

「広く学ぶことで、深く診る視点を養う～総合アレルギー診療の実践を目指して～」

正木克宜先生（86 回生）慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 助教

慶應義塾大学病院 アレルギーセンター 兼任

ご略歴

2007 年 慶應義塾大学医学部 卒業

慶應義塾大学病院 初期臨床研修医

2008 年 東京大学医学部附属病院 初期臨床研修医

2009 年 慶應義塾大学医学部 内科学 後期研修医

2010 年 静岡赤十字病院 内科（出向）

2011 年 慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 専修医

慶應義塾大学大学院 医学研究科博士課程 入学

2015 年 慶應義塾大学大学院 医学研究科博士課程 卒業

2015 年 済生会宇都宮病院 呼吸器内科 医員

2018 年 英国・Guy's & St Thomas' Hospital アレルギー科 臨床研修

2019 年 慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 助教

慶應義塾大学病院 アレルギーセンター 兼任

経歴や呼吸器内科の選択理由、目指す医師像などは医局 HP のスタッフ紹介 (<http://www.keio-med.jp/pulmonary/staff/masaki.html>) に簡略記載あり。

#### ①初期研修について

加藤：正木先生は慶應と東大のたすき掛けで初期研修をしたそうですが、大学病院で研修をするメリット・デメリットについて教えてもらえますか？

正木：市中病院は主治医に近い形で多くの患者さんを担当します。それに対して、大学病院では受け持ち患者さんの数も少なく、主治医ではなくあくまでも受け持ち医です。患者さんに自ら病状を説明し、治療方針を立て、手技を行うという機会は少なくなります。したがってメインプロブレムへの関わり方が浅く、手技の量や質が落ちるというデメリットはあると思います。ただ、**初期研修が終わった時点で手技の経験値や技術に差があったとしても、その後にそれをライフワークとして行っていけば、将来的には大きな差にはなりません。**多くの手技を経験したとしても、雑になってしまっていたり、あまり考えずに手だけ動かすような癖がついてしまうと、これを正しい方法に直すのは難しい場合もあります。最初から効率を求めて省エネの方法を覚えてしまうと、そこから正しい方法を学び直すのは難しいのだけれど、最初に丁寧にする癖をつけておけば、そこからブラッシュアップしていくことはできます。大学病院では患者さん一人一人を丁寧に診て、メインプロブレム以外のことも含めて全身を漏れなく診る癖がつくのではないかと思います。

加藤：初期研修ではただ単に多くの症例・手技を経験すればよいというのではなく、しっかり基本を身に着けることが大切なのですね。(インタビュー前のメールより)「人脈ができそう」「多様な人たちが集まっていそう」という理由で初期研修先を選ばれたとのことでしたが、実際に初期研修で出会った研修医・上級医の先生方との交流は今も続いているのでしょうか？

正木：東大病院のオーベンの先生とは今でも交流があって情報交換もします。学会で米国に行った際にはちょうど学会開催地が元オーベンの留学先だったので、いろいろ案内をしてもらい、留学についての具体的なイメージが湧きました。今は卒業した後も SNS などを用いて継続的に情報交換ができ、繋がりが続けることができます。きっかけはなんでもよいですが、色々な人と会うことが大事だと思っています。そういう意味で大学病院は、研修医がたくさんおり、出身大学もバラバラであるというのは良かったと思います。慶應では、要領よく課題や試験をこなすのを良しとする風潮がありますが、やはり医療には泥臭さが必要な部分もあります。慶應以外の出身の先生たちと交流することで、慶應の価値観が必ずしも正しいとは限らないことが分かります。慶應の医局に入ることを考えている人ならなおさら、関連外の病院や他大学出身の先生が集まるようなプログラムを選ぶのもありだと思っています。

加藤：他大学出身の研修医が多いところでは、色々な価値観をもった人と知り合えるという良さがあるのですね。

②キャリアについて (正木先生ご自身のキャリアに関しては、③④を参照してください)

加藤：先生は卒後3年目に慶應病院の内科学教室に入局されましたが、3年目以降はどのような流れになるのでしょうか？

正木：今は3年目に内科学教室に入る時にすでに専門(たとえば呼吸器内科)を決めていて、3-4年目には関連病院で専門以外の内科もローテーションし、5年目に大学に戻ってくるという流れが一番多いです。あとは初期研修後、3年目以降も市中病院に残って内科を一通り勉強してから、5年目以降に慶應の呼吸器内科に入るというパターンもあります。市中病院と大学病院では扱う疾患に違いがあるため、全科を回ることに加えて色々な規模の病院を見ておくのは大事なかなと思います。

③呼吸器内科について

加藤：内科の中で先生が呼吸器内科を選ばれた理由についてお聞きしてもよろしいでしょうか？

正木：私は元々アレルギー診療を自分のライフワークにしたいと考えていました。アレルギーを診る診療科としては耳鼻咽喉科や皮膚科もありますが、全身のアレルギーを診るとなると小児科か内科に限られます。臓器局所ではなく全身が診られ、かつアレルギーの研究ができる場所として呼吸器内科の喘息グループに惹かれました。アレルギーの研究をやると

決めていて呼吸器内科を選んだので、内科を選んだ時点で他の内科は考えていなかったです。

加藤：呼吸器内科はアレルギー、感染症、悪性腫瘍と多岐にわたる疾患を扱っているイメージがありますが、そのあたりはいかがでしょう？

正木：急性期・慢性期があって、色々な分野があって、というのは、呼吸器内科に限ったことではないと思います。どの診療科に進んでも、その診療科の中でのサブスペシャリティというのがあって、それを勉強する上で必要な知識はその診療科にとどまりません。喘息を詳しく勉強しようとするすると皮膚科や小児科の知識が必要になる、というように、サブスペシャリティを深めようすると、他の科の知識が必要になってきます。初期研修でどこまでベースを作れるかが、サブスペシャリティの勉強をどこまで広げられるかに関わってくると思います。たとえば喘息だけを勉強してその中で「最も診療経験や研究実績のある医師」になるのは実際かなり難しいです。しかし、喘息患者さんに合併したアトピー性皮膚炎や食物アレルギーも診られるという医者は少ないため、周辺領域を勉強することで自分のユニークさや存在感が出せます。誰もやろうとしないけれど、臨床のニーズがあるような部分を勉強してみることに価値が出てくると思います。イメージとして、内科→呼吸器内科という段階では、勉強する範囲が狭まるが、そこから呼吸器内科→喘息・アレルギー診療という段階では、一気に広がる感じでしょうか。多くの診療科にまたがるサブスペシャリティをもち、臨床・研究を行う上で、そこに関わる他科の医師の考え方が理解できるような土壌を初期研修で作れると理想的だと思います。私の場合、初期研修では皮膚科や耳鼻咽喉科を選択しておけばよかったかなと思いますし、小児科や精神科を回れたことはアレルギー診療にはとても役立っています。

加藤：内科の中でどれを選ぶかという視点もありますが、呼吸器内科の特色を教えてくださいませんか？また、先生の考える呼吸器内科の魅力についても、お聞きしたいです。

正木：緊急性や手技の多さでいうと真ん中くらいです。急性期が好きな人も、慢性期が好きな人も、活躍できる居場所があります。あとは、治らない病気に対して、患者さんと一緒に落としどころを見つけて、長く上手に付き合おうとする人が多い印象で、そういう作業が魅力的なのではないかと思います。たとえば呼吸器ではなくアレルギー分野となりますが、食物アレルギーの診療では、食べていいものと食べてはいけないものをはっきり分けきれないことが多く、患者さんに病態を説明して理解してもらいながら診療を進めるところに面白みがあります。

また、慶應の医局に限らず、呼吸器内科医は、派手さはないけどしっかり仕事をする先生、俺が俺が！ではなくみんなでやろうという姿勢を持っている先生が多いです。そういう雰囲気好きな人には向いています。

#### ④研究について

木戸：元々アレルギーに興味があったというお話がありましたが、初期研修先の病院を決め

るにあたり、その点は考えられたのでしょうか？

正木：それはなかったです。

木戸：元々アレルギーに興味があって、今も専門として研究されていますが、これまでの過程で、アレルギーに対する関わり方・考え方が変化するきっかけはありましたか？

正木：小児科との連携や食物アレルギー診療なども含めて、深く・広く成人のアレルギーを診られる医師が必要、という考え方自体は、実は初めから変わっていません。アレルギー診療は家庭医的な側面もあります。すなわち、喘息以外のアレルギー疾患の症状を含めて診察したり、家族も一緒に診察して環境改善について助言したり、ということができるようになりたいと思っています。

考え方という意味では、私自身の考えというより、むしろ社会の方が変わってきました。2014年にアレルギー疾患対策基本法ができて、各地域でアレルギー疾患の専門病院が定められました。この流れを受けて慶應にもアレルギーセンターができ、他科と連携した研究や診療が行いやすくなりました。私自身の考えていることは変わりませんが、周りの環境が変わって研究や臨床がやりやすくなった、という変化はありました。

木戸：先生が現在されている研究について、お話を伺えますか？

正木：たとえば喘息を研究するにしても、疾患の機序について「深く学ぶ」という方法と周辺疾患も含めて「広く学ぶ」という方法があります。私は「広く学ぶ」という方を中心に取り組んでいます。実際、喘息では他のアレルギー疾患の合併率が高いだけでなく、それらに臓器横断的な治療効果のある抗体医薬が出てきています。たとえばアトピー性皮膚炎に対して使われるデュピルマブ（抗IL-4/13抗体）は、喘息や副鼻腔炎にも効果がありますし、喘息に対するオマリズマブ（抗IgE抗体）も、蕁麻疹やアレルギー性鼻炎に効果があります。これらの薬を使う判断をするときに、関連する診療科が連携した組織（ここでは慶應アレルギーセンター）の存在が重要になってきます。

他に私が手掛けている研究としてはデジタル医療があります。たとえばソフトウェアとして国内初の薬事承認を得た禁煙支援のスマホアプリや、センサーテクノロジーを用いた吸入支援、非専門医の食物アレルギー診療を支援するスマホアプリなどです。最近では、コロナの患者さんのバイタルサインをモニタリングして遠隔で見守るシステムの研究にも教室として取り組んでいます。

まとめると、私は喘息を中心に、臓器横断的な抗体医薬の適応、吸入支援や禁煙支援、他科と連携した研究など、周辺領域を含めた研究をやっています。私の場合は喘息を中心にしていますが、肺癌などほかの疾患でも周辺領域をカバーするような研究ができれば理想的かと思えます。

木戸：Physician-Scientistという言葉は耳にしますが、学生の立場では臨床と研究を並行して行うことに関してイメージしづらい部分もあります。実際はどのように組み合わせて、バランスをとっていらっしゃるのでしょうか？

正木：現在、割いている時間でいうと、研究と臨床で1:1くらいです。ポリクリ担当をし

ていますので、その期間は**研究：臨床：教育で1：1：1**です。免疫学などの基礎医学の分野での研究は、臨床医は研究に専念している先生には敵いません。しかし Physician-Scientist は**実際に患者さんを診ることで、現場で何が問題となっているのか、何が求められているのかがわかるので、これを汲み取って研究を進めていきます**。卒業時に研究のことを意識しておく必要はなくて、初期研修医の時点では研究に携わっていなくても問題ないと思います。私自身、1-4年目は臨床に専念していて、5年目に大学院に入学して初めて研究に取り組みました。むしろ、それまでの期間は臨床に専念して、現場での課題を感じることで、将来的には患者さんの役に立つ研究を行うことにつながっていくと思います。

加藤：先生ご自身は、初期研修中に、臨床の現場での経験からアレルギーの研究に興味を持ち、アレルギーを専門とすることに決められたのでしょうか？

正木：複数の臓器にまたがる併存疾患をもっている患者さんを受け止める総合診療医でありたいと思っています。ただ、総合診療は地道な努力が求められます。実際には総合診療のみを専門にする先生は少なく、「何かが得意な総合診療医」ということになる場合が多いです。心臓とか腎臓など何か1つの臓器が得意な先生というのは多いですが、「**アレルギーが得意な総合診療医**」は少ないため、そういう医師がいてもよいのではないかと思いました。アメリカでは、レジデンシーが終わった後のフェローシップのプログラムに Cardiology や Nephrology と並んで Allergy があり、結構人気と聞きます。アメリカのアレルギー科は小児科医と内科医から成り立っていて、小児から成人まで、アレルギー疾患を全部診る組織として機能しています。一方、日本ではアレルギー科という診療科はメジャーではないですし、いきなり同じようにやるのは難しいですが、ニーズはあると思います。たとえばアレルギー物質を徐々に体に投与して慣らしていくアレルゲン免疫療法はアレルギー性鼻炎と喘息の両方に対して効果がありますが、耳鼻咽喉科と内科で別々に行うより、両方に精通した1人の医師が行ったほうがいいわけです。あとは、臓器別の診療科だと抜け落ちてしまう患者さんの受け皿としてもニーズがあるのではないかと思います。

加藤：なるほど、アレルギーが得意な総合診療医として、社会のニーズに応えるということですね。

臨床、研究、学生指導を並行して行ううえで、時間の使い方を工夫する必要があると思うのですが、そのあたりについて、お聞きしてもよろしいでしょうか？

正木：私の場合は、**できないことを無理してやるよりは、自分ができることをやり、そこを伸ばしていくほうが良い**と思っています。そうすると、できることに関しては、自然と得意になってきますし、速くできるようになります。あとは、人によるとは思います。私の場合は午前中の方が頭が働くので、大事なことは午前中に取り組むようにしています。自分が効率よく動ける時間帯を把握して、それに合わせてタイムマネジメントをすることが大事です。私もまだ手探りですが。

加藤：自分のなかのゴールデンタイムを把握して、上手く使うということですね。

## ⑤留学について

木戸：先生はイギリスに留学されたご経験がありますが、今の学生にとって、将来的に留学を目指すことはやはりプラスになるのでしょうか？

正木：今は日本で十分に研究・臨床ができる分野が多いですし、日本にいても海外からの情報が得られる時代ですので、留学の必要性は乏しくなっているかもしれません。しかし、私が留学に行くかどうか悩んでいたときに、留学をせず国内で成果を挙げて教授として活躍している他大学の先生と話す機会がありました。その先生は「もし留学に行っておけば、もっと色々なことができたり、思わぬセレンディピティがあったりしたかもしれない」と仰っていたことが印象的でした。留学に行かずとも成功して教授になっている先生から、このような話が聞けたこともあり、留学を決意・準備して実際に留学に行くことにしました。留学の形態も基礎研究のラボワークのポストを探すのではなく、総合アレルギー臨床の勉強をするための欧州アレルギー学会のプログラムへの応募をしました。留学先での様子については医局 HP 内の「留学便り」にまとめてあります ([keio-med.jp/pulmonary/study-abroad/--guys-st-thomas-hospital.html](http://keio-med.jp/pulmonary/study-abroad/--guys-st-thomas-hospital.html))。イギリスに留学に行っている間に慶應アレルギーセンターが発足し、勉強した内容を大学で実践する環境ができたことは幸運でした。働く場所を自分で作り出すのは難しいですので、上司が自分に合う場所を探すことが多いのかもしれませんが、そのときに**自分のユニークさがある**といいと思います。そしてそのユニークさを創り出す方法として、**留学は今も意義があるのではないかと思います。**

## ⑥学生へのアドバイス

木戸：将来的に、総合内科的な視点を持った医師や、1つの臓器にとどまらず全身を診られる医師になりたいという学生も多くいますが、学生あるいは初期研修医のうちに勉強しておいた方がいいことや意識しておくべきことはありますか？

正木：私の場合は、法律が制定されたり、慶應アレルギーセンターができたり、留学のプログラムが見つかったりなどの色々な要素が重なり、今の仕事につながっています。ですので、日頃から自身が興味のある分野に関してしっかりアンテナを張っておくことが大事です。今から何か準備したとしても、必ずしもそれが報われるとは限りません。**大事なのは、アンテナを張って、今世の中で何が起きていて、何が必要なかを把握することです。それによって、人とのつながりができて、自分ができることが増えていきます。労力をかけても報われるとは限らない世界で、自分が楽しいと思える研究・自分にしかできない研究を実現するためには、やりたいことの大枠は決めつつ、それにこだわりすぎずに幅広く情報を集めることが大事です。そして、情報収集するための方法として最も簡単で効率がよく、かつ本質的なのは、「自分から情報を発信する」という方法です。**私は Twitter (@masakikatsu) や Facebook、note ([https://note.com/general\\_allergy](https://note.com/general_allergy)) で自分で勉強したことをまとめて発信しています。すると、それに対して質問や相談がきて社会の問題に関する情報が集まったり、依頼が来て仕事につながったりします。不完全でもいいので、少し背伸びして自分から発信

することで自然と情報が集まってくるようになります。批判的吟味に晒すことで自分にもプレッシャーがかかり、より頑張って情報収集することにもつながります。

木戸：情報発信される際に気をつけていることはありますか？

正木：誰に向けて情報発信をするのか、ということです。一般の非医療者に向けて発信して患者さんの生の声を聞くという方法もありますが、私は患者さんを診ている医療者の声が聞きたいので、医療者に向けて発信しています。

木戸：発信する相手を意識して、内容や見せ方を考えるということですね。

加藤：ほかに、今の学生に、これをやっておくといいよ！というおすすめの勉強はありますか？

正木：プログラミングとか統計解析についてのスキルは磨いておいた方が良いでしょう。統計解析のソフトウェア『R』の使用とか、それを理解するだけのプログラミング言語を理解する力があると強みになります。(自動翻訳ソフトの進歩の著しい) 英語よりは、むしろこのようなことを身につけるとよいです。あとは友達を増やすことは大事です。また、国家試験の勉強は、しっかりやったほうがよいです。薬の副作用とか心電図の読み方とか、意味のあることばかりですから。

加藤：基本となる考え方は、身に着けておけばずっと使えるような気がしますね。

正木：考え方も大事ですけど、その方法も大事です。文献の調べ方とか、課題の見つけ方とか。また、正しいアプローチを知ることが大事ですが、それ以上に、「何が問題なのか」を自分で見つける能力は臨床でも研究でも大事です。実験で仮説と違う結果が出たときとか、臨床で何か違和感があると思った患者さんに出会ったときに、何が問題なのかを考える力が必要となりますので。

木戸・加藤：分かりました！本日はお忙しいところ、貴重なお話を聞かせていただき、ありがとうございました！

2020年7月28日 9:30-11:15, 7月30日 17:00-17:40 Zoomにて

インタビュー兼記録：加藤、木戸