

伊賀内科・循環器科 実習感想

名古屋大学医学部 6 回生

2020 年 2/25～3/4 日 (青字は伊賀のコメント)

【初めに】

2020 年 2 月～3 月に、伊賀先生の診療所で 8 日間、実習をさせていただきました。私の場合は直前の申込となったため、他の方よりも準備期間も実習期間も短い状態でした。しかし、事前のメールによる心電図実習や診療所での先生の手厚いご指導のお陰で、数多くのことを学ばせて頂くことができました。その中では、前提や用語の定義について考えること、手順に従って一つ一つ丁寧に聴診や心電図判読を行うこと、**当事者意識**をもって考えることの重要性などを学びました。また、今までの大学での実習を振り返るとともに、自分が目指す医師像や、初期研修について考える、とても良い機会となりました。以下に実習の動機や目標、内容、反省点や今後の目標の詳細を記載させていただきます。

【実習が始まるまで】

実習を申し込むまで

2019 年に、亀井道場という勉強会で、伊賀先生の講演を拝聴しました。その際、「前提」「感度・特異度」などについて教えて頂き、亀井内科にいられている患者さんを先生が診察される様子を拝見しました。大学の実習や一般的な教科書に記載されていない内容が多々あり、可能であれば是非一度、先生のもとで実習したいと思いました。しかし、その後、マッチング試験や卒業試験、国家試験勉強に追われていました。もっと早くから実習を申し込めたら良かったのですが、引越しや投稿中の論文の revise、その他の用事の予定が立っておらず、申し込めずにいました。例年、2～3 月頃は花粉症症状が酷いことも、実習を躊躇していた理由の一つでした。しかし、国家試験が終わって約 1 週間後、それらの問題の解決の目途が立ち、改めて実習をさせて頂きたいと思い、ご無理を言って実習をさせて頂くこととなりました (通常では、1ヶ月前に待合室に学生がくることを張り出し、協力していただく患者さんにきていただいています)。

実習の動機・目標

6 回生の夏以降、大学の卒業試験や国家試験の勉強に明け暮れていましたが、問題は選択式が多く、教科書の内容を盲目的に詰め込み式で覚えることが多かったです。もともと自分の考えをまとめたり意見を述べたりするのは苦手なこともあり、下記の①を少しでもできるようになりたいと思ったことが、実習の動機の 1 つになります。また、紙面上で勉強することが続いたため、実際の患者さんを診てみたいという思いも強くありました。そして、1 か月後から初期研修を始めるにあたり、特に救急外来などの現場で活用することのできる実践的な知識やスキルを少しでも身に付けたいと考え、②～⑤の目標を掲げました。さらに、こ

の機会に自分の将来像等についても考えたいと思い、⑥の目標も掲げ、実習に臨みました。

- ① 選択肢の無い状態で論理的に考えをまとめ、自らの意見を人に伝えることができる
- ② 循環器系疾患を中心として、問診法を学ぶ
- ③ 聴診を中心として、身体診察法を学ぶ
- ④ 系統的な心電図の読影法を学ぶ
- ⑤ 基本的なエコーの画像の見方・注意点について学ぶ
- ⑥ 自分の将来像、臨床研修のあり方について一考する

【実習での学び】

全体を通じた学び 前提や用語の定義、系統的な手順・整理法、歴史について

先生の講義資料や他の方々の感想にも述べられておりますが、心拍出量を測定する熱希釈法などを例として、前提を考えることが重要と学びました。その他にも、「心筋虚血の定義は何か。どのように評価すべきか」、「何秒間続いたら心房細動と言うべきか」など、大学で勉強しているときは深く考えていなかったことも、考えてみると意外と難しいことが分かりました。そして、これらの前提や用語の定義が異なっていれば、議論しても意味がないことを学びました。同様に、単位が異なるものを比較する、というのも意味のないことで、注意が必要だと教えて頂きました（これは重要な気づきですね）。

また、聴診や心電図の所見を取る際は系統立てて一つ一つ丁寧に読み、そのプレゼンテーションにおいても、過不足なく分かりやすく述べることが重要と学びました。知識に関して、系統立てて整理しておくことが重要と思います。例えば、「僧房弁閉鎖不全症(MR)の原因は何か」について、思い付きで列挙していったら、モレやダブリが生じます。まずは大きく、僧房弁複合体の器質的病変(一次性MR)と器質的病変がないもの(二次性MR)に分けて考え、前者はさらに弁尖、腱索、乳頭筋、弁輪の異常に分けると、整理しやすくなります。こうしてみると、MRの病態は様々であり、その原因も含めて考えることが重要だと分かります。

また、歴史について考えることの面白さに気が付きました。なぜそのような知見が得られたか知ること、今まで言われてきた事実が本当に現在も正しいか、検証することもできると思います。実習では、「心室中隔欠損症は自然閉鎖する、と教科書には記載されているがどのように確認されたのか。それはエコーが普及した現在も正しいと言えるか。」「冠攣縮性狭心症はどのように発見されたのか」「閉塞性肥大型心筋症はどのように発見されたのか。またその心電図所見はどのように確認されてきたか」について学びました。

患者さんの訴える症状の多様性

教科書的な知識をもとに、様々な患者さんの症状を実際に伺うことで、疾患に対する理解が深まると思います。例えば、国家試験の問題では、虚血性心疾患の症状として、「胸痛を認め」「冷汗を認め」などと記載されています。一言で述べるとしたらこの表現になると思いますが、実際には、「重苦しい感じ」「ぐーっとなって」、「寒い日なのに汗がどわーっと出てきて」など、患者さんの表現は実に多様であることを学びました。そして、声のトーンや

ジェスチャーは、その際の不安感を如実に表しているように思いました。印象的だったのは、患者さんは言葉では「痛みを指一本で指し示すことができる」、と仰っていましたが、手ではもう少し広い範囲を示しているように見え、非言語的な情報も含めて総合的に病状を把握する必要があると思いました（これは私にとっても再発見であり、患者さんのジェスチャーも考慮しようと思います）。

また、ある患者さんは、期外収縮を「突然ドッキンとくる」と、その時の驚いた様子もジェスチャーも交えながら表現されていました。一方、同じ患者さんは、心房細動は「午後になる際はたいいてい、朝起きた時になんとなく調子が良くないような前兆があり、午後になってドドドドって急に動悸がはじまって、2~3 時間して気がついたら収まっている」と述べられていました。期外収縮や心房細動においても、実際に患者さんからお話を伺うことで、症状やその時の感情を、より現実味を持って想像することができると思いました。

身体診察 聴診

聴診に関しては、大学の実習では担当した患者さんは基本的には聴診するようにしていました。その際は、自分一人で聴診して、カルテには「I 音 II 音の減弱・亢進なし、過剰心音なし、収縮期雑音あり」などと記載していました。聴診していて収縮期雑音や III 音、II 音の分裂と思うことは何度かありましたが、所見について先生に確認する機会はほとんどありませんでした。本実習が決まってからは、家族や自分の聴診を練習するとともに、心音のテープ（先生の教科書と、ポケット心音という無料アプリ）で異常音の聴取の練習をしていました。

聴診に関しては最低限、練習はしてきたつもりでした。しかし、正常と思った I 音が、実際には心拍ごとに変化していることには気が付かず、改めて一つ一つの音を丁寧に聞くことの重要性を認識しました（いつも協力していただいている完全房室ブロックの患者さんです）。また、同じ患者さんで、収縮期雑音が聴取されましたが、プレゼンをした際に音の大きさ、部位、放散の有無を網羅できておらず、心拍ごとに雑音の大きさが変化していることにも気が付きませんでした。

また実習中、初めて収縮期クリック音を、先生のご指導のもと聴取しました（自分で聴診したときは II 音の固定性分裂と考えました）。これまで、II 音が二つ聞こえた場合、呼吸性に音の間隔がどう変わるかと、音の大きさから IIA と IIP の判別を試みていました。ただし、この方法は II 音が減弱や亢進がないことが前提となっています。また、クリック音などの過剰心音との区別の仕方が問題になります。これを解決するには、聴取される部位に着目することが重要となります。先生の本（レジデントのための心臓聴診法）には「S2 の位置に二つ心音が聴取され、後方成分が 2LSB で大きくなる場合、後方成分は IIP と考える」と記載されています。読んだ際にはなるほどと思いましたが、実践できていませんでした。

身体診察 頸動脈雑音について

OSCE では頸部血管雑音を聴取し、雑音が無いことを確認してから、頸動脈の触診をするように習いました。先生の書籍にも記載されていますが、この考え方は本当に正しいのでし

ようか。実習中、自分でも考えてみました。特に症状が無くても、45-54歳の2.3%、75歳の8.2%で頸部血管雑音を認めると報告されています(PMID:18468542)。また、頸部血管雑音の頸動脈狭窄に対する診断特性を評価したメタ・アナリシス(PMID:22886230)によると、頸部血管雑音の頸動脈狭窄に対する特異度は約80%、感度は50%前後と報告されています(頸動脈狭窄のGold standardを何にしていますか?)。従って、狭窄の事前確率を5%とすると、雑音が聴取されなかった場合の事後確率は3%と算出されます。確かに事後確率は低下しますが、頸部血管雑音が聞こえないからと言って、狭窄がないとは言えないように思います。また、「雑音があればプラークが剥離する可能性があるため、触診すべきではない」とも習いましたが、軽い触診でプラークが剥離するというのも考えにくいように思います。一般に言われていることに対して疑問を持ち、改めて考えてみることの重要性を学んだ一例となりました。

身体診察 視診

視診は、身体診察の基本だと思います。実習中も、出来る限り、患者さんを観察するように心がけていました(あまりジロジロ見るのもどうかと思うので、さりげなく見るようにしていました)。外来診療における最適な視診の方法は現在も模索していますが、現時点では下記の方法でどうかと思っています。

まず、第一印象をみるようにしています。表情、顔色、呼吸状態、姿勢や歩き方、話し方などから2、3秒で総合的に判断することになると思います。また、扉の開け方も、患者さんによって違うように思いました。初診の患者さんは恐る恐る扉を開ける方が多い一方、常連の患者さん中には、パッと扉をあけ、先生が話す前に自ら発言される方もおられました。

次に、①意識・顔色・呼吸(これらに問題あれば緊急性の高い疾患が疑われる)、②歩き方・話し方・姿勢(神経系・筋骨格系)、③顔(目、表情筋など)→首(甲状腺、外頸動脈など)→手(爪の形や色など)の視診、と順を追って観察するようにしていました。また、タバコを吸っている方は、臭いで即座にわかることもあり、「観察」と言えば狭義では目で行うことかもしれませんが、耳や鼻も役立つのではないかと思います。

観察を続けていると、事前の情報なしでも、甲状腺腫があることに気がついたこともありました。甲状腺疾患を頻繁にみておられる先生方はすぐに気がつかれるのかと思いますが、視診で分かる甲状腺腫の患者さんをみたのはその時が初めてで、触診させて頂いたこともあり、とても印象に残りました。

また、実習中、先天性心疾患の患者さんで、ばち指がある患者さんがおられました。これは先生から言われて、「そういえばそうだ」とは思いましたが、自分でぱっと見たときは思いませんでした。所見については、経験のある先生と一緒に確認することの重要性を改めて認識しました。

検査 心電図

心電図実習では、外来循環器診療エッセンスを読んだ上で、昨年実習をされたAさんを中心に、メールで指導して頂きました(前年度当方に実習にこられたかがが次年度の学生に心

電図20-40枚の読影を指導してもらっています)。その際は、手順に従って系統的に読むこと、またなぜそのような所見を取るのか考えること、心電図でどこまでいえるか、に注意を払うようにしていました。1週間で合計17枚の心電図を読み、確実に力はついたと実感していました。しかし、先生の前で心電図を読んでもみると、分かったつもりでいたNSRや心房細動、虚血パターンなどの用語の定義が曖昧だったり、基準が統一されておらず一貫性のない読み方をしたりしていることに、改めて気がつきました。

また、読影を順番に行っていくことの重要性を再認識しました。読影は、P→PQ→QRS→電位→ST→T→QTとPからTまで系統立てて、モレ・ダブリなく確認するようになっています。何となくいい順番だな、としか思っていない感でしたが、この順番であれば、PとQRSの対応に異常があればPQ間隔はみません。先にPのリズムを見ずにPQ間隔をはかると、3度房室ブロックの際は骨折り損になってしまいます。また、QRSを先にみて、wide QRSであれば電位やST変化を評価は行いません。医学生としては、ST上昇をみると飛びつきたくなる衝動に駆られますが、手順に従って読むことで、これを防ぐことができます。

検査 エコーの目標

実習では、心エコーを中心に、頸部や腹部エコーについても見学させて頂きました。また、心エコーに関しまして、流速やEFの測定法についてレクチャーもして頂きました。エコーには非侵襲的に、リアルタイムで、繰り返し検査を行うことができるという利点があり、近年、POCUS (Point-of-care Ultrasound) という方式が提唱されています。これは、「身体診察の延長」としての検査法で、評価項目を限定し、簡単な手順で行うことを特徴とし、救急・集中治療、在宅診療など様々な場面で導入され始めています。

私もPOCUSに興味を持ち、被験者のバイトをしたり学生向けの勉強会に参加したことがあります。ただし、伊賀先生も仰っておられましたが、まだ比較的新しい概念のためか、到達目標が明確ではないように思います。初期研修医の目標としては、救急でも活用できるFAST及び肺エコーは重要と思います。そして、心エコーでは、心嚢水、右室拡張、心収縮能が分かることをまず目標とすべきと思います。腹部では、大動脈、IVC、胆嚢、総胆管、腎臓や膀胱などの評価ができることが目標になると思います。

心理面・社会面について

伊賀先生は、患者さんの家族やお仕事についてしっかりと把握した上で診療されて、それらについて頻繁に患者さんと会話をされていました。顔写真や簡単なメモがカルテの見やすい場所に表示されており、先生が覚えるために努力されておられることが分かりました。社会的背景を理解することで、患者さんのことを深く知ることができ、治療も行いやすくなると思いますし、良好な関係を築くこともできると思います(これは実習で一番感じて欲しいことです)。

「6ヶ月前からの息切れ」を主訴に来院された高齢女性では、身体障害を有するお子さんがおられたり、夫を最近亡くされていたりしていました。本患者さんでは検査所見で明らかな異常は認められず、心理的要因によって、症状が出現していることが想定されました。実

際、初めは不安に思われていたようですが、2回、3回と来院されるにつれて表情も明るくなっておられました。いきなり家族について聞かれても、患者さんも話しにくいと思います。心理面や社会面についてお話を伺うには、患者さんからの信頼を得て、患者さんが話しやすい環境をつくる必要があります(患者さんの不安を取り除くのは、とっても大切です)。

また、訪問診療では、本人やご家族の方と、お金の管理について相談されたり、亡くなられた際の対応について話されたりする様子も見学させていただきました。特に死生観については、何が正しい、という絶対的な正解は無いように思います。その中で、自分の考えを持って対応するには、見識を広め、日ごろの自分の家族や友人の問題も、当事者意識を持って積極的に考える習慣をつけておく必要があるのではないかと思います。

患者教育について

糖尿病の患者さんでは、血糖値やHbA1cの値などの検査の結果を患者に予測してもらうと共に、良くなった、あるいは悪くなった場合、その原因を患者さんに考えてもらっているのが印象的でした。「〇〇しましょう」だけでは、頭では分かっているけど継続的に実行するのは難しいと思います。患者さんに振り返りを促すことで、治療の効果を実感したり、自分で課題を見出して解決する能力も身に付けることができ、より主体的に治療に臨んでもらうことができると思います。また、禁煙や食事制限などでは、目標に達していないことを責めるよりも、できたことを称賛したり、できなかった原因を一緒に考えたりすることで、患者さんも協力的になるように思いました。

患者さんから学ぶ

医師としては、その時々で最善の治療を行います、その後の様子を確認しなければ、治療が正しかったのかは分かりません。経過を継続的にみて、治療が正しかったか確認することが重要と考えられます。また、伊賀先生は、他院でのデータをもらい、実施できない検査についてもご確認されていました。患者さんから学び、自分の臨床能力を向上させていくという姿勢が大事だと思いました(電子カルテダイナミックスとデータ保存のRSbaseのたまものです)。

患者さんの中には、発熱がある際の注意に関する掲示(コロナ感染がはやっているため、直接受付にこないでまずスマートフォン使ってくださいと記載)について、「もっと目立つように、例えば一番上に太い赤字で警告と書いておくとかしないと、見過ごしますよ」とアドバイスをくれる方もいました。また、「マスクの外し方はですね、表面は汚染されているかもしれないからそこを触らないようにして・・・」など、マスクの使い方を教えてくれる患者さんもおられました。良好な医師—患者関係を築いておくことで、患者さんから忌憚のない意見を貰うことができ、より良い医療に繋がると思いました。

そして、実習中、私の大学名だけでなく、名前まで覚えておいてくださる患者さんもおられて、とても嬉しく思いました。「頑張ってください」と力強く肩を叩いてくれる患者さんもおられれば、「いい医療器具を發明して」と仰る患者さんもおられました。患者さんからの期待に応えられるよう、頑張っていきたいと思いました(当方の患者さんのなかには、私

と一緒に将来の良い医師を育てたいと思っている方が多い)。

西宮・芦屋支部第509回世話人会 新型コロナに関する議論を中心に

診療所以外での実習として、西宮・芦屋支部世話人会という、開業医の先生や保険機関の方から、数名による会合に参加させて頂きました。ここでは、地域の講演会や研究会などの活動、新型コロナに対する政府の対策などについて活発な議論がなされていました。こうした会に参加したのは初めてでしたが、医師として働くには、医学的知識だけでなく、政治・経済に関する知識、様々な立場の方たちと議論するコミュニケーション力が重要だと改めて感じました。

コロナ感染症については私が以下のことを話しました

- 1) クルーズ船における検疫の責任者をどのように設定しているか (危機管理の実際)
- 2) PCRの感度特異度においては何を Gold standard と設定しているか
- 3) かぜ症状では4日自宅で待機という政策も目標はなにか?
- 4) 濃厚接触者では14日の営業停止になる状況で、一般開業医に発熱患者を見せる条件は?
- 5) 日本の義務としてクルーズ船のデータ、特にPCR検査の評価のために、を世界に早く出す必要がある

新型コロナの対策について、当事者意識を持って考えることの重要性を認識しました。仮に自分が立場のある人間だったらどのように行動するか、今から考えておくことで、将来、その時が来た際にも迅速に行動することができると思います。

特に上記の3)と4)は、私自身、悩ましく思いました。診療所で実習している医学生として、また1ヵ月後から病院で勤務する身として、直接的に関係するためです。厚生労働省は2020年2月中旬、感染を疑い相談センターに問い合わせる目安として「発熱や風邪の症状が4日以上続いた場合」を発表しました。これは、患者の増加のスピードを可能な限り抑制し、流行の規模を抑えるためとしてされています。通常のインフルエンザ以上の感染力や致死率が想定されており、感染を最小限に抑えることを目指すのは正しいと思います。WHOや諸外国も封じ込めを徹底する方針で、日本もそれに倣う必要があると思います。

また、厚生労働省は、「緊急の場合を除いて、直接医療機関を受診することは控えて下さい」とも発表しています。感染者が来院すると、多数の方が感染するリスクがあります。また、営業停止になれば、通院できずに困る患者さんも出てきます。そもそも、一般的な診療所では、設備や防護服、ICT(Infection Control Team)による対策などが十分ではありません。そのため、対応が可能な一部の医療機関に感染が疑われる患者さんを集約し、診療するのが基本的な方針にならざるを得ないと思います。

実際には、診療所には感冒症状があっても受診される方がおられ(診療所前の掲示もご覧になられていませんでした)、一般的な診療所でも、感冒症状のある患者を診ている先生も少なからずおられるようでした。これは、厚生労働省の発表からは「風邪で受診するな」とははっきり読み取れず、医療側も患者側も、その解釈が分かれたことが一因だと思います。

振り返ると、政府として、国民全体で共有することのできる、もう少し明確なメッセージ

を出しても良かったのではないかと思います。ただし、方針を打ち出すには、根拠となるデータが必要で、クルーズ船でのデータなどをより迅速に収集し、公表する必要があったと思います。また、指揮系統や責任体制を明確にし、責任のある立場の方が強いリーダーシップを発揮して、行動することのできる体制も必要と思いました（コロナ感染症のために、院外実習がすべて不可になりましたが、時々刻々と変化するコロナ感染情報に学生が10-20年さきならどう対峙するかを考えてもらいました）。

【しておけば良かったこと】

本実習と大学の実習の比較、大学の実習でしておいたら良かったこと

本実習では1日A4で3枚程度、振り返りをしていました。大学の実習では1週間に1~2枚程度、レポートを提出していました。ざっと計算すると、8日の本実習で、大学での実習の約4か月分のレポートを書いたことになります。実際、4ヵ月間以上の実習をしていたような体感がありました。これは、事前に心電図の実習や教科書を読破してから実習に臨んだこと。その上で、目標設定→実習→振り返り→翌日にフィードバックというサイクルを繰り返したこと。そして、実習中は、先生から質問をして頂き、頭をフル回転していたこと。実習内容は大学の実習では習わないような、考えさせる内容が多かったこと、などが理由だと思います。

本実習では、日々の振り返りとその後のフィードバックが特に勉強になったと思いました。例えば、「電子聴診器で録音しておくと後に音の判別に利用できる」と振り返りに記載すると、次の日に実物を見せて、録音した音を聞かせて下さいました。そして、その音質はさほど良くなく、聴診の解析はある程度可能なものの、それだけで一人で聴診のスキルを磨くのは難しいだろう、という先生のご意見も教えて頂くことができました。また、胸痛で来院された40代女性の鑑別疾患として、急性冠症候群の他にも肺血栓塞栓症であると記載したことがありました。すると翌日、心電図や心エコーからは血流動態に影響するような大きな血栓が現在も存在していることは否定的なこと、一方で一過性に小さな血栓があったことを完全に否定することは難しいこと、その場合は再発に注意が必要ということも教えて頂きました。

総じて、大学での実習よりも濃度の濃い実習だと実感しています。ただし、大学の実習も、予習と復習を行い、可能な限り先生や同級生と議論をしながら積極的にやっていたら、より実りがあったかもしれません。また、用語や定義についてじっくり考えると共に、心電図などでは、手順に追って系統的に読むことを日頃から心がけておけば良かったと思いました。

実習前にしておいたら良かったこと

まず、もっと早くから予定を立てて、実習を申し込んでおけば良かったと思いました。事前学習に必要な期間、先生や患者さんのご準備を考えますと、ホームページに記載されておりますように、4週間前には実習を申し込んでおく必要があると思います。

また、実習前に伊賀先生の書籍3冊を読んではいましたが、理解が不十分でした。実際に患者さんをみて、先生から補足の説明をして頂くことで、理解は確実に深まりました。患者さんをみななければ分からないことも有ると思いますが、一つ一つの内容を丁寧に、実際に目

の前に患者さんがいることを想定しながら読めば良かったかと思います(学生さんは熟読したといってもみんなこんなものです)。

メールでの心電図実習では、項目を予め記載して、そこに所見を穴埋めするようにしていました。そのためか、先生から「所見を言って」、と言われたとき、即座に順番が思い出せなかったり順番を抜かしたりすることが多々ありました。頭では分かったつもりでも、話してみるとうまく言えないこともあり、何も見ない状態で心電図を声に出して読む練習をしておけば良かったと思いました。

実習中にやっていて良かったと思う点は、分からない点は可能な限り、その場で質問をさせて頂いた点です。先生は丁寧に教えて下さって理解が深まり、質問をしたことで印象に残り、記憶に定着しやすいようにも思いました。

【今後の目標】

理想の医師像について

本実習は、自分が目指したい医師像について考える機会となりました。まず、最新の医学的知識・スキル、科学的思考と科学への探求心を有していることが必要と思いました。知識・スキルの中では、問診や身体診察に重きを置いて、心理面や社会面にも配慮して患者さんを総合的にみることができるようになりたいと思っています。そして、一般的な教養を有するとともに、患者さんや他の医療従事者の気持ちを理解しつつ、導いたり議論したりすることのできる、優しさと強さを兼ね揃えた医師を目指したいと思いました。

身体診察・エコーについて

私は身体診察をしっかりできる医師になりたいと思っておりますが、その修得は容易ではないとも感じています。所見の取り方には難しいものがあることが理由の一つです。経験のある先生に手ほどきを得ながら学ぶことができれば良いのですが、そうした機会は多くないように思います。また、得られた所見の臨床的意義が定かでないことも少なくないように思います。

所見の取り方に関しまして、その一助として、私はエコーに着目しています。実際、整形外科の先生や理学療法士さんは、エコーで確認しながら筋骨格系の触診をする勉強会を開催されています。私自身、苦手な肝臓や腎臓の触診を、エコーで確認しながら練習したことがあり、その有用性を実感しました。また、既存の身体診察の手技とエコー組み合わせると、より発展的な診察も行うことが可能と思います。一例としまして、エコーを活用した Murphy 徴候(sonographic murphy sign)は、エコー無しの Murphy 徴候よりも診断特性が上昇すると報告されています。

身体診察に関しては、経験のある先生方から直接指導して頂く機会をできる限り多く持つとともに、自分で疑問を持ち、論文を調べたり、エコーで確認したりしながら知識やスキルを向上したいと思っています。そして、既存の身体診察の診断特性や臨床的意義を見直すと共に、エコーも組み合わせた発展的な診察法も開発できないかと思っております。

初期研修について

初期研修では、例えば循環器内科の研修では、カテーテル器具の詳細や操作方法、冠動脈造影の画像診断等に目が行ってしまうこともあるかと思います。しかし、非専門医にとっては、将来必ずしもそれらの知識が役立つとは限らないかもしれません。一方、循環器疾患の症状、身体所見、心電図や心エコーなど検査の基本的な見方は、非専門医であってももしっかり押さえておきたい点と思います。

しかし、いくら研修を受ける本人が問診や身体診察を深く学びたいと思っても、一般的な研修の環境でそれが実現するとは限らないように思います。指導医の先生としては、カテーテル操作や冠動脈造影の詳細な読影など、より専門的なことを学んで欲しいと思うかもしれないためです。また、日常診療を行う中で、聴診などの身体所見について手厚く指導するというのは、簡単ではないように思います。

職場の環境に馴染み、そこで求められることを着実にやりながら、その中で自分がやりたいと思うことを、可能な範囲で実現していくことになるのかと思っています。

【まとめ】

本実習では、定義について考えること、系統立てて所見をとったり考えたりすることの重要性をまず学びました。

そして、もともと自分の考えを持つのは苦手でしたが、新型コロナウイルスの対応では、何を考えどう行動するか、当事者意識をもって考えていくことの重要性を認識しました。

これまで、勉強会に参加したり本を読んだりした直後はやる気に満ち溢れているものの、日がたつにつれて思いは色褪せていき、結局身についていないことも多々ありました。今回の実習で学んだことを生涯継続して実践し、少しでも自分の中の理想の医師像に近づけるよう、頑張りたいと思っています。

【謝辞】

突然の申込にも関わらず、優しく丁寧に対応して下さった伊賀先生、奥様、スタッフの方々、そして、心電図読影をご指導して下さいましたAさんやO先生には大変感謝しております。日々の実習は楽しく、大きな実りがありました。また、2019年に亀井道場で伊賀先生のご講演を聴講したことで、今回実習させて頂くことに思い至りました。勉強会を主催して下さった亀井先生や幹事の方にも、大変感謝しております。

私から

亀井塾では半日しか一緒にいなかったため、面談後大丈夫か心配でした。しかし、毎日の振りかえりをきちんと書かれ、知識がふえることを楽しそうに過ごしていたことが印象的でした。亀井塾卒業ですが、下の学年に自分が学んだことを返せるような医師になってほしいと思っています。

2020. 3. 16