

2023年9月11日
第3532号 for Residents

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

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] ER×研修医教育, 悲喜こもごも (宮前伸啓, 荒隆紀, 安炳文, 自閑昌彦) 1-2 面
- [寄稿] 忙しい研修医のためのAIツールを活用したタイパ・コスパ重視の文献検索・管理法(中島誉也)…………… 3 面
- [連載] スライド作成のABC…………… 4 面
- [連載] ER診療の勘どころ…………… 5 面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6-7 面

座談会 ER×研修医教育, 悲喜こもごも



自閑 昌彦氏
宇治徳洲会病院
心臓血管内科/卒後臨床研修
センターセンター長

宮前 伸啓氏
洛和会音羽病院
救命救急センター
京都ER 副部長
司会

安 炳文氏
京都第一赤十字病院
救命救急センター
副センター長

荒 隆紀氏
医療法人おひさま会
最高人事責任者

ER 初療に出始めたばかりの頃, 研修医の前に立ちはだかる壁はたくさんあります。その一方, 研修医を指導する立場にある上級医たちも, タイムプレッシャーがかかりやすい環境下でさまざまな難事に頭を悩ませながら日々診療と教育に当たっています。

本紙では, この度上梓された書籍『京都 ER ポケットブック 第2版』(医学書院)¹⁾の責任編集を務める宮前伸啓氏, 執筆を務める荒隆紀氏に加えて, 京都においてERでの研修医教育に携わる安炳文氏, 自閑昌彦氏を迎えた座談会を企画。研修医教育にまつわる悲喜こもごもをお話いただきました。

すると急に顔つきがしっくりきて, 苦手だった患者説明が上手くなっているなど猛スピードで成長する様子は, 何度見ても良いものです。

多忙な救命の現場で教えるということ

宮前 反対に, 研修医教育の難しさを感じる点はどのあたりでしょうか。

安 診療の忙しさと教育との間でバランスを取ることです。緊急度が高く余裕がなくなると教育よりも救命に集中しますし, その後のフィードバックのタイミングを見失いがちになります。研修医側も内省する時間を十分に取れないことがあるでしょう。一方で, 患者さんが少なすぎても勉強量が積み上がらないので望ましくありません。もちろん状況に合わせて調整はしますが, コントロールできない困難さといったところでしょうか。

また, 研修医のキャパシティは個人差が大きいため, その見極めと調整は指導医の腕の見せどころかと思えます。総じて, 画一的な対応ができないことにERでの研修医教育の難しさがあるのかもしれませんが。

荒 タイムプレッシャーがかかると, とにかく手を出そうとするタイプと, はたから見ているしかできないタイプの研修医に二分される印象があります。安先生のおっしゃるように, 救命に寄ること教育が後回しになるのは当然のことだと思いますが, そうした場で研修医は研修医なりに罪悪感を覚

えていることも多いはず。私自身, ERでの研修期間中はどうしようもない無力感に悩んでいました。上級医の仕事の横で見ていて, 果たして同じことを自分ができるようになるのだろうか……と不安に思い, 先輩から「自分も昔はそうだった」との話を伺って不安が少し和らぐこともありました。

安 到達度に関して言うと, 「ERで面倒を見るからにはこのレベルには到達させないと」といった思いを以前は強く抱いていましたが, 最近はもう少し気楽な考えにシフトしてきました。

宮前 何かきっかけがあったのですか。
安 ERでの2か月間は頼りなかった研修医と, その半年くらい後に夜間の業務を共にすることがあったのですが, 以前の姿からは想像できないくらいテキパキと仕事をこなせるようになっていて驚いたという体験を契機に, 考え方が徐々に変わっていったように思います。無理矢理2か月の間に詰め込もうとしなくても, 研修期間は他の診療科を含めて2年間あるわけですから, 自分に合ったペースで各自学んでいってくれるのかなど。ある意味で研修医を信頼するということなのかもしれません。

宮前 こちらが押し付けようとしても, そのまま吸収してくれないことのほうが多いですからね。それぞれの学習ペースを尊重するのは大切だと思います。

荒 加えて研修医の立場からすると, (2面につづく)

宮前 臨床では, 少なくない時間を割いて上級医たちが研修医の指導に当たっています。本日は, そこにある魅力ややりがいはもちろん, 悩みや困り事についても率直な意見を共有することで, より良い教育環境の醸成につなげられればと考えています。安先生, 自閑先生にはERでの教育に携わる指導医の立場から, 荒先生にはかつて当院で初期・後期研修を行い, 卒前教育とERでの診療のギャップに驚いて『京都 ER ポケットブック』を上梓された立場から, それぞれお話しいただければ幸いです。どうぞよろしくお話ししたいと思います。

不確実性に共に対峙する面白さ

宮前 ERでの研修医教育に継続してかかわるモチベーションがどこにあるのかを, まずは伺いたいです。

安 研修医は必修科目としてERで12週以上研修を行いますから, 必然的に彼らと苦楽を共にする時間が長くなります。それだけの期間をERで過ごしてもらうのならば教育の質を高めたいと, 自然と考えるようになっていきました。

自閑 若い人たちと一緒に仕事をしていく面白さは確実にありますね。主訴や重症度に幅がある患者さんが次々に

舞い込む不確実性の高いフィールドで一定の期間を共に過ごしていると, 人と人とのつながりが深まる実感があります。難しくよくわからないことと一緒に取り組む面白さです。単純化すると, その楽しさがあるから続けているだけと言ってもしまえる気もしています。指導医として何かを授けてあげるというのではなく, 一緒に困難を乗り越えてみようよといったスタンスで臨んでいます。

宮前 難しいこと, わからないことがある時のほうが面白いという側面はあるかもしれません。

荒 ERでは不確実性に向き合う場面が多いという事実が, 大変ではあるものの面白さに直結するのは同感です。不確実性ゆえに上級医といえども常に怖さが付きまといまいます。そうした状況であるからこそ外してはいけない要点は押さえていく。押さえるべき勘どころを研修医に伝える中で, 教える側でも言語化が進む楽しさがあるでしょうし, 研修医が教わったことをスポンジのようにぐんぐん吸収して変わっていく様を見るのもまた喜びにつながるのではないのでしょうか。

宮前 研修医の変化が目に見えるとうれしいですね。初めは学生の頃の名残りが強かった研修医が, 1~2か月

●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。

9 September 2023 新刊のご案内 医学書院

ジェネラリストのための内科外来マニュアル (第3版)

編集 金城光代, 金城紀与史, 岸田直樹
A5変型 頁888 定価: 6,600円[本体6,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04266-6]

DSM-5-TR 精神疾患の分類と診断の手引

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
訳 染矢俊幸, 神庭重信, 尾崎紀夫, 三村 将, 村井俊哉, 中尾智博
B6変型 頁480 定価: 5,500円[本体5,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05219-1]

職場のメンタルヘルスケア入門

編集代表 宮岡 等
編集 淀川 亮, 田中克俊, 鎌田直樹, 三木明子
B5 頁256 定価: 3,740円[本体3,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05319-8]

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

尾藤誠司
A5 頁248 定価: 4,180円[本体3,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05330-3]

ケースで学ぶ抗菌薬選択の考え方 耐性と抗菌メカニズムの理解で深掘りする

著 小川吉彦
監修 矢野寿一, 笠原 敬
B5 頁328 定価: 6,380円[本体5,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05238-2]

病態生理と神経解剖からアプローチするレジデントのための神経診療

監修 塩尻俊明
執筆 杉田陽一郎
B5 頁392 定価: 5,720円[本体5,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05246-7]

多発性硬化症・視神経脊髄炎スペクトラム障害診療ガイドライン2023

監修 日本神経学会
編集 「多発性硬化症・視神経脊髄炎スペクトラム障害診療ガイドライン」作成委員会
B5 頁320 定価: 6,160円[本体5,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05353-2]

イラストでまなぶ生理学 [Web講義動画付] (第4版)

田中越郎
B5 頁244 定価: 2,970円[本体2,700+税10%]
[ISBN978-4-260-05120-0]

イラストでまなぶ薬理学 [Web講義動画付] (第4版)

田中越郎
B5 頁268 定価: 2,970円[本体2,700+税10%]
[ISBN978-4-260-05121-7]

<出席者>

●みやまえ・のぶひろ氏

2006年昭和大医学部卒。浦添総合病院にて初期研修の後、洛和会音羽病院にて救急科、外科後期研修。11年東京都済生会中央病院心臓血管外科研修、15年倉敷中央病院 EICU 研修などを経て、17年より現職。責任編集に『京都 ER ポケットブック 第2版』(医学書院)。



●あら・たかのり氏

2012年新潟大医学部卒。洛和会音羽病院にて初期研修の後、同院呼吸器内科後期研修。18年関西家庭医療学センター家庭医療学専門医コースを修了、同年より現職。著書に『京都 ER ポケットブック 第2版』(医学書院)、『在宅医療コアガイドブック』(中外医学社)。



●あん・びよんむん氏

1998年京府医大卒。京都府下で5年間小児科研修の後、国立成育医療研究センターにて小児救急の研修を行う。外傷や外因系疾患の経験を積むために成人の ER を志し、2004年湘南鎌倉総合病院、京府医大救急医療学教室勤務を経て、22年より現職。



●じかん・まさひこ氏

2011年京大医学部卒。宇治徳洲会病院にて初期研修の後、同院にて救急総合診療科、循環器内科後期研修。21年より同院卒業後臨床研修センター長。編著に『当直医マニュアル2023 第26版』(医歯薬出版)など。



(1面よりつづく)

教育を行う側のばらつきも気にかかる点かと思えます。救急科専門医がたくさんいる施設ばかりではない中で、医学教育にあまり熱心でない医師が指導に当たるタイミングもあるはず。そうした場合、研修医側からは質問等をしづらい状況もあるでしょう。ですから、専攻医くらの年代の医師がどの程度研修医教育にコミットするかが大事なのだと思えます。Residents-as-Teachers と言われますが、認知的にも空間的にも近接している先輩が指導的役割を果たすことで、教育側のばらつきをある程度補完できるのではないかと考えています。

自閑 専攻医サイドにインセンティブが乏しい問題はあるものの、専攻医による指導は効果的でしょうね。というのも、研修医とのジェネレーションギ

ャップを私自身が日々感じているからです。年齢がそう変わらない間は許されていた距離の近いコミュニケーションも、年齢差が開くにつれ難しくなります。指導医側が絶えず調整を図らないといけませんね。

まずは研修医の人となりを知ることから

安 教える側一教わる側の関係性で言うと、合う・合わないの相性も無視できないファクターです。固定ペアにするとか合わない場合に研修医が辛い思いをするので、複数の目が届くような形式にするか、いっそペアを作らなくても良いと考えています。

自閑 相性は確実にありますね。年齢が近いからといってうまくいくわけではないのも難しいところです。

宮前 そうした情報は先生のところに集まってくるのでしょうか。かなり個別的で込み入った情報だと思いますが。

安 研修医からは直接言にくいでしょう。困り事があれば何でも相談するよう伝えてはいるものの、周囲のメンバーを介して情報が伝わってくることも多いです。情報が手に入れば、もちろん調整を行います。

荒 私初期研修をしていた当時の音羽病院では、救急科でのローテーション時は初期研修医と後期研修医がペアを作る制度が敷かれていましたが、組み合わせは日替わりなので一応の逃げ場はありました(笑)。

宮前 当院でもいろいろな形を実際に試してみて、より良い方法を常に模索しています。しかしフォーメーションを決めて診療に当たっても、結局は患者さんが押し寄せて事前の想定通りに動けないことしばしばです。

自閑 どのような患者さんがいつやって来るのか、ER では特に読みにくいですからね。

ペアを作ることに限っては良い側面もあって、教える側一教わる側がうまくマッチした際には研修医の爆発的な伸びが期待できます。研修医が指導医に対して尊敬の念を抱いて、少しでも近づこうと懸命に努力する、指導医もそうした研修医の姿勢を目にして一層仕事に励むようになる。デメリットにも目配せしながら、良い側面を引き出せると良いのかなと思います。

宮前 うまく機能するペアやチームを

作るに当たっては、当人たちのキャラクター性や背景を良く知っておくことが必要なかもしれません。私は新しい研修医が ER にやって来た際に、人としてのベースにどのような背景を持っていて、院内ではどのようなローテーションを経てきたのかなど、マンツーマンで1時間ほど話を聞くようにしています。そうすると、一見おとなしい

気負いすぎず、緩やかなサポートをめざす

宮前 現場教育において難しい点と言えば、振り返り・フィードバックの時間をどう確保するかも挙げられます。やりっ放しにしないためにも必要であることは間違いのないはずけれど。

荒 私が後期研修医だった頃には、当直上りの初期研修医とそのままと一緒に振り返りを行うことがよくありました。医師の働き方改革が進む昨今、褒められたことではないかもしれませんが……。

安 時間が取りやすいのはどうしても業務後になってしまいますね。熱心に振り返りを希望する人もいれば、時間外は対応したくない人ももちろんいて、基本的には時間外を避けながらケースバイケースで対応しているのが実際のところ。ただ、大きな失敗があったケースは直後に振り返ったほうが教育上効果的ははずで、悩ましいです。

自閑 同感です。加えて、失敗後すぐにフィードバックしてあげれば本人の中でもある程度整理がついて、業務後の時間をもやもやしながらかつて済むでしょう。

宮前 全てのケースの振り返りを機械的に行うのは難しいでしょうから、今後は必要なケースに絞って日常業務の中にうまく埋め込んでいく工夫が求められるのかもしれないですね。

患者さんとのコミュニケーションの指導についてはどうでしょうか。うまく教えるのが難しい領域だと思われ

安 トラブルに直結する部分なので気を遣います。研修医が上級医をまねて患者さんに砕けた口調で話すようになってしまい、修正が難しいことがあります。

荒 hidden curriculum ですね。勝手に背中を見て学んでしまっている。

安 そうした場合、私自身が丁寧な言葉遣いで患者さんに接している様子をあえて見せて、研修医が学んでしまったのは異なるコミュニケーションスタイルもあるのだと示すようにしています。必ずしも全員に響くわけではないので、直接指摘することも時にあります。

自閑 患者コミュニケーションに問題があると思われる研修医がいる場合には、直接的に指導するのではなく個別に面談の場を設けて、まずは本人の話を聞いています。あまり管理的になりすぎないようとの意識からです。こ

研修医でも、明確な目標を持っていたり、学生時代や社会人生活での経験から自分なりの医療への考え方を構築していたり、その人なりのスタンスが見えてきます。研修医一人ひとりに対する解像度を上げておくことで、他のスタッフとの関係性に問題が生じた際に介入することが容易になるはず

ちらが彼らのことを管理対象として扱うことで対立構造ができてしまったりは悲しいです。こうあってほしい研修医像と現実のギャップに苦しむことがよくありますが、それは指導医側が勝手に期待しているだけのことで、研修医は研修医なりに必死にやっているのですよね。例えば研修修了から10年が経過し、ひとかどの医師になった彼らが「そういえばあの時指導医にこう言われたな」と思い出してくれることがあれば十分なのかもしれないと近頃は思うようになりました。

安 わかります。指導医としてかかわる以上、成長させてあげなければとつい気負ってしまうのですが、思い入れを強くしすぎることが研修医にとって必ずしも良いとは限らないのだと、本話をしながら改めて感じました。一緒に学ぶ中で研修医が実力を伸ばすことにコミットしつつ、一方でコミットしすぎずにある程度は流れに任せるようなバランス感覚を持ると良いのでしょうか。

荒 指導医の先生方が葛藤しながらも日々提供している教育は、将来のさまざまなフィールドで生きてくると思われます。私は現在、在宅医療のフィールドで管理者の立場にありますが、往診に出る医師を見て、研修医の時点ですっかりとした救急対応を身につけておくことの重要性を日々再認識しています。在宅医療の臨時往診対応ではリソースが少ない中、心理・社会的、個別的な対応を行うために見通しを立てる力が求められ、ER 研修はそうした力を養う格好の場です。今後は救急科専攻医の先生方の研修先に当院の在宅医療の場を提供するなどのコラボを実現できればと考えています。

宮前 不確実性の高い中で患者さんの全体を診るという ER のフィールドにおいて、他施設でも似たような悩みを抱えながら仕事をされていることが共有できて、勇気づけられました。今後も相互に情報共有しながら、より良い教育環境、実践共同体を作っていければと思っています。(了)

●参考文献

1) 洛和会音羽病院救命救急センター・京都 ER (編) 『京都 ER ポケットブック 第2版』 医学書院; 2023.

救急診療のバイブルとして、**ぜひ白衣のポケットに!**

◆ 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ました。

◆ 第2版では皆が躓くERでのポイントを意識した改訂。

◆ 主訴別アプローチの「アタマの中」は文字+イラスト+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。

◆ コンパクトでありながらオールカラーでわかりやすい!

京都 ER ポケットブック 第2版

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

◆ A6 頁528 2023年
定価: 4,180円(本体3,800円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04988-7]

目次
I 原則編
II 検査編
III トリアージで考える主訴別アプローチ編
IV 治療編
V 特殊分野編
VI 使える! ERの覚え書き

救急診療のポイントを押さえた初期研修医・救急に携わる若手医師、必携のマニュアル

救急レジデントマニュアル 第6版

救急・ERの現場で求められる実践的な情報をコンパクトな判型に詰め込んだ定番のマニュアル。①症状から鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載、②診断・治療の優先順位を提示、③頻度と緊急性を考慮した項目立て、④教科書的な記述は思い切って省略し救急診療のポイントに絞った内容で、救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかる! 初期研修医・救急に携わる若手医師、必携のマニュアル、待望の第6版。

監修 堀 進悟
編集 佐々木 淳一

B6変型 頁594 2018年 定価: 5,280円[本体4,800円+税10%]
[ISBN 978-4-260-03539-2] 医学書院

寄稿

忙しい研修医のためのAIツールを活用した タイパ・コスパ重視の文献検索・管理法

中島 誉也 長崎大学病院初期研修医/長崎大学大学院医歯薬総合研究科麻酔科学専攻

●なかしま・たかや氏

長崎大医学部医学科在籍時代から医療AIや臨床研究に興味を持ち、ベンチャー企業でのインターンや複数の臨床研究を手掛けてきた。2022年に同大を卒業。現在は卒業後2年目の初期研修医として同大病院にて研修に励む傍ら、麻酔・集中治療分野の大学院で臨床研究を行う。
X (旧 Twitter) ID : @naka_takaya



文献検索や論文執筆は医師にとって重要なスキルです。ただしその目的は、新しい知識を臨床に生かすため、研究成果を共有するため、自身のキャリアを築くためと、人によってさまざまです。中でも研修医は、学会発表や症例報告、サマリー考察のために文献検索に取り組むことが多いはず。しかし、忙しい日々を送る中で適切に文献検索を行うのは容易ではありません。そこで提案するのがAIを活用することです。本稿では、便利なツールの活用方法に焦点を当てたタイムパフォーマンス、コストパフォーマンスの高い文献検索・管理法を共有します。

医療界の新たな助手 ——AI技術の可能性を探る

近年のAI技術の発展において、特筆すべきはChatGPTの登場です。自然言語処理技術の進歩により、人間の言葉を理解し、人間らしい文章を生成できます。最近では、米国医師国家試験(USMLE)に合格できるほどの正答率を叩き出す¹⁾など、まさに時代を動かす画期的なツールになりました。医療においては、診断や治療の支援、業務の効率化といったさまざまな応用が考えられています²⁾。

こうした大規模な言語モデルのAIは、論文執筆の各ステップ、つまり文献検索・管理、要約、ライティング支援などにも活用ができ、研修医に限られた時間とリソースを最大化する強力なツールとなるはず。紙幅の関係上、文献検索・管理に関連したAIツールだけになりますが、その活用方法を以下で紹介していきます。

研修医が活用すべき 文献検索・管理ツール

文献検索に当たっては、Mutually (お互いに)、Exclusive (重複せず)、Collectively (全体に)、Exhaustive (漏れがない) というMECE (ミーシー) を意識して、モレなく、ダブリなく行うことが重要です。しかし、文献検索の方法 (例えば、PubMedのMeSH用語の使い方など) に関して研修医の時代に体系立てて学べる機会はほとんどないために、この原則に基づいた効率的な検索が難しいこともあるでしょう。また、集めた論文の管理も重要です。そこで、私が普段使用している時間を大幅に短縮可能な文献検索・管理ツールを紹介。各ツールの特徴(表)

●表 筆者が利用する文献検索および管理のためのAIツール(2023年8月時点)

	Perplexity	Elicit	CONNECTED PAPERS	Paperpile
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 思いついた臨床の疑問についての先行研究を出品付きですぐに確認できる 文頭に[pubmed]と付けて検索すると、PubMed掲載論文から文献を検索できる アップロードしたファイルに関して質問することができ、関連したWeb検索/参照も可能 	<ul style="list-style-type: none"> メジャーなテーマの論文の中からクオリティが高い論文を探すのに適している Abstractを1文に要約し、その論文が検索目的に合致しているか素早く確認できる 上位4論文から情報を要約してsummaryを提示してくれる 	<ul style="list-style-type: none"> 見つけた論文に関連のある論文を調べるのに有用な検索ツール 検索結果の中から選択した論文の引用・被引用論文を、ネットワークグラフで視覚的にわかりやすく表示してくれる 	<ul style="list-style-type: none"> サイトから1クリックで論文情報とPDFを取得可 Google DriveでPDF同期、どこからでもアクセスできる PDFにコメント&ハイライト可能 Googleドキュメント、Wordでの論文執筆との相性◎
利用場面	<ul style="list-style-type: none"> 疑問やアイデアが頭に浮かんだ時、即座に関連する文献を確認したい時 	<ul style="list-style-type: none"> 詳細なリサーチやレビューを行いたい時 特定のテーマやトピックに関して高品質な論文を探し出したい時 	<ul style="list-style-type: none"> ある論文が引用している文献や、その論文を引用している他の論文を確認したい時 	<ul style="list-style-type: none"> 論文を整理・保存したい時 論文執筆の際に引用管理を効率的に行いたい時
具体例	<ul style="list-style-type: none"> 新しい治療法や薬に関する最近の研究を迅速に探す 	<ul style="list-style-type: none"> 深い知識を必要とする症例や、特定の疾患・治療法の最新の動向を知る 	<ul style="list-style-type: none"> 学会発表や論文執筆の際に、参考にしたい論文の背景やその後の研究動向を探る 	<ul style="list-style-type: none"> 多数の論文を読みあさった後、それらを整理して保存し、後で参照や引用をしやすくする

や具体的な使用場面(図)などをまとめましたので、ぜひこれらの導入を検討してみてください。

AIと上手に付き合っていくために

図や表を通じて紹介してきたように、AIは強力なツールと言えます。その活用先は論文作成や研究への応用にとどまらず、画像診断やカルテ記載の自動化など、医療の質と効率を大きく向上させる可能性を秘めています。ただし、こうしたポジティブな面が数多く存在する一方で、AIと上手に付き合っていくには次の点に注意する必要があります。

◆AIの限界を理解する

繰り返しお伝えしていますが、AIはあくまでツールです。全てを解決できる魔法ではありません。AIによる診断支援や情報整理は有用ですが、最終的な意思決定は人間が行うべきだと私は考えています。AIの性能や限界を理解し、適切な場面で適切に活用することが重要です。

◆データの質を確保する

AIの学習結果は入力されるデータに大きく依存します。データの質を確保し、適切なデータをAIに提供することが求められるでしょう。“Garbage In, Garbage Out”(質の悪いデータからは、質の悪い結果しか生まれない)です。



●図 筆者が行う「テーマ発案から文献検索・管理に至るまで」のプロセス

◆倫理規定を遵守する

AIの活用にはプライバシーの保護や患者の同意など、医療倫理が深くかかわってきます。活用時は、これらの倫理規定を遵守することが必要です。投稿先のジャーナルによってはChatGPTなどの使用を禁止している場合もありますので、投稿規定を事前に確認しましょう。

*

これらのポイントを押さえつつ、AI技術を上手に活用することで、研修医の皆さんの仕事はより効率的になり、精度も高まるでしょう。患者ケア

の質を向上させることだってできるはず。自身のニーズに合わせて適切なツールを選択し、医療分野でこれから活躍するためにAIとの適切なかわり方を見つけていきましょう。

●参考文献

- 1) JMIR Med Educ. 2023 [PMID : 36753318]
- 2) Nat Med. 2023 [PMID : 36918736]

本紙編集室のFacebookページです。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

医学界新聞 Facebook

アクセプトの鍵は、ロジックと記憶に残るストーリーにある

トップジャーナルへの掲載を叶える ケースレポート執筆法

アクセプトされる症例報告を書くポイントは？この症例は報告に値するだろうか？どのようなスケジュールで進めればよい？臨床で出合った症例を紙面に残して報告するのは、臨床医としての大切な役割だ。初学者向けの基礎から熟練者による指導方法まで、効果的な執筆プロセスを解説。臨床医の多忙な業務の合間にも執筆を進められる「考え方」や「方法論」を提示する。

向川原充
金城光代



MEDSiの新刊

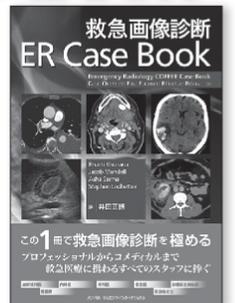
この1冊で救急画像診断を極める!

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

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 02 スライドの構成の考え方

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

一からスライドを作るとき、皆さんはどうやっているのでしょうか？メモ帳やワード、エクセルなどに必要な要素を書き出し、全体の構成をきっちり組み立ててから、パワーポイントなどのプレゼンテーションソフトを開きますか？それともいきなりプレゼンテーションソフトを開き、とりあえず作り始めてみますか？ちなみに私は、学会発表などある程度決まった構成がある場合は前者の「事前に構成を組み立て、必要な要素を落とし込む」方法を使い、「感度・特異度の講義用スライドを作る」のようにテーマが漠然としている場合は後者の「とりあえず作ってみる」方法を採用しています。どちらがより作りやすいかは状況によって左右されると感じているからです。スライドを作成する際に「どちらの方法が良い」という優劣はないと思います。

抄録から構成を作り込む

学会発表は多くの場合、背景や目的、方法、結果、考察、まとめというような流れが定まっており、発表時間も決まっています。そして、発表スライドを作成する前に、これらの内容を学会抄録(アブストラクト)にして提出する必要がある、指定された構成や文字数の範囲内で過不足なく、正確に、内容がわかるように記載することが求められます。この字数制限は比較的短めに設定されていることが多いので、書き込む内容は吟味する必要があります。つまり、考え抜いた末に作成した学会抄録は、プレゼンテーションの構成としても練り上げられたものになっているはず。実際学会発表用にスライドを作成する際は、すでに提出している学会抄録に沿ってスライドを作っていけばまとまったスライドができるでしょう。

あまりにも学会抄録が短すぎる場合は、発表に使うスライドのほうが抄録より内容が多くなるため、どのような内容を加えるかも考えなくてはなりません。その場合は、入れたほうが良いかもしれないと感じたスライドをとりあえず全て作ってしまい、発表時間を計りながら内容を検討します。その際は、文字数の制限の関係で抄録から削らなければならないことが、発表内容のメインとはならないものの

解析結果として重要だと思われること、自分の研究の目的や考察がより明確になる追加情報などを中心に付け加えていきます。最後に発表のまとめなどを入れるとわかりやすくなったり、内容によっては謝辞が必要になったりすることもあります。

スライドを付け加えていく際は、枚数や内容が発表時間に対してあまり多くなりすぎないようにしましょう。1分当たりスライド1枚+アルファ(つまり10分の発表であればスライドの枚数は10~15枚程度)とよく言われますので、それを目安にすると良いでしょう。とはいえ、早口で話す方やスライド1枚に含める情報がそこまで多くない場合は枚数が多くても大丈夫ですし、逆にゆっくり話す方や、1枚の情報量が多い場合などは少なめが良いと思います。あくまで数値は目安として考え、個別の状況に応じて調節しましょう。ただし、付け加える中で抄録の内容と齟齬がでないように注意してください。

悶々と悩むくらいなら手を動かそう!

テーマが漠然としている場合、構成をきっちり考えようと思っても考えがまとまらずに悶々と悩むだけになってしまうことが多いので、私はとりあえずプレゼンテーションソフトを開き、次に示す①~④のように手を動かしながら考えることにしています。

- ①「入れたい」と思ったスライドを、タイトルだけ作る。
- ②全体の流れを考えながら、他に必要なスライドをタイトルだけ作る。
- ③タイトル以外にも説明したい内容がすでに決まっていれば該当スライドにメモ書きを入れる。
- ④スライドの順序を整え、内容を作り込む。

すでに具体的なスライドの内容がイメージできている場合は、①の時点で作り込んでしまうことも多いですが、まずはタイトルや説明したい内容をメモレベルで記載したスライドだけをひたすら作り、後から順序の調整や内容の作り込みを行います。

そうやって概要だけ作っていると、「この内容はこの後に入れたほうが良いかも」「これを加えると流れがわかりやすくなる」「このテーマだったらこのスライドを入れない」といったアイデアが思い

浮かんできます。アイデアを反映し、全体の流れがある程度固まったら、メモ書き程度のスライドでも1度発表をイメージして全体を通し、内容を確認してみましょう。確認してみて、発表時間に対してスライドの枚数が適切か、何か引っかかる点がないかを考え、さらにブラッシュアップします。それを何度か繰り返していくと、発表に必要なスライドが見えてくると思います。

個々のスライドのブラッシュアップは、私は手を動かしながら考える派です。入れたい項目をノートにメモしたり、どういう図が良いかいくつかノットにざっと書いてからスライドに起こしたりする場合がありますが、「とりあえずスライドに並べてしまえ!」とばかりに項目を羅列したり、雑にオブジェクトや表を作り、後からきれいに手直ししたりすることもあります(図)。とりあえず手を動かしていると「あれ?文章にしてみたけれど、これは図表のほうが良いのでは……」「図表だけでいいかなと思ったけれど、解説の文章を入れたほうがわかりやすいかもしれない」「後半にあったスライドを前半に持ってきたほうがいいかもしれない」など、いろいろ考えも変わってきます。ですので、ノートを目の前にして悩むようならば、プレゼンテーションソフトを立ち上げとりあえずいじってみるというのを私はお勧めします。

予行演習をして柔軟に構成を変える

スライドの順番を整え、内容も詰め切ったにもかかわらず、1度説明してみたらわかりにくく、変更を余儀なくされたことは多々あります。発表の内容をぶつぶつぶやきながら流れを確認したり、実際にスライドを投影して予行演習をしたりすることは、わかりやすさを客観的に判断するためにとても重要だと思います。構成を先に作り込んでスライドに起こしていく場合でも、構成をあまり考えずにとりあえずスライドだけ作っていく場合でも、予行演習をしてみて違和感があたら構成や内容を変更する、という柔軟性はとても大切です。

a 被保険者(加入者)と財源構成

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象	65歳以上の者	40-64歳までの医療保険加入者
人数	3,094万人	4,275万人
要件	要介護状態 要支援状態	要介護・要支援状態が特定の疾患に起因する場合
割合		
負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が一括徴収

	第1号保険料(21%)	第2号保険料(29%)
保険料(50%)		
公費(50%)	国庫負担金(25%)	都道府県負担金(12.5%) 市町村負担金(12.5%)

b 被保険者(加入者)と財源構成

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象	65歳以上の者	40-64歳までの医療保険加入者
人数	3,094万人	4,275万人
要件	要介護状態 要支援状態	要介護・要支援状態が特定の疾患に起因する場合
認定者数	546万人(17.6%) 65~74歳:69万人(4.4%) 75歳以上:477万人(31.4%)	15万人(0.4%)
負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が一括徴収

	第1号保険料(21%)	第2号保険料(29%)
保険料(50%)		
公費(50%)	国庫負担金(25%)	都道府県負担金(12.5%) 市町村負担金(12.5%)

c 被保険者(加入者)と財源構成

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象	65歳以上の者	40-64歳までの医療保険加入者
人数 ¹⁾	3,382万人	4,275万人
要件	要介護状態 要支援状態	要介護・要支援状態が特定の疾患に起因する場合
うち認定者数 ¹⁾	607万人(認定率:17.9%) 65~74歳:76万人 75歳以上:531万人	14万人(認定率:0.3%)
負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が一括徴収

	第1号保険料(22%)	第2号保険料(28%)	国庫負担金(25%)	都道府県負担金(12.5%)	市町村負担金(12.5%)
利用者負担					
自己負担(1~3割)					
公費(50%)					
自己負担(7~9割)					

●図 介護保険について説明したスライドのブラッシュアップの過程

- a とりあえず手元にある情報を並べたもの。認定者数の割合が算出できておらず、空欄にしてある。見た目をまだ整えていないため、列の幅や矢印の向きがそろっていない。
- b 見た目をきれいに整えたもの。列の幅を整え、第1号被保険者と第2号被保険者で色を変えて対比する。認定者数の人数と割合の値を追加。フォントの大きさや矢印の向きなども整える。
- c わかりやすさのための最後のブラッシュアップ。保険料の負担割合(下部)の表を帯グラフに変え、構成比率を見やすくした。色の濃淡を調整し、数値の出典元を追加。

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

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

目次

- 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

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16回 高血糖緊急症 診断編——隠された異常に気付ける!?

当直でしばしば遭遇し、「マネジメントってどうすればいいんだっけ?」と戸惑ってしまう高血糖緊急症〔糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)と高浸透圧高血糖症候群(HHS)〕。診断編と治療編(次回, 3536号)に分けて学んでいきましょう!

どんな患者で疑うか?

DKAはケトosisとアシドーシス、HHSは高浸透圧が問題になりますが、これらに起因する症状や徴候は実に多彩です。なんでもアリと言っても過言ではありません。糖尿病患者で重篤感がある(特に意識障害や頻呼吸など)場合には高血糖緊急症を疑う!で良いかと思えます¹⁾。腹痛や嘔吐といった消化器症状が前面に出るDKAもあり、あの向かうところ敵なしと思われるCT様でも診断がつかないこともあります。こういった患者には血液ガス分析や尿検査の閾値を低くして引っ掛けるのが重要です。ただし、糖尿病の既往がなくともDKAやHHSが糖尿病の初発症状となることがあるのは注意点であり、最近では小児や若年例のHHSも増えているとされています²⁾。

診断のカギになるのは、(1)高血糖、(2)アニオンギャップ(AG)開大性代謝性アシドーシス(AGMA)、(3)尿中ケトン体または血中ケトン体の有無です(表)³⁾。これらを血液ガス分析やケトン体測定により探していきましょう! Pitfallがたくさんあるので1つずつ見ていきます。

キーポイント①血液ガス分析

疑って血ガス!のムーブをとれるかで診断できるかどうかのほぼ全てが決まります。糖尿病、なんか具合悪そう、のいずれかに当てはまれば検査をしてしましましょう。動脈血でも静脈血でも

診断には問題がありません⁴⁾。高血糖かつAGMA(pH<7.3, AG>12 mmol/L, HCO₃⁻<18 mmol/L)があればDKA, AGMAがなければHHSです。

でも、実臨床ではそんなに簡単には分類できないことがざらにあります。表に示したDKAの診断基準を満たさないけどDKAという“はぐれDKA”を3つ紹介します。

はぐれDKA ① mixed DKA/HHS——DKAとHHSの特徴を併せ持つ

単純なHHSであればアシドーシスや著明なケトosisはないはずですが、急性腎障害(AKI)や敗血症などがある場合はアシドーシスを伴うことがありますし、重症になれば高張性脱水を主病態にケトosisやアシドーシスになることがあり、DKAを模倣します。高度な糖毒性と過剰な拮抗ホルモン(グルカゴン、カテコラミン、コルチゾールなど)の増加により、相対的なインスリン不足を反映しているmixed DKA/HHSと呼ばれる状態になり得ます(著しいhypovolemia, 浸透圧≥320 mOsm/kg, pH<7.3, HCO₃⁻<15 mmol/L, 血中ケトン>3.0 mmol/Lを全て満たす)⁵⁾。

はぐれDKA ② euDKA (euglycemic DKA)——高血糖がないDKA

SGLT2阻害薬の適応が広がるにつれて、血糖値の上昇が乏しいeuDKAをよく見かけるようになりました。SGLT2阻害薬による糖排泄促進作用により高血糖にならず、インスリン分泌低下+グルカゴン分泌促進により結果的にDKAが引き起こされます。他にも妊娠、食事摂取量低下(飢餓)、アルコール使用障害や肝硬変などが誘発因子として知られています⁶⁾。血糖値が高くないことを理由にDKAを否定してはいけません。SGLT2阻害薬をはじめとした誘因がないかチェック

して、AGが開大している場合にはその鑑別を行いましょう(特にケトン体測定)。

はぐれDKA ③糖尿病性ケトアルカローシス——pHが下がらない重症DKA

DKAの範疇ではありますが、アシドーシスの存在がわかりにくいことがあります。血液ガス分析、ちゃんとできてるとERの神様から言われているような病態です。

DKAではさまざまな酸塩基平衡を合併することが多いです。嘔吐や浸透圧利尿で循環血漿量低下による代謝性アルカローシス、Kussmaul呼吸による呼吸性アルカローシス、呼吸筋疲労による呼吸性アシドーシスなどがあります。これらの混合性酸塩基平衡によりDKAであっても結果的にpH>7.3またはHCO₃⁻>18 mmol/Lとなることがあり、この場合には糖尿病性ケトアルカローシスと呼ばれます。高血糖/血中ケトン体陽性/AG≥16 mmol/L(AGが上昇していれば代謝性アシドーシスの存在が示唆されます)の患者を対象とした最近の研究では、pH>7.4で定義した糖尿病性ケトアルカローシスは23.3%に認められたと報告されています⁷⁾。そして、このうちの3割が血中ケトン体≥3 mmol/Lの重症DKAであることがわかっています。血液ガス分析の注意点になってしまいますが、AGはしっかり見ておくようにしてください。「アシデミアがない。ヨシッ」と安直に血液ガスの結果を読むと落とし穴にはまります。AG開大がある場合には乳酸アシドーシス(糖尿病の文脈では特に感染症や虚血、メトホルミン関連乳酸アシドーシスなど)、尿毒症性アシドーシス、ケトアシドーシス、中毒の4つを必ず鑑別してください。AGを評価できないと見逃してしまいますね。

キーポイント②ケトン体測定

DKAはその名の通り、「ケト」「アシドーシス」なので、ケトosis=ケトン体の存在を証明しなければなりません。そもそもケトン体ってなんですか? ケトン体とはアセトン、アセト酢酸、β-ヒドロキシ酪酸の総称です。そして、検査によって検出できるケトン体が異なります。尿検査では主にアセト酢酸(とアセトン)しか検出できず、β-ヒドロキシ酪酸を検出するためには血液検査が必要になります。疾患や病期によってβ-ヒドロキシ酪酸とアセト酢酸の産生割合が異なることが知られており、DKAでは3:1~6:1、アルコール性ケトアシドーシス(AKA)では11:1~19:1の割合とされています⁸⁾。そのため、尿検査では偽陰性となる可能性があることは注意点です。尿と血液によるケトン体測定はDKA診断の感度は同等であるという報告もありますが⁹⁾、gold standardは血中ケトン体での診断であり治療の効果判定にも使えますので、もし救急外来に簡易ケトン体測定器がない場合にはすぐに購入しましょう。

そんなに高いものではありませんし、数秒で結果が出るのでER診療の強い味方になります。AGMAを見た時に血中ケトン体測定をしていない対応はイマイチです。

DKAとは少し話が逸れますが、特に筆者が住む地域のようにアルコール使用障害の患者が多い地域ではAKAによく遭遇します。尿ケトン陰性なんてことはしょっちゅうありますので、原因がはっきりしないAGMAには血中ケトン体濃度測定をしています。

キーポイント③誘因を探れ

高血糖緊急症の背景に重篤な疾患が潜んでいることを意識しましょう。多忙なER診療では目立つ異常だけに目が行きがちですが、高血糖緊急症の治療失敗は診断の時点から起こり得ます。高血糖緊急症の治療だけをしていても誘因となった疾患を治療しないことには救命できません。特に感染症と急性心筋梗塞は頻度と重症度の観点から絶対に見逃さないように検索しましょう(下記参照)。

- ・治療へのコンプライアンス不良
- ・感染症(COVID-19含む肺炎, 尿路感染症, 胆道感染症, 歯科感染症など)
- ・急性心筋梗塞
- ・脳血管障害
- ・アルコールを含む中毒
- ・妊娠
- ・消化器疾患(虫垂炎, 急性膵炎, 腸閉塞など) (文献10より改変)

*

高血糖緊急症の診断はpitfall満載でした。それぞれの検査の限界や特性を意識して見逃しを減らせるように目を鍛えていきましょう。

今回の勘どころ

高血糖緊急症は見逃し厳禁! 糖尿病、なんか具合悪そう、のいずれかを満たせば血液ガス分析を行おう。

“はぐれDKA”に惑わされるな。特にAGはしっかり評価しよう。

ケトosisを証明するための尿検査の限界を知っておこう。血中ケトン体測定がgold standard!

高血糖緊急症を認めたら、その誘因となる疾患の検索をしよう。

●表 高血糖緊急症診断のカギ(文献3より作成)

	mild DKA	moderate DKA	severe DKA	HHS
血糖値	>250 mg/dL	>250 mg/dL	>250 mg/dL	>600 mg/dL
pH	7.25~7.30	7.00~<7.24	<7.00	>7.30
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	15~18	10~<15	<10	>18
ケトン体	陽性	陽性	陽性	陰性~弱陽性
有効血漿浸透圧	さまざま	さまざま	さまざま	>320 mOsm/kg
アニオンギャップ	>10	>12	>12	さまざま
意識状態	清明	清明/混濁	混迷/昏睡	混迷/昏睡

CTから、緊急処置・手術が必要な症例を見極める!

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]

外科医が伝える急性腹症診察のポイント。緊急の処置・手術が必要な症例を見極めるため、CT診断の要諦をレクチャーする。診断の決め手となる画像だけでなく、連続したCT像を多数提示。病歴とCT像から診断を試みることができる構成。さらに、紙面に掲載できなかった連続画像をウェブ上のビューワで確認できる。必修の症例、難易度、頻度等が示され、効率よく学べる構成。救急外来で慌てない実力を付ける“使える”一冊。

編集 三浦 晋



CTを撮ってもわからない時に手にして下さい。

急性腹症の診断レシピ 病歴・身体所見・CT

急性腹症を「上腹部痛」「下腹部痛」「腹部全般痛」の3つのカテゴリーに分けて考え、それぞれで早期診断すべき重要疾患を、年齢、性別と基礎疾患からのアプローチ方法について解説。「CTの活用法」「診断がつかない場合の考え方」の章も設け、筆者のライフワークである急性腹症に正面から取り組んだ意欲作。This is the way of decision making in an acute abdomen!

窪田 忠夫



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

神経病理インデックス 第2版

新井 信隆 ● 著

B5・頁272
定価:11,000円(本体10,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05252-8

評者 柴原 純二
杏林大教授・病理学

病理医が慢性的に不足するわが国にあって、多くの病理医は general pathologist として諸臓器に向き合うことを余儀なくされているが、新規知見が加速度的に蓄積される現代において、各領域の知識を十全に備えることは年々難しくなっている。特に神経病理は、その複雑な解剖、多彩な組織構築や構成細胞、独特の染色法の数々からして、多くの病理医が苦手とするところであるが、もとより疾患が多様である上に、概念の変遷があり、新規病型の提唱や疾患の細分化が進んでいることが、習得をより困難なものとしている。また、神経病理の特徴の一つは、病理解剖でなければ経験できない疾患が多いことであるが、新型コロナウイルスの流行により解剖の機会の減少に拍車がかかり、経験を積むことが一層困難となりつつあることも、神経病理を学ぶ上での大きな障壁となっている。

この度改訂された『神経病理インデックス』は、こうした難点を孕む神経病理の学習や診断の実践において大き

な手助けとなってくれる1冊であり、定評のあった旧版から実用性がさらに増した印象である。表紙イラストも魅力的な本書をひとたび開けば、美しい肉眼・組織写真の数々、理解を促進する豊富なイラスト、正常組織や種々の疾患についての簡潔明瞭な解説に夢中になってしまうであろう。私見では現状で最も優れた神経病理の教科書と言っても過言ではなく、母国語でこのような良書に触れることに幸せを感じずにはいられない。通読可能な分量でありながら、エッセンスは漏れなく盛り込まれているため、病理学や脳神経内科学を研修中の医師や医学生を含む初学者にまずはお薦めしたい。また、経験豊富ながら神経病理は敬遠しがちな一般の病理医にとっても、神経病理の最新を網羅的に知ることができる本書は一読の価値がある。「インデックス」の名が示す通り、辞書的な活用ももちろん可能である。

著者の新井信隆先生は神経病理分野で数々の業績を残してきた一流の研究

通読可能な分量に神経病理のエッセンスを凝縮



入職1年目から現場で活かせる! ところが動く医療コミュニケーション読本

中島 俊 ● 著

A5・頁152
定価:2,420円(本体2,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05282-5

評者 竹林 崇
大阪公立大教授・作業療法学

医療において、コミュニケーションは基盤となる知識および技術である。どれだけ確実性の高い医療技術があったとしても、それを施術してその後のサポートを行う医療従事者に対する納得と信頼を得られなければ、対象者はそれらの技術は選ばないかもしれない。また仮に選んだとしても、医療従事者に対する不信は、対象者の心身の予後を悪化させる可能性もある。これらの観点から、医療者がコミュニケーションを学ぶことは、エビデンスや知識・技術を学ぶことと同様、非常に重要なものであると考えている。

コミュニケーションに迷うならば手に取ってほしい1冊



「今自分が取っているコミュニケーションの問題点はどこにあるのか」「そしてそれらを改善するためには何をすべきなのか」を過去の豊富な研究を基盤にわかりやすく丁寧に解説しているのが、『入職1年目から現場で活かせる! ところが動く医療コミュニケーション読本』である。

本書の素晴らしいところは、先行研究で調査されたエビデンスを基盤に読者の現在のコミュニケーションを振り返らせて、それらを認めてさらに改善するための方法が論理的に示されている点である。さらに学術用語だけでは理解が困難なニュアンスについては、いくつものシチュエーションと会話というCaseを通して、具体的にどういった発言がどのような問題を孕み、改善の余地があるかなどをわかりやすく解説している点も、理解を促す役割を果たしている。

卒前・卒後のコミュニケーションを見直す際に、これほど系統立てて、論理的にコミュニケーションについて論述された書籍は少ないと思われる。学生・新人からベテランまで、自身のコミュニケーションに迷いがある方は手に取ってほしい1冊である。

しかしながら、医療者におけるコミュニケーションについては、養成校などでも特化した授業が少なく、また経験的に実施してきた先人も多いため、エビデンスを基盤としたコミュニケーション技術に対する教育はいまだに確立されていない。一方、情報化の時代がさらに加速する昨今、医療事故やミスに関する報道が一気に加熱することで医療に対する対象者の不信感が過去に比べて膨らんだという社会的背景もあり、コミュニケーションや接遇に対する必要性がより一層重視されている。

そういった背景の中、医療者に対して「コミュニケーションは何なのか」

者であるとともに、「東京都医学研・脳神経病理データベース」の構築に従事するなど、わが国の神経病理学の教育に多方面から貢献してこられた先生である。現在は自ら設立された唯一無二の神経病理専門の株式会社「神経病理 Kiasma & Consulting」を運営され、文字通り全国を飛び回って神経病理学のコンサルト活動を展開されている。当施設でも病理解剖症例を中心に新井先生にご指導を仰いでおり、深い教養

を持ちつつ、ユーモアを兼ね備えた先生のお人柄に魅了されている。本書においても詩的な表現がちりばめられ、ページ右下にはさりげなく海馬発生のバラバラ漫画が配されているなど遊び心が反映されており、新井先生ならではの1冊に仕上がっている。大幅な発展を遂げた本書の次の改訂版を今から期待しつつ、これから数年間は本書を堪能しながら神経病理に向き合っていきたい。

●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。

「橋本市民病院 大リーガー医」育成プロジェクト 募集要項

■1 趣旨

橋本市民病院は、海外留学支援のノウハウを持つ日米医学医療交流財団の支援を受けて、「米国等にレジデント留学を希望する医師」を募集・助成します。

■2 応募資格

- ①橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方
- ②以下の何れかの米国等留学を希望する医師で、総合内科、腎臓内科、及び救急科のいずれかの診療科において勤務できる方
 - (1)臨床留学 (2)研究留学 (3)MPH留学等
 - ※但し、(1)については、既にUSMLEを取得しているかその受験準備中の者に限る
- ③TOEFL iBT80点以上の取得者(IELTSも可)、又は今後の努力で達成可能な方

■3 募集人数 2名

■4 助成概要 ※原則として留学先は助成を希望する医師が各自で確保すること

- ①助成条件
 - (1)臨床留学の場合 病院で3年間勤務する代わりに米国等への3年間の留学を認める ※但し、2年間は先に病院に勤務する
 - (2)その他の留学の場合 米国等への留学を認める期間は最大3年間とし、留学期間と同じ年数だけ病院に勤務する ※但し、その期間が1~2年間の場合は1年間、3年間の場合は2年間、先に病院に勤務する
- ②助成金額
 - (1)留学先から給与を支給される場合 300万円×留学年数
 - (2)給与を支給されない場合 500万円×留学年数
- ③以下については日米医学医療交流財団が行う
 - (1)このプロジェクトにより海外留学する医師の公募の窓口
 - (2)海外留学する医師の選考
 - (3)留学生のための留学準備、留学中の支援

■5 提出書類

- ①申込書・履歴書
日米医学医療交流財団のホームページの「助成要項A項申し込み」から「JANAMEF A-1」

「JANAMEF A-2」「履歴書」をダウンロードして、それに記入し、提出して下さい。また、履歴書の記入は和文とし、写真は、証明用として最近3ヶ月以内に撮られたものとします

- ②卒業証書のコピーまたは卒業証明書
- ③医師免許証のコピー(縮小コピー可)
- ④USMLE/Step1・Step2CS等の合格証をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- ⑤英語能力試験(TOEFLまたはIELTS)の点数通知書をお持ちの方はコピーを提出して下さい PDF書類はそのままタイピングしてプリントアウトして提出して下さい 書類はできるだけタイピングしたものをご提出願います
- 6 応募締切 2024年3月29日(金)必着
提出先:橋本市民病院事務局
〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL:0736-34-6123
- 7 選考方法 選考委員会が書類審査並びに面接の上、採否を決定します
- 8 選考日
 - ①日時:2024年4月(日時の詳細未定)
 - ②場所:日米医学医療交流財団事務局(東京都文京区本郷3-27-12-6F)
- 9 選考結果の通知 応募者本人宛にメール及び郵便により通知します
- 10 その他 (助成概要に記載されたもの以外の医師の義務)
 - ①レジデント留学開始後、研修報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること:年2回
 - ②留学決定後に日米医学医療交流財団の賛助会員に入会すること
 - ※①は日米医学医療交流財団の指定の様式でA4サイズ(40字×30字位)1枚、日本語とします

■11 問い合わせ先

公益財団法人 日米医学医療交流財団 事務局
TEL:03-6801-9777 E-mail:info@janamef.jp https://janamef.jp
または
橋本市民病院 事務局 TEL:0736-34-6123 E-mail:shomu@city.hashimoto.lg.jp
https://www.hashimoto-hsp.jp/

いま,知っておきたい発達障害Q&A 98

精神医学 Vol.65 No.5 2023年5月号(増大号)

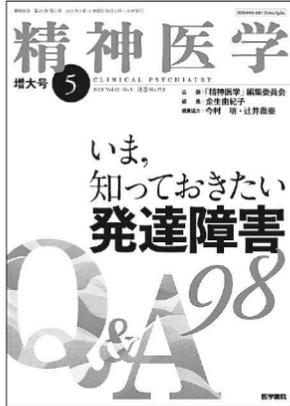
定価:5,500円(本体5,000円+税10%) 医学書院
ISSN0488-1281

評者 久住 一郎
北大大学院教授・精神医学

最近の精神科診療は、発達障害概念を一つの軸に置いて診断や治療に当たらなければ成り立たないと言っても過言ではない。一般精神科診療においても、他の精神疾患に併存する形で発達障害が潜在していることが少なくなく、その知識や適切な対応がいや応なく求められる時代となっている。そんな時に『精神医学』2023年増大号で組まれた特集「いま,知っておきたい発達障害Q&A 98」はまさに時宜にかなった大変有意義で実践的な内容の企画である。

本特集は、98項目のクリニカル・クエスチョン(CQ)から成っているが、実際に、臨床の現場から質問を募集しただけあって、日常臨床でしばしば遭遇する問題が概念(7項目)、疫学(2項目)、病態(8項目)、診断(24項目)、鑑別と併存(19項目)、治療(38項目)に分類されて並べられている。いくつか実際のCQを例に挙げると、「大人になって発達障害が発症することはありますか?」「発達障害はなぜ増えているのですか?」「発達障害を疑った時、どんな心理検査を実施するのがよいのでしょうか?」「日常臨床の発達障害の診断に使いやすいツールを教えてください」「クリニックでの発達障害を疑われる患者さんへの対応のコツを教えてください」「患者さんに発達障害についてどう伝える

エキスパートによる回答で発達障害への理解が深まる



とよいでしょうか?」「発達障害の特性はあるものの診断閾値下(いわゆるグレーゾーン)である場合、今後、どのような対応が考えられますか?」「単身で受診した大人で情報がない場合に発達障害と診断するポイントを教えてください」「発達障害に併存症がある場合の治療の考え方を教えてください」「発達障害の感覚過敏について、どのような対応がありますか?」「比較的短い時間で発達障害の患者さんに対応する工夫はありますか?」などであり、一般精神科医にとって非常に参考になる項目が満載となっている。

各CQには、エキスパートにより簡潔にまとめられた回答の要約がまず提示され、その後解説が配置されている。解説は、分量が長からず短かからず、ちょうど手ごろな長さであり、臨床実践に即した形でまとめられているので、とても読みやすい。また、CQごとにタグがつけられていて、解説内容の対象が主に子どもか、大人かが一目瞭然とわかるようになっており、使いやすい。本書を外来に置いて、診察の合間に参考にするのも良いし、時間のあるときに気になるCQからどんどん読み進めて自習するも良いであろう。手元に置いておくとも非常に有用な、お薦めの一冊である。

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 松尾 宏一
福岡大薬学部教授・腫瘍・感染症薬学

病態による食欲不振や下痢症状の持続などから、経口摂取が困難な状況に陥る場面がある。このような患者に対して適切な栄養管理を怠ると、各種の栄養素やミネラル、ビタミンの欠乏症、さらにはそれらを原因とした免疫力の低下や術後の創傷治癒の遷延などの深刻な症状を招きかねない。このような状況では、治療に対する効果が十分に発揮されないだけでなく、他の疾患を併発して追加の治療が必要となる場合すらある。つまり、医療の現場では日ごろから適切な栄養療法を心掛けて実施することが、各種の疾患の治療や合併症の予防となり、結果として患者

患者の症状や疾患に応じた最適な栄養療法を進めるときの心強い相棒

の子後や全身状態、生活の質(QOL)の改善につながるものである。栄養サポートは、医療と療養の基本である。栄養不良の早期発見と適切な栄養サポートが合併症の予防や早期回復につながるという考え方が浸透し、現在は多くの施設で栄養サポート体制が構築されるようになった。また栄養サポートに関するチーム医療の有効性が証明されてからは、診療報酬においても保険加算が認められ、各医療機関において多種職による管理体制が浸透した。このチームでは、医師、薬剤師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、臨床検査技師などの多職種が連携

筋疾患の骨格筋画像アトラス

久留 聡 ● 編

A4・頁232
定価:13,200円(本体12,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05216-0

評者 榎中 征哉
国立精神・神経医療研究センター病院名誉院長

待ちに待った筋疾患画像アトラスが世に出ることになりました。

この本が世に出ることを強く後押しされたのは故・川井充先生だと思えます。川井先生は1983年に赴任された旧・国立療養所下志津病院で学位論文「Duchenne型筋ジストロフィー症の骨格筋CT所見と、これにもとづく病期分類」を完成されました。おそらく本邦では最初の神経筋疾患画像診断の重要性を説かれた論文だと思えます。その後先生は厚労省の筋ジストロフィー臨床研究班の班長として筋疾患の画像解析の重要性を力説され、久留聡先生にアトラスを出版することを依頼されたのでした。しかし残念なことに川井先生は本書の完成をみることなく、2016年に63歳で他界されました。その後のデータは国立精神・神経医療研究センター(NCNP)の筋画像データベース(IBIC-NMD)に蓄積され、今回の出版の基礎となったのに違いありません。久留先生は川井先生の遺志をつがれ、膨大な資料を選んでアトラス本として、まとめられたのです。久留先生は画像診断研究に15年以上も費やしたと序文に記載されています。

この本を最初に手にしたときの印象は本の大きさ、重さなどが極めて手軽であることでした。この本ならば外来や病棟に持って行って自分で納得し、本人や家族に説明するのに利用できる最高の本であると確信しました。さらにCT、MRI横断面が平行に並べられ、どの骨格筋が侵されているか、正常を

神経筋疾患の病因,病態の解明には画像検査が不可欠



保っているか一見できるように工夫されています。例えば、特に強く侵される皮膚筋炎の外側広筋にはVLの印がつけてあるので、どの部位か、どの程度侵されているかすぐにわかります。またCT、MRIが併記してあるので、炎症筋疾患ではMRIに強い変化があることもわかります。とにかく素人でも病変の種類、部位がわかりやすくなっています。

疾患の部では、疾患各論を後天性筋疾患と遺伝性筋疾患に分けられています。後天性筋疾患では最近どんどん新知見がみられるようになった炎症性筋疾患が詳しく述べられ、画像が診断に役立っています。「column 2」(p.49)では筋炎特異的自己抗体との関連が述べられ、炎症性筋疾患の理解に役立っています。遺伝性筋疾患の部では代表的疾患である筋ジストロフィーの筋罹患部位、進行による変化が述べられていて治療方針を容易にしています。特筆すべきはまれな病気には診断、遺伝子変異、臨床的特徴、組織病理画像など病気を理解するための知識が記載されていることです。

最後にお願ひです。画像診断技術はどんどん進んでいます。将来は1本1本の筋線維が白筋か赤筋かMRIで鑑別できる日が来ることでしょう。もう筋生検の必要はなくなります。久留先生がそのような装置の開発を進めて、成功されたときは先生の著書を100冊買いましょう。その日が楽しみです。

し、各職種の職能を発揮しながら多方面からアプローチする医療が成果を上げている。このような状況において、薬剤師に求められる栄養療法の知識は、飛躍的に高度化しかつ多様化しているが、意外なことにこれまで薬剤師に特化した栄養療法の書籍は存在しなかった。本書は、薬剤師が知っておくべき栄養療法の知識を網羅しながらもコンパクトにまとめられ、実践的な知識を得られるマニュアルとしてその有用性は非常に高い。具体的な内容としては、前半の総論において、経腸・末梢静注、中心静脈栄養についての「投与方法」「薬剤との相互作用・配合変化」「アセスメント」のポイントが的確に解説されている。また栄養療法を考える上での臨床検査値や水分・電解質の項も有用

である。その後続く各論では、食欲不振、下痢、便秘、肝疾患、悪性腫瘍などの全22の症状や疾患を取り上げ、それぞれについて、「栄養管理」「食事療法」「薬物療法」の各ステップの介入ポイントをわかりやすく提示している。このような多種の疾患に対して、各ステップでの栄養療法を非常に的確に解説している書籍は、病院での薬剤管理指導や栄養サポートチーム活動、保険薬局における在宅栄養指導などの各種の場面で重宝するものと確信している。最後になるが、この書籍の帯にもあるように、患者の症状や疾患に応じた最適な栄養療法を進めるときの「心強い相棒」として、ぜひ薬剤師業務において常備し、活用していただきたいと願っている。

精神疾患の国際的な診断基準、9年ぶりのアップデート!

DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision; DSM-5-TR

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年以來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。

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
訳 染矢俊幸
神庭重信
尾崎紀夫
三村 将
村井俊哉
中尾智博



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

医学書院

初学者に「ちょうどよい」定番テキスト、待望の改訂

新刊 **エッセンシャル免疫学** 第4版

The Immune System, 5th Edition

いかに免疫システムが機能し、ヒトに対して影響を与えるかを解説した免疫学の入門テキスト、7年ぶりの改訂。ヒトの免疫に関わる重要な分子の立体構造図や作用機序の模式図など、分子レベルで免疫システムを理解するための図表がさらに充実。新型コロナウイルス感染症の流行を反映したトピックスも加わり「アフターコロナ」の学びを後押し。医学・薬学・歯学・理学系の学部生にとって、内容・ボリュームともに最適な教科書。

監訳: 平野俊夫 大阪大学名誉教授
村上正晃 北海道大学遺伝子病制御研究所 分子神経免疫学分野教授

定価: 7,150円(本体6,500円+税10%)
A4変 頁600 図452 2023年
ISBN978-4-8157-3081-9

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.medsci.co.jp
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

ジェネナビ、始めました 医学書院

明日の臨床に役立つ！ 内科医のための総合サイト ジェネナリストNAVI

よりジェネラルな内科診療を目指したい臨床医のための、新しいWebサイト“ジェネナビ”がオープンしました。忙しい日常診療のちょっとしたスキマ時間でも読める、明日から役立つコンテンツを豊富に掲載！



会員登録 無料

ご登録はコチラから！ https://gene-navi.igaku-shoin.co.jp/register



オープニングコンテンツ

- ▶ ジェネナビO×クイズ1日1問
▶ フィジカルwebドリル
▶ 対談シリーズ「医の-artを求めて」
▶ 抗菌薬ものがたり

- ▶ グラフィカル・ジャーナルクラブ
▶ 臨床現場の仕事術
▶ Q&Aで学ぶ漢方診療
▶ 今月の東京GIM
▶ 診療ガイドラインのエッセンス

9 medicina Vol.60 No.10

ミミッカー症例からいかに学ぶか

ミミッカーとはmimic(まねる)という動詞から派生した用語であり、医療現場においては症状や経過、臨床所見が似ている疾患群のことを指す。

企画：綿貫 聡 (東京都立多摩総合医療センター救急・総合診療科/医療安全対策室)

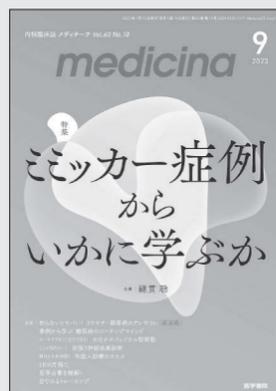
- INDEX
座談会 ミミッカーに騙されないための方略とは
第1章 各論：思い出のミミッカー症例

- 連載
知らないやばい！リウマチ・膠原病のアレやコレ
ローテクでもここまでできる！おなかのフィジカル診断熟
明日から主治医！外国人診療のススメ

来月の特集(Vol.60 No.11)
患者さんの質問にどう答えますか？

2023年増刊号(Vol.60 No.4)
探求！マイナーエマージェンシー

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中！



Vol.33 No.9 総合診療

ジェネラルのための「発達障害(神経発達症)」入門

企画：片岡仁美(京大医学教育・国際化推進センター)
藤井智香子(岡山大学病院 小児科・小児心身医療科、ダイバーシティ推進センター)

- INDEX
[総論]「発達障害(神経発達症)」アップデート
[各論I]「発達障害を理解する—Caseに学ぶ典型例と対処法」

来月の特集 (Vol.33 No.10)
O×クイズ110問！ 日常診療アップグレード

年間購読 受付中！ 2023年 年間購読料 medicina 40,788円(税込) 総合診療 32,472円(税込)