

## 【内科における臨床診断】

### 内科における全体診療実践形式（40 年の経験）

<招待講演> 第 38 回 日本精神科診断学会 2018.10.19

（時間制約で述べなかったことを少し加筆編集した 山の写真は講演 PPT にはない）

<講演> 静岡赤十字病院 2018.12.10

堺市立総合医療センター 2018.12.16

栗本 秀彦

内科学内科研究会・元内科学研鑽会代表



Kala Patthar 5644m

写真は本題と直接の関係はない。  
後ろはエベレスト。

足下の氷河の谷は初登頂の

イギリス隊のベースキャンプ地。

まずはこの写真を見よう。体重 18kg で運ばれてきた

27 才女子のお腹。週定例カンファレンスの呈示症例。

過去の資料を調べると、子供の頃から腹部がガスで膨満。  
この 20 年間あちこち受診入院したが原因不明と。各種治療も無効のまま今日に。食事しないというので精神科入院も。

この患者は救命した。その診断思考のプロセスの理解には総合プロブレム方式を多少とも承知している必要がある  
ので、その基本の一部から説明を始める。



\* \* \*

#### 【I】 総合プロブレム方式

総合プロブレム方式は、個別疾患だけではない、患者の全体診療の考え方の形式。その形式はカルテ本体の書き方として現実診療で実践されている。

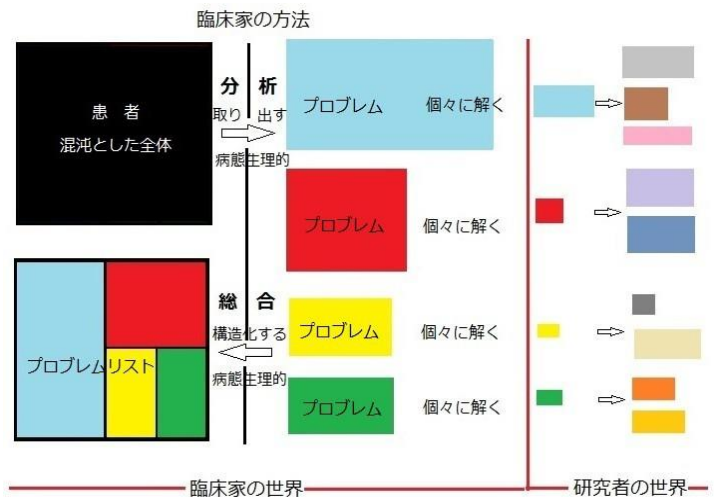
これまでも記録形式には手術や超音波・研究論文などがある。しかし、始めから終わりまでの診療全体の思考の方法を示して、現に実践されている例は見かけない。

カルテの記述規則は、とりもなおさず「このように観察・考察・判断・結論・立案し診療行為せよ」という要請に他ならない。それなりの強制力がある。

必然的に教育的で、良き形式は良い診療をうながし悪しき形式は悪しき診療を助長する。

総合プロブレム方式の基本方法は、デカルトの“困難は分割せよ”の分析と総合に似ている。患者は混沌とした全体。何がなんだか分からない。そこで混沌の中から病気を個々に抽出する。それがプロブレム。個々に解いて元の患者全体へ還元すると混沌が構造化される。それがプロブレムリスト。

全体を病気の次元で分割するから元の全体へそっくり還元できる。病気の先の、そのまま直接には患者へ還元できない細分割・尖端分割は研究の領域。



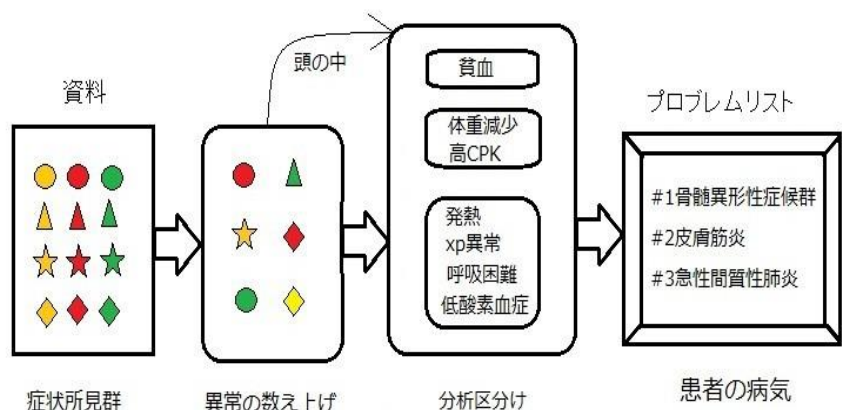
総合プロブレム方式における診断作業のイメージを示す。ルーチンの患者病歴・過去の資料・身体所見・検査所見を入手する。緊急ではいっぺんに揃うことはない。

入手資料に医学的事象が詰まっている。これを病気ごとに仕分ける。いくつ病気があるか？ 単に異常事象を数え上げることではない。

「病気という単位」でグループをつくる。その1つひとつが別々の病気である。病気ごとにまとめた事象は、この病気はこういう病気だという説明記述になる。そして、それぞれの病気に本態を表わす名をつける。名は古典的疾患名とは限らない。「貧血」と名

づければ、貧血が本態の病気だが、それ以上にはまだ分からない、ということ。「胸水」「体重減少 症」「妄想症」「肺腫瘍」・・・それが本態の病気で、この時点の診断はそこまでしか診断できない。「肺腫瘍」は腫瘍か炎症性腫瘍か、今はわからなくて肺腫瘍の診断でとまっている。

規則にしたがってプロブレムリストを作成する。



形式というからには、コトバに定義・書き方に規則がある。課題を共有して焦点明確な検討が可能になる。総合プロブレム方式はさらに、「事実と推測の峻別」と「論拠と考える筋道の明示」を求める。定義・規則が曖昧では形式とはいえない。

総合プロブレム方式の基本用語を説明しよう（プロブレム・プロブレムリスト・プロブレムごとの記述）。

プロブレムは「患者の病気とその時点の名」である。一般に使われるものとは異なるので、異なる表記“カタカナ”でプロブレムとした。

昨今ようやく、プロブレムは病気とされるようになった（3~40 年かかった）。社会的状況（2 階住い・家人の介護・・・）などの違う範疇を病気と同列に扱ってはならない。異なる範疇のものを同じ袋に入れてはいけない。プロブレムについて詳述する。

#### (a) 「プロブレムは集合の名」

概念というものを考える。個々の物は個々バラバラに固有の性質がある。そこから固有性質を取り除いて共通性質だけを抽出して、それを事物の本質的表象であるとした観念が「概念」である。個々のものはその概念に属している。つまり「概念は集合・個々はその要素」といえる。

ひとくちに「統合失調症」といっても「概念としての」統合失調症と「患者個々に固有の」統合失調症の場合がある。統合失調症はどんな病気？は概念として、智恵子の統合失調症はこうだった、は固有の病気。二つは範疇が違う。

この範疇を区別する明確な用語が洋の東西に見当たらない。われわれは異なる範疇を明確に認識しないまま文脈で使い分けている。異なるものは異なる用語でなければならない。

そこで、概念集合を「疾患」・患者の事態を「病気」とした。病気は疾患に属している。疾患 {病気 1、病気 2、・・・病気 n}。

この認識は重要である。というのも、プロフェッショナルの Identity に関るからである。

#### プロブレムという概念

- 1 **プロブレム**は 病気である
- 2 **プロブレム**は その時点で そのように呼ばれ  
そのようにしか呼びようがない病気である
- 3 **プロブレム**は その時点の診断名であり病名である
- 4 **プロブレム**は 集合の名称で その名で呼ばれる  
個々の病気は その集合の中にある
- 5 プロブレムの診断作業は 病気をより限定的特殊な  
名で呼ぶべくすむ
- 6 **プロブレムリスト**は その時点での患者の病気の  
一覧表である

- 4 **プロブレム**は集合の名称で  
その名で呼ばれる個々の病気は その集合の中にある

統合失調症（概念 = 集合）  
統合失調症（患者個々に固有）

----- 統合失調症 -----

智恵子の統合失調症

ナッシュの統合失調症

ムンクの統合失調症

----- 疾患（集合） -----

病気（固有）

病気1 病気2

.....

病気n

研究者の対象は「概念としての疾患」で、臨床医の対象は「患者の病気」である。科学の特性は「普遍性・再現性」だが、いっぽう臨床の特性は「歴史性・一回性」にある。人は個々に歴史的存在で、個々の人間はビッグバン以来この先も 1 回だけの出来事である。臨床医の診療は「科学にもとづく後戻りできない歴史的行為」といえよう。

#### 総合プロブレム方式の想念

- 1 人の人生はその人のもの
- 2 診療は後戻りできない歴史的行為
- 3 患者にとって自分は全医師の代表者

(b)「プロブレムはその時点の診断病名」  
「病気は何か？この時点の診断は？この時点の病名は？」これらの答がプロブレムである。今、ここに何かがある。

「コレ」は何？診断は？「ヒト」。プロブレムは集合の名である。「コレ」は「ヒト」という概念集合の中の 1 つ。

情報が増えた。診断は？「成年女子」。ここまで確かに言える診断。

さらに情報が増えた。診断は「成年日本人女子」。この時点ではここまでは確か。

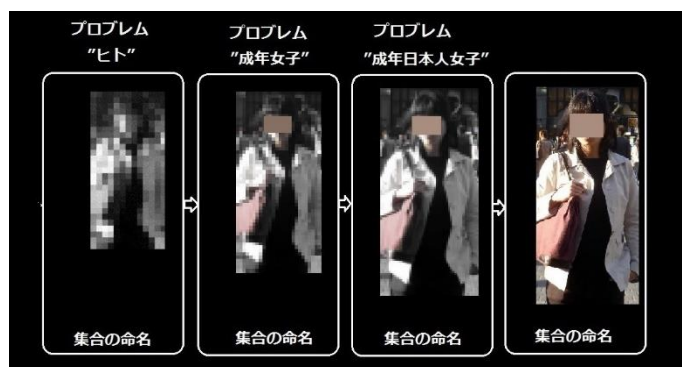
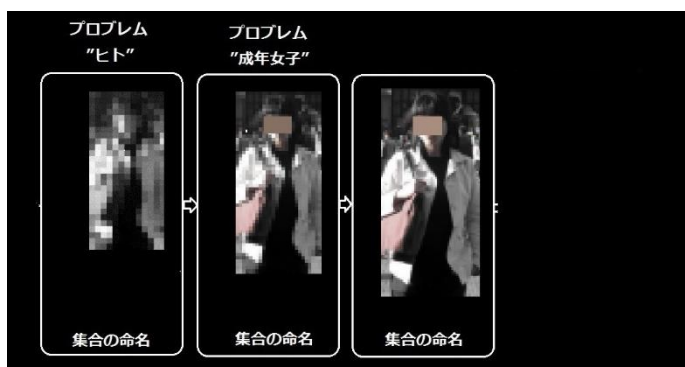
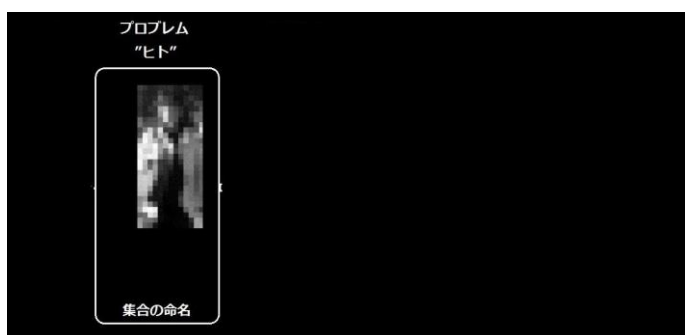
「コレ」は、概念集合「ヒト」のなかの部分集合「成年女子」であり、そのまた部分集合の「成年日本人女子」である。

「コレ」の診断名はどんどん狭まった。要素の数は「ヒト」の 70 億から、何百万にまで減った。

今や集合「卑弥呼」の 1 つである。この集合には、他に複数の「卑弥呼」があり得る。もしこれしかなかったら、この名の病気はコレ 1 つの奇病である。部分集合を辿って集合は次々狭まる。広範一般的から特殊限定的になる。

診断とは、名無しの処から出発し、広範な名を経て、特殊な名を求めてゆくプロセスである。

部分集合を次へ移るには、必ず明示できる根拠が要る。何となく、は許されな





い。先へ 移る根拠がなければ診断はそこに留まらざるを得ない。プロブレムは推測ではなく事実である。次へ移れなければ、移るための根拠を求めて診断計画をたてる。

\* \* \*

## 【Ⅱ】 実例

それでは冒頭の実例で、実際の診断思考プロセスを説明しよう。形式原理の説明で症例検討ではないので、青字を目に留めておくだけで結構（省略呈示）。

【年齢・性別】 27 歳女性

【主訴】 食思不振

【社会生活歴】 身体障害者 5 級・精神障害者 2 級

【入院まで】

父（健在） 母（養護教諭）

生来発達遅延（県立子供病院） 染色体異常(-)

精神遅滞（精神科）:H 医大-軽度知的能力障害 | M 病院-同

多指症・舌小帯異常（2 歳手術・構音障害残存）

幼少期から食欲旺盛 小太り

4 歳:腹部膨満（B 病院小児科）原因不明

10 歳:普通学級 腹部膨満（B 病院小児科）検査異常(-) 腹痛嘔吐(-) 排便正常

14 歳:普通学級 排ガス頻回 いじめ（B 病院小児科 | 消化器内科）注腸造影で腸管拡張

「排ガスは良いこと」と言われて終診

高校:通信制 短大推薦入学

19 歳:腹部膨満が徐々に悪化 空腹感なく食欲低下 体重減少 1 年で 37kg(BMI20)から23kg(BMI18)

その後:C 大学病院など複数を受診 様々な検査（CF 異常ー 直腸などランダムBx 異常ー イレウスチューブ造影異常ー）治療試行改善ー 原因不明

S 内科漢方内服 G クリニック半年箱庭療法

腹部膨満・食欲低下持続 体重さらに減少(当院消化器内科)腹部膨満強く経口摂取拒否

経管栄養 その後 1kg/週体重増加 退院

H 医大精神科入院- 特定不能の摂食障害(肥満恐怖・ボディイメージ本人否定 腹満で摂食困難) M 病院-摂食障害ではない・腹部疾患 のちに特定不能の摂食障害

Y 内科経管栄養・管理苦痛で抜去| T 血液科 | 漢方診療所

26 歳:胃捻転(D 総合病院消化器内科)NG tube で捻転解除 GIF 異常(-) その後も腹部膨満・食欲低下・体重減少 固形便 1 日 1 回 排ガス毎日 総合内科紹介

【身体所見】 27 歳:18kg（詳細省略呈示）

身長 138.1cm・体重 18kg BMI 9.9

バイタル: 体温 36.7℃・脈拍80/分整・血圧 86mmHg(拡張期測定不能)

SpO2 95%(RA)・呼吸数 16/min

全身状態: ぐったり

腹部: 膨満軟 筋性防御(-) アンコ型力士のよう 腸雑音亢進

肝・脾不触 腹部圧痛(-) 打診鼓音(+ )四肢: 浮腫(-)

意識清明 見当識正常脳神経: I 嗅覚脱失

運動感覚協調反射: すべて正常

【検査所見】

<血液検査>



TP 5.6g/dL ↓ ・ Alb 3.5g/dL ↓ ・ ALT 96U/L ↑ ・ ALP 169U/L ・ ChE 257U/L ・ CK  
67U/L ・ BUN16mg/dL ・ Cre 0.48mg/dL.  
Na 139mEq/L ・ K 4.5mEq/L ・ Cl 103mEq/L ・ Ca 8.6mg/dL ↓ ・ P 3.8mg/dL ・ Mg  
2.5mg/dL ↑ ・ Zn 50μg/dL ↓ ・ Cu 74μg/dL.

T. Chol 212mg/dL ・ TG 88mg/dL ・ Glu 52mg/dL ↓ ・ HbA1c(NGSP) 5.5%.  
TSH 1.548μU/mL ・ VitB1 27ng/ml ・ VitB12 1040.7pg/mL ↑ ・ Fe 74μg/dL. CRP  
0.0mg/dL.

WBC 2470/μL ↓ (Ba 0.4% ・ Eo 0.4 ・ N 54.7 ・ Mo 4.0 ・ Ly 40.5) .

RBC 381×104/μL ・ Hb 11.5g/dL ・ Ht 34.6% ・ MCV 90.8fL ・ MCH 30.2pg ・ MCHC  
33.2g/dL ・ RDW-CV 12.0%. Plt 20.5×104/μL.

<検尿>

比重 1.032 ↑ ・ pH 6.0. 尿蛋白定性 (±) ・ 尿糖定性 (-) ・ ケトン体 (2+) ・ 潜血反応 (-)

加バリーゲン(2+) ・ ビリルビン(-).

RBC <1/視野 ・ WBC 1~4/視野 ・ 扁平上皮 1~4/視野 ・ ガラス円柱 (-) ・ 細菌 (-) ・ 尿管上皮 1 未満/視野.

<心電図> WNL

資料を手にして、ここから総合プロブレム方式の思考開始である。

資料事象を分析解釈して診断プロセスを始める。病気と考えるグループにまとめて「思考の枠組み」を決める。沢山ある情報事象から、病気の候補がいくつも浮かんでくる。こう纏めたら、こうグループにしたら、病気ではないか、と。よく吟味すれば、多くは疾患カテゴリー、つまり病気、といえない。

この患者では、病気ごとにグループわけして3個の病気がある、と認識した。仕分けしたグループは、それがひとつの病気であると認識されるものである。単なる症状や所見の羅列ではない。これが出発時点の思考の枠組みとなる。

初期プロブレムは最初のプロブレムで、この名が本態の病気である、と診断した。命名は異常症状や所見の項目ではない。その名の病気だという診断である。この認識は大変大事なことで、正しく洞察してプロブレム（病気）を認知する。正しくないと、このあと右往左往する。

### 初期プロブレムリスト

- # 1 精神発達遅滞症[登録日 以後略]
- # 2 腸内ガス貯留症
- # 3 低栄養症



キャンプ地を出発するヒラリーと  
テンジン。  
このとき エベレストを初登頂。

このときの推論は「帰納的 inductive」で、囲碁や将棋でいう大局観に相当してプロとアマでは大差がある。広い視野と正しい分析経験知識が必要とされる。

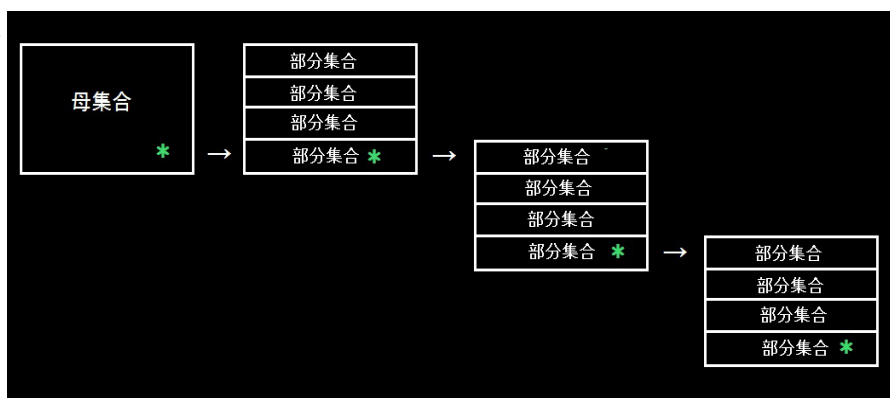
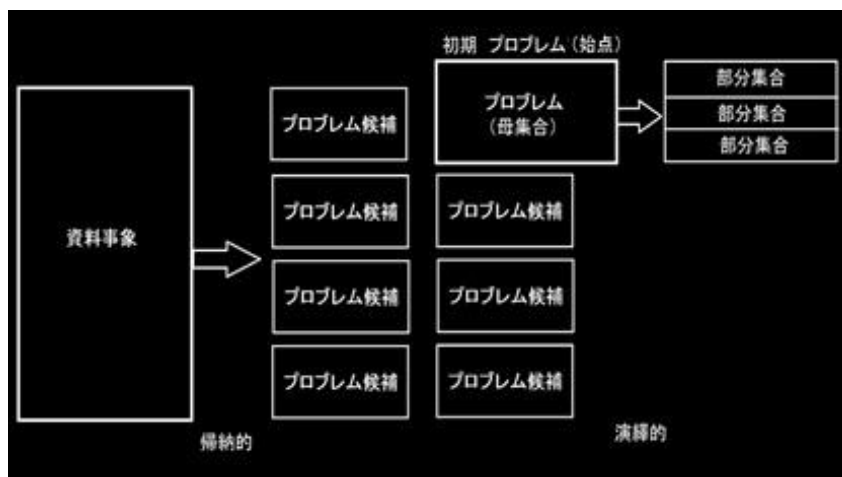
初期プロブレムを定めたら、この後は部分集合を辿る「演繹的 deductive」な推論。こ

の部分集合、その部分集合という具合。

部分集合の分け方が重要である。たとえば、ヒトの部分集合の分け方が性別ならば、男女・国籍ならば日米・年齢ならば 10 才代 20 才代・・・。部分集合は互いに排他的かつ隙間はない。男で女ということはない。目的に合う分け方を選ぶ。これから診断を進めるルート選びだから、あやまって選べば遭難である。

こうして次々と部分集合で診断を狭めてゆく。患者の病気は必ず次の部分集合のどれかにあり、次々つづけて行き着くところまで診断をすすめる。

全体を通じて重要ポイントが二点ある。混沌とした情報事象からの初期プロブレム抽出と、そこからの部分集合選択である。ここをジャストミートしないとヒットにならない。



これが、カンファレンス終了時のプロブレムリスト。プロブレムリストの規則は後述。

- # 1 精神発達遅滞症
- # 2 腸内ガス貯留症 → 吞気症
- # 3 低栄養症 → マラスムス低栄養症

資料事象の分析解釈を続けて、行けるところまで行きついた結論である。

では、最重要プロブレム # 2 腸内ガス貯留症の、頭の中の診断プロセスを示そう。まず、どうやってこんなガスが溜まったかを考えて、ガスの起源でわけた。

- # 2 腸内ガス貯留症 (部分集合 ; ガスの起源 (origin) でわかる)
  - 腸内ガス産生 | 外部ガス侵入 (他にはありようがない)
  - い) 根拠事象過去
    - 幼児より 20 年
    - 腸内便塊なし 腸壁浮腫なし 滲出液なし
    - 腸管運動 正常 腸管吸収 正常
  - 根拠事象 現在
    - 全胃腸管一様に拡張 胃ガス拡張捻転

どちらかで他にはありようがない。過去から現在の根拠事象が情報の中にあって、腸内細菌ガス産生を否定できる事象がいくつもある。ゆえに外部からの侵入。

根拠事象は、たとえば写真を読影してみよう。腸管壁は一様に薄く滑らか。内腔は一様均等にガスで充満。滲出液体はない。腸管壁に浮腫も鬱血充血もない、とわかる。炎症はない。

腸雑音は聴取。排ガスもあった。腸管筋層は健全に機能。経管栄養で体重増加。すなわち消化吸収は正常で腸管粘膜は正常に機能。そのうえ内腔には細菌のエネルギー源たる便塊もない。つまり、消化管自体は正常でガスの貯留だけが問題。さらには、虚脱胃は捻転しない。捻転は胃がガスで充満していたということ。腸内発生ガスが幽門越えて胃を捻転させるとはあり得ない。腸内ガス発生否定は容易。

何を求めているか。腸内発生と外部侵入の肯定・否定の事象である。考えを組み立てていないと探し物が何かも分からない。事象の医学的意義を理解していなければ、何も目に入らない。

根拠を求めて、何度でも患者の下へ問診・診察におもむき、技師・看護婦に訊ね、病理や放射線医に質す。憶測推測は避けて事実を追求する。

プロブレムは、#2 腸内外部ガス貯留症となる。次は侵入経路で部分集合をつくった。

#2 腸内ガス貯留症 → 腸内外部ガス貯留症 (部分集合；ガスの侵入経路でわかる)  
↳ 経口 | 経肛門  
根拠事象 過去  
幼小児より20年



天鼓山人会  
松根洞

経肛門であるわけがない。経口に決まっている。一步步づつ  
確めては詰めてゆく。浮石を踏めば滑落。

プロブレムは、#2 腸内経口ガス貯留症である。

#2 腸内ガス貯留症 → 腸内外部ガス貯留症 → 腸内経口ガス貯留症  
(部分集合；ガスの侵入のメカニズムでわかる)  
↳ 自然 | 人為  
根拠事象 過去  
幼小児より20年  
人為的でありようはない

よって「吞気症」 aerophagia。この診断に揺るぎはない。情報を正しく分析し、正しく解釈して、正しく吟味して組み立てれば、このほかの診断結論はあり得ない。

さて、プロブレム病気にはそれ固有の過去・現在・未来がある。複数の病気があれば、それぞれ別々に過去や現在を認めることが出来る。プロブレムごとの記述は患者の固有の病気を理解することに等しい。概念疾患を解説することではない。「この患者」の病気の記述である。



概念集合「呑気症」の中にある、この 27 才女子の呑気症は、同じものは他にはない、この人だけの呑気症である。この患者のこの病気を記述せねばならない。知らねばならない。さもなくて、この人の治療はできない。

**プロブレムごとの記述**  
“この患者”の“病気”を理解する

- プロブレム＝病気**
- 1 病気各々に過去・現在・未来
  - 2 各々別に記述可能
  - 3 プロブレムごとに記述

#### プロブレムごとの記述

# 2 腸内ガス貯留症 → 腸内外部ガス貯留症 → 腸内経口ガス貯留症 → 呑気症 (aerophagia)

過去：

幼小児期：食欲旺盛 小太り 腹部膨満

小学校：腹部膨満 ガス貯留

中学：オナラ頻回 学校生活支障 いじめられた

ガス異常貯留（検査異常なし“排ガスはよいこと”と）

高校：食欲減退 体重減少（34kg）

高校卒業後：腹部膨満ますます増悪 腹痛・嘔吐＋ 摂食拒否

多施設各種検査（CF 造影 生検などなど）“原因不明”

精神科：“特定不能”の“摂食障害”（肥満恐怖body image歪み否定）

各種治療（含精神科）無効

体重 23kg 経管栄養では体重増加

現在：

口腔内奇形によって嚥下の度に呑気する

消化管の消化吸收運動機能 正常 全消化管内 著明なガス充満 摂食 極端に減少

\* 体重 18kg 生命危険状態

このように各プロブレムごとに、そのプロブレムを記述できる。それぞれ別の病気だから、別々の過去現在として記述できなければならない。出来なかったら、患者の病気を理解していないことになる。たとえば、食思不振が白血病か抑鬱症のどちらに起因かが分からないのは、患者を理解していないということである。理解しているなら、困ってきたるほうのプロブレムに記述することになる。

ついでに、# 3 低栄養症はマラスムスタイプ、である。今やこのプロブレムで生命危険。

カンファ終了時のプロブレムリスト（この時点の診断）：

# 1 精神発達遅滞症

# 2 腸内ガス貯留症 → 呑気症

# 3 低栄養症 → マラスムス低栄養症（# 2）

脱気で腹満減少した。呑気がつづく故に胃は空気で張っている。経管栄養で体重は増加した。目標は、# 2 あるに違いない口腔奇形の発見対処、と # 3 経口摂取。

呑気は確認された。奇形があった。硬口蓋がドーム状でツバ飲み込む度に空気嚥下してしまう。

新たに # 4 が加わった、この時点のプロブレムリスト。

## プロブレムリスト：この時点の診断

- # 1 精神発達遅滞症
- # 2 腸内ガス貯留症 → 呑気症（# 4）
- # 3 低栄養症 → マラスムス低栄養症（# 2）
- # 4 口腔奇形症



この有名な写真は  
初登頂のエベレスト  
頂上

これでこの患者の病気構造はすっかり理解したはず。だが、そううまくは行かなかった。別プロブレムが登場した。

# 3 マラスムス低栄養症は、経胃管栄養で体重も順調に増加した。

# 4 口腔奇形症 各種処置を試みた。

- 処置 1 ; 顎歯に”足下駄” — 呑気改善なし
- 処置 2 ; 硬口蓋に隙間埋め装具 — 旨く嚥下できない
- 処置 3 ; 軟口蓋口挙上装置 — 嘔吐反射で装着不能

すべて不成功。aerophagia はつづいた。空気嚥下を止める手立てがない。

# 2 呑気症については脱気で腹満減少し無症状。しかるに「拒食」。食べて、というと険しい顔で拒否。内科医師が、プリンやアイスクリーム美味しい一緒に食べようと傍で食べて見せても、一口だけでニコニコして食べようとしない。母は、思い込みつよい養護教員で医療不信。なんでも拒絶。投薬も胃瘻も拒否。20 数年の来し方を見れば已むないかもしれない。

## この時点のプロブレムリスト（この時点の診断）：

- # 1 精神発達遅滞症
- # 2 腸管内ガス貯留症 → 呑気症（# 4）
- # 3 低栄養症 → マラスムス低栄養症（# 2）→ 治癒〈済〉
- # 4 口腔奇形症
- # 5 拒食症（# 2）

あらたに # 5 拒食症が加わった。# 3 は治癒した。

さて、今までなんどもプロブレムリストが出てきたので、ここでプロブレムリストの規則を説明しておこう。

要点は 1. 2. 3. 細かいことは省く。かかる規則によって、プロブレムリストは病気の戸籍となる。

病気の構造と歴史が一望の下。

### プロブレムリスト 規則

- 1 患者の この時点の病名（病気以外 X）
- 2 番号 # 発生順（重要順 X）
- 3 日付[ ] 登録日（推測発生日 X）

#### 《 病気の戸籍 》

かかる病気が この順に このようにして発生し  
この日に 今はこのようであると認めた

## プロブレムリスト：現時点

- # 1 精神発達遅滞症 [登録日 以後略]
- # 2 腸管内ガス貯留症 → 呑気症（# 4）
- # 3 低栄養症 → マラスムス低栄養症（# 2）→ 治癒〈済〉
- # 4 口腔奇形症
- # 5 拒食症（# 2）

患者の病気をストレートに示している。”# 1 が元から背景にある。併存する# 4 によって# 2 になり、# 4 は今もそのままで# 2 は続いている。そのために一時期# 3 になったが、これは治癒した。そして# 5 が、あらたな病気として露わになった。# 2 が不在なら# 5 にはならなかった。” # 4 の認知は遅れた。医師の認知によって、初めて病気は医学診療の対象となる。認知されなければ無いに等しい。

診療は病診こえて継続せねばならない。それには患者病気の理解共有が必要で、プロブレムリストによって可能となる。

付言するが、プロブレムリストを他のルール、たとえば時々的重要順では、時々によりリストが変わってしまっ戸籍にならない。別人のものに見える。診療科ごとに違ったリストにさえなり得る。プロブレムリストは一時の覚え書きメモではない。

時々的重要順の例 # 1 呑気症 # 2 口腔奇形症 # 3 拒食症 # 4 精神発達遅滞症

# 1 拒食症 # 2 呑気症 # 3 精神発達遅滞症 # 4 口腔奇形症

歴史認識がなくでは継続診療は不可能である。

# 5 拒食症について精神科に副科依頼した。主科副科の協同作業が始まった。

# 5 拒食症がいまや、この先も主要プロブレムであることは明瞭で、主科が精神科に引き継がれた。# 5 の理解については問題があるが、現在精神科と開業医定期通院中である。

\* \* \*

## 【Ⅲ】医師社会の社会的課題

この患者でも内科・精神科が関わっている。こんにちでは患者に複数の診療科が関わる事態が頻繁になった。実診療において診療科・医師間の関係は非常に重大な問題である。

医師を部分集合の分け方で分類しよう。身分で分けると、開業医・勤務医。専門分類では、診療科の分類に対応している。ところが診療科分類はバラバラ・重複で混乱している。老年科・皮膚科・感染症科と並べても見てとれるように、老人の皮膚には感染症も腫瘍も起こり、感染症は腎臓にも肺にも全身どこにも起こり、子供だろうと誰であろうと起こ

### <専門医(診療科)の分類>

- a 機能別  
精神科 身体科
- b 対象別  
内科 小児科 老年科 新生児科 産婦人科
- c 手段別  
(非手術) 新生児科 小児科 老年科 内科  
(手術) 外科
- d 解剖臓器別  
眼科 皮膚科 耳鼻科 泌尿器科  
循環器科 呼吸器科 消化器科 腎臓科  
神経内科 血液科
- e 疾患メカニズム別  
免疫アレルギー科 代謝内分泌科 感染症科 腫瘍科
- f 手法別  
放射線科 病理科
- g 臓器プラス手段別  
整形外科 脳外科 心臓外科 血管外科  
内分泌外科 消化器外科

る。無用の分類だが、これにはそれなりの歴史的必然があった。だが、際限もない細分化や全体調和を考慮しない単純羅列は行き詰まる。

そこで、まったく別の視点で、部分集合のわけかたを「医師の患者にたいするはたらき・関り方」にすると、専門分類とは違ったありさまが見えてくる。

医師の専門は医師の属性であって、医師が如何なる関り方の診療するかは別問題。

主治医の原理は「この患者」の病気は何か？である。当科疾患・自分専門疾患はあるか、なければ関係なし、という関わり方ではない。基本は3点。全体と継続。

総合プロブレム方式は、そもそもこの診療規範の形式である。これは、机に坐って紙上の観念を操って作られたのではない。

5年・10年の実診療の最中にひとりでの生まれて次第に形作られてきたものを文章化して形式とした。隅々まで実診療実践の煮汁が滲みこんでいる。主治医機能の形式とも言い換えられる。

主治医と副科医の作業を見る。

レベルが高次複雑になるほど統率者リーダーがより必要で、統率者を欠く高次複雑事業はありえない。診療は、次元も違う複数の職能集団が同時にかかわる高次複雑営為である。戦略作戦を預かるリーダーを欠いては真っ当ではありえない。主治医がそれにあたる。

必要なのは診療の責任体制の構築である。その体制は組織である。プロジェクトチーム結成と同じ事。組織化することで、主科・副科の仕事・責任内容が明確化する。天皇の心疾患診療では、主治医と手術医は所属施設さえ異なった。ここにプロジェクトチームが組織され、この2人の関係はプロジェクト統率者と必要

#### <医師の分類>

医師の患者との関わりかた

家庭医(かかりつけ医)

単一疾患担当医(主治医の一部代行医)

主治医

#### 主治医の機能

原理: “この患者”の病気は何か?

- 1 患者の全体に関わる
- 2 患者の全体に責任を負う
- 3 患者に継続して関わる

○この患者にどのような病気があるか○  
どのように治療をするか

×当科疾患があるか／なければ関係ない×

#### 総合プロブレム方式 －主治医機能の形式－

- 1 患者の全体構造を明らかにする(全体)
- 2 診療に継続性を求める(継続)
- 3 医学の諸概念・術語を正しくする(科学)
- 4 医師としての責任範囲を明確にする(責任)

#### 主治医と副科医

##### 主治医の作業 (診療の統括責任者)

- 1 プロブレムリストの作成管理
- 2 主要プロブレムの直接診療
- 3 一般基本課題の診療  
(栄養・睡眠・排泄……)

##### 副科医の作業 (主治医の一部代行者)

- 1 単一プロブレムの診断治療・実作業



とされた作業の名人であった。

といっても片方のみでは真っ当な診療にはならない。主科が主科として同時に副科が副科として正しく機能しなければ真っ当な診療はできない。医学レベル、つまり理解のレベルも同水準にないと信頼しあって腕を組めない。これは、「患者」に責任を負えば直ちに会う切実な難題であって、紙上の批評講釈で事足りることではない。

初歩的知識だが一般企業では常識だろう。組織成立の3原則がなければ組織にならない。診療における医師社会の今日的課題である。

何が診療において組織を成立させ得るか。臨床診療におけるコミュニケーションの必須要件は患者の病気の認識共有である。それがなければ、共通目的も協同意欲も絵空事。プロブレムリストの共有が第一歩。

### 組織成立の3原則

- 1 共通目標
- 2 協同意欲
- 3 コミュニケーション(情報共有)



初登頂のイギリス隊  
リーダーは登山界では  
知られていなかった  
軍人クライマーの  
ジョン・ハント大佐

これは手書き時代の用紙。今は電子カルテで容易になった。登録日を見ると、主治医が何を考え何を行ったかの診療過程がよくわかる。プロブレムリストは時空を越えたコミュニケーションである。1000年前にこういう患者がいて、その時の医師はかかる診療をした。プロブレムリストは記録となって、1000 年先は 1000 年前の今日を知る。

プロブレムリストによって患者の正しい理解を共有して互いの行動を了解しあっているなければならない。

互いに何を託しあったか。こんにちまで単一専門診療、この他技術は著しく発展してきた。だが主治医機能は、今日の高水準に達した単一専門と見合うレベルにはない。主治医機能の医師能力と制度

構築が今後の重要課題だろう。技術革命のこの時代に社会人々が求める臨床診療の本来であろう。諸国も未だ、その診療形式を手にしていない。

| 基礎資料 (A 病歴、B 過去の資料、C 身体所見、D スクリーニング検査所見) → プロブレム (E 症状、F 所見、A 経過、D 計画) |                 |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|
| プロブレムリスト<br>(記した日付を記す)                                                 |                 |           |
| # 番号                                                                   | プロブレム           | 年 月 日     |
| # 1                                                                    | 糖尿病             | 1992.4.01 |
| # 2                                                                    | ネフローゼ症候群        | 1995.5.01 |
| →                                                                      | 膜性腎症            | 1995.5.09 |
| →                                                                      | 治癒 (#3) <済>     | 1995.8.01 |
| # a                                                                    | 潜血陽性便           | 1995.5.09 |
| →                                                                      |                 |           |
| # 3                                                                    | 下行結腸癌           | 1995.5.18 |
| →                                                                      | 治癒 (切除) <済>     | 1995.5.30 |
| # 4                                                                    | 発熱              | 1995.5.22 |
| →                                                                      | 急性腎盂腎炎 (E.Coli) | 1995.5.24 |
| →                                                                      | 治癒 <済>          | 1995.5.28 |

### 組織成立3原則

共通目的  
協同意欲  
コミュニケーション(情報共有)  
は如何にして可能か？

診療においての  
必要要件  
プロブレムリスト



ロブチェの丘  
エベレスト遭難死を悼んだ  
大小の多くのケルンがある  
中にはコミュニケーション不全  
の遭難もあったことだろう

There is No Try    Do or Not Do