

2023年8月21日
第3529号 for Residents

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

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [鼎談] 医師確保における行政の支援(松本晴樹, 宮園将哉, 吉村健佑)…………… 1-2面
- [寄稿] 9つの原則で学ぶ効果的なフィードバック(西澤俊紀, 他)…………… 3面
- [連載] スライド作成のABC(新)…………… 4面
- [連載] ER診療の勘どころ…………… 5面
- 第34回「理学療法ジャーナル」賞/[視点] 医学部教育にリプロダクティブ・ライツの授業が必要な3つの理由(柴田綾子, 他)…………… 6-7面

鼎談 医師確保における行政の支援



吉村 健佑氏
千葉大学医学部附属病院
次世代医療構想センター
センター長/特任教授

松本 晴樹氏
厚生労働省医政局地域医療計画課
医療安全推進・医務指導室長/
前・新潟県福祉保健部長

宮園 将哉氏
大阪府地域医療支援センター
センター長

地域医療を持続させる手立てとは

医学部における地域枠の拡大, 卒業後の勤務体制の充実やキャリア保障など, 特に医師少数地域と呼ばれる場所で医師確保に向けた取り組みが進む。これらは将来的な地域医療を担う人材を確保するための一つの策であり, その方針は各都道府県で独自色が強いのも特徴だ。一方の都市部をはじめとした医師多数地域であっても, 診療科による医師数の偏在も課題とされる。そこで今回, 医師確保に向けて精力的な活動を行う新潟県, 千葉県, 大阪府で活躍する3氏に集まっていた。各地域の実状の共有および日本全体での医師確保の方策を考えたい。

松本 私は現在, 厚生労働省で勤務していますが, 7月までは新潟県の福祉保健部長として県内のヘルスケアにまつわる業務に携わってきました。新潟県の医療提供体制の特殊性は, 医師の年齢構成比率にあります。1998年前後から医師が県外に流出し始めたことで, 現在の県内の医療機関に勤務する医師のボリュームゾーンは55~64歳。彼らは10年, 20年後には現場を退いている可能性も高く, 県内の医療提供体制を持続させるには早急な医師確保を要する状況です。2020年頃からは医学部の地域枠を増やし, 従来の26人から3年間で70人(2023年度)まで枠を拡大させました(表)。併せて臨床研修体制の強化, シニア医師の獲得にも着手し, 「やれることは全てやる」覚悟で臨んでいます。

吉村 千葉県の人口は約630万人。そのうち東京近郊の都市には約400万人が住

んでおり, 医療体制も充実しています。一方それ以外の約200万人が住む地域, 例えば房総半島は医師確保が厳しい状況です。私自身も当該地域での勤務経験がありますが, 医局からの人材派遣もなかなかなく, 医師確保の要望は切実でした。宮園 医師偏在指標によれば大阪は全国7位の医師多数県とされており, 課題となるのは府内での偏在です。大阪市を含む北部などは医師多数区域ですが, 中南部の一部の区域は医師多数でも少数でもないと言われ, 府内だけで比較すると医師が少ない傾向にあります。また, 全国的に周産期や救急に従事する医師の少なさが指摘されてきましたが, 大阪府でも同様の傾向が見られます。2020年に策定された大阪府の医師確保計画では, 政策的に求められる領域として, これらの周産期や救急に加え, 公衆衛生, 感染症, 精神科, 総合診療が挙げられています。

医学生・研修医のニーズに見合った県の価値を創造する

宮園 高齢者増加に伴う疾患構造の変化が起こり得るために, 大阪府ではさまざまな医療ニーズに対応できる総合診療医や総合内科医等の総合医に着目し, その育成を始めています。しかし大阪府にはいわゆる「へき地」が存在せず, 地域でジェネラルな医療を学ぶ場が少ない。そこで内科を中心に, 基本領域の専門研修期間のうち2年間を府内の基幹施設(大阪公立大学病院, 北野病院, 済生会茨木病院, 堺市立総合医療センター, 市立東大阪医療センターなど)で, 1年間を地方で研修する特別地域連携プログラムを今年度からスタートさせました。現在は新潟県の基幹施設(上越総合病院, 県央基幹病院など)と連携し, 専門性と総合性を兼ね備えた地域医療の現場で活躍できる医療人の育成をめざしています。今後は新潟県以外のエリアにも連携を拡大させ, 大阪の医療のジェネラルな分野を盛り立てていきたいと考えています。

医師少数県である新潟県, 千葉県では医師確保に向けて, どのような策を講じられているのでしょうか。

松本 現時点で最も効果を実感するのは臨床研修医の確保策です。例年100人程度でしたが, 2023年度には過去最高の147人まで増加しました。新潟大学病院をはじめ, 県内の臨床研修病院にそれぞれの魅力を再発見してもらい, 特長を生かした研修プログラムを数多く準備したこと, また人気のある他県の臨床研修病院の取り組みを県内で情報共有してきたことなどが成果につながったと評価しています。

さらに, 県独自の研修コースとして臨床研修中に参加できるイノベーター

育成臨床研修コース(MEMO ①), 病院・市と連携した形で海外留学支援制度(MEMO ②)を創設。2023年4月からは県内外の臨床研修病院で1年ずつの研修を行える, たすき掛けのプログラムが組めるようにもなっています(<https://bit.ly/3q4Zyqw>)。こうした医師確保に向けた対策は, 各病院だけに任せず, 県庁も大きく関与をしています。吉村 千葉県では, 医師確保に向けて地域枠を充実させてきたものの, 研修途中での離脱希望などが相次ぎ, なかなか結果につながらない状況が続いていました。理由は単純で, 地域枠のルールが厳しく, キャリア形成に当たって専門性を深めたいと考える医師にとって窮屈なものとなっていたからです。そこで新専門医制度が開始された2018年頃から制度の見直し, 再設計に取り掛かりました。参考にしたのはWHOが公開した医療従事者偏在対策ガイドライン¹⁾です。同ガイドラインでは, 医師確保に際して①トレーニング(教育)と地域医療の意識の涵養, ②当該地域で働かなければならないなどの規制(指定地域での勤務義務など), ③当該地域で働くことに対する金銭的インセンティブの用意, ④個別で専門的なサポート, が実現すべき目標として掲げられています。②③はすでに策を講じる都道府県が多いものの, ①④はまだ支援が行き届いていないケースが多いのではないのでしょうか。そのため当県では①~④の実践を徹底し, 地域枠利用者への個別ヒアリングを繰り返しながら制度を整えていきました。結果, 地域枠利用者の満足度向上とともに, 医師少数区域で勤務する医師数も増加しています。宮園 ④個別で専門的なサポートとしては具体的に何をされているのでしょうか。

(2面につづく)

●表 各県の状況

	医師偏在指標* (2023年3月時点の全国順位)	研修医の採用人数 (2023年度)	医学部の地域枠
新潟県	184.7 (45位)	147人	新潟大学40人, 昭和大学・東邦大学各7人 東京医科大学・杏林大学・北里大学各3人 関西医科大学・日本医科大学・日本大学各2人 順天堂大学1人
千葉県	213.0 (38位)	475人	千葉大学20人, 日本医科大学7人 順天堂大学・東邦大学各5人, 帝京大学2人 ※その他, 入学後の手挙げ方式にて24人の修学資金制度利用者あり
大阪府	288.6 (7位)	628人	大阪公立大学・関西医科大学各5人 大阪医科薬科大学2人, 近畿大学3人

*: 人口構成による受療率の違いなどの地域ごとの医療需要や患者の流出入, 医師の供給体制(医師の性・年齢階級別の平均労働時間)を考慮した医師偏在の度合いを示す指標。

8
August
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。

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

<看護管理まなびラボBOOKS>

コーチングマインドを極めると, マネジメントがもっと楽しくなる

勝原裕美子, 山之上雄一
A5 頁200 定価: 2,750円[本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05269-6]

主体性を高めチームを活性化する!

看護のための ポジティブ・マネジメント (第2版増補版)

編集 手島 恵
A5 頁280 定価: 2,860円[本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05277-1]

生殖看護ガイドブック

編集 日本生殖看護学会
B5 頁288 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05339-6]

保健活動で使える! ナッジ

押さえておくべき基本と実践例

高橋勇太, 村山洋史, 竹林正樹
B5 頁112 定価: 2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05123-1]

(1面よりつづく)

吉村 まずは本人と直接連絡を取り、個別に話すことから始めます。今やメールでのやりとりは少なくなり、面談を経てから SNS でつながります。何か起こった時、困った時にすぐに対応できる状況を作っています。特にマッチングの時期は密に連絡を取り合い、アンマッチになった時は情報提供の面で入念なフォローに入っています。

新潟県も個人へのサポートは手厚いですよね。

松本 ええ。先ほど WHO のガイドラインをご紹介されていましたが、実はコクランライブラリーでも 125 件に及ぶ医療従事者確保政策をレビューした研究が報告されており²⁾、奨学金制度とサポート体制を充実させることの有効性が明らかになっています。単に地域枠で奨学金を出しているだけでは不十分であり、利用者の受け入れ体制の整備が重要なのです。同報告では、特に子どもの教育環境の調整と住居の支援をポイントに挙げています。そもそも医師確保には、マーケティングの考え方が必須です。顧客である医学生や研修医が何を考え、何を欲しているのかを推測し、「県の価値」を売り込んでいく努力が必要であり、そこまで尽くしてようやく医師確保につながるのです。

キャリアプランが多様化する今、あえて地方で働く意義は

松本 他方、医学生や研修医にもマーケティング思考が求められます。自身の価値は何かを考え、病院・地域に高値で買ってもらえる必要があるのです。医師確保を一つの「市場」ととらえられれば当然の話ではあるのですが、これまでは大学医局が医師の派遣を主に担ってきたことから、どうしても受け身の姿勢になりやすい。頭を早く切り替えることができれば市場の中で有利に動けるはずです。例えば医療ニーズの高い領域を選択し、スキルや高い待遇を得た上で次のステップへ進むなど、専門の診療科を途中で変更することも、今よりもっと当たり前のことになるでしょう。

宮園 その通りですね。最近の大阪府の医学生に話を聞くと、スペシャリスト志向がとにかく強い。専門特化型で開業しているクリニックが多い都市圏

●よしむら・けんすけ氏

2007年千葉大卒。千葉大病院精神神経科をはじめ、県内の医師少数区域を含めて精神科診療に携わる。12年東大大学院医学系研究科公共健康医学専攻(SPH)修了。15年に厚労省へ入省し、保険局保険システム高度化推進室、医政局医療技術情報推進室にて室長補佐を務めた。18年に退官し、同年千葉大病院病院経営管理研究センター特任講師。同年より千葉県健康福祉部医療整備課医師確保・地域医療推進室を兼務し、医師確保・偏在対策に携わる。19年より現職。



●まつもと・はるき氏

千葉大を2006年に卒業後、石巻赤十字病院で初期研修修了。地域医療に従事する中で救急・総合診療の重要性に気付き、湘南鎌倉総合病院で1年間救急総合診療科の後期研修を行う。09年厚労省入省。母子保健、診療報酬などを担当し、14年からは地域医療構想の骨組みづくりから携わる。16年米ハーバード公衆衛生大学院へ留学。帰国後、18年厚労省医政局地域医療計画課。20年新潟県福祉保健部長として出向し、県内のヘルスケア関連の業務全般に関与する。23年8月より厚労省に復帰。



●みやぞの・まさや氏

1996年自治医大卒。同年大阪府入庁。大阪府立病院(当時)救急診療科での研修を経て、2000年大阪府健康福祉部医療対策課で行政医師としてのキャリアをスタートさせる。府内保健所で地域保健課長等を務め、09年大阪府健康医療部地域保健感染症課課長補佐。その後、泉佐野、池田、四條畷、富田林、寝屋川で保健所長を歴任し、20年より現職。大阪府健康医療部保健医療室副理事としてセンター長を兼務する。社会医学系専門医制度の創設にも携わり、公衆衛生医師の確保に尽力してきた。



だからという理由もあるかもしれませんが、もちろん専門医のニーズは引き続き高い状況が続くとは思いますが、先ほど申し上げたようにこれからの超高齢社会ではジェネラルな診療能力が求められる場面が増えますので、ニーズに合わせて自身の価値を創造し、フィットさせていけばいいと思います。これからの若手にはジェネラルに働くことの魅力にも気付いてほしいですね。

吉村 お二人が語られた話の背景には、これまで医師が享受してきた十分な収入と社会的なポジションが、今後得にくくなるのではとの懸念があるのだと思っています。医師の数も増加し、医療費の総額もこれ以上は増やせないとなった現在、果たして今の医学生・研修医が40代、50代になった時、現在のように保険診療を行うだけで十分な待遇が保証され得るのか。それゆえ今の20代は自身のキャリアに注意深くなり、どう働いていくべきかを真剣に考えているのです。実際、保険診療以外の収入を求める医師が若い世代の中にも一定数現れてきており、そうした方々が目立つようにもなってきました。つまり、地方における医師確保どころか、臨床に従事する医師そのものが減っていく可能性を示唆しています。

宮園 そうした中でも臨床に、そして地方にとどまってもらうには何が必要だと考えますか。

吉村 まずはアーリーエクスポージャーです。千葉県の場合、地方と言っても無医村のへき地や離島があるわけではありません。でも、「地方で働く」と言われた時にこのようなイメージを持つ学生は意外に多い。ですから、まずは現場を実際に見せて認識の誤りを解いてあげることが大切です。その上で夏季実習などを通じて、できればその土地に滞在してもらおう。地の物を食べたり、文化に触れた

りするのは常套手段ではありますが、魅力を感じ、地域医療への意識を高めるには大事な取り組みだととらえています。

松本 新潟県でも県外に設置した地域枠の利用者には1年次に新潟県内の病院を見に来てもらっています。都市圏出身の学生が新潟市内の病院を見ると、こんなにも充実しているのかと驚くことはよくありますね。

宮園 私も自治医科大学へ入学する際に栃木県へ引越すまでは大阪を離れたことがなく漠然とした不安がありました。しかし、しばらく生活していると「こんなに暮らしやすいんだ」と感じた記憶があります。そういう意味で

今後の医療を担う若手を全世代でバックアップしていく

吉村 ここまでお話ししてきたように、制度を充実させ医療提供体制を再構築しようとしているものの、どうしても医学生と若手医師、そしてこれから医師をめざす方々に負担をお願いしている現実があります。この象徴が2018年に始まった新専門医制度であり、そして地域枠制度でしょう。しかし医療の提供側には中堅・ベテランの医師も存在するわけで、若い人々だけに行動変容を求めるのはフェアではありません。不都合な部分を押し付けられ、自身よりも上の世代がいつも通りの日常を送っているのであれば、「私たちは大事にされていない」と若手は社会への不信感を抱いてしまう。医師のキャリアに沿った制度設計を行うと同時に、世代や立場を越えた負担のシェア。少し極端な話ではありますが、ここに向き合わなければならない時が来ています。

松本 現在の医療提供体制の厳しさをいかに全世代で共有できるかが重要です。そのためにはそれなりの準備とノウハウが必要ですし、1人では成し得ません。われわれ中堅が集団になって改革を先導していく必要があるでしょう。困難な道のりですが、同じ人間、同じ医師であるために価値観を共有していけると信じています。

その一方で医学生・研修医といった若い世代に伝えたいのは、必要以上に将来を悲観せず、新たな価値を常に創造していくべきだということ。例えば「都会の病院に入職できなかったらどうしよう……」と思うよりは、「地方はどんなもんだらう。とりあえず行ってみるか!」と考えられたほうがハッピーでしょう。むしろ思い込みが選択肢を狭めて

は、「地方で働く」という選択肢を都市圏で育った方にも示してあげられればとの思いを個人的に抱いています。

松本 地方で働くメリットは、研修面でも大きいことがあります。例えば、外科専攻医が任せやすい虫垂炎の手術数を外科専攻医数で単純に割ると、専攻医1人当たりの手術数(全国平均:30.2件)は、東京は18.4件、新潟は38.5件です^{3,4)}。経験できる症例数は圧倒的に恵まれています。さらに住環境や勤務先へのアクセス、教育体制についても地方のほうが充実していることもある。そうした魅力をトータルで伝えていくことが地方に来てもらうための鍵ですね。

いる可能性があり、地方にも視野を広げるチャンスは十分にあるはずです。

宮園 私自身、現在は行政で勤務していますが、医学生の頃は救急医をめざしていました。転換点は、卒後5年目にローテーションで行政での勤務を経験したことです。「こんなに面白い分野があるのか」とその時初めて気が付きましたね。自身が求められている場で働くことは、やりがいにもつながり、視野が広がりました。最近では、私が面談をする地域枠の学生に「受け身にならず、選んでもらえる人になろう」と伝えています。

松本 マインドセットを変化させる方法で最も簡単なのは多くの人と会うことです。身近な先輩で留学している人や、医療とは全く異なる分野で働く人。そうした人とのつながりを持つといいでしょう。自分で問題を解決しにくいというマインドセットは周りからも評価されますし、社会からも必要とされる存在になるはずです。今後の医療を担う人材が地方にも数多く育ってくれるとうれしいですね。(了)

●参考文献・URL

- 1) WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. 2010. <https://bit.ly/3Y8DXKd>
- 2) Cochrane Database Syst Rev. 2015 [PMID: 26123126]
- 3) 厚労省. 令和元年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について. 2021. <https://bit.ly/3YdpFlh>
- 4) 厚労省. 令和4年度第2回医道審議会医師分科会医師専門研修部会——令和4年度の専攻医採用と令和5年度の専攻医募集について. 2022. <https://bit.ly/477JG7j>

MEMO① イノベーター育成臨床研修コース

経営や医療イノベーション等の臨床能力とは別の「+αの力」を身につけたいと願う医学生・研修医の増加に伴い新潟県が独自に創設。イノベーターと冠するものの、将来的な起業だけをターゲットにするのではなく、月に2~3回、2年間に及ぶ講義やワークを通じて、医師として活躍していくための課題解決力を育むことをめざす。MBAホルダーの医師をはじめとする一流の講師陣を揃え、系統的に策定されたカリキュラムを受講できる。初年度の2022年度は16人、今年度は21人が参加している。

MEMO② 海外留学支援制度

地域医療への貢献などを条件に、研修1年目から公衆衛生学修士などの学位を取得できるよう支援する制度。最大で1250万円(2年間)が留学費用として支援される。利用できるのは、柏崎総合医療センター、佐渡総合病院、村上総合病院、燕労災病院、小千谷総合病院の5施設。2022年度にスタートし、これまでにハーバード公衆衛生大学院に2人、ロンドン大学衛生熱帯医学大学院に1人合格者を輩出する。



DSM-5-TR™ 精神疾患の診断・統計マニュアル

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

精神疾患の国際的な診断基準、9年ぶりのアップデート!

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。

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

詳細はこちら



目次

- I DSM-5の基本
- II 診断基準とコード
- III 新しい尺度とモデル
- IV 付録

医学書院

寄稿

9つの原則で学ぶ効果的なフィードバック

西澤 俊紀^{1,7)}, 畑 拓磨^{2,7)}, 小杉 俊介^{3,7)}, 徳増 一樹^{4,7)}, 堀田 亘馬^{5,7)}, 長崎 一哉^{6,7)}1) 聖路加国際病院一般内科, 2) 水戸協同病院総合診療科, 3) 飯塚病院総合診療科 医長, 4) 岡山大学病院総合内科・総合診療科 助教
5) 洛和会音羽病院感染症科, 6) 筑波大学水戸地域医療教育センター 講師, 7) 日本チーフレジデント協会

私たち日本チーフレジデント協会（Japanese Chief Resident Association：JACRA）は、全国の研修指定病院のチーフレジデントをサポートする日本初の団体として2018年に設立されました。JACRAでは、若手医師のリーダー的存在であるチーフレジデントを対象に、教育、マネジメント、リーダーシップ、メンターにまつわるスキルの底上げをめざした勉強会を年間通して行っています。

このたび、日本プライマリ・ケア連合学会学術大会2023（愛知）で「良いフィードバックの受け取り方と与え方」をテーマに、インタラクティブセッションを開催しました。その内容を基に、本稿では効果的なフィードバックについて紹介します。

医療現場における効果的なフィードバックとは

フィードバックは、医師の臨床パフォーマンスにプラスの影響を与え、自己評価を行いながら医師として成長するために不可欠です。もしもフィードバックがなければミスが修正されず、臨床能力も十分に伸びません¹⁾。

また、フィードバックにも良いものと悪いものがあります。良いフィードバックとは指導医が直接観察した結果に基づいて研修医自身の行動や成果について具体的な情報を提供するものです。これにより、研修医は自身の改善点や問題点を把握し、次の成長に向けて役立てることができます。換言すれば、良いフィードバックとは、カーナビのような存在です。たとえ道を間違えてもカーナビは何度でも正しい目的地への道順を教えてください。同じように、指導医は研修医の目標に向かって根気よくフィードバックを続けることが大切です。

ただし、臨床現場でのフィードバックにはいくつかの障壁が存在します。自分の観察に自信がない、観察結果に対して曖昧なフィードバックしかできない、具体的な行動改善のアドバイスができない、フィードバックの時間や場所が制約される、ネガティブなフィードバックを伝える際に相手が怒る可能性がある、などがその例です²⁾。

こうした障壁を克服するため、効果的なフィードバックを提供するポイントと、フィードバックを受ける際のポイントについて詳しく説明していきます。

●表 フィードバックにおける9つの原則（文献3をもとに筆者ら作成）

	原則	悪い例	良い例
フィードバックの前	信頼関係を築く	●何しに來たの？	●いつも良く頑張っているね！
	直接観察に基づく	●聞いた話だと君は前もこんなミスをしていたみたいだね	●先生の診療を見ていて、いくつか気がついたことがあるんだけど……
	タイムリーに行う	●そういえば半年前に見た症例だけど……	●今の診療について振り返ってみようか
フィードバックの最中	自己評価から聞く	●早速だけど君の診療は本当ダメダメだね	●今の診療、君はどう思ったかな？
	目標や目的を提示する	●〇〇がだめだったね	●明日からの診療で〇〇が向上できるようにフィードバックするね
	具体的かつ客観的に行う	●全体的によかったよ！最高！	●〇〇という言葉は患者を思いやる気持ちがあって、とても良かったよ
フィードバックの最後	学習者の理解を確認する	(学習者がどこまで理解したかがわからず終わってしまう)	●ここまでの〇〇という点で、どんなことがわかったかな？
	相手に改善点を決めさせる	●次からこれをやれよ！ ●これをやるなよ！	●次から気を付ける点はどいういったところかな？
	フィードバックを振り返る	(自分のしたフィードバックを振り返らない)	●今日の振り返りどこが良くて、どこに改善点があったかな……

指導医がフィードバック時に覚えておきたい9つの原則

フィードバックの初学者でもわかりやすいように、9つの原則を紹介します（表）³⁾。

フィードバックの前

信頼関係を築く：フィードバックは、指導医と研修医の信頼関係が基本です。研修医がフィードバックを受け入れやすくするために、指導医は日頃から研修医からの信頼と尊敬を築きましょう。また研修医のプライバシーに配慮された個室や場所などを事前に用意し、指導医は研修医の考えや思いに最大限配慮してください。

直接観察に基づく：フィードバックは第三者からの伝聞や判断に基づいた情報ではなく、指導医自身の直接観察に基づいて行われるべきです。

タイムリーに行う：フィードバックはできるだけ早い段階で行うことが望ましいです。指導医も研修医も内容を覚えているうちに行いましょう。

研修医と年次が離れすぎている指導医は、研修医へのフィードバックにおいて信頼関係の構築や直接観察が難しい場合があります。そのような場合、年次の近い医師（例：チーフレジデント）に研修医へのフィードバックを依頼することも選択肢となります。特に

チーフレジデントは研修医と指導医の間に位置し、研修医の近くにいるため、研修医へのフィードバックを適切に行う役割を果たすことができます。

フィードバックの最中

自己評価から聞く：フィードバックの開始に当たっては、指導医は自由形式の質問を使って研修医の自己評価を聞くことから始めます。これは、自己評価から聞くことで研修医がどこまで理解できているのか指導医が確認することができるためです。また研修医の自己評価に対しポジティブな承認を通じて、フィードバックの学習環境をより向上させることもできます。

目標や目的を提示する：フィードバックの最初に、フィードバックの目標や目的を研修医に説明し、ここまでは達成してほしいという指導医の期待を明確に伝えることが重要です。

具体的かつ客観的に行う：抽象的な言葉ではなく、具体的な言葉を使ってフィードバックを行います。ネガティブなフィードバックを伝える場合でも、主観的な言葉（例：だめだよ、やばいよ）は使わず、客観的な事実に基づいた言葉を使いましょう。

フィードバックの最後

学習者の理解を確認する：フィードバックの後半で、指導医は研修医の理解を確認します。また、研修医自身がフィードバックをまとめることで、記憶

の定着に役立ちます。

相手に改善点を決めさせる：フィードバックの後半では、研修医自身に改善点を考えさせ、内省力を高めることが重要です。これによって、研修医にとって現実的に改善できそうなことなのか、どのような障壁があるのかを、指導医はより理解できます。また研修医がどの点を改善したいと選択したのかを指導医は知ることができます。

フィードバックを振り返る：フィードバックが終わった後、指導医は自身のフィードバックを振り返り、研修医が理解したかどうかや、次回の改善点を考えましょう。また、研修医から指導医へフィードバックがあるような、相互のフィードバックを促す文化は組織としての成長につながります。

研修医がフィードバックを快く受け取るための3つの心構え

ここからは、フィードバックを受け取る際の3つの心構えを解説していきます。

フィードバックは贈り物：フィードバックは贈り物としてとらえましょう。その贈り物は、「すぐに生かすこと」「後で活用すること」も「全く使わないこと」もできます。もしもネガティブな内容の指導を受けた場合でも、それがフィードバックであると認識することが大切です。指導医は研修医にプラスの影響を与えたいと考えている可能性があるからです。その認識が芽生えれば、前向きにフィードバックを受け入れられるでしょう。フィードバックの受け取り方に迷った場合は、信頼できるメンターに相談することも選択肢の1つです。

失敗は成長の機会：自分の失敗を成長の機会ととらえ、受け入れる思考を持ちましょう。初めての段階では誰もが完璧ではありませんし、助けやフィードバックを必要としています。みんながフィードバックを受けながら成長してきたのであり、学びと成長の機会であると認識することが大切です。

自分自身を知るチャンス：フィードバックを受けることは、新たな自己を発見するチャンスです。指導医からのフィードバックがなければ、自分自身を深く理解する機会は減多に訪れられません。フィードバックを通じて自己の側面を学ぶことは貴重な経験です。

*

医療現場での効果的なフィードバックは、指導医が直接観察に基づいた具体的な情報を提供し、研修医の成長に役立てることを目的とします。フィードバックの際には、ぜひ9つの原則を思い出してください。

●参考文献

- 1) Arch Pathol Lab Med. 2019 [PMID : 30102068]
- 2) J Grad Med Educ. 2015 [PMID : 26221437]
- 3) Med Teach. 2012 [PMID : 22730899]

チーフレジデント直伝！
できる指導医になる
70の方法

—研修医教育・マネジメント・リーダーシップ・評価法の極意

野木真将／橋本忠幸／松尾貴公／岡本武士

●A5 2022年 頁352 定価：3,960円（本体3,600円＋税10%）
[ISBN 978-4-260-03655-9]

詳細はこちら



今日から「名指導医」です！

指 導医に必要なリーダーシップ、マネジメント、教育スキル、メンタリングなどをQ&A方式で解説。バンデミック下での新しい研修スタイルの提案も収録。米国で学んだ著者による、経験と実績に裏打ちされた指導医育成プログラムで、あなたも「名指導医」になれる！

目次 第0章 良い指導医とは？
第1章 教える技術
第2章 場面別指導テクニック
第3章 カリキュラム作成と評価方法
第4章 組織マネジメント
第5章 メンターとしてのふるまい
第6章 指導者のスキルアップ
付録 研修病院のNew Normal

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？
初学者でも修得できる「一生モノ」のエッセンスを本連載で学びましょう！

Lesson 01 AI時代になぜ、スライドの作り方なのか

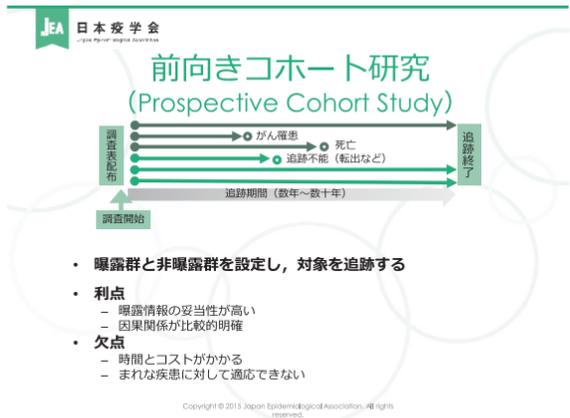
柿崎真沙子 名古屋市立大学大学院医学研究科医学・医療教育学分野 講師

初めての成果発表、初めての学会発表、初めての勉強会での講師。医学生・医療者が避けて通れないのが「スライド作成」です。スライド発表を試みたけれどいまいち聴衆の理解を得られていない、セミナー後の感想を見てみるとどうも評判が良くない、今まで扱ったことのない内容についてスライドを作ってみただけれど、話しているうちに自分でも何が言いたいのかわからなくなってしまった……。そんな経験はありませんか？ 私は何度もありました。

「イメージしやすい、わかりやすい」を求めて

図1は、疫学研究の方法・デザインについて紹介するスライドの1枚で、前向きコホート研究を解説したものです。2008年に作成してから多少の手直しはしたものの、大きな修正は加えずになんと15年も使い続けています。このスライドは多くの方に「わかりやすい」と言っていただき、15年度の日本疫学会一般向け疫学紹介スライドショーコンテストで優秀作品賞を受賞しました¹⁾。このように、大幅な修正なくずっと使い続けているスライドもあれば、図2で示す3枚のスライドのように、見やすさを追求した結果、年月を経て形を大きく変えたスライドもあります。これらは「基本的な統計——簡単な分析統計」を解説するスライドの一部であり、こちらも17年度に最優秀作品賞をいただきました²⁾。

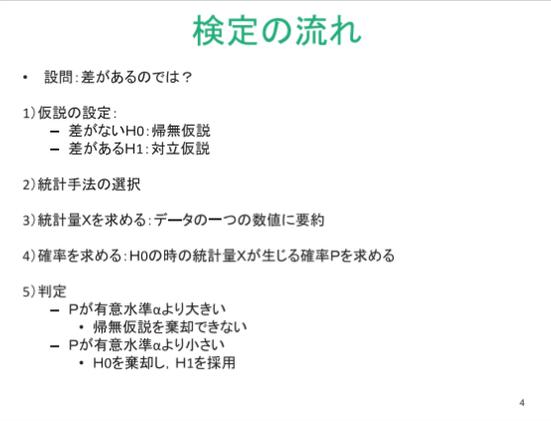
私がわかりやすいスライド作りを追求できたのは、一般の方には何がわからないのか、どうすればわかりやすいかを身をもって知っていたからです。実は私は農学部農学科出身で、医療系の国家資格は一つも保有していません。医学の基礎もないまま、農学部から医療系の大学院に飛び込んだため、医学用語や研究手法などを理解し、イメージをつかんで研究をするようになるまでにとっても苦労しました。先のスライドで挙げた研究デザインの種類や統計手法もはじめはちんぷんかんぷんだったのです。私がもし、少しの説明で全てを理解できる頭脳の持ち主だったなら、賞をいただくような「わかりやすい」スライドは作れなかったと思います。



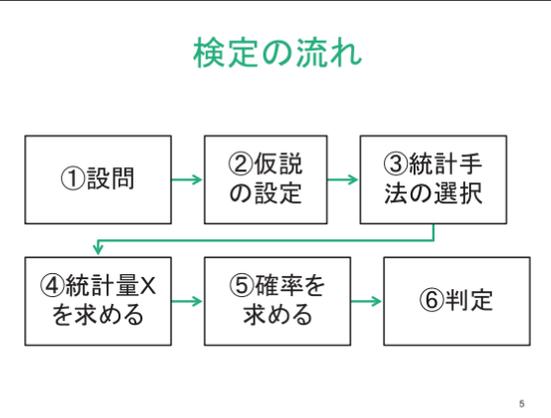
●図1 前向きコホート研究について解説したスライド(文献1より転載)

2008年に作成した当時は黒だった背景を白に変えたり、矢印の位置や文章を微調整したりはしているものの、原型は変えずに15年間使い続けています。

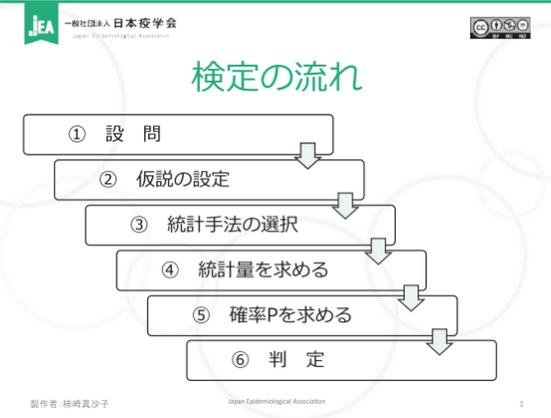
a. 2009年作成



b. 2010年作成



c. 2017年作成



●図2 検定の流れを説明したスライドの変化
文章の羅列 (a)→順番を示す図 (b)→視線が左右にさまよわず、上から下に一直線で見ることが出来る図 (c)、とブラッシュアップしました。書かれている項目はあまり変わっていません。

AI時代にも必要なスライド作成能力

最近では人工知能(AI)が進化し、生成系AIを利用したスライド作成サービスサイトによって、スライド作成がある程度自動化できる時代になりました。しかし、このようなAIを使って作成されたスライドは、本当に「わかりやすい」スライドなのでしょうか。私は、(現時点では、というただし書きを付けますが)先の一連のスライドがAIに作れるとは思っていません。スライドをAIに作らせてみても、実際はかなり人間の手を入れないと使えないことも多いでしょう。そう思う一方で近年の技術の進歩の著しさに鑑みると、かなり近い将来、多少手

を加えれば実用に耐え得るレベルのスライドを、報告書などの文章から簡単に作成できるようになりそうだと感じます。では、どこにどう手を加えると、「わかりやすい」スライドになるのでしょうか？

結局「わかりやすい」スライドを作るには、与えられたデータを表形式にするかグラフ形式にするか、グラフであればどの種類のグラフにするか、どのように概念やイメージを表していくか、という人間の「判断」が必要になります。将来的には理解度を数値で示して比較してくれるなど、AIが「わかりやすさ」の判断を手伝ってくれることは大いにあり得ます。また、私の作成したスライドを含め、インターネット上で公開されているスライドがAIの学習に利用され、さらにわかりやすいイメージや概念図を出力してくれるかもしれません。けれども、どんなにAIが進化してもその「わかりやすさ」を判断するのは私たち人間になるでしょう。そして、何がわかりやすく何がわかりにくいのか。その判断力は自分の手で「わかりやすいスライドを作れるようになる」ことで身に付くと私は考えています。

ずっと使えるスライドを作ってみよう！

私の15年使っているスライドのように、一度「これだ！」というスライドができると、ずっと同じものを使い続けられます。また、自分のスキルが上達して「わかりやすい」がわかってくると、昔作ったスライドもわかりやすいように手直しして活用し続けられるでしょう。もちろん、専門家向けにはその後には挟むスライドに専門的な考察を載せる、一般向けや年齢が低い人向けであればかみ砕いた説明を追加する、のように、発表の対象者や状況に応じて工夫をする必要はあります。とは言え、せっかく試行錯誤するのであれば、多くの人にとって必要な情報を過不足なく押さえた長く使えるスライドが作れると良いですね。

わかりやすいスライドの作成方法については多くの書籍やホームページ、講義などで取り上げられていますが、この連載では、普段私がスライドを作る際に意識している、私なりの「わかりやすいスライド」作成方法をお伝えできればと思います。次回からは、スライドの構成、フォントや背景、データの表し方、図解やイメージ図、スライドの用途などを項目ごとに解説していきます。

●参考文献・URL

- 1) 柿崎真沙子. 2015年度日本疫学会スライドコンテスト受賞作品「医学研究のデザイン」. 一般社団法人日本疫学会. 2016. <https://bit.ly/479DV9d>
- 2) 柿崎真沙子. 2017年度日本疫学会スライドコンテスト受賞作品「基本的な統計——簡単な分析統計」. 一般社団法人日本疫学会. 2018. <https://bit.ly/43z10kQ>

●かきざき・まさこ氏

2004年明大農学部農学科卒。09年東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻修了。博士(障害科学)。東北大学助教、藤田保健大(当時)講師などを経て現職。専門である疫学・公衆衛生学の経験を生かし、現在は医学教育学分野で教学IRや多職種連携教育を主に担当するほか、コロナ禍では学内教育のICT化にも尽力した。

医療者のスライドデザイン

プレゼンテーションに悩むすべての医療者・学生へ

プレゼンテーションを進化させる、デザインの教科書

小林 啓

●B5変型 2023年 頁200 定価:3,740円(本体3,400円+税10%) [ISBN978-4-260-04773-9]

プレゼンテーションに悩む、すべての医療者・学生へ

デザイナー兼現役医師による、医療系スライドをデザインの視点から徹底的に解説する指南書。

伝えるデザインにはルールがあり、ポイントを押さえることで医療のプレゼンテーションは大きく改善します。

デザインの理論だけでなく、幅広い職種に応じた多くの実例スライドを紹介し、BEFORE/AFTER形式で具体的に理解することができます。

演習問題や実例スライドを特設サイトからダウンロードし、手を動かすトレーニングが可能です。

スライドの他にも、研究ポスター、チラシ、オンラインプレゼンテーションなど、医療者が直面するデザインを見やすく、伝わりやすくするためのテクニックを多数紹介します。

医学書院

Chapter 1 準備をする

Chapter 2 整える

Chapter 3 余白

Chapter 4 配色する

Chapter 5 画像にする

Chapter 6 時間を操る

Chapter 7 デザイン実例集

Chapter 8 オンラインプレゼンテーション

Chapter 9 医療とデザインの可能性

目次

詳細はこちら

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15回 熱中症診療これだけ! 診断・治療を遅らせるな

まだまだ暑さが続きますね! 熱中症はもう見慣れましたか? 地球温暖化はさらに進行することが予見されており、気温が高くなるとあらゆる理由での救急外来受診が増え、その滞在時間も長くなるのが指摘されています^{1,2)}。忙しい状況でも熱中症診療を抜け目なくサクサクこなせるよう、下記①~③のピットフォールを確認しましょう。

①多彩な症状にだまされて診断が遅れる

熱中症とは「暑熱環境における身体適応の障害によって起こる状態の総称」であり、多様な症状や徴候を一連のスペクトラムとしてとらえています³⁾。『熱中症診療ガイドライン2015』で紹介されている重症度分類を眺めてみましょう(図)。実に多様かつ非特異的な症状が記載されていますが、極端に言ってしまうと症状などどうでもよく、「暑熱環境にいた」かどうかが一番重要です。患者、付き添い、救急隊などから「暑熱環境にいた」という情報が得られれば、熱中症疑いの暫定診断をつけて迅速に治療を始めなければなりません。体温上昇がない場合があるのもピットフォールです。Ⅲ度熱中症ともなれば高体温が認められることが一般的ですが、大多数を占めるのは脱水や電解質異常を中心とした症状を呈する、より軽症な熱中症です。院外

で脱衣やクーリングなどの処置がされていると正常体温であることも多いので、高体温がないことを根拠に診断を除外してはいけません。

もちろん鑑別診断は挙げておくべきで(表)⁴⁾、特に敗血症はいつでも鑑別上位に挙がってきますので、fever workupと抗菌薬治療の閾値は下げたおいたほうが良いでしょう。さらに、多くの疾患(虚血性心疾患、脳卒中、喘息やCOPD、高血糖、腎不全、精神疾患など)は暑熱にさらされることで悪化したり誘発されたりすることがあるので、基礎疾患の増悪がないか考えておくことも重要です^{5,6)}。

②鑑別診断に振り回されて治療が遅れる

熱中症の治療は、迅速な冷却がポイントです。初動が遅れるほど予後不良となるため、理想的には来院から30分以内に深部体温を38℃台に低下させることが求められます。最も効果的な方法は冷水浸漬です。鑑別診断を考えすぎて検査firstにしていると、とても30分以内での治療遂行はできません。

受診時点で38℃以上が確定していれば深部体温測定を開始します(救急外来では膀胱温測定が簡便性と信頼性の観点から良いと思われます)。ルートと採血くらいを済ませたらそのまま

冷水浸漬へGo! というスピード感です。冷水であっても氷水であっても体温低下率にそれほど差はありません⁷⁾。この方法はもはや院内外において熱中症に対する標準的な治療となっています^{3,8)}。当院では救急隊からの第一報で熱中症による高体温が疑われる場合には、ベッドバスに氷水をなみなみと注ぎ、床をびしょびしょにしながら患者さんを冷水に浸しています。冷水浸漬をする設備がない場合には、脱衣させた後に扇風機で仰ぐ、水囊で頸部/腋窩/鼠径部を冷却する、冷輸液を使用するなどを組み合わせて治療に当たると良いでしょう。しかし、これらを全て併用しても冷水浸漬に勝る効果はありません。なお、扇風機などを使用した蒸散冷却法による体表からの水分蒸発に伴うエアロゾルを介したSARS-CoV-2感染のリスクはないとされているため、通常の感染対策をした上で行うことが可能です⁹⁾。

そのほかにも Arctic Sun™ 5000 体温管理システムやサーモガードシステムなど体温管理療法に使用する機器を使用することも可能ですが、それぞれ診療報酬的に適応外であったり手技的な問題があったりやや使いにくさがあります。施設により使用できる機器には制限があると思いますので、そのような場合には1つの方法にのみ頼るのではなく複数の方法を組み合わせることが重要と考えています。アセトアミノフェンやダントロレンなど薬剤による高体温への治療は効果的ではないとされています。

迅速な冷却が済んだ後は臓器障害に応じた治療をすることになります。一口にⅢ度熱中症といってもその中で重症度のグラデーションがあります。高体温を主体に神経学的な異常が出るのが初期段階で、それだけで終われば良いのですが、発症から24~96時間ほどかけて炎症反応や凝固障害が主体となる段階、肝臓や腎臓などの臓器不全が主体となる段階などが、時間経過と共に現れてくることがあります¹⁰⁾。くれぐれもアンダートリージしないよう、初期治療後のモニタリングおよび

●表 熱中症を疑った際の鑑別診断(文献4より作成)

・頭蓋内出血	・発作
・薬物中毒	・離脱症候群
・甲状腺クリーゼ	・褐色細胞腫
・敗血症	・脳炎、髄膜炎
・運動誘発性低ナトリウム血症	
・セロトニン症候群、悪性症候群	

病態に合わせた治療も必要になることも知っておきましょう。

③帰宅させる際の指導を忘れる

熱中症で受診する患者の大部分は脱水を主体とした症状であり、冷所での点滴または水分摂取でだいぶ元気になります。帰宅させる際に「悪くなったらまた来てくださいね〜」で済ませていませんか? 熱中症患者を帰す時には少し配慮が必要です。

まず、健康な若者たちはスポーツや屋外での仕事にすぐに復帰したがる人が多いと思います。最低でも24~48時間は暑熱環境を避けるよう指導しましょう。症状が治まったからといってすぐに暑熱環境に復帰すると、熱中症の再燃や重症化を起こすことがあります。

中年~高齢者では、自宅環境が整っているのかどうかをよく確認しましょう。熱中症と環境/社会的要因には大きな関連があることが指摘されています¹¹⁾。家に冷房がなかったり電気代を支払えずに電気が止まっていたり、なんて患者もよくいます。気温が37℃を超えると扇風機は何の意味も持たなくなります¹²⁾。そういった場合には医療ソーシャルワーカーを中心に環境を調整できるか検討し、難しそうであればいったん入院してもらって体制を整えることを考慮してください。

今回の勘どころ

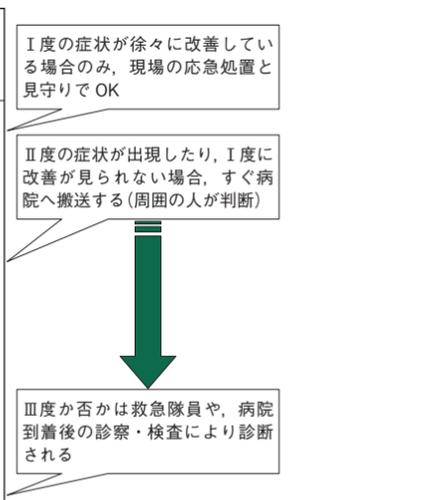
- 熱中症の診断は病歴から。「暑熱環境にいた」がキーワード。体温上昇はないこともある。
- 体温上昇があればとにかく迅速に冷却せよ。
- 熱中症を帰宅させる際の注意点を押さえておこう。

参考文献・URL

- 1) BMJ. 2021 [PMID : 34819309]
- 2) Wilderness Environ Med. 2021 [PMID : 34364750]
- 3) 日本救急医学会熱中症に関する委員会. 熱中症診療ガイドライン2015. 日本救急医学会; 2015. <https://www.jaam.jp/info/2015/pdf/info-20150413.pdf>
- 4) Ron Walls, et al. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice 10th Edition. Elsevier; 2022.
- 5) Epidemiology. 2012 [PMID : 23007039]
- 6) JAMA. 2014 [PMID : 25536257]
- 7) Resuscitation. 2020 [PMID : 31981710]
- 8) Wilderness Environ Med. 2019 [PMID : 31221601]
- 9) 新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた熱中症診療に関するワーキンググループ. 新型コロナウイルス感染症流行下における熱中症対応の手引き第2版. 日本救急医学会; 2022. <https://www.jaam.jp/info/2022/files/20220715.pdf>
- 10) N Engl J Med. 2019 [PMID : 31216400]
- 11) Sci Total Environ. 2019 [PMID : 30677927]
- 12) Ann Intern Med. 2019 [PMID : 31382270]

	症状	重症度	治療	臨床症状からの分類
I度 (応急処置と見守り)	めまい、立ちくらみ、生あくび、大量の発汗 筋肉痛、筋肉の硬直(こむら返り)意識障害を認めない(JCS=0)	↑	通常は現場で対応可能 →冷所での安静、体表冷却、経口的に水分とNaの補給	熱けいれん 熱失神
II度 (医療機関へ)	頭痛、嘔吐、倦怠感、虚脱感、集中力や判断力の低下(JCS≤1)		医療機関での診察が必要→体温管理、安静、十分な水分とNaの補給(経口摂取が困難なときには点滴にて)	熱疲労
III度 (入院加療)	下記の3つのいずれかを含む(C)中枢神経症状(意識障害 JCS≥2、小脳症状、痙攣発作)(H/K)肝・腎機能障害(入院経過観察、入院加療が必要な程度の肝または腎障害) (D)血液凝固異常(DIC診断基準(日本救急医学会)にてDICと診断)⇒III度の中でも重症型		入院加療(場合により集中治療)が必要 →体温管理(体表冷却に加え体内冷却、血管内冷却などを追加) 呼吸、循環管理 DIC治療	熱射病

●図 日本救急医学会熱中症分類2015(文献3より転載)



救急診療のバイブルとして、ぜひ白衣のポケットに!

京都ERポケットブック 第2版

ER研修の壁を乗り越えるサポーターとして、上級医の頭の中を言語化してコンパクトにまとめるという趣旨はそのままに、第2版では日々の臨床の中で研修医との対話を通じて浮かび上がった皆が讀くERでのポイントを意識して改訂。また主語別アプローチの「アタマの中」は文字+イラストやフローで図示し、緊急性の高い病態対応の大きな幹をイメージ化し捉えやすくすることを目指した。

編集 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER
責任編集 宮前伸啓
執筆 荒 隆紀



ICU脳波モニタリングのバイブル!

脳波で診る救命救急 意識障害を読み解くための脳波ガイドブック Handbook of ICU EEG Monitoring, Second Edition

ICU脳波モニタリングの定番書に待望の翻訳版が登場。装置の設定方法といった基礎的な事項から、判読方法のポイント、疾患に応じた特徴的な所見、そして、治療での活用法まで必須事項を網羅。それら全てが豊富な脳波図と翻訳経験豊富な訳者による精練された日本語で解説されている必携の書。

原著 Suzette M. LaRoche
Hiba Arif Haider (eds)
訳 吉野相英



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

The Grasping Hand 日本語版 (グラスピング・ハンド)

手・上肢の構造と機能

Amit Gupta, Makoto Tamai ●原著
玉井 誠, 村田 景一 ●監訳

A4・頁488
定価:24,200円(本体22,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05083-8

評者 大山 峰生
新潟医療福祉大学教授・作業療法学

本書を手にとると、まず目に入るのが「The Grasping Hand」という文字である。本書は解剖学書であるが、なんと斬新なタイトルであろう。タイトルには執筆者の深い思いが込められているものだが、読者の方々はこのタイトルから何を感じとるであろうか。

手は人の進化の過程の中で重要な器官として存在し続け、中でも手の把持機能は人が生活する上で欠かせないものとして発達し続けてきた。初期においては環境に適応するために支持物をつかんで移動することを可能にした。次には、粗大な把持機能から個々の指の独立運動を獲得したことにより、精密な把持や道具の使用など、より高度な作業を可能とした。特に、道具の使用は手の延長として機能し、生存競争において優位性をもたらした。そして現代では、われわれは当たり前のように手を利用しているが、多くの動作において手が主役となって生活を支え、そ

の手を効果的に使うために肩、肘、前腕、手関節運動が制御されていることを実感する。こうした観点から改めて本タイトルを見つめ直してみると、手の把持機能は果てしなく長い時間の経過の下に進化し続けてきた究極の賜物であり、「The Grasping Hand」というタイトルは手の基盤となる機能を示しているのみならず、この一語で手の重大さや尊厳までを表現していると言っても過言ではない。

名づけの由来はどうか、原書編集者であるAmit Gupta先生ならびに玉井誠先生の手に対する敬意と情熱が直接的に伝わってくる感覚を覚える。

このような感覚を抱きつつ本書のページをめくると、その瞬間、先例を見ない強烈な衝撃を受け、本書が期待通り極めて素晴らしい解剖学書であることがわかる。神経、血管をはじめとする微細な組織までが丁寧に解剖され、リアルに触れられるかのような見事な新鮮解剖写真がふんだんに掲載されている。これらの美しい写真は読者を魅了するばかりでなく、鮮明だからこそ得られる的確で緻密な情報があ

先例を見ない強烈な衝撃。
極めて優れた解剖学書!



@igakukaishinbun

連続スライスで学ぶ レジデントのための急性腹症のCT [Web付録付]

三浦 晋 ●編

B5・頁280
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05092-0

評者 上田 剛士
洛和会丸太町病院救急・総合診療科部長

『連続スライスで学ぶ レジデントのための急性腹症のCT[Web付録付]』は、急性腹症の診療において緊急性の高い疾患を診断・除外できる力を身につけるための実用的な書籍です。腹部が専門ではないレジデントでも安心して取り組める内容であり、効率良く学べる構成が魅力的です。救急外来で慌てない実力を身につけたいと考える全てのレジデントにお勧めできる一冊です。

この書籍の大きな強みの一つは、ウェブ上のビューワで確認できる連続画像です。紙面に掲載されている一枚一枚の写真を見るだけでは伝わりにくい腸管などの構造物の連続性が、ウェブビューワを使うことでより明確に理解できます。このウェブビューワを活用することで、腹部CTの読影において立体的なイメージを形成しやすく、正確な診断につながります。言うならば静止画と動画との情報量の違いと言えればわかりやすいでしょうか。

また、忙しいレジデントでも「急性腹症における腹部CTの読影」を一通りマスターできるよう、さまざまな工夫が凝らされています。アトラスのように興味のあるページをバラバラと眺めるだけでも、多くの知識が得られることでしょう。このテキストが救急外来で急性腹症の診療を行うレジデントや患者さんの助けとなることは間違いありません。

り、それは新たな視点を見いだすのに役立つ。また、解剖写真の質が低下しないようにと気遣われた用紙の最低限の厚さや紙質、各要所で取り入れられた図解の説明、表面解剖と内部構造との関連性の提示など、いずれにおいても読者にわかりやすく伝えたいという執筆者らの願いと責任感がうかがえる。そして、現存する手の機能の進化を証明するかのようには上肢全ての関節や筋、神経、血管の詳細な解剖が展開されるとともに、運動学、生理学、脳科学的な知見まで網羅され、その機能や意義についての理解も深めることができる。極めつけは、領域に応じて選抜された専門家が最近の知見まで深く掘り下げて解説していることから、臨床家にとって必要とする知識がタイム

総じて、『連続スライスで学ぶ レジデントのための急性腹症のCT[Web付録付]』は、腹部CTの読影スキルを向上させるための効果的なアプローチを提供しています。ウェブビューワを活用した連続画像の閲覧が、レジデントの学習をより深いものにしてくれることでしょう。内容も緊急手術や処置が必要な急性腹症を網羅し、各疾患の簡潔な解説や症例提示を通じて、実践的な知識を身につけることができます。

書籍の構成も見やすく、まずPart Iでは急性腹症の診療のポイントを学び、次にPart IIでは各疾患の画像診断のコツを解説しています。最後にPart IIIでは、病歴と身体所見、CT画像から考える実践的な症例を提示しています。これにより、学んだ知識をすぐに実践に生かすことができます。

この書籍は、レジデントだけでなく、臨床経験を積んだ医師にも有益な情報が詰まっており、急性腹症の診療において幅広い知識とスキルを身につけた医療従事者にお勧めできます。ウェブビューワを活用した連続画像のアプローチは、従来の教材にはない新たな価値を提供し、診断力の向上に大きく貢献することでしょう。この書籍を手に取り、実践的な知識と技術を身につけて、救急外来で自信を持って急性腹症の診療に臨むことができるようになります。

りに確認できる書となっていることである。特に術中の写真を用いた解説は、より実践的な知識技術の獲得に有意義なものとなっている。

本書の冒頭では、偉大な外科医であるKleinert先生ならびにAcland先生から原書編集者らが得た学びについて述べられている。それは、精一杯働くことの価値、謙虚さ、忍耐力、不屈の精神、準備の大切さであるが、本書はその執筆を通して、これら全ての教えに見事に応えており、その証となっている。この教えは、全ての手術医やハンドセラピストなどのメディカルスタッフにとって共有すべきものであり、今後手に携わろうとする方々も含め、より多くの読者に、ぜひ、その証をご覧いただきたいと思う。

新しい「エビデンスで身に付けるコミュニケーション読本」

入職1年目から現場で活かせる!

ココロが動く医療コミュニケーション読本

中島 俊

●A5 2023年 頁152
定価:2,420円(本体2,200円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05282-5]

\\ 対人援助職必携! //

「週刊医学界新聞」の人気連載に大幅加筆、書き下ろしを加えて書籍化。新進気鋭の研究者である著者ならではの視点で、最新の研究内容やホットトピックを豊富に盛り込み、21のテーマを通じて「ココロが動く」方法論をプラクティカルに体得できる実践書。入職1年目からベテランまで、全ての対人援助職が現場で活かせる内容となっている。これからの医療コミュニケーションは「経験則」ではなく、「エビデンス」で身に付ける!

目次

- 第1章 医療者がもつべき倫理観・態度
- 第2章 コミュニケーションの基本的なスキル
- 第3章 状況に即したコミュニケーション法の選択
- 第4章 共感力を高めるために医療者ができること

医学書院

「うわっ! またアラームが!」「この設定はどうすれば...?」
こんなとき考え方がわかれば、なにもこわくない!

わかる! たのしい! 人工呼吸

呼吸生理から考える臨床の「なぜ」
Mechanical Ventilation: For Fun and Benefit

▶「呼吸の生理学・病態生理学」から紐解き「人工呼吸管理」をわかりやすく解説。呼吸の仕組みが論理的に理解でき「わかるたのしさ」を感じられる構成。難しい内容を平易な言葉で図を交え説明し、それぞれのパラグラフは通読しやすく簡潔に記載。人工呼吸管理に苦手意識を持つ医師や研修医、また呼吸療法認定士を目指す看護師・コメディカルなどに最適。

訳: 田中竜馬 Pulmonary & Critical Care Medicine Intermountain LDS Hospital Salt Lake City, Utah, USA

定価3,630円(本体3,300円+税10%)
A5 頁328 図171 2023年
ISBN978-4-8157-3066-6

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

第34回「理学療法ジャーナル」賞

第34回「理学療法ジャーナル」賞贈呈式が2023年4月15日、医学書院本社で開催された。本賞は、前年の1年間に『理学療法ジャーナル』誌に掲載された投稿論文の中から特に優秀な論文を編集委員会が顕彰し、理学療法士の研究活動を奨励するもの。2022年は29編が受賞対象となり、下記3論文がそれぞれ入賞、準入賞、奨励賞に選ばれた。



●写真 左から湯口聡氏、清野浩希氏、松田友秋氏

【入賞】清野浩希, 他: 主観的伸張感で実施時間を設定した静的ストレッチングの有効性——ランダム化クロスオーバー試験による検討(第56巻第5号, 原著)

【準入賞】松田友秋, 他: 歩行動作の時間的・空間的パラメータと膝関節の力学的負荷, 加速度関連指標との相互関係(第56巻第11号, 原著)

【奨励賞】湯口聡, 他: 超音波画像を用いた末梢動脈疾患における下肢骨格筋の組成と6分間歩行距離との関連(第56巻第9号, 報告)

入賞の清野氏らの論文は、臨床で患者から頻繁に尋ねられる「何秒間ストレッチすれば良いか」を検証するために、主観的伸張感で実施時間を設定した静的ストレッチング(ストレッチ)の即時的な可動域改善効果を非盲検ランダム化クロスオーバー試験にて検討したものの。ハムストリングスの伸張性改善が必要と判断した外来患者50人に、①一般的に臨床で行われている時間(30秒)を決めて実施するストレッチと、②主観的に筋が伸びたと感じるまで実施するストレッチの2種類をそれぞれ4セット、別日に実施し、実施前後の膝関節他動伸角度の変化量を測定することでストレッチ効果を検証した。結果、主観的伸張感で実施時間を設定するストレッチが、即時的に可動域を改善するためにより有効である可能性が示された。患者の疑問に対する回答の根拠をつくる「臨床から生まれた臨床のための価値ある研究」との評価を得ての受賞となった。清野氏は、「普段臨床で行っていることには本当にエビデンスがあるのだろうか、との疑問が本研究のきっかけ。臨床ではどうすれば目の前の患者さんに一番効果が出るのか、皆一生懸命に考え奮闘している。その思いが論文に表れていたらうれしい」と自身の研究を振り返った。

『理学療法ジャーナル』誌では本年も、掲載された投稿論文から第35回「理学療法ジャーナル」賞を選定する。詳細は『理学療法ジャーナル』誌投稿規定(<https://www.igaku-shoin.co.jp/journal/551/instruction>)を参照されたい。

視点 医学部教育にリプロダクティブ・ライツの授業が必要な3つの理由



柴田 綾子 澁川キリスト教病院 産婦人科

2022年11月にFIGO(国際産婦人科連合)、WATOG(世界産婦人科専攻医連合)、IFMSA(国際医学生連盟)より「全ての医学生に避妊と中絶に関する教育を」という声明が発表されました¹⁾。避妊や中絶は女性の健康において非常に重要であり、基本的人権に含まれる「リプロダクティブ・ライツ²⁾」(註)です。日本では産婦人科の専門領域だと考えられてきた避妊や中絶を「全ての医療者に必要な知識」として医学部で授業する必要があると考える理由を本稿で解説します。

1) 妊婦に対する禁忌薬と、確実な避妊法の理解

近年、妊婦に禁忌とされる薬(降圧薬のACE阻害薬やARB、COVID-19治療薬のゾコバ®やラゲブリオ®等)が、「妊娠に気づかずに」処方された例が報告されています。また、服用時は確実な避妊法が推奨されるバルプロ酸において、わが国ではその処方時の避妊法に関する啓発が不十分であると言われていました³⁾。このように内科で処方する薬にも避妊法(図)の指導が必要なものがあります。

2) 避妊法や中絶法の選択肢の増加

2019年に緊急避妊薬のオンライン診療が承認され、23年5月には経口の人工妊娠中絶薬が承認されました。さらに現在、緊急避妊薬のスイッチOTC化が議論されています。

しかし、わが国の義務教育における学習指導要領に避妊や中絶はなく、医学部入学までにこれらの知識を十分に学んでいません。避妊や中絶は「一部の人のだけの問題」ではなく、全ての女性とそのパートナーにとって重要な知識のため、医学部でも教育が必要です。

3) 社会と生き方の多様化

以前は「女性は結婚して妊娠、出産するものだ」というジェンダー役割の決めつけがありましたが、今は必ずしもそうではありません。これはリプロ

ダクティブ・ライツの視点からも重要です。医療者として女性患者を診療する際、無意識にジェンダー差別をしまわれないよう、リプロダクティブ・ライツを学ぶ必要があります。

*

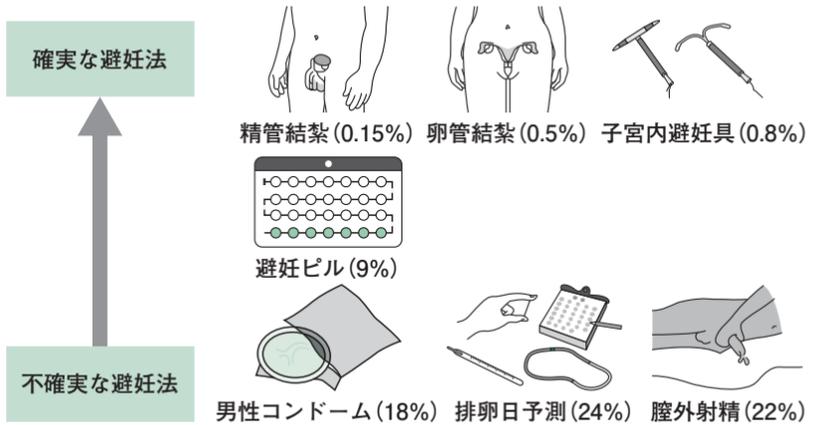
私たち医療者は、個人が持つリプロダクティブ・ライツを尊重し、性の在り方や生殖(避妊・妊娠・出産・中絶)についての自己決定権を支援する必要があります。産婦人科医の有志団体リプラのHP(<https://reproductiverights.jp>)では、リプロダクティブ・ライツに関する文献を翻訳し、無料で公開しています。明日からの診療や医学部教育にこれらの教材を活用し、リプロダクティブ・ライツの理解が深まることを期待しています。

註: 避妊, 妊娠, 中絶について、誰からも強要されずに自分自身で決められることができ、関連する情報や医療サービスを受けられる自由と権利。1994年の国際人口開発会議で提唱された。

●参考文献・URL

- 1) FIGO. Joint statement of support for the inclusion of contraception and abortion in sexual and reproductive health and wellbeing education for all medical students. 2022. <https://x.gd/qEtdc>
- 2) UNFPA. Programme of Action. 1994. <https://x.gd/pnAzN>
- 3) Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2019 [PMID : 30854762]
- 4) Trussell J, et al. Efficacy, safety, and personal considerations. In : Hatcher RA, et al. Contraceptive technology. 21st ed. Ayer Co Pub ; 2018.

●しばた・あやこ氏/2006年名大情報文化学部卒。世界遺産を巡って15か国ほどを旅行した経験から母子保健に関心を持ち、群馬大医学部に3年次編入する。11年に卒業後、沖縄県立中部病院での初期研修を経て、13年より現職。女性の健康に関する情報発信やセミナーを中心に活動。著書に『明日からできる! ウィメンズヘルスクエアマスト&ミニマム』(診断と治療社)、分担執筆に『レジデントのための急性腹痛のCT(連続スライスで学ぶ)』[Web付録付](医学書院)など。



●図 各避妊法とその避妊効果(文献4をもとに作成) わが国における避妊法を抜粋した。各避妊法における年間当たりの妊娠数をパーセントで示す。

薬剤師のための栄養療法管理マニュアル

吉村 知哲, 寺田 智祐 ●編

B6変型・頁400
定価: 3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05029-6

●評者 名徳 倫明
大阪大谷大薬学部教授・実践医療薬学

栄養療法は疾患の治療や合併症の予防に寄与し、患者の予後やQOLを改善する。多くの病院薬剤師や保険薬局に勤務する薬剤師(以下、薬局薬剤師)は、薬物療法に加えて栄養療法にも積極的に関与していく必要がある。しかし、薬剤師向けの栄養関連の書籍はほとんどなく、業務を行う上で、栄養療法の評価もあまりできていないのが現状である。

病棟業務, チーム医療, 在宅医療で活躍する薬剤師にとって頼りがいのある一冊



本書は、薬剤師が病棟やチーム医療において栄養管理、さらには在宅医療に積極的に取り組めるように、薬剤師として必要な栄養の知識の他、栄養を評価する時に注意したい薬剤

「症状別・疾患別の栄養介入のポイント」は、「病態と治療→症状・疾患と栄養→栄養管理の介入ポイント→食事療法の介入ポイント→薬物療法→薬物療法の介入ポイント→症例」の流れで構成されており、薬物療法の介入ポイントとして治療薬の副作用チェックをする際の注意点についてまとめられている。症例では、薬剤師がどのような点を介入ポイントとして提案していくかがわかりやすく解説されており、臨床現場で非常に役立つのは間違いない。

これまでの書籍と比べると、本書は「薬剤師目線で書かれている」点大きな特色となっている。薬剤師が栄養療法にもっと興味を持ち、積極的に介入できるように、また医師や看護師などの医療職からの問い合わせにも回答できるように工夫されている。全編にわたって本文は重要なポイントを簡潔に記載するスタイルで貫かれており、読者は求めている内容をピンポイントで探しやすい。また、図表をふんだんに盛り込んだことで、とても理解しやすくなっている。さらに、薬剤師として情報が不足がちになる食事療法や食品栄養剤についても取り上げているのもうれしい。ポケットサイズのマニュアルなので、白衣に忍ばせておけば、いざという時の戦力となる。本書はまさに書籍のオビの惹句の通り、適切な栄養療法をサポートする心強い相棒と言えよう。

病棟業務, チーム医療, 在宅医療で活躍する薬剤師にとって、本書はとても頼りがいのある一冊である。

本書は、「栄養療法の基礎知識」と「症状別・疾患別の栄養介入のポイント」の2部から構成されている。前半の「栄養療法の基礎知識」では、薬剤師にとって必要な、栄養療法の総論、各栄養療法の特徴や投与法、注意点、臨床検査値、簡易懸濁法、在宅栄養についてわかりやすく解説している。これらは処方監査、処方提案、チーム医療に必要な知識であり、病院薬剤師だけでなく薬局薬剤師にも役立つ内容になっている。また、知っているようで知らない不確かな用語を「ひとことメモ」として解説しており、かゆいところに手の届く配慮がなされている。後半部の

双極症に携わる医療者のための羅針盤。 医学書院

「治療」から「診療」へスコープを広げて大改訂

日本うつ病学会診療ガイドライン 双極症 2023

監修 日本うつ病学会
編集 気分障害の治療ガイドライン検討委員会 双極性障害委員会

詳細はこちらから



■B5 2023年 頁256 定価: 5,500円(本体5,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-05317-4]



PCで
 スマートフォンで
 すぐ役立つ
 総合データベースの
 決定版!



今日の診療

▶ プレミアムWEB ▶ ベーシックWEB

- PC・タブレット・スマートフォンで、いつでもどこでも。
さらに、オフライン*でも
 - AIによる診断アシスト機能を実装。症状・症候から疑われる疾患の候補を表示します
 - 高機能な検索システム
 - 常に最新情報にアクセス—収録コンテンツの改訂に伴い、データをアップデート!
 - 3,080円/月・34,320円/年から。目的と使用環境に応じた多様なプランをご用意
- ※「Windowsインストールオプション付」プランのご契約が必要です



収録コンテンツ一覧

- 今日の治療指針(2年分収録)
- 治療薬マニュアル
- 臨床検査データブック
- 今日の診断指針
- 標準的医療説明
- 今日の救急治療指針
- 今日の小児治療指針
- 今日の整形外科治療指針
- 今日の皮膚疾患治療指針★
- 今日の精神疾患治療指針★
- 新臨床内科学★
- 内科診断学★
- ジェネラリストのための内科診断リファレンス★
- 急性中毒診療レジデントマニュアル★
- 医学書院 医学大辞典★
- 患者説明資料
その場で印刷して患者さんに渡せます
- 診療報酬点数表

★は『今日の診療プレミアムWEB』でのみご利用いただけます。

詳しくは

今日の診療



今日の診療 プレミアム vol.33

DVD-ROM for Windows も販売中です



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <https://www.igaku-shoin.co.jp>
 [販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp