

研修医の指導

—問診，診察，EBMから倫理まで—

岐阜大学脳神経内科

下畑 享良

本講義に関するCOIはございません

本講義について

- 研修医の指導に関しては、さまざまな方法がある.
- 脳神経内科医の立場で、自分自身が心がけていることを提示・共有する. 有用な点があれば日頃の指導にお役立ていただきたい.

取り上げる項目

1. 問診
2. 診察
3. カルテの記載
4. 論文執筆

1. 問 診

- A) 問診のコツを教える
- B) 本当の主訴を理解する大切さを伝える
- C) 適切な人間関係の築きかたを教える

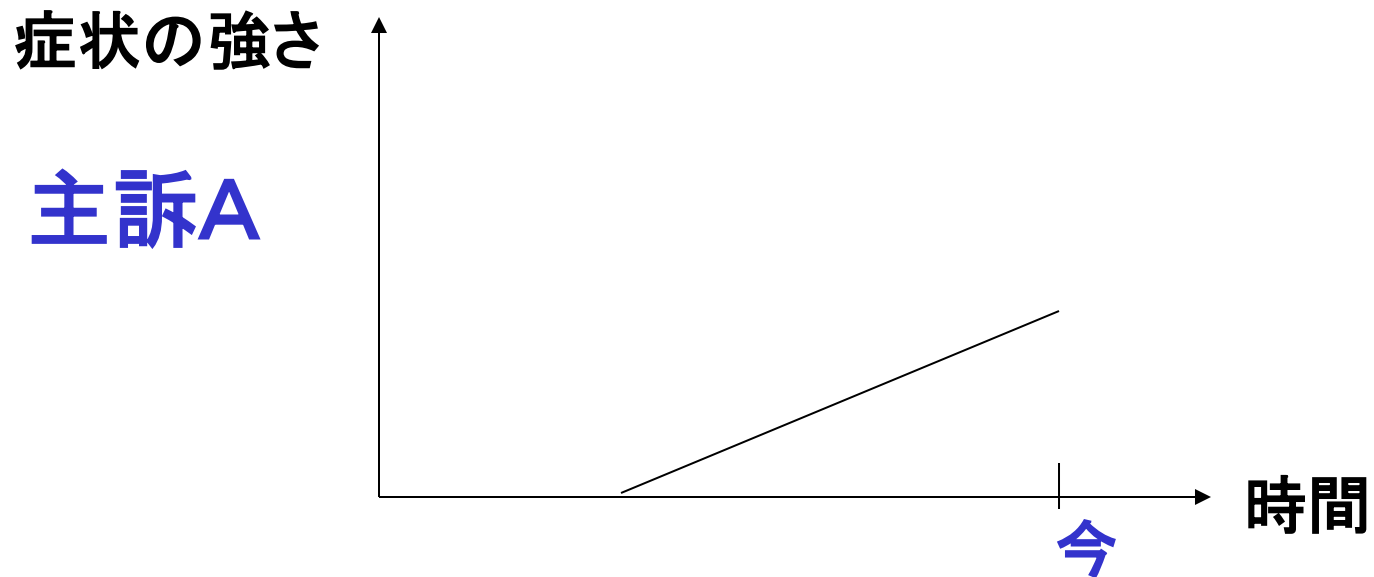
A)問診のコツを教える

問診のコツ① 時系列

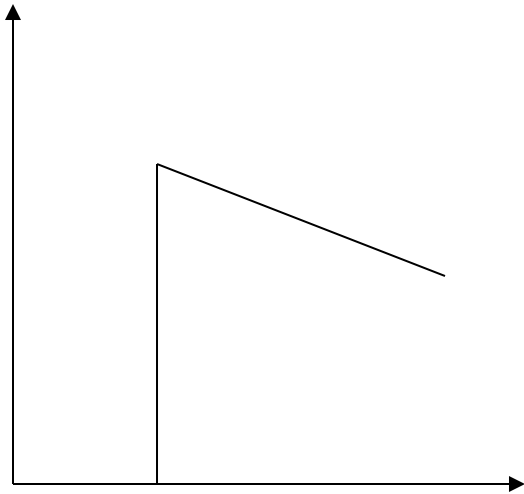
- ・ **時系列**を意識した問診を行ってもらう
- ・ 発症様式 (**Onset と Course**) の理解は疾患の鑑別につながるため重要である.

時系列順の病歴

- 1) **onset** と **course** の確認
- 2) 経過表の作成

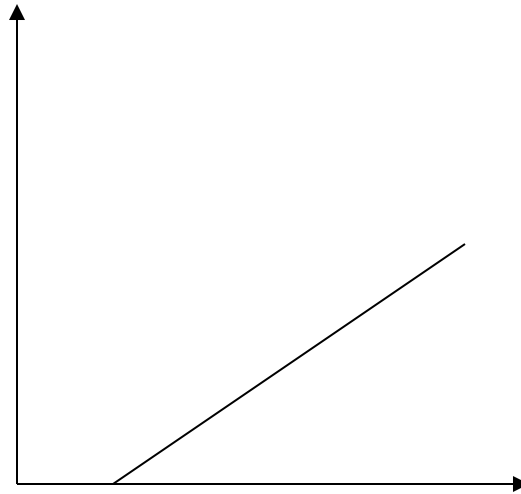


臨床経過の3類型(例;神経疾患)



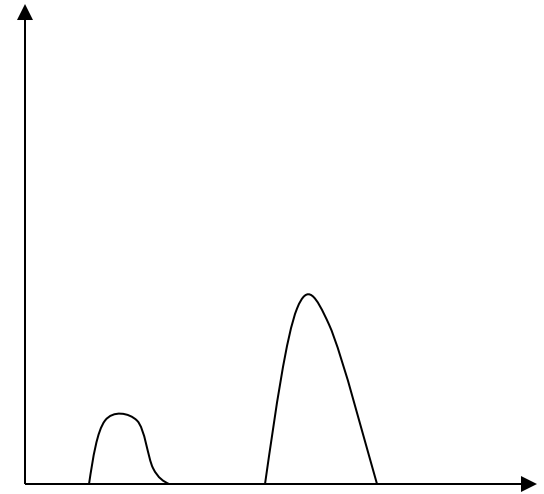
急性 acute

脳血管障害
外傷



潜行性 insidious

変性疾患
腫瘍



再発・寛解性

脱髄疾患

Onset と Courseはカンファレンスで
病歴を読むときにも意識させる

問診のコツ② 質問法

- まずオープンクエスチョン(自由な回答ができる質問)による問診を一定時間行い, 患者さんと良好な信頼関係を築くことを教える.
- これは診断に必要な情報を, 隠し事なく引き出すことにつながる.

オープンQからクローズドQへ

	オープン・クエスチョン
利点	自由な回答 コミュニケーションが深くなる
欠点	焦点が絞りにくい
タイミング	主に問診の前半

オープンQからクローズドQへ

	オープン・クエスチョン	クローズド・クエスチョン
利点	自由な回答 コミュニケーションが深く なる	Yes/Noによる回答 焦点が絞りやすい 確認が得られる
欠点	焦点が絞りにくい	コミュニケーションが深くない。
タイミング	主に問診の前半	主に問診の後半

クローズド・クエスチョンの意義

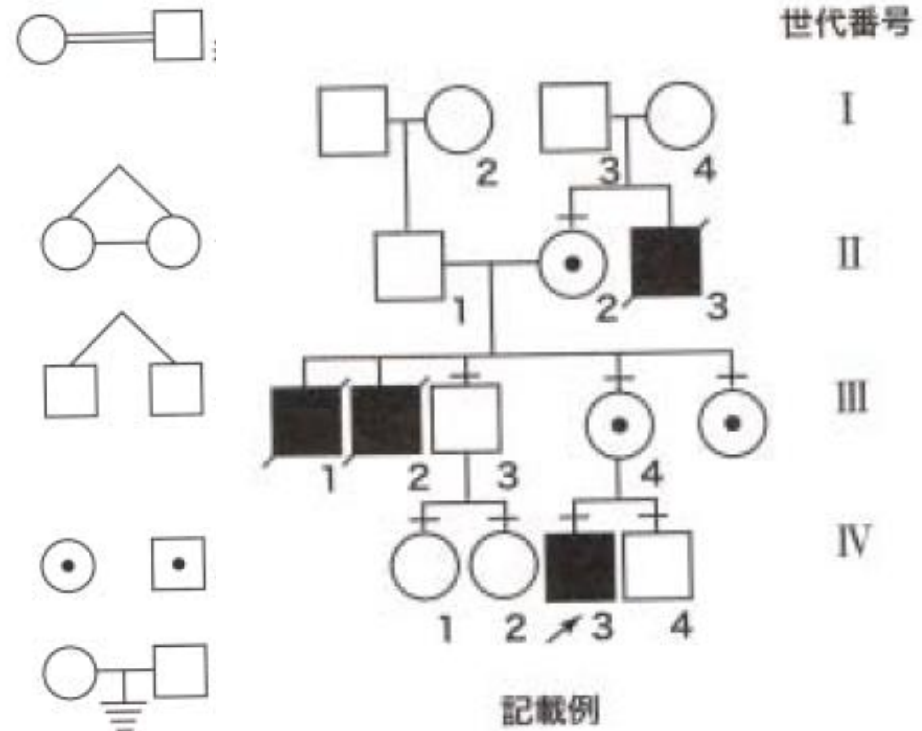
- 鑑別診断を考えながら、診断に迫ることができる.
- 診察中にも適宜問診を行い、日常生活の中での具体的な症状を確認して、診断が正しいかを検討できることを教える.

問診中，鑑別診断や必要な検査を すぐ取り出すコツ



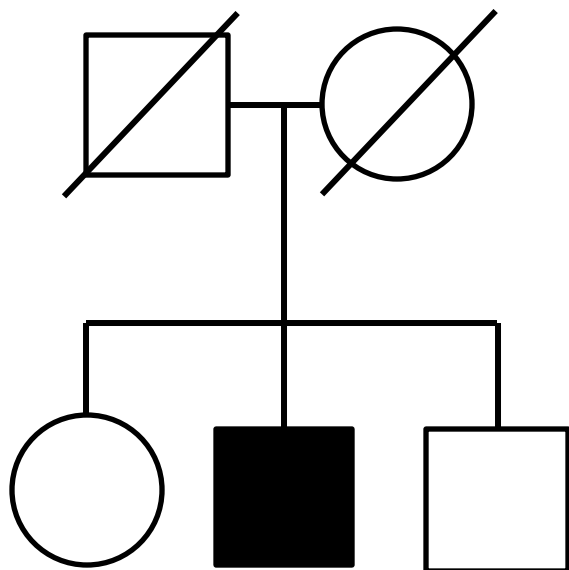
問診のコツ③ 家系図を活かす

- 家系図はルール通りに記載することを教える.
- 罹患者や疑いのある人を見出し, **直接会って診察する**ことを教える.



簡単な家系図でも
注意すべきことがある

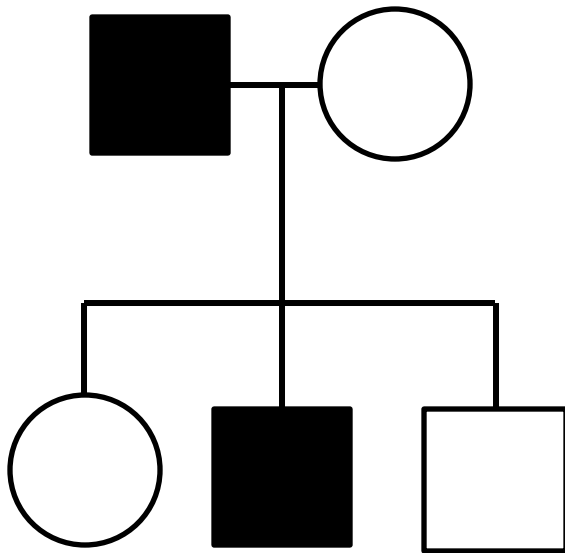
家系図において忘れず問診すべき情報



両親の死亡時年齢

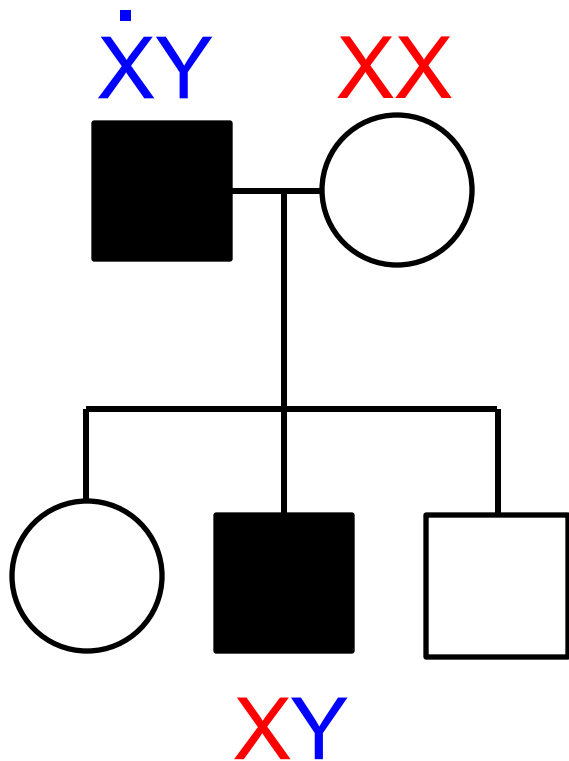
若く死亡し、未発症となった
可能性を必ず除外する

家系図から分かる遺伝形式



- a. 常染色体顕性遺伝
- b. 常染色体潜性遺伝
- c. X染色体潜性遺伝
- d. aまたはc

Male to male transmissionは X染色体潜性遺伝ではない



a. 常染色体顕性遺伝

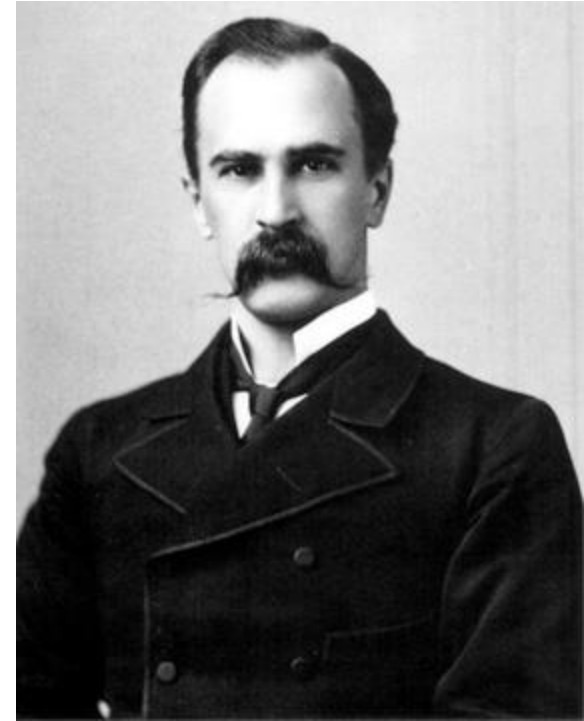
B) 本当の主訴を理解する
大切さを伝える

本当の主訴を理解する大切さ

- 主訴, すなわち患者さんが何に苦しんでいるかを理解することは, 診断のみならず診療のゴール設定にも大切である.
- 「この外来に何を期待されて来ましたか？」という質問をする.

オスラーの3原則を伝える

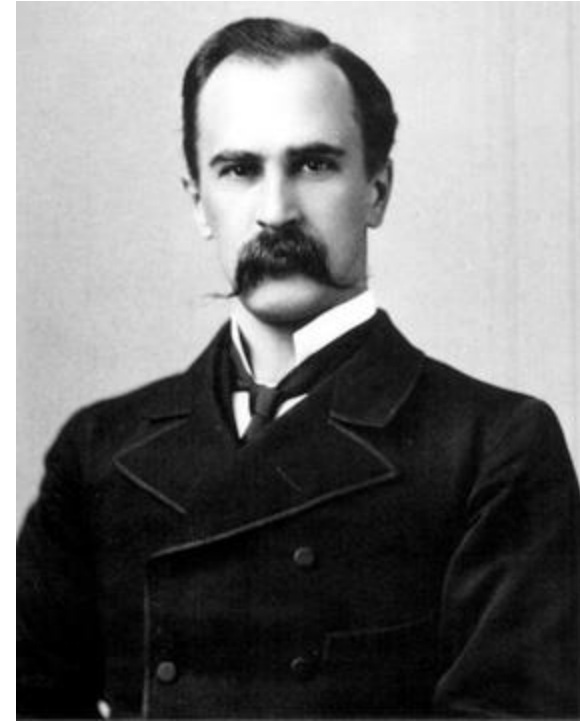
- I. 患者は何が困ってやって来ているのか？
- II. それに対して何ができるのか？
- III. そうすれば患者の将来・残りの人生に何が起こるか？



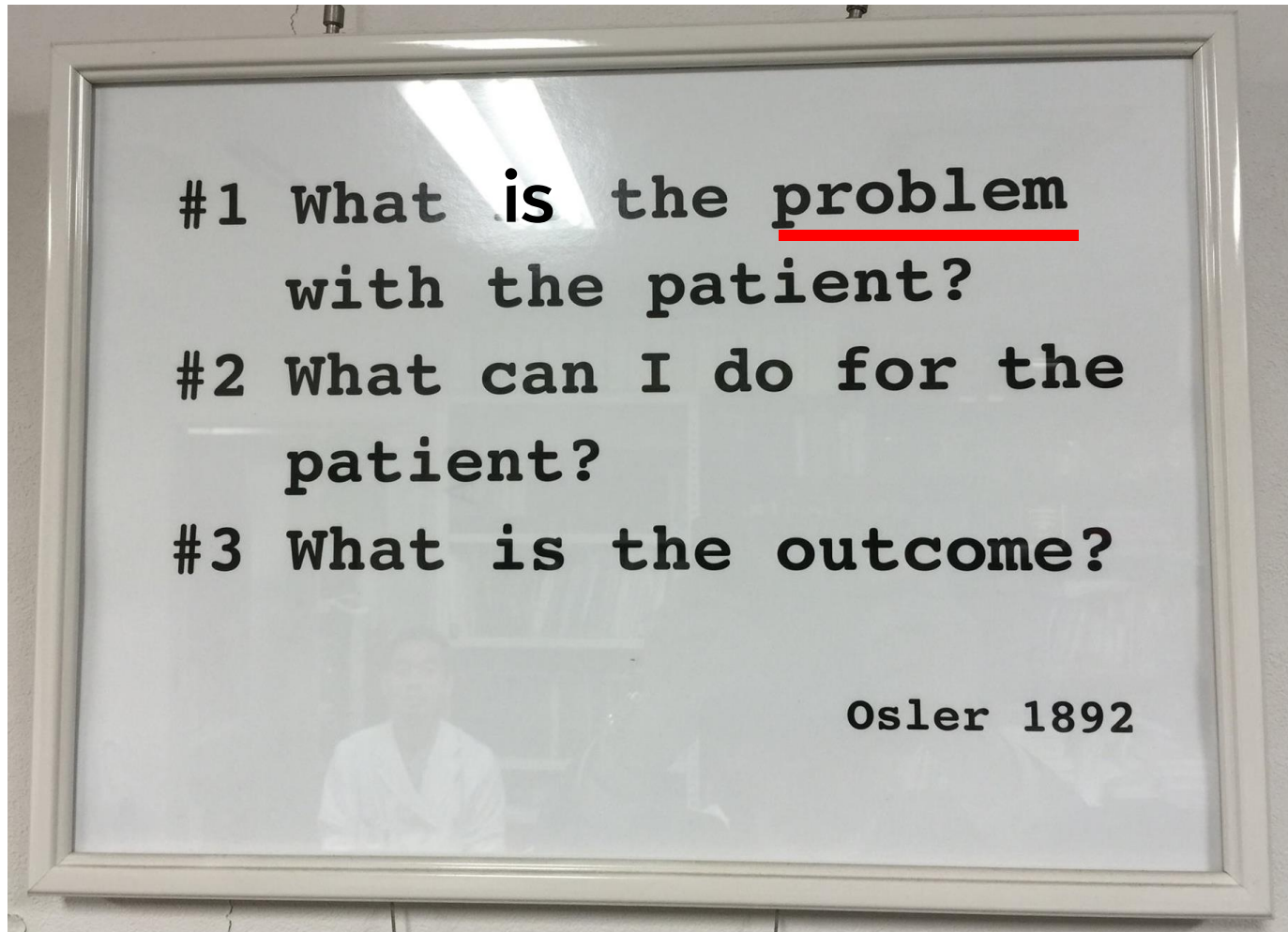
★学生にこのなかでどれが最も大切か質問している

オスラーの3原則を伝える

- I. 患者は何が困ってやって来ているのか？
- II. それに対して何ができるのか？
- III. そうすれば患者の将来・残りの人生に何が起こるか？



オスラーの3原則を伝える



同じ主訴でも困っていることは異なる

主訴：頭痛の3人の患者さんの悩みは？

	患者さんの悩み
1	頭痛を治してほしい
2	脳の病気がないか心配
3	頭痛薬の飲み過ぎが心配

同じ主訴でも困っていることは異なる

主訴：頭痛の3人の患者さんの悩みは？

	患者さんの悩み	治療方針
1	頭痛を治してほしい	頭痛の治療
2	脳の病気がないか心配	診察, 画像の確認
3	頭痛薬の飲み過ぎが心配	説明と指導

問診 一日ごろ心にとめている十カ条—

問診

日ごろ心にとめている十カ条

新潟大学教授・神経内科学 椿 忠雄

一、神経病ほど問診が重要な疾患はないと思う。誇張ではなく、診断の八割くらいはこれで大よその見当がつく。最近、内科一般では検査所見の比重が大きくなっているが、神経内科はむしろ問診と病歴の診察が重要である。

二、神経病の問診のなかで最も重要なことは、症状はいつおこったか、初発症状の部位はどこか、急激におこったか（何時何分という程急激か、それほどではないか）ではないかと思う。どんな時でもこれをおろそかにしてはいけない。

三、問診が重要なことは、単に診断のためだけではない。これを通して、医師と患者の間に精神的親近感がでることである。大学の外来では、問診は若い医師や学生が行うことがある。これは診察医の時間を節約していただけるのでありがたいが、診察の本質からみて、必ずしも好ましくない場合がある。私はどんなに完全に問診（予診）ができていても、患者に何らかの質問をすることになっている。それはすでに得られている情報であるようにみえても、書かれた情報とは違ったものがえられるはずである。

四、問診の場合、医師にとって無意味と思われる患者の供述であっても、ある一定の時間は患者の思っていることを述べてもらう。それは患者に満足を与えようとにも、患者の心のなかにあることがわかる。

五、患者の何が、最も苦しいかがわかることが大切である。単に主訴という形式的な言葉ではあらわされないものが大切である。患者は素外病気の性質とは別のことで苦しんでいることがあり、これを取り除くことができる。

六、多数の患者が待つており、診療時間に追われているときに、ごたごたと供述されることは医師にとって困ることがあり、患者の供述を適当なところで止めさせることも必要ではあるが、少なくとも、前述のことは忘れてはいけないと思う。

七、公害や災害事故の場合の問診で、患者の供述は必ずしも事実でないことがある点で、難しい問題がある。この場合でも患者を非難してはいけない。多くの患者は故意に虚偽の供述をしているのではない。私は患者の供述を言葉通りにきき、主観を加えずにその供述を記述することになっている。このようなことで、かえって真実を見いだせることが多い。

八、問診は診察のはじめだけにを行うのではなく、診察の途中にも随時会話をし、情報を深めるのがよいと思う。むしろ、それによりほんとうの供述がえられるように思われる。

九、医師が患者に敬意をはらうという態度で問診することが望ましい。一般に患者は弱者、医師は強者の立場になりやすいので、詰問口調になりやすい。しかし、よく聞いてあげるといえることが、その後の診察に大きなプラスになるであらう。

一〇、神経病の場合、問診は、言語障害、精神症状、知能、意識状態の検査にもなることを忘れてはならない。



新潟大学神経内科
初代教授
椿 忠雄 先生

問診 第5条

患者の何が最も苦しいか分かることが大切である。
単に主訴という形式的な言葉ではあらわされない
ものが大切である。患者は案外**病気の本質とは
別のことで苦しんでいる**ことがあり、これを取り除く
ことができる。

同じ主訴でも困っていることは異なる

	患者さんの悩み	治療方針
1	頭痛を治してほしい	頭痛の治療
2	脳の病気がないか心配	診察, 画像の確認
3	頭痛薬の飲み過ぎが心配	説明と指導

難病など治せない病気でも患者さんの悩みを理解すれば
癒やしやサポートが可能であることを教えることが大切！

C)適切な人間関係の
築き方を教える

問診 第4条

- 医師にとって無意味と思われる患者の供述であっても、**ある一定の時間**は患者の思っていることを述べてもらう。
- それは患者に**満足**を与えるとともに**患者の心のなかにあること**がわかる。

問診の姿勢



不安のため落ち込んだ気分の患者
に安心感を与えるのは、**患者の訴え**
を真摯に穏やかな気持ちで耳を傾け
理解しようとする態度である

金沢医科大学名誉教授

廣瀬 源二郎 先生

非言語的コミュニケーションも大切



視線は患者と同じ高さにし、
相槌を打ちつつ、時に患者の
言葉を繰り返して、患者の話
に十分注意を払いながら
聞いていることを態度で示す

東海大学名誉教授
吉井文均先生

目線を患者さんと同じ高さにする



2. 診察 ―根本原則を教える―

紹介状の所見に引きずられないように

紹介状（診療情報提供書）			
医療機関名 _____		平成〇〇年〇月〇日	
_____ 科			
担当医 _____ 先生御机下			
		〒〇〇〇・〇〇〇〇 ~ 県	
		〇〇病院	
		TEL _____	
		医師名 _____ 印 _____	
		指導医 _____	
患者氏名	〇〇 〇〇様		
生年月日	~/~/~(〇歳〇カ月)	性別	
紹介目的	今後の加療の継続につき宜しくお願い致します。		
病名	#1. 〇〇〇、#2. 〇〇〇		
病状経過 検査所見 治療経過	平素より大変お世話になっております。先日貴院よりご紹介いただいた患者様ですが、今回当院にて加療を行いましたのでご報告申し上げます。 平成〇年〇月〇日に~を行いました。(その所見~) 術後は~。つきましては今後の加療の継続に関し貴院にての継続をお願いしたく、ご多忙の所、誠に申し訳ございませんが、何卒宜しくお願い致します。		
現在の処方	当院処方~		
備考	今回の検査結果を同封致します。ご参照いただければ幸いに存じます。		

鵜呑みにしないこと、
所見は変化しうることを伝える。

診察前に、紹介状を見るべきではないという先輩医師もいた。

未来で役に立つように記載することを伝える

- 所見(+)(-)の記載にこだわらない. 判断がしにくい場合には**ありのまま具体的に**記載に残すように教える(いつか役に立つ).
- 記載が難しい所見は**動画に記録**することも伝える(例;けいれん発作, 不随意運動).

27年前のカルテとの再会

下 畑 享 良

(17 y.o.) Female

訴：テタニー様発作（痛みを伴う両上下肢の硬直）

家族歴：家族内類似症なし。

経歴：妊娠中、特に問題なし。出生時3回、首に臍帯が巻いていた。

首のすわり：8ヵ月 ひとり歩き：1歳8ヵ月 発語：2歳

病歴：

1981年（3 y.o.） generalized convulsion あり。

1982年（4 y.o.） epilepsy の診断に 〇〇病院脳外科通院開始。

EEG：7-8 Hz の slow α , PS で Lt-dominant に positive sharp wave (十)

ルミナル 0.03、アレピアチン 0.1 投与開始。頭部 CT 異常なし。

1984年（6 y.o.） 父の転勤にて、当院脳外科にて follow 開始。階段昇降などの運動能力に劣る。

また学業についていけず、特殊学級にいく相談もあった。

緊張や疲労、発熱で出現し、意識障害を伴わない両上肢が tonic となる

テタニー様発作が認められた。

1985年（7 y.o.） 3月、5回のテタニー発作あり。

4月、ルミナル 0.04、アレピアチン 0.15 へ増量。3回のテタニー発作あり。

その後も同様の attack 持続してみられた。神経内科に転科。

1986年（8 y.o.） 4月、発作頻回。発熱、下痢を契機に発症し、過換気症で痛みが増強する。

発作時に Ca、イオン化 Ca の低下が認められ、カルチコール I.V. により症状が

改善した。（唯一の低 Ca 血症の episode）

副甲状腺機能低下症を考え、頭部 CT、骨 X-p を行うも異常なし。

乳酸 Ca と、1 α -D3（アルファロール） 0.25 y 併用開始。

PTH intact 63 とやや低め。

1 α -D3 0.75 y に増量し、抗てんかん薬、漸減、中止。

1987年（9 y.o.） 再び、父の転勤にて follow 中止。以後、常に月1〜3回の割合で発作あり。

1990年（12 y.o.） 当院での follow 再開。attack 頻発するため、1 α -D3 1.0 y に増量。

Gower's sign (+)

1991年（13 y.o.） 中学入学後は、大きな attack あまり認められなくなった。

1993年（15 y.o.） 黒崎高校入学後、5月頃より再び attack 頻回にみられるようになる。

このため、1 α -D3 2.0 y に増量。さらに 2.5 y に増量。

8/3〜25 に精査目的に入院。（Etiology unknown の結論）

・ Ca、イオン化 Ca の低下は認められず。

・ Mg がやや低めであった。（1.5〜1.6 mEq/l）

・ E-H test では、尿中 cAMP の上昇が認められ、偽性副甲状腺機能低下症は

否定的と考えられた。

1994年（16 y.o.） attack 頻回。6月、高校中退。腰背部痛の訴えが強い。

7月、対症的にダントリウム使用、一時改善がみられたが、ふらつき感が出現

し、中止。

1995年（17 y.o.） 2月、右尿管結石による水腎症。（VitD 中毒による可能性）自然排石。

attack はば連日出現し、1 α -D3 は予防効果ないものと考えられた。カルチコ

ール DIV. も頻回であるため、今後の治療方針の決定のため、3月13日、入院。

検査所見：

身長 152 cm（小学生時、1〜2 番目ぐらい）

副甲状腺機能低下症で認められる、皮膚の乾燥萎縮、頭髮・体毛の脱落、爪の萎縮・変形、歯牙發育不全、白内障は認められない。

偽性副甲状腺機能低下症で認められる、円形顔貌、短肢、短指趾症、Albright 徴候は認められない。

心臓胸部に異常は認められない。甲状腺は触知されない。高口蓋なし。minor anomaly (-)

腰椎前彎が認められる。Kayser-Fleisher ring (-)

私が医師3年目に新潟の市中
病院で記載したカルテの臨床
情報が、27年後、信州大学での
新規の遺伝性神経疾患の診断
に役立ったと連絡があった。

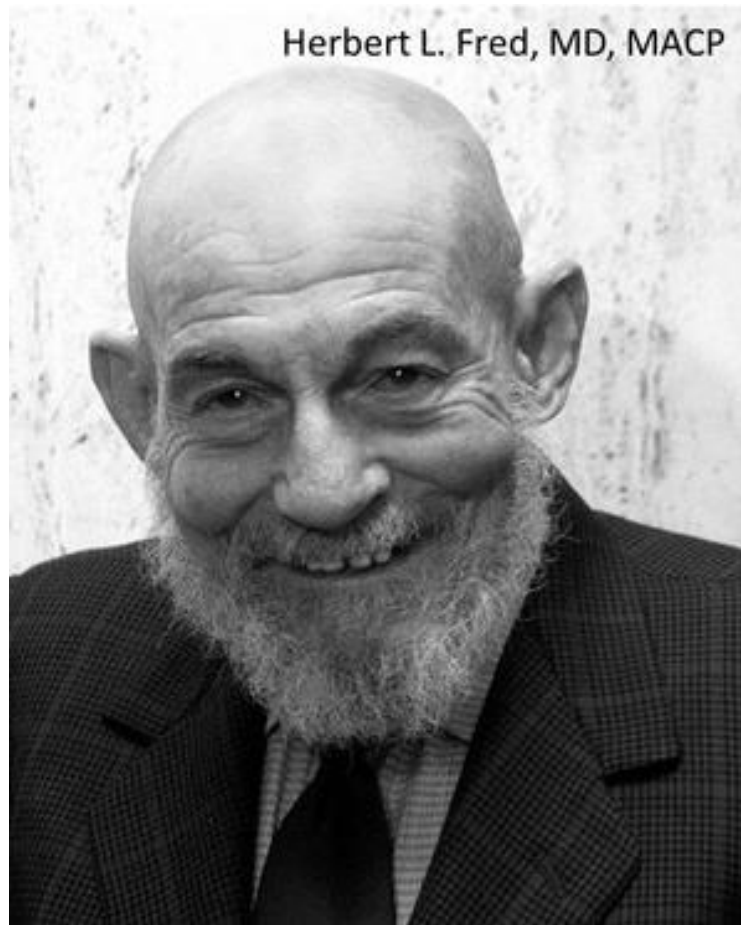
家族性痙性対麻痺 B4GALNT1 変異

Front Neurosci. 2024 Jul 31;18:1437668.

すぐに検査をオーダーせず, 考える

- ・ 病歴聴取や身体診察をバイパスし, 患者の症状からいきなりMRIやCTなどの検査をオーダーしてしまってはいけないことを伝える.
- ・ 安易な検査は深く考えない能力の低い医師を産み, 患者と医師の結びつきも弱くする.

Hyposkillia = 現代の医師の病



- 多くの検査を指示し，検査に依存した診断を行う医師.
- 短時間で多くの検査をオーダーし，最多の利益を得ることには適する. しかしいつ検査を行い，どのように解釈すべきかは分かっていない医師.

新技術による検査



Robert Wartenberg(1887-1956)
著書「神経学的診察法」

新技術による検査の重要性と信頼性は極めて高い。問題は、これらの検査を用いるか否かではなくて、**いかなる場合に用いるか**である。

Hyposkillia対策 = 教育の改革

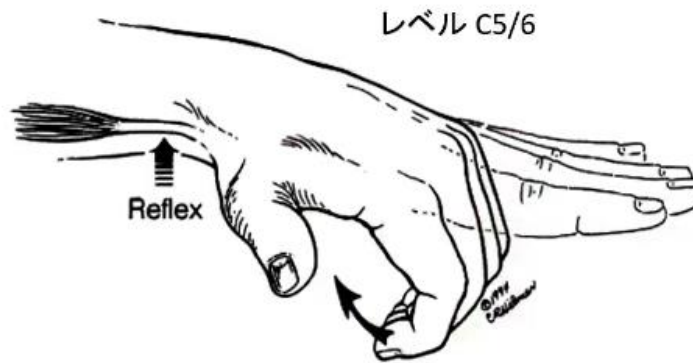
教育する意義をよく認識し、
若手医師との時間を増やし、
問診の方法、適切な診察、
考え方、そして責任の重さを
教えなければならない

Prof. Herbert L Fred (テキサス大学)



若手医師による病棟回診

Hyposkillia 対策(百聞は一見にしかず)



Jamir P. Rissardo (2022)

Twitter @DrMahyuddinMohamed



第9回 反射1

当科年20回シリーズの講義. 若手ドクターはどんどん吸収する.

3. カルテの記載

- A) Problem list を作ってもらう
- B) 診断基準・ガイドラインを重視しすぎない
- C) Clinical Question (CQ) を作ってもらう
- D) 文献検索とEBMの5つのステップを教える
- E) 臨床倫理的問題への対処法を教える

A) Problem list を作ってもらう

Problem list の作り方

1. 基本データを集める

- 1) 主訴, 既往歴, 家族歴など
- 2) 現病歴
- 3) 診察所見
- 4) 検査所見

→ これらは問題リストを作るために行うことを伝える

2. 記載方法

- 1) ナンバー(＃)とタイトルをつける
- 2) active/ inactive problem の区別をつける
- 3) 疑い病名は使わない
- 4) 重要な順番に記載する

POSに則ったカルテ記載

1. プロブレムひとつひとつにSOAPを記載する
2. SOAPは3つに分類されることを意識する.

SO

情報インプット

A

考える

P

アウトプット

POSに則ったカルテ記載

1. プロブレムひとつひとつにSOAPを記載する
2. SOAPは3つに分類されることを意識する.
3. S, O を見るとどれだけ準備したかが分かる.
4. A ではエビデンスを踏まえた記載と, 後述する CQ
が重要になる.

Problem list に追加して良いもの

リストに「不安」を加える

1. 精神疾患（不安神経症など）のみでなく、**ごく当たり前の不安**も加えてもよい。
2. 「何か心配なことはありませんか？」「不安なことはありませんか？」と尋ねる。

	不安の原因	対処法
入院時	検査, 診断, 治療, 副作用等	正しい診断, 治療, 詳しい説明
退院前	仕事, 学校, 経済, 介護等	医師を中心とした医療スタッフによる多角的アプローチ

B)診断基準，ガイドラインを
重視しすぎない

診断基準とガイドラインの限界を教える

1. 昨今の診断基準は早期診断・早期治療を目的としているものが多いことを教える
2. 除外診断の大切さを教える
3. EBMに則った治療が、患者さんの背景にある病態や環境を考慮しても最適かよく考えることを教える
(知識を適切に使える知恵が必要).

C) Clinical questions (CQ) を
作ってもらう

CQを作成する意義を伝える

1. 文献検索に明確な目的をもたせる
 2. 求めるエビデンスの有無を明確にする
- かならず文献検索前に行う習慣を作る！

CQ作成のルールを教える

1. 必ずひとつのセンテンス，疑問文にする.
2. Yes/Noクエスチョン，もしくは What(何が)または Which(どちらが)から始まる疑問文でもよい.
3. 治療はPICO，危険因子はPECO という構文にするように教える.

PICO(介入研究)とPECO(観察研究)

P atient(Population)	対象者	どんな患者に
I ntervention/ E xposure	介入方法・ 曝露方法	どんな治療をするのは
C omparison	対照群	何と比べて
O utcome	結果	どうなるか

とくにPを意識させる
(**形容詞**をつけるかどうか考えさせる)

CQを考えさせる実例 (ありふれた症例もCQになりうる)

重症筋無力症 → 胸腺摘出術

85歳の重症筋無力症 → 胸腺摘出術？

P; 高齢者MG(80歳以上)

I; 胸腺摘出術→免疫治療

C; 免疫治療のみ

O; 生命予後/機能予後

エビデンスがなかったときこそ大切 (その CQは research question になる)

1. 解答となる文献が見つからなかったCQは、
忘れずにメモをして保存する.
2. そのCQ集は、**将来の臨床・基礎研究のための
アイデアノート(RQ)になる.**

D) 文献検索とEBMの 5つのステップを教える

MeSHを使い文献を検索する

- Q1. Wilson病患者さんが胃がんを合併した.
既報を**もれなく**検索しなさい.
- Q2. 顔面神経麻痺の**エビデンスのある**治療を
検索しなさい.

もれなく検索するためのことば

胃がん

gastric? stomach?
cancer? carcinoma?
tumor? Neoplasm?

ウィルソン病

Wilson disease
Wilson's disease

MeSH Databaseから入る



PubMed.gov

Search

Advanced

PubMed® comprises more than 30 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations may include links to full-text content from PubMed Central and publisher web sites.



Learn

About PubMed
FAQs & User Guide
Finding Full Text



Find

Advanced Search
Clinical Queries
Single Citation Matcher



Download

E-utilities API
FTP
Batch Citation Matcher



Explore

MeSH Database
Journals



Trending Articles

PubMed records with recent increases in activity

Structural Basis for Potent Neutralization of Betacoronaviruses by Single-Domain Camelid Antibodies.
Wrapp D. et al. Cell. 2020. PMID: 32375025. [Free PMC article.](#)

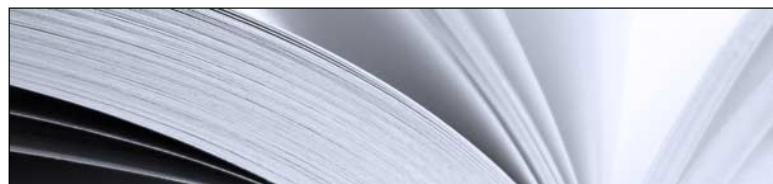
Latest Literature

New articles from highly accessed journals

Blood (8)
Cell (1)

Feedback

すべて表示



PubMed

PubMed comprises more than 20 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations Central and publisher web sites.

Using PubMed

[PubMed Quick Start Guide](#)

[Full Text Articles](#)

[PubMed FAQs](#)

[PubMed Tutorials](#)

[New and Noteworthy](#) 

PubMed Tools

[Single Citation Matcher](#)

[Batch Citation Matcher](#)

[Clinical Queries](#)

[Topic-Specific Queries](#)

MeSH



More Resources

[MeSH Database](#)

[Journals in NCBI Databases](#)

[Clinical Trials](#)

[E-Utilities](#)

[LinkOut](#)

ここで切り替え

Medical subject headings

Webpage Screenshot

NCBI Resources ▾ How To ▾

MeSH
NLM Controlled
Vocabulary

Search: MeSH ▾ Limits Advanced search Help

Search Clear



MeSH

MeSH (Medical Subject Headings) is the

もれなく引ける用語 (MeSH) を検索する

Article type から絞り込む

ARTICLE TYPE

- ☐ Books and Documents
- ☐ Clinical Trial
- ☐ Meta-Analysis
- ☐ Randomized Controlled Trial
- ☐ Review
- ☐ Systematic Review

PUBLICATION DATE

- ☐ 1 year
- ☐ 5 years
- ☐ 10 years
- ☐ Custom Range

Cite Marquès M, Torres CM, García-Fernández F, Mantur-Vierendeel A, Roe M M, Domingo JL.

Share Food Chem Toxicol. 2021 Jul 9:112387. doi: 10.1016/j.fct.2021.112387. Or PMID: 34252473

☐ 4 [DNA-facilitated target search by nucleoproteins: Extensive plasmon resonance method.](#)

Cite Vo TD, Schneider AL, Poon GMK, Wilson WD.

Share Anal Biochem. 2021 Jul 9:114298. doi: 10.1016/j.ab.2021.114298. Online a PMID: 34252439

☐ 5 [Difference in mortality among individuals admitted to hospital during the first and second waves in South Africa: a cohort study](#)

Cite Jassat W, Mudara C, Ozougwu L, Tempia S, Blumberg L, Davies MA, Pillay Wolmarans M, von Gottberg A, Bhiman JN, Walaza S, Cohen C; DATCOV ;

Share Lancet Glob Health. 2021 Jul 9:S2214-109X(21)00289-8. doi: 10.1016/S22 ahead of print.

PMID: 34252381

文献内容を自分の症例に必ず当てはめさせる

EBM 5つのステップ(Sackett教授)

(1) 疑問の明確化	Ask	Problem list, CQ
(2) 情報の入手	Acquire	PubMed
(3) 情報の吟味	Appraise	Critical reading
(4) 適用	Apply	
(5) 評価	Assess	症例報告

E) 臨床倫理的問題への 対処法を教える

臨床倫理に関して教えると良いこと

1. 臨床倫理では絶対的な答えはなく、「より善い」とか、「ほかより悪くない」決定を目指す。
2. 絶対に一人で抱え込まないことを教える。「思いやり」が「思い込み」になり、過ちをおかす危険性がある。かならず誰かに相談する。
3. 倫理4原則を手がかりに、倫理推論をする(ethical reasoning)。

臨床倫理的問題の例

1. 「死んでも良いから食べたい」と訴える高度の嚥下障害を呈する脳卒中患者さんにどう対応したらよいか？
2. 全閉じ込め状態(TLS)になったら人工呼吸器を外すことを希望するALS患者さんの人工呼吸器は外してよいか？

臨床倫理の4原則は衝突する

<自律尊重原則 (autonomy)>

自律・自己決定の尊重

<善行原則>

患者の目標に照らし、善いことをする

<無危害原則>

少なくとも患者や人に対して害をなさない

<正義原則>

すべての人を公平に扱う、法を守る

Jonsenらの4分割表

①医学的適応 (Medical Indication) 客観的事実と善行	②患者の意向 (Patient Preferences) 自律尊重
③周囲の状況 (Contextual Features) 無危害	④QOL (Well-Being:幸福追求) 正義

4原則に関する情報を整理し、**何と何が**
conflictをきたしているのか明らかにする。

倫理推論の実例

吉田真由帆ら. 神経治療学会2021にて発表
急な心停止に至ったALS患者の蘇生に関する臨床倫理的検討

医学的適応

- ・ 診断後5カ月の definite ALS。
- ・ 呼吸機能は低下（%VC 54%）
- ・ CO2ナルコーススで救急搬送→**心停止**
- ・ 救命に人工呼吸器を含む**蘇生が必要**。

善行原則

QOL

- ・ 本人は侵襲的な処置はして欲しくない。
- ・ このまま亡くなる可能性や植物状態となつたまま経過する可能性がある。
- ・ 意識が戻っても人工呼吸器を外せる可能性は低い。

患者の意向

- ・ 意思決定能力は十分ではなかった。
- ・ 侵襲的な処置に対しては拒否的。
- ・ 搬送時の本人は**意識不明**。

自立尊重原則

周囲の状況

- ・ 家族はNPPVの装着を希望したが、本人の希望を優先した。
- ・ 心停止時、家族は**蘇生を希望**。
- ・ 家族（妻、長男）による推定意思は「（いざ苦しくなったら）本人も希望したと思う」
- ・ 家族関係は良好で、厳しい現状も理解。

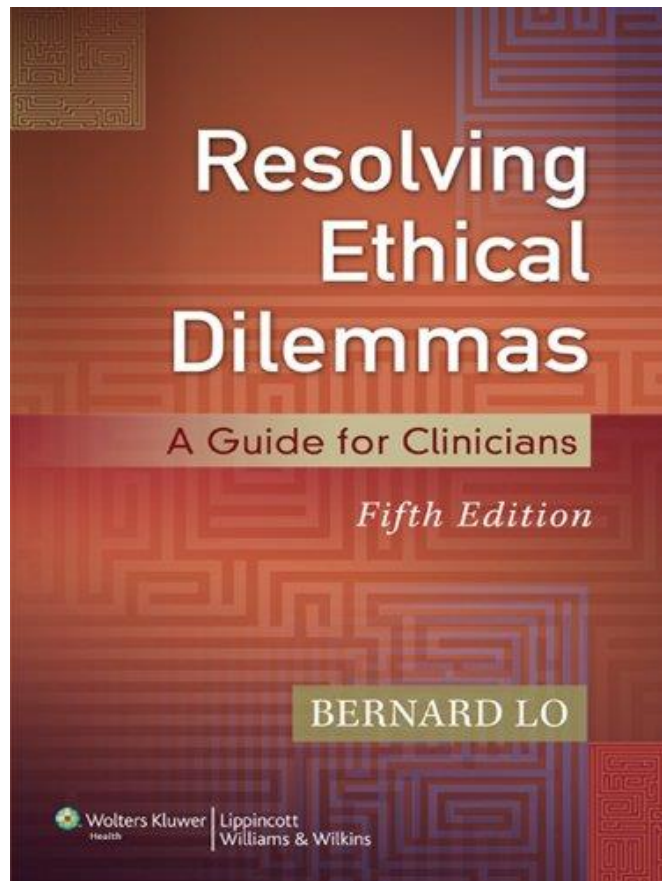
倫理的問題には多職種で対処する

- ・ 倫理的問題とは倫理的価値観の対立である。価値観は多様なので対立しやすいが、価値観に優劣はない。
- ・ 倫理的問題には多職種で取り組むことが大切である。多職種による多様性を取り入れることで独善を避けられる。
- ・ 倫理的価値観に正解はないが、みんなで出した答えは正解に近いはず。
- ・ 医療チームのなかにも価値観の対立が生じる。どんなことを話してもみんなが受け止めてくれる、つまり心理的安全性が担保されるチームを目指す。

**F) 治療の自己決定能力と治療
方針の決め方について教える**

リストに「治療の自己決定能力」を加える

自己決定能力はどう判断すればよいか？

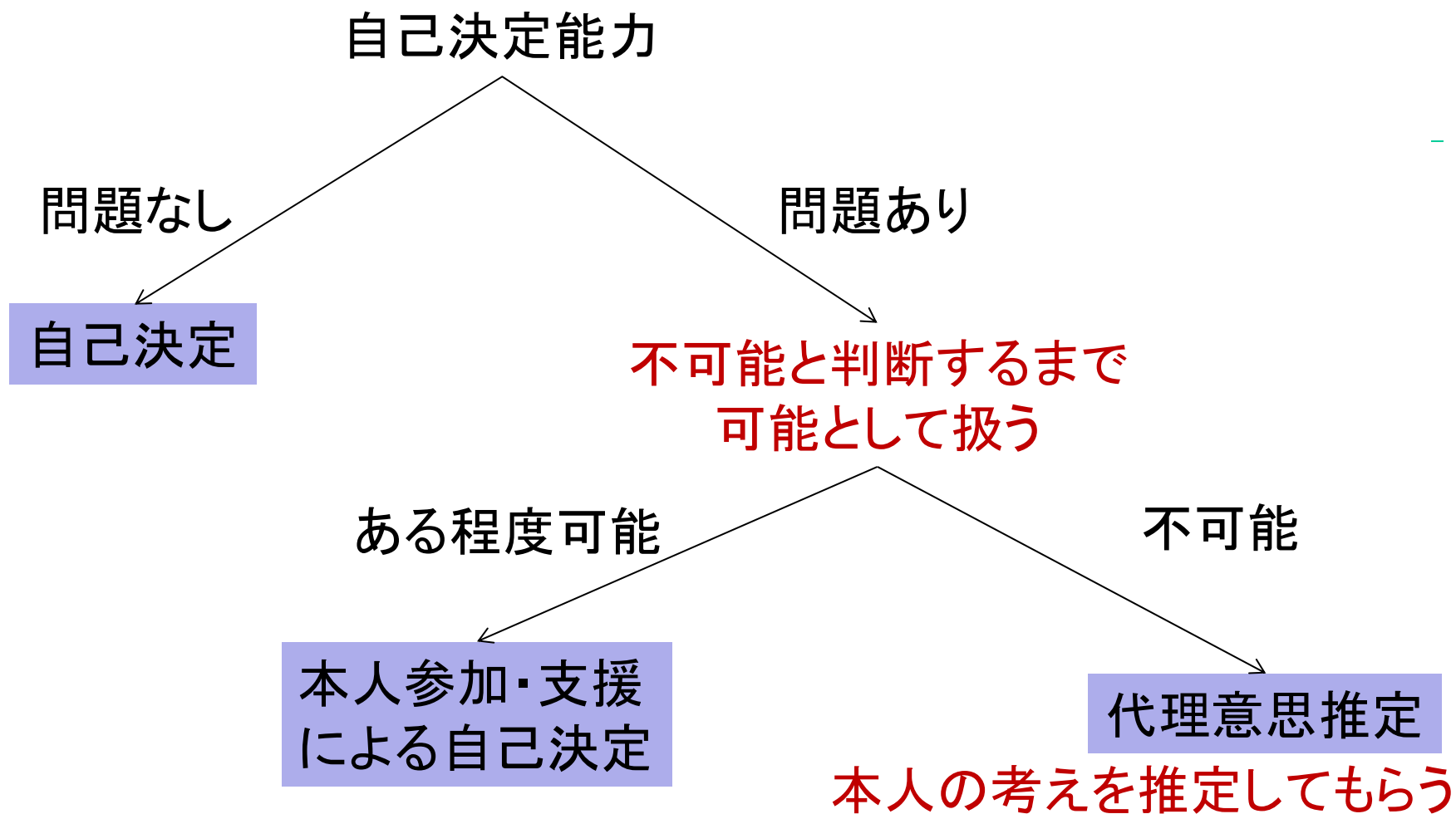


Prof. Bernard Lo
UCSF

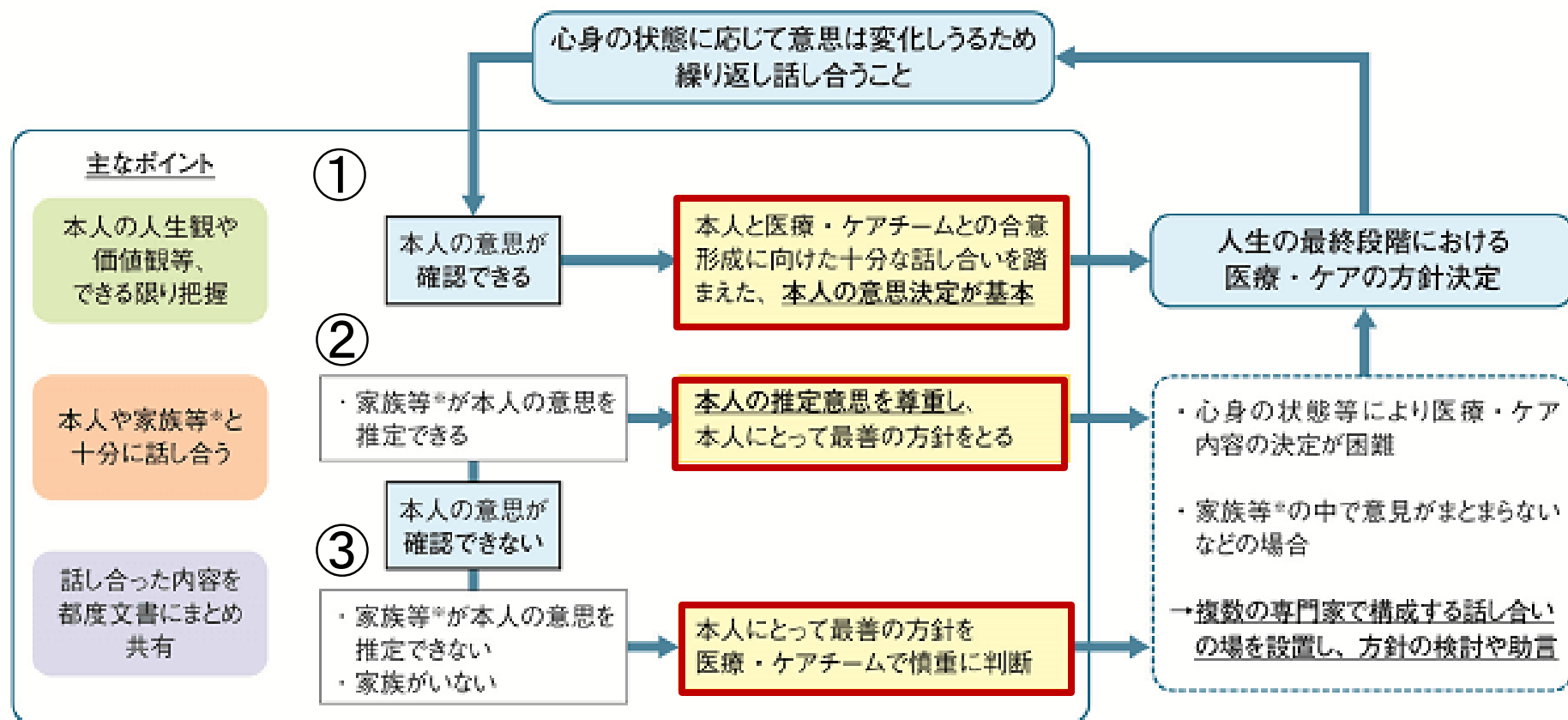
「自己決定能力」の5つの構成要素

1. 選択する能力とそれを相手に伝える能力
2. 医学情報を理解し，自分自身の問題として把握する能力
3. 患者さんの意思決定の内容が本人の価値観や治療目標に一致
4. うつ，妄想，幻覚の影響なし
5. 合理的な選択

自己決定能力を欠く場合どうするか？



治療方針決定の3通りのパターン



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

治療方針・いずれが良いのか？

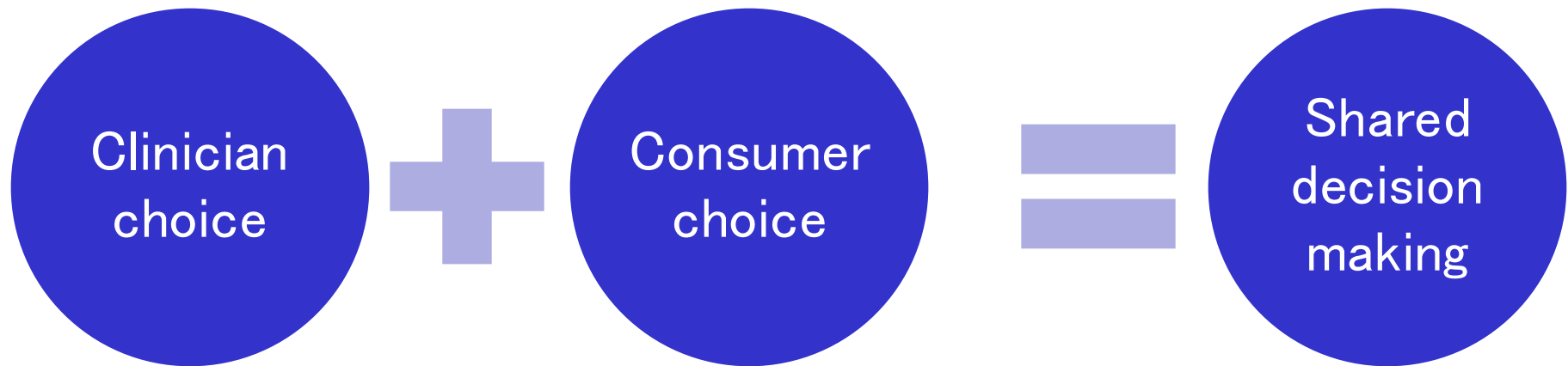
- 患者は()の指示に従えば良い
(**パターナリズム：父権主義**)
- 患者のことを最も知っているのは()で
あり、決めるのは情報を得た()である
(**コンシューマリズム：消費者主義**)。

リバタリアン・パターンリズム

- 本人の選択の自由を最大限確保した上で、よりよい選択を促すような仕組みを提供することが望ましいという考え方.
- 本人の選択の自由を重視するのがリバタリアン（自由至上主義者）.
- 患者さんの価値観を理解したうえであれば、適切な選択肢を選ぶようそっと背中を押すこと（ナッジ nudgeする）は認められるのではないか.

Shared decision makingというアプローチ

- **父権主義**と**消費者主義**の対立的な関係を解き
患者と医療者の協働と問題解決を目指す
新たな調和的アプローチ



SDMに必要な医師の2つのスキル

① EBM

= 医師の価値観

最善のエビデンス

② Patient-centered
communication skill

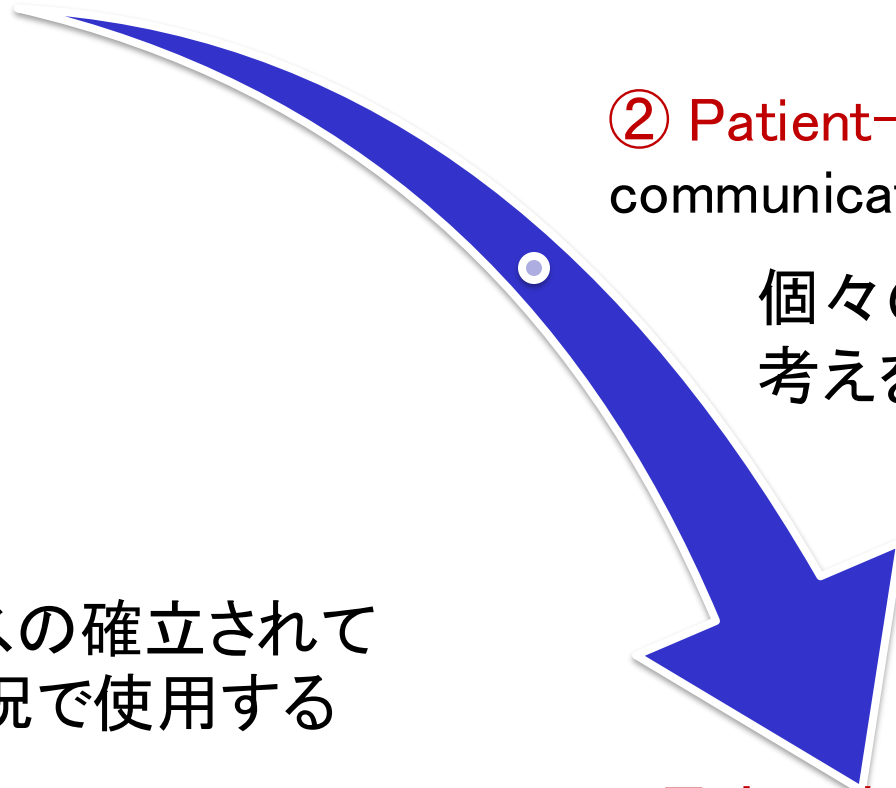
= 患者の価値観

個々の患者の状態を理解し
考えを引き出すスキル

エビデンスの確立されて
いない状況で使用する

協働意思決定

最良の意思決定・
合意形成を目指す



4. 症例報告の執筆

症例報告の大切さを伝える

1. 学会発表と症例報告の学術的価値の間には大きな隔たりがある.
2. 症例報告を書くことで科学的思考が磨かれる.
3. 症例報告は日本のみならず, 世界の患者さん・家族に貢献するものである.

初めて症例報告を書く人の指導①

- ・ 完璧を求めず, とにかく第一稿の完成を励ましつつ促す.
- ・ ひとつの文章は短く, 分かりやすく(難しい文法は不要).
- ・ 主張は強く書きすぎない(英文ならmight, may).
- ・ ひとつの段落にはひとつのメッセージのみ.
- ・ 段落の最初にメッセージを記載する(トピックセンテンス).

初めて症例報告を書く人の指導②

- ・ 科学的文書では事実と考察は明確に区別して記載する.
- ・ 事実の記載の際には主観に基づく曖昧な修飾語は用いない. 極力, 数字を記載する.
- ・ 単位の前には半角スペースを入れる(%と°Cは例外).
- ・ 繰り返し読み直し推敲する. 少し時間をおいて再読する.
- ・ 査読が返ってきたら, 謙虚に読んで, 成長の糧にする.

指導医に対する指導

- Second authorの論文は教育を頑張った証と評価する！
- 研修医の最初の論文が書けるかは、指導医にかかっている.
- 症例報告を書いたことがない指導医に学ぶ
医師は将来、症例報告を書けなくなる可能性が高い.

まとめ

1. 問診は診療のゴールの設定や、適切な人間関係を築くことにも役に立つことを教える.
2. Hyposkilliaに陥らないよう意識して、診察や検査を学んでもらう.
3. EBMの5つのステップを意識させ、Problem listやCQの作成、文献検索、症例報告を学ばせる.