

「総合プロブレム方式」の本義
——カルテ使用上の注意点——
栗本 秀彦

総合プロブレム方式が診療カルテや症例検討で昨今各処で使われるようになってきた。さらに診療の基本土台と考えられる広がりも出てきた。だが表面上ではそのように見えても、内実は総合プロブレム方式の本義から離れていることが見られないわけでもない。そこで原理原則の本義と実診療カルテでの使い方に分けて考え直してみたい。基本枠組みとして運用する際に本義を外さない注意が必要である。

I 目的 1) プロブレムリストの作成と管理

2) プロブレムごとの記述

II 使い方 I) プロブレムリストの運用

★カルテ冒頭に掲示

★主治医が作成

★継続して使用

★初期プロブレムリストも正しい疾患カテゴリーのプロブレムで作成

★内科専門医の訓練教育の目標

2) プロブレムごとの記述

★医師記述と別枠に看護介護記録

★プロブレムの要約説明は別途

★日々の診療記録

★指示書

★入退院サマリー

★患者への病状説明

(注) いくつかの例示：★内科専門医の訓練教育の目標

参照 9 件

I 目的

総合プロブレム方式はカルテ本体の形式である。そこには用語の定義と記載の規則が定められている。用語と規則は別書にゆずる^{1) 2)}が、それを踏まえていただかないと先へ進めない。

総合プロブレム方式は思考の法則とも言える。法則に則った形式に従うのであるから、従う限り法則を外れることができない。患者診療かくすべし、という形式の強制力がある。総合プロブレム方式はいわば診療の法規という次元にある。

この法規が意味するところ、つまりは目指すところは何か？ 初めから終わりまで継続する全体診療である。ということは取りも直さず、患者における主治医診療である。

主治医診療とは何か？ 現在の診療態様は臓器別単科診療の寄せ集めである。バラバラの臓器別単科診療がそれぞれ別途に1人の患者にかかわる。主治医診療とは「患者の全ての病気を認知して、診療統括者として患者にかかわり全ての病気に対して診療者としての責任を負う診療」である。分かりやすく対比して言うと臓器別単科診療とは“臓器別専従領域に属する疾患だけにかかわり特殊専門技術技能者として終始する診療”である。しばしばグループ診療と称する診療態様が内実は複数診療科の無統制な同時参入で患者に対する全体統括責任のない診療であることと、主治医診療は対比を為す。

この法規の根幹は「プロブレムリスト」と「プロブレムごとの記述」である。主治医診療を目標とした法規は、プロブレムリストの作成と管理を主治医の責務と定め、プロブレムごとの病気の記述も主治医の責務とする。このことを説明しよう。

1) プロブレムリストの作成と管理

主治医診療を目標とした法規は、プロブレムリストの作成と管理を主治医の責務とする。

患者ははじめは混沌とした状態にある。何個のいかなる病気があるかは分からない。最初に初期プロブレムリスト（initial problem list）が作成される。それは正規ではない暫定リストかもしれない。作成者は主治医でないかもしれない。この時期には主治医はまだ決まっていないかもしれない。病気の診断が深まるとプロブレムの名が深化した名に更新される（つまり診断が進んだ）。病名深化に伴った更新や暫定リストを正規リストに更新することは主治医が行う。初期リストと正規リストとの関係は、主治医診療を正当なものにする上に重要である。

全体診療としての主治医診療が初期リストから正規リストを正しく引き継ぐには、プロブレムの正しい概念に基づいたリストが初期からすでに作成されねばならない。さもないと、初期リストと正規リストの間は絶たれてプロブレムリストとして一貫せず、患者に対する全体診療はぐらつくことになる（図1）。初期リスト作成者が誰であろうと、ひとたび患者診療の当事者である限りは、疾患カテゴリーの正しい初期リストを作成せねばな

らない（図2）。

図1

初期プロブレム → 更新プロブレム

同じ疾患カテゴリー（AとAA・BとBB）であれば
同じプロブレム番号で引き継ぐことができる。

A = AA	A → AA
B = BB	B → BB

異なるカテゴリーで初期プロブレムが書かれれば
すなわち正しくない疾患認識であれば引き継げない。
初期プロブレムリストは未作成だったことになる。

c ≠ AA	c ↗ AA
d ≠ BB	d ↗ BB

主治医診療が正しく成り立つことと副科診療³⁾が正しく成り立つことは同時であって、片方だけが正しいということはない。副科医とは「主治医という診療統括者が負っている患者の全体診療のうち、主治医の要請によって特殊専門部分を担当する診療者」である。主治医と副科医とが、患者の診療という共通目的の下に円滑に連繋連動して1人の患者を診療する。

両者が患者の病気について同じ認識を持たねば、つまり同じプロブレムリストを共有しなければ、共通目的を持つことは出来ず診療に協同することができない。共通目的・協同意欲・コミュニケーションの組織3原則を満たすことさえできない。

リスト作成者がそのまま副科医となることも、ならないこともある。特殊専門部分が複数必要な患者では副科医は複数いることもあり得る。

図2 例示

初期プロブレム 更新プロブレム

貧血/血小板減少症 → 急性骨髄性白血病 ○

患者の病気が正しいカテゴリーで認知されれば、その名が低水準であっても、正しく更新プロブレムにつながる。

浮腫/心悸亢進 ↗ ×

病気として正しくない疾患カテゴリー、すなわち誤った診断で認知されると更新プロブレムにはつながらない。

発熱/咳嗽 → 急性肺炎 ○

患者の病気が正しいカテゴリーで認知されれば、その名が低水準であっても、正しく更新プロブレムにつながる。

食思不振/全身倦怠感 ↗ ×

病気として正しくない疾患カテゴリー、すなわち誤った診断で認知されると更新プロブレムにはつながらない。

2) プロブレムごとの記述

総合プロブレム方式は法規として各病気（プロブレム）の記述を主治医の責務とする。

主治医診療では、とうぜん全ての病気（プロブレム）は主治医の管轄下にある診療の最終決定は主治医の責任下にある。プロブレムリストで名指されている疾患は、それぞれが疾患カテゴリーとして別々のものだから、そのカテゴリーにある患者の病気は別々に記述できる。全プロブレムを把握していれば、全プロブレムについてそれぞれを記述できる。そして、それが出来ることが主治医たる要件でもある。主治医診療を放棄して把握してなければ記述できない。副科依頼の専門個別疾患でも副科報告質疑によって把握できる。

法規は各個別々の記述を義務づける。それぞれが別途記述できる複数事件が患者という一つの世界に同時に生起している。それらが如何なる関係にあるか、如何に影響しあっているかを正しく見知らなければ、その一つ世界に正しく対処できない。

Ⅱ 使い方

この方式を実際の診療に適用する際の注意点を挙げる。診療の土台とするときにぜひとも気をつけていただきたい。

1) プロブレムリストの運用

★カルテ冒頭に掲示

患者診療の基本枠組みであるから、いつでも直ちに参照できなければならない。

★主治医が作成

プロブレムリストの管理責任は主治医にある。

★継続して使用

患者病気の戸籍であるから、更新されながら何処でも何時でも誰にでも継続して使い続けられる。施設から施設へと繋げて使う。旅行中の海外へも携帯できる。

★初期プロブレムリストも正しい疾患カテゴリーのプロブレムで作成（注1）

作成者の如何を問わず正しく初期リストを作成する。初期にはいまだプロブレム名は古典的疾患名には深化できないのが普通である。このとき重要なことは、初期リスト作成者がプロブレムの概念とリスト規則を遵守していることである。さもないと混乱が起こる。プロブレムは病名であるから、病気としての認知が誤っている初期プロブレムから主治医リストに引き継ぐ際の混乱は容易に想像できる。混沌とした初期状態の中で、資料情報を正しく疾患カテゴリーで整理して正しくプロブレムを抽出しなければならない。初期リス

トの各プロブレムは、たとえ名の水準は低くても診断のカテゴリは正しくなければならない。

★内科専門医の訓練教育の目標

初診医として初期リストは正しく作成せねばならない。初期プロブレムからの更新は理解・診断の深さが求められるので、主治医機能の“内科学内科”専門医を待たねばならないことも多いだろう。そうだとすると、臓器別単科専門医を含む全ての“内科”専門医は少なくとも初期プロブレムは正しく認知する能力を持たねばならない。

2) プロブレムごとの記述

★医師記述と別枠に看護介護記録

総合プロブレム方式はカルテ本体の形式であって、「プロブレムリスト」と「プロブレム記述」は医学診療上の本態である。診断治療の決定は看護や介護とは次元が異なる。医師の診療なくしては施設において看護も介護も存し得ない。日常生活に直接する看護介護

図3

カルテ本体 医師記録

#1 糖尿病

O: FBS140. U/A=P±Glu±ケトンー.

A: #2ステロイド、かつ食事摂取量も日々動揺するが、ひとはまずコントロール安定. ketosis-. 現行インスリン続行. neuropathy合併はない(PTR陰性は#2vincristin).

P: Tx) 1 食事1800Kcal継続(食塩10gm).

2 インスリンR毎食前10U継続(1日30U)

注 毎食インスリン注前血糖(120mg/dl以下でインスリンR5Uに減量)

Dx) 1 体重測定1x/週. 蓄尿中止.

2 早朝尿で一般検尿 週2回(月木).

Ex) 1 ジュース果物など適宜.

2 眼科受診.

#2 悪性リンパ腫(DLCBL)

CHOP第2クール Day10

S: 食欲なし(半減). 飲水は出来る. 便秘3日なし.

O: 頸部リンパ腺=右1cm大3個(縮小)消しゴム硬/左不触(縮小). 肝縦幅10cm. 脾臓不触.

心肺正. 腸蠕動音2X/分. 口腔正. PTR-/-.

WBC1200(n780)Plt45,000. U/A P-. LDH386 ALP310

UA7.4.

A: 化学治療は今のところは有効. 感染症の徴候なし.

薬剤性血球減少は今が極期. vincristin neuropathyはPTR-化で明らか. 便秘もその一部現象?

病室のクリーン化不要.

P: Tx) プルセド3T 適宜頓用.

Ex) 1 検査治療以外は室内に.

室外ではマスク着用. 帰室時うがい手洗い.

2 1週後には外出可能となるだろう.

看護記録

バイタル BP128/76 PR18X4/分 BT36.2 蓄尿1200ml.

nr1 感染予防

- ・アルコール手消毒液とマスクは売店で購入してもらう. 前回と同じで本人承知.
- ・奥さんもマスクしてもらって.
- ・窓にはなるべく近寄らないようにすすめた.
- ・'娘の結婚式が気になる. 出席したい'. ちょうど白血球が増えた時になると良いですね. その時なら外出OKと先生が言っていました.

nr2 食欲がない

- ・今朝も昼も主食6割. 副食は3割.
- ・食べられないときはジュース果物やゼリープリンなど少しづつ摂って. でも生ものはダメです. 今はばい菌にかかりやすいから.
- ・下剤処方. 腹がはることはないよ. オナラ出ない.

nr3 インスリン治療

- ・毎回部位変更の注射部位に硬結ない.
- ・食事量まちまちだが低血糖なし 震えや冷汗は要注意.

医師の診断治療の前か後で生活日常が歪むところが看護介護の局面である。診断治療がなければ看護介護は拠って立ちようがない。看護介護は日常に直接していて医師も家族も可能だが、看護介護者は診断治療はできない。両者は次元が違うので同列に並べ置くことはできない。日常に近い作業記事を診断治療の記述に書き入れないのは、会社の大本の開発・販売・財政損益プロジェクトに支店の一日の顧客実績を記入しないことと同じである。さらに、日常に近い事柄はプロブレムごとに分別できにくいというに、作業者が常に正しく該当プロブレムを判断出来るとは限らない。

の観察行為報告は有用で診療に欠かせないが医師次元の枠には書かれない。別途の記載枠が用意されていなければならない（図3）。

★プロブレムの要約説明は別途

プロブレムは定められた様式（S/O/A/P）に則ってカルテ本体の中に記述される。病気の時々の状態はそこに書かれてある。だが、日ごとに書かれる内容を他の読み手（副科医・他医・薬剤栄養リハ看護介護士など）が知るのに、カルテを繰らねばならないのは容易なことではない。しかしプロブレムリストはあくまでリストである。病気の説明はそこには書かれない。そのために、病気の部位・程度・組織・治療方針などの基本情報のごく簡便な要約をプロブレムリストとは別途に便宜的に表示する（図4）。

図4 カルテ冒頭

プロブレムリスト	要約説明
#1 高血圧症[05.7.12]	#1 アムロジウム内服 BP135/86安定
#2 慢性甲状腺炎[05.7.12]	#2 チラーヂンS内服 安定
#3 発作性心房細動[07.9.5]	#3 この半年発作なし
#4 背髄損傷下肢対麻痺[07.11.3]	#4 交通事故 要支援2 自使用車椅子 カテ自己導尿
#5 慢性膀胱炎[08.12.20]	#6 2年前ホリヘク
#6 大腸ポリープ症[13.10.8]	#7 6/6 am9:30 38℃ 右上腹部痛 以後飲食なし
#7 急性胆嚢炎[14.6.6]	…医院補液抗生剤 自尿あり 胆嚢に結石 総胆管に結石？

プロブレムリストは患者病気の戸籍。規則どおりに登録表示して他ごとを紛れこませてはならない。病気の要約は他箋で提示される。

★日々の診療記録

疾患カテゴリーが別々であるプロブレム診療は、主治医の頭の中に方針も計画も別々にあるはすだ。とうぜん各プロブレムの名の下に各々の日常の記述はなされる。

★指示書

指示は別途枠を設けて、各プロブレムのものを一つにまとめた指示書とする（看護介護記録はこの指示に基づいた観察処置記録である）。

★入退院サマリー

サマリーは患者の全体診療の集約である。各プロブレムの記述が簡潔に要約されて記録として遺される。

★患者への病状説明

一定の記載様式に即して患者へ説明する（図5）。それは説明の記録ともなる。

図5 <〇〇 様 生年月日・カルテ番号> <退院時病状説明書> 平成 年 月 日 主治医医師 _____ 科 _____		
退院時 プロブレム リスト	<u>現在これだけの病気を持っている</u> (プロブレムリストを書く。)	
病気	入院後経過と状態の説明	注意する点
(#1 プロブレム)	(それぞれのプロブレムについて入院時の状態を説明し、その後の診断・治療計画と実施結果を述べて、退院時の状態を説明する。)	(このプロブレムについて気をつけるべき事を説明する。)
(#2 プロブレム)	(以下同様)	
(以下同様)	(以下同様)	
	退院後の注意点のまとめ	
	(退院後の留意すべき事項をまとめて一覧とする。)	

* 退院時病状説明書の様式

(注) いくつかの例示

例① 腰痛と発熱そして食思不振倦怠、不眠。発熱と腰痛は同日発症、翌日に倦怠、翌々日から食思不振でこの2、3日飲水もあまりしていない。排尿回数も量も減り、今日はまだ排尿がない。少し身動きしても腰が痛む。(この患者の病気が急性化膿性椎体炎だったとする。)

* 初期プロブレムリスト #1 乏尿 (→展開)

と病気が認知された。この疾患カテゴリーには何があるだろう？ 展開したら何が現れるだろう？ #1 乏尿→腎不全 | 脱水症 とはなり得るが、この認識からは決して化膿性椎体炎は現れてこない。

* 初期プロブレムリスト #1 発熱 | 急性腰痛 (→展開)

病気がこのどちらかにでも認知されたら、ここからは化膿性椎体炎に引き継がれ得る。乏尿はそもそも診断が正しくなかったのだ。発熱 | 急性腰痛はまだ疾患名ではない。しかし診断は正しい。正しい疾患カテゴリーで患者の病気を認知している。

例② ひと月前から階段登ると動悸。息切れ。そのとき胸辺りが鈍く痛む感じ。食欲は良好だが軟便になった。体重も減った。夜は目が冴えて眠られない。寝ついてもちきに目覚める。不眠が仕事にも差し支えて一番困っている。去年の検診は異常ない。（この患者はバセドウ病だったとする。）

* 初期プロブレムリスト #1 労作時胸痛 | 不眠 (→展開)

この初期プロブレムからはバセドウ病は出てこない。初期プロブレムが正しくない、つまり診断が正しくないのである。初期リスト作成者が特定領域疾患にかかわることを常としていても患者の病気は正しく認識せねばならない。もしも特定領域疾患しか念頭しないまましていると、このように労作時胸痛と認知して UCG・負荷心電図から果ては心カテまで行きそうだ。そして心臓異常なしが、何かで投薬、ということになるだろう。

* 初期プロブレムリスト #1 体重減少症 | 労作時動悸 (→展開)

ここからなら展開すればバセドウ病が出てくる。初期プロブレムは低水準にあるけれどカテゴリーは正しく認知されている。

例③ 1年前の検診では、貧血なくコレステロールも正常、尿も異常ない。この2, 3ヶ月何となく気だるい。だんだんひどくなって来て食欲も半減し痩せた。近医採血で異常を指摘。紹介状では、貧血・血小板減少・白血球に骨髓球・赤芽球あり、ALP 高値、便潜血 G(+)Hb(-)、GIF で胃壁硬化性病変（生検診断結果未）。

この患者の初診は3人バラバラで3様のリストが作成された。

* 初期プロブレムリスト #1 汎血球減少症 | #1 高 ALP 血症 | #1 胃壁硬化症

ひとりの患者のリストとして、これはどういうことになるのだろう。それぞれを誰が展開するのか？ まさか3人がバラバラに主治医か？ 副科医はどうなる？ これでは調和した主治医全体診療は成り立たない。

初診医は1人でよい。そして肝要なのは、初診医の能力を高める訓練教育システムの整備である。たとえその初期リストのプロブレムが低い水準であってもカテゴリー正しくありさえすれば、すべてのプロブレムが正しく認知されて正しく展開されて深化した更新プロブレムリストに引き継がれて全体診療は円滑になされる。水準高い初診医なら主治医診療をそのまま引き継いで、こういったリストになるだろう。

* 初期・更新プロブレムリスト

#1 白赤芽球症→骨髓転移癌（#3）

#2 高 ALP 血症→（#1）

#3 胃壁硬化症→印環細胞胃癌

こうして主治医の管轄下で調和した全体診療がなされるのである。

参照

- 1・正しい診療への合理的アプローチ：栗本秀彦（文光堂 1995）
 - ・総合プロブレム方式：栗本秀彦（プリメド社 2007）
 - ・カンペキカンファ：栗本秀彦（新興医学出版社 2014）
- 2・臨床診療における思想と形式：
 - （<http://naikagaku.la.coocan.jp/Int.Int.MedPDF/H001.pdf>）
 - ・カルテ形式“総合プロブレム方式”：栗本秀彦（内科専門医会誌 Vol18No2 2006）
 - ・カルテの形式の品質：
 - （<http://naikagaku.la.coocan.jp/Int.Int.MedPDF/H003.pdf>）
 - ・総合プロブレム方式におけるプロブレム：
 - （<http://naikagaku.la.coocan.jp/Int.Int.MedPDF/H004.pdf>）
 - ・「プロブレムリスト」ということ：
 - （<http://naikagaku.la.coocan.jp/Int.Int.MedPDF/H009.pdf>）
- 3・新しい内科専門医研修を考える：加藤誓子ほか（日本医事新報 No4755 2015.6.13）