

兵庫保険医新聞

第1871号

2018年3月5日

発行所 兵庫県保険医協会

http://www.hhk.jp/

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31

神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801

(1部350円送料共・年間購読料12,000円)

振替01190-1-2133

(会員の購読料は会費に含まれています)

今号の記事

2018年度診療報酬改定答申 談話 2面

支払基金・国保連合会審査委員会と懇談 3面

研究 臨床医学講座より 4面
面 日常診療で使える整形知識②

ラジオ関西番組出演 毎週水曜19時25分～

「医療知ろう!」放送中!!

AM558kHz/1395kHz (但馬放送局)

3月8日 乳幼児突然死症候群について

3月15日 口唇口蓋裂の治療について

3月22日 先進国と途上国の歯科事情

政策研究会

「シリーズ 医療政策を聞く①

～日本共産党の医療政策」

日時 3月10日(土) 16時～

会場 協会5階会議室

講師 小池 晃先生 (医師・参議院議員)



豪華なかにコースに庄倒される

冬の味覚 大いに楽しむ



富山の地酒を注いだ鍋から炎が上がる演出に参加者も笑顔

(次号に参加者の感想文を掲載予定)

明石支部と北摂・丹波支部 城崎・富山へツアー



明石支部と北摂・丹波支部は、冬の味覚ツアーを開催。かにやブリといった冬の味覚を大いに楽しんだ。

明石支部は1月28日、バスで城崎へかにツアー。7医療機関から31人が参加し、かに刺・かに鍋・かに釜飯などの「かに御膳」や温泉街の散策などを楽しんだ。

北摂・丹波支部は1月27日・28日に列車で富山へ1泊2日の寒ブリしゃぶツアー。5医療機関から8人が参加し、地酒を使った贅沢なブリしゃぶを堪能した。

2・15中央要請行動

医師の長時間労働改善を

診療報酬と医師の働き方改善を——。保団連・協会は2月15日、中央要請行動を実施。兵庫協会から、武村義人副理事長、白岩一心理事が参加した。同日昼には議員会館内で、「診療報酬改善・『ストップ患者負担増』をすすめる保団連交流集会」が開催され、12協会から69人が参加した。

兵庫県選出国會議員に
診療報酬改善を要請

国會議員との懇談では、桜井周(立憲民主党 衆議院議員、山下芳生(共産党) 参議院議員が要請に応じた。



桜井周議員(上右)と山下芳生議員(下右)に、武村副理事長(上左)と白岩理事(上中央)が要請書を手渡した



武村副理事長は、桜井議員に対して、診療報酬の改善と医師の長時間労働の是正を要請。白岩理事は、2月3日に開催した地域医療を考える懇談会の内容を紹介し、県の計画する医療圏統合によって、西播地域でさらに医師不足が進む恐れがあると訴えた。桜井議員は、現在の阪神北医療圏と阪神南医療圏の統合が進められており、準保健医療圏とされる阪神北圏域では、県立病院が整備されないこと等に懸念を示した。

神戸市内でも病院で小児科廃止の動きが起こっていることについて、協会が医師不足と低診療報酬が問題であると訴えたことに対して、桜井議員は、小児科や産科は女性医師の割合が多いが、結婚・出産後の職場復帰が難しいという問題もあるのではないかと述べ、女性医師が仕事を続けられるような環境づくりも必要とした。

要たとした。診療報酬については、救急医療は患者が来ない時間も待機が必要であり、本来その体制や設備を評価すべきなのにそうならないなど、体系が実態にあていないと感じているとした。

山下議員には、今回の改定における入院料の評価体系見直しは、7対1病床の削減を狙ったもので、地域の中小病院で大幅な減収が見込まれる非常に厳しいものであると問題点を訴えた。また、在宅医療の推進のためとして、医療機関に24時間対応が求められるのは、政府が進める「働き方改革」と矛盾する指摘。

武村副理事長(保団連副会長)は基調報告で、今後の運動として、①新点数検討会での決議や署名の取り組み、②75歳以上の窓口負担の原則2割化をはじめとする患者負担増阻止を活動の重点とすると報告した。

4野党が合意した共通政策にある「8時間働けば暮らせるルール」を医療分野でも実現するよう要請した。

山下議員は、医師・看護師の超過勤務の改善は重要であるとして、協会の意見を聞き、医療現場での働くルールづくりを進めていきたいと応えた。

昼の集会では、住江憲男保団連会長が、「患者さんが地域で安心して生活できるように、社会保障充実を大きく世論として広げよう」とあいさつ。

燭心

金メダルより
金目鯛 先日ふと
入った居酒屋の壁
書である。誰が考
えたのか、なかなかうまい。白熱の平昌オリンピック、まあ、そんなにメダルメダルと言わずに一杯行きましようぜ。おやじさんの人柄が分かるようで、つい注文してしまった。こちらも負けず劣らずうまい。居酒屋談議に花が咲くというものだ▼スキーもスケートもそういえば長いこと行っていない。10代20代の選手たちの活躍は、見ている感じがいい。とてもじゃないが、あんな真似はできないが、久しぶりに行ったいな、ベテラン選手も頑張っているしな、そんな話題が続く。試合を終えた後の選手たちの表情がいい。うれしさ、悔しさ、色々あるだろうが、全力を出し切ったさわやかさが伝わる▼政治の舞台でも動きがあった。南北朝鮮代表団が会談を行い、互いの意見を交換した。アイスホッケーでは合同チームが結成された。少し前まで、凍つくような武力対抗の話ばかりだったが、雪解けに近づく雰囲気が出てきたことを歓迎したい。大きな目標と地道な努力が大切なのはスポーツと同じだ▼居酒屋談議に戻るが、目の飛び出るような値段、いや、金目鯛のことではない。次年度予算の防衛費のことだ。ことあれば安倍首相は朝鮮情勢をおろが、真っ先にあおりを食うのは社会保障である。せっかくなの美酒を前にして愚痴るのは悪い癖であるが、診療報酬改定を前にして、ため息もつきたくなる。大砲よりバスターがオリンピックの精神ではなからうかと思う(星)

2018年度

診療報酬改定答申 談話

2018年度診療報酬改定について、中央社会保険医療協議会（中医協）は2月7日、厚生労働大臣に答申を行った。改定率および改定内容に対する医科・歯科それぞれの談話を掲載する。

医科

「かかりつけ医」誘導に疑問

研究部長 清水 映二

本体プラスも 不十分な改定率

政府は昨年末、今次診療報酬改定を全体1・19%のマイナス改定とすることを発表した。医療機関の厳しい経営が依然として続くなか、協会・保団連が求めてきた「技術料を中心とした10%引き上げ」には遠く及ばず、改めて強く抗議したい。

政府は昨年末、今次診療報酬改定を全体1・19%のマイナス改定とすることを発表した。医療機関の厳しい経営が依然として続くなか、協会・保団連が求めてきた「技術料を中心とした10%引き上げ」には遠く及ばず、改めて強く抗議したい。

本体部分はわずかにプラス0・55%（医科は0・63%）となる。財務省を中心に本体

の改善にはほど遠いプラス幅である。

中医協が2月7日に答申した改定内容では、「外来医療の機能分化」「かかりつけ医療の評価」や、「医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価」などが掲げられている。前回改定に続き、「入院から在宅」「医療から介護」など、医療費抑制のための改定メニューが特徴と言える。

ただ、赤字経営の一般診療所が25・7%に及ぶなど（2016年度医療経済実態調査）、疲弊した医療機関経

歯科

運動による改善はみられるものの 歯科医療の充実にはほど遠い

歯科部会長 吉岡 正雄

協会歯科部会は、歯科医療危機を打開し、良質な歯科医療を国民に提供できるよう、診療報酬の10%以上の引き上げと不合理是正を求めて厚労省や国会議員・政党などへの要請行動とともに、会員から寄せられた署名、患者・国民から寄せられた「保険で良い

ではあるもののプラス改定となったことは、運動の一定の成果である。しかし同時に今回の改定は、歯科医療機関の経営改善にはほど遠いものであり、歯科医療費の総枠拡大と基礎的技術料の大幅な引き上げを求め、引き続き運動を強めていくものである。

多職種連携等 一部で要求反映

その結果、当初マイナス改定と言われていた今回の改定が、歯科で0・69%とわずかの要求が反映され、一部改善

「かかりつけ医機能」に重点

「かかりつけ医機能」を持つ医療機関における初診時の診療機能評価として、「機能強化加算」が新設される。地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所または同病院に限る）等を「かかりつけ医機能に係る診療報酬」だとみなして、これらを届出している診療所または2000床未満の病院で届出の上、初診料に加算できる。

初診時の加算が新設されること自体には一定の評価も与えられる。

麻酔薬剤等の算定方法の見直し、検査の新設や保険適用の拡大、歯科医療の質を担保する技術料の若干の引き上げなども行われた。

「か強診」の 施設基準強化

一方、今回の改定は、「地域包括ケア」の推進を口実に、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）」の施設基準が強化された。そもそも多くの歯科医師は、地域でかかりつけ歯科医師の役割を担っているのが実情であり、施設基準で選別するのは問題である。それをい

っそう強化する今回の改定は、矛盾をさらに広げること

想されるが、同じ診療を行うにもかかわらず届出している点数によって基本診療料を差別化することで、政府が一方的に定義づける「かかりつけ医機能」に誘導するものだ。本来「かかりつけ医」は、フリーアクセスのもとで患者が自由に選択するものであり、特定の点数を届出している医療機関を政府の都合で「かかりつけ医」と定義するのは逆転した話だ。安定した医療機関経営による地域医療の充実のためにも、基準を設けることなく初・再診料を引き上げることが必要だ。

オンライン診療を導入 7対1入院料要件を いっそう厳格化

従来からへき地や離島など通院が困難な条件下で認められていた遠隔診療が、情報通信機器を活用したオンライン診療として幅広く認められる。外来医療で「オンライン診療料」（70点）やオンライン

一般病棟は、従来の7対1〜15対1入院基本料が、急性期一般入院料1〜7と地域一般入院料1〜3に再編される。入院患者の「重症度、医療・看護必要度」の割合要件をさらに厳格化して看護配置

7対1相当の入院料1の病床を絞るこむ目論見だが、医療機関にとっては入院患者の選別を強いられるような内容だ。

要介護者への 維持期リハ打ち切り

これまで延長されていた要介護者等への維持期リハビリが、2019年3月末で打ち切られる。

医療保険によるリハビリは、身体機能の回復とともに機能維持の役割も担っており、介護保険によるリハビリで代替できるものではない。算定日数上限による機械的な打ち切りは撤回すべきだ。

居住場所人数での差別拡大

前回改定で在医総管等に導入された「単一建物診療患者」の点数体系について、患者数によって点数が異なること

終わるまで点数が確定しないケースが出てくるなど現場に混乱をもたらすことが予想される。

「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会とともに、この間取り組んできた歯科技工問題については、有床義歯内面適合法の技工加算の新設や、有床義歯などの技術料の若干の引き上げなどが行われたが、補綴関連の評価は依然として低く、抜本的解決に至っていない。

「単一建物」 訪衛指などに

訪問歯科衛生指導料と居宅療養指導管理に、「単一建物」の考え方が持ちこまれた。患者の状態は一人ひとり異なっており、同じ建物での月単位の人数によって点数を細分化するやり方は合理的根拠に乏しく撤回すべきである。さらに、当該月の診療が

複数医療機関の 訪問診療など改善も

これまで認められていなかった同一患者への複数医療機関による訪問診療料の算定が、在医総管等を算定する医療機関からの依頼を受けた場合に認められる。協会・保団連は医療機関からの要求をもとに、再三にわたり厚労省へ改善を請うてきた。

その他、特別養護老人ホーム入所患者を看取った場合のターミナルケア加算が算定可能となるほか、医科・歯科間の診療情報や処方内容等の情報共有の評価として診療情報連携共有料（120点）が新設されるなど、評価すべき内容もみられる。

今後、3月に新点数の正式

内容が告示・通知されるが、協会は患者窓口負担軽減とともに、今次改定の不合理是正運動に取り組んでいく。

改定特集ページをご利用ください

県下各地で開催する改定研究会の案内や改定に関連する厚労省資料、疑義解釈資料など最新情報を随時掲載



兵庫県保険医協会トップページの右側「診療報酬・介護報酬改定特集」のバナーをクリック！

兵庫県保険医協会

検索

URL : <http://www.hhk.jp/kaitei2018/>

支払基金・国保連合会 審査委員会と懇談

画一的審査行わず、医師の裁量重視を

協会は、1月18日に支払基金、2月5日に国保連合会の審査委員会と懇談。協会から西山裕康理事長をはじめ宮武博明副理事長（審査対策部長）らが出席し、協会が事前に提出した要望書や、協会会員医療機関から寄せられた減点事例などをもとに審査改善について要請した。両審査委員会との懇談は、レセプト審査の改善を目的に、審査委員の改選を受けて2年ごとに実施している。

金 「査定理由 基 不明分は照会を」

支払基金審査委員会との懇談には、協会から宮武審査対策部長、川村雅之副理事長、清水映二理事、岩下敬正評議員が参加。支払基金からは齊藤清治審査委員長をはじめ医療顧問、審査委員ら5人が出席した。



1月18日に協会役員(①)と支払基金委員(②)が、2月5日に国保連合会委員(③)と協会役員(④)がそれぞれ懇談

支払基金は「計画の進捗状況と今後の計画については、可能な限り公表していく。計画

画の実施にあたっては、関係団体のご意見もいただきつつ、医療保険制度の公正性、信頼性を確保するという基本姿勢を堅持し、確実に取り進めていく」と回答した。

また、増減点連絡書および再審査結果通知について、記号による表記だけではなく査

定理由がわかる内容にするよう改善を求めたところ、基金は、「平成28年2月審査分から、増減点事由記号に加え、より具体的な理由を可能な限り記載している」と回答。協会が「前回の回答で少し改善されたかと思ったが、元に戻った印象を受ける。医療機関からの再審査請求に対し、原

また、協会から具体的な減点事例を示し、医療機関からの再審査請求の結果「原審どおり」とされた3事例について、基金は、「再審査部会において改めて協議するので、お手数だが再々審査の申し出をお願いしたい」とした。

また、点数表や通知に基づかない審査基準（内規）を公表するよう求めたところ、国保連合会は「確認された事例については国保中央会のホームページに掲載している。文書化された内規等は定めていない」とした。

また、点数表や通知に基づかない審査基準（内規）を公表するよう求めたところ、国保連合会は「確認された事例については国保中央会のホームページに掲載している。文書化された内規等は定めていない」とした。



白岩一心

私の映画案内 グレイテスト・シヨーマン

昨年の大ヒット作「ラ・ランンド」の音楽チームのメンバーと「レ・ミゼラブル」の主演ヒュー・ジャックマンが挑戦したミュージカル映画「グレイテスト・シヨーマン」を案内します。本作品は人間の幸福とは何かを深く描く感動的シーン満載です。特に人種や階級、身体的特徴へ

の差別偏見を、見事にさっそうと跳ね返す作品です。19世紀の米国。貧しい仕立屋の子もだったバーナム（ジャックマン）は、妻や娘たちの幸せを願いつつ、持ち前の想像力とチャレンジ精神で、あるショーを始めます。社会から疎外される黒人、身体的特徴のある人、個性豊か

であるが社会生活に馴染めない人たちに由る音楽とダンスが、現代の感覚豊かな映像で描かれています。9曲の音楽によ

るミュージカル映画としても、ヒューマン映画としても引きこまれていきます。個性豊かな彼らを迫害する人々の存在も悲壮感漂いつつ描かれています。主人公バーナムも、貧しい生い立ちから来る劣等感から上流階級との交流に執着し始め、差別偏見を背負った団員とのひずみが生じ始めますが…。

そして最後に、この作品にエールを送る自らのひたむきに気付かれます。素晴らしい音楽とダンスが、鑑賞後にも深い感慨として胸に響き渡っています。眠気の来ない素晴らしい作品です。感動的なミュージカルの世界へようこそ…。

（全国映画館で上映中）
【赤穂郡・白岩歯科医院】

「新グループ保険」の取り扱いを開始します

協会グループ保険 5000万円 + 新グループ保険 4000万円 = 最高保障額は 9000万円に

会員の皆さまからのご要望に応じて、4月1日から最高保障額4,000万円の「新グループ保険」の取り扱いを開始します。最高保障額5,000万円の協会「グループ保険」の上乗せ保障としてご利用ください。

新 グループ保険

4月1日 受付開始 (6月1日発足)

1. 最高保障額4000万円
協会グループ保険と合わせて最高9000万円保障
2. 配偶者セット加入1000万円
協会グループ保険と合わせて最高2000万円保障
3. 掛金は協会グループ保険より10%低廉
4. 新規加入は70歳までOK
5. こども加入特約あり（400万円）
6. 保険金の年金受け取りが可能
7. 1年毎に剰余金が生じた場合、配当金あり
+掛金負担なしで先進医療保険の加入OK（最高1000万円）

※新グループ保険は保険医共済会の取り扱いです。ご加入には同共済会への入会申し込みが必要です（会費不要）。協会グループ保険の上乗せ保障としてご加入いただけます。

お問い合わせは、共済部 ☎078-393-1805まで

死亡保険の決め手は安さが一番！

グループ保険

格安保険料と高配当が魅力

- 過去10年平均45%を配当
- 最高5000万円の高額保障
新グループ保険と合わせて9000万円
- 配偶者も1000万円のセット加入
- 加入者数5000人超
- 医師による診査はありません

損害保険(自動車保険、火災保険)の団体割引きもご利用ください。

中長期の資産運用にお勧めします

保険医年金

年金保険なのに自在性が魅力！

- 1口単位で解約・中断・再開が可能
- 事前に満期日の指定は不要（最長80歳まで）
- 受取方法は受給時に選択（年金・一時金）
- 万一の時はご遺族に全額給付

予定利率 1.259% ※2016年度は上乗せ配当と合わせて配当率は1.361%でした

個人年金保険料控除が受けられます

DefL 積立年金 デフエル

- 「月払」は 毎月5,000円～300万円
 - 「一時払」は毎回10万円～1億円まで
- 会員医療機関にお勤めのご家族、個人年金保険料控除を利用していない会員の皆さま、医院スタッフにもお勧めします。

予定利率 1.289%

※2016年度は上乗せ配当と合わせて配当率は1.467%でした

割安な掛金が満期まで上がりません

休業保障制度

1. 最長75歳まで、730日の充実保障
2. 掛け捨てではありません
3. 弔慰・高度障害給付あり
4. 自宅療養、代診をおいても給付
5. うつ病等の精神疾患、認知症も給付
6. 所得補償保険や医療保険、公的保険制度の給付に関係なくお支払い

所得補償保険

先生のご家族、スタッフもご加入いただけます。

医師賠償責任保険

医事紛争の備えは必須です

春の共済制度普及 4月1日開始！

お問い合わせは共済部まで ☎ 078-393-1805

臨床医学講座

日常診療で使える整形知識②

1. 「中枢神経由来のしびれ」の解剖学的診断 (下)

静岡県・西伊豆健育会病院 院長 仲田 和正先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

(前号からの続き)

延髄（脳幹部）：「12時に10軒はしごのMr.毛」

延髄の神経核の位置を覚えよう（図5）。脳幹部は原則として内側が運動神経、中間が内臓神経、外側が知覚神経である。

内側から時計回り（延髄左側）に「12時に10軒はしごのMr.毛（マオ）」と暗記する。すなわちⅫ（舌下神経）→Ⅹ（迷走神経）→Ⅷ（聴神経）→S（Solitarius：孤立核）→V（三叉神経）→M（aMbiguus：疑核）→R（Reticular formation）→毛（内側毛帯：振動・位置覚）の順である。さらにこれらの外側に脊髄視床路（温痛触覚）があり外上方に下小脳脚がある。一番下には錐体路（運動神経）がある。

小脳失調があれば延髄外方、運動麻痺があれば延髄下方の病変と考えればよい。

脊髄視床路（温痛触覚）は外側、内側毛帯（振動・位置覚）は内側にあって血管支配も異なる。

なおSolitarius nucleus（孤立核）とはⅦ、Ⅸ、Ⅹの内臓知覚（Sensory）の核であり、aMbiguus（疑核）とはⅨ、Ⅹの内臓運動（Motor）神経である。それぞれSensoryのSolitarius, MotorのaMbiguusで覚えるとよい³。

たとえば延髄外側症候群（Wallenberg）では、同側の小脳失調（下小脳脚）、顔面シビレ（Ⅴ）、対側の体のしびれ（脊髄視床路）、めまい（Ⅷ）、Horner（reticular formation）を起こすことになる。めまいが延髄梗塞による時、三叉神経（Ⅴ）がすぐ近くにあるので顔のしびれを起こすことが多い。

橋部の知覚路

中心にⅦ（外転神経）がありⅦ（顔面神経）はその外下方にある（図6）。Ⅶはsex（six、Ⅶ）が好きでⅦに近づいていくが、途中で間違いに気づき（sexでなくsixだった！）反省してⅦを回りこんで帰ってくる³。発生学的になぜⅦ（顔面神経）がこのようなルートをとるのかよくわかっていない。内側毛帯は下方に寝ておりさらにその下に錐体

図5 延髄の神経核の位置

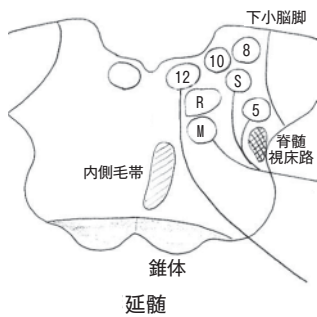
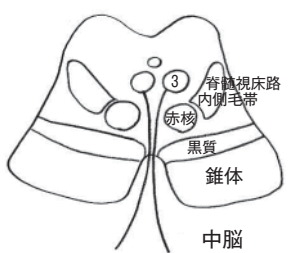


図8 中脳の知覚路



路がある。顔面知覚のⅤ（三叉神経）と体知覚の脊髄視床路は外側でお互い接近していることに注意。

Ⅴ（三叉神経）は橋部に入ったあと一部C2付近まで下降する三叉神経脊髄路核となる。顔面の痛覚（三叉神経）は口唇から同心円状になり、中心に遠いものほど延髄下方まで下降し周辺の頬は延髄近くになる（図7）。脊髄路核でニューロンを替え対側に交叉して上行し視床へ行く。

中脳の知覚路

中脳で温痛触覚（脊髄視床路）と振動・位置覚（内側毛帯）がほぼ同じ場所で合流することがポイントである（図8）。

中脳にある脳神経核はⅢ（動眼神経）とⅣ（滑車神経）のみである。この滑車神経のみ脳幹の背側に出て交叉し奇妙である。

図8のCTの中心、くも膜下出血の中に中脳がある。中脳はミッキーマウスに見える。ミッキーマウスはチュウチュウ鳴くから中脳である。中脳がわかればその尾方が橋部、延髄、脊髄とわかる。CT像と解剖図では上下逆になるので注意！ ミッキーマウスの耳が脳脚すなわち錐体路である。視床や脳の陳旧性出血や梗塞があると脳脚も左右大きさが違ってくる。

図6 橋部の知覚路

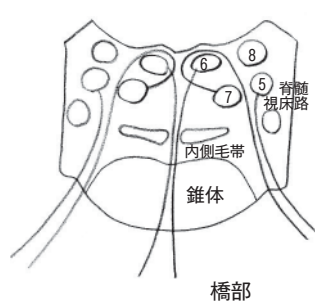


図9 視床の知覚路

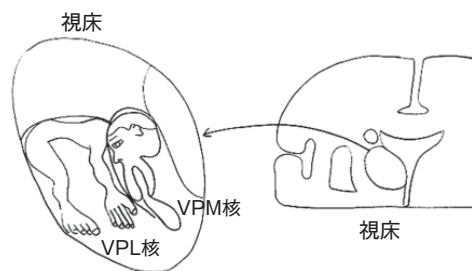
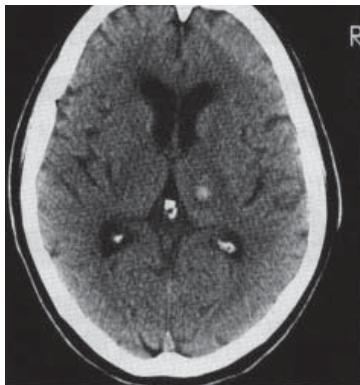


図10 手と口のしびれを起こした手口感覚症候群



視床の知覚路

中脳から知覚路は上行して視床にいたり、ここで第3次ニューロンとシナプスを作る。身体下部の知覚は視床後外側腹側核（Nucleus ventralis posterolateralis：VPL）で、頭部の知覚は視床後内側腹側核（Nucleus ventralis posteromedialis：VPM）で終わる（図9）。

視床のVPLとVPM核の境界で小出血などが起こると手（橈側）と口がしびれる手口感覚症候群が起こる（図10）。手のしびれの場合は必ず口のしびれの有無を確認しよう。

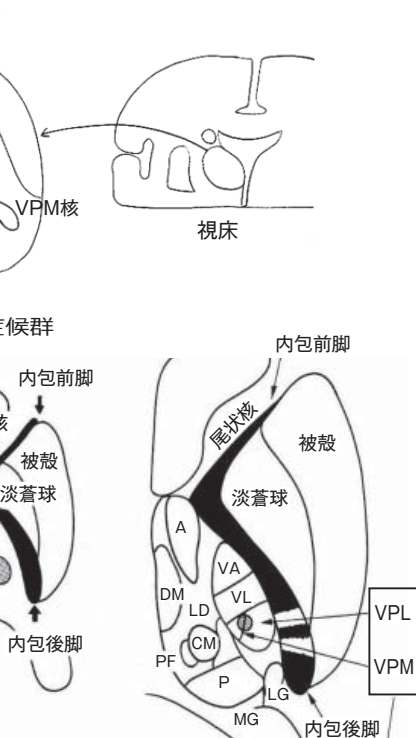
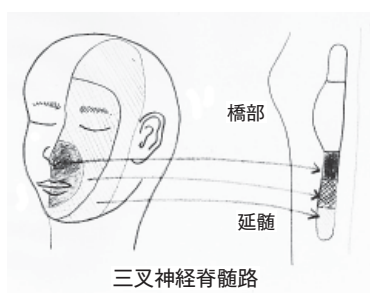
視床から大脳皮質まで

下等動物は視床が終点であるが高等動物はさらに大脳に至る。視床から内包後脚、放線冠、そして大脳皮質に終わる。VPL核の神経は大脳半球内側（上・下肢）へ、VPMからは大脳半球外側（頭部）へ達する。

視床病変では反対側の全感覚鈍磨を起こすが特に深部知覚が強く障害されるのが特色である。視床病変で位置覚がやられると足の位置が分からずリハビリに苦労する。時に感覚鈍磨があるにも関わらず激しい疼痛（視床痛）を起こす。内包後脚病変も対側半身の全感覚鈍磨である。

放線冠、半卵円中心で障害されると半身麻痺だけでなく半身の各種の知覚（触、温、痛）が障害されるが特に四肢末梢の知覚障害が強いので末梢部を検査すると見当がつく。放線冠の前方だと上肢障害、後方より

図7 三叉神経脊髄路



だと下肢障害になる。

視床よりも上位の病変では振動覚が侵されるのはまれである。

顔面を含めた半身に強い知覚障害がある時は中脳、視床、内包後脚の病変を考える。延髄病変では同側顔面、対側四肢のしびれになる。

大脳皮質単独の病変は珍しいが大脳皮質病変は普通、触覚・温痛覚の障害を起こさない。しかしポケットのコインやキーを触っても何かわからない立体覚障害が高度のことが多い。

もし触角、温痛覚消失があれば皮質のみでなく皮質下の障害も存在すると考える。

大脳皮質感覚野は広大なので単一病変で顔面から下肢まで障害されることはまずない。上肢のみ、手のみの感覚障害をおこすことが多く偽神経根性分布や偽末梢神経分布といい、尺骨神経障害や橈骨神経障害とまぎらわしいことがある。立体覚障害が高度であることがヒントになる。

以上まとめると、半身麻痺に加え、視床病変では全知覚障害が起こるが特に位置覚が強く障害され、放線冠、半卵円中心では四肢末梢知覚が強く障害されるが振動覚は保たれ、大脳皮質病変では立体覚が強く障害され知覚は保たれると覚える。

参考文献

3. Stephen Goldberg, Clinical neuroanatomy made ridiculously simple, Medmaster Inc, 1992

併設 医・歯学部
受験個別塾
医匠塾

医学部受験

国公立
医学科合格率
85%オーバー

医学科入試へのアドバイス ～医学科入試の3類型と本物の基礎学力～

国公立大学医学科受験生は大きく3つのレベルに分類出来ます。第1グループは、偏差値70以上のレベルで殆ど国公立／私立併願組となり、殆どの国公立には確実に合格出来ますし、私立も正規格出来るレベルです。第2グループは、偏差値65～70のレベルで国公立／私立併願組と私立専願組の両方となり、殆どの国公立や上位の私立のボーダーライン上にあるため合否は紙一重ですが、上位の私立でも十分補欠合格は可能で下位の私立なら正規格出来るレベルです。第3グループは、偏差値65以下のレベルで多数が私立専願組となり、下位の私立でも補欠合格すら出来ず医学科合格自体が困難なレベルです。この3つのグループの差は、実はハイレベルな応用力の差ではなく、本物の基礎学力の到達度の差によるものなのです。本物の基礎学力を完璧に身に付けば、偏差値70レベルに到達して医学科合格が可能になります。ですから、本物の基礎学力こそ医学科合格への鍵を握っているといえます。

プロ家庭教師派遣
関西一円

Gyo 中央受験センター

受験資料
無料送付

0120-880-199

中央受験センター

検索