

指導医によるプレゼンテーションとディスカッション

松戸市立病院の研修制度の 紹介と課題—情意教育の視点

松戸市立病院
教育・研究センター長
太枝 徹

事例

68歳の男性が胃の進行癌で余命はせいぜい1年と診断された。

奥さんに病名と病状を説明したところ、主人は気が小さいから「何も知らないで逝かせてあげたい」ので絶対に告知しないでと頼まれ、胃潰瘍と説明し保存的療法を開始した。

問 この医師は無罪か有罪か。

無罪() 有罪()

教育・研究センターの役割

- 医学生、初期研修医、後期研修医等に対して、教育の質を高め、支援する環境を改善するために組織されました。
- 医学教育研究部は、プライマリ・ケアを担当とする総合診療科部長および救命救急センター一部長が担当してします。

初期研修医プログラムと その根底にあるもの

- 初期研修プログラムでは、内科系、外科系、救急診療部門などをローテート方式で**プライマリ・ケアを中心に研修**することが求められ、知識偏重を避け、一般目標、具体的目標、方略、評価を定め、**臨床体験を通して**、成果が上がるようになっている。

当院の研修プログラムの根底には、

当院の病院事業管理者の植村研一管理者の推し進める

「**新しい効果的な医学教育**」があります。

新しい効果的な医学教育

- **認知領域**

単に医学知識を詰め込むのではなく、医療の現場で判らないことを発見(問題発見能力)し、資料を集め自ら解決していく(問題解決能力)

- **運動領域**

診療技術、検査技術など

- **情意領域**

何時も勉強を続ける習慣の形成
医療に取り組む態度

情意教育とは

- 医学知識は学生の時に覚えたことは、いずれ古くなり、間違っていることさえあります。

生涯学習・自己学習を続ける習慣の形成

- 医療に取り組む態度
 - 1) 患者の持つ病気だけでなく、患者の不安や心の病を含めた**全人医療の展開する態度**
 - 2) **患者・家族、他の医療スタッフに接する態度**
(マナー)

松戸市立病院の 初期研修医プログラムの流れ

- 研修医ガイダンス
 - 1) 医療面接
 - 2) プライマリ・ケア研修会(手技的研修)
 - a) ICLS講習会参加
 - b) 心エコー・腹部エコー・人工呼吸器等の使い方
- 各科救急疾患対応イブニングセミナー
- プライマリ・ケアにて遭遇した症例検討会
 - a) 総合診療科: 1-2次
 - b) 夜間救急外来: 1-2次 + 救急部外来3次

新しい効果的な医学教育

- 認知領域

単に医学知識を詰め込むのではなく、医療の現場で判らないことを発見（問題発見能力）し、資料を集め自ら解決していく（問題解決能力）

⇒総合診療科カンファ紹介

- 運動領域 ⇒ **基本手技研修のアンケート結果紹介**

診療技術、検査技術など

- 情意領域

患者に接する態度⇒医療面接研修の紹介

医療に取り組む態度

何時も勉強を続ける習慣の形成⇒総合診療科カンファ紹介

研修医アンケート(平成23年6月)

学年	合計	男性	女性
1	7	5	2
2	8	5	3
3	10	10	0

研修医ガイダンス(プライマリ・ケア初期研修+医療面接)は有効でしたか

学年	有効	やや有効	やや無効	無効	無回答
1	3	4	0	0	0
2	1	6	1	0	0
3	5	4	1	0	0

ICLS講習会は有効ですか

学年	有効	やや有効	やや無効	無効	無回答
1	5	2	0	0	0
2	8	0	0	0	0
3	1	1	0	0	8

※ICLSは2年前から講習会開始



研修医アンケート(平成23年6月)

プライマリ・ケアに必要な手技等できるようになったもの				
手技	学年	○	△	無回答
心エコー	1	0	0	7
	2	4	1	3
	3	3	0	7
腹部エコー	1	0	0	7
	2	5	0	3
	3	8	0	3
CVライン	1	0	0	7
	2	6	0	2
	3	10	0	0
挿管	1	0	0	7
	2	5	0	3
	3	9	0	1
人工呼吸器	1	0	0	7
	2	4	1	3
	3	7	0	3
感染管理	1	0	0	7
	2	4	1	3
	3	6	0	4

研修医アンケート(平成23年6月)

各科イブニングセミナーは有効か					
学年	有効	やや有効	やや無効	無効	無回答
1	5	1	1	0	0
2	7	1	0	0	0
3	8	2	0	0	0

総合診療科はプライマリケアとして有効か					
学年	有効	やや有効	やや無効	無効	無回答
1	7	0	0	0	0
2	3	5	0	0	0
3	4	1	0	0	3

※総合診療科の研修は2年半前から開始し、3年生は一部研修となる

新しい効果的な医学教育

- 認知領域

単に医学知識を詰め込むのではなく、医療の現場で判らないことを発見（問題発見能力）し、資料を集め自ら解決していく（問題解決能力）

⇒ **総合診療科カンファ紹介**

- 運動領域 ⇒ 基本手技研修のアンケート紹介

診療技術、検査技術など

- 情意領域

患者に接する態度 ⇒ 医療面接研修の紹介

医療に取り組む態度

何時も勉強を続ける習慣の形成 ⇒ **総合診療科カンファ紹介**

総診カンファ

研修医 塩○ □

【症例】65歳男性

【主訴】心窩部痛 意識障害

【現病歴】自宅で朝から飲酒していた。焼酎を約3合飲んだところで突然心窩部痛が出現し、外出している家族に連絡。家族から救急要請。

救急車内バイタル: JCSⅢ BP測定不能
PR48 RR18 SpO₂ 86%(O₂ 6L)

【既往歴】【服薬】【生活歴】

意識障害あり＋家族の救急車同乗なし

＝詳細不明

意識障害の鑑別診断

～AIUEOTIPS～

- A アルコール
- I インスリン
- U 尿毒症
- E 肝性脳症、高血圧性脳症、脳炎、甲状腺クリーゼ、副腎クリーゼ、電解質異常
- O 低酸素血症、CO中毒、麻薬
- T 外傷、体温異常
- I 感染症
- P 精神化疾患、ポルフィリア
- S 失神、脳血管障害、SAH

来院時現症

【バイタル】E3V2M3-4 BP測定不能

PR59bpm RR18bpm SpO2 100%(マスク
10L) アルコール臭+

- ライン採血、酸素投与継続
- ビタメジン混注ラクテック開始⇒E3-4V5M6
- Dex53にて50%ブドウ糖40ml iv⇒E4V5M6
- CPA⇒CPR3分間(ボスミン1A)にて蘇生。

アルコール多飲者(1)

- 食事をきちんと取らず、ビタミンB1、B6、B12が不足しがち。
- ビタミンB1はアルコール代謝の際も消費される。
- その結果、Wernicke脳症などを引き起こしていることがある。

◎まず点滴にビタメジン(ビタミンB1、B6、B12配合のビタミン製剤)1A混注してみる。

アルコール多飲者(2)

- 低血糖に陥っていることもよくある。
- Dex(簡易血糖測定器)で血糖チェックを。

◎低血糖(Dex<70mg/dl)であれば、50%ブドウ糖40mlを静注。

☆ポイント☆

ビタミンB1は糖質分解の際に必要。

⇒低血糖補正の前にビタメジン！

血液検査(1)

WBC	12500	/mm ³	BUN	26.1	mg/dl
RBC	413万	/mm ³	Cre	2.27	mg/dl
Hb	12.7	g/dl	Na	139	mEq/l
Ht	43.8	%	K	4.7	mEq/l
Plt	16.0	/mm ³	Cl	91	mEq/l
			Ca	10.1	mg/dl
T-Bil	1.05	mg/dl	TP	6.2	g/dl
AST	2894	IU/l	Alb	3.6	g/dl
ALT	728	IU/l	BS	53	mg/dl
LDH	1316	IU/l	CRP	0.3未満	mg/dl
γ-GTP	293	IU/l	NH3	1300	μg/dl
CPK	271	IU/l			
AMY	926	IU/l			

血液検査(2)

(静脈血)

pH	6.438	
pCO ₂	86.1	mmHg
pO ₂	48.4	mmHg
HCO ₃	5.7	mEq/l
BE	-37.3	mEq/l
Lac	28.6	mmol/l
Na ⁺	134.0	mEq/l
K ⁺	4.19	mEq/l
Cl ⁻	98	mEq/l

尿所見

比重	1.015
pH	5.5
ケトン体	1+

$$AG = Na - Cl - HCO_3 = 30.3(12 \pm 2)$$

AG(+)⁰の代謝性アシドーシス

～KUSSMAL～

- K 糖尿病性ケトアシドーシス
- U 尿毒症
- S サリチル酸中毒
- S 敗血症
- M メタノール
- A アルコール中毒 アスピリン中毒
- L 乳酸性アシドーシス

診断

- 心窩部痛(腹痛)
- 尿ケトン体陽性
- 著明な代謝性アシドーシス(AG+)
- アルコール多飲者
- 肝機能障害、腎機能障害

⇒アルコール性ケトアシドーシス(AKA)

経過

- 輸液療法、透析療法、人工呼吸管理による集中治療が奏功。
- 意識レベルだけではなく、血液検査結果もすっかり改善。
- 経過中アルコール離脱せん妄出現。
- 第19病日、元気に退院。

アルコール性ケトアシドーシス(AKA)

- 慢性的アルコール常用者に起こりやすい、AGの開大した代謝性アシドーシス。
- 発症の契機：栄養不良と脱水
- 症状：悪心・嘔吐・腹痛が3大症状。
- 治療：対症的に。
- 治療開始後、ただちに(24時間以内に)軽快することが多い。

ケトアシドーシスといえは

- 糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)
- 症状: AKAと同じ
- AKAとの鑑別点: AKAは血糖が高値を示さず、 β -ヒドロキシ酪酸優位のケトン体上昇。(DKAはアセト酢酸上昇)

新しい効果的な医学教育

- 認知領域

単に医学知識を詰め込むのではなく、医療の現場で判らないことを発見（問題発見能力）し、資料を集め自ら解決していく（問題解決能力）

⇒総合診療科カンファ紹介

- 運動領域 ⇒基本手技研修のアンケート紹介

診療技術、検査技術など

- 情意領域

患者に接する態度⇒医療面接研修の紹介

医療に取り組む態度

何時も勉強を続ける習慣の形成⇒総合診療科カンファ紹介

研修医アンケート(平成23年6月)

学年	合計	男性	女性
1	7	5	2
2	8	5	3
3	10	10	0

医療面接は有効ですか					
学年	有効	やや有効	やや無効	無効	無回答
1	4	3	0	0	0
2	1	5	2	0	0
3	1	3	0	0	6

※医療面接講習会は3年生の途中から開始

コミュニケーション

1) 非言語的コミュニケーション 80-95%

2) 言語的コミュニケーション 20-5%

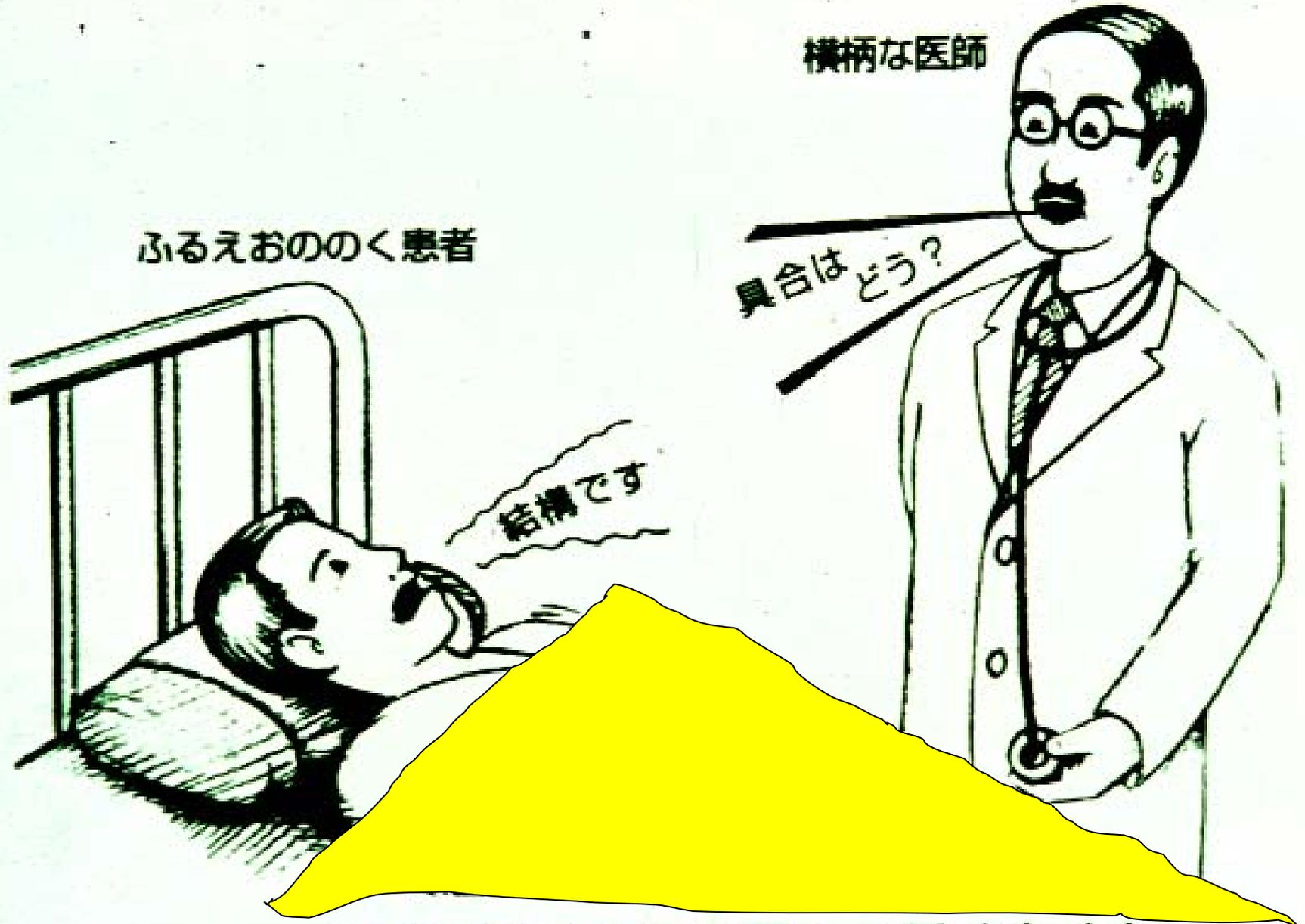
横柄な医師

ふるえおののく患者

具合はどう？

結構です

これではこころを開いて話せません



感謝・(激)する患者

Dr. Wm. Osler
(心の優しい)

オスラー協会 (Oslarian Society)



医療面接



研修医検討事例

医師から

◦謝罪

「お待たせして
すみません。」

◦柔かい

-言葉の遣い方-

「何時から痛いのかしら？」

患者さんへの反応

◦否定が無い

◦繰り返す

「頭が痛い」「頭が痛いの。〜」

◦具体的に聞く

「ずっと前から、1年も…」

◦解釈モデル

「それで、貴方はどう思うの？」

◦共感

コミュニケーションのコア・スキル

3つのコア・スキルに大別される

1. 聴くこと

- ①ゼロポジション(先入観なし)
- ②ベーシック(視線、目線の高さ、テンポなど合わせる)
- ③うなずきと相づち
- ④オウム返し⇒共感

2. 質問すること

- ①クローズド型質問を避け、オープン型質問を有効に使う
- ②過去型・否定型を含まない未来型・肯定型質問をする
⇒否定がない:「なぜ～できなかったの？」
- ③塊をほぐす

3. 伝えること

- ①YOUメッセージを避け、Iメッセージで承認をする。

メディカル・サポート・コーチングから

女医さんの良かった点

対等な会話

心の伝わり

目線の一致

穏やかな対応

答え易い質問

話し易い雰囲気

笑顔で安心感

心を汲む言葉

ソフトな問いかけ

命令的・威圧的でない

復唱あり

共感的対応

問いかけの3型

1) 中立型 Neutral Questions

2) 閉鎖型 Closed Questions

3) 解放型
Open-ended Questions

中立型の設問Neutral Questions

答: 1つしかない。

例: { お名前は、お仕事は
お住まいは

患者の心に動揺は起こらない

閉鎖型設問 Closed Questions

答: Yes か No の選択

例 { 頭が痛いか、吐いたか
食欲があるか etc

患者の心を閉ざす

(心理的背景には入れない)

問診中最も愛用されている

解放型 設問 Open-ended Questions

答：自由、無限

例 {
どんな頭痛ですか
どういう時に起こりますか
どうすれば楽になりますか
気分はどうですか



患者の心が開き、心の中に入れる
面接成功のカギ

応答パターンの 5 型

1. 操作的対応 : 相手を傷つける危険がある

E : Evaluative Attitude = 評価的 → それはダメ

P : Probing Attitude = 調査的 → どうしてですか

I : Interpretative Attitude

解釈的 → 寂しいからですよ

S : Supportive (Sympathetic) Attitude

支持的 (同情的) → 頑張りなさい

2. 理解的対応 : 適切な応答である

U : Understanding Attitude → 治るといいですね

カウンセリング的対応

カウンセリング的 応答

1) 受容 相槌

おうむ返し → Paraphrasing



積極的 傾聴 Active Listening

2) 共感 Empathy

感情の { 反射
 明確化

Mundtherapie=oral therapy=口頭療法

ムンテラとカウンセリング

説得

自己解決
の援助

の違い

68歳の認知症の男性。

妻が帰宅すると直ちに電話をかけまくる

妻が病室を出てエレベータホールに行った

患者が電話をかけに行くと言い出した

あなたはどうか対応されますか。

68歳の認知症の男性。

妻が帰宅すると直ちに電話をかけまくる

妻が病室を出てエレベータホールに行った

患者が電話をかけに行くと言い出した

Ns: 奥さん今出て行ったばかりじゃない。まだ家へ着いてないよ。後にしたら。



Nsは患者に殴られた

望ましい対応

Ns: 奥さん帰って寂しいわね。電話をしてみま
しょうか。

共感

●電話が通じない

Ns: 未だ奥さん家に着いてないのかなあ。
どうしましょうか。

自己解決
の援助

Ns: また後でかけてみましょうか。

Pt: うん

痴呆患者の特徴

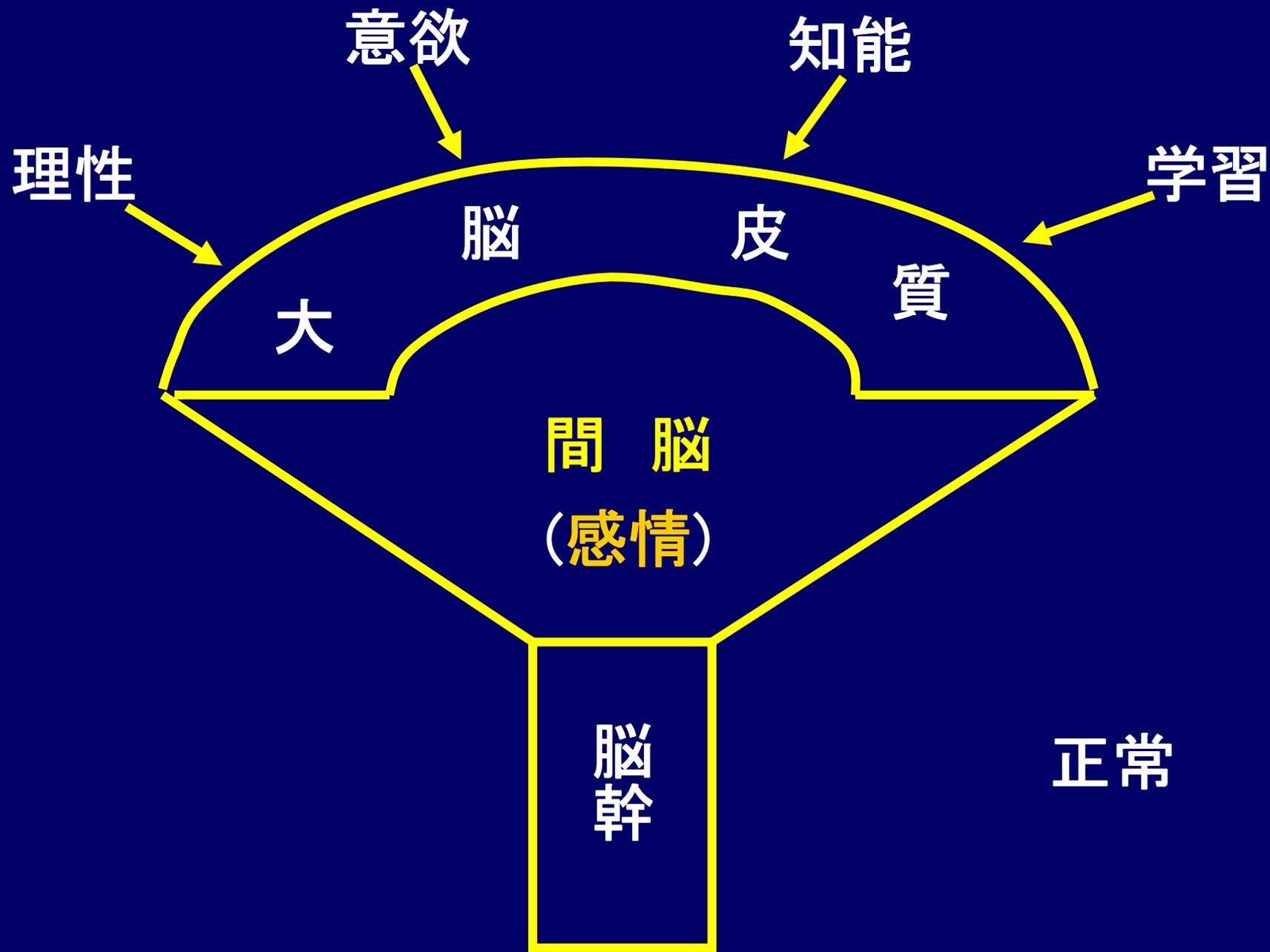
大脳皮質の萎縮 → 痴呆

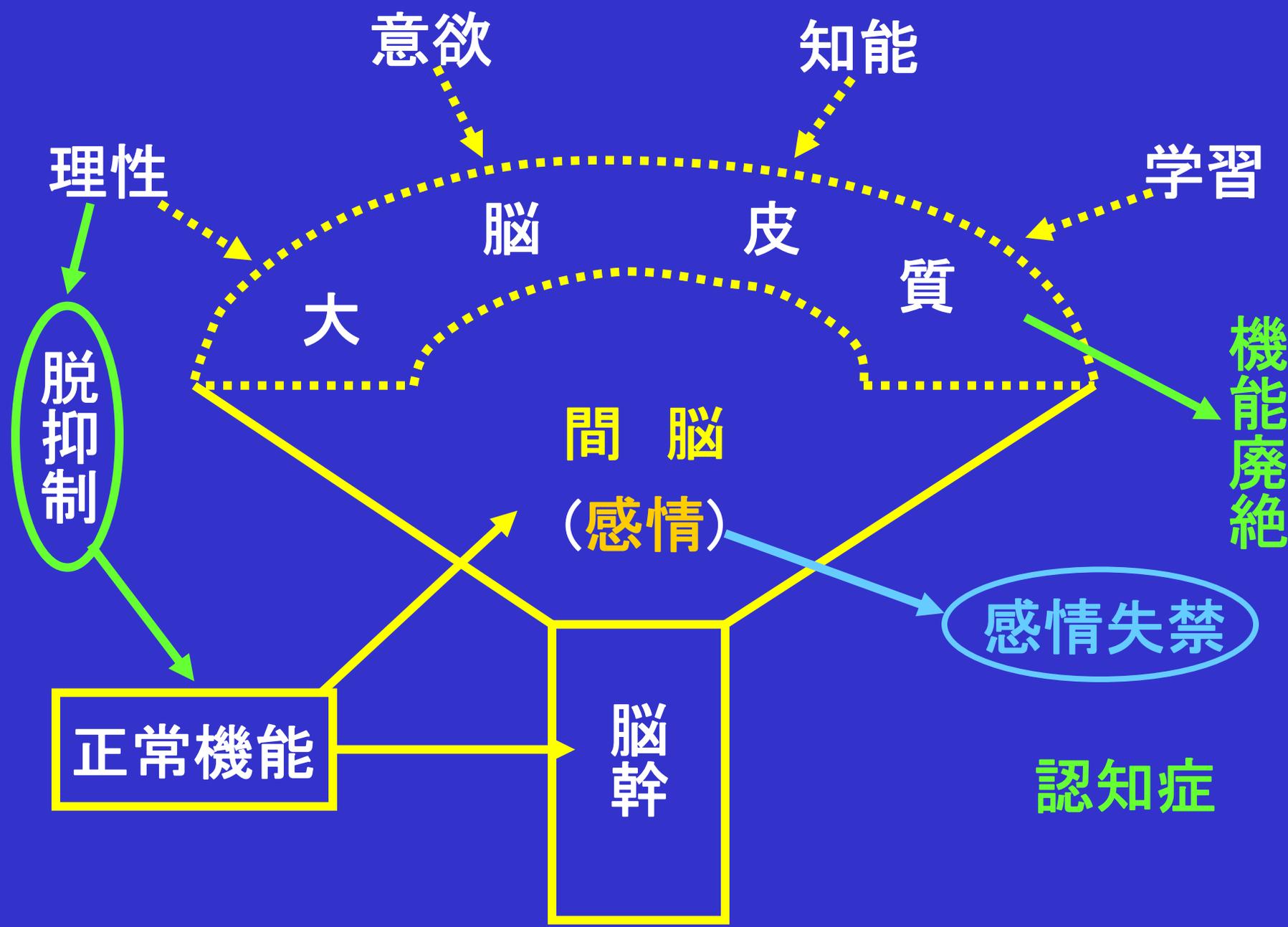
間脳・脳幹正常 → 感情正常

感情失禁

躰ようとしな

患者の心・尊厳を傷つけない!!!





痴呆患者へのアプローチ

- 責めない、咎めない
- 躰よう、教育しようとしてはならない
- 誉める、おだてる
- 共感する



心・尊厳を傷つけるな



2004/8/24 死去(78歳)

E・ キューブラー・ロス (Elisabeth Kübler-Ross)

1) 死ぬ瞬間 (死に行く人々との対話) S46

On Death and Dying 1969

2) 続・死ぬ瞬間

3) 死ぬ瞬間の対話 S50

Questions and Answers on Death
and Dying 1974

死に行く過程（死の受容への5段階）

致命的疾患の宣告・自覚 → ショック →

- 1) 否認 そんなバカな
- 2) 怒り なぜ私が
- 3) 取り引き（死・苦痛を先へ延ばすためのあがき）
- 4) 抑うつ
 - ・ 反応性うつ（過去の喪失）
 - ・ 準備抑うつ（近づく喪失）
- 5) 受容（最後の休息）

全経過を通じて 希望の小窓 を 開けておく

心を病む人への言葉かけ

死に行く人

治らぬ疾患・痴呆

治らぬ症状・後遺症

喪失の受容

人間は、人間として生きて行くのに**不可欠の機能**を**喪失した時** (**失明・マヒ・失語・聾**)は、**死に直面した** 時と同じような**心理過程** を経て、その**状態**を受容し、**立ち直って** 行く。

事例

68歳の男性が胃の進行癌で余命はせいぜい1年と診断された。

奥さんに病名と病状を説明したところ、主人は気が小さいから「何も知らないで逝かせてあげたい」ので絶対に告知しないでと頼まれ、胃潰瘍と説明し保存的療法を開始した。

問 この医師は無罪か有罪か。

無罪() 有罪()

答 → 有罪

理由 → 医師の守秘義務違反

医師は患者から得た情報を本人の許可なく他人に漏らしてはならない。

他人の中に家族は除くとの但し書きがないので、法的には家族も他人とみなす。

癌告知をめぐる (1)

1) 告知すべきでない

(1) 患者が可愛想だ

ショックを受ける

(2) 何も知らないで 逝かせてあげたい



その方が医師も看護師も 楽

癌告知をめぐる (2)

しかし

多くの患者は末期に 死の近い事を悟る

(1) もっと早く知っていたら あれも出来た

他人の意志で 台なしにされた

最後の人生

癌告知をめぐる (3)

- (2) 周りの人が自分を避け始める
(嘘をついて来た人は患者を救えない)
- (3) 弱り切った状態での死の受容の強制



同じショック・苦しみは
未だ元気で人生が残されている時に

ウソの被害も!!

癌告知をめぐる (4)

2) 告知する・しない が問題なのではない！

(1) 残された 命の長さ が限られた以上、
その 命に中味 をあたえるべき !!



ウソをつかない
ボカシの告知
小出しの告知

癌告知をめぐる (5)

しかし

死期は予告しない
希望の小窓は開けておく

研修医アンケート(平成23年6月)

プライマリケアはできるようになったか					
学年	できる	ややできる	ややできない	できない	無回答
1	0	2	2	3	0
2	0	6	2	0	0
3	2	3	3	0	2
夜間救命救急はできるようになったか					
学年	できる	ややできる	ややできない	できない	無回答
1	0	0	5	2	0
2	0	5	1	0	2
3	3	5	2	0	0

まとめ

- 研修医指導では、全てを教える事が難しく、現実的でない。
- 実践的で、効果的な情意教育の視点から指導することが求められる。



松戸市立病院で研修
をしてみませんか