# 総合診療専門医〈2〉

## 腕の見せどころ症例

最上のポートフォリオに向けて

編集主幹
草場鉄周
専門編集
一瀬直日

GENERAL PRACTITIONER

中山書店

# 序

総合診療専門医シリーズは，0巻が「まんが」でみる総合診療研修でした．専門書シリーズにまんがが出てきたことに驚いたのではないかと思います．次の1巻では，総合診療専門医が実際に書いている詳細なカルテが披露されました．一人ひとりの患者さんの医学的問題のみならず，心理的問題や，近年社会的問題となってきている「独居」がプロブレムリストの一つとして独立して挙げられていることに，またまた驚かれたかもしれません．総合診療専門医の視野の広さを象徴していますが，総合診療専門医がもつべき6つのコアコンピテンシー[*1]の一部を紹介したものであります．第2巻では，この6つのコアコンピテンシーを総合診療研修中に育成していくために大きな役割をもつ「ポートフォリオ」作成を，実際の臨床現場のなかでどのように行っていくか，症例をもとに詳しく解説いたします．

ところで，ポートフォリオ作成にあたり最も難しさを感じているのは専攻医よりもむしろ指導医かもしれません．実は，ポートフォリオ作成の経験をもっている指導医，あるいはポートフォリオ作成の指導を行ったことのある指導医でさえ，どのように各エントリー項目の症例を選んできたらよいか迷い，気づけば研修期間も残り少なくなり慌てて作成支援をはじめたという感想を個人的によく耳にします．こうなると，出来上がったポートフォリオはどうしても経験し終わった症例を半ば無理矢理に各エントリー項目に当てはめたものとなり，Next step の記載は，医師として更なる成長を予感させるものにはなりづらく，うまくできなかったことを羅列した反省文となってしまいます．これでは日本プライマリ・ケア連合学会より提示された「ルーブリック基準案」[*2]の合格ラインに達するのは難しくなるかもしれません．このような現状を踏まえ，本巻は専攻医への指南書であるだけでなく指導医にもぜひとも読んでいただき，ポートフォリオに使用させていただける症例や状況に出合ったとき，ピン！「これをポートフォリオにつかおう！」と勘づく嗅覚を養っていただくために作成いたしました．

今回ご執筆いただいた全国の諸先生方は，この感覚に特に優れた指導医です．臨場感あふれる卓越した指導を垣間みることができ，普段の素晴らしいご指導の様子が思い浮かばれます．0巻で登場した専攻医の若宮先生が，診療所指導医の片山先生や在宅医療指導医の中野先生，病院指導医の橋本先生とともに，ポートフォリオを作成しながらどのように成長していくのか，楽しみながら読み進めていただければと思います．もし0巻『まんが　めざせっ！　総合診療専門医』をまだお読みでなければ，ぜひとも先にお読みください．専攻医の成長ストーリーを読んでいただくと，2巻での指導医と専攻医のやりとりが実に意味あるものであることにお気づきになることと思います．

2015年11月

赤穂市民病院 内科・在宅医療部

**一瀬 直日**

＊1

研修目標：総合診療専門医の６つのコアコンピテンシー

1. 人間中心の医療・ケア
   1）患者中心の医療
   2）家族志向型医療・ケア
   3）患者・家族との協働を促すコミュニケーション
2. 包括的統合アプローチ
   1）未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
   2）効率よく的確な臨床推論
   3）健康増進と疾病予防
   4）継続的な医療・ケア
3. 連携重視のマネジメント
   1）多職種協働のチーム医療
   2）医療機関連携および医療・介護連携
   3）組織運営マネジメント
4. 地域志向アプローチ
   1）保健・医療・介護・福祉事業への参画
   2）地域ニーズの把握とアプローチ
5. 公益に資する職業規範
   1）倫理観と説明責任
   2）自己研鑽とワークライフバランス
   3）研究と教育
6. 診療の場の多様性
   1）外来医療
   2）救急医療
   3）病棟医療
   4）在宅医療

＊2

http://www.primary-care.or.jp/nintei_fp/case.html

# 目次


症例 1 **生物心理社会モデル**

どうしてこの人の糖尿病はよくならないの？（イライラ） ― 一瀬直日 2

症例 2 **家族志向のケア**

この難しい長女さんとどうやって向き合えばいいの？ ― 松下　明 10

症例 3 **統合的なケア**

ゴールの見えない事例で途方に暮れています… ― 松井善典 18

症例 4 **行動変容のアプローチ**

患者さんがちっとも言うことを聞きません どうしたらいいでしょう？ ― 平山陽子 28

症例 5 **地域での疾病予防とヘルスプロモーション**

地域を診るってどういうこと？ ― 春田淳志 40

症例 6－1 **診療に関する一般的な能力と患者とのコミュニケーション／コミュニケーション**

患者さんの家族がクレーマーで困っています ― 細田俊樹 52

症例 6－2 **診療に関する一般的な能力と患者とのコミュニケーション／EBM**

診療ガイドラインには治療が推奨されているんだけれど… ― 南郷栄秀 68

症例 7－1 **プロフェッショナリズム**

医師がそこまでやる必要があるんだろうか？
あとは保健師が… ―― 宮田靖志 80

症例 7－2 **生涯学習**

どうしたら総合診療医として成長できますか？ ―― 遠井敬大 96

症例 8－1 **組織・制度・運営に関する能力／業務改善**

専攻医でも PDSA サイクルを回せる？ ―― 喜瀬守人 104

症例 8－2 **組織・制度・運営に関する能力／チームワーク**

私たちの施設でも看取りをやっていきたいと
考えているのですが ―― 吉村　学 112

症例 9 **教育**

診療所で初期研修の指導を任されたけど
どうすればいいんだろう？ ―― 大西弘高 118

症例 10 **研究**

喫煙する外来患者のうち禁煙に興味のある人は
どれくらいいるんだろう？ ―― 大野毎子 126

症例 11 **個人への健康増進と疾病予防**

かかりつけの患者さんとその家族の
ヘルスプロモーションができているか？ ―― 中山久仁子 138

症例 12 **幼小児・思春期のケア**

登校拒否？　心の病？　それとも何か怖い病気？
（よくわかんない…） ―― 高村昭輝 146

症例 13 高齢者のケア

どうしてこの人は最近血糖コントロールが悪くなったのだろう？ ―― 雨森正記 152

症例 14 終末期のケア

がん末期の患者さん　薬だけでは症状が緩和できません!?　…困った！ ―― 川越正平，伊奈幸樹 164

症例 15－1 女性の健康問題（更年期障害）

不定愁訴の女性　苦手です ―― 長尾智子 176

症例 15－2 男性の健康問題

診たことがないので紹介してもいいでしょうか… ―― 菅野哲也 186

症例 16 リハビリテーション

病気は治っても「手がかかるのは困る」って言われそうで… ―― 佐藤健一 194

症例 17 メンタルヘルス

うつ病だと思うんだけど診断に自信がないましてや治療できるだろうか？ ―― 大橋博樹 210

症例 18 救急医療

病院へ搬送するの？　しないの？その決断のプロセスは ―― 浅川麻里 220

索引 ―― 229

# どうして この人の糖尿病は よくならないの？（イライラ）

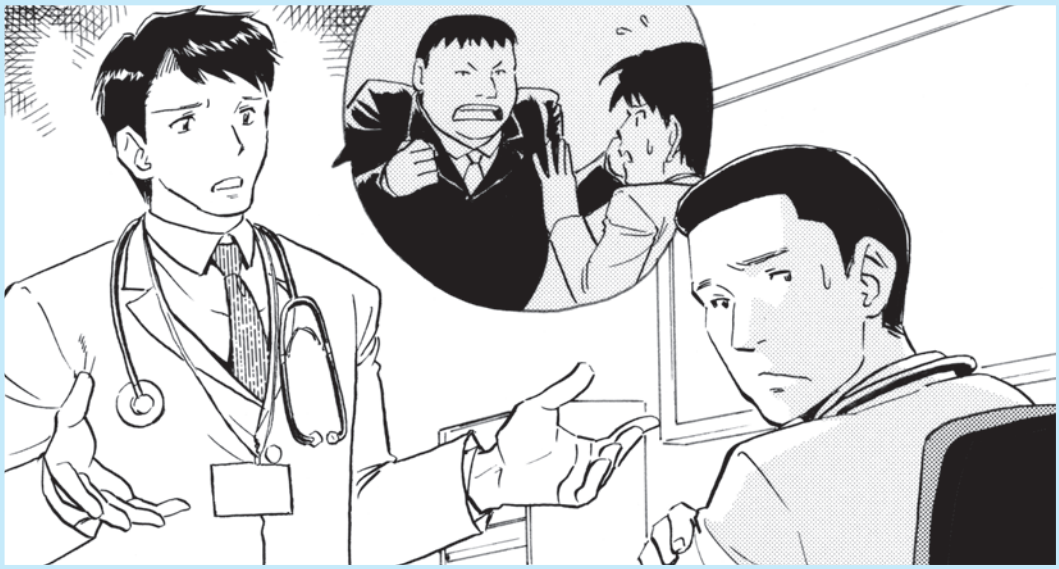
赤穂市民病院 内科・在宅医療部　一瀬直日

## 事例

患者 42 歳男性．会社の営業課長．毎月の半分くらいは出張で自宅を不在とする．5 年前の会社健診で HbA1c 8% と肥満，高血圧を指摘され A クリニックに受診しはじめる．糖尿病内服薬を追加していくものの一向に改善なく，糖尿病教育入院をすすめるが「そんな時間はない」「自分は頑張って節制しているのにどうして結果がよくならないのか！」とかえって険悪な雰囲気になってしまう．診察を担当している専攻医が指導医に治療方針について相談にきた．

**専攻医**　前回，先生と決めた薬を追加していっても，この方の糖尿病，全然よくならなかったです．教育入院をすすめても忙しいから無理だって言うし．インスリン導入も乗り気でないし．もうこのままで本人にやる気が出るまで放っておくしかないですかね．

**指導医**　（まいったな．患者さんも専攻医も，ご機嫌ななめだ．）



▶ 指導医の先生，こんな事例にはどのように対処したらよいですか？

## 攻略法

$A_1$　治療薬選択の問題（生物医学モデル）での解決を試みる
$A_2$　心理社会面の問題（生物心理社会モデル）での解決を試みる

### $A_1$ の場合

**エントリー項目：臓器別の健康問題（代謝内分泌・血液系）に該当**

食事運動療法の評価，インスリン抵抗性の有無，インスリン分泌能の評価を行ったうえで，ビグアナイド薬の適量使用・SU 薬（スルホニル尿素薬）の使用量の再検討・DPP-Ⅳ阻害薬の併用・SGLT2 阻害薬の併用や，GLP-1 受容体作動薬の導入を行って血糖コントロール改善をはかったことをまとめる．また血糖値以外の糖尿病管理として，糖尿病 3 大合併症（網膜症，腎症，神経障害）の評価，高血圧管理，脂質管理，動脈硬化管理，歯周病管理，フットケアを外来通院での検査や診察で見直した．さらに，禁煙の継続，適度な飲酒量の指導，冬季にインフルエンザワクチン接種がすすめられること，低血糖やシックデイの対応の仕方について外来で指導した．わが国の疫学データでは，糖尿病は大腸癌，肝臓癌，膵臓癌のリスク増加と関連しているといわれていることから，外来で腹部エコー検査と便中ヒトヘモグロビン検査も行った．これらについてまとめる[1]．

### $A_2$ の場合

**エントリー項目：生物心理社会モデル[2] に該当**

患者中心の医療の方法[3-6] を適用し，病い（illness）を明らかにし，次に家族や仕事の状況を明らかにしていく．食事運動療法の改善は現状の勤務では困難であることを理解（共感）し，自分でできそうな現実的目標を一緒に探していくことを提案．診療時の険悪な雰囲気は払拭され，定期通院して食事カロリー計算法を覚えていきながら次第に血糖コントロールは改善していったことをまとめる．

## 指導医からのアドバイス

### 1 疾患（disease）と病い（illness）の両方の経験を探ってみよう！

**疾患（disease）とは：**いわゆる病態生理に基づいて病気がもたらす病歴・身体診察・検査などの客観的な情報．たとえば医学書に項目別に記載されるように，一般化された概念として認識することができる．

**病い（illness）とは：**病気に罹患したり，体調不良を覚える１人の人間としての患者が受けるさまざまな影響である．一般化することはできず，個々の患者にとって固有の情報である．近年，学術論文のケースレポートでは patient's perspective という形で記述を推奨されている．

なるほど，疾患（disease）と病い（illness）の違いはよくわかりました．でも，実際どのように患者さんに聞いたらよいのですか？　あなたの病い（illness）を教えてくださいって言っても，答えてくれないと思うのですが．

## ❷ 病い（illness）を聞くための４つのポイント

助けを求める患者は何らかの期待をもって医師のところにやって来る．そしてその期待は，自分自身の病気についての自分なりの理解に基づいている．自分なりの理解だから，医師にその内容を伝えるために，一生懸命，言葉を探したり，身振り手振りを交えて表現する．時には，医師が想定しないような言葉を用いるから，誤解しないようにじっくりその意味を解釈しよう．そして，どの患者さんも自分の問題について何らかの感情をもっているんだ．恐れであったり，怒りであったり，不安であったりいろいろだよ．さらに，病気が日々の生活機能に影響を与えれば，何とか治したいという期待は大きく膨らんでいるはずだね．

**感情（feeling）：**病気などによりさまざまな症状を感じ，検査結果を目にした患者は，今後の病気の進展に対する不安や恐怖などのさまざまな感情に支配される

**解釈・思い（idea）：**病気に対する感情的な反応の後には，症状や検査結果などに対して患者なりの自己理解を進めていくプロセスが訪れる．腹痛に対して，直前の食事による食中毒を想起したり，最近親戚が罹患した大腸癌を想起したり，さまざまな環境要因によって，このプロセスは非常に多様なものとなる

**機能への影響（function）：**病気によって生活，仕事，人間関係などはさまざまな影響を受けることとなるが，それによって健康問題がもつ意味は大きく変わってくる

**期待（expectation）：**ここまでの病い情報や過去の検査・治療の経験などを踏まえて，患者は今回の病気に対する検査や治療の内容について，ある種の期待を抱き診療に臨んでいる

（草場鉄周．患者中心の医療．日本プライマリ・ケア連合学会編．日本プライマリ・ケア連合学会基本研修ハンドブック．東京：南山堂；2012.）

なるほど！　これなら答えてもらえそうですね．病い（illness）が個々の患者さん独自の世界であることがよくわかりました．ところで先生，患者さん自身のことはこれで聞けると思いますが，家族のことなどを聞くコツはあるのですか？

鋭い質問だね!!　コンテクスト（背景）の理解に努めながら聞くことがコツだ．

## ❸ コンテクスト（背景）の理解に努めることで全人的な理解が可能になる

### ▶ 近位コンテクスト

**家族：**家族は最も身近な存在であるため，病気の原因にもなると同時に，病気に対処する際の医療資源にもなる．さらに，病気をどう認識するかについても家族の影響はきわめて大きい

**家計：**経済的困窮のなか，治療の選択が限られるケースは少なくない

**職業：**業務による労働災害や心理的ストレスなど仕事が与える影響は大きい

### ▶ 遠位コンテクスト

**地域社会：**老人クラブなど地域社会が健康増進のリソースになっていることは多い

**文化：**医療に対する住民の捉え方や期待は地域の医療風土に根ざしていることも少なくない

**ヘルスケアシステム：**国民皆保険制度や介護保険制度など，システムは医療内容の基盤となっており潜在的な影響は大きい

（草場鉄周．患者中心の医療．日本プライマリ・ケア連合学会編．日本プライマリ・ケア連合学会基本研修ハンドブック．東京：南山堂；2012.）

なるほどなるほど!!!　患者さんの身近なことに目を向ける視点から，患者さんを取り巻く地域や社会全体のなかでの位置づけまでを見渡す感じで捉えていったらよいということですね．ですけど，疾患（disease）のことは聞かなくてよいのですか？病い（illness）だけを聞くというわけにもいかないと思うのですが．

いい質問だね．もちろん疾患のことも聞いて，診断をつけていくことも必要だ．医療面接のときは，疾患のことと病い（illness）のことを，行ったり来たりしながら明らかにしていこう．こうして，診断をつけるとともに患者さん独自の病気の経験を理解していくんだ．特に大事なのは，感情を表出させることと，患者さんが表現したいことを可能な限り流れ出させることだ．

そういうことですか．かなり頭を使って医療面接しないといけないようですね．どうしたらできるようになりますか？

慣れるまでは確かに大変に感じるよね．今度シナリオを作るので，ロールプレイで練習してみよう．慣れてしまえば，そう難しいものではないし，どこから手をつけてよいか悩んでいた問題が解きほぐされていくことに感動を覚えるようになると思うよ！

ありがとうございます．ロールプレイお願いします．あと，もう一つ普段困っていることがあります．

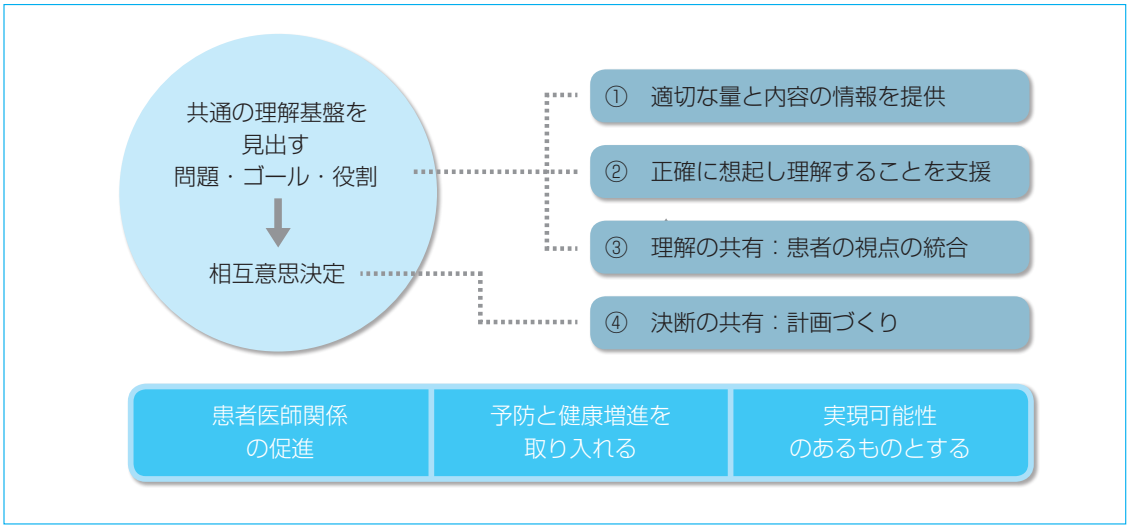
何かな？

自分に知識がないせいかもしれないのですが，治療方針を患者さんにすすめても，なかなか受け入れてもらえないことが多いのです．患者さんの状況が理解できても，自分がすすめた治療方法を受け入れてもらえなかったら何も変わらないと思うのですが．

なるほど，治療の計画づくりにつまずくようだね．でも大丈夫．患者さん中心の医療の方法を行うときの後半の山場がこれなんだ．

## ❹ 計画づくりには患者さんが一緒に参加することが重要

**I** 治療の計画づくりの流れ




（Stewart. Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method. SAGE, 1995.）

これもまずはロールプレイで練習しながらフィードバックを受けるのがいいよ．共通の理解基盤を見出すには，問題が何であるかを同定し，ゴールは何であるか確認し，互いの役割を明確にする必要がある．ただそれには，適切な量と内容の情報を患者さんに提供しなければならない．ちょっと勉強して疾患の知識がついてくると，どうしても医師はたくさんしゃべりすぎてしまうよね．特に，気づかないうちに専門用語を使っているから，患者さんが正確に想起し理解できるように，絵にしたり道具を見せたりしながら話すとうまくいくよ．医師が考えていることと患者さんが考えていることが一致したとき，共通の理解基盤に乗れたなと感じる瞬間があるんだ．ただし気を付けてほしいのは，実現可能性のある計画づくりをすること．まさかと思うかもしれないけど，患者さんも医師も期待をもちすぎてついつい実現不可能な計画を立ててしまうことは臨床の現場ではよくあることだから．

そういうことですか．思い当たる節があります．今度から，**I** の図を診察室に置いて忘れないようにしてみます．

## 症例の経過

患者の家族の様子を聞いていくと，既婚で中学生と高校生の息子を含む4人暮らしで，妻は日中パートで生活費を稼いでいることがわかった．会社の経営状態は厳しく，営業活動は休み返上で行わなければならない辛さを語ってくれた．昼食は妻の作ってくれる弁当を主に食べるが，夜は顧客との付き合いで外食が避けられなかった．糖尿病コントロールはよくしたいが，医療費がかさむと家計を圧迫することへのジレンマがあることや，合併症によって足切断になったら仕事が続けられなくなるという恐怖感をもっていることがわかった．できるだけ費用をかけずに糖尿病をよくできないかと医師に期待していることがわかった．

外来で栄養士より繰り返し栄養指導を受けながら，弁当には息子より野菜を多く入れてもらうようにし（Ⅱ），外食時はカロリーを考えて食事することに取り組み，またアルコール摂取をできるだけ控えることで血糖コントロールは次第に改善をみせていった．

### Ⅱ 糖尿病食 500kcal のお弁当

赤穂市民病院管理栄養士小林千代美先生にご指導いただき，筆者自ら調理してみました．糖質や塩分を控えていますが，豊富な野菜と，酢・だし汁・ごま油・赤とうがらしで味を引き立てているので，はっきりした味で食欲を満たします．

**フルーツ**
ぶどう

**鶏肉のマヨネーズ揚げ**
マヨネーズと醤油でもみこんでから片栗粉とパセリをつけて揚げます

**和風ピクルス**
人参・れんこん・赤パプリカを1cm角切りにして2分茹でます．薄口醤油・砂糖・酢・水・昆布・赤とうがらしをひと煮立ち．冷ました野菜と胡瓜をあわせて漬け込みます

**ご飯**
150 g

**卵焼き**

**さわらのぴり辛焼き**
少し焼いてから豆板醤・ごま油・濃口醤油を混ぜた調味料を塗り，少し焦げ目がつくくらいに焼きます

**切り干し大根のはりはり漬け**
切り干し大根を洗い，ぬるま湯で戻し，水気をきります．だし汁・米酢・薄口醤油・砂糖と混ぜ，青シソを加えます

**ほうれん草のごまあえ**
茹でたほうれん草とえのき茸をごま醤油で味つけます

**こんにゃくのかつお梅炒め**
こんにゃくを油で炒めてから，みりん・醤油・包丁でたたいた梅干しを加えて炒め，かつをぶしをからめます

## 復習のポイント

Q 1　病い（illness）の聞き方に必要な４要素は何ですか？

Q 2　生物心理社会モデルにおける近位コンテクストと遠位コンテクストとは具体的にどのようなものですか？

## 生物心理社会モデルを利用する症例を見つけるコツ

医学的な治療方法に問題がないはずなのに，自分が期待した治療結果が得られないなというとき，困ったなという気持ちになったとき，また患者や家族に陰性感情を抱くときがある．そのような場合には，生物心理社会モデルでその症例を見直してみてほしい．どこに問題があるかがきっとみえてきて，それが解決の鍵になるはずである．そういった例をポートフォリオにぜひしてほしい．

### 文献


[1] 日本糖尿病学会．糖尿病治療ガイド 2014−2015．東京：文光堂；2014.
ほぼ２年ごとに改訂されるため，知識を整理するのに有用．糖尿病診療を行いながら，常にこの本の該当部分を参照するとよい．一般的なガイド本であるため，治療薬選択のコツは書かれていない．
おススメ！ 難易度★☆☆

[2] 横谷省二．生物心理社会モデル．日本プライマリ・ケア連合学会編．日本プライマリ・ケア連合学会基本研修ハンドブック．東京：南山堂；2012.
おススメ！ 難易度★☆☆

[3] 草場鉄周．患者中心の医療．日本プライマリ・ケア連合学会編．日本プライマリ・ケア連合学会基本研修ハンドブック．東京：南山堂；2012.
おススメ！ 難易度★☆☆

[4] McWhinney. A textbook of Family Medicine 2nd ed Oxford 1997.
おススメ！ 難易度★★★

[5] I. R. マクウィニーほか著．葛西龍樹，草場鉄周訳．マクウィニー家庭医療学 上巻．東京：ぱーそん書房；2013.
文献［4］の前半の翻訳本．20 世紀になってどのようにして家庭医療学が学問として確立されていったかを歴史的観点より知ることができる．またマクウィニーが臨床の現場で実際に経験してきたことが豊富に掲載されており，家庭医療の扱う内容は万国共通であることがわかる．
おススメ！ 難易度★★☆

[6] Stewart. Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method. SAGE, 1995.
文献［4］，文献［5］にも患者中心の医療の方法は解説されているが，さらにこれを詳しく説明するとともに，研修医教育に用いる方法や，患者中心の医療の方法を臨床研究で用いる方法についても解説されている．
おススメ！ 難易度★★☆