

# 1

## 患者の話から 診断仮説を どう作るか

野口善令

名古屋第二赤十字病院 総合内科 部長

Point 1 医療面接の3つの目的を述べる  
ことができる。

Point 2 分析的アプローチによる診断推論で  
は、疑い、すなわち仮説を持つこと  
が最も重要であることが理解できる。

Point 3 パターン認識によるスナップ診断  
とは、キーワードのまとまりに気  
づくことで診断を直感するもので  
あると理解できる。

Point 4 OPQRST に従って病歴をとる  
とキーワードが浮かび上がる場合  
が多いことが理解できる。

### はじめに

患者と臨床医との出会いは、医療面接、病歴聴取から始まる。すなわち、患者と会って話を聞くのであるが、一口に話を聞くといってもいくつかの異なる目的が含まれている。目的が異なれば、話の聞き方も異なってくる。まず、目的別に病歴聴取のやりかたを考えてみよう。医療面接には、主として以下の3つの目的がある (表1)。

1. 患者医療者関係の構築
2. 診断のための情報収集
3. スクリーニングとしての情報収集

救急外来、病棟、一般外来、処置を急ぐ必要があるのか、混んでいるか/空いているかなど、現場とその状況によってどの目的にウェイトを置くかは異なってくる。

本章では患者の話から情報を得て診断につなげるという視点を中心に解説する。

### 1. 患者医療者関係の構築

診断、治療、ケアなど、患者と医療者が共通の目標に向かって共同作業を行う土台となる信頼関係を構築することを目的とした話の聞き方である。この目的のためには、話を「患者自身の物語として聴く」必要がある。批判したり疑問を呈したりすることなく、ただ傾聴するのが基本である。

実際には、開かれた質問 (open-ended question) で始め、途中で相槌を打ったり、うなずいたり、非言語的表現も利用したりしながら、とにかく熱心に話を聴く。途中で話の内容に矛盾を感じたり質問したい事項が出てきたりしても、それは次の情報収集の段階に回し、まずは聴くことに徹する。

この段階で患者の主たるプロブレム (主訴・受診理由) や、場合によっては患者の価値観や医療になにを求めているかがわかることがある。

この聞き方にどれくらい時間をかけるかは状況によって異なる。患者が話したそうにしていれば、多めに時間をかけたほうが、その後の診療がうまくいくことが多い。逆に、患者が重症であったり苦痛が著しかったりすれば、ゆっくり話を

表 1 目的別の病歴聴取

1. 患者医師関係の構築	傾聴
2. 診断のための情報収集	患者の訴えから clinical problem を引き出し、 診断のための情報を集める
3. スクリーニング	患者が自発的にいわない情報を系統的に聞き出す

聞いている余裕はないだろう。

## 2. 診断のための情報収集

本章のタイトル「患者の話から診断仮説をどう作るか」というテーマでは、これを目的とした聞き方が中心になる。

診断とは、患者を目の前にして、「この患者が持つ病気は〇〇である」と認識する思考作業である。この認識のプロセスは医学の診断に限ったものではなく、ヒトが普遍的に行っている、認識という思考作業の延長上にある。

### 認識のフレーム

ヒトは、大別して「推論」と「直感」の2種類の方法によってなにかを認識している。「この疾患はなんだろう?」「これは〇〇病だ」と一目瞭然に認識できるときはあれこれ考える必要はない。この直感的な認識のしかたをパターン認識といい、診断の場合はスナップ診断などと呼ばれる。しかし、「一見してなんだかよくわからない」、つまり、「これは〇〇病だ」と直感的に認識できない場合は、いろいろ推し量って考えて認識に至るはずである。このフレームを推論と呼び、診断に限らず、ヒトがわからないものをみた場合、普遍的に行う考え方の基本的な枠組みである。これが診断の場合は診断推論と呼ぶ。

### 推論による認識（分析的アプローチによる診断推論）

推論は以下の2段階からなる。

- ①これは「〇〇病」ではないかという疑い（仮説）を持つ＝「仮説の形成」
  - ②その仮説に沿って情報を集め、仮説が正しいかどうか判断する＝「仮説の検証」
- つまり、推論とは、仮説を立て、情報を集めて検証を繰り返

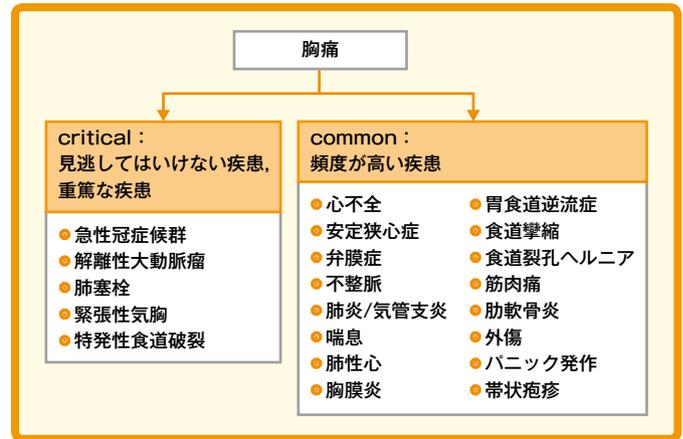


図 1 胸痛の critical と common

して結論に至る、分析的な認識のアプローチである。

#### ①仮説の形成

この段階では、「これは、〇〇病ではないか」という疑いを持つ。この疑いが仮説であり、診断の場合は、「〇〇病」が鑑別診断の候補にあたる。鑑別仮説は主として、病歴（患者の話、訴え）から形成する。患者の話からなんらかの疾患を疑って鑑別診断を考えることが診断推論の核心である。鑑別診断をあまり考えずとにかく検査をオーダーしている研修医をよくみかけるが、検査は鑑別仮説を考えてくれるわけではないため、大事な疾患の見逃しや、検査結果に振り回されることにつながりやすい。

ここで、「頻度：common」と「重大性：critical」の2つの視点から考えると、現場で使いやすい鑑別診断のリストができる（図1）。「頻度」の視点からは、commonなありふれた疾患ほど遭遇する可能性が高いという点から鑑別を考える。「重大性」の視点には、緊急性（緊急に介入が必要）、見逃すと致命的（アウトカムが悪い）、不可逆性（ほうっておくと不可逆な後遺症を残す）、治療可能性（有効な治療法がある）などの特徴を持つ疾患が含まれる。「重大性」の高い疾患は「見逃してはいけない (must not miss)」, 「除外 (否定) しなければいけない (must be ruled out)」疾患といってもよい。逆に、治療しなくても自然によくなる疾患 (self-limited disease)、診断をつけても治療方法がない疾患など、治療しなくてもアウトカムが変わらないなど「重大」でない疾患は、『ゴミ箱的鑑別診断』としてリストの上位には持つ