

クアキニ クリニカルクラークシップ 報告書

はじめに

このたび 2 月 1 日から 3 月 1 日までハワイのクアキニ病院で実習をさせていただきました。1 ヶ月の実習は毎日が充実しており、大変勉強になりました。このような貴重な機会を下さった先生方、国際交流基金の皆様にはこの場をお借りしてお礼申し上げます。

<プログラム>

1. 総合内科チームに配属 3 週間
2. 渡慶次先生のもとで実習(Dr. Tokeshi Dojo) 1 週間
3. リトル先生のプレゼンテーション講座 毎週木曜日
4. ケースカンファレンス 毎週月、金曜日

1. 総合内科チーム

総合内科チームは 4 チームあり、研修医 1 年目、2 年目、上級医で構成されております。そのチームの上に各専門医がつきコンサルトをしていくシステムです。そして各チームが入院患者受け入れを行い、入院時に疑わしい疾患もしくは診断がついた時点で専門医とともに入院管理をします。学生は研修医 1 年目の下につく形で配属され、入院患者を数名割り当てられ、朝の回診や毎日のカルテ、入院サマリーなど薬剤や検査オーダー以外はほぼすべて行います。日本からの医学生には 1 人でそのような事を行う権限が与えられていなかったため、毎朝、研修医 1 年目と一緒に診察をし、紙カルテを書いてチェックしてもらいました。チームでの回診が終わると上級医への毎日のプレゼンや追加のオーダー、検査の見学をしました。夕方には実習が終わり、帰宅後、入院患者に関する病態や治療の勉強をし、朝に研修医に質問をし、理解を深めます。

2. 渡慶次道場

家庭医の渡慶次先生のもとで早朝は病棟、朝から夕方までは外来と入院患者対応、夕方は病棟で実習を行いました。先生の責任のもとで 1 人で回診、診察、問診、カルテの記載や入院サマリーの作成を行いました。先生から配布されるマニュアルを暗記して実際の臨床で使い、先生に間違っているところを直していただく、の繰り返しでした。やればやるだけ伸びる楽しさを感じました。また知識を蓄えた 3 週間と実技を組み合わせることが出来て、診察や問診の理解を深めることができました。

3. プレゼンテーション講座

リトル先生と 2 時間ほど入院患者フルプレゼンテーションを行います。話すスピード、発音、言い回しや姿勢をチェックしていただきました。研修医のプレゼンを毎日見ているとは言え、いざまねをしてやってみても全く違うプレゼンになってしまいました。なかなか明確に、かつ重要なポイントを絞ってプレゼンをすることは難しく、「慣れ」と練習不足を痛感した講座となりました。

4. ケースカンファレンス

興味深い症例を 1 グループ 1 症例を研修医 1、2 年目と上級医の前で発表します。珍しい疾患から内科らしい疾患まで幅広いケースが登場しました。ここでは積極的に質問をし、鑑別疾患、検査、初期治療を発言することを求められました。日本の学生には発言は求められませんが、分かる範囲では発言をすることを心がけて挑みました。

<クリニカルクラークシップを行ってみて>

1. アルゴリズム化されている医療
2. 細かく分業化されている医療
3. 保険との戦い

1. アルゴリズム化

アメリカの研修医は驚くほど **pocket medicine** を使用する頻度が高かったです。**Pocket medicine** には、疾患や症状、電解質異常に対する鑑別、検査、治療法などがアルゴリズムで示されています。さらに出典まで記載されているため、エビデンスがある程度、担保されている鑑別を行う事ができます。そして、彼らはこのポケットマニュアルの大部分を覚えているため、初診の患者に対して異常なスピードで鑑別や検査があがってきます。

また暗記が大きな割合を占めるため、あまり思考を深めなくても大きなミスをしない医療を行うことが出来るのです。逆にそれに頼ってばかりではそれ以上伸びなくなる可能性もあり、ここがアルゴリズム化の長所でも短所でもあります。

2. 細かく分業化

アメリカでは仕事の分業化が進んでいます。採血、モニター管理、リハビリ管理、食事管理、薬剤投与、エコー、など日本では医師がする行為も看護師や **co-worker** が行っていました。各医療従事者は自律的に自分たちの仕事を行っており、医師は治療を中心とした、各医療従事者

のバランスを取る役割も行っていました。これにより医師1人にかかる負担を分散し、治療に集中出来る環境がありました。しかし逆に分業化されている分、あちらの学生や研修医は自分でエコーやレントゲン写真を読む事が無いため、日本の学生や研修医のほうが優れていると思います。なんでもやる日本の医師と決められたことを極めるアメリカの医師の違いをここに垣間みました。

3. 1日最低でも50万円のICU？！

国民皆保険がないアメリカでは医療保険も個人で支払います。そのため患者は保険が利かない医療行為は全額支払わないといけないのです。そのため新しい薬を使う際にも保険が利かなければ、使用を控えることもあります。僕も研修医に入院患者の治療法や検査について答える際、費用対効果を考えているかと毎回聞かれていました。その中でも、ICUは1日最低でも50万円もかかります。そのため、出来るだけ早くICUから一般病棟に移すことを1つの目標として掲げていました。やはりアメリカでは保険と医療行為は密接に結びついているようです。

さいごに

今回のクリニカルクラークシップでは求められるレベルが非常に高かったと感じました。薬品名と用量、そして投与方法や治療アルゴリズム、治療の根拠を毎日、質問されました。その度に pocket medicine で調べて答えていましたが、ハワイの学生はスラスラと答えており、同じ医学生としてレベルの差を感じました。また論文を読む事や基礎医学の勉強は習慣づけられているため、知識がしっかりと固められている気がします。

今後、6年生での実習、研修医、さらにはその後の医療人生において、2つの医療の良いところを意識的に取り入れつつ、自分なりに工夫をし、勉強していければと思います。