

平成 19 年 7 月 吉日

厚生労働省医政局医事課
医師臨床研修推進室御中

内科学研鑽会 代表 栗本秀彦

医師臨床研修制度への内科学研鑽会意見書

4 月 20 日開かれた医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会での矢崎義雄委員発言「総合診療科を医師研修のヘッドクォーター、教育に重点を置いた部局に」との見解に啓発され、賛意を表明するとともに研修プログラム推進の具体的方策について臨床研修指導の現場から補足意見を申し上げる。

私どもは、主治医機能を全うするための合理的医学診療の推進を目標に、おもに総合内科医有志が個人資格で参集し活動している会で、会員相互の研鑽のためにこれまで 20 年間にわたり臨床病理検討会を継続してきた。会の詳細はホームページ <http://kensankai.lolipop.jp/> を参照されたい。

臓器別専門化は高度な医療をもたらしたが、診療責任が分散し、患者全体に責任を持つ主治医の機能が低下した。大規模病院でいくつもの科をたらい回し的に受診したり、バランスの良い診療がされにくくなったり、診療担当科を押し付けあったり、という事態がしばしば見られるようになった。この診療状況はそのまま研修医教育に波及して、診療統括能力の疑わしい医師を再生産する危惧がある。

臓器別専門科では指導医が細分化した診療に追われていて、プライマリケア指導から遠い位置にある。また専門科では当該科の疾患だけを診療しようとする傾向がある。たとえば急性疾患の患者にその発症に関わる慢性疾患が並存していても、既存疾患には関心を向けず、手を出さない。裾野の広い専門医は決して多くない。疾患は担当しても患者は担当しないこの傾向は、診療科が細分化している大病院ほど顕著で、このような病院で 1 年次 6 か月臓器別内科を細かくローテーションしても、個々の疾患は理解できても患者全体は理解できない。つまり新制度が求めている全人的診療が身につかない。

全人的診療を行うための主治医として必要な能力とは何かという問いに対し、患者個々の生活や経済状況、心理状況などに配慮するということはすでに多くの識者が言及している。それに加えてここで取り上げるのは、診断し治療する医学的診療の能力である。それは以下の 3 つである。

- 1) 患者の複数の病気を同時に管理する力
- 2) 患者の持つ現実の病気について深く理解し、計画を立てる力
- 3) いくつもの症状や異常所見があり、疾病の数も名も不明な混沌とした状態から診療する力

多くの医師がこれに到達するには診療の考え方の形式が必要である。まず診療の考え方の形式を学び、実際にそれに沿った診療を繰り返すことで、上記3点の診療能力を高めて行くことが可能となる。

上記3点を達成するためには、

- 1) 患者の持つ病気の一覧表を継続的に管理する
- 2) 患者の病気に関する症状所見経過という情報を網羅的に収集してそれを分析する
- 3) 病気ごとに論拠となる症状所見を挙げて考察し記録することが可能である診療形式が必要となる。

全人的診療を態度目標・心構えに留めるのではなく、主治医機能を実践し、実際に習得できるツールの一つとして、総合プロブレム方式（附にその概要、別添資料 内科専門医会誌 18: 271 - 278, 2006 に詳細紹介）を推奨したい。

次に、このような診療の考え方の形式を学びそれに沿って診療を行って、先に述べた主治医としての診療能力を訓練していくための具体的方法について述べる。

一般的な疾患を複数持っている患者を担当し、形式に沿ってじっくりと時間をかけて診療するためには最低3か月間が必要である。実診療で指導医と研修医は、日々個々の患者を診療形式の枠組みと言語で検討する。指導医は形式を理解し、それに沿った診療を実践している必要がある。指導医は自分の診療の原理・枠組み・根拠・方針などを診療形式に沿って言語化していなければならない。さもなければ研修医は指導医の診療内容をあいまいに想像するだけにとどまり教育にはならない。

指導医は適時にカンファレンスを行い、

- 1) 患者に関する情報を十分集めているかどうか
- 2) 形式に沿って診療しているかどうか

を点検し、不十分であれば指導する。これを不十分のまま放置し、多くの患者を担当させても訓練にならない。統一した形式を持たないカンファレンスでは検討議論が焦点を結ばない。形式化されたカンファレンスでは、同じ文法を共有するので検討議論は実りが多い。

この指導を担当する部門は、必然的に一般的な疾患を複数持っている高齢者を日常的に診療している内科や総合内科などの科が望ましいと考える。患者の全プロブレムに正対し、主治医としてのはたらきを日常業務としている総合内科こそが、全人的診療を研修する部門としてふさわしい。

総合内科が施設にあれば、1年次6か月は臓器別内科の細分ローテーションではなく、少なくとも3か月間を総合内科で固定研修するようにすべきである。

総合内科が無くても、独自のチューター制を取り入れ、内科全体カンファレンスを組み合わせた内科全体研修をすることで、上記主治医のはたらきを研修医

に習得させている病院を別添資料（内科専門医会誌 18：278 - 281, 2006）に紹介する。

患者診療は、主治医（患者への全体責任）と知識技能専門者（部分請負）との協同で成り立つ。主治医もまた患者の最重要な病気にかんする知識技能専門者として機能する。

将来は、主治医機能医師と知識技能専門医師（臓器別センター機能医師）とが協力し合う、責任明確な調和した良き診療構造を制度として構築されんことを心から願う。

附) 総合プロブレム方式の概要

①プロブレムリストの登録と管理

この方式では「プロブレム」は「患者が実際に持っている病気」であり、その一覧表が「プロブレムリスト」である。プロブレムリストは番号とプロブレム名とそれぞれのプロブレムを登録した日付から成る。新たに生じたプロブレムは次の番号に登録する。主治医が最初に登録してから継続的に管理し、主治医が代わっても引き継いで行くリストである。つまりこれはメモ書きのリストではなく、言わば患者の病気の「戸籍」となる。リストを見ることで患者の病気の歴史と現在存在している病気を知ることができる。

最初から疾患名が明かでない病気の場合はプロブレムの名は症状名や所見名で代用し、認識が深まるにつれてプロブレム名はより限定された疾患名へと展開する。

戸籍に戸籍法があるように、登録管理するためには一定の規則が必要となる。

※プロブレムリストの約束

- 1 すべてのプロブレムを漏れなく登録
- 2 番号は登録順・同じ登録日なら発生順
- 3 呼び名の展開を → で示す

プロブレムは戸籍のように登録順に並ぶ。最初に登録する時もそれに合わせて発生順に並べる。「重要順」は日替わりで変化するものであり、重要順に並べるプロブレムリストではメモ書きのものになってしまう。展開は、診断の深まり（進展）を表現するのが基本だが、他に実際に即した「包含」「移行」「終了」「治癒」「訂正」「取り消し」を規定している。

※プロブレムの約束

- 1 もの の 名である名詞 あいまいさのない ひとことで呼ばれる名
- 2 事実である名（～疑いではない）
- 3 「病気」であり、ここに社会的問題点を含めない

事実である名でなければ次に進めない。「肺腫瘍」であれば、肺に腫瘍を来す疾患を想定すれば良いのであるが、「肺癌疑い」では鑑別に胃癌が入るのか肺炎が入るのか示されていない。社会的問題点は当然配慮すべき対象だが、医学的な病気と同じ範疇に入れることはできない。定められた場所にきちんと記録して扱うべきものである。

②総合プロブレム方式の基本構造

「基礎資料」は診療にあたり最初に集める資料であり、「患者が認識する歴史である病歴」「医療機関にある過去の記録」「現時点で医師が観察する身体所見」「スクリーニング検査」の4つから成る。

肝心なことは、患者が現在持っているすべての病気に関する病歴・過去の資料を収集し、すべての患者に等しくルーチンの身体所見をとる事である。漏れなく集めた資料を分析して、病気を抽出し、プロブレムリストの作成をする。

次に入院時サマリーを作成する。これは基礎資料の要点を取り出し、プロブレムごとにSOAPの記号を使って経過・所見・考察・計画を記述する。日々の経過記録・退院のサマリーも同じ要領である。

プロブレムごとに記述することは極めて重要である。それによって、何を根拠にして考察したのかが示される。例えば尿蛋白陽性が「連鎖球菌菌血症」に記述されているのか、「糖尿病」あるいは「高血圧症」に記述されているのか、決定的な意味の違いがある。

考察の内容は、部位・範囲・発症時期・経過・タイプ・Etiology・成り立ち・組織学・機能状態・重症度・合併症・予後、そして今後の目標方針である。一般的な知見の記述ではなく、現実の患者の病気を考察し記録する。

網羅的に情報を収集し、さらにプロブレムごとに記述することにより、患者が持つすべて病気について深く理解し、論理的な診療に結びつく。研修医がこれに沿って診療することで一定レベルの診療が確保されるとともに、問診診察という情報収集能力と思考能力を鍛錬できる。指導医は研修医の論理を客観的に評価し易くなる。