

# 総合診療 ① 専門医のカルテ

プロブレムリストに基づく  
診療の実際

編集主幹  
草場鉄周  
専門編集  
横林賢一

 GENERAL  
PRACTITIONER

中山書店

# 序

---

今からちょうど10年前の2005年、はじめて家庭医の外来診療を拝見しました。現在、オレゴン健康科学大学（OHSU）家庭医療科で活躍している山下大輔氏の診療です。氏の受けもつすべての患者のカルテには、「予防・健康増進」というプロブレムリストが記載されていました。それまで急性期医療の経験しかなく、慢性疾患には薬を出して終わりでよいと思っていた自分にとっては大きな衝撃でした。山下氏のカルテから、現場で行われている「実臨床」を多く学ばせていただきました。

後期研修を始めた際、高血圧など慢性疾患についての知識が乏しかった私は複数の医学書を読んでみましたが、実際の医療現場での疑問の解決には繋がりませんでした。世に有用な参考書は多くありますが、残念ながら実践に応用しがたいものも少なからずあります。そのようななか、「実臨床で役に立つ書籍」の作成を目指し、百戦錬磨の編集委員で考え、できた案を何度も白紙に戻す「ちゃぶ台返し」を繰り返し、この本が生まれました。

本書では、総合診療のプロが実際の診療内容について「カルテ」として記載しています。その周囲をカルテ内の重要な語句やポイントで取り囲む、という構成です。診療上、どうしていいかわからないプロブレムに遭遇したとき、そのプロブレムが記載してあるページを一読してください。すべてのプロブレムへの対処法は基本的に見開き2ページ以内で書かれているため診療の合間に読める分量であり、またフォローの仕方まで書かれているため、継続して診療をする際にも有用です。時間ができたら、該当ライフステージの総論を読み、その世代の診かたにつき整理していただけたらと思います。これから総合診療専門研修を始められる方、あるいは他の診療科から総合診療領域に転向予定の方は、最初から最後まで通読いただくと日常診療が格段に楽しくなると思います。この1冊が、現場で困っていらっしゃるプライマリ・ケア関連の先生方のお役に立てれば、執筆者一同望外の喜びでございます。

最後になりましたが、お声掛けいただいた総合診療専門医シリーズ編集主幹の草場先生、夜を徹して議論した熱い編集委員のみなさま、惜しげもなく「現場の pearl」を教えていただいた執筆者の皆様、そして今まで温かくサポートし続けてくれた北原裕一さんはじめ中山書店の皆様にご心より御礼申し上げます。

2015年5月

広島大学病院 総合内科・総合診療科

編者を代表して **横林 賢一**

# 目次

## 乳幼児期

### 総論

症例から考えられるプロブレムリスト	児玉和彦	2
乳幼児期の診療のポイント	児玉和彦	4

### 各論

1 発熱	茂木恒俊	8
2 喘鳴	茂木恒俊	10
3 腹痛	中村琢弥	12
4 予防接種	児玉和彦	14
5 乳児健診	児玉和彦	16
6 乳幼児の発達	佐古篤謙	18
7 虐待	佐古篤謙	20
8 予防・健康増進	宮崎 景	22

## 学童・ 思春期

### 総論

症例から考えられるプロブレムリスト	中山明子	26
学童・思春期の診療のポイント	中山明子	28

### 各論

1 風邪症候群	中川貴史	32
2 アトピー性皮膚炎	中村琢弥	34
3 喘息	中川貴史	36
4 性教育	中山明子	38
5 無月経・月経不順	西村真紀	40
6 スポーツ医学	池尻好聰	42
7 整形外科的疾患	池尻好聰	44
8 不登校	山田康介	46
9 発達障害	山田康介	48
10 予防・健康増進	宮崎 景	50

## 青年期

### 総論

症例から考えられるプロブレムリスト	西村真紀	54
青年期の診療のポイント	西村真紀	56

### 各論

1 うつ・自殺	森屋淳子	58
2 不安障害	森屋淳子	60
3 肥満	小宮山 学	62
4 アルコール	中澤一弘, 吉本 尚	64
5 喫煙	中澤一弘, 吉本 尚	66
6 月経困難症・月経前症候群	中山明子	68
7 妊娠前ケア	小嶋 一	70
8 妊娠中の common disease の対応	井上真智子	72
9 不妊症	井上真智子	74
10 子育て・育児相談	西村真紀	76
11 ヘルスメンテナンス	阪本直人	78

## 壮年期

### 総論

症例から考えられるプロブレムリスト	小嶋 一	82
壮年期の診療のポイント	小嶋 一	84

### 各論

1 高血圧症	本村和久	88
2 糖尿病	青木拓也	90
3 健診の異常	齋木啓子	92
4 COPD	朝倉健太郎	94
5 睡眠障害	横林賢一	96
6 多愁訴	渡邊力也	98
7 更年期障害	小嶋 一	100
8 仕事上のストレス	安藤慎吾	102
9 労働環境の問題	安藤慎吾	104
10 家族ライフサイクル	松坂英樹	106
11 ヘルスメンテナンス	阪本直人	108

## 高齢期

### 総論

症例から考えられるプロブレムリスト	横林賢一	112
高齢期の診療のポイント	横林賢一	114

### 各論

1 認知症	朝倉健太郎	116
2 パーキンソン病	飛松正樹	118
3 転倒	吉田 伸	120
4 尿失禁	吉田 伸	122
5 骨粗鬆症	小嶋秀治	124
6 変形性膝関節症	松田 諭	126
7 腰痛	松田 諭	128
8 皮膚トラブル（皮脂欠乏症，白癬）	太田 浩	130
9 褥瘡	太田 浩	132
10 肺炎（口腔ケア，嚥下機能評価含む）	原田昌範，中嶋 裕	134
11 熱中症	宮野 馨，原田昌範	136
12 虚弱高齢者・寝たきり	木村琢磨	138
13 独居・閉じこもり	木村琢磨	140
14 高齢者虐待	飛松正樹	142
15 要介護認定未申請	菅家智史	144
16 身体障害者	高柳宏史	146
17 polypharmacy	浜野 淳	148
18 複数の医療機関受診	浜野 淳	150
19 訪問診療	富塚太郎	152
20 施設利用者	富塚太郎	154
21 終末期ケア	大石 愛	156
22 グリーフケア	大石 愛	158
23 栄養障害	若林秀隆	160
24 リハビリテーション	若林秀隆	162
25 家族ライフサイクル	松坂英樹	164
26 予防・健康増進	高柳宏史	166

● 本文関連図表	168
● 索引	185

# 執筆者一覧 (執筆順)

- 児玉 和彦 こだま小児科  
茂木 恒俊 京都大学医学教育推進センター  
中村 琢弥 弓削メディカルクリニック 滋賀家庭医療学センター  
佐古 篤謙 湯郷ファミリークリニック  
宮崎 景 高茶屋診療所 三重家庭医療センター高茶屋  
中山 明子 大津ファミリークリニック / 洛和会音羽病院  
中川 貴史 北海道家庭医療学センター 寿都町立寿都診療所  
西村 真紀 川崎医療生協 あさお診療所  
池尻 好聰 シムラ病院  
山田 康介 北海道家庭医療学センター 更別村国民健康保険診療所  
森屋 淳子 医療福祉生協 家庭医療学開発センター / 川崎医療生協 久地診療所  
小宮山 学 湘南真田クリニック  
中澤 一弘 筑波大学医学医療系 / 筑波大学附属病院総合診療科  
吉本 尚 筑波大学医学医療系 / 筑波大学附属病院総合診療科  
小嶋 一 手稲家庭医療クリニック  
井上真智子 浜松医科大学医学部 地域家庭医療学講座  
阪本 直人 筑波大学医学医療系 地域医療教育学 / 筑波大学附属病院総合診療科  
本村 和久 沖縄県立中部病院 プライマリケア・総合内科  
青木 拓也 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻  
齋木 啓子 ふれあいファミリークリニック  
朝倉健太郎 大福診療所  
横林 賢一 広島大学病院 総合内科・総合診療科  
渡邊 力也 市立福知山市民病院 総合内科  
安藤 慎吾 北海道医療生協 緑愛クリニック  
松坂 英樹 松坂内科医院  
飛松 正樹 百瀬病院  
吉田 伸 飯塚病院  
小嶋 秀治 三重大学大学院医学系研究科 亀山地域医療学講座  
松田 諭 北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック  
太田 浩 地域医療振興協会 揖斐川町春日診療所  
原田 昌範 山口県立総合医療センターへき地医療支援部  
中嶋 裕 山口県立総合医療センターへき地医療支援部  
宮野 馨 山口県立総合医療センターへき地医療支援部  
木村 琢磨 北里大学医学部 総合診療医学・地域総合医療学  
菅家 智史 福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座  
高柳 宏史 福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座  
浜野 淳 筑波大学医学医療系  
富塚 太郎 桜新町アーバンクリニック / 京都大学学際融合教育研究推進センター  
大石 愛 エジンバラ大学医学部 博士課程  
若林 秀隆 横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション科

# 本書の活用法

本書は、世代ごとの診かたについて解説してある総論と、初診時から数週間・数か月後のフォローまで実際のカルテ形式で記載され、その周囲を重要ポイントで取り囲んでいる各論からなります。各論は見開き2ページの分量であるため、忙しい診療の合間でもご参照いただけます。

時間があるとき、あるいはライフステージごとの診療に不安を感じたときは総論をご覧ください。実際の診療で対応に困るプロブレム（高齢者虐待、不登校など）に遭遇した場合、あるいはフォローの方法に難渋するケースでは各論をご覧ください。

**高年齢 症例から考えられるプロブレムリスト**

**症例A 78歳女性。独居、生活保護。**

1年前に転倒し腰椎圧迫骨折を認めて以来、家の中を這って移動している。民生委員が時々訪問するが、そのたびに体重が減っているように見える。物忘れや物盗られ妄想があり民生委員に暴言を吐くので、あまり訪問したくないと考えている。今回は3日前から咳、痰、薬汁を認めるため民生委員に連れられて車椅子で受診した。

**考えられるプロブレム**

- #1 咳、痰、鼻汁
- #2 腰椎圧迫骨折
- #3 物忘れ、物盗られ妄想、暴言
- #4 独居、生活保護
- #5 虚部高齢者、低栄養
- #6 予防・健康増進

**症例B 66歳男性。妻と二人暮らし。**

高血圧。脂質異常症で当診療所に通院中。もともとは威勢のいい元気な患者だが、定期受診日の本日はいつものような活気がなく、大好きだった盆栽も最近はやろうと思わなくなったようである。詳しく話を聞くと、半年前に長年勤めていた会社を定年退職してから何をする気も起きずイライラするようになり、外部との交流もほとんどなくなったことがわかった。1年前に長女が結婚し妻と二人暮らしになったが、そのころから妻の対応が受けなくなり、定年退職後はほとんど口をきいてくれなくなった。

**考えられるプロブレム**

- #1 抑うつ気分、興味の消失
- #2 高血圧
- #3 脂質異常症
- #4 ライフサイクル移行期（定年退職、子どもの巣立ち、妻との不仲）
- #5 AADL（仕事、ゴルフ）
- #6 予防・健康増進

**症例C 80歳男性。長女と二人暮らし。**

糖尿病・高血圧のためA内科に、変形性膝関節症のためB整形外科に、前立腺肥大症のためC泌尿器科に、足白癬のためD皮膚科に、アルツハイマー型認知症のためE神経内科に順とともに通院していた。このたび、当診療所の近くにあるグループホームに入所することとなり、これまで通っていた医療機関が遠方となったため、当診療所でまとめて診療することになった。

**考えられるプロブレム**

- #1 アルツハイマー型認知症
- #2 糖尿病
- #3 高血圧
- #4 変形性膝関節症
- #5 前立腺肥大症
- #6 足白癬
- #7 施設入所
- #8 複数医療機関受診、多剤内服
- #9 予防・健康増進

**症例D 80歳男性。妻と二人暮らし。**

脳梗塞後遺症のため左半身麻痺と構音障害があり、1年前から月に2回、A医師が訪問診療を行っている。昨日から咳、痰と38.5℃の発熱を認めていると妻から診療所に連絡があり、A医師が不在であるため、急遽臨時受診することになった。妻によると、ここ数か月むせることが増えているようであった。診察上、SpO<sub>2</sub> 89%と低下を認め、右肺でラ音を聴取した。口腔内はう歯が多く、口臭も強かった。妻は「もう限界です。入院させてください」と涙を流していた。

**考えられるプロブレム**

- #1 肺炎の疑い
- #2 咳下痰音
- #3 不適切な口腔ケア
- #4 介護者の介護疲れ
- #5 予防・健康増進

**症例E 90歳女性。長女と二人暮らし。**

半年前から腰痛を訴えていたが放置していた。1か月前から咳が出るようになり、2週間前から呼吸困難も認めるようになった。腰痛、咳嗽、呼吸困難が増悪し自剃外となったため順と通院して来院したところ、肝臓癌の肺転移、骨転移と診断された。本人の強い希望で自宅で過ごすことになり、入院ベッドの関係で早期退院を促され、疼痛・呼吸困難のコントロールが不十分のまま退院となった。当診療所で在宅管理を行うことになったが、長女は本人の希望を叶えてあげたいと思いつつも不安が強い。介護保険は申請していない。

**考えられるプロブレム**

- #1 肝臓癌肺転移、骨転移
- #2 急性疼痛
- #3 呼吸困難
- #4 長女の不安
- #5 介護保険未申請

## 総論——症例から考えられるプロブレムリスト

### 症例

世代ごとによくある受診パターンについて書かれています。まずは症例を読んで、何がプロブレムリストになるかお考えください。

### 考えられるプロブレム

左の症例から考えられるプロブレムリストを列挙しています。色文字は総合診療医としてのプロブレムリストです。各論では主に色文字のプロブレムリストを取り上げています。

### 症例

各プロブレムについて、よくある受診パターンを紹介しています。

### カルテ

実際のカルテ方式で、SOAP形式(主にAとP)について書かれています。受診日のみならず、数日後、数週間後、数か月後のフォローについても記載されていますので、必要な箇所をご覧ください。

**壮年期 5**

**睡眠障害**

横林賢一 (広島大学病院総合内科・総合診療科)

**症例 34**

42歳男性。ここ3か月ほど寝付きが悪く、日中も眠気があり体がだるいため、高血圧のため定期通院している妻に連れられて受診した。

**1** 成人的3割が悩まされている「眠れない」訴えをよく聞くのが第一歩。「眠れない」ことにより、日中の生活に問題が生じる(日中の眠気・倦怠感により仕事の能率が落ちるなど)場合に、評価・治療が必要になる。不眠患者に「寝る」と睡眠薬を処方し続ける、という診療スタイルは好ましくない。

**2** 1か月未満の短期不眠と1か月以上の長期不眠に分けられる。

**3** 病態から入眠障害(就床後入眠までに30-60分以上かかる)、中途覚醒(一晩に2回以上覚醒)、早期覚醒(通常の起床時刻よりも2時間以上早く覚醒)、熟眠障害などの状況が判断する。

**4** **総合診療医の視点**  
タバコ、アルコール問題の合併も多く、他の健康危険因子の発見も併行して実施したい。

**5** 同居している若者に病歴を聞くことも重要。患者の睡眠習慣や日中の様子、アルコール・タバコ・カフェインなどの摂取の有無、夜間のいびき・無呼吸・不随意運動の有無も取り扱う。

**6** 【紹介のタイミング】(不眠外来:精神科など)  
•睡眠時間短縮症候群、むずむず脚症候群、周期性四肢麻痺などの特異的睡眠障害が疑われる場合

**カルテ**

**# 睡眠障害**

(診察日)

A) 日中の眠気、倦怠感があり介入が必要<sup>1)</sup>。1か月以上持続しており、長期不眠<sup>2)</sup>、入眠障害<sup>3)</sup>、パターンを疑う。特定のストレスはなさそう。アルコール、カフェイン摂取なし<sup>4)</sup>。本人・同居している妻<sup>5)</sup>からの病歴からは、うつ病(抑うつ気分なし、興味の消失なし)、睡眠時無呼吸症候群、むずむず脚症候群<sup>6)</sup>は変えない。

P) 「睡眠障害対処の12の指針」<sup>7)</sup>の内容(1)を説明し紙を渡すとともに、「睡眠日記<sup>8)</sup>」を渡し、2週間記載してもらい、2週間後再診。

(2週間後)

A) 睡眠日記からは入眠障害パターンで中途覚醒もあり、「12の指針」は守っていないが、日中の眠気や倦怠感は持続している。

P) 本人の内服薬の希望あり、レンドルミン<sup>9)</sup>(プロメチゾラム)1錠処方<sup>10)</sup>し、2週間後再診。レンドルミン<sup>9)</sup>の副作用(11)についても説明。

(4週間後)

レンドルミン<sup>9)</sup>投与で入眠障害、中途覚醒とも良好。翌日への持ち越し現象なし<sup>10)</sup>。処方継続希望あり、継続。以後、1か月ごとのフォローとする。

(6か月後)

睡眠障害のない状態が4か月継続している。不眠に対する恐怖感もなし。減薬<sup>11)</sup>提案したところ了承されたため、減薬し3/4錠に減薬し、3週間後に再診。不眠が再度出現したらその前に受診するよう説明。以後、減薬を重ね睡眠薬離脱。離脱後1か月不眠の訴えなく終診となった。

•入眠障害の場合:超短時間型【マイスリー<sup>9)</sup>(ゾレピドン)】、短時間型【ハルシオン<sup>9)</sup>(トリアゾラム)、アモバン<sup>9)</sup>(ゾピクロン)、ルネスタ<sup>9)</sup>(エスゾピクロン)】あるいは短時間型【レンドルミン<sup>9)</sup>(プロメチゾラム)】

•中途覚醒・早期覚醒の場合:中時間型【ユロジン<sup>9)</sup>(エスタゾラム)】や長時間型【ドラール<sup>9)</sup>(クアゼム)】

•メラトニン受容体作動薬  
•ロゼレム<sup>9)</sup>(ラメルテオン)  
不眠症患者の投与前投与で、入眠時の短縮、総睡眠時間の増加効果あり。  
ベンゾジアゼピン受容体作動薬より催眠作用はやや弱いが、安全性が高い。(記憶障害、反跳現象、筋弛緩作用、依存が起きない)。

**12** 副作用の評価も必ず行う(12)。

**参考文献**

1) 内山真由. 睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第2版. 東京:じほう;2012.  
2) 厚生労働省研究費「障害者対応総合診療事業」睡眠薬の適正使用及び減薬・中止のための診療ガイドラインに関する研究発表」および日本睡眠学会「睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」編. 睡眠薬の適正使用と休薬のための診療ガイドライン. 2013. [http://www.nccgo.go.jp/press\\_130611\\_2.pdf](http://www.nccgo.go.jp/press_130611_2.pdf)  
3) Ramakrishnan K, Scheel DC. Treatment Options for Insomnia. Am Fam Physician 2007; 76: 517-26.

### 各論

### 総合診療医の視点

総合診療医として意識してもらいたい重要なポイントとして「総合診療医の視点」として記載しています。

### \* (重要語句・ポイント)

カルテのなかの重要な語句やポイント、他科専門医への紹介のタイミングについて解説しています。

### 図表

理解を助けるため図表を多用しています。2ページに入りきれない重要な図表は巻末ページにまとめて掲載しています。

乳幼児期

## 症例から考えられるプロブレムリスト

考えられるプロブレム の色文字は、総合診療医としての視点のプロブレムです

**症例 A** 2歳6か月女児。クリニック午後診療。クリニックにかけつけ。

ある冬の日、午後からの38.9℃の発熱を主訴に受診。母親は、「機嫌が悪く、お腹が痛いみたい」という。「どこが痛いのか?」と聞くと、腹部を指さす。自立歩行可能。笑顔はないが、おしゃべりはできる。鼻水がひどく湿性咳嗽がある。A保育園に通園中。父親が喫煙者であることについて前回母親と話したところである。

## 考えられるプロブレム

- #1 3歳未満の発熱
- #2 腹痛
- #3 A 保育園通園中
- #4 父親の喫煙

**症例 B** 8か月男児。夜間救急外来。けいれんにて救急搬送。

救急外来に当直中、本日からの発熱と3分間の四肢の間欠けいれんを主訴に救急車で受診した8か月男児。体温は39.0℃で生まれて初めての発熱であった。来院時意識は清明 (pediatric GCS15)。泣いている。脈拍数188回/分、呼吸数70回/分、肋間の陥没呼吸を認める。SpO<sub>2</sub>=100% (room air)。

大泉門は平坦。呼吸音は清明。その他身体診察に異常なし。

## 考えられるプロブレム

- #1 初発けいれん (単純型熱性けいれん疑い)
- #2 重症細菌感染の除外が必要
- #3 頻脈
- #4 頻呼吸
- #5 ワクチン接種歴確認

**症例 C** 8か月男児。クリニック午前診療。細菌性髄膜炎で入院していたが先日退院。

先月救急外来担当中に診察し、細菌性髄膜炎として小児科入院となったB君が風邪症状で受診した。今日は元気にニコニコしている。体温37.8℃、鼻水、咳があるが、食欲あり睡眠もとれている。母親はなんだかそわそわしている。

## 考えられるプロブレム

- #1 急性上気道炎
- #2 細菌性髄膜炎既往
- #3 ワクチン接種について確認
- #4 母親に違和感

**症例D** 5歳男児. クリニック予防接種外来.

MR2期ワクチンの予防接種のために来院。第1子。乳児期は夜泣きがひどく育てにくい子どもであった。幼児期になってから診察のときは大声で泣き叫んで診察がしにくい。今回、ひさしぶりに来院。不安げな顔をして入室してきた。挨拶しても返事はないが、視線を合わせてドキドキしているようである。母親に促されて一人で椅子に座る。幼稚園の運動会は「楽しかった」という。「来年から1年生やなあ。ランドセル買った？」という。はにかんで母親のほうを振り返る。聴診は嫌がらずにできる。口を開けてというと、数秒嫌がっていたが、母親に励まされて自分で口を一瞬開けられる。MRワクチンを接種すると、泣かずにできた。

**考えられるプロブレム**

- #1 MRワクチン接種完了
- #2 対人関係の改善がみられる
- #3 就学時健診、就学後の様子について聞き取りが必要

## 乳幼児期 1

## 発熱

茂木恒俊 (京都大学医学教育推進センター)

## 症例 1

11 か月男児。季節は夏。4 日前から 39.2℃ の熱があり、3 日前に近医を受診して解熱薬で経過をみていた。その後も 38 ~ 39℃ 台の熱が続いているため心配になり当院を受診した。咳や鼻汁がある。やや下痢気味。いつもよりあまり食べない。

\*1 全身状態を判断する際には、A (Appearance), B (Breathing), C (Circulation to skin) で評価を行う。

**Appearance**……周囲への興味を示すか？ 四肢の動き、視線が合うか。あやすと笑うか？ など

**Breathing**……頻呼吸の有無、努力様呼吸や陥没呼吸の有無、明らかに聞こえる喘鳴など

**Circulation to skin**……顔色不良がないか、末梢のチアノーゼ、CRT (capillary refill time) : 2秒以上は異常

\*2 小児は年齢別にバイタルサインの正常範囲が異なるため、全身状態が良さそうに見えても確認できるほうが望ましい。

\*3

## 総合診療医の視点

“予防接種をしていますか？”と口頭で確認するのではなく“母子手帳を見せていただけますか？”と自分の目で確認する。接種していないときには、“接種していると、細菌性髄膜炎のような怖い病気になりにくいので、安心ですよ”とその場で勧める。近年、PCV や Hib のワクチン接種により細菌性髄膜炎の報告数も減ってきている。PCV や Hib を 1 回接種しているだけでも、髄膜炎の原因となる occult bacteremia (潜在性菌

カルテ

## # 発熱

〈診察日〉

S) (抜粋)

保育園では風邪で休んでいる子がいると連絡あり。

予防接種：BCG 済み，4 種混合，PCV13，Hib (3 回接種済み)

O) (一部)

全身状態：周囲への興味あり，視線は合う，やや不機嫌

努力様呼吸なし，CRT < 2 秒

バイタルサイン：心拍数 160bpm，呼吸回数 40 回/分，体温 38.9℃，SpO<sub>2</sub> 98%

大泉門：平坦

眼球結膜：両側充血，眼脂なし

咽頭発赤あり，扁桃腫大なし，白苔なし。イチゴ舌あり。

耳：耳漏なし，鼓膜の発赤なし，膨隆なし

頸部リンパ節腫脹あり (右前頸部 φ 2cm 大，圧痛あり)

胸部・腹部：心音・肺音に異常なし

四肢に皮疹なし，手掌・指の紅斑，硬性浮腫なし。おむつかぶれあり。

A) 全身状態に関しては、ABC<sup>\*1</sup> に異常をほとんど認めない。バイタルサイン<sup>\*2</sup>

血症) が減少することが報告されている<sup>1)</sup>。

\*4 1 歳までの小児で肺炎を疑った際、頻呼吸や努力様呼吸など、見た目の異常や身体所見にてラ音が聴取されなければ肺炎の可能性はやや下がる (1)。

についても、〔総論 (p.6) 1〕を参考にすれば) 呼吸回数は正常範囲であるが、心拍数は+1SDにある。

熱が出てから3日以上経過しているため、まずは見逃してはいけない疾患が隠れていないか考える。予防接種歴<sup>\*3</sup>や全身状態から判断すると細菌性髄膜炎は考えにくい。また、呼吸回数<sup>\*4</sup>の増加<sup>\*4</sup>がなく、SpO<sub>2</sub>正常であることや身体所見で明らかかなラ音を聴取しなかったことから肺炎は考えにくい。尿パックでの尿検査でも異常は認められなかったため尿路感染症の可能性は低いと考える。最後に、発熱4日目であり、川崎病の診断基準は満たしていないか考えておく必要がある。現時点で眼球結膜の充血を認めるが、眼脂がないことを考えるとアデノウイルスによる咽頭結膜熱とは考えにくい。イチゴ舌を認めるが、溶連菌感染症を疑わせるような咽頭・軟口蓋の発赤や出血斑は認めない。BCG接種部位の再発赤<sup>\*5</sup>はなく、手指の変化も認められない。

P) 発熱4日目であり、おむつかぶれを不定形発疹と考えても川崎病の診断基準は6項目中4項目しか満たしていないため不全型<sup>\*6</sup>になるが、川崎病を強く疑い近医小児科へ紹介する。

## 1 肺炎を疑わせる病歴・身体所見

	陽性尤度比 (95% CI)	陰性尤度比 (95% CI)
頻呼吸 (1歳未満, 50回/分以上)	1.67 (1.2~2.3)	0.52 (0.4~0.7)
努力様呼吸 (陥没呼吸, 鼻翼呼吸)	1.27 (1.0~1.5)	0.53 (0.3~0.9)
ラ音の聴取	1.78 (1.4~2.3)	0.36 (0.2~0.5)

(Margolis P, Gadomski A. Does this infant have pneumonia?. JAMA. 1998;279:308-13.)

\*5 BCGの再発赤は、川崎病の診断手引きでも参考条項として記載されている。この現象が認められるのはだいたい3日目(中央値)といわれており、BCG接種後の期間によってもその頻度は異なってくる(2)。今回のように1歳未満のケースでは比較的良好に観察されるため、積極的にBCGの再発赤がないか確認することが大切である。

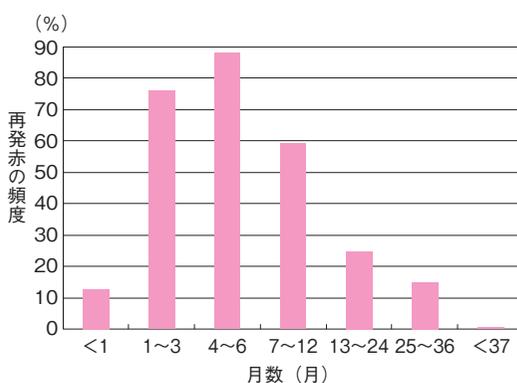
\*6 不全型であっても冠動脈病変の合併率は変わらない<sup>2)</sup>。

### ●冠動脈病変合併率

定型型: 14.2%

不全型: 18.1% (4症状), 19.3% (3症状以下)

## 2 BCG接種後の期間における再発赤の頻度



(高山順, 柳瀬義男. MCLSにおけるBCG接種部位の変化についての検討. 日本小児科学会雑誌 1982; 86: 567-72.)

### ●参考文献

- 1) Fever without a source in children 3 to 36 months of age.  
<http://www.uptodate.com/contents/fever-without-a-source-in-children-3-to-36-months-of-age>
- 2) Sonobe T, Kiyosawa N, Tsuchiya K, et al. Prevalence of coronary artery abnormality in incomplete Kawasaki disease. *Pediatr Int.* 2007; 49: 421-6.

## 壮年期 5

## 睡眠障害

横林賢一（広島大学病院 総合内科・総合診療科）

## 症例 34

42歳男性。ここ3か月ほど寝付きが悪く、日中も眠気があり体がだるいため、高血圧のため定期通院している妻に連れられて受診した。

\*1 成人の約3割が悩まされている「眠れない」訴えをよく聞くのが第一歩。「眠れない」ことにより、日中の生活に問題が生じる（日中の眠気・倦怠感により仕事の能率が落ちるなど）場合に、評価・治療が必要になる。不眠患者に漫然と睡眠薬を処方し続ける、という診療スタイルは好ましくない。

\*2 1か月未満の短期不眠と1か月以上の長期不眠に分けられる。

\*3 病歴から入眠障害（就床後入眠までに30～60分以上かかる）、中途覚醒（一晩に2回以上覚醒）、早朝覚醒（通常の起床時刻よりも2時間以上早く覚醒）、熟眠障害などの状況が判断する。

\*4 **総合診療医の視点**  
タバコ、アルコール問題の合併も多く、他の健康危険因子の発見と介入も並行して実施したい。

\*5 同居している者に病歴を聞くことも重要。患者の睡眠習慣や日中の様子、アルコール・タバコ・カフェインなどの摂取の有無、夜間のいびき・無呼吸・不随意運動の有無を聴取する。

\*6 【紹介のタイミング】（不眠外来：精神科など）  
• 睡眠時無呼吸症候群、むずむず脚症候群、周期性四肢麻痺などの特異的睡眠障害が疑われる場合

カルテ

## # 睡眠障害

## 〈診察日〉

A) 日中の眠気、倦怠感があり介入が必要\*1。  
1か月以上持続しており、長期不眠\*2。  
入眠障害\*3パターンを疑う。特定のストレスはなさそう。アルコール、カフェイン摂取なし\*4。本人・同居している妻\*5からの病歴からは、うつ病（抑うつ気分なし、興味の消失なし）、睡眠時無呼吸症候群、むずむず脚症候群\*6は考えにくい。  
P) 「睡眠障害対処の12の指針\*7」の内容（1）を説明し紙を渡すとともに、「睡眠日記\*8」を渡し、2週間記載してもらう。2週間後再診。

## 〈2週間後〉

A) 睡眠日記からは入眠障害パターンで時に中途覚醒もあり。「12の指針」は守ってい

- 1か月以上睡眠薬を投与してもまったく効果が見られない場合
- 精神的疾患（中等度以上のうつ病、双極性障害、統合失調症など）が疑われる場合

\*7 治療のゴールは、眠れないことにより生じる疲労、不調感、注意・集中力低下など、日中のQOLを改善すること。認知行動療法（眠れないことに対する考え方の改善のサポートなど）や環境要因の調整など、まずは非薬物治療から試みる。「睡眠障害対処の12の指針」（1）は、すべての患者と共有する。

\*8 ベッドに入った時間、実際に眠れた時間、夜間起きた回数、起床時間、昼寝時間、総睡眠時間や熟眠感、日中の眠気につき2週間分記載してもらう。

\*9 必要であれば睡眠薬を処方し、適切に離脱する  
• ベンゾジアゼピン受容体作動薬〔ベンゾジアゼピン系（ベンゾ）、非ベンゾジアゼピン系（非ベンゾ）がある〕。

るが、日中の眠気や倦怠感は持続している。  
P) 本人の内服加療の希望あり、**レンドルミン® (プロチゾラム) 1錠処方<sup>\*9</sup>**し、2週間後再診。レンドルミン®の副作用**(2)**についても説明。

#### 〈4週間後〉

レンドルミン®投与で入眠障害、中途覚醒とも良好。**翌日への持ち越し現象なし<sup>\*10</sup>**。処方継続希望あり、継続。以後、1か月ごとのフォローとする。

#### 〈6か月後〉

睡眠障害のない状態が4か月継続している。不眠に対する恐怖感もなし。**減薬<sup>\*11</sup>**提案したところ了承されたため、レンドルミン®3/4錠に減薬し、3週間後に再診。不眠が再度出現したらその前に受診するよう説明。以後、減薬を重ね睡眠薬離脱。離脱後1か月不眠の訴えなく終診となった。

- 入眠障害の場合：超短時間型〔マイスリー® (ゾルピデム酒石酸塩)、ハルシオン® (トリアゾラム)、アモバン® (ゾピクロン)、ルネスタ® (エスゾピクロン)]あるいは短時間型〔レンドルミン® (プロチゾラム)]
- 中途覚醒・早朝覚醒の場合：中時間型〔ユーロジン® (エスタゾラム)]や長時間型〔ドラール® (クアゼパム)]
- メラトニン受容体作動薬
- ロゼレム® (ラメルテオン)

不眠症患者の就寝前投与で、入眠潜時の短縮、総睡眠時間の増加効果あり。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬より催眠作用はやや弱い、安全性が高い(記憶障害、反跳現象、筋弛緩作用、依存が起きない)。

**\*10** 副作用の評価も必ず行う **(2)**。

#### ●参考文献

- 1) 内山真編。睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第2版。東京：じほう；2012。
- 2) 厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ編。睡眠薬の適正な使用と休養のための診療ガイドライン。2013。http://www.ncnp.go.jp/pdf/press\_130611\_2.pdf
- 3) Ramakrishnan K, Scheid DC. Treatment Options for Insomnia. Am Fam Physician 2007 ; 76 : 517-26.

## 1 睡眠障害対処の12の指針

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
2. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法
3. 眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない
4. 同じ時刻に毎日起床
5. 光の利用でよい睡眠
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動週間
7. 昼寝をするなら、15時前の20~30分
8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のびくつき・むずむず感には要注意
10. 十分眠っても日中の眠気が強いつきは専門医に
11. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

## 2 睡眠薬の副作用

副作用	内容	起こしやすい薬剤/状態	対応
持ち越し効果	睡眠薬の効果が翌朝以降も持続	中間型・長時間型/高齢者	睡眠薬減量 短時間型へ変更
記憶障害	内服後～翌朝の出来事を忘れる	超短時間型・短時間型/ アルコールと併用	睡眠薬減量 内服後すみやかに就寝
早朝覚醒 日中不安	朝早く目が覚める、日中の不安が増強	超短時間型・短時間型	作用時間の長い睡眠薬に変更
反跳性不眠・退薬症候	内服の突然の中止で以前より強い不眠が出現	超短時間型・短時間型	少しずつ減薬

### \*11 離脱開始の判定基準：

- ①不眠およびその原因がほぼ消失している
- ②不眠に対する恐怖感が消失している

**離脱方法：**睡眠薬の用量を2~4週おきに3/4、1/2次いで1/4に減量する(漸減法)。減量により再び不眠が出現すれば、その前の用量に戻す。漸減法がうまくいかない場合はいったん作用時間の長い睡眠薬に置き換えた後、漸減法を試みる。



中山書店の出版物に関する情報は、小社サポートページを御覧ください。  
<http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/support/support.html>

---

総合診療専門医シリーズ

① そうごうしんりょうせんもんい総合診療専門医のカルテ  
プロブレムリストに基づく診療の実際

2015年7月1日 初版第1刷発行 © [検印省略]

---

編集主幹 — くさば てっしゅう草場 鉄周

専門編集 — よこばやし けんいち横林 賢一

発行者 — 平田 直

発行所 — 株式会社 中山書店  
〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14  
TEL 03-3813-1100(代表) 振替 00130-5-196565  
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

本文デザイン — ビーコム

装丁 — ビーコム

印刷・製本 — 三報社印刷株式会社

---

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd. Printed in Japan

ISBN 978-4-521-74188-8

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

---

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は株式会社中山書店が保有します。

**JCOPY** (社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, [info@jcopy.or.jp](mailto:info@jcopy.or.jp))の許諾を得てください。

---

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。

---