

第8回 JSCR 対談(FBグループ「日本の臨床研究」シェア用)

日時：2017年8月2日 20:00～21:30

ゲスト：医療法人社団翠明会山王病院 整形外科 藤井達也 先生

聞き手：日本臨床研究学会 代表理事 原 正彦

帝京大学 循環器内科 名倉福子 先生

コンテンツ提供：日本臨床研究学会 (<https://www.japanscr.org/>)
一般会員登録はコチラ (<https://synapse.am/contents/monthly/japanscr>)

注：FBグループ「日本の臨床研究」のシェア用のためコンテンツは一部のみの公開となっています。対談の全文は会員専用オンラインサロンのみでの公開となっています。

対談者：藤井 達也 先生

Facebook: <https://www.facebook.com/tatsuya.fujii.37266>

対談日：2017年8月2日 20時～

音声コンテンツ：有り

所属：医療法人社団翠明会山王病院 整形外科

経歴：平成22年 千葉大学卒業

英字論文経験：原著 0編、Case Report 0編

雑誌：The Journal of Bone & Joint Surgery Open Access (JBJS OA since 2016) Impact factor NA (※JBJS 2016 IF 4.840)

論文詳細：

Fujii T, Nakayama S, Hara M, Koizumi W, Itabashi T, Saito M. Comprehensive Comparison of Six Cutout Risks Demonstrated That Tip Apex Distance Was The Most Important Predictive Index for Cutout After Internal Fixation of Intertrochanteric Fracture in Women. JBJS Open Access 2017 in press.

<内容>

大腿骨転子部骨折術後の合併症でカットアウトという金属インプラント固定の破綻をきたす事象のリスク因子は今まで6つ報告されていたが包括的評価はされていなかった。今回

どの因子が最も重要なのか明らかにするためカットアウト症例 8 例とランダムコントロール 48 例での症例対照研究を行った。6 因子は術前骨折の AO 分類、後外側骨片の有無、骨折整復のパターン（単純 X 線の正面側面像）、骨頭内スクリュー位置、Tip Apex Distance(TAD)に関するもので多変量ロジスティック回帰分析と CART 分析を行った。結果として TAD20mm 以上のみがカットアウトに有意な影響を及ぼすことを確かめた。

First contact :

2015 年 10 月 3 日、医療ビジネスの相談で初面談（関西若手医師フェデレーション前代表の柴田綾子先生からの紹介、藤井先生は関東若手医師フェデレーションの前代表）

2016 年 3 月 16 日 医療情報通信技術研究会（MICT）@九州で発表して飲み会で臨床研究の話がでて支援を決定

その他捻挫の足関節 MRI&エコー所見、テリパラチドの骨折治癒促進効果等いくつか相談があった中で今回の演題を最初の 1 つ目に設定

First submission : 2016 年 10 月 26 日

論文受理までの経過 : 1 Rejection

2016 年 10 月 26 日 JBJS 投稿

→2016 年 11 月 21 日 Reject with transfer recommendation

→2016 年 12 月 22 日 JBJS OA 投稿

→2017 年 1 月 31 日 1st Decision Major revision

→2017 年 2 月 21 日 1 回目再投稿

→2017 年 3 月 7 日 2nd Decision minor revision

→2017 年 3 月 17 日 2 回目再投稿

→2017 年 4 月 7 日 ほぼアクセプトの連絡+Statistical Reviewer に回ると

→2017 年 6 月 13 日 3rd Decision Major revision

→2017 年 6 月 23 日 3 回目再投稿

→2017 年 7 月 11 日 論文受理

<事前アンケート>

【今回の JSCR からのサポート全体を通しての感想】

まずは執筆経験のない自分を最後までサポートしていただき有難うございます。

当初アイデアをもっていった時点で「普段から考えて臨床をしているからそういう疑問が浮かぶ」とアイデアを肯定してもらえたので自信になりました。

サポート開始からアクセプトまで1年以上かかり、途中 **Revision** になんどもめげそうになりましたが、いつもポジティブかつ的確に、しかも僕の理解が追いつくのを待ちながら根気強くサポートしてくれた原先生に本当に感謝しています。

【研究について思っていた通りだったこと】

2点あります。

一点目は **academic** な思考過程を学べたことです。自分の言いたい事の一つ一つに根拠を持つ、どこまでがわかかっていて、どこからがわかかっていないかを把握することの大切さを再認識できました。

二点目は、統計解析を学べたことです。**Skype** を通じて **R** の基本的な使い方、考え方、そして具体的なやり方までハンズオンで勉強することができました。

【研究について思っていたのと違ったこと】

これはずばり学术论文も他人へのプレゼンであるということです。僕は学术论文は絶対評価であり、書き方や表現の仕方はどうであれ、学術的に優れていることが評価されていると思い込んでいました。しかし原先生のメンタリングの中で「**editor** が通したいと思うことは何?」「読み手の誰もが **intro** で **yes** ということは何?」と自分の言いたいことではなく、読み手や **editor** にどう響くかということを常に考える姿勢を毎回示していただき、とても勉強になりました。

【臨床研究でキャリアアップしたい Dr へのメッセージ】

臨床を重ねていくと、成書や文献と自分の感覚知に違いを感じる先生も多いと思います。

JSCR はその違いに価値を見出し、具体化するサポートをさせていただきます!

日々の臨床に本気で取り組んでいる先生方は、**JSCR** の門をたたくことをお勧めします!

【対談コンテンツ】

原) 皆さんこんにちは。日本臨床研究学会代表理事の原と申します。

本日は第 8 回目の JSCR の対談として、現在、千葉県にある山王病院の整形外科で働かれている藤井達也先生においでいただきました。藤井先生と同期の帝京大学循環器内科の名倉先生にもオーディエンスとして参加してもらっています。

この対談は、臨床研究をやってみたいけれどやったことがないというドクター、特に若手ドクターの皆さまに情報を提供して皆で知識をアップデートし、臨床研究をどんどんやって医療に貢献していこうということを目的としております。

それでは、藤井先生、名倉先生、よろしく願いいたします。

原) ではまず、藤井先生、簡単に自己紹介をお願いできますか。

藤井) 私は藤井達也と言います。平成 22 年に千葉大学を卒業し、その後千葉県にある総合病院国保旭中央病院というところで初期研修を行いました。その後は千葉県内にある 3 次の救急病院を含めて外傷を中心に整形外科の研修を行って、昨年山王病院の整形外科に勤務しています。興味がある分野は医学教育で、それを中心に勉強しています。今日はよろしく願いします。

原) はい、ありがとうございます。

藤井先生、**The Journal of Bone & Joint Surgery** という整形外科で一番良い雑誌があるんですね、**JBJS** と呼ばれる。で、それが 2016 年ですから去年、**Open Access journal** を作ったんで、今回はそこに原著が 1 個通ったという事ですね。

藤井) はい。

原) 今まで原著論文の経験は 0 編、**Case Report** も 0 編で、初めての論文ということですね。

藤井) はい。

原) かなり **Revision** で苦労したんですが、なんとか **Accept** まで漕ぎつけられました。おめでとうございます、先生。

藤井) ありがとうございます。

原) 実は今日は、藤井先生と千葉大学の同期で、その同期が早くも論文を通してしまった

ということで興味をもった名倉先生が、オーディエンスに参加してくれています。

藤井) ははは(笑)

原) 僕はいつも「me too 症候群」と呼んでいるんですけど、やっぱり同期がアウトプットを出すと、「僕も僕も」「me too, me too」と言って周りのやる気が結構出てくるんで、すごくいい傾向かなと思っています。
今回の藤井先生の論文の内容を、簡単に説明してもらっていいですか。

藤井) はい。今回の私の論文は、高齢者で一番多い大腿骨の頸部骨折のうちの大腿骨転子部骨折の手術に関する研究を行いました。転子部骨折の手術は金属インプラントで骨折部を固定する手術になるんですけど、術後の合併症の 1 つに、入れた金属インプラントが骨を突き破って飛びだしてしまう「カットアウト」というものがあります。今回はそのカットアウトが起きやすいリスク因子を検証するというもので、今までに 6 つの因子が報告されていたのですが、今回はその 6 つの因子を同時に解析して、そのうちの 1 つ、TAD という金属インプラントの因子がカットアウトに有意な影響を及ぼすことを確かめた論文になります。

原) はい、ありがとうございます。

いつも対談する時には初めて会った時の話をするんですけど、結構僕の支援する人って、メールマガジンに登録していていきなりコンタクトを取ってきたりとか、そういう人が多いんですけども、先生は関西若手医師フェデレーション前代表の柴田綾子先生からの紹介で、実はその医学教育系のソーシャルビジネス系の団体、もしくはプロダクトを立ち上げるので、その相談をしに大阪まで会いに来てくれたと。わざわざ直接会いに来てくれたというのが初めての出会いですよ。2年前の10月に初めて会ったんですよ。ものすごくアクティビティの高い人だなと・・・わざわざそんなんで千葉から大阪まで会いに来るか(笑)

藤井) ははは(笑)

原) よく覚えています。藤井先生自身は関東若手医師フェデレーションの前代表をしていて、それは10年目未満くらいのドクターが診療科とか大学とか学閥のヒエラルキーの壁を超えて皆で協力して勉強しようという団体で、その関東の代表を1年間してたってことですよ。

藤井) はい。

原) すごいですよね。実は初めて会った半年後くらいに学会の発表でたまたま一緒になったので、その時に飲みに行き色々話をしていたら、関東若手医師フェデレーションを代表するだけのことはあって、非常に色んなことを考えながら治療をしていると……。いくつかネタを持っていたんですけど、そのうちの1つ、今回はカットアウトのリスク因子を同定することによって、どういった手術・手技をすべきかというようなことを論文にしたのですよね。

藤井) はい。

原) で、時間経過なんですけど。初めて会って、取り掛かってから大体半年くらいで論文は書いたけど、JBJSに初め投稿して **Reject** になって、**Open Access** に **Transfer** になって、その後3回も **Revision** させられたんですよね。

藤井) はい。

原) 3回目の **Revision** は、統計 **Reviewer** がゴチャゴチャ言ってきて、解析を丸々やり直しと。患者さんのエントリー基準もちょっと修正して、結構無茶ぶりをさせられつつも非常に粘り強く頑張って、なんとか通すところまでいったということですね。

藤井) はい。

原) なんか、あれですか、僕の話で思い出したら元気がなくなってきましたね(笑)

藤井) ふふふ(笑)。そうですね。3回目はほんとに諦めようかなって(笑)

原) そうなんや(笑) いや、まあそう言いながらも先生はよく頑張っていましたよね。もう **Revision** の時にはフラフラになって、こいつ寝てないんじゃないかって顔をしながら **Skype** でずっとミーティングしてたんですけど、まあそれくらい藤井先生はやる気があるということです。

で、いつも事前にアンケートをさせてもらってて、日本臨床研究学会のサポート全体を通しての感想と、研究について思っていた通りだったことと、研究について思っていたのと違ったことと、最後に **Dr.** へのメッセージをいつも言ってもらってるんですけど、今日も同じような流れで行きたいと思います。

まずは、今回の日本臨床研究学会のサポート全体を通して、どんな感想を持ったかを教えてもらえますか。

藤井) 今ご紹介の通り、私は執筆経験が全くなかった状態で始めたので、自分のアイデアに自信がなかったんですね。で、原先生から支援の前に、「普段から考えて臨床しているから、そういう疑問が浮かぶんだよ」と言ってもらえたのがすごく自信になって、やっぱりそうかもしれないなって。自分の持っている疑問が形になったらすごく嬉しいなって思って始めたのが自分の中での動機だったと思います。ただやっぱり思っている情熱だけじゃダメで、ノウハウじゃないですけど、やり方を知らないという形にはならないんだなというのが今回の全体を通した感想になります。それはもう本当に、原先生の1つ1つのメンタリングでちょっとずつ自分が出来ることが増えていくのが実感できたのは、とっても感謝しているところです。ありがとうございます。

原) いえいえ(笑) こんな感じで藤井先生は人付き合いをうまいことやって、上に対してこんな感じで敬ってくれるというかね(笑)
僕は大了したメンタリングはしてなくて、藤井先生は元々、結構能力があったのでね。関東若手医師フェデレーションの代表をやっていただけあって、医学教育を、色んなドクターにも教えていたこともあってすごく理解も早いし。まあ、精神的なところではね、確かに支えになったかもしれないですけど、他の部分は結構元々持っていたんじゃないかという印象を持っています。面白かったのが、初めの段階で精神的に救われたみたいなコメントの部分ですね(笑)

藤井) はい(笑)

原) あのね、僕もドクターを支援していると、**Revision** でね、**Reviewer** から反論が来た時にそれをどうやってクリアーするかというところで結構、精神的に支えになりましたっていう人が多いんですけど・・・藤井先生は初めに、「臨床的な疑問を考えているからそういう疑問が浮かぶんだ」と肯定してもらって自信になったとのことでしたが、あんまりこういう事を言われる機会がないんですかね。

藤井) そうなんです。

原) どうですか、それは医学教育をしていて、日頃から考えている人とそうでない人って結構簡単に見分けがつかませんか？

藤井) そうですね。勉強会をしているとよく思うのは、参加者からの質問に実体験を交えながらすぐに答えられる人って、普段からすごく考えているんだろうなと思いますね。

原) そうそう。やっぱり臨床を真面目にやっている人は皆、**Clinical Question** を 5 個も 10 個も持ってるよって僕はいつも言ってるんですけど。普通に考えて臨床していたら、本当に先生みたいな疑問を皆持ってると思うんですけどね。もちろん持ってない人もあるよね。先生、教えていてそう思いませんか？

藤井) そうですね。教科書通りにやっている人もいる気がします。

原) そうそう。教科書通りの人って受動的な勉強で、言われた事をそのままインプットして、そのままアウトプットして、要するに自分の中で咀嚼していない人だよな。

藤井) そうですね。

原) 実は臨床をやっていて思うのは、教科書に書いている事が嘘なんじゃないかと(笑) 思う事が多いよね。

藤井) ちょっと違うかなっていう時はあります。

原) だから、多分多くの方は、「そこでちょっと違うんじゃないかな」と思っても、「いや、自分が間違っているんやわ」と思っちゃうんだけど、先生みたいに自分でアクティビティ高く動いていて、考えを **Pivot** しながら何か行動を起こしたことがある人だったら、「もしかしたら教科書が間違っているんじゃないか？」みたいな感じで思って、それが多分臨床能力に結び付くんじゃないかと思ってるんで。ここすごく大事よね。日頃から考えて臨床する、教科書と違うって思った感覚があったら自分が間違ってると思っちゃうんじゃないかと、もう一步踏み込んでみるというのがすごく大事なんじゃないかなと思います。ここはすごく面白くていいコメントですね。

藤井) ありがとうございます。

原) 後はまあ、アンケートに「いつもポジティブかつ的確」って書いてくれてるけど(笑) 基本的に僕は、ポジティブワードは意識して使っている。

藤井) ああ、そうなんですな。

原) 先生はどう？ 人に教える時、ポジティブワードで教えた方が人が伸びない？

藤井) 基本的にはそう思います。「否定しない」のは意識しています。

原) そうでしょ。僕も医学教育は結構興味があって、こんな事をしているのも医学教育が好きだからやってるわけなんだけど、ポジティブさは結構意識しています。僕からネガティブワードが出たら、僕がものすごく疲れているか(笑) お酒を飲んでいるか、結構酷い時だけって感じかな、という風に思います。ちょっと脱線しましたが。

藤井) ふふふ(笑)

原) それが全体を通した感想ということですね。
では次に、論文を 1 個書き上げたわけですが、研究について思っていた通りだったこと、ここはどんな点がありますかね。

藤井) 僕は実は臨床研究を学ぶのに SPH (※School of Public Health) に行こうと思ってたんですけど、academic な思考過程っていうか、論文を書く時のノウハウみたいのを学びたいなっていうのがあったんです。

原) はいはいはい。

藤井) この話、1 回だけ多分したことがあるんですが、行くよりも 1 本書いた方が早いよって言われて(笑)

原) ははは(笑)

藤井) そこは確かにその通りで、academic な思考過程で書く時に、どういったことが 1 つ 1 つ必要なのかというのを、論文を 1 本書くことで全部、一通り学べたような気がしています。

原) あ〜。これでも先生、すごくいいよね。先生は行動力があるから、とりあえずやってみないと分からないよねって感覚を持っているということですよ。それはすごく大事で、僕はいつも「論文を書き上げる時には行動力が大事です」っていうんですけど、とりあえずやってみないと何が分からないのかも分からないんですね。
僕がいつも例えるのは、僕は循環器なので CV (※Central Vein 中心静脈のラインのこと) をね、よく研修医に突かせるんですよ。「CV 突く？」って言った時に、「いやまだ教科書を読んでないのでいいです」って言っちゃう人は永遠に、教科書を読んで知識が付いてもまだ実践がゼロだから遠慮し続ける。結局出来るようにならないんだけど、とりあえずやってみる人は、「ああ、俺全然わかってねえな」ということに

気付いて、教科書を読んで、教科書を読む時も何が分かってないのかを分かっているから、こういう事だったんだってことがすごくすんなり頭に入ってくる。

だから臨床医学では、知識と経験が結び付いてリンクすることがすごく能力として重要で、やってみないと経験の部分がアドオンされないから、やってみるというスタンスがすごく重要ですよ。これは臨床能力が高い人ほど行動力が高くてやってくれる人が多いし、論文を書く時にやってみるというのはすごく大事なので、僕もそこはアグリーですね。

～中略～

原) 次に、研究について思っていたのと違ったこと。これはどんなのがありますか？

藤井) 思っていたのと違ったのは、学术论文って、絶対評価というか、言ってることがすごいから評価されるってずっと思ってたんですけど。

原) なるほど。

藤井) でも違って、学术论文も、**Editor** とか雑誌に対してのプレゼンテーションだなんていうのをすごく思って・・・特に原先生のメンタリングの中で印象的だったのが、**Intro** を書いている時だったと思うんですけど、「**Editor** が通したいと思うことは何なの？」とか「読み手の誰もが **Intro** で **Yes** ということから始めないと読まれないよ」とか。

原) ははは(笑)

藤井) 自分がいつもプレゼンで後輩に教えたりしてるそのものだったので、そっかー！と
って。

原) あ、そうなんや(笑) へえ～、そういう意味でプレゼンと一緒にということか！

藤井) そうなんです。

原) ああ、だから先生は元々、プレゼンの仕方とかをちゃんと色々な本で研究してたんだ。

藤井) はい、そうなんです。オーディエンスがいて初めてプレゼンが成り立つし。

原) あ〜そういうことね。へえ〜。

藤井) はい、それが一番でしたね。この後の **Revision** のところでもそうなんですけど。

原) はいはいはい。

藤井) 相手があつてのことなのに、僕は絶対これが正しいから論文に載せろみたいな(笑)
そういうスタンスなのかなと思ってたので。

原) あ〜、なるほど。

藤井) それが全く違ったなと思います。

原) いや、そのコメントは、プレゼンのやり方を結構勉強して、それなりにプレゼンが出来ている人じゃないと絶対に出てこないコメントやな。あ〜、そういうことで言ってたんだ、これ。

そうそう、論文もプレゼンもまあ、一緒やね。要するに人に物事を伝えるっていうのは共通で。人って自分の聞きたいことがあるから、出来るだけ相手に興味を持ってもらいながら言わないと聞いてもらえないっていうことだね。

だからその、誤解が生まれたら嫌なんですけど、「**Editor** が通したいと思うことは何？」というのは要するに、例えば、極論を言うと、ポジティブなデータを捏造するとか・・・そういう意味ではなくて、自分のデータをプレゼンする中で **Editor** が通したいと思うことを選ぶとか、そういう言い方にするっていうことやね。

藤井) はい。

原) だから内容を入れ替えるんじゃなくて、伝え方を工夫せえっていうコメントやね。ふ〜ん、いやいや、これは面白いね(笑) 確かにこれはプレゼンではこの辺は大事だからね。

で、やっぱり多分先生も思ったと思うけど、例えば今回なんか、ちょっと後でも言うけど、**Reviewer1** とか **2** と、**Statistical Reviewer** が言ってることが全く違うわけよね(苦笑)

藤井) そうですね(苦笑)

原) 1 と 2 の言う通り対応したら、今度は 3 人目の奴が出てきて、3 人目がこれじゃダメだって、ひっくり返すわけね、ちゃぶ台を(笑)

藤井) (笑)

原) せっかくちゃぶ台の上にご飯を揃えたのに、これ注文したやつじゃねえって別の奴がひっくり返すわけよ、ちゃぶ台を (笑)。

藤井) そうですね。

原) だから正しいやり方っていうのは中々ないよね。やり方に「正しい」とか「正しくない」ってことはないし・・・だから、自分の主張を相手の口に合うように料理して提出すると。

藤井) はい。

原) で、絶対評価があんまりないから、言ってることがスゲェっていうのも、相手の目線に立たないとそれが伝わらないってことね。これは確かに僕も論文を書き始めの頃はこういうマインドを持っていたかもしれない。絶対評価っていう感じ。でも絶対評価じゃないのよね。だから僕、「Trend を意識しろ」とか色々言うんだけど、絶対評価だけだったら Trend なんかも全く意識しなくていいわけよね。

藤井) はい。

原) だけど、人間なんで、相手は。世界的な Trend を把握していてそれに乗ったほうが、やっぱり Accept されやすいとかあるよね。

藤井) ああ。

原) オロナミン C か何かの CM で昔、「24 時間働けますか」っていう CM があったんです。知らない？先生。

(注釈：リゲインという第一三共ヘルスケアが出していた栄養ドリンクです。YouTube はコチラ：https://www.youtube.com/watch?v=746v_877dzI)

藤井) 分かりません・・・。

原) 知らん!?

藤井) 「24 時間働けますか」 って CM ですか?

原) あったんよ。エナジードリンク系の CM でね。

藤井) へえ〜(笑)

原) そうそう、今そんなのがあったらコンプライアンス違反でさ、ブラック企業満々だから絶対撥ねられるわけやんか。だから、それは世の中の Trend がそうだったからそういう伝え方をして、今の Trend はアンチブラック企業だから、24 時間働けますかっていう CM なんか打ったらダメってことよね。それと一緒に医学もそういった Trend に乗っかりながら言わないといけない。

OK, これは面白いね。

そしたら総論は一通り終わるんだけど、ここで先生の同期の名倉先生に降臨していただいて (笑) 名倉先生、せっかく参加してもらったんで、今、僕と一緒に論文をやってるんだけど、まだ書き上げてない人の立場で藤井先生に何か質問とかありますか?

名倉) あの、実際に臨床とか活動も忙しい中で、いつ書いているのかなって・・・自分もあれなんですけど・・・。

原) はいはいはい。医学教育にもガンガン参加して、臨床もバリバリやっている忙しい藤井先生が、いつ時間を取って論文を書いてたんだって質問ですね。これは藤井先生、どうですか?

～中略～

原) で、どう? 質問はもう 1 個くらいある?

名倉) 多分、藤井君もゼロからだったと思うんですけど、原先生から教わる以外に自分ここから学んでた、とかあるのかなと。

原) 論文を書く上で、僕とハンズオンでやる以外で藤井先生が独自で自己学習的にやってたようなものとかってありますかという質問ですね。どうでしょうか?

藤井) 原先生と会う前になるんですけど、臨床研究の勉強会に2回か3回くらい出たことがあって、福原先生の勉強会だったんですけど。

原) はいはい。ワークショップやね、それ。

藤井) ワークショップ形式ですよ。

原) 2日とか3日使ってやるやつ？

藤井) そうです。2回か3回出たのと、『臨床研究の道標 (<http://amzn.to/2tV0VJF>)』を読んだことがあるくらいで、先生から支援を受けた後は、その中でのメンタリングで言われたことを忠実にやることに徹してました。論文のこういうところに注目して読むとか、こういう風にまとめた方がいいとか、ハンズオンのメンタリングの中で言われたことをなるべく落とさないように理解する。僕、先生のメンタリングをちょっと録音してたんですよ。

原) マジで!!(驚) そんなんこっそりやめてよ、先生(笑) 恥ずかしいわ~(汗)

藤井) (爆笑)

原) しまった、俺も先生の顔とかキャプチャーしておけば良かったな(笑)

藤井) 中身が濃かったんで、メモが追いつかなくて。

原) あ~そうなんや。偉い偉い。

名倉) 録音してます。

原) え、マジか!みんな録音してるんか(笑) 知らなかった、それ。まあいいけど、別に(笑)

藤井) ちゃんとデータは消去しておきます。

原) 消去せんでいいけど、別に(笑) 配ってもらってもかまわないし(笑)。昔はノートに取らないといけないって言う人もいたんだけど僕はそう思わなくて、例えばハワイ

トボードに書いてあるのを写真で撮った方が聞くことに集中できるし、録音したら2倍速で聞けるわけやん。早送りで1.5倍速とか。僕なんかデフォルトで1.5倍速みたいなスピードで喋るから普通に聞いたらいいと思うんだけど(笑) そういう意味で録音するのはいいんじゃないの。そういう工夫をしてたんだ。

ちなみに、もちろん福原先生のワークショップも有名だと思うんだけど、そのハンズオンのやり方と、あくまでもワークショップ形式というのとで少し差があると思うんよ。

藤井) はい。

原) どんな差があるんだろう。要するに、ワークショップですごく役に立ったものと、ハンズオンですごく役に立ったもの、2つあると思うんだけど。それぞれどういうところが **Strength** になるんだろう。

藤井) はい。ワークショップで学べることは、全体を見渡すとか、臨床研究全体はどうなってるんだろうとか。臨床研究の能書きはどうなんだろうということをワークショップで学べたなと思ってます。

原) なるほど。

藤井) ただ、これは臨床と一緒にだと思うんですけど、教科書に書いてあることを、じゃあどうやって目の前の患者さんに応用するのか、応用の仕方、考える時の実践の仕方というのは、先生からのハンズオンでしか学べなかったかなと思います。ワークショップで学んだ事を、自分の今の研究にどれを当てはめて、どういう風に運用していくとうまくいくのかという道のりが、全くワークショップでは見えなかった。

原) なるほどね〜。僕はさ、『お腹減ってる時に食べないと美味しくないと理論』っていう、長いんだけど(笑)、を持っていて、僕は座学がすごく苦手なんよ。聞いていられないのよね、座って。なんでかって言うと、今必要ないことまで聞かないといけないやんか。例えば **Randomize** の話をされた時に、俺は **Randomize** で **Protocol** を組まないからから、その知識は今要らないんだと思ったら、そこで座っていたくなくなつて、出て行きたくなっちゃうの。

藤井) (笑)

原) だから、僕の教育スタイルは超ハンズオンなんよ。僕の苦手な部分は、全体像をちゃ

んと勉強してないから、すごく常識的な知識が意外と抜けてたりするのね。ポンと、ごっそり。学生の時からそうだったんだけど、「なんでそんなことを知ってるのにこんな基本的なことを知らないんだ」みたいな。だからバランスが大事かなと思う。そういう意味で僕は自分の性格上超ハンズオンじゃないと教えるのも気が向かないから、そういう感じでやってるんだよね。今、日本の現場では、このハンズオンが足りないよね、全然。

藤井) そうですね、本当に足りないと思います。

原) そうそう。座学は結構あるんよね。最近、臨床研究って流行ってきているから、色々な所でワークショップとか開いてますよね。

藤井) ありますよね。

原) 福原先生のところはちゃんとアウトプットも出しているからさ。だけど出してないワークショップがほとんどだからね。行くんだったらアウトプットを出しているところに行った方がいいね。いや、面白い面白い。名倉先生に参加してもらって良かったよ。面白い質問が出ましたね。

じゃあ、とりあえずこれで総論が終わったので、次に各論なんだけど、面白かったから 40 分くらい経っちゃって、あと 20 分くらいしかないんだけど。

各論は **Introduction, Methods, Results, Discussion** という風を書いていくんで、デザインの **FINER** とかいう話は今日は省略して、**Introduction, Methods, Results, Discussion** で簡単にでいいので、何かコメントがあればお願いします。まず **Intro** で感じたこととかあるのかな。

～中略～

藤井) **Revision** で学んだことはさっきの「思っていたのと違ったこと」と繋がってしまうんですけど、**Reviewer** の意見にどうやって自分の意見を返すかっていうのが一番学んだところなのと、後は言われたことを読み解くのが難しいなと思います。ちょっと僕の読みが結構浅いところがあって。本当に難しいなと思います。

原) いや、皆出来ないんよ、マジで。皆出来ないから。それがデフォルト。俺的にはなんで出来ないのか分からないから(笑) いつも言ってるやん、**Revision** になった瞬間、皆手を抜くって前言ってたやん。

藤井) 言っていましたね (笑)。

原) 言っていたやろ。皆全く、いい加減にせえよっていうくらい手を抜いてくるなと思ってたんだけど、最近気づいたのが、皆出来ないから、これは手を抜いてるんじゃないんで・・・。

藤井先生はプレゼン能力が高いから質問の意図を捉えることは得意だと思ってた、論文と一緒に書いて。なのに藤井先生も全然出来ないし、今一緒に **Revision** プロセスをやってる人も全く出来ないし、4本くらい一緒に論文を書いて、今5本目、6本目を書いている先生も **Revision** プロセスになると今でも出来ないもん。だから相手の意図を汲んで返すのって・・・僕も医学教育には興味があるから、僕も苦しんでる所やね。どうやって教えていいのか分からないっていうか。

藤井) 読み解く力が全然違うなって思ったんですよ。会話でやり取りして、相手が言ってることを理解するのなら分かるんですけど、文章で一発で来たやつから、これはこういうことを言ってるんだって理解するのが一番難しい。

原) ふ～ん。何を質問したいのかを推察する能力って感じ？

藤井) はい。その能力ですね。

原) だから要するに、ちゃんと返答出来てないよね、簡単に言うと。

藤井) そうそう(笑)

原) それ皆出来なくて、、、論文の **Quality** がめちゃくちゃ高い人でも **Revision** になると一気に **Quality** が下がるのね。それって先生、やってるうちにどうやったら出来てきたかなって感覚になるの？ もしくは「こういうことだったんや」って気付いてなかったのかな。それを俺、指導する時に使いたいんだけど、その知識を。

藤井) そうですね。途中でそうかなって思ったのは、例えば **Reviewer** から 10 個コメントが帰ってきた時に、一番気になっていることがあるんだなって・・・。

原) あー！！ 先生賢い！

藤井) 全部聞きたいんじゃないんで、これはデフォルトで、みたいな。

原) それは俺むっちゃ意識してるわ。へえ～、そっかそっか、そこか！！

藤井) それが分かって、一番最後の **Revision** の時とかは、きっとここが一番の肝で、これはデータで出さなきゃいけないんだなって。

原) はあ～ (感心)

藤井) ある程度自分でメモ書きした上で先生と **Skype** 出来たんで、自分の中でしっくりきた感覚です。

原) そうそう。絶対にこれだけはちゃんとせえよっていう気持ちが **Reviewer** 一人一人に対して 1 個あるんよね。例えば 10 個質問していても全部それ絡みなんよ、簡単に言う。極論するところ。分かるやろ先生、それ(笑) 10 個全部別々の質問なんだけど、1 本ものすごく不満に思ってることがある。

藤井) ですです (笑) ！！

原) あ～、そっか。だからそういう視点で読めって言ったらいいかもしれないね。次から俺が指導する時に。

藤井) これは 3 回目の統計家からの **Revision** で思ったんです。

原) ふふふ(笑) 3 回目の **Revision** で気づいたってことやね、先生が。

藤井) はい、なんかそういう感じなのかなと。2 回の **Revision** で先生とのやり取りの中で、僕と先生の違いがすごくあったので。

原) はいはいはい。

藤井) 3 回目の時はうまいことやってやろうとか思って、先生と **Skype** する前に考えてからにしました (笑)

原) いやいや、確かに俺ね、それは自然とやってる。先生に言語化してもらって初めて僕も気付いたけど。教育していてそういうことが多いんだけど、言語化したら確かにそうだなと思う。確かに **Reviewer** は 1 人に対して 1 つ、絶対に譲れねえぜってポイント

トが1個あるよね。

藤井) ありますよね(笑)！

原) あ〜。そっか。ほんと全部それに絡めた質問なんよね、結局。

藤井) はい、本当に。1回目の **Revision** を見直してみたんですけど、多分 **inclusion** のところで引っかかってずっとそれ絡み。

原) はいはい。なんで **PFNA** なんだみたいな。

藤井) そうそう、そこからだなと(笑)

原) なるほど〜！ それは先生、スゲェわ。よくぞ言ってくれた。こういう部分が言語化されていくとノウハウとして蓄積出来るよね。いや、これすごいな、先生！(感嘆)

藤井) ありがとうございます。

原) 俺、先生に言われるまで確かに……。むちゃ意識してるわ、これ。全体をバツと見てその **Reviewer** がまずどのポイントに一番腹を立てているか。 **Reviewer** は腹立ててるやんか(笑)

藤井) はい(笑)

原) 不満が大きいっていうか(笑)。いやこれ、ムチャクチャ面白いな。しかもやっぱ先生やから感じれたんよね。要するに10個コメントがあっても原則全部それ絡み。いや〜これはありがとうやわ、先生。スゲェな。やっぱり先生のすごいのは、3個目で気付いた時にまた1個目のレスポンスを見に行って確認しにいつてるところがすごいよね、やっぱり。さすがやなっていうコメントやな、そこも。素晴らしい。OK,OK。今日はこれで満足やわ。今日の対談もう終わりでいいや(笑)

まあ冗談はさて置き。えっと、一応ね、先生。今から辛辣なコメントを質問したいと思います(笑)。

～中略～

藤井) 先生に最初に支援案件を決めてもらう時にアイデアを持って行ったら、いくつかこれいけるんじゃないかって言われたのがあったんですね。今回実際に自分で書いてみて、持っていったアイデアが結構、数値として所見がちゃんと出るのかなとか、逆にやれるのかって不安が、1本書いてみて強くなったというのがあります。

原) やれるのか不安っていうのは、どんな部分で不安になるの？

藤井) 例えばなんですけど、足関節の捻挫で靭帯が切れてるのをエコーと MRI で見ていく時に、超音波の所見とかを一定して出す能力がまだ自分に全然足りてないなど。

原) なるほど。そこが不安で、こんな Quality の自分のデータでものを喋っていいんかってところが不安に思えるってことやね。

藤井) そうですね。これはちゃんとデータがものを言えないんじゃないかと。

原) だから2本目にいけないんだ。そこで先生は止まっているのか。

藤井) はい、怖いです。

原) でも先生、それ聞いてね、スゲエなって思った。怖いって感覚はむちゃくちゃ重要なんよ。臨床で自分のデータでものを語っていいのか、もっと上手い人が取ったら違う結果が出るんじゃないとか絶対思うやん。それは先生が臨床能力が高い証拠やね。不安が出てくるのは。僕が支援していて、多分不安を持たずに研究をやっている人はほとんどいない。名倉先生もね、すごい不安を僕に投げかけてくる。

藤井) (笑)

原) 藤井先生は、こんなプアな俺の所見でいいのかって思ってるんでしょ。今、名倉先生はエコーの指標で論文を書いているけど、例えばエコーで LVEF っていうあるやん。心機能、心臓の機能ね。Left ventricular ejection fraction っていう左室機能なんだけど、僕ら循環器専門医が Simpson 法っていう方法でエコーで EF を測ったら 10%くらいズレるんよ。で、そういうエコーの指標で薬の効果で 2%改善してるとかいう話が出てくるわけよね。俺らが測って 10%の誤差が出るような指標で、2%改善したとかっていうのが Paper になっているわけよ。で、2%改善したってほんまかよって思われたりするから。分かる？そんな精度あるのかみたいな(笑)

だから世の中のエビデンスと呼ばれるものって、むちゃくちゃ土台がぐらついているデータで全て世の中が進んでるの、実は。で、臨床研究をやってる本物の臨床家はその怖さを知ってないといけないわけ。だから先生の論文だけじゃないわけよ、土台がぐらついている論文は。先生が **Reference** してるエビデンスの全ての土台はぐらついているわけ。だけどやらないと医学は発展しない。それが臨床研究をやる上での 1 つの醍醐味で、むちゃくちゃ大事で。先生が怖さを知ってることがすごく重要で、怖さを持ってることが本物の臨床医の証であって、世の中に出てくるエビデンスはものすごくファジーな、曖昧な結果かもしれないと常に思っておかなきゃいけない。その中でどれだけ正確なデータを取るかっていうのを試行錯誤していかないとはいけないよね。

だから先生の今の不安はまさに臨床研究の一番本質の部分なんよ。今日初めて・・・かなあ、俺初めてやなとか言っても「前言ってましたよ」って後で突っ込みが来ることが多いんだけど(笑) この不安の話って初めてじゃないかなあ。

藤井先生、それはね、正しいよ。でもその不安を持ちつつ研究しないとはいけないのが臨床医だし、臨床っていう現場ってこと。

藤井) はい。

原) 結構厳しいよね。日本人は真面目だからさ。テストも減点方式だから間違っちゃいけないってマインドが強いんだけど、その不安の中で、不安をミニマイズしながら、でも前に進まないといけないってことも知らないといけない。それが臨床医だからね。先生、またこのやり方が分からなかったら言ってよ。今先生、一人で抱えてて、僕今日初めて聞いたからね。そんな理由で進んでないっていうのを。

藤井) 相談出来ていなかったですね。

原) そうそう、OK。先生は 2 本目をやろうとしていたと。一発屋で終わるつもりはなかったと(笑)

藤井) はい(笑)

原) 先生は医学教育をものすごく頑張ってるわけやん。その **Priority** が一番高いと思うんだけど、この臨床研究っていうのが医学教育の中でどういった価値を提供できるかが 1 つ重要なことかなって自分の中では思ってるんだけど。色んな、先生が医学教育活動に参加される中で、臨床研究視点で僕はどういう形で医学教育に関わっていったらいいのかなって思ってるんです。なんか僕にアドバイスください(笑)

～中略～

原) すごえな。めちゃくちゃ面白いな、先生。先生みたいな人がガンって能力が上がって行くのを見るのが楽しいから僕は医学教育が好きなんだけど。なるほど。じゃあ先生、時間も過ぎてるから最後に、臨床研究でキャリアアップしたい Dr.へのメッセージをお願いしたいんだけど、その前に名倉先生、質問ある？今の話を踏まえて。

名倉) 大丈夫です (笑)

原) 勉強になったなって感じか。もし質問があったら対談が終わった後時間を取るので言ってもらったらいいです。じゃあ、藤井先生、最後に臨床研究でキャリアアップしたい Dr.へのメッセージをお願いします。

藤井) 今日はありがとうございました。僕は臨床をがつつりやりたいと思って今も医者が続けてるんですけど、臨床をやっていくと教科書とか文献とかと、自分が臨床をやる感覚値に違いを感じる場面が結構出てくると思うんですよね。

今回 JSCR で支援してもらえたことの 1 つの大きなポイントとして、感じていた違いに価値を見出してもらって具体化するためのサポートをしてくれる場所だと、僕は今回強く感じました。日々の臨床に本気で取り組んでいる先生方は、JSCR の門をたたいて、自分の感じてるものを具体化することをお勧めしたいなと思います。

原) ありがとうございます、藤井先生。さすがの能力で綺麗にまとめて頂いて。コメントも面白かったしね(笑)

今日の対談も面白かったね。対談すると必ず面白いね。

藤井先生も、名倉先生もありがとうございました。一応これで今日の対談は終わりにしたいと思います。どうも有難う御座いました！！