

## 伊賀内科・循環器科実習 感想文 (青字は伊賀幹二のコメント)

2016年8月に5日間、伊賀内科・循環器科で実習をさせていただきました。伊賀先生のごことは講演会やDVDにて循環器で有名な先生と知っており、実習をさせて頂いたきっかけは、研修医時代など若いときに身体診察の勉強を怠っていて、循環器に関しては特に適当にしているところがあり自信がありませんでした。そのため、このままほっとくのは駄目かなと思い、基本的な心臓の診察を学びたいと思い、勤めている病院で有給休暇をいただき、恥をしのんで先生のところへ実習をさせていただきました。

まず、実習に行く前に兵庫医科大学の2度の講義と何回かのメールにて心電図所見のやりとりをさせていただきました(実習時間が1週間と少ないこと、当方での研修の前提条件を満たしているかどうかを確認するために、私が課しました)。

兵庫医科大学の2度の講義を聞かせていただき、学生さんが先生の講義を聞いたことと、到達目標を設定したことにより、熱心に診察をしてきており、理解することで診察することの楽しさがわかり・重要性に気づき・スキルアップができるようになり、真剣な顔つきになったのかなと気づきました。こういう姿勢になるというのは重要なことですが、持続するのはなかなか難しいので、それを持続できるような環境があればいいのにと思いました。後に述べますが、検査前確率を上げるには病歴と診察が必要であるとより実感し、頸動脈触知によるS1とS2の判別や、内頸静脈の観察の方法を実演もしていただき、今後は診察をよりしっかりと施行し「何を期待して診察しているのか?」「どう意味をもって診察しているのか?」を意識しながら診察していければいいなと感じました。

心電図所見について説明することをメールで主に何度もやり取りをさせていただき、心電図の客観的な description の方法を得られました。またその description にはひとつひとつの定義を理解しないとできない。きちんとした description をしないと、ディスカッションやコンサルトが成立しなくなるし、矛盾のない自分の意見や根拠を述べることはできないという気づきを得られました。（実習の学生に読影してもらう予定の100枚くらいの心電図のデータを前もって渡しました）

実習が始まり、前半はスムーズに客観的な description を説明できずに注意を受けましたが、後半になると少しはスムーズに説明できたかなと思います。また客観的な基準にそった description をすることにより見逃しはなくなり診断しやすいと思いました。そして心電図のみ所見を読んでも虚血パターンということしか指摘できない所見があり、病歴・診察や検査があつて初めて診断できることがあるので、心電図には限界があると実感しました（心電図で心臓の診断をするのではありませんね）。

また、昔のことになりますが、私は学生時代に兵庫医科大学で先生から同じ講義を聞かせていただく機会がありました。診察の実演は記憶にありますが正直、到達目標の話や陽性的中率をあげるには病歴と身体診察から検査前確率を上げていく必要があるというような講義を聞いたかという記憶があまりなく、今医師の仕事をしている時に聞けて、まさに今の仕事と直結している内容なのでしっかりと記憶に残っており勉強になりました。学生時代に国家試験のことばかり考えずに、医師の仕事に関してもっと関心を向けて先生の講義を聞いていれば記憶に残っており、卒後にいかせたのではと後悔しております（兵庫医大で診察の楽しさ、重要性を説明して納得させても、場の強制力がなければ1

～2ヶ月で前の状態に戻ることをみていると、寂しくなります。別の motivation を維持させる方略が必要なのでしょうね）。

### 私の到達目標は

1、病歴の重要性を認識すること（病歴を聞かせていただき、その病気らしいかどうかの判断ができること、病歴からの診断に自信をつけ検査前確率を上げていきたい。）

2、非専門医に必要な循環器の身体診察ができるようになること  
収縮期雑音・拡張期雑音の聴取（最強点、雑音の Levine 分類、頸部の放散の有無）内頸静脈の波形分析など

3、伊賀先生の診療所での診察スタイルを診て学ぶ（患者さんの解釈モデル・死生観・アドバンス・ケア・プランニング・生活指導に対してどういうアプローチをしてコミュニケーションをとっているのか聴くこと。）

この3点をはじめは考えておりました。到達目標としては正確に自己評価ができていなかったところもありすべてはなかなか満たすことはできなかったですが、この3点とそれ以外に学んだことについて書かせていただきます。

### 病歴や身体診察の重要性について

病歴と診察は必要なものであると十分にわかっておりました。感度・特異度が高い検査があったとしても陽性的中率が高くなければ有用ではなく、陽性的中率をあげるには病歴と身体診察から検査前確率を上げていく必要があるという講義を聞かせていただき、重要である理由があらためてよくわかりました。

(もちろん、診断していくためには検査前確率を上げてから、検査をしていかないと診断できない疾患は多いので検査は必要です)

病歴に関しては、循環器内科専門の医院であるため、虚血性心疾患の既往のある患者や心房細動や弁膜症の患者が多く、胸痛や動悸や意識消失の症状があった患者さんの病歴を先生がわざわざ、過去の話掘り下げて病歴を聞かせていただきました(当方は専門病院ではなく、内科の診療所というスタンスです。循環器の患者が多いのではなく、研修医の勉強にと来てくれる循環器疾患患者が多いのです)。

特に印象に残ったのは、動悸に関して、私は動悸に関して話だけでどういふ動悸かと詳しく病歴聴取して、そこから、検査をしていくパターンが多かったのですが、それではイメージがわきにくい場合があります。先生は患者さんに動悸はどういう感じでうっているのか机をたたいてもらって、動悸に対してアプローチをしておりました。そのほうがどういふタイプの動悸かイメージが付きやすいので、この手法は自分の外来でも使えるなと思いました(拙著循環器スキルアップに書いてある3\*3の [tap it for me](#) です)。発作性心房細動には様々な症状があり、動悸のあと失神するという病歴は発作性心房細動から洞調律への復帰時の overdrive suppression 現象に起因することが考えられ、症状が消失するときは心房細動に固定することが多いということを知らなかったもので勉強になりました。

身体診察に関しては身体所見を正常と説明する際に何をもちて正常なのかとよく質問されました。正常の定義を知らないとどういふ意味で診察しているのかわからなくなるし、正確な description にはならないのでディスカッションやコンサルトする際に矛盾した結果になりました。正常であるとの判断を言語

化してひとつひとつ理解するということはとても重要であるとわかりました  
(このことを短期間で理解してもらうのは難しいということを感じました)。

### 心音聴取について

基本となる S1, S2 の聴取の方法では、いつも S1 と S2 の間が短いのでそれで S1 と S2 を判別していましたが、それだけでは判別は不十分で、脈が速くなれば S2 と S1 の間の間隔も短くなり判別は難しくなります。頸動脈触知による S1、S2 の判別をすることにより、同定はしやすくなり(脈がとても速くなれば同定は難しい場合もありますが)実習が始まる前に外来で心音を聴取するときは頸動脈触知による S1、S2 の判定を習慣といたしました(兵庫医大の講義の成果ですね)。

実習ではまず心音に関して聴取して説明するときに正確な description ができていなくていつも注意ばかり受け指導していただきました。

良い医者になってほしいと気持ちでわざわざボランティアで来ていただいた患者さんもおられ、心音を聴取させていただきました。自分自身の身体を私に預けていただき、診察をさせていただくなんて当たり前ではないので、本当に感謝・感激でした。

収縮期雑音・拡張期雑音は自分で聴取できる場合がありましたが、細かいところのキャノンサウンド、OS+ランブル、奇異性分裂、S1 の強弱音などは全く聴取できず、先生のガイド下でなんとか聴取できました。そこで「なぜ聴取できなかったのか・なぜガイド下で聴取できたかを自分で分析をしないとレベルアップはできないよ」と先生から言われました。また、頸動脈触知による S1、S2 の判別の習慣化により、よりはっきりと収縮期雑音か拡張期雑音かわかるようになり少しは自信を持てるようになったかなと思っています。

## 診察スタイルについて

先生の診察は身体診察などをした上で患者さんの趣味や仕事や家族の話が多い印象でした。患者さんの情報を細かいところまで覚えていてびっくりしました。これは患者さんとのラポールを築いた上でないとそこまで細かい話にはできないが、努力して覚えていったよと先生からいわれました。そういう話はより信頼関係を強くしたり、患者の解釈モデルにとっても重要であると実感しました。

死生観についてもよく話をされていました。急変された場合にもし患者さんが意志を伝えられない状態なら、決定を下す判断材料がなく、ご家族に一任されますし、ご家族とも連絡がとれない場合、医療者側は心臓マッサージや気管挿管を選択するケースが多いと思います。前もって、死生観について患者さんと話をしていれば、ドタバタするような状況はないだろうと思います。実際、欧米ではアドバンス・ケア・プランニングは進められていますが、実際日本にはまだまだ普及していない状況なため、なかなか難しいのが現実です。でもやはり、患者さんと信頼関係のあるかかりつけ医が元気なときに死生観について話をすることは大切であります。在宅医療の見学もさせていただき、やはり、死生観についてよく話はされておりました。また、患者さんやそのご家族とまったく違う死生観を自分自身をもっていれば間違った医療の方向に進むかもしれないので、自分自身の死生観をもつことは大事であると思いました。

## 介護認定審査会について

この委員に選ばれない限り、一生この現場に出席できないのでどのように審査しているのか知れてよかったです。要支援から要介護になるには認知進行具合、生活機能、身体機能、起居動作のレベルで大きくかわり、治療内容は最近

の手術のことなどは必要ですが、過去の治療、例えば抗がん剤の過去のメニューを延々と書いても意味はなく、認知進行具合、生活機能、身体機能など生活にかかわることを詳しく記載したほうがよいのかなと思いました。また、90代の高齢のアルツハイマー型認知症が進行した寝たきりの患者さんに胃瘻造設を施行している医療機関があることに先生はこういう状況があるのかと嘆いておりましたが、そこも先ほど記載した死生観が大切になってくるだろうと思いました。

### 心電図について

時間のあるときに心電図を読ませていただき、自分は心電図をみるときは自己流で読んでいて、客観的な description をする習慣がなく基準に関してもひとつひとつ考えずに診断していました。客観的な description や基準をちゃんと理解していれば、見逃しも少なく有用であると実感しました。

### 兵庫医大のレクチャーについて

伊賀先生は定期的に兵庫医科大学の5回生に講義をしております。身体診察の必要性についての説明があり、先ほど記載した感度・特異度を用いて、陽性的中率をあげるには病歴と身体診察から検査前確率を上げていく必要があるという講義がありました。

その他に頸動脈触知による S1 と S2 の判別や内頸静脈の観察の仕方を実演もしていただき、学生さんにもすぐに理解できるような説明で内頸静脈の観察をしたことがない自分にとって、良い勉強になりました。

### 考える習慣やディスカッションの方法について

考える習慣について、先生に質問された例として

左室拡張末期用量に  $Dd^3$  を用いるが、横軸  $x$ :縦軸  $y=1:2$ 、均一に収縮するという前提条件があり、これが崩れる前提条件はなにか?について聞かれました。考えたことがなく、その時は答えられませんでした。1日時間をいただき、考える時間を頂きました。何か質問されたときに「どうしてそう考えるか?もしくはどうしたらわかるのか?」ということをつつも考える習慣があれば、答えに対して理解しやすいし、答えを早く導き出すこともできるのではと思いました。

ディスカッションについて、普通は yes-no で始める質問なら yes-no を、why で始めるなら because で答える、それが基本ですが冗長のある答え方が多いことを指摘されました。これは医療とは関係なく社会人としては常識的なことなのに情けなく感じました。ご指摘ありがとうございました。

## 医学英会話

定期的に医学英会話をされており、一緒に出席させていただきました。話すことが全くできず、聞くことも理解できず、全く駄目でした。やらなければ衰えるのみなので、継続してすすんでこういう環境での勉強が大事と感じました。

## 最後に

この実習は学生さんや研修医がメインで、伊賀先生がこの実習をとおして、今後、若い先生が次に勤める病院でこの実習で学んだことをしっかりと継続すればレベルアップできる目的で行った実習とのことでした。僕も若い時にこの実習を経験して、このモチベーションのまま怠らずに勉強したらよかったなと実感しています。実際、先生は厳しくて覚悟はありますが、特に研修医や学生さ

人にはとてもよい実習と思います。もちろん僕の年齢でも学ぶことはたくさんありました。本当にこの1週間は勉強不十分が原因で、お叱りを受けながら指導していただきましたが充実した1週間でした。この実習で学んだことで教えられそうなところは後輩に教える機会があれば教えようと思います。このような実習の機会を作っていただいた伊賀先生、診察にご協力していただいた患者さん、先生の奥様、事務の方々、本当にありがとうございました。

## 私の感想

卒後10年目の先生に研修していただくのは初めてなので、最初は躊躇した。かれの現在の能力がどれくらいか、どれくらいのやる気（覚悟）があるのか、患者に迷惑かけないくらいの診察能力があるのかなど判断するすべがなかった。研修の条件である兵庫医での2回の講義を参加してもらった。何人かの生涯教育・学生教育に関与している友人に相談したが、卒後10年たって、勉強しに来たいということだけで、やる気があるので許可すればどうといわれた。

心電図所見、診察所見を議論する前提となる、客観的な所見、矛盾のない所見記載、冗長でないことを目標にメールで何回かやりとりをした。

疾患の定義、前提など、あやふやなところが、すこしは改善され、そのようなことを考えなければいけないということを理解していただいたと思っている。

学生・研修医との違いは、当方での研修後に、最終的な答えのでのいろいろな患者をみることができる卒後研修をできるか、できないかの違いである。今後も関与していきたい、医師の生涯教育を考えるに、一つのヒントをあたえてくれた研修であったと思う。

2016.9.20