

2015 年度 M3 Elective Clerkship

The University of Chicago & McGill University

東京大学医学部医学科 M3 横山敬士

留学体験記

目次

0.	自己紹介・留学の動機	
1.	留学準備	
1.1	面接	
1.2	手続き	3
1.2.1	Chicago 大学	
1.2.2	μMcGill 大学	
1.3	英語・医学学習	
1.3.1	TOEFL	
1.3.2	USMLE	
1.3.3	英語学習	
1.4	その他	
1.4.1	住居	
1.4.2	持ち物	
2	Chicago	
2.1	Chicago	
2.2	The University of Chicago -Duchossois Center for Advanced Medicine(DCAM) Hospital-	
2.3	選択科 Rheumatology Outpatient Clinic	
2.3.1	実習概略	
2.3.2	Outpatient -実習 1-4 日-	
2.3.3	Presentation	
2.4	UChicago fellow 会	
2.4.1	UChicago fellow 会	
2.4.2	アメリカと日本の違い	
2.4.3	先生方から伺った海外留学について	
2.5	選択科+α Infectious Disease Department	
2.5.1	実習内容	
2.5.2	日本人 fellow	
2.6	大学外での Chicago の生活	
3	Montreal	
3.1	Montreal	
3.2	McGill University – St. Mary’s Hospital	
3.3	選択科 Emergency Department	
3.3.1	実習概略	
3.3.2	Non-acute	
3.3.3	Acute	
3.3.4	Overnight	
3.4	大学外での Montreal の生活	
3.4.1	研究室見学	
3.4.2	旅行	
3.4.3	遊び	
4	総括	
4.1	英語に対する考察	
4.1.1	人種・民族	
4.1.2	英語能力	
4.1.3	日本の英語教育・医学教育に対する考察	
4.2	先進医療に対する考察	
4.3	短期留学の意義	
5	終わりに	
5.1	私の連絡先	
5.2	謝辞	
6	写真	

2. 自己紹介・留学の動機

鉄門テニス部に所属し、M2で主将を務め、CBT一ヶ月前までひたすらテニスをしていました。その後怪我を理由にテニスから離れ、時間ができたために残りの学生生活で何ができるか考えて留学を決意しました。留学の動機は、大きく4つあり、

- ・ 時間があったこと
- ・ 過去にM3の終わりに留学に行った先輩方に憧れたこと
- ・ 英語・医学英語の勉強のモチベーションとしたかったこと
- ・ 将来自分が海外で医者として働く可能性を模索したかったこと

僕はM1まで外科医を志望していましたが、M1の Elective Clerkship(以下 EC)で初めて外科を回ってから、特に興味が湧かなかったためにとりあえず内科を志望するようになり、Clinical Clerkship(以下 CC)で診療科を回りながら自分の興味を模索しているところです。英語は留学を目指すM3の2月まで、受験以来授業のほか何も勉強していません。帰国子女ではありません。

3. 留学準備

6.1 面接

M3の臨床留学に関する推薦に関して、学校・CBTの成績、日本語面接、英語面接の3点で均等に点数をつけて評価するとのことですが、僕のCBTの成績は53位と決して褒められてたものではありませんでした。正直これで医学部当初からしっかり勉強している他の学生と争って推薦を取れるのかと懐疑的でしたが、とりあえず

- ・ 面接を受けて減るものはない
- ・ これまでの人生で面接を真面目に受ける機会がなかったこと
- ・ 面接自体が勉強のモチベーションになる

という意気込みで面接に望みました。自分の医学知識の不足を感じていたため、USMLE受験の必要がないアメリカの大学であった Michigan 大学と Chicago 大学を希望することにしました。面接は6/12にあり、当初は面接前までにTOEFLを受ける予定でしたが結局面接のあった週末に受けることとなり、もう少し早めに準備して面接前に結果が出るくらいにしておけばよかったと思いました。面接には直接面接に関しては自分で聞かれそうなこととその回答を20ほど、日本語と英語とどちらでも答えられるように書き出して暗記しました。日本語面接は事前に提出したEC応募用紙の内容に関連したこと、英語面接に関しては自己紹介から始まり、自分の動機について Green 先生と Holms 先生に自由に突っ込まれるという形式でした。おそらく周りの人の話を聞く限り、その人の英語力に合わせて質問される内容がかなり違ったことと思います。突っ込まれそうなことをうまく誘導し、準備しておくと思います。また、英語面接対策として Holms 先生の授業に積極的に参加するということをしていた学生もいました。自分の英語力と印象値を同時にあげられるので、これをおすすめします。面接の結果、僕は第二希望であった Chicago 大学に推薦が決まりました。成績が低い分を取り返せるだけの面接の出来とは思えず、落ちただろうと感じていたので嬉しかったです。

6.2 手続き

6.2.1 Chicago 大学

Chicago 大学は今年度から提携が始まり学生を送ることが決まったということもあり、他の大学では推薦が決まってもいけないこ



とがあると聞き、先輩からの情報が何もなくかなり不安でした。同期で同じ Chicago 大学に決まった井上さんと不安がっていた記憶があります。

そのため、基本的に丸山先生から頂くメール・フォームに沿って手続きしていました。1 月実習希望であれば 9/1 ま

- ① Pritzker/CGH Visiting medical student application form
- ② Curriculum vitae in English
- ③ Copy of passport and visa
- ④ Immunization documents
- ⑤ Letter from dean at home institution that states the student
- ⑥ Proof of personal health insurance in English
- ⑦ Official transcript from home institution in English
- ⑧ TOEFL score

を提出します。Chicago 大学は手続きでかかる費用の他に授業料など必要ありません。

TOEFL は具体的に何点必要か提示がなかったように思いますが、100 点あれば十分と予め丸山先生に言われていました。

Immunization に関して、胸部 X 線画像を提出していたにも関わらず、12/21 に急に QuantiFERON 検査(QFT)の結果が必要だと言われました。QFT をしてくれる都内の病院を探して、証明書を発行してもらい、それだけで 2 万円ほどかかったのが痛かったです(QFT に関しては、僕が夏に受けたツベルクリン反応検査の結果のために求められたのだと思います。おそらく全員が提出しているのではありません)。また、学校で Mumps の抗体価を測定してもらった M0 時に陰性値でしたので、9 月時点ではその後の二回の Booster の記録をつけて提出しました。その後 12 月に抗体価を測定して提出するように言われ、結局 QFT と一緒に測定しました。英語の Immunization record は初回に限り保健センターで無料で出してもらえました。

9 月からほとんど音沙汰ないまま 12 月になり、実習ちょうど一ヶ月前に第一希望の診療科で実習させていただくことが決まりました。自分でメールを先方に差し上げた直後の一ヶ月前であったので、もしかしたら自分で予め連絡をとっておけばそこまで遅くならないのかもしれませんが。アメリカに三ヶ月以上いる可能性がなかったので、Visa は取らずに ESTA で入りました。ESTA は 12 月に留学が決まってから一日で取ることができます。

6.2.2 McGill 大学

McGill 大学は推薦の必要はなく、個人応募の大学です。アプライしたければとりあえず先輩方に話を聞いてから手続きを始めるのが良いと思います。これまでも先輩方が応募されていて、特に断られたという話も聞かないため比較



的留学しやすいと思います。僕は行くなら二ヶ月以上行きたかったので、Chicago 大学に応募することが決まってから北米の大学でもう一ヶ月と考え、比較的授業料の安く、先輩方も応募されていた McGill 大学に応募しました。McGill の応募は基本的に自分の実習の始まる四ヶ月前までに応募を済ますということでしたが、四ヶ月前までなのか 16 週前なのかよくわからず、結果的に 2 月の応募としました。McGill 大学への応募は

AFMC Student Portal <https://afmcstudentportal.ca/institution/uMcGill/>

を参照し、ホームページの指示を読んでネット上で書類を提出するという形式です。応募締切が他の大学に比べて早く、また抗体検査、学校に発行してもらう Malpractice Insurance、また胸部 X 線の画像を提出させられるため、準備に一ヶ月強かかりました。僕は準備が遅く 9 月初旬の提出となり、他の人より遅く、10/30 に Acceptance letter が来ました。希望は自分の希望した科にそのまま決まりました。学内の面接が終わり、結果が来た時点ですぐ McGill 大学への申込の準備を始めるのが良いと思います。

6.3 英語・医学学習

6.3.1 TOEFL

前述したとおり、6 月にある面接までに結果が出るように試験を受けるのがいいと思います。試験を受けてから二週間ほどで結果が届きます。TOEFL の勉強としては

- ・ 2 月頃から単語とリスニングだけ少しずつ勉強。
- ・ 受験一ヶ月前から TOEFL 対策本(TOEFL Test Official Guide:公式ガイドブック、Official TOEFL iBT Tests:公式過去問題集)で勉強をはじめる
- ・ 受験一週間前から Speaking の汎用性の高い例文をひたすら作って覚えて暗唱
- ・ Official TOEFL iBT Tests の 3 分の 1 終わったくらいで受験(6/14)

結果として 101 点(R29,L25,S22,W25)だったので、その後二回目を受験することなく終わりました。R はうまく出来たと思いますが、L,W は改善の余地ありという感じだったので、慣れれば慣れるだけ点数は伸びると思います。S はよくわかりません。よく言われているのは東京大学受験時の英語の点数と一致するということですが、TOEFL は特に Speaking と Writing に関してテクニック次第でどうにでも点数があげられると思うので一概には言えず、英語の発音の良し悪しが点数に大きく関係するという話もあります。点数だけ欲しければきっちり受験テクニックを把握することが何より大事だと思います。そのため TOEFL では自分の英語力を測る客観的な指標とはなりえず、純粋な英語力向上に繋がるか疑問です。

勉強を始めるまでのハードルが非ネイティブには高いですが、

- ① <http://yuma-wharton-j.blogspot.jp/2012/07/2toefl.html>
- ② <https://www.notefull.com/content.php?pgID=595>
- ③ <http://www.findscore.com>
- ④ 鉄門テニス部神馬先輩(2016 年度卒)の TOEFL 対策プリント

をしっかり参照してから TOEFL 対策本からいきなり始めるのが良いと思います。①はいかにうまく点数を取れるか本番のテクニックとして参考になります。②は特に Speaking と Writing の動画を参照するといいいのではないかと思います。英語でレッスンしているので、実際に英語で Speaking するときのイメージがしやすくなります。③ではコンピューター採点を無料でしてくれるので毎日 1 問解きました。僕はもともとタイピングが非常に遅かったので、ブラインドタッチの練習にもなっていたいい機会でした。タイピングについては TOEFL を受けることもあり、3

月くらいから練習し始めていました。④は先輩がまとめてくださった対策プリントであり、Writing の例文も含め非常に参考になりました。TOEFL には予備校がありそこに通っていた人もいますが、個人的にはこういったサイトでうまく本番対策ができるので必要ないのではないかと思います。

6.3.2 USMLE

CBT で自分の医学知識の不足を自覚したため、僕はまず日本語で勉強することが先決だと思い、M3 の 3 月からたまに Step1 を参照しながらテコムを見て勉強し、8 月下旬から Step 1 Q&A を解き始めました。本当は留学前に受験してから行きたかったのですが、正直どれだけ時間がかかるのかわからなかったので 12 月に受けるか迷って結局受けることができませんでした。8 月～12 月は Step1 と Step1 Q&A、USMLE world を使って勉強し、12 月には模試も受けました。模試の結果を見る限りですが、結果的には合格を目標とするだけなら 12 月に受けてもおそらく受かったのですが、受験を考えている人は準備期間の参照にだけしてください。対策の詳細については過去の成績優秀者を参考にしてください。僕は受けなくて後悔しました。

Step1 を受験しようと思っている人の多くが EC の留学も考えているかと思いますが、学生中の Step1 の受験時期に関して、

- ① M3 夏、Step1 必須の大学への推薦者は 8 月に受ける。きちっと勉強してきた成績優秀者向け。
- ② M3 冬、12 月あるいは 1 月の留学前に受ける。一般的？
- ③ M4 春、留学から帰ってきてあと 4-5 月に受ける。周りの人がマッチングの準備をしている中、Step1 受験をしなければならないので焦るという話を先輩から伺う。
- ④ M4 冬、11-12 月のマッチング後国試前に受ける。国試勉強との両立を迫られるので、ここで受けている先輩は精神的に辛そう。国試に落ちてしまうという話も少し伺う。
- ⑤ M4 国試後。周りが旅行に行っている中ひたすら勉強できる精神的強者。

の 5 つに分けられます。USMLE を勉強する中で受験時期を意識したので、先輩の話を伺ってもっと前から考えておくのが良いと思います。

僕がもしもう一度 M3 に戻って Step1 受験を志すとすれば、CBT 受験前に国試用のテコムを見て勉強し、CBT を受験したあと USMLE を M3 夏～冬に受験したかったです。非ネイティブは英語で勉強するとどうしても学習が遅いので、先に日本語で勉強してしまってから +α として知識を詰め込むのが早いです。

6.3.3 英語学習

先述したとおり、TOEFL 対策だけでは英語の勉強としては不十分です。留学に行く二ヶ月ほど前から

- ・ オンライン英会話(Rarejob と DMM 英会話)
- ・ リスニング(インターネットに落ちてる適当なラジオ)
- ・ 海外ドラマ(医図書の ERseason1-4)
- ・ 同期との CS 勉強会

をしました。英語学習に関して、勉強しすぎることではないです。勉強しただけ報われるのではないかと思います。特に McGill 大学の救急科において、CS 勉強会をしたことは非常に為になりました。実際に患者と向き合っ

てやるのと練習では大きく異なりますが、やっていなければどうなっていたらと思うます。

6.4 その他

6.4.1 住居

Chicago の住居に関して、大学から寮の案内がありましたが、案内を見る限り CV など必要で、競争も激しそうであつたので、自分で探すことにしました。僕はホームステイを一度してみたかったので Homestayfinder というサイトを使いました。値段は朝晩飯付き\$780 でしたが、朝は結局自分で作り、夜飯は美味しくなく、食文化の違いをまざまざと見せつけられた形となりました。Hostmother はとても良い人でたまに大学まで送ってくれたりしました。African-American で相当に訛りが強く、着いた当初は何を言っているのかわからず大変でしたが、実習が始まってから Hostmother の言葉が特に聞き取りづらいのだという事がわかって少しホッとしました。Hostmother とのトラブルもあり、そういったことを含めて楽しめるならホームステイも良いと思います。ただし安全の面からおすすめはしません。しっかりと人を選びましょう。

McGill の住居に関して、先方から寮などの案内は来なかったように思います。救急科で時間帯が不規則であり、バスや電車によっては時間が合わないことがあるかもしれないと思い、病院に徒歩で迎える距離のアパートを Airbnb で探しました。\$600 で病院から徒歩 5 分と近く、冬の時期だったからか部屋も広い部屋を使わせてもらうことができました。同じ寮には、偶然同じ病院同じ時期に OB/GYN に臨床留学に来ていた台湾からの学生もおり、暇があつては一緒に飯を食べたり、遊びに行ったりしました。台湾と日本の文化の比較ができたり、その日の症例についてお互いに話し合ったりして、楽しかったです。

6.4.2 持ち物

服装に関してはしっかり準備していきましょう。今年は Chicago、Montreal とともに暖冬で、ラッキーだったなと皆から言われましたが、それでも寒い日は寒いです。Montreal の平均はおそらくマイナス 5 度くらいで、ヒートテックにチノパンと Y シャツ、厚手のコートでまあ十分という感じでしたが、寒い日はとてもそれでは生きていけないと思います。最悪の天候を想定して向かった方がいいです。ただし、なんでも向こうで手に入るのであまり準備し過ぎない方が荷物も少なくていいのではないかと思います。現地オリジナルの物も手に入ります。

Chicago は電話番号についている SMS で先生方と連絡をやり取りすることが主だったので、向こうで携帯電話を買うか、SIM フリーの携帯を持って行ったほうがいいと思います。Montreal は特に携帯無くても生きていけるかなという印象です。余談ですが、僕は Chicago のキャンパス内のスタバで携帯を盗まれるというトラブルに遭いました。悔しいと同時に、あっぱれという感。盗難には気をつけましょう。

勉強道具をどれだけ持っていくかという問題があると思いますが、自分の真面目さと相談してください。僕は Chicago 大学にいる時に発表をしたくてしたので、リウマチ科に関する専門的な参考書をもっていったらよかったと思いました。普段の実習においては Uptodate をなるべく参照しようとしていたので、そこまで参考書を持っていく必要はなかったです。

4. Chicago

4.1 Chicago

Chicago はミシガン湖西に面しており、以前は NewYork に次いでアメリカ第 2 位であつた大都市であり、1871 年の火事後の新都市計画のため、綺麗に基盤の目上に Street と Avenue が交差し、また有名な高層建築物が立ち並んでいます。特に John Hancock Center の展望レストランからの夜景は必見で、値段は高いですがその基盤の目が一

望できます。なぜ夏に来ないのかと着いてから散々聞かれますが(夏は過ごしやすい気候で、湖水浴もできる)、冬でも博物館・美術館・水族館が楽しめます。特に The Field Museum は展示も多くその凄さに圧倒されますし、外でも Millennium Park で高層ビルが立ち並ぶ中スケートができます。要するに東海岸の他の有名な大学を有する地域に比べ、Chicago は観光地として優秀であるということです。これだけでも Chicago に来る価値があります。



もう一つ大事なのは Chicago はあまり治安が良くありません。ダウンタウンとされるループの中心を基準にして、南に行くほど、西に行くほど治安が悪くなります。実際に行ってみて感じたことは、ダウンタウンではホームレスが散見されるだけでそれほど怖がらなくても大丈夫だという印象。Chicago 大学自体はダウンタウンから南にある 55thst-61stst の間にあり、それより南に行くとはほぼ African-American しか住んでおらず、大学キャンパス内も安全であるとは言えません。実際オリエンテーションの際に、キャンパスでも建物外では携帯や高価なカメラなど振りかざさないほうが良いと注意を受けます。また Chicago の先生のお話では、せめて 61st より北、女の子であればダウンタウン以北を目指して宿泊すると良いという話でした。

僕の失敗談を話しておく、大した情報もないまま Homestayfinder という website を使って、Chicago 大学より南 72ndst にあるお宅にホームステイすることとなり、通学のバス内では自分以外に African-American しかおらずビクビクしながら登下校していました。また実習終了後は遅くならないようにと先生方にすごい心配されました。たまたま 24 時位にバスで帰る時であっても特に何もありませんでしたが、Chicago 大学にはたまたま GSW が南の方から運ばれてくるということでしたので、高いお金を出してでも北の安全な地区に宿泊することをおすすめします。アメリカでは安全を金で買うことを学びました。圧倒的に治安に関する意識が日本と違うということを念頭に置きましょう。

4.2 The University of Chicago -Duchossois Center for Advanced Medicine(DCAM) Hospital-

Chicago 大学は Chicago 中心部から南に 10km 程のところであり、過去にノーベル賞受賞者を 89 名輩出している大学です。その中には、DNA の二重らせん構造を発見したワトソン博士や、バラク・オバマもいます。医学部の設立は Pritzker 家という Hyatt Hotel Group の一族の寄付を受けて設立されたため、'The Pritzker of Medicine'が医学部の正式名称です。医学部のアメリカ大学ランキングは 2015 年度に 10 位でした。その中で僕がいた DCAM Hostpital は各科の外来棟でした。



入院棟とは地上 2 階の渡り廊下を通じてつながっており、寒い冬でも外を歩かなくていいようになっています。

4.3 選択科 Rheumatology Outpatient Clinic

4.3.1 実習概略

Rheumatology を選んだのは EC を申し込む段階でリウマチ科に興味があったからです。自己免疫が関係していること、一つの臓器に留まらず全身性の疾患であることが内科のスペシャリストという感じが興味を湧きました。臨床留学としての要素を挙げると、

- ・ 拘束時間が適度。ハードすぎず、ゆるすぎない。基本的に 8am-5pm で実習が終わる。学生だからというわけではなく、外来がそれくらいの時間に終わるから。先生方の一日患者数によって実習時間が 30 分位前後する。
- ・ 他の学生がいない(時期の問題もありますが、Rheumatology は人気ではなく、Chicago 大学にとっては選択制で回らなくても良いそうです)。attending がつきっきりで教えてくれるので学びが多い、他の学生と患者の取り合いにならないというメリットも有ります。
- ・ 基本的に Outpatient で実習。日本ではなかなかできない外来にいて、再来・新患を担当できる。これは大きなメリット。
- ・ 日本ではなかなか見られないような膠原病(SLE/強皮症/PM・DM/混合性結合組織病(MCTD)/シェーグレン症候群/ベーチェット病/神経ベーチェット/顕微鏡的多発血管炎/リウマチ性多発筋痛症/成人発症型 Still 病/抗リン脂質抗体症候群/強直性脊椎炎/反応性関節炎/乾癬性関節炎/サルコイドーシス/痛風/偽痛風)を見ることが出来る。実際これら全ての疾患について診察できた。
- ・ 薬剤名の違いはあるが、使う薬は限られており、ハードルは低い。
- ・ 先生にお願いして Inpatient も担当したが、リウマチ科の Inpatient はコンサルで数も少ない。

個人的な感想としてはとても良かったです。現地の学生との交流が少なかったのが一番残念でしたが、リウマチ科も将来の診療科として考えていることを伝えると、先生方はしっかり教えないとおっしゃって熱心に教えて下さいました。また、現地の学生がいてその学生と患者の取り合いになることがあるという話を他の同級生から聞きました。リウマチ科は人気がないからか、それほど医者が多くないのにアメリカ人以外にインド人、シンガポール人、韓国人、イラン人の先生がいました。特にインド人の fellow の先生の英語は聞き取りづらかったのですが、第二言語としての英語を操る先生方のアメリカで働く姿を見て、日本人も日本に籠っているのではなく頑張らねば、と勝手に考えていました。ハードでない科だからか女性も多く、幼い子持ちの先生がほとんどで、QOL も高そうでした。外来に週 2.5 日だけ来て、あとは子どもと一緒に時間を過ごしているという先生もおり、大学病院にして悠々自適な生活だと感銘を受けました。リウマチ科であるという以外に、それを可能にする制度が整備されているのだと思います。

4.3.2 Outpatient -実習 1-4 日-

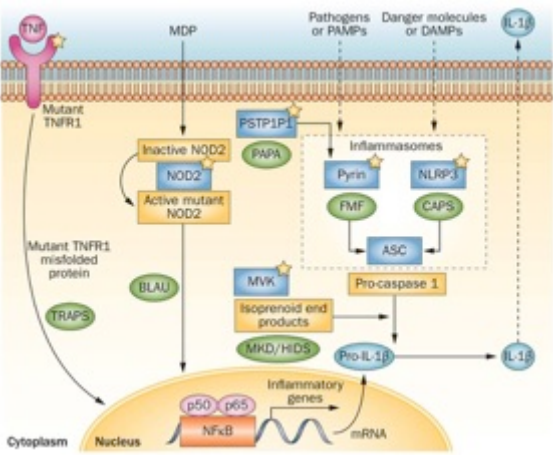
実習の様子が具体的にイメージできたらいいのではないかと思います、どんなことをしたかを初めの 1-4 日だけ紹介します。

▷初日は朝 7:30 から集合してオリエンテーションがありましたが、書類にサインをするくらいでそのあとは Immunization Record の確認と、mask fit test をし、ID を作って DCAM hospital にて実習を開始しました。Outpatient は予約制で、来た人からナースによって Vital や身長など測定し、部屋が空いたら部屋で医師が来るのを待ちます。初めに診たのは関節の腫脹・疼痛、発熱、貧血があり、Lupus flare として外来に訪れた SLE 患者でした。服薬として Cellcept(Mycophenolate)や HCQ を使っており、日本では HCQ は承認されたばかりだということで僕は全く知らず、抗マラリア薬なんて使うのかと驚きました(しっかり勉強しておけという感じ)。

▷二日目は午前が論文の抄読会でした。火曜日に週一回ある抄読会は主に fellow が担当しており、2 週に一回くらいのペースで担当が回ってきます。します。

一つ目の論文は Bechet disease の口腔潰瘍に対して Apremilast(PDE4 inhibitor)と placebo の比較した前向きコホート研究でした。Bechet disease は oral ulcer, genital ulcer, ocular lesion(e.g. uveitis), cutaneous lesion を 4 主徴とするアジアに多い病気です。PDE4 inhibitor により cAMP→PKA→IL-10 とシグナル伝達し、TNF , IFN-gamma が減少することで抗炎症作用があります。

二つ目は Autoinflammatory Syndromes と銘打って、右図 IL-1 のシグナル伝達の異常によって起こる複数の病態を紹介されました。一個一個対応し clear cut にまともっていて、免疫学はシグナル伝達の異常が病態に直結すると感じて面白かったです。またそれぞれが一切聞いたことのない疾患で、日本のリウマチ科の医師が果たして知っているのだろうかと思いましたが、Chicago 大学の先生も覚えていられるかと笑っていたのが印象的でした。しかし抄読会で紹介するということは少なくとも頭の片隅に留めておこうということであり、様々な背景の患者が来院するアメリカの大学病院ならではのなのかと思いました。



	FMF	TRAPS	HIDS	PFAPA	CAPS
Gene	MEFV	TNFR1	MEVK	Unknown	NLRP3
Age of onset	< 20	< 20	< 1	< 5	< 1
Inheritance	AR	AD	AR	?	AD
Ethnicity	Armenian, Turks, Seph Jews, Arabs	Irish Scottish	Dutch French	Any	Any
Fever length	1-3 days	> 5 days	3-7 days	3-4 days	1-3 days
Clinical Features	Rash, serositis	Rash, myalgia, conjunctivitis/ periorbital edema	Cervical LAD, splenomegaly, vomiting, rash, high IgD levels	Cervical LAD, stomatitis	Variable by type
Amyloidosis	Common	Common	Rare	No	Variable
Treatment	Colchicine, IL-1 blockade	Steroids, TNF or IL-1 blockade	NSAIDs, steroids, IL-1 blockade	Steroids, tonsillectomy	IL-1 blockade

参照：
Seza Ozen & Yelda Bilginer et al. A clinical guide to autoinflammatory diseases: familial Mediterranean fever and next-of-kin -*Nature Reviews Rheumatology* 10, 135–147 (2014) Published online 19 November 2013)

▷三日目は主に Dr.Ko についたのですが、一人で患者の診察に行きたいと申し出て、この日初めて一人で診察しに行きました。患者の病歴・身体所見をとり、attending に報告してから、一緒に患者に会いに行くという形でした。SLE の check-up にきた患者であり、三日前に胸痛を訴えがありました。うまく聞けなかった病歴聴取の反省として

- ・ CP の所見を聞くことに集中して Lupus の症状に関してすべてを聞けなかったこと (RASHORPAIN を想定する)
- ・ 病歴聴取の途中で SOB を訴えていたのに初発を聞けなかったこと
- ・ CP に対してどのような治療を行ったのか (病院には行ったのか)
- ・ 医者に求めることはあるか

なんだか頭悪い感じがしますが、実際病歴を聴取しようとするのでどこまで聞けばいいのか、何を目的に聞けばいいのか意識するのが難しいです。実際患者は CP を訴えて Cardiologist を受診していました。日本語でも難しいがと

くに英語になると会話自体に集中して何を聞けばいいのかわからなくなります。しかし、それもしっかり訓練を積み重ねれば大した問題ではなくなると感じたのも事実です。

▷四日目も朝から患者の病歴を取りました。一人目は経過 40 年の RA 患者。優しいおばさんという感じで話していて楽しかったです。lightheadedness, weight gain, intolerance to cold を訴えており、喫煙を中止したいという希望を持っていました。また RA 治療として Actemra(Tocilizumab(IL-6RA)), Rituxan(Rituximab(CD20 Ab))を使うかどうかという話になりました。

RA 治療として

Combination therapy =

SyntheticDMARDs (MTX, Sulfasalazine, Leflunomide)

+BiologicalDMARDs (anti-TNF, Anakinra, Rituxan, Orencia(Abatacept),etc)

が推奨されており、しかしお金がかかるため RAIA(HCQ, MTX, sulfa)の triple therapy の有効性も確認されているといえます。

あるいは薬剤の治験に関して、患者から参加できるか聞いていました。治験の情報などをしっかり把握してそれに参加できる体制が整っている、あるいは治験が豊富にあって患者の手の届くところにあるのだと感じました。

二人目は Inclusion body myositis の follow-up の患者。患者は以前に IVIg を受けており、そのことについて聞けと言われていたのだが、はっきりよくわからぬまま患者に会いに行っても何も聞けませんでした(主な症状:筋萎縮・筋疼痛・嚥下障害・構音障害・呼吸困難・間質性肺炎の有無・皮膚症状などについて聴取しましたが、IVIg 後の経過について聞くべきでした)。実際 Attending の話で聞き取れないことはままありますが、自分のやることくらい自分の言葉でしっかり確認してから行くほうが良いと反省しました。実習は勿論患者について報告しますが、聞くことが主で、自分で話す機会が少ないから、英語力の向上のためにもそうすべきだと思いました。

三人目は OA の既往があるが最近になって全身に関節痛、筋肉痛を訴え、ANA 上昇を認め、Connective tissue disease の可能性を評価する目的で来院されたの新患。事前に

- ・ morning stiffness, swelling, redness, tenderness, heat, hair loss, oral ulcer, genital ulcer, nasal ulcer, Raynaud symptom, blurred vision, weight loss など膠原病の諸症状について
- ・ 今回 intra-articular injection をしたいか

について聞けと言われていたのでそのまま聞きました。当たり前ですがうまく聞けました。その後 Dr.Trotter について一緒に患者の診察をしました。関節痛があるが筋肉痛もあり、腫脹がなく RA と合わない。また DIP 関節も侵されており、その場の診断としては OA+Fibromyalgia。その後の検査は RA、また甲状腺機能低下、その他のために CBC, ANA, RF, ACCP, CRP, ESR, SSA/B, hepatitis Ab, TSH, T3, T4 をオーダーしました。一個一個一緒に考えながらオーダーでき楽しかったと同時に、新患を持つ機会や、患者の前で学生に尋ねられる機会は日本ではあまりなく、教育の質の差を感じました。

4.3.3 Presentation

抄読会、あるいは Chicago 大学の resident のみが集まって毎日昼に行う様々な疾患の病態や治療に関するプレゼンテーションを見ていて思うことは、アメリカの先生方は皆プレゼンテーションが物凄く上手いということです。

Chicago で知り合った Northwestern 大学の医学生 Michael に聞くと、学生は授業として 5 分ほどのプレゼンテーションを毎週二回行うらしく、また大学以前にも当たり前のように皆の前でプレゼンテーションをする機会を与

えられています。僕達が英語を必死こいて学んでいる間にあなた達はプレゼン技術を学んでいるというわけだと言いつつ、そうかもねと笑っていました。一度日本に短期留学していたことのある Michael は、日本の人のプレゼンの下手さに驚いたそうです。悔しいですが、実際にそれくらいの差はありましたし、僕自身もプレゼンに対する苦手意識がありました。

Chicago 大学とは今年から提携が結ばれたというプレッシャーもあり、またこの機会に英語力を向上させたいとも考えていたので、学生担当の attending であった Dr.Dua に頼んで、最終週の論文抄読会で論文を何か発表させてもらえないかとお願いしました。抄読会は前々から発表する人が決まっており、あまり時間もないので 10-15 分程度ならと言われました。日本とアメリカの医療の違いについて何か発表しようと考え、Outpatient にいる中で一度も出てこなかった関節リウマチ(Rheumatoid Arthritis: RA)の MMP-3 についてパワーポイントを使ってプレゼンテーションすることにしました。fellow に尋ねても MMP-3 など聞いたことがないということでした。実際は臨床試験などにおいては MMP-3 は使われており、attending の先生方はご存知でしたが、日本のように実臨床で使われてはいないそうです。

とりあえず PubMed で論文を探した時点でアジア人の論文ばかり出てきたので、欧米であまり一般的でないと知りました。RA の症状・病態と一本の論文の紹介を 15 枚のスライドにまとめました。英語で論文発表などしたことなくなかなか大変でしたが、Michael の助けを借りてなんとか完成させ、発表しました。前日に何回も通して練習したからか、思ったより短い時間で発表ができてしまい、本当は論文を二本入れたかったのですが少し悔しかったのですが、実際抄読会の時間を押して発表させてもらいましたし、初めての英語発表にしては上出来かと思いました。Dr.Dua から褒めてもらい、単純に嬉しかったです。

4.4 UChicago fellow 会

4.4.1 UChicago fellow 会

1/23 に UChicago fellow 会なる、Chicago で働く fellow の先生方が定期的に集まる会にお邪魔してもらいました。もともと Chicago の小児の ICU で働いている曳野先生と学内で偶然お会いし、海外で働く日本人の先生方のお話を伺いたいと伝えたら会を開いて下さいました。そこにいらっしゃったのは他に感染症、消化器の先生方で、貴重な話を伺いました。(大筋、先生方のお話をまとめましたが、多分に省略してあり、参考程度に読んでいただければ幸いです。自分で直接お会いしてお話を聞くのが一番だと思います)

4.4.2 アメリカと日本の違い

先生方曰く、海外で臨床をする意味とはその深さと広さを広げる意味合いにあると言います。日本で臨床をしていたら、インフラやリソース、文化の違いもあって、向上するのが難しい。いい病院を選べば、いい先生のもとに学べば、勿論きちっとした医者になれる。しかし、東大病院で学ぼうと思ったら、一部独学で学べる人は学べるが、そうでなければ大きな格差の中において、一部の研修医、あるいは上級医は自分が底辺にいることすら気付けない状況にあると言います。海外の臨床医はある一定のゴールがきちっと定まっていて、そこに向かってきちっと教育する制度・文化が根付いていて、それを支えるリソースとインフラがあるということでした。

もちろんアメリカ内にも格差はあります。例えば同じ Chicago にある Northwestern 大学の方が小児医療に関して優れている、あるいはナース教育がしっかりしていて、fellow が当直で 30 時間寝れない状況があり、現場が崩壊しつつあるという話を伺いました。あるいは、日本では生体肝移植が頻繁に行われているが(成育病院)、圧倒的に日

本の方が件数は上であり、そこを目指すならばアメリカにいる意味がありません。

4.4.3 先生方から伺った海外留学について

先生方の話を伺って、アメリカ留学に何を求めるかということを深く考えることが必要ではないかと思いました。留学に関する問題は山積していて、それらをクリアしてでも行くだけの自分オリジナルの利点を見出す必要があります。実際行けばなんとかなるということもあると思いますが。

- ・ 日本では学べない医療があるのか
- ・ 世界水準を知りたいから行くのか
- ・ 海外に住みたいから行くのか
- ・ visa は、グリーンカードはどうするのか
- ・ 日本に戻ってからのポストはどうするのか
- ・ 長く続けた海外生活の後、日本の医療制度/病院制度にアジャストできるのか
- ・ 日本にいる家族といつまでも離れ離れで良いのか、夫/妻のキャリアはどうするのか
- ・ 子供は海外で暮らせるのか、いつから日本の教育に戻るのか、海外から日本に戻ることが果たして子供の幸せなのか、日本人として育てたいのか

先生方は全員 fellow でしたが、fellow のまま日本に帰ると金銭的な旨味が少ないと言います。アメリカの給与は department によって大きく異なり、人気の科ほど貰える給与が上がります。また、attending になってやっと fellow での給与の少なさを補える（アメリカにおける給与が少ないという話ではないように思います。おそらくアメリカで医師をすることにかかる費用を補うに十分なお金が、という話。）らしいのに、現実には Board と呼ばれる試験を受けて attending として働く資格を得たあと、多くの先生は attending をせずに日本に帰ってしまいます。あるいはその場にいた先生方は resident をしてから fellow になった先生方でしたが、resident をせずに fellow として留学する場合は、Board が受けられない可能性があると言います。実際の臨床留学の岐路としては

- ・ fellow、あるいは attending を数年してから帰る
- ・ 一生海外に骨をうずめる
- ・ 教授になって日本に凱旋帰国する

くらいのものです。そして、海外で日本人が教授の地位まで上り詰めるには相当な努力と運が必要であるから、実質は二択に絞られるのでしょうか。

個人的な感想としては、厳しい世界だなと思いました。海外に行くという決して楽ではない選択をした割にその旨味が少ない。海外で学ぶという日本人にとっては難しい環境に身をおくのだから、日本の体制としてもっとそれを評価するのでなければ、臨床留学をする人は増えない、または海外から医師が戻ってこないと思います。あるいは、日本の英語教育を向上させることが、臨床留学/研究留学を確実に促進するだろうと考えました。

また同時に思うことは、人間は挑戦できる時間が限られているということでした。人間が新しい地に身を置いて、そこで新しいことに挑戦するためにはエネルギーと時間と環境が必要で、その中でエネルギーが果たす役割は尋常でないと思います。30、40代になって今と同じように今と同じ感性で決断が出来るだろうか考える必要があります。そしてそのエネルギーまで考慮に入れて将来設計をするべきと考えました。

4.5 選択科+a Infectious Disease Department

4.5.1 実習内容

UChicago fellow 会でご一緒させていただいた江原先生にお願いして、実習期間最終週に二日間だけ Infectious Disease Department(ID)で実習させていただきました。具体的には江原先生にくっついて、Inpatient の 20 人ほどのコンサルを見学して回りました。

CF 患者 (ER のドラマの通り、挿管で呼吸管理されており、ミゼラブルでした)、LVAD 患者 (left ventricular assist device: 左心補助循環装置。左室から一旦経皮的に血流を外へ出し、もう一回大動脈へポンプで戻すという装置。crazy)、肺移植後患者 (crab なんとかとかいう前方横切開の手術痕があり、呼吸不全に陥っていた)、Sickle cell 患者 (外傷で足に感染)、AIDS 患者などいろいろな患者がいて、面白かったです。

特に Chicago 大学は移植患者が多く、ID にも免疫不全チームがあり、日本の患者とは違ったバックグラウンド、治療を受ける患者がいて、またその患者を担当する診療科も多岐にわたっています。日本にはない海外特有の感染症もあり、物珍しさやアメリカでしか体験できない医療という意味では臨床実習/臨床留学する診療科としてありだと思いました。また ID を回る Chicago 大学の学生もおり、アメリカの学生がいかに患者についてしっかり把握しているかが印象的でした。それぞれの学生が 2 人程の患者を担当していて、自分で抗菌薬のプランまで立てていました。先生曰く、診療科にもよるが医者の数の少ない ID では学生も戦力の一部と考えられているそうです。現地の学生はテスト・実習の評価も重要視されており、interview、あるいは診療科決定に響きます。学生が日本の研修医並みとはよく言われますが本当にその通りだと思いました。

臨床留学としての要素を挙げると、

- ・ Inpatient だけだとやはり東大と変わらぬ実習内容になりがち
- ・ 患者数が多く、どうしても全てを把握しづらい
- ・ 感染症はアメリカではそんなに人気がないためそこをどう考えるか

ということです。人気はありませんが、逆に言えば日本人やアジア人にとってポストを狙いやすい科ともいえます。

4.5.2 日本人 fellow

ID での実習を通して江原先生には大変お世話になりました。他の診療科も見てみたいと思ったこと以外に、海外で働く日本人医師としての英語力や働きについても知っておきたかったこと、実習を通してよりお話を伺いたかったのが ID での実習をお願いした理由です。

また偶然ですが、二日目の午後に江原先生がイリノイ大学の ID とビデオ中継で症例報告していました。イリノイ大学と毎週交互に行っているらしく、地域差からなかなか遭遇できない症例について学ぶいい機会となっているそうです。日本では聞いたことがないシステムだったので興味深かったです。症例はハワイ大学にいた頃に担当された患者で、胸痛と SOB が症状の肺に cavity のある患者で、Coccidioidomycosis と診断されたケース(USMLE で勉強するよくわからない感染症のアレです)。適当にメモを取ったので簡単に紹介すると

▷ Pt with a history of HIV infection was admitted complaining of SOB, acute CP. Chest X-ray showed RLL cavity and labs shows eosinophilia and ESR positive. He denied smoking history.

Sputum Cx grew septate hyphae s/o Aspergillus and Coccidioidomycosis. His CF(component fixing titer) was high. Dx was done with PCR, Coccidioidomyces IgG and Cx. Pathological findings showed granulomatous pink round spherule in macrophages.

Rx: Itraconazole for 3-6 months.

向こうの先生に鑑別診断を挙げさせながら、最近発症率が高いこと、患者の渡航歴を詳しく聴取（空港の transit でも感染しうる）することを強調していました。

江原先生は海外で暮らすことに大きな意味を見出していました。ID は特に忙しくはなく、日本と違ってオン/オフもはっきりしており、QOL も高い。「趣味みたいに医者を楽しんでいる」とおっしゃっていたのが(おそらく誇張しておっしゃっていたはずですが)印象的で、日本の医者、あるいは日本全体のオーバーワークの傾向について改めて思いやられました。

江原先生は resident をハワイで行ったあと Chicago 大学に移ってきており、Resident の一年目は何を言っているかわからず大変だったといいますし、自分の専門分野でない話はやはり聞き取りづらく議論しづらい場面も多いそうです。しかし、僕が実習をご一緒して横で見ている限り、流石に難なく患者・医者と会話/症例報告しており、単純に格好良かったです。

4.6 大学外での Chicago の生活

Chicago に一人も知り合いがいないうちに来ましたが、観光地も多く、異文化交流したいというざっくりとしたアホみたいな思いもあり、英語の勉強がしたいとも考えていたので、友達を見つけようと思いました。(海外での友達の作り方(というとなんか変な感じ)は僕の兄が体験記にまとめているのでそれを参照してください。また友達の作り方だけでなく、僕は兄の体験記をとっても参考にしたので、他のことも参照するとよりわかりやすいと思います)

具体的には、website を使って日本に興味のある人達と交流しようということですが、meetup というサイトを僕は以前から知っていたのでそれを使うことにしました。



現地の日本に興味のある人たちは日本語を college で選択していたという人が多く、また日本への留学経験もある人も何人かいました。その中で偶然にも Northwestern 大学で医学生をしている Michael と会え、アメリカの医学生の様子を聞くことができました。Chicago は観光地が多く、一人で観光地に行くのが嫌だった僕は積極的に誘い、気前の良い彼らは快く OK してくれて、有名な観光地を回りました。スケートしたり、現地の名物である Deep Dish Pizza を食べたり、最終日にはビリヤードに行ったりもしました。Chicago 楽しいし是非おすすめします。

5. [Montreal](#)

5.1 [Montreal](#)

Montreal は 10 州と 3 準州あるカナダの Quebec 州に属する州最大の都市です。Quebec 州はカナダで唯一フランス語を公用語としており二言語教育がなされ、特に若い人は綺麗にどちらの言語も操ります。McGill 大学でもフランス語を喋れる生徒は優遇され、医者や看護師はほぼ皆英語とフランス語両方話します。あるいはどちらも話せなければ昇進や資格に関わるそうです。電車ではフランス語表記しかなく、バスでは表示がなかったため慣れるまで観光しづらいかもしれません。と言っても都市の中心を離れなければ簡易な地理ですぐに慣れます。治安は良いと思います。駅にはホームレスがいて小銭を求めてきますが、基本的に無害です。

古き良き街という感じで、Old Montreal の街並みや Notre-Dame 大聖堂、Montreal の中心にある標高 233m の Mont-Royal という小さな山ではクロスカントリーやスケート、スノーシューができます。食べ物で有名なのは Poutine というフライドポテトにチーズとソースをかけたジャンクフードと、Smoked meat というこれまた B 級グルメです。一応シルク・ドゥ・ソレイユの拠点地ですが見られませんでした。



5.2 McGill University – St. Mary's Hospital

McGill 大学は東京大学と提携校であり、そのカナダの医学部で No.1 です。その附属病院が Glen site, Montreal Genral Hospital, Jewish General Hospital, Royal Victoria Hospital, St. Mary's Hospital などあります。St. Mary's Hospital の特徴としては、産科が強いこと、そして Family Doctor が多いことが挙げられます。Family Doctor とはカナダの約半数の医師が選択する診療科で、カナダの clinic は Family Doctor によって成り立っています。ED など緊急性の高い疾患でない限りまずは Family Doctor を通し、専門医への受診の必要があれば病院に紹介されます。Family Doctor は給料は専門医に劣りますが、様々な患者を包括的に診ることができることが利点で、更には plus1 として Family Doctor の中でも Sub-speciality を取れます。家庭医となったあと、例えば救急や、産科、スポーツ医療などに偏った医療を行うことができ、専門医に比べて若干裁量の違いはありますが、病院に勤めて専門医に近い医療を行うこともできます。

最近人事が変わり、St. Mary's Hospital でも専門医を増やそうという動きが高まっているらしく、一緒に ED を回っていた Family Doctor の方は戦々恐々としているらしいという話も聞きました。ともあれ、Family Doctor が多いということはより Common disease が多いということです。

5.3 選択科 Emergency Department

5.3.1 実習概略

Emergency Department(以下 ED)を選んだ理由は 2 つ。

- ・ せっかく Step1 の勉強をするのだから、一つの専門科に限らず様々な疾患、主訴を持つ患者を見たい。自分の英語の運用能力を高めたい
- ・ 先輩の体験談から、実習としてただの見学ではなく患者を見て attending に報告するまでできることを知っていた

救急科は 8hours×15shifts となんともゆるいオン/オフがはっきりしていて、これは学生だからではなく先生方も月に 16 シフト入ればそれでいいそうです。その代わり 8 時間のシフト内はしっかり働かされます。そしてこれはあとから知った話ですが、先生方は患者の頭数でも給料が貰えるそう！学生が頑張れば頑張るだけ、attending の先生方に給料が入るという仕組みです。これもあつてか先生方はちゃんと一人ひとりの患者に対して、学生にフィードバックを与えてくれます。ギブアンドテイクが成り立っています。

実習に対する反省としては、僕は救急科志望ではなかったのでやらなくてもいいかなと思ってしまいましたが、日本の病院で少しでも救急の実習をしてから行けたら日本との差異を感じられてよかったのではないかと思います。あとは、一人でエコーができるくらいになっておけばどんどんやらせてくれたはずだったので、もし救急科に行きたいという人がいればエコーの勉強をしていくことをおすすめします。もっと実習が楽しくなったはずです。

この時期の St.Mary Hospital の ED では McGill 大学の学生は担当しないそうで、だから海外の学生を受け入れる余裕があるそうです。実際救急科の先生方は忙しそうで、そうでなければ構ってもらえないだろうと感じました。ED の実習開始の約一週間前に先方から実習予定の提案があります。ED は Acute、Non-acute、Overnight(この中で Acute,Non-acute に別れる)の 3 つに別れ、それぞれ 6,6,3 シフトずつ入りました。患者は看護師のトリアージによって Acute、Non-acute に別れます。大体同じシフトを 3 日連続で入るのが普通のようなのです。しかし、シフトは本当に融通がきくようで、おそらく Overnight(0am-8am)に入りたくないといえ入らなくても大丈夫であり、日程も初めに頼んでずらしてもらえました。これがなければ Yellowknife と Quebec city に行くことができなかったのも、頻繁に変えるのは迷惑だと思いますが、こういうこともできたということ参考までに。

5.3.2 Non-acute

初のシフトは Non-acute を三日間でした。実習前の手続きは一時間ほどで簡単にすみ、すぐに実習に入ります。一人目の患者は胸痛を主訴に来院した 48 歳男性の方でした。問診自体は Chicago でも何回もやっていたのでやらせてくれと言い、診察に行きました。

その患者はフランス語も英語も話せる方で、聞き直すことはあっても大体問診でき、身体所見をとって、attending に報告して何が疑わしいか、鑑別は何かあがるか、それに対する検査は何をオーダーするかをカルテに書きました。その後一緒に問診しに行きましたが、attending の先生と患者がフランス語で会話していたので何を言っているのか何もわかりません。その後 attending に何がダメだったが、この検査が必要で、この検査はいらないなどのフィードバックを頂きます。それを患者ごとにひたすら繰り返しました。

一人目の患者のメモが残っていたのでそれを参照し、こんな感じのことをカルテに書きましたというのを載せます。拙い英語ですみません。正解ではないことだけ言及しておきます。

▷A 48yo M w/o significant medical Hx came to the ED, c/o CP.

On 2/6,

he first experienced 5/10, acute CP lasting for 30 min at 5am.

Which woke him up. Located on middle~Lt chest radiating to his Lt arm. He took aspirin at 6am, which relieved it. Positional changes didn't change the severity. He has never had the same CP before.

In the afternoon, he felt the same pain again when he was walking fast, and it was aggravated when he went upstairs.

On 2/7,

felt 4-5 times the same CP a day, especially when he worked hard and got exercise. He didn't take aspirin. In the evening came to the ED.

no palpitation, no diaphoresis, no cough, no sputum, no SOB, no loss of consciousness,

+ sore throat, which is chronic and mild and seems to be irrelevant to CP

PE: alert and oriented to time, place and people

VS: (メモに残ってませんでしたが、正常値範囲内だったはずです)

Heart: RRR, normal S1S2

Chest: no tenderness, clear symmetric breath sounds bilaterally

Neck: no JVD, no bruits

Extremities: no rash, no edema, peripheral pulses 2+ and symmetric

Neuro: sensation intact

A/P: Considering the pain started with resting and lasted for over 20min, unstable angina is highly suspected. BP was within nl. MI should be ruled out with troponin and ECG. Other DDx can be pericarditis, pneumonia, and less likely but PE, Ao dissection.

order:

CBC, SMA-7, ECG, troponin, CXR

(喫煙歴、飲酒歴、生活歴などメモに残っていませんでしたが聞いたはずです....A/P がなんだか脆弱な感がありますが、attending によってどこまで丁寧に書くかもまちまちで、これで丁寧な方です。)

患者はフランス語しか話せない or 話そうとしない人がたまにいますが、そういう人は担当せずに英語を話せる人だけを担当しました。また attending によっては一緒に患者に会いに行く時に、患者がフランス語を母語としていても、僕が理解できるように英語で話してくださいました。

僕は EC で救急を回っていないので日本との比較はなかなかしづらいですが、特に Common な症状について、鑑別は何が挙がって何をオーダーするかをひたすら考えます。胸痛を初めとして、頭痛、腹痛、咳嗽、発熱、嘔吐、外傷、頻尿、血尿、不正性器出血、皮疹、目の充血、あるいは全身倦怠感など。時に Uptodate を参照しながら、学んでいきました。

USMLE2CS の実際という感じですが、当然本で学ぶのと患者と対面して問診するのでは大きく異なります。患者はこちらが質問してもまとまった情報をくれませんし、自分で病歴をしっかり構成する必要があります。また英語をつかっているので、やはり会話に集中して漏れ無く問診できなかったりして、自分の頭で本当に考えさせられます。また医者は医療費を削減したいから、何が必要な検査で何が不必要な検査なのかを論理的に考えていて、やはり実臨床に出て学ぶことは多いと初日から感じました。

例えば先ほどの胸痛でも、特に MI や心外膜炎を強く疑っていない状況で、胸部エコーはしなくていいそうです。心電図と troponin の結果をみて、心外膜炎に典型的な結果が得られなければそれでいいと判断しているそうです(日本でどこまで検査しているのかは知りませんので、鵜呑みにしないでください)。PE も一応鑑別に上がりましたが、D-dimer を取る必要はありません。PERC ルールで除外できます。ちなみに CK-MB は取っていないそうです。また他の例として、モントリオール近くでスキーをしていたら、子供が自分の前に出てきたので避けようとして左側から転倒し、頭は打たなかったものの右足首を捻って痛めた患者。痛そうですが、X 線を取るか取らないか。全くわかりませんでしたが、Ottawa rule というガイドラインに則って、

- ① 外果（腓骨）先端より 6 cm までの後方（上方）に圧痛あり
- ② 内果（脛骨）先端より 6 cm までの後方（上方）に圧痛あり
- ③ 第 5 中足骨基部に圧痛あり
- ④ 舟状骨に圧痛あり
- ⑤ 受傷直後および来院時に 4 歩以上歩けない

参照: Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review, Lucas M Bachmann et al.

で評価し X 線を取るか取らないかを決めます。(Ottawa は偶然にもカナダの首都ですが、世界的に用いられている検査です)。

研修医になればいずれこのようなことを学ぶと思いますが、学生のうちから検査の必要性を考える機会を与えられ

るのは大事だと思いました。普段東大で CC をしていて、当たり前のように検査データが並んでいて、検査データの意味を考えることはあっても、検査をオーダーする立場から考えることはやはり困難です。実際に患者を任せられるという経験がなにより医者育てるのは否定出来ない事実だと思います。St. Mary's Hospital の ED を回ること、自分がオーダーする側だったとして考える視点を多少なりとも得られたと思いますし、その視点は東大の CC に戻ってからも活かせると感じています。また、そのような学習を英語を用いて医者とのコミュニケーションできたという事実は、自分の英語力に対する自信にもなりました。

5.3.3 Acute

Acute は緊急性の高い、あるいはまだ帰してはいけない患者が所狭しと並んでいます。McGill 大学の病院では基本的に電子カルテは導入されておらず、検査データや画像は電子化されていますがカルテは医者が書きます。過去のカルテはスキャンしてあるのでパソコンで参照できますが、ベテランの先生方は特にカルテが適当で、字も汚く読めません。本来ならば、新患を担当する以外に、既存の患者の再評価に行くのも学生・resident の仕事なのですが、カルテが読めないというのがないので、僕は主に新患を担当させていただきました。自分で病歴聴取した患者の再評価は何人かしました。

Acute にいる患者はやはり年齢層が高く、症状としては胸痛、頭痛、腹痛、失神、あるいはアルコール中毒など。スタンガンで気を失って運ばれてきた、なんて患者さんもいました。緊急性の高い患者は担当させてもらえませんでした(僕も担当したくない)が、比較的わかりやすく、しかし重要な疾患を診させてもらいました。

Acute は Non-acute に比べて忙しそうで、やはり言語の違いや、自分の知識不足もあって、問診に時間がかかってしまったり、attending に二度手間をかけさせることも多く、その度に反省していました。Attending によってはあからさまに苛々していて、とても心苦しかったです。しかし基本的には皆さん親切で、質問を投げかけられ、全然わからなくて落ち込んでいても明るく元気づけてくださいました。毎シフト attending は変わるので、その度に attending から評価を受けるのですが、大体遅いけどやる気はあるという評価を受けました。あるいは、後半になって、患者の症状が馴染みのある胸痛ばかりだった日には、McGill 大学の平均の学生くらいなのではとおっしゃって下さる先生もあり、平均という評価でも嬉しかったですし、同時に患者を何人も経験する大切さを再認識しました。

5.3.4 Overnight

Overnight のシフトに関して言及しておく、眠くて大変な割に新患の数も少なく、再評価があまりうまくできない僕にとってはあまり旨味のないシフトでした。日本で当直をしたことがなかったので、その大変さを知るにはいい機会でしたが、daytime のシフトに変更させていただければそうだったというのが正直な感想です。

5.4 大学外での Montreal の生活

5.4.1 研究室見学

救急のシフトは先述の通り一ヶ月にしてはかなり暇です。密度の高い実習であることは断言できますが、フリーの時間も多いため、その時間をどう使うかという問題があります。

この機会を利用して、McGill 大学で研究をしている先生方にお話を伺いに行きました。NY でも短いあいだでしたが、Cornell University, MSKCC, The Rockefeller University に研究室見学をさせて頂き、海外で働く日本人研究者のイメージが明確に持ててとても貴重な体験をさせて頂きました。

5.4.2 旅行

東大から McGill に来ていた同期の四人で世界遺産である Quebec city(バスで 3 時間)に一日観光しに行ったり、たまたま同じアパートに住んでいた台湾からの留学生と Ottawa(車で 2 時間)に行ったりしました。Montreal を離れて観光を楽しめます。また金曜日から月曜日の 4 日間を使ってバンクーバーに観光に来ていたテニス部の同期と一緒に Yellowknife にオーロラを見に行きました。これはシフト制で融通のきく救急科ならではの荒業です。Montreal から結構遠いですが、それだけ楽しい旅行でした。

5.4.3 遊び

先輩からの紹介もあり、Montreal に住んでいて日本に興味のある人たちと一緒に遊びに行ったりしました。スケート、ビリヤード、カラオケ、ポーカーなど。一ヶ月という短い期間なのに彼らの歓待の気持ちに感じ入ることも多く、また英語とフランス語以外に第三言語として日本語を学ぼうという彼らを単純にすごいと思い、勿論環境は違いますが、英語ばかりでヒーヒー言っている自分たち日本人が情けなく感じることもありました。

また主に一緒に過ごした Alain とは留学に来る前 11 月に一度日本で会った事があって、(ひたすらに喋りまくる人なのですが)その時は何を言っているのか聞き取れず、留学に対して不安を抱いたのを覚えています。Montreal に来てから会うと不思議と聞き取れるようになっていて、英語力の成長を感じて嬉しかったです。



6. 総括

6.1 英語に対する考察

6.1.1 人種・民族

日本語が関東圏と関西圏、その他あらゆる方言によって微妙に発音や単語が異なるのと同じように、英語も話者によって発音や文法の正確さが大きく異なります。僕の Hostmother は African-American であり何度も聞き直しました(どう違うかをなんて表現していいかわかりません)し、その文法もかなりいい加減でした。インド人の fellow だった人の英語は一ヶ月たってもなんとなく理解できるかできないかというレベルでした。中国人、フランス人の英語の発音はそれぞれ中国語、フランス語の発音に似ていると感じました。同じ日本人の英語は僕にとっては聞きやすいですが、海外の人からすれば聞きにくいのかと考えると興味深かったです。またアメリカ人に聞くと、彼らにとってもインド人の英語は特に聞きづらいそうです。しかし勤勉な医学部のインド人学生はポストを求めて英語圏に多く流出しているので、海外で留学をしたければそれに向き合わなければなりません。それは完全に慣れの問題で、日本で勉強していてもなかなか解決できないと思います。

その一方で、特に日本人は発音を気にする傾向にあるといいますが、発音が悪くても彼らは堂々と医者として働いているのを見ると発音などあまり大した問題ではないと気付かされます(勿論程度の問題で、全く聞き取れないのは NG)。

6.1.2 英語能力

留学の大きな意義の一つとして、自分の英語能力・留学に必要な英語能力を評価しやすくなり、これからの学習の指標を定めやすくなることだと思います。やはり海外で生活する経験があるのとないのとでは、留学のハードルが大きく変わりますし、次に留学するときに自分に足りない英語能力が判断しやすくなります。また、二ヶ月という短期間でも英語能力の向上を実感できました。この点において、英語に苦手意識を持っているような学生が海外に留学に行けることが、将来留学を考えた時の判断材料として大きく機能するのではないかと思います。

しかし、留学をして海外に住む日本人に何人か会いましたが、やはり長く海外に住んでいてもあまり英語が上手ではない人もいます。また日本人の研究者の方にも何人かお会いしましたが、あえて意識しなければ研究だけしていてもそこまで英語力は向上しないようです(勿論本人の努力や研究室次第で、堪能な方もいました)。敢えて言えば、研究留学にはそれほど英語力を必要としないとも言えます。日常会話や、大学の授業など、ある程度大雑把な理解でも済みますが、医療現場における英語には精細な理解が求められます。その点臨床留学は、英語力向上にはとても向いているのではないかと思います。

ネイティブや帰国子女と、そうでない人には大きな違いは、英語で学習するスピードにあると思います。**Speaking** や **Listening** は時間の問題で、各人の努力次第ですが海外に住めばそれ相応に向上します。しかし、それを母国語のようにすんなり理解できるかどうか重要であり、それは **USMLE** の勉強をしていた時にも日本語で勉強したほうが早いと感じたこととも共通しています。どれだけ長く海外に住めばネイティブのように英語で思考できるようになるのかという見当はあまりつけられませんでした。あるいは、英語で思考することは幼少期を海外で過ごした人でなければ厳しいのかもしれませんが。よって、いつか海外で何か挑戦しようとするときには、ある程度日本で成熟した状態で向かうのが一番だという結論に達しました。

留学を通して、国際社会で活躍する上で必須の言語であると感じ、一層重視するようになったのは言うまでもありません。一方でアメリカ国民全員、あるいは第二外国語として英語を話す人がこれだけ海外にいて、言語を理由に何か選択肢を狭めることはつまらないことだと感じました。

6.1.3 日本の英語教育・医学教育に対する考察

今回アメリカの医学生、北米に留学に来ていた台湾や韓国の医学生、あるいは北米の大学にいて **Medical School** に進学しようとしている学生と話す機会があったのですが、概して自分の将来についてしっかり思考しており、また日本の学生と比べて勉強している様子が伺えました。

大きな制度の違いとして、**College** を出ているかどうか焦点になるかと思います。彼らは何らかの分野において研究に携わったり、講義を受けて知識を深めたあとで **Medical School** に入ります。その分医者になるまでのキャリアが長いですが、医者になりたいという思いの強さは伺えましたし、何より研究に対する下地がしっかりできていてその経験は医者になってからも十分に活かせるのではないかと感じました。同時に、彼らと比べて僕は自分の興味に対して思考してこなかったと思い知らされることがあり、これまでの人生を反省することも多かったです。

そしてその違いは勉強量の差、医学知識の差にも顕れます。前述した **Michael** は、一年の時から毎日しっかり勉強していて、ほぼ毎月ある試験に対して準備していました。**Michael** が勤勉だというわけではなく、皆そうするそうです。**Northwestern** 大学のカリキュラムについてしか聞いていませんが、一年時授業は週に3日あり、残りの2日はネットの講座を受ければいそうで、これはとてもうらやましかったです。東大でも高名な先生方の授業を受けることができますが、分野によってあまり体系的に学べていないのではないかと感じることも多かったですし、

標準的で効率的である知識をネット講座で詰め込めることは医学生の平均的なレベルを高める上で重要だと思います(僕も日本でテコムを受けて勉強していたことも関わっています)。また、まず生化学や組織学からざっと始めるのではなく、臓器ごとに組織学・解剖学、生理学、病理学、疾患についてまとめて分厚い冊子を読みながら勉強していました(僕が彼に会った頃は循環器を学んでいました)。日本の基礎医学と生理学と疾患がどうしても結びつけづらい教育とは違い、僕としては体系的で合理的だと思いました。それがまさしく USMLE Step1 の本の構成の通りのようで、納得しました。

そして、何より彼らは Medical School は 4 年で終わります。そして 4 年時には日本の研修医と同じくらいの医学知識を身に付けており、平均的なレベルも高い。日本の医学部は 6 年と長く、特に東大の優秀な学生にとっては長過ぎます。人によっては素晴らしい体験ができたのかもしれませんが、僕は特に駒場の二年間は冗長だと切に感じました。他力本願ですが、本当に誰かに改変して欲しいと思います。

Michael を含め、日本に関心のあるアメリカ人は日本の大学受験の苛烈さについて(塾や予備校の事情など)、そしてその反動で一般的に日本の大学生が勉強をしなくなる事実(日本の”Bukatsu”事情など)についても聞き及んでいました。事実僕は大学の前半で大して勉強していませんでしたので、一緒に笑いながら自分を、そして日本の大学生を恥じました。一方で日本の初等・中等・教育のレベルは海外に比べ非常に高いようで、日本人は計算が得意なことが知られているようですし、またそこで日本人の勤勉さや真面目さが育まれるのかと考えました。研究者としての東大生その他日本の学生の真面目さ・また仕事丁寧さはアメリカでも定評があるようで、海外の研究者は 17 時に必ず帰ってしまうと嘆く日本人研究者の方もおられました。日本と海外の差を嘆くことが多かったですが、もちろん日本人の良さを認めることもできました。これは勉強をしない日本の学生の実態と一見異なるようですが、努力しなければいけないような環境に置かれると、日本人はそれをこなすポテンシャルがあるのではと考えます。あるいは、ここまで来るとただの個人差の問題なのだと感じます。

6.2 先進医療に対する考察

自分の知識不足もあり、先進医療に関してアメリカと日本を比べるのは難しいです。そして Chicago 大学のみを見ただけですが、東大と比べてそれほど臨床のレベルに違いは感じませんでした。あるいは McGill 大学にいて、日本の電子カルテや検査項目、医療器具の充実性が当たり前ではないのだと知りました。

日本にはない薬が海外で使われていたり、海外でしか体験できない医療(移植や大規模な臨床試験、地域や民族に特有の疾患など)、アメリカ独自の教育・システムや保険制度は確実にあり、そういったものを求めて/学びに海外に行く価値はあると思いますが、僕個人の感想としてはそれだけを求めてアメリカに臨床留学するほどの魅力は現在感じていません。

6.3 短期留学の意義

留学によって自分の医学知識が大きく増えたとは思っていません。きっと日本で真面目に病院実習をしていた人のほうが将来学ぶべき医学知識をより多く手に入れることができたことと思います。それでも EC の機会を通じて短期留学を勧めたいその意義を大きく 3 つ挙げてみます。

① 日本との違いを知ること

医療や制度の違いもそうですが、当たり前ですが大きな違いは、様々な人種や国籍の人がアメリカにいるということです。普段日本にいと人種を意識することは殆ど無いですが、ここにきて日本人も頑張らねばという、日本に

いてはあり得ないような意識が少なからず芽生えました。

② 人に会って話を聞けること

この留学で沢山の方々、特に日本人に貴重な話を伺いました。やはり海外で生活する方々は思うところも多く、とても参考になりました。そして多くの方々が親切でした。海外にわざわざ留学に来た学生に何かしてやりたいと思っている方が多いと思います。この機会を利用すべきであり、また人に会って話を聞くことの重要性を再認識しました。

③ 挑戦して自信をつけること、あるいは自信を失うこと
日本ではできないこと、あるいはあえてしないようなことばかりで、楽しくもあり辛くもありました。東大で臨床留学する人の医学知識と英語能力は各人で幾分差があると思いますが、それぞれが自分にできることをやればよいという気持ちで臨みました。これからの臨床・研究の勉強、あるいは英語の勉強のモチベーションとなりました。4月から再び始まる CC も頑張りたいと思います。



7. 終わりに

7.1 私の連絡先

今回の留学に際して多くの方々にお世話になりました。そして僕自身何人かの先輩にお話を聞きお世話になることがあったので、今度は僕がそれを還元したいと考えます。体験記はなるべく現地の実習がどのレベルで、どのようなものなのかイメージできるように書いたつもりです。もしこの体験記を読んで **Chicago** に行きたい、**McGill** に行きたいと思っている方がいたら、あるいはその2大学以外でもお気軽にご連絡いただきたいと思います。特に **Chicago** 大学は提携ができて初めて東大から **EC** で留学に向かったもので、来年もその提携が続くことを切に願うばかりです。その分伝えられることがあるのではないかと思います。出来る限り質問に答えられたら、あるいは他にも何かできることがあるのではと思います。

私の連絡先はお近くの鉄門テニス部員、あるいは国際交流室に私のメールアドレスをお尋ねください。

7.2 謝辞

繰り返しますが、今回の留学で沢山の方々にお世話になりました。特に国際交流室の丸山先生と **Green** 先生には改めて感謝申し上げたいと思います。その経験を私だけの経験にしないよう、またこれからの人生に活かせるように精進していきたいと思います。ありがとうございました。

8. 写真

