

2019年8月12日  
第3334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

- [対談] 輝けるキャリア形成の心得(蓮沼直子、岩間秀幸)……………1-2面
- [FAQ] 総合診療専門医から広がる多様で将来性のあるキャリア(草場鉄周)…3面
- [寄稿] もし総合診療医が大学で解剖学の授業を教えたなら(志水太郎)……………4面
- [連載] スマートなケア移行で行こう! (終)……………5面
- MEDICAL LIBRARY/第21回日本医療マネジメント学会開催……………6-7面

対談

# 輝けるキャリア形成の心得

## イクボスが伝える 「育児は医師の仕事の役に立つ」



岩間 秀幸氏  
亀田ファミリークリニック館山  
家庭医診療科 医長



蓮沼 直子氏  
広島大学医学部附属  
医学教育センター副センター長・  
教授

医学生や研修医の皆さんはどのようなキャリアを思い描いていますか? 医学部卒業から初期研修、専門医取得まで真っすぐな道を進むかもしれませんが、ただ、この間に結婚や出産、育児などさまざまなライフイベントが訪れる可能性もあります。女性医師だけでなく、パートナーを持つ男性医師にとってもキャリアは予想通りにならない不確定なもので、柔軟な発想と対応が必要となるでしょう。

本紙では、専業主婦を経て復帰した経験から、卒前教育で医師のキャリア継続を伝える蓮沼直子氏と、夫婦共に医師で、3年間主夫を経験したイクメンの岩間秀幸氏の2人が、多様な価値観を乗り越える職場風土や、若手医師を育てる「イクボス」の重要性について語り合いました。

蓮沼 岩間先生は何年間、主夫をされたのですか?

岩間 2015年4月から3年間です。

蓮沼 その間、お仕事をセーブして主夫業を先生が担った。

岩間 そうです。週4日午前の外来を中心とし、夜間の当直は免除された勤務体系でした。

蓮沼 男性医師の育休取得や時短勤務は今でこそ聞くようになりましたが、数年前はまだ珍しかったのではないのでしょうか。時短に踏み切った経緯を教えてください。

岩間 育休中だった小児科医の妻が専門医を取得できるよう、フルタイムの勤務復帰を実現するためです。妻とは初期研修医時代に結婚し、2人の子どもの授かりました。妻が産休・育休を取っている間に私は家庭医療専門医・指導医資格を取るなど自身のキャリアを築き、その間妻が家事や育児の大部分を担ってくれました。私が後期研修の間、育児に追われ医師としての自信が持てずに葛藤する妻の姿を見て、次は妻が専門医を取れる環境を整えようと決意しました。

蓮沼 時短を選択することに迷いはありませんでしたか?

岩間 はい。幼稚園の迎えや小学校か

ら子どもが帰る時間帯を考えるとフルタイムでは家事が回りません。もともと育児や家事は好きでしたし、子どもの安心と安全を担保するためにも前向きな選択でした。

蓮沼 気になるのは職場での反応です。いかがでしたか?

岩間 私が就職する時点で相談していたため、院長の岡田唯男先生や同僚の理解もあって基本的には温かく理解を得られました。一方、男性の数週間の育休取得例はあったものの、年単位の時短は「前例がない」と法人の人事部門から言われてしまっ。給与体系や当直対応など詳細を詰める段階では、決めることがたくさんありました。それでも相談を重ね、実現に至りました。

蓮沼 勤務中に感じた課題は何かありますか?

岩間 当初は、働きがいを維持できるか不安もありましたが、今この瞬間、自分にできることに価値を見出そうと発想を転換したことで、時短中も楽しく働けました。人によっては、自分が時短での働き方が許されるのか、医師としてのプロ意識と衝突するかもしれません。プロフェッショナルである医師の責任性と働き方の多様性は、天秤にかけられ常に揺れ動くテーマだからです。

蓮沼 「仕事と育児の両立」とよく言われますが、両立の言葉には「両方実現するならばどちらも100点を取ることを」迫るイメージがありますね。

岩間 でも、「フルタイムで働き、育児もできて100点」の考えではいつか

苦しくなってしまうし、周りにも迷惑を掛けかねません。「イクボスプロジェクト」を推進するファザーリング・ジャパン代表理事の安藤哲也さんの言う「制約のある勤務の人たちは、能力が足りないわけではない」との言葉や、できないときに仲間に助けを求める「受援力」は、私が主夫をしている時の大きな支えとなりました。

患者の健康を守ることは全ての医師に通底する使命ですが、自分の医師人生を継続できる状況を自ら整えることも、これからの時代に求められるプロフェッショナルリズムの在り方ではないでしょうか。

### 自身の専業主婦経験から、 復職支援より継続支援を重視

蓮沼 奥様は今も後期研修中ですか?

岩間 後期研修を終え、専門医も昨年取りました。

蓮沼 おめでとうございます!

岩間 自分の専門医取得の時よりもうれしかったですね(笑)。今は、妻が夕方までに帰って来られる勤務体系で働き、時短を終えた私は診療所の教育を担うプログラム統括責任者と医長の立場でフルタイムに復帰しています。

蓮沼 専門医を取ったことで、奥様に変化はありましたか?

岩間 妻にとって区切りとなったのでしょうか。小児科専門医としてこれから自分の力をどう伸ばしていくか、将来をポジティブに考えている様子が伝わり

ます。蓮沼 女性が働き続けるとき、自分は何科の医師であるのか足元がしっかりしていることは自信の源であり、周りからも認められ頼りにされる重要な点です。

岩間 蓮沼先生はどのタイミングで専門医を取得されたのですか?

蓮沼 実は、専業主婦を4年間経てからです。

岩間 臨床から完全に離れた時期があったのですか?

蓮沼 ええ。卒業後、皮膚科医として医師人生をスタートし、3年後には米国に研究留学しました。留学中に長男を出産、帰国直後に次女の妊娠がわかり、少し様子を見ようと思ったら、あっという間に4年近くたってしまっ。「私は皮膚科医です!」と自信を持って言いたいとの思いが募り、それがフルタイムで復帰する動機となりました。

岩間 手に職が保障された医師免許であっても、満足感や責任感の維持向上はキャリア形成において欠かせないポイントです。しかし、キャリア継続についてじっくり学ぶ機会は限られていますよね。

蓮沼 そうなのです。専業主婦に一度なると、社会人としての復帰と医師としての臨床への復帰、この2つの壁が立ちあはだかると身をもって感じました。それに、臨床に戻ってとまどったのは、疾患概念の変化や、新しい薬が増えて

(2面につづく)

●次週休刊のお知らせ  
次週、8月19日付の本紙は休刊とさせていただきます。次回、3335号は8月26日付となりますのでご了承ください。  
(「週刊医学界新聞」編集部)

●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 ☎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。

8 August 2019

## 新刊のご案内

医学書院

がん化学療法レジメン管理  
マニュアル  
(第3版)  
編集 濱 敏弘  
B6変型 頁656 4,000円  
[ISBN978-4-260-03837-9]

病院内/免疫不全関連感染症  
診療の考え方と進め方 第2集  
IDATEN感染症セミナー実況中継  
編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会  
B5 頁330 5,200円  
[ISBN978-4-260-03697-9]

看護師国試2020  
必修問題でとこ  
最短check!  
編集 医学書院看護出版部  
A5 頁144 1,200円  
[ISBN978-4-260-03924-6]

学習指導案ガイダンス  
看護教育を深める授業づくりの基本伝授  
池西静江、石東佳子、藤江康彦  
B5 頁172 2,700円  
[ISBN978-4-260-03937-6]

〈看護教育実践シリーズ〉  
体験学習の展開  
シリーズ編集 中井俊樹  
編集 高橋平徳、内藤知佐子  
A5 頁212 2,400円  
[ISBN978-4-260-03920-8]

今日の診療プレミアム  
Vol.29 DVD-ROM for  
Windows  
DVD-ROM 価格78,000円  
[JAN4580492610384]

今日の診療ベーシック  
Vol.29 DVD-ROM for  
Windows  
DVD-ROM 価格59,000円  
[JAN4580492610407]

対談 輝けるキャリア形成の心得

<出席者>

●はすぬま・なおこ氏

1994年秋田大医学部卒。97年に米国国立衛生研究所(NIH)にフェローとして留学。出産・育児を経て2003年東北大医学部皮膚科に復職。秋田大総合地域医療推進学講座准教授などを経て19年より現職。医学教育センターで医学部のキャリア教育を担う傍ら、皮膚科医としても臨床を続けている。14年には秋田県「男女共同参画社会づくり表彰」のハーモニー賞を受賞。日本プライマリ・ケア連合学会ダイバシティ推進委員会副委員長。

●いわま・ひでゆき氏

2007年琉球大医学部卒。豊見城中央病院、沖縄県立八重山病院を経て、11年より亀田ファミリークリニック館山家庭医診療科に勤務。15年4月から3年間、主夫として時短勤務を経験し、19年より現職。主夫経験のあるイクボス、働き方改革を担う産業医、また教育を担うプログラム統括責任者として奮闘中。かかりつけ医としての診療の他、講演やシンポジストなどにも家族の協力のもと精力的に挑んでいる。日本プライマリ・ケア連合学会ダイバシティ推進委員会委員。

(1面よりつづく)

いたことです。専業主婦だった期間、研究会に顔を出さなければ、届いた学会誌の封も開けませんでした。月に1回、研究会やカンファレンスに出るだけでもフルタイムへの復帰がスムーズだったはず。「何で誰も教えてくれなかったの!?!」と思いましたね(笑)。

1度切れてしまった糸を新たに紡ぐのは大きな労力が必要ですが、細くなった糸を太くするのは比較的容易です。女性医師が出産後も仕事に復帰する可能性があるなら、完全に辞めてしまうのは避けたほうがいい。女性医師には今や、復職支援よりも継続支援が求められています。こうした当事者の経験から、学生のうちにキャリア形成について考えてほしいと思い、医学教育に携わるようになりました。

多様な価値観を卒前教育で学ぶ

蓮沼 女性医師の育休や時短勤務は希望すれば多くが取得できる状況になった一方、男性医師向けの仕組み作りはまだ十分とは言えません。背景には、女性医師と男性医師それぞれに期待される役割の無意識な思い込み、いわゆる unconscious bias があることも関係していると思うのです。

岩間 そうですね。育児と家事は女性が担うものとの感覚が潜在的にあります。私たち家族も、私が主夫になるには妻の決心が一つのハードルでした。周囲の協力・応援が得られる中、妻は浮かない表情で「本当に主夫を任せていいのか」と、女性として育児・家事を担えないことへの葛藤を口にしました。KJ法を用いて今の思いや状況についてカードに書き出し話し合ったことで一歩踏み出せました。

蓮沼 互いの考えを言葉や文字にすることは大切ですね。

岩間 主夫や時短勤務を経験して痛感したのは、家族や職場の同僚らと互い

の価値観の違いを乗り越え、いかに認め合えるかです。Unconscious bias や価値観の違いを蓮沼先生は学生にどう伝えているのでしょうか。

蓮沼 2年生の必修の授業で、シナリオを用いたワークショップを行っています。例えば、「医師夫婦の子どもが勤務日の朝、急に発熱したら」「研修医時代に出産したカップルの後期研修の進路をどう決めるか」「妻が海外留学のオファーを受けたらどうする?」など、実際に起こり得るシナリオをベースに、選択肢を複数挙げてディスカッションするというものです。

岩間 面白そうですね。学生からどのような反応がありますか?

蓮沼 男女混合のグループでディスカッションするため、「そんな考えもあるんだ!」と、自分は当たり前と思っていたことが、異性はもちろん同性同士でも異なることに気が付きます。それまでの経験を反映した価値観は、実は多様なものだと感じてもらうことが狙いの一つです。

岩間 ワーク・ライフ・バランス(WLB)の課題は家族によって、悩みの種類や深さは千差万別です。

蓮沼 唯一の正解はないテーマでもあるので、考え続けてもらうためにも正解は示さず、あまりスッキリさせずに終わるのです。将来、何らかの問題に直面したときには、パートナーや家族と共に自分たちの正解を探してほしいと思います。

若手医師のキャリアを支援する「イクボス」像は

岩間 イクメンやイクボスのようなわかりやすい言葉とともにWLBの重要性が社会に浸透してきた今、価値観の違いを共有し、多様な組織で働ける組織風土が大切です。ライフシフトした私の経験を職場に還元するのはもちろん、組織をマネジメントする管理職にも多様性の理解が必須の資質になると思うのです。

蓮沼 そうですね。ファザーリング・ジャパンによると「イクボス」とは、職場で共に働く部下・スタッフのWLBを考え、その人のキャリアと人生を応援しながら組織も結果を出しつつ、自らの仕事と私生活を楽しむ上司と位置付けられています。医師のキャリア支援を実行するイクボスには、具体的にどのようなアプローチが求められると考えますか。

岩間 上司が、部下とその家族の状況にまで気に掛けることです。男性医師が退職する背景には、家族の事情が多くあると感じます。家庭の事情は本人の口から言い出しづらい面もあるでしょう。そこを知るため、例えば家族を招いた食事を催すなど、部下の家族や生活のリアルな様子を知る努力も時には必要だと考えます。

蓮沼 キャリア支援は一つの正解があ



「出産や育児は回り道に思うかもしれないけれど、皆とは違う経験は自分のキャリアにおいて必ずアドバンテージになるのだと発想を転換することも大切です」(蓮沼氏)

「多様な価値観を持つ人が集まり、柔軟な働き方を実現できる組織は強い。さまざまな働き方を経験した人のいる職場が、若手医師に選ばれていくでしょう」(岩間氏)

るものではなく、個別対応になります。男性の上司だと、家族の事情を聞いていいものかと躊躇してしまうかもしれませんが、そこを一歩踏み込んで聞かなければ、部下が何を求めているかわかりませんね。

岩間 はい。上司自身が同僚たちの生活をもう少し広く見ようとする姿勢が大事だと思うのです。本人の仕事に対するモチベーションの源泉が何かも垣間見ることができれば、「理解のある今の職場で働き続けたい」との思いを持ってくれるはずですよ。

蓮沼 イクボスには、相手から話を引き出すコミュニケーション能力がますます求められます。今、社会が働き方改革推進の流れにある中、医療界でも危機感を持つところは、人が辞めない組織をいかに作るか努力しており、イクボスへの期待も高まるでしょう。

岩間 多様な価値観を持つ人が集まり、柔軟な働き方を実現できる組織は強いと言われます。さまざまな働き方を経験した人がいる職場は自ずと評価され、若手医師に選ばれていくでしょう。キャリア支援の充実は、ひいては組織の人手不足を解消するだけの有力なコンテンツにもなるのです。

多彩な経験がアドバンテージに

蓮沼 岩間先生は、また主夫に戻りたいと思うことはありますか?

岩間 よく聞かれます(笑)。私1人で決められることはありませんが、好きにしているよって言われたら「戻りたい」と即答します。それくらい感動や面白さのある貴重な時間でした。

今こうしてフルタイムに復帰して、あらためて気付いたことがあります。それは、育児や家事の経験はその後の働きに必ず役に立つ「越境学習」(註)でもあるんだということです。

蓮沼 予期せぬことが日々起きる子育てでは、危機管理としての備えや、急な出来事への対応など今ある能力が次々試されますよね。

岩間 育児の経験を通して仕事の世界

に必要な業務能力、例えばリーダーシップやマネジメント力を高めることができると『育児は仕事の役に立つ』(光文社新書)で語られています。日々の食事作りから子どもの夏休みのスケジュールまで些細なタスクもしっかり管理する力は、医師として働く中でも役立つ能力ののだと気が付きました。

蓮沼 岩間先生はPTA会長も務められたそうですね。いかがでしたか?

岩間 保護者や教員、関係する自治会長、公民館長など、今まで出会ったことのない方との交流が広がり、医療の文脈だけでは見えない地域コミュニティの存在を知ったことは、日々の診療で大いに生きています。

蓮沼 私も、4年間専業主婦として過ごしたブランクを劣等感に感じた時期もありましたが、その経験がキャリア教育に役立つなど、自分の強みになっています。出産や育児は回り道に思うかもしれないけれど、長い医師人生、卒業から専門医取得まで最短で到達することだけが唯一の価値観ではないと思うのです。皆とは違う経験は自分のキャリアにおいて必ずアドバンテージになるのだと発想を転換することも大切ですね。

岩間 同じことを私も後輩によく伝えていきます。家事や育児の経験は家庭医療に何一つ無駄なことはないからと。回り道をしたり悩んだりしても、臨床でそれが生きる場面がたくさんあります。育児や家事に今から取り組もうと思っている男性医師の方には、思いがけない出会いや学びをもたらす機会と思ってぜひ挑戦してほしい。

蓮沼 育児で感じた葛藤や挫折感も、経験できてよかったと報われるときが訪れるものです。医師って良い職業ですね(笑)。

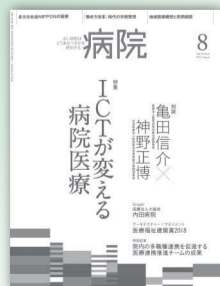
岩間 本当にそう思います!今日はありがとうございました。(了)

註:自分の枠の中だけで生活していると自分の価値観に変化が起きにくいとされる。成人学習の一つである越境学習は、それまでの日常とは異なる場に越境する経験が学習にブレークスルーをもたらす機会として注目される。

『病院』セミナー2019

『病院』編集委員が多角的に新しい時代の病院経営の指針を示します。

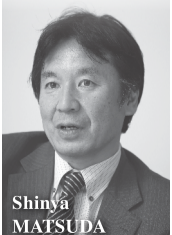
生き残る病院の経営戦略



医学書院



Masahiro KANNO



Shinya MATSUDA



Takeyoshi KAWAHARA

講師

神野正博先生 社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院理事長

松田晋哉先生 産業医科大学 公衆衛生学教室教授

川原文貴先生 株式会社川原経営総合センター 代表取締役社長

日時 2019年11月23日(土・祝) 13:00~17:00(12:30開場)

会場 医学書院本社 2階会議室

対象者 病院経営者・管理者(病院長・事務長など)

定員 50名

受講料 15,000円(消費税込、事前振込)

お申し込みは弊社Webサイトから <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/detail/sem191123.html>



# FAQ

今回の回答者

## 草場 鉄周

日本プライマリ・ケア連合学会理事長  
北海道家庭医療学センター理事長

くさば・てっしゅう氏/1999年京大医学部卒。日鋼記念病院にて初期研修後、北海道家庭医療学センター家庭医療学専門研修修了。2006年より北海道家庭医療学センター所長、08年に医療法人北海道家庭医療学センターを設立。19年に日本プライマリ・ケア連合学会理事長に就任。『家庭医療のエッセンス』(カイ書林)など著書多数。

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

今回のテーマ

### 総合診療専門医から広がる多様で将来性のあるキャリア

2018年春から日本専門医機構の運営する総合診療専門医研修プログラムがスタートし、現在2年目です。全国で専攻医の皆さんが研修を開始し、多様な経験を積みながら、専門医としての実力を身につけるべく努力していることでしょう。

しかし、総合診療領域を選択した専攻医数は2年連続で180人程度と全専攻医の約2%です。私のように地域で研修体制を整え、研修受け入れの準備をしてきた指導医にとっては残念な結果でした。

選ばれなかった理由の1つに、総合診療専門医の研修を終えた後のキャリアが見えづらいことが指摘されます。そこで、日本プライマリ・ケア連合学会では総合診療専門医を選んだ後の多様で将来性のあるキャリアについて提言を作成し、2019年5月に開催された日本プライマリ・ケア連合学会学術大会で発表しました。本稿ではQ&Aのスタイルでその提言を皆さんにご紹介いたします。

**FAQ 1** 総合診療専門医の資格を取得した後はどのようなキャリアがあるのでしょうか。

総合診療専門医は幅広い健康問題の診断や治療を行うための修練を積むので、都市部や郡部などの地域に関係なく、どこでも働くことができます。勤務先の施設形態も、診療所や小規模病院、さらには総合病院の総合診療科など、あらゆる環境に適応できることが想定されます。つまり、勤務先となる医療機関は全国に無数にあるといっても過言ではありません。また高齢化に伴う多疾患合併患者の増加や、病院の機能分化に伴う地域包括ケアシステムの推進など、総合診療医のニーズが今後高まっていくのは確実ですので、働く場には困らないはず。他方、大学病院の総合診療部門では、診療のみならず総合診療の医学部教育を担当し、総合診療に関する研究を行っていることも期待されています。

しかしながら、「働く場所はたくさんあるものの、キャリアが見えない」という不安の声を聞くこともあります。

総合診療専門医以外の多くの基本領域専門医(内科、外科、小児科など)は、専門研修後にサブスペシャリティ領域(循環器内科、消化器外科、新生児医療など)の修練を積むことが今では一般的となっています。そのような選択肢がある中で、総合診療領域のみは3年の専門研修を終えた後にさらなる修練を積む機会がありません。この点に漠然と不安を感じる方が少なくないよ

うです。もちろん、総合診療専門医としての能力を磨き実践し続けるだけでも、幅広い健康問題に対応する中で住民の生活を支え、地域の健康を守る一翼を担えるというやりがいがあります。医学士や研修医の皆さんが多様なキャリアに魅力を感じるのもまた事実でしょう。

**Answer...**地域や施設規模にかかわらず、活躍できる場所が全国各地にでも存在します。高齢化や病院の機能分化に伴う地域包括ケアシステムの推進の影響もあり、総合診療医のニーズは今後さらに高まります。

**FAQ 2** 総合診療専門医のサブスペシャリティにはどのような領域があり、複数取得は可能なのでしょうか。

日本プライマリ・ケア連合学会では図に示したような3つのサブスペシャリティ領域「新・家庭医療専門医」「病院総合診療専門医」「他のサブスペ専門医」を提唱しています。

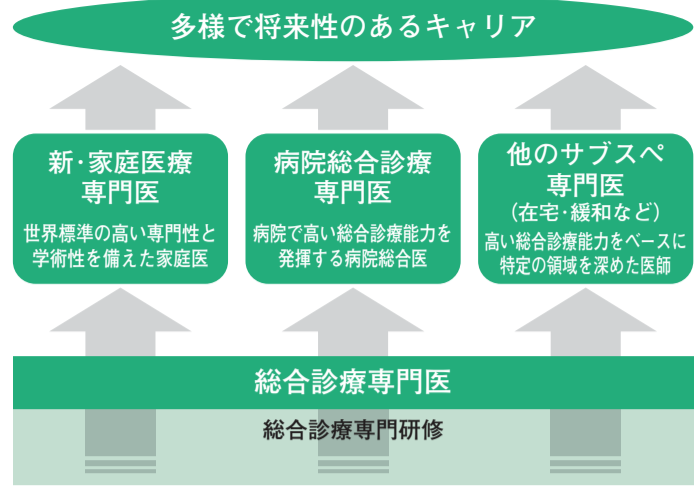
新・家庭医療専門医は世界家庭医機構(WONCA)が定めたガイドラインに準拠する世界標準レベルの総合診療を提供しながら、診療組織の運営、総合診療領域の研究や教育にも貢献できる人材を想定しています。いわば地域プライマリ・ケアのリーダーとして活躍できる人材の育成です。

病院総合診療専門医は病院にて高い総合診療能力を発揮しながら、外来・病棟・救急の現場で幅広く診療を行い、他科や他職種と連携しながら総合診療病棟を運営できる担い手をめざします。また、病院外の組織との間で退院支援や地域連携を担う機能、さらには診療の質改善や教育・研究を推進することを目的とします。

3つ目の選択肢として、総合診療と関連の深い在宅医療や緩和医療などの専門領域で研修を積み、他領域のサブスペシャリティ専門医資格を取得するキャリアステップもあります。地域のニーズや専攻医の希望などを踏まえて、今後さらに選択できる専門分野の幅が広がることが期待されます。

一方で、サブスペシャリティとは少し異なりますが、診療する地域や環境によって必要となる内視鏡検査や透析医療などの医療技術を集中的に修練し、関連学会から能力認証を得るシステムも選択肢としては考えられます。とはいえ、国内ではまだ検討中。海外には家庭医に対する能力認証の制度が充実している国もあります。

現在は基本領域から直接サブスペシ



●図 総合診療の3つのサブスペシャリティ領域

ャリティ領域に進む方が多い状況ですが、こうした能力認証制度などが一般的になれば、キャリアのどの段階から必要に応じてトレーニングを受けることが可能となり、資格の取得・維持と実践が連動しやすくなるでしょう。

また、複数のサブスペシャリティの取得は可能であるものの、取得にはさらなる年月を必要とし、資格を維持するための臨床経験の継続など、更新要件がハードルとなります。現在の日本の医療体制では専門医資格のほとんどが診療報酬や施設基準と連携しているわけではありませぬので、資格取得そのものを目的とする意義は乏しいです。あくまでも資格が示す診療領域において、一定の質の臨床能力があることを示すという点で資格を持つ意義があるととらえたほうが適切です。

**Answer...**日本プライマリ・ケア連合学会では、総合診療専門医に対して3つのサブスペシャリティ領域を提唱しています。複数のサブスペシャリティ取得を目標とする際は、取得前後のハードルを考慮に入れて検討すべきです。

**FAQ 3** 新・家庭医療専門医や病院総合診療専門医の研修内容の詳細は決まっているのでしょうか。

新・家庭医療専門医は日本プライマリ・ケア連合学会が、病院総合診療専門医は日本病院総合診療医学会が中心となり、研修目標、研修施設、学習方略、評価方法など、多岐にわたる項目に関して研修制度の検討を行っています。両専門医とも、総合診療専門医を基本領域とした隣接する制度であり、両学会がしっかりと連携しながら制度内で整合性を取れるよう配慮しています。現在、現場を知る医療者からのアドバイスを受けながら、教育制度に精通した専門家が制度構築を進めていますのでご期待ください。

本稿を執筆している段階で公表できる情報は限定的ですが、早ければ8月上旬には制度の概略が固まる予定です。関心のある方は両学会のウェブサイト(日本プライマリ・ケア連合学会 <https://www.primary-care.or.jp>、日本病院総合診療医学会 <http://hgm-japan.com>)をご覧ください。

com)をご覧ください。  
**Answer...**現在、日本プライマリ・ケア連合学会、日本病院総合診療医学会がそれぞれ中心となって、研修内容を策定中です。研修内容は近日中にも公開予定ですのでぜひご覧ください。

**FAQ 4** 総合診療専門医資格を取得後、内科領域のサブスペシャリティ、例えば消化器病、糖尿病、老年病などの専門医資格を選ぶことはできないのでしょうか。

現在のところ、内科領域のサブスペシャリティは、内科専門研修プログラムで内科専門医資格を取得後に研修を開始することが必要とされています。ただ、一定の要件を満たせば「連動研修」として2年次よりサブスペシャリティ領域の研修を並行して実施することも検討されているようです。

一方で、総合診療専門医資格を取得すると、改めて内科専門研修プログラムに入り、その後にサブスペシャリティ領域を選ぶことが可能です。その際、総合診療専門医研修プログラムに必須の内科研修12か月は、内科専門研修にも換算可能とされているので、実質的には2年間の研修で内科専門医を取得できます。

もし、連動研修が認められることになれば、サブスペシャリティ領域の研修を総合診療専門医研修プログラム修了直後に開始することができるかもしれません。

**Answer...**新たに2年間の内科専門研修プログラムを受けることで、内科専門医資格を取得し、サブスペシャリティ領域に進むことは可能です。今後、連動研修が認められる可能性もあるので、興味をお持ちの方は動向を注視してみてください。

**もう一言** 多くの医学生・研修医の皆さんにとって、多様で将来性のあるキャリアが広がり、日本全国で活躍が期待される総合診療専門医をめざしていただけることを心より期待しております。どうぞ、思い切って総合診療の扉をたたいて下さい!

人気セミナーのテキスト第2集!

## 病院内／免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方

IDATEN 感染症セミナー実況中継

編集 IDATEN セミナーテキスト編集委員会

病院内／免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方

IDATEN 感染症セミナー実況中継

院内で起こる感染症に備えよう!

●B5 頁328 2019年 定価: 本体5,200円+税 [ISBN978-4-260-03697-9]

医学書院

遭遇頻度が高い病院内感染症、免疫不全関連感染症をテーマとした IDATEN (日本感染症教育研究会)によるセミナーテキスト第2集。世界的な潮流である「抗菌薬の適正使用」を切り口に、気鋭の講師陣が感染症診療の考え方と進め方をわかりやすく解説。

**目次**

- 1 入院患者の発熱へのアプローチ
- 2 敗血症へのアプローチ
- 3 外科術後患者の発熱へのアプローチ
- 4 尿道カテーテル留置中の発熱へのアプローチ
- 5 中心静脈カテーテル留置患者の発熱へのアプローチ
- 6 入院患者の下痢へのアプローチ
- 7 人工呼吸管理患者の発熱へのアプローチ
- 8 免疫不全患者の発熱へのアプローチ
- 9 非専門医のための HIV 感染症へのアプローチ

- 10 糖尿病患者の発熱へのアプローチ
- 11 ステロイド投与患者の発熱へのアプローチ
- 12 腎不全・透析患者の発熱へのアプローチ
- 13 固形腫瘍患者の発熱へのアプローチ
- 14 好中球減少時の発熱へのアプローチ
- 15 カンジダ感染症の診断と治療
- 16 侵襲性アスペルギルス感染症の診断と治療
- 17 サイトメガロウイルス感染症の診断と治療

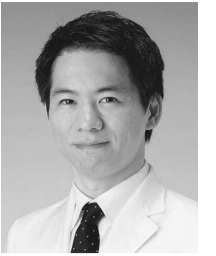
寄稿

# もし総合診療医が大学で解剖学の授業を教えたら

志水 太郎 獨協医科大学 総合診療医学講座 主任教授

●しみず・たろう氏

2005年愛媛大医学部卒業後、江東病院や市立堺病院で研修。米エモリー大ロリンズ公衆衛生大学院、豪ボンズ大経営大学院を修了(MPH/MBA)。12年に練馬光が丘病院総合診療科ホスピタリストディビジョンチーフ。その後米ハワイ大内科を経て、14年にJCHO東京城東病院に総合内科を創設。16年から獨協医大(18年に同大総合診療医学講座初代主任教授に就任)。主な著書に『診断戦略』(医学書院)。



生時代のTA経験が思い起こされて本当にうれしかったです。

その後、授業の感想文ができたということで解剖学講座からまとめた資料をお送りいただきました。一言・二言の感想のまとめだろう、と最初は思っていたのですが、送られてきたのは分厚い冊子で、1人当たりA4で1~2枚ずつ感想がつづられていました(写真②)。肝心の内容ですが、これが本当に素晴らしいものでした。ルーティンで形式的に書いたものとはとても思えない、みずみずしくリアルな医学生約130人の感想でした。素直でピュアな獨協の学生たちの感受性の高さもあつたのかもしれない。

代表的な感想例としては、「臨床医となる上でいかに基礎医学が大切かがわかった」「臨床的な視点で先生が話したことが、今勉強している基礎医学とどのようにつながっているかがとてもよくわかり、モチベーションがアップした」「形態と機能につながりがあることがわかり、医学の奥深さに感動した」など、臨床的視点を導入することが基礎医学の学習に貢献する可能性を示唆する感想が多かったのが印象的でした。マクロやミクロの解剖と生理・生化学など(学生にとっては)“他領域”の基礎医学分野の連携、さらには臨床医学と基礎医学の連携などを、実症例を通して学ぶ意義を感じることができたようです。

## 総合診療医が卒前教育に貢献できる余地はまだまだある!

また、「今回の授業を通して6年間の学びのロードマップが俯瞰できた」などという感想をみると、現行の医学生への教育コンテンツはまだまだ改良できるとの思いを強くしました。と同時に、解剖学はフィジカル・イグザミネーションの魅力を伝え、さらに観察力や分析力を養う上で最適な学問でもあると再認識しました。

このような学生のポジティブな反応を見るにつけ、身体ささまざまなサインを俯瞰的な目で洞察する訓練に長けた総合診療医が、大学において医学生のベッドサイド(または解剖学)教育で貢献できることは多いと感じました。これは総合診療医が医療に貢献する可能性を世に示す上で、極めて重要な点になると思います。

私と解剖学には浅からぬご縁(?)があります。実は医学生時代に、マクロ解剖学実習のティーチングアシスタント(以下、TA)をさせていただいていました。

## 医学生時代に経験した解剖学実習TA制度

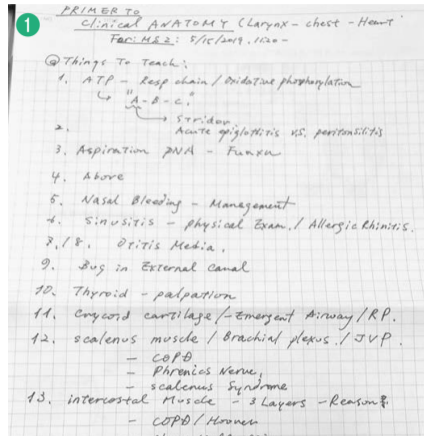
在学していた愛媛大学医学部には解剖学実習TA制度があり、解剖学実習を終えた学年の医学生が所定の試験に合格し、TAとして後輩学年の系統解剖学実習を教えることができました。

同制度は「学年をまたいだ学生間の教育体制をつくることで、両者の学びへのモチベーションを上げる」という、解剖学第一講座(当時)の松田正司教授の教育的な高配によるものでした。

私はTAとして、卒業までの4年間で約600人(医学部と看護学部の学生)の指導にかかわらせていただくことができました。“ちょっと上の学年”の上級生から教わることは、後輩学年にとってずっと上の学年の正規の教員から教わる視点とはまた違った視点での学びがある印象でした。

TA側の学生にとっても、その反応は心地よいものでした。単に「ここは試験に出るよ」といった短期的・姑息的な情報のやりとりだけではなく、実際に臨床で学んだことと基礎をリンクさせて教えることで、上級生自身も復習と勉強になり、また何より後輩の目が「おおっ! そうなんだ!」とパッと輝くことがうれしかったのです。

解剖学的な立体関係やリアルな動き



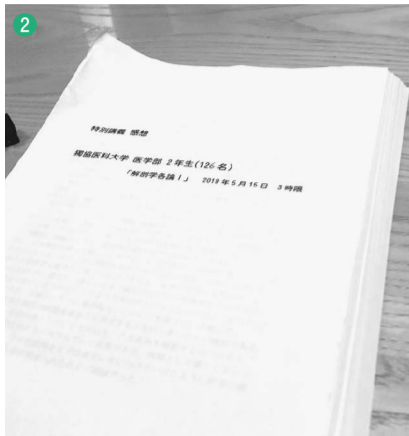
●写真①授業で話す内容を目次として整理、写真②その分厚さに驚かされた医学生による授業感想文

を見せながら臨床の知識と実際の解剖をリンクさせることが鮮烈なイメージとなって学生の頭に焼き付くという実感。私はTAを通して何度も経験してきました(表)。これは学生時代の大きな財産となっています。

## 解剖学講義・実習の実際

学生時代の教育に関与した記憶が鮮やかなまま、ご縁があり大学病院での勤務を始めました。ほどなく学内で解剖学の先生方とお話する機会があり、話が盛り上がり、講義・実習の一部(マクロ・ミクロ、各1コマ)を担当させていただけることになりました。

マクロ解剖学の徳田信子教授からは、「総合診療医の臨床的視点から、解剖の学びに寄与する授業と実習での指導を」とのご依頼をいただきました。授業の準備段階では、研修医の頃に



受験したUSMLE Step1の勉強のためぼろぼろになるまで読み込んだ『First Aid』を本棚から引っ張り出し参考にして、教える内容を目次として整理しました(写真①)。実際の授業では、気道の解剖をもとに酸素の組織供給とTCA回路のつながり、ショックの病態生理とそれにまつわる解剖、また発生や成長の過程で変化する解剖学的構造を症例をもとに説明しました。

実習では、例えば横隔神経の同定とその長経路の理由の説明や、胸部や頸部の形状変化と閉塞性肺疾患の関連、動脈硬化性病変のサインと大血管のフィジカル上の変化、縦隔内の解剖の立体的関係と手技や読影のポイントを実際の解剖検体からどう学ぶかなどを、剖出の傍らフィジカル技術の講義も交え実演しました。

ミクロ解剖学の上田秀一教授からは私の著書『診断戦略』の視点から、「ミクロの解剖の組織を、直観だけではなく分析的にもバランスよくどう考えるかの指導を」とご依頼いただきました。

実際の授業では、組織標本を見るときにどのような考え方でアプローチするかを講義しました。単に典型的所見と目の前の標本を“総合合わせ”して確定するのではなく、組織の上皮の性質や機能を考えながら理解して“分析的に観察する”ことで、必然的に臓器が特定でき、さらに正常と異常を見分けることができるようになることを強調しました。

## 基礎医学の重要性や各分野の連携を実症例を通して学ぶ

いざ教壇に立ってみると、100人を超す医学部2年生たちの目が丸くなってキラキラしていくのがわかり、医学

## ●表 臨床知識とリンクさせた解剖学実習ティーチングの実例

「心臓の聴診って、立体的な弁の位置と血流の流れを想像しながら聴くとわかりやすいかも。例えばほら、大動脈弁の立体的な位置ってここだよね(\*胸腔内の定位置にある心臓と切開された弁の配置を見せる)。大動脈弁狭窄症の時の音って鎖骨に放散したり“たすき掛け(SASH)”の領域で聴こえると言われるけど、血流が大動脈弁前後のこの方向(\*見せる)に沿って行くから聴診器でこのエリアで聴こえるんだよね」「臨床実習で見たパンコースト腫瘍の患者さんがいてね。その方は肩から上に右腕が上がりにくくなって、肩甲骨が浮いて見えただよ。ほら、長胸神経ってこんなふうに(\*指し示しながら)腕神経叢の枝で唯一垂直に下りていく神経でしょ。だから解剖学的に腫瘍の浸潤でここらへんで障害されたんだろ。この神経は前鋸筋を支配しているから、前鋸筋が麻痺すると起始停止がここでしょ(\*示す)。だから肩甲骨が緩んで内側が胸壁から立ち上がる。こういうのを翼状肩甲と言います。それと、肩甲骨を上方に回旋させる動きがあるから(\*見せる)、腕が肩より上に上がる時も大事な動きなんだよ。その患者さんではそれができなくなった、というわけなんだ」「チェストドレーンといって、気胸や血胸の時は太い管をこうして入れるんだけど、ここ、肋骨の下縁に神経や血管があるから、実際はこの真ん中あたり(\*見せる)を切開して、その後はできるだけ鈍的に指を入れながら胸腔内にアプローチするんだ」「内頸静脈にカテーテルを入れるときは、このあたりから刺すんだけど、こんなふうに(\*見せる)総頸動脈と近いから、気をつけて入れているよ。それと、刺入部が下すぎるとほら、ここに肺があって気胸を起こすから気をつけたほうがいいよ」

“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

<ジェネラリストBOOKS>  
**身体診察 免許皆伝** 目的別フィジカルの取り方 伝授します

全国でベッドサイド教育を展開する編者らによる身体診察の決定版! 外来・病棟・在宅で、ある疾患を疑ったら次に何をすべきなのか。臨床ですぐに使える次の一手を、こだわりの写真とともに伝授。常に便利な検査機器が身近にあるとは限らない。視て、聴いて、触って、嗅いで、rule in/rule outできる徒手空拳の技を身につけよう。“最強の一番弟子”にならないか?

編集 平島 修  
志水太郎  
和足孝之

何が診断を曇らせるか、どのように養えば良いか

**診断戦略** 診断力向上のためのアートとサイエンス

名医の思考や巧みさ(Art)は再現できるか? その問いに正面から答える。多くの名医に師事し、経営診断も学ぶ著者による「診断力の鍛え方」。診断にもなるバイアスのつきあい方、病歴をよりクリアにするための具体的な質問例、鑑別ごとの合わせなど、明日から役に立つ心構えとテクニックが満載。認知科学とハードな臨床経験を背景に紡がれる言葉は、まさにArt & Science。

志水太郎

# スマートな ケア移行で行こう!

Let's start smart Transition of Care!

医療の分業化と細分化が進み、一人の患者に複数のケア提供者、療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では、ケア移行(Transition of Care)を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

監修 小坂鎮太郎, 松村真司  
今回の執筆者 松村真司  
松村医院

第10回 (最終回) 地域で紡ぐケア移行 次回の入院に向けた準備を始めよう

CASE

COPD 急性増悪で入院となった80歳男性(詳細は第2回・3301号参照)。一時はICU管理を必要としたが改善し、退院後の継続的な外来管理は自宅から徒歩圏内にある診療所で行うことになった。退院7日後の本日、診療情報提供書とお薬手帳を持参し、妻と一緒に診療所に来院した。

急性期病院からの退院先は、診療所、回復期リハビリテーション病棟などの急性期以外の病院、老人保健施設をはじめとした介護施設などさまざまですが、その多くを占めるのは本事例のような診療所の外来です。2015年に発表された高齢者の医療・介護サービスに関する調査によれば、入院直前にいた施設へ退院することが多く、特に在宅で生活していた人は91.0%が在宅に戻ることが明らかになっています。また、このような退院患者のうち3割程度が1年以内に再入院を経験し、再入院のリスクが最も高いのは退院後1~2か月未満の間であることが判明しています<sup>1)</sup>。米国における調査でも、病院から退院したメディケア加入患者のうちの19.6%が30日以内に、34.0%が90日以内に再入院していました<sup>2)</sup>。

上記のような報告から急性期病院を退院した直後は特に再入院のリスクが高く、退院前後の移行期における調整が特に重要と考えられます。興味深いことに、退院後早期(7日以内)における再入院予防は、病院側による患者教育等の事前対策によって可能な場合が多いものの、それ以降(8~30日)の再入院予防は、外来あるいは在宅での介入による対策が必要な場合が多いことも明らかになっています<sup>3)</sup>。

これらの情報を統合すると、特に再入院リスクの高い高齢者においては、円滑なケア移行を意識すると同時に、再入院予防を意識した準備をすぐに始める必要性が理解できるかと思えます。

質の高いケアを提供するために

Coleman と Boulton は米国老年医学会のポジション・ステートメントの中で質の高いケア移行に必要な要素を挙げています<sup>4)</sup>。それらは、患者・介護

者の準備体制の構築、退院時の評価および薬剤調整、ケア提供者間による双方向のコミュニケーション、フォローアップのプラン、自己管理のための十分な患者教育など多岐にわたります。そのためにもまずは、退院元から提供された情報をもとに、これらが十分であるか確認します。医師間だけでなく、退院調整看護師や薬剤師など、多職種と協力していく必要もあるため、日頃から十分な連携を意識しておくことが重要です<sup>5)</sup>。

他方、退院後の生活の中で明らかになる問題もありますので、退院後の外来ではこれらの情報を整理しつつ早急にケア体制を構築していくことが必要です。特に、次項に述べる5つの情報は、次回の入院時に必要になることが多い情報ですので、すぐに参照できるようにまとめておきましょう。

次回の入院に備えて整理しておくべき情報

◆**介護基本情報**  
患者が介護保険を利用している場合は、要介護度、担当ケアマネジャー名、介護事業所情報について確認します。介護保険を利用していない場合にも、退院後の患者状態によっては申請が必要になることも考えられます。そのため介護に関連する基本的な情報は、初回外来受診時にまとめて記載しておくことが重要です。

◆**生活環境・家族情報**  
外来受診時点でのADL/IADL、認知機能などを再確認します。入院時、これらの値は一時的に低下することが多いものの、退院後は患者の状態を反映し、速やかに改善することもまれではないからです。また、独居か否か、家屋状況、支援にかかわる家族(キーパーソン)が誰かなどの生活環境および家族に関する情報が、退院元の病院から提供されているかを確認し、不足部分があれば情報収集しておきましょう。

◆**薬剤・処置の情報**  
ケア移行時に起きる最も頻度の高い有害事象は、入院中に開始された薬剤による副反応など、投薬に関連すると言われています<sup>5,6)</sup>。処方内容や容量については薬剤師の協力を得ながら必

ず確認しましょう。また、インスリン注射・吸入手技や必要な医療機器の扱い方、物品の在庫や交換時期などは、事前に把握しておく安全にケアを行うことができます。

◆**患者・患者家族の理解度**  
退院後は患者・患者家族の自己管理が重要になります。そのため、入院中に行われた説明内容とその理解度をあらためて確認した上で、今後のケアに主体的にかかわっていただけるよう促します。もし患者および患者家族の理解度が不足しているようであれば、不足部分に応じた追加の説明や書面での情報提供など、さまざまな支援が早期から必要になります。多くの患者はこのようなケア移行期には不安が大きくなり、病状を理解しているように見えても、医師が期待しているレベルにはないこともあるため注意が必要です。

◆**急変した際の患者希望の確認**  
入院の機会に、再度の急変時のケアに関する希望について話し合いが行われることもあると思います。しかし、米国では事前指示(Advance Directives)を医療者に提示したにもかかわらず、カルテにその内容が転記されていたのは半数以下であったとの報告もあり<sup>7)</sup>、施設を超えた連携は不十分であることが知られています。また、退院し日常生活を開始すると、患者の希望が変化することは十分に考えられます。診療情報提供書にケアに関する患者の希望が記載されていれば、内容について早い機会に再度話題にし、カルテに記載しておくことが重要です。

ケア移行における担当医の役割

10回にわたった本連載では、急性期の疾患を通じて、療養場面が変わった場合の適切かつ効率的なケア移行の工夫について示してきました。

ケア移行の際に忘れてならないのは、ケアの主体は常に患者であるということです。したがって、患者がどのような希望を持ち、どのような生活を望んでいるかをケアに携わる全ての担当医が意識すべきだと私たちは考えています。もしこれらが明らかになっていないのであれば、患者と共に作り上げていく過程が必要です。

社会の多様化・疾病の複雑化がさらに進む時代においては、医師、特にプライマリ・ケア医にとって、複数のケア提供者や施設間での調整能力が必要不可欠になるはずですが、しかしながら、

ケア移行に関連する対応が医師の業務の一定量を占めることも大きな課題となっています<sup>8)</sup>。業務量軽減のためにも、必要な情報は簡潔にまとめ、適切なタイミングで連携できるよう常に準備しておくと同時に、これらを効率よく管理できるシステムを今後さらに整備していく必要があると考えています。

CASE への対応

病院からの診療情報提供書とお薬手帳の内容を確認し、病院で受けた説明内容を患者と妻に尋ね、疾患に対する理解状況を把握した。さらに、退院後の生活状況を伺ったところ、外出はまだできていないものの、生活は自立していることを確認した。

併せて、再度の急変時における患者希望の確認のため「退院された病院では、今後もし状態が悪くなった場合は気管挿管も含めて最大限の治療をする、という希望だったようですが、その気持ちにお変わりはないでしょうか? もし、お気持ちが変わったり、はっきりと決まっていなければ、後日改めて時間をとってご相談しましょう」と伝え、まずは2週間分の継続処方を行った。病院から申し送りのあった肺炎球菌ワクチン接種については再度患者の希望を確認し、次回受診時での接種を予定することとした。

POINT

- 退院後早期は再入院のリスクが高い。そのため次回の入院に向けた準備期間ととらえ、対応を想定しておく。
- 退院後の初回外来受診時には、診療に必要な情報を再確認した上で、不足している情報があれば積極的に収集する。
- 療養場面が変わっても、患者の全体像を意識しつつケアに当たる。

引用文献・URL

- 1) みずほ情報総研株式会社. 平成27年度厚生労働省委託事業 地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究事業報告書——在宅生活の継続を支えるための医療・介護サービスに関する調査分析. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000134435.pdf>
- 2) N Engl J Med. 2009 [PMID: 19339721]
- 3) Ann Intern Med. 2018 [PMID: 29710243]
- 4) J Am Geriatr Soc. 2003 [PMID: 12657079]
- 5) Ann Intern Med. 2004 [PMID: 15466770]
- 6) Ann Intern Med. 2003 [PMID: 12558354]
- 7) J Palliat Med. 2010 [PMID: 20618087]
- 8) Ann Intern Med. 2007 [PMID: 18025448]

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。  
@igakukaishinbun

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 年間購読申込受付中

Vol.7 - No.2  
特集: 総合内科のための集中治療

The Revolution of Critical Care Medicine in JAPAN

責任編集: 安宅一晃 奈良県総合医療センター 集中治療部  
八重樫牧人 亀田総合病院 総合内科

●1部定価: 本体4,600円+税  
●年間購読料19,096円(本体17,600円+税)  
※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に比べ、約4%の割引となります。

特集  
2018年 1号 腎疾患2  
2号 糖尿病  
3号 肝臓病  
4号 循環器疾患2  
2019年(予定) 1号 外来マネジメント  
2号 総合内科のための集中治療  
3号 抗血小板薬、抗凝薬のすべて  
4号 内科エモーショナル

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: 筒泉貴彦・山田悠史・小坂鎮太郎 ●定価: 本体5,000円+税

手術の質を評価することはできるのか!? 手術アウトカムの奥深い世界を学ぶ

## 外科系医師のための臨床研究 手術を評価するアウトカム

臨床研究を行うにあたっては、アウトカムの設計が非常に重要です! 患者報告型アウトカム(PRO)とは何か? 外科医の技量は測定可能か? 尺度開発研究とは? 術後QOLを臨床研究のアウトカムにできるのか? そもそもQOLとは一体何なのか……? 外科専攻医シワシワ君と一緒に、手術アウトカムの奥深い世界を学んでみましょう。あなたの臨床研究をレベルアップさせる、「外科系医師のための臨床研究」シリーズ第2弾!

本多通孝

「…先生、手術は成功ですか?」  
こんな疑問にどう答えますか?  
臨床研究の質を高めるためのアウトカム設計

A5 頁276 2019年 定価: 本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-03932-1] 医学書院

# Medical Library 書評新刊案内

## 問題解決型救急初期検査 第2版

田中 和豊 ● 著

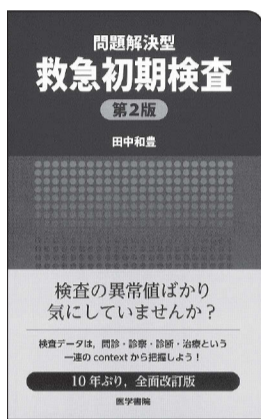
B6変型・頁512  
定価:本体5,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03598-9

評者 志水 太郎  
獨協医大主任教授・総合診療医学

本書は、救急のマニュアルとしては最も有名なものの一つである。田中和豊先生の『問題解決型救急初期診療』(医学書院)の姉妹本にあたる同著者の「検査版」の第2版である。

検査と銘打たれているが、本書の本質は検査の解説本やマニュアル的な内容ではない。「この本を眼の前の患者を救いたい人に捧げる」とだけ書かれた冒頭のページは鮮烈である。救急現場で疾患と対峙する医師ならではの魂のこもったお言葉と思う。田中先生は自分より10年ほど上の学年の先生に当たるが、このような先生が

現場での重要点を的確に網羅した「おねだん以上」の書



自分が1年目の時に上級医にいらしたら、どれだけ心強いのか。勇気が湧き明日へのモチベーションが高まることは、自分の研修医時代を振り返っても想像に難くない。

「診療」は初版が2003年、「検査」は初版が2008年である。これらの本がなぜ長く読まれているか。序文にも書かれているが、エビデンスに配慮するだけでなく、ご自身で実践されていないことは記載しない、という田中先生のポリシーが生きているからだと感じる。ベッドサイドの実感を伴わない臨床教育は内容が薄い。これは評者自身も日々感じていることであり、患者不在のディスカッションや一般論は、魂に刻み込まれることはないだろう。一見すると「実践していないことは記載しない」という本書の方針は一般化されたマニュアルの書籍としては異彩を放つように映るが、実臨床家の眼から見れば大変リーズナブルである。また、幸い本書はマニュアルのように見えて、マニュアルとは銘打たれていないところに独自性が高い。

本書の臨床的こだわりは随所に見られる。検査という本のタイトルからにわか想像する採血や尿の検査などの総花的マニュアルという印象を覆し、470ページにわたる本文のおよそ3分の1までが臨床の考え方をまとめた総

論に続くバイタル・サイン(とモニタ)、フィジカルに割かれている。これは、バイタル・サインの測定と解釈やフィジカルもれっきとした検査であり、またそれらの検査は項目が少ないながらも、より高度なテクノロジーを要する現代医学の検査を圧倒するかのような情報量を秘めている、という田中先生の強いメッセージが込められた結果であると感じる。

実際に救急の現場では、一般採血や尿を見てマネジメントが変わることもたまにはあるが、大方の方針はフィジカルまでで立ってしまふということが多

い。例えば発熱の患者では、救急外来における採血が与える熱源に関する情報は極めて限定的であることは、読者の皆さまなら想像に難くないだろう。フィジカルの章も、目次だけを見ても素晴らしい。フィジカルが網羅的に並べられるのではなく、呼吸、循環を筆頭に、危険な病態を示唆する腹部や皮膚といった項目が優先的に並べられていることなど、現場で用いるフィジカルが濃淡をはっきりさせて記載されていることに強い共感を覚える。身体診察の2つ目の項目は「stridorと肺音」という章だが、「呼吸」などと平板な章立てになっていない点など、重要度のメリハリを実感する内容で非常に良いと感じる。

肝心の「検査」の章だが、各検査について、不要な記載はなく、臨床の有用性や基準値、重要な表などがぎっしりと詰まっただけで、この一冊さえあれば検査についての救急における重要点を十分に網羅できる内容になっている。

このように、本書は救急における熱いハートとメッセージがぎっしりと詰まった本である。コンパクトながら定価の5000円以上に価値は大きく、この本がポロポロになるまで使い込めば、その価値は10倍にも20倍にもなって返ってくるだろう。

## 細胞診を学ぶ人のために 第6版

坂本 穆彦 ● 編

B5・頁432  
定価:本体9,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03799-0

評者 伊藤 仁  
日本臨床細胞学会細胞検査士会会長/  
東海大病院病理検査技術科長

このたび、待望の『細胞診を学ぶ人のために 第6版』が刊行された。1990年に初版が刊行されて以来、来年で30年を迎える本書は、これまで細胞診を勉強するための教科書として、多くの皆さまが必携の書として愛用している一冊である。

初学者の手引書として、生涯教育のテキストとして

本書は、細胞診を学ぶ人にとって必須の基本的内容が網羅され、詳細かつ簡潔な説明は平易で理解しやすい。細胞像、組織像などはオールカラーで美しく仕上がっており、要所には表や図が的確に配されている。特に初版からの特徴であるシェーマは、豊富に盛り込まれており、活字では表現し難い内容を視覚的に理解することが容易となっている。

第6版では、基本的な内容の他、新しい情報が積極的に取り上げられ、液状処理法(liquid-based cytology; LBC)や、On-site cytologyなど、近年、注

目されている技術や方法にも言及している。現代の医学、医療は目覚ましい発展を遂げ、それに対応する組織分類の改訂や更新が続いているが、細胞診に深く関係するこれらの状況や変遷についても留意されている。細胞診報告様式についても、子宮頸部細胞診ベセスダシステムに続いて公表されている甲状腺細胞診ベセスダシステム、尿細胞診パリスシステム、唾液腺細胞診ミラノシステムなどについても触れられている。

執筆者も時代に合った次世代の専門医や細胞検査士が加わり、それぞれの得意分野を担当し、フレッシュさを感じられる内容となっている。細胞診初学者のための手引書として、そして細胞診従事者の生涯教育のテキストとしても有用な初版以来のスタンスを色濃く継承している。『細胞診を学ぶ人のために 第6版』、まさに細胞診を学ぶ人のために刊行された一冊である。

## レジデントのための循環器疾患診療マニュアル

刈尾 七臣 ● 監修

新保 昌久, 星出 聡, 今井 靖, 船山 大, 河野 健 ● 編

A5・頁472  
定価:本体5,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03027-4

評者 細田 瑛一  
自治医大名誉教授/公益財団法人政策医療振興財団理事長

本書は、自治医大循環器内科で現在レジデントを指導している教員が、それぞれの経験を踏まえて、比較的よく遭遇する病態・疾病について、総合的診療、検査処置、診断基準、病型、重症度分類、ガイドライン、そして標準的治療の選択と長期予後を判定する試験結果までを整理した実用的診療マニュアルである。各疾患について記録すべきポイントを箇条書きにして概説し、次に診療のフローチャートを掲げ、診療と心電図、X線検査、血液検査、カテーテル検査や心筋生検、心エコー、核医学検査などの主要検査を挙げ、初期対応と治療の選択、特に酸素吸入、静脈確保、カテーテル治療や外科的治療のタイミングと薬物療法の選択、治療開始後の変化の記録、治療効果の評価法、退院時のチェックリストなどが丁寧に記述されている。

よく遭遇する疾患の診療をフローチャートやチェックリストを用いてわかりやすく整理



診療録、特にそのまとめや紹介者へ

の報告を書く上でも参考になる。例えば、パンデミックと呼ばれる急性心不全と慢性心不全の項では、急性心不全の原因疾患とそれぞれの特異的な治療、心不全増悪の誘因、右心不全と左心不全の症状の違いの表、Framingham criteriaによる診断基準、クリニカルシナリオによる入院時管理、CS1~5の分類(初期評価と治療)および治療の目標など多くの図表で各病期の治療を選択して、その効果を評価させようとしている。近年増加し、治療法も進んでいる肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症、肺高血圧症、睡眠時無呼吸症候群などについても詳しく記述されている。特別な配慮を要する患者として、慢性腎不全・血液透析症例、がんと循環器疾患の合併、高齢者の診療も取り上げられている。特に高齢者での認知機能障害と総合機能評価(CGA7)は日常必須の常識である。検査手技、電気生理学的検査、カテー

……………『作業で創るエビデンス』発刊記念セミナー……………

## 作業療法士のための研究法の学びかた

エビデンスの作りかたと使いかたをテーマに、最新の作業療法研究を含め、なぜこの研究手法を用いたのかという思考過程と実用的な活用法を紹介します。おかげさまで会場は満席になりました(現在キャンセル待ち)。聴講希望の方はウェブ配信によるオンライン受講をお勧めいたします!  
\*オンライン受講サービスは、PCやスマートフォンで聴講が可能なサービスです。詳しくはWebサイトへ。



友利 幸之介 先生  
東京工科大学 准教授、  
作業療法士、博士(体育学)



京極 真 先生  
吉備国際大学 教授、  
作業療法士、博士(作業療法学)



竹林 崇 先生  
大阪府立大学 准教授、  
作業療法士、博士(医学)

医学書院

日時 2019年9月1日(日) 13:00~17:00

対象者 作業療法士(臨床、教員、大学院生) リハビリテーション関連職種(PT、ST、NSなど)

オンライン受講料 8,000円(消費税込、事前振込)

お申し込みは弊社Webサイトから  
[https://seminar.igaku-shoin.co.jp/detail/sem190901\\_web.html](https://seminar.igaku-shoin.co.jp/detail/sem190901_web.html)

医学書院 作業療法セミナー



好評につき、ウェブ配信決定

## 《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

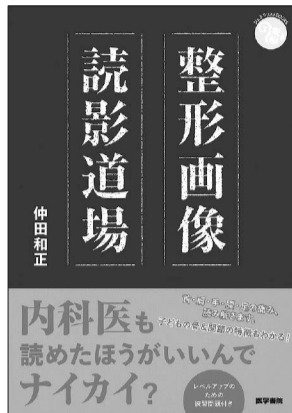
思わず一気に読みってしまった。  
私が仲田和正先生(の本)に出会ったのは15年前、医師になってすぐの研修医時代。年間1万台の救急搬送を受け入れる研修病院の救急室で週に2回の当直業務をこなしていたときに、同僚の研修医が「とてもわかりやすい本が出た!」と騒いで持ってきた。当時、整形外科といたって堅い医学の本はあっても臨床現場との乖離があり、実践で生かせる本はほとんどなく、仲田先生の著書『手・足・腰診療スキルアップ』(シービーアール、2004)はこれまでの医学書作法の常識をひっくり返すような明快でユーモアに富んだ本だった。その中でも漫画『おそ松くん』に登場するイヤミがシェーのポーズをしたイラストを用いた、アキレス腱断裂の解説は15年たった今でも頭を離れない。

そして、15年の歳月を経て『整形画像読影道場』という新しい仲田ワールドが帰ってきた。「読影道場」だが、首・肩・手・腰・足と全身の画像所見についてユーモラスに解説された内容は、遊園地のアトラクションを回っているようなワクワクした気持ちになる。もちろんアトラクション(章)を順番に回るのはなく、好きなアトラクションから入る(読む)ことができる。特に救急外来で外傷を担当する医師には、かなり力になるのではないだろうか。外傷⇒診察⇒X線という流れは整形外科医よりも救急・総合診療医が経験することが多い。しかし整形外科医ではないので、手術までかかわることはなく、整形外科医に診てもらおうべきか、診てもらおう場合、すぐなのか、翌日なのかという判断が一番気に

ゝテルの手技、ペースメーカー、ICDやCRT、補助循環の適応、管理も、欠かせない手技である。リハビリテーションについては、外来・在宅診療で今後ますます重要になる。

最後に、このマニュアルでは精神心理的問題が、チーム医療でのコミュニケーションの項で取り上げられているが、インフォームドコンセントの説明や、医療者と患者・家族とのコミュニケーションには、精神心理的配慮が重要である。対等の人間としての対話と信頼関係を醸成する行動(Humanitude)が常に実践されるべきである。レジデントは、地域医療の立場から、総合診

### まるでアトラクション巡り!? 読影道場という遊園地



評者 平島 修

徳洲会奄美ブロック総合診療研修センター長

なるのではないだろうか。膨大な疾患に対応する救急・総合診療医は、全身の骨折の細かい分類や具体的な手術の内容はさほど必要ではない。それよりは、見逃しやすい骨折や、軽度の骨折でも専門医受診が必要なものを覚えて、必要に応じて成書にアクセスできる環境が現実的なのではないだろうか(私はそうしている)。本書は全身の骨折や関節、神経分布などが簡潔にまとめられており、2~3時間もあれば読み終えることができる。

本書には、他書には真似できない3つのポイントがある。①仲田先生ならではの例える技術。前著はおそ松くんだったが、今回はピカチュウに扮した仲田先生の顔写真が登場する。思わずプツと吹き出してしまふのは間違いない。とにかく明快に脳裏に刻まれ、一度読めば忘れない。②仲田和正先生という心優しいお医者さんの姿。変形性肩関節症の患者さんのミッドウェイ海戦のエピソードが書かれたコラム(p.74~5)は、当時の映像が浮かぶような素晴らしい内容である。患者さんに寄り添いながら診療をされている仲田先生を垣間見ることができる。③怒涛の反復。これは仲田先生がいつもおっしゃる格言である。覚えておいたほうがいい内容は、繰り返し同僚と呪文のように言い続ける。各章の最後には「怒涛の反復」として覚えておくべき内容のみ、数行でまとめられており、全てを読み終わった後に、もう一度この部分だけ声に出して読んでみると、骨の随まで知識が染み込んでくる。

道場から出ると、不思議とX線画像を見るのが楽しみになる素晴らしい書籍である。

療としてのシステムレビューの徹底や、健康の回復・維持・増進を目標とする姿勢を身につけるべきである。そのことに関連して、循環器領域の疾患と関連の深い呼吸器疾患、脳卒中、糖尿病、腎障害などとともに、その他の急性関連重症疾患として取り上げ、注意を喚起することが望ましい。監修者の意図にもそのことが含まれているようであるが、わが国の医療が専門技術偏重になっている現状を反省し、医療職の研修では常に住民の保健健康増進を総合的に考える姿勢を養うように努めなければならない。

## 第21回日本医療マネジメント学会開催

第21回日本医療マネジメント学会学術総会(会長=中京病院・絹川常郎氏)が7月19~20日、名古屋国際会議場(名古屋市)にて「私たちの働き方改革——良質で成熟した日本の医療をめざして」をテーマに開催された。本紙では、シンポジウム「働き方改革」(座長=済生会福岡総合病院・岡留健一郎氏、日看協・熊谷雅美氏)の様態を報告する。  
◆働き方改革の実現に向け、効果的な推進方法を議論

厚生省医政局の安里賀奈子氏は、近い将来、日本全体の労働人口減少によって働き手の獲得競争が厳しい社会となることを示し、医療分野も例外ではないことを強調した。現在の医療体制を未来につなげるためにも、「医師の働き方改革に関する検討会」報告書を機に、「少ない労働力ながら最大限のパフォーマンスを発揮できるよう、勤務環境の改善を行い魅力ある職場づくりをめざすべき」と会場に呼び掛けた。

同報告書では、特例水準を除き、2024年4月までに「時間外労働時間数を月100時間未満(例外あり)、年960時間(A水準)以下」とするよう設定されている。日病副会長を務める岡留氏は演者として登壇し、各医療機関がまず取り組むべき課題として、「診療科ごとでの時間帯に、どれほどの業務量があるかを分析し、時間外労働時間の把握を的確に把握すること」を挙げた。計画的に労働時間短縮に取り組むことで、可能な限り多くの医療機関がA水準の働き方を達成できるよう協力を求めた。

2018年に日看協から発表された「看護職の夜勤負担に関する調査研究報告会」の内容を紹介したのは熊谷氏。報告では、1か月72時間を超える夜勤は情動ストレスリスクを増加させ、起床時の疲労感が強い傾向を示したことが明らかになった。日看協としては今後、働き方の多様性を尊重しつつ、看護職が生涯を通して安心して働き続けられる環境づくりをめざす方針だ。

「働き方改革は号令や気合いだけでは進まない」と訴え、働き方改革を効果的に推進するためのコツを紹介したのは斐英洙氏(ハイズ株式会社)である。労働環境改善を行うためには、交渉術を生かして対象者の主体性を引き出すことが重要だとし、モチベーションを上げるための一つの方法として内発的動機付けの考え方を紹介した。現場負担を増やさないためにも小さなことから効率的な改革を実施すべきと提案した。

患者から電話医療相談を受けるささえあい医療人権センター COML 理事長の山口育子氏は、医師の働き方改革の実現には、患者側の理解と節度を高めることが必要と語った。医師以外の多職種がいる患者が少なくないことを課題に挙げ、いまだに医療に関する期待が医師に一極集中していると指摘。これからは COML の活動を通じ、患者側の意識改革にも努めたいと結んだ。



●シンポジウムの模様

## 図説 医学の歴史

坂井 建雄 ● 著

B5・頁656  
定価:本体5,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03436-4

評者 泉 孝英  
京大名誉教授

650点を超す図版を収載した656ページに及ぶ大冊である。「膨大な原典資料の解説による画期的な医学史」との表紙帯が付けられている。私からみれば、わが国の明治の近代医学の導入(1868年)以来、150年の年月を経て、わが国の人々が手に入れることができた「医学の歴史」教科書の決定版である。医師・歯科医師・薬剤師・看護師・放射線技師・検査技師などの医療関係者だけでなく、一般の方々にも広く読んでいただきたい。豊富な図版は、専門知識の有無を問わず本書を読める内容としている。

教科書としてお読みいただく以上、「飛ばし読みは禁」である。まずは、573ページの「あとがき」からお読みいただきたい。坂井建雄先生の解剖学者・医史学者としての歩みの中から、本書誕生の歴史をたどることができる。坂井先生のこれまでの多数の学会発表、論文、書籍などから、幅広く資料収集に努めておられることは推察していたが、「ここまで!」との絶句が、本書を拝見しての私の第一印象である。

第1部「古代から近世初期までの医学」、第2部「19世紀における近代医

学への変革」、第3部「20世紀からの近代医学の発展」、に記述されていることは、単なる事物・事象の記載だけではない、坂井先生の医学・医療に対する視点・観点、「哲学」ともいべきものの基盤の上に、事物・事象の記載が行われて

いる。私自身は、医史学の勉強を始めたのは定年退官以後、坂井先生のはるか後輩である。私なりの視点から、明治時代のドイツ医学の導入、第1次世界大戦後に始まる米国医学の進出、そして、第2次大戦後、国民皆保険制度の成立による日本独特の医学の形成過程をたどり、論を呈してきたが、本書第24章「20世紀以降の日本の医学」における坂井先生の記述との対比から、私の視点・観点を再検討を試みたいと考えている。また、第26章「現代における医史学の課題」において記述されているが、「医療の社会化を前提とした医学研究の在り方」は、今後大きく問われるべき課題である。

終わりに、本書は、川喜田愛郎先生『近代医学の史的基盤』(岩波書店、1977)に次いで、私が大きな感銘を受けた書物であることを記しておきたい。

アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の新しい診断基準と最新の知見をまとめました

## アレルギー性気管支肺真菌症の診療の手引き

アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の新しい診断基準と最新の知見をまとめた診療の手引き。研究班の全国調査を経て得られたABPMのデータをもとに、日本の実情に合った形で作成し、ABPMの診療に役立つ内容となっている。

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



B5 頁112 2019年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-03921-5]

医学書院

脳のマクロ病理像に特化した大迫力の画期的なアトラス

## マクロ神経病理学アトラス

脳のマクロ病理像に特化した大迫力の画期的なアトラスが登場。第1編では、プレインカッティングの手順を詳細に解説するとともに、マクロ像の正常解剖を解説するとともに示す。第2編では、疾患ごとにプレインカッティング後の剖面マクロ像を提示し、異常所見の特徴は何かを明快に解説する。神経病理学の第一人者である著者所蔵の貴重な病理写真を豊富に用いた、病理学、法医学、神経内科学を専攻する医師であれば読んでおきたい1冊。

新井信隆



A4 頁152 2019年 定価:本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-02528-7]

医学書院

# 《 Point-of-Care 》

主催/医学書院 共催/GEヘルスケア・ジャパン株式会社

## ポケットエコー活用セミナー



# 超音波ベーシックス

“ 臨床医が診断推論に基づき観察部位を絞って行う超音波検査として、いま注目を集めている Point-of-Care 超音波 (POCUS)。本セミナーでは、ポケットエコーを用いて、内科救急の現場でよくみる腹部・循環器・呼吸器疾患への POCUS の活用方法を解説します。

身体診察と POCUS をどう組み合わせるかなど、聴診器のように日常的に超音波を活用するためのノウハウを伝授します。

\* 書籍『内科救急で使える! Point-of-Care 超音波ベーシックス』(医学書院, 2019) をテキストとして使用します。事前にお読みいただくとセミナー内容への理解が一層深まります。当日会場にて販売も予定しております。

### プログラム(予定)

超音波の基礎

ポケットエコーの使い方

GEヘルスケア・ジャパン株式会社より

呼吸器(レクチャー・ハンズオン)

腹部(レクチャー・ハンズオン)

循環器(レクチャー・ハンズオン)

Q and A 皆様の疑問にお答えします!



### 講師

安曇野赤十字病院救急科  
自治医科大学 臨床検査医学非常勤講師

亀田 徹 先生



### お申し込み

セミナー詳細、お申し込みは以下のセミナーページをご覧ください。

<https://seminar.igaku-shoin.co.jp/detail/sem190921.html>

### 日時・場所

2019年9月21日(土) 13:00 ~ 18:00 (12:30 開場)

### 場所

東京都文京区 医学書院 本社 2階会議室

### 定員

● 座学 + ポケットエコー研修 25名 ● 座学 + 見学 25名  
(1ブース5名 x 5ブース)

### 対象者・参加費

● 医師・研修医・医学生 ● 見学のみ: 関心のある医療者ならどなたでも

### [参加費]

座学 + ポケットエコー研修 / 8,000円 座学 + 見学 / 4,000円

\* 資料代・消費税込・事前振込制

\* 研修用のポケットエコーは会場にて各ブース1台お貸し出しいたします。

### 参考図書

超音波は外来・ベッドサイドでこう使う!

内科救急で使える!

Point-of-Care [Web動画付] 著 亀田 徹  
超音波ベーシックス

内科救急でよくみる腹部・循環器・呼吸器疾患への Point-of-Care 超音波の活用方法をエビデンスに基づいてわかりやすく解説。Web 動画 243 本付き!

● B5 頁240 2019年 定価: 本体4,500円 + 税 [ISBN978-4-260-03805-8]



## 8 medicina Vol.56 No.9

### 特集 みんなが知っておきたい 透析診療 透析のキホンと患者の診かた

透析患者数の増加に伴い、外来で透析患者を診る機会はますます多くなっていくと思われる。しかし、透析患者には診療上、注意すべきことが数多く存在し、特に透析専門医がいない施設では、内科医も透析の知識を身につけておくことが必須である。本特集では透析の基本を踏まえたうえで、どう診ればよいのかを解説する。

企画: 志水英明 (大同病院腎臓内科)

### INDEX

座談会: 透析患者を診るうえで困ること、注意すべきこと

I章: 透析についての基本事項

II章: 日常のマネジメント

III章: 透析患者の診療

IV章: 透析患者が ER を受診したら

V章: 透析患者が入院したら

● 1部定価: 本体2,600円 + 税

▶ 来月の特集 (Vol.56 No.10)

脱・「とりあえずCT」!

スマートな腹痛診療

企画: 小林健二 (亀田京橋クリニック)

### 連載

● 見て、読んで、実践! 神経ビジュアル診察

● 物忘れ外来から学ぶ現場のコツ 認知症患者の診かた

● 母性内科の「め」 妊婦・授乳婦さんのケアと薬の使い方

● 医師のためのビジネススキル

● 目でみるトレーニング

▶ 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 (洛和会九太町病院救急・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!



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



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

## 総合診療

Vol.29 No.8

### 特集 ノーマア見逃し! 日常の検査と画像に潜むピットフォール

テクノロジーの発達により様々な検体検査・画像検査が開発され、臨床現場では正確な診断や早期の診断、適切な治療介入ができるようになり、多くの患者さんのアウトカム改善が可能になった。しかし一方で、ターゲットとする疾患や病態への感度と特異度、検査タイミングによる正確度の低下、読影医師の要因による見逃し、誰にでも見逃されやすい所見など、様々なトラブルが散見されている。医療者が、検査や画像の限界についての確かな知識と最新のエビデンスを得て、日常検査と画像に潜むピットフォールに陥らないよう、本特集を企画した。

企画: 徳田安春 (臨床研修病院群プロジェクト群星沖純)

### INDEX

▼ 検査結果での落とし穴と限界

心筋バイオマーカー・D-dimer・BNP (西織浩信・水野 篤) / 膠原病関連自己抗体 (陶山恭博・岸本暢将) / 炎症マーカー (西迫 尚) / 腫瘍マーカー (勝俣範之) / 検尿・尿電解質 (上田剛士) / 血清蛋白質 (萩原将太郎) / 血清ビタミン濃度 (篠浦 丞) / 血糖関連の検査 (片岡仁美)

▼ 画像の見落としパターンと限界

胸部単純X線写真 (中島幹男) / 脳CT・MRI画像 (後藤 淳) / 胸部CT画像 (血谷 健) / 腹部CT画像 (松本純一) / 心電図 (渡辺重行) / 異常所見の伝え方・システム要因への対策法 (木藤雅文・山下康行)

▼ スクリーニングのエビデンス

結局、日本人ではどうなの? (小嶋 一) / がん (前立腺がん) 検診でのバイアス (本村和久・照屋寛之)

● 1部定価: 本体2,500円 + 税

▶ 来月の特集 (Vol.29 No.9)

“ヤブ化”を防ぐ! 「外来診療」基本の(き)

企画: 山中克郎 (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。

2019年 年間購読料

▶ medicina 36,580円 + 税 (増刊号を含む年13冊)

▶ 総合診療 29,520円 + 税 個人特別割引 25,680円 + 税あり 年12冊 医学生・初期研修医割引 20,040円 + 税あり

電子版もお選びいただけます

医学書院