

伊賀内科・循環器科での実習感想 2020.11.2～11.14

(青地は伊賀幹二のコメント、太字は伊賀幹二が重要と考えた部分)

6年生の6月に2週間実習を行わせて頂く予定でしたが、新型コロナウイルスの影響で実習が中止となりました。代わりに先生のご厚意で11月に2週間、実習を受け入れて頂きました。伊賀先生の下で実習をしようと決めたのは、6年生の[外部実習先概要](#)を読んだ時に「ここで実習すれば学生の内に身につけたい多くの事が学べる。」と確信したからです。5年生でのクリニカル・クラークシップでは私の勉強不足も相まって、実際の臨床現場で必要な技術(病歴聴取の仕方、聴診、心電図読影など)を身につける事ができませんでした。伊賀先生の実習概要には「きちんと実習に来るまでに準備をすれば、2週間で診療技術の成長を自分で必ず実感できる」と書いてあり、実際に実習を終えてまさにその通りでした。診療技術に限らず、学生の内に多くのことを学べたことを大変嬉しく思います。

WEB カンファレンス(2020.4.23～)

6月の実習が中止となり、実習に行けない可能性があった私のために伊賀先生がZOOMを使って[WEB カンファレンス](#)を始めてくれました。4月の後半から1週間に1度約1時間、学生、研修医、ベテランの開業医の先生方が一緒にカンファレンスに参加し伊賀先生と「双方向性のカンファレンス」をしています。このカンファレンスは従来の一方的にプレゼンターが聞いている人にプレゼンをするカンファレンスとは違い、伊賀先生が積極的に参加者の意見を求めます。私はこのカンファレンスで「**当て物ではなく、根拠を持って発言すること**」と「**新しく知り得たものを言語化し、自分の力に変えること**」「**WEB カンファレンスの先生方が生涯学習を実践されていること**」の3つを主に学びました。

多くの医学生は今の現状の国家試験が選択肢○×の形式なので、根拠を持って発言することに慣れていません。私もWEB カンファレンスが始まって間もない頃は先生の質問に国家試験の勉強で学んだ知識だけで答えていました。しかしそれだと根拠を求める先生の質問に答えられないので、自分の発言を見直すようになり段々と根拠のある発言ができるようになりました。実習中もまだ知識だけで答えてしまうことはありましたが、このWEB カンファレンスで発言に根拠を持つことの重要性を知りました。

WEB カンファレンスでは毎回終わってすぐに、今回の2週間の実習中は自分の**振り返り**を毎日提出しました。振り返りとはその日自分が勉強になった事、自分が準備していて良かった事、できなかったらなぜできなかったのか、できたらなぜできたのかをメールにて言語化することです。誰もが経験する事ですが、とてもためになったと感じた授業を受けてもその時のノートをずっと放置していれば、時間と共に記憶は薄れ「あの授業は良かった」という記憶しか残しません。知ったことを自分で使えるようにするには、もう一度知ったことを言語化したり人に説明したりして思い出しまとめること

が必要です。WEB カンファレンスで培った毎回振り返りを言語化する習慣は2週間の実習中も実行でき、受け身ではなく自らの意思で勉強することができました。

またWEB カンファレンスでは先生方の発言や振り返りを実際に見ていると、先生方が毎日自分の患者さんから学んで他の先生に意見を求めていること、そしてその知識で患者さんにより良い医療を提供しようと努力されている事がわかりました(他人にみてもらうことがベテランの医師達には一番の生涯教育であると思います)。伊賀先生の実習でも患者さんを診察するたびに「どうしてこの人の左室は他の同年代の人に比べて大きいのだろうか?」「もっとこの患者さんの薬を少なくして負担を軽減させる方法はないだろうか?」と疑問を持たれていて解決されていました。私はこのWEB カンファレンスが始まるまでベテランの先生方がこんなにも毎日勉強されているとは知りませんでした。WEB カンファレンスに出席されている先生方はまさに生涯学習を実践されておられ、私にとって良医のロールモデルです(医学知識以外で学生・研修医が学ぶひとつの重要なこととして、医師は生涯勉強するんだという体感です)。

2週間の実習に向けて立てた到達目標

ただ漫然と実習していても自分が身につけたい事は身につけません。目標を立てそれを達成するために方法を練り、結果を受けてまた目標と方法を考え直すというPDCA サイクルを取り入れて学習することの重要性もこの実習で身につけました。また掲げる到達目標は2週間で自分が到達できると思うものを掲げることが重要です。

以下が私が実習前に立てた到達目標です。

- ①系統的な身体診察と聴診にて、正常初見を理解し異常所見を指摘できるようになる。また自分がとった所見を客観的に description する。(カルテに記載できる)
- ②心電図を系統立てて、自信を持って読めるようになる。
- ③病歴の聴取から始まり、検査、治療までの診察がどういうものか理解し実践できるようになる。
- ④糖尿病、高血圧、禁煙指導、それぞれ先生がどのように診療しているのかを勉強する。
- ⑤科学的に思考する習慣を身につける。またそれが臨床にどう還元できるのかを学ぶ。
- ⑥毎日の振り返り方を変える。WEB カンファレンスの先生方に振り返りを見て頂く。
(この目標は、自分が実習で感じたことに対して他人からの評価(批判ではない)をもらうという点で非常によかったと思います)

これらの目標を意識しながら毎日の実習に臨めたことで、2週間自分の行動の良いところは継続し悪いところは修正する事ができました。

- ①系統的な身体診察と聴診にて、正常初見を理解し異常所見を指摘できるようになる。また自分がとった所見を客観的に description する。(カルテに記載できる)

2 週間の実習中に

AS 3 例

AR 4 例

MR 4 例

TR 1 例

左右シャント 1 例

の患者さんの心臓の音を聞かせて頂きました。このように実際の患者さんの心臓の音を聞かせて頂き伊賀先生に私が述べた所見を評価して頂くことで、学生は聴診の技術を身につける事ができます。快く診察に協力して下さった皆様、本当にありがとうございました。

1 週目の初日に所見を先生に述べた時「I 音が大きい、キャノンサウンドが聞こえました。」と述べました。しかしキャノンサウンドというのは完全房室ブロックで心房と心室が同時に収縮した時に聞こえる大きな I 音の音です。つまり診察で音を聞くだけでキャノンサウンドと判断することはできないので、聞いた事だけを述べる所見として間違っていました。また収縮期雑音を聴取した時に音の大きさが所見から抜け落ちたり、「II 音は正常で、呼吸性分裂も認めません。」という矛盾を含んだ所見を述べました。また異常所見を聴診で pick up することに関しても大きな収縮期雑音が聞こえる患者さんでは拡張期雑音を聞く事をおろそかにしてしまったり、II 音周囲に聞こえる収縮後期クリックに気づけずにいました。

1 週目を終えて感じたことは「実習前に正常例 20 人に対して聴診をしっかりとってきて良かった」と「手順どおりに素早く聴診し、所見をスラスラ言えるようにしよう」の 2 つでした。実習前に昨年伊賀内科で研修された A 先輩に 2 度直接聴診について指導いただけたことで正常な人を診察させてもらう時も I 音の周囲、II 音の周囲、II 音の分裂、収縮期、拡張期だけにそれぞれ注目して聞く習慣は実習前に身につけていました。しかし実際に患者さんを聴診させて頂くと大きな雑音が聞こえる場合に他の箇所を聞く事が難しかったり、患者さんの呼吸音と雑音が紛らわしかったりやってみて分かったことがたくさんありました。2 週目に向けて先生に患者さんの心雑音が録音されている聴診器を借りて繰り返し何度も聴き、所見に関してはスラスラと言えるように色んな雑音が聴取できたと仮定して友達に所見を言いながら練習しました。

2 週目は練習の甲斐もあって聴診で聞き取った所見をスラスラ言えるようになりました。また雑音の聴取に関しても 1 週目で聞けなかった収縮期雑音と拡張期雑音が聞こえる患者さんの拡張期雑音を収縮期雑音だけに引っ張られずに聞けたり、II 音の周囲に正常音との違いを感じて収縮後期クリックを聞き取る事ができました。また先生のガイド下ではありましたが左脚ブロックの患者さんの奇異性分裂もわかりました。患者さんが快く診察に協力して下さり、伊賀先生に聴診所見のフィードバックを頂ければここまで聴診に関して 2 週間で成長できるのかと、とても驚きました。「手順どおりに聞いて、過不足なく所見を述べる。」ことで自分の聴診が患者さんの診断に役立つ事を実感できました。

収縮期雑音を有する患者さんを診察させて頂いて、診察の後「学生さんがとても丁寧に診察してくれた」と言ってもらえたことがとても嬉しかったです。私もこの人の聴診をさせて頂いている時「ああ。これが伊賀先生がいつもおっしゃっている、患者さんから学ばせて頂くということか」と心底感じました。

(実習前に、正常の診察所見と手順をくりかえし行っていたことが、著明に向上した一つの原因であったと思います)

②心電図を系統立てて、自信を持って読めるようになる。

心電図は先生の著書である「[万年研修医のための外来循環器診療エッセンス](#)」で P 波から順序立てて読む事を学び、6 月に A 先生にメールでのやりとりで 40 枚まで指導して頂けて自分の中でかなり自信を持っていました。しかし先生の前で 2 週目の初日から所見を言い始めたのですが自分が当たり前のように使っていた言葉(QS パターン、poor R progression、normal sinus rhythm など)について定義がわかっていなかったことに気づきました。また心電図を系統立てて読むことに全く慣れていないために言うべき事を忘れてしまったり、同じ事を 2 回言って冗長なものになったりと聞き手がすごく聞きにくい所見を述べてしまっていました。先生と一緒に 20 枚読んでもらい自分で 50 枚まで読んだ所で 2 週間の実習が終わってしまい、実習が始まる時には実習中に 100 枚読み切りたいと思っていたのですごく悔しかったです。事前に A 先生に指摘して頂いた箇所を自分で解決し所見をさらさらといえるように準備しておくべきでした。

まだまだ心電図を読む訓練が足りないこともあって目標として掲げた「自信を持って心電図を読む」ことは達成できませんでしたが、先生と一緒に 20 枚を読みその中に実習中に来院された患者さんの心電図があつて当時の患者さんの様子と併せて解説して頂けた事が大変勉強になりました。ある患者さんが来院されてエコーをした時下壁の大部分が動いていませんでした。この患者さんの心電図では下壁の誘導を表す II, III, aVF 誘導は q 波が少し深いだけでした。またある時心筋の広範囲に梗塞が起きた患者さんのその当時の心電図を見ると限られた誘導でわずかに ST が上昇しているだけでした。

「心電図からのみで患者さんの状態を診断してはいけない」ことは先生の著書や WEB カンファレンスで沢山勉強して私の中に当たり前になっていたことですが、実際の患者さんの状態を知り心電図と併せて先生に解説して頂くと、心電図で何が分かるか、また心電図という検査の限界を改めて理解する事ができました。

③病歴の聴取から始まり検査、治療までの診察がどういうものか理解し実践できるようになる。

2 週間先生の下で外来を見学させて頂いて強く感じたのは**病歴を聴取することの重要性**です。病歴聴取から鑑別診断を挙げて各疾患の検査前確率を上昇させられないと、どの検査をしても検査の結果に頼らざるを得ないこととなります。2 週間の実習の中で色々な疾患を経験された患者さんが来てくださり、先生にも学生の私のために患者さんに連絡をして頂いて当時どのような状態だったのかを話していただきました。

2 週間のうちで以下の疾患を経験された患者さんから直接話を聞く事ができました。

急性心筋梗塞(AMI) 6 例

労作性狭心症または異型狭心症 5 例
発作性心房細動(PAf) 7 例
心不全 3 例
期外収縮 1 例
意識消失 1 例
良性発作性頭位めまい症 2 例
小脳梗塞 1 例

同じ疾患であってもそれぞれの患者さんで訴え方がまるで違うことをしれたことがとても勉強になりました。多くの学生は急性心筋梗塞や労作性狭心症の患者さんには必ず胸痛があると思っています。しかし実際の患者さんで「胸が痛かった」と言われた方は驚くほど少なかったです。「胸や肩、奥歯のあたりがどことなく気持ち悪かった。胸がぎゅーと締め付けられた。鉄板で押されている感じだった。」というように皆さんいわれることはバラバラでした。また実習に来るまでは急性心筋梗塞の患者さんは必ず 20 分ほどの胸痛があるものだと思っていました。しかし実際の患者さんの話を聞くと皆さんの病歴で共通していたのは胸の痛みではなく「冷や汗」でした。「気持ち悪くなってトイレに駆け込んだら冷や汗が止まらなくなった。拭いても拭いても汗が流れてきた。車を運転中顔色が悪くなり、額に汗が滲んでいた。」など冷や汗が心筋梗塞を疑うきっかけになることをこの日まで知りませんでした。病歴で労作性狭心症、不安定狭心症、急性心筋梗塞を疑う事ができなければ心電図、心エコーをして正常だと患者さんは治療を受けずに帰宅してしまうことになります。患者さんは病歴を話すプロではないので医師側が聞きたいことをきちんと聞き出せるかどうか重要だと感じました。

発作性心房細動を経験された患者さんも多く来院されました。これまで発作性心房細動ではある瞬間からバクバクと動悸を感じて、数分後ピタッとその動悸が止まるというのが訴えの大多数だと思っていましたがこのように訴えられる人もとても少なかったです。そもそも教科書の文字では「動悸」と書かれていますが、患者さんが「動悸を感じてここにきました。」と病院に来られることはあまりないように感じます。動悸を「最近歩いていると息が切れるんです、胸が気持ち悪い感じがする、たまに胸が痛む」と表現される方も沢山いらっしゃるの、医師はそれらの訴えを診断に繋がる言葉に変換していかなければなりません。発作性心房細動の場合息切れ、胸の違和感を訴えて来院される患者さんも多いので労作性狭心症も鑑別に挙がる場合があります。そのような時、気持ち悪さや息切れが 1 時間 2 時間と長く続くようであれば発作性心房細動の可能性が高まります。病歴から疑う疾患によってこの次にすべき検査も変わってきて、それぞれの検査で何が知りたいのかも変わってくるので改めて診察における病歴聴取の重要性が実感できました。

実際に病気を経験された患者さんから当時どのような様子だったかを聞くことは、病歴聴取の上ない勉強だと思いました。2 週間のうちに来院して下さって私に貴重な話をしてくれた患者さん、電話でも患者さんと呼んでくれて話を聞いてくれた伊賀先生に本当に感謝しています。このような実習は学生全員が経験しておきたいことだと思いましたが、なかなか大学の实習では難しい部分でもあると思いました。(この実習では、私が患者さんに話をきいてそれを学生に横で一緒に聞

いていただくという形式でしたが、次のステージでは自分自身で病歴を聞き出せるようになること(す)

④糖尿病、高血圧、禁煙指導、それぞれ先生がどのように診療しているのかを勉強する。

2週間の実習中に糖尿病、高血圧、禁煙したいがタバコをやめられない人、そもそもやめる気がない人など多くの患者さんの診察を見ました。血糖値が同じくらい、血圧が同じくらいの患者さんであっても先生の指導は患者さん一人一人全く違っていて、患者さんの特徴に合った適切な指導があるのだと勉強になりました。

糖尿病の患者さんへの指導で先生が大切にされているのが「患者さん自身に気づいてもらうこと」です。まずどの患者さんに対しても診察室に入っただけで、患者さんが体重を測る前に「今日の体重はどう思う？」また前回の採血結果を見る前に「採血の結果良くなっていると思う？」と聞かれています。もし患者さんが「運動を増やしているから、体重も軽くなって血糖値も良くなっているはずですよ」と言われて実際その通りになっていけば、患者さん自身で運動が糖尿病治療にいい働きをしていると気づく事ができます。逆に運動が増えているのに体重が増えて血糖も上昇していれば「ご飯の量が増えたからかな？あの間食のせいかな？」と自分で生活を見直すきっかけになります。先生は体重と血糖値を1年、半年の期間で折れ線グラフにし患者さんと一緒に見ながら食事、運動指導を行っていました。医師の方から「血糖値が悪いのでご飯を減らしましょう。体重が増えてきているので運動を習慣づけましょう。」と言われるだけだと患者さんはなかなか今の生活を変えるのが難しいと思います。それに比べて「最近家でスクワットをし始めたから血糖値が良くなったのか。」「1ヶ月前から間食を増やしたから体重が右肩上がりなんだな、もう一度やめてみようか」と自分で気づけた方が生活も変えやすく治療も良い方向に向かうようと思いました。

高血圧の患者さんも多く来院されました。診察を見ていて感じたのは高血圧に対する患者さんと医師の認識がかなり違う、ということです。高血圧が理由で来院される患者さんはたまたま朝家で測った血圧が150mmHgで心配で来ましたが、という患者さんが多かったです。確かにいつもよりも高い血圧が値として出ると驚いて病院に行きたくなくなる気持ちはわかります。しかし先生は「血圧は日や時間、身体の状態によって大きく変動するもので1回高くなったからといって心臓がどうにかなったり、脳の血管が破れたりすることはないよ」と患者さんに言っていました。高血圧治療の目的は、高血圧の状態が長期間に渡って続くのを防ぐことです。高血圧の状態が長く続くと動脈硬化が進み生活習慣病のリスクとなります。高血圧の患者さんには血圧はよく変動すること、長期間にわたって血圧が高い状態を防ぐ目的で治療をすることの両方をしっかり説明することが重要だと思いました。

糖尿病、高血圧、禁煙、患者さんの中にはそれぞれの治療に完全に無関心の方がおられました。不整脈の治療で病院に来ているが、血糖も高く糖尿病の基準を満たしている。しかしご飯は減らしたくない患者さん。高血圧の薬はもらいに来ているがタバコの本数を20本/日から減らせない、という患者さんです。これまで私はこのような患者さんには治療の必要性を説明しても行動を起こしてもらえないのでは、と思っていました。しかし今回毎日の振り返りをWEBカンファレンスに出席されている先生方にシェアさせてもらっていると、T先生から禁煙指導について、M先生から糖尿病患

者の指導について、その指導方法についてアドバイスを頂けて私の考え方が変わりました。糖尿病の治療、禁煙指導をする対象である患者さんは行動変容の5つのステージに分類できます。**無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期**に分けられステージごとに指導の仕方、つまり医師が患者さんにかかるべき言葉が違うことを教えていただきました。特に私が興味深かったのは先ほど言った糖尿病の治療や禁煙に無関心な「無関心期」にいる患者さんを「関心期」へと移行させるための接し方がある、ということです。無関心の患者さんに対しても「もし将来タバコをやめる気になったら、ご相談くださいね。」と声をかけたり、「どうして糖尿病の治療について無関心なのだろう、この人が生活で大事にしていることは何だろうか？」と考えることで、医師は少しでも患者さんに関心期に進める努力ができることを知りました。

⑤科学的に思考する習慣を身につける。またそれが臨床にどう還元できるのかを学ぶ。

WEBカンファレンスを受けるまで、また伊賀先生のもとで実習をするまでに私に1番足りていなかったのがこの「科学的にもの考える習慣」です。科学的に考えるというのは「**言葉の定義を明確にする**」「**検査の前提を考える**」「**事実と想像(思い込み)を区別して考える**」ことなど複数に渡ります。特に私はこれまで本やテレビから得た情報の多くを無批判に受け入れていました。

例えば「5年間の心筋梗塞の発生率を30%減少させるコレステロール値を下げる薬」があると新たな論文で見かけたとします。30%と聞くとなかなか効きそうな薬だと思えるかもしれませんが。しかし実際はどうやってこの30%を算出しているのでしょうか。この文献のstudyを見ると5年間でコレステロール値が300mg/dl以上の男性2000人を5年間フォローしていました。治療群(1000人)は5年間で50人が心筋梗塞に、非治療群(1000人)は5年間で70人が心筋梗塞になったので相対危険減少率は $(70-50)/70=0.30$ となり心筋梗塞の発生率が30%減少したと計算できます。しかし別の見方をすればこの薬を5年間1000人の人が飲んで20人の人が心筋梗塞にならずに済んでいるので、 $1000/20=50$ より50人の人が5年間この薬を飲み続けてやっと1人心筋梗塞にならずに済むとわかります。

「心筋梗塞の発生率が30%減少する」「50人の人が5年間薬を飲み続けて1人の人が心筋梗塞を回避できる」同じ研究の結果から得られることですが、受ける印象はかなり違います。一般の人が30%の数字を見て意味があると解釈するのは個人の自由に委ねられることですが、医師が30%の意味を考えず患者さんに処方するのは避けるべきです。「**30%はどう定義(計算)されているのか**」と考える姿勢が必須です。この2週間、先生に沢山の検査や疾患について「**この検査の前提は何か?**」「**そう思う根拠は何か?**」と質問して頂いてこれまで私がどれほど知識だけに頼り、検査の結果や疾患の概念を無批判に受け入れてしまっていたかが分かりました。2週間の終わり頃はまだ知識だけで先生に質問に答えてしまうことはありましたが、徐々に検査の前提や数値の意味を自分で考えることができってきました。これを日常から習慣づけることが臨床医になる上で必要です(できれば大学の学生教育でも、国家試験の勉強ではないこのような双方向性の講義もしてほしいと思っています)。

もし自分で「この検査の結果は正しく得られているのか」「この手術の良い点と悪い点はどのような所だろうか?」と考えることが出来なければ、全ての医療をガイドライン通りに行う、つまり「マニュアル医療」をするしかなくなります。しかし患者さんは一人一人皆異なるので同じ疾患でも検査や治療の方針は全て異なります。全員に当てはまるマニュアルはありません。臨床医は常に科学的な視点で自分で考えて適切な検査、治療を考える必要があると知りました。

⑥毎日の振り返り方を変える。WEB カンファレンスの先生方に振り返りを見て頂く。

実習が始まって1週間、毎日の振り返りを書く中で振り返る内容が実習中にできなかったことの反省が中心になっていました。そこで先生に教えてもらったことが「できたことを、なぜできたのか」と考える重要性です。私も多くの日本人もできたことはあまり考えずに、できなかったことを反省することが多いと思います。しかし新しいことを身につけようとする時できたことをなぜできたかと考えることは、できなかったことを反省することと同じくらい大事なことだと知りました。これら2つ合わせて医学生や研修医など知らないことが多いものについての「自己省察(reflection)」です。4月からWEBカンファレンスと実習で毎回振り返りを書いてきて、何も書かずにただ授業や実習を受けて来た時と比べて知識が格段に身につけていると実感してきました(そうですね。反省ではないのです)。

今回私は伊賀先生の提案で毎日の実習の振り返りをWEBカンファレンスと一緒に出席されている先生方にもシェアさせて頂きました。毎日実習で学ぶことが本当に沢山あったので振り返りの分量もそれに応じて多くなりましたが、先生方は毎日全て読んでくださって私に沢山コメントのメールをしてくださいました。激励の言葉を下さったり、振り返りの大切さ、実習中に学んだ事の中で特に重要なもの(禁煙指導、糖尿病の指導、死生観について話すこと、病歴の取り方など)を教えて下さって、実習に取り組むモチベーションがとてもあがり2週間この実習に全力で取り組むことが出来ました。伊賀先生にはWEBカンファレンスでこうやって多くの先生方と繋がれる場所を作って頂きとても感謝しています。そして2週間の間多くのコメントを下さった先生方、ありがとうございました。

死生観を患者さんと外来で話合うこと

伊賀先生の所でこれまで研修されてきた[先輩方の感想](#)を見ると、死生観について学ぶ事を実習の目標に掲げている方が多くいらっしゃいました。私は実習の到達目標には掲げませんでしたが、2週間の実習の中で患者さんと「どういう死に方を望んでいるか」を話すことは大変大事なことだと思いました。実習中、先生が肺がんが検診で見つかって手術を受けた患者さんと理想の死に方について話し合っていました。先生は患者さんに「僕は早期発見が必ずいい事とは全く思わない。手術を受けてよかったと思う人もいれば、がんの再発をずっと恐れる人もいる。人はいつか死ぬのだから標準体重キープして運動して、それで病気がなって死んだらそれでいいんじゃないのかな。」と仰っていました。

臨床現場では、受け持ちの患者さんが自分の専門分野で死ぬ事を避けて、90歳の患者さんでも肝臓にがんが見つければ造影検査をして手術を検討することがよくあります。85歳の患者さんも腎臓の数値が悪ければ透析の導入を勧められることが多いです。検査で異常が見つければそれを治療することに目が奪われがちですが、治療をしないという選択肢もあるはずで、病気が見つかったから必ず治療するわけではなく、治療をするかしないかの選択肢を患者さんに持ってもらうことも医師の大切な役目だと思いました。先生の著書や実習中にお借りした新聞には「医師が本当に戦うべき相手は患者の死ではなく、患者の苦しみであるはず。」と書かれていました。まさにその通りだと思います。

往診に行かせてもらって気づいたこと

往診では大学病院や診療所とは異なる医師の患者さんへの医療の提供の仕方があり、見学させて頂いて大変勉強になりました。診療所に行きにくい患者さんが多いため、その分患者さんを取り巻く環境、サポートする家族や住む家、経済状況などを加味して医師の立場からどう患者さんの生活をサポートできるかが重要だと思いました。家で生活する患者さんにとって最も怖いことの1つは「転倒」です。もし転倒して頭を打ったり脚を骨折してしまうと、治療を受けたとしても元の生活に戻ることは非常に難しくなります。患者さんが壁に沿ってものに捕まりながらトイレや台所に行っているのであれば、広い居住スペースは転倒のリスクとなります。また服薬する薬も多いほど副作用が多くなり転倒のリスクが高くなります。高齢者の中には**多疾患依存 (multi-morbidity)**の状態にある患者さんも少なくありません。心疾患に加えて糖尿病、高血圧、腎疾患などがあればそれぞれに対して5個の薬が処方されているとすると、20個の薬を毎日飲まなければいけません。多くの薬剤を飲むことは転倒のリスクになりますし、何より患者さん自身が服薬する負担が大きいです。先生は往診で診ている患者さんがこのように poly-pharmacy の状態だったので薬を調節し合剤などを使って20錠を4錠に調節されていました。また呼吸苦を訴える患者さんの居住スペースを2階から1階に移すように助言されていました。このように患者さんの実際の生活を見てより過ごしやすくすることが医師の往診における大切な役目だと思いました。

伊賀先生と患者さんの信頼関係、患者さんが学生の実習に協力してくだ

さること

伊賀先生は来院される患者さんがどういった家族構成で、飼い犬の名前や、15年前にどんな病気をしたかなど患者さん自身が忘れてしまっているようなことも全て完璧に覚えていらっしゃる。患者さんからすると伊賀先生にこれだけ自分のことを覚えてもらっているととても嬉しいし、患者

さんと伊賀先生の信頼関係はとても厚くなります。臨床医と患者さんの間には信頼関係がなければ、患者さんがもし良くない生活習慣を送っていてもそれを変えたいとは思いませんし、診断に重要な病歴も話そうという気にならないかもしれません。伊賀先生にどうやってそれほど患者さんのことを覚えていらっしゃるのかと尋ねると、それはひとえに努力の結果だと教えてくださいました。臨床にはコミュニケーションが1番必要だとわかっているから努力していると。顔写真を撮ってカルテに入力することもとても大事なことだと思いました。

また伊賀先生と患者さんの厚い信頼関係には、私やここで実習した先輩方も多大な恩恵を受けています。患者さんが伊賀先生を信頼していなければ、わざわざ実習の学生のために来院し病歴を話したり、心音を聞かせてくれたりはしません。学生のために来てくださる患者さんは、自分の子供や孫のために、私たち学生が良い医師になることを期待して実習に協力してくださっています。2週目の最後の日に、1週目の初日に心音を聞かせて頂いた患者さんがもう一度来てくださいました。心音を聞き終わった時に「こうやって沢山の患者さんの音を聞くことが勉強になるでしょ。皆違う音だと思うから。沢山勉強して良いお医者さんになって欲しいから、いつも協力してるの。」と教えてくださいました。感謝と同時に、とても身が引き締まりました。伊賀先生のように多くのことを教えてくださいました。上級医の先生方、そして患者さんたちから多くのことを教えてもらって皆さんに協力してもらうことで医師として育って行くのだと実感しました。必ず良い医師になって社会にこの恩を還元したいと思っています。

「患者さんを安心させる医療」を提供することの重要性

患者さんを安心させることも医師のとても大切な役目だなと思いました(受診する多くに人は疾患のために苦しんでいるというより、安心がほしいのだと思います。それを実践するためには医学的知識などは十分条件ではないですが、必須です)。ただ検査をして病気がなかったことで患者さんは安心を受け取るのではなく、医師の態度の言葉、もちろん検査の結果、そして説明の全てを患者さんはしっかりと肌で感じられて安心されていることを2週間の実習で学びました。

2週目の木曜日に先生の病院に初めて来院された患者さんが来られました。その日の朝5時に激しいこむら返りになった直後、胸の痛みを感じ10分くらいのドキドキを感じたと言われました。患者さんは自分の心臓がどうにかなって倒れたりしないかと大変心配そうな様子でした。脈拍が診察の時も100を超えている患者さんに対して先生が「最初の病院は緊張する？よく来られましたね」「朝に来られなかったのはどうして？」「どうしてこの病院に来られたの？」と患者さんの解釈モデルを聞かれています。Tap it for meからは規則正しく100/分ほどの動悸だったと判定できたので、強いこむら返りに対してショックで自分の早い脈を感じられたのかと考えることができます。しかしそれで患者さんに「心配ないですよ。」とだけ言い診察が終われば、患者さんの心配は消えず自分の心臓に対する不安は拭えません。先生はそこから心電図、心エコー、首の頸部のエコーをとられそ

れぞれで異常所見がないことを説明されました。そして患者さんに実際に心エコー図、首のエコーの画像を見せながら「心臓の検査をしましたが、全く心臓は問題なかったです。今の状態で突然心臓がどうにかなることはありませんよ。」と説明されると、患者さんはすごく安心されて「このままだと夜寝られないところでした。ありがとうございました。」と言われました。とても不安そうな表情だった患者さんが、全く違う表情で安心されて帰られました。しっかりと診察してもらえて「突然心臓がどうなることはありませんよ。」と言われることは本当に安心感が得られると思います。

自分の身体が心配で来院された患者さんにこうして安心して帰宅できるようにすることはとても大切な医師の仕事だなと思いました。

学校心臓検診の目標、方法、結果、評価

実習初日に西宮市の学童等心臓検診判定委員会に同行させて頂きました。そこでは地域の医師の先生方が1次検診で録音した児童の心音図と心電図を見て2次、3次検診に回ってもらうかどうかを判定されていました。そもそも学校検診の目的は何でしょうか。それは学童の心臓突然死を防ぐことです。遺伝的が重要なHCM、long QT 症候群、運動中に意識消失の病歴から考えなければならぬカテコラミン誘発性多型心室頻拍を拾い上げることが大きな目標となりますが、判定会では典型的なRBBBがある場合、2次検診を省略して3次検診に回すようになっていました。それはRBBBがあるとASDがある可能性があるからですが、RBBBでASDを持つ患者を見つけることは本当に妥当なのでしょうか。RBBBが心電図で見つかって実際にASDが見つかるケースはすごく少ないです。またASDは学童期の早い段階から見逃してはいけない病気なのでしょうか。過去に失神をした経験があっても2次検診に回す地域と回さない地域があり場所によって差があることも気になりました。

検診の目的はなにで、そのための方法をどうすればいいのか。またその結果を受けて評価し、検診のシステムにどう還元するのかと3年、5年に一度は全て見直す必要があると思いました。検診をして何もなければ本人や親が安心できることにはなるかもしれませんが、果たしてきちんと学童期に見逃してはいけない心臓の疾患を今の検診の制度で拾えているのか、検診を実施している人たちで考えることが大切だと感じました。

ラジオ関西「医療知ろう！」に出演させて頂いて

2週間目の金曜日に伊賀先生と一緒に11月26日 pm7:25～7:35頃放送予定([後日 Youtube で視聴可能](#))のラジオ番組の収録に出演させて頂きました。今回のテーマは「PCR 検査の感度と陽性的中率について」でした。

今世の中でよく「新しく開発された抗体検査の精度は 80%です。」と耳にします。ではこの精度 80%をどう解釈するかと一般の方々に質問すると「陽性になった時、自分がコロナウイルスに感染している可能性が 80%なんじゃないの？」とよく答えが帰ってきます。しかし「検査が陽性である時、実際に自分がその疾患である確率」というのは医学的には陽性的中率という言葉で表されます。また陽性的中立を計算するには、検査をする前にその人がコロナウイルスに感染している確率、つまり検査前確率の必要です。皆が知りたい、陽性の時に自分がコロナに感染している確率というのは検査をすることだけでわかるものではありません。

ではこの精度 80%は感度 80%のことを指すと仮定します、つまり 100 人のコロナの患者を集めてきてこの抗体検査を全員にすると 80%の人が陽性になると。これは果たして優れた検査だと言えるでしょうか。答えは NO でありもしこの検査がコロナではない 100 人の人を集めてきて、70 人も陽性が出てしまう検査(この場合だと特異度 30%)であれば全く使い物になりません。したがって検査の quality は感度と特異度という 2 つの指標によって決まります。精度 80%という言葉は感度、特異度、陽性的中立の何を表しているのかと、とても曖昧な表現です。

また最近ある会社が新型コロナウイルスの mRNA ワクチンを開発し、その有効性が 90%であると発表しました。ではこの 90%は何を指すのでしょうか。このワクチンを接種してコロナと接触した人の内、90%の人がコロナを発症しなかったと思う人もいるかもしれませんが、現実的にこれを実証することはできません。この「有効性」という言葉も抗体検査の「精度」と同じく幅広い意味を持つ便利な言葉です。報道の「有効性 90%」は次の方法で算出されました。4万人をワクチン接種群と非接種群に分け、接種群2万人中85人がコロナに感染、非接種群2万人中9人がコロナに感染。85 - 9/85=89.4%で有効性は 90%だと。しかしこの方法で計算された数値と「有効性 90%のワクチンが開発されました」の報道から受ける印象はかなり違います。一般の方々が「精度」「有効性」の意味を完全に理解するのはハードルが高いかもしれませんが、医学生や医師はこれらの言葉の定義を明確にして使用する必要があります(その時々のトピックスにつきこのように理解してもらとうれしいです)。

今回このラジオを通じて世に情報を声で発するというのを初めて経験しました。専門的な言葉をわかりやすい表現で発信することはとても難しく感じました。一発収録で緊張し早口になってしまいましたが、とてもいい経験ができました。

伊賀先生の野球チームで野球をしました

先生のご厚意で実習の最後の日、午前の診察が終わってから一緒に野球に連れて行ってもらいました(過去 5 年くらい、金曜日くらいから土曜か日曜の野球が待ち遠しく思っています これが戦績です)。私は野球の試合に出たことはなかったので野球の楽しさをあまり知らなかったのですが、先生がとてつもなく野球が好きだということは実習中もすごく感じていました(これがこの 9 月の ピッチングスタイル)。球場に着くと先生が本当にずっと笑顔で楽しく野球をされている姿がとても印象的でした。また 1 番驚いたのは先生の投げる玉のスピードです。私が想像していたよりもずっと速

くて相手ピッチャーは少し山なりのボールを投げていましたが、先生のボールはとても速く相手バッターがとても打ちづらそうにしていました。日々のトレーニングの成果だと先生はおっしゃっていました。先生とキャッチボールをして頂いて最初はすごく新鮮で、実習も終わったことで安堵感もあり穏やかな気持ちになっていたのですが、先生はあまり肩を大きく動かしていないのになんでこんなに速いんだというくらいにボールが速いので、私のキャッチしている左手がすぐに悲鳴をあげ始めました。1打席だけ立たしてくれるという約束だったのですが4打席も出させて頂いてとても楽しかったです。なんとかバットにボールを当てることもできて、ヒットとはなりませんでしたが惜しい当たりも出すことができて思いがけずとてもいい経験ができました。試合は先生が7回をなげ相手を殆ど抑えて、味方がヒットを量産し圧勝しました。今回野球をやったのは初めてですが、サッカーやラグビーとは違う団体競技の良さをすごく体感することができました。メンバーも皆さんいい人でとてもいい雰囲気でした。ありがとうございました。

伊賀先生、患者さん、WEBカンファレンスの先生方、A先輩へ

伊賀先生。この2週間の実習は毎日の忙しい診療の中、時間のある限り私に沢山のことを教えて頂きありがとうございました。2週間の実習中に身につけたかったこと、全てを身につけたわけではないですがそれ以上に多くのことを学べて本当に先生の下で実習ができて良かったと思っています。先生に教わったことを全て自分の力に変えて、医師になってから実行できるように頑張りたいと思います。これからもよろしくお願いします。また伊賀内科に来てくださって診察に協力くださった皆様。いつもありがとうございます。2週間でとても多くのことを学ばせて頂きました。伊賀先生のように立派な医師になってより良い医療を提供できるように頑張ります。WEBカンファレンスの先生方。2週間暖かく見守ってくださりありがとうございました。先生方のおかげで実習がさらに学び多きものになりました。実習に行く前に沢山教えてくださったA先生(これが彼の実習感想です)。先生のおかげで実習前の準備がきちんとでき、実習中に多くのことを学ぶことができました。いつも何でも相談に乗ってくださってありがとうございます。

ここで学んだことを友人、後輩、先輩にも伝えていくことが私の役目だと感じています。臨床に本気で取り組む楽しさをまずは自分の周りに伝えていきたいです。

2020. 11. 25