NMC Research
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター教育研究広報誌
No.73
2016年9月1日発行

第39回日本呼吸器内視鏡学会学術集会を終えて

呼吸器科・臨床腫瘍科　がん総合診療部長　**坂　英雄**

2016年6月23-24日に、名古屋国際会議場で、日本呼吸器内視鏡学会学術集会を開催しました。呼吸器内視鏡学会は、第1回が1978年に大阪で日本気管支研究会として発足し、2010年には、日本医学会への加盟が認められています。現在、会員数6,654名の中規模の学会です。学会として、「気管支鏡専門医」制度を持っており、専門医は2,552名、指導医が1,331名を数えています。認定施設が417施設あり、全国の気管支鏡診療の中心を担っています。

今年は、1966年8月にコペンハーゲンで開催された第9回国際胸部疾患会議で、国立がんセンターの池田茂人先生が、現在でも日常的に用いられている柔らかい（軟性）気管支鏡の第1号機を発表してから、ちょうど50年目の節目に当たります。そこで、学会のテーマは、「軟性鏡50年、呼吸器インターベンションへ」としました（図1）。

図1　第39回日本呼吸器内視鏡学会のポスター

「50周年」は、私自身池田茂人先生に直接教えていただいたこともあり、また先達の先生から、これで行けといわれたので用いたキャッチフレイズでした。一方「呼吸器インターベンション」は聞き慣れないことばだと思いますが、最近開発され、臨床現場にも持ち込まれつつある、高度な診断技術や治療目的の気管支鏡の利用法を意味しています。

難治性気管支喘息の治療に用いられる気管支サーモプラスティ（温熱療法）は、2年前から導入され、名古屋医療センターで日本初の症例を実施しました。また、肺気腫など慢性閉塞性肺疾患（COPD）の気管支鏡肺容量減少術（Endobronchial lung volume reduction: ELVR）は、日本に導入するために、当院で治験を実施中です。その他、生検鉗子の位置を電磁気的に測定して、目標に導くナビゲィション・システムや、末梢の肺病変に対する焼灼療法（Radiofrequency Ablation: RFA）、気道病変の摘除、生検に用いる冷凍凝固法（Cryosurgery, cryobiopsy）など、今後日本に導入が予想

目　次

第39回日本呼吸器内視鏡学会学術集会を終えて	呼吸器科・臨床腫瘍科　がん総合診療部長　坂　英雄	1-2
第10回院内研究発表会	高度診断研究部長　眞田　昌	3
院内研究発表会 学術賞（医師部門）研究者による包括的重症度評価（IGA）～アトピー性皮膚炎に関する全ランダム化比較試験の系統的レビュー～	小児科医長　二村　昌樹	4
院内研究発表会 学術賞（若手医師部門）反応性リンパ様過形成の診断から6年後に悪性リンパ腫に進行した加齢性EBV関連B細胞増殖異常症の1例	血液内科　長谷川祐太	5
院内研究発表会 学術賞（コメディカル部門）ベバシズマズによる尿蛋白検査の実施状況と発現因子の検討	薬剤部　薬剤師　佐藤　舞	6
院内研究発表会 学術賞（臨床研究センター部門）Deep sequencing によるHIV-1臨床検体の近全長ゲノム配列解析系の構築	感染・免疫研究部　流動研究員　大出　裕高	7
「経験から学ぶ」－研修医M&Mカンファレンス－	卒後教育研修センター副センター長　脇坂　達郎	8

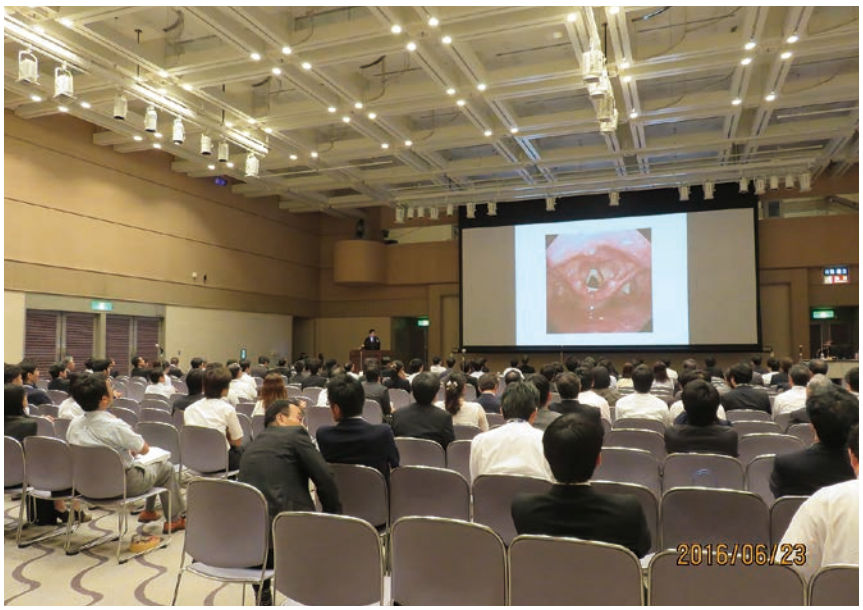


図2　症例検討会

計算しますから、謝金と合わせると結構な額になります。

演題数は、600題で例年より多めでした。これも、当日の参加者数に関わるので大切です。まれに日本語が理解できない抄録があり、不採用になる場合がありますが、今回はそうした例はありませんでした。プログラムの選別は、プログラム委員の採点に依りました。シンポジウムを希望しても、点数によって一般演題に回っていただいた演題もありました。優秀演題賞も3題程選ぶことになっているのですが、これもプログラム委員の採点をそのまま採用しました。プログラム委員会が名ばかりの学術集会もありますが、今回は、最大限に活用させていただきました。

される呼吸器関連の技術革新は多数あります。新規技術導入に当たって、学会としても貢献をしていく必要を感じ、今後の目標として掲げました。

開催時期は、他の国際学会などとの兼ね合いから、6月23、24日と例年よりやや遅めに設定しました。懸念材料は、梅雨の雨にたたられて、参加者が減るのではないかということでした。幸い、大雨は避けることができ、参加者数も2,900名を越えて盛会でした。学会の経済的な成否は、1に有料参加者数、2に企業の協力にかかっています。参加者数を確保するためには、名古屋は全国からのアクセスも良好で、地の利はあるのですが、問題は学会の中身が興味を引くものかどうかです。前に述べたように、これからという「呼吸器インターベンション」の話題は多くあるので、そこを中心にシンポジウムや招請講演を組みました。外国からの招請講演は、人寄せパンダ的な場合もありますが、今回は、全員知り合いなので、交渉は自分で行い、内容についても、あれこれお願いすることができました。ドイツから著名な方をお呼びすることにしたため、お断りや「ドタキャン」の可能性に備えて、他に欧州から2名、米国から2名依頼をかけたところ、全員来て下さることとなり、嬉しい誤算となりました。宿泊費はそれほどでもありませんが、航空料金は往復ビジネスクラスで

学術集会の参加者は、最先端の研究成果を聞きに来る人ばかりではありません。忙しい日常臨床の合間を縫って、知識のリフレッシュや、専門医の更新の点数稼ぎに来る医者も多いので、症例検討会や、教育的な講演の需要も多いのです。今回は、そうしたセッションに大きめの会場を割り振りました。夕方の症例検討会では、軽食や飲み物も用意しました（図2）。

学会を終え、収支の概要をみると、なんとか黒字になるようでホッとしています。名古屋医療センターの皆様には、多くの援助をいただきました。ありがとうございました。

図3　閉会式の挨拶

第10回院内研究発表会

高度診断研究部長　眞田　昌

【はじめに】

第10回院内研究発表会は、2016年7月5～6日に外来管理棟において、臨床研究センターと総医局の共催で行われました。本発表会は、名古屋医療センター内で様々な職種で行われている研究活動への理解を深め、院内の研究活動の活性化を図ることを目的に、年に1回開催されています。

【発表会】

当院職員が、昨年度に筆頭演者もしくは筆頭筆者として発表された学会報告（研究会を含む）および論文として発表された研究課題を対象として募集を行い、31名（医師部門 5、若手医師部門 9、看護部門 5、コメディカル部門 7、臨床研究センター部門 5）の職員から応募がありました。今年の研究発表会は、より多くの職員に参加していただくことを目的に、昨年までと形式を大きく変えました。発表会に先駆けて、6月15日～7月4日に10演題（最終回のみ11）ずつ外来管理棟4階廊下にて発表演題のポスター掲示を行い、7月5日～6日に全演題のポスター掲示ならびにポスター投票を外来管理棟5階で行いました。7月6日には講堂において、全演者の方に、部門ごとにLightning talk形式での2分間の口頭発表をしていただきました。Lightning talkとは、最近、IT系などのカンファレンスなどで行われている短い時間でのプレゼンテーション形式で、5分間程度で行われることが多いのですが、今回は、応募者すべての方に発表いただきたいという観点から、さらに短い2分間での発表としました。所定時間になると「銅鑼が鳴り、次の演者に交代する」のがお約束で、発表の途中でも次の演者の方に代わっていただきました。準備段階では、Lightning talk形式が研究発表会に馴染みうるのか、2分間は短過ぎるのではないか、など議論が多くありましたが、ほぼ円滑に行われました。

表　受賞演題

学術賞		
医師部門	二村 昌樹 小児科	研究者による包括的重症度評価（IGA） ～アトピー性皮膚炎に関する全ランダム化比較試験の系統的レビュー～
若手部門	長谷川 祐太 血液内科	反応性リンパ様過形成の診断から6年後に悪性リンパ腫に進行した加齢性EBV関連B細胞増殖異常症の1例
看護部門	高木 友理 手術室	ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術（RALP）における頭低位の体位固定に伴う皮膚トラブル予防について
コメディカル部門	佐藤 舞 薬剤部	ベバシズマブによる尿蛋白検査の実施状況と発現因子の検討
臨床研究センター部門	大出 裕高 感染免疫	Deep sequencing による HIV-1 臨床検体の近全長ゲノム配列解析系の構築
ポスター賞		
医師部門	二村 昌樹 小児科	研究者による包括的重症度評価（IGA） ～アトピー性皮膚炎に関する全ランダム化比較試験の系統的レビュー～
若手部門	榊原 健二 神経内科	頭部MRIを施行した感染性心内膜炎患者22例における臨床的特徴・画像所見の検討
若手部門	泉本 真孝 循環器科	シスプラチンが誘因と思われた重症多枝冠攣縮によるCPAの一症例
看護部門	加藤 美奈子 診療看護師	くも膜下出血後の多発脳梗塞により視覚・言語・意識障害を呈した症例へのチームアプローチ
看護部門	蜷川 久美子 中2階	信頼関係の構築が困難な患者と向き合うこと ～身体合併症のあるうつ病患者との関わりを通して～
看護部門	鷲見 紅音 西7階	当病棟における癌終末期患者の褥瘡発生の現状報告
看護部門	高木 友理 手術室	ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術（RALP）における頭低位の体位固定に伴う皮膚トラブル予防について
コメディカル部門	笹田 裕也 放射線部	強度変調放射線治療検証用4D円筒形検出器の温度特性について
プレゼン賞		
医師部門	中山 裕史 外科	愛知大腸がん遺伝子プロファイル研究（1）原発部位と遺伝子変異の関連
医師部門	小暮 啓人 呼吸器科	EGFR遺伝子変異形式とペメトレキセドの効果との関係
若手部門	榊原 健二 神経内科	頭部MRIを施行した感染性心内膜炎患者22例における臨床的特徴・画像所見の検討
若手部門	長谷川 祐太 血液内科	反応性リンパ様過形成の診断から6年後に悪性リンパ腫に進行した加齢性EBV関連B細胞増殖異常症の1例
看護部門	信組 麻里 看護学校	臨地実習で受け持った対象の器官系統別疾患数と模擬試験正答率との相関
コメディカル部門	水野 晋利 リハビリ	前大脳動脈解離により脳梗塞を呈し歩行障害が認められた一例
コメディカル部門	佐藤 舞 薬剤部	ベバシズマブによる尿蛋白検査の実施状況と発現因子の検討
臨床研究センター部門	大出 裕高 感染免疫	Deep sequencing による HIV-1 臨床検体の近全長ゲノム配列解析系の構築

【表彰】

今回から、発表形式の変更に合わせて、表彰方法も変えました。事前に提出いただいた抄録・ポスターの内容から選考委員が選んだ学術賞（5演題）、ポスターを見に来ていただいた職員の投票（投票総数587）から選ばれたポスター賞（8演題）、2分間のプレゼンの内容から評価委員が選考したプレゼン賞（8演題）が、計15名に授与されました（表）。学術賞に選ばれた5演題は、すべて他の賞とのダブル受賞となっており、いずれも完成度の高い研究内容の発表でした。

興味深い研究内容が数多く発表され、院内で行われている様々な職種による研究内容を知る良い機会になったのではないかと思います。発表会後にいただいたアンケート結果も参考にさせていただき、来年度以降、より魅力的な研究発表会を企画したいと考えます。最後に、審査委員や座長を務めていただいた先生方、ポスター掲示、受付、投票集計、銅鑼うち等々、本発表会の運営にご協力いただきました総医局ならびに臨床研究センターの方々に、御礼申し上げます。

【おわりに】

時間外にも関わらず、発表会には177名の方にご参加いただき、ありがとうございました。また、発表者の方々には慣れない発表スタイルであったにも関わらず、ご協力いただき、感謝申し上げます。発表演題数と比例するように、演題内容は非常に多岐に渡っており、受賞されなかった演題に関しても、

第10回院内研究発表会 学術賞（医師部門）
研究者による包括的重症度評価（IGA）
～アトピー性皮膚炎に関する全ランダム化比較試験の系統的レビュー～

小児科医長　**二村　昌樹**

【はじめに】

臨床試験でのアウトカム（評価項目）の選択は、結果を大きく左右します。慢性の皮膚疾患であるアトピー性皮膚炎の臨床試験では、症状やQOLと同じく湿疹重症度が主なアウトカムとして用いられています。今回、湿疹重症度の評価指標の一つである「研究者による包括的重症度評価（Investigator Global Assessment；以下IGA）」が、臨床試験においてどのように用いられているのかを系統的レビューの手法によって調査しました。

【アトピー性皮膚炎の湿疹重症度指標】

湿疹重症度の指標として最もよく採用されているものに、SCORAD（SCORing of Atopic Dermatitis）、EASI（Eczema Area and Severity Index）、SASSAD（Six Area, Six Signs Atopic Dermatitis）、IGAの４つがあります。SCORAD、EASI、SASSADは症状、皮疹、面積にそれぞれ点数をつけ、これらの値を計算することでスコア化された重症度が得られます。一方IGAでは、たとえば「最重症、重症、中等症、軽症、湿疹なし」の５段階のグレードで、計算の過程を経ずに湿疹全体を包括的に評価されます。このためIGAは短時間で迅速に評価でき、日常診療でも活用できるなどのメリットがあります。

【IGAの使用実態】

使用実態を調査するため、アトピー性皮膚炎に関する論文を医学文献データベースであるGREAT databaseから抽出しました。2000～2014年に発表されたすべてのランダム化比較試験317試験のうち、アウトカムにIGAを採用していたものは101試験（32%）でした。地域別では、北米から報告された試験の73%がIGAを採用しており、欧州（30%）やその他の地域（10%）と比べて非常に多くなっていました。101試験のうち39試験が主要アウトカムとしてIGAを重視していました。IGAを示す名称は20種類以上あり、大きく静的IGAと動的IGAの２つに分類され（図）、それぞれ静的IGAが40%、動的IGAが60%を占めていました。グレード数は４～10段階と様々で、最も多かったのは６段階の静的IGAで50試験でした。IGAの判定基準を論文内で明記していたのはわずか24%でしたが、それらの基準もすべて同じではありませんでした。IGAの解析方法も統一されておらず、IGAは順序変数であるにもかかわらず連続変数として平均値を計算して評価していたものも23%存在していました。

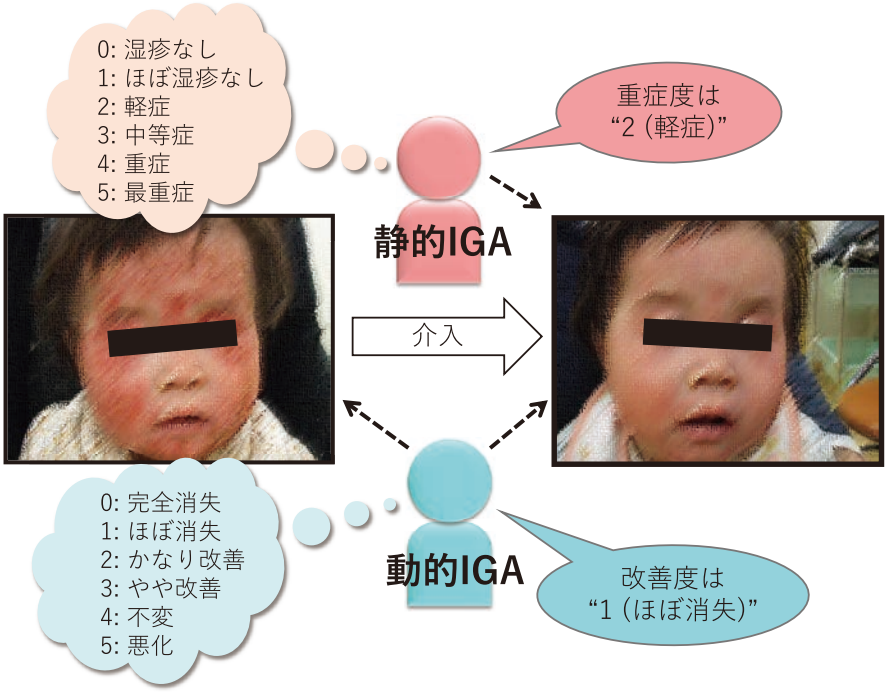


図　「静的IGAと動的IGA」
一時点の絶対的評価で重症度判定を行う静的IGAと、前後の二点の相対的な重症度変化を評価する動的IGA

【まとめ】

アトピー性皮膚炎のランダム化比較試験において、各試験独自のIGAが使用され、解析を行っていることが明らかになりました。このような結果でも、米国食品衛生局（FDA）からアトピー性皮膚炎の新薬の承認を得るためにはIGAで評価した治験が求められるという現状があります。そのため臨床試験のアウトカムとして今後もIGAは必要となります。現在、世界各国のアトピー性皮膚炎の研究者が、統一したアウトカム基準を策定すべく検討を行っています。

参考文献

Futamura M, et al. J Am Acad Dermatol. 2016；74（2）：288-94.

第10回院内研究発表会 学術賞（若手医師部門）
反応性リンパ様過形成の診断から6年後に悪性リンパ腫に進行した加齢性EBV関連B細胞増殖異常症の1例

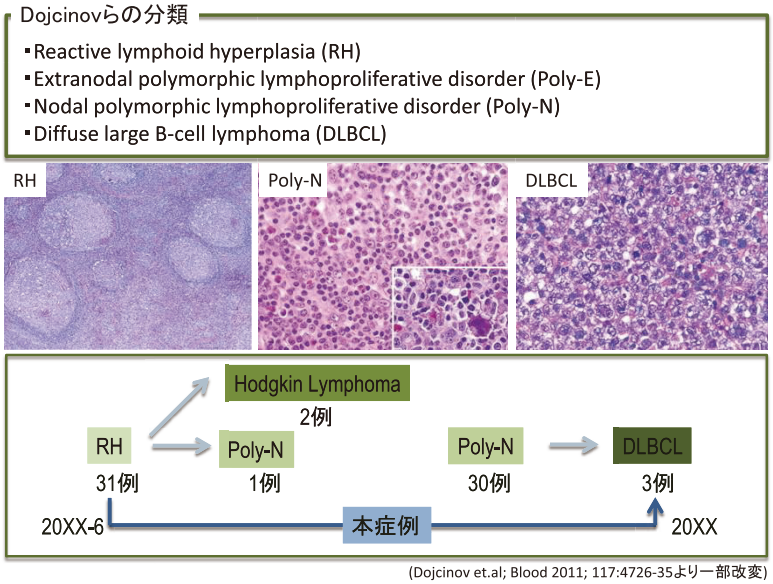
血液内科　長谷川　祐太

【はじめに】

Epstein-Barr virus（EBV）は初感染で伝染性単核球症として発症し、その後、成人の約95%が白血球に潜伏感染します。EBVはいくつかの悪性リンパ腫の原因となり、その1つとして加齢性EBV関連B細胞リンパ増殖性疾患（AR-EBVLPD）があげられます。AR-EBVLPDには4つの組織学的な病型が報告されていますが、その関連性は明確ではありません。今回我々は、4つの病型の中で、EBV関連反応性リンパ様過形成（RH）からびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）へ移行した症例を経験したので報告します。

【症例】

76歳、女性。特に免疫不全を来すような既往はありませんでした。20XX-6年4月頃より体重減少が出現し精査目的に施行した全身CTで両側腋窩リンパ節腫脹を認めました。同部位より生検を行い、EBV DNAサザン法で感染細胞のモノクローナルな増殖が示唆され、免疫グロブリン重鎖の遺伝子再構築を認めましたが、病理所見ではEBER陽性の反応性リンパ様過形成という診断であり、リンパ節腫脹も自然退縮したため経過観察となりました。臨床経過を図1に示します。20XX年5月頃より再び腋窩リンパ節腫脹が出現し、IL-2Rは2225U/mlと高値であり、同年10月頃より左鼻閉、鼻出血が出現しました。副鼻腔CT上、左鼻腔内に軟部腫瘤影を認め、同部位より生検施行しAR-EBVLPDに伴うDLBCLの診断となりました。12月よりDLBCLの標準治療であるR-CHOP 療法を開始し、鼻閉症状は消失しました。現在外来にて化学療法を継続中です。



(Dojcinov et.al; Blood 2011; 117:4726-35より一部改変)

図2　加齢性EBV関連B細胞リンパ増殖性疾患（AR-EBVLPD）の分類と自然経過

【考案】

AR-EBVLPDは組織学的にRH、Nodal polymorphic lymphoproliferative disorder（Poly -N）、Extranodal polymorphic lymphoproliferative disorder（Poly-E）、DLBCLの4群に分類されますが、自然経過、進展様式は明らかになっていません。DojcinovらはRH 31症例のうち、2例がホジキンリンパ腫に、1例がPoly-Nに移行し、Poly-N 30症例のうち、3例がDLBCLに移行したと報告しています（図2）。本症例も初診時にはRHの所見であり、6年後にDLBCLの診断となりました。初診時、増悪時のホルマリン固定標本を用いて、免疫グロブリン重鎖の再構成をPCR法にて検討し、同一箇所にピークを認めたことから、同一クローンであることが示され、初診時のRHはDLBCLの前段階であった可能性が示唆されます。

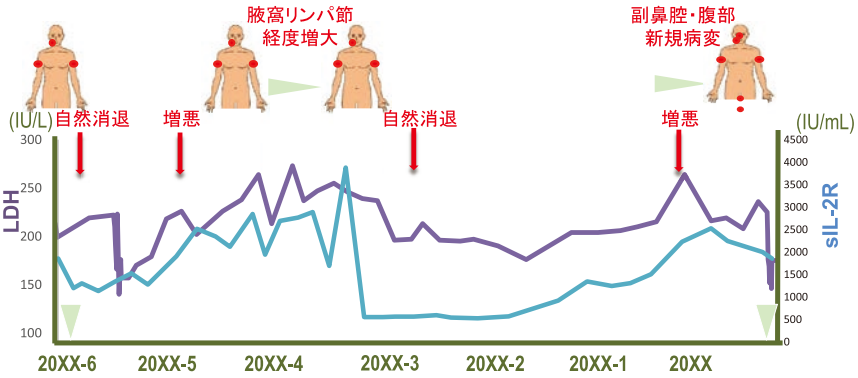


図1　臨床経過

【結論】

本症例は、6年という経過の中で、RHからDLBCLに移行した症例であり、AR-EBVLPDに多段階の病型進行があることを確認できた貴重な症例と言えます。

第10回院内研究発表会 学術賞（コメディカル部門）
ベバシズマズによる尿蛋白検査の実施状況と発現因子の検討

薬剤部　薬剤師　**佐藤　舞**

【目的】

ベバシズマブ（Bev）は、ヒト血管内皮増殖因子に作用し、幅広いがん領域で用いられる薬剤です。一方で、副作用として、高血圧、蛋白尿、出血、創傷治癒遅延などがあり、尿蛋白に関してはBev投与時に定期的なモニタリングをすることが推奨されています[1)]。しかし、全ての患者さんにおいて継続的に測定が行われていないのが現状です。そこで、今回Bevを開始した患者さんにおける尿蛋白検査の実施状況と尿蛋白発現の関連因子について検討しました。

【方法】

2010年4月から2015年4月までに4サイクル以上Bevを投与開始された患者さん127例を対象とし、Bev投与開始前の尿蛋白検査の実施率、平均サイクル数および、尿蛋白発現の関連因子について投与12-18週後の尿蛋白の上昇の有無を後方視的に調査しました（図1）。Bevの1回投与量、総投与量、性別、年齢、体重、推定クレアチニンクリアランス、高血圧の既往の有無を調査項目としました。

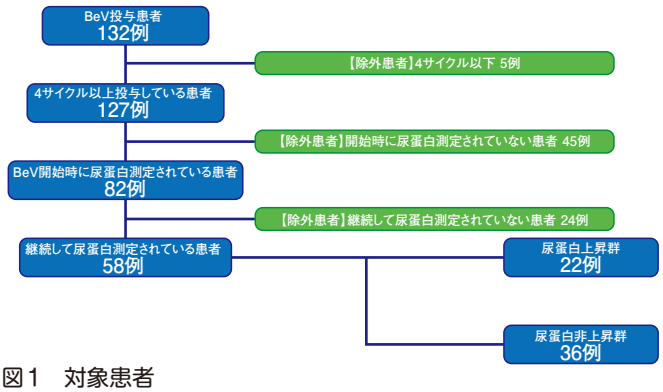


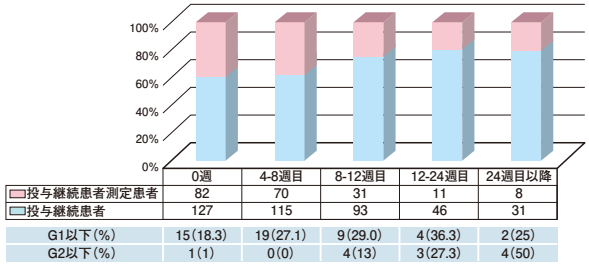
図1　対象患者

【結果】

対象患者さん127例のBev投与サイクル数の中央値は11であり、Bev開始時の尿蛋白測定実施率は82例（64.7%）でした（図2）。また、尿蛋白の上昇の有無が確認できた58例（尿蛋白上昇群22例、非上昇群36例）について尿蛋白発現の関連因子の解析を行い、性別と高血圧の合併がリスク因子でした（図3）。

【考察】

開始前の尿蛋白検査の実施率は全症例に確認はできていませんでした。Bevの尿蛋白発現は6-8週目から発現頻度が高くなることが報告されており、尿蛋白が高値のまま継続するとネフローゼ症候群があらわれることがあるため、長期に投与が予測される大腸がんなどでは投与時から定期的に測定実施し、モニタリングすることが重要です。この結果を受けて、2015年5月より院内でBev投与時の尿蛋白測定の意義や中止基準を掲載した尿蛋白マニュアルを作成し啓蒙しました。さらには、投与前の薬剤師による化学療法計画確認（レジメンチェック）時に、Bev単剤「および併用レジメンにおいて尿蛋白オーダーの確認を行い、オーダーのないものに関しては薬剤師の方から処方医に依頼し、測定率の向上に寄与しました。2016年1月現在では、尿蛋白実施率は98.2%まで改善しました。



	0週	4-8週目	8-12週目	12-24週目	24週目以降
投与継続患者測定患者	82	70	31	11	8
投与継続患者	127	115	93	46	31
G1以下（%）	15（18.3）	19（27.1）	9（29.0）	4（36.3）	2（25）
G2以下（%）	1（1）	0（0）	4（13）	3（27.3）	4（50）

図2　24週目までのBev投与継続患者と尿蛋白測定実施率および尿蛋白発現頻度

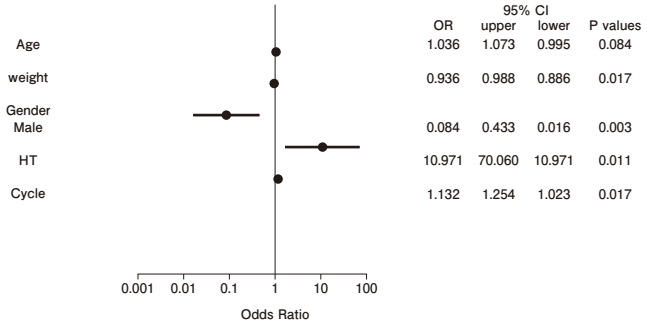


図3　Bev投与症例におけるリスク因子の解析（多変量ロジスティック回帰分析）

蛋白尿上昇のリスク因子である女性、高血圧合併症例でも、投与後12-18週では中止休薬基準まで上昇することは稀です。除外症例で中止症例も存在することから、長期的に投与する症例では、定期的な確認は必要であると考えられます。今回の調査では、症例数が少なかったため糖尿病などのリスク因子の解析まで行えなかったため、今後は症例をさらに集積し再度解析を行う必要があります。

参考文献

1) アバスチン適正使用ガイド（中外製薬2016年7月改訂）
2) Lafayette R.A.,et al. Am J Nephrol 2014:40:75-83.

第10回院内研究発表会 学術賞（臨床研究センター部門）

Deep sequencing による HIV-1 臨床検体の近全長ゲノム配列解析系の構築

感染・免疫研究部　流動研究員　**大出　裕高**

【はじめに】

生物やウイルスの設計図を担うゲノム（遺伝情報）は、4種類の化合物（塩基）が並んだ核酸（DNAあるいはRNA）にコード（暗号化）されています。ヒト間のゲノム配列（塩基の並び）の違いは最大0.1%と言われますが、この違いがヒトの個人差を規定しています。一方、エイズの原因ウイルスであるHIV-1のゲノムは、より高い多様性を示します。患者さんから分離した感染HIV-1間でゲノム配列を比較すると、10%以上異なる場合もあります。さらに、HIV-1はゲノムに突然変異が生じやすく、患者さんの体内でゲノム配列が少しずつ異なるウイルス集団をつくります。本研究では、このHIV-1のゲノム多様性をより深く理解するため、近年登場したDeep sequencing（次世代シークエンス）技術を活用したHIV-1全長ゲノム配列（LTR領域を除く）の解析系を構築しました。Deep sequencingは、従来のサンガー法よりも、一度に大量の配列情報を得ることができ、集団に低頻度存在する配列も検出可能という特徴があります。

【方法】

患者さんの血漿からHIV-1 RNAを分離後、ウイルスゲノム全長（LTRを除く）をカバーする4領域をPCR法にて核酸増幅しました。増幅した核酸に対して、Illumina MiSeqによるDeep sequencingを行い、ウイルスゲノム配列を決定しました。Deep sequencingに起因するエラーは独自に開発した手法により補正しました[1)]。

【結果】

HIV-1ゲノム解析系を構築するにあたり、「HIV-1ゲノムの核酸増幅法」を検討しました。ゲノム全長（LTRを除く）を4領域に分けての核酸増幅法を考案し、低血中ウイルス量（約1,000コピー/mL）の患者さんから分離した血漿からでも核酸増幅することに成功しました。また、「Deep sequencingに起因するエラーの補正法」を独自に開発しました。集団により低頻度に存在する変異を、Deep sequencingに起因するエラーと区別し検出するためです。開発した補正法により、エラーの出現頻度を1%以下に低下させることに成功し（図1）、集団中に1%以上存在する変異とその存在率を半定量的に解析することが可能になりました。

【考察】

この構築した解析系を用いて患者さんの体内でのHIV-1ゲノムの変遷を観察することにより、HIV-1の薬剤耐性獲得や免疫逃避のメカニズムの理解に繋がることが期待されます（図2）[2)]。また、患者さんの間で新たに広がるHIV-1流行株の同定にも役立つと考えられます[3)]。

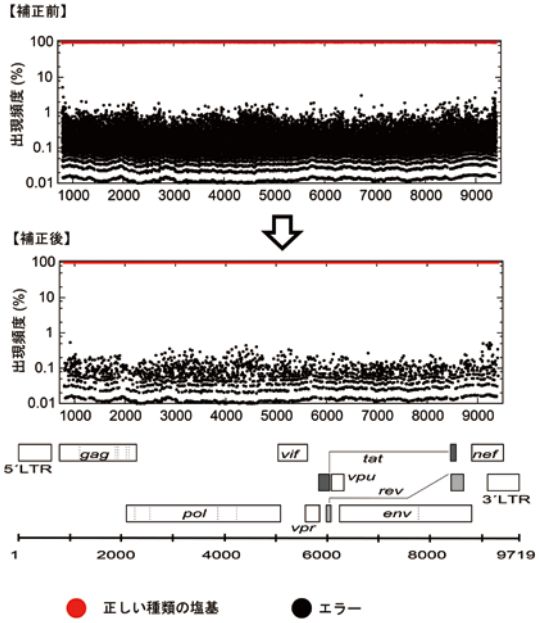


図1　HIV-1ウイルスクローンのゲノム配列解析における補正前後のエラー出現頻度。横軸はウイルスゲノム上の位置。

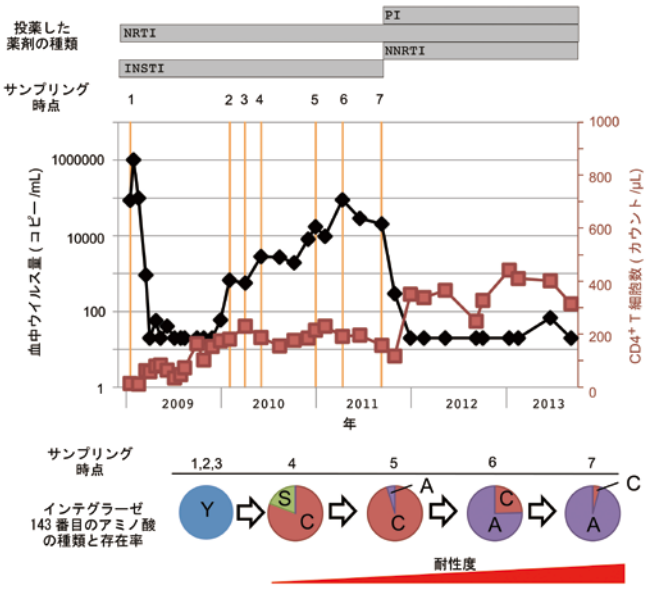


図2　抗HIV-1治療を行った1症例の治療経過とHIV-1インテグラーゼ143番目のアミノ酸の変遷。

参考文献

1) Ode H, et al. Front Microbiol 2015; 6：1258.
2) Hachiya A, et al. Antiviral Res. 2015; 119：84-8.
3) Ogawa S, et al. AIDS Res Hum Retroviruses 2016; 32：284-9.

「経験から学ぶ」―研修医M＆Mカンファレンス―

卒後教育研修センター副センター長　**脇坂　達郎**

【はじめに】

卒後教育研修センターは、医師８名、事務員４名、教育担当看護師長、管理課長、若手医師代表で構成され、研修医が充実した研修生活を送れるようサポートします。見学実習を希望される医学生や他院医師へのご案内、おもてなしも役割です。各種の勉強会等も企画しています。その中からＭ＆Ｍ（Mortality and Morbidity）カンファレンスについて紹介します。

図１　Ｍ＆Ｍカンファレンスの様子

【経験の共有】

「担当している寝たきりの患者さん、話し合いでは、経管栄養はしないという結論になっていたのですが、後日ご家族からやっぱり考えなおしたいと言われ、戸惑ってしまいました。話し合いのプロセスが急すぎたのでしょうか」「腹痛で受診した女性が、後日卵巣腫瘍捻転であったと判明し、緊急手術になりました。診断が遅れた原因について考えてみたい」「ERで患者さんとのやりとりで、トラブルになったことがあります、自分の言い方が悪かったのでしょうか」。これらは、実際に語られたテーマ、現場で悩む研修医の生の声です。

Ｍ＆Ｍカンファレンス（もともとは、死亡症例検討会の意）では、研修医が経験したエピソード、患者さんとのやり取りでモヤモヤしたこと、見逃しや失敗をしてしまった例などを紹介し、振り返ります（図１）。後期研修医や指導医も参加し「そこで先生はどう感じたの？」「うまくいった点はどこだろうか」「次はどうしたらいいだろう？」とさらに気づきを促すため問いかけます。「指導者が何かを教える」のではなく、経験の共有と、そこから学びを引き出すことが目的です。

【No Blame 文化の涵養】

「教育」や「研修」には講義を受ける、文献を読む等の「足し算で知識を増やす」といったスタイルもありますが、振り返って経験から学ぶことがそれ以上に重要です。失敗例はなかなか語られにくいものです。振り返りやフィードバックの機会が「ここが悪い、ここができていない」といった「欠点を探して指摘する」場にならないよう留意し、「No Blame」の文化を作っていくことも研修病院として重要な視点だと考えています。

【教育は「祈り」である】

広く深く知識やスキルを学び、データに基づいた判断、いわゆる「エビデンス」のある医療行為を身につけることも、もちろん必要です。その一方で、熱心に勉強する医師ほど、「こうあるべき」と自分も他人も正論で責めてしまうことがあります。立派すぎないこととのバランス、「責めない姿勢」も大事な要素でありＭ＆Ｍカンファレンスはその一助となっていると思います。

自分や他人にやさしい医師は、悩める患者さんに対しても温かい目線で関わることができます。当院で研修する医師は、患者さんやその家族のことも、共に働くスタッフのことも、自分自身のことにも、思いを馳せられる、「いろいろなものが見える」医療者に育ってくれることを願っています。教育の効果は、短期間のうちに目に見える形で現れるとは限りません。測定できるもの、数値化できるものだけで測ることはできません。教育は「何かを教えてあげる」ことではなく、いつか誰かに届くよう「祈ること」です。信頼し、見守ることでもあります。若い先生方の日々の成長はめざましく、とてもまぶしいものです。センタースタッフ一同、その学びの一部に関われることに感謝して業務に取り組んでいきたいと思います。

図２　富田センター長と事務スタッフ（2016年５月）

◎編集後記◎　本号の巻頭は坂英雄先生から、会長として主催されました「日本呼吸器内視鏡学会」についてご寄稿頂きました。また７月に行われました院内研究発表会において学術賞受賞演題についてご寄稿頂きました。なお看護部門で学術賞を受賞された「ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術（RALP）における頭低位の体位固定に伴う皮膚トラブル予防について：手術室 高木友理看護師）」は、第71号５月号に掲載済みのため本号ではその他の４演題を掲載しました。（文責：服部浩佳）

発行:独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター　広報委員会（NMCリサーチ編集委員会）
〒460-0001　名古屋市中区三の丸四丁目1番1号　TEL 052-951-1111　FAX 052-951-0664
ホームページアドレス：http://www.nnh.go.jp/