

私の考える学会発表・プレゼンテーション 1

七島 篤志

[令和 2 年 5 月 21 日入稿, 令和 2 年 8 月 26 日受理]

はじめに

私が宮崎大学に現職として赴任し2020年度で6年目になります。外科学講座の大講座制再編の中、無我夢中の5年間でしたが実りある現状を皆様には実感して頂けているものと存じます。講座再編に伴って、毎週金曜日の早朝から全分野の外科医ならびに臨床実習学生が集った全員カンファレンスを、互いの理解と協調・学問的進歩を求めて、中村都英教授のお力を頂き現在まで継続してきました。その一環として各自に専門分野に関する臨床・研究業績を隔週で発表してもらっています。3年目になり、特に若手医師に基本的な学問の理解と長い経験の知識を得てもらいたく、両教授ともに発表することとしました。私は不定期な発表も加えて6~7シリーズの題目を目標に、2年間で5シリーズの内容を発表してきました。振り返って皆からの不評はあまり聞かなかったこと、是非自分も聞きたいという意見がありましたので、プレゼンテーション(以下、プレゼン)用アプリを用い講座内で公開しています。さらに宮崎県内外の診療科を超えた若手臨床医・学生にも目にとめて頂けるよう、医中誌にも掲載される本医学会誌の誌上でも1年程度をめどに連載をさせて頂きたくご相談し、編集委員長はじめ編集委員の皆様と宮崎県医師会担当事務の方の承諾とご高配頂け発表する機会を得ました。誌上で厚く御礼申し上げます。題名にありますように、“私の考える”(もしくは私の考えつづける)という32年間のあくまで我流の私見ということで、反論やご批判も多数頂けましたら有難いことで大変光栄です。ちなみに私

の高校までの国語の成績は通知表3でしたので乱文はご容赦下さい。

“語る”前提条件

巷には多くのプレゼン本があり、指導医の意見も様々あるのですが、多くが成功体験の経験則です。しかし、失敗や反省に基づいたものは少ないでしょう。また今回のテーマにある学会発表(国際学会や講演も含む)の教え方もピンからキリまでだと思いますが、それなりの実績を示した人でなければ講師の信頼性も湧きません。講座に伝わる伝承も時代と共に常識外れになってきます。では表1に著者が宮崎大学に赴任する以前の1988年6月~2014年3月まで26年間に経験したFirst authorに限った主な学会報告履歴をお示しします。国際学会だけは一般口演が多かったので不十分ですが、この実績でもって語るに資格は程々にあるでしょう。この陰には倍近い“主題落ち”がありますし、折角の主題発表の機会があっても、うまくプレゼンできなかった思い出もあります。

表1. 学会発表履歴(本人演者のみ、一般講演は除く)。

国際学会	
シンポジウム	1回
招待講演	1回(サンタクルス市外科医会, ボリビア)
国内 全国学会	
特別講演	1回
教育講演	1回
シンポジウム	15回
パネル・ディスカッション	7回
ワークショップ	14回
学会特別企画(ディベートほか)	4回

過去2010年から5年ほど、Academiaの昇進を目指してプレゼンの技を“修行”しに行った経験があります。何度となく東京のプレゼン協会または専門家を称する教室に足を運び、数十万の授業料も費やしました。得られたものもありますが、結果はまったくの浪費で、医学に通じる成果は少なかったと思います(家計に影響し、皆さんには絶対勧めません。しかしそこで得た大事な点は、次回プレゼンの連載でお伝えします)。最も経験上で成果が高かったのは、著者の地元テレビ長崎局を引退されて話し方教室をされていた、元アナウンサーのお二人(私よりお姉さま方)による毎週半年間の楽しい特訓でした。県立図書館のオーディオ室を借り、1)発表前のマインドセット、2)発声や息吹の準備体操、3)姿勢や立ち位置、4)表情や顔の向き、見え方、pointingの仕方などを交えながら、何よりも**他人の印象の残る話し方**を中心にレッスンを受けました。このレッスン中に普通の仕事の中で成果が実感されていったことで、次第にやる気と自信ができました。この具体的な内容を知りたい人もいでしょう、7年前を思い出しながら今回の連載で示します。著者の医師人生にはすべて最短距離はなかったのですが、これらのレッスン経験がいろいろな場所で生き、病院を離れて一般社会人としてのあり方も学んだような、非常に良いことでした。では少々前置きが長いので各論に移ります。

I. スライド・アプリによる学会発表

初言ー“学会スライド作成で、**プレゼン能力**を問われます”。そして発表の基本は

1. 何よりも**時間厳守**(制限時間の数秒前、数分前に慌てずに終わる～時間超過を常としている人は論外の対象)
2. 早口厳禁
3. 最初の挨拶が肝心。発表内容よりも**“発表者はまず誰か”**で聴衆を動かす。所属施設云々よりも**まず自分の名前**を強調する。
4. 発表目的を明確にする～必ず**目的**があるはずでそれを明確にする。目的がハッキリしない行為に成功も不成功もない。
5. 発表は物語で聴衆を惹きつける**ストーリー**が

必要。論文発表の場合、1)研究の背景(問題の解決、未解決な点)と効果を得るための提案や目的、2)従来の取り組み、3)提案する方法・技術、4)有効性の実証、5)まとめ、という順序が一般的です。いきなり自分が提案する方法の説明をしても、聴衆は「何の意味があるの?」と感じます。

6. 内容はシンプルかつ字数を限りなく内容を少なくbrush-up。
7. 人の記憶に残すには最後のまとめが最も大事!

*では逆に見ていていやになるスライド

1. スライド幅に対して、字が小さい
2. やたら文章の羅列が続く(原稿化し、聴衆に読ませるのは失礼千万)
3. 多くの情報が1枚のスライドに存在する。大量の文字からイメージを短時間で聴衆に湧かせるのは困難。**(対応)**表でデータを示すにしても、重要な部分のみを太字、色、フォントなどで**コントラスト**をつける。矢印⇒やアニメーション機能等を駆使し脳の視覚野に訴える。
4. 話さない情報がスライドに存在する。**(対応)**聴衆はわざわざ読まないの、言わない内容は書かない。
5. “これを伝えたい”“何を強調したいのか”という**論点が不明な場合**。
6. 聴衆を無視し独りよがりにならない～学会発表に慣れてくると、原稿やシナリオ作成作業を怠る人が多くなる。「なんとかなるさ」という根拠のない自信に溺れてしまいがちで、それは発表が終わるというだけの意味しかない。“そんなレベルで満足していいですか?”
7. 考察は、聴衆の専門性を考えず冗長にならない～その時の聴衆はどのような情報を求めているのかを考える。**(対応)**シナリオやロードマップの作成。
8. “あと…”“ほかには”“しかしながら”“最後に…”がいくつも出る話し方は頂けない習慣です
9. まとめ～**結語 conclusion**～で**結果を繰り返すのは無駄**です。慌てて早口で小声になることや“以上の通りです”で終わってしまうと、聴衆は何

の話だったか記憶に残らない。(対応) 大きなフォントを用い1, 2文でしっかり締める。

この数年、若手から指導者までの発表をみる中で目についた点を概略します。元来、日本人は“察しの文化”であるにも関わらず、特に医学プレゼンでは多くの文字・文章で伝えようとする事や、聴衆は読解させられる傾向が多く、仕方なく聞いてあげようという受動の文化が日常化されている。その一方、多くの欧米人は単語や短文・シンプルな図表やシェーマで伝えようとし、自身の言葉で聴衆の心を動かそうとする傾向がある様です¹⁾。何もかも西洋化することは賛成できませんが、重要な課題を短時間で伝える際に、民放よりもNHKが、役人や事務職の文字だらけの報告より単純なポンチ絵のほうが理解しやすい、と思うのは私だけでしょうか？自粛中のNHK特集はプレゼンの勉強に非常に適している題材だと思います(受信料の回し者ではありません)。

II. これから始める人に～“最初から素晴らしいプレゼンができますか”

それをできる人は稀です。誰もきちんと習っておらず(プレゼン本やネットを読んだくらいで理屈っぽくなくても会得する事は出来ない)、良いプレゼンを見聞きする機会も少ない状況なら、最初から満足いくものが達成できるわけがありません。何度もいろいろな場面で発表し、さらに発展して多くの人に注目される主題演題の場で発表・回答し、招請講演などで聴衆のデマンドを満たすことを経験し、時間をかけてプレゼン力が鍛えられるものと考えます。つまり良いも悪しきも経験第一なのです。限られた経験で、自分がベストだと日頃語っているような指導者はおこがましく感じられます。著者は常に自身の発表動画を見ながら、Plan-Do-Check-Act (PDCA) サイクル宜しく、年齢にも合わせながら改善を繰り返し続けています。外科医の手術同様、“失敗を恐れずチャレンジするが、2度と失敗は繰り返すな!”と同じ訓練だと思います。

付け加えれば、1) 発表直前までスライドの美しさを追求する姿勢、2) 時間内に終わるか何度も声を出してレビューする、3) 日本語プレゼンをもし

英語に置き換えた場合、同じ時間内ですませられるか? 実際にはそれ+ α 程度を目指して(早口・時間超過を避ける為)、そして4) 他人の評価や忠告を気に入らなくてもまずは受け止めてみる、などです。役者やテレビ・アナウンサーもそのように聞いてますので、プレゼン力の向上は生涯大事な内容です。

III. 自身の反省から若手へ

著者は1988年宮崎医科大学を24歳で卒業し、医師になって30～40歳初頭までは学会発表が常に嬉しい時期でした。何でもしゃべりたく、プレゼン力も気にもならない(自分本位で独りよがり)、時間超過は多く、未熟な自身が振り返ります。当時は何事も自信たっぷりだったもので、3年間のメルマガ配信(題名：ななちゃんの真剣40代しゃべり場)で、学会や論文のコツなどを配信していました。そのでしゃばりな性格はいまだに変わりませんが、10年以上経って読み直すと恥ずかしい部分も見えてきます。この頃の5分間制限の一般口演報告スライドを示します。図1はタイトルスライド。暗室で



図1.

発表する場合、背景は濃紺や黒が望ましいと言われます。白い背景は周囲を暗くした理由がなくなり、録画にも向いていません。この一枚を見るとスライド幅に比べて1) 字が小さい、2) 字間や行間が狭い、3) 黄色字ばかりで見にくい、のがわかります。(対応) フォントサイズは適度に大きくし、行間を広げ基本的に白字にする。題名の“臨床”の字間が離れていて読みにくいので、読みやすくするには段落を変える。自分の名前を所属より見やすくする、などの修正が考えられます。多数の論文業績のある著名外科医、日本大学の高山教授は、“医学抄

緒言

近年、肝細胞癌に対する切除術は、その安全性が向上し、進行症例に対しても拡大手術が適応されるようになった。

肝細胞癌はC型肝炎ウイルス、B型肝炎ウイルスがその発癌に関与していることが推測され、ウイルス遺伝子の組み込みの点から両者の違いが指摘されており、関連肝炎の種類から再発率、再発様式も異なると考えられている。

今回我々は肝切除症例について、関連肝炎別にその背景因子、遠隔成績について検討し、適切な治療方針について検討した。

図2.

録、発表スライド、論文には美しい黄金率 golden proportion がある”と述べています²⁾。全体的見栄えは、プレゼンや論文査読を受ける場合にも重要です。図2の諸言です。図1同様に見にくく、全部読むには時間が足りません。(対応) キーワードや短文のみで示すこと。図3の結果のスライド。日本語で統一せず、わざわざ英語を混ぜる必要はない。論文のコピペであることが疑われます。円グラフ挿入で工夫はしていますが、実数と括弧内の%の両方示すことは内容を複雑化する。図4の生存曲線では、群別の文字化と色分けの2つも用いる必要はない。縦軸の生存確率の表記が不確か。横軸の時間経過が日数では分かりづらい、その一方で年数でも1から10まですべて書く必要はない。1yとは何だ？などと気づきます。図5は考察です。このスライドが出てきただけで理解する気が失せます。引用論文が長過ぎて最低限の情報でいいはずです。症例報告する場合、その場の聴衆のレベルでは、知っていて当たり前の内容や文献検索を長々と語り、文章を羅列し、発表内容と関係ない記述を示す人がいます。成果発表会や論文作成ではないので、限られた時間で上記のことを行うのはまったく無駄な作業です。主題や講演ならいざ知らず、症例報告の考察は1枚程度

Histopathological features

	HCV(+)	HB(+)	HB(+) HCV(+)	非B非C	P value
腫瘍個数	1.6±1.2	1.3±0.9	2.2±2.3	1.4±1.6	* p<0.05
腫瘍径 (cm)					n.s
~2cm					
2~5cm					
5~					
IM 0/1,2,3(%)	89/95 (93.7%)	59/77 (76.6%)	8/5 (63.8%)	26/3 (10.8%)	* p<0.05
VP 0/1,2,3,4 (%)	102/14 (72.9%)	57/73 (78.1%)	8/5 (63.8%)	22/5 (8.0%)	n.s
VV 0/1,2,3(%)	109/8 (8.1%)	84/10 (89.6%)	8/4 (50.0%)	27/1 (3.6%)	n.s
V 0/1(%)	84/22 (78.9%)	44/30 (40.1%)	0/7 (0.0%)	18/10 (35.7%)	* p<0.05

図3.

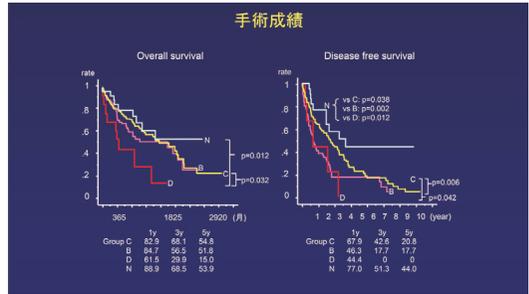


図4.

考察①

背景因子ではHBV症例において、若年者が多く、腫瘍径が大きい傾向であった。

術後合併症の頻度がHCV、HBV両者とも陽性の症例に高頻度であったが、これはこの群において、術前の肝臓硬度や肝硬変の頻度が高い傾向にあることが原因のひとつと考えられた。

予後について、過去の文献⁴⁾ではC型肝炎関連肝癌が、B型に比して再発率が高く、予後不良とされているが今回の検討ではB型に関して再発率が高く、予後の悪化につながった。

(宇根 良甫, 神山 俊樹, 崎村 剛, 他. 日本雑誌20巻6号 436-440, 1995)

HCV、HBV両者とも陽性の症例については、OAS、DFSともに有意に他の群に比して不良であった。これは、不良な腫瘍因子や肝機能因子の頻度が多いことが多群と比較してより不良な予後につながったと考える。

図5.

度にきちんと要点をまとめるのが適当です。このような不十分さがあると、さらには指導者の能力や姿勢も問われる問題です。

この図1~5は全然ダメ出し見本です。もし、肝臓専門医以外の臨床医がこの発表を聞いたら、どれだけのことが伝わるでしょう。この稿では述べませんが、英語では特に non-native はスピーチ力に差があるので、よりシンプルで簡潔に伝えたいといけません。多くの native は冗長な発表を親切には聞いてはくれない、質問も受けません。ポスター

Photodynamic Therapy using Talaporfin Sodium (Laserphyrin) for Bile Duct Carcinoma: A Preliminary Clinical Trial

Nonoshima, A. University of Miyazaki, Japan

Summary Usefulness of the new Talaporfin-PDT was confirmed in bile duct carcinoma. Multidisciplinary PDT and other chemotherapy is an important strategy to improve patient survival.

Introduction Photodynamic therapy (PDT) has been clinically applied for human carcinomas by Dougherty et al. since 1976. Since the 1990s, many studies of PDT in the treatment of digestive tract carcinomas including bile duct. PDT using talaporfin sodium (Chlorin) as a photosensitizer. The excitation light source used was an Endium dye laser. The wavelength was 630 nm, and 72 hours after photosensitizer administration, light doses of 100 J/cm² irradiated.

Indication of PDT in BDC

- 1) Cancer-free margin at bile duct stump
- 2) Postoperative recurrence of bile duct
- 3) Unresectable locally advanced BDC

Contraindications

- 1) Combination with biliary stenting and CT.

No remarkable distant metastases or node metastases.

Measurement of DNA content by flow cytometry in the resected tissues

Rate of sub-G1 positive cells - Apoptotic cells

Group	Control	Low-dose	High-dose only	High-dose + PDT
Sub-G1 (%)	3.6	2.7	2.6	13.4

Phases: II clinical trial of Talaporfin-Na PDT in BDC

1. IRB of Nagasaki University: No. 1452327
2. Local treatment by Tal-PDT in BDC
3. Started in September, 2009

No conflict of interest

図6. ポスター発表における結語の示し方 (矢印).

発表について付け加えます (図6)。大事な結果やまとめの文章を最も下段に示す発表が多く見受けられますが、プレゼン的には頂けません。最も示したい項目を聴衆の目の高さを持ってきて、重要度の低いものほど腰より低い位置に示すべきです。ポスター発表の多くが3分程度の発表時間で、海外の学会では貼付したままの展示で終わります。無駄な情報や文献も不要です。企業の商品展示などを考えても、図6の矢印のように結語は上段に来るべきと考えています (この矢印は発表時は挿入していません)。

IV. 今はどうしている？

現在も結果のアピール、聞き手の理解を考えながら毎回自分のスライドに頭を悩ませています。図7は2018年の主題のタイトルスライドです。どのような病態を強調したいか、写真を挿入しながらアピールしました。自身の名前を常に強調します。黒の背景に白字ですが、黒は上品さが出てくるといわれます。図8は諸言と目的です。やや字数が多いのが反省ですが、WHO分類の名称は英語で表記し、課題と目標を1枚で強調しました。図9は考察です。“Intraductal papillary neoplasm of the bile duct



図7.

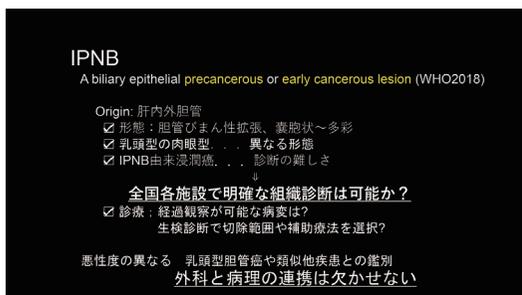


図8.



図9.

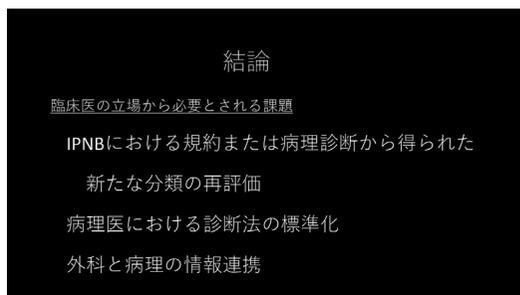


図10.

(IPNB)”～専門家ばかりの主題ですから既知の内容は示さず、問題点だけ提示しました。これだけの内容でも議論沸騰です。図10は結語です。文章2-3行にまとめるか、この様に箇条書きらしくする事を試しました。

“著者のこの10年で何が変わったのか”

1. 命題と結果・問題点を強調している。
2. 文章でなく極力、箇条書きや単語のみ示し、自身の知識で話す。
3. 発表中に時間配分を考える。ただ2018年8月に豪州シドニー大学で英語の講演をした際は失敗しました。予定した時間配分に手間取り聴衆を引き付けられなかった(聴衆が寝だしたら終わり)と思ったがよいです。日本人はこういう人は少ないのでしょうか)。これからは海外発表の修練が必要と痛感しました。(対応)もし聴衆が寝たら(8年前に、大事な発表講演の場で、目の前の聴衆の一人に豪快にイビキをかかれた経験もあります)～(対応)1)まず心を落ち着け慌てずに無言の間を取る(間が空くだけで終わったと目覚める人がいます), 2)間をおいて再開する際に大きな声でゆっくり切り出すことで、目覚める人がいます。
4. 日本語フォントは見やすい明朝かゴシックに。

イタリック文字, ましてや**ポップ字**はあまり使わない。

5. 背景は暗色で基調は白字。
6. いやらしくない程度に強調やアニメーション機能を駆使する(次回手技を提示)。多いと鬱陶しく集中できません。

私の目標・究極のプレゼン一枚の絵や図, 単語一言で多くの内容を聴衆に伝聞し, 強く記憶させる事です。どうやって能動的にプレゼン力を勉強する**情熱を抱いたか**の理由は

1. 自己を, 制限時間内に最大限プレゼンするやむを得ない状況を3度も経験したから。
2. プレゼンテーションの専門と称する会社にお金と時間を浪費したものの, 切掛けになった。
3. 学会で上手なプレゼンの発表者に注目する楽しさが得られたから~**上手な手術をしっかりと研究する**のと同じ。
4. 学会で自分の発表する動画を撮影し, レビューすることで自分が理解できたから。
5. 最後に, プレゼン・スライド発表を追求すれば, ロコモティブにも良く, **体力(姿勢と発声)**

と気力・精神力が養われたから。

でした。余談ですが特訓時にはカラオケボックスも利用していたので, カラオケそのものも上手になりました。

おわりに

今回は私の学んだプレゼン方法の実際を図や動画にて掲載する予定です。(なお今回のレクチャー内容は2018年10月に外科学講座全体カンファレンスで発表しました)

著者のCOI開示: 本論文発表内容に関連して特に申告なし。

文 献

- 1) 林 伸一. 省略する文化と明示する文化-日本事情論としての考察. 山口大学文学会誌 2014; 64: 123-6.
- 2) 高山忠利. 編集後記. 日消外会誌 2010; 43: 608.