

臨床診療における思想と形式（講演）

栗本秀彦

（土岐市立総合病院・愛知県厚生連海南病院・岐阜学生総合プロブレム方式症例勉強会・
総合診療セミナー）

（はじめに）

患者臨床診療にはさまざまな形式が用いられている。表立つ形式として眼に映っては
いなくても、それぞれの診療の根底にはひとつの形式が潜んでいる。形式は言い換える
と思想の表現でもある。それが患者診療のありさまを規定していることに気づかねばな
らない。そのために、こんにち患者診療に潜在しているいくつかの形式と思想を表に取り
出して概括を試みたい。その比較の上で、形式として定められた総合プロブレム方式
を紹介して、これが合理的診療の思想とその形式表現であることを示したい。およそ次
のように話をすすめる。

科学の方法・臨床家の方法

従来形式（演習ドリル式・病名クイズ式・臓器別専門方式）

POMR;Weed System

総合プロブレム方式

（科学の方法）

17世紀に西欧においてデカルトやガリレイなどによって近代科学が創始された。

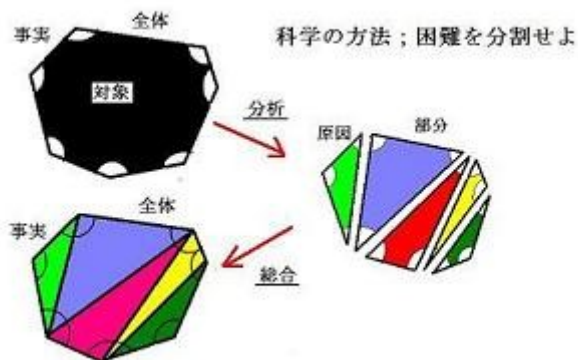
デカルトは、難しい複雑な問題を解くために、困難を分割する方法を編んだ。次のよう
なものである。

デカルト；方法序説＊

2. 吟味する問題のおのおのを、できるかぎり多くの、しかもその問題を最もよく解く
ために必要なだけの数の、小部分に分かつこと
3. 最も単純で最も認識しやすいものからはじめて、少しずつ、いわば階段を踏んで、
最も複雑なものの認識にまでのぼってゆき、かつ自然のままでは前後の順番をもた
ぬものの間にさえも順序を想定して進むこと

単純な例*2として多角形の内角の和を求める問題でデカルトの方法をみてみよう（図
1）。元の多角形を三角形に分割してその内角和をあつめて元の多角形の内角和をもと
める。「困難を分割せよ」である。元の対象を全体とすれば分割したものは部分である。元
を事実とすれば分割したものは原因とも言えるだろう。全体を分析して全体へ総合する。
部分を全体へ総合したときに全体の構造がはじめてあらわれる。

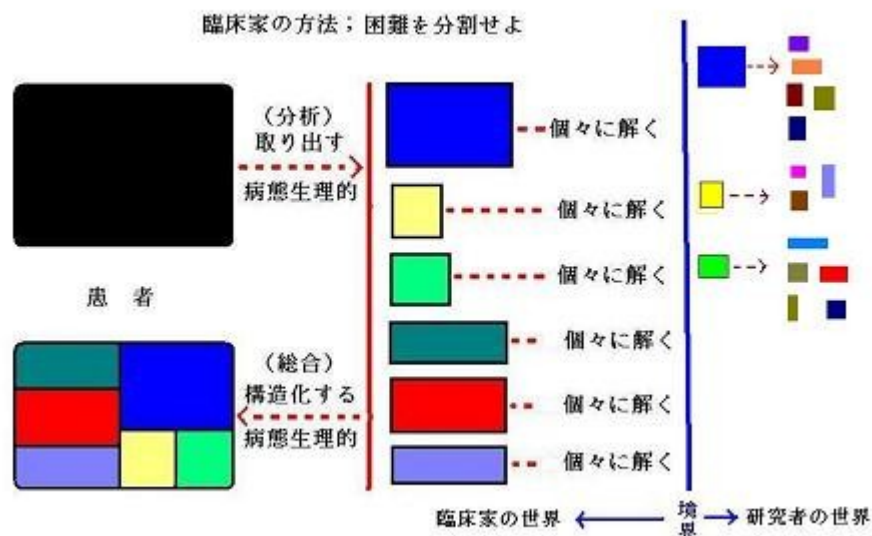
図 1



(臨床家の方法；科学の方法)

これにならって患者を対象とする臨床家の方法を原理的に考えてみよう(図2)。患者という困難な対象は混沌としている。ここから個別の課題を抽出して個々に解く。課題は、最もよく解くために必要なだけの数が必要ではない。そして個々に解いた課題を患者に還元して患者をすきまなく構造化する。このとき注意すべきことは、患者の課題は時間のなかで止まっているのではなく時間軸の中で生起しているから、混沌とした全体対象から課題を抽出するには病態生理学的に分析するより手立てがないことである。さらに、解いた課題を元へ還元するにも病態生理学的にしかすすべがない。

図 2

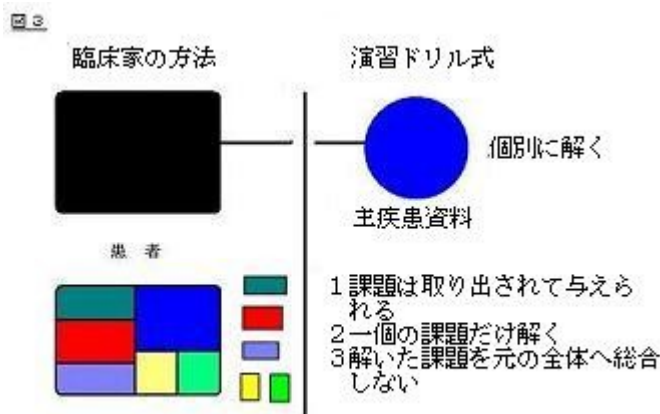


ところで重要なことを付言しておこう。全体を分割した課題は元へ還元できる地点にとどまっていなければならない。バラバラな際限のない細かい分割では、患者という全体へ還元できない。求められるのは必要にして十分な分割である。患者に還元できる境目を越えた細目の課題は研究者の世界に属している。臨床家も研究者ももちいる方法は

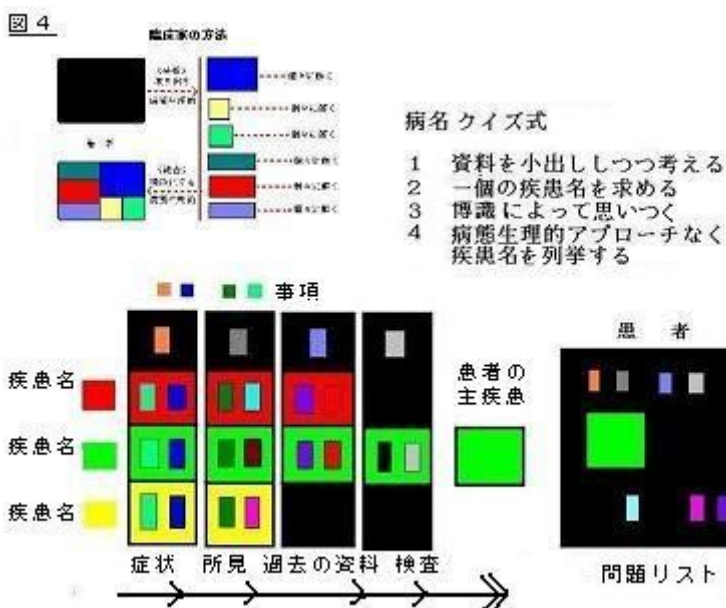
科学の方法であるが、臨床家と研究者の境界がある。いかに優れた研究者であっても臨床家として優秀ではないし、その逆も同様である。それぞれに独自の専門世界がある。

(演習ドリル式・病名クイズ式)

臨床家の方法に照らして、わが国でこんにちとられているいくつかの方法をしらべてみたい。症例として患者を与えられた学生の実習でとられている方法（図3）には、次の特徴がある。



あらかじめ課題は1個だけ与えられていて、その課題だけを解く。全体を分析することも総合する作業もない。患者という全体事実からすっぱりと断絶したまま、学生は演習する。この方法をそのまま現実の中に持ち出すと、病名クイズ式にならざるを得ない（図4）。



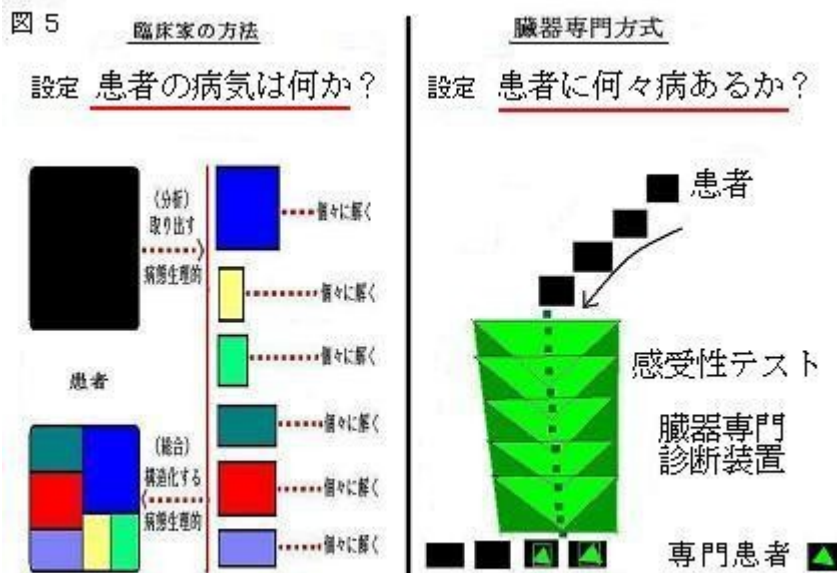
患者という全体をくまなく構造化する意図は欠けているから、求めるものは1個の主疾患名である。小出しされた資料の常套コトバに置き換えられた症状や所見の組み合わせ

せパターンから病態生理学的分析を経ないまま、博識による疾患名あてクイズのようになってしまう。組み合わせからはずれた症状や所見は（たとえ意味ある他の疾患の徴候であるとしても）取り残される。結果として患者は1個の主疾患と残りのバラバラに放置された症状所見の堆積である。

（臓器専門方式）

ここで臓器専門方式について付言しておこう。

あとに述べるPOMRも総合プロブレム方式も、根本の設問は「患者の病気は何か？」である。いっぽう臓器専門方式では「専門疾患はあるか？」であって、ふたつは根底の設問が違う（図5）。



ここでは専門疾患の診断装置があらかじめ設定されていて、その中に患者を入れる。そしてこのテストが陽性であると専門疾患ありと患者はラベルされる。陰性であればなし、と。患者の主疾患と関わりなく、また他疾患とも関わらない。いわば一種の感受性試験のおもむきがある。このテストは専門疾患の発見には有力で、この意味において意義もおおいに認められるのであるが、意義が患者の医学的構造化にあるのではないことに注意しなければならない。

（総合プロブレム方式）*3

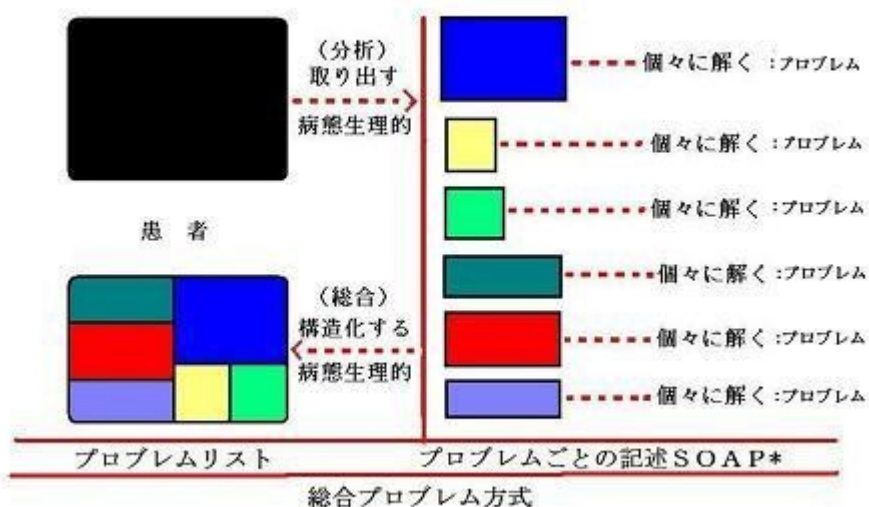
総合プロブレム方式は（図6）、次の思想によって形式化された。

自分は主治医である

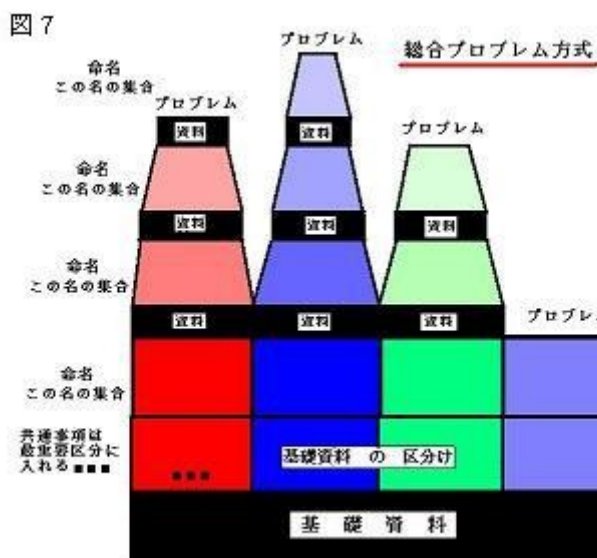
自分の医学行為は科学行為である

臨床家は科学者であらねばならない

図 6 臨床家の方法；困難を分割せよ



病態生理学的分析によって患者からプロブレムが抽出される。プロブレムは患者のすべてをくみあげるだけの数がある。個々のプロブレムは個別に検討されて解かれる。したがってプロブレムは個々に記述が可能である。このようにして患者はこれらのプロブレムによって構造化されることになる。見方をかえると（図 7）、患者の医学的資料は限なく病気ごとに分けられて、名を与えられる。



名は段階を追って、より特異的な名に深化する。プロブレムによっては、基礎資料から与えられた名にとどまっているものもあれば特異的な名にまですすむものもある。

それでは、POMRと総合プロブレム方式を比較しよう。POMRは、患者診療のカルテ形式として考案された。特定の課題に偏らずに、見落としを避け、内容を明示することができる一定の形式がねらいとされた。

(POMR ; Weed System のプロブレム) *4

POMR のプロブレムとはまとめると以下のものである。

clearly established diagnosis

unexplained findings

active and inactive

not static in its composition, but a dynamic "table of contents",

which can be updated at any time

medical, psychiatric, social, demographic problems

このプロブレムのプロブレムリストは次のようなものである。

ACTIVE PROBLEMS

INACTIVE PROBLEMS

#1 Accelerated hypertension

Retinopathy

Renal disease

#2 Hypokalemia-etiology to be determined

#3 Vomiting=dehydration(central venous pressure=0,
hematocrit=40)

#4 Diarrhea-unknown etiology

#5 Anemia, secondary to renal disease (Problem#1)

#6

Remote peptic ulcer
disease

#7 Cholecystectomy

#8 Exogenous obesity

#9 (L)breast mass

#1

History of chronic
alcoholism

0

#1

History of gonorrhea

1

Rx'd

#1

Personality disorder

2

#1 Decreased vision (R) eye possible central retinal

3 artery occlusion

#1 Cardiac murmur, continuous,

4 Never before described

→ chest wall flow murmur secondary to problem#9

見ると分かるように、範疇さまざまな事柄がプロブレムとなっている。疾患もあれば、そのときその場の所見もある。そのときの所見ならば値が変わればプロブレムは変更し

なければならない。既往症もプロブレムである。社会的事項もまたプロブレムとされるから、「運動中止と休学の心配」「クリニックまでの交通難（２時間）」*5もプロブレムに挙げられる。番号付けの秩序は生起順でもなければ重要順でもない。想起順と言っても差し支えないようである。このシステムのプロブレムリストは覚書メモの類であることが、総合プロブレム方式のプロブレムリストと比べると、いっそうよく分かる。

（総合プロブレム方式のプロブレム）

プロブレム

- 1 医師が患者の中に発見した医学的異常事態（病気）とその呼び名。
- 2 名である名詞。作業R/O、記述（?の既往）はプロブレムではない。
- 3 多義的曖昧を許さない、ひとことで呼ばれる具体的な名。○○と●●のように二つの名を戴くことはない。
- 4 疑いのない事実である名。疑い（S/O）はプロブレムではない。
- 5 医師として対処する対象。

社会的事項は医師が患者のプロブレムに対処するさいに考慮すべき患者の環境であってプロブレムではない。医師は患者に医学的に関わるのであって、私的、社会的に関わるのではない。医師の責務は医学にある。

プロブレムリスト

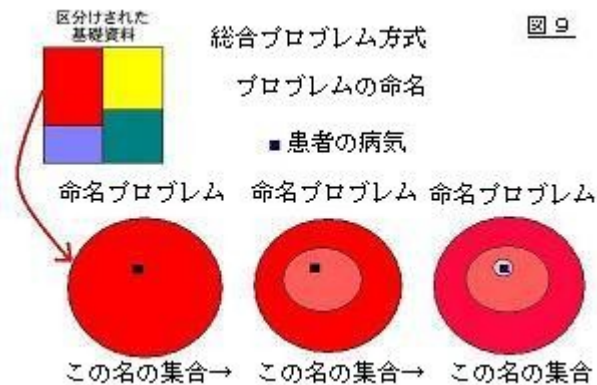
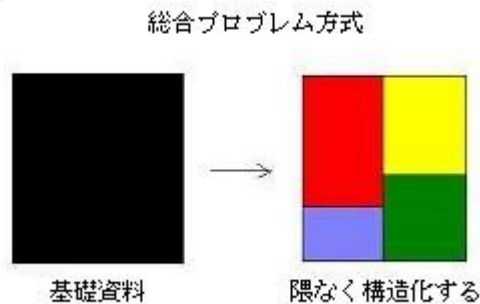
- 1 すべてのプロブレムをもれなく登録。
- 2 プロブレムには登録順・同じ登録日なら発生順に番号（#）を打つ。最新のプロブレムは最後の番号。この番号は終始変らない。主治医・機関は変わっても患者のプロブレム（疾病）は同じものである。
- 3 登録の日付[かぎ括弧]を入れる。
- 4 呼び名の深化を → で展開する。
- 5 転帰を明示する。

患者という生活人間が抱えている社会的人生的出来事の中に、失業、離婚、貧乏、多忙、交通難、子の問題、親族の介護などなどがある。病気はその中のひとつであって、これが患者診療におけるプロブレムである。病気以外の出来事に対処する者は、親兄弟、配偶者、会社、民生委員、国税庁、厚生労働省、などなどであって医師ではない。こうした多様なほかの出来事は、病気に対処する時の患者のいわば環境であって、医師の責務である医学診療の課題ではない。したがってカルテのプロブレムリストには書かれない。それらはカルテでは基礎資料の社会歴（病歴）の中に書かれる。範疇を違えていることに理解が及ばないと、患者の問題としてなにもかにもが雑駁にひと括りされて医師としてかかわる対象が判明でなくなる。医師は、患者の家計に金を贈与することはなく、その老母の介護の当事者として週夜をすごすこともなく、かれの婚姻に口をさしはさむこともない。

医師として自らの責務の範囲を認識しよう。ただし認識しなければ、ただし責任を果たせない。

では、プロブレムリストを作成する手順を図示しよう（図8・図9）。

図 8



基礎資料は、プロブレムリスト作成のために収集した資料であって、すべて事実の記述でなければならない。病歴・過去の資料・身体所見・スクリーニング検査所見から成って患者に関わるこの時点の医学的資料のすべてである。まず、この基礎資料を限なく病気ごとに区分けする。

区分けされた部分に、その時点で病気として最善の名を与える。命名がプロブレムである。命名はその名の病気の集合であって、患者のその病気もこの集合の中にある。検索検討のたびごとに名は深化して集合は狭まる。もし、名の集合が患者の病気だけしか含まない特殊な名になれば、地上 60 億人のなかでその名の病気はこの患者だけであることになる。各プロブレムはそれぞれに過去と現在が記述され得る。プロブレムは下記の記述を満たす。

プロブレム記述の原型

番号をつけたプロブレムごとに分けて記述する。記述する課題の宣言。

S：このプロブレムの現時点までの病歴と過去の資料

O：このプロブレムの現時点の観察所見（診察・検査）

A：このプロブレムの考察（鑑別・方針・目標・予後）

P：計画（診断計画 Dx・治療計画 Tx・説明説得 Ex）

経過記録も退院記録もプロブレムごとに記述される。プロブレムは個々に独立した病気であるから、個々に記述されなければならない。

経過記録

ときごとにプロブレムを記述する。

プロブレム（番号#）ごとに記述する。

S：症状・前回から今回までの経過。

O：身体所見・写真のスケッチ（検査・写真・病理報告書など）はまとめて別添。

A：考察。

P：計画はプロブレムごととせずに、カルテにはその現点の最重要プロブレムの中でまとめて記述してもよい。

こうすることで最重要プロブレムを名指ししていることになる。

一般共通事項と考える事柄は、その現時点の最重要プロブレム*の中に記述する。
新たなプロブレムは新たな番号の下に記述する。

退院記録

プロブレムごとに記述する。

S：入院前の記述（入院までの病歴・医療機関の記録の要約）。

O：入院"時点"の所見。

A：入院後の一切の出来事の記述（症状の推移、なされた検査、治療、結果）。

P：退院時の計画（診断・治療・説明説得）。最重要プロブレムの中でまとめて述べてよい。死亡退院に医師としての計画はない。

"時点"の意味はただしく理解しなければならない。患者の状態如何で"時点"の時間幅が異なることは当然のことと了解され得る。計画を最重要プロブレムのなかでまとめて記述してもよいとしたことについて、手短に説明しておこう。

患者にプロブレムリストの構造を認めた。この患者に働きかける計画は、個々にバラバラに働きかけるわけではなく、その構造全体に一拳におよぶ。ひとつの計画がひとつのプロブレムに特異的に対応するばあいもあれば、いくつかのプロブレムに対応していることもある。とくに多数の複雑なプロブレムを有する対象にたいするばあいに、プロブレムごとに考えてから構造全体にたいして組み立てた計画を元のバラバラの段階のままにおいておくと、徒に煩雑となって現実のカルテとして分かりにくく混乱する。複数プロブレムにまたがる薬物・食事治療や日付が前後する診断計画のカルテを想像す

るとよい。処方箋も食事指示もまとめあげられて一枚の計画である。頭の中では計画もプロブレムごとに考えているのだから、初心のうちはプロブレムごとに記述するのがよい。のちに、複雑な患者の外来診療の際などに最重要なプロブレムの中でまとめて記述する意義を実感できるだろう。

場合によってはプロブレムに正式番号をあたえ得ないことがある。そのときは暫定番号をあたえておいて、のちに正式番号とするか削除するかをかんがえるが、この間の事情は下記の通りである。

不確定・一過性・小事態（プロブレム）

基礎資料が十全でないとき、独立させるに足る病気であることが不分明なとき、正式プロブレムの一部分事項に過ぎないかもしれないと考えるとき、一時的な小さな出来事、などの場合は、正式プロブレムとしての数字番号はあたえず、暫定的に # a、b 番号の下に記述する。

これまで述べた規則からわかるように、総合プロブレム方式のプロブレムリストは患者の医学的課題をきっちりと捉えて組み立てている。規則どおりに書かれた実際のプロブレムリストを見ると、P O M R を手本とした本邦 P O S *6 との違いは歴然としている。

P O M R（本邦 P O S）

総合プロブレム方式

問題リスト（03・1・22 入院時）

- 1 黄疸
- 2 発熱
- 3 A 型肝炎の既往の疑い
- 4 縦隔脂肪腫摘出
- 5 虫垂炎（切除）

プロブレムリスト（03・1・22 入院時）

- # 1 粘液水腫[01.5.21]
→ 粘液水腫（# 2）[01.5.21]
- 治癒＜済み＞[01.7.25]
- # 2 甲状腺萎縮症[01.5.28]
- # 3 変形性膝関節症[01.7.25]
- # 4 閉塞性黄疸[03.1.22]
- # 5 発熱[03.1.22]

問題リスト（03・1・23 腹部 US・CT）

- 1 総胆管結石
- 2 胆道感染症の疑い
- 3 A 型肝炎の既往の疑い
- 4 縦隔脂肪腫摘出
- 5 虫垂炎（切除）

プロブレムリスト（03・1・23 腹部 US・CT）

- # 1 粘液水腫[01.5.21]
→ 粘液水腫（# 2）[01.5.21]
- 治癒＜済み＞[01.7.25]
- # 2 甲状腺萎縮症[01.5.28]
- # 3 変形性膝関節症[01.7.25]
- # 4 閉塞性黄疸[03.1.22]
→ 閉塞性黄疸（# 6）[03.1.23]

- # 5 発熱[03.1.22]
 - 化膿性胆管炎[03.1.22]
- # 6 総胆管結石症[03.1.23]

問題リスト (03・8・20 死亡時)

1 脳出血

プロブレムリスト (03・8・20 死亡時)

- # 1 粘液水腫[01.5.21]
 - 粘液水腫 (# 2) [01.5.21]
- # 2 甲状腺萎縮症[01.5.28]
- # 3 変形性膝関節症[01.7.25]
- # 4 閉塞性黄疸[03.1.22]
 - 閉塞性黄疸 (# 6) [03.1.23]
- # 5 発熱[03.1.22]
 - 化膿性胆管炎[03.1.22]
 - 治癒 <済み> [01.2.5]
- # 6 総胆管結石[03.1.23]
 - 治癒 (摘出術) <済み> [01.2.25]
- # 7 昏睡[03.8.20]
 - 脳出血[03.8.20]

(総合プロブレム方式による討論)

じっさいに総合プロブレム方式によってプロブレムリストを書く際に頭の中でなされる議論には次のようなものがある。一人の頭の中でも、他人との議論においてもかわることはない。規則によって何をかんがえればよいかが常に明確であるから、議論が道を踏み外すことがない。何人との間でも焦点がさだまった実りのある議論ができる。

症状・所見をただしく区分けしたか？

その所見はどのプロブレムに入れたのか？その理解はただしいか？別のプロブレムに入れて考えねばならないのではないか？

それは別個の病気として別個のプロブレムではないか？

単に所見として扱うべきでプロブレムとする事柄ではないのではないか？

二つのプロブレムにわけることではなく一個ではないか？

その所見は正式番号をあたえないで # a としておいてはどうか？

その名で呼ぶことができるのか？

検査所見を得ていなくても臨床的にその名で呼ぶことができるか？

確かめられるまで、控えた名にしておくほうがよいのではないか？

その日付でその名をあたえた根拠は何か？

その日にその名まで深化させられるのか？

その日なら名をかえることができるのではないか？

そのリストでは、なぜその検査をしたか理由が見えない。

その症状はすでにあるプロブレムの中に入れて理解していたのに、別のプロブレムの根拠にするのはおかしい。

こうした考察は、必然的に秩序系統だてた知識を必要とする。したがって方向性を持った学び方を身につけられる。この方式で行われるカンファレンスでは、他人の知識を受身で受け取るだけではなく、参加者それぞれの能動的な思考の筋道が開陳されて知的な興奮をともなって議論がすすむ。

(おわりに)

L.L.WEED ; "われわれは、医師が患者と過ごす時間の長さや、専門的技術の巧みさで、医師の効率性（effectiveness）を判定してはならない。むしろ、彼が仕事上つくる基礎データの完全さと正確さ、患者のデータを得る際のスピードと経済性、問題全体の定型化の適否、各問題を注意深く処理し追跡していく際に示す知性、彼が提供する適切な医療の全体的量によって、医師は評価されるべきである。"この思想は、プロブレムリストの内容が違っていても総合プロブレム方式と寸分たがわないことを強調しておきたい。
了。