

2022年12月5日
第3496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

今週号の主な内容

- [座談会] 救急医のミッドキャリアクライシス(船越拓, 山上浩, 千葉拓世, 佐藤信宏) 1-2面
- [寄稿] 研修医, 専攻医に効果的な振り返りを促すR2C2モデルの活用(三好智子, 他) 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/第30回総合リハビリテーション賞 6-7面

救急医のミッドキャリアクライシス

若手からベテランまで長く働き続けられる体制の構築を

今後ますます救急医療の充実が求められる日本において、救急医の確保は重要な検討課題と言える。しかし救急医は、ミッドキャリアである40代を契機に、さまざまな理由から救急医療の現場を離れていく。救急医が現場を離れず長く働き続けるには、いったいどうすればよいか。「ミッドキャリアを迎えた救急医が長く働き続けられることを下の世代に見せるのが重要」と語る船越拓氏を司会に、まさにキャリアの中盤に差し掛かった同世代の救急医4氏が救急医を続けていくための可能性を探った。

船越 本日はお集まりいただきありがとうございます。救急医は40代を境に救急医療の現場を離れる傾向にあります。そのため、他診療科に比べ平均年齢が低く、50代以上の年長者が少ないことが特徴です(表・図)^{1, 2)}。ここ数年で、私の周りでも同世代の救急医が現場を離れていきました。救急科は夜勤・当直が多いことから、年齢を重ねて体力が低下するといけません。私も含め本座談会の出席者は全員40代であり、夜勤のつらさが段々と身に染みてきている頃ではないでしょうか。40代というのは臨床スキルの面では成熟し、仕事のやりがいや面白さを改めて見つめ直す年代とも言えます。そこで今回は、そうしたキャリア中盤に差し掛かる同世代の救急医4人

で、ミッドキャリアクライシスを乗り越えて救急医を続けていくためのヒントを考えていきたいと思っています。

いかに自らを鼓舞し、仕事の価値を実感するか

船越 救急医療の専門性に対する他の診療科の無理解、あるいは救急医療自体が外傷診療から内科的診療・高齢者診療にシフトしたことなどによって、自身の専門性に疑問を感じてモチベーションを保てなくなる人がいます。皆さんはどうモチベーションを保っていますか。

佐藤 他にも、外来で対応が難しい患者が続くと、モチベーション維持がきつくなる時がありますね。それでも維持できているのは、故郷のために貢献

船越 拓氏 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急・集中治療科(救急外来部門)部長 / IVR部門長=司会
ふなこし・ひらく氏/2005年千葉大医学部卒。市中病院での初期研修中に救急医療の面白さに気付く。07年国保松戸市立病院(現・松戸市立総合医療センター)救命救急センターで後期研修。千葉大病院総合診療部などでの勤務を経て、17年新設の東京ベイ・浦安市川医療センターの立ち上げに参加。17年より現職。

山上 浩氏 湘南鎌倉総合病院 救命救急センター長
やまがみ・ひろし氏/2003年福井大医学部卒。当初は循環器内科医を志すも、患者をジェネラルに診療することの必要性を感じ、06年より湘南鎌倉総合病院救命救急センターにて後期研修を行う。13年同院救命救急センター部長を経て18年より現職。

千葉 拓世氏 国際医療福祉大学成田病院救急科 講師
ちば・たくよ氏/2004年九大医学部を卒業後、亀田総合病院での初期研修中に救急医を志す。08年より福井県立病院救命救急センターで勤務した後、14年米マサチューセッツ大にレジデンスとして留学。17年米ハーバード大でクリニカルフェローとして中毒の臨床および研究に取り組む。19年より現職。

佐藤 信宏氏 新潟市民病院救急科 副センター長
さとう・のぶひろ氏/2005年新潟大医学部卒。患者急変時にうまく対応できなかった初期研修時代の経験から、新潟市民病院の救急科で後期研修に励む。福井大救急部などで臨床経験を積みつつ、13年新潟大大学院医学系研究科公共健康医学専攻(公衆衛生大学院)修了。16年新潟大大学院医歯学総合研究科地域疾病制御医学専攻で博士号を取得する。18年より豪モナシュ大にリサーチフェローとして留学。20年より現職。

したい、自分の働いている地域を良くしたいとの気持ちからです。
山上 私は皆さんのような大学院進学や留学などの経験はなく長く臨床現場にいますが、それでもモチベーションを維持できていると感じます。「自分

は内科疾患から外傷まで全身を診られる救急のスペシャリストとして診療している」と考え、他者評価を気にしないことがよいのかもしれません。「救急医は研修医10年目」などと心無い人から揶揄されることも承知していますが、私自身は全くそう思っていない。救急医の仕事の本質を知らない人からの意見は気にする必要がありませんし、私が迷い始めたら後輩たちも迷ってしまう。研修医にも自身の信念を必ず伝えるようにしています。

船越 私も山上先生と同様に、下の世代を教える使命感が自分を支えている気はします。

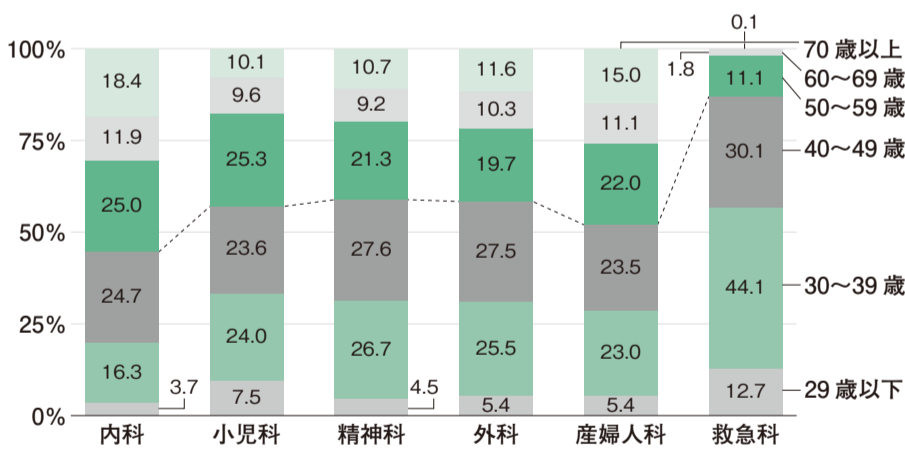
山上 それに、適切な初療を行うのは実は難しいし、高度な専門性です。私はもともと循環器内科に興味があり内科研修をしていたのですが、自身の診療で患者に迷惑を掛けてしまったこ

(2面につづく)

●表 主たる診療科別にみた医師数および平均年齢(文献1をもとに作成)
救急科の平均年齢が41.8歳と最も低い。2020年のデータ。

	医師数(人)	平均年齢(歳)
総数*	323,700	50.1
内科	61,514	58.9
小児科	17,997	50.7
精神科	16,490	52.4
外科	13,211	53.6
産婦人科	11,219	50.1
救急科	3,950	41.8

*:[総数]には主たる診療科不詳を含む。



●図 主たる診療科別にみた医師の年齢構成(文献2をもとに作成)
救急科は他診療科に比べ50代以上の割合が低い。2006年のデータ。

●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。

December
2022

新刊のご案内

医学書院

Pocket Drugs 2023

監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1216 定価: 4,730円[本体4,300+税10%]
[ISBN978-4-260-04975-7]

子どもの「痛み」がわかる本

はじめて学ぶ慢性痛診療
加藤 実
A5 頁160 定価: 3,850円[本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05008-1]

〈標準理学療法学 専門分野〉 神経理学療法学 (第3版)

編集 森岡 周、阿部浩明
B5 頁476 定価: 5,720円[本体5,200+税10%]
[ISBN978-4-260-04989-4]

〈標準作業療法学 専門分野〉 日常生活活動・社会生活行為学 (第2版)

編集 濱口豊太
編集協力 曾根稔雅
B5 頁328 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05053-1]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 小児科学 (第6版)

編集 前垣義弘、小倉加恵子
B5 頁288 定価: 4,730円[本体4,300+税10%]
[ISBN978-4-260-05013-5]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 整形外科学 (第5版)

染矢富士子、菊地尚久
B5 頁240 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05049-4]

新訂版 緊急ACP

悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方
伊藤 香、大内 啓
A5 頁184 定価: 2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05118-7]

マンガ 精神疾患をもつ人への関わり方に 迷ったら開く本

教えて看護理論家の先輩たち! 私の役割って何?
原作 中村 創
漫画 水谷 緑
A5 頁192 定価: 1,980円[本体1,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05117-0]

看護教員のための 問題と解説で学ぶ 教育評価カトレーニング

監修 佐藤浩章
編著 大串晃弘
A5 頁160 定価: 2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05060-9]

(1面よりつづく)

とがありました。この経験から、初療をきちんと行える医師になりたいと救急医を志したのです。

千葉 強い意志を持って救急医を志望されたからこそモチベーションが保てているのですね。

私は誰かの助けになりたいとの思いから医師を志し、「優しい医師であること」が仕事を続けるモチベーションになっています。救急搬送されてきた患者を診て、緊急性が低いかから帰宅させるのは医学的には正しいかもしれませんが、その場合でも患者に寄り添いたいと思っています。

船越 患者に寄り添いたいという気持ちは、米国への留学でより強まったと感じますか。

千葉 ええ。米国では違法薬物などに手を出す患者が一定数いて、彼らは社会的な問題を抱えていることが多かったです。そうした気付きから臨床中毒学に興味を持ち、現地で勉強し始めました。すると、私のメンターは中毒の知識だけでなく、患者サポートの方法まで教えてくれました。一歩先まで踏み込んで何かできることはないかと、患者に懸命に向き合う姿勢に感銘を受けたのです。

また留学時に感じたのが、海外の医師は自分で自分を労うのが上手ということです。そうやって仕事の価値や意義を見だしやすくなれば、救急医を続けるモチベーションを維持できるかもしれません。2019年に日本救急医学会が「働き方改革アクションプラン」³⁾を発表し話題になったように、学会レベルで現場の救急医を応援するメッセージが出されるのもよいと思います。

体制を整備し、救急医を続けることで後進に道を示す

船越 中堅の救急医が減ると、若手が増えづらい悪循環に陥ります。学生や研修医が将来的な専攻を検討する際に、中堅になってキャリアを変更していく先輩たちを見ると選択しづらくなるのは当然です。

佐藤 医療を支えるという点でも問題が出てくるはずですが。40代は医師として脂の乗っている時期。そうした人材がいなくなるのは組織にとっても痛手です。人数が減ると現場の負担がさらに増えますよね。モチベーション以外で救急医がキャリアを断念する理由は何が考えられるのでしょうか。

船越 「救急医としてのセカンドキャリアの少なさ」が考えられます。救急医は一度現場を退くと開業医になったり在宅医療に進んだり、救急医として復帰する人が少ないです。体力的に夜勤がなくなってくるのも大きい要因でしょう。

佐藤 ちなみに皆さんは現在、月に何回くらい夜勤がありますか。

船越 私は月5、6回くらいです。当院だと22時から翌日の8時までが夜

勤の勤務時間なのですが、40代になって少しくつくなってきたなと感じます。

山上 私も多い時は月6回で、17～23時の準夜勤も5、6回入っています。その分、日中は部門の管理業務が中心です。

千葉 当院は医師のバーンアウトに配慮して、月3回くらいです。その代わり、16時から翌日の8時までと少々長めです。

佐藤 それはそれできつそうですね……。

千葉 事前に寝られないまま診療すると翌日はへろへろです(笑)。

船越 10年後、20年後も今と同じ回数夜勤をこなしていくのは厳しいと考える救急医は少なくない中で、皆さんは救急医を続けていくことをどう考えていますか。

佐藤 当科のセンター長はもうすぐ60歳になりますが、いまだ現役バリバリで他の救急医と同様に夜勤をこなしています。そうした姿を見るとこれからも救急医を続けていくことにあまり不安は感じていません。

船越 60歳でも夜勤をこなしているのはすごいですね。

佐藤 当院の夜勤には救急外来と病棟管理があります。病棟管理は途中で仮眠できる日もあり、年長者は病棟管理が多く割り当てられることも続けられる理由の1つだと思います。

千葉 米国でも60歳になっても第一線で働く救急医がいました。やはり年長の救急医は日勤がメインで、夜勤は若手が入っていましたね。米国では勤務開始時間を少しずつずらしながらシフトを組む病院が多いです。日本でも同じことができればよいのですが、実現できるのは規模の大きい施設のみでしょう。

山上 夜勤は若手優先となると若手医師の疲弊につながりそうです。われわれが50、60歳になっても救急医として働ける体制をつくっていくには、救急医の絶対数を確保してシフトが組めるような施設を増やしていくことが求められます。

船越 日本はER型救急の歴史が浅く、50代以降になってもロールモデルとして活躍する救急医が全国にそう多くいません。ER型救急を開拓した最初の世代の代表が寺澤秀一先生(福井大)であり、その後に林寛之先生(福井大)らが続きます。そして、ER型救急が徐々に発展し、われわれの世代がボリュームゾーンになってきたのだと思います。救急医を増やすには、下の世代も継続して働ける仕組みを整備することに加え、「救急医を続けられること」を見せていくのが、われわれの大事な役割なのかもしれません。

診るべき患者を“診たい患者”にする力

船越 救急科志望の若手を増やすには、救急医療の面白さを知ってもらう

のが一番です。私は、救急医療の面白さは病院や地域の救急体制をデザインできる点だと考えています。さまざまな課題を発見解決して、その病院もしくは地域を良くしていく。そうした活動を経て救急医として一段ずつステップアップしていくと、存在意義を感じ続けられ息の長いキャリアにつながるはずですが。皆さんが感じる救急医療の面白さや、救急医として働く魅力を教えてください。

山上 現代社会のニーズに合わせて提供する医療を自分たちでつくっていく点ではないでしょうか。かつて、救急搬送されてくる患者の多くは交通事故で外傷を負った方でした。しかし、現在は高齢者や社会的な問題を抱えた方がほとんどです。対象患者が変容し、提供する医療がすぐには確立しないからこそ、自分たちでつくっていく面白さがあると感じています。

船越 蘇生できる診療能力は救急医のボトムラインとして重要ですが、診療方針の構築においては救命至上主義でなく患者の価値観に合った医療を提供することが救急医に求められていますよね。救急医療が社会的弱者と向き合わなければいけない中で、救急医に求められるのは社会が要請する診るべき患者を“診たい患者”にする力かもしれません。関心のある領域を限定しないことは、救急医療のやりがいを考える上では重要です。

佐藤 同感です。例えば、「三次救急で重症患者を診たい」という気持ちが強すぎると軽症者を診たくなくなってくる。救急医を志すならば、「こういう医師になりたい」という気持ちを強く持ち過ぎないほうが良いと思っています。

また、救急医は基本的にシフト制勤務のため、オン・オフの切り替えがは

お互いを励まし合える仲間の存在を大切に

船越 ここまで救急医を続けていくためのヒントを話し合ってきました。最後に救急医をめざす研修医や、これからミッドキャリアに差しかかる救急医の後輩たちへメッセージをお願いします。

山上 救急医療は社会のニーズに合わせて在り方が変化していくため、まだ多くの課題があります。私自身はそれらの課題を1つずつクリアしていくのも仕事を続けるモチベーションになっています。めざすロールモデルが少ないからこそ自分なるつもりで、ぜひ救急医療を楽しんでください。

千葉 若い先生方が救急医をめざしたくなるように、われわれ世代の救急医が自分たちの背中を見せて、「救急医療が楽しい」と思わせなければと、今日の座談会を経て思いました。ぜひ一緒に救急外来で楽しく働ける日が来ることを願っています。

佐藤 救急医療に限った話ではなく、自分のやりたいことにこだわり過ぎるとどうしてもやりたくないことが出て

っきりとしています。これは救急医として働くメリットと言えるでしょう。他にも、家族や友人など自分の大切な人たちに何か起きたときに、とっさに判断・対応できるところも魅力の1つかもしれません。

千葉 私生活が充実しないと仕事にも集中できないので、オフの時間をうまく使えるかは重要です。私の場合、休日は子育てに注力しています。

船越 子育てが忙しい時期は短勤務にして、落ち着いてきたらフルタイムに戻すという働き方を取り入れやすいですね。私も今子育て中ですが、これから先、子どもが少しずつ親離れして子育てに時間がとられなくなると考えたときに、再度仕事の比重を上げたいと思う時がやってくるのかと予想しています。救急医療は常に現場に立っていないと実力が落ちる領域ではないと思いますので、フレキシブルに働けるのも魅力の1つです。

千葉 フレキシブルな働き方を全国で推進する上で、解決すべき課題もありますよね。

山上 施設によって状況はさまざまです。産休、育休が取得しやすいことから女性の救急医が集まる施設もあれば、慢性的な人員不足のところもあります。救急医が偏在している現状を解決しなければいけません。

千葉 たしかに3人救急医の病院が10か所あるよりも、10人救急医の病院が3か所あったほうがシフトはうまく回ります。

船越 救急医療を集約化して一施設当たりの救急医が増えれば、高いパフォーマンスを発揮できます。そうすれば一人当たりの負担も減り、救急医が長く働き続けられる体制が構築できそうです。そうした施設の整備も必要でしょうね。

きてしまいます。自分に何が求められているのかを感じながら医療を支えていってほしいです。

船越 今日の座談会を通じて、お互いの心境を話して励まし合える仲間がいることが何より大切だと改めて感じました。20年後に再度この4人で集まって、「楽しく救急医を続けられているよ」と飲みながら話し合えるように、頑張っていこうと思います。今日はありがとうございました。(了)

●参考 URL

- 1) 厚労省. 令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況——表4 主たる診療科別にみた医療施設に従事する医師数及び平均年齢. 2022. <https://onl.bz/TRxWeWJ>
- 2) 厚労省. 平成18年(2006)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況——統計表5 医療施設従事医師・歯科医師数及び構成割合、年齢階級・診療科名(主たる)別. 2006. <https://onl.bz/b6SCwv2>
- 3) 日本救急医学会. 働き方改革アクションプラン. 2019. <https://www.jaam.jp/actionplan/>

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べる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



小さなサイズからは想像できない膨大な臨床情報をコンパクトにまとめた救急マニュアル

タラスコン救急ポケットブック

「タラスコン」は小さなサイズからは想像できない膨大な臨床情報をわかりやすく簡潔に記載し、海外で高い人気を誇るポケットマニュアルのシリーズ。本書は救急で遭遇する多くの疾病のクリニカルプレディクションルール(CPR)やガイドラインを網羅し、要所にリファレンスを掲載。単なるエキスパートオピニオンではない、エビデンスに基づいた診療方針をコンパクトに提示する。

原著 Richard J. Hamilton
監訳 船越 拓
本間洋輔
関 藍



寄稿

研修医, 専攻医に効果的な振り返りを促す R2C2モデルの活用

三好 智子¹⁾, 大戸 敬之²⁾, 岡崎 史子³⁾, 船越 拓⁴⁾, 吉田 暁⁵⁾, 芳野 純⁶⁾, 西城 卓也⁷⁾

1) 岡山大学大学院医歯薬学総合研究域総合内科学くらしき総合診療医学教育講座 准教授, 2) 鹿児島大学病院歯科総合診療部 助教, 3) 東京慈恵会医科大学教育センター 准教授, 4) 東京ベイ・浦安市川医療センター救急集中治療科 部長, 5) 新潟市民病院救命救急センター 副センター長, 6) 帝京平成大学健康メディカル学部理学療法学科 准教授, 7) 岐阜大学大学院医学系研究科医療者教育学専攻 専攻長

●表 R2C2モデルにおける各段階の目的と目標(文献5をもとに作成)

ステージ1 信頼と関係を構築する	ステージ2 評価結果に対する反応や認識を探る	ステージ3 レジデントが結果/評価表の内容をどう理解しているか探索する	ステージ4 パフォーマンスを改善させるためのコーチング
目標: レジデントを誘い(いざない), 関係を築き, 相互の敬意と信頼を築くこと	目標: レジデントが理解されていると感じ, 自分たちの意見を聞いてもらい, 尊重されていると感じること	目標: レジデントにとって, 評価結果が意味すること, 改善のために提案される機会を明確にすること	目標: レジデントが改善する領域を特定し, 達成可能な学習/改善計画を作成すること

どうして振り返りが必要か

医療者は, 臨床現場でうまくいった経験やうまくいかなかった経験をもとに, より安全で適切な医療を提供するよう日々努力しています。熟達した医療者は, 臨床現場での自らのパフォーマンスに対する課題や, その課題を克服する方略を見いだすことが可能です。さらに, それらの方略を実行し, 実行後のアウトカムから次なる課題にチャレンジすることにも秀でています。つまり, プロフェッショナルである医療者は, ドナルド・A・ショーンが提唱したような省察的実践¹⁾を日々, 行っています。しかしながら, 医療者として成長過程にある研修医・専攻医は, 自らのパフォーマンスに対する振り返りを自分自身で行うことが時に難しく, 指導医による形成的評価(フィードバック)などのガイドが必要です。

これまでも, 臨床現場でのパフォーマンスを評価するために妥当性のある評価ツールが開発されてきました。例えば, 診察の評価ツールである Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise) や技能を観察評価する DOPS (Direct Observation of Procedural Skills), カンファレンスでの担当患者に対する問題解決能力を評価する CbD (Case based Discussion) などが挙げられます²⁾。しかしこれらの妥当性のあるパフォーマンス評価ツールを用いて研修医・専攻医を評価しても, 研修医・専攻医は指導医評価が自己評価と乖離していると認識して評価を受容しなかったり³⁾, 指導医がフィードバックを効果的に伝えられなかったりすることがあります。したがってこれらの評価ツールが必ずしも有効には活用されていない⁴⁾という状況に陥りがちです。

R2C2モデルで振り返りを行う利点

R2C2モデルは, Sargeantらにより開発された評価を伝える際の研修医・専攻医と指導医との面談モデルです³⁾。研修医・専攻医の臨床現場でのパフォーマンスを改善するために指導医が振り返りを促し, 行動変容をもたらすために用いられ, 「ステージ1 信頼と関係を構築する (Relationship building)」「ステージ2 評価結果に対する反応や認識を探る (exploring Reactions)」「ステージ3 レジデントが結

果/評価表の内容をどう理解しているか探索する (exploring Content)」「ステージ4 パフォーマンスを改善させるためのコーチング (Coaching)」の4段階に分かれています³⁾。われわれは開発者の許可を得て, このモデルの日本語版を発表しました⁵⁾。

R2C2モデルの優れている点は大きく2つあります。1つ目は, 面談が構造化されていることです。4段階で順に面談を進めることにより, 指導医と研修医・専攻医双方が評価を納得し受け入れる状況を整え, 共に学習/改善計画を立てる段階を踏むことができます(表)。振り返りでは, 自分の感情を認識することも重要な学習プロセスだとされ⁶⁾, 評価結果に対する反応や認識を探ることも時間を取る必要があります。2つ目は, 各段階の目的・目標・方略・フレーズ例が挙げられている点です(註)。これらの目的・目標を認識した上で各フレーズを使用し, 研修医・専攻医に問いかけながら会話を進めると, 自然と振り返りや学習/改善計画の立案ができるようになっていきます。

4つの段階を踏んで振り返る

それでは, R2C2モデルを使用した振り返りの流れを, 指導医のフレーズ例を挙げながら確認しましょう。『医師臨床研修指導ガイドライン2020年度版』⁷⁾では, 初期研修の2年間のうちに少なくとも半年ごとの形成的評価の実施が求められており, 臨床研修病院のプログラム責任者や指導医が活用できると考えます。また, 臨床現場の一場面での行為についての振り返りでも R2C2モデルは有効だと言われています⁸⁾。そこで今回は, 初期研修半年ごとの振り返りの場面と, 病棟でのパフォーマンス評価後の場面の2つの例を挙げます。

◆初期研修半年ごとの振り返りの場面で

ステージ1 信頼と関係を構築する

指導医「これから, 研修半年の節目の振り返りを行いますね。ローテーションはどうでしたか?」「何が楽しかったですか?」「どんなことに挑戦しましたか?」

ステージ2 評価結果に対する反応や認識を探る

指導医(レジデントに評価表を見せながら)「評価表の結果は, あなたが思っていたものと比較してどうですか?」「意外な部分はありますか?」「目標に達していないと聞くのはつらいですね」

ステージ3 レジデントが結果/評価表の内容をどう理解しているか探索する

指導医「どこかわかりにくいところがありますか?」「このようなコメントがありますが, 何か心当たりのある出来事がありますか?」

ステージ4 パフォーマンスを改善させるためのコーチング

指導医「次のローテーションで達成したいことは何ですか?」

◆病棟での1つのパフォーマンスに対して

ステージ1 信頼と関係を構築する

指導医「前回の面談で, あなたと一緒に“X”に挑戦することを確認しましたね。今回の経験はどうでしたか?」「何がうまくいきましたか?」「何がうまくいきませんでしたか?」

ステージ2 評価結果に対する反応や認識を探る

指導医「あなたが“X”をしているのを見て, “Y”と思いました。私のフィードバックを聞いて, あなたは何を考えましたか?」

ステージ3 レジデントが結果/評価表の内容をどう理解しているか探索する

指導医「どこか, わかりにくいところがありますか?」

ステージ4 パフォーマンスを改善させるためのコーチング

指導医「次の目標は何ですか?」「いつ, 誰とフォローアップしましょうか?」

R2C2モデルを使ってみる

実際にわれわれは, R2C2モデルを使って研修医—指導医面談を行いました。研修医は事前に, 研修目標に対する到達状況について自分自身で振り返りを行い, それを記録した上で面談に臨んでいます。研修医の面談後のアンケートでは, 多くの研修医が R2C2モデルを使用した指導医との面談に肯定的な感想を持っていました。特に, 指導医とのコミュニケーションの中で, 自ら課題を発見したり, 学習/改善計画立案の重要性に気づいたりだけでなく, 自分の考えを伝えられる場である点を有意義だと考えているようでした⁹⁾。

*

R2C2モデルは, 欧米の複数国でレジデント—指導医間での有効性が検証されています。しかし, アジア諸国や医師以外の医療者での検証はされていません。日本の文脈において, あるいは他の医療職においても有効であるか, さらなる研究が望まれます¹⁰⁾。

これまでも学会発表やセミナーなどで, R2C2モデルのワークショップを行ってきました。ロールプレイなども交えて学べる場になっており, 今後も開催する予定です。ぜひご参加ください。また, R2C2モデル実践のディスカッションも計画中です。皆さんと一緒に, 臨床現場でのより良い振り返り面談ができるよう, 日本の文化にあった R2C2モデルを育てていきたいと思っています。

註: 各ステージの方略とフレーズ例は, 文献5の表1を参照。

●参考文献・URL

- 1) ドナルド・A・ショーン. 省察的実践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考. 鳳書房; 2007.
- 2) Med Teach. 2007 [PMID: 18158655]
- 3) Joan Sargeant, et al. Evidence-Informed Facilitated Feedback: The R2C2 Feedback Model. Association of American Medical Colleges; 2016. <https://bit.ly/3UMwQnF>
- 4) Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2016 [PMID: 26003590]
- 5) 三好智子, 他. 効果的なフィードバックの伝達および省察・行動変容を促すコーチングをブレンドした面談モデル—R2C2モデルの紹介と日本語版. 医教育. 2022; 53(1): 77-82.
- 6) Med Teach. 2002 [PMID: 12098429]
- 7) 厚労省. 医師臨床研修指導ガイドライン2020年度版. 2020. <https://bit.ly/3Ek67ti>
- 8) J Grad Med Educ. 2020 [PMID: 32089791]
- 9) 岡崎史子, 他. 効果的な臨床研修医のフィードバック, コーチング—R2C2を用いて. 第53回日本医学教育学会. 2021.
- 10) Miyoshi T, et al. The need for researching the utility of R2C2 model in Cross-Cultural and Cross-Disciplinary settings. The Asia Pacific Scholar. 2022; 7 (4): 86-7.

学びにくい専門科の知識とコンサルト力を身につける

レジデントのための専門科コンサルテーション マイナーエマージェンシーに強くなる

レジデントにとってメジャー科以外の専門科は, そのすべてを初期研修中にローテーションすることができず, 知識も不十分になりがちなため, 専門科医師へのコンサルトのタイミングを図るのが難しいという悩みを抱えている。本書は12の専門科について「いつ, どのようにコンサルトすべきか」が理解できるとともに, 学びにくい専門科の知識や自力で対応できる技術を修得できる。巻末には, デキるレジデントになるための座談会も収録。

編著 山本健人



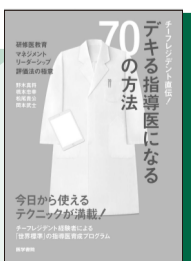
今日からあなたも「名指導医」です!

チーフレジデント直伝! デキる指導医になる70の方法

研修医教育・マネジメント・リーダーシップ・評価法の極意

指導医に必要なリーダーシップ, マネジメント, 教育スキル, メンタリングなどをQ&A方式で解説。臨床での指導テクニック, カンファレンス運営, プレゼン指導, カリキュラム作成, クラウドサービス, SNSなどのIT技術といった具体的なテクニックを幅広く紹介。パンデミック下での新しい研修スタイルの提案も収録。米国で学んだ著者らによる, 経験と実績に裏打ちされた指導育成プログラムで, あなたも「名指導医」になれる!

野木真将
橋本忠幸
松尾貴公
岡本武士



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7回 そのアナフィラキシー対応、遅れてない? advanced編

「アドレナリン筋注をガイドライン通りにしっかり行ったのにアナフィラキシーが改善しない! どうしよう……」。そんなとき、第2・第3の矢を持っておくことで、救急の現場での安定感が抜群にアップします。前回のbasic編(3493号)では、アナフィラキシーを早期に認識すること、十分量のアドレナリン筋注を迅速に行うことを強調しました。引き続き、今回はアナフィラキシー advanced編を見ていきましょう。

「難治性アナフィラキシー」の治療をできるようになる!

アドレナリン筋注を2回行ったにもかかわらず、呼吸の異常(喘鳴や低酸素血症など)や循環の異常(ショックの徴候)が持続する場合は、「難治性アナフィラキシー」と本稿では定義します。

アナフィラキシーは血液分布異常性ショック(distributive shock)の代表格です。不適切に末梢血管抵抗が低下してしまうために、末梢血管に血液が滞ります。その結果、心臓へ戻る血液が減少し、全体として心拍出量が減少するのです。筆者は敗血症とともにこれらをまとめて「血管ぶよぶよ病」と呼んでいますが、カテコールアミンで末梢血管を締めて、晶質液の投与で前負荷を増やすことが治療の出発点になります。ということで、難治性アナフィラキシーに対する重要な治療法は2つ(+α)! ①晶質液の投与、②アドレナリン持続静注です。

①晶質液の投与

十分な輸液は必須です。晶質液500~1000 mLをbolus投与します。3~5 Lほどの輸液を要することもあるので、気合を入れて行いましょう。

②アドレナリン持続静注

難治性アナフィラキシーの場合には、低用量でのアドレナリン持続静注が推奨されています¹⁾。末梢静脈からのルート確保がどうしてもできない場合には、骨髄路からの投与も可能です。あくまでアドレナリン筋注が効かなかったときのPlan Bであり、「重症そうだからアドレナリン持続静注からやっ

●表 アドレナリン持続静注の組成と投与方法

組成
・アドレナリン 1 mg+生食 100 mL
投与方法
・0.5~1.0 mL/kg/時(体重60 kg: 30~60 mL/時)から開始
・反応性に依りて5~10分ごとに投与量を調整する
減量方法
・全ての症状/徴候が改善して30分経過後、段階的に減量して中止する

たる」という感じで使うものではないので注意してください。いつでも治療の第一選択は筋注での使用です。

具体的な組成と投与方法は表の通りです。アドレナリン1 mgを生理食塩水100 mLに混注し、それを0.5~1.0 mL/kg/時で持続静注します。体重60 kgの場合には30~60 mL/時ほどで投与することになります。反応性に依りて、5~10分ごとに投与量の調整が必要です。症状/徴候が改善して30分程度安定して経過すれば、1時間かけて段階的に減量して中止します(初回の減量は開始速度の50%を目安にします)。高度な頻脈が持続する場合には、より早い段階での中止または減量を考えましょう。

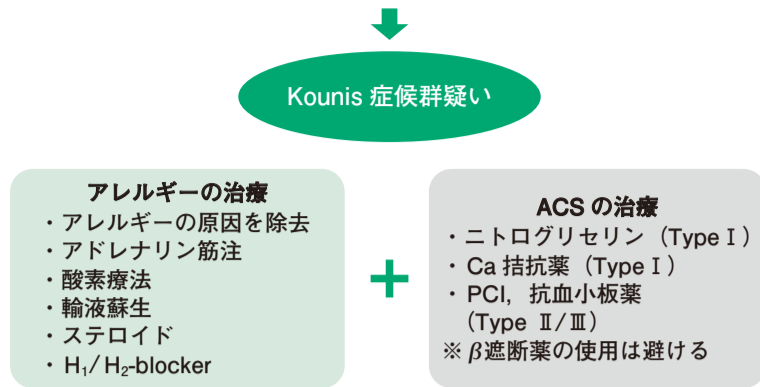
合併症として高血圧、頻脈、不整脈などがありますので、それらのモニタリングを継続的に行うことは必須です。また、血管外漏出のリスクがあります。マンシエットはアドレナリン持続静注をしている側とは反対側に巻くと良いでしょう。

③グルカゴン静注

アドレナリン持続静注の他にも対応方法を持っておくことと安心♪なので、+αの治療としてグルカゴン静注についても紹介します。

アドレナリンを使用しても改善に乏しい難治性アナフィラキシーには、グルカゴンの投与も選択肢です。患者さんがβ遮断薬を常用している場合には、アドレナリンの効果が減弱することがあります。β遮断薬を内服していると、アドレナリンがβ受容体に結合できないため、アナフィラキシーが重症化するリスクがあります。グルカゴ

アナフィラキシーの治療をしてもショックが遷延 or 肺水腫出現



●図 Kounis 症候群を疑った際の治療戦略(文献3をもとに作成)

アナフィラキシーに対する治療を行ってもショックが遷延したり、肺水腫が出現したりする場合、Kounis 症候群の合併を疑う。治療は、アレルギーとACSへの介入を同時に行う。

ンはβ受容体を介さない回路でcAMPを産生することで効果が発現されるため、β遮断薬を常用している場合のアナフィラキシーには有効性が高いとされています。β遮断薬を内服していなくとも、アドレナリン持続静注に抵抗性の難治性アナフィラキシーには試す価値アリです。

投与方法は、グルカゴンを1 mgずつ5分ごとに静注し、その後1~2 mg/時で持続静注を行います。

β遮断薬内服中→グルカゴン投与! の図式で覚えている方もいるかもしれませんが、β遮断薬内服中であってもアナフィラキシー治療の第一選択薬はアドレナリンであることに変わりはないのでご注意ください。

それってKounis 症候群かも?

アナフィラキシーの合併症としてKounis 症候群が知られています。アレルギー反応により生じる急性冠症候群(ACS)と定義されており、アレルギーとACSが同時発生する珍しい疾患です。1991年にKounisらによってアレルギー性狭心症候群として報告された²⁾のが始まりで、比較的新しい疾患です。病態生理学的に全貌は解明されていませんが、活性化された肥満細胞が放出した大量の炎症性メディエーターにより引き起こされると考えられています。Kounis 症候群は3種類あり、冠攣縮が起こったり(Type I)、プラークの破綻や血栓の不安定化が誘発されたりするタイプがあります(Type II: 冠動脈閉塞, Type III: ステント血栓症)。

アナフィラキシーと臨床的に診断されたにもかかわらず、アナフィラキシーに対する標準的な治療を行っても遷延するショックや肺水腫などが出現する場合には、Kounis 症候群の合併を疑いましょう。

治療はアレルギーとACSへの介入を同時に行います。アナフィラキシーのときには目の目を見なかったH₁/H₂ blocker やステロイドも使用して、アレルギーとしての治療を行います。アドレナリンは基本的には筋注での使用が良さそうで、静注が必要なシーンもあるかもしれませんが、その際には心

筋虚血の悪化や不整脈の誘発に注意が必要です。ACSにはType IであればニトログリセリンやCa拮抗薬を使用し、Type II/IIIであれば通常のACSと同様に経皮的冠動脈形成術(PCI)と抗血小板薬投与による初期治療を行います(図)³⁾。

*

アナフィラキシー advanced編、いかがだったでしょうか? アナフィラキシー対応においては正確な認識と迅速なアドレナリン0.01 mg/kg筋注がとにかく大事です。しかし、それだけでは解決できないこともあります。そんなときのためのPlan Bを知っていただくことが今回の目的でした。今後の皆さんの救急診療の一助となれば幸いです。

今回の勘どころ

- 「難治性アナフィラキシー」には、①晶質液の投与、②アドレナリン持続静注を行う。
- アドレナリンで改善しない場合は③グルカゴン投与を試してみよう。
- 治療してもショックが続いたり肺水腫が出現したりする場合はKounis 症候群を疑う。

参考文献・URL

- Working Group of Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylactic reactions: Guidelines for healthcare providers. 2021. <https://bit.ly/3sL1bqW>
- Br J Clin Pract. 1991 [PMID: 1793697]
- Eur J Intern Med. 2016 [PMID: 26795552]

医学書院 ウェブサイトで何が出来るの?

- 医学界新聞 閲覧
- 学会情報 check
- 書籍 立ち読み

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]

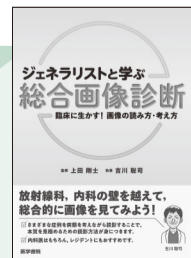
放射線科的な視点で内科疾患を捉え、臨床医と画像診断医をつなぐ本を目指す

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

画像診断は、病歴、身体所見、他の検査結果と合わせて総合的に考えていくことが重要である。ジェネラリストでありながら放射線診断専門医を持つ著者により、レクチャー形式でまとめられた書。パターン認識である画像診断は、一朝一夕には習得が難しい領域である。この壁に直面することが少なくない内科医、救急医、ジェネラリストを主たる読者対象に、少しずつでも自分で読影することで、自分自身の力で成長していけることを目指して。

監修 上田剛士 執筆 吉川聡司



B5 頁240 2022年 定価:4,400円[本体4,000円+税10%] [ISBN978-4-260-04964-1]

医学書院

レジデントのための心不全マネジメント

編集 河野 隆志
杏林大学医学部
循環器内科学 臨床教授

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6回 薬剤を使いこなす！ ARNI, SGLT2 阻害薬編

今回の執筆者 庄司 聡 日野市立病院循環器内科 医長

第5回(本紙第3493号)で取り上げられたように、EF(左室駆出率)が低下した心不全(いわゆる HFrEF と呼ばれる EF 40%以下の状態)の患者に、従来の心不全の予後改善薬[ACE 阻害薬・β 遮断薬・MRA(ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬)]を導入することは非常に重要です。近年それらの薬剤に上乘せして、さらに予後(死亡・心不全入院)改善をもたらす ARNI と SGLT2 阻害薬という2つの薬剤が登場し¹⁻³⁾、心不全の世界では大きなパラダイムシフトが起こっています。そう遠くない未来に、非循環器内科医の先生方にも適切な使い分けに関する知識が必要となる時代が到来するでしょう。そこで本稿では、ARNI, SGLT2 阻害薬を中心に、現在議論になっている点をまとめます。

新規心不全治療薬を使いこなす

ARNI：ARB(バルサルタン)とネプリライシン阻害薬からなる新たな治療薬です。ネプリライシンはBNPを分解する酵素の一種で、ネプリライシン阻害薬はBNPの分解抑制による心保護を期待し開発されました。2014年、HFrEF患者を対象としたPARADIGM-HF試験で、30年以上もHFrEFの標準治療薬であり続けたACE阻害薬(エナラプリル)よりも、ARNIが心血管イベントを抑制することが証明されました¹⁾。日本は同試験に参加していなかったこともあり、PARALLEL-HF試験という独自のランダム化比較試験⁴⁾で検証。登録患者数が少なかったために明らかな効果の証明には至りませんでした。安全性は確認されました。2020年6月、海外と比較して数年間のタイムラグは生じたものの、ARNIは本邦の心不全患者に対する使用が承認され、循環器内科専門医を中心にHFrEF患者への導入が進んでいます。実際の使用に当たっては、ACE阻害薬とARNIの併用は禁忌であることに注意が必要で、ARNI開始36時間前にはACE阻害薬を中止するよう添付文書に記載されています。

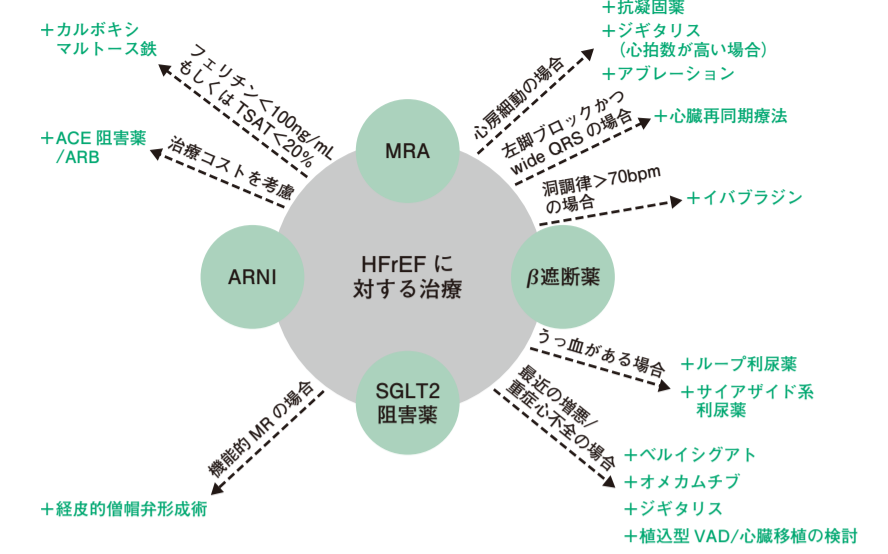
SGLT2 阻害薬：2015年、EMPAREG-OUTCOME試験において、糖尿病患者に対し心血管イベントを抑制(心

管イベント抑制効果が証明された糖尿病薬はメトホルミン以来)したことで、にわかに脚光を浴びました⁵⁾。心血管イベントの内訳をみると、特に心不全入院を有意に抑制するため、心不全治療薬になるのではと期待され、HFrEF患者を対象としたランダム化比較試験が行われました。2019年11月にDAPA-HF試験、2020年9月にEMPEROR-REDUCED試験の結果が発表され、プラセボと比較して、いずれもSGLT2阻害薬の心血管イベント(特に心不全再入院)抑制効果が示されています^{2,3)}。日本では2020年11月に、慢性心不全に対して適用拡大され、HFrEF患者に対する導入が進んでいます。余談ですが、近年SGLT2阻害薬のHFpEF(EFが保たれた心不全)患者への有効性も証明され、EFの値にかかわらずSGLT2阻害薬を導入するメリットが示唆されました^{6,7)}。

このような歴史的背景を踏まえ、ARNI, β 遮断薬, MRA, SGLT2 阻害薬の4剤は、最新の診療ガイドラインにおいてClass 1の治療として同列に扱われるに至っています⁸⁾。また、これからのHFrEF治療の中心になるという趣旨で、4剤を米国のコミックで有名なスーパーヒーローたちになぞらえ、「Fantastic 4」とキャッチーに表現することも多くなりました(図)⁹⁾。

高齢者やフレイル患者にも一貫した予後改善効果

実際にARNIやSGLT2阻害薬を目の前の患者さんに投与する際に気になるのは、やはり「高齢者やフレイルが強い患者に投与してよいのか」という点だと思われます。特にSGLT2阻害薬は理論上、脂肪や筋肉を異化方向に働かせ、サルコペニアを助長する懸念がある薬剤と言われています。この観点はランダム化比較試験(EMPEROR-REDUCED試験, DAPA-HF試験)のサブ解析で検証がされており、高齢者やフレイル患者にも一貫して心血管イベント抑制方向に働くことが明らかとなっています¹⁰⁻¹²⁾。もちろん、このようなランダム化比較試験には含まれないような超高齢者・極度の痩せ型患者さんへの投与には慎重な姿勢が求められま



● 図 HFrEFを取り巻くさまざまな治療オプション(文献9をもとに作成)
MR: 僧帽弁閉鎖不全症, TSAT: トランスフェリン飽和度, VAD: 補助人工心臓。

すが、基本的には高齢者やフレイルの患者さんでも、これらの薬剤を考慮する姿勢が重要と考えられます。

投与する順番はどうするか

現在白熱した議論が展開されているのは、この4剤を「どの順番で」「どれくらいの期間をかけて」導入していくか、という話題です。ARNIやSGLT2阻害薬のランドマークとなっているランダム化比較試験は、基本的に「従来の心不全の予後改善薬(ACE阻害薬・β遮断薬・MRA)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るため、まずACE阻害薬、次にβ遮断薬を最大量まで、それでも症状が改善しない場合はMRA、最後にARNIやSGLT2阻害薬を投与する、というのが通常、かつ安全性の高い(エビデンスが十分ある)投与方法と考えられます(Conventional Sequencing)。ただ、各薬剤が独立して予後改善に力を発揮することが明らかとなった現在、可及的速やかに(多くは治療開始から30日以内)導入したほうが早期からの心血管リスクの軽減につながるのではとの考え方(Proposed New Sequencing)が注目を浴びており¹³⁾、ここ1, 2年の循環器系の学会でも盛んに議論されています。このあたりはまだエビデンスが十分ではありませんが、「MRAとSGLT2阻害薬を最初に導入する方法がより予後を改善するかもしれない」とのシミュレーション論文も出てきており¹⁴⁾、今後のエビデンスの蓄積が待たれるところです。

投与目的とコストを意識する

ここまで臨床試験に基づいた医学的なエビデンスについてお伝えしてきましたが、薬剤処方の際には、その他の要素も重要になります。例えば、全ての患者さんの治療目的は寿命を延伸させることだけでしょうか? 中には長生きするよりも症状の改善を優先してほしい患者さんもあるはず。また、超高齢の方への高額

な新規薬剤導入の費用対効果が適切か悩む方もいるでしょう。前者に関しては、ARNIやSGLT2阻害薬はQOLも改善すると報告され、症状改善目的に使用することも可能です¹⁵⁻¹⁷⁾。後者は、各国の保険制度に応じた費用対効果分析のシミュレーション研究も多数行われ、一般的には費用対効果が高いのではないかと現時点では結論づけられています^{18, 19)}。本邦でも独自の費用対効果解析が待たれるところです。ただ、こうした報告はあるものの、最終的には患者さんやご家族の意向等も踏まえ、「Shared Decision Makingで新規薬剤を含めた治療方針を決定していく」という医師としての基本スタンスが重要ではないかと思えます。その中で、第5回(本紙3493号)で取り上げられたように、投与する目的やコストも勘案して、従来の心不全の予後改善薬(ACE阻害薬・β遮断薬・MRA)をまず導入する、という選択肢も十分あり得るのではないのでしょうか^{20, 21)}。

Take-home message

- ♥ ARNIやSGLT2阻害薬は、基本的には高齢者やフレイルにかかわらず一貫した予後改善効果が期待できる。
- ♥ ARNI, β遮断薬, MRA, SGLT2阻害薬をどの順番で投与するかは議論がまだ混沌としているが、なるべく早期に4剤を導入する考え方が注目されている。
- ♥ 投与目的(予後改善なのか・症状改善なのか)やコストも考慮した薬剤選択が重要である。

参考文献

- 1) N Engl J Med. 2014 [PMID: 25176015]
- 2) N Engl J Med. 2019 [PMID: 31535829]
- 3) N Engl J Med. 2020 [PMID: 32865377]
- 4) Circ J. 2018 [PMID: 30047502]
- 5) N Engl J Med. 2015 [PMID: 26378978]
- 6) N Engl J Med. 2021 [PMID: 34449189]
- 7) N Engl J Med. 2022 [PMID: 36027570]
- 8) Eur Heart J. 2021 [PMID: 34447992]
- 9) Eur Heart J. 2021 [PMID: 33447845]
- 10) Circulation. 2020 [PMID: 31736328]
- 11) Ann Intern Med. 2022 [PMID: 35467935]
- 12) Eur J Heart Fail. 2022 [PMID: 36194680]
- 13) Circulation. 2021 [PMID: 33378214]
- 14) Eur Heart J. 2022 [PMID: 35467706]
- 15) JACC Heart Fail. 2019 [PMID: 31521679]
- 16) Circulation. 2020 [PMID: 31736335]
- 17) Nat Med. 2022 [PMID: 35228753]
- 18) JAMA Cardiol. 2021 [PMID: 34037681]
- 19) Eur J Heart Fail. 2020 [PMID: 32749733]
- 20) ESC Heart Fail. 2021 [PMID: 33201597]
- 21) Int J Cardiol. 2022 [PMID: 35421518]

内科臨床誌メディチーナ **medicina** 2022年11月号 Vol.59 No.12

特集 避けて通れない心不全診療

総合内科力・循環器力を鍛えよう!

平岡栄治 (東京ベイ浦安市川医療センター総合内科)

● 定価: 2,860円(本体2,600円+税10%)

収録内容

- 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

医学書院

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・天理よろづ印 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

心電図判読ドリル

心電図問題集の決定版!

● 定価: 4,620円(本体4,200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

《ジェネラリストBOOKS》 高齢者診療の極意

木村 琢磨 ● 著

A5・頁296
定価:4,400円(本体4,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05027-2

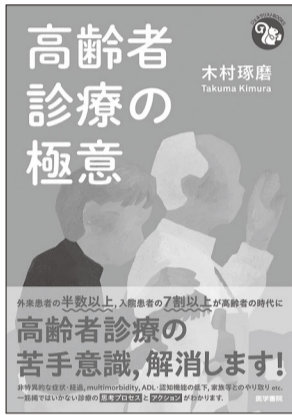
「お前は日本人なのに、クロサワを観たことがないのか？」

留学先の大学院の教室の片隅で、アジアの小国からやってきた友人に当時私が言われた言葉である。

動画配信など、ない時代。レンタルビデオ屋から代表作を借り、週末ごとに観た。『用心棒』『七人の侍』『天国と地獄』。衝撃的な面白さであった。いや、面白いだけではない。「生きるとは」「人間とは」といった私たちの根源的な問いに向き合った作品。黒澤映画の偉大さを教えてくれたその友人に後日感謝の念を伝えると、彼は続けてこう言った。

「そうだろう。ところで、オツは観たか？」
あれからずいぶん時が流れた。私はその後、臨床に戻り、東京の小さな診療所で、日々地域の診療に取り組んでいる。2022年の今、私が診療を始めた1990年代とは様相は大きく異なっている。激変といってもいい。感染症に振り回され、変化に戸惑いながらも、なんとか診療を続けることができている。

知恵と経験が満載、まさに高齢者診療の「極意」



るのは、人間というこの複雑なものに真正面から取り組んできた先人たちの知恵と経験に、今は比較的たやすく触れることができるからである。

本書『高齢者診療の極意』には長年、総合診療、地域医療、在宅医療を手掛かりとして高齢者医療に真っ向から取り組んできた著者の知恵と経験がふんだんに盛り込まれている。高齢化率が30%に近づく今日、高齢者の診療を避けて通ることはできない。高齢者とは誰なのか、そして高齢者にどうアプローチすればよいのか。医療・医学的知識を十分に活用しないと、これらがうまくいかないのはもちろんである。しかし、それだけでは十分ではない。その具体的な方法が、本書では事例を通じた「赤ひげ医師」と「のぼる医師」の二人の医師の対話を導入として、最新の知見を踏まえて概説されている。その上で、各項の最後に「のぼる医師が気づいた高齢者診療の極意」として、重要なポイントが簡潔にまとめられている。

特筆すべきは「肆ノ巻」である。高齢者の「主治医」になるためには、総体としての高齢者だけではなく、その背景にある、家族、地域、医療システム、さらには文化をも意識した診療が必須である。著者の言葉を借りれば、

評者 松村 真司
松村医院院長

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方

吉村 長久, 山崎 祥光 ● 編

B5・頁216
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04806-4

評者 松村 由美
京大病院医療安全管理室長・教授

本書は、吉村長久氏と山崎祥光氏の共同編集によるものです。吉村氏は、京大眼科教授から北野病院病院長になられました。山崎氏は、京大医学部卒業後、同大学での研修医を経て、同大学法科大学院で学び、現在は弁護士として活躍されています。吉村氏は管理者として、山崎氏は弁護士として、カルテ記載の重要性を痛感され、本書を企画されたのだらうと思います。

私も、医療安全管理者として、カルテ記載がいかに重要かを知っています。重要性を認識している3人に共通することは、「痛い目」を経験しているということかもしれません。病院管理者、医療側弁護士、医療安全管理者は、あらゆるトラブルを経験します。私も、臨床医のまま一生を終えていたら経験しなかったようなことを経験してきました。その経験の中で、ぜひ、スタッフに伝えたいと思ったことが「カルテの書き方」です。今まで、私がこの十数年、経験的に学んだことが、本書では、コンパクトでありつつ、豊富な根拠を示した上で記載されています。本書はどの部分から読んで、一つひとつの話題や内容が完結しているために、カルテ記載について気になったときに読むということもできま

「トラブル」を生み出す要因は、「そのカルテ記載」にあるのかも!?



す。また、時間のあるときにパラパラとめくって、斜め読みするだけでも、十分勉強になります。医局に数冊置いておくことと有用であること間違いなしです。

さて、先ほど「痛い目」を経験したと書きましたが、医療事故調査の際、現代ならではのカルテの記載についてリスクを痛感することがあります。例えば「コピペ」。本書では、コピペによってトラブルが生じる例が示されています。「えっ! コピペ? いつもやっているけど。どこが困るの?」と思われた方は、ぜひ、本書でご確認ください。また、最近ではメール機能がついている電子カルテもあります。メール内容をカルテにコピペすると便利ですが、「それ、いつもやっていますよ!」と思われた方も、コラム「医師間のメールをそのままカルテ記載することの是非」を読んでみましょう。

医療安全学では、望ましくない結果となった事例について、その結果を生み出した背景要因を分析し、具体的な再発防止策を講じますが、本書は、「望ましくない医療者・患者関係に陥った結果から学び、カルテ記載を改善する」という学習の機会を提供してくれる有用な書です。

目の前の患者に向き合いつつ、診察室にいない「第三者」を意識することである。これは口で言うほどたやすいことではない。そして、唯一の答えがあるわけでもない。しかし、ここを適切に行っていくことが高齢者診療の肝である。そして、ここが本書のタイトルが示す「極意」の「極意」たるゆえんである、と私は感じている。

長年指摘されてきた2025年問題の到来をあと数年後に迎えた今、私たち

が目にしている世界は、かつて誰も経験していない問題を無数に内包しているかのように思える。しかし、その多くは、先人たちが経験してきた問題の中に、数多くの共通点を見いだすことができる。そして、それらに対して、先人たちは正面から取り組み、数多くの優れた作品を残してきた。それが、クロサワ映画に続けて観た、小津安二郎の作品から私が学んだことである。

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<https://www.igaku-shoin.co.jp>

12 medicina 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)

令和3年はカルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)関連抗体薬がわが国でも片頭痛治療に使用できるようになり、『頭痛の診療ガイドライン2021』が改訂・公開され、まさに頭痛診療のマイルストーンとなる年であった。新たに頭痛診療に興味をもたれる方や、これまで以上に頭痛診療に取り組もうとする方も増えている。本特集は、頭痛診療にかかわるすべての医療従事者に向けて、わかりやすく包括的な情報の提供を目指して企画した。

- INDEX
- 第1章 頭痛診療 Start-up
- 第2章 頭痛診療 One-up
- 第3章 頭痛診療の Tips&Topics
- 第4章 Column

●1部定価:2,860円(税込)

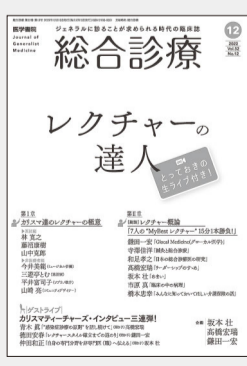
2022年増刊号(Vol.59 No.4) フィジカル大全

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(群羊沖繩臨床研修センター)
●特別定価:6,050円(税込)

- 連載
- ローテクでもここまでできる! 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?
- ここが知りたい! 欲張り神経病診断
- 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
- 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

▶来月の特集(Vol.60 No.1)
10年前の常識は非常識!?
イマドキ消化器診療に
アップデート 企画:横江正道
(日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院総合内科)

医学書院サイト内 各誌ページ
にて記事の一部を公開中!



Vol.32 No.12 総合診療 レクチャーの達人

とっておきの生ライブ付き! 企画:坂本 壮・高橋宏瑞・鎌田一宏

コロナ禍となり、昨今ではオンラインレクチャーを聞く機会が増え、また自分の声を他者に届けることも容易にできる環境下となりました。“すごく理解しやすい”、“なんだか惹き込まれる”、“そんな魅力あるレクチャーを達人から学び、これから実践してみませんか? 本特集ではレクチャーの達人から、「磨けば光る! レクチャーのノウハウ」を伝授いただきます。他者にわかりやすく伝える様々なコツやテクニックが満載! 人気のレクチャーの生ライブ付き!

- INDEX
- 【第I章:カリスマ達のレクチャーの極意】
- ▶医師編…林寛之/藤沼康樹/山中克郎
- ▶非医療者編…今井美範(ミュージカル俳優)/三遊亭とむ(落語家)/平井富司子(ソプラノ歌手)/山崎亮(コミュニティデザイナー)
- 【第II章:My Bestレクチャー 講義録「7人の“MyBestレクチャー”15分1本勝負!」】
- ▶総論「レクチャー概論」…坂本 壮・高橋宏瑞・鎌田一宏
- ▶各論「7人の“MyBestレクチャー”15分1本勝負!」
- ①鎌田一宏「Glocal Medicine(グローバル医学)」 ②寺澤佳洋「鍼灸と総合診療」
- ③和足孝之「日本の総合診療医の研究」 ④高橋宏瑞「リーダーシップのすゝめ」
- ⑤坂本壮「めまい」 ⑥市原真「臨床の中の病理」
- ⑦橋本忠幸「みんなに知ってほしい介護保険の話」
- ▶ゲストライブ カリスマティーチャー・インタビュー三連弾!
- ①青木 真「感染症診療の原則」を話し続けて! (聞き手)高橋宏瑞
- ②徳田安春「レクチャースタイル確立までの道のり」(聞き手)鎌田一宏
- ③仲田和正「自身の専門分野を非専門医(職)へ伝える」(聞き手)坂本 壮

▶来月の特集(Vol.33 No.1)
COVID-19パンデミック 振り返りと将来への備え
企画:山中克郎・鎌田一宏(福島県立医科大学会津医療センター総合内科)

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)

電子版もお選び
いただけます

医学書院

眼科臨床エキスパート 所見から考えるぶどう膜炎 第2版

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集
園田 康平, 後藤 浩 ● 編

B5・頁328
定価:17,600円(本体16,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04935-1

評者 平野 耕治
トヨタ記念病院眼科部長

眼球は、大ざっぱに言えば膠原線維の膜(角膜・強膜)、血管の膜(虹彩・毛様体・脈絡膜)、神経の膜(網膜)の3枚で構成されている。血管の膜は暗紫色を呈しているため、眼球から膠原線維の膜を取り去った際の外観から、虹彩・毛様体・脈絡膜を合わせて「ぶどう膜」と呼ぶ。このぶどう膜は血管が豊富な故、炎症を起こしやすく、膠原病や自己免疫疾患、がん、感染症などの全身疾患に由来した異常所見を見ることが多い。

眼科医師として、このぶどう膜の炎症を苦手と感じるのは、何かよくわからないこと、治療に終わりが見えないこと、最近話題の生物学的製剤は高価で安易に使えないこと、眼科医だけでは解決できない疾患が多い、といった高いハードルを感じるからである。

本書は、読者のぶどう膜炎への苦手意識に応え、実際に目に見える眼所見にこだわって、そこから診療につながる系統的な考え方を身につけられるようにという目的で編集されている。その初版は2013年4月に出版されているが、この間に画像診断法を含む検査法の進歩、生物学的製剤など新たな治療法が加わり、Behçet病が減ってヘルペスウイルス前部ぶどう膜炎が増加してきたなど、わが国でのぶどう膜炎診療にも大きな変化があった。そのため、約10年を経てバージョンアップされた第2版として2022年7月に発行されている。

本書は「総説」「総論」「各論」の3章で構成されており、総説では、園田康平教授が、ぶどう膜炎の分類と診断から治療に至るプロセスを概観しておられる。ことに「表1 問診の予備知識」(p.6)は秀逸で、ぶどう膜炎を大枠でとらえるのに役立つ。

総論では、ぶどう膜の解剖・生理、ぶ

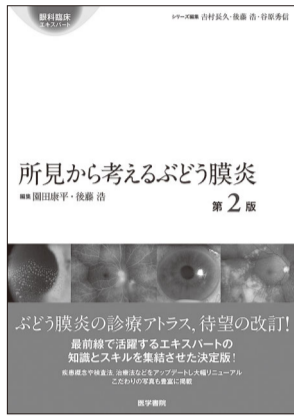
どう膜炎の疫学、画像診断という、疾患の病態をとらえるのに必要な情報が示された上で、角膜後面沈着物、虹彩癒着・虹彩結節、前房蓄膿、硝子体混濁など、一般的な眼科診療で見えてきた所見からぶどう膜炎を疑った場合、どう考えてどう鑑別を進めていくかのコツが述べられている。すなわち、これが本当にぶどう膜炎なのかどうか、緊急度の高い病態なのか、感染性か非感染性か、非感染性なら3大ぶどう膜炎(Behçet病, Vogt-小柳-原田病, サルコイドーシス)なのかそれ以外なのか、という考えで鑑別を進めていくことが大切

で、その考えで観察すれば、普通の眼科診察室で十分できることなのである。

各論では、原因のわかっているぶどう膜炎についてそれぞれの病態と診断、治療を解説しているが、大きく分ければ3大ぶどう膜炎に代表される内因性のもの、ヘルペス属のウイルスや真菌、原虫などによる感染性のもの、そして悪性リンパ腫や白血病に伴う仮面症候群の3つだろうか。一般の眼科医としては、感染性ぶどう膜炎、仮面症候群はなかなか手に負えるものではなく、内因性ぶどう膜炎にしても、サルコイドーシスなど患者の生命にかかわる疾患が含まれているため、ぶどう膜炎診療については専門家や他診療科の医師に診察を依頼するタイミングが重要である。各論ではそうした線引きについても学ぶことができる。

本書を通して読んでみると、ぶどう膜炎は決して謎めいたものではなく、タイトルの通り「所見で考える」ことで見えてくるものがあるとわかる。したがって、日常の診療に携わる眼科医師だけでなく、ぶどう膜炎の患者さんにかかわる可能性のある診療科の医師にも本書をお勧めしたい。

所見から考えることにより 日常診療でここまで見えてくる!



第30回総合リハビリテーション賞決定

第30回総合リハビリテーション賞贈呈式が2022年9月15日、オンラインにて開催された。本賞は、『総合リハビリテーション』誌編集顧問の上田敏氏が東大を退官する際(1993年)に金原一郎記念医学医療振興財団へ寄付した基金を原資として発足。2021年発行の同誌に掲載された全22編の投稿論文を対象に、最も優れた論文に賞が贈られた。

◆排尿リハビリテーションの強化がFIMの改善にもつながる可能性

受賞論文は、津江尚幸氏(山口平成病院リハビリテーション部/理学療法士)他による「排尿リハビリテーションの臨床的効果——多施設共同ランダム化比較試験」[総合リハビリテーション, 2021; 49(2): 173-9.]である。

氏は、平成医療福祉グループの17関連病院の回復期リハビリテーション病棟へ入棟した何らかの尿失禁タイプを有する200症例を対象に、尿失禁のタイプに応じた訓練を行う「排尿リハビリテーション強化群(以下、強化群)」100例と「標準的治療群」100例にランダムに割り付け、それぞれ2か月間治療を行った。結果、強化群は標準的治療群と比較して機能性尿失禁を有する症例が有意に減少した。また強化群において廃用症候群および運動器疾患を基礎疾患として有する症例では、夜間の下衣形態、機能性尿失禁を有する症例数、FIMの下衣更衣・移動項目の点で有意な改善がみられた。これらの結果から、排尿障害を有する症例への排尿リハビリテーションの強化は、通常のリハビリテーション介入よりも下衣形態およびFIMを改善することが示唆された。

『総合リハビリテーション』誌編集委員を代表して高岡徹氏(横浜市総合リハビリテーションセンター)は、「強化群でFIMの点数が有意に向上した点は、本取り組みが排尿機能そのものだけではなく機能の改善にも関与した可能性を示すものである。今後の回復期のリハビリテーションのプログラムを見直すきっかけとなる研究である」と講評した。受賞のあいさつで津江氏は、本研究にかかわった職場の同僚や患者、同誌編集委員に感謝の言葉を述べ、「今回の受賞に恥じぬよう、今後も研鑽を積んでいきたい」と決意を語った。

『総合リハビリテーション』誌では2022年にも、同年に掲載された投稿論文から第31回総合リハビリテーション賞を選定する。同賞の詳細については同誌投稿規定を参照されたい。

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 永嶋 孝一
日大准教授・循環器内科学

おおっ、山下武志先生の新刊が出ている！ しかも久しぶりに心電図の教科書ときた！

胸を張って推し活をする時代、生粋の山下先生ファンである僕は、即買いだろう。

早速手に取ってみた。表紙には難解な心電図が散りばめられている……今回は心電図にとことんこだわっていますよ、という無言のメッセージ……そう、そうでなくっちゃ！

とはいえ僕ももう中堅循環器医、心電図は大得意だ。

無数にある心電図の教科書のどれに目を通して、真新しい発見にはなかなか出合えない。

そんな慢心とともに目次をパラパラ。この教科書は「判読ドリル」と名の付く通り、問題形式でまとめられているのか。まずは小手調べの7Cases！ いいじゃないか、ここはさっと全問正解で読み進めるぞ！ と意気込んだ矢先、

Case1の選択肢を二度見してしまった。や……山下先生、僧帽性P波と左心性P波って……ち、違うんですか？ 肺性P波と右心性P波も違うんですか(T-T)？

いきなりの衝撃に戸惑いながらもページをめくると、定義やその違いについて、いつもの山下先生の筆調で理路整然と解説されている。なるほど、深い……思っていた以上に深いぞ。底の見えない温泉に足を浸けるときのよ

うに、おそろおそろ読み進める。しかしその先も「心電図だけでここまで診られるんだ」と驚くTipsだらけ。目からウロコの連続である。

左室の圧負荷と容量負荷の違い

両室肥大を見落とさないコツ
肥大と虚血によるT波の違いを見分ける「T波終末のオーバーシュート」

いったい僕の目にはウロコが何枚張り付いていたのか……ギネス記録になりそうだから回数えてみたいものである。これはワンランク上の教科書だ……山下先生、恐れ入りました、さっき心電図は大得意だと書いた自分が恥ずかしい。ついでに調子に乗ってTwitterに投稿した、「心電図王におれはなる！」というツイートも削除したい。海賊王になるほうがよっぽど簡単だったかもしれない。

患者さんの経過という時間軸で心電図を比較するのも新しい！

そうなんです山下先生……臨床医は、弁膜症や心不全の進行を、時系列の心電図でとらえるという勉強もしたかったです！ 心電図を通して患者さんの人生と寄り添う極意もちりばめられていた。もはや、人類の書き得る最高の心電図書ではないか。

一気に読み終えてしまった。さあ……もう一周しよう！ やっぱり心電図王におれはなる！

この一冊で全部位の画像がわかる! 待望の全面改訂版

新刊 ジェネラリストを目指す人のための
画像診断パワフルガイド 第2版

▶ 全身の画像診断を1冊で解説する本邦唯一のパワフルガイド、8年ぶりの全面改訂。ジェネラリストとして知っておくべき疾患の病態生理や病理の知識を踏まえて、それに対する画像診断を解説する基本コンセプトを継承。各章で鑑別診断(診断アプローチ)の考え方をまとめた頁も新設。タイトル項目の疾患には3段階の難易度レベルを示し、読者がレベルに合わせて学習できるように配慮。タイトル疾患数は381→406に増量。PoweUp欄で関連疾患をできる限り補強し、大幅にボリュームアップ!

著: 山下康行 (くまもと県北病院理事長(前熊本大学放射線診断学教授))

定価12,100円(本体11,000円+税10%)
B5 頁880 写真2615・図273 2022年
ISBN978-4-8157-3054-3

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

2023年 年間購読申込受付中!

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

ホスピタリスト
Hospitalist

Vol.10-No.1 2022

特集: 身体診察 動画・音声視聴可

● 責任編集: 北野夕佳・藤谷茂樹 ● 1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)
● ISBN978-4-8157-2021-6 ● 年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)
※ 毎月お手元に直送します。(送料無料) ※ 1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン

インテンスイスト
INTENSIVIST

Vol.14-No.4 2022

特集: 多職種連携

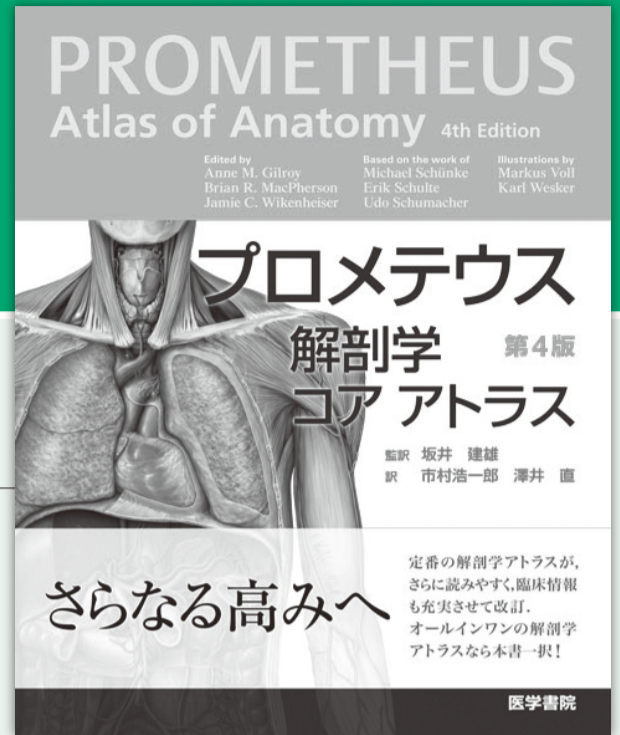
● 責任編集: 牧野淳・瀬尾龍太郎・則末泰博 ● 1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)
● ISBN978-4-8157-2032-2 ● 年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)
※ 毎月お手元に直送します。(送料無料) ※ 1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

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.medsi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX: 03-5804-6055 E-mail: info@medsi.co.jp

これまでもこれからも、
オールインワンの解剖学アトラスなら、「コアアトラス」1択!

医学書院
最新改訂版!

プロメテウス解剖学 コアアトラス 第4版



原著 Anne M. Gilroy / Brian R. MacPherson / Jamie C. Wikenheiser
監訳 坂井 建雄
訳 市村 浩一郎 / 澤井 直

- 定番の解剖学アトラスとして定着したコアアトラスの最新版。
- 臨床情報をまとめた臨床BOXの拡充をはじめ、読みやすさをさらに向上するための細かいレイアウト変更などを行い、さらなる高みを目指した意欲的な改訂版。

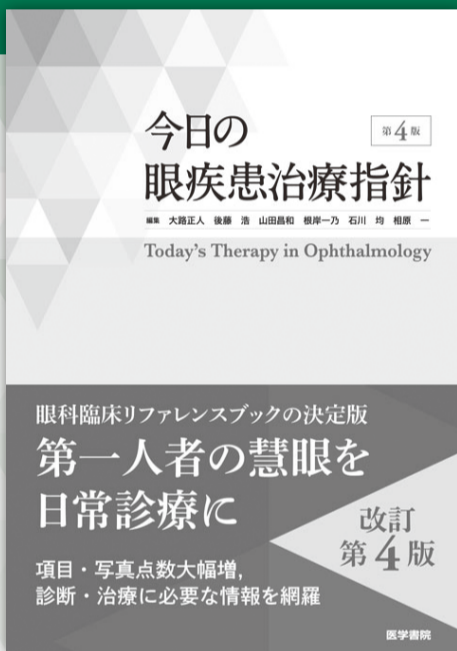


詳細は
こちら

目次 背部 / 胸部 / 腹部 / 骨盤と会陰 / 上肢 / 下肢 / 頭頸部 / 脳神経系

●A4変型 2022年 頁784 定価: 10,450円 (本体9,500円+税10%)
[ISBN978-4-260-04858-3]

眼科臨床リファレンスブックの決定版!



今日の眼疾患治療指針 第4版

編集 大路 正人 後藤 浩 山田 昌和 根岸 一乃 石川 均 相原 一

- ◆ 眼科医必携の一冊! 日常診療で遭遇しうる眼疾患を網羅。
- ◆ 最新の症例写真をふんだんに掲載し、ビジュアル性、実用性に優れる『眼科診療の総合リファレンスブック』。
- ◆ 「第1章 検査総論」「第2章 治療総論」では複数の疾患に共通する検査や治療を解説。
- ◆ 第3章から第23章では個々の疾患について、「診断」「治療」に役立つ解説を掲載。
- ◆ 全23章 664項目を掲載。
- ◆ 第4版では「第23章 ロービジョンケア」を新設。
- ◆ 「第2章 治療総論」には、新たに「薬物治療」を掲載。

詳細は
こちら



●A5 2022年 頁1184 定価: 28,600円 (本体26,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-04807-1]

2022年12月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

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

公衆衛生 1月号 Vol.87 No.1 1部定価: 2,640円 (税込)	シリーズ 公衆衛生と感染症 感染症の患者に対する 医療体制の課題と展望	臨床婦人科産科 12月号 Vol.76 No.12 1部定価: 2,970円 (税込)	帝王切開分娩のすべて この1冊でわかるNew Normal Standard
medicina 12月号 Vol.59 No.13 1部定価: 2,860円 (税込)	令和の頭痛診療 プライマリ・ケア医のためのガイド	臨床眼科 12月号 Vol.76 No.13 1部定価: 3,080円 (税込)	ゲノム解析の「今」と「これから」 解析結果は眼科診療に何をもたらすか
総合診療 12月号 Vol.32 No.12 1部定価: 2,750円 (税込)	レクチャーの達人 とっておきの生ライブ付き!	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 12月号 Vol.94 No.13 1部定価: 2,970円 (税込)	見逃すな! 緊急手術症例 いつ・どのように手術適応を見極めるか
胃と腸 12月号 Vol.57 No.13 1部定価: 3,520円 (税込)	IEEを使いこなす	臨床泌尿器科 12月号 Vol.76 No.13 1部定価: 3,080円 (税込)	これだけは知っておきたい! 泌尿器科診療でも活きる 腎臓内科の必須知識
BRAIN and NERVE 12月号 Vol.74 No.12 1部定価: 2,970円 (税込)	映画を観て 精神・神経疾患を知る	総合リハビリテーション 12月号 Vol.50 No.12 1部定価: 2,530円 (税込)	コロナ禍から With コロナ時代へ リハビリテーションの変化
精神医学 12月号 Vol.64 No.12 1部定価: 2,970円 (税込)	死別にまつわる心理的苦痛 背景理論からケアおよびマネジメントまで	理学療法ジャーナル 12月号 Vol.56 No.12 1部定価: 1,980円 (税込)	脊椎圧迫骨折に対する 理学療法の工夫 <small>特別付録 Web動画</small>
臨床外科 12月号 Vol.77 No.13 1部定価: 2,970円 (税込)	新・外科感染症診療ハンドブック	臨床検査 1月号 Vol.67 No.1 1部定価: 2,420円 (税込)	臨床生理学のための 解剖・生理/生殖医療への貢献
臨床整形外科 12月号 Vol.57 No.12 1部定価: 2,860円 (税込)	大腿骨近位部骨折 最新トレンドとエキスパートの治療法	病院 12月号 Vol.81 No.12 1部定価: 3,300円 (税込)	検証 2022年度診療報酬改定



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