

第10回シェアカン（指導医と研修医とが臨床経験を共有（”シェア”）し、1つの症例から最大限学ぶ方法を考える”カンファレンス”）の内容をシェア致します。

今回は再度、1年目初期研修医と司会者が救急外来で経験した症例についてシェアしました。

カンファレンスのタイトルが持つ意義について、改めて考えるきっかけを提供し得る症例であったと考えます。キーワードは”達成目標”です。

施設入所中の高齢男性が、来院当日からの発熱を主訴に救急搬送された（敢えて背景は略）。

来院時 JCS Ⅲ-200, BP 113/85, HR 112, RR 22, SpO2 96(mask 2L), BT 38.6。

平時のADLはベッド上、会話可能で食事は一部介助程度とのこと。診察時に発語はなく、病歴聴取はできない。職員によれば少なくとも悪寒戦慄は認めない。

背部の聴診、褥瘡確認を含めて全身診察で focal sign を指摘できない。

広く fever work up を行うべきと考え、2setの血液培養、尿培養、胸腹部単純CTまで施行した。

血液ガスではAG上昇代謝性アシドーシス+呼吸性アルカローシスを呈し、sepsisが疑われた。

採血では肝・腎機能、血算、電解質、尿定性で著明な異常を認めなかった。

CTは読影レポートが翌朝まで出ない状況であったが、初診医としてはわずかに両肺下葉の背側に浸潤影を疑い、肺炎としてアンピシリン/スルバクタムを投与する方針とした。

家族へは暫定診断であることを告げ、慎重に経過観察する方針と伝えた上で入院した。

翌朝に2setの血液培養からグラム陰性桿菌（感受性の良いE.coliと判明：肺炎としてはオカシイですね）を検出し、読影レポートで総胆管結石+臍頭部の膵炎と判明した。

消化器内科へコンサルトし、転科した。

結果的には研修医・非専門医として初診時点で読影ができなかったという反省点が挙げられます。

さて、本症例の初診医としてはこの経験から”何をどのように、最大限”学びますか？

議論を進めるにあたり、参加者が本例のCTを読影できるかどうか、診断を告げる前に数分以上時間をかけて何度も見直しました。

消化器内科医とベテラン内科医は初見で、研修医1名も繰り返しみることで診断に至りましたが、その他の非専門指導医は読影できませんでした。

実際、専門医からみても読影の難度は高い症例であったとコメントを頂きました。

そこで、やや難度の高い腹部CTの読影、という”達成目標”について考えてみます。

司会者としては、医師が身に付けるべき知識・技術は以下の2つに分けられると考え、指導してきました。

すなわち、① できた方が良い/知っていた方が良いこと、② できねばならない/知らねばならないこと、の2つです。両者の境界は個々人のスタンスにより変動し得ます。

したがって、できなかった/知らなかった経験に遭遇した時、mustかどうか（上記の②に当たるか）は自らに問うべきであると考えます。

私自身は、本例の読影は非専門医として must ではないと位置付けており、反省すれども後悔はせず、というスタンスでこの経験を捉えました。

但し、もし must と捉える場合には、消化器内科や放射線科医と同等のトレーニングを自分に課すべきであり、そこまでやり抜かなければ“達成”できないと思われま

す。must と捉えるかどうかは、自分が描く将来像や現状などに応じてそれぞれが選択すれば良いと思いますが、自分自身にとって真に重要と考えることに限って must としなければ膨大な医学的知識・技術に埋もれてしまいます。全てが must に見えてしまいがちな研修医の先生方には、特に非専門領域について「裾野をどこまで広げるべきか、自分のラインを見極める」という発想を伝えてきました。

さて、症例に戻ります。

CT の読影能力を“後悔しない”という立場を取るとして、本例から学ぶべきポイントは何か？

一緒に診た研修医からは、「診断を肺炎と決め付けず、先を見通して中腰の姿勢で（鈴木意識）経過観察しており、診療の軸がぶれていないと感じた」とフィードバックをもらいました。

1 年目でここまできちんと分析できることに驚きましたが、議論を通して導いた部分もあります。

「画像をもっと勉強しなきゃな」ぐらいの、漠然としたフィードバックに終わるのが通常ではないかと思

参加した学生・研修医へ伝えたメッセージは以下です。

・ 想起した疾患“らしくない”と感じる場合(本例では肺炎)は、2 番目、3 番目の作戦を用意しながら中腰の姿勢で経過を診る。

(本例では、血液培養や腹部を含めた画像検査といった“保険”をかけておきました。決め打ちしない、というのは普遍的なメッセージです)

・ 肺炎“らしくない”、という違和感を適切に感じられるためには、典型的な経過の肺炎を繰り返し丁寧に経験すること。

(いつもと違う、と感じるためには、“いつも”を大切にすること)

CT 読影に戻りますが、夜間に 1 人で判断しなければいけないセッティングも多く、できた方が良いことには間違いありません。

加賀市医療センターでは、毎週火曜の朝に 1 時間ほどかけて総合診療科で救急症例のカンファレンスを行っており、特に腹部画像の読影に力を入れています。

正常例での虫垂や総胆管の探し方について、丁寧に指導を受けられる環境は大変貴重であると思われま

す。画像の議論を踏まえて、先日救急で読影できなかった外傷性くも膜下出血の頭部 CT を短時間で供覧しました。

改めて臨床は広く、深いものだと感じます。

非専門領域は 1 人で勉強するよりは、このような形でシェアしながら議論した方が学びが深まるのではないかと思います。

今後も学生・研修医はもちろんのこと、指導医にとっても悩みを吐露し一緒に勉強できる場を創っていきたいと考えております。