

2023年度  
第1号

# 医学教育センターニュース



編集・発行 愛知医科大学医学教育センター ～Sep. 2023～

## ◆センター教員紹介

松尾 幸果 医員助教



2023年度より循環器内科から医学教育センターに勤務しております、松尾幸果と申します。私は愛知医科大学を2014年に卒業し、母校である当院で初期研修を行いました。その後、総合大雄会病院、名古屋第二赤十字病院（日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院）、横浜中央病院、多治見市民病院で循環器内科医師として勤務後、2022年度より本学医学研究科に入学し愛知医科大学の循環器内科で勤務しておりました。

医学教育センターに配属される機会を得た理由の一つは、大学での役割において重要な『教育』に携わりたいと考えていたからです。希望が叶い教育の現場に挑戦する機会を得、毎日新たな環境と初めての仕事内容に胸の高鳴りを覚えつつ、微力ながらも私に尽力できることはないか、と問いかけながら働いています。そのような中、学生教育に携わる多くの先生方や事務の方々の真摯なお姿を目の当たりにし、学生時代の思い出が蘇りました。友人たちと一緒に過ごしたかけがえのない時間に喜びを感じたこと、一方で、失敗して辛く思えたこと、将来への不安、試験直前には、友人らと必死に勉強した思い出も、懐かしく、これら全てが、その時は見えなかった多くのご尽力のおかげで存在していたことと思います。試験や勉強に悩んだことが多かったのですが、友人や先生方、多くの方々のお力添えがあったからこそ今の私が存在しています。本学で、医学生から医師へと成長させていただき、医師として働く今でも、変わることなく、多くの方々にお力添えいただいています。

愛知医科大生である皆さんに関わらせて頂き、今まで私に向けて頂いたまなざしを、今度は私から学生である皆さんに向け、学生生活の充実を願いつつ、おひとりおひとりの将来の医師像をともに見つめたいと思います。

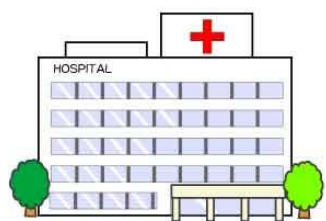
皆さんから多くを学ばせていただきながら、私自身も成長して参りたいと思います。気軽にお声がけいただけたらとても嬉しいです。よろしくお願い致します。



## ◆新入生研修

2023年4月4日(火)・5日(水)に、本年度入学生を対象とした新入生研修が実施されました。本年度はシミュレーションセンターの6階と8階を使用し、感染対策を講じながら全員参加での実施となりました。1日目、まずは自己紹介を兼ねたグループ作りが行われた後、医学教育センター長及び教務部長から医学教育センターの紹介、学生生活の心得、本学カリキュラムの紹介がありました。次に、「あなたはなぜ医師を目指すのか」についてグループワークを実施し、学生は作業を通して徐々に打ち解け合い、活発に議論する姿がみられました。その後、生化学講座の細川好孝教授、生理学講座の佐藤元彦教授、解剖学講座の内藤宗和教授から「基礎医学の学び方」と題し、先生方のキャリア紹介、基礎医学の面白さなどを講演していただきました。コロナ禍によるコミュニケーション不足を解消するため、また教員との距離を縮めることを目指し、基礎科学・基礎医学の先生方と自由に話すことができるセッションを設けました。また、指定された図形を指示通りに描くという「伝言ゲーム」を行い、相手に正確に指示をする難しさをゲームを通して学びました。学生は教員から直々に勉強の仕方やどのように大学生活を過ごしてほしいかなど、様々なテーマで話すことができました。2日目は、先輩医師からのメッセージとして、鈴木文乃先生（血液内科）と三岡裕貴先生（血管外科）から自身の学生生活を振り返りながら新入生に対する激励と温かいメッセージをいただきました。また2年生（黒田琉成さん、黒田壘さん、萩原琴未さん）と3年生（佐原佳音さん、杉本圭生さん、藤田穂菜美さん、村上脩門さん）の先輩からは、学生生活を始めるに当たってアドバイスを貰いました。「医師になるために何が必要か?」と題したグループディスカッションが行われ、本研修の締めくくりとしてKJ法を用いて「どのような6年間にしたいのか」を各グループで議論し、漢字一文字で表してもらいました。学生からは「志・飛・極・合・磨・白・実・夢・成・貫・濃・希」という一文字が発表され、この想いを忘れずに6年間を過ごされることを期待したいと思います。本研修終了後のアンケートでは、「多くの同級生と知り合い、医学部生としての自覚を持つことができた」「自分が何を目標に勉強したら良いのかを考えるきっかけになった」など好印象なものが多く、プログラムにご協力いただいた教職員の皆さまに感謝致します。

医学教育センター長  
早稲田 勝久



## ◆多職種連携演習 (IPE : Interprofessional education)

愛知医科大学では、1学年次～4学年次に医学部・看護学部合同の多職種連携演習 (IPE演習) があります。本演習には、名城大学薬学部の5年次生も参加し、医学・看護学・薬学的な視点から多職種連携について段階的に考察、実践できるよう演習が設計されています。

本演習は、医学部（主に医学教育センター）・看護学部・薬学部の教員が担当しており、各学年のレディネスに応じた演習設計を考えるうえで、学部を超えた教員間の連携も欠かすことができません。

<IPE1演習 (5月25日) : 「チームコミュニケーション」>

IPE1の演習目標は「良いチームとは何か、自己と他者の理解に対する姿勢、コミュニケーションの重要性を述べるができる」です。演習当日は、患者誤認に関する動画を視聴し、各専門職の立場から連

携・協働について考えディスカッションしました。1年生にとっては、入学間もない時期であり、他学部の学生と演習することも初めてでした。しかし、学生からは3学部生でのディスカッションを通して「自らの言動に責任を持つこと」「普段から職種に関係なく良い雰囲気でのコミュニケーションを図ることが重要」といった感想があり、チームを作るうえでの基本的な視点について考えることができていました。

<IPE3演習(6月23日):「チーム医療の体験/チームビルディング」>

IPE3の演習目標は「患者・家族の視点に立ち、チームとして課題解決に取り組むことの重要性を説明できる」です。演習では糖尿病の診断を受けた患者に対して、各専門職同士(医学・看護学・薬学)で退院に向けた生活指導について考え、学生の代表グループが実際にロールプレイをすることとしました。学生は事前に、自職種で生活指導、説明するポイントとその意図について学習した後、当日は、医学部・看護学部・薬学部の学生がグループになりロールプレイする内容についてディスカッションしました。その後、学生の代表グループが患者役(教員)に対して、実際に生活指導を行いました。学生からは、多職種連携において「自分の持っている情報をうまく伝達させるコミュニケーション能力」や「他の職種を尊重し、理解することが重要である」といった感想がありました。

今後は、IPE4(10月6日:「多職種カンファレンス」)、IPE2(12月7日:「医療におけるチーム医療」)が予定されています。学生が他学部生との連携・協働体験を通して、自己の課題を見出すことができるよう引き続き他学部の教員間で連携を図り、学生にとって効果的な多職種連携教育ができるように検討していきたいと考えています。

シミュレーションセンター

講師 船木 淳

## ◆医療面接実習について

診療参加型臨床実習前客観的臨床能力試験(Pre-CC OSCE)が、2023年度から公的化されます。例年、OSCEの直前に行っていた基本手技・医療面接実習を、今年は4月の終わりから7月の始めまで、毎週金曜日の午後に予定しました。OSCEのために短期間で詰め込むのではなく、長期間にわたり練習を繰り返し、手技などを身につけることを目的として、新たな日程を取り入れました。そして、医療面接実習は、昨年まで2回行っていましたが、今年は3回行う予定としました。4月21日金曜日に宮田靖志先生より半日かけてしっかり医療面接のガイダンスを行っていただきました。まずは資料を繰り返し読み込んで医療面接の流れを自分の頭の中にしっかりと入れることを心掛けること、OSCE対策というよりも、すべての医療面接に通じる基本的な方法であるのでしっかり覚えることが大切であることを教わりました。その後、実際に学生同士で共用試験実施評価機構の学修・評価項目に沿って面接練習を行い、4月28日からは、初めて模擬患者さんに対して医療面接実習を行いました。この医療面接実習は、多くの模擬患者さんだけでなく、多くの指導医の先生方にも協力していただいております。お忙しいところ本当にありがとうございます。指導医の先生の中には、問診事項が多いので学生が覚えてくることができると心配してみえましたが、今年の4年生は例年以上に習得がはやく、問診事項を全て覚えてくる学生が多くみられました。また、模擬患者さんを前に、緊張はみられましたが、練習してきた問診事項を聞くだけでなく、2回以上の開放型の質問を繰り返すことや、共感、まとめ、解釈モデル、しめくりも行うことができ、重要なポイントもしっかりおさえている学生が多くみられました。Pre-CC OSCEまでは、少し時間がありますので、模擬患者さんと指導医の先生方のフィードバックを見直し、医療面接実習、そして基本手技実習に関しても、練習に練習を重ねて、本番に望んでいただきたいと思います。

医学教育センター

講師 河合 聖子



## ◆留学体験記「アメリカ留学を通して -特に医学教育、外科医教育についての感想-」

今回、ミシガン大学に短期留学された心臓外科の杉山佳代先生にご執筆をお願いしました。

(これは私が留学中に聞いた話や感想をまとめたものであり、あくまで主観的な紀行文であり、実際とは異なる情報もあります。正しい情報については専門のサイトをご参照ください。)

アメリカの医学生は非常によく勉強する。アメリカではそもそも医学部に入る前に4年制大学(Pre-Med)を卒業し、その後医学部(メディカルスクール、医科大学院)を専攻するため、さらに4年間、大学に通う。

アメリカでは医師は非常に尊敬される。日本でもそうじゃないか、という意見があるかもしれないが、アメリカ人はわかりやすく、その尊敬の気持ちを表す。例えば、アメリカ人はいわゆる友人、同僚にはファーストネーム(ジョンとかジュリアといった)で呼びかけるのが基本だが、医師に対してファーストネームを使うのは非常に失礼なことと皆考えている。手術室の看護師や臨床工学士はどんなに仲良しの外科医に対してもDr Bolling、といわゆるファミリーネームで呼ぶ。もしDr Bollingが俺のことはStevenと呼んでくれ、と言ったなら、それは構わないのだが、それでもほとんどのメディカルスタッフは呼び方を変えることはしない。私も一応医師としてアメリカに留学してきたので、彼らはやはり私をファミリーネームで呼ぼうとした。私のことはファーストネームで呼んでもいいよと(特にSugiyamaというのは発音しにくいので)言っても、なかなかそれは受け入れられなかった。一方医師以外のスタッフはどれだけ年配でも、基本皆ファーストネームで呼び合う。多くの移民を受け入れ、外国からの文化を闊達に取り入れている自由の国アメリカだが、厳然たる階級社会でもあるのだ。

ミシガン大学は1817年に創設された名門で、世界大学ランキング19位(東大が77位)、アメフトは勝率、勝利数とも全米一位という老舗の人気大学だ。当然、ミシガン大生は母校愛にあふれ、名門出身としての誇りに満ちており、卒業式などのイベントではミシガンカラーともいべき青と黄色の旗がいっせいに町中にたなびく。ミシガン大学があるアナーバーという街はミシガン州では小さな田舎町といった規模だが、大学のための街であるため、比較的治安がよく、人も穏やかで暮らしやすい。さらに周囲は美しい川や森に囲まれており、野生の動物も多く、訪れたばかりの頃は景色の美しさにiphoneの写真ホルダーが景色の写真でいっぱいになったほどだった。アメリカの大学生はよく勉強すると聞いていたが、ミシガン大生もまた非常に勉強熱心であった。ミシガン大学の法学部にはハリーポッターの撮影候補地ともなった絢爛豪華な美しい図書館が併設されているのだが、そこには常に自習する学生がおり、パソコンや辞書などを持ち込んで皆静かに課題に取り組んでいた。また、大学の設備のそこかしこに居心地の良さそうなカフェテリアや自習スペースがあり、友だちとしゃべっている楽しそうな人もいれば、ヘッドホンをつけて朝から晩まで勉強している人もいた。私も自分の勉強のためにコーヒーなどを持ち込んで、こうしたスペースを利用させてもらっていたが、こうした小さな喧騒の中の勉強は非常にはかどる。また、外のトラックではジョギングする学生や、バスケットゴールの下でじゃれあっている学生たちもいて、いかにもキャンパスライフという感じであった。快適に勉強する環境、いつでもスポーツできる環境が整っていることはやはり学生にとって(というかすべての人にとって)大切なことだと再認識した。

ミシガン大学病院は大学エリアの北東にあり、general hospital、小児病院、がんセンター、心血管センターなどの施設が林立している(Kellog eye centerという眼科だけの大きな病院もある)。一つの病院がいわゆる日本の大学病院ひとつくらいの規模のため、敷地内にかなり広大なメディカルセンターを形成している。私はSamuel and Jean Frankel Cardiovascular Centerという心血管センターで3ヶ月間、visiting surgeonとしてお世話になった。きっかけとしては、日本と米国の胸部外科学会(JATSとAATS)が主催するフェローシップ(奨学金のようなもの)に申し込みをし、それが運よく採用されたか

らだが、実は当初アトランタのエモリー大学病院に受け入れ先が決まっていた。コロナの影響で、アトランタでの受け入れが進まないため、AATSにメールし、受け入れ先の変更をお願いしたところ、ミシガンにすんなり引き受けてもらえたという経緯であった。それでもオミクロン株の流行などでずいぶん（合計2年くらい）待たされたが、その間にオンライン英会話をやったり、論文を書いたりしてなるべくモチベーションを失わないようにしていた。結果的にはミシガンに来られて正解だったと思う。以前から大動脈関連の論文でミシガンの名前を目にすることが多くあった上、実際大動脈や弁膜症の素晴らしい手術を見学できたし、論文で何度も目にしていた世界を牽引する心臓外科医たちに出会うこともできた。さらに、ミシガン州自体が美しく安全で、滞在自体がとても楽しめたことも良かった。留学をしたことがある人は皆、留学の素晴らしさを語り、一度は留学するといいいよと言うものだが、確かに留学しないと得られない感動、苦労、挫折、そして喜びというものはあると思う。

心血管センターで月曜から金曜までの手術を毎日見学した。4階が手術室で、2階がカテ室となっており、カテ室でも毎日のように弁膜症や大動脈のカテーテル治療があるため、そちらを見学することもあった。日本ではまだ見られない珍しいカテーテル治療がすでに導入されており、興味しんしんで見学した。だが、なんといってもほとんど手術室にいた。多い日は1日10件以上の開心術が行われているため、どの部屋を見学しようか迷うほどであった。手術室は過密スケジュールで運営されているため、同じ手術室で縦に3件入ることもあった。さらに、土日も予定手術に収まりきらなかった症例を臨時枠として日に2-4件くらい入れることがあるため、土日も見学したければいくらでも見ることもできた。さらに大動脈解離や心臓移植などの緊急も多く、その気になればかなりの件数を3ヶ月の間に見学することができた。愛知医大で1年間に経験できる心臓外科手術（カテーテル治療も含む）は150件くらいだが、ミシガンでは3週間でそのくらいをこなしてしまうため、短期間の留学でも学べる量は膨大である。欧米は概して一施設でこなす症例数が多く、その分、術者も多く抱えている。日本とは病院の在り方から違うため、単純な比較はできないが、たとえば臨床研究して論文を書くとなると、日本で10年分の症例数がアメリカでは1年で達成されてしまうことになるので、論文のインパクトに大きな差が生じることになる。

ミシガンの医学生について。心臓外科は臨床実習の必須でないため、特に心臓外科に興味を持っているものだけが実習に来ていた。一見すると医者かどうかわからないほど落ち着いており、中には自分用のルーペをすでに所有して心臓外科医になる気まんまんの医学生もいた。麻酔が始まったあとの手持ち無沙汰な時間に何人かと話をして気づいたのはアメリカの医学生に移民がわりと多いことである。たとえば、イラン、シリアなどのいわゆる紛争地域から家族と命からがら国外脱出してアメリカに辿り着き、初等教育

もろくに受けられなかったことも時代を苦学して克服し医学部に入った人たちだ。彼らはアメリカで医師になることを痛切に夢見ている。これは日本の医学生が医者になりたいな〜と思う気持ちより遥かに切実であり、真剣である。彼らの中には、日雇いのような仕事しかできず卒業後の彼らの稼ぎをあてにしている両親や、まだ幼い弟妹たちを抱えているものもいた。そうした彼らにとって、自分が医者になれないということは家族ともども路頭に迷うということになるのだ。また、両親が中国や韓国、日本からの移民で二世、三世というのも非常によくみられた。偏見でものを語ってはいけませんが、アメリカではいわゆる日中韓の東アジアの親というのは非常に教育熱心（よく言えば、悪く言えば学歴コンプレックス）で知られており、それがスタンダップコメディ

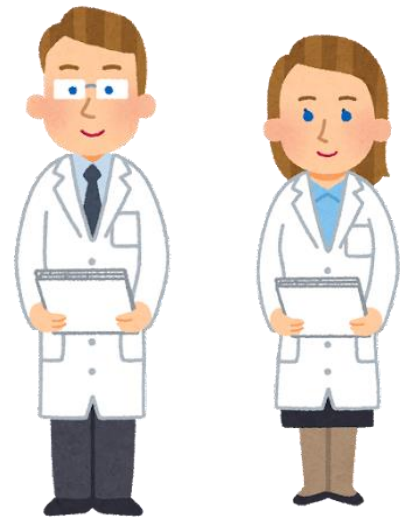




になるくらい有名な話なのだが、実際、アジア系の医学生、医師を非常に多く見かけた。アジア系の両親は自分たちや自分の子どもたちがアメリカ社会で生き残るため、勉強しろ、良い大学に入れ、と叱咤激励する。医学部に進むアジア系アメリカ人が多いのはそのためである。また、多くのアジア系外科医は夜間休日を厭わず緊急手術に対応するため、半ばあきれられ、重宝がられていた。手術がうまく、多くの論文を執筆し、まじめにコツコツ業績を積み重ねていくため、スターダムを駆け上がるものも多く、学会でもアジア系心臓外科医の名前をよく目にする。

現在、アメリカで一番人気で、なるのが難しいとされているのは心臓外科医である。なぜなら、アメリカで心臓外科医として成功すれば、確実に高収入を約束されるからである。Attending surgeon（いわゆる執刀医）となれば最初は年収7000万円ほどだが、成果によっては1億を超え、下手すると年収5億を超えるようになる（ただし、税金で半分くらいもっていかれる上、アメリカの物価を考慮すると1億では贅沢はできず、3億でようやく息がつけるくらいと日本人のattendingをされている先生に聞いた）。道端でゴミ拾いをしながら勉強していたような祖国での貧しい生活や、情報統制のかかった共産圏の国で両親と暮らしていた移民系医学生にとって、プールつき、7ベッドルームの豪邸に住み、高級車を走らせて病院へ通う生活がアメリカンドリームでなくてなんであろう。アメリカでは選択する科によって給料の格差が存在し、高級取りの心臓外科医（額面だけでいうとトップ、さらに脳外科、救急、循環器内科、麻酔科などが続く、家庭医は全体の間くらい）は非常に人気が高く、希望すればなれるというものでもない。諦めて他の科に転向するものも多いし、苦勞して専門医をとった後も、自分を雇い入れる病院を探すのにまた熾烈な競争が待っている。運よく勤務先が決まった後も、年間手術成績、学会活動や論文などの業績、学生・レジデント教育などが病院側に細かく評価され、年俸に直接影響してくる。病院側は雇い入れた外科医が収入に見合った仕事をしていないと判断した場合は契約更新せず、簡単に首を切ってしまうため、attendingになってからも苛烈な日々が続く。そこには人種も生まれた国も関係なく、素っ裸の実力だけがものをいう。移民系医学生が目指すのはそうした、差別や苦惱を乗り越えた先の、過酷だが平等な、そしてほとんどの者が見ることのできない美しい頂である。医学生たちはその頂にいるattending surgeonたちにすなおに賞賛の目を向ける。自分もこうなりたい、と正直に発言する。

こうした医学生たちは手術中、attending surgeonの質問の一つでも答えられないことがないように常に緊張している。当然彼らの知識量は日本の医学生と比べるまでもなく、人工心肺の仕組みや心臓外科手術の手順について知らずに手術に入るうっかりものはいない。医学生といっても、臨床実習なので、PA（physician assistant）の指導のもと、胸骨正中切開や閉胸を行うし、創部の縫合もやる。手術が夜中にかかろうと、ICUに入室する最後まで医学生は患者について残っている。その上、明け方からの緊急手術があるときは自宅でカルテをみて（セキュリティシステムがややこしいのだが、自宅のパソコンでもスマホでもカルテを開くことができる）、赤い目をしながら手術室へやってくる。一度に手術に入れるのは一人だけなので、もし、ローテートしている医学生が4人いると、緊急手術ではスクラブ（手を洗って術野に入ること）の取り合いである。彼らは一例でも多く症例を見学、経験したいと考えており、相手への気兼ねなどしてられるか、という気概をビシビシと感じる。一応平和的に手術に入る人を決めていくが（この辺の駆け引きは見ていて大変おもしろかった）、さっきまでICU入室の患者に付き添っていたのに、もう起きて手術に入りたいのか、と私も引くくらいの熱心さであった。眠くないの、と聞くと「問題ない」、と言い、実際ちょっと顔色は悪いものの若さゆえか最後まで手術に入っていたのは驚異的な精神力と体力で



あった。そんな中、attendingは術中うまくアシストができない医学生に、「君はC マイナスだ」と冗談で言うことがあった。医学生はattendingによりAプラス、A、Aマイナスにはじまって、B、Cと評価されるので、Cマイナスが一番評価が低いということなのだが、それを言われた医学生は文字通り真っ青になっていた。この時の評価は今後彼らの就職活動にも響くようで、やはり良い成績をとって実習を終えたいのだろう。そのためか、学生によってはときに過剰すぎるアピール、パフォーマンスもあるように感じた。全米で行われるいわゆるCBTのようなテストの成績も当然重要ではあるが、日本でも同様と思われるが、テストの成績がいい医学生が良い外科医になるとは限らないようである。実際、テストがいい順にレジデントを採用するとえらい目に遭うそうである。やはり頭がいいことと、手術室でのふるまい、腕前などはまた別の話なのである。

自分の将来のために積極的に行動することはアメリカではあたりまえのことである。そのさらに上を行かないと認めてもらえない。例えば、ある医学生は夏休みを利用して会計士の資格をとる、と言っていた。それはそうした資格が将来の就職活動で役に立つし、自分も興味があるからだそうだが、こうした感覚は日本の医学生にはちょっとないように思う。英語はできて当たり前なので、付加価値として夏休みをスペイン語とかフランス語のような他言語を学ぶのにあてている医学生も多いようだった。また、アメリカの大学生は自分で学費を払うため、多くの若者が莫大な学生ローンを抱えている。親に学費を払ってもらおう、というのはごく一部の富裕層に限られ、ほとんどの学生がこの問題を抱えている。卒業後に学生ローンの返済ができず、自己破産してしまう人もいるようだ。この多額の借金を返すためにも、卒業後は死に物狂いで働いて稼ぐ必要がある。高級取りになれるのはattendingになってからで、アメリカのレジデントは高級取りとはいえず、およそ年収700万である。こうした経済的背景からも、彼らのキャリアに対する真剣さがうかがえる。日本のほほんとした医学生とは、病院実習ひとつとっても腰の入りが違うのである。また、日本と同様、アメリカの医学生もいい年ではあるので、医学生のうちから結婚するものも多いようだ。

結婚と出産。アメリカ人の女性医師にとって、外科医のキャリアを阻む最大の要因となるのはこの出産とそれに伴う育児である。いわゆるインターンや外科レジデンシー（研修医やその後の後期研修みたいなもの、外科は5年間のレジデンシーが必要）はきっちり規定の期間働いていないと修了書がもらえないため、出産などで働いていない分は追加で働く必要がある。そうすると、同学年の他の医師から遅れをとってしまう。アメリカの女性外科医はそうした遅れを非常に嫌うようで、陣痛が始まるその日まで手術に入り、出産後もすぐに復帰する。早い人だとおよそ産後1ヶ月後には復帰し、手術に入る。こどもが熱を出したら哺乳瓶にNSAIDSを混ぜて解熱させてから保育園に預けたこともあるとNew York Timesのインタビュー記事で読んだことがある。ベビーシッターは高くつくので、簡単には雇えないのかもしれないが急な朝や夜はお願いすることもあるだろう。アメリカでは夫婦で働き、夫婦で子育てするのが当たり前なので、ベビーシッターは若い夫婦にとって欠くべからざる委託産業である。日本でみられるような子育てのために母親が復職しないという話をアメリカ人にすると変な顔をされる。こどもを愛するのと、キャリアを続けるのは別次元の話だからである。アメリカ人も家族を非常に大事にする。しかし、それはそれ、これはこれ、といった感じで、むしろベビーシッターのようにほかの人の手をかりて育てた方が、多様性を理解できるこどもに育つ、という考え方があるようである。

もし今日自分の執刀を誰かに奪われたら、次のチャンスがいつ回ってくるか。外科医を目指す若い女性医師にとって、文字どおり切ったはったの切実な現状があるようである。彼女たちはある意味、日本より平等に扱われており、出産後復帰する彼女たちを同僚の男性外科医たちは暖かく迎えると同時に当然のように当直を割り振るし（そこら辺は当直を割り振られないことに腹を立てる女性外科医もいるようである）、上級医たちは祝福しつつも次の手術や研究の課題を彼女たちに与える。Attendingとして活躍される女性心臓外科医も増えている中、attendingの上に立つchair、いわゆる教授をされている女性の心臓外科医

も多く、彼女たちは驚異的に多くの論文を書く傍ら、世界の心臓外科をリードするような革新的な手術をこなし、学会での圧倒的な発言権を持つ。循環器内科主導の大規模スタディーの不備を指摘し、ガイドライン改正に「待った」をかけたのはジョンズホプキンス大学心臓外科教授のJennifer Lawton先生をはじめとする外科チームであった。彼女だけでなく、米国胸部外科学会にはannual meetingを主催されたり、学会の理事や副代表に就任したりと、名実ともに活躍がまぶしい女性心臓外科医が大勢おられる。これも先述のキャリア形成システムの賜物であろう。日本の外科の世界ではまだまだこうはいかない。

わずか3ヶ月の滞在であったが、日本とアメリカの文化の違い、医学教育のあり方の違い、そして外科医として働くことの多くの違いを学んだ。もう、根底からして違う、という感想だった。日本の現状を憂い、アメリカでの成功を夢みて、アメリカで心臓外科医として働く日本人は全米に実に70人以上いるという。そして年々その数は増えているようである。心臓外科にとどまらず、肝臓移植などをはじめとした消化器外科や小児外科、さらに救急救命医、家庭医、産婦人科や内科全般にも日本人医師が活躍していると聞く。留学中、日本人で家庭医としてミシガンで働いていらっしゃる先生とお話した時、とてもおもしろい小話を耳にした。あるアメリカ人の著名人のこどもが難治性の胆道系の病気にかかっており、それを手術できる有名な日本人医師を紹介されそうになった。だがそのアメリカ人はよく知らない東洋人の医者に我が子を手術してほしい、他の外科医を紹介してくれと言って、他の外科医を受診したところ、「この手術は私には手に負えません、この手術で全米一といえる外科医に紹介状を書きましょう」と言って結局その日本人外科医宛の紹介状を渡されたという話だった。日本人の外科医、特に、アメリカでsurviveしている外科医は、文句なしに優秀だということの証のような痛快な話だった。

手術室において、執刀医は強いリーダーシップを要求される。技術や実績だけでは足りず、統率力、判断力や、高いコミュニケーション能力をはじめとした優れた人間性が要求される。リーダーシップに欠ける外科医は他のスタッフやレジデントから信頼されず、また、有事の際に怒鳴り散らすようなハラズメント行動が目立つ外科医は（全ての手術室は録音・録画されている）アンガーマネジメントの講義を受けるよう病院側から指示され、それでも改まらない場合は、一瞬で首にされてしまう。日本の手術室にはまだまだ外科医が部下やスタッフを罵倒する、嫌味を言うなどの陰湿な風土が残っており、それを改善しようとしないうところかむしろ隠蔽するような体質の病院も多い。日本の外科医たちもこうしたリーダーシップについて学ぶ必要があると思う。有望な大勢の日本の外科医たちが海を渡り、アメリカで働くことを選んだ、この事実だけでも日本の外科医療が抱える闇が見えるような気がする。

アメリカはdiversityを求め、外部からの移民や文化を積極的に受け入れ、その結果世界の大国となり得た。しかし一方でアメリカが抱える闇も深く、貧富の差、教育格差、医療格差と問題が尽きない。日本の医療や教育の質は決して世界に引けを取らないと思うが、今後さらに発展するために克服すべき課題も多いと、今回の留学を通じて学んだ。

心臓外科

講師 杉山 佳代





## ◆医学教育—コラム②③

### 医師国家試験への実技試験（OSCE）の導入をめぐる

医学教育センター特命教育教授 伴 信太郎

2023年度から臨床実習前の共用試験が公的化（すべての医学部で同一基準で合否が判定され、医師国家試験の受験要件となった[国家試験となるわけではない。]）され、特にOSCEを各大学医学部・医科大学で共用試験実施機構から要求される条件で実施することには大きな負担があり、そのあり方が議論の的となっています。さらには、現在臨床実習後に実施されている‘Post-CC OSCE’を将来的には医師国家試験に導入するということが検討されています。

今年の医学教育振興財団が主催した「第34回医学教育指導者フォーラム」で『OSCE再訪』という講演・パネルディスカッションが実施され（令和5年7月25日）、また長崎大学主催で実施された第55回日本医学教育学会のシンポジウムで『日本のOSCEの来し方行く末：特に医師国家試験への導入をめぐる』（令和5年7月28日）が行われ、筆者がいずれにも演者として参加しましたので、そこでの議論の中から、‘米国でUSMLE Step2 CS（Clinical Skills）が廃止に至った経緯’についての情報を共有したいと思います。

#### 米国におけるUSMLE Step2 CSの導入と廃止に至った経緯

USMLE（United States Medical Licensing Examination）は、国家試験ではありませんが国家試験的な役割を米国では担っています。USMLEは、Step1、Step2、Step3があり、日本の医師国家試験に相当するのはStep2で、これは認知領域の試験の‘Step2 CK（Clinical Knowledge）’と実技試験の‘Step2 CS’で構成されていました。‘Step2 CS’は2004年に導入されましたが、それがCOVID-19パンデミックのあおりを受けて2020年3月に中断され、更には2021年1月に廃止が決定されました。

この‘Step2 CS’の導入に関しては、当初から様々な議論がありました。

#### 1. ‘Step2 CS’の導入の背景

‘Step2 CS’が導入された背景には、下記のようなことが挙げられていました。

- ① 医学校は少々学生の臨床能力が不十分でも、「レジデンシーで教育してもらえばよい」との考えで、自校の学生を卒業させてしまう（Failure to fail）。
- ② 医学校は実技試験を妥当性と信頼性の高い方法で実施する資源（施設、人員、等）やノウハウが十分ではない。
- ③ クリニカル・クラークシップでの診療経験にはばらつきがある上、評価も往々にして不十分で、少々学生の臨床能力が不十分でも、「次の臨床科で教育してもらえばよい」として終了OKとしてしまう。
- ④ 実技試験が行われるようになれば、医学生もそのつもりで基本的臨床技能の修得に取り組むであろうし、医学校もそのつもりで教えるだろうと考えられた（Assessment drives learning）。

#### 2. ‘Step2 CS’の導入当初からあった強い反対意見

‘Step2 CS’の導入当初から下記のような強い反対意見がありました。

- ① 受験料が高額（\$1300）である。
- ② 受験会場が全米で5か所に限られ、受験のために交通費や宿泊費が必要となる。
- ③ フィードバックが不十分である。
- ④ 何故医学校ではない第三者機関が合否判定をする必要があるのか。

Facebook（2004年創業）やTwitter（2006年3月創業）が広まってくると医学生、レジデント、医師などの反対意見が組織化され、1万人以上の反対署名が集められました。また、米国やカナダの医学校の卒業生の‘Step2 CS’の合格率が94—97%であることも、このような試験の必要性を疑問視する理由の一つとして挙げられていました。

### 3. ‘Step2 CS’ の中断から廃止へ

このような状況にあったところへ、COVID-19パンデミックが始まり、受験生、試験実施関係者、模擬患者さん達の安全を考慮して2020年3月に中断となり、2021年1月に廃止となったわけですが、廃止の理由として、医学校での基本的臨床能力教育が定着してきたこと、様々な評価法（workplace-based assessmentなど）が開発され、‘Step2 CS’がやや時代遅れとなっていたことなども挙げられていました。

#### 参考資料

1. Peter J Katsufakis: Consideration for a national examination of clinical skills: The U.S. experience（「第34回医学教育指導者フォーラム」、2023.7.25）。
2. Tony Errichetti: The cancellation of the US National Board Medical Performance Exams: At the intersection of Covid-19 and social media（第55回日本医学教育学会、2023.7.28）。

