

第 12 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。

今回より、研修指導の効率化・合理化を図るため、鈴木より呼吸器内科 吉田匠生 先生へ本カンファレンスのマネジメント業務を引き継ぎました。

緊急患者が続き、参加者も少なかったため、急遽 1 年目研修医に今週入院した症例についてカルテを提示しながらプレゼンしてもらいました。

10 年以上安定し免疫抑制剤なしで経過をみられていた、ある膠原病を背景とする高齢男性が、1 週間からの発熱で入院。

参加した指導医からいろいろな意見が出ましたが、具体的な内容については書けませんので診療に関する普遍的な事項に置き換えて以下に列挙します（カンファ後にカルテを見て気付いた点も含めました）。

* 過去 1 年間、当院で続けてきた当直レビューというカルテチェックの方法に準じます。厳しいコメントもつけますが、筆者が学生時代に大リーガー医から指導され、ずっと実行してきた診療の基本を記載しております。

- ・ まずは主訴に時間軸の概念を入れること。「2 日前からの発熱」と「1 ヶ月続く発熱」とでは、全く考え方が異なってきます。金沢へ毎年来て頂いているティアニー先生へプレゼンする際には、1 枚目のスライドで「年齢、性別、(〇日前からの)主訴」を提示するのが通例です。その情報のみで 30 分以上語られたり、速やかに診断されたりすることも珍しくありません。

- ・ 現病歴が今回の発熱の経過から始まっている点が問題。常に初診時へ立ち返り、担当患者の story を振り返ること。“完璧な病歴”、という言葉で伝えてきました。原疾患の膠原病はいつ、誰が、どこで、どのような根拠で診断したのか、まずは完璧に情報収集すること（他院への問い合わせも厭わない）。情報を十分に集めた上で、現在の担当医からみてその診断に納得できるかどうかを考え、調べ抜くこと。「Every history tells a lie.」でしたね。

- ・ 本例では、患者さんの story において他に代謝、循環器、消化器、腎臓といった multi-problem を有していました。その全てにおいて診断の経緯、治療経過を追い、把握することを指示しました。

- ・ 主訴は発熱でしたが、ここでは“完璧な病歴”が発熱の診断に寄与するか否かという視点は一旦忘れるべきです。担当医、主治医として、自分が診る患者さんの story を知らずして、どうして責任を持って診療できるでしょうか。ここには徹底的に時間を割くべきです。（筆者が学生実習で病棟に出たばかりの時、前日に担当した患者さんについてプレゼンするよう急遽求められたことがありました。当時は考えが甘く、1-2 週の担当期間中に病歴を把握すれば良い、ぐらいいろいろ考えていたのですが…。普段極めて穏やかな先生から烈火のご

とく怒られたのです。「君たちはそれでも担当医か！」プロフェッショナルとしての医師のあるべき姿を教えてくださいました。何より、怒る姿が全く想像できないような先生でしたので、今でも鮮明に記憶しています。学生ですらそのように怒られるのですから、いわんや資格を持った研修医をや、です。病歴把握が不十分なら、ベッドサイドに立つ資格がない、と言っても過言ではありません（過言かも。）

- ・ 入院前に研修医が救急で診療したカルテ記載も参加者で確認し、診療内容についてフィードバックしました。忙しい救急外来といえども、必要な病歴を把握することは患者さんに対する礼儀だと思います。アセスメントも自分の思考過程を残す意味でもきちんと記載して欲しいです。

- ・ さて、本例は入院時点では「不明な発熱」と考えられたのですが、いわゆる不明熱の診療について、筆者より『レジデントのための感染症診療マニュアル』から金言を紹介しました。「不明熱を診ている、と気づくことが大切。全身問診・全身診察を漏れなく行い、病巣の局在が明確でない＝不明である、と認識することが不明熱診療の第一歩である（一部、筆者が改変）」 本当に目の前の患者さんの発熱は不明なのか？自分が不明なだけではないのか？一見して診断困難と感じる時こそ、病歴・身体所見へ繰り返し立ち戻ることが重要です。Review of systems も必ず行いましょう。

（“不明熱”としてリウマチ内科へ紹介されたが、肺炎と判明した症例は決して稀ではありません。まずは基本に忠実に、当たり前のことを当たり前に行うことが重要です。研修医時代には、この“当たり前”を徹底的に意識してトレーニングして下さい。）

- ・ なお、本例ではわずかな腹痛を研修医が聴取していました。ピグアナイド内服中のため入院時には単純 CT が施行されましたが、腹痛を訴える部位に一致した画像異常を認めていました。造影 CT が診断の大きなヒントになり得るかもしれません。

- ・ また、入院中に発熱が遷延する場合の異常時指示はどうか？仮にインフルエンザによる発熱をみた場合に選択すべき解熱薬とその根拠は？、など指導医から適宜教育的な質問がなされました。

研修期間中は、指導医から求められたことを“愚直に”こなしていくよう勧めています。

少なくともカンファレンスでは“全ての”病歴を把握し、基本的な質問には答えられるように常に準備して頂きたいと思います（本例における膠原病の診断根拠やその経過など）。

“完璧に”病歴把握することは、上述のように患者さんに対する最低限の礼儀であると同時に、研修医としては担当患者さんが経験してきた全ての疾患を勉強できるチャンスでもあります。腎臓内科の症例だから腎臓しか勉強しない（診ない）、というスタンスの内科医は当院には 1 人もおりません。担当患者さんから常に“最大限”学ぶことができるよう、研修生活の 1 日 1 日を大切に過ごして頂きたいと思います。

いろいろと気持ちがこもってしまい、カンファレンス自体も 1 時間近くかけてしまいま

したが、本文書は参加できなかった研修医へも配布していますので指導医おじさんの気持ちが少しでも伝わることを期待します。

文責：内科・リウマチ科（研修担当） 鈴木 康倫