

伊賀内科・循環器科での実習を終えて（2010/12/20~2010/12/29のうち8日間）

はじめに、この感想になるべく共感して頂けるように、まず私が実習を申し込んだ経緯について書きます。

私は現在、名古屋大学の5回生です。名古屋では毎月「亀井道場」と呼ばれる勉強会が開かれておりますが、今年（2010年）の8月に講師としていらっしゃった伊賀先生に初めてお会いしました（土日の講演で[大阪医大](#)で学生に話したのとほぼ同じ内容）。ちなみにその時点では私には講義の内容が難しくてほとんどわかりませんでした。

その場で、伊賀先生が学生を2週間ずつ実習に受け入れていること・実習された方は聴診がとても上達されたことをお聞きして私も機会があれば行ってみたいと思っておりました。ただ、講義の内容が難しかったことやポリクリで循環器を未だまわっていなかったことから約3ヶ月を目安に準備し、その後に申し込みました。

伊賀先生が実習前にこれは出来て欲しいとおっしゃっていたのは、頭から足まで止まることなく身体診察をすること・I音とII音は同定出来ること・II音の呼吸性分裂が正常かどうか分かることなどが挙げられます（[先生のHPに書かれています](#)）それらの手技はその準備期間に身につけました。最も時間がかかったのはII音の呼吸性分裂で、4回生のOSCEでもなければ学生同士お互いを聴診することはなかなか出来なかったからです。伊賀先生の講義に1回は参加して、以上の診察手技を身につけたのなら、先生の下で実習することをお勧めします。

実習前、一度先生にお会いして実習の到達目標について決めました。私の到達目標は以下の通りです。

- ① 実習を楽しみ、先生方や患者さんへの礼儀を忘れないこと
- ② 心臓の聴診技術の向上と所見をきちんと述べられること
- ③ 循環器疾患の自然歴や必要な検査を理解すること
- ④ 治療開始から患者さんがどのような経過をたどるか見学すること
- ⑤ プライマリケアで多い病気ではないが不安を抱えている人をどうやって安心させるか見学すること
- ⑥ 狭心症・心筋梗塞などの疾患に罹った患者さんの話を聞きそのイメージを強くすること

到達目標の中には達成できたものもありますし、到達目標が変化したものも

あります。以下に実習内容も踏まえて何を見て何を学んだのか書きます。

実習では先生の外来以外にも様々なイベントがありました。振り返ってみますと、

月曜日：午前午後と先生の外来

火曜日：午前午後と先生の外来＋西宮市付近の開業医の方たちの勉強会

水曜日：午前に先生の外来

木曜日：祝日の為お休み

金曜日：午前午後と先生の外来＋西宮市保険医協会の集まり

土曜日：早朝（7時から8時AM）に野球の練習＋午前に先生の外来

日曜日：野球の試合（午前の2時間）強制？でした

月曜日：午前午後と先生の外来＋西宮市介護認定会議

火曜日：午前午後と先生の外来＋大西正孝先生（近隣）の在宅医療見学

水曜日：午前に先生の外来（このあと正月休み）

といったようにかなり充実した実習が出来ました。先生の外来以外のイベントは事前に到達目標をたてていなかったのですが、貴重な経験をさせて頂き、後ほど感想を述べたいと思います。

到達目標の①について

伊賀先生の診療所の掲示板には1ヶ月前から実習生が来ることを掲示しており、患者さんの中には私の名前を覚えていらっしゃる方も多く、進んで私の実習にご協力頂きました。私も相当の覚悟を持って実習に伺ったのですが、そのこともあって実習は楽しく、反対にもっともっと勉強してから患者さんの勉強に生かしたかったという思いも抱きました。

到達目標の②の聴診について

1日に3人ほどの患者さんの聴診をさせて頂きました。所見を述べるときはたとえ正常であってもI音からということをまず指摘されました。気づかされたのは、私自身でいろいろと固定観念を持っていてそれらが今回の実習でたくさん打ち砕かれたということです。

最初に聴かせて頂いた患者さんはとても印象に残っています。初日に聴いたとき、I音とII音の間（収縮期）に過剰心音を聴取しました。その時は漠然とした違和感で、今まで聴いた正常とは異なるが、それ以上詳しくは分かりませんでした。結果としてその方は収縮期クリック音が聴取される方（古典的な僧帽弁逸脱症候群）だったのですが、私にはクリックの高調な音が全く分からず、そのため他の正常所見を述べることを忘れてしまったのではないかと考えています。伊賀先生がその方をお願いして最終日に来て頂けることとなりました。

その間にいろいろな心音・心雑音を聴くこととなりました。

今でもよく覚えている音は、A) I 音の Cannon sound、 B) III 音、 C) II 音の paradoxical split、 D) AR の拡張期雑音、 E) 頸動脈への放散がある MR の 5 つです。

私の今までの聴診では I 音が 1 拍ごとに強弱が異なることはありませんでした。また、II 音は吸気に呼吸性分裂が聴取されるもの、頸動脈への放散があるものは大動脈弁由来などといった思い込みがあったため客観的に所見を述べる事が出来ず自分の解釈が入ったものとなり、その点を先生に指摘されました。もちろん Cannon sound や paradoxical splitting は知識として知ってはいましたが、いざ聴いてみると本当にそう聴こえているのか自信が持てず今まで聴いたことがある安心できる所見へ逃げようとしたのだと思います。これらのことに気づけたのは今回の実習のかなり大きな収穫でした。

また、拡張期雑音は今まで聴いたことがなかったので PR や AR の患者さんがいらしても私の耳では分かりませんでした。その際に伊賀先生に隣でこれが拡張期雑音だと説明されて聴いてみると、初めて聴けたものもありますしやっぱり分からなかったものもあります (30年前恩師の[弘田先生](#)にいただいたことです)。PR や III 音は最後まで分かりませんでした。一度聴けた AR の雑音はそれ以降はつきりと聴こえるようになりました。このように先生に隣でこの音が何と教えてもらえる様な実習は、大学では学生が多すぎて不可能です。先生の下で実習する利点の 1 つでしょう。(正常の右室圧である PR は、特殊な状況なのでわからなくても OK です)

放散が判明した MR 例で自分がとった所見の矛盾に気づいた例があったので話します。その方を聴診してまず分かったことは、A) 収縮期雑音があること、B) 脈が抜けることです。私はまず最強点はどこだろうと探しました。しかし最強点があまりはつきりしませんでした。AS なのか MR なのかは頸部の放散を聴いて判断しようと試みましたが、以前に聴いたことのある AS の放散と比べかなり小さな音で本当に放散と取ってよいのか確信を持ってませんでした。

そこで、脈が抜けた後に収縮期雑音が強くなるか確かめましたが雑音の強さは変化しませんでした。つまり頸部の放散からは AS、雑音の強さが変わらないことから MR をそれぞれ支持する所見が得られた為、所見を述べたときに先生から矛盾を指摘され、混乱してしまい結局自分が得た頸部の放散の所見が間違いだと考えました。

伊賀先生からは「自分で取った所見には自信を持ち、たとえ矛盾があっても

どう考えたらその矛盾が説明できるのか考えなさい」と教えて頂きました。そして **MR** には前尖の逸脱と後尖の逸脱があり、放散する方向は大きく異なることも教えて頂きました。

カラーエコーによりその方は後尖の逸脱による **MR** と分かり、逆流が大動脈に沿って流れていることを確認できました。後尖の逸脱による **MR** では **AS** の様に頸部から放散が聴取されることがカラーエコーから確かめられるとその時実感しました。

(本例は僧帽弁の後尖逸脱で、カラーエコーでみると、ジェットの方向が大動脈後方に向かうものでした。私に提示したかれの所見は、かれの思いこみ以外は矛盾がなく、きちんと所見がとれていてびっくりしました。亀井塾で講義した内容である **RR** がのびた後に収縮期雑音が増大するか、かわらないかを理解していて非常にうれしく思いました。)

聴診を総じて振り返ると、私自身かなり成長できたと実感しています。そう考える理由は、実習最終日に初日に来られた患者さんのクリックがはっきりと聴こえたこと・先生の前で所見を発表することを繰り返したからだと思います。とにかく自分がとった所見を大事にして、解釈を含めず述べることで私がどこまでならきちんと聴取できたのか明確になったからです。現時点では、I音・II音・過剰心音の有無・クリック・放散・収縮期雑音・**AR**の拡張期雑音は評価できると分かりましたし、反対にIII音・IV音・**PR**などの拡張期雑音は未だ分からなくこれからの課題にしています。

到達目標の⑥について

実習中に患者さんにお話を聞かせて頂いて、心筋梗塞になったとき・狭心症で痛むとき・手根管症候群の手のしびれ・喘息などどのような訴えをされるかイメージを持つことが出来ました。特に心筋梗塞の訴えは多様であり教科書にあるような典型的な訴えはあまり見られなかったことに驚きました。手根管症候群や咳喘息などはたくさんの患者さんがいらっしゃったのですが、大きな病院では治療の対象になることが少ないのかあまり見たことがなかったので学ぶことも多かったです。治療で劇的に改善する疾患なので私自身これらの疾患のイメージを持つことができこれからの生かしていきたいです。

到達目標の⑤について

当初は私の到達目標に掲げていませんでしたが、伊賀先生からこの点は大学病院と診療所の大きな違いだと説明され、実習中注目していました。

まず感じたことは、患者さんの心配していることを聞き出すことは思ったよりも難しいということです。最近では **OSCE** など大学の教育でも患者さんの訴え

を真摯に受け止めることを教育されますが、いわゆる解釈モデルや社会的背景からの不安は患者さん自身も正確に訴えられないことを実習中に目の当たりにしました。

伊賀先生から学んだこととして、患者さんの背景を覚えること・患者さんの不安をどうやって聞き出すかの重要性が挙げられます。例えば高齢者の夫婦 2 人暮らしで「自分が倒れたら夫は一人で暮らせないから未だ死ぬわけにはいかない」とおっしゃった方がいます。また、定年を迎えた男性で、5 年前から労作時の胸痛を感じていたが医師の診察をずっと受けないまま今回急に来院された方もいました。前者では先生が、妻の助けにかなり依存している夫を抱えていることを聞き出しているわけですし、後者は特に初診の方だったのですが、どうして 5 年間放っておいたのか、今回「こられたきっかけはなんだったのか」を上手く聞き出す必要があります。その時 open に聞き出しても正確に答えを得ることは難しく、こちらからある程度のパターン—例えば知り合いに最近心筋梗塞を患った人がいて不安になった・健康診断で指摘されたなど—を持って質問することが上手く聞き出すために大事なのだと理解しました。

前者の患者さんの話に戻りますが、先生がおっしゃっていたことで印象に残っているのは死生観（論文 [1](#)、[2](#)、[3](#) です）をもつことです。これは実際に現場を見てみないと学生には重要性が全く分からないと私は思います。

把握しておきたいのは、大学病院や大きな市中病院での医療で学ぶこと以外にも大切な観点があるということです。少なくとも私は今までの実習中には問題に思わなかったのですが、このように 2 人暮らしの高齢者で両方病気を抱えているとか子供に何らかの疾患があって安心して先に死ねないとか無視できない不安を持っている患者さんは少なくないです。伊賀先生の診療所でも見ましたし大西先生の在宅医療の場でも見ましたし、介護認定の現場ではそのような方ばかりでした。そういう不安を聞き出すためには先程も述べましたが、どうやって上手く聞き出すかという問題がありますし、その不安に対して介入するためには自分自身の死生観を持たなければ答えの明確でないその問題を前に立ち止まってしまうと思います。

強く印象に残っている 7 日目の患者さんについて思い出します。ちょうど患者さんが少ない時で、伊賀先生とその患者さんが話し合っています。私は横で話を聞かせて頂いて、なんて難しいのだろうと思っていました。その高齢な患者さんは夫を介護して 2 人で暮らしています。認知機能は正常な夫はいわゆるパーキンソニズムで、患者さんは一度転倒したことのある夫から目が離せず 24 時間付きっきりでご自分の高血圧も芳しくありません。その時に伊賀先生は、夫に夫の死後のことをどうするか聞いてはつきりさせること、24 時間見続けていては奥さんも倒れてしまうので自分が目を離しているときにアクシデントが

あっても仕様がなくて割り切ることが大切だとおっしゃっていました。それも夫に婉曲的ではなくきちんと「死んだあと」と言って曖昧にさせないことを強調されていました。患者さんもすごく悩んでいて、その際に私にも「若い方の意見も聞きたい」と患者さんからどう思うか質問を受けました。何と答えてよいのか思いつかず困ったことを覚えています。この経験が私に死生観を持つことの重要性を認識させた理由になります（夫が90歳で老衰のようなかんじで、奥様が24時間介護しているが、いらいらとして笑顔が無くなってきている状況でした。奥様から彼に質問があったとき、彼は何を答えたらよいかとつても困っていました。とってもすばらしい体験をされたと思います）。

話は大きく変わるのですが、先生の外来以外にも様々なイベントがあったので感想を述べたいと思います。

開業医の方たちの勉強会に参加した時のことです。もちろん初めて参加しましたが、私が思っていたものとはかなり異なっていました。私は亀井道場に参加していますので亀井先生や伊賀先生のように勉強熱心・教育熱心な開業医の先生がいることは知っていましたが、極稀であり多くは失礼ながら知識のアップデートは少ない高級車に乗っている方というイメージでした。しかし、この勉強会では関西だからなのか名古屋で見た勉強会よりも活発な議論が展開されていて、さらに開業医なので皆さんジェネラリストということ。内容が多岐にわたっており、神経系はあの先生、消化器系はこの先生と専門を持たれている方がそれぞれ leader となってレベルを上げている、これが生涯教育というものかと驚きました。

大西先生に協力頂いて在宅医療も半日見学させて頂きました。私がこれまで持っていた在宅医療のイメージというのは、高齢で認知症もあるような、一人では生活できない方が家族の手助けもあまりなく、病院で診ても助からない病気を抱えて自宅で看取られていく最後の延命治療といったようなものでした。このイメージもかなり違うものだと今回わかりました。

具体的に感じたこととして、A)裕福な方が多い、B)子供夫婦が結構しっかりと介護しており笑顔も多いところがある、C)反対に、近所まで家族が引っ越しはしたが介護は控えめで訪問看護の負担が多い、D)以前より、ただ延命するのみではなく良くなっていくこともある、E)家族がどこまで在宅医療に求めるかはかなり様々のようである、という様なことです。

実際在宅でどこまで可能なのか私もよく分かってはいませんが大西先生がおっしゃったこととして在宅は入院と比べて鈍行と新幹線くらい違うことを家族

に分かって欲しいそうです。入院患者が在宅になると顕著になるそうですが、採血ですら医師一人だけでは患者さんの手を抑えたりするマンパワーが不足していることを今日実感しました。

家族の協力がどれくらいあるかが在宅医療の質を高めていく一番の要素だと思います。今日見学した1つに、6年間程在宅をされている方がいらっしゃいました。その間何度も急変して大西先生もこれはもう駄目だと思ったこともあったそうです。その方を介護されている娘夫婦がとても印象的でした。介護疲れなどは見られず、家の一室（ミニキッチン付）に夫が作った自家製ナースコール、ビデオカメラを備えていると笑顔でおっしゃっていました。今まで容体悪化時に見られた所見（例えば足趾の潰瘍など）をその都度写真にとっており、後に大西先生がいらしたときに説明されていたそうです。亡くなった時にたくさん話すことがあるとおっしゃったことが患者さんの死を受け入れていらっしゃる様に感じました。このような質の高い在宅医療があることに驚きました（この話は大西先生と患者さんのコミュニケーションがすばらしい証拠です）。

最後になりましたが、今回の実習期間について振り返ってみます。私は冬休みを利用して先生に実質8日間の実習をお願いいたしました。実は1日だけ土曜日に私の友人も診療所に来て2人で実習をしたのですが、それを見ますと1日だけの実習では学べることが少ないと感じました。

恐らく実習に来る方は皆ある程度は聴診技術の向上を目指して申し込むと思います。私の場合では聴診技術が成長したと感じられたのは6日目のASとMRの鑑別で迷った時です。

仮に私が1日だけの実習ならなんとなくクリックがあることが分かるが客観的な評価をすることは無理だったでしょう。

3日だけの実習なら様々な（カルチャー？）ショックを受けるだけでそれだけでは最もまずい期間と思います。

1~2週間なら聴診もある程度、他に心電図の読み方や腫大した甲状腺に触れたり、ある程度commonな疾患のイメージをつかむことができると思います。

4週間あれば、私では不十分だった血行動態を考え疾患を理解したり、到達目標④の患者さんの経過を追うこともできるのではないかと思います。

今回の実習ではわざわざ名古屋からの学生を受け入れてくださった伊賀先生奥様をはじめ診療所のスタッフの皆様や大西先生、宿泊をさせてくださった中田様、実習に協力してくださった患者の皆様、野球チームの皆様に変にお世話になりました。この機会をお借りして御礼申し上げます。

私からのコメント：(カッコないのブルーの文字は私の注釈)

彼の実習は今年度7人目で、患者さんたちも慣れてきたように思います。いつも学生さんのためにきていただいている雑音のある患者さんが「小出君、君らみたい的一生懸命やっている学生をみると、日本の将来もすてたものではないぞ。」といってくれた患者さんがいました。学生にきてもらっていることをとっても **welcome** にみてもらえ私はとってもうれしかった。私の診療所に見学にきた学生を通して、何らかの卒前および卒後教育に関わっていければうれしいといつも思っています。きてくれた学生に感謝です。

2011-1-7