

2016年度 エレクティブ・クラークシップ

ミシガン大学 実習体験記

1. はじめに

2017年1月5日～2月5日にかけて、ミシガン大学病院感染症内科で実習をさせていただきました。以下はその準備・現地での経験をまとめたものです。来年度以降海外（主に北米）での臨床実習を考えている後輩の参考になれば幸いです。

1-1 自己紹介

感想文を読むときには「どういう人が書いたか」を割り引くのが常に大事だと思うので、簡単に自己紹介をしておきます。

帰国子女か：No

英語の成績：TOEFL 107点 (Speaking 23点)

日頃の態度：帰れるときは帰る派・試験前だけ頑張る派

成績：CBT 90%ちょい (10位ちょっと)・追試0

これらの項目は北米での臨床実習をする際に、上のものほど「辞書順に」大切だと思います。すなわち真面目で知識豊富であることは現地で有意義な経験を積む上でももちろん望ましいのですが、それらを活かすためにはまず英語力が必要になります (ちなみにもう1つ重要な (しかし触れづらい) ファクターを挙げるなら「(親もしくは自分の) 経済力」になると思います；ミシガン大学は以下で書くようにこの点に関しては非常に恵まれています)。

1-2 動機

面接や履歴書を書くたびに必ず聞かれます。もちろんそうした場では他人を納得させられるような立派な動機を構成する必要がありますが、本当に大事なのは「なんとなく海外を見てみたい」という (不合理な) 気持ちだと思います。海外臨床実習は手続き面でも勉強面でも (予想以上に) 膨大な時間と気力を準備に必要とするので、時として「ここまでして海外に行く意味はあるのだろうか」という疑問が湧いてきてしまう日もあります。実際、臨床技能・知識を身につけるといっては国内の (教育に定評のある) 病院で実習したほうがより少ないコストでより多くの成果を得られる可能性が大きいです。そういう時に自分のモチベーションを保つには、自分の中の非合理的な憧れを素直に肯定することが大切だと思います。

2. 準備 (勉強面)

2-1 英語

TOEFL:

東大2次試験の点数と一致するとよく言われます。僕のした対策は以下の通りです。

まず Official Guide を買って形式を把握しました。Reading と listening は初見でほぼ満点近く取れたので、TOEFL 向けの単語帳をやって単語力による失点をなくすようにしました。

Speaking は最初何も答えが思い浮かばず「えっと...僕は寿司が好きです...それは...えっと...美味しいし...うん、美味しいのが理由で...それは日本の食べ物で... (30秒終了)」みたいな感じで自分を絞め殺したくなりました。これは、①質問に対する答えが思い浮かばない②英語がさっと口から出てこない、の2つが理由だったので、①に対しては「自分の意見ではなく、単純な理由を思い付ける答えを選ぶ」ことを徹底しました (この訓練のし過ぎで、現地のレストランでつい「自分の食べたいものではなく、とっさに口から出てきたものを注文する」癖がついてしまい、思っていたのと別のものを食べることにしばしばなりました)。また、TOEFL はかなり質問形式が固定されているので、パターンごとに解答のテンプレートを用意しておくのと楽です。より本質的に大変なのは②ですが、英語の暗記用例文集 (僕は『表現のための実践ロイヤル英文法』付属の例文集を使いました) を一瞬で日本語→英語に直す、というトレーニ

ングを1週間くらいやり続けたら結構口からすらすら英語が出てくるようになりました。

Writing も speaking の訓練と基本的にはポイントは同じです。あとは接続詞や「～と思う・反対する・賛成する」系の語彙を増やすとか。また、Speaking, writing とともにリスニングが出来ないと Integrated task が全く解答できないので、listening セクションで満点近く取れない人は TOEFL の試験対策の前に基礎的なリスニング力を鍛えるのが先でしょう。そもそも TOEFL のリスニングは実際のナチュラルな会話に比べるととても丁寧にゆっくり発音してくれているので、これで聞き取れないようだとアメリカでの実習では本当に一言も聞き取れなくて迷惑になるだけだと思います…。

準備期間は約1ヶ月で、点数は R 30 + L 30 + S 23 + W 24 =107 でした。Writing はもう少し良い点数を取るべきだったかも（上で偉そうなこと書いていますが、integrated task がちゃんと聞き取れなくて微妙な点数でした）。

Podcast:

VOA/CNN/BBC の 20-30 分程度のニュースをよく聞いていました。あとは、BBC の世界各地の特派員からのレポートが紹介される”From our Own Correspondent”はいろいろなアクセントの英語が聞けます。”Freakonomics Radio”は内容がちょっと面白いです。”This American Life”はいわゆる「生の英語」に近いと思いますが、1 エピソードが1時間もあの上聞き取りが難しく僕は断念しました。

オンライン英会話:

Skype を通じてフィリピン人と英会話する、アレです。1 レッスン 130 円から～みたいな広告がネットで流れてくる、アレです。レアジョブ英会話が有名ですが、DMM 英会話だと「メディカル英語」という教材があって一応医学英語を実際に使う練習ができます。あと、僕は12月頃鬱っぽくなって他人と会話することそのものに自信が持てなくなっていたので、オンライン英会話は他者とのコミュニケーションのリハビリにもなりました（通常の会話と違い、①教材に沿って会話するので話題に困らない②相手は仕事でやっているのだからなんとかして会話をつなげてくれる③英語を話すことで必死なのであまり会話の内容そのものを深く考えなくて良い、といった特徴があるので他人と正常なコミュニケーションを取れない時におすすめです）。

その他:

NHK ラジオ『実践ビジネス英語』と月刊誌『CNN ENGLISH EXPRESS』は日本人向け英語教材の中では定評があります。僕は不定期に聞き流すだけでしたが、本当はこれをきっちり復習すれば表現力が身についた気がします…。

上に挙げたような教材はほぼすべて、はっきりとした発音と非ネイティブにも馴染み深い表現を使ってくれます。現地でも、講義の際や僕（を含む外国人）に向けて話しかけるときにはこうした聞き取りやすい英語を使ってくれたのですが、ネイティブ同士で普通の会話をしているときの英語は本当に一言もわからなくて結構悲しい気分になりました。アメリカのドラマを英語字幕付きで見る、みたいな練習をもっとたくさんしておけばよかったのかもしれませんが（といいつつこれは時間あたりだとかなり low-yielding な方法で、「日本のドラマってダサイよね、俳優はスタイル悪いし脚本はくだらないし。それに比べて、やっぱアメリカのドラマって俳優は素敵だし、おしゃれで最高☆」みたいな趣味の人じゃないととても続かない気がします）。それから、特にミシガンに行くならアメフト観戦は趣味にしておくといいかもしれません。要はアメリカ文化を内面化している方がアメリカ留学しやすい、という当たり前の（そしてこれこそが「文化帝国主義＝ソフトパワー」と呼ばれる）話ですね。

2-2 医学

USMLE step 1:

ミシガン大学への出願には不要です。受験するならば「First Aid を通読+Q&A を1周→USMLE World をやり込む+NBME の模試で進捗チェック」という流れが一般的だそうですが、僕は早々に挫折しました。挫折した原因は、①医学英単語を知らなすぎて辞書無しで問題が解けない②医学知識がなさすぎて辞書を引いても解けない③アメリカで residency をやるつもりがない、などです…。

①に関しては先に医学英語の単語帳で語彙力をつけてから取り組んだ方がおそらく効率的でした。②は、意外に USMLE で聞かれるポイントは決まっているっぽいので、1 週目は我慢するとだんだん解けるようになる（はず）。受

験を断念してからもだらだら解き進めて、一応 Q&A を一周+First Aid の該当箇所チェック、だけはなんとか終わらせました。Step 1 をきちんと取得した人にははるかに及ばないにしろ、ある程度勉強になったとは思いますが。

Step 2 CS 勉強会：

USMLE Step 2 CS の First Aid をテキストに、エレクラで海外に行く予定の同級生を中心に勉強会をしました。これは非常に勉強になりました、というより現地で実際に担当患者を持ちたいのなら必須の訓練でした。Step 2 CS では、模擬患者への問診・診察を行った上で鑑別疾患を考え必要な検査をオーダーし、さらにその内容を模擬患者さんに分かりやすく説明する必要があります。もちろん患者の訴えに適切に共感を示したり、プライバシーに配慮したり、さらに予期せぬ質問に適切な答えを返したりする必要もあります。

といってもいきなりこれを完璧にできるはずがないので、勉強会ではまず mini case (患者の年齢・性別・主訴・現病歴が数行で簡潔に提示される：「胸痛」「性交痛」などの主訴ごとにそれぞれ複数の mini case が用意されている) を使って鑑別疾患・必要な検査を皆で挙げた後、mini case と同じ主訴の practice case (本番形式で模擬患者の設定が用意されている) に対し問診のポイントを皆で考え、その上で 2 人組になって問診の練習をする、という流れでやりました。9 月に始めた頃は原稿棒読みでたどたどしかったです、12 月頃にはそれなりに問診が取れるようになりました。

症例提示の練習：

12 月になってから慌てて始めました。『臨床医のための症例プレゼンテーション A to Z』という本の巻末に英語の症例提示例がいくつも載っているので、そこから適当に選んで暗記するくらい何回も音読・シャドーイングを繰り返しました。主訴→現病歴→既往歴→…要約→A&P、という各項目について英語でどう表現するかを学ぶこと、および各項目 (特に現病歴と検査所見) は提示する A&P の論理的妥当性を指導医が判断するために必要かつ十分な内容を含んでいるべきであること、の 2 点がこの本から身につきました。内科で実習する人は基本的に実習=症例プレゼン、になると思うので、ぜひ練習してから行くことを勧めます。

医学英単語：

『キクタンメディカル』の 2 巻 (「症候と疾患編」) 3 巻 (「診療と臨床検査編」) を 12 月になってから慌てて詰め込みました。結局 2 巻は全部終わりましたが、3 巻は腎臓内科に関係するところしか終わらせませんでした (後述しますが、現地につくまでは腎臓内科に配属されることになっていました)。

その他：

“Pocket Medicine”と“Maxwell Quick Medical Reference”は日本で買っていききました。前者は米国の内科研修医向けマニュアルで、内科の全分野に渡って各疾患の症状や疫学、診断に必要な検査 (およびその感度・特異度を含む有用性)、治療が簡潔にまとめられています。これだけの内容が 1 冊に収まっていることには驚嘆させられますが、その代償として略語・略称が非常に多用されており読むのに少し慣れが必要なので、M3 の実習中にばらばら目を通しておきました。後者は検査の正常値などが簡潔にまとまっており、正常値を覚えていない人 (僕のことです) が回診中に盗み読みするのに便利です。

ほとんどの人にとって知識のインプット効率は日本語のほうが高いはずなので、実習予定の科が決まったらその科の QB を解く+教科書を読んでおくといいと思います (僕なんか言われなくても普通やるか)。僕は感染症内科で実習すると知らされたのが現地到着後だったので、慌てて電子書籍で教科書を購入して iPad で読みました。感染症の教科書としては、

- ・ The Sanford Guide 言わずと知れた抗菌薬のマニュアル。特に Table 4A (抗菌薬の感受性の一覧表) がとても便利。
- ・ 『レジデントのための感染症診療マニュアル』 感染症内科での実習だと知っていたら予め読み込んでおいたのに…
- ・ 『ねころんで読める抗菌薬』 抗菌薬のスペクトラムと、逆に病原菌別の第一選択薬が簡潔にまとまっている。
- ・ 『絶対わかる抗菌薬はじめの一步』 『ねころんで〜』と同じ先生の本。

あたりでしょうか。

3. 準備（手続き面）

3-1 学内選考

2016年度は6月17日に面接がありました（完全に私事ですが、鉄門総会と被ったのでとても大変でした...）。学内選考は日本語面接：英語面接：M2までの成績（含CBT）=1:1:1の割合で決まります。日本語面接であまり明確な差がつくとは考えにくく、英語面接は帰国子女にどうせ勝てないので、結局M2までの成績（特にCBT）が結構大事なのではないかと個人的には推測していますが、詳細は不明です。

そもそも海外で臨床実習をするには大きく分けて①国際交流室から推薦を受け、学術交流協定に基づき留学をする②個人で直接応募する、の2つのやり方があります。前者は推薦を受ければほぼ確実に留学できますが、推薦枠はかなり限られています。後者は、学内選考が必要ない代わりに応募しても断られるリスクがあります。残念ながらアメリカの大学は（学術交流協定の有無にかかわらず）年々外国人学生のエレクトティブ・クラークシップでの受け入れに消極的となっており、僕らの学年でも、受け入れの返事がギリギリまで来ない・希望より短い期間での実習となった・応募条件が厳しくなり断念した・去年まではほぼ全員受け入れOKだった大学から断られた、といった話が相次いでいました。ミシガン大学はこうした趨勢の中ではほぼ例外的に、海外からの学生の受け入れに積極的で留学生へのケアも手厚かったのでとても助かりました。

3-2 応募

学内選考の結果は数日中に通知されます。その後、応募に必要な書類（ワクチン関係が一番面倒です；2016年度は準備時期がちょうど国際交流室の教員の交代期間に当たっていたため、本郷保健センターのトラベルクリニックにお世話になりました。やや予約が取りにくいですが民間のトラベルクリニックサービスに比べ格安なので、家が本郷に近い人は特におすすめです）を9月下旬に国際交流室に提出しました。これ以降は全てミシガン大学Global REACH（東大医学部における国際交流室に相当します）の担当者、Carrieさんと直接やり取りすることになります。

希望する診療科については、ミシガン大学医学部のWebsiteで公開されているElective Clerkshipの募集要項ではなく、Global REACHの提供するSPIMS (Special Program for International Medical Students) の応募要項に沿ってCarrieさんに希望を伝えることとなります。このプログラムは米国以外の医学生向けのもとなっており、2016年度は麻酔科・皮膚科・救急・内科・神経内科・産婦人科・眼科・放射線科・病理・精神科・外科に希望が出せました（内科・外科の中での subspecialty については別途希望を伝えました）。Carrieさんの話では内科（循環器内科を除く）・神経内科・麻酔科・救急・放射線科あたりが外国人学生の受け入れに寛容だということでした。

米国入国に際しては、ビザは取得せずESTAで対応しました。僕が調べた範囲内では、

- 日本人はB1/B2ビザでの入国が認められる滞在目的に関しては90日以内ならばビザ免除プログラムで入国可能
- 外国の医学生の米国内での病院実習は、（一定の条件を満たした上で）B1ビザの発給要件をみたく（9 FAM 402.2-5(E)(3) b.）
- ミシガン大学からの招待状に、「この実習は規則9 FAM 402.2-5(E)(3) b にそって行われ、日本人であるあなたはビザ免除プログラムでの入国が可能である」と明記されている

ということがわかったので、ビザ取得は不要であると判断しました。最終的にはもちろん個人の判断ですが、上の3点がみたさなければビザ取得が必要だとは考えにくいです。

応募～実習開始までは何かとCarrieさんとやり取りすることが多いです。とても迅速・親切に対応してくださる（しかも夜型の生活なのか？笑、しばしば時差の影響をあまり感じさせない時間に返事が帰ってきます笑）ので、不明な点があればなんでも気軽に聞いてみるのが一番早いです。

4. 実習内容

前の週の水曜日に到着し、木曜日にCarrieさんからオリエンテーションを受けました。オリエンテーションではサンパウロ大学の学生2人と一緒でした。内容は、病院内の案内・電子カルテシステムやPager（ポケベル：日本の病院内

PHS に相当します) の使い方・寮から大学への行き方などで、その 1 日で必要な準備はほぼ全て整いました。日本にいるときには腎臓内科に配属になったと聞いていたのですが、Carrie さんの勘違いで感染症内科に僕の受け入れが決まっていたらしく、元々僕の第一希望が感染症内科だったことからそのまま感染症内科での実習となりました。

実習開始後は、最初の 3 日間は現地の学生・研修医について見学し、4 日目からは現地の学生と同様に自分の担当患者を割り当てられました。僕の配属されたコンサルトチームは、primary チーム (病棟を受け持っているチーム) から抗菌薬の選択や感染症の鑑別についてコンサルトを受けるのが仕事です。実習は、午前中に新患の割り当て→自分の患者の診察→A&P を考える、午後の回診で担当患者のプレゼン (新患はフルプレゼン、それ以外は経過と A&P の変更点のみを簡潔にプレゼン) という流れの繰り返しでした。回診中には attending から適宜口頭でミニレクチャーが行われたり、余裕のある日は感染症内科のグラウンドラウンド・レクチャーに出席したりしていました。病院にいる時間はだいたい 9 時過ぎ~16 時前後で、比較的 QOL が高かったです。これは、コンサルトチームは病棟管理が不要でコンサルト内容だけに集中できるためで、対照的にたとえば general internal medicine や neurology (アメリカでは neurology は internal medicine と別の specialty です) など病棟を持っている科では午前の回診に間に合うように、朝早くに患者を診察して急いでプレゼンをまとめ、午後も担当患者の変化全てに対応しないとイケないため学生を含めチームの負担は大きいようです。

患者の診察は Step 2CS 勉強会での成果もあり大過なくできたのですが、プレゼンの準備 (特に現病歴の要約) に毎日苦労しました。現地の電子カルテシステムに慣れないせいもあり、回診開始ギリギリまでパソコンとにらめっこしていました。そもそも日本での実習では症例プレゼンは 2 週間で 1 例か 2 例、しかも研修医の作ったサマリーを元にチューベンの指導まで事前に受けているのに、いきなり毎日新患を含む担当患者数人分の病歴や検査所見をカルテから自力で (しかも英語で) まとめる必要があったので大変だったのは当然だったかもしれません。ただ、入退院を繰り返している複雑な病歴の患者は Resident に割り当てられていて、学生の担当患者はシンプルな A&P で済むものがほとんどでした。具体的には、軟部組織感染や UTI、带状疱疹などが多かったです。

実習を通じて学んだ具体的な知識はたくさんある (そしてそのうちの多くはやがて抜け去って行った) のですが、一番勉強になったのは 2 人目の attending の Dr. Gregg が繰り返しおっしゃっていた、感染症の経過は「熱、白血球数、臨床症状を元に判断する」という点でした。これを覚えてから、患者の現病歴や入院後経過を自信を持って要約できるようになりましたし、細菌培養の結果や抗菌薬による治療が奏功しているかの解釈も論理的に納得できるようになりました。たとえば自分の担当した患者さんの例では、diabetic foot infection で画像上骨髄炎が否定しきれない場合であっても、骨髄炎の治療は 6-8 週間を必要とするため軽々しく決断すべきではなく、熱・白血球・臨床症状がすべて落ち着いているならば蜂窩織炎としての治療を行い経過フォローに留めるべき、というケースがありました。また、アメリカでは耐性菌が増加しているため教科書的には糖尿病性の軟部組織感染では MRSA と緑膿菌両方をカバーしろ (こうしてバンコゾシンなんていう処方が頻発し余計に耐性菌が増える...)、などと書いてあるのですが、attending の判断で「入院歴もなく、臨床上も安定しているのだから」と経口のユナシンで済ませてしまうケースもありました (日本の教科書でも確かに、"de-escalation"戦略に対する"escalation"戦略として読んだことがあります)。他に米国らしい (?) トピックとしては、「無症候性細菌尿は妊婦を除き原則治療不要」という有名な話に関連して attending が「尿は全く無菌物ではない! ロシアではどうだか知らないけど」とトランプ大統領を笑い話にしていたのが面白かったです ("Trump golden shower"で検索してね)。

5. 現地での生活

結論から言うと、生活面で苦労したことは一切ありませんでした。入居した寮に生活物資はほぼ全て完備されており、その他必要なものも大学の生協や downtown、近所のスーパーで容易に手に入りました。コスト面でも、学費は無料、寮の家賃約 950\$に食費や光熱費等が全て含まれており、航空券代と合わせても東大と大坪先生からの奨学金で必要な費用はほぼ賄うことができました。もっとも 3 連休にシカゴ大学に同級生を訪ねたり、実習終了後に東大から一緒に留学した友達とアメリカ各地を観光して回ったりしたので結局かなり派手に散財してしまいましたが...

食事：

夕食は寮の食堂で提供されました。時々変な料理がでてきてテンションの下がる日もありましたが、基本的にはそれなりに美味しくヘルシーなメニューでした。昼食は当初大学病院のカフェテリアで食べていましたが、時間とお金の節約のために途中から食堂の冷蔵庫にある材料を使ってサンドイッチを作って持っていくようにしました。朝食はシリアルやオートミールが食堂においてあったのですが、僕はほぼ毎日ぎりぎりの時間に起きていたのでバナナとマフィンを掴んでバス停までの道中で頬張る、という感じでした。アメリカで外食すると日本の1.5~2倍くらいかかるので、食費が浮いたのは非常に助かりました。

clean shift：

寮では食事が提供される代わりに労働を提供する義務があります。このような「共同主義的 co-operative」生活は一見非アメリカ的に思えるかもしれませんが、実は冷戦が始まるまでのアメリカは青年期のカール・マルクスが移住を夢見たほど世界で最も社会主義的共同体の設立が活発だった国の一つだったのです。東大からの留学生が毎年入寮している co-op house も 1932 年の創立当初は“Michigan Socialist House”という名前であり、おそらくこうした（マッカーシズム以前の）アメリカの伝統を徹かにとどめているのではないかと思われます。

具体的には、僕は水曜日の夕食後、食堂とキッチンの片付け・清掃の当番になりました。1回3時間程度で意外にしんどいのですが（僕は「社会主義社会の建設には、人民の労働が不可欠である！」と心のなかで唱えながらやってきました）、寮で自然に知り合いを作るきっかけにはなりますし、一人暮らしで毎日自炊して後片付けもする手間を考えればなんということはありませんでした。

防寒：

氷点下の気温で風が強いとかなり寒く感じるので、マフラー・帽子・手袋・ヒートテックの下着は必須だと思います。ただ、逆に 10℃を超えるような日もありましたし室内は当然暖房がきいているので、調節しやすい服装が大切でした。カイロはたくさん持っていきましたがあまり必要ありませんでした。

交流：

留学中を通じて様々な交流の機会に非常に恵まれていたのは、ミシガン大学での実習の良い点でした。Global REACH（というか Carrie さん）と寮のおかげで、他国の医学部の学生・ミシガン大学の医学生・現地の普通の大学生や社会人、とバランス良く友達を作ることができました。欲を言うならばもう1ヶ月実習してもっと関係を深めたかった...

同時期にミシガン大学を訪れていたサンパウロ大学・上海交通大学からの留学生とは寮で顔を合わせたり、飲み会を開いたりしてかなり仲良くなりました（折よく、一緒に東大から留学した O さんの誕生日や中国の旧正月が最終週にあたったのが良い口実になりました）。ブラジル・中国では医学生が病院での労働力として働いていて、日本の感覚では考えられないほど実践的な教育を受けているのが印象的でした。たとえば、ブラジルでは手術の器具出しは学生の仕事らしく、また分娩も学生がやることが多いとのことでした。また、中国では指導医の代わりに学生が自己判断でオーダーを出して、カウンターサインは週末にまとめて事後承認されている、というのは日本や米国では到底（訴訟リスクや患者のリテラシーの差などを考えれば）容認されないでしょうが、一方で即戦力の養成という点では非常に効果的（？）なのかもしれません。また、中国ではドラマ『白い巨塔』が有名なようで、日本の大学病院は本当にあんな感じなのか、と聞かれました笑 日本の医療制度の話になったときには、大学医局という医師の管理体制や、混合診療の禁止といった日本に独特な（そして正直僕にも存立理由があまりよく理解できていない）制度を海外の人に説明する際にはしばしば苦労しました。

ミシガン大学の医学生では、一緒に1ヶ月感染症内科を回った Steve と、東大にこの3月・4月に実習に来る予定の Patrick（ともに M4）と仲良くなりました。ミシガン生まれミシガン育ちのアメフト選手だった Steve は、僕が考える限り最も中西部人らしい（つまり、伝統的アメリカ世界に地位が保証されている白人特有の親切さと寛大さを持つ）アメリカ人でした。アメリカの医学生はやはり患者とのコミュニケーション技術やプレゼンの仕方については自分とは比べ物にならないほど手慣れていて、言語の壁もあり日々必死の自分との差は際立っていました。おそらく、M3 の

general internal medicine の実習では患者の全ての problem について管理をしなければいけないことから、それに比べれば感染症だけにフォーカスを絞れるこの科の実習は余裕だったのでしょう。その一方で、抗菌薬の具体的な知識については医学生や resident たちも感染症内科を回るまであまり勉強する機会はないようで、学生実習室でお互いの患者の A&P を相談し合うときは対等の立場でディスカッション出来たのは自信になりました。また、Patrick とは他の留学生を交えた飲み会で仲良くなり、東京でも一緒に温泉に行ったりお花見をしたりする仲になりました。Patrick はフロリダ出身のヒスパニックという出自と本人の内省的な性格とが Steve と好対照をなして、期せずしてバランスの取れたアメリカの医学生についての印象を持つことが出来たように思います。

その他、寮では何人かの友達ができ、アメリカでの大学生活の話から人工中絶とキリスト教の関係、日米のジェンダー観の差までいろいろな話をしたのは思い出深いです。一人で下宿を借りるとどうしても異国の地で孤独をこじらせがちなのですが笑、寮に入っていると自然に毎日誰かと話すことになるのであまり寂しさを感じずに済みました。とはいいつつ、現地の学生同士の早口での会話は正直ほとんど一言も聞き取れなくて、寮の食堂で疎外感を感じながら夕飯を食べている日が何度もあったのも事実です。寮で出来た友達は日本で英会話教師として働いた経験のある人だったり、トルコやベトナム、インドといったアジア出身（もしくは移民 2 世）だったりといった経歴から日本人にある程度の興味を持ってくれ、しかもゆっくり聞き取りやすい英語を喋ってくれる人が中心でした。

アナーバーは確かに diversity に溢れたリベラルな大学街ですが、しかし一方でアメリカ中西部(=「ハートランド」)の田舎町でもあります。図式的になることを承知で言うならば、寮の食堂ではミシガン州で生まれ育った白人（それもおそらくはゲルマン系）の undergraduates が会話に興じ、インド出身の工学系 graduates は 2 階の談話室でインド人同士固まって晩飯を食べている光景からは、「中心」と「周縁」、「エスタブリッシュメント」と「テクノクラート」、「WASP」と「移民」という階層構造がアメリカ社会にまだ確かに残存していることが感じられました（この階層構造は言うまでもなく、移民に寛容で diversity を称揚するリベラルな政治思想と容易に両立します；むしろこうしたリベラルな政治思想の存立基盤こそがこの掘り崩されつつある階層構造であったことを、ミシガン州を含むラストベルトでのトランプ大統領の勝利が逆説的に示唆しているのかもしれませんが）。そしてそれは、英語もろくにできない日本人である自分が仮にアメリカで医師として働くならば、自分に与えられる場所はどこまでも「周縁」であろうという予感をもたらすものでもありました。

6. 感想

不安も大きかったアメリカでの病院実習ですが、現地で出会った人がみな親切にしてくださったおかげでなんとか乗り切ることができました。attending や fellow の先生方は本当に優しく学生や研修医に教育的で、また患者さんに対しても十分な時間を取って質問に答え、相手のリテラシーに応じて最大限適切な説明を与えていました。日本にももちろんこうした素晴らしい先生方はたくさんいらっしゃいますが、全員が常にそうかと言われると首肯できない場面が多々あるのが現実だと思います。それは入試・教育システムの差や文化的差異にも由来するのですが、単純にアメリカと日本で 100 病床あたりの医師数に 5 倍近い差があるという医療経済的理由が大きいのかもかもしれません。専門医システムが確立していれば医師の時間と気持ちに余裕ができるのは当然のことですし、医師以外の医療スタッフの充実度にも歴然たる差があります。たとえばアメリカの病院には phlebotomist と呼ばれる「採血専門のスタッフ」がいるそうで、採血は研修医か看護師かどちらの仕事かなどと押し付けあっている日本から見ると夢のような話です。もちろんこうした充実したスタッフ体制が膨大な医療費に結びついていることは否めないわけで、医療制度の国際比較は単純に一面だけを見るわけに行かないのが難しいところです...

実習で得た知識自体は、日米でのギャップをあまり感じさせないものでした。抗菌薬治療における基本的な考え方は日本でもアメリカでも同じで、したがって日本で勉強した基本的な考え方を、米国のより実践的な医学教育の環境でスムーズに身につけることができました。もっとも、これは日本における感染症内科が米国での臨床経験が豊かな先生方によって近年ようやく導入された、歴史の比較的浅い診療科であるために日本の教科書が米国のいわば「直輸入」になっているというような事情もあるのでしょうか。

したがって、実習で実感した彼我のギャップは知識よりむしろ、知識を編成し伝達するプレゼンテーション能力の差でした。指導医は研修医や学生のプレゼンに真剣に耳を傾け、第一義的にはそれに基づき患者の病態を理解していました。また治療方針も、最終的には指導医が決定するのは当然にせよ、まずは研修医・医学生が自分の意見を論理的に提示し、指導医がそれを必要に応じて修正するという形式をとっていました。このように回診でのプレゼンテーションが実質のある議論の場として機能しており、しかもそれに医学生が責任を持って参加している点においては、アメリカの医学部での臨床教育が日本より優れていることは疑い得ないように思われました。

このように現地での学習は充実していた一方で、英語圏の住民とそれ以外との間の圧倒的な非対称性に改めて思いを致す場面も多かったです。小さな例を出すならば、現地の先生方はよく「君が英語で多少不自由があっても、私は全く日本語を話せないのだからそれに比べれば恥じることはない」とおっしゃってくださいましたが、その親切さには感謝する一方で、そうした見せかけの対称性に基づく礼儀正しさの裏には「アメリカの医師は日本語を読む必要も日本の大学に留学する必要もないのに対し、日本人は英語の文献を読みアメリカに留学しなければ最新の知見を学べない」という非対称性が隠れており、そして多くのアメリカ人はそもそもそうした非対称性の存在を意識すらしていないように見えました。当たり前ですが、日本人を含め世界中の人が利用する UpToDate や DynaMed はアメリカ発のサービスですし、PubMed はアメリカ国立医学図書館によって、ClinicalTrials.gov はアメリカ国立衛生研究所によって提供されています。こうした充実したプラットフォームを備えた英語圏には非英語圏からも次々に最新の知見が一方通行で流れ込んで来るため、英語圏の研究拠点は非英語圏に対して圧倒的な優位を保持することができ、その結果ますます英語圏への知識・人材の流入は加速します。たとえば政治や経済においては今後グローバル化に背を向けたブロック化の動きが生まれることは大いに有り得るでしょう。しかし科学はそれらと異なり本質的に普遍性を志向するものである以上、これからも科学の言語は英語であり続けるでしょう。特定の地域でしか流通しない商品にはローカルな独自の価値があっても、特定の地域でしか読まれない論文は世界中の人に読まれる論文より明らかに劣った価値しか持ち得ないのですから。しかし、医学は学問の持つ普遍性と同時に医療という極めてローカルな営みを背景に持っています。科学の世界で臨床研究ほど地域性が反映される分野はないでしょう。だとすれば、医学研究においてアメリカが優位を占め続けるという事態は何を意味するのでしょうか。それは非英語圏においては、純粋に普遍的な学問、たとえば数学の一流の研究をするのは可能であっても、臨床医学の一流の研究をするのは畢竟不可能な夢だということを示唆しているのでしょうか。

7. お礼

最後になりましたが、海外で実習をさせていただくにあってお世話になった方々全員に感謝を捧げて、この長々とした感想文の締めくくりとさせていただきます。留学の準備を支えてくれた両親、国際交流室の丸山先生、名西先生、櫻井様、ミシガン大学の Carrie さん、実習を1ヶ月ともにした Steve や attending の Dr. Shenoweth, Dr. Gregg, Dr. Kaul, fellow の Erica を始めとする ID チームの先生方、何かと日本でも現地でも助け合ったなゆさん、留学生仲間の Fernanda, Hugo, Italo, Rafael, Robert、寮で仲良くなった人たち、日本で一緒に Step 2 CS の勉強会をした同級生のみんな、本当にありがとうございました。

なお、来年度以降海外で実習を計画されている方で、何か質問のある方は gshimizu-tky@umin.ac.jp までお気軽にご連絡ください。僕にわかる範囲のことならなんでも答えます。