

伊賀内科実習を振り返って

(青文字は私のコメントです)

この度、学年で医師国家試験が気になって楽な実習を選ぶ風潮もある中、敢えて大変な実習になるとは思いながらもこれ以上のチャンスはないと思い選択させていただいた、伊賀内科・循環器科で2014年5月に2週間、実習させていただき、とても成長させていただきました。実習1ヶ月半ほど前に先生に面談していただき、そこで今回の実習での「到達目標」について議論していただきました。先生のアドバイスやヒントをいただいた上で、別冊論文をたくさんいただき、それと先生の著書を読むよう指示されました。それを読んだ上で、じっくりと到達目標を自分なりに練り上げました。以下では、関連する項目ごとに説明したいと思います。

①病歴と診察からの診断のプロセス

病歴の重要さ、診察の重要さは誰もが語ります。そして、私たち学生も、その言葉の意味を深く考えることなく、「その通りだ」と思っています。しかし、それが「いかに大切か」を体感したことはないのではないのでしょうか。僕はまず、伊賀先生と面談させていただいた際に、どのような検査を行うにせよ検査前確率を上げることが重要であるということ、心筋梗塞に対するトロポニンTの陽性的中率を実際に求めるという作業で体感させていただきました。トロポニンTほど感度、特異度の高いといわれる試験でも、検査前確率が3%くらいのいわゆる「盲目的」な状況で使えば、陽性的中率は半分にも満たないという悲惨な結果でした。病歴と診察で検査前確率を高めていないと、そもそも検査自体の恩恵すらなくなってしまうということでした。

そのため、病歴と診察からの診断のプロセスを強く意識して学ぶことを目標として実習に臨みました。実習では、それだけでなく、病歴聴取にせよ身体所見にせよ検査にせよ、それ自体の限界と有用性を知っておくことが重要だということも2週間を通して学ぶことができました。後に述べますが、エコーや心電図の有用性と限界を多く学びましたし、また、限界を知らずに行った検査の結果を信用しすぎると不利益が起こるということについても学びました。「限界や有用性の分からない、評価のできない検査は行わないか、もし行ったとしても、結果に関して分からないことは分からないと認め必ず専門家にコンサルトするべき。」という信念が自分の中に出来上がったと思います。

言い方を変えれば、自分が将来行いうる検査については徹底的な学習をしていなければならないということでもあります。病歴聴取、診察についてはいかなる医師であれ必ず行うものであり、それゆえ徹底的な修練と学習が必要だということも実習の中でより明確となりました。

具体的には、BPPV（良性発作性頭位変換性めまい；一般病院ではとつても頻度が高い）や狭心症（種類の鑑別も含め）、心筋梗塞、血管迷走神経反射は病歴でほぼ診断が決まることを実際に体験しました。たとえその後検査が必要な疾患であったとしても、病歴抜きには診断ができない疾患があったり、ドプラエコーでたとえ弁逆流を捉えても心雑音を聴取しなかった場合には逆流とはみなさない（症状がなければそうですね。そういえるくらいの診察能力が必要であるということです）、など、病歴と身体所見の重要性については非常に多くの例を見せていただいていたので学ばせていただきました。実習後に伊賀先生に症例数を教えていただきましたが、僕は

狭心症または心筋梗塞の病歴 13例
意識消失の病歴 5例
動悸の病歴 8例

を主に聞かせていただきました。これだけ聞くと、動悸や意識消失、狭心症などの病歴についてある程度話を聞いているだけでなんとなく疾患が見えてくるようになってきました。自分一人で患者さんと話をしながら鑑別はまだ難しいですが、話を聴くだけで鑑別をするなら、これらの主訴の鑑別にはかなり強くなれたと思います（教科書で学ぶことは必要条件ですが、患者さんが同じ疾患でもいかに表現が異なるかを体感することは重要です）。

伊賀先生のもとでの実習を終えて、今後病歴と診察のプロセスをしっかりと学ぶためには、大学病院ほど専門に特化しすぎている程度の病院での研修が重要だと思うようになりました。研修医時代に総合診療科で研修する期間を多くとり、患者管理において非専門家でもできることと、できないことの境界を絶えず専門医と議論していくことも重要だと考え、研修病院は総合診療科に力を入れていて、各科の垣根の低い病院で研修するのがベストだと現時点で考えるようになりました。そして、研修後は、伊賀先生が参加されているような、医師同士で実施するカンファレンスや勉強会に積極的に参加し、他の医師との情報交換をもとに非専門分野においても知識をリニューアルしていく環境作りをしていきたいと考えるようになりました。

②診察所見を正しくとること

卒前の到達目標は大きく分けて

- (A) 頭の前から足の先まで止まらずに診察できる
- (B) I音、II音が正しく聴取できる

の2点でした。今回の実習ではこれに加え、収縮期雑音や拡張期雑音を聴取できることや、III音、IV音を聴取できるようになることを目標にしています。

(B)については特にこの2週間の実習で徹底的に習得させていただきました。異常所見を有する人で聴診させていただいた人は19人いらっしゃいましたが、全員まずI音、II音を正しく聴取できることが必要でした。今回の実習を通じて強く感じたことは、自分を含め既に(B)ができていると思込んでいる学生がかなり多いということです。しかし、僕は最初の数日間、I音とII音の所見を正しく述べることもまともにできませんでした。一方、伊賀先生のもとで実習していく中で、(B)が本当に正しくできていれば、実は他にもかなりのことが達成できるということが分かってきました。たとえば、I音とII音を正しく聞くと、それ以外の音に意識を向けることができます。雑音が聞こえてきたとき、それが自分の正しく聞いたI音とII音の間であれば自信をもって収縮期雑音だということができ、拡張期雑音と収縮期雑音を聞き間違えることはなくなります。II音の呼吸性分裂を聴取する習慣ができてくると、奇異性分裂も聴取できるようになりました(きちんとした診察法を修得すると、がんばれば2週間でできるようになるのですよ)。

実習が半分終了した段階で、目標を立て直しました。I音やII音はすぐ聴けるようになると思っていましたが、その真の意味が間違っていたことを知り、より意識的にI音II音の聴取にこだわろうと思いました。さらには、もう少し踏み込んだ雑音聴取もできるようになりたいと考え、収縮期雑音を聴取した場合に、その最強点と雑音のLevine分類、頸部への放散の有無、R-R間隔による雑音の大きさの変化などを確認することをルーチン化できることを目標にしました。III音やIV音については、おそらく難易度が高いのだろうと割り切り、聴取できることは一度目標から外しました(gallop音がきければ十分です)。

意識的に聴診を頑張った結果、先生のサポートのおかげもあり、これらを達成できました。III音、IV音の聴取についてはやはり達成できませんでした。そもそも、診療所には歩いて来られる方が多く、そういった症例の方がおられませんでした。これらについても、聴診の基本を大切にしていることで今後比較的速やかに聴取できるようになるのではないかと感じております。僕は実習を終えた今、友人に(B)が正しくできているということの真の意味がどういったことなのかを伝えていきたいと考えようになりました。

(A)についても、今まではOSCEで学んだすべての診察をぬかりなくやることだと勘違いしていましたが、そういう意味ではなく、「診察が途中で止まる」ことがないように、少々抜けがあってもいいから一連の診察を習慣付けておくことが重要(というより患者さんに対する礼儀)だと学びました。兵庫医大での先生のレクチャーに参加させていただき、OSCEで学んだが実際にはあまり使用しない診察と、これだけはルーチンでやっておくべき診察というものがあることを学びました。現在はもっぱら身体所見で有用性の高い診察が何かということを勉強して、自分なりの、OSCEより少ない診察量で全身を見られるルーチンの診察の流れを作り直しているのです、改めてこの流れで練習しようと考えています。

③心電図、心エコー検査について

これらの検査の限界と有用性を知り、これを体感した上で、心電図の読影力をつけることを目標にしました。

心電図については正常心電図 50 枚、異常心電図を 33 枚読影させていただきました。実習を終えた今では、心電図をパッと見て正常そうか異常そうか大体感じ取れるようになったと思います。また、所見の述べ方も決まった順序で行えるようになり、ある程度の異常所見も指摘できるようになりました。スピードは最初は 1 枚読むのに教科書を見ながらじっくり 10-15 分かかっていましたが、後半には口頭でなら 1 分くらいで所見を述べられるくらいにはなっていました。心音もそうですが、正常をいかに多くみるかが本当に重要だと心から感じました。今後も、どのような診察や検査結果でも、「いかに多く正常をみるか」を常に意識して習慣化していきたいと思うようになりました。そして、心電図については有用性よりもむしろ、限界を多く学びました。ただの心電図を読んでも"ischemic pattern"とか"non specific ST-T change"ということまでしか指摘できず、病歴があって初めて意味をもつ所見が多いことを知りました。

心エコーについては、有用性が大きいということについて、AR や MR の原因検索に有用であったり、心機能の評価を壁運動などから行えたり、三尖弁の逆流の流速から右心系の圧格差を推定できることなどを通して学ばせていただきました。同時に、心尖部は普通にエコーを実施したのではうまく見えないことも実際にみせていただくことで体験できました。こういった点からも検査ごとに有用性と限界を知り、複数の検査の所見を病歴に照らし合わせて総合的に判断することの重要性を学びました。

⑤診療所の役割

診療所での診療がいかに病院と違うかを学び、患者の人生観や解釈モデルを意識した医療の提供方法を伊賀先生の診療から学びとることを目標にしました。これは、到達目標としては漠然としていましたが、「知らなかったものを知る」という点に意義があると考えていたことと、これを意識的に見てみようという目的で立てた目標です。

僕が大学で実習した実感として、大学病院では患者数がかなり多く、外来はいかに一人当たりの診察時間を最小限にするかに多くの労力が割かれ、そのため患者さん一人ひとりが新たに訴える症状については聞いても聞かなかったフリでとにかく患者さんに帰ってもらうよううまく話を切ることを重視されていたように思います。やむを得ないと思う部分もありますが、やはり患者さんを「症例」として見て、「人」として見る余裕がないため、患者さん側からの満足度も低いのではないかと学生の立場から思います。実際に、

往診の際に、中規模くらいの病院に入院しておられる患者さんから、医師の対応が不快だったという話を聞かせていただく機会がありました（その患者さんに学生のためにきてもらい、話をしてもらいました）。医師が自分に処置をする際に、自分の指導する若手医師に対して耳元で事細かに説明や指示をすることを不快に感じたということでした。患者さんの前ですべき話と、しないほうが良い話があると思いますが、そういったことを意識できなくなると、医師側からすると些細なことでも患者さんにはストレスを与えてしまう良い例でした。

伊賀先生の診療所では、様子がまったく違っていました。とにかく伊賀先生は、こられる患者さんの趣味、仕事、家族構成、家族の状況などの背景情報を徹底的に覚えておられるので、患者さんが入ってくるなりとても話が弾みます。それだけでなく、患者さんがたまに冗談半分の口調で「いやあ最近たまに胸に違和感があったりしましてね」と言ったかと思えば先生がいきなりスイッチが入ったように「いつから？どんな？それは痛いの？」と、胸部違和感の鑑別診断を開始されます。そして、必要な検査を考え、その後の対応についても説明されます。そして大病院との違いとして、たとえ検査が必要だと考えられる状況であっても、検査自体が嫌いな人がいたり、検査をすると思っていなかったがために所持金があまりなかったりする患者さんがいるということも考慮し、検査をしないメリットとデメリットを伝えた上で話し合います。伊賀先生の、そのような態度で実践されている診療ですが、不安そうだった患者さんは笑顔で満足そうに帰って行かれます（これを学生さんに体感してもらえればとってもうれしいです）。実際に患者さん一人ひとりをきちんと「人」として診ているという実感がそこにはありました。間違いなくこれこそ、患者さんにより近い存在たる診療所の役割だということを体感させていただきました。そしてそのための最も重要なことは「患者さんの家族構成といった情報や性格を徹底的に覚える努力をする」ことだと教えていただきました。伊賀先生は「これだけは本当に努力だよ」と教えてくださいましたが、生涯その「努力」を僕もしたいと思いました（これは天理よろづ相談所病院の時、呼吸器内科のDrが文献はあまり読まないのに、患者さんのことなら、ことこまかく知っているのに驚いたことがありました。その他、研究会などで一度あった人に対しては、名前によぶ先生もおられました。彼らになぜそのようなことができるかを尋ねると、やはり努力しているのがわかりました）。

往診では、様々なご家庭を実際に部屋まで上がらせていただいて見ることができました。家庭毎に事情が異なっていました。家族に恵まれ、多くの家族が面倒を見てくれており、かつあまりそれをストレスに感じている様子もなく介護しておられるご家庭もあれば、独居のご老人もおられたりと、本当に行く家庭ごとに生活のあり方が様々でした。患者さん一人ひとりでまったく背景にある家庭事情が違うのだということに気づかせていただき、やはり個々の患者さんと信頼関係を築いてそれぞれのご家庭事情を聞き、それぞれ

に合わせた医療提供の仕方を考えることが重要だと学びました。そして、それを本当に開業医の生きがいのように楽しく実践されている伊賀先生の姿はこの実習の中でも最も忘れがたいものの一つです（勤務医時代は開業なんていや と思っていましたが、いまはこんなに楽しい、生き甲斐のある仕事はないと思っています）。

特に高齢者の方への医療で大切なことは、「どう死にたいか」を明確にさせていただくこと、そして、それを「いかにきちんとご家族と話し合っただけで共有していただくか」ということでした。僕は、「死に方」は人生で最も大切なことだと考えていましたし、その考えは伊賀先生の診療を通じてさらに強固なものとなりました。しかし、医療の進歩に伴い、チューブに繋がれたまま「生かされ」てしまっている人がおられます。そういった人生を望まない人が、僕の思っている以上に多くいらっしゃることも先生のもとを訪れる患者さんから学びました。しかし、医療者の自己防衛のため、あるいは家族の「生きていて欲しい」という望み故に、大切な最期を自分の望む方法で迎えられないことがある。やはり日本人の特徴として「死」を話題にすることのタブーさが関係していると教えていただきました。「死生観」。これを日本人はもう少し意識する必要があると思いました。診療において、「死ぬときはどう死にたい？」という話題を何のためらいもなくご本人や家族とされている伊賀先生の医療は、真に人間にとって大切なものがなにかを伝えてくださいます。そして、こういった話を笑ってすることができるだけの信頼関係を築く「努力」をされている先生を心から尊敬しております。将来のロールモデルたる医師を見つけたと思っています。

⑥科学的思考の習慣をつけること

医学的事項やそれ以外のことについて科学的に考える習慣をつけることも目標にさせていただきました。しかし、実習開始前にこの目標について僕が思っていたことと、実習終了後の僕がこの言葉から感じるニュアンスは大きく異なっています。実習開始前に僕の思っていた「科学的思考」は、生理学を突き詰めて考えるとかそういったことではなく、例えば患者さんが胸痛を訴えていて、診察していく中でその胸痛の原因が何だったのかを一切曖昧にせず突き止めていく診察の過程のような、臨床推論における妥協のなさのようなものだと感じておりました。しかし、実習を通じて先生から問われる質問は、はるかに科学的な、生理学的背景に徹底的に裏付けられた検査の考え方、疾患の病態生理についてのものでした。

実習中は、先生から問われるあらゆる質問に対して曖昧な答えしか返せなかったです。とにかく、自分がたとえ大学で真面目に勉強していても、教わることが多すぎたり、試験で問われる知識が多すぎて、考えることを諦める習慣がついていたことを実感しました。知識として知っていたものが、どの

ような実験方法で、どのように算出されたのか、もしくはどのような生理学的基盤に基づいて計算式が導かれているのか、といったことまで僕に考えさせながら教えていただき、改めて「科学的にものごとを考える」ことがどのようなことなのかを体験させていただきました。具体的には、Naの値が正常より低い患者さんの血液検査データを見ながら先生は「Naが下がる病態は何?」「ところで人の循環血液量はどうやって測定する?」「倫理的なことは無視して、どんな方法を使ってもいいと仮定すると、君ならどのような方法で循環血液量や間質液、細胞内液の量を測定する?考えて。」という問いかけをされます。生理学の教科書には、「人の細胞内液は○○Lで、循環血液量は△△Lである。」というような記載がされており、僕はそれをひたすら暗記しては忘れて、という日々を繰り返しておりました。まさかその値を自分が測定する方法を思いつくことなどできるはずもないと思い込んでいたのです。「労作性狭心症患者で、狭窄部位より先の血流が不足した場合にいかにして対応すれば良いと考える?」という先生の問いに、「何らかの方法で血中の酸素濃度を上げれば良いと思います。」と答えました。するとすぐさま先生に聞かれたのは「君の言う酸素濃度ってなんや?単位は?」と問われました。そこで、血中の酸素について議論する際に重要な sat と mmHg、O2content の違いについても曖昧であった自分を指摘されました。科学的な議論をする上で最も根本的な問題として、「使う用語の定義をはっきりさせること」があることを学びました。その後、Fickの法則を用いて、貧血患者や脚気患者に起こっている現象を説明していただき、科学的に物事を考えることの「楽しさ」を教えていただきました。この時の先生との対話がとても楽しかったことを今でも鮮明に覚えています。SGカテーテルの熱希釈法を利用して心拍出量を測定するカテーテルを用いた検査についても、「どんな前提条件でその考え方が成り立つのかを考えていないと、前提条件がくるったときに結果を誤って解釈してしまう」ことを議論形式で教えてくださいました。これらの議論を通じて、医学は膨大な科学的研究や解釈の上に成り立っており、やはりその部分に目をつぶった思考をしていては正しい医療を行うことはできないということも体験させていただきました。

科学的に物事を考える習慣は、実習を終えて1週間たった今振り返っても、自分の中に根付いています(大阪医大3年生にも2013, 2014年度講義しています)。現在実習先で新たに学ぶことやそれ以外のことについても、その都度科学的に根拠を問うたり、理由を考えたりするようになっていることから自分にその習慣が少しでもついたので感じ取れています。

診療所での実習以外にも様々な活動に同席させていただきました。

(1) 兵庫医大レクチャー

兵庫医大での講義に初めて参加させていただきました。先生は5回生の学生たちに「現在のあなたたちの身体診察のレベルは、あなたたちが研修医になったときに必要だと思うレベルに対して何%くらいか？」と問われました。みなそれぞれに30%、60%などと答えていましたが、「彼らが、そもそも研修医になったときにどれだけの能力がついているべきか、つまりなにをもって100%とみなすかということをもっと考えていない」ことはみていてすぐに分かりました（正確な自己評価があって初めてそれをブラッシュアップできるのです）。そしてそんな彼らを1年前の自分を重ねてしまいました。1年前に同じ講義があったら僕も彼らと同じような返答だったに違いないと思います。

この兵庫医大での講義でも、先生がいつも重要性を教えてください「目的・方法・評価」に即して学生に質問されていました。「あなたがたは研修医でもっているべきその能力に到達するために具体的にどのような方法をとるのか？」と。目的がはっきりしていなかった学生たちはやはり答えが出せません。目的を具体的でかつ到達可能なものにするこの重要性を改めて感じた瞬間でした。

たいていの学生が、そもそも研修医になった段階で身につけているべき身体診察のレベルを意識したこともなく、いつの間にか身体所見のとれる医師になっているような気がしていた。というのが正直な感覚だと思います。一方国家試験などで問われる知識は膨大で、III音や拡張期ランブル、遅脈といった用語だけは立派に学ぶ。知識だけが一人歩きしているのが今の学生の身体所見に関する現状です。どこまでが自分たちには可能で、どこからが困難なのか。これを計る具体的な尺度すら持ち合わせていないため、OSCEしか学ばず、またOSCEレベルでいいと思ってしまう雰囲気のようなものがあるような気がします。

先生は実際的に教えてください。身体診察についても、君たちの目標は「頭のとっぺんから足先まで、途中で止まることなく診察できること」

「心音はI音とII音が正しく聴けるようになること」を目標にすればいいと明言してくださり、そのかわりこの力だけは絶対につけないと学生として、勉強として患者さんを診察させてもらってはいけないということでした。最初は先生の突然の質問に苦しい表情であった学生たちが、最後には、「これならがんばればできるかもしれない」という気持ちになって、笑顔ではないものの、明るい顔になっていました。真剣モードに入った、という印象でしょうか。身体所見の知識は確かに膨大だが、可能な範囲でいいから到達目標を決めてきちんと基礎から学べばできるようになってくるのだということをお兵庫医大の学生達と一緒に学ばせていただきました。先生の講義を5回生で受けることができる兵庫医大の学生を羨ましくも思いました。

学生はおそらく頸静脈を見るという経験をしたことがあまりありません。そのため、国家試験の勉強で、頸静脈に関する記述をみてもおそらく「机上の話」に感じていると思います。そのため、「頸静脈なんて、自分には見え

るわけがない」という決めつけのようなものがあると思います。しかし先生は、実際に健康な人でも臥位にすると頸静脈を見ることができるとはもちろん、その正常波形の分析まで可能であることをその場で教えてくださいます。「ちゃんと分かるんだ」という**成功体験**を与えられたことでさらに学生たちはモチベーションを得て、「自分でもできるなら、練習しよう。分かるって面白い。」というような気持ちになっていたのではないかと彼らの表情から感じられました（この講義は2回セットのうちの1回目です。例外なしに倫理的な話しをすると、彼らの目が輝いてきます。それが1年後にも続かないことが問題ですが、）。

(2) NLP 勉強会

先生のご厚意により、実習期間中の日曜日に玉城先生が開かれた NLP 勉強会に参加させていただきました。もっとも驚いたのは、自分の中にある膨大な「無意識」の世界に、身体を使った一連の作業によりアクセスすることができ、自分のもとももっていた根源的な欲求といったものに気付くことができるという事実(実体験)でした。日常の中で自分の中に現れる「感情」は、自分の無意識の欲求との兼ね合いにより生じており、それが満たされなければ怒りや悲しみといった感情を抱くと考えることで、逆に「この怒りは、どれくらいの大きさ？なんのために自分はその怒りを抱いたの？」と問いかけることで無意識の自分にアプローチしていくことができた感じがあり、とても有意義でした。自分に対して使い慣れてきたら、困っている友人にも試してみたいところです。

(3) 開業医カンファレンス

非常に真面目で熱心な先生方の集まりで、開業医になると希薄化してしまうのではないかと思っていた医師-医師関係をどのようにして上手く維持しながら、自分の専門外の知識を得たり人の経験した症例から学びを得たりするかを教えてくださいました。緊張しましたが、伊賀先生に作っていただいたスライドでプレゼンもさせていただき、度胸がつかしました（**不安定狭心症で入院 PCI になった56才の女性を提示してもらいました**）。

(5) 学校心臓検診

心臓検診にも参加させていただきました。参加前に、心臓検診を「目的・方法・評価」の枠組みから捉えて考えて欲しいと先生から言っていただきましたので、そのような観点で心臓検診を見させていただきました。

「目的・方法・評価」の枠組みは、実習前の目標にはありませんでしたが、実習をする中で伊賀先生が何度もこれについて話されるのを聞くうちに重要性を体感し、可能であれば期間中に深く理解し、応用できるようになりたいと思ったものの一つでした。いい機会だったので、①心臓検診の目的と、②実際にどのようにして行われているのか、そして③心臓検診を実施することで変わったことを評価する仕組みがどのようになされているのか、について考えながら参加させていただくことにしました。

①「目的」についてインターネットなどを見ながら考えてみた結果、以下のようになりました。「突然死の恐れのある疾患のスクリーニングをし、早期発見してフォローし、突然死を予防すること。また、先天性心疾患を早期発見・介入し、増悪前に適切な治療を開始すること。」

しかし、まず自分は心房中隔欠損症や心室中隔欠損症、肥大型心筋症などの疾患の自然歴がきちんと分かっていないので、早期発見のメリットというのが実感として分かりませんでした。なんとなく、早期発見といわれると響きが良いので、心臓検診は重要なものかもしれないという程度にしか考えられていない自分に気づけました。確かに肥大型心筋症を見つけることにより突然死のリスクのある若年者を見つけ出すというとメリットは想像し易いのですが。

②「方法」についてです。検診では聴診と心電図検査によるスクリーニングを行います。聴診は生徒たちでざわざわしている中での聴診でしょう。心電図は一度一人の医師が読影したのち、他の医師が猛スピードで大量の心電図を次から次にめぐりながら読むという形です。医師によっては所見を見逃す可能性があるかもしれません。心電図読影に熟練した医師でないと見落としをなくしたり所見を一切誤らずに遂行するのは不可能に思いましたが、どうやら必ずしもそのような熟練の医師がすべての心電図を読んでいる保証はないようでした。検診という検査前確率の非常に低い環境の中、たった二つの検査でスクリーニングをする場合、検査の感度や特異度がいかに優れていても、陽性的中率は非常に低いことになるのではないかと、思いました。そしてここでスクリーニングにかかった人はさらなる精査を受けます。疾患の疑いが強い場合には、エコーを使った精査が行われます。そして、エコーによる診断が下されるという形になります。エコーによる診断がどれほど難しいかは分かりませんが、診断する人のエコーの技術による部分は大きいということになります。

③「評価」です。評価は、目的がどれだけ達成されたかを調査することが必要です。突然死を減らすことが目的ならば、心臓検診実施地域の、実施前と実施後の突然死の割合を比較検討すればよいと考えられます。しかし、実施前の何年間と実施後の何年間を比較すべきかは判断が難しいところではないでしょうか。検診をやって1年間で成果がでるようなものとは考えにくいですが、あまりに多くの年数で比較すると、その間に他の要因で突然死が減った可能性を否定できなくなると思います。同時に、心臓検診による弊害と

して、偽陽性による無用な心配を与えられた人の数や、（データ化は難しいですが）そういった人たちの検診を受けたあとの生活の変化などについても調査の必要があるし、費用対効果の側面についても十分な検討が必要と考えられます。

最後に

翌週から2週間、音羽病院の総合診療科と救急科で実習をさせていただきました。一年目の研修医の先生方をみて自分の現段階のレベルと比較していました。CT読影やX線読影に関してはまったく練習しておりませんので、やはり優秀といわれる音羽病院の研修医の先生の読影には大きく劣っていたり鑑別診断を挙げる速さでは勝てそうにはありませんでした。しかし、僕の方から患者さんに収縮期雑音があると伝えるともう一度聴診器を当てて「確かに」という研修医の方がいたり、完全房室ブロックの患者さんのカルテで「I音正常」と書かれていたところ、実際に聴取してみるとキャノンサウンドであったという経験もしました。他にも、心電図に所見をつけるスピードがやや早かったり先生の所見に漏れがあったのを指摘できていた、などと優秀な研修医の方々以上の力がついていると感じる場面がいくつかありました。救急部では、虚血性心疾患をエコーや心電図で否定しようとして上級医から指導を受けている様子がカルテに記されていたりと、虚血性心疾患の診断に関しても自分ならもう少し踏み込んだ病歴聴取ができたのではないかと感じる場面もあり、たった2週間ですいた力の大きさを実感することができました。

今回、お世話になりました多くの方々に感謝したいと思います。診療所でお世話になった事務や看護師の方、先生の奥様や娘さんなど、2週間もお邪魔したにもかかわらず困ったときには優しく助けてくださりありがとうございました。土曜日や日曜日までも含め2週間みっちりお世話になりました伊賀先生には本当に感謝してもしきれません。くだらない質問でもていねいに教えてくださったり、その場その場で適切な課題をくださったり、教育的な資料をかなりたくさんいただきました。そして患者さん、特にわざわざ僕に所見や病歴を聞かせるために来院してくださった患者さんには本当に2週間とは思えないほど多くの事を学ばせていただきました。本当にありがとうございました。患者さんは、伊賀先生にとっても感謝されていて、僕に診察させてくださるときにはいかに先生に感謝しているかをみなさん僕に聞かせてくださいます。そして、「お世話になった先生のもとの学生さんだから役に立ちたい。」「伊賀先生のような立派な先生になってね。」「良いお医者さんになって息子や孫を診てね。」といった心温まる多くのメッセージをいただきました。この2週間の貴重な経験を胸に努力を続け、良い医師になって社会に還元させていただきたいと思います。みなさまありがとうございました。

2014年6月20日