

Governor's Newsletter for ACP Japan Chapter



Governor : Fumiaki Ueno 上野文昭
MD, MACP

支部長挨拶

■上野文昭 P 2

ACP 日本支部年次総会 2017

- ACP 前会長からのメッセージ / Nitin S. Damle P 3
- Best Abstract Award Student 部門受賞 / 古川 由己 P 4, 5
- Best Abstract Award Young Physician 部門受賞 / 高松 直岐 P 6, 7
- Best Abstract Award Senior Physician 部門受賞 / 吉本 尚 P 8, 9
- Dr's Dilemma 優勝チーム / 三高 隼人 P10・松本 朋弘 P11
- 学生委員会セッション / 百木 菜摘 P 12

Internal Medicine 2017

- Convocation Ceremony / 西脇 宏樹 P13 / 廣川 誠 P14
- Dr's Dilemma / 志水 英明 P 17, 18 / 長縄 達明 P 19 / 高崎 哲郎 P 20 / 杉野 正晃 P 21
- Session / 前田 賢司 P 22~26 / 安藤聡一郎 P 27~31

委員会報告

- International Exchange Program Committee / 矢野(五味)晴美・牧石 徹也 P 32 / 西脇 宏樹 P33,34
- Resident and Fellow Committee / 上月 友寛 P 35

新たに FACP になられた先生のご紹介

- 藤田 孝之 / 林 幹雄 / 矢富 裕 / 小口 朝彦 P36

編集後記

- 原 真純 P37

ACP は会員の利益のために活動します！



ACP 日本支部長
上野 文昭

ACP は College の呼称通り、会員に学習の機会を提供することを最優先に考えています。本部で開発された優れた教育的リソースで学習し、実際の診療に活かしている方々も多いと思います。ACP 本部発信のきわめて多くの情報に加えて日本支部でも独自に支部会員の学習のための機会を提供しています。

日本支部最大の教育的イベントは毎年開催される年次総会です。今年も6月に京都大学で多くの魅力的なセッションが企画され、700名の医師・医学生が集いました。柴垣委員長を中心とした Scientific Program Committee の精鋭が、常に新しい企画を練りながら、会員のためによりよい学術集会となるよう努力しています。今年の学術集会終了直後から、もうすでに来年の準備に入っており、休む暇もなく活動しています。一般の学会とやや異なり、会員の学習のためにという視点で企画されているのは、参加された方ならばよくおわかりのはずです。ACP 日本支部は企業支援を受けないというポリシーがありますので、運営はけっして楽ではないというのが正直なところです。SPC の方々はよい企画を練るだけでなく、経費節減に努力され、文字通り手弁当で活動されていることに頭が下がります。京都大学の会場は福原副支部長のご厚意で借用させていただいており、この場を借りて御礼申し上げます。

昨年設立した Resident Fellow Committee の活動に、今、目が離せません。年次総会でも大活躍でしたが、4月には研修医・医学生向けのセミナーを独自に開催しました。10月22日には第2回セミナーが大阪で予定されています。若い研修医や医学生に医学の楽しさ、内科のすばらしさをアピールし、明日の医療を担っていただければと願っています。

他学会との連携も始まりました。日本臨床疫学会との共催セッションが相互の学会で開催されます。9月の日本病院総合診療医学会では、武田副支部長のご尽力で ACP 共催シンポジウムの機会を提供いただきました。他にも連携の可能性を打診中の学会があり、今後は支部の外に出た活動が活発化することと思います。

ACP の機関誌 Annals of Internal Medicine に In The Clinic という連載があるのをご存知でしょうか。月1回、トピックごとに臨床に役立つ総説が掲載されています。会員の北野夕佳先生が、そのすばらしさに注目し、全文和訳を申し出られました。著作権等の問題があるため時間がかかりましたが、ようやく本部の承認を得ることができました。Public Relations Committee の管理のもと、日本支部のホームページに順次掲載され、ACP の優れた教育マテリアルを日本語で広くアピールできるはずですが、さらに驚くことに本部の Annals のウェブサイトにも日本語版がリンクすることになるという話です。

このように ACP 日本支部の活動はますます活発化していますが、それを陰で支えている日本支部の役員人事についてお知らせがあります。学会の役員というと何だか偉そうな名誉職のようですが、ACP は全く違います、これはどの支部でも同様で、会員の方々に尽くすために、時間と労力を費やさなければなりません。Governor は週10時間以上 ACP のために働くことを要求されていますが、確かにそれ以上の責任があることを実感しています。皆さまの目に留まらないところで、大変な責務を負っているのが財務担当理事(兼財務委員長)です。これまで長年お務めいただいていた白杉由香理先生が、6月の年度末で退任されました。医師の本業の傍ら、本当に多くの時間を割いて献身的に支部の財政を護っていただきました。日本支部が健全に活動できるのは白杉先生のお陰と言っても過言ではありません。後任には前 Public Relations Committee Chair の安藤聡一郎先生が就任されました。安藤先生には ACP 日本支部の広報に大変なご尽力をいただき、各方面へ ACP の存在をアピールしていただきましたがこの度退任され、PRC Chair は大島康雄先生に引き継がれました。退任されたお二人には支部を代表して心から感謝の念を表し、この稿を終えたいと思います。

Japan Chapter Meeting June 9-10 2017' Kyoto Japan

Immediate Past President of American College of Physicians

Nitin S. Damle
MD,MS, MACP



The Japan chapter meeting was titled “General Internal Medicine practice in Japan, the growing roles of general specialists” . The meeting was attended by over 700 internists, residents and students over two days. There was excitement and enthusiasm for learning, exchanging ideas and dialogue among the attendees. Dr. Ueno and the program committee had a robust program with five to six talks simultaneously on topics ranging from internal medicine content such as managing diabetes and heart failure to leadership, getting published and use of bedside ultrasound. There were over 100 poster and oral presentations and a doctor’s dilemma competition.



I talked on high value care and gave an ACP update. Both were well received. There was good exchange amongst the audience around the demands of patients and parent institutions to order tests and procedures, some of which are not high value care. There was enthusiasm for incorporating the concept from medical school to practicing internists and subspecialists.

Japan faces a similar problem to us, in that there are not enough general internists and a geographic mal-distribution. The training leads most students and residents to declare a sub-specialty which

leads to many subspecialists doing general medicine. I spoke about the U.S. system and its similar issues. I suggested a paradigm shift in their educational system with a focus on general internal medicine and its value to the profession and patients. This is the long view and in the short term the ministry of health will need to incentivize more interest in primary care through other means.



Japan in addition has demographic problems with an aging population, decreasing work force and increasing costs. They currently spend half of the United States per capita on health care but they are aware of the risks of rising expenses.



I am pleased to report that the Japan chapter remains strong and is interested in growing and continuing to offer innovative educational programs and resources. They are committed to ACP and are looking for ideas to increase membership amongst internists in Japan.

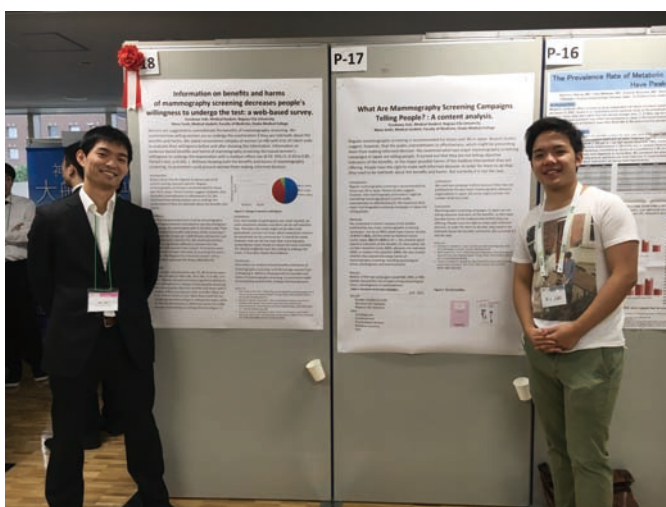
ACP 日本支部 2017 年総会 Best Abstract Award (Medical Student Section) を受賞して



名古屋市立大学医学部
古川 由己

マンモグラフィ検診のメリット・デメリットを伝えると、人々の受診意欲が減少する」という議論を呼びそうな研究発表でどんな反応が得られるかと緊張しましたが、結果ベストアブストラクト賞(学生部門)をいただくことができ、光栄です。

本研究の始まりは、予防医療に関して文献調査をしていた時に、これだけ受診率の向上が目指されている癌検診の死亡率減少効果が実はとても小さいことを知ったことです。もやもやした気持ちを抱えつつ過ごしている間に、さらに「死亡率減少」といっても、ランダム化比較試験やそのメタアナリシスで示されているのは、あくまでも疾患特異別死亡率の減少であり、総死亡の減少は示されていないことを知りました。このことを知ったら本当に人々は癌検診を受けたいと思うのだろうか疑問に思いました。先行研究では、人々が癌検診に過剰に期待していることを示すものはありましたが、メリット・デメリットを定量的に示されると人々が実際どのように考えるかの調査は見当たりませんでした。そこで今回の研究を企画するに至りました。本研究の結果は即座に一般化するには限界がありますが、議論の出発点になるのではないかと思います。



調査するにあたり、自分がマンモグラフィ検診に懐疑的であることは自覚していたので、極力誘導的にならないよう細心の注意をはらいました。総死亡率の減少が示されていないこと、ランダム化の質が高い RCT では乳癌死亡率の統計学的に有意な減少も示さ

れていないこと、日本人女性は dense breast の方が多く欧米よりもマンモグラフィ検診の効果が少ない可能性があること、などはいずれも受診意欲を減少させるものだと思いますが、今回の研究では提示しませんでした。

今回のアンケート調査の実施過程で、多くの方がとにかく癌検診は良いもの、という考えを持っていることを何度も感じさせられました。本研究の結果から、少なくとも、メリット・デメリットをきちんと伝えることが必要ではないだろうか、ということが言えるのではないかと思います。

最後になりましたが、本研究は、アンケートに回答頂いた方はもちろんのこと、倫理委員会へ提出する資料作成にご協力いただいた研究室の方、調査票の項目の表現で相談にのっていただいた方、アンケート調査の協力募集をしてくださった方など多くの方のご協力のもとで実施できました。御礼申し上げます。また、こうして多くの方に知っていただく貴重な機会をいただきました ACP 日本支部の役員の皆様、スタッフの皆様にも御礼申し上げます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

Information on benefits and harms of mammography screening decreases people's willingness to undergo the test: a web-based survey.

Furukawa Yuki, Medical Student, Nagoya City University
Mano Soshi, Medical student, Faculty of Medicine, Osaka Medical College

Women are suggested to overestimate the benefits of mammography screening. We examined how willing women are to undergo the examination if they are told both about the benefits and harms. We asked convenience samples of women (n=48) with 0 to 10 Likert scale to evaluate their willingness before and after showing the information. Information on evidence-based benefits and harms of mammography screening decreased women's willingness to undergo the examination with a medium effect size (0.59. 95% CI: 0.33 to 0.85. Paired t-test; $p < 0.001$). Without showing both the benefits and harms of mammography screening, its promotion could prevent women from making informed decision.

Introduction:

Breast cancer has the highest incidence rate of all cancers among Japanese women. Regular mammography screening is recommended for those over 40 in Japan. Recent studies suggest, however, that the public overestimates its effectiveness [1]. We examined how willing women are to undergo the examination if they are told both about the benefits and harms.

Methods:

We first showed statements used by mammography screening promotions and asked to rate the willingness to undergo the examination with 0-10 Likert scale. Then we showed the benefits and harms of the screening in absolute risk change per 1,000 50-year-old women and asked the same question [2]. We examined whether there is a significant difference between the two answers with paired t-test using R. Participants were convenient samples recruited via 3 mailing lists and 2 events. The Nagoya City University Centre's Ethics Committee approved the design (#60160126).

Results:

The number of participants was 79, 48 of whom were female (14 were in their 20s, 14 in 30s, 17 in 40s, 3 in 50s). Women showed extremely significant decline in their willingness to undergo mammography screening after knowing the objective benefits and harms with a medium effect size (paired t-test; $p < 0.001$. Effect size 0.59. 95% CI: 0.33 to 0.85). More than a half (52.1%, 25/48) became less willing to undergo the exam, while 42.7% (20/48) showed no difference and 6.3% (3/48) became more willing to undergo the test (Figure 1).

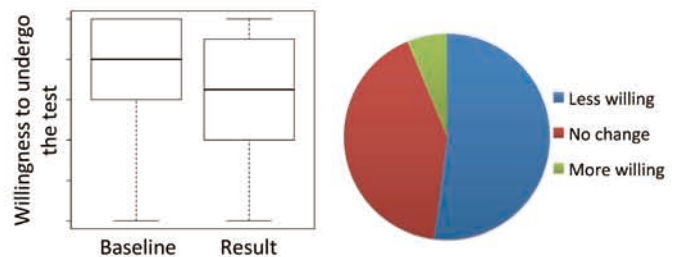


Figure 1. Change in women's willingness.

Limitations:

First, the number of participants was small. Second, we used convenient samples and there can be self-selection bias. Therefore this study might not be able to be generalized. Last but not least, which statements need to be presented can be controversial. It should be noted, however, that we did not state that mammography screening has never shown to reduce all-cause mortality [3]. Women might be even less willing to undergo the exam, if they were shown the evidence.

Conclusion:

Information on evidence-based benefits and harms of mammography screening could discourage women from undergoing it. Without showing both the benefits and harms of mammography screening, its promotion might be preventing women from making informed decision.

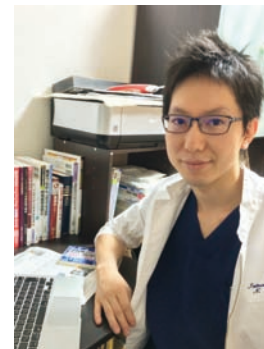
Reference:

1. Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med*. 2014;370(21):1965-7. doi:10.1056/NEJMp1401875.
2. Saquib N, Saquib J, Ioannidis J. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *International Journal of Epidemiology*. 2015;44(1):264-277. doi:10.1093/ije/dyu140.
3. Prasad V, Lenzer J, Newman D. Why cancer screening has never been shown to "save lives"—and what we can do about it. *BMJ (Clinical research ed)*. 2016;352:h6080. doi:10.1136/bmj.h6080.

2016 年度 ACP 日本支部 Best Abstract Award を受賞して

東京大学医学部附属病院、精神神経科
ジョンスホプキンス大学公衆衛生大学院

高松 直岐



この度は、2017 年度 ACP 日本支部年次総会 Best Abstract Award をいただき、誠にありがとうございます。私にとって身に余る栄誉で、受賞の通知を受けて唯々驚いています。この栄誉は自分だけの成果ではなく、これまで自分を指導し育てていただいた上司と、自分を支え続けてくれた同僚の皆様のお蔭であると実感しています。今後も、多くの人たちとの絆を大切に、日常診療に邁進していきたいと思っています。

私は北海道にある手稲溪仁会病院で初期研修を 2013 年から 3 年間行い、1 年間腎臓内科に携わり、認定内科医を取得してから現在の所属で精神科医として勤務しています。国際学会に毎年発表をするという目標を持ちつつ、国内では卒後 2 年目から ACP 日本支部に毎年参加していました。これまでは症例報告が主体で、臨床研究を ACP で発表させていただくのは今年が初めての試みでした。



今回の発表のテーマは腎臓内科に所属していた際に上司の滝沢英毅先生より頂いたアイデアであります。専門的治療が必要な病態の診療にあたる上で、「もう少し早く、適切な治療介入ができていれば結果は異なっていたのだろうか」という思いは診療科問わず、しばしば考える事項であると思います。その中でも今回は微小変化型ネフローゼ症候群患者の pre-hospital course に着目し、来院までの期間や利尿薬の処方などの因子が予後を左右するかを調べました。

慣れ親しんだ職場を離れる際に、なにか恩返しをしたいと思い過去に行われた腎生検のデータをまとめ、研究に従事しました。得られた結果はプライマリケア領域では浮腫の診療の一貫で、何らかのメッセージとして解き放つことができていると思っています。



現在は、かねてから考えていた精神科医としての診療を始めていますが、内科医としての心は持ち続けていくつもりです。ACP は私のこうした思いをつなぎとめる場の一つであり、今後も発表を続けていきたいと考えています。日常診療におけるクリニカルクエスチョンは絶えません。ジェネラリスト魂を持ちつつ、こうした日常診療の疑問に対して、日本および世界の医療水準の向上のために今後も努めたいと思っている次第であります。

最後に、本発表に際しては ACP 日本支部の役員の皆様始め多くの方のご協力をいただき発表することができました。あらためて、この機会に感謝の気持ちを表します。

Prehospital Course Affecting Prognosis in Minimal Change Nephrotic Syndrome

Naoki Takamatsu, Hideki Takizawa
Department of Nephrology, Teine Keijinkai Hospital

Background

- ◇ Minimal change nephrotic syndrome (MCNS)
 - Patients often recall the acute onset of edema by the day
 - Complicates acute kidney injury (AKI) due to volume depletion
- Excellent prognosis with proper treatment

Methods

Objective

- Whether prehospital courses affect prognosis of MCNS
 - 1) Time to admission from onset of disease
 - 2) Prescription of diuretics before treatment

Study Design

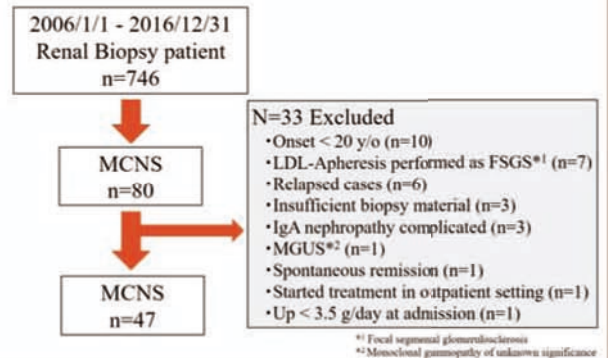
- Retrospective observational study

Enrollment

- First-time adult-onset primary MCNS
- Single-center acute care hospital (2006/1/1 - 2016/12/31)

Outcomes/Measurements

- Incidence and clinical characteristics associated with AKI



Results

Table 1. Patient characteristics

Variables	AKI (n=26)	No AKI (n=21)	P	HD*1 (n=8)	No HD (n=39)	P
Age, years	62 ± 17	49 ± 17	0.014	73 ± 14	52 ± 16	0.002
Male (%)	13 (50)	8 (38)	0.55	5 (62)	16 (41)	0.43
Hypertension (%)	10 (38)	4 (19)	0.20	5 (62)	9 (23)	0.040
Diuretics (%)	3 (11)	1 (4)	0.61	3 (37)	1 (2)	0.013
Days to admission	14 [9.5-27.7]	9 [6.0-15.0]	0.079	8 [6.0-16.2]	13 [7.5-23.5]	0.411
Days to CR*2	15 [11.2-28.7]	9 [7.0-11.0]	<0.001	37 [26.0-43.0]	10 [8.0-13.5]	<0.001
Hb (g/dl)	14.2 [12.8-15.6]	15.4 [13.7-15.9]	0.154	13.2 [12.7-15.5]	14.3 [13.6-15.8]	0.148
Alb (g/dl)	1.8 [1.6-2.3]	2.0 [1.6-2.3]	0.74	2.3 [1.9-2.5]	1.8 [1.6-2.2]	0.076
Cr (mg/dl)	1.0 [0.8-1.5]	0.7 [0.5-0.8]	<0.001	1.8 [1.1-2.5]	0.8 [0.6-0.9]	0.001
UA (mg/dl)	6.6 [5.7-8.0]	5.0 [4.5-5.7]	<0.001	8.2 [6.6-9.6]	5.6 [4.7-6.5]	0.001
Up (g/day)*3	11.7 [9.5-15.8]	10.7 [8.9-13.7]	0.49	11.6 [8.8-15.3]	11.0 [9.0-14.6]	0.87

*1 Hemodialysis. *2 Complete remission: Up < 0.3 g/day. *3 Urinary protein

Table 2. Multivariate analysis

Variables*	Adjusted OR (95% CI)	P
AKI		
Creatinine ≥ 0.8	9.86 (1.47-66.2)	0.018
Uric acid ≥ 6.0	8.61 (1.45-51.1)	0.017
Urinary protein ≥ 10	9.75 (1.19-79.9)	0.033
HD		
Diuretics	22.8 (1.97-263.6)	0.012

*Definition of variables: Creatinine: Cr ≥ 0.8 mg/dl; Uric acid: UA ≥ 6.0 mg/dl; Urinary protein: Up ≥ 10 g/day

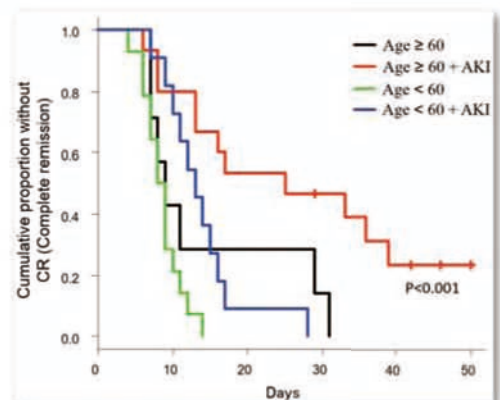


Figure 1. Cumulative proportion without complete remission classified by subgroups in relation to age and AKI incidence. Median time to complete remission was 9 days in Age ≥ 60 (Black), 15 days in Age ≥ 60 + AKI (Red), 8 days in Age < 60 (Green), 11 days in Age < 60 + AKI (Blue). AKI incidence resulted in longer hospital stay than the effect of age alone.

Table 3. Characteristics of kidney injury episodes

	AKI	HD
Incidence	26/47 (55%)	8/47 (17%)
Days from onset	26 [15-37]	15 [10-32]
Days from admission	8 [5-13]	6 [4-15]

Discussion

Limitations

- Single-center study with limited cases
- Actual effect of diuretics uncertain in NS* with subnormal diuretic response
- Effects toward other NS remains elusive

*NS: Nephrotic syndrome

Conclusion

- AKI is a frequent complication of MCNS, lengthening hospital stay
- Prescription of diuretics during prehospital course before treatment was independently associated with in-hospital AKI leading to dialysis
- One should be cautious with conservative measures given to patients potentially with nephrotic edema



筑波大学医学医療系 地域医療教育学 講師

吉本 尚

この度は、Best Abstract Award をいただき、大変光栄です。アルコール領域の未開拓部分を探求する過程で行った本研究がこのような形で評価いただけたことを、とてもうれしく思います。

■着想のきっかけ

2013年12月に国会で可決されたアルコール健康障害対策基本法の制定、およびその後の国・都道府県レベルのアルコール健康障害対策推進計画作成といった過程に、私は法案作成レベルから関わっており、どのような方法をとれば国民全体のアルコール関連問題を低減させることができるのか、世界と日本の過去のアルコール関連問題対策を学びました。その中で、アルコール乱用・依存症やアルコール関連問題が生じる前段階の、アルコール過剰摂取の段階から介入を図るべきであることがわかってきました。一方、アルコール過剰飲酒に関する情報の周知徹底を国民に行うにあたり、準備状態を測る必要がありました。自分自身のアルコール過剰摂取に関する認知、すなわち、過剰だと知っていて飲んでいるのか、過剰と知らないで飲んでいるのか、を知りたいと考えました。

■先行研究探索での悩み

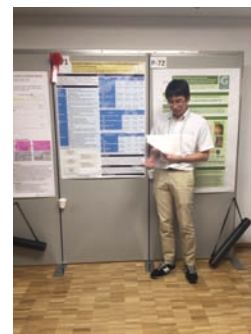
先行研究を当たったところ、自身が依存症か否か、自身がアルコール問題を抱えているのか否かといった自己認識に関する研究、自分が注いだジョッキに入ったアルコール量を正しく答えられるかなどの知識に関する研究には到達しましたが、何度探しても、英語の単語を変えてみても、自身の飲酒量に関する自己認識についての先行調査にはたどり着けませんでした。「『先行研究がない』というのは探し方が悪い」と教わっていたため、別の研究者2人（看護師、心理学者）にも協力をしてもらい、3人で探しましたが、やはり見つけることができませんでした。今回の発表にあたり、今一度PubMedやgoogleなどを検索し、本当に見つけれられていないのではないかと自分自身を疑い続けましたが、やはり見つけることができませんでした。「我々の研究以外の先行研究はない」ということができました。（もし万が一見つけた方がおられましたら、ぜひ教えてください）

■研究の実施

研究を実施した前後で、私は岡山県で診療所勤務をしており、近隣企業の産業医などを行っていた関係で、研究候補施設に関しては特に問題なく選択することができました。一方、データの公表に関しては、会社に不利益とならないよう、企業名、業種などを非公開にすることで本研究に協力いただけることとなりました。こういった細かい調整を行い、本研究結果の公開を行うことができたが、結果の一般化や研究の再現性といった点で課題が残りました。

■今後の展望

本結果は一企業を対象に行った研究でしたが、我々のチームで行った先行研究では、日本の大学生でも同様の結果となりました。場所や対象を変えても同様の結果が得られるのか知りたいと思います。また、行動の変化と自己認識にどのような因果関係があるのか、研究を進めていきたいと思っています。



Association between excessive alcohol use and its self-recognition - A cross-sectional study

Hisashi Yoshimoto 1), Tsunetaka Kijima 2)

1) Department of Primary Care and Medical Education, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

2) Department of General Medicine, Faculty of Medicine, Shimane University



Introduction

Excessive alcohol use is a major public health problem. However it takes much time and efforts on behavior changes. The purpose of this research is to clarify the association between excessive alcohol consumption and its self-recognition that leads to behavior changes.

Method

Study Design	<ul style="list-style-type: none"> • Cross-sectional study • Anonymous, self-administered questionnaire
Setting & Participants	<ul style="list-style-type: none"> • In August 2014 • Employees aged 20 years or older of a company in Okayama
Factor	<ul style="list-style-type: none"> • Excessive alcohol use; defined as excessive weekly drinking, binge drinking, or both. • Excessive weekly drinking: pure alcohol intake of ≥ 140 g/week for men and ≥ 70 g/week for women • Binge drinking: pure alcohol intake of ≥ 50 g for men and ≥ 40 g for women during 2 hours • Self-recognition of the amount of drinking (normal or abnormal)
Outcome	"Do you think that your amount of drinking is normal?"
Measurements	<ol style="list-style-type: none"> 1) Alcohol drinking frequency 2) Amount of drinking per day 3) Binge drinking in the past year 4) Self-recognition of the amount of drinking 5) Age 6) Gender
Analysis	<p>The t-test: comparison of the ages, drinking frequency and amount of drinking of men and women.</p> <p>The chi-squared test: comparison of the excessive alcohol use and self-recognition of men and women, and difference between normal and abnormal self-recognition.</p> <p>Multivariate logistic regression analysis: the relation with self-recognition.</p> <p>Stata/SE 13 for Windows.</p> <p>$p < 0.05$ was considered statistically significant.</p>

This research was approved by the medical ethics committee of Mie University.

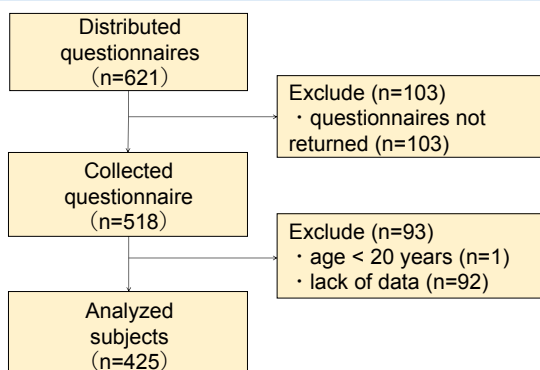


Figure 1. Study flow chart

Conflicts of Interest
No potential conflicts of interest were disclosed.

Results

Variable	Total (n=425)	Men (n=407)	Women (n=18)	p
Age (years), mean SD	36.4 \pm 10.5	36.7 \pm 10.5	28.7 \pm 9.3	0.002 ^a
Frequency of drinking (days/week), mean SD	3.1 \pm 2.6	3.2 \pm 2.6	1.2 \pm 2.0	0.002 ^a
Amount of drinking (g/day), mean SD	38.6 \pm 27.6	38.9 \pm 27.7	33.3 \pm 25.0	0.405 ^a
Excessive weekly drinking, n (%)				
Yes	155 (36.5)	152 (37.3)	3 (16.7)	0.084 ^b
No	270 (63.5)	255 (62.7)	15 (83.3)	
Binge drinking, n (%)				
Yes	256 (60.2)	252 (61.9)	4 (22.2)	0.001 ^b
No	169 (39.8)	155 (38.1)	14 (77.8)	
Self recognition of drinking amount, n (%)				
Abnormal	64 (15.1)	62 (15.2)	2 (11.1)	1.000 ^b
Normal	361 (84.9)	345 (84.8)	16 (88.9)	

Table 1. Participant characteristics. a: t-test, b: Fisher's exact test

Variable	Self-recognition Normal (n=361)	Self-recognition Abnormal (n=64)	p
Excessive alcohol use, n (%)			
Yes	229 (80.6)	55 (19.4)	<0.001 ^a
No	132 (93.6)	9 (6.4)	
Excessive weekly drinking, n (%)			
Yes	114 (73.6)	41 (26.5)	<0.001 ^b
No	247 (91.5)	23 (8.5)	
Binge drinking, n (%)			
Yes	207 (80.9)	49 (19.1)	0.004 ^b
No	154 (91.1)	15 (8.8)	

Table 2. Comparison between normal and abnormal self-recognition a: Fisher's exact test, b: chi-squared test

Variable (n=425)	Odds Ratio	95% Confidence Interval	p
Age	1.06	1.03 - 1.09	<0.001
Sex			
Men	0.60	0.12 - 3.13	0.547
Women	Reference	—	—
Excessive weekly drinking			
Yes	2.65	1.45 - 4.85	0.002
No	Reference	—	—
Binge drinking			
Yes	1.54	0.78 - 3.04	0.209
No	Reference	—	—

Table 3. Independent factors related to abnormal self-recognition

Discussion

More than 80% of excessive drinkers did not recognize their drinking as a risky behavior. Only excessive weekly drinking was associated with self-recognition as abnormal. We cannot determine causation due to the cross-sectional study design. Since the study included employees of only one company, there is a possibility of sampling bias.

Conclusion

Many excessive drinkers did not recognize their drinking as risky behavior. Various interventions, such as education designed to facilitate appropriate recognition of the amount of drinking, may reduce the incidence of excessive alcohol use.

Further study should be conducted on the generalizability of our result.

Acknowledgements

This study was supported by Mie University Hospital.

○ACP日本支部年次総会

Dr's Dilemma に参加して



練馬光が丘病院 総合診療科 後期研修医

三高 隼人

このたび、当院初期研修医の松本と Dr's Dilemma に参加させていただきました。2018 年 4 月にニューオーリンズで開催される Internal Medicine Meeting 2018 での Dr's Dilemma 本選への切符を手にして、喜びと興奮とともに日本支部代表として参加する緊張感を感じています。

今回好成績を修められたのは、初期研修を過ごした東京ベイ浦安市川医療センター、現在所属する練馬光が丘病院総合診療科での指導・研修のおかげと思っております。双方の病院とも、米国で内科研修を修められた先生がプログラムの中心となっており、経験した症例に関して指導医からの Medical Knowledge をシャワーのように浴びることができます。また、当院ではリウマチ膠原病、血液内科の領域も含めたバラエティに富んだ入院症例を専門医の先生の万全のサポートのもとで経験できており、指導医の先生がたからはエビデンスに基づいたアカデミックな議論を提供され、Off-the-job では定期的に MKSAP 勉強会を開催しています。こうした環境で研修できていることが、今回の幸運につながったと考えております。

このたびの ACP 日本支部年次総会 2017 では、数々の貴重なレクチャーやワークショップのほかにも、医学生・初期研修医の頃から志を同じくして総合内科・総合診療科の研修を行っている全国の同年代の先生と再会してお互いの近況を話し合うことができ、このことも私にとって本会の大きな意義に感じられました。ニューオーリンズでの本選は、非ネイティブスピーカーである私にとって相当難しそうですが、米国各州の代表との交流のつもりで楽しみたいと思っています。また、ともに練馬光が丘病院で研修をおこなった岡山大学病院代表の先生がたと一緒にできるのも非常に楽しみです。そして、素晴らしい教育セッションに溢れる Internal Medicine Meeting そのものも思い切り楽しみ、帰国して学習の成果を共有したいと考えております。

最後になりましたが、Dr's Dilemma の開催に御尽力された志水英明先生、宇都宮雅子先生、吉野俊平先生をはじめ ACP 日本支部の先生がたに心より感謝申し上げます。



Dr's Dilemma (臨床研修病院対抗クイズトーナメント) に参加して

練馬光が丘病院 初期研修医 2年
松本 朋弘



この度、6月11日に京都大学で行われました ACP 日本支部年次総会 2017 年度の Dr's Dilemma に参加させて頂きました。昨年ももちろん出場を模索したのですが、学会の演題登録もすることもできず、大会出場登録そのものが国家試験より以前であったため、出場を見送りました。今年度は出場を切望していたので、上級医の三高隼人先生にお声掛けしたところ、快諾して頂き念願が叶って参加する運びとなりました。僕の当初のプランとしては、3年後に優勝することを目標に、実地経験をするために三高先生のお力を借りつつもりの大会でした。大会前日までは、自分のポスター発表の準備であったり、その他の学会発表準備、日々の研修生活に追われ、予習問題として指定されている MKSAP は思うようにこなすことはできませんでした。大会前日はポスター発表の後、時間の許す限り画像問題等を中心に勉強しました。大会が始まる直前に気づいたことがあります。それは参加されている先生方が、どこかの勉強会で拝見したことのある先生方が大変多くいらっしゃる事でした。おそらく、志が同じ先生方が、この大会には集まるのだと実感し、ワクワクしたことを覚えています。

大会が始まると、三高先生が本領発揮し、あれよあれよという間に予選を突破し、大会決勝でも医学知識と、英語力を発揮するのを間近で見せつけられる事となりました。僕が貢献できたのは画像問題などでした。大会が終わり、三高先生と岡山大学の西村義人先生と、2018年ニューオリンズ大会の出場切符を手にした時は、信じ難い心境に陥りました。しかし、すぐに切り替え、しっかりニューオリンズを楽しんで、飲み込んでしまおうと考えました。そして来年の春までは10ヵ月ほどの準備期間がありますので、恥を掻くまいと精進していくと固く心に決めました。

今回このような貴重な体験をする機会を与えて下さいました ACP 日本支部の先生方、Dr's Dilemma の開催に御尽力されている志水英明先生、吉野俊平先生をはじめとする諸先生方、この場を借りて厚くお礼申し上げます。



石原さとみ好きの医学生が ACP 日本支部年次総会でセッションを開催すると



金沢大学 医薬保健学域医学類 5年
百木 菜摘

6月10・11日に開催された米国内科学会に参加し、学生委員長として学生委員会企画セッションを開催させていただきました。今回は学生委員会企画セッション「もし石原さとみ好きの医学生がイグノーベル賞の『論文』を読んだら」についてレポートいたします。学生なりの視点での報告ですので、学生会員の皆さまは気軽な気持ちで、そして医師の皆さまがたには寛大な気持ちで、是非お目通しいただければと思います。

・学生委員会企画セッション「もし石原さとみ好きの医学生がイグノーベル賞の『論文』を読んだら」

セッションは参加者も発言し一緒に楽しめるものが良い、最初の委員会会議で全員一致の意見でした。たくさんのアイデアの中から私たちは「論文クイズ」を選びました。クイズ形式にすることで学生の方々にも親しみやすく、一方で扱う題材は正式にpublishされている医学論文であるので医師の先生がたにも興味をもっていただけるのではないかと、ということでの選択でした。

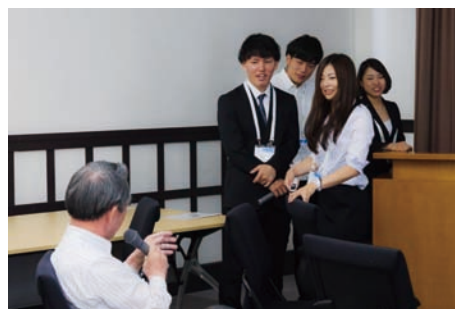
当日は学生から研修医の先生、また大ベテランの先生まで幅広い層からの参加がありました。最初にアイスブレイキングも兼ねて自己紹介をしていただきました。できるだけ発言しやすい雰囲気づくりはセッション運営側としては重要な点であると考えていたので、参加者のあだ名を聞いたり時には冗談を交えたりすることによって、立場や年齢の垣根を超えお互いに議論しやすい空気を作ることができたと思います。

メインの内容は私たち学生委員がある論文を題材とし、その研究結果に基づいて○×クイズを出題していく、というスタイルで進行していきました。題材とする論文は毎日山のようにpublishされる医学論文の中から学生委員が興味深いと思ったものを精選しました。「コーラを飲むと骨が溶ける？」といった雑学のような論文から「乳がん患者の予後と乳製品の関係」という論文まで様々用意し、参加者の方には「知らなかったので勉強になった」「そんなことまで論文になっているんだ」などと言ったお言葉をいただきました。クイズのあとには論文の解説を加えたところ、参加者の方からの鋭い指摘が入り学生からベテランの医師の方まで交えた活

発なディスカッションがかわされたことによって、ただのクイズ大会で終わらない実りの多い内容になったと思います。さながらjournal clubのような締まった内容でありながら、参加者の積極的な発言も多くあり、また終始笑いの絶えない90分でありました。

私はこれまでに学内または学外において様々な勉強会に参加し時には今回のように開催してきました。既存のカリキュラム以外に開催される勉強会の存在はactive learningの実践であると考えています。各々の勉強会ごとに個性があり雰囲気がありますが、今回のセッションは小規模ではありましたがActive learningの理想的な形に近かったのではないかと感じています。ACP日本支部年次総会のみならず、もしまた機会がありましたら、可能であれば定期的にこのような勉強会を開催させていただけないかと思っています。

今回のセッション開催にあたって上野支部長、SPC委員長柴垣先生をはじめ、Advisory Councilの先生方、SPCの先生方、ACPJC総会事務局の衣川さん、ACPJC事務局様のたくさんのお力添えがあったこと、そして半年間にわたって一緒にセッションを作り上げてくれた学生委員会の仲間に、この場を借りて心からの感謝を申し上げます。



キャリアの転換点で ACP Internal Medicine 2017, San Diego に参加して

昭和大学 藤が丘病院内科学講座 腎臓内科部門 助教

西脇 宏樹



2017年3月にSan Diegoで行われたAmerican College of Physician (ACP) Internal Medicine 2017に参加させていただきました。今回はConvocation Ceremonyへの出席と学会終了後よりACP Japan Chapterが提供するOlive View UCLA Medical Centerへの見学プログラムへの参加のための渡米でした。

ACP Internal Medicineへの参加は今回が初めてでした。これまで海外の学会は自分の専門である腎臓・透析領域のしか参加の経験がありませんでした。非常に教育的なプログラムが多く、各疾患のマネジメントや診断はもちろん超音波などのハンズオンやマネジメント、リーダーシップなどに関するレクチャーやワークショップも豊富なのが非常に印象的でした。

Convocation ProgramはFellow of ACP (FACP) またはMaster of ACPに新規に昇格した医師が招待される式典で私は今回FACPへの昇格が承認されたため参加する機会をいただきました。米国各州をはじめ我々のような米国外の支部からも多く参加がみられました。ちょうどこの3月まで福島県立医科大学で臨床研究のトレーニングを中心としたプログラムに参加し、上記の病院見学を経て再び臨床中心の仕事に戻る転換期であったこともあり、この式典に参加して気持ちが新たに再び臨床の仕事に臨もうと決意したことをいまでも覚えています。

また、ACP Internal Medicineの会期終了後から1か月、Olive View UCLA Medical Centerでの見学の機会をいただきました。

診療科としては総合内科、腎臓、膠原病を拝見しました。印象的だったのは第1に外来診療において一人の患者にかかる時間が非常に豊富で、また指導医からのフィードバックも十分にもらえること、第2に日本では患者と医師の関係構築が一人ひとりの医師個人によるところが多いですが、この病院では担当する医師は必ずしも毎回同じではなく、異なる医師が詳細かつ豊富な量で記述されているカルテを元にその場で信頼構築のためのスキルを用いて患者と関係構築をしていました。他にもいくつかの相違点を見ましたが、日本で真似をすることができないものもあれば、是非応用してみたいものもあり、また日本で実践されているスタイルの方が優れているように思われるものもありました。

渡米から3か月程度たちますが、これらの経験はいまの仕事のいくつかの場面で自分の考え方に新しい視点を加えてくれていると確信しています。

是非、まだACP Internal Medicineに参加したことのない方、FACP取得を迷われている方、Olive View UCLA Medical Centerへの見学を迷われている方は是非一步を踏み出すことをお勧めいたします。

最期に、この見学プログラムの機会をいただいた国際交流プログラム委員の皆様、FACP昇格にあたり推薦をいただいた福原俊一先生、柴垣有吾先生に感謝申し上げます



ACP Internal Medicine Meeting 2017 サンディエゴ訪問記

秋田大学大学院医学系研究科 総合診療・検査診断学講座

廣川 誠



皆さんこんにちは。この度 ACP のフェローとして日本支部のお仲間に加えていただくこととなりました秋田大学の廣川と申します。どうぞよろしくお願いたします。今年 5 月に発刊された英語版ニュースレターに続いて和文ニュースレターにも ACP 総会への参加体験記を掲載させていただく貴重な機会を与えていただきましたことに深く感謝申し上げます。

私は大学卒業後ただちに血液内科学の教室に入局し、内科ローテート研修を含む初期臨床研修の 2 年間で過ごした後に血液内科学をサブスペシャリティとして白血病や悪性リンパ腫、骨髄不全症候群など難治性血液疾患の診療と研究にかかわってまいりました。現在も難治性疾患政策研究事業のひとつである特発性造血障害に関する調査研究班のなかで、赤芽球瘍という希少難治性貧血の研究に携わっております。

今回 ACP Internal Medicine Meeting 2017 に参加するために訪れたサンディエゴは私にとって思い出の多い街で、初めて訪れたのは 1990 年 12 月、ロサンゼルスにある University of Southern California のリウマチ・免疫科の研究室にポスドクとして留学していたときでした。まだ幼かった 4 歳の長女と 1 歳の長男、そして家内とともに訪れたクリスマスシーズンのサンディエゴ市街と郊外の情景が今でも鮮やかに眼前に浮かびます。帰国後も米国血液学会に参加するため度々サンディエゴを訪れることになりましたが、今回 ACP 総会と convocation ceremony にこのような形で参加する機会があることはその時全く想像しませんでした。

Convocation ceremony は FACP の称号を授与される医師の業績を称えるのみならず、これまで自身を支えてくれた家族への感謝を思い出させてくれるとても大切な儀式であるということを改めて理解いたしました。また resident/fellow clinical vignette poster judge で Dr. James Hanley, Dr. Scott Selinger とともに米国の研修医たちとディスカッションしたことはとてもエキサイティングな経験でした。このような貴重な機会を与えてくださった上野文昭先生を始めとする ACP 日本支部の諸先生・諸兄に心から感謝申し上げます。

私は大学を卒業してから血液内科学の世界で過ごした約 20 年経った頃、もう一度サブスペシャリティ以外の領域の知識を備える必要性を痛感し、内科専門医試験合格を自身の生涯学習の

短期的目標として久々に Harrison's Principles of Internal Medicine を紐解きました。1 年近くの準備を経た後の合格はとても嬉しかったことを覚えています。このとき内科専門医試験を受けていたことが今回 FACP の称号を授かることにつながり、ACP 総会でたくさんの先生方にお会いすることができました。また一生に一度しかない convocation ceremony に参加する機会を得たことを思いますと、やはり様々な経験や出会いが今に繋がっているということを実感させられます。

私は 4 年前に現在所属している教室に異動し、附属病院の総合診療部、中央検査部、感染制御部の責任者を拝命しています。教室のミッションのひとつに総合診療医の育成があり、cutting edge のリサーチ・スキルと確実な知識を広汎に携え、かつそれらを統合して現実世界における課題解決に生かすことのできる次世代型医療人を地域の医療機関の方々と協力して育成することを目指したいと考えております。これは丸山眞男氏の言葉を借りるならば彼が教養人と呼んだ「あらゆることについて何事かを知っており、何事かについてはあらゆることを知っている人」に通じるのではないかと思います。私自身いろいろなことが試行錯誤の段階でまだまだ研鑽が必要な学習者の一人ではありますが、ACP および ACP 日本支部の先生方のご指導を仰ぎながら、後世に自慢できる次世代型医療人の育成と医師育成システムの構築を達成したいと願っております。これからもどうぞよろしくお願申し上げます。



San Diego Convention Center 内の Hall of Fame の前で



ACP Japan Chapter Receptionにて Dr. Douglas M. DeLong (Cooperstown, NY) を囲んで

Convocation Ceremony に参加して



国立病院機構 旭川医療センター 総合内科

安尾 和裕

来年度、転職の公算が高くなった（去ることだけが決まりつつある）安尾和裕と申します。私が FACP を目指した経緯と、Convocation Ceremony に出席した概要を報告いたします。

私は 1994 年卒、紆余曲折を経て、卒後 17 年目(42 歳)で内科専門医をとり ACP に入会。2016 年 7 月に FACP に昇格した、アラフィフの自称「総合内科医」です。

私自身は、継続努力が嫌い、心も弱い、向上心に欠ける、なのに高慢で扱いに困る初期研修医、および現在でいうところの後期研修医であったと思います。さらに患者に対しては「病気のだから有無を言わず治療に専念すべき」、「合併症も我慢して受け入れるべし」と考えており、医師としての「いたわり」に欠ける存在であったと思います。

別に興味があったわけではありませんが、初期研修を始めるにあたって「全身を診ることができるようになる」との指導医の一言で専門を血液内科に決めました。骨髄移植にも 1 年弱携わりました。

結局、職場ではない人間関係と、血液内科医(というよりは責任のある診療者)として診療していく自信・信念・責任のなさがあって、血液内科を 5 年で drop out しました。卒後 6 年目から北海道の僻地で一人内科医として診療を始めました。「全身を診る」ことは診療に役立ちました。また時間が十分にとれることもあって患者に寄り添う医療と、自分しか対処できる者がいない環境であったため医師としての責任を自覚するようになったのだと思います。結局 11 年間、僻地で診療。同じ組織内で転勤が 1 回ありました。勤務した 2 病院とも黒字化を達成。地域で信頼される医療が行えたかと、うれしかった記憶があります。

一人よがりの診療とならないよう、また地域基幹病院に紹介したときに治療方針・内容が明確で（また後ろ指をさされないよう）自分の医療の客観性・根拠を念頭に診療しておりました。当時、北海道では札幌以外では基幹病院でも総合診療の概念はなく、紹介しても「当科的には異常がない」「もっと都市部の病院に紹介してください」との対応が通常でした。

遠方に紹介しなくても、知っていれば診断がつく、考えれば診断がつく（妥当な検査プランも含めて）疾患が大多数であり、これを拾い上げることが私の総合診療の原点となっています。

また都市部への紹介は、非常に厳しかったです。どう見ても smoldering なリンパ腫にしか見えない患者を、息子さんがいる札幌の病院に紹介したくても受け入れ先が渋って、複数の病院から断られたことがありました。最終的に「東大血液内科出身です」の一言で北大系列の病院に受け入れていただきました（結局、smoldering ATL でした）。

診療内容ではなく、専門医資格など肩書になるものが必要と痛感し、総合内科専門医、ひいては ACP 入会と相成りました。

現在は中規模都市で「診断がつかない」「どの科に紹介したらよいか分からない」患者を診療しています。精神面の不調を訴える患者の診療も多く、不思議と 40 台になってからは苦にならなくなりました。年の功のほか ACP の果たした役割は大きいです。「地域での自分の役割」として、地域の医療全般の底上げ、GIM を根付かせることを目標としています。

以上のような経過で、FACP への昇格、Convocation Ceremony は個人的に、一区切り・集大成と位置付けていました。

2016 年 7 月 1 日付で FACP に昇格。2017 年度 Convocation Ceremony (以下、セレモニーと略)の参加申し込みメールが 10 月下旬頃に届き、内容に従って事務手続きを進めます。セレモニーで着用する無料レガリア(キャップ、フード、ガウン)のサイズも注文します。ちなみにキャップの上の「房のついた金色の紐」はタッセルといいます。

ホテルの予約に関しては ACP 年次総会のページで紹介されており、割引があります。国内の代理店を通じて申し込むよりは多少割安でした。私の場合、航空機チケット込みで国内代理店に申し込みました。JAL ツアーズと AMEX で検討しましたが、同一内容で AMEX のほうが 2 割程、割安でした。なお、ホテルは AMEX で申し込んだ場合、低層階でした。ACP で申し込んだ方々は高層階となっていました。航空機チケットは自前で確保、ホテルは ACP 経由としても支払い AMEX と大差なさそうです。

今回の年次総会では、講義用のスライドが 1 か月も前から、あらかじめ配信されていました。またスケジュール管理アプリが利用可能でした。講義の絞り込み・予習、現地でのスケジュール管理に非常に役立ちました。アプリの起動には Wi-Fi が必要となります。

私の場合、使い放題プランのルーターを成田空港でレンタルしました。当然 hand out の配布はなく、iPad を開いて、適宜メモを打ち込みながら講義を受けました。現地の方々の中には指一本で iPhone にメモを打ち込んでいる人も多数いました（英語が非常に単純な言語なのか、単に器用なのか考えられます）。ちなみに同一時間内に聴きたい講義が複数ある場合、演者の発音の聞き取りやすさで講義を選びました。

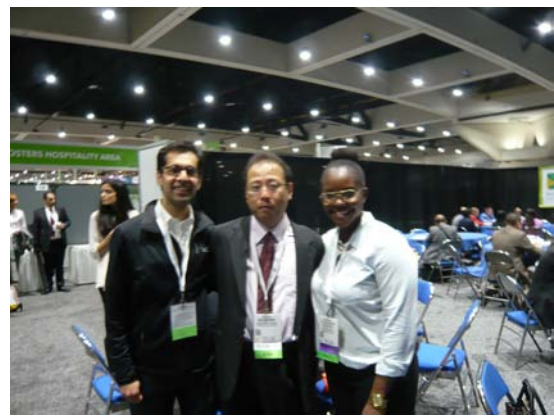
年次総会・セレモニーに申し込みをすると、写真撮影の勧誘メールが来ました。“free”と書いてありますが、実は、撮影枠の予約が free だけでした。実際には撮影費用と郵送費用が別途必要で、計 100 ドル前後の出費となりました。出来上がった写真は非常に良いものでした。



初日、3月29日の夕方にセレモニーが開催されました。セレモニー参加者の集合場所のホールで、レガリア一式を借ります。あらかじめ注文したサイズが合わない場合は、適宜交換してくれます。タッセルはキャップに装備されているかと思いきや、ついていません。実は、キャップか何かの袋に同梱されておりました。すでにゴミ箱行きとなっていた包装袋を探し出して無事装着しました。

支部ごとに集合して、会場に入場します。厳かな雰囲気の中、粛々と進行。タッセルを右に向け、宣誓文を全員で読み上げ、タッセルを左に回してセレモニー終了となります。同期のFACPの面々に負けないよう精進しなければとの気持ちを新たにさせられる式典でした。

新FACPは2日目午後に行われる研修医ポスターセッションのジャッジにも選ばれます。経験豊富な2人のジャッジとともに、プレゼンを聞き、質疑応答して採点します。Azah先生(左端)の、ごく短時間の中に質・量ともに十分すぎる feedback、さらには今後の進路への助言まで行ってしまう現場は衝撃的で、医学教育の頂を垣間見ました。



展示ブースの端に転職相談コーナーがありました。Navy, Armyもブースを出しており、Armyのロゴ入りペンライトを頂いて来ました。

時差ボケ、筋肉痛と戦えるような年齢ではなかったようで、割高となっても、航空機は広めの座席を確保したほうがよかったです。以上となります。

Doctor's Dilemma 2 回目の挑戦

大同病院 腎臓内科
SPC プログラム委員
レジデントフェロー委員会 アドバイザー
志水 英明



■ 2 回目の挑戦

2017 年 3 月 30 日～4 月 1 日にサンディエゴ行われた ACP internal Medicine Meeting での Doctor's Dilemma に日本代表チームが参加しました。これは 2016 年ワシントン DC Doctor's Dilemma に続き 2 回目の挑戦です。



サンディエゴにて

■ Doctor's Dilemma 参加までの経緯

2015 年より ACP 日本支部ではアメリカで開催される Doctor's Dilemma への選考を日本支部総会でを行っています。日本で参加チームを選考するにあたり参加要項の調整が必要でした、これは日本とアメリカでの内科専門研修システムが異なっていたためです。ACP 本部の Doctor's Dilemma 担当である Ms. Kelly Lott (Membership Programs Administrator for ACP) に相談したところ、日本とアメリカの違いを理解し、親切に対応してくれました。最終的に日本は卒後 5 年目までが参加要件となりました。日本支部総会での選考は 1 年前ですので日本支部総会時点で卒後 4 年目までが日本の参加要件となっています。

2016 年 ACP Doctor's Dilemma ワシントン DC の開催 1 年前の 2015 年にはじめて日本支部総会で Doctor's Dilemma in Japan が開催されました。当初 1 チーム 2 名で 5 チームが参加しました。以後毎年開催され 2016 年には 10 チーム、今年の 2017 年には 20 チームが参加し日本支部総会での人気セッションの一つとなっています(表 1)。

	2015 年	2016 年	2017 年
Doctor's Dilemma 日本 (参加チーム数)	5	10	20
Doctor's Dilemma 開催年・場所	2016 ワシントン DC	2017 サンディエゴ	2018 ニューオリンズ
日本チーム	添野 祥子, 武田 大樹 (白河総合病院) 木村 真大 (飯塚病院)	長縄 達明, 杉野正晃 (松波総合病院) 高崎 哲郎 (東京ベイ浦安市川医療センター)	松本朋弘, 三高隼人 (練馬光が丘病院) 西村 義人, 原田 洸 (岡山大学病院) 3 名選出予定



Doctor's dilemma はサンディエゴでの総会期中 3 日間でおこなわれました。予選ラウンド、準決勝ラウンド、決勝ラウンドです、決勝ラウンドは最終日の最期にメインホールで行われます。

■ ルール

予選ラウンド (木曜日 3/ 30)

50 チーム中 20 チームが準決勝進出

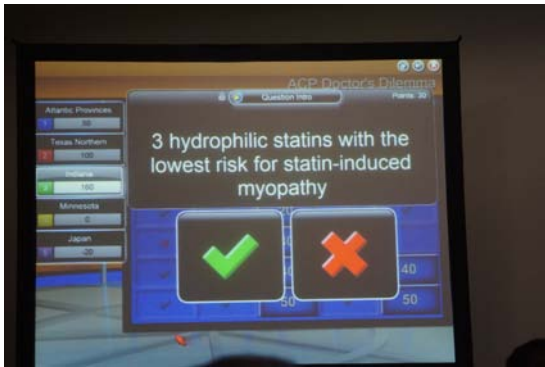
準決勝ラウンド (金曜日 3/31)

20 チーム中 4 チームが決勝進出。

決勝ラウンド (土曜日 4/1)

専用のコンピューターシステムでカテゴリーが選ばれ、問題(5 カテゴリー x 10~50 ポイント)を作成します。コイントスのチームが問題を選び、正解するとそのポイントがチームに加算されます。司会者が問題文を読み上げた後にボタンを押し解答権を得る事ができます。問題文がスクリーンに映し出されるのはこのタイミングです。そのため、司会者が読み上げている問題を聞き取り読み終わるまでに解答を考えボタンをおすことが必要になります。不正解であったり制限時間内に解答できなかった場合はマイナスポイントとなります。

予選ラウンドは 3/30 pm2:00 から 2 会場で 5 チームごとに分かれ、50 チームが準決勝ラウンドの 20 席を競いました。参加チームは全米の各地の代表、世界から日本以外にサウジアラビアやカナダなどの参加がありました。日本チームは予選 4 戦目でテキサス、インディアナ、カナダ、ミネソタの各代表と準決勝への 1 席を競いました。



■問題の例

1) Endocrinology and Metabolism

末端肥大症で最初に行う検査は

2) Infectious disease

IgA 欠損症できたしやしい非ウイルス性腸管感染症

3) Biostatistics and Epidemiology

絶対リスク減少率の逆数 $1/(\text{absolute risk reduction})$ で表されるものは

4) Endocrinology and Metabolism

筋症がすくない親水性スタチン3つ

これらの問題は文章で記載されるとそれほど難しいものではありませんが、英語で質問されると英語が母国語でない日本チームにとって非常に難しくなります。

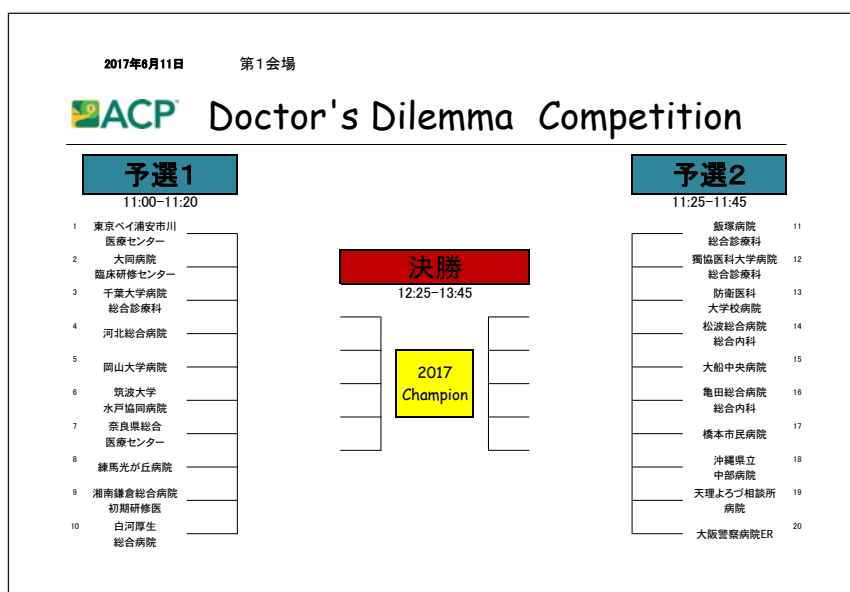
日本チームは充分健闘しましたが予選を通過することはできませんでした。日本チームの予選問題は難しい問題が多数ありましたが、別のトーナメントの予選問題では答えられる問題が多数ありました。

一方、日本の内科医としてはあまり馴染みのないカテゴリーもあり(疫学や統計学、皮膚科学、Women's health、Journal update など) 総合内科的な力が求められていると実感しました。これらは ACP 日本支部総会で取り上げられている領域でもあります。

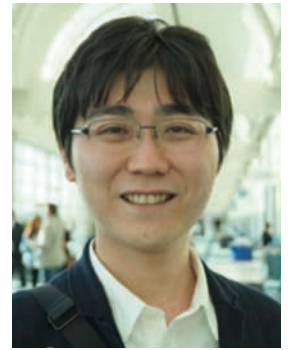
■2017 年日本支部総会 Doctor's Dilemma Japan

2017 年 6 月 11 日の Doctor's Dilemma Japan は 20 チームの参加で競いました。予選を 10 チームに分け 2 回行いました。英語のヒアリングも取り入れた問題も今回から新たに追加しました。早押し判定機が参加者のスピードについていけないハプニングもありましたが熱戦の末、優勝：練馬光が丘病院(松本朋弘先生、三高隼人先生)、準優勝：岡山大学(西村義人先生、原田洸先生)となりました。この中の3名が 2018 年ニューオーリンズでの Doctor's Dilemma に日本代表として参加予定です。応援よろしくおねがいします。

さらなる改良を加え、ACP Doctor's Dilemma 本線での上位入賞を目指せるように頑張りたいと思います。来年も日本支部総会 Doctor's Dilemma Japan へ沢山のチームが参加していただけると幸いです。



Internal Medicine Meeting 2017 in San Diego Dr's Dilemma 参加報告



藤田保健衛生大学病院 リウマチ・感染症内科
長縄 達明

ACP 本部の学術総会である Internal Medicine Meeting 2017 に参加させて頂き、ACP 日本支部の方々の多大なサポートのおかげで、Dr's Dilemma 本選に出場することができました。非常に貴重な体験となりましたので、ここにご紹介させていただきます。

Dr's Dilemma 本選に出場するチームは、予選を勝ち抜いた全米各州の代表チームに加え、米国以外からは日本、カナダ、プエルトリコ、ベネズエラ、サウジアラビアの代表が参戦しました。初日の Elimination round は、1 組 5 チームで競い合い、上位 2 チームが翌日の Semi final に参加できます。Semi final の勝者は Final round という決勝戦へと駒を進めます。

問題がスクリーンに映し出された後に、早押しで回答します。私たちのセッションでは内科の内容以外に皮膚科の内容からも出題されました。我々内科医には聞き慣れない皮膚科の医学英語を理解できず、撃沈しました。たとえ内科の内容であったとしても、出題の切り口が日本とは異なったため、押し負けて撃沈。あえなく初戦敗退の運命を辿りました。来年 New Orleans での Dr's Dilemma に参加される先生方には、ぜひ私の味わたった悔しさを晴

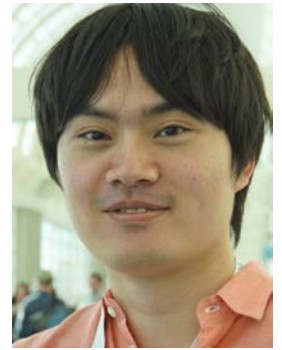
らして頂きたいと思っています。とはいえ、他のセッションでは Women's Health や統計、Journal Update など、日本では稀にしか扱わない内容からの出題もあり、広く世界標準の知識を問われていると実感しました。このような場に参加できたことは、私の医療従事者としての視野を広げる大変貴重な経験となりました

今回、Dr's Dilemma 以外に Scientific Program Sessions にも参加しました。内容としては各科の Update の他に Management of common problems や Clinical pearls, How to prevent errors など、帰国後の自身の日常診療の方針に影響を与える教育的なセッションばかりでした。米国では患者と対峙し、最新の論文を根拠として病気を診ることがスタンダードな診療方法であると感じました。私も出来るところから世界水準を取り入れていきたいと考えました。

最後になりましたが、今回このような貴重な機会を与えてくださった ACP 日本支部の皆様、現地で私達を支えてくださった先生方に心から感謝を申し上げます。



2017 年 ACP Doctor's Dilemma を終えて



東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
高崎 哲郎

今年、私は松波総合病院の長縄先生、杉野先生とともに米国サンディエゴで開催された ACP 年次総会に参加してきました。目的は年次総会で毎年催されている Doctor's Dilemma に出場するためです。Doctor's Dilemma は米国の各州を含む世界中から集まった代表チームがそれぞれの医学知識を競い合うイベントです。各チームを構成するメンバーは卒後 4 年目までの若手医師に限られ、ACP 年次総会で開催される本選に参加できるのは、各地域の予選を勝ち抜いてきた代表チームのみです。今年の本選には 60 チームが各地域から集結しました。私たちは 2016 年に ACP の Japan chapter で開催された予選を経て、今回の本選出場の機会をいただきました。



本選は 3 日間で予選、準決勝、決勝の 3 つのラウンドを行います。50 チームのうち、20 チームが準決勝に進み、その中で勝ち残った 5 チームが決勝に進みます。競技の方法はクイズ形式で、予選では 5 チームを 1 グループとして競い合い、成績の良かった 2 チームを勝ち抜けとし、勝ち残ったチームが次のラウンドに進みます。クイズは例えば、循環器領域や血液領域などランダムに 5 つのカテゴリーが選択され、選択された各カテゴリーから 5 問ずつの合計 25 問が出題されます。試合が始まると、司会者が順番に問題を読み上げ、出場者たちはスクリーンに表示されてから早押しで問題に答えていきます。難問に答えるチームがあると、応援も盛り上がります。各チーム 1 年に 1 度の大会に向けて入念に準備してきており、会場は熱気に包まれていました。私たち日本チームは残念ながら、予選敗退となりました。

もちろん、試合は英語で行われますので、我々にとっては不利な状況ではありましたが、それだけが予選敗退の原因とも思えませ

んでした。他チームの参加者と比較すると、やはり医学的な知識不足もあったかと思います。大会までの準備として、米国内科医向けのテキストである MKSAP を読んでトレーニングをしてきましたが、更に深く読み込んでおけば良かったと感じました。



ACP 年次総会では、3 日間で約 190 ものレクチャーが開催されます。非常に多くのレクチャーがあるため、複数のレクチャーが別の会場で行われ、実際に私が聴講することができたのは、その中のごく一部でした。プライマリ・ケアや各専門領域、緩和ケアやホスピタルメディスンにおける周術期など、幅広い分野が実臨床に即した形でレクチャーされるため、勉強になりました。非常に満足度が高く、日本の内科医の先生方にも強くお勧めできる内容でした。

Doctor's Dilemma を含む ACP 年次総会に初めて参加し、国際標準の医学的知識を身につけることの必要性を肌で感じることができ、モチベーションにつながりました。今後も是非参加したいと思える内容です。最後に今回 ACP 年次総会参加の貴重な機会をいただいた ACP 日本支部の皆様方に心よりお礼申し上げます。



サン・ディエゴでの Doctor's Dilemma に参加して

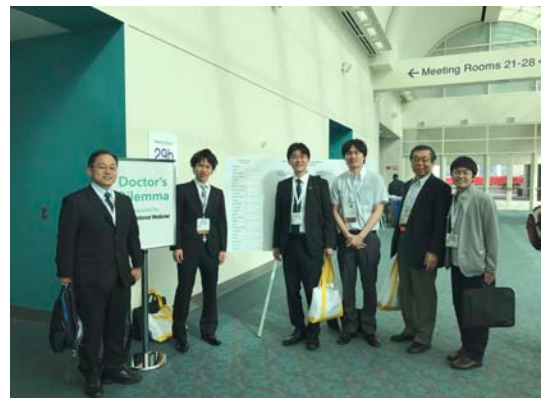


松波総合病院 総合内科
杉野 正晃

昨年6月の日本支部年次総会2016のDoctor's Dilemma(臨床研修病院対抗クイズトーナメント)日本予選から早くも10か月が経ち、身に余る光栄ではありますが、3月30日-4月1日にサンディエゴで行われました ACP Internal Medicine Meeting 2017 での Doctor's Dilemma 本戦に Team Japan として参加する機会を頂きましたため、感謝の意をこめて、ここにご報告させていただきます。

サンディエゴの温暖な気候の中、会場であるコンベンションセンターに着くと、全米のみならず各国から集まった参加者達が、待ち時間に問題を出し合ったり打ち合わせをしたりと、大変な熱気を感じました。大会には1チーム3人で50チームほどが参加しており、5チームごとのブロックにわかれ上位チームが勝ち上がるシステムでした。日本支部からも上野文昭先生はじめ多くの先生方が応援に来て下さり、Team Japan のブロックの順となりステージに上がりました。問題ははじめ英語で読み上げられ、その後スクリーンに表示され、それに早押しで解答するものでしたが、他チームの解答の早さには圧倒されるばかりで、結果としては完敗でした。

解答の中には疾患概念として理解できていなかったものもあり、英語力のみならず、世界標準の知識を身につけていくことの大切さを痛感しました。またその後のレセプションでも、普段お会いできないような先生方とお話する機会を頂きました。このような大変貴重な経験をさせて頂けたのも、普段日常臨床でご指導頂いている傍島卓也先生はじめ多くの先生方や、Team Japan を引率して下さいた志水英明先生はじめ ACP 日本支部の先生方のおかげであると実感しており、心より感謝致しております。この一生忘れない経験は、今後の医師人生に活かしていきたいと思えます。





日本支部 Secretary
FACP 前田 賢司

今年も3月30日(木)から4月1日(土)までの3日間サンディエゴで行われた Internal Medicine 2017(以下 IM2017)に参加してきました。

今回も私が出席したセッションの拙い記録を中心に IM2017 の内容を簡単にご紹介します。あくまでも私の記録は全体の 200 を超えるセッションのごく一部であることをご承知おきください。少しでも興味を抱かれて出席してみようと思われる方が出て来られたら望外の喜びです。



3月30日(木)

1. "Diagnosis and Management of Kidney Stones" (by Dr. Gary C. Curhan, MD, ScD)

腎結石予防の講義です。腎結石の罹患率は男性 19%、女性 9% と common でありしかも年々増加傾向にあるというお話から始まりました。ストルバイト結石 (struvite stone) は感染症関連結石とも呼ばれウレアーゼ産生菌が原因となり起こるそうです。(結石の完全除去と尿路感染予防が大事) リン酸カルシウム結石は高カルシウム尿・高リン酸尿・低クエン酸尿、アルカリ尿が原因で起こり、予防にはサイアザイド系利尿剤・クエン酸が使われるそうです。尿酸結石は低 pH 尿・高尿酸尿が原因で起こり、食事療法(低プリン体食等々)、尿のアルカリ化、キサンチン・オキシダーゼ抑制剤(アロプリノール)が予防になるそうです。続いて危険因子、リスクを上げる食事(動物蛋白、シュウ酸、ビタミン C、カルシウム・サプリメント)・リスクを下げる食事(カルシウム、カリウム、マグネシウム、コーヒー・紅茶・ビール・ワインなどの飲料)について話されましたが不思議なことにサプリメントでカルシウムを摂るとリスクが上がり、食事からカルシウムを摂るとリスクが下がるのだそう

です。食品中のカルシウムが腸管内でシュウ酸と結びついてそのまま体外排泄されることによりリスクが減る訳ですがサプリの形ではそのメカニズムがうまく機能しないのでしょうか、興味深いところです。その他肥満や糖尿病との関連などにもお話が及びました。

2. "Diabetic Management in the Hospital" (by Dr. Tracy L. Setji, MD, MHS)

入院患者の糖尿病管理に関する講義です。症例を出しながら説明が進んでいきます。入院時に血糖値が常に 180mg/dl ならインシュリンを使用し 140-180 の範囲内にコントロールする(心臓手術などでは <140 を目標値とする)、インシュリンは入院中はペン型のものは使わない(共用を避けるため)、退院 1~2 日前までには経口剤への変更可。一般的な経口剤の説明、Sitagliptin の臨床研究のお話の後、インシュリンの具体的な使い方(基礎インシュリンと食事時インシュリンは半々に; 1 型 DM では 0.3 単位 /Kg/ 日: つまり基礎インシュリンは 0.15 単位 /Kg/ 日、2 型 DM では 0.5 単位 /Kg/ 日: 基礎インシュリンは 0.25 単位 /Kg/ 日が最初の目安) ~さらにその後の微調整の方法や低血糖についてもお話がありました。

3. Opening Ceremony

開会式です。キーノート・スピーカーは HIV/AIDS 感染などの感染症対策で有名な NIH の Dr. Anthony S. Fauci, MD, MACP 先生でした。テーマは「AIDS to Zika: The Enduring Challenge of Emerging Infectious Diseases」というもので、Fauci 先生の感染症に対するこれまでのご経験と業績の一端が披露されました。

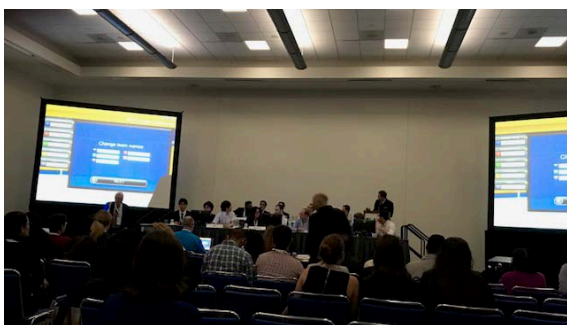
4. "Escalating Care in Management of Type 2 Diabetes: Preventing Clinical Inertia" (by Drs. Diana B. McNeill, MD, FACP, Steven Edelman, MD & M. Sue Kirkman, MD, member)

Clinical inertia は「臨床慣性」と訳されるそうですが、その「臨床慣性」防止という副題がついている「2 型糖尿病管理の拡大ケア」という講義です。経口剤の種類と特長から始まり、第一選択薬のメトホルミンの後はどういう薬剤(DPP4 阻害剤や SGLT-2 阻害剤など)

を使うべきか、インシュリンはいつからどのように使うべきか(基礎インシュリンに NPH かグラルギンか?新しい基礎インシュリン製剤: デグルデクの U-100 と U-200 ペン、グラルギン U-300 ペン)、基礎インシュリンだけでコントロールが良くない時にはどのようにすれば良いか(ワンショットで打てる基礎インシュリン+GLP-1RA との混合製剤の紹介)、最後にインシュリン・ポンプとして Calibra Finesse Patch Pump というパッチタイプのもの、血糖値のセンサーとして Abbott FreeStyle Libre(米国未承認)という 2 週間付けたままで外からスワイプして血糖値をモニターできる装置の紹介がありました。

5. the elimination round of "Drs' Dilemma"

この日の午後 Dr's Dilemma (研修医チームの医学クイズ勝ち抜き合戦)があり、日本から参加のチームが出場したので応援を兼ねて観戦しました。問題は最初口頭で提起されその後スクリーンに文字で示されるのですが、Native の人たちとはヒアリング能力に差があるので(日本チームもボタンを押していたのですが)どうしてもスピードでは負けてしまいます。残念ながら勝ち進めませんでした。健闘したと思います。



この日はこの後午後 6 時から Convocation Ceremony があり、私も昨年日本支部から賞を頂いた関係で 17 年ぶりにレガリアを着てマーチングに参加させて頂きました。今年は日本内科学会理事長の門脇先生も参加され、壇上で名誉フェローを授与されました。Ceremony のあとには International Reception に出席し海外の先生方とも交流出来ました。



3月31日(金)

1. "Curable Cancers: Progress in Oncology" (by Dr. John J. Densmore, MD, PhD, FACP)

「治せる癌」の講義です。まずは甲状腺がんから始まりました。女性が 77% と女性に多いがんですが 5 年生存率は 98% と高いこと、分類 [分化がん(乳頭がん、汙胞がん、Hurthle cell)・髄様がん・未分化がん] と対策(分化がんなら外科手術、放射性ヨード、Levothyroxine による TSH 抑制)、リスクが低いがんの場合と高いがんの場合の ATA のガイドラインなどを説明されました。2 番目は精巣胚細胞腫瘍のお話でした。ヨーロッパ系に多く、アフリカ系やアジア系には少ないそうです。5 年生存率は 95%、セミノーマと非セミノーマに分けられ、いずれでも β -hcg が上がり得る(α -FP は非セミノーマだけ) そうです。生検は播種の危険性があり禁忌です。診断時 75% はステージ 1 (精巣に局限)で、睾丸摘出術単独でセミノーマの 80% は治癒するといえます。三つめは非ホジキンリンパ腫の話でした。びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫がもっとも多く、それに関連して CHOP ± Rituximab の臨床試験の話題(R-CHOPの方がCHOPだけに比べると生存率が上がる)も提供されました。次いで MALT リンパ腫(唾液腺のものはシェーグレンと関連、胃のものは 90% が H.ピロリ菌と関連、除菌で 65% 以上消退)、ホジキンリンパ腫(5 年生存率は 85% 以上、20 代と 70~80 歳代のふたつにピークあり、初期ステージ(I/II)では放射線療法(±化学療法)・進展期(III/IV)では ABVD, MOPP/ABV hybrid, BEACOPP, Stanford V などの化学療法を要す)についても話されました。最後に cancer survivorship について話され、最大の目標は治癒であること、患者は多くの合併症リスクを抱えておりがん専門医とプライマリケア医との連携が大事だと結ばれました。

2. "Thieves' Market" (by Dr. David R. Scrase, MD, FACP)

毎回楽しみにしている病名あてセッションです。第一例は 79 歳男性で ED と痙攣があり、MRI で後頭葉に膿瘍と周囲の浮腫が認められた症例で答えはアメーバ性壊死性脳症、原因アメーバは Balamuthia mandrillaris という珍しいものでした。第 2 例は 46 歳男性、下痢、白血球増多、Hb 高値を示した例で、脱水との指摘があり最終的には VIPoma という結論でした。3 例目は 27 歳の女性、急に始まった持続性頭痛が主訴です。MRI が供覧され、膿瘍様の所見があり、脳生検の結果 necrotizing granuloma という病理所見が得られ、回答は Syphilitic CNS gummata という結論でした。最終結論に至るまで、会場のあちこちから診断名や必要な検査が叫ばれ、それに応じて検査所見を少しずつ提供して回答を引き出すという手法のこのセッション、なかなかスリリングで興味深いものです。

3 . “PechaKucha” (by Drs. Lisa L. Ellis, MD, FACP, Heidi Combs, MD, Marc J. Kahn, MD, MBA, FACP, Fatima Cody Stanford, MD, MPH, MPA, member Michael P. Stevens, MD, MPH, FACP & Patrick E. Young, MD, FACP, FACG, FASGE, CAPT, MC, USN)

日本語の「ぺちゃくちゃ」というタイトルが付けられた新しい形式のセッションです。その名の通り、複数のドクターたちが様々な話題を提供するセッションでした。最初の話題は抗生物質の話題で、耐性の問題と新規抗生物質の承認が減ってきている現状が取り上げられました。次の話題はカタトニアです。多くの場合見逃されているという事と誤解があり、必ずしも精神疾患に付き物という訳ではない事が強調されました。多くの場合ベンゾジアゼピン系薬剤が有効(9～12か月使用)だそうです。続いて肥満についての話題(カロリーだけの問題ではない、遺伝・環境・行動等々複数の因子があり複雑)、鉄についての話題(hepcidin という蛋白が腸管からの鉄吸収を regulate、鉄剤投与の詳細の次に遺伝性ヘモクロマトーシスの話題になり skin bronzing の途中でトランプ大統領の顔写真を出して笑いをとっていました)と「ぺちゃくちゃ」は続きました。

4 . “Ambulatory Infections” (by Dr. Janet A. Jokela, MD, MPH, FACP, FIDSA)

「外来での感染症」の講義です。まず最初に Choosing Wisely から「1. 無症候性細菌尿を抗生物質で治療してはいけない、2. 上気道感染症には抗生物質処方避けること、3. 下肢のうっ滞性皮膚炎に抗生物質を使ってもいけない」というキャンペーンを紹介、抗生物質濫用を戒めるお話から始まりました。急性副鼻腔炎も大半はウイルス性で抗生剤は不要(ただし10日以上症状持続、高熱、顔面の疼痛があれば抗生剤の適応：使う場合に適切なのはアモキシシリン・クラバン酸で、セカンド・ラインはドキシサイクリン。マクロライドやキノロンは勧められない)、急性気管支炎(原則抗生剤不要：肺炎が疑われる場合に使用)、耳の感染症、咽頭炎(多くはウイルス性だが成人の15%に溶連菌感染症あり疑わしければ検査を：Centor スコアが3未満なら検査不要)と話が及び、咽頭炎関連で Lemierre 症候群という珍しい疾患も取り上げられました。(Fusobacterium necrophorum という病原体によるもので、若年成人に多く咽頭炎→頸部軟部組織から縦隔にまで感染が進展し内頸静脈に血栓性静脈炎を起こすこともあり、重症例では致死率50%) うっ滞性皮膚炎のお話もありました。肥満などで下肢などに静脈うっ滞が起きるとうっ滞性皮膚炎が起きやすくなり、cellulitis(蜂窩織炎)の原因になる、蜂窩織炎の簡単な鑑別は足を挙上して赤みが消退しないこと(うっ滞だけなら挙上で消失)、原因菌は黄色ブドウ球菌(MRSA)やβ溶血性連鎖球菌などが多い、両方をカバーできる抗生剤はクリンダマイシンというお話でした。その

他丹毒(erysipelas)との鑑別、咬傷、糖尿病の足の感染症、尿路感染症など多岐にわたる講義でした。

5 . “Multiple Small Feedings of the Mind: Cardiology, Sleep Medicine, and Infectious Diseases” (by Drs. Daniel G. Federman, MD, FACP, John Solomon Francis, MD, PhD, L. Kristin Newby, MD, MHS, H. Klar Yaggi, MD, MPH)

3つの主要テーマに沿って行われるセッション、この日は循環器学、睡眠医学、感染症がテーマでした。最初は循環器から：心疾患の無い、中等度のリスクの人に血圧と脂質を下げる意味は？(HOPE3の説明)、虚血性心筋症にバイパス手術の意味は？(STICH試験)、高齢者の血圧目標は？(高齢者の定義が難しいというお話のあとに SPRINT 試験の説明)などの内容をご説明くださいました。睡眠医学では：不眠に関する ACP のガイドラインを紹介し、その他足ムズムズ症候群(Restless Legs syndrome)についても話されました。感染症の講義では慢性ライム病の治療について様々な臨床試験を紹介され、感染症の学会(IDSA)の「抗生物質は慢性ライム病に効果があると証明されておらず勧められない」という結論を教えてくださいました。その他 HIV 感染と ART(Antiretroviral therapy; CD4 値に関わりなくすべての HIV 陽性者に勧められる)、ジカ熱などの話題にも言及されました。

★この日は午後6時から日本支部主催のレセプションが開催され、会長先生や次期会長先生も含め多彩なゲストがお出でになり、あちらこちらで歓談されていました。(支部レセプションに関しては他の方の記事をご参照ください。)

4月1日(土)

1. “Cancer of Unknown Primary: Knowing the Unknown” (by Dr. David S. Ettinger, MD, FACP, FCCP)

原発巣不明のがん(CUP)についての講義です。CUPは全米の癌患者の3～5%にあたり、死後の検索でも原発不明の例は20-50%にも及ぶそうです。一般に全身の化学療法が行われることが多いといえます。まずは甲状腺、乳腺、卵巣、前立腺、胚細胞などをrule outするのが原則で、具体的には女性の腹膜癌腫症では卵巣がんを、男性の骨転移では前立腺がんを、CEA高値で肝転移のある腺がんでは胃腸のがんを考える・・・というのが一般的ですが、それでも原発が特定できない例も多いようです。典型的な原発不明の腺がんは高齢者に多く複数の転移巣があり治療抵抗性で平均生存率も3～4か月ということが多いそうです。一方、原発不明の未分化がんは若年層に多く、腫瘍増大速度も速く縦隔や後腹膜、リンパ節を巻き込むことが多いのだそうです。この後化学療法についてのお話が続きまして(略します)。

2. “Evaluation of Syncope and Autonomic Syndromes” (by Dr. Daniel D. Dressler, MD, MSc, FACP, SFHM)

症例を挙げて会場に質問しながら講義が始まりました。Syncope の原因としては反射によるものが一番多く 60%、Orthostatic なのは 15%、不整脈によるもの 10%、その他の心血管系の原因 5%、原因不明 10%という割合だそうです。3つ目に出された症例は PE でした。(急性肺塞栓: 洞性頻脈・右心ストレインまたは右脚ブロック [右軸偏位+V1-3 の陰性 T]・25%で S1Q3T3 パターン) syncope で入院する患者の中で PE が占める割合はこれまで考えられていたよりずっと多く、17%を占めるそうです。日本では事情が違ってしまうでしょうが syncope 入院の 6 人に一人が PE とは驚きです。続いて病歴聴取について NICE guideline が紹介されました: [uncomplicated faint は 3 つの P, Posture(長時間立位等)、Provoking(痛みなどで誘発)、Prodrome(発汗などの前駆症状)を確認。舌噛み、意識消失中の頭部回転、前後の記憶障害や異常行動、長引く四肢の筋攣縮、事後の昏迷、前駆症状としての既視体験などは痙攣を示唆する。] その他 CSRS (Canadian Syncope Risk Score) も詳説され、盛り沢山の内容でした。

3. “Cerebrovascular Disease: Important Updates, Guidelines, and New CVA Management” (by Dr. Alan Yee, DO)

脳卒中のうち、虚血性脳卒中(=脳梗塞?)は 15%、出血性脳卒中は 85%というお話から始まりました。虚血性脳卒中では血栓除去が大切(rt-PA; 発症後 3~4.5 時間以内に使用)、4.5 時間を過ぎた例では機械的な血栓除去法として stent retriever (Stentriever) というステント型の器具が紹介されました。治療成績は良く、NNT は 2.8~7.4 だそうで再灌流率も 70~100% だそうです。脳のイメージングでは灌流の状態が分かりやすい CT Perfusion (CTP/CTA) が紹介されていました。この後遠隔地医療 Telemedicine の話題、TIA の話題、脳卒中予防が続きました。心房細動に対する NOAC の比較では: アピキサバンとダビガトランは同等の効果、出血リスクはアピキサバンが少ない、リバロキサバンはダビガトランより劣る・・・結果としてはアピキサバンに軍配というお話でした。その他微小脳出血の際抗凝固剤継続は安全か(結論は出ないが継続ならワーファリンより NOAC の方がより安全)、脳卒中後の認知機能低下などについて話されました。

4. “Updates in Infectious Diseases” (by Dr. Henry F. Chambers, MD, FACP)

感染症のアップデートです。まず C 型肝炎に対する Sofosbuvir/Velpatasvir による治療(ジェノタイプ 1~6 すべてに有効なのでジェノタイプによる選別不要)、妊婦のジカ・ウイルス感染症、带状疱疹・水痘ウイルスと大動脈の肉芽腫性動脈炎の関

連、市中肺炎の原因菌(62%未検出、ウイルス検出 23%、細菌単独 11%・・・入院後発熱なければ抗生剤は 5 日で止めて良いというお話でした)、C. ディフィシル感染(anti-toxin B のモノクローナル抗体、Bezlotoxumab の再発予防効果)、皮膚感染症とトリメトプリム-スルファメトキサゾール (TMP/SMX) 製剤、その他椎骨髄炎のお話、慢性ライム病の抗生剤治療の効果などについてもお話がありました。

5. “Multiple Small Feedings of the Mind: General Internal Medicine, Addiction Medicine, and Anticoagulation” (by Drs. Elizabeth Selden, MD, member, Ann R. Garment, MD, FACP, Ellie Grossman, MD, MPH, Ara D. Metjian, MD)

総合内科、薬物中毒内科、抗凝固の 3 つの分野の講義です。総合内科からはアスピリン (81mg 製剤) と心血管疾患や大腸がんの予防について(50~59 歳で CVD リスク 10% 以上、生命予後 10 年以上で「B 推薦」、同じ条件の 60~69 歳では「C 推薦」、50 歳以下や 70 歳以上では「I 推薦(根拠なし?)」)、スタチンについて(各ガイドライン紹介、糖尿病との関連: 糖尿病のリスクを上げるが CVD は減少、認知機能とスタチン等々)、Wearable Technology (WT) について(歩数、歩行距離、消費カロリー、心拍数、体表温度、発汗、睡眠、酸素などを計測) が取り上げられました。薬物中毒のセクションからは医療用マリファナ(適応: 慢性疼痛、薬剤性吐気、MS の痙性、HIV の食思不振、慢性疾患による睡眠障害・不安感等々。リスク: めまい、多幸症、disorientation、昏迷、咳や喘鳴、新生児体重減少、自殺企図)、オピオイド過剰投与を予防する naloxone (Narcan) の適応、E-シガレットの功罪についてが講義されました。抗凝固の分野では各 NOAC の比較、ダビガトランの拮抗剤、経口剤(Andexanet alfa 治験中)、術前の服薬停止期間(腎機能正常で出血リスク少なければ 2 日前から、腎機能正常で出血リスク高ければ 3 日前から、腎機能低下で出血リスク低ければ 3 日前から、腎機能低下で出血リスク高ければ 4 日前から)、術後の再開時期(出血リスク低ければ翌日から、リスク高ければ 2~3 日後から)などについてのお話がありました。

6. “Update in Gastroenterology and Hepatology” (by Drs. Walter J. Coyle, MD, FACP, FACP & Paul J. Pockros, MD, FACP)

消化器疾患・肝臓病学についてのアップデートです。まず肝臓病学から、PBC(略号は同じですが C に当たる言葉が Cirrhosis から Cholangitis に変わったそうです)の概念と治療(UDCA、OCA=オベチコール酸)について、続いて脂肪性肝炎について Elafibranor (PPAR- α/δ agonist) [注: PPAR= Peroxisome Proliferator-activated Receptor] が NASH に効果があるとするデー

データをお示しになりました（世界的にフェーズ3の治験中）。その他B型肝炎に関して（TDF（テノホビル）とPeg併用で治癒率が上がる）、C型肝炎とDAA（Direct-Acting Antivirals）についてのお話がありました。

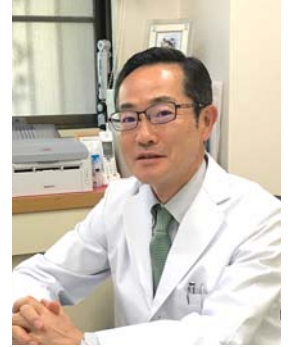
消化器病学でARBのオルメサルタンによりセリアック病/malabsorptionのリスクが高まるという話題、H.ピロリ菌の耐性が世界的に高まってきているとしてビスマスのquadruple治療（ビスマスを加えた4者併用？）が3者併用より効果が良かったという話題、その他大腸がん検診、便検査、PPI長期療法の弊害、マリファナ使用による悪阻（Cannabinoid Hyperemesis Syndrome）、食事とIBS等々盛り沢山でした。

7. “Internal Medicine Meeting 2017 Highlights: Key Messages You’ll Want to Take Home and Doctors’ Dilemma: The Finals”

最後のセッションはIM2017全体のまとめです。若手の先生が次々に今回の種々の講義で発表された内容のエッセンスを紹介していきます。続いてDrs’ Dilemmaの最終決戦があり、今年のIM2017も無事に終わりました。来年のIM2018は4月19日（木）～21日（土）にニュー・オーリンズで開催されます。多くの方が参加されますよう、是非ご検討ください。



Internal Medicine 2017 セッション報告



ACP 日本支部 Treasurer
(前 Public Relations Committee 委員長)

安藤聡一郎

今年の Internal Medicine はサンディエゴで開かれました。アメリカでも有数の美しい街です。この街には高層ビルも軍艦もあるのに美しいと感じるのは海と太陽の光のおかげなのかもしれません。さて、Internal Medicine 2107 はサンディエゴのコンベンションセンターで開かれました。私にとっては 3 度目の Internal Medicine 出席となります。Internal Medicine の魅力は、講演の多くが症例を提示して行われるためグッと引き込まれ、内容は実践的で最新の知識を学べることと、臨床現場で使える手技を学ぶことができることだと思います。過去 2 回の経験から、Internal Medicine を楽しむにはいくつかのコツがあることを知りました。まず一つは、Waxman Clinical Skills Center で何か一つ手技をおぼえて帰ること。次は講演の Handout を事前にそろえ、目を通し、どの講演を聴講するか計画を立てておくこと。そして、とりやすいノートを用意することです。予約制のセッション以外会場には机はありませんのでハードカバーのノートがおすすめです。Handout はスライド 6 枚を A4 に収めた pdf ファイルです。そのまま印刷したのでは字が小さくて読めません。また、直前にアップされるものもあり、プリントアウトでは間に合いません。そこで、今回はタブレットを用意し、大いに活躍してくれました。



さて、私が聴講したセッションを私のノートからご紹介します。

3月30日(木)7:00AM-8:00AM

A Case-Based Approach to Treating the Weekend Warrior

C. David Geier, Jr., MD

Weekend Warrior というのは週末だけ運動するような人たちのことです。そういう人たちにおこる外傷や関節痛への対処についての講義です。開業医にとってはよく遭遇するテーマです。

症例 1 : 42 歳男性、肩から上腕にかけての痛み、特に外傷はなかった。数日前から繰り返し腕は使っていたというケース。これは Shoulder impingement の症例。病歴が大事で、上に挙げる、前に出す、背中に回すなどで痛みが出る動きを再現すること。診察のポイントは、外転時の痛み、挙上時の痛み、70° ~ 120° の painful arc、Neer impingement test、Hawkins impingement test、痛みのために可動域が減少していること。画像だけで診断しないことが大事。治療は、アクティビティを変えること。理学療法、ステロイド注入は second line。整形外科への紹介は、非手術的治療で 4-6 か月治療してもよくなる場合。

症例 2 : 57 歳男性、肩から上腕にかけての痛み。外傷ははっきりしない。数週間前から腕をよく使っていた。痛みより力が入らない。これは Rotator cuff tear の症例。診察のポイントは、腱板の筋力テスト、外転、Empty Can test、外旋、内旋。診断的検査には超音波、MRI。しかし、無症候例に MRI を行うと、断裂は 34% にみられ、60 歳以上では完全断裂 28%、部分的断裂 26% に及ぶ。治療はまず非手術治療で約 60% はよくなる。しかし、予後の事前予測は困難。整形外科への紹介は、保存的に治療していても完全断裂に移行する危険性がある場合。2 年間で 50% 進行する場合。明らかな 1 cm 以上の断裂。

症例 3 : 48 歳女性、肩関節痛と可動域制限。主訴は痛み。全体に痛く、可動域に痛み。これは 癒着性関節包炎の症例。診察では、全体に可動域の喪失、特に外旋。X 線検査はしばしば陰性だが、OA の除外には有用。MRI は通常不要。治療：時間が必要。アクティビティを変える。理学療法、関節内ステロイド注射。

症例 4 : 28 歳男性、肩の痛みと引っかかる感じ。繰り返し投げたり、頭上に腕を上げる運動をしている。これは Superior labral tear の症例。野球のピッチャー、テニス、ゴルフ、機械工、大工、ウェイトリフティングなどに多い。外傷機転は、手を伸ばして転倒、腕を突然引っ張る、オーバーユース、繰り返し投げる動作、頭上に腕を上げる動作など。症状は、肩の奥が痛い、特に前。特異的検査はない。O'Brien 法。X 線検査で腱板インピンジメント、AC 関節の OA 変化をみる。造影 MRI で labral tear 描出。治療は、多くは非手術的に、理学療法。

症例5：32歳男性、サッカーを楽しんでいる。ひざ内側の痛み。他のプレーヤーから膝の外側からタックルされた。これは内側側副靭帯(MCL)損傷。特徴は、膝の内側に沿った圧痛。外反させると痛む。McMurray, Lachman's, Anterior drawer, Posterior drawerなどは陰性。X線検査は骨折の除外のために。MRIは通常必要ない。MCL損傷の初期治療は非手術的に、冷却、可動域を保持。装具。理学療法。外科治療は他の関節内損傷を合併しているとき、脛骨付着部でMCL断裂しているとき(まれ)。

症例6：47歳男性、テニスプレーヤー。膝内側の痛み。これは半月板損傷。病歴のポイントは、はっきりとした外傷は憶えていない、テニスをプレーしていて鋭い痛み、ボールを追いかけて足を軸に方向を換えた、瞬間的な痛みは感じなかった、プレーし続けることはできた、特定のポジションでのみ痛みを感じる、腫れはない、可動域は良いがフルに屈曲すると痛いなど。診察では、内側の関節ラインに沿って、特に後方に圧痛がある。McMurray, Thessalyで痛み。X線検査は体重をかけて撮影。高齢者ではOAが多い(55歳以上の60~80%)。MRIは診断と治療方針に役立つ。最初は非手術治療を試みる。外科治療は関節鏡下手術。

症例7:55歳男性、膝内側の痛み。OAの症例。病歴のポイントは、特にイベントなし、3~6か月で徐々に進み、ゴルフをするときに困る、ベッドで寝るときにも痛い、どこが痛いとは特定できない。診察では、軽度の腫脹、可動域が若干低下、3°伸展不足、屈曲120°、内側の関節線に圧痛、膝蓋骨下にcrepitation。検査は、荷重X線検査。MRIが必要となることはまれ。治療は非手術的治療。関節注射。理学療法。杖、歩行器。NSAIDs。減量。装具。手術はpartial or total knee replacement。

3月30日(木)8:15AM-9:15AM

Best Foot Forward: Common Foot Complaints That Walk into the Office

Joan Bowes Ritter, MD, FACP

演者のRitter先生はFamily Medicineの専門医ですが、ご自身が家庭医としてスタートした時に、足の問題を訴える患者さんに対して何もわからなかったのだそうです。そこから勉強を重ね、Internal Medicineで講演をするまでになられたということでした。

このセッションの目的は、踵後部の痛みの原因を3つ挙げることで、足底腱膜炎を正しく診断し初期治療を行うこと、足の装具3タイプの使い分けを理解すること、metatarsalgiaの原因4つを挙げることで、でした。

踵の痛み：症例：“10キロのランニングのためにトレーニングをしている。かかとの後ろが痛み出た。特に上り坂をあがるときに。

①アキレス腱障害、付着部。腱の線維が分かれる部位に炎症、石灰化がおこる。ランナーに多い、特に高齢者。症状は付着部の圧痛。診断がはっきりしなければ超音波、MRIは有用。治療は、アクティ

ビティの変更。プログラムを組んで適切なリハビリを。ice, heel lift、局所的なNTGは有用。open-backed shoesを。

②アキレス腱障害、中間部。付着部から2~6cm、ここは血管に乏しい。診断：触診で肥厚、圧痛、crepitus、片足踵上げで痛み。治療：踵を高くする、安静、アクティビティの変更、ストレッチ。荷重により痛みが増すようであれば装具。痛みが减弱したら理学療法、Alfredson法。

③アキレス腱断裂。確実に診断を。叩かれたような感触、急性の痛み。診断：Thompson test。早期に整形外科医に紹介、遅れると障害が残る危険性あり。

踵後部の痛み：

①Haglund's deformity：踵骨後部、アキレス腱付着部の上に骨の突起があり、そこに腱炎、bursitisが生じる。ランナー、女性に多い。治療：一日数回15~20分間のice、アキレス腱ストレッチ。250~500マイルでランニングシューズを替える。踵を1°上げる。NSAID。突起が寝ている間に当たらないよう、ふくらはぎの下に枕を入れる。ステロイド局注は勧められない。外科的切除については賛否あり。

②Retrocalcaneal and subcutaneous bursitis：リスクファクターは、ハイヒール、オーバートレーニング、痛風、リウマチ、血清反応陰性脊椎関節炎。治療は保存的に。走った後15~20分間ice。open-backed shoes。ランニングシューズをこまめに替える。1°踵上げ。NSAID。寝るときふくらはぎに枕。ステロイド局注は勧められない、アキレス腱断裂を起こす危険性あり。walking bootかcastを4~6週。外科的にHaglund's deformityやbursaを切除。

③Calcaneus Stress Fracture：リスクファクター：マーチング、ランニング、ジャンプ、バレエ。診断：他のストレス骨折と同じ。足底腱膜炎より広範囲。潜行性に発症。calaneal squeeze test。初期のX線所見は異常なし。治療はアクティビティを変えること、walking boot。

Plantar heel pain=足底腱膜炎。症例：“朝起きたとき最も痛い。長く立っていても痛くなることもある。”リスクファクター：pes deformity、両脚の長さの違い、abnormal biomechanics、オーバートレーニング、靴が合わない、腓腹筋の筋力低下・硬さ、アキレス腱が硬い。診断：朝の一步目の痛みが特徴。踵骨の圧痛、足底側から。Windless test。X線検査は通常不要。治療：ice、NSAID、ストレッチ、マッサージ、アクティビティの変更、筋力アップ、テーピング。orthoticsにはエビデンスはない。ヒールカップ=おそらく効果なし。適切なフットウェア(クッションが適度、250~500マイルでランニングシューズは替える、ランニングシューズのタイプにつ

いてのエビデンスはない。)を、減量。その他の治療：ステロイド局注、PRP 局注、ボツリヌストキシン、extracorporeal shock wave lithotripsy (賛否あり)。

鑑別診断：Tarsal Tunnel Syndrome、Peoneal tendinopathy、Posterior Tibial Tendon (PTT) Dysfunction

中足部の痛み症例：“テニスプレーヤーが、走ったり歩くときに足の甲が痛いと訴える”

①Metatarsal stress fracture：リスクファクター：女性、アスリート、骨密度低下、オーバートレーニング。診断：罹患骨部の圧痛、レントゲンは初期は異常なし。第5趾の基部=Jones fracture は治りにくい。治療：アクティビティの変更、痛みなく歩ける靴、ブーツを使用、荷重を再評価、第5趾の場合は外科へ。

②Navicular (舟状骨) stress fracture：足のアーチの重要な部分、中3分の1は比較的無血管。navicular は talus (距骨) と cuneiforms (楔状骨) に挟まれた骨。症状：漠然とした痛み、潜行性。リスクファクター：アスリート、女性、ジャンプ、方向を急に変わるようなスポーツ。診断：N spot の圧痛、骨性の突起は accessory navicular の存在を示唆。強く疑うことが必要。画像：X線検査は正常、MRIが必要になることも。治療：痛みを感じないようなブーツを。外科へ紹介。

③Midfoot Osteoarthritis：外傷から二次的に、または先天性、圧痛を伴うことも。X線所見は典型的なOAのdegenerative change。

④Lisfranc Injury：第2趾に多い、high energy injury で、重症外傷に隠れていることあり。X線でFleck sign。早急に外科へ。

⑤Chopart's joint：重症外傷に伴う、外傷の部位としてはまれ。足部の痛み：症例 “歩くと足の指の付け根が痛みます、特にドレスシューズを履いた時” “足の裏に石ころが入っているみたいに感じます”

①Morton Neuroma：plantar nerve が transvers metatarsal ligament の下を通るところで digital branch が肥厚して起こる。第2、第3趾に多い。症状：痛み、灼熱感、特にハイヒール、幅の狭い靴で。診断：met head を内と外から挟んで圧迫すると痛みが現れる。X線検査は他の骨の異常を評価するために。MRIは診断が疑わしい時に。治療：フットウェアの変更(ヒールの低い、幅広の靴)、metatarsal pad はよい。局注のため外科に紹介、ステロイド、アルコール(エビデンスは賛否あり)

②Capsulitis：ball of foot の痛み、第2～第3趾。ハイヒール、外反母趾と合併。はだしで歩くと悪化、つま先が背側に偏位。RAの検査も考慮。靭帯損傷がありそうならMRIを。治療：metatarsal pad、NSAID、ステロイド注。外科へ紹介。

③Bursitis：overuse で起こる。圧痛、squeeze で痛み。Morton neuroma と異なり痛みは放散しない。X線検査は他疾患の除外のため。

造影MRIで液貯留を確認。治療：つま先の広い踵の低い靴、metatarsal pad、NSAID、活動の変更、保存的治療で改善しなければ外科へ。

④Freiburg's Disease：Metatarsal head の avascular necrosis。潜行性の発症。ハイヒール、女性、思春期に多い。繰り返すケガはリスクに。metatarsal head に痛み、圧痛。X線検査は陰性。MRIはstress fractureと同じ。治療は外科へ、metatarsal pad で荷重を避ける。

⑤Metatarsalgia：metatarsal head の痛み。リスク：ハイヒール、加齢による脂肪の低下、Morton's toe (2nd ray が長い)。transverse arch がない。治療：他と同じ、改善しなければ外科へ

第一MTPの痛み：症例：“母趾つけ根が歩くと痛い、人からは痛風ではないかといわれる”

①OA：歩くとき第一MTPは65°背屈する。OAの好発部位。バランスがとりにくくなる。

②Hallux Rigidus：診断：可動域制限、第一MTP背面に骨性突起、plantar fasciitisなどを伴う。治療：保存的に、つま先に余裕を、局注のため外科へ紹介。

③痛風：診断は難しい

④Hallux limitus：レントゲン変化ないのに伸展制限

⑤“Turf toe”：第一MTPの過伸展

⑥外反母趾：Hallux valgus+ metatarsus primus varus。X線検査は外科手術のプランニングのため。治療：適切なフットウェア、皮膚にも注意、歩行障害にも注意。

3月30日(木)9:30AM-10:30AM

Opening Ceremony：学会のオープニングセレモニーですが、会場は満席でした。特別講演を目当てに皆さん集まったのかもしれませんが。高名なFauci先生による感染症の話でした。パンデミックを防ぐための非常に力強いお話でした。



Key Note Speaker Anthony S. Fauchi, MD, FACP

"AIDS to Zika: The Enduring Challenge of Emerging Infectious Diseases,"

最後のスライドだけ写してきましたので紹介します。

Lessons Learned from Previous Pandemic

- Global surveillance
- Transparency and communication
- Infrastructure and capacity building
- Coordinated and collaborative basic and clinical research
- Adaptable platform technologies for vaccines diagnostics and therapeutics
- Stable funding mechanism - "Public Health Emergency Fund"

3月30日(木)2:00PM-

Waxman Clinical Skills Center

Ophthalmoscopic Skills, 1.5 hr workshop

眼底鏡による前眼部と眼底の見方を習得する 1 時間半の実習です。予約制ですが、「当日席」が用意されており、早くから来て並んでいれば入ることができます。ざっと見渡したところでは、並んでも入れないセッションはないようでした。私がとったセッションには 10 人程度の受講生が集まりました。受講生全員の簡単な自己紹介のあと実習が始まりました。2 人ペアになりお互いの眼と眼底を観察し合いました。私とペアになった方はニューヨークで private clinic を開いているという女性医師でした。年は私よりちょっと上かと思いますが、非常に熱心で刺激を受けました。眼底の観察では網膜静脈の pulsation まで観察することを目標としました。しかし、なかなかそこまでは到達できず、時間が来てしまいました。パートナーが帰ってしまいましたので、私も帰り支度をしていると、受講生の一人が私を呼び止めました。「君は pulsation は見られたのかい？」と。「いや、残念ながら・・・」と答えると、「Why don't you try my eyes?」と言ってくれました。網膜静脈の pulsation には個人差があり、見やすい人とそうでない人がいて、彼のは見やすいと instructor の先生に言われたのだそうです。そして彼の眼を観させてもらい、ついに pulsation を捕まえることができました。見たかったものが見られたことだけでなく、彼の厚意も大変うれしいものでした。互いに教え合うことの大切さも学んだ気がしました。開業医になるとこういう機会はめったになく、ありがたい経験でした。翌日の講演会場でペアになった女性医師と会い、あなたが帰った後こんなことがあって、pulsation はこんな風に見えたんだと話すと、私も残っていればよかった、と言っていました。お互い private clinic を持っている立場で話をし、普段どんな患者さんを診ているのか、重症な患者さんが来たらどうしているのかなど、悩みを共有しました。

3月30日(木)2:00PM-

Dr's Dilemma

チームジャパンも参加しましたので、応援に行ってきました。健闘を讃えたいと思います。挑戦者の方たちのレポートがあると思いますのでそちらをぜひお読みください。

3月30日(木)4:30PM- 5:30PM

Approach to the Patients with Headache

Martin A. Samuels, MD, DSc (Hon), MACP

頭痛についてのセッション。内科医が見逃してはいけない頭痛、片頭痛の治療などについての講演でした。事前に Handout もアップされておらず、ジョークを交えたフリートークのような講演で、正直言って私の英語力ではきつかったです。

夜は Convocation Ceremony(6:00PM-) と International Reception(8:00PM-) でした。こちらも出席者の方々のレポートをお読みください。

3月31日(金)7:00AM- 8:15AM

Braekfast with the DynaMed Plus Editors

DMP の使い方、新機能についての講演でした。講演内容はすでに ACP 日本支部 FB ページにアップしておりますので、そちらをご参照ください。DynMedPlus の使い方と今後追加される機能について。

3月31日(金)8:15AM- 9:15AM

Common ENT Problems in Primary Care

Gurston G. Nyquist, MD

耳鼻咽喉科領域の 5 つの問題について診断と治療を理解することが目的、とされた講義でした。5 つの問題とは、聴力障害、めまい、副鼻腔炎、扁桃腺炎 / 咽頭炎、嗄声です。

3月31日(金)9:30AM- 10:30AM

Approach to the Swollen Patient

R. Neal Axon, MD, MSCR, Member, Adrian J Baudy IV, MD

浮腫の患者さんへのアプローチを循環器医の視点と腎臓内科医の視点とから解説していただきました。

3月31日(金)10:30AM-

Waxman Clinical Skills Center

Foot and Ankle Disorders, 1.5 hr workshop

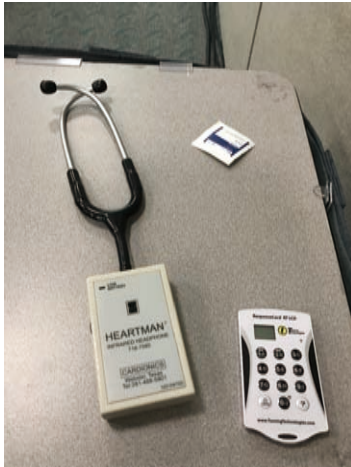
前日の講演をされた Ritter 先生はじめ 3 人の先生方による、足の診察についてのワークショップです。踵、足底、足趾のセッションに分かれ、一組 5 人の受講生がそれぞれの先生から指導を受けます。英語でもっと質問できる力があればと思いました。

3月31日(金)2:15PM- 3:45PM

Cardiac Murmurs: Benign or Serious?

Vivian T. Obeso, MD, FACP, Ross J. Scalse, MD, FACP

予約制のセッションで、各テーブルに聴診器型のイヤホンが置かれ、それで心音を聴きながら講義は進んでいきました。大動脈弁狭窄症の収縮期雑音、2音分裂、HOCCMの心音の特徴、僧帽弁逸脱症の心音、呼吸によって変化する雑音、Austin- Flint murmur などについて繰り返し聴かせていただきました。



3月31日(金)4:30PM- 5:30PM

Ten Skin Conditions You Should Never Miss

Daniela Kroshinsky, MD, MPH

10の皮膚疾患とは、Acute febrile Neutrophilic dermatosis, Sweet's syndrome, fungal infection, Calciphylaxis, DRESS, AGEP, Eczema Herpeticum, HSV, GAS, Rocky mountain spotted fever のことでした。

3月31日(金)6:00PM-

Japan Chapter Reception. 前田先生のご尽力で多くのアメリカ人の先生にお越しいただきました。



二次会は会場を出て外を少し歩いたところにあるイタリアンのお店でした。内科学理事長の門脇先生も交え、日本支部の先生方と会食しました。

4月1日(土)7:00AM- 8:00AM

The Eyes Have It: Common Ophthalmologic Conditions

Stephanie Jones Marioneaux, MD

この講義の目的は、内科医が知っておくべき眼科エマージェンシーは？内科医が診断可能な、紹介すべき、治療可能な眼科疾患は？紹介すべき全身疾患の眼症状は？でした。

4月1日(土)8:15AM- 9:15AM

Immunizations for Adults

Sandra Adamson Fryhofer, MD, MACP, FRCP

Annals of Internal Medicine 7 FEBRUARY 2017 に発表された、Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, United States, 2017 に基づいた講演でした。インフルエンザワクチンは象、Tdap はライオンなど、各ワクチンを動物にたとえ、ユーモアあふれる講演でもありました。

4月1日(土)9:30AM- 10:30AM

Update in Rheumatology

Salahuddin Kazi, MD, FACP

リスク回避、High Value Care の視点からのエコー検査、SLE、骨粗鬆症、巨細胞血管炎の新しい治療についての話でした。

4月1日(土)11:15AM- 12:45AM

Challenges in Geriatric Medication Management

N. Wilson Holland, MD, AGSF, FACP, Birju B. Patel, MD, FACP

高齢者医療について、20症例を提示し、やめるべき薬剤、注意して使用すべき薬剤、social support などについてのワークショップ。全員にアンサーパッドが配られ、正解率を見ながら進みました。途中で機械のトラブルがあり、手上げで答えることになり、間違えるとちょっと恥ずかしかったです。

以上が私が聴講したセッションです。これだけ魅力的な講演が並ぶと、聴きたい講演の時間が重なることがありますが、その場合は講演の動画が配信されますのでそれを購入します。

(<https://www.playbackacp.com/internal-medicine-meeting-2017>) また、聴講しない講義も Handout はダウンロードできますので(参加登録した人のみの権限)、そこから知識を得ることもできます。

多くのセッションを受講し、また、日本からの参加者の方たちとの交流、この学会で初めて会ったアメリカ人の会員の先生方との交流など、大変中身の濃い3日間となりました。私は開業医ですので、自院を一週間休診にして海外に行くことは勇気のいることで、周りの先生方にも大いに助けいただきましたが、得るものは多く、少々無理をする価値はあると思います。このレポートをお読みになって、Internal Medicine の魅力を少しでも感じて、参加される際の参考になれば幸いです。最後となりましたが、今回このような機会を与えていただいた上野支部長はじめ、日本支部理事の皆様さまに深謝申し上げます。

○委員会報告／

International Exchange Program Committee

米国内科学会 ACP 日本支部
国際交流プログラム委員会

委員長 2016-18(2期目)
筑波大学
矢野(五味)晴美



副委員長 2016-2018
済生会滋賀県病院
牧石徹也



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 前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・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。

2012-16年の4年間に合計17名の派遣実績があります。2017年6月10-11日開催のACP日本支部年次総会で、体験者による体験報告会・臨床見学の説明会が盛会のうちに終了いたしました。

体験者の体験報告のサイト

http://www.acpjapan.org/info/20160525_146/

2017年8月を持ちまして、UCLA オリーブビューメディカルセンターでの臨床見学プログラムは終了いたしました。

2012-16年の派遣者リスト17名(さらに1名は2017年度派遣予定)

Candidate No.	Last name	First name	日本語名	Specialty	Month	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	Mihobe	Shoko	美濃部祥子	Internal Medicine	Hematology/Oncology	February 2013
4	Ishihara	Ai	磯久愛	Internal Medicine	Rheumatology	May 2013
5	Cho	Narhiro	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	Makishi	Tetsuya	牧石徹也	Internal Medicine	Nephrology	November 2014
2015-16						
1	Ishitobi	Natsuko	石飛奈津子	Internal Medicine	Critical care/ Emergency medicine	May 2016
2016-17						
1	Shiroshita	Akihiro	城下彰宏	Internal Medicine	Infectious Disease	November 2016
2	Yamamoto	Takeru	山本たける	Internal Medicine	Infectious Disease	November 2016
3	Nishiwaki	Hiroki	西脇宏樹	Internal Medicine	Nephrology	April 2017
2017-18						
1	Fujisaki	Tomohiro	藤崎智礼	Internal Medicine	Cardiology Emergency medicine	9, 10, 11 2017

臨床見学プログラム

Olive View UCLA Medical Center, Los Angeles, USA

受け入れ責任者 Dr. Soma Wali

Professor, Director

Department of Medicine

Olive View Medical Center, University of California, Los Angeles, USA

以下で、2017年4月の派遣者である西脇宏樹先生の体験報告をご覧ください。

OVMC 体験記

昭和大学 藤が丘病院内科学講座 腎臓内科部門 助教

西脇 宏樹



今回 2017 年 4 月にオリーブビュー UCLA メディカルセンター (以下、OVMC) で見学をしたので以下に見学の契機から見学前の準備、実際の見学と滞在中の様子について記す。

私は 2005 年に大学を卒業してから神奈川県にある現在の職場で初期臨床研修と腎臓内科のトレーニングを積んできたが、2014 年より福島県立医科大学臨床研究イノベーションセンターで臨床研究のトレーニングを積ませていただいていた。2016 年の米国内科学会日本支部(以下、ACPJC)で OVMC の見学体験に関する報告会聞いたのは既に 3 年の臨床研究のフェロシッププログラムが 2 年終わっていた時点の事であった。3 年間のトレーニングを修了した後は再度臨床の現場に戻ってそこから研究発信を行おうと考えていたところであった。一方、3 年にわたって病棟での診療もしていなかったこともあり復帰にあたって一抹の不安があったことと、臨床に戻るのにあたって教育や診療に新たな刺激を求めているところもあった。これらすべてにではないが、このプログラムはそのニーズを満たしてくれると感じたことと、実際に見学体験の報告を聞くと発表者の先生方が一様に「人生が変わるような体験であった」と述べていることが自分にとっては最終的にこのプログラムに参加することを決意させたと考えている。

見学にあたって最も時間を割いたのはやはり英語であったと思う。もともと研究のトレーニングを積むようになってからは以前の職場よりも圧倒的に英語を求められる機会が増えていたこともあり、自主的に勉強もしていたが具体的な目標ができたことで更にモチベーションを保てるようになったことを覚えている。自分の場合、比較的仕事の時間をコントロールしやすかったことが幸いしており、臨床をやりながら時間をやりくりされている方と比べると恵まれていたことが多かったとも思われる。

また、もう一つ恵まれていたことは職場の変わり目であったことである。諸先輩方のお話を聞いていても「職場が送り出してくれた」「迷惑をかけながらも」というようなエピソードを聞いたが、実際の交渉とその心理的なプレッシャーは計り知れなかったと思われる。私の場合は 3 月いっぱいまで福島の仕事を終えてからその前の職場に「再就職」という形になっていたため 4 月に是が非でも戻らないといけないという、何かしらの縛りがあったわけで

もなかった。実際戻って見たときにその 1 か月の穴を後輩たちが埋めていてくれていたことを知り後には大変感謝することにはなったのだが、申し入れをした時はさほどプレッシャーを感じなかったことは自分にとっては大きかったと思われる。

実際の渡米は 2017 年の米国内科学会 (ACP) の年次総会がちょうど 3 月末にサンディエゴで開催されることになっていたため、そちらに参加してからロサンゼルスに向かうことにした。日本支部のレセプションで OVMC のプログラムディレクターでもある Dr.Soma Wali にお会いし事前に打ち合わせすることもできた。実際の研修は 4 週にわたって行い第 1 週は腎臓内科、第 2 週は hospitalist medicine、第 3 週は膠原病、第 4 週は再度腎臓というスケジュールとした。第 1 週は本来送迎をしてくれるはずだった Norman 氏が休暇で日本にいたため、その週だけ私が滞在しているホテルの近所に住んでいるという理由だけで人選された感染症科の Chief である Dr.Mathisen に送迎をしてもらうこととなった。なので第 1 週は彼のスケジュールにあわせるため火曜日は UCLA の関連病院の感染症の合同カンファレンスに出席することになるなどの多少のハプニング(?)があったが、今考えればなかなか貴重な経験をしたと思う。

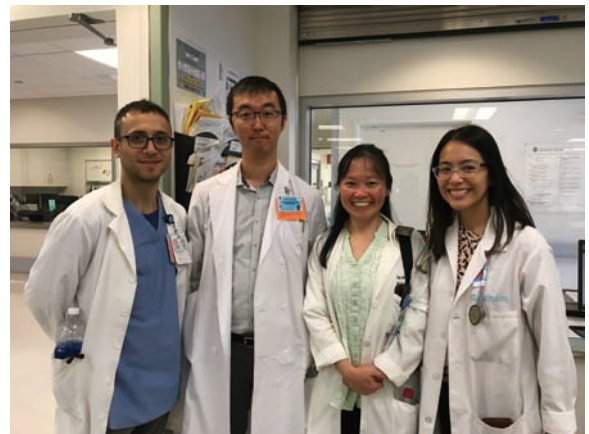
第 2 週の hospitalist medicine を除いた腎臓と膠原病についてはこの記事をお読みになっている皆様はご存じのとおり、基本的には外来業務とコンサルトがメインとなっている。外来は毎日誰かしらが外来に出ているのではなく、診療科ごとに外来日が決まっておリレジデントとフェローが初診患者、継続患者共に初めの評価のための問診、診察、検査値の評価を行い平均にして 15-20 分程度かけて行い、一度席を外して指導医にプレゼンテーションとプランの相談を行う。指導医はそこでフィードバックをかけて、承認または修正されたプランを元に患者に説明とオーダーをするというその繰り返しであった。日本で自分がみてきた診療と異なっていたのはやはり一人の患者にかかる時間と指導医の適切かつリアルタイムでのフィードバックであった。それぞれのレジデントまたはフェローがみる患者は午前または午後の半日で 6-8 名程度という事であった。日本で自分がみていた患者の数を告げると皆一様に驚いていたのを覚えている。日本で行うには現実的には実行

可能性の問題はあるが、確かに一人ひとりに時間をかけて丁寧にコミュニケーションをとり丁寧なカルテ作成を行っていることで毎回異なる医師が担当したとしても患者は納得しているように思えたし、診療上それが大きな問題になっているようには見えなかったのが印象的であった

Hospitalist Medicine は救急外来、各専門外来からの入院のうち 24 時間以内の退院が見込まれる患者を担当する部署で、患者は胸痛、蜂窩織炎、透析のブラッドアクセストラブル、IV ドラッグの使用で針が腕に埋まってしまった患者等と多岐にわたっている。すべて彼らが治療対応するわけではなく、彼らの主たる仕事はいかにスムーズにコンサルトを行い、治療を実施し患者を退院させるか、hospitalist の手を離れて各内科または他科に入院させるかをジャッジすることにある。いわゆる今日本で議論されている「病院総合医」というものとはかなり性格が異なるように思えるが、米国

では彼らが病院の経営にとっても影響を与えており、現在 hospitalist の就職は少なくともカリフォルニア州では引く手数多の状態、ということであった。実際に自分がいた 4 週間の間にも OVMC から近隣の更に給料が良いとされる病院に 2 名の Hospitalist が引き抜かれていってしまった。現在、自分が所属している病院でも何とかして平均在院日数を短くするよう他の病院同様苦勞しているが、これらの仕組みは何かしらのヒントになり得るのではないかと思った。

以上が私の米国での診療を見学してきた体験の報告であるが、紙面の関係上すべてを書ききることはできなかった。実際週末などは余暇を十分に楽しむことができこれもいい経験であった。ここで経験したことは少なからず今後の自分の診療などに影響するであろうことは確信できる。まさに「人生の変わる」体験であった。是非、皆様にもお勧めしたい。



RFC 主催 医学生・研修医向けセミナー 第1回「あなたも世界の内科医に！」開催報告 (2017年4月16日, 東京・日本橋)



多摩北部医療センター リウマチ・膠原病科
上月 友寛

ACP 日本支部の皆さま、お初にお目にかかります。Resident & Fellows-in-training members Committee (RFC) の委員長を務めております上月 友寛と申します。この度、RFC 主催としては初めての総会外企画セミナーを開催し、成功裡に終えることができましたので報告申し上げます。

RFC は ACP 日本支部 RFC 会員のさらなる増員および若手内科医師へのより充実した教育・学習リソースの提供と交流の活性化を主旨として 2015 年 11 月に設立されたばかりの若い Committee であります。日本支部理事の上野先生、副理事の福原先生をはじめ、アドバイザー講師として 3 名の先生方のサポートの下、2017 年 7 月 16 日現在、私を含む 6 人の委員で運営を行っております。

そして去る 2017 年 4 月 16 日、東京の日本橋ライフサイエンスビルにおいて ACP 主催の第 1 回セミナー「あなたも世界の内科医に！」を開催いたしました。このセミナーでは一般内科医に必須の知識とその習得手段 (ACP オンラインリソース、MKSAP の紹介) およびスキルに習熟して頂くことを主眼にいたしました。本セミ

ナーは 8 つのセッションで構成されパート A/B の 2 会場に分かれての開催としました。A 会場では国内のみならず、ブラウン大学やスタンフォード大学からご高名な講師の先生をお招きして、輸液や睡眠導入薬の知識、ベッドサイドにおけるエコー技術に関するテーマでご講演を頂きました。B 会場では福原先生をはじめ、福島県立医科大学臨床研究イノベーションセンターより 3 名の講師の先生方より抄録・症例報告からポスター提示、クリニカルクエッションの作り方のポイントについて順序立ててご教授頂きました。いずれのセッションも参加した医学生・研修医のニーズに応ことができました。

最後に RFC 設立当初よりご尽力・支援頂いている上野先生、福原先生、アドバイザーの先生方、協力頂いた RFC 委員および日本支部事務の皆さまに心より感謝申し上げます。我々はこれからも日本の若手内科医からさらなる ACP 日本支部への入会を促し、日本の内科医学とその教育と交流の発展・活性化に尽力して参りますので引き続きのご支援を何卒よろしくお願いいたします。



パート B: 講師の栗田先生が参加者により良いポスター提示の方法をご教授頂きました

○新たに FACP になられた先生のご紹介

新たに FACP になられた先生をご紹介します。ひとこと抱負もいただきました。おめでとうございます。

2017 年 3 月 1 日付

プロフェッショナリズムの原則を確認しつつ、患者様のニーズにこたえ、医療の向上に貢献できるよう努めてまいりたいと考えております。

横浜市立大学医学部 循環制御医学(循環器・腎臓・高血圧内科学兼任) 循環器専門医, 総合内科専門医

藤田 孝之



この度、各方面の先生方のご支援により、FACP に昇格することが出来ました。初期研修より約 10 年間、臨床現場において診療と教育活動を実践してきましたが、現在は医学教育学分野の研究を行うため、東京大学に在籍しています。これからも ACP 日本支部の一員として、医学生や研修医のロールモデルとなるように、自己研鑽を積みたいと考えています。

東京大学大学院医学系研究科 医学教育国際研究センター

林 幹雄



横浜市青葉区に開業し、医業以外にも様々な業務に追われる中、新たな視点を持ちたいと FACP を目指しました。一般外来診療と訪問診療の 2 本立てに加えて医歯薬系の学生指導にも携わり、学び続ける必要性をますます感じています。その名に恥じないよう頑張ります。

医療法人社団咲月会 サンメディカルクリニック青葉 院長/昭和大学 客員教授

小口 朝彦



○編集後記

2017年8月のニュースレターを無事発行することができました。お忙しい中で原稿を送付していただいた先生方、編集に関わっていただいた皆様に感謝いたします。

今回は、巻頭の上野支部長のメッセージに続き、6月に盛況のうちに開催されたACP日本支部年次総会の報告を中心に、米国サンディエゴで開催されたInternal Medicine 2017の報告、国際交流プログラムの一環で米国の病院を見学された先生の報告、各委員会の紹介、そして新たにFACPとなられた先生の紹介と、盛り沢山な内容になっています。

日本支部年次総会報告では、学生や若手の先生の積極的な参加により、日本支部が益々活性化されていることが感じられました。

ひとえに各企画に携わる委員の先生方の熱意と努力の賜物であり、敬意を表したいと思います。Internal Medicine 2017では、Dr's Dilemmaで健闘された学生さん、そして前田先生と安藤先生から大変詳しい報告をいただきました。新たにFACPに昇格され、Convocation Ceremonyに参加された先生方の、臨床への思いにあふれる投稿も興味深く読ませていただきました。

日本支部のPRCは、これまで委員長を務められてきた安藤聡一郎先生が退任され、7月より委員長に大島康雄先生、副委員長に原という体制になりました。日本支部の活動の貴重な記録であるニュースレターを、今後もますます充実させ、会員の皆様に届けていく所存です。

(Public Relations Committee 副委員長 原 真純)



ACP 日本支部 Public Relations Committee

■委員長：大島康雄(ノバルティス ファーマ株式会社 安全性情報部)

■副委員長：原 真純(帝京大学医学部附属溝口病院 第四内科)

■委員：荒牧昌信(あらまき内科クリニック) 大藤 貴(公益財団法人結核予防会 複十字病院 呼吸器内科)

小野広一(力田病院 内科)、川田秀一(川田内科医院) 川名正敏(東京女子医科大学 総合診療科)

北野夕佳(聖マリアンナ医科大学 救命救急センター) 鈴木克典(産業医科大学病院 感染制御部)

中田壮一(なかたクリニック) 西村光滋(西伊豆健育会病院 内科) 板東 浩(きたじま田岡病院/徳島大学)

平野昌也(平野内科クリニック) 宮地真由美(まみ内科クリニック) 森島祐子(筑波大学医学医療系 呼吸器内科)