

# 本書の使い方

## 本書の役割

皆さんは、「人参」「じゃがいも」「肉」からどのような料理を想起するでしょうか。「カレー」や「肉じゃが」、「シチュー」などさまざまな料理を思い浮かべたことだと思います。そこに、「ターメリック」が加われば「カレー」に大体絞り込めますね(環境や習慣によっては違う料理も出てきそうですが)。

本書は臨床医が日常診療で用いる2つの思考法、仮説演繹法とパターン認識法を鍛えるための基礎教材です。診断や治療のマニュアルではありません。

仮説演繹法とは、いくつかの仮説（仮診断）を情報収集しながら検証して絞り込む思考法です。最も有効な推論法とされていますが、まず鑑別疾患（仮説）を挙げることが必要です。「症候足し算」を活用して問診の早い段階でいくつかの疾患を想起できれば、重要な情報をこちらから取りにいく（中山克郎先生曰く「攻める問診」）ことができ、演繹思考がうまく機能します。

パターン認識法(Snap診断、一発診断)とは、いくつかのポイントから直感的に疾患を想起する思考法です。うまく用いると大変効率的で正確な判断ができますが、思い込み診断に陥る恐れがあります。「症候足し算」を活用して似て非なる疾患群を同時に想起することで思い込みを防ぐことができます。

このように、本書は仮説演繹法とパターン認識をうまく使いこなすための入門ツールです。

## 本書の構成

本書はメインとなる「症候足し算」と次の一手を掲載した症候足し算編、各疾患の解説を掲載した鑑別疾患編の2編からなります。

### 1. 症候足し算編は経過、主訴、随伴症状、想起すべき疾患、次の一手から構成されています。

経過について厳密な定義はありませんが、ここでは

突然：前兆なく発症し、ほぼ同時に完成

急性：発症から受診まで数時間～数日

慢性：発症から受診まで1～数カ月

亜急性：急性と慢性の間

発作性：間欠期があり症状をくり返すパターン  
を想定しています。

本書で取り上げた主訴は、コア・カリキュラムに記載されている「経験すべき頻度の高い症状」の中でも比較的病歴が有用な22症候です。

随伴症状は原則3つに絞っています。共通する症状がわかるようソートして並べてあります。

想起すべき疾患とは、その文脈で最もありがちと筆者が考えている疾患です。決めつけではないことを「≒」で表現しています。

次の一手とは、想起すべき疾患を確定診断するために行うことをまとめたものです（一手と言いながら複数の項目があります）。

**2. 鑑別疾患編**では、想起すべき疾患（足し算式の右辺）について、主に診断に関するポイントを列記しております。可能な限りエビデンスに基づいて記述し、引用文献一覧は巻末に収録しました。

本書で取り上げた疾患は、主に common diseases と見逃したくない急性疾患です。掲載された疾患のほとんどは筆者らがこの 10 年間に富山大学附属病院の総合診療部外来と ER、および地域の中小一般病院で経験してきたものです（婦人科・小児科疾患を除く）。

何が common かはそれぞれの施設や地域で多少異なります。ぜひ皆さんの環境にあった足し算を作ってみてください。

**3. 足し算式番号が赤色**になっている、もしくは鑑別疾患編にて★がついた疾患は、緊急対応が必要なものです。

入室から可能な限り早く（10 分以内）にほぼあたりをつけ、処置を開始すべき疾患（状況）です。

**4. 本書の構成**をカレーを例にするとこんな感じです。

#### ○症候足し算編

★**60 分以内で完成**：人参 + ジャガイモ + 肉 + ターメリック ≠ カレー

次の一手：ナンもしくはご飯があることを確認

#### ○鑑別疾患編

##### カレー

- 人参、ジャガイモ、肉は、さまざまな料理に用いられる特異度の低い食材です。
- ターメリックはインドが原産であり、ウコンという名で東アジアに広まりました。そのためターメリックは中央アジアから東アジアに特異的な食材と言えます。

- 日本の家庭ではルウとしてターメリックを意識されていないかも知れません。

## 本書の使い方

### 1. 足し算式を横に見る(一式ずつ見る)

症候足し算は「主訴といくつかの病歴情報」と「想起すべき疾患」を「÷」でつなげています。本書の構成でも述べましたが、「=」でなく「÷」としたのは病歴だけで思い込み診断をしないようにという注意喚起の意味があります。

### 2. 足し算式を縦に見る(まとまりで見る)

思い込み診断を防ぐには、鑑別疾患をグループで想起することが有効です。主訴や共通の随伴症状ごとにグループ（まとまり）として眺めていただくと、ある主訴の場合どのような疾患群があり、それぞれの共通点、相違点は何かがわかりやすくなります。

### 3. 足し算を出し合う

富山大学でのグループ実習で一番盛り上がるのがロールプレイです。1人が患者を演じ、最初に経過（急性／慢性／突然）、主訴、年齢、性別、診察場所（一般外来／ER）を提示します。残りの学生は医者役となって原則 closed ended question だけで問診します（2～3分）。その後3～4つぐらい鑑別診断を挙げます。全員でそれぞれの特徴を確認して絞り込みを行い、必要な検査を挙げ、最後に答え合わせをします。患者役は病気についてしっかり理解していないと医師役からの質問に答えられませ

んし、医者役は何が重要な情報か、限られた時間内に何から聞くべきか考えて問い合わせなければならぬので、大変勉強が進みます。普段からなぞなぞ気分で問題を出し合うのもおもしろいと思います。

#### 4. 短期間に何度もくり返す

症候足し算の重要なコンセプトに大量反復（「数」と「くり返し」）があります。想起できない疾患は鑑別できませんのでたくさんの疾患を知る必要があります。鑑別疾患をグループで想起できるようになるにはくり返しが必要になります。大量の足し算をくり返すことで推論技能の向上をめざします（量質転化）。症候足し算は、掛け算九九や素振りのような基礎トレーニングです。

#### 臨床推論(疾患の鑑別)と症候足し算

生坂政臣先生（千葉大学医学部付属病院総合診療部）が著書で述べておられるように、鑑別疾患を絞り込むには「合わない点」で整理していくことが有効です〔「めざせ外来診療の達人、第3版」（日本医事新報社）、巻末文献一覧の文献16〕。具体的には想起した疾患の典型的な臨床像（illness script）と目の前の患者さんの臨床像を照らし合わせ、合わない点に注目して鑑別疾患を整理していきます。実臨床では典型的でない場合も多いですが、まず「経過、主訴と随伴症状、年齢、性別」といった症候足し算の要素から見当をつけていくことが有効です。

絞り込んだ鑑別疾患を確定診断するには、身体診察や各種検査で特異的な所見を確認します。「この疾患ではないか」という見立てがないと、診察や検査を行っても見落としてしまいがちです。一方「この疾患に間違いない」と思っても、他疾患の可能性も同時に考え続けないと、時に診断を誤ってしまいます。また、なかなか診断にたどりつけず、（医師患者双方とも）つらい時間に耐えなくてはならぬこともあります。

このように実臨床では相反するものを同時に併せ持つようなニュートラルで柔軟な思考と、すっきりしない状況に耐え続ける持久力が必要です。