

第 1 回日本肝胆膵外科学会 International Observership Program の経験を生かして

鈴鹿中央総合病院外科
田岡大樹



私は日本肝胆膵外科学会の International Observership Program による第 1 期生として、1997 年 4 月から 1998 年 3 月までの 1 年間、米国留学させて頂きました。主に肝胆膵の外科手術、外科&消化器 Conference, M&M conference, Surgical Ground Round に参加すると同時に、また最近 5 年間の 3 病院での膵癌症例の臨床記録&画像を検討し日本の膵癌の現況と比較検討する機会も得ました。米国の臨床医療を内から学び、また日本の医療を外から観察できた事は本当に貴重な体験となりました。以前、この学会ホームページに留学体験記を投稿させて頂く機会を得ましたが、今回は、その後この留学経験がどのように臨床現場で役立っているかご報告させて頂きます。比較対照のため、以前の投稿文と若干重複する点もあるかと存じますがご了承頂ければ幸いです。

1) Universal

多種多様な民族から構成されている米国では、臨床研究でも、臨床上のアプローチでも、それが Global Standard か常に考える必要を要求されます。病院内医師の構成でも、大きな病院では、純粋な米国人だけで構成されている病院は稀であり、様々な人種が Resident として、また Surgeon として仕事をしているため、民族を超えた共通の認識が必要とされます。これら国籍を超え多様な民族を集結させる事が臨床研究の Universal な面を打ち出す強い原動力になっているように感じられました。すなわち一つの国でしか通用しない手術手技や臨床研究はあまり価値があると認められません。例えば、術式の選択は患者と医師との契約であるため、合併症が多いと判断された術式はまず行いません。事実、Fellow や Residents が行う Methods & practiced hands は、異なった地域である 3 病院とも全く同じであったのには驚嘆しました。また外科医毎の 1 年間の執刀数、合併症発生率はインターネットで一般にも公表されますから、合併症発生頻度が高い外科医の下には患者は誰も来院せず、必然的に病院との契約は次年度破棄されていきます。米国では医師は各々が独立した会社社長の様な存在で、病院&保険会社との契約になりますから、契約破棄は死活問題となります。

また 3 病院とも、大事な Conference はいつも早朝 AM7:00 から食事付きで開始されていました。頭の回転がさえている時間に短時間ですませるには早朝が Best の事で、夕方に Conference をするより 3 倍の効率があるとの科学的根拠にもとづいており極めて合理的な考え方でした（寒い冬は辛いのですが、全く誰一人と遅刻する事がなく始まるのには驚嘆させられました）。

現在、私が勤める病院はスーパーローテーションの研修医8名を抱える病床500程度の病院ですが、研修医と手術する際には基本的なText Book通りの手術をする事を心がけています。また研修医の勉強会はAM7:00から1時間と時間を決めて、Basic Clinical Teaching(BCT)とResident Case Conference(RCC)を、病院の協力を頂いて行っています。従って当院で研修して戴ける研修医の先生は、米国の研修医の生活にできる限り近い環境で行えるように少しずつ環境を整えています。私自身、再度研修医の気持ちに戻ってText Bookを勉強してみると、本邦のStandardが世界のStandardと随分違う事にいつも気づかされています。

2) Practical

Traverso教授は、我々はPractical Physicianであり、Clinical Researcherではない事を認識していなければならない。臨床医が行う良い臨床研究とは、単純で、どこの施設でもすぐRepeatできるものであり、臨床からかけ離れたResearchは基礎医学でやるべきである、といつも言われ、この考え方は3病院で共通であり、さらに米国の臨床系の学会に参加しても実感しました。従って非常に時間やお金がかかる基礎医学研究は、基礎医学へ学位修得のために行くresidentや外科から基礎へ転科したfellowが行っており、臨床医が片手間に行う事はまずありえませんでした。またFACS(Fellow of American College of Surgery)とPhD.を同時に持つ事はあまり考えられなく、実践能力が鍛え上げられた外科臨床医と認識されるFACSと、基礎医学の頂点をめざしたPhD.とは、相反するものという捉え方でした。Traverso教授からは、私がSeattleを去る時に、"A splendid surgeon will make significant contributions to our clinicalsurgical science."とメッセージを頂きました。おかげで、私自身、帰国してからいつもこれはPracticalかどうか、すぐ実践の臨床の場に役立つ学会発表や論文なのか自問する習慣が身に付きました。

3) Back up

USAの大統領がWhite Houseからヘリコプターで飛び立つ場合は、必ず同じ機種種のヘリコプターを同時に全く異なった方向に飛ばせます(万が一の墜落のリスクを1/2に下げます)。これをBack up flightと呼ぶようですが、医学の場合も同じです。Surgeonはいつもbestの状態では手術はできないし、最悪の状態をいつも予測して、その対策を考えています。またback up surgeonとなるべくFellow達はいつでも、代替の手術ができるように、そのsurgeon達の術式&手技を始終研究しています。Mayo ClinicのSarr教授のFellowが手術するのに一緒に入りましたが、手付きや手術の流れが全くSarr教授と瓜二つなのは驚かせられました。大学病院と異なり、外科医の数は少ないですから、Major operationでも必然的に研修医2人で手術せざるを得ない場合も多々あります。そんな場合には、研修医には必ず術前に簡単なshadow operationをさせた後に手術に入るようにさせています。私自身もその際に、変更する点、注意する点を再認識し、自己トレーニングにも役立っています。

4) Survival

5年間の外科 Resident 生活を無事終了できるのはほんの数名です。82人の Resident 中5人の Chief Resident を持つ Mayo Clinic、77人の Resident 中4人の Chief Resident がいる UCLA では、Resident 達は Survival に皆必死です。1年毎に次の Step に進んで生き行きますが、学年毎に次々に振り落とされて行きます。態度の悪い研修医や、カルテ記載の不十分な研修医は翌年にはいなくなります。あの温厚な Reber 教授が致命的なミスをした研修医に、"Go back to the Medical School!"と叱るのには吃驚しました。しかし、この緊張感が質の良い外科医を育てる基盤となっているような感じがひしひし感じられました。つまり研修医と指導医の両者が、患者に質の良い医療を提供するために切磋琢磨し、研修医を伸ばす事がまた指導医の質も上昇させているような感じです。

また手術経験も少ない Resident や Fellow が全国学会で発表するような事はなく、病院内のさまざまな Conference で、実にしっかり鍛えられ、またそれに Survival していくのに必死であるという印象でした。さらに Resident を終了した臨床 Fellow 達は、良い position を得るため国際学会での Welcome Party には積極的に参加して自分を売り込みます。学会は、自分の発表や他人の講演を聞くばかりでなく、社会的交換の場でもあることを強く認識させられました。最近本邦の学会でもレセプションが行われるようになりましたが、同じ大学、同胞でかたまり、他大学や他施設との交流が欧米と異なり少ないような気がします。これは民族性の問題なのでしょうか？

Research で、米国に留学してくる日本人は本当にたくさんいます。しかし実際のところ研究熱心ではありますが、米国人の中になかなか溶け込もうとせず、日本人同志で国内旅行に行ったり、日本人同士で隣所に住んでしまい、他民族との交流を避ける風潮が多く、正直あまり評判は良くありません。他民族と交流せざるを得ない Clinical program に入り、手術や M&M Conference に参加する厳しさまた楽しさは、このプログラムならではの最大の Merit かと思います。ぜひ若い内に、この臨床プログラムに参加される事を強くお勧めいたします。

最後に、このような素晴らしい臨床プログラムをご起案され、ご推進されました高田忠敬教授に深く感謝致します。