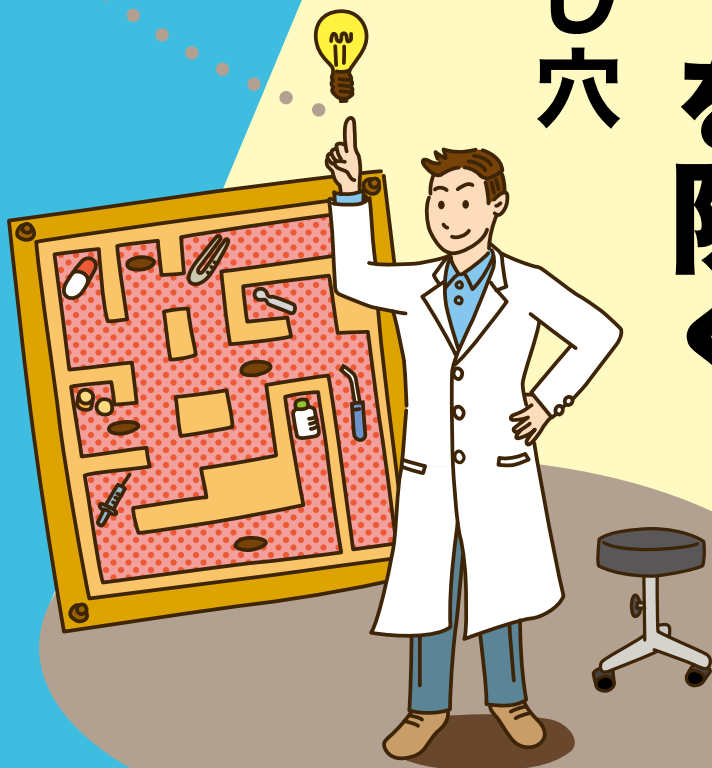


編集

窪田 満 国立成育医療研究センター
永井 章 国立成育医療研究センター

診断エラーを防ぐ 小児科の落とし穴



推薦のことば

正しい治療を行うためには、正しい診断が必須である。限られた医療資源や時間という制約の中で正しく診断し、治療を行い、良い結果を出すという一連の作業は実は簡単ではない。そのためには、数多くの患者を経験し、大小の失敗をくり返しながらか臨床の勘を研ぎ澄ましてゆくしかない。ただし、世間は以前ほど医師の失敗に寛容ではない。この様な厳しい状況の中で日頃臨床現場に臨む若手医師には、自分の経験を越えたレベルで指導してくれたり、気づかせてくれる先輩や専門書の存在は大変ありがたい。

この度、国立成育医療研究センター総合診療部の窪田満統括部長と永井章診療部長が中心となって、当センターの経験豊かな医師達が総力を挙げて上梓したのが本書『診断エラーを防ぐ—小児科の落とし穴』である。本書では、はじめに総論として正しい診断を導くための基本戦略が示され、診療姿勢、問診、身体診察、検査の在り方について丁寧にわかりやすく解説されている。各論では、救急診療や小児科の subspecialty 診療科で遭遇することの多い、典型的な症状や疾病への具体的対応や鑑別すべき疾患をあげ、解説が加えられている。実際の症例やピットフォールも示されているので理解がより深まる。さらに、随所に示されるコラムでは、重要なテーマについて味わい深い解説が加えられており、読んでいてとても楽しい。

本書の総論から各論までを通読されることで小児科診療の本質に触れ、自分の診療について改めて考えさせる機会となるであろう。一方、診断が難しい患者に出会ったときに各論を読むことでヒントを与えられることもあるだろう。

最後に、一般病院、小児病院、大学病院での私の拙い診療経験から、正しい診断がつかない難しい症例に遭遇したときはミトコンドリア異常症と Munchausen syndrome by proxy を疑うことにしてきた。

本書が小児診療に携わる多くの方に利用されることを願う。

2026 年春

五十嵐 隆（国立成育医療研究センター理事長）

序

小児科の落とし穴に光を照らしてみよう

人はなぜ、本を読み、映画を見るのだろうか。落語を聞いたり、お芝居を見に行くのもわくわくする体験である。それらを「面白い」と思うのは、そこに強烈な、おそらく自分は一生かかっても体験できないような「人生」があるからではないだろうか。確かに自分の人生も面白いものではあるが、一方で「限り」もある。自分とは全く違った「人生」が上記の芸術にはあり、作者や演出家の見事なドラマツルギーに嵌まりながら、別の人生を体験できることが面白いのだと思う。

さて、診断に関しても同じことが言える。自分が診断したことがある実臨床での経験は有限である。だからこそ、教科書や論文を読むことで、あたかも自分が経験したことのように知識が広がっていく。インターネット上の「まとめサイト」を読むのもタイプが良い。ただ、基本的に教科書に書かれているのは「成功事例」だ。この診断のためにはこの所見をとり、この検査をして、陽性であれば診断できるという1本のルールに基づかれて書いてある。しかしそれだけでは、そのルールに乗れなかった話はわからない。それなのに分かったつもりになっていると、ルールを外れたときに対応できない。それでは、その勉強は別の「人生」を歩むほどの体験にはほど遠かったと言えるし、ルールを外れたままになると診断エラーに繋がっていく可能性が高くなる。

誰しも、自分で経験したことに関しては、心に刻み込まれる。一度経験した診断エラーは心に刻み込まれ、次の診断エラーを防ぐことに貢献する。しかし、初めて出会った症例では、前述のような勉強だけでは心に刻み込まれないため、正しい診断にその知識を生かすことができないことが多い。やはり一番心に残るのは、一緒に働いている同僚の話だ。宴会の席で、先輩がボソボソと、自分が若かったときの失敗談を話してくださったことが心に残ったりする。「ああ、こんなすごい先輩でも診断エラーをしたんだ」と心に残る。それこそが、別の「人生」として心に刻み込まれるのである。その先輩が経験したことを自分が経験したときに、まるで以前経験したかのように対応できるのである。心に刻み込まれるのは一定の温度感が必要なのだ。この

本では、国立成育医療研究センター総合診療科診療部長の永井章先生のアイデアで、さまざまな「クリニカル・パール」が散りばめられている。それらはすべて、ピットフォール、つまり「小児科の落とし穴」に光を照らしたものであり、さまざまな病態における小児の診断エラーを防ぐことを目指した話が集められている。これらの内容は温度感をもって疑似体験できるものであり、御執筆いただいた、たくさんの国立成育医療研究センターの先生方には感謝しかない。

米国では年間4万から8万人が診断エラーのために死亡しているとされる。それにもかかわらず、ある本邦の調査によれば、「診断エラーをしたことがある」と答えた医師は6割で、残りの4割の医師は「診断エラーをしたことがない」「わからない」と答えている。そう答えた医師はきちんと向き合っていないだけなのではないだろうか。自身の診断エラーを真摯に振り返り、そこに光を当てて次に生かすことで、診断エラーを減らしたり、対応できたりするようになる。この本では自分で診断エラーを経験する前に、あたかも他人の人生を経験するように学びが深まる。自分で同じ診断エラーを経験した後に読めば、さらなる学びにも繋がっていく。

この本を通じて、全国の小児科医と一緒に、小児の診断エラーへ向き合ってみたい。そして、小児の診断エラーを予防するための戦略やシステムの改善につなげたいと考えている。

2026年1月

窪田 満（国立成育医療研究センター総合診療部 統括部長）

序

正しく診断するために努めていくべきこと —本書は症候と診断エラーに基盤を置いた 診断手引書でありパール集でもある

本書の構想は、もともとは、大それたことではあるが、退官が近づき私自身がこれまでの臨床で学ばせていただいた「クリニカル・パールのなものを」をまとめたいと、中山書店編集部の子益様にご相談したことが始まりであった。その小さい思いに、平素から多くの指導をいただいている国立成育医療研究センター総合診療部統括部長の窪田満先生が深く共感してくださり、多くのご教示をいただく中で、プロジェクトは大きく動き出したという経緯であった。その結果、当センターの総力を結集した形で「小児の診断エラー」に特化した実践書として、本書を世に送り出すことができたことは本当にありがたいことだと編者の一人として深く感謝している次第である。

私自身、小児科医になって以来、的確に診断を下せる医師に強い憧れを抱き研鑽を積んできた面がある。また長年、小児総合診療の現場に身を置く中で痛感したのは、「正しい診断」の持つ重みである。つまり診断とは、目の前の患者さんの苦痛を取り除き、回復へと導くための「具体的な道標を示す」に他ならないということである。その道標が正しい目的地に到達できる精度を高めるためには、知識と経験を積み、標準的医療を愚直に実践する基礎的臨床力と言えるものが不可欠であることは申し上げるまでもない。

しかし、臨床の現場ではそれと並んで大切なこともあることを学んだ。それは、診断の各プロセスの「フレームワーク（枠組み）」を常に明確に意識し、思考のプロセスを構造化することである。つまり主訴を正確に捉え、そこからどのようなロードマップを描くべきかを明確な枠組みを持って考えること。同時に、正しい診断には常に「診断エラー」と隣り合わせであるという事実も忘れてはならないものであろう。「診断を下した瞬間から、エラーの可能性が始まっている」という危機感をも持って診療を行うことが極めて重要であろう。

また診断は、子どもたちの症状を癒やすための「手段」であるとも言え、

診断エラーを最小限に抑えるためには、診断を「動き」としてイメージすることもとても重要である。診断を行った段階で、次の一手、そしてその次の一手まで考えていく。換言すると主訴から始まるアウトラインを明確にし、臨床経過を時間軸で捉える視点も欠かせないということである。そしてどれほど優れたフレームワークがあっても、盲信は禁物である。病状が改善しないとき、あるいはご家族の納得が得られていないと感じるとき、速やかに既存のフレームを見直し、新たな視点へと移行する柔軟性も必要である。患者さんの病状の推移を凝視し、ご家族の表情や言葉から違和感を汲み取ること、そして自分の描いたイメージが実際と乖離していないか、常に謙虚に、かつ丁寧に問い直すという姿勢が求められよう。医学に対しても、人に対しても、どこまでも「誠実」であること、これこそが本書の根底に流れる哲学であろう。こうしたことを踏まえて私たちが日頃から全幅の信頼を寄せている各先生方に執筆をご依頼させていただき、「診断エラーをいかに防ぐか」という視点から、多くの有益なフレームワークと、実践的なクリニカル・パールを提示していただくことができた。

本書を通じて読者の皆様が新たな視点を得、それが診断エラーの回避につながり、一人でも多くの患者さんの笑顔に寄与することができれば、編者の一人としてこれ以上の喜びはない。

2026年1月

永井 章（国立成育医療研究センター総合診療科 診療部長）



目次

推薦のことば	五十嵐 隆	iii
序 小児科の落とし穴に光を照らしてみよう	窪田 満	iv
序 正しく診断するために努めていくべきこと		
一本書は症候と診断エラーに基盤を置いた診断手引書であり		
パール集でもある	永井 章	vi

総論 診断エラーに陥らないための光

診断エラーの穴を照らす光となるもの：基本的戦略	永井 章	2
診断エラーに陥らないための光① 診察姿勢	窪田 満	8
診断エラーに陥らないための光② 問診のエラー	永井 章	12
診断エラーに陥らないための光③ 身体所見	前川貴伸	16
診断エラーに陥らないための光④ 血液・尿検査	窪田 満	21
診断エラーに陥らないための光⑤ 微生物学的検査	庄司健介	26

各論 1 小児総合診療

保護者とのコミュニケーション	余谷暢之	30
育児不安への支援	堀川美和子	34
子ども虐待の疑い	中尾 寛	38
5歳児健康診査	小坂百合香	43
Down 症候群の管理	島袋林秀, 青木美紀子	48
不登校	山元(嚙田)志穂	54
ICU への転棟, ICU からの転棟	酒井伶奈	58
在宅重症児の病状変化	伊東 藍	61
在宅重症児の家族の負担感	中村知夫	64
オンラインを用いたケア	千先園子	68
遺伝子診断の臨床応用	蘇 哲民	75

各論 2 小児救急医療

救急外来での家族説明	天笠俊介	80
他院との電話でのやりとり	大西志麻	84
意識障害	森脇太郎	86
急性呼吸障害	坪倉 慎	92
頭部外傷	富田慶一	96
誤飲, 誤嚥	多賀谷貴史	101
自殺企図・オーバードーズ	内田佳子	106
不機嫌な乳児	岡嶋貴恵	110
RRS (Rapid Response System)	益田博司	113

各論 3 中枢神経系疾患と発達

神経診察	早川 格	118
てんかん診療 (重積時, 慢性管理時)	阿部裕一	123
急性脳症・脳炎, 髄膜炎	相原健志	130
低緊張性発達遅滞	高橋達也, 早川 格	134
繰り返す頭痛	永井 章	138
神経発達症	岡 牧郎	142

各論 4 胸部疾患

胸痛	浦田 晋	146
心雑音	三崎泰志	150
川崎病	益田博司	154
反復性喘鳴	肥沼悟郎	159

各論 5 腹部疾患

繰り返す嘔吐症	柘植朋子	164
下痢・血便	竹内一朗	169
腹痛・急性腹症	藤雄木亨真, 米田光宏	174
便秘症	清水泰岳	180
偶然発見された肝機能障害	伊藤玲子	186

各論 6 免疫・アレルギー疾患

反復性発熱	河合利尚	190
関節炎	小椋雅夫	194
アトピー性皮膚炎	豊國賢治, 福家辰樹	198
薬物有害反応 (ADR)	山本貴和子, 平井聖子, 萩野紘平	203

各論 7 血液・リンパ節疾患

貧血	井口晶裕	208
出血傾向	坂本 淳	214
リンパ節腫大 (悪性か良性か)	湊 苑子	218
脳腫瘍	寺島慶太	222

各論 8 腎疾患・電解質異常

血尿・蛋白尿	亀井宏一	226
夜尿症と尿路感染症	二木良平	230
急性腎障害	西 健太郎	234
電解質異常	加藤宏樹	240

各論 9 内分泌・代謝疾患

糖尿病性昏睡	内木康博	246
低身長, 体重増加不良	吉井啓介	252
高アンモニア血症, 代謝性アシドーシス	飯島弘之	256

各論 10 皮膚・耳・眼の疾患

蕁麻疹	吉田和恵	261
小児難聴	守本倫子	266
斜視・眼振	仁科幸子	270

索引		274
----	--	-----



保護者とのコミュニケーション



診療の基本姿勢

内科の診察場面を想像してほしい。奥様に付き添われた男性の患者さんが外来を受診したときに、皆さんなら誰に話しかけるだろうか？ おそらく患者である男性からお話を伺うことが通常だろう。それでは小児科の診療においてはどうか？ お母さんに連れられた5歳の子どもが受診したとき、皆さんなら誰に話しかけるだろうか？ おそらく多くの医師はお母さんと話すのではないだろうか。これは私自身が小児科医から緩和ケア医として、成人診療に携わったときの気づきである。小児科医として長く働いたのちに、成人の診療に入ったとき、私は自分が子ども本人と話していなかったことに気づかされたのだった。

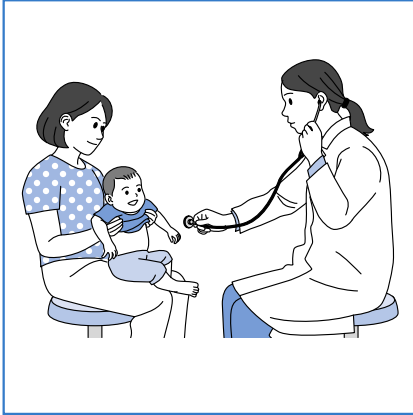
本項は保護者とのコミュニケーションというテーマであるが、その前に患者である子どもとのコミュニケーションについて考えてみたい。

保護者とのコミュニケーションの入り口—まずは子どもと向き合う

病院という環境は子どもたちにとってなじみのない場所である。外来を受診した子どもは、緊張しながら診察室に入ってきているかもしれない。その子らしく過ごせる環境をつくること、これが子どもたちの「こえ」を聴くうえでとても重要になる。私自身は、子どもの視線を注意して見るようにしている。子どもの視点で子どもが見ている世界をとらえることで、子どもが見ているもの、感じていることを想像するようにしている。このように、子どもの様子を丁寧にとらえて、できるだけ本人のペースを大切にしながら、子ども自身と対話することを忘れないようにしたい。診察の場面でも、子どものペースを大切にすることは重要である。①と②を見てほしい。どちらも子どもを診察する場面であるが、①の子どもは保護者に服をたくし上げられている。一方で②の子どもは、自分で服をたくし上げて診察を受けている。ちょっとした違いではあるが、自分で服をたくし上げることで、嫌なときに服を下ろして診察を拒むことができる。こうやって子どもに主導権を渡すように意識することで、子ども自身が自分のペースを大切に過ごすことができ、そのなかで子どもの本当の言葉を聴くことができるのではないかと考えている。

言葉で訴えることができない乳幼児もさまざまな形で自分の思いを表現している。たとえば顔をしかめる、笑うなどの表情や、足をつっ張るなどの動作、泣くなどの行

① 診察場面 (1)



② 診察場面 (2)



動で感情を表現する。子どもに真摯に向き合い、子どもたちが表現する言葉だけでない「こえ」をすくい上げることで診断につながる多くの情報を手に入れることができる。保護者と話す前に、まずは子どもと向き合い、話すようにするよう心がけてほしい。

子どもに真摯に向き合ってくれる医師の姿勢は、保護者にとっても信頼できると感じるきっかけになるかもしれない。子どもと丁寧に向き合う姿勢は、保護者とのコミュニケーションの入り口としてもとても重要なのである。

🗨️ 保護者とのコミュニケーションにおいて大切にしたいこと

ここからは、保護者とのコミュニケーションにおいて大切にしたいことについて場面を分けて概説していく。

外来診療における保護者とのコミュニケーション

子どもを連れて外来受診した保護者との対話の場面を想像してほしい。保護者は、本人なりの解釈モデルでこれまでの病状の経過をとらえている。それは必ずしも医学的な理屈と同じではない。とくに慢性的な経過をたどっている場合は、そのなかでさまざまな葛藤と思いを抱えていることが多い。まずはオープンに保護者の訴えを聴くことから始めることが重要である。できるだけ途中で話を遮らずに話を聴けるとよい。途中で遮ってしまうと、自分の思いを聴いてくれないと感じ、良い信頼関係が構築できなくなることもある。ひとまず、保護者の話にゆっくりと耳を傾け、保護者が



診断のステップ

1st step

- ・器質的疾患の除外。必要に応じて血液検査・画像検査，専門診療科へのコンサルト
- ・起立性調節障害が疑われる場合は，新起立試験に基づく評価
- ・睡眠の評価（睡眠衛生の見直し，睡眠日誌の記録，睡眠アプリの活用）

2nd step

- ・日常生活の様子（患者本人の心身への負担が大きくないか）と発達特性の聴取・評価
- ・不安症，抑うつ症の評価 →必要に応じて児童精神科へ紹介
- ・心身相関，生活環境の調整の重要性を説明し，心身症としての機能性疾患の治療を継続する。治療は小児心身医学会ガイドライン集²⁾を参考にする。

3rd step

- ・支持的カウンセリング
- ・生活環境の調整
- ・未診断の神経発達症が疑われ，本人に困りごとがある場合には児童精神科へ紹介



診断エラーを回避するために

抑うつが疑われる場合には，Patient Health Questionnaire-9（PHQ-9）などを用いて評価し，必要に応じて児童精神科へ紹介する。抑うつ状態では「悲しい」「落ち込



コラム 子どもの「雑談相手」になる

来院した患者本人に対して，体調が優れないなかで病院を受診したことにまず労いの言葉をかけるようにしている。

HEADSS アセスメントツールを用いて系統的に聴取しつつ，本人の日常生活や，今の子どもたちの中で流行していることなどにも純粋な関心をもって耳を傾ける。

児童精神科医や心理士でなくても，子どもの悩みに寄り添い，話を聞くことはできる。「良い解決策を提示しよう」「何か気の利いたことを言おう」と気負わず，雑談相手のようなつもりで話を聞く。そのなかで，本人の努力や頑張りを認め，応援している大人のひとりであることを筆者は伝えている。

む」といった気分が表現されることが多いが、児童思春期には易怒的または気難しい気分（例：怒りの持続、爆発的に怒ったり他人を非難する、些細なことへの過剰な不満感）のほうが生じやすいことがあり、欲求不満時のいらだちと区別する必要がある³⁾。

不登校の時期が長引くと、睡眠リズムの乱れや、起立性調節障害のような朝の不調が出現することがある。不登校が先行しているのか、睡眠障害や起立性調節障害が先にあるのかを判別するのは難しい場合も多いが、外来での経過観察中にも定期的に状態を評価し、介入可能な病態が存在するかを繰り返し検討していくことが重要である。



ピットフォール症例 初期診断：起立性調節障害

14歳女子。感冒をきっかけに登校できなくなった。血液検査で異常を認めず、朝の頭痛と嘔気があり起立性調節障害と診断されて塩酸ミトドリンの内服治療が開始された。しかし症状の改善が乏しく、当院へ紹介受診となった。

最終診断：慢性疲労症候群の疑い、心身症

患者は強い疲労感を訴え、頭痛や嘔気は夕方以降にも持続していた。長く睡眠時間を確保しても熟睡感が乏しく、体調が少し良くなったからと活動量を増やすと翌日疲労感が著明に悪化した。これらの所見から、慢性疲労症候群の初期を疑った。また、母親の話からは、患者がもともと真面目で努力家な性格であり、登校できなくなる前から学校生活について「疲れた」「しんどい」などの訴えが時々あったことが判明し、心因的要因の関与も考慮された。

【メッセージ】 疲労感が強く、症状の日内変動が乏しい場合は、慢性疲労症候群も鑑別にあげる必要がある。

●文献

- 1) 文部科学省。不登校に関する基礎資料。2023。p.1 (https://www.mext.go.jp/content/20230215-mxt_jidou02-000027614_6.pdf) (最終閲覧 2025年6月)
- 2) 日本小児心身医学会編。小児心身医学会ガイドライン集。改訂第3版。日常診療に活かす7つのガイドライン。東京：南江堂；2025。
- 3) American Psychiatric Association/日本精神神経学会（日本語版用語監修）、高橋三郎・大野裕監訳。DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。東京：医学書院；2023。p.179。

(山元(饗田)志穂)



他院との電話でのやりとり

はじめに

小児救急医療においては、患者の転院搬送や受け入れは日常的に発生し、他施設の医師と患者情報をやりとりする必要に迫られる。患者に起こる有害事象の約25%はコミュニケーションエラーが要因とされており、とくに患者転院搬送時の医療機関間での正確な情報伝達は、誤診防止や有害事象の発生予防に不可欠である¹⁾。また、緊急患者の転院搬送においては、さまざまな通信手段が存在する現代においても、依然として電話が主要な連絡手段である。一般的な対人コミュニケーションでは、表情や視線、ジェスチャーといった非言語情報が大きな割合を占め、言語による情報伝達は最大でも3割程度にとどまるとされる²⁾。そのため、顔の見えない電話という制限された媒体では、言語情報の内容だけでなく、その伝え方にも注意が必要であり、正確かつ簡潔な情報伝達に加え、声のトーンや言葉遣いなど細部に配慮することが求められる。他院との電話のやりとりに明確な指針は存在しないため、以下、筆者が日常診療において配慮している点を中心に述べる。



基本姿勢

転院搬送を依頼する立場では、短時間で患者の全体像を伝え、受け手に「この患者は受け入れるべきだ」と思わせる“スイッチ”を入れることが重要である。筆者は、電話の冒頭に患者の想定される疾患、状態の緊急性・重症度、および転院搬送の理由を、簡潔な一文で伝えるようにしている。たとえば「1歳男児、RSウイルス感染症による呼吸不全状態であり、集中治療管理のため転院搬送をお願いしたい」など、呼吸不全やショックで全身管理が必要であること、緊急手術が必要、など転院搬送の決め手となる要素が最初に伝わると、受け手側も判断を迅速に行いやすくなる。その結果として、最終的な患者受け入れまでの時間短縮にもつながると考える。

また、患者情報の伝達には、SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) といった標準化ツールを活用することも有用である。SBARは緊急性の高い場面での簡潔な情報共有を目的としたツールであり、医療現場においては、救急、小児科、NICUなどで幅広く応用され、チーム連携の向上効果が報告されている³⁾。最も基本的なこととして、情報の誤認を防ぐためには、患者名や生年月日、体重などの基本情報を繰り返して確認することも重要である。



転院搬送受け入れ側の工夫

一方、受け入れ側は、限られた時間のなかで、患者の状態を的確に把握できる情報を「引き出し」、受け入れ可否を判断する必要がある。転院搬送依頼元では、蘇生処置や家族対応などで混乱していることも多いため、電話のやりとりのなかで患者情報とともに整理しながら把握するとよい。重症患者であれば、ABCDEに沿って患者状態を確認すると全体像が把握しやすい。また、たとえばGCS（Glasgow Coma Scale）を確認するとき、緊急時にはとっさに出てこない場合もあるため、「今、開眼していますか」「痛みに対して手を払ったりしますか」といった具体的な質問を通じて、実際のスコアを引き出していく工夫も必要である。さらに、情報の聞き漏らしや受け取り忘れを防ぐため、施設ごとにフォーマットを作成し、受け入れに必要な情報（感染症歴、家族情報など）を一覧化しておくことも有効である。こうした準備は、転院搬送後のスムーズな受け入れにつながる。



まとめ

緊急で重症患者を転院搬送する場合、依頼側は蘇生処置を行い、家族対応をしながら、場合によっては滅多に連絡しない施設の見知らぬ相手に電話をしなければならず、そのストレスは相当なものである。一方、受け入れ側もまた、他患者の診療中に時間を割いて対応していることが多々ある。こうした背景があるからこそ、電話という顔の見えない手段においては、互いの立場と状況に配慮した、丁寧で誠実なコミュニケーションが求められる。

●文献

- 1) The Joint Commission. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004-2015.
<https://www.jointcommission.org/>
- 2) Mehrabian A. Silent Messages : Implicit Communication of Emotions and Attitudes. California : Wadsworth Publishing ; 1971.
- 3) Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR : a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006 ; 32 : 167-75.

(大西志麻)