

## 伊賀内科・循環器科実習感想 2020/3/13～3/28 (青字は伊賀幹二の付け加え)

2020年3月に伊賀先生の診療所で2週間実習させていただきました。以前に先生がご講演下さった会(題名:[事実と想像](#))に参加させていただき、その際大変カルチャーショックを受け、物事の捉え方や考え方、患者さんとの関わり方を学びたいと思い大学の実習プログラムとは別に希望いたしました。実習前、実習中に分けて感想を記していきたいと思います(その後、[西宮の内科のカンファランス](#)に参加いただき、一緒に[ラジオの出演後](#)、将来は総合的な医療を希望ということだったので当方での研修を勧めました)。

### 1. 実習前

事前課題として、3冊の本(循環器スキルアップ 2003、レジデントのための心臓聴診法 2018、万年研修医のための循環器外来診療 2019)を他人に説明できるほどに読み込むこと、以前先生の診療所で実習された方のレポートや先生が共有して下さった[講演の資料](#)などを読み込むこと、正常心音を20人分聞くこと、40枚分の心電図所見を取ることに取り組みました(これは目標ではありません。方法です)。国家試験が終わってからの取り組みとなったため1ヶ月弱の期間ではありましたが、去年(2019年)の夏に伊賀内科で実習されたA先生([彼の感想文](#))に事前に個人的なレクチャーをいただき、事前課題をただこなすのではなく目的を意識して行うことの重要性を教えてくださいました。

まず3冊の本の読解に関しては、正直読むことに精一杯になってしまい、人に説明できる段階には程遠かったと痛感いたしました。どこかに書いてあったと、もどかしく思うことで実習中に学んだことをその日のうちに本でも確認復習して深い理解につなげることができたと思います(学生さんには、必要条件としてこの3冊の本を[理解](#)してくるよう求めています。理解できていた学生はいままでにはいません。研修後に再度読めば理解度が異なるようですが、本という媒体で人に私の思いを伝えることの難しさを感じています)。

心音聴取については友人と会う機会も少なかったため主に親族に協力をお願いし、20人は難しかったため同じ人で日を変えて聞かせていただきました。大学の実習中は聴診器を使う時にどうしても聴診器を掴む自分の手が動く音が入ってしまい、心雑音なのかただのノイズなのか分からないことがとても多かったのですが、事前の心音聴取を繰り返すうちに慣れてきて区別がつくようになりました。しかし事前課題の本の記載にもあった、I音・II音・過剰心音をそれぞれ分けて集中して聞くことに関しては心がけが不十分であり、実習中に先生に「I音だけ聞いて」と言っていたら分かった心音も、自分では分か

りませんでした。また正常な心音であっても所見を述べる練習まで含めて行っていなかったためもあり、実習中心音所見を述べる際に自分の述べたものが不十分であるかどうかも気づかないことが多くありました。

心電図実習に関しては、それまで心電図を読むことに対してとても不安があったにもかかわらず、順序に沿って読んでいくことで少しずつ読めるようになっていき楽しく感じるようになりました（当方実習前に、直前に当方で実習された学生さんに私が渡した心電図のファイルから最低20症例の所見の記載をメールで指導してもらうようにしています）。最初は1枚に30分も1時間もかかって読んでいたものが、A先生のフィードバックと返信を繰り返すうちにどこを見てどう所見を取るのかが明確に見えてくることを感じました。しかし一方で自分が使っていた用語の意味や定義を理解しないまま述べていたり、心電図所見から何がどこまで分かるのかを理解しないまま読んでいたりしたことに気づかされました。自分で言語化してみることで初めて用語の定義や病態について考え直すことができました。（これは重要な気づきですね）。

また実習前と初め2日間の実習後に、2週間の実習での到達目標を考えました。自分が挙げた到達目標を以下に記します（彼女は私の講演会などを過去にきいてこられたのではなかったもので、すこし私との会話に慣れたと思われる2日後に到達目標を提出してもらいました）。

・臨床的疑問から自分の学びに繋げていけるよう、毎日の振り返りを毎回悩んだ疑問と対応する形でまとめ復習をし、考え方の枠組みを作る（残念ながら、ほとんどの学生さんは覚えることが主体で、自分から疑問を持つことが少なく思います）。

- ・聴診・心電図所見について、過不足なく順序立てて述べることができる。
- ・聴診で正常所見と異常所見を区別できるようになる。
- ・患者さんの病歴の表現の引き出しを増やす。
- ・患者さんとの関わり方の中で、動機付けや信頼関係の構築をどのように行えばよいのかを考える。

## 2. 実習中

実習中に学んだことを、以上の目標に沿って記します。

### 2-1.

臨床的疑問から自分の学びに繋げていけるよう、毎日の振り返りを毎回悩んだ疑問と対応する形でまとめ復習をし、考え方の枠組みを作る

私がこの 2 週間の実習を通して、自分の勉強態度について大きな気づきを得たことが二つあります。科学的思考の難しさと、自分が使っていた言葉についての理解の甘さです。

まず科学的思考に関してですが、科学的思考とは示された事実について「それは本当なのか、なぜそれが言えるのか、事実であると確かめる方法は何か」を考えて、それが本当に事実なのか、そう見せかけだけのものなのかを自分の力で判断すること、であるところの 2 週間の実習を通して理解しました。報道などではデータが用いられることも多くありますが、どのようなグループを集めて行われた調査なのか、データの分母は何であるのか、使われている言葉の定義は何であるのかを考えることは、そのデータが妥当なものであるのかを判断するために重要な材料であり、日々意識して考える練習をしなければ簡単に騙されてしまうと感じました（これは学校で学習する批判的文献の読み方ですね）。考え直すと今までも、学校で教わったことは正しいこととして批判なく受け入れてきており、人が言うことも「それも分かる」と自分で納得できるところを探しながら聞くことが多かったように思います。そのためどのようなことを聞いても「それも分かる」と自分で勝手に理論を付けて納得し、どこがおかしいかを考える習慣がなかったことに気づきました。医学に限らず、一般的に本当であるとされていることが思い込みではなく事実であるのかを考える癖をつけ、それを考えるための事実を探せるような観察力が必要であると感じました。

そのように考えることで疾患の理解に関しても考え直すことができ、大学で勉強してきた「～の疾患の原因は〇〇で検査は××で治療は△△です」という勉強から、「どのような病気か」「原因は何か」「疾患の **Gold Standard** は何か」「病態の分類があればなぜ分類されているのか」「どのような方法で病態を確認できるか」「重症度は何に影響されるか」「検査の前提は何か、外れるものはどのように確認するか」「検査値の単位の違いはどう考えるか」「治療はどのような機序で硬化するのか」などの観点で勉強することが、今後一人一人状態が違う患者さんを診療する上で必要であることに気づきました。この 2 週間、自分ではほとんど気づけなかったこれらの観点を毎日の振り返りで言語化して復習することで、どのように考えるのかの引き出しが少しでも増えたように感じています。しかし問いを立てることが目的とならないよう、その問いに対してどのような根拠を持って答えを出すのかまで考えることの必要性を痛感しております。この 4 月から 2 年間初期研修が始まりましたが、日々の心がけの問題で 2 年後大きな差が出てくるのが容易に想像できます。常に意識して患者さんの診療にあたりたいと思っております（期待していますよ）。

次に気づいたことは、自分が今まで用いていた用語に対して自分の中での定義を持たないままイメージで使っていたということです。先生から疾患の病態

や治療方針についての問いを与えられた時、自分では知っていると思っていたことでも自分で説明して言語化してみるとはっきりしていないことばかりで、分かっていることにはならないという場面がしばしばありました。〇〇という意味で自分は××という用語を使っている、と自覚していれば、仮にその定義が誤ったものであればすぐに修正することができますが、定義をはっきりと持たない状態で用語を用いていけば、問題意識が薄くなるため訂正しても同様のことを繰り返す可能性が多くあります。

上述した心電図実習の際にメールのやりとりを通して用語の定義について気づいていたはずですが、書き言葉と話し言葉ではまた全く状況が違ってしまうように感じました。書き言葉はひとつひとつ自分でも反芻確認することができますが、話し言葉はそのような時間はなく、自分の中にある言葉がどんどん出てくるため、理解の甘さが強く出ることが分かりました。その改善のためにも、学んだことや教わったことについて人に自分の言葉で説明することを、今後積極的にやっていきたいと思っております。実習中も教わりましたが、**See one, do one, teach one. (他人がやっているのを見て、自分でやらせてもらって、人に教えるということ)** を習慣にすることが、用語の定義を自分の中で持って使えているか、矛盾することを言っていないか、他の観点はどのようなものがあるのかなど、自分の理解の向上のためにとっても重要なことであると感じております。実際 4 月以降友人に teach する機会を得ましたが、「～ってこういうことなのか？」と自分の使った言葉に対して意味定義を問われることがあり、それを繰り返すことで理解が深まるであろうことが想像できました。

## 2-2.

聴診・心電図所見について、過不足なく順序立てて述べることができる

2 週間を通してなかなか成長することができなかった部分ですが、初めと比べるとなぜ不十分であったのかについて考えることはできるようになったと思っております。なかなか自分で言ったものを聞いてそれが十分か不十分か、順序立っているのかを判断することは難しいままでしたが、プレゼンを聞いている側の気持ちになった時、欲しい情報が足りていない違和感に少しずつ気づくことができるようになりました。聴診所見を述べることも一つのプレゼンであり、聞いている側は鑑別診断を考えながら聞いているため、その際必要な情報が提示されなければ不十分であることになります。実習前や初期の段階では、所見について過不足なく順序立てて述べることがなぜ重要であるのかを理解していなかったため、単に枠組みに当てはめることが目的化してしまい、不十分であることの違和感に気づけなかったのだと考えられます。

心電図所見についても、述べるべき項目は聴診の時よりも多くなりますが、それぞれの項目で何を評価できるのか評価できないのかを理解しないまま読んでいたために、不十分な所見となったり逆にオーバーな解釈となっていたりすることがありました。しかし徐々に、それぞれの項目で何を見ているのかを意識して読むようになってから、読みやすさが変わり、所見を述べる時の自信を少し持つことができました。しかし次に、順序立てて読んでいるつもりであったが抜けていたという問題が出現し、前述した用語の定義の理解が甘かったことなどが関係していたことが分かりました。このように、順序立てて過不足なく所見を取ろうと努力することで、どんどん新しい課題や問題点が見えてくることにも気づきました。自分の思い込みでやっているつもりになっていることに気づき、なぜそう思い込んでしまったのかを言語化することでまた改善策が出てくるように、これからの学びにおいてもプレゼンの機会は多く、この2点について心がけ習慣化して練習していきたいと思います。

### 2-3.

#### 聴診で正常所見と異常所見を区別できるようになる

2週間の実習を通して多くの患者さんの心音を聞かせていただきました。前述したように心音では音の成分ごとに分けて聞き、それぞれが正常なのか異常なのかを判断します。つまり、心臓疾患を抱えていて心雑音が聞こえる患者さんでも、音の成分によっては正常な部分があることも多くあるということです。自分で聴診器を持って自分で聞く場所を選んで、というのはとても難しいことでした。先生が当てた聴診器で聞かせていただくのととてもはっきり聞こえる心音でも、自分で聞いたら全く違うように聞こえることがたくさんありました(1点に集中すれば聞こえたということですね)。また正常心音を聞くことは事前に行っていたものの、健常人のように呼吸が落ち着いていて腹部の音がおとなしい人ばかりではなく、心音以外にも多くの音が聞こえる中で心音を聴取することもとても難しいものでした。聴診器から聞こえる音の中には、心音ももちろんありますが、呼吸音、腹部由来の音、聴診器にものが擦れる音、自分の指の関節が動く音などが入り、判別は困難とっておりました。しかし、実習で何度も心音を聞かせていただいているうちに心臓由来の音とそれ以外の音の違いが少し分かるようになっていたり、雑音が浮き出して聞こえるようになってきました。先生が、どのような音質でどのように聞こえるのかを声で示して下さったり、雑音の聞こえた患者さんの心エコーを後に撮って血液の流れはどうなっているのかを目で見える形でインプットしたりすることで、さらに雑音が聞きやすくなったように思います。今まで拡張期雑音と2音響く音の違いが

分からなかったのですがこの 2 週間を通して拡張期雑音が聞こえるようになったことは、私にとっては大きな収穫となりました（できれば成功体験、その原因を分析することを最初にコメントして欲しかったと思います）。

#### 2-4.

##### 患者さんの病歴の表現の引き出しを増やす

大学の実習では、多くの診療科において2週間で1人か2人の患者さんを担当し勉強させていただいていましたが、それぞれの疾患の症状が患者さん本人によってどのように表現されるのかにたくさん触れる機会はあまりありませんでした。この2週間の実習では、労作性狭心症や心筋梗塞、発作性心房細動の患者さんのお話をたくさん聞くことができました。例えば労作性狭心症の患者さんで左肩から上腕までが痛くなって頸椎ヘルニアの時と似た痛みであるとか、心筋梗塞の患者さんで胸痛はほとんどなくしんどさを感じていたら気を失っていたとか、発作性心房細動の患者さんで椅子から立ち上がって5、6歩歩いたら気を失ったとか、今まで自分では想像できなかった病歴を多く聞くことができました。動悸の表現のされ方も患者さんにより十人十色で、もやっとする、ぼっこんぼっこんする、というように言われる患者さんもいらっしゃいました。また異型狭心症の患者さんの病歴を実際にお聞きすることは初めてでしたが、入浴や飲酒と痛みとの関係性や朝の軽い運動との関係性をはっきりと病歴に現れている患者さんがいらっしゃって、自分が患者さんの病歴を聞く際に心がけたいと感じました。

患者さんによって自覚症状が強かったり全くなかったりすることもあり、自覚症状がない場合は疾患を見つけることも難しく、また治療後良くなったという実感も持ちにくいいため、より丁寧なコミュニケーションが必要となると感じました。

ご自身の病歴を話されている時の患者さんの声の調子や速さにも違いがあり、例えば「胸が痛かった」という同じ言葉であってもとても痛かったのであろうと伝わってくる患者さんや、言われれば確かに痛かったという程度の患者さんがいて、言葉以上の情報にも大きな意義があることが分かりました。

#### 2-5.

##### 患者さんとの関わり方の中で、動機付けや信頼関係の構築をどのように行えばよいのかを考える

私は今の時点では、将来総合診療にあたりたいと考えておりますが、大学で

の実習では専門が高度に分かれており、外来もほとんどが専門外来でなかなか総合的なアプローチに接する機会はありませんでした。もちろん総合内科にも外来も病棟もありましたが、やはり大学病院という高度医療機関であったため、どの診療科でも原因不明であるような難しい患者さんが多く、家庭医療としての患者さんへの関わり方に関してはほとんど触れることがありませんでした。この 2 週間の実習では、長い経過の中で通院されている患者さんや家族で診察にかかられている患者さん、往診で診察している患者さん、他院で紹介されて来られた患者さんのように、様々な状況の患者さんがいらっしゃいました。それぞれの状況の中でひとりとして同じような患者さんはおらず、それぞれの関わり方があることを身をもって体験できたと感じており、具体的に記していきたいと思います。

まず、先生が患者さんひとりひとりの個別の情報を把握され、患者さんが来られるたびに近況の話をされていることに感銘を受けました（これはみなさんが努力して、是非みならってほしいことです）。職業や家族のこと、趣味の話、友人の話などをされ、患者さんが話しやすい状況が演出されていくことを感じました。またそれらの話の中から、最近の食生活や運動習慣などの話も聞くことができ、経過の管理や治療の方向性を考える上での重要な情報となるものを日常会話の中から得られていることに感動しました。例えば飼っていたペットが亡くなったことで散歩をしなくなり運動が減って体重が増えた患者さんがいらっしゃいましたが、患者さんはその因果関係に初め気づいていらっしゃいませんでした。しかし会話を重ねるうちに気づかれ、その上でどのようにして運動をしていくのかを自分なりに考えていらっしゃる様子でした。また子や孫が遊びに来るときは食事内容が変わっていることに、会話を通して気づかれた患者さんもいらっしゃいました。このように個人個人の情報を正確に把握することは、自分のことを知ってくれているという感情につながり信頼感を生むだけでなく、治療方針のヒントともなることも分かりました。

次に、治療に対しての動機付けの重要性を知ることができました。大学病院や市中病院のように大きな病院と、診療所のような患者さんにまず触れるところでは、どのような患者さんが来られるかが全く違います。大きな病院に来る患者さんは、大きな病院でしかできないような難しい治療を受けに来るであったり、手術を受けに来るであったりすることが多く、来られる患者さんがすでに治療を行うことを決心した上で来られているということになります。一方で診療所に来られる患者さんは、体の不調を訴え治してほしいという患者さんに加え、検診で血圧やコレステロールや血糖の異常を指摘されたから来たという患者さんも多くいらっしゃいます。例えば高血圧の治療について、大学では「まず減塩、減量、次に降圧薬」と習いますが、降圧薬を飲む目的は 10 年後 20 年

後の合併症を予防する目的であり途中で中断することはできない、ということ  
はあまり強調されません。しかしその実際があるため、降圧薬開始時はとても  
強い気持ちが必要となります。先生が患者さんに対し、体重や血圧の経過に関  
して、患者さんに対して「これについてどう思うか」と聞かれ、患者さんの感  
情をご自身に言語化してもらっていることがとても印象的でした。自分を患者  
側の立場に置くと「治してほしい」と受け身の姿勢となってしまうのではない  
かと思いましたが、高血圧や糖尿病の治療は患者さん自身の治療に対するモチ  
ベーションが最も軸となるものであると感じます。治療開始時の患者さんのモ  
チベーションが、その後の治療が順調に継続できるかに大きく影響してくるの  
だろうということを感じました。また、患者さんの中には高血圧は薬を飲んで  
ら治ると思っていた、とおっしゃっていた方もいらっしゃいました。降圧薬治  
療を開始する際は、服薬を中断してはいけないことの認識を確実にした上で、  
患者さん自身の言葉で降圧薬治療を決心したことを言っていただくことが必要  
であると思いました。

治療中の患者さんのモチベーションに関しても同様に重要です。4月からの病  
院で学んだことの中に、医師が「私は応援しています」というよりも「私たち  
は応援しています」と言ったり、看護師が「〇〇先生もすごいって言っていま  
したよ」と言ったりして、主語を切り替えることで言葉の響き方が大きく変わ  
るというものがあります。この2週間の実習でも先生が診療所に来られた患者  
さんに対して「ご主人はどう？禁煙できていること伊賀先生がすごいねって言  
っていたよと声をかけてあげて」とご助言されていて、本人に対する声かけで  
なく、モチベーションを引き出すための家族の接し方にも関わることができる  
ということに気づくことができました。

一方で、関わり方が難しい患者さんも多くいらっしゃいました。特に糖尿病  
治療は低血糖のリスクがあるため、認知症と組み合わされた時非常に管理が難  
しいものとなります。一人暮らしで糖尿病があるが認知症もある患者さんでは、  
自分の病気に対する認識もはっきりしていないため、治療を行うこと自体が難  
しい状況でした。また往診に伺ったご夫婦は、在宅酸素の管理が安定せず、改  
善のためには部屋の設備や寝室の場所を変更することが考えられましたが長年  
続いてきた自分たちの生活スタイルが定着しているため、簡単に変更すること  
はできない様子でした。また別のケースでは、ご主人の治療に関して強い責任  
感を感じて管理されてきた奥様に認知症が出現してきたことで服薬管理が難し  
くなってきたご夫婦がいらっしゃいました。家族の協力も必要となる状況でし  
たが、なかなか意見することができない関係性ゆえに解決策を考えることが難  
しい状態でした。このように、患者さんの治療に対して一定の短期間薬を飲ん  
だらばっと治るような疾患ではなく、長期の管理が必要であったり、治療にお

ける副作用に注意が必要であったりするものに関しては、前述のように患者さんご自身の気持ちも重要ですが、それに加えて**夫婦や家族の関係性が非常に重要である**と分かりました。医師として、家族の関係性にどの程度関わっていいのかはその家族の希望しだいではあると思いますが、それでも患者さんの抱えている病気のや治療のリスク、このままの状況ではどのようなことが予想されるのかについては確実に説明し共有することがまず必要になると思いました。

## 2-6.

### 他に実習を通して学んだこと

#### ○当事者意識について

今までの2年間の実習を振り返ると、病棟でのカンファレンスや外来見学では先生が患者さんの診療方針について次にどのようなことをされるのかについて、受け身で聞くことがほとんどであったことに気づきました（**学生さんにそれを気づかせる工夫が大学では必要ですね**）。しかしそれは自分に知識がまだまだ足りていないから考えられないということを勝手に理由にしていただけのように思います。知識は常に不十分なものであっても、その状態で自分で考えなければ、自分は今何が分かっているのかも発見することはできず、成長する機会を逃してしまうこととなります。外来で来られている患者さんの経過に変化が見られたときや、症状や検査結果に変化が見られたときに、どのようなことを考えて次に何をするのか、**自分が主治医だったらどうするのか**という視点で常に考えることが自分の学びにとってとても大切であることを学びました（**実習は私の診療をそばでみているだけですが、私から「あなたが主治医ならどうするか」という質問を常時なげかけます**）。

2週間の実習の中でも、定期的に通院されていて長い経過で安定している患者さんだけが来られるのではなく、数日のうちに症状が急に悪化した患者さんや、検査所見に著しい異常所見が急に見られた患者さんも多くいらっしゃいました。そのような患者さんと接した時、どのような鑑別診断を考えて何を聞くのか、どのような検査するのか、治療は必要であるのか、治療する際に必要な情報は何であるのか、などを考えてみると、何一つ自信を持って考えられるものがなく自分で理解していることの少なさに気づきました。しかし今までのように受け身の实習をしていたならばそのことにも気づかなかったと思われるので、学習する姿勢を変える大きなきっかけを得ることができました。

#### ○生涯学習、患者さんから学ぶ

この2週間で学んだことの一つに、**患者さんから学ぶ**ということがあります。今まで病歴聴取や検査などは、患者さんの疾患の診断や治療方針を決めるためだけに行うものだと考えていましたが、それ以上に医師側が自分の勉強のために追加の質問をしたり、侵襲の少ない範囲で検査を行ったりすることがあることを初めて知りました。診断がほとんど確定された後に、もう一度患者さんに病歴を再聴取することは、症状の有無や程度や持続時間、感じ方などを当時よりも詳しく絞って聞くことができます。そのことで上述した患者さんの症状の表現のされ方のバリエーションも知ることができますし、典型的症状が見られないことがどの程度あるのかも経験することができます。また病歴聴取だけでなく、薬を処方した後に、その薬がどのくらい効いたのかを患者さんに問い、フィードバックを得ることもできます。他にも例えば眼瞼結膜の色と貧血の程度がどう対応しているのかは実際自分で何度も見て症状や検査値と照らし合わせないと分かるようにならないように、身体所見と検査値の対応も自分で意識的に見るようにしなければ身に付かないように思いました。積極的に患者さんに対して「教えてほしい」という姿勢を持ち診療にあたることが、長期的な目で見た時に自分の学びに大きく影響してくることが分かりました。検査に関しても、正常な時のデータを残しておくことでその後どのように経過するのかを追うことができ自然歴がどのようになるのかの理解に繋がったり、いざ研究をやりたいと思った時の貴重なデータとなったりすることもあることが分かりました。

また伊賀先生の診療所では、患者さんがわざわざ**学生実習のために来て下さる**ことがあります。期間中に2回来てくださった患者さんもいらっしゃいました。ご自身の病歴について長い時間をかけて丁寧に話して下さったり、「**いいお医者さんになってくださいね**」と声をかけていただいたり、診療所に来られなくなったことをわざわざ電話で教えて下さったりと、患者さんの想いを強く感じることができました。これからは学生という立場ではなく医師という責任ある立場となるため、甘えることはできませんが、いい医師になるためにも患者さんから教わるという姿勢を持ち続けて学んでいきたいと思えます（**来てくれる患者さんがいなければ実習は成立しません**）。

## ○疾患の発見や治療の歴史

今までの勉強の中で歴史について意識したことはほとんどありませんでした。しかし、この2週間で先生から多くの疾患の発見や治療の歴史（**CAGや心筋梗塞、心不全の治療概念の40年の推移など**）についてお聞きし、ある疾患に出会ったときにどのようなことを考えて次に何に挑戦し、どう改善してきたかという

思考のプロセスを追体験しているように感じました。歴史が進んだ今の時代でも原因がわからない疾患や治療法のない疾患はたくさんあります。また現在治療が確立している疾患に関しても、今日の常識は明日の非常識というように、常に新しいことが分かる可能性があります。我々が日々接している疾患に関しても、歴史が辿ってきた思考プロセスのように捉え直し、起こっている現象の原因として可能性のあるものは何か、それはどうしたら確認できるのかを考えていくことが、臨床の場でも研究の場でも重要であることが分かりました。今まで自分では意識したことのないことであったため、これから臨床の場では自分に問いかけを積み重ねていきたいと思います。

#### ○新型コロナウイルス感染に関して

実習中は新型コロナウイルス感染が世界的に広がっていた時期であり、カンファレンスや勉強会といった外来診療以外のプログラムはほとんど中止となってしまいました。国家試験1～2週間前から感染が広まっていたが、世の中には報道番組や著名な専門家の発言が溢れ、どの情報が正しくて誤っているのか自分では全く判断が付きませんでした。しかしこの2週間で毎日のように変わるコロナの状況について先生からの問いを聞き、自分で考え、答えが出なくてもデータの読み方に関して気づいていなかった観点や報道のされ方、各組織の対策の仕方などについて新たに考えることができました。まずCOVID-19感染の**Gold Standard**についての定義がされていないことに気づかせていただき、そもそもPCR検査の感度・特異度という数字自体も怪しいということが分かることができました。実習中はちょうど、各都道府県のPCR検査を行なった人数と陽性が出た人数が発表されていた時期でしたが、都道府県によって何%が陽性を示したかが大きくずれる結果となっていました。そのデータを見て、どんな患者さんにPCR検査を行なったのかが違っているのではないかと気づくことはできるようになっていました([コビッドに関する伊賀幹二の投稿文](#))。

実習を終え2週間ほどとなりますが、大きく感染は広がり医療機関を次々に圧迫してきている現状があります。病院では歩いて来ることができる救急の患者さんの受け入れは中止し、搬送されてくる救急車も激減し、予定されている手術も多くは延期されています。現時点では問題は生じていませんが、このまま拡大が続けば医療の圧迫も拡大し、医療機器や人が足りなくなって医療を必要とする人に適切に提供できなくなり多くの患者さんの命に関わる問題、いわゆる医療崩壊が迫ってきていることは、肌で感じます。三密を避けるという行動要請は、つまり全国民が自分は不顕性感染しているものとみなして行動するように、ということであると理解しますが、そうであるならば、COVID-19陽性患者さんとの接触があった人を自宅待機させる必要性にも疑問が生じます。

また医療の問題と同レベルで経済の問題があります。長期の休業などにより収入がなくなり COVID-19 に感染する前に死んでしまうという方も多くいて、感染での死亡数が派手に報道されますがそのような人はもっと多くいるはずです。政策としては医療に偏りすぎないものが求められるのではと思います。

#### ○様々な評価について

実習中は、診察にいらっしゃった患者さんに関係することについてしばしば先生から問われることがありました。「～を知っているか」「～とはどういうことか」「なぜ～が起こるのか」などに対して、いざ自分の言葉にしようとするできない、漠然としたイメージでしか考えたことがなかった、全く分からないというように、一対一で話すことで初めて自分が問われたことについて分かっていたのだということに気が付くことができました（理解するということはいろいろなひとにかみ砕いて説明できるということです。このようなタイプの教育が必要と思っています）。このように今の自分がどの程度できていて、逆にどの程度分かっていないのかということの評価することを形成的評価と言い、入学試験や定期試験のように点数や○×で評価することを総括的評価ということを実習中に学びました。

自己評価を自分で行うことができなければ、何ができていないからどんな努力をすれば良いのかを自分で見つけていくことはできません。私は幼い頃より音楽を続けてきましたが、楽器の練習は自己と他者からの形成的評価の繰り返しそのものでした。にもかかわらず勉強となれば正解が決まっているものであると決めつけ「理論を理解すれば分かるようになるのだろう」と短絡的な思考となり、自分がどのように考えているのかを自分でフィードバックする機会をなくしてしまっていました。

また私は丸暗記が大嫌いで、丸暗記をすることはテストでいい点を取ることだけを目的にしたもので自分を成長させるものではないと思っていましたが、そもそも自分を成長させるのは何のためなのかというさらなる目標のことまでは考えていませんでした。自分を成長させる目的は患者さんを前にしていい医療を提供できるようになることであり、このような上位の目標から降ろして途中の目標を設定し、それぞれの段階に応じて自己評価を行うことが重要であり、そのような勉強を意識していなかった私は丸暗記を避けることで言わば勉強したつもりになっていただけでした。自己評価の意義を学ぶことができ、これからの研修でも意識的に行うことで勉強に対する態度を改めていきたいと思っています（自分を俯瞰的にみるということです）。

#### ○当てものではなく根拠を持った意見を持つこと

1つ前の項目で述べたように実習中は何度も先生からの問いかけがありましたが、「分からなくても思ったことを答えろ」とどこかで教わったことが転じて、実習中の口頭試問などでは当てもののように答える癖がついてしまっていました。つまり自分が発する言葉や文章について考えずに答えているということであり、それは「とりあえず答えること」を目標にしてしまっている表れでした。先生からの問いは自分が何をどのくらい分かっているのかや分かっていないのかを自分に気づかせるものであり、その目標から照らして考えると、根拠を求められれば自分の言葉で説明できるような知識や考えをアウトプットすることが重要であることを学びました。この点に関しては長年の習慣が難儀であり、実習中口に出してしまってから「根拠も説明できないのに言ってしまった」と気づくことが多々ありました。考えてから話すということに対して苦手意識を持ったことはありませんでしたが、この実習で初めてそのことに気づくことができました。

#### ○毎日の振り返りと実習後の感想文

実習中は、その日学んだことを具体的に感想文として毎日まとめることが宿題の一つでした（反省ではなく振り返りです。良かったことも書いてもらっています）。外来見学の合間に先生が様々なレクチャーをして下さり、実習前半はそれらの各論についての記載が多かったのですが、徐々にこちらの感想文で記載しているような患者さんとのコミュニケーションや患者さんの病歴の多彩性、自己評価について学ぶことが増えていきました。それでもその日の情報をその日のうちに整理することは難しく、どうしても羅列となってしまう文章を組み立てるほどのものにはならず、新しい学びが点の状態が増えていくように感じました。

しかし、このように実習後1～2週間の期間をあけて振り返りを記載するうちに、点であったそれらの学びがつながっていくように感じました。またあいたこの期間に研修が開始し、実際の医療現場に当事者として参加するようになり、実習で半ば危機感とともに学んだ姿勢を常に心がけるようにしていました。このように即時的な振り返りと一定期間をあけた上での振り返りを行うことで、整理がつくだけではなく学んだことが自分のものとなっていくようにも感じました。2週間の実習が終わった時も多くの学びを得たと感じましたが、この振り返りの記載が終わりかけた今も改めて学んだことの深さに感動し、このまま忘れないうちに同僚にも共有し、自分の学びとして確実なものとしたい気持ちに駆られています（実習終わってから、2週間たって再度内容を考えたことがよかったということですね）。

## まとめ

この 2 週間で、目に見えるような成長が多くあったわけではないかもしれませんが、多くの学びを得ることができました。今まで全く意識してこなかったもの、自分の勉強態度について大きに反省すべき点があったこと、これからどのようなことを意識して勉強することで、少しずつ変えていけることができることが分かったことは、私にとってとても貴重な収穫でした。この 2 週間の実習で得たことを次に生かすためにも、自分の周りの同期の研修医に協力してもらって教え合う習慣を作っていければと思っております。

最後になりましたが、毎日の実習で常に気づきのきっかけを与えて下さった伊賀先生、毎日の実習中お世話になった診療所のスタッフの方々に御礼申し上げます。毎日反省する中にも、できたことの振り返りを大事にしてということに心がけることで、また次の日も頑張ろうと思うことができました。また事前学習の際にレクチャーいただいた A 先生、事前のメールのやり取りでアドバイス下さった O 先生と M 先生、そして学生実習に対して協力して下さった多くの患者さんたちに御礼申し上げます。これから弛むことなく研鑽を積んで参ります、本当に有り難うございました。

(私を含め当方のスタッフや協力してくれた患者さんたちは、あなたが成長していくのを楽しみにしています)

2020. 4. 11