

04/05/2018 - 07/31/2018

- University of Kentucky
- **Johns Hopkins University**
- New York Presbyterian Hospital
(Columbia University)

Elective Clerkship Report



Itsuki Osawa

Last edited: 08/09/2018



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

§ はじめに

2018年度の Elective Clerkship で東京大学の協定を用いて Johns Hopkins 大学（以下、JHU）に2ヶ月間留学する機会を頂きましたので、報告させていただきます。低学年時から憧れていた留学でしたので、情報収集を積極的に進めてきましたし、留学は周到的な準備と念入りな情報収集が全てだと感じました。先輩方の報告書には大変お世話になりました。

何か質問があれば大沢樹輝 osawa.itsuki (at) gmail.com までお気軽にご連絡ください。ある程度まで自分で努力して情報を集めることは大切だとは思いますが、それ以上に限界というものがありますので、その点について可能な範囲で相談に乗らせて頂きます。

なお、私は本留学期間には JHU 以外に University of Kentucky（以下 UK）の CCU での Observership や New York Presbyterian Hospital affiliated with Columbia University（以下 UCMC）での Cardiology での Observership を経験し、米国滞在期間はおおよそ4ヶ月弱でした。先生方には大変お世話になりました。お蔭様で本当に貴重な経験をし、深く学ばせて頂くことができました。本報告書では（東大との協定という関係から）JHU での2ヶ月の実習を中心に報告しますが、UK と UCMC での実習の様子も簡単に紹介します。

§ 志望理由について

留学において一番重要なのは**英語力**ですが（私には圧倒的にこれが足りず、日々辛く悔しい思いをしました）、それ以上に大切なのは**熱意や志望理由**だと思います。面接で話すような志望理由は色々あると思いますが、“真の”志望理由としては、米国の医療を見てみたいということでもいいですし、何かカッコ良さそうという漠然なものでもいいと思います。但し、留学前と最中とかなり面倒な手続きや戦いが待っていることを考えると、そのような一種の逆境でも自分を奮い立たせるような強い気持ちを内面に持ち続けていることが大切です。また対外的な志望理由として持つておかなければならないのが、なぜ米国なのか？なぜ臨床留学なのか？どうしてその大学なのか？なぜその志望科なのか？どの先生につきたいのか？せっかく米国に来たからには他に学びたいことはないか？この留学の機会をどう将来に繋げたいのか？といった問いであり、これらに対しては長い時間をかけて日本にいるうちから熟考して

おかなければなりません。これらは自戒の意味も込めて書いているのですが、留学する前には日々の慣れない手続きに四苦八苦するばかりでそのような内省の時間は取りにくい一方で、そのような経験は CV や PS（履歴書や志望動機書のようなもの）に反映する上で役立ちますし、留学の地では先生方から将来のビジョンなどについて聞かれることが多いことからキチンと答えられるようにしておくべきだとは思います。

本報告書をご覧になっているということはある程度臨床留学に興味がある方が多いと思いますので、留学経験に拠る綺麗事ばかりでなくて、実際に思った本心等についても多く残して置こうと思います。後輩のみなさんによく考えて頂きたいのは、「東大が協定を持っているから〜」とか「手続きが楽そうだから〜」などで留学先を選ぶべきではないということです。もちろん面接等の選抜を突破しなくてはならないのは事実ですが、そこでも自分の信念は大切になってきますし、それらは必ず面接官の先生方にも伝わるものです。留学においては、そもそもお金の問題も大きいですが、協定だけに囚われるのではなくて、自ら各大学の HP にアクセスしたり、先生方に直接メールをしたり（CV や PS を添付するのが一般的だと思います）、といった地道な努力を経ることで、直接興味のある留学先へとアプローチをかけるという方法も取ってしかるべきで（その結果、私は多くの先生方にご迷惑もおかけしましたが...）、そのような作業自体も後から考えて決して無駄にはならないと思います。例えば Harvard での実習は小児科志望や小外科（所謂マイナー科含む）志望の方には大変お勧めですが、所謂メジャー科はほぼ回れないと考えていいと思いますので、自分の志望科も考慮に入れた事前のリサーチを行うべきです（ただ英語力に問題がある私は TOEFL 100 点を取ることはできなかったために、どちらにしろ Harvard での実習は恥ずかしながら不可能でした。後日談ですが、友人の経験によると TOEFL 100 点に及んでいなくても Harvard は受け入れしてくれるそうです）。

参考までにですが、私が今回、米国臨床留学を希望した理由としては、

- (1) 将来急性期の現場でどちらかという General に臨床に関わりたい
- (2) 急性期医療については臨床の土壌、教育システム共に日本より米国に利があると聞く
- (3) 基礎研究よりも臨床研究に興味があるが、日本で臨床研究は盛んではないと言われる。そのため将来のキャリアとして米国で修業をする時期を経験することを漠然と考えており、そのための足がかりとしたい
- (4) 将来継続して医療に関わる上で英語を避けては通れないためどうにか克服したい
- (5) JHU といった一流の施設での医療はどのようなものか、医学生のレベルはどれほど高いのか、日本との医療の違いは何かを知りたい

といったものがありました。

§ 留学準備 (C1-M2 向け)

低学年の方でこの報告書をご覧になっている方もいると思います。私も初めて JHU への留学の存在を知ったのは 1 年生の時だったので、留学を希望する上でどのような努力をしていけばよいのか、について少しだけ述べたいと思います。

(1) 一般的な日々の勉強

一番重要なのは日々の勉強です。日本語での医学の知識がないことには話になりませんので、しっかり勉学に励むのが大切です。内部選抜でも学業成績については考慮されるようですので、低学年のうちから試験を疎かにすることは避けるべきです。

Molecular Biology of the Cell の輪読会なども（私は参加していませんでしたが）医学英語に親しむという上ではいいのではないのでしょうか。英語も（当時の実力ではかなり難しかったと感じましたが）比較的平易ですし、初学者に最適だと思います。

USMLE Step1 にもそこで学んだ知識は役立ちますが、その勉強のためにこの分厚い本を参照するのは非効率ですので、すでに高学年であったり生化学や分子生物学といった分野に興味がある場合は（留学のために）読む価値はそこまで高くないと思います。

東大主宰の奨学金については駒場の成績も含まれるようです。私の場合、進振りの第一選抜でギリギリ医学部に進学できたレベルでしたので、駒場の点

数はかなり低く焦りました。ただ医学部に入ってから単位数を考えるとそちらの点数で十二分にカバーできるので M0 からの努力でどうにでもなります。努力の甲斐あって全体の GPA 自体はそれなりに上げることに成功しました。

(2) 英語力

帰国生の方は全く問題にならないと思いますが、私のような純ジャパには高く立ちはだかる問題だと思います。留学報告書を見て考えないといけない部分は、その人はどれほどの英語力を持っていたかということです。①TOEFL 90 点代 ②TOEFL 100 点を努力で超えた人 ③TOEFL 110 点弱を叩き出せる帰国生 ④ネイティブレベルの人という 4 段階に大きく分けられる中で、①や②の人は明らかに現地で苦勞することは目に見えており、学びは大きいとは言えども、おそらく日本で行なっている実習の理解の程度の 2-3 割を妥協しているのは間違いないです。まだ低学年であれば③のレベルまで持つていくことは不可能ではないかと思いますが、（特に私のように人より語学の才能がないことを自覚している方は）今すぐ勉強を始めてください。一緒に頑張りましょう。現地で体感したレベルは、想像の遥か上にありました。映画やドラマに字幕なしについていき、かつそれに当意即妙な言い答えをするという状況をイメージするのがわかりやすいのではないのでしょうか。

(3) 医学の勉強

M0 になると医学の勉強が始まると思いますが、全ての医学単語は英語で理解しているレベルに持つていくべきです。日本語でいかに理解していても、それを表現できないのは理解できていないと見なされてしまうので、病見えの各ページの下に書いてある英語の単語を地道に覚えていくような努力を重ねる他ありません。そしてこの努力は USMLE の勉強をする際の大きなアドバンテージとなります。

しかし医学単語だけ覚えたところで、症候やプレゼンで使用する英語については覚えられないので、NEJM の Case Records of the Massachusetts General Hospital を利用するのがいいと思います。M3-4 の学年を対象に日本語での NEJM 勉強会が開かれており (<http://plaza.umin.ac.jp/~NEJM/>) 過去記事では日本語での解説もあるので、まずはこれを見ながら記事に慣れながら、原著を参照するのも一案です。個人的な話をすると、初めて Case Records of the MGH の記事に出会ったのが M1 の

夏休みで、当時は1行目から意味がわからず愕然とし、そこから英単語を覚える努力を始め、M2の春頃には全体を1-2時間で何とか読めるようになりました。その後1年間かけて自分の中では大分スラスラ読めるようになったつもりではありましたが、渡米後は現地の医師のカルテを読むスピード等には遠く及びませんでした。Case Records of the MGHは鑑別疾患をあげる練習にもなりますし、プレゼンの言い回しを覚える練習にも最適です(現地ではより簡略した口語が多い気がしました)。おそらくですが、Discussion部分の言い回しを覚えてから留学に臨むことができれば日々何度も直面するプレゼンの場面でも問題なく英語が話せるようになるのではないかと思います。ただこのように英語にばかり偏っていても仕方なく、日本語での医学の理解があってこそですので、CBTに向けてもしっかり勉強すべきです。ここでの順位は留学選考にも生きてきますし、USMLE Step1を受験する上での基礎固めにもなります。そうは言っても、問題の難易度はStep1の方が遥かに上です。

また定期的に論文を読む習慣をつけようという趣旨のもと、2017年の秋ごろから有志でMajor Journal Watchという名前でメジャー所(NEJM, LANCET, JAMA etc.)の論文を毎週レビューするメーリスを開始しました(興味をお持ちの方は是非ご連絡ください)。私自身がサボりがちになってしまい申し訳ない限りですが、今も続いています。優秀な友人たちとこのような機会を持てる環境も貴重ですし、勉強会も含めて友人達と留学を意識しつつ、積極的に学習の機会を築いていくのも良いと思います。

§ 留学準備 – 国内編 (M3)

Elective Clerkshipで海外に行く場合の最初の関門が内部選抜です。私の代では2017年6月17日に面接が行われました。提携を利用してどの学校に申し込みたいのか、奨学金はどれを利用すべきか、個人的に申し込むのであればどのような手続きを踏むべきかなどをしっかりと考えて応募することをお勧めします。この際のエントリーの用紙を作成するところから、志望動機について深く考える機会が徐々に増えてきます。内部選抜は日本語面接：英語面接：学業成績それぞれの評点を1：1：1の比重で足し合わせた点数で決まるようです。英語面接は緊張する部分ではありましたが、自分なりに原稿を作るなどして臨みました。そこまで長い面接ではない(各

6分)ので、気楽に臨むのが良いと思います。アピールできる業績はどんどんアピールしました。学会での発表歴やボランティア歴、サークルでの活動や課外活動等、何でもアピールできるものは臆せず利用することが必要で、特に米国でもCVを如何に良く見せるかという部分には各々が命を懸けている部分です。面接内容につきましては詳しくは書けませんが、突飛なことは聞かれないので、自分がエントリー用紙に記載した内容をしっかり頭に入れて、英語で受け答えできるようにしておくべきだと思います。自信を持って臨んで下さい。その後6月27日に推薦合格通知を頂き、私の代から米国実習生のElective期間が4-7月(7月はもともとElective予備期間)と変わったこともあり、1月の中旬までのTOEFL 90点overとUSMLE Step1にPassすることを求められます。

今までの先輩方も多く言われている部分ですが、面接前にTOEFL 100点を目標に取っておくと言います。確かHarvardではTOEFL 100点を超えている同期のみが選ばれていたという事情もありますので(*翌年からHarwardへの応募に内部選抜は必要なくなったようです)、しっかり準備を進めることはとても大切です。私の英語力では、選考前は80点代で、その後5-6回受けて12月によく(JHU派遣に求められる)90点を突破したという有様でした。このような最悪の経過を辿らないようにできる準備は今すぐ始めるべきです。TOEFLについてはネットに多く参考情報が溢れているので参考にされるのが良いと思いますが、TPOやHackersといった教材が良いといった意見が多いので、興味がある方は調べてみて下さい。

§ USMLE Step1 受験について

受験準備を最も手間を要し、勉強にも大幅な時間を割かなくてはならないテストです。準備編と勉強編に分けて簡単に述べようと思います。このテストにおいては最新の情報を掴むことが何よりも大切となるので、まずはしっかりと最新の情報を集めてください。ネットで調べると多くの日本人の先輩方の体験談が手に入りますが、個人的な感想や友人の経験を総合すると、ここ2-3年でも問題の質や難易度は上がっていますし、過去の情報をそのまま当てはめることはできないのが現状です。これから述べることは2017年度の受験事情であることを考慮して読んで頂ければと思います。

- 準備編

申し込み手順が2017年の途中で変わったようですので、準備手順については私よりも半年ほど後に受験をした同期の友人に聞きましたので、こちらにシェアします。

ちなみに、私の受験の際は2017年2月頃に申し込み手続きを開始し、7-9月の3ヶ月に試験期間を設定、結局9月1日に受験し、その後9月20日に結果がオンラインで見られるようになりました。

(確か)3週間後の水曜日に結果がわかるのだったと思います。

USMLE STEP1 申し込み手順 (2017年冬申し込み)

2017年度M3 千葉 滋

1 アメリカのECFMGからIDをもらい、オンラインで受験申し込みをする(1週間くらいかかる)
<http://www.ecfm.org/>にアクセスして、自分のIDを作成します。自分のID・住所・連絡先・大学名を打ち込むだけの非常に簡単なものなので困ることはないと思います。この部分は後からOASISというサイトにて閲覧と変更が可能です。この際、title of medical degreeの記入欄にMD(医学)と書かず、Bachelor of medicineと記載することがrejectされないために大事なようです。該当しない項目(Item)は何も書かなくてOKです。この際、ECFMGの登録料として60ドルくらいかかります。

発行されたIDが後日メールで送られてくるので、IWAというサイトからIDを使ってlog inします。するとさらに情報を入力していくことになり、ここで受験料の支払いがあります。1260ドルでした。高いですがもう後には引けません。この受験申し込みの時に、3-5月のように3ヶ月の範囲で受験期間を決めます。この3ヶ月の期間は1回までならあとから変更が可能らしいです。

2 書類郵送 (1ヶ月はみておくと良い)

次に、FORM186という書類を作成することになります。受験の申し込みをするとこの書類をダウンロードできるようになります。これに自署をし、大学の教務課から直接ECFMGに送ってもらいました(この際、郵送料として2000円程度教務課に支払いました)。2017年夏ごろまではこの手順でOKだったようですが、rejectされてしまいました。その理由は、“Your Certification of Identification Form (Form 186) must be signed

and dated, in ink, by a Notary Public, Consular Official, First Class Magistrate, or Commissioner of Oaths.”で、FORM186のcertification by official identificationの欄が、学部長のサインではなく公的な役所のサインが必要だからということでした。そこで、公証人役場に行くことにしました。あらかじめForm186には何も書かずに、公証人の目の前で書類に自署をし、写真もその場で貼りました。そして公証人のサインをもらい、英語の翻訳文書を添付してもらえばOKです。なお、同期の話によると、文京区の公証人役場では融通が利かず、書類にサインをしてもらえないことがあるそうなのでオススメしません。台東区の公証人役場の方はUSMLEの書類にサインするのははじめてだったらしいですが、それだけに逆にこちらの話きちんとして聞いていただけました(本郷からも歩いて行けます)。全国どこの公証人役場でも、サインをもらうのに13000円くらいかかります。結局、教務課は介さずに自分で直接ECFMGに郵送しました。年末年始を挟んだので返事が来るまで3週間ほどかかりましたが、無事acceptされました。一度rejectされると、一か月くらい余分にかかってしまうので、なるべく余裕を持って準備しておくのがよいです。

3 インターネットにて受験日の決定 (10分くらい)

書類が通れば、scheduling permitという番号をもらえるので、プロメトリックのサイトで指定された3ヶ月の間から1日を選択して申込みます。プロメトリックは米国内の主要試験(USMLE以外にも)を代行している会社のようなので、日本では東京の御茶ノ水と大阪の中津で受験できます。先着順なので、席の予約をとりあえずしておきましょう。受験の1か月前までは無料で受験日の変更が可能です。ここまで申し込みをしまえば、あとは何も気にせずひたすら勉強するだけです!

- 勉強編

おそらく日本人であればCBTを勉強してからのほうが、勉強を開始する上で有利です。USMLE Step1で聞かれることは、臨床科目の病態生理、関連する生化学、薬理学の部分全てですので、詳しい治療法などは問われなそうですし、患者の情報から診断を当てましようといった問題もほぼありません(こちらはStep2 CKに当たります)。薬の作用機序などは詳しく聞かれるので、記憶が新鮮なうちに

復習をしておくことをお勧めします。大学の薬理の授業で一瞬でも出てきたような薬は全部聞かれると思って間違いないです。微生物の範囲も膨大で、詳細な知識が要求されます。

基本的には First Aid (以下 FA) と呼ばれる参考書をいかに隅から隅まで暗記をしたかという部分に掛かっています。ただ、昨今難易度が上がっており、FA に載っていない内容まで問われることが多いので、そこに関してはどのように勉強すればいいのかについて、現状確固たる答えは出てないと思います。残念ながら私の点数は明らかに低く、米国の医学生の平均とちょうど同じでした。そこまで手応えは悪くなく(もちろん意味不明な問題も沢山ありましたが)勉強時間は短かった割に努力をしたつもりでしたので、軽い鬱になる程度には落ち込みました。高得点を取っている東大の先輩方は M3 の初期に勉強を開始し、M3 のうちに受けようとするも、更なる高得点を目指すために一旦時期を延期し、M4 の夏休み以降に受験し直すといった方が多く、そのような方は 255 点 over を取られているので、点数自体は、費やした勉強時間に比例する部分が多いのかもしれませんが。私の場合は、2017 年 1 月くらいから FA と Rx (後述) を眺め始めたものの、普段の実習の忙しさなどにかまけているうちに 6 月くらいになり、実習が終わり夏休みに入り出した 7 月の中盤から 8 月の終わりにかけて、まるで受験生のように勉強しました。1.5 ヶ月本気で集中しましたがそれでも勉強不足だったのだと思います。

ただ私の持っている情報が少しでも今後の日本人の Step1 受験者の役にたつかもしいかなということ、この際に共有させていただきます。Facebook の USMLE step1 preparation forum は大変有用なグループです。インド人や中東の医学生は特に勉強熱心のように、高得点を取っている場合が多く、彼らの体験談を読むことで勉強方法の参考にすることが可能です。ただ成功した人しか投稿をしていない場合が多いので、かなり成功バイアスの掛かっている体験談ばかりなのかもしれません。

【問題集について】

①First Aid Q&A for the USMLE Step 1

1000 問くらい、分野別にまとまっている FA 準拠の冊子の問題集。初学には有用であるが、問題と解答ページが離れていて少し勉強しにくい。本番のレベルとは乖離が見られる。

②USMLE Rx-QBank

FA 準拠型オンライン問題集。2000 問くらい。FA を覚えるための問題集。これを使いながら FA を読み進めることも可能。解答に FA の該当ページ番号がふってあり、参照する際に便利。慣れてくればスイスイ問題が解けるようになったが、それまでは 1 問に平気で 30 分かかった。ちなみに本番は 1 問 1 分ペースなので、徐々に慣れる必要がある。

③UWorld

鉄板の問題集。絶対にやりましょう。2300 問くらいあります。これを解答も含めて全て理解する事で、FA が体系的に理解できるようになる。問題集に加えて UWorld の模試というものが (Self-assessment) あり、2 種類発売されている。これは本番に近い難易度で、最も有用な模試。直前に解くことが推奨。点数は 10-15 点ほど高く予想される。

④Kaplan Q-bank

FA に載ってない事も平気で登場する上、重箱の隅をつつく問題が多い。その分本番に近い形式。最後にこなすべきだと思うが、これを解いたからといって得点力アップに直結するかというと UWorld ほどの効果はない。

⑤NBME Self-assessment

試験機関が作っている模試のようなもの。1 つ 6000 円くらいで 200 問。しっかり予想点数が出るため実力を測るというより予想点数評価に有用。問題自体は本番よりも簡単で問題文も全体的に短い。全種類の模試合わせるとおよそ 3000 問。正式解答はなく、ネットで有志が公表しているものを参照。解説はないので勉強当初は厳しいが、知識が固まってくれば簡単なチェックには最適。詳しくは USMLE step1 preparation forum や Google で情報収集。

【他の参考書など】

・BRS シリーズ

分野別の参考書。Behavioral Science について足固めに取り組む受験生が多い。

・Pathoma

Pathology のためのまとまった参考書。ビデオもある。ビデオを見つつ、しっかりと教科書に書き込むのが定番の勉強法らしい。

・Rapid Review Pathology

Goljan 先生というカリスマ先生が書いている Pathology のバイブル。本人肉声の授業ファイルもある。

・Firecracker

iPhone などで気軽に取り組める 1 問 1 答形式のフラッシュカードのようなもの。10000 以上の問題

に取り組める。トピック毎の細かいまとめもあり、気になった点があればその度に簡単に参照することができる。ただ問題数の多さから、根気強さが必要であり、Anatomy などに関しては細かすぎる（昨今の Step1 対策には必要?）ので、先述の問題集を一通り終えた人が更なる高みを目指す際なら有用。

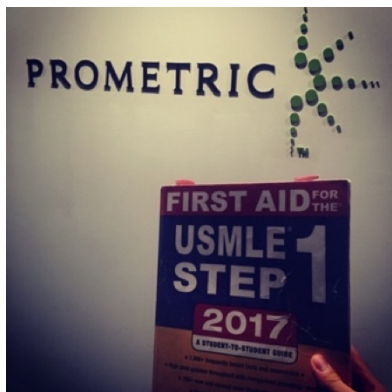
・Anki

英単語を覚える際などに使用されることが多い、忘却曲線に準じた問題提示をしてくれる有名なアプリ。高得点を取られた先輩方で取り組まれている方が多かった勉強法。基本はカードを自作することになるが、先人が利用したものを導入すれば大幅に手間が省ける。Step1/2CK 用のデッキも販売中。

【まとめ】

現実的には王道の問題集をこなすだけで精一杯です。FA を読んで、Rx を解きつつ問題に慣れ、FA をまた読んで暗記しつつ、UWorld を 1-2 周解いて FA をまた読んで暗記。直前期に突入すると共に NBME や UWorld の模試に取り組み始め、時間の許す限り Kaplan の問題を解き続ける、というのが王道です。FA は隅から隅まで覚えましょう。FA に書いてあった事項を忘れていたために、本番の問題が解けなかったということになると精神的に良くないです。直前に如何に暗記を詰め込んだか、その勝負だと思います。本番は UWorld を勉強して太刀打ちできるのが 5 割、FA の細かい部分で 2.5 割、残りの 2.5 割は今まで日本語で勉強していて知っていたことや全く意味がわからない内容といった感じでした。そのため予想不確実な部分を少しでも減らすために UWorld のやりこみと FA の暗記は不可欠と言えると思います。

私はしっかりと計画を立てて、その通りに歩みを進めることが大の苦手なので、行き当たりばったりでかなり苦労しました。皆さんには王道を着実に進んでもらえれば嬉しいです。



*Prometric で Step1 の受験を終えて記念の一枚

§ 留学準備 – いざ応募 (M3)

~Johns Hopkins 編~

国際交流室から推薦のメールを頂いた後で、応募の準備が本格的に始まります。具体的には名西先生や国際交流室の方々の指示に従って進めることになると思いますが、特に Immunization Form のための準備は計画的に進めましょう。日本のみで長年暮らしてしてきた学生は Tb や Tdap の部分に関して、まず引っかかるので、Immunization Form と自分の予防接種歴を早めに確認しておきましょう。JHU に限らず、応募するプログラムによっても必要とされる事項が異なるので、前々からの準備を強くお勧めします。予防接種を受けたり、抗体価を測定したりという場合には、本郷保険センターのトラベルクリニックや日比谷クリニック、国立国際のトラベルクリニックがよく使用されるようです。基本的に証明書をクリニックで発行してもらわなくても、自分で該当事項を記入した上で原本の証明書を名西先生に確認してもらい、サインをいただくことが可能です。日本とは異なる米国という環境に向かうという医学的理由や、過去の先輩で寮に入るために証明が必要であった方がいるという話を耳にしたために、念のため髄膜炎菌の予防接種もしましたが結果的には（少なくとも諸々の手続き上は）不要でした。

CV と PS に関しても早めから仕上げておくのがいいと思います。ネットで調べると多くの例が出てきます。ただ JHU への応募に関しては直接的には CV と PS は関係ないようですので、そこまで内容に気を遣うよりは応募を早くすることが重要です。公式 HP では実習開始 6 ヶ月前以後からの出願を認めているようですので、早め早めに準備をしましょう。TOEFL と USMLE step1 の pass に関しては東大からの推薦を頂く上では必要ですが、JHU としては必要としていません（名古屋大でも協定がありますが、特に要求はなく受け入れしてもらっているようです）。ただ要求基準を満たさないことには実力として満足な実習が行えないと思いますので、この基準は適切なハードルとなっているとも感じます。

私の場合は 12 月末に全ての書類を国際交流室に持ち込んで、発送をしてもらい、その後、翌年 3 月 7 日に 5 月の Nephrology の実習の正式な受け入れ連絡を、5 月 18 日に 7 月の Cardiology の正式な受

け入れ連絡を貰いました（9週間で3300ドルの手続き料とされていますが、私の場合実習が2つに期間が分断されており、連続していなかったため3300ドルを2度支払うことになりました。協定では授業料は無料と規定されていますが、手続き料には言及されていないようです。費用は今後も変動することが考えられます）。実習が一時期被っていた名古屋大の学生によると、秋頃に応募書類を出して、年明け前に受け入れを貰っていたそうなので、早め早めの準備が不可欠です。また実習が決まらない場合に関しては、VISMED（JHUの学生受け入れの連絡オフィス）のSusanさんにも定期的にリマインドのメールを送りましょう。執拗なリマインドを送りすぎたために落とされるといったことはないと思いますし、アジア圏の日本という地からの学生というだけで、応募の取り扱いの優先度が下がっているという印象がありますので、とにかく何度も催促することが大切です。裏技の最終手段ですが、直接診療科に問い合わせるという方法（この際はCVとPSの添付が必須）もありますし、そちらの方が交渉方法としては強いです。公式HPにはこれを行わないようにという注意書きが書かれていますが、現地で知り合った学生は裏ルートで実習の権利を手にした人ばかりでした。自分のやる気次第でどんどん交渉すべきですし、毎年の受け入れ実績と学生の交渉力次第でVISMEDにおける東大の印象も変わってくると思います。ひいては翌年以降の受け入れにも影響してくることも考えられるので臆せず頑張らしましょう。辛抱強く受け入れを待つことも大切ですが、待っているだけでは何も起こらないということを知ったのもこの留学の大きな収穫でした。



* JHUを代表する有名な Billing Hall



* JHHの新病棟のメインエントランス

§ 受け入れから渡航準備

いよいよJHUから受け入れの正式連絡を貰ったら宿泊先を決めることとなります。向こうから宿泊先について斡旋してくれるようなことはないの、自分から連絡先を探して早めに宿を確保しましょう。私は5月はJHUが契約している929 buildingに、7月はJHUが斡旋している普通のアパート

（私の場合517 N Castle st）にしました。なお後者に関しては Off campus housing

（<https://offcampushousing.hopkinsmedicine.org/>）というサイトから探しました。なるべくキャンパスから近いアパートに滞在すべきですが、近くでも私が住んでいたような病院の東側は治安が悪めなので、なるべく避けた方が無難だと思います。929 buildingは滞在費が高いですので、お金を節約するという意味では、先ほどのリンクから他に当たるといのは1つの戦略です。BaltimoreでAirbnbを使用するおとはお勧めしませんが、Subletは選択肢の1つとして考えておいていいと思います。

<http://rotatingroom.com/Hopkins> といったサイトが有名ですが、JHUに問い合わせると直接Subletを紹介してくれるサービスがあった気がします。

飛行機に関して。BWI空港が一番JHUに近いです（米国が絡む国内線や国際線ではスーツケースの鍵を開けたまま預けるようにしましょう。テロ対策の一環で鍵をかけているとランダムの検閲の際に、勝手にスーツケースを壊される可能性があります。1度どこかの飛行機移動で知らない間に中身をチェックされたことがありました）。ただNYからBaltimoreへの移動一般に関してはAmtrak（鉄道）や高速バス（Greyhound, Megabus, Boltbus）が便利です。個人的にはBaltimoreでのバスターミナルが一番しっかりしてたGreyhoundを多用していま

した。NY から Baltimore まで 2000 円かかりません。

ビザの手続きも侮れません。JHU からは B1/B2 ビザを取得するように言われます。基本的には米国日本大使館の日本人向け HP を参考にしましょう。ネットで申し込みをして面接の予約を取り、必要書類を持参して大使館へ面接に向かいます。面接後は全ての書類を没収されますが、その後 10 日くらいでビザの貼り付いたパスポートやその他書類がまとめて丁寧に自宅に送られてきます。ビザの有効期間は面接日前後からということになっていましたので、パスポートが返却されてからすぐ渡米することも可能です。面接中に J1 ビザではなくて B1/B2 ビザを取得する理由を聞かれたら、JHU からの要請と答えましょう。万が一に備え説明に使えるような書類はすべて印刷して持参しましょう。

ただ私は渡米初日に JFK 空港で入国する際に"病院実習で B1/B2 ビザというのはおかしい、給料をもらう気ではないのか、大学からの証明書類も真実である保証はないから確認しない"という謎の理由で、屈強な入国審査員に別室に連れて行かれました。15-20 分ほど押し問答を繰り返し、拙い英語で交渉しつづけた結果ようやく解放されましたが、本当にヒヤヒヤしました。他の大学の友人から聞いた話ですが、滞在期間が 3 ヶ月を超えないのであれば大学からの要請があってもビザを取得せず ESTA で入国し、"友人の家に宿泊して 2 ヶ月ほど観光をするという"名目で通り抜けるのも一手です（とある友人の某大学では公式にこの方法が勧められているそうです）。

米国では基本的に大体の支払いをクレジットカードで済ませることができるので、何枚か持参するといいと思います。学生ということで限度額が低く設定されていると思いますので、渡航前に限度額を引き上げておきましょう。デビットカードであれば口座にお金さえ入っていれば限度額は関係ないので、こちらの方が使い勝手が良いかもしれません。

保険に関してですが、教務課の案内のもと付帯海学のみ加入了しました。JHU の実習の初日に VISMED にて手続きを行うこととなります（後述）が、その際には付帯海学の英語版の加入証明書を持っていきましょう。これで JHU が勧める保険に入らなくて済みますし、その保険と比較しても付帯海学は大変リーズナブルです。

JHU からは予め E-learning のようなものを終えるようにとの指示が来ますが、特に修了証などを提出する必要もなかったため、軽くさっと終えるのがいいと思います。なお JHU の ID を貰ったら、その日から基本的に全てのサイトやサービスにアクセスできるようになります。Welch library のサイトからは Pubmed や UpToDate, DynaMed, そして東大からはアクセスできない Cochrane Review に至るまで、充実のラインナップです。Pubmed から行き着いた論文も基本的に全て見られますし、東大が提供している Gateway より遥かに快適で、アクセス速度も早いです。カルテにも遠隔でアクセスできるようになります。ただこれは JHH の Epic の事務次第なので渡米前に見られるようになるかはわかりませんが、実習が始まれば myJohnsHopkins

(<http://my.jhmi.edu/>) のサイトから Epic を自分の PC でも開けるようになるので、積極的に活用すべきです。滞在先からも患者の情報を得たり、カルテ記入が可能になります。事前に ~@jhmi.edu のドメインのメールも使用できるようになります（が、実習が終わると速やかに使えなくなります）。

4 月はまだ寒い日が多かったものの（Kentucky は吹雪の日もありましたが）5 月から 7 月にかけて NY や Baltimore は過ごしやすい気候でした。長袖の襟付きシャツに長ズボンでちょうどいいです。病棟では必ずしもスーツではなくても問題なく、先生方はカジュアルな襟付きシャツにネクタイ、そしてスラックスといった格好が一般的でした。女性でも少しカジュアルな装いでも全く問題ないと思います。パーティ用かと思うほどの真っ赤なスカートの先生もいらっしゃいます。白衣に関してはショートコートで渡米当初に UCMC の売店で購入しました。

携帯電話に関してですが、私の携帯のキャリアが Softbank であり、アメリカ放題というサービスを利用することで無料で Sprint の通信を利用することができました。こちらでは SMS と電話を多用するのですが、日本の電話番号でも十分通用しました。ただ時々米国の電話番号を要求される手続きがあり、そんなこともあろうかと"ハナセル"という会社のガラケー（月々 10 ドル程）を一応契約して持っていました。ただ質の悪いガラケーであったため文章は打ちにくい、通信状況は Sprint ほど良くないという有様で少し困りました。値は張りますが、ハナセルが提供しているスマホの方が良いのかもしれない。ただガラケーでも持っていて損はありません。

せんでした。Softbank 以外のキャリアの携帯を持っていた友人は SIM カードを現地で買って通信を行うなどしていたようです。病棟ではピッチがない代わりに基本的に SMS を元に連絡を取り合うので、先生方とは最初に出会った瞬間に電話番号を聞いておくことをお勧めします。

§ 奨学金

東大短期留学の奨学金と大坪フェローシップへの申し込みを行いました。奨学金の額は留学予定に合わせて複雑に変動するので、各自で要確認ですが、他大の友人でトビタテの奨学金を支給してもらっている人も複数いました。また本年度から MD 研究者育成プログラムによる海外渡航フォローアップ JTA という新たな奨学金の制度も始まったようです。国際交流室や MD 研究者育成プログラム事務局からの案内のもと、手続きを行きましょう。

東大の短期留学の奨学金ですが、4 月以降に留学を行う場合だと申し込みが 6 月頃となることに注意が必要です。その際に渡米していると手書き書類や成績証明書などの提出が遠隔から不可能となる場合があるので、渡航前に全て必要書類を調べて、準備した上で国際交流室に預けておくことが大切です。

§ 渡米まで

(1) 個人での予習について

留学での学びはそれまでの実力と予習量に依存します。日本で出来ていなかったことが英語では出来るはずはないというのは的を射ていると思います。ただ知識面に関してはいくらでも渡米後に身につけることができるので、正直そこまで実習診療科の Advanced な医学内容の勉強に精を出すべきかといえば疑問であり（そもそも実習科が決まるのが出発のギリギリになることが多く、そのような場合は全く勉強を開始できない）、それよりは医学英語の勉強や Step1 や 2CS, CK の勉強を進める方が現実的かと思います。また全ては英語力によって決まるので、英語の勉強（Listening と Speaking）に関しては（帰国子女の方以外）熱心に取り組むべきです。医学英語に関しては自分でアウトプットできるレベルまで身につけておくことが理想であり、略語にも慣れておくことと実習にスムーズに馴染むことができます。具体的には米国での実習のバイブルとも言える Pocket Medicine に軽く目を通しておくだけでも違うと思います。初めは略語が多く、全く意味がわかりませんでした。徐々に慣れてきました

し、慣れてくるとそれらを自分のメモにも使用することができるので非常に便利です。同時に医学英語や薬名に関しては Podcast や YouTubeなどを元に発音やアクセントを確認しておくことをお勧めします。固有名詞の発音は自分が思い込んでいたものとは遥かに異なる場合が多く、そこでつまづくと会話から置いていかれます（個人的には英語力が劣っており常に置いていかれていましたが、そこは内緒）。

(2) Step2 CS 勉強会について

有志の Elective 英語圏留学組で Step2 CS 勉強会を行っていました。9 月から 12 月くらいの間、週に 1 回くらいの頻度で、Step2 CS の FA を使用して、英語での問診と診察の練習をしました。なんてことはない診察や説明も英語だと全くできないことに気づかされました。実際の病棟でもこの練習通りに患者への診察をすることができたので、勉強の成果を感じることができました。具体的な勉強会の進め方について興味のある方がいれば、ご連絡下さい。

(3) その他

余談ですが、2018 年 1 月 10 日に、首都圏で米国に臨床留学をする学生で交流会を開きました。30 名強の参加者がいて、ここでの交流は現地でも続き、継続的な情報交換をし合うという意味でも大変有意義でした。もし渡米前に時間に余裕があるのであれば、大学間での交流の機会を持つようなことも良いと思います。

ここでの交流もあり 4 月には Harvard に留学している東大と医科歯科の友人の交流会に交えてもらいました。各自の留学の様子などを意見交換し合い、大変刺激を受けると共に、良い気分転換にもなりました。



* 米国臨床留学意見交換会（仮）



* Boston で Harvard で実習中の友人たちと



*左: 病院から 929 building まで（緑のライトが付いている建物です）。距離感がわかると思います。

*右: 室内の様子

§ 米国（特に Baltimore）での生活

- 住居と生活編

(1) 929 building の様子

Single room で約 1 ヶ月で 1600 ドルほどで、大変高価なアパートですが、ロックが厳重で管理人がいたり、1 週間に 1 度タオルなどを交換してくれたり、1 階にはコーヒーの無料サービスがあったりと何かと充実しています。9 階には共用の勉強スペースやジムもあり、気分転換も図れます。滞在していた部屋には洗濯乾燥機や食器洗い機、キッチン（調理器具、食器付き）、テレビ、エアコンがあり快適でした。ただどうしても窓が開かず、空気の入れ替えができなかったのが玉に瑕でした（部屋によっては窓が開くとのこと）。929 building の目の前には Starbucks があります。



*929 building の外からの外観



*左: 部屋から外の左側を見た様子

*右: 部屋から外の右側を見た様子

地域によって見た目も治安も異なりそうなのが容易にわかってもらえると思います。

(2) 517 N Castle のアパート

JHH (Johns Hopkins Hospital) よりも、更に SPH (School of Public Health) よりも東側に位置するアパートです。周囲はあまり治安が良さそうではないですが、ルームメイトも SPH の MPH コースの生徒で優しく大変助かりました（1 度携帯を Uber 内に落としてくるという事件があったのですが、その際は本当に助けられました。iPhone を探すという機能は必ず on にしておくことを勧めます）。キッチンと洗濯乾燥機のみルームメイトとの共有で、1 ヶ月約 900 ドルとかなりお得でした。厳密には病院には 929 building からよりもこっちの住居の方が歩いて JHH まで 2 分と近く、治安の悪い部分を通るといふ条件がなければ最高の立地でした。



*真ん中、一番左の茶色い家でした



*家の前は如何にもという雰囲気ですが、病院が遠くに見えます。



*JHH の東側の雰囲気



*最終日にルームメイトたちと。彼らは MPH の学生

- 買い物編

JHH 周辺で言うと、手頃な食料品と日用品は基本的に 929 building の裏手にある Walgreens で手に入ります。ポイントカードを作ると割引が効くので初日に作りましょう。また近くにセブンイレブンがあります。SPH より少し東にいくと Dunkin'

Donuts や Subway がありますし、Northeast market という市場のようなものもあります。病院内に幾つかカフェテリア（フードコートのようなもの）があるのでそこを利用するのも手です。現地のスーパーにはあまり近寄る気がしなかったことや、口に合わないものが多かったので、休日に Circulator や Uber/Lyft（後述）を利用して Inner harbor の Whole Foods や、Target などが入っている別のショッピングモールに買い出しに行きました。牛乳は異常に不味かったのですが ORGANIC VALLEY というメーカーのものは飲めたのでここに紹介しておきます。シリアルやヨーグルト、卵料理、パスタ（東急ハンズで購入した電子レンジで茹でられる容器を持参。ただ米国では基本的に電子レンジが 1000W であることに注意）、ご飯（東急ハンズで購入した電子レンジでご飯が炊ける容器を持参。Whole Foods には日本の米が売っています）とレトルトの何かといったメニューで毎日過ごしていました。湯沸かし器がないことが殆どで、一々コンロでお湯を沸かす手間に辟易としたので、安い 15 ドルほどの電気ケトルも購入（こういう電化製品は大体 Target で手に入る）しました。これがとても便利で現地で調達したプラスチックのコーヒーフィルターと併せてコーヒーを毎日飲んだり、インスタントのスープを飲むのに重宝しました。

たまたま滞在した所がそうなのか米国全般がそうなのかわかりませんが、机にライトがなく、蛍の光の時代のように約しい勉強生活を強いられる羽目になったので、途中で卓上 LED ライトを買いました（5 ドルほど）。部屋の中を靴で歩きたくない人はスリッパを日本から持参することをお勧めします。基本的に他のアメニティには困りません。ちなみに 929 building では、Amazon で勝手に何か購入しても管理人が保管しておいてくれます。

- 移動編

Uber や Lyft といったタクシーアプリの使用が大変便利です。他にもいくつかアプリはあるようですが、この 2 つが有名です。

Baltimore ではあまり外を出歩きたくなかった（基本的に日没以降は出かけないほうが良く、万全を期すなら 6 時前には家に帰るべきとされる）ので、Uber/Lyft をよく使用しました。Hopkins のキャンパス同士や病院同士の行き来では大学の無料シャトルバスが出ているのでこれも便利です。Inner

Harbor への行き来では緑色の Circulator が有用です。30分に1本ほどですが無料で利用することができます。SPHの裏手やStarbucksの近くにバス停があります。地下鉄もありますが利用しない方がいいということで近寄りすらしませんでした（逆にNYでは地下鉄とバスが大変便利で、頻繁に利用をしていました。急ぎであれば地下鉄の方が数倍早いです）。

BWI 空港や Greyhound のバスターミナルから家までは、私は Uber/Lyft を利用していましたが、先輩によると BWI 空港から集合シャトルなどを利用するのも手だそうです。私は使いませんが紹介しておきます

(<https://www.supershuttle.com/>)。

NY ではよく道路が通行止めになる（5番街でパレードをしたり催し物が開かれたりする）ため Uber やバスが使い物にならないことがよくありました。時間を大幅にロスする場合がありますので、余裕を持って行動しましょう。急に地下鉄が運休になったり、自分の最寄り駅を飛ばしたりといったハプニングは日常茶飯事なのでアナウンスを聞き逃さないことや周りの人の雰囲気を読むことも大切です。

結論としては場所と時間によって利用する交通手段を変えるのがベストです。日本での生活に慣れている我々からすると米国の交通機関は明らかに不自由であることを肝に銘じておいてください。

ここから実習内容の報告へと移ります。

§ UK 実習 CCU 4/10 -4/20

2018年4月10日から4月20日にかけて University of Kentucky (UK) の CCU にて Observership を行いました。将来急性期医療に携わりたい気持ちが強い私ですが、ICU や CCU での実習はどれも人気でなかなか受け入れをしてもらえないのが実情です。そこで個人的に先生にお願いしまして、Cardiology 管轄の CCU で実習を行わせて頂きました。基本的に Attending, Fellow, Resident のチームについてラウンドをするという実習でした。カルテの閲覧権限がないため、患者を担当することや1人で患者の診察をすることができなかつたので、ラウンド中に質問をしたり、別途プレゼンの機会をもらったりしました。Cardiology の急性期の疾患について概観できただけでなく、米国の医療やラウンドの方法、プレゼンについて、カルテの書式な

ど全般的に触れ、親しむことができ、大変勉強になりました。

またこの時は UK の病院の様子が米国の一般的な大病院の様子だと思っていたのですが、その後 JHH や Columbia で実習を行った後では、患者背景や病院規模などでそれぞれ異なる環境であったことを実感しました。土地柄という要素が大きいものの、患者背景という面では UK には基本的に Caucasian の英語話者しかおらず、代わりに Baltimore の JHH には圧倒的に African American が多いです。ただ CUMC は人種のもつぽとも言える NY の、かつ北側に位置していることもあり、スペイン語話者が多く、英語が全く通じないという状況も多々ありました。日本社会はかなり画一化され、（多様性という点で）閉鎖的な社会であるということに気づかされました。



*UK hospital の外観



*最後の日にチームで撮った集合写真

§ JHU 実習 Nephrology 4/26 -5/25

2018年4月26日から5月25日にかけてJHHのNephrologyにてClinical Clerkshipを行いました。多くの先輩方が仰っているように、JHHは病棟が広く、建物自体も多く複雑に繋がっているので、すぐに迷子になります。2日前にはBaltimore入りして病院内を探検するようにしました。大体の建物の位置関係を頭に入れておくと後々役立ちます。

ただ、実習初日でないとVISMEDでの手続きを開始できないため、4月26日の朝にメールで指定された場所に行き、手続きを進めることとなります。3300ドルをクレジットカードで支払い、名札を作るために別の場所に行ったりと1-2時間ほどかかります。名札があると病院内の管理区域に入れるだけでなくPCやカルテへのログインが、簡単にできるようになります。名札を受け取ったら、実習科から指定された場所へ赴いて先生方に挨拶をし、いよいよ実習開始となります。予め秘書さんに初日の集合場所などを聞いておかないと、この際の行き場所に困るので、4-5日前には集合時間と場所については把握しておくのがベストです(週末には返信が返ってこないことが多いので注意)。

(1) 具体的な実習内容について

Nephrology departmentとしては自分たちの病棟を持っていないので、基本的にInternal medicine(以下IM)かICUで主科として持っている患者、若しくは移植に関連する患者をコンサルトの形で対応することになります。具体的には4つのチーム(Chronic A, Chronic B, Acute, Transplant)があり、それぞれチームごとにAttending, Fellowが1人ずついて、そこに学生が付く形になります。Residentも選択すればローテできるようなのですが、米国ではNephrology自体に人気がないことやJHHでのNephrologyローテが過酷であることから私の実習中にはResident以下は私しかいませんでした。それぞれのチームでは患者を25人ほど持っており、AttendingとFellowの2人で25人を毎日ラウンドします。学生の仕事は、2-3人の担当患者を持ち、ラウンド中に簡単なプレゼンをし、フィードバックをもらい、そして持ち患者についてカルテ記載(基本的にProgress noteの形、新患を受け持った場合はAKI consult noteかESRD consult noteの形で記載)をするというものです。Attendingによっては別途Nephrologyに関連する話題についてプレゼンの機会を下さるので、空き時間にショートプレゼンをしました。最初の2週間はChronic B

teamに、その後ICUにおけるAKIの対応について学びたいとお伝えしAcute teamに1週間移動し、最後の1週間はChronic B teamに戻って実習を行いました。

生活スタイルとしては、7時すぎに病院に行き、カルテを確認して患者のもとに赴き、簡単な診察と状況把握をします。その後(Attendingにより異なりますが)9時くらいから始まるラウンドを一通り行い、昼食休憩(月金はdepartmentのconferenceがあり、2/3くらいの確率でご飯にありつきます。Fellow向けの講義であったりFellowによるCase conferenceであったり様々です)の後で、ラウンドの続きを行いました。

一般的にCKDの患者やESRDで透析導入後の患者はとても多く、また基礎疾患もそれぞれ異なることもあり、バランス良く多岐に渡る疾患について勉強することができました。またAKIの患者も多く担当する機会に恵まれましたし、また電解質全般についても知識を整理することができました。

(2) Nephrology department と個人的な所感

前述の通りNephrologyは米国では人気の無い科であることもあり、Fellowの先生方にAMG(American Medical Graduates)がおらず、全員IMG(International Medical Graduates)であったことも印象的でした。しかし全員ネイティブか、ほぼネイティブでした。しかし発音が独特の場合が多く、聞き取りに大変苦労したことを覚えています。Attendingがほぼ日替わりであるということもあり、1人の先生に付きっきりで指導を頂くという訳ではありませんが、Fellowの先生は少なくとも1週間は1つのチームを担当しているので、一部の先生とは本当に仲良くなりました。本実習は腎機能評価、体液評価、そして電解質管理について一気に学べる機会が提供されており、将来どの診療科に行くにしても大切になる知識を整理して実臨床の場で学ぶという点で大変貴重でした。

また医師(Fellow)としての研修の環境という視点で考えると、JHH内の多くのNephrologyの症例を集約し、少ない人数で集中的に経験させるといって、専門医を育てる仕組みがしっかり確立していると感じましたし、Nephrologistが全ての患者の問題に対処しなくてよい(基本的には主科が管理しているため)のために、それでも多いものの、1日に20人を超えるフォローが可能になっている現実

があります。主科である IM がベースを支え、専門家である Nephrologist が専門的見地からの診察を行うという点でいいバランスが取れていると感じました。余談ですが、所謂 Hospitalist は IM の Attending のことを指します。基本的には3年間の IM residency を終えた後、ABIM の試験を受けることで務めることができる資格であり、その後で様々な Specialty の Fellowship プログラムへと進むことができます。

さて、日本でコンサルトというと（一般的には）主科が専門科にお手紙を書き（"平素より大変お世話になっております"から始まり、"貴科的御高診お願い致します"で終わるもの）、依頼された科が患者のもとを訪れ、その印象について返信のお手紙を主科に返すというものですが、こちらではコンサルトの方法が異なります。

例を挙げます。ある疾患で（IM を主科として）入院した患者 A が入院中に BPH に合併した閉塞性腎盂腎炎を発症したとします。その際には IM の毎日のフォローのもと、コンサルトされた科（Nephrology, Urology, Infectious diseases）が各自患者のもとへ足を運び、カルテを"独自に"書くこととなります。そしてそのカルテ内の内容を Recommendation という形で IM が採用をするという訳です。コンサルト科が独自に検査をオーダーすることもあります。仮に Nephrology と Urology で方針が異なるような場合は、話し合いが行われ、あくまで IM の主導のもとで方針が最終決定されます。各自の科のカルテが独立して存在しているので、その日時に戻って見返すことでその時点での各科の立ち位置に立ち戻ることができ、責任の所在をはっきりさせるといふ米国らしさが随所に垣間見れました。

責任の所在という観点からだと、カルテに記入されたことは基本的にその記入者の責任ということになりますが、最終責任はチームの Attending にあり、Fellow や Resident は学んでいる立場ということもあり、かなり守られています。基本的に Attending がカルテにコメント（しかも1行コメントのようなものでなく、しっかりとした意見付き）をつけてサインをすることで、しっかりとした効力を持った記録となるそうです。保険の審査を通すために Attending が診察にどれくらいの時間をかけたのかについて事細かに記載する仕組みからも合理性を追求する米国らしさを感じました。

さて、カルテ自体も、主科のカルテであろうが、コンサルトの科のカルテであろうが、きちんとした書式に則って書かれており、1つの科から1日に書かれるカルテは1つのみです。そして例外なく、

Overnight/Interval event
Subjective
Objective
- Physical exams
- Labs
- Tests
Assess/Plan
- 患者の簡単な HPI (2-3行)
- プロブレム毎のアプローチ

の形式に従って、記入がなされています。HPI が 2-3 行でまとまっていることが多いので、途中からフォローに入った医師も簡単に患者の様子を把握することができますし、便利です。入院時の主科の初診カルテには、しっかりとした HPI が記入してありますし、その後も毎日系統だったカルテが書かれているので、日本でよく採用されているサマリーがなくとも、問題なく経過をたどることができます。

ただその代わりに、気軽に誰もが気づいた時にカルテを（短文でも構わず）書き加えるという日本式スタイルでないため、患者の小さいプロブレムやちょっとした訴えなどが細かく記録されるようなことがないのは、患者視点で細かい部分の Hospitality を実現するという意味では劣っていると感じました。では仮に患者に何か問題が発生した際にどう対処するかというと、気づいた医療スタッフ（主に看護師）が主科の Resident に直接 Page (Pager というポケベルのようなものを利用するか、JHH 専用 Messenger のようなアプリを使用) するか、Text か Call (日本のピッチというものがいないため、個人の携帯電話を普通の通信媒体として使うのが一般的) を介して伝達されることとなります。その都度の細かい変更に関しては、薬剤変更などであればオーダー歴から辿ることが可能ではありますが、その具体的な背景などについては後日のカルテに Fellow や Resident が記録しない限り、永遠にわからないままとなってしまいます。

さて、JHH では携帯電話のような各自の媒体でもカルテにアクセスできるのですが、これは特にコンサルト科においてはかなり便利なシステムであると感じました。Page からカルテ閲覧まで携帯電話

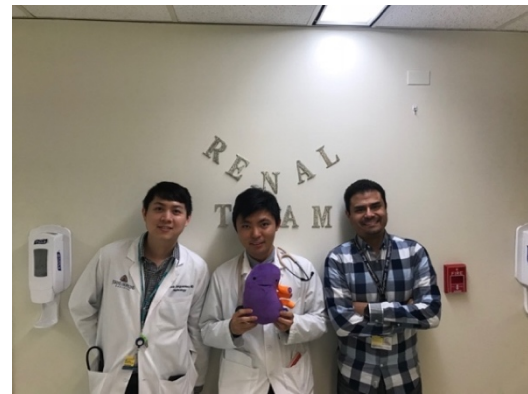
で行えるというのは、20名を超えるフォローを行う Nephrology のチームの中で必要不可欠なツールとなっており、回診中でもスマートに情報を得て、それを元に即座に次の行動に移すことができます。個人情報保護の観点で昨今、日本は雁字搦めに行動やシステムが制限される傾向にあります。それでは労働の効率化に逆行することになりますし、ひいては患者へのその利点の還元を妨げることに繋がりますので、ある程度の部分で折衷案を見出すことが重要であると考えます。(前述の通りですが) JHH では、携帯電話からだけでなく、同じ仕組みで自宅のパソコンからも自分の ID/PW でログインすることでカルテを閲覧することができます。合理性を追求したシステムに感銘すら覚えました。

一方で、Nephrology というコンサルト科を経て考えたこととして、前述の通り Attending は頻繁に変わりますし、長くチームとして見ているといった Fellow さえも長くても2週間ほどしか1人の患者をフォローしていないため、その都度患者のもとを訪れる医師が(同じ科から来ているとは言っても)異なるという現象が発生します。先ほどの閉塞性腎盂腎炎の患者 A について考えると、4つのチームからフォローをされていますので、1日4回ほどの医師からの診察を受けることになり、同じチームからは Fellow のみの診察とチームでの回診の1日2回の訪問を受けると仮定すると、のべ1日8回の診察や説明を受けることになります。そして翌日には、チームのメンバーの一部が変更になったと仮定すると2日間で6-7人のあらゆる科の医師と15回ほど関わることになるわけです。医療事情に精通していない患者視点では、これでは科毎の説明を頻回に受けることで、治療方針について混乱が生じることも多々あると考えられますし、これで回診中には"我々はチームであなを全力でサポートしている"と言われても、チーム内およびチーム間において行われているのは伝言ゲームであり、どこまでしっかりと情報共有が行われているのかと疑心暗鬼になるのは仕方ないことかと思えます。ある程度の一定期間、少人数の医師が継続してフォローすることで、患者と医師の間での信頼関係も生まれると思いますし、少人数で患者を一元的に近い状態で管理することによって、患者の高い満足度を得やすいという面も現実には存在すると感じます。外来ではなく病棟において、1人の医師に1人の患者に対しての責任を、あまりに長期間集中させることはその医師の QOL 視点から好ましくないとはいえますが、分業制、専門性を極めた結果がこの時期的かつ部門的に

分断されたチーム医療体制につながっていると思うと、何か考えさせられるものがありました。

米国では、専門性を極める方向に向かいすぎた結果、日本ではコンサルトが憚られるほどのプロブレムであっても少しでも自らの専門外であると、責任を逃れるかのようにどんどん他科コンサルトにかけられる傾向が生じているのも事実です。その分専門性の高い医療が患者に提供され得るという面もある一方で、せっかく日本以上の系統だった IM Residency 制度が存在するのにも関わらず、そこで培われた良い意味でも Generality が途端に失われてしまうのかと思うとなんとなく残念に感じます。

他の日本人の先生から伺ったところだと消化器内科の医師でさえも、超音波検査自体が放射線科管轄になってしまっているために、例えば一般的な胆管閉塞の超音波所見さえも放射線科のレポート頼みになってしまっている現状があるそうです。消化器内科の医師であっても腹部超音波検査を自ら施行できないし、画像所見を読むことすらできないという、高度な専門性を追求したことによる弊害も生じつつあるという点では、"深さ"を追求する米国の姿勢と、日本の(特に地方で見られる)"横の幅広さ"をカバーしないといけない姿勢の中庸が本来あるべき医療のあり方なのではないかとも考えます。



*お世話になった Fellow の先生たちと

§ CUMC 実習 Cardiology 5/29 -6/22

2018年5月29日から6月22日にかけて Columbia University と提携している New York Presbyterian Hospital (CUMC) にて Observership を行いました。Attending としてご活躍中で、鉄門の先輩も島田悠一先生の Shadowing をさせていただきました。General Cardiology の Consult Service にて、一般病棟や CCU 等に入院中の患者を常に10名前後フォローするチームに所属させて頂きました。本チームの構成は、Attending の島田先生と

Fellow 1 人、そして Elective で近くの市中病院から短期で来ている Resident 1 人と私というものでした。

例のごとく Observership ということもあり、カルテの閲覧権限がないため、患者を担当することや 1 人で患者の診察をすることはできません。ラウンド中に質問をしたり、島田先生には大体 1 日に 1 つのお題を貰い、それについて調べてきて、簡単に次の日に発表をするという形で実習中学ばせて頂きました。先生が大変教育的で熱心に指導して下さったこともあり、身体診察や Common な病態である CHF や AFib 等におけるマネジメントの方法についてエビデンスを元に一通り勉強することができました。鉄門出身の IMG でありながらも CUMC という一流施設で Attending として働かれていらっしゃる島田先生のすぐ隣で、つきっきりで学ばせていただけただけなのは、単なる臨床実習という枠組みを超えて全てが勉強となりました。この場を借りてお礼申し上げます。本当に有難うございました。



*New York Presbyterian Hospital の渡り廊下



*患者専用ラウンジ。掃除のおじさんがプロ並みの Jazz の演奏を披露していたりする。

§ JHU 実習 Cardiology 6/25 -7/20

2018 年 6 月 25 日から 7 月 20 日にかけては再度 Baltimore に戻り JHH の Cardiology にて Clinical Clerkship を行いました。間が空いての実習ということで、再度手続きをし、登録料を支払わなくてはならなかったのですが、2 度目の手続きということや JHH の建物に慣れていることもあり、スムーズに手続きを進めることができました。

(1) 具体的な実習内容について

Cardiology department は範囲が広く、多岐に渡る部門から構成されますが（興味がある方は JHH の Cardiology Fellowship のカリキュラムの HP をご覧ください、なんとなくイメージが掴めると思います）今回実習を行ったのは PCCU (Progressive Cardiac Care Unit) における病棟実習でした。PCCU は CCU よりも軽症な患者が入院する病棟であり、Cardiology 管轄になっています。Cardiology の一般病棟といって差し支えないと思います。PCCU には General cardiology team と Cardiomyopathy team の 2 つがあり、私は前者に配属となりました。同じ時期にギリシャからの留学生の子と一緒に回っており、協力し合って実習を乗り切りました。2 つのチームにそれぞれ Attending と Fellow が 1 人ずつ、Resident が 2 人と Intern が 1 人いました。チームごとに 10 名ほどの患者を常にフォローしています。疾患としては CAD/ICM, CHF, AFib, Severe AS が主なものであり、一般的な病態が多かったため、"もし自分が研修医として働いたのであれば"という仮定のもと担当患者のフォローに当たらせてもらったのは現実味を帯びたトレーニングとして本当に良かったと感じています。

生活スタイルとしては、7 時すぎに病院に行き、カルテを確認して患者のもとに赴き、簡単な診察と状況把握をします。だいたい持ち患者は 2 人で、8 時からの回診に合わせて準備をします。11-12 時にはラウンドが終わり、その後 Fellow 向けの Cardiology Conference (Attending の講義を聞くものから Mayo Clinic の有名な Board review video を 2 倍速で見るというものまで様々) か IM Resident 向けの Noon Conference に出席します。後者の Conference はトピックが毎回実用的でかつ Resident 向きなので本当に勉強になりました。どこから予算が出ているのかと疑うほどの美味しいランチも食べることができます。Resident しかいません

が、学生である私はこっそり参加して聴講していたので、後輩の皆さんにもオススメです。場所は Nelson 病棟の近くの小さい Hall です（名前は忘れてしまいました）。Conference が終了すると、あとは基本的に Resident に付いて仕事をもらうか、Fellow に頼んで講義をしてもらうかになります。Fellow によっては大変教育的で様々な資料をくれたり、一対一で指導をしてくれたりと本当に嬉しい限りでした。

さて、午前中のラウンドについてですが、これが一番のメインイベントになります。タイトなスケジュールであった Nephrology のラウンドとは異なり、3時間ほどかけて10人をチームで回るために十分なプレゼンの時間が確保されています。学生は持ち患者に対しては誰よりも詳しくないとならないとの考え方のもと、プレゼンも、フルプレゼンで原稿なしを要求されることが多かったです。初めはかなり戸惑いしましたが、ポイントを押さえた上で、内容を記憶すればいいとコツを掴み始めた後では、昔の自分が聞いたら驚くであろうほどに、すらすらプレゼンができるようになりました。途中で2回ほど、与えられたトピックに対しての自由な口頭プレゼンをする機会を与えられましたが、こちらはラウンド中のプレゼンと異なり、型が決まっていないこともあり、なかなかスムーズに行かず不完全燃焼で歯がゆい思いをしました。ラウンド後は直近に行ったカテや TTE を画像、チームで読んで確認していたので、Cardiology 領域の画像診断にも以前より慣れることができました。

【参考: Follow-up プレゼンの話し方について】

基本的な型は以下の通りです。なお、新患については全てを詳しく話すことになるので、5-6分かかっていた印象ですが、Follow-up ということになる主 HPI や A/P を述べる前の1行 HPI プレゼンは省略されることが多く、1-2分でまとめていました。また Attending の好みによっても左右されるので、Resident の先生のプレゼンを参考に真似をするのがお勧めです。

患者の HPI (2-3 行)

Overnight/Interval event

- 24 時間以内に起きたこととその対処

- 昨日変更した治療法に対する変化

(以下、上記で話していない事項について)

Subjective

Objective

- Physical exams

- Is/Os (アイズエンドオーズ と読む, In/Out)

- Labs

- 直近の Tests (EKG, TTE, PET/CT etc.)

Assess/Plan

- 患者の簡単な HPI (1 行)

- プロBLEM の列挙

- プロBLEM 毎のアプローチ

(2) Cardiology department と個人的な所感

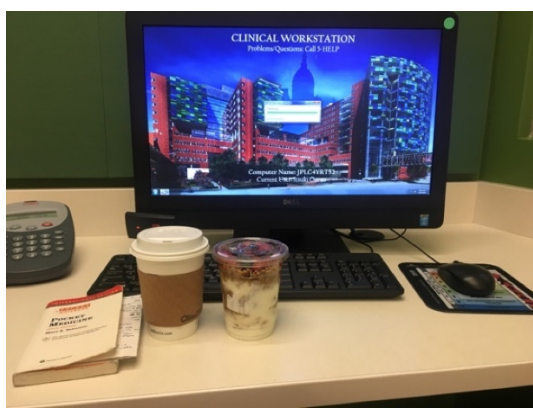
Fellow の先生方は全員講義が上手で、筋道だったプレゼンをして下さいます。各自で作ったパワーポイントの資料も多く持っており、聞きたいトピックについて提案をすると、それについて即席で系統立った指導をして下さるので、数年後にここまで実力を高められるだろうかとの自分の今までの勉強不足を恥じると共に、憧れるようになりました。実力をしっかりつけられるのも Fellowship の確立したプログラムの環境によるところが多いのかもしれませんが、Fellowship のプログラムの HP を見ると分かりますが、それぞれの主要な分野について一定期間臨床に従事し、豊富な症例数のもと Attending によるフィードバックと Resident への教育を繰り返す中で、知識が有機的に身につくと共に、考え方もクリアになるのでしょうか。手技自体や幅広いプロBLEM への対処力は日本人に分があると思う一方で、やはり EBM を元にしてロジカルに考える力や、それらを説得力のある形で発表し、人に伝えるという能力に関しては、やはりどうしても米国の医師に及ばないものだと実感しました。

Attending の先生になるとまずほとんどの有名な Study の名前と概要は覚えているもので、ラウンド中も"この患者には〇〇の投与をすべきだよ、なぜなら〇〇年の〇〇 trial では〇〇が有意に Mortality rate を減少させたからね"といった内容を息をするように話しますし、EBM の浸透を実感した次第です。それだけではなく米国の医師は基本的に疑問があると、まず最初に参照するのが UpToDate であり、"〇〇先生が言っていました"といった耳学問よりも"UpToDate には〇〇と書いてあります"という会話が飛び交っていました。これはもはや UBM (UpToDate Based Medicine) なのではないかと思いますが、日本で実習をする中では滅多に見られな

かった光景であり、言語がこのように情報格差をこうも著しく生み出すのかと悲しくなりました。

本実習を通しては、米国の IM の Subspecialty の中でも Competitive な Cardiology という分野で、かつ一流施設でもある JHH の Fellow の先生方の実力や、彼らの勉強方法に直に触れられたのは、個人的に今後の努力の方向性を決める上でも、目標という意味でも本当に有意義でした。JHH の Cardiology department では CUMC と比較すると IMG が多いこともあり、自分と似た境遇の先生も見つかったことで少しばかり勇気付けられたことも思い出します。

その一方で、今までの実習では私のすぐ上の地位の先生が Fellow であつたりと、近い実力の人が側におらず、知識的にも英語力的にも本当に厳しい思いばかりをしていましたが、Cardiology の実習で初めて Intern や学生と共に回ることができて、知識面では努力次第で負けず劣らずのレベルで戦えることを実感できました。ただ海外の学生と比較すると日本人だけ (or 自分だけ) がなぜこんなにも英語ができないのかと落ち込むことが多かったのは確かです。ただ4ヶ月もすると英語は少しマシになることもあり、Listening も Speaking も日本語を介さずにスツと In/Output できるような感触を掴み始めることができましたし、少なくとも論文や教科書を英語で理解する能力は格段に上がったので、辛くもがき続けた4ヶ月は全くの無駄ではなかったのではないのだろうと感じます (少なくともそのように思うようにしています)。



*朝のラウンド前の作業時の1コマ



*PCCU の病棟です。部屋1つ1つはかなり大きく、全てが個室。部屋毎に PC が1台あり、部屋と部屋の間にも PC が1台あります。

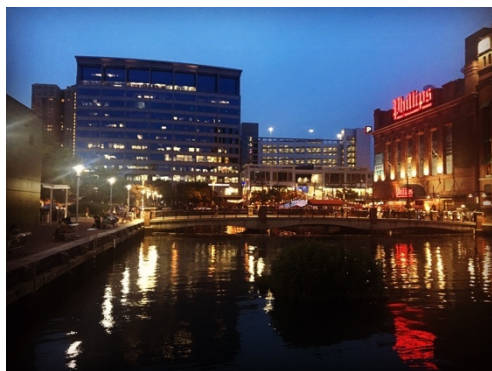
§ 最後に

学生として実習に参加している中で一番に感じるのが教育の違いと文化の違いでした。端的に言うと、日本での実習と異なり、米国での実習は非常に充実していました。大学病院でなく、他の日本の教育病院ではどのような教育体制になっているかについてはわかりませんが、臨床実習自体は、学生がどれほど責任感を持った上で患者さんに関わることができるかによって、学習効果が全く異なると感じます。

JHU での実習ではとにかく自分の意見を求められますし、黙っていると何も考えてないものとして扱われます。"理解しているということは、人にそれを分かりやすく伝えられるということである"といった原則に基づいているのでしょうか。"4 択問題が解けるだけでは太刀打ちできないのが、実臨床"という当たり前の事実気付かされたと共に、米国で重要視されているプレゼンも、繰り返す中で同様の思考回路を強制的に回すことで、自分が理解していない部分を洗い出し、理解している部分に関してはその考え方を更に自分自身に染み込ませるという訓練の一環だと感じるようになりました。クルズスを何万回と受けても主体性がなければ知識は定着しませんが、1週間原稿なしのプレゼンを繰り返すだけで、否応無しに重要なロジックは身につきます。

巷で流行っている"言語化"という行為は、自らの思考や感じ方を強制的に言語という媒体をもとに外部へ発信し、その内容を言語へ切り替えようとする努力や、発信した言語を反芻し自らで捉え直すことで、理解を深めようとする営みです。個人的には、世の中の全てが言語化できるはずもないですし、言

語はあくまで道具であるので、この営為によって内面に抱いているものが陳腐になってしまうのではないかと危惧するがあまり、"言語化"という響きに嫌悪感を感じているのですが、もしかするとこの感じ方は日本人独自のものであるのではないかと考えるようになりました。少し違うかもしれませんが、"沈黙は金"という諺にもある通り、所謂"おしゃべり"を美德としない空気が、ディスカッションやプレゼンといった科学における道具を文化的に遠ざけてしまっているのではないかとも思います。悲しいかな、米国では通常のコミュニケーションを取る中で、感覚的にも彼らの中で違和感無く、"言語化"を通した利益を自動的に享受しているのです。日本人としてはあまりにお喋りである人を前にすると胡散臭さを感じてしまう一方で、米国では Ted に代表されるような"素晴らしい"プレゼンには、心からの拍手とスタンディングオーベーションが送られます。日本人としての矜持を保とうとしつつも、米国の(一部の)嫌らしいほど優れた効率的な仕組みを目にしたりすると、もどかしい気持ちにもなります。



*Inner Harbor の夜景

このようなどこか引っかかる違和感だけでなく、本当に驚かされた文化的な違いは多数感じられました。全てはここには書ききれませんが、特に驚いたことを列挙すると、

- ・患者の病院着が、裸にガウンを羽織っているだけ。診察や手技はやりやすいものの、無頓着な男性は明らかに、はだけている。
- ・病院食があまり健康に良くなさそうな上に、尿入りの尿器がお盆の上に置かれていたりする。
- ・医療者はラウンド中でも飲み食い OK。ピザを食べながら走る医療者に廊下で遭遇する。
- ・廊下で大きな声で歌いながら踊っている医療従事者が少なからずいる。

- ・病院の正面玄関に集まる、タバコを吸いながら談笑する、点滴をつけた患者たち。
- ・手術着やスクラブのような格好で普通に地下鉄に乗る。
- ・(おまけ) 夕方以降になると爆竹なのか、銃声なのか判別のつかない巨大な音が聞こえる。

といった有様で、まるでドラマのような出来事が普通に起こっています。米国で研修医をしている AMG の友人に聞いたエピソードで、"ER で患者に薬を飲んでもらおうと、ちょうどそこにあったジュースをあげただけど、ついさっき検尿したばかりの尿だったらしく、少し飲んじゃった患者さん、激怒してたよハハハ"という話があり、幾らなんでも彼が話を盛っているものだとばかり思っていたのですが、米国での実習を終えた今、あながち嘘ではないのかもしれないと感じるようになりました。

細部における丁寧さや気の遣い方という意味では日本に明らかに分があり、医師による診療体制という点でも私自身は絶対に日本で医療を受けたいと思います。米国では(大多数にとって)神は絶対的にキリストであり、"細部には宿らない"ためではないかなどと下らないことに思いを巡らせたりもしましたが、(成果主義において)本質的な所だけに焦点を当てて(とは言っても日本人である私からすると細部への Hospitality も本質ではないかと感じてしまうものの)帳尻を合わせるかのように結果を残してくる米国の底力には凄まじいものがあるなと感嘆の念さえ覚えます。

では、その底力はどこから生まれてくるのかと考えるに1つには圧倒的な経済力が挙げられ、もう1つには言語的アドバンテージがあるのではないのでしょうか。資本主義の権化とも言える米国社会には Baltimore の街並みに見られるような根強い格差の現実があるにしろ、集まるところには圧倒的な資金が集まっています。医学という世界で言うと、それは研究費として還元されますし、医療という世界でも分業制を敷くために、医師以外の人件費としても大きな投資がなされます。資金があれば、優秀な人材も集まりますし、優秀な人材は、より魅力的な環境を作り上げることができると、それにより更に世界中から優秀な人材が集い、技術やアイデアが豊富に生まれるでしょう。そしてそのサイクルが数周し、絶対的な強さを一度手に入れてしまえば、その環境やしきたり自体が世界のルールとなります。

一度ルールとなったものを変えるのは難しく、ルール内での勝負を挑むのであれば違った差別化を図る他ないという点で、アジアが欧米に立ち向かうための歯を食いしばった努力はもはや単に、レッドオーシャンで辛うじて生き残るための岸を探そうと、必死で藁を掴もうと躓いているだけに他ならないのではないかと悲観的に思ったりもする訳です。日本こそグローバル化の波に乗ろうと声高に叫ぶ人が多いですが、画一化に向かう世界の船に乗り遅れないことも大切である一方で、何か別のルールの土台を作ってしまうような所謂"破壊的イノベーション"を起こそうと画策するような視点も心の片隅に置いておかなければ日本としての存在感や独特の"良さ"というものは失われていく一方だとも思います。

さて話は少し戻り、米国の持つアドバンテージの1つである言語的側面についてです。昨年ミシガン大に留学された先輩が考察されていた、"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"という部分に関して、留学を経て非常に共感するようになりました。英語話者は、私たちに"母語ではない英語を高いレベルで駆使しているのだから自信を持っていい"と温かい言葉をかけてくださるのですが、その言葉とは裏腹に実際は配慮なしのマシガンスピードで話してくる先生が一定数いることも事実です（日本人なら、日本語を頑張って勉強していて自分に話しかけてくる外国人に対し、ネイティブスピードと語彙を以て畳みかけることはないでしょう）。彼らは第二外国語として他の言語を学んだ経験があるのかもしれませんが、あくまでそれは学問としての一側面にすぎず、英語という手段を取らないと情報戦に勝たず、海外では生きてすらいけない我々の必死さとは意味合いが異なります。彼らは逆に海外でも英語を話しますし、日本でさえも"Excuse me?"と声かけをしてくる程です。

すなわち医学の世界では、通常の診療業務でUpToDateのような媒体を、全員が苦勞なく利用できる優位性と、それを享受していること自体の優位性にすら気づいていない（気づけない）という二重の非対称性が存在すると言えらると思います。その非対称性を乗り越えないと医学の最先端を走ることとはできないだけでなく、最新の知識を知り得ないという現状は、純日本人からすると、進んで米国を中心とした土台に立たなければ（少なくとも臨床医学という世界では）話にならないことを意味しています。個人的には土台に立とうと、土台に立てたほう

が何かと得だからと、努力を自分なりに重ねてはいますが、非常に辛い道のりであることは確かですが、これからもこの道のりを前に向かって歩まなければ、"ストレスの少ない状態で土台に立ち続ける"ことは決してできません。日本の医学界でこれを全員に徹底させることは不可能ですし、根本的な教育改革を起こすといった変化がない限りは日本が臨床医学の分野で先進国になることはあり得ないでしょう。植民地の問題はあったにせよ、一度の歴史上の屈辱を経たインドや南アフリカのような国は、怪我の功名と言うべきでしょうか、そこからの出身者は結果的に米国の医療界で、少ない苦勞で活躍ができるようになってるのが現状です。彼らが経たように、我々もどこかの時点でこの世界の趨勢に迎合しなければならぬとしたら、と考えるとやるせない気持ちにもなります。

大層な考察となってしまいましたが、留学期間で様々なことを深く考えるようになったのは事実です。英語の面でも医学知識の面でも大きく成長できたように思いますし、本留学は自分の置かれた環境を相対化して考える機会を与えてくれ今後の人生においても大変貴重なものとなった気がします（日米の二元論に終始する傾向が強くなったのは自覚しているので、更に見聞を広げる努力をしようと思えます）。1年前の自分からは考えられないほど、様々な手続きにも慣れましたし、英語を用いることで世界が大きく開けることにも強く気付かされただけでなく、見知らぬ世界に飛び込む際の恐怖心も少しは無くなりました。

また4ヶ月という Elective としては長めの留学期間だったこともあり、全体を通して幅広い視点から、米国の医療事情全般を概観することができました。ここには書いていませんが、訪問診療や通常の外来の見学、心臓外科の手術見学、海外での日本語および英語でのポスター発表等、他にも多くの機会を頂き、経験することができました。慢性期から超急性期までカバーできたのは願ってもない幸運でした。

本報告書をここまで読んでいる方がどれほどいらっしゃるかはわかりませんが、後輩たちに積極的に留学の体験をしてもらいたいと思います。東大の協定でも、そうでなくても強い意志があれば留学は必

ず実現し、自分なりの学びを持って帰って来られることは間違いありません。

長くなりましたが、最後にお世話になった方々への感謝を述べて、本報告書の締めくくりとさせていただきます。留学の準備から全てを支えてくれた両親、名西先生を始めとした国際交流室の皆様（麻田様、櫻井様）、ホルムズ先生、奨学金を出して下さいました大坪先生、UKの実習でお世話になりました三隅田先生、Columbiaの実習でお世話になりました島田先生、実習前からNYでも大変お世話になった桑間先生、JHHでのNephrology/Cardiologyの先生方、そして一緒に留学に向けて準備をしたり励ましあった同級生の皆（特に後藤君の助け無しにはこの留学は不可能でした）、本当に有難うございました。他にも多すぎて名前を載せきれないほどの多くの方にお世話になりましたので、この場をお借りしてお礼申し上げます。

なお、来年度以降（数年後でも全く構いません）海外での実習を検討されている方や何か質問をお持ちになった方は、冒頭の連絡先まで、気軽にご連絡下さい。



*独立記念日"4th July"の Inner Harbor での花火