

Governor's Newsletter for ACP Japan Chapter

November 2011

Governor: Shotai Kobayashi MD,

【本号の記事】

1. 序文: Public Relations Committee の役割とは 小林祥泰
2. 特集: 東日本大震災における ACP Japan Chapter 会員の医療活動
Part 1: 被災地在住会員からのレポート
 - 1) The Aftermath of the Explosion of the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant
- Nearly Beyond Human Strength - 石塚尋朗
 - 2) 平成三陸大津波における検案医レポート 紺野 衆
3. 連載: 米国における臨床医学教育
 - 1) 米国式臨床医学教育と医療社会的背景
[原著論文*]
Robert Gibbons
[翻訳文]
総合監修; 大西弘高, 監修; 中村浩士, 前田正彦
翻訳; 泉谷昌志, 大島康雄, こう康博, 島根謙一, 土谷昌信,
能勢裕久, 板東 浩, 松梨真知子, 吉田 博
4. ACP Fall Board of Governors Meeting (BOG) Meeting 2011 報告
小林祥泰
5. ACP 日本支部理事会報告(9/16 開催)
6. Public Relations Committee (PRC) の発足

* 原著論文は 2011/10/05 [Governor's Newsletter \(English ver\) Oct 2011](#) に掲載しています。

■Preface:Public Relations Committee の役割とは

序文：What is a role of Public Relations Committee?

ACP Japan Governor 小林祥泰



この度、ACP journal 等の翻訳を主な業務としてきた Publication Committee を改組して、ACP Japan から国内外へ発信することを目的とした Public Relations Committee (PRC) が誕生しました。川村光信委員長はじめ委員のみなさんにはお世話になりますがよろしく願います。

従来、日本語の「広報」は public information と訳されるように、プロモーション、プロパガンダの意味が強いものでした。一方、米国の Effective Public Relations には、「パブリック・リレーションズ (PR) とは、組織体とその存続を左右するパブリックとの間に、相互に利益をもたらす関係性を構築し、維持をするマネジメント機能である。」と定義しています。PR の日本の第一人者である井之上喬は著書「パブリック・リレーションズ」の中で「PR とは、個人や組織体が最短距離で目標や目的を達成する、「倫理観」に支えられた「双方向性コミュニケーション」と「自己修正」をベースとしたリレーションズ活動である」と述べています。ここまで読むと何と PR とは難しいものだと思われると思います。私も単に言いたいことをホームページに載せて、見て貰うことが広報だと思っていましたが、本当の PR 活動はそうではなく、各関係グループの意見や態度の調査、好ましくないと思われる面の是正、好ましいと思われる面をさらに助長するのが具体的な活動だそうです。そう考えると PRC は受動的な翻訳や委員会報告等だけでなく、能動的な日本支部からの発信、日米の ACP 会員との双方向性コミュニケーションを推進するものとなります。日本支部は米国以外で最大の非英語圏支部で他支部とは全く異なった文化圏であり、医学教育、医療面でもユニークな優れたシステムを持っています。しかし、臨床医学教育やワークライフバランス等において米国に見習うべきものも少なくありません。ACP 日本支部は ACP の単なる会員募集の支店ではありません。ACP から学ぶことは沢山ありますが、ACP も WHO 調査で世界一の評価を受けている日本の医療の実情も含めて、研修システムなども具体的に知りたがっていると思います。まずは日本支部の会員とのネットワークを充実させ、日本からの学生や若手医師の ACP 総会参加体験、ついで米国短期臨床研修も始める予定ですが、その後は米国からの associate member の受け入れ調整も含めて双方向ネットワークを ACP で構築し、相互交流を図っていきたいと考えています。その基盤として必要なのがこの PRC ですので是非よろしく願います。

■ 特集：東日本大震災における ACP Japan Chapter 会員の医療活動

Special Feature: The Medical Service of ACP Japan Chapter's Members
in the Tohoku Earthquake

Part 1：被災地在住会員からのレポート

Reports from Members Living in the Disaster Area

1) The Aftermath of the Explosion of the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant -Nearly Beyond Human Strength-

Jinrou Ishizuka, MD, PhD, FJSIM, FACP

CEO of Ishizuka Clinic

123 Shinanoki Ono-machi

Fukushima Prefecture 963-3401

Japan

On March 11, 2011, a catastrophic earthquake and tsunami destroyed the back-up electric generators of four reactors at Tokyo Electric Power's Fukushima Daiichi nuclear power plant. The subsequent explosions damaged four of the plant's six buildings, and the radioactive material formed a plume that contaminated the soil of Fukushima. Consequently, people within 30 km of the nuclear plant were forced to evacuate their homes.

My town is 38 km away from this nuclear plant. For all practical purposes, we did not need to evacuate, but as soon as the town's official began to broadcast the evacuation recommendation, the people of my town panicked. Food stores, banks, post offices—most of the town's buildings—were quickly closed, and parents and grandparents began to evacuate with their young children and grandchildren.

The situation in my clinic was not an exception. The day after the broadcast, the young mothers among my staff (clerks and nurses) were absent, without giving any notice. Furthermore, after two weeks, we experienced serious shortages of all daily necessities, particularly food, gasoline, and medical supplies. Thus, our work was hindered. However, evacuees from towns close to the nuclear plant continually visited my clinic in order to obtain medical attention and supplies. More than 150 patients visited us every day. At this point, four of the seven clinics in my town were closed owing to a shortage of manpower, medical supplies, and gasoline as well as the collapse of their facilities. Because of the no-warning emergency evacuation, many evacuated patients did not carry their medical information with them. In spite

of our dwindling drug supply and the lack of background information, we managed to treat these patients and prescribe drugs. In addition, the medical association in my town provided a traveling clinic for people housed in temporary shelters, who could not receive medical attention.

An unfortunate event occurred when the news of this disaster first reach my town. Acting on the rumor that the Japanese government had issued a statement entitling the evacuees to free medical supplies, the evacuees stole all the OTC drugs from the showcases of the local drugstore. Actually, the evacuees were entitled to obtain free medical supplies only from a medical institute. Regrettably, the drugstore could not prevent these ravages; it has not yet received compensation from the government for this loss.

The shortage of gasoline hindered outpatients from regularly visiting my clinic. In order to maintain their health and prevent their condition from deteriorating, my clinic provided a round-trip bus service from their homes to the clinic, with gasoline supplied by several gas stations owned by some of my patients. Ever since the accident at the nuclear plant occurred, my staff and I have worked hard, physically and mentally. We could not say “give up,” because we faced many sick people who lost their home in all meanings. However, frankly, we were also in a state of turmoil. I can hardly remember what we did for the first two weeks after the disaster.

Many events have occurred since the March 11 earthquake and tsunami. We must not forget these past five months. Because of these traumatic experiences, I wish to recommend the following basic precautionary measures: (1) Individuals must carry their personal medical information on their persons, or an official, universal, “secure” system must be created that swiftly provides personal medical information upon a request from a medical institution. (2) Local medical associations need to supervise the stock and coordinate the distribution of medical supplies, and these institutions should be closely connected to and communicate with each other. For whatever reason, we, medical staffs, have to exert all our force to treat sick people. We need to prepare anytime.

Henceforth, we must face the possibility of long-term radiation exposure, albeit low-level radiation. Medical checkups, especially thyroid examinations in young people (0~18 years old), will begin shortly in Fukushima, and regular checks will be continued for at least the next 30 years. Our responsibility is grave.

Finally, I would like to thank ACP for this opportunity and the entire world for their physical and mental support.

2) 平成三陸大津波における検案医レポート

A Report from Specialist of Postmortem Inspection in the Heisei Sanriku *Massive Tsunami*.

松園第二病院神経内科 紺野 衆

Shu Konno, MD, PhD, FACP

Division Chief, Department of Neurology,

Matsuzono Second Hospital, Morioka, Iwate, Japan

2011年3月11日(金)14:46、M9.0の東北地方太平洋沖大地震が発生した。岩手、宮城、福島を中心とした太平洋沿岸部は、この千年に一度といわれる大地震とその後に発生した巨大津波により、未曾有の壊滅的な被害をうけた。

3月23日(水)、地震発生13日目、盛岡市医師会の依頼による死体検案のため、釜石市鶴住居(うのすまい)の遺体安置所である旧紀州造林の倉庫に向かった。23日現在、岩手県では死者2773人、行方不明者5028人、負傷者130人であった。

1. 盛岡-鶴住居

6:00起床。盛岡は晴れのち曇りの予報。予想最低気温 -4°C /最高気温 5°C 。シャワーを浴びて身を清める。服装は、防寒対策として耳付き帽子、首タオル、上6枚、下5枚、靴下2枚、そして長靴である。それでも、当日の小雪まじりの底冷えの寒気はじわじわと身体の中に侵入してきた。やはり、入手可能であればホッカイロ(当時入手不可)などを持参すべきだと思われた。

8:40、岩手県警機動捜査隊のKさんの車が病院到着。同乗者は松園第一病院のK院長である。この3名で終日行動を供にした。

9:15、ようやく盛岡南大橋の手前から396号線に入る。ガソリンスタンドは盛岡市、遠野市、釜石市の各スタンドとも例外なく長蛇の列であり、車線が少ない分だけ渋滞となっていた。車の窓からは、多数の自衛隊車両、満員のタクシー、遠野市の自衛隊基地など、非日常的風景が次から次へと目に飛び込んで後方に流れていった。

11:15、県立釜石病院を通過するが、信号機を含めて異常は認めなかった。しかし、釜石駅の建物が目に飛び込んでから景色は一変した。TVの映像で観たとお

りの瓦礫、泥、車などのおびただしい残骸が車道の両側に延々と続いていた。釜石市街から45号線を通り、鶴住居地区に入った(図1)。現場はTVの映像を越えており、360度破壊つくされた、すさまじ



図1. 小雪舞う鶴住居地区の瓦礫の中の参道

An approach to a shrine in the debris of Unosumai district where a light snow falls.

い景色に言葉を失ってしまった。小雪がちらつく鶴住居地区は、広島原爆記念館でみた一面の焼け野原を思わせた。戦場跡という言葉が一番ぴったりかもしれない。

2. 鶴住居（うのすまい）の遺体安置所

11：40、遺体安置所着。釜石署管轄の遺体安置所は、合計8ヶ所あり、旧紀州造林の安置所は50M×100Mくらいの大きな倉庫跡であった。沢山の遺族の方が、正門前の歩道で安置所-釜石市街間を結ぶ無料シャトルバスを震えながら待っていた。

この遺体安置所のライフライン状況は、携帯電話は通じず、電気は自家発電、水道は不明、トイレは簡易トイレ3台でトイレットペーパーが付いていた。また、バキュームカーを一度見たので、定期的にし尿処理がなされているようだ。

倉庫の中は、入口右手に焼香台、その奥に棺がずらりと約100棺くらい並べられていた（図2）。時折、遠方から来たと思われる親族の悲痛な鳴き声が寒々とした倉庫全体に響いていた。身元判明者の棺の上には、花、菓子、飲み物が乗っているが、何も無い棺も多数見られた。しかし、当初懸念していた死臭は、ほとんど気にならなかった。時々小雪の舞う天候、通気性の良い倉庫と線香のおかげだと思われる。



図2. 寒気の厳しい倉庫に並べられた多数の棺

A large number of coffins which were displayed in the severely cold warehouse.

死体検視は、岩手県警、秋田県警、佐賀県警の計3チームで、1チーム7～8人で検視を行っていた。この安置所の総収容遺体数は、お昼の段階で267人、既検視遺体数265人、身元判明者は215人であった。

検視時間は、1遺体15分～20分くらいであり、その後医師による検案がはじまる。遺体の特徴は、死斑のために赤く、また全身に流木などでできたと思われる無数の傷がついているが、全身の保存状態はまだそれほど悪くはなかった。

検案書は、岩手医大法医学教室が作成した「記入の手間を省いた検案書」を使用した。すでに、「死亡したとき：平成23年3月11日午後3時頃（推定）」、「外因死の追加事項：2011年東北地方太平洋沖地震による被災」などが記入されているので記載箇所が少なく済んだ。記入時間は、法医学教室作成の手引きと県警の方が教えてくれるので、1遺体あたり10分くらいであった。記入のポイントは、氏名は身元不明の場合は「空欄」、生年月日が不明の場合は「推定年齢」、直接死因は頻度的に「溺水」、「多発外傷」、死亡までの期間は「短時間」と記入するなどである。

DNA検体は、氏名不詳の方に実施し、県警の指導で爪切りを用いて2ミリくらいの切片を3ヶ採取することを求められた。爪が濡れているため、切片がなかなかスピッツに落ちないので少し苦労した。当日は心臓血採血は1例も実施していない。

午前の検案は、2体（ウ-266とウ-267）だけであった。その後、新しい遺体がないので、寒さをしのぐために倉庫を出て左手のプレハブの安否確認所で時間を潰した。3M×6Mくらいの掲示板には、ウ-1から本日検案したウ-267までの遺体のリストがマジックの手書きで貼り出されていた。遺体番号には、3種類の印が付いている。赤丸は、身元確認済みの印。青の下線は、書類手続きが終了したが、安置所

に置かれたままの印である。×印は、安置所を出棺した方である。中央テーブルには、他の遺体安置所を含めた写真付きの遺体リストなどが何冊も置かれていた。

13:50、昼食が釜石市街から運ばれてきた。あんパン1つ、クロワッサン2つ、野菜ジュース、ペットボトルのお茶である。昼食と夕食は持参していたが、せっかく準備していただいたのであんパンとクロワッサンを1つずつ、それと妻に作ってもらった弁当をいただく。魔法瓶の熱いお茶は必需品と思われた。

午後、1人の僧侶の長い読経が倉庫内に響いた。1人で小雪の舞う各安置所を回っているのだろうか。合掌。

15:35、3体の遺体が運びこまれた。直ちに、3チームの検視が開始された。検案は午前の2体で要領がわかっていたので、K院長がDNA検体の爪切り係、私が検案書書きに分かれて作業を進めた。

16:30、ウ-270で今日の検案は計5体ですべて終了した。現場の重機不足で瓦礫の撤去が進まないために、本日の検案は各安置所でも少なかったようである。今後、瓦礫の撤去が進めば、さらに遺体回収のペースが進むものと思われた。

3. 鵜住居のH先生(図3)

鵜住居は、岩手医大神経内科同門のH先生の開業の地です。医局情報では、クリニックから患者さんを誘導して無事に津波から逃れたと聞いていました。しかし、盛岡でかき集めた医薬品を届けようと、大槌の避難場所、釜石の本部などを訪ね歩きましたが、意外にも行方は分かりませんでした。2日後、彼が仮診療所立ち上げ、診療を再開したという記事を目にしました。医師としての使命感が彼を支えているのだと感じました。



図3. MRIだけが残った鵜住居地区
H先生のクリニック跡

A trace of Dr. H' Clinic in
Unosumai district where only MRI
was left.

■ 連載：米国における臨床医学教育

Serial Publication: Clinical Medical Education in the USA

1) 米国式臨床医学教育と医療社会的背景

American Style Clinical Medical Education and Medical Social Background in the USA

Robert Gibbons, MD, MACP, FACR
Chairman, Department of Medicine and
Program Director, Interrenal Medicine Residency,
Exempla Saint Joseph Hospital.



Dr. Gibbons

[翻訳文]

総合監修；大西弘高

監修；中村浩士、前田正彦

翻訳；泉谷昌志、大島康雄、こう康博、島根謙一、土谷昌信、能勢裕久、
板東 浩、松梨真知子、吉田 博

米国では医学校に出願する前に4年制大学を卒業する必要がある。専攻は特に問われないが、文系の学生は、医学校の出願資格を得るために追加で理系の授業を履修しなければならない。米国の過半数の医学校は州立であり、残りは私立である。国立の医学校が1校のみ存在する（注1）。医学校の授業料には著しい開きがあるが、概して州立の方が私立よりも安いと言われている。

米国の全ての医学校は、4年制である。最初の2年間は基礎医学であり、学生は主に解剖学、生化学、生理学などを学ぶ。残り2年間は主に臨床である（病院やクリニックでの実習）。大半の医学校では、初年次から何らかの臨床経験を積むために、診療所での実習が開始される（内科、家庭医療、小児科など）。こういった診療所での実習は、基礎医学を学ぶ最初の2年間を通じて週に半日程度行われることが多い。時には3年次まで継続されることもある。

3年次（臨床実習の学年）は、主に病院、一部は診療所において、主要科目についての臨床経験を積むことに費やされる。典型的なカリキュラムを挙げると、内科を3か月、一般外科と専門外科で3か月、小児科を2か月、家庭医療を2か月、神経内科を1か月、精神科を1か月といった具合である。3年次生が習得しなければならない項目は、網羅的な病歴聴取と身体診察の方法、患者の管理回診と教育回診の方法、鑑別疾患の挙げ方、治療方針の立て方などである。内科、小児科、家庭医療、外科では、基本的手技の補助も行う。学生の監督・指導は、研修中のレジデント、そして学部教授や臨床教授といった常勤か非

常勤の教員が行う。

4年次は、主要な診療科（内科・外科・小児科・家庭医療）の最低1か所において、通常、病院でのサブインターンシップ（注2）に参加することが求められる。学生たちは、引き続きレジデントや教員の監督下におかれ、より独立した形で、より多くの担当患者に対して責任を持つ。主要診療科以外は選択度が非常に高く、麻酔科、放射線科、外科や内科の専門分野、皮膚科など、いずれの研修にも参加できる。4年次生は、前半の6カ月の間に主要診療科および専門領域のレジデント研修プログラムに応募し、招いてくれた施設からの面接を受ける。研修プログラムの中には大学病院のものと、民間病院や大学関連病院でのものがある。研修プログラム応募の際、学生の成績はERAS（Electronic Residency Application Service）（注3）と呼ばれる全国コンピュータ・システムを通じて転送される。応募学生を受け入れる可能性のある研修プログラムのみが、面接を希望した学生から成績の情報を受け取る。毎年3月に、NRMP（The National Residency Matching Program）（注4）と呼ばれる全国コンピュータ・システムを通じて、学生と研修プログラムの間でのマッチングが行われる。結果は、研修期間が開始される前の3月中には公開される。

医学部2年次修了後、基礎医学の試験に合格する必要がある。USMLE（The United States Medical Licensing Examination）Step 1はいつでも受験できるが、大学卒業には必須となる。また、臨床学年の間にすべての学生は、臨床試験であるUSMLE-Step 2に合格しなければならない。さらに医学生が大学卒業後レジデントとしての研修を継続するためには、USMLE Step 2の臨床技能（CS: Clinical Skills）試験に合格しなければならない。CSは患者もしくは模擬患者を用いて実践的な能力を評価する試験である。米国の医学生のみならず、海外の医学生、あるいは海外で臨床研修を修了した医師も、ここで紹介したすべての試験に合格することが必要となる。

米国の研修プログラムは専門性により履修期間が異なる（内科、小児科、家庭医療、救急医療は3年間、産婦人科は4年間、一般外科は5年間など）。内科でのトレーニングを修了した後は、さらに循環器、呼吸器、腎臓といったサブスペシャリティに応募することが可能となる。これらのプログラムの間、彼らは通常フェローと呼ばれる。フェローシップも、レジデントと同様に専門性により履修期間が異なる。トレーニング期間は一般的に2〜3年間であるが、臨床研究あるいは基礎医学研究にもう1年間を付加されることも多い。内科の場合、レジデントはおおよそ35〜40%の時間を一般内科か1つの専門内科の外来診療に費やすが、救急医療と神経内科の履修もそれぞれ1か月間義務付けられている。残りの時間は、集中治療部を含んだ内科や専門科の入院患者に費やされる。また、レジデントは全3年間を通じ、1週間に半日×1〜2回の継続的な外来診療に参加する義務がある。

内科や内科のサブスペシャリティのいずれかの専門医（board certified）になるためには、レジデント/フェローは1日間の認定試験に合格しなければならない。これらの試験は

米国内科専門医認定機構（ABIM: American Board of Internal Medicine）（注5）によって作成・提供され、機密保持がなされたコンピューター上で出題される。

レジデントの内科研修プログラムの内容は、病院毎のカリキュラムの違いにより大きく異なってくるであろう。しかし全ての研修プログラムは、各専門領域の RRC（Residency Review Committee）（注6）を管轄する ACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education）（注7）が定めた一定の基準を満たさなければならない。全ての研修プログラムは、何らかの研修を含むが、RRC による認証評価を受けるためには様々な必要事項を満たさなければならない。レジデントは独立して患者の診療に携わるが、その際指導医の監督を受けなければならない。またレジデントの勤務時間や担当できる患者数等については、RRC により制限が設けられている。ほとんどの研修プログラムでは、3年間の研修期間中に少なくとも1回、一般的には3回、臨床研修達成度の評価のための試験（in-service examination, in-training examinationとも呼ぶ）が行われる。さらに一般的には毎月のペースで、指導医はレジデントの評価を研修プログラム責任者に提出する。レジデントやフェローの臨床研修プログラムが RRC の定める要件を満たしているかどうかを確認するため、RRC のメンバーは定期的に研修プログラムを査察訪問している（一般的には3～5年に1回）。その際研修プログラムが RRC の基準を満たしているならば、最大5年間の認証評価が与えられる。

（注1）

The F. Edward Hébert School of Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences（米国メリーランド州）。本邦における防衛医科大学校に相当する。

（注2）

サブインターンシップ（subinternship）では、1年目レジデントとほぼ同じ職務が期待され、2～3年目レジデントの指導を直接受ける。責任や権限は大きく、処方や指示を自分で考えて業務を行うが、レジデントや指導医の署名をもらう必要がある。レジデントと異なり、3年次生の指導責任はない。

（注3）

ERAS（The Electronic Residency Application Service）とは、米国医学校協会（AAMC: Association of American Medical Colleges）による、研修プログラム応募の際に願書、推薦状、学部長推薦状、学校の成績、USMLE の成績といった書類を電子的に提出するためのシステム。

（注4）

NRMP（The National Residency Matching Program）は、1952年に設立された非営利組織で、米国の卒後研修プログラムと応募者のマッチングを行っている。

（注5）

ABIM（American Board of Internal Medicine）は、内科と内科専門領域の専門医認定を行う機関。

(注6)

RRC (Residency Review Committee) とは、各研修プログラムの内容を設定するための卒後研修プログラム評価委員会。

(注7)

ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) とは、米国で卒後研修プログラムの認証評価を行うための第三者機関で、卒後研修認証評価機構と訳される。

内科カリキュラム



ローテーション詳細

概要

Exempla Saint Joseph Hospital のレジデントは、総合内科、集中治療、腫瘍内科のローテーションを行う。レジデント1年目は、全員 Denver Health Medical Center の救急部を1か月間ローテーションする。各年度で申し出れば、全ての専門科からローテーションの選択ができる。3年間の正規研修期間のレジデントは年度を通じて、週に半日の社会的弱者に対する慈善的な外来診療を Caritas Clinic で行う。すべてのローテーションにおいて、ACGME のガイドラインと就労時間規則が厳格に遵守される。

各科のローテーション期間(月数)は卒後年数で異なる。以下概要。

卒後年数	病棟	ICU	EFIT	MIM	腫瘍内科	救急部	Float	Caritas	選択
1年目 (preliminary)	4~5	1~2	0~1	1	0~1	1	1~2	0	2
1年目 (category)	4~5	1~2	1	0~1	1	1	1	0~1	2
2年目	3~4	1~2	0~1	0~1	1	0	1	1	5
3年目	1~2	1~2	1~2	1~2	0~1	0	0~1	1	6

訳注:内科系レジデンス1年目(俗にインターンと呼ばれる。以下本文中のインターンは卒後1年目レジデントのこと)は、preliminary と category に分かれている。category とは、3年間の一般内科を終えるプログラムであり、一般内科医になるか、その先のキャリアとして各専門分野の内科(循環器内科、呼吸器内科など)に進む。Preliminary とは、皮膚科、麻酔科、放射線科など内科系だが内科医以外の専門科に

進む前に内科系レジデンシーに1年間入る必要がある者が受ける研修プログラムである。

総合内科病棟

Exempla Saint Joseph Hospital には、4つの病棟チームがある。各々の病棟チームには、1人の2または3年目レジデントの管理下に2人のインターンがおり、場合によっては医学部3年次生も含まれる。レジデントは入院から退院までの患者治療に対して責任を持ち、患者の主担当となる。レジデントは、患者管理を行い病棟医チームとともに教育回診を行う指導医の管理下にある。さらに、チームへの追加患者の診療を監督する管理指導医が入ることがある。チームは、4日毎の夜に「long call」と呼ばれる長時間勤務を行う。日曜日から木曜日は午後9時までの様々な病棟への新規入院患者の初期対応を行い、金曜日と土曜日の夜は当直勤務で病院に泊まる。平日夜間の入院は夜勤チームが担当し、これらの患者の治療は翌朝にそれぞれの病棟チームへ引き継がれる。

夜勤チーム (Night Float)

Night Float と呼ばれる1つの夜勤チームが毎月交代制で担当し、1人の2,または3年目レジデントの管理下に、2人のインターンの形で構成される。レジデントは、教育の一環として、入院患者の引き継ぎ管理（主治医カバー）と、新規入院に対して責任を持つ。夜勤チームは、一週間のうち、日曜日から木曜日の午後7時から午前7時まで病院に勤務する。夜勤チームは、それぞれ個別の患者を入院させた医師によって監督される。夜間帯に入院した患者の治療は、翌朝に病棟チームへ移管される。

訳注：夜勤チームは、以前からレジデントの仕事の一つとみなされているが、ACGMEの就労時間規制などにより、最近では別個に非常勤で雇われた（院内で2または3年目レジデントが別払いで雇われているケースもあるようだが）医師が働くようなプログラムもみられる。

Exempla Faculty Inpatient Team (EFIT) : Exempla Saint Joseph Hospital を中心としたチーム

1つのEFITが毎月担当しており、卒後2または3年目レジデントの管理下に、1人のインターンとしばしば1人のサブインターン(医学部4年次生)がおかれている。EFITに所属するレジデントはCaritas Clinic (我々のレジデントが運営している)の患者の継続治療と、救急部門で受け持ちが決まらない患者(家庭医を持っていない患者や、Exempla Saint Joseph Hospital と提携していない家庭医が担当する患者)に対して、MiMチーム(以下参照)と持ち回りで責任を受け持つ。EFITの業務は、ICUに入室した、あるいはICUから退出した上記のような患者を経過観察して、院内の他の専門的内科へのコンサルテーションを行うことである。EFITは、指導医と管理指導医を務める内科教員の一人から指導を受ける。EFITは、毎日勤務するが、夜間コールは受けない。夜勤チームは、引き継ぎ診療と夜間の新規入院患者を請け負う。

Midtown Inpatient Medicine (MiM)

1つのMiMチームが毎月担当しており、各チームは卒後2または3年目のレジデント1人が、インターン1人としばしばサブインターンを指導する形で構成される。MiMグループは民間病院に基盤をおく医師グループである。地域開業医が必要とする入院や紹介などの病棟サービスを提供している。EFITチームとの持ち回りで、救急部で受け持ちが決まらない患者の入院と管理の責任を持つ。ICUに入退出する患者の経過をみる。レジデントは、教育と管理の両方を担当するMiMの医師1人から指導される。MiMチームは日勤のみで、夜間の呼び出しはない。夜勤チームが日勤からの引き継ぎ事項や夜間の入院に対応する。

集中治療 (Critical Care Medicine)

Exempla Saint Joseph Hospitalでは、毎月集中治療 (ICU) の3チームが担当する。各チームは、卒後2または3年目のレジデント1人が、インターン1人としばしばサブインターン1人を指導する形で構成される。レジデントは、ICU患者の担当医であり、入室後の管理責任を負う。チームは10日間が日勤、引き続き5日間夜勤のシフトでローテーションされる。日勤チームは、short callとlong callとを隔日に担当する。Long callチームは、夜9時までの入院トリアージを行う。Short callチームは、午後4時までの入院や患者ケアを援助する。夜勤チームは午後8時に入り、朝7時までの入院や引き継ぎ患者の管理に責任を負う。しかし朝9時15分まで滞在し、朝の業務支援、日勤チームへの引き継ぎ、教育回診への参加を行う。Long callチームと夜勤チームは、入院中の成人患者全員の心停止および呼吸停止 (コードブルー)、すべてのrapid assessment team (RAT) コールの責任を負う。患者がICUから退出するときには、一般病棟チームの一つがケアを担当する。集中治療チームは、指導医や管理指導医から各患者の日々の診療について指導を受けている。さらに、3チームが毎日一緒にベッドサイドを回診し、その際、呼吸器、循環器、感染症、腎臓病などの集中治療指導医が付き添う。レジデントは、集中治療ローテーション中にはCaritas Clinicの勤務の必要はない。

腫瘍内科

1つの腫瘍チームが毎月担当する。卒後2または3年目レジデント1人が、1人のインターンとしばしばサブインターン1人を指導する形で構成される。レジデントは、血液・腫瘍疾患で入院した患者ケアを担当する。レジデントは腫瘍専門医と内科ホスピタリストから指導される。腫瘍専門医とホスピタリストは各患者の日々の診療を指揮し、支援するとともに、平日は毎日のベッドサイド教育回診も行う。腫瘍内科チームには夜間のコールはない。夜勤チームが、引き継ぎでの診療や入院を担当する。

Caritas Clinic 外来ローテーション

毎月、Caritas Clinicでは、1または2人のcategoricalのレジデントが診療する。レジデントはこのクリニックで、急性疾患、関節疾患、皮膚疾患、術前評価を半日ずつかけてローテートをして患者の治療にあたる。また、別の半日は、トレッドミル負荷試験から、

コロラドで最大の医療過誤保険会社での医療過誤にまでおよぶ個別の外来診療のトピックスに関する教育に宛がわれている。さらに、レジデントには、Caritas Clinic で受け持ち患者に施す治療を改善するための医療の質改善プロジェクトを開発し実行するための特別の時間が与えられる。

救急医療

各インターンは、Denver Health Medical Center で1か月間、米国でもトップレベルの救急医学トレーニングプログラムをローテートする。レジデントは患者来院時に評価し、診療計画の策定や実行を行い、適切に帰宅させることに責任を持つ。レジデントはスケジュール表に沿って業務し、上級の救急医療専門レジデントや指導医に監督される。レジデントはこの月は、Caritas Clinic では責任を持たない。

選択ローテーション

すべてのレジデントは、研修の各年度に、数か月間は、ローテートを自分で選択することができる。レジデントはその数か月間に多くを選択することができるので、自分の興味にしたがって研修を計画していくことができる。選択ローテーションはすべての専門科から選ぶことができ、例えば Exempla Saint Joseph Hospital、University of Colorado Health Sciences Center、地域の個人やHMO傘下のクリニックで利用できる。加えてレジデントは個々の学習目標に合わせて、その数か月の選択ローテーションを独自に組み立てることが可能である。これには、地元、州外もしくは国外での選択もある。レジデントはこれまでもヨーロッパ、アフリカ、アジア、中南米でのローテーションに参加してきた。レジデントはそれらをうまく組み合わせて選択でき、また Exempla Saint Joseph Hospital と提携した海外のプログラムにも参加できる。レジデントは合衆国中をくまなくローテートしてきたし、中国、英国、グアテマラ、インド、ネパール、パキスタン、ペルー、タンザニア、タイなど、世界中をローテートしてきた。

以下の地図は、我々のレジデントがローテーションのために訪れた国々を赤色で表している。



2011-2012内科レジデントローテーション基本計画

		6/23-7/22	7/23-8/22	8/23-9/22	9/23-10/22	10/23-11/22	11/23-12/22	12/23-1/22	1/23-2/22	2/23-3/22	3/23-4/22	4/23-5/22	5/23-6/22
内科1年のみ1年目	1	夜勤	Dチーム	救急	MIM	Bチーム	Bチーム	皮膚	Cチーム	膠原病	腫瘍	Aチーム	Aチーム
	2	ICU2	膠原病	Aチーム	Aチーム	海外	救急	Bチーム	MIM	夜勤	Dチーム	腫瘍	Bチーム
	3	Cチーム	夜勤	Dチーム	呼吸器	救急	Cチーム	ICU2	Aチーム	Cチーム	TBD	MIM	Dチーム
	4	Bチーム	整形	夜勤	Cチーム	Cチーム	MIM	Dチーム	救急	ICU2	Aチーム	神経	夜勤
	5	MIM	Bチーム	救急	夜勤	Aチーム	Aチーム	膠原病	ICU1	Bチーム	感染症	Dチーム	夜勤
	6	ICU3	救急	感染症	Dチーム	MIM	Cチーム	Cチーム	夜勤	循環器	Bチーム	Bチーム	腫瘍
	7	救急	ICU3	Bチーム	Bチーム	夜勤	Dチーム	MIM	整形	Cチーム	Cチーム	夜勤	膠原病
	8	救急	Cチーム	夜勤	Aチーム	Aチーム	皮膚	感染症	Dチーム	MIM	Cチーム	Cチーム	ICU2
	9	夜勤	Cチーム	ICU2	Cチーム	Bチーム	膠原病	Aチーム	救急	Dチーム	夜勤	皮膚	MIM
	10	ICU1	MIM	Cチーム	夜勤	Cチーム	救急	神経	Bチーム	Aチーム	MIM	Dチーム	海外
	11	Aチーム	Aチーム	MIM	麻酔	Dチーム	ICU1	Cチーム	Cチーム	救急	呼吸器	夜勤	Cチーム
		6/23-7/22	7/23-8/22	8/23-9/22	9/23-10/22	10/23-11/22	11/23-12/22	12/23-1/22	1/23-2/22	2/23-3/22	3/23-4/22	4/23-5/22	5/23-6/22
内科3年コース1年目	1	Aチーム	EFIT	Cチーム	救急	ICU1	消化器	夜勤	循環器	腫瘍	ICU1	Cチーム	EFIT
	2	腫瘍	Aチーム	循環器	ICU2	EFIT	夜勤	Caritas	救急	Aチーム	ICU2	Aチーム	呼吸器
	3	救急	Bチーム	ICU1	膠原病	夜勤	Bチーム	EFIT	腫瘍	ICU1	Bチーム	感染症	Dチーム
	4	EFIT	ICU1	Bチーム	腫瘍	腎臓	救急	ICU1	緩和	Bチーム	夜勤	Caritas	Aチーム
	5	Cチーム	ICU2	膠原病	Bチーム	整形	夜勤	腫瘍	ICU2	EFIT	Caritas	救急	Bチーム
	6	Dチーム	夜勤	Aチーム	ICU1	PC	腫瘍	救急	Bチーム	腎臓	EFIT	ICU2	Caritas
	7	Bチーム	感染症	腫瘍	EFIT	救急	ICU2	Aチーム	EFIT	夜勤	循環器	Bチーム	ICU3
	8	腎臓	腫瘍	EFIT	感染症	ICU2	Aチーム	夜勤	Aチーム	救急	Aチーム	EFIT	ICU1
	9	Dチーム	Dチーム	ICU3	内分泌	腫瘍	EFIT	Bチーム	夜勤	腎臓	救急	ICU1	Cチーム
		7/1-7/31	8/1-8/31	9/1-9/30	10/1-10/31	11/1-11/30	12/1-12/31	1/1-1/31	2/1-2/28	3/1-3/31	4/1-4/30	5/1-5/31	6/1-6/30
内科3年コース2年目	1	Bチーム	夜勤	Caritas	整形	スポーツ	ICU1	腫瘍	老年	MIM	呼吸器	Cチーム	ICU1
	2	腫瘍	老年	ICU1	PC	Caritas	膠原病	夜勤	循環器	ICU2	腎臓	Bチーム	Bチーム
	3	Aチーム	老年	腫瘍	夜勤	PC	ICU2	Caritas	Bチーム	Bチーム	麻酔	腎臓	ICU2
	4	ICU3	Cチーム	腎臓	腫瘍	Cチーム	Caritas	海外	Aチーム	研究	膠原病	夜勤	老年
	5	Cチーム	腫瘍	老年	ICU2	Caritas	感染症	Aチーム	膠原病	夜勤	Aチーム	ICU2	神経
	6	Dチーム	老年	ICU2	Caritas	膠原病	Bチーム	病棟医	夜勤	緩和	MIM	腫瘍	Aチーム
	7	夜勤	皮膚	Cチーム	Cチーム	ICU2	薬物	救急	老年	Caritas	ICU2	Dチーム	腫瘍
	8	病理	Dチーム	夜勤	夜勤	Bチーム	MIM	老年	ICU2	腫瘍	Caritas	Aチーム	循環器
	9	膠原病	Caritas	ICU3	ICU3	夜勤	研究	研究	腎臓	Aチーム	腫瘍	老年	ICU3
		7/1-7/31	8/1-8/31	9/1-9/30	10/1-10/31	11/1-11/30	12/1-12/31	1/1-1/31	2/1-2/28	3/1-3/31	4/1-4/30	5/1-5/31	6/1-6/30
内科3年コース3年目	1	EFIT	Aチーム	皮膚	感染症	ICU1	病理	MIM	腫瘍	内分泌	Cチーム	Caritas	放射線
	2	ICU1	神経	EFIT	膠原病	MIM	Caritas	内分泌	Cチーム	ICU1	感染症	EFIT	海外
	3	ICU2	MIM	Caritas	内分泌	腫瘍	循環器	Cチーム	ICU1	病理	EFIT	呼吸器	皮膚
	4	MIM	膠原病	研究	Aチーム	EFIT	麻酔	ICU1	Caritas	Cチーム	緩和	海外	夜勤
	5	緩和	ICU1	Aチーム	MIM	病理	EFIT	Bチーム	皮膚	Caritas	消化器	膠原病	Dチーム
	6	Caritas	Bチーム	膠原病	EFIT	神経	腫瘍	ICU2	海外	研究	夜勤	腎臓	MIM
	7	PC	ICU2	Bチーム	Caritas	神経	Aチーム	EFIT	MIM	皮膚	ICU1	女性医	EFIT
	8	神経	ICU3	MIM	腎臓	呼吸器	夜勤	麻酔	EFIT	膠原病	Bチーム	ICU1	Caritas
	9	感染症	EFIT	麻酔	ICU1	Aチーム	Cチーム	整形	Caritas	EFIT	皮膚	MIM	Cチーム

ICU：集中治療部（1～3の3チーム）、A～Dチーム：総合内科病棟の4チーム、MIM：Midtown Inpatient Medicine, EFIT: Exempla Faculty Inpatient Team, 夜勤チーム：7:00 pm - 7:00 am, Caritas: Caritas Clinic, 整形外科は外来のみ, 女性医：女性医学, 病棟医：ホスピタリスト（病院総合医）研修, 薬物：薬物濫用修

■ ACP Fall Board of Governors Meeting (BOG) Meeting 2011 報告

Japan Chapter Governor 小林祥泰

2011年9月22日-24日にテキサス州サンアントニオで行われた秋期 ACP 支部長会議に出席して来ました。今までは殆ど上野文昭先生が黒川前支部長の代理で出席されておられた会議です。昨年秋に本当は Governor elect として私も出席しなくてははいけなかったのですが出席しませんでした。したがって全く初めての経験で大変勉強になりました。今後、ACP の会議等の報告も出来るだけ News Letter に掲載して情報共有を図り、日本支部からの発信を増やしていきたいと思っていますのでよろしくお願いします。

9月21日に出発したのですが、ご存じの通り大型の台風15号が四国に上陸寸前で、出雲空港を朝7時半にきわどく飛び立ちました。しかし、東京に着いたらダラス行きの飛行機が台風で欠航になったという連絡が入りました。急いで成田空港に行き、何とか米国まで行けないかと交渉した結果、30分後に出発するニューヨーク行きに滑り込むことが出来ました。大分余分に飛んだので21日の夜遅くホテルに到着しました。22日は早朝7時から支部長になった年度別の Class Meeting というものがあり、初日のテーマは Resolution process の効率化でした。議論の内容は半分も分かりませんでした。他に比べて日本支部は割にうまくいっている方ではないかという印象でした。その後、8時半から100名以上が出席する全体会議が始まりました。会長等の挨拶の後に支部長の点呼?があり、here というだけでなく、joke を言って笑わせたり、果てはハワイ支部のように歌を歌い出す人もおり一瞬たまげました。何を言おうかと悩んでいましたが、日本支部に震災の見舞いが来ていたことを思いだして、その御礼を述べたところ一斉に拍手が湧き起こりほっとしました。講演ではテキサスの Hispanic problem (テキサス州は Hispanic が60%以上) すなわちがん死亡やメタボ関連疾患が多く、患者教育システムを構築しているので参加して欲しいとか、New Mexico に多いC型肝炎の疫学研究報告があり日本との違いが参考になりました。午後から middle size 以下の支部長を対象とした Workshops including Governors-elect orientation があり、私は対象ではなかったのですが他に出るところもなかったのが昨年サボった分と思って出席しました。Eve の同僚の Wendy が急いで席や名札も用意してくれいろいろ教えてくれました。支部長の役割、各支部のプロファイルから強みや弱みの分析、目標設定、支部の会計の健全性、支部事務局の運営などについて担当者から説明があり、グループ毎に議論して発表などもありました。大半の支部でその州の内科学会支部等の支援で事務局とスタッフを借りている状況が示され安心しました。合間に Chapter Liaison の Katie から日本支部の新会員獲得増加に向けた方策についてのヒアリングがあり、Public Relation Committee 新設による広報の強化と共に理事会で提案した日本支部からの若手医師の短期臨床研修派遣と米国の若手医師の日本での臨床研修を含めたネットワーク構想を話し、支援を依頼しました。このネットワーク案については、まず日本支部にも来て貰っている Dr. George Meyer に相談し、さらにこの日の夜の野外懇親会で、Katie に来年度 Chair-Elect, American College of Physicians National Council of

Young Physicians の Dr. Deep を紹介して貰い、この話をして賛同して貰いました。この他南カリフォルニア支部でもすでに日本との交換研修をやっている大学がありその責任者の Dr. Soma とともに話が出来ました。ACP に入ると短期でも米国臨床研修が体験できるとなればインセンティブになると思います。また、米国の若手医師を日本で受け入れて日本のシステムや文化を知って貰うと同時に日本の若手医師、学生に global 化の刺激を与えることも重要だと思います。日本支部の活動の目玉として来年度から積極的に取り組みたいと思いますので是非よろしくお願ひします。23 日早朝も同様に Class Breakfast Breakouts があり、教育メディアなどの活用法が話題になり、ホームページだけでは不十分なので、iPhone などを使ったゲーム感覚の e-learning などを行うべきという提案もされていました。全体会議では米国の医療保険の問題が大きなテーマでオバマ大統領がいる限り医療予算削減で大変だと強調していました。Tufts Medical Center の例が出ていましたが、415 床で年間入院患者数が 21104 名、救急が 42000 名と言っていたので日本では考えられない回転の速さと感心しました。Physicians Dashboard という講演もあり、目標達成のための指標を整理した Dashbord (計器盤) のような見える化ツールの活用が重要であるというような話でした。ACP の会計についての報告では年間予算が 50 億円程度と大きいのに驚きましたが、世界最大の学会で日本の学会とは比較にならない活発な生涯教育活動や一流紙の Annals of Internal Medicine 発行などの業務のため ACP 本部職員が 300 名もいることを考えると当然と思われました。次に米国の健康保険の話がありましたが、100 年前にルーズベルト大統領が提唱して構築した Health Insurance の歴史から現在のカバー率、そして最近 10 年間にかんがりの政府予算の削減があり、Medicare, Medicaid の改革が提唱されているというような内容でした。この日は International Chapter Meeting もあり、最近出来たばかりですが、他の支部より日本と条件が似ているサウジアラビア支部長と親しくなりました。南米支部から日本の津波被害など各国の状況などをもっと知りたいという話があり、日本支部で Public Relations Committee を立ち上げ発信予定であるという話もしてきました。夜はサンアントニオ観光の目玉の運河巡りをして、Class 別に夕食会がありました。たまたま隣り合わせたのが 2006 年の日本支部総会にも出席したことのある武田裕子先生の友人の New Mexico の Dr. Ellen Cosgrove でした。彼女は 10 月からシアトルのワシントン大学の副医学部長に就任するそうです。私もワシントン州 ACP Chapter 前 Governor の Dr. Paauw とは友人で何回もシアトルに若手医師や学生を連れて行っているのに驚きました。Dr. Paauw を来年 1 月に出雲に呼ぶことにしていますので、ACP ネットワークの話も出来そうです。会議よりも夜の懇親会の方が有意義だった今回の BOG Meeting でしたが来年度の活動の目途を付けることが出来たように思います。まだスタートを切ったばかりですが、若手医師の短期交換研修ネットワーク構築についてもご支援をよろしくお願ひします。

■ ACP 日本支部理事会報告(9/16 開催)

[Credentials/Membership Committee]

Credentials/Membership Committee では、Fellow 昇格審査を行なっております。
また本年度から、ACP 日本支部会員リクルート活動を行っていく予定です。

2011/9/16 の理事会では、FACP 昇格審査を実施していく活動予定に加えて、会員をリクルートしていく方策について、また学生会員から Associate 会員への移行を円滑に行う方策について検討することを議論致しました。

2011/10/7 の委員会会合では、宮本さんにかわって本年度からは当委員会委員が主体となり FACP 昇格審査の事務手続きを行っていくこと、Member 入会/Fellow 昇格を積極的に勧誘していくこと、学生会員から Associate 会員への移行手続きを円滑化することについて議論されました。

内科学会ブースへの出展、支部総会・講演会での Fellowship advancement pathway のための説明 workshop の開催、学生会員の移行手続きを助ける Fellow supporter 制度の設立、Fellow による FACP の利点の説明を newsletter で配信することが提案され、実施予定です。

[Local Nominations Committee (LNC)]

1. 日本支部の Award の候補者選定と Master 推薦

Laureate Award (ACP 日本支部における最も名誉ある賞)

Volunteerism Award

Sakura Award (ACP 日本支部の発展、活性化に多大な貢献をされた方を表彰する)

John Tooker Evergreen Award (日本支部独自に活発に活動しているもの)

Master 推薦

来春の日本支部賞 Laureate Award および Sakura Award に理事会から候補の推薦あり、LNC 委員会で審議予定

2. 本部 Award で日本人受賞者が出れば日本における ACP の宣伝にもなるので積極的に受賞候補者を選定する。

[Scientific Program Committee (SPC)]

2011~2012 年 活動方針

委員長 福原 俊一

副委員長 野口 善令

現状認識：

世界の Core Clinical Journals (臨床の各領域における 120 の主要医学雑誌のことを指す)における日本の発信がこの 7,8 年で急速に減少傾向にあり、中国や韓国にまもなく追

いつかれるという深刻な状況にある。(呼吸器学会理事、北海道大学呼吸器内科 西村正治教授よりの情報。)

一方、内科の臓器別細分化が進みすぎた結果、内科の本道であった「generalist」としての側面が弱まるという現象が顕著になった。専門医になるにしても基本的な内科診療能力は内科専門医の重要な基礎を形成するものである。学生や研修医、そして誰よりも患者や国民は、まさにその教育を求めている。

目標：

1. 上述した我が国の臨床医学の危機的ともいえる状況にあつて、日本の内科医集団の社会的使命は甚大であると考え。この ACP Japan Chapter が発信源のひとつとなつて現在の状況を改善すべく何らかのアクションを起こし、我が国の内科医コミュニティの喚起を促すことを Scientific Program Committee の活動目標の一つに据える。
2. もう一つの視点は、内科診療の質改善と均てん化である。特に臓器に偏らない診断推論力や患者マネジメント力は、内科診療の根本をなすものである。「足腰の強い内科医」の育成が求められている。Scientific Program Committee はこの視点も重視し、具体的な活動を行うことにより、ACP J 会員 (Associate や学生も含め) を増やし、会員を通じて多くの内科医の理解や行動を促すことを目指す。

具体的な活動計画と方略：

- 1 2012 年 4 月に京都で開催予定の ACP 日本支部総会・講演会 2012 を成功させる。
 - ・ ACP 日本支部総会・講演会を単年度毎にとらえるのではなく、より縦断的な視野で俯瞰し、プログラムを構築・考案する。効果的な広報のため創意工夫をはかる。
 - ・ SPC が ACP 日本支部総会・講演会 2012 について準備や運営を依頼されたが、小林支部長を含む理事幹部や現事務局と協議し、各委員会との連携の強化・役割分担および意思決定の簡素化と連絡・指揮系統の一本化、などを基本要件として進めることになった。各委員会からリエゾン委員を出していただき、SPC にもそれに応じた SPC リエゾン委員を窓口とする。
- 2 ACP 日本支部総会・講演会以外の活動
 - ・ これまで ACP 日本支部総会・講演会 2012 にのみに偏りがちであった活動を少しでも広げる。
 - ・ 若手会員増につながるような魅力的なプログラムを企画・提供する。
 - ・ 他の委員会とも連携し、相乗効果を出すことを目指す。

2012 年 ACP 日本支部総会・講演会 2012 プログラム：(小林支部長ご承認)

日時●2012 年 4 月 14 日 (土) 9:00~18:00 (懇親会 18:00~20:00)

場所●京都大学時計台百年記念ホール、国際交流ホール

プログラム●

総会・講演会

<午前の部>

- ・ Western Style Case Discussion for ACP Associate and Medical Student Members (WSCD 9) ACP 準会員と学生会員対象 (一般会員と非会員は見学可)

<ランチョンセッション>

- ・ Luncheon for ACP Women Members (not for women only)

テーマ「男女共同参画：経験者は語る」(仮題)

岩田健太郎 他「イクメン」 非会員も参加可 (先着順)

<午後の部>

- ・ 小林 祥泰支部長挨拶
- ・ 黒川 清元支部長講演

今年のテーマ●内科の再生 Revitalizing Internal Medicine

- ・ 柳田 素子 (京都大学腎臓内科学教授) 「基礎研究と臨床のギャップを縮める」
- ・ 上野 文昭 (大船中央病院、元 ACP 日本支部副支部長) 「内科臨床の本道への回帰」
- ・ ACP 米国本部より講師招聘予定：演題 (TBA)

総会

- ・ 各委員会からの報告
- ・ 各種支部賞の授与

<夜の部>

Buffet Reception (会費制)

参加費●3 千円 (会員、非会員共通)。Associate、研修医、学生は無料

懇親会費●7 千円 (会員、非会員共通)。Associate/研修医 5 千円、学生 3 千円

[Finance Committee]

年次活動予定について報告をおこなった。具体的には以下の4点が今年度の当委員会の主な活動内容となる、今年度より新たに発生した業務内容としては、今後 ACP 日本支部の年次総会・講演会が、日本内科学会から independent した形でおこなわれることになったため、年次総会・講演会関連の業務が加わることとなった。予算額としてかなりまとまった額が必要となるため、予算配分と管理、および年次総会・講演会に関連した各会費の徴収と管理作業をおこなう。

1. 年会費未払い者への督促業務

事務局宮本さんに未払い者リストを作成して頂き、メール (メールで応答がない場合には郵送) で支払いを呼びかける。

2. 次年度年次総会・講演会にあたっての予算管理

年次総会・講演会会場費をはじめとした運営費、会員からの参加費、年次総会・講演会レセプション代金の管理

3. (2を受けて) 各委員会運営費の管理

4. 今年度会計報告確認作業

[Health and Public Policy Committee]

今年度活動計画

1. DIT への取り組みの継続

2010年度は、個々の医師が、自己の利益と他者への献身をどのように考えることが望ましいのかを検討してきた。その中で、個人における利他の概念の発達、心理学の分野で個人の道徳性の発達として研究されてきたことを認識し、Lawrence Kohlberg が提唱した道徳性の発達段階理論における第5段階の道徳性が、医師には求められていると考えた。卒前～卒後医学教育、および生涯教育において、第5段階の道徳性の獲得を目標に据える必要があるとの認識から、個人の道徳性の発達段階を判定するツールを提供することを検討している。Kohlberg が個人の道徳性の段階を測定した方法は、道徳的ジレンマを問うシナリオに対する回答とその理由づけに関して面接を行い、データを質的に解析する手法であり、大変手間のかかる方法であった。しかし、その後 Rest らが開発した Defining Issues Test (DIT) は、いわゆる MCQ 方式で比較的簡便にステージングを行うことができる。DIT は開発から 20 年以上が経過してシナリオが時代に合わなくなっているため、現在は DIT-2 として新しいバージョンが用いられている。本委員会では、DIT-2 の開発者からの許可を得て、その内容を検討し、日本語訳を行った。これを現在、他の日本人研究者による日本語訳との統一訳を作成する作業を行っている。2011 年度はこの活動を継続するとともに、第5段階の達成を可能にする教育手法についても検討・提案して行きたいと考えている。

2. 各種セミナー・講演会などの共催・後援・協賛を進め、発信を図る。

文科省研究班 「ともに考える医療」研究班のシンポの後援を提案し、理事会でも承認された。

この会はすでに、日本プライマリ・ケア連合学会、医療の質・安全学会、日本医学教育学会、公益財団法人日本医療機能評価機構、医療メディエーション研究会「架け橋」などの後援を得ている。

記

「ともに考える医療」シンポジウム

日時：2011年11月27日（日） 午前10時-午後4時30分

場所：立教大学（〒171-8501 東京都豊島区西池袋3-34-1.）

以上

[Public Relations Committee (PRC)]

9月16日の会議で下記のことが決定されました。

1. 支部長の小林先生からこれまで年1回であった Governor's Newsletter の配信を年4回程度に増やし、かつこれまでの日本語版のほかに English version の配信も願う

たい、という提案がなされた。

「(1)日本語版によって、現在の日本支部の活動や今後の活動方針をできるだけ多くの国内支部会員に広く、かつ詳細に知ってもらいたい。

(2)English versionによって、従来の海外からの情報収集・伝達が主体であった活動から、今後、日本会員の活動や日本の医学・医療の優れた点を ACP 本部ならびに海外の ACP 支部に配信する情報発信型の媒体を作りたい。」との意向によるものです。

こうした活動を発信することにより、ACP Japan Chapter 会員増加に繋げていければと考えています。

* 現在、上記の提案に沿い、Governor's Newsletter(English version)第一号を配信しました。

2. ACP Japan Chapter 総会・講演会について

これまで事務局で孤軍奮闘していただいていた ACP 日本支部総会・講演会の報告も PRC で担当することになりました。これも、日本語版と English version の Governor's Newsletter での配信を目指しています。

3. Facebook を立ち上げ、会員間の意見交換を活発化する。

* Facebook の立ち上げは完了しています。多数の皆様の参加をお待ちしています。

(文責：川村光信)

【Women's Committee】

①ランチオン企画が承認された。以下要旨。

企画：2012年4月の ACP 日本支部ランチオンミーティングの時間を使って、子育て・介護と仕事を両立させている男性医師中心の講演会を開催する。

企画名：ランチオン 2012「男女共同参画：経験者は語る」(仮題)

目的：男女の労働環境やワークライフバランスの改善の必要性を強く訴える。

日時：2012年4月14日(土) 11:40 から 12:40 (仮定)

講師：育児や介護を行っている、あるいは行った経験を持つ男性医師(と女性医師)

会費：無料(総会・講演会の一部として行うためそちらの登録料は必要です。)

会場：京都大学百周年時計記念館

対象：ACP 日本支部会員

内容：(仮)

11:40-11:42 挨拶 瀧野委員長

11:42-11:50 女性委員会のこれまでの活動紹介 杉原

11:50-12:00 男性医師 A (育児あるいは介護休暇中、またはその経験のある医師)

12:00-12:10 男性医師 B (同上)

12:10-12:20 女性医師C (同上)

12:20-12:40 Q&A、全体討議。特に米国 ACP からの参加者からもコメントを得る。

司会 矢野副委員長

予算：コピー代 1000 円。

実行手順：

- 1) ACP Japan Chapter 本部に、企画申請、承認手続き
- 2) 会場の確認
- 3) 講師の決定、依頼
- 4) プログラム詳細の決定
- 5) アンケート分析と振り返り
- 6) ACP Japan Chapter, Women's Committee ホームページでの内容報告

以上 ランチョン企画。

瀧野委員長注：

- ①講師として、岩田健太郎氏、Dr. Gautam Deshpande (両講師とも理事会後に内諾済み)
- ②非会員も参加可能とする(理事会決定)。
- ③ランチョン Box 代として企業からの寄付を検討してもよいが、瀧野委員長の NPO 法人を介した寄附の方が望ましい(理事会)。

文責：瀧野敏子

以上

[Committee for Associate and Medical Student Enrichment (CAMSE)
- IM-ITE Subcommittee]

1. Western Style Case Discussion for ACP Associate & Medical Student Members 8 (WSCD 8) / 2011 Poster Competition for ACP Associate and Medical Student Members を

日時：2011年10月1日(土) 10:00 - 18:00

場所：東京大学医学部教育研究棟 13階, 第6・7セミナー室

にて開催。ともに、成功裏のうちに終えることができました。

Poster CompetitionのWinnerとして、来春のACP年次講演会 (Internal Medicine 2012) への派遣学生を決定しました。

2. IM-ITE受験の普及活動

本年の試験の実施は2011年10月7日~19日(10月9日(日), 16日(日)を除く)。IM-ITE受験を希望されるACP会員の試験実施に関する情報提供をHPで行うとともに、問い合わせに対応しました。

3. 今後の予定

WSCD 9を2012年春(京都でのACP Japan Chapter Meeting時)に開催予定です。

4. その他の課題

・学生、若手会員の (Poster CompetitionのWinnerとは別枠での) ACP年次講演会への派遣支援に関して検討する予定

[Young Physicians Committee (YPC)]

理事会にての発表

副委員長 鈴木健樹 (委員長 岸本暢将の代理)

YPC は本年も岸本暢将委員長の下、田邊智子先生、Gautam A Deshpande 先生、私に加え、本年 6 月に米国での研修を終え帰国された森雅紀先生を委員に迎えました。

YPC の昨年度の活動と致しましては、

1. EBM-style Journal Club の準備
2. 2011 John Tooker Evergreen Award への応募
がございました。

1. に関しては、本年 4 月の ACP Japan Chapter 年次総会・講演会において、' EBM-style Journal Club' をプレゼンテーションする予定でしたが、東日本大震災のために中止を余儀なくされました。

2. 2011 John Tooker Evergreen Award に応募したものの、残念ながら選出されるには至りませんでした。

本年度の活動と致しまして、

1. 引き続き Young Physicians (Full Member で卒後 16 年目まで) を募集する。
現時点では、173 名の Young Physicians が ACP Japan Chapter に在籍しております。Young Physicians を募集する方策としては、ACP Japan Chapter 年次総会・講演会での EBM-style Journal Club を通して、Young Physicians に YPC の活動に興味を持って頂いたり、後述する Scientific Program Committee とのワークショップにおいてのコラボレーションを通じて、ACP に所属していない Young Physicians の興味をかきたてる事ができればと考えています。
2. 来年4月のACP Japan Chapter年次総会・講演会では、昨年度に発表できなかった EBM-style Journal Clubのプレゼンテーションを行うつもりである。
3. 今後、Scientific Program Committee とワークショップ等で collaborate を試みる
4. 2012 年 4 月の米国 ACP 年次講演会に Associate と YP メンバーから 3 名程度選抜して(10 万円の旅費支援を支部から行う) 派遣し、教育セッションを体験させ、1 年間 ACP 日本支部総会・講演会等で ACP に関する報告を行うなど ACP 大使を務めて貰う計画が支部長から提案されているので CAMSE と連携して早急にこの人選を行う。

本年も YPC の活動へのご理解とご協力をお願い致します。

■ Public Relations Committee (PRC) の発足

Creation of a Public Relations Committee (PRC)

Public Relations Committee (PRC) は、ACP 日本支部の新しい委員会で、以前の Publication Committee を改組し、組織されました。PRC はホームページなどを通して ACP 日本支部から支部会員向けの広報を行うと共に、日本の医学・医療の実情、支部会員の活動などを英語で記載し、ACP 本部などへ情報発信を行います。さらにまた米国の教育システムの現状などを ACP 関係者から寄稿していただき、それを日本支部会員に紹介し、日米 ACP 会員間の交流活動を推進することを目標としています。

配信記事は、PDF で作成したものを日本支部のホームページの Governor' s Newsletter に掲載します。この活動のため、年 1 回であった Governor' s Newsletter の発行を 4 回程度に増やす予定です。各委員会の活動は委員会の Committee ページに掲載すると共に特筆すべきものを PRC にご依頼いただければ、Governor' s Newsletter に掲載します。

設立されたばかりの組織で、不慣れな点も多いので、何卒ご指導、ご鞭撻をお願いいたします。

Chair : 川村光信

Vice-Chair : 安藤聡一郎

Members : 泉谷昌志, 大島康雄, 大西弘高, こう康博, 島根謙一, 土谷昌信, 中村浩士,
能勢裕久, 板東 浩, 前田正彦, 松梨真知子, 吉田 博