

『通過点としての米国臨床留学』



「通過点としての米国臨床留学」というテーマを掲げ、野口医学研究所の臨床留学セミナーが開催された。米国留学を目的ととらえず、「通過点」として、留学中から帰国後に至るまで、長期的な視野で留学をとらえようとする。全体での講演と各教室に分かれてのセッションが行われた。同セミナー過去最高の161人の参加者があり、会場は熱気に包まれた。

掲載・武本 邦子
写真・中込 浩一郎

キーワード……米国臨床留学

研修医の学ぶ時間が大切にされる

まず、全体のセッションから3人の講演を紹介してみよう。

篠崎元氏（メイヨークリニックレジデント、昨年1年間ジャマックジャンナルでエッセイを連載）

は、現在、ミネソタ州のメイヨークリニック精神科で研修中である。日本での2年間の研修を経て1月に研修派遣。しかし、簡単にはジョブインテンティブにも呼んでもらえず、見過ごされて1月まで待たされた。こうして苦労しながらも、臨床留学の大先輩である教授などの応援を得て、現在の病院にマッチすることができた。

「最初は、自分が本当にフランクにシヨンしているのか自信がありませんでした。しかし、周りの人々と友達になることができ、また、良い評価も経験していくうちに、自分は大丈夫と思えるようになりました。患者さんが良くなって感謝してくれることも力になりました。」

英語には苦労した。もともと学生時代は英語は得意ではなく、大学の米国人講師とろくに会話もできなかった。しかし、1年生から一念発起してテレビやラジオの英会話入門を繰り返し聴き、毎日勉強した。続けているうちに、しだいに英語が聴こえるようになった

という。「継続は力なりです。自分が決めれば自分は変えられるのです」という。

米国での研修医生活は、行く前に理想化していたが、実際行ってみても、ほぼイメージどおりだった。

「研修内容は非常に満足しています。患者さんが大量に来て、毎日忙しいのですが、教育に対する時間のかけ方が日本とまるで違います。火曜の午後はまるまる講義の時間で、内外の講師がレクチャーしてくれます。また、ディレクターと講義する時間もあります。」

言葉のバリエーションはあるが、それを越えて学ぶものがある。それが「患者さんをケアする気持ち」だという。今、レジデント2年目で、篠崎氏は自分のスタンスが評価されていると自信を持っているようになった。留学するまでのプロセスに苦労はあったが、「今は本当に満足して、ハッピーに働いている」それが篠崎氏の実感である。

臨床留学では

「ど根性大根」になれ！

デイヴィッド・D・グレミリオン氏（亀田総合病院卒後研修センター臨床教育専任）は、現在、米国は医師不足の状態にあり、外国人医師が増えつつある状況にあるという。インド、パキスタンなど、

アジアから多くの医師が渡米し、米国医療の一端を担っているが、日本人医師の比率はごくわずかである。その原因は、日本国内での医師の待遇が良いこともあるし、言葉の問題もあるが、その他に「自分に自信がなく、計画を遂行することができない」ことを挙げられる。

日本人が米国での採用を志すときの壁の一つに、評価のときの価値観の違いがある。日本ではテストスコアがもっとも重視されるが、米国では人物が評価される。しかし、日本ではそのような点で高く評価されるための訓練を受ける機会はない。

また、言葉も大きな壁である。日本人がネイティブスピーカーと接するチャンスが少ないせいでもあるが、「沈黙は金」という文化も英語習得を妨げている。恥の意識が強く、出しゃばらないことが美德とされる。しかし、米国で適応するには、何でも言葉に出して表現するようにしなければならぬ。

一方、日本人の有利な点もある。それは、勤勉さであり、人間関係のスキルだ。また、文化の多様性に対する理解もある。

グレミリオン氏は英語習得のためには、「Joppurikaru」(ジョップリッカー)が必要だということ。また、米国に行ったら、「dokunjo」

patent) (主根性大根) になれという。主根性大根とは、アスファルトを突き抜けて生長した大根のニューズだ。土も水も養分もないところで育った大根のように、厳しい条件に耐えて根をはれと激励する。その例として、亀田総合病院の「Kishigaki, Kenji」(北垣先生)を挙げる。彼は家庭医療を学びたい一心で、米国で救命救急士となり、それによって家庭医療学研修への編入をつかんだ。

グレタ・リオン氏は、米国で求人数が増えているのにドクター数が減ってきているグラフを示しつつ、「これが株としたら今が買い時です。私なら買います」と、聴衆を米国臨床留学へと鼓舞した。

次に登壇した星寿和氏(亀田総合病院外科医長)は、「これから株は上がります、株を買いましょう」という話でしたが、私は株は買ってほしいけど危険ですという話をします」と

と、会場を笑わせて話し始めた。星氏は、米国での臨床を「F1で首都高速を突っ走るようなもの」と表現し、日本での臨床を「鈴鹿サーキットでゴーカートに乗るようなもの」と表現する。それぐらい米国では常にスピーディーな判断力を要求され、日本の臨床とのギャップがある。日本で外科の専門医になるには術者10000の症例を要するが、米国で

は術者のみで700例である。さらに、厳しい試験があり、56%の人しか専門医の試験に受からない。それでも海外での経験を日本では評価してもらえない。外科学会は海外での手術数をカウントしないため、星氏は臨床留学していた7年間、手術数0となる。日本のシステムの中でトレーニングしてきた人たちは、海外での実績を評価できない。星氏は帰国後の状態を浦島太郎のようだという。

皆さんはバンドラの箱の話を知っていますか？ バンドラは開けてはいけない箱を開けたので、この世の不幸が全部出てきた。しかし、中に希望が残っていたという話です。臨床留学もバンドラの箱に似ています。苦労もあるが、その中に希望があるのです」

星氏は、もう一度若い頃に戻れたとしても、やはりアメリカでのレジデンシーを選ぶという。それくらい、苦労があっても意義があった。

「バンドラの箱を開ける前によく考えてください」

と、星氏は話を締めくくった。では次に各グループセッションの中から、「家庭医療」「医学教育」「小児科」の3つを取り上げて、担当講師の発言を紹介してみたい。そして最後に参加者の声を掲載するので、彼らの熱い思いを読み取っていただければ幸いです。

医学生や若手医師の米国臨床留学に熱意をこめてエールを送る講師陣と財団関係者(氏名略)

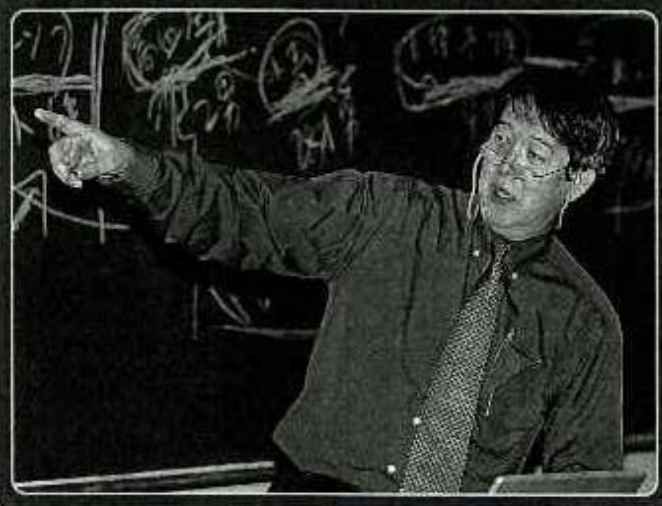


家庭医療

family medicine

佐野 潔氏

米国ミシガン大学医学部家庭医学科助教授、06年
国バリアメリカ病院勤務予定



たとえば18歳の男性の水虫、52歳の男性の高血圧、49歳の女性の生理不順、75歳の女性の足の捻挫という患者さんがいたとします。それぞれ何の脈絡もない症状ですが、この人たちがファミリーであれば、違ったものが見えてくるのではないのでしょうか。それぞれの症状は、相互に関連し合っているかもしれないのです。

ファミリーの外にはコミュニティーがあり、もっと大きくカルチャーがあり、あるいは宗教としてキリスト教、仏教があり、また、アラスカの家族があり、そんないろいろな属性で日常生活も変わってきます。家庭医療学では、そのようなことを考えます。それを1人の医者がやるのです。それを婦人科と内科と小児科でやったらどうなるのでしょうか。家庭医療をやると思ったら、どれにも対応できなければなりません。25歳の口内炎の患者さんが妊娠したらどうしますか？ 家庭医になったらどういうことが起きてくるのでしょうか。家庭医のわれわれが診療するのと小児科の先生が診療するのとで違ってきます。また、キリスト教信者のファミリーとイスラム教信者のファミリーとでも違ってきます。北海道、沖縄といった地域でも違ってきます。

もう一度自分の中で確認してほしいと思います。アメリカで家

庭医療をやりたいと思ったら、問い直してください。本当に家庭医療のことがわかっているのかを。

家庭医療はジェネラルインターナルメディシンとは違います。一般内科を、日本ではば総合診療科といっています。しかし、内科の疾患はわれわれの日常の診療の4割くらいで、小児科3割、婦人科2割くらいです。

本当に家庭医療をやりたいのか、やっていけるのか、そういうもので満足感が得られるのか、よく考えてください。内科がだめだったら家庭医療をやってみようかなあとか、家庭医療を聞こえがいいものと、甘く考えていませんか？ 研修が終わったら、家庭医療がよくわかって実行できるかという、そんなことはありません。家庭医療を研修としてやって、現場へ行って5年やったらわかってきます。1～2年ではわかりません。現場へ行ってやってくると、本当に家庭医療の意味がわかってきます。アメリカで研修して身につけたことを、現場へ還元してください。現場でわかってきたことは、人間関係やコミュニティーは、本や学校で習うものより、患者さんから習うものだということです。本当の医療は現場で学ぶものです。30歳になってからアメリカへ行っても、世の中の見方が変わってきます。価値のないものはないということがわかってきます。無駄なことは何もありません。触覚を広げると、いろんなチャンスに気づきます。

自分を知ることから方向が見えます。方向が見えると将来が見えます。将来が見えるとゴールが設定できます。ゴールが設定できると道ができます。道が決まると、それをどれくらいの速さでいったらいいのか、時間のことが考えられます。そして、どうやって運転していったらいいのか決まってきます。自分はどんな医療をやりたいのか、どんな医者になりたいのか、どこでやりたいのか、そのためにはどこで何を研修すればいいのか。15年、効率よく進むにはどうすればいいのか。数年後、来年、来月と考えると、今何をすればいいか見えてきます。英語をいつ始めればいいのか。今日始める。求めよさらば与えられん。継続は力なり……と、いうのは簡単です。



グループセッションは、それぞれのテーマより密着の濃い内容となり、参加者は真剣そのものだった。

医学教育 2 齋藤 中哉氏

①Adviser & Consultant in Medical Education
Office of Medical Education John A. Burns
School of Medicine University of Hawaii at
Manoa ②自治医科大学卒業臨床研修センター 他

Universal Portfolio in Medical Profession



ポートフォリオをつくりましょう。それも、一生使えるポートフォリオをつくりましょう。そのようなポートフォリオは1日ではできません。年単位で、一生かけてつくるものです。そして、いち早く自分のキャリアを実現できるようにしましょう。それが目標です。

では、ポートフォリオの中身についてお話ししましょう。内容の一つがpersonal statement (以下PS)です。これは、どう書くか、正解はありません。自分のフィロソフィーを語るのです。夢を語り、ビジョンを語り、自分がどんな人間かアピールして人を引き込むのです。個人の生活史に密着しながら、さっと読めて相手を気持ち良くさせる文章、相手の感情にうったえる文章で、相手を、“よし、会おう”という気持ちにさせるのです。

また、ポートフォリオの中身として必要なのが人からの評価ですが、これは日本人に欠けている部分です。人が自分をどう評価しているかわかるものを自分で集めるのです。自分の後ろだてになってくれる人脈を築き、リコメンデーションレターを書いてもらって保存するのです。アメリカでは、ドキュメントがなければ通用しません。では、裏ワザを紹介しましょう。見学、実習など、たとえ短期でも、海外に行くときは、必ず目的に応じたエバリュ

エーションシートを自分でつくって持っていき、出会った教授などに記入してもらおうのです。もし良い評価がもらえたら、証拠ができます。

ポートフォリオの中身として、“ゴール”もあります。5年後、10年後、ロングタームのゴールを書きます。アメリカ人は思っているだけではなく、書きなさいといひます。ゴールの後にはストラテジー、アクションプランと続きます。たとえば、ゴールとして、“初期研修を優秀な病院で研修する”と書くと、続いて優秀な病院って何？ と考え、優秀な病院を調べ、リストアップし、ディレクターに連絡をとるといふアクションにつながっていくのです。

では、ポートフォリオはどのように生かされるのでしょうか。たとえば国際線の飛行機や旅先などで自分にとって重要な人物に出会えたら、名刺交換に続いてPSを出して自己紹介します。病院に見学や実習に行ったときに、自分にとってロールモデルだと思える先生に出会えたら、すかさずPSを渡します。突然やってくるプロモーションの話、助成金、奨学金、エクスターンシップなども、推薦状が必ず必要です。短い期限で忙しい教授に推薦状を書いてもらうのは無理でしょう。そこで、日頃の準備がものをいふのです。私の場合はどう使うかという、たとえば日本に戻るとき、教授で戻りたいと思ったら、全国の学長に手紙を送り、こういうことをやりたいとアピールします。なかにはおもしろいと思ってくれる人がいるかもしれません。準備さえしておけば、やりたいことができるのです。医師であれば患者さんから、教職であれば生徒から、手紙をもらったら、それも入れておきます。講演などをすると、アメリカでは必ず感謝状をくれるのですが、日本ではくれないので、もらえるようにいひましょう。

まず、一歩を踏み出しましょう。家にそのための本棚を必ずつくり、いちばん太いバインダーを買って、物理的な空間を確保します。そして、パソコンにフォルダーもつくります。ポートフォリオは樹木と同じで年月をかけて育てていくものです。一度失われたら二度と戻らないマテリアルです。原本をダブルコピーし、住まい、実家、貸し金庫と3箇所くらいに分けて保管することをお勧めします。



小児科

pediatrics

植田 育也氏

長野県立こども病院救急・集中治療科副部長



米 国の小児病院のICUの機能について話しますと、基本的に小児病院にはICUがあり、小児集中治療専門医が担当しています。ICUの外に小児病院の救急部があって、救急部には、ほかの病院の救急部から小児患者が紹介されてきたり、一般病院の外来から回ってきたりします。あるいは一般病院の外来で患者さんが急変した場合、ICUに入れてくださいという連絡が入り、こちらから出向いて患者さんを診て、必要があればICUに連れてきて、各専門医と相談しながら医療を進めていきます。このように、病院内の部署の連携、病院間の連携、また、各専門医師間の連携がよくとれていて、非常にシステム化した医療が米国にはあります。

では、日本の小児集中医療について考えていきましょう。日本では、新生児のNICUは比較的整備されてきましたが、小児ICUは後れています。1994年に初めての病床ができ、現在は8施設、100床で、少しずつは増えてきました。それでもいまだに亡くなる子どもを適切にケアする場所がありません。一般病棟や小児病棟でケアしているのが現状です。

このような現状を何とかできないだろうかというモチベーションで日本に帰ってきました。帰国以来、長野県立こども病院に勤務しています。長野県は幼年人口が35万人で小児ICUベッドが16~17床あるので、比率としては米国並みといえます。

日本の小児病院の問題点は、小児ICUの専門医がいないことです。診断が確定しないと専門医に診せられない仕組みなので、目の前の重症の子どもをどのセクションに連れていったらいいかわからないのです。どこかの専門科に連れていっても、うちではないといわれる。入り口の敷居が高いのです。

日本では、小児集中治療室は、救急は受け付けません。重症な子どもも病院の小児科に入ります。また、夜間、休日は軽症の子どもも病院の小児科に入ります。それで、病院の小児科に過度の負担がかかるのです。

01年に長野県立こども病院でICUをスタートし、病床数8床、7人の医師で担当しています。今後の課題としては、開かれたこども病院にしていくために、搬送システムを整えたいと考えています。われわれがドクターカーに乗り込み、出向いて救急処置を行い、そのままドクターカーに乗せて連れてくる仕組みです。子どもは、重症かと思っても実は大丈夫であったり、軽症だと思っても翌朝具合が悪くなる場合もあります。子どもの医療は入り口の敷居を低くすることが必要です。

また、教育の場として機能するように、固定のスタッフを置き、日本各地から小児クリティカルケアの研修に来てもらうことを始めています。医局の枠などないので、フリーエージェントで、相思相愛ならば来ていただきます。1~2年、アメリカ式の研修を行っています。現在第2世代が4人ほど来ています。

小児ICUとして重症児を集める利点は、高度医療の機会の均等化にあります。人材や設備をある程度集中して効率化を図ることにより、今までできなかった重症疾患が治療できるようになり、医学教育の場にもなります。これまで、バラバラに分かれていた子どもの重症の病気を集めて対応していきたいと考えています。



参加者の声1 (野口医学研究所に届いたメールより)

【医学部4年生】

参加するまでは、まだ医学部4年の学生である私が、得られるものがあるのだろうかと不安でしたが、参加してみて、講師の方々のお話を聞かせていただき、また、参加された学生の方々とお話をする機会もあり、非常に刺激的な経験ができました。本当にありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

【2年自研修医】

本当に有意義なセミナーを開いて下さり、本当に有難うございました。心から感謝しています。今後の進路を考えるにあたり、非常に貴重な体験でしたし、とても感動しました。これからも、何事もあきらめず、突き進んでいきたいと思っております。

【医学部6年生】

この二日間のセミナー・選考会を開催してくださり、また書類受付の時点から、沢山ご配慮くださりどうもありがとうございました。書類を書いてから当日まで、自分を深く見つめなおす機会となり、また、多くの先生のメッセージに励まされ、多くの仲間と知り合うことができました。このような機会を本当にどうもありがとうございます。また、今後とも医学生や研修医をご支援・ご指導を、どうかよろしくお願いいたします。将来、私自身もご助力となれる事を願って、日々がんばっていきたく思います。

参加者の声2 (斎藤中哉氏に届いたメールより)

【医学部6年生】

先生のセッション「医学教育」で、他のセミナーでは聞けない、誰も教えてくれないけど、とても大切なことを吸収することができました。また、現在、必要性はないけど、将来必ず役立つ重要なportfolioなどについてのhow toを勉強できたことは私の宝です。この宝を持ち腐れにせず、磨いていくのは今度は私自身です。明日は卒業試験なので、その後早速ファイルを購入します。その時、復習を兼ね、先生のレクチャーのハンドアウトを見たいので、ファイルの添付をよろしくお願いいたします。次回会うときを楽しみにしています。本当にありがとうございます。

【医学部4年生】

私は選択のグループセッションで斎藤先生の医学教育セッションに参加しました。お世辞ではなく、正直、今回のプログラムの中で、私にとって最も印象的で良かったです！ CV (Curriculum Vitae) やPortfolioに抱いていたイメージが完全に変わりました。皆さんはPortfolioなど作られているのでしょうか？ 恥ずかしながら、そして失礼ながら、以前の私はPortfolioというのは学生が強いられて書く日記と反省文の合の子みたいなもので、つまらないものだという先入観をもっていました。にもかかわらず、Portfolioのセッションを希望した理由は、そのようなPortfolioの意味は？ 役立つPortfolioがあるのか？ という疑問の解決と、斎藤先生によるPortfolioということ自体に興味をそそられたからです。

そして、今回のセッションで、私のPortfolioに対するイメージは全く新たになりました。斎藤先生がおっしゃったPortfolioの在り方「自己のしっかりとした過去の記録と将来の自己実現/設計図として本当に役立つものに作るべき」という事から、Portfolioに含めるべき内容まで、なるほどと思う事ばかりで、私もこれから自分のためのPortfolio作りを始めたいと考えています。

【大学病院 医師】

これまで、curriculum vitaeだけのpersonal statementだけの、ある意味、どういふものが不明瞭でしたが、先生の医学教育セッションの中で受けたcurriculum vitaeについて、目から鱗というか、とても自分の中にスーとくる感じで理解できたので、このセッションだけでもセミナーに参加したかがありました。初めてのセミナーだったので、他のセッションもと思い、斎藤先生の2つめ・3つめのセッションは聞けずじまいでした。今後、同じようなCV・PSやcareer developmentについてのセミナー等あれば、是非参加してみたいので、差し支えなければ、予定などを教えていただけますか。来年の野口セミナー&選考会に向けて、今からCVやPSなどを準備していこうと考えています。再度お目にかかる時はよろしくお願いいたします。

【病院臨床研修部 医師】

先生の2番目のセッションPortfolioを拝読させていただきました。先生のお話を伺って大変感銘を受け、早速今日文具店で一番大きなバインダーを購入しました。明日から少しずつ整理していこうと思っています。セッション後にも大変不眠ながらお願い申し上げます。先生のスライドを送っていただけませんか？ ぜひ、当院の研修医にも伝えたいのです。お手数をおかけし誠に恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

アンケート結果

