

伊賀内科実習感想文（青字は伊賀幹二のコメント）

期間：平成 29 年 5 月 22 日～6 月 3 日

はじめに

この度、大学の選択実習として、二週間伊賀内科・循環器科で実習させていただきました。私は、もともと伊賀先生のことを存じ上げておりませんでした。昨年度末に選択実習先一覧と実習内容のシラバスが配布された際、伊賀内科の実習内容説明に、「どのような事が学べ、あるいはできるようになり、そのためには事前にどのようなことができなければならないか」が明確に記述されており伊賀内科の実習に興味をもちました。その後伊賀内科の[ホームページ](#)で公開されています過去の先輩方の感想文を読んで、ただ見学するだけでない、活動的な実習ができるだろうと思い、伊賀先生の下での実習を希望しました。実習のシラバスや先生のホームページの実習に関する記載や過去の実習生の感想文を読む中で、実習に際して要求される「**上から下までのスムーズな身体診察**」や「**心臓の正常所見の理解**」について、私はあまり自信がありませんでしたので、実習前に先生に連絡をとり、兵庫医大での講義に同席させてもらって、どのような事をわかっていなければならないかを知っておきました（**繰り返しのようになりますが、これが当方での研修を行う前提です**）。そして、実際の実習での目標を設定しました。以下、実習前、そして実習期間中に追加して設定した実習目標とその評価、感想について一つずつ記述していきます。

患者さんの主訴に対し、想起した疾患の検査前確率の変化を意識した問診や身体診察を行い、科学的思考法にもとづいて、臨床推論の裏付けを行い、あるいは、各々の疾患に対する検査の有用性と限界を知ること

実習前に、伊賀先生の兵庫医大の講義に参加させていただいた際に先生がされたお話の中に、感度・特異度と頻度・検査前確率の変化による陽性的中率の変化についてのお話がありました。（以下、特に断りがなければ検査前確率とは頻度と検査前確率を含めた広義の検査前確率を指すものとします）私自身は検査前確率が陽性的中率を左右することをすでに知っていたので、実習中は検査前確率を上げたり下げたりするような情報を病歴からピックアップしようとしていました。また、身体診察をする機会があればどのような所見が検査前確率を上下させるか意識しようとしていました。

しかし、ある疾患について診断しようとしてその検査前確率を求めようとす

る時、なぜその疾患を鑑別に挙げたのか、その根拠はどこにあるのか、改めて問われると答えに窮することが多くありました。更には、自分が思いつくままにとりあえず疾患を並べている、と言っても過言ではないような場面もあったように思います。つまり、患者さんの主訴に対して、自分で患者さんに何が起きているのか、どういうストーリーで今の状態になっているのか、全く考えずにどこかで聞いたか読んだかした知識にもとづいて、その症状がでるかもしれない疾患を、頻度や患者背景も無視して並べていたにすぎなかったのです。私が伊賀先生の下でまず学んだことは、[事実と想像](#)を分けること、自分の仮説をたてるなら、根拠を必ず持つこと、など科学的、論理的な考え方を常にしなくてはならないということであったと思います。

科学的思考法について、もう一つ私にとって大きな学びであったことは、検査の前提について考えることに気付かされたことです。私は、検査が絶対ではないこと、それ以上に検査前確率を左右する病歴や身体所見が重要であることは知っていましたが、検査を行って返ってくる検査結果そのものについては無批判に受け入れていました。しかし、どのような検査であっても、それらは病態を何らかの形で投影しているものにすぎず、必ず何かしらの前提があって初めて利用できるものであります。

例えば、スワンガンツカテーテル検査において心拍出量を測定する際に、熱希釈法が利用されます。この検査においては、カテーテルから右房に0度の冷水を注入し、肺動脈に留置したカテーテル先端の温度センサーでその温度変化を計測し、その温度の変化を基にして拍出量を計算しています。注入される冷水がきちんと0℃に保たれており、かつ一定量(10ml)が注入されていること、そして肺動脈の血流量が心拍出量と一致していることが正しい測定結果を求めるための前提条件となります(心拍出量ではなく肺血流量を測定しているのですね)。もし、高度のTRが存在すると、RAで注入された冷水を希釈してしまい、また左右シャント疾患(急性心筋梗塞における心室中隔穿孔例でも同様です)が存在する場合は肺動脈の血流が心拍出量と一致しないという問題が生じ、検査の前提が覆されるので検査結果の信頼性はなくなります。このように検査結果がはたして本当に正しく病態や患者さんの状態を現しているのか、検証することが重要なのだと思います。

このように、科学的にモノを考えることが活かされる場面としては、他に医学研究を行うときが挙げられるでしょう。実習中に何度か、先生からあることを知るためにどのような研究のデザインがふさわしいか考えるよう言われました。そのほとんどで私はきちんと論理的な研究プロトコールを組み立てることができませんでした。比較したいこと、知りたいこと以外の要素をなるべく均一にして、バイアスがかからないようにしつつ、仮説を検証する根拠をもった

プロトコルを考えることは普段から理詰めでモノを考えていないとかなり大変な作業です。今の大学での学習では、中々このような訓練の機会はないのでとてもためになりました。

伊賀先生がお話ししてくださったことのなかに、冠動脈カテーテル検査・治療の歴史についてのことがありました。

かつて40年くらいまでは、徐々に血管内腔が狭窄していき、最終的に完全閉塞をきたして心筋梗塞に至ると考えられていました。しかしながら、冠動脈造影が簡単に頻回に行われるようになって、心筋梗塞を発症した人の直近の冠動脈造影では50%程度の狭窄が多いことから、徐々に狭くなって心筋梗塞になるのではなくプラーク破綻による急激な冠動脈の閉塞が心筋梗塞を引き起こすという発症機序が現在では定説です。

また、心筋梗塞切迫状態と考えられていた冠動脈90%狭窄の人が無治療でも（治療拒否した場合など）心筋梗塞を発症しないことがあることや、そういった人に再び冠動脈造影を行っても狭窄度が変化しないこと（むしろ狭窄度は改善していたり、完全閉塞になり他から良好な側副血行路ができている例がある）にとっても興味がわきました。

このような医学の発展の歴史を知ることは、過去の先人たちが理論的に考え、実践してきたことをなぞることになるので、科学的思考法を学ぶ上でとても良いトレーニングになるのでは、と思います。

初期研修医になったときにできるべき診察、あるいは、その後循環器非専門医となったとして、その時点で何ができなくてはならないかを知ること、そして今何が自分に足りていないかを知り、得られた所見を客観的に記録し正常を逸脱しているか判断できるようになること

もともと私が伊賀内科での実習で一番学びたかった一番の目標です。本学の病院実習では、大学病院の中だけで、色々な診療科の専門医の先生から、その科で行っているととても進んだ治療や高度な治療、検査を見せてもらい学習していました。しかし、私達学生にとってまず必要なことは何でしょうか。国家試験の合格はもちろんですが、その後すぐに研修医として働かなくてはならないので、その時に何ができて、何を知っていなくてはならないのでしょうか。

実習前は、伊賀先生の論文や先輩の感想文を読み、少なくとも学生のうちに正常な人を正常と言えればよいのだろうと考えていました。実際実習に際して求められていた条件に「心臓の正常所見を理解していること」というのがありました。OSCE でやったような胸部の診察ができて、心音を聞けば良いだろうくらいに考えていました。というよりそれ以外を知らませんでした。実習が始

まり、実際に患者さんを前にして先生から所見をとるように言われた時、何もわからないまま「1音2音正常で雑音はなかったと思います」というようなことを言いました。そして先生から1音が正常と言うのはどういうことか、1音2音と続けて言ったのはなぜか、過剰心音はどうか、雑音は収縮期、拡張期両方がなかったということなのか、そもそも聞こえたか聞こえないかなのに「**と思います**」とはどういうことか、と矢継ぎ早に指摘され、初めて自分が何も聞いていなかったこと、所見の記録が主観的でしかないことを実感しました。そして聴診をきちんと体系立ててルーティンワークに昇華させていない以上、型通りの記述ということも不可能で一回一回バラバラに思いついたことや自分が注目した所見のみを発表するというところに繋がってしまっていました（これはすばらしい気づきですね）。

まず私が気をつけるようにしたことは、心尖部→4 LSB→3 LSB→2 LSB→2 RSB と順序立てて、それぞれの場所で、S1S2の聞き分け→S1の変化→S2の変化→過剰心音の有無→収縮期の雑音と放散の有無→拡張期の雑音ときちんと聴診の手順を固めて、それをすべて素直に聞こうとすることでした。これが実習前にできていれば、時間と患者さんの与えてくださる機会をもっと有意義に使えただろうと今になって少し後悔しています。知識として知っている、聞いたこと読んだことがあるということと、身体がそれを覚えているということには大きな隔たりがありました。

はじめの一週間でこのルーティンはだいぶと身についたと思いますが、やはり個々の音のみに集中すると言うことは難しく、S2の奇異性分裂や長いRRの後の雑音の変化は一人では聞き取れないことのほうが多かったです。ただ、S2の生理的分裂を聴取して、きちんとプレゼンできたなど、できるようになったことを実感することもありました。二週目に入って、一週目で少しはできるようになったこともあり、自信もプレッシャーも感じていました。そのせいか、実習10日目くらいまで、せっかく素直に聞けていた聴診で、聞こえたままでなく、自分の想像が入った所見を述べてしまうことが続いてしまいました。心音の変化や過剰心音、雑音が聞こえないと記述するのは、本当にそれがいないか、自分のスキルが未熟なために聞こえないのか、どちらもありえます。しかし、実際に聞こえていない音を聞こえたとして記述することは根拠がありません。そのことを理解するのに随分と時間がかかってしまいました。もう一度初心にかえて実習11日目に臨むと、ある患者さんに対して、今度こそきちんと自信をもって聞こえたままをプレゼンできました。残念ながら私は過去の優秀な諸先輩方のように、その方のS2の固定性分裂(あるいはS3かもしれない)を指摘することはできませんでしたが、前日に失敗したことを活かして成功体験とできたことには意味があったと思います（**実習中に聞こえるようになったかどうかは重**

要ではありません。学習した方法を持続していき、1年後に聞こえるようになればよいのです。学習を継続することが重要です。残念ながら、継続できていない人が多いように思います)。

このように、そもそも学生としてできているはずのことがまだできていないのだということを実感したので、実習の目標を少し具体的にして、得られた所見を客観的に記録し正常を逸脱しているか判断できるようになりました。

聴診以外に、心電図を読んで所見を発表するトレーニングも、たくさん実習期間中にさせていただきました。これも聴診のときと同様に、真に客観的に所見を述べると言うことを学ぶことができました。国試や卒試のようなテストでは、必ず一つの、疾患に特徴的な所見を含んだ心電図が提示されます。その為、私たちはよく「異常探し」をしてしまいがちです。実際に来院された患者さんの心電図は正常であることもあれば、様々な疾患が影響しあって心電図を変化させていることもあります。前述したように検査には前提や限界が含まれます。心電図とて例外ではないのですが、そのようなことを考えず ST 低下→狭心症のようにスナップショットで暗記していることをそのまま所見として発表することがありました。事実と想像の区別をつけることはこういう場面でも重要でした。

心電図に関して、私がもう一つ学んだことは、所見を述べる際の言葉の定義が非常に重要であるということです。Normal Sinus Rhythm と記載すれば洞房結節から 60~100b. p. m. で電気刺激が出ていることが伝わります。この定義を自分勝手に歪めて使用してはいけません。また、HR についてもその情報が含まれていますから、改めて HR について記述するのは冗長になってしまいます。記述するタームの定義をしっかり認識して正しく使わないと正しく患者さんの情報が伝わりません。今回の実習で正常、異常を含んだ約 50 枚というかつてない量の心電図を読ませてもらったおかげで、かなり自信をもって心電図を読み、所見を伝えることができるようになったと思います。せつかくできるようになったことなので、今後の実習や研修においても積極的に心電図を読み、所見を上級医にプレゼンしていこうと思います (使用していた言葉の定義、前提が理解できてよかったと思います)。

家庭医、かかりつけ医ならではの診療や仕事 (解釈モデル、死生観を含む) を知る

伊賀内科での実習期間中、何名かの新患が来院されましたが、その訴えは胸痛や腹痛、風邪気味など本当に様々でした。しかし、どのような患者さんに対しても必ず先生が気をつけておられたことが、その患者さんが何を期待して来院

されたのか、自らの健康状態や病気についてどのように捉えているか、いわゆる**解釈モデル**をしっかりと聞いて患者さんの不安の軽減に努めようとされていたことです。

印象的だったケースが、18歳の男性が胸痛を主訴に来院されたときのことです。患者さんは母親とともに来院されていました。先生はあいさつや症状について聞いた後に、母親が心配して受診を勧めたのか、自分で不安になって受診したのかを尋ねられていました。通常18歳で生来健康な人であれば、よほど症状がきつくない限り自ら受診しようとはなかなかしないものです。よくあるケースは、子供の訴えを不安に思った母親が受診を勧めたり、連れてきたりしているケースのようです。しかし、この患者さんは自らの意思で受診されていました。そこで先生がより詳しく話を聞いていくと、患者さんの祖母が一ヶ月ほど前に急性心筋梗塞で他界されていたという事がわかりました。それを見ていたので、患者さんも胸痛を普通以上に不安視されていたのでした。このケースでもただ訴えを聞いて、病歴や検査から何も異常なしと言って患者さんを帰すことがあるかもしれませんが、それで患者さんは納得し、安心して帰れるでしょうか。あるいは、親が連れてきていたケースであったならば、本人に異常なしと言うだけで問題は解決するのでしょうか。

もう一つ印象的なケースがありました。患者さんは長く伊賀内科をかかりつけにされている方で、なかなか止血しない鼻出血のために救急病院に緊急入院され、退院後来院されました。その患者さんの診察中、待合室でとても緊張し不安そうな方がいることに、先生は気づかれ、すかさず新患か誰かの付き添いかを受付の方に聞いておられました。この方は患者さんの奥さんだったのですが、患者さんは奥さんが一緒に来院していることを先生に話しておられませんでした。奥さんとわかった後に、二人そろって診察室に入室してもらい、先生は、鼻出血が命に関わるようなものでないことや、患者さんのもつ疾患との関わりはないことを説明されました。救急病院で鼻出血の原因がきちんと説明されていなかったのか、奥さんは患者さんの鼻出血をととても不安に思っておられたのでした。伊賀先生が、患者さんだけでなく、付添の家族まで含めて来院した方の不安をとることが、医師としての役目であるとおっしゃっておられたのがとても印象に残っています（この2つの出来事は大学病院では経験できないと思いますので、感想にいれてもらったのはとってもうれしく思います）。

開業医としての仕事を知ることについて、私は、専門的で高度な治療を行うことに集中している大学病院や高度機能病院ではこのような家族まで含めたようなケアは難しいことがあり、それ故、伊賀先生のようなかかりつけ医として活躍される先生が、家庭医療の専門家として必要であろうと考えていました。しかし、伊賀先生に言われて気がついたことですが、総合診療医や家庭

医を専門医の対義語として定義されるのであれば、専門医は患者さんの解釈モデルを確認したり、不安を探ったりする必要はないということを受け入れるということなのです（私が総合診療という言葉がきらいなのはこの理由です）。医師である以上、どのような診療科の医師であっても患者さんに向き合う姿勢は変わらないはずでしょう。それを踏まえた上で今、家庭医、かかりつけ医としての仕事がなんであるかを考えると、患者さんの情報だけでなく、その人の家族や仕事、希望する生活や人間関係まで踏み込んでその人を知り、各々に合わせて変化をつけた医療を提供することなのだと思います。このような形で一つの答えを得られたので、個人的にはこの目標はとても良く達成されたと思います。私にとって、実習中見せていただいた伊賀先生の仕事は循環器内科のプロフェッショナルの仕事であると同時に家庭医療のプロフェッショナルの仕事でもありました。

その他に実習中経験したこと、感じたこと

実習の目標については以上のとおりですが、ほかに実習中印象的であったことや、勉強になったことを挙げておきます。

学校検診

西宮市の中学校の内科検診と心臓検診に同行させていただきました。その中で、これらの検診のシステムについても勉強させていただきました。検診では、限られた時間の中で病歴や事前の情報がほとんどない多数の児童を診察していきます。心臓検診では学校の児童一学年全員の心電図を数時間のうちに判定していました。これらの検診で感じたこととしては、検診の目的が何であるのかを知っておかなくてはならないということです。つまり、医師が検診の依頼元である自治体からどのような児童を見つけてほしいと期待されているのかということです。教育委員会としては、児童の発育が正常かどうか、健康管理の意味合いもあるのですが、心臓検診などは児童の突然死や体育などでの運動負荷で問題が生じるのを回避したいのが目的なのでしょう。心臓関連疾患で突然死などの重大な健康問題をきたしうるものはブルガダ症候群や先天性心奇形、弁膜症などいくつか挙げられますが、診断のためには家族歴や過去に何らかの症状がなかったかを問う問診のほうが、心電図検査よりはるかに重要であるということです。そして医師側から教育委員会へそのことを伝達しても、実際にはなかなかそれが現場まで浸透していないようでした。例えば、実際に私が目にしたケースでは、問診票に家族で40歳までに心疾患で急死した人がいるか、という問診項目に「はい」と書かれていても、いつ誰がどんな疾患で亡くなったのかということは、誰も把握していないということなどです。これは、教育

委員会で検診の実施効果の評価や改善のためのアセスメントをあまり行っていないためかもしれないと感じました。種々の業務の持続的改善のために用いられる手法に、PDCA サイクルと言われるものがあります。PDCA はそれぞれ、Plan Do Check Act の頭文字であり、計画を立て、それを実行し、それが計画通りであるかを評価し、実際に計画通りでないところを改善する、というこのことを表しています。品質管理や、企業研修でよく用いられる手法ですが、医療の世界においても十分に応用は可能でしょう。検診事業においては、このうち P、D はよく実施されていますが、C、A の部分が軽視されているのではないのでしょうか。

訪問診療と死生観

実習期間中、何件かの往診にも同行させていただきました。どちらのお宅の患者さんも、病状等の理由で診療所まで受診することが難しい方で高齢の方ばかりでした。そのような状況の患者さんたちなので、最期についてのお話もすることができました。患者さんだけでなく、介護する家族の方の希望も聞かせてもらえました。患者さん自身は最期を受け入れておられても、献身的に介護されている家族の方のほうが、少しでも長く生きてほしいと強く希望しておられることもあるようです。

伊賀先生はよく患者さんに「ぼけてしまう前に、財産のことはきちんと家族で話しておきなさい」とおっしゃっていました。私はこれが家族で話し合う機会をもたせ、家族にも患者さんの最期を受け入れる準備をさせるとても良いやり方なのかもしれないと感じました。そしてグリーフケアと言われる、家族を失った人への定期受診を通した心のケアの実際も見せていただくことができました。故人の話題に触れないようにするのではなく、積極的に思い出を語らうことで、悲しみを癒やすやり方はとても印象的でした。

兵庫医大と大阪医大での講義

実習期間中、兵庫医大と大阪医大で先生のご担当の講義に同伴させていただきました。医学部では通常他大学の講義を聴講する機会は少ないので、兵庫医大の講義は毎回非常に興味深く見させていただいていました。兵庫医大の学生さんも様々でしたが、向上心をもって取り組んでいる学生さんはやはり講義の理解も良好で、身体診察の意味も実感し、内頸静脈の観察や感度・特異度の説明でも成功を実感している様子がありました。そのような学生さんたちはとても良くできる印象を持ちました。

しかし、どちらの大学の学生も、最近の大学の講義が国家試験や共用試験に向けた、ひたすら知識を覚えさせる形式の講義が多いせいか、大半は自ら考え

て、間違っていることを発表するということが苦手な印象を受けました。そして彼らの数年先輩である自分自身も、実習中散々思い知らされたように、自分で考えること、そして考えたことをまとめ、他人に伝えるということがまだまだできていないのは、この頃からそういった考える習慣をもたなかった故なのかもしれないと思いました。先程の良くできる印象の学生さんたちと大学を超えた交流をもつことでそれがよい刺激となり、この現状に変化をもたらすことは可能かもしれません。

患者さんの病歴聴取

実習中、何回か臨床でよく遭遇する動悸、息切れ、胸痛、意識消失などの症状を持っていたり、体験したりした患者さんにその症状について話を聞かせていただくことができました。

動悸を訴える患者さんに対しては、実際に机を tap してみて、患者さんが感じている心拍をなるべく共有しようとするのが重要なのだとわかりました。脈拍が 50 くらいか 70 くらいか 100 くらいか、リズムは整っているか、規則的に不整であるか、全く不整であるか、その 3×3 のパターンを tap してみると、患者さんはそのどれかで、自分の感じる動悸を表現できるようです。そして興味深かったのは、患者さんの感じる動悸と心電図で記録される心拍波形は必ずとも一致しておらず、心電図上、期外収縮で脈が抜けているのに、本人は感じていなかったり、患者さんはすごく動悸がすると訴えていても心電図では正常所見であったりということがあったことでした。胸痛についてもたくさんお話を聴くことができました。痛み表現は患者さんそれぞれで色々バリエーションがあるのかと思っていきましたが、実際に聞いてみると「しめつけられる、重苦しい」という表現は必ず使われており、一種のキーワードのような感じがしました。意識消失の方のお話を聞かせていただいた際はどのような状況で、前兆はあったのか、どれくらい意識を失っていたのか、随伴症状はなかったか、などに注意して話を聞きました。僕が話を聞いた方であれば、日中立ち上がってしばらく歩いた後に、前兆なく意識を失い、1分ほどですぐ意識を取り戻し、麻痺や言語障害はなかった、というようでした。それらの情報で鑑別疾患の検査前確率は大きく変化すると考えています。この方であれば、脳血管障害やてんかん発作の可能性は下がり、不整脈による意識消失をより疑わせると考えます。このプロセスを体験してみて、より病歴聴取の重要性を認識しました。

実習に協力していただいた患者さんたち

二週間の実習期間中、私のためにわざわざ来院していただいた患者さんも、診察に来た際に快く協力して下さった患者さんも、本当にたくさんいらっしゃ

いました。これらの患者さんはみな、伊賀先生と深い信頼関係があるからこそ協力してくださるわけですし、その信頼関係を損なわないためにも、そして何より、いい医者になってもらいたいという患者さんたちの想いを無駄にしないためにも、実習中に学ぶことはすべて学ぼうという気持ちをもちました。正直、私なりには実習へ向けて準備していたつもりでしたが、不十分なことも多かったです。事前に手に入る情報が少なかつたこともあります。今後またこの素晴らしい実習環境で実習を望む後輩諸君のためにも、何らかの形で私が学んだことやもっとこうしておけばよかったと思ったことなどを伝える場を設けられたらと思います。

診察の練習に協力して下さったある患者さんがおっしゃっていたことをここに記します。「私は伊賀先生に命を救っていただいて、その後もずっと面倒を見てもらっているので、とても恩があります。あなた達の勉強に私を役立ててもらおうことで、この恩に報いています。つまり『恩送り』です。(このかたは私が35年経過観察している、肺高血圧症の方です)」これを聞いて、私も今回お世話になった伊賀先生や患者さんからいただいた恩を、これからの患者さんや後輩に『送る』ことができるよう、頑張っていこうと強く思いました(これについては強く希望します)。

最後になりましたが、伊賀先生をはじめとする伊賀内科のスタッフの皆様、西宮市医師会の方々、教育委員会や養護教諭の方々、そしてたくさんの患者さんたちのお陰様で今回の実習は私にとってとても実りのあるものとなりました。この場を借りまして、厚く御礼を申し上げます。本当にお世話になりました。ありがとうございました。