

伊賀内科・循環器科での2週間の実習を終えて (青文字挿入は私、わたしのコメント)

2012年2月5日から10日までの5日間、伊賀内科・循環器科で実習をさせて頂きました。この1週間、伊賀幹二先生・スタッフの皆さん・伊賀先生のご家族には本当にお世話になりました。ありがとうございます。

私は卒後5年目の内科医師です。今まで比較的研修環境には恵まれておりましたが、この実習を希望したのは、自身の心臓診察に自身が持てないこと、特に心音、および循環器疾患の病態を一度集中的に学んでみたいと思い、職場には、その理由を話し理解を頂き、卒後5年目で(恥をしのいでの)『院外実習』となりました。

伊賀先生を知ったきっかけは、元々伊賀先生のDVDにて心臓診察で有名な先生と心得ていたのですが、自分が初期研修の頃に、自分の病院に伊賀先生が講演に来て下さり、そこでのご縁もあったので、今回実習を依頼させて頂きました。

実際に実習をさせて頂くにあたって、私は伊賀先生と事前に目標を立てました。

(当方に長期きていただく方には、事前に到達目標を議論してから実習にきてもらっています)

- ① 聴診・診察技術の向上および診察内容を治療に反映できるようにする
- ② 今回の実習で学ぶことを継続し、日々の診療に応用できるようになる
- ③ 患者さんとの距離感、死生観を学ぶ

上記の3点にしました。

①②については、自分の診察技術が未熟である事、特に心音は聞いているけれど、結局心エコーに頼ってしまっている自分がいたことがあります。心音は聞けているようで実は聞けていない、診察意義を十分理解していないままになっていたのかもしれませんが。また、見学で学ぶことを、その時だけのものにせず、自分一人の状況で継続できる技術を学ぶ事、これも目標にしました。

③については、今回伊賀先生のクリニックを見学・研修に来た学生さんが、循環器診察だけではなく、患者さんとの距離感や死生観を共有し、多くの学びを得ている印象がしました。(実習を経験された方の感想を参考にしてください)

私は、総合病院での外来、救急で多くの患者さんと接しておりますが、「死生観」、これについて、患者さんおよび家族さんと積極的に共有する機会が外来の

場では少なかったようにも思えました。1週間という限られた期間ではありますが、上記のことを目標に実習に入りました。

各々の目標について、この1週間で学んだ事、私の中でかわった事を述べたいと思います。

まず① **聴診・診察技術の向上および診察内容を治療に反映できるようにする**についてです。

クリニックでは、受診された患者さんから、単独で診察をさせて頂く時間をもらい、聴診に専念させてもらいました。実は研修医の頃、伊賀先生の講演から、収縮期雑音が聞こえても、雑音に集中せず、まずはI音、II音・・・と音を聞いてから聴診と診察の順序は心得ていたつもりでした。最初の患者さんを診察した後、「I、II音は正常で・・・」とはじめたところ、伊賀先生から「何を持ってI音を正常とするんだ？II音の呼吸性変動は？」と聞かれました。

自分にとって、非常にはっとした言葉でした。

今までI音、II音を聞いていたつもり、I音を聞くことに「儀式化」していた自分に気がつきました。また、I音を一回聞くのみではなく、複数の音を比べる、I音に限りませんが、収縮期雑音を連続して聴診する。そのようなことを怠っていた自分に気がつきました。

このような経験を経て、研修し始めてから数日が過ぎました。次第に患者さんを診察する際に、雑音に惑わされず、まずは、I音、II音を聴取しようとする自分に気がつきました。また、研修当初は、自分の聴診所見に自信がもてず、「なんとなく～です」「～がある様な気がします」など曖昧な表現が多かったです。

しかし、研修最終日には、完全に正しく聴診できるまでには至りませんが、「○音がある」、「△△音はない」のように自分の中で、自信を持って所見がとれるようになってきました。

また、**実習の目標②（実習で学ぶことを継続し、日々の診療に応用できるようになる）**にもかさなりますが、診察時に「まずはI音、II音を聴取し・・・」と順序だった聴診が実感できました。

聴診をする際に、心臓の音に神経を研ぎ澄ます感覚は、今までの臨床では味わったことのない特別な経験でした。自分は今までARなどの拡張期雑音の聴取も苦手としておりました。苦手の理由は、自分の聴診だけでは気づくことがほとんどなかったからです。今回2回ほど拡張期雑音の患者さんを診察させて頂きました。診察時には、はっきりと拡張期雑音が聴取できたのは、大きな喜びでした。診察に集中していたからこそ聞こえたのかもしれない。

では、なぜ聴診に集中できたのか？見学の立場では、本来患者さんのマネジメントにはさほど影響は与えないため、そこまで、集中は通常しないはずなので

すが、診察後に伊賀先生といわゆる「聴診の答え合わせ」がありました。これにはしっかりと答えるには、自分でごまかしなく音を聞き分けていくしかありません。この場面では、非常に緊張も大きかったですが、真剣勝負の場所であり、一般の回診などのように「聞こえなくてもOK、エコーがあるから」という甘えはできません。この緊張が自分に大変良い刺激になりました

聴診をすることで、いわゆるドプラ病についても改めて考えさせられました。

実際には、症状、所見もない患者さんが、わずかなカラーエコーの逆流JETにより、弁膜症の名前がついてしまう。今まではあまり、考えたことのないテーマでしたが、下手をすると、必要もないのに手術が行われかねないことだと気がつきました。MRの患者さんを診察した際、伊賀先生に「ではその etiology は？」と聞かれた際も、大きく戸惑いました。自分は診察だけに満足をしてしまい、実際にその患者さんにどう生かすのか？プロであれば、瞬時に判断すべきことを自分は怠っていたと感じました。

実習では空き時間に多くの心電図を読むことができました。たくさんの心電図をすばやく読み、所見を述べ、伊賀先生とディスカッションができる。心電図解読において自分の能力向上に大きく貢献したと思います。この所見を述べる際にも、基準を知らないと述べるできないことに気づかされました。今までなんとなく眺めていた心電図も、その心電図の気になった所見があったから基準を調べるのではなく、基準を知った上で心電図を判読することが必要であると気がつきました。*(当初は、心電図1枚読影するのにすごく時間がかかり、所見はランダムにしか述べられず、どんな疾患を考えるかをいえなかったのに、研修終了時には1枚30secで順序よくすらすら読影できるようになったと思います)*

研修最終日でも、所見が正しく取れない場面もあり、非常に悔しい思いもしましたが、(研修当初は所見が「よく分からない」のでポカンとしていましたが、最後は「自分の所見が間違っていた、悔しい」と思えるようになりました)この5日間で、聴診の能力向上だけではなく、今後聴診に対する心構えや、診察する前にマナーとして知っておかねばならないこと、診察に対する姿勢、多くのことを学ばせて頂きました。今回学びきれなかった分は、今後の自分の課題として、トレーニングに励んでゆきたいと思います。

次に③ 患者さんとの距離感、死生観を学ぶについて、述べたいと思います。

伊賀先生の外来では、高齢者の患者さんや家族に「どう死にたいのか？」を聞いているシーンが印象的です。

私は、病棟で最後を迎えようとしている患者さん家族にこのようなことを聴くことはありますが、患者さん本人が、自分で判断できるうちに、家族も落ち着いている状況でこのようなことを確認していることはあまりありませんでした。

自分の外来でこのようなことを聞くには、信頼関係やある程度の距離感がつかめていないとできません。

伊賀先生は、「患者さん、家族さんにはこのような話を嫌って離れていく方も多いかもしれない」とはおっしゃられていました。私の勤務先の救急外来などではいわゆる終末期の患者さん、（それは、例え癌でなくとも、慢性疾患の末期であっても）、家族が、「終末をどう迎えたいか」、この視点がない、もしくは見えていないため、今後をどうしたいのか家族、医療関係者とも戸惑う場面を多く見てきました。事前に、「最後をどうしたいのか？それにはどうすればいいのか？」それこそ、本人が元気なうちに、本人の希望もそえて確認すべき事ではないかと思いました。このことを確認するには、今後の超高齢化社会を迎える日本の医療で非常に重要なことだと思いました。今後の自分の診療でも、生かしていこうと思います。

目標とは反れますが、伊賀先生とともに、訪問診療、医師会の会議、[兵庫医大への講義](#)、いろいろなフィールドで学ばせて頂きました。

訪問診療では、自宅で最後を迎えたい99歳の高齢女性の大腿骨頸部骨折が印象的でした。入院、手術をすれば、骨折治療にはなりますが、認知症は悪化し、自宅に帰ることも難しくなる・・・医学をそのまま適応することが、患者さんの幸せにつながらないかもしれない。そのような葛藤が見える場面でした。

また、兵庫医大の学生の講義にも同行させて頂きました。今までの講義形式での授業は、実際の臨床現場での診察意義を伝える事は今まで非常に難しいことだったと思います。伊賀先生の学生に問い、考えさせ、問題を解決させる形式の授業に大きな刺激を受けました。

学生全員が、真剣に伊賀先生の模擬患者の診察に集まり、集中していた姿は今でも印象的です。

今現在の勤務地の病院で、いつもの業務に戻り仕事を再開しながらこの原稿を書いております。

回診中に、自分の聴診で収縮後期クリックに気がつく事ができました。（収縮期雑音に惑わされずII音がおかしいと気がつきました）今までの自分の5年間の診察で一度も出来なかった事が、すぐに体験でき、すごく嬉しかったです。

伊賀内科・循環器科で学んだ事を継続できるよう今後も研鑽を重ねて行きたいです。

最後に、このような機会を与えてくれた伊賀先生ならびに、診察に協力してくれた患者さんに大変感謝しております。中にはわざわざ1週間に2回、診察に来てくださった患者さんもおられました。伊賀先生と患者さんと信頼関係が確立しているからこそ、このようなことが可能であるのだなと幾度も感じました。有り難うございました。

(開始の月曜と終わりの金曜に2度お願いしてきていただいた患者さんは、僧帽弁逸脱症で収縮後期クリックを有するかたと、完全房室ブロックでSIの大きさが毎回かわり、ときどきS3(心房音が拡張早期にきこえる)かたでした。研修のみなさんに、将来いい医者になってもらうことを期待している多くの患者さんがいて、私も30年前そのような人たちのおかげで人に教えることができるようになったのだと思います。このような輪が将来まで続くように希望します。 2012-2-17)