

伊賀内科・循環器科での実習を終えて（青字は伊賀幹二のコメント）

まずは二週間（2015年4月18日から5月2日まで）、最高のドクターであり教育者である伊賀先生のもとで実習することができ、とても充実した日々を過ごすことが出来ました。昨年1日だけの大阪医大での実習（内容は<http://www.kcn.ne.jp/~igakan/2010/2010OMC.pdf>）でもすごく感銘を受けまして、もっと早くから知っていればと後悔していました。実習に参加して確かに先生が厳しいようにも感じましたが、間違っていることをここまではっきりと論理的に指摘してくれる先生には今までほとんど出会うことがありませんでした。学外実習で伊賀内科・循環器科を選択する時少しだけ迷ったのですが、[去年の先輩の姿](#)を思い浮かべたり、折角大阪医大で設けて頂いている枠、哲学的な内容にも踏み込める実習、行かなければ一生後悔すると考えたら選択しない理由はありませんでした。この選択をして本当に良かったと思います。今後も必ず役に立つ貴重な経験が出来ました。

太字は僕が実習前に立てた到達目標で、その後どうなったか、どういうものが追加されたのか書いていきたいと思います。

①診療所の果たす役割と大学病院との違いを知る

今回の実習の前の二週間も含めると、四週間診療所を回って来ました。そして感じたことは診療所では、よりコモンな疾患についてより広く深く知っておかなければならないということでした。大学病院は、自分の認識としましては、専門的な治療の受けられる施設であり、治療するという点に関しては最終的に行き着く場所であるので最後の砦のように感じていました。

一方で診療所は、ちょっとした体調変化の時にいける場所、場所的にも近い、そのため信頼関係が大事になる場所、専門的な治療の必要な方かどうか見分けなければならない地域の番人というイメージでした。

実際に診療所に来られた方は、専門の訴えに限らずほとんどがコモンな疾患が主訴と思われる方で、風邪、発熱、咳嗽、高血圧、糖尿病、頭痛、動悸、めまい、意識消失、腹痛、足の痺れ、むくみなど、とても専門一つでは対応出来ないジェネラルな対応が求められる方が大半でした（よく遭遇する主訴に対するアプローチは大きな病院では学習できないので、私は学生の習得目標と思います。今回は胸痛、息切れ、動悸、めまい、意識消失の患者さんが多くられました）。その場合必要になるのが、この患者さんは診療所にはないCTやMRIなどで検査しなければならない、あるいは治療しなければならないものであるかの「見分け」というものが非常に大切な診療所の役割であると感じました。

先生の診察はそれぞれの訴えに合わせて、必要な病歴のとり方、診察をされていて背景には明確な考え方のベースがあるのだろうなと思いました。先生はここに座るつもりで外来を見学しなさいとおっしゃっていて、そのお陰で、今までは全て吸収するという受け身な態度だけで、全くついていなかった「思考する」という癖が少しずつついてきました（自分が主治医だったらという臨場感で学習することは大切ですね）。

②診療所間での違いを知る

直前に研修した消化器が専門の診療所では、外来で診察のルーチンが決まっていて、全てでスモールトーク、病歴、聴診(呼吸音が主)、臥位で腹部触診、血圧測定を必ずやるという感じでした。糖尿病の方は体重測定と採血がルーチンに追加されていました。それはそれで専門の疾患に関しては内視鏡もあり、より大学病院に近いところまで踏み込めて良いのかなと感じていました。

しかし、先生の所ではルーチンでは無い、患者さんの病歴、主訴に合わせた診察をされていて、それを見させていただき、理にかなっているのは先生の方の診察であると感じました。主訴が胸痛、息切れでも消化器疾患の鑑別のみから考えて、GERD や胃腸炎 s/o となっていて、これでいいのだろうかともやもやしていたものはありましたが、先生のところで実習させていただき、そのもやもやが解消されました。

血圧の測定でも前の診療所の先生は「血圧測ろう」とおっしゃって目盛りを見たまま黙って測るという感じでしたが、先生は、意図してやられているのかどうかは分かりませんが、話しながら血圧を測られていて、血圧測定するということから意識がそれて患者さんもリラックスした状態で測定出来ていると感じました（血圧自体は値が動くので厳密な血圧測定は不要と私は考えています。私は 10mmHg くらい）。

③患者さんの死生観と解釈モデル、治療との関係を知る

まずは、死生観を知ると軽々しく書いてしまいましたが、患者さんの死生観を聞き出せるような関係に至るまでの先生との患者さんとの間にはただならぬ信頼関係があるのだということに気付きました。そうして初めて患者さんとスモールトークに近い感じから突然その話になっても気軽な感じで話すことができているのだと感じました。

大半の人にとっては、死ぬことについて話題にあげることはタブーに近く、話題に出せばどうなるかも想像がつかないという不安が自分の中にはありました。し

かし医療者として死に関わらずに働くことは出来ないとも感じていました。そうなるのとどの程度の信頼関係があれば話題にすることが出来るのだろう、どうやってそこまでの信頼関係を築くことが出来るのかという疑問がありました。それは実習の前からずっと疑問でした。そして一週間見させて頂いて自分なりに考えて出た答えは、先生は曖昧な表現も診察もなくそれが患者さんを不安にさせない、解釈モデルが大事な人にはしっかりと聞き出して不安を解消させるということでした。不安が大きく信頼関係や体調に関わるんだということをまじまじと感じました（[不安を取り除くというのは医師の大きな役割ですね。Web（左をクリック）の2006年の私の論文を参考に](#)）。

解釈モデルに関しましては、ある患者さんでは、診察を受ける前はもう駄目だという表情をされていましたが、先生が解釈モデルを聞き出して診察を行い怖い病気ではないということを伝えて不安を解消するだけで患者さんの表情が劇的に変わるというところを見させていただきました。不安を解消するというだけでも治療になりうるということ、解釈モデルの重要さを学びました。周りで誰かが何々という病気になったけど心配はしていないという風におっしゃる方がいらっしゃいました。しかし話題にするということは無意識や深層心理で気にしてしまっていて、それが来院するきっかけになったとも考えられなくは無の方が少なからずいらっしゃいました。そういう方達にはその病気は考えにくいということをしつかり伝えなければ不安なまま帰らせてしまうということを学びました。

④病歴が検査前確率にどれくらい寄与するのか知る

今までクリニカルクラークシップでも病歴を聞かせていただく機会は何度もありました。出来るだけ患者さんについて何も知らない状態から現病歴を聞き出したということから、カルテなど前情報を持たずに病歴をとらせていただくことを実践していましたが、その患者さんはもう病棟が決まっていたので、ある程度疾患を推測出来てしまっていました。そして完全に未知な状態から検査前確率が上がっていく感覚を感じることはほとんどありませんでした。

先生の所で実習させていただき、心筋梗塞や心房細動の方、大動脈解離の方、めまいの方、意識消失の方などの現病歴の最初を聞かせていただきました。その結果検査前確率が上がることを「知る」ということだけなら出来たと思います。しかし、先生はここに座るつもりでとおっしゃっていて検査前確率が上がった後はどうするか？、それを考えるためには鑑別は勿論、どんな病歴をさらに聞き出すか、必要な検査は？、疾患の知識は？ということ聞かれましたが、初めはそれらのリンクが全く上手くいっていませんでした。五回生の実習で病歴を聞かせてもらえる機会が

あったにも関わらず、その時は知識も無い、思考もない、ただ漏れの無いように聞くだけ聞いてメモをとって、という風に行っていたのが今更ながらかなり勿体無いことをしてしまったと感じています。

もしクリニカルクラークシップをまだ回っていない、あるいは、まだ学生で病歴をとらせてもらえるチャンスがある方がこの感想文を読んでいるのなら、患者さんの情報を電子カルテ等で得ていない状態で病歴を聞き、検査は何の目的でどんなものを行うかを考えるということを実践して欲しいと思います。そして、後でカルテを見て、実際はどんな検査が行われ、どういう診断に至ったのか、それは自分の思考とどう違ったのか、自分またはそのカルテに足りないものは何かということを考えるのも伊賀先生の元で実習するに当たり役に立つと思います。そして色々な検査が手軽に出来る大学病院と診療所の違いや、目的の無い検査が如何に意味のないことなのかもよりはっきりすると思います（検査のデータを読影するのも重要ですが、ある検査を依頼すべきかどうかの判断のほうがより重要になります。しかし、残念ながら国家試験勉強ではこのようなセンスを磨けない）。

一週目で感じたことを踏まえまして二週目の目標は検査を選択する所まで考えるということにさせて頂きました。

結果としましては出来たと思うものもありましたが、出来ないこともありました。動悸や胸痛に関しましては見てきた数が多かったというのもありまして少しずつですが考えられるようになりました。しかし神経系の訴えは難しいことも多くもう少し経験がいると感じました。

⑤聴診で自己評価ではなく客観的に正常が分かるようにする

これを目標にさせて頂いたのは、実習がどんな形で行われるのかがあんまりイメージ出来ておらず、ただ20人聞いてきて、正常が分かれば具体的に指摘は出来なくとも音の異常が分かるだろうということからでした。しかし色々出来ていませんでした。その原因は明らかで今まで description するということに意識が向いていませんでした。それ故音は分かるものがあったても表現の仕方が分からなかったり、今まで大学で見てきた研修医の方の発表が一音二音正常といったプレゼンテーションでそれが普通なんだと思い込んでいたからです。これも僕の受け身な態度と思考しなかったことが原因でした。

一週目の実習の感じを踏まえて二週目の目標は正しい description するというこ

とにさせて頂きました。その理由は、正しい（正確な？）descriptionが出来ていないと、今後共通言語が無くなり、間違いも指摘されない論理的でもない思考過程も分からないdescriptionとなってしまうと感じたからです。そうなってしまうと今後の研修も棒に振ってしまう恐れがありましたので目標とさせて頂きました。初めは自己評価で先週よりは少し出来たかなという感じでした。収縮期と拡張期の両方に雑音が聴かれた方も焦らず自分の決めたルーチンに基づいて所見が述べられたのは少しの成長だと思いました。しかし、II音を二つを聞いた時はどれだろうとなってしまう、相変わらず自分の少ししかない経験に基づいて考えてしまう癖がありました。自分の弱い所はここだとはっきりしたので、それも大きな収穫となりました。

ASの方の聴診ではASを疑い頸部放散を確認したら聞くことが出来てとても嬉しかったです。一回目ではdescription出来なかったキャノンサウンドの方も心拍数が少ない？ということから前よりもはっきりとした確信を持って、不十分でしたが所見を述べる事が出来ました。

最終日にはわざわざ待って頂いた患者さんがおられて、急いで診察させて頂きました。血圧を測ると脈圧が大きく、脈拍をみるといつもよりわかりやすいかな？となり、極めつけは1音2音の判別を頸動脈で行った時、明らかに触れ方がおかしいと感じ、雑音も探しながら所見も述べる事が出来ました。これが他の先輩方が書かれていた成功体験なのかと感じました（descriptionは所見を客観的に抜けずに記載することですので、「所見は？」という質問に対してすぐに答えてもらわねばなりません）。

⑥心電図の有用性と限界を知る

これも聴診と同様でdescriptionするということが意識にありませんでしたので、表現の仕方がほとんど分かりませんでした。国家試験の弊害といいますか、大体の教科書にはこの疾患に対してこの心電図みたいに一対一対応で載せているのが大半です。僕も初めはそんな勉強をしていました。しかし実際の読影のことを考えると、何の疾患かとかは考えず客観的にルーチンをもって読んで、逆に心電図から電気生理学的にどういうことが心臓に起こっているのか予測しなければならないということでした。

追加の目標としまして、聴診と同じく心電図所見をdesiptionすることを目標にさせて頂きました。結果から申しますと、聴診に比べると不十分でした。しかしながら悪い所は指摘していただけたこと、上手いかなかった所いくつか読影させて頂き、異常があるとみたものが実際には何の病歴もなかったり、逆に正常とみたものが正常でなかったり、コーブド型のブルガダ症候群と読んだものが実は薬によ

るものであったり、心電図に頼りすぎるのは駄目なことだと感じる事が出来ました。心電図は複数ある証拠の一つになり得るだけで、心電図単体では確実な証拠とはなり得ないということ学びました。（心電図の **description** も順序正しく、基準にしたがって分類する。必要な項目はすべてのべる。これを1枚を20-30秒で述べることです。）

上記が実習前にたてた到達目標がどれだけ達成されたかの評価とこの実習で感じたことです。

しかし他にも色々と経験が出来ました。

その一つは往診です。死生観とも関連するのですが、ほとんどの方は家で亡くなりたいとおっしゃっていて、しかしながら周りの人は死んで欲しくないと思っているから身を削って世話をなさるといの方が何人もおられました。そこで、先生はもし家で気付かぬうちに倒れていたらどうするのか？救急車を呼べば病院に運ばれてチューブに繋がれ最後を迎えることになってしまうが、それでも良いのかということをおっしゃっていて、確かにそうすると一番大事な本人の意思が置き去りにされてしまうと感じました。そのために何が必要かと考えたら認知機能が落ちたり、話せなくなってしまう前にはっきりと意思表示すること、そういった話が出る場を設けることが大事だと感じました。そのため、先生が普段やられているどう死にたいかという話や[死生観の講演](#)などは大切なことだと感じました。

他には中学校の健診について行かせて頂きました。いつも健診をやられている側で、その裏ではどんなことが行われているのだろうと疑問に思っていました。前提としまして、少ない時間の中で行わなければならない。限りある時間で行うには、どうすればスムーズに行くのか考えなければならない。スムーズに行くためには、あれもこれも診察していたら一人当たりの時間が長くなってしまいます。必要最小限で意味のあるものにしなければならないということを目の当たりにし、失礼なのですが適当にやっているんじゃないかと今まで思っていた健診が、実際に行う側になった時考えることは多く大変なのだと分かり良い経験になりました。

介護認定審査会にも連れて行って頂きました。思っていたよりもあっさりと物事が決まってしまうことに少し驚きましたが、これも時間内に何十人も審査しなければならない、感情移入の無いように客観的な判断を下さなければならないということから、仕方の無いことだと感じました。あとは医師が書く意見書が人によって

大きく違うということを感じまして、もし自分が書くなら誰が見ても分かり易い字で簡潔に書かなければならないなと思いました。僕の場合は親が介護に関する職をしていた時期がありましたので、要介護4とか5の方が実際どんな感じかということを知ることができていたので、初めて現状を目の当たりにするという感じで無かったです。初めて見られる方にとってはまた異なる思いを抱かれるのだらうと思います。

医学英会話にも連れて行って頂きました。そこではほぼ言いたいことが言えず、流暢に話されている先生方を見て、このままでは駄目だという自覚が出来ました。普段から言いたいことを英語で言おうと思ったらどうなるか考える必要があると感じました（[学生の時から英語の教科書を読む習慣をつけてください。数年後きっと役立ちます](#)）。

この経験だけでも貴重なことで自分の中で変化はありました。それに加えて、実習後自分の中で一番大きな変化を感じたのは、（目標には入れていませんでしたが）自然に科学的な視点を持つ事が出来るようになっていたということでした。

去年の大学での先生の講演で、感度・特異度について分かった気になっていただけであったこと、NNTというものを知らずしてリスクの話をするのが如何に早計かということを知らせて頂いたことから始まっています。僕は実習で、診察能力が上がることも期待していましたが、伊賀先生はこれまで持っていなかった視点を持たせてくださり、そしてその視点は今後ずっと役に立つものでありましたので、そういうことも漠然とですが期待していました。そして実習が始まり、各弁膜症の etiology、重症度の評価、そしてその前提、熱希釈法による心拍出量の出し方、（[熱希釈法と Fick 法による測定の違い：熱希釈法は心拍出量ではなく肺血流量を測定している。冷水が 10ml ではない時や、0 度でなければどうなるか。有意な三尖弁逆流があったり、ASD があって、注入部を洗い流すような flow があればどうなるか。その CO 測定値が正しいかどうかを、Fick 法をつかって確認する。Fick 法の理解に sat、圧、O2content の知識が必要であるなどのことです](#)）、左室 EF の計算方法と前提、AS を流速で評価する前提、そして各々どういう時に前提が崩れるかということ等も合間合間に教えて頂きました。

どんなものにも前提はあり、それが崩れる時があること、それを思考しないで無批判に知識として受け入れることが如何に役立たないことか学びました。国家試験の勉強とはまさに前提も何も考えず知識を追い求めるだけのクイズになってしまっています。五択も選択肢が与えられ、診察は凄腕のドクターが既にやってくれて

いて所見は書かれており、検査の情報もただ羅列されているだけです。その状況を仕方ないと受け取るのか、違和感を感じるかは人それぞれだと思いますが、もし違和感を感じたのなら、その違和感の正体を教えてくださる伊賀先生の元で実習するのは何よりも良い経験になると思います（議論している時に、どう定義されている疾患なのかよく自分で理解してからする必要があります）。

最後に、先生の元には色々な患者さん来られました。これは大学でのクリクラ中にも感じていたことなのですが、患者さんにとっては一大事で人生の岐路にもなり得る状況で病院に来られた方もいらっしゃるということ、もし自分が患者さんの立場なら学生に見られる事は良い気はしないと思います。それでも将来の日本の医療のため、良いドクターを育てようと思って診察させてくださる方が何人もいらっしゃいました。逆に良い気分をされていなくても先生の築かれた信頼関係のお陰で診察させて頂ける方もいらっしゃいました。そういった方々のお陰で二週間の充実した実習が出来、また頑張ることが出来ました。ありがとうございました。この経験を将来に必ず生かします（2Wの学生実習のためにわざわざきてくれた患者さんは平均20人くらいでしょう。ほとんどの患者さんは、学生さんに将来いいお医者さんになってほしい、と思ってこられています。その思いを理解すること、患者さんから勉強させてもらうということは、当方にくる条件としてあげている診察の順序や正常所見を友達同士で行い習得してくるという意味がわかっただけでしょうか？患者さんが学生さんに診察させるのは、主治医との強い信頼関係があっただけで初めてなりたつことなのです）。

2015. 5. 8