

Governor's Newsletter for ACP Japan Chapter

Aug 2014

Governor: Shotai Kobayashi MD, MACP

Table of Contents

○ACP News Letter 2014日本語版 巻頭言	小林祥泰	p 2
○ACP日本支部総会2014におけるBest Poster受賞者の紹介		
Student Section	松本朋弘	p 3
Young Physician Section	奥田拓史	p 5
Senior Physician Section	森本勝彦	p 6
○ACP 日本支部国際交流プログラム委員会主催臨床見学プログラムの紹介		
米国内科学会 ACP 日本支部国際交流プログラム委員会	矢野 (五味) 晴美	p 8
米国内科学会カリフォルニア支部・日本支部国際交流交換プログラム研修報告		
	相馬真子	p 9
UCLA-Olive View Medical Center 臨床見学プログラム体験記		
	村中 絵美里	p 12
Olive View Medical Center 研修報告書	津田萌	p 14
○Internal Medicine 2014Orlando 報告		
Convocation Ceremony に出席された先生方		
The Convocation Ceremony of ACP 2104 体験のご報告	東條美奈子	p 16
オーランドの思い出	南太郎	p 19
セッション報告		
私の IM2014	前田賢司	p 24
Internal Medicine 2014 Orlando 報告	安藤聡一郎	p 31
○Serial Publication		
米国(人)の視点からみた日本の医学教育:クリニカルケアの素晴らしさと改善の余地について	Gautam A. Deshpande	p 35
カウボーイの国モンタナでの医療	Ronald V. Loge	p 42
“ドット”が導いたホスピタリストへの道	石山 貴章	p 46
○ACP 日本支部女性委員の紹介		
女性にも男性にも優しい ACP 日本支部を目指して	白杉 由香理	p 49



まずは ACP 日本支部学術総会も Scientific Program Committee を中心とする会員の皆さんの大変な努力と素晴らしいアイデアで成功裏に終わったことに感謝します。今年には会員からの応募企画が増加し、楽しく勉強できるものが多くなったせいもあり参加者が大幅に増加しました。また昨年からはじめた研修病院の紹介ブースも好評で申し込みに応えきれないほどになってきました。総合医のニーズが高まる中、総合内科医を目指すやる気のある優秀な若手医師が集まるということが認識されてきたように思います。

2013-2014 年度には以前からの懸案であった学生委員会を独立して設置しました。今年の学術総会では早速米国のワシントン大学などと Skype による国際学生討論を企画し初めての会議を成功させたことは評価すべき業績だと思います。学生会員自身が企画立案し、米国の大学の学生とも交渉し実行したと言う意味で価値あるものです。これに伴い学生活動を支援してきた CAMSE は発展的に解消することになりました。長い間、学生の ACP ポスターセッション応募など国際教育を推進してくれた委員会の皆さんありがとうございました。

また、2 年前から Dr. Soma Wali ACP 南カリフォルニア支部長に依頼して構築した UCLA のレジデントプログラムの短期研修に参加した若手医師がその体験談を熱く語ってくれたのも刺激になったと思います。このような体験プログラムに奨学金も付いて参加出来るのは ACP 日本支部ならではのものです。

また日本支部が会員数 1000 人を越えたことから税務上の問題で法人化が必要になり、1 年前から役員会で検討を続けてきました。そして今回の支部総会で ACP 日本支部の一般社団法人化が承認され、2014-2015 年度からは法人としての活動が可能となりました。理事長は会員選挙で選ばれた支部長で社員は役員の中から 6 名以内を支部長が指名する仕組みで、支部の財務事務業務を主として管理するためのコンパクトな仕組みです。外部委託した事務局もなんとか内科学会から引き継いだ業務をこなせるようになり、財政的にも学術総会が黒字になったことで運営見通しが立ち、内科学会から独立して丸 2 年でようやく完全自立を果たすことが出来ました。ACP 本部の方でも日本支部の会員増加や活発な活動に注目しており Excellence Chapter Award を毎年頂いています。私も支部長の任期が来春までとなりましたが、今後も日本支部が発展するよう努力したいと思います。よろしくお願ひします。



筆者近況、東海大病院での実習中

まず初めにこのような賞を頂けたことは、全く予想外ではありましたが、大変光栄なものでした。今でも実感が湧きません。

今回、ACPに参加し症例発表をしようと考えたきっかけは、一年前の2013年2月に開催された第二回医学生、研修医のための「学会抄録・発表方法」を学ぶワークショップに参加したことでした。今まで基礎系の学会では発表の経験はありましたが、臨床系の発表を英語で行えるという機会は、私の知るところではほとんどなく、ACPが学生で日本にいながら英語でのdiscussionできる唯一の臨床系に学会であると感じていました。なんとしてでもいつかACPで発表しようと決意したのが、一年前のことでした。

発表するため症例を探していたところ、ACPで多くの発表している本学の総合内科の門を叩かせていただき、柳秀高先生のご指導を受けるという絶好のチャンス頂くことができました。今回は同学年の板山律子、東富美子と共に参加させていただき、症例を通し、疾患への理解、診断の進め方、問診や身体所見の重要性を実感し、また英語でのposter作製、oral presentationとdiscussionの基本を皆で学ばせて頂きました。

抄録を英語で書き上げる際も、大変な作業でした。症例の内容把握も最初はままならず、Discussionも的を絞ろうとしても、絞りきれず何度訂正していただいたかはわかりません。やっとのことで出した抄録で、今回のoral presentationの機会を頂けた事は、かけがえのない経験となりました。

Posterを製作する上でも慣れない作業であり、また準備不足も相まって、京都入りの前日深夜に印刷することとなり、京都に着くまでに、体力を使い果たしてしまいました。Oralの発表練習は京都でのホテルで発表者の3人で練習し、発表当日の朝には、会場の脇のスペースで、柳先生に最後のチェックをして頂きました。更に発表30分前にも不安で、会場前で発表練習をしていたところ、福原俊一先生(京都大学)にお声を掛けていただき、励みになりましたが、緊張は更に増して頻拍と汗が治まらない状況になっていました。

そして地に足がつかないままoral presentationの会場では、chair manのMolly Cooke先生(UCSF)、黒川清先生(政策研究大学院大学)から多くの質問を頂き、大変excitingな一時を過ごすことができました(汗)。特に黒川先生からの矢継ぎ早の質問攻めに完璧に打ちのめされ、受賞時には虚脱し、心身喪失状態でした(涙)。

最近になりやっと、悔しさが湧き上がって来ました。来年以降も拙い英語を少しでも改善し、しっかりとdiscussionできるよう

精進し、いつかリベンジしてやりたいと思う今日このごろです。

最後に、このACPでのbest poster賞の受賞は、私に変化を与えてくれました。大きな経験からくる少しばかりの自信が、秋からの交換留学への勇気を与えてくれています。また、今後の勉強へのmotivationも上げてくれています。将来、自分の症例、研究において再びACPで賞を頂けるように今、頑張っていきたいと考えています。



左から東海大学総合内科の柳秀高先生、板山律子さん、筆者、東富美子さん

このページをクリックすると拡大した画像をご覧になります。

Soft tissue involvement in primary amyloidosis could be an important diagnostic clue : A Case Report

Tomohiro Matsumoto¹⁾, Ritsuko Itayama¹⁾, Fumiko Azuma¹⁾, Hidetaka Yanagi¹⁾, Masayuki Oki¹⁾, Hideki Ozawa¹⁾, Atsushi Takagi¹⁾

¹⁾Tokai University School of Medicine, Division of General Internal Medicine, Department of Internal Medicine

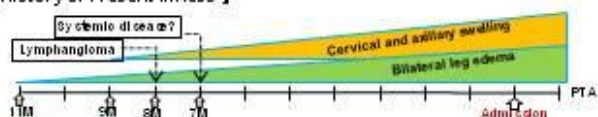


【Identification】 A 62-year-old male

【Chief complaint】

Prominent edema in both legs, swelling of cervical, axillary and shoulder, general malaise

【History of Present Illness】



11 months PTA Edema in the left leg, and subsequently in both legs
 9M PTA Cervical and axillary swelling observed
 8M PTA Seen by a hematologist due to aggravated symptoms. Lymphangioma suggested by US and no biopsy performed. No deep vein thrombosis shown by US
 7M PTA Endoscopy performed by ENT due to persistent symptoms. No mass lesion found. A systemic disease suspected by neck, axillary swelling and the edema in both legs
 ⇒ The patient was referred to GIM

【Past Medical History】

Acute hepatitis A (42)
 Otitis media (55)
 Basal cell carcinoma on the face (52)
 Traumatic cervical cord injury (55)
 ⇒ incomplete paralysis
 Maxillary sinusitis (61)

【Family History】

Father: pancreatic carcinoma

【Review Of System】 Negative list

Fever, weight loss, headache, night sweat, coughing, sputum, dyspnea, diarrhea, numbness, light-headed, abdominal pain, chest pain, rectal ulcer

【Social History】

Alcohol: Sake 180m l/day (32.7g orakoto)
 Smoking: IPPD × 12years (20-32-year-old)
 Travel: none
 Animal contact: none
 Water-contact: none
 Sexual Hx: none
 Sick contact: none

Occupation: researcher in organic chemistry, utilizing polyethylene resin

Allergy: Loropiridin, aspirin, ibuprofen

Medication: Linaprost, atidax, VitB12, Patis Hydrate

【Vital Signs】

Alert and conscious,
 BP 118/68 mm Hg,
 PR 68/min, BT 36.5°C

【Physical Examinations】

Height 166cm Weight 69kg (BMI 23.5)
 Eyes: conj. pallor (-), conj. icteric (-)
 Neck and axilla: lymphadenopathy (+)
 Lungs: CTAB
 Heart RRR, no M/R/G
 Abd: soft, no mass (-), no tenderness, bowel sounds (+)
 Back: CVA tenderness (-)
 Ext: bilateral leg pitting edema (+)

【Laboratory Findings】

CBC	Biochemistry	Na	136 mEq/L
WBC 7400/μL	TP 5.4 g/dL	K	4.8 mEq/L
seg 54.5 %	Alb 2.2 g/dL	Cl	101 mEq/L
lym 37.0 %	GOT 20 U/L	Ca	8.8 mEq/L
mono 5.0 %	GPT 13 U/L	IP	3.8 mEq/L
eo 3.1 %	LDH 210 U/L	CRP	0.73 mg/dL
Baso 0.4 %	ALP 376 U/L	ESR	62 mm/h
RBC 333 × 10 ³ /μL	GGT 19 U/L	Urine Protein	(-)
Hb 10.2 g/dL	Ch-E 157 U/L	Bilirubin	(-)
Ht 29.5 %	Amy 112 U/L	WBC	(-)
MCV 88.6 fL	T-C 170 mg/dL	Oocit/blood	(-)
MCH 30.6 pg	T-Bil 0.3 mg/dL		
Pit 36.1 × 10 ³ /μL	UA 4.8 mg/dL		
	BUN 12 mg/dL		
	Cr 0.7 mg/dL		
	Gl 13 μg/dL		

Fig.4 New physical findings

A. Periorbital purpura



B. Shoulder pad signs



C. Macroglossia



【New problem list】

Tongue, cervical, axillary and shoulder swelling and periorbital purpura

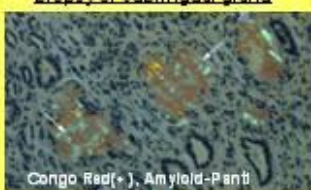
【D. Dx of macroglossia】

- Topical cause:
 ⇒ invasion of tumor
 Systemic causes:
 ⇒ primary amyloidosis
 ⇒ acromegaly
 ⇒ hypothyroidism

Periorbital purpura, shoulder pad sign, low voltage ECG and Macroglossia suggest

AL Amyloidosis

Biopsy of Sublingual gland



AL Amyloidosis

AL amyloidosis is sometimes seen in association with myeloma

⇒ Bone marrow biopsy performed

Bone marrow biopsy results

Nucleated cells	8.4%
Plasma cells	30%
Plasma cells	28.8% (with dysplasia)
Urinary test	UPEP test
1.3g/g Cr	Bence Jones protein (+)
Dysfick negative	

Multiple Myeloma

Definite diagnosis

AL type amyloidosis
Multiple Myeloma

Treatment

- Melphalan 14mg for 4 days
- Dexamethasone 40mg for 4 days
- ⇒ Complete Remission after 9 courses
- Shoulder pad signs, purpura, lymphadenopathy and enlarged tongue improved

When amyloidosis should be suspected

- Non-diabetic nephrotic syndrome
- Non-ischemic cardiomyopathy
- Hepatomegaly with no cause detected
- Non-diabetic polyneuropathy
- Atypical myeloma (light chain in urine + plasma cells in marrow > 10%)

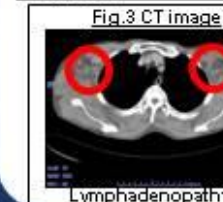


- ### Problem List
- #1 Bilateral leg edema
 - #2 Generalized lymphadenopathy
 - #3 Anemia
 - #4 Hypoalbuminemia

【Additional Investigation/Workup】

TIBC	172 μg/dL	Anti-hepatitis B	(-)
Gamma-GT	170 U/L	Anti-hepatitis C	(-)
AFP	101.3 ng/mL	Anti-hepatitis E	(-)
TSH	0.001 μU/mL	Anti-hepatitis G	(-)

- ### 1D. Dx
- CHF
 - Nephrotic syndrome
 - Liver Cirrhosis
 - Hypothyroidism
 - Hypoalbuminemia
- ### 2D. Dx
- Infectious
 - Non-infectious
 - Medicine
 - Hemolytic disease
 - Metabolic disease
 - Neoplastic
 - Autoimmune



However,
 All of these routine examinations
 Definite diagnosis

【Conclusion】

“Soft tissue involvement” could be an important clue to diagnosis of AL Amyloidosis

【Discussion】 Amyloidosis is usually suspected when non-ischemic cardiomyopathy, non-diabetic nephrotic syndrome, hepatomegaly, or polyneuropathy is newly diagnosed. However, soft tissue involvement including macroglossia, shoulder pad signs, and periorbital purpura, could be characteristics of AL amyloidosis. In this case, simple and thorough inspections led to a diagnosis of amyloidosis, which had been unable to be made for 11 months with frequent modern imaging technology such as CT scan and ultrasonography.

【Reference】
 1. UpToDate. An overview of amyloidosis. Version 14.0.
 2. ARTHUR'S & RHEUMATOLOGY, Vol. 35, No. 11, November 2007, pp 3838-3858
 3. Harrison's Principles of Internal Medicine 18: Bilian Chap 36, Edema, pp.230-234
 4. Harrison's Principles of Internal Medicine 18: Bilian Chap 39, Enlargement of Lymph Nodes and Spleen, pp. 465



この度は、ACP 日本支部年次総会 2014 において Best Abstract 賞に選出いただき、大変光栄です。

私が提出しました演題は、症例報告であり、一般的に高い評価は（臨床研究に比べて）得にくいと思われます。ですので、症例報告にて賞に選出いただいたことは、大変励みになりました。

プレゼンテーションした演題は、これまでも何度か発表する場を持たせていただいております。しかし、今回は賞をいただき、英語でのフルプレゼンテーションをしなくてはならないということで、準備も大変でした。最後の 1 週間は特にストレスが影響したのか、アトピー性皮膚炎が悪化して大変だったのを、今でも懐かしく思い出します。

座長の黒川清先生は、腎臓の世界のみならず、世界的にも高名な先生です。その黒川清先生に座長をしていただき、第一会場で発表できる機会は、またとないチャンスであると考え、一生懸命がんばりました。

しっかりと準備をしていたので、英語でのプレゼンテーション自体はうまくいったと自分で評価していますが、英語での質疑応答がいまいちだったので、それは今後の課題としたいと思います。しかし、黒川先生に助け舟を出していただき、なんとか切り抜けられました。

私以外の 2 名の受賞者の先生の発表も素晴らしく、大変刺激になりました。

ひとつ残念であったのは、表彰式・受賞記念講演の前のセッションがかなりの時間オーバーをしていて、後のランチョンセミナーが迫っていたのもあるのでしょうか、思ったよりも聴衆が少なかったのが残念でした。せっかくの素晴らしい発表ですので、全員が聴講できるよう配慮いただけたら、よりよかったですと思います。

今回、英語の原稿を作ったのを下地に、ぜひ論文化しようと計画しているところです。今後は、原稿を作らずにより臨場感をもったプレゼンテーションをできるように、また英語での質疑応答に自分で対応できるよう、研鑽を積んでいきたいと思ひます。

また、少ない時間ではありましたが、初夏の京都を楽しむこともできました。また、来年機会があればぜひ参加したいと思います。

今回の経験を励みに、今後も精進する次第です。この度は、まことにありがとうございました。

（編集部より：ポスター内容の掲載については、パブリッシュの予定とのことで奥田先生のご希望により割愛させて頂きました。

Abstract は以下のリンクの 118 ページです

http://acp2014.jimdo.com/app/download/9502175679/ACPJC2014_Program%26Abstract.pdf?t=1402813289)

奈良県立医科大学 第1内科 森本勝彦



このたびは、ACP 日本支部年次総会 2014 のベストアブストラクト賞をいただきまして、誠にありがとうございます。このような栄誉ある賞をいただくことができ、内科医として、また ACP 会員として大変光栄に存じます。このような受賞の機会をいただきましたことは、ACP 会員の皆様方の深いご厚情の賜物であると存じます。

受賞演題は『Prognostic value of pre-treatment clinical factors in the patients with MPO-ANCA positive crescentic glomerulonephritis』です。難病である ANCA 関連血管炎について少しでも理解を深めるために、私の師である赤井靖宏先生（奈良県立医科大学 卒後臨床研修センター ディレクター、ACP 日本支部

scientific program committee 委員）の御指導のもと、自施設で腎生検を施行し半月体形成を認めた MPO-ANCA 陽性腎炎患者の後ろ向き調査をまとめたものです（現在論文執筆中）。ANCA 関連血管炎は比較的高齢者に発症する生命予後も腎予後も不良な疾患であり、治療には強力な免疫抑制療法を必要とします。しかしながら、ANCA 関連血管炎の死因は、その疾患自体ではなく感染症であることが多いことから、過度の免疫抑制療法が諸刃の剣となり患者に影響を与えていると考えられます。他施設でも同疾患をまとめた報告がありますが、私たちの報告では ANCA 関連血管炎の腎予後と生命予後を規定する因子が異なることが示唆されました。この研究は、同疾患の免疫抑制療法のあり方に一石を投じ、血管炎を患う多くの患者、家族の力添えになるのではないかと期待しております。

私はこれまで、一般内科医として研究の“け”の字もない臨床診療の日々に明け暮れておりました。過去にはアメリカでの医療を強く夢見た時期もありましたが、それも日々の診療に追われて（ただの英語力・能力不足）儂い思いとなっていました。2011 年には iHope international 主催の『第1回腎臓・透析・泌尿器領域のための臨床研究てらこ屋セミナー』に人知れず参加しましたが、睡魔に（！）負けていたと記憶しております。そんな私ですが、臨床診療の中に垣間見たささやかな疑問と希望『ANCA 血管炎の免疫抑制療法を患者に負担なく行い、予後をよくしたい』を心に強く描いたことが、今回のベストアブストラクト賞受賞につながったものと思います。

今後もこの受賞を大きな支え、励みとし、少しでも世の中に貢献できるように、日々の診療に勤しんでまいります。そして ACP 会員として、次世代の若手内科医の動機づけ（反面教師？）になれるよう切磋琢磨し、日本支部の発展に尽くしたいと存じますので、ACP 日本支部の諸先生方の尚一層の御指導、御鞭撻をお願い申し上げます。

最後になりましたが、ACP 日本支部の Governor's Newsletter に寄稿する機会を与えてくださいました安藤聡一郎先生、柴垣有吾先生、魅力ある ACP の世界を紹介くださいました恩師の赤井靖宏先生、常に大きな視点でわれわれを指導いただいている奈良県立医科大学第1内科 斎藤能彦教授、そして日々の遅い帰宅を理解して応援してくれる家族に、心より感謝したいと思います。ありがとうございました。



PROGNOSTIC VALUE OF PRE-TREATMENT CLINICAL FACTORS IN THE PATIENTS WITH MPO-ANCA POSITIVE CRESCENTIC GLOMERULONEPHRITIS



Katsuhiko Morimoto, Yasuhiro Akai, Kenichi Samejima, Takaaki Kosugi, Tomoko Kanki, Kaori Tanabe, Keisuke Okamoto, Masaru Matsui, Yoshihiko Saito

The First Department of Internal Medicine, Nara Medical University, Kashihara, Nara, Japan

INTRODUCTION AND AIMS

MPO-ANCA positive crescentic glomerulonephritis (MPO-GN) is usually developed in elderly patients and progress rapidly to end-stage renal disease without proper treatment. Treatment strategy is quite important in improving renal function and prognostic factors are useful in deciding which treatment modalities should be instituted. We investigated the pre-treatment clinical parameters whether they could serve as the prognostic factors in the patients with MPO-GN.

METHODS

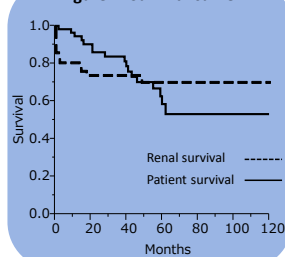
Fifty-six patients with biopsy-proven MPO-GN were enrolled in this study. They were retrospectively analyzed in terms of pre-treatment clinical parameters at renal biopsy as the potential indices of renal and overall prognosis. Because previous report showed the highly significant association between renal outcome and glomerulosclerosis, the degree of glomerulosclerosis and interstitial fibrosis were examined in renal biopsy specimen. Statistical analyses were performed using JMP ver.10 (SAS Institute Inc.).

RESULTS

Table 1. Clinical characteristics

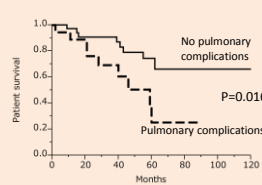
	Total
Patients (male)	56(34)
Period (month)	43.7±28.2
Age (yr)	69.5±9.6
BUN (mg/dl)	36.7±25.6
SCr (mg/dl)	2.92±2.33
Hb (g/dl)	9.97±1.90
Plt (10 ⁹ /μl)	30.9±11.9
Alb (g/dl)	3.11±0.56
Alp (mg/dl)	321.1±245.7
UA (mg/dl)	5.96±1.81
CRP (mg/dl)	5.21±4.96
MPO-ANCA (U/ml)	409±571
KL-6 (U/ml)	376.4±233.8
Proteinuria (g/gCr)	2.04±0.99
Prednisolone (mg/day)	38.8±8.7

Figure 1. Survival curve



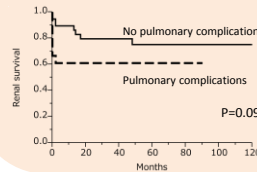
The prognostic value of complicated lung disease (interstitial pneumonia or pulmonary alveolar hemorrhage) was analyzed.

Figure 2. Relationship between patient survival and pulmonary complications



The 1-year and 3-year survival rate of the patients with (17 cases) or without (39 cases) complicated lung disease were 97.2 % vs. 88.9 % and 90.7 % vs. 69.3 %, respectively. Survival rate was significantly better in the patients without complicated lung disease (p=0.016).

Figure 3. Relationship between renal survival and pulmonary complications



The renal survival rate of the patients with (17 cases) or without (39 cases) complicated lung disease was not statistically different (p=0.09).

Table 2. Causes of death (n=17)

Infectious pneumonia	6	Lung cancer	2
Interstitial pneumonia	2	Alveolar hemorrhage	1
Sepsis	2	others	4

Table 3. Comparison of characteristics among groups regarding death and survival

	Death	Survive	P Value
Patients (male)	17(14)	39(21)	
Age(yr)	70.1±6.1	69.2±10.8	0.7
BUN(mg/dl)	45.1±23.3	33.0±26.0	0.1
SCr(mg/dl)	3.72±2.21	2.56±2.17	0.07
Hb(g/dl)	9.59±1.54	10.1±2.05	0.3
Plt(10 ⁹ /μl)	33.5±15.4	29.7±10.0	0.3
Alb(g/dl)	3.18±0.47	3.08±0.59	0.6
Alp(mg/dl)	309±133	326±283	0.8
UA(mg/dl)	6.43±1.51	5.76±1.91	0.2
CRP(mg/dl)	7.27±6.04	4.31±4.19	0.039
MPO-ANCA(U/ml)	259±138	473±658	0.08
KL-6(U/ml)	446±219	350±238	0.2
Proteinuria(g/gCr)	2.06±1.14	2.03±0.93	0.9
Prednisolone(mg/day)	38.8±7.81	38.8±9.14	0.9

The patients with higher serum CRP had worse prognosis (p=0.039). The value of KL-6, MPO-ANCA, and SCr at renal biopsy did not contribute to the survival.

Table 4. Comparison of characteristics among groups regarding renal death and survival

	Dialysis	Renal survive	P Value
Patients (male)	15(12)	41(22)	
Age(yr)	72.1±6.8	68.5±10.3	0.2
BUN(mg/dl)	64.5±30.1	26.5±13.7	<0.001
SCr(mg/dl)	5.77±1.76	1.87±1.26	<0.001
Hb(g/dl)	8.79±1.36	10.4±1.90	0.004
Plt(10 ⁹ /μl)	27.2±15.6	32.2±10.1	0.2
Alb(g/dl)	3.06±0.42	3.13±0.60	0.7
Alp(mg/dl)	309±147	325±274	0.8
UA(mg/dl)	6.80±1.46	5.66±1.85	0.035
CRP(mg/dl)	4.99±4.76	5.29±5.09	0.8
MPO-ANCA(U/ml)	323±261	440±649	0.5
KL-6(U/ml)	327±181	396±252	0.4
Proteinuria(g/gCr)	2.73±0.46	1.78±1.01	<0.001
Prednisolone(mg/day)	38.3±3.6	39.0±10.0	0.7

The factors which influenced the renal prognosis were anemia (p=0.004), higher SCr (p<0.001), higher uric acid (p=0.035), and higher proteinuria (p<0.001). Notably, serum CRP, and MPO-ANCA titer did not contribute to the renal survival.

Degree of glomerulosclerosis was examined in renal biopsy specimen. (J Am Soc Nephrol 21: 1628–1636, 2010)

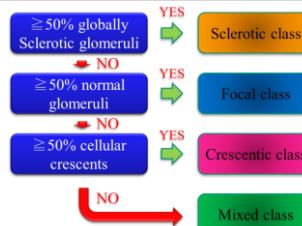
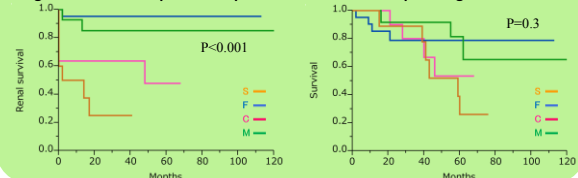


Figure 4. Histopathologic classification of ANCA-associated glomerulonephritis

The renal survival rate were significantly **WORSE** in the patient with Sclerotic class. The survival rate was **NOT** significantly different among 4 histopathologic classes.

Figure 5. Relationship between patient survival and histopathologic classification



SUMMARY

Pre-treatment pulmonary complications and higher CRP contributed to overall survival, whereas pre-treatment anemia, higher uric acid, elevated SCr, proteinuria, and glomerular sclerosis were related to the renal outcome.

CONCLUSION

The MPO-GN patients had different survival outcome according to the different organ involvement.

米国内科学会 ACP 日本支部国際交流プログラム委員会

国際交流プログラム委員会 委員長 筑波大学 矢野（五味）晴美



国際交流プログラム委員会は、ad hoc committee（特別暫定委員会）として2011年秋に発足し、2012年から臨床見学のための交換プログラムを開始いたしました。

臨床見学先は、前委員長、兼 日本支部長の小林祥泰先生のご尽力で、カリフォルニア州立大学ロスアンジェルス校の教育病院であるオリーブビュー病院です。ACP member/associate member の会員医師（応募時に会員申請可能）を派遣しております。

募集サイト

http://www.acpjapan.org/info/adhocboshu2014_1.html

年間最大 12 名の受け入れが可能です。現在、締め切りが7月末となっております。今後、追加募集見込みとなっておりますので、臨床見学の希望者は国際交流プログラム委員会事務局へご連絡をお願いいたします。調整可能な場合には、渡航可能です。

2012-13 年に 5 名、2013-14 年に 5 名派遣実績があります。

派遣者リスト

Candidate No.	Last name	First name	日本語名	Specialty		Date	Year
2012-13				General Medicine Wards	Consultation service		
1	Uemura	Takeshi	植村健司	Internal Medicine	No	September	2012
2	Shimamura	Shonosuke	嶋村昌之介	Internal Medicine	Infectious Diseases	February	2013
3	Minobe	Shoko	美濃部祥子	Internal Medicine	Hematology/Oncology	February	2013
4	Isohisa	Ai	磯久愛	Internal Medicine	Rheumatology	May	2013
5	Cho	Narihiro	張成浩	Internal Medicine	No	May	2013
2013-14							
1	Tsuda	Moe	津田萌	Internal Medicine	Hematology/Oncology	January	2014
2	Muranaka	Emily	村中絵美里	Internal Medicine	Infectious Diseases	May	2014
3	Soma	Shinko	相馬真子	Internal Medicine	Cardiology	May	2014
4	Sato	Ryota	佐藤良太	Internal Medicine	Critical care	June	2014
5	Takamasa	Tanaka	田中孝正	Internal Medicine	Hematology/Oncology	June	2014

臨床見学プログラム

Olive View Hospital, Los Angeles, USA

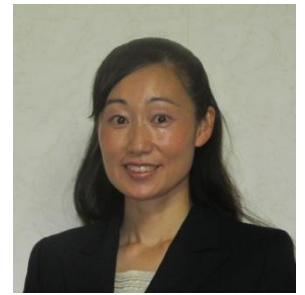
Dr. Soma Wali

Professor, Director

Department of Medicine

Olive View Hospital, University of California Los Angeles, USA

以下で、派遣者の体験記を数名、報告させていただきます。



横須賀市立うわまち病院 循環器科 相馬真子

2014年5月米国内科学会(ACP)カリフォルニア支部・日本支部国際交流委員会主催の交換プログラムに参加、カリフォルニア大学ロサンゼルス校(UCLA)関連オリーブビューメディカルセンター(OVMC)にて4週間の臨床見学させていただきましたので、ここにご報告させていただきます。

本プログラムへは、自分なりに2つの目標を持って参加させていただきました。一つは、米国式医学教育の体験です。近年注目される米国式医学教育に興味を持ちつつもその実際がイメージできていなかったからです。もう一つは、米国と同じ質の医療提供です。私の住む横須賀市には、米海軍病院があり、アメリカ人患者様が搬送・紹介になるのですが、十分な医療を提供できているか、不安に思っていたからです。

研修の方法は自分で選択することが出来ました。私は、内科を3週間、循環器科を1週間選択しました。内科では2週間で主にインターン・レジデントの、1週間でアテンディングのシャドーイングをしました。循環器科では、コンサルト・フェローのシャドーイングとカテーテル検査・治療の見学を行いました。循環器科での最後の3日間、独立して患者を診察する機会を得ました。

以下に私が拝見させていただいたOVMCを報告します。

まず、内科の役割が日本とは大きく違いました。内科系入院患者は、その疾患に関わらず、重症であればICU、そうでなければ内科が担当していました。内科には8チームあり、私が配属されたチームは、アテンディング1人、2年目のレジデント1人、インターン2人、そして医学生1人のチームでした。レジデント、インターン、医学生は朝7時にはプレラウンドを開始し、10時のアテンディングラウンドに備えていました。8日間の間に3回のオンコールがあり、この日には、決められた数の入院患者が割り振られていました。レジデントが連絡を受け、インターンおよび医学生に割り振ります。振られたインターン、医学生は、病歴を聞き、身体所見をとり、プロブレムリストを作成しアセスメントを行い、必要な検査や処置、コンサルトを行っていました。レジデントは、アテンディングへの報告、インターン・医学生の指導をしつつ、自分も独立して患者の診察を行っていました。それぞれが、丁寧に病歴・身体所見をとり、プロブレムリストを上げそれを共有し、夕方には全員でディスカッションしていました。3週間の間にチームが担当した患者様は、少なくとも58人。疾患は、尿路感染症や心不全のような一般的なものからシャーガス病、アミロイドーシス、両房巨大粘液腫、クロイツフェルト・ヤコブ病、特発性肺高血圧症、血栓性血小板減少性紫斑病、皮膚筋炎等稀な疾患まで多岐に及びました。社会的問題を抱えた患者様も多く、頻回にケースワーカー室に顔を出していました。困難な状況の中でも“*We are his primary care team. Let's save his life!*”と声を掛け合い真摯に臨床に取り組んでいました。

多忙な病棟業務の中、レジデント、インターンほぼ連日行われるモーニングカンファレンス、ヌーンカンファレンスに積極的に参加していました。モーニングカンファレンスは、ケースカンファレンスが主体、ヌーンカンファレンスは専門医からの講義や M & M でした。いずれも、インターアクティブなもので、活発な議論がなされていました。

インターネット環境は整備されており、一番頻回に使用したサイトは UptoDate でした。病棟の医師の部屋のコンピュータには MKSAP の問題集がインストールされていました。ただ、レジデントは American Board of Internal Medicine Certification Exam、医学生は USMLE step 2 CK を間近に控えていましたが、勤務時間中にその勉強をしている医師はいませんでした。

最後の 1 週間は自分の専門である循環器科を見学しました。ここで、日本と異なっていたのは、循環器科がベッドを持っていなかったことです。STEMI call は ER からダイレクトに入りましたが、それ以外は ICU もしくは内科チームからコンサルトという形で連絡が入り、コンサルト担当のフェローが、専門医の視点から問題点を分析し治療に対し具体的な指示を出していました。どの医師も最新の文献に目を通しておりエビデンスに基づいた議論と決定がなされていました。昼休みには、UCLA でのカンファレンスが中継されることがありました。

本研修を通して学んだことですが、一つ目の目標、米国式医学教育に関しては、その全体像を見ることが出来ました。屋根瓦式の順次責任を増やしていくシステムの中で、アメリカの研修医は知識量、プレゼンテーション能力、そしてチームワークを磨いていました。彼らの能力は、日本の研修医よりもかなり高いもので、米国式医学教育に魅了され、現在日本でその普及に尽力なさる先生方と一緒に何かを変えていきたいと思いました。しかし、その日本での普及の難しさも見えてきました。なぜなら、医学教育は、医療システムそのものに基づいているからです。例えば、日本では、内科の位置づけが異なっており、各専門科がベッドを持ちますから、研修医も各科を 2,3 ヶ月毎にローテーションします。ローテーション毎に要求される仕事が変わりますので、積極的に仕事をするのが難しくなります。アメリカの研修医は積極的に仕事をしていましたが、言い換えれば、責任者であるアテンディングの要求する仕事をこなしている、とも言えます。アテンディングが要求する仕事が 3 年間比較的均一なので積極的に仕事出来る、という見方も出来ると思います。また、カンファレン内容も常に実際の臨床に即したものとなっているわけです。もし、日本の研修の現場を変えていくとしたら、指導医へのアプローチも重要なのではないかと思います。

二つ目の目標、米国と同じ質の医療の提供に関しては、志を同じくする日本の専門医と切磋琢磨しエビデンスに基づいた議論と決定を心がけることで、提供可能だと思いました。また、医療者間の相互理解不足は、解決可能な問題だと思いました。コミュニケーションを密にすればよかつただけのこと、平たく言えば電話すればよかつただけのだけのことでした。今回の研修中、患者様について話をする際、言葉の壁は想像以上に低いものでした。すべての医師が、言葉は拙くても私を医師として尊重してくださいました。なぜ、自分で壁を作りあげていたのだろうと思いました。

プログラム責任者の Dr. Wali の「仕事でもプライベートでもハッピーでいなさい。＊」という言葉に甘え、5 月 26 日メモリアルデーを含む 3 連休、ヨセミテ国立公園に行ってきました。グレーシャービューから眼下に広がる絶景を観ながら、自然保護の父 John Muir の” Let children walk with Nature, let them see the beautiful belongings and communication of death and life, …” という言葉に思いをはせました。

何かを知るのに経験に勝るものはありません。未だ言葉にならない部分も含めて今回の研修では多くの事を経

験させていただきました。私のこの経験は、ACP 関係者の皆様の熱い思いに支えられて実現したものです。きっと、皆様の思いに答えられる医師になります。

今回お世話になったすべての方々、ことに Olive View Medical Center の Dr. Wali そして ACP Japan Chapter 矢野先生に心より感謝申し上げここに研修報告とさせていただきます。ありがとうございました。

*私の英語力の問題で、聞いた言葉が日本語になり記憶されてしまいます。そのままの言葉をお伝え出来ずすみません。

私は自治医科大学を2010年に卒業し、現在僻地診療所で地域医療に従事している5年目の内科医師です。在学中から公私ともにお世話になっている矢野晴美先生とのご縁で、去る2014年5月にUCLA-Olive View Medical Center（以下、OVMC）での臨床見学プログラムに参加する僥倖に巡りあうことができました。私がこのプログラムへ参加を志望した一番の理由は、病歴と身体所見に基づいた臨床推論の手法を肌で感じたいという気持ちからでした。多くの方々との出会いを通して大変充実した時間を過ごすことができましたので、以下にご報告したいと思います。

◆ OVMC について

OVMCはカリフォルニア州 Sylmar に位置する County hospital で、San Fernando および Santa Clarita Valley 地区の低所得・貧困者層にプライマリ・ケアを提供しています (ValleyCare)。1920年、結核専門のサナトリウムとして設立されたという歴史的背景があり、今や全米で4ヶ所しかない結核専門病棟を有する病院としても知られています。1970年代にカリフォルニア大学ロサンゼルス校（以下 UCLA）教育病院となって以来、同院での内科レジデンシーは高い人気を誇っています。

◆ Internal Medicine

5月2日からの約3週間、Internal Medicine を見学しました。見学初日早々に受けた衝撃は、医学生や1年目の研修医 (Intern) のプレゼンテーション能力の高さでした。年齢、人種、性別、主訴から始まるプレゼンテーションの型は、医学生においても十分に洗練されていましたし、彼らがチームの一員として、診断やマネジメントに対する自分なりの意見を話す様子にはすっかり圧倒されました。残念ながら Pre-round への同行は叶いませんでしたが、医学生が医療現場においてそれだけ主体的/実践的に関われること自体に、日米間における教育の土壌の差異をみることができました。

教育の土壌ということに付け加えて、Noon lecture で配布される評価表についても言及したいと思います。昼休みに行われるこの講義は、指導医 (Attending) が各々の専門領域について1時間程度話すものですが、ここで配布される評価表で参加者 (Intern や Junior Resident) によって、話題が適切であるか、この講義を薦めたいと思うかなどの項目について Excellent から Poor の5段階評価を受けます。米国の高い医学教育水準は、このような外的圧力によって担保されていること、Attending がフィードバックを受けて自己改善に努めている様子が印象的でした。

◆ Infectious Diseases

最後の1週間余りを Infectious Diseases の Attending である Dr. Mathisen の shadowing をして過ごしました。以下、いささか個人的な経験についてお話をすることをお許し下さい。Dr. Mathisen は、英語でのコミュニケーションが十分にできない私にも熱意を持って指導して下さり、またコンサルトを受けている最中にその患者さんのところに走りだしてしまうような、好奇心の旺盛な指導医でした。彼は、糖尿病足壊疽患者の趾間、HIV 陽性患者の歯の生え際、感染性心内膜炎疑い患者の爪に、いかに示唆に富んだ所見が秘められているかについて

語り、一瞬でも” Coxy” や結核と接触する機会がなかったか執念深く病歴を聴取していました。これらの病歴と身体所見を重視する一貫した診療スタイルは私に強い感銘を与え、日本に帰ってからは、彼がしていたように診察しよう、と心に決めました。

毎週木曜日の clinic day では、primary pulmonary coccidioidomycosis や神経梅毒などの興味深い症例に恵まれ、ブースのドアを開けるのが楽しみでもありました。また、county hospital の性格を反映してか糖尿病性足壊疽による慢性骨髄炎の患者さんが多く、PICC カテーテルを挿入した上での在宅抗菌薬静注治療 (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy: OPAT) を実際に目にすることができたのも、大きな収穫でした。

◆ 総括

今回のプログラムへの参加は、米国の医学教育や臨床推論の手法について学ぶ機会となったばかりでなく、ロールモデルとなる医師と出会うこともでき、私を予想もしなかった方向へ転換するきっかけになったように感じます。私のような rural physician にこのような貴重な機会を与えてくださった矢野先生をはじめ ACP 日本支部の皆様、OVMC のスタッフの皆様方に深く感謝の言葉を述べ、体験記を締めくくりたいと思います。どうもありがとうございました。

私は2014年1月に、ACP日本支部にサポートいただき Olive View Medical Center（以下 OVMC）を見学させていただきました。とても素敵で貴重な経験となりましたので、ここにご紹介させていただきます。

◆OVMC について

ロサンゼルス郊外の377床の総合病院です。UCLAの関連病院でもあるため多くの医学生が実習をしており、教育にも大変力をいれています。内科インターン（1年目）と内科レジデント（2～3年目）だけで計80名近くが勤務しています。毎日ケースカンファレンスやレクチャーが行われており、日々の診療でも屋根瓦式の指導による教育体制が定着しています。

◆見学について

私はHematology/Oncologyを3週間とPalliative Careを1週間見学させていただきました。日本では固形がんは各臓器の診療科が担当しますが、アメリカでは血液疾患と固形がん全般を横断的に扱うHematology/Oncologyという分野が一般的な様です。また、Palliative Careも日本では単独診療科として独立しているところは珍しく、医師がどこまで告知するかや、患者の死の受け入れに文化的な違いがあります。これらの診療科における医師と患者の関わりや各科の連携、教育システムについて見学したいと思っていました。OVMCの方々、プログラムディレクターのDr. Waliをはじめ大変親切に迎えて下さいました。

◆Hematology/Oncology

Hematology/Oncologyでは、毎日フェローにShadowingするかたちで1日を過ごしました。外来・入院業務に加えてCancer Boardや病理カンファレンスなど、ほぼ毎日カンファレンスがあるため全く退屈することはありませんでした。入院症例は癌というよりも合併症の治療目的であることがほとんどで、例えばシスプラチンによる急性腎不全や腫瘍による胆道閉塞など、幅広い内科能力が必要とされる病態ばかりでした。診療は大部分がフェローの裁量で行われ、指導医はその分診療よりも教育に多くの時間をとっていました。逆にいうと、指導医の診療をみて「自分で気づく」というチャンスは少なく、また機械での検査結果に表れない部分がフェローの診察やプレゼンテーション能力に左右されるだろうと感じました。

最も印象的だったのは、カンファレンスやラウンドでのディスカッションにおいて、とても活発に議論が行われていたことです。フェローは疑問に思ったポイントを自由に質問しますし、指導医からも教育的かつ広い目線での質問がされて、皆でディスカッションを楽しみ議論を深めていました。患者個別の方針相談で終わることはなく、必ずその根拠となるデータや基礎医学的な機序にまで話題が広がりますし、不確かな点はすぐにインターネットで文献を確認していました。外来中であっても、指導医はフェローに教育ポイントを簡単にレクチャーしていま

した。

屋根瓦式の教育体制が強い一方で、同世代での情報共有も盛んに行われていました。フェローの部屋では日々の雑談のなかでもよく症例についての意見交換がされていて、文献を確認し教えあう姿からは、仕事を楽しんでいるのがよく伝わってきました。

Hematology/Oncology フェローのプログラムは、ロサンゼルス市内の複数の関連病院と連携しており、幅広い経験を積めるようになっています。緩和医療や放射線治療のローテーションに加え、Phase 1 臨床試験に携わる期間やリサーチの期間も設けられた充実したプログラムとなっていました。

◆Palliative Care

OVMC の Palliative Care では、ホスピス専用病棟はありませんが、一般病棟での疼痛管理や退院後のプランニングなどを中心に行っていました。Nurse practitioner や Care manager など、医師以外の医療スタッフが充実しており、行える医療行為の幅も日本より広がっていました。知識も深いためスタッフ同士の信頼も厚く、チームとして良く機能していました。County という性質もあってか、医療保険を含む様々な経済問題を間近に見ることもできました。1泊あたりの入院費が高額であるため、早期退院できるよう夜間も病院機能がしっかりと機能していますし、退院後のバックアップ準備も迅速でした。

毎日充実していて、本当にあっという間に1ヶ月が過ぎてしまいました。末筆ながら、今回大変お世話になったOVMCの皆様およびACP日本支部の皆様へ、この場を借りてお礼申し上げます。

The Convocation Ceremony of ACP 2104 体験のご報告

北里大学 東條美奈子



2014年4月10日から12日に米国フロリダ州オーランドで開催されました Internal Medicine 2014 に参加させていただきました。4月10日の夕方は ACP new fellow として Convocation Ceremony を体験させていただき、11日の午後には、the Resident/Fellow Clinical Vignette Posters セッションの審査員を担当させていただきました。ちょうど世話人を担当させていただいております日本循環器女性医師懇話会 (JJC) の第3回講演会が日本時間の12日夕方に都内で開催されることになっておりましたので、当日は、早朝から宿泊先のホテルと日本の講演会会場とをライブ中継していただき、サプライズゲストとして出演させていただくなかで、ACP での活動につきましてもご紹介させていただきました。おかげさまで、初めてのことばかりのとてもエキサイティングな学会参加となり、大変、有意義な時間を過ごすことが出来ました。お世話になりました先生方をはじめ、これまでご尽力いただきましたすべての皆さまに、心よりお礼を申し上げます。

このたび、ACP Japan の Governor's Newsletter に Convocation Ceremony での体験をご報告させていただく機会を頂戴いたしました。大変、光栄なのですが、私自身が体験した感動そのものを文章でお伝えするのは、なかなか難しいことに気づきました。お読みいただく皆さまに、式典の荘厳さや心に響く感動の演出の数々を私の言葉でどの程度お伝えできるのか、かなり不安ではありますが、「それなら、ぜひ、FACP に昇格して、自分自身の目で Convocation Ceremony を確かめてやろう！」とさせていただききっかけとなれば、幸いです。

式典についてご説明する前に、FACP (Fellow of the American College of Physicians) についてご説明させていただきます。1915年創立の世界最大の内科専門医会である米国内科学会 (ACP) は、会員数13万7千人 (医学生会員を含む) を擁し、世界80カ国に会員を有する国際的な内科学会であり、最高水準の専門的な内科専門技術を育成し、医療の質を高め、医療を効率的にすることを目的としています。米国内科医試験 (ABIM) に合格する、あるいは、それに準じた者が正会員として入会できるのが ACP であり、日本では、総合内科専門医を取得していることが入会の条件となっています。欧米の学会では、学会員として何らかの功績を示した会員にフェロー (上級会員) という肩書きを授与しますが、米国内科学会の上級会員が FACP であり、米国内科学会総会の The Convocation では、その称号授与が行われます。現在の FACP システムは1975年に始まり、これまで35000人の FACP が誕生し、米国のみならず、世界中で活躍されているようです。ACP 日本支部では、現在、305名の Fellow



(FACP) と 5 名の Master (MACP) がおられ、日本での ACP 活動にご尽力されています。

次に、式典について解説させていただきます。最初の ACP Convocation が開催されたのは、1916 年ということですので、大変、歴史のある式典です。式典では、会場につながるホール内でレガリアと呼ばれる黒いガウンと肩掛け、角帽を着用します。海外の大学卒業式などで着用している映像は見たことがありましたが、私自身は見るのも着るのも初めてですので、そわそわしながら、受付を済ませ、申し込んであったレンタル衣装を受け取りました。周りを見ながら着用したつもりでしたが、肩掛けが裏返しだったようで、すぐに着付け担当のスタッフの方が直してピンで留めてくださいました。家族や友人との個々の記念撮影やカメラマンによるポートレート撮影が終わると、いよいよ式典入場です。地域ごとに隊列を組んで、順番に入場します。式典会場は華やかであると同時に荘厳でもあり、参加者全員がレガリアを着用して音楽に合わせて行進するさまや、ステージ上に据えられたまばゆく輝く金の杖、登壇されたレガリア姿の執行役員や名誉会員の先生がたがお持ちの銀の笏など、まるでハリポッターの魔法学校の入学式を思わせるようで、とても不思議な世界に足を踏み入れた感覚でした。全員が整列したところで、音楽が止み、スポットライトが一斉に会場を照らして儀式が開始されました。まずは、この栄誉ある式典に花を添える感動的なご挨拶や新マスターの表彰が続きます。次に、起立して「Pledge (誓いの言葉)」を皆で唱えました。医師としての原点に立ち返り、常に精進し、己の能力の限りの献身と医学への貢献を目指し、学び続ける高いプロフェッショナリズムを持つ事など、心に染みる文言を唱える事で、あらためて身の引き締まる思いがいたしました。次に、各州・各支部の名前が呼ばれ、歓声と拍手のなか、new fellows が起立し、その様子が、正面の大きなスクリーンに映し出されました。支部ごとの紹介はアルファベット順でしたので、Iowa 州の次に Japan と呼ばれ、大きな歓声と拍手の中、日本支部からご参加された先生方と一緒に立ち上がり、会場中から祝福を受けました。式典の最後に、角帽に取り付けられている金色のタッセル (ふさ) を右側から左側に移動させるよう、アナウンスがあり (右側に垂らすとフェローを意味します)、フェロー昇格の宣言を受けて、儀式は終了いたしました。



今回の式典に参加させていただいて、もう一つとても印象的だったことがございます。ACP 日本支部で Women's Committee 委員長を担当させていただいた私ですが、ACP 会長を女性がお勤めになっていたという事実にも衝撃を受けていたのですが、本学会での女性会員のご活躍は素晴らしく、この Convocation Ceremony でも壇上の役員・来賓席の 3 割が女性であり、日本内科学会を始めとする国内学会での様子との大きな違いを感じました。私自身も女性であることを言い訳にせず、医師として何らかの貢献ができるよう、日々、努力していきたいと思えます。

3 泊 4 日のハードな渡米スケジュールでしたが、Convocation Ceremony のみならず、内科医としての本質的キャリア支援を目指す米国内科学会総会への参加は、私にとって、忘れられない貴重な経験となりました。このような機会をお与えいただきました、ACP 日本支部 Governor の小林祥泰先生をはじめ、次期 Governor の上野文昭先生、学会出席に際して、きめ細やかにサポートをいただきました多くの日本支部の先生方にお礼を申し上げます。また、FACP 昇格に際してご推薦を賜りました和泉 徹先生、橘 英忠先生にも、この場をお借りして、お礼を申し

上げます。

最後に、これから内科医師としてご活躍される若い学生さんや先生方におかれましては、ぜひ、学生会員、ACP 準会員としてご入会いただき、ご自身の医師としてのキャリアを構築していただきたいと思います。さらにすでに総合内科専門医をお持ちの先生方や、FACP を目指される先生方におかれましては、ぜひ、ACP にご入会いただき、この感動を共有していただけたらと思っております。素晴らしい体験をさせていただきました ACP 本会へのご出席をみなさまにお勧めいたしまして、私からのご報告とさせていただきます。

Director, Pulmonary and Critical Care Simulation and Ultrasound Training
Division of Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine
Memorial Hospital of Rhode Island

Assistant Professor of Medicine (Clinical)
The Warren Alpert Medical School of Brown University

Clinical Associate Professor
Kyoto University, Faculty of Medicine, Japan

4月だというのにまだ冬から抜けきっていないロードアイランド州はプロビデンスを飛び立ち、3時間ほど飛行機に乗りターミナルに到着すると夏の日差しに出迎えて頂きました。4月のフロリダ州オーランドは太陽の光があふれんばかりの南国そのものでACP総会への期待が非常に高まりました。皆様初めまして、米国はブラウン大学医学部の南太郎と申します。フロリダはオーランドでのACP総会、Convocation Ceremonyに出席してきましたのでここにご報告をさせていただきます。



Convocation Ceremony 直前の著者：この時点ではTasselはまだ右に垂れ下がっている（本文参照）

まずは自己紹介をさせていただきます。私は1998年、平成10年に京都大学医学部を卒業し、5年ほど日本で内科研修を積んだ後、2003年からアメリカはニューヨークで内科の臨床留学を初めました。3年間のニューヨークで

の内科研修終了後、ひょんなことからブラウン大学医学部の関連病院でチーフレジデントを勤め、さらに再びニューヨークで呼吸器・集中治療のフェローシップのトレーニングを終えて、現在はロードアイランド州にもどり再びブラウン大学医学部で呼吸器・集中治療の指導医として働いている、という一風変わった経歴を持っております。今年の7月で渡米後ちょうど11年が経つ計算になります。もはや現在の状況を臨床留学と呼べるのかわかりませんが気がつけば10年以上米国で過ごしていることになります。

ブラウン大学のあるロードアイランド州はマサチューセッツ州の南に位置するアメリカで一番小さい州で、アメリカ北東部、いわゆる「ニューイングランド地方」に属します。ボストンからロードアイランド州の州都、プロビデンスまでは車でちょうど1時間、さしずめ丸の内から鎌倉、もしくは出町柳(京都)から梅田(大阪)まで移動するのと似ています。ニューヨークからですと車でも電車でも3-4時間、東京から名古屋に移動するようなものでしょうか？そのような場所にあるブラウン大学ですが、ハーバードやイエールなどとともにIvy Leagues Universityのひとつでリベラルな校風で知られています。医学部に関して言えば Program in Liberal Medical Education (PLMS) という Undergraduate + Graduate 教育を8年一環で行うユニークなプログラムを持つことで知られておりますとともに医学教育では Outcome Based Medical Education を早期より取り入れたことで知られております。そのようなブラウン大学でアテンディング(指導医)として働き始めた際に、ACPの活動をしている同僚からFACPの話聞き、自分も応募してみようかしらんと思い立った次第です。

さて、アメリカから直接FACPに応募するプロセスを簡単にご紹介させていただきます。アメリカでFACPに応募する際には4つのPathway があるのですが(<http://www.acponline.org/membership/fellowship/advance/>) 私はこの中のPathway 2 (The Physician with a Commitment to Continuing Education)、を使い応募させていただきました。条件には

Subspecialty certification, Certificates of special competence in adolescent medicine, critical care medicine, clinical cardiac electrophysiology, geriatrics, or sports medicine, Teaching, both institutional and community-based

などが含まれていましたので、ちょうど米国の内科専門医資格以外に(1)集中治療医を含む(2) 2つの専門医資格を持っていること(3) 大学医学部で教鞭をとっている自分にとってはPathway 2が良いだろうと思ったわけです。思い立った当初は応募の仕方もよく分からずどのPathwayが良いかも見当がつかずに(果たしてPathway 1にすべきか、Pathway 2にすべきか?)フィラデルフィアにあるACPの本部に直接電話して質問しながら応募作業をすすめるという状況でした。

電話といえばフィラデルフィアにあるACPの本部の方にも実に親切に対応していただきました。フィラデルフィアに本部があるといえば、臨床留学を行う上では嫌でも関わらざるを得ない Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) という組織があります。アメリカ医師国家試験(USMLE)を受験する際、初めて臨床留学するためにビザを申請する際などにECFMGに何度も電話しましたが、ACPとは対照的に実につっけんどんな対応をされたことを懐かしく思い出しました。「本当にこの組織は"For" Foreign Medical Graduatesなのか？」と思ったこともありますが、尤も留学当初は自分のEng" R" ishに今よりも磨きがかかっていましたので、ブローク

ンな英語で要領を得ない質問をする私に電話対応する方も自然とそのような対応になったのかもかもしれません。ACPの親切な電話対応に感謝しつつ自分が米国で過ごした時間の長さをも感じておりました。

というわけで、米国からPathway 2を使ったFACPの応募に関してまとめれば「ACPでの活動、集中治療を含む複数の米国内科専門医資格の保持、大学医学部での教育活動などを証明し、FACPを保持する方より2通推薦状を頂いた上、オンラインで履歴書とともに応募する」という実に明快なものでした。米国の大学病院で働いているお陰で周りを見渡せば自分をよく知る同僚で尚且つFACPを保持する方（なおかつ南のために推薦状を書いても良いという奇特な方）を見つけるのにさほど困難は生じないという有難い環境で、推薦状も有難くいただき書類作業は比較的スムーズに済ませることが出来ました。2011年の夏頃に書類を整えて応募し、2012年の年初にFACPの通知を頂いたので比較的スムーズに書類審査を進めていただいたと思います。ともすると書類作業が滞りがちな米国においては実にありがたい話でした。

さて、そのようにして有難く拝命したFACPのConvocation Ceremony、ACP2014に出かけてきたわけですが、「地元」ACP Rhode Island Chapter所属であるにもかかわらず今回Japan Chapterの皆様の寛大なご配慮でJapan Chapterの集いに親切にお招きいただき、こうしてご縁が出来たのは実に有難いことです。まずはJapan Chapterの皆様には改めて御礼申し上げる次第です。実は「地元」Rhode Islandの地方会に参加する機会があったものの、ACP総会に参加するのは今回が初めてでConvocation Ceremonyも2012年よりご招待いただいていたのですが、今回ついに参加することが出来たという「初めてづくし」の学会参加でした。

自分は専門分野である呼吸器・集中治療の学会に出席することが多く、先程述べたように内科全体の総会であるACP総会に参加したことがなかったのですが、様々なトピック人々に触れるにつれ自分が普段いかに狭い専門の世界で生きているかを痛感いたしました。タイミングよく、我が研修医も自分が指導したポスターを発表していたのでポスターセッションに参加してみればレフリーをしている医師がチーフレジデント時代に指導したかつての研修医という偶然で、同窓会と学術発表をかねた素晴らしい時間を過ごすことができました。全米各地からの研修医の先生方の様々な発表を眺める機会も頂き、更にはこれらの内科研修医の先生方と直接交流する貴重な機会も得て非常に刺激を受けることができ、実に有意義な時間を過ごすことが出来ました。自分の発表以外では”How To Get Published”というAnnals of Internal MedicineのEditor in ChiefであるChristine Laine先生がmoderatorを勤めるセッションも拝聴しましたが実践的で実に勉強になりました。どういうわけかセッションの最後には参加者もあまりおらず自分にも直接質問する機会が与えられたのは有難いことで、DiscussionのなかでもっとProductiveにならねばとはっぱをかけられたようでポスターセッションとともにモチベーションを上げる非常に良い機会となりました。また身体所見の大家であるSalvatore Mangione先生にも久しぶりにお会いしてご挨拶申し上げることができたのも良かったです。学会の醍醐味は様々な人との交流で、有難いことにそれを存分に楽しむことができました。

さて、Convocation Ceremonyですが実に厳かな雰囲気のもと、PresidentであるMolly Cooke先生の感動的なお話を拝聴することができました。恥ずかしながらCeremonyの最後にかぶっているSquare Academic Cap (Mortarboard)について馬の尻尾のようなTasselを右から左へ動かすというしきたりも、Tasselという単語とともに初めて学びました。Cooke先生には「すばらしいお話を有り難うございます」と直接御礼を申し上げます

ことができたらと思っていたら、Japan Chapterのレセプションにお出でいただき図らずも直接にお話をさせていただく機会を得ることが出来たのは実に素晴らしいことでした。Molly Cooke先生以外にも様々なACPのトップの先生方が入れ替わり立ち代わりJapan Chapterのレセプションを来訪されてました。これもJapan Chapterの先生方の素晴らしいお仕事、人徳のお陰ではないかと深く敬服する次第です。私のような「よそ者」をレセプションに加えて下さったJapan Chapterの皆様の懐の深さにも改めて感謝申し上げる次第です。レセプションでは久しぶりに日本語で日本の事情を様々に伺う実に貴重で楽しく有難いひとときを過ごすことができました。



Japan Chapter レセプション時のひと時、Molly Cooke先生らと、写真ACP Japan Chapter

日本で、世界で御活躍されている先生方と交流ができるというのは実に有難いことです。インターネットの発達している現在、日本やアメリカの情報を含め様々な情報をスマートフォンでいつでもどこでも手に入れられる実に便利な時代になりました。とはいえ 10 年以上日本を離れ浦島太郎状態になっている私のような人間にとって日本の先生方と直接交流させて頂きお話を伺えるのは実に貴重で有難いことで、顔と顔を突き合わせての交流がいかに大切かを改めて感じた貴重な機会でした。取りも直さずそれは学会の存在意義のひとつでもあり このような有難いご縁を結ぶことのできる素晴らしい機会を頂いた 上野文昭先生、前田賢司先生、山本典子先生、安藤聡一郎先生、柳川健先生、八重樫牧人先生、武田裕子先生、新谷英滋先生、東條美奈子先生をはじめ ACP Japan Chapter の皆様には改めて深く御礼申し上げます次第であります。



Convocation Ceremony後のレセプション：写真・八重樫牧人先生より

さて、来年ACP2015は記念すべき100周年、開催場所が「地元」ニューイングランドはボストンですので是非とも再び参加できたらと願っております。自分のスケジュールがうまくあうことを願いつつ、皆様とお会いできるのを祈りつつ筆をおきたいと思います。



私が今年のオーランドでの IM2014 に出席した講義のまとめです。まだ出席されたことのない方に読んで頂き、少しでも雰囲気伝われば幸いです。そして、面白そうだと思われたら、是非一度ご出席をご計画ください。ただし私のように病み付きになっても責任は負いかねます。(幸い、来年のボストンでの IM2015 は日本の連休に重なりますので出席して頂きやすい日程ですし、ACP 創立 100 周年の記念すべき年次セッションになる予定ですので特別思い出深いものになる筈です。)

4月10日(木)

●午前7時から「C. difficile infection」のセッションを受講しました。講師はジョンズ・ホプキンスの名誉教授 John . Barlett MACP 先生です。クロストリジウム・ディフィシル感染症はここ数年アメリカで問題になっている消化管の感染症で、主に院内感染が主原因ですが外来でも問題になりつつあるようです。また一般的には老年者の感染症ですが小児や妊産婦の間でも増加しつつあるそうです。重症例の場合は致死率が 53%にも上ります。感染のリスクを増す抗生剤はフルオロキノロン、クリンダマイシン、セフトリアキソン/セフォタキシムの3剤が最もリスクが高く、次いで第3世代のセフェムやβラクタム系抗生剤等々様々な抗生剤も注意が必要だということです。またPPIなど制酸作用の強い薬剤もリスクになるので、高齢者のPPI常用者にも注意が必要です。報告が多い欧米では治療ガイドラインも作られています。詳細は略しますがバンコマイシンよりも多少効果の良い Fidaxomicin が治験中だそうです。治療としての正常便の移植も話題になっています。また、この感染症は独特の臭いを発するので英国では嗅覚のよい訓練された犬も診断に使われているとのことでした。

●同日午前8時15分からは「Chronic Constipation: An Update」というセッションを聴きました。講師はハーバードのベス・イスラエル・メディカル・センターの準教授の Anthony J. Lembo 先生です。米国内の頻度、多い年齢・性別など、便秘の一般的な話から始まり、二次的な原因 (DM など内分泌～代謝疾患、MS やパーキンソン病などの神経学的疾患、炎症性腸疾患や肛門裂傷などの肛門直腸疾患、鬱などの精神的疾患、薬物などによる医源性疾患、強皮症などの神経筋疾患)、慢性便秘の危険信号 (alarming features : 年齢 50 歳以上、高齢になってからの発症、激的な症状、出血、発熱、体重減少、大腸がんの家族歴、腫瘍の触知)、さらに薬物療法の詳細を講義して下さいました。

●同日 9 時 30 分から一時間は IM2014 の開会式に出席しました。基調講演はニューヨーク・タイムズの Elisabeth Rosenthal 先生で、米国の医療制度改革のお話がメインでした。いつも感じるのですがアメリカでは雑誌「タイム」にも、ニューヨーク・タイムズのような新聞社にも専属の医師がいて、医学的な立場から記事を書いています。日本では医学関係の記事でも文科系出身の記者が書いています。時々新聞や雑誌に首をかしげるような医学記事が載るのはそのせいではないか、日本でもきちんとした医師が医学関係の記事を書く（またはチェックする）体制が必要なのではないかと、と思います。（話が逸れました。）

●同日 11 時 15 分からは「Management of Obstructive Lung Diseases: Asthma and COPD」を聴きました。シカゴ大学教授の C. ‘Sola Olopade MPH FACP FCCP 先生が講師でした。症例を紹介しながら話が進められていきます。最初の症例は後鼻漏がなく、逆流性食道炎症状のない慢性咳の例です。まず、アレルギーや使用薬物、ペットなどについての問診を行い、次のステップではスパイロメータ検査（閉塞がないか、SABA の反応性はどうか）、メサコリン刺激試験、マンニトール吸入試験、喀痰内好酸球増多の有無確認・・・結局、メサコリン試験陽性の variant asthma という結果でした。二例目はコントロール不良の喘息で温熱療法の相談例でした。この例では高血圧と肥満があり胃酸の逆流がある上にアレルギー体質で CT 上広汎な副鼻腔炎あり、好酸球軽度上昇、猫の毛に対する RAST 強陽性（猫を飼っている）→慢性鼻炎を適切に治療し、胃酸の逆流を PPI で予防し、減量指導し、モンテルカスト導入を検討し、ACE 阻害剤を多剤に変更・・・と適切な治療を行うべきであり温熱療法の適応ではない、という結論でした。続いてコントロール不良の喘息の治療について（長時間型抗ムスカリン剤の Tiotropium や抗 IgE 作用のある Omalizumab、気管支温熱療法）講義してくださいました。なお、家庭用ネブライザーが使われ過ぎているとも仰っていました（携帯用吸入器の方が効果が良い）。続いて COPD についても同様に実際的なお話を聞かせてくださいました（詳細は略します）。

●この日の午後のセッションの初めは午後 2 時 15 分からの「Multiple Small Feedings of the Mind」という複数のテーマを扱う人気セッションを受講しました。モデレーターは UCLA デヴィッド・ゲフィン校の準教授、Katayoun K. Mostafaie 先生でした。最初はシカゴのノースウェスタン大学教授の Robert F. Kushner MS FACP 先生が「肥満」について、次いでカリフォルニア大学サンフランシスコ校教授の Henry F. Chambers FACP 先生が「感染症」についてのトピックを話され、最後に「手術前後の医療 (Perioperative Medicine)」についてメイヨー・クリニック助教の Karen F. Mauck MSc FACP 先生が話されました。

「肥満」のテーマでは新しい抗肥満薬（2012 年認可の Phentermine/Topiramate ER=Qsymia®、Lorcaserin=Belviq®）に続いて 2013 年暮れには Naltrexone SR/Bupropion SR=Contrave®、Liraglutide が認可申請）について、肥満手術で糖尿病への効果は？（効果あり、長期的には貧血やビタミン欠乏に注意が必要）などについてお話があり、「感染症」のお話の中では抗生物質により惹起される不整脈（hERG チャンネルの抑制、主にマクロライド）、予防接種（DM 患者に HB ワクチン勧奨、成人の PCV13 ワクチン、妊婦に Tdap ワクチンで新生児死亡を減らせそうだが値段が高い）、MRSA（皮膚軟部組織感染症にはクリンダマイシンも TMP/SMX も同等効果）などが話題でした。

「手術前後の医療」では、肥満手術（心・肺のリスク評価、負荷試験等々）、心筋梗塞後の非心臓手術（少なくとも2カ月、理想的には4~6か月待つべき）、手術前後のDMARDsはどうすべきか（MTXは術後合併症と関連なく、持続すべきという専門家もいる。一部のDMARDsでは感染の危険性が増したり、白血球減少をきたす物もあり注意が必要。生物学的DMARDsでは4半減期まで待つ、術後2w後か傷の完治を待って再開）などの話題が取り上げられました。

●この日の午後4時30分からは「Clinical Triad: Screening for GI Malignancies: Pancreas, Esophagus, and Colon」を聴講しましたが、この日はConvocation ceremonyのある日でしたので途中退席し、最後まで聴くことはできませんでした。モデレーターは南アラバマ大学教授のBrooks D. Cash FACP先生、パネリストはサンディエゴのスクリップス・クリニックのWalter J. Coyle FACP FCG先生とUniformed Services University of the Health Sciences教授のRoy K.H. Wong FACP先生のお二人でした。消化器がん検診についてのお話で、最初は膵臓がん検診のお話です。膵臓がん検診は国立予防研究所USPSTFでは勧奨しておらず、一次検診は無効とされていますが、二次検診は将来的に有効となる可能性があり、ハイリスク者をどのように選ぶか、方法はどうすれば良いか、（見つかった膵のう胞をどう考え、どう処理すべきか、という問題も含めて）という内容のお話だったようです。

食道がんは米国ではバレット食道由来のアデノ型のものが多いため、その対策をどうするか（GERD人口が多く、ハイリスク者をどう選ぶべきか、多人数対象の研究結果でがん発生率は従来考えられていたより少ない→コストとの兼ね合いが問題）というお話だったようです。大腸がん検診については既に有効と判定されていますが、ACPの検診推奨の詳細やポリペク後のフォローアップについて話されたようです。

4月11日（金）

●2日目の朝一番（午前7時〜）は「IBD: New Concepts and Treatments」を聴講しました。講師はメイヨー・クリニックの内科教授、Sunanda V. Kane FACP MSPH FCG先生でした。主な内容は炎症性腸疾患と不妊の問題（活動性クローン病で女性はリスクあり、男性はスルファサラジンで精子の可逆性変化、Adalimumabで不妊？、UCは妊娠により再燃の可能性あり、先天的異常の発生率は健常人と変わらない）、炎症性腸疾患と骨粗鬆症（クローンでは1.47のOR、UCでは変化なし）、炎症性腸疾患と凝固（VTEが3倍起きやすい、疾患活動性がリスクを高める、重症では予防必要）、予防接種（生物製剤や高用量ステロイド、アザチオプリン、MTX使用者に生ワクチン禁忌、インフルエンザやB型肝炎ワクチンは抗体反応が低くなる可能性あり）、治療（抗TNF製剤の副作用、定期的検査の必要性、新薬-Ustekinumab=Stelara®、Golimumab・Tofacitinib・Vedolizumabの臨床試験、糞便移植：[19/26例で症状軽減、15/24例で寛解達成、C.diff感染例では15/15例全例除菌]等々）についてでした。

●午前8時15分からは「Update in Gastroenterology and Hepatology」と消化器関連のセッションを続けて聴きました。講師はハーバードの臨床教授、Norton J. Greenberger MACP先生とカンサス大学教授のPrateek Sharma FACP先生です。

まず最初は GERD の話題です。日本に比べてバレット食道の割合が多いアメリカでは深刻な問題の様で、食道下部括約筋を補強するマグネットを利用した装置の紹介がありました。その他、食道疾患のお話（長期の PPI 療法で鉄は減らないが Mg はチェックが必要、PPI とクロストリジウム・ディフィシル感染との関連ははっきりした訳ではないが注意が必要、好酸球性食道炎は食事由来のことが多く Elementary diet で 72%が完治等々）があり、次いで消化管出血についての話題（出血時の輸血は大量ではなく抑え気味 restrictive strategyの方が予後が良い、新経口抗凝固剤 nOAC で消化管出血の頻度は多くなる）等についてと話が続きました。次いで憩室のお話（Uncomplicated な憩室炎には抗生剤不要等々）、胆汁酸と IBS（便中の非抱合胆汁酸は便秘型 IBS よりも下痢型に多い）、肝性脳症（ラクチュロース単独より rifaximin を加えた方が治療効果が良い）、ACG の急性膵炎治療ガイドライン（ルーチンの抗生剤予防投与は勧めない）、最後にクロストリジウム・ディフィシル感染への糞便移植 Fecal Microbiota Transplant, FMT について「効果あり」とのお話がありました。

●同日午前 9 時 30 分からは人気セッション「Thieves' Market - Fascinating Cases」に参加しました。タイトルの「泥棒市場」というのは、出題者のプレズビテリアン医療サービスの内科医 David R. Scrase FACP 先生が少しずつ症例のデータを出していくに従い、会場から診断名を大きな声を出して当ててもらい、診断名を「(泥棒のように) かつさらった」人が表彰される（と言っても写真を撮られて次の機会に紹介されるだけですが）というシステムです。この日に出されたものは JC ウィルスによる進行性多巣性白質脳症、Isaacs 症候群 (neuromyotonia)、産後冠動脈解離 (Postpartum Coronary Artery Dissection) など、難解な物が多かったです。それでも当てる人がいるのですから、皆さんよく勉強しています。

●午前 11 時 15 分からは「New Therapies for Hepatitis B and Hepatitis C」のセッションを聴講しました。講師はカリフォルニア大学教授の Norah A. Terrault MPH FACP 先生。HCV 感染症は HBV+HIV より多いが、多くは診断されていないという問題点を提起され、検診を勧められていました。HCV, HBV 共に肝硬変化を防ぐには節酒・減量が大事という他に HCV ではカナビス使用 (!) も効果があるとか、一日 3 杯のコーヒーも重篤な線維化のリスクを下げるという日本ではあまり聞かないお話もありました。HBV の治療にラミブジン、アデフォビル、エンテカビル等々の抗ウイルス薬が使われる（ファーストライン治療は pegINF+エンテカビル+テノフォビル）というお話や HCV の治療にはテラプレビル、Boceprevir などをはじめ新しい薬剤が出てきているとして、genotype 1 にはソフスブビア (Sofosbuvir) +pegINF+リバビリン、ソフスブビア+シメプレビル (Simeprevir) ±リバビリン、genotype 2 にはソフスブビア+リバビリン (12 週)、genotype 3 にはソフスブビア+リバビリン (24 週) というプロトコールを紹介しておられました。

●この日の午後の最初のセッション（午後 2 時 15 分～）は「Annals Articles that Can Change Practice: 2013-2014」を聴きました。文字通り Annals of Internal Medicine に一年間の間に掲載された記事の中で臨床に役立つものを紹介するセッションです。モデレーターは Annals 誌の副編集長の Darren Taichman PhD FACP 先生、パネリストはメイン総合医療センター教授で Annals

の編集にも関わっておられる Michael A. LaCombe MACP FACC 先生と、同じく annals の編集に携わっておられる Jaya K. Rao MHS FACP 先生のお二人です。CKD に関連した話題（検診、stage1-3 の高血圧には ACE-I や ARB を、stage1-3 の脂質異常にはスタチンを）、予防接種の話題（TDP, PCV13）、CKD+高血圧の至適血圧、バレニクリンと禁煙、サプリメント（マルチビタミン剤服用しても心血管系にも認知機能にも影響なし→無駄遣いをやめましょう！）、太陽光の遮光について、最後に大腿骨手術や膝の手術の際の新抗凝固剤 NOACs について（VTE の頻度を減らしたが出血が増えた）と盛りだくさんの内容でした。

●午後 4 時 30 分からは「Clinical Triad: Breast, Prostate, Lung Cancer Screening」のセッションを選びましたが、残念ながらこの日は日本支部のレセプションのある日なので、途中で抜けなければなりませんでした。モデレーターは FDA の Deputy director の Peter W Marks PhD FACP 先生、パネリストはハーヴァードの臨床教授 Marc B Garnick FACP 先生、メイヨー・クリニックの教授 David E. Midthun FACP 先生、スローン・ケタリングがんセンター部長の Kevin Oeffinger 先生の 3 人でした。ハンドアウト見る限り、乳がん検診に関しては何歳から始めるべきか（40 歳？50 歳？）～何歳でやめるべきか、エコー検査による検診は有効か（データはまだ少ない）などの問題があり、前立腺がん検診には二つの大きな臨床試験終了後も結論が出ず、大きな問題が残されているようです。USPSTF は「勧めない（Grade D）」としており、ACP が最近出したガイダンスでは「50～69 歳の人に利益と不利益を話した上で、はっきりと受けたいと表明した人だけ検査するが、それ以外の人に勧めてはいけない」とされています。ハンドアウトでは前立腺がんの治療や薬剤による予防の問題点などにも触れられたようです。また、スタチンは前立腺がん発症率を減らすという報告もあるそうです。肺がん検診に関しては USPSTF が最近出した肺がんの低容量 CT 検診のガイドラインを紹介し、その問題点を説明されたようです。

4 月 12 日（土）

●最終日のこの日は午前 7 時からアメリカの予防接種状況を知るために「Adult Immunization Clinical Update: Ask the Experts」を受講しました。モデレーターはアーカンソー大学教授の Robert H. Hopkins Jr FACP 先生、パネリストはエモリー大学準教授で 2001 年アトランタでの総会で ACP 会長を務められた Sandra Adamson Fryhofer MACP FRCP 先生とヴァンダービルト医大教授の William Schaffner MACP 先生でした。Tdap（三混）は成人でもブースター効果を期待して使われ、未接種の父親には一回、祖父母にも一回、妊婦も妊娠のたびに一回ずつ（27-36 週に）接種することが勧められているようです。妊娠後期に接種することにより母体の抗体が子に移行し乳幼児期の百日咳を防ぐ効果が期待されるということです。ついで日本では副作用で騒がれた HPV ワクチンのお話です。アメリカでは近年男女とも肛門がんが増えており、これにも HPV ワクチンの効果が期待できるため 9 歳から 26 歳までの男女に認可されたそうです。なお、HPV により口腔咽頭がんも増えているようで、これに対しても効果が期待できそうです。続いて細菌感染症の予防接種の話題です。肺炎球菌ワクチンは PPSV23 と PCV13 があり、日本でも 13 価のプレベナーがこの秋から成人に使えるようになるようですが、この日の講義を聴講した限りではこの二つのワクチンは同等ではなく、リスクの高い人（DM、喫煙者、心・肺・肝・腎疾患）や 65 歳以上の方には PPSV23 単独接

種を、免疫不全者には PPSV23 と PCV13 の二剤接種が勧められているようです。髄膜炎菌のワクチンは基本的には小児対象ですが、成人でも寮生活の大学生や流行地に旅行する人、脾臓摘出者などに勧められているようです。Hib ワクチンも基本的には小児対象ですが、今年から成人でも脾臓摘出者や血液幹細胞移植を受けた人なども接種対象になっています。その他水痘・帯状疱疹ワクチン、A 型肝炎、B 型肝炎、MMR のお話もありました。

●午前 8 時 15 分からは「How Sweet Is This?: Inpatient Management of Diabetes」を聴講しました。私の医院は無床なので入院患者さんはいないのですが、この講義の最初のフレーズに惹かれて(?) 聴講しました。講師はエモリー大学教授の Guillermo E. Umpierrez FACP 先生です。ICU では血糖値 110 以下や 180 以上は好ましくなく、120-140 は acceptable、140-180 が勧められるというお話から始まり、ICU 以外では FBS で 140 以下・随時血糖 180 以下を目標にとのことでした(100 以下なら低血糖防止のため再検)。インシュリンを使う時の一日総量は 0.3U/kg-0.5U/kg (高齢者は低くする) を目安に、既用例では外来より 20-25%少なめにと、実際的なお話が続きました。その他 Glargine や Glulisine、DPP-4 阻害剤や Sitagliptin のお話もありました。

●午前 9 時 30 分からは「Controversy in Lipid Management: How to Implement the New Guidelines into Clinical Practice」を聴きました。講師はハワード大学教授の Michelle A. Albert MPH 先生です。米国で昨年 11 月に発表された ACC/AHA のガイドラインは目標値を設定せずエビデンスのあるスタチンのみ使用としたもので、内外で論議を呼びました。

まず NHLBI (国立心肺血液研究所) のリスク計算機 (著者注: インターネットで簡単に探せます) の例を紹介、続いて ACC/AHA のガイドラインに従ってどう対処していくかを説明されました。臨床的に既に動脈硬化性心血管疾患 (ASCVD) を持っている場合は 75 歳以下なら強度の強いスタチン、75 歳以上なら中等度のスタチンを使用とされています。ASCVD はないが LDL-C が 190 以上の場合は強度の強いスタチンを、糖尿病がある 40-75 歳の方は中等度のスタチン (10 年間のリスクが 7.5% 以上と高い場合は強いスタチン) ・ ・ とされています。タイトルにある通り異論が続出しそうなガイドラインですが、今後の成り行きが注目されます。

●午前 11 時 15 分からは「Clinical Pearls: Infectious Diseases and Endocrinology」を聴講しました。モデレーターはメイヨー・クリニック教授の Scott C. Litin MACP 先生、パネリストは同じく同クリニックのコンサルタントの Diana S. Dean 先生と同助教の Pritish K. Tosh 先生です。このクリニカル・パールズのセッションは各参加者に渡されたキー・パッドを使ってフロアも参加する人気セッションの一つです。症例を出しながら会場に意見を聞きながら話が進められていきます。最初の症例は R-CHOP を受けて 1 週間後に熱を出した B-cell lymphoma の例で、身体所見や採血データなどが示された上で、empiric に抗生剤を出すとすればどれが一番良いか ・ ・ という設問でした。(正解は Cefepime 静注でした。) 二例目はサルファ剤にアレルギー歴のある 23 歳女性の急性膀胱炎例でした。(正解は fosfomicin でした: アメリカでは uncomplicated な尿路感染には ST 合剤、nitrofurantoin、fosfomicin の 3 剤がガイドライン上勧められています) ・ ・ その他、抗菌剤抵抗性の C.Difficile 感染には正常糞便移植、生物学的製剤開始前のリウマチ患者の肺炎球菌

予防接種には 13 価のコンジュゲート・ワクチン接種後 8 週後に 23 価のポリサッカライド・ワクチンを接種・等々実的な問題が多く、「楽しめ」ました。感染症・内分泌疾患に関して各 8 症例ずつ出題されました。

●午後 2 時 15 分からは「New Oral Anticoagulants: Management of Nonvalvular Atrial Fibrillation and Acute Venous Thromboembolism」の講義を聞きました。講師の先生はラッシュ大学医療センターの Amir K. Jaffer member MBA SFHM 先生でした。NOACs には脳梗塞予防、VTE 予防、それに VTE の治療と 3 つの役割があると言います。症例を出しながら、CHAD2 スコア、CHA2DS2VASc スコア、さらに HAS-BLED というスコアを紹介後、ACC/AHA/HRS の心房細動管理のガイドラインを説明されました。また、3 種の NOACs はそれぞれワーファリンに劣らないが、それぞれの違いを「アピキサバンは大出血や全死亡を減らす心血管死亡は減らさない（消化管出血は同程度）、ダビガトランはワーファリンより脳梗塞 (ischemic stroke) を減らすが高齢者での頭蓋内出血は多くなる、リバロキサバンは命にかかわる大出血は起こさなくなるが頭蓋内出血は多くなる」とまとめていらっしゃいました。

●午後 4 時からは「Health Care-Associated Pneumonia (HCAP)」のセッションを聴きました。「医療に関連した肺炎」は「コミュニティ獲得肺炎 (Community-Acquired Pneumonia, CAP)」に対比させた命名です。講師はカリフォルニア大学サンフランシスコ校教授の Bradley A. Sharpe FACP SFHM 先生です。HCAP は CAP より頻度は多く、定義は「最近 90 日間の間に 2 日間以上入院経験がある、老健施設に入所している、最近 30 日の間に抗生剤静脈投与や化学療法や傷の手当てを受けた、透析施設に通っている、(その他 10mg/日以上のステロイド療法を受けている、HIV 感染者、免疫抑制状態、臓器機能低下、チューブ栄養を受けている)」・これらの条件の方々が罹った肺炎ということのようです。病原微生物は MRSA、緑膿菌等々(注: 日本では MRSA や緑膿菌より肺炎球菌が多いというスライドが示されていました)で、最初の empiric な抗生剤投与は ICU では広域スペクトラムの抗生剤 (Piperacillin/Tazobactam+Vancomycin+Azithromycin)、一般病棟で危険因子がある人には広域スペクトラム、そうでない場合は CAP と同様にセフトリアキソン+アジスロマイシン、またはフルオロキノロン(levofloxacin, moxifloxacin)が使われ、培養結果が陽性なら狭いスペクトラムのものに変更、培養結果が陰性の場合 (実はこれが半数以上と多い) フルオロキノロンに de-escalate するというプロトコールを勧められました。

●さて、次いで午後 5 時 15 分からの IM2014 最後のセッション、「Internal Medicine 2014 Highlights and Doctor's Dilemma: The Finals」に出席しました。前半の「ハイライト」は文字通り今回の全てのセッションの中から代表的なトピックスをまとめて紹介するコーナーで、自分の聴講したセッションからの話題が紹介されると「聴いておいて良かった」と思える瞬間です。後半は「医師のジレンマ」という意味の地域代表の研修医たちのチームによる医療クイズ大会の最終戦です。パネルクイズのような形式で、項目ごとに点数が付いていて、早く正解を出したチームに点数が付く、最終的に高得点のチームが優勝です。このようにして医療知識を楽しみながら深めていく工夫はアメリカならではの感心してしまいます。

追記: 多くの IM2014 のセッションのハンドアウト (スライド集) はまだ ACP 本部のホームページから閲覧可能です。興味のあるものをご覧になることお勧めします。



安藤聡一郎
安藤医院

ACP 日本支部 Public Relations Committee

○代役という幸運

この度、2014年のACP本部の学術総会であるInternal Medicine 2014に出席して参りました。私自身がConvocation Ceremonyに出席した2008年以来の機会となりました。

日本支部は会員数が急速に増えている活気のある支部なのだそうです。このことが本部から高く評価され、今回、招待枠を頂いたそうです。小林先生からPublic Relations Committeeの委員長である川村光信先生にご指名があったわけですが、ご多忙のため副委員長である私にその幸運が巡ってきました。自分が発表するのであれば、こういう理由でもなければなかなか行くことはできませんので、喜んで行かせていただくことにしました。招待といっても会場での参加費だけですが、大変有り難いことです。

木曜日の休診日を利用し、日曜日まで2泊4日で行って参りました。1日目の終了前のClinical Skills Centerのセッション、2日目の講演会場でのセッションを聴いて参りました。

前田賢司先生から詳細なご報告があるかと思いますが、私が聴講したセッションのご紹介を簡単にさせていただきます。

○1日目夕方から参加

1日目は現地時間の4月10日(木)、到着したのが夕方だったため、Clinical Skills Centerで心音、心雑音の聴取の実習を聴講しました。実習といっても、ポスター形式で解説図が示され、入り口で貸し出されるMP3プレーヤーの解説を聴くというものです。受講者は皆ポスターの前に立ち、イヤホンに耳を傾け、解説図を読むこととなります。最初に聴診の正確性は聴診の回数に相関するというデータが示されていました。AS、MR、innocent murmurなどの鑑別を音と図で解説して頂きました。

恒例のConvocation Ceremonyでは次期支部長の上野文昭先生、New Fellowの東條美奈子先生、八重樫牧人先生が日本から、南太郎先生がRhode Island支部からレガリアを来て式典に出席されました。

International ReceptionではThe International Fellowship Exchange ProgramでAwardに輝いたた5名のドクターが紹介されました。

国際色豊かな雰囲気を楽しみました。

○ACPの朝は早い

朝最初のセッションは7時から始まります。学会など旅先では必ず“旅ラン”を楽しむ私ですが、今回はおあずけとなりました。

7:00～8:00のセッションからは Urinary Incontinence in Women を選択しました。外来でよくある訴えなので、一度聴いておこうと思いました。Urinary Incontinence の要因は DIAPERS と憶えるそうです。Drug、Diet (sedative、ACE-I、antipsychotics、diuretics、alpha blockers、anticholinergics、narcotic)、Infection、Atrophic urethritis、Psychogenic、Endocrine(DM)、Restricted morbidity、Stool impaction の頭文字です。



8:15～9:15のセッションからは Best Strategies for the Work up and Management of Resistant Hypertension を聴講しました。Drug resistant hypertension、Drug refractory hypertension、severe drug resistant hypertension の定義に始まり、自宅血圧の扱い、腕の太い人の血圧測定の注意（高めに出る）などにも注意を払い、recommendation に従って治療を進めていくことが解説されました。具体的にどの降圧剤をどう使うかという話ではありませんでした。そして、睡眠時無呼吸症、動脈硬化性腎動脈狭窄症などのスクリーニングをすることの重要性、renal denervation の効果についても紹介されました。

9:30～10:30のセッションからは Neurology for the Hospitalist を聴講しました。CT 読影上の注意点、ギランバレー症候群について、頭痛、めまいの red flag sign などが解説されました。

○便利なハンドアウト

学会参加者は事前に Handout をダウンロードすることができるのですが、講演で使われるスライドと同じ内容ですので、大変役に立ちます。私はプリントアウトして日本から持ち込みましたが、会場ではノートパソコンやタブレット端末で見ている人が多かったです。

11:15～12:45のセッションでは Incidental Thyroid Findings: Labs and Imaging を聴講しました。偶然発見された甲状腺の結節、リンパ腫に併発して PET をきっかけに発見された甲状腺結節、無症候性の TSH 上昇、倦怠感を訴える女性に発見された TSH 高値のケースという 4 症例を呈示し、診断、対処、予後などについての講義でした。実際の症例の経過を追いながらの解説なので 90 分の講演が長く感じませんでした。

○あっという間に sold out

Clinical Skills Center では様々な実技を習得するプログラムが組まれています。何か一つ実技を習って帰りたかったのですが、予約制になっていて、当日の午前中にはすべて sold out でした。そこで、予約のいらない胸部レントゲンの読影コーナーに参加しました。一日目の心音と同じように、貸し出される MP3 プレーヤーに収録された解説を聴きながらポスターを見て読影所見を学ぶものです。また、Clinical Skills Training Center にはパソコンが数台置いてあり、発売されている Clinical Skills の DVD を視聴することができるようになっていました。私のように予約が取れなかった参加者は多かつたらしく、これも結構人気がありました。

○もう終盤

14:15～15:45 のセッションでは、Multiple Small Feedings of the Mind: Hematology, Pain Management and Men's Health を聴きました。Hematology からは、ワーファリンと新規抗凝固薬の違いと使い分けについて、Pain Management はオピオイドについて、主に肝機能障害時の使い方について、Men's Health からは前立腺癌のスクリーニング、男性骨粗鬆症、テストステロン補充について、3名の演者の先生が20分講演、10分質疑応答で行われました。新規抗凝固薬はコストが高いことが強調され、日本で使う場合以上にコストは問題になることを感じました。私の英語力では聞き取れなかったのですが、質問に対して会場から拍手がおこったり、演者の先生もジョークを交えて答えたり、アメリカ的な雰囲気を感じられる講演でした。

14:30～17:30 のセッションでは、Immunizations and Infections in Immunocompromised Patients on Disease-Modifying Drugs を聴講しました。関節リウマチ治療に伴う感染症の話でした。扱う範囲が広いためかちょっと大雑把な感じはしました。

早朝から一日頑張って聴くことができた講演は以上です。そして、夜は Japan Chapter Reception です。2008年に私が参加したときはご家族連れの先生方が多く、子供たちの遊びのテーブルが一つできるような雰囲気でしたが、今回はおとなの雰囲気でした。今後参加を検討される方はぜひご家族連れでどうぞ。

聞き逃した講演、参加できなかった Clinical Skills はいずれも DVD が発売されますので、それで補うことができます。Internal Medicine 2014 Recordings として発売されています。タブレット端末やスマホでスライドを見ながら聴講することができます。

○日米の学会の違い

日米の違いなどと大きなことは言える立場ではありませんが、感じたことは、日本の大きな学会と比べて、ACP では、実践的で、実地臨床に直結する切り口の講演が多いということでした。日本の学会の講演のよいところは、疾患や治療について、総論的なところから入るので、教科書を読むように理解しやすいと言えます。一方、ACP の場合は、すでに実地でいろいろな悩みを持って診療しているという前提で話が進んでいるように感じました。実地で内科診療をやっていると、悩みは尽きませんので、どの講演もこれは聴いてみたいと思うものばかりでした。また、質疑応答の時間が多くとられているのも特長でしょう。日本の大きな学会もだいぶ変わってきましたが、その道の権威と呼ばれる先生のお話をかしこまって聴いて学ぶというスタイルが多いのに対して、ACP では好奇心を満たしながら学べて、演者の先生も質問されることを楽しんでいるように感じました。

○毎年行くのは無理でも・・・

とはいえ、毎年アメリカまで行ってこれを聴いて来るといのは実際には難しいと思います。ご自身が Fellow に昇格したら、是非 Convocation Ceremony に出席して、ACP の雰囲気を十二分に楽しんで下さい。その後は、出席することができなければ、Internal Medicine Recordings を買って、そのときの空気を思いだしながら学ぶというのもよいかもしれません。

○Public Relations Committee 委員として

さて、このように魅力的な ACP 本部の学会に参加させていただき、PR 委員として何ができるか考えなくては

けません。臨床医学そのものがまず、魅力的なのですから、それを分かりやすく、楽しく伝えることが大切だろうと思います。ACPの出版物、ウェブサイトのツールなどには、臨床医学の面白さ、奥深さを知る魅力的なものが多くあります。PR委員会としては、それらを紹介し、ACP日本支部総会にもできるだけ多くの皆さんに参加していただき、楽しさを共有することが大切だろうと思っています。また、日本の良いところもたくさんあるはずですので、それを発信していくことも心がけていきたいと思っています。

今回このような機会を与えてくださった小林祥泰先生、川村光信先生に深謝いたします。

米国(人)の視点からみた日本の医学教育：
クリニカルケアの素晴らしさと改善の余地について

Gautam A. Deshpande, MD

Assistant Professor of Internal Medicine, University of Hawaii Department of Medicine

Staff Physician, US Embassy Tokyo Health Unit

Senior Researcher, Center for Clinical Epidemiology, St. Luke's International Hospital

Member, American College of Physicians



Dr. Gautam A. Deshpande

(翻訳：小野広一、原 眞純、監修；安藤聡一郎、川村光信)

円熟した教養の高い文化は、よいものを祝福し、悪しきものを克服するために誠実かつ熱烈に働くので、その文化の仕組みの中の良い面と悪い面の両方を、等しい物差しで評価することができます。ACP 日本支部のリーダーシップによって依頼されたこの文章を、日本の保険制度が達成した素晴らしい業績に対する最大級の敬意の下に投稿されました。この短いエッセイの中で、私は、過去5年間日本に住んで働いたアメリカ人の臨床医かつ医学教育者の視点からみた日本の医学教育の長所と短所の両方を概説するつもりです。国際的な教育者と頻回に交流し、医学教育を担当しているある日本人の同僚が、最近私に、日本をひょっこり訪ねて、学生への教授法を日本人教育者に伝えている、招待外国人を(心の底では)本当は好んでいないことを、打ち明けてくれました。これは理解し得る感傷であり、外国でも同じような反応になるであろうが、各国は肯定的かつ建設的な方法で互いに寄与すべきだし、実際しなければならないというあるべき考えに反しています。私たちは皆、患者に役立つために働いていますが、そうしているうちに、自分自身が年をとるとともに、自らがいつか、日本の病院に入院する外国人患者になるかもしれないと予想して、私は医学教育というのが国境すら越えた努力であるに違いないという事実に気づき、驚きを隠せません。私は、読者がこうした観点から私のコメントを読んでもくれるよう希望します。

I. 根本原理に焦点を合わせる

学習への献身、優秀さへの献身

私は、ハワイ大学で臨床の教育者として、2007年に日本人医学生たちと親しく仕事をし始めました。ハワイ大学は、多くの日本の臨床教育・研究機関と密接なつながりを持っており、毎年、ホノルルでの1週間の臨床推論ワークショップ(Clinical Reasoning Workshop)のために24人の学生を招待しています。自分たちが進んで希望した(医学生)グループとはいえ、彼らは毎年毎年学習する動機や情熱を私にぶつけてきました。彼らは、2~4歳米国の相当学年より若く、素直であり、知識で満たされることを渴望している空のボウルのような印象を、私に与えました。私は、同じレベルの日本人学生と比較して、米国の学生が教育に対し、少しだけより挑戦的であることに気づきました。それは、どんな親も知っているように、思考が独立するということはさらに意志の頑強さをも、もたらすということです。私は、医学生がみな一般に頭がよく、例外なくやる気があることを知っていますが、日本人学生は、毎日の学習および成長に向かってまぶしいばかりの積極性とエネルギーにあふれた姿勢で私を刺激し続けています。これは、孔子以来の学問に対する伝統の延長線上にありますが、私は、典型的な日本人学生が同世代の米国の医学生と比較して、本質的に、学生ローンの負債が少なく、より多くの家族の支援があり、教育を負担とか権利貸与ではなく贈り物とみなすようにさせられることで、訓練過程のストレスの割合がより低くなっているからだと推測しています。教育者として、これは、医学のアートとサイエンスを教えるのに、すっきりとした爽やかな環境です。

日本の研修医は、恐らく学生よりも少し疲れており、もう少しシニカルではありますが、学ぶことに対して同じ情熱を示しています。彼らは、優れた医療を成し遂げるために必要とされる、並外れた激務を長時間行うことに専念します。このことは、彼らの一般に優れた知識の蓄積の中で、臨床的クライテリア(例えば心内膜炎のデューク大学の基準やシェーグレン症候群における欧州リウマチ学会のガイドラインなど)および実践的なアルゴリズム(例えば尿細管性アシドーシスが疑われる時の着実な臨床精密検査など)のように記憶された事柄を適用させる時などに、特に示されます。私は、ハリソン内科学を始めから終わりまで読破した日本の研修医を何人か知っていますが、このすさまじい偉業を達成した米国の研修医を知らないという事実を思うと笑ってしまうのです。教科書を読むことがより良いクリニカルケアをすることと一致するかどうかは議論のあるところですが、私は、それが優れた臨床をしたいという熱烈な探究心を反映していることには同意できると思います。それに比べて、私は、米国の研修医が一般的に学ぶことにあまり注力していないことを知っています。すなわち、近代的な教育病院において学究肌の指導者は教育に時間をあまりにもとられすぎており、一方では、「時間通りに」病院から退出することに熱心な米国の研修医が増加してきているといった、普遍的な不満があります。確かに、私たち米国の教育者は、私たちが教育と患者ケアを犠牲にして勤務時間を厳守し、睡眠時間まできちんととるという増大してきている奇妙な要求に対して寛大になっており、このような態度の促進をとり続けることを容認している点において共謀しているといえます。日本のシステムは、恐らくこの上なく幸せなことに、現在これらの制限から離れたままになっており、私は教育者として、将来、教育や研修医の患者に対する重大な責任感の拘束なしに、職業上の健康を保護する賢明な規制が設立されることを望んでいます。

チーム指向の実習

日本の臨床実習システムのチーム指向の構造は、継続的改善を刺激している一方で、さらに専門家になる為の献身を促しています。日本の社会学と人類学の文学に述べられているように、個々の帰属意識は、家族や友達、自分自身よりもむしろ、しばしば仕事関係に拘束されます。これは、固い絆で結ばれた訓練グループに形を変え、臨床病院の教育への非常に大きな利益となります。よく部門別ライン組織に従って表現されることですが、研修

医と指導医のグループは、ともに勉強し、ともに泣き、ともに遊び、ともに進歩していきます。つまり、アメリカの訓練構造に長い間あり得なかった、人と人との関係を支えあう顕著な手段を提供しているということです。アメリカのトレーニングは、研修早期から自立を促すことに誇りを持っており、そしてそのことは、臨床実習過程の非常に初期の段階から研修医に「1人でする」ように強く求めています。実際、日本のトレーニング・システムは、「近くの仲間」または指導医から支援してもらっているという強い感覚によって、後の独立を促すことによりよく適しているように思えます。日本の研修医に関する私自身のリサーチでは、この「同じ専門分野の指導者」支援構造が、研修医の生活の質を増す重要な要因であることを示しています（興味深いことには、最近の研究では、幼児期に親と一緒に眠っている子供は、表面上は安全で親に支えられた環境の準備を通じて、より多く自信満々の子どもへ育っていくことが示唆されました）。上級指導医がチーム構造の上でしばしば不在であるのを見ることは珍しくありませんが、このことも「近くの仲間」の間での、先輩後輩(*senpai-kohai*)関係を強くするのもかもしれません。年齢に基づいた階層構造を潔しとしない、他のトレーニング・システムと比較すると、年上の研修医(先輩 “*senpai*”)は、しばしば年下の研修医仲間(後輩 “*kohai*”)に対し、こちらが感心させられるような指導を行い、精神的支援を提供します。研修医の義務時間の不足およびチームに対する修養上の恩義は、さらに先輩(*senpai*)への相談しやすさと活用性を増します。同様に、後輩(*kohai*)が存在することで、年上の研修医は自分の知識および指導力を磨き、教えることや自分が必要とされることを通じて、報われたと感じることが出来ます。

臨床および基礎科学の技術的スキルのトレーニング

若い研修医が、侵襲的および非侵襲的なベッドサイド手技の両方で、技術的スキルを受け取る技術と経験は、恐らく日本のトレーニング・システムの最もすぐれた側面です。日本の研修医は、胸腔穿刺および腰椎穿刺、傷縫合のような手技の単独での実施において、米国同年代の研修医より著しく熟達しているように見えます。特に注目すべきなのは、日本では、たとえば研修医が行う超音波検査のように有用なベッドサイド技術の適切な使用を進んで行うことにおいて、米国がするよりもかなりうまく行っています。このことは、より効率的でより有効な診療に潜在的に結びついている点で、特に重要です。対照的に、米国の手技的な技術は、何年も数十年間もかけて医療スタッフと医療看護スタッフの専門家のグループの増加と共に区別されてきました。それは、病院の研修医から適時に診療を行なう能力を効果的に奪っていったのです。米国の研修医が、単純なBモードの心エコーや腹部エコーのために何日も待つことは珍しくありません。対照的に、私は今では、日本の研修医がさらなる治療および精密検査に先立って、少なくとも迅速にベッドサイドで腹部または心臓、あるいは両方の超音波検査を行ってくれているだろうと期待するようになりました。米国は、「患者中心の技術」が患者ケアの最前線で研修医たちの手に委ねられるという日本の教育パラダイムを、うまく応用することができると思います。

(翻訳：小野広一)

II. どこを改善し、どこに向かうべきか？

日本の医学生や研修医とともに働くことは、私の大きな喜びであります。私はまた、私(あるいはDr. Tierney、Dr. Dhaliwal、Dr. Moody、Dr. Salcedo、Dr. Branchの各先生方)と一緒に働くことを率先して求め

るのは、日本の中でも最も物怖じしない、熱心で進歩的な医学生・研修医の中から、自ら選択した人たちであるということもわかっています。ごくまれに医学部のクラス全体と関わる仕事を依頼されることがありますが、私の頭に思い浮かぶのは、日本の医学生がとても、本当にとっても幼く、学生であることにあまり興味を感じていないということです。多くの居眠りや無断欠席を目にしましたし、また将来医師になるという主体性や自己意識が混乱している様子にも沢山出会いました。このことは主として、普通の日本の学生が医学部での時間を2年間しか-6年間ではなく-与えられていないためであると私は考えています。

日本の医学部における2年間という経験年数

英国、ドイツ、オーストラリアなど多くの国が日本と同じく6年間の学部教育という医学教育モデルを採用しています。しかし、共通認識となっているのは、少なくとも4年(～10,000時間/年)の間、科学および医学の真剣な学習に専念することによってしかトレーニングが成功と見なされないということです。不幸なことに、日本においては、学生たちがクラブ活動やスポーツを最優先とし、医学の学習(と将来のキャリア)を遠い先にある第二優先度のものと見なすことが社会として推奨されてきた歴史があります。クラブ活動やスポーツは、対人関係やチームスキルを構築するうえで重要な活動であることに疑いはありませんが、彼らはそれと引き替えに医師としての成長を犠牲にしています。医師としての成長は、患者について、また患者の病気の経験について一生懸命勉強すること、そして臨床医学の内外両面から将来のプロフェッショナルとしての目標を自己探求することでしか得られません。日本の学生は、教育のそうした面に医学部の5年生になってやっと重点的に取り組むようになりますが、実際に使えるようになるには遅きに失しています。

患者中心の医療に必要な臨床上の、そして人間関係におけるスキルを身につけるには、”臨床における有意義な交流”(Meaningful Clinical Interaction)が必要です。それは、(a)医学にどっぷりつかった時間、(b)患者との深い人間的(機械的でなく)経験、および(c)不断の内省から成り立っています。ところで、日本のとても多忙な初期研修医たちにはこうしたことを何一つとして行う時間がありません。彼らは急性期患者の診療や病院のシステムに関する”基本事項”を習得することに悪戦苦闘しているからです。このため、医療の人間的な要素について学ぶためには、医学部の臨床実習期間(“上級生”)がきわめて重要となります。学部および卒後の医学研修の国際的な趨勢は、医学部教育のカリキュラムにおいてできる限り早期に”臨床における有意義な交流”を開始する方向に向いています(米国と欧州のいくつかの学校は、メディカルスクールの1年目に開始しています)。これら臨床上の交流に携わる間に、米国の医学生は通常別の形の”社会的な意味での有意義な交流”(Socially Meaningful Interactions) ---公衆衛生事業、基礎研究および臨床研究、それに正規の医療サービスを受けられない患者に対する看護の提供など---にも参加します。

全く対照的ですが、典型的な日本の医学教育カリキュラムは、患者との交流が限られた短期間の臨床現場へのローテーションに主眼を置いています。おそらく更に有害であるのは、卒業試験と国家試験のための学習時間を提供するために、臨床実習の必修事項の多くが6年生の早期で終了してしまうことです。臨床の場における必要な時間も、患者との経験における適度の深みも与えることがないため、このカリキュラム構造は”頭でっかちの無力感”につながっていくようです。その中で医学生は、自らを仕事のできる医師ではなく、経験不足で無力な学習者であると、卒業した後でさえみなしています。

他学部卒業後に医学校に入学する課程を導入し、多彩な専門分野や背景から、やる気のある成熟した学生が医学の領域に足を踏み入れることができるようにする(現在日本ではおよそ10%までのようです)ことは、いくつ

かの理由で理想にかなっていません。第一に、学生に対して、医学に足を踏み入れる前に様々な専門分野を探求する機会を与えるためです。このことは、その国の将来の医師達が医療に真に専心している(そして、おそらく他の分野の方が向いているということでない)ことを保証する意味でとても重要なことです。二番目は、学部生たちに、課外活動や飲酒、個人的な人間関係といった若い間の気ままな楽しみを経験し、そこから脱皮する時間を与えることとなります。そうなれば、医学校では、鑑別診断や病歴聴取、身体所見技術を高めることといった重要な課題を含む医学の学習に焦点を当てることができます。最後に、学部卒業後に医学の道に入ること、単に高校時代に成績がよかっただけ(そうした人は未来のステイブジョブズになるかもしれませんが、あまりよい臨床医にはならないでしょう)というのはなく、最も競争力のある---科学での業績と志望動機をそなえて合格した---人材のみに医学校に入学する道を開くということになるからです。

臨床医学を学ぶ

学部卒業後入学のシステムを取り入れるためには、直ちに実行するのが難しい根本的な構造変化が必要となります。しかし、出発点として適切なのは、医学部の2年生以降にクラブ活動を制限し、“臨床における有意義な交流” (*Meaningful Clinical Interaction*) のための機会を2年生から増やし、臨床医学の分野の卒業研究計画を推奨するということかもしれません。臨床医学を真剣に学ぶ時間が増えることは、日本における最も大きな学問上の欠陥である、良質な臨床研究の欠如に対する取り組みにも寄与することになるでしょう。世界の舞台で真に競うためには、日本の基礎医学研究分野において多くの成果をあげ、それらを臨床分野に橋渡し、そして実際の患者のいる場で、それらの有効性を絶えず評価していくことが重要です。いろいろな面で、医学校はこうしたニーズを扱うには最適の時期です。なぜなら、上級生には、時間も、臨床医学で優れた成果をあげるという新たに見出された動機もあるからです。臨床研究を奨励するための一つの方法は、エビデンスに基づく医療(EBM)を、教室でも、そして臨床の場での教育においても進んで使用することです。学生や初期研修医が臨床チームを回る際、チームリーダーが若いメンバーに対して最新の文献を知っているかと尋ねたり、もし知らない場合はちょっとした宿題の形で評価したりすれはうまくいくでしょう。ハワイ大学において、私はしばしば日本から病院見学に来る医師と行動をともにしますが、病院の規則で臨床活動への参加が限定されてしまう場合でも、こうしたEBMに基づく課題が、学問と一体している意識を高めてくれます。日本での医学生の臨床活動への参加は、政府や医療機関の規制や社会の期待ゆえ、同様に限られたものとなっているため、学生をEBM、そして臨床的なアウトカム/有効性の研究(病院の質と患者安全のための研究にまで)に引き込むことは、“臨床における意義のある交流” (*Meaningful Clinical Interaction*) を促進し、膨らませるための優れた方法です。

自信の危機：臨床推論の育成

臨床推論はおそらくわれわれが次世代の医師に教えることができる最も基本的な技能であり、日本の研修医にはそれがやや欠けています。日本の研修医には優れた知識の蓄積があるなら、どうして基本的な臨床推論に欠けているのだ、と疑問に思われる方もいるかも知れません。このことは知識の不足により生じているのではなく、むしろ若い研修医の“頭でっかちの無力感”の一部でもあり、自立した批判的思考法に対する自信の不足を内包しています。医学において、批判的思考法の技術は、“臨床推論”というあらゆる状況に対応できる

言い回しに言い換えられています。未熟な研修医が臨床推論について本当に準備不足であるのか、彼らが単にこうした能力を育む機会にさらされなかつただけであるのかについては議論があるところです。こうした欠陥を修正することは、初期の臨床実習の間に最優先とすべきです。患者の安全という理由からは言うまでもなく。

実地ジェネラリストとして、臨床推論の欠如の最も危険な徴候と私が考えているのは、治療の場で包括的かつ実際の鑑別診断を挙げることができないことです。日本の専門医志向の臨床環境においては、このことは”固着”という、臨床医が狭い範囲の疾患にひたすら注目し、ほんとうの診断を見失うというよくある臨床上の誤りを助長します。有名なことわざに、「あなたがハンマーなら、全てが釘に見える」というものがあります。そう、医学においても、あなたが一般内科診療も行うインターベンション専門の循環器内科医であれば、全てが心臓発作のように見えるところに危険が潜んでいます。皮肉なことに、日本には一般医(病院総合診療医、救急診療内科医、家庭医)が不足していることから、全ての専門医が通常必要とされるよりも広い範囲の疾患について知らなければいけないことになっています。指導医には若い研修医に網羅的な批判的思考法を教える必要があります。彼らのおよそ30%は40歳代後半には病院での専門医としての仕事を離れ、独立して地域でプライマリケアを提供することになるのですから。

批判的思考の技術に対する自信をつけることは、病院の内外に利益をもたらします。最近の文献では、10%におよぶ医師が、通常の職場の外において、救急で呼ばれて医療行為をすることになることが示唆されています。高速道路上かもしれませんし、道を歩いているとき、あるいはハワイへの飛行機の中かもしれません。私の日本でのたった4年の間にも、東京の路上で二度の内科救急事例に遭遇し(熱中症に関連した意識消失発作と急性期脳卒中)、どちらも即座の治療を必要としました。同僚から聞いた話で、後に医学生と若い研修医であったことが判明したのですが、その場に居合わせたのに、他の医療関係者に救助を任せ、患者から立ち去ったという事例を少なくとも二件知っています。明らかに、このことは倫理観の問題ではないと私は考えています。むしろ、自信と能力の危機であり、”頭でっかちの無力感”の表れでもあります。医師であるということは、病院やクリニックの安全地帯で、どの検査やスキャンをオーダーすればよいかを知っているということ以上のものなのです。指導医や同僚の助けを借りて、若い研修医が素早く状況を判断し、適切なニーズに思いを巡らせ、論理的な根拠に基づいて行動できる能力を授かることは価値のあることです。こうしたタイプの訓練は教室で始めることもできますが、指導の下での臨床現場において、より達成感をもたらします。

結論

結局のところ、医学教育改善の責任(そして恩恵も)は、病院の指導医と経験を積んだ臨床指導医の双肩にゆだねられるよりほかはありません。臨床の場での成人学習者にとって、これは患者のベッドサイドにおいて最も効果的かつ効率的に行われます。日本の医学教育においては、教育の面で優秀であることを基礎科学研究において優秀であることと同じにみなすことにより、ベッドサイドティーチングに対するインセンティブを積極的に高めるべきです。ベッドサイドティーチングが不足しているのは日本だけの問題ではなく、米国を含む他の多くの医療制度においても同様です。太平洋を越えて米国を振り返ってみると、過去60年間にわたって世界の偶像となってきた、医療分野での粒ぞろいの優秀さを、米国は維持することに失敗していることが容易に見て取れます。社会的、政治的、そして経済的な要因が主な原因となっているわけですが、私にはベッドサイドティーチングの減少とこの衰退が符合することを無視するわけにはいきません。医師たちがますます教育から

離れて”他のどこか”に向かい、競合するおびたしい数の要求や現代的な生活を求めることに従ってしまっているからです。

幸い、日本は反対の軌道に乗っているようです。日本の医療は、臨床実習、ベッドサイドティーチングの増加や初期研修医でのジェネラリストとしてのトレーニングの幅の増加を含んだ医学教育改革について着実に増える関心に対して、それに応じる方向性を優れた形で育み続けてきました。疑いもなく、ベッドサイドに臨床教育を行う人材を連れてくるという点で、日本はまだ長い道のりの途上にあります。しかしこのことは、日本の医療システムが、よい意味でまだ潜在力を最大限に発揮していないことを意味します。日本の将来は、この国が実績として示してきた技術においては驚くほどよく満たされているのに、医学教育においてはありつぎを必要としています

(注*)。日本はこの70年の間、古いものと新しいものを融合することで頭角を現してきました。歴史的伝統を守りつつも、社会と技術の革新を推し進める相乗作用の価値を認めることによって。このことは、日本の医学教育の将来にもあてはまります。卓越した高い頂は到達可能な範囲にありますし、日本が教育の改革と刷新を求め続け、これをベッドサイド医学教育と万人のための安全な医療というすばらしい伝統と組み合わせることができれば、その頂は達成されることになるでしょう。

(注* : Japan' s future needs in medical educational dovetail amazingly well with the country' s proven skills.)

(翻訳 : 原 眞純)

カウボーイの国モンタナでの医療

Ronald V. Loge MD MACP

Specializes in Geriatric Medicine/Internal Medicine

Barrett Hospital/Healthcr Cln

Dillon, Montana USA



Anna Loge MD, Ronald Loge MD MACP, Doug Danielle(3rd year medical student [the University of Washington])

人里離れたここモンタナでは、カウボーイブーツはただブーツとのみ呼ばれる。カウボーイハットも同じで、ただ帽子である。北米西部の田舎で使われていることには、当地の文化が反映されており、ここではカウボーイブーツもカウボーイハットもない。ただ、ブーツと帽子があるのみである。そして、経験豊かなカウボーイも同様にカウボーイの「名人」とのみ呼ばれるだろう。

西部の田舎町の環境が文化を形成し、文化が人々を形作るのと同様に、環境・文化・人々とのすべてが農村部の医療を規定している。我々の友人であり隣人である西部の人間のケアをするためには、ある種の文化的な能力が求められる。これを示すために、次のような症例提示が、カウボーイの患者人生の一端を垣間見せてくれるだろう。

若いときから高血圧のある農場の労働者がいたとする。主治医は患者が降圧薬をいつもきちんと服用しているとは必ずしも思っていない。とりわけ、朝も夜もずっと納屋で仔牛の出産を手伝ったり、その新しく生まれた仔牛

の世話をしなければならない、晩冬の時期はそうである。心筋梗塞をはじめて起こして禁煙した後も、紙タバコに変えたことを想定しなければならない。同じカウボーイが、柳の茂みから出てきた雄牛を追い払おうとして散弾銃で誤って自分の親指を打ってしまい創傷感染を起こした場合、三日たってから診察を受けに来たとしても驚かないだろう。まずは、牛の世話が第一なのである。優先順位というものがある！

そして、最終的に、そのカウボーイが年を取り、閉塞後肺炎を発症し、それを契機に肝転移を伴う大きな肺腫瘍が見つかった場合、主治医は患者の過去のケアを通して患者のことを大変良く知っているため、この死に至る病についてお互いに信頼し理解しあったうえで良く相談できるのである。大勢の専門医に相談したりせず、あまり効かない治療をすることなく、この病と向き合いたいというカウボーイの希望は、患者の人生経験に加えて、主治医が患者の死生観を良く理解していることによりもたらされたものである。連続性というものが、ケアをシンプルにする。

私が診療所で教える医学生たちは、この手の臨床例の話聞かせるとしばしば驚く。私には、農村部のプライマリケアで大事なC (Major C' s of rural primary care) と呼んでいることがある。それは、連続性 (Continuity)、地域社会 (Community)、そして包括的ケア (Comprehensive Caring) である。学生たちは、これを観察し、実践し、そしてじっくりと考える。これらのポイントは、農村部の医師というこの独特のキャリアにとって鍵となるものであるが、私は学生の目を通すことでじっくりと考え続けてくることができた。これにより、私は 30 年以上にわたって農村部でのプライマリケアへの情熱を持ち続けているのである。

(翻訳：泉谷昌志)

WWAMI (教育コンソーシアムを構成するワシントン州、ワイオミング州、アラスカ州、モンタナ州とアイダホ州の頭字語) として知られているトレーニングの地域的アプローチの一環として、ワシントン大学医学大学院の医学生がやってくる。彼らは、一般的なプライマリケア内科の本当の意義を体感しようと、人口 5000 人の南西モンタナ州の農村コミュニティでの 6 週間の教育実習を受けるために、600 マイル離れたシアトルからやってくる。医学生たちは、内科臨床を学ぶことを熱望し飢えている。私は、彼らの空腹を満たすために、直接患者ケアを体験させるという食事を与えている。

彼らがモンタナの農村部で得られる体験は、他の大都市や大学のベースサイトで得ることは難しい。彼らはここで、幅広く内科全般を経験する事ができる。午前中に私と合流するやいなや、吸収不良患者の波状に変形した十二指腸粘膜の生検を行う内視鏡検査から始まり、30 年間の私の受け持ち患者で臨死状態にある転移性前立腺癌患者を往診して終わる。日中は私の受け持ち患者の一般的な健康診断、ありふれた疾患、感染症、糖尿病合併症の管理、新規発症の心房細動を体験することができる。新たに出現した捻髪音を伴う持続性咳嗽患者や、翌日運動負荷心エコーが必要な非典型的な症状の新規胸痛患者にも遭遇する。さらに同日、頻繁に転倒するため診療所を受診した患者に偶然見つかった巨赤芽球性貧血の診断方法を学ぶ。これがすべて一日の中での経験である。実に、学生や指導者にとって学びの連続である。

この典型的な日々で診療したほとんどの患者は、他の地域では専門外来で診療されるであろう。ここでは、アメ

リカの多くの農村部の地域と同様に、簡単に通院できる範囲に専門外来はない。この地域では、専門外来のある医療機関まで 100~150 マイルの距離がある。農村部で在宅診療をするためには、広く深い医学的知識だけでなく、検査手技や診断、疾病管理のスキルが必要である。私たちは、私たちの患者のほとんどの問題に対処したいと考え、患者たちは私たちに対処してほしいと望んでいる。もちろん、我々の診断や技術力を超えた場合には専門外来へ紹介している。その場合でも、専門外来受診後の診療の継続は我々が行っている。

(翻訳：松田正典)

多くの場合、農村部の医療では経歴となるようなこれらの要求は、研修生をひるませるようである。研修生の多くは、技術に焦点を当てた経歴や高収入を約束する主に手技的な経歴に誘惑される。しかしながら、この種の医療経歴は概して地域社会(Community)、連続性(Continuity)、包括的ケア(Comprehensive Caring)への重要な教訓を欠くことになる。利他主義に加えて、これらの経歴に属するものは、ほとんどの学生が医学校に入る前に求めるものであるが、それらの価値を実証する適切な医療教育の場なしには、学生は彼らが受けてきた医学の典型を選ぶ以外に、多くの場合選択の余地はほとんどない。農村部の地域社会で経験を積んだ学生がたびたび言うことは、すべての医学校のすべての医学生はこの種の環境で学ぶ機会を持つべきであると信じているということだ。

今日、クリニックで、現在第三学年の内科の学生は、肥満、重症筋無力症、高血圧症、閉塞性睡眠時無呼吸症、糖尿病を有する私の患者の一人に会った。私がこの患者に初めて出会ったのは、吹雪の中、肺炎で救急部に到着したときのことである。肺炎のため彼は筋無力症クレーゼの状態にあった。嵐のため道路は通行不能で、彼を地域の救命救急センターへ退避させるための飛行機の利用は不可能であった。そのため彼の病状管理をすることは私たちに任せられた。彼は回復し、それ以来忠実な患者となっている。

今日、この患者はここ数カ月疲労感が増していることを心配していた。我々が彼の疲労の原因を分類しようとしたので、学生は我々がたった一回の診察で、彼の主要な問題のそれぞれについて考えることができることにいくらか驚いていた。都会の(医療)環境での学生の経験から、彼は専門医のそれぞれが、他の専門医と話し合うことなく、この患者の治療が、糖尿病専門医、循環器専門医、呼吸器科医、および神経科医の間で分担されると予想していたのであろう。また、彼らは必ずしも疲労に関連するものとして、これらの主要な医学的問題の相互関係を高く認識してはいないだろう。それぞれの専門医は、おそらく、自分の守備範囲に限定した専門医としての観点から現在の症状に対処しただろう。

この例では、質の高い農村のプライマリケア環境における包括的ケアのアプローチは、徹底した過去の経験に基づく患者全体の治療を含むだけでなく、この治療は費用があまりかからないことを示している。これらの問題に対処するただ一回の診察と5つの異なる科の診察を受けて、その結果として生じる高価で専門的な診断と比較してみしてほしい。

(翻訳：荒牧昌信)

我々のような農村部プライマリケア医のことを、いわゆる希少品種 -“時代錯誤な医療の実践者” -だと言う人がいるかもしれない。でも私はそうは思っていない。むしろ、農村部プライマリケア医療は、医療とはどのように実施されるべきか、ということを確認し、ベストな医療を患者に提供していると思っている。

農村医の個人的な生活や医師としての生活は、コミュニティと密接に絡み合っている。患者だけでなく、患者を知っている隣人、子供、教師や友人、聖職者、マス釣り仲間、バックカントリースキーのパートナー、住宅建

設や配管工、パン屋や園芸の達人とも知り合いである。コミュニティは、我々医師を単なる医師としてだけではなく、隣人として、教育委員会の委員やブッククラブリーダー、教会の聖歌隊の一員、バードウォッチャー仲間として見ているのである。このような、小さな町や地域社会での共存関係※は、医療以外の時間を豊かにし、医療関係者以外の人々の生活をより理解することになる。時にはプライベートと仕事の境界がつかなくなるが、めったに問題になることはない。いつ、どのように仕事のオン・オフを切り替えるべきかがわかるようになるのである。

※Enmeshment (適切な日本語訳なし) From Wikipedia, the free encyclopedia

Enmeshment is a state of cross-generational bonding within a family, whereby a child (normally of the opposite sex) becomes a surrogate spouse for their mother or father. The term is also applied more generally to engulfing codependent relationships where an unhealthy symbiosis is in existence.

最近、医師をめざしている医学部進学課程の学生や医学生の多くが、知り合いの医師や医師の両親の影響で、ライフワークとして医師を選択することに失望していると聞く。このことは、医者自身のキャリアの環境で生み出された不幸の反映であると考えられている。私が、医師という職業をまた選ぶかどうか尋ねられれば、答えはイエス！である。農村医療従事者ほど専門的で個人的に満足のいく職業はないと思う。毎日、知的な挑戦と刺激と成長を見つけることができ、同時に、多くの人々の健康とより良い生活を助けることができる専門職として、他にどんな職業があるというのであろうか？

我々の診療に加わっていたかつての学生たちが、他の農村地域で医療職を選択するために戻ってくる時に、農村医療の Major C の価値が明らかになる。私の娘はそのような選択をした。娘は、ワシントン大学医学部卒業後、ボストンでインターシップを行い、ワシントン大学でさらにレジデントとしてプライマリケア内科の研修を積んだあと、農村での医療を実践するために、また、子供を育てるにはコミュニティで生活するのが最適だと考え、ディロンに戻ってきた。もちろん、農村部でもチャンスはいくらでも転がっている。娘の選択は、医師にとって農村部プライマリケア医学の価値を、私に大いに確信させてくれるものである。

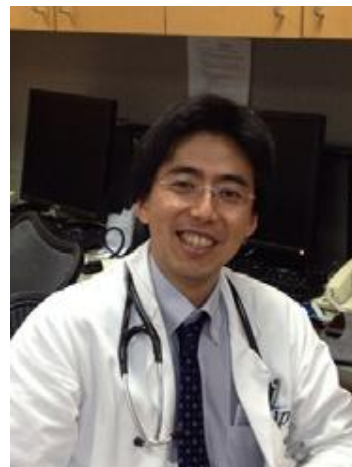
(翻訳：岩永正子)

“ドット”が導いたホスピタリストへの道

Connecting the dots to my Hospitalist life

—What can we learn from this experience?—

St. Mary's Health Center



Dr. 石山 貴章

St. Mary's Health Center でホスピタリストとして活躍している

石山貴章氏は、最初、外科医であった。しかし、「診断学」の魅力に引かれ米国へ留学。後に内科へ転科し、現在にいたる。そんな石山氏の講演は実に興味深いものだった。

(この講演は2013年5月26、27日開催の年次総会2013の教育セッションにて発表された)

外科を離れ、米国のホスピタリストの道へ

今回のACP日本支部年次総会において講演をするという大役を仰せつかった際、自分のような者が何を話したら良いのかと人並みに悩んだ。

人よりすぐれた臨床医であるわけでも、すぐれた学術論文があるわけでもない。そんな私がこの貴重な役をいただけたのは、ひとえに私が現在、米国で実地臨床にたずさわっているからであり、また、外科医からの転身という少し変わったバックグラウンドを持っているからであろう。それならば、それをそのまま話せば良いではないかと思いついた。それこそ私にしかできないプレゼン、私にしか話せない講演内容になろう。

日本での外科研修、米国での内科レジデンシー、そしてホスピタリストとしての生活。私の人生は、それぞれの点(ドット)をつないできたものと言える。そこで、それら3つの点に絞って、これまでの歩みを赤裸々にお話しさせてもらうことにする。

“見て盗む” 学び方には向き、不向きがある

最初のドットは、日本での外科研修である。当時、外科医を扱っていた漫画などの影響を受けて外科を選んだものの、いわゆる「見習い」と呼ばれるシステムに不器用な私は適応できなかった。そうした中、医学生当時に感じていた「診断学」に対する“ワクワク感”を思い出した。いつしか、それらの経験がかつて感じた米国臨床留学に対する淡い憧れに再びつながり、私に外科から内科への転身を決心させたのである。これが、人生の最初のポイントとなっ

た。

この第一のステージでの経験をまとめる。

- ・日本の伝統的な教育システムである「見習い」、「見て学ぶ」、「目で盗む」というシステムには、適応できる人とできない人がいる。
- ・自分が本当に好きなこと、得意なことをするのが大事である。自分が「本当に楽しめること」は何か、「得意なこと」は何か、「したいこと」は何か。これらを考えることが大事である。そして、もし誤った選択をしてしまったとしても、自分のキャリアパス、自分の人生、そして自分のプロフェッションはいつでも変更可能である。

初めて「学び」を感じた米国レジデンシーの生活

2つ目のドットは、米国内科レジデンシーとしての経験である。

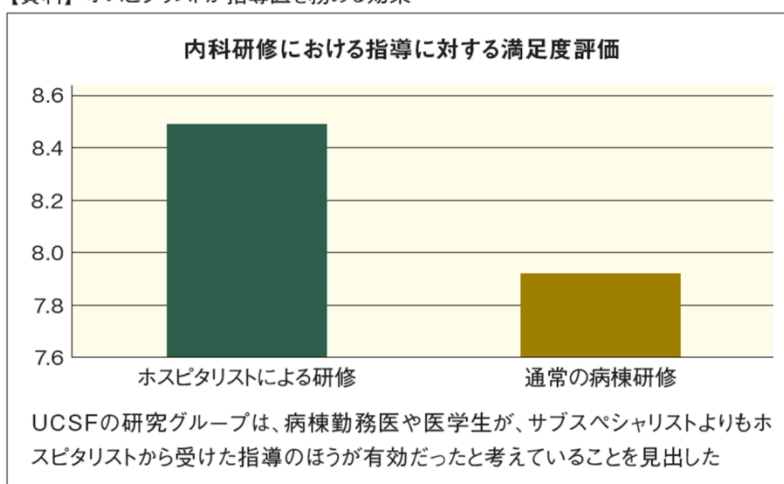
自分が本当にやりたいことは何か。悩んだ末に選んだのが、米国における内科研修だった。私は、米国で基礎研究をしながら、なんとかレジデンシーに入り込み、外科から内科への転身を遂げた。教育方針がまったく異なる米国レジデンシーでは、私は「見習い」ではなく「インターン」であり、そこで初めてキッチリとした医学教育を受け始めたと感じた。

また、言語の壁、そして文化、生活の違いに苦しみながらも、なんとかレジデンシーを終えることができたのは「師匠」とも呼べる良いメンターとの出会いがあったことを強調したい。

この第二ステージをまとめると次のようになる。

- ・日米の文化などの違いは大きなチャレンジではあるが、立ち向かうことで必ず乗り越えられる。
- ・米国における教育システムは、よりシステムティックかつ厳しいものだがその一方、学ぶ者にいろいろな手段で救済を供給してくれるものでもあった。
- ・人生において良いメンターに出会えることは、人の成長にとって非常に大切である。

【資料】ホスピタリストが指導医を務める効果



出典: Karen E. Hauer, MD; Robert M. Wachter, MD; Charles E. McCulloch, PhD; Gamen A. Woo, BS; Andrew D. Auerbach, MD, MPH Arch Intern Med. 2004; 164:1866-1871.

ホスピタリストとは院内のコンダクター

3つ目のドットとして、メンターに出会ったことで選んだホスピタリストという仕事と、その生活に関して説明をさせていただきたい。

ホスピタリストとは、プライマリ・ケア医から患者を委託され、病院内における患者管理を行う「病棟内内科専門医」である。病棟内患者管理におけるチームのリーダー、言わば「コンダクター」であると同時に、教育も大切な業務のひとつだ。

今回の講演では、米国における私の同僚に対するインタビューをビデオクリップで紹介した。これらを通じて、医師としての普遍的な仕事を楽しく行う重要性を感じていただけたのではないかと思います。

患者の満足感から自分自身の喜びを得る

以上、3つのドットに最後にもうひとつ、つけ加えたい。

講演では米国テレビドラマ『ER』のビデオクリップをご覧にいれながら患者や、その家族との良いコミュニケーションから生まれる患者の満足感とそこから生じるホスピタリスト自身の仕事に対する満足感に対して、強調してお話した。

以下、そのまとめである。

- ・コミュニケーションは、良いホスピタリストになるためのドアを開く、キーである。
- ・楽しむことの重要性。医師としての基本的、普遍的な仕事を愛すること。
- ・日々の喜びを味わう。患者や家族の満足感から味わえる、自分自身の「深い喜びと満足感」を大切に

私自身、内科医へ転身してからまだ10年に満たず、まだまだ研鑽を積む必要がある身である。泥の中を歩むような感じでした研鑽の日々を振り返ることで、いろいろな人に助けられて現在の私があることを、あらためて実感させられた。その意味で私にとってこの講演は、自分の兜の緒を締め直したいへん良い機会にもなった。

聞いてくださった方々に少しでも何かを残せていれば望外の喜びである。

〈キャプション〉

ホスピタリストが指導医を務める効果

出典：Karen E. Hauer, MD; Robert M. Wachter, MD; Charles E. McCulloch, PhD; Gamen A. Woo, BS; Andrew D. Auerbach, MD, MPH Arch Intern Med. 2004; 164:1866-1871.



同僚のホスピタリストとともに

(注：本論文は『Primaria』Vo. 4』からの転載許可をいただいて掲載しています。)

女性にも男性にも優しいACP日本支部を目指して

ACP日本支部 treasurer / 東海大学医学部内科学系血液腫瘍内科学 白杉 由香理



ACP日本支部会員みなさま、こんにちは。今年度は、小林支部長が予てより掲げておられた、すべての委員会に女性メンバーをとの目標が達成されたとのことで、大変嬉しく思います。女性医師、しかも内科医となると、一人一人の先生にワークライフバランスを保つための独自の「秘策」が存在するのではないかと思います。特にお子さんが小さかったり、家庭内に介護が必要な方がいる場合には、心ならずも同僚の先生方にご迷惑をおかけしてしまうという事態もあるかもしれません。しかし、人を支えながら、あるいは自らも病を負った際に、人に支えてもらいながら働くということが出来る社会こそ、真に成熟した社会なのではないかと考えます。現・安倍政権は長期化が予測されていますが、今後の最大の政権課題は「ウーマノミクス」とのことです。ACPはこれからも女性にも、もちろん男性にも優しい内科医集団として活動を続けて参ります。引き続きご支援・ご協力を賜りたくお願い申し上げます。

(編集部より)

今年度、以下の女性の先生方が委員として参加してくださっています。よろしくお願いたします。

Credencial/Membership Com.	Local Nominations Com.	Scientific Program Com.	Health and Public Policy Com.	Public Relations Com.
新井 桂子 先生	山本 典子 先生	宇都宮雅子 先生	宮田 仁美 先生	森島 祐子 先生
				市川弥生子 先生

Young Physicians Com.	International Exchange Com.	Finance Com.	Student Com.
北野 夕佳 先生	矢野 (五味) 晴美 委員長	白杉 由香理 委員長	伊東 明香根委員長 / 関西医科大学 5 回生
	小原 まみ子先生		浦部 昭子/ 旭川医科大学 医学科 6 回生
	津田 萌先生		折茂愛子/東海大学医学部
			アドバイザー
			森島 祐子 先生
			市川弥生子 先生

<編集後記>

今年度から川村光信先生の後を引き継ぎ、Public Relations Committee 委員長を拝命しました安藤と申します。よろしくお願いたします。初仕事となります Governor' s Newsletter を何とか発刊にこぎ着けることができました。お忙しい中原稿をお寄せくださった皆様、有り難うございました。

さて、今号は、学生会員の方から若手の先生方、FACP に昇格された先生方など大変幅広い執筆陣によって構成されています。編集前の原稿を読ませて頂き、ACP ならびに ACP 日本支部の魅力を再認識した次第です。若手の皆様にとってはモチベーションを高める絶好の場所であり、FACP に昇格された先生方にとっては、自分を支えてくれた人々への感謝の念を思い起こし、長年の苦勞が報われる場所でもあります。そして、すべての医師にとって学びの場であり、出会いの場であるということです。このような魅力ある ACP 日本支部を運営して行くには多くの人の力と意見が必要であり、女性委員にも多く加わって頂いていますので、小林先生のご指示により今回紹介の場を設けさせて頂きました。Serial Publication では、日本で長く研修医の指導をして来られた Desphande 先生、アメリカの農村部でプライマリケア医として活躍し、なおかつ多くの研修医指導もされている Loge 先生、そして、日本ではこれから注目されるであろう Hospitalist の先駆者である石山先生のエッセイです。翻訳は Public Relations Committee 委員の先生方が大変苦勞されて完成したものです。じっくりお読みください。

この Newsletter はネット上に公開されています。ぜひ多くの皆さんにシェアして、ACP 日本支部について知って頂く機会としてください。

Public Relations Committee

委員長：安藤聡一郎（安藤医院）

副委員長：大島康雄（ノバルティス ファーマ株式会社 開発本部安全性情報部）

泉谷昌志（東京大学医学部附属病院 消化器内科）、小野広一（因島医師会病院 内科）、鈴木克典（産業医科大学病院感染制御部）、原眞純（帝京大学医学部附属溝口病院 第四内科）、井上直紀（はとがや病院 内科）、荒牧昌信（あらまき内科クリニック）、川田秀一（川田内科医院）、平野昌也（平野内科クリニック）、土肥栄祐（広島大学病院 脳神経内科）、川名正敏（東京女子医科大学病院卒後臨床研修センター 循環器内科）、森島祐子（筑波大学 医学医療系 呼吸器内科）、市川弥生子（杏林大学 神経内科）

