

15) 免疫・アレルギー疾患

全身性エリテマトーデス(SLE)

(1) 指導のポイント

全身性エリテマトーデスは自己抗原に対する免疫寛容の破綻によって全身の臓器が系統的に侵される比較的稀な疾患である。診断基準の項目に含まれる症状、検査値異常がある程度出揃えば診断は容易であるが、発症初期は発熱、全身倦怠感、関節痛、体重減少といった漠然とした症状が主体となるため、見逃されていることも決して稀ではない。

発熱を主訴とする患者の中で SLE に特徴的な症状、臨床経過、関節所見を見落とすことなく、他の疾患(皮膚筋炎、混合性結合織病などの膠原病、関節リウマチ、感染症、悪性腫瘍など)との鑑別を考える。SLE と診断した場合には、その活動性や重症度を把握すると共に、必要に応じて皮膚科、眼科、整形外科、精神科などに紹介して各種の臓器病変を検索することも指導する。

病態と病状に応じた治療目標を立て治療内容を選択し患者への説明を行うが、常に患者を全人的に診療するよう指導する。なお、入院の決定や免疫抑制剤の選択は、指導医が最終的な判断を行う。

(2) 研修されるべき具体的な目標

全身性エリテマトーデス(SLE)

	面接・診察	検査・診断	治療	患者への説明及び支援
目標	<p>発熱、全身倦怠感、体重減少、などの全身症状を把握できる。</p> <p>関節の腫脹や疼痛(自発痛、圧痛、運動痛など)を把握できる。</p> <p>頬部隆斑、円盤性レープス、口腔鼻咽頭潰瘍、レイノー現象、脱毛、口腔内潰瘍などの皮膚・粘膜の症候を把握できる。</p> <p>関節リウマチ・多発性筋炎・皮膚筋炎など他の自己免疫疾患との鑑別点を述べるができる。</p>	<p>尿検査、CBC、抗核抗体、抗 DNA 抗体、抗 Sm 抗体、抗リン脂質抗体を調べて診断できる。</p> <p>腎臓、中枢神経、心臓、肺、眼などの各臓器病変を把握するための検査や他科紹介を行い、結果を検討できる。</p> <p>診断基準に基づいて診断できる。</p> <p>所見を総合して活動性や重症度を把握できる。</p>	<p>活動性と重症度に即して基本的な治療方針を選択できる。</p> <p>治療による主な副作用とその予防、対処法を述べるができる。</p> <p>臓器病変について必要に応じて他科に治療を依頼・相談できる。</p>	<p>原因と自然経過について患者にわかりやすく説明できる。</p> <p>治療の目標について患者と協議し合意する。</p> <p>治療内容と予想される副作用やその対処について患者にわかりやすく説明できる。</p> <p>日常生活時の注意事項について患者にわかりやすく説明できる。</p> <p>妊娠と出産、分娩後の経過や遺伝について患者にわかりやすく説明できる。</p>

その他:

皮膚症状を丁寧に観察することが重要である。皮膚症状は 80%の例で見られ、診断において感度も特異度も高い。

(3) 典型症例の時系列表(別表参照)

(4) 疾患・病態の選択指針

望ましい症例

SLE の診断の段階から担当した症例

治療の決定を行った症例

治療の経過中に副作用が出現し、それに対応した症例

発熱があり、その鑑別診断を行なっている症例

難治性病態を伴った SLE の治療例

× 望ましくない症例

診断と治療が確定し、ただプレドニンを減量しているだけの症例

合併症の治療のために入院した症例で、SLE の活動性のない症例

(高林 克日己、渡邊 孝宏)

診断名	SLE
合併症	なし
患者背景	20歳、女性、大学生、両親と妹の4人家族。喫煙・飲酒なし。既往歴特記なし。
経過の概要	2年前からレイノー現象、半年前から両手関節痛、さらに1カ月前から発熱があり、蛋白尿もみられていた。抗生剤に反応しない発熱として、抗核抗体が陽性なことから膠原病が疑われて入院となった。入院後、SLEと診断。免疫抑制剤の使用により軽快し、退院。

指導の概要

発熱、皮膚症状、白血球減少、腎症状、抗核抗体陽性などの所見から全身性エリテマトーデスを疑った場合、原則として入院精査を行う。病勢の把握と重症度の判定に必要な検査を指導し、診断基準を適切に把握するよう指導する。除外診断や合併する臓器障害の予防と対処についても指導する。長期間の加療を要する全身疾患であるため、多くの科と協力しつつ全人的な診療を行う。

診療場所	外来	検査所見	一般病棟	再来	
診療の内容	<p>現病歴</p> <p>2年前からレイノー現象みられ、半年前から両手の関節痛があり近医を受診し、関節リウマチがもたれ、NSAIDを服用していた。1ヶ月前からは発熱のため抗生物質の服用をしたが、改善せず。顔面に皮疹が出た。また血液検査で抗核抗体が陽性であったことからSLEを疑われ、当院を紹介されて受診。既往歴は特になし。家族歴では母が関節リウマチ。</p>	<p>身体所見</p> <p>血圧160/96、脈拍88/分、整、貧血・黄疸なし、頬部を中心とした対称性の播種感のない紅斑あり、口腔内乾燥なし、肺野清、心音鈍、腹部異常なし、下腿浮腫あり、関節の腫脹なし、関節の変形なし。</p>	<p>検査所見</p> <p>WBC3200, Neutro 87%, Lymph8%, Hb 10.3, 血小板12万, 尿蛋白(+++)、尿糖(-) 尿潜血(+++)沈査、細胞円柱(+) 硝子円柱 (+) Alb 3.2g/dl, AST 14 IU/L, ALT 10 IU/L, BUN 35mg/dl, CRP 0.2 mg/dl, RA因子(-), 抗核抗体160倍 (per), 抗DNA抗体 56IU/ml 抗RNP抗体 陰性, 抗Sm抗体 陰性, 抗SS-A抗体 陰性, 抗SS-B抗体 陰性 IgG 1950, IgA 200, IgM 80, CH50 25.0, C3 35mg/dl C4 8mg/dl 胸部レントゲン写真で両下肺野に軽度うっ血像 CTR48%</p>	<p>治療</p> <p>ステロイド、免疫抑制剤の使用に際する注意と患者への説明と同意</p>	<p>再来</p> <p>SLEの活動性病変は落ち着いたが、副作用としての肥満がみられ、服薬コンプライアンスに問題がある。</p>
指導のポイント	SLEの診断基準に合致するか、他の疾患との鑑別	入院時の診察	治療	再来治療・療養	
行動目標	患者・医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性	入院時の診察	治療	再来治療・療養	
経験目標	医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 診療計画 頻度の高い症状 緊急を要する症状・病態 鑑別が求められる疾患・病態 救急医療 予防医療 地域保健・医療 小児・成育医療 精神保健・医療 緩和・終末期医療	入院時の診察	治療	再来治療・療養	

慢性関節リウマチ(RA)

(1) 指導のポイント

関節痛を主訴とする患者の中で、RAに特徴的な症状、臨床経過、関節所見を、他の疾患(変形性関節症、リウマチ性多発筋痛症、全身性エリテマトーデスなどの膠原病、血清反応陰性脊椎関節炎、線維筋痛症候群、反射性交感神経異常症など)との鑑別を考えながら、理解させる。

(2) 研修されるべき具体的な目標

慢性関節リウマチ(RA)

	面接・診察	検査・診断	治療	患者への説明及び支援
目標	<p>関節痛の発症時期、関節痛のある部位、個々の関節の疼痛の持続期間、朝のこわばり感の持続時間などをきちんと聴取し、他の疾患との鑑別を念頭において問診ができる。</p> <p>腫脹関節、疼痛(自発痛、圧痛、運動痛など)関節をきちんと確認できる。</p> <p>変形性関節症に特徴的な Heberden 結節や Bouchard 結節と、RAの滑膜炎による関節腫脹との区別ができる。</p>	<p>赤沈またはCRPを測定し、異常値がでた場合、その病態の考察ができる。リウマトイド因子を測定し、陽性となった場合にどのような病態・疾患を考えるべきかを説明できる。</p> <p>以上の臨床所見や検査所見から、アメリカリウマチ学会の分類基準に照合し、関節リウマチの診断が妥当かどうかを説明できる。</p>	<p>非ステロイド抗炎症薬、ステロイド薬、抗リウマチ薬(生物学的製剤も含む)の作用機序、副作用を理解した上で、それぞれのRAの治療における位置づけ、役割を説明できる。</p>	<p>RAがどのような疾患であるか、一般的な自然経過について説明できる。</p> <p>患者の現在の状況(合併症、腎機能、年齢、疾患の活動性など)を念頭に、治療薬の選択など今後の治療方針について、指導医の指導のもとに患者に説明できる。</p>

(3) 典型症例の時系列表(別表参照)

(4) 疾患・病態の選択指針

研修医が経験すべき症例には、大きく3つのケースがある。

第1のケースは、関節痛を主訴として受診した患者やすでに他院でRAが疑われて紹介された初診患者で、RAの診断を確定するための問診、診察、検査オーダーの過程を経験できる症例が望ましい。

第2は、すでにRAと診断されている患者で、RAの治療指針を考えるのに役立つ症例がよい。

第3は何らかの合併症の診断および治療を目的に受診または入院した患者で、RAの合併症の理解に役立つと思われる症例が望ましい。

望ましい症例

- ・ 多関節痛を主訴として外来に初診で受診し、これから診断のための検査などを行う患者。最終的に変形性関節症と診断される
症例を経験するのも良いが、少なくとも RA と診断される症例を含めるべきである。
- ・ RA の診断が確定している症例で抗リウマチ薬による治療を開始する患者。中でも妊娠可能年齢の女性症例、すでに1つの抗リウマチ薬で効果不十分な活動性の高い症例、1つの抗リウマチ薬で副作用がでた症例などが望ましい。
- ・ RA として治療されていた患者で、合併症などにより入院し、原因の精査をこれから行う患者。できれば合併症としては、臨床的に比較的頻度も高く重要な、血管炎による病変(皮膚潰瘍、虚血性腸炎、多発性単神経炎など)、間質性肺病変、2次性アミロイドーシスなどが望ましい。

× 望ましくない症例

- ・ 抗リウマチ薬がすでに開始され順調に通院している RA 患者。
- ・ 入院の原因がすでに明らかとなり、その治療がすでに行われている RA 患者。ただし他に適当な症例がない場合は、診療録などから入院時の状況が把握できるなら研修医が担当してもよい。
- ・ 他の膠原病の合併などの複雑な合併症を有し、病態がクリアに説明しがたい患者。
- ・ 寝たきりで褥創ケアやリハビリが中心となっている患者

(天野 宏一)

診断名	関節リウマチ
合併症	本態性高血圧症
患者背景	50歳、女性、主婦。未だ18歳の娘の3人家族。喫煙、飲酒なし。既往歴特記なし、父が20年前肺結核。
経過の概要	3ヶ月前から右手関節痛で発症し、その後左手関節、手指のMP、PIP関節の多関節炎をきたし受診。諸検査でRAと診断され、抗リウマチ薬などで軽快し外来で治療を継続中。

指導の概要	<p>多関節痛の中高年齢女性では、RAの診断をする際に、変形性関節症との鑑別が大切である。さらに膠原病(特にシェーグレン症候群)との鑑別も考える必要がある。関節の腫脹がどの関節にいつから持続しているかを問診と診察できちんと確認する。検査では炎症反応、リウマトイド因子の有無を確認する。手関節、MCP、PIP関節を含む手関節、足趾MTP関節および疼痛や腫脹のある関節の単純X線写真をみて骨びらんの有無を調べる。以上から、ACRのRA分類基準に合致するかどうかを確認する。必要に応じて抗核抗体やその他の自己抗体を検索する。RAと診断したら、抗リウマチ薬などによる治療を開始する前に、患者の合併症、年齢、腎機能などの背景を確認し、当該患者にとって最も適切と思われ治療開始前の活動性を評価(ACRコアセツト、DASスコア)してから治療を開始し、それらを指標として有効性を評価する。さらに、RAの治療は炎症を抑え、痛みなどの症状を改善していくだけでなく、関節変形をいかに最終的にQOLの低下を招かないようにすることが大切であることも指導する。</p>
-------	--

診療場所	外来	現病歴	身体所見	検査所見	外来治療(救急含)	一般病棟	慢性期病棟	再来	
診療の内容	3年前から高血圧を指摘され、1年前から降圧剤服用。3ヶ月前から右手関節痛が出現。近医で腫脹と肩甲骨、肩および右肘関節に運動痛あり。両手関節の腫脹と運動痛あり。右第2、3MP関節、左第1MP関節、両側第1指のMPおよびPIP関節、両側の第2、3、4、5指のPIP関節の腫脹と圧痛あり。両足趾第1MTP関節の圧痛あり。	RAによる滑膜炎の経過、臨床的特徴をつかぬるような病歴の聴取。将来の治療に影響すると思われる患者背景の聴取。	血圧140/90。脈拍70/分。貧血・黄疸なし、口腔内異常なし、肺野清、心音鈍。腰部異常なし、下腿浮腫なし、右肩および右肘関節に運動痛あり。両手関節の腫脹と運動痛あり。右第2、3MP関節、左第1MP関節、両側第1指のMPおよびPIP関節、両側の第2、3、4、5指のPIP関節の腫脹と圧痛あり。両足趾第1MTP関節の圧痛あり。	WBC9,000/μl, Neutro 85%, Lymph10%, Hb 10.5g/dl, 血小板45万、Alb 3.6, AST 20, ALT 20, BUN 19 mg/dl,クレアチニン0.8mg/dl, CRP 3.5 mg/dl, RAテスト(2+), 抗核抗体160倍(cyto), IgA 400mg/dl, IgM 180mg/dl, CH50 45.0。関節X線で手関節の一部に骨びらんあり、胸部X線で右肺尖部に胸膜肥厚と直径数mmの石灰化陰影散在。	非ステロイド抗炎症薬(NSAID)、ステロイド薬、抗リウマチ薬(DMARD)	治療	慢性期治療	再来	
指導のポイント	病歴の把握	RAによる滑膜炎の経過、臨床的特徴をつかぬるような病歴の聴取。将来の治療に影響すると思われる患者背景の聴取。	外来での診察	外来検査	外来治療	治療	慢性期治療	再来	
行動目標	患者・医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性	患者・医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性	外来での診察	外来検査	外来治療	治療	慢性期治療	再来	
経緯目標	経度の高い症状 緊急を要する症状・病態 経緯がめめられる疾患・病態 救急医療 予防医療 地域保健・医療 小児・成人医療 精神保健・医療 緩和・終末期医療	経度の高い症状 緊急を要する症状・病態 経緯がめめられる疾患・病態 救急医療 予防医療 地域保健・医療 小児・成人医療 精神保健・医療 緩和・終末期医療	外来での診察	外来検査	外来治療	外来治療	治療	慢性期治療	再来

アレルギー疾患

(1) 指導のポイント

代表的なアレルギー疾患である気管支喘息、鼻アレルギー(アレルギー性鼻炎・花粉症を含む)、皮膚アレルギー(アトピー性皮膚炎・蕁麻疹を含む)は、近年増加しており、外来診療、救急外来で多く経験できる。アレルギー疾患の中でも、気管支喘息とアナフィラキシーは致死的な重篤病態を来し、緊急処置・急性期治療を的確に行う必要があるため特に注意する。指導医は、アレルギー疾患が疑われる患者に対して、研修医が詳細な問診・身体診察・検査を行い、適切にアレルギー疾患を診断しているかを確認する。アレルギー疾患の共通の病態はアレルギー性炎症であり、各疾患のガイドラインに基づいて適正な抗炎症薬を使用しているかを確認する。慢性疾患であるアレルギー疾患の患者、家族らに対して、環境整備(抗原回避)と薬物療法からなる自己管理法を含めた十分な療養計画の指導、およびパートナーシップの形成を行っているかを評価する必要がある。

指導医は、気管支喘息の患者に関して、研修医の病歴、診察、検査結果評価の的確さのほか、ガイドライン(厚生労働省免疫・アレルギー研究班作成「喘息予防・管理ガイドライン 2003」など)に基づいた重症度評価をしているかを確認する。気管支喘息の急性増悪(発作)に対する救急治療薬、慢性期における長期管理薬の選択について十分研修医と議論するが、この決定は指導医が行う。薬物療法に加えて、ピークフロー、病状日誌、環境整備を含めた長期療養計画を、患者、家族らの個別特性に応じて、研修医が立案し、良きパートナーシップが形成できるように十分に議論し指導する。

(2) 研修されるべき具体的な目標

気管支喘息

	面接・診察	検査・診断	治療	患者への説明及び支援
目標	<p>気管支喘息の特徴的な症状である「発作性の呼吸困難、喘鳴、胸苦しさ、咳の反復」を含めて、必要な病歴を聴取できる。</p> <p>喘息の重症度の判定に必要な診察を迅速かつ的確に行える。</p> <p>同様の症状を呈する疾患(器質的心肺疾患など)との鑑別点を述べることができる。</p>	<p>「同様の症状を呈する疾患を鑑別・除外する」ために、胸部X線検査を含めた検査を的確に行える。</p> <p>「少なくとも部分的にみられる可逆性の気流制限」を証明する検査とその解釈ができる。</p> <p>アレルギー素因を証明するための検査を必要に応じて行える。</p> <p>必要に応じて指導医の管理下で「気道過敏性の存在」と「気道炎症の証明」に必要な検査を行える。</p>	<p>急性増悪(発作)の治療を、発作の重症度に応じて適正な救急治療薬を選択できる。</p> <p>慢性期の長期管理では、重症度に応じた段階的薬物療法に基づいて長期管理薬を選択できる。</p> <p>高齢者、気道感染時、妊娠、手術、運動、鼻炎・副鼻腔炎・鼻ポリープ、職業性喘息、胃食道逆流、アスピリン(鎮痛解熱薬)喘息には特殊な対応が必要であることを理解し実践できる。</p> <p>重症患者を呼吸器科(アレルギー科)にコンサルトできる。</p>	<p>発作性の急性疾患ではなく、アレルギー性炎症に基づく慢性疾患であることを、患者・家族らに理解させることができる。</p> <p>ピークフロー、病状日誌、環境整備を含めた自己管理法を患者・家族らに理解させることができる。</p> <p>患者・家族らの個別特性に対応した長期療養計画を立案し実行できる。</p>

アナフィラキシー

	面接・診察	検査・診断	治療	患者への説明及び支援
目標	<p>アナフィラキシーの重症度の判定、原因の特定に必要な診察を迅速かつ的確に行える。</p> <p>病歴聴取が可能な場合には、原因への曝露とその後の急激な経過、過去の類似エピソードなど必要な情報を聴取できる。</p> <p>皮膚粘膜、呼吸器、循環器、消化器、神経系と多臓器にわたって極めて多彩な症状が急速に出現することを説明できる。</p> <p>急激に意識消失・ショックを生じる他の疾患(急性脳血管障害、低血糖発作、出血性ショック、心筋梗塞など)との鑑別点を説明できる。</p>	<p>アナフィラキシーは臨床経過と症状から診断できる。</p> <p>経過は急激であり、急性期には、意識レベルとパルスオキシメーター、連続心電図モニターなどによるバイタルサインの確認を迅速に行える。</p> <p>原因究明と免疫学的機序の解明のため、治療開始前の血清保存が有用なことを述べることができる。</p>	<p>循環動態、呼吸状態などバイタルサインを安定させるための救急処置・急性期治療を的確に行える。</p> <p>エピネフリンの皮下注射、ステロイド薬、抗ヒスタミン薬、気管支拡張薬を的確に投与できる。</p>	<p>明らかな原因・悪化因子のある場合には、それらを除去・回避できるように患者・家族らに理解させることができる。</p> <p>患者・家族らの個別特性に対応した生活指導を含めた長期療養計画を立案し実行できる。</p>

鼻アレルギー(アレルギー性鼻炎)

	面接・診察	検査・診断	治療	患者への説明及び支援
目標	<p>鼻アレルギーの特徴的な症状である「くしゃみ、水様性鼻漏、鼻閉」を含めて、必要な病歴を聴取できる。</p> <p>鼻アレルギーの重症度の判定、原因抗原の特定に必要な診察を迅速かつ的確に行える。</p> <p>同様の症状を呈する疾患(急性鼻炎など)との鑑別点を述べるができる。</p>	<p>指導医の管理下で鼻鏡検査が行える。</p> <p>鼻副鼻腔X線検査をオーダーし読影できる。</p> <p>アレルギー素因や鼻汁好酸球を証明するための検査を行える。</p>	<p>治療の第一歩として抗原の除去と回避を指導できる。</p> <p>病型と重症度に応じて治療薬を選択できる。</p> <p>特異的免疫療法(減感作療法)や手術療法の適応がある患者ならびに重症患者を耳鼻咽喉科にコンサルトできる。</p>	<p>アレルギー性炎症に基づく慢性ないし季節性疾患であることを、患者・家族らに理解させることができる。</p> <p>抗原の除去・回避、病状日誌を含めた自己管理法を患者・家族らに理解させることができる。</p> <p>患者・家族らの個別特性に対応した長期療養計画を立案し実行できる。</p>

皮膚アレルギー（アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、など）

	面接・診察	検査・診断	治療	患者への説明及び支援
目標	アトピー性皮膚炎と蕁麻疹、血管神経性浮腫、接触性皮膚炎、金属アレルギーなどの鑑別点を説明できる。 皮膚アレルギーの特徴的な症状である皮疹の発現経過、原因・悪化因子の特定を含めて、必要な病歴を聴取できる。	各々の皮膚アレルギーの特徴的な皮疹と分布を説明できる。 アレルギー素因を証明するための検査を行える。 必要に応じて指導医の管理下で皮膚検査が行える。	治療の第一歩として原因・悪化因子の検索・対策、スキンケア、薬物療法を適切に組み合わせて行える。 重症患者を皮膚科にコンサルトできる。	明らかな原因・悪化因子のある場合には、それらを除去・回避できるように患者・家族らに理解させることができる。 患者・家族らの個別特性に対応した生活指導を含めた長期療養計画を立案し実行できる。

その他：

上記疾患以外に、過敏性肺臓炎、PIE症候群・好酸球増加症候群、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症、眼アレルギー（アレルギー性結膜炎）、食物アレルギー（食物依存性運動誘発性アナフィラキシー）、薬物アレルギーなどのアレルギー疾患も増加してきており、常にアレルギー疾患の存在を念頭においた診療が望まれる。

アレルギー疾患は、内科、小児科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科などの枠を越えて、一人の患者に対して整合性のある診療・治療を行う必要があることを認識する。

（３） 典型症例の時系列表（別表参照）

ここでは急性上気道を契機に気管支喘息の発作を初めて起して入院した症例について、実施される医療の内容や指導のポイントが時間経過に応じて変化する様子を示すとともに、どの時期にどの到達目標（行動目標と経験目標）に関する学習ができていくかについても示す。

（４） 疾患・病態の選択指針

望ましい症例

救急外来または一般外来において、上級医・指導医とともに、アレルギー疾患の疑いがある症例を初診時より一緒に診察にあたり、確定診断までの過程と病態に応じた治療を経験することが望ましい。救急外来でよく経験するアレルギー疾患の急性増悪・急性症状（気管支喘息発作、アナフィラキシーショックなど）についても、救急外来受診時より対応にあたり、可能な限り上級医・指導医とともに適切な救急処置や診断の過程を経験することが望ましい。救急対応後の長期管理についても経験することも大切である。緊急入院した場合には、入院後の管理方法についても経験すると良い。

× 望ましくない症例

既に治療が開始され、症状がほとんど消失しかけている症例や慢性安定期にある症例などは望ましくない。

（西川 正憲）

診断名	気管支喘息(急性上気道炎による増悪(発作))
合併症	なし
患者背景	29歳の女性。スポーツジム、インストラクター。喫煙歴:20歳から10本/日。飲酒歴:機会飲酒程度。
経過の概要	これまでに気管支喘息の既往はないが、急性上気道炎を契機に気管支喘息発作を初めて発症。近医で対症療法を受け、発作が持続するため入院。

指書の概要

これまでに気管支喘息の既往がなくとも、急性上気道炎などの呼吸器感染症を契機に初めて気管支喘息発作を起す患者では、気管支喘息に関する認識は全くない。発作重症度に応じて発作治療薬と酸素投与などの救急治療の確に行う。併せて、気管支喘息についての病態を認識させる必要がある。気管支喘息は発作症状だけの急性疾患ではなく、アレルギー性炎症に基づく慢性疾患である。これを説明する。発作治療薬と長期管理薬の違い・使用方法だけでなく、ピークフロー・モニタリングと病状日誌による客観的指標を用いた自己管理についても適切に理解させる。禁煙、ベットの対策、カーペット除去などの環境整備を具体的に指導する。パンプレットなどの文章を用いた説明が有効である。喘息症状と呼吸不全が改善しない場合には入院治療が必要になる。入院期間中の定期的継続的な外来通院、長期管理薬の定期的継続使用が必要となる患者。家族らと確認する。気管支喘息などの慢性疾患の長期管理では、医師ら医療従事者と患者・家族らと良好なパートナーシップの形成も重要である。

診察場所	救急外来	救急外来	救急外来治療	一般病棟	慢性期病棟	再来
現病歴	5年前より急性上気道炎にかかると咳と呼吸困難を感じる事が多かった。3日前より咳、鼻汁、咽頭痛がみられ、前日より呼吸困難と喘鳴が増悪するたため、近医を受診し、対症療法を受け帰宅するも、再び症状が増悪し、救急外来を受診した。既往歴:数年前から花粉症(スギ)、ヒリン系薬剤で皮膚、家族歴:アレルギー疾患はない。住環境:アパート住まいでフローリングにカーベットを使用、ペットとして犬、兔、ハムスター各2匹ずつ室内で飼育。	身体所見	検査所見	救急外来治療	慢性期治療	再来
指書のポイント	病歴の把握	救急外来での診察	救急外来検査	治療	慢性期治療	再来
患者-医師関係	チーム医療	バイタルサイン(特に呼吸状態、意識状態)の把握。緊急性の判断	的確な治療に併行した、動脈血ガス分析、胸部X線、末梢血液検査、生化学検査の実施。施行した検査に対する正確な解釈。	自覚症状と聴診所見だけでなくピークフロー・モニタリングや病状日誌による客観的指標を用いた管理方法。吸入ステロイド薬などの長期管理薬への移行方法。アトピー要因の確認、禁煙とハウスダスト、ペット対策を含めた環境整備の指導の方法。	自覚症状と聴診所見だけでなくピークフロー・モニタリングや病状日誌による客観的指標を用いた管理方法。吸入ステロイド薬などの長期管理薬への移行方法。アトピー要因の確認、禁煙とハウスダスト、ペット対策を含めた環境整備の指導の方法。	2週間後、問診と病状日誌から発作がない状態に経過していること、ピークフローはグリーンゾーン(基準値の80%以上)で日内変動(20%以上)の変動がないことを確認し、長期管理薬を継続し、その後4週間毎に再受診し、環境整備と禁煙を徹底し、喘息の長期管理が良好なことを確認。定期的に通院中。
行動目標	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状 緊急を要する症状・病態 経験が求められる疾患・病態	気管支喘息と関連した病歴、既往歴、家族歴、喫煙歴、職業歴、住環境、ペット飼育歴の聴取	救急外来検査	救急外来治療	慢性期治療	再来
経験目標	予防医療 地域保健・医療 小児・成人医療 精神保健・医療 緩和・終末期医療	病歴の把握	救急外来検査	治療	慢性期治療	再来