

座談会（1998）

「総合内科医（内科学内科医）と臓器別専門医」

出席者

A： 国立K大学 昭和62年卒（司会）

B： 国立N大学 昭和55年卒

C： 国立G大学 平成 1 年卒

D： TJ 医大 昭和56年卒

E： 国立G大学 昭和55年卒

臓器別専門医

A：総合内科医というのを最近耳にしますが、言われていることがまちまちのように思えて今ひとつ釈然としないのです。そこで今日は、大学は違っても同じ医師としての先輩にお集まり願って、総合内科医というのは何者かを分かりやすくご説明願いたいのです。

B：この説明はなかなか骨折りです。というのは、新しいものだからです。総合内科医の前に、こんにちの臓器別専門医を説明することからはじめないとうまく伝えることができません。

A：お願いします。

B：病院に患者が受診した時を想像してください。それはもうさまざまな症状や経緯で患者はやってきます。目が見にくいとか、骨折したとか、などはこんにちの専門科、眼科や整形外科、を受診すれば、その出来事に限れば決着します。このように誰にも分かりやすい出来事はさしおいて、判然とはしない事態を考えてください。どこを受診するのでしょうか？

C：腹痛だと消化器科、胸が苦しいと循環器科ですね。頭痛だと神経内科かな？

B：それで循環器科へ行ったとあとは？

C：まあ一般に、胸の打聴診くらいは受けて、心電図・エコー・X線写真がつづいて、心臓カテーテル検査になりそうですね。そのあたりがワンセットのところが多いでしょうか。自分も関東の循環器専門病院にいて盛んに心カテをしていました。

A：それで腹部の診察や神経系診察は？

C：まず省かれかもしれません。したとしても、よくは分かりません。

A：胸の診察で肺の打聴診は万全なのですか？ 心臓の聴診も？ 胸X線の所見は間違いはないのですか？ 肺野の所見も詳細ですか？

C：残念ながらそうとも言い切れません。すぐエコーをしますから、聴診器だけで診断しうるものでもできないかもしれません。自分の周りはそうでした。他は知りませんが。

B：つまりは、持っている武器つまり診断技術で一度りの検査をします。心カテなどは巧みです。そこで何か異常があったとします。するとそれが診断です。笑い話のようですが、胸が痛苦しかったのは胆石の発作なのに、冠動脈の狭窄があると狭心症が診断になってしまうこともあるくらいです。異常がないと、心臓には異常がないと診断されて、診断作業はそこでおしまいです。患者の診断はなされないまま循環器科診療は終わりになります。他に行ってくださいと。これが現状ではないでしょうか？

D：動悸の若い女子にエコーがされて心臓は異常がないと。貧血で動悸がしているのに、心臓疾患の可能性もあるという理由で精密検査が無意味になされるのです。心疾患を否定できないと。可能性なら何でも可能だけれど、この局面では考えることもないのですが。そして患者はあらためて他に行くこととなります。行った先でも同じようなことが起こります。

A：そういったことは病院内でもあるのですか？ どうしてそうなったのでしょうか？

B：専門技術はこんにちとても発展して優れたものになりました。そうでは

あっても、いま話したような欠陥は克服されません。技術が先にあって患者を技術のベルトコンヴェアに乗せているからです。こんにち技術は発展したが、患者の診療は洗練されているとは言えません。

A：なんだかコンピューター将棋と似た話です。先日TVで見たことですが、今のところコンピューターは重要でない手も軒並み羅列的に読むのだそうです。だから弱い。ところが有段者の人間は無意味な手はたちどころに分かってそんな手は読むことさえしない、大事な手だけを時間を使って考える、というのです。

B：耳鼻科・眼科といった臓器専門科とは別に、かつて内科という総合部門があったのです。その内科領域から次々と臓器別専門科が分かれ出てきました。呼吸器・消化器・腎臓・循環器などです。耳鼻科や眼科ですぐ分かるしており、臓器別専門では、患者についての診断目標は「専門疾患の有無」です。耳鼻科では耳鼻科疾患の有無、眼科では眼科疾患の有無です。「患者の疾患はなにか」ではありません。なければ「ない」で診断が終わるのは、この原理から当然のことでしょう。耳鼻科や眼科が患者の異常を全体的に診断治療しなくても、おかしいことではありません。

ところが内科領域から分かれ出た臓器専門もこれと同じ原理です。そこでは専門疾患の有無を断定するのに相当な検査をしてしまうのです。専門技術がはじめから固定されていて、患者がきたからには自動的な診断作業が開始されるからです。もし診断目標が「患者の疾患は何か」だったら、診断作業は患者の事態に応じて選択され、あれもこれもの診断作業をすることはありません。必要な手だけに時間を使って考える有段者と同じです。

A：臓器専門の特質が分かる気がします。その専門科の疾患の有無をしらべて、それがなかったら、これこれに異常はない、と言うのですね。では病気は何か、と問われても、分かりませんと答えるわけですね。そもそもそれが目的で調べたわけではないと。すると、最初におよその見当を正しくつけて、

病気がありそうなところの専門科を受診すればいいことになりますか？

B：それが一般内科です。いわば振るい分け内科です。ところが一般内科は、振るい分けた後は臓器専門科に委ねてしまいます。

A：それで万事うまくいきますね。詳細に検討して疾患を発見してくれますから。

B：それで万事うまくいくなら、一般内科が広範に疾患の炙り出しをしさえすればよいことになります。ぴったり当たればあとは臓器専門科に任せて問題はありません。ところがそうとは言えないのです。

A：どうしてですか？

B：患者の疾患がたった一つの場合に限れば、それでよいです。たとえば健康診断で発見された一個の臓器特定の異常、ほかはすべて問題ない場合などです。現実にはそんな場合は病院診療のごく一部にすぎません。たいがい患者はいくつか疾患を持っていますし、だいたい臓器限定的に症状があるわけではありません。また臓器に異常があってもその性質は実にさまざまです。腹痛は決して消化器疾患とは限りません。狭心症かも大動脈瘤かもしれないし尿路結石かも知れないのです。胸に影があつたら、確かに肺に異常はあるでしょうが、肺に固有の疾患というわけではありません。感染、腫瘍、免疫などの異常症に加え循環障害、変性など性質は多様です。解剖学的に呼吸器疾患と名づけられる類とは限らない。

A：なるほど。臓器別とは性質さまざまな異常を単に解剖学的に分別してしまったことになりますね。とても分けられないものを解剖学的に分けては矛盾ですね。そういえば、代謝専門、アレルギー専門などは臓器別ではありませんね。

B：これまでも小児科、放射線科などは臓器別専門ではなかったのです。

A：肺に感染も代謝も免疫も腫瘍も変性もあるし、腸にも同じくそれらの異常が起こっていますね。そういった異常症の仕組みを理解して診断治療でき

ないと、呼吸器や消化器の専門ではあり得ないことになりますが。

B：まさにその通りです。

A：すると、何かの専門はすべての専門になってしまいませんか？ だったら肺の専門、消化器の専門とは何が専門なのでしょう？

B：そういった共通の大きな土台の上に臓器の解剖学的特殊性がありますから、臓器専門はその最後の部分に専門性があつたのです。その専門性の違いは診断技術でもっともよく表現されました。

A：内視鏡とか造影検査などがその例ですね。

B：共通の大きな土台は獲得するのに相応の学力とエネルギーが要ります。そうしたところでまだ専門性は眼には見えてきません。ところが最後の部分の解剖学的診断技術をものにすれば、見た目には専門が獲得されたように見えてしまうのです。そこで最初から習得容易な診断技術に走り、またそれだけで終わってしまう結果になるのです。

A：それがこんにち臓器別専門の弱点として露呈されるのですね。

B：健康診断が発展して、臓器別の診断技術に限られた疾患の早期発見にはまことに有用ですから、ますますその方向に突き進んだ結果、弱点が修復不可能なほどに大きなものになってしまったのです。共通の大きな土台は内科学という専門で、臓器特殊性は内科学の内に包含される亜専門サブスペシャリティとして位置づけられるはずのものが、内科学専門をはずれたにもかかわらず臓器別が内科の中の専門と呼称されてしまったために、王道の内科学という専門が見失われたのです。

A：たまたま患者がはじめはうまく臓器別専門科に行ったとして、その後はどうなるのでしょうか？

B：当初から臓器別専門疾患以外の疾患がたとえ混在していなかったとしても、患者はその疾患だけで終わりません。つぎつぎ新たな疾患が起こってきます。それらは非専門疾患です。その診断治療が当該臓器専門科での確迅速

になされがたいのは、内科学の亜専門ではないことからして当然です。王道の内科学を欠いている臓器専門科をいくつ集めても整合できません。

A：こんにちの混乱が原理的にも分かる気がします。一般内科や振るい分け内科は患者を臓器専門科に任せる前段階ですし、臓器専門寄せ集め診療も結局は内科学不在の弱点を克服できないのですね。すると総合内科とはどういう意義を持つものなのでしょうか。

総合内科医（内科学内科医）

A：それでは総合内科医を説明していただけますか？

E：さきほどの話にもあるような臓器別専門の弱点を克服しようと、いくつかの試みがなされました。最初に振るい分けです。だが振るい分けても、そのあとには臓器専門の弱点がそのまま引き継がれますから、これは失敗です。次には、臓器専門を一同に会する寄せ集めです。集まったところで、それぞれの専門がばらばらに患者をあつかって、現実の患者における専門疾患の序列を考えられませんから、これも整合性を欠きます。冠動脈狭窄性硬化症＋脳梗塞＋血小板減少性紫斑病＋ウイルス性慢性肝炎＋蕁麻疹の患者の、循環器科・神経内科・血液科・消化器科・皮膚科を集めた治療を想像すれば分かります。そのうえ非専門疾患の発生には無力です。この患者があらたに発熱し、関節が腫れ、肺にかげが現れ、足がむくみ、低ナトリウム血症になって、錯乱したら、いったい誰が責任を持って診断し治療するのでしょうか？できるのでしょうか？

A：検査と薬が山ほど増えるばかりでしょうね。整形外科や呼吸器科や精神科をも呼んできても整然とした的確な診断治療はなされないと言ってもよいのでしょうか。

E：臓器専門の細々した特殊な知識や技術をただ集めただけでは整然とした的確な診療は得られません。このことを認めないわけにはいきません。

A：そうですね。

E：王道の内科学が必要なのです。それが総合内科医です。

A：というと総合内科医は臓器専門の指揮官ですか？

E：それも機能のひとつです。だが、臓器専門が患者について得た事項をそのままにアレンジするだけでは、この機能は営めません。臓器専門は自分の持つ技術の位置から患者を観察します。そういう位置から観察した部分の寄せ集めと、患者のすべてを統合した理解との間にはずれがあります。いくら部分をたくさん集めても全体そのものとはなりません。

A：すると総合内科医はなにをするものですか？

E：総合内科医は振るい分け医ではないことがお分かりいただけたかと思います。振るい分けして臓器専門に患者を受け渡すのではありません。総合内科医自身が患者を引き受けます。総合内科は最終科です。

A：でもひとりで内視鏡も心カテも臓器移植もできないでしょう？

E：できません。全部を一人でできなくとも良いのです。だいたいできるはずありません。臓器専門技術を全部集めたものが総合内科医だと考えると、できないと総合内科医ではないと考えてしまうのです。

A：どういうことでしょうか？

B：内科学という範疇は技術という範疇とは違います。次元が違います。技術を集めたものが内科学だと誤認すると、ひとりでできないと内科学ではないと思ってしまいます。臓器専門寄せ集めが内科学ではないのです。

A：なるほど、次元が違うのですね。分かりました。どうしても現存している有様に引きずられて考えてしまいます。あらためてお尋ねますが、総合内科医は具体的に何をしますか？

E：その前に、あれもこれもの専門知識を保有していることとも範疇が違います。よく例えにあげるのですが、照明やドアの歴史と種類に詳しくて取り付けの技能作業に長けていても、けっして立派な建築ができるわけではあり

ません。建築家の仕事は照明、水道、電気などの専門職とは違うジャンルです。また、都市計画は道路、河川、上下水などの専門分野とは範疇を違えていて、都市計画という範疇がなければ、専門仕事士がいても都市が建設できないのと同じです。総合内科医の仕事はいわば、一人の患者の建築家や都市計画者です。

A：分かったような気がしますが、まだ具体的にイメージできません。

B：その例えはうまい例えですね。専門技術や知識は保有していればいるほど良いには違いありません。字を覚えていれば、いちいち辞典を引かなくても書き物をするのに便利ですが、字を覚えていることと優れた書き物を創ることとは別ですね。その専門技術の意義と限界を知っていて適切に使えなければ意味がありませんね。

A：総合内科医の仕事の方法を示してもらえると、具体的になるのですが。

E：総合内科医自身が責任を持って患者を問診・診察・観察・検査・治療をします。もっとも適切な検査手段を選びます。手段は臓器専門医によって洗練発達されていますが、手段の能力と限界をわきまえて、患者のそのときの状態と検査目標を正しく設定したうえ、必要があれば臓器専門医の協力を求めて総合内科医の責任のもとに検査します。治療についても同じです。場合によっては、ある時期臓器専門医に患者を委ねることもありますが、委ねた責任は総合内科医にあります。総合内科医自身が特殊な専門検査技術、治療手段を持っていれば、それについては自分一人で行います。

A：患者はいくつかの疾患を持っていますが、その場合すべて総合内科医の責任下にあるのですか？

E：そうです。主治医というのはそういうものです。

A：それは大変なことですね。

E：王道の内科学の価値はそこにあります。

B：百科事典式の知識より、患者の医学的構造を見知り組み立てる、いわば

学力がものをいう仕事です。

A：患者のすべてを見渡す力が要りますね。

E：ひらたく言うと患者の主治医になることです。主治医になることを避けて、専門疾患に注目するだけでは内科学とはいえません。

A：そういえば、その意味の主治医不在のことがずいぶん多いような気がします。

E：主治医といっても、患者が自分のところに所属していて差配を任されているから主治医だというわけではありません。主治医として医学的に適切な確に判断行為できなくては、主治医の形をとっていても医学的内実は主治医ではない。

A：すると、これはもう、総合内科医というのは大きな専門ですね。

E：ええ、内科学は専門です。もともと専門でした。内科学の亜専門として臓器別があったのですが、内科学をはずれてしまったために、内科学が専門であることも忘れられてしまったのです。内科学は臓器別専門を包含する、つまり理解できる、大きい専門です。

A：形だけでなく内実が主治医にふさわしい、つまり総合内科医にふさわしい、専門技術の表現はあるのでしょうか？

E：総合内科医である最初の要請は厳密なプロブレムリストの作成です。それも“総合プロブレム方式”の定義によるプロブレムリストです。プロブレムやプロブレムリストの定義が曖昧だとプロブレムリストも内実は形骸化して、総合内科医としての仕事もずさん曖昧になります。

B：プロブレムリストの作成につきますと思います。

A：プロブレムリストはさほどに現実的に医学的に重要なことですか？

E：もちろん。実際にプロブレムリストの作成に取りかかると、知識も技能も技術も総動員しないと完成しないことが分かります。書物の中の百科事典知識や専門技術の足し算では作成できません。それだけではない、内科学の

専門能力が必要になります。

A：プロブレムリスト作成のための、何か良い指針はあるのでしょうか？

E：サブタイトルが“総合プロブレム方式のすすめ”という書物があります。

A：内科学という専門ジャンルが不可欠なことは分かったような気がします。先生方はみな、それぞれに総合内科医として仕事をされていますが、最後に一言、ご自分の経験をふまえておねがいします。

C：自分は循環器専門病院にしばらくいました。心カテも盛んに行っていましたが、結局それは一技術ですから、心カテだけに固執しては患者を寸断してしまいます。折角ここまで発展した心カテの価値すら損ないかねません。技術にも適材適所がいえまう。総合内科医としてさまざまなジャンルの患者を見ていて、単調に心カテだけしていればいいという患者はあまりいません。心カテは自分でおこなっていますが。

D：自分は医師としてはじめから総合プロブレム方式で出発しました。いくつかの技術は訓練しました。一般的には人工透析や超音波検査、特殊なものでは内視鏡下食道静脈瘤焼却術や白血病診断化学療法などです。技能の巧みな臓器専門医に委ねたほうが良い場合にはゆだねます。技能より判断が問題である場合は、自分で行ったりその場において臓器専門医とうちあわせています。

E：白血病の治療などは、既存の疾患のほかに発熱、肺のかげ、不整脈、浮腫、腹痛、下痢、皮疹、消化管出血、心不全、抑鬱、髄膜炎などなど、ありとあらゆる出来事が起こります。なにせ半毒殺ですから。プロブレムリストが正確で迅速にかつ整然と適切な診断治療をしないわけにゆきません。自分の病棟は困難事例、複合事例、マルチプロブレム事例で多忙です。亜専門のジャンルを総花的に網羅していなくてもかまいません。内科学の勉強方法を身につければ文献を利用できます。

B：自分も心カテなどはしていました。いまは手を引いています。心カテは

巧みでも心不全のコントロールはずさんといった事にならないためには、内科学を身につけねばなりません。

A：総合内科医のイメージが少しは分かったようです。考えてみれば、これは当たり前のことですね。当たり前でなくなっていることが、こんにちの不幸な課題でしょうか。私自身も、卒業したてのころは右も左も分からぬまま過ごしてきたのですが、何年かたつと現状に釈然としない気持ちが芽生えてきました。こんなはずではなかったというような。自分のもやもやが整理できた気がします。

座談会(1988)

「研修医の勉強」

出席者

A： 国立K大学 昭和62年卒（司会）

B： 国立N大学 昭和55年卒

C： 国立G大学 平成 1 年卒

D： TJ 医大 昭和56年卒

E： 国立G大学 昭和55年卒

覚えることが多すぎる

A：今日もわざわざ集まっていただきました。若い人たちを指導されて、日頃お考えのことを率直にお話し願えませんか？ 1・2年目の研修医をご覧になって、かれらが気づかずにいる落とし穴があるのでしょうか？

B：国家試験知識はまたたくまに忘れるようですね。国立大学の講義でも大要不在で末端知識の展覧会のようなものですし、国家試験も改善されたといえ記憶を問われていますから、無理もないでしょうが。

C：忘れてもいいですよ。所詮詰め込み知識は役に立たない。

B：覚えることがありすぎて覚えきれないと思ったまま卒業してきますね。

A：そんなに覚えなければいけないのでしょうか？

E：覚えることはさほど多くはありません。基本概念を教えられていないことが問題です。4年間もあるのです。解剖・生理・細菌・病理などの基本知識を覚えるのに十分です。やたらに細かな解剖学の知識は覚えようとしても覚えきれません。細かなことはあとになって必要となったときにひとりで身につきます。それより基本概念を理解することのほうが大事です。

A：基本概念とはどういうことを指していますか？

E：臨床の問題として例をあげますが、「梗塞とは何か」をたずねたとします。壊死・梗塞・壊疽を区別して理解していなければなりません、区別を言わせるとあやふやになります。何となく分かっているようで実は分かっていないのです。それでいて心筋梗塞、脳梗塞、肺梗塞と診断します。イレウスについても同じ。「イレウスとは何か？」にたいして、麻痺性・閉塞性などとイレウスのタイプや種類を言い始めては失格です。「心不全とは？」

「腎不全とは？」、皆おなじです。自分がいま述べたことは心不全の症状や原因であって、心不全が何物かではないことに気づかないといけません。それでは基本概念を身につけているとは言えません。

D：まさにそのとおりで、自分も卒業したては分かっていませんでした。分かっていないことにも気づかなかった。教えられて分かるようになったので、分かっていない研修医はすぐに見分けられます。

A：知識がなくてもハンディにならないのですね。だいぶん安心する研修医もいるのじゃないでしょうか。とはいっても基本概念も理解してなくて大丈夫ですか？

B：頼りは学力です。本の記述を覚えただけでは現実の最中で知識を使えない、と気づく時期がすぐやってきます。そのときが基本概念を理解する絶好期です。分かっていない自分に不安も感じないひとは見込みがありません。

A：勉強はどうしたらよいのでしょうか？ これまでは覚えることばかりしてきたのです。

B：学生のうちは実際経験がないので知識がばらばらです。まとまりがありません。解剖・生理・病理などを総和しながら疾患を学びません。つまり、覚えるだけということです。

C：理解しながら勉強しては国家試験に落ちるかも知れない、と思うのです。自分の経験からいっても、その場限りの間に合わせでした。

A：国家試験は試験でいまさら仕方がないから、これから独学でなんとか力を身につけることはできないのでしょうか？

独学勉強

E：知識が使えないのは、有機的にまとまった知識として蓄えられていないからです。学生時代の知識を使える知識に組み替えます。プロブレムに組み立て直すのです。

A：どういうことでしょうか？

E：有機的に知識をまとめるといっても、とっかかりがないと途方に暮れます。現実にあるのは疾患ではありません。プロブレムです。プロブレムごとに考え直すのです。一般にテキストは疾患の説明をしています。たとえば、肺炎、脳梗塞、白血病などと。だが、現実の患者は脳梗塞などと名札をさげてはいません。だから疾患の知識だけでは役に立ちません。現実の出来事はたとえて言えば昏睡です。昏睡を徹底的に勉強するのです。そうすると、脳の解剖から始まって、脳の生理学、代謝、はては細菌学、病理学まで勉強しないと、たった一つの出来事、昏睡さえ理解できません。あちこち書物をひっくり返しながら勉強します。病理が肉芽腫といっているとき、肉芽腫を分からないといけません。分かるためには炎症を理解し、対比して膿瘍も分かる必要があります。クリプトコッカスと細菌学が言えば、細菌・真菌・ウ

イルスを知ることになります。対比的にカンジダやアスペルギルスも知ることになります。自然界のどこに生息するか、どの程度の毒力か、などなど。こうして、たった一つ、昏睡を勉強し理解する事は関連した事柄を次々と分かっていくことにつながり知識の裾野はひろがります。きりが無いと思うでしょうが、その裾野は他のプロブレム、貧血だろうが発熱だろうが関節痛だろうが、を理解する裾野と共通してきます。はじめは遅々と進まないと感じて投げ出したくなるかも知れませんが、やがて何事にも共通する土台がしっかりできあがってきて、そうなるに俄然スピードアップするものです。

A：難しそうに思えますが、一人でできるでしょうか？

B：勉強というのは一人でするものです。理解するのはその人ですから、他人が代わるわけにはいかないでしょう。

C：自分で勉強したあと、他人とのディスカッションは有効ですけど。

D：傍らに良い教科書が絶対必要です。つまらぬ本で時間を無駄にしないように。

A：そういえばプロブレムごとに書いてある本も目にしますが、あれではだめでしょうか？ 手間が省けていいように思えるのですが。

D：だめです。ああいった本は覚え書きに使うのならよいですが、あの段階では理解とは言えません。どうしてもまともな教科書を使わないと。

B：安直なハウツー本ではだめですね。そこで止まってしまつては、とても勉強したとは言えません。あれは手引きです。

A：でも、プロブレムはごまんとありますね。

E：そうです。

A：ごまんとあるものにどこから手を着けたらよいのでしょうか？

C：それはもう、実際の患者を診ることです。自分の患者のプロブレムから勉強することです。

B：間違いなくそうです。実際の患者のプロブレムを学ばないと身につきま

せん。書物だけでなく現実との応接が不可欠です。さもないと勉強の成果を照らし合わせる現実がありませんから、空疎な蘊蓄の評論家にはなっても力ある臨床医にはなれません。

E：受け持った患者のプロブレムリストをつくることが必須です。リストが勉強の土台です。一人の患者でプロブレムはいくつもあるでしょうから、その一つ一つを丹念に勉強するのです。先ほどの話にもあったように、いきなり患者の疾患を考えるのではなく、プロブレムという事態を病態生理学的に考え勉強するのです。病態生理学的に考えるのだと気づくと、勉強の正しい筋道が分かります。はじめはとても時間がかかります。なにせ学生中は疾患しか勉強してこなかったのですから。

C：はじめはリストそのものがつくれないのじゃないでしょうか？

D：まずつくれません。ですから、良い教科書はもちろんですが指導者がどうしても要ります。

教師の役割

A：つまり教師ですね。何をするのですか？

D：自分の知識を照らし合わせる土台が正しくなければ誤った方向に行きます。プロブレムリストが正しくないと学ぶ道が狂います。プロブレムリストをはじめは正しくつくれないのが普通ですから、そのためにもプロブレムリストをつくれる教師が要るのです。以前エモリー大学のハースト教授は、良い指導者が居なければいる施設にかわりなさい、と研修医に言ってました。

A：それは今日の日本の研修医に望むべくもありません。よい指導者がどこにいるかも分からないことはさて置き、未熟のうちに研修医の先の身の振り方を大学人事と離れてしまうのが不安なのです。

D：ハースト教授が言うには、教え学ぶことは一つのベンチに向かい合って腰掛けて一対一で討議することだそうです。

A：ただいまの一つベンチのお話は、逆境の中にあって日本画の革新を目指した、岡倉天心の日本美術院を思い出します。「先輩あれど教師なし」と宣言したのです。その人の実践なくしては教えられないのですね。よき先輩、ここではよき教師とはどんな人なのでしょう？

B：親切な先輩が良い教師とは限りません。良い教師は自分の中身を言葉で語れます。見たこと、解釈したこと、考えの筋道、決めた経緯を分かりやすい言葉で話せます。そして、それらの弱点、欠陥、危険も言葉で述べることができます。つまりは自分を分かっているのです。

A：そういった教師とリストを共有して勉強するのですね。

B：上手を見て盗む、などと言うのが流行りのようですが、曖昧な勝手解釈ですませられることはありません。正しいことを正しい言葉で教えまた教えられるべきです。言葉で正されながら教えられるべきです。

A：良い教師は見分けがつかますか？

B：プロブレムリストを見るのが一番です。それが正しいかどうかは患者と照合しないと分かりませんが、リストが書かれていることが第一歩です。つぎは教師の診察を見ることです。ずさんか綿密か、曖昧か洗練かはすぐ分かるでしょう。

A：その通りでしょうが現実の良い教師に恵まれるとは限りませんね。有効な独学法はありませんか？

D：教師がいないと難儀でしょうね。でも、ないわけではありません。先ほどの話にあるように、プロブレムリストの作成が鍵ですから、必死になって自分なりにリストをつくるのです。プロブレムの概念が身につけていないので、まず、その概念を試行錯誤しながら身につけることです。これには良い教科書がありますから、解説されているとおりに繰り返しリストをつくってみるのです。だれもリストをつくっていないからといって投げ出してはいけません。プロブレムリストは自分に課した設問です。正しく考え勉

強する枠組みです。添削、つまり正しいリストとの照合がないのが独学ではつらいところですが。

A：誰でもできるのでしょうか？ 独学というのは苦しいでしょうね。

E：でもできます。がんばってつづけるエネルギーがあれば。自分もあとからこういった考え方を知りましたが、勉強の仕方がすっきりしました。どんな力がつきます。

技能の習得とプロブレムリスト

A：プロブレムリストをつくるには、知識だけでなく診察検査技能が要と思います。

E：もちろん。現実の患者はいわば白紙状態です。問診から始まる診察、そしてルーチン検査がなければリストはできません。

A：その技能はどの範囲で、いつ身につければ良いのでしょうか？

E：リストをつくるのに必要な、患者についての資料を基礎資料データベースといいます。これは若い研修医のうちに正しくきちんと修練すべきものです。基礎資料がいいかげんでずさんなものと、体裁だけあってもリストはでたらめです。患者の医学的真実に到達しません。

D：ここでも教師が要ります。優れた教師の問診と診察は、それだけで明瞭な結論を導きます。

B：筋道だって結論するには基礎資料が的確でないといけません。鋭い分析にたえるだけの正確さが必要です。

A：検査をたくさんしないといけないということですか？

B：全く違います。検査は必要最小限で十分です。それが基礎資料の検査です。

A：問診・診察・簡単な検査だけで、それほど深く結論できるのでしょうか？

E：秩序だった診察と検査、そして秩序だったまとまりのある知識があれば、驚くほどの結論ができます。教師のディスカッションを聞けば納得がいくでしょう。そのレベルを目指さないといけません。

A：でも、実際を目の当たりにしないと、自分の壁をなかなか破れませんね。

C：そうなんです。独学の目一杯で、これでよいと思ってしまうのです。

A：それが独学の陥穽でしょうか。

D：自分の限られた周りを見て安心してしまうことです。

A：洗練した問診や診察を身につけるのに何か良い方法はありますか？

D：先ほども紹介した教科書の案内手引きに従うといいでしょう。

A：一人だけでこつこつ実践するのは大変ですね。

C：少しづつでもできるようになると患者を診るのが楽しみになります。そのうち新しい患者が待ち遠しくなるものです。なにせ自分でも力がつくのが分かりますから。正しく学ぶと加速度的です。教師の対診はまことに有効ですが、いなければ仕方ありません。

A：相当に集中しないと高いレベルには行き着かないようですけど。

E：むろんそうです。机にも向かわず手作業に走り回っているようでは研修ではありません。

B：若いうちは、やたらに技能習得に惹かれます。できるようになった気がしてしまうのですね。広範な知識と秩序だった観察の目を養わないままでは、じつはできたうちには入りません。

A：でもそうした研修が多いのではないのでしょうか？

D：基本の力の正しい修練がないままに技能ばかりに走り、検査の羅列のレベルで終わってしまうのは残念です。患者を具体的に検討するとそのあやふやさが如実に表れますが、そうした的確な指摘を受け正しく分析しなおさないと自分の曖昧さになかなか気づきません。これは教えられる側だけではなく教える側にも言えます。

A：研究会や学会発表は有効な修練でしょうか？ 研修医のうちから盛んに指導されているようですが。

D：とてもそうとは思えません。

C：わき目もふらず患者を診ることが先決です。問診も診察も通り一遍の浅いものでは症例の分析も上滑りです。

D：机の上に並べた書物と患者のあいだを繰り返し往復して、一つの症状、一つの所見、一つのプロブレムから曖昧さを徹底的に除くよう勉強すると、他のことをする暇はないものです。よそ事をする暇があるようだと患者の勉強に集中しているとは思えません。

A：患者の勉強をしないと実力はつきませんか？

B：つきませんね。疾患を勉強するのではなく患者を勉強するのだということ片時も忘れてはいけません。

A：そこから疾患の理解も正しく身につくということですね。

B：そうです。そうやって実力が育まれます。

A：基本的な勉強の方向が学生や研修医に多少なりとも伝わったかと思います。私も気持ちをあらためて勉強します。つづいてくる若い次世代にも期待しましょう。ありがとうございました。

座談会（2001 年10 月13 日）

「カルテの書き方」

出席者

A： 国立S大学医学部 平成6年卒

B： 国立G大学医学部 平成11年卒

C： 国立N大学医学部 学生

A：じつは実習に来ていたC君から、先日カルテについて質問されました。

大変重要な点をはらんでいますのでC君に答える意味も含めて、違う病院のB先生にも話に加わって貰いたいと思いました。

B：話を伺って前もってC君の大学のポリクリ（医学生授業実習）例を見せて貰いました。たしかにとっても大事な疑問ですね。自分が学生だった頃の経験も思い出しながら、私なりにお話しできることもありそうです。

プロブレムのところには何を書くのか？

C：プロブレムにいくつも言葉を書いていいんですか？ A先生のカルテだとプロブレムに糖尿病とか、肺癌とか書いてあるのでちょっと違う印象をもつのですが。

A：例を挙げてください。

C：# 1 胃炎症状・便秘・上腹部圧痛。

B：うーん、それって診察時の症状や所見を羅列してるんじゃない？

C：ええ。でも患者の問題ではないですか？

B：そうかな。ところでそのモンダイって目先のトラブルのこと？ それとも患者の病名？

C：トラブルといわれればそうです。病名じゃないです。

B：プロブレムに目先トラブルを書いておいたとして、病名は何処に書くの？

C：それもプロブレムに。

B：じゃあ、プロブレムっていろいろ何でも詰め込むところ？

C：それじゃおかしいと思うのですが、どうもすっきりしないんで。

B：一步譲って目先トラブルを書いてもよしとした場合、明日には上腹部圧痛がなくなってかわりに右下腹部圧痛があらわれたら、どうするの？ # 1 胃炎症状・便秘・右下腹部 圧痛と書き直すの？ 便秘も治まって軟便になっちゃったらそれも書き直す？

C : . . . そうなっちゃいますね。それに . . . 。

B : それに何 ?

C : 同じ番号 # 1 なのにコロコロと中身が変わりますね。

B : そうなのよ。昨日と今日と明日と毎度中身が違うことを良しとするなら、プロブレムという特別の場所が無いのと同じね。そんなものがわざわざ無くっていいじゃないかしら ?

C : そうですね。プロブレムは、トラブルのごった煮ではいけないか。

B : そのうち、# 1 だか # 2 だかわけが分からなくなっちゃうよ。

C : そうなんです。書かれたカルテを見ていると、# 1 と番号が書いてあっても始めとはつぎつぎ違っているんです。

A : それではプロブレムが書いてあっても書いてなくても同じです。目先トラブルをプロブレムに書いてはそういうことになってしまいます。大事なことです。何回でも繰り返して言いますが、プロブレムは患者の病気病名です。そうだからプロブレムリストが継続性を持つことが出来る。毎回書いて前のを棄てては継続性は失われてしまいます。意味がない。これは、プロブレムの概念を正しく理解してないからです。というより概念を正しく創りあげなかった。

B : 私も学生当時を思い出すと、# 1 しびれ・右足運動障害・言語障害などの自覚症状とCT異常所見、とか# 1 夜勤連続のコンピュータープログラム作成、この2年間、といった度肝を抜かれるカルテを教わりました。

C : 夜勤連続ともなると、人の生活のありさまで目先トラブルでもないですね。僕が見たカルテにそういうのはありませんでした。

病名は始めは分からないのでは ?

C : でも、プロブレムが病気病名としても始めは病名は分からないんじゃないですか ? だから糖尿病とか肺癌とか書けないので、口渇・多尿とか、咳・

胸部写真異常になるのでは？

B：はじめから分かることはあまりないわね。でもね、病気があるんでしょう？ なんとか名前をつけるのよ。口渇・多尿は症状ですね。胸部写真異常は所見です。それが、胸部写真異常が病名なんて変でしょう？ これはその時の目先トラブルだからです。そういう症状や所見を呈している病気があるのですね。現時点でその病気に名前をつけて呼ぶなら、なんて呼ぶ？ 一番よい名前を選んでね。

C：うーん。でも糖尿病と思うけどまだ確定しないし……。糖尿病の疑い、とするか……。

B：疑いは病名？

C：いや、違うけど……。

B：疑いなんて病名じゃないわ。じつはね、疑いをプロブレムに書いてはいけないとある先生から私もポリクリで聞いたことはあるの。どうしてかなあ、と思いながらも、結局どの先生も疑いでまかり通っていました。そしてね、疑いはいけないというだけで、ではどう考えるかは言われなかった。いまは、はっきり、疑いはプロブレムじゃないって納得です。

C：どうすればいいんですか？

A：口渇・多尿がありますね。高浸透圧利尿で水を飲みたいのですか？ 低浸透圧尿なのに多尿で水を飲む？ あるいは飲水がとて多くて多尿なのか？ 口渇と多尿の因果関係くらいはすぐに分かるものです。分かる力がなければいけない。分かれば病名を、口渇・多尿という目先トラブルとしてではなく、糖尿症とか高血糖症とか多飲多尿症、とか名づけることができるでしょう？ すくなくとも、それがこの人の現時点の病名です。糖尿病とか、尿崩症とか心因性多飲症とかは、まだ確定してなくても、これが今の病気であることには一点の疑念もない、ですね？

C：はい。でも確定すれば糖尿病や尿崩症になるのですね？ すると、多飲多

尿症がそのように変わるとすればプロブレムには継続性があるって変わってはいけないとした先程と矛盾しませんか？

A：目先トラブルがコロコロ変わるのと全く違います。まず、コロコロとは変わらない。なにせ病名だから。＃1 糖尿症が確定されて、＃1 糖尿病になるのは、目先トラブルで変わるのと本質的に意義が違いますね。＃1 肺腫瘍が＃1 肺癌にかわるは、病名の深化です。肺癌から肺腫瘍に後戻りすることは決してありません。上腹部痛が下へ行ったり消えたり又出たりとはまるで意味が異なることを言うのは蛇足ですね。この病気の名前ですから、多飲多尿症がつぎに尿崩症にかわるのがあっても心筋梗塞に変わることはありません。元の疾患に変わりはなく、その名が深化して変わったのです。

C：プロブレムが患者の病名だとよく分かりました。しかし、あれもこれも所見がある場合はどう考えたらいいのでしょうか？

B：それらの所見のうちで、病気を代表する所見をもって病名にしては？ あるいは、もっとも特異的な事態の名で呼んでは？

C：たとえば教えて下さい。

B：昏睡して散瞳して周期性呼吸をしていたら、何をもってこの疾患を代表させますか？

C：昏睡です。

B：貧血で血小板が減って白血球も少し減少して赤芽球も骨髓球も現れていたら？

C：汎血球減少症。

B：そう？ 汎血球減少症と白赤芽球症Leucoerythroblastosis とどちらが特異的と思う？

C：えーと、白赤芽球症Leucoerythroblastosis のほうです。

B：だったら、それがプロブレムです。汎血球減少症より深化してますものね。ついでに胸部写真異常はだめですね。病名と言えないし、しかも異常だ

けでは何だか分からない。きちんと所見を読影して異常を明確にして、病名にまで到達しないと。腫瘤とか結節とか胸水とか。

C：# 1 昏睡・# 2 散瞳・# 3 周期性呼吸というのは、どうでしょう？

A：# は患者の病気の名だということを忘れずに考えて下さい。すると分かってきます。

C：でも、全部異常なことだからひとつひとつ考えなければいけないと思うけれど……。

B：あら、また前へもどっちゃったわね。気にしなくていいのよ。私もやっと最近になってすっきりはっきり分かるようになって書けるようになったばかりなの。その番号ってひとつひとつ別々の病気？ 番号を振ったし名前も違うから別々の病気ってことかしら？

C：……。

B：別番号別名称だから、別疾患と宣告してることになるわね。違う？

C：そうですね。

B：ほんとに別々の病気が三種あると思ってる？ たとえば、目が悪くて散瞳がずっと前からあったけれど元気そのものだった人が、この一年ほど前から急に肥って夜中に呼吸がおかしいことに奥さんが気づいていたが昨日宴会最中に突然昏睡したとか。それとも一つ？

C：……一つです。

B：だったら別番号別名称は変ね、# 1 昏睡だけでないと。# 1 昏睡・散瞳・周期性呼吸や# 1 咳・微熱・鼻汁・咽頭痛と同じことになるんじゃない？ 目先トラブルを番号を振って並べただけじゃない？

C：言われて見れば、まったくそうです。

プロブレムとアセスメントの違い

C：こういうカルテがあるんですけど……。

プロブレム # 1 精神症状 ; アセスメント # 1 ステロイド多幸症。 同じなんですけど プロブレム # 1 胸部狭窄感 ; アセスメント # 1 狭心症。

B : それってプロブレムとアセスメントが逆転してるわね。 狭心症やステロイド多幸症を # のプロブレムとしないと。 狭心症と結論したんだから病名でしょ ? そういうカルテを毎日つづけると何が論拠で何が結論かもごちゃごちゃになって考えもまとまらなくなるわよ。 すると書いてもしようがないってことになるのよ。 # 1 狭心症と書いて、以後はつづけて狭心症の記事をそのプロブレムの下に書きます。 胸部狭窄感は狭心症の症状です。

A : 何を書くかはとても大事です。 声は消えてしまうけれど、文字はいつまでも自分に突きつけられる。 矛盾は統合しない限りいつまでも目の前にぶら下がっています。 書く形式は思考の枠組みですからね。 雑然とした形式や矛盾した形式では思考も杜撰で矛盾します。 そういった思考を容認されてそのまま放置されると杜撰や矛盾に気づく能力も養われない、という恐ろしいことを何かの教育書で読んだ記憶があります。

C : # 1 単純肥満 ; アセスメント # 1 ホルモン異常なら二次性肥満も鑑別。 この論理矛盾はすぐ分かりました。 だって二次性肥満が否定できないのなら単純肥満と診断できないですから。 # 1 女 ; アセスメント # 1 睾丸があれば男を考える。 というようなものですね。 女と断定してるのに、睾丸があるかどうか未だ分からないとは無茶です。

A / P の大混乱

C : A 先生のカルテでは A と P がはっきり区別されていましたが、僕が見てきたカルテはほとんど A / P です。 これはどういうことなんでしょうか ?

B : A / P としてしまうのは方針と実際の行動との区別がないからです。 A で・・・だから・・・の検査をして・・・を投与する、と書くと、また P で・・・の検査して・・・を投与ともう一度書くことになり、手間省きに A / P となるの

です。ひとえに区別できてないからです。

C：今の説明では同じことのように思えるのですが。

B：あら、そうでしょうか？ カルテの例をあげてください。

C：いくらでもあります。

1 糖尿病； A／P HbA1C は悪化、もうすこし現行治療を継続し、さらに増悪すればインスリンを導入。

1 鉄欠乏性貧血； A／P 毎年検診で指摘されているが、消化管の内視鏡検査をする；心拡大から心不全が軽度にあるが長年の貧血によると判断；鉄剤内服で治療。

1 上気道炎； A／P もし症状増悪するなら細菌感染の合併を考えて抗生剤を投与。

B：私もこういったカルテをよく見かけます。今は見ると気持ちが悪いです。

A：Aは考察・方針、Pは実際の行為です。全く範疇が異なっているのに、この区別がつかないのはどうしたわけでしょう。別に医学に限らず日常の何事でも区別されるはずのことです。＊＊君も帰国したことだし、久しぶりに親睦飲み会やろう。来月1日午後7時から＊＊屋で会費＊＊円だよ。前文がA、後文がPです。はっきり区別が分かりますね。

B：日常でもAだけでPがないことが結構多いし、意識して区別されてないので決まったのか決まってないのかあやふやのままなんとなく過ぎてます。片方は決まったと思いこんでるし一方は決まってないと信じてる。互いの雰囲気でなんとなく済ませてゆきます。

A：科学の分野が雰囲気の曖昧さで済ませてはまずいのでは？ 医学ではなおさらに。

B：先ほどの3例のA／Pには、AばかりでPはありません。言ってみれば、飲み会の理由や希望を言ってますが飲み会の計画が立てられていません。

C：と言うと？ もし先生が書くとしたら、どういうふうに書かれますか？

B : # 1 糖尿病 ; A HbA1C は悪化 (Dx) 。もうすこし現行治療を継続する。さらに増悪すればインスリンを導入 (Tx) 。(Dx) ・ (Tx) は書きません。わかりやすくするために言いました。P Tx ** 何錠/日継続。

1 鉄欠乏性貧血 ; A 毎年検診で指摘。# 2 をもたらした。P Dx 上部消化管内視鏡 (* 月 * 日) Tx ** 何錠/日 内服開始。

2 心不全 ; A 慢性的な # 1 による心不全。今は無症状。P Ex # 1 の改善で軽快する。1 ヶ月ほどは過労を避けた方が無難。

1 上気道炎 ;

A 症状増悪するなら細菌感染の合併を考えて抗生剤を投与。P Tx 内服薬無し。

C : わかりました。A 先生のカルテと同じですね。方針は分かった、それで何をするの ? ということですね。することの行為 ; 何を ・ 誰が ・ いつ ・ どこで ・ どうやって、がないと P じゃないってことですね。

B : 全くその通りです。あの人をもっとよく知ろうって言っても、どうやって知るかを言わないと。治そうと掛け声かけても、治し方を言わなきゃね。

A : 目標 A は同じでも計画 P が違うこともあれば、同じ計画 P の動機 A が逆ということも日常ざらにあることです。動機はもとのままでも計画を変更する場合もあるでしょう。A と P は別枠で書かなければいけません。昨日は

A : ○ で P : ○、今日は A : ○ で P : ● ということもあれば、先回は A : △ で P : △、今回は A : ▲ で P : △ の場合もあります。A / P 一緒のごちゃごちゃでは思考も行為も明晰ではあり得ません。

プロブレムごとに区別しなければいけないか ?

C : A 先生のカルテはプロブレムごとに # 1 で S O A P、# 2 で S O A P と書いてあります。ですが、# 1 ・ # 2 ・ # 3 ; S O A P とか、S ; # 1 ・ # 2 ・ # 3 とか、A / P ; # 1 ・ # 2 ・ # 3 とか、分けて書いてないカルテも

見ますが。

A：さきほどの昏睡の事例を思い出してください。プロブレムは患者の病気でしたね。そして別番号別名称は別疾患でした。

C：ええ、ちょっと待って下さい。ええと、するとですね、# 1・# 2・# 3；SOAPとか、S；# 1・# 2・# 3とかは別疾患をまとめて書いていることになりますね。

A：そうです。それでどう思いますか？

C：患者には日々何でも一緒にいっぺんに起こるから、まとめてしか書けないのではないのでしょうか？ それにバラバラにしてしまうと全体が分からなくなるのでは？

B：そこが大変なところよ。そんな気がしているでしょうが、気がしているだけです。実際はまるで反対です。分けて書かないと全体が分からないんです。

C：ええ？ どういうことでしょうか？

B：たしかに一人の患者ですから、同時に様々起こります。昨日はあの病気、今日はこの病気という具合ではありません。ところで、別の病気ならば、その歴史はそれぞれに違うでしょう？ 生まれたときからある疾患もあれば昨夜始まった疾患もね。先天性疾患も突発疾患も今は同時に一緒にあります。

ちょっと考えてみて下さいね。わかりやすいように言うと、# 1に先天性の心臓病があって、# 2で突発した発熱性下痢があるとしましょう。今日診察して、それぞれのSOAPを書けませんか？ 書けますね？ 心臓の聴診所見や胸部写真所見は# 1のところに腹痛や下痢の性状や体温は# 2に。区別できるでしょう？

C：はい、できます。書けます。

B：# 1・# 2を一緒にしてS腹痛・下痢、O体温・聴診・写真を書いて、Aに# 1と# 2を書くことはゴチャゴチャです。もっと複雑な事例やマ

ルチプロブレムの事例では、ほとんどがそうですが、一緒くたに書いては別種の病気が区別できなくてまるで闇ナベです。毒か薬か、何を口に入れているやら、分かりようがありません。発熱も胸痛も腰痛も失神も便秘も黄疸も肺の影も関節の腫れも不整脈も血小板減少も外転神経麻痺も紅斑も、なにかも一緒くたに書くのですか？ これで全体がよく分かりますか？ 何が何だか分からないことが分かるだけではないでしょうか？

C：そうですね。

B：もしも、今日あるさまざまな症状や所見が、どの病気によるものかを分かったなら、その#のところにSOAPを書くことができるでしょう？

C：ええ、できると思います。でも分からなかったらできませんし、書こうともしません。

A：おそろしくポイントを突いてきましたね。

C：でもほんとに書けない。

A：つまりね、プロブレムごとにSOAPを書くということは、書けるように分析せよ、ということなのです。例を挙げると、#1慢性関節リウマチ・#2慢性尿路炎・#3胆石症・#4悪性リンパ腫、としましょう。そしてこの数日発熱したとしましょう。この発熱を、はてさてどの#に書くかを、診断するのです。診断できたらその#のところに当然、発熱を書くことができます。そして肝腎なことですが診断しなければいけません。診断しなければ正しく治療できないでしょう？

#1の再燃、#2の一過性急性炎症、#3で胆嚢炎の併発、#4の悪化、もしかしたら、別の病気#5の始まりかもしれません。全く治療が違うから診断しないでどうやって治療するのですか？

C：うーん、プロブレムごとに書くというのは大変なことなのですね。たしかに、書けなければ悪性リンパ腫の化学療法を強化するか、抗生剤を投与するか、皆目見当が付きません。

A：とても大事なところですよ。書く力がない・書いても仕方がない・書かないことがよいこと、と意味は三様に違います。書けと言われて書く力があるならば、書かない方がよいかどうかを考えることができます。書く・書かないが選択肢の中に並んでありますからね。ところが書く力がなければ書けないのだから、元から議論になりません。書けないことが前提となって、つまり自動的に書かないことになってしまうでしょう。そして、書いても仕方ないとか、書く意味がないとか、時間がないから書けないとか、自らに誤認しかねません。

C：患者にはいくつもの病気がありますから、それらを十分に理解していないと書けないのですね。

B：そうよ。患者をよく分かるためには、医学疾患をよく理解していないといけません。専門と言って狭い事柄の特殊知識を集めているだけでは、プロブレムごとに記述できないでしょうね。何かの症状も専門と自称するプロブレムに無理矢理当てはめるか、違うと言って放り出すかのどちらかね。放り出すとなれば、区別せずにまとめて書くより他に方法はないわね。理解もしてないし所見も取れないのでは・・・。

C：言われることは分かるのですが、最初からそんな風に勉強してませんか・・・。

B：自信がない？

C：ええ、まあ。それにそんなカルテは他で見たこともないし。ごったまぜに書くくらいでも、何とかなるんじゃないかと・・・。カルテを見る限り先生達は皆、そんなようなものだから・・・。

B：何を言ってるの？ 実はね、私なんか今振り返ると恥ずかしい。学生時代に、こういうことに関心を持ち疑問を持つなんて自分にはなかった。医局にいたときのカルテなんか他人には見せられない。でもね、こういうカルテを書けるように勉めないと結局何も分からず仕舞いになることがよく分かりま

した。患者を診て担当して、こうやってカルテに書こうとするとどうしたって勉強せざるを得ないし、所見も正しく取れるように訓練せざるを得ないし、写真もきちんと読影しないとイケないし、つまり勉強の方向と方法がはっきりつかめたました。今思うと、本当の意味での勉強なんか全くしてなかった。本当の勉強を知らなかった。

C：そうなんですか？

B：今未だ学生でしょ？これからよ。

C：そうかあ。できるかなあ。

A：患者の医学的構造をただしく構築することが基本です。そのためにこそ、プロブレムリストを作成しプロブレムごとに区別記述します。それができなければ真つ当とは言えません。と、一人前な事を言ってみましたがじつは僕も始めはよくできませんでした。でも、僕は医学以外の協道をしていた時にその協道の高いレベルの本物を見ていましたから、このカルテを見たときすぐに本物だとピンとききました。だから協目もふらずにこのカルテが書けるように勉強しました。

C：分かりました。今日はほんとにいろいろ教えていただきました。すっきりしました。あとはやってみるだけですな。

A：人がかわって違う話し方の説明を聞いて貰ってもいいのではないかと、B先生にでかけてきていただきました。

B：人に説明していると自分でもまた整理できます。医局時代の自分に言い聞かせているようでした。

注：疾患・病気・プロブレムの用語については下記を参照してください（2016記）

「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>