

## 伊賀内科実習を終えて（青字は伊賀幹二のコメント）

今回伊賀内科・循環器科で4回生ながら夏休みに（20015年8月17日から8月29日）2週間の実習を受けさせて頂きました。その動機と感想などをまとめたいと思います。

### ・志望動機

私が実習を受けようと思った一つ目の志望動機は、自分に対して焦りを感じていた、ということです。その理由は、私がストレートや少しの浪人で医学部に入った者ではないからです。私は少々回り道をしてきて現在の金沢大学が3つ目の大学です、その為大学を卒業した時点で周りの多数の同級生と同じような研修、実習の受け方をして一人前（ひと通りの診察が出来、検査をオーダーし、診断をする）になるまでの時間が同じでいいのか、またそれで本当に患者さんの要求に応えられるだけの能力がつくのか、という疑問がありました。その為、学年的には早い時期かも知れませんが、できるだけ早期に医学を客観的論理的に考えられる力、そしてそう考えた根拠を示せる力を身につけておきたいと思い実習を希望いたしました。

二つ目の理由として昨年（2014年）亀井道場の伊賀先生の回に来られていた大阪医科大のKさんの影響が大きいです（彼のレポートが<http://www.kcn.ne.jp/~igakan/2014/koma.pdf>です）。今、卒業一年目で研修をされていますが、当時六年生とはいえ学生であれだけのレベルで患者さんの問診、診察から心電図を含めて所見が述べられるというのは衝撃でした。その時伊賀先生が言われた「学生でもこれくらい出来るようになるのだよ」という言葉も驚きでした。6年次にはKさんくらいの臨床レベルに達していただきたいという希望もあり実習させて頂きたいと思いました。

### ・実習を受けるにあたり目標と達成出来たこと

1.大まかに頭部から足まで止まることなく診察が出来るようになっておくこと。

よく伊賀先生が止まることなく上から下まで診察ができるのは、患者さんを用いて勉強するなら最低限のマナーだと言っておられます。私も患者さんを診させて頂きただけ場合にその通りだと思います。これに対してはOSCEで使うような教科書や亀井道場での伊賀先生の診察を参考に友達と練習していました。

実際の実習中では使うことは無かったのですが、心構えとして必要な skill だと思えます。

2.正常な心音（I音II音が聞き分けられるようになっておく、II音の正常な呼吸による分裂がわかるようになっておく）と正常ではない場合の違いがわかるようになっておく。（これは、兵庫医大5年生の3時間の講演時の目標の一つです）

友人などに協力してもらい、実習前に40人ほどの心音を聴取させていただきました（流石に女性には頼めませんでした）。しかし数をこなすのは目的ではなく手段です。この点を伊賀先生に指摘されました。私は幸いクラスの人達に協力頂けましたが、十分な注意力と観察力のある人なら10人くらいでも十分かもしれません。勿論、I音II音の同定に際しては頸動脈を触れて確認し、生理的II音の分裂を確認するには吸気時に息止めしてもらいます。しかしながら正常人で生理的II音の分裂を確認できたと私が自信を持って言えたのは実習前では3人でした。今ならもう少しきき分けられる気がします。

また実習させて頂きわかったのですが、I音II音の同定は簡単だと思っていたのですが、心雑音が大きい場合そちらに気を取られ収縮期雑音か拡張期雑音か初めは判断が意外と難しいということも分かりました、私は拡張期雑音を収縮期雑音と間違えてしまいました。これは聴いていたつもりでも、いい加減に心音を聞いていた証拠です。同じく、ある患者さんのI音に何か違う気がしたのですが、正常範囲内だろうと思い「正常」述べてしまったことも反省です。この患者さんは実は初めて聞く僧帽弁位人工弁の患者さんでした。少しでも違和感があれば適切な言葉でどう表すかはともかく、それを指摘できる勇気というか自信が必要だと思います、そのために正常音を十分に丁寧にきいておく必要があったのでした。（心音を順序正しく記載するということの必要性は、何日かの当方での実習で実感して初めて可能であるようである。少なくとも、亀井塾や兵庫医大の3時間の診察実習などでは、彼らの motivation をあげられても、ここを到達目標とはできないように思う）

まずI音を同定してその評価をする、II音も同様に評価し分裂があるかどうか述べる、III音IV音について確認する、それから雑音の大きさの評価と聞こえた部位を確認し、収縮期なら頸部、背部への放散の有無を確認する。という本来実習前に習得しておくべき系統だった聴診の取り方が出来ていなかったために見落としてしまいました。

加えて女性の聴診が私は難しく感じました。やはり乳房があるため聴診器を当てる位置が非常に難しく、適切な大きさの音が聞こえないことが多々ありました。学生のうちにこれを練習するのは難しいと思うので先生の指導のもとで

多くの患者さんに心音を聴かせて頂いたのは本当によい勉強になりました。

3.心電図の正常を理解しておき、異常がある場合それを指摘できるようになる。

心電図は本を読み、ある病院の主催する心電図セミナーに何度か参加することによりある程度の知識は入っていましたが、系統的に所見を述べる練習が出来ていませんでした。また、本の心電図は綺麗な心電図で異常なども分かりやすく、実際の心電図とは若干違う印象を受けたのも事実です。そもそも本を読み、セミナーに参加して解説を聞いても、系統的な所見の述べ方を教えてくれるものはなかなかなくて自己流になってしまいがちなものだと思います。この自己流な所見の述べ方を伊賀先生の指導で系統だったものに出たことは本当に今後には有益なものとなりました。また病歴やエコーなど他の検査とあわせて心電図は判断するもので、心電図自体に診断価値をおきすぎているきらいがあるというのも新たに認識させられました。

また心電図から虚血と判断し述べた時、「君の言う虚血の定義は？」と問われ、大変困りました。その時は **demand ischemia** と **supply ischemia** の説明をしたのですが、**ischemia** の定義にはなっていません。そもそも虚血という言葉自体をそのまま自明の理と思っていたので、このような基本的な言葉について定義を考えたことがありませんでした。しかしながら、科学的に議論する際に土台となる基本的な言葉の認識が違っていたら、一つの方向に向かった建設的な議論にはならずお互い違うことを想像しかねないと言うことを改めて認識しました（各人の定義を確認して明確にすることは、科学的議論の前提ですね）。

4. 「CBR 循環器診療スキルアップ」を読み返しておく。

伊賀先生の著書を読み返しておくことも事前の準備として行いましたが、読んでいただけで頭に入っていないという事がよくわかりました。先生の質問が本から出されているにもかかわらず答えられないことが多く、バツが悪い思いを何度もしました。私はそこまで能力が高くないので本を読むだけでは十分に理解して身に付けることが出来ず、実際臨床を伴って本に返って確認することで初めて理解し身に付けることが出来ると思いました。またこの方が本を漫然と読んでいただけよりその方が遥かに楽しいと思いました。

これら上記のことを考えると伊賀先生の前で実習を希望される方は最低でも兵庫医科大での講義や亀井道場での講義を事前に受けておき、可能ならば一度実習を体験された方から事前準備としてのレクチャーを受けておくことが望ま

しく実習もスムーズに進むものと思います。今後、伊賀先生の実習を希望する方がいれば私も復習になりますし実習される方もスムーズに実習が始められると思いますのでご連絡くだされば出来る限りの実習前サポートをしたいと思います。

## 5. 病歴の重要性を認識する

当初の目標にはなかったのですが、実習を進めていくうちに病歴の重要性について意識するようになりました。

今回、一番先生が意識して聞かせてくれたことは患者さんの病歴だと思えます。「あの時どんな感じだった？それからどうなりました？」という症状の **Onset** からどのような痛みがあり、症状がどれくらい続いたか、その時困ったことはどのようなことか、どういうふうにしたら楽になったかならなかったのか、という訴えを**直接**に患者さんから伺うことが出来たのは単なる教科書の所見を覚えるより記憶に残ることで、実習の終盤には「労作性狭心症らしい」「異型狭心症らしい」「急性心筋梗塞らしい」などといった **typical** な場合について症状から病気を想像できるようになったことは大きな収穫です。循環器の疾患の場合、検査に異常がなくても致命的になることがあるので、このような患者さんの話から緊急性の度合いを判断できるようになることは非常に重要なことだと思います。

この病歴についてはほぼ毎日多くの**患者さんの言葉**で聞かせて頂き、循環器疾患以外についても聞かせて頂きました。病歴の取り方についても先生の横で学習させて頂きました。(教科書の知識は最低必要ですが、患者さんのいろいろな訴え方の違いを、患者さん自身からきいてもらうことが重要な勉強方法と思っています)

## 6. 訪問診療などを通して実際の介護の現場を認識する

こちらも当初の目標に入れていなかったのですが、伊賀先生の訪問診療や介護度認定会議などに同行させてもらい老後、今際の際をどう迎えるかを非常に考えさせられました。ある家庭では老後のモデルケースとして行政が見学に来る所もありました。その家庭は介護に家族の多くの方が関わり一人に負担が集中せず、家族の仲もよく確かに理想の老後でしたが、全員がこのような恵まれた環境で過ごせるわけではありません。多くは、見学させて頂いた家庭もそうでしたが、家族の特定の一人に負担が集中すると思えますし、介護する家族がいない場合も非常に多いと思えます。私の祖父も脳梗塞で左半身麻痺になり祖

母が長年介護していましたが、ストレスも非常に溜まるものだと思います。

また西宮市の介護度認定会議に同行させて頂いたことも、どうしたらいいのかわからない現実を実感しました。各家庭により環境は様々で人手も違っており、国の方針として医療費削減のために在宅医療を進めようとしているのは理解できますが大きなしわ寄せが現場である家庭に来ていると思いました。かといって何か医者に来る名案があるかというとなかなか思いつかず、先生の言われる死生観をタブー視せず考えていく必要があると思います。

伊賀先生は患者さんに対して死ぬ話を非常によくされていました。そして患者さんも違和感なくその話を受け入れて、「手術はもういいわ」と本音で話していて大学病院では絶対に見られない光景でした。個人の最終的な本意を常に医者が聞いておき、本人の意向に沿うように努力していたのだと思います。私も死ぬ際は多数の点滴やチューブに繋がれて最後を迎えたくないと思うし、そのような意向のある患者さんも多いと思います。現実的にどこまで本人の意向に添えるかは難しいかもしれませんが、本人の希望に添えるよう働くのも医師の仕事だと思いました。

#### 7. 大学病院との違いについて－安心の提供の仕方－

大学病院との安心を与え方の違いについても考えさせられました。「動悸がするので不安だ」と訴える患者さんが来られたことがありました。この時、伊賀先生はホルター心電図を付けてもらい、翌日結果の説明で命に関わるものではないし治療として投薬も必要ないという事を丁寧にお話すると患者さんは非常に安堵の表情をされていたのが印象的でした。

患者さんの層にも違いがあるかと思いますが、大学病院ではまず治療ありきだと思います。おそらく薬が不要な場合でも処方をして安心してもらおうやり方になると思います。伊賀先生は薬が不要な場合はそう説明し安心してもらって医療を提供されていました。大学病院では何か処方しないと患者さんも納得してくれないというのもあるかもしれませんし、患者数が多く十分に時間をかけて薬が不要であることが説明できないという理由もあるかもしれません。しかし十分な言葉と根拠のある説明で薬が不要ならばそれに越したことはないし、なにより患者さんが安心して前向きに生きられるというのは、まず治療ありきの医療では達成できないことだと思います（これは大学では体感しないもので、実習してもらって、このような感覚を持っていただくことは大切です）

#### 8. 論理的思考で考えることを体感する－心拍出量の計算など－

実際に数学を用いて論理的に心拍出量が求められるか、という課題にもチャレンジさせてもらいました。医学の勉強で数学を使ったのは酸塩基平衡、酵素

反応速度くらいでしょうか。兎に角、数字を覚えることが多く、心拍出量もこういうものだと覚えさせられていましたが、熱希釈法を調べ、Fick 法と酸素解離曲線のそれぞれから心拍出量を数式として表せたことは自分でも驚きました。

また左室の容量をエコーから求められるか、という問題にもチャレンジしました。この時、左室を回転楕円体と仮定し、拡張末期径から計算して求めるという作業で、結果が日常で使われている近似式として表された時も驚きとその背景が理解でき嬉しかったです（大動脈弁を通過する血流速を狭窄度とする前提は、エコーで左室容量の求める前提は何か。前提がくずれば、議論は不毛になることを何度も説明しました。知的好奇心を学生に持ってもらうために実習時に毎回行っています）。

#### ・ 4 回生で良かった点と悪かった点

今まで四回生は受け入れたことが無いという所を無理にお願いして実習を受けさせて頂きました。最後に 4 回生で実習を受けてみて良かった点と悪かった点を振り返ってみたいと思います

##### 良かった点

1. 今後の勉強を進めるにあたり、目標の立て方とそれを達成する手段について考える skill を早い段階で認識できた。

これは自分が無意識で使っていた、**事実である事**と**想像である事**、根拠のある推論なのか単なる思いつきなのかをワンセンテンスに混ぜて使用していたことを何度も注意された事がおおきいです。到達可能な具体的目標をたてて、達成していくには、事実は何で実際に自分が出来ていることは何なのかを正しく認識し（事実であること）、それについてどういう手段で達成していくのか（想像であること）をきちんと分けて考え、話せるようにする必要があります。しかし、私はあることを説明しようとする際にこの分別が十分ではなく事実の中に想像を交えたり、根拠のある説明をしている中に思いつきのような根拠の乏しい考えを混ぜたりといった話し方や考え方をしていました。このような癖が付いていると伊賀先生の考える教育「**自分（教師）を超えてくれるようにならないと教育とは言えない、そのためには自分で考える能力を身につけないといけない**」という考えからすると自分のやり方では自己成長を続けていけないものでした。また、**authority** が書いている、言っているからそのまま考えること無く鵜呑みにしてはならないという注意も受けました、それは全く科学的な思考に基づくものではありませんし、考えないので自己成長を続けていけないもの

でもありません。

この自分で考える能力というのを非常に意識され鍛えられたように思います、これは今までの大学のコアカリキュラムで決められた詰め込みの行われている授業では全く行われていないことで、はじめは非常にしんどいものでした。しかし、実習の後半ではこの考える重要性和楽しさが少しずつわかってきたように思います。これらが学年の早い段階で認識できたのは大きなメリットだったと思います。

2. セレモニーや作法としての OSCE ではなく、実際に必要な技術として OSCE を考えられるようになった。

どこの大学でも身体診察は重要だと教えられているにもかかわらず、その身体診察の授業や練習はあまり行われていないのが現状で最新の治療の名前や検査は知っていても日常の診療で使える身体診察技術は十分に教えられていないと思います。そのため OSCE をパスするための OSCE 対策を行い、身体診察の手段が目的化していると思います（同行してもらった兵庫医大の講義で、学生がOSCE対策というのを作っていた）。一方で私達は身体診察が重要と教えられているので過剰な期待と役割を身体診察にいただいている気もしました。身体診察でここまでわかるけど、この先は検査に回せばよいしその方が正確にわかる、という割り切る姿勢も大切ではないかと認識出来ました。

このことで身体診察の重要度が低くなったかというところではなく、聴診でわかること、内頸静脈を観察すること、指先の振戦を確認することなど日々簡単に行えて有益な身体診察も学ばせて頂きました。特に聴診については多くの患者さんに学ばせて頂きました。伊賀先生が学習のために協力してくれないかと頼んでくださり、そして聴診に協力して頂いた患者さんは新しい医者育てていこう、その為に役立つならば、ということで協力して下さい本当に感激しました。あらためて伊賀先生と協力いただいた患者さんに感謝したいと思います。（協力してくれた患者さんからの生の声をきいて、体感することが重要であると思っています）

3. 現状の勉強のやり方や現段階の知識と自分が臨床に立つまでに必要な知識や技術の差を認識できた。

1. でも書いたことに関連するのですが、今までテストのために記憶する勉強をしていました。しかし、伊賀先生の問いに臨床で使える能力として身につけていないということを感じました、先生がされた質問に対して、曖昧な記

憶の回答を繰り返していた気がします。当然ながら、これでは臨床でつかえないし、医師として患者さんの前に立つ資格ありません。テストのための記憶としてではなく、臨床で使えるように本質を理解した病態生理、そしてそれに対する治療方針を理解して身につけておく重要性を改めて感じました。

どうしても、学生は目の前のテストをいかに突破するか、ということに集中してしまいがちですが、テストの点が良いことと、良医であること、臨床能力が高いことは必ずしもイコールではありません。最低限のノルマであるテストにパスすることをクリアしたうえで良医になるための理解した臨床能力を上げていく勉強をしていきたいと思います。(学生さんでは、一定のマニュアルにしたがって覚えることを学習と思っている人が多いように思います。そうではなく、知的好奇心をくすぐるような、議論が指導医から必要ではないでしょうか？理解し、患者に応用できなければ知識は有用とはなりません)

開業医の先生方が集まる勉強会にも参加させて頂きました。各専門を補いながら症例検討を通して常に勉強していく姿勢が医師として必要で理想的な勉強会だと思っていたのですが、このように勉強会にも参加せず、自己研鑽に励まないという医師も多いと聞き、卒業してからの医師としてのレベルの差はどんどん大きくなっていくのだと思いました。ただ、患者さんはそれを知りません、私も勉強会に参加されていた先生方のように常に学ぶ姿勢を忘れず、患者さんにとって幸運な出会いであるような医師を目指したいと思います(医師であれば、一生勉強が必要ですね)。

悪かった点。

1. 臨床知識が曖昧で乏しかったため、先生の話についていけないことがあった。

4年という最大のデメリットはこれだと思います。一通り循環器の授業を受けただけで、BSL (Bed Side Learning)をまだ受けていないために臨床のイメージが湧きづらかったこと、そして、知識がテスト対策のみの記憶としてしか頭に入っていなかったことです。臨床に必要だと思って理解して身につけていないので当然テストが済めば大方忘れてしまいます。

開業していると、専門は循環器内科といえども循環器だけみれば済むわけではなく、呼吸器、内分泌など幅広い領域を診なければなりません(私は内科医であり、そのなかで循環器疾患を得意分野にしていますので、一般内科の患者が多いのはあたりまえです)。そのため伊賀先生の質問も循環器領域にとどまらず幅広いものでした。ここでも私は曖昧な根拠と知識で回答してしまいました。医学部での1年の知識量の差は大きいと思います。

## 2. 英語の勉強が出来ていなかった。

1. にも通じる所があると思いますが英語の略語が何を表しているのか戸惑う事が多かったです。臨床では英語の略語を頻繁に使用していると思いますが、漢字表記に慣れてしまっていました。例えば PAF など **paroxysmal atrial fibrillation** の略で一度覚えてしまえば漢字表記と一対一対応なので何も問題ないのですが当初は戸惑いました。基本的に医学用語は一対一対応なので知っているか知らないかだけの話なのですが、臨床で頻用されている略語に疎かだったと思います。

伊賀先生は医師として英語が出来ないと今後ますます困ることになる、とのお考えで自らも医者の方とネイティブを招聘して英語の勉強会を続けておられました。そのため質問や説明の医学用語も英語を使ってされることが多く、戸惑ったことが多かったです。その場でわからないものはメモして後で何の略か調べていました。私は日々の詰められた授業や雑用などで手一杯で必要性は感じているものの英語まで手が回らず、少し基礎系の論文を読み、**Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology** を輪読会で少しずつ読んでいる程度で、スピーキングは全くダメで、リスニングも少し長くなると直ぐについていけなくなるレベルです。まして臨床の英語は全く手がついていませんでした。英語はできるに越したこと無いのですが、なかなか勉強できていなかったです。

### ・最後に

伊賀先生とご協力して頂いた患者さん、そしてスタッフの方々と優しい奥様には本当に良くして頂き感謝しています。今回得たモチベーションを持ち続けて良き臨床医になれるよう引き続き努力していきたいと思ひます、本当にありがとうございました。

(今回、4年生が応募してきたので、最近研修した6回生3人に相談しました。5年生になってからのほうが良いという意見もありましたが、「覚悟をしてくるのだから、受け入れたらどうですか」という意見があり、当方とすればはじめて4回生を受け入れました。勇気をもって当方にこられ、1週間目は(やつれて??)とっでもしんどそうであったが、知的好奇心とは何かということがわかったのではと思ひます。これを、将来、学生さんに伝えていっていただければうれしいです)

2015年9月10日