

# ボリヴィアの講義：総合プロブレム方式

1999 (JICA) 栗本秀彦

## ボリヴィアの講義 1日目

### 1 紹介

システムを紹介する。

これから説明する 総合プロブレム方式は 考え方の技術である。患者をみて、診断し治療をかんがえるときに つかう技術である。

これは カルテに書く形式 でもある。この形式の特徴は 合理性にある。かんがえやすることが 合理的でない、この形式の とおりに は できない。また逆に、この形式どおりにすれば、しぜんに かんがえも することも合理的になる。

きょうは まずはじめに この形式の全体を みることから はじめよう。  
くわしいことは あとで説明する。

### ② 目標は「プロブレムリスト」

目のまえに 患者がいるとしよう。なにを めざすか？ 最初の目標は「プロブレムリスト」をつくることである。

「プロブレム」とは なにか？ いまは、患者の病気の ことと 思っていればよい。あとでよく説明する。「プロブレムリスト」は 患者の病気の 一覧表 である。

### 3 基礎資料の 収集

さて、目のまえの患者については、いまは まだなにも知らない。病気を診断するには 患者を知らなければならない。そのために、まず 基礎資料を あつめる。

基礎資料とは なにか？ 患者の「プロブレム」をみつけるために あつめた 患者の医学的情報 である。

「プロブレムリスト」と「基礎資料」が、この方式の2コンセプトである。

### 4 基礎資料

基礎資料には 4つのことがらがある。

#### 1 病歴

これにはさらに、現病歴・既往歴・社会歴・家族歴 がある。

注意しておきたい だいじな ことだが、現病歴は 患者がじぶんの病気について話したことがらを 時間にそって 書いたものである。だから、この文章の主語は 患者である。

患者の症状、患者が観察したこと、感じたこと、考えたことが、現病歴に書かれる。医師がみたことは 過去の資料 のなかにある。

現病歴だけを気にして、社会歴や 家族歴を おとしてはいけない。病気は まいにちの生活のなかにおこる。まいにちの生活を 知らなければ ただしく 病気を理解できない。

## 2 過去の資料

これは医療機関の記録。これまでの 病院や診療所に のこっている 医師や看護記録・写真・検査成績 などである。

## 3 身体所見

これは、いまの診察所見である。過去の診察所見は 過去の資料 のなかにある。

## 4 スクリーニング検査所見

なにを ルーチンのパッケージとするかは、専門によって ちがうだろう。たとえば、内科と産科では ちがう。また、時代や国によっても ちがうだろう。

さて、いまや 基礎資料のすべてが 手にはいった。これが いま 患者について 医学的に知っていることの すべてである。このほかには なにも 知らない。

## 5 「プロブレムリスト」の作成

ここで ようやく「プロブレムリスト」をつくる準備ができた。いま 目のまえにあるのは 患者の ごちゃごちゃの情報である。症状も、身体所見も、検査成績も、過去のできごと、みな 一緒になっている。

ここで、「プロブレム」は 病気であることを おもいだして ほしい。患者の病気は ひとつとは かぎらない。たくさんかもしれない。

さて ここからが、だいじなところだ。「プロブレム」は、病気だから、それぞれに、病気としての 過去も 現在も 未来も ある。そこで、「プロブレム」を ひとつひとつにわけて 考えよう。ここが あたまの 作業として むずかしい ところだ。

いっぱんに 診断を考えると、全部いっしょにしたまま 考えてしまう。肉も野菜も米も いっしょにした ブラジル料理のようなものだ。肉は肉、野菜は野菜、米は米にわけて、べつべつの 皿に のせよう。この ひとつひとつの 皿 が「プロブレム」である。3つの皿に わけられたら、「プロブレム」は3つある。つまり、患者の病気は 3つある。1つなら、病気は1つ。10皿 なら 病気は10個ある。

基礎資料の情報を ただしく わけるためには、基礎資料が あいまいであってはならない。そして ひろい知識とふかい理解が 必要である。そうでないと、ブラジル料理を 小さな皿に わけただけ のことになる。

Dra. C.C. : 例で 説明してほしい。

Dr. Kurimoto : では、ひじょうに 単純な例を あげて説明する。

## Case 1

Materials of Past : urine protein(-)2wks ago.

Present illness : fever 38°C, sore throat ×3 days

Physicals : reddened tonsils with exudate. no edema. blood pressure110/80.

Labs : urine protein(2+) RBC 30/hpf cast(+). WBC 11000 PMN 80%.

### #1 acute tonsillitis

S : fever 38°C, sore throat×3 days.

O : reddened tonsils with exudate. WBC 11000 PMN 80%.

A : infectious pharyngitis. ?bacterial etiology(strept,staph) ?not viral.

### #2 proteinuria

S : urine protein(-) 2 wks ago. no symptoms.

O : blood pressure110/80. urine protein(2+) RBC 30/hpf cast(+).

A : ?glomerulonephritis. ? Not of immune complex disease associated with #1bacterial agent, because of short interval between #1 and #2.

## ポリヴィアの講義 2日目

せんかいは、基礎資料を「プロブレム」ごとにわけるところまで話した。実際にしてみよう。つぎのケースの「プロブレムリスト」をつくってください。

## Case 2 50 yo F

Present illness : Fatigue×2wks. Polyuria and loss of body wt 6kg in 10days. shivering×3days. No appetite×2days. Urine not voided in 12hrs. Found drowsy this morning.

Physicals : BP70/50 PR128R/min RR30R/min. BT 37.9°C. chronically ill and emaciated. Glasgow E3V4.

skin turgor↓ jaundice-pallor-. cercical vein- thyroid normal. dental caries multiple. heart: dullness:Rt.St.border-K44(not enlarged),S1and2weakS3-S4-,mm-.

lungs: BLLfine crackles. abdomen:L-Lborder6ics,liver vertical span6cm,spleen-kidneys- mass- muscular guarding- bowel sound↓ ascites- aortic bruit-.

Made grimace by knock on back.

DTRs all hypoactive Babinski-. peripheral arteries: dorsal pedis normal, tibialis post normal.

rectal content brown.

Lab : catheter urine 20ml: SG1030 PH5protein2+sugar3+uro±keton2+

WBCnumerous RBC5/hpf.

bioch:GLU500mg/dl CRN2.5mg/dl. hematol:Hb10.0mg/dl MCV70(n90)

MCH26(n32),WBC10500( st40%sg50%toxic granule+Dohle+vacuole+).

Material of Past : none

*Dra.S.* (Univ.Cochabamba 卒 インターン)

#1 Fatigue #2 Polyuria #3 Bodyweight loss #4 Shivering #5 Anorexia

#6 Sopor #7 Anuria

プロブレムは 患者の疾患だと 注意されたあとで 訂正したリスト ;

#1 Dehydration #2 Anemia #3 Acute Renal Failure #4 Diabetes Mellitus

*Dr.P.* (Univ.Cochabamba 卒 1 3年目の小児科医)

#1 DM #2 Ketoacidosis #3 Renal failure #4 Polyneuropathy #5 Anemia

*Dr.Kurimoto* の リストをみて 訂正したリスト ;

#1 Dental Caries #2Hypochromic Microcytic Anemia #3 Diabetes Mellitus

#4 Leucocyturia #5 Bacteremia(#1)

*Dr.Kurimoto* の プロブレムリスト

#1 Dental Caries[\*]

#2 Hypochromic Microcytic Anemia[\*]

#3 Diabetes Mellitus[\*]

#4 Acute Pyelonephritis[\*]

#5 Shock Syndrome[\*]→Septic Shock Syndrome(#4)[\*]

## ボリヴィアの講義 3日目

### ⑥ プロブレムの命名

さて、わけた 皿にひとまず 名前をつけよう。つまり、「プロブレム」に名前をつける。いま もっとも 病気を あらわすのに よい名前をつける。「プロブレム」は、「**病気 と そのときの呼び名**」である。その名前は、ふだん つかわれる 疾患の名前でなくてもよい。

たとえば、肺結核や シャガ心筋症 や 胃潰瘍など のような 古典的病名でないかもしれない。それで かまわない。しばしば、古典的病名の 診断までは できないことがあり、そういうときは 症状や所見の 名 をプロブレムにつける。いま いちばんいい名前をつけて その病気を よぶ。多発関節痛、胸水、昏睡 などのように。それが「プロブレム」である。病気は いまは その名前である。

## 2 プロブレムの記述

いま、「プロブレム」ごとに基礎資料をわけた。すると、「プロブレム」は、それぞれに歴史あり、現在がある。それぞれの「プロブレム」の歴史と現在を書くことができる。区別してはっきりと書こう。過去、現在、未来をまぜこぜにはしてはいけない。ここでもブラジルスタイルはさけよう。

ひとつひとつ「プロブレム」ごとに基礎資料からプロブレムのサマリーを書く。**S**には、患者の症状といままでの過去の資料を書く。つまり、診察するまえまでのできごとである。

**O**には、身体所見と検査成績をかく。つまり、いまの観察所見である。

各プロブレムに共通する一般的症状や所見は、現時点の主要プロブレムに書く。

ここまでは、情報は基礎資料のなかにあった。このさきは、基礎資料からはなれる。ここでまた、だいじなことを話そう。基礎資料はぜんぶ**事実の記述**で書かれなければならない。基礎資料にはあいまいな憶測があってはならない。あいまいをもとにしては正しい「プロブレムリスト」はつぐれない。

## 3 プロブレムの分析

「プロブレム」は病気である。それでは、この「プロブレム」について、検討をはじめよう。その鑑別診断・性質・原因・メカニズム・程度・範囲・予後、などをかんがえよう。これらは**考え**といえる。判断である。これらの考えたことは**A**にかく。

### ⑨ 事実の記述と判断の記述（記述の性質）

いま、事実の記述とか判断の記述といったが、この区別がはっきりわかっているだろうか？ **事実の記述**は証拠だてられる言明である。**判断の記述**は意見である。

検査成績を例にして、この区別をはっきりさせよう。事実の記述の例をいうと、Hb 15.0 / Na 155。Hbは正常 / 高ナトリウム血症 というのは判断の記述。「日本病院は1999年にできた」は、中身はまちがっているけれども**事実の記述**である。「ポリヴィアは発展した」は、判断の記述。その中身は**事実**であるが。

まちがえないようにしてもらいたい。こういうことが可能である。事実の記述だが、その言明は**事実**ではない。また、判断の記述であって、その言明は**事実**。

### **A** は判断

**A**には、**考え** 判断 をかく。なにについての**考え**かは さきに述べた。その**考え**の根拠は基礎資料のなかになければならない。

## 6 プロブレムの計画

さいごに、「プロブレム」についてということは 計画である。実行行為としての診断・治療・患者への説明と説得 である。こうして、それぞれの「プロブレム」を区別し記述することができる。実際のカルテには、計画は 各プロブレムにまたがることが多いから、まとめて 現時点の主要プロブレムに 記載する。

## 7 経過記録

これからあとは、すべてまず、「プロブレム」を書いてから、それについて 経過記録を書くことになる。あたらしい「プロブレム」があらわれたら、それについて 資料を あつめて 名前をつける。そして同様に、その「プロブレム」の経過記録を書く。

## 8 プロブレムの名の更新

それぞれの「プロブレム」について、診断計画を おこなうことになる。その結果、「プロブレム」について、もっとくわしく 知ることができる。そうすると、「プロブレム」の呼び名も、もっとよい名前にかえることができる。

そうになったら、呼び名を あたらしく かえよう。このあと「プロブレム」は その名前でよばれる。呼び名は こうして つぎつぎ かわる。もしできるなら、さいごには これ以上には かえられない 古典的病名に いきつくだろう。たとえば、成人型T細胞白血病、十二指腸潰瘍、急性連鎖球菌髄膜炎、 などのように。

以上が、この形式の 全体である。

## 9 プロブレムリストの形式

さいごに「プロブレリスト」をつくるときの だいじなことを を述べよう。

「プロブレムリスト」は 患者の病気の 一覧表 だから、病気は ぜんぶ 書かれる。自分の興味では 書かない。興味で はぶいてはいけなない。患者の病気は 医師の 興味に かんけいなない。「プロブレムリスト」はだれでも どこでも いつでも 使える。リストをみれば、患者の病気はだれでも どこでも いつでも わかる。

リストの「プロブレム」には 番号が うってある。いちばん 重要な「プロブレム」から 番号を うちたくなるが、番号は「プロブレム」という 病気がおこった 順番に うってある。だから、いちばん古い「プロブレム」が 1ばん。いちばん あたらしいものが 最後の番号になる。そうだから、「プロブレム」の番号は いつでも どこでも 同じ である。

そして「プロブレム」には、リストに書いた 日付 を書く。起こった 日付 ではない。「プロブレム」と みとめたからから 計画が うまれる。だから、「プロブレムリスト」に登録した 日付を 「プロブレム」ごとにかく。

\*\*\*\*\*

それでは、もとへもどって大事なところをくわしく話そう。

#### ⑮ プロブレムの抽出

目のまえに基礎資料がある。ここにある情報から「プロブレム」を見つけるおおよっぱな考え方を説明しよう。基礎資料の情報のひとつひとつについて、つぎのように頭のなかで考えてみる。

- a まず発症の時間と経過をかんがえる。急性、亜急性、慢性かに分類する。すると、それぞれのかたまりができる。
- b 臓器もかんがえる。すべての臓器について異常がないかをかんがえて、臓器ごとに分類する。ひとつの臓器にべつの疾患が共存することもある。
- c そして、発症と臓器をかんがえてできたかたまりについて、性質をかんがえる。これが鍵であり、たぶんいちばんむずかしい。

ふつうには、いきなり病名をかんがえてしまう。そうはしない。考えることは病態生理学である。

例をあげよう。低ナトリウム血症についてかんがえる。もしもいきなり古典的病名をかんがえると、慢性腎不全やアジソン病があたまたに浮かぶだろう。いきなりそのようには考えない。この患者の低ナトリウム血症の病態生理をかんがえる。そのためには低ナトリウム血症ぜんぱんの病態生理学の知識がなければならない。

ナトリウムの値はただの1滴の血清の濃度だから、身体全部のナトリウムの量がすくないとはかぎらない。浮腫でうすまっただけかもしれない。あるいは、ほんとうに全体のナトリウムが減ったとしたら、得た量より失った量がおおすぎたのである。すなわちマイナスバランス。この患者ではどこから失われたのだろうか？尿？汗？下痢？

汗や消化液のNaの濃度を知っていますか？ひとびとがまいにち食べているNaの量を知っていますか？補液のNaを計算していますか？汗や下痢がなかったら、およそ食べた分だけ尿に失われているはずだ。

もしも尿のなかに異常に多くのNaが失われていたら、患者のそのしくみが異常である。腎臓の尿細管がわるいか、尿細管はいいのにホルモンが足りないかのどちらかである。蛋白尿がなければ腎臓はわるくなさそうだから、Naを貯えるホルモンの欠損である。

病態生理をかんがえてゆくと、ある患者ではつぎのように結論できるかもしれない。倦怠、食思不振、低血圧、低ナトリウム血症は、ぜんぶまとめてひとつの病気で、

まえの3つは低ナトリウム血症の結果である。

病態生理を考えると、こういうことである。

d 基礎資料にある症状や所見のひとつひとつをこのように頭のなかでかんがえる。そうすると、「プロブレム」としてのまとまりが浮かんでくるだろう。「プロブレム」はひとつだけかもしれないし、たくさんかもしれない。

#### ⑩ プロブレムの命名

「プロブレム」の名前は、疾患の特質をそのときいちばんよく表わしている名前をえらぶ。さきほど話した例では倦怠、食思不振、低血圧ではなく、低ナトリウム血症がもっともよいだろう。

おおくのばあい、はじめは古典的病名、たとえばChaga 心筋症、黄熱病、肺結核では名前をつけられない。症状や身体所見や検査異常が「プロブレム」の最初の名前となるだろう。たとえ古典的病名でなくても、それが患者のこのときの病気の名前であるたとえば、下痢、心雑音のように。ときには、もうすこし特異的な名前をつけられることもある。たとえば、滲出性胸膜炎、急性髄膜炎のように。

「プロブレム」は事実でなければならぬ。不確かや憶測ではいけない。もしも結核性胸膜炎と断言できないなら、「プロブレム」の名前は滲出性胸膜炎にとどまるべきで、結核性胸膜炎まではみだしてはいけない。滲出性胸膜炎にとどまっているなら、ほかの原因も可能である。だがいったん結核性胸膜炎としてしまうと、ほかの原因をかんがえることはない。まちがっていけば 事実 は 失われ、ときには患者は死ぬだろう

また、例をいう。腹痛があり、下痢して、嘔吐している患者がいるとしよう。「プロブレム」はなにか？ ある患者では、「プロブレム」は「下痢」であり、他の患者では「腹痛」である。いちどすこし下痢しただけのはげしい腹痛の患者の「プロブレム」を「下痢」と名づけてはおかしい。1日何回も下痢があり脱水にもなった患者の「プロブレム」は「下痢」でないといけない。

基礎資料をよく分析して、「プロブレム」の名前をつけなければいけない。

#### ⑪ プロブレムという“集合”

さて、いまこの患者の「プロブレム」に名前をつけた。ここで、「プロブレム」というものを一般的にかんがえる。

この名前の「プロブレム」は、そう名づけられたものの“集合”である。「プロブレム=下痢」をかんがえよう。そのなかにはいろいろな「下痢」がある。発熱がある下痢、

ない下痢、水のような下痢、粘液のある下痢 など、など、など。

この患者の「下痢」も “集合”=下痢のなかにある。“集合”=下痢の なかにあってこの患者の「下痢」の特徴は なんだろう？ それを かんがえる。それを かんがえることが鑑別診断のはじまり である。「プロブレム」の S・Oにつづいて、これを Aにかこう。

たとえば、つぎのように Aにかこう。

#### # 1 下痢

A：これは、亜急性におこり、ついに 血便となり、発熱を ともなう、わかい東京人の男の下痢である。

もしこの時点で、ほかの下痢と 区別できる はっきりした特徴を いうことができたら、特異的な名前にはやく 近づくことができる。（ところで、この 東京人の下痢を 何と かんがえる？ ポリヴィア人だとしたら 何と かんがえる？）

そしてこの「プロブレム」の 鑑別の 診断計画を かんがえる。検索の結果、非特異的な “集合”=下痢 から より 特異的な “集合”の名前に 患者の「プロブレム」の名前を かんがえることができる。古典的病名 は もっとも特異的な “集合”の名前である。

たとえば、非特異性潰瘍性大腸炎とかアメーバ赤痢。この患者の病気は、“集合” =非特異性潰瘍性大腸炎とか、“集合”=アメーバ赤痢のなかにある。

### ⑱ プロブレムの 鑑別

「プロブレム」の名前が きまったら、こんどは「プロブレム」の 鑑別診断に すすむ。ここでも 病態生理学的に かんがえる。

また、例をしめそう。

#### # 1 貧血

Hb濃度が ひくいことは 貧血と おなじことではない。血漿が 多くて うすくなっている だけかもしれない。妊娠のように。

貧血は 赤血球が 真にすくないことである。さいしょに MCVとMCHとMCHCを みよう。これは ひとつひとつの 赤血球の品質を あらわしている。

もし MCV、MCH、MCHCが 正常なら、ひとつひとつ は 立派だが たんに 数がつくられていない。再生不良性貧血が 代表的。

MCV、MCH、MCHCが 正常以下なら、数だけではなく ひとつひとつの 赤血球は 小さくて Hbを すこししか作っていない。すなわち 低色素性小球性貧血である。つまり 細胞質での Hb合成障害。代表は 鉄がたらない鉄欠乏性貧血や 鉄を利用できない慢性活動性炎症疾患に ともなう貧血。鉄がたらない なら、どうしてか？ 食べるのがたりないか、失われたか。失われたなら、どうやって？ どこかに 慢性の出血があるか？ 月経が

おおいか？ おおいか、すくないか を どうやって 判断するか 知っていますか？ 患者が おおい と言っただけでは 事実かどうか わからない。それは 判断の記述。

もし MCV、MCH、MCHC が 正常以上なら、核の成熟障害で 細胞質では Hb が つくりつづけられた。代表はビタミン B12 欠乏性悪性貧血。そしてまた この病態生理を かんがえる。

こうして 病態生理学的に分析すると、診断計画も 容易に たてられる。医師は、なに はともあれ 病態生理学者 にならなければいけない。

#### ⑱ プロブレムの 名の更新

このように、「プロブレム」は、非特異的な名前から、そして より特異的な名前に 段階的に 名前をつぎつぎと かえてゆく。これが 鑑別診断の方向である。更新した あたらしい名前は 日付 とともに 「プロブレムリスト」に 登録する。

#### ポリヴィアの講義 4日目

#### ⑳ プロブレムの名の範疇

ここで、「プロブレム」の名前そのものについて かんがえる。名には、ちがう 2つの 範疇 がある。

A：病因論的 形態学的 範疇

B：機能的 生理学的 範疇

このふたつを ならべるから 比べてほしい。

A：心房中隔欠損 B：鬱血性心不全

A：肺線維症 B：呼吸不全

A と B は 併存する。よく かんがえて ほしいが 患者の病気は この A と B が あわさったものである。患者の病気は 心房中隔欠損によって おこった 鬱血性心不全であると同時に、鬱血性心不全を おこした 心房中隔欠損である。健康、病気、死は B の範疇である。（レジデントに他の例を黒板に書いてもらった）

心房中隔欠損は、ある患者では鬱血性心不全になり、ある患者では鬱血性心不全にもならず 元気だろう。このようなとき、「プロブレム」の名前をどうするか？

この患者が 鬱血性心不全なら 「プロブレムリスト」を こうする。

# 1 心房中隔欠損

# 2 鬱血性心不全(#1) として # 2 は # 1 が 原因 であることを あらわす。

Chaga 心筋症では どうしよう？ 鬱血性心不全ではない Chaga 心筋症はない といってよいだろう。そのばあいは、# 1 Chaga 心筋症 だけで じゅうぶんである。自動

的に鬱血性心不全がそこにくみこまれる。そのようなばあいには、ふたつにわけると必要はない。ほかにもこのような例はいくつもあるからかんがえてほしい。

アルツハイマー病と痴呆症、急性尿細管壊死と急性腎不全、バセドウ病と甲状腺機能亢進症。 (レジデントに他の例を黒板に書いてもらった)

## ① 名の特異度

さて、このふたつの範疇をよくしらべてみる。すると、非特異的から特異的へだんかいはあることがわかる。

A: 汎血球減少症 ⊃ 白血病 ⊃ 急性白血病 ⊃ 急性リンパ性白血病 ⊃ 急性T細胞白血病

B: ショック症候群 ⊃ 敗血性ショック症候群

左の集合ほどひろく非特異的で、右ほどせまく特異的である。

## ② プロブレムの名の更新

こうしてみると、すすんでゆく診断の方向がわかるだろう。  
etiopathological morphological にも functional physiological にも、nonspecific から specific へと、「プロブレム」の名はすすむ。

例をあげるから、よくわかってほしい。

#1 腹痛 → 急性膵炎

(symptom) (classical name of disease)

#2 胸水 → 浸出性胸膜炎 → 結核性浸出性胸膜炎

(finding) (classical name of disease)(classical name of disease including etiology)

#3 鬱血性心不全 → Chaga 心筋症

(name of physiological disease) (classical name of disease including etiology)

#4 急性肝炎 → 急性A肝炎

(classical name of disease) (classical name of disease including etiology)

「プロブレム」が名前をかえてすすんでゆくそれぞれの段階で、その特徴を分析して **A** に書く。それがつぎへすすむ土台となる。

「プロブレム」は事実でなければならない。名づける名前にはゆるがないかたい考えがなければならない。ふたしかな名前に飛躍してはいけない。

## ③ プロブレムの展開

さいごに、「プロブレム」が展開してゆく7つの型がある。

1 : 取り消し

# 1 胸水→ (取り消し) [取り消しの日付]

2 : 訂正

# 1 上部消化管出血→(訂正) 鼻出血 [訂正の日付]

3 : 進展

# 1 貧血→ 鉄欠乏性貧血[進展の日付]

4 : 原因の特定

# 1 急性肺炎→ 急性肺炎球菌肺炎[特定の日付]

\*

# 1 ネフローゼ症候群→ ネフローゼ症候群(# 2) [特定の日付]

# 2 全身性エリテマトーデス

5 : 包含

# 1 好酸球増多症→ # 2 [包含の日付]

# 2 剥脱性皮膚炎

6 : 移行

# 1 急性腎不全→ (移行) 慢性腎不全[移行の日付]

7 : 治癒

# 1 肺膿瘍 → 治癒[治癒の日付]

#### ④ 暫定プロブレムリスト

「プロブレムリスト」はじゅうぶんな基礎資料を あつめてから つくらなければならない。だが 現実には、基礎資料が じゅうぶん でないまま、診断計画をたて、治療をはじめなければならない 事態がおおい。そのときは、基礎資料が 不十分でも、暫定的な「プロブレムリスト」をつくる。「プロブレム」の記述のしかたは 同じ。

暫定プロブレムリストを 進行させているあいだにも、基礎資料を あつめて、なるべく はやく 正式プロブレムリストを 完成させる。

#### ボリヴィアの講義 5日目

##### **A 基礎資料**

基礎資料に かかれるのは 事実の記述であることを くれぐれも わすれるな！.

1 : 現病歴の記述 の 仕方

現病歴は 患者を 主語 として書く！

経時的に 書く.

2 症状は いつはじまったか？

はじまったときの きっかけ は何か？

- ; Vallegrande から帰った 翌日に
- ; あさの コーヒーを 飲んだ とたん

部位は？

性質は？（患者が かんじた とおりに 書く）

程度は？

- ; いたくて 立って いられず すわった
- ; 痛いけれどそのまま 歩いた
- ; はじめとくらべて 30%ほどに 減った

症状は、どのように つづいたか？

患者は それで どうしたか？

患者の なまなましい即物的な ことばを、あいまいな 医学的常套句（腹部の激痛）に  
ほんやく するな！

- ; 胸に 火が いった ような いたみ
- ; 腹が 裂ける ような いたみ
- ; 頭に 釘を 打ち込まれた ような いたみ

このように 患者が かんじた ままの 言葉で いえ。

- 10 患者が あいまいに 症状を いったら、内容を あきらかにする。スペイン語にも あいまいな 表現があるに ちがいない。
- 11 患者が 無意味なことを いったら、症状を しらべる。わたしは 心臓 がわるいと言っても、それを 書くな。動悸、息切れ、苦しくて あおむきになれない、などを しらべる。
- 12 患者が 所見を いったら、だれが 観察したかを たずねる。
  - ; けさ 鏡をみて じぶんで きづいた
  - ; 妻が きづいた
  - ; 医師に いわれてはじめて 脈のみだれに 気がついた
- 13 随伴症状と 随伴所見を しらべる。随伴症状は 主症状に ともなっている 症状。症状は まったく ばらばら には現われない。疾患 が あって 症状が あるから、まとまって 現われやすい 症状群 がある。
  - ; 頭痛に ともなう 発熱や 吐気
  - ; 飲み込めない に ともなう 嘔れ声
  - ; 発熱に ともなう ふるえ
- 14 ほかの 医師の 診断は、診断時点の 症状と 所見を 患者に たずねる。
  - ; 胸膜炎と いわれたときは、息をするたびに胸が いたかった
  - ; 胸膜炎と といわれて ビール色の水を ぬいた
- 15 ほかの クリニックの できごとは、患者の目 に みえたとおりに 書く。

## 2： 身体所見

総合内科でながいあいだ使われてきたカルテを供覧する。観察する項目は印刷してある。レジデントの所見はてらしあわされる。そして、レジデントはこれらをただしく観察して記述できるように指導される。ただし「プロブレムリスト」にはただし所見が不可欠である。

## 3： スクリーニング検査のパッケージ

専門によってちがうが、いづれにしてもつぎの要請をみたす。

- 4 よくある異常に感度がたかいこと
  - 5 多くなくても大な異常に感度がたかいこと
- ③ 検査作業が簡便であること
  - ④ 安価

## 4： 過去の資料

- 1 資料の出处と日付を書く。
- 2 検査結果には具体的な数字を書く。たんに、正常、異常のようにじぶんの判断の記述でおきかえてはならない。
- 3 フィルムはみなおす。カルテには医師の読影所見が書かれている。それはそのときのその医師の所見である。そのときに見えなかったことがあとから見えてくることはよくある。
- 4 標本はじぶんでもみってみる。レポートだけですませない。末梢血液標本などは簡単だからじぶんも熟練する。組織標本は顕微鏡をみながら病理医の説明をうけよ。
- 5 資料に不明なことがあったら、まえの医師にたずねるのをためらうな。

## B カンファレンス

カンファレンスは、患者の紹介説明をするためではなく、ただし診断とよりよい治療をもとめて討議をする場である。有効に討議するためには、カンファレンスの形式をきめておく必要がある。

### 呈示の順序

- 1 氏名、性別、年齢、職業をいう。
- 2 現病歴を読み上げる！（書いたとおりに読み上げる。つけくわえるな！はぶくな！記録にのこるのは書かれたものだけである。）
- 3 既往歴を列挙する。

- 4 身体所見をカルテの項目にそっていう（全部いう。診察していないものはいえない）。
- 5 過去の資料の有用なものをいう（このとりあげかたに担当医の理解の程度がよくあらわれる）。
- 6 こんかいしらべてある検査所見を日付（時間）とともにいう。
- 7 写真・心電図は供覧する。

基礎資料がしめされた。あとは「プロブレムリスト」を述べる。

- 8 「プロブレムリスト」を読み上げる（「プロブレム」の解説は不要）。
- 9 それぞれの「プロブレム」について、計画を診断と治療にわけていう（計画の理由をいう必要はない）。

質問、討議は呈示のあとはじまる。

### **C レジデントの評価**

- 1 問診し、正確に病歴を書くことができる。
- 2 過去の資料を有効にあつめて、それをまとめることができる。
- 3 完全な身体所見をとることができる。
- 4 基本的な検査をじぶんでおこなうことができる。
- 5 「プロブレムリスト」をつくることができる。
- 6 「プロブレム」の計画をいうことができる。
- 7 ほかの医師とパラメディカルに説明し、的確に指示できる。
- 8 患者と家族がわかるように説明できる。
- 9 患者と家族のパニックをすくうことができる。

\*\*\*\*\*

さあ、それでは実際にやってみよう！