

Section 0

はじめに

プロローグで述べたように、方法論というのは胸がすくものであり、理論は気持ちの良いものである。ただ、そうしたものには生々しさがなく、生々しいというのは、本書では、それは臨床でのことを言うわけであるが、現実的で人間臭く、色彩や匂い、肌感でものを感じられるといった意味である。今日医療での臨床判断は、すでにEBMやガイドライン、アルゴリズムを介したものなしにはあり得なくなっており、例えば「感覚的」などという言葉や概念はもはや積極的に排されるところまできている。学術の場などでは当然としても、研修病院をはじめとする総合病院などの日々のカンファレンスや診療録記載などであっても、「感覚的には」などというものの言いをしようものなら、教育的に批判的に正されてしまうことだろう。

「感覚的」というのは悪く言われがちだが、一般的には必ずしもそうではない。感覚というのは、ときにセクシーであり、刺激的で、煽情的でもある。理論と違い、実践の場では臨場を前提としているから、ダイナミックで迫力がある。

臨床現場には臨床の「匂い」、「肌感」、「色」というものがある気がするのである。さて、なぜこのような一見わかりにくい導入にしたかという点、私は「直感」、「勘」というものを信じている。ただこれを先に言うと途端に胡散臭くなってしまいうだろう。私だっけいきなり直感でいきましょうなどと云われたら信用できない。

本章ひいては本書全体通して言えることでもあるが、理解のために「時間軸」というものを意識していただきたい。中学の数学の程度のことで十分である。まず意識するのは、今の自分の位置（座標としては0と考えて良い）である。それより後ろ（左方向、マイナス方向）は過去である。過去には逆行できないが、過去の情報は利用することができる。未来の情報は先取りできない。

「自分」を担当医師だとすると、患者という対象者に対しては自分・担当医は「観測者」であり、この観測者は実際には時間的な意味ではある一点にとどまっていない。必ず右方向（未来方向）に向かって動いている。一方、患者というのもまた動いてとどまることなく変化し続ける。担当医が患者のこと（病態や診断）を検査によって把握しようとしているとき、観測者も対象者もいったん静止させて考えているのである。

俗にいう“snap diagnosis”と呼ばれるものは、文字通り特徴的な所見からほぼ1つの疾患に絞れるほどに特異性の高いものを瞬時に見出すことであり、先に述べた観測者・対象者の静止時間が無視できるほどに小さく、あたかもまったく静止せずに進み続けているようにみえる。

私は、ないものねだりをしようとしている。つまり、自分も患者も静止させることなく、かといって“snap shot”に頼るのとも違う作業を希求したいと思っている。

自分を静止させて考えることのデメリットは、静止させている間に患者という対象者が変化してしまうことである。検査値や画像所見などは、「患者の静止状態」の代表的な代替物である。もとより、患者を静止させて考える習慣が普通はあるはずなのでこれは受け入れやすいかもしれない。ただ気をつけたいのは、患者もまた、常に動き続けているということである。臨床的には、病的であればあるほど、経過が急性であればあるほど、患者という対象者を仮に停止させて考えることに限界がある。検査値や画像所見はその一点（瞬間）でのものであり、実際にはどんどん変化していく。

ある時点で考えられる得る鑑別診断を挙げられるだけ挙げて、それを徹底的に検討するやり方の最大のデメリットは、こうした観測者や対象者を“長時間”止めてしまっていることであり、その間に実際の患者の状態が刻々と変化してしまっていることが決定的にまずい。よって、この手法を使う場合には、ある程度情報が出揃い、かつ患者の状態が場の状況に許容できるほど安定しているという条件が本来必要である。

私がまず注目すべき問題として指摘したいのは、こうした徹底検討型の鑑別作業に入るまでの過程を具体的にどうするかということである。患者が症状を訴えてやってきて（初診）から、初めての診察に移り、本当の意味で最初の最初の思考をどうするかである。具体的には、単にアセスメン

トがどうこうではなく、実際にどうするか（プラン）である。プロブレムリストという言葉がある。そして、昨今の内科ケースカンファレンスなどでプロブレムの羅列から診断名やプランを引き出す巧者がいるように思う。ただ、その者が、会ったばかりの患者からプロブレムを素早く抜き出して整理するということが同様に巧いとは限らないように思える。実際にはむしろそのほうが難しいことが多い。ケースカンファレンスで感じる違和感はこちらにある。初診時における「最初の最初」というのは、とにかく未知である。時間軸上でまだ十分に右方向に遷移していないこの段階では、情報が少ないという意味だけでも、いろいろと全貌を見通し切るのは難しいというものがある。しかしながら実際には、わからなくてもわからないなりに何かを決めていかねばならない。私は実臨床では「ここ」がかなりの差を分ける分岐点と考えている。問題点を峻別し、多少大まかでも良いから方向性を概ね間違えずに、あとで補正が効くところまでリスクヘッジしつつ、迅速に（できれば瞬時に）プランを立てる力、というのが重要であるとする。Snapで決めるべきは、診断名ではなく、次にすべき方向性と具体的プランである。「もれなく徹底的に」というのとも異なる。

ちょっと疑問であるのは、思考過程の解説的な詳述を読み聞きして、そしてそれを身につけたとして、それらが実際の場面で駆使されて複雑で本当に難しい局面を打開する武器となり得るだろうかという点である。そもそも理論は、実臨床において病歴の取り方、診察の仕方、診察や検査所見からどのようにして真に問題となるポイントを抽出するか、などということとは教えてくれない。数学でさまざまな難しい問題を解けるようになるには、難局を一閃するようなエレガントな理論と解法を見出すセンスも必要かもしれないが、ときにあるいは往往にして「ゴリゴリ」と計算したり、具体例を抜き出したり、数え上げたりなどという腕力・体力も必要となってくる。

臨床でも、こうした「体力づくり」をせずに理論に偏重してしまうと、上級者のエレガントな思考・鑑別プロセスを下手にまねてしまい、実際の状況にまったく見合わない極めて確率の低い（悪く言えば“トンチンカンな”）疾患や病態を挙げ始めてしまう。それをその場で教育的に指導できる者がいれば良いが、それをおだてたり、それを良しとする場だったりすると始末が悪い。鑑別を「多く挙げる」ことが美德とされる雰囲気や醸成されて

しまうのは、どちらかという不適切であると思う。実際には、「多く挙げる」ことはさほど重要ではない。プロブレムを抽出することと、それと同時に「無難でいいから素早く」次のプランを実行すること、が最初に特に大事なことであり、このことはよくトレーニングする意味がある。常に次の判断をするための思考をしている脳となるように修練しておくのである。

栃木医療センターの矢吹 拓先生は、病歴聴取・身体診察を終えた段階、あるいは次のごく一般的な検査を終えた段階、といった区切り区切りで適宜その時点の候補疾患を挙げ仮診断しておくことやその診断のことを“working diagnosis”と呼んでいるようだ。この言葉を私は本当に気に入っている。なぜかという「動的」な印象を受けるからだ。まるでチッチッチッチとストップウォッチのような時計/時間の音が聞こえてくるようである。こうした「時間を止めない思考」という概念を私も提案していきたい。

「鑑別診断」という語と考えは、本来最近の流行り言葉ではないのに、昨今とみ頃によく聞かれる。このおかげで、閉鎖的だった診療のみえる化が図られる結果となったように思う。今も昔も洋の東西を問わず“differential diagnosis”は重要な作業かと思われる。しかしながら「鑑別、鑑別」と言われて連想されてしまうのは、内科診断学の代名詞とか知的ゲームとかいような扱い、臨床推論やカンファランスでのみやたらと出てくる語、いろんな疾患をたくさん知っていることを良しとする内科医のステイタスや素養のようなもの、そんなような事柄ではないだろうか。

本来「鑑別」というのは乾いた実務的な作業であって、私に関して言えば、事前にひとまずこうかなと“賭けて”おくことで事後の現実を際立たせるもの、とみなしている。その見積もりはむしろかなり偏っていて良いとすら思っている。一方、候補を絞らなかつたり偏るのを避けて無難なただっ広い鑑別疾患を挙げて、検査をしてからあたかも最初から考えていたかのようにしたり顔でカルテを書く者がいる。これは、それをしている本人が業務的にスッキリすること以外は、誰の何の役にも立っていない。

こうしたことを繰り返す一番の弊害は、初診の初期に、ひとまず何だろう？ と考える感性が乏しくなることである。これは非常にまずい状況である。検査をしても、検査の結果にまったくインパクトを感じないまま過ごしてしまうようになってしまう。担当医のこうした「不感症」は、結果

として検査をたくさんするようになってしまう。無駄に検査すると、情報だけが増え、その情報に溺れるようになる。自分の感性がないから自信がなくなり、最初から最後まで、安全地帯のみを進もうとする。情報が多いほど確実だと思いついていて、こうしたことには陥りやすい。これだと、なかなか初診・初期診療の上達はしていかない。

時間もかかって、混乱もしてしまうようでは、いったい何のための理論・知識構築なのだろうか。鑑別作業を感覚に頼り、綿密とは言えないということへの批判として、見逃し・漏れといった不確かさを指摘される。いい加減だと言われたり、「賭け」なんて不誠実だとも言われる。ただし、私の観察では（検査前に十分考えたうえで）あえて偏って見積もれるような人は、元の場所へ“戻ってこれる”人でもあることが多い。検査結果により自分の見積もりが合っていそうな結果を得たら、さらにその見積もりを強めるように動くし、事前見積もりとは全然違う結果が出てそのあまりのインパクト（大ハズレとも言う）に「それじゃこうかな」と次のアクションはけっこう適切な方向だったりする。なぜなら、次の鑑別候補は、その時点ですでに最初のときよりも絞られているから。そして、その次のアクション自体も人よりも半歩早いものとなる。不謹慎ながらガンブラーというのは、負けても「次のゲーム、次のゲーム」といくので最初へすんなりとすぐ戻ってこれることができる。進んだ先で、うだうだ考えたりしない。

このあたりは、本章で理想的とするあり方の総論と言える。もうあえて「偏れ偏れ」と言いたい。特に初診という世界、「最初の最初」という場面では。または、あとからやり直せるときでもそうである。逆に、あとがない生命の危機の際には、周りが退くくらいすべてをカバーしたうえでそして「進め」と言いたい。

決して煽る意図はない。改めて、初診の初期段階においては診断推論における「徹底的検討法」という手法は合わないということと、臨床診断における思考法は状況に応じて変えるべきものであり、状況に合わない手法を使うとうまくいかないどころか場合によっては非常に危険であるということ、このあたりがボトムラインとなるであろう。