

伊賀内科・循環器科での実習の感想（青文字は伊賀幹二がコメントと補足）

この度20015年3月16日から2週間、伊賀内科で実習させていただきました。[大学での勉強会](#)（当方に研修にきてくれた学生さんが大阪医大で他の学生のために2014年に開催してくれたもの）に11月に参加し、そこでは新たな発見の連続でした。それまでいくつか学生の勉強会には参加したことはありましたが、それらとは全く異なるもので、そして今の私には出来ない、必要な考え方を習得したいと思い、今回思い切って実習を懇願しました。

到達目標の設定

実習が始まる当初、到着目標を以下のように設定しておりました。到達目標は具体的でかつ到達可能なものでなければならない、と先生がよく仰っており、今回の実習において私の立てた到達目標のそれぞれに対して、この2週間どのように向き合い、どれくらい達成でき、あるいはどう修正したか述べたいと思います。

a).病歴と診察から診断まで

伊賀先生の大学での勉強会（[前出の2014年に行った大阪医大での学生講義](#)）では、いかに病歴と診察から検査前確率をあげて、検査をオーダーできるか、その重要性を教えてくださいました。インフルエンザに対する鼻咽頭ぬぐい液の迅速診断キット陰性と出た場合を引き合いに出し、ただ無作為に人を選んできた対照群と病歴聴取した対照群の比較をし、検査を行う以前に検査前確率を上げることの重要性(または検査前確率を上げられない状態での検査の無効性)を理解しました。典型的病歴や症状を患者さんの言語で沢山聴くことの重要性を感じ、今回はそれを聴くことを目標としていました。

主に心筋梗塞や狭心症の病歴や、動悸、意識消失の病歴を聞かせていただき、当時の症状を患者さんから直接伺うことが出来ました。病歴で心筋梗塞や狭心症のイメージは出来るようになってきました。また、動悸、意識消失の方の病歴もたくさん聞かせていただき、ある程度病歴で動悸の原因が分かること、意識消失の中に異型狭心症があること、PAF 後、洞調律へ戻る際に **overdrive supression** があることを実感しました。

その後の検査のプロセスを質問されたとき、行き詰まることが多くありまし

た。後に述べる心エコー、心電図の有用性、限界がどこまでなのか、そして自分で診断、治療の流れを整理して全体を把握できておらず、ここは到達目標の設定自体が不十分であったと感じております。「なんとなく診断までの方針は分かる」という曖昧さや自分に対する評価を甘やかしていた点があり、それが原因で自分の到達目標設定に問題が生じたと感じています。自分を客観的に評価する難しさも実感し、それをできることが到達目標設定の際には不可欠だと感じました。

b).診察について

今回、「診察は上から下まで止まらずに診察できる」ように事前に準備して実習に挑んだつもりでした。しかし私の場合、そもそも基本となる**所見の description** が止まってしまい、これでは次のステップに進めないと、指摘を度々受け、まず自分の所見の取り方から反省しました。自ら所見を取りに行く姿勢ではなく、一種のセレモニーのように流してやっていただけだったのかも知れないと、自分の所見を取る態度からまず変えようと試みしました。実際なかなかすぐには適応できませんでしたが、少なくとも最後まで止まらず**所見を述べられる**ようにはなりました。所見を述べる上で大事なことは、当然ながら「全体像を知っている」ということが前提で、つまり、ここで実習をする上で、“診察を上から下まで止まらずに取れる“ということは”全体像を理解して整理されており、アウトプット出来る状態である“ということが必要でした。患者さんに協力してもらい、所見をとらせていただいていた身として、患者さんに失礼がなかったか、「患者さんから学ばせていただく」という姿勢で学ぶ意思はあったのか、ここは深く自分に問いかけ、行動を変えていかなければいけないと思うようになりました。(所見を述べるということは考えることではないので、私から「所見は？」といわれたらすらすらといえなければいけません。ここでは考える必要はありません。しかし、「病歴とあわせてどう考えますか」と質問されたら、考えるということはあると思います。客観的に(体系的に)所見を述べる、これは心電図でも同じですが、とっても必要なことで、学生や研修医が習得していないことのように思います)

今回は、徹底して聴診を取らせていただきました。事前の目標として「聴診では description の型を述べられ、正常の I 音、II 音が判別できる。頸動脈の触

知による S1,S2 の同定、内頸静脈波形の分析、S2 の生理的分裂、心尖部と心基部の S1,S2 の大きさの違いが確認できること」を目標としておりました(私は、これは当方に実習にくる前の協力していただける患者さんへの最低限のエチケットと考えています)。これは先生の著書に記載されている卒前目標であり、ここを意識しなければならないとの思いで目標としておりました。しかし実際は、正常の心音も沢山聞いてきたにもかかわらず、初日は、来院された患者さんの canon sound や収縮中期クリック音も聞くことが出来ませんでした。後日の別の患者さんで収縮期雑音を聞こえないこともあり、その度に「何故聞けなかったのか」と先生から問われました。I 音、II 音、収縮期、拡張期とそれぞれ分けて集中して聞いたのか、知識が無かったのか、それがないと正確な自己分析が出来ないのご指摘で、無意識な領域をより意識化していくことが徐々に出来ていきました。実習の終盤でも description が最後まで完結できないものもありましたが、I 音の分裂、canon sound、収縮中期クリック音がわかったこと、また II 音は正常の呼吸性分裂、固定性分裂、奇異性分裂、2つの分裂を先生のサポートのもと、認識できたことは初期の段階と比較して成長したと実感できました(このような成功体験を大切にしてください)。

ただ勿論、反省の方が多く、自分なりに I 音の定義、II 音の正常とは何か等、聞かれてすぐ自分の解釈が答えられないことが、そもそも正常を理解していなかったことの表れであったように思います。定義を明確化して用いる習慣がないと、異常所見への対応の柔軟性が非常に乏しくなるのを痛感しました。基礎を固め、その上に積み重ねていく、とは良く言われますが、まさにスタートの定義をはっきりさせ、description を確立させることがまずベースに必要だと強く感じました。

c).心電図、心エコーについて

検査では、心電図、心エコーがどこまで有用で、どこまでが限界なのかを知り、心電図の読影力をつけること、心エコーで緊急性を判断できることを最初の到達目標としておりました。実際、心エコーの有用性・限界については、今回の実習では難しく、どこまでを研修医が見られなければならない、どこから専門医のレベルなのか、判断できるようにはなりません。学生の到達目標としては少し高すぎたのかもしれませんが、それぞれ病歴、診察、検査の関連

性が現実感を持って理解できていないことも影響していたように思います。そして診療所では歩いて来院される患者さんが大半で、緊急性を伴う疾患に遭遇することが稀なため、一週目が終わった時点で心エコーの緊急性の判断力を目標から外しました（学生はエコーに興味を持ちますが、病歴と診察に興味をもてるように誘導するのが指導医の役割と考えています）。

心電図は、パターンを徐々に覚えて description を述べられるようになった点は小さな成長だと感じました。また、60枚程度の心電図診断を行い、所見を述べていくことで異常所見の分類分けを多少はスピードあげて出来るようになったと思います。最初は色んな本を広げ、調べながらのゆっくりとした読影でした。まだ2分前後かかってしまい、実際の臨床で先生方同士の discussion には追いかけてしまうとは思いますが、それでも体系的に読む習慣ができたのは大きな収穫だと思います。私にはまだまだ定着しておらず、心電図診断をきっちり出来ないこともあり、体系的にみてミスなく所見を述べられるよう、反復して読影力をつける必要があります。心電図診断は臨床的診断とは別として、所見のみでどこかの枠組みに入れ、心電図診断を行います。病歴があつて初めて有用性が出てくることを実感しました。実際、病歴で心筋梗塞を疑わせる場合でも心電図は正常のことがあり、逆も勿論、心電図診断では nonspecific ST change や ischemic pattern ということが言えるだけで、それだけで冠動脈の正確な部位が虚血であるなどと断定することは出来ない、ということを経験できました。

d).論理的思考について

「君の言う虚血の定義とは何か。」「右脚ブロックと虚血がもし関連があるのだと思うなら、どういう実験（または事実）で検証できるのか。」など、常日頃から考える習慣があれば答えられることなのだと思いますが、先生からの質問に私はいつも返事に困っていました。国家試験の勉強では、範囲が膨大なため深く掘り下げられないことがあり、とにかく浅くても全体的に触れるよう先に進めてきたため、「自分の考えはどうなのか、それについてはすぐ答えられなければならない。」と先生は仰るものの、深く考える習慣無く自分の言葉で考えることが定着していなかったため、返答出来ないことがありました。病態生理などの裏付けによる論理性を全く伴わない、まるで答当て問題をしているかのような返答をしてしまっていました。答えを出せず、今でもハッキリとしたことを

述べられない部分もあるので、ここにおいては先生の考え方をきちんと自分のものに出来たとは思いません。しかし、将来医者のプロとして働くには避けては通れない考え方であって、今回の実習の中で私にとって一番目、二番目に大切なことだと受け止めています。今まで大学の实習では体験したことの無い先生とのやりとりは、難しかったものの物を深く考える楽しみがあり、少し時間が経った今でも凄く貴重な時間だったと振り返ります。

e).患者さんの解釈モデル・死生観を聴くということ

事前の到達目標の設定の時に先生が「患者さんの解釈モデルや死生観を聞き出すことは大事」と仰っており、普段聴くことのない(A)「それぞれの年代の方がどのような死生観を持っているのかを聞いてみる」ことは、これから医療に携わる身としてとても大切なことと考えました。また、普段なかなか患者さんに伺いづらいつと思われる(B)「死生観を先生はどのように引き出すのか、問診の仕方を触れてみる」というのが今回の目標でした。

(A)について、実際に医師として医学的見解から患者さんの診断プロセスを具体的に提案できることは絶対に必要なことですが、診療所に来る患者さんの声を聞き、患者さんが自分の意思で検査や治療を選択していくことは医学的な適応と同等、もしくはそれ以上に重要と思うようになりました。たとえ医学的に適応があつたとしても患者さんが納得しないものを押し通したなら、治療は降圧薬のような服薬を途中で飲むのをやめてしまいます。また「もう大腸ファイバーはいや」という言葉から、患者さんの解釈モデルを医者が汲み取ってあげないと、どれだけ医者が大腸ファイバーをすることが大事でも患者さんは拒み、そもそも診療所にくることさえ拒むようになります。重要な事は、いかに重要事項を患者さんに「納得」してもらうか、または「説得」するという事。そして、なぜ検査を拒むのか、なぜ薬を飲まないのか、なぜ体重が増えたのか、もしくはなぜ体重が減ったのか、全ての原因を患者さんの解釈モデルと照らし合わせ、ただ無知が原因で拒んでいるのか、相手の気持ちを汲み取ってあげなければいけないところなのか、判断することが必要であると感じ取りました。

また、それぞれの年代でも、個々人でも死の受け入れ方も異なることを実感しました。若くして大病を患つた方では、高齢になれば中心静脈栄養で入院するより、身体に何も医療器具を入れずに家で死を受け入れたいと仰る方もいれば、一方で、高齢の方でも息子の病気が心配でまだ死ねない、死を受け入れた

くない、と仰る方もいました。(B)について、実習中、先生は問診中に挟む会話から「どう死を迎えたいか」と自然な聞きやすい流れを作り、患者さんに尋ねます。その時先生の患者さんに対する言葉で印象的だったのは「人は皆死ぬんです。若い人とかで人は死なないとまで思っている人がいますけど、死は絶対に来ます。その時ではもう遅いから、家族でどういう死の受け入れ方をするか、話しておかないと。」。患者さんの死に対する考えに触れるのは畏れ多い、時には触れては行けないことのようにさえ思っていました。先生の患者さんとの向き合い方をみて、患者さんの死生観を敬う故に一人一人に合う治療の選択できるよう、この質問を大切にしていることが分かりました。ですので、相手と話しやすくなる質問の仕方はあるにせよ、患者さんと話を普段から何度もしていること、患者さんとの強い信頼関係を築いている背景に患者さんの病歴や家庭環境などを全て覚える努力をしていること、それに尽きるのだと分かりました。

診療所での実習について

伊賀先生の診療所の実習を通して、先生から十分吸収できたとは思いませんが、先生の後ろにつき、患者さんとの接し方、先生の医学の考え方に触れ、また開業医として先生のプロ精神に触れられたことは、これから思考を深めていく上でのヒントとなり、今後の医療への関わり方が大きく変わるきっかけとなると捉えています。同時に学んだこととして、当日患者さんや上の先生などから学んだ内容をサマライズして、言語化することの意義を体感できたこと、医者—患者関係を通して医師のやりがいを感じたことは今までの医学生生活ではほぼ皆無であり、日頃と違う側面から医療に触れられたことは何よりも貴重でした。

ここでの実習期間中、当日中に実習の感想を作成しメールにて提出することを義務とされています。しかし 私の場合、先生の仰っていたことが正確に理解できず、それを理解してまとめるということがなかなか短時間で行えず、提出に時間がかかってしまい、何度も遅れてしまいました。どうすれば早くその日のサマリーを作成できるのか、考えさせられました。最終的には時間内に間に合うよう提出も出来るようになり、自分は何が理解できて、何が分かっているか、そして分かっているポイントはどこなのか、明確に具体的に考える

習慣がついてきたように思います。

この感想やサマリーを書くことは、働き出してから凄く重要なエッセンスが詰まっていると思います。その日の学んだことをストックしていく習慣。整理して次のステップを踏む習慣。日々多忙に追われていてもこれは継続して行っていきたい、そう思いました。自分の理解が正しいのか、自分なりにアウトプットした内容をフィードバック頂けて、それについて議論させていただける時間は、若い学生や研修医には非常に有り難いと思います。

また、今回の実習中に感じたこととして、その場で患者さんを安心させられるだけの正確な知識が、医師には求められていると感じました。胸のドキドキが心配で来院された方は、今回少し動いただけでドキドキを強く感じていましたが、診察と検査から異常所見はありませんでした。その時「次回結果を報告します」と言われると心配が増長する患者さんもおおり、今回の患者さんも同様、その場ですぐ結果を聞け、安心できた結果症状も帰宅中にすでに良くなっていた、と仰っていました。来院前後でのこの劇的な表情の違いを直接感じられるのが開業医としてのやりがいだと感じましたが、この患者の笑顔がみられるためには、しっかりとした知識がなにより必要なことは大前提。ただ優しい医者では患者さんは不利益を被ることになり、患者さんのために私達学生はきちんとしたことを言ってあげられる医者になることが求められており、日々一生懸命深く勉強したいという思いが強まりました。

診療所以外のこと

診療時間外にも、開業医の先生との集まり、介護認定、保険医協会、兵庫医大のレクチャーと参加させていただきました。

・ 開業医の先生方との集まり

昼に2回、夜に1回、内科の開業医の先生方での勉強会に参加させていただきました。ここでは各々の先生の専門領域での症例報告を行い、自分の専門外の領域を補い、アップデートしていく場としても利用されておりました。開業してからの知識のブラッシュアップがどのように成されているのかを知り、「医師は一生勉強」を身をもって感じました。

また、ネイティブスピーカーを呼んで英会話を地域の開業医の先生方と共に

月に一度開催されており、それにも参加させていただきました。月一回の英会話では維持程度にしかならない、と先生は仰っておりましたが、実際に開業医の先生方の英語を聞いて、過去に相当の英語と触れてきたことを実感しました。日頃から英語の論文で情報収集をし、また英語で論文を書く習慣があったからこそ今の英語力なのだと分かり、私も先生方の良き習慣を取り入れたいと思う瞬間でした。

・西宮市の介護認定会議

介護認定度を決定する場に同席させていただき、今回は44人の患者さんの介護認定を5人の医療関係者で行っておりました。認定の決定は書面と付加記載事項のみで主に成され、「自身の死生観なども関係なく治療が施されている患者さんもいるし、ということに気づいてしまう。自分だったらこんな治療の選択はしないだろうに…」と先生の嘆きも耳にしました。介護の手が足らず申請に出されている方、医師-患者間で死生観を共有できずに高齢者でも経管栄養になっている方がいること、また認知症で介護申請を出している方が多いことなど、現状を知りました。治療のゴールをどこに設定するかは医師の素質が問われますが、患者さんの医学的な適応や状況、環境、そして死生観全てを総合的に用いて判断し、ゴール設定してあげたい、できるようになりたいという気持ちがより強くなりました。

・西宮・芦屋保険医協会の世話人会

保険医協会主催のきたる [5月に行われる伊賀先生の“死生観”](#) について一般市民の方に講演の計画を知りました。そこでの目的は“家族が死生観を持てる場を提供する”というものでした。核家族化して、日常から死と向き合うことが減り、若い世代になる程、死は遠い存在になっていったという見方があります。上記したように、普段から家族で死生観をシェアしてもらうことは医療を提供する者にとって非常に重要なことだと実習を通して実感しております。このような講演会で一般市民の方へ発信していくことも医師として求められていることを学びました。

また、今年で阪神大震災から20年が経ち、震災当初に西宮市の自治体からの“借り上げ復興住宅”の契約期間が終了を迎えることが議論の一つとなっております。被災後の契約書では退去に関して明記されておらず、退去を命じられ

でも次の住宅を見つけられない方がいる現状で、保険医として「20年で全ての人が元の生活を取り戻せたわけではなく、経済的に苦しい現状の人に対しては考慮を試みていただける様な文書を、自治体に提出」できるように、その場で文章の確認がなされていました。震災に対して医療者がどのようにコミットしていくのか、社会医学の観点からも学ばせていただきました。

・ [兵庫医科大学でのレクチャー](#)

半年前の伊賀先生の大阪医大での勉強会に参加したことがきっかけで、私は今回の実習を希望しました。その時と同様の内容で、兵庫医科大学の病院実習中の学生に対する講義を今回見学させていただきました。自分が受講者として受けた前回と、今回とを比較して感じたことは、私自身学生中、本当に定義をしっかり押さえて勉強してこなかったのだと反省させられたと同時に、実習を通し、きちんと考える習慣がつけば自分にも考えられるようになる、というある種の成長を、今回第三者的な立場からみて実感しました。

私も、大学のときもそうでしたが、病歴と診察がなぜ重要なのか、分かっているものの、いかに大事なのかは説明ができず、そして正常所見を“理解しているつもり”で終わっている場合が多かったように思います。「心拍数 100 の人の心音でどうやって拡張期だと分かるの?」「仰臥位での頸静脈の所見は立ち上がりの方が速いの?遅いの?」などの質問に対して、正確に理解して所見をとれている人は果たしてどれ位いたのでしょうか、先生の講義を進めていくうちに、きちんとした理解があれば身体所見を学生でも取れることを実感していったように映りました。

最後に

この 2 週間どれだけの成功体験が出来たか振り返ると、劇的な変化を遂げることは勿論 2 週間ではできず、成長の幅は少ないかもしれませんが、今回の実習における多くの気づき、驚きは私にとってとてもとても大きな経験となりました。ここでのある種のカルチャーショックを機に、それぞれの段階で到達可能な目標を設定でき、科学的論理的思考を習慣づけられるよう、努力して継続していきたいと思います。

今回の実習を快く受け入れてくださった伊賀先生には深く感謝致します。未熟者で先生には色々とお迷惑をお掛けしましたが、一学生として常に私に考え

る題材を提供し、私の思考の幅を拓けて下さいました。診療所以外での行事にも沢山参加させていただき、開業医の先生でこれほどまで勉強をしているのかと、「医者は一生涯勉強」を更に体感しました。この経験は何よりも私の貴重な財産となり、今後の糧になると信じています。また、伊賀先生の奥様、医療スタッフの方々、そしてわざわざ医学生の成長のために足を運んで下さった患者さん達にも心より感謝いたします。この2週間は正直今までの大学の病院実習では体験したことの無い負荷を経験し、大変でしたが、気持ちの良い負荷であったと今振り返ることが出来ます。ここでの負荷を基準とし、良医になる努力を継続していきたいと思えます。ここでの御恩を必ず友人、後輩に分け与え、そして患者さん、社会に還元できるようこれからより一層精進したいと思えます。本当にお世話になり有難うございました。

(私にとっては、すこし物足りない学生であるという印象でした。一番めだったことは、理解するということをあまり実感できていないことでした。勉強とは、記憶することではなく、理解することであり、理解できなければわからない ということを経験することが彼にとってはとっても大切でしょう。しかし、この時期に、自分から apply して当方で2週間がんばったことに敬意を表したいと思えます。この2週間で、彼にとって有意義であったと将来感じられたらうれしいです)

2015年4月12日