

伊賀内科実習 感想文 (青文字は伊賀幹二のコメント)

この度、大阪医科大学の選択臨床実習で2015年5月11日から2週間、実習をさせていただきました。実習をさせていただく前に、先生との面談をさせていただき、「**実習の到達目標を設定するように**」ということで、以下の5つを設定しました。それらを中心に述べさせていただきたいと思います。

① 正確に病歴聴取、身体診察をすることで、次にやるべき検査を論理的に考えられるようにすること。

自分の中で、今までは病歴と身体診察の重要性を理解しておらず、検査結果のほうが有用ではないかと考えていました。例えば、心電図にてST変化がなければおそらく心筋梗塞ではないだろうと。しかし、それは大きな間違いで、いくら検査が陽性であっても陽性的中率が高くなければ有用であるとはいえず、陽性的中率を上げるためには病歴聴取と身体診察から**検査前確率**を上昇させることが重要であると学びました。(このことは後述する兵庫医大での講義でも先生が話されていました)。

実際の診察 (**彼に、私の診療の横で、ずーと座ってもらっている。常に、私の診察イスにすわっておればどう説明するか、どう言葉をかけるか、同時に患者さんであればその説明にどう思うかを考えるように話しました**) では、心筋梗塞の患者さんや、心房細動、てんかんの患者さんまで様々な患者さんの病歴を聞かせていただきました。そのなかで、教科書的に勉強していると、症状がないとその疾患が改善したと考えてしまっていました但那が間違っていたことに気づきました。

例えば、速い動悸のあと失神するという病歴は発作性心房細動から洞調律への復帰時の **overdrive suppression** 現象に起因することが考えられますが、その症状が消失したときには発作性心房細動が改善したと考えてしまっていました但那、実際は発作性心房細動が消失したのではなく、心房細動に固定化したため症状が消失していました。また、患者さんの訴えに対して具体的に聞くことが必要だと学びました。

例えば、動悸を主訴とした患者さんが来られたとします。すると具体的に、脈は抜けるか、規則性はどうか、数はいくらか、何分くらい続くかなどです。

狭心症と心筋梗塞の患者さんの訴えも様々でした。例えば、心筋梗塞の患者さんは、冷汗が出て、今まで感じたことのない胸痛を感じている場合だけでなく、息が苦しくなったやしんどい感じがしたなど訴えは様々でした。次第に、患者さんの訴えからある程度は疾患を推測できるようになったとは思

いますが、それは先生が患者さんに質問する形で病歴を聞き出してくださったからであり、自分で病歴を聞いていくことはまだまだであると感じています。やはり、病歴を聞くにも聞くべきポイントがあると感じたので、そこはこれから自分なりにどういう聞き方をしていけば患者さんから知りたい情報を聞きだせるかということ、患者さんとのコミュニケーションを取らせていただきなかで、学んでいかなければいけないと考えています（**病歴聴取は一生の勉強ですね。同じ疾患でも、患者さんの訴えは人により様々で同じ表現ではありません**）。

病歴を聞いて後に次に何を検査すべきかを先生から常に言われていましたが、最初は自分の返事に全然根拠がありませんでしたが、少しずつ次にやるべきことを考えられるようになったかなとは思っています。

② 聴診において I 音、II 音を正確に聞くことが出来る。そのうえでそれが亢進しているか減弱しているのかを指摘できること。

先生から実習が始まるまでに、正常の心音をなるべくたくさん聞いてくることと、そのうえで、正確に所見を **description** することが患者さんに対しての最低限のマナーであると言われていました。しかし、実際に初日の実習ではそれができていませんでした。

具体的には、I 音、II 音の同定を頸動脈を触知しながら行い、I 音、II 音の亢進減弱、II 音の分裂の有無、過剰心音の有無、収縮期雑音と拡張期雑音の有無、雑音の最強点と **Levine** 分類、収縮期雑音があるなら頸部放散の有無を述べることです。

そのため、実習中も正常人の聴診を行い、正確な **description** するようにしました。すると、2 週目の終わりころには、先生のガイドの下ではありますが、II 音の奇異性分裂、完全房室ブロックのキャノンサウンド、僧帽弁逸脱のクリック音、**MR** の患者さんでは長い **RR** 後の収縮期雑音が変化しないこと、などを聞くことが出来ました。そこで感じたことは、聴診をするうえで一番大切なことは正常心音がわかっていることだということです（**実習前に何度も強調したのですが、実習で体感しなければその重要性がわからないのかな**）。そして、聴診をするときは、一回ですべての音を聞こうとするのではなく、I 音だけに注目するなど、聞く音を限定することです。先生がおっしゃられていましたが、プロになるまではきちんと基本を大切にするという意味をこの成功体験を通してよくわかりました。これからもこの姿勢を変えないようにしていきたいと思えます。

③ 心電図所見の正常を正常と自信をもって言えること。

心電図に関しては今までは、診断をするという意味合いでしか見ていませんでした。しかし、心電図の有用性には限界があり、過去の心電図と照らし合わせることで、診断に役立てていくなど、今までになかった視点をもつことが出来ました。また、今回の実習中は、正確な **description** をするように何度も言われました。リズムはサイナスなのか、心拍数、PQ 時間、QRS 時間、電気軸、sV1+rV5、ST、T 波についてです。何度も **description** をするうちに、最終的には心電図の正しい読み方を学びました（**正しいかどうかわかりませんよ。一つの読み方としてとらえたほうがいいでしょう**）。これからも正確な **description** をすることを徹底しつつ、たとえ心電図が正常であるからといって、患者さんも大丈夫だという安易な考えにいかないようにしていきたいと思います。

④ 大学病院とは違う診療所の優れた所を学ぶ。

大学病院でも外来を見学させていただきましたが、診療所では患者さん一人一人に対しての診察の時間が長いと感じました。また、患者さんと実際の診療とは違う阪神の話題や家族の話、また患者さんの死生観についてなど、深い話までされているなど感じました。それができるのは、先生と患者さんの信頼関係があってこそだと思います。先生からは、外来で見学している時、実際に診察している席についている視点と、患者さんの視点両方を意識しておくように言われました。患者さんの訴えの背後にある本当の気持ちをわかることで、医者立場からどのような声かけをしていけばよいかかわかってくると思います。例えば、心房細動で動悸が不安で来られている患者さんには、「この病気では絶対に死なないから安心してください、大丈夫ですよ」とはっきり言ってあげること、それが診療所の重要な面であると感じましたし、信頼関係を作りやすい診療所だからこそ効果的なのではないかと思えます。

⑤ 死生観について学び、そのうえで自分なりの考えをもつこと。

近所の公民館で先生の死生観についての一般人向けの講演を聞かせていただきました（**患者教育のために私が時々実施しています**）。私自身の死生観は、病院でなく自宅で死にたいという漠然としたものですが、先生の講演で、自宅で死ぬにも最低条件があり、その中で介護する側のストレスや経済面などを考慮していかなければいけないと感じました。自分が病院にいれば周りの人が介護にそれほど力を入れずに済みます。先生の診療の時にも、介護に神経を費やしすぎている患者さんに介護のしすぎなので息抜きをす

るように先生がアドバイスされていましたが、介護している家族の負担も相当なものだと思います。実際に認知症などが進んで自分の意思を伝えられなくなる前に、自宅で死にたいけど、介護に関してはそこまでしなくていいなど、自分の意思を伝達しておくことも必要なのかなと思いました。

<その他の経験>

*検診

小学校と幼稚園の2つの異なった検診に同行しました。まず、検診を行う時には、限られた時間の中で行わなければならないので、医者は診察に集中できる状況が必要だと思いました。実際に検診をしている時に生徒がずれてしまうことは避けなければいけません。そのためにも、学校の先生が生徒の名前をしっかり把握しておくように、先生への指導も大切だと感じました（**生徒の情報が記載された紙と人がずれていることがある。幼稚園の先生は生徒の顔と名前は完全に覚えているが、小学校ではかならずしもそうではない**）。また、検診をする医者の方の基準、二次検診、三次検診でそれぞれ心電図、エコーをとる病院の方の基準など、考えることが多かったです（**そうですね。医師のレベル、心エコーのレベルをどう標準化するかは重要です。この検診をみることで、目標はなになのか、その方法は妥当か、数年後にこの方法が妥当かどうかどのように判断すべきか。などを理解してもらいたいと思いました**）

*往診

三人の方の往診を見学させていただきました。同じ往診でも、経済面や介護してくれる家族の存在で、往診した患者さんの状況は大きく違うと感じました。僕は、患者さんは自身自身の将来の死生観について考えて、それを周りの人たちにも伝えておくということが大切ではないかと思っています。それを伝えておくことで、介護してくれる周りの人たちがなにをどこまですべきかを理解できますし、負担を減らせると感じました。また、往診は自らの医者が患者さんの家に訪問するという、普段の診療とは逆の立場であり、労力が必要であり往診をしたくないと思う医者が多いと思います。しかし、患者さんの立場になってみると、往診してくれる医者に対する感謝の気持ちを強く持つてると思いますし、そういうのが往診の魅力かなとも思います。

*兵庫医大での講義

兵庫医大の講義では、病歴聴取や身体診察は何のためにやるのか、今の身体診察の自己評価は何点で何が足りておらずその成算はあるのか、感度、特異度、陽性的中率についてなど、今まで体験したことのないものでした。実際に講義を受けた後、学生の目つきが変わっていました。それは、病歴聴取や身体診察がなぜ重要なのかを理解できたからだと思います。今まではそれがなぜ必要なのかを具体的に考えたことがなかったため理解できておらず、OSCEが出来れば良いという考えになってしまっていたのだと思います。僕自身も反省すべきことだったので、この経験を後輩には伝えて、実習に望んでもらいたいと考えています（この講義を受けてから当方での実習に参加するように、といったことを理解できたと思います）。

*大和高田での講演

大和高田市立病院の先生との勉強会に参加させていただきました（このDrから個人的に循環器の診断についてを教えてほしいという依頼があったため、ちょうど彼が実習している間に講演できたらと思っていた。内容は、診断学における心電図の意義や、感度・特異度の話し。その後2人の患者さんを診察させてもらいコメントした）ここでは、臨床情報なしに心電図診断はできないこと、病歴聴取と身体診察から検査前確率を上げることが大切であることを話されていました。何十年も先輩の先生方が学んでいる姿を見て、医者とは勉強し続けなければいけない職業であると改めて思いました。また、AfにおけるCHADS2スコアの説明をするように言われたときに、うまく説明できませんでした。やはり、人に説明するということは自分が何がわかっていないのかの再確認になりますし、人に説明できなければわかったということにはならないと思います。なので、人に教えるということは、相手のためだけではなく、自分のためにもなるということがわかりました（これはとっても重要な気づきですね）。

*心臓判定会議

何百枚もの小学生の心電図を読まれていました。右脚ブロックにも異常としない基準があることや、PACやPVCの心電図を読むことが出来ました。このような検診においては、学校の先生方の協力が大切であると感じました。

*循環器カンファレンス

開業医の先生方も集まるカンファレンスに参加させていただきました。先

生方が症例を紹介されていましたが、学生の僕にも話を振っていただき、今までのカンファレンスよりも参加している感じがしました。ポロクリでのカンファレンスの時に、分からない医学英語の略語があってもそのままにしており、内容自体もわからないことが多かったのですが、これからカンファレンスに参加するときは、そういったわからないことがあれば、その場で自分で調べたり、先生に聞いたりする姿勢が大事だと思いました（これは彼のとっても悪い習慣であったと思います。議論されている英語の意味がわからなければ、カンファレンスに出席する意味はないと思います。彼が、大学でのカンファレンスをそのように解釈していたと思うと、なんとも情けない限りです。研修医や学生に教えることは、臨床病院でのカンファレンスの重要な意義です。教えなかった？気づかなかった教職員も問題かとは思いますが、質問しなかった学生はもっと問題です。PVC,PAC、PAT,PA f などの略語の full spelling は必要です。)

<医学英語>

今回の実習において英語がわからないと、将来医者としてやっていけないと痛感しました。兵庫医大での勉強会にも参加させてもらいましたが、多くのスライドで英語が当たり前のように使われていましたし。実際に先生との discussion でも英語がわからず、先生の説明が理解できなくなることが多かったです。2 週目から医学論文を読むように言われて少しは英語に慣れたように思いますが、まだまだ継続していかなければならないことだと思っています（将来、いろいろなひとと交わって研修をうけるためには、最低限の英語の知識は必要です。カンファレンスでの他人の発言がわからなければ完全に時間の浪費です）。

<2 週間での変化>

この 2 週間で、今まで当たり前のようやってきたことが間違っていたということに気づけました。国家試験の勉強のような選択肢を選ぶ勉強法では実際の臨床の場では役に立ちません。論理的に人に説明できるような勉強をしていかなければいけないと感じました。例えば、Austin Flint 雑音など今は臨床的な意義はないが、エコーのなかった時に必要としていたなど、歴史的なことも絡めて勉強していくといいのかなと思います(Austin Flint 雑音が国家試験に出題されるということから、その歴史的意義を彼に説明しました。Graham Steel、Carey Coombs 雑音も。S1,S2 をきちんと聴けない状況でこのような雑音の名前だけ覚えなければならぬことが、学生の motivation をさげる大きな原因だと思います)。

自分の中の変化としては、自己評価していくようにしたことで、自分がわかっていないということに少し気づけるようになり、わからないことがあってそのままにしておくことに違和感をもてるようになりました（何がわかっているかということも同時にわかりますよね）。これからは、それをその場で質問したり、自分で調べたりすることでわからないことをそのままにしておかない習慣をつけていきたいと思います。

また、今までは他の大学の学生との勉強会などに参加したりすることが少なかったですが、これからは積極的に参加していきたいと思っています。

<まとめ>

今回の実習中、先生から質問されたことに対して答える時に、必ず答えに根拠を求められました。僕自身、今までは、質問にはなんとなくこれっぽいということを答えて、あってるかあっていないかを気にする感じでした。そのため、根拠を求められるとなぜかを答えられませんでした。Sensory apahsia（これは、自分で発言した内容を、基本的事項であれば自分の耳できいて論理的ではないかどうかを判断して即時に訂正できないという意味で私が使用した）自分の頭の中で論理的におかしいといえるようにならないと指摘されましたが、なかなかそのことが出来ませんでした。それは、自分自身が、何がわかっていることで、何がわからないことなのかの自己評価ができていないからだときずきました。PDCA サイクル（PLAN CHECK DO ACTION）を意識して、自己評価することをこの実習が終わった後もしていきたいと思います。

そして、実習の期間にたくさんの患者さんと話をさせていただくことができ、これからはいいお医者さんになれるように頑張るなどたくさんの言葉をかけていただき、患者さんからいろいろなことを学ばさせていただきました。その経験は、本当に貴重なものとなりました。

2週間大変でしたが大変有意義な実習をさせていただき、伊賀先生のもとでの実習を選択して本当によかったと思います。今までの先生の実習で一番出来の悪い学生であったと思いますが、将来は一番患者さんから必要とされるような医者になれるように頑張りたいと思います（このくだりは、彼の最後のレポートでは将来当方で研修を受けた中で一番の医者になると書かれていました。私は彼に、学生の能力の、順位をつけることはできるが所詮学生の知識はドングリの背比べである。医者になってからは、人と比較するのではなく輝いておればいいのかと返事しました。彼はそれを必要とされると変えました。素晴らしいと思います。当初は、あまりにも知識がなく、質問には全く答えることができず、考える力もなさそうなので、ともに大変でした。し

かし、彼の「小さいとき、医師に助けられて髄膜炎が治った。小児外科医になって、将来いい医療をしたい」という夢をかたってくれたので、私も2週間耐えられました。そして、彼は私にいろいろなことを教えてくれました。やる気がないように見えるのは、やる気をおこさせるような出会いがなかったのだらうと)。

最後に、伊賀先生、奥様、スタッフの皆様、僕のためにわざわざ足を運んでくださった多くの患者さんには大変感謝申し上げます。ありがとうございました。

2015. 6. 1