

シンポジウム 5：あらためてプロブレムリストについて考えるー電子カルテ時代における POS 記載の基軸

主治医機能の枠組み プロブレムリスト

三島信彦^{*1}

座長：岩崎 榮^{*2}／渡邊 直^{*3}

●キーワード：プロブレムリスト，総合プロブレム方式，主治医機能

はじめに

まず忘れられない患者さんの話から始める。

昭和 34 年：胃下垂全摘

昭和 62 年：子宮頸癌のため放射線照射

昭和 62 年：放射線性直腸炎による血便のため人工肛門造設

平成 3 年：下肢深部静脈血栓症（ここまで大学病院）

平成 4 年：大動脈周囲リンパ節転移（自宅近くの病院へ転院）

上記を担当医名とともに年次順のリストとして持ち歩いていた。臓器別診療化した大病院で患者自らが自分のプロブレムリストを管理していたといえる。何回かの入退院ののち癌の多発転移で死亡した。病理解剖記録から本稿に紹介できた。

医学の進歩がもたらした医療の細分化

医学の進歩が医療の細分化をもたらした。細分化前、臨床医学は社会、地域、家庭、個人、臓器、細胞、遺伝子という医学スペクトラムの中で、主

に個人、臓器レベルを対象としていた。

細分化後、多くの専門診療は臓器、細胞、遺伝子を対象として、個人をその対象から外した。

●臓器別専門診療対象

社会 地域 家庭 個人 (臓器 細胞 遺伝子)

その結果、2つの変化が生じた。患者の全領域について診断する力量の消失と、主治医として患者全体に責任を持つはたらきの放棄である。両者は関連していて、専門外無関心と形容される。それは患者全体を医学的に理解、診断する関心や努力の欠如に由来している。臓器の殻に籠り、「～が専門ですから」と言い訳をする状況はしばしば見聞される。かつての卒後臨床研修が義務化前はほぼ単科ストレート研修であったため守備範囲が狭小化した背景は想像に難くない。

臓器別細分化医療は疾患が単一領域であれば大いに威力を発揮する。しかし、当該領域疾患だけであるとあらかじめ診断されていないと機能しにくい。さらに、入院経過中に他領域疾患が併発しないとは限らない。また、高齢社会での医療ニーズが、単一急性疾患の治療から、複数の慢性疾患の管理へと変化した。高齢者は臓器責任だけを担う専門科を複数受診すれば済むのかという疑問もある。

このような状況で家庭医診療が出現した。家庭、個人を中心に据えて主に診療所で外来機能として活動しているが、家庭医はまだごく少数である。

* 1 内科学研鑽会，名古屋通信病院

* 2 NPO 法人卒後臨床研修評価機構専務理事

* 3 聖路加国際大学教育センター・臨床研修部

また、家庭医診療での患者中心診療を入院時高機能病院で引き継ぐ体制が未確立といえる。

入院診療の現実残念ながら非効率な単科診療の乗り継ぎである。望まれる病院総合内科診療は個人を再び包含し、臓器への責任ではなく患者への責任を担わなければならない。家庭医診療と病院総合内科診療との違いが、扱う病状の難易度の高さと重篤さであることもここで指摘しておく。

●家庭医診療対象

社会 (地域 家庭 個人 臓器) 細胞 遺伝子

●病院総合内科診療対象

社会 地域 家庭 (個人 臓器 細胞) 遺伝子

総合プロブレム方式とは

病院総合内科診療ニーズに合致し、また、診断未確定の混沌とした状態から患者を中心に据えて、患者のプロブレムリストを管理することで、複数疾患を有する患者全体の診療を推進する方式をここに紹介する。この方式は過去約40年間にわたり、実診療での使用に耐え鍛えられてきた、現実の生きた方式である。

この診療形式をその生い立ちまでたどると、1977年名古屋大学医学部第三内科（教授坂本信夫）に臨床班（助手栗本秀彦）が発足したことに遡る。研究業績を上げるための研究班に対置し臨床班が設置された。同年「名古屋大学医学部附属病院第三内科診療記録（入院）要項」が発表され、帰局者全員を一旦臨床班に所属させ、POS形式診療・記録の実践を制度とした。臨床班では今日という総合内科診療を行った。

要項序文に以下の3項目記述がある。

1. これは、紹介でも解説でもなく、推奨でも勧告でも扇動でもない。行うことそのものである。
2. はっきりと書き表すことが、考えを明確にする。
3. 明確な考えが、行うことを明らかにする。

この流れを汲むわれわれ、病院に勤務する総合内科医のグループは、合理的診療を求め、経験症

表1 総合プロブレム方式の5規則

1. プロブレムは病気の名前である。病名が確定していないとき、代表する症状（主訴）・所見・症候群名でひとまず代用する。代用名は事実でなければならない。推測は排除する。1つの病気に1つのプロブレム名を与える
2. すべてのプロブレムをもれなく登録しなければならない
3. 発生順にプロブレムにナンバー（#）を振る
4. プロブレム名を記述した登録日付を記載する
5. プロブレムの認識が深まると→でプロブレム名を展開する。進展、包含、訂正、取消がある
例 #1 汎血球減少症 [登録日付]
→再生不良性貧血 [登録日付]
プロブレム自体への介入や経時の変化によって→でプロブレム名を展開する。移行、終了、治癒がある
例 #2 急性腎不全 [登録日付]
→（移行）慢性腎不全 [登録日付]

例を互いに検討する定例CPCを1987年から年3回継続し、情報発信してきた。

1993年対外活動のため自らを「内科学研鑽会」と名乗り、POSの表記規則を検討した診療形式を同年「総合プロブレム方式」と命名した。筆者は1980年卒であるが、学生時代の臨床実習からこの形式を経験し、医師としての35年の全キャリアをこの形式で実践してきた経緯から発表者に推された。

総合プロブレム方式のプロブレムリストには5規則がある（表1）。

各規則解説の前に、自らがプロブレムリストを管理していた前述の「忘れられない患者さん」は、総合プロブレム方式診療では以下のようなプロブレムリストとなる。

- # 1 胃癌 [1959年*月*日]
→治癒 [1964年*月*日] 〈済〉
- # 2 不正性器出血 [1987年*月*日]
→子宮頸癌 [1987年*月*日]
- # 3 血便 [1987年**月**日]
→放射線性直腸炎 [1987年***月*日]
- # 4 下肢浮腫 [1991年*月*日]
→下肢深部静脈血栓症 [1991年*月**日]

以下に各規則を順次解説する。

1. プロブレム名

プロブレム名は病気の名前であり、その時点で確定された最先端の事実名を記載する。何々の疑いという推測は事実でないので禁忌である。

医師の勉強会でしばしば使用されるリストをわれわれは「キーワードリスト」と呼んでいる。例えば、発熱、高度貧血、血尿、体重減少の4プロブレム名から腎細胞癌を診断するリストである。このリストは医師間のみで共有され、診断到達への作業リストであり、はかない寿命でしかない。

2010年、日本内科学会東海地方会で専門医部会が第9回東海支部教育セミナー¹⁾を開催した。筆者が当時所属していた施設から症例を呈示し、3名の討論者が討議した。2名の討論者はキーワードリスト、3人目は当会会員であり総合プロブレム方式のプロブレムリストを作成した。

呼吸器内科医のキーワードリストは以下である。

- # 1 低酸素血症 (び慢性すりガラス状陰影)
- # 2 肺胞出血
- # 3 両側胸水貯留
- # 4 発熱
- # 5 心雑音
- # 6 白血球増加 (リンパ球減少)
- # 7 貧血
- # 8 血小板減少
- # 9 低補体血症
- # 10 蛋白尿
- # 11 凝固異常
- # 12 肝機能障害

血液内科医のキーワードリストは以下である。

Positive findings

- # 1 無症候性先天性心臓弁膜症の既往
- # 2 全身倦怠感・咳嗽
- # 3 肩・首回りの主たるさ
- # 4 発熱
- # 5 血痰
- # 6 両側肺下肺野に coarse crackles
- # 7 心雑音; at 2RSB: pandiastolic murmur,

III/VI at apex; pansystolic murmur, III/VI

- # 8 WBC 13,900/ μ L (band 12%, seg 75%), CRP 5.31mg/dL
- # 9 Hb 7.3g/dL, MCV 83.5fL
- # 10 Plt 1.1 万/ μ L
- # 11 LDH 277 IU/L, AST 47 IU/L, ALT 12 IU/L
- # 12 TP 5.6g/dL, Alb 2.4g/dL
- # 13 FDP 7.3 μ g/mL, D-D 5.9 μ g/mL
- # 14 CH50 29.2U/mL
- # 15 BGA: pH 7.540, PaCO₂ 27.4mmHg, PaO₂ 65.7mmHg, HCO₃⁻ 23.4mEq/L, BE1.4mEq/L
- # 16 BALF: ヘモジテリン貪食像, 好中球優位の細胞数増加
- # 17 画像上: 肺うっ血, 心拡大, 右側中葉滲潤影, 脾腫

Negative findings

- # 1 チアノーゼなし
- # 2 T-bil 正常
- # 3 Hp 低下なし
- # 4 巨大血小板なし

当会会員である3人目の討論者の総合プロブレム方式プロブレムリストとその展開を以下に示す。

- # 1 心臓弁膜症
- # 2 発熱
 - 重急性感染性心内膜炎
- # 3 血小板減少症
 - 疣贅消費性血小板減少症 (# 2)
- # 4 肺胞出血
 - 肺胞毛細血管炎 (# 2)

キーワードリストが診断までの寿命であり、しかも診断名との関係が示されていないことが一目瞭然である。それに比べ、総合プロブレム方式のプロブレムリストはその後の継続診療に耐えることがわかりいただけると思う。なお、このセミナーまとめは日本内科学会ホームページの刊行物

タブにある、日本内科学会雑誌アーカイブで自由に閲覧できる。主治医のプロブレムリストも掲載されているのでご覧いただきたい。

「ソーシャルプロブレム」についても言及する。患者が貧困かどうかの判断にしても、所得や現金化可能資産の評価が必要で、われわれ医療者の担当領域ではないだろう。病気とカテゴリーの異なる生活情報を同一リストに掲げることは混乱であるので、プロブレムリストの階層には「ソーシャルプロブレム」を記載しない。もちろん生活社会状況は主要プロブレム内に必ず記述する。

2. リストの悉皆性

実診療ですべてのプロブレムを抽出するためには、広範かつ正確な臨床情報が必要である。必要かつ十分な病歴、身体所見、ルーチン検査所見、過去の資料の収集分析が必須となる。これらは精緻な診療の基礎になる。

すべてのプロブレムを登録したリストであればこそ、信頼できる医療情報として安心して共有できる。チーム間での空間的共有だけでなく、施設、担当者を貫いての時間的情報引き継ぎにも活用できる。

3. 患者の病気の時系列生涯リスト

理想的なプロブレムリストは小児科医から内科医へと患者の生涯にわたって引き継がれる。プロブレムとナンバー（#）は1対1対応で、治癒などでは永久欠番になる。生涯リストという視点からは発生順、時系列以外のリストは想定できない。この方式のプロブレムリストであれば、患者の生涯の病気の歴史が一覧できる。病気の戸籍とも呼べる。臓器担当医師の関心順リストなどは論外である。

4. プロブレム名の登録日記載

プロブレムの発生日でなく、登録日を記載する理由を以下に述べる。病気の発生日は難しい。発症が明瞭ならまだ良いが、健診で発見される病気は、無症候で、過去の情報入手状況によって、その都度発生日を変えなければならなくなる。複数の医療者でリストを共有する前提に立てば、カルテに診断根拠が記載されている登録日付はリストの信頼性を高める。とくに膠原病診療など臨床診

断が主となる領域ではこのことを痛感する。もちろん、推定発生日、発症日は、病気の進行程度や障害程度などとともにプロブレム内に要約される。

5. プロブレムの展開、リスト更新

プロブレムへの認識の深まりやプロブレムへの介入、経過によって、プロブレム名を展開する。プロブレムリストは最新の状態に更新される。

別のプロブレムリスト例を以下に示す。

- | | |
|-----|---|
| # 1 | 高血圧症 [X 年 8 月 7 日] |
| # 2 | 糖尿病 [X 年 8 月 7 日] |
| # 3 | 脳梗塞 [X+2 年 3 月 4 日] |
| # 4 | 間歇性跛行 [X+3 年 5 月 7 日]
→下肢閉塞性動脈硬化症 [X+3 年 6 月 6 日] |
| # 5 | 急性肺炎 [X+3 年 10 月 10 日]
→急性レジオネラ肺炎 [X+3 年 10 月 12 日]
→治癒 [X+3 年 10 月 28 日] 〈済〉 |
| # 6 | 肺結節 [X+6 年 8 月 7 日]
→肺腺癌 [X+6 年 8 月 20 日] |

主治医機能を発揮するツールがプロブレムリストであるから、このようにプロブレムリストを作成し、管理する仕事は主治医に委ねられるべきである。この主治医機能がなければ、19 番目の専門医として制度化される総合診療専門医（家庭医）は何でも屋ニーズに安住してしまう。これではせっかくの幅広い能力の持ち腐れである。

形式が持つ力

今日の臓器別診療の重要性は疑うべくもないが、臓器別専門医を観察すると、自分の守備範囲を固く守ってその外に出ない人が少なくないことに驚く。守備範囲外に手を出して医療事故追及に巻き込まれることへの危惧は理解できないでもないし、これまで主治医機能を担うメリット、インセンティブは存在しなかったためもある。「主治医はかくあるべし」という主治医思想しか主治医機能を牽引してこなかったといえる。

このような現状では主治医機能のライセンス制が必要となろう。主治医として患者を中心に据え、診療する意志と覚悟が前提であるが、それだけで

は十分でない。実行するスキル訓練が必要である。プロブレムリストを診療の枠組みにし、プロブレムごとに記述する診療形式が思考を鍛える。このことを多くの若手医師の育成に携わって繰り返し経験してきた。生得的能力によって多少の習得時間差はあるが、朴訥と形式を遵守することで、有能な総合内科医が育成されてきた。主治医を心掛けのレベルに放置せず、医師として的人格レベルに組み込む訓練である（このレベルは、飲酒運転をしないことや、診療前後の手洗い励行に例えるとう理解しやすい）。一定のスキル形式訓練が知的領域を深耕し、態度習慣レベルまで変容させるといえる（一方、高速道路の速度制限のように常態的に守られない規則であれば、規則を定めても態度習慣の変容には結びつかない）。

永平寺での食事、清掃など日常を重ねる修行が曹洞宗では重要な修行形式であるように、形式の持つ育成力は広く認められている。全国に散らばる多くの優秀な内科医がほとんど個人の努力、苦勞によってその高みに到達したであろうことを考えると、形式を利用しての総合内科医育成システムを整備する必要性を痛感する。

このような認識のもと、われわれは表2のように日本内科学会にも働きかけを行ってきた。

今日議論されている19番目の専門医である総合診療専門医（家庭医）育成過程にも、ぜひプロブレムリストを診療の枠組みとする訓練を組みたいし、先々は病院内科医が主治医機能を獲得することで、病院診療を単科診療の乗り継ぎから主治医診療へと進展させ、今日の医療ニーズに役立てほしい。

おわりに

結語を以下に示す。

1) 患者の全体像を把握・共有するために、プ

表2 日本内科学会への働きかけ

1. 2005年、認定内科専門医による教育セミナー「今こそプロブレムリストを見直そう」²⁾
2. 2006年、内科学会認定医制度審議会 当会サマリーサンプル（神経サルコイドーシス）採択
3. 2008年、内科学会専門医部会病歴要約WG参加当会サマリーサンプル（ANCA関連血管炎）採択WGは当会形式を含む4種類のサマリー形式を答申認定医制度審議会では3種類のサマリー形式のみ採用
4. 4種類目にあたる当会形式は時期尚早との判断で内科学会誌にはサンプル掲載されず、査読者評価マニュアルにのみ4種類の形式を並列掲載（2015年時点で現行サンプル）

ロブレムリストを立て、管理することが有効である。

- 2) プロブレムリストが患者の病気の時系列生涯リストとなれば、患者のすべての病気を歴史的に一覧できる。
- 3) プロブレムリストは主治医機能発揮のツールとなる。
- 4) プロブレム毎の診療・記載が主治医診療能力を育成する。

【総合プロブレム方式参考図書】

1. 栗本秀彦：正しい診療への合理的アプローチ；総合プロブレム方式のすすめ，文光堂，1995。
2. 栗本秀彦：総合プロブレム方式；新時代の臨床医のための合理的診療形式，プリメド社，2007。
3. 内科学研鑽会：カルテはこう書け！目からウロコ「総合プロブレム方式」，新興医学出版社，2013。
4. 栗本秀彦：カンベキ・カンファ，新興医学出版社，2014。

●文 献

- 1) 服部和樹，田中孝正，芦澤洋喜，他：第9回東海支部教育セミナーまとめ；入院数週間前から高熱，血痰が生じた42歳の男性，日内会誌，2010，99：1949-1958
- 2) 丸山文夫，石塚達夫，栗本秀彦，他：今こそプロブレムリストを見直そう；認定内科専門医による教育セミナーまとめ，内科専門医会誌，2006，18：269-296