

伊賀内科・循環器科での2週間の病院実習を終えて(青字は私のコメント)

2013年の11/18から11/30までの2週間、伊賀内科・循環器内科にて実習をさせていただきました。まずはこの場を借りて、伊賀幹二先生、スタッフのみなさん、診察を見学させて下さった患者さんにお礼申し上げます。ありがとうございました。

私は卒後2年目の研修医として市中病院で勤務しています。今回実習をお願いするきっかけとなりましたのは、伊賀先生が主催されている心臓塾のケアネットDVDを拝見したことから始まりました。

その講義では、循環器内科を専門としない医師に求められる知識と診察技術に焦点を当てた内容であり、今までの自分は高度で専門的な検査や治療についてばかり勉強し、どのような患者さんにそのような医療が必要かという最も重要な部分についてわかっていないことに気が付きました。自分にとって今までの講義とは一線を画すものであり、どうしても伊賀先生のもとで勉強をしてみたいと思うようになり、職場にその旨を話し、今回2週間の実習をお願いさせていただきました。

実習の到達目標としては以下の3点を挙げました。(見学の人に対して、研修前に私が義務づけていることです)

- ①身体診察(特に聴診)について自信を持って行えるようになる。
- ②病歴や身体所見を診察に活かせるようになる。
- ③患者さんとのコミュニケーションについて学ぶ(特に死生観や生活指導について)

①聴診について

初日に患者さんから心音を聴かせていただいたときは、全滅状態でした。雑音や過剰心音など異常所見を指摘できないだけでなく、I音、II音をきちんと評価することも、順序立てて所見を述べる事も出来ない状態でした。今まで自分がいかに曖昧な聴診をしていたのかを実感し、その日から、何とか上達できるようCDや自分自身の心音で練習を重ねました。I音、II音、拡張期、収縮期とそれぞれを分けて集中して聴くようにすることで、正常な心音がはっきりと聴こえるようになってくることが実感できました。2週目に今まで聴けたことが無かった拡張期雑音を聴取できたり、II音の奇異性分裂を聴取できたことはとても大きな喜びでした。今後の診療でも今回の実習で学んだ方法を続けることにより、聴診技術を訓練していきます。(当院に実習する前に、正常の所見をきちんととれるように、という条件をつけていますが、実際にはなかなか難しいようです。確かに全滅でした)

②病歴や身体所見を診察に活かせるようになることについて

病歴や身体診察の所見を述べた後、先生から必ず「では、その所見をどう考えるか？」との問いをいただきました。聴診で所見を述べるだけでは十分でなく、そこからどう考えるのか、次にどのような診察や検査が必要となるのかを判断することも重要であると気づかされました。

また、弁膜症についてはエコー検査に頼ってしまい、その結果に頼った診断をしていました。大動脈弁閉鎖不全症の患者さんを診察させて頂いたとき、「次にどうする？追加の検査や診察は必要か？」との問いに「エコー検査」としか答えられませんでした。脈圧の拡大や心不全症状の有無といった簡単な検査からその重症度を推定できることと教えて頂き、今まで自分がいかにエコーに依存していたのかを実感しました。

また、心音や症状などがないにも関わらずエコーでわずかな逆流JETがあることで弁膜症と診断されてしまうドップラー弁膜症や、他の検査からは肥大型心筋症を疑うにもかかわらずエコーでは正常と判断されてしまうかもしれない心尖部肥大型心筋症といったエコー検査での限界(心尖部がなかなかみえない例です)についても詳しく教えていただき、診察に検査を使うのであればその有用性と限界を知ることが大切だと実感しました

実習後半では十分な内容とは言えませんが、身体所見や病歴から得られたことを考えるようにする習慣を付けられたと思います。今後もこの習慣を継続し、内容をブラッシュアップしていくことで、よりよい診察を行えるようになりたいと考えています

③患者さんとのコミュニケーションについて

これは今回の実習でもっとも印象的であったことです。伊賀先生は外来に訪れられる患者さんについて、病気だけではなくいろいろなことを知っておられます。それはたとえば、家族についてだったり、趣味についてであったり、仕事についてであったり内容は多岐にわたりますが詳細に記憶しておられます。1日に何人もの方が訪れる状況では自分であれば顔と名前を覚える事で精一杯になりそうですが、伊賀先生と患者さんの信頼関係を拝見させていただき、病気だけではなく、患者さんを診るためには絶対に見習わなければならないことであると実感しました。(患者さんの必要なデータ、背景をできるだけ覚えて communication をとるとするのは、医療関係のみでなく、商売されている人にとっても重要で、実践されている人も多いです)

死生観について

普段自分が外来で患者さんと接する事ができるのは救急外来のみであり、多くの場合それらの患者さんは積極的な医療により生きることを望んでいます。医師としてのあり方などを書いた本を読んで、自分も患者さんと死生観を共有できる医師になりたいと思っていましたが、実際に実行する機会はありませんでした。

伊賀先生のもとを訪れる患者さんの中には、他院では検査と治療が必要と言われ、それが辛くて伊賀先生を頼られた方が何人もおられました。その方々の中には、手術やPCIを行ったような方もいれば、検査も必要ないと決めておられる方までさまざまでした。

自分であれば詳しい検査や治療を行いたいと思ってしまう患者さんもおられました。が、はっきりとした死生観やそれを受け止めてくれる伊賀先生を信頼する気持ちをお聞きするにつれ、医師の気持ちだけでは医療は決められず、実際に患者さんと信頼関係をもって話しあうことの大切さを実感しました。

④+α

②でも少し述べましたが、論理的に物事を考えるという事について指導していただきました。狭心症の可能性のある患者さんについて、その冠血管を拡げることによってどのような事が期待できるのか。ASDなどで右心系への流入があるときや高体温時といった、熱希釈法による心拍出量測定があてにならない時、酸素摂取量を吸気・呼気酸素濃度と呼吸回数、一回呼吸量から推定し、その酸素消費量は心拍出量と動静脈酸素格差の積に等しいこと(心臓から運ばれた血の酸素量と返ってきた血の酸素量の差は末梢で使用された分と同じ＝肺で摂取される量と同じ)を利用した Fick の式が心拍出量の推定に重要なこと。僧房弁閉鎖不全症をドプラエコーの JET 到達距離で評価することは可能か。僧房弁逸脱症で壁をつたうような逆流は評価できないが、ではどのようにして重症度を評価するか。心筋シンチは虚血の評価にどれ程寄与するのか。無症状で、心電図正常であるにも関わらず、聴診にて 3LSB にⅢ度の収縮期雑音を指摘され、エコーにて流速 5m/sec の TR を指摘された 15 歳の男性がいたとすればどう考えるか(RAにふくVSDflow を測定されていたものですが、RV 圧が10 OmmHg で無症状で心電図も正常は考えられないのです)。

まだまだ他にもたくさんの質問をいただきましたが、いずれの質問も今までガイドラインや教科書、エコーの結果を鵜呑みにしてきた自分にとってはとても難しい質問でした。その質問に答える際、自分の考えがきちんとまとまらず、パニックになった状態で根拠のない答えや当てもののような答えを多くしてしまう癖があることにも気が付きました。

何かを論理的に話し合う際にはきちんとした根拠や定義を知らねばならず、それらを知るためにはどのようにすればその根拠や定義が正しいと言えるのだろうかと考えが必要があることを実感しました。(最近の学生や研修医は知識はあるが、マニュアルに従い、その背景を考えない傾向があるように思います。議論していて、彼らの定義が明確でないこと、定義を明確にしないと議論できないことを感じてもらいとてもよかったと思います)

ほかにも2週間の間でたくさんのご参加させていただきました。

兵庫医大の学生への講義

いかに感度・特異度が高い検査であっても検査前確率を上げる事が出来なければ、正しい診断にたどり着くことが出来ないこと。身体診察の重要性や目標は？。「目標は、具体的に到達可能であるか、どのような方法で達成でき、現在の自分は何%到達していて残りはいつまでに到達すべきかをきちんと定めた到達目標の重要性など、とても勉強になる内容でした。講義を聴いていた学生もみるみる真剣な顔つきになり、このような講義を受けられる兵庫医大の医学生をうらやましく感じました。

開業医の先生方のカンファレンス

現在の病院での勤務しか経験がなく、開業医の先生方がどのように勉強されているのかは知りませんでした。とても活発なカンファレンスであり、医師として一生学び続けなければならないという姿勢を感じました(専門分野以外は生涯研修医であるということを実践している実地医家を見ることは重要です)。

医療訴訟のコンサルテーション

詳しい内容は割愛しますが、初めに資料に目を通した時医療内容に落ち度は感じられず、遺族は医師との人間関係に不満を感じ、訴訟へと至ったのではないかと感じました。患者さんときちんと人間関係を築きながら、リスクも含めて十分な説明をしたうえで検査・治療にあたることが重要であると再認識できました。

介護認定会議

介護申請を出された患者さんについて、どの程度の介護が必要かを決定する会議に参加させていただきました。その中で、高齢者の方が居宅で一人や老々介護にて生活していることがたくさんあること、筋力低下によって呼吸困難まできたしている患者さんに早期胃がんの手術が行われている事などたくさんの問題点を見つけることが出来ました。

英会話

開業医の先生方が集まって行っている英会話に参加させていただきました。論文を読んだりするために、ある程度英語には慣れていたつもりでしたが、いざ話すとなると自己紹介もままならないほどでした。非常に悔しい思いをするとともに、医師として最新の知識を身に付けるためには英語の習熟が必要であると感じました。

関西ラジオの番組に同行(ラジオ関西の「医療しろろ」という番組の収録と一緒にいっ
てもらいました12/26日7時PM ころ放送)

平均値に騙されないでというテーマで、たとえば飛びぬけて成績のいい生徒のいるクラスの平均点など平均値と最頻値が乖離してしまうことがあり、それを意図的に利用したような情報で、ある考え方に誘導しようとする流れがあるとの内容でした。

実習が終わり、普段勤務する病院に戻った後、今回の院外実習を許可してくださった先生のもとへ研修内容を報告しようと面談に伺いました。

先生との面談では、自分が伊賀先生のもとで学ぶことによって、何を感じ、どう変わったのか頭のなかで考えてからお話させていただきました。緊張するとパニックになることも学んだので、普段よりさらに考えてから行きました。(これを自覚したのは大きいですね)初めに入室した時から、「顔つきが変わった」とのお言葉を頂き、話全体を通じて大変喜んで聞いていただけました

私は現在、消化器内科にて研修を行わせていただいています。伊賀先生のもとで実習を行わせていただき、到達目標を立てて行動することの重要性を実感したため自分なりに到達目標を立てて研修をしています。目標は実現可能で、現在ほどの程度到達していて、どのような方法を用いて、途中でどのように評価するのが大切であると教えていただきました。まだ現在も試行錯誤しながらですが、目標到達を立てて実践することを続けています。

今まで目標を持たずに患者を診ていた頃とは自分自身の気持ちに歴然の差があります。自分からこうしたいと考え動くことによって、仕事が今まで以上に楽しく、やりがいを感じています。いきいきと働けているのが伝わってか、患者さんも笑顔で〇〇先生と話しかけてくれ、心配事から普段の生活のことまでいろいろな話をしてくれます。(今までは先生や研修医の先生と呼ばれることが多かったです。自信の無さや人間関係が十分に築けていなかったことに起因しているのではないかと考えています。)(このようなコメントを研修後もらえることは私にとって何よりの喜びでした。また、研修生をうけいれようというmotivationにつながります)

繰り返しになりますが、このような機会を与えてくださった皆様にお礼申し上げます。この度はありがとうございました。 2013年12月15日