

2024年1月8日
第3548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
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly
週刊医学界新聞
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [寄稿特集] ♪ In My Resident Life ♪
(松村真司, 甲賀かをり, 水野篤, 伊藤香, 川島篤志, 磯部紀子)..... 1—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

新春企画

In My Resident Life



どんな環境であれ 人生を楽しめる人が最強

研修医の皆さん、あけましておめでとうございます。研修医生活はいかがでしょう。まだまだ不慣れな業務に忙殺される中、失敗した自分を責めたり、周りと自分の成長度合いを比べて落ち込んだりはしていませんか？

「成功するとか失敗するとか僕には関係ない。それをやってみることのほうが大事」とプロ野球選手の大谷翔平は述べています。成功や失敗にとらわれず一生懸命挑戦できる、どんな環境に置かれても人生を楽しめる人こそ最強なのではないでしょうか？

新春恒例企画『In My Resident Life』では、著名な先生方に研修医時代の失敗談や面白エピソードなど“アンチ武勇伝”をご紹介します。

松村 真司

松村医院 院長



初めての当直バイトで 実家の父をたたき起こす

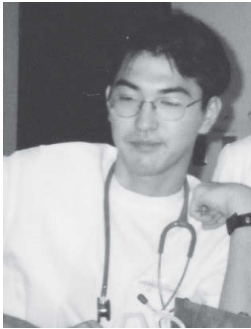
送られてきた本特集企画の趣旨には「成功を収めた先生方に失敗談を聞く」とありました。今の私が成功を収めているかはさておき、そもそも令和の若者たちが卒後30有余年たっても変わらずドジっ子キャラの私に何を学ぶことがあるのでしょうか。振り返ってみれば失敗談の山、いちいち例を挙げればきりがなく、思い出補正を差し引いたとしても、全ては今の私へと続く「長い一本道」かつ「青春の影」です。そして、今も日々繰り返される失敗は、未来の自分の糧になると信じて……いや、信じていないとやっていけません。

①「何かあったら助けてやるから絶対大丈夫」と先輩に言われ、当直医向けの某マニュアル一冊だけを持って出かけた初めての当直バイト。今では考え

こんなことを聞いてみました

- ① 研修医時代の“アンチ武勇伝”
- ② 研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③ あのころを思い出す曲
- ④ 研修医・医学生へのメッセージ

られないですが、当然のように一人当直。明け方の外来にきたのは動悸を訴える患者さんでした。心電図をとったところ洞性頻脈のように見え……までは良かったものの、その後は頭が真っ白。



●レジデント時代の写真
白衣姿の写真はこれしか見つかりませんでした。聴診器はたぶんその場にいた看護師さんに借りたものです。

助けてくれるはずの先輩のポケベル(!)を鳴らしてみても案の定コールバックなし。困り果てた私を助けてくれたのは、実家で寝ていた当時現役開業医だった父でした。その父も数年前に鬼籍に入り、今となっては電話を受けた時どんな気持ちだったか、聞いておけばよかったなと思っています。

②当時はほとんどが出身校の医局で研修をする時代。そんな時代に母校を飛び出し、東京の病院で研修を始めた私は激レアさん。そんな中、最初の内科ローテーションの指導医になったのは母校の優秀な先輩という、激レア×激レアの組み合わせ。そんな奇跡も重なったためか、マンツーマンでの熱血指導となりました。会うなり一言「まっちゃん、学生時代の教科書はハリソン? セシル?」。ネット書店のない時代、一念発起しその日のうちに神保

甲賀 かをり

千葉大学大学院
医学研究院生殖医学
(産婦人科学) 教授



初めての学会発表、教授に向かって「良い質問ですね」

①言葉遣い：学生時代は千葉大医学部で上下関係のゆるい水泳部と、上下関係が全くフラットな英語サークルに入っていました。そのせい(+さまざま

な生育環境により)で、研修医になったばかりの時は、上級医や教授クラスの先生にタメ口をきき、よく怒られました。生まれて初めての学会発表で、他大学の先生(しかも教授)に向かって「良い質問ですね」と言ってしまう、指導医が大慌てをしたこともあります。英語でも That's a good question と言うし、何がいけなかったのか、その時はしばらくわかりませんでした。現在は身分をわきまえ、(わりと)上品な言葉遣いをしている(つもり)です。

(2面につづく)

町のS省堂でセシルの分冊を買ったのでした(電子版のない時代、ハリソンは持って帰るには重すぎました)。研修時代を共に過ごした多くの医学書たちとは、“こんまりメソッド”に従いほとんどお別れしたのですが、黄ばんだセシル内科学は、「スパークジョイ」を発しつつ今も本棚の一角に並んでいます。

③ポール・ウェラー『Into Tomorrow』。当時私は、The Jam、The Style Councilという輝かしいバンドキャリアに区切りをつけ、ソロアーティストとして再出発をした彼に一人上京した自分を重ね合わせて、この曲を含むファースト・アルバムを繰り返し聞いていました。ライブも見に行きましたが、過去の自分に怒りをぶつけるような激しいステージアクトに魂を揺さぶられ、勝手に兄貴認定し、その後もずっとお慕い

申し上げています。年を重ねてもなお前進し続けるウェラー兄貴を見習い、私もめげずに頑張ろうと思っています。

④勝ち続けることは難しく、また勝つことは人生の目的でも意味でもありません。逆説的ですが、負けを繰り返すことによって豊かな人生が生まれるのだと思います(と言うか思いたいです)。でも負けはつらい。負けが込むともっとつらい。そんな時は、なるはやで、助けを求めましょう。どこかに救いはあり、必ず出口はあるのです。

「そう、人生は勝つことより、負けることの方が数多いのだ。そして人生の本当の知恵は『どのように相手に勝つか』よりはむしろ、『どのようにうまく負けるか』というところから育っていく。」(村上春樹著『一人称単数』『ヤクルト・スワローズ詩集』、文藝春秋より)。

January
2024

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。

今日の治療指針 2024年版 私はこう治療している

総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成
デスク判: B5 頁2272 定価: 22,000円[本体20,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05342-6]
ポケット判: B6 頁2272 定価: 17,050円[本体15,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05343-3]

治療薬マニュアル 2024

監修 矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2912 定価: 5,610円[本体5,100+税10%]
[ISBN978-4-260-05359-4]

Pocket Drugs 2024 (ポケットドラッグズ2024)

監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1248 定価: 4,840円[本体4,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05278-8]

標準精神医学 (第9版)

監修 尾崎紀夫、三村 将
編集 水野雅文、村井俊哉、明智龍男
B5 頁596 定価: 7,480円[本体6,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05334-1]

2024年版『系統看護学講座』準拠 解剖生理学ワークブック

編集 坂井建雄、岡田隆夫、宇賀貴紀
B5 頁136 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05368-6]

新春企画 ♪ In My Resident Life ♪

水野 篤

聖路加国際病院
心血管センター循環器
内科 医幹/QIセンター
医療の質管理室長



救急外来で寝落ちした『全力少年』時代

①何回か似た話をしていると思います
が、ご容赦ください。

まず、留年する人の少ない大学で留年し、同期にほとんど知り合いがいないため、情報戦に出遅れます。そのくせ、何か有名な病院に行ってみたいということで、かろうじて知っている先生に研修病院のおすそめを教えてくださいののですが、社会常識もないダメ人間のため、大都会東京の病院の面接では大変な状況でした。某有名K病院の履歴書は顔写真を貼らずに提出しましたし、面接官の偉い先生方から「見学も来ていないとどんな病院かなんてわからないだろう、ふざけているのか!」と言わんばかりのお叱りを受けたのだけよく覚えています(われながらお恥ずかしい限りで、当時の面接官の先生方すみません)。

その後、日々一所懸命生きるようになった初期研修医時代。毎日必死に研修しているのは良いのですが、救急外来での腹部エコーの最中に寝落ちしてしまい、患者さんから「大丈夫ですか?」と心配される始末。今ではありえない環境だったかと思います。20年近く前の大変鍛えられる(ブラックとは言ってません!!!)研修状況で必死に頑張っていたということだけは伝わっていたのか、周りも患者さんもサポートしてくれていたのだと思い、今でも感謝しております。

②自分を育ててくれた患者さんはたくさんいます。読者の皆さんも、医師となって初めての受け持ち患者さんは忘れられないと思います(後々、私のように話すこととなるのでしっかり覚えておいてください)。人工透析導入直

前の慢性腎臓病、冠動脈バイパス術の既往のある高齢女性。オーダーどころか病態も把握できないまま、とりあえず受け持ちが決まった日の翌日の朝、何か調子が悪そうなんです。今考えれば慢性心不全の増悪なのですが、全く状況がわからんです。今はガイドラインなどで治療方針が当然のように決まっていますが、当時は○△マニュアルのようなものしかなく、病棟での悩みに答えてくれるコンテンツは皆無でした(今はいい時代です)。状態が悪いことを周りの先生方に手当たり次第に伝えまくって、優しかった卒後4〜5年目ぐらいの消化器科の先生がさまざまに助けてくれました。本当に感謝したことも記憶しています。当時の患者さん・同期・指導医の先生方の多くの助けがあり、自分は医師としての道を歩むことができたと思っています。

③研修医時代はスキマスイッチでしたね。何か『全力少年』(全力おじさん)だったからでしょう。

④とりあえず目の前のことを一所懸命していると良いことがあると思います。人生はどんな環境であれ、楽しめる人が最強です。臨床現場では、自分の力量で診れるちょうどギリギリの患者さんと定期的に遭遇するようになっているように思います。「自分は試されているな」と感じ、非常にストレスがかかることも事実です。ただ、その目の前の患者さんに一所懸命に対応することはきっと皆さんを成長させてくれるでしょう。成長の先には何ものにも代えられない幸せ・楽しさがあり、エウレカに通じるものです。もちろんこれは、臨床だけではなく、研究であれ、事業であれ、どれも同じかもしれません。

優秀な人であればあるほど、臨床現場からは離れていってしまう時代となりましたが、臨床医にとって、このWilliam Oslerの金言は不変だと思うので、最後に共有して終わりたいと思います。「我々は患者と共に学びをはじめ、患者と共に学びをつづけ、患者と共に学びをおえる」。

母親の面倒を見るべく、数年間東京で働けるならどこでも良い、と思って医局探しをしていました。その時お会いしたのが当時の東大産婦人科教授、武谷先生です。その頃よく、「これからはお産が減るから産婦人科と小児科は仕事なくなる」という話を聞きましたが、武谷先生は「お産が減ったせいで罹患率が増える病気、例えば子宮内膜症などの診療で産婦人科医が活躍するチャンスはむしろ増える」とおっしゃり、なんとポジティブで論理的な考えをされる先生だろうと感動し、入局することにしました(そしてくしくも子宮内膜症は私のライフワークになりました)。

吉川裕之先生：私が東大病院の研修医の時、産婦人科の病棟医長として悪性腫瘍の患者さんを一手に担当されました。当時、腫瘍マーカーの結果が出るには数日かかり、ケモ(化学療法)の効果がなかなかかわからないことがよくありました。そんなある日、先生に「○○さん、腫瘍マーカー下がっていました」と普通に報告したところ「なんでもっとうれしそうに報告しないのか」と怒鳴られました。何で怒られたのかわからず一瞬呆然としましたが、その後先生がいかに本気で患者さんを思い、自分の治療にプライドをかけているのかを知り、医者としてのプロ意

伊藤 香

帝京大学医学部外科学講座
Acute Care Surgery 部門
病院准教授



ベストレジデントに選出！特典は留学と……？

①私は2000年に東京慈恵会医科大学を卒業した後、聖路加国際病院で外科研修を開始しました。当時の研修システムでは研修医の労働時間制限などの配慮はなされておらず、基本的に明確な休みの概念がなかったため、朝から晩まで病院内で働いていました。病院のすぐ隣に「レジデントハウス」という研修医用の寮があり、研修医たちはそこに住んでいましたが、そこにも毎日は帰れませんでした。

外科のローテーションでは、私以外に小児科系と内科系の女子がおり、女子3人で運命共同体のようになんとか生き延びていました。私たち3人は慢性的に睡眠不足だったため、日中のカンファレンス中や、長い手術に鉤引きで入っている時など、寝落ちしてしまうことがありました。そのため、当時のアテンディングや先輩医師から、「ナルコレプシー」と呼ばれていました。ナルコレプシーとは、昼間に強い眠気を生じ、睡眠発作を起こす睡眠障害です。今の時代、研修医をそんな状態になるまで働かせていたら問題になると思いますが、当時の寝ても覚めても研修に没頭していた時代は、間違いなく私の医者としての原点となっていて、今でもその時代と一緒に生き抜いた研修医時代の同期たちに会うと、当時に戻ったような気分になります。

②聖路加国際病院に研修医として就職した時の新人歓迎会で、外科レジデント3年目でこれから米国へ臨床留学するという先輩に出会いました。その先輩は、レジデント2年目の時にベストレジデントに選出されており、ECFMGなどの臨床留学に必要な資格も全てそろえて、米国の中でも超一流であるハーバード大学の外科プログラムの正式なレジデントとして採用されていました。米国留学をめざしていた私はその先輩から、どうしたらベスト

識が何たるかを学びました。

④学生時代、初めて産婦人科の内診台に上がって診察を受けた時(千葉市の病院です!)、自分はいつかカーテンの向こう側で、困っている女性の幸せのために仕事がしたい、という夢を持ちました。産婦人科医になり、いったんはその夢をかなえられたように思いましたが、自分一人で診察し、手術し、幸せにしてあげられる患者さんの数には限界があることも知りました。そして



●写真 聖路加国際病院での研修開始時の集合写真

「このときから20年以上が経過しましたが、今でも忘れがたい仲間たちです」。左端が筆者。

レジデントになれるのか、米国臨床留学への道のりはどのようなものなのかなど、話を聞かせてもらいました。その先輩はそのあとすぐに渡米してしまいましたが、私は先輩のアドバイスを守りながら聖路加での研修を続け、研修医2年目の時にベストレジデントに選出されることができ、特典として、1か月の米国短期留学の切符を手に入れました。その際に、ハーバードでレジデントをしていた先輩のいる病院の見学へ行きました。その先輩は現在の私の夫です。

ちなみに、夫が私に教えてくれた、ベストレジデントになるためのアドバイスは、「退院サマリーの締め切りを守る」でした。一見、「そんなことで?」と首をかしげてしまいそうなアドバイスなのですが、超多忙な外科研修で、手術や病棟業務などの診療そのものに追われる中、地味で小さな仕事であっても取りこぼさずに勤勉であれ、ということだったのだと思います。

③及川光博『死んでもいい'98』。外科ローテーション中、当直明けで意識が朦朧とした状態で朝の回診をしていた時に、患者さんの病室のテレビでこの曲のMVが流れてきました。レオタード姿のミッチーがポップな曲調で「死んでもいい」と明るく歌い踊る、その突き抜けた感じが、当時の実際に死にそうなくらい疲れていた私の心に刺さりました。

④研修の開始は医者としての人生の幕開けです。仕事もプライベートも思い切り楽しむことが、結果として、患者さんにとって最高の医療を提供できることにつながると思います。

今、私の夢をさらになかえるため、自分と同じかそれ以上に良い診療のできる後輩をたくさんリクルートし、教育し、輩出したいと思っています。皆さんも常に夢を持ち、夢に向かって仲間を増やし、さらに大きな夢を抱いてそれを叶えていってください。そして周産期・産婦人科医療に興味のある先生・学生さん、この世に女性がいる限り、活躍の場はたくさんあります! ぜひ私たちの仲間に加わってください!

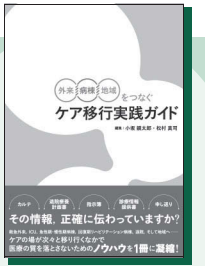
その情報、正確に伝わっていますか?

外来・病棟・地域をつなぐ

ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかわることが一般的となり、各セッションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜ける場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

編集 小坂鎮太郎
松村真司



どんな環境であれ人生を楽しめる人が最強

川島 篤志

市立福知山市民病院
研究研修センター長
兼総合内科医長



明後日から研修開始と
エジプトで聞いて

①私は初期研修 1 年目を大学病院、2 年目からは後述する舞鶴で研修しました。もともとは京都大学医学部附属病院の総合診療部で 1 年間という話でしたが、いつの間にか（？）3 か月×4 というローテート研修に変わっていました。しかも、もともと 5 月から勤務となっていたにもかかわらず（当時は 3 月中旬に医師国家試験）、4 月中旬に国家試験の結果発表を確認するために自宅に電話すると、「明後日から仕事やぞ！」と父親から叱責。頭の中は??? でした。というのも、この時卒業旅行でエジプトに滞在しており帰国はまだ先（4 週間弱の卒業旅行から帰ると、アパートのポストに 4 月から勤務であることを記載した手紙が大学から届いていました……が明らかに遅いですよね！）。急いで大学の複数の先生方に電話で連絡を取りました。1 日 500～1000 円暮らしの貧乏旅行だったのに、電話するのに 5000 円以上かかって憤慨していました！ アパートの引越しもまだ……という段階でしたし、「そんなの聞いてない！」と腹をくくって、予定通り旅行を完遂してから引越し。医師としての勤務は 1 週間以上遅れて始まりました。

最初のローテートは循環器志望の多い 10 数人のグループ。当時は研修医室に戻るたびに患者さんからの差し入れをバタバタ食べていたら、体重は 3 か月で +10 kg（卒業旅行で -5 kg でもあったのですが）。今考えると、大した業務をしていないのに、「忙しい、忙しい……」と文句を言っていました。担当患者さんからもらったバナナを冷凍し、週 1 回の教授回診に備えて皆でワイワイ食べようとしていた時、ガブッと嚙んだら、ボキッと前歯が逝ってしまいました（もともとその歯は痛めてたという前振りがありますが……）。しばらく前歯がない時期は歯抜けネタもできましたが、強面の医局長からは「喧嘩したんやないやろな」と締められました。

ここでは病棟看護師さんのスケジュールがなぜか把握できて、仲良しグループでよく呑みにも行きました。ある呑み会の際に、（当時あった）ポケベルで病棟から呼び出し。途中で元氣よく「帰ります！」と飛び出したものの、次に気づいたのは翌日の朝 10 時過ぎ。なぜかコピー室のソファで布団をかけられて寝ていました……。それが土曜日だったので、金曜日の準夜勤、



●写真 初期研修 1 年目に結核病棟にて回診で訪室すると、大仏マスクをかぶって待っていたお茶目な若い患者さんが、「先生もかぶってよ！」と言って、撮ってくれた写真です（当時はフィルムから現像してわざわざくれました）。当時の聴診器はシングルチューブですね。ちなみに患者さんは結核菌を排菌してました……。この症例は診断プロセスが興味深く、キャリア初の学会発表につながりました。論文化もされましたが、川島の名前はありません……。

土曜日の深夜勤の看護師さんが帰った後の、次の日勤の看護師さんに恐る恐る前日の様子を伺いました。しかし、何があったかわからず……。さらにポケベルまで失くしていました。学生時代にもアルコールで記憶が飛ぶことがありましたが、社会人になって「やってしまった」のは大反省でした（ちなみに呼ばれた要件は大きな問題ではなかったです）。一応、自分的にはそれなりに頑張っていた大学病院 1 年目……でしたが、2 年目からの研修で目が覚めた感じでした。

②昨今の働き方改革的には逆行していますが、医師 2 年目から過ごした、市立舞鶴市民病院での 3 年間、同僚・先輩方、医療スタッフとの出会いはかけがえのないものでした。何度も寝坊した早朝勉強会から始まり、朝の回診（その前の情報収集）、大リーガー医のレクチャー（+その準備）、いつ呼ばれるかわからない剖検、救急診療……そして、学生さんを含めた教育。自分自身の臨床医としての礎をつくってくれた場所でした！ どんな時代だったのか興味を持たれる方は『“大リーガー医”に学ぶ——地域病院における一般内科研修の試み』（医学書院）をどうぞ。

③コブクロの『Million Films』。愛娘が小さい時、早朝の散歩やだっこで寝かす際によく歌っていました。初期研修中であっても子育ては大事！ 該当する方は、理解ある上司を見つけて、周囲への気配りをして（受援力¹⁾を高めて）、楽しい育児を経験してくださいね²⁾！

④ここ数年はコロナ禍での研修開始で、皆さん大変な思いをしているのではないのでしょうか。学生時代のような仲間や時間の過ごし方はできなくなってくると思いますが、ほどよく息抜きをして、長い医師人生を乗り切るスキ

磯部 紀子

九州大学大学院
医学研究院
神経内科学 教授



あまりの要領の悪さに、「何に
こんなに時間が掛かるの？」

①あまり要領の良い研修医ではなかったように思います。研修医 1 年目、内科をローテートしていた際、私が主治医をしていたのは 4 人ほどの患者さんであったにもかかわらず、日々の診療に全く時間が足りませんでした。その日の診察所見やアセスメントを紙カルテに延々と書いて、カルテが何枚にもわたることもあり、日記のようでした。病院から歩いて 5 分以内の場所に住んでいたにもかかわらず、夜にカルテを書きながら力尽き、仮眠室で寝る日々を送っていました。研修医の先生方と仕事後に飲みに行くイベントにも間に合わず、あまりの要領の悪さを心配した先輩研修医が「何にこんなに時間が掛かっているのか」と面談をしてくださったこともありました。同期の研修医が記載した、端的で取るべきアクションがぱっと分かるカルテを見て衝撃を受け、徐々に記載を改めるようになっていきました。

②医師 3 年目で勤務した済生会福岡総合病院神経内科の当時の部長であった山崎賢智先生からは大変鍛えていただきました。tPA 治療など救急の業務の合間に、英語の成書を毎日 10 ページずつ読むノルマがありました。抜き打ちで進捗度チェックがあるので、日曜日の夜は必死で読んでいたのを覚えています。とても苦しかったですが、今思えば数冊通して読むことができ、とても勉強になりました。

患者さんとの出会いも忘れられません。脳神経外科をローテートしている際、神経膠芽腫により全失語になっている患者さんの点滴ルート確保が何度やってもうまくいきませんでした。半分泣きながら取り組んでいる際、ふと見上げると患者さんがとても優しい笑顔で見守ってくださっていたお顔は、今も時々思い出します。

研修医 2 年目には、神経内科（現在の



●済生会福岡総合病院で一緒に勤務した仲間と
厳しい日々を励まし合った大事な同期（左）と筆者（中央）と先輩（右）。

脳神経内科）病棟で、ウクライナ出身で多発性硬化症を発症したばかりの患者さんの主治医となりました。当時の私は喫煙が多発性硬化症の発症や病態進行のリスクになると知らず、喫煙したい患者さんを何度も院内喫煙室（当時はまだあった！）にエスコートし、一緒に座って病気や人生のことなどさまざま話しました。再発予防のためインターフェロンβ製剤を導入しましたが、ウクライナでは同製剤を使用するには自費で購入するしかなく、これでは治療が継続できない！ と途方に暮れ、病棟からウクライナ大使館に電話し、何か彼女のために対策をしてくれないかと頼み込んだこともありました。

③研修医時代、特に脳神経外科をローテートしていた頃は毎日とても充実しつつも気が張っていて、朝の目覚まし代わりに PINK の『Trouble』を大音量で流して飛び起きていました。今でもこの曲が流れると、やるぞ、と気合いが入ります。大学院時代からは、同期の勧めで Perfume が好きになり、『Dream Fighter』の MV を見ると、“現実打ちのめされ倒れそうになってもきっと前を向いて歩” いていこうと思えます。

④お一人お一人の患者さんから学ぶ姿勢をぜひ大事にしてください。わからないことは自分で調べてみて、それでもわからない時は周りの人に尋ねてください。もしそんなことも知らないの？ と言われたとしても、人に聞くことで知識も焼き付きますし、得た知識を患者さんに還元することができます。特に研修医の時は、一人で抱え込まないようにしましょう！

ルを身につけてくださいね！ 医学生さんも今のうちにシッカリ遊びましょう！ ただし、病院からの手紙とアルコールには注意ですよ！

●参考文献・URL

- 1) 吉田穂波. 受援力リーフレット. <https://bit.ly/48jQXkf>
- 2) 林寛之, 川島篤志. パパ予備軍に捧ぐ育児講座. 週刊医学界新聞. 2008. https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2008/PA02800_01

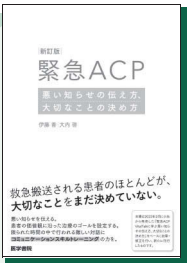


救急搬送される患者のほとんどが、大切なことをまだ決めていない。

新訂版 緊急ACP 悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方

本書は『緊急ACP VitalTalkに学ぶ悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方』に加筆・修正を行い、新たに刊行したものです。「あらかじめ」ではなく、救急外来や集中治療室などの「いざという場面」で行うAdvance Care Planning＝緊急ACP。患者も家族も混乱する中で、いかに患者の価値観に沿った治療のゴールを見出すか。意思決定支援のためのコミュニケーションスキルトレーニング“Vital Talk”から、緊急ACPの進め方を考えます。

伊藤 香
大内 啓

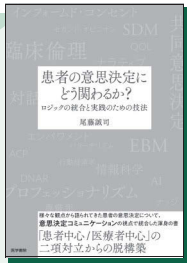


さあ、意思決定のテーブルへ。「患者の意思決定」の理論と実践を1冊にまとめました

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、プロフェッショナルリズム、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



スライド作成のABC

Lesson 06 図や表で表す

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

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！

文章だけではわかりにくい説明も、図や表にまとめるとわかりやすくなるのがよくあります。

箇条書きを表でさらに整理する

例えば地域別や組織別に項目を羅列している場合、箇条書きにするだけでもかなりわかりやすくなりますが、箇条書きを項目ごとにまとめて表にすると、比較がしやすくなり、さらに見やすくなる場合があります。異なる項目について年次比較をする時、種類別に示したい時や分類が必要な時も、表にするとわかりやすくなります。

自分で文章を書いてみて「あれ？これ表にした方がすっきりするのでは？」と思ったら、いきなりパワーポイント上で作ると大変なので、ざっとノートやメモ帳に概要を書いてみると良いと思います。「こんな感じならいけそう」となったら、実際にパワーポイントで作ってみましょう。その際、気を付けるのは表の中のフォントが小さくなりすぎないようにすること、項目を整理することなどです。せっかく見やすくするために表を作るので、表にしたこ

とでかえって視認性が悪くなるのは避けたいですね。

図はわかりやすさとシンプルさを意識する

一方で、図だけを載せても説明がないと何の図なのかわかりにくいこともあります。その時々で、図だけを示す、図と説明を一緒にのスライドに入れる、と使い分けると良いでしょう。

図の上下はそれぞれ同じ内容を示しています。最初は上の数字のみの図を使っていたのですが、これだけで説明していても「ぱっと見てわかりにくい……？」と思い、顔のアイコンがたくさんある下段の図を作りました。このように、数値の大小などをアイコンの数や大きさで表すと、ぱっと見て大小が把握しやすく、わかりやすくなります。

また、流れをわかりやすくするため、元は箇条書きにしていた事柄をフローチャートに起こすこともよくあります。わざわざフローチャートを作らなくても、箇条書きの項目と項目の間に矢印を入れ、流れがわかるようにするだけでも、理解度が上がると

思います。
図やフローチャートについては、パワーポイント内、挿入タブにあるSmartArtを使うこともありますが、設定によっては図形の色がグラデーションになっていたり、テキストもデフォルトのままだったりします。連載第3回「スライドの背景とフォント」(本紙第3536号)などを参考に、あまり複雑な図やフローチャートにせず、見やすく整えていただくのが良いと思います。

フローチャートは箇条書きからブラッシュアップしていく

フローチャートは前項で取り上げた通り、SmartArtで「これがいいかも」と思うものがあればそれを使って作ることが多いです。私は各省庁の資料を参考にフローチャートを作成することが多いですが、省庁の資料にはかなり細かく記載がされており、1枚の情報量が多くなっています。必要ない情報は削り、また、こちらが追加したいと

思っている情報を加え、横へ流れるチャートを縦にするなど変更し、自前で作ることが多いです。

とはいえ、図に起こすことはなかなか難しいと思いますので、①まずは言いたいことを箇条書きにしてみる、②流れがあるなら矢印のオブジェクトなどを追加してみてわかりやすくする、③分岐も出てきてどうやらフローチャートにしたほうが良さそうだなと思ったらフローチャートを作ってみる、といった順番で作成してみると良いと思います。また、数値を表にただけの場合や増加や減少といった表現がある場合、数値をアイコンの個数や大きさに変えてみたり、増加は上向き矢印、減少は下向き矢印などを加えてみたりするだけでもわかりやすくなります。あまりごてごて矢印を加えすぎても見栄えが悪くなってしまいますので、バランスを大事に、もともとのスライドに少し何か加えてみるのところから始めてみることを勧めます。

慣れてきたら、教科書や技術書、省庁のWebサイト、さまざまな組織や機関のWebサイトなどを見て、わかりやすい図を少しだけ記憶にとどめておく習慣をつけると良いかもしれません。その際、なぜわかりやすいと感じたかを考えてみましょう。単に文章の流れと図の流れが合っている、合っていないというだけでもわかりやすい、わかりにくい、の差が出たりしますので、実際作ってみる際には気をつけましょう。また、参考にする場合は引用元を明記することも大事ですのでその点も忘れないようにしてください。

表も図も自分で作る

連載第5回「表やグラフを作る」(本紙第3544号)でもお伝えしましたが、他の資料から図表をコピーしてくるよりも、実際にパワーポイント上で自分で図を作成しましょう。縮尺の問題もありますが、報告書や論文で用いられている図は情報量が多い場合もあるため、発表の対象者に合わせて適切な情報量のものを作成し直したほうが見やすくなります。疫学や公衆衛生学の分野では、対象者の選定をフローチャートで書くことが多いですが、こちらも論文で使用したフローチャートをそのまま載せるのではなく、パワーポイントに起こして書いたほうが視認性も良くなりますので、今まで論文に掲載したものをそのまま使っていた方は、こういった論文に掲載している図表から作り直すことから始めるとやりやすいと思います。

数字で示した場合

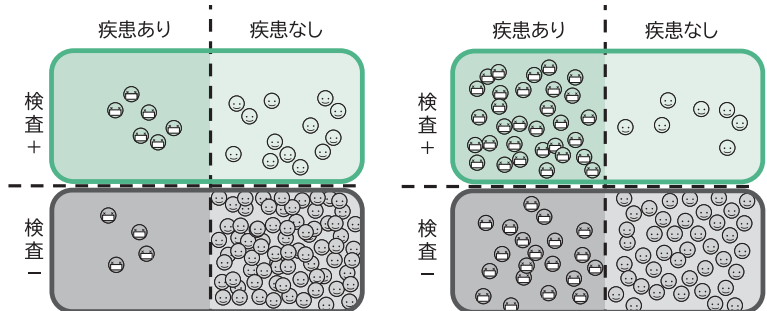
検査前確率(=有病率)10%

疾患			
		あり	なし
検査	+	600	45
	-	400	8955
		1000	9000
		10000	

検査前確率(=有病率)50%

疾患			
		あり	なし
検査	+	3000	3
	-	2000	4997
		5000	5000
		10000	

アイコンで示した場合



●図 アイコンを使って見やすく

感度 60%、特異度 85%の検査の場合を例に、事後確率は事前確率に左右されることを示すスライドで用いた図のブラッシュアップ前(上)とブラッシュアップ後(下)です。検査前確率が変わると得られる検査結果が変わることをぱっと見てわかりやすくするため、数字ではなく顔のイラストのアイコンを用いました。

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

内科外来の
トップマニュアルに
待望の**第3版**が登場！

▼詳細はこちら

●A5変型 2023年 頁880 定価:6,600円(本体6,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04266-6]

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

多くのレジデントに読まれてきました。
**研修医になったら
まずコレ！**

▼詳細はこちら

●B5 2023年 頁512 定価:5,280円(本体4,800円+税10%) [ISBN978-4-260-05119-4]

**医療者の
スライド
デザイン**

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]

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。伝わ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事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。

演習問題や事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

医療者の
スライド
デザイン

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

プレゼンテーションに悩むすべての医療者・学生へ

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 デザイン事例集
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 診療に潜むあま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 20 回 低体温症サバイバルガイド

寒さがいよいよ厳しい季節となりました。低体温症の患者さんの救急搬入も増えてきたことでしょう。低体温症とは体温が 35℃ 以下に低下した状態を指しますが、背後にさまざまな緊急事態が隠れていたり、治療に特別な配慮が必要だったり、少し戸惑うことが多い領域だと思います。評価・治療のポイントを押さえて、一緒にこのさむ〜い世界を暖かく照らしていきましょう。

「冷え」の重症度を見極めよ！

患者の体表に触れて冷たいと感じた時、または寒冷環境へ曝露した病歴があれば、深部体温を測定して重症度評価を行いましょう。外来での評価ではよく使うデバイスを wield すれば OK です。一般的には、手軽さから膀胱温計や直腸温計が頻用されると思います。治療方法は重症度に応じて異なるため、低体温であることを認識した際は、重症度を把握することが重要です。

また、心停止のリスクに注意しましょう。心停止のリスクが高まる体温は、健康な成人で 30℃ 未満、高齢者や合併症のある患者では 32℃ 未満です¹⁾。

低体温症は「氷山の一角」かも！？

低体温症は重篤な背景疾患による徴候が垣間見えているだけ、まさに「氷山の一角」かもしれません。治療と同時に原因検索を行いましょう。偶発性低体温症は、寒冷環境にさらされることによって引き起こされる一次性低体

温症と、他の病態によって引き起こされる二次性低体温症に分類されます。二次性低体温症の原因はさまざまですが、ER においては 1 にも 2 にも 3 にも敗血症！白血球数を見てから……なんてまかり通りません。低体温症では感染症があったとしても白血球数が低値〜正常範囲内になることが多いです。表にあるような重症度分類と生命徴候の間に差異がある場合には、特に敗血症合併の可能性が高いかも。個人的には各種培養採取と抗菌薬投与の閾値は低めに設定しています。

敗血症より頻度は低くなりますが、脳血管疾患や甲状腺機能低下症/副腎不全/高血糖緊急症や低血糖、外傷などの重篤な疾患が隠れていることもあるので要注意²⁾。雪が降る弘前、飲み屋街で酔っ払ったあとに暖を取ろうとしたのか自動販売機の隙間から発見された中年男性に急性硬膜下血腫と著明な横紋筋融解症を認めた、なんてこともありました。二次性低体温症は高齢者や複数の合併症を持つ患者でよくみられる現象として認識されており、日本は世界に先駆けた高齢社会であることから世界的に注目を浴びています³⁾。低体温を見たら「冷えてるだけ」で終わらせてはいけません。

「温める」アプローチ——低体温症治療の熱い戦略

低体温症の治療は「温める」ことが中心ですが、その方法は患者の重症度によって異なります（表）。復温方法

は受動的復温（外因性に熱を与えずに患者自身が体温を上昇させる）と能動的復温（外因性の熱を与える）に大別され、後者はさらに体外復温と体内復温に分類されます。軽症であれば濡れた衣服を脱がし、部屋を暖め、温かい飲み物を飲んでもらう程度の受動的復温でよいですが、中等症にもなるとより積極的な能動的体外復温を要します。当院では、ベアーハガー™などの装置による温風を循環させる方法に電気毛布を組み合わせ使用しています。また、40~44℃ に温めた輸液を使用することで体温のさらなる低下を防ぐことや、後述の afterdrop への備えを考えてもよいでしょう（輸液だけで体温が上昇することはほとんどありません）。生食またはリンゲル液 500 mL をレンジで温める場合には、500 W で 1 分 40 秒チンすると約 44℃ の輸液を作成できます。大部分の症例はここまでで事足りることが多いです。

重症低体温症や心停止を伴う場合は、さらに積極的な能動的体内復温が必要になります。不整脈を誘発する恐れがあるためなるべく急激な動きをさせないように細心の注意を払いながら、ECMO を含めた治療ができる施設に搬送しましょう。日本で行われた多施設前向き観察研究である ICE-CRASH 試験では、低体温症で心停止した患者において、ECMO による治療はそれ以外の治療と比較して生存率や良好な神経学的転帰を有意に増やす結果が報告されています⁴⁾。この試験では、来院時に循環があった患者を対象とすると ECMO が他の治療と比較して有効であるという結果は得られませんでしたでしたが、治療中に心停止になった場合でも心拍再開（ROSC）を超えて循環や呼吸のサポートができるという優位性があるため、VA-ECMO は重症度の高い患者群には有効な治療である可能性が高いと考えています。

注意すべき合併症！

低体温患者が、救出または搬送中に心停止となることを rescue collapse と言い、これを避けることが非常に重要です。やりがちなミスとして、患者に突然の刺激を与えること（乱暴に扱うことは避けなければなりませんが、時にはベッド移乗などのちょっとした動きであっても）によって心停止が起こり得ることは認識しておいたほうがよいでしょう⁵⁾。また、中心静脈カテーテルで心室性不整脈が誘発されることがあるので、ガイドワイヤーが心室内に入らないように細心の注意を払う必要がありますし、その他の侵襲的処置についても愛護的に行うことが要求

されます⁶⁾。さらに、加温を始めると rewarming shock により血圧が低下します。加温によりそれまで過剰に収縮していた血管が拡張することや、そもそも低体温では寒冷刺激による利尿作用で血管内脱水となっていることなどが関与しているとされます。加温した輸液を必要量投与することに加え、必要であれば（時に高用量の）血管収縮薬投与を要します。

Afterdrop にも言及しておきます。加温が開始されたあとに末梢から中枢へ低温の血液が流入することによってさらに冷却が進行してしまう現象です。Afterdrop の臨床的意義については議論がありますが、少なくとも四肢を過度に動かしてしまうと中枢への血液の戻りが多くなり afterdrop が進行するという理論が存在するため、この観点からも急激な動きをさせないよう意識しなければなりません

CPR との違いと推奨

重症低体温（30℃ 未満）による心停止の管理についても触れておきましょう。この状況では、一般的な心肺蘇生（CPR）とは異なるアプローチが求められることがあります。AHA（アメリカ心臓協会）と ERC（欧州蘇生協議会）のガイドライン^{1,7)} では、胸骨圧迫と人工呼吸の手順は低体温以外の心停止への CPR の手順と一致しています（胸骨圧迫により不整脈が誘発されるリスクはありますが、胸骨圧迫のメリットはこのリスクを常に上回ります）が、除細動と薬剤の使用に関しては異なるアプローチが必要になり得ます。AHA では、除細動・アドレナリン投与ともに一般的な CPR と同様の方法を推奨しています。一方、ERC は、除細動・アドレナリン投与ともに体温が 30℃ 以上になるまで控えることを推奨しています。個人的には AHA 派です。だって、緊急の現場ではシンプルに考えたいんですもん……。

今回の勘どころ

低体温症は緊急事態、正確な重症度把握が鍵。

二次性低体温症を見逃すな！特に敗血症は常に考えて対応しよう。

重症度に応じた加温を考える。

低体温による心停止では、一般的でない CPR と、ECMO の必要性を検討しよう。

参考文献

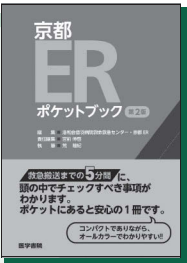
- 1) Resuscitation. 2021 [PMID : 33773826]
- 2) Acute Med Surg. 2021 [PMID : 34567577]
- 3) Emerg Med J. 2018 [PMID : 29886414]
- 4) Resuscitation. 2023 [PMID : 36509361]
- 5) Resuscitation. 2021 [PMID : 33930504]
- 6) Resuscitation. 2019 [PMID : 30771451]
- 7) Circulation. 2020 [PMID : 33081529]

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だに、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。また主訴別アプローチの「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



輸液・水電解質のリアルに挑め。経験豊富なDr.長澤の思考過程がみえる20症例。

Dr. 長澤 将 輸液・水電解質ドリル

輸液・水電解質のリアルに挑め。経験豊富なDr.長澤の思考プロセスが見える！つまずきやすい輸液や水電解質をDr.長澤が初学者にもわかりやすく解説。1章（総論）で学んだあとは、2,3章（各論）の症例問題を解いて、どんどん実践すべし。わからないところがあつたらいつでも1章（総論）に立ち返ろう。解き終えた後は付録の関連検査値・式、逆引き疾患目次、Learning Pointまとめもご活用ください。

長澤 将



Medical Library

書評・新刊案内

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 ● 著

A5・頁248
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05330-3

「膵臓のがんが、肝臓のあちこちに転移してます」。今年7月、都内のがん専門病院で、母が宣告を受けた。説明を聞いた母の口から最初に出てきた言葉は、「先生、今年パスポートを10年更新したばかりなんですけど……」だった。説明した医師も、隣にいた私も意表を突かれ、しばしの沈黙となった。

著者の尾藤誠司氏は、ロック魂を持った総合診療医であり、臨床現場の疑問に挑戦し続けるソリッドな研究者でもある。諸科学横断的な視座から探求し続けてきた研究テーマは、臨床における意思決定(注:医師決定ではなく意思決定)である。尾藤氏は約15年前に『医師アタマ——医師と患者はなぜすれ違うのか?』(医学書院, 2007)を出版し、誤ったエビデンス至上主義がはびこりつつあった医学界へ一石を投じた。その数年後には一般向けに『『医師アタマ』との付き合い方——患者と医者はわかりあえるか』(中公新書クラレ, 2010)という新書を出した。帯に「医師の取扱説明書」とあるとおり、患者・市民が医師の思考パターンを理解し、良好な関係を築けるような知恵が詰まったわかりやすい書籍だった。

さて、今回出版された『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』は、氏のこれまでの集大成となる渾身の学術書であり、実践への指南書でもある。今日まで蓄積されてきた、臨床の意思決定

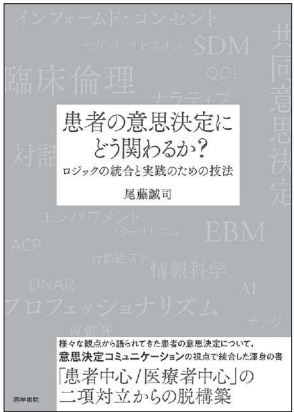
評者 秋山 美紀
慶大教授・環境情報学部/
医学部大学院健康マネジメント研究科

を考える上で不可欠な理論や領域(例えば、プロフェッショナルリズム、臨床倫理、さまざまな行動科学理論、EBM、ナラティブ、さらには生成AIに至るまで)を網羅するだけでなく、そこに経験を積んだ臨床家ならではの深い考察と分析が加えられている。思弁的な部分と実践的な部分が交差する本書は、実用的でありながらも、経験知やハウツーを伝える医学書とは明らかに一線を画している。

医師と患者の関係は、医師が主導権を持つパターンリズム、サービス消費者ととらえられる患者が力を持つコンシューマリズムを行き来し、SDM(shared decision making: 共同意思決定)の時代に入ったといわれている。PubMedで論文を検索すると、2010年代半ばからは、SDMの論文刊行数がインフォームド・コンセント(IC)を抜いて急上昇し続けている。しかし、ICもSDMもEBMも全て、欧米から輸入された概念である。それらが登場した文脈や、めざす理念は理解できたとしても、実際の診療現場にそれらをやみくもに落とし込もうとすると大きな困難と混乱にぶつかる。日々の診療は、「決める」という行為の連続である。時間に追われる中、目の前の患者の訴えは置き去り、EBMもICも形骸化し、医療者にとっての正解を押し付けてしまうことも多いだろう。

例えば、医療者は知識やエビデンスなどを、患者は自身の価値観や病の体

最良の意思決定に 関与するための羅針盤



感染対策60のQ&A

坂本 史衣 ● 著

A5・頁328
定価:3,300円(本体3,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05271-9

評者 伊東 直哉
愛知県がんセンター感染症内科/
感染対策室長

坂本史衣先生といえば、言わずと知れた「感染管理のプロフェッショナル」です。感染症業界の人ならば、まずその名を知らない人はいないのではないのでしょうか? 知らなかったらモグリです。「感染管理ならば、感染症内科医もやっているでしょ? 専門でしょ?」と、思われるかもしれませんが、チッチ、それは違うのです。あくまでもわれわれ感染症内科医は、感染症「診療」の専門家であって、「感染管理」の専門家ではないのです(一部に両方に深い見識と経験を持つ稀有な存在もいますが)。坂本先生は、学会活動や多くの著書を通じて、長きにわたって日本の感染管理を牽引されてきました。私自身も、実際に坂本先生の講演や著書で感染管理を学んできた熱心なファンの一人です。そのような師匠的存在の坂本先生の著書の書評を書かせていただくことはとても光栄なことで、とてもとてもうれしいことなのです。

さて、『感染対策60のQ&A』ですが、『感染対策40の鉄則』(医学書院, 2016)よりもさらに読みやすく進化しており、感染管理の実務担当者の新たなバイブル本の一つになると確信しています。本書は各テーマが数ページにコンパクトにまとまっており、忙しい業務の合間にもさっと読むことができます。

験などを持ち寄り、共同で意思決定を行うことは可能なのだろうか。そもそも両者は何をシェアすべきなのか。両者の信頼とはどのようなことを言っているのか。本書では、そうした疑問を持つ医療者が思考を深め納得できるよう議論が展開されていく。本書は、患者の意思決定の「支援」ではなく、意思決定への「関与」が大事だと強調している。支援と関与はどのように異なるのか、なぜ支援より関与が大事なのか、ぜひ臨床家の皆さんに本書を手にとって確認していただきたい。

内容は網羅的に記載されているので、臨床現場で直面する可能性がある頻度の高い疑問に対してはきっと答えを見つけれられると思います。Q&Aという体裁ではありますが、本書を最初から最後まで読むと、感染制御と管理についての体系的な知識を得ることができるので、通読をお勧めします。

また、忘れた頃に対策を迫られる、でも重要な麻疹やムンプス、水痘、疥癬などの各論についてもバッチリ記載されており、各施設の院内感染対策マニュアルの作成・改定にも大いに参考になると思います。COVID-19や

エムボックスに関する最新の情報も含まれており、ベテランの知識のブラッシュアップにも良いと思いました。加えて、参考文献がしっかりと付いているのも非常にありがたいです。

総じて、坂本先生の『感染対策60のQ&A』は、読みやすさと十分な情報を兼ね備えていて、感染管理の実務担当者にとって、明日から使える知識を短期間で身につけるのに最適です。コロナ禍を通じて、多くの医療機関にとっては、感染症の脅威を念頭に置いた新たな医療提供体制を構築する必要性がより強調されるようになりましたが、そのような現代の医療現場において、本書は必読の書といっても過言ではありません!

毎日出版文化賞《企画部門》受賞



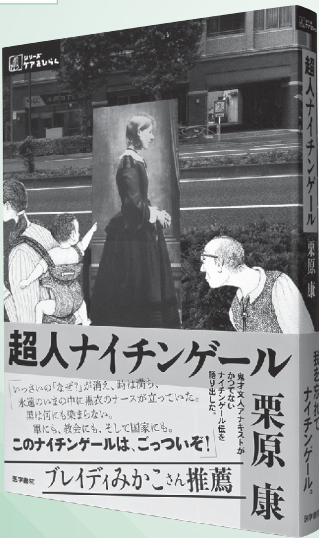
シリーズ
ケアきらい



詳細はこちらから

最新刊 2冊同時発行!!

超人ナイチンゲール



医学書院



わたしは誰かわからない
ヤングケアラーを探す旅

日常診療で普遍的に役立つ神経診察を学ぶ

病態生理と神経解剖からアプローチする

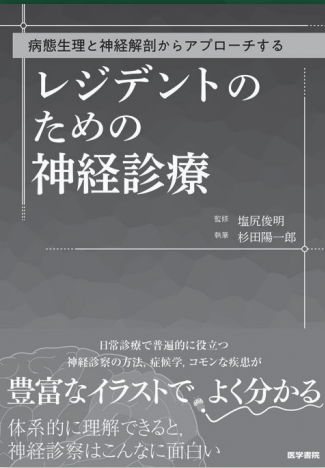
レジデントのための 神経診療

監修 塩尻 俊明 執筆 杉田 陽一郎

初心者向けに領域横断的に内容をまとめ、オリジナルのシェーマを多用し概念を整理して提供することで、研修医、若手医師の学習に有用な一冊。日常診療で普遍的に役立つ神経診察の方法、症候学、コモンな疾患を扱っており、非専門医であればここまで把握しておきたいという線引きを明示した。

- 第1章 神経診療の基本
- 第2章 運動・感覚障害と病巣同定
 - 1 運動・感覚障害総論
 - 2 病巣の特徴
 - 3 障害部位からの病巣同定
 - 4 番外編
- 第3章 代表的な症候・疾患

B5 2023年 頁392 定価:5,720円(本体5,200円+税10%)
[ISBN978-4-260-05246-7]



書籍の詳細は
こちらから



医学書院

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

塩尻 俊明 ● 監修
杉田 陽一郎 ● 執筆

B5・頁392
定価:5,720円(本体5,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05246-7

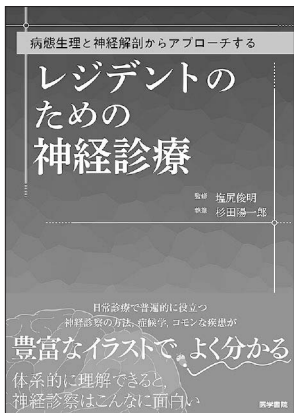
救急外来・一般内科外来は、ふらふらする、力が入らない、めまい、しびれ、などの愁訴に溢れており、神経疾患を考えない日はありません。当院ではその中から抗 NMDA 受容体脳炎、ギラン・バレー症候群などさまざまな疾患が明らかになる過程を目の当たりにできますが、そんな診療の先頭に立つ脳神経内科医が本書を上梓した杉田陽一郎先生です。

しかしそもそも神経診療を苦手とする救急医・一般内科医は少なくないでしょう。苦手と思って避けていると上達しない→できるようにならない→避ける→上達しない、という

悪いループから抜け出せなくなってしまいます。そもそも髄膜炎と脳卒中のみ意識していれば大丈夫、ややこしい脳神経内科の疾患が好きだったら救急医になってないよ、という声も聞こえてきそうです。とにかく苦手意識が強いんですね。

6 歳の子どもに説明できなければ、理解したとは言えない、と言ったのはかの有名なアインシュタインですが、本書は救急医や総合内科・初期研修医など神経診療を専門としない分野の医師に向けてわかりやすく解説しています。杉田先生は院内でのレクチャーも大変明快で難しいことを簡単に話すのに長けていて感動しますが、さすが、本書においてもそのエッセンスは受け継がれています。学習意欲をデザインする枠組みの一つに ARCS モデル[Attention（面白そう）、Relevance（やりがいがありそう）、Confidence（やればできそう）、Satisfaction（やって良かった）の頭文字]がありますが、本書にはイラストや具体的な症例提示が豊富で、神経診療が面白そう、やりがいがありそうと思わせてくれる工夫が

非専門科が神経診療をやった 良かったと思えるものに するために



随所にあります。しかし本書は入門的な内容に終始しているものではありません。シンプルに語られる内容の中に

筆者の経験と多くの引用文献に基づいた重厚な含蓄が込められているのです。それを支える特徴として特筆すべきは以下の3点です。

①病名から入らないことの重要性

病名から入るのではなく「病巣」と「機序」を同定すること、これは本書を通じて一貫して強調されている筆者のメッセージです。診断学の大家である千葉大総合診療科の生坂政臣教授も診断不明例を考える際にまずは臓器と病態を考えることを

強調し、そうすれば疾患そのものを知らなくても正診につながれると仰っておられました。「臓器と病態」を「病巣と機序」に置きかえれば言っていることは本書も同様です。それにより診断精度の低い情報からシマウマ（まれな疾患のたとえ）に飛びついてしまう（本書では蛋白細胞解離とギラン・バレーの関係などが挙げられています）誤診を防ぐことができます。そのため病巣ごとに診断論が構成されており、本書の大きな特徴となっています。

②病歴を重要視している

脳神経内科といえば神経「診察」が命、と思いがちですが、本書のタイトルがなぜ神経「診療」なのかは本書を読めば1ページ目から明らかとなります。なぜなら第1章に配置されているのは病歴の取り方や注意点で、これはどの科の医師であっても（神経診療をしなくても）読むべき内容です。患者の言葉を医療用語に変換するプロセスである病歴聴取は漫然と話を聞くだけではうまくいかず、仮説に基づいた能動的な聞き取りが必要となります。患者さんが突然といっても、急性発症で

Dr. 長澤印 輸液・水電解質ドリル

長澤 将 ● 著

B5・頁192
定価:4,620円(本体4,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05296-2

評者 龍華 章裕

リウゲ内科小田井クリニック

私は最近まで3次救急病院で働いていたが、3次救急病院はその病院の特殊性からか電解質異常の症例に満ち溢れている。病棟で研修医や若手の内科専攻医と診療をしていると、彼らがいかに電解質異常の診療に苦手意識を持っているかがよくわかる。これは、おそらく、「細菌性肺炎→抗菌薬投与」といったような、ルーチンでの対応が電解質異常では現実的ではないからだと思う（そこに面白さがあるようにも思うが）。例えば低Na血症。その原因は多岐にわたり、その治療方法も病態によって使い

分けが必要であり、目の前に低Na血症の患者さんがいても、若手の医師は次にどのようなアクションを起こせば良いのかわからないのだ。この度、長澤将先生の『Dr. 長澤印 輸液・水電解質ドリル』が上梓された。学会関連のWEB会議で一緒させていただいたことがあり、一方的に存じ上げていたが、ここ数年は若手の先生が腎臓内科をローテーションしてくると、長澤先生の本を携帯していることが多く、長澤先生の「とっつきにくい腎疾患を若手に教えること」における影響力の大きさを感じざるを得ない状況である。さらに、先日日本腎臓学会総会（2023年）では、前方の席でたくさんメモされている姿を目にし、長澤先生の影響力はこの勤勉さから来るのか、と思ったのを昨日のことのよ

超現場至上主義の 輸液・水電解質本の誕生!



うに思い出す。そんな長澤先生の書かれた本書は、「まさに超現場至上主義」である。

1章は、各電解質異常の病態が解説されているが、いたずらに細かい病態生理は省いてあり、かつ現場で見ないような病態（例えば、体液量の多い高Na血症など）に関しても、「ここはない」「これもみたことない」と現場目線で潔くカットされている。

2, 3章は実際の症例提示がなされ、現場でよく遭遇する症例を中心に解説されており、網羅性以上に、「〇〇という病態を見たら、まず□□を考

える」といったような、超実践的な現場で役立つ知識のオンパレードである。さらに、フロセミドは食事の影響を受けるから、患者さんには「朝起きて、体重を測って、飲むか決めましょう」と話すと良いなど、電解質異常以外の超実践的なクリニカルパールもちりばめられている。何が重要かの順位付けが難しい初学者には、網羅的であるマニュアル本よりも本書のような潔い実践的な本のほうが現場での瞬発力を鍛え、活躍してくれるのではないかと思う。

この現場のニーズを満たした本書は、きっと電解質異常という深い迷路で行き先を見失っている若手の医師だけでなく、そういった症例の診療をサポートする医療スタッフの助けにもなってくれることは間違いなさであろう。

あったり、いよいよ限界を迎えて一線を越えた場合（本書ではもうダメだ型と表現されている）であったりさまざまなパターンがあることや、非利き手のTIA診断は難しい、といったことなどは経験のある臨床家であれば首肯しながら読み進めてしまうでしょうし初学者にとっては非常に重要なTipsとなります。唯一過去の所見を拾うことができるのは病歴、など病歴聴取に関するさまざまなパールもちりばめられ、これらは筆者本人が誰よりも病歴に真摯に取り組み試行錯誤を繰り返してきた証左でしょう。

③疾患の整理が秀逸

よくある成書では疾患ごとに章立てがなされ、症候が似た疾患が離れた項目になってしまうことで実践的な構成でなくなっています。しかし本書は症候別に章立てが構成されているため実臨床に活用しやすいという利点があります。非専門医にとっては関連の見え

にくい、脊髄硬膜外血腫とTIAが誤診されやすい疾患としてまとめられていたり、パーキンソン病の章に水頭症が出てきたりするなどはその中の一例で、筆者が各疾患のゲシュタルト（シンプルなイメージ）を正確に把握し整理していないとできません。

これらの特徴に支えられた本書によって、今日から使える神経診療の実践的な能力が楽しみながら得られることはもはや疑いようもありません。

さらに、救急医にとっては、神経筋疾患による呼吸不全や意識障害の鑑別の進め方など本書内の何気ないコラムが救急外来の診療において大変参考になります。

さあ、本書を通読して苦手だった神経診療が、やりがいがありそう、と思えたあなた、本書を片手に臨床現場に出かけましょう、ARCSの最後の項目であるSatisfaction（やって良かった）が必ず得られるはずです！

Pocket Drugs 2024

監修：福井 次矢

編集：小松 康宏，渡邊 裕司



臨床現場で本当に必要な 情報だけをまとめた ポケット判医薬品集

- 主な内服薬の写真入り
- ハイリスク薬など安全性情報も充実
- 文庫本サイズ

カラフル＆コンパクト



● A6 頁1248 2023年12月発売 定価：4,840円(本体4,400円+税10%)
【ISBN 978-4-260-05278-8】

医学書院

「一番大事なところがめっちゃ具体的!コレならできる!!」写真・イラスト・動画で見て学べる

新刊

マイナーエマージェンシー

はじめの一步

▶専門的な手技・治療を行わなくても対処できる軽症の救急疾患=「マイナーエマージェンシー」の指南書。眼科、耳鼻科、皮膚科、整形外科、泌尿器科、外科の6領域について疾患名ではなく受療動機や主訴で項目を構成。各項目は初期診療や手技のみならず、プレホスピタルケアおよびポストホスピタル(ホームケア)の内容についても掲載。豊富な写真・イラスト・動画・アルゴリズムで手技や初期診療の流れを見て学べる。非専門医や学生、初期研修医の導入書として最適。

監訳：松原知康 広島大学脳神経内科
茂木恒俊 福岡記念病院総合診療科

定価6,050円(本体5,500円+税10%)
A4姿 頁200 図154 写真198 2023年
ISBN978-4-8157-3086-4

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

最新の医療情報が安心感と即戦力につながる

今日の治療指針 2024 年版

総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- 見出し「帰してはいけない患者」を新たに追加
- 処方例が一般名・商品名併記に。診療のコツやEvidenceも紹介
- 診断の決め手・治療のポイント・疾患の最新動向もわかりやすく

- ポケット判(B6) 頁2224 2024年 定価17,050円(本体15,500円+税10%)
[ISBN978-4-260-05343-3]
- デスク判(B5) 頁2224 2024年 定価22,000円(本体20,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-05342-6]



治療薬マニュアル 2024

監修 矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

- 後発医薬品や2023年収載の新薬を含む、ほぼすべての医療用医薬品を収録
- 公式サイトでの新薬情報の掲載、Web電子版での薬価改定対応など、書籍発行後の情報提供も充実

- B6 頁2800 2024年 定価5,610円(本体5,100円+税10%) [ISBN978-4-260-05359-4]



いずれも高機能なWeb電子版付。2冊併用なら、電子版が連携しグレードアップ!

- 約1200疾患項目、薬剤約2万品目の情報から瞬時に検索
- [処方例→薬剤情報][薬剤情報→関連疾患]がワンクリックで参照できる



スマホ・PCが“総合診療データベース”に!

医学書院

1

内科臨床誌メディチーナ

Vol.61 No.1

その知見は臨床を変える?
エキスパートが解説!
内科における最新論文

企画: 谷口俊文
(千葉大学医学部附属病院
感染症内科・感染制御部)

内科医療は日進月歩。最新の医学情報をキャッチアップすることは決して容易ではない。そこで本特集では、臨床を大きく変える可能性の高い研究はもちろん、内科全般で注目を集めた最新の研究論文を幅広く紹介し、各領域の専門家に解説いただいた。本特集が診療の変化や新しい治療の可能性を感じ取る一助となれば幸いである。

INDEX

◆I.呼吸器 気管支喘息治療の最新トピック／ COPDにおける最新のトピック、ほか ◆II.感染症 肺MAC症に対する最新の治療薬／結核に対する最新の知見、ほか ◆III.糖尿病・内分泌・代謝 2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズム／肥満症に対する薬物治療の最新知見、ほか ◆IV.腎臓 糖尿病性腎臓病および蛋白尿を伴う非糖尿病性腎臓病患者におけるSGLT2阻害薬の役割／心疾患リスクとしての痛風、ほか ◆V.循環器 安定狭心症の治療は何か変わったのか／心不全(HFpEF)の治療の最前線、ほか ◆VI.膠原病と類縁疾患 関節リウマチの最新治療／I型インターフェロンから紐解くSLE治療 ◆VII.消化器 急性膵炎へのアプローチ／NAFLDのマネジメント ◆VIII.神経内科 片頭痛のマネジメント／MOG抗体関連疾患、ほか

●1部定価:2,970円(税込)

▶来月の特集(Vol.61 No.2)

今どきの手技を見直し、
医療処置でのトラブルを防ぐ
経験値ごとの気をつけるべき合併症や工夫
企画: 西垂水 和隆 [今村総合病院救急・総合内科(ER)]

連載

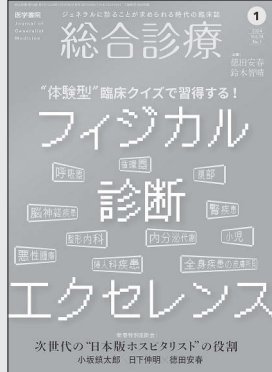
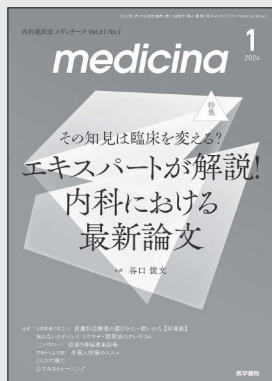
- 日常診療で役立つ
皮膚科治療薬の選びかた・使いかた
- ERの片隅で
外国人診療のススメ
- ここが知りたい!
欲張り神経病巣診断
- 知らないとかやばい!
リウマチ・膠原病のアレやコレ
- 目でみるトレーニング

▶2023年増刊号(Vol.60 No.4)

探求! マイナー
エマージェンシー

●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!



Vol.34 No.1

総合診療

“体験型”臨床クイズで習得する! フィジカル診断エクセレンス

企画: 徳田安春 (臨床研修病院群プロジェクト群星沖縄)・鈴木智晴 (浦添総合病院 病院総合内科)

「診断エクセレンス」とは、一定の時空間の中で正確な診断をタイムリーに行うこと。迅速・簡便・低侵襲・低コストな「フィジカル(身体診察)」は、そのための必須スキルだが教科書だけでは学べない。そこで、フィジカルで診断エクセレンスを体感したケースを、読者がアバター的に追体験できる“体験型”の臨床クイズで構成した。

INDEX

- ①呼吸器 急性呼吸不全……………名嘉祐貴・平島 修
- ②循環器 呼吸困難—多職種でフィジカルを共有する……………伊藤大樹
- ③腹部 急性腹症……………鈴木智晴
- ④脳神経疾患 「孫が胃腸炎なんです」……………矢吹 拓
- ⑤内分泌・代謝 10年以上続く原因不明の全身痛……………高瀬了輔・片岡仁美・大塚文男
- ⑥腎疾患 急性腎障害の原因は…?……………須藤 航
- ⑦整形外科 「痛みがどこに行ってもよくなりません!」……………和足孝之
- ⑧リウマチ・膠原病 関節炎……………山本恭資・金城光代
- ⑨婦人科疾患 夜間頻尿・排尿困難……………嘉陽真美
- ⑩小児 歩行の異常……………利根川尚也
- ⑪悪性腫瘍 高LDH血症……………服部 聡・萩原将太郎
- ⑫全身疾患の皮膚所見 手指の腫脹・疼痛……………鶴山保典・山中克郎

【コラム】在宅医療におけるフィジカル診断……………藤沼康樹

▼新春特別座談会

次世代の“日本版ホスピタリスト”の役割……………小坂鎮太郎×日下伸明×徳田安春

●1部定価:2,860円(税込)

▶来月の特集 (Vol.34 No.2)

日常診療で出会う筋骨格疾患
脳神経内科と整形外科からのアプローチ

企画: 杉田陽一郎 (東京ベイ・浦安市川医療センター 神経内科)・岩田秀平 (千葉大学大学院医学研究院 整形外科)

2024年 年間購読料(税込)

年間購読 受付中!

▶ medicina

冊子 41,580円

電子+冊子 46,288円

電子 40,788円

▶ 総合診療

冊子 33,792円

<個人特別割引> 電子+冊子 34,716円

冊子 29,172円

電子+冊子 34,716円

電子 28,248円

医学書院