

2021年12月6日
第3448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

今週の主な内容

- [シリーズ]この先生に会いたい!! (阿部吉倫・折田巧)……………1-2面
- [寄稿]オンライン臨床実習で「診療参加型」を実現できるか? (民谷健太郎)…3面
- [連載]絶対に失敗しない学会発表のコツ……………4面
- [連載]ケースで学ぶマルチモビディティ……………5面
- MEDICAL LIBRARY/[連載]ひなこの研修日記……………6-7面

朝、自宅を出発し向かう先は病院でもクリニックでもなく、ガラス張りのオフィスビル。近年では医師の働き方が多様化し、医師免許取得後に企業で働く人も珍しくなくなった。Ubie 株式会社を起業し、代表を務める阿部吉倫氏もその1人だ。

Ubie 社は医療機関向けの「ユビー AI 問診」と生活者向けの「ユビー AI 受診相談」の2つをメインサービスとして提供する。テクノロジーを用いて世界中の人々が健康に過ごせる社会をめざす阿部氏は、数ある選択肢からなぜ起業というキャリアを選ぶに至ったのか。阿部氏と同様に、将来はビジネスサイドから医療に貢献することを志す研修医の折田巧氏が聞いた。

折田 近年、ビジネスを通じて医療を変えようとする動きが医学生・研修医の間で活発になっており、医師が主導するスタートアップ企業も多く存在します。その中でも特に、阿部先生らが率いる Ubie 株式会社は目に見える実績を多数挙げています。

阿部 おかげさまで当社が現在提供する「ユビー AI 問診」は大小 400 以上の医療機関に導入されており、「ユビー AI 受診相談」も1か月当たり 300 万人以上の方が利用しています。しかし創業直前まで私は研究者をめざしており、最初から今のキャリアを描いていたわけではなかったのです。

あと少し早く、病院に来てくれていれば……

折田 阿部先生の肩書は「共同代表取締役」であり、エンジニアの久保恒太さんと2人で代表を務めています。お2人の出会いはどのようなものだったのでしょうか?

阿部 大阪にある高校の同級生でした。放課後一緒に受験勉強をする仲で、



聞き手
折田 巧氏
聖隷浜松病院
初期研修医 1 年目

この先生に会いたい!! 阿部 吉倫氏に聞く Ubie 株式会社 共同代表取締役 ビジネスの力で70億人に健康を届けたい

彼は京大工学部、私は東大医学部へと進学しました。私が医学部5年生の頃、久保が東大大学院に進学したのを機に再会して、お互いの近況を報告し合いました。そこで彼から「問診時の医師の思考って、アルゴリズム化できるんじゃないかな? それを修士論文の研究テーマにしようと思ったけど教授の許可が下りなくて(笑)。仕方ないから趣味として今は自分一人で開発を進めてる。これって医学的にできそう? どう思う?」と問われたのです。

折田 久保さんの発言を受けてどう感じましたか?

阿部 学術的にも面白く感じました。当時、講義で臨床推論とベイズ統計を習ったばかりで「できない理由がない」と感じたからです。折田先生は Akinator (<https://jp.akinator.com/>) というプログラムエンジンをご存じですか?

折田 はい、遊んだことがあります。例えばキャラクターのドラえもん(『ドラえもん』藤子・F・不二雄, 小学館)を頭の中に思い浮かべて、「実際に存在する?」「白い?」といったジェネラルな質問に答え続けると、「ネコ型ロボット?」のように設問が次第に限定的になって、最後は「思い浮かべているのは、ドラえもん」と思考を当てられるゲームですよね。

阿部 Akinator のように、答えがわからないけれど質問を生成して推論していく仕組みは、患者さんの症状から病気を特定する臨床推論と近いと思っていました。そのため久保の構想に賛同し、すぐに共同研究を始めました。

研修医として臨床経験を積み始めてからは「この主訴に対してはこのような問診を行う」といった診療時の思考パターンが自分にも身につく、研究の精度は医学生時代の頃より一層高まりました。

折田 とはいえ研修中は時間的制約も多く、臨床と研究の両立は大変だった

のではないのでしょうか。

阿部 ええ。業務後にカフェや附属図書館で遅くまで研究を進め、忙しい毎日を送りました。と同時に、研究成果が形になってからは時間を忘れて熱中することも多かったですね。

また、病院で働き始めてから、「この研究を形にしたい」との使命感がより強くなったエピソードがあります。救急外来で腰痛を訴えた48歳の女性との出会いです。初めは整形外科へのコンサルトを考えましたが、詳しく話を聞くと「吐き気があって食欲もない。体重は半年で7kg減って、便も細くなりお腹も張っている。2年前から血便もある」とのこと。

折田 大腸癌だったのでしょうか。

阿部 その通りです。すでに Stage4 まで進行しており、最善の治療を尽くすも亡くなってしまいました。血便の症状が出現した2年前のタイミングで病院に来ていれば経過は変わっていたかもしれません。やるせない気持ちでした。

折田 私自身、「あと少し早く来院してもらえていたら」と悔やむ場面は臨床研修が始まってから何度も経験しました。

阿部 しかし医学の知識がない患者さんにとって、今の自分の症状が受診に値するほど重大かどうか判断するのは簡単じゃない。私たちが作っているこのアルゴリズムを一般の生活者が広く使えるようになれば早期発見、早期治療につながると考えたのです。

折田 まさに現在の「ユビー AI 受診相談」によって実現しています。その後、共同研究をもとに起業を決意されるわけですが、臨床研修後はもともとどのようなキャリアに進む予定だったのですか?

阿部 悪性腫瘍の臨床研究または基礎研究に従事するため大学院への進学を検討していました。日本人の3分の1の命を奪う癌が憎く、より良い治療



●あべ・よしのり氏

2015年東大医学部卒。東大病院、東京都健康長寿医療センターでの初期研修を経て、17年5月にエンジニアの久保恒太氏と共同で Ubie 株式会社を設立。18年より「ユビー AI 問診」(<https://intro.dr-ubie.com/>)、20年より「ユビー AI 受診相談」(<https://ubie.app/>)の提供を開始。「ユビー AI 問診」は医師のカルテ記載業務を効率化する Web 問診システム。約5万本の論文データをもとに AI が患者ごとに最適な質問を自動生成し、事前問診をデジタル化する。「ユビー AI 受診相談」は、自覚症状などいくつかの設問に答えることで病名の候補や対処法、適切な診療科を調べられる、無料の Web 医療情報提供サービスである。現在は7人の医師を含む約150人の社員と共に、より多くの人々を適切な医療に案内することをめざす。19年12月より日本救急医学会救急 AI 研究活性化特別委員会委員。20年 Forbes 30 Under 30 Asia Healthcare & Science 部門選出。同年8月 Ubie 社は週刊東洋経済の「すごいベンチャー 100」に選出され、11月には累計45億円を調達。

法を確立したかったからです。しかし、先ほど挙げた患者さんとの出会いを通じて治療法以上に治療介入のタイミングに課題があるのではと考えるようになってからは、共同研究の成果をいち早く多くの方に広めたい一心でした。ただ、研究室としてシステムの開発を続けても社会実装までに時間がかかってしまうと、NPO 法人だと資金や人材の調達が難しい。自分の希望をかなえるには会社という形態が最も合っていると考え、起業を決意しました。初期研修医2年目の夏頃のことです。

(2面につづく)

December
2021

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。

Pocket Drugs 2022

監修 福井次夫
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1186 定価: 4,620円[本体4,200+税10%]
[ISBN978-4-260-04686-2]

教科書では教えてくれない! 私の消化器内視鏡 Tips Vol.2 +レジェンド Tips とっておきの“コツ”を伝授します

編集 小野敏嗣
A5 頁172 定価: 3,850円[本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04309-0]

〈標準理学療法学 専門分野〉 骨関節理学療法学 (第2版)

編集 福井 勉
B5 頁350 定価: 5,280円[本体4,800+税10%]
[ISBN978-4-260-04753-1]

〈標準理学療法学 専門分野〉 日常生活活動学・生活環境学 (第6版)

編集 鶴見隆正、隆島研吾
編集協力 大森圭貴
B5 頁392 定価: 5,940円[本体5,400+税10%]
[ISBN978-4-260-04751-7]

〈標準作業療法学 専門分野〉 作業療法学概論 (第4版)

シリーズ監修 矢谷令子
編集 能登真一
B5 頁304 定価: 4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04785-2]

〈標準作業療法学 専門分野〉 身体機能作業療法学 (第4版)

シリーズ監修 矢谷令子
編集 山口 昇、玉垣 努、李 範爽
B5 頁512 定価: 5,500円[本体5,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04682-4]

トップジャーナルに学ぶ センスのいい科学英語論文の書き方

著 ジャン・E・ブレグンス
執筆協力 岩永敏彦
A5 頁160 定価: 3,740円[本体3,400+税10%]
[ISBN978-4-260-04625-1]

周期の臨床判断を磨く II 術式による機能変化から導く看護

深田順子、鎌倉やよい
B5 頁224 定価: 3,740円[本体3,400+税10%]
[ISBN978-4-260-04675-6]

イラスト看護診断

編集 古橋洋子
A5 頁192 定価: 2,750円[本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04904-7]

ウェルネスからみた 母性看護過程 (第4版) +病態関連図

編集 佐世正勝、石村由利子
A5 頁992 定価: 4,290円[本体3,900+税10%]
[ISBN978-4-260-04786-9]

ストレスからみた 精神看護過程 +全体関連図、ストレス・マッピングシート

編集 萱間真実
編集協力 林 直樹
A5 頁504 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04787-6]

精神科仕事術

この科で働くことを決めた人が、やったほうが
いいこと、やらないほうがいいこと
山下隆之
A5 頁176 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04870-5]

ケアする人のための プロジェクトデザイン

地域で「何かしたい!」と思ったら読む本
西上ありさ
A5 頁104 定価: 2,750円[本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04900-9]

ぼくとがんの7年

松永正訓
四六判 頁240 定価: 1,980円[本体1,800+税10%]
[ISBN978-4-260-04926-9]

この先生に会いたい!! ビジネスの力で70億人に健康を届けたい

(1面よりつづく)

折田 起業すると決めてから、自身の進む道に迷いはありませんでしたか。

阿部 もちろんです。医薬品の性能や治療技術は日々進化しており、現時点での最高の医療を提供する場が病院には整っています。しかし提供できる相手は目の前の患者さんだけ。私たち医師は、病院に来てくれるのを待つことしかできません。

医師法の第1条には「医師は(中略)国民の健康な生活を確保するもの」とあります。われわれの共同研究の成果によって1人でも多くの国民が適切な医療にアクセスでき健康な生活の確保へとつながる可能性があるのなら、そのチャンスを最大限生かしたかったのです。起業を決めて4か月後にUbieを創業しました。この時の選択は間違っていないかと思っています。

臨床経験がビジネスの礎に

折田 私は医学生時代に複数の企業の長期インターンに参加し、ビジネスを通じて、よりマクロな視点で医療にアプローチすることの面白さと難しさを実感しました。現在は研修医として日々臨床業務に専従していますが、将来は阿部先生のようにビジネスサイドから医療全体の価値向上、特に病院システムの改善などに貢献したいと考えています。阿部先生が臨床医として働いた経験は、事業にどう影響していますか。

阿部 主にシステムを開発する上での仮説立案や、お客様にプロダクトを説明する場に生きています。医療現場のオペレーションに関する肌感覚が備わっているため、現場で出やすいクレーム等、さまざまなシチュエーションを想定しながら実現可能性の高い仮説を立てられています。さらに病院長や診療部長の抱える負担、彼らから現場の医師が受けているであろう指示、その指示に対する医師たちの思い……。異なる立場の医療者がそれぞれ抱く関心事に私たちが寄り添うことで、自社のプロダクトの魅力を最大限に伝えられます。勤務医としての経験がなかったら、現在のUbieはなかったでしょう。

折田 今も臨床との接点を持ち続けているのでしょうか？

阿部 はい。3年前から週に1度、「ユビー AI 問診」を導入していただいている診療所で勤務しています。限られた時間ですが、患者さんの困り事や判断に迷う症例などを目の当たりにし、臨床の肌感覚をアップデートし続けています。また、ユーザーとして自社のプロダクトを利用することで、セルフフィードバックができるのも利点です。開発時は問題ないと思っていた機能でも、いざ利用すると「読み込み時間が長くて患者さんを待たせてしまう」「このタイミングでこういう情報

が表示されればより便利なのに」といった改善点に気づき、アイデアが浮かびやすい。今後も臨床は続けていきたいです。

Hello, healthy world!!

折田 臨床で患者さんと接している間は、患者さんが快方に向かう様子を目にしたたり直接感謝されたりと、やりがいを実感できる場面が多々あります。一方でビジネス、特にスタートアップの段階ではすぐに成果が出るわけではないはず。阿部先生はどのような時に喜びを見いだし、モチベーションを維持しているのでしょうか。

阿部 Ubieが手掛けるシステムが医療のアウトカムに結び付いた事例を耳にする時です。例えば、骨の痛みを有する患者さん。「ユビー AI 受診相談」の情報提供に従って血液内科を受診したところ、多発性骨髄腫と診断され早期治療につながりました。自己判断で整形外科等にかかっていたら適切なタイミングでの介入が遅れていたかもしれません。全ての事例を耳にできるわけではありませんが、こうした事例を医師や患者さん本人から聞いた時の喜びは何物にも代えがたいですね。

折田 臨床医として働くことと、事業として医療サービスを提供すること、どちらも「患者さんのために貢献したい」という共通の思いがあるのですね。では、両者の違いとは何でしょうか。

阿部 患者さんに直接与える影響の大きさ、価値を提供できる範囲が異なります。臨床医は患者さんの抱える心身の痛みに直に触れます。そのため患者さん一人ひとりに与える影響は絶大です。しかし1人の臨床医が診られる患者さんの数には限界があります。ビジネスの場合、利用者全員と直接触れ合えるわけではないけれど、Google社が作った検索エンジンを今や世界中の人が使っているように、価値あるサービスを1つ作ればそれを数万人、数億人にまで拡大再生産できます。

折田 それは夢が広がりますね。阿部先生が実現したいと考える、今後の目標や夢は何ですか？

阿部 Ubieの価値を今以上に広く、具体的にはグローバルに展開したいと考えています。国民皆保険制度が整備されている日本は、国際的に見て医療へのアクセスがかなり良い国です。一方で、世界人口の約半数は基礎的な保健医療サービスにアクセスできないとされており¹⁾、日本以上に病気の発見・治療が遅れやすい状況下の国は多い。諸外国にUbieが提供できる価値は一層大きいと考えています。

折田 昨年10月にはシンガポール法人を設立したと伺いました。

阿部 同国でのサービス展開はJETROが公募する「日ASEANにおけるアジアDX促進事業」にも採択されました。現在、診療所および一般生活者の皆様

に向けてサービスを展開し、日本で確立したプロダクトを順次輸出しています。近いうちにアメリカやインド、アフリカ等にも事業を展開する予定です。日本とは医療制度や健康状況が大きく異なるため、一筋縄ではいかないでしょう。しかし医師としては国境を

越えて少しでも多くの患者さんを健康に導きたいのです。Ubieのミッションは「テクノロジーで人々を適切な医療に案内する」こと。世界中の全ての患者さんが知識の差によらず、最適な医療に最速でたどり着ける社会を実現したいです。

専門家と専門家をつないで化学反応の触媒となる

折田 最後に1つ、個人的な悩みを相談してもいいですか。ビジネスサイドから医療に貢献する際、ビジネスと医療、それぞれの知識や経験値が「10:0」の人と「0:10」の人のように、各分野の専門家同士がチームとなったほうが、「5:5」の人同士で組むよりも面白いサービスを提供できるのではないかと、最近よく思うのです。しかし私が進もうとしている道はどちらかといえば「5:5」に近く、ビジネスと医療、どちらの知見も中途半端になりかねない。そんな自分が将来、どのような優位性を発揮しながら価値を提供できるのだろうか、と不安です。

阿部 確かに10の知見を持つ人同士の化学反応は大きいですね。ただ、両者の使う言語やビジョンってかなり差がありませんか？

折田 そうですね……。ビジネス界の方が掲げる仮説が臨床現場に即していなかったり、反対に医療者の抱くプランがコスト面で現実的でなかったりというケースは、企業のインターン参加時にも何度か経験しました。

阿部 私自身、初期臨床研修修了後すぐにビジネスの世界に入り、かといってビジネスの道を歩み始めてからまだ日も浅いため、現状医療もビジネスも10まで理解できているとは言えません。ただそんな自分には、「10:0」の人と「0:10」の人とのつなぎ手になって、双方の目的が一致するプロダクトを創るというスペシャリティがあると思っています。現場の困り事はどこにあって、何から解決すべきか。それをビジネスと医療、双方の言語でディスカッションする。専門家同士を接合できる力を持つ人は希少です。折田先生にはその力があるので、心配はいりませんよ！

折田 ありがとうございます。私も将来、医療とビジネスサイドの「架け橋」のような存在になればと常に考えています。阿部先生の言葉を伺って、自分のめざしている道は間違っていないと自信を持つことができました。

阿部 化学反応が起こりやすい環境を作る、というのもつなぎ手だからこそできる価値創造です。臨床の深い知見を持つ医師と経営のプロという、本来出会わなかった両者が近づく場を作る。健康・医療領域におけるベンチャー創出を支援する目的で、折田先生がご出身の慶應義塾大学医学部が毎年主催しているビジネスコンテスト「健康医療ベンチャー大賞」がまさにそうです。こちらは私がまだチャレンジできていない領域なので、ぜひ挑戦していただきたいですね。

*

折田 ビジネスに興味を持つ医学生・研修医が全国にいるはず。彼らに阿部先生からアドバイスやメッセージがあればお聞かせください。

阿部 目の前のことに全力で取り組みましょう！ 医学部や臨床研修で得る知識や経験は、かけがえのない財産です。まずは医学に全身全霊で向き合って没頭してください。そしていつかはビジネスの領域で医療に貢献したいと思っているならば、週に1時間、月に2時間でもいいので「ビジネス的」に物事を考えてみるのがお勧めです。今あなたが所属する病院にはどのような課題がありますか？ その課題はどうすれば解決できそうですか？ そういった視点が将来生きるかもしれません。時間に比較的余裕のある医学生なら週末だけ企業のインターンに参加したり、研修医なら身近な人に話を聞いたりするのもいいですね。

折田 今日のインタビューは自分自身の将来を見据える上でとても刺激的な時間となりました。

阿部 ありがとうございます。皆さんと共に医療をより良いものにできる日が楽しみです。(了)

●参考文献・URL

- 1) THE WORLD BANK プレスリリース, 2017. https://bit.ly/3ofTFBF

インタビュー＝私は今年4月から医師として医療現場に足を踏み入れました。電子カルテには自分の知らない患者さんの名前が多く記録されています。同じ病院の中でさえ、自分が医療を提供できているのはほんの一握りの方にすぎません。阿部先生へのインタビューを通じて、マクロな視点で医療に貢献する重要性を改めて実感し、学生時代からのモチベーションに再度火がつけました。医療においてビジネスを口にするのはタブー視されがちですが、ビジネスは医療への貢献の仕方の一つでもあります。将来はビジネスを通じてより多くの患者さんに貢献できるよう、今はまず自分ができる最善の医療を目の前の患者さんに提供することを目標に、これからも日々の診療に誠意を持って当たりたいたいと思います。(折田巧)

無料 Webセミナー 『medicina』 & 『総合診療』 コラボ企画
医学書院
磨け！ 問診力
～診断に迫る“+α”のテクニック
リアルタイム配信 2022年1月8日(土) 13:00-15:00
アーカイブ配信：2022年1月9日(日)～2月8日(火) 23:59
講師 志水 太郎 先生 上田 剛士 先生
『medicina』2021年11月号 「外来で役立つ Aha! クエスチョン—この症状で、次は何を聞く？」と
『総合診療』2021年6月号 「この診断で決まり！ High Yield な症候たち—見逃すな！キラリと光るその病歴&所見」がコラボレーション！

寄稿

オンライン臨床実習で「診療参加型」を実現できるか？

民谷 健太郎 救急科専門医/旭川医科大学オンライン臨床実習開発者

医学教育のカリキュラムにおいて、座学や見学型臨床実習、初期臨床研修に至るまでのシームレスな医師育成に向けた取り組みが課題となっています^{1,2)}。特に医学科5、6年次と、初期研修1、2年目との間には大きなギャップがあり、このテーマは長きにわたり議論が交わされています。そのギャップを補填する役割を担うのが卒前の「診療参加型実習」とされているものの、従来の見学型実習との差異化を図るのは困難だという現場の声は少なくありません。そのような課題を抱えた中でコロナ禍が訪れ、「診療参加型」という要件に加え、「患者接触を伴う病院実習の禁止」との条件下で臨床実習を見直し、オンライン稼働のできる学習環境を構築せざるを得ない状況に卒前教育は陥りました。

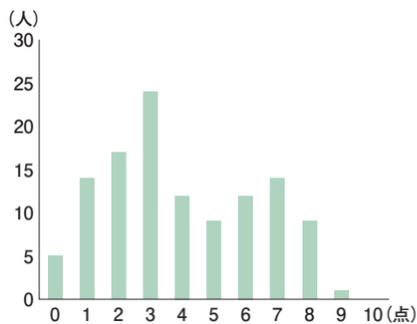
当初、市中病院の内科コア科臨床実習の指導医として、北海道大学と旭川医科大学の医学科5年次のStudent Doctorの実習指導に携わっていた私も例外なくコロナ禍の影響を受け、実習が中止となりました。それがオンライン臨床実習の開発を決意するきっかけとなったのは確かです。本稿は、教材開発に当たる中で得られた知見を中心に「診療参加型」臨床実習について改めて考察したいと思います。

初期臨床研修の2年間で飛躍的な成長が期待できる理由

執筆に当たり、これまで指導医としてかかわってきた初期研修医の顔を思い出してみると、初期臨床研修2年間の成長は目を見張るものがあることに気付かされました。そこに卒前教育にも応用できる医師育成のヒントがありそうなので、まずは卒前・卒後の相違点を考えることから始めます。

総論として、卒前と卒後の違いに「自己裁量の程度」が挙げられます。行動心理学者 Alasdair White は、適切なストレス環境下では能力を効果的に発揮できる「最適なパフォーマンスゾーン(optimal performance zone)」があると主張しています³⁾。これを初期臨床研修と重ねて考えると、積極性の乏しい見学者レベルの研修(comfort zone)、あるいは過度のストレスや負荷が掛かったような研修(danger zone)では、適切なパフォーマンスや成長が得られにくいことに通じます。前者は精神的ストレスが小さく済むものの成長に必要な経験が担保されませんし、後者は恐怖感や事故のリスクが高まることで、試行の機会が減ったり致命的な過失を負ったりすることにもつながります。

質問：見学型臨床実習において「医療チーム内で参加している」という感覚がありましたか？



●図 オンライン臨床実習に参加した Student Doctor のアンケート調査結果

筆者開発のオンライン臨床実習(内科・2週間)に参加した旭川医科大学医学部医学科5年次122人(回答数117人)に対し、見学型臨床実習およびオンライン臨床実習における医療チームへの帰属意識について、10段階評価でアンケート調査を行った。結果、仮想患者にもかかわらずオンライン臨床実習のほうが「医療チーム内で参加しているという感覚がある」と答える傾向を認めた。

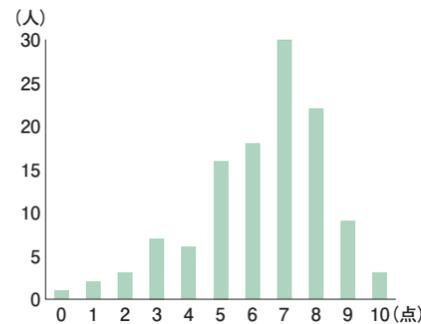
したがって最適なパフォーマンスゾーンの要件は、①学習者(Student Doctor/初期臨床研修医)および患者の安全が担保される、②学習者が試行錯誤できる(=自己裁量がある)という2点に集約されそうです。つまり卒前より卒後での成長のしやすさは、「安全に試行錯誤して経験や学習を積み重ねられる環境」に起因するのでしょうか。

患者接触を禁止されて Student Doctor が失ったもの

さて冒頭の話に戻ります。コロナ禍によって患者接触を伴う病院実習が中止とならざるを得ない状況に陥り、各医大ではオンライン臨床実習の開発を余儀なくされました。その知恵と努力の結晶は、『医学教育』誌[51巻3号「特集 パンデミック下の医学教育」、52巻3号「特集 コロナ禍より生まれた医学教育イノベーション」]にて報告されています。これらの論文に目を通すと、医大の共通の悩みは「Student Doctor は患者接触を伴う臨床実習の機会を喪失し、大学教員はコロナ禍で日常の臨床業務負荷が増大したことに加え新規教材開発等で余剰のエネルギーが発生した」という点です。

したがってオンライン臨床実習を設計するに当たり、①患者接触禁止下では実現不可能なこと、②患者接触が無くとも代用可能なこと、③通常の病院実習では実現が難しいがオンライン臨床実習では可能なことに分けて整理して、②や③の領域をなるべく広く活用できるような学習環境をめざすこととなります。コロナ禍で臨床実習に制約が生じたことで、次に挙げる本来の病院実習の価値を再認識できたのは、逆説的ではありますが興味深い結果です。

質問：今回のオンライン臨床実習において「医療チーム内で参加している」という感覚がありましたか？



- 患者との直接的なコミュニケーション
- 五感を駆使したベッドサイドでの診察機会
- リアルタイムで変化する動的な患者情報
- 介入や時間経過に対するレスポンス評価の機会
- 患者やその家族、疾患の多様性を知る機会
- 指導医の診療技術の見学機会
- 各種手技、手術の見学/実践機会
- 指導医との密なコミュニケーション
- 医療現場の臨場感、緊張感
- 医療スタッフとして振る舞わなければならないという一種の強制力

②「患者接触が無くとも代用可能なこと」の代表としては「臨床推論」が挙げられます。オンサイト、オンラインにかかわらず、臨床推論は比較的容易に臨床実習に組み込みやすいテーマであることが、先ほど挙げた『医学教育』誌に掲載された各大学の報告例からもわかります。むしろ症例情報や課題を自由に設計できるという点では、オンライン形式のほうが教材の標準化を図りやすく優れているとも見なせます。

意思決定の機会を担保し「診療参加型」を実現する

私がオンライン臨床実習の開発過程で強調したのは「意思決定の機会」です。例えば、治療方法の選択、中止のタイミング、入退院の判断、病勢の評価、患者・家族への病状説明といったケースです。病院実習の場合、患者安全の観点から見ても Student Doctor に一任するわけにはいきません。しかし、オンライン臨床実習で仮想患者を対象とした場合には学習者の意思決定が実際の患者に影響を与えることは無いので、前述の danger zone を回避し心理

●たみや・けんたろう氏

2009年旭川医大卒。同大病院にて初期研修後、札幌東徳洲会病院での救急科研修を経て、救急科専門医の資格を取得。過去には医師国家試験予備校講師を務めた経験もある。20年旭川医大地域共生医育統合センター助教。同時期よりオンライン臨床実習の開発を行った。現在は医系技官として行政職に就く。

的安全が担保された状態で意思決定が可能となります。

診療の様子を後追いでトレースするような見学型の臨床実習では受動的な学習しかできませんが、意思決定やクリニカルクエストの想起を課題として設けることで、主体的な診療参加を疑似体験することが可能となります。当事者意識を持って「自分だったら次にどうするか」「その根拠は何か」という思考の習慣を学習環境のシステムに落とし込むことができれば、学習者は診療にかかわる内容のディスカッションを指導医と交わせるようになります。実際、筆者開発のオンライン臨床実習に参加した旭川医科大学医学部医学科5年次122人を対象としたアンケートにおいては、仮想患者にもかかわらず「医療チーム内で参加しているという感覚がある」と答える傾向を認めています(図)。模擬患者に対する診療に関して毎日のカルテ記載も課されており、意思決定・クリニカルクエストの想起・カルテ記載という一連のサイクルがアウトプット主体の実習形式になっているので、学習者には「診療に参加している」という実感が芽生えるのかもしれませんが。

*

最後に、筆者が考えるオンライン臨床実習の価値を以下にまとめます。いつかコロナ禍が終焉を迎え、従来の日常に戻ったとしたら、臨床実習も元の姿に回帰するのでしょうか？ コロナ禍で生まれた医学教育イノベーションの灯が消えてしまうのはもったいないと思いますので、1つの資産としてオンライン臨床実習が共存、さらには進化ができるような未来を個人的には期待しています。

オンライン臨床実習の価値

- 新興感染症流行時や大規模自然災害時においても学習者に学習機会を提供できる
- 教員の時間的/労力的エフォートを軽減できる
- 模擬患者が学習対象であれば、学習者・患者の両方の安全を担保できる
- 患者接触を伴う病院実習との併用(ハイブリッド形式)で付加価値を与えられる

●参考文献・URL

- 1) 文科省。医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版。2017。<https://bit.ly/3czWqIQ>
- 2) 厚労省。シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題。2019。<https://bit.ly/3HGZMYy>
- 3) Alasdair W. From Comfort Zone to Performance Management. White & MacLean Publishing; 2009.

みんなの臨床研究論文作成

辻本哲郎

Original Article 40本、論文査読100本以上!

「リサーチクエスチョンの立て方は?」「論文はどのように書く?」「英語が苦手でも大丈夫?」「査読者は何をみているの?」

臨床で研究・論文作成を続ける著者がまとめた至極の手引書

これで解決!

みんなの臨床研究論文作成

辻本哲郎

Original Article をめざそう! 医学書院
臨床研究・論文作成の至極の手引書

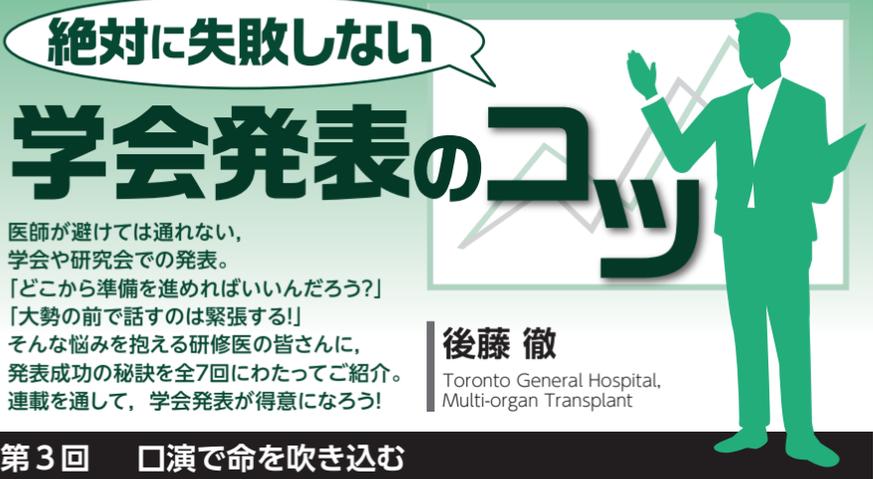
「リサーチクエスチョンの立て方は?」「プロトコルには何をかく?」「査読者は何をみているの?」など、臨床研究・論文作成にまつわる数々の疑問が解決。臨床で研究・論文作成を続ける著者がまとめた至極の手引書。

●A5 2021年 頁196
定価: 3,960円(本体3,600円+税10%)
[ISBN978-4-260-04778-4]

目次
第1章 臨床研究をしよう
第2章 論文を作成しよう
第3章 論文を投稿しよう



詳細はこちら



第3回 口演で命を吹き込む

絶対的演者優位の空間
プレゼン中は演者が発表会場を支配し、基本的に座長や聴衆が遮ることはありません。あなたが話したい内容をみんなが黙って聞いてくれる特殊な環境にあります。つまり求められるのは**純粋な話術**であり、短い時間で聴衆にわかりやすく伝えるには、口演のテクニックが欠かせません。そこで今回はこのプレゼン方法について勉強しましょう!

スライドの魅力を100倍増しにする話し方のコツ
以下の5つのポイントを押さえるだけで、話術で圧倒的な差をつけることができます。

- すぐにできる、話し方の5つのコツ!**
1. 第一声は自信を持って堂々と
 2. 話し方は丁寧語に統一する
 3. できるだけ短文で言う
 4. 日本語は語尾を濁さず締める
 5. 重要なことは結語でも繰り返してしっかり述べる

まず、座長に「それでは〇〇病院の〇〇先生、お願いします」と言われた後の第一声が勝負を決めます。私は「よろしく願いいたします。(タイトル)について発表いたします」と始めることが多いですが、最初の「よ」を全力で言えるかどうかでその後の発表スタイルが決まります。聴衆に理解してもらうことが目的の発表ですから、小聲でのごまごま話すわけにはいきません。この部分ではスライドを見る必要がないので、聴衆を見て堂々とスタートを切りましょう!

また、スライド内の文章が体言止めや文語体であったとしても、聞き手にトゲ無くすつと染み込ませるには**口演を丁寧語で統一**すべきです。そして内容はできるだけ短い文にして話しましょう。例えば「症例は80代男性で腹痛を主訴に来院し、来院後の造影CTにて肝動脈瘤の破裂出血が疑われ、放射線科と協力の上コイル塞栓を試み……」とだらだら続けるのはリズムが悪く、聴衆は重要でない情報だと感じて理解度が落ちます。これを「症例は80代男性です。突然の右季肋部痛を主訴に来院しました。造影CTにて総肝動脈瘤と周囲のExtravasationを認めました。バイタル不安定であり緊急で

コイル塞栓術を試み……」と変えると、短文で切るため情報をプラスしたにもかかわらず聴衆の理解度が落ちることはありません。

次は読み方です。日本語は語尾で疑問文か平叙文か、否定形か肯定形かが決まります。逆に言うと語尾が弱いと何と言っているか曖昧になりやすい言語です。学会場は専門家ぞろいであまり萎縮してしまいがちですが、**語尾まで自信を持って発音**しましょう。最後に、重要な部分は繰り返しが原則です。結語でも再度全体をまとめて、重要事項は飛ばさずに話しましょう!

不要な単語を失くし、無言の間を使いこなす

口演がいまひとつという方に多いのが、不要な単語の使用です。「あー」「えー」「まあ」「うーん」などについては、絶対に使用しないよう心掛けましょう。普段の病棟での電話やカンファレンスでもそうですが、これらは全く必要がない単語です。特に「まあ」という口癖は「偉そうに聞こえる」と非難されることもあります。これらの不要単語は意識しないと除外できず、癖を直すのに数か月はかかるのでやっかいです。

一方で間を使うことも大事です。次のスライドに進んだら、心の中で**1秒数え**ましょう。これによって聴衆は「スライド変わったぞ。読んでみよう!」という意識の下、タイトルを読んでくれます。その後に話し始めることで聴衆は「なるほど、今からこの内容を説明するのか」と流れに付いてきてくれます。ただだか1秒の間を取っても大した時間ではありませんし、この意図的な沈黙を使いこなして聴衆の理解度を上げましょう!

台本と発表者ツールの罨

発表時のセリフを忘れないために台本を作って紙に印刷する、またはPowerPointの発表者ツールに書く方法があります。不慣れな学生や研修医が特に多用するこの方法には注意点があります。それは、書かれた文字を読む際は棒読みになりやすいということ。最近、Web学会が主流となり事前録音された発表も増えてきましたが、台本を読んでいるかどうかは聞いていてすぐ

にわかります。棒読みが一番の害は早口になりやすいことです。台本を見ると話すべき内容が多く感じて、緊張のあまりどんどん先を読んでしまいたい気持ちに駆られます。結果として通常の話言葉より早口になり、初見で発表を聞く聴衆の中には理解できない者が現れます。

これに対して台本なしで話すためのポイントがあります。それは、事前準備の際にスライド内にキーワード(それを見れば話す内容が順番に想起される)を**ちりばめておく**ことです。これなら何を話すか当日頭が真っ白になっても思い出しやすくなります。そして可能な限り台本なしで発表できるまで口演練習を行い、当日は念のために台本を持っていく程度にすることが理想です!

上級テクニック：聴衆の理解度からプレゼンを変える

発表者にとって至上の命題は「内容を伝える」に尽きます。でもこれは台本に書いた言葉を一字一句間違えずに話すということではありません。学会場で聴衆が怪訝そうな顔をしていれば理解されていない、うなずいている人がいれば理解してもらえているとわかります。前者の場合はアドリブで内容を変える工夫も重要です。聴衆が自分の発表に付いてきていないと感じたら、例えば難しい用語は略語にしない、説明する文節を追加するなど簡単に変更できますし、考察の部分で補足説明も入れられます。発表内容をわかしてもらえなければ次項の質疑応答も不十分に終わりますから、ある程度の枠に沿ったあとは**流動的に話すテクニック**を身につけましょう!

質疑応答の究極形

発表の最後に行われる質疑応答。質疑内容が、あらかじめスライド作成時に情報省略をしていた(質問されるような罨を仕掛けた)部分や自分が想定していたのであれば、回答は容易です。問題となるのは、自分が予想していなかった、または難解な質問です。このような質問に対して自分の考えがまとまる前に話し始めるとチグハグな回答となり、会場に冷たい空気が流れ始めます(いわゆる「スベる」)。若手の場合、フリーズして共同演者の指導医が代わりに答えるシーンへと移行することも珍しくありませんが、できれば避けたいところです。では、どうすればいいのでしょうか? これには2段階で対応します。

1つ目は、「とりあえず Meaningless words で場をつなぐ」が有効です。よく海外学会で演者が「That's a good question!」と言いますが、これは「あなたの質問は的を射ている! 素晴らしい!」という賛辞では99%ありません。意図していなかった質問に対して時間稼ぎをしたいだけです。日本語で例えるなら「〇〇先生、ご質問をいただきありがとうございます」「本研究における、〇〇という点についてで

すが……」「この症例につきましてはわれわれ主治医団でも議論になりましたが……」などです。これらの言葉で場をつなげば一呼吸置くことができ、場の主導権を自分に戻せます。

2つ目は、「Evidence 順に意見を述べる」です。質問に対して一言で回答できる場合は良いですが、明確な答えがない場合もあります。この場合は、**文献的考察>主治医グループまたは研究団体での結論>個人の意見の優先順位**で回答します。つまり論文で議論がなされていない(または調べていない)時は、自施設の意見を述べましょう。それすらない時は個人的な見解である旨を述べた上での回答をします。個人の意見で終わる際には、「貴重なご質問をありがとうございます。自施設でもその点を再度検討させていただき、次の発表に生かしたいと思います」と述べて終わらしましょう。可能なら発表後に質問者と名刺交換して情報を update することも今後の人間関係で重要で

院内予演会を制する者は全てを制する

院内予演会は学会発表の前哨戦ですが、実際は最もハードルが高い場です。というのも、学会場では、スライドを細かくチェックしたり口演での言い回しに対して逐一批判したりする他施設の先生はいません。一方で部長や上級医が出席する院内のカンファレンスでは、「他施設に恥ずかしくない内容のものを作る」という使命感の下ガンガン突っ込まれます。ここでは①発表内容の正確さ、②スライド様式のクセ(デザイン、フォントなど)、③発表している内容、悪い内容(聴衆を混乱させるような「余計な」ことを言っていないか)、④質疑応答で議論される点の洗い出し、⑤時間内に発表できるかの5点が主な審査対象になります。院内予演会を行う時点では、自分の指導医からすでに指導を受けており、1回目のブラッシュアップは終わっています。しかし他の指導医からの視点は非常に勉強になるので、しっかりメモをして対策を強化しておきましょう。この場で歯に衣着せぬ議論にもまれ、さまざまな視点のアドバイスを得たプレゼンターは本番で堂々と発表できること間違いなしです!

Take-home Message

- 口演中の学会場は自分が支配者。話術が全てを決める。
- 不要な単語を取り除き、無言の間を上手く使う。
- 台本を棒読みせず、アドリブができる柔軟さを。
- 予想外の質疑応答は Meaningless words でつなぎ、Evidence を意識して答える。
- 院内予演会の評価項目を押さえておく。

新常態(ニューノーマル)となったオンライン学会に関する記載も拡充

基礎から学ぶ 楽しい学会発表・論文執筆 第2版 中村好一

若手医療関係者や医療系学生に向けて、学会発表や論文執筆のコツを具体的に解説。学会選び、抄録・スライド・ポスターの作成、口演とポスター発表の違い、投稿雑誌選び、投稿規定の重要さ、編集委員会とのやりとり、やってはいけない「べからず集」など、実践的な情報が満載。隠れファンの多い脚注も一読の価値あり。

●A5 2021年 頁240
定価: 3,080円 (本体2,800円+税10%)
[ISBN978-4-260-04651-0]

目次

- 第0部 プロローグ
- 第1部 研究の進め方
- 第2部 主要4部分の書き方、まとめ方
- 第3部 学会発表
- 第4部 論文執筆・刊行
- 第5部 エピローグ

医学書院

ケースで学ぶ マルチモビディティ Multimorbidity

主たる慢性疾患を複数抱える患者に対して、かかわる診療科も複数となり、ケアが分断されている。こうした場合の介入に困ったことはありませんか？ 高齢者診療のキーワードである Multimorbidity (多疾患併存) のケースに対して、家庭医療学の視点からのアプローチを学びましょう。

第21回
マルモ患者の旅路に伴走しよう！
大浦 誠 南砺市民病院 総合診療科

CASE

65歳男性。事務職を定年退職したばかり。90歳の両親と3人暮らし。介護負担はそれほどなく、老夫婦で支え合っている状況である。6歳より気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎。30歳より高血圧、脂質異常症、2型糖尿病、アルコール性脂肪肝で近医通院中。嗜好歴は喫煙歴なく、日本酒は1合/日であった。アレルギーはハウスダストとネコアレルギーがあった。1か月前から微熱と倦怠感があり、近医を受診。CRP 21.0 mg/dLであったため、近くの総合病院に紹介された。身体所見で明らかな異常はなかったが、胸部CTでびまん性のすりガラス影を認め、感染症の精査は全て陰性、腫瘍マーカーも陰性、唯一の陽性だったのが抗ARS抗体であった。ウイルス性肺炎や器質性肺炎、あるいは抗ARS抗体症候群であったのかと担当医は考えたが、患者は検査結果を待っている間に解熱。無治療で経過観察する方針を伝えたと、「総合病院への通院を中断し近医に戻りたい」との申し出があった。胸部CT陰影のフォローアップ、悪性腫瘍や血管炎合併の可能性をどこまで調べるべきか、担当医は悩んでいた。

【処方薬】一般内科でエナラプリル、ロスバスタチン、メトホルミン、リナグリブチン、モンテルカスト、ピランテロール/フルチカゾン吸入、ピラスチン、ロキソプロフェン(発熱時)
*本連載第9回のCASEの30年後です。

今回は、CASEの不確実性と複雑性の難易度を上げた場合にどうアプローチすればよいかを考えてみましょう。マルモのトライアングルの実践編です。

老夫婦と長男の3人暮らしの場合は、介護負担、社会との接点、経済状況に注意

マルモのトライアングルで全体像を把握しましょう(図)。まずはプロブレムリストを作成します。ポイントは5つでした(①どのパターンが多いか、②生命にかかわる疾患はないか、③ADLにかかわる疾患はないか、④不要な薬剤は中止できないか、⑤社会的問題はありますか)。

幼少期から呼吸器/皮膚パターンが、中年になり循環器/腎/代謝パターンが目立っています。新規プロブレムとして1か月持続する発熱と間質性肺炎のほか、「抗ARS抗体のみ陽性」という解釈に悩む所見があるようです。生命やADLにかかわる疾患はなさそうですが、間質性肺炎という不確実なプロブレムが影響してくるかもしれません。ハイリスク薬はないので積極的に中止する必要はありませんが、新規に追加した薬剤やサプリメントがあれば薬剤熱や間質性肺炎への関与を考え休薬する意味はあるかもしれません。社会的問題をスクリーニングすると、老夫婦の面倒をみる一人息子です。このパターンでハイリスクなのは、介護のために仕事を辞めて、社会から切り離されたり経済的に困窮したりすることです。本CASEは定年退職して退職金もあるようですし、介護負担もさほ

どないようです。ただ周囲に相談できる知り合いがいないかもしれないので、セーフティネットは用意しておくのも良いでしょう。

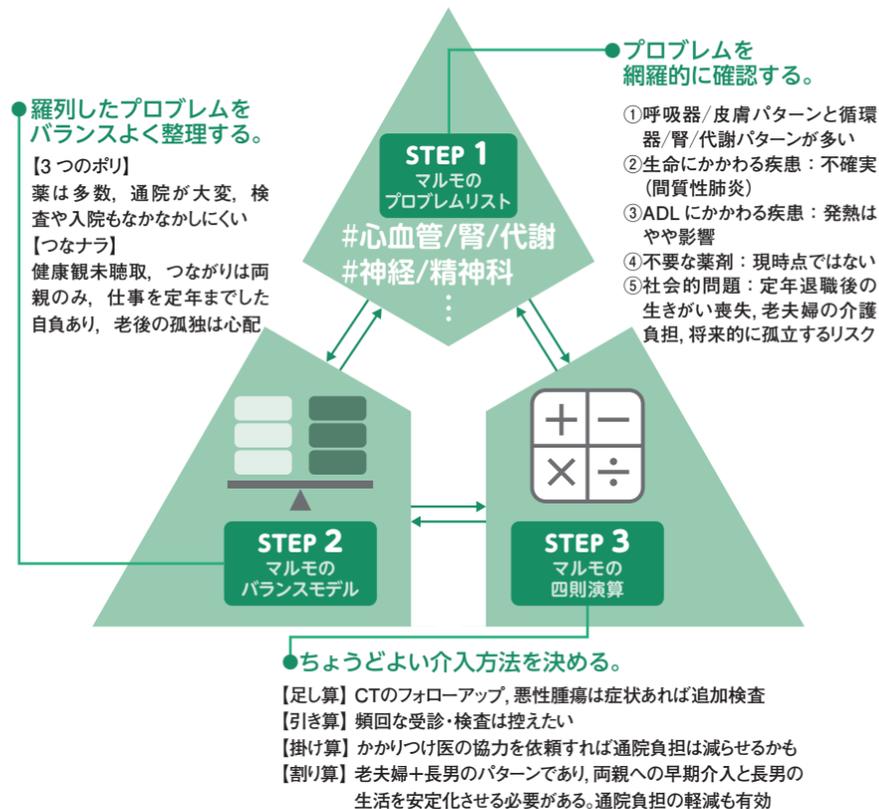
バランスモデルで「3つのポリ」と「つなナラ」を確認、介入バランスを見直す

次にバランスモデルで、介入がバランスよく行われているかをみます。治療負担(Treatment Burden)を「3つのポリ」の視点で見ると、薬自体は多いですが、負担になっているかどうかは確認する必要があります。むしろ通院先が病院と診療所にまたがり、検査や入院を負担に感じているようです。

患者のできそうなこと(Capacity)を「つなナラ」の視点で見ると、自身の健康観についてはよくわかりませんが、つながりが両親のみであることが気になります。喘息を患いつつも定年まで仕事を続けてきたことはレジリエンスの高さもあるのかもしれませんが、今回の問題は「診断の不確実性にどう向き合うか」「治療負担をどう軽減するか」に行き着きます。もちろんそれだけでなく、これを機に、介護負担や生活サポートが必要なのかも見極めていきましょう。

診断の不確実性へのアプローチは、時間軸とセーフティネットをきつつ、マルモ患者の旅路に伴走するスタンスで

不確実性の高いパターンでは、患者を不安にさせないように「今後の見通し」「経過を見ることの大切さ」「治療や検査をするタイミングを決めてお



●図 マルモのトライアングル(今回のCASEへのアプローチ)

く」ことが重要です。まずは今後の見通しを「自然に良くなる」「この症状とは付き合っていかなければならない」「治療をすると良くなるけどリスクが高い」などと説明することで、患者さんと医師が協力し合える関係性を築けます。

また、診断には時間軸をうまく使うことも大事です。現時点で所見がそろってなくてグレーゾーンだとしても、後から情報がそろった結果、診断がついて余計な検査を省略できたり、治療に近づいたりします。もし自然に良くなる疾患であれば、「経過をみてから検査結果を確認しましょう」と伝えるだけでも安心するでしょう。

治療や検査のタイミングを決めておくことで、患者も医師も「どうしているかわからない」という不安が軽減します。そのためにも、臓器別専門医に「こういう計画を立てているが、見落としがないかを確認してください」とコンサルトしておくことが重要です。所見がそろっていないタイミングで紹介しても「様子を見てください」と言われるだけになることもあります。ですが、臓器別専門医に受診のタイミングを確認しておいてもらうことで、いざ状況が変わった時に変化を共有できますし、情報が増えるぶんだけ安心できます。そのひと手間は忘れないようにしたいものです。

人が病気と共に生きる過程は「患者の旅路(Patient Journey)」と言われることがあります。まさに旅の同行者として伴走するイメージで、患者に継続してかかわっていききたいものです。

実際のアプローチ

【足し算】受診時から1週間後のCTのフォローアップで悪化がなかったた

め、半年後にもう一度フォローアップのCTを実施することとした。悪性腫瘍や血管炎のフォローも半年後に計画するが、一般採血検査や尿検査で臓器障害が出現しないかをこまめにフォローすることとした。皮膚所見がないかを皮膚科に確認してもらい、リウマチ膠原病内科にも今後のフォローアップについて相談しておく。

【引き算】発熱は徐々に落ち着いており、間質性肺炎が抗ARS抗体と関連しているかもはっきりしないため、ステロイドや免疫抑制剤などは行わず、経過をみる方針に。X線の悪化所見や呼吸苦、喀痰などの症状があればCTを実施することとした。

【掛け算】かかりつけ医に検査結果や方針について情報提供し、定期受診の際に変わった症状や検査所見の異常があればいつでも紹介するようにお願いした。

【割り算】老夫婦と長男のパターンで考えると、介護負担のほか、長男の社会とのつながりや喪失感がないかを確認しておく、今後の社会的問題の対応がしやすくなるだろう。

POINT

- 老夫婦と長男の3人暮らしの場合、介護負担、社会との接点や経済状況に注意する。
- 診断の不確実性に対しては時間軸とセーフティネットを活用し「今後の見通し」「経過を見ることの大切さ」「治療や検査をするタイミング」を説明しよう。
- 臓器別専門医に現時点でコンサルトしておく、状況が変わった時に共有しやすい。
- 不確実性の高いマルモ患者こそ、「旅の同行者」として伴走する気持ちでいよう。

レジデントのための 専門科 コンサルテーション

マイナーエマージェンシーに強くなる

編著 山本健人

最強のレジデントになるために。
12人のスペシャリストに聞いた
レジデントのつらい悩みを解決する
専門科の知識、コンサルトのコツ、
最新情報

●A5 頁264 2021年 定価: 3,960円(本体3,600円+税10%) [ISBN978-4-260-04680-0]

学びにくい専門科の知識とコンサルト力を身につける

12の専門科について「いつ、どのようにコンサルトすべきか」が理解できるとともに、学びにくい専門科の知識や自力で対応できる技術を修得できる。巻末には、できるレジデントになるための座談会も掲載。

目次
総論 研修医が身につけたいコンサルトのテクニック
各論 1章 耳鼻咽喉科 / 2章 眼科 / 3章 皮膚科 / 4章 整形外科 / 5章 精神科 / 6章 泌尿器科 / 7章 形成外科 / 8章 乳腺外科 / 9章 歯科 / 10章 放射線科 / 11章 病理診断科 / 12章 麻酔科
座談会 できるレジデントになるために

書籍の詳細はこちらから

医学書院

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

帰してはいけない外来患者 第2版

前野 哲博, 松村 真司 ● 編

A5・頁288
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04479-0

“人は、変えられるのは未来だけだ
と思込んでいる。けれど、実際は、
未来は常に過去を変えてるんです。”

私は主に救急外来で仕事をしてい
る。救急というと多発
外傷やショック、心肺
停止など、死に瀕して
いる患者さんばかりが
来院すると思われがち
だが、そんなことはない。
『救命病棟24時』
『コード・ブルー・ドク
ターヘリ緊急救命一』
最近では『TOKYO
MER～走る緊急救命
室～』、『ナイト・ドク
ター』など、「おいおい、
こんな若手がそんなこ
とを、それも美男美女
ばかりが……」てな感
じの突っ込みどころ満
載ながらも楽しいドラマに出てくるよ
うな症例はまれだ。リアルな救急外来
で出会う症例の多くは、発熱、呼吸困
難、意識障害、意識消失、めまい、何
らかの痛みなどを主訴に来院し、バイ
タルサインはおおむね安定している。
最近では、高齢者が動けない、元気が
ない、食欲がないといった症例も多く、
病歴聴取や身体所見の評価に苦渋しな
がら、みんな対応しているだろう。

限られた時間、資源の中で多くの患
者さんを同時に見ることが要求される
救急外来ではエラーが起りがちであ
る。振り返ってみると、そこには見逃
してはいけないはずの訴えや検査結果
がきちんとあるにもかかわらず、だ。
それには、さまざまな認知バイアスが

評者 坂本 壮

総合病院国保旭中央病院救急救命科医長/
臨床研修センター副センター長

影響している、知識不足以上の要因と
なっているとされる。しかし、当然の
ことながら知識は大切である。特にわ
が国では初期研修医など若手の医師が
救急外来を担うことが
多く、彼らが陥るエ
ラーは誰もが経験する
エラーであることがほ
とんどだ。嘔気や体動
困難という主訴から心
筋梗塞を想起できな
かった、来院時には痛
みの程度が軽度であ
ったため大動脈解離
やくも膜下出血を問診
の段階で除外してし
まった、外傷の背景
に潜む内因性疾患を
意識しなかった、X
線のみで骨折を否
定してしまったなど、
あるあるはたくさ
んある。

リアルなあるある症例から ピットフォールを学ぼう



本書『帰してはいけない外来患者 第
2版』は、第1章「外来で使える general
rule」、第2章「症候別 general rule」、第3
章「ケースブック」で構成され、外来診
療で頻度の高い症候の一般的なアプ
ロッチを解説するとともに、陥りやす
い点をケースを通じて学ぶことができ
る。第3章のケースブックは47症例
と豊富だが、そのどれもが「こんなこ
ともある」というレアケースではなく、
非典型的なように見えて実は典型的と
いった症例ばかりで、病歴や身体所見、
バイタルサインの重要性がひしひしと
伝わってくる。私のお勧めは第3→1
章の逆読みだ。症例であるあるとな
りながら一般的なアプローチを振り

レジデントのための専門科コンサルテーション マイナーエマージェンシーに強くなる

山本 健人 ● 編著

A5・頁264
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04680-0

評者 倉原 優

国立病院機構近畿中央呼吸器センター
呼吸器内科

若手医師に限った話ではないが、臨
床医を続ける以上「専門科にコンサル
トすること」と「患者に病状説明する
こと」は避けて通れない。その技術は、
一朝一夕で身につくもの
ではなく、他の医療
従事者や多くの患者と
真つ向からぶつかり合
い、削られ、磨かれ、
叩かれ、鉄は強くなる。
不幸にも、コンサルト
や病状説明が不得手な
指導医の下で育ってし
まうと、自身も苦手意
識を持ってしまい、後
輩にノウハウを伝えら
れないという負の循環
が生まれかねない。う
まく叩かれなければ、
鉄はただの鉄のままだ。

“盗んだバイク”で走り出す本



医師が独り立ちする
ころ、コンサルトや病状説明に関して、
誰も己の能力不足を痛感するだろう。
この書籍を読んだ時に、「放射線科」「麻
酔科」「病理診断科」が入ってくるとは
予想していなかった。ともすれば「doc
tor's doctor」と呼ばれるこれらの診療科
は、依頼さえすれば、あとはどうにか
やってくれると誤解されがちな診療科
でもある。とりわけ電子カルテが台頭
している現代、以前のように顔を突き
合わせて議論百出されることが減っ
ているように思う。臨床情報なくしては
議論すらできないし、著者が書かれて
いるように、じかに顔を見て話さないと
わからない部分はあると思う。これは
自分への戒めでもある。

この本の真骨頂は、「研修医が身につ
けたいコンサルトのテクニック」という

冒頭わずか17ページにある。ここに書
かれてあるのは、コンサルトのお作法
である。その価値基準がずれてしまっ
ていると、修正されることなく一生を過
ごすことになる。「この
医師にはコンサルトし
たくない」と若手医師
に思われたいのために、
自分のコンサルトスタ
イルをここで見直して
いただきたい。

忙しい急性期の診療
科では、どちらかとい
えばこういったノン
バーバルな技術は「見
て盗め」という風潮が
あるように思う。私も
研修医時代にそうい
った科をスーパーロー
テートしたことがある
が、そもそも盗む方法
などわからず、見よう
見まねでいざ実践し
ようにも、“盗んだバ
イク”が走らないとい
うことは往々にしてあ
った。若手医師が見て
盗むためには、指導
医の見せる技術も問
われる。屋根瓦式に
若手医師にこれを受け
継いでもらう好循環
を生むためには、苦
労したであろう中堅
医師が書いたコンサル
テーションスキルの書
籍が望まれていた。
経験すべき苦労は買
ってでもすべきであ
る。しかし、経験しな
くてよい苦労などない
ほうがよいのだ。こ
の書籍が自分の研修
医時代にあれば、ど
れほどよかつたらう。

なお、唐突に尾崎豊の歌詞のフレーズ
を出したが、著者を交えた医学書院
のWebセミナーでこの比喩を出した
ためであることを付け加えておく。

返るのだ(症例でうんうんうなずけ
ない場合には、第2章から読むとよい
だろう)。第1章、前野哲博先生の「外
来で使える general rule」は外来特有
の臨床決断の思考ロジックを、和足孝
先生の「外来で必要な診断エラーの
知識」では認知バイアスまで学ぶこと
ができてしまうという、お得感満載
である。

冒頭のセリフは映画化もされた平野
啓一郎著『マチネの終わりに』の一
節である。過去に起こった出来事、
それ自身は変えられなくても、その
経験から成長していくことができ
れば、過去も変わるのではない
だろうか。本書から学び、実
臨床で生かしていただきたい。

がんのリハビリテーション マニュアル 周術期から緩和ケアまで

[編集] 辻 哲也 第2版



保険収載から約10年。 がんリハはここまで進化した!

がんリハ第一人者らによる実践書、待望の改訂。各種がんの
概要・実際のリハアプローチ方法を臨床のエキスパートが解
説。症例紹介、訓練・手技等の動画を新たに収載。

●B5 2021年 頁436 定価:5,500円(本体5,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-04643-5]

- I がんのリハビリテーション 診療総論
- II がんのリハビリテーション 診療の実践
 - 原発巣別
 - 脳腫瘍/頭頸部がん/肺がん/
 - 消化器がん/乳がん/婦人科がん
 - 泌尿器がん/原発性骨・軟部腫瘍、
 - 脊髄腫瘍/造血器悪性腫瘍
- III 緩和ケア主体の時期のリハビリテーション診療

- 症状別
 - リンパ浮腫/がん悪液質/
 - 転移性骨腫瘍
- ライフステージ別
 - 小児・AYA世代/働く世代/
 - 高齢者



医学書院

ベストセラー、待望の改訂。2冊になって再登場! 新刊

青本

と呼んでください。

改めまして、『総合内科病棟マニュアル』の第2版です。

定価 6,160円 (本体5,600円+税10%)
B6変 頁848 図100 2色 ISBN978-4-8157-3020-8

赤本

と呼んでください。

『総合内科病棟マニュアル』の知識を横につなぐ、総論編です。

定価 4,840円 (本体4,400円+税10%)
B6変 頁528 図40 2色 ISBN978-4-8157-3019-2

総合内科病棟
マニュアル
疾患ごとの管理

Naika Manual

山田 悠貴 彦
筒泉 貴彦
小坂 鎮太郎 編集

2021年
7月発売

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

はじめての漢方診療 十五話 [WEB動画付]

第2版

三瀧 忠道 ● 著

B5・頁320
定価:5,940円(本体5,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04750-0

はじめての漢方診療 ノート 第2版

三瀧 忠道 ● 著

B5・頁160
定価:3,740円(本体3,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04774-6

【評者】 田原 英一

飯塚病院東洋医学センター漢方診療科部長

三瀧忠道先生は2021年、コロナ禍で延期された日本東洋医学会の会頭も務められ、大変お忙しい最中、名著“十五話”(註)の第2版を出版された。

本書は漢方診療の基礎を学ぶのに最適もしくは最高の一冊である。その一つの理由は、三瀧先生の臨床を余すところなく公開し、いわば三瀧漢方という太い柱に沿って、漢方診療が語られている点にある。

その基本はいわゆる古方に属しながら、一方で現代の疾病構造を見据えた柔軟な診療体系を公開している。一般に西洋医学のみを学んだ者にとって、漢方の概念、臨床は難解で、一冊の本を読んだくらいでは、なかなか身につかないであろう。漢方の手引き書として、多くの著者による、さまざまな意見や考え方が錯綜するものや、単一著者ではあるが、公開されている情報が簡素過ぎて物足りないものを手に取ったことがあるが、本書は簡単すぎず、難しすぎず、それでいて骨のあるブレない一冊である。

本書は第2版となっており、それだけでその評価が高いことが既にわかるが、その一つの要因に、誤字脱字が非常に少なく、校正によほどの力が割かれているのではないかと想像する。第2版では初版より行の間隔が空いて文字の圧迫感から解放されている。初めて出てきた見慣れない漢字には振り仮名がふられ、漢字アレルギーを生まないような工夫がされている。

本書の構成は十五話になっているが、陰陽、特に六病位の病態理解に重点を置き、中でも三瀧漢方の真骨頂である、柴胡剤と駆瘀血剤の解説では半端ない力が注がれている。また血、水という目に見えるものを先に解説し、目に見えない気を最後に解説している順は他書では見られない。さらに本書で

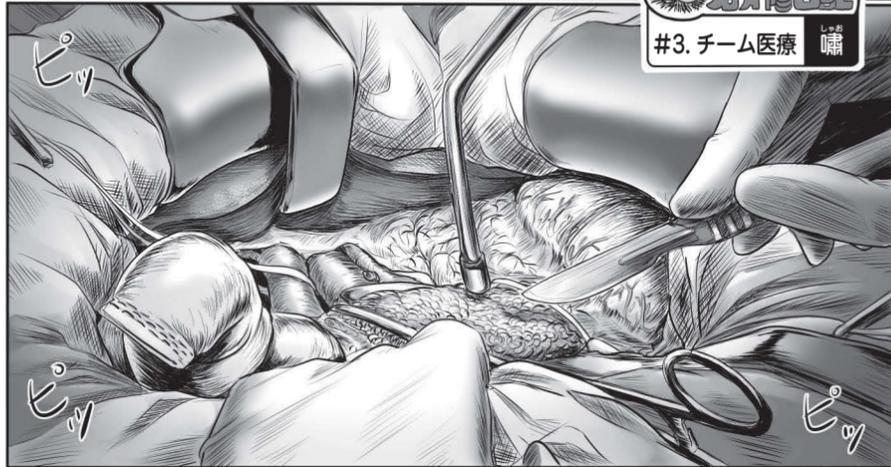
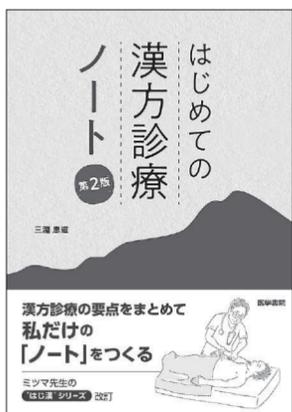
はほどよいタイミングで前の記載の振り返りがある点が復習効果を高めている。特に診察法や問診などについては繰り返し記載され、診察法の習熟に重点が置かれている。では初心者向けの本かという点、意外とエキス剤にもないところでもない処方箋が鑑別処方として挙げられ、診療の幅がエキス漢方にとどまらない。例えば茯苓四逆湯などは基本、煎じ薬しかないのに、人参湯と同じくらいのスペースが割かれている。第2版となって、新しい記載はないのか? 実は私は小半夏加茯苓湯のところ、新しい記載を発見した。初版にはない追加記載が随所に見られ、初版をお持ちの方もぜひ第2版を手元に置いていただきたい。三瀧先生の似顔絵も初版より年齢を加え、「仏のオーラが出ている」と隣の診察室の女医は言っているの、ぜひ見比べていただきたい。漢方診療こぼれ話は臨床家向けの味わい深い話の百味筆筒である。また所々で敬愛してや

まない藤平健先生、小倉重成先生のエピソードが紹介され、脈々と受け継がれる漢方診療の学統のぬくもりを感じさせられる。

同時出版の『はじめての漢方診療ノート 第2版』は診察法中の解説にカラー写真がふんだんに追加掲載され、私も一枚ご協力させていただいた。記入スペースが多いのも初版以来の本書の特徴であり、臨床家である三瀧先生のセンスを感じる。本書を手にとった読者はぜひどこに何が書かれているか暗記するほどに読み込んで、三瀧流漢方の使い手になって欲しい。なお、三瀧漢方の実践を経験したい方はいつでも、会津か飯塚に来られたし。

註:『はじめての漢方診療 十五話』2005年、医学書院刊

三瀧流漢方奥義の書 第2版を推薦する



整形外科臨床家必携の診療事典の最新版

今日の整形外科治療指針 第8版

一線で活躍する全国の整形外科医の手による診療事典の決定版がリニューアル。従来の使い勝手そのままに、最新の診療情報がアップデートされた。整形外科の全領域を俯瞰するこの大著は、日々の診療に奮闘されている臨床家の方々の心強い相棒として、整形外科医を志す医学生の信頼できるリファレンスとして、本書はまさにうってつけの唯一無二の書である。

編集 土屋弘行 紺野慎一 田中康仁 田中 栄 岩崎倫政 松田秀一



リウマチ膠原病のみかた・考え方をワクワクしながら学ぼう

新刊 ジェネラリストが知りたい 膠原病のホントのところ

▶ジェネラリストと気鋭の膠原病専門家の熱い対談を通して、診療の本質に迫りつつ、非専門家向けのプラクティスを提示する。症状や検査、コモンな疾患、ステロイドの使い方について、つまづきやすい部分や現場でよくある悩ましいテーマ、議論のあるトピックも掲載。対話の合間に臨床知識や手技のポイントをまとめ、知識の整理や振り返りにも役立つ。膠原病領域に苦手意識をもつ初期研修医・内科系専攻医から一般内科医におすすすめ。

著:竹之内盛志 一宮西病院総合救急部救急総合診療科
萩野 昇 帝京大学ちば総合医療センター第三内科講座(リウマチ)

定価3,960円(本体3,600円+税10%)
A5 頁240 図45・表27 2021年
ISBN978-4-8157-3035-2

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



内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

WEB 内科塾

開講しました!

トップ指導医たちが吟味を重ねた
1200超の良問が内科系専門医
試験合格をサポート!

特徴

- ① トップ指導医たちによる最強の臨床トレーニングWEBアプリ
- ② 内科系専門医試験の出題形式にそって作成され、専門医カリキュラムの重要トピックを網羅。
- ③ 最新のガイドライン・エビデンスをふまえた問題と解説により内科臨床の必須事項は一通り学ぶことができる。
- ④ 専門医試験の約60%を占める臨床問題対策に最適の学習ツール
- ⑤ スマホ、タブレット、PCでいつでもどこでもスキマ時間に効率的に試験対策。学習支援機能も充実

主なエディター



筒泉 貴彦
愛仁会高槻病院
総合内科主任部長



山田 悠史
マウントサイナイ医科大学
老年医学・緩和医療科



こちらに
アクセス!



<https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku>

医学書院 WEB 内科塾

利用環境 対応ブラウザ: Internet Explorer, Microsoft Edge, Chrome, Firefox, Safari の最新版
※WEB内科塾のご利用にはインターネット接続環境が必要になります。

● 定価: 30,800円 (28,000円+税)
: 1年間

掲載内容 (計1248問)



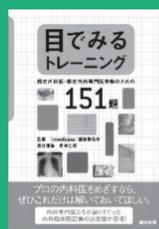
THE 内科専門医問題集 1 WEB版付 (207問)



THE 内科専門医問題集 2 WEB版付 (223問)



THE 総合内科ドリル WEB版付 (218問)



目でみるトレーニング—認定内科医・認定内科専門医受験のための151題 (152問)

目でみるトレーニング第2集—内科系専門医受験のための臨床実地問題 (159問)

目でみるトレーニング第3集—内科系専門医受験のための必修臨床問題 (142問)

目でみるトレーニング第4集—内科系専門医受験のための必修臨床問題 (147問)

※ 掲載書籍および問題数は2021年1月時点の予定となります。予告なく変更・掲載される可能性があります。

医学書院

12 medicina

内科臨床誌メディチーナ
Vol.58 No.13

血液疾患をプライマリ・ケアではどこまで診て、どのように専門医と連携をとるべきか?

本特集では「プライマリ・ケアでどこまで血液診療が可能か、専門医に紹介するタイミングはいつか」について血液専門医の先生方の考えを執筆いただいた。プライマリ・ケアで実施可能な医療はどこまでかを模索し、何に注意をし、どのタイミングで専門医に紹介するべきかが「見える」ようになれば幸いである。

企画: 渡邊純一 (TMGあさか医療センター 血液内科)

INDEX

- Introduction 検査の解釈
- 第1章 診断・治療方針決定のために専門医へ速やかに紹介することが望ましい場合
- 第2章 一般内科、プライマリ・ケア領域で診断から治療まで可能な場合
- 第3章 専門医の診断・治療後に一般内科医、プライマリ・ケア医との連携を行う場合
- 第4章 専門医から一般内科へ紹介する場合

連載

- 読んだら、ちよいあて! POCUSのススメ
- 治らない咳、どう診る・どう処方する? **新**
- 続・ケースレポートを書く! “論文の軸の設定”トレーニング **新**
- 主治医の介入でこれだけ変わる! 内科疾患のリハビリテーション
- ここが知りたい! 欲張り神経病巣診断
- 目でみるトレーニング

● 1部定価: 2,860円 (税込)

2021年増刊号 (Vol.58 No.4)

救急診療 好手と悪手

企画: 坂本 社 (国保旭中央病院 救急救命科)

● 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!



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



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

総合診療

Vol.31 No.12

“血が出た!” ときのリアル・アプローチ

企画: 坂本 社 (国保旭中央病院 救急救命科)

本特集では、「血が出た!」ときにどうアプローチし、どう判断すべきか、ケースをもとにわかりやすくまとめた。【第1章】では、典型的な出血症例ながら実際の現場では悩み、判断を読みがちなケースを提示して、より早期に適切な介入ができることを目標とする。【第2章】では、近年処方数が非常に多い抗血栓薬の一般的事項から頻度の高い消化管出血や外傷時の内服薬の管理、そして多くの情報が集まりつつあるトラスネキサム酸、輸血について解説する。【第3章】では、そもそも出血を起こさせないために日頃から意識すべきことは何か、整理してみた。

INDEX

- 【第1章】外來で頻度の高い出血性病変
 - ① 吐血…坂本 社
 - ② 下血・血便…北井勇也
 - ③ 肉眼的血尿…松木孝和
 - ④ 性器出血…柴田綾子
 - ⑤ 咯血・血痰…倉原 優
 - ⑥ 鼻出血…松原知康
 - ⑦ 眼の出血…徳毛花菜
 - ⑧ 創部出血…宮本雄気
 - ⑨ 頭部外傷…永山智久・坂本 社
 - ⑩ 稀だけれども知っていたら対応に困らない出血…藤森大輔・坂本 社
- 【第2章】抗血栓薬内服患者の出血時の対応と休薬期間—トラスネキサム酸と輸血を添えて
 - ① わが国の抗血栓薬処方の特徴と薬剤の特徴…石坂真梨子・植田真一郎
 - ② 抗血栓薬内服中の消化管出血患者の対応と休薬期間 (再開時期)…國友耕太郎・松山太一
 - ③ 抗血栓薬内服中の頭部外傷患者の対応と休薬期間 (再開時期)…中村聡志・坂本 社
 - ④ トラスネキサム酸…中島聡志
 - ⑤ 輸血…徳毛健太郎
- 【第3章】予防に勝る治療なし
 - ① 消化管出血予防…長谷部圭亮・坂本 社
 - ② 高齢者の転倒予防…竹内郁人・吉田英人
 - ③ 過多月経予防…柴田綾子
 - ④ 心房細動に対する抗凝固薬、急性冠症候群に対する抗血小板内服薬の出血予防…笠井裕平・坂本 社

● 1部定価: 2,750円 (税込)

来月の特集 (Vol.32 No.1)

実地医家が楽しく学ぶ「熱」「炎症」、そして「免疫」

— 街場の免疫学・炎症学

企画: 國松淳和 (南多摩病院 総合内科・膠原病内科)

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引!
配送料は弊社負担、確実・迅速にお届けします。
詳しくは医学書院WEBで。

2021年 年間購読料
 ▶ medicina 40,788円 (税込) (増刊号を含む年13冊)
 ▶ 総合診療 32,472円 (税込) 個人特別割引 28,248円 (税込)
 医学生・初期研修医割引 22,044円 (税込)

電子版もお選びいただけます

医学書院