

ポイント



- ・子どもと大人の相違
- ・技術はマニュアル化できない
- ・生涯にわたる研修
- ・患者さんへの意思伝達

はじめに

本書では、プライマリケアで頻繁に遭遇するいくつかの小児感染症を題材に、子どもの診かたについて皆さんと一緒に考えていきます。そこでまず、子どもの診療にあたって特に気をつけるべきことについて触れてみたいと思います。

子どもと大人は違う

子どもを診るときに気をつけるべき点として一番にあげたいのは、子どもと大人は違うということです。

何よりも、成長期にある子どもは成人と比べて変化が早く、それに伴って大人と子どもではさまざまな違いが生じます。乳児、幼児、学童ではその正常の姿が異なります。その年齢での正常な姿のイメージをまずもつことが大事です。訴え、症状を一律に捉えるのではなく、「この年齢での訴え」と考えることです。例えば2歳の児が「お腹が痛い」といっても、それは成人と同様の「腹痛」を意味するわけではありません。また、年齢によって症状の訴えかたが異なります。乳児の場合、初診

でその様子から状態を読み取るとはきわめて難しいですし、逆に学齢期に入ればほぼ大人と同じように自分の症状を表現してくれるようになります。さらに、疾患の年齢特異性があることにも注意が必要です。年代によって、かかりやすい疾患が違ってくると、常に念頭において診察することが大切になります。GAS (Group A *Streptococcus*: A 群レンサ球菌) 咽頭炎は、咽頭痛と粟粒疹の典型例は学童期にみられます。また、マイコプラズマ肺炎も胸部聴診所見に乏しく、レントゲン上、明確な硬化像という典型例は学童以降にみられます。疾患の年齢特異性という観点が必要です。

まず緊急性の有無をみきわめよう

小児の診療に限ったことではありませんが、患者さんをみたとき、第一に判断すべきなのは、緊急性の有無です。原因となる疾患が何であれ、緊急性のポイントは意識障害であると私は考えます。具合が悪い患者さんは必ず意識レベルが低下しています。意識レベルの低下があればすぐに、静脈ラインの確保、救急処置、2次医療施設への搬送など次の行動に移らなければなりません。当然のことですが、この点はいつも念頭におくようにしましょう。

上述のように、乳幼児は自ら適切に症状を訴えることができないため、その状態のみきわめが困難なわけですが、それだけに、この緊急性の判断をするにあたっては難しいことがあります。誰がみてもはっきりと意識レベルが低下しているような場合は別ですが、そこまで至らない場合、機嫌はどうか、経口摂取ができていないか、などが判断基準となります。しかし、初めての乳児について緊急性の有無をみきわめるのはとても難しいことです。常日頃乳児と接している母親などの保護者が、いつもと違うと感じているかどうかを確認することが肝心に

なります。泣き方一つをとっても、具合が悪くて泣いているのかお腹がすいて泣いているのか……、その感触を一番よく知っているのはお母さんです。些細に思われる訴えも無視せず、むしろ話を引き出すように努力してください。子どもを診るにあたっては、保護者とのコミュニケーションが非常に大切です。

技術は数値化できない

そして、この緊急性の有無の判断には、数値化できないという難しさがあります。CRPが陰性だから、血液検査の炎症反応が低いからといって、必ずしも患者さんの具合がよいわけではありません。逆にCRPが非常に高値でも、存外元気な患者さんもいます。検査所見はあくまで指標にすぎません。具合の良し悪しは、医師がその目で患者さんの様子を見て判断するしかないのです。それを可能とするのは医師としての経験・修練から身につける技術です^①。その判断技術を身につけるためには、まず、具合の悪い子どもを多くみて印象に残しておくことが必要になります。また、それと対比する形で、健康な子どももたくさんみておくことが大切です。健康な子どものイメージをもつことが必要です。このような判断はマニュアル化することはできません^②。

精神科疾患について米国精神医学会の発行するDSM-5という診断基準があります。DSMができたために、共通の土台で議論ができるようになり、臨床研究も進むようになりました。これは大きな変化です。しかし、DSMは操作的診断基準、すなわち見た目で判断する基準です。例えば発達障害なら、落ち着かないとか、衝動を抑えられない、といった症状の基準によって誰でも判断できるものとなっています。このことは一方では個別の患者さんの内面に踏み込むことが希薄になることを意味しかねません。これは当事者の視点の喪失につな

^① 技術とは何でしょう。技術は数値化できません。例えば花をみてきれいに感じるとき、その美しさを数値化できるでしょうか。このように、人間の感情、経験を数値化することは困難です。

^② 医師（のみならず専門職）の技術は数値化困難なものの中にあります。例えばレシビを完璧に踏襲するだけで、絶品といわれる料理を再現できるでしょうか？

1)
綾屋紗月, 他. 発達障害当
事者研究. 東京: 医学書院,
2008.

がります¹⁾. どんな医師でも同じように診断できるという状況は、いわゆる医療の均質化につながるようにもみえます。しかしその反面、医師個人の経験、実力、また患者さんの個性が平板となることが危惧されます。患者さんの個性を実感すること、医師が自分の経験を実感をもって語ることは数値化できないことです。また、マニュアル化もできません。そうした技術は経験と個別の指導のなかではぐくまれていくものでしょう。

一方、医療では感情・経験を対象とする場合が多くあります。そこで、感情・経験を研究対象とする方法が存在します。質的研究と総称されているものです。これは、対象者への個別の面談、あるいは集団での討議の様子を、その発言の逐語録や非言語的表現も含めて解析するものです。方法論も研究されており、論文数も近年飛躍的に増加しています。医療は感情・経験が重要な因子となる領域です。今後、質的研究は医療のなかでその重要性がますます増していくでしょう。

なぜ医師は診断できるのか

私はかつて優秀な先輩医師の姿をみていて不思議でありませんでした。なぜ彼は次々と訪れる外来患者を診断することができるのか、と。しかも短時間で、的確に。例えば外来には、喉が赤くて熱がある患者はたくさん来るわけですが、一見同じようにみえる患者であっても、GAS感染症の検査をする場合としない場合とがあります。なぜそのような判断ができるのでしょうか。また、咳があって、熱がある患者でも胸部X線撮影をする場合としない場合があります。また、初診では撮らなかった患者のレントゲンを、再診時に撮影することもあります。いったい何を根拠に、どの時点でレントゲンを撮ると判断するのでしょうか。

その判断を可能にするのが、診断に至る意思決定 (decision making) です。経験の少ない医師の思考過程は以下のようなものではないでしょうか。喉が赤くて熱がある患者を診たら、まず、喉が赤くなる疾患を知っているだけあげる。続いて、発熱する疾患をありったけあげる。それから、両者に共通する疾患をしぼりこんで……。しかし、こんな方法で考えていたら、無数の鑑別診断に直面することになります。その喉の赤さは、出血斑が全体にみられるような赤さなのか、粘膜疹があるような赤さなのか、そのような個別の特徴を子細に観察することによって、例えば GAS 感染症であるか否かはおおよそしぼりこめます。また、喉が赤い以外に、頭痛や腹痛といった症状があれば、ますます GAS の疑いは深まります。さらに、患者の舌がいわゆるイチゴ舌の様相を呈している、その状態から 2、3 日して皮膚に粟粒大発疹が出てきたら、これが miliary rash です。そのような状況をふまえて、GAS の検査をするという意志決定をするわけです。症状そのもの以外にも、患者の周囲での流行といった事情も大きな判断材料になります。

このように、無数の鑑別診断を前提として、ある疾患に典型的な症状を拾っていくわけです。一方に典型的なある疾患の臨床像というイメージをもち、それと症状の 2 つを結びつけて診断に至るのです。例えば、発熱と湿性咳嗽が 5 日間続いていれば、これは胸部 X 線撮影の適応であり、肺炎の可能性もあります。しかし、年長児のマイコプラズマ感染症などは、熱が続いていても、咳があまり目立たない場合が多いものです。胸部所見もはっきりしません。ところがレントゲンを撮るとはっきりとした硬化像がみられます。そこで、これはマイコプラズマ肺炎かもしれないと判断します。こういったケースが、年長児のマイコプラズマ感染症の一つの典型的な臨床像です（最近ではマイコプラズマの迅速診断が可能

となり、このように臨床経過から判断する機会は減りましたが)。

いろいろな疾患の典型的な臨床像をイメージしておく、それに合うかどうかを常に考える、その無数の組み合わせによって診断に至るわけです。これが“decision making”です。

そのためには、教科書で勉強した臨床像を実地で追体験することが大切になってくるわけですが、実際の臨床像は教科書で学んだそれとは必ずしも一致しません。どこが一致しないのかということとその都度考えて、一致しない部分から他の疾患についても考える。この繰り返しで診断に至るわけですから、このトレーニングを繰り返すことが重要です。常に念頭におくのは、症状と所見とプロブレムリスト (problem lists) です。鑑別診断は最低5つぐらいあげておいて、一方では、典型的な臨床像と合うかどうかを組み合わせるのです。

議論できる環境をもつこと

ルネサンス期イギリスの哲学者、フランシス・ベーコンの言葉に「知識は力なり」というものがあります。彼は、その力となる知識を身につける勉強方法として、「読むこと」、「書くこと」、「議論すること」の3つをあげています³。これらは、上述したような診断力を身につけるためにも必要不可欠な要素です。このうち、「読むこと」と「書くこと」は、自分1人の努力で実行できます。教科書や文献を読むことは勉強の基本ですし、カルテを書くことも勉強です。一番難しいのは「議論すること」ではないでしょうか。議論するためには仲間が必要です。カンファレンスや勉強会など、議論する環境を意識してつくるようにしましょう。大学医局や多数の医師の集まる病院でなくとも研修は可能です。生涯にわたる研修が、医師としての質を高めるでしょう。

³ “Reading maketh a full man; conference a ready man; and writing an exact man”
Becon on Reading