Japan Chapter

Governor's Newsletter for ACP Japan Chapter

February　2013　　Governor: Shotai Kobayashi MD, MACP

Table of Contents

■ 序文　小林祥泰　P. 2

■ ACP日本支部事務局移転のお知らせ　小林祥泰　P. 3

■ ACP日本支部 年次総会2013　P. 4

開催概要 日時：2013年5月25日（土）9:30～18:45. 26日（日）9:30～16:00.

Saturday, May 25 , 2013; 9:30～18:45 Sunday, May 26 , 2013; 9:30～16:00.

会場:京都大学百周年時計台記念館

Kyoto University Clock Tower Centennial Hall

〒606-8501 京都府京都市左京区吉田本町 Yoshida-Honmachi, Sakyo-ku, Kyoto, 606-8501

TEL 075-753-2285　http://www.kyoto-u.ac.jp/ja/clocktower/

■ 胃食道逆流症（GERD）における上部内視鏡検査：
米国内科学会臨床ガイドライン委員会によるベストプラクティス・アドバイス
和訳監修:泉谷昌志 和 訳：原田秀雄　P. 10

■ Internal Medicine 2012 に参加された先生方からのレポート

ACP Internal Medicine 2012 に参加して　小川大輔　P. 21

ACP Internal Medicine 2012 に参加して　森　伸晃　P. 23

■ MKSAP®16のご紹介　大島康雄　P. 26

■序文

日本支部初めての自前の総会・講演会に向けて

ACP 日本支部長　小林祥泰

昨年度、日本支部始まって以来初めて日本内科学会総会講演会とは別会場で同時期に開催し、成功裏に終わったことは記念すべきことでした。今年はさらに米国 ACP 学会と重なったこともあり、内科学会講演会とは全く別の日程で 2013 年 5 月 25 日、26 日の二日間にわたり京都で開催することにしました。今までと異なり内科学会のついでではなく本当に ACP 日本支部のプログラムに関心のある人しか来てくれません。そこで Scientific Program Committee ではみんなが来てくるように他の学会にないユニークな企画を目指して知恵を絞っています。今年の講演会は ACP 日本支部が内科学会から名実ともに独立して行う最初の年次講演会であり、今後を占う試金石でもあります。是非、会員の皆さんがこの点を知って頂き、ACP 日本支部を盛り立てて頂きますようよろしくお願いします。

厚労省でも専門医制度検討委員会が開催され総合医の育成を制度化することを含めた改革が進みつつあります。ACP は本来米国の内科総合医の学会であり、内科系 subspecialty は総合内科 3 年間の residency を終了し資格取得後、さらに専門研修を行って受験する仕組みです。日本もこの方式を真似していますが、日本では専門医志向が強く米国の ACP メンバーの方が名実ともに内科総合医という印象を受けます。厚労省等も米国のように総合医としての広い基盤を持った ER の出来る医師を育て、急性期病院での医師不足（偏在）を解消しようと努力しており、研修医も総合内科的研修を求めています。この点で米国の教育方式を取り入れた ACP 日本支部講演会は医学生や研修医、若手臨床医にとって魅力的なものになると信じています。

今年度は米国の UCLA でのレジデント短期研修（1 ヶ月）をカリフォルニア支部の Soma 支部長に受け入れて貰い 3 名が研修を終えています。また、若手医師 4 名を米国 ACP 総会・講演会に派遣し、ACP 大使としてその報告を書いて貰いました。是非会員の皆さん一度は米国 ACP に参加してみて下さい。日本支部で ACP の優れた臨床教育・研究方法を取り入れて日本独自のものに進化させて行くのが我々の役目です。特に若い医師に夢を与える教育を目指したいと思います。

■ACP 日本支部事務局移転のお知らせ

小林祥泰

ACP 日本支部は日本内科学会の内科専門医会が中心になり会員、FACP を増やして数年後に支部に昇格させた経緯があり、開設以来日本内科学会事務局内に事務局を置かせて頂き、すべての事務業務をお願いしてきました。また、ACP 総会・学術講演会も日本内科学会総会の中で行って来ました。

しかし、ACP 日本支部の会員が 1000 名を超えて業務量が膨大となったこともあり、この機会に日本内科学会から独立して運営することになりました。

そこで、事務業務を外部委託することとし、2012 年 12 月の臨時理事会で、英語に堪能な社員の居る京都の CS センターに決定しました。

内科学会からの業務引継は 2013 年 2 月 4 日に行いました。完全に移行するには若干の時間がかかると思います。出来るだけ会員の皆さんにご迷惑のかからないように迅速に行う予定ですが、ご了解のほどよろしくお願いします。

2 月 4 日引き継ぎ以降の事務局は下記の通りです。なお、内科学会の宮本晴子さんにもしばらくの間引き継ぎに関して支援して貰う予定です。

ACP 本部の方も引き継ぎに出来るだけの支援をしてくれることになっています。役員、委員会のメンバーで関連する業務は出来るだけカバーするような体制をとりながら CS センターでの業務が早期に軌道に乗るよう努力をしていきますので、ご協力のほどよろしくお願いします。

新規 ACP 日本支部事務局（本格稼働には 1-2 週間程度かかります）

株式会社ＣＳセンター
代表取締役社長　野田 穣
京都府京都市中京区泉正寺町 334　日昇ビル５Ｆ
TEL：075-241-9620 FAX：075-241-9692
Email：acpjc@cscenter.co.jp

開催概要

日時：2013 年 5 月 25 日（土）9:30~18:45. 26 日（日）9:30～16:00

Saturday, May 25 , 2013; 9:30～18:45

Sunday, May 26 , 2013; 9:30～16:00

会場:京都大学百周年時計台記念館

Kyoto University Clock Tower Centennial Hall

〒606-8501 京都府京都市左京区吉田本町

Yoshida-Honmachi, Sakyo-ku, Kyoto, 606-8501

TEL 075-753-2285

http://www.kyoto-u.ac.jp/ja/clocktower/

【シンポジウム】

” Future of General Internal Medicine”

「患者の行動変容のために、内科医は何ができるか？」

Mitchell Feldman, MD, FACP (Chief Editor, J General Internal Medicine. Professor, University of California, San Francisco)

「米国のホスピタリストの現状」

Takaaki Ishiyama, MD, PhD (St. Mary's Health Center, St. Louis)

「高齢者医療のジレンマ―胃瘻、透析、化学療法」

ACP 日本支部総会講演会 2013 実行委員会企画

【特別企画】

「遠藤和郎先生を偲ぶ」

本郷 偉元（武蔵野赤十字病院）、 知花 なおみ（那覇市立病院）

遠藤和郎先生を偲ぶ-You Tube-

【教育セッション】

Grand Round

「総合内科ケース・スタデイ」　清田 雅智（麻生飯塚病院）

「感染症ケース・スタデイ」　細川 直登（亀田メディカルセンター）

「臨床推論ケースカンファレンス～総合内科医の思考プロセスを探る～」

徳田 安春（筑波大学）

教育 Workshop

「症例で学ぶ臨床家のための酸塩基・電解質」

柴垣 有吾（聖マリアンナ医科大学）

Virginia L. Hood（President, ACP.　University of Vermont）

「総合内科医が知っておくべき膠原病診療のピットフォール～身体診察から鑑別診断まで～」

高杉 潔　（道後温泉病院）、岸本 暢将（聖路加国際病院）　、萩野 昇（帝京大学）

他

Small Group Discussion

「総合内科医が行う緩和医療」　東 光久（天理よろづ相談所病院）

「誰も教えてくれなかった診断学・中級編」　～鑑別診断を絞り込む～

野口 善令　（名古屋第二赤十字病院）

「臨床研究デザインの道標～研究デザイン７つのステップ～」

栗田 宜明、福間 真悟（京都大学）

他

【Luncheon Seminar】

「内科救急のご法度」　林 寛之（福井大学）

「膠原病の検査の見方～乱れ打ちは今日からやめよう！」

岸本 暢将（聖路加国際病院）、萩野 昇（帝京大学）

「Meet the Expert」（高名な先生方とランチをとりながらのフリートーク）

・Takaaki Ishiyama, MD, PhD (St. Mary's Health Center, St. Louis)

・清田 雅智（麻生飯塚病院）

・「内科医のための抗血栓療法（抗血小板薬・抗凝固薬等）エッセンス ― 適応？ 一時中止時？　エビデンスをどう判断し、どうパートナーシップをもって説明すべきか―　」

長谷川 仁志（秋田大学）

・Virginia L. Hood (President, ACP.　University of Vermont)

・Mitchell Feldman (Chief Editor, J General Internal Medicine. Professor, University of California, San Francisco)

・細川　直登（亀田メディカルセンター）

【ACP Short Talk Series】

須藤　博　（大船中央病院）

「症例報告から一歩前へ」　福原 俊一（京都大学・福島県立医科大学）

その他公募によるシンポジウム・教育ワークショップなど多数、企画中です。

●　一般演題（ポスター発表）募集のお知らせ

- ACP 日本支部年次総会 2013 では一般演題ポスターセッションを実施します。
- 応募演題から数編を事前選抜し、口演発表会を行い優秀賞を表彰します。
- 現在こちらより演題登録受付中！

What's New

◆参加登録受付中（13.02.14）

◆一般演題募集受付中（13.02.11）

◆病院・研修プログラム等紹介ブース 募集のおしらせ(13.01.24)

◆宿泊ホテル予約受付中（13.02.21）

ACP 日本支部年次総会 2013 ポスター.pdf

Adobe Acrobat ドキュメント [1.1 MB]

ダウンロード

ACP 年次総会

2013 運営事務局

〒604-8141

京都市中京区泉正寺町 334 番地

日昇ビル 5 階

(株)CS センター内

TEL　075-241-9620

FAX　075-241-9692

Email：acpjc2013@cscenter.co.jp

●病院・研修プログラム等紹介ブース

ACP 日本支部 年次総会 2013 では、下記にて「病院・研修プログラム等紹介ブース」での募集を行っております。何卒宜しくお願い致します。

・募集のお知らせ

http://www.acp2013.org/home/病院-研修プログラム等紹介ブース

・出展ブースのご案内文例です。

http://www.acp2013.org/program/病院紹介プログラムブース/

日本医師会女性医師支援センター復職支援相談窓口/

■胃食道逆流症（GERD）における上部内視鏡検査：
米国内科学会臨床ガイドライン委員会によるベストプラクティス・アドバイス

J. Shaheen, MD, MPH; David S. Weinberg, MD, MSc; Thomas D. Denberg, MD, PhD;
Roger Chou, MD; Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; and Paul Shekelle, MD, PhD,
米国内科学会臨床ガイドライン委員会

和訳監修：泉谷 昌志

東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学
（ACP 日本支部 PRC 委員）

論文に関する全記事の翻訳は次の PDF をご覧下さい。
（ACP Guideline Endoscopy for GERD_130121_Jtranslation）

和 訳:原田 秀雄

胃食道逆流症における上部内視鏡検査：
米国内科学会臨床ガイドライン委員会によるベストプラクティス・アドバイス

Nicholas J. Shaheen[1], MD, MPH; David S. Weinberg[2], MD, MSc; Thomas D. Denberg[3], MD, PhD;
Roger Chou[4], MD; Amir Qaseem[5], MD, PhD, MHA; and Paul Shekelle[6], MD, PhD,
米国内科学会臨床ガイドライン委員会*

[1] University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina
[2] Fox Chase Cancer Center and American College of Physicians, Philadelphia, Pennsylvania
[3] Harvard Vanguard Medical Associates, Auburndale, Massachusetts
[4] Oregon Health & Science University, Portland, Oregon
[5] American College of Physicians, Philadelphia, Pennsylvania
[6] West Los Angeles Veterans Affairs Medical Center, Los Angeles, California

抄 録

背 景： 上部内視鏡は胃食道逆流症（GERD）の診断および管理において一般的に使用されている．内視鏡検査は一定の状況下でのみ適応があることがエビデンスで示されており，不適切な使用は不要なコストを発生させ，転帰改善なしに患者を害悪にさらすこととなる．

方 法： 米国内科学会臨床ガイドライン委員会は，臨床医による質の高いヘルスケア提供を広めていくために，GERDにおける上部内視鏡の適応と有益性に関するエビデンスの精査を行った．

ベストプラクティス・アドバイス 1：

上部内視鏡は，胸やけに加えて警告症状（嚥下障害，出血，貧血，体重減少，反復性嘔吐）を伴う男女に適応を有する．

ベストプラクティス・アドバイス 2：

上部内視鏡は以下の男女患者に適応を有する：

- プロトンポンプ阻害薬を1日2回，4～8週間服用しているにもかかわらず持続する，典型的なGERD症状を有する患者．
- 2ヵ月間のプロトンポンプ阻害薬治療後の重度びらん性食道炎患者で，治癒評価およびバレット食道を除外する目的．バレット食道を認めなかった場合は，このフォローアップ検査後の内視鏡再検査の適応はない．
- 食道狭窄の既往を有する患者で，嚥下障害症状を繰り返す場合．

ベストプラクティス・アドバイス 3：

上部内視鏡は以下に適用を有する可能性がある：

- 慢性GERD症状（症状が5年以上持続）および他のリスク因子（夜間逆流症状，裂孔ヘルニア，BMI

上昇，喫煙，内臓脂肪蓄積）を有する50歳以上の男性で，食道腺癌およびバレット食道の評価目的．

- バレット食道既往を有する男女のサーベイランス評価として．異形成を伴わない男女バレット食道患者には，3～5年を超えない頻度でサーベイランス検査を実施すべきである．異形成を伴うバレット食道では，より短い間隔で検査を行う適応がある．

Ann Intern Med. 2012;157:808-816

* 本ガイドラインは米国内科学会（ACP）臨床ガイドライン委員会のためにNicholas J. Shaheen, MD, MPH; David S. Weinberg, MD, MSc; Thomas D. Denberg, MD, PhD; Roger Chou, MD; Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Paul Shekelle, MD, PhDにより執筆された．ACP臨床ガイドライン作成委員：Paul Shekelle, MD, PhD (委員長); Roger Chou, MD; Paul Dallas, MD; Thomas D. Denberg, MD, PhD; Nick Fitterman, MD; Mary Ann Forciea, MD; Robert H. Hopkins Jr., MD; Linda L. Humphrey, MD, MPH; Tanveer P. Mir, MD; Holger J. Schünemann, MD, PhD; Donna E. Sweet, MD; and David S. Weinberg, MD, MSc. 2012年7月28日ACP理事会にて承認．

胃食道逆流症（GERD）はプライマリ・ケア診療で最もよく遭遇する疾患の一つであり，クオリティ・オブ・ライフに与える影響は著しい（1, 2）．上部内視鏡は広く普及している検査であり，GERD及びその合併症の診断と管理のため日常的に施行される（3）．しかし，その検査適応は十分に定まってはいない．上部内視鏡の過剰検査は，患者の転帰改善なしに医療費増加を招くこととなる．米国内科学会臨床ガイドライン委員会（American College of Physicians, ACP）による本ベストプラクティス・アドバイスの目的は，GERDにおける上部内視鏡の適応と有用性について解説すること，またプライマリ・ケア医師が上部内視鏡目的に患者を紹介する際に，質の高い決断をする手助けとなることである．勧告を作成するにあたり，一般内科医，消化器医，臨床疫学者から成るチームは，GERDにおける上部内視鏡使用についての論文だけでなく，GERDおよび食道腺癌の疫学に関する文献も精査した．GERDにおいて上部内視鏡使用を推奨する専門学会の臨床ガイドライン勧告も比較した．本ガイドラインは，正式なシステマティック・レビューに基づくものではなく，入手可能な最善のエビデンスに基づいて実践的アドバイスを模索したものである．

GERD，バレット食道，食道腺癌

胃食道逆流症は，胃内容物の食道への逆流による不快な症状または合併症（あるいは双方）が発現した状態である（4）．この定義には，疾患の基準として組織障害は必要とはされていないことが含まれている．実際に，GERD患者の50～85%は非びらん性逆流症である（5）．最大40%の米国成人が何らかの逆流症状（主に胸やけや呑酸）を報告しており，10～20%は週1回またはそれ以上の頻度で生じる症状を有している（6-8）．米国では2003～2009年まで毎年，少なくとも2剤の制酸薬が処方薬剤トップ10に入っており（9），これら制酸薬は年間1億1千万以上処方されている（10）．また，さらに多数の患者が市販の制酸薬を購入している．

慢性胸やけを有する患者の約10%は，食道内層が正常な扁平上皮から特殊円柱上皮へと化生性変化するバレット食道を有し（11），GERDとバレット食道は共に食道腺癌リスク上昇に関連している（12，13）．一般集団における食道腺癌の絶対リスクは依然として低いものの（全米集団で百万人につき26例），その罹患率は過去40年間で5倍以上に増加している（14）．食道腺癌患者の予後は5年生存率が20%未満と不良であり（15），食道癌症例の大半は通常症状を伴って受診に至るが，この段階では根治的治療には進行しすぎている（16）．

食道腺癌は，バレット食道から異形成の進行段階を経て生じると考えられている．必ず進行するとはいえないが，異形成の進行は癌リスク上昇と関連している．例えば，異形成を伴わないバレット食道患者の癌リスクは患者‐年につき0.1～0.5%であるのに対して（13，17），高度異形成を伴うバレット食道患者の癌リスクは患者‐年につき6～19%となる（18-20）．

慢性GERD症状の有病率増加（21）を考慮すると，GERDを適応とする上部内視鏡検査も増加中であることは驚くにはあたらないかもしれない．現在，米国においてGERDは上部内視鏡のもっとも多い適応であり（3），

Centers for Medicare & Medicaid Servicesのデータを評価すると，過去10年間のMedicare（訳注）加入者数増加率が17%であるのに対して，同期間におけるMedicare受給者の上部内視鏡検査数の増加率は40%を超えている（www.cms.gov/NonIdentifiableDataFiles）．さらにIndependence Blue Cross（ペンシルバニア州の保険会社）に継続して5年間加入している50歳以上の患者のうち13%が上部内視鏡を受けており，これら検査の34%はGERDを適応としていた．このデータは，5年間に加入患者の4.4%，すなわち毎年加入者の約1%がGERDのため上部内視鏡検査を受けたことを示している（Snyder R.氏との私信）．

訳注：65歳以上の高齢者ならびに障碍者を対象とした，米国連邦政府の公的医療保険制度

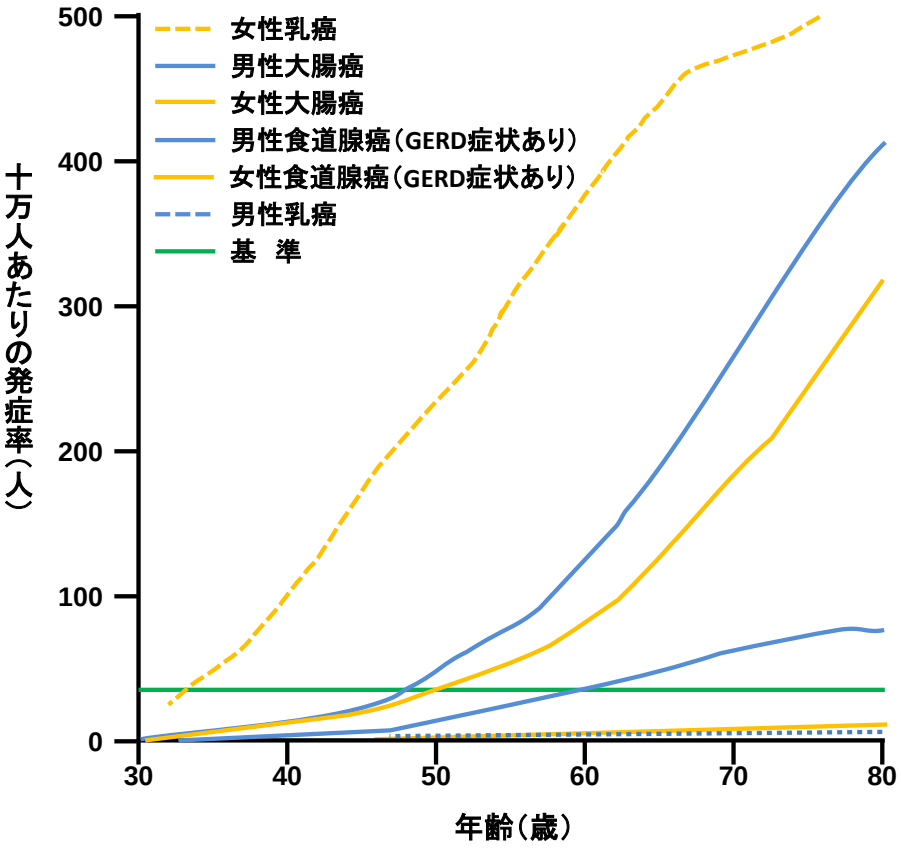
食道腺癌スクリーニングテストとしての内視鏡検査

食道腺癌の早期発見促進および死亡リスク低減のために，慢性GERD症状を有する患者への上部内視鏡スクリーニングを多くの臨床医が実施している．バレット食道と診断された患者は，異形成性変化を同定するために異常な組織を生検する内視鏡サーベイランス・プログラムに参加する（22）．スクリーニングとサーベイランス・プログラムは理論的には癌の早期発見を可能とするが，複数の因子がこういったプログラムの普及と効果を限られたものにしている．まず，GERD症状は食道癌リスク予測因子としては感度・特異度ともに乏しく，食道腺癌を発症する患者の約40%は胸やけ症状が認められない (12, 23, 24)．胸やけを有する50歳以上の患者の年間発癌リスクは0.04%と推測されている（25）．次いで胸やけに焦点を当てることで，他の癌予測因子を無視することとなる．食道腺癌は男性に著明に多く，患者の約80%は男性である（26，27）．実際に，GERD症状を認めない男性の方が，GERD症状を有する女性よりバレット食道リスクが高く（28），女性GERD患者における食道腺癌リスクは男性の乳癌とほぼ同等であることがデータで示されている（**図1**）（29）．

異形成病変がバレット食道総表面積に占める割合が小さいことが多いため，内視鏡検査でランダム生検を施行しても異形成または早期食道癌を発見できないことがある（30）．また，内視鏡下生検検体の組織学的解釈には，組織サンプルが小さいことや，異形成の悪性度診断がやや主観的であるという問題点がある（31, 32）．内視鏡サーベイランスにおけるもう一つの課題は，繰り返し行う内視鏡検査に対する患者のアドヒアランスである．サーベイランスに適格性のある患者の相当数が，推奨された次回の検査を受けないことがデータにより示されている（33）．

さらに内視鏡サーベイランスの有用性は，非異形成バレット食道における食道腺癌発症率の低さにより限られたものとなる．バレット食道患者は一般人と比較して高い癌リスクにあるが，異形成を伴わないバレット食道患者における食道腺癌の絶対リスクは依然として低く，最近の地域住民を対象とした試験で5年以上追跡した非異形成バレット食道患者のうち，食道癌を発症したのは2%未満であった（17）．最後に最も重要な点として，スクリーニングやサーベイランス内視鏡プログラムが食道腺癌による死亡を減少させることを示す直接的エビデンスがないことが挙げられる．コホートおよび症例対照研究では，内視鏡スクリーニングやサーベイランスで発見された癌はリンパ節転移が少ない初期ステージで，症状が発現した癌と比較して長期生存と相関していることを示しているが（34-37），リード・タイム・バイアスおよびレングス・バイアスによりこれらのデータの解釈は困難なものとなっている（38）．米国成人の1～5%がバレット食道に罹患している可能性を考慮すると（39，40），内視鏡スクリーニングおよびサーベイランス・プログラムが公衆衛生および経済に与える影響は甚大なものとなる．

図1 年齢別癌罹患率



週1回GERD症状を有する男女の年齢別食道腺癌推定罹患率の男女乳癌および男女大腸癌罹患率との比較．緑色横線は比較の基準として50歳（多くの組織で内視鏡スクリーニング施行を推奨している年齢）時の女性大腸癌罹患率を示す．女性GERD患者の食道腺癌罹患率と男性乳癌の罹患率が重なり合っていることに注意（参考文献29）．GERD = 胃食道逆流症

米国の消化器専門主要３学会は全てガイドラインを発行しているが，勧告に相違点が存在し，臨床医が最適な方法を選択するうえで困惑が生じる恐れがある．米国消化器内視鏡学会（The American Society of Gastrointestinal Endoscopy）は，スクリーニング上部内視鏡検査は「慢性・長期間GERD症状を有する患者の一部」に対して検討することを勧告している（41）．同学会は，頻回のGERD症状（週数回），慢性のGERD症状（5年以上の症状），50歳以上，白人，男性，夜間逆流症状をリスク因子として同定している．米国消化器病学会-AGA（American Gastroenterological Association）ガイドラインでは，一般GERD集団に対するバレット食道および食道腺癌のスクリーニングに反対する勧告を出しているが，食道腺癌に関するリスク因子を複数抱えるGERD患者へは考慮するよう述べており（42, 43），その因子には年齢50歳以上，男性，白人，裂孔ヘルニア，BMI増加，内臓脂肪蓄積が含まれる．これらリスク因子の相対的重要性またはスクリーニング実施に必要なリスク因子数については触れられていない．最後に，米国消化器病学会-ACG（American College of Gastroenterology）ガイドラインは，「現時点で一般集団においてバレット食道に対するスクリーニングは推奨できない」と述べている（22）．同学会もまた，GERD症状とBMIをバレット食道のリスク因子としている．著者たちも認めているが，内視鏡スクリーニングおよびサーベイランス・プログラム使用に関するデータの質が全般的に低いことがガイドライン作成の足かせとなっており，多くの場合，専門家の意見が個々の勧告の基礎となっている．

慢性GERDにおける適切な上部内視鏡使用とは？

一般集団においてGERDの罹患率は高く，多くの場合，患者ケアはプライマリ・ケア従事者の担当領域となる．多くの医療システムでは，プライマリ・ケア従事者は患者を「オープンアクセス」な上部内視鏡検査（事前に専門家との相談を行わない内視鏡検査）に紹介する．慢性GERD症状を有するが警告症状が認められない患者に対する内視鏡の臨床的有効性を実証するデータが不足している状況で，プライマリ・ケア従事者は何をすべきであろうか？

胸やけや呑酸などの典型的GERD症状を有する患者の多くには，プロトンポンプ阻害薬（PPI）を1日1回投与する経験的酸抑制療法による初期治療が支持され，内視鏡検査の適応はない．1日1回投与が奏効しない場合は，1日2回投与へと増量してもよく，4～8週間の経験的1日2回のPPI投与が奏効しない場合に，さらなる検査として内視鏡検査が推奨される（42）．使用するPPI（デクスランソプラゾール，エソメプラゾール，ランソプラゾール，オメプラゾール，パントプラゾール，ラベプラゾール）間における症状コントロールや組織治癒効果の絶対的な差は小さいため，どの製剤を用いてもよい（44-46）．多くのPPIは，食事30～60分前の投与が最も有効である．

食道癌への内視鏡スクリーニングを取り巻く課題とは異なり，いくつかの臨床状況における内視鏡検査の重要性は実証されている．嚥下障害，出血，貧血，体重減少，または反復性嘔吐などの警告症状を伴ったGERDにおける上部内視鏡検査は，食道癌または胃癌，前腸部での出血病変，食道または幽門部の狭窄といった，臨床的に対応可能な所見を見出しやすいというメリットが認められる．内視鏡検査を受けた約30,000例の嚥下障害患者を対象とした近年の解析では，50%以上で重要な臨床所見（多くは食道狭窄）が発見された（47）．また，PPI治療を受け，重度のびらん性食道炎（有効性が証明されたA～Dのスコアシステム（48）でグレードBまたはそれ以上に悪化した所見）の既往が確認された患者の多くが薬物療法による治癒が不完全で（44，49，50），過去に剥離された食道上皮部分にバレット食道を有している場合がある（51-53）．このため，8週間のPPI治療後の重度食道炎患者に対する上部内視鏡検査フォローアップは，治癒確認とバレット食道除外目的で推奨される．この検査が正常であれば，さらなるルーチン上部内視鏡検査の適応はない．GERDによる食道狭窄患者に対する上部内視鏡検査は，症状次第である．食道狭窄の再発はよく見られるため（54，55），拡張術を伴う上部内視鏡検査が繰り返し必要となる可能性はある．しかし，狭窄の既往はあっても無症候性の患者へのルーチン内視鏡検査は不要である．

症状が十分にコントロールされた患者に対して，バレット食道または食道腺癌を評価するスクリーニング内視鏡検査を実施するべきであろうか？現行のデータや発行されているガイドラインでは内視鏡スクリーニングの有効性に関する最終的評価を下していないが，いくつかの結論を述べることができる．まず，食道癌罹患率の男女差と女性における食道癌の絶対リスクの低さから（26，27），GERD症状にかかわらず女性でのルーチン・スクリーニングは推奨されない．同様に，若年患者における食道腺癌の罹患率もかなり低いことから（56），GERD症状にかかわらず50歳未満へのルーチン・スクリーニングは正当化されないと考えられる．もし内視鏡スクリーニングを行うのであれば，バレット食道および早期食道腺癌発見には50歳以上の男性がもっとも効果的である．GERD症状を有する50歳以上の男性に検査を行うかどうかは，個人単位で決定する必要があるが，スクリーニングを支持するエビデンスの質が低いことは認識するべきである．また，スクリーニング実施判断には，患者の生命に影響を与えるような併存疾患の評価も含む必要がある．

内視鏡検査を受け，バレット食道が発見された患者に対して，多くの施設で内視鏡サーベイランスの実施を推奨している（22，41，57）．いま一度述べると，これらの勧告は症状が発現した患者と比較して，サーベイランス・プログラムの一環として発見された食道癌の転帰の方が優れているという観察データに基づいている（36, 37）．異形成を伴わないバレット食道患者において，様々なスクリーニング実施間隔の有用性を比較

評価した試験は現在までのところ行われていないが，自然史データや専門家の意見に基づいて3～5年間隔の内視鏡検査が推奨されている（22，41，57）．低から高度異形成を認める一部の患者群は癌への進展リスクがより高いため，より頻回の内視鏡検査が施行される．
スクリーニングでバレット食道が認められなかった慢性GERD症状を有する患者は，検査を繰り返す意義について疑念を抱くかもしれない．患者側も定期的なスクリーニング検査という概念に慣れてしまっているため，「次の検査はいつですか？」という質問はよくあるだろう．初回内視鏡スクリーニングでバレット食道を認めなかった慢性GERD患者（症状が5年以上持続，または症状を抑えるために薬物療法を5年以上継続）に対しては，薬物療法を継続している場合でも追加内視鏡スクリーニングは不要である．これらの患者における陰性所見から5年後のバレット食道発症率は観察データで2%未満であり（58），初回検査で陰性であった場合，以後の繰り返し検査は極めて有益性が低いことを示している．このため，初回検査でバレット食道が認められなかった患者に対してルーチン内視鏡検査を繰り返すことは推奨されない．

実地医療はエビデンスに則しているか？

限られたデータではあるが，GERD症状を有する患者をケアする臨床医はしばしば，推奨される診療を行っていないことが示唆されている．米国消化器内視鏡学会の広めの適応基準（59）を用いても，複数の試験で10～40%の上部内視鏡検査は「一般的な適応（generally indicated)」からは外れていることが示されている（60-64）．よくある誤りとしては，バレット食道が認められないGERD患者への定期的上部内視鏡検査，バレット食道のサーベイランス間隔が短すぎること，警告症状・バレット食道または食道癌のリスク上昇因子を認めない患者に対する早期内視鏡検査などがある．内視鏡医を対象とした調査では，有用性が非常に低い状況でもスクリーニング上部内視鏡検査を実施していることが示されている（65）．さらには，内視鏡医がバレット食道患者に自然史に基づいて有益とされる以上に短い間隔でサーベイランスを推奨していることがある（65-68）．

上部内視鏡検査の過剰使用を促進する因子とは？

上部内視鏡検査の過剰使用を促す因子としてよく挙げられるのは，内視鏡検査を実施せずその後，食道腺癌を発症した場合に，医療訴訟上の責任を問われることに対する不安感である．実際に，内視鏡医を対象とした調査では，医療訴訟の被告人経験は，有益性が低い状況における上部内視鏡使用の主要予測因子であった（65）．平均的な内視鏡医が取り扱う検査件数の約1/3を上部内視鏡検査が占めていることを考慮すると，金銭的動機も関係している可能性がある（3）．患者とプライマリ・ケア従事者の期待も過剰使用に拍車をかけている．患者もプライマリ・ケア従事者も定期的な癌スクリーニングを期待しており，前癌病変や癌のリスクを過大に見積もっているため，GERD症状に対してスクリーニングを行わないまたは一生に一度の内視鏡スクリーニングでは不十分であるという不適切な考えを抱いている可能性がある．同様に，異形成を伴わないバレット食道患者が3～5年間隔のサーベイランスに満足していない場合もあると考えられる．一度「前癌状態」と診断された場合，患者（およびそのプライマリ・ケア従事者）はより頻回の内視鏡サーベイランスを望む場合も考えられる．バレット食道患者が食道癌リスクを著しく過大評価している可能性もある（69）．

過剰な内視鏡検査に伴う潜在的危害

上部内視鏡検査はリスクが低い検査であり，穿孔，心血管系イベント，死亡などの合併症リスクは1,000～10,000例に1例である（70，71）．稀ではあるが実際に起こりうるこれ以外のリスクとしては，誤嚥性肺炎，呼吸不全，

低血圧症，不整脈，麻酔薬への有害反応などが挙げられる．内視鏡検査で合併症を起こすことは一般的ではないものの，慢性GERD症状を有する患者が膨大であることを考慮すると，これらの患者に過剰に上部内視鏡検査を行うことにより，数千例以上の合併症を引き起こす恐れがある（25）．内視鏡の誤った所見に伴う追加の検査や不要な治療は，コストおよび合併症と関連している．例を挙げると，高度異形成または癌と誤診され，一部のバレット食道患者が食道切除術を受ける可能性がある．同様に，バレット食道と診断された多くの患者が診断基準を満たしておらず，誤った診断をされていることが後ろ向き研究で示されている（72）．

患者の健康に対する潜在的な身体的リスクに加えて，過剰な上部内視鏡検査は患者と社会の双方に対して経済的に悪影響を与える．上部内視鏡検査の平均的なコストは１検査あたり$800を超え（73），保険加入患者であっても，少なからぬ割合を自己負担額 (copay) や免責額 (deductible) の形で負担する場合がある．患者とその家族が負担する間接コストもまた大きなものである．これらの検査では一般的に意識下鎮静法が用いられるために，患者と保護者は検査日に仕事または他の活動を制限されることが多い．GERD症状で上部内視鏡検査を受ける患者の多くは65歳以上であるため，内視鏡スクリーニングおよびサーベイランスにかかる直接コストの多くはMedicareプログラムによって支えられている．

プライマリ・ケア医師によるGERD患者の合理的な内視鏡検査をどのようにして促進するか？

プライマリ・ケア従事者に適切な上部内視鏡使用を促す方法を**図2**に要約した．内視鏡検査の紹介元としてプライマリ・ケア従事者が果たす役割は増大している．いったんオープンアクセス紹介が行われた場合，患者の期待と検査依頼に応えたいと願う消化器医の意向により検査が実施される可能性は非常に高くなる．

内視鏡検査という技術的サービスへの紹介ではなく，上部消化器症状に関して消化器専門医や外科医へ紹介された患者では，医学的なアドバイスこそが診察の目的であって，「内視鏡紹介」が目的ではないということを患者・医師ともに理解する必要がある．また，プライマリ・ケア医師がバレット食道・食道腺癌・その他GERD合併症に関する疫学とリスク因子をより深く理解することは，内視鏡紹介にあたって合理的な判断を下す手助けになるということができる．

ACPベストプラクティス・アドバイス

ベストプラクティス・アドバイス 1

上部内視鏡は，胸やけに加えて警告症状（嚥下障害，出血，貧血，体重減少，反復性嘔吐）を伴う男女に適応を有する．

ベストプラクティス・アドバイス 2

上部内視鏡は以下の男女患者に適応を有する：

- *プロトンポンプ阻害薬を1日2回，4～8週間服用しているにもかかわらず持続する，典型的なGERD症状を有する患者．*
- *2ヵ月間のプロトンポンプ阻害薬治療後の重度びらん性食道炎患者で，治癒評価およびバレット食道を除外する目的．バレット食道を認めなかった場合は，このフォローアップ検査後の内視鏡再検査の適応はない．*
- *食道狭窄の既往を有する患者で，嚥下障害症状を繰り返す場合．*

ベストプラクティス・アドバイス 3

上部内視鏡は以下に適応を有する可能性がある：

- *慢性GERD症状（症状が5年以上持続）および他のリスク因子（夜間逆流症状，裂孔ヘルニア，BMI*

上昇，喫煙，内臓脂肪蓄積）を有する50歳以上の男性で，食道腺癌およびバレット食道の評価目的.

- *バレット食道既往を有する男女のサーベイランス評価として．異形成を伴わない男女バレット食道患者には，3～5年を超えない頻度でサーベイランス検査を実施すべきである．異形成を伴うバレット食道患者では，より短い間隔で検査を行う適応がある.*

ACPは，胸やけに加えて嚥下障害，出血，貧血，体重減少，反復性嘔吐などの警告症状を有する患者に対して上部内視鏡検査が適応を有するエビデンスを見出したが，GERD症状を有する患者の大多数では上部内視鏡検査は適切な第一歩とはならず，4～8週間の経験的PPI治療が奏功しない場合にのみ適応を有する．上部内視鏡検査は，無症候性の食道狭窄既往患者には適応を有しないが，繰り返す嚥下障害症状患者には適応を有する.

あらゆる年代の女性と50歳未満の男性では食道癌罹患率が非常に低いため，GERD症状にかかわらずスクリーニング上部内視鏡検査をルーチンに実施すべきではない．バレット食道のリスク因子を複数有する50歳以上の男性では，スクリーニング内視鏡検査の適応を有する可能性があるが，実際に行うかどうか判断する際は，患者の生命に影響を与える併存疾患の評価も行うべきである．リスク因子には，慢性GERD症状（5年以上の症状持続），夜間逆流症状，裂孔ヘルニア，BMI増加，内臓脂肪蓄積が挙げられる．初期スクリーニング検査でバレット食道または食道腺癌を認めなかった場合は，定期的な検査の適応はない．スクリーニング上部内視鏡検査でバレット食道が発見された患者では，3～5年間隔の内視鏡サーベイランスの適応を有する可能性がある．低～高度異形成患者では食道癌へと進展するリスクが高いため，より頻回の内視鏡検査が施行される.

不要な内視鏡検査は，本来であれば回避可能であったはずの害悪に患者をさらし，不要な追加介入療法と不要なコスト発生へと繋がる恐れがある．現行の効果的な標準療法を説明するため，戦略的な患者教育を行う必要がある.

GERDにおける上部内視鏡検査のACPベストプラクティス・アドバイス要約版を**図2**に示す.

結 論

内視鏡検査は消化管疾患の診断と管理に革命をもたらしたが，その不適切な使用は有益性なしにコスト増大を生じさせる恐れがある．GERD症状における上部内視鏡検査は，前述の通り数少ない限定された場合にのみ有用であることをデータは示している．内視鏡検査を繰り返したり，有益性の低い内視鏡検査を行うことは治療方針や転帰に対して効果がほとんどなく，こういった検査を回避することは患者ケア向上とコスト削減に繋がるものと考えられる.

注 意：ベストプラクティス・アドバイス論文はあくまで“ガイド”であり，全ての患者や臨床状況にあてはまるとは限らず，臨床医の判断に優先するものではない．全てのACPベストプラクティス・アドバイス論文は，発行後5年または改訂版発行と共に撤回または無効となる.

免責条項：ベストプラクティス・アドバイス論文の著者は，すべての診療上のまたは治療に関する勧告を含む内容に責任を負う．論文中のいかなる声明も，退役軍人局の公式な立場として解釈してはならない.

資金援助:ベストプラクティス･アドバイス論文作成の資金援助は, ACP運営予算が唯一のものである. Shaheen医師はNational Cancer Institute（米国立癌研究所）より資金援助を受けている（grant U54CA163060 & U54CA156733）.

潜在的利益相反：作成グループメンバーの経済的ならびに非経済的利益相反は，ACP利益相反指針に則り宣言，議論および決議が行われた．利益相反の記録は，臨床ガイドライン作成委員会の会議ごとに保管され，
www.acponline.org/clinical_information/guidelines/guidelines/conflicts_cgc.htmにて閲覧可能としている.
情報開示はwww.acponline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForms.do?msNum_M12-0618でも閲覧可能としている.

別刷請求先：Amir Qaseem, MD, PhD, MHA, American College of Physicians, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106.

各著者の現住所および役割分担はwww.annals.orgにて閲覧可能である,

図2.　ACPベストプラクティス・アドバイス：GERDにおける上部内視鏡検査（要約版）

ACP American College of Physicians Best Practice Advice

胃食道逆流症（GERD）における上部内視鏡検査：
米国内科学会臨床ガイドライン委員会によるベストプラクティス・アドバイス

疾患	GERD
対象読者	内科医，家庭医，その他の医師
対象患者集団	男女 GERD 患者
介入	上部消化管内視鏡検査
適切な適応を有しない患者への上部内視鏡検査がアウトカムを改善しないというエビデンス	・多くのコホート試験において，初回評価でバレット食道が発見されなかった患者に対するバレット食道または食道腺癌検出目的の繰り返し上部内視鏡検査は有用性が低いことが示されている ・非異形成バレット食道患者の悪性化率は低いことが頻回の内視鏡によって示されている ・費用対効果解析により，バレット食道患者に対する頻回の内視鏡サーベイランスは費用対効果に優れないことが示されている
上部内視鏡検査による害悪	・検査時の鎮静，穿孔，出血，誤嚥に関連した合併症 ・不適切に過度な治療へとつながる誤診 ・バレット食道という診断が保険に与える経済的影響
エビデンスに基づいた医療の妨げ克服するアプローチ	・GERD 診療に関する患者の期待を適切なものにする ・患者の不安に応える：合併症を伴わない GERD 症状では食道癌の可能性は低いこと，および GERD の治療方針決定において内視鏡検査の役割は限られたものであることについて話し合う ・患者とサブスペシャルティ専門家が相談する際の，後者の役割を明確にすること ・オープンアクセス方式の内視鏡部門への紹介患者は，以下のベストプラクティスアドバイスに示した適応に限定する
GERD 患者と内視鏡実施について相談する際のポイント	・胸やけのある患者が食道癌を有する可能性は低い ・重度の食道炎症例でも，望ましい初期治療は酸抑制療法である ・大多数の症例において，早期に内視鏡検査を行っても治療方針が変わることはない ・他の慢性疾患と異なり，GERD では定期的に評価する必要はない ・大多数のバレット食道患者において，頻回に内視鏡検査を行っても 3～5 年間隔の内視鏡検査と比較して優れた癌予防効果は認められていない
ベストプラクティス・アドバイス	*ベストプラクティス・アドバイス 1：* *上部内視鏡は，胸やけに加えて警告症状（嚥下障害，出血，貧血，体重減少，反復性嘔吐）を伴う男女に適応を有する.* *ベストプラクティス・アドバイス 2：* *上部内視鏡は以下の男女患者に適応を有する：* *・プロトンポンプ阻害薬を 1 日 2 回，4～8 週間服用しているにもかかわらず持続する，典型的な GERD 症状を有する患者.* *・2 ヵ月間のプロトンポンプ阻害薬治療後の重度びらん性食道炎患者で，治癒評価およびバレット食道を除外する目的. バレット食道を認めなかった場合は，このフォローアップ検査後の内視鏡再検査は適応はない.* *・食道狭窄の既往を有する患者で，嚥下障害症状を繰り返す場合.* *ベストプラクティス・アドバイス 3：* *上部内視鏡は以下に適応を有する可能性がある：* *・慢性 GERD 症状（症状が 5 年以上持続）および他のリスク因子（夜間逆流症状，裂孔ヘルニア，BMI 上昇，喫煙，内臓脂肪蓄積）を有する 50 歳以上の男性で，食道腺癌およびバレット食道の評価目的.* *・バレット食道既往を有する男女のサーベイランス評価として．異形成を伴わない男女バレット食道患者には，3～5 年を超えない頻度でサーベイランス検査を実施すべきである．異形成を伴うバレット食道患者では，より短い間隔で検査を行う適応がある.*

BMI＝body mass index, 体格指数；GERD=胃食道逆流症；PPI=プロトンポンプ阻害薬.

参考文献

1. **Havelund T, Lind T, Wiklund I, Glise H, Hernqvist H, Lauritsen K, et al.** Quality of life in patients with heartburn but without esophagitis: effects of treatment with omeprazole. Am J Gastroenterol. 1999;94:1782-9. [PMID: 10406235]
2. **Eloubeidi MA, Provenzale D.** Health-related quality of life and severity of symptoms in patients with Barrett's esophagus and gastroesophageal reflux disease patients without Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol. 2000;95:1881-7. [PMID: 10950030]
3. **Sonnenberg A, Amorosi SL, Lacey MJ, Lieberman DA.** Patterns of endoscopy in the United States: analysis of data from the Centers for Medicare and Medicaid Services and the National Endoscopic Database. Gastrointest Endosc. 2008;67:489-96. [PMID: 18179793]
4. **Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group.** The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006;101:1900-20. [PMID: 16928254]
5. **El-Serag HB.** Epidemiology of non-erosive reflux disease. Digestion. 2008; 78(Suppl 1):6-10. [PMID: 18832834]
6. **Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S.** Epidemiology of gastrooesophageal reflux disease: a systematic review. Gut. 2005;54:710-7. [PMID: 15831922]
7. **Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd.** Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. Gastroenterology. 1997;112:1448-56. [PMID: 9136821]
8. **Nebel OT, Fornes MF, Castell DO.** Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. Am J Dig Dis. 1976;21:953-6. [PMID: 984016]
9. Pharmaceutical Sales 2009. Verispan, VONA; 2009. Accessed at www.drugs.com/top200_2009.html on 10 May 2012.
10. **Pallarito K.** How safe are popular reflux drugs? Experts debate evidence linking acid-blockers to possible bone, heart problems. US News World Rep. 4 November 2009. Accessed at http://health.usnews.com/health-news/family-health/bones-joints-and-muscles/articles/2009/11/04/how-safe-are-popular-reflux-drugs on 10 May 2012.
11. **Taylor JB, Rubenstein JH.** Meta-analyses of the effect of symptoms of gastroesophageal reflux on the risk of Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol. 2010; 105:1729, 1730-7. [PMID: 20485283]
12. **Lagergren J, Bergström R, Lindgren A, Nyrén O.** Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. N Engl J Med. 1999; 340:825-31. [PMID: 10080844]
13. **Sikkema M, de Jonge PJ, Steyerberg EW, Kuipers EJ.** Risk of esophageal adenocarcinoma and mortality in patients with Barrett's esophagus: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010;8:235-44. [PMID: 19850156]

14. **Pohl H, Sirovich B, Welch HG.** Esophageal adenocarcinoma incidence: are we reaching the peak? Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010;19:1468-70. [PMID: 20501776]
15. **Eloubeidi MA, Mason AC, Desmond RA, El-Serag HB.** Temporal trends (1973-1997) in survival of patients with esophageal adenocarcinoma in the United States: a glimmer of hope? Am J Gastroenterol. 2003;98:1627-33. [PMID: 12873590]
16. **Dulai GS, Guha S, Kahn KL, Gornbein J, Weinstein WM.** Preoperative prevalence of Barrett's esophagus in esophageal adenocarcinoma: a systematic review. Gastroenterology. 2002;122:26-33. [PMID: 11781277]
17. **Hvid-Jensen F, Pedersen L, Drewes AM, Sørensen HT, Funch-Jensen P.** Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. N Engl J Med. 2011;365:1375-83. [PMID: 21995385]
18. **Overholt BF, Lightdale CJ, Wang KK, Canto MI, Burdick S, Haggitt RC, et al; International Photodynamic Group for High-Grade Dysplasia in Barrett's Esophagus.** Photodynamic therapy with porfimer sodium for ablation of high-grade dysplasia in Barrett's esophagus: international, partially blinded, randomized phase III trial. Gastrointest Endosc. 2005;62:488-98. [PMID: 16185958]
19. **Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, Wolfsen HC, Sampliner RE, Wang KK, et al.** Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. N Engl J Med. 2009;360:2277-88. [PMID: 19474425]
20. **Wani S, Puli SR, Shaheen NJ, Westhoff B, Slehria S, Bansal A, et al.** Esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus after endoscopic ablative therapy: a meta-analysis and systematic review. Am J Gastroenterol. 2009;104:502-13. [PMID: 19174812]
21. **El-Serag HB, Sonnenberg A.** Opposing time trends of peptic ulcer and reflux disease. Gut. 1998;43:327-33. [PMID: 9863476]
22. **Wang KK, Sampliner RE; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology.** Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillanceand therapy of Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol. 2008;103:788-97. [PMID: 18341497]
23. **Chow WH, Finkle WD, McLaughlin JK, Frankl H, Ziel HK, Fraumeni JF Jr.** The relation of gastroesophageal reflux disease and its treatment to adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia. JAMA. 1995;274:474-7. [PMID: 7629956]
24. **Farrow DC, Vaughan TL, Sweeney C, Gammon MD, Chow WH, Risch HA, et al.** Gastroesophageal reflux disease, use of H2 receptor antagonists, and risk of esophageal and gastric cancer. Cancer Causes Control. 2000;11:231-8. [PMID: 10782657]
25. **Shaheen N, Ransohoff DF.** Gastroesophageal reflux, barrett esophagus, and esophageal cancer: scientific review. JAMA. 2002;287:1972-81. [PMID: 11960540]
26. **Cook MB, Dawsey SM, Freedman ND, Inskip PD, Wichner SM, Quraishi SM, et al.** Sex disparities in cancer incidence by period and age. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18:1174-82. [PMID: 19293308]
27. **Vizcaino AP, Moreno V, Lambert R, Parkin DM.** Time trends incidence of both major histologic types of esophageal carcinomas in selected countries, 1973-1995. Int J Cancer. 2002;99:860-8. [PMID: 12115489]
28. **Rubenstein JH, Mattek N, Eisen G.** Age- and sex-specific yield of Barrett's esophagus by endoscopy indication. Gastrointest Endosc. 2010;71:21-7. [PMID: 19748616]
29. **Rubenstein JH, Scheiman JM, Sadeghi S, Whiteman D, Inadomi JM.** Esophageal adenocarcinoma incidence in individuals with gastroesophageal reflux: synthesis and estimates from population studies. Am J Gastroenterol. 2011;106:254-60. [PMID: 21139576]
30. **Eisen GM, Montgomery EA, Azumi N, Hartmann DP, Bhargava P, Lippman M, et al.** Qualitative mapping of Barrett's metaplasia: a prerequisite for intervention trials. Gastrointest Endosc. 1999;50:814-8. [PMID: 10570342]
31. **Montgomery E, Bronner MP, Goldblum JR, Greenson JK, Haber MM, Hart J, et al.** Reproducibility of the diagnosis of dysplasia in Barrett esophagus: a reaffirmation. Hum Pathol. 2001;32:368-78. [PMID: 11331953]
32. **Alikhan M, Rex D, Khan A, Rahmani E, Cummings O, Ulbright TM.** Variable pathologic interpretation of columnar lined esophagus by general pathologists in community practice. Gastrointest Endosc. 1999;50:23-6. [PMID: 10385717]
33. **Ajumobi A, Bahjri K, Jackson C, Griffin R.** Surveillance in Barrett's esophagus: an audit of practice. Dig Dis Sci. 2010;55:1615-21. [PMID: 19669878]
34. **Peters JH, Clark GW, Ireland AP, Chandrasoma P, Smyrk TC, DeMeester TR.** Outcome of adenocarcinoma arising in Barrett's esophagus in endoscopically surveyed and nonsurveyed patients. J Thorac Cardiovasc Surg. 1994;108:813-21. [PMID: 7967662]
35. **Streitz JM Jr, Andrews CW Jr, Ellis FH Jr.** Endoscopic surveillance of Barrett's esophagus. Does it help? J Thorac Cardiovasc Surg. 1993;105:383-7. [PMID: 8445916]
36. **van Sandick JW, van Lanschot JJ, Kuiken BW, Tytgat GN, Offerhaus GJ, Obertop H.** Impact of endoscopic biopsy surveillance of Barrett's oesophagus on pathological stage and clinical outcome of Barrett's carcinoma. Gut. 1998;43: 216-22. [PMID: 10189847]
37. **Corley DA, Levin TR, Habel LA, Weiss NS, Buffler PA.** Surveillance and survival in Barrett's adenocarcinomas: a population-based study. Gastroenterology.2002;122:633-40. [PMID: 11874995]
38. **Shaheen NJ, Provenzale D, Sandler RS.** Upper endoscopy as a screening and surveillance tool in esophageal adenocarcinoma: a review of the evidence. Am J Gastroenterol. 2002;97:1319-27. [PMID: 12094844]
39. **Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Johansson SE, Lind T, Bolling-Sternevald E, et al.** Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: an endoscopic study. Gastroenterology. 2005;129:1825-31. [PMID: 16344051]
40. **Rex DK, Cummings OW, Shaw M, Cumings MD, Wong RK, Vasudeva RS, et al.** Screening for Barrett's esophagus in colonoscopy patients with and without heartburn. Gastroenterology. 2003;125:1670-7. [PMID: 14724819]
41. **Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, Davila RE, Egan J, Leighton JA, et al; Standards of Practice Committee, American Society for Gastrointestinal Endoscopy.** ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. Gastrointest Endosc. 2006;63:570-80. [PMID: 16564854]
42. **Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF; American Gastroenterological Association Institute.** American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology. 2008;135:1392-1413, 1413.e1-5. [PMID: 18801365]
43. **Spechler SJ, Sharma P, Souza RF, Inadomi JM, Shaheen NJ; American Gastroenterological Association.** American Gastroenterological Association medical position statement on the management of Barrett's esophagus. Gastroenterology. 2011;140:1084-91. [PMID: 21376940]
44. **Castell DO, Kahrilas PJ, Richter JE, Vakil NB, Johnson DA, Zuckerman S, et al.** Esomeprazole (40 mg) compared with lansoprazole (30 mg) in the treatment of erosive esophagitis. Am J Gastroenterol. 2002;97:575-83. [PMID: 11922549]
45. **Dean BB, Gano AD Jr, Knight K, Ofman JJ, Fass R.** Effectiveness of proton pump inhibitors in nonerosive reflux disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2004;2:656-64. [PMID: 15290657]
46. **Khan M, Santana J, Donnellan C, Preston C, Moayyedi P.** Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. Cochrane Database Syst Rev. 2007:CD003244. [PMID: 17443524]
47. **Krishnamurthy C, Hilden K, Peterson KA, Mattek N, Adler DG, Fang JC.** Endoscopic findings in patients presenting with dysphagia: analysis of a national endoscopy database. Dysphagia. 2012;27:101-5. [PMID: 21674194]
48. **Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, et al.** Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Gut. 1999;45:172-80. [PMID: 10403727]
49. **Labenz J, Armstrong D, Lauritsen K, Katelaris P, Schmidt S, Schütze K, et al; Expo Study Investigators.** A randomized comparative study of esomeprazole 40 mg versus pantoprazole 40 mg for healing erosive oesophagitis: the EXPO study. Aliment Pharmacol Ther. 2005;21:739-46. [PMID: 15771760]
50. **Laine L, Katz PO, Johnson DA, Ibegbu I, Goldstein MJ, Chou C, et al.** Randomised clinical trial: a novel rabeprazole extended release 50 mg formulation vs. esomeprazole 40 mg in healing of moderate-to-severe erosive oesophagitis – the results of two double-blind studies. Aliment Pharmacol Ther. 2011;33:203-12. [PMID: 21114792]
51. **Modiano N, Gerson LB.** Risk factors for the detection of Barrett's esophagus in patients with erosive esophagitis. Gastrointest Endosc. 2009;69:1014-20. [PMID: 19152902]
52. **Gilani N, Gerkin RD, Ramirez FC, Hakim S, Randolph AC.** Prevalence of Barrett's esophagus in patients with moderate to severe erosive esophagitis. World J Gastroenterol. 2008;14:3518-22. [PMID: 18567080]
53. **Hanna S, Rastogi A, Weston AP, Totta F, Schmitz R, Mathur S, et al.** Detection of Barrett's esophagus after endoscopic healing of erosive esophagitis. Am J Gastroenterol. 2006;101:1416-20. [PMID: 16863541]
54. **Ruigómez A, García Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S, Eklund S..** Esophageal stricture: incidence, treatment patterns, and recurrence rate. Am J Gastroenterol. 2006;101:2685-92. [PMID: 17227515]
55. **Said A, Brust DJ, Gaumnitz EA, Reichelderfer M.** Predictors of early recurrence of benign esophageal strictures. Am J Gastroenterol. 2003;98:1252-6. [PMID: 12818265]
56. **El-Serag HB, Mason AC, Petersen N, Key CR.** Epidemiological differences between adenocarcinoma of the oesophagus and adenocarcinoma of the gastric cardia in the USA. Gut. 2002;50:368-72. [PMID: 11839716]
57. **Spechler SJ, Sharma P, Souza RF, Inadomi JM, Shaheen NJ; American Gastroenterological Association.** American Gastroenterological Association technical review on the management of Barrett's esophagus. Gastroenterology. 2011;140:e18-52. [PMID: 21376939]
58. **Rodriguez S, Mattek N, Lieberman D, Fennerty B, Eisen G.** Barrett's esophagus on repeat endoscopy: should we look more than once? Am J Gastroenterol. 2008;103:1892-7. [PMID: 18564120]
59. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointest Endosc. 2000;52:831-7. [PMID: 11203479]
60. **Hassan C, Bersani G, Buri L, Zullo A, Anti M, Bianco MA, et al.** Appropriateness of upper-GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. Gastrointest Endosc. 2007;65:767-74. [PMID: 17466196]
61. **Keren D, Rainis T, Stermer E, Lavy A.** A nine-year audit of open-access upper gastrointestinal endoscopic procedures: results and experience of a single centre. Can J

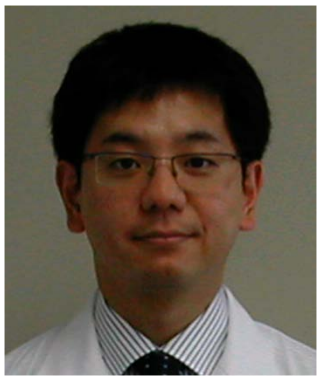
Gastroenterol. 2011;25:83-8. [PMID: 21321679]
62. **Rossi A, Bersani G, Ricci G, Defabritiis G, Pollino V, Suzzi A, et al.** ASGE guidelines for the appropriate use of upper endoscopy: association with endoscopic findings. Gastrointest Endosc. 2002;56:714-9. [PMID: 12397281]
63. **Charles RJ, Cooper GS, Wong RC, Sivak MV Jr, Chak A.** Effectiveness of open-access endoscopy in routine primary-care practice. Gastrointest Endosc. 2003;57:183-6. [PMID: 12556781]
64. **Gonvers JJ, Burnand B, Froehlich F, Pache I, Thorens J, Fried M, et al.** Appropriateness and diagnostic yield of upper gastrointestinal endoscopy in an open-access endoscopy unit. Endoscopy. 1996;28:661-6. [PMID: 8934082]
65. **Rubenstein JH, Saini SD, Kuhn L, McMahon L, Sharma P, Pardi DS, et al.** Influence of malpractice history on the practice of screening and surveillance for Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol. 2008;103:842-9. [PMID: 18076733]
66. **Falk GW, Ours TM, Richter JE.** Practice patterns for surveillance of Barrett's esophagus in the United States. Gastrointest Endosc. 2000;52:197-203. [PMID: 10922091]
67. **Harewood GC, Rathore O, Patchett S, Murray F.** Assessment of adherence to published surveillance guidelines—opportunity to enhance efficiency of endoscopic practice. Ir Med J. 2008;101:248-50. [PMID: 18990956]
68. **Crockett SD, Lipkus IM, Bright SD, Sampliner RE, Wang KK, Boolchand V, et al.** Overutilization of endoscopic surveillance in nondysplastic Barrett's esophagus: a multicenter study. Gastrointest Endosc. 2012;75:23-31.e2. [PMID: 22100301]
69. **Shaheen NJ, Green B, Medapalli RK, Mitchell KL, Wei JT, Schmitz SM, et al.** The perception of cancer risk in patients with prevalent Barrett's esophagus enrolled in an endoscopic surveillance program. Gastroenterology. 2005;129:429-36. [PMID: 16083700]
70. **Arrowsmith JB, Gerstman BB, Fleischer DE, Benjamin SB.** Results from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy/U.S. Food and Drug Administration collaborative study on complication rates and drug use during gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc. 1991;37:421-7. [PMID: 1833259]
71. **Chan MF.** Complications of upper gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc Clin N Am. 1996;6:287-303. [PMID: 8673329]
72. **Corley DA, Kubo A, DeBoer J, Rumore GJ.** Diagnosing Barrett's esophagus: reliability of clinical and pathologic diagnoses. Gastrointest Endosc. 2009;69:1004-10. [PMID: 19152897]
73. **Inadomi JM, Somsouk M, Madanick RD, Thomas JP, Shaheen NJ.** A cost-utility analysis of ablative therapy for Barrett's esophagus. Gastroenterology. 2009;136:2101-2114.e1-6. [PMID: 19272389]

著者現住所:
Dr. Shaheen: University of North Carolina School of Medicine, CB#7080, Room 4150, 130 Mason Farm Road, Chapel Hill, NC 27599-7080.
Dr. Weinberg: Department of Medicine, Fox Chase Cancer Center, 333 Cottman Avenue, Philadelphia, PA 19111.
Dr. Denberg: Harvard Vanguard Medical Associates, 275 Grove Street, Auburndale, MA 02466.
Dr. Chou: Oregon Health & Science University, 3181 Southwest Sam Jackson Park Road, Mail Code: BICC, Portland, OR 97239.
Dr. Qaseem: American College of Physicians, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106.
Dr. Shekelle: RAND Corporation, 1776 Main Street, Santa Monica, CA 90401.

著者役割分担：
コンセプトとデザイン：N.J. Shaheen, D.S. Weinberg, T.D. Denberg, R. Chou, A. Qaseem, P. Shekelle.
データの解析と解釈：N.J. Shaheen, D.S. Weinberg, T.D. Denberg, R. Chou, A. Qaseem.
論文原稿執筆：N.J. Shaheen, D.S. Weinberg, T.D. Denberg, R. Chou, A. Qaseem.
重要な知的内容に対する原稿の改訂：N.J. Shaheen, D.S. Weinberg, T.D. Denberg, R. Chou, A. Qaseem, P. Shekelle.
原稿の最終承認：N.J. Shaheen, D.S. Weinberg, T.D. Denberg, R. Chou, A. Qaseem, P. Shekelle.
統計見解：A. Qaseem.
資金調達：D.S. Weinberg.
運営・テクニカル・ロジスティック支援：D.S. Weinberg, A. Qaseem.
データ収集とまとめ：N.J. Shaheen, D.S. Weinberg.

■Internal Medicine 2012に参加された先生方からのレポート

ACP Internal Medicine 2012 に参加して



長崎県島原病院（血液内科）　小川大輔

平成 24 年 4 月 19 日～21 日にニューオリンズで開催された American college of physicians(ACP) internal medicine 2012（ACP 総会）に行く機会に恵まれました。海外の学会として、アメリカ臨床腫瘍学会への参加はありましたが、ACP 総会は初めての経験でした。今回、日本とアメリカの内科学会との違いに興味を抱きながら参加させていただきました。

会場は、New Orleans Ernest N. Morial Conventon Center でした。今回の ACP Internal Medicine 2012 には、アメリカ合衆国以外にも、その周辺国や、ヨーロッパなど多くの国々から、約 6400 人の参加がありました。総会では、学会に長年貢献した先生や、Master、Honorary Fellow、Fellow 等への表彰もおこなわれました。黒い帽子、黒いマントを身につけての表彰式です。表彰とは別に、記念撮影ができるコーナーもあり、スクリーンモニターをバックに各自順番に、写真を撮ってもらう光景も見られました。

また、大きなホールにて、Clinical skills center と題された実地臨床に即したレクチャーがおこなわれました。ホール内の会場は 13 のブースに分かれていました。開催時間が決まっているレクチャーと、予約なしで、空きがあれば自由に参加できるレクチャーがありました。開始時間が決まっているレクチャーの場合、事前予約制で、時間は約 1 時間から 1 時間半で、一日数回開催されていました。事前予約制でも、当日空きがあれば受講できます。エコー下中心静脈ライン挿入の実技や、皮膚生検の仕方、乳房や前立腺の診察の仕方などの講習がおこなわれていました。エコー下中心静脈ライン手技では、ベテラン医師が、エコーで手取り足取り指導してくれます。血液内科医にとって、中心静脈ライン挿入は必修の手技でありますが、現在、エコーは使わず盲目で挿入しています。今後は日本でもエコー下での挿入になるのかと考えさせられました。

self-guided tour の場合、開始時間が決まっておらず、希望者が好きな時間に立ち寄って参加できます。例えば、眼底所見の見方、不整脈の鑑別、胸部レントゲンの見方などです。参加方法は、ブースの前に受付があり、会員証を登録すれば、中に入って講習を受けることができます。不整脈の鑑別コーナーでは、ブース前にて受付後、MP3 プレーヤーを受け取り、音声に従って、ボードに掲げられたプリントの講義内容をイヤホンで聴きながら自己学習していくというものでした。内容は、初心者用と上級者用とに分かれていました。また胸部レントゲンコーナーでは、ポスターに掲げられた胸部レントゲン写真を、各々が MP3 プレーヤーを聴きながら、択一で回答するクイズ形式のものでした。基本的なことですが、また改めて体系的に勉強するには良い機会でした。研修医時代にしか持つ機会がなかった眼底鏡も久しぶりに持ちました。模型とつながったスマートフォンを用いて眼底写真を変えながら、自己診断していきます。日本内科学会総会でも、ス

キルアップの日常診療画像診断として、胸部写真やエコーなどの講習が開催されましたが、事前登録制でしたし、実技というよりは講義という印象が強かったので、今回のレクチャーは大変新鮮でした。時間が空いたときに、気楽に参加でき、自分のペースで学べるのは良いことだと感じました。多くのブースが盛況で、老若男女見受けられ、積極的に多くのことを吸収しようとする姿勢は、大変感銘を受けました。自己参加型、自己学習型で、自分のペースで学習できるすばらしい取り組みと感じました。

また、折角の機会なので、事前登録制の clinical skills scientific program session workshop の Life Threatening EKGs Encountered in the Outpatient Setting にも参加してみました。司会進行役の 2 人の若手医師のもと、約 50 人の参加者が、10 人ほどの小グループに分かれます。与えられた１０分ほどの制限時間内に、問題として掲げられた心電図をみて、お互い討論しながらグループとして診断します。その後、グループ毎に回答を出し、それを基にみんなで討論するというものです。司会の 2 人は、ファシリテーターのような役割でした。グループ毎に得られた回答をみんなで考えるので、講義というよりも討論でした。出席者からも積極的に活発な質問が出ました。一方向ではなく、双方向でお互いが学ぶという姿勢が感じられました。

Update in Hematology の講義では、慢性骨髄性白血病に対して nilotinib、dasatinib の第二世代の分子標的治療法が imatinib よりも標準的治療法となってきている点、dabigatran、apixaban、rivaroxaban の新しい抗凝固薬の使い方などが主でした。血液学に関して言えば、開催された 3 日間での講義、ワークショップを含めて、ほとんどが凝固系の内容でした。実地診療では、抗凝固療法を受けている患者数が多いため、白血病や悪性リンパ腫などの血液悪性腫瘍は、American Society of Hematology (ASH) や Ameriacn Society of Clinical Oncology (ASCO)などの専門領域の学会で学ぶという事なのだと思います。また、講義内容も、日本内科学会総会では、専門領域の分子生物学的トピックスも多々含まれていますが、ACP 総会の場合は、基礎的内容はそこまで深く取り上げず、実地臨床に関わる内容に絞っているようでした。

今回、初めて ACP 総会に参加させていただき、大変刺激を受けました。いろいろな学会に足を運ぶのは、勉強になります。このようなプログラムが継続していくことを切に希望します。参加の機会をいただき、ACP 日本支部長小林祥泰先生、前支部長黒川清先生、諸先輩方、そして宮本晴子さんに、この場を借りてお礼申し上げます

ACP Internal Medicine2012 に参加して

東邦大学医学部微生物・感染症学講座　森　伸晃

私は、この３月まで大学院生として臨床よりも基礎研究に従事する時間の方が長かったこともあり、どこかで内科の知識をブラッシュアップしたいと漠然と考えていました。そんな折、幸いにも ACP Japan chapter から一部援助を受け、ACP Internal Medicine2012（ニューオリンズ）に参加する機会を得ることができました(写真１)。この学会は、知識をアップデートするということだけでなく、医師の生涯学習を実践する場であることを強く意識させるものであり、非常に刺激的なものでした。

３日間で 250 を超えるセッションが用意されており、座学だけでなく、腰椎穿刺などのハンズオンセッションや、さらに私は申し込みませんでしたが学会前日と前々日には有料の（ACP 会員で$115-575）pre-course も用意されていました。座学に関しても、内科医に必要な Dermatology や Ophthalmology などのセッション、Woman’s Health、Clinical Pharmacology などの横断的な内容や Career and Professionalism、Ethics and Health Policy など医師としてのあり方を問うカテゴリーなど多彩な教育講演と実践的なプログラムが目白押しでした。どのセッションも魅力的で、どれに出るのかとても悩まされました。その中で実際に私が参加したセッションから、いくつか取り上げその内容について触れたいと思います。

（写真１：オープニングセレモニーの様子）

Dangerous Drugs and How to Minimize Their Dangers

日常診療でよく使用される薬物の注意点や相互作用について網羅的に解説するセッションでした。プロトンポンプインヒビター（PPI）、ワーファリン、スタチン、ST 合剤、クラリスロマイシン、ビスホスホネート、選択的非セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）など内科医にとって使用頻度の高い薬剤がとりあげられていました。特にスタチンは一番時間が割かれており、スタチンの種類によって筋痛の副作用の頻度が違うことや、スタチンが使用できない患者での red yeast rice の使用、スタチン使用中にトランスアミナーゼをどれくらいの頻度でチェックするかなど興味深い内容でした。各薬剤の相互作用などをこのようにまとまった形で勉強する機会は少なく貴重な機会でした。

Ophthalmology for the General Internist

このセッションでは、簡易診察法や Red Flags(危険な兆候)、眼科医にコンサルトすべき状況などを学びました。5 minutes screening exam として、視力、ペンライトを用いた診察、対座法による視野検査、直接眼底検査が挙げられており、普段眼底鏡を使用する習慣がない私は、もう一度勉強し直したいと思いました（実は、私は参加できませんでしたが Ophthalmoscopic skills for the internist というハンズオンセッションがありました)。Red Flags に関しては、眼痛、光視症と飛蚊症、視力低下、複視、眼の充血、眼

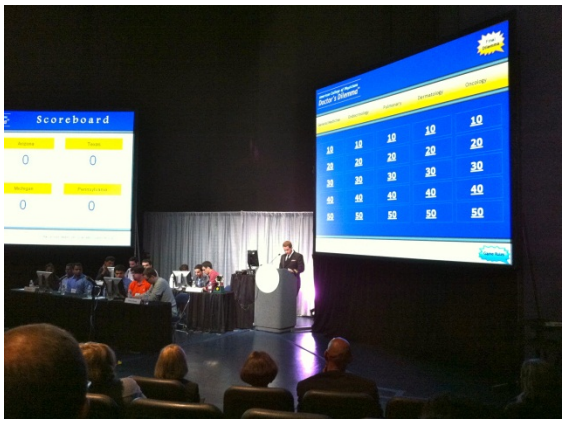
外傷、眼瞼下垂をPossible Red Flagsとしてそれらの組み合わせや問診や診察などからRed Flagsを導くというものでした。セッションを通じて感じたのは、内科医にとって眼科領域といえども注意深い問診と診察が非常に重要であるということでした。普段の診療において「眼」を改めて意識するようになったセッションでした。

Presentation Skills for Physicians: Making Your Next Teaching Presentation Go Better Than Your Last

院内でのカンファレンスやレクチャー、はたまた学会発表や講演など日常診療以外のところでプレゼンテーションを行う機会は数多くありますが、それ自体を勉強する機会というものはほとんどありませんでした。プレゼンテーション前の準備から、スライド作成時の注意点、プレゼンテーション中の振る舞いなど、動画も交えながらDr. Scott C. Litinが自ら優れたプレゼンターとして講演されました。「スライドの文字は最低でも24ポイント以上」、「書体はTimes New RomanよりもArialの方が後方の人には見やすい」などアドバイスも具体的で、どの講演よりも皆が前のめりに聞き入っていたように思います。講演を聞いた後は、自分でもすぐに実践できそう！とその気にさせられるくらい刺激的なものでした。

Internal Medicine 2012 highlights and doctor’s dilemma. The Finals

最終日、学会最後の締めくくりは、この3日間で行われたセッションのまとめとして位置づけられたセッションでした。3人のプレゼンターが、それぞれ実際にこの3日間で参加した12-15のセッションについて１人15分程度でまとめて発表するといったものでした。プレゼンターの先生方のご苦労は想像に難くないものですが、テンポよくポイントだけが述べられていくので全体像が把握しにくく、残念ながらこのセッションにでれば全てがわかるというものではありませんでした。まとめのセッションが終わったあとは、doctor’s dilemmaという、レジデントで構成された4チームが争うクイズ大会が行われました（写真2)。各分野（例：循環器、内分泌など）から難易度にあわせて問題がだされ、最終的に総得点を競うものでした。さながらその雰囲気は一昔前のクイズ番組のようでした。盛り上がっているのは一部の関係者だけでしたが、このようなゲーム形式を取りいれているところは日本の学会にはないお祭りの要素を感じました。



（写真２：Doctor’s dilemmmaの様子）

また学会期間中の4/20夜に行われたACP Japan Chapterの懇親会に参加させていただきました。普段は交流する機会のない日本や米国で活躍されているACPフェローの先生方とIMのプログラムに関することやそれぞれの近況などについて情報交換をし、有意義な時間を過ごさせていただきました。楽しくお酒を飲み過ぎたせいなのか、旅の疲れがでたからなのかはわかりませんが、翌朝目が覚めると参加を予定していたセッションの開始時刻である7時を過ぎていました。その代わりに、その日の朝は街を散歩する時間を作ることができ、フレンチクォーター地区の有名なカフェで名物のドーナツとカフェオレを満喫しました。

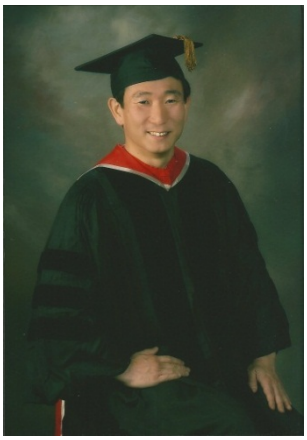
もう少しニューオリンズの歴史や文化などに触れたかったのですが、滞在期間も短く残念ながらそれはかないませんでした。ただ2005年8月に米国南西部を襲ったハリケーン・カトリーナの被害が大きかったニューオリンズですが、私が立ち寄った学会場やホテル、フレンチクォーター地区はそんなことを感じさせないくらい活気に溢れていました。

最後にこのような機会を作ってくださったACP日本支部長小林祥泰先生をはじめ関係する諸先生方、また事務局としてご尽力いただいた宮本晴子様本当にありがとうございました。IMは非常に教育的であり、若

手の先生からベテランの先生までそれぞれに学ぶところがあると思います。私自身もまた参加してみたいと思っていますが、まだ参加されたことのない先生方にもぜひこの体験をしていただきたいと思います。

■MKSAP®16のご紹介

PRC委員　大島康雄



ACP（American College of Physicians, 米国内科学会）では、MKSAP®16という自己学習用の生涯教育資材を提供しています。MKSAP®16はthe Medical Knowledge Self-Assessment Program® の略で、内科臨床医の先生方が、今、この瞬間に知っておくべき知識から取り残されないよう、内科および内科系サブスペシャリティ診療で核となるような、決定的に重要で最新の情報を提供します。

MKSAP®16は、通常の書籍として販売されてもいますし【Print】、コンピュータ等で使用することもできます【Digital】。【Print】および【Digital】の両方に加えてオンラインでのアップデート等を含む【Complete】等の選択肢が提供されています。【Digital】または【Complete】では、コンピュータで使用できるほかiPhone・iPad・Android等の携帯端末でオフラインでもオンラインでもご利用いただけます。詳細は次のリンクでご確認ください。

http://www.acponline.org/products_services/mksap/16/

割引セール(special holiday offer)の告知

（【注】本セールは1/31/2013で終了しました）

このたび、ACP本部よりACP日本支部へMKSAP®16割引セールのお知らせが参りましたので、ご報告いたします。次のリンク先より購入画面に入っていただき、プロモーションコード"MK16HOL2"を入力いただければ、表示されています価格より10%の割引を受けることができます。この割引は、学会の正会員MEMBER以外にもASSOCIATE MEMBERそして、非会員の先生方にもご利用いただけます。この割引セールは1/31/2013までにご購入の手続きを完了いただきました場合に有効です。

https://www.acponline.org/ebizatpro/ProductsandServices/MKSAP16/tabid/221/Default.aspx

MKSAP®16のご購入を検討されておられますACPの非会員の先生方へ

ACP非会員の先生方にとりまして、Member あるいはAssociate memberとなることで受けられる割引幅が大きく、MKSAP®16のご購入を検討されておられるのでしたら、同時に学会員になることもご検討いただく価値があります。さらに、会員となることによって、最新の臨床内科学の研究成果が発表される学会雑誌であるAnnals of Internal Medicine や各分野の専門家が診療に直結する知識をエビデンスに基づいて一定のフォーマットとしてコンパクトに構成したガイドラインであるACP PIER

（http://acpjc.naika.or.jp/info/acp_pier.html）　等のリソースもご利用いただけます。

ACP会員および準会員の入会には、それぞれ、会員資格および審査がございます。該当されるか否かにつきましては、次のリンクでご確認ください。http://acpjc.naika.or.jp/jpnchap/nyuukai.html#3

■あとがき

2013年のACP 日本支部のGovernor’s Newsletterの第一号(Feburary,Japanese version)をお送りいたします。

本号における小林祥泰　支部長の序文は改めて、この支部の存在を確認するうえで、大変有用なものです。現在、日本の臨床医学教育もいろいろな改革が進行中であるものの、本支部の活動はそれらに大いに影響を及ぼすものと考えます。

ACP日本支部年次総会2013のプログラムをご覧いただくとお分かりになると思いますが、演者の先生方は、日本の臨床医学の第一線でご活躍中のオールスターの競演といった風情です。沢山の参加型のセッションがあり、一緒に楽しむことができるようになっています。今回は内科学会総会と別箇に開催される初めての会です。今後のACP日本支部の発展のための試金石になるものと考えます。多くの方々、特に、若手の医師にご参加いただければと思います。このような会を主催していただく福原俊一委員長をはじめとするSPCの委員の皆様には心より深謝いたします。

胃食道逆流症（GERD）における上部内視鏡検査：米国内科学会臨床ガイドライン委員会によるベストプラクティス・アドバイスの翻訳は、原田 秀雄様を介して ACP 本部から監修を依頼され、PRC 委員の泉谷昌志先生に監修をしていただきました。大変有益な内容なので、ぜひご利用いただければと思います。

さらに、小川大輔先生、森　伸晃先生には、昨年の ACP 本部の総会に参加された、感想録をお書きいただきました。日本内科学会総会とは趣を異にする会合に対する、若手医師の驚きが手に取るように伝わってきます。

最後に、PRC 委員の大島康雄先生には、ACP 本部から支部長あてにご依頼された、MKSAP®16 のご紹介文の翻訳、監修をしていただきました。

今回もまた、多数の先生方のご協力により発刊できたことを心からお礼申し上げます。

Public Relations Commettee

委員長：川村光信、副委員長：安藤聡一郎

泉谷昌志、岩永正子、大島康雄、大西弘高、小野広一、澤木秀明、島根謙一、土谷昌信、中村浩士、板東浩、松木薗和也、松田正典、松梨真知子、吉田博