CONTENTS

プライマリ・ケア　ー地域医療の方法ー
diagnosis and solution in primary care

「プライマリ・ケア ー地域医療の方法ー」に寄せて　山田隆司 …… 3
序にかえてーJohn Fry へのオマージュ …… 5

扉の物語 …… 11
扉の物語 …… 12

0章　診断と解決　diagnosis & solution …… 15

Ⅰ章　“時と場”の診断学 – あるいは“その他”の研究 …… 17
診断学、そしてプライマリ・ケア …… 18
きらびやかな診断と“その他”
プライマリ・ケア外来の現状
診断、意味、物語 …… 19
診断の定義を再考する
診断の意味
“時と場”の導入 …… 20
診断レベルでの“時と場”
生活レベルでの“時と場”
地域という“時と場”
時の形式 –総論 …… 23
翻訳（translation） …… 24
コミュニケーション（communication） …… 25
時の形式 –各論 …… 27
Sudden square pattern：mechanical …… 27
（typeA：破裂、穿孔、出血、不整脈　typeB：結石、捻転，閉塞）
Acute wave pattern：acute inflammatory …… 28
〔感染症（ウイルス / 細菌）、潰瘍、痛風、適応障害〕
Acute wave pattern の亜型–細菌感染症 …… 29
Recurrent wave pattern：functional …… 30
（筋痛、アレルギー、攣縮、パニック障害、反応性うつ）
Persistent linear pattern：quasi-intrinsic …… 31
（神経障害、身体化障害、心気症）
Gradual stairstep pattern：transforming …… 32
（がん、変性疾患、内分泌疾患、血液疾患、膠原病、認知症など）
早期診断に関する考察–その可能性、仮説と予想 …… 32
困難な診断への対応–困難とは何か …… 35

場の形式 –総論から各論へ …… 37
各臓器の「正常時（病態時ではない）」に痛みを感じる部位 …… 37

病因論 –もう一つの“時と場”の導入 …… 39

◇診療所の窓から① …… 40

Ⅱ章　solution – 関係性の治療学 …… 41
プライマリ・ケアにおける治療の意味 …… 42
治療の定義を再考する …… 42
「やまい（illness）」とは …… 42
風邪の話を例に …… 42
関係性の導入とネットワーク– network diver …… 43
“時と場”への翻訳–治療介入の実際 …… 44
EBM、NBM と PCM について …… 44
急性疾患–治療は誰が決めるのだろうか …… 47
慢性疾患–それはいつ発生するのだろうか …… 48

参考文献（「序にかえて」～Ⅱ章） …… 53

◇診療所の窓から② …… 54

Ⅲ章　“時と場”×関係性×地域 …… 55
外来診療と地域の連動 …… 56
関係性の等式（relationship’s equation） …… 57
プライマリ・ケアを想う …… 58

◇診療所の窓から③ …… 59

Ⅳ章　各論 – 症例解析 …… 61

各論 – 症例解析を始める前に …… 62
六ヶ所村尾駮診療所の医療環境 …… 62

respiratory system – 風邪の考察
症例1：咽頭痛、嚥下痛、咳嗽、嗄声 …… 64
Clinical pearl　急性喉頭蓋炎の不思議 …… 74
症例2：いつもの風邪？ …… 75
Column　1枚の胸部単純 X 線写真から見える社会とは？ …… 83
症例3：急性副鼻腔炎、滲出性中耳炎 …… 85
Clinical pearl　異常とは何か？「読影」と「解釈」の区別。
視診所見の取り方（総論） …… 91
症例4：慢性咳嗽 …… 94
Clinical pearl　咳嗽の分析 –まとめ– …… 99
参考文献 …… 109

◇診療所の窓から④ …… 110

gastrointestinal system – 腹痛の考察
症例5：急性心窩部痛 …… 111
Clinical pearl　診察の精度を上げるために …… 120
症例6：急性左側腹部痛 …… 123
Clinical pearl　疼痛の基礎医学 –まとめ– …… 133
症例7：機能性胃腸症 …… 136
Clinical pearl　呑気と腹痛 …… 144
参考文献 …… 145

◇診療所の窓から⑤ …… 146

cardiovascular system – 胸痛の考察
症例8：胸部不快感 …… 147
Clinical pearl　心エコーと不整脈 …… 152
症例9：労作時の胸痛 …… 154
Clinical pearl　筋痛症、トリガーポイント、MPS …… 159
参考文献 …… 167

fever work-up – 熱源検索
症例 10：発熱 …… 168
Clinical pearl　診療所での熱源検索の限界と方略 …… 175
参考文献 …… 178

◇診療所の窓から⑥ …… 179

muscle – 痛みの考察
症例 11：意識障害で搬送された高齢女性、原因は慢性腰痛症？…… 180
Clinical pearl　学生（audience）→研修医（player）→
指導医（reflective practitioner）という成長過程 …… 187
症例 12：五十肩の原因は頭？ …… 190
Column　症状が出にくい患者の病歴聴取 …… 197
参考文献 …… 198

nerve system（central、peripheral）– しびれの考察
症例 13：手がしびれるんです（本当に神経障害？） …… 199
Column　Illness の snap diagnosis …… 207
症例 14：めまい …… 209
Clinical pearl　末梢性めまいと中枢性めまい、眼振の病態生理　214
症例 15：めまいの原因は首と足裏？ …… 218
Clinical pearl　中枢性疼痛症候群とは？ 慢性痛モデル（案）の提示、
多職種によるペインのかかわり …… 226
参考文献 …… 230

eye system – かすみ目の考察
症例 16：視野がぼやける。白内障？眼精疲労？ …… 231
参考文献 …… 236

◇診療所の窓から⑦ …… 237

mind system – うつと認知症の考察
症例 17：うつ病？性格？ …… 238
Column　PCM dancer/disease と illness の間で踊れ …… 245
症例 18：パニック発作の原因は背中？ …… 246
Column　“その他”の研究の意義 …… 254
症例 19：認知症、BPSD の対応 …… 255
Column　To live with you …… 267
参考文献 …… 267

◇診療所の窓から⑧ …… 268

Ⅴ章　generalist になるためのカリキュラム試論 …… 269
generalist になるためのカリキュラム試論 …… 270

索引 …… 272
本書を読んで　加藤博之 …… 274
あとがき …… 276
謝辞 / みんなへ …… 278

“時と場”の導入

診断レベルでの“時と場”

プライマリ・ケアにおいては病理学を基本にした診断名はつかないことが多い。それらは、“その他”あるいは“病気に入らないもの”、“風邪”、あるいは“何でもないもの”などと呼ばれている。いったい“その他”という診断でどれほど多くのことが取りこぼされていることだろう。また、一般外来で診るほとんどの病態が自然経過で消失することをもって、“何でもない”という言い方に正当性を与えるというのなら、医師の役割自体が問われることになる。“その他”へのアプローチは医師である限り診断を通して行うほかない。日常診療にあふれる“その他”はもっと解析されなければならない。たしかに各臓器に特化した専門家たちの手の力は強力であるが、その手が小さくなるほど（専門化が進むほど）、そこからこぼれ落ちるものもまた多いだろう。

ここで「診断する」ということを「解剖部位あるいは当該システムにおけるある変化パターンとして認識する」と拡張して再定義した場合、単純でとても実践的な方法を導入することができる。簡単に言えば、①解剖部位あるいはシステムをそれに特異的な症状から推定し、②時間による変化のパターンを病理変化に見立てて、それを掛け合わせる。つまり……

診断＝①障害部位（解剖・システム）×②時間経過（病理変化＝時間経過）
この２つの掛け合わせが基本だが、さらに③病因（etiology）を掛け合わせることで、
診断＝①障害部位（解剖・システム）×②時間経過（病理変化＝時間経過）×③病因（etiology）

① 解剖部位（上咽頭、髄膜、皮膚など）、システム（循環器系・神経系など）
② 炎症、出血、穿孔、変性、腫瘍、機能性など
③ ウイルス、細菌、自己免疫、心理、家族関係など

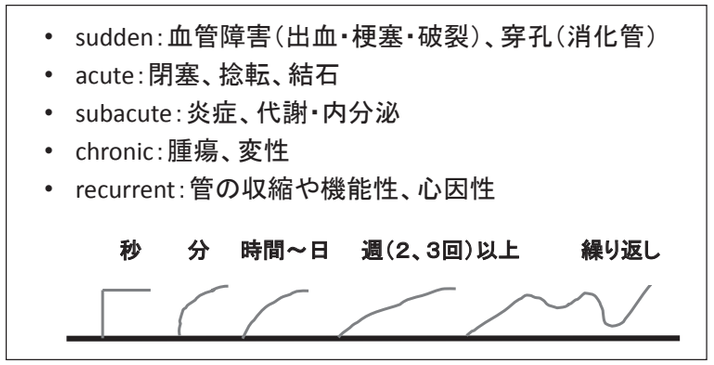
と表現される。

例えば、感冒と診断するには、①上気道に②炎症が起きていることを確認すればよい。そして③がウイルスなら（これも時間の経過で推定するのであるが）、ウイルス性上気道炎になる。いたってシンプルである。目の前の現象を“時と場”に基づいて分析した結果、ウイルス性上気道炎という「診断名」が後からついてくるのである。多くの症候学は、スコアリングシステム、フローチャート、診断基準を利用するが、その診断の基準（gold standard）の多くが解剖と病理変化を示せるもの（剖検、画像診断、手術所見など）であることからも、この解析法は診療科によらない汎用性の高い方法と思われる。

このように解剖部位あるいはシステムを“場”とし、時間に沿った変化パターンのことを“時”とすれば、この方法を“時と場の診断学”と名付けることができる。

もっとも、すでに診断学を学習した人にとっては、この方法は以前から言われてきたことの単なる言い換えに思えるかもしれない。解剖の軸と病理の軸での診断方法[4]ということであれば、解剖（表面から深部にかけて順に検討）と病理（血管性、炎症、新生物などの病理区分を用いた考察）に沿った方法をすでに経験しているからである。また神経診断学で学んだtemporal profile（図1）は時間の形式と病理変化を対応させたものであった[5]。

図１　特徴的な時間経過



“時と場の診断学”はその意味では決して完全なオリジナルではない。しかし、ここで言う“時と場”の診断は、

① 症状を現象としてとらえ直し、あいまいで流動的な“その他”を含んだ診断と未来予測を行うこと。
② 各臓器に偏らない汎用性の高い方法であること。
③ “やまい”（症状を持つ当人が感じる不安や辛さ、解釈の仕方）を形成するもう一つの“時と場”に直接つながるキーワードの役割を果たしている。

という点で、従来の診断から大きく拡張されている。

生活レベルでの“時と場”

“やまい illness”（医療人類学[6]でよく使われる言葉で、その内容は19頁参照）は、それが発生する本人の生活の“場”と経歴やライフサイクルという“時”に大きく影響されており、ここでも“時と場”が関与する。診断レベルと生活レベルでの“時と場”は、本人を結節点（node）として密接な関連性を持っているので、診断の原因や意味を生活という時と場で考察することができる。同時にまた解決（solution）も身体とともに生活レベルで展開される。

地域という“時と場”

そして私たちの診療する地域もまた3つ目の“時と場”として実際の診療を規定している。勤務する診療所のおかれた医療体制、地域リソースや近隣自治体との関係や設置された経緯によって診療内容は変化する。例えば、基幹病院で行ってきたことをすべて診療所で行うことはできないし、するべきではない。経験のないものがしてはいけない診療手技もある。後方病院の方

針で医療行為が変わることがある。また、地域リソースとの関係で治療の質が影響を受ける。

このように診断の意味を拡張し、“時と場”の多層的な構造性を意識することで日常診療が違った様相を呈するようになる。ありふれた景色が急に鮮やかな色彩をまとって動き出すように感じるだろう。この方法論を通してプライマリ・ケアの外来診療が興味と彩りに満ち、知的であり、同時に深く生活に根ざしたものであることが少しでも多くの方に伝わることを願う。

時の形式 ―総論

前述のごとく“時”には3つの階層（①診断、②生活、③地域）がある。②、③に関しては、Ⅱ章、Ⅲ章で詳察する。ここでは拡張した診断における時の形式を解説する。

病理所見は固定された時を観察する。プレパラートに固定された所見は、ある共通の所見をもって疾患単位として提示され一般化されてゆく。時による変化のパターンのあるものは、おおよそ時間経過=病理変化と考えることで日常診療に病理学を導入できるため、時の変化パターンの把握は決定的に重要である。

プライマリ・ケアにおける診断に必要な時の変化パターンは以下の5つとそのバリエーションに限られている。またこれらは外来診療における初期診断の重要度・緊急度に沿ったもの（①＞②＞③＞④＞⑤で緊急性が高い）であり、日常診療でもこの順に考察してゆくことが多い。

ここで、表1の中の例を見てほしい。各科の領域を越えて共通の時の変化パターンが観察されることを表している。例えば感染症や胃潰瘍、痛風、適応障害は同じacute wave patternとして分類する。

表1　時による変化パターン

	時間経過	主な病態	例
①	sudden square pattern	mechanical	破裂、閉塞、結石、出血、梗塞、穿孔
②	acute wave pattern	acute inflammatory	感染症（ウイルス/細菌）、潰瘍、痛風、適応障害
③	recurrent wave pattern	functional	筋痛、アレルギー、攣縮、パニック障害、うつ
④	persistent linear pattern	quasi-intrinsic	神経障害、身体化障害、心気症
⑤	gradual stairstep pattern	transforming	がん、変性疾患、認知症、膠原病

これらは以前に使用していた分類から変更している。用語の整合性を図るためであるが、かつて尾骸診療所で一緒に議論した研修医や学生さんが混乱しないように、当時使っていた用語を示す。

① 突発性パターン（sudden onset pattern）
② 急性炎症パターン（acute inflammation pattern）
③ 機能パターン（functional pattern）
④ 持続パターン（persistent pattern）
⑤ 緩徐増悪パターン（slowly progressive pattern）

表1のパターンを図式化すると図2のようになる。

なお、時のパターンを検討する際に最も重要でかつ難しいのは、生活言語で語られる訴えから時のパターンを取り出すことである。この時に意識しなければならない事項は、翻訳（translation）、コミュニケーション（communication）の2つである。以下、これについて詳述する。

症例④ 慢性咳嗽

70歳男性

主訴：長引く咳嗽、肺がんが心配

既往歴：本態性高血圧、適応障害（妻の離別反応）

生活歴：独居、農家

現病歴：２年前夏に妻が他界（脳卒中）後より、睡眠障害、抑うつ傾向あり、他院精神科で適応障害（離別反応）と診断されている。同時期より咳嗽も出現してきた。内服薬（詳細不明）が処方され数ヵ月ほどで改善した。しかし１年前の春ごろより再度咳嗽が出現。妻の１周忌が近づくにつれて、睡眠障害も出てきた。同精神科を再診し再度内服薬処方（詳細不明）、秋ごろに症状は軽快。今年の春より再度咳嗽出現。睡眠障害も徐々に出てきた。６月に再度同精神科を受診し内服薬を処方されている〔塩酸セルトラリン（ジェイゾロフト）、スルピリド（ドグマチール）、ブロチゾラム（レンドルミン）〕。７月上旬、近所の友人が長引く咳嗽で、肺がんの診断であったため、心配になり、当診療所受診。

　咳嗽は主に夜間に起こり、就寝後１～２時間ごとに起床するため睡眠障害となっている。毎日必ず睡眠障害が起きるわけではなく、十分に眠れる時もある。昼も仕事中（畑仕事）に咳が出ることもしばしば。体力が落ちてきているとも実感している。食欲も軽度低下している。天気が悪い時は特に具合が悪い。

所見：血圧 170/90mmHg、脈拍数 70/分 整、SpO_2 97%、体重 72kg（３年前は65kg）。

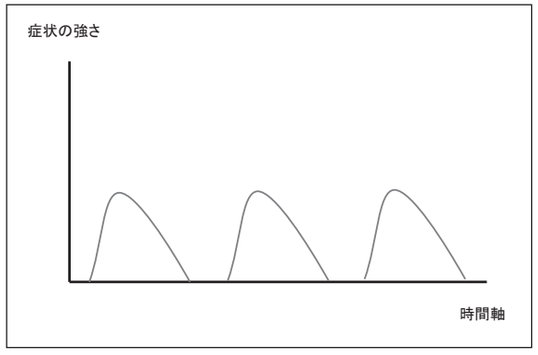
　鼻粘膜・口腔内に異常なし、胸部 異常なし、下肢軽度pitting edema 1度。

胸部X線写真：明らかな結節影・浸潤影などの異常なし。

診断：心因性咳嗽の疑い。

除外：甲状腺機能低下症。

図44　研修医がとったこの患者の症状の時間経過



指導医　心因性と考えた理由は何だろうか？

研修医　胸部X線写真も異常ありませんし、毎年同じ時期（命日近く）に起きています。もし肺がんならば、冬にいったんよくなることは考えにくいですし、どんどん悪化していくはずです。心因性の要素（天気で悪化なども）、体重増加などから甲状腺機能低下を鑑別に挙げました。

指導医　いいね！悪性腫瘍の経過ではない。でも甲状腺機能低下でも、冬にいったんよくなることは考えにくいし、どんどん悪化していくはずだから、関係ないだろう。まず、心因性とするには不自然なんだ。一般的に心因性咳嗽は睡眠中は咳嗽がなく、睡眠障害を起こさない。診察中は咳嗽があったかな？

研修医　ありませんでした。

指導医　待合室では咳嗽はあった？夜間の発作性の咳嗽で、睡眠障害になっていたのでは？

研修医　詳しく聞いていませんでした。

指導医　心因性反応にしては、いい時と悪い時の差がはっきりしていることも合わない。下腿の浮腫、食欲低下があるのに体重が増加している点も気になる。咳嗽、睡眠障害はどれくらいの期間で反復していたのかな？仕事は農家のようだけど、一人でやっているの？天気で悪化するのはなぜだろうか？では診察しに行こう。

●指導医診察

・妻が他界してからは、一人で農作業をしている。農作業は春から秋、夏が一番忙しい。

・天気が悪くなりそうな時は、その前に頑張って仕事を終わらせようとしている。

・睡眠後1～2時間に乾性咳嗽で目が覚める。座位10分ほどで軽快するので再度就寝する（図45）。夜間これを反復している。

・予診時や待合室でも咳嗽はない。

・最近体力が落ちている → 具体的には、仕事が忙しいと息が上がりやすい状態。

・胸部X線写真（図46）：右に少量胸水あり。CP angleがdullにならないけど、後方の横隔膜がflatになっている。これは胸水だ。

図45　夜間の咳嗽

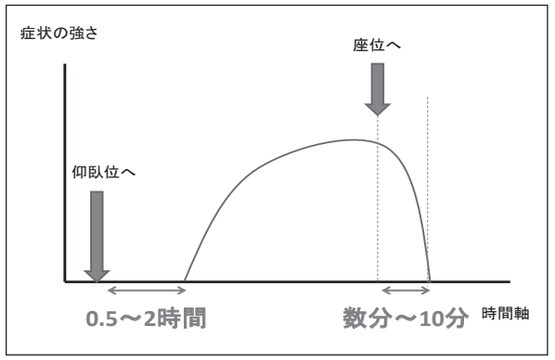
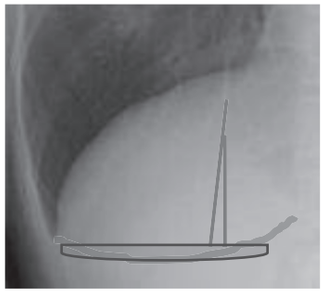


図46　胸部X線写真



右に少量胸水あり

●診察後

指導医　この患者に起きていることは「うっ血性心不全」だね。

研修医　えっ!?

指導医　毎年同じ時期に悪化するのは、畑仕事の時期に一致する。仕事が忙しかった日が特に症状が強い。夜間睡眠中の咳嗽パターン。これらはすべてうっ血性心不全に合致する。悪化要因はおそらく労作による後負荷増強と思うが、念のため虚血を否定するために検査しよう。

心電図：左室肥大所見。
心エコー：明らかな弁膜症なし、EF 55%、asynergyなし。
　　拡張障害軽度（E/A＜1、E/e'≒10）。
血液検査：心筋逸脱酵素異常なし。

指導医　次に、心因性咳嗽の特徴を確認しておこう。

●心因性咳嗽

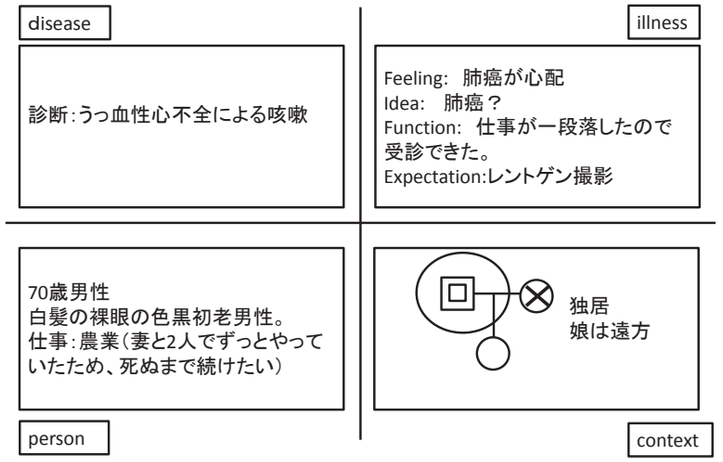
●経過は、recurrent wave pattern。
●人前でのみ咳嗽が多い。人が見ていない時には咳嗽はない。
●話している最中には咳嗽は出ない。会話の間に咳嗽が出る。
●睡眠中は咳嗽で起床しない。

図47　心因性咳嗽の経過

診断：うっ血性心不全による咳嗽

●PCMレビュー

症例4



研修医　心不全の治療はもちろんですが、労作負荷を減らしたいですね。精神科の薬はどうしましょうか？

指導医　とりあえず継続して、心不全の治療で症状が軽快したら、処方している医療機関に手紙（診療情報提供書）を書いて、同時並行の治療が必要であることを伝えよう。相手を否定しないように。気を付けてね。

研修医　分かりました。農作業を無理しないように説明するのにも娘さんに連絡とりましょうか?

指導医　いいですね。我慢強そうな人だし娘さんは知らないかもしれない。彼の農業への生きがいを保ったまま治療していくためには、今後どうしたらよいだろうか？

研修医　大きな畑ではなく、規模を小さくして続けるのはどうでしょうか？

指導医　それもいいね。結局、肺がんの心配というillnessは解決した？　心不全のチェックもあるし、胸部CTまで撮影したのは悪くないね。治療をどうする？　入院? 外来?

研修医　歩ける方ですし、外来でしょうか。

指導医　頑固な、無理する人だから…畑は止めてといっても、簡単には止めてくれるとは思えない。まず娘さんに連絡して相談しよう。

研修医　患者は、娘さんに相談することを了承してくれました。遠方のため3日後でないと当院には来られないみたいです。

指導医　3日なら娘（キーパーソン）が来るまでの間だけでも入院を勧めようか。利尿薬で除水してすぐに労作性呼吸苦が消失すれば、狭心症ではないだろうし。平日だし3日あれば判断はできそうだ。

研修医　3日なら畑も何とかなると言っていました。入院加療しましょう。