

Dear Colleagues

I first came to Japan in 1998 as a medical student, sponsored by Professor Gerald Stein and Dr. Makoto Aoki, whereby I was able to observe resident medical practice. I was struck by the major difference in practice whereby some Japanese residents rarely asked detailed questions to patients and only undertook a cursory physical examination. It was clear to me that technology and time restraints on seeing patients had caused classical history taking and physical examination skills to be lost or left by the wayside and I truly wanted to resurrect this invaluable skill of clinical medicine.

Upon returning to the United Kingdom(UK), I trained in general internal medicine for many years and later undertook specialist training in diabetes and endocrinology. However, I really wanted to teach and to make a difference in medical education : I decided that it was Japan that I wanted to come back to.

I was fortunate to be recognized by Shonan Kamakura General Hospital(SKGH) at which I have now been teaching for over 5 years. In establishing the effective training system at SKGH with introduction of bedside rounds, simulation skills teaching of clinical procedures and ACLS instruction, and emergency medicine rounds weekly, there has been much notable success and notoriety of this postgraduate training system.

The idea for a book on “live cases” came about during the teaching sessions at the Juntendo Nerima hospital with my attendances endorsed by Shonan Kamakura General Hospital. With such excellent patient cases and vibrant discussions it would have been a shame not to share them with the medical community at large.

This book has been written with medical students and junior residents in mind to stimulate critical thinking that is so important in considering differential diagnosis at the bedside in medicine. With the advances in medical technology the basic teachings of history and physical examination, collectively referred to as “clerking” in the UK, have taken on less emphasis in medical training and hospital practice in Japan. I feel this is detrimental to the patient who is now put through multiple blood tests and scans which can sometimes be avoided with a good and focused “clerking”. Moreover, although there has been the introduction of OSCE in Japanese medical training, in many instances, it unfortunately does not provide the student with sufficient skill to make physical diagnosis in clinical reality. This book is not an A to Z compendium of clinical signs but in the cases where clinical signs are present, the book attempts to put such signs into clinical context and to provide relevance and meaning for the reader.

The content of the book is a collection of patient cases presented and discussed on a monthly basis by junior residents in English. Such cases took into consideration particular elements of effective history taking that can allow diagnoses to be made followed by focused bedside physical examination demonstration of the patient. As a group, we generated many wonderful diagnoses over the period of acquiring cases to be presented in this text.

Each case has a section of key points as take home messages backed up by current evidence. These provide important learning points about the diseases and where physicians can avoid mistakes.

There are many varied ways in which junior residents have presented cases to me over the years but there is no general standard. As a result, a chapter has been devoted to show a way in which the presenter has some framework for history taking but also for presentation to the audience in English. Why in English I hear you ask? Well, it’s very simple. Many Japanese physicians want to visit abroad to be involved in international conferences. Some may be required, as part of their presentation, to present a case especially in working groups for problem based cases. Currently, the case presentation method used in Japan is different compared to international methods with some sections of history being in a different order, or with more emphasis being required e.g. medication details and Review of Systems sections. Consequently, the method of presenting effectively by Japanese physicians in English is important in order that they have an equal opportunity to participate in foreign meetings.

Finally, I would like to dedicate this book to my wife Ikuko, and children, Leo and Loui. Thank you for your patience whilst I typed for so many hours. Thanks to my parents for all the years of advice.

Additional thanks go to Mr Yosuke Kitamoto of Yodosha Co., LTD for his significant assistance in the production of this book without which it could not have become a reality. I would like to also thank several other notable people including my coauthor Dr Kenji Inoue for his excellent organizational skills for the cases, his dedication to detail, excellent clinical questions and explanations of pathophysiology and laborious translation from reams of English into Japanese. I would also like to thank Professor Takeshi Miyano and Professor Kuniaki Kojima of Juntendo-Nerima hospital, without whom this book would not have been possible. Additional thanks go to Dr Torao Tokuda (Chairman), Dr Takao Suzuki (honourable director) and the staff of SKGH. Finally, great thanks to Professor Makoto Aoki and Professor Gerald Stein for their never-ending support and belief in me as a medical teacher in Japan.

My sincere condolences go out to the families of the people who were lost following the Great earthquake and tsunami of 11th March 2011. I hope that Japan can recover from this tragedy in time and that the many scars will heal.

Joel Branch

Director of Internal Medical Education and Simulation Skills Training
Shonan Kamakura General Hospital
Kamakura City

March 2012

序 読者の皆様へ

私が初めて来日したのは医学生時代の1998年でした。Gerald Stein教授と青木眞先生の御好意で日本の研修医の臨床現場に触れることができました。そこで私は、研修医たちの診察(問診や身体所見)を見て驚きました。彼らの患者診察は技術も含め未熟であることはしかたがありませんが、そこにあまりに時間をかけません。その結果、昔ながらの丁寧な問診や診療技術は取得することが難しくなるのではないかと感じました。これが私が身体所見を含めた医療面接の重要性を彼らに説明したいと強く意識したきっかけになりました。

英国に戻ったのち、私はしばらく総合診療医としてのトレーニングを積んだ後、糖尿病と内分泌疾患を専門とした診療を行いました。しかし私は鑑別診断・診断推論を軸とした医学教育を行いたいと強く感じ、日本に戻ることを決意いたしました。

幸いにも湘南鎌倉総合病院が私を採用してくださり、現在5年が経過しようとしております。当院の教育システムは非常に確立されております。ベットサイドティーチング、シミュレーション器具を用いた教育やACLS講習も開催できます。救急病棟のラウンドも毎週あり、卒後教育病院として非常に優れた病院の一つと周囲から評価をいただいております。

本書刊行に際して、私は「臨場感ある診療教育」を特に意識しました。湘南鎌倉総合病院から許可をいただき、毎月、順天堂大学医学部附属練馬病院に訪れ症例検討会を研修医とともに行っております。本書では同検討会で提示された興味深い症例や白熱した議論などを最大限詳細に再現してみました。

本書の対象は医学生および研修医ですが、彼らによく覚えてほしい重要な鑑別診断やベッドサイドでの診察を特に強調しました。基本的な医療面接や身体所見は、イギリスでは“clerking”と言いますが、医療機器の進歩により、ここ日本ではあまり医学教育や研修医教育のうえで重要とは言われなくなってきております。私はこのような傾向が患者さんに多くの採血や画像検査を強いることになり、およそよく考え抜かれた“clerking”とときおり異なったものとなり、結果、不利益をもたらすのではないかと危惧しております。また日本ではOSCEが行われておりますが、残念ながら学生に十分な臨床での身体診断技能の教育がなされているとは言えません。本書ではいわゆる所見のとりかたの羅列はあえて避け、むしろ所見があった場合に、それがどのような意味をもつのか、どのように特徴的であるかを記しました。

本書には、毎月、初期研修医によって英語でプレゼンテーションされた症例が収録されています。個々の症例検討から現病歴においてどれが重要な項目か、鑑別診断にはどの項目に注視すべきかをベットサイド診察から得られた情報とともに解説しました。症例によってはきわめて興味深いものもあります。

それぞれの症例ではTake home messageという欄を設け、現時点でのエビデンスを踏まえたエッセンスを記載しております。病態生理や知識の整理に使っていただき、誤りやすいミスを防げればと考えております。

研修医のプレゼンテーションは各自の病歴聴取のしかたや英語の能力のために、ある意味典型的な型にはなっていないかもしれませんが、そのため、各チャプターそれぞれで、統一した形式で医療

面接、身体所見をとるよう指導し、また、英語でのプレゼンテーションも同一形式をなぞるようにしました。でもなぜ英語でと思われるかもしれませんが、ただ、その答えは簡単です。多くの日本の臨床医は国際学会への参加、発表を望んでいます。そこで症例を提示したり、議論するためには英語でのプレゼンテーションは必須の能力といえます。現在、日本で行われている症例提示法は海外の方法と比べると異なる点があります。例えば、病歴聴取のしかた、記載法や、もっと強く意識をしてもらいたいと願っておりますが、内服状況の把握、それにReview of Systemsの項目の欠如などがあげられます。こういった点は海外で症例提示をする際の、ある意味決めごとであるため、理解することは大変重要と考えています。

最後に、常に私を支えてくれる妻、郁子と愛すべき子供たち、理央、瑠唯に本書を捧げたいと思います。また私の両親、多くのアドバイスをしてくださった先生方、友人に感謝申し上げます。

羊土社北本陽介氏の適材適所のアドバイスをいただけたことも本書を刊行できました大きな要因です。感謝申し上げます。共著者であります井上健司先生には、症例提示一般における細部に渡ってオーガナイズしていただきました。またときに重要な質問をしてくださったり、研修医たちへの和訳をしながらの説明や、逆に病理所見や検査所見を英語で私に説明してくださったことなどに大変感謝申し上げます。宮野武順天堂大学医学部附属練馬病院名誉院長、児島邦明同院長には本書を作成するにあたって、強いご推薦をいただきました。心より御礼申し上げます。私の日本での師である徳田虎雄医療法人徳洲会理事長、鈴木隆夫湘南鎌倉総合病院名誉院長ならびに同院スタッフの先生方に感謝申し上げます。最後に青木眞先生、Gerald Stein教授から常に励ましのお言葉をいただき、心より御礼申し上げます。

2011年3月11日に起こりました東日本大震災で被災されました方々に心よりお見舞い申し上げます。私は日本の大きなこの傷が一日も早く癒え、この悲劇から立ち上がられることを願って止みません。

2012年3月

湘南鎌倉総合病院 医学教育専任医師

ジョエル・ブランチ

(翻訳/井上健司)