

2022年11月14日

第3493号 for Residents

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

今週の主な内容

- [座談会] 外科系志望の医師を増やす戦略(鈴木研裕, 高見秀樹, 磯部真倫)・・・1-2面
- [寄稿] どんな専攻医でも1年以内にアクセプトされる症例報告への取り組み方(久保田隆文)・・・3面
- [連載] ER診療の勘どころ・・・4面
- [連載] 心不全マネジメント・・・5面
- MEDICAL LIBRARY/[視点] ベンチャー・スタートアップでのインターンシップで社会に飛び出そう!(山本浩平)・・・6-7面

座談会

外科系志望の医師を増やす戦略



高見秀樹氏 名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア支援センター センター長補佐
鈴木研裕氏 聖路加国際病院 消化器・一般外科 副院長
磯部真倫氏 新潟大学医歯学総合病院 総合研修部副部長/ 医師研修センター副センター長

本当に外科は不人気なのか？

鈴木 2022年度の外科専攻医採用者数は846人と、ここ数年増加してきた採用者数が減少(昨年度比58人減)に転じました¹⁾。専攻医全体に占める割合(9.0%, 2022年度)も低下しており、対策は急務です。

高見先生は医学生と交流する機会が多いと伺いました。やはり外科は人気がないのでしょうか。

高見 外科に実習をしに来た医学部5年生に対して「将来どの診療科を考えていますか?」とアンケート(複数回答あり)を行うと、外科にチェックを付ける方は4割程度存在します。臨床実習終了後に再度アンケートをしてみても、「思ったより良かった」「臨床実習開始前に比べて外科に興味を持ちました」との回答が意外と多いです。リップサービスが含まれていることを差し引いても、人気がないわけではないととらえています。しかし、1学期に比べて2学期、3学期と、外科を将来の選択肢に挙げる医学生が減っていく傾向がみられます。さまざまな診療科を見て回る中で、相対的に外科の魅力が負けてしまっているのでしょう。

鈴木先生は外科の人气が低迷している原因をどうとらえていますか。

鈴木 外科医のキャリアパスに問題があると考えています。何年もかけて下積みをした結果、最終的に執刀医の座を勝ち取る医師は一握り。勝ち残った人にとっては面白い領域であるのは間違いないのですが、それが難しいと早い段階で判断してしまえば、わざわざ外科に進もうとは思わないはずです。

高見 組織としての構造的な問題ですね。若手に手術の機会が与えられる施設には志望者が増える傾向にあります。リクルートという観点からみても、若手が安全に手術経験を積める環境の担保は重要でしょう。聖路加国際病院では初期研修医が手術を担当することはあります。

鈴木 はい。「体腔内結紮で2分を切ることを条件にして、全てにクリアすれば虫垂切除術や胆嚢摘出術を行ってもらいます。ただ、ローテートする初期研修医約20人の中で、執刀できるのは毎年2~3人程度です。

高見 昔からそのくらいの人数ですか?
鈴木 近年は明らかに減っています。腹腔鏡手術の件数が増えたことにより、手術参加へのハードル自体が上がってしまいました。

高見 本来経験の浅い時期に行うはずであった結腸切除術や胃切除術などが、腹腔鏡手術に置き換わってしまっていることが、この問題に拍車を掛けているように感じます。高い技術力が求められるがゆえに、若手が参加しにくくなりましたよね。

磯部 学生時代や医師としてのキャリアの早い段階で、チームの一員として医療に貢献している感覚が育まれにくいことは、志望者を減らしてしまう要因となってしまいます。内科であればdecision makingに携わって治療方針の検討にも参画できますが、手術となるとどうしても難しい。臨床実習や臨床研修というごく短期間でやりがいを伝えることは相当ハードルが高いです。

高見 「貢献している感」は大事ですよ。私の場合、手術見学している医学生に「ちょっとここ持っていて!」と

日本外科学会は2022年4月、「外科医希望者の伸び悩みについての再考」(<https://bit.ly/3VsES6j>)と題したメッセージを発信した。背景には、18年に新専門医制度が導入されて以降、22年度の専攻医採用者数が初めて減少に転じたことがある。そうした中、独自に開始した外科専門研修プログラム(<https://bit.ly/3yGGCz8>)により志望者数を大きく伸ばしているのが聖路加国際病院だ。同院で外科専門研修プログラムの副統括責任者を務める鈴木氏を司会に、名古屋大学医学部附属病院で臨床実習や研修医教育に携わる外科医の高見氏、産婦人科医としての顔を持ちながら新潟大学医歯学総合病院全体の教育を統括する磯部氏による座談会を通じて、外科系志望の医師を増加させるアイデアを検討する。

お願いすることもあります。

鈴木 私もです。皆喜んで参加してくれます。手術の場面に限れば、執刀医がどのような思考回路で手術に臨んでいるのか、例えば「郭清範囲をどう決めているのか」といったことを言語化し伝えていくことも、興味関心を深めてもらうには重要なポイントでしょう。

短期間で外科のやりがいを伝えるには

高見 臨床実習を担当する医師の中には、「早く実習を切り上げたほうが喜ぶだろう」など、学生に配慮しすぎている方が多い印象を受けます。けれども外科に進みたいと考えている学生にとっては、将来自分の仕事になり得る環境を体感する機会を減らしてしまっているだけです。密度濃く、外科医の仕事の隣で見せることが重要だと考えます。

鈴木 その問題は学生だけでなく、ローテート中の研修医への対応でも同じことが言えますね。働き方改革の影響もあり、18時には退勤できるような体制を敷いていますが、外科をローテートする数週間の間で、指導医側が見込んだ成果に達しているかと問われると、昔ほどは到達していないと言わざるを得ません。

磯部 研修期間が短すぎて、苦手意識のあった研修医が「できる!」という感覚になる前に研修が終わってしまっている可能性は否めないです。

高見 そのため当院では外科に割り当てられる研修期間の4週を2週間ずつに分け、2領域の研鑽に励んでもらっています。本音を言えば、上部、下部、肝胆脾、乳腺内分泌の4領域を全て回ってもらいたいのですが、各領域

1週間ずつだと患者さんの術前、術後の流れが一通り把握できないために、このような体制にしました。

鈴木 それは面白いですね。当院では第2助手として手術に参加してもらったり、患者を受け持ってもらったりします。以前はプライマリーで、基本的には受け持ち患者が退院するまでを全て担当してもらう方針でしたが、働き方改革に伴い、チーム制を敷くことになりました。勤務時間の是正は達成しつつあるものの、受け持ち患者を必ずしも入院時から退院時まで診ることができなくなった点はマイナスに働いているように感じます。

当院外科の伝統は、「自分ができることは自分でやる。できるよう下を指導しろ」。しかし、この伝統も働き方改革で岐路を迎えました。定時の勤務時間に収めるには、先輩が代わりに担当してしまうことが多くなります。そのほうが早く業務が終わり、効率的だからです。けれども、若手の伸びしろを消してしまっているのではと、疑問を持つようになりました。

高見 外科診療は、1人の医師にかかる負担も大きいためチーム制を採用すべきだと考えますが、「もうすぐ交代時間だから、あとはお任せします」など、責任感がやや希薄になっているようにも感じますね。働き方改革の推進は重要である一方で、こうした問題にも同時に目を向けていかなければならないと考えています。

産婦人科で取り組まれる戦略的なリクルート活動

鈴木 磯部先生が専門とする産婦人科 (2面につづく)

November 2022

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。

ジェネラリストと学ぶ 総合画像診断
臨床に生かす! 画像の読み方・考え方
監修 上田剛士
著 吉川聡司
B5 頁240 定価: 4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04964-1]

超音波・細胞・組織からみた 甲状腺疾患診断アトラス
執筆 廣川満良
執筆協力 樋口観世子、鈴木彩葉
A4 頁368 定価: 16,500円[本体15,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05015-9]

日本腎不全看護学会誌 第24巻 第2号
編集 一般社団法人日本腎不全看護学会
A4 頁56 定価: 2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05099-9]

●すずき・あきひろ氏

2003年信州大卒業後、聖路加国際病院にて外科の研修に励む。08年同院消化器・一般外科チーフレジデント。09年に外科専門医資格を取得した後、米テキサス大MDアンダーソンがんセンター消化器腫瘍科フェローとして渡米。12年に帰国したタイミングで聖路加国際病院にて研修医教育に携わるようになる。現在は、同院の外科専門研修プログラムの副統括責任者として、研修のカリキュラムづくりからリクルートにも携わる。22年4月より現職。



●たかみ・ひでき氏

2003年名大卒。名古屋記念病院、小牧市民病院にて外科研修の後、12年名大大学院消化器外科学にて博士課程に進むと同時に、肝胆膵外科の臨床に携わる。15年に大学院を修了後、同大の教育専任教員になったことで医学教育に注力するようになる。21年4月より現職。20年から2年間は文部省医学教育科の技術参与として出向した。現在は臨床実習や研修医教育、肝胆膵外科医教育に携わるほか、病院全体の研修医指導や指導医講習会の講師も担当。



●いそべ・まさのり氏

2002年山形大卒業後、同大病院産婦人科に入局。08年大阪労災病院産婦人科。婦人科腹腔鏡手術を専門とし、新潟大と関連病院における腹腔鏡手術の実施および教育に取り組むため、13年新潟大病院産婦人科に助教として異動。21年5月より現職。現在は新潟大の医学生に対する卒前教育の実施や、新潟大病院にて行われる臨床研修全体の統括を担う。外科教育も専門としており、日本全体で外科医の教育マインドの向上に取り組む。また、日本産科婦人科学会未来委員会に所属し、産婦人科医のリクルート活動を全国で支えている。



など、実態に必ずしもそぐわない内容が医学生や研修医に広まっていたことで敬遠する方が多かった。こうした状況に対し、産科医療補償制度による無過失補償が整備(2009年)されたり、日本産科婦人科学会が勤務実態に関する客観的なデータを共有(https://bit.ly/3TtYqWL)したりして、1つひとつ不安を解消していきました。また、同学会の産婦人科未来委員会若手委員が中心となり、全国規模のリクルートイベント(https://bit.ly/3yH7cIt)を開催し、魅力を発信してきたことも結果に結び付いている要因だと考えます。

高見 リクルートイベントの対象は研修医だけではないのですか。

磯部 タイミングやレベルによってニーズは異なるため、対象に合わせて内容も変更しています。具体的には、医学生や初期研修1年目の医師に産婦人科のおもしろさややりがいを知ってもらうための「サマースクール」、初期研修2年目の医師を対象に、産婦人科を専攻にしてもらう最後の一押しを行う「Plus One Project 2」などが挙げられます。これらのイベントは年1回だけの開催にしてしまうと参加できない方もいますので、地方学会単位や都道府県単位で行うこともしばしばです。多面的な戦略を講じ、診療科の魅力に触れられる機会を創出した上で最後の一押しができること、効果的なリクルートにつながるでしょう。

「地方」に位置する大学の特殊性

鈴木 磯部先生はリクルート活動に携わり始めてから10年くらいでしょうか。これまで数多くの人材のリクルートに成功するなど、十分な成果を取めているように拝見していますが、その裏には苦労もたくさんあったのではないですか？

磯部 そうですね。単に医学教育であれば教え子の成長をやりがいの1つとしてとらえられるものの、リクルートの場合、全ての努力が専攻医採用者数という明確な数字で評価されるために、プレッシャーは人一倍かかります。そもそも私がこれまで行ってきたリクルート活動における大変さをお伝えするには、新潟県という「地方」に位置する大学であることの特殊性を踏まえる必要があるでしょう。

鈴木 詳しく教えてもらえますか。

磯部 最大の問題は、地方には基本的に人材が新規に流入しにくいことです。残念ながら、地方の医学部を卒業した医師が臨床研修などで一度県外に出てしまうと、高い確率で戻ってきません。つまり、臨床研修中の2年間だけ積極的にリクルートすれば成果が出るというのではなく、臨床実習が始まる大学4年次から継続的に取り組み続けなければならないのです。

鈴木 なるほど。でも、そうした心の内はあるものの、4年次に産婦人科の実習に来た約100人の学生に対して、分け隔てなく産婦人科の教育をされて

いるのですよね？

磯部 もちろんです。医学生を分け隔てなく教育するのは大学教員の責務ですから。あからさまに態度を変えて産婦人科の評判を落としてしまったら元も子ありません。

高見 興味のある学生だけに熱心に教育する手法は、他の無視された学生にとってはネガティブな印象しか生みませんよね。そうした悪評が巡り巡って、「あの診療科はイマイチ」と言われかねない。学生たちに均等に教育の機会を提供することが、リクルートにつながる第一歩だと私も考えます。

教育とリクルートを同列に並べて論じない

磯部 また、他県の学生をリクルートする場合にも問題が潜んでいます。初期研修医獲得のために地方の大学が他地域の学生と交流する機会をつくるには、都市圏で開催される合同説明会などに出席しアピールする必要があります。出展には相応のコストを要する一方で、経験上、成果にはほとんどつながりません。こうしたリクルート活動は、夜間や土日といった勤務時間外で取り組まざるを得ないことも長年の課題と言えます。

高見 深夜に学生や研修医とメールのやり取りをすることもありますがね。

磯部 その通りです。進路に関する相談メールにはすぐ返信しています。妻へのLINEの返信よりも早いですね(笑)。大学の将来だけでなく、多数の関連病院もあることで地域医療の未来も担っているだけに、その重責は常に重くのしかかっています。

鈴木 これだけのエフォートを割いているからこそ、最終的に専攻してくれなかったときのショックは大きいでしょう。

磯部 ええ。4年間の努力が……。た

百聞は一見に如かず まずは現場に飛び込んでみよう！

鈴木 ここまで外科系志望の医師を増やすための戦略を伺ってきました。最後に学生・研修医へ向けたメッセージをお願いできますか。

高見 外科の良さは、自身のレベルに見合った手術が常に存在することだと思います。初期研修が修了する頃であれば、先ほど話題に挙げた虫垂切除術や胆嚢摘出術、10年目当たりになれば肝切除や脾頭十二指腸切除術、さらに年次を重ねれば、より高難度の術式もあります。すなわち、技術の探求に終わりがありません。生涯学習的な楽しさがあるので、飽きることもないでしょう。

そもそも外科医は「大変そう」「体力がないと務まらない」「手先が器用でなければならない」とよく言われますが、実際そうではありません。私自身、手先は全く器用ではないですし、体力というよりは集中力をいかに保てるかが重要だと考えています。百聞は一見に如かずで、まずは外科医の働きぶりを直接見て、魅力を感じてもらい

だし、どれだけ戦略的に励んでも、最終的な進路を決めるのは、私ではなく、学生であり、研修医たちです。個々人の主義・主張までをコントロールすることはできませんから、たとえ産婦人科を専攻する人数が少なかったとしても、リクルーターの力で簡単に解決できることではありません。

高見 多くの施設では、教育担当=リクルート担当として扱われていることが多いですが、アウトカムとして入局者数を求められてしまうと、本来注力すべき「教育」に真剣に取り組めなくなってしまうのは問題と言えます。

磯部 まさにそうです。リクルートにつながらず、自身の教育活動に落ち度があったのかと思いつめる人は数多く存在します。正義感が強い人ほど、こうした思考に陥ってしまう。さらに言えば、喉から手が出るほど人材が欲しい診療科の場合、学生・研修医をつなぎとめようと、リクルートに携わる中堅・ベテラン医師が彼らに気を遣い過ぎてしまい、関係性が逆転する場合すらあります。やはり教育とリクルートの相性は悪いと言わざるを得ません。

鈴木 長年の経験から導かれる解決策はありますか。

磯部 教育担当とリクルート担当を分けることです。つまり教育に関心が高い人は、教育だけに注力すればいい。その活動が結果的に診療科の魅力を伝えることになるからです。そしてリクルート担当には「今年は何人獲得する！」などの過度なプレッシャーを与えないことです。ここまで述べてきたように、リクルートには不確定要素が常に付きまといまいます。そのことを組織のトップも理解し、リクルート活動を支援していく体制が必要です。たとえ役割を分けることができなくても、リクルート担当者の心の在り方として、教育とリクルートは別物であると考え、同列に並べて論じないことが重要です。

たいです。

磯部 産婦人科は、教育とキャリアをサポートする体制はかなり整備されていると思います。少しでも関心があれば、各地方で開催されているセミナーに参加していただき、ロールモデルを見つけてほしいです。将来の不安についても相談できますので、ぜひ積極的に活用してみてください。

鈴木 お2人ともありがとうございます。間違いなく言えるのは、外科が楽しいということ。手術が上手いといった時の爽快感はこの上ないです。高見先生と同じ意見ではありますが、物は試しということで、敬遠することなく、まずは体感してほしいですね。これからのわれわれ3人の仕事は、その体感する場をいかに整備していくかだと思います。共に頑張っていきましょう。

●参考文献・URL

1) 日本専門医機構 Web サイト 年度採用数 https://jmsb.or.jp/senkoi/

臨床外科 2022年10月増刊号 Vol.77 No.11

特集 **術前画像の読み解きガイド**

詳しくはこちら

術前画像の読み解きガイド 的確な術式選択と解剖把握のために

的確な・術式選択 と 解剖把握 のために

収録内容

I 食道	V 胆道
II 胃・十二指腸	VI 脾臓
III 小腸・大腸	VII 後腹膜
IV 肝臓	VIII ヘルニア

令和の時代にふさわしい画像診断のガイドブック

●定価:9,020円(本体8,200円+税10%)

医学書院

厳選された症例をベースに、「次に何を行うか」を考えながら外科診療の基本が学べる

症例で学ぶ外科医の考えかた 外科診療の基本がわかる30症例

Surgery A Case Based Clinical Review, 2nd ed.

米国で医学生の外科クラークシップや卒後の外科インターンシップの際に広く愛用されている教科書の日本語版。厳選された症例をベースに短い質問とその回答・解説を繰り返す構成で、主要な症候の鑑別診断から身体所見、病態生理、必要な検査、治療まで、一連の流れに沿って外科の臨床で必要となる基本的知識が身につく。Web付録として症例示の英文音声ファイル付き。一人前の外科医を目指すすべての方におすすめしたい一冊。

訳者代表 今村清隆

B5 頁240 2022年 定価:6,600円[本体6,000円+税10%] [ISBN978-4-260-04784-5]

医学書院

寄稿

どんな専攻医でも1年以内にアクセプトされる症例報告への取り組み方

久保田 隆文 国立病院機構仙台医療センター脳神経内科 専攻医

専攻医は、専門医取得のために症例報告を書く方が多いと思います。しかし、症例や論文の書き方に関する良書があっても症例報告を書けない方を、私自身、数多く見てきました。この原因はどこにあるのでしょうか。私は、症例報告出版に必要な専攻医の資源を適切に利用する指針(=専攻医にとっての戦略)がないからだと考えています。これまで私は、専攻医としてフルタイムで働きながら、年間10本以上の論文を出版してきました。そうした経験に基づき、どんな専攻医でも1年以内に症例報告がアクセプトされる取り組み方を今回はお伝えします。

症例報告を書く目的と戦略

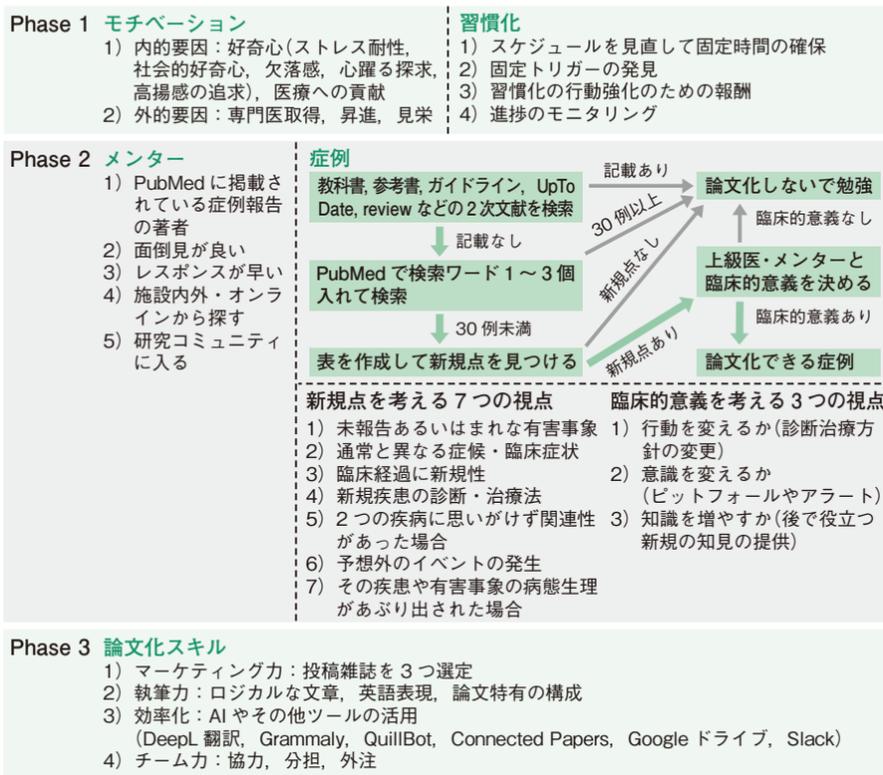
症例報告の目的が、専門医取得要件を満たすことにある方もいるかもしれませんが、もっと大事な目的があります。それは、①世界中の現在と未来の患者・医療従事者への貢献、②自分と周囲の臨床・研究能力の向上、③知的好奇心の維持・向上です。この目的を達成するための具体的な目標が、「報告に値する症例を担当してから1年以内に英文誌にアクセプトされる」になります。目標達成のためにスキルばかりに目がいきがちですが、それだけでは論文はできません。重要なのは戦略です。戦略とは資源の利用指針を指します¹⁾。論文文化に必要な資源は、モチベーション、習慣化、メンター、症例、論文文化スキルの5つ。資源の利用指針は、**Phase 1:モチベーションを高めて論文文化の習慣を作り、Phase 2:メンターの助けを得ながら症例を見極め、Phase 3:スキルを向上させながら論文化する**という3Phaseです(図)。

3 Phase で分解する 症例報告の取り組み方

Phase 1: 最初は、論文化する上で土台となるモチベーションの向上と、安定して進められる習慣化を身につける段階です。

●**内的・外的要因の2つを使ってモチベーションを高める**

モチベーションには内的要因(知的好奇心、楽しさなど)と、外的要因(専門医の要件、昇進、見栄など)があります。論文を書き続けるには、内的要因を高めて、外的要因を用いるのが有効です。内的要因の代表である好奇心が強いほど、研究者の生産性が高いことが知られています²⁾。さらに好奇心が高いほど、多くのアイデアを出し、独自のアイデアが創出されることがわかっています³⁾。好奇心は5種類(ストレス耐性、社会的好奇心、欠落感、心躍る探求、高揚感の追求)に分けら



●図 どんな専攻医でも1年以内にアクセプトされる症例報告の取り組み方

れ、ストレス耐性と社会的好奇心が社会的成功と特に関係しています⁴⁾。そのため新しいことに取り組む姿勢や困難に対するストレス耐性、レジリエンスを高めることが重要です。

一方で、内的要因が低いけれども、外的要因によって論文を書くこともあります。米国では良いポジションを得るために論文を書くことがよくあります。こうした外的要因も強い動機になるので、上手に取り入れるべきです。例えば原稿完成時やアクセプト時などにご褒美を設定しておくのがお勧めです。結果が出るようになると楽しくなり、内的要因が強くなることもあります。

●**固定時間を確保して習慣化する**

研究の固定時間確保が勝負の要です⁵⁾。日本の内科プログラムに所属する後期研修医を調査した研究では、研究の固定時間が学術的な業績に関連する最大の因子でした⁶⁾。固定時間確保の最初のステップは、1週間のスケジュールの見直しです。非生産的な時間を週3時間以上洗い出した上で確保し、研究のための固定時間として適切な時間帯にずらしします。私の場合、平日夜の無駄な時間を早朝と休日に移行していました。

次のステップは、固定トリガーの発見です⁷⁾。「起床→コーヒー→論文執筆」のように、日常生活で必ず行う行為をトリガーとして研究活動を始めるのです。ここで重要なのが、1日に割く研究時間がどんなに短くても、研究活動を行ったら自分を即時に褒めて、報酬系による行動の強化を行うことです⁸⁾。また、インプットやアウトプット(リ

サーチクエストや執筆単語数)の量などの記録によって、研究の進捗を感じる事が継続につながります⁹⁾。

Phase 2: 次は、経験のあるメンターと論文化できる症例を見極める段階です。

●**施設内外からメンターを探す**

メンターの役割は、新規性と臨床的意義の見極め、出版の道筋作りです。条件として、PubMedにfirst and/or corresponding authorで症例報告を出版している人が該当します。面倒見も良くレスポンスの早い方が理想でしょう。周りにいない場合は、指導医に許可を得て、他施設やオンラインを駆使して探します。お勧めは「症例報告(case reportとclinical picture)を書こう」(https://bit.ly/3S8TDsj)というFacebookグループへの参加です。大きな研究コミュニティに属すると筆頭論文の増加につながるため¹⁰⁾、何らかの研究コミュニティに入ることも重要でしょう。

●**論文に値する症例は7つの新規性と3つの臨床的意義から見極める**

論文化できる症例では、新規点を見つけ、臨床的意義を導き出す必要があります¹¹⁾。まず2次文献(教科書、UpToDate、review)で、似たような症例があるかを調べます。見つからない場合はPubMedで調べましょう。PubMedで30例未満であることが論文化の1つの目安となるはずですが、30例以上の場合、何らかの要素を入れてさらに絞り、既報と本例を比較する表(背景、症状、経過、検査所見、治療、予後)を作成します。そして、既報との違い(=新規点)を7つの視点から考えます¹²⁾(図)。新規点が

●くぼた・たかふみ氏

2016年聖マリアンナ医大卒。手稲深仁会病院、札幌西円山病院での研修後、19年米Case Western Reserve大へ留学。21年に帰国後、東北大神経内科学分野に所属し、脳神経内科・てんかん分野を中心に臨床・研究・教育を行う。22年より現職。Twitter ID: @TakafumiKubota



見つかったら、そこから導かれる臨床的意義を1つ考えます。臨床的意義はインパクトの大きい順に3つあり、①臨床医の行動を変えるか(診断・治療方針が変わる)、②意識を変えるか(ピットフォールやアラートになる)、③知識を増やすか(後で役立つ新規の知見の提供)です。

Phase 3: 最後は書きながらスキルを磨いて論文化するPhaseです。症例が決まったらメンターに相談し、投稿先を3つ決めます。見つからない場合、The Biosemantics Groupが提供するJane(https://bit.ly/3Tr8f7t)に論文タイトルを打ち込むと、過去の似た症例と掲載雑誌がわかります。見当がつかなければ、Internal Medicine, QJM, BMJ case reports, Clinical case reports, Cureusなどが良いです。

投稿先が決まれば、投稿規定を確認して書き始めます。執筆スキルとして、①ロジカルな文章の書き方¹⁰⁾、②英語での文章の書き方¹¹⁾、③論文・症例報告の書き方⁹⁾の3つの要素を学んでおくのが良いでしょう。また、似た症例報告から学ぶことも有用です。論文執筆を効率化するため、翻訳ツールの「DeepL翻訳」や文章校正ツールである「Grammarly」、パラフレーズをチェックする「QuillBot」などを駆使して文章を作成します。完璧な文章をめざす必要はなく、完成したらメンターや共著者に修正してもらいます。修正が終わったら、英文校正サービスを使います。投稿してrejectなら次の雑誌に、revisionなら真摯に対応します。ついにアクセプトされたら、自分の頑張りを褒めてあげてください。そして、共著者の方々にお礼をしっかりと伝えましょう。

●参考文献

- 1) 音部大輔. なぜ「戦略」で差がつくのか。——戦略思考でマーケティングは強くなる。宣伝会議; 2017.
- 2) Acad Med. 2005 [PMID: 15734804]
- 3) Kaufman SB. Wired to Create: Unraveling the Mysteries of the Creative Mind. Tarcher Perigee; 2016.
- 4) トッドB. カシュダシ. 他. 好奇心の5つの類型. Harvard Business Review. 2018; 12: 48-52.
- 5) ポール・J・シルヴァ. できる研究者の論文生産術——どうすれば「たくさん」書けるのか。講談社; 2015.
- 6) Intern Med. 2019 [PMID: 30918184]
- 7) Fogg BJ. Tiny Habits: The Small Changes That Change Everything. Harvest; 2020.
- 8) J Gen Intern Med. 2019 [PMID: 30350026]
- 9) 松原茂樹. 論文作成ABC——うまいケースレポート作成のコツ。東京医学社; 2014.
- 10) 山崎康司. 入門 考える技術・書く技術——日本人のロジカルシンキング実践法。ダイヤモンド社; 2011.
- 11) 前平謙二. アクセプト率をグッとアップさせるネイティブ発想の医学英語論文——プロ翻訳家が伝えたい50の基本動詞と読めるのに書けない英語表現。メディカ出版; 2017.
- 12) 河本健. 他. トップジャーナル395編の「型」で書く医学英語論文——言語学的Move分析が明かした執筆の武器になるパターンと頻出表現。羊土社; 2018.

医療者の診療の一助となり、がん患者の診療へ還元されることを切に願って。

がん診療レジデントマニュアル 第9版

編集: 国立がん研究センター内科レジデント

●B6変型 2022年 頁664
定価: 4,950円(本体4,500円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04976-4]

国立がん研究センター中央病院・東病院のレジデントが中心となり、最新のエビデンスに基づき、3年毎に改訂しているマニュアルの第9版。分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬、抗体薬物複合体の導入により、近年各がん種の治療が大幅に変わってきているが、まずは腫瘍内科の知識の幹となる情報を学び、基本的な知識を学ぶための土台として活用頂きたい。



医学書院

がん診療レジデントマニュアル 第9版
最新のエビデンスに基づいて3年毎に改訂
多くの医療者の診療の一助となり、がん患者さんの診療へ還元されることを切に願って。

ピットフォールにハマらない ER診療の勘どころ

ER診療に潜むあなたのピットフォール(落とし穴)を君は見抜けるか? エビデンスやちょっとしたコツを知り「勘どころ」をつかめば、明日からのER診療が待ち遠しくなること間違いなし!

徳竹 雅之 健生病院救急集中治療部 ER



第6回

そのアナフィラキシー対応、遅れてない? basic編

2022年に日本アレルギー学会より『アナフィラキシーガイドライン2022』¹⁾が発表されました!

アナフィラキシーは医療従事者であれば誰もが遭遇する可能性があり、治療の遅れが死亡に直結してしまう恐ろしい疾患です。残念ながら、しっかり治療がなされていないことが多いのも現実です。

あなたのマネジメントはどうですか? 5つの質問の答えを考えながら、「常識」を確認していきましょう(体系的なまとめはガイドラインを読み込んでください)。

アナフィラキシーマネジメントをチェックする!

◆Q1. 皮膚粘膜症状がない場合、アナフィラキシーは考えなくてよいですか?

……A1. 皮膚粘膜症状がないアナフィラキシーは10~20%も存在します。

診断基準のマイナーチェンジがあったので確認してみましょう¹⁾。皮膚症状を伴わなくても、アレルゲンと考えられる物質への曝露後に血圧低下や呼吸器症状があればアナフィラキシーの診断になります。アナフィラキシーの10~20%では、皮膚粘膜症状がないか軽微であるため注意が必要です²⁾。とにかく過小評価されがちな疾患です。あるアンケート調査では、皮膚症状のないアナフィラキシーを正しく診断できたのは55%だったとされています³⁾。診断や治療の遅れは二相性反応の増加や死亡のリスクとなりますので、見逃し厳禁! 筆者は特にショックや呼吸不全の鑑別で、最初に考えておく疾患として挙げています。

◆Q2. アナフィラキシーに対するアドレナリン筋注の投与量は?

……A2. 0.01 mg/kg (最大量: 成人0.5 mg, 小児0.3 mg) です。

投与量については、実は強いエビデンスがありません。これまで国際的なガイドラインでは、expert opinionに基づいて緊急時に安全かつ実用的に投与できると考えられる量が用いられてきました。「投与量は0.01 mg/kg、最大量は0.5 mg」が標準的です。体重が50 kgを超える場合には0.5 mg筋注をしなければなりません。十分量を大腿

前外側部の遠位3分の1(気をつけの姿勢をして指先があたるくらいの位置)に筋注しましょう。症状や徴候に合わせて5~15分ごとに追加使用します。2回目以降の筋注は同側、対側のどちらでも構いません。本邦のガイドラインには年齢別に簡素化された推奨投与量が記載されていますので、救急カートなどに貼っておくとよいでしょう¹⁾(表1)。Distributive shockになるので、晶質液の投与もお忘れなく。

◆Q3. 小児や高齢者へのアドレナリン投与はリスクがありますか?

……A3. アドレナリン筋注はとても安全です。

心疾患をはじめとした多数の基礎疾患を持つ高齢者や小児へのアドレナリン投与はどうでしょう。気が引けますか? 高齢者や10歳未満の小児では、アドレナリン筋注が避けられる傾向にあることが研究からわかっています^{4,5)}。しかし、アドレナリン投与に絶対的禁忌は存在しません!^{6,7)} 確実にリスクよりベネフィットが勝ります。抗ヒスタミン薬は皮膚症状を改善させる効果がありますが、アナフィラキシーを逆転させる作用はないために、それでお茶を濁してはいけません。確かに、治療を行わなくとも完全に症状が改善することもあり、「今まではそれで問題なかったよ」とお考えの方もいらっしゃると思います。しかし、自然に治癒するタイプか致命的な経過をたどるタイプかは、事前にわかりません⁸⁾。そのため、どのような患者群に対してもアドレナリンの迅速な投与を遅らせてはなりません。

大事なことなので2回言います。アドレナリン投与に絶対的禁忌は存在しません! 筋注に関してはめちゃくちゃ安全性が高いので、アナフィラキシーを疑えば何も気にせずに即座に使用しましょう(難治性アナフィラキシーに対する静注療法は別です)。

◆Q4. 二相性反応予防にステロイドは効果的なのですか?

……A4. 議論が残る領域です。筆者はほとんど使用しません。

二相性反応予防にステロイドを投与することがあるかもしれません。でも、それって効果はあるのでしょうか?

●表1 アドレナリン筋注の推奨用量(文献1をもとに作成)

投与量	
0.01 mg/kg	
最大投与量	
体重10 kg以下の乳幼児	0.01 mg/kg
1~5歳の小児	0.15 mg
6~12歳の小児	0.3 mg
13歳以上および成人	0.5 mg

●表2 二相性反応のリスク因子(文献14をもとに作成)

- アドレナリン投与の遅れ(発症から30~60分)
- 複数回のアドレナリン投与
- アナフィラキシーや二相性反応の既往
- 誘因が特定できていない
- 下痢, 喘鳴

●表3 二相性反応に備えた経過観察時間の推奨(文献14をもとに作成)

経過観察時間	適応
2時間コース	以下の全てを満たす場合 ● 発症から30分以内にアドレナリンを投与した ● アドレナリン1回投与で5~10分以内に良好な反応があった ● 症状が完全に改善した ● エピベンを処方し、使い方を指導した ● 退院に際して再受診指示を伝えた
最低6時間コース	以下のいずれかを満たす場合 ● アドレナリン筋注を2回要した ● 二相性反応の既往がある
最低12時間コース	以下のいずれかを満たす場合 ● 3回以上のアドレナリン投与を要した ● 重度の呼吸器症状を呈した ● 徐放性医薬品や食品などアレルゲンの継続的な吸収があり得る ● 症状の悪化に対応できない可能性がある → 独居, 救急医療へのアクセスが困難な地域在住など

一時的にアナフィラキシーが改善しても、数時間後に症状が再燃することがあります。これが二相性反応であり、約5%の患者に発生するとされています。二相性反応による死亡は非常にまれで、臨床的に重要な二相性反応の発生率は2%弱です^{9, 10)}。リスク因子としてアドレナリン投与の遅れ(発症から30~60分)や2回以上のアドレナリン投与を要した重症度の高いアナフィラキシーなどが有名です(表2)。アドレナリンを迅速かつ十分量投与しないと、二相性反応が発生しやすくなるという報告もあり、やっぱり0.5 mgを基準にしておくのがよさそうですね¹³⁾。

ステロイド投与によって二相性反応の発生率が低下するという根拠はありません。それどころか、ステロイド投与が有害性を持つ患者群が存在する可能性すらあります。主に後ろ向き観察研究を基にした研究であり交絡因子の存在は否定できませんが、18歳未満へのステロイド使用が二相性反応のリスク因子となったという報告があります¹¹⁾。また、ステロイドの早期使用は(重症度を調整しても)ICU入室リスク上昇と関連していることを示唆する報告もあります¹²⁾。あまり効果がなくて、一部の患者に対して有害性を持つなら使わないほうがよいのでは、というのが今の筆者の立ち位置です。

◆Q5. 二相性反応に備えての経過観察はどのくらい行えばよいですか?

……A5. 重症度やリスク因子によりますが、基本的には1泊入院が安全です。

どのくらい経過観察を行えばよいかはよくわかりません。重症度の高い患者さんに限って早く帰宅したがるんですよ。トホホ。二相性反応が出るまでの時間の中央値は約12時間なので、そのくらいの期間は経過観察ができればよいと思います。あるガイドラインでは経過観察時間の推奨を提示してくれていますので、参考になるで

しょう¹⁴⁾(表3)。どの病院も今はベッド事情が苦しいかもしれませんが、可能であれば1泊入院が好ましいです。

*

ガイドラインを基にアナフィラキシー対応の「常識」を俯瞰してみました。アナフィラキシーを早期に認識し、十分量のアドレナリン筋注を迅速に行えるようにしましょう!

次回はアナフィラキシーadvanced編をお届けします。お楽しみに!

今回の勘どころ

- 皮膚粘膜症状がないアナフィラキシーもある。ガイドラインを確認しよう。
- アドレナリン筋注は0.01 mg/kg(最大量: 成人0.5 mg, 小児0.3 mg)。小児も高齢者も安全に使用可能。
- 二相性反応予防のステロイドは議論が残る領域。基本的には入院で経過観察しよう。

参考文献・URL

- 1) 日本アレルギー学会. アナフィラキシーガイドライン2022. 2022. https://www.jsaweb.jp/uploads/files/Web_Anagl_2022_0914.pdf
- 2) J Allergy Clin Immunol. 2004 [PMID: 15316518]
- 3) Pediatr Allergy Immunol. 2014 [PMID: 25263184]
- 4) Resuscitation. 2017 [PMID: 28069483]
- 5) Prehosp Emerg Care. 2018 [PMID: 29336638]
- 6) J Allergy Clin Immunol. 2011 [PMID: 21377030]
- 7) J Allergy Clin Immunol Pract. 2018 [PMID: 29660429]
- 8) Ann Emerg Med. 2006 [PMID: 16546624]
- 9) Ann Emerg Med. 2014 [PMID: 24239340]
- 10) J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 [PMID: 32763470]
- 11) J Allergy Clin Immunol. 2020 [PMID: 32001253]
- 12) J Allergy Clin Immunol Pract. 2019 [PMID: 31035000]
- 13) Ann Allergy Asthma Immunol. 2007 [PMID: 17225722]
- 14) Working Group of Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylactic reactions: Guidelines for healthcare providers. 2021. <https://bit.ly/3sL1bqW>

救急の初期診療に悩むすべての医療者への道しるべ、待望の全面改訂!

問題解決型救急初期診療 第3版

救急患者の診断からマネジメントまで、分かりやすいフローチャートで優先順位をつけ、考えること・すべきことを理解した上で、初期診療につなげる構成。特に基本的な症候へのアプローチに重点を置き、単に手順を示すのではなく、真に理解しながら学ぶよう問題解決のプロセスに焦点を当てている。ここ10年のエビデンスを踏まえて全面的にバージョンアップし、便利な参考資料も追加。筆者の魂の込められた好評書、待望の第3版。

田中和豊



救急外来,ここだけの話

編集 坂本 壮 田中 竜馬

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。

救急外来,ここだけの話

エキスパートはどのように考えて診療しているのか?

第一線の医師は どのように考えて診療しているのか?

医学書院

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

編集 河野 隆志
杏林大学医学部
循環器内科学 臨床教授

レジデントのための心不全マネジメント

心不全患者数の急激な増加に伴い、循環器専門医だけでは対応しきれなくなる未来が迫っています。近い将来、若手医師であっても心不全のマネジメントをより主体的に担わなければならないはず。来るべき未来に備えて、心不全に関する基礎知識を押さえましょう。

第5回 薬剤を使いこなす！ ACE阻害薬/ARB, β遮断薬, MRA編

今回の執筆者 河野 隆志 杏林大学医学部循環器内科学 臨床教授

外来通院中の心不全患者さんが「血圧は高くないのに、この薬を飲む必要があるのでしょうか？」とけげんに思っ質問することは珍しくありません。レジデントの皆さんから見ても、患者さんが瞬時に良くなる急性心不全での利尿薬・血管拡張薬に比べると、慢性期の心不全治療薬は地味に映るでしょう。でも、生命予後改善に直結する薬剤は、是が非でも導入し、適切な量まで漸増しなければなりません。

特に、選択肢が多数ある左室駆出率の低下した心不全(heart failure with reduced ejection fraction: HFrEF)の薬剤選択には配慮が必要です。HFrEFの発症・進展には、交感神経系、レニン・アンジオテンシン・アルドステロン系の賦活化が大きく関与しており、これに伴う進行性の左室拡大と収縮性の低下(左室リモデリング)によって、最悪の場合は死につながると考えられています。そのため、左室拡大の抑制と左室リモデリングの改善をめざした適切な薬剤選択が求められるのです。HFrEFに対してこれまでは、アンジオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬/アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)、β遮断薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(MRA)の基本3剤による治療が推奨されてきました(表1)。

近年、学会や講演会でアンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(ARNI)やSGLT2阻害薬といった新規心不全治療薬の議論が盛り上がる一

方、それらの使用根拠となるランダム化比較試験(RCT)では、「従来の心不全基本治療薬3剤を忍容性のある最大投与量まで増量する」ことが前提となっています^{1,2)}。つまり、古き良き心不全治療薬である基本3剤に関する情報を押さえておくことは重要なのです。今回はそうした心不全基本治療薬3剤に関して紹介をしていきます。

心不全基本薬3剤を使用する

まずは、従来の基本薬3剤を投与する際のポイントを確認しましょう。

ACE阻害薬/ARB：HFrEFに用いられるさまざまな薬剤は、ACE阻害薬が内服されている前提で証明されているために、「基本中の基本薬」と言えます。投与は低用量から開始し、副作用である、血圧低下、腎機能悪化、高カリウム血症が現れそうな場合は徐々に増量すべきです。ACE阻害薬とARBには同等の効果があるとされますが、ACE阻害薬で空咳が出てしまう場合にはARBを用いましょう。

β遮断薬：カルベジロールとピソプロロールのいずれかを使用します。うっ血の解除を確認後、少量から開始し、血圧・心拍数に注意しながら、数か月かけて徐々に増量します。うっ血の状態が勢いよく増量すると、心不全を悪化させる可能性があるため要注意です。身体所見を繰り返し確認し、丁寧かつ確に病態把握することが、β遮断薬の用量調整に失敗しない鍵となります。時に、「ACE阻害薬とβ遮断薬は、どちらを先に始めるべきですか？」との質問を受けますが、いずれが先でも予後に大きな差はないことが明らかにされています³⁾。**MRA**：「心不全と言えばエース(ACE阻害薬)・ベータ(β遮断薬)」が頭に浮かび、MRAは忘れられがちです。後ほど話題にしますが、高カリウム血症や腎機能悪化に注意しながら上手に使用する必要があります。

基本薬なのに使用されない背景

臨床現場での心不全薬物治療の実態を調査した観察研究が注目を集めています。HFrEFの外来心不全患者を対象とした米国での前向き観察研究

●表2 HFrEFに対する従来の基本薬に対する適切性基準(文献8をもとに作成)

	年齢	eGFR>60 mL/分/1.73 m ²	30≤eGFR≤60	eGFR<30
HFrEF患者へのACE阻害薬/ARB導入の適切性	75歳未満	A(9)	A(8)	M(6)
	75~84歳	A(9)	A(8)	M(6)
	85歳以上	A(7)	M(6)	M(5)
HFrEF患者へのMRA導入の適切性	75歳未満	A(8)	A(8)	M(5)
	75~84歳	A(8)	A(7)	R(3)
	85歳以上	A(7)	M(6)	R(3)

	年齢	心拍数>60 bpm/分	50≤心拍数≤60	心拍数<50
洞調律のHFrEF患者へのβ遮断薬導入の適切性	75歳未満	A(9)	A(7)	M(5)
	75~84歳	A(8)	A(7)	R(3)
	85歳以上	A(7)	M(4)	R(2)

A:適切である(中央値7~9), M:どちらとも言えない(中央値4~6), R:適切とは言えない(中央値1~3)。表内の括弧内の数字は、議論が分かれる可能性のある診療行為に対して、複数の多職種専門家が1~9の尺度で評価した時の中央値。

(CHAMP-HF レジストリ)によると、レニン・アンジオテンシン系阻害薬、β遮断薬、MRA 全てに適応を有する症例のうち、これらの基本3剤全てで目標用量が投与されていたのは実に1%に過ぎないことが報告されました⁴⁾。目標に達していないにもかかわらず、十分に治療薬を使用していない(clinical inertia: 臨床的惰性)医療者側の問題は確かにあります。一方で、RCTに登録される患者群には高齢者や併存疾患を有する方が組み込まれにくいなどの偏りがあるため、実臨床で使用の際の注意点も以前より指摘されてきました。例えば、RALES試験⁵⁾でMRAの慢性心不全予後改善効果が示された後に、実臨床におけるACE阻害薬(あるいはARB)とスピロノラクトンの積極的併用による血清カリウム値の上昇に伴う死亡・入院増加が報告されています⁶⁾。また、個々の薬剤により差はありますが、CHAMP-HFレジストリでは、高齢、慢性腎機能障害の症例ほど薬剤が投与されにくく、かつ用量も低い傾向が示され⁴⁾、患者側要因が実臨床で心不全基本治療薬導入に影響していることもうかがえます。

シナリオごとの適正使用を考える

基本治療薬3剤の導入は重要ですが、RCTに組み込まれにくい集団で上手に導入・増量するには工夫が必要です。実際、米国心臓病学会からのエキスパートコンセンサスによれば、高齢者の心不全においては、ガイドライン推奨の薬物治療を試みるべきではあるものの、より低用量の使用を推奨しています⁷⁾。また、高齢者特有のリスク、すなわち併存疾患が多い、身体的な脆弱性(フレイル)が進行している点にも鑑み、リスク・ベネフィットのバランスを取る必要性が指摘されています。このように、高齢者の心不全に対する真の適切な薬物治療については曖昧な部分も残されている一方で、循環器内科以外の先生方にも理解しやすい適正使用法の提案が必要とも考えられてきました。適切性基準(Appropriate Use Criteria: AUC)は、標準的な客観的意見集約法によってエキスパートコンセンサスを視覚的にわかりやすい形式で

提示したもので、循環器領域では米国での冠動脈カテーテル診療において広く活用され、診療の質向上に寄与しています。日本でも厚生労働科学研究「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療体制構築のための研究」の一貫で、心不全診療におけるAUCが策定され、年齢・腎機能・心拍数で分けたシナリオごとに「適切である」「どちらとも言えない」「適切とは言えない」の3段階で提示されています(表2)⁸⁾。主なポイントは以下です。

MRA：75歳以上の高度に腎機能が低下(eGFR<30 mL/分/1.73 m²)したHFrEF患者には「適切とは言えない」と判定されている一方、85歳未満で中等度腎機能低下(30 mL/分/1.73 m²≤eGFR≤60 mL/分/1.73 m²)の症例であれば、「適切である」と判定されていること。

β遮断薬：75歳以上かつ心拍数50 bpm/分未満のHFrEF患者では「適切とは言えない」と判定されること。

上記からもわかるように、基本薬3剤の投与は、意外と単純ではないのです。とりわけ高齢や併存疾患を有するなどのエビデンスが乏しい場合、個別の状態を踏まえた現場の医師の臨床経験による治療判断が重要となる場面も多いです。内科医の腕の見せどころとも言えますが、医師ごと、施設ごとの診療の質にばらつきが出やすい場面とも言えます。シナリオごとの適切性を提示したAUCは、判断に苦慮する際に役立つことが期待されますが、AUC自体の適切性も検証していく必要があると考えられています。

Take-home message

- ♥従来の心不全基本治療薬の使用は、新規心不全治療薬の使用根拠となるRCTの前提条件である。
- ♥ガイドラインが推奨する基本治療薬が、実臨床においては十分に使用されていない。
- ♥年齢や腎機能などで分けたシナリオごとの心不全診療の適切性基準を診療に生かす。

参考文献

- 1) N Engl J Med. 2014 [PMID: 25176015]
- 2) N Engl J Med. 2019 [PMID: 31535829]
- 3) Circulation. 2005 [PMID: 16143696]
- 4) J Am Coll Cardiol. 2018 [PMID: 30025570]
- 5) N Engl J Med. 1999 [PMID: 10471456]
- 6) N Engl J Med. 2004 [PMID: 15295047]
- 7) J Am Coll Cardiol. 2021 [PMID: 33446410]
- 8) ESC Heart Fail. 2021 [PMID: 33201597]

●表1 代表的薬剤の用法・用量

ACE阻害薬	
エナラプリル	2.5 mg/日より開始。維持量5~10 mg/日、1日1回投与
ARB	
カンデサルタン	4 mg/日より開始(重症例・腎障害では2 mg/日)、維持量4~8 mg/日、1日1回投与
β遮断薬	
カルベジロール	2.5 mg/日より開始(重症例ではさらに低用量より開始)、維持量5~20 mg/日、1日2回投与
ピソプロロール	0.625 mg/日より開始、維持量1.25~5 mg/日、1日1回投与
MRA	
スピロノラクトン	12.5~25 mg/日より開始、維持量25~50 mg/日、1日1回投与
エプレレノン	25 mg/日より開始、維持量50 mg/日、1日1回投与

その情報、正確に伝わっていますか？

外来・病棟・地域をつなぐ

ケア移行実践ガイド

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

編集 小坂鎮太郎
松村真司



内科臨床誌メディチーナ medicina 2022年10月増大号 Vol.59 No.11

特集 これからもスタンダード！ Quality Indicatorの診療への実装 生活習慣病を中心に

詳しくはこちら

収録内容

- 座談会 生活習慣病における診療評価指標の現状と策定の課題
- 医療の質、診療評価指標という概念の理解
- 生活習慣に関する疾患の診療評価指標とその実装
- 生活習慣に影響・関連するエトセトラ

●定価:4,950円(本体4,500円+税10%)

医学書院

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

心研印 心電図判読ドリル

山下 武志 編

B5・頁208
定価:4,620円(本体4,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05012-8

評者 井上 博
富山大名誉教授

「心電図が読めるようになるにはどうしたらよいですか?」という質問はいつの時代にもある。小生が現役時代、医学生や研修医諸君に答えていたことは、「まず何でもよいから一通り心電図の本を読んで基本的事項を理解し、その後は一例一例の心電図を読んで専門家に教えてもらう」であった。本書の編者はまさに同じことを序文で述べている。しかし周囲に心電図の専門家が必ずしもいるとは限らない。そのような場合どうすればよいか? この難題に答えてくれるのが本書である。心臓血管研究所の山下武志先生とその5人のお弟子さんの手で上梓された。

基礎編(小手調べ)7例、実践編(いよいよ本番)43例の計50例から成る。まず簡単な病歴と心電図が提示され、多肢選択形式で質問に対する回答が読者が考えるという形式である。解答としては心電図所見の場合もあれば、疾患名の場合もある。解説では心電図所見が丁寧(重要な部分にはアンダーライン)に説明され、必要に応じて胸部X線写真、冠動脈造影、心エコー図などが示され、読者の理解を容易にする工夫がされている。心電図や、提示されている画像は鮮明で見やすい。解説に続いてLearning Pointとして、その心電図所見で注意すべき要点が示さ

れ、最後に深く学びたい読者のために参考文献が引用されている。本編に続いて逆引き疾患目次があり、心電図所見、疾患名から検索できるようになっている。最後にLearning Pointのまとめが50例分示され、心電図所見のカルテへの記載例が英語で示されている。痒いところに手が届く工夫が随所になされている。

本書を通読すれば代表的な心電図所見、不整脈、疾患が網羅的に学べる。甲状腺機能亢進症や気胸など臨床現場でしばしば遭遇する疾患についても取り上げられており、一昔前には想像できなかった新型コロナウイルスワクチン接種後の副作用や心房細動既往例のAI診断などup-to-dateな話題も取り上げられている。AIによる心房細動既往例の診断では4症例が提示されているが、全くお手上げであった。AIが重要と判断した心電図所見の中には、これまでの知識でなるほどと思わせられるものもあるが、心房細動発生とどう結びつくのか理解に苦しむものもある。今後、心電図のAI診断が普及してくるのであろう。

心電図に関して基礎的な知識を持っており、さらに臨床的な心電図判読力を増したいと願っている若手医師、医学生に本書を薦めたい。通読するもよ

山下塾で心電図判読スキルアップ!



「この本メチャメチャ売れています!」ってホント?



◆何を指標に選ぶか?

2020年代以降は救急のマニュアル本が非常に充実しています。研修医は数十冊以上の中から何をかうか迷ってしまうでしょう。上級医だってオススメ本を知る必要があります。数あるマニュアル本から皆さんは何を指標に選んでいますか?

「先輩研修医に聞く」「書店で読み比べる」「Amazonの★の数」いずれも悪くありません。しかし、私のオススメは「増刷数の多いものを選ぶ」という戦略です。

新しい医学書を何部作るかは、出版社が売り上げ予想部数から「初版刷数〇千部」と数を決めます。その予測以上に売れると増刷です。ドラマで黒木華さんが「重版出来!」と言っていたヤツですね。一方で残念ながら重版出来されず書店で1冊だけ棚差しされ、残りが出版社に払い戻される書籍もけっこうあります。

売れに売れて増刷を第2刷、第3刷と繰り返すと書籍の冒頭や末尾に記載されます。お手元の医学書をチェックしてみましょう。その本が既に有名で人気のある医学書なら増刷数も多いはず。そう、なにより「増刷数」は信頼のおける良書の指標なのです。では本書の増刷数は……「**第1版第7刷、第2版第8刷**」!! これは超オススメの書籍と言えます。

◆なぜ売れているのか?

本書を開くと売れている理由がすぐわかります。それは救急現場に必要な全ての問題を網羅しているからです。本書の第2~4部の章立ては計44項目の症候から成ります。章立てが診断名ではなく症候名なのがポイントです。例えばCOVID-19という章立てはありませんが、ある症候ではいつCOVID-19を疑い、何を処方するかは必要十分に記載されています。救急患者さんは診断名でなく症候で来院するため、症候の解決が問題解決型なのです。

また全章で図・表・チャートが多いのも売れている理由でしょう。本を作るとわかるのですが、作図は著者も出版社も非常に骨が折れる作業なのです。私などは過去の執筆で作図作業に発狂して、文字の羅列に逃げようとしたことが何度もありました。その点で本書は読者目線の図説が目白押し。著者の田中和豊先生と医学書院さんが骨を折って救急現場目線の書籍化に挑戦した熱意がひしひしと伝わってきます。

売れている本が正義です。第1版第7刷、第2版第8刷に続き、今回の第3版も数年後には増刷を重ね、多くの救急外来で活躍していること間違いありません。

し、折に触れて(受け持ち患者さんの疾患に応じて)ひもともよし。全国どこにいても、あたかも心臓血管研究所で山下先生から心電図判読スキルを学ぶことができる、このような本を企画し形にまとめ上げた編者、著者、そして出版社に敬意を表したい。

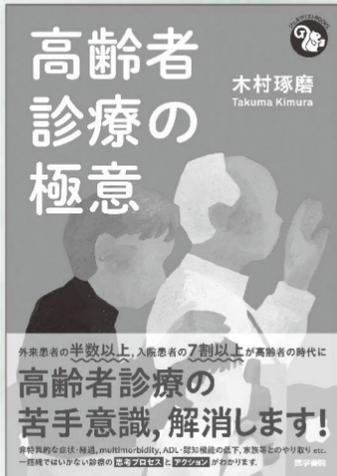
最後に1つだけお願いをしたい。提示されている心電図はきれいである

が、惜しむらくは一部の心電図では上下の胸部誘導のQRS波が重なって見にくい。版を改める機会があれば、ぜひとも感度が半分の記録も並列して提示していただきたい。30年以上前に山下先生に心電図判読を少しばかり教えたことのある先輩からのお願いである。

高齢者診療の苦手意識、解消します!
一筋縄ではいかない診療のノウハウをまとめました

高齢者診療の極意

木村 琢磨



詳しくは



高 齢者診療の苦手意識、解消します! 非特異的な症状・経過、multimorbidity、ポリファーマシー、ADL・認知機能の低下、家族や他職種とのやり取り、社会的支援など、一筋縄ではいかない高齢者診療の思考プロセスとアクションをまとめました。外来患者の半数以上、入院患者の7割以上が高齢者の時代に必携の書です。

●A5 2022年 定価:4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN 978-4-260-05027-2]

医学書院

待望の改訂 読み継がれてきた 解剖学図譜の新たなステージ 医学書院

グラント解剖学図譜

Grant's Atlas of Anatomy, Fifteenth Edition

第8版

原著 Anne M. R. Agur / Arthur F. Dalley 監訳 坂井建雄



◆実際の解剖標本を基に描かれた独自のイラストが高く評価されてきた、定番の解剖学図譜の改訂版。

◆他書に見られない独自の剖出のアングル。

◆現代的な装いに統一をはかりつつも、従来からのスピリッツを失わない改訂。

◆これまでのファンもこれからのファンも飽きさせることなく、深遠な、巧緻な人体の構造美へと誘う。

◆初学者にも、臨床でも、学究の場でも必携の図譜。

伝統の厚み, 革新の鋭さ

支持され続ける解剖学アトラス、堂々の最新版

書籍の詳細はこちらから



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

教科書では教えてくれない! 私の消化器内視鏡Tips Vol.2 +レジェンドTips とっておきの“コツ”を伝授します

小野 敏嗣 編

A5・頁172
定価:3,850円(本体3,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04309-0

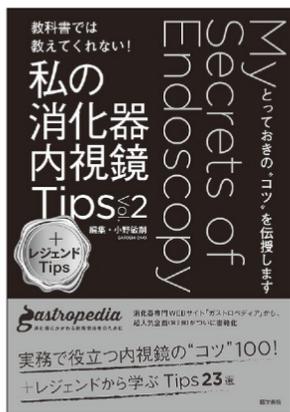
評者 新井 富生
東京都健康長寿医療センター病理診断科部長

本書は、日常診療で行う内視鏡検査における“コツ”を『教科書では教えてくれない! 私の消化器内視鏡Tips』として出版された書籍の第二弾(Vol.2)である。表紙にはサブタイトルとして「とっておきの“コツ”を伝授します」とあり、帯には「実務で役立つ内視鏡の“コツ”100!+レジェンドから学ぶTips23選」と記されている。表紙をただで手に取りたくなる。

日常診療における“コツ”というのは、内視鏡検査に限らず医療のいろいろな分野にあると思う。評者は病理医であり、内視鏡検査については全くの素人であるが、消化管病理を専門としている関係で書評を依頼された。Vol.2の前にVol.1も拝読してみたところ、なんとそこには既に内視鏡の“コツ”129編と他科からのアドバイス&メッセージ11編が紹介されていた。Vol.2ではさらに100編の“コツ”が紹介されており、内視鏡検査の操作の難しさと奥深さを感じた。紹介されたTipsは観察、診断、治療など技術的なことに加え、心構えについてのTipsも紹介されている。心構えは指導医から直接教わることが多いが、本書を通じて会ったことがない先輩から学ぶのもよいと思う。

教科書に載っていない“コツ”は、ちょっとした気遣いや意識を持つことにより実践できることが多い。一見ささいな事柄を意識することが大きな結果の違いを導くことにつながる。二宮尊徳翁の言葉に「おおよそ小人の常 大なることを欲して 小さなことを怠り 出来難きことを憂いて 出来易きことを勤めず」というものがある。本

日々の診療で悩んだときに 解決のヒントと出合える一冊



書で紹介された“コツ”は小なることばかりではないが、出来難きことでもなさそうである。これらの“コツ”を自身のレベルに合わせて、できるところから実践していくことが大なることをめざす一番の近道ではないだろうか。

さらに、本書ではレジェンドからのTipsが23編紹介されている。執筆者は病理医でも知っている消化器内視鏡のレジェンドたちとの出会い、新しい診断法、デバイスや治療法の開発、困難に遭遇したときの対処法、自身の成長物語などをレジェンドたちが熱く語っている。その一つひとつの言葉に重みがあり、実に読み応えがある。また、読後に前向きな明るい気持ちにさせてくれる。黒背景のページに白文字で印刷されているので、暗がりの中でこっそり秘密の内容を覚えてもらっているような錯覚に陥り、レジェンドたちの言葉を独り占めできる感覚も素晴らしい。

本書を通読して消化器内視鏡の技術を向上させるという方法もあるだろうが、日々の診療で悩んだときに関連するページをひもとくことにより解決法のヒントを見つけるという読み方も可能である。その意味では初学者のみならず、消化器内視鏡を学ぶ多くの医師が手元に置いておきたい書物である。

本紙編集室では Twitter, Facebook にて、
毎週更新情報をお知らせしています。

@igakukaishinbun

記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

視点 ベンチャー・スタートアップでのインターンシップで社会に飛び出そう!



山本 浩平 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理学分野 講師

2022年度より、東京医科歯科大学の全ての学部学科・専攻の学生が、ベンチャー・スタートアップで単位取得型のインターンシップに応募できることとなった。この取り組みのきっかけは、私が2019~21年の間、病理医・大学教員・研究者の立場でありながら、経済産業省ヘルスケア産業課へ部分出向し、主にイノベーション創出政策の一環として、ヘルスケア系ベンチャー・スタートアップのさまざまなサポートに取り組んできたことにある。

◆畑違いの分野に飛び込む意義

出向当時は、政策もビジネスも何も知らない状態で、己の存在意義を見いだせずもがき苦しむ日々を送っていた。しかしながら、霞が関の官僚の方々に必死に喰らいついていくことにより、少しずつ世の中の見え方が出向前と変わっていく自分に気がついた。「この世の中には数知れずの課題が存在し、その解決のためのビジネス・政策など多くの手段が溢れている」。これは、40歳代の私の身に起きた、ちょっとした“自己変革”であった。

私は経済産業省で得られた知識・経験を本学の教育に生かせるのではと考えた。そこで、卒業研究や自由研究期間を使ってベンチャー・スタートアップでインターンを行いながら課題に関する解析も行い、単位を取得するというコンセプトを学内教育委員会へ提案した。説得材料としては、①ベンチャー・スタートアップは医学系研究と同様、圧倒的なスピード感でPDCAサイクルを回し最速のアウトプットをめざしていること、②40歳を過ぎた身であっても、学内とは全く違う環境に身を置くことで、ちょっとした“自己変革”が得られることを用いた。

①のポイントは、ベンチャー・スタートアップがめざす目的にある。彼らは、単に利益を上げることが目的ではなく、社会課題の解決を真の目的としている。この構図は、医学系研究における目的が論文を書くことではなく、新たな医学的知見を見いだす多くのヒトを幸せにするという目的であることと共通している。したがって、研究期間に研究室で研究課題を見だし実証することと、ベンチャー・スタートアップでのインターンを行いながら課題を見つけ、検証することは、本質的に似ており、いずれも価値の高いものであると言える。②に関しては、若く頭の柔らかい学生であれば、より大きな自己変革が得られ、ひいては本学学生の未来の多様性につながる、という主張だ。

◆記憶と心に残るカリキュラム作りを

この取り組みの実現に向けた道のりは決して平坦なものではなかった。誰だってリスクは怖い。しかし、リスクを完全に除外することは不可能である。そのため、企業選定や企業と学生のマッチングのルール、学内指導教員の選定や企業側への学生教育に対するインセンティブの付与など、ありとあらゆる仕組みを構築することで、リスクを低減するよう働きかけた。

結果、2年間で13社(註)と協体制度を築き、18人の学生を派遣してきた。この実績をもとに、本学特有の仕組みをさらに発展させていきたい。そして、もし本稿を読んで自分の大学でも同様の教育プログラムを本気で作りたいと思う方がいれば、ぜひご連絡いただきたい。経験を生かし、日本の医療系学生の未来のため、最大限サポートすることをお約束する。

最後に、学生時代の私は部活動ばかりに熱心な不真面目学生で、カリキュラム内での思い出などほとんどない。そんな一卒業生が、仕事の空き時間などを使ってこのような取り組みを行っている。「なぜ一人でこんな大変なことを続けているのか?」「この原動力は一体何なのか?」とよく聞かれるが、その答えは単純である。“医科歯科大が好きだから”だ。昔に比べて忙しい教育カリキュラムを一生懸命こなしている現在の学生には、1つでも“記憶と心に残るカリキュラム”を提供できればと思っている。それが、未来の“医科歯科大好き人間”を一人でも多く作り出すことにつながり、ひいては大学にも社会にも良い影響をもたらす人材の育成につながると信じている。

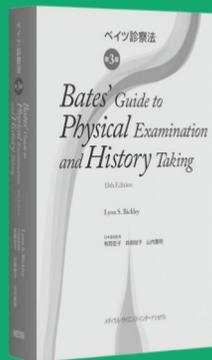
註:本プログラムに協力する企業は以下のとおり(順不同)。株式会社iMed Technologies, 株式会社T-ICU, 株式会社Medii, アイリス株式会社, アンター株式会社, サスメド株式会社, AMI株式会社, Holoeyes株式会社, WHITE CROSS株式会社, TXP-Medical株式会社, 株式会社エム, 株式会社ヘッジホッグ・メドテック, 株式会社SABU。

●やまもと・こうへい氏/2003年東京医歯大卒。07年同大包括病理学分野助教。10年に渡米し、メモリアルスローンケタリングがんセンター博士研究員、シダーズサイナイ医療センター客員研究員を経て13年に帰国する。22年より現職。19年11月~21年7月まで経産省ヘルスケア産業課部分出向。21年8月より、経産省が主催・運営する、医療・ヘルスケア系ベンチャー、企業新規部門、大学研究室などに対するビジネスワンストップ相談窓口であるHealthcare Innovation Hubのアドバイザーを務める。

ベイツ診察法 第3版

Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 13th Edition

定番、7年ぶりの改訂。



身体診察本の
新刊
どちらの名著を開こうか
網羅
作法

日本語版監修 有岡宏子 聖路加国際病院一般内科部長
井部俊子 長野保健医療大学教授 / 聖路加国際大学名誉教授
山内豊明 放送大学大学院教授 / 名古屋大学名誉教授

A4変 1,264頁 フルカラー 図646・写真800・表150
ISBN978-4-8157-3056-7

定価 12,100円 (本体 11,000円+税10%)

ドゥガーウィン 診断のための診察と検査

DeGowin's Diagnostic Examination, 11th Edition



はじまり
原初の
一冊。

監訳 上田剛士
洛和会丸太町病院 救急・総合診療科 部長

A5変 1,168頁 2/4色 図279・写真28
ISBN978-4-8157-3060-4

定価 9,900円 (本体 9,000円+税10%)

もう怖くない循環器内科 大事なところ, 教えます

新刊 循環器のトビラ

循環器には興味がある でもちょっと苦手 そんな皆さんようこそ

▶研修医や内科専攻医のほか、循環器に興味があるすべての方に贈る、循環器診療のコモンな知識が習得できる指南書。疾患や病態への対応の大枠をつかむことを主眼とし、循環器分野の主要な領域を網羅しつつ、どの科に進んでも出会う(そして困ることの多い)トピックにもふれ、循環器内科以外に進む際にも手助けとなる。3段階のまとめや解説で重要な知識を整理。学習ステージが変わっても何度も目を通して活用できる。



監修・執筆: 杉崎陽一郎 Cardiovascular Research Foundation / Columbia University Irving Medical Center
執筆: 小島俊輔・佐藤宏行・高麗謙吾

定価5,940円(本体5,400円+税10%)
A5 頁360 図73・写真26 2022年
ISBN978-4-8157-3059-8

医学書院主催 Web セミナー

尾身茂先生登壇！クロストークセミナー

リーダーシップ

君たちはどんな“医療のカタチ”をつくるのか？



日時 2022年12月2日(金) 19:00~21:00

リアルタイム配信後、1か月間アーカイブ配信もございます

参加費 3,300円(税込)



尾身茂先生

公益財団法人 結核予防会 理事長 / 新型コロナウイルス感染症対策分科会会長



山本健人先生

田附興風会医学研究所 北野病院 消化器外科・腫瘍研究部



市原真先生

北海道厚生連 札幌厚生病院 病理診断科

主なプログラム

第1部 Dr. 尾身のアジアでのリーダーシップ —ポリオ、結核、SARS、鳥インフルエンザ編 & Dr. 山本と Dr. 市原による深堀り

第2部 Dr. 尾身の日本でのリーダーシップ —新型コロナウイルス・パンデミック編 & Dr. 山本と Dr. 市原による深堀り

第3部 クロストーク！リーダーシップ

詳しい情報は [こちらから](#)



『まるごとアトピー』出版記念 Web セミナー

受講料 無料

知ってトクする

アトピー性皮膚炎診療の最新知識



日時 2022年11月20日(日) 19:00~20:30

*上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

講師



【司会】

大塚 篤司 先生
近畿大学医学部 皮膚科学教室・主任教授



佐治 なぎさ 先生
イデアスキンケアクリニック 代官山・院長、昭和大学皮膚科学教室・兼任講師

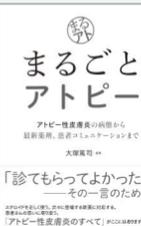


堀向 健太 先生
東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 小児科・助教



山本 晴代 先生
近畿大学病院皮膚科・非常勤講師

- 講演1 アトピー性皮膚炎の最新知識総論
- 講演2 小児のアトピー性皮膚炎
- 講演3 アトピー患者の洋服選び、布団選びのコツ
- 講演4 アトピー患者の美容と化粧指導
- 座談会



参考書籍

まるごとアトピー
アトピー性皮膚炎の病態から最新薬剤、患者コミュニケーションまで

(医学書院、2022年)

上記書籍をお手元にご用意いただけますと、セミナーの理解が一層深まります。



詳しい情報は [こちらから](#)



11 medicina

内科臨床誌メディチーナ
Vol.59 No.12



避けて通れない心不全診療

急増する心不全患者を診るためには、循環器力はもちろん、臓器横断的、全人的に診療する総合内科力が必要となってくる。そこで本特集では心不全の知識はもちろん、コミュニケーションスキルや意思決定を支援する力、緩和ケア力などのエッセンスを幅広く盛り込んだ。非循環器医であっても避けて通れない、心不全診療に向き合うガイドとして活用していただきたい。

企画：平岡栄治(東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科)

INDEX

- 第1章 心不全総論
- 第2章 急性心不全
- 第3章 慢性心不全
- 第4章 心不全の新薬について
- 第5章 基礎になる心疾患各論
- 第6章 心不全発症予防

●1部定価：2,860円(税込)

連載

- ローテクでもこまごまできる！おなかのフィジカル診断塾
- 治らない咳、どう診る・どう処方する？
- 続・ケースレポートを書こう！“論文の軸の設定”トレーニング
- ここが知りたい！ 欲張り神経病巣診断
- 主治医の介入でこれだけ変わる！内科疾患のリハビリテーション
- 目でみるトレーニング

▶2022年増刊号(Vol.59 No.4)

フィジカル大全

読んで、見て、聴いて、身体診察を完全マスター！

企画：徳田安春(群星冲縄臨床研修センター)

●特別定価：6,050円(税込)

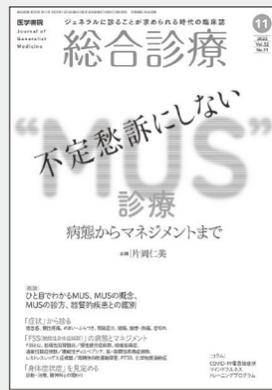
▶来月の特集(Vol.59 No.13)

令和の頭痛診療

プライマリ・ケア医のためのガイド

企画：竹島多賀夫(寿会富永病院・富永クリニック 脳神経内科・頭痛センター)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



総合診療

Vol.32 No.11

不定愁訴にしない“MUS”診療

病態からマネジメントまで 企画：片岡仁美(岡山大学病院 総合内科・総合診療科)

検査に異常はなく、症状はあるが医学的に説明できない…。プライマリ・ケアセッティングの2割を占めるとも言われる「MUS (medically unexplained symptoms)」。コロナ禍が続くなか、なんとなく体調が悪い患者さんも増えている。「症状」「機能性身体症候群(FSS)」「身体症状症」の3つの切り口から、最新の知見を含め整理した。

INDEX

- 【総論】①ひと目でわかるMUS…片岡仁美 ②MUSの概念—それは本当にMUSなのか?…西山滋 ③MUSの診方—診断・治療から「患者のwell-being」へ…加藤光樹 ④MUSと器質的疾患—“自分との戦い”：自分を制御する技法…國松淳和
- 【各論I】「症状」から診るMUS Q&A ①倦怠感：鑑別のポイントは？ 病的な倦怠感とは?…片岡仁美 ②慢性疼痛：どんな評価で鑑別するか? 専門家へのコンサルが必要なのは?…鉄永倫子・鉄永智紀 ③めまい・ふらつき：慢性めまいは心因性? 見落としはならない疾患は?…鏑野好 ④胃腸症状：内視鏡や画像検査で診断できない疾患群は? その鑑別のポイントは?…世平百世・三澤拓・塩谷昭子 ⑤頭痛：一次性頭痛の鑑別のポイントは? 稀な一次性頭痛は?…伊藤康男・荒木信夫 ⑥動悸・胸痛：診断の進め方のポイントは?…樗木晶子 ⑦息切れ：診断・鑑別のポイントは?…岡田宏基
- 【各論II】「FSS」の病態とマネジメント Caseつき ①機能性身体症候群(FSS)とは?…村上正人 ②筋痛性脳脊髄炎/慢性疲労症候群(ME/CFS)…佐藤元紀・伴信太郎 ③維筋痛症…松本美富士 ④過敏性腸症候群(IBS)/機能性ディスペプシア(FD)…三澤拓・世平百世・塩谷昭子 ⑤筋・筋膜性疼痛症候群…鉄永倫子・鉄永智紀 ⑥レストレスレッグス症候群/周期性四肢運動障害…中村真樹 ⑦PTSD…加茂登志子 ⑧化学物質過敏症…坂部貴
- 【各論III】「身体症状症」を見定める ①身体症状症の診断・治療—原因不明の身体症状に“伴走”する…太田大介 ②原因不明の身体症状について精神科医が総合診療医に伝えたいこと…宮岡等
- 【コラム】①COVID-19罹患後後状とMUS…大塚勇輝・徳増一樹・大塚文男 ②マインドフルネス…佐渡充洋 ③総合診療医のMUS診療トレーニングプログラム…太田大介
- 【Editorial】本当にmedically unexplained?…片岡仁美

▶来月の特集(Vol.32 No.12)

レクチャーの達人 とおきの生ライブ付き!

企画：坂本 社(国保旭中央病院 救急救命科) 高橋宏瑞(順天堂大学医学部 総合診療科) 鎌田一宏(福島県立医科大学津医療センター 総合内科)

●1部定価：2,750円(税込)

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引! 配送料は弊社負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2022年 年間購読料
▶ medicina 40,788円(税込) (増刊号・増大号を含む年13冊)
▶ 総合診療 32,472円(税込) 個人特別割引28,248円(税込)
医学生・初期研修医割引22,044円(税込)

電子版も選べいただけます

医学書院