

伊賀内科・循環器科での1週間の実習を終えて (青文字は私のコメント)

このたび 2014/7/14～7/19 までの1週間、伊賀先生のところでは実習させていただきました。実習に際して、伊賀先生、スタッフの方々、奥様、そして私のためにわざわざ来て下さった患者様に心より感謝いたします。

私は市中の研修病院で3年目のレジデントとして研修しております。学生の頃からもともと循環器に興味があり、5年生の時に自分の大学に伊賀先生がいらっしゃって研修会をひらいてくださりました(2010年、当方に研修にきていた6回生の人々が、後輩のために開いた「病歴や診察の意義」を議論する講演)。その時の話にとっても感銘を受けて、是非先生のところでは実習したいと思っていたのですが、運悪く学生時代には実習ができませんでした。(これについては、講演終了時には次年2011年度に当方で研修を希望した学生さんが多くいたのに、希望者がなかったという大学側からの返事で学生に対する信頼感を失いました。しかし、後日、研修センターでの登録間違いという単純ミスが原因で、学生の問題ではなかったことが判明しました)3年の時を経て、今回たまたま自分の病院から院外研修の期間を頂いたので、それを機会に伊賀先生のところでの実習を依頼させていただきました。

実習前に過去の研修した方の感想文を参考にして、以下の到達目標をあげさせて頂きました。

- ① I音・II音の評価、II音の呼吸性分裂、III音、収縮期雑音、駆出性雑音を聴取できるようになる。
- ② 論理的思考を習慣化する
- ③ 死生観を学ぶ

結局上記の目標は一週間と期間が短かったことと、正確に自己評価ができていなかったことからすべては満たすことはできなかったです。しかし、この実習を通じて今後の研修の自分の到達目標はおおまかにわかってきたので、以下に述べさせていただきます。

・診察所見について

初日に心音の所見を述べる時に、「少し1音が大きいと思います。」といった時に、先生から「少し」や「と思う」という曖昧な表現は所見を述べる時に使ってはいけないと指摘されました。そこを皮切りに、何度もそういった曖昧な表現を注意されました。自分ではほとんど無意識で言っており、実際私が働

いている時にも、こういった曖昧な表現をいつもしていたことを改めて気づかされました。所見に曖昧が入ると途端に客観性と再現性が失われ、自分の上達のためにはならないと感じました。たとえば「II音の呼吸性分裂が少しあるかなと思いました。」というような表現は分裂がなかったことを恐れるあまりの逃げの表現であり、潔く「II音の分裂がありました。」と言う方が、たとえ実際II音の分裂でなく収縮期後期クリックだったとしても、「なぜII音の分裂を間違っ
て聞き取ってしまったか」という反省の思考ができ、次につなげることができました。

この一週間で聴診に関しては終始ボロボロだったのですが、その中でも収縮期雑音においてASとMRを鑑別ができたり、洞調律がのこる右室ペーシングの方(DDDpacing例で右心房へのwireの断線のため、固定のVVI60に設定、P波は70/minで打っている患者さん)のS2の奇異性分裂を聞き取ることができたのが自分の中での大きな成功体験でした。伊賀先生に、私の成功体験からも、なぜ成功したのかを考えさせられるというプロセスを経て、S1、S2を注意深く聞くことや、雑音の放散・RR間隔による変動を聞くという習慣が強化されました。成功体験を自分自身で分析するという重要性を学びました(できるようになった理由を考えることは、できなかった理由を考える以上に重要な学びです)。

曖昧な表現を使っていれば、同じ患者さんにおいて毎回違う所見を述べてしまう可能性もあり、再現性も失われます。このように自分の述べる所見について客観性と再現性を求める姿勢は身体所見のようなartな分野で能力を高めるには非常に重要なことだと実感しました。

また所見をとる際は、バイアスをいれずにとるということが大事だということもわかりました。先生に聴診をするように言われるときと目の前の患者さんに珍しい病気があるに違いないと無意識の中で感じてしまい、所見を当てたいという思考になり、ない所見を自分の考えている病気に当てはめるようにあるように聞こえてしまうというようなことが何度かありました。

やはり重要なのは常にフラットな心の状態で、どんな患者さんでも毎回同じようなプロセスで所見をとって、とれた所見をそのまま表現するということが非常に重要だと痛感しました。

また所見と解釈を分けるという習慣も自分にはできていませんでした。心電図の所見を述べる時も、ジギタリス効果やhyper-acute Tといった自分の解釈を含んだ所見を言ってしまって、何度も伊賀先生に注意されました。

今後は自分の述べる所見に客観性と再現性を求めることと、どんな患者さんでも毎回同じプロセスで所見をとり、所見を述べる際はとった所見に解釈をいれ

ないで表現することを到達目標にしようと思います。

・順序だった診断の重要性

実習前の私の考えは、診断の精度を高めるために身体所見や心電図の読みを名人級まで鍛え上げなければならないと考えていました。つまり、非常にささいな所見も見落とさないような身体所見の達人になることを自分の目標にしていた。しかし、伊賀先生に病歴→身体所見→心電図→レントゲン→エコーといった診療の流れの中で診断をつけることがとても大事なことだと教わり、1つの分野にこだわって、ささいな所見から深読みするのは逆に有害なことだということがわかりました。伊賀先生が「全部 100 点じゃなくても、60 点であれば診断はつけられる。流れの中で診断をつけると、間違った診断をつけたときに合わないところが必ず出てくるので、そこに立ち返ることができる。」とおっしゃられており、まさにその通りだなと思いました。伊賀先生自身も「自分は名人級の聴診技術は持っていないが、診察の流れの中で行うことによって診断をつけることができる」とおっしゃっておられたのが印象的でした（これが常々私が主張している、病歴と診察が武器であるというドクターG が嫌いな理由です。病歴と診察は重要ですが、それだけで診断は不可能であり、一つの検査のみに頼りすぎはよくないと思っています）。

実際のクリニックにきた症例で、もともと冠動脈疾患のある方が動悸を主訴に来院して、伊賀先生が病歴・心電図・レントゲン・エコーと順にこなしていき、最終的に心不全を否定して、頻拍性心房細動による症状と的確に診断されており、とても感銘を受けました。

よくよく思い返してみると自分の今までの診療の中でもひとつの身体所見やひとつの画像所見に飛びついて、早まった診断をしていたことが多々ありました。診察の中のひとつの分野を極めようとしても、実際の臨床ではあまり意味がなく、病歴から検査までの流れを意識して診断することの重要性を痛感しました。（最後の追記で彼がのべているように、この完璧主義が、総括がおくれた理由なのでしょう。研修医のかたでも入院患者のサマリーを紹介患者に戻せない人は、同じような完璧主義かもしれません。）

今後は、検査所見ひとつや、身体所見ひとつに惑わされず流れの中で診断するように意識することを到達目標にしようと思います。

・言葉の定義 前提条件、そして科学的思考

到達目標として論理的思考を習慣化するということをあげさせて頂きましたが、自分にとってこれが一番困難な到達目標でした。科学的思考をするうえで言葉の定義を明確にすることが非常に重要ですが、自分にとってそこが一番お

ろそかになっていることに気づきました。先生に聴診所見や心電図所見を述べたり、病態の質問をすると、よく先生から「君の言う〇〇の定義は何や」と言われました。そしてそのほとんどに全く答えられませんでした。

たとえば、「拡張型障害でなぜ心不全になるのですか？」という質問をすると「拡張障害の定義は何？EFが低いのが拡張障害？」と聞かれて自分が拡張障害の定義が明確でなかったことに気づいて、次の日までに拡張障害の定義について調べて自分なりに理解した後に伊賀先生に再度質問すると、先生が教えてくださることが非常にわかりやすく自分の中に入ってきて、そこからさらに科学的な議論にすすむという経験をしました。普段から言葉の定義を明確にするように心がけていないとそこから科学的思考に行きついていないということを痛感しました。

ドップラー心エコーでの圧較差と狭窄病変の重症度の関係の前提や、Dd、DsがARの重症度評価指標として成り立つ条件、熱希釈法（SGカテによるCO測定）の前提条件、Fickの法則で、 $\text{肺血流量} = \text{CO} = \text{酸素消費量} / (\text{大動脈の O}_2 \text{ cont} - \text{肺動脈の O}_2 \text{ cont})$ が成り立ち、酸素消費量が吸気・呼気のSatの差、呼吸回数、一回換気量からもとまり、COを推定できるといったことなどを質問形式で教えて頂き、臨床の場で何気なく見ている指標を形成している科学的根拠を知ることでその値の解釈がいかに難しいかを実感することができました。

また、実習中によく先生から誰かがいっていることが何の根拠に基づいたものなのかを考えるようにしなさいとよく言われました。今までの臨床の中でほとんどの決定をマニュアル本や上級医の言うがままに従って診療してきましたが、本当にそれが根拠に基づいたものなのかを確認をしないまま鵜呑みにしていた自分に気が付きました。やはり言葉の定義と何の根拠に基づいたものなのかを常に考える姿勢が今後の到達目標と考えました。

さらに「無症状のAfがどれくらいいるのか？」「冠動脈のプラークがruptureしているけど、心筋梗塞にならずに無症状ですむようなsilent ruptureは存在するのか」そしてそういった病態の謎をどういった方法で答えが出せるかを常に考えるようにということもよく言われました。これは科学的思考の中でもかなり難しいと感じましたが、常にそういった目線で物事を考えていると、マニュアル医療やガイドラインの弱点がわかり、複雑な症例にも科学的にアプローチできる思考力がつくと思いました。さらにこういった考え方は論文を書いたり、新しい医療に挑戦するときに重要だと思います。

・死生観 患者の価値観をもとにした治療決定

伊賀先生は患者さんの病気をもちろん職業、趣味、価値観にいたるまで空で覚えていらっしゃりました。それはかなりの努力をしてやっているというのが

とても印象的でした。また患者さんに対してどのように死にたいのかと患者さんの死生観にまで踏み込んで聞いておられました。自分の臨床でそこまで聞いたことがなかったので、実習する前は全く想像がつかないのですが、実際に突然死することを受け入れられており、手術をしないという方針になった方の話を聞かせて頂いてとても考えさせられました。治療選択には医学的判断と本人の価値観・死生観、手術後の生活の質の変化、家族の状況などを考慮する必要があり、それらすべてをたゆまぬ努力で把握していらっしゃる伊賀先生の姿勢にとっても感銘を受けました。今後自分の診療でもこういった姿勢を身につけるように患者の把握に努力しようと思います ([YouTube で私の死生観の講演がみれます](#))。

・生涯学習

実習中に開業医の先生で行っている循環器カンファレンスに参加させていただきました。二次性高血圧における PA のスクリーニング、非弁膜症性心房細動の考え方、ACS のマネージメントなど、それぞれの先生たちが独自の考え方を持っていて非常に高いレベルで議論していたのが印象的でした。こういったカンファレンスで開業医の先生たちがそれぞれ自分の得意分野を惜しむことなく相手に教えて、苦手なところはその分野が得意な先生に聞くというネットワークができあがっており、さらに伊賀先生のところではインターネットを通じて画像や検査の動画をシェアして、わからないことを教え合うというシステムも確立していました。開業の先生方のそういった向上心を目の当たりにして、医師としての生涯学習の重要性を再認識しました。

最後に 2 年間の研修を終え、3 年目として働いている中での実習でしたが、伊賀先生のきびしくやさしい指導のおかげで客観的な目で自分を再評価できたと思います。学生時代にこの実習を受けていても非常に実のあるものだったと思いますが、忙しい研修の中で次第にマニュアル医療に慣れていって科学的に考える習慣はつかなかったのではと思います。今、この時期に再度自分を見つめなおす機会を得たことは非常に有意義だったと思います。

私のためにわざわざ医院までご足労頂き、聴診させて頂いた患者さん達から「いい医者になって、他の患者さんの役に立ってほしい。そのために私の心臓の音を聞いてください。」といった言葉を聞いて、その気持ちに背かないよう、良い医師を目指して努力して行きたいと思います。

私の実習を支えて下さった全ての人に感謝いたします。どうもありがとうございました。

追記

今回この感想文を書くにあたり、伊賀先生から1週間という期限を決められていたのですが、私は期限以内に書き上げることができませんでした。伊賀先生から2回催促のメールがありましたが、連絡を返さず、3回目のメールでようやく書き上げてメールを返信しました。もちろん伊賀先生からお叱りのメールを受けたのですが、感想文を完成できなかったことより連絡をしなかったことに対する社会人としての非常識を厳しく指摘されました。尊敬する伊賀先生を失望させたことで、自分でも大変後悔しております。大変申し訳ありませんでした。1週間で先生から教わったことだけでなく、こうした叱咤も真摯に受け止め、将来の糧としていきたいと思えます（今回の実習で、医学的なことの一定の目標を習得もさることながら、「ほうれんそう（報告・連絡・相談）」が必要であることを体感したこともよかったのではと思っています。）

2014. 8. 16