



はじめて 患者を受け持ったら

極意

最初が肝心

自分が受け持つことが決まった患者さんとはじめて会う時はとても重要である。そこから患者さんとの信頼関係の構築がはじまるからだ。信頼関係の構築は、手際のよい情報収集と診断と治療に関わる方針の決定に必要な不可欠な要素となる。上級医や指導医から依頼を受けて従うだけでなく、自ら考え、方針決定に関わり、多職種へわかりやすい依頼ができるようになるための良い機会だ。そのためには最初が肝心である。

この章では、新入院患者さんへの対応を想定し、救急からの緊急入院、初診や再診の内科外来から緊急あるいは予定入院となる患者さんが割り当てられた際の対応について記載する。

最初に自己紹介の挨拶を忘れない

はじめて担当患者さんが割り当てられた際、診療のことに気をとられて、忘れられがちなのが、患者さんとの信頼関係の構築である。はじめて会う担当患者さんに挨拶をする。この当たり前のことが、信頼関係構築にとって、とても重要なのである。患者さんの立場にたって考えると、入院が決まって不安や悲しい気持ちになっているときに医師や看護師などさまざまな医療従事者がきて、同じような話を聞かれたり、書類の記載を求められたりする。次から次へと知らない人がやって来るのだ。医師はこのような患者さんの状況を気にとめた配慮が必要となる。

内科ローテーターは、多くの場合内科入院担当チームの一人としてその患者さんに対応することになるだろう。つまり患者さんの訴えを聞いたり、多職種からの連絡を受けたり、上級医たちの治療方針を理解して実践したりする診療チームと患者

マスター
の言葉

Dr. Branch

はじめての担当患者さんの対応の極意:

笑顔, 傾聴, 敬意, 共感と理解を示すことが
大切である。

Smile, listen, respect, show empathy and understanding.



さんの主な窓口となるはずだ。だから、患者さんができるだけ安心できるように努め、患者さんの置かれている立場を理解しようとする姿勢が重要だ。

足りない情報は自分で集めよう

他の入院患者さんの対応をしているとき、急に入院担当患者さんが割り当てられたことがあるはずだ。そんな状況でも、うまく時間調整をして電子カルテで手際よく情報収集して、なるべく早くに患者さんの元へ足を運ぶことが重要だ。電話などで得られた患者情報や暫定診断に関わる重要な情報収集を電子カルテで行う。その際に足りない情報をメモしておき、患者さんに追加で情報収集できるようにまとめておこう。なるべく電子カルテでの情報収集を短く、例えば5分程度など自分で時間を決めておくとよい。そして、なるべく早く患者さんに会い、その際に足りない情報を問診や診察で確認するべきだ。

情報については医学的な面と社会的な面の2つに分けて考えるとよい。医学的な面では、診断がついている時と診断がついていない時がある。診断がついている時には診断に関わるプロセスに重要な情報と重症度などを検討するとよい。診断がついていない時には、主訴や病歴から考える鑑別診断をもとに重要な情報を選んでいくことになる。社会的な面の情報も重要である。キーパーソンは誰か、一緒に来ている人は誰か把握しておくことが大切だ。急な入院のためキーパーソンとなる家族が来ていない場合もあるだろう。病院と患者さんおよび家族の生活場所がどのくらいの距離にあるのかを考慮する必要がある。急に状態が変化した場合に家族はすぐ来ることができるか、ということも確認しておきたい。医学的に入院する必要があるとしても外来担当医から患者さんや家族は十分に説明を受けていない、あるいは納得していない場合もある。どんな説明を受けたのか、事前に情報を得ておくといよい。担当患者さんが新規に発見された癌の場合、癌の告知の有無は入院担当医としては

押さえておくべきだ。このように純粋な医学的な面以外の情報収集もとても大切だ。

患者さんのもとで病歴を聴取する場合は、すでに他の医療従事者が聞いていることと重なるかもしれない。状態が悪くて入院となった患者さんは何度も同じことを聞かれて不快なはずだ。「何度も聞かれていると思うので、申し訳ありませんが……」と、配慮ある前置きがあると患者さんから好印象である。身体診察も同じである。腹痛で来院された患者さんが何度も違う医師に腹部を触られると痛くて機嫌を害するはずだ。「すみませんがもう一度診察させてください」と、配慮が必要である。

診断と治療の方針を自分で立てるようにしよう

患者情報の整理は SOAP システムで捉えるとわかりやすい。図1のように過去の情報である S (Subjective data) は主観的な情報のイメージがあるが、病歴も含めて現在までの情報全てと考えるとよい。O (Objective data) は、その時点のバイタルサインや身体所見から検査データを含めた情報をさす。この S と O をもとに A (Assessment) と P (Plan) を考えることになるが、時間経過の方向は未来へ向かって 1 方向であるが、実際の診療では双方向性に行ったり来たりしながら診断と治療の方針を決めることになる。内科ローテの際に遠慮してしまう研修医をよくみかけるが、この A と P の方針決定こそ内科で学ぶべき醍醐味と心得てほしい。医学生時代あるいは研修中に学んだ知識を実際の患者さんに当てはめて経験する大事な機会である。この経験とフィードバックの組み合わせが医師としての成長につながるはずだ。

A の中で入院時に疑われていた診断が入院後に違うこともあるし、診断確定して

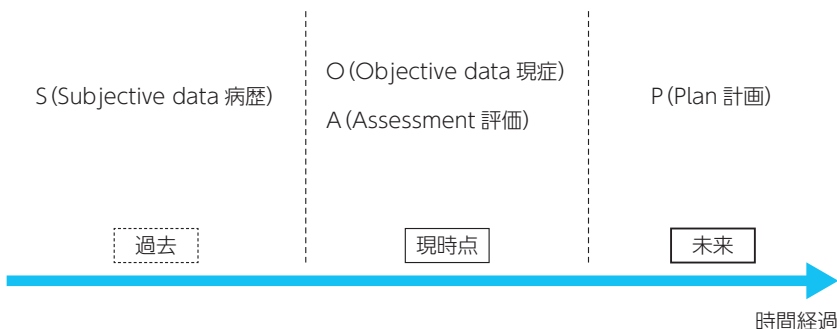


図1 SOAP と時間経過の関係について

いないため入院後の経過や検査が必要なことも多いはずだ。そのため、得られた情報から A と P を考え、A の中で鑑別診断にあがった診断から S と O を再度情報収集しなおす習慣が必要になる。前医や上級医の診断を鵜呑みにして自分で A を考えないで入院診療を行うと（アンカリングバイアス）、診断や治療が間違っていることがある。S と O から疑われる A に「疑わしい疾患」だけでなく「見逃してはいけない疾患」も含めていくつか鑑別診断をあげる習慣が大切だ。一つに限定すると、違っていた時に思考停止状態に陥ってしまう可能性があるからだ。また、入院時プロブレムとしてよく列挙される心不全、貧血、肝硬変などはさまざまな要因を含めた“症候群”である。原疾患、増悪因子についても評価する必要がある。ただ「心不全」と理解するのではなく、「虚血が関連した慢性心不全の塩分過多による増悪」と把握するように努めるとよい。また、疾患の重症度や疾患によっては手術適応も押さえておく必要がある。その患者さんでは手術にならなかったとしても、今度同じ疾患の患者さんが来院された時に役立つ可能性があるからだ。

多職種への依頼をわかりやすく立てる

新入院患者さんが割り当てられたら、診断と治療について検討するが、実際に薬を投与したり、治療を実施したりするには薬剤師や看護師など多職種の協力が必要となる。入院時に診療録記載、入院時必要な書類作成、点滴や薬などの処方だけでなく、多職種への依頼入力も大切だ。安静度、検温の回数、保清、持参薬再開指示、リハビリテーション依頼などを立てる。その際、多職種が理解できるようにわかりやすい具体的な依頼を入力する必要がある。例えば、「疼痛時はアセトアミノフェン点滴 1,000mg 1 袋を 30 分で投与してください。3 時間あけて再度使用可能です」のように数字で定量的に記載し、投与する薬、投与時間、再使用が可能かどうかなど、依頼を受ける職種の立場で考えるべきだ。わかりやすい依頼は、チーム医療を円滑にし、最終的に患者さんの診療につながるからだ。



回診のポイント

- 最初に自己紹介の挨拶を忘れない
- 足りない情報は自分で集めるように心がける
- 診断と治療の方針を自分で立てるようにする
- 多職種への依頼をわかりやすく立てる

文献

- 1) 江原 淳. ホスピタリストのための入院診療総論. In: 平岡栄治, 江原 淳, 編. レジデントノート増刊 ホスピタリスト直伝! 入院診療虎の巻. 東京: 羊土社; 2019.