

# Governor's Newsletter for ACP Japan Chapter

Aug 2015

Governor: Fumiaki Ueno MD, MACP

## 目次

支部長からのメッセージ ～ACPへようこそ！～	上野文昭	<a href="#">2</a>
前支部長挨拶 ～ACP日本支部誕生の思い出～	小林祥泰	<a href="#">4</a>
<ACP創立100周年 Internal Medicine2015 特集>		
American College of Physicians Chapter Centennial Legacy Award 受賞して	黒川 清	<a href="#">5</a>
FACPにたどりつくまで	牧石徹也	<a href="#">8</a>
米国医療が気になる先生方へ —FACPへの誘い—	坂野 晴彦	<a href="#">10</a>
ACP2015に参加して	武井康悦	<a href="#">12</a>
IM2015 レポート	前田賢司	<a href="#">14</a>
<ACP日本支部総会、Best Abstract Award 受賞者の皆さん>		
ACP日本支部年次総会 2015年 Best Poster Awardを受賞して	児玉亘弘	<a href="#">20</a>
2015年度 ACP 日本支部 年次総会 Best Abstract Award をいただいて	最勝寺佑介	<a href="#">22</a>
The Best Abstract Award を頂いて	渡部遥	<a href="#">24</a>
<学生委員会より>		
TEAM 関西の活動紹介	伊東明香根	<a href="#">26</a>
<国際交流プログラム委員会より>		
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	<a href="#">28</a>
Olive View Medical Center 研修を終えて	栗山明	<a href="#">30</a>
研修報告	牧石徹也	<a href="#">32</a>
<新たに FACP になられた先生のご紹介>		<a href="#">35</a>
<ACP からのお知らせ>		<a href="#">36</a>

## ACP へようこそ！

Governor, ACP Japan Chapter

大船中央病院特別顧問

上野文昭



ACPはAmerican College of Physicians（米国内科学会）の通称で、14万人以上の会員を擁する世界最大の医学専門分野の学術団体です。1915年にDr. Heinlich Sternらにより設立され、今年ちょうど100周年を迎えました。アメリカ合衆国の各州に少なくとも一つのChapter（支部）があり、本部は建国の地Philadelphiaにあります。本部では約300人の職員が内科の発展のために毎日努力を続けています。その後カナダの各州、中南米各国にChapterが設置されるようになりました。

2003年、初めて米国大陸から遠く離れた日本にChapterが開設されました。以前は米国の内科研修を修了し専門医取得の資格のある医師のみが入会を許されていましたが、黒川清初代支部長のご尽力により日本の専門医資格を持つ優秀な内科医も入会できるようになったのは画期的な出来事でした。その後小林祥泰2代目支部長に引き継がれ、現在1200名以上の会員がACPの恩恵に浴しています。またその後、日本に続きサウジアラビア、東南アジア、インドにもChapterが設立され、次第に国際色が豊かになりつつあります。

ACPは日本でいう学会ですが、SocietyやAssociationではなくCollegeと呼びます。Collegeには誰でもが入れるわけではなく、入会資格を満たした者が選別されます。また、もっと重要なことはCollegeの大切な使命は教育です。実際ACPが作成する医学教育のためのマテリアルは質・量ともに圧倒的です。機関誌Annals of Internal Medicineを始め、ACP JournalWise, ACP Internist, ACP Hospitalist, Clinical Guidelinesなどが会員には無料で提供されます。定評ある内科自己学習プログラムのMKSAPは特別価格で購入可能です。さらにこれまで世界最高のEBM情報源との評価を得ていたACP Smart Medicineが、この8月からDynaMedと提携し、DynaMed Plusというさらに優れた情報源に発展しました。これも会員は当然無料でアクセス可能です。毎年春に開催されるACP Internal Medicine Meetingでは、選りすぐった内科医を講師陣に迎え、内科全般にわたる200以上の教育セッションが行われ、世界最高峰の教育的な内科学会と評価されています。これも会員であれば特別価格で参加可能となります。

この年次集会は基本的に教育・学習の場ですが、Convocation Ceremonyという壮大な式典も毎回開催され、各種Awardの受賞者や新たにFellowに昇格したメンバーたちを称える場となります。今年の100周年記念式典では、ACP Chapter Centennial AwardとしてACPの100年の歴史で最高の功績を遺した内科医が表彰されました。その僅か30余名のうちの一人名として、黒川清初代支部長が栄誉を受けたことは、われわれ日本支部の喜びでもあり、誇りでもありました。

最新の世界標準の知識を得て、生涯を通じて優れた内科医であり続けるために、ACPの教育マテリアルを活用することはきわめて有効です。ではどうすれば入会できるのでしょうか？ 前述のように一定の資格条件があります。日本の内科専門医（現総合内科専門医）であれば入会資格を満たしています。研修医はこれから内科に進み内科専門医を目指すのであれば、現時点でも入会できます。医学生は誰でも入会可能で、しかも会費無料です。以上の条件を満たすのであれば、今すぐACPに入会しましょう！

20世紀の終盤、EBMの概念が日本に導入されたころ、ほとんどの医師はそれを知らないか誤解しているかの

どちらかでした。たった 20 年ほどで、EBM はごく当たり前と捉えられるようになりました。ACP も現在のところまだ広く認知されていないかもしれませんが、正しく理解されていないかもしれません。世の中の医療をよくしようという私たちの地道な努力を続けることにより、そう遠くない将来に ACP の存在が当たり前になるようになることと思います。



ACP 創設者 Dr. Heinrich Stern



Philadelphia にある ACP 本部



今年 5 月に Boston で開催された ACP Internal Medicine 2015

## ACP 日本支部前支部長挨拶 ～ACP 日本支部誕生の思い出～

島根大学名誉教授 小林祥泰



私が米国内科学会(American College of Physician: ACP)フェロー(FACP)になったのは多分 1990 年頃ではないかと思う。私は米国内科専門医ではなく日本内科学会内科専門医で ACP への入会資格を得て 2 年後に FACP になった。これはこの頃に内科学会理事長になられた黒川清先生が内科専門医を ACP 会員に推薦出来るよう ACP の幹部と交渉された結果であると推察している。丁度私が内科専門医会会長の頃 FACP 推薦委員会を設置して多くの内科専門医を推薦した。FACP に推薦されて初めて参加した米国の ACP 年次総会で各支部から 1000 名近い新 FACP メンバーが集う式典には度肝を抜かれた。さすが ACP はプライドを持たせるのが上手いと思った。FACP になれることをみんなに宣伝して内科専門医会の拡大にも使わせて貰ったが、行ってみて驚いたのは米国内科学会が日本内科学会と全く違っていたことであった。日本では内科学会総会では講演しているのは大半が教授で内容は宿題報告など自分の業績中心で教育講演といっても専門的である。しかし、学会参加者の大半は一般病院勤務医か開業医である。認定内科医の二階建て制度をたまたま私が内科学会認定制度審議会長の時に完成させてからは認定更新のため若手医師も来るようにはなったが、大会場 1 つのみの講演で選択の余地はなかった。一方、ACP 総会は大会場ではなく、何百という実践的な教育プログラムが詰まっていた。驚いたのは数十人から 100 人単位で内科医のための関節穿刺の手技のデモや皮膚科診療、眼科診療、シミュレータによる心音の聴き方などまであり、今から 25 年以上前にはまさに「目からウロコ」状態であった。講演もいわゆる内科診断学の基本から最先端の診断治療まで日常診療に役立つもので幅広く日本との違いに驚いたことを覚えている。プロフェッショナリズムも徹底しており製薬メーカー共催によるイブニングセミナーなどは数も少なく本会場ではなくホテルでのみ開催されはつきり分離されていた。展示会場でも書籍を除けば製薬・医療機器メーカーがすべての日本と違って、ACP 自体の大型ブースを始め医療教育関連の展示が多く、また全米の研修病院（とくに地方病院）からのブースがかなりの部分を占めている印象を受けた。内科専門医会でのロコミが広まり、毎年かなりの Fellow が誕生しいつの間にか 300 人に達していた。黒川先生が会長で国際内科学会を京都で 2002 年に主催されることが決まって 2000 年にメキシコのカンクーンでの国際内科学会を視察に行ったとき、ACP 幹部と日本の FACP 代表の会談がありその席で黒川先生が 300 人もいるのだから ACP 日本支部を作るべきだと力説されたことを覚えている。この時は、ACP はまだ国際支部拡大に乗り気でなかったが、その後執行部が変わってから前向きになり、2003 年からアメリカ大陸以外で初めて日本支部が認められた。そして黒川初代支部長が就任され、例外的に 2 期 8 年、その後私が 4 年の支部長を務めてきた。お陰様で会員が 1000 名を超え国際支部ではカナダに次ぐ規模になり、また内科学会からも独立して法人化したので本部でも注目されている。内科学会では継子扱いされてきたが、総合診療の必要性が拡大し、総合内科医の必要性が高まると共に ACP の教育方針は日本でも重要となり、先見性を持ったやる気のある若手医師も集まりつつある。これからの総合診療の要かつリーダーとなる総合内科医を育てる学会として ACP 日本支部は存在価値を高めているといえる。

また、ACP の南カリフォルニア支部長の Dr.Wali の協力のお陰で Olive View Medical Center での 4 週間のレジデント研修も 3 年間ですでに 12 人が体験してきた。これからの日本の総合診療教育を普及させるために ACP 日本支部はさらなる活動の拡大と独自プログラムのレベルアップを続けていく必要がある。



## American College of Physicians Chapter Centennial Legacy Award 受賞して



黒川 清 Kiyoshi Kurokawa, MD, MACP  
米国内科学会日本支部初代支部長  
医療政策機構代表理事 <[www.hgpi.org](http://www.hgpi.org)>  
GHIT ファンド代表理事 <[ghitfund.org](http://ghitfund.org)>  
東京大学名誉教授  
ウェブサイト<[www.kiyoshikurokawa.com](http://www.kiyoshikurokawa.com)>

米国内科学会 American College of Physicians (ACP) <sup>(1)</sup> の 2015 年の年次学術総会は、4 月 29 日-5 月 3 日の 4 日間にわたって Boston Convention Center で開催された <sup>(2)</sup>。

今年 ACP が 1915 年に設立されて 100 年目の記念すべき年にあたり、その歴史の展示と記録の書も出版された。これらの歴史の概要は On-line で見る <sup>(3)</sup> ことができる。また、ACP 設立 100 年の記念行事の一つとして「Chapter Centennial Legacy Award」が設けられ、わたしもその一人に選ばれるという栄誉を受けることとなった。

100 年前といえば日本の明治の終わりごろに該当するわけで、「米国」という近代西洋からの移民が作った新興国、そして明治維新後の日本の内科学会、医学、医療、科学をめぐる変遷の歴史をたどると、いろいろ興味深いものがある。社会の変化と多くの先人の上に、わたしたちの現在への歴史があることを感じることができる。

1969 年に始まる 14 年余の在米での活動を経験しているわたしは <sup>(4)</sup>、恩師の一人である東京大学の尾形悦郎先生のお誘いもあり、1983 年末に「一時」帰国したつもりが、そのまま日本にいたことになった。日本の医療、医学、大学のあり方と、そのころから急速に変化する様相を見せ始めている欧米の大学や医療現場のありようを見て、日本の大学を中心とした医学教育、大学などのあり方に、わたしはなにか知れない不安を覚え始めていた。米国でも医療費の支払い制度が激変し始め、医学部教育にもいろいろな改革が始まっていた。たとえば Harvard 大学医学部では「New Pathway」の試みが始まったばかりのころである。日本の大学でも、「Bedside teaching → Bedside Learning → Clinical clerkship」などの「キーワード」の変化があらわれた。研究では多くの人たちがそれぞれの分野の米国の学会に参加するようになり、「インパクトファクター」などの「キーワード」が広がり始めた。これらの変化は、急速に進み、広がり始めた。

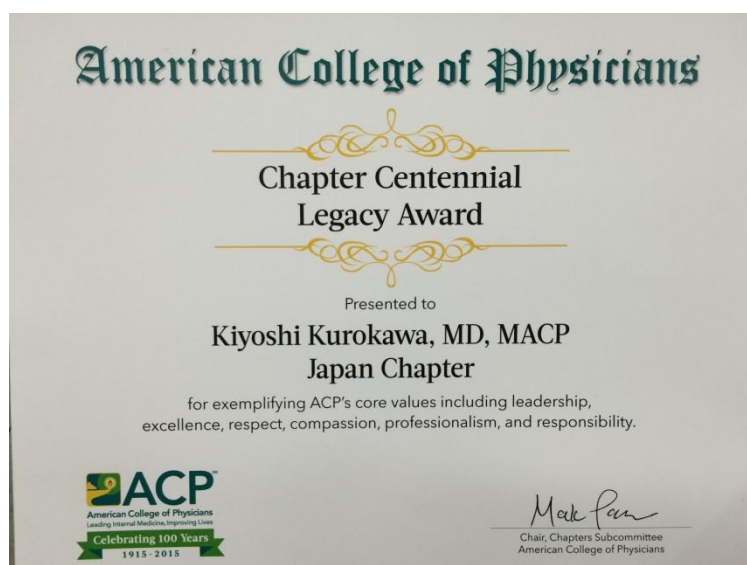
1989 年（平成元年）に東京大学の第一内科教授に就任したわたしは、急速に日本内科学会、腎臓学界、国際内科学会、国際腎臓学会の理事、理事長、会長等々の責任を持つ立場になり、内科認定医、専門医制度、医学教育、大学制度改革にも大きくかかわる立場になり始めた。学会ばかりでなく、文部省、厚生省などとも当然かかわりが増える。医学生教育、内科医の臨床研修への危機感は、わたしの懸念のひとつだった。1996 年には東海大学へ医学部長としてうつり、またそのころから日本学術会議、また内閣官房での政策への関与など、すばらしい方たちとの出会いもあり、いろいろと活動の場を広げることとなった <sup>(5)</sup>。

従来からの「タテ型」の医局制度、旧帝国大学をトップとした、社会全体が「お上のタテ」型の人たちの議論では「モノゴト」はなかなか「開国」へはすすまない。当然、「国際」から「グローバル」へと変わる世界の中で、日本の大学での内科医の臨床教育、研修は、わたしの懸念のひとつだった。

これからの若い人たちにとっては、開かれた「タテ」から「ヨコ」へ広がる「活動の場」が必要、そして数は少ないが米国で内科臨床研修経験のある内科医が、貴重な存在としていることは知っていた。内部からの改革も一つだが、内科臨床教育、研修には米国内科学会を一つの場にすることもありうる、と考え、ACP と機会あるごとに問題を提起し、フィラデルフィアの ACP 本部にも出かけ、日本支部の設立の可能性と、当時の日本内科学会の新しい認定医、専門医などとの比較なども議論してきた。

2002 年、京都で、わたしが会長として国際内科学会が開催された<sup>(6)</sup>。これは日本内科学会設立 100 周年記念事業の一つとして位置づけられ、天皇、皇后陛下のご臨席のもとに開催され、多くの国際的に主要な内科のリーダーが参加された。わたしが会長をしたご縁もあるのだが、ACP からは Joseph E Johnson III 他の主要メンバーも参加、日本の、そして米国などでの内科医の教育、研修の改革への活動など課題などを共有することができてきた。2003 年に ACP 日本支部が、米国南北大陸の外で初めての支部として設立された<sup>(7)</sup>。わたしは支部長 Governor に就任、いろいろと日本内科学会のご支援を得ながら、若手を中心に活動を始めた。この間の活動は ACP でもいろいろ表彰の対象になるなど、それなりに評価されてきた。その間にもわたしはさらに多忙になり、ACP 支部長としての本部との業務のほとんどを、現在の第 3 代支部長に就任された上野文昭さんに、実質的に「代行」していただいたことは感謝に耐えない。上野さんは、米国で内科医、消化器内科の研修を受けている数少ない医師であり、人脈もあり、それをさらに大きく広げていただいた。

わたしの後任には、日本内科学会、内科専門医会で中心的な活動をしている小林祥泰さんが第 2 代支部長として就任、いくつも大きな決断をしていただいた。4 年前には日本内科学会から独立することになり、それ以来、京都大学で開催される ACP 日本支部の年次学術総会<sup>(8)</sup>は、京都大学の福原俊一さんの企画の良質で、しかも内容の濃いプログラムで大評判になっており、医学生、研修医を含めて多くの若者たちをひきつけ、新しい伝統の始まりを感じさせる。すばらしいことだ。



ACP 設立 100 年の記念行事の一つの「Chapter Centennial Legacy Award」<sup>(9)</sup> 受賞式は、4 月 30 日の Convocation のときに、ほかの支部の方たち 25 人と受けた。だが、実は受けたのはわたしではなく、南北アメリカ大陸の外で初めてとなる日本に支部を立ち上げてから、それを支え、辛抱強く、これからの世界で活動する「日本の内科医」を育てたい、との思いにあふれた、多くの方たち、さらにそのような皆さんの思いを受け止めてくれた多くの仲間、医学生、研修医、スタッフほかの人たちと受けたものです。お一人ひとりのお名前は、あまりにも大勢なのでここに記すことはできませんが、皆さんにこころからの感謝、感謝です。ありがとうございます。



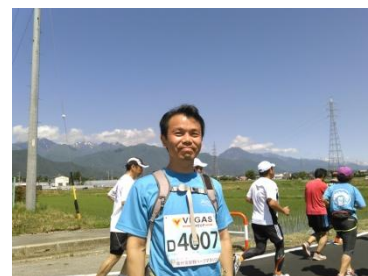
#### 参照文献とサイト

1. 米国内科学会 [https://www.acponline.org/about\\_acp/](https://www.acponline.org/about_acp/)
2. ACP 100 年目のボストンでの学術集会  
<http://kiyoshikurokawa.com/jp/2015/05/%E3%83%9C%E3%82%B9%E3%83%88%E3%83%B3%E2%80%901.html>
3. 米国内科学会の歴史 [https://www.acponline.org/about\\_acp/history/timeline/](https://www.acponline.org/about_acp/history/timeline/)
4. わたしの略歴 <http://kiyoshikurokawa.com/profile>
5. わたしのキャリア <https://career.m3.com/contents/epistle/kiyoshikurokawa>
6. 国際内科学会の解説 [https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika1913/91/1/91\\_1\\_198/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika1913/91/1/91_1_198/_pdf)
7. 米国内科学会日本支部、
  - 1) 英語のサイト [https://www.acponline.org/about\\_acp/chapters/japan/](https://www.acponline.org/about_acp/chapters/japan/)
  - 2) 日本語のサイト <http://www.acpjapan.org//jpnchap/index.html>
8. 最近の日本支部年次大会の活動 <http://www.acpjapan.org//nenjikouen/index.html>
9. [https://www.acponline.org/about\\_acp/chapters/japan/centennial.htm](https://www.acponline.org/about_acp/chapters/japan/centennial.htm)



## FACP にたどりつくまで

大津赤十字病院腎臓内科  
牧石徹也



わたしが大学で臨床実習をしていた頃は、米国で臨床研修を受けた先生に直接指導をして頂くことは、まだ珍しい時代でした。少なくともあの頃滋賀県におられたのは K 先生だけであったと思います。わたしが K 先生から米国式医学教育の“薫り”を鼻先に嗅がせて頂いたのは、先生が米国で外科専門医の資格を取得され帰国されてすぐのことでした。初めて触れた米国式医学教育、それは K 先生の立ち居振る舞いの格好よさとも相まって、たちまちわたしの憧れとなりました。

わたしは若く、情熱があって、そして浅はかだったので、具体的な見通しもないまま闇雲に臨床留学の準備を始めました。USMLE さえ通れば、あとは何とかなるのではないかと。しかしやはり闇雲でしたので、数年かけて Step1、Step2 をパス、それもギリギリの点数でパスするという取り返しのつかない過ちを犯し、CSA という実技試験を前にしてたちまち行き詰まってしまいました。その間にも時間は止まっている訳ではなく、わたしは医局に入局し、臨床研修後に大学院に入学し、結婚し、子を授かり、そして着実に齢を重ねていました。大学院で臨床とは懸け離れた実験をしながら、臨床留学の夢は褪せ、現実というものを直視せざるを得ませんでした。そうして“米国臨床留学の夢”は地縛霊としてわたしの意識の底の方に閉じ込められたのでした。

大学院を卒業後、老人病院で1年と少し勤務した後、再び臨床研修指定病院で勤務することになりました。そこで純粋で野心的な研修医達と過ごしながら、彼らとともに勉強する喜びを覚えました。彼らとは ICU ブックやベイツの身体診察法などの英語版を輪読したりしましたが、今から思えばそれらは場当たりのもので、系統立てた臨床指導というよりは多分にわたしの自己満足感にドライブされたものだったと思います。

きちんとした形の臨床研修指導を具体的に意識し始めたのは、大学院を卒業して6年が経過した頃です。忘れもしない2010年9月、ACPに入会。ふと目にしたネット上の記事からACPの存在を知り、その瞬間、心の奥に閉じ込めたあった米国臨床研修への憧れがふつふつと湧き上がり、即日入会することにしました。その後無謀にも YPC 委員（当時の委員長は岸本暢将先生）に加えて頂いたり、サンフランシスコでの ACP 総会に参加したり、また同じ頃から矢野晴美先生（現筑波大学教授）が主宰されている TEME という英語で臨床医学を勉強する会に参加させて頂いたりして、様々な機会でも“世界標準”の医学教育に触れることができました。その頃には、海外で臨床医として研鑽を積み帰国された優秀な先生方による勉強会が大阪などでも時々開催されるようになり、また北米式医学教育を下地にした優れた日本語の教科書や、Intensivist などの素晴らしい雑誌も次々に刊行され始め、大いに触発されました。ところが研修医の指導となると、意識の底の方にある臨床留学の夢を果たせなかった挫折感・劣等感が邪魔をして、どこか遠慮がちで、まっしぐらで曇りのない指導には至っていませんでした。

2014年11月、清水の舞台から飛び降りる覚悟で ACP 日本支部国際交流プログラム委員会主催の臨床見学プログラムに参加（参加に際して前述の矢野先生に強く背中を押して頂きました。矢野先生のお言葉がなければ結局参加していなかったのは間違いありません。）。ロサンゼルスにある Olive View-UCLA Medical Center で、ず



ば抜けて優秀なレジデント達に囲まれながら丸1ヶ月間米国式内科臨床研修システムを体感しました。Ward チームの一員として彼らと行動を共にし、Morning Conference や Noon Lecture に参加し、毎日一緒にランチを頬張ってコーラを飲みながら過ごす日々の中で、わたしが日本で10数年間抱えていた挫折感・劣等感に意味などないことによりやく気付いた気がします。「どこを通過してきたかではなく、そこで何を学んできたのかが大切」(ラジオ番組「中島みゆきのオールナイト日本」で「わたしだって高校行きたかった」との視聴者のハガキに対する中島みゆきの返答の一部)なのです。たかが1ヶ月間でしたけれども、南カリフォルニアの雲ひとつない青空の下で過ごした日々は、かけがえのないわたしの記憶遺産となりました。

ありがたいことに2015年のお正月が明けて早々にACP本部からFACPへの昇格を知らせるメールが届きました。4月にボストンで開催されたACP総会でConvocationに参加し宣誓文を口ずさみながら、わたしはようやく、心の奥底にへばりついていた“米国臨床留学の夢”という地縛霊を成仏してやることができたと感じました。

“世界標準の医学教育”はこれから益々わたしを駆り立ててくれると思います。その“薫り”を、現在そして未来の研修医のみなさんに感じ取ってもらえるようまっしぐらに突き進んでいきたいと考えています。

最後になりましたがFACP昇格に際し大変お世話になった先生方、過去・現在・未来の患者さん、先輩同僚後輩友人のみなさんに、この場を借りてお礼を申し上げます。



#### 写真の説明文

- (左) 100周年を記念して来場されたオスラー博士と記念写真をとる参加者
- (右) 最終日はボストンの街をランニング。MGHの前でパチリ。

#### 略歴

1997年滋賀医科大学卒

2004年滋賀医科大学大学院卒業(医学博士)

大阪厚生年金病院(現JCHO大阪病院)で研修を受け、大学院を経て2008年より大津赤十字病院腎臓内科。

日本腎臓学会専門医・指導医・評議委員、日本透析学会専門医・指導医、日本化学療法学会抗菌化学療法指導医。

氏名：牧石 徹也

勤務先：大津赤十字病院

## 米国医療が気になる先生方へ —FACP への誘い—

名古屋大学神経内科・マサチューセッツ総合病院

坂野 晴彦



今年の ACP 総会(Internal Medicine 2015)は ACP100 周年を記念する会として行われました。私は 2013 年からボストンにて臨床研究を行っており、渡米前日本において FACP へ昇格させていただいたこともあり、今回ボストンで行われた日本支部レセプションに初めて参加させていただきました。

表題の「米国医療が気になる人」とは、実は 7 年前の自分自身のことです。その頃、私は総合内科専門医を取得、ACP の会員になるかどうか迷っていました。日々の臨床、研究に追われ、臨床医としての実力をつけるための良い機会と思って取得したいいくつかの専門医も、認定継続のための単位取得など、少しずつ負担を感じ始めていたことは否めません。その上、ACP の会員になることに意味があるのだろうか、逡巡していた時期でした。ですが、もし 7 年前の自分自身にアドバイスすることができるとしたら、今の私は躊躇なく「是非、ACP に入会して、FACP (Fellow of the American College of Physicians) を目指すべき」と伝えます。以下にその理由を述べさせていただきます。

ACP への入会を勧める理由、第一点目は米国の魅力です。現代社会はインターネットが普及し、国境を越えて瞬時に多くの情報を知ることができます。しかし、臨床の現場では医療文化の違いから、必ずしも国を越えて同じ医療が提供されているわけではないと思います。とりわけ新たな治療法に関しては各国における規制当局による認可が必要となることが多く、ドラッグラグに代表される臨床開発の遅れが、日本の医療における今後の改善点の一つだと考えられます。私は 10 年間にわたり神経難病の医師主導治験に関わってきた経験から、将来的な日本発の国際共同臨床試験の実現を夢見て、米国における臨床試験を学ぶために渡米しました。確かに、米国には米国独特の特殊な環境や沢山の問題点があります。ですが、移民の国である米国は、国際的価値を常に議論しているため、異なるものを受け入れ、競わせ、真の国際的価値を創っていかうとする方向性があり、そこが米国の最大の利点であると感じます。ACP 日本支部年次総会をはじめとして、ACP の提供する教育内容は、大変魅力的で質が高く、よき内科医としての生涯教育という面でも、医学医療の国際性を実感するためにも、ACP は非常に価値のある存在だと確信しております。

二点目に挙げさせていただきたいのは、FACP を目指すことができるということです。欧米の学会で上級会員を指す fellow という称号は、日本人が米国で活躍する際に大変意味があると思います。競争の激しい米国社会の中で実力を証明するためには、コミュニケーション能力とともに、これまでの経歴 (career trajectory) が大切だと実感しております。医師としての実力を評価することは難しいですが、少なくとも国際誌への論文と FACP の称号は、米国において米国人と対等の土俵で評価を受けることができると思います。

最後に述べさせていただきたいのは、ACP 日本支部を介しての人のつながりです。今回のボストンでの日本支部レセプション・懇親会をきっかけに、長年尊敬申し上げていた黒川清先生、小林祥泰先生と直接お話する機会をいただき、上野文昭先生、福原俊一先生、武田裕子先生、前田賢司先生、白杉由香理先生、安藤聡一郎先生、平和伸仁先生、柳川健先生、山本典子先生、大成功一先生、小原まみ子先生、湯地晃一郎先生ともお知り合いになるご縁をいただきました。肩書きを感じさせないフラットな雰囲気は ACP 日本支部の特長の一つと言ってもよいのではと思います。そのような雰囲気の中、若輩者の私であるのにもかかわらず、今回大変素晴らしい先生方と交流させていただいたことで、医学・医療の分野で貢献していきたいという思いを一層強くすることができました。末筆になりましたが、FACP 昇格に際してご推薦を賜りました草深裕光先生、伊奈研次先生にも、この場をお借りして深く感謝申し上げます。



IM2015 日本支部懇親会の様子（白杉由香理先生よりご提供）

坂野 晴彦（ばんのはるひこ）

1997 年名古屋大学医学部卒業、名古屋第二赤十字病院にて内科・神経内科研修後、総合内科専門医を取得。名古屋大学神経内科にて遺伝性の神経筋疾患である球脊髄性筋萎縮症に対する第Ⅱ相試験、第Ⅲ相試験（医師主導治験）に従事。希少神経難病に対するアカデミア発の国際共同臨床試験を目指して、2013 年から米国マサチューセッツ総合病院にて臨床を行いながら臨床研究・臨床試験について学んでいる。名古屋大学特任講師、Harvard Medical School Visiting Assistant Professor。



武井康悦  
東京医科大学循環器内科学分野



American College of Physicians: ACP の 2015 年総会は 4 月 30 日から 5 月 2 日までボストンにて開催されました。ACP は 1915 年に発足して今年で 100 年ということで、記念セッションが開催、これまでの歴史が上映され、年表が記載された大きな看板がメインロビーに設置されるなど、歴史的なイベントが数多くみられました。ACP 発足には内科学の父と称される William Osler 先生の貢献がとても大きいことがわかります。Osler 先生は現在あるレジデント、フェローシップ制を確立し、アメリカ式の卒後教育の基礎を築いた先生でも有名です。ACP はもともと卒後教育に力を入れており、今回の ACP もプレセッションで若手の教育セミナーが数多く行われていました。特にエコーを用いた静脈路確保や穿刺法、ハーベイ人形を用いた聴診セミナー、MD プレーヤーを用いた聴診体験など、かなりプラクティカルなセミナーも多く行われていました。ACP は general internist 向けの学会ですが、最新の AHA/ACC ガイドラインや NOAC の使い方、拮抗薬の開発など循環器専門医が聞いても面白い内容も含まれていました。

私は 2004 年に内科専門医を取得しその後に ACP メンバーとなりました。ACP 日本支部は毎年総会に多くのセミナーを開催しており、ケーススタディーや米国式卒後研修制度に関するシンポジウムや実際にレジデントフェローシップ制をとっている臨床病院（亀田総合病院、聖路加国際病院など）からの先生の講演など大変勉強になるものでした。特に亀田総合病院の兼任講師の Gremillion 先生によるケーススタディーは本当に勉強になりました。Cardiologist の前に Internist としての知識もしっかりと整理しておくことは大変重要といつも思っています。

今回私は Fellow of ACP (FACP) convocation ceremony の invitation を受けており、その出席も兼ねて学会総会に参加いたしました。FACP になるためには論文活動、内科専門医継続、sub specialty 資格（循環器専門医など）等がありますが、ボランティア活動（ACP 委員会活動または地域の教育活動など）が重要視されていることは医師としての社会貢献という観点から、とても大切なことであり、日本の学会における専門医制度にはないものです。Convocation ceremony は非常に格式高く、新しい FACP



はレガリア、ガウン、タッセル付ハットを着用して式に参加します。そして ACP president より支部名が呼ばれ、最後に ACP pledge を皆で読み上げ正式な fellow となります。この ceremony を通じて FACP がたゆまぬ努力により得られる高い資格であることと同時に常に患者の幸福ために医学を学ばなければならないという重い責務があることを改めて認識しました。私は今回 chapter centennial legacy award を表彰されました黒川清先生、小林祥泰先生や上野文昭先生とともに ceremony に参加することができました。翌日の Japan chapter の reception では非常に多くの ACP 本部の著名な先生方とお話することができました。非常に高名な先生であるにもかかわらず、とても friendly であることに驚きました。Reception の後は我々 new fellow は黒川先生、小林先生、上野先生をはじめ Japan chapter の先生方と食事をし、親睦を深めることができました。とても充実した、印象深い ACP 総会となりました。若手の先生方にはどうか ACP に入会し、本当に質の高い情報を得、議論を重ねるとともに、高いモチベーションを持った先生方との交流を経て、是非 FACP を目指してほしいと思います。必ず今よりも視野の広いバランス感覚のある医師になれるものと信じています。





今年は ACP 創立 100 周年の記念の年でしたので、フィラデルフィアと並んで由緒ある歴史の町ボストンで IM2015 に参加できたことには感慨深いものがありました。

今回も私が個人的に受講したセッションの簡単なまとめをご紹介します。紙面の上でセッションの内容に興味を覚えられた方には是非将来ご自身も参加されることをお勧めします。

4月30日(木)

### ●The Expanding World of Fatty Liver Disease

(COL Stephen A. Harrison, FACP 先生)

アメリカの人口の40%が NAFLD (9700万人)、そのうち25%が NASH (2400万人) だそうです。NASH になると NASH 肝硬変、さらに肝臓がん (または非代償性肝硬変) へと進展するので線維化の程度を判定するのが重要なポイントになりますが、最近 FibroScan® という硬度を判定する器具 (超音波を使って硬度を測ることが出来るもの) が出来ていて、これらを使うことを勧められました。

### ●Hepatitis C: New Patients, New Treatments

(Raymond T. Chung, MD 先生)

C型肝炎ウイルスに対する Direct acting antivirals (DAA) の働きについての話から始まり、ジェノタイプ別の投薬効果を説明してくださいました。ジェノタイプ1にはPEG INF+リバビリンに新しい DAA を加えたプロトコール (シメプレヴィルを加えたもの、日本でも今年発売になり話題になったソフォスブヴィルを加えたもの) や INF フリーのシメプレヴィル+ソフォスブヴィル (±リバビリン)、日本でも8月に合剤の形で発売予定のソフォスブヴィル+レディパスヴィル (±リバビリン)、その他パリタプレヴィルやオムビタスヴィル、リトナヴィル、ダサブヴィルなどを幾つか組み合わせたプロトコールが紹介されました。(前3者の合剤は日本でも承認申請済み) ジェノタイプ2やジェノタイプ3に対してはソフォスブヴィル+リバビリン (米国では2013年12月に認可)、それにPEG INF を加えた組み合わせや、ソフォスブヴィルに他の DAA を加えたプロトコールが紹介されました。また、脂肪肝のセッションでも紹介されていた FibroScan® も勧められました。

### ●Opening ceremony

9時半から一時間行われた開会式では上院議員の Thomas A. Daschle 先生の基調講演が行われました。

### ●Lung Cancer Screening

(Gregory C. Kane, FACP 先生、Patrick Nana-Sinkam, MD 先生、Rita F. Redberg, FACC, FAHA 先生)

肺がんの疫学から話が始まり、まず NLST (低容量 CT 検診と胸部 X 線検診を比較した臨床試験) の結果を示さ



れました。(CT 検診ではX線写真検診より 3 倍以上陽性者が多く、しかも早期のがんが多く見つかった。死亡率も減らせる。しかし肺がんの予防にはならない。)

また、CT 検診は「肺がんのリスクが高い人には良いかもしれないが検診の害や検診結果の一般化についてはまだはっきりしない部分がある」として、USPSTF (国立の予防医学の研究所) の「30pack-year 以上の喫煙者で 55 歳から 80 歳までの個人」が対象として好ましいとする勧告、CT 検診には放射線被曝、過剰診断、高率の疑陽性などの問題点があることなどを示されました。

続いて CT 検診賛成派の先生と反対派の先生がそれぞれ資料を示して講義してくださいましたが、賛成派の先生でもよく相談して決めること (shared decision making) を勧めていたのが印象的でした。

## ●Update in General Internal Medicine

(Stephanie Ann Call, MSPH, FACP 先生)

心房細動 (Afib) と NOAC の話題から始まりました。症例を提示し、ダビガトランとワーファリンの費用対効果の比較 (前者で虚血性脳卒中は減るが頭蓋外出血が多くなる、費用対効果は前者の方が良い)、さらに静脈血栓に対して投与された抗凝固剤をいつ止められるかの判断に d-dimer が役立つという話題、睡眠時無呼吸症候群のガイドラインの話題が提供されました。続いて予防接種の改定内容、肺がん検診 (USPSTF の勧奨ステートメント)、急性気管支炎に抗生物質は有効か (咳に関しては多少理があるが、抗生物質の副作用の方が問題)、高血圧検診について・・・と様々な話題が提供されました。

## ●Atrial Fibrillation 2015

(Peter Zimetbaum, MD 先生)

まず Afib の患者さんが見えたら何をすべきか (TSH, 心エコーをオーダー、脳梗塞のリスク評価) という話から始まり、レート・コントロールかリズム・コントロールか (AFFIRM 試験) という話題になり、レート・コントロールの場合厳密に抑えるべきかどうか (RACE2 研究)、AVJ アブレーションや各種の抗不整脈薬について (lone Afib の初期投薬としてはフレカイニド、プロパフェノン、ドロネダロンが良い)、外科的アプローチ等について話されました。次いで、脳血栓予防 (ワーファリンや NOAC について) と話が進みました。

5 月 1 日 (金)

## ●The Year's Most Compelling Papers

(Alan W. Dow, MSHA, FACP 先生)

一年の間に出された説得力のある興味深い論文の講義です。C 型肝炎の有病率を減らすのに有用なことは? (正解は C 型肝炎を扱う医療者を増やすこと) という問いから始まって「C 型肝炎は 20 年で稀な疾患になる」(そうするためには医療のキャパシティを増やすことと一度大がかりな肝炎検診が必要) と最近の C 型肝炎治療の進化に関連したお話が紹介されました。続いて、高齢者のインフルエンザ予防には「High-dose」のワクチンが良いというお話や、高血圧症には自己管理が有用というお話、禁煙などの行動変容には配偶者の影響が大きいという話題、TIA でアスピリン処方後になすべき事 (Afib を検知するための歩行時心リズムのモニタリング: 皮下に埋め込める心モニター装置 ICM というのがあるそうです)、65 歳 (~74 歳) 女性では CHADS2 と CHA2DS2-VASc との間で差異が生じるというお話 (後者適用で抗血栓剤使用が増える: 多剤内服や肝疾患で出血リスクが高まるので要注意)、発症 6 時間以内の脳梗塞に Alteplase (= t PA) 単独と Alteplase + neurovascular intervention のどちらが良いか (後者の方が機能改善が見込める、ただし死亡率に差はない) というお話など興味深い話題が続きました。

## ●Functional Gastrointestinal Disorders and Food: You Are What You Eat

(Brian E. Lacey, MD, PhD 先生)

You are what you eat とは「食べるものにより体の状態が決まる」という意味の諺で、ミッシェル・オバマ大統領夫人がよく口にする言葉だそうです。「食べものがあなたの人となりを表す」という別の意味もあるようです。) 機能性胃腸疾患 (FGID) の中で最もポピュラーなのが IBS で罹患率は全米の 12% という数字から話が始まり、食物アレルギーは患者が思うほど (胃腸科患者の 30~50% が食物アレルギーと思っている) は多くない (実は 1~3% という稀なもの) というお話や食物不耐症も稀 (1~3%) という興味深いデータを示して下さいました。続いて IBS の病理についてお話になり、管腔の拡張とその原因 (固形物: 食物繊維も含めて、液体: 吸収、分泌、浸透圧も関連、ガス: 細菌による発酵、ガスの移動障害)、IBS と食物の関連 (ラクトース、フルクトース、食物繊維等々) について話されました。途中でグルテンについても時間をとってお話になりました (日本では稀ですが欧米では Celiac disease が比較的多いとされているからだと思います)。しかしアメリカでは IBS の中の Celiac disease は 0.4~1% と決して多くないそうです。一方、ラクトース不耐症は米国人の 30-35% (世界全体では 70%)、フルクトース不耐症も IBS 患者の 40% もおり、食事の摂り方の指導が大事なのだと実感させられました。低繊維食・低炭水化物食・低フルクトース食・低グルテン食・IgG 抗体産生物除去食・低 FODMAP (Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides And Polyols) 食、などについて説明されましたが、あらためて日本の米食の良さを見直しました。

## ●Thieves' Market – Fascinating Cases

(David R. Scrase, FACP 先生)

珍しい疾患の所見を少しずつ提示して病名を当てるクイズ形式のユーモラスな人気セッション「泥棒市場」、今回も満員の盛況でした。一例目は Cysticercosis (囊虫症) の例でしたが Sister psychosis と似てるけど違うんだよというジョークも出ました。2 例目は Gut fermentation syndrome ~ Saccharomyces cerevisiae (出芽酵母) の感染症という珍しい例、3 例目は Amnesic shellfish poisoning (健忘性貝中毒) というもので貝に含まれる domoic acid によって下痢と記憶障害が起きるというものでした。このような稀な疾患でもちゃんと答えを当てる人が会場内にいるということはアメリカの内科医の知識の豊富さを示すものだと思います。

## ●Clinical Pearls: General Internal Medicine and Infectious Diseases

(Scott C. Litin, MACP 先生、John B. Bundrick, FACP 先生、Mary Jo Kasten, FACP, FIDSA 先生)

このセッションも症例提示し症例に関する設問に対する答えを 5 つ提示された項目から選びキーパッドで答える形式の人気セッションです。一例目は 2 年前に巨大裂孔ヘルニアを指摘されている老婦人 (結腸鏡は異常なし) の鉄欠乏性貧血進行例でどう対処すれば良いかという問いですが答えは「食道・胃・十二指腸内視鏡検査 (EGD) を再検査」でした。これは「Cameron's lesions」という巨大裂孔ヘルニアのくびれ部にできる線状のびらんを想定しての設問だったようです。2 例目は 10 代から続く足のふくらみを訴える 30 代女性の例で「lipedema (脂肪性浮腫)」(さらなる検査は不要)、3 例目は大量の血尿を生じた前立腺肥大の 70 代男性の例でこのような例では finasteride が 80% に効果があるということでした。

4 例目は高血圧症に軽度の CKD 合併例で治療中の 60 代男性の心血管系リスクを減らすにはどうするのが良いかという設問で、答えは複数の降圧剤のうち最低一個を就寝前服用にするのが良いというものでした。5 例目は慢性咳症候群の例で (慢性咳は上気道咳症候群(UACS)、GERD、喘息~非喘息性好酸球増多性気管支炎(NAEB) が原因の 90% を占めますが) 呼気の一酸化窒素 (NO) 測定がステロイド吸入が効果的かどうかを見るのに役立つというお話でした。すべてはご紹介出来ませんが、実臨床に役立つまさに「パール」のようなセッションでした。

## ●Update in Cardiology

(Peter Zimetbaum, MD 先生)

最初は弁膜症の話題で大動脈弁疾患に対する経カテーテル弁置換術 (TAVR) の話題でした。米国では Edwards Sapien (バルーン拡張型) と Medtronic CoreValve (自己拡張型) の2種の人工弁が認可 (それぞれ 2012 年、2014 年認可) されていてハイリスク者に使われているようです。低容量アスピリンと冠動脈疾患の話題では TIA や MI がやや減ったものの頭蓋内出血が多かったという日本の臨床試験が紹介されました。米国で現在進行中のトライアルの紹介の後、アスピリンは複数の危険因子のある人の一次予防に適応とされているが、10年間で10~19%の中等度リスク群に使用というのは疑問が残る、低リスクでは適応はないとされていました。次いで薬剤溶出ステント (DES) への2種の抗血小板剤療法(DAPT)について2014年に行われたスタディを紹介され、DAPTは30か月までは出血リスクを勘案しても利益があり、出血リスクが多くなければ継続して良いこと、DAPTを中断する場合6か月で中断するのは安全 (出血リスクのため必要があれば3か月でもおそらく安全) と話されました。次の話題は新しい抗コレステロール剤の Evolocumab の紹介でした。LDL 受容体に関連する PCSK9 というプロテアーゼを阻害するモノクローナル抗体で、スタチンで目標値まで下がらない場合に考慮ということでした。心膜炎にコルヒチンという話題も新鮮でした。コルヒチンは心膜炎の再発にも効果があるようです。次に心不全の話題で、心不全の死亡率は ACE 阻害剤、ARB、β遮断薬、アルドステロン阻害剤で下がってきたが LCZ696 (アンギオテンシン-Nepirylisin 阻害剤) でさらに 32%の死亡率低下が見込めるということでした。最後は心房細動の話題で2014年のAHA/ACC/HRSのガイドライン (CHADS から CHADS VASC へ、血栓予防としてのアスピリンは以前のように勧められない、NOAC はいずれも同等) のお話でした。[脳卒中や TIA の既往があるか CHA2DS2 VASc で2点以上の非弁膜性 Af には NOAC、CHA2DS2 VASc で0点なら抗血栓療法省略、スコアが1点なら抗血栓療法省略か或は抗血栓療法またはアスピリンを考慮。]

## ●Vector-Borne Infections: Not Just For Travelers

(Stephen J. Gluckman, FACP, FIDSA)

感染症を媒介する生物とその感染症のお話です。アメリカで問題になる媒介生物はダニ tick (マダニ類 - バベシア症、ライム病、アナプラズマ病、野兔病、ポワッサン脳炎。犬ダニ類 - ロッキー山紅斑熱、野兔病、コロラド・ダニ熱。一つ星ダニ - エーリキア症、STARI。ヒメダニ類 - ダニ媒介回帰熱)、蚊 (ウエスト・ナイル熱、チクングニア熱、マラリア)、体シラミ (バルトネラ・クインタナによる塹壕熱)、小さなダニ mite (リケッチア症)、それに蚤 (ペスト) などですが、これらについて詳細なお話をしてくださいました。

5月2日 (土)

## ●Implementing New CKD Guidelines into Practice

(Lesley A. Inker, MS 先生)

CKD の成り立ちのお話や批判も取り上げておられました。批判としては過剰診断 (初期 CKD の罹患率が高すぎる、初期のステージは「病気」ではなく危険因子や病前と捉えるべき) 等々があるようです。GFR のカテゴリー分けは私たちが通常使っているものと基本的には同じ (G1 から G5 まで) ですがステージ3に当たる G3 を二つに分けて eGFR 45-59 を G3 (軽度~中等度低下)、30-44 を G3b (中等度~重度低下) としているようです。この後実際の症例の例を挙げて説明してくださいました。

## ●Clinical Triad: Anticoagulants Update – What the Internist Needs to Know

(Marc J. Kahn MBA, FACP 先生、Victor A. Ferrari 先生、Alice D. Ma MD 先生、Marc S. Zumberg FACP 先生)

抗凝固剤にスポットを当てたセッションです。まず症例を提示し、抗凝固剤の選択について話されました：一例



目の弁膜障害のある心房細動例ではワーファリンを継続した方が良い (NOAC は非弁膜性心房細動に適応)、2 例目の CKD のある心房細動例ではアピキサバン (腎排泄が少ない) 選択がベスト、3 例目の腎移植の既往歴のある深部静脈血栓症には Lovenox (ヘパリン製剤エノキサパリン) でワーファリンに置換というのが正答となっていました。続いて、各 NOAC の特性の違いや薬物相互作用 (CYP3A4 とはダビガトランは相互作用なし)、心房細動時の NOAC の作用 (ワーファリンに比べて脳卒中は 19%低下、致死率も 10%低下、頭蓋内出血も 52%低下、ただし消化管出血は 25%増加)、等々のお話がありました。心房細動の CHA2DS2VAc 適応の説明や NOAC による出血に対する対処: [ダビガトランによる出血例では 4-factor pcc (pcc=prothrombin complex concentrate 商品名: Kcentra®) が有効、またダビガトランの中和薬ヒトモノクローナル抗体フラグメントの Idarucizumab も第 III 相試験中]についてもお話がありました。Xa 因子阻害剤 (一般名にキサバンの xa がつくもの) には Andexanet が治験中のようです。

## ●Clostridium difficile: From the Simple to the Complicated

(Colleen R. Kelly, FACP 先生)

ここ数年アメリカでは院内感染として C.difficile 感染が大きな問題になっていますが、日本で同様の問題になっていないのが不思議で、毎年この関連セッションに足を運んでしまいます。アメリカでは C. difficile 感染症は今や医療機関関連の感染症では最多で、年々増加しているようです。年間罹患は 45 万 3 千例、死亡は 29,300 名にもものぼります。65 歳以上の白人女性に多いという統計があります。危険因子として挙げられるものは: 年齢 (65 歳以上)、抗生物質暴露、入院、免疫不全、炎症性腸疾患、PPI 使用とされています。診断に関して感度・特異度共に高いのは培養と PCR 法で、EIA 法は感度が低いそうです。治療としてはまずは使用中の抗生物質を中止すること、メトロニダゾールや (メトロニダゾール無効例や妊娠中なら) バンコマイシン投与、抗蠕動薬を避けることなどが重要です。重篤な場合 (白血球数>15,000、クレアチニン>1.5、低アルブミン血症、腹部圧痛) には経腸栄養を継続しながらバンコマイシン投与、複雑感染 (ICU 入院、低血圧~ショック、発熱華氏 101 度=摂氏 38.3 度以上の発熱、イレウス、精神状態の変調、白血球数>35,000 または<2,000、...) では CT でメガコロムや腸管穿孔の有無をチェックしてバンコマイシン (高容量) やメトロニダゾールの経静脈投与、イレウスがあればバンコマイシン直腸投与が勧められているそうです。最終手段として外科的処置 (大腸全摘) が考慮されますが周術期 30 日間の死亡率は 30-80%と高いようです。その他の治療として Fidaxomicin の投与やプロバイオティクス (乳酸菌やビフィズス菌) の投与などがあり、さらに近年正常な人からの糞便移植が話題になることも多いですが、具体的な方法についても詳述されました。

## ●Update in Infectious Diseases

(John G. Bartlett, MACP 先生)

前のセッションと一部話題が重なりますが、最初は耐性の話題で、目下耐性が喫緊の問題となっているのは C.difficile 感染症、カルバペネム耐性 GNB、淋菌の 3 つだそうです。中でもカルバペネム耐性腸内細菌 (CRE) は ERCP の十二指腸鏡が流行の元になったことがあるそうで内視鏡の殺菌など幅広い注意が必要なようです。また抗生物質の適正使用 (風邪やウイルス性気管支炎に抗生物質は使わないなど) が必要です。痰の色が変わっても抗生物質を出す必要はない (抗生物質を出しても出さなくても効果に大きな差異はない) という臨床試験のことも紹介されていました。一方新たな抗生物質の開発も必要ですが、抗生物質の開発は近年落ち込んできています。最近 FDA が皮膚軟部組織感染症 (SSTI) に承認した抗生剤は 3 つありますが (Tedizolid=Sivextro®, albavancin=Dalvance®, Oritavancin=Orbactiv®)、いずれも多少コストもかさむようです。この後 MRSA、MSSA、VRSA、C. difficile の話題や抗生物質の話が続きました。

## ●Update in Pulmonary Medicine

(Jess Mandel FACP 先生)

特発性肺線維症の新しい治療薬：Acetylcysteine、Pirfenidone、Nintedanib についてのお話がありました（後者 2 者は特発性肺線維症初期から使う必要がある）。ステロイドや免疫抑制剤は避けること、肺移植についての早期の紹介も継続のこと、という事でした。次の話題は好酸球増多性気管支喘息に IL-5 に対するモノクローナル抗体、Mepolizumab のお話でした。高価な薬剤なので症例をよく選ぶ必要があるとのことでした。3 つ目の話題は COPD についてでした。喘息と違って COPD では従来からの薬が継続されることが多く、多剤が使われていることが多いが、ステロイド吸入薬は中止しても悪化しない例が多いという事です。また COPD 悪化予防にアジスロマイシンの抗炎症作用が役立つというお話もありました。（現在も臨床試験進行中。）次の話題は CT による肺がん検診についてでした。概ね cost-effective だが対象を絞って少数の人だけの検診とするか、幅広く受けて頂く検診にするかで変わってくるので、今後検討が必要とのことでした。

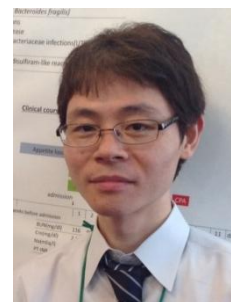
## ●Internal Medicine Meeting 2015 Highlights and Doctor's Dilemma: The Finals

IM2015 の最後は恒例の「ハイライト」（主要なセッションのまとめ）とそれに続く研修医対抗の医学クイズ合戦「ドクターのジレンマ」の最終戦で幕を閉じました。なお、この「ジレンマ」は日本支部でも導入の予定で、今年の日本支部総会でもパイロット版が紹介されました。将来、日本の研修医のグループがアメリカの研修医のグループに挑む姿が見られるかもしれません。



（全米でも一番古いレストランで、ジョン F ケネディが通ったところだそうです。席も 18 番と決まっていたそうです。ロブスターはボストン名物です。）

福岡徳洲会病院内科  
児玉亘弘



「セフメタゾールは時にプロトロンビン時間延長をきたす為注意が必要です。」

これは約 10 年前に当院の当時の内科教育責任者がベッドサイドでの回診で教えていたものです。ポスターで示した機序についても当時の指導医はベッドサイドで教えてくれました。この回診から私はセフメタゾールを投与する場合はワルファリン投与の有無に関係なく PT に注意するという診療スタイルを確立しました。しかし自分で深く追及する事はなくセフメタゾールによるプロトロンビン時間延長は耳学問レベルの薄っぺらな知識にすぎませんでした。

月日は流れ自分が内科教育担当として回診を行う立場になりセフメタゾールを使用しているケースを診る都度副作用に注意するように指導していましたがレジデントにこの副作用によると思われる死亡例を経験させてしまいました。私にとって耳学問レベルの知識でしかなかった為レジデントや研修医の心に完全に届いていなかったように感じました。また、使用頻度が高く気軽に使用している感のあるセフメタゾールという抗菌薬の副作用は人知れず発症し、そのほとんどは自然に改善し、たとえ有害事象を起こしても認識されるのは極一部ではないかという仮説が生まれました。この副作用を血肉レベルの知識とし自信をもって発信しようと思ったのが今回の発表の動機でした。

発表にあたり文献検索を行いセフメタゾールによるプロトロンビン時間延長について調べましたがその作業は当時の指導医の軌跡を辿るような作業で感慨深くなりました。まだまだ彼には及びませんが研修医時代に彼のような指導医に教えを乞うことができたのは大変ラッキーだったと考えています。

ポスター会場では多くの先生に声をかけていただきましたが、10 年前の私のように皆さんの診療を変えるきっかけとなり、この副作用で苦しむ患者さんが 1 人でも減る事に繋がればこれほど嬉しい事はありません。

「学会に参加する目的はそこでの学びを得る事ではなく学びのきっかけを得る事にある」という意見を聞いた事があります。4 月末日に Best Poster Award 受賞の連絡を頂いてから、発表の準備をし、発表し終わるまでに様々な気づきがありました。中でも日々の時間の使い方の悪さ、英語でコミュニケーションをする事や論文を書く事を避けてきた事を再認識できたのが最大の収穫でした。当日は緊張や不安が大きく学問を楽しむという学会参加の目的の 1 つを十分に果たせなかったのも課題の 1 つです。

これら様々な気づきこそがベストアブストラクト賞以上に価値のあるものであり、今後少しずつ確実にクリアしていきたいと思いません。ありがとうございました。



回診風景



# Cefmetazole induced hypoprothrombinemia



○ Nobuhiro Kodama, Shuichi Matsumoto, Sunao Matsubayashi

Department of general internal medicine, Fukuoka Tokushukai Medical Center

## Introduction

Cefmetazole: Cephalosporin group	
Spectrum	aerobic gram-negative rod (e.g. <i>E. coli</i> ) anaerobic bacteria (e.g. <i>Bacteroides fragilis</i> )
Indication	intra-abdominal infections pelvic inflammatory disease ESBL-producing Enterobacteriaceae infections (UTIs) surgical prophylaxis
Adverse reaction	Hypoprothrombinemia, disulfiram-like reactions

## Case presentation

**chief complaint:** fever, unconsciousness

**History of present illness:**

A total dependency 93-year-old woman who living in nursing home were transported to our hospital because of a 2 weeks history of appetite loss and one day history of fever and unconsciousness. She was received ceftriaxone 1g IV before transport.

**Past medical history:** tuberculosis, hypertension, dementia

**Medication:** benidipine, sulpiride, azosemide, trihexyphenidyl hydrochloride, memantine, eticoxin, Yokulansan

**Physical examination:**

BP 137/70mmHg, pulse 106/min regular, respiratory rate 28/min, temperature 37.6°C, consciousness JCS 10, CVA knocking pain negative

**Laboratory test**

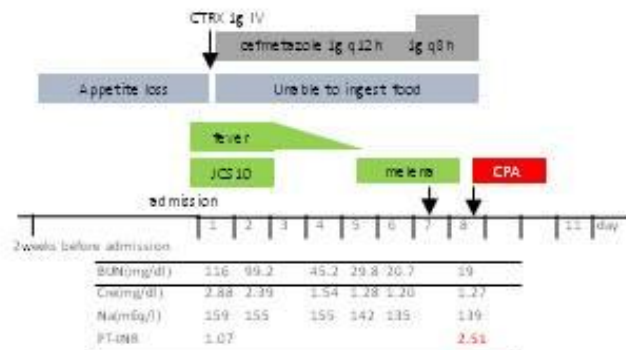
WBC 10570/ $\mu$ l, Hb 11.6g/dl, Plt 208 $\times$ 10<sup>3</sup>/ $\mu$ l, BUN 116.4mg/dl, Cre

2.88mg/dl, Na 159mEq/L, K 3.3mEq/L, Cl 114mEq/L, glu 188mg/dl

PT-INR 1.07, APTT 25.7sec

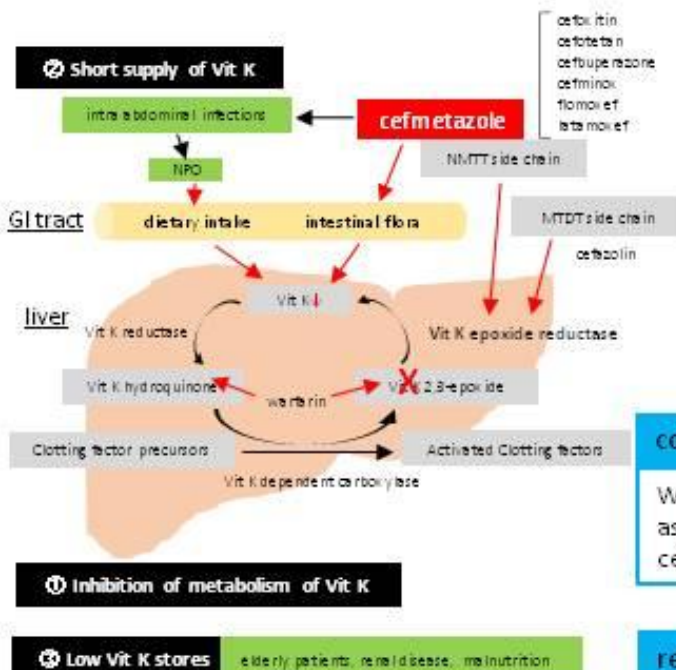
Urinalysis: WBC>100/HPF, Gram stain: gram negative rod

## Clinical course



## Discussion

### 1. Antibiotics (cefmetazole) induced hypoprothrombinemia: Mechanism



### 2. Cefmetazole induced hypoprothrombinemia: Case series

Ref. year	Coun. age	sex	Underlying disease	Duration Antibiotics (days)	Food intake (days)	PT (sec.) (control PT)	Bleeding	
1	1989 USA	57	M	Appendectomy	4	8	17(11)	+
2	1984 USA	63	M	Amputation, ESRD	6	NA	91.2(11.5)	-
3	1984 JPN	86	F	Pneumonia	5	11	45(NA)	+
		70	F	Sepsis	15	27	22.9(N/A)	+
		81	F	UTI	20	9	36.9(N/A)	+
4	2012 JPN	58	M	Sigmoidectomy	2	10	42%	+
5	1984 JPN	71	F	Uremia	4	NA	NA	+
		72	F	Uremia	10	NA	NA	+
				average	8.3			

NA: Not available

The average time from initiation of antibiotic therapy to diagnosis of hypoprothrombinemia (n=17) 5.7days (range, 2-15days) [8]  
Vitamin K should be given 5-10mg one to three times weekly [7]

## conclusion

We should monitor PT-INR or give 5-10mg of vitamin K as prophylaxis every a few days when we use cefmetazole in elderly patients.

## reference

1. Antimicrob. Chemother., 1989 Apr;23: Suppl D:67-74.
2. Antimicrob. Chemother., 1986 Sep;14(Suppl 8):325-30.
3. Antimicrob. Chemother., 1986 Sep;14(Suppl 8):325-30.
4. JAP. 2012;13(4):519-522.
5. Toxikol. 1984;17(3):105-171.
6. Antimicrob. Agents Chemother., 1987 Feb;31(2):281-5.
7. Rev Infect Dis., 1988 Nov-Dec;10(6):1109-20.

## 2015 年度 ACP 日本支部 年次総会 Best Abstract Award をいただいて

沖縄県立中部病院 PGY-3 プライマリケアコース  
最勝寺佑介

この度、2015 年度 ACP 日本支部 年次総会 Best Abstract Award をいただくことができ、大変光栄に思います。何度思い返しても非常に刺激的な経験になったことは間違いありません。

2015 年 5 月 3 日最愛の祖母が亡くなりました。その中で発表準備を進めていくことは想像以上の困難がありました。しかし、祖母がいつも「佑介はばあちゃんの誇りだからね。」と言ってくれていたのを思い出し、祖母に恥ずかしくない発表をしようと準備に励みました。今となってはこの賞も祖母がくれた最後の贈り物だったのかもしれない。(写真は左から兄、父、祖母、筆者)



今回の年次総会への演題登録は指導医の先生に指南されたものであり、最初は興味本位でした。私は英語を大の苦手とし、英語の文献を読むことすら敬遠していたのが事実です。しかし、準備をするに当たり数多くの英語文献に触れ、興味深い知識がいかに散りばめているのか改めて実感することができました。そして何と云っても年次総会に参加されている方々の医学・教育に対する意識の高さに大きな刺激をもらいました。今回の Best Abstract Award に選出されたことは今になっても実感はありませんが、日々忙しい業務の中、親身に内容構成を考え指導していただいた指導医を始め、日々の研修を共に支えあった同期の仲間には感謝の念が絶えません。

(写真は研修医同期の仲間達)

私は今回の年次総会で症例報告をさせていただきましたが、そのきっかけになったのは内科外来研修中の 1 例でした。日常診療でよく遭遇する上気道症状にて来院された方でしたが、胸部レントゲン写真をきっかけに指導医の先生からさらなる精査を勧められたのがきっかけでした。研修を開始してから 2 年以上が経過しましたが、これまで様々な貴重な症例を報告させていただきました。いずれも指導医の先生方のアドバイスなしには見逃していたものばかりです。一つ一つの症例に常に真摯に向き合い、常に疑問を抱き解決する姿勢を目の当たりにしてきました。すでに後輩に指導をする立場になり、私自身もその姿勢を常に持ち後輩に教えていかなければならないと改めて感じさせられました。

今回の総会では教育に対し強い情熱を持っていらっしゃる方を何人もお目につきました。各セッションも工夫を凝らしたもののばかりであり、非常に興味深いものばかりでした。このような素晴らしい学会が行われていることを是非とも早い時期から知っておきたかったというのが本心です。今になっても正直なところ英語は苦手意識ばかりですが、日々新しい知識を update していきたいと思います。

英語に苦手意識をもつ方はたくさんいらっしゃると思います。しかし、最新の知識は日々 publish される文献から得られるものであると思います。目の前で悩み苦しむ患者様に対し最も良い治療を提供するためにも、英語を一種のツールとして活用していくことは医師の義務であるかもしれません。私も日々の診療を行う傍、英語の精進に努めていこうと改めて感じさせられました。英語に苦手意識をもつ多くの方にもこのような素晴らしい学会があることを知ってもらい、積極的に参加していただければと思います。

最後になりましたが、今回の貴重な経験を与えてくださいました ACP japan の役員の皆様、時間を惜しむことなく指導をいただきました金城紀与史先生、山城信先生、様々な形で協力・応援していただいた研修医同期の皆様、連絡の少ない息子をいつも応援してくれている家族、そして天国で見守ってくれている祖母に心より感謝します。



# Migratory pulmonary cavities caused by recurrent lung infarction due to Takayasu's arteritis.

○Yusuke Saishoji MD, Shin Yamashiro MD, Kiyoshi Kinjo MD  
Okinawa Chubu Hospital



## Introduction

Takayasu's arteritis (TA) is a chronic systemic inflammatory disease that mainly affects medium to large size arteries such as aorta and its major branches. It may sometime involve pulmonary arteries.

Nakamura T. Intern Med. 2006;45(11):725-8. Epub 2009 Jul 3.

## Case

A 30-year-old woman

[Chief complaint]  
cough and fever

[History present illness]

One month prior to admission, continuous dry cough began. 10 days before, she spiked temperature up to 39°C. She was given oral antibiotics but cough became so severe that she vomited. She lost 7 kg during 6 months. She had noted dyspnea on exertion as well. No chest pain or edema.

[Past medical history]

#1. Pulmonary embolism (PE)

3 years ago, she presented with severe cough and hemoptysis. CT scan showed left lower lobe PE; transbronchial biopsy of the area was consistent with PE. She had no PE risks at the time and all coagulopathy workup was negative. She took warfarin for 6 months.



#2. Lung abscess

One year ago, her annual health check chest X ray was abnormal. 22 mm cavity nodule was present in the left lower lobe. Transbronchial biopsy showed inflammation. Culture showed scant growth of Actinomyces. Clindamycin was given for 6 weeks and cavity improved.



2 months later, a new mass appeared in the right upper lobe. Repeat tests were non diagnostic but the mass disappeared spontaneously 3 months later.



[medications]

Codeine, Salbutamol, Acetaminophen  
Allergy None

[social history]

Alcohol: social drinker  
Tobacco: 1/4 pack/day (20-22y.o.)

[family history]

emphysema (grandmother)  
lung cancer, asthma (grandfather)

## Physical examination

[Vital signs]

Blood pressure 117/98 mmHg, Heart rate 77/min, Respiratory rate 18/min, Temperature 36.2°C, SpO2 94% (ambient air)

[Physical examination]

HEENT: not anemic, not icteric, throat not injected  
no oral ulcers  
Lung: clear bilaterally  
Heart: regular, no murmur  
Abdomen: non tender, normal bowel sound  
Extremity: no edema  
Skin and joint normal  
Neuro: non focal

## Laboratory data

- Electrolytes, renal and liver function tests: normal
- WBC 13.400/ $\mu$ L (Neut 76.6%, Lymph 19%)
- ESR 78mm/hr, CRP 7.90
- Albumin 3.6g/dL
- U/A : normal

## Laboratory data

- ANA, ds DNA antibody, P-ANCA, C-ANCA negative, Sm antibody, SS-A/Ro antibody, SS-B/La antibody, QuantiFERON all negative
- Protein S 123%, Protein C 108%, ATIII 123%, Anticardiolipin antibody and Anticardiolipin  $\beta$  2 GP antibody negative, homocysteine 15.6 (5.1-11.7)
- HIV negative

## Chest Xray/CT on admission

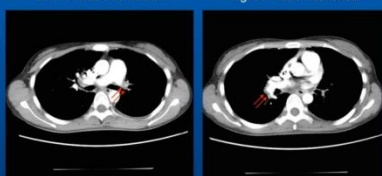
multifocal cavity lesions



## Contrast-enhanced CT on admission

Left PA was not visible.

Right PA was thickened.



## Ventilation/Perfusion scan

no perfusion to the left lung



## Pulmonary Angiogram

total occlusion of left PA



## Discussion

- Thickening of pulmonary arteries with enhancement raised the possibility of vasculitis.
- Literature review suggested that lung infarction can cause cavity nodule and mass.
- Given her young age and large vessel involvement, we suspected Takayasu's arteritis.

Libby LS. MI Medicine (Baltimore). 1985 Sep;64(5):342-8.  
Eva Castañer, MD. The Pulmonary Vasculature 2012, 33,6:267-279

## Conclusion

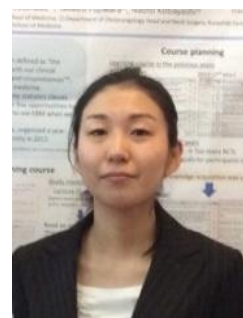
- Takayasu's arteritis may affect pulmonary arteries and present as recurrent lung infarctions.
- Careful review of previous history and imaging studies helped establish the correct diagnosis.

## The Best Abstract Award を頂いて

愛媛大学医学部医学科 5年  
渡部 遥

この度は、ACP 日本支部年次総会 2015 において、学生部門での The Best Abstract Award を頂きまして、ありがとうございました。

私の演題は”A year-round evidence based medicine (EBM) learning course organized by medical students in Ehime University”で、学生主体の EBM 勉強会の学習効果についての発表でした。私たちは、「正しい情報を適切な場所から引き出し、それを批判的に吟味し、臨床応用する」ことを最終目標として勉強会を行っています。具体的には、EBM に必要な統計学などの基礎的な内容の講義と Journal club を併せた内容の勉強会を、共同演者である藤原崇志先生（現在は倉敷中央病院に転勤のため別の医師に依頼）を講師として、月 1~2 回を行っています。学生主体の勉強会には、自分たちのやりたい勉強が自由にできるというメリットがある反面、カリキュラムの設定が行われないことが多く好きなことだけやっている、学習効果が得られているか振り返りが行われることが少ない、といったデメリットもあります。発表演題の研究を開始したのは勉強会が始まって 3 年目で、このまま同じことを繰り返していいのか、どうしたらこれらの課題を解決できるか、という壁にぶつかっていたのが研究に取り組んだきっかけでした。



ただ、いざ始めてみると、特定の講座に所属せずに行う研究はとても大変で、近くに同じ分野を研究している人が誰もおらず、途中で諦めなくなったことも多々ありました。しかし何とか 1 年間頑張ってみると、勉強会でカリキュラムを立てることの重要性や、参加者が学習する上でつまづくポイントが分かったり、医学教育センターの小林直人先生をはじめとして、様々な先生方に技術的なご指導を頂いたり、多くの収穫がありました。予演会は勉強会のメンバーで行いましたが、彼らは基礎医学の講座に所属して研究を行っているものも多く、適切なアドバイスをくれたり、総会にも一緒に参加して（写真）いろいろなサポートをくれたりと、とても心強かったです。

こうして何とかたどり着いたポスター発表・口演発表当日でしたが、参加者の先生方、座長の黒川先生や Fleming 先生と EBM 教育についてディスカッションすることができたことはとても楽しい体験でした。授賞式の後、同じ会場で行われた Centor 先生の医学教育に関するご講演で、先生が私の発表に触れられた瞬間の感動は今でも忘れられません。今回、私が ACP 日本支部総会に応募したのは、参加する先生方には海外での医学教育に精通しておられる先生も多く、EBM 教育について有益なディスカッションができるのではないかと考えたのがきっかけでしたが、実際に多くの先生方からのコメントを頂くことができ、発表して本当によかったと思いました。今後は、研究で得られた結果や頂いたコメントを基に、より充実した勉強会を企画・運営していきたいと思えます。

今後は臨床実習を経て医師への道を歩みますが、そこでは疑問を解決できなかつたり壁にぶつかったりすることも多いと思えます。今回、私が取り組んだ研究は医学教育という分野でしたが、臨床に出た後も、リサーチマインドを持って、自ら解決できる力を持ちたいと思えます。

今回、ACP 日本支部総会で発表させて頂いて得られた経験はとても貴重なものでした。改めまして、このような場を与えて頂いたことに感謝致します。ありがとうございました。





# P-23 A year-round EBM learning course organized by medical students in Ehime University



Haruka Watanabe<sup>1)</sup>, Takashi Fujiwara<sup>2)</sup>, Naoto Kobayashi<sup>3)</sup>

1) Undergraduate student, Ehime University School of Medicine, 2) Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Kurashiki Central Hospital, 3) Medical Education Center, Ehime University School of Medicine

## Introduction

Evidence based medicine (EBM) has been defined as “the integration of the best research evidence with our clinical expertise and our patient’s unique values and circumstances”\*, and it is one of the essential skill in clinical medicine.

In Japanese medical school, there are some statistics classes during our 6-year curriculum, but there are few opportunities to learn EBM. This situation makes it difficult to use EBM when we become doctors.

Therefore we, medical students ourselves, organized a year-round EBM learning course in Ehime University in 2012.

\*Sharon E. Straus, et al, “Evidence-based medicine. How to practice and teach it.” 4e

## Course planning

### Learning course in the previous years

#### 2012 (1<sup>st</sup> year)

#	Date	Journal	Title	Class
1	2012-10-13	BMJ 2012	Effect of 2D versus 3D ultrasound on predicting gestational age and detecting growth restriction in low-risk women: double-blind randomised controlled trial	RCT
2	2012-10-25	BMJ 2012	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
3	2012-11-18	Lancet 2012	Effect of 2D versus 3D ultrasound on predicting gestational age and detecting growth restriction in low-risk women: double-blind randomised controlled trial	RCT
4	2012-11-19	BMJ 2012	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
5	2012-12-10	BMJ 2012	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
6	2012-12-10	BMJ 2012	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
7	2012-12-10	BMJ 2012	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
8	2012-12-10	BMJ 2012	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
9	2012-12-10	BMJ 2012	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT

#### 2013 (2<sup>nd</sup> year)

#	Date	Journal	Title	Class
1	2013-10-13	BMJ 2013	Effect of 2D versus 3D ultrasound on predicting gestational age and detecting growth restriction in low-risk women: double-blind randomised controlled trial	RCT
2	2013-10-25	BMJ 2013	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
3	2013-11-18	Lancet 2013	Effect of 2D versus 3D ultrasound on predicting gestational age and detecting growth restriction in low-risk women: double-blind randomised controlled trial	RCT
4	2013-11-19	BMJ 2013	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
5	2013-12-10	BMJ 2013	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
6	2013-12-10	BMJ 2013	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
7	2013-12-10	BMJ 2013	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
8	2013-12-10	BMJ 2013	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT
9	2013-12-10	BMJ 2013	Prevalence of urinary tract infections in women: a systematic review and meta-analysis	RCT

CAST study

JKIEI Heart Study

### Problems in the 1<sup>st</sup> & 2<sup>nd</sup> years

- Chose articles randomly. → Too many RCTs
- No clear curriculum or goals for participants to learn in each lecture

Participants’ knowledge acquisition was unclear.

## Scenario-based EBM learning course

Until the class,

Simulated scenario: The story which explain why we read the article

Questions related to the article

Study meeting

Lecture (5—10min.)  
Explain some statistical technical terms related to the article

Read an article (50-80min.)  
•Read critically  
•Discussed whether participants would appraise the article to the simulated situation



- Participants should ...
- Read the simulated scenario
  - Fill this worksheet by reading the article

### 2014 (3<sup>rd</sup> year)

#	Date	Journal	Title	Class	Goals
1	2014-9-9	NEJM 2014	Statistical factors support for myocardial infarction with cardiovascular	RCT	Orientation of the course
2	2014-9-12	NEJM 2014	Primary research effect of enoximone and folic acid on mortality in a randomized trial of antihypertensive treatment after myocardial infarction: The Cardiovascular Systematic Trial (CAST)	RCT	PRCO
3	2014-9-12	BMJ 2014	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
4	2014-9-27	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
5	2014-9-27	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
6	2014-10-1	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
7	2014-10-1	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
8	2014-10-1	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
9	2014-10-1	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
10	2014-10-1	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
11	2014-10-1	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline
12	2014-10-1	BMJ 2014	Prevention of upper respiratory tract infections by prophylactic use of a probiotic: a randomized controlled trial	RCT	Randomization, Withdraw, Blind, Baseline

- Set clear goals
- Showed keywords participants would acquire

## Objectives of our study

- Observe participants’ knowledge acquisition
- Evaluate our EBM course planning to improve the course in 2015

## Method : Rubric type questionnaire

The way we observe participants’ knowledge acquisition

Score: 1-5 (Q23: 1-3)

Q1: motivation  
Q2,3: experience

Q4-23: How participants understand the keywords related to EBM

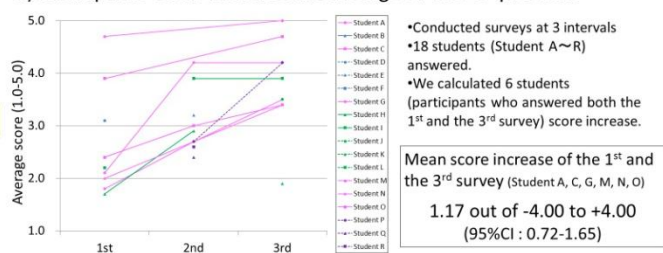
- Made an original questionnaire by using rubric
- The rubric contains 23 questions
  - 1 question (Q1): about participants’ motivation
  - 2 questions (Q2, 3): about participants’ experience
  - 20 questions (Q4-): how deep participants know the keywords related to EBM
- Conducted surveys at 3 intervals
  - Observed knowledge acquisition by calculating rubric scores
  - We used 19 questions to calculate the average score, because Q1-3 are not about knowledge acquisition, and Q23 use different scale.

## Conclusion

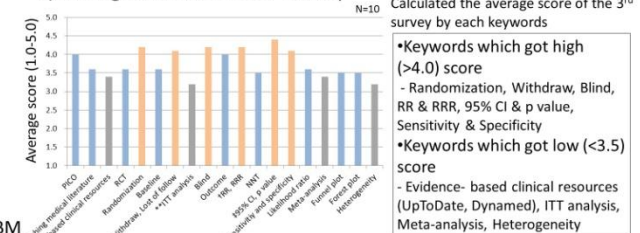
- Our course improved participants’ knowledge acquisition.
- We found that participants understood technical terms related to RCT well, but seemed to have difficulty with terms related to meta analysis.

## Results

1) Participants’ score increase: the average of the 19 questions



2) Average scores of the 3<sup>rd</sup> survey



## Future vision

Since our year round EBM course improved participants’ knowledge acquisition, we would like to continue the course in 2015. In the 2015 course, we will deal with not only RCTs but also meta analysis and other topics and will get a wide knowledge of EBM.

COI disclosure: I have no financial relationship to disclose.

## TEAM 関西の活動紹介

ACP 日本支部 Student Committee 委員長  
伊東 明香根  
(関西医科大学医学部医学科 6年)



TEAM 関西 8代目代表の伊東 明香根です。TEAM 関西とは関西 12大学の学生が集まり、月に一度学生によるプレゼンを通し様々な分野について学ぶ有志の会です。イベント告知についてはFacebookにより行っています。今年度扱ったテーマは糖尿病、薬物動態、臨床推論の方法、医療経済、症例検討、抗菌薬、都会での救急過疎地、ハワイ大学の実習、血液内科が考える抗菌薬の使用方法など多岐にわたるものでした。それぞれのプレゼンの中にはグループで考える時間を用意し、学年・大学を超えて屋根瓦式に指導しています。

参加者は関西だけにとどまらず、鳥取大学、島根大学、香川大学、広島大学、産業医科大学、藤田保健衛生大学など全国から多数参加していただいておりますので、他大学の学生がどのような書籍を読み、どのように実習をし、どのように学んでいるかを知ることができます。海外実習に参加する学生やTEAM 関西以外のイベント・ワークショップの運営をしている学生も多く参加していただいております。TEAM 関西ではそのような学生同士が関西らしく面白さや楽しさを重視して活発な意見交換を行っています。ここでのつながりを通じて先輩、同期、後輩と将来共に働く仲間を作ることができ、モチベーションを高く保つきっかけを持つことができます。そしてTEAM 関西はいつでも新しい参加者を募集しております。是非FacebookからTEAM 関西で検索して下さい。こちらのページでは全国の主要な勉強会のお知らせもしています。



また毎年「宿坊合宿」という1泊2日のイベントを行っています。「宿坊合宿」は医師の先生方をお呼びして合宿形式で行う勉強会で、医師20名、学生100名を対象に行うTEAM 関西オリジナルのイベントです。2015年度は世界遺産・東寺での開催、テーマは「『choosing wisely』を考える」としました。私たちは常々、教科書的な学習から研修医・医師へのステップアップとしてどういったことが最も大切かを考え、医師の医療行為・行動に関する「選択」ひとつひとつに自信を持ち、確固とした根拠を持てるようになりたいと考えております。合宿の準備を進めていく中で「choosing wisely campaign (<http://www.choosingwisely.org/>)」がテーマに沿う考え方だと思い、参考にしました。これは主としてEBMに基づいて過剰検査・過剰診断を減らすような数々の提言を



するものと読み取れますが、同時に、「患者さんにとって『最良の』介入を思考・選択するきっかけとせよ。」とも謳っている点に私たちは注目し、必要性を感じました。そして医療情報が氾濫する現在・未来の医療に対し私たちが身につけるべき態度・方法論を診断から治療・フォローのそれぞれの段階ごとに、みんなで考え、将来の医療に向けて行動し始めるきっかけとなる合宿にしたいと企画いたしました。また choosing wisely という概念を良い意味で懐疑的に捉えることで得られることも少なからずあると考えています。その先にどのような医師になりたいかという自分自身の理想の医師像を見つけていただくのも宿坊合宿のねらいであります。



TEAM 関西は学習だけでなくつながりも重視する関西発の勉強会です。学年・大学を超えた学びをこれからも提供し、受け継いでいきたいと考えております。

TEAM 関西 8代目代表  
関西医科大学 医学部医学科 6年  
伊東 明香根

## 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ゼルス校の教育病院であるオリーブビュー・メディカルセンターです。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/adhocboshu2015\\_1.html](http://www.acpjapan.org/info/adhocboshu2015_1.html)

年間最大 12 名の受け入れが可能です。臨床見学の希望は随時受け付けております。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。当委員会では、希望者が渡航できるように最大限、サポートさせていただきます。

2012-13 年に 5 名、2013-14 年に 5 名、2014-15 年に 2 名の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	Tanaka	Takamasa	田中孝正	Internal Medicine	Hematology/Oncology	June	2014
2014-15							
1	Kuriyama	Akira	栗山明	Internal Medicine	Critical care	November	2014
2	Makiishi	Tetsuya	牧石徹也	Internal Medicine	Nephrology	November	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 Medical Center, University of California Los Angeles, USA

以下で、2014年11月の派遣者である栗山明先生、牧石徹也先生（現在、国際交流プログラム委員会委員としてご活躍中）のお二人の体験記を報告させていただきます。

## Olive View Medical Center 研修を終えて

倉敷中央病院 総合診療科  
栗山 明



米国内科学会カリフォルニア支部および日本支部のご高配を賜り、2014年11月に Olive View UCLA Medical Center (OVMC) で臨床見学させていただきました。ここにご報告申し上げます。

今回の研修を私が希望した動機が二つありました。まず、米国の集中治療がどのようにされているのか知りたかったと思います。日本の集中治療は麻酔科が主導で行うことが多い現状があります。総合診療を背景にする集中治療医として、内科医が中心となって管理する他国の集中治療を知りたいと私は考えました。次に、日本ではまだ発展途上である総合診療を含めた内科全般に関して若手医師に施される教育の方法に興味がありました。以上を踏まえて、集中治療(Critical Care)を二週間、Internal Medicine を一週間余、および数日の Infectious Diseases の見学をさせていただきました。

最初に研修した集中治療室では、主に内科疾患の管理と一部外科疾患の周術期管理がなされました。朝から午後3年目と1年目の医師がチームを組んで患者の診察に当たり、評価と方針を決め、午前中をかけて行われるラウンドで指導医と方針の確認がなされました。ラウンドの途中では足を止めて、指導医が薬剤に関する最新のエビデンスについて言及したり、例えば呼吸生理のように計算式を必要とする理論を説明したりする様子が見られました。2週間で3人の指導医にご指導いただきましたが、指導の中では「最新のエビデンスでは～だが」「テキストには～のように書かれているが」「専門医試験問題を解く際には～と一応回答しなければならないが」という前置きを置いて、実臨床では別の方法を取らざるを得ないという話が時折ありました。理論とエビデンスが前提としてあるものの、米国の集中治療医が悩むところは私が知る臨床と変わらず、試行錯誤が必要に変わりないことを察して安堵しました。同時に、指導医独自の clinical pearl を伝授する様子に親近感を覚え、私も更なる研鑽をつみたいと啓発されました。出納管理に関しては比較的リベラル



であり、昇圧剤2剤を使うまでは動脈ラインを留置しないなど日本の集中治療の慣習とは異なる点もありました。

指導医とレジデントのディスカッションを通じて、日本と米国との教育スタイルの違いを目の当たりにしました。Internal Medicine や Infectious Diseases の病棟でのラウンド、毎朝行われる Morning Report では活発な

ディスカッションがなされていました。レジデントは指導医や他科の上級医とも対等に議論を交わしていました。指導医もレジデントを信頼し、その行動を評価して任せる様子が見られました。そして、彼らは概して議論を展開させられるコミュニケーションの能力が高いと感じました。日本の研修や教育を振り返り、米国のスタイルから学ばなければならないことは、1) 議題を共通のテーブルに乗せることで、建設的かつ円滑な対話が生まれること、2) 議論を持続させるための言葉の使い方や雰囲気作りを知ることで、そして3) 議論や教育は双方向的なもので、大前提としてまず相手の話を聞き対等に認めることではないかと強く感じました。彼らに比べて日本の研修医は手技を行う機会に恵まれています。医療はこれだけではありません。多職種・多くの人がかかわる医療では特定の個人の発言や志向、古き伝統だけに依存すべきではなく、議論を交わしてより良い方向性を決定することが必要です。当然のことのようにも思いますが、これがプロフェッショナリズムの一部かもしれないと感じました。

また Morning Report などのカンファレンスの中で大切なものは、議論の双方向性・積極性の他に、経験豊かな指導医の存在だと再認識しました。実際、カンファレンスを盛り上げ、実り多きものにしたのは指導医のリアルな経験や知識であり、clinical pearl であったと思います。日本ではカンファレンスを頻繁に行う余裕はなく、ケースカンファレンスに集まる者は比較的経験の似た者であることが少なくありません。指導医が教育カンファレンスに参加するだけの余裕を生み出すことは日本の現状では至難の業ではありますが、なお、病院をあげてのシステム作りと指導医たちの共通認識が必要だと思いました。

渡米する前に私が持った二つの動機は、今回のプログラムの中で完遂されたように思います。少なくとも自身と若手医師に対する教育の改善を欲する契機になりました。勿論、上記以外にも多くの学びがあり、啓発され、更に研鑽を積まなければならないと痛感した1ヶ月でもありました。私がこのプログラムを通じて啓発されたように、若手医師がこのプログラムに参加して啓発されること、そのためにこのプログラムが今後も存続してくれることを心から願ってやみません。

最後になりましたが、このような学習と啓発の機会をくださった ACP の先生がた、現地で私を支えてくださった Norman Belisle 氏および OVMC の先生がた、そして1ヶ月間一緒に過ごしてくださった牧石徹也先生に心からお礼を申し上げます。



## 研修報告

大津赤十字病院腎臓内科  
牧石徹也



ACP 日本支部国際交流委員会主催の臨床見学プログラムにより、これまで多くの方が米国カリフォルニア州ロサンゼルス市郊外にある Olive View-UCLA medical center にて 1 ヶ月間の臨床研修の機会を得られ、既に多くの優れた研修報告を本誌面上に残されている。将来を嘱望される若手医師達による闊達な内容の報告を毎回楽しみにされている方も多いはずだ。ところが私は既に四十を過ぎていて、世間からは親しみを込めて“おっさん”の呼称をいただく中年医師であって本プログラム同窓の中では特殊な部類に属する。従って私はこの年齢になって何を目的にこのプログラムに参加したのか、今後同年代の参加者にとってこの研修をより実りあるものにするためには何が大切か、の 2 点について自身の経験とその反省から述べてみたい。同病院の概要沿革や研修の内容については既に多くの参加者が詳述されている通りでありそちらをご参照頂きたい。

### 参加理由と参加のきっかけ

学生時代のポリクリで、米国帰りの日本人若手外科医のスマートさに憧れ米国での臨床研修を夢見て USMLE の勉強などに励みながら、現実との折り合いをつける中でついぞ初心を果たすことなく現在に至る。今の立ち位置になんら不足はないと嘯（うそぶ）きながらも、通奏低音のごとく頭の片隅で響き続ける米国臨床研修へのコンプレックス。叶わぬ夢とは思いながら「その日のために」と毎月買っては積読状態の「ラジオ英会話」の冊子はたま一方、古紙回収日の度に妻から「アレ出したら」と声を掛けられる始末。そんな中、まるで米国臨床研修の呪縛霊に操られるように 2010 年に ACP に入会、その後まさに御霊に導かれたかのごとく本プログラムディレクターの矢野先生と知己を得る幸運に恵まれた。私の“思い”を聞いた矢野先生は一言、「先生、このプログラムに参加なさってはどうですか？」

本プログラムについては ACP 日本支部の HP を通じ実は以前から目をつけてはいた。しかし現実問題として 1 ヶ月もの間病院の勤務を休めるわけがない、と考えることには多くの方が同意して下さると思う。私は地方病院のシガナイ勤務医。それこそ机ごと無くなってしまう。入院、外来、当直、宅直、透析当番をどうする？最後の最後まで男らしくない私の背中を押して下さったのが、呪縛霊でも背後霊でもない天使矢野先生であった。詳細は割愛させて頂くが「現役医師としてのキャリアはまだ半分以上残っているんですよ」との言葉が心に染みたくことは述べておきたい。

腹をくくって上司に相談したのが渡米半年前の 14 年 6 月。幸い素晴らしい上司に恵まれて即快諾、続いて同僚・若手も皆賛成してくれ無事院長の許可も得ることができた。そうなれば後の準備は意外になんとかなるものであった（実際、後日帰国後の病院は、浦島太郎の自分を除けば何ら変わることなく、「自分がいなければ病院が回らない」と思っているのは自分だけで、逆に本当に自分がいないと回らない状況は、病院としての危機管理的にも、また自身のキャリアの可能性を広げるためにも回避されるべきなのだとこの歳になって気付いた次第）。渡米直前にエボラ出血熱の感染が拡大し、妻に「帰国後 21 日間自宅への立ち入りは禁止」と宣言されたことが想定外といえば想定外であった。



## 意義深い研修にするために

### 1.CV と Personal statement の作成により内省的考察を深める

今後二度と訪れることのない除霊の機会、できることなら成仏させてやりたい。そのためにすべきことはやはり準備であろうと考えた。何から手をつけるべきか。本プログラムの応募に際しては、CV と Personal statement の提出が求められている。当初“やっかいな存在”であったこれらのペーパーワークが、何のことはない、最も大切な事前準備であった。CV の作成を通じてこれまでの自らのキャリアと現在の立ち位置を客観的に直視せざるを得ず、また Personal statement 作成を通じて自らの目指す医師像はどのようなものか、そしてそれを実現するために今回の研修で何を学びたいのかを説得力をもつ形で言語化する必要があったためである。立ち位置と目的がはっきりすれば、異国の地であろうと迷うことはないはずだ。私にとってのそれは、一言で言えば“日本の中堅クラスの指導医が、米国トップクラスの内科レジデンスプログラムをトップたらしめているものは何かを学び、現在そして将来の研修医に還元すること”であった。

### 2.英会話力はあればあるだけ望ましい／渡米後は殻を脱ぎ捨てる

私の英会話力が非常に貧しいことは誰より自分が一番知っている。渡米までの半年間、できるだけことはしたつもりだ。ただ、こればかりは付け焼き刃でどうにもなるものではない。これから参加される皆さんには今すぐにでも本格的な英会話勉強を開始されることをお勧めする。一方、渡米してしまえば、中年医師というプライドは忘れてできるだけレジデントやフェロー、アテンディング（時に自分より若い）の話の輪に入るべきであろう。何を聞いても、何をコメントしても、“Perfect”, “Excellent”, “I like it”と笑顔で返されること請け合いだ。



## 研修を終えて

同病院の内科レジデンスプログラムを米国トップクラスたらしめているものは何か。それは医学教育への“情熱”や“文化”と表現される範疇のものだと私は感じた。そのことは、ひとつには米国の競争的なマッチングシステムに見ることができると思う。私の研修参加時はちょうど医学生インタビュー月間の最中であり、毎日多くの applicant 達を目にした。同院内科部門秘書のノーマン氏によれば、本プログラムには毎年全米から

1500 人を超える応募があり、書類選考を潜り抜けた 500 人 (!) その全員と、1日 20 名ずつ 4ヶ月間かけてインタビューを行う（晴れて採用されるのは 30 名程）という途方もない労力を払っているという。インタビューにはスタッフのみならずレジデントも参加し、引き継がれてきた文化を担うに足るインターン候補生を選択する。この情熱にこそまさに同病院の内科レジデンスプログラムを継続的にトップたらしめている本質をみてとれるのではないだろうか。

保険システムなどの違いもあり一概には言えない



が、提供されている医療内容自体は私の勤務先病院と差があるとは思わない。手技などについては日本で研修を受けている研修医の方が格段に上だろう。ただそのことを指摘して済ませてしまうことに本プログラム参加の本質はないように私は思う。1ヶ月間の米国滞在。米国臨床研修システムの現実、文化の違い、人種の多様性、気候の違いなど、来てみて肌で感じないと分からないことが確かにあった。今回の研修参加は私にとってはまさに“Life changing experience”であった。そしてここに私自身の“米国臨床研修という名の呪縛霊”は晴れて成仏したのであった。

最後に、本研修の機会も与えて下さった関係者の皆様、矢野先生、大津赤十字病院の上司同僚後輩に心より感謝申し上げたい。



## 新たに FACP になられた先生のご紹介

2015 年 7 月 1 日付でお二人の先生が FACP に昇格されました。おめでとうございます。  
ひとこと抱負も頂戴致しましたので、ご紹介させていただきます。益々のご活躍を期待しております。

### 藤谷茂樹先生

東京ベイ・浦安市川医療センター センター長  
聖マリアンナ医科大学 救急医学教室 臨床教授



米国での、総合内科レジデンシー、集中治療フェロー、感染症科フェローを終え、2007 年に帰国しました。現在は、地域に根ざす総合内科医を育成することを目的としたプログラムを、新病院で立ち上げています。ACP の目指す総合内科医の育成に力を今後も注いでいきますので、よろしくお願いいたします。

### 今井直彦先生

聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科

この度、FACP に昇格させていただきました。諸先生方より頂きました御指導に感謝いたしております。今後ともよろしくお願いいたします。

(Fellow への昇格については、ACP 日本支部のウェブサイトの「[FACP 昇格手続き](#)」をご参照下さい。)

## ACP からのお知らせ

来年の ACP 本部の総会、Internal Medicine2016 は 5 月 5 日～7 日に Washington DC で開かれます。2016 年 1 月 31 日までに登録すれば、参加費の割引があります。日本支部会員にも適用され、\$739 のところ、\$659 にディスカウントされます。こちらのリンクをご覧ください。[im2016.acponline.org/international-member-discounts](http://im2016.acponline.org/international-member-discounts)

ACP Smart Medicine に代わって 8 月から DynaMedPlus が使えるようになりました。

診療の現場で調べたいことが要領よくまとまっています。年間\$395 かかるサービスですが、ACP 会員は無料で利用できます。学生会員は会費が無料ですから、会員登録をすれば無料で使うことができ、大変お得です。

### <編集後記>

本ニュースレターでは Governor、前支部長、初代支部長による American College of Physicians (ACP) の日本支部の誕生の経緯をはじめ、ACP 日本支部への想いが綴られている。ACP 本部の IM2015 からの報告や ACP 日本支部の活動として、2015 年 ACP 日本支部年次総会での Best Poster Award, Best Abstract Award 受賞者の皆さんの報告や学生委員会他多くの記事が紙面をにぎわしている。この中で私が注目したのは、一人の中堅腎臓内科医師から寄せられた 2 報の記事である。

この中堅腎臓内科医師は FACP となり、UCLA Medical Center の Clinical Exchange Program へ参加した。一般に現役の中堅医師であれば、それぞれの病院の中で、なくては成らない役割を担っており、研修のためとはいえ 1 ヶ月もの間病院を空ける事は容易ではない。その難題を可能にした、本人の夢への想いとそれを許容する周囲の包容力、後押しする人の存在などが綴られている。Clinical Exchange Program に参加した事は、中堅腎臓内科医師がご自身の病院での役割について考える機会になり、将来のキャリアの可能性への視野が広がった。それらの問題とは別に、語学の壁への悩みなど多くの人が海外での研修への参加を思いとどまるかもしれない側面にも触れられており、考えさせられる事の多い報告である。ご一読をお勧めしたい。」 (大島康雄)

### 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（県立広島病院 脳神経内科）、川名正敏（東京女子医科大学 総合診療科）、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）、板東浩（きたじま田岡病院/徳島大学）、中田壮一（市立豊中病院内科）、山前正臣（新横浜山前クリニック リウマチ科・内科）

