

2019年12月9日  
第3350号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)  
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)  
発行=株式会社医学書院  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp  
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

# New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [座談会] 内科卒後教育体制に変革を(メルビン・ブランチャード, エリカ・ジョンソン, 加藤良太郎, 青木眞, 南郷榮秀, 佐々江龍一郎) 1-2面
- [FAQ] 知っておきたい処置時の鎮静・鎮痛の新知見(兼井達守)…………… 3面
- [連載] 流行期のインフルエンザ診断 4面
- [連載] グラフィックレコーディングのはじめかた(新)…………… 5面
- [視点] 救急医療の裾野を広げるSMAQの取り組み(村岡健太, 他)…………… 6-7面

## 米国の医学教育者からみた日本の姿

座談会

# 内科卒後教育体制に変革を



加藤良太郎氏=司会  
板橋中央総合病院院長  
総合診療科 主任部長

佐々江龍一郎氏  
NTT東日本関東病院  
総合診療科 医長

南郷榮秀氏  
JCHO東京東病院総合診療科 科長

エリカ・ジョンソン氏  
ジョンズ・ホプキンス大学医学部  
内科 准教授

メルビン・ブランチャード氏  
グレート・ボウル・デモア  
メディカルセンター  
内科 チェアマン

青木眞氏  
感染症コンサルタント

2018年、専門医の質を高め、良質な医療を提供することを目的に新専門医制度が施行された。しかし、専門医取得までの教育体制には数多くの問題点が指摘され、見直しを求める動きもある。さらには、こうした卒後教育の問題には医師の働き方や適正配置などの社会情勢が複雑に絡み合っており、課題は山積みだ。

そこで今回、課題解決の糸口を探るため、米ワシントン大で内科研修プログラム責任者を務める傍ら、米国内科教育連合(Alliance for Academic Internal Medicine; AAIM)の副議長として全米の内科教育の発展にも尽力してきたメルビン・ブランチャード氏と、ジョンズ・ホプキンス大で内科研修プログラム責任者として学内でも人気を誇るエリカ・ジョンソン氏を招き、より良い内科卒後教育体制の構築の方策を議論した。

加藤 かつての日本の専門医制度は、初期研修修了後は希望する専門領域へ進み、各学会の定める認定基準をクリアすれば専門医資格を取得できるものでした。しかし、専門医を設ける学会が乱立し、統一性の欠如した独自の認定基準が作られました。こうした背景から専門医の質が担保されているか疑問視されたため、広く国民から信頼される質の高い専門医を養成しようと、2018年に新専門医制度が施行された経緯があります。

この制度改正により、2年の初期研修後、例えば内科では3年間の研修が必要となる内科専門医が新設され、サブスペシャリティ専門医をめざす場合はさらなる研修期間を要することになりました。研修期間の長期化に伴い、サブスペシャリティ専門医取得までにはさまざまなパターンの連動研修が設けられています。

一見して新制度は良い方向に進むと思われました。ところが、本来は全ての内科医に求められる標準的かつ全人的な医療を十分習得するために義務付けたはずの3年間に、サブスペシャリティ専門医研修の内容が前倒しになっているなど、さまざまな問題点が指摘され、制度の本質が揺らいでいるとの意見もあります。そこで今回は、新専門医制度のモデルの1つとなった米国より、内科研修プログラムの策定に携わ

る医学教育の専門家2人を招きました。米国の医学教育の本質、そして日本の内科卒後教育体制にも取り入れるべき術を共有したいと思います。

### 適切な研修期間・環境を整備するために

加藤 今回お招きしたブランチャード先生は、つい最近までワシントン大で内科研修プログラム責任者を務めており、私の研修医時代の恩師でもあります。ジョンソン先生は、ジョンズ・ホプキンス大で同じく内科研修プログラム責任者を務めており、これからの医学教育界をリードしていく存在です。

まず、米国の内科卒後教育体制について簡単に教えてください。

ブランチャード 米国では、4年間のメディカルスクールを卒業後、レジデンスとして一般内科の研修が3年間、その後、フェローシップと呼ばれるサブスペシャリティの専門研修が、領域によって2年もしくは3年間行われます。

加藤 日本では、3年もの長い期間、内科専門研修に取り組む意義があるのかとの声も上がっています。米国では研修期間の見直しに関する議論はなされているのでしょうか。

ブランチャード 全員が同じ期間の研修をするとなれば、ある者にとっては

学習期間が足りないものの、ある者にとっては十分過ぎるというケースは当然起こり得ます。そこで現在米国では、研修を修了するタイミングは診療に必要なコンピテンシーを身につけるまでとし、「Aさんは3年間の研修、Bさんは2年半、Cさんは3年以上」のように幅を持たせた制度の策定を議論しています。ですが、個人の能力をどう評価するかはわれわれの抱える大きな課題です。

青木 研修期間の議論には、研修環境の問題も切り離せないと思います。

ブランチャード そうですね。やはり内科の知識を学ぶには多くの患者を診察することが一番の近道です。そのため数多くの患者を診療できる施設で研修する場合は良いのですが、患者数の少ない施設では経験が乏しくなり、どうしても差が出てしまう。こうした理由からも、コンピテンシーを基準とした研修のほうが好ましく、研修期間を議論するよりは、個々人の学習量、学習速度にどう対応するかを議論しなければと考えています。

青木 米国には研修プログラムを評価する米国卒後医学教育認定評議会(ACGME)が設置されていると思います。研修環境の問題にどう関与しているのでしょうか。

ブランチャード ACGMEは定期的に抜き打ち調査を行い、研修プログラム

担当者からの聞き取りや研修医との面談、アンケート調査などから研修医教育が適切に実践されているかを評価しています。ただし、ACGMEが定める基準を満たさない場合はこの限りではなく、すぐに査察が入ります。例えば、専門医試験の合格率が平均合格率よりも明らかに低い場合などです。

南郷 基準を満たさなかったときの罰則規程はありますか。

ブランチャード もちろんです。まずは警告です。改善がなければ研修医の募集停止、最悪の場合は研修プログラムの認可取り消しもあり得ます。そもそも罰則の対象となるようなプログラムには誰も参加したくないはずですよ。

青木 過去にはアイビーリーグといった米国有数の大学でも要件を満たさず、研修プログラムが廃止されたこともありましたね。有名大でも認可を失うことがあるということです。医師の育成には厳しい条件が必要です。

### 医師を多職種チームのリーダーとして育成する

加藤 米国の卒後教育体制は、研修医を経験不足の医師と見なし、あくまで上級医の監督下に置くことを前提としている点が、日本の教育システムとの

(2面につづく)

December 2019 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(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

**「誤診」はなくせるのか?**  
実践知としての診断エラー学の世界  
原著 Croskerry P et al  
監訳 綿貫 聡、徳田安春  
A5 頁456 5,000円  
[ISBN978-4-260-03894-2]

**レジリエント・ヘルスケア入門**  
Introduction to Resilient Health Care  
レジリエントなヘルスケアの構築と制約下で柔軟に対応する力  
中島和江 著  
B5 頁224 3,200円  
[ISBN978-4-260-02828-8]

**在宅ケアナースポケットマニュアル**  
在宅ケアナースポケットマニュアル  
編集 ウィル訪問看護ステーション  
A6 頁264 1,800円  
[ISBN978-4-260-04131-7]

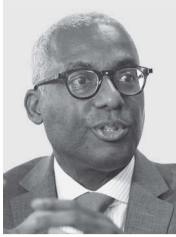
**在宅ケアナースポケットマニュアル**  
在宅ケアナースポケットマニュアル  
編集 ウィル訪問看護ステーション  
A6 頁264 1,800円  
[ISBN978-4-260-04131-7]

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

<出席者>

●Melvin Blanchard氏

1994年テネシー大医学部卒。ワシントン大での内科レジデントおよびチーフレジデントを経て、98年よりセントルイス退役軍人病院プライマリ・ケア部長。2006年よりワシントン大内科研修プログラム責任者を務め、19年より医学教育担当の内科副主任教授に就任。同年11月より現職。現在は、5つの内科教育団体から成る米国内科教育連合の副議長も務める。



●Erica Nicole Johnson氏

2003年メリーランド大医学部卒。ウォルター・リード陸軍病院での内科研修、ブルック陸軍病院での感染症専門研修を経て、09年より同院感染症指導医。14年より現職を努めながら、ジョンズ・ホプキンス大系列のベイビュー病院で内科研修プログラム責任者にも就任。医学教育や社会貢献に関連した数々の賞の受賞経験あり。



(1面よりつづく)

大きな相違点です。ただし、米国内でも「上級医の関与が過ぎると、研修医の成長が遅れるのでは」との指摘もあるようです。研修医の労働環境に対して米国ではさらなる変革は起こり得るのでしょうか。

ジョンソン 米国の研修体制が過去の体制に戻ることはまずないでしょう。むしろ、過労を抑制するために、より一層労働環境の整備に励むと思います。

ACGMEの重要な役割は、診療と教育を適切なバランスで受けられるよう研修医を守ることであり、研修医たちを労働力としてではなく、あくまで教育を受ける立場の人材として見なすのが米国の考え方です。労働力と見なす場合はACGMEから必ず指導が入ります。

南郷 医師の中には勤務時間の制限が診療経験の乏しさを招き、結果として研修医の成長に悪影響を及ぼすと懸念する者もいます。日本でも、働き方改革の影響により医師の勤務時間は議論の火種です。決められた勤務時間内で研修医教育の質を維持する方法についてはどうお考えでしょう。

ブランチャード この問題に関しては私もまだ正しい答えを導けていません。限られた患者経験数では、どれだけ良い教育体制を整備しても、一般的な環境で数多くの患者を診るほうが良いのかもしれないです。さらなる議論

が必要だと考えます。

ただし、そもそも医師全体に言えることですが、診療を行う以前に医師本人の健康状態が重視されるべきです。健康でない医師は患者に最善を尽くせないことは皆さんもよくご存じだと思います。

加藤 そうした過労を防ぐ環境を作るために必要なことは何だとお考えですか。ブランチャード ナースプラクティショナー(NP)の存在が鍵を握るでしょう。近年、NPによる患者への処置が標準化されたため、風邪などの軽症者であればプライマリ・ケア医と同等の診療ができるようになりました。医師の業務を減らす大きな役割を担っています。

青木 医療コストの面でも影響を与えそうですね。

ブランチャード ええ。NP一人を養成する費用は、プライマリ・ケア医の半分です。今や医師よりも多くのNPが誕生するようにもなりました。わざわざ2倍のコストをかけて養成されたプライマリ・ケア医が軽症者の診療を行う必要はありませんので、現在プライマリ・ケア医にはNPとの業務の差別化が求められています。研修の場面では、複雑な病態の患者を診なければならぬことを研修医に自覚させ、NPをはじめとした多職種チームをまとめるリーダーへと育成することも重要な課題です。

ロールモデルとなる指導医にも支援の手を

加藤 先ほどブランチャード先生から「内科の知識を学ぶには多くの患者を診察すること」との発言がありました。私が研修医だった頃の内科研修は入院患者対応が中心で、外来患者対応はほとんどありませんでした。にもかかわらず、最近の米国では外来患者対応の研修に注力していると聞いています。これはなぜでしょう。

ブランチャード 政府の方針が影響しています。外来患者対応に重心が置かれたのは、医療費削減のために入院期間の短縮がめざされているからです。そのため通院治療に切り替わった患者に対して外来で適切な医療を提供できるようACGMEがカリキュラムを変更しました。この介入により、内科における外来診療の割合は明らかに増えました。

ジョンソン 当大学の研修プログラム

でも特別なプライマリ・ケアコースをレジデント向けに用意し、外来診療能力の強化を図っています。また、こうした取り組みは、専門領域選択時に、プライマリ・ケアを候補にしてもらう狙いもあります。そのためには、プライマリ・ケア医のロールモデルを明確に示すことが重要ですね。

加藤 どのような医師が理想なのでしょう。

ジョンソン 仕事に対する幸福感に満ちた医師です。レジデントたちは、指導医の働き方をよく見えています。指導医が仕事に対しての喜びや意義を見だせていないと、自分の将来の姿を投影できません。指導医がロールモデル足り得るためにも、指導医が自身の診療時間と研修医教育に充てる時間をバランス良く取れる支援策を設けています。

加藤 指導医支援も不可欠なのですね。ところで、佐々江先生は英国で医学部を卒業し、7年間家庭医(GP)として診療されてきました。英国ではそもそもGPをめざす方が大変多いと聞きますが、その理由はどこにあると考えますか。

佐々江 古くは1945年からGPによる診療が始まったという英国の歴史的な事情が影響していると思います。GPは、地域の総合診療医として長い間専門性を磨く傍ら、GPの存在意義自体を学問として深めてきました。そうした流れのおかげでGPが人々の生活に根付き、ロールモデルとなるようなGPが身近に増えたことで、若い世代の中にも明確な医師像が見えるようになったのです。

加藤 現在はGPになるのに何年かかるのですか。

佐々江 5年もしくは6年制の医学部を卒業後、2年間の卒後研修で一般的な診療技術を学び、さらに3年間のGP養成のための特別プログラムで診療業務を行います。近年、GP養成プログラムを4年もしくは5年まで延長するとの議論もありますが、コストの問題やGP不足の背景もあり、議論は暗礁に乗り上げています。

加藤 どれくらいの方がGPの研修プログラムに進むのでしょうか。

佐々江 だいたい3分の1の医師がGPに進みます。

青木 日本では、ジェネラリストより

もスペシャリストになりたがる医師が多い印象です。分野を狭くすればするほど、医師として優れているとの認識が根底にある気がします。

ブランチャード それはジェネラリストの存在をどうとらえるかを議論すべきでしょう。スペシャリストは範囲が狭くても、深い知識を持っています。他方、幅広い知識を持ったジェネラリストは、どこまで自分で診て、いつ適切なスペシャリストに紹介すべきかを判断する術に長けています。こうした長所をうまく組み合わせるシステムの構築が不可欠です。

佐々江 おっしゃる通りです。しかし、日本の現状は多くのプライマリ・ケア医がもともと何らかのスペシャリストであり、現代のような体系化された内科専門研修を受けていません。そのためプライマリ・ケア医から紹介を受けるとき、紹介基準に明らかに満たないような患者を経験します。ここは英国と比べて違和感を覚えました。ですので、日本でプライマリ・ケア医をめざす若い医師を増やすためには、明確な医師像を見せ、彼らに役目を与えることが重要だと思います。現行の新専門医制度を修了した医師が増えていく今後に期待したいですね。

\*

加藤 これから医学教育の道に進む若い医師へのメッセージをお願いします。ジョンソン 私が医学教育に携わるモチベーションは、どんな医療政策よりも重要な仕事だと思っているからです。われわれが教育する医師は、何年にもわたって修練し続け、多くの患者を救い、さらに次世代を担う医師を育てるからです。われわれの仕事は、そうした持続可能な教育体制を支援することであり、最善の指導ができる環境整備に携われることに誇りを持っています。皆さんもわれわれと共に医学教育をより良いものにできるよう力を貸していただければと思います。

ブランチャード 医学教育者の重要な使命は、専門性を存続させることでもあります。診療の技術を伝え、変化し続ける医療に対応し続けることはこれからの必要不可欠です。ぜひその点にやりがいを見いだしてもらいたいです。

加藤 本日は貴重なお話ありがとうございました。(了)

**座談会を終えて** 座談会を通して感じたのは、ブランチャード先生、ジョンソン先生の医学教育に対する深い思い入れです。その思いの根底には、医学教育が、「最終的には患者のために存在する」と考えるブレない観点と、「目の前の患者だけでなく、未来の患者をも救う手段」ととらえて発展に尽力する信念があると感じました。お2人のような素晴らしい教育者に対して、医学部でポジションを作るにとどまらず、さまざまなアワードを用意する点も米国の魅力です。また、医学教育を個人の能力に委ねるのみでなく、システムとして組み込む点も大切です。米国では次のブランチャード先生、ジョンソン先生が登場し続ける土壌があり、そうした土壌は長年の議論と検証によって育まれてきたものです。まずは、日本でも医学教育そのものについての徹底的な議論から始める必要があります。今回、日本の医学教育を長年支えてくださっている青木先生、これからの日本の医学教育界を担う南郷先生、そして英国の観点を紹介してくださった佐々江先生から、数々の貴重なコメントがうかがえたことは誠に幸いです。本座談会が日本の医学教育のさらなる発展の一助となることを祈念します。(加藤良太郎)

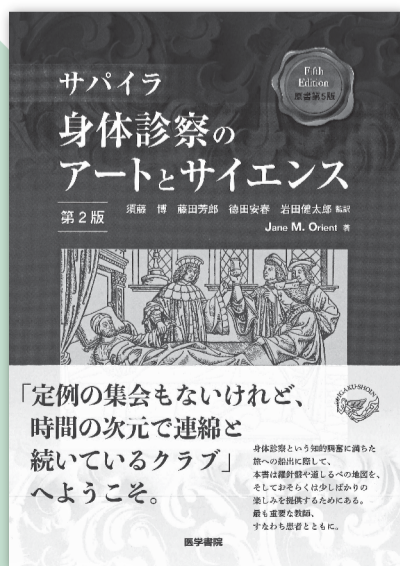
多くの指導医・臨床医から賛辞を集める身体診察の名著、待望の日本語改訂版!

サピラ 身体診察のアートとサイエンス

第2版

監訳：須藤 博 / 藤田 芳郎 / 徳田 安春 / 岩田 健太郎

原著：Jane M. Orient



身体診察という知的興奮に満ちた旅への船出に際して、本書は羅針盤や道しるべの地図を、そしておそらくは少しばかりの楽しみを提供するためにある。最も重要な教師、すなわち患者とともに――。

身体診察は文化の違いや時代を超えた臨床医学のアート。本書にはこれらを賢く経験するための英知、箴言がぎっしり詰まっている。「記述の広さと深さは類書を圧倒している」と賛辞を集める名著を、当代きってのエキスパートたちが翻訳。

B5 頁998 2019年 定価：本体12,000円＋税 [ISBN978-4-260-03934-5]

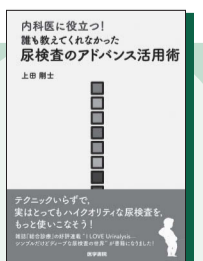
医学書院

尿検査はこんなに使える!

内科医に役立つ! 誰も教えてくれなかった尿検査のアドバンス活用術

尿検査は、簡便、迅速、安価で、一見ルーテックに見えが、使い方によっては実にハイパフォーマンスな検査だった! 一般内科医にこそ、読んで役立てて頂きたい。

上田 剛士



B5 頁176 2019年 定価：本体3,500円＋税 [ISBN978-4-260-03954-3]

医学書院

# FAQ

今回の  
回答者

**乗井 達守**

米ニューメキシコ大学医学部救急部  
Assistant Professor

のりい・たつや氏/2007年佐賀大卒。健和会大手町病院で初期研修、在沖縄海軍病院でインターンシップ。その後、ニューメキシコ大病院にて救急研修、チーフレジデントを経て14年よりニューメキシコ大医学部指導医。American College of Emergency Physicians 評議員およびニューメキシコ州支部代表。セデーション研究会代表幹事。編著書に「処置時の鎮静・鎮痛ガイド」(医学書院)。

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

今回のテーマ

## 知っておきたい 処置時の鎮静・鎮痛の新知見

不整脈に対し電気刺激を与えて行うカルディオバージョン、歯科治療や消化器内視鏡など、世の中には痛みや不快感を伴う処置が山のようにあります。そのような処置をする際、円滑に処置を行えるよう鎮静薬や鎮痛薬を用いることを処置時の鎮静・鎮痛 (Procedural Sedation and Analgesia; PSA) と呼びます。

本紙3043号(2013年9月16日)でもPSAを紹介しましたが、その後さらに世界中で多くの研究が行われ、重要なガイドラインの改訂が複数ありました。そのため本稿では、PSAを安全かつ効果的に行うための知識のおさらいと、近年の新しい知見を紹介します。

**FAQ 1** PSAの適応は強い痛みを伴う処置のときだけでしょうか。

患者さんが「嫌だな」と感じる処置の際に、意識のレベルを落として処置をしやすいことをPSAと呼びます。一見、PSAの適応はカルディオバージョンのような強い痛みを伴う処置をイメージする方も多いかもしれませんが、しかし、それ以外にも適応範囲は広く、小児に対するMRI検査なども一般的な適応です。

実は、PSAと手術室で行う全身麻酔の間に本質的な違いはなく、これらの差は鎮静の深さだけと言っても過言ではありません。一般的に、少しボンヤリしつつも、呼び掛ければ正常に反応し、呼吸や循環に影響を与えないレベルを浅い鎮静と呼び、その対極として疼痛刺激にも全く反応がない状態が全身麻酔と呼ばれているのです(表)<sup>1,2)</sup>。こうした鎮静の深さはPSAの適応によって求められるレベルが異なり、消化器内視鏡や脱臼整復などでは中等度鎮静を行うことが多いです。一方で、小児患者や痛みを伴う処置によく使用されるケタミンは、この鎮静深度の分類がうまく当てはまりません。そこで、解離性鎮静 (dissociative sedation) というカテゴリーを使います。

表のように、鎮静深度は「連続」しているというのがポイントで、鎮静薬の投与量が多過ぎたり、患者さんの鎮静薬に対する感受性が高かったりすると、中等度鎮静から深い鎮静へ、そして下手をすれば全身麻酔のレベルまで簡単に移行します。救急外来の処置室や内視鏡室で全身麻酔をしたいですか? できれば避けたいですね。やはり鎮静薬の量には十分気を付ける必要があります。しかし、そうは言っ

ても鎮静が想定より深くなることは頻繁にあります。そのリスクを軽減するためにも、全身麻酔の実施時と同じような処置前の評価やモニタリングが必要となります。この辺りも前回の記事にて紹介をしていますので、ぜひご覧ください。

**Answer...** 痛みや不快感を伴う処置の際に、意識のレベルを落として処置を実施しやすくすることをPSAと言います。PSAは鎮静の深さ以外には全身麻酔と本質的な違いはありません。そのため、全身麻酔と同様の処置前評価とモニタリングが必要になります。鎮静深度の表は、PSAをする上では欠かせないものなので、ぜひ覚えておいてください。

**FAQ 2** 大豆や卵に対するアレルギー歴はプロポフォールにおける禁忌ですか?

プロポフォールには、卵に含まれるレシチンと呼ばれる油成分や、ダイズ油が使われ、添付文章などにも「本薬または本薬の成分に対し過敏症の既往歴のある患者」には禁忌と書いてあります。そのため、卵や大豆アレルギーがある方には、プロポフォールは禁忌だと思われてきました。ところが、大豆や卵にアレルギーがある人の大多数は、油成分に対するアレルギーではなく、含まれるタンパク質に対してアレルギーがあることがわかってきました<sup>3)</sup>。つまり、あくまでもプロポフォールに使用されるのは大豆や卵の油成分なので、理論上はアレルギー反応が出ないということです。

こうした見解は以前から認知されていましたが、そうは言っても使用がためられる場面はよくありました。もちろん、他に適切な鎮静薬がある場合は問題ないものの、プロポフォールが必要ときに使用が躊躇されるのは困ります。そのため、この適正使用の問題には昔から多くの専門家が取り組んできました。

ですが、「大豆や卵に対するアレルギー」と「プロポフォールへのアレルギー」には関係がないことを証明するのはなかなかの難題です。幸いにも、この10年でいくつもの観察研究が行われました。例えば、大豆や卵にアレルギー歴のある患者に対して、プロポフォールが(たまたま)使用された症例を調べた研究<sup>4)</sup>や、プロポフォールに対してアレルギー歴がある患者の中で、どれぐらいの人が実際に大豆や卵に対してのIgE抗体を持つかを調べる

●表 よく用いられる鎮静深度の定義 (文献1, 2をもとに筆者作成)

	浅い (不安除去)	中等度	解離性	深い	全身麻酔
反応性	呼び掛けに正常に反応	呼び掛けや触覚刺激に対して意図をもった反応	強い鎮痛作用と健忘作用を伴うカタレプシー様の意識消失	繰り返す刺激や疼痛刺激に対し意図をもった反応	疼痛刺激にも覚醒しない
気道	影響なし	介入必要なし	介入が必要になることがある	介入が必要になることがある	しばしば介入が必要
自発呼吸	影響なし	適切に維持	通常維持される*	不十分なことがある	しばしば不十分
循環	影響なし	通常維持される	通常維持される(頻脈、血圧上昇あり)	通常維持される	障害される可能性あり

\*1 ケタミンの急速静注では、一過性の呼吸抑制や無呼吸が起こり得るため、30秒以上かけて投与することが望ましい。

研究も行われました<sup>5)</sup>。このような研究結果を受け、最近のガイドラインでは、プロポフォールは大豆や卵に対するアレルギー歴がある患者にも使用できることをあえて強調する記載も見られます<sup>3)</sup>。

**Answer...** 卵や大豆に対するアレルギー歴自体は、プロポフォールにおける禁忌ではありません。

**FAQ 3** 絶飲食はもう気にしなくていいのでしょうか?

医療者が何かしようと思った時に、それで得られる利益とリスクを天秤に掛けるのは当然のことかと思えます。では、PSAによる誤嚥のリスクはどれぐらいあるのか? 多くの大規模な研究で、PSAによる臨床的意味のある誤嚥のリスク、例えば誤嚥性肺炎例や死亡例はかなり少ないことがわかってきました。小児でも同様の結果が出ており、誤嚥の発生率は0.0072% (10件/13万9142症例)との研究があります<sup>6)</sup>。そもそも絶飲食であろうがなかろうが、誤嚥のリスクは変わらないということが大規模なコホート研究で示されています<sup>6,7)</sup>。

PSAにおける絶飲食の扱いは、誤嚥の理論上のリスクであるため、基本的に全身麻酔と同様でした。具体的には、成人であれば、食事後最低6時間は待つことが推奨されていました。待機的な処置、例えばスクリーニングのための上部消化管内視鏡などの場合は、この推奨の通りで構わないでしょう。しかし、緊急度の高い処置(緊急の血管造影、骨折の整復など)が「絶飲食の

未実施」との理由で実施できず、生命を失うリスクが高まったり、四肢の機能不全が残ったりするのであれば本末転倒です。

そこで、緊急度の高い処置が必要な際は、絶飲食でなかったとしてもPSAを行って構わないというのがコンセンサスです<sup>1)</sup>。ただし、嘔吐/誤嚥のリスクが高いことが知られている肥満患者や、上部消化管内視鏡のためにPSAを行う際は鎮静の深度を浅めにする、逆に手術室で気管挿管、全身麻酔下で行うなどの対処は必要です。もちろん、このような患者は誤嚥の問題だけでなく、鎮静を含めた治療全体のリスクがそもそも高いことを忘れてはいけません。また繰り返しになりますが、待機的な処置では、万全を期して施行前は絶飲食にするというのもリーズナブルな対処です。

**Answer...** PSAにおける誤嚥のリスクは極めて低いため、PSAを緊急的に行うメリットが誤嚥のリスクを上回れば、絶飲食でなくてもPSAを行っても構いません。

**もう一言** PSAの研究は日進月歩で、ガイドラインも頻繁に更新されています。日本からも多くの研究結果が出ています。そうした結果を臨床に取り入れ、より安全で効果的なPSAを行うことが重要です。

- 参考文献  
 1) Ann Emerg Med. 2019 [PMID: 31029297]  
 2) Anesthesiology. 2018 [PMID: 29334501]  
 3) Ann Emerg Med. 2019 [PMID: 30732981]  
 4) Anesth Analg. 2011 [PMID: 21467558]  
 5) Br J Anaesth. 2016 [PMID: 26675952]  
 6) Anesthesiology. 2016 [PMID: 26551974]  
 7) JAMA Pediatr. 2018 [PMID: 29800944]

患者も術者もラクになる。処置時の鎮静・鎮痛を使いこなそう!

# 処置時の鎮静・鎮痛ガイド

Procedural Sedation & Analgesia

編集 乗井 達守

縫合・除細動・内視鏡の挿入など、一般的な処置の際に、患者の痛みや不安を軽減する鎮静や鎮痛について、入門的に解説したガイドブック。基本的な考え方や薬剤の使い分け、場面別での方法やケーススタディも収録。非麻酔科医でも安全にできる、鎮静・鎮痛の世界的スタンダード。付録には、鎮静・鎮痛施行の際に必要な各種チェックリスト、同意書のひな形などを掲載し、またPDF形式でのダウンロード配信も行っている。

処置時の鎮静・鎮痛ガイド  
Procedural Sedation & Analgesia  
編集 乗井 達守

【優しい】【使いやすい】 読者にさようなら  
もう患者さんにガマンさせない!  
非麻酔科医でも安全にできる。縫合・除細動の世界的スタンダード  
1日での読書、持ち帰る子どもの読書。縫合・除細動の世界的スタンダード  
印刷のクオリティも高い。縫合・除細動の世界的スタンダード

目次

- Part 1 序論
- Part 2 処置前の評価と準備
- Part 3 モニタリング
- Part 4 薬剤の特徴と使い分け
- Part 5 処置後のケア
- Part 6 合併症対策
- Part 7 状況別の鎮静・鎮痛
- Part 8 小児と高齢者について
- Part 9 ケーススタディ
- Part 10 トレーニング

付録  
鎮静時のチェックリスト/セデーションタイムアウト時のチェックリスト/直前チェックのための参考資料/鎮静薬(・鎮痛薬)使用同意書/小児の鎮静前後の評価に用いるチェックシートの例/小児の鎮静後に家族への説明・指導に用いる文書の例/「MRI 検査時の鎮静に関する共同提言」の早見表

書籍の詳細はこちらから

●A5 頁256 2016年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02830-1]

医学書院

解く × 理解する × 定着させる = 合格への方程式!

## PT・OT国家試験共通問題 できるもん・でたもん (基礎医学) 第2版

国家試験対策で欠かせない「解く」「理解する」「定着させる」の3つの要素を凝縮した一冊。過去問や試験で問われやすいポイントを効率よく学習できるオリジナル問題を多数掲載し、初版で定評があった解説はそのままに、さらに昨今の国家試験の動向を踏まえて問題・解説を再編成した。テーマごとの学習ポイントをまとめた「Check list」や「Summaries」のコーナーは試験直前にノート感覚で使うこともできる。

編集 「標準理学療法学・作業療法学」編集室





インフルエンザの季節です。今シーズンもまた、インフルエンザの迅速検査が大量に行われるでしょう。いくら何でもやり過ぎですが、患者は希望するし、保育園や学校・職場からも依頼されるし、医療機関はもうかるし、という中でそれ以外の要因は無視されがちです。本来は、臨床疫学的なアプローチで判断することが、検査を利用する医師の大きな役割です。その役割を十分果たせるように、インフルエンザの迅速検査の使い方について解説します(全4回連載)。

名郷直樹 武蔵国分寺公園クリニック院長

## 診断に関するエビデンスの検索

第2回

インフルエンザの迅速診断を適切に利用するためには、ベイズの定理を理解し、それを使いこなすことが重要です。そのためにまず、事前確率と検査の正確性が見積もりがスタートになります。

今回は、事前確率と検査の正確性に関する情報の入手方法と吟味について説明したいと思います。情報源としては、どんな疑問であってもひとまずUpToDate, DynaMedを検索するのがいいでしょう。それでダメならPubMedというのが王道でしょうか。

### 事前確率についてのエビデンス

事前確率については、病歴と診察の所見の陽性的中率が事前確率の参考になります。

まずUpToDateをみてみましょう。インフルエンザの臨床診断の項に以下の記述があります。

In a retrospective pooled analysis of signs and symptoms in 3744 ambulatory adolescents and adults with an influenza-like illness who participated in phase II and III trials of neuraminidase inhibitors during outbreaks, the best multivariate predictor was the combination of fever and cough within 48 hours of the development of symptoms, which had a positive predictive value of 79 percent for documented influenza.

DynaMedでは以下の通りです。

Diagnostic accuracy of symptoms for

- diagnosis of influenza
- fever had sensitivity 67.79%, positive predictive value 76.85%
  - cough had sensitivity 93.24%, positive predictive value 69.43%
  - fever plus cough had sensitivity 63.81%, positive predictive value 79.04%

どちらも同じ論文を引用しています<sup>1)</sup>。流行期においては48時間以内の熱と咳の組み合わせで陽性的中率が79%です。DynaMedでは、熱だけでも77%、咳だけでも69%の陽性的中率です。

この陽性的中率を事前確率として考えるというのが一つの方法ですが、事前確率は季節やセッティング、対象患者の年齢、合併症の有無などで大きく異なります。個別の状況ではさらに多めとか、さらに少な目とか、あるいははるかに低いとか、はるかに高いとか、その場その場の修正も重要です。正確に見積もるのは難しく、ある程度の幅をもって大雑把に見積もるのが現実的です。

### 検査の正確性についてのエビデンス

「検査の正確性」と書きましたが、具体的にはインフルエンザ迅速診断検査の感度・特異度についてデータを探しにいきます。

UpToDateでインフルエンザの迅速診断検査の部分を見ると、以下のよう記述があります。

In a meta-analysis of 159 studies that

evaluated rapid influenza antigen tests, the pooled sensitivity was 62 percent (95%CI 58-67 percent) and the pooled specificity was 98 percent (95%CI 98-99 percent). The sensitivity was lower in adults than in children (54 versus 67 percent) and was higher for influenza A than for influenza B (65 versus 52 percent). In a subsequent meta-analysis that focused on DIAs, the pooled sensitivity was 54 percent for influenza A viruses and 53 percent for influenza B viruses.

DynaMedではどうでしょうか。

Pooled diagnostic performance of rapid influenza tests for influenza

- overall
  - sensitivity 62.3% (95%CI 57.9%-66.6%)
  - specificity 98.2% (95%CI 97.5%-98.7%)
- in adults in analysis of 33 studies
  - sensitivity 53.9% (95%CI 47.9%-59.8%)
  - specificity 98.6% (95%CI 98%-98.9%)
- in children in analysis of 60 studies
  - sensitivity 66.6% (95%CI 61.6%-71.7%)
  - specificity 98.2% (95%CI 97.5%-99%)

ここでもどちらも同じ文献<sup>2)</sup>を引用しており、同じ記述ですが、DynaMedのほうがみやすいでしょうか。個々の研究が示すインフルエンザ迅速診断検査

の感度・特異度は、感度50~70%、特異度98%というところ。感度は低く、特異度が高いことが示されており、感度は子どもより大人で低い傾向にあります。DynaMedではさらに他の検査との比較が表になっています(表1)。迅速診断検査の感度の低さがはっきりと示されています。

### PubMedのClinical Queries

PubMedのClinical Queriesは、EBMの3巨頭の一人、Haynes Bによる検索システムです。ハンドサーチと電子サーチを比較して妥当性を検討した感度の高い検索式、特異度の高い検索式が、Therapy, Diagnosis, Prognosis, Etiology, Clinical prediction guidesの疑問の領域ごとに自動的に利用できる仕組みです<sup>3)</sup>。

このClinical Queriesを'influenza' 'rapid'の2語で、Categoryを'Diagnosis', Scopeを'narrow'で検索すると文献4・5がSystematic Reviewsの列の7番目と8番目(執筆時)に検索されてきます。文献4はUpToDate, DynaMed共にすでに引用されています。文献5は引用されていないので抄録を見てみると、インフルエンザの迅速検査の感度・特異度について以下の記述があります。

Summary sensitivity and specificity estimates of tests for influenza were 61.1% and 98.9%.

### 検査の時期による感度の違い

「発症からすぐでは陽性に出ないので、明日もう一度検査に来てください」というような診療をしている場合がよくありますが、それについても検討されています(表2)<sup>2)</sup>。検査時期にかかわらず感度は低いことが示されています。24~48時間で92%という報告もあります。これは例外的な結果です。そもそも「発症からの時間」というのは同定するのが困難です。検査をするかどうかを考える際に、発症からの時間の考慮はむしろ不要でしょう。

### 今回のまとめ

- 流行期に咳・発熱がある場合の事前確率は79%。熱だけでも77%、咳だけでも69%。
- 迅速キットの感度は、検査の時期にかかわらず低い(大人では特に低い傾向)。特異度は高い。

今回はこれらのデータから事後確率を計算し、実際の臨床にどう生かしていくかを取り上げます。

### 参考文献

- 1) Arch Intern Med. 2000 [PMID:11088084]
- 2) Ann Intern Med. 2012 [PMID:22371850]
- 3) J Am Med Inform Assoc. 2007 [PMID:17213490]
- 4) Ann Intern Med. 2017 [PMID:28869986]
- 5) Clin Infect Dis. 2017 [PMID:28520858]

●表1 迅速診断検査と他の検査との比較

	検査法	研究数	感度
インフルエンザA	Traditional RIDT	94	54.4% (49~60%)
	DIA	18	80% (73~86%)
	NAAT	12	91.6% (85~96%)
インフルエンザB	Traditional RIDT	30	53.2% (42~64%)
	DIA	17	76.8% (65~85%)
	NAAT	12	95.4% (87~99%)

RIDT:迅速診断検査, DIA:デジタル免疫測定法, NAAT:核酸増幅検査法

●表2 発症からの時間による迅速診断検査の感度・特異度(文献2)

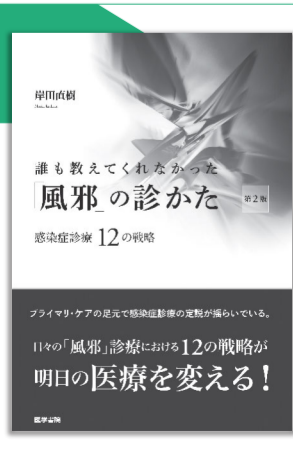
研究, 年	時間	感度 (95% CI), %	特異度 (95% CI), %
Gordon et al, 2009	1日目	51.9 (40.3~63.3)	98.4 (95.3~99.7)
	2日目	75.1 (68.3~81.1)	97.9 (96.0~99.1)
	3日目	74.2 (62.0~84.2)	97.9 (94.1~99.6)
	4日目	57.9 (33.5~79.7)	98.6 (94.2~100)
Gordon et al, 2010	<24時間	41.7 (22.1~63.4)	97.9 (88.9~99.9)
	≥24時間	72.1 (59.9~82.3)	98.4 (94.3~99.8)
Keitel et al, 2011	≤12時間	35.0 (19.0~55.0)	100 (88.0~100)
	12~24時間	66.0 (54.0~76.0)	97.0 (86.0~100)
	24~48時間	92.0 (80.0~97.0)	96.0 (82.0~99.0)
	>48時間	59.0 (36.0~78.0)	100 (90.0~100)
Nilsson et al, 2008	1~3日	71.4 (58.7~82.1)	100 (95.1~100)
	1~5日	62.8 (51.7~73.0)	100 (96.7~100)
	>5日	13.8 (3.9~31.7)	100 (90.0~100)
Poehling et al, 2002	<4日	100 (63.1~100)	96.6 (90.4~99.3)
	≥4日	54.5 (23.4~83.3)	98.4 (94.4~99.8)
Stein et al, 2005	<48時間	58.3 (27.7~84.8)	96.2 (80.4~99.9)
	>48時間	25.0 (12.1~42.2)	98.6 (95.0~99.8)
Stripeli et al, 2010	<48時間	75.0 (42.8~94.5)	100 (92.1~100)
	≥48時間	65.4 (44.3~84.8)	94.2 (88.4~97.6)

だれかぜ  
大ベストセラー書『誰風邪』が  
ページ倍増 7年ぶり大改訂!

誰も教えてくれなかった  
「風邪」の診かた

感染症診療12の戦略 第2版

岸田直樹



だれかぜ  
『誰風邪』の愛称で親しまれる大ベストセラー書が、満を持して7年ぶりの大改訂。初版で圧倒的な支持を得た、プライマリ・ケア現場における「風邪と重篤な疾患との見極め方」に磨きをかけたのみならず、高齢者の風邪診療や薬剤耐性菌など診療現場を悩ませる重要課題にも明快に処方箋を示した。プライマリ・ケアの足元で感染症診療の定説が揺らいでいる今、日々の「風邪」診療における12の戦略が明日の医療を変える!

医学書院

CONTENTS

第1章 風邪を風邪と診断するノウハウ

第2章 風邪に紛れた風邪以外を診断するノウハウ

第3章 高齢者の「風邪診療」から生まれる新しい時代の! 感染症診療「12」の戦略

第4章 インフルエンザ診療と外来診療での処方ノウハウ

●A5 頁336 2019年 定価:本体3,500円+税  
[ISBN 978-4-260-03963-5]

# グラフィックレコーディングのはじめかた

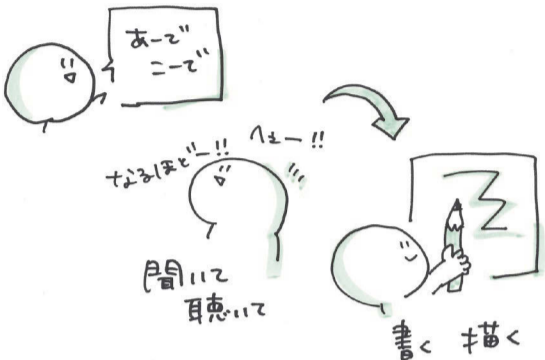
情報共有や自身の振り返りのために、簡単なイラストや記号を活用して記録に残す手法がグラフィックレコーディング(通称、グラレコ)。ノートを取るとき、ミニレクチャーや症例プレゼンテーションをするときなど、皆さんの身近なところにきっと役立つ場面があるはず。それでは、新しい記録の姿をのぞいてみましょう。

岸 智子

福岡女子大学社会人学び直しプログラム コーディネーター

## Lesson 1 グラレコとは? プロセスを記録する

グラフィックレコーディング(通称、グラレコ)とは、セミナーやシンポジウムなどの登壇者の話や、会議での議論の様子を、文字だけではなく、図や絵を用いてリアルタイムに可視化する手法のことです。



グラフィックレコーディングは、カラフルな色を使って描かれていることが多く、見た目のインパクトが強いので、「絵が苦手だから私には無理!」「話していることをその場で絵や図にするなんて難しそう……」と、苦手意識を持って尻込みされる方も少なくありません。

でも、それではもったいない。文字だけで書かれた議事録やノートは無機質で、わくわくした気持ちになることはありませんが、カラフルな色や図を使ってまとめられたグラフィックレコーディングなら、「なんだらう?」と興味を引き、「読んでみよう!」という気持ちにさせることができます。せっかくの「記録」なのだから、自分自身が読み返したくなったり、「読みたい!」と思ってもらえたりするようなものになったら素敵だと思いませんか?

この連載では、図や絵を使って記録するグラフィックレコーディングを行うに当たってのコツや、実際にどんな場面で活用できるのかなど、具体的な実践方法をご紹介します。

### そもそもグラレコって何?

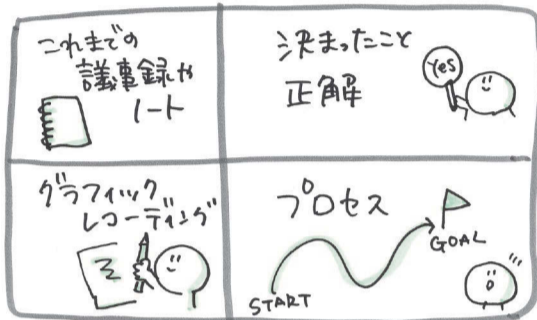
この質問にいつも私は「新しい形の議事録、ノートの取り方です」とお答えしています。

文字だけではなく、図や絵、色を使って描かれているため、従来の文字が中心の議事録やノートとは見た目がかなり異なります。文章も堅苦しくなく、話し言葉で描かれているものも多いです。

けれども、グラフィックレコーディングの新しさや違いは、見た目だけにとどまらなると私は思っ

ています。通常の議事録であれば、事実を正しく記載することが役割ですので、会議で決議されたこと(=決まったこと)のみが要点を絞って書かれると思います。また、講義におけるノートテイキングでは、先生が板書した内容を正確に書き写すことが求められるはず。つまり、議事録もノートも「正解」や「事実」のみが記載されています。

この点がグラフィックレコーディングとの大きな違いです。グラフィックレコーディングでは、会議や講演の場でどのような発言があったのか、その言葉はどんな背景(発言者の思いや気持ち)を持って発せられたのかなど、その場で起きていること、すなわち「プロセス」が記録されるのです。



これがグラフィックレコーディングの最大の特徴であり、新しい価値だと考えます。

### 起きていることをリアルタイムに描く

文字だけではなく、絵や図、色を使って描く手法には、グラフィックレコーディングの他にもさまざまなものがあります。

<b>グラフィックレコーディング</b>	対話や議論を図や絵を使って、その場で可視化していく手法。
<b>ファシリテーショングラフィック(ファシグラ)</b>	ファシリテーション(会議等の進行)を行う際、参加者の発言を記録、図式化する手法。ファシリテーター(進行役)が描くケースが多い。
<b>スケッチノート</b>	経験したことや聞いたことなどを、絵や図を使って描いてまとめる手法。レオナルド・ダ・ヴィンチやトマス・エジソンも行っていたとか。

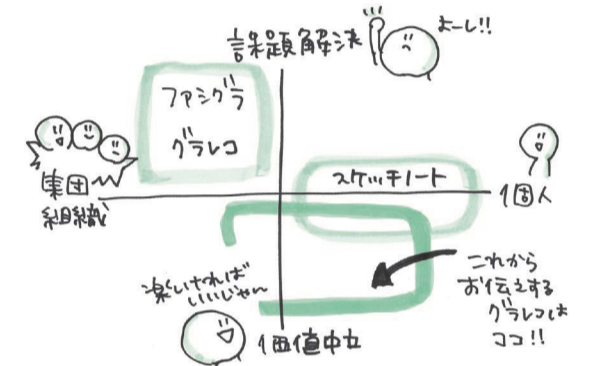
ファシリテーショングラフィックやグラフィックレコーディングは、人々の対話や議論を可視化し、合意形成を促すことに力を発揮します。そもそも会議や話し合いは集団や組織の課題解決の方策を練るために開かれるものですので、議論の内容や方向性、結論を

可視化しておくことは、その後の実践の推進力となります。一般的に、ファシリテーショングラフィックやグラフィックレコーディングは、集団や組織の課題解決をめざして導入、実践されるケースが多いようです。

絵や図を用いてまとめるスケッチノートは、ファシリテーショングラフィックやグラフィックレコーディングとアウトプットの形が似ていますが、自分のためのツールであることが大きな違いです。

上記にまとめた以外にも絵や図を使ってまとめる手法はさまざまあります。それぞれ細かな定義や使われ方は異なりますが、いずれもその場で起きていることを絵や図を用いながら、表出させていくという点では同じです。絵や図、色を用いて描くことで、言語化しにくい状況や、参加者の感情、頭の中にあるもやもやとした思考を表現することができるのかもしれない。

この連載では、まずは「自分のための記録」(下記イラスト右下部分)から始め、徐々に集団や組織の課題解決に結び付くようなグラフィックレコーディングの活用方法を紹介していきます。



グラフィックレコーディングはあくまでも「記録」です。その場で起きたこと、自分の気持ちが動いたこと、印象に残ったことを、感じたままに自由に素直に描いてみましょう。もちろん作品ではないので、上手に絵を描く必要もありませんし、構図や色使いにこだわる必要もありません。また、優劣を競うものでもなく、正解やルールもありません。

グラフィックレコーディングは紙とペンさえあれば、いつでも、どこでも始められます。ぜひ、いろいろな場面で取り入れ、実践してみてください。

●きし・ともこ氏/小売業、情報サービス企業で社員として店舗企画、人材開発などの業務に従事する傍ら、産業能率大大学院総合マネジメント研究科を修了。2014年より現職。現在は、グラレコの普及活動や多様な働き方を応援するコミュニティ「キャリアバラエティ」の運営を手掛ける。

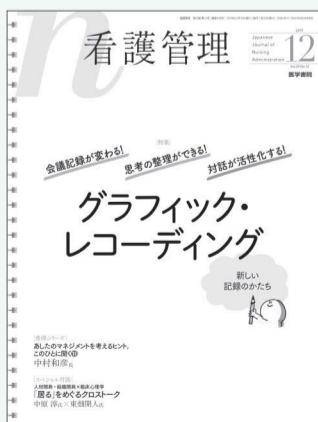
# 看護管理

医学書院

2019年12月号  
Vol.29 No.12

## 特集 会議記録が変わる! 思考の整理ができる! 対話が活性化できる! グラフィック・レコーディング

企画監修・執筆 岸 智子



対話のプロセスをイラストや記号を使って図解化・可視化し、堅苦しい会議記録をわくわくするものに変える「グラフィック・レコーディング」。本特集では、基本スキルから実践方法までをご紹介します。

- 新しいかたちの議事録、ノートの取り方 **グラフィック・レコーディング**
- 【グラレコ実践・1】自分のメモを共有する 学びを定着させ、分かち合う
- 【グラレコ実践・2】会議のプロセスを共有する 書き出すことで議論が進む!?
- 【グラレコ実践・3】手描きでプレゼンテーション KP法を使ってみよう
- 【グラレコ実践・4】研修やワークショップでの活用 プロセスを記録することで学びを深める!
- 入門! **グラフィック・レコーディング** 基本スキルを学ぼう

●1部定価: 本体1,500円+税

2020年 年間購読料

冊子版	16,920円
冊子+電子版/個人	19,920円
電子版/個人	16,920円

(本体価格, 送料弊社負担)

# 精神看護

医学書院

2019年9月号  
Vol.22 No.5

## 感情・関係・状況を可視化できる グラフィックレコーディングのインパクト

なぜこのツールは希望を生み出すのか

ホワイトボードに描くという光景は、ベテランの家が始めた「当事者研究」と切り離せないものです。私と共同研究者の綾屋さつきさんは、なぜ当事者研究には、こんなにも当事者が行き詰った状況をドラスティックに変える効果があるのだろうかということを研究しているのですが、そのなかでわかってきたのは、どうやら「ホワイトボードに描く」という点にも、何か秘密がありそうだ、ということでした……

- **グラフィックレコーディングへの期待** 向谷地 生良・池松 麻穂
- **即興 当事者研究をグラレコする** 会場参加者 x 向谷地 生良 x 清水 淳子
- **基礎講座「グラレコって何だ!？」** 清水 淳子
- **【グラレコ体験談】線は光一ぼくの輪郭を取り戻すために** 武田 俊



●1部定価: 本体1,400円+税

2020年 年間購読料

冊子版	7,080円
冊子+電子版/個人	10,080円
電子版/個人	7,080円

(本体価格, 送料弊社負担)

# 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》 整形画像読影道場

仲田 和正 ● 著

A5・頁164  
定価:本体3,600円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03833-1

今から12年前、卒後2年目のレジデントだった僕は、救急外来で遭遇する外傷について勉強したいと思い、研修医室の本棚を物色していた。そこで見つけた色鮮やかなオレンジ色の本が仲田和正先生の『手・足・腰診療スキルアップ』(株式会社シーピーアール)の初版であった。おもむろに手に取りページを開いてみると、まずその構成に驚きをおぼえた。「手・足・腰診療」と銘打ちながら、序盤には救命に必須のスキルであるBLS、ACLS、JATEC、輸液などに多くのページが割かれていた。しかしその意図を理解するのに時間はかからなかった。熱量に溢れ返った、共感の思いでどんどん読み進めた。気付けば西伊豆に行って仲田先生に習いたいと思うようになり、念願かなったのがその5年後の夏であった。思い切って単身赴任して、3か月間弟子入りすることに決めた。

仲田先生の後ろにべったり付いて、診療スキルを生で伝授していただけるという、まさに夢のような日々であった。とにかく勉強会やカンファランス(西伊豆ではカンファランスではなく、圧倒的にカンファランスなのである)が多く、学びたいだけ学べる環境であった。画像読影の勉強会もあった。シ

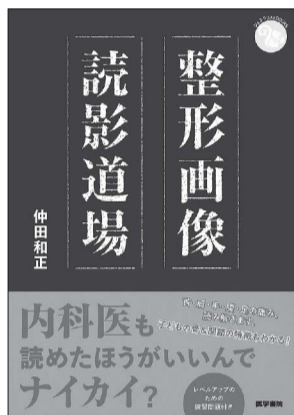
ャーカステンに挿した秘蔵のX線画像を前に、仲田先生からレジデントへクイズ形式でレクチャーしていただけるという贅沢なものだ。本書『《ジェネラリストBOOKS》整形画像読影道場』には、その際に習った多くのX線読影法が紹介されている。これほど贅沢なことはない。

そして、何といても「体で覚える頸椎の神経支配」だ。これは本当に記憶しやすく、診察中とても役に立つ。そして、一度覚えたら何年たっても覚えていられる。仲田先生に教えていただいたあの日のことを思い出しつつ読み進めていた

ら、C7の「にゃにゃ」をしている坂本壮先生を見つけた。「にゃにゃ」に思い入れがある一人として、表現し難いジェラシーを感じている自分にふと気付いた。坂本先生に憧れたときは「SSN!(Sakamoto Souni Naritai)」と叫ぶルールが救急・総合診療界隈にはあるようだが、この時ほど「SSN!」な思いを経験したことはなかった。

そしてもう一つ、C7に関するエピソードを思い出した。以前、仲田先生に「肘をシッチ!(7)と伸ばした時に、体がちょうど7の形をするという覚え方なんてどうですか?」とお伝えした時に「なるほど、それいいですね~!」

みんなで読めるように  
ならナイカイ?



評者 北 和也  
やわらぎクリニック院長

## 新訂 うまい英語で医学論文を書くコツ 世界の一流誌に採択されるノウハウ

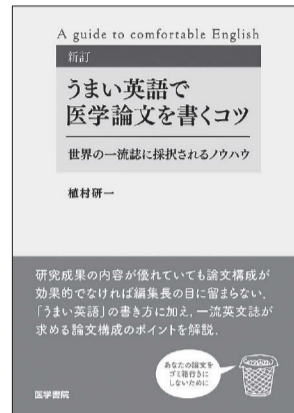
植村 研一 ● 著

A5・頁224  
定価:本体3,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03936-9

評者 鈴木 康之  
岐阜大学教授・医学教育開発研究センター

私が初めて本格的な英語論文を書いたのは1986年でした。当時、論文執筆に関するテキストはほとんど無く、他の論文の表現や構成を参考にしながら、四苦八苦して継ぎはぎの英作文をしてきた記憶しかありません。本書で植村研一先生が強調しておられる“comfortable English”にはほど遠いものでした。当時、本書があったら私の苦労の何割かは軽減し、ワンランク上の雑誌に掲載できていたことでしょう。近年、論文執筆に関するテキストは随分多くなりましたが、本書は次の3点でとても魅力的です。

### 研究者の英語論文執筆力を 高める格好のテキスト



①医学研究者・医学英語教育者・雑誌編集者・同時通訳者としての長年の経験に基づいて、「どのような論文が一流誌に採択されるか?」を熟知した植村先生が、まるで直接語り掛けてくださるように、歯切れ良くポイントを示しています。植村先生のお話を一度でも聞いたことのある方は、特に実感されるでしょう。植村先生の頭に蓄積されてきた智慧とノウハウを学び取ってほしいと思います。

②全編を通じて「comfortable English」と「短縮率」がキーワードとなっています。日本人特有の婉曲・冗長な表現を戒め、言葉をいかにそぎ落とすかを多くの事例で示し、演習によって実践力が高まる工夫がされています。英語論文の読者・査読者の多くは

と微笑んでおられたので「よっしゃ!」と思ったのだが、本書をみると全く採用されていなかった。今度お会いした際、第2版にはぜひとも採用していただけないか、お願いしてみたいと強く思った2019年の夏の日であった。

超高齢社会では診療科を問わず外傷診療を行うケースが増えることだろ

native speakerであり、comfortableな英語を心掛けることが重要です。“うまい英語”とは決して美文ではなく、読者の頭に素直に入っていく“simple and clear statement”なのだとして理解しました。“うまい英語”のコツがわずか50ページの中に凝縮されているとは驚きです。

③コンパクトな構成で、忙しい医師・研究者でも手軽に読むことができます。読みやすく(comfortable Japanese!),明快(simple and clear!)に書かれていますので、一度全編を通読することがお薦めです。これから英語論文にチャレンジし

ようとしている若手はもちろんのこと、論文の質をワンランク高めたい中堅、論文執筆を指導する立場のベテランにとっても格好の参考書です。一度でも英語論文を書いた方なら、読んでいっとうなずかされることばかりです。査読者の視点を知ることで、どんな論文を書けば良いかを知ることができます。

近年、わが国からの医学英語論文数は頭打ち、分野によっては減少し、世界第2位の座から第6位へ転落しています。研究力自体の強化はもちろん最重要ですが、せっかくの研究成果を効果的・効率的に発信するためには、研究者の英語論文執筆力を高めることが重要です。そのために本書は格好のテキストと言えるでしょう。

う。当直中に病棟で転倒が発生し、股関節のX線を撮るものの整形外科医がいない、なんて経験は皆さんにはないかい? というわけで、内科医の皆さんもぜひ一冊買っといたほうが良いんでナイカイ?

見逃してはならない直腸肛門部疾患

# 「おしりの病気」 アトラス

Web 動画付 稲次直樹

“おしりが痛い” “血が出る” “しこりがある” “便が出にくい” など「おしり」の症状には見逃してはならない悪性疾患の徴候が隠れていることがあるのです!

「大迫力の直腸肛門部疾患特徴別画像一覧」  
「患者さん⇄医師間の認識ギャップも変換! おしり問診」  
「鑑別診断を鍛える WEB ページ」  
「内科・内視鏡医が知りたかった Q&A」  
「役立つ外科治療手技動画」  
など実臨床で役立つ内容を多数掲載!



痔・便秘など「おしり」の症状にはこの1冊!  
診察室に常備して日常診療に役立てよう!

目次

- 特徴別疾患画像一覧
- I 編 直腸肛門部診療の基本
- II 編 直腸肛門部疾患アトラス
- III 編 Q&A

●A4 頁256 2019年 定価:本体8,500円+税 [ISBN978-4-260-03955-0]

医学書院

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

# Hospitalist

2019  
年間購読  
申込受付中

Vol.7・No.3

特集: 抗血小板薬,  
抗凝固薬のすべて

あなたの血栓治療を変える19のヒント

責任編集: 山田悠史 埼玉医科大学 総合診療内科  
簡泉貴彦 愛仁会高槻病院 総合内科

- 1部定価: 本体4,600円+税
- 年間購読料 19,360円(本体17,600円+税)

※毎月お手に直送します。(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。

- |    |       |                                       |           |   |
|----|-------|---------------------------------------|-----------|---|
| 特集 | 2018年 | 1号 腎疾患2<br>2号 糖尿病<br>3号 肝臓病<br>4号 心不全 | 2019年(予定) | 1号 外来マネジメント<br>2号 総合内科のための集中治療<br>3号 抗血小板薬、抗凝固薬のすべて<br>4号 内科エマーゼンシー |
|----|-------|---------------------------------------|-----------|---|



もはや定番! Hospitalistのマニュアル本

## 総合内科病棟マニュアル

●編集: 簡泉貴彦・山田悠史・小坂鎮太郎 ●定価: 本体5,000円+税

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

## アレルギー性気管支肺真菌症の診療の手引き

日本アレルギー学会、日本呼吸器学会 ●監修  
「アレルギー性気管支肺真菌症」研究班 ●編

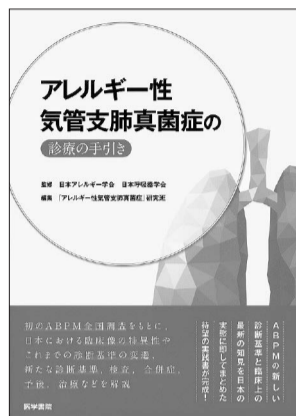
B5・頁114  
定価:本体3,500円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03921-5

アレルギー性気管支肺真菌症 (allergic bronchopulmonary mycosis; ABPM) の診断には1977年にRosenberg, Pattersonらが提唱したABPAの診断基準が用いられてきた。40年以上前に提唱されたものである。近年の医療とのギャップを感じることもあったのだが、本書では日本人におけるABPMの病態を明らかにし、新たな診断基準が示された。

本書発刊に至るまでには、東海大呼吸器内科学教授の浅野浩一郎先生を研究代表者とする「アレルギー性気管支肺真菌症」研究班の多大なる努力があったものと思われる。この研究班の前身は、2013年に厚労科研の難治性疾患等克服研究事業の下に設置されたものであり、本書は長年にわたる調査・研究の集大成といえる。研究代表者の浅野先生はこの分野の第一人者であり、浅野先生を中心にアレルギー学・呼吸器内科学研究者の精鋭たちが結集し、ABPMに関する最新の知見がまとめられた。

ABPMは *Aspergillus fumigatus* を主

### 切望していたABPMの新たな診断基準がここに



とする真菌類が関与したアレルギー性疾患で、末梢血好酸球数の増加、高IgE血症などの血液検査異常、気道内真菌の検出や真菌への抗体、特異的な画像異常が認められる。近年、検査技術、特に画像診断技術が進歩し、日常臨床でも汎用されている。今回の新診断基準では、胸部CT画像所見が10項目中3項目に適用され、この点が従来の診断基準と大きく異なる。新診断基準の検証も行われ、感度95%、特異度97%とRosenbergらの診断基準のそれぞれ25%、98%と比較し、その有用性が実証された。また、本書の各項目には「ポイント」として、数個のまとめの記載があり、初学者にも読みやすく理解しやすい構成になっている。

本書は、内科、呼吸器内科、アレルギー科の専門医をめざす若手医師のみならず、呼吸器、アレルギーの専門医にとっても有益な良書であり、本書を参考的に確かな診断を行い、一人でも多くの苦しんでいる患者さんを救うことにつながれば幸いである。

本書は、内科、呼吸器内科、アレルギー科の専門医をめざす若手医師のみならず、呼吸器、アレルギーの専門医にとっても有益な良書であり、本書を参考的に確かな診断を行い、一人でも多くの苦しんでいる患者さんを救うことにつながれば幸いである。

本書は、内科、呼吸器内科、アレルギー科の専門医をめざす若手医師のみならず、呼吸器、アレルギーの専門医にとっても有益な良書であり、本書を参考的に確かな診断を行い、一人でも多くの苦しんでいる患者さんを救うことにつながれば幸いである。

## サピラ 身体診察のアートとサイエンス 第2版

Jane M. Orient ●原著

須藤 博、藤田 芳郎、徳田 安春、岩田 健太郎 ●監訳

B5・頁998  
定価:本体12,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03934-5

名著『サピラ』の原書第5版・翻訳第2版である。身体診察について1000ページも書かれた本など、寡聞にして知らない。

私は身体診察の教育に力を入れた病院で研修を受けたため、どちらかといえば“アナログ”な医師である。6年前の前版で初めて『サピラ』に触れたが、この本はこれまで学んだ身体診察技法を昇華させてくれる師となった。今でもときどき読み返すくらいである。

私はもともとピアノ弾きなので、この本では胸部打診の項目が一番好きだ(pp.435-446)。「最初は強く(ストローク4インチ)、2番目はより弱く(ストローク2インチ)」という細かい技法にも感嘆するが、その後が大事である。「爪の長い医学生には、短く切るようにアドバイスしたい」。私が好きなの

評者 倉原 優

国立病院機構近畿中央呼吸器センター呼吸器内科

は、こういうところである。打診を考案したのはアウエンブルッガーというオーストリアの医師であるが、彼がサリエリという宮廷音楽家とオペラを書いていたという本書の余談はとても面白い。ちなみに、アウエンブルッガーの2人娘は、その後サリエリにピアノを学び、優れたピアニストとして活躍したらしい。

打診は打診音を美しく出さなければいけない。そのためには、利き手の指のストロークと初速が大事なのだが、その練習法を複数挙げて書かれてある本書は驚異的である。医学生時代、私は臨床実習前に、飲水前後の自分の腹部を打診して練習したのだが、『サピラ』には「炭酸飲料」と書かれている。水じゃなくてコーラにすればよかったのかもしれないと思った。

この本の長所は、向こうから語り掛



## 救急医療の裾野を広げる SMAQ の取り組み

村岡 健太 日本救急医学会 学生・研修医部会 (SMAQ) 代表/  
昭和大学藤が丘病院臨床研修薬剤師



2019年4月、日本救急医学会に「学生・研修医部会」が立ち上がりました。Student and resident Medical Alliance for QQの略で「SMAQ」という愛称で活動を行っています。この組織は、「救急医療に興味のある学生・研修医に能力向上の場を提供すること」を理念に置き、学生・研修医がニーズに合ったイベント等を自ら発案し、日本救急医学会の「学生・研修医部会運用特別委員会」(以下、特別委員会)の医師がその活動をサポートする体制です。

そもそもこの部会の設置以前は、特別委員会が日本救急医学会総会における「学生・研修医セッション」の運営、「全国医学生CPR選手権大会(現:BLS選手権大会)」や「臨床研修医・医学生のための救急セミナー」の開催など、学生や研修医に向けたイベント運営を担ってきました。

こうした活動は順調に進んでいたものの、より多くの参加者を募ることができるような発展的継続を見据えた活動を行うには「学生や研修医たちのニーズをさらに取り入れるべきでは」との声が学会内で上がりました。そこで、2018年4月、救急系部活動を主導した経験の有する学生や研修医を集めてワーキンググループを結成し、アンケート調査やビデオ会議によるヒアリングなど、1年間に及ぶニーズ調査を行い、SMAQの立ち上げに至りました。

◆学生・研修医の能力向上をサポートする

SMAQは、救急系部活動を統括する組織として活動するものではありません。具体的には、部活間、大学間の連携をスムーズに行うための支援や、学生や研修医のみではできない実臨床に沿った勉強会の開催などを、学会所属の救急医と共に企画・運営する組織です。すでに一部地域では、今夏に特別委員会の医師と協同したセミナーを開催し、多くの学生・研修医が参加しました。また、救急系部活動がない大学の学生や全国の研修医といった個人にも門戸を開き、勉強会やイベントに参

けてくる書き方にある。身体診察に重きを置くと、どこかで目にした無難な記述になってしまいそうなものだが、この本はまるでどこかの病院のカンファレンス室のホワイトボード前で、また実際の患者のベッドサイドで、レクチャーを受けているような錯覚さえ覚える。「アドバイス」「指導医へ」「自己学習」などのサブ項目の完成度は高く、研修医のレクチャーと一緒に聞いていた指導医が、「君たち中堅医師もこれに注意したまえ」と襟を正されるような記述が随所に登場する。

加する機会を提供するなど、「能力向上の場」を幅広く提供することを目的としています。

◆学生・研修医・学会それぞれにメリット

SMAQを通じて、さまざまな形で救急医とのコネクションを作れるようになったことが、最大の利点ではありませんが、その他にも既存の形式では実現できないさまざまなメリットがこの組織にはあります。

まず、学生にとっては、彼らの満足感を引き出すことができると考えています。私見ではありますが、救急系部活動で活動する学生は自らの学びを他に還元する思いが強く、一方的に享受するよりも他大学の仲間や救急医と共に新たなものを創り上げようとする人材が多いと感じており、SMAQがそのハブとなるはずで、他方、研修医は自らの研修先以外の医師とつながることができ、多様なロールモデルの中から自分に合ったキャリアパスを見つけることができます。

日本救急医学会としては、救急医を志す若手の育成が念頭にはあるものの、もしSMAQ在籍者が将来他領域に進んだとしても、救急の考え方や診療の流れを理解する「良き理解者」を増やせる点は、救急医療の裾野を広げることにもつながります。こうした3者のWIN-WIN-WINの関係がSMAQを誕生させました。

詳細は、学会運営の特設サイト「救急医をめざす君へ」(<https://qqka-senmoni.com/>)やSMAQのFacebookアカウントをご覧ください。読者の皆さんが救急の世界をのぞき、「良き理解者」への一歩を踏み出していただければ大変うれしく思います。

●むらおか・けんた氏/2019年昭和大学学部卒。学生時代は同大で救急医療研究部副代表や全国医学生CPR選手権大会(当時)で主将を務める。18年に学生・研修医部会設立ワーキンググループにて統括役に就任し、2019年より代表。SMAQへのご質問は、[smq.drive@gmail.com](mailto:smq.drive@gmail.com)でお受けしています。

4つの代表的診察技法(視診・聴診・打診・触診)の5つ目にポータブル超音波はどうか<sup>1)</sup>、と言われるほど“デジタル”な時代になってしまった。医師経験が長い人ほどデジタルに足元をすくわれそうになった経験が思い出しに苦みを残している。実はそんなとき、身体診察に助けられる場面は多いのだ。だからこそ、『サピラ』である。

●参考文献

1) Narula J, et al. JAMA Cardiol. 2018; 3(4): 346-50.

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療 プレゼンツ 「平静の心」塾

オーストラリアン 集合!!

「アンガーマネジメント」を語ろう!

日時 2020年3月7日(土) 13:00~17:00

会場 医学書院 本社 2階 会議室

講師 山中 克郎 先生 [福島県立医科大学 会津医療センター]  
徳田 安春 先生 [臨床研修病院群プロジェクト 群馬沖縄]  
平島 修 先生 [徳洲会奄美ブロック総合診療研修センター]

対象 医学生・研修医・医師

定員 50名

受講料 医師 5,000円 / 医学生・研修医 3,000円  
『総合診療』年間購読の「医学生・初期研修医割引」または「個人特別割引」の申込者は無料になります!

お問い合わせ 医学書院 販売・PR部セミナー担当 e-mail: [pr\\_web@igaku-shoin.co.jp](mailto:pr_web@igaku-shoin.co.jp)

「医師にとって、沈着な姿勢、これに勝る資質はありえない」(『平静の心』より)というオスラーの有名なこの言葉のとおり、医師はどんな状況においても、「冷静さ」と「心の落ち着き」を失わないことが重要とされています。

本セミナーでは、医師が沈着な姿勢を身につけるにあたっての感情コントロールについて、なかでも特に、昨今話題の「アンガーマネジメント」について、深掘りしていくことになりました! 皆さまのご参加をお待ちしています。

詳しくはWebサイトをご覧ください  
<https://seminar.igaku-shoin.co.jp/detail/sem200307.html>





# 続々刊行中! ジェネラリストBOOKSシリーズ

GENERALIST BOOKS

**“問診力”で  
見逃さない  
神経症状**  
History is everything!

黒川勝己 / 園生雅弘

頭痛、めまい、しびれ、意識消失…  
コモンな神経症状鑑別のキモは  
「病歴聴取」にあり!

【週刊医学界新聞】の人気連載を書籍化

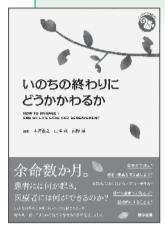
重篤な疾患を見逃さない、問診の技術

## “問診力”で 見逃さない神経症状

黒川勝己 / 園生雅弘

神経疾患の詳しい知識がなくても、神経学的診察が苦手でも、「問診だけ」で鑑別疾患はここまで絞り込める! 『週刊医学界新聞』の好評連載が待望の書籍化。「頭痛」「めまい」「しびれ」「意識消失」などよく診る神経症状について、Common(一般的)な疾患を見分け、Critical(重篤)な疾患を見逃さない“問診力”が身につく1冊。

●頁144 2019年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-03679-5]

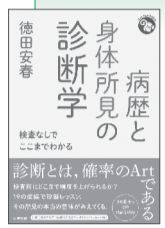


「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド

## いのちの終わりに どうかかわるか

編集: 木澤 義之 / 山本 亮 / 浜野 淳

●頁304 2017年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03255-1]



五感とエビデンスのみで、いざ勝負!

## 病歴と身体所見の診断学

徳田 安春

●頁210 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03245-2]



内科医も読めたほうがいいんでナイカイ? 首・肩・手・腰・足の痛み、読み解きます。

## 整形画像読影道場

仲田 和正

●頁164 2019年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03833-1]



認知症診療の悩み、解決します

## 認知症はこう診る

編集: 上田 諭

●頁264 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03221-6]

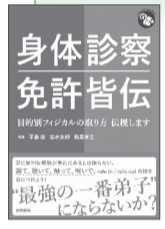


これぞリアルな感染症外来! もう“できてるつもり医”とは呼ばせない!

## トップランナーの 感染症外来診療術

編集: 羽田野 義郎 / 北 和也

●頁356 2019年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03633-7]



“最強の一番弟子”にならないか? 徒手空拳のワザ、ここに極まれり

## 身体診察 免許皆伝

編集: 平島 修 / 志水 太郎 / 和足 孝之

●頁248 2017年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03029-8]



エキスパート直伝! 豊富な症例写真と解説で、的確な診断・治療・紹介へ。

## よくみる子どもの皮膚疾患

編集: 佐々木 りか子

●頁256 2018年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03620-7]

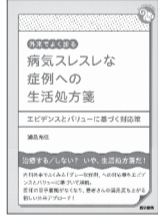


その説明はツウジテル?? 保護者が納得する説明の仕方、教えます!

## 保護者が納得! 小児科外来 匠の伝え方

編集: 崎山 弘 / 長谷川 行洋

●頁228 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03009-0]

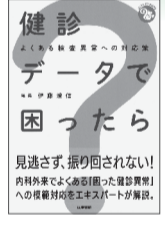


治療適応かどうかギリギリのケースに、どうアプローチするか?

## 外来でよく診る 病気ストレスな症例への生活処方箋

浦島 充佳

●頁212 2018年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03593-4]



内科外来に欠かせない1冊

## 健診データで困ったら よくある検査異常への対応策

編集: 伊藤 澄信

●頁192 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03054-0]

12 medicina Vol.56 No.13

内科臨床誌メディチーナ

特集 | プライマリ・ケアのための  
ポリファーマシー「超」整理法

「整理」という言葉の定義「ポリファーマシーの整理」に照らし合わせてみると、「乱雑な処方に対して、適切性を考慮し薬を減らしたり増やしたりすることで秩序を与えて、患者・家族・医療者・介護者がすぐ利用出来るようにする。そして患者さんのその後の人生がうまく進むために関わりを持つこと」と解釈することができ、単に10剤内服していた薬を2剤に減薬することを「整理」というには不十分であることがわかる。今回、プライマリ・ケアを担う先生方に、ポリファーマシーの整理法をお届けする企画に至った。この特集が、臨床の最前線で日々、真摯に患者さんと向き合っている医療者の指南書として、明日からの診療の一助になれば幸いである。 企画: 吉田英人 (西伊豆健育会病院内科)

INDEX

座談会: ポリファーマシーを通して見えてくる患者・医療者のすれ違いを科学する

I章: ポリファーマシーの基本を整理する

II章: プライマリ・ケアで困るポリファーマシー症例 ~各診療科からのオススメ整理法を教えます~

III章: セッティングの違いによるポリファーマシー整理法

IV章: ポリファーマシーを整理するときに役立つ知識

V章: ポリファーマシーは多職種で整理する

●1部定価: 本体2,600円+税

▶来月の特集 (Vol.57 No.1)  
今の流れに乗り遅れない!  
プライマリ・ケアでの呼吸器  
疾患の診かた・薬の使いかた  
企画: 中島啓 (亀田総合病院呼吸器内科)

▶2019年増刊号 (Vol.56 No.4)  
一人でも慌てない!  
「こんなときどうする?」の  
処方箋85  
企画: 上田剛士 (洛和会丸太町病院救急・総合診療科)  
●特別定価: 本体7,200円+税

医学書院サイト内 各誌ページ  
にて記事の一部を公開中!

medicina12 2019

プライマリ・ケアのための  
ポリファーマシー  
「超」整理法  
- 吉田英人

困っている  
“あなた”に届く  
認知症診療

http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina

http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/sogoshinryo

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療 Vol.29 No.12

特集 | 困っている“あなた”に届く  
認知症診療

企画: 片岡仁美 (岡山大学病院総合内科・総合診療科) 寺田整司 (岡山大学病院精神科・神経科)

医師にとって認知症診療は、治療している実感が持ちにくく、また診るときのコツや患者さんへの言葉かけもよくわからず、無力感や苦手意識を感じてしまいがちなテーマと言えるでしょう。本特集では、どうすれば「患者さんに届く」診療ができるのか(=診療・マネジメントがうまくいくか)、具体的なCaseを提示してどんな診療や対応を行えばよいのかを考えながら、「あなた」(=患者さん、そして読者のあなた)に届く認知症診療のノウハウと最新トピックスをお届けします!

INDEX

【総論】 一目でわかる認知症マップ…寺田整司 / 認知症診療—「医学モデル」からの脱却を…上田諭

【認知症診療 step by step】 認知症診断の流れ「treatable dementiaはこう見抜く!」…古田光 / 非薬物療法の組み立て方「薬の前にできることは?」…荻原朋美 / 治療薬剤の組み立て方「どのタイミングでどう使いこなす?」…和田健二 / 社会制度・医療資源の使い方「認知症の人を支える社会的資源を教えてください」…鷺見幸彦

【認知症診療 case by case】 Alzheimer病…福井俊哉 ミニコラム (患者体験): 丹野智文 / Lewy小体型認知症…高橋晶 ミニコラム (患者体験): 樋口直美 / 血管性認知症…佐藤正之・富本秀和 / 軽度認知障害 (MCI) …岩田淳

【コラム 認知症診療トピックス】 ① 認知症のケア移行…小坂 鎮太郎 ② ユマニチュードの実践…本田美和子 ③ 認知症の心理アセスメント…扇澤史子 ④ 「VR認知症」の可能性…下河原忠道 ⑤ 病理解剖すると認知症は、診断エラーが結構多い?! …内原俊記・融 衆太 ⑥ 一般の人からの「認知症予防法」の質問にどう答える?…高瀬義昌 ⑦ 認知症の早期発見と今後の展望…新井平伊 ●1部定価: 本体2,500円+税

▶来月の特集 総合診療医の「若手ロールモデル」を紹介します!  
(Vol.30 No.1) 一私たちはどう生きるか 企画: 寺澤佳洋 (豊田地域医療センター 総合診療科、藤田医科大学連携地域医療学)

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。

2019年 年間購読料

▶ medicina 36,580円+税 (増刊号を含む年13冊) 電子版も選べいただけます

▶ 総合診療 29,520円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊 医学書院

医学書院 医学士・初期研修医割引20,040円+税あり