混乱しない。つまり型にすることが大事である。それぞれは各章を熟読していただきたいが、筆者の Tips も加えてそのエッセンスを表1にまとめる。

\*2 JATEC : Japan Advanced Trauma Evaluation and Care

\*3 コラム「第一印象の把握」(16ページ)を参照。

\*4 point-of-care ultrasound

\*5 ACS が鑑別に挙がる胸痛症例も、バイタルが安定していても ABC 症例である。詳細な問診・診察よりも12誘導心電図などの評価が優先される。

表1 通しの身体診察

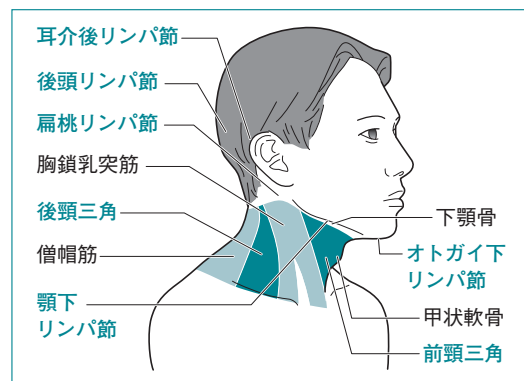
診察部位 (本特集参照ページ)	項目	ポイント	診察の意義・Tips	カルテ記載
頭部 (33ページを参照)	頭部	<ul style="list-style-type: none"> <li>変形がないか</li> <li>明らかな外傷がないか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者などで複数の打撲痕を認めれば頻回の<b>転倒</b>を示唆する、といった情報が得られる。</li> <li>発熱患者では、<b>側頭動脈炎</b>を鑑別に入れることを常に思い出し、側頭動脈の圧痛がないかを診察する。</li> <li>頭痛患者では<b>帯状疱疹</b>の皮疹がないか確認する。</li> </ul>	頭部： 変形 (-/+) 外傷 (-/+)
	眼	<ul style="list-style-type: none"> <li>眼瞼結膜の蒼白</li> <li>眼球結膜の黄染</li> <li>眼球結膜の充血</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頭痛患者では<b>緑内障発作</b>(眼球結膜の充血)を鑑別に診察する。</li> <li>発熱患者では<b>全身性エリテマトーデス(SLE)</b>、<b>悪性関節リウマチ(MRA)</b>、<b>結節性多発動脈炎(PAN)</b>などの自己免疫疾患に伴う強膜炎、<b>Behçet病</b>に伴う毛様充血や前房蓄膿、<b>感染性心内膜炎</b>に伴う眼瞼結膜の点状出血などを念頭において診察する。</li> </ul>	眼瞼結膜 貧血 (-/+) 眼球結膜 黄疸 (-/+) 眼球結膜 充血 (-/+)
	副鼻腔	<ul style="list-style-type: none"> <li>前頭洞の圧痛</li> <li>上顎洞の圧痛 (臨床メモ③)</li> </ul>	顔を強く押さえると正常でも痛く感じるため、左右を比較することが重要である。	前頭洞の圧痛 (-/+) 上顎洞の圧痛 (-/+)
	鼻	<ul style="list-style-type: none"> <li>鼻出血の有無</li> <li>鼻汁の有無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>鼻出血がないかの診察は問診と合わせて行くと効率的である。</li> <li>鼻汁がある場合には色調も記載する。</li> <li>外傷症例(特に<b>頭蓋底骨折</b>を疑う症例)では、<b>髄液鼻漏</b>を示唆する透明な、サラサラした鼻汁がないかも確認する。</li> </ul>	鼻出血 (-/+) 鼻汁 (-/+)
	口腔	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔粘膜の潰瘍</li> <li>白苔</li> <li>う歯</li> <li>口底の感染所見</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔粘膜の潰瘍性病変を(発熱症例の<b>Behçet病</b>、免疫抑制状態なら<b>サイトメガロウイルス感染症</b>などを鑑別に)診察する。</li> <li>口腔内の白苔【<b>後天性免疫不全症候群</b>(いわゆる「いきなり<b>AIDS</b>)】、<b>糖尿病</b>などでは口腔内カンジダ感染症を認め得る]を診察する。</li> <li>う歯が多いと口腔内に嫌気性菌が多い状態となり、誤嚥性肺炎を引き起こすリスクが上がる。</li> <li>発熱症例では、う歯からの<b>感染性心内膜炎</b>、<b>歯性上顎洞炎</b>なども鑑別におく。</li> <li>重篤な咽頭痛症例では、“killer sore throat”の1つとしての<b>口底蜂窩織炎(Ludwig angina)</b>を示唆するような“double tongue”(舌の下にもう1枚舌があるように見える)がないかも診察する。</li> </ul>	潰瘍 (-/+) 白苔 (-/+) う歯 (-/+)
	耳	<ul style="list-style-type: none"> <li>外耳の発赤</li> <li>皮疹</li> <li>耳介後部の発赤</li> <li>Battleサイン</li> <li>髄液耳漏</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>再発性軟骨炎</b>を示唆するような外耳の発赤がないか確認する。</li> <li><b>Ramsay-Hunt症候群</b>を示唆するような水疱性の皮疹がないか確認する。</li> <li><b>乳突洞炎</b>を示唆するような耳介後部の発赤がないか確認する。</li> <li>外傷症例(特に<b>頭蓋底骨折</b>を疑う症例)では、Battleサイン(耳介後部の皮下出血)がないか確認する。</li> <li><b>髄液耳漏</b>を示唆する透明なサラサラの耳漏がないか確認する。</li> </ul>	外耳の発赤 (-/+) 皮疹 (-/+) 耳介後部の発赤 (-/+) Battleサイン (-/+) 髄液耳漏 (-/+)
頭部 (33ページを参照)	リンパ節	<ul style="list-style-type: none"> <li>前頸三角</li> <li>後頸三角</li> <li>左鎖骨上リンパ節</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>前頸三角(図1)の腫脹は、咽頭などの疾患[<b>咽頭炎</b>、<b>溶血性連鎖球菌性咽頭炎</b>(“strep throat”)]を示唆することが多い。</li> <li>後頸三角(図1)の腫脹は、全身疾患(全身のリンパ節腫脹の一部、<b>伝染性単核球症</b>など)を示すことが多い。常に悩まされるstrep throatと伝染性単核球症の鑑別情報の1つとして有用である。</li> <li>Virchow転移として知られる左鎖骨上リンパ節も確認する。</li> </ul>	リンパ節腫脹 (-/+) +の場合部位： 耳介後、耳介前、扁桃、 顎下、オトガイ下、鎖骨上、

臨床メモ ③

副鼻腔の身体診察が効力を発揮した症例

- 1か月の間に2回、敗血症性ショックにより救急科で入院となった70歳代の女性。血液培養からは *Streptococcus anginosus* で誤嚥性肺炎が疑われたが、画像上、肺野は肺炎像に乏しかった。2回目の敗血症性ショックの際に再度入念に診察したところ、右上顎洞に再現性をもって圧痛を認め、CTでも右上顎洞炎に矛盾しない所見であった。
- 耳鼻科に依頼して上顎洞の穿刺を行ってもらったところ、1回目、2回目の敗血症性ショックの際の血液培養から生えたものと同一の感受性パターンのも *S. anginosus* が陽性となった。上顎の臼歯のう歯からの菌性上顎洞炎と判断し、抜歯を行った。以降、敗血症性ショックは認められていない。

図1 頸部の主なリンパ節と、前頸三角および後頸三角



診察部位 (本特集参照ページ)	項目	ポイント	診察の意義・Tips	カルテ記載
	甲状腺	甲状腺の腫大	<ul style="list-style-type: none"> <li>発熱があれば、<b>亜急性甲状腺炎</b>を示唆する甲状腺の腫大・圧痛がないか確認する。</li> <li>体重減少があれば、<b>甲状腺機能亢進症</b>を示唆する甲状腺腫大がないか確認する。</li> <li>全身倦怠感があれば、<b>甲状腺機能低下症（橋本病）</b>を示唆する甲状腺腫大がないか確認する。</li> </ul>	甲状腺腫大（-/+）
	項部硬直		発熱があれば、 <b>髄膜炎</b> を念頭におき、頸部前屈で痛みがないか確認する。疑わしければここで jolt accentuation も施行する。	項部硬直（-/+）
胸部 (47ページを参照) 	呼吸補助筋の使用	頸部の診察と合わせて	胸鎖乳突筋などの呼吸補助筋の使用を目視で観察する。	呼吸補助筋の使用（-/+）
	気管の短縮		<b>慢性閉塞性肺疾患（COPD）</b> が鑑別に挙がる症例（喫煙歴のある患者や呼吸困難症例）で特に有用である。短縮がみられれば COPD の可能性がある（正常は3~4横指）。	気管の短縮（-/+） ●横指
呼吸音 (47ページを参照) 		<ul style="list-style-type: none"> <li>図2.3を念頭に、呼吸音の聴取を行う。</li> <li>詳細は本文を参照。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口を開けて呼吸してもらおうと、副雑音がより聴取しやすくなる。</li> <li>特に wheeze は、画像では評価できない、何らかの気道狭窄を示唆する身体所見であり、極めて重要である。</li> </ul>	右/左上/下肺野に coarse crackles/fine crackles/wheeze（喘鳴）を認める。



臨床メモ④

CVA叩打痛も、右上腹部の圧痛も陽性。やっぱり画像じゃないとわかりませんか？

身体診察の細かいコツを先輩から盗み続けることは有用である。このような場合に、患者に、「もう1回やりますので、どちらのほうが痛い教えてください。私がこうやったとき（右上腹部を押さえたとき）か、こうやったとき（右CVA叩打を施行）か、どちらのほうが痛いですか？」と聞くことで、「背中のほうがですね（=CVA叩打のほうが痛い=尿管結石または腎盂腎炎の検査前確率が上がる）」か、「おなかですね。背中を叩かれてもおなかに響く感じです（=右上腹部圧迫

のほうが痛い=胆嚢炎、胃・十二指腸潰瘍の検査前確率が上がる）」と、かなりの情報が得られることが多い。画像検査爆撃を避けることができ、特に一次救急、二次救急では強力な武器となる。

一次救急夜勤をしているときに、「腹痛の精査目的でCT適応として一晩で患者5人を高次病院に送った医師」などのネガティブ武勇伝を避けたい皆さん、ぜひ腹部診察を武器にしてください。そのためには、正常な腹部をたくさん触ることだと筆者は思っています。

図2 呼吸音の聴取部位

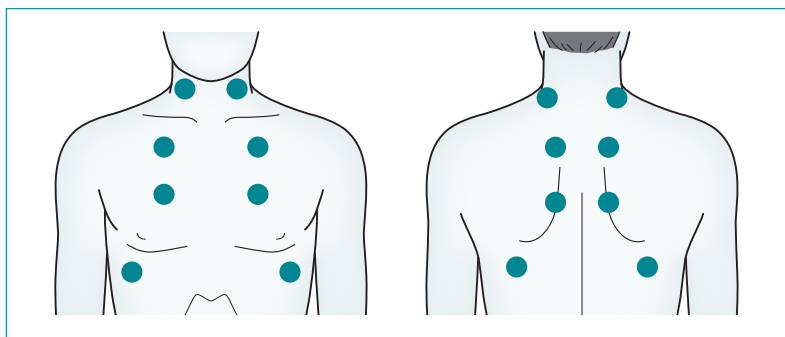


図4 心音確認の語呂 (All Pigs Eat Too Much)

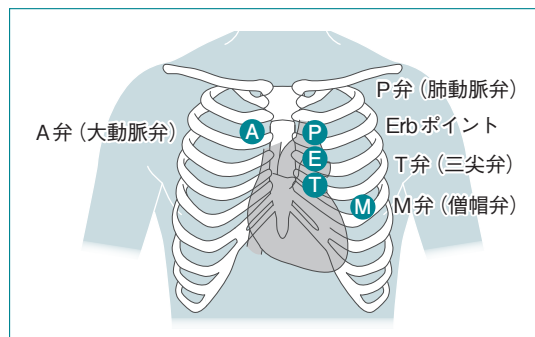
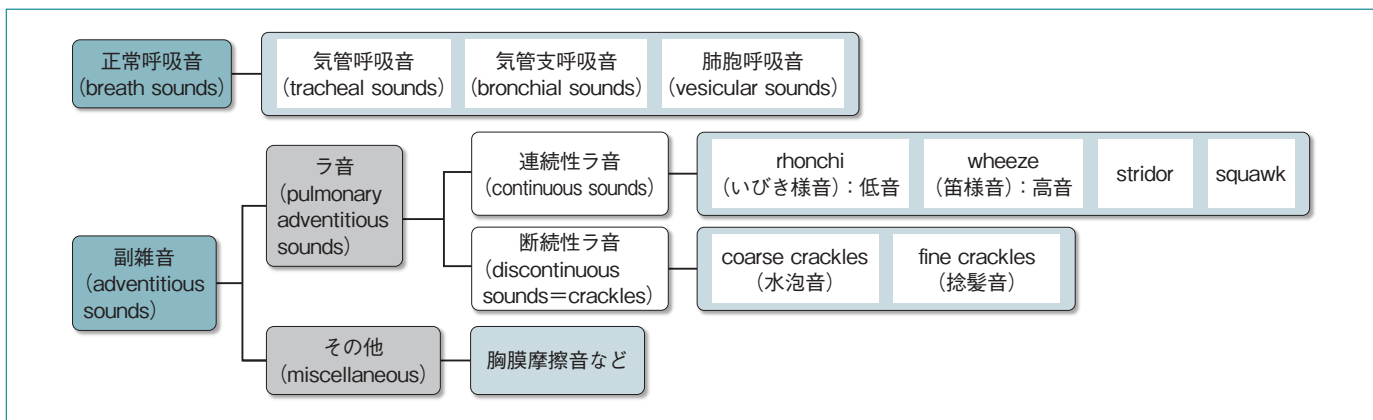


図3 呼吸音の分類



診察部位 (本特集参照ページ)	項目	ポイント	診察の意義・Tips	カルテ記載
心音 (57ページを参照)		救急外来でも必ず聴診する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A 弁 (大動脈弁) 領域, P 弁 (肺動脈弁) 領域, Erb ポイント, T 弁 (三尖弁) 領域, M 弁 (僧帽弁) 領域は膜型聴診器で診察する。<b>All Pigs Eat Too Much</b> という語呂も有用 (図4)。</li> <li>● 心尖部はベル型聴診器で、密着させても圧迫はしないように、S3, S4 や僧帽弁狭窄症 (MS) のランブルなどの低調音を聴取する。</li> <li>● 頸動脈雑音も同時に聴診する習慣をつける [頸動脈狭窄および大動脈弁狭窄症 (AS) の収縮期雑音の放散を念頭におく]。</li> <li>● 背景音の大きな救急外来では、細かい聴診所見を得ることは難しい場合もあるが、特に急性心不全の治療方針の決定に関して、AS があるかどうかは利尿、降圧の治療方針に大きくかかわってくる。重症 AS は心エコーでむしろ評価しにくい場合があることも合わせて、<b>AS を示唆する収縮期雑音がないか</b>は救急外来でも必ず聴診すべきである。</li> </ul>	心音： S1, S2, S3, S4 収縮期・拡張期雑音、 最強点

診察部位 (本特集参照ページ)	項目	ポイント	診察の意義・Tips	カルテ記載
<b>腹部</b> (69 ページを参照) 		<ul style="list-style-type: none"> <li>鑑別を念頭におく。</li> <li>痛くない場所から触診を始める(いきなり触ると不快感を伴う)。</li> <li>腹部触診は、CT を撮像する必要がある疾患かどうかの鑑別に、強力な威力を発揮する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>視診で手術痕、膨満をみる。</li> <li>手術痕の有無、部位は多くの情報を提供してくれる。<b>小腸閉塞(イレウス)</b>を念頭におく腹痛症例などにおいて「本症例は癒着性イレウスを起こしやすいベースラインか」の情報として有用である。既往歴の把握としても有用である。(虫垂炎を鑑別に挙げるときに、虫垂切除歴を把握することは必須！)</li> <li>視診で、<b>肝硬変</b>の腹水を示唆する膨満などがいないか確認する。</li> <li>打診は、膨満を認めた場合には特に、鼓音か(ガス貯留)否か(ガスではない膨満)を短時間で評価でき、有用な情報が得られる。</li> <li>聴診で腸蠕動音亢進/減弱をみる。</li> <li>触診は鑑別により診察が異なるため、本文を参照されたい。下記に押さえるべきポイントを記載する。</li> <li>圧迫するまでに、まず術者の手が腹部に触っている状態に慣れてもらう必要がある。そのためにまず手のひらを腹部に乗せて、圧迫しない状態にする。そのあとで圧迫することで、より正確な情報が得られる。</li> <li>腹部を診察するにあたり、それぞれの疾患と圧痛点を常に復習することで鑑別疾患も無意識に列挙できるようにする(虫垂炎なら McBurney 点、Lanz 点、胆嚢炎なら Murphy 徴候、膀胱炎なら恥骨上部の圧痛、など)。</li> <li>腹痛疾患の腹部診察では<b>鼠径ヘルニア</b>、<b>大腿ヘルニア</b>も鑑別に挙がるため、必ず鼠径部も診察する。</li> <li>若年男性の腹痛で、<b>精巣捻転</b>も鑑別に挙がる状況では、陰嚢も診察する。</li> <li>虫垂炎、消化管出血が鑑別に挙がる状況では、必ず直腸診も行う(虫垂炎なら直腸診での腹膜刺激症状の有無、消化管出血なら黒色便、暗赤色便、鮮血便の有無)。</li> </ul>	手術痕：なし/例：上腹部正中に手術痕あり 視診：膨満あり/なし 腸蠕動音：亢進/正常/減弱 打診：鼓音あり/なし 触診： 肝臓：触知せず/例：右肋骨弓下に●横指触知 脾臓：触知せず/例：右肋骨弓下に●横指触知 大動脈：触診でわかる腫大あり/なし Murphy 徴候：あり/なし McBurney 点圧痛：あり/なし 鼠径：鼠径ヘルニア(−/+) 大腿ヘルニア(−/+) 稽留嚢丸(−/+) 
<b>背部</b> (115 ページを参照) 		<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸音を坐位で確認する際に合わせて診察してもよい。</li> <li>仰臥位で診察している場合は、側臥位にして診察してもよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>腎盂腎炎疑いなら CVA 叩打痛の有無を確認する(臨床メモ④)。</li> <li>発熱疾患で椎体炎・椎間板炎が鑑別なら脊柱の叩打痛を確認する。</li> <li>背部の視診は有用であり、皮疹がないか(帯状疱疹など)、褥瘡がないかも観察する。</li> </ul>	CVA 叩打痛(−/+) 脊柱の叩打痛(−/+) 陽性であれば部位を記載 
<b>四肢</b> (21, 29, 105 ページを参照) 	<b>上肢 手 爪 下肢 脈</b>	手の診察からは、かなりの情報が得られる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>ショックや外傷で搬送された症例では橈骨動脈を触知し、手を触る。橈骨動脈は、微弱か否か、頻脈か否かを評価する。手の触診では温かい/冷たい、乾燥/湿潤を確認する。冷たく湿っていれば<b>ショック</b>を示唆する。ショックで末梢が温かければ<b>敗血症性ショック</b>を示唆する。</li> <li>手の視診では、色調変化(赤、白、青、黄色)がないか、爪の視診ではスプーン爪(koilonychia)、ばち指、Terry 爪がないかを確認する。</li> <li>下肢の視診では、<b>蜂窩織炎</b>を示唆する発赤・腫脹がないか、浮腫がないかを確認する。浮腫がある場合には左右差〔<b>深部静脈血栓症(DVT)</b>を示唆する〕がないかを診察する(臨床メモ⑤)。</li> <li>浮腫がある場合、非圧痕性浮腫なら<b>甲状腺機能低下症</b>を示唆、圧痕性浮腫で回復が40秒以上(slow pitting edema)なら、<b>心不全</b>などの静脈圧の上昇、回復が40秒以内(fast pitting edema)なら、<b>低アルブミン血症</b>を示唆する。</li> <li>下肢の動脈(後脛骨動脈、足背動脈)を触診する。入院中のDVT 予防で弾性ストッキング・圧迫療法などを使用することがあるが、足背動脈・後脛骨動脈の触れが弱いときは<b>閉塞性動脈硬化症(ASO)</b>、<b>末梢動脈疾患(PAD)</b>を示唆し、禁忌になる。</li> </ul>	橈骨動脈：左右差(なし/あり) 

臨床メモ⑤

ベースラインの把握が重要

- 簡潔でよいので下肢の診察を、入院症例全例に行うことを強く勧めたい。入院中に呼吸状態が悪化することはよくある急変の1つである。当然、深部静脈血栓症(DVT)/肺塞栓症(PE)が鑑別に挙がる。
- 診察に行き、患者の片側の下肢に圧痕性浮腫を認めたとする。入院時からあったものなのか、入院後に出現したものかによって、

DVT/PEの検査前確率が大きく変わってくる。この状況で自信をもって「入院時には下腿の左右差は認めませんでした」あるいは「認めました。ベースラインから変化ありません」と把握できている主治医でありたいと思う。

診察部位 (本特集参照ページ)	項目	ポイント	診察の意義・Tips	カルテ記載 * : あれば所見記載											
おおまかな 神経診察 (131 ページを参照)		CN: 脳神経 診察の流れ、カルテ記載、意識レベルが悪いときにについては <b>臨床メモ⑥~⑧</b> を参照。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ペンライトを当てて、眼位が正常かを確認する (A~C)。</li> <li>● 眼球運動を観察する (CN II, III, IV, VI)。複視の有無もこのときに患者から聴取する。</li> <li>● 顔面の触覚を観察する (CN V) (D)。</li> <li>● 次の動きで、簡便に顔面の運動麻痺がないかを観察する: 目を閉じる (眼輪筋 CN VII), 眉毛を上げる (前頭筋 CN VII), 「いー」の顔 (口角下垂の有無 CN VII) (E, F)。</li> <li>● 咽頭の観察: 「あー」の顔 (咽頭の観察 CN IX, X), 咽頭を観察し、軟口蓋の偏位がないかを観察する (G)。</li> <li>● 舌突出: 舌を突出 (「べー」の顔) CN XII, 舌の偏位がないかを観察する (H)。</li> <li>● 構音障害の観察: パタカパタカの復唱 (パ: 口唇音, タ: 舌音, カ: 咽頭音), この方法で簡便に評価できる。</li> <li>● 聴覚の観察: 指こすりで簡便に聴覚を観察する (CN VIII) (I)。</li> <li>● Barré 徴候: 上肢の麻痺がないかを観察する。手の回内を認めないか, 第5指が開いてこないか (第5指徴候) も観察する (J)。</li> </ul> <p>(上肢の診察の流れで)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 上肢の振戦の観察: 患者に上肢を前に伸展させて手首を背屈させ, 振戦 (羽ばたき振戦を含む) を観察する (K)。</li> <li>● 長母指外転筋: 遠位筋の指標として, 長母指外転筋の筋力を観察する。</li> <li>● 小脳症状の観察: 指鼻試験を行う (L)。検者の指と患者の鼻の間を往復する方法でも, 患者の腕を両サイドに開き, 患者の鼻へ指を持ってくる方法でもどちらでもよい。後者のほうが短時間で両側施行できる。</li> <li>● 上肢のトーヌス, 固縮: 上肢の筋肉のトーヌスを観察する (<b>臨床メモ⑨</b>) (M)。</li> </ul> <p>(下肢の診察の流れで)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 前脛骨筋: 下肢の遠位筋の診察として, 全脛骨筋の筋力低下がないかを診察する。</li> <li>● Mingazzini 徴候: 下肢の片麻痺として徴候がないかを観察する (N)。</li> <li>● 踵膝試験: 下肢の失調症状がないかを診察する (O)。</li> <li>● Babinski 徴候: 錐体路障害の観察として診察する (P)。</li> </ul>	<p>CN II, III, IV, V 眼位 (正常/斜視) 対光反射 (● mm - / ● mm +) 眼球運動障害 (正常/*) 複視 (なし/*) 眼振 (なし/*)</p> <p>CN V 顔面感覚 (正常/*)</p> <p>CN VII 眼輪筋 (左右差なし/*) 前頭筋 (左右差なし/*) 鼻唇溝 (左右差なし/*)</p> <p>CN VIII 聴覚指こすりで正常/*</p> <p>CN IX, X 軟口蓋 (偏位なし/*)</p> <p>CN XII 舌 (偏位なし/*) 構音障害 (なし/*)</p> <p>運動 Barré (陰性/*) 長母指外転筋 (正常/*) 指鼻試験 (正常/*) 上肢のトーヌス (正常/固縮) 前脛骨筋 (正常/*) Mingazzini (陰性/*) 踵膝試験 (正常/*) Babinski (陰性/*)</p>											



臨床メモ⑥

神経の診察は膨大？

- 神経の診察は膨大にあるかのような印象をもつかもしい。しかし、「ラジオ体操」のように1つの流れとしてマスターしてしまえば、かなり短時間で診察を行える（動画教材も参考にされたい）。非神経疾患で入院した患者にもこの基本の診察を行うことを、筆者の経験からも強く勧める。総合内科や救急での入院患者は、高齢で複合疾患を有していることが多い。例えば、肺炎で入院した症例でも、ある日の看護師の観察や理学療法士の観察で、「右上肢の不全片麻痺がありそうなのですが…」という報告を受ける頻度は高いのではないだろうか。そのときに「入院時には Barré 徴候は陰性でした」と自信をもって言えるような診察を、皆で行っていくのが望ましいと思っている。

臨床メモ⑦

神経所見のカルテ記載について

- 神経診察が必ずしも網羅的にできない場合もあると思われる。
- 筆者も、救急外来から夜間に慌ただしく入院させた症例などでそうなることは多々ある。ただし、最善の診療を行い得るように、カルテ記載として「神経所見：局所所見なし」とはしないようにしている。これでは、どの所見をとって陰性だったかの情報がまったく得られない。網羅的な診察が行えなかった場合にも、「眼球運動：wnl、顔面：左右差なし、Barré 徴候：陰性、Mingazzini 徴候：陰性、Babinski 徴候：陰性」のように、どの身体診察を行って陰性だったのかを率直に記載するようにしている。そのほうが「Neuro：nonfocal」よりも、圧倒的に有用な記載であると考えている。

臨床メモ⑧

意識レベルが悪くて神経診察ができないとき

- 「従命が入らず、神経所見とれません」というプレゼンをよく聞かすが、そんなことはない。筆者の施設では「まいどバビンスキー」の語呂合わせで対処している。すなわち、「ま：麻痺」「い：意識レベル」「ど：瞳孔」「バビンスキー：Babinski 徴候」である。
- 従命が入らない症例でも、意識レベル（GCS）、瞳孔（対光反射の有無、左右差の有無）、上下肢の麻痺の有無を観察して明確に記載するだけでかなりの情報が共有できる。従命が入らない症例の麻痺の観察/記載は、「従命が入らないが、両上下肢を左右差なく動かしている」あるいは、「痛み刺激に対して右上肢は M4 だが、左上肢はほとんど動かない M1」などと記載する。下肢に関しても同様である。下肢は他動的な膝立てを行い、保持できるかを観察することでかなりの情報が得られる。Babinski 徴候も、錐体路障害の観察として、意識のない症例では特に有用である。

臨床メモ⑨

Parkinson 徴候の整理

- 転倒や認知症などの鑑別として、Parkinson 病/Parkinson 症候群は、総合内科として鑑別に挙がること多い疾患である。Parkinson 徴候は“TRAP”の語呂で記憶しておきたい。すなわち、Tremor（振戦）、Rigidity（固縮）、Akinesia（無動）、Postural instability（姿勢反射障害）である。Tremor および Rigidity は身体所見からかなりの情報を得ることができる。

診察部位 (本特集参照ページ)	項目	ポイント	診察の意義・Tips	カルテ記載
オプションで追加する項目 (156 ページを参照)	会陰部の診察		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 発熱やショックの症例の熱源評価では、<b>Fournier 壊疽</b>も鑑別に挙がるため、必ず会陰部（下着やオムツをめくっての診察）も行う。</li> <li>○ 子宮脱などがないかの視診を行う（臨床メモ⑩）。</li> </ul>	炎症所見の有無
	内診		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 内科で内診を行うことは一般的ではないが、腹痛で<b>骨盤内炎症性疾患（PID）</b>が鑑別に挙がるときなどは、触診でよいので子宮頸部の可動時痛を診察することは有用である（筆者も必要時に救急外来で通常の診察台で行っている）。</li> <li>○ 無用なトラブルを起こさないために、シャベロンと診察の必要性の事前の説明、きちんとプライバシーを守ること（カーテンなど）を絶対に忘れずに。</li> <li>○ 高齢女性の発熱の精査として、<b>子宮留膿腫</b>も鑑別に挙がる場合（例えば、CT で子宮内に液体貯留、施設職員から膿性の悪露が出ているとの情報あり、など）も同じく、触診による内診での子宮の可動時痛の有無、膿性腔分泌物の付着の有無の診察は、簡便で有用であり、筆者も行っている。</li> </ul>	子宮頸部の可動時痛、膿性腔分泌物の有無
	乳房		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 産褥期の発熱症例では、<b>乳腺炎</b>も鑑別に挙がるため、乳房の局所的熱感・発赤・腫脹がないかを診察することは簡便で有用である。</li> <li>○ 体重減少症例では、<b>乳がん</b>を念頭に乳房の触診も検討する。</li> </ul>	炎症所見の有無、腫瘍触知の有無



臨床メモ ⑩

より「迅速な」感染症診療のために

- 筆者の施設でのことである。発熱・ショックで搬送された高齢女性が、あまり診察されずにCT検査となり、CTで子宮脱からの尿閉、両側水腎症が診断されるという痛恨の症例を経験した。あとから施設職員に情報を聴取すると、「いつも何か陰部に出てきている」ので「押し込んでいた」とのことであった。CTに行く前にオムツをめぐって観察し、子宮脱に気づいて尿路感染症疑いとして導尿して抗菌薬を開始していれば、ショックからよりすみやかに脱することができた可能性があり、筆者の教育努力が不十分なことを反省した。

発熱・ショックバイタル症例などでは、「全身を入念に」診察する必要はない（むしろ不可能であり、それ以外に介入すべきことが多々ある。すなわち、ルート確保、血液培養採取、初回抗菌薬投与、大まかな病歴・既往歴聴取などである。しかし、発熱フォーカスの鑑別として、髄膜炎、肺炎、尿路感染症、腹腔内感染症、蜂窩織炎、Fournier壊疽などが鑑別に挙がるわけであるから、全身を大まかに視診を行うことは不可欠であり、結果的により「迅速な」感染症診療につながる。

7. サマリーステートメントの把握

身体診察に関連するが、鑑別が挙げられていないと適切な身体診察はできない。問診と診察は車の両輪のように診療に貢献する。その意味で、サマリーステートメントを把握することは重要であり、その実際の活用を紹介する。

サマリーステートメントとは、下記の要素からなる患者のショートサマリーである（米国内科レジデントのプレゼンテーションでは、すべての症例をこのサマリーステートメントから開始していた）。

- 歳，男性・女性
- もともと●●の既往のある人が，
- 今回の主訴は●●で来られて，
- 鑑別疾患としては●●が挙げられます  
例を挙げよう。
- 50歳，男性
- もともと肥満，高血圧で喫煙歴のある人が，
- 今回の主訴は上腹部痛，気分不良で来られました。

この状態での鑑別疾患（示唆される根拠）としては以下が挙げられる。

- 胃潰瘍・十二指腸潰瘍
- 胆嚢炎・胆管炎（肥満）
- 腹部大動脈瘤（高血圧，喫煙歴）
- 急性冠症候群（リスク因子あり）

このように思考を構築し、挙げた鑑別を念頭に全身のすみやかな診察を行っていく。

8. 「通しの身体診察」を実践しよう

体で覚えよう

ここまで読んできて、「やっぱり多忙な臨床のなかで実践できなそう…」という思いがよぎった方、本稿は忘れて、ぜひ「通しの身体診察」動画<sup>\*4</sup>をご覧ください。もし、ラジオ体操を文字で書こうとすると、本稿と同じくらいのヴォリュームになると思われるが、ラジオ体操はこんな文字数を読まなくても身につくことを皆さん小学生の時に体験済みであろう。身体所見も同様だと筆者は思っている。完璧でなくても、最初は抜けが多くても、簡潔でよいので「通し」で患者の全身を「触る」「診る」習慣をつけてほしい。誰でも必ず、いつの間にか無意識で行えるようになる。

鑑別診断を想起する生涯トレーニングとして取り組もう

動画を見ていただければわかるように、診察を行うと、その過程で皆さんも鑑別疾患を自然に頭のなかに挙げるようになると思う<sup>\*5</sup>。このこと自体、絶大な生涯学習効果があると考えられる。そして、日々繰り返すことで鑑別疾患の幅が生涯広がり続ける。また、めったに遭遇しない疾患も診察の際に想起することで記憶の保持につながる。加えて、患者の体に解剖を日々投影することで、そこに存在する臓器・構造をイメージし、鑑別・病態を想起するトレーニングが自然にできる。

視診からの情報を大事にしよう

また、動画を見ると、私たちが視診でかなりの情報を得ていることがわかると思う。患者の体を一

\*4 CareNeTV 目で学ぶフィジカルアセスメント「第18回 通しの全身診察の型」会員登録は必要になりますが、無料で閲覧できます。



\*5 発熱患者の診察であれば、頭の前から、側頭動脈炎、髄膜炎、副鼻腔炎、咽頭炎、“killer sore throat”、（後頸部リンパ節腫脹なら）伝染性単核球症、亜急性甲状腺炎、肺炎、急性腹症、胆嚢炎、腎盂腎炎、蜂窩織炎、深部静脈血栓、痛風発作、関節リウマチ、全身性エリテマトーデスなど...

通り全部（手早くでよいので）見てほしい。日々それを繰り返していると、るいそうが著明であったり、下肢の筋萎縮がかなりあったりする場合には、もとのADLが良くないであろうことも想起され、採血やCTではわからないその患者のベースラインが「感覚として」わかるようになると思う。

### 臨床業務のなかのトレーニングの提案

指導医が、これらを日々すべての患者に行うのは実現不可能な場合も多いと思われる。賛否両論あるとは思われるが、筆者が考える現実的なトレーニングをあえて述べる。

その病院の診療形態にもよるが、初期・後期研修医には、「通しの身体診察」を行ってカルテ記載することを強制にしていよと思う。米国内科レジデントのトレーニングもそうであった。インターンが入院をとる症例はインターンが、インターンなしでシニアが入院をとる症例にはシニアが、指導医が1人もちで入院をとる症例には指導医が、「通しの身体診察」を行って記載することが「必

須」であった。インターンであればすべての症例が「通しの身体診察が必須の症例」にあたるため、これを1年間繰り返すことで、誰でも通しで身体診察ができるようになる<sup>\*6</sup>。そのあと指導的立場になった時期には、症例数も倍になるため、全例に「通しの身体診察」を必ずしも要求しなくてもよいかもしれない。だが、1年間全例に診察したあとであれば、的を絞った身体診察（下級医からの報告が妥当かのダブルチェック）が自然にできるようになっていると思う。

内科外来症例では、初診の際のみ「通しの身体診察」を行い、フォロー外来では関連のある項目のみの診察が現実的であろう。実現不可能なことを要求して結局実行されないのではなく、実現可能なコンセンサスを、各トレーニング施設で設定して、それを継続するのがよいと筆者は考える。



「通しの身体診察」を、極めて実現可能な形で記載した。生涯学習効果は絶大である。ぜひ動画とともに活用いただきたい。

\*6 まさにラジオ体操だと筆者は思っている。



# 看護師の 特定行為研修

学研メディカルサポート

# 看護師の特定行為研修

看護がかわる！現場がかわる！

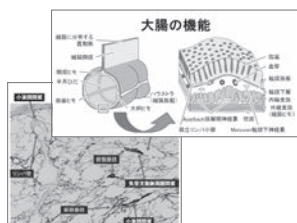
## 充実の教材

研修に必要な教材をすべてご用意しています。厚生労働省が定めた要件を満たしたe-ラーニング講義やフィジカルアセスメントをはじめとした豊富な動画教材、確認テスト、演習・実習教材、OSCE教材、修了試験など、受講者のための質の高い教材に加え、評価表やチェックシート、オンラインでの評価判定機能など、指導者のためのツールも充実しています。

### 共通科目 (監修:公益社団法人 地域医療振興協会(JADECOM))

すべての特定行為に共通する、基礎的・総合的な医学知識を学びます。

臨床病態生理学 (31時間)、臨床推論 (45時間)、フィジカルアセスメント (45時間)、臨床薬理学 (45時間)、疾病・臨床病態概論 (41時間)、医療安全学/特定行為実践 (45時間)



## 区分別科目

各特定行為の実施に必要な専門的知識と技術を身につけ、行為前後のシームレスな看護につなげます。

- ・心嚢ドレーン管理関連 (監修: 奈良県総合医療センター 安宅一見 先生)
- ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 (監修: 聖路加国際病院 石松伸一 先生)
- ・皮膚損傷に係る薬剤投与関連 (監修: 近畿大学医学部 大塚篤司 先生)

など全 21 区分

## 手厚いサポート

学研では、研修を開始するために必要な地方厚生局への申請をしっかりサポートいたします。研修が終わった後も修了者や施設の皆様が研修で得たことを医療現場で活かしていけるよう、知識の振り返りや先輩たちの活躍事例の紹介など、修了後のサポートも充実しています。

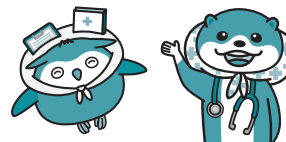
### 申請サポート

特定行為研修を行うには、地方厚生局に申請を行い厚生労働大臣が認定する「指定研修機関」になる必要があります。この申請では、多くの申請書類の作成が必要になるほか、実地調査や面接により施設要件などを評価されます。これらすべてを、学研が豊富な経験をもとにいていねいにサポートします。



### 新サービス“実践サポート”開始！

修了者や医師、看護管理者などそれぞれの立場において修了者が活躍するために必要な学びや情報を提供し、研修修了後の特定行為の実践を病院全体でサポートする新たなe-ラーニングサービスを2022年10月より開始します！



## 特定行為研修とは

2015年10月から開始された制度で、共通科目と区分別科目、領域別パッケージからなる研修です。本研修を修了した看護師は一部の医行為を手順書のもと、診療の補助(特定行為)として行えるようになります。特定行為研修は、今後の急性期医療から在宅医療等を支えていく看護師を、計画的に養成することを目的としています。学研メディカルサポートは、複数の団体とともに本制度の普及に努めております。

お問い合わせ・資料請求は

株式会社 学研メディカルサポート

営業部  
(平日9:00 ~ 18:00)

<https://gakken-meds.jp/> [gns-info@gakken.co.jp](mailto:gns-info@gakken.co.jp)

TEL 03-6431-1228

FAX 03-6431-1414

