

国試と難問解法のテクニック

村田 勝敬

■ プロローグ

日本の医学生にとって、最初の到達点は医師国家試験である。一方で、この試験合格率は謂わば医科大学における客観的評価指標であり、医学教育の良否は合格率で決まる。すなわち、国立大学法人の統廃合の話が出るたびに合格率ランキングに神経質にならざるを得ない状況にあるし、大学入試の難易度ランキングにも直接影響する。この医師国家試験、客観的評価（採点）を短時間で終了できるという理由で、四半世紀以上前から五択問題方式が採用されている。

■ 最後の悪あがき

各診療科の患者さんと対峙しながら臨床医学を学ぶ6年次のベッドサイドティーチング（BST）が終了すると、卒業試験が直ちに始まり、翌春には医師国家試験が待っていた。昭和55年秋、BST最後の第一内科学教室（呼吸器・循環器内科）に行った。ガイダンス初日に、助教授の先生から「患者さんと仲良くなりなさい。患者さんが心を開いてくれるようであれば、合格だ」と言われ、受け持ちになった患者さんのベッドに毎日行っただけで、他愛のない挨拶の他に、疾病の病因（原因）に関わる質問をしていた。バカが付くほど真っ正直に先生の言葉を信じて行動していたある日、先生から突如として呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患）について質問された。勉強不足で何一つ答えられず、挙げ句の果て「寒くなるな～」と脅され、一層萎縮してしまった。兎にも角にも、医学生の後半は「何故このような病気になるのだろうか？」という疑問が絶えず先行し、卒業試験直前までその準備も国試対策もままならなかった。

10月末、解剖実習の時から同じグループであった級友に「試験勉強を一緒にしないか」と誘われ、一人では途中潰れるかもしれないと危惧し、これに応じた。級友の家には奥さんと生まれたばかり

の赤子がおり、勉強に集中できない理由があった。少なくとも、11月から5ヶ月間お互い励まし合いながら猛勉強し、卒業および医師国家試験を共に合格ラインギリギリで乗り越えた。

■ 初期研修医の日課

平成16年春より全ての診療科を廻る制度になったが、それ以前の臨床実地研修制度（初期研修）は自ら目指す診療科で専門医術を身に付ける形態であった。内科や外科を標榜する級友の多くは外の病院で2～3年研鑽を積み、一定レベルの医術を身に付けてから大学病院に戻り、後期研修を続けた。私は内分泌学に強い関心があったので、大学病院第二内科学教室の内分泌グループを初期研修先として選択した。このため、初歩的な内科診断術や治療術を習得することもなく、臨床研究棟の一室で先輩医師の指導を仰ぎながら下垂体ホルモンの測定に日々明け暮れた。

私が初期研修医として初めて担当した患者はネフローゼ症候群の60歳代女性とIgA腎症の30歳代前半女性であり、入局後半年を経た頃だった。二人の患者は、腎臓グループが最終的な治療方針を決めるために、入院していた。私はといえば、患者さんが蓄めている尿の蛋白を毎朝定量し、カルテに記載することから始まった。そのあと患者さんに話しかけ、全身状態を観察した。また、定期的な処方箋も先輩医師に倣って書いた。

■ IgA腎症

ある日、受け持ちのIgA腎症患者が喉が痛いというので診察すると、扁桃が赤く腫れており、急性扁桃炎が疑われた。過去の話を知ると、幼い頃より扁桃を度々腫らしていたとのことであった。取り敢えず抗生剤を処方し、耳鼻咽喉科を受診させることにした。聞いた話から「習慣性扁桃炎の可能性があるので、扁桃摘出術（扁桃摘）の適応かど

うかご検討下さい」と紹介状に書いた。受診後の返事には「習慣性扁桃炎とは思えない」であった。

IgA 腎症患者の退院予定が決まる頃、再度扁桃炎を引き起こした。今回は耳鼻咽喉科受診前に抗生剤を服用させたので、今回はそれを出さずに即座に受診してもらった。紹介状には前回と同じ文言を書いた。すると、「習慣性扁桃炎と思われるので、扁桃摘の方が良いと考える」との返事が帰ってきた。患者さんは入院中に耳鼻咽喉科で扁桃摘術を行い、その後第二内科を退院した。その患者さんに「IgA 腎症の原因は習慣性扁桃炎のせいかもしれませんが、今後は腎症も良くなるかもしれません」と伝えた。

IgA 腎症は、フランス人医師が 1968 年に初めて報告し、腎生検した組織に沈着した免疫複合体を検出することによって確定診断される原発性糸球体腎炎だ。秋田大学附属病院の腎臓内科医と話す機会があり、上述の IgA 腎症患者の経験を話した。すると、仙台社会保険病院腎センターが IgA 腎症の治療法として「扁桃摘パルス」(扁桃摘とステロイドパルスとの併用)療法を行っているのだという。治療法を確立された堀田修先生によると、IgA 腎症の扁桃摘の効果に関する最初の報告は 1983 年の邦文 3 編だそう。

■ 現代医療の問題点

現代医療は、私の初期研修医の頃と異なり、新しい疾患名が大幅に増え、しかも高度に専門化しているので、患者を総合的に診察することが難しくなっているに違いない。私の知り合いの開業医は目眩と吐き気を訴えて訪れた患者の病因が判らないので、地域の中核病院を紹介した。中核病院を訪れた患者は、数多の検査を受けた後、若い担当医師に「全ての検査で異常が認められなかったのですが、帰宅して結構ですよ」と言われたそう。患者は、目眩と吐き気症状が治まらないまま、元の開業医のところに戻ってきた。中核病院の担当医師が考

え得る疾患名を全て列挙し、それらを診断するための検査方法を丁寧に説明しておれば、まだ患者が機嫌を損ねることも少なかったかもしれない。況んや、診断名が判らずとも症状を軽減する薬を投与することは可能だったろう！

■ エピローグ

現代の若人に求められているのは、数多の知識を列挙することではなく、得られた情報から帰結に至る思考過程を論理的に説明できることだ。一方、五択方式の問題に長期間洗脳され続けると、絶えず脳裏に五択が浮かび、その中の選択肢だけに集中してしまう。医師の場合、脳裏に浮かんだ五択の中に正しい診断名が含まれているうちは良いとして、(五択問題の弊害である)浮かばなかった 6 番目や 7 番目の選択肢が正答の場合にはヘゴ医者(あるいは誤診)と言われてしまう。医学生さん、五択問題の「解法のテクニック」を覚えるよりも、病気の病態生理を正しく理解し、それに基づいて臨床症状や治療方法を考えられる医師になって下さいよ。

(医学系研究科環境保健学講座 むらたかつゆき)

「秋大生活のひろば」No. 141 (2013 年 1 月刊)



エクアドルのタバクンドという標高 2,800 m の高地にある地域中核病院の歯科診療室には齲蝕(カリエス)から腎症、心臓病、四(五)十肩になり得る絵が貼ってあった