

伊賀先生の下で学んで（青字は伊賀幹二のコメント。赤は web 表示）

医師国家試験を終えた後 2 週間弱（2016.2.22-3.3）、伊賀先生の下で実習することが出来ました。5 年生の時に名古屋の勉強会で伊賀先生と学ぶ機会（名古屋の亀井塾での私の講演会に、前年度に当方で研修した 6 年生を連れて行った時、彼に同行していた。講演内容は兵庫医大の診察の話しを 3 時間と、科学的思考の重要性の項目を数個）ありました。たった 2 日間でしたが大きな発見が得られたことを今でも鮮明に覚えています。その際に、先生の診療所での実習に誘って頂いたことが今回のきっかけとなりました。

本実習での私の到達目標は、

1. 「身体診察」を自分の診療行為の中で意味あるものに変える。
 - 患者さんの心音を数多く聞き、それを異常なしと捉える事が出来る。
 - 学生時代に知識として言葉だけ知っていた雑音を実際に聞き、それを異常として認識しその所見を正確に述べる事が出来る。
2. 心電図をすばやく正確に読み、その有用性と限界を知る。

の 2 点に当初は絞りました。しかし本実習はとても充実したもので、期待していたものを良い意味で裏切られる形となりました。以下、到達目標 2 点に関することとそれ以外に得たことを述べていこうと思います。

1. 「身体診察」を自分の診療行為の中で意味あるものに変える

5 年生の時に臨床推論には検査前確率と検査後確率があることを知り、その重要性を頭の芯で感じました（多くの学生が、検査前確率の理解がないこと、重要性を体感していないことは問題であると思っています）。それ以降その考え方を常に持ち、病歴・症候・身体診察を「検査前確率をあげる意味あるもの」として捉えてきました。病歴・症候は参考書を読んで勉強を進めてきたので検査前確率を上げることのできる意味あるものとして自分の中にありましたが、身体診察に関しては知識だけで全く検査前確率を上げることが出来ない状態でした。

今回先生の実習期間中に沢山の患者さんに来院して頂き心音聴取させて貰ったおかげで、バイタル・心音や頸静脈波所見から病態の理解や疾患の検査前確

率の上げ下げがある程度出来るようになりました。病態の理解としては、Afにて長いRR後に大きくなならないMR由来の雑音や、そのMRも高度であればLA圧が上昇し収縮初期のみしか雑音が聴取できず後期には聴取できないことが挙げられます。また心音に関しては正確なdescriptionも出来ていない状態だったのですが、適切に指導して頂き形式を身に付けることが出来ました。例えば収縮期雑音が聴取出来た場合、最強点とLevine分類、放散が頸部か背部かなどです。

これもひとえに実習開始前に身体診察の練習に付き合ってくれた友人や家族で「量」を補えたことと、患者さんの診察所見を先生が適切にフィードバックして下さることによって「質」を高めることが出来たおかげかもしれません。「異常」と認識するにはまず「正常」を知らなければならず、そのためにはある程度の量が必要です。心拍毎に変動するS1とCannon soundを聴取できたのは、普段からS1をしっかり聴いていたおかげであり、またS2の生理的な呼吸性分裂を聴く習慣を付けていたためS2のsplit・収縮期click・OSを聴取させて頂いた際に違和感を感じたことを覚えています(これはS2の位置に2つ音が聞こえたときの種々の原因ですね)。そして「異常」を正しい言葉で認識し表現するためには質の高いフィードバックが行われなければならないと考えます。最初聴取した際には収縮期雑音しか聴取出来なかったのですが、先生の適切なガイドのおかげで収縮期雑音と渇水用雑音が拡張期にあること(ARによるto-and-fro murmur)が分かりました。

大学での実習では折角患者さんをあてて下さっていても「正常」と認識出来るほどの量を事前に担保出来ていなかったことが身体診察に苦手意識を持った原因かもしれません(異常を勉強する前に、正常をきちんと理解することの重要性に気づいたのでですね)。「机の上で勉強した所見」を患者さんから自分で取れるようになることがこんなにも楽しいとは思いませんでした。

心電図をすばやく正確に読み、その有用性と限界を知る

本実習を通して100枚ほど心電図を読影することが出来ました(学生用に120枚くらいの心電図のスライドを用意しています。今までの学生は2週間で20例くらいで止まっていたましたが、彼は100枚まで読影しました)。最初は自分で設定したルーチンをこなすので精一杯でしたが、先生に読み方・考え方を教わり最終的には1枚3分程で読影するようになりました(目標としては1枚30秒です)。読影の際に気を付けたのが、①定義に準じて読影すること。そして②心電図の有用性の限界を意識することでした。特に心電図所見と心電図診断は違い、心電図診断と実際の診断(例を挙げると、不快感・冷汗があるものの心電図上ST変化なしで帰宅させられる心筋梗塞の患者さん)も違うことが

分かりました。検査はあくまで検査であり、その根本には病歴・症候・身体診察があることを忘れてはならないと痛感しました（これはとっても重要なことです）。

また心電図以外にも心エコー画像を見る機会が沢山ありましたが、検査にはそれぞれ長所と短所があり必ず前提条件が存在することを知りました。前提条件が崩れると検査結果も信頼できるものではなくなってしまいます。

例えば心拍出量(肺血流量)を測定する際に **Fick 法** という測定法があります。肺動・静脈血の血中酸素濃度差と全身の酸素消費量から心拍出量を算出するもので、最も正確な測定法とする参考書もあります。しかし前提条件である「シャントが無いこと」が崩れると $CO=15L$ という結果になることもあります。また、同じ心拍出量の測定法の中に **SG** カテーテルを用いた熱希釈法があります。こちらはカテーテルから一定量の $0^{\circ}C$ 生理食塩水を注入し、先端の温度センサーで血液温度低下度を測定するものですが、前提条件として「注入した生食が $0^{\circ}C$ であること」や「高度な **TR** や左右シャントがないこと」が挙げられます。心エコーを用いた **Stroke volume** の計算でも前提条件を考えなければなりません。**Stroke volume** 計算では $Dd*3-Ds*3$ を用いますがこれは横軸：縦軸=1：2、均等におなじ **phase** で収縮するという前提条件があり、丸く拡大する **DCM** や、一部収縮がない心筋梗塞や、収縮が中隔と後壁でずれる左脚ブロックがある場合はこの前提条件が崩れてしまいます。

検査の短所としては心エコーでの流速計算が挙げられます。逆流の **severity** を判断する際に逆流のベクトルが合っていないなかったり、**MR** の流速を **AS** の流速と捉えてしまったりすることがあります（**プロのコメディカルの方はこんな間違いしないですが、可能性としてあり得ることを知っておくことが必要です**）。

これからコメディカルの方々には本当にお世話になると思います。助けていただく場面が本当に多いように思います。しかし、我々医師の役割はその検査結果をただ聞くだけではなくそれが現在の状況に妥当なものなのかどうかを判断することも含まれていると私は考えます。

当初は以上の 2 点を到達目標にしていたのですが、以下その他に学んだことも述べさせていただきます。

在宅医療と死生観

実習中何度か先生の往診を見学することが出来ました。その時に感じたことは、在宅医療には「見る側」と「看られる側」がいるということ、そして **死生観** は人それぞれ違うということです。看られる側は「ピンピンコロリ」をのぞみ（実際に何人かの方は仰っていました）、見る側は少しでも長生きをして欲し

いとどぞむ。私自身どの死生観が良いとは思いませんし、死生観に良し悪しの区別は出来ないと思います。ただ、今後ますます重要性を増していくであろう介護や在宅医療を行う上で、見る側と看られる側の死生観の意思疎通や複数の看る側での意思疎通を行っておくことが重要であると感じました。

介護認定会議にも参加させて頂きました。指導医意見書の重要性を感じましたが、大学では指導医意見書の存在や介護認定の流れは勉強する一方でそれらを直に見る機会が無いことに気付きました。

専門用語の使い方

専門用語は使い勝手が良い半面、その意味するところが何なのか、どこまで含んでいるのかを話す相手と共有していなければ議論がずれることがあります。例えば、「虚血性心疾患」という単語は患者さんに説明するときには文字通りで分かりやすいと思いますが、医師同士のカンファレンス等では「虚血性心疾患」が意味する範囲が不明瞭であり、心筋梗塞しか考えていないのかそれともそれ以外の例えば異型狭心症まで考えているのか分かりません。また一言に弁膜症といってもその病因が違えば治療方針も変わってきます。「TR」ではなく「肺高血圧による TR」、「MR」ではなく「腱索断裂による MR」といったように言い表さなければなりません。学生の頃は専門用語に頼って議論してきましたが、その言葉の意味するところを正確に理解しておかなければならないと分かりました。

医療事故調査

医療事故調査の面談も見学することが出来ました（[医療事故のコンサルタントをしていますので、弁護士の面談に参加してもらった](#)）。まず、医療従事者とその他の患者さん側では見る視点が異なることに気付きました。特に司法関係の方々にとっては「誰にどういう責任があるのか」、「過失（という言葉が正しいか分からないが）が無ければどういう結果になっていたのか」（可能性がどれくらいかは重視しない）を重視するよう感じました。①必要な検査はきちんと行うこと、②患者さんをきちんと見に行くこと、③場面・場面で鑑別する習慣をつけること、④自分にとってはささいな言葉でも患者さんは重く受け止めそれが訴訟に発展しかねないこと。以上は学生目線でも当たり前のことのように思いますが、日々の忙しさに追われ忘れてしまうことがあるかもしれません。

患者さんから勉強させて頂くということ

沢山の患者さんに身体診察や病歴聴取をすることが出来ました。皆さん口

を揃えて言うのは「良いお医者さんになって下さいね。」という言葉でした。また、わざわざ私の実習期間中に来院して下さいる患者さんもおられました。私たち学生は当たり前のように患者さんを診察し自身の勉強に役立てますが、そのことは決して当たり前ではありません。自分の身体を診察することで将来良い医師になってくれれば、という思いで私たちに身体を預けて下さるということ。そのことに気付けたことだけでも良かったです（素晴らしい気付きですね）。

診療所と総合病院の違い

今まで病院側の目線でした医療を見てこなかったのが、今回診療所で実習したことで新しい視点で見ることが出来ました。一つ違いを挙げるとすれば、「距離感」の違いです。印象的だったのは、先生が全ての患者さんの病歴は勿論のこと家族構成や趣味まで覚えておられることでした。総合病院でもこのことを実践されている先生は多くおられると思いますが、地域に根差す開業医の先生にとっては患者さんの背景を深く詳しく正確に知っておくことは必要不可欠な要素のように感じました。

Study の組み方を考えるということ

学生生活の中で膨大な量の医学知識を得ました。その際に「何故そうなるのか」ということは常に意識していたつもりでしたが、「何故このことが必要になったのか」や「それを知らうと思った時どうすれば答えに辿りつくのか」と点に関しては意識していませんでした。伊賀先生が研修医の頃に疑問に感じていたこと（研修医当時、心室中隔欠損症の左室造影では左右シャントがジェットとして拡張期に流れていたことをみた。ドプラーの発達で心室中隔欠損では収縮期にも拡張期にも左右シャントがあるが、雑音は収縮期にのみ聴取されること）をカラードプラが普及して再確認したように、医学・人間の身体というものには頭で計算できるほど浅い学問ではないようです。まだまだ分かっていないことばかりで、その答えを知るためには自分で **study** を組む他ありません。自分が疑問に思ったことを証明しようとする際にどのような **study** を組むべきなのか。

実習期間中に軽度の **AR** を過去に指摘されていた患者さんがおられました。診療所での経過観察で来院されたのですが、抜歯をする際には感染性心内膜炎（**IE**）を考慮して抗菌薬の予防内服をするようにと先生から指導がありました。私はその予防内服にどれほどの意味があるのかが気になり、もし自分がその有用性について **study** を組むならどうするのかを考えてみました。が、今でもどのような組み方をすればベストなのかまだまだ模索中です。**IE** の定義は心内膜の感染症であり有名なものとして **Duke** 基準があります。大基準と小基準があり

大基準の中に持続的菌血症と心内膜病変（心エコー異常もしくは新たな弁逆流）がありこの2項目を満たせばそこでIEの可能性が高いと言うことが出来ます。ただ、この2項目いずれも検査に依存した項目であり特に心内膜病変は心エコーを用いたものである以上、各々の技師さんの技量も診断に寄与してくることが予想されます。Studyを組む上で疾患の定義（これがあればこの疾患に罹患していると言える）を考えることが如何に重要で如何に日頃あやふやに捉えているのかが分かりました（論文のmethodが妥当であるかなど考える必要があり、これが学生の到達目標の一つのcritical readingです。現在の大学の講義では、spoon feeding形式（講師が用意して、学生はそれを考えないで記憶する）がほとんどで、学生に考えさせることを誘導する講義がとっても少ないように思います）。

今我々は先人が残した功績を「知識」として吸収しています。しかし、ただ吸収した知識はそこで頭打ちとなってしまい伸びしろがありません。吸収した知識からまた新たな発見をする「知恵」が学問には大切なのではないかと思います。

患者さんから病歴を聴くということ

今回過去に動悸や意識消失を主訴に来院、或いは心筋梗塞を患い救急車で搬送された患者さんの話を聴くことが出来ました。そこで感じたことは同じ疾患でも言い表す言葉に大きな違いがあることでした。例えば心筋梗塞の場合「ゾウに踏まれている」や「熱い鉄板に上から押されている」といった言葉が有名(?)かと思いますが、本実習中では「竹やりで刺されるような」や「ただ単にだるい」といった表し方がありました。患者さんそれぞれで語彙は違うため統一することは不可能ですが病歴聴取の面白さを感じる面でもあると思います。

動悸からの意識消失の患者さんではタッピング（頻脈・正常・遅脈とregular・regularly irregular・irregularly irregularの3×3で表す）を用いて聴取することを学びました。人それぞれ動悸の感じ方は違い、夜寝ている時の自分の正常脈を感じて動悸と表現する方もおられるようです。

最後に

1つの本を何回も読んだことはありますが、2週間のうちに2回以上読んだのは今回が初めてでした。1回目は読み飛ばしていたところも、実習を通じて先生と議論した後には納得しながら理解している自分がいました。参考書を読んで1人で勉強することの限界を感じた瞬間でした。程度は人それぞれだとは思いますが独学にもある時点で壁が訪れ、その壁を乗り越えるために学生実習があるのかなと思います。低学年からも実習可能だとは思いますが、ある程度勉強

してから参加し、診療所での実習の前後でどう変わったか感じる方が良い気がします。

また実習期間中に沢山のカンファレンスや講演会に参加させて頂きました。生涯学習という言葉があるように学問に終わりは無く、今後研修医以降も医師という職業は常に勉強の日々になっていくのだろうなと感じました。

実習期間中に診察させていただいた患者さん達、またそんな患者さん達と強い信頼関係を築けている伊賀先生に熱く御礼申し上げます。本当にありがとうございました。ここで得たこと学んだことを医師として目の前の患者さんに役立てていければと思います。

2016. 3. 31