

2023年10月9日
第3536号 for Residents

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

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- 【特集】人文・社会科学領域の知と臨床実践の近接するところ(太田充胤, 井口真紀子, 中島孝, 松本卓也, 孫大輔, 大岡忠生, 津野香奈美)…………… 1-3面
- 【寄稿】押さえておきたいDSMのキホン(松崎朝樹)…………… 4面
- 【連載】スライド作成のABC…………… 5面
- 【連載】EP診療の勘どころ…………… 6面
- MEDICAL LIBRARY/日本睡眠学会第45回定期学術集会…………… 7面

特集 人文・社会科学領域の知と臨床実践の近接するところ



「医学教育モデル・コア・カリキュラム」令和4年度改訂版において、文化人類学や社会学といった人文・社会科学領域の学修目標が導入されることに見られるように、近年、医療の人文・社会科学的側面にスポットが当たる機会が増えています。とはいえ、そういった別領域の知見が自身の臨床実践にどのように結びつくのか、実感を伴って把握できていない医学生・研修医は少なくないと思われます。

本特集では、人文・社会科学領域の知を吸収した医療者に、どのようにそうした知と出会い、自身の実践の中に取り込んでいくことになったのか(もしくは、臨床実践ではない形で生かすことになったのか)を具体的なエピソードと共に語っていただきました。

太田 充胤

東京大学大学院総合文化研究科 基礎科学系
科学史科学哲学研究室 修士課程



自分の立つ場所を 外側から謙虚に見つめる

① 私は医歴9年目で病院勤務を離れて、東大駒場の科学史・科学哲学を標榜する研究室に修士課程で入学しました。現在は定期非常勤で外来業務をしながら、学生として広く科学論を学び、医学の現代史を研究領域として修士論文を執筆しています。

研修医1年目にSFを読んでいた時期があり、このとき読んだものの一つが伊藤計劃の『ハーモニー』(早川書房, 新版2014年)でした。『ハーモニー』

の舞台は医療が極度に発達して社会システムを支配した近未来で、人々は恒常的監視と即時治療によって病気とは無縁の人生を送っています。これは素朴に考えれば理想の医療・公衆衛生が余すところなく実現されたユートピアなのですが、不健康を許容しないその社会はむしろディストピアとして作中では描かれていました。ああ、現代医療というのは外から見るとこういうふうにも見えるのか……とこのとき初めて理解し、衝撃を受けたのを覚えています。

その後母校の内分科へ入局し専攻医として働くうちに、『ハーモニー』で描かれていたことの意味がよくわかってきました。糖尿病や高血圧のように苦痛を伴わない疾病の患者さんは、自ら治療を求めて来院する人ばかりではありません。いったい、私は彼らに何を提供しているのだろうか。予防とは何だろうか。医療とは何なのだろうか。よくわからなくなって、医療や科学について書かれた本を読みあさるうちに、科学認識論という分野にたどり着きました。

科学認識論とは、科学という営みの背後にある暗黙の前提を明らかにする

学問領域です。今日の科学論では、科学による知の生産は他のあらゆる活動と同じく、社会的な営みの一つだと考えられています。言い換えれば、科学はただ「客観的な事実」を発見しているのではなく、何らかの認識的な枠組みに基づいて知識を生産し、運用しているということです。同時代の当事者からはかえって見えづらいこの枠組みを、歴史的な検討から明らかにするのが科学認識論という分野です。

こうして考えてみると、医学・医療の営みもまた、医療者自身が意識していない枠組みに規定されていることに思い至ります。こうした鳥瞰的な視点を持つことが、私自身の日々の臨床を客観的に省みることに役立っています。

② 玉手慎太郎『公衆衛生の倫理学——国家は健康にどこまで介入すべきか』(筑摩書房, 2022年)をお薦めします。国家や社会が人の健康にかかわるとはどういうことだろう。とりわけ「より健康にさせる」ことの妥当性は、何を根拠に認められるのだろうか。こうした問いにぶつかったとき、いきなり歴史や哲学から攻めると大変です。人文科学領域の議論になじみのない読者にまず

お薦めしたいのは、倫理学という切り口です。

本書では、今日の公衆衛生が直面しているさまざまな課題が、最新の議論をもとにわかりやすく整理されています。並んでいるトピックは「肥満対策」をすることの問題から、ちまたでみかける自己責任論の是非、はやり手法「ナッジ」が孕む倫理的課題、パンデミック下の倫理まで、いずれも医療者なら「モヤモヤ」を抱いたことがあるものばかりではないでしょうか。もちろん、どのトピックも一つの決まった答えを導くようなものではありませんが、何がどのように問題なのか、そこにどのような価値の対立構造があるのかがクリアに理解できるようになっています。

③ 医療者にとって、「より良く生きること」「健康に生きること」の価値を疑うことは簡単ではありません。その価値を提供している自分たちの正しさを疑うのは、なおのこと難しいと思います。他分野の知に触れることは、自分が立っている場所を外から謙虚に眺めることに通じると実感しています。ぜひ幅広く学んでください。

- こんなことを聞いてみました
- ① どのような学問領域とどう出合ったのか
 - ② オススメの書籍
 - ③ 医学生・研修医へのメッセージ

10 October 2023

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (https://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>内科レジデントの鉄則 (第4版) 編集 聖路加国際病院内科チーフレジデント B5 頁512 定価: 5,280円[本体4,800+税10%] [ISBN978-4-260-05119-4]</p> | <p>産婦人科ベッドサイドマニュアル (第8版) 編集 青野敏博, 苅原 稔, 岩佐 武 B6変型 頁528 定価: 7,480円[本体6,800+税10%] [ISBN978-4-260-05107-1]</p> | <p>臨床中毒学 (第2版) 上條吉人 B5 頁704 定価: 14,300円[本体13,000+税10%] [ISBN978-4-260-05220-7]</p> | <p>標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野) 生理学 (第6版) 編集 岡田隆夫, 鈴木敦子, 渡邊マキノ 執筆 村松 憲, 兼重美希 B5 頁280 定価: 4,950円[本体4,500+税10%] [ISBN978-4-260-05318-1]</p> |
| <p>レジデントのための腹部エコーの鉄則 [Web動画付] 編集 亀田 徹 B5 頁288 定価: 5,500円[本体5,000+税10%] [ISBN978-4-260-05085-2]</p> | <p>AO法骨折治療 アドバンスト頭蓋顔面手術 腫瘍, 骨矯正, 外傷 原著 Michael Ehrenfeld, et al (eds) 監訳 下郷和雄 訳者代表 外木守雄, 宮脇剛司 A4 頁720 定価: 41,800円[本体38,000+税10%] [ISBN978-4-260-05081-4]</p> | <p>ミニマル発生学 岡 敦子 B5 頁168 定価: 3,740円[本体3,400+税10%] [ISBN978-4-260-04938-2]</p> | <p>緊急度・重症度からみた症状別看護過程 + 病態関連図 (第4版) 編集 井上智子, 窪田哲明 A5 頁112 定価: 5,610円[本体5,100+税10%] [ISBN978-4-260-05305-1]</p> |
| <p>臨床検査データブック [コンパクト版] (第12版) 監修 高久史磨 編集 黒川 清, 春日雅人, 北村 聖, 大西宏明 三五変型 頁408 定価: 1,980円[本体1,800+税10%] [ISBN978-4-260-05357-0]</p> | <p>日本臨床細胞学会細胞診ガイドライン新報告様式準拠 口腔細胞診アトラス 編集 田中陽一, 平井康夫 B5 頁144 定価: 13,200円[本体12,000+税10%] [ISBN978-4-260-05348-8]</p> | <p>臨床・研究で活用できる! QOL評価マニュアル 監修 下妻晃二郎 編集 能登真一 B5 頁352 定価: 4,950円[本体4,500+税10%] [ISBN978-4-260-05279-5]</p> | <p>クリスティーンのやさしい看護英会話 (新訂版) 知念クリスティーン, 上瀧真紀恵 B5 頁88 定価: 2,200円[本体2,000+税10%] [ISBN978-4-260-05250-4]</p> |
| <p>Dr. 長澤印 輸液・水電解質ドリル 長澤 将 B5 頁192 定価: 4,620円[本体4,200+税10%] [ISBN978-4-260-05296-2]</p> | <p>肛門疾患診療の教科書 [Web動画付] エキスパートが伝授する診断・治療 編集 辻 順行 B5 頁168 定価: 8,800円[本体8,000+税10%] [ISBN978-4-260-05295-5]</p> | <p>脳卒中中の機能回復 動画で学ぶ自主トレーニング 執筆 金子唯史 執筆協力 丸山聖夫 B5 頁320 定価: 4,620円[本体4,200+税10%] [ISBN978-4-260-05341-9]</p> | <p>クリスティーンのレベルアップ看護英会話 (新訂版) 知念クリスティーン, 迫 和子 B5 頁136 定価: 2,640円[本体2,400+税10%] [ISBN978-4-260-05251-1]</p> |

井口 真紀子

祐ホームクリニック大崎 院長/
上智大学グリーンケア
研究所 客員研究員



こんなことを聞いてみました

- ①どのような学問領域とどう出会ったのか
- ②オスズの書籍
- ③医学生・研修医へのメッセージ

死を前に立ち現れる「希望」

①大学卒業後、プライマリ・ケア医として地域医療や在宅医療にかかわってきました。プライマリ・ケアの臨床で経験する多くの問題の中でも、特に自分にはとらえきれないと感じていたのが「死」の問題でした。薬物治療がそれなりにできるようになっても、看取った患者さんの数が増えていっても、死を前にした人たちの考えや選択は自分の価値観を大きく超えるもので、死を前にした患者さんやご家族の深い苦悩に触れるたびに困難を感じる日々でした。

そんな難しさを抱えながら過ごすある日、上智大学がグリーンケアの講座を開講するお知らせをネットで見つけました。出願の締め切りはわずか3日後でしたが、「今の悩みと関係する学びがあるかもしれない」と思い大急ぎで出願しました。開講式の日の初回授業は「死生学概論」。それが死生学との出会いでした。日本の死生学は、死と死にゆく過程を対象とする欧米の死生学も含み込みつつ、生と死を表裏一体のものとしてとらえる学際的な領域です。講座修了後、大学院が設立されたので進学し、在宅医の死生観をテーマに研究を行い、博士論文を執筆しました。自然科学的なもの見方と人文・社会科学系の考え方には大きなギャップがあり、正直苦勞も大きかったです。しかし、徐々に慣れてくると、自由に考えて、それを自分なりに表現し、他の人にコメントをもらって磨いていくという学問の面白さを体感できるようになりました。

②私の「押し本」は死にゆく人の声に初めて耳を傾けたことで知られる、エリザベス・キューブラー＝ロスの『死ぬ瞬間——死とその過程について』(中央公論新社、新版2020年)です。死

生学の古典でもあり、読んだことのある方も多いのではないのでしょうか。

書物を単に「知識を得る」ものにとらえると、本書は「死の受容の5段階(否認→怒り→取引→抑うつ→受容)」を提示しただけということになるかもしれません。しかし、本は知識を伝えるだけでなく、考え方を鍛えたり、自分の経験できない世界を生きさせてくれたりするものでもあります。表現を味わい、考えながら本書を読むことで、死を否認する社会にしながら死を前にした時間を生きる人々の語りの豊かさや深み、それを聞くことの困難に接近することができます。医療現場では語りに対する表面的な理解で「受容」が治療目標のように扱われがちですが、本書を丁寧に読むことでロスの描いた「受容」は決してそのような状態ではないことも理解できるでしょう。

特に私が好きなのは、「希望」に関する記述です。5段階のどこにしようとも、新薬ができるかもしれない、奇跡が起こるかもしれないといったはかない希望を人は胸の奥に持ち続け、それが彼らを支えています。それは決して「医学的に正しい」ものではないかもしれませんが、死という圧倒的な不条理を前に、希望は人が人として生きるためになくてはならないものです。医療者として、この「希望」をどう支えられるか、本書を通して考えてみてはいかがでしょうか。

③医師は人と向き合う職業です。もやもやすることも多いですが、医学以外の多くの知と接続しながら考えられることが臨床の奥深さでもあります。人の意味の世界を考える時に、人文・社会科学系の知は大きな力になります。人生の転機は偶然やってくることもあるので、興味を持ったら気軽に学んでみてください。新たな世界が広がるかもしれません。

しかし、その限られた一般教養科目で、多くのことを教えてもらいました。特に、医療人類学の講義で、医療の在り方を相対化してとらえる見方を学んだ経験は大きいです。医学の勉強だけをしていると、「病気は悪いもの」であって、「治すことが正しい」と考えてしまいがちです。しかし、もっと広く視野をとれば「何を病気とみなすのか」「何をもちて治療とするのか」「治すことだけが正解なのか」といった問いが無数に現れてきます。そのような考え方が、現在でも臨床で大いに役に立っています。実際、精神科の治療では、患者さん本人の中に病気があるというよりも、むしろその患者さんの対人関係の在り方や、周囲の環境(職場や家庭)のほうに大きな問題があることがあります。そんなとき、「悪いものである病気を治療する」とすぐに結論するのではなく、一歩立ち止まって患者さんと一緒に悩んでみるのが重要です。

②おすすめしたいのは、ミシェル・フーコーの『臨床医学の誕生』(みすず書房、新装版2020年)と『狂気の歴史』(新潮社、新装版2020年)という書籍です。これらは、現在の皆さんが学んでいるような、実地での研修に支えられた臨床医学や精神医学というもの、ある一定の物事の見方の中で

中島 孝

国立病院機構新潟病院
病院長/ヘルスデータ
サイエンティスト協会 理事



人類学の知と次元を超えた臨床実践に向けて

①私の場合、臨床体験から人文・社会科学領域の知を求めたのではない。イデオロギーや信念・宗教対立を引き起こした1960年代の世界的学生運動や全共闘運動世代を乗り越えるため、人文学や哲学に惹かれ、人類学を通して医学を深めたいと思ったからなのだ。1958年生まれの私には、二重らせんDNA構造を発見したワトソン・クリックらへのノーベル生理学・医学賞(1962年)、量子力学の朝永振一郎へのノーベル物理学賞(1965年)、アポロ11号の月面着陸(1969年)、大阪万博の開催(1970年)は強い知的刺激だった。物理学やDNAを極めたが、一方で人間や自分を理解したい気持ちが芽生え、還元主義では人間理解は不可能という考えに至った。先輩たち、全共闘世代は教条的マルクス主義者かレッテル貼り(ラベリング)論者でしかなく、いかに先輩たちと違う存在になれるかが自分の課題となった。ちょうどその頃、万博公園跡地に民族学博物館の建設が決定(1974年)され、初代館長に京大の梅棹忠夫教授が任命された。彼の学問や方法論『知的生産の技術』(岩波書店、1969年)から、人類学(anthropology)の研究手法がわかり、マルクス、キリスト、ブッダまでも相対化し、知的に吸収できるのではないかと思いを馳せた。

高校生になった時、青土社の月刊誌「現代思想」が発刊(1973年～現在)され定期購読を始めた。そこで、高校の大先輩の柄谷行人の理論、科学哲学、文化人類学、ソシュールの言語学などに触れることができた。これらは構造主義運動であり、その後ニューアカデミズムとして発展していった。高校卒業前になり、人類学を通して人を生物学的・心理社会的に理解するという方向性の素晴らしさから、物理学への誘惑を断つこととして、最終的に医学を選択した。赤ひげに憧れたのではなく、人間を科学的に探求したかったのである。その頃、まだ医学進学課程というシステムが残っており、大学入学の最初の2年間は全学の教授たちからも直接指導を受けられ、「人間科学ゼミナール」という自主ゼミを藤沼康樹氏(家庭医療学開発センター長)たちと設立した。人類学とは、人を対象とする学問の統合体であり、その中であって、病い・健康概念すら相対化し科学的に論じるのが医学と考えた。人類学には、医学専門領域だけでなく、行動科学、脳科学、社会学、言語学、比較遺伝学、考古学はもちろんエコサイエンス全体

成立してきた様を克明に描き出したものです。もっとも、前提知識なしに読むのは難しいかもしれませんが。最近では新書で優れたフーコーの解説本が出版されていますから、それを手引にしながら、苦勞して読み解くのがいいと思います(わかりやすさが求められる医学の参考書とは違って、こういう人文書は、それを苦勞して読んだ経験が後々生きてきます)。

③ある状態が病気だとみなされるのはどうしてか? 本人が希望していないのに強制的に治療が行われることがあるのはなぜか? 特に精神疾患の場

が含まれる。医学は人類学に統合できるという考えは学生時代から現在まで一貫して変わらない。WHOの健康概念がまずあり、そこから医学を構築しようとする人々とは今でも一切かみ合わない。

②ビル・モイヤーズのTVインタビューを基にしたジョーゼフ・キャンベルによる『神話の力』(早川書房、2010年)という貴重な書籍を薦めたい。YouTubeで検索するとオリジナルTV映像(The Power of Myth)にアクセス可能で英語学習にも役立つ。書籍は良くまとまっていて読み応えがある。宗教的物語から古代神話まで古今東西の物語を用いて、人の誕生から成長・発達、イニシエーション、老化、死、喪失、復活、再生、紛争、愛、平和、医学的な課題までも論じており、文化的相対性の中でこれらの意味の普遍性を教えてくれる。レジデントはこの本から、ナラティブアプローチの本質とその素材に触れることができると同時に、キャンベルの博識に驚かされるだろう。古代の名著への興味だけでなく、文化人類学を学ぶきっかけも得られるに違いない。

1980年代にナラティブアプローチは再勃興し、認知革命と共に心が復権した。その頃の心理学は心の存在を前提としない行動心理学となっており、刺激→応答問題にすり替わってしまっていた。1990年にジェローム・ブルーナーは『意味の復権——フォークサイコロジーに向けて』(ミネルヴァ書房、新装版2016年)を出版、マイケル・ホホワイトとデイヴィッド・エプストンも同年『物語としての家族』(金剛出版、新訳版2017年)を発刊した。ナラティブ論では、人が事象(event)を認識しようとする時、事象そのものは直接認識できないが、心の中で表象(representation)として、ナラティブ(物語+言葉)を使って認識できると考える。難病になると不幸になると考えるのはドミナント・ナラティブであるが、適切な医療・ケア・リハビリテーションにより病いの意味は再構成され、代替ストーリー(alternative story)が生まれ、人は適応して前に歩めるというのがナラティブアプローチである。まさに、緩和ケアや難病ケアの基本と言えるが、学習は容易ではない。患者側も医療者側も、ナラティブを思い描く能力が必要だからである。上述の『神話の力』を読むと、この能力が自分にも備わっていることに気づかされるだろう。

③医師にとって患者の問題を考え続けることは重要だが、一時離れ、別のことを学ぶ時間を確保することが最も重要である。現代の医師は、専門分野と語学、数学、情報科学の学習を怠らず、自己を変革しつつ、人間科学者(人類学者)として医学を追求することができれば、自然に人文科学も学べ、次元を超えた臨床力・研究力を身につけることができるだろう。

合、強制入院の制度がいまだに存在しているのはどうしてなのか? 治療しなければならぬのは社会のほうではないのか?——こういった当然出てくるはずの疑問を、医学の勉強はしばしばかき消してしまいます。医師になって臨床現場に出るようになると、そういった疑問を抱く時間すらなくなるかもしれません。だからこそ、医学部生のうちに医学を相対化したり、時には批判的に検討したりする視点を身につけることが重要なのです。

松本 卓也

京都大学大学院
人間・環境学研究所
准教授



医学を相対化・批判する視点を持つ

①現在、精神科医をしながら、京都大学大学院人間・環境学研究所で教員をしています。主に学部生のいわゆる一般教養科目を教えたり、大学院で精神分析の理論や精神病理学という人文科学と臨床の境界領域の研究を行ったり、学部生・大学院生の指導をしたりしています。

私の通った医学部は当時単科大学だったこともあり、一般教養科目の種類がとても限られていました(今の医学部生の話聞くかぎり、どこの大学でも同じような状況が続いているのではないかと思います)。私の場合は中高生の頃から哲学や現代思想に興味があったので、医学の勉強にそれほど身を入れていたわけではありません。この記事を読んでいる医学部生の中にも、医学の勉強だけをすることにどこか物足りなさを感じている人が少なくないかもしれません。

孫 大輔

鳥取大学医学部
地域医療学講座 講師

人間の「行為」が持つ意味

①私が最初に哲学に出合ったのは学部での教養科目においてでした。高橋哲哉先生(東大名誉教授)の「哲学概論」という授業で、ハイデガーの存在論、アレントの政治哲学、レヴィナスの他者論などを紹介していたのです。とにかく面白い! というのが感想でした。なぜなら、哲学では「人間とは何か」「人はなぜ生きるのか(あるいは死の意味とは)」といった問いを考えるからです。そこで当時、アレントの『人間の条件』(志水速雄訳、筑摩書房、1994年)という本を買ってみました。しかし、これが大変難しかった……。読んでいても意味がわからず、一向に頭に入ってこないのです。しかし哲学への興味は尽きず、当時は解説書を読むことで満足していました。その後、医学の学びが始まり、哲学からはしばらく遠ざかっていました。

医師になって20年ほどたったとき、またアレントの『人間の条件』を手に取り、何気なく読んでみました。今度はかなり「わかる!」という感じがして、その面白さにのめりこみました。アレントの思想は、一言で言うと、私たちが社会の中で行う「行為」にはどのような「意味」があるかを教えてください。アレントは統計学や社会科学がとらえる集団的な「行動(behavior)」とは違い、唯一性を持つ個人の「行為(action)」は、その例外性や逸脱性ゆえに「意味」を持つと言います。それは例えば、病を抱えた患者が、複数の人間関係の中でどのような「物語」をつむぎ、それがどのように「意味」を持つのかということにもかかわっています。私たち医療者が、患者の病いの物語を聴き、それに対してケアを行うとき、アレントの「行為論」は大きな意味を持つのです。

津野 香奈美

神奈川県立保健福祉大学
大学院ヘルスイノベーション
研究科 准教授臨床の上流にある
「根本要因」を明らかにする

①私は現在、臨床を離れ、公衆衛生系大学院で社会疫学や健康行動科学を教えています。社会疫学とは、健康の社会的決定要因を明らかにする学問です。例えば、社会経済的状況と呼ばれる学歴、収入、職業は、それ自体がその人の健康状態や寿命を決定する要因となっていることが既に明らかになっています。他にも、子ども時代にどのような環境で育ったか、どの程度社会的なつながりを持っているのか、どのような職場環境で働いているか、患者の性別が置かれている社会的状況はどのようなものか、紛争や社会情勢はどのようなものか等が、健康を決定する要因として報告されています。

社会疫学者の道に進んだ最初のきっかけは、学生の時の臨床実習で特に糖尿病の患者さんを担当した時、「この状態になる前に何か予防策はなかったのか」「病気になるもっと前から介入

また、大学時代、高橋哲哉先生の授業で聞いたレヴィナスの「顔」という概念も、深く印象に残りました。しかし、当時はその意味が全くわかりませんでした。わからないからこそ、20年心に記憶していたのです。これも最近、レヴィナスの『全体性と無限』(講談社、2020年)という著作を読み、その深い意味について知りました。レヴィナスの哲学は「他者」のとらえ方にその特徴があります。私たちにとって他者の「顔」とは、他者が存在論レベルで私たち呼びかけてくる場所の根源的なものを指しています。私たちが他者の「顔」に接するとき、私たちは他者と深いレベルで応答し、対話していると言うのです。このレヴィナスの「他者論」も私の臨床における人間観に深い影響を与えました。

今、私はフィンランドで実践されている対話的治療「オープンダイアログ」にもヒントを得て、レヴィナスやバフチン(対話に関する言語論の哲学の提唱者)の哲学を取り込んだ対話実践を、プライマリ・ケアの臨床で試みています。来年の春には『対話のはじめかた(仮)』というケア従事者向けの対話実践に関する書籍を刊行できるよう、鋭意執筆中です。

②皆さんにオススメの一冊はハンナ・アレントの『人間の条件』(牧野雅彦訳、講談社、2023年)、あるいは同じ書籍のドイツ語版からの翻訳『活動的生』(森一郎訳、みすず書房、2015年)です。『人間の条件』はドイツ系ユダヤ人であるアレントが英語で執筆した書籍なのですが、ドイツ語版の『活動的生』のほうが、より本人の思想の核心に近いと言われます。マニアックな人には後者をお勧めします。

③医学生・研修医の方々には、とにかく人文学(哲学、歴史学、文学)に親しんでほしいということです。哲学の解説書でも構いません。自然科学は法則性・予測可能性には優れた力を発揮するのですが、人間の感情や行為の「意味」については全く教えてくれません。人文学の知は、「人間」という存在に深くかかわる私たち医療従事者にとっても深い洞察を与えてくれるものだと、私は確信しています。

すれば、そもそもこの人は病院に来る必要さなかつたのではないか」という強烈な不全感を感じたことです。そして既に病気になった人ではなく予防にかかわりたいと思い、まず公衆衛生大学院に進むことを決意しました。その後米ハーバード大の公衆衛生大学院に客員研究員として滞在する機会を得て、本格的に社会疫学者の道を進みます。

自分でも日本のデータを使って研究を進める中、日本の中にもさまざまな健康格差があることがわかりました。例えば、日本国内でも市町村によって明らかに寿命の格差があります。また、学歴や収入が低いほど喫煙率が高いことは世界共通の傾向です。他に、パワーハラスメント(パワハラ)が起きている部署に勤務していると、直接パワハラを受けていなくても将来的にメンタルヘルス不調になりやすいこともわかりました。実は患者の健康は、思った以上に患者本人が置かれた状況(家庭、職場、地域)に強く影響を受けるのです。

よく社会疫学では、「上流の対策をせよ」と叫ばれます。臨床医学は、下流で患者を待ち受ける立場です。そのため既に怪我をした人や病気になった人を治療するのに忙しく、「なぜそもそもその人がケガをしたのか、病気に

大岡 忠生

ハーバード大学医学部
救急診療部/山梨大学大学院
総合研究部医学域社会医学講座病院・医療の枠を超え、
自らの航路を切り開く

①私がまだ研修医だった時、一人の印象深い患者がいた。彼はまだ30歳前後だったが、重度の2型糖尿病を持ち、既に透析が開始されていた。彼は糖尿病の家系で、元々明らかな高リスクの健常者だった。しかし、高校を卒業して一人暮らしを始めた頃から1日約1万kcalの食事を続け、足が痺れたと言って病院に駆け込んだ時のHbA1cは15%を超えていた。彼はまだ若かった私にいろいろな話をしてくれて、つらい業務の中に多くの笑顔をもたらしてくれた。治療に当たって言うことを聞いてくれないことも多かったが、彼に会うのは当時の楽しみの一つだった。しかし、彼は私の担当中に心不全で亡くなってしまった。深い悲しみと共に、医師としての無力感を感じた。同時に、自分にバトンを渡された時には既にできることなど何もなかったのではないかという憤りを感じた。私は、病院に来る前に起きていること、医療という世界の外で起きていることをどうにかしなければ、このような患者を永遠に救えないのだと強く感じた。気づいた時には、大学の公衆衛生の講座の門を叩き、「全ての病気を予防できる社会を創りたい」という途方もない目標を指導教官の山縣然太郎教授(山梨大大学院総合研究部医学域社会医学講座教授)に伝え、初期臨床研修修了後には公衆衛生の道に進んでいた。

山縣先生は、右も左も分からなかった私に、先制医療の概念を教えてください。先制医療は京大元総長の井村裕夫先生が2011年に提唱された医療概念であり、その文字通り「先に病気を制する」医療のことである。すなわち、超早期に人間の臓器や身体の変調を検出し、あらゆる疾患を発症前の介入により制圧する医療のことを意味する。私はこの先制医療の概念を社会実装することを目標に据え、研究を進めてきた。具体的には、数理・AIモデルをオミックス情報(遺伝子・タンパク質などの人間の生体情報の集合体)と組み合わせることで人間の疾患や健康状態を仮想空間上に表現し、超早期

なったのか」を考える時間がありません。しかし問題が起きている上流(要因)を調べることによって、実は怪我をしやすい特定の環境があった、患者の家族全員の食生活が特殊だった(例:全ての食品にマヨネーズをかける習慣がある)等が判明することがあります。その場合、その環境を変えなければ新たに怪我をする人は減りませんし、病気の状態も良くなりません。患者だけに教育をしても、多くの場合問題は解決しません。なぜなら、元の環境や家庭に戻れば、依然として高いリスクに晒され続けるからです。

もちろん疾患には環境要因ではなく遺伝的要因が強いものもありますが、いかに上流にある「根本要因」を明らかにし、そこにアプローチしていくかという視点を持つことは、疾患のさらなる悪化や再発を防ぐためにも必要だと言えます。近年、英国では医師による「社会的処方」という概念も広がっています。これは、薬を処方するのではなく、社会活動を処方することで患

から疾患を可視化・制御するための研究を、統計数理研究所や米ハーバード大と共に進め、現在では同研究の社会実装を行っている。しかし、話はそう単純ではない。どんなに早く病気を検出してその介入法を知っていたところで、実際に人間の行動を変えない限り意味はないのである。

②そこで私は一冊の書籍に出会う。ノーベル経済学賞を受賞したりチャード・セイラー教授の『NUDGE——実践 行動経済学』(日経BP、完全版2022年)である。NUDGE(ナッジ)とは、直訳すると「肘でつつく」という意味だが、セイラー教授が提唱するナッジとは、人が意識せずとも良い行動を取るようそっと後押しする「仕掛け」のことを指す。例えば、大学の食堂などで、あえて健康的なメニューを注文されやすい日替わりランチに設定するなど、生徒や教員が健康を害さないように選択を「そっと後押しする」のだ。つまり、良い行動を直接的に推奨するのではなく、自然とそれを選んでしまうような仕組みを作るのである。これは医療においてもさまざまな場面で重要になってくる。いかに患者さんに健康的な生活を送ってもらうか、治療を遵守してもらうか、病院に来てもらうか。彼らの病院の外での生活にまで目を向けて、患者さんが自発的に協力したいと思う「仕掛け」を医療の提供側が意識できなければ、治療が医学的に正しいとしても、それは医療としては正しくないだろう。読者の皆さまがどのような分野に進むにせよ、本書には人間や集団をより良い方向に動かすための大きなヒントがちりばめられており、ぜひ一読することをお勧めする。

③私は医学部を卒業して約10年間、病院で働くという既存のルールを無視して自分が正しいと思う方向に進んできた。周りの医師からは白衣を脱いだと冷たい目で見られることもあったが、その信念を曲げなかったことが、今の自分につながっている。医学生・研修医の読者の皆さまにおかれては、自分が何を一番にやりたいのか、常に自分に問いかけながら学びを続けてほしい。その核にある部分は10年がたっても変わることなく、気づいた時には自分が満足する場所にたどり着いているだろう。病院や医療、そういったものはこの世界の一部でしかない。ぜひ全ての枠を取り払って、自分の興味と才能を一番に生かせる方法を考え続けてほしい。

者の健康度を包括的に上げるというものです。日本でも、臨床医学に社会疫学的視点をもっと取り入れられ、より効果的な疾患の未然発生防止ならびに患者の疾患の改善と再発予防が実現できる環境になることを願います。

②『社会と健康』(東京大学出版会、2015年)を薦めます。どのような社会的要因が人々の健康に影響を与えるのかについて、日本で行われた研究成果等を紹介しながら解説する貴重な一冊です。

③医学生、研修医は、社会全体で見れば非常に恵まれた家庭に育ち、学歴が高く、社会全体から見ると将来的に高収入が得られる集団です。しかし世の中は、そういう人ばかりではありません。健康的な行動を選択できない人がいても、「こんなこともできないの?」と馬鹿にせず、「そういう選択しかできない何か事情があるのかもしれない」という視点で背景要因を理解する立場でかかわってほしいと思います。

寄稿

押さえておきたいDSMのキホン

松崎 朝樹 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学 講師

DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision) が2022年3月に米国で発表され、同年6月に日本語版が発表されました。精神医学を語る上で避けては通れないのがDSMという存在。この機会に精神科診断において、押さえておくべきDSMのポイントを解説します。

精神科診断におけるDSMの役割

精神科で主に使われている診断基準にはDSMとICD (International Classification of Diseases) があります。米国精神医学会が作成したDSMは、当初は入院する精神障害者の統計のために作られたもので、カルテ記載や研究ではDSMでの記載が求められることが多いでしょう。一方で世界保健機関が作成したICDは、元々は死亡統計のために作られたもので、公的な診断書ではICDによる記載が求められます。DSMとICDは疾患のとらえ方や分類が大きく異なりますが、少しずつ共通性を高める試みが行われています。精神科医の業務上はICDも必要になりますが、臨床を理解するにはDSMが有用です。精神科専門医試験を見据えるとDSMにある精神障害を理解しておくことは避けて通れません。

例えば悪性腫瘍であれば腫瘍マーカーや生検、感染症であれば炎症反応や培養といったように、身体疾患では病因に直接かかわる生物学的バイオマーカーが確認できます。しかし、精神障害については病因を直接的に確認する身体的な検査(診断の根拠にできるもの)は非常に限られます。身体因の除外が行われ、脳画像検査が補助的に用いられるのがせいぜいであり、精神科診断では病因に直結するバイオマーカーが利用できないことがほとんどです。

だからといって、漠然と診断することは医者として恥ずべきこと。そこで精神症状やその経過などを考慮したアルゴリズムに基づいた診断が行われる

ようになったものが、今のDSMです。精神科診断を考える上での強力なツールです。DSMに基づく診断過程は他の医療者にとって、そして患者にとってもより信頼できるものと言えるでしょう。もちろん、DSMが常に正しいわけではありませんし、全てではありません。DSMのアルゴリズムで考えた上で、必要に応じて他の要素を加味して診断を修正したり、DSMにはない病名を用いたりすることも当然あって良いことです。DSMは診断の過程を示した、例えるならば算数の途中計算式のようなものです。診断結果は途中計算式のない答えであってはなりません。

DSMの各ナンバーにはどのような違いがある?

DSMの初版やDSM-IIは、それぞれの精神障害に対する説明の文章が一つ一つと書かれたものでした。それは、読み手によりその解釈に差が生じるもので、医師によって疾患概念が異なり得る、医師の解釈次第で違う診断が下され得る精神医学に対して世の中の批判が向けられていました。そこで登場したのがDSM-IIIであり、具体的な診断基準が項目として並べられ、操作的診断が用いられるようになりました。その後、改訂を重ね19年間も使用されたDSM-IV、そして2013年から使用されているDSM-5となっています。ちなみにDSMはII, III, IVとローマ数字でカウントされてきましたが、5は算用数字で表記されています。これは、改訂に十数年の間隔が開いてしまった過去を反省し、5.1や5.2と細かな改定を重ねていくためのもの……と語られていました。それなのに、5.1の発表を待っていたらDSM-5-TRが発表されたことには私自身、驚かされたところです。

DSM-5とDSM-5-TRの相違点

DSM-IVの後にはDSM-IV-TR、DSM-5の後にはDSM-5-TRが発表さ

れています。このTRはText Revisionの略で、日本語では本文改定と呼ばれるものです。手頃なサイズのDesk Reference (いわゆるMini-D)には診断基準だけが記載されていますが、その元となる、持ち運ぶには重すぎるあの大きな本のほうには診断基準に続いて診断的特徴、有病率、経過、予後、性差、鑑別診断、併存症など、精神障害にかかわるさまざまな説明文が記載されています。記載はされているものの、DSM-IVにしても、DSM-5にしても、新しく定義が発表されたばかりの精神障害について、有病率や予後などの情報はまだ十分ではなかったはず。そこで、診断基準が発表されたその後に得られたさまざまな知見が盛り込まれ、より正確な説明文が記載されたものがTRです。日常臨床は診断基準だけ押さえれば成り立ちますが、精神科専門医をめざす人は説明文にも目を通しておきたいものです。

では、DSM-5とDSM-5-TRの違いとは何か。基本的には説明文の追加だけのはずでした。しかし、実際には他にも変更が加えられています。例えば、新しい精神障害の概念である、身近な人の死後に長い期間とらわれ続ける遷延性悲嘆症が追加されています。そして、日本語版は用語の日本語訳が多数変更されており、最も大きな変更点は〇〇性障害や〇〇障害と呼ばれていたものが〇〇症と変更されたことでしょう。また、緊張病がカタトニア、適応障害が適応反応症に変更されています。ですから、日本で臨床をするわれわれはDSM-5-TR日本語版を手に、新しい用語も把握しておきたいものです。

◆DSM-5からDSM-5-TRへ改訂した際の主な変更点

- ・身近な人の死後に長い期間とらわれ続ける「遷延性悲嘆症」の追加
- ・「〇〇性障害」や「〇〇障害」が「〇〇症」と日本語訳が変更
- ・「緊張病」が「カタトニア」、「適応障害」が「適応反応症」など、一部疾患の名称が変更

DSMに盛り込まれるスペクトラムの概念

DSM-IVまではカテゴリに基づく診断であり、DSM-5ではスペクトラムの概念が登場します。一人ひとりの患者に精神科診断をつける作業を例えるなら、手にしたリングをうつ病の籠に入れるか統合失調症の籠に入れるのかといった区分の作業として考えられていたのがDSM-IVまでのカテゴリに基づく診断でした。

●まつざき・あさき氏

1998年筑波大を卒業後、国立精神・神経医療研究センターなどでの勤務を経て、2014年より現職。精神医学を解説するYouTuberとしても活動している(チャンネル名「精神科医 松崎朝樹の精神医学」)。著書・訳書に『精神科診断戦略』(医学書院)『精神診療プラチナマニュアル』(MEDSI)『DSM-5をつかうということ』(MEDSI)。



しかし、精神障害それぞれは明確な境を持たず、しばしば他の精神障害との連続性を有していることがわかってきています。精神障害それぞれが連続体を成しているスペクトラムの概念で理解されるようになり、それはまるで虹の色が境目なく赤から黄、緑、青、紫と並ぶ中、手にしたリンゴの色がどの辺りの色合いに当たるのか、そのリングに含まれる複数の色も含めて理解する姿勢が求められるようなもの。DSM-5ではまだ、それぞれに病名をつけるカテゴリに基づく診断の傾向はあるものの、各障害の考え方として、「自閉スペクトラム症」や「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」という名称に「スペクトラム」の語が用いられています。また、DSM-IVからDSM-5への改訂に当たって強迫症に関連した精神障害などの群が再編成されており、スペクトラムの概念が盛り込まれていることが読み取れます。そして、パーソナリティ症(パーソナリティ障害)についてはDSM-5の時点で、カテゴリカルな診断基準と並行して、同一性、自己指向性、共感性、親密さの4つを共通軸として扱うスペクトラムの概念を感じさせる診断基準も、分厚いほうの本の最後に掲載されています。

おそらく今後のDSMでは、これまでの診断基準との連続性を保ち、臨床で便利なカテゴリの概念を使用しながらも、より本質的なスペクトラムの概念が少しずつ盛り込まれるものと見込まれます。

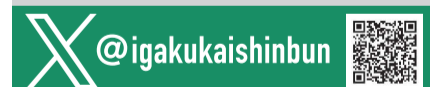
*

DSMは精神科医にとって、臨床において、そして精神障害の理解においても欠かせないツールです。このたび発表されたのはDSM-5-TRですが、これからもDSMは改訂を重ねていくことでしょう。これからも改訂の都度、最新のDSMの理解を通して精神医学的な知識のアップデートを続けていきたいものです。

●参考文献

- 1) American Psychiatric Association (著), 高橋三郎, 他 (監訳). DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院; 2023.

本紙編集室ではX(旧Twitter), Facebookにて、毎週火曜日に更新情報をお知らせしています。



記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

精神疾患の国際的な診断基準が9年ぶりのアップデート!

精神医療関係者必携

DSM-5-TR™ シリーズ



原著 American Psychiatric Association

日本語版用語監修 日本精神神経学会

監訳 高橋 三郎 / 大野 裕



米国精神医学会 (APA) の精神疾患の診断分類、第5版のText Revision。DSM-5が発表された2013年以来9年ぶりに内容をアップデート。日本精神神経学会による疾患名の訳語も大幅にリニューアルとなり、全編新たな内容としてリリースする。

DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

■B5 2023年 頁1024 定価:23,100円(本体21,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05218-4]

診断基準のみを抜粋。いつでもどこでも使える! 持ち運べるDSM-5-TR

DSM-5-TR 精神疾患の分類と診断の手引

■B6変型 2023年 頁480 定価:5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05219-1]

医学書院

精神医学 2023年10月号 Vol.65 No.10

特集

DSM-5からDSM-5-TRへ 何が変わったのか

詳細はこちら

■定価:2,970円(本体2,700円+税10%)

▼年間購読がお得です

冊子 36,432円(本体33,120円+税10%)

冊子+電子 41,932円(本体38,120円+税10%)



精神医学

DSM-5からDSM-5-TRへ 何が変わったのか

| | |
|---------------------------|----|
| DSM-5からDSM-5-TRへ 何が変わったのか | 1 |
| DSM-5-TRの改訂の背景 | 2 |
| DSM-5-TRの改訂の概要 | 3 |
| DSM-5-TRの改訂の具体的な変更点 | 4 |
| DSM-5-TRの改訂の意義 | 5 |
| DSM-5-TRの改訂の今後の展望 | 6 |
| DSM-5-TRの改訂の参考文献 | 7 |
| DSM-5-TRの改訂の問い合わせ先 | 8 |
| DSM-5-TRの改訂の謝辞 | 9 |
| DSM-5-TRの改訂の編集後記 | 10 |

医学書院

スライド作成のABC

医学生・初期研修医が研究発表、学会発表、勉強会などに参加するに当たって避けて通れないのがスライド作成です。見やすく、わかりやすいスライドを作るには、どうすれば良いのでしょうか？
初學者でも修得できる“一生モノ”のエッセンスを本連載で学びましょう!

Lesson 03 スライドの背景とフォント

柿崎真沙子

名古屋市立大学大学院医学研究科医学・医療教育学分野 講師

スライドを作るとき、サイズや背景、フォントの種類はどのように選択していますか？ パワーポイントのデフォルト設定で良いのでしょうか？ スライドのデザインで重要になるのは、スライドのサイズ、フォントの種類、背景とフォントの色です。

スライドのサイズは4:3に

パワーポイントを開くと、スライドのサイズはデフォルトでは16:9のワイドサイズに設定されています。もちろんこのワイドサイズをそのまま使っても良いのですが、私がおすすめるのは昔から定番の4:3の標準サイズです。なぜ標準サイズがおすすめるかというと、スクリーンの投影面積が4:3スライドのほうが広いからです¹⁾。さらに配付資料として2分割、4分割、6分割などで資料を印刷する際にも、ワイドサイズより標準サイズのほうがスライド面積が広くとれ、収まりが良いので、私は必ず4:3にするようにしています。

読みやすいフォント選び

1つのスライドファイルに使うフォントは基本的には1種類に絞ります。フォントは横より縦の線が太く、払いや止めがあるセリフ体と、線の太さがほぼ一定であるサンセリフ体の二種類に大別されます。また、教科書によく使われる教科書体があります。セリフ体の代表はMS P明朝や游明朝、ヒラギノ明朝といった明朝体や、英字でよく使われるTimes New RomanやCenturyなどがあります。サンセリフ体の代表はゴシック体ですが、メイリオ、ArialやHelveticaといったフォントもあります。一般的にスライドにはサンセリフ体が適していると言われており、私もMSPゴシックやメイリオをよく使っていました。しかし、最近ではユニバーサルデザインの観点から作られたUDフォント²⁾と呼ばれるフォントも増えてきており、私もメイリオから徐々にBIZ UDPゴシックに切り替えています(表)。

また、フォントはiOSとWindows、Officeのバージョンなどで互換性があるものかないものがあるので、学会発表などでパソコンの機種が限定されている場合は、必ず発表用のものと同じ機種で試写してみましよう。

●表 フォント

以前はメイリオを使っていたのですが、最近ではBIZ UDPゴシックを愛用しています。私はBIZ UDPゴシックのほうが読みやすい気がしていますが、皆さんはどうですか？

| | セリフ体 | サンセリフ体 | 教科書体 |
|---------|-----------------|-------------|-----------------|
| 非UDフォント | MS P明朝 | MS Pゴシック | HGS教科書体 |
| | 游明朝 | メイリオ | |
| | ヒラギノ明朝 | ヒラギノ角ゴシック | |
| | Times New Roman | Arial | |
| | Century | Helvetica | |
| UDフォント | BIZ UDP明朝 | BIZ UDPゴシック | UDデジタル教科書体 NP-R |

スライドやフォントの配色

◆背景は断然無地の白!

背景色は断然無地の白を推奨します。スライドを資料として配付する際、背景に色がついていると印刷しにくいですし、印刷でもデジタルデータでも白は書き込みがしやすいからです。パワーポイントに最初から入っているテンプレートは充実しており、所属組織で推奨しているテンプレートもあるかもしれませんが、背景色とフォントのコントラストや図表の配置など考慮しなければならないことが多くなってしまいますので、最初は無地の白で作ってみることをおすすめます。また、背景にグラデーションを入れる見せ方は、文字のコントラストが一枚のスライド内で変わってしまい、重要な点が瞬間的にわかりにくくなってしまいますので避けたほうが良いでしょう(図1)。写真やイラスト入りの背景などについても同様です。コントラストが変わってしまうので、特に文字数が多いスライドでは避けたほうが良いと思います。ほとんど使うことはありませんが、私がこういった背景に色の差が出るスライドを利用する場合は、タイトルなど文字が多くないスライドに使います。

◆メインカラーとアクセントカラー

わかりやすいスライドに欠かせないのは見やすい配色です。白黒の単調な配色よりも何色か使ったほうが話のポイントとなる部分がわかりやすくなります。だからといってたくさん色を使ってしまうとごちゃごちゃして、何が重要なかわかりにくく、逆に見にくくなってしまいます。ですので基本的には、スライド全体のメインカラー、文章や単語などに用いる文字の基本色、強調したい文字に用いる強調色(アクセントカラー)の3色を中心に使うと良いでしょう。もしそれ以上使いたいときは同系色の色を使うと統一感のあるスライドになります。メインカラーとアクセントカラーは同じような色合いで色の濃淡、彩度や明度を変えても良いですし、色相で全く逆の色(赤と緑、オレンジと紫、緑とピンク、など)を使っても良いと思います(QRコード・図2)。

◆視認性とコントラストを意識して配色を決める

色には彩度と明度があり、彩度は色の鮮やかさの度合いです(QRコード・図3)。彩度が高いとビビットで元気の良い印象になりますが、ギラギラした感じになるのであまり目には優しくありません。逆に彩度が低いとモノトーンに近づいていき、落ち着いた印象になりますが、あまり彩度を下げるとくすんだ印象になってしまいます。明度は色の明るさの度合いで、明度が低いと黒に近づき、明度が高いと白に近づきます。この、明度と彩度の差が濃淡の差であるコントラストとなります。コントラストが高すぎるとはっきりと鮮やかに見えるものの目が疲れ、コントラストが低すぎると柔らかい印象になるもののあまりはっきり文字や図形が見えなくなります。この差を利用して、強調したい部分についてはコントラストを高くし、あまり強調したくない場合はコントラストを低くします。例えば図4(QRコード参照)のようによく「これからやるのはここ!」とわかるようなスライドを作る場合はコントラストの差を利用します。背景とフォントの色のコントラストは、白地に黒が基本ではあるのですが、ほんの少しだけコントラストを落とし、濃いグレーや紺にすると、特に明るく

グラデーション

- グラデーションをかけるとスライドの上部と下部でフォントと背景のコントラストに差が出てしまっ、見にくくなります。
- グラデーションをかけるとスライドの上部と下部でフォントと背景のコントラストに差が出てしまっ、見にくくなります。
- グラデーションをかけるとスライドの上部と下部でフォントと背景のコントラストに差が出てしまっ、見にくくなります。
- グラデーションをかけるとスライドの上部と下部でフォントと背景のコントラストに差が出てしまっ、見にくくなります。

●図1 グラデーション

スライド上部より下部のほうが背景と文字のコントラストがはっきりしているため、スライドを上から下に読んでいくと下部のほうが重要な印象になることも。

映写される際には目の疲れが軽減されるとも言われています⁴⁾。いつも黒を使っている方は1度濃いグレーなどを試して、印象や見やすさが変わるかどうかを試してみてもいいかもしれません(QRコード・図5)。

ちなみに私の場合は、以前は黒バックに緑やピンクを基本色・強調色として使っていましたが、ここ10年ほどは白無地の背景に、メインカラーは明度をあげ、少し彩度を落としたピンク、強調したい文字も濃いピンクにして、文字の基本色は濃紺、他にも色が必要な場合は、メインカラーと明度、彩度を合わせたパステルカラーの水色、黄緑、黄色、オレンジを使っています。

◆配色で自分を印象づける

スライドの色によって聴衆に与える印象も異なります。印象を変えたい場合は発表ごとに配色を変えてもいいですし、私のようにいつも同じ配色を使い、「この配色の感じは柿崎さんのスライドだな」と印象づけてしまうのも良いと思います。ウェブを探してみると配色スケールなども多く公開されていますので、そういったツールを利用して、いいと思う配色を試行錯誤してみましよう。さらに、色覚には多様性があり、色の見え方も人それぞれです。そういった多様性に配慮したユニバーサルカラーを用いた配色もあります³⁾。配色にこだわりがない場合、まずはユニバーサルカラーの配色を参考にしてみるといいと思います。

図2~5は右記QRコードを参照ください。



●参考文献・URL

- 1) 前田圭介. SMARTなプレゼンでいこう!. 医学書院; 2019.
- 2) モリスワ. ユニバーサルデザインと文字. <https://www.morisawa.co.jp/fonts/udfont/>
<https://ppt.design4u.jp/color-selection/>
- 3) カラーユニバーサルデザイン推奨配色セット政策委員会. カラーユニバーサルデザイン推奨配色セットガイドブック第2版. 2018. <https://bit.ly/44XM0ez>
- 4) プレゼンデザイン. プレゼン資料で色を効果的に使う方法. 2022.

死亡直前と看取りのエビデンス

第2版

森田達也 / 白土明美

B5 2023年 頁312
定価:3,740円(本体3,400円+税10%)
[ISBN978-4-260-05217-7]

詳細はこちら



死亡直前と看取りのエビデンス

第2版

森田達也 白土明美

「死」をエビデンスから捉えたロングセラー

「亡くなる過程(natural dying process)を科学する」という視点でまとめた本書、新知見を盛り込み充実の改訂! 医学書院

亡くなる過程を科学する

「亡くなる過程(natural dying process)を科学する」という視点を国内で初めて提供した書籍の第2版。今改訂では、初版刊行以降の国内外における新たな研究知見をふんだんに盛り込み、著者自身の経験に根差したわかりやすい解説とともに、新たな知見がどのように臨床に役立つのかにも重点が置かれている。「死亡直前と看取り」に携わるすべての医療職者に向けた待望の改訂版、ここに堂々の刊行!

- 第1章 死亡までの過程と病態
- 第2章 死亡前後に生じる苦痛の緩和についてのエビデンス
- 第3章 望ましい看取り方についてのエビデンス

医学書院

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17回 高血糖緊急症 —HHS(高浸透圧高血糖症候群)治療編

今回は高血糖緊急症の治療編です。高血糖緊急症といっても高浸透圧高血糖症候群(HHS)と糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)では病態生理が異なり、治療目標も変わってきますので、今回はHHSに着目して解説します。

高血糖緊急症の治療は、合併症との戦いです。時間はありませんし、考えるべきパラメータが複数に及ぶので、頭が混乱しがちです。そこで、「いつまでに」「どのパラメータを」「どうやって」マネジメントすれば良いかを時間軸に沿ったアクションプランを基に解説します(右記のQRコード参照)。



治療のゴール「血漿浸透圧の低下」

まずは治療のゴールを確認しましょう(下記のQRコード参照)。HHSでは「血漿浸透圧の低下」がその1つです。HHSはその名の通り、高血糖+高浸透圧が病態の中心。血糖値やK(カリウム)の管理ばかりに気を取られていませんか? HHSは数日以上以上の緩徐な経過で発症するため、血漿浸透圧を急激に変化させると神経学的合併症(脳浮腫や浸透圧性脱髄症候群(ODS)など)を誘発するリスクがあり、管理が必要です。



輸液やインスリン投与が適切であれば、血漿浸透圧は3~8 mOsm/kg/時での低下が望めるはずですが、これ以下では治療効果が乏しく治療強度を上げる必要があります。これ以上であれば神経学的合併症のリスクとなるため治療強度を下げなければなりません。血漿浸透圧は実測値を用いることが理想的ですが、施設によっては夜間は結果が出ないこともあるでしょう。その場合には $2 \times \text{Na} + \text{Glu}/18 + \text{BUN}/2.8$ の公式を使うか、血液ガス分析しか利用できない場合には $2 \times \text{Na} + \text{Glu}/18$ (有効浸透圧)でも代用可能です。

浸透圧を構成する2大要素は血糖値とNaです。HHSのように血管内のグルコースが増えると自由水が血管内にシフトし、Naが希釈されることで血清Na濃度が基準値内~低値を呈することがあります。重度の高血糖がある場合には、血糖値が100 mg/dL低下すると血清Na濃度は2.4 mmol/L上昇する関係にあるとされています¹⁾。

血清Na濃度が2.4 mmol/Lを大きく超えて上昇する場合には輸液速度が遅すぎる可能性があります。治療が進むにつれて血清Na濃度が上昇するケースがありますが、ここでも血漿浸透圧が重要な指標となり、これが目標通りに低下している場合には合併症の心配はありません。血糖値やNaといった個別の要素にとらわれるのではなく、それらと密接な関係がある血漿浸透圧に着目して治療の妥当性をチェックするのを忘れないようにしてください。

私たちがチェックすべきは①血漿浸透圧、②血糖値、③血清K濃度の3つで、動かすパラメータも①輸液、②インスリン、③Kの3つです。慣れないうちはあえて「機械的に」マネジメントすると治療成功率が上がります。

時間軸に沿った治療法

0~60分: 晶質液をしっかりと投与するだけ!

この時間帯にやることはたった1つ、輸液だけ! 複数のガイドラインで推奨されているように、ほぼ何も考えずに晶質液1000~1500 mLを初期輸液として最初の1時間で投与してしましましょう^{2,3)}。話はそれからです。

晶質液とは0.9%生理食塩水またはリンゲル液を指します。DKAではリンゲル液が優勢との研究結果が出ていますが、HHSにおいてはまだエビデンスが乏しいと思われます。ガイドラインでは生理食塩水推しではありますが、リンゲル液は生理食塩水に比較して高Cl⁻性代謝性アシドーシスのリスクが低いので、個人的にはリンゲル液を用いることが多いです⁴⁾。

誘発因子となり得る感染症や急性心筋梗塞などの検索と治療をお忘れなく(本紙3532号連載第16回を参照してください)。

60分~6時間: 3つのチェックポイント・パラメータの評価/調整

ここからの時間帯はマネジメントが難しくなります。前述の通り、3つのチェックポイントの評価(1時間ごと)と3つのパラメータの調整を行います。

- ①血漿浸透圧(実測できない場合には計算値で代用可): 3~8 mOsm/kg/時で下げる
- ②血糖値: 最大75~100 mg/dL/時で下げる
- ③血清K濃度: 4.0~5.0 mmol/Lを保つ

パラメータは上記チェックポイントに合わせてるように動かします。

①輸液: インスリン投与を急ぎたくなるかもしれませんが、HHSのマネジメントの初手は「輸液」です。HHSでは重度の細胞内外脱水を認め、100~200 mL/kgほどの水分喪失があると考えられています(体重60kgの人で約6~12 L)⁵⁾。晶質液投与を行うことで組織低灌流が改善し、高血糖が解除されることで血漿浸透圧が低下し、ストレスホルモン減少→インスリン反応性を向上させることができます。最初の12時間以内に推定水分喪失量の50%を補充、次の12時間で推定水分喪失量の残り半分を補充する、くらいのイメージで臨むと良いと思います。ただし、主に高齢者で発症するHHSでは心疾患や腎疾患などを持つ患者が多いので一概に推奨できる輸液速度はありません。

最初の6時間で2~3Lのプラスバランスを目標にします。250~500 mL/時で晶質液を投与することが多いです。さらに血漿浸透圧と血糖値を見て調整していきます。輸液速度が十分であれば輸液のみで血糖値は75~100 mg/dL/時程度減少します⁶⁾。血漿浸透圧や血糖値の低下速度が目標より遅い場合には輸液の速度を上げ、速すぎる場合には輸液の速度を落とすのが基本戦略です。十分量の晶質液を投与しているにもかかわらず血漿浸透圧が上昇する場合には、0.45%食塩水への変更を考慮します。

②インスリン療法(Fixed Rate Intravenous Insulin Infusion: FRIII): HHSでは晶質液を十分に投与することで血糖値が自然と低下するため、インスリン使用は焦らなくて大丈夫です。早期からインスリンを使用することに考えが傾き過ぎてしまうと、思わぬpitfallにハマります。つまり、急激な血清浸透圧変化が脳浮腫やODSなどの神経学的合併症を招いたり、インスリンにより水分と共にKが血管内から細胞内に押し込まれてそれぞれショックや低K血症を招いたり、良いことはありません。そのためインスリンの開始は、初期輸液1000~1500 mL投与後かつ晶質液の持続投与にもかかわらず血糖値の低下が2時点(時間を空けた2回の測定)で滞る場合になります。DKAとは異なり、HHSではインスリンは相対的な不足程度にとどまるため、FRIIIはより低用量で十分です。具体的には0.05 U/kg/時で開始し、適切な体液バランスにもかかわらず血糖低下速度がイマイチな場合には1.0 U/時とすることで対応します。

③K補充: HHSやDKAでは、血清K濃度を4~5 mmol/Lに保つことが目標になります。Pitfallは測定値に惑わされる可能性です。DKAのように(もしくはHHSでも)アシドーシスがある場合には細胞内Kが細胞外にシフトして見かけ上はKが正常値~高値に見えることがあります。HHSではアシドーシスによるKの細胞内外シ

フトがない分、低K血症が強く出る傾向にはあります。そもそも全身状態が悪く摂取不足があったり、浸透圧利尿により尿からの排泄が増えたりと低K血症になる条件は揃っていますから。そしてFRIIIを開始すれば血清K濃度はさらに下がっていきます。そのため、基本的には低K血症はあるものとして対応するのが吉です。高血糖緊急症の治療失敗の大半はK調整の失敗に起因するので、特に注意が必要です。

血清K濃度に合わせてメインの晶質液に塩化カリウム(KCL)を混合注射してしまうのが良いでしょう。血清K濃度>5.5 mmol/Lでは混注不要、3.5~5.5 mmol/Lでは40 mmol/Lになるように混注、<3.5 mmol/Lの場合にはCVCからの高濃度KCL投与とFRIII中止を検討します。内服に耐えられる患者は少ないかもしれませんが、経鼻胃管を留置している場合にはKCL散などの内服をかぶせることでうまく調整できることもあります。

6時間以降: 同じ対応を継続

原則的に6時間までと同じ対応を継続することで治療を完遂できます。3つのチェックポイントは安定性に依りて1~2時間ごとの評価を継続します。3つのパラメータでは、①輸液は12時間時点までに最大6Lのプラスバランスを目標に、②FRIIIに関してはひとたび糖毒性が取れてしまうと簡単に低血糖に落ちてしまうので、血糖値<250 mg/dLとなった場合には5%ブドウ糖液または10%ブドウ糖液100~125 mL/時ほどを、晶質液投与やFRIIIと並行して投与しておきます。最終的にはFRIIIと持効型インスリン皮下注をかぶせてインスリン療法は完遂となります。③Kは上述の通りの管理を続けます。

おおむね24時間程度の経過で治療のゴールは達成できることが多いですが、重症度や共存症などによっては血漿浸透圧の改善までに最大72時間ほど要することもあります。HHSの治療は慌てないことが重要です。

*

なかなか難しい高血糖緊急症のマネジメントですが、機械的に行うことができれば初学者としては合格です。それでも結構難しい判断を迫られるんですけどね。次号はDKAのマネジメントです。お楽しみに!

今回の勘どころ

- 最初の60分は晶質液投与だけ!
- 次の60分~6時間は3つのチェックポイントの評価、3つのパラメータを調節しよう。

参考文献

- 1) Diabet Med. 2015 [PMID: 25980647]
- 2) Diabetes Care. 2009 [PMID: 19564476]
- 3) Diabet Med. 2023 [PMID: 36370077]
- 4) N Engl J Med. 2018 [PMID: 29485925]
- 5) CMAJ. 2003 [PMID: 12668546]
- 6) Am Fam Physician. 1999 [PMID: 10524491]

新刊 もはやこのアトラスは「美しい写真集」ベストセラー『感染症プラチナマニュアル』から生まれた実践で「使える」アトラス、さらにパワーアップ!

微生物プラチナアトラス 第2版

▶臨床医と検査技師が共同で作り上げた微生物アトラス、5年ぶりの改訂。グラム染色手順、グラム陽性球菌、グラム陰性桿菌、グラム陰性球菌、グラム陽性桿菌、抗酸性を有するグラム陽性桿菌、嫌気性菌、真菌の全8章。変化著しい微生物の分類や判定基準、同定方法をアップデートおよび新規追加、写真を大きく見やすく掲載するとともに518点に大幅に増数、さらに充実。Web動画・WEB写真も利用できる。

編著: 岡秀昭 埼玉医科大学教授/総合医療センター 病院長補佐/総合診療内科 運営責任者/感染症科、感染制御科 運営責任者
著: 佐々木 雅一 東邦大学医療センター大森病院臨床検査部 副技師長

定価5,500円(本体5,000円+税10%)
B5変 頁256 写真518 4色 2023年
ISBN978-4-8157-3085-7

TEL: (03)5804-6051 https://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 E-mail: info@medsci.co.jp

新刊 「マインドマップ」を活用し、100を超える内科疾患を視覚的に学ぶ

内科マインドマップ

記憶と想起の枠組み・構造
Mind Maps for Medicine

▶記憶力と情報整理を高める学習効果があるとされるマインドマップの形式で内科疾患を視覚的に学べる書。100を超える疾患のマインドマップに、疾患の定義、病態生理、原因、臨床的特徴、検査、管理、合併症などの詳細を提示。また視覚的記憶の補助に不可欠な写真や図形を多数掲載。さらに語呂合わせの形式も追加され、マップ情報を補充。重要な項目については別途「NOTE」で解説。研修医や若手医師等の知識の修得を多面的にサポートする。

監訳: 福井次夫 東京医科大学茨城医療センター 病院長

定価6,930円(本体6,300円+税10%)
A4 頁318 色刷58 写真98 2023年
ISBN978-4-8157-3083-3

TEL: (03)5804-6051 https://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 E-mail: info@medsci.co.jp

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

問題解決型救急初期診療 第3版

田中 和豊 ● 著

B6変型・頁564
定価:5,280円(本体4,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04732-6

【評者】薬師寺 泰匡
薬師寺慈恵病院院長

救急外来では、迅速かつ正確に患者の病態を把握して、緊急性が高い場合には即時介入し、生命予後を左右するような疾患の除外をし、さらにはその場で行わねばならない

処置を的確に行う必要があります。毎日がこの繰り返し。しかし、患者さんは千差万別。同じ疾患でも、全く異なる症状でやってくることも多々あるので、毎日やみくもに働いているだけでは救急対応の能力は磨かれません。緊急性の判断や、除外診断を適切に行うには、膨大な時間と経験が必要になります。もちろん、不適切な修

行は時間の無駄です。何をしてもよいか悩んでいる時間すらリスクになるのが救急外来です。われわれには道しるべが必要なのです。

初期臨床研修は、研修医一人当たりかなりの数の救急車対応をする病院で学ばせてもらいました。が、当然最初は進むべき道がわかりません。途方に暮れる研修医に道を照らしてくれたのが、この『問題解決型救急初期診療』でした。まず行うべきことは当然網羅されており、症候から入る構成になっているので、実際の診療時と同じ思考過程をたどることができます。26の症状に始まり、外傷や熱傷、中毒、ショック、蘇生など救急医が専門とする分野、そして精神科救急までまとめられていますから、大部分の救急患者はこの一冊があれば対応可能で、少なくとも何をしてもいいのかわからないという状況には決してならないことが約束されています。確かな救急外来の道しるべ。これは救急外来のバイブルです。

バイブルの評価などできない!!



というわけで、書評を書いてくださいと言われ面食らいました。研修医のころから愛用し、後輩にもオススメしてきた、おそらく救急医であれば一度

は目にしたであろう書籍の評価をしるというわけです。誰がバイブルの評価をできるのでしょうか。まだ日本で救急科を掲げることすらなかった2003年に初版が出版され、20年にもわたり増刷改訂を続けて、現場の救急医に愛されてきたのです。その事実が書籍の価値を十分物語っております。

救急医として10年以上働いてきた上で、その価値を再確認して

います。改めて読み直すと、最前線の救急医として考えるべきことが、きれいにトレースされたかのように記載されています。例えば、「30歳代女性、今朝からの腹痛」と搬入依頼が来たとしましょ。救急医は、「急性胃腸炎だろうか?」などと考えません。「外傷じゃないよね? そうじゃなければ産科、婦人科疾患から考えようか……」となります。これがそのままフローチャートになって載っています。いや、これはむしろ、この本で勉強しこの本で型を身につけたからであって、すでにこの書籍は救急医の一部として道を照らし続けているだけということなのかもしれません。

改訂に当たり、COVID-19など、最新の情報も追加されています。参考文献もきちんと示されています。研修医から救急ローテ中にどの書籍を買うべきか尋ねられたら、自分ではなくこちらをオススメしています。

●書籍のご注文・お問い合わせ

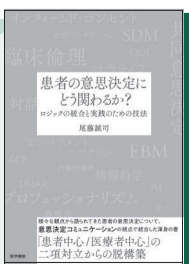
本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、**医学書院販売・PR部**まで
☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文につきましては、最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

さあ、意思決定のテーブルへ。「患者の意思決定」の理論と実践を1冊にまとめました

患者の意思決定にどう関わるか? ロジックの統合と実践のための技法

意思決定の連続である医療職の仕事。臨床倫理、EBM、プロフェッショナリズム、SDM、ナラティブなど、これまで様々な切り口で示されてきた理論をもとに、「患者にとって最善の意思決定」に専門家としてどのように考え、関わっていくかをまとめた渾身の書。AIの発展、新型コロナの流行など、社会が変わっていくなかで、これからの患者-医療者関係の在り方を示す1冊。さあ、意思決定のテーブルへ。

尾藤誠司



日本睡眠学会第45回定期学術集会開催

日本睡眠学会第45回定期学術集会(会長=筑波大・柳沢正史氏)が、「Sleepless in Somnology and Chronobiology——睡眠と生物時計が面白くて眠れない」をテーマにパシフィコ横浜(横浜市)にて開催された。本紙では、ワークショップ「ウェアブルデバイスの将来性と問題点」(座長=広島大・林光緒氏、広島国際大・田中秀樹氏)の様態を報告する。

◆低負担・低コストでビッグデータを集める

初めに登壇したのは、ゆみのハートクリニックの川名ふさ江氏。氏はウェアブルデバイスの臨床での受け止められ方について、順大循環器内科医師と虎の門病院睡眠呼吸器科・循環器内科医師からのヒアリング内容を交えて紹介。循環器領域では、ウェアブルデバイスにより発作性心房細動が確認でき、治療介入に至ったポジティブなケースもあったものの、体調に問題がない患者がデバイスからの忠告により不必要に不安をあおられたネガティブなケースもあるとした。また、睡眠においてはデバイスの判定精度が不完全なため現在何らかの治療につなげるのは困難であるという。氏は、反復睡眠潜時検査(MSLT: Multiple Sleep Latency Test)という過眠の客観的評価を目的とする検査診断には睡眠日誌の情報が必須であるものの患者からの協力が得にくい問題に触れ、睡眠日誌をウェアブルデバイスで代用可能なのではないかとこの私見を述べた。

東大の南陽一氏は、加速度計を用いて行う睡眠・覚醒判定法と、それを活用した子ども向け睡眠健診の可能性について解説した。東大の研究チームは、ウェアブルデバイスを用いて得られた加速度データから睡眠・覚醒を精度・感度・特異度高く判定する簡便な方法であるACCEL法を開発。実社会のデータを用いた実験も行い、睡眠のパターンをグループ分けすることに成功した。現在は子どもを対象とした大規模睡眠解析に取り組んでおり、幅広い年齢層の子どもの睡眠データを計測することで、子どもの睡眠の全体像を客観的に正確に把握したいと語る。氏は大人向けの睡眠健診については仕組みが充実しつつあるものの、子どもについては十分でないとし、得られた結果を活用して今後子ども向けの睡眠健診を実現したいと話した。

シート型体振動計による睡眠モニタについて説明したのは、パラマウントベッド株式会社の木暮貴政氏。シート型体振動計はマットレスの胸の下あたりに敷き込んで使用し、得られる振動から呼吸数・心拍数、呼吸イベント指数、周期性体動指数などを測定するもの。1分毎に睡眠・覚醒を判定でき、リアルタイムかつオンラインで睡眠状態がわかるため、現在は介護施設の見守り支援システムとして普及している。睡眠を妨げないように覚醒時に訪室することができるため、本人のQOL向上と介護者の負担軽減が見込まれるという。氏は「普及している見守り支援システムの睡眠データを利用した、今後のさらなる研究が期待される」と語った。

筑波大の鈴木陽子氏は、活動量計と睡眠モニタを比較しながら腕時計型睡眠計測装置のメリット・デメリットについて発表した。活動量計は医療機器として承認されており、概日リズム睡眠・覚醒障害や不眠症などの診療に用いられてきたものの、じっとしている時間を睡眠としてカウントするため、実際の睡眠時間とデータの乖離が見られる。一方、近年市販されている睡眠モニタは睡眠・覚醒判定精度が向上し、さらに睡眠段階判定ができる。しかし研究の結果、睡眠段階判定の精度にはまだ課題が残るとい。睡眠の問題を過大評価すると余計な不安を生み、過少評価すると治療の遅れを生むとし、できることと限界点を理解して機器を利用することが大切と強調した。氏は、将来的にビッグデータや機械学習の活用で睡眠段階判定精度が向上し、個別化医療へ活用できると未来への可能性を示して発表を終えた。

最後に、睡眠評価研究機構の白川修一郎氏が登壇し、睡眠ポリグラフ検査(PSG)による睡眠評価(脳波的睡眠評価)とウェアブル/ニアブルデバイスによる睡眠評価(行動的睡眠評価)は異なるものであることを理解して活用するのが望ましいと強調。ウェアブル/ニアブルデバイスは睡眠中の多種類の生理指標を低負担・低費用で長期にわたって同時測定できるため、ビッグデータの蓄積が容易であり、また睡眠をPSGとは異なる視点から解析できる可能性があるとした。ウェアブル/ニアブルデバイスの活用を進めるためには、現在メーカーによって異なる結果が出てしまう睡眠の測定結果を統一する必要があり、またデバイス・アプリ間の睡眠に関する用語の統一や測定データの使用可能範囲、AIのアルゴリズムの明確化などが必要だと指摘した。

MEDSiの新刊

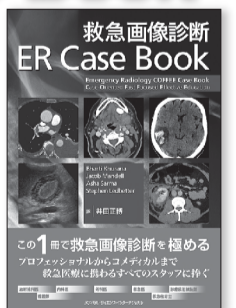
この1冊で救急画像診断を極める!

救急画像診断ER Case Book

Emergency Radiology COFFEE Case Book:
Case-Oriented Fast Focused Effective Education

- 訳:井田正博 水戸医療センター放射線科 部長
- 定価9,900円(本体9,000円+税10%)
- B5 ●頁700 ●写真1388・色図23 ●2023年 ●ISBN978-4-8157-3079-6

迅速かつ正確な画像解釈による病態把握が求められる救急画像診断のノウハウが蓄積された、ハーバード大学医学部ブリガム・アンド・ウィメンズ病院の教育コースのメソッドをもとに、同病院のスタッフにより執筆された決定版。ケーススタディ形式で症例画像(非外傷性疾患54症例・外傷性疾患31症例)を提示し、鑑別診断についても300を超える豊富な画像を添えて解説。全身を網羅した広範囲にわたる知識・スキルを効率的に向上させたい、放射線科、救急科の専門医やそれを目指す専攻医に最適。



救急・集中治療関連雑誌

最新号 BeyondER ビヨonder Vol.2-No.1

- 特集1:ドクターカー&ヘリ運用の今を問う ●特集2:心肺蘇生
- 一部定価3,520円(本体3,200円+税10%) ●ISBN978-4-8157-2059-9



最新号 INTENSIVIST インテンシヴィスト Vol.15-No.3

- 特集: Critical Care Nephrology
- 一部定価5,060円(本体4,600円+税10%) ●ISBN978-4-8157-2053-7



医学書院 WEB セミナー



オスラー セミナー 2023

10月28日 土 10:00~12:00

*上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

受講料 無料

対象 医師、研修医、医療者

大激変時代の「平静の心」術 怒りや不安の静め方

ついに4年ぶりにオスラーセミナー開催！

「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)というウィリアム・オスラー先生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、「心の落ち着き」を失わないことが重要であると言われていました。

本セミナーでは、医師(医療者)が冷静沈着な姿勢を身につけるにあたって、故日野原重明先生が敬愛していた臨床医学の父ウィリアム・オスラー先生の診療やその態度・生き方から学びます。今回は特に、怒りや不安をどう静めて「平静の心」を保つか、そのスキルや考え方について、オスラー先生の先生方にアツク語り合ってください。

この貴重な機会に「医師(医療者)の資質」について学びを深め、どんな時代・状況であっても「平静の心」を携え、明日の臨床に臨もう！



プログラム (予定)

- 10:00 **イントロダクション**
平島修先生
- 10:30 **レクチャー①「怒り」**
徳田安春先生
- 11:00 **レクチャー②「不安」**
山中克郎先生
- 11:30 **質疑・応答**
平島修先生(司会)、山中克郎先生、徳田安春先生



徳田 安春 先生
臨床研修病院群
プロジェクト群星沖縄

山中 克郎 先生
福島県立医科大学
会津医療センター

平島 修 先生
徳洲会奄美ブロック
総合診療研修センター

詳細・お申込みは
医学書院ウェブサイトから



10 medicina Vol.60 No.11 増大号

患者さんの質問にどう答えますか? 言葉の意味を読み解きハートに響く返答集

AI技術の進歩によって、さまざまな情報が人間の返答に近い状態で瞬時に提供される今もなお必要とされている「人間ならではの」工夫を重ねた返答。「葛藤」が渦巻く臨床の場で、いかに伝え、行動へと導くことができるか。本特集を通じて、ぎっしりと詰まっている医師たちの想いもぜひ感じていただきたい。

企画: 松村真司(松村医院)

INDEX

- 座談会 AI時代に診察室での患者と医師の会話は どう変わる?
(石川翔吾・川添愛・尾藤誠司・松村真司)
- 第1章 そもそも論
- 第2章 簡単そうで難しい質問
- 第3章 診療編: 診察・検査/予防・治療
- 第4章 医療制度編
- コラム: 説明・回答にまつわるエッセイ

●1部定価: 2,860円(税込)

▶来月の特集(Vol.60 No.12)

内科医が遭遇する 皮膚疾患フロントライン 「皮疹」は現場で起きている!

企画: 田口詩路麻(水戸協同病院皮膚科)

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
- 明日から主治医! 外国人診療のススメ
- 知らないやばい!
リウマチ・膠原病のアレやコレ
- 事例から学ぶ
糖尿病のコーチングマインド
- ここが知りたい! 欲張り神経病巣診断
- ERの片隅で
- 医学古書を紐解く
- 目でみるトレーニング

▶2023年増刊号(Vol.60 No.4)

探求! マイナー エマーゼンシー

●特別定価: 6,050円(税込)

医学書院サイト内各誌ページ
にて記事の一部を公開中!



総合診療 Vol.33 No.10

OXクイズ110問! 日常診療アップグレード Choosing WiselyとHigh Value Careを学ぼう

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)

日本初の「Choosing Wisely」と「High Value Care」の問題集! 本特集で患者さんにとって有益な質の高い医療を学べば、皆さんの日々の診療がアップグレードすることは間違いありません。各分野に精通する医師が出題する「OXクイズ」の臨床問題(各10問×11領域=全110問)にチャレンジして、この方針が正しいか間違っているのかをお答えください。本特集で検査や治療を正しく実践しているかどうか自己チェックし、より価値があり無駄のない、かつ安全な患者診療を目指そう!

INDEX

- 【総論】鼎談 Choosing WiselyやHigh Value Careが誕生した背景とその意義
…北澤京子/梶有貴/(司会)山中克郎
- 【各論】分野別問題集
- ① 総合内科…山城志織/山中克郎 ② 集中治療…日比野将也 ③ 循環器…橋本 理
- ④ 消化器…西野徳之 ⑤ 呼吸器…阪下健太郎 ⑥ 代謝/内分泌…根本雄飛/橋本重厚
- ⑦ 感染症…田頭保彰 ⑧ 神経…黒川勝己 ⑨ 腎臓…柴崎俊一 ⑩ 血液…住谷智恵子
- ⑪ リウマチ/膠原病…峯村信嘉

●1部定価: 2,750円(税込)

▶来月の特集(Vol.33 No.11)

続・総合診療外来に“実装”したい最新エビデンス My Best 3

企画: 藤沼康樹(医療福祉生協連家庭医療学開発センター)

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。

2023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