

chapter

10

北野夕佳

聖マリアンナ医科大学
横浜市西部病院救急集中治療部



日本で総合内科医 として歩む

July 2006-July 2009

Internal Medicine Residency, Categorical Track

Virginia Mason Medical Center

要旨……………

私は研究留学の夫とともに二児を育てつつ、米国内科レジデントを行いました。帰国後は日本国内での職探しや逆順応もたびたび経験しました。自分のキャリア、夫のキャリア、妊娠出産育児をバランスを取りつつ進むのはたやすくはありませんし、こうすれば絶対にうまくいくという方法もありません。現在は大学病院附属の市中病院で救急・集中治療・総合内科医として、実際の診療、レジデント指導にあたっています。自分のやりたかった分野で、臨床および臨床教育を行えていることに感謝しつつ、私の体験を正直に書きます。

総合内科医としての一歩

がんばり続けるために

1996年医学部卒業後、母校の内科医局に入局しました。内科に決めた理由はと聞かれると、「自分が多臓器にわたる内科領域に最も魅力を感じた」からです。このころから、患者さんを総合的に診たい、重症化しても自分で自信をもって診られるようになりたい、と漠然と思っていたのだと思います。「女性だから」小児科や産婦人科、マイナー科というのは考えず、自分が最も魅力を感じた科にしました。

表 ライフイベント中心の年表

1996年 (卒後1年目)	● ●	<ul style="list-style-type: none"> ・京都大学医学部卒業 ・同 附属病院にて内科各科ローテーション
1997年 (卒後2年目)	● ●	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪赤十字病院にて内科各科プラス麻酔、救急、診断放射線ローテーション ・ファーストコールとしての一次～三次救急対応
1999年 (卒後4年目)	● ● ▼	結婚 大阪赤十字病院消化器内科レジデント
2000年 (卒後5年目)	▼	第一子出産 京都大学大学院医学研究科分子細胞情報学にて基礎研究
2004年 (卒後9年目)	▼	第二子出産 渡米 <ul style="list-style-type: none"> ・夫が前年に研究留学のため渡米 ・USMLEs受験の準備。翌2005年にECMFG certificateを取得
2006年 (卒後11年目)	● ●	バージニアメイソン医療センター内科レジデント<R1>
2009年 (卒後14年目)	▼	帰国 <ul style="list-style-type: none"> ・内科レジデンシー<R3>修了 ・帰国後、東北大学高度救命救急センター助教 (夫：東北大学生命科学助教)
2010年 (卒後15年目)	▼	第三子出産 <ul style="list-style-type: none"> ・同上 勤務 (夫：同上)
2011年 (卒後16年目)	● ▼	聖マリアンナ医科大学救急医学助教 (夫：三島遺伝学研究所准教授)

学生からも同様の質問を受けます。正しい答えというのはありません。あくまで現実的な面に目を向けつつも（非人道的に多忙な科や、それを美德とする科は避けたほうがよいでしょう）、自分が魅力を感じる科を選んでください。

自分がやりたいことで、情熱をかけられることであれば、子どもが夜泣きでしんどい時期でも、がんばり続けられます。逆に、自分がそれほど情熱を感じられない分野に「女性だからこの科がいいかも」という理由だけで進んでしまうと、勉強量も減り、自分でも二流だと感じてしまい、熱意も減り、悪循環に陥ります。

子どもが保育所で熱を出したり、嘔吐下痢でぐったりしたときに、自分が働かなければいいんだろうかと、必ず悩む時期があります。そのときに、それでも私はこの仕事がしたい（もっと欲を言えば、私はこの分野の役に立っている）と思えるように、科を選んでください。

経験プラス知識量が問われる

ちなみに手前味噌で内科領域の宣伝をします。内科領域は、経験プラス知識量が勝負の領域です。経験（たとえば外科領域で手術件数）は、勤務時間数、年数に明らかに比例します。一方、知識量に関しては、子育てで勤務時間（病院内滞在時間）が若干減る時期があっても、帰宅後や休日に勉強し続けさえすれば、第一線で働き続けられますし、自分でも良い医療をしていると実感できると思います。

わかりやすい具体例を挙げます。肺炎症例を80人担当した医師と、100人担当した医師がいたとします。経験から得られる情報量はこれくらいの症例経験になるとそれほど差がなくなってきます。そこでより良い医療を提供できる医師というのは、肺炎の起因菌、各菌のその地域での抗生剤感受性、抗生剤選択、ガイドラインなどを熟知している医師、肺炎以外の疾患でないか（実は心不全でないか、喘息の要素、誤嚥の要素がないか、肺塞栓を見逃していないかなどなど）をきちんと問診診察を行って鑑別し、より安全な医療を提供できる医師です。これは知識量、勉強量の差

です。

内科に魅力を感じるけれども、躊躇している人がいれば、ぜひ内科に進むことをお勧めします。一緒にがんばってくれる仲間が増えるように期待しています。

浮かんでは消えた留学の選択肢

濃厚な臨床経験

卒後1年目は、大学病院のナンバー内科各科（血液、消化器、循環器、内分泌代謝）をローテーションしました。当時は卒後臨床研修必修化以前で、大学病院では指導医がほとんど診てくれず、いきなり主治医として臨床に放りだされて、怖い経験も多々ありました（今は違うと期待します）。同時に、自分が主治医で24時間患者さんに対して絶対責任があるのだという職業倫理が徹底的に身にしみつくとても良い経験だったと思います。

また、臨床面での疑問を聞く指導医が近くにおらず、放置状態だったため、不安におののく研修医仲間と、眉間にしわを寄せて必死で勉強していました。今日の治療薬、鑑別診断の書籍、検査データ・尿沈渣・心電図・胸部レントゲン・CT読影の書籍、腹部エコー心エコーの書籍、『内科レジデントマニュアル』（聖路加国際病院内科レジデント編集）、『ワシントンマニュアル』などをぼろぼろになるまで必死になって日々調べていました。これもとても良い臨床経験だったと思います。

卒後2年目からは、大阪赤十字病院へ赴任し、さらに2年間内科各科（消化器、循環器、呼吸器、腎臓、内分泌代謝、神経内科、血液）および麻酔科、放射線読影、救急部をローテーションしました。

大阪赤十字病院は約1000床の大規模市中病院で各専門科はとてもレベルが高く、重症例や珍しい症例なども指導医のバックアップのもとで主治医として多数担当し、超多忙でしたがとても濃厚な臨床経験を得ることができ、非常に鍛えられました。手技に関しても、このときに多数経験で

きたのが帰国後の逆順応に、とても役に立っています（米国内科レジデントは手技をほとんどしません）。

卒後4年目は消化器内科専属となり1年目の研修医とともに多数の入院患者さんを担当しました。消化器内科を選択した理由は、消化器内科が最も大所帯の科で、救急搬送された、どの科にも割り振れない複合疾患症例や重症症例を総合内科病棟で入院管理していたからというのが大きいです。

敗血症ショック、熱中症、多臓器不全などの救急外来からの入院を病棟管理することを通して、医師として大変勉強になり成長することができました。また、1年間はチーフレジデントとして後輩の指導にもあたり、ベッドサイドで系統的に臨床教育することのやりがいと面白みを経験しました。人に教育することが自分にとってもどれほどトレーニングになるかということも実感しました。

目からうろこ、とはこのこと

大阪赤十字病院の3年間（1997－2000年）を通して週1回のファーストコールとしての一次～三次救急当直を行ったことで、臨床的に大変鍛えられました。当時、救急部に舞鶴市民病院（大リーガー指導医を招聘する当時の先駆的な病院）で長く勤務しておられた木村雅英先生がおられ、自分が夜間に診た症例を翌朝木村先生にプレゼンテーションをすると、取るべき（であった）問診、身体所見、幅広い鑑別疾患など、とても系統だったフィードバックを受けられ、専門科に特化しない幅広い知識に圧倒されました。これほど明快で論理的な医療があるのかと“目からうろこ”でした。救急当直は不安でたまらないのですが、当直をするたびに、また翌朝のプレゼンテーションをするたびに自分が成長できていると実感できる貴重な経験でした。

各専門分野の発展はめざましく、医療が高度になったと同時に、専門分野に特化せず内科全般を診られる医師も同じく必要であるということを救急当直を通して痛感しました。これらのことが、臨床留学を考え始める大きな原動力となったと思います——米国内科レジデントになってから、

京大病院、大阪赤十字病院での臨床経験が、英語でもたつく外人レジデントである私にとって、最も大きな武器になりました。

妊娠・出産を優先

卒後4年目で大阪赤十字病院の勤務で自分で幅広くマネジメントできるようになり、充実しているものの、臨床医としての成長曲線が緩やかにってきたのを感じ始め、一度臨床留学を真剣に考えました。

当時私はUSMLEを一切勉強したこともなく、もちろん受けてもおらず、そのときから準備し始めても2～3年後になるだろうと思いました。医学部の同級生で基礎研究者である今の夫と結婚することをすでに決めていました。夫に日本を離れる予定はありません。もし私が臨床留学をするなら、今後5～6年は別居になるだろう、そうなると出産はその後になる……歳がいくと、授からないリスクも高くなるなどを考え、臨床留学はあきらめようとのとき決めました。

これは夫を含め誰かに言われたからではなく、自分の意思で選択したことでしたが、とても悲しく、「私の人生で、臨床留学という選択肢は永久になくなったんだなあ～」という悲しい雲が頭から離れず、数カ月間減入っていたのを思い出します。

とはいえ、減入ってばかりいても仕方ありません。日本で一生懸命働こうと、では次に何をしようかを考えました。私は学生時代に研究室に入り浸り、基礎研究をかなり熱心に行っていました。研究の分野から医療に貢献することにも魅力を感じており、かつ、当時は卒後数年臨床をした後、母校の大学院に戻るというのは一般的なコースでありました。卒後5年目の2000年から、母校の基礎医学の大学院に戻りました。

細胞接着の分野の月田承一郎教授のもとで、基礎医学研究を4年間行いました。この経験は、臨床という大きく病態をとらえる経験を、分子・細胞・組織というミクロのレベルで深く厳密に考え直すという点でとても良い経験でした。臨床に戻ってからも、基礎寄りの内容の論文を理解する上で今でも大変役に立っています。また、出産するなら今しかない大学院

2年目、4年目のときに出産しました。

外勤先でのこと

余談ですが、外勤について書きます。大学院時代に、自分の希望もあって複数力所で外勤をしました。これは、大規模病院でしか勤務したことのなかった私にとって、大変よい経験でした。病床20床規模の病院での救急外来では、むしろより高度な臨床能力が必要なこと（血液検査は当日は手に入らず、撮れる画像もレントゲンだけ）を知り、小規模病院や開業の先生方への尊敬を新たにしました。

保健所での市民検診では、健診で軽症糖尿病などを見つけても、紹介先を選ばないとよいフォローアップにつなげないことも痛感し、自分が将来市中病院に戻ったらぜひその地域の保健所や健診組織とも連携しようと思いました。

もし大学院在籍中なり、子育て中なりで外勤をされる場合には、自分が今までいた臨床環境とまったく違うところを、可能なら複数経験されることをお勧めします。臨床家としての幅が広がる経験が必ずあると思います。

米国での臨床留学を目指す

どうしてもなく臨床が、救急が好き

大学院の基礎研究も大変魅力的でした。時間の融通が利いて子育てしやすい研究職でこのまま生きていくのも良いかも、とも少し考えました。しかし、大学院の間じゅう、自分の将来について考え続けた結果、自分はどうしようもなく臨床が、ベッドサイドが、救急当直が好きだったのだというのを、再確認しました。大学院でポケベルを持たない生活に慣れても、病院からポケベルで呼ばれる夢をよく見ました。

母親となったことも選択の上で大きな影響を与えたと思います。つまり、「仕事ができる時間は制限されるし、『いずれ時間ができたら』という時期

は一生こない。だからこそ、自分が本当にやりたいことを明確にして、それに絞って集中しよう」と腹をくくる後押しをしてくれたからです。二度とクリーンベンチに向わない人生か、二度と救急車を受けない人生かを想像し、まったく迷うことなく臨床に戻ろうと決心しました。

4年間の研究生活で、臨床から離れたことを若干不安に感じたことも覚えていますが、同じような不安を抱えている方に言いたいです。日本でもそれ以外でも、良い働き場所と勉強習慣さえあれば、大丈夫。今までに手に入れた臨床能力は必ず戻ってきます。

めぐってきたチャンス

この頃、夫が研究留学することになりました。臨床に戻ることをすでに決心していた私にとって、2つの選択肢がありました。1つ目は、夫と別居し、日本にとどまって、子どもとともに実家に住み日本の病院で臨床をする。2つ目は、子どもを連れて夫とともに渡米し、USMLEを取得し、米国内科レジデントを目指すというものです。

夫と同居でないと、子持ちで米国でレジデントを行うのは不可能なため、夫の通勤圏内のプログラムしか可能性としてなく、そうなると応募できるプログラムは調べると6つしかありません。IMG (International Medical Graduates) が、地域限定でマッチングに望むのは非現実的だということも聞きましたし、自分でも無謀なのは承知していました。が、以前に一度私の人生から可能性として消え去った臨床留学が、今なら挑戦だけでもする機会がめぐってきた、と思うと、挑戦せずにはいられませんでした。

夫は一足先に渡米、フルタイムの保育所のウェイティングリストに子どもを登録してもらい、私は大学院の4年間を終えてから、1年遅れで3歳児と5カ月児を連れて、2004年8月に米国へ向けて飛行機に乗りました。

つながり合いのマッチング

夫を巻き込んだ「暗記作戦」

私の USMLE 準備について書こうと思います。私の場合は USMLE ですが、子どもによって時間制約がある状況で、USMLE にしろ日本の認定医試験にしろ CME にしろ、勉強をしないとイケないという状況は誰にでもあると思います。そういう意味で何らかのお役に立てればと思います。

保育所に預けているあいだだけが私が机に座ったり、何かを読んだりできる時間でした。子どもの帰宅後や週末は、机に向うことも何かを読むことも一切不可能です。2人同時に昼寝をするなど、夢物語で、そんなことは起こったとしても1カ月に1回、しかも20分くらいです。

私がおこなった方法としては、子どもが保育所に行っている時間に、問題集をまず解いていき、わからなかったところで記憶すべきところだけを参考書（各科目1冊に絞る）を調べてルーズリーフに簡潔にまとめます。まとめることで頭に入ればよいのですが、入りません。その場で暗記しようと思つていっていると、無用に時間ばかりが過ぎていきます。なので、子どもがいない、机に向える時間は「覚えるべき情報を簡潔に抜き出して暗記用にまとめる」作業にだけ集中し、分刻みでノルマ表を作ってひたすらマシンのようにこなしていきました。

暗記は、時間依存性です。1日に10時間暗記しても2くらいしか覚えられませんが、10日間1時間ずつ暗記すれば、10覚えられます。そこで、夫と交渉し、毎日「何があっても例外なく1日2時間は私の暗記用に時間をとる」ことに決めました。

子どもがいない人にとっては、この困難さが実感しにくいかもしれませんが、具体的には、子どもが熱を出して保育所に行けず、とても機嫌の悪い子どもを私が一日中子守をしており、夫が夜7時に研究室からまだ夕食も食べずにふらふらになって帰ってきた瞬間に、後追いをして泣き叫んで

いる子どもを2人置いて、私が2時間ぶつぶつ暗記すべく（アパートの表の階段なり、近くのコーヒーショップなり）家から出ていく、という状況です。

そのあいだ夫は、ぐずる下の子をだっこしつつ、立ったまま自分の夕食をかきこみ、そうこうしていると上の3歳児がトイレに間に合わずにおしっこを漏らして床を拭き掃除しせねばならず、それが済んだら下の子が便をしてオムツを替えて……というように時間が過ぎていき、夫は時計をにらんで私が帰ってくるのを今か今かと待っている、という感じです。この夫でなければできませんでした。夫と子どもたちに本当に感謝しています。

家族全員がハッピーでいられるよう

子どもが夜寝てから勉強するという人もいるかもしれませんが、わが子は2人とも大変寝付きが悪く、2人とも2歳半ごろまで夜泣きし、夜に勉強するのは能率が悪く断念しました。

具体的には、2時間寝かしつけに時間を割いた後、30分勉強できたと思ったらまた「ぎゃー」と泣き出す、抱っこしたり背中をさすったり何か飲ませたりを2時間……というのを数え切れなくらい繰り返し、能率が悪すぎると痛感しました。

潔く子どもと一緒に毎晩9時に自分も寝ていました。そのほうが子どもも夜泣きが格段に少なく、家族全員がハッピーでいられ、昼間に勉強できる時間があつたときに最大限集中できると思いました。

USMLEの問題集をやり始めたときには、日割で計算すると、このペースだと受験までに7年かかるかも?!と落ち込んだときもありました。保育所の冬はウイルス感染の嵐なのは日本も米国も同じで、2人そろって保育所に行けた日が全部で5日しかない月もありました。絶対に無理だ、やっぱり無謀だったんだ、このまま米国で主婦だけを経験して帰国するのかと熱を出してぐずっている子どもを抱っこしながら泣けてきたときもありました。

シアトルの秋は暗く雨ばかりで、自分の状況も暗く、かなり減入っていましたが、春が来る頃には、上記の暗記作戦が功を奏したのか軌道に乗りはじめ、2005年4月 Step 1 (99点)、7月 Step 2 CK (95点)、10月 Step 2 CSを受験し、ECFMG certificateを取得することができました。

唯一の希望

ECFMG certificate を取得したものの、案の定、マッチングはさらに困難でした。シアトルで知り合ったある子持ち IMG が「ECFMG を取るのはなんてことないわ。努力すればいいだけだもの。本当の困難はそこからよ」と言っていたのを実感しました。

シアトルから通勤圏内の6カ所のプログラムにアプライしたものの、応募したその日に Invitation regret(インタビューに呼んでもらえない通知)がほぼすべてのプログラムから来、IMG としてマッチングに参加することの困難さを痛感しました。絶望的な気分になっていた中、唯一バージニアメイソン医療センター (Virginia Mason Medical Center : 以下、VMMC) からインタビューに呼ばれました。

VMMC は日本で言えば高レベルの専門各科がしっかりそろった内科系重症症例の多い中核市中病院という位置づけで、a Top Hospital by The Leapfrog Group (米国の病院機能評価のひとつ) にも何年も連続して選ばれており、アラスカやワシントン州内陸などの医療過疎地帯からの重症例をヘリ転院でも多く受け入れており、応募した6プログラムの中で、私にとっては第一希望でした。そこからインタビューに呼ばれたのは本当にうれしく、インタビュー当日は正直にアピールしまくりました。

「私は日本に良い系統だった臨床トレーニングを導入すべく、米国での内科レジデントがしたいのです。日本で濃厚な臨床経験があります。トレーニング修了後は帰国しますのでピザで困らせたりしません。J-1ピザで結構です。VMMC は私にとっての第一希望です。私はシアトルでしか働けないし、アプライしたのもシアトル近郊だけ。どうしてもここで働

きたいのです」

色々な方々から助けていただいたおかげだと思います。推薦状を書いてくださった日本の大学病院、市中病院、大学院の先生方、野口医学研究所でお会いした米国で活躍しておられる日本人の先生、その他にも、臨床留学関連書籍やホームページで情報を惜しみなく提供してくださった（直接お会いしたことのない）多くの先人の方、皆様に助けられて、ふたを開けてみるとVMMCにマッチしていました。オンラインでマッチング結果を目にしたときのうれしさは、今でも忘れられません。

サバイバル1～臨床内容で勝負～

マッチしたうれしさもつかの間、2006年7月から超多忙なレジデント生活が始まりました。内科レジデンシーの内容は、他にも多くの方が書かれています。ご存じのように、米国のトレーニングは病院ごとの差が少ないように組まれています。

内科レジデンシーについては他の方の体験と大差ないと思いますので、私は子育てという時間制約のある中でどうやってサバイバルしたかに焦点を絞って書こうと思います。

予習の効果

まず1年が4週間ずつの13ブロックに分かれており、ローテーションは超多忙なブロック（“Inpatient”とまとめて呼んでおり、Wards（重症系内科病棟）、ICU（集中治療室）、Night float（夜勤で救急外来から入院をとるのと病棟のオンコール）がこれにあたります）と、比較的楽なブロック（“Elective”とまとめて呼んでおり、呼吸器、消化器などのサブスペシャリティをひとつずつローテーションし、外来診療や入院コンサルトを行ったり、手技を見るなどが中心となる）があります。

R1（1年目のレジデント、通称“インターン”と呼ばれる）は、Inpatientが8～9ブロックあり、3年間の中で最も過酷です。子持ちでない

インターンでも、Inpatientが2カ月続く終わりのほうには、倒れそうになっています。私も慣れない英語で、プレゼンテーションなど日本でもろくにすることがなく、本当に苦労しましたし、自分でも大事な情報を逃していたらどうしようかと大変不安でした。

はじめは日本での臨床知識でなんとかこなせていても、耳学問でアテンディング（指導医）からどんどん学習していく周りの同期に比べ、私はアテンディングや上級レジデントの言っていることがよくわからなかったりしました。このままでは落ちこぼれるのではないかと心底不安になりました。

平日の昼には Noon conference（講義形式）か Teaching round（症例検討会形式）、Journal club（ジャーナルレビュー）が毎日あります。スライドを使ったものなら情報を吸収できても、アテンディングが口頭で発表するだけの場合には、恥ずかしながら途中からよくわからなかったりしました。

このままではいけない、しかも英語がもたついているので、勝負できるのは臨床の中身しかないとの思いで、その日の Noon conference のトピックを可能なかぎり、*UpToDate* なり *Pocket Medicine* なりで予習していくようにしました。そうすると、内容にもついていけ、自分でも臨床家として急成長している手ごたえがありました。良い質問もでき、質問ができると「あのもたもたした英語の日本人インターン、大丈夫か心配になるけど、実はわかってるのね」ということになり、臨床面では徐々に信頼されるようになっていきました（もちろん発言することによって、英語がわかっていないことがますます露呈することもたびたびありましたが）。

対アテンディング

R1 のときはプレゼンテーションのときに、アテンディングに対して説得力をもって話ができないこともよくありました。そうした場合、それを補うべく H&P（History and Physical examinations：入院サマリー）や Progress Note（毎日の入院カルテ）は、できるだけ詳細に、特にア

セスメントのところを自分は『よく知っているんだぞ』といわんばかりに書くようにしました。アテンディングはH&PやProgress Noteは必ず目を通してからサインするので、そこでわかっているのをアピールするのは良かったようです。

早朝図書館でのプレラウンド

R2, R3 (2, 3年目のレジデント)以降は, R1を監督して指導することが主な仕事になります。ここでもまた, 英語で苦労しました。R1がプレゼンテーションしているあいだに時々, 聞き漏らしている情報がないかと, 不安になることがよくあったのです。プレゼンを止めて確認するのもあまり頻回になると, 業務に支障を来たしますし, チームのほかのメンバーもげんなりしてきます。

それを補うべく, Inpatientの月は朝4時ごろにだれもいない図書館に入り, 電子カルテをみて, R1がするのと同様に, すべての患者をプレラウンドして(看護記録, バイタル, 尿量, 昨日のコンサルトの返信, 画像の最終レポートなどをみて情報を収集しておくこと), プランを立てておくようにしました。

R1がそれぞれ8人の患者を持っており, 私が2人のR1を監督するので, トータル最高16人にもなります。かなりの労力でしたが, 英語でもたつく分, そうやってカバーせざるをえず, でもそうすることによって, 「Yukaは本当によく患者を把握してるし, R1を細かいところまで抜けなく監督しているから, Yukaと働くときはアテンディングとして本当に楽だ」という評価をもらえるようになりました。

また, R1を教育すること(短いティーチングをベッドサイドでおこなうこと)もR2以降の役割なのですが, 舌が十分に回らない分, 必要な教えるべき情報がすぐに取り出せるように*Pocket Medicine*, *Sanford*, *Tarascon*などのよく使うページをラベルをつけてすぐに開いて教えられるようにしていました。ある内科に進むR1から, 「Yukaがしてるティーチングが本当に役に立ったから, 自分もラベルつけて同じようにR1に来

年教えたいから、卒業していなくなる前に Yuka の *Sanford* と *Tarascon* 貸して」と言われたのは、うれしかったです。

ちょっとした時間の利用

上記の下準備（予習したり、ティーチングすべき材料を整理しておく）をする時間は、帰宅後は一切ありません。レジデンス中も、前述の理由で、ほぼ毎晩9時に子どもを寝かしつけつつ、自分が先に眠ってしまっていました。なので、勉強する時間は昼間、勤務中、あるいは勤務後帰宅前に捻出する必要があると考えました。

私が実際にしたことは、勤務中に何とか時間を見つけて5分でもいいので *UpToDate* なり *Pocket Medicine* なりを読んで、1日ひとつ必ず「今日は今後ティーチングできる項目としてこれを勉強した」と思えるものを作るようにしました。それができなかった日は、勤務終了後、車の中で（もちろん駐車した状態で）その5分を必ず持つようにしました。

R2の途中から、ティーチングファイルを電子デバイス（Palm）の中に入れていくようにしました。レジデントが終わったときには328個のノートができていました。自分が作った物ながら、情けないかな、忘れていく内容も多く帰国後も時々見ては付け焼刃でレジデントに教育しています。人間は悲しいかな、自分の調べたことでもすぐ忘れるので、また、ガイドラインやエビデンスもどんどん新しくなり変化していくので、この繰り返しを一生続けていくことが臨床家として、特に幅広くカバーする総合内科医としては日本であれ米国であれ必要なのだと思います。

意外な評価

日本の卒後4年間、どろどろになりながら『内科レジデントマニュアル』と『ワシントンマニュアル』を熟読しつつ、必死になって働いた臨床経験が大変役に立ちました。臨床留学を目指すにしろ、日本での臨床をおろそかには絶対にしないでください。日本での臨床経験がもっとも強力な武器になりますし、それが無い状態では勝負できません。

シアトルで、夜間に急変した患者さんを見に走っていくこと (MET call) が何度かあった後、ある R1 から言われました。「Yuka ってスーパーヒーローなんだから、普段ぼーっとしてるけど (笑)、本当に困ったことがあったら走ってきてくれるし、Yuka なら必ずなんとかしてくれるし、本当にどうしたらいいかわかってるから！」

私は最後まで自他ともに認める英語でもたつく三枚目外人レジデントだったのですが、R3 のときには ACP Washington Chapter Meeting (内科学会地方会のようなもの) で Resident Poster Competition という症例発表において Runner Up Prize (次選) に選ばれたりもしました。また、レジデント修了時の最終評価表であり、米国でなら次の就職先やフェローシップにも提出する Resident Performance Evaluation では、ほとんどすべての項目が Superior と評価され、プログラムディレクターからも「意外に (!) キミのことはみんながすごく評価してるよ！」と言われ、噴き出しつつうれしかったのを覚えています。

サバイバル2～英語の克服～

私は英語で十二分に苦労しましたし、苦労したまま終わりました。

恥ずかしいのですが、私がどういう状態であったか、および、今後臨床留学を目指す方々がどう準備すればよいかを書こうと思います。

私は日本生まれの日本育ちで、子連れで渡米したときが人生で飛行機に乗るのも2回目という状態でした。まじめで堅物の女子だったので、中学生のときに毎日欠かさずラジオの基礎英語、続基礎英語、英会話などを聞いてディクテーションしていました。それが効いたのか、「Yuka が言っていることがわからなくて困ることはほとんどない」とのことで、その点は助かりましたし、臨床面で言いたいことが言えなくて困ることは R2、R3 には少なくなっていました。

場面場面での苦労

私のもっとも苦労したのは「耳」（リスニング）でした。私が USMLE を準備し始めた頃はまだ、TOEFL が ECFMG certificate を取得するのに必要な頃でした。TOEFL を受けると、リスニング含めほぼ満点でした。しかし、これは「お行儀のいい英語」であって、実際に使われている言語とはかなり違います。

働き始めてみると、スラッグ交じりの周りのたわいのない会話がまったくわかりません。患者さんの使ういろいろな言い回しがよくわからなくて、History（現病歴）を正確に取れていないのではと、冷や汗をかくこともたびたびでした。また、ネイティブ同士の会話のスピードについていけないこともままありました。私が各科コンサルタントと直接やりとりをするときは、私にわかるようペースダウンして話させればいいのです。ところが、コンサルタントとアテンディングが最高速でしゃべっているときなど、臨床面ではなく、言語面で私だけ蚊帳の外状態になり、臨床面で理解できていないかのように誤解され、悔しい思いをした経験も少なくありませんでした。

電話も苦手でした。コンサルタントとの連絡は電話が多いのですが、PHSだと音質が落ちます。もともとギリギリのところまで理解していた私の耳では、ちょっと音質が落ちると途端に理解不能な状態となり、固定電話からかけ直すこともたびたびでした。周りのレジデントに比べ、時間をロスしている感じがとてもしました。

周囲に聞いてまわる、DVD もお勧め

職場では、ある程度勝負しないといけないので、英語に関することを周りのレジデント仲間には聞きにくいなと感じました。そこで、子どものママ友や保育所の先生をつかまえて、自分が英語でよくわからなかったことを聞いて補うようにしました。Language exchange の年配女性とも定期的に子ども連れで会い、私が患者さんにしているムンテラをまとめてチェックして直してもらったりしました。

それから、R3 後半ごろから、ドラマを DVD で意図的に頻繁に見るようにしました。これが口語英語理解力改善という点で、かなりの効果がありました。もっと早くからすべきだったと後悔しましたが、それまでは時間的にどう考えても余裕がなく、できませんでした。

英語での苦労は、卒後 10 年目にもなって、いったい私は何をやっているんだろうか、との気持ちになり落ち込みましたが、そういう時には、自分が今から 5 年後に何をしたいのかを思い出すようにしました。

「英語で臨床ができること」が目的ではなく、「日本でよい臨床と臨床トレーニングを行うこと」が私の目的であって、そのための手段として私は VMCM で成功する必要があるから、英語に時間を割いているんだと思いつくことにしました。すると、また明日からも、格好悪いながらがんばろうという気持ちになれました。

将来、臨床留学をめざす方には、若い頃からなんらかの方法で耳を鍛えておくことをお勧めします。海外ドラマを DVD で見たり、短期でも海外に行くのは役に立つと思います。私はへそまがりだったので「目的もなく語学留学」というのが気に食わず、一度も留学やホームステイなど行ったことがありませんでした。

耳は、若ければ若いほど順応するようなので、「目的もなく語学留学」でももっと若い頃にしておけばよかったのかもしれませんが、私の、32 歳ではじめて渡米した耳は、これ以上、あまり改善しないのでは、という気がしました。

サバイバル3～子育てとの両立をめぐる～

夫との協同

上記レジデント生活で、親業とどう折り合いをつけたかを書きます。

Inpatient の月は、朝は、子どもも夫も寝静まる中、私だけ出勤しまし



▲夫の研究用サンプルの魚を採取に河へ。家族全員で出かけた貴重な時間

た。つまり私がない状態で、朝、夫は、子ども2人を起こし、朝ごはんを食べさせ、子どものお弁当を詰め、上の子をスクールバスに乗せ、下の子を保育所に連れて行ってから研究室に行っていました。

夜は、Inpatientの月は私が迎えに行けることはほとんどなく、夫が子どもを小学校の学童保育と保育所から連れて帰って、宿題をさせ、洗濯機をまわし、晩ご飯の準備をして、食べ終わる頃に私が帰宅する、という状態でした。本当に感謝です。

私の帰宅後は寝るまで、子どもが今日あったことをマシンガンみたいにしゃべるのを聞いてやるのやただ膝に座って甘えさせてやるのや、皿洗い、翌日の夕食と弁当のための調理、洗濯たたみ、と業務目白押しで、これもフルタイム勤務が続いているような状態でした。とはいえ、病院でカテコラミンが出続けた状態から、家に帰って家族がいるのは心安らぎました。

Inpatientの月は夫にかなりの負担を強いていたので、Electiveの月は私が送り迎えほとんどをしようとしてしました。子どもを送ってから病院に行

くと、8時半ごろに職場に着くことになりました。8時から外来業務を始めているアテンディングの中には、遅いと嫌な顔をする人もいましたが、わが家にとってはどうしても譲れないことだったので、一生懸命説明し、理解されなくても押し通しました。

迎えも同じく、Electiveの月には子どもを早く家に連れて帰ってやりたくて、16時半ごろに職場を出て保育所と学童保育所に迎えに行きました。小学校の宿題を見てやるのや、公園で自転車の練習をする、本を読んでやるなどをできるかぎりするようにしました。

休暇の利用法

子どもが熱を出したときは、私がInpatientの月は絶対に休めないので、夫が家で丸一日子どもを見てくれました。私がElectiveのときは、バケーションを消費するような形で、熱を出したら私が見ました。

具体的には、レジデントはElectiveの月に、5日間のバケーションを年3回取ることができ、全員取らないといけないことになっています。それをはっきりと日程を固定せずに、子どもが熱を出したら休む、というように使ってよいかをその月のElectiveのアテンディングと前もって相談します。その上で子どもが熱を出したらバケーションとして1日休むというようにしました。これは子どもを家で自分で見てやれるという点で、心底ありがたかったです（これは例外的措置で、すべてのプログラムで通用するわけではないと思います）。

逆に、私は3年間を通して、連続したバケーションは取った覚えがほとんどありません。土日やオフの日で、私が家にいれば夫は普段の分を取り戻すべく一日中研究室に行っていたので、夫婦そろって家にいた日も、夫婦そろって車で出かけた日も、家族で旅行に行ったことも、留学中まったくといっていいほど、ありませんでした。

それでも、夫婦ともに自分のやりたい職業人生を最大限満喫でき、子どもたちは優しくたくましく、底抜けに明るく育てており、ありがたいことだと思います。振り返ると、シアトルの明るい日差しの公園で子どもたち



▲同期のレジデントで親友の Danielle。夜勤の月に子どもを預け合うなど、まさに苦楽を共にした戦友。2011年学会で来日し再会

がキャッキヤ言いながら走っている姿や、戦友のようなレジデント仲間としゃべったり笑い合ったりしたいろいろなことが思い出され、本当に楽しかったです。

帰国後3人目を出産

2009年7月、私は内科レジデシーを修了。ちょうど同じ頃に、夫の研究もひと区切りがついた状態でした。子どもたちを一度日本に連れて帰って育てたかったので、折よく帰国することにしました。

夫が研究職であり、より職を選ぶ必要があることから、地理的条件は夫に選択権をあげようと思いました。夫が東北大学の職を得たので、私もその周りの病院で就職活動をし、東北大学高度救命救急センターに採用されました。

帰国後の逆順応で、若干戸惑いましたが（疫学の違い、ガイドラインの違い、一般的経験治療の違い、米国で使い慣れた薬剤がない状態での臨床、米国では内科医として要求されない手技を再びリハビリする必要など）、大変有能なよい仲間恵まれ、総合内科医、集中治療医として、日本での良いスタートを切れたと思います。

東北大学には臨床留学経験者はおらず、当初は「毛色の違う臨床家」として若干警戒されていたのかもしれませんが、徐々にお互いに信頼し合える良い関係が築けたと思っています。人生最後の欲張りです。3人目を出産しました。

東北大学病院に勤務して2年後、夫が静岡県三島市に異動となり、私も再び職探しをし、2011年6月から聖マリアンナ医科大学救急医学に移ることにしました。現在は附属の市中病院で、実際の救急集中治療の診療およびレジデントの指導に当たっています。

微力ですが、日本が弱い総合内科医として医療に貢献し、レジデントたちに系統だった問診、診察、カルテ記載、鑑別診断を幅広く挙げる習慣や臨床推論と言われる思考過程、ガイドラインにのっとった根拠のある治療などを教えていきたいと思っています。ガイドライン、*Pocket Medicine*、*Sanford*、*UpToDate*などに基づいた世界標準といえる診療を行っており、私自身も、米国で得てきた良い部分を還元できている実感があります。

「臓器専門科に特化せずに患者さんを総合的に診る」という総合内科医としての良いロールモデルになればと思います。同時に、私自身もまだまだ一生勉強し続ける必要を痛感しています。耳学問で各科コンサルタントから情報をアップデートし続けられた米国と異なり、日本に帰ってからのほうがより自分で努力する必要があるのを感じます。

米国内科レジデントを行えたことで、知らず知らずのうちに自分に自信がついているのだらうと思います。つまり、「自分は標準的な診断・治療を行っている」「自分の方針決定がなにを根拠にしているのかわかってお

【留学先の情報】

Alvin Calderon, MD, PhD, FACP

Program Director

Internal Medicine, Categorical Track

Virginia Mason Medical Center

Graduate Medical Education, H 8-GME

925 Seneca Street, Seattle, WA 98101, USA

e-mail: Alvin.Calderon@vmmc.org

URL ● <https://www.virginiamason.org/body.cfm?id=838>

り、他の医師を説得できる」「自分の思考過程や臨床知識をレジデントに的確に指導伝達できる」「標準的な診断・治療を今後もアップデートし続けられる」という裏付けとともにいつもあるような感覚です。

それによって、まったく知り合いのいない病院に飛び込むことや、勤務時間のオンオフがはっきりした勤務先をこちらから選択したり、交渉したりすることに抵抗がなくなっていました。結果論ですが、そのことによって家族と一緒に移動することができています。

日本の医療と臨床教育の明日

米国での内科レジデントの経験は書き切れないくらい有益なものでした。しかし、へそまがりな私としては「米国でレジデントをしたから良いトレーニングを受けた」とはあえて言いたくない気持ちにもなります。なぜなら、私たちは日本人であり、日本の医学教育を受けて日本で臨床をしていくのですから、自分の国でよいトレーニングができないとしたら恥ずかしいことと考えるからです。

将来、「昔は日本のレジデント教育がよく組織されていなかったから米国に渡っていたらいいよ。今は日本で十分良いトレーニングが受けられる

からそんな必要はないけどね」と言われるときが来るのが私の理想です。

そのためにも、これを読んで臨床留学して、日本に戻ってきてくれる人がひとりでも増えることを期待します。そして、日本で臨床を続けておられる多くの有能な先生方と臨床留学帰りの医師たちと二人三脚のように、日本の医療と臨床教育をよりよくしていけたらと思います。

読んでくださった方、ありがとうございました。また明日からもがんばりましょう。