

# 第4章 到達目標の解説

## I 行動目標の解説

### 【1】患者-医師関係

**行動目標:**

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、

- 1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる
- 2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる
- 3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる

医療は患者を中心として行われるべきものであり、患者と医師との間の信頼関係が医療の根本であると指摘されている。患者と医師との間に信頼関係が確立したとき、患者の満足度、治療へのコンプライアンスがあがり、治療効果も増すといわれている。

患者・医師間の信頼関係を確立するには、患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立することが前提となる。

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するためには、以下の3点が重要である。

#### ①患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる

- 1) 患者の個別的背景はそれぞれ異なっているため、まず患者・家族の話を傾聴する。

医学的な現病歴、生活歴、家族歴などはもちろんであるが、患者と患者を取り巻く家族や地域、職域、家族との間の関係などにも留意し、特定の人物に偏った傾聴にならないようにする。また、医療者の感情に左右された解釈にならないような配慮が必要である。上手な傾聴は、それ自体が相手の心的ストレスの軽減となる。

- 2) 受容的・共感的に聴くことが重要であり、患者・家族の話をすぐに否定したり、患者の話をさえぎるような質問を行わない。

受容及び共感の能力は個人の資質に依存するものであるが、患者又は家族が体験している感情と同一の感情を体験するように努めることが必要である。そのためには、まず医療者が否定的な言動を避け、患者・家族の話をいったんはすべて受け入れることが必要である。患者・家族と感情を共有できる時、はじめて疎通性(ラポール)が良好であると表現できる。

- 3) 常に患者・家族の精神的・身体的苦痛への配慮を示しつつ、患者の言葉を復唱したり、話を要約することにより、患者・家族のニーズを把握する。

## ②医師と患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる

まず、インフォームド・コンセントの定義及び必要性を理解できていることが必要である。一般的には「説明と同意」と訳されているが、「十分に説明を受けた後の患者の承諾」と理解するのが正しいとされる。

インフォームド・コンセントは、(1)医師による説明(2)説明に対する患者の理解(3)患者の同意能力(4)患者による決定の任意性(強制力の不在)(5)決定(患者による同意又は拒否)の5事項が満たされていなければならない。このことは「告知」と呼ばれている行為が、インフォームド・コンセントの前提となる「情報の開示」に含まれるものであり、単に患者に病名を告げるだけではインフォームド・コンセントの要件を満たしたとはいえないことを示している。

以下が具体的な留意事項である。

1. 診断の経過、治療計画などについてわかりやすく説明し、了解を得て治療を行う
2. 難しい専門用語は避け、専門的知識がなくてもわかりやすい表現をするよう心がける
3. 説明を行うための適切な時期や場所、機会などに配慮する
4. 説明を受ける患者・家族の心理状態や理解度について配慮する
5. インフォームド・コンセントは、単に十分な説明を行って同意を得るということだけではなく、医師の提示する治療に対しての拒否権を含めた患者・家族の選択権を認めたものであるということを念頭に置くすなわち、重要なことは、患者の自由な意志決定に基づいた治療の「同意」ということである

## ③守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる

医療者の守秘義務に関しては改めて説明する必要もないほどごく当たり前のことであるが、医療者間であれば患者・家族に関して何を話してもいいというわけではない。不必要な情報まで医療者間で共有する必要はなく、常に個々の医療者がプライバシーの配慮を行うことと、患者・家族への尊敬の念を持つことが必要である。また、医療の透明性の確保や患者の知る権利の要求、疾病障害を患者と共に克服する必要性などから、患者に対する診療情報の開示は必要であるが、診療情報の開示は、あくまでも患者に対するものであり、第三者に対するものではないことに注意が必要である。

個人情報の適切な取扱いのために厚生労働省が示しているガイドラインでは、個人データを第三者に提供する場合には、予め本人の同意を得ることを原則としている。そして病態によっては、治療を進めるに当たり、本人だけでなく家族等の同意を得る必要がある場合もあり、その場合も本人以外の者に病状説明を行う場合は、本人に対し、予め病状説明を行う家族等の対象者を確認し、同意を得ることが望ましいとされている。

よって、例えば精神科領域において患者本人の判断能力に疑問がある場合や病識が欠如している場合などは、家族への病状説明の点で課題が残る。同ガイドラインによると、意識不明の患者の病状や重度の認知症を有する高齢者の状況を家族等に説明する場合は、本人の同意を得ずに第三者提供できるとされている。ただし、本人の意識が回復した際には、速やかに、提供及び取得した個人情報の内容とその相手について本人に説明するとともに、本人からの申し出があった場合、取得した個人情報の内容の訂正等、また病状の説明を行う家族等の対象者の変更等を行う。

なお、患者の判断能力に疑義がある場合は、意識不明の患者と同様の対応を行うと共に、判断能力の回復にあわせて、速やかに本人への説明を行い、本人の同意を得ることが示されている。

(水木 泰)

## 【2】チーム医療

### 行動目標:

医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、

- 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる
- 2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる
- 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる
- 4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる
- 5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる

患者の病態は緊急救急処置を要する時期を含む急性期、亜急性期、回復期、慢性期に至るまで様々である。治療の場は居宅、病院・診療所、介護老人保健施設・介護老人福祉施設等であり、また、これらは生活の場でもある。患者は、疾病や障害を持っており、保健・医療・福祉にかかわる専門職及びそれらの周辺にいる様々な支援者からフォーマル及びインフォーマルな人的支援を受けている。これらの人々が協働して支援するのがチームアプローチであり、医療現場においてはこれを実践する場がチーム医療である。チーム医療を実践する時に留意すべき事項が3点ある。

### ①各職種がそれぞれの立場から評価を行い、それらを基にチーム全体で治療(支援)計画を策定すること

保健医療・福祉の担い手は、それぞれ専門職としての個別性を持っている。それぞれの立場から評価を行い、治療・支援に必要な情報を提供し、それらを統合して治療(支援)計画を策定する必要がある。その際、コーディネートする立場のリーダーが必要である。医師は、リーダーたる資質を持たねばならず、また、リーダーたる役割を担うにふさわしい職責を持っている。しかし、医療体制として最終的な責任を持ち、すべての医療職に対する指示を出す立場とチーム医療におけるリーダーとしての役割とは必ずしも同じではない。チームの構成上、他の職種がリーダーを務めることもあり、その場合の医師は、チームの一員としての立場で参加することになる。

### ②各職種間の業務内容の分担及び責任体制を確立すること

チーム医療を実践する時、各職種の専門性に基づく業務の分担と責任を明確にしておくことは、医療安全の観点からも重要である。

### ③一症例一診療録を原則とし、各職種の共通理解のために共通用語で表現すること

診療録の記載は、POSを原則とし、すべての関係者が理解できる表現と用語を用いなくてはならない。1人の患者を全人的に治療・支援していくときに、1つの診療録にすべての関係者が記載をすることは、共通理解のために有用である。

以下、チーム医療を指導医として研修医に指導する際に留意する事項を挙げてみる。

## 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる

### 【スーパービジョン・コンサルテーション・リエゾンワーク】

スーパービジョンは、スーパーバイザー(指導医)がスーパーバイジー(研修医)に対して支持的立場を保ちながら、モニター的機能を提供していく関係をいう。ケーススーパービジョンにおいては、ケースの経過を一緒にたどりながら、問題点の気づきを促し、対応能力を高めるのに役立つ。

コンサルテーションは、考え方を整理したり展開したりするための情報をコンサルタントからもらい、主体的な判断で、より適切な解決法を見いだす過程である。やはり問題対応能力を高めるのに役立つ。

リエゾンワークは、精神科領域においては一般的になってきているが、身体合併症を持つ精神障害者や精神症状を持つ身体疾患患者を2科以上の複数科の医師が連携して治療に当たる方法である。全人的医療を行う場合、各専門性を持った医師が連携して治療を行うことの効果は大きい。医師一人ひとりが全人的医療を心がけることはもちろんであるが、これはリエゾンワークによってより強化される。

#### 【指導医の役割】:

指導医は研修医のスーパーバイザー、コンサルタントの役割をする必要がある。一方、研修医にも同僚医師及び他職種のスーパバイザー、コンサルタントの役割を演ずることができるよう機会を与えるとよい。リエゾンワークについては、とくに精神科研修において学ばせるとよい。

## 2) 上級及び同僚医師、他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる

### 【カンファレンス】

チーム医療の実践に際しては、カンファレンスはメンバー同士の共通の認識を得る上で、有用な方法である。スタッフミーティングとケースカンファレンスとあるが、その場合の構成メンバーは、カンファレンスの開催目的に応じて異なってくる。ケースカンファレンスでは、以下に示すような場面とメンバー構成が想定される。

#### 1) 場面

1. 初期基本評価:入院時の治療方針決定
2. 治療経過評価:治療方針の変更・手術等の治療法の決定
3. 退院時評価:退院の決定・退院後の治療法及び支援方法の決定
4. その他:デスカンファレンス

#### 2) メンバー構成

1. 院内の指導医・他科の医師を含む上級医・同僚医師等複数医師
2. 院内の医師と複数の医療従事者
3. 院内の医師・複数の医療従事者と福祉職(多職種)
4. 院内の多職種と院外の関係者
5. 院内外の多職種と患者・家族

カンファレンスは、定例的なものと臨時のものがある。患者(家族)が当事者としてカンファレンスに加わることも増えてきている。

カンファレンスの司会は、その目的とメンバー構成によって流動的に運用するとよい。そうすることにより、各職種が自らの責任をより自覚するようになることが期待される。

#### 【指導医の役割】:

研修医をカンファレンスに主体的に参加させるため、指導医は、④. 担当患者のプレゼンテーション、⑤. 医師以外の職種としての立場での参加(ロールプレイ)、⑥. 司会、などの参加機会を与えるとよい。これら

を段階的に役割として指導するとより効果があがる。その際、患者を全人的に治療し、支援するため、予め必要な社会資源についての学習をさせておく。

### 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる

#### 【教育的配慮】

複数の研修医が、同時期に一緒に研修し、お互いに切磋琢磨することは好ましく、本臨床研修制度においても想定されている。カンファレンス、模擬患者によるロールプレイ、抄読会、クルズス(小講義)等、共に学ぶ機会は多く、その際お互いの学習効果を高めるための教育的配慮が必要である。後輩医師に対しても、将来共に診療にあたる同僚として接し、共に学習するための教育的配慮が必要である。また、ロールモデルたることを認識しつつ振る舞うことは自らを高めていくことになる。

#### 【指導医の役割】:

指導医にとっても研修医は、将来共に診療にあたる同僚であり、指導医の行動が研修医に与える影響は大きい。ロールモデルたることを念頭に置き、研修医を指導する。

### 4) 患者の転入、転出にあたり情報を交換できる

#### 【情報提供】

患者の転入・転出に際しては、診療情報は医療の継続性を担保するため重要である。入院時サマリー・退院時サマリーは院内における患者の治療経過を知る上で重要である。「診療情報提供書」は院外の医師その他の関係者に対する情報提供手段であり、保険診療上も評価されている。また、精神疾患や結核等については、保健所において家族訪問等によるフォローアップを行っており、情報の共有が非常に重要である。介護保険の介護認定における「医師の意見書」も大切な情報源である。その他、医師は、様々な医療情報を求められる。その際、正確で要領を得た記述が求められる。

#### 【指導医の役割】:

チームアプローチは、院内外の関係者によって行われ、患者を保健・医療・福祉の担い手によって支えていくために、情報提供を的確に行うことができるよう研修医に訓練を施すことが必要である。

#### 【チーム医療における医師の役割】

医療法には、医療の担い手として「医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療の担い手」との記載がある。なかでも医師は、医療行為の最終責任者として他の担い手達に指示を出し、その行為を監督し、結果を評価・確認しなくてはならない。医療安全の視点からも、指示に始まる医療行為の完遂を確認することは、医師の責務として大切である。

#### 【指導医の役割】:

認知・知識の領域として医療法その他の法令を学ばせることは基礎的な事柄であるが、態度・習慣としてチーム医療における医師の役割を体験させることが重要である。

### 5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる

#### 【院外も含めた患者の総合的支援における医師の役割】

前述のように、保健所でフォローアップを行っている疾患がある。また、全都道府県に精神保健福祉センターが設置され、平成15年度からは徐々に各都道府県に難病相談・支援センターが設置されており患者の支援を行っている。さらに、精神疾患、難病、障害者等においては、様々な患者団体、家族会、自助

グループ等が、福祉サービスが必要な患者には都道府県・市町村社会福祉協議会が、それぞれ支援を行っている。

これらの機関や団体と連携・協力して、総合的に患者を支援していくことも医師の重要な責務である。

**[指導医の役割]:**

各関係機関・団体についての基礎知識を与えた上で、実際に患者支援のための連絡等を体験させる。

(関 健)

### 【3】問題対応能力

#### 到達目標:

患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、

- 1) 临床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる  
(EBM = Evidence-based Medicine の実践ができる)
- 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる
- 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ
- 4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診断能力の向上に努める

ここでは、各到達目標について、その中に含まれると思われる、より具体的な能力や目標を例示し、指導のポイントなどについて解説する。

- 1) 临床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる(EBM =Evidence-based Medicine の実践ができる)

#### 現場から課題を作成し整理する能力

◎患者、対象者、現場、地域が抱えている健康にかかわる問題を把握し列挙することができる

#### ポイント:

提示されたシナリオ、担当した患者・地域から、医療や保健に関わる課題を抽出する能力を開発する。

#### なぜ?:

問題対応能力の第一は、患者や現場にある解決すべき問題を適切に把握することである。もちろん、目の前の研修医が最終的にどのような職場・立場で働くかは予想できない。場合によっては、一般住民を対象にした社会政策にかかわるかもしれない。日本国内に限らず海外や国際協力事業、外洋船舶内などで働くかもしれない。さらに、大規模災害時などの特殊な状況での対応を求められる事態も想定されるだろう。どのような分野を選ぶにせよ、課題を把握し列挙できることは、問題解決の第一歩となる。

その基礎能力として、担当する患者や現場から取り組むべき課題を抽出する訓練は重要になる。担当患者への対応に汲々とし、指示された検査や処置をこなすだけではなく、どのような課題があるか、対応を怠っている課題がないかをしっかり考えさせよう。また、このような能力は研究者としての問題発見能力にもつながる。臨床に近い研究を行い、社会に貢献できる研究者に育つ上でも、この点をしっかり身に付ける意義は大きい。

#### どこが難しいか:

臨床経験や社会経験の不十分な者にとって、患者や地域が何に困っているかに気付くことは容易ではない。疾病や障害が人の何を苦しめるのか、その苦しんでいる人が何を願い何を避けたいと思っているのか、また医療や保健に何を期待しているのか、想像するのは案外難しい。とくに研修医のスタートの時点では、いきなり担当患者で考えさせるよりも、少し制御された題材から始めたほうがよい。具体的には、ま

とめて整理したシナリオ、担当患者のうち具体的な診療上の目標を立てやすい症例や、ある程度問題が解決した症例などが問題を把握しやすいと感じる。

### [指導のポイント]

#### 指導する側の問題:

臨床経験を積んだ者は、扱いきれない膨大な課題が患者や現場にはあり、それに対応できたりできなかったり、結果が良好だったり思うようにいかなかったりすることをすでに経験している。このことが、この問題列挙能力を指導する上で障害になる。研修医が思いつく課題を聞くと、すぐにそれが解決可能か常識的か現実的か、広く行われているかなどで評価してしまう気持ちが働いてしまうのだ。私たち自身は、たくさんの疑問を抱き課題を抽出しつつ、それを取捨選択し効率よく医療を行うための課題選択能力を知らず知らずのうちに身に付けている。この能力はとても有用であるが、指導する場合には障害になる。

一見無理に思える課題を挙げても、決して馬鹿にしてはならない。その無理を解決する人材が、今まさにあなたが指導している研修医であるのかもしれない。

#### どう列挙させるか:

ブレインストーミングの手法を用い、なるべくたくさんの課題を抽出するように勧める。そして、シナリオや症例から抽出した課題は、倫理的・道義的な問題をはらんだものでない限り、すべて拾い上げる。研修医が抽出する個々の課題に対して個々に評価し始めると、褒められそうな疑問しか出なくなる。それよりもむしろ、「初歩的なものなのですが」「ちょっと笑われるかもしれませんが」といった前置きをしたいような課題でも、抽出するような雰囲気を作って多様な課題を抽出させる。

#### 幼稚な課題をどうするか:

とくに研修初期の場合には医療者としての視点が不十分で、未熟に見える課題を抽出する場面があるが、実はそのような医療者から見て未熟に見える課題には、患者の視点に立った課題を抽出するきっかけがある。決して、表面的な表現に惑わされることのないように、真意をくみ取るようにしたほうがよい。具体的には一見幼稚に見えたりわかりにくい課題には「どういう意味なんだろう」、「どこからそのような課題を思いついたんだろうか」、「もう少し具体的にまとめてみよう」と促したほうがよい。

#### 表現が不適切な課題をどうするか:

臨床経験が少ない場合には、当事者に対して失礼な言い回しや不適切な表現をする者がいる。この場合の指導としては、表現そのものを否定するよりもその表現が不適切であることに気付かせた上で、言い換えるように指導したほうがよい。不適切な表現を頭ごなしに否定しても、その表現をする「心」「気持ち」はなくなる。むしろ、その不適切な表現を言い換えられる技術を身に付けさせたほうがよい。「心」「気持ち」の問題は、研修を受けているうちに変わると考える。

#### 不適切な表現への指導例

**研修医の不適切な表現の例:**「あの患者の性格を変えないとだめです」

**指導の例:**

- ・自分の感情を説明し、不快な言い回しであることを気付かせる(「ちょっとどきっとしたよ。自分に言われているみたいで緊張しちゃった。性格変えろ、なんて言われたら、どうしたらよいかわからなくてとまどってしまうね」)
- ・意図を尋ね、明確化を促す(「ちょっと待って。性格と言ったけど、どんなところが変えないとだめだと感じているのかな。そうしたほうが、僕たちがどうすればよいかはつきりさせられると思



うよ) )

- ・原則を明確に伝える(「性格の良し悪しを評価したり、それを自分がよいと考える方向に変えたりするのが私たちの仕事じゃない。あなたにとって性格が悪かろうが良かろうが、患者であればその人の意向もくんで対応しないといけない。変わらないといけないのはこっち(あなた)かもしれないぞ」)

### 研修医は何を知らないか:

研修医は十分に選択肢を挙げられない。例えば、治療に関する課題を作る場合に、具体的な治療法を挙げられない。診断であれば、重要な検査や臨床所見、インタビューで聞かれる臨床経過などを挙げられない。さらに、治療効果を論じたりその後の経過を論じたりする場合にも、どのような合併症が問題になるか、どのような症状や障害に苦しむかがわからず、どのような効果のある治療法が重要になるのかがわからない。

したがって、指導にあたっては、この点に気付かせたり情報を与えたりすることが重要になる。また、どのようなことに困っているか、どのようなことを願っているかを患者に直接尋ねることを勧めてもよい。この手順で確認しておかなければならないのは、患者中心の医療を実践するためには、患者が何を望んでいるかを知ることが不可欠であるという点である。

④把握した問題を緊急性、重要性、解決可能性に応じて分類し、取り組むべきものを解決可能な課題としてまとめることができる

### ポイント:

列挙できた問題を順位付けし、具体的な取り組みに進む準備ができるようにする。また、取り組むべき問題については、課題としてさらに明確化することが解決可能にするポイントになる。

### なぜ?

列挙したすべての問題を同様に扱うことはできない。どの問題から取り組むべきかを適切に判断できるかどうかは問題対応能力の基本となる。判断においては、個々の問題の緊急性、重要性、解決可能性の3点を考慮することになる。ここで、緊急性とは、問題解決を先延ばしすると問題がさらに深刻になり解決不能になることを指す。重要性とは、その問題が大きな意味を持ち、当事者がすべてをさしおいてもその問題の解決を望む度合いを指す。解決可能性とは、その問題の解決の方策が現実的で、問題を提起する者がその解決の主体又は支援者となりうることを指す。

次に、解決可能な形に課題としてまとめることになる。例を挙げると、単に「高血圧を治療する」というのでは、まだ疑問・問題の段階であり、課題としてまとめられていない。何を治療の目的とするか、治療の目標はどう設定するか、どのような治療法を考慮するか、どのような副作用や不都合、負担などに注意する必要があるかなど、なるべく具体的に治療計画が立てられるようにまとめる。

高血圧の治療の目的は、単に血圧を下げるのではなく、脳卒中や心臓病などの合併症を避けることであるのに気付かせる。さらに、降圧剤にはたくさんの種類がありそれぞれ薬理効果や禁忌、副作用などが異なっている。この点にも気付かせれば、治療に先立ってどのようなことを確認すべきか、治療を開始してもどのような点に注意すべきか気を配る態度を身に付ける機会になる。この手順で疑問・課題を明確に定義できれば、どのような知識や技術、機材などが必要か明確になり、その後の解決に向けた取り組みは明確になる。

**どこが難しいか:**

個々の問題の緊急性や重要性を見積もるにあたって、臨床経験の少ない段階では十分患者や当事者の願いや思いが想像できないことが障害となる。例えば、生命予後の重要性はわかっても、ADL や QOL を改善するための手段を見落とししたりする。検査計画においては、リスクやコストが高く、苦痛の大きな検査を安易に用いたりする。

また、治療にせよ、検査にせよ、網羅的に列挙することができない場合もある。最新の実験的な治療が頭に浮かぶのに、昔からある基本的な治療を見落とすことがある。検査においては、今まさに評価されている最新の機材が必要な検査の有用性を過大に見積もり、身体所見やインタビューなどの基本的な診療能力で得られる情報の価値を軽視することがある。このような点は初期臨床研修で身に付けるべき重要な知識である。このような知識は、十分身に付いていないことが多い。

**指導のポイント:**

ここでは指導医の臨床経験を活かしやすい。指導医の専門分野で多くの診断や治療にあたった疾患であれば、治療経過を含めた患者や当事者の事例を提示したり、そこで考慮すべきであった患者の価値観を代弁したりすることが、そのまま指導として活かされる。現場では、どのように緊急度や重要度、解決可能性が見積もられるのかを示すことが指導のポイントになる。さらに、その中で、古くからある基本的な治療法や検査法、診察法に気づかせ、列挙させれば、研修医にとっては重要な学習機会となる。

臨床経験を積んだ者には容易に思える課題の具体化という手法については、Evidence-based Medicine (EBM) の「課題の定式化」、「解決可能な課題にまとめる」という手順を用いるとよい。そこでは課題を4つのパートに分け、それぞれを具体的で患者や当事者にとって切実なものにする。

課題の4つのパートを定義する。この4つはPICO(またはPECO)である。

- P : Patient/Population 患者・対象集団
- I : Intervention/Indicator 介入方法・指標 又は E: exposure 曝露
- C : Comparison/Control 比較・対照
- O : Outcome 転帰

それぞれを具体化すること、とくに転帰については、患者・当事者にとって切実なものとする。

また、疑問や課題設定が「治療」以外にも向かうように指導する必要がある。

例えば、予後「患者の今後の経過はどうなるか、それは患者にとってどういう意味を持つか」、病因・害「この患者に、この治療を行うことで、〇〇という合併症が増えないかどうか」など、なるべく多様な課題設定を行うように指導する。

**課題解決に必要な情報収集・整理運用能力****◎課題の解決に必要な情報や要因を列挙し、足りないものを集めることができる****ポイント:**

課題の解決に向けて、なるべく安全で有用性の高い方策を選択するためには、情報が必要になる。ここでは、情報を「医学情報」や「研究結果」といった狭い範囲にとどめる必要はない。とくに初期研修においては、解決のために必要と思える情報を積極的に集める姿勢を身に付ける機会と考えて指導する。たとえば、患者から情報や意見を聞き出したり、医療機関の担当部署や専門家に問い合わせたりすることが重要な場合もある。ここでは、このような情報収集も含めたほうがよい。

**なぜ？：**

課題が具体的にまとめられれば、その解決のために、どのような情報が必要か明確になる。そこで必要になるのは、必ずしも研究結果ばかりではない。薬物治療を例に挙げると、具体的な投与量を決めたり、投与計画を立てるためには、治療内容を具体的に知る必要がある。また、危険性の高い薬剤については医療機関の手続きやルールを知る必要がある。さらに、患者が何を望んでいるかをわきまえることも重要となる。その上で、治療効果がどの程度と期待されるか実証的な研究で確かめられていれば、その結果を知る必要がある。

このような多様な情報を収集し、それを整理し、実際の問題解決に活かすことが、安全で有用な判断につながることを経験させる。こうしたことを経験し、問題解決のために情報を収集し、活用する態度が身に付けられれば、担当患者が疾患として典型的ではなかったり、有効性の高い治療を避けなければならない事情があったりした場合であっても、安全性や有効性を考慮した解決策を提示する姿勢が身に付けられる。

**どこが難しいか：**

研修医は卒前教育において「〇〇という疾患には××という治療を行う」、「□□という疾患では、△△という検査が陽性になる」といった知識を身に付けている。しかし、現実にはそのような知識だけでは解決にはつながらない。それをまず確認しなければならない。具体的には以下のようなことを確認する。

- ・第一選択の治療ができなかったり拒否された場合、代替案を提示しなければならない
- ・同じ検査結果であっても、患者の年齢や性別、背景や症状によって全く解釈が異なることがある
- ・合併症や治療に伴う手間をどの程度避けたいと思うかは、患者によって大きく異なることがある

**指導のポイント：**

まず、指導医が自分自身の判断のプロセスを説明し、その中でどのように情報を活用しているかを示すことから始める。さらにその中で、どのように情報を入手し評価しているかを確認する。指導医にとって、この手順で行うと最初は困難を感じるものである。その一方で、自分の得意とする分野において具体的な事例を用いて指導することができ、利点が多い。そこで、具体的な患者からの情報を引き出すコツや、その医療施設におけるルールなどの解説を加えると、研修医にとってすぐ役立つと思える指導になる。

医療情報の検索については、その医療機関で利用可能なものに焦点を絞る。例えば、図書室や病棟、外来などに備えられている教科書やマニュアルなども情報の1つとして紹介する。さらに、有用性が高く院内で広く用いられている本や雑誌などを紹介することも重要である。その医療施設で相談できる専門家や専門部署を紹介するのも、研修医にとって大きな助けになる。

また、図書室やコンピュータ、インターネットのシステムを活用する方法を教えたり、図書室の司書などの専門職員に相談するように勧めたりすることで、現場で利用可能な情報源の入手法を身に付けられるようにする。図書室の専門職員の協力が得られれば、データベースの利用法や検索方法などの細かな指導をする負担を軽減することができる。

医療情報の例として医学論文を紹介する場合には、今は評価が定まっている治療法の有効性を確かめたランダム化比較試験やシステマティックレビュー、有用性が知られている検査の感度や特異度を調べた横断研究、明確な診断が可能で研修医の担当となりうる疾患を対象にしたコホート研究、これらの情報がまとめられた良質なレビューやガイドラインなど、読む価値の高いものを選ぶとよい。研修医が時間をかけて読んで価値があったと思えるものにするのが重要となる。さらに、自分の専門分野を題材にしておくと、指導医自らの経験や技術なども紹介できるので、その情報の活用法がより理解しやすくなる。

**新たに情報入手したいと思うとき****1) 手元にある情報の情報量が少なすぎる**

例えば、治療法に関する情報であっても、どのような患者に、どのように使用したら、どのような効果が期待できるかが明記されていなければ、実際に使用するにあたって、その治療法の適用や使用方法、その効果の説明が困難になるだろう。

**2) 手元にある情報が古い**

手元に情報があっても、その情報が古い場合には、果たして現在も妥当と判断されるかどうか疑問である。とくに、その情報がまとめられた時点から現在までに治療や診断などで画期的な変化があったことが知られている場合には、情報の古さは信頼度を著しく低下させる。また、いま手にしている情報がそう古くないかどうかを確かめるためにも、一度文献検索をしたくなるかもしれない。

**3) 手元にある情報が信頼できない**

手元にある情報の情報源が、その判断の帰結と強い利害関係を持っている場合には、信頼度が懸念される。製薬会社や医療器材メーカーのパンフレットや、その広告記事などが極端な例である。さらに、その情報が症例報告や使用経験といった妥当性に乏しいものに基づいたものであった場合には、信頼度が懸念されよう。

とくに信頼度が問われるのは、その治療などに伴う危険性やコストが高い場合であり、危険性やコストが低いと判断される場合には、おのずと信頼度の吟味は甘くなる。ただ、このような場合に、危険性やコストを正確に評価できているかが、大前提の疑問として挙げられるであろう。例えば、頻度は低いものの致死的な副作用がある場合や、高いものの致死でない場合などは、その評価が難しくなる。コストに関しても、長期的なコストや、休職や入院に伴う患者のコストの評価を軽んじると、適切でない判断を容認する原因となる場合がある。

**4) 手元にある情報が今の患者に合致しない**

例えば、手元に情報があるものの、自分の考慮している患者が腎機能低下や肝機能低下などを合併しており、薬物動態が大きく異なる可能性がある場合には、自分の考えている患者にあてはまる形での治療効果や安全性を判定した情報が欲しくなる。せめて、このような要因があった場合にはどのような点に注意すべきか、病態生理学的、薬理動態的な知識を必要と感じ、そのような知識をどう解釈すればよいのか考えることになる。また、患者が高齢者であったり、子供であったり、妊婦である場合なども自分の患者に合った情報が欲しいと感じるだろう。

**◎臨床研究や治験の意義を理解し、その結果を批判的に吟味し、問題解決に活かすことができる****ポイント:**

臨床研究結果を課題解決に活かす手法は、その研修医がどのような専門を選ぶにせよ基本的な技能となる。細かな統計学的手法を知るよりも、妥当性を見極めるためのチェックポイントを活用し、要領よく価値の低い情報をふるい落とし、価値ある情報の妥当性と適用性、定量的な結果をくみ取って、課題解決に活かすために情報をまとめる作業に焦点を当てる。

**なぜ？：**

臨床での論文の読み方のポイントは、価値あるものを選んで要領よく網羅的に読み、課題解決に向けて情報を整理することである。課題に関連するすべての論文を読むことが強調されると、論文を読む行為自体が不可能になる。入手可能な情報を読む価値があるかどうか、まずふるいにかけることが重要になる。さらに、複数の情報を手にした場合、どれがより妥当で意味があるのかを見極めなければならない。単なる広告記事と厳密にコントロールされた臨床研究を同列に扱うような姿勢を放置することは避ける必要がある。

**どこが難しいか：**

研修医にとって、学習とは一方的に情報を受け取るイメージが強いかもしれない。しかし、現場での判断においては医療者として能動的な態度が求められる。課題を設定する能力を指導することに重点が置かれるのもこのためである。情報を主体的に取捨選択し、たとえその情報を発信している者が「有効だ」と説いていても、その内容を吟味して、場合によっては「読む価値なし」と判断する主体性が重要になることを確認する必要がある。

また、英語論文を読む行為を、英文の長文読解のように思い込んでいるかもしれない。この誤解を解くためには、その論文を読む価値があるかどうかを判断し、内容を吟味し、その意味するところをくみ取る作業の手順と、現場での判断に活かすという目的を明確にすることが重要になる。

内容の吟味については、その手順に焦点を当てるためには、チェックポイントを設定して、それを埋めるように内容を把握させるのがよい。一番避けるべきは、最初から辞書を引きながら読み始め、途中で疲れてしまって読み進めるのがつらくなり、結局論文の最後の3行くらいに飛びついて、そこを読んで安心してしまおうといったパターンである。

チェックポイントを想定して、妥当性や結果、適用性を判断する上で重要なポイントを念頭に置いて、そのポイントを満たしているか、どの点で問題が残るかを見てゆくように指導する。このような手順は、最後の3行を読むよりも大変だが、論文を全部読み切るよりはずっと楽であることと、その論文の弱さと強さを見極めることが簡単になるという利点を強調する。また、このポイントは少しのトレーニングでわかるようになり、決して統計学的な専門知識を網羅的に身に付けるような必要はないことを確認する。

**論文を読む：**

臨床での判断に役立てるために論文を読むという作業は、臨床で診断のために心電図や胸部レントゲン写真を読影するのに似ている。

学生などの初学者に心電図を渡して「読んでみなさい」と指導したとき、どのような反応が返ってくるだろうか。医学部の5年生ともなれば、もう生理学や内科学などで心電図の意味や心疾患の心電図異常について学んでいるはずである。しかし「心電図を読む方法」を理解していなければ、心電図を読むことはできない。しばらく黙り込んで心電図を見つめたり、1つの心電図異常を指摘して急に安心して重要な所見を見落とししたりすることがよくある。心電図の意味、心筋の電氣的活動との関係、その異常の発生するメカニズムを知っていれば心電図が読めるかといえば、そうではない。重要なのは、心電図を読む手順を知ることなのである。また、どの程度の異常が「心電図異常」と判断されるかという基準を踏まえることが重要である。

心電図を読む手順を知っている者が心電図に取り組むと作業に滞りが無い。まず、その心電図の示す調律は何か、心拍は規則的か不規則か、心拍数は、心電図の示すQRSの軸は何度か、P波の異常は、PQ間隔は……といった具合に、一定の手順を踏んで読んでゆく。その上で、それぞれのチ

エックポイントでの異常の有無、異常があればその内容の説明ができる。しかも、それで終わりではない。その心電図を取った対象者の背景も踏まえて、臨床上どのような可能性が考えられるかを解釈し、さらにどのような対応が必要かまで提案できるはずだ。心電図を読むことが目的ではなく、それを臨床の判断に活かし、より妥当な判断を行うのが目的であることを知っているのである。

このように一定の作業手順に従って心電図を読むことで、再現性のある見落としの少ない心電図解釈が可能となる。しかも、臨床での判断につなげられる。これが、「心電図を読む」という手順なのである。

「論文を読む」という作業でも、同様の手順と目的を重視する必要がある。疫学や統計学の基礎知識を持っていても、「論文を読む」作業の手順を知っていなければ、同じように論文を手にとるとどこから手をつけてよいかわからずに当惑したり、論文の問題点を指摘するだけで結局臨床判断に活かせないままになったりする危険性がある。論文のポイントを踏まえた上で、一定の手順に従って論文を読むことにこだわろう。さらに、論文を読む目的を忘れず、判断に活かすところまで進めるようにしよう。

さらに、あくまでも論文や情報は臨床判断の一要素にすぎず、それだけで判断を行うのは無謀である場合があることを確認しておこう。調整や手技が難しい治療や検査法、診断や分類の難しい疾患の予後判定などを題材にして、それをいきなり現場に持ち込むことがどんな結果になるか、どうしても導入しなければならない手法があった場合にどのような点に注意が必要か、一度議論するのも1つの方法である。もっともよいのは、実際に治療方針の変更に立ち会う経験を提供することである。

### 課題解決策の実施・解決能力

◎選択された手段を実行するにあたって、安全性と有効性を確保し、危険性や合併症が避けられる手段を選択できる

#### ポイント:

解決策を提示できることと、実際に行えることは別である。治療や検査、予後の予測など、実際に現場で対象者に対して実行できる技能や態度を身に付けさせる。

#### なぜ?:

たとえ有効性の明らかな治療であっても、適応のない患者に投与したり、注意すべき副作用を見落とししたり、有効性の評価を誤ったりしたら、かえって害になることがある。検査や身体所見にしても、適切な方法で行わなければ、報告や教科書などの記載と同様の感度・特異度は得られず、かえって誤診の原因になるかもしれない。

#### どこが難しいか:

課題解決策の実施にあたって、安全性と有効性を最大にできるようにすることは専門家にとっても注意しなければならない点である。そのためには、単に「〇〇には××を投与する」といった知識だけでは足りない。その疾患に対する病態生理学的な知識や、薬剤であれば薬理的な知識、手術や侵襲的な手技であれば解剖学的な知識、さらに現場の事情や自分の実力や「くせ」のようなものまで、言葉にしきれない知識や経験を動員している。そのこと全体を研修医に伝えることは時間の制約なども大きく技術的に難しい。また、医学的な経験の乏しい、自分の専門とは全く異なる道を選択するかもしれず、あるいはまた、自

分と興味を共有できているか不確かな点も残る研修医に伝えることに、心理的抵抗を感じることもあるかもしれない。

このような難しさと抵抗感がローテーションという短期間しか接することのない初期臨床研修医への指導の難しさになる。指導するためには時間も足りず、中途半端に伝えれば逆に誤解を与えるかもしれない、安全に有効に実施するためには年余のトレーニング要するようなことを短い期間で「できる」と思い込ませることは、何も知らないことよりも危険ではないかという懸念も生まれよう。

しかし、多くの研修医にとって結局は専門外となり初期研修後は接することのない分野であっても、自分を指導している指導医がどのようなことを考えていて、何を大事に思い、何を避けようと診療にあたっているか、さらに、長年の自己研鑽や経験のなかで何を学んできているか、特にその指導医の研修時代にはどのような知識や技術、態度の習得が大事であったかなどを知ることは、その後の診療姿勢や自己学習への態度、臨床経験の積み上げに関する前向きな姿勢などを身につける重要な機会となる。指導にあたって難しさの伴うところであるが、指導される者にとっては貴重な情報・経験となる。

### 指導のポイント:

研修医が担当し経験した症例や手技、治療や検査、患者への説明などが指導のタイミングになる。研修医が何を考えているかを確認し、自分が何を考えるかを伝え、その点を考慮する利点と軽視・見落としによる危険性を伝えることが指導の内容になる。

例えば、腹部手術の腹腔内操作においてどこに注意しなければ出血の合併症を起こしやすいか、中心静脈穿刺においてどのような体表面の解剖や血管の走行を考慮しているか、細菌培養検査の検体を採取する場合にはどのような点に気を付けるべきか、ステロイドを投与する場合に副作用の有無を確認するためにどのようなことを尋ね、どのようなチェックを加えるべきかなどが具体的な例として挙げられる。

最初は説明することが難しいと感じるかもしれない。しかし、その難しさを了解し、どうやったら伝わるか、どうやったら研修医に備わった知識や考え方を引き出せるか、どうやったら研修医の興味を引き出し行動変容につながるかなどにこだわって準備したり振り返ったりすることで、「難しさ」を減じる方策に気付くことができる。さらに、指導が上手といわれる指導医は、自分の経験や技術を上手に言葉にできる点が評価されていることがある。

このような他の指導医の指導風景を見学することで自分にとって参考になる場合も多い。また、どうしても研修期間中に教えるのが難しいことがあれば、「これは難しくて初期研修で説明するのは無理だ。もし、専門として選んだら〇年くらいかけてゆっくり指導するよ」と説明してもよい。このような説明が研修医の興味をそいだり研修医からの評価が落ちたりする原因となることはほとんどない。むしろ何も説明しなかったり、初期研修ではとても身に付けられないことを要求することのほうが研修医をとまどわせる。

指導にあたっては、研修医の知識や興味を確認する。実際的な知識をすでに臨床実習などで指導されていることもある。この場合には、その知識を確認した上で、もう一歩進めた指導をすることになる。逆に、当然の知識と思われる事柄を身に付けていないこともある。このときには、知るべきポイントを伝えて自己学習を促すか、その場で必要最小限の知識を与えることになる。自己学習を促す際には、具体的な学習教材を示すほうがよい。

現在、医学教育において問題解決型学習が導入され、コアカリキュラムによる必要最小限の教育課題と、症例から始める実際的で深い学習を並行している場合が増えている。このため、研修医の学習背景は従来以上に幅がある。逆に研修医を指導する場合には、すでに済んでいる学習を確認して個別に指導する必要性が高まっている。このことを指導医側が理解しておく必要がある。

指導にあたっては、自分の専門を目指す若手医師とローテーションで研修を受ける初期研修医を同等

に指導する場合には、学習内容も学習目標も変える必要がある点に注意しなければならない。このように、現在の臨床研修指導医に求められる内容は従来と変化してきている点を強調しておきたい。

こうしたことを知れば知るほど、指導医側は指導内容の設定に困難を感じるかもしれない。とはいえ、同じ医療職を目指す研修医であるので、指導医の診療にあたる姿勢やその背後にある学習内容や技術、技能、態度はそのまま生きた教材となる。指導内容に最初は困難を感じても、何度か説明しているうちに、研修医がすでに知っている知識と理解していない部分、さらに興味を持つポイントなどがわかるようになり、興味を持ちやすく効率がよく、指導する側にとってもストレスの少ない指導が可能になる。

## 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる

### 問題解決手段を共有する能力

#### ◎まとめた問題・課題を患者や対象者、その他の同僚・チームメンバーに提示し説明することができる

##### ポイント:

研修医が対応しようとしている問題・課題を担当患者や同僚・チームメンバーに説明できる技術を身に付ける。

##### なぜ?:

対応しようとしている問題・課題を、患者や同僚と共有するのは問題解決の重要な手順である。患者・対象者との課題の共有は、インフォームド・コンセントという手順以上に、自分が対応しようとしていることが当事者にとって本当に重要なことか、重要な点について何か見落としがないかを確認する意義が大きい。同僚への提示と説明でも同じような確認作業が行える。

##### 指導のポイント:

研修医に対応しようとする課題を明確に提示することを勧める。まず、課題の優先度をどう判断したか、課題をわかりやすい言葉で提示したかを確認する。その上で、治療や検査、危険因子などについて、網羅的に重要な選択肢・要因などがもれなく包括されているか、治療効果や検査の目的、予後に関わる合併症などの転帰が具体的に設定されているかをチェックする。チェックはすべて指導医がする必要はなく、研修医同士で確認させたり、他の医療スタッフと話し合う機会を与えたりすることも重要な学習機会となる。

#### ◎解決のための手段を提案し、必要に応じてその判断の手順や根拠を、対象者や現場、その他のチームメンバーに提示し説明することができる

##### ポイント:

問題解決のための具体的な判断や行動、予後説明などについて研修医が自分の判断を述べられるようにする。さらに、その判断がどのような効果や結果をもたらすと予測したか、その予測はどのような情報によっているかを説明できるように指導する。

##### なぜ?:

まず、解決のための手段を自ら判断した内容を発表する経験をさせる。医師として成長するなかで、必ず自分が大きな責任を負った状態で判断をしなければならない段階がやってくる。それを研修医にイメージさせることがまず重要である。さらに、その判断を指導される立場のうちに修正したり改善したりする経



験をさせることの意義は大きい。

研修医にとってみれば自分の知識や能力を試す機会となり、それが直接現場に反映されないリスクの少ない状況でチェックされることの安心感もそなわる。指導する側にとっては、研修医の知識や技能、態度などを確認する機会になる。研修が進むなかで、その判断や行動がどのような効果・結果が期待できると予測しているかも確認し、その根拠の内容、必要な技術・態度まで議論することができるようになる。研修医の指導・評価の機会として活かされる。

#### 指導のポイント:

例えばベッドサイドで輸液製剤や抗菌薬、降圧剤や強心剤などを決める場合に、指導する側がすべて指示をするのではなく、研修医に何を選択するかを尋ねることから始める。その上で、それはどうしてかを確認する。次いで、指導する側が自分の判断を提示し、理由を説明する。このような機会を設定するだけで、研修医は単に上級医の指示をそのまま行うのではなく、自分で判断する機会を与えられることになる。

診断を題材にするのであれば、診察にあたってインタビュー内容や身体所見などをどう解釈するかをしゃべらせ、診察を一通り済ませたあとで、さらにどのような追加の質問や身体所見をとるかについて研修医の考えを確認する。予後の説明については、その説明が患者・当事者・家族などにとってどのような意味を持つか、どのような点を強調すべきか、どのような誤解を避けるように注意すべきか、言葉遣いや態度などでどのような点に気を付けるべきか、研修医の意見を述べさせる。

これらの作業を口頭で行うのは時間がかかり、現場での診療を遅らせてしまう懸念が生じるかもしれない。これを軽減する方法として、簡単なレポートを書かせる方法もある。「このような症例の場合、どのような抗菌剤を選択するか簡単にまとめて明日説明するように」と、指示を与えて事前に形式を定めたレポートを記入して持参させる。こうすると、指導する側の時間は節約でき、研修医は自分が使い慣れた情報源を調べる時間が与えられるなど、お互いの利点がある。さらに、それを確認しながら指導を行うと、指導そのものが具体的になり指導内容が記録に残るので、その後の検証も容易になるといった利点も大きい。

研修が進み臨床能力が高まってくれば、実際の患者に対して判断を行う機会も増える。このときにも、このようなトレーニングを行っておけば、その判断内容の提示や共有がスムーズに行える。

### 問題解決能力を継続的に自己研鑽する能力

◎課題解決の取り組みの結果を、自己評価及び第三者評価によって振り返り、手順の改善に活かすことができる

#### ポイント:

課題解決に向けた取り組みの結果を確認する姿勢を身に付けさせる。その結果を取り組みの振り返りと共に評価することが、手順の改善につなげられることを教える。

#### なぜ?:

課題解決のために、治療や検査、予後の説明などを行った場合、その結果がはっきりするためには時間を要することが多い。このことが、初心者の理解を惑わせる危険性がある。短期的には検査結果を改善するものの、長期的な予後を悪化させる治療法を選択するというのはよく知られた誤りである。これに限らず、予後の説明でその場しのぎの言葉で片づけようとして、かえって患者に誤解を与えその対応で苦勞することになったりする場合もある。検査結果の解釈で診断をつけても、その後そのほかの診断が確定



左主幹部病変の診断の難しさを感じていた。

このシナリオに関連して、重要と思われる疑問、解決しなければならないと思われる課題を以下に列挙してください。少なくとも5つ書くようにしてください。

治療に限らず、多様な疑問を作ってください。1行に1つの疑問を書いてください。

ポイント：なるべく患者・家族・担当する医療従事者にとって切実で重要なものにする。

疑問の中で考慮された治療や検査、危険因子などはなるべく具体化すること。

治療効果や予後の指標などはなるべく具体化すること。

具体化が不十分な疑問の例：心不全に有効な治療は何か。心不全を悪化させる危険因子は何か。意識障害の原因としてどのような疾患があるか。

具体化された疑問の例：心筋梗塞後の慢性心不全の患者に、ACE 阻害薬を投与すると、投与しないのに比べて、死亡率が下がるか。意識障害のある患者に、血圧を測ると、頭部疾患が除外診断(又は確定診断)できるか。

以下疑問: そのうちとくに重要で緊急性が高いと思う疑問を3つ選んで、その冒頭に○をつけてください。


足りない場合には、裏に書いてもよいですが、重要と思う疑問は表に書いてください。

## ● シナリオの例:

## 〈ケース1〉

あなたは、ある病院の救急医である。つい先日、23歳の女性の睡眠薬大量服薬患者を診た。救急外来でしばらく様子を見たが、結局覚醒が不十分であったので、いったんICUに入室させ、翌日ICUから直接退院となった。今までも、このような患者があったが、いずれもそのまま帰ってしまうことが多かった。精神科医に相談したこともあったが、睡眠薬の大量内服患者は繰り返す傾向が強く、精神科としては何もすることがなく、一部には狂言・人騒がせ願望のようなものがあるので、あまり大騒ぎするよりも、外来で時間を決めて会うほうがよく、とくに精神的なアプローチで有効なものはなく繰り返す人は繰り返すし、一度でやめられる人はやめるといったものだと説明されていた。

**あなたは、精神科に紹介すべきかどうか、悩ましく感じ始めた。**

## 〈ケース2〉

あなたは、ある病院の研修医である。軽トラックに乗用車が追突し軽トラックを運転していた59歳の女性が搬送されてきた。追突する直前にブレーキは踏んであり、追突されたスピードは停止寸前と思われた。追突された側も追突直前に後ろから迫る乗用車に気付いて身構えていた。軽トラックと乗用車にはほとんど車体の変形はなく、それほど高いエネルギーが加わったとは思われなかった。

救急外来到着時、意識は清明で手足のしびれや腱反射の異常などの神経学的な異常所見はなく、出血やひどい痛みを伴うような外傷もなかった。型どおり頸椎や胸部の写真をとりアセスメントをしていたが、途中から頸部の重苦しさを訴えるようになった。頸椎のレントゲン写真上異常はなく、身体所見上頸部に腫脹や圧痛はなかった。頸椎の保護を外し、頸椎を上から順番に押さえていったが、とくに圧痛点はなかった。ゆっくり自発的に首を動かしてもらったが痛みの増強はなかった。しかし、後頸部を中心に重苦しさを訴えていた。もともとは頭痛や首の痛みはなかったという。身体所見上は他に明らかな外傷部位はなかったが、念のため打撲したと訴える左膝のレントゲン写真も撮った。骨折はなかった。

**あなたは、頸椎捻挫、左膝打撲といった診断で話を進めたが、患者は頸部の重苦しさを気にしていた。**

## 〈ケース3〉

あなたは、ある病院の研修医である。入院中の喘息の子供を持った母親から相談を受けた。この子供は7歳の男児であり、3歳の頃から喘息と診断され4度の入院歴がある。最近3年ほどは入院歴もなくインターールの吸入のみで対応していたが、最近病状が悪化し、ステロイド(ベコタイド)の吸入を1回2パフ、1日2回が併用されるようになった。2週間ほど前から減量され1日1回となっていた。この母親はステロイドの吸入の危険性が気になっていて、主治医に相談したがとりあえず病状が落ち着いているので、現在の量でしばらく続けたい、影響はほとんどないと思う、もっとたくさん使っている子供もたくさんいる、といった説明を受けた。しかし、母親は十分納得できていないようで、子供にステロイドを使うと成長障害が起きるという話を聞いて心配になっているらしい。

**あなたは、一度調べてみますと話をしてしまった。**

### 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ

#### ① 研修医にとっての研究活動・学会発表

研修医の主要な関心は、多くの症例を経験しながら、手技を身に付け能力を磨くことである。そして臨床医としての実力を付けていくことであろう。そこではしばしば、学会発表や学会活動、研究に対する視点は欠落し、研究活動は軽視される。とくに大学病院では、研究活動を主にして診療や指導を疎かにする指導医は、反面教師とさえなる。

しかしながら医師の長い職業生活のなかで、研究者ではなく専ら臨床医や医学教育者としての道を歩むとしても、研究活動や学会活動は重要である。医師としての職業の道を深めていく過程で、キャリアを進めて行く過程で、このような活動は必要となる。

研究そのものの意義は、世の中に新しい有用な情報を生み出すことであり、その結果として医療技術が生まれたり、社会的合意が形成されたりする。このような側面とは別に、研究を行う医師個人にとっても、研究活動によって思考の奥行きを深め、臨床医学の現実を理解することが可能となる。また、生涯学習の1つの方法ともなる。また、学会活動は、目標や関心を1つにする医療者との協働作業の機会を提供する。さらに、多くの専門医学会は、専門医資格認定のために、学会への加入と学会発表、論文報告などを要求している。

研修医は研修の中で患者の診療に忙殺されるが、そうではあっても研究活動や学会参加という機会を尊重すべきである。そして学会発表や、論文作成にも積極的に取り組むべきである。とくに、症例報告は、最初の学会発表、論文作成として非常によい経験であり、医療におけるコミュニケーションの1つの修練となる。

#### ② 指導医の役割

指導医にとって最初に大切なことは、研究活動や学会発表を否定しないことであろう。指導医自身が仮に研究に興味がなくとも、研究は医師の長い職業生活の上で修練の重要な方法である。研修医が研究活動や学会に参加することに悪いイメージを抱かないようにする。そして研究や学会活動がベッドサイドで診療にあたる最前線の臨床医の仕事と矛盾しないことを理解してもらう。

学会発表として最も容易で最初に行うのに適しているのは、症例報告であろう。症例報告では、とくに基礎研究や臨床研究のための特別な手法も必要とせず可能である。このような機会を研修医に提供する必要がある。

研修医には、学会発表をすることの意義を説明し理解してもらう。例えば、学会発表が知識を深めるために有用なこと、患者の問題を深く追究する問題解決の訓練として有用なこと、発表したことは最も忘れにくいこと、学会発表した症例については非常に詳しくなり、そのような疾患を見落とさなくなること、自分の経験を皆と共有できること、世の中に注意を喚起し、有用な情報を提供していること、などである。

予演会は必ず行う。なるべく大勢の聴衆の集まる機会をとらえ、多数で確認してもらう。内容以外の点で予演会で確認することは、例えば以下のような点である。

1. 制限時間厳守
2. スライドの見やすさ : 遠くからでも見えるようなコントラスト、1枚の中の行数は7~10行で28ポイント以上の大きさのゴシック体使用
3. 原稿朗読でもよいが下を向いて読むだけにならないこと
4. 誤字がなく学会で指定されている用語を使用していること

5. スライドに記載されている文章と同じ文章を話していること
  6. 記載された文章は一文60字以内で短く、2つの異なる主語が省略されておらず、単語の修飾関係が明瞭であること
- などである。

発表したら、必ず論文報告してもらおう。発表と同じように論文報告の意義も研修医は通常認識していない。話すだけでなく論文を記載することによって正確な知識が必要とされ結果としてこれが身に付くこと、重要な知見の普及には発表だけではなく論文報告が必要なこと、臨床医の履歴書となりうること、学会の専門医認定や学位審査・キャリア形成など現実的な面でも有益であること、などを説明する。こうした論文報告は、研修医にとっては、困難を克服して1つの仕事を完結する作業であり、貴重な経験である。

このように仕事を完結する習慣を涵養することの意義は大きい。症例報告であれば、作業の負担も必ずしも大きくなく、病歴抄録とあまり変わらないでできる。MEDLINE収載雑誌への報告であれば、それがよい動機づけとなる場合がある。日本語で記載された症例報告でも有力雑誌はMEDLINEに収載されている。ただし、可及的速やかに英文報告を考慮する。英文論文は国際的であり、また結果として日本人もよく目を通す。

研修医が発表や論文報告をする過程で、具体的な支援を行う。院内の他の医師あるいは他の施設へのコンサルテーションや検査の依頼が必要な場合、連絡調整には指導医が積極的に関与する。事務的な作業では、可能な限り研修医の負担の軽減を図る。文献検索、文献の取り寄せ、英文校正のための費用や作業を補助するための支援がなされるべきである。

指導医は研修医の作業の進捗を定期的に確認する。多忙を極める日常の研修の中で、研究や執筆は後回しになりがちである。研修医は、容易に暗礁に乗り上げ、また研究上の様々な障壁に直面した時の対処法は通常知らないので、サポートが必ず必要である。

症例報告については、このような過程を経て完成させることができる。

症例報告より進んだ段階の臨床研究の実施は、初期研修では通常容易ではない。興味を持った範囲で参加してもらおう。無理に臨床治験のインフォームド・コンセントの取得やデータ収集に参加してもらっても負担感ばかりとなる。しかし施設で行っている研究に、興味をもってもらうことは有用であり、研究の意義、研究結果が診療に与える影響、現在まで何がわかっていて何がわかっていないのか、なぜ研究がされるのかを説明する。もし興味を持つようなら、すでに施行中の臨床研究に参加してもらい、一部の作業を分担してもらおう。コンピュータを用いたデータ解析は入りやすい。

### ③研修管理部門の役割

研修医が1年間に1つの学会発表を行っていることが望ましく、2年間で1つの論文を作成してもらおうようにする。施設内の全体的な研究活動、学会活動と比較して、研修医の学会発表の機会が少なすぎないか確認する。研修医の学会発表などに際して、勤務時間、研究経費などで可能な限り便宜を図る。

院内研究発表会などの形式で、研修医の研究発表会を年1回行う。この発表会では研修医一人ひとりが何らかの研究成果を発表する。優秀な発表を顕彰することもできる。関連する教育施設で合同で行うことも可能である。症例報告などであれば、複数の施設間で、最初に診断名を伏せて problem-solving の形式で、討論を進めながら発表することもできる。

また、指導医自身の行う学会活動、研究活動を奨励し、支援する必要がある。指導医が診療の合間に行う研究活動・学会活動が、研修医にどのように映るかが重要であろう。

#### 4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める

##### ①研修医にとっての自己管理能力

自己管理能力として、自分で臨床問題を解決できる能力、自分自身の職業生活を管理する能力を考慮した。このような能力を発揮しながら生涯学習を実践し、基本的臨床能力を向上させることが求められている。

自分で臨床問題を解決できる能力として考慮されるのは、Evidence-based Medicine (EBM)が示す問題解決技法であろう。研修医は初期研修の中では、十分な指導を受けながら標準的な治療を身に付けることができる。この時期の研修医に求められることは、すでに集積された医学知識に基づいて、それに外れぬよう診療を的確に行っていくことである。ここでの研修は、知的なレベルでは受け身の段階ともいえる。

しかし、生涯を通した研修の過程で、ある時期からは医学知識の限界にも直面するし、多様な臨床上の疑問に遭遇する。そしてその中で臨床判断を行っていく。これは知的にはより能動的な段階と考えられ、EBM的問題解決技法がこの段階を支える。これは、問題抽出、情報収集、情報の吟味、適応、プロセスの評価という過程を通じて、医学研修を知識を受け取るだけの受動的なものから、能動的な作業に変化させる。指導医のもとを離れた後にも実施可能な、自分自身で解決方法を探る1つの方法である。このような方法を医学研修の最初の時期に身に付けておくことは重要である。

生涯にわたる研修の中で、自分自身の職業生活を管理する能力は大きな意味を持つ。自己啓発の手法はいろいろ知られている。自分自身の健康管理やストレスに対する対処、時間管理も身に付けるべき態度であろう。ポートフォリオなどもビジョンや目標を具体化する1つの方法である。

このような能力を用いて、医師が生涯にわたり基本的臨床能力を維持し向上させることが重要である。一部の限られた専門医を除いて、どのような専門医であろうと、必ず診療のなかで患者の多様な問題に対処する必要に迫られる。このためには初期研修の段階で、外来研修などプライマリ・ケアの研修を十分積むことが有用であろう。多様な症状をどのようにマネジメントするか、病歴や身体診察を重視した内科診断学的能力が磨かれるべきである。研修医の時期に学んだ確実な基礎があって初めて、生涯にわたる学習が容易となる。

##### ②指導医の役割

指導医は、研修医がEBM的な問題解決技法を用いることを促す。研修医が診療方針に関して答えを与えられるだけで満足しないようにする。指導医が語る clinical pearl の教育効果は非常に高い。しかし一方で、EBM的問題解決技法も科学的思考法として重要であり、このような2つを組み合わせた指導が有用であろう。

指導医は研修医が自ら問題解決しようとする態度を支援するべきである。時に研修医が指導医の診療方針と異なる方法を提案することがある。たとえ研修医の考えが診療方針に反映されなくても、研修医が自分の答えを導きだしたその態度は、ポジティブにフィードバックされるべきである。またEBM的問題解決技法を学んでいくなかで、研修医が時に過剰に批判的になる場合がある。また、いろいろな診療方針のエビデンスがない場合、診療に虚無的になることが起こる。指導医は研修医にこのような傾向が認められないか注意が必要である。

指導医自身が職業生活を管理する能力を発揮する必要がある。一例として、以下のような作業の優先順位表を6ヵ月毎に作成し自分の時間管理のあり方を振り返る方法を挙げた。



**優先順位表**

第1項目:今しているが、早くやめたい作業のリスト

第2項目:まだしていないが、新しく始めたい作業のリスト

第3項目:今しており、続けたい作業のリスト

第4項目:次の半年で第1項目を減らし、第2項目を増やすための計画のリスト

使用法:第1項目と第2項目・第3項目のバランスが適切か検討する。そのために自分の時間管理をどのようにするか、どのように助力を求めるかなどを考察する

使用上の注意:

- 1) この項目に入れるのは、「すること」としての作業であり、学位や地位や収入のような「持つ」こととは異なる。「しなければならない作業」は、第1項目か第3項目に入れる
- 2) 第3項目の多さと内容に納得がいくか検討する。第3項目が多くても、内容によっては仕事が硬直化する
- 3) 第4項目の計画は、転職などの方法ではなく現状での発展的な方法を考える
- 4) 第1項目があるのは悪いことではなく、またこれを無くすことはできない。これは、時にはチーム医療を心掛けた結果であるし、第2項目を実行した結果でもある

(Sackett DL. Clin Invest Med. 2001;24:94-100 に基づく)

そして、指導医自身が生涯学習の姿勢を示す必要がある。とくに自分の専門領域のみではなく、基本的診療能力を維持するための努力が必要である。自己の行う日常診療を良質なものに保つために、生涯学習を通じて基本的診療能力を維持し向上させる姿勢が、ロールモデルとして貴重であろう。

**③研修管理部門の役割**

EBM的問題解決技法を実践するとき、情報の入手のために一定の資源が必要である。しばしば利用される Up To Date(2次情報システム)などは研修医の個人負担で利用するには高額である。このような体制の整備は研修管理のレベルで考慮されるべきである。

また、病院全体が生涯学習に積極的に取り組む姿勢が大切である。そして指導医が生涯学習を進められるように支援する。例えば、基本的診療能力の研修が様々な専門分野やキャリアの医師に可能になるような体制を提供する。通常、基本的診療能力を磨くための研修は研修医向けに設計されており、キャリアを積んだ医師が、新たに基本的診療能力を再び学ぶことができるシステムは未発達である。院内での専門医に対する基本的診療能力の再教育や、これをさらに地域に広げるような動きが有用であろう。

(福岡敏雄、新保卓郎)

## 【4】安全管理

### 行動目標:

患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、

- 1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる
- 2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる
- 3) 院内感染対策(Standard Precautionsを含む)を理解し、実施できる

### ①なぜ安全管理を教えるのか

#### 1. 背景

##### a. 緊急の課題

相次ぐ医療事故で国民の医療への不信が高まるなか、医療安全は信頼回復のための緊急の課題である。

##### b. 国際的動向

世界保健機関(WHO)をはじめとし、医療安全は日本のみならず国際的な課題として取り組まれている。

##### c. 新たな安全管理概念

1990年代の後半から、これまでの危険管理(risk management)に代わって、患者安全(patients safety)の考え方が、事故を未然に防ぐ新たな医療管理の方策として発達してきている。

##### d. 労働安全

医療従事者も事故や危険にさらされており、労働安全衛生上も安全管理の考え方が重要である。

#### 2. 研修医に対する安全管理教育の根拠

##### a. 初心者教育

平成14、15年度のヒヤリ・ハット事例の分析によると、経験1年未満の医療従事者によるヒヤリ・ハット事例の発生率が高いことが示されており、重点的な対応が必要である。

##### b. 早期曝露

「鉄は熱いうちに打て」の格言通り、新たな臨床経験の初期に安全管理を教えることは、容易かつ長期的に有効である。

##### c. チーム教育

安全文化の醸成には、縦割りの職種を超えた職種間の教育が必須とされている。医師になりたての研修医の時期に、他の医療従事者と共に協力して医療安全に取り組む教育をすることが、生涯にわたってチームの一員として、安全文化の醸成に貢献するためにより効果的である。

##### d. 他職種への影響

研修医への指導を通して、他の医師や他職種の安全管理への参加を促す。

### ②どのように医療安全を教えるか

教育はその内容が科学的根拠(evidence)に基づいているのみならず、その技法についても科学的根拠に基づいて教育効果が高いことが必要がある。そこで、近年新たに提案された有効な4つの理論を紹介する。

## 1. 理論

## a. コンピテンシーに基づいて教育する(Competency-based Training)

## ①国際的に標準化しつつあるコンピテンシーに基づいた医療安全教育を提案する

コンピテンシーとは、優れた成果や高業績(今回の場合、医療事故防止)に直接結びつく個人の行動特性(能力)であり、学習することができ、行動として顕在化するため、医療安全に関連した職種を超えた医療人としてのコンピテンシーを段階を経て獲得してもらい、それを評価して確認することが必要である。コンピテンシーは、測定できる個人の能力である(詳細については別途資料の解説を参照)

## ②医療安全のためのコンピテンシーは、その他の基本姿勢の項目とも関連が深い。結果として、現在の臨床研修・到達目標—行動目標、なかでも次の4項目:(1)患者—医師関係、(2)チーム医療、(3)問題対応能力、そして(4)安全管理について併せて教育する必要がある(表1参照)

## b. 他の職種と共に教育する(Inter-professional Education)

医療安全は、医療に関わる全職員が一緒になって取り組むべき課題である。他職種との協力なしには医療における安全文化の醸成は不可能であり、他職種とのコミュニケーションやチーム医療を学ぶために、他職種と共に医療安全研修を行う必要があり、専門職種間教育と呼ばれている。

## c. 症例を通して学習する(Problem-based Learning ; PBL)

従来の多くの医療安全研修のように講演を聞くだけでは、実践すべきコンピテンシーを身に付けることは困難である。元来、医学教育は実践から学ぶことが肝要で、また成人教育には知識の講義はあまり有効でなく、経験に基づく学習(experience-based learning)が必要とされてきた。そこで、具体的な症例などを使った参加型の教育が有用であると思われる。

## d. 最も有効な学習方法は教えることである(Training of Trainers)

指導者にとってのみならず、研修医自身も互いに教え合うことによって学び、また後輩のための身近で重要な教育者となる。したがって、教育のための教育の視点が必要である。

表1 医療安全実施のためのコンピテンシーと研修医の行動目標

医療安全実施のための臨床研修医のコンピテンシー

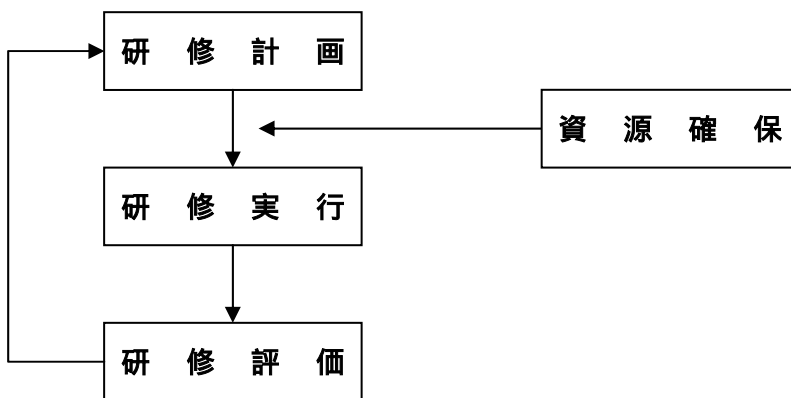
コア・コンピテンシー		コンピテンシー	臨床研修の到達目標-行動目標					
			(1)患者医師関係	(2)チーム医療	(3)問題対応能力	(4)安全管理	(5)症例提示	(6)医療の社会性
1 効果的なコミュニケーションを行う	1.1	患者とその家族を、パートナーとして参画させる(患者参加)	1)患者家族のニーズ把握		1)情報収集とEBMの実践			
	1.2	リスクを伝える			1)情報収集とEBMの実践			
	1.3	患者と誠実に意思疎通を図る(情報開示)	2)インフォームド・コンセント			2)事故防止、事故後の対処		
	1.4	同意を得る	2)インフォームド・コンセント					
	1.5	文化的(家族歴、社会歴、宗教などについて)配慮をする	1)患者家族のニーズ把握		1)情報収集とEBMの実践			2)医療保険、公費負担医療
2 過誤を同定し、予防し、管理する	2.1	有害事象を認識し、報告し、管理する				2)事故防止、事故後の対処		
	2.2	リスク(危険)を管理する				1)安全確認の考え方を理解・実施		
	2.3	医療過誤を理解する				1)安全確認の考え方を理解・実施		
	2.4	苦情に対応する	1)患者家族のニーズ把握					
3 エビデンス(科学的根拠)と情報を活用する	3.1	利用可能な最良のエビデンスに基づいた医療を実施する			1)情報収集とEBMの実践			
	3.2	安全強化のために、ITを活用する			1)情報収集とEBMの実践			
4 安全に働く	4.1	チーム医療を実践し、リーダーシップを発揮する		1)適切なコンサルテーション 2)医療者間の適切なコミュニケーション				
	4.2	ヒューマンファクター(人間工学)を理解する				1)安全確認の考え方を理解・実施		
	4.3	組織の複雑性を理解する		2)医療者間の適切なコミュニケーション				
	4.4	継続的医療を提供する		4)患者転入・出の際の情報交換 5)関係機関・団体とのコミュニケーション				
	4.5	疲労とストレスを管理する			4)自己管理能力、診療能力の向上努力			
5 医療人としての職業倫理を実践する	5.1	仕事や医療行為を行うための適性を維持する			4)自己管理能力、診療能力の向上努力			
	5.2	倫理的な態度および医療行為を行う	3)守秘義務					3)医の倫理、生命倫理
6 継続的に学習する	6.1	学習する			2)評価を踏まえた問題対応能力改善 3)研究や学会活動への関心		2)カンファレンスや学術集会参加	
	6.2	教育する		3)同僚・後輩への教育的配慮			2)カンファレンスや学術集会参加	
7 特に配慮すべき課題	7.1	部位間違い、誤った手技・処置、および患者取違えを防止する				1)安全確認の考え方を理解・実施 2)事故防止、事故後の対処		
	7.2	安全な与薬を行う				1)安全確認の考え方を理解・実施 2)事故防止、事故後の対処		
	7.3	院内感染対策を実施する				3)院内感染症対策		

## 2. 方法

上記の理論に基づいて、主としてケースを用いた教育の施行が望ましい。具体的には、医療安全に関するケースを作成し、その問題点に関して学習者自身に調べさせ、その学習内容を中心にグループ討議を行う。その際には、適切なファシリテーターを同席させ、的がはずれた議論にならぬように指導し、学習内容を発表させる(ワークショップ形式)。そして、教育者はケースから考えられる問題点や内容に沿った最新の講義を行い、また、必要に応じて、ビデオ教材やミシュレーターを用いた実践的な学習者参加型の教育を行い、最終的に全体の評価を行うことが望ましい。

## 3. 研修計画

上述の医療安全のためのコンピテンシーを、理論に基づいて教育するための研修サイクルを検討する。ついで、そのサイクル実行に必要な資源を確保する。資源には、講師、講義室、研修生の時間、教材などが想定されるが、なかでも研修生の時間が最も貴重と考えられる。



### ④具体的に何を教えるか

#### 1. 学習目標

表1に示したコンピテンシーは職種にかかわらずすべての医療人が獲得すべきものであるが、各コンピテンシーをさらに4つの水準(レベル)に分けて学習目標を定めることができる。例えば、第1水準は患者と医療的接触の比較的少ない窓口受付者、清掃者など、第2水準は研修医や新人看護師、第3水準は指導医や看護師長、そして第4水準は病院長などの管理者が想定されている。

研修医は、第1及び第2水準が到達すべき学習目標となる(資料編 III 参照)。第1水準は研修開始時に確認し、達成できていない際には早期に、第2水準は終了時までには到達すべき目標である。これらのコンピテンシーはさらに知識・技能・態度にまで分けられ、それぞれに対応する教育内容が必要である。

#### 2. カリキュラム

教えるべきコンピテンシーが同定されれば、それに相応しいカリキュラムを作成する。

初期のオリエンテーションから始まり、2年間全体の計画を考える。初期は臨床経験が乏しいことから基本的な考え方を学習することに重点を置き、2年間継続的に学習し続けることが有用である。さらに必要な事項は講師や研修医の時間を考慮し、週日の夜間や休日の半日を使ってテーマを決め、短期間で補助的に学習効果を増幅するセミナーやワークショップのような形で提供することが望ましい。テーマについては、スタンダード・プレコーションを含む院内感染対策や事故原因分析法等の医療安全対策などが考えられる。(資料編 IV カリキュラム(案)参照)

## ⑤どのように追跡評価するか

## 1. 評価法

- a. 評価表を作成し(表2)、指導医による評価と、研修医自身の自己評価を同時に行って、突き合わせて総合評価を行う
- b. 医療安全に必要な他職種との協力という観点から、可能であれば、職場を共にする看護師など医師以外の評価も取り入れることが望ましい(360度評価)
- c. 具体的な評価表を提示することで、コンピテンシーに基づいた教育が目指す、到達目標(コンピテンシー、行動特性)が理解しやすくなる
- d. 評価結果を研修医のみならず、指導医にも提示することによって研修改善を図る(評価表の本体は資料編を参照)

表2 学習目標 2.2(表1の「リスクを管理する」)についての評価表

レベル	コンピテンシーの説明	補足説明	該当レベルをチェック
0	患者に結果的に被害を与えることのなかったミス又はニアミスだけでなく、被害を与えた場合でさえも、指導医に報告・相談せず、自分の判断で対処している。		
0.5	有害事象を起こした場合は指導医に報告するが、患者に被害を与えることのなかったミス又はニアミスは指導医に報告・相談せず、自分の判断で対処している。		✓
1	職場における有害事象、ミス又はニアミスについて、指導医に報告する。		
2	職場における有害事象、ミス又はニアミスを経験した場合は指導医に報告するだけでなく、積極的に危険や潜在するリスクを同定、評価、そして報告する。	侵襲的な検査や治療の際にはとくに重要	

## 2. 評価の時期

- a. 研修開始時のコンピテンシーの把握
- b. 研修中も特定の項目について評価
- c. 研修終了時に最終評価
- d. 一部追跡して数年後に評価

(種田憲一郎)

## 【5】 症例呈示

### 行動目標:

- チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例提示と意見交換を行うために、
- 1) 症例提示と討論ができる。
  - 2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。

任意の医療機関の臨床や教育の水準は、様々な場での症例提示が過不足なく、きっちりと実施されているかどうかで相当な程度まで判断できるといっても過言ではない。その角度から広く日本の医療界を眺めると、いくつもの不備が指摘できる。ある場合の症例提示は、病歴が簡素すぎて、医療情報が伝わらない。逆に、提示が全体に冗長すぎて、要領を得ないことも珍しくない。どちらの場合も、稚拙なオーラル・プレゼンテーションという結果になってしまう。またある場合は、検査結果や画像解釈に時間が割かれ過ぎである。病歴や身体所見が付け足しでしかないようでは、一見高級な装いではあっても、正統な症例提示とはとてもいえない。

研修医は、研修の初期ほど緊張して症例提示するものだが、未熟さは付き物である。一般には、病歴聴取や身体診察が不足していることが多い。しかし、先輩医や指導医は、そのことには意外に寛容なのが通例であり、患者の症候(症状や徴候)について時間をかけて点検されることは少ない。指導医による身体診察が新たに行われることにより、身体所見の確認・追加・否定が現場でなされ、身体診察の妙味に研修医が目覚めるという機会も乏しい。それよりも、もっと珍しい病気は否定できているかとか、研修医があまり聞いたことのないような検査について指導医から質問されがちである。だから、優秀な研修医ほど、感度の高い、しかし珍しい検査を数多く依頼することになる。そして、それが研修水準の高さと錯覚されてしまう。

大いなる誤解である。なぜなら、そのような診療の場では、「一体どんな病気が考えられるのか？ その中で、緊急性のある病気は何なのか？ なぜそのような検査が必要なのか？」という考察が抜け落ちてしまうので、鑑別診断が歪んでしまいやすいからである。有病率(検査前確率、事前確率)の考察に疎い態度といえよう。

症例提示は、症例検討と不可分である。症例検討における病態生理学的解釈は、いかに深くなっても支障はない。快刀乱麻を断つ指導医の鋭さも、研修医にとってのロール・モデルである。問題は、考察の幅が狭すぎ、刺入点がずれてしまうために、病態生理学的解釈が結局ピンぼけになってしまうことがあることである。診断に至る間口の狭さのために、考えられにくい病態を必死に解釈している滑稽さともいえよう。超専門医に往々にしてみられる陥穽である。臨床疫学(生物統計学)に基づく修正が必要な状況である。

### ①病歴だけによる鑑別診断

問診→病歴聴取→医療面接と名称は変わってきたが、病歴の意義は一貫して衰えていない。実地臨床において、病歴のみに基づく診断と最終診断との一致率は約 70～85%になるといわれる。また、“The patient is telling you the diagnosis.”という言い方が今も残っている事実からも、病歴の重要性がわかる。具体的な症例に即して、指導医から患者の言葉・主訴をかみくだいて説明してもらおうと、研修医には「なるほど！」と心から合点できるときがある。そのような機会は、できるだけ多くありたいものである。

さて、鑑別診断であるが、決して病歴と身体所見と検査所見を込みに行わない。鑑別診断の第1歩は、まず病歴だけで行う。その際、疾患頻度の重み付けが大切である。つまり、第1に何、第2に何、…逆に考えにくいものは何、考えられないものは何、というふうに展開する。「シマウマ探しには陥らない」ように気を付ける。つまり、「ひづめの音を聞けば、まずは馬であって、シマウマのような珍しい動物ではない」と考える。米国では、“Common things are common.”といわれる。「一番多いのはありふれた病気だ」という

わけである。また、重症度の重み付けも大切である。つまり、少々考えにくくても、重篤な疾患なら存在感が大きくなるわけである。

同じ症候を呈していても、鑑別診断が「場」によって多少変わることを知っておくべきである。高齢者の全身倦怠感の鑑別診断も、昼間のクリニックと深夜の救急室とは違ってくる。

## ②系統だった身体診察法

鑑別診断の第2歩は、身体所見の追加による整理である。身体診察では、眼底検査や直腸診も省略しない。「頭のとっぺんから足の爪先まで」の全身診察を合い言葉にする。系統だった身体診察法の修得は、日頃の訓練なしにはあり得ない。同時に、それに支えられた臨機応変な対応、いわば「きらりと光る身体診察」も、忙しい臨床現場では欠かせない。チーム医療の下での優れた指導医の出番だが、研修医のフットワークも必要条件の1つである。

なお、身体所見に関しては、「検者の頭にあるものしか見えない」とよくいわれる。つまり、例えば視診による所見も、病歴上での鑑別診断に即してはじめて把握できるのであって、存在の可能性が思い浮かばないような身体所見は、容易に見過ごしてしまうというわけである。

蛇足ながら、身体診察、特に触診は、「手当て」の原型でもある。患者と医師の対応が器械を介して行われることが増加している現代だけに、身体診察の復権は意義深い。

## ③事例紹介

71歳の男性。約1カ月前より後頭部痛がある。近医で頸性頭痛として治療されていたが、改善しなかった。約1週間前より全身倦怠感、食欲不振が著明となり、内科を受診。最近2カ月間に約4~5kgの体重減少を認める。外来での赤沈が1時間値124mmと著明に亢進している。悪性腫瘍や結合組織病も考えられ、昨日精査入院となった。なお、同日、病院内でバック駐車をしようとしたところ、「駐車場に引かれているラインがぼやけて見える」のに気付いている。今朝からは「右眼がかすむ、眼科を受診したい」とのこと。発熱は自覚していない。

卒後数カ月目の研修医がとった身体所見は、表1のようであった。

表1 卒後数カ月目の研修医がとった身体所見

「脈拍数は72/分、呼吸数は21/分、血圧は120/90で整、体温は36.1℃。右眼40cm指数弁で、対座試験では視野欠損を認めない。結膜は軽度貧血様で、黄染を認めない。瞳孔に左右差なく、眼底に異常を認めない。舌や口腔にも、扁桃や咽頭にも異常を認めない。頸部では、甲状腺腫やリンパ節腫大なく、両側頸動脈の立ち上がりは正常で、ブルイ(bruit)も認めない。胸部では、胸郭運動は正常、気管は半横指右に偏位、打診上は鼓音である。呼吸音は正常で、喘鳴音やcrackleを認めない。心臓では、頸静脈怒張や肝頸静脈逆流(腹部圧迫試験陽性)は認めない。心尖拍動は、傍胸骨左下縁にある。スリル(thrills)はなく、心音は正常、過剰心音も心雑音も認めない。腹部は平坦で軟、LSK(liver・spleen・kidney、肝・脾・腎)は触知せず、腫瘍も認めない。圧痛もなく、腸音も正常で、ブルイもない。直腸診では、痔核はなく、肛門括約筋収縮も正常である。前立腺肥大や腫瘍もなく、圧痛もない。四肢、皮膚、神経系にも異常を認めない」

身体所見を全身くまなくとるように奨励されている様子がよくわかる。そして、要するに、右眼視力が40cm指数弁以外にはほとんど異常がないというのだ。しかし、何かがおかしい。というのは、高齢者、体重減少、頭痛、全身倦怠感、食欲不振、赤沈高度亢進、さらに一側性視力障害とくると、「側頭動脈炎に虚血性視神経症が合併した状態」が鑑別診断の第1にあがるので、異常所見がいくつかあるはずだからである。

案の定であった。交互対光反射試験でよく見ると、右側にMarcus Gunn瞳孔徴候を認めるのである。つまり、正常な反応(刺激光が当たると縮瞳、離れると散瞳)をする左眼と異なり、右眼は刺激光が当たるとかえって散瞳する。これを、RAPD(relative afferent pupillary defect: 相対的求心性瞳孔障害)が陽性であるという。一側性の視神経乳頭炎がある場合には、刺激光が健眼に当たると両側縮瞳し、患眼に当た



ると両側散瞳するので、交互対光反射試験を行うと、患眼の瞳孔は健眼のそれと逆の動きをする様を捉えたものである。対光反射の直接・間接反応の差を鋭敏に捉えたものといえよう。その他に血管性の場合もあり、虚血性視神経症や網膜中心動脈閉塞症で起こる。

眼底所見も間違いであった。右眼乳頭が、蒼白で、全周性に浮腫状になっているのがはっきりわかる。虚血による変化が明瞭というわけである。次いで浅側頭動脈を見ると、腫脹、硬結、圧痛を右側に強く認める。側頭動脈炎の、正に教科書的といえるほど典型的な異常所見であった。研修医によると、患者は同日、「頭を押さえると、右のこめかみ部が腫れている」と訴えていたとのことであった。“Listen to the patient, he is telling you the diagnosis.”

早速プレドニゾン 1 日 80mg を経口で開始した。翌日、右浅側頭動脈生検を実施し、確定診断を得ている。診断と治療開始までが速かったので、失明を防ぎ得た貴重な症例である。

さて、亜急性に発生した「高齢者、体重減少、全身倦怠感、食欲不振」の鑑別診断には、血管炎も含める。それに頭痛と急性の一側性視力障害が加われば、「虚血性視神経症をきたした側頭動脈炎」の可能性が一段と高くなる。赤沈高度亢進は、ごく簡便な検査所見だが、血管炎の存在を裏付ける有力な情報である。したがって、「RAPD 陽性、眼底鏡での乳頭の蒼白浮腫、浅側頭動脈の腫脹・硬結・圧痛」は、前もって十分に推定できる身体所見なのである。

なお、側頭動脈炎の 50%にリウマチ性多発筋痛症が合併し、リウマチ性多発筋痛症の 10%に側頭動脈炎が合併するといわれるが、この症例にはリウマチ性多発筋痛症の合併はなかった。

表2

典型的症候を呈するありふれた(コモンな)疾患
典型的症候を呈する珍しい疾患
非典型的症候しか呈さないありふれた疾患
非典型的症候しか呈さない珍しい疾患

#### ④前項事例を振り返って(表2)

この研修医は、「頭のとっぺんから足の爪先まで」くまなく系統立った身体診察を心がけているが、肝腎の異常所見が全くとれていない。いわば、「見ているのに、見えない」のである。卒後数ヵ月目の研修医であり、まだまだ経験不足の一言に尽きるわけだが、「見えない」理由を敢えて分析してみよう。

第1には、「RAPD 陽性、眼底鏡での乳頭の蒼白浮腫、浅側頭動脈の腫脹・硬結・圧痛」といった異常身体所見自体の経験不足である。第2には、病歴だけによる鑑別診断から異常身体所見を推定できていないからである。第3には、側頭動脈炎という疾患自体がかなりまれなものであり、しかも、虚血性視神経症の合併に遭遇する機会は年長医にもめったにない代物だからである。

この症例は、「典型的症候を呈する珍しい疾患」である。珍しいだけに、研修医の身体診察能力は、実力のある指導医や先輩医のベッドサイドでのこまめな点検がなければ磨かれない。しかし、典型例であることは、初期研修の経験課題に含まれるべきだ(てもよい)ということになる。ともあれ、貴重な経験をしたこの研修医は、側頭動脈炎の病歴や身体所見自体を生涯忘れないだけでなく、病歴聴取や身体診察を大切にみなす態度を生涯失わないだろう。

初期研修の必須経験症例は、「典型的症候を呈するありふれた(コモンな)疾患」である。この範疇においては、各種の疾患を、数多く経験するに限る。「非典型的症候しか呈さないありふれた疾患」は、臨床の奥深さの象徴であるので、先輩医の胸を借りて、時々には学びたい。「非典型的症候しか呈さない珍しい疾患」は、専門医の取り扱う対象であり、初期研修の学習課題ではない。

#### ⑤検査前確率への執着

米国の臨床研修指導医、特に研修委員長は、検査前確率に強くこだわる傾向がある。高度経済成長下での出来高払い制に馴染んできた日本の臨床現場とは、かなり趣を異にする。以下は、米国内科学会の国際関係委員長の Robert Gibbons 先生の発言である。

「特発性自己免疫性溶血性貧血(AIHA)ですね。ステロイドが効かず、細胞毒性薬も 10 日間の投与では

効いていないようです。脾腫がなく脾摘も効果薄のようなので、予後が悪そうですね。ところで、クームズ試験陰性の AIHA って知っている？ それから、骨髄穿刺は果たして必要だった？ 要らなかったのでは？ 非常に典型的な AIHA の臨床像ですよ。抗核抗体は陰性で、SLE は考えられません。表在リンパ節腫脹がなく、胸部X線像が正常で、末梢血所見でも網状赤血球の増加や赤芽球の増加以外に異常がないので、リンパ腫や白血病の可能性はなく、特発性なのは明らかですから。日本ではまだあまり問題ないようですが、米国では近年コストが重要視されていて、1,000 ドル近くもかかる(!?) 骨髄穿刺のような検査はなかなかできません…」

米国では、国民皆保険の日本とは異なり、患者が加入する保険の種類によって実施できる検査に制限がある。しかし、検査前確率に対する敏感さは、そういった経営事情によるだけではなく、科学的考察にも支えられている様が、上記コメントでよくわかる。検査前確率への執着こそ臨床医学の風格の1つである。

### ⑥屋根瓦方式の教育体制

1年次研修医は、2年次研修医から学ぶ。2年次研修医は、3年次研修医から学ぶ。4～5年次の若手医師は病棟医長格になり、さらにその上により年長の指導医がいる構造である。そして、医学生は、クリニカル・クラークとして1年次研修医に付く。この形が、本来のクリニカル・クラークシップであり、最低1日に1度は行うべき回診の基本の形態である。“See one, do one, teach one.”であり、知識や技能の修得においては、先輩のやり方から学び、自分でやったことはすぐに後輩に伝えたい。チームの構成員が多すぎる団子状態は、教育効率を悪くする。チームは5～6人で構成され、半年～1年毎に編成が変わるのがよい。

年長医や長老医にロール・モデルを求めるのももちろんよいが、それは屋根瓦方式での基本的教育体制に上乘せすべきものである。兄・姉格の先輩医から気軽に多くを学ぶのが、屋根瓦方式の味噌なのである。それに、理想的なロール・モデルになる年長医は、そんなにごろごろとは存在していない。

研修医と指導医は、質問を遠慮し合わない。双方向的で、批判的な議論を行う。もちろん、長幼の序への適度な配慮は欠かせない。ともあれ、研修医が臨床現場で刻々抱く疑問点の解決は、彼・彼女ら自身の「本や論文を読む」勉学に支えられるよりも、「耳学問」による吸収であるべきである。

以上のような屋根瓦方式の教育体制が円滑に展開されている医療機関は、日本ではなお少ない。しかし、その教育・診療上の効率の良さは欧米ではつとに立証されている。このような教育空間では、症例提示、特にオーラル・プレゼンテーションは、ごく日常的な行為になるのである。

### ⑦カンファレンスなどの利用

各科内で、あるいは複数科が協力して、多様なカンファレンスが頻繁に開かれることが望まれる。研修医にとっては、担当以外の患者について学ぶ絶好の機会である。そこでの討論では、身内にだけしか通じない言葉や専門用語はできるだけ避ける。症例提示も、簡潔でいいが、性、年齢、既往歴などを省かない。ある程度「改まった感じ」のしゃべり方が好ましい。

研修医の「他流試合」も奨励されるべきである。近隣病院同士や地域医師会での症例検討、インターネット上での臨床討論、各種地方会での症例発表などを積極的に利用すべきである。未熟さは付きまとうものの、若者らしいはつらつさと先輩医に学ぼうとする進取の気風で勝負してもらえばよい。

### ⑧コンサルテーションの奨励

院内紹介(対診)も奨励されるべきである。とくに研修医には、定まった用紙の使用ときっちりした症例提示・紹介理由の記載が望まれ、それは評価の対象にされるべきである。各科間の連絡用紙や検査の依頼用紙にも、臨床診断以外にも検査目的や臨床経過の欄を設け、研修医には簡潔明瞭な記載を義務付ける。一見煩雑だが、習い性となるし、将来必ず役立つ。実際、見事な症例提示に接すると、受け手も嬉しくなり、気持ちも引き締まる。

### 議論・討論の習慣の涵養

高齢化社会の地域医療は、倫理的課題にも満ち満ちている。寝たきりの「植物人間」に近い患者の胃瘻造設に対する適応や思惑も、術後に扱う脳外科とそうでない内科とでは異なることもあるだろう。

こんな臨床現場で、何が医療者にとって最も必要か？ 第1には、習い性となった献身である。第2として、その献身を支える知性や感性をどう高く保つかだが、それは世代を超えた議論・討論にかかっている。日本の平均的な医療現場では、これがなお不十分だと思われる。倫理的課題は、論理的課題よりもずっと不確実で、解答は1つには決まりにくい。だから、バランスのとれた考え方の指導医が、度重なる回診を通して研修医と時間と空間を共有し合うチームワークをこそ、医療の豊かさと考えたい。若くて、老いや死が生理的に実感しにくい研修医のフットワークと、年長医の熟成した死生観との連携は不可欠である。

症例提示に含まれる医療情報は、活発で、豊かな各種の議論に立脚すべきである。

### 個人情報保護の精神

近年のIT技術の飛躍的進歩に伴って、個人に関する情報が大量に収集・保管されるようになった。しかし、便利さの半面、それらの情報が流出したり、不正に利用されたりする機会もごく日常的にみられるようになってきた。このような背景の下で、2005年4月1日から「個人情報の保護に関する法律」（いわゆる「個人情報保護法」）が全面施行されることになった。

法令上の個人情報とは、生存する個人に関する情報であって、特定の個人を識別することができるものをいう。しかし、厚生労働省のガイドラインでは、死亡患者の情報であっても、個人情報と同等の安全管理が求められている。具体的な個人情報としては、氏名、性別、生年月日、住所、職業、肩書き、家族構成、趣味嗜好、財産などさまざまなものが含まれる。医療界では、古くから、患者の個人情報についての守秘義務が課せられてきたが、その情報の幅の広さに今更ながら居住まいを正させられる。

学会、研究会、学術誌などへの発表・掲載においては、従来から氏名、生年月日、住所を伏せたりして、匿名化が図られてきた。その匿名化が徹底していれば、法令上の個人情報にあたらないので、患者の同意は不要ということになる。しかし、完全な匿名化は困難なことが多く、可能な限り、患者の同意を得ることが望ましい。

## 文 献

- 1) 岸本暢将編著。米国式症例プレゼンテーションが劇的に上手くなる方法。羊土社。2004
- 2) 町 淳二・児島邦明。米国式 Problem-Based Conference - 問題解決、自己学習能力を高める医学教育・卒後研修ガイド。医学書院。2003
- 3) 黒川 清監修、徳田安春・岸本暢将編集・監訳。臨床能力をきたえるハワイ大学式 PBL マニュアル。羊土社。2005
- 4) 柴田寿彦監訳。マクギーの身体診断学。エルゼビア・ジャパン。2005
- 5) 酒巻哲夫・阿倍好文編。診療録の記載の仕方とプレゼンテーションのコツ。MEDICAL VIEW。2004
- 6) 松村理司。“大リーガー医”に学ぶ - 地域病院における一般内科研修の試み - 。医学書院。2002
- 7) 松村理司編著。診察エッセンシャルズ。日経メディカル開発。2005
- 8) 松村理司。行動目標達成のための「症例呈示」ポイント 40。日本医療企画。2004
- 9) 外科関連学会協議会。症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針。http://www.jssoc.or.jp/aboutus/relatedinf/privacy.html。2004

(松村理司)

## 【6】医療の社会性

### 行動目標:

医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、

- 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる
- 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる
- 3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる
- 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる

保健医療法規・制度は、これを理解せずして医療を行うことはできない。法は、順守することが前提で、違背すれば処罰もある。知識がないでは済まされないので、医師としての出発点に立ったとき、よく理解し、概要を知っておく必要がある。これに対して、倫理はその人の行動規範となるものであり、価値観や思想・宗教観などによって一様でなく、同志的結合の中で1つの倫理観が生まれることはあるが、個人によって形成される中身は様々である。

わが国の医療は、国民皆保険制度の下に社会保険により大部分の医療費が賄われている。これにより世界に誇ることのできる医療水準を保ち、すべての国民の医療に対するフリーアクセスが担保されている。世界一の長寿社会が実現し、かつ健康長寿においても年々向上が見られる。

社会保険制度について理解し、保険診療を実践することについて、医療技術を磨くことと同等に、医師は関心を持たなくてはならない。社会保険は、「保険理論に基づいて、拠出する保険料と保険給付との相対的な対価関係(収支対応関係)を基本として、保険事故に対する保障を行う制度」と定義されている。社会保険の種類と対象となる保険事故は以下の通りである。

- ① 医療保険: 疾病・負傷等
- ② 年金保険: 老齢・障害・死亡
- ③ 雇用保険: 失業
- ④ 労働災害補償保険: 業務上の傷病・死亡
- ⑤ 介護保険: 要介護状態・要支援状態

医療保険をめぐる諸問題のうち、医師として理解しておくべき事項を2)に詳述する。

医師に高い倫理観が求められていることは、医師としての出発点にあたり、研修医は十分認識していかなくてはならない。先人の教えの中に学ぶこともできるし、最近では医師の職能団体や病院団体の倫理綱領に学ぶこともできる(後述)。初期にこのことを学んでおくと、医師としての行動原理がおのずから備わってくる。また、最近では、臓器移植、遺伝子治療、再生医療、遺伝子特性に応じた医療(テーラーメイド医療)などの先端医療分野での生命倫理の問題も重要となってきた。また、死の臨床、終末期医療、尊厳死、延命治療といった場面においても医の倫理、生命倫理は問われている。

### 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる

#### 【医師として知っておくべき法規・制度】

医師等の資格・身分を規定した医師法、医療施設及びその運営について規定した医療法、疾病を診断した医師の届出義務等を規定した感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「感染症法」)や食品衛生法、その他保健衛生、保険、介護や福祉に関する法律等、表1のAグループに記載

した法規は、医学チームの少なくとも1人がその概要を理解しておく必要がある。実際に医療を行うときに生涯必ず関係する法律である。

#### 【指導医の役割】:

医行為は、医師の業務独占とされているが、看護師など、一定の範囲で医師の業務独占を解除された有資格者が行うことも増えてきた。ごく最近では、在宅自己注射など、患者自身及びその患者と特別の関係にある家族が行う場合には医師法の趣旨に照らし、刑法の違法性が阻却されると考えられるものもある。

その他、一定の研修を終了した養護学校等の教諭(無資格者)が、看護師の指導のもとで特定の障害児の学校における吸引・自己導尿の補助・経管栄養の一部を行うことができることとされた。こうした現状に鑑み、医療を行うのに必要な法制度とその運用について、指導医は研修医に学ばせなくてはならない。

また、医師には医師法において、2年ごとの届出(第6条)、臨床研修(第16条の2)、応招(第19条)、求められた時の診断書等交付(第19条)、異状死体の届出(第21条)等、様々な義務が課せられている。

例えば、感染症法、結核予防法、食品衛生法、麻薬及び向精神薬取締法等では、患者であると診断した医師には届出が義務付けられている。また、感染症法、結核予防法においては、医師はその予防や適切な医療を行うよう努めなければならないとされるなど、社会防衛のための責務を負っている。この他、刑法第134条では業務上知り得た秘密の漏洩禁止の規定がある。指導医はこれらの義務を研修医に学ばせるべきである。

#### 【医師として知っていることが望ましい法規・制度】

**表1のBグループ**に記載した法規・制度は、特別な立場では知っておいたほうがよい法規ではあるが、児童虐待やドメスティック・バイオレンス(配偶者暴力)等については、今日的な問題として、医療現場で遭遇することが増えていく可能性がある。

#### 【指導医の役割】:

児童虐待や配偶者暴力の事例に当たったときの対応法を研修医に教えなくてはならない。覚醒剤等の違法薬物の濫用を知ったときの対応法についても、教えておくとよい。

#### 【労働者性に関して知っていることが望ましい法規・制度】

労働に関する法規・制度は、研修医を含む医師の労働者性を認識するために知っておくとよい。また、将来医療機関の開設者・管理者になる場合、知っておかなくてはならないことでもある。**表1Cグループ**には、そうした法律を記載してある。

#### 【指導医の役割】:

指導医自ら理解し、研修医にその概要を学習するよう指導する。ことに医師の労働者性についての認識を深め、研修プログラムに反映させなくてはならない。

## 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる

#### 【医療保障】

わが国の医療保障は、社会保障制度の中でも重要な部分を占め、**図1**に示す構造を持っている。

医療保険は、㊸健康保険、㊹船員保険、㊺共済保険、㊻国民健康保険に大別されるが、地域保険(政府管掌健康保険、国民健康保険)と職域保険(組合健康保険、船員保険、共済保険)という性格づけもできる。

**【指導医の役割】:**

医療保障制度が、国民負担の上にある点を理解させ、EBMに基づく医療の実践においても、保険診療であることに意を用いることのできる態度を養わせる。

**【医療保険制度のしくみ】**

健康保険については、**図2**(出典: 社会保険診療報酬支払基金 <http://www.ssk.or.jp/sikumi/iryuu.html>) のようなしくみとなっている。患者は、医療機関を受診し治療を受ける。医療機関は、診療報酬明細書を作成し、支払基金に請求する。支払基金は、審査の上、保険者に請求し、保険者は支払基金に振込み、さらに支払基金から医療機関に診療報酬が支払われる。患者(被保険者)は、保険者に対し保険料を納付するが、保険料については事業主(雇用者)と被保険者(被雇用者)とが折半することになっている。

国民健康保険については、**図3**(出典: 社会保険庁 国保のしくみ <http://www.kokuho.or.jp/kokuho/structure/index.html>) のようなしくみとなっている。健康保険と異なるのは、保険者が市町村であることと、保険料(税)が被保険者の負担分以外に国の補助金で賄われている点である。また、診療報酬明細書の送付先は、都道府県単位で設けられた国民健康保険連合会であり、ここが健康保険における支払基金の役割を果たしている。

**【指導医の役割】:**

研修医自らが行う診療行為が、保険診療上評価されるためには、「社会保険・老人保健診療報酬 医科点数表の解釈(療養担当規則)」及び「日本医薬品集」等に則ったものでなければならないことを理解させ、受け持ち患者について、診療報酬明細書提出前の点検をする態度を身に付けさせる。

**【再審査処理の流れ】**

各診療行為には、保険点数が定められており、1点につき単価は10円である。1人の患者に行われた診療行為につき1ヵ月分の診療報酬を明細書として記載し、保険者に対して請求がなされるが、診療報酬明細書の記載通りに支払われるとは限らない。診療報酬明細書は、支払基金又は国民健康保険連合会により選任された保険審査員による審査を経て保険者に送付される。審査過程では、以下のような理由により返戻又は査定が行われる(㊟傷病名に対する不適切な診療行為、㊠療養担当規則に違反する診療行為、㊡記載の誤り、㊢事務的処理の誤り等)。さらに、保険者においても同様の点検がなされ、再審査請求が審査会に対して行われる。審査会における再審査部会がこれらを取扱い、最終的には審査員全員による全体会議において決定がなされる。

再審査の流れについては、**図4**(出典: 社会保険診療報酬支払基金 [http://www.ssk.or.jp/sikumi/sinryo\\_8.html](http://www.ssk.or.jp/sikumi/sinryo_8.html)) に示す通りである。決定通知後、各医療機関も再審査請求をできることになっており、これについても審査会において審議され、最終決定される。保険者からの再審査請求は、医療機関からの70~80倍に及んでおり、増加傾向を示している。また、医薬分業が進んでいる現状から、医療機関からの診療報酬明細書と調剤薬局からの診療報酬明細書が突き合わされ、査定される件数も毎月1,000件以上に及んでいる。

**【指導医の役割】:**

療養担当規則(保険医療機関および保険医療養担当規則)に則り、治療経過における正しい診療報酬の請求ができるように指導すると共に、返戻についての回答の記載要領及び査定に対して再審査請求をする場合の記載要領を指導する。

### 【公費負担】

社会保険以外に患者が利用できる医療保障としての社会資源として、特定疾患（いわゆる難病）、小児慢性特定疾患、未熟児療育医療、一類又は新感染症の入院医療、結核、精神疾患の一部の医療には公費負担制度がある。また、福祉制度として、生活保護世帯に対する医療扶助、身体障害児に対する育成医療、身体障害者に対する更生医療等の制度がある。このほか、都道府県や市町村が独自に、小児や障害者等に対する医療費の補助を行っているところも多い。

これらを活用することは、個々の治療が円滑に継続できるだけでなく、感染防止や社会復帰の促進、生活の質的向上、研究の推進など、個人ばかりでなく地域社会にメリットがある。届出や申請をする行為は、いわばこれらのための手段にすぎない。その背景にあるものを通じて医療の持つ社会的な意義を学ぶことが重要である。

なお、更生医療、育成医療、精神障害者に対する通院医療等公費負担制度については、2005年通常国会に障害者自立支援法案が提案され、自立支援医療として統合することを目的に審議が行われたが、廃案となっていた。しかし、その後の臨時国会で成立した。

### 【指導医の役割】:

指導医自ら公費負担医療について理解すると共に、ソーシャルワーカー又は事務員等を活用して、研修医に当該制度を理解させる。

### 【医療保険制度改革】

国は、医療費の適正化を図り、また保険者機能の強化のために、医療保険制度改革を進めている(図5; 出典:厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2b.html#1>、図6; 出典:厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律案の概要」<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/03/h0306-2.html>)。平成15年3月28日、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」が閣議決定され、その中で診療報酬の見直しについての基本方針が示された(図7; 出典:厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2b.html#1>)。

具体的には、医療技術の適正な評価、医療機関のコスト等の適切な反映、疾病の特性等に応じた評価等を行うこととされ、急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院82病院を対象に、診断群分類に基づく1日あたりの包括評価制度(DPC)が導入された。

### 【指導医の役割】:

平成19年度頃の実施を目処として医療保険制度改革が進められている。医療制度改革及び介護保険制度改革も並行して進められており、指導医自ら理解すると共に、研修医にも関心を持たせるよう指導する。

表1 保健・医療および労働などに関する法規

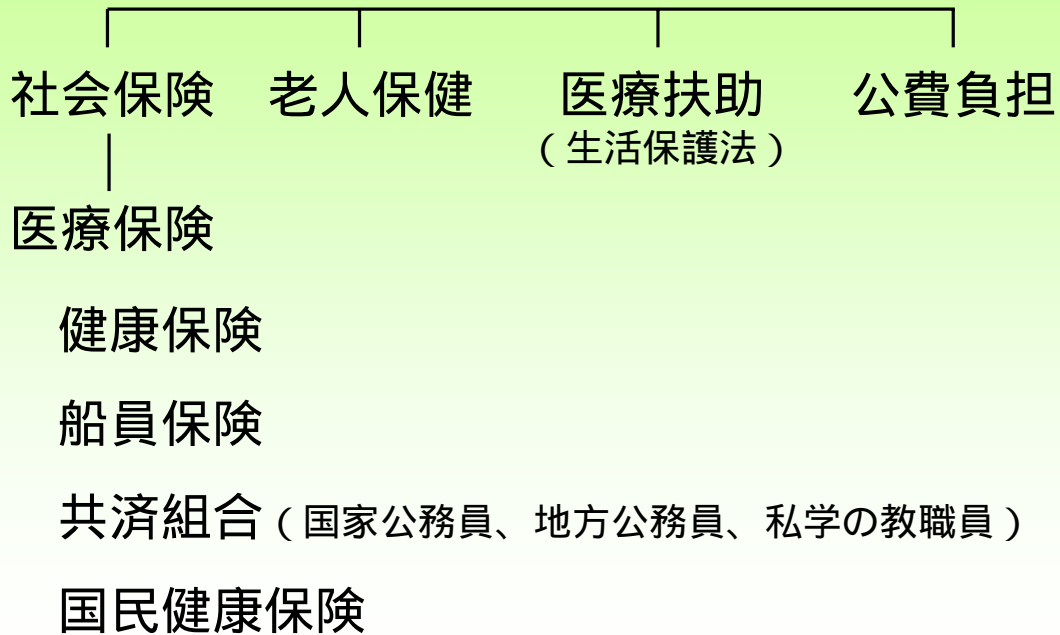
A	医療法
グ	医師法
ル	死体解剖保存法
丨	健康増進法
プ	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律
	地域保健法
	臓器の移植に関する法律
	結核予防法
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律
	検疫法
	予防接種法
	ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律
	狂犬病予防法
	薬事法
	安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律
	麻薬及び向精神薬取締法
	食品安全基本法
	食品衛生法
	児童福祉法
	母子保健法
	母体保護法
	社会福祉法
	障害者基本法
	身体障害者福祉法
	知的障害者福祉法
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律
	高齢社会対策基本法
	老人保健法
	老人福祉法
	介護保険法
	健康保険法
	国民健康保険法
	公害健康被害の補償等に関する法律
	ダイオキシン類対策特別措置法
	有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律
	廃棄物の処理及び清掃に関する法律
	学校保健法
	任意後見契約に関する法律



	WHO憲章前文
B グ ル   プ	<p>保健師助産師看護師法・栄養士法・救急救命士法等の身分を定める法律</p> <p>墓地、埋葬等に関する法律</p> <p>公衆浴場法</p> <p>旅館業法</p> <p>水道法</p> <p>建築物における衛生的環境の確保に関する法律</p> <p>毒物及び劇物取締法</p> <p>大麻取締法</p> <p>あへん法</p> <p>覚せい剤取締法</p> <p>と畜場法</p> <p>児童虐待の防止等に関する法律</p> <p>配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律</p> <p>生活保護法</p> <p>環境基本法</p> <p>下水道法</p> <p>湖沼水質保全特別措置法</p> <p>産業廃棄物の処理に係る特定施設の整備の促進に関する法律</p> <p>水質汚濁防止法</p> <p>大気汚染防止法</p> <p>更生保護事業法</p>
C グ ル   プ	<p>労働基準法</p> <p>労働安全衛生法</p> <p>労働者災害補償保険法</p> <p>労働保険の保険料の徴収等に関する法律育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律</p> <p>介護休業法</p> <p>雇用保険法(雇保)</p> <p>事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上配慮すべき事項についての指針(セクハラ指針)</p> <p>短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律</p> <p>雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律男女共同参画社会基本法</p> <p>男女雇用機会均等法</p> <p>厚生年金保険法</p> <p>国民年金法</p> <p>国家賠償法</p>

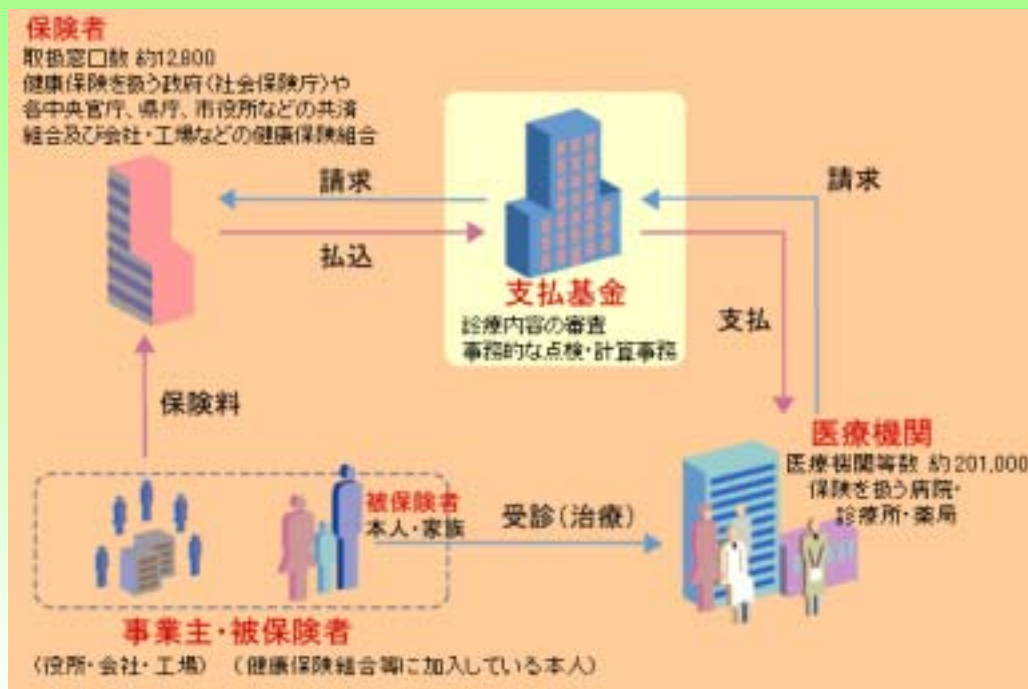
## 医療保障

図1



## 医療保険制度のしくみ

図2



出典: 社会保険診療報酬支払基金 <http://www.ssk.or.jp/sikumi/iryuu.html>

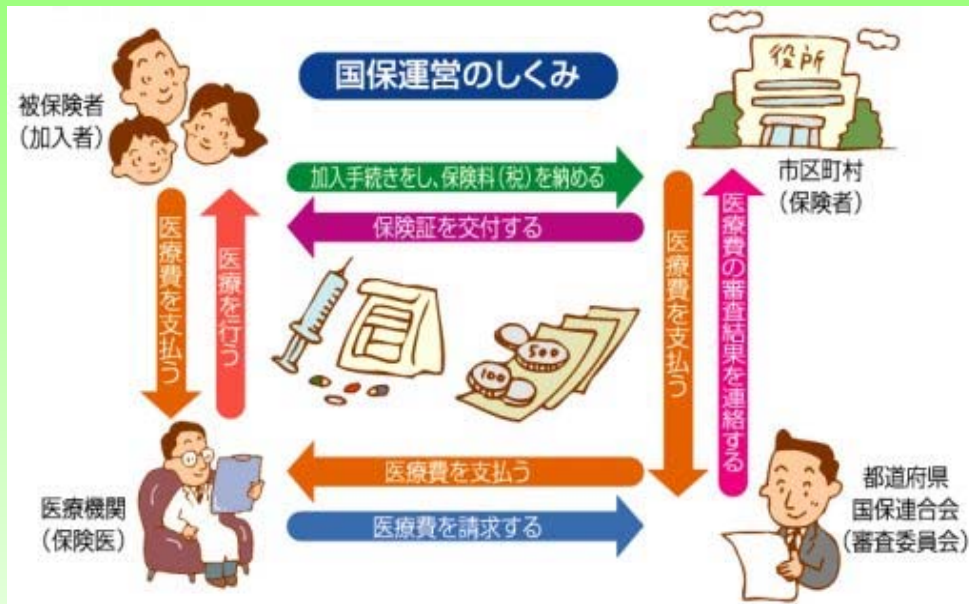


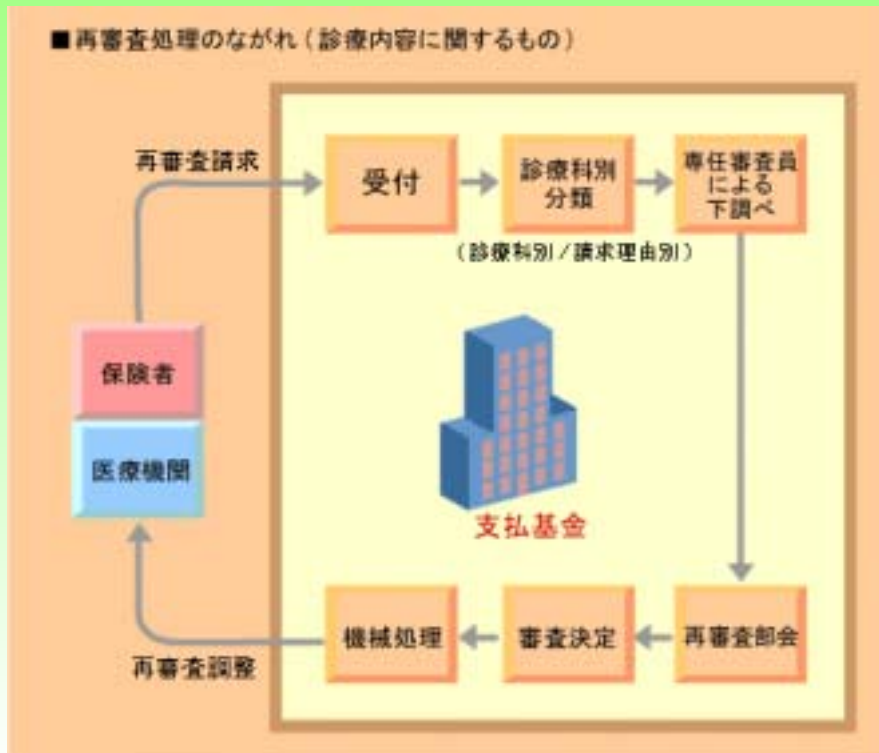
図 3

国保（国民健康保険）を運営するのは、わたしたちの住む市区町村（保険者といいます）です。  
 国保はわたしたち加入者（被保険者といいます）が、納める保険料（税）や国などの補助金によって運営されています。

出典：社会保険庁 国保のしくみ <http://www.kokuho.or.jp/kokuho/structure/index.html>

## 再審査処理のながれ

図 4



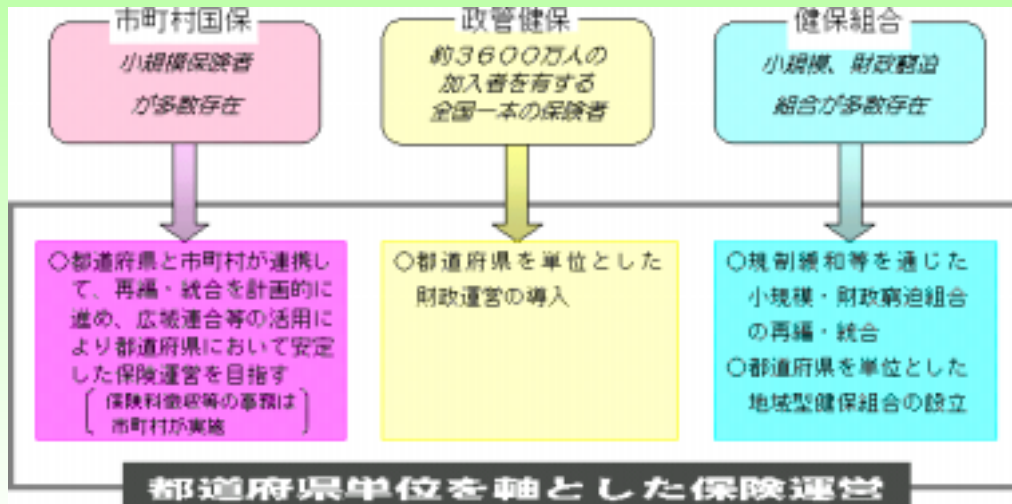
出典：社会保険診療報酬支払基金 [http://www.ssk.or.jp/sikumi/sinryo\\_8.html](http://www.ssk.or.jp/sikumi/sinryo_8.html)

### 保険者の再編・統合の基本的考え方 図5

被用者保険，国保それぞれについて，都道府県単位を軸とした再編・統合を推進

- ・ 保険者の財政基盤の安定
- ・ 保険者としての機能を発揮

地域の関係者が連携して質の高い効率的な医療を提供できるような取組を推進

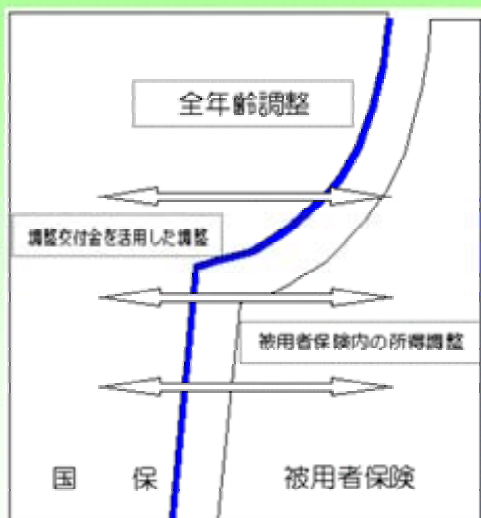


出典：厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」

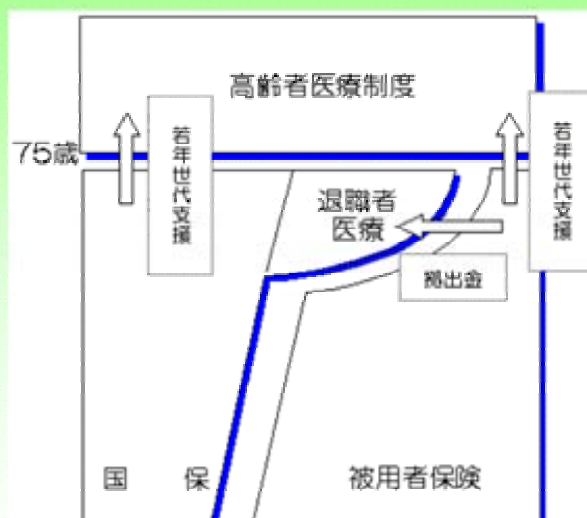
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2b.html#1>

### 新しい高齢者医療制度を含む制度改革 図6

現在



将来



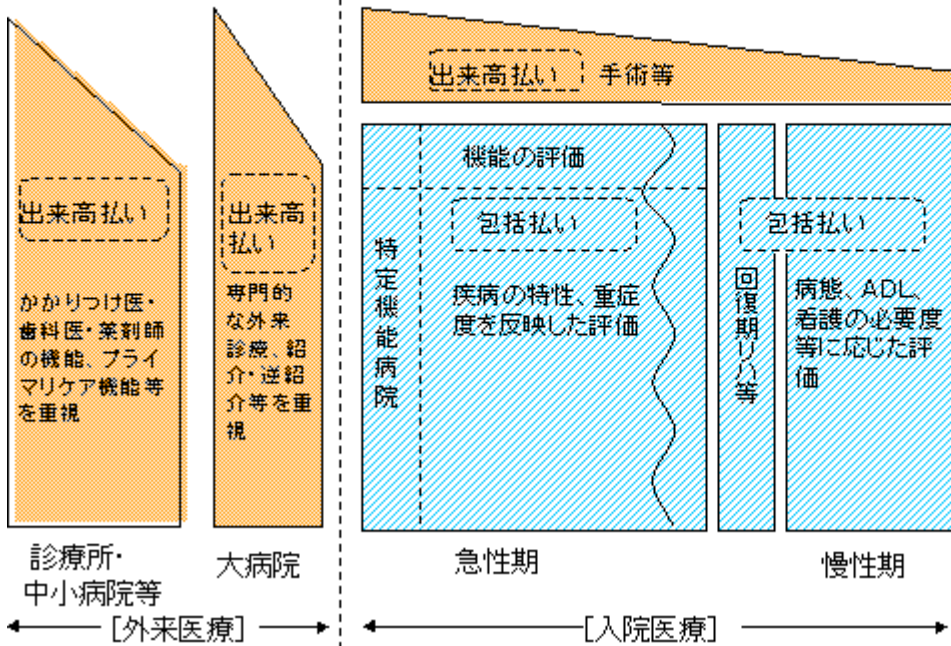
出典：厚労省 健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/03/h0306-2.html>

診療報酬体系の基本的考え方

☆医療技術の適正な評価(難易度、時間、技術力を重視)  
 <ドクターフィー的要素>

☆患者の視点の重視  
 ・情報提供の推進  
 ・患者による選択の重視



☆医療機関のコストや機能の適切な反映  
 <ホスピタルフィー的要素>

出典: 厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2b.html>

### 3) 医の倫理, 生命倫理について理解し、適切に行動できる

#### 【医の倫理】

遠くギリシャの医聖ヒポクラテスは、「ヒポクラテスの誓い」の中で、①患者に利益する養生法をとること、②死に導くような薬を与えないこと、③万人に平等に医療をほどこすこと、④他人の生活についての秘密を守ること(守秘義務)、等を強調している。

1948年に世界医師会総会で採択された「ジュネーブ宣言」は、「医師の一人として参加するに際し」でとるべき態度について宣言している。例えば、「私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う」、「私は、良心と尊厳をもって私の専門職を實踐する」、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」、「私は、全力を尽くして医師専門職の名誉と高貴なる伝統を保持する」などである。翌年の1949年に採択された世界医師会の「医の倫理の国際綱領」では、医師の守るべき義務や反倫理的行為とみなされる行為などが挙げられている。

日本医師会の「医の倫理綱領」には、①医師の生涯教育、②人格の涵養、③医療を受ける人々の人格を尊重することとインフォームド・コンセント、④チーム医療、⑤医療の公共性と法規範の遵守、⑥医業の非営利性、等が医師の態度として取り上げられている。

日本病院会の「倫理綱領」には、①医療の質の向上、②医療記録の適正管理、③権利擁護とプライバシーの保護、④安全管理の徹底、⑤地域社会との連携の推進、等が行動規範として取り上げられている。

全日本病院協会の「病院の行動基準(倫理綱領)」には、①公正な医療、②医療の質の向上、③患者や家族との信頼関係に基づいた医療の提供、④患者志向の医療提供、⑤安心して医療を提供し、安心して医療を受けることのできる体制作り、⑥社会の一員としての責任を果たすこと、等が病院の行動基準として例示されている。

日本精神科病院協会の「精神科病院倫理綱領」には、①精神科病院の使命として、精神障害者の医療・福祉・保護を行い、社会復帰を促進すること、②精神科病院の倫理として、奉仕の精神をもって、自己の技能と良心を医療に捧げ、人間愛をもって患者・家族に接すること、③人権尊重と守秘義務、④生涯研修、⑤地域医療、⑥病院管理として、医師の責任と医療の非営利性、等が掲げられている。

患者の権利に関しては、近年とくに留意しなくてはならない。1981年9～10月、リスボン(ポルトガル)における第34回世界医師会総会で採択され、1995年9月のバリ島(インドネシア)における第47回世界医師会総会で修正された「患者の権利に関するリスボン宣言」には、「医師は患者の自律性と正義を保証するために同等の努力を払わねばならない」と謳われており、「立法、政府の行動、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合は、医師はこの権利を保証ないし回復させる適切な手段を講じなければならない」としている。宣言には、①良質の医療を受ける権利、②選択の自由の権利、③自己決定の権利、④意識のない患者、⑤法的無能力の患者、⑥患者の意志に反する処置、⑦情報を得る権利、⑧機密保持を得る権利、⑨健康教育を受ける権利、⑩尊厳を得る権利、⑪宗教的支援を受ける権利、等が述べられている。

#### 【指導医の役割】:

指導医は、自らの倫理観を高めて体現すると共に、前記の倫理綱領等につき、研修医に認知させ、行動できるよう指導する。また、管理者は、オリエンテーションの際、医の倫理及び患者の権利擁護については、必ず言及すべきである。また、平成17年4月より全面施行された「個人情報保護に関する法立」のについても、説明し、守秘義務を守ることを理解させる。

## 【生命倫理】

死の臨床や終末期医療は、研修期間中に経験することとなっている。いわゆる安楽死は、世界各国では、オランダにおいて法制化の議論が盛んであるが、他の国にとっては全く認められていないのが現状である。延命治療を拒否し尊厳死を患者自身の権利であると宣言する人々と、その理念に共感し、いたづらな延命治療を行わないと宣言する医師(医療機関)とが作る日本尊厳死協会の活動もある。

遺伝子治療によって、遺伝病を持つ人々にとって光明が差すこととなったが、まだ十分な発展を遂げていない。

再生医療や、遺伝子特性に応じた医療(テーラーメイド医療)などの先端医療分野では、世界各国が協力してルール作りを始めている。ユネスコにおいて、1997年10月、第29会期総会において、「ヒトゲノムと人権に関する世界宣言」が、2003年10月、第32会期総会において、「ヒト遺伝情報に関する国際宣言」が、2005年10月、第33会期総会において、「生命倫理と人権に関する世界宣言」が採択された。本規範は、医学、生命科学及び関連技術について、包括的に生命倫理の基本的な考えをまとめたものである。また、1964年に世界医師会で採択された「ヘルシンキ宣言」では、ヒトを対象とする医学研究に関わる医師、その他の関係者に対する指針を示す倫理的原則が謳われている。わが国においても、生命科学研究にかかる倫理的諸問題について、総合科学技術会議、文部科学省、厚生労働省において基本的考え方の検討や倫理指針の策定が行われている。

わが国における臓器移植は、生体ドナーから臓器の一部をもらい受ける生体移植がほとんどだったが、近年、心停止ドナーからの死体移植も増加しつつあるなか、1997年には「臓器の移植に関する法律」が成立し、脳死体からの死体移植が認められるようになった。この法律の成立過程では、生命倫理の問題が医療関係者のみならず、医療の枠を超えて国民的関心と呼び、多くの関係者が議論に加わることとなった。移植コーディネーターがドナーとレシピエントの間に立って双方をサポートするシステムも確立しつつある。

## 【指導医の役割】:

指導医自ら終末期医療の体験を通して、研修医に学ばせる。生命倫理の問題は、科学的内容及び倫理的・法的・社会的問題(ELSI: Ethical, Legal and Social Issues)について広く認知させる。

(関 健、川南勝彦)

## 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる

医学や医療は 100%確実なものではなく、不確実性の程度は高く、予期せぬ健康被害、過誤を避けがたい。どこに不確実な側面があり、どのようにすれば発生を防止あるいは頻度を少なくすることができるのか理解し、適切に行動できるようにする必要がある。

1960年にドイツ小児科学会で、2例の発育異常新生児の報告がなされた。母指、橈骨、脛骨の高度の発育不全、十二指腸狭窄、上唇の毛細血管腫があり、一例にはさらに大腿骨発育不全があった。これは未知の新症候群として報告された。似たような例が前年からあちこちでみられていたようである。それも全四肢の欠損という重症のものから、母指や橈骨だけの欠損例もあり、しばしば心臓、腎臓、腸の形成異常をともなっていた。

ハンブルグ大学小児科のW. レンツは 1961年、同様な奇形の例をつづげざまに2例知ったことから調

査をはじめ、20例を集積した。うち17例においては母親がその子どもの妊娠中に共通の薬物を服用していることを発見した。それは1957年にグリューネンター社から発売されていた製品名コンテルガン、製剤名(一般名)サリドマイドであった。その後、製薬会社は、妊婦には処方しない、という注意書きを入れ、さらには販売停止にいたった。

1968年、瘡瘡様皮疹や色素沈着を訴えて皮膚科などへ受診するものが続出した。カネミ・ライス・オイル事件(カネミ油症)があった。米ぬかから油を製造する過程で、加熱のためにパイプの中に熱容量の高い媒体PCBを通していたところ、パイプが破れて製品に混じり、このために多くの人びとがPCBを摂取してしまい、様々な症状を起こした。裁判では、比較的小企業である製造会社カネミ倉庫と共に、この熱媒体を製造した住友化学工業も共同責任があるとして訴えられた。

1956年4月、水俣市の6歳の女性が、言語障害、歩行障害、知能障害を示して新日窒(チツソ)水俣工場付属病院に来院した。3歳の妹が1週間後に来院し、近所にも同じような患者がいることが判明した。病院は、水俣保健所にこの事態を報告した。5月には「水俣奇病対策委員会」が保健所、市当局、市民病院、医師会、新日窒(チツソ)水俣工場付属病院によって、調査が開始された。

こうした症状は、1953年頃より散発しており、アルコール中毒または日本脳炎などとして処理されていたことも判明した。その後、熊本大学に作られた「水俣病医学研究班」を中心として、疫学調査を含む精力的な研究が開始され、1956年11月には、「本疾患は、……伝染性の疑いはきわめて薄くなり、むしろある種の重金属による中毒と考えられ、……人体への侵入は主として現地の魚介類によるもの」と発表されるにいたった。1959年には、食品衛生調査会が有機水銀説を厚生大臣に答申した。

1968年になって、「水俣病はチツソ株式会社水俣工場から排出されるメチル水銀化合物により汚染された魚介類を摂取することによって生じたのである」との政府統一見解が出され、翌69年の公害に係る健康被害の救済に関わる特別措置法によって、地域指定を受け、患者の救済が始まるにいたる。

この間、1965年には、新潟県阿賀野川流域において、原因不明の中枢神経系の疾患が発生した。農薬流出説と阿賀野川に排水を流している昭和電工のアセトアルデヒド工程が発生源の2つの説があったが、川魚や狂死した猫の骨からメチル水銀が検出されたことなどがから、熊本水俣病の経験があったので、真相解明は早かった。1968年には、「昭和電工鹿瀬工場の排水が中毒の基盤になった」という政府見解が発表された。

1995年に国は水俣病に関する関係閣僚会議を開催して「水俣病対策について」を申し合わせ、その内容について閣議了解を行うと共に、水俣病問題の解決に当たっての内閣総理大臣談話を閣議決定した。2004年には、水俣病に関する最終解決策を受け入れなかった関西在住の原告らが1982年に提訴した国家賠償請求訴訟(関西訴訟:原告総数119人)について、最高裁判所の判決が言い渡された。判決では、一部原告による国、熊本県に対する請求は棄却されたものの、国及び熊本県には、いわゆる水質二法及び熊本県漁業調整規則に基づいて対策を講じる義務があったにも関わらず、それを怠った責任があるとされた。

1981年、米国で初めて後天性免疫不全症候群(エイズ)が報告されて以来、世界のHIV感染者・エイズ患者数は増加を続け、UNAIDS(国連合同エイズ会議)によると計3,940万人と推計されている。わが国のHIV感染者・エイズ患者の届出状況は増加傾向にあり、2004年現在、HIV感染者が6,560件、エイズ患者が3,277件、2004年1年間に新たに報告されたHIV感染者・エイズ患者の合計数は1,165件で、過去最高であった。

わが国におけるエイズ対策は、1980年代後半におきた不幸な薬害問題に始まる。米国から輸入された非加熱血液製剤(凝固因子製剤)にHIVウイルスが混入していたため、この非加熱血液製剤を治療に使



たことによりHIVに感染したとされる血友病患者が 1,408 人報告されている。被害者は、1989 年に国と製薬会社5社の責任を問う民事訴訟を起こした。1996 年には、厚生大臣と製薬会社が加害責任を認めて謝罪を行い、和解金の支払いと共に、国は被害者救済を図るための万全の対策をとることを約束し、和解が成立した。

**【指導医の役割】:**

指導医は、医学や医療の不確実性、医薬品や医療用具などによる予期せぬ健康被害が発生しうることについて、歴史的な事例や最近の医療過誤の事例などを通して、研修医に理解させ、健康被害の発生を防止する方策、発生した場合の適切な対処の仕方などについて指導する。また、管理者は、オリエンテーションの際、医薬品や医療用具による健康被害の発生防止を理解し、適切に行動できることの重要性について、必ず言及すべきである。

**【参考文献】**

- 1) 国民衛生の動向 2004 年. 財団法人厚生統計協会、2004.
- 2) 岸 玲子、古野純典、大前和幸、小泉昭夫編. NEW予防医学・公衆衛生学、南江堂、2003.
- 3) 中川米造. 医学の不確実性、日本評論社、1996.

(水嶋春朔)