

第48回 総合内科専門医 資格認定試験 受験案内

従来どおりの受験

【認定内科医資格の更新未経験者】

ご注意ください

※ 2020年度はオリンピック・パラリンピックが東京において開催される影響により、
試験会場は「大阪」に変更となります。

1. 実施について	02 ▶ 03
2. 受験資格と出願書類について	04 ▶ 10
3. 出願書類チェックリスト.....	11 ▶ 14
4. 試験問題・合否判定について	15
5. 病歴要約作成について.....	16 ▶ 39

▶第48回 総合内科専門医 資格認定試験の実施について

◆従来どおりの受験◆

試 験 日	2020年9月13日(日)
試 験 会 場	大阪国際会議場(大阪市北区中之島5丁目3-51)
受験願書の 請求期間	2019年11月26日(火) 午前11時～ 2020年4月20日(月) 午後3時まで ※上記請求期間外の受け付けは一切できません。
受験願書の 請求方法	本会HPから請求してください。(http://www.naika.or.jp/) 本会から「受験願書」「出願書類到着通知用はがき」「受験料払込用紙」 「出願用封筒」を郵送します。
出 願 期 間	2020年4月1日(水)～4月30日(木) ※左記出願期間内の消印有効
出 願 方 法	「出願用封筒」を使って、一括して書留や簡易書留で郵送してください。
受 験 料	30,000円(税込) 上記出願期間内に専用の払込用紙を使ってコンビニエンスストア等からお支払いください。 ※納入された受験料はいかなる事由があっても返還いたしません。 ※払込用紙の半券は領収証となりますので、大切に保管してください。

出願者の個人情報の取扱いについて

ご登録いただいている個人情報は、本試験の受付、運営に関する情報提供のために使用するとともに、個人情報保護法に基づき、適正に管理致します。受験票発送等の一部の業務を外部に委託することがありますが、委託先につきましては、適切な事業者を選定し、秘密保持、安全管理等についての契約を締結して、適切な監督を行います。

日本内科学会における個人情報の取り組みについて http://www.naika.or.jp/activity/info_02/

～再受験について～

総合内科専門医試験を第40回(2012年実施)以降に受験され、既に病歴要約が合格(A・B・C評価)となられている方は、出願時に病歴要約を含む、一部の書類提出が免除されますので、出願時に必ず《病歴要約評価結果用紙》のコピーを同封してください。

☞《病歴要約評価結果用紙》とは

試験結果通知に同封されていた、病歴要約評価結果と評価委員からのコメントが記載された用紙

▼受験票の発送について

受験有資格者には受験票を **8月11日頃**に発送する予定です。

送付先は7月下旬時点で本会に登録されている郵送物の送付先住所宛となりますので、転居している場合は早めに本会に住所変更届を提出してください。

なお、**8月20日**までに受験票が届かない場合は、**8月21日**までにその旨を必ず **E-mail** でご連絡ください。ご連絡がない場合は、届いているものとみなします。

▼受験上の配慮申請について

身体機能の障がいや傷病(妊娠中も含む)等により、受験時に特別な配慮を希望される方は、**4月30日**までに **E-mail** で申請してください。資格認定試験委員会で審査の上、対応を検討いたします。

申請にあたっては、【1. 希望する配慮事項】【2. 配慮が必要な理由】を具体的に明記してください。なお、医師の診断書または身体障害者手帳の写し等、客観的な証明も必要となりますので予めご準備ください。

また、授乳・搾乳スペース確保を希望する場合もその旨お申し出ください。さらに、出願後の疾病または事故等により負傷した場合にも、それに応じた配慮を検討いたしますので、お早めにご連絡ください。但し、申請が試験日の直前である場合や申請内容によっては対応できないことがあります。

▼その他

▷不明な点については、まずは本会HPの【試験に関するよくある質問】でご確認ください。

▷その他の不明な点については、必ず **E-mail** でお問い合わせください。

※提出症例の可否、試験問題の内容、合否判定基準等の問い合わせには応じられません。

【問い合わせ先】

一般社団法人日本内科学会 資格認定試験委員会

E-mail : shiken@naika.or.jp

▶ 受験資格について

▼**受験資格** 以下(1)～(6)を全て満たす者

(1) 認定内科医と認定されていること

(2) 2020年度までの年会費を完納すること

※ 2020年度の年会費払込用紙は3月中に送付する予定です。払込用紙が届き次第、**4月30日までに必ずお支払いください。**

(3) 受験料を出願期間内に納入すること

(4) 【認定内科医資格取得後】に次記①～④のいずれかの内科臨床研修歴を満たすこと
(試験日までに修了見込みの者も含む)

※【認定内科医資格取得後】とは、「認定内科医試験に合格した年度の4月1日以後」を指します。但し、subspecialty学会専門医で、二階建制経過措置により認定内科医を取得した者は「認定内科医認定日」からとします。

(5) 病歴要約一式(20～22症例分)を不備なく提出できること

(6) 2件以上の発表業績(症例報告または臨床研究)を有すること

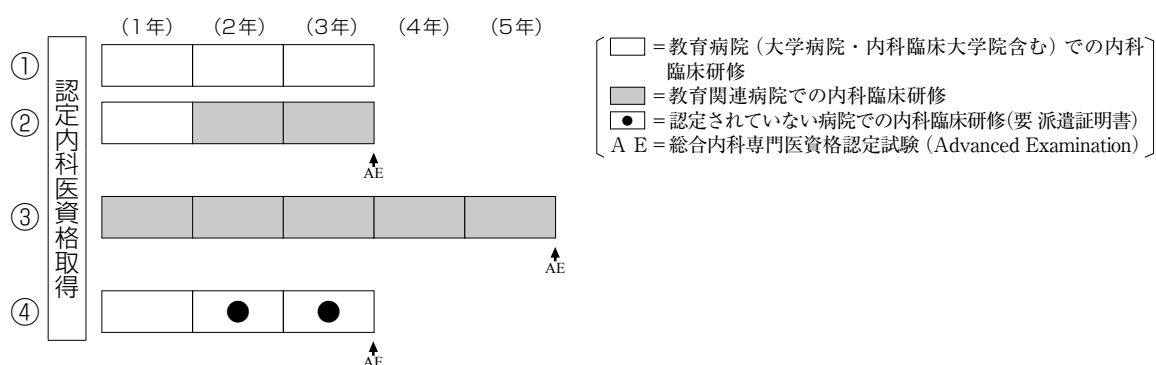
▼ 受験資格としての研修年限

① 教育病院での内科臨床研修3年間以上

② 教育病院での内科臨床研修1年間以上+教育関連病院での内科臨床研修=計3年間以上

③ 教育関連病院での内科臨床研修5年間以上

④ 教育病院での内科臨床研修1年間以上+認定されていない病院での内科臨床研修(「派遣証明書」の発行が必要)=計3年間以上



④について

▶ 教育病院(大学病院含む)から内科臨床研修の一環として本会が認定していない病院へ派遣された場合は、教育病院からの「派遣証明書」を以って認定されていない病院での内科臨床研修および症例の提出を認めます。

④教育関連病院からの派遣は含まれません。

※ 証明書書式は本会HPの「各種書式のダウンロード」からダウンロードできます。

※ 上記の教育病院および教育関連病院は本会が認定した病院を指しています。(本会HPの「認定教育施設一覧(詳細)」をご参照ください)

▶ 出願書類について

▼ 出願時に提出する書類

新規受験者 (病歴要約不合格の再受験者も含む)

1. 受験願書
2. 出願書類到着通知用はがき
3. 受持入院患者一覧表 4 枚
4. 病歴要約 20 ～ 22 例
5. 退院時サマリーのコピー 20 ～ 22 例
6. 手術記録のコピー 2 例
7. 剖検報告 (最終診断) 書のコピー 2 例
8. 発表業績を証明するもののコピー 2 件

病歴要約提出免除の再受験者 (既に病歴要約が合格になっている再受験者)

1. 受験願書
2. 出願書類到着通知用はがき
3. 病歴要約評価結果用紙のコピー

※提出された書類は返却いたしません。

※書類が揃っていない、または不備がある場合には受験をお断りする場合があります。

① 受験願書

- ▷ 記入方法につきましては、6 ～ 7 頁の記入例をご参照ください。
- ▷ 記入の上、出願時に勤務している本会認定教育施設の教育責任者から直筆の署名と捺印をもらってください。
- ※出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらってください。

② 出願書類到着通知用はがき

- ▷ 63 円分の切手を貼付し、必ずご自身の受取先住所・氏名を明記してください。
- 本会に出願書類が到着しましたら、本はがきに受付印を押印して返送いたします。

③ 受持入院患者一覧表 (20 症例分；剖検症例を重複させない場合は最大 22 症例分)

- ▷ 本会 HP の「各種書式のダウンロード」から書式をダウンロードし、直接入力してください。 ※手書きのものは受け付けできません。
- ▷ 成人症例 (担当時に 15 歳以上) が対象です。
- ▷ 医師免許取得後の本会認定教育施設での内科臨床研修実績に基づく受け持ち症例の提出を認めます。
- ※但し、「認定内科医試験の出願時に提出した症例」を再度提出することはできません。
- 「認定内科医試験の出願時に提出した症例」とは、
 - ・ 2006 年度 (平成 18 年度) 以前に受験された方は【内科 9 分野からの 18 例、外科 転科 3 例、剖検 3 例】を指します。
 - ・ 2007 年度 (平成 19 年度) 以降に受験された方は【内科 9 分野からの 12 (もしくは 13) 例、外科 転科 3 (もしくは 2) 例、救急 2 例、剖検 1 例の計 18 例】を指します。
- ▷ 最終頁には、出願時に勤務している本会認定教育施設の教育責任者から直筆の署名と捺印をもらってください。
- ※出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらってください。

▶ 受験願書の記入例（従来どおりの受験）

※同封の受験願書と受験料払込用紙には、書類をご請求いただいた貴方の個人情報が入力されています。
従いまして、他の方が使用することはできません。

※訂正がある場合は、二本線で消して訂正印（受験者本人の捺印で可）を押してください。

願書（表）

回数を記入すること

必ず捺印すること

西暦で記入すること

写真裏面に氏名を記入の上、全面貼付すること
(スナップ写真や本人確認が著しく困難な写真は不可)

どちらかに○印をつけること
新⇒初めて出願される方
再⇒再出願の方

記入日現在の年齢
を記入すること

大学院に入学された方は大学院における専攻・主科目名を記入すること
(専攻：器官病態内科学講座、主科目名：消化器内科学など)

改姓・改名があった場合は記入すること

他学会の資格を有している場合はすべて記入すること

本会より連絡をする場合があるので、必ず連絡のとれるメールアドレスを記入すること

一般社団法人日本内科学会認定医制度	
第 48 回	
総合内科専門医資格認定試験願書	
(新)・再	
ふりがな	ない か い ち ろ う
氏 名	内科 一郎
生 年 月 日	1989 年 8 月 14 日生
30 歳	(男)・女
日本内科学会会員番号	ナ～*****
※受験番号	
学 歴	2014 年 3 月 大学医学部卒業 大学大学院入学 [専 攻 : _____ 主科目名 : _____] 大学大学院修了
写真貼付欄 (写真裏面に氏名を記入の上、全面貼付のこと) 眼鏡をかけて受験する方は眼鏡をかけた状態の写真とする。 最近 3 か月以内 半身・正面・脱帽 5cm×4cm	認定内科医認定年月日 2017 年 9 月 8 日 認定内科医認定番号 ***** 本会入会年度 ***** 年度 認定内科医取得後、改姓・改名があれば記入のこと 本会以外の取得専門医（認定医） ○○学会専門医
現住所	〒***** TEL ***** E-mail : *****@*****.ne.jp 東京都○○区○○1 丁目 10-3 宿舎 A 棟 401 号室
現勤務先住所	〒***** 東京都○○区○○1 丁目 10-1 病院名・診療科名 東京○○病院 消化器内科 TEL ***** , FAX ***** E-mail : *****@*****.ne.jp ※総合内科専門医認定番号

※印欄は記入しないこと。

※休職、留学、内科以外の研修、本会が認定していない施設における勤務についても記入し、期間にブランクが生じないように注意すること。
その場合、認定施設コード欄は空欄のままで結構です。

願書(裏)

その病院が所在する都道府県名を記入すること

全て西暦で記入すること

2020年4月現在までの研修歴を記入すること

病院名に変更があった場合は旧名称を併記すること

認定内科医資格取得前の期間については月数の記入は不要です

本会認定教育施設については、本会HPの「認定教育施設一覧(詳細)」を参考に認定施設コードを記入すること(※大学病院の分院コードは、本院のコードと同じです)

期 間 (医師免許取得後から現在に至るまでを西暦記載)		都道府県名	病院名および診療科名	主な研修内容	☆ 実質、内科で研修した月数を記入すること	認定施設コード
2014年	4月 ~ 2016年 3月	東京	〇〇大学病院 研修医	1、2年目 全科ローテーション	—	***
2016年	4月 ~ 2017年 3月	東京	〇〇記念病院 消化器内科	消化器内科を中心とした内科全般	—	***
2017年	4月 ~ 2018年 3月	埼玉	〇〇総合病院 内科	内科全般	12	****
2018年	4月 ~ 2019年 3月	東京	〇〇大学病院 消化器内科	消化器内科を中心とした内科全般	12	**
2019年	4月 ~ 2020年 4月 現在	東京	東京〇〇病院 消化器内科	消化器内科を中心とした内科全般	13	***
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
教育責任者が記載・捺印する欄			上記の通り相違ありません 証明日 2020年 4月 20日			左記病院の認定施設コード
教育病院(教育関連病院)名 東京〇〇病院						月数合計 37
教育責任者氏名 専門 誠						

教育責任者が勤務する認定教育施設の認定施設コードを記入すること

本会認定教育施設の教育責任者に署名と捺印をもらうこと

▷教育責任者とは

- 大学病院では自分が勤務(所属)している内科学講座の教授(教授のポストが空席であれば准教授でもよい)
- 教育病院または教育関連病院では、本会に登録されている教育責任者(本会HPの「認定教育施設一覧(詳細)」を参照)

※出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直前に勤務していた認定教育施設に遡ってもらうこと

④ 病歴要約 (5頁③の20症例分；剖検症例を重複させない場合は最大22症例分)

▷ 本会HPの「各種書式のダウンロード」から書式をダウンロードし、【病歴要約作成の手引き (16～18頁)】に従って作成してください。※手書きのものは受け付けできません。

▷ 成人症例 (担当時に15歳以上) が対象です。

▷ 1症例を必ずA3判1枚に収めて作成してください。(20～39頁を参照)

▷ 医師免許取得後の本会認定教育施設での内科臨床研修実績に基づく受け持ち症例の提出を認めます。

※但し、「認定内科医試験の出願時に提出した症例」を再度提出することはできません。

「認定内科医試験の出願時に提出した症例」とは、

・2006年度 (平成18年度) 以前に受験された方は【内科9分野からの18例、外科転科3例、剖検3例】を指します。

・2007年度 (平成19年度) 以降に受験された方は【内科9分野からの12 (もしくは13) 例、外科転科3 (もしくは2) 例、救急2例、剖検1例の計18例】を指します。

▷ 教育責任者の署名・捺印は、原則として当該症例を受け持った病院の教育責任者からもらってください。但し、出願時に勤務している病院が本会認定教育施設であり、その教育責任者が他病院の症例についても確認の上、責任を持って署名・捺印することをご承諾されるならば、出願時に勤務している病院でもらうことも可です。なお、教育責任者名はパソコンによる記名でも可です。

※教育病院 (大学病院含む) から内科臨床研修の一環として認定されていない病院へ派遣され、内科臨床研修を行った際に受け持った症例を提出する場合 (4頁の④を参照) の病歴要約への署名・捺印については、①および②の2人からもらってください。

①当該症例を受け持った、認定されていない病院の病院長

②派遣元である教育病院 (大学病院含む) の教育責任者 (本会HPの「認定教育施設一覧 (詳細)」を参照)

病歴要約 全20～22症例の構成

病歴No.1・2：消化器

3・4：循環器

5・6：内分泌・代謝

7・8：腎臓

9・10：呼吸器

11・12：血液

13・14：神経

15・16：アレルギー・膠原病

17・18：感染症

19・20：外科転科症例

(21・22：剖検症例を重複させない場合)

No.1～18については
剖検症例と重複可

※剖検症例を除き、症例 (患者) の重複は認められません。

【病歴No. 1 ～ 18】

内科9分野（消化器，循環器，内分泌・代謝，腎臓，呼吸器，血液，神経，アレルギー・膠原病，感染症）から各2症例ずつ同一疾患を避けた計18症例

※初期診療のみで，その後のフォローに携わっていない症例は含めることができません。

【病歴No. 19・20】

治療目的で内科から外科へ転科させ，外科的治療を行った症例，計2症例

※病歴の主症状の内科疾患に対する手術が行われた場合に限りです。

- ・手術所見を含めて考察してください。

【剖検2症例（重複させない場合はNo. 21・22）】

生前からの受け持ち患者で，剖検を行った2症例

※次記の7項目をほぼ経験していること

※病歴No. 1 ～ 18の症例と重複可

- ・needle necropsyは認めません。
- ・剖検所見を含めて考察してください。
- ・①「当該症例を受け持っていたにもかかわらず，剖検報告書の主治医（担当医・受持医）欄に受験者本人の氏名が記載されていない場合」，あるいは②「搬入後診療を行った救急症例である場合（死体検案用の剖検は含めない）」は，当該症例を受け持った病院の教育責任者から，次記の7項目をほぼ経験している旨の『剖検に関する証明書』が発行され，添付されている場合には提出を認めます。
- ※証明書書式は本会HPの「各種書式のダウンロード」からダウンロードできます。

1. 終末期医療の実践 2. 死亡の宣告 3. 遺族への剖検依頼 4. 剖検に際しての臨床上の問題点等を整理して病理へ提出 5. 剖検への立会い 6. 剖検所見との対比による考察 7. CPCへの参加

⑤ 退院時サマリーのコピー【前記④の全症例分】

▷ 受験者本人が受け持った症例であることを証明するためのもので，全20症例（剖検症例を重複させない場合は最大22症例分）について退院時サマリーのコピーを添付してください。

▷ 受け持ったことが分かるように主治医（担当医・受持医）欄に記載されている受験者本人の氏名を蛍光ペンで塗ってください。

- ※ 1. 「当該症例を受け持っていたにもかかわらず，主治医（担当医・受持医）欄に受験者本人の氏名が記載されていない場合」は，当該症例を受け持った病院の教育責任者から『退院時サマリー提出に関する証明書』を発行してもらい，併せて添付してください。また，受験者本人の氏名が，記載医（記入医）欄のみの場合も，上記と同様に証明書の添付が必要です。
- ※ 2. 「改姓により，主治医（担当医・受持医）欄に記載されている氏名と出願時の氏名が異なる場合」は，『改姓に伴う自己申告書』を作成し，併せて提出してください。
- ※ 3. 「本会所定の病歴要約書式を正式な退院時サマリーとして使用している病院の場合」には，当該症例を受け持った病院の教育責任者から『確認書』を発行してもらい，併せて提出してください。
- ※ 4. 『退院時サマリー提出に関する証明書』，『改姓に伴う自己申告書』および『確認書』の書式は，本会HPの「各種書式のダウンロード」からダウンロードできます。

⑥ 手術記録のコピー【病歴No. 19・20】

▷ 当該2症例分の執刀医が作成した手術記録（患者ID・診断名・要約が記載されているもの）のコピーを添付してください。

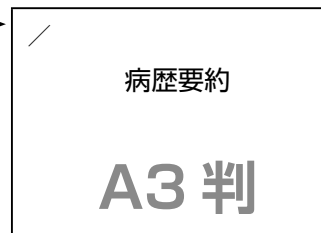
⑦ 剖検報告（最終診断）書のコピー【剖検2症例】

- ▷ 当該2症例分の病理医が作成した剖検報告（最終診断）書（患者ID・病理診断の要約が記載されているもの）のコピーを添付してください。
- ▷ 受け持ったことが分かるように主治医（担当医・受持医）欄に記載されている受験者本人の氏名を蛍光ペンで塗ってください。
- ▷ 剖検報告書をCPCの症例提示要旨で代用することは不可とします。
- ▷ 最終診断書が出ていない場合は肉眼的所見が記載されているものでも可とします。
 - ※ 1. 「当該症例を生前から受け持っていたにもかかわらず、主治医（担当医・受持医）欄に受験者本人の氏名が記載されていない場合」は、当該症例を受け持った病院の教育責任者から『剖検に関する証明書』を発行してもらい、併せて添付してください。
 - ※ 2. 「改姓により、主治医（担当医・受持医）欄に記載されている氏名と出願時の氏名が異なる場合」は、『改姓に伴う自己申告書』を作成し、併せて提出してください。

〔⑤、⑥および⑦についての注意事項〕

★重要★・患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報（氏名、生年月日、住所、連絡先等）や紹介元（先）病院（医師）名は、消去（マジックインキで塗りつぶすなど）した後、再度コピーして透けて見えないようにするか、もしくは予め付箋等で覆ってコピーするなど、絶対に読み取れない状態にして提出してください。

- ・ A3判またはA4判になるようにコピーしてください。
- ・ 提出する際の手続きの並び順としては、当該④を表紙として次に
⑤、あるいは⑤⇒⑥、⑤⇒⑦の順となります。
「退院時サマリー提出に関する証明書」や「剖検に関する証明書」を併せて提出する場合には、⑤の次に「退院時サマリー提出に関する証明書」、⑦の次に「剖検に関する証明書」の順に並べ、最後に右図の矢印で示す部分を症例毎にホッチキスで留めて提出してください。



⑧ 2件の発表業績を証明するもののコピー

- ▷ 「学会」または「論文」として発表した臨床研究（基礎的な研究は除く）、または first author で報告した症例報告のいずれかで、計2件の業績を提出してください。
 - ※ 「学会」は学術団体が主催するものであり、業者主催の研究会・講演会を含まない。
 - ※ 「論文」は全国の図書館で閲覧できるような公的機関の医学雑誌ないしは学術図書に掲載されたものを指し、商業雑誌（通常の出版社が発行している月刊誌など）は含まない。
- ▷ 医師免許取得後の内科臨床研修実績に基づく発表業績の提出を認めます。
 - ※ 但し、認定内科医試験受験時にプレゼンテーション（口頭発表）資料として提出したものは使用できません。
- ▷ 発表を証明するプログラムまたは別刷のコピーを必ず添付してください。
 - ※ 「学会発表」はプログラムで、「演題名・発表者名・学術集会名・開催年月日」が記載されている部分のコピー。
 - ※ 「論文」は別刷、または掲載誌で「題名・著者名・掲載誌名」が記載されている部分のコピー。
- ▷ 受験者本人の氏名を蛍光ペンで塗ってください。

第 48 回 総合内科専門医試験 出願書類チェックリスト

このチェックリストを用いて必ず確認してから出願してください。

※提出された書類は返却いたしません。

※書類が揃っていないまたは不備がある場合には受験をお断りする場合があります。

1. 受験願書

【表 面】

- ☐ 必要事項をすべて記載してある。
- ☐ 新・再のどちらかに○印をつけてある。
- ☐ 受験者本人の捺印がしてある。
- ☐ ボールペンで記載してある。(鉛筆書き不可)
- ☐ 写真の裏面に氏名を記載してある。
- ☐ 3か月以内に撮影した写真(受験時に眼鏡を着用する方はかけた状態での写真)を貼付してある。
- ☐ **必ず連絡のとれるメールアドレスを記載してある。** ※本会より連絡をする場合があるため

【裏 面】

- ☐ 必要事項をすべて記載してある。
- ☐ 研修歴(職歴)に空白が生じないように記載してある。(休職、留学、内科以外の研修、本会が認定していない施設における勤務についても記載)
- ☐ **2020年4月現在までの研修歴および内科月数を記載してある。**
- ☐ 実質、内科で研修した月数と月数合計とを記載してある。
- ☐ 認定施設コードを記載してある。 ※本会HPの「認定教育施設一覧(詳細)」を参照
- ☐ 出願時に勤務している本会認定教育施設の教育責任者から直筆の署名と捺印をもらっている。
(注) 出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらうこと。
- ☐ 教育責任者が勤務する病院の認定施設コードを記載してある。

2. 出願書類到着通知用はがき

- ☐ 63円分の切手を貼付してある。
- ☐ ご自身の受取先住所・氏名を記載してある。

3. 受持入院患者一覧表

- ☐ パソコンで作成してある。(手書きは不可)
 - ☐ 本会ホームページからダウンロードして作成してある。
 - ☐ 必要事項をすべて入力してある。
 - ☐ 全て成人症例(担当時に15歳以上)である。
 - ☐ 認定内科医試験受験時に提出した症例を用いてはいない。
 - ☐ 出願時に勤務している本会認定教育施設の教育責任者から直筆の署名と捺印をもらっている。
- (注) 出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらうこと。
- ☐ 4枚をまとめて、左上部をホッチキスで留めてある。

4. 病歴要約 【病歴No. 1～20(最大22)】

- ☐ パソコンで作成してある。(手書きは不可)
 - ☐ 本会ホームページからダウンロードして作成してある。
 - ☐ 「病歴要約作成の手引き」に則って作成してある。
 - ☐ 必要事項をすべて入力してある。
 - ☐ 各症例A3判1枚に収めて作成してある。
 - ☐ 全て成人症例(担当時に15歳以上)である。
 - ☐ 認定内科医試験受験時に提出した症例を用いてはいない。
 - ☐ 内科9分野から各2症例ずつ、同一疾患を避けて作成してある。
 - ☐ 外科転科2症例・剖検2症例を作成してある。
 - ☐ 外科転科2症例は、病歴No.1～18の症例と重複していない。
 - ☐ 当該症例を受け持った病院の教育責任者から署名(パソコンによる記名も可)と捺印をもらっている。
- (注) 但し、出願時に勤務している病院が本会認定教育施設であり、その教育責任者が他病院の症例についても確認の上、責任を持って署名・捺印することをご承諾されるならば、出願時に勤務している病院でもらうことも可とする。

5. 退院時サマリーのコピー 【病歴No. 1～20(最大22)】

- ☐ A3判またはA4判にしてある。
- ☐ 主治医(担当医・受持医)欄にある自分の氏名が分かるように蛍光ペンで塗ってある。
- ☐ 患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報(氏名、生年月日、住所、連絡先等)や紹介元(先)病院(医師)名は、消去(マジックインキで塗りつぶすなど)した後、再度コピーして透けて見えないように(絶対読み取れないように)してある。
- ☐ 20症例(剖検症例を重複させない場合は最大22症例)とも、症例毎に病歴要約⇒退院時サマリーのコピーの順番に並べ、次頁【図1】の矢印で示す部分をホッチキスで留めてある。

- ☐ 「当該症例を受け持っていたにもかかわらず、主治医（担当医・受持医）欄に自分の氏名が記載されていない場合」は、当該症例を受け持った病院の教育責任者から『退院時サマリー提出に関する証明書』が発行されており、ホッチキスで添付（【図1】参照）してある。
※受験者本人の氏名が、記載医（記入医）欄のみの場合も、上記と同様に証明書の添付が必要です。
- ☐ 「改姓により、主治医（担当医・受持医）欄に記載されている氏名と出願時の氏名が異なる場合」は、『改姓に伴う自己申告書』を作成して、同封してある。
- ☐ 「本会所定の病歴要約書式を正式な退院時サマリーとして使用している病院の場合」には、当該症例を受け持った病院の教育責任者から『確認書』が発行されており、同封してある。

6. 手術記録のコピー 【病歴No.19・20】

- ☐ A3判またはA4判にしてある。
- ☐ 患者IDが記載されている。
（□記載されていないため、主治医としての責任に基づき、自ら手書きで記載してある）
- ☐ 患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報（氏名、生年月日、住所、連絡先等）や紹介元（先）病院（医師）名は、消去（マジックインキで塗りつぶすなど）した後、再度コピーして透けて見えないように（絶対読み取れないように）してある。
- ☐ 2症例とも、症例毎に病歴要約⇒退院時サマリ－のコピー⇒手術記録のコピーの順番に並べ、【図1】の矢印で示す部分をホッチキスで留めてある。

7. 剖検報告（最終診断）書のコピー 【剖検2症例】

- ☐ A3判またはA4判にしてある。
- ☐ 主治医（担当医・受持医）欄にある自分の氏名が分かるように蛍光ペンで塗ってある。
- ☐ 患者IDが記載されている。
（□記載されていないため、主治医としての責任に基づき、自ら手書きで記載してある）
- ☐ 患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報（氏名、生年月日、住所、連絡先等）は、消去（マジックインキで塗りつぶすなど）した後、再度コピーして透けて見えないように（絶対読み取れないように）してある。
- ☐ 2症例とも、症例毎に病歴要約 ⇒ 退院時サマリ－のコピー ⇒ 剖検報告書のコピー の順番に並べ、【図1】の矢印で示す部分をホッチキスで留めてある。
- ☐ ①「当該症例を受け持っていたにもかかわらず、剖検報告書の主治医（担当医・受持医）欄に自分の氏名が記載されていない場合」、あるいは②「搬入後診療を行った救急症例である場合（死体検案用の剖検は含めない）」は、当該症例を受け持った病院の教育責任者から規定の7項目（9頁を参照）をほぼ経験している旨の『剖検に関する証明書』が発行されており、ホッチキスで添付（【図1】参照）してある。

【図1】

各 症例の書類の順番

- ① 病歴要約
- ② 退院時サマリ－のコピー（＋証明書）
- ③ 手術記録のコピー、または剖検報告書の
コピー（＋証明書）

ホッチキス留め→

病歴要約
A3 判

8. 2件の発表業績を証明するもののコピー

(注)【学会】は学術団体が主催するものであり、業者主催の研究会・講演会は含まれない。【論文】は全国の図書館で閲覧できるような公的機関の医学雑誌ないしは学術図書に掲載されたものを指し、商業雑誌（通常の出版社が発行している月刊誌など）は含まれない。

- ☐ 認定内科医試験受験時に提出したプレゼンテーション(口頭発表)資料を用いていない。
- ☐ 自分の氏名が分かるように蛍光ペンで塗ってある。
- ☐ 症例報告の場合、筆頭演者(筆頭著者)である。
- ☐ 学会発表は、プログラムのコピー(発表者名・演題名・学術集会名・開催年月日が記載されていること)を同封してある。
- ☐ 論文は別刷、または掲載誌のコピー(題名・著者名・掲載誌名が記載されていること)を同封してある。

9. 認定内科医資格

- ☐ 現在、認定内科医として認定されている。

10. 受験料(30,000円)

- ☐ コンビニエンスストア等から納入済みである。
- (注) 出願時に領収証を同封していただく必要はありません。

11. 年会費

- 年会費払込用紙は3月中に送付予定です。払込用紙がお手元に届き次第、4月30日までに必ずお支払いください。

▼出願時に提出する書類

新規受験者
(病歴要約不合格の再受験者も含む)

- ☐ 受験願書
- ☐ 出願書類到着通知用はがき
- ☐ 受持入院患者一覧表4枚
- ☐ 病歴要約20～22例
- ☐ 退院時サマリーのコピー20～22例
- ☐ 手術記録のコピー2例
- ☐ 剖検報告(最終診断)書のコピー2例
- ☐ 発表業績を証明するもののコピー2件

病歴要約提出免除の受験者
(既に病歴要約が合格になっている再受験者)

- ☐ 受験願書
- ☐ 出願書類到着通知用はがき
- ☐ 病歴要約評価結果用紙のコピー

▶試験問題・合否判定について

▼試験問題について

1. 出題の方式

マークシート形式により、総合内科を含めた内科の10分野から計250題を出題する。

2. 解答の形式

▷Aタイプ-単純択一形式：解答として最も適しているものを1つ選ぶ。

▷X2タイプ-多真偽形式：解答として適しているものを2つ選ぶ。

3. 問題の種類

▷一般問題：内科の10分野について、専門的であっても必須の知識や判断力を問う問題

▷臨床問題：年齢、性別を記載して実施形式で症例を示し、設問に答える問題

4. 問題の範囲

出題範囲は「日本内科学会資格認定試験出題基準」と「認定医制度研修カリキュラム」

に準拠するものとし、出題内容は原則として「標準的内科学教科書」、「日本内科学会雑誌」および「内科救急診療指針2016」に掲載されている内容とします。

▼合否判定について

▷筆記試験の「総合得点」と「分野毎の得点」および「病歴要約の評価」の総合成績により行います。

※1. 病歴要約の評価結果のみで不合格となります。病歴要約が不合格(F)となった場合、教育責任者にも結果をお知らせしますので、注意して作成してください。

※2. 試験当日に試験問題の持ち出し行為等があった場合は不合格とします。

※3. 経歴詐称や症例の不正が認められた場合は処分いたします。

罰則規定：不正の状況等を鑑み、下記①～③のいずれかの罰則を科すこととする。

①当該年度不合格

②当該年度不合格 且つ 複数年再受験不可(1～5年間再受験不可)

③当該年度不合格 且つ 受験資格を永久剥奪

★資格認定試験対策用書籍★

認定内科医試験・総合内科専門医試験 過去問題集
第2集 2018年度出題問題 定価：6,000円(税込)

本会ホームページよりご購入いただけます
<http://www.naika.or.jp/journal/>



▶病歴要約作成の手引き

1. 記述様式：**POS (Problem Oriented System) 方式の病歴要約を作成してください。**
2. すべてパソコンで作成してください。文字の大きさは明朝体 11 ポイント程度とし、適正な行間で記載してください。**用紙はA3サイズ1枚とする。**
 ※余白を残さぬよう、十分な情報を記載してください。
 ※誤字・脱字などが目立つ場合は不適切な病歴要約として不合格となりますので、教育責任者から署名・捺印をもらう前に必ず見直しをしてください。
3. **その内容を端的に表したタイトルを記載してください。**
 例：“緑膿菌肺炎で入院し感染症との鑑別に苦慮したANCA 関連血管炎の一例”。
4. 患者情報 (ID, 年齢, 性別), 提出分野名, 医療機関名, 入・退院日, 受持期間, 転帰, フォローアップを記載してください。
 ※患者を特定できるような氏名, イニシャル, 生年月日, 居住地は記載しないでください。
 ※患者IDは照合のため施設のIDとしますが, 施設で責任を持って管理する限りにおいては連結可能な独自のIDを用いても構いません。
5. 確定診断名 (**略語は不可**): 入院中の重症度・重要性に従い, 主病名を1に記載してください。2以下に副病名, 合併症を主要なものに限り記載してください。
 ※提出分野病名には丸印を付けるなど判るようにしてください。
6. 病歴：**提出分野病名を中心として記載してください。** その他の主・副病名や合併症などすべての病気の経緯も簡潔に言及してください。
 既往歴, 家族歴, 生活歴等は全てを記載する必要はありません。プロフィールや職業が重要な場合は記載してください。
 ※患者個人情報に繋がる紹介元 (先) 病院 (医師) 名の記載は避けてください。 (「近医」などと記載すること)
7. 入院時現症: 不必要なものは減らして, 要領よくまとめてください。
8. 検査所見：**ルーチンの記載については, すべてを羅列する必要はありません** (一般的には肝機能正常という表現でも良い)。しかし, その疾患で異常になり得るデータ, **注目すべき正常値, 特殊検査はなるべく記載してください。** (例えばLD等が重視される血液疾患等ではその検査値を記載する) ※一般的な略号は使用して構いません。
9. 画像診断: 経過図, 検査等一覧表は必要に応じて挿入して構いませんが, それが症例の理解に役立ち, 明瞭に読み取れるものに限りします。
10. プロブレムリスト: プロブレムリストに挙げられるプロブレムとは, 診断名ではなく患者を診察していく上で問題となる項目のリストです。従って, **初診時に得られる, 医療面接での問題点, 臨床症状, 診察所見, 検査値の異常などからリストアップされるべきものです。**
 ※予め診断がついている項目 (病名) も, 主病名として取り扱った疾患と関連のある場合はプロブレムとして挙げても構いません。
11. 入院後経過と考察: 特殊検査等を含む診断とその根拠, 治療とそのエビデンスおよび転帰について記載してください。
 考察は**提出分野病名を中心**にその重症度, 診断および治療法選択における妥当性を簡潔に議論してください。
 ※【入院後経過】と【考察】はそれぞれプロブレム, 病名毎に独立して記載するか, あるいは併せて記載するか, いずれの様式でも構いません。
 ※外科転科症例については手術所見を含めて考察してください。剖検症例については剖検所見を含めて考察してください。

12. 文 献：EBMを重視し、症例に適した原著論文、ガイドライン、レビューなどを引用し、**必ず文中に記載してください。**
 認定内科医試験においては教科書からの引用も可とします。総合内科専門医試験においては原著論文を引用してください。
 ※全国の図書館で閲覧できるような公的機関の医学雑誌ないしは学術図書に掲載されたものからの引用に限ります。
 引用形式：(Abe S. JAMA 1997；278：485) (工藤翔二. 日内会誌 2006；95：564)
 ※教科書からの引用形式：(表題, 発行年, 頁, 出版社名)
 ※web媒体からの引用について：「Up To Date」等医療情報源や各学会、厚生科学研究班等から出されたガイドライン等、出典がオーソライズされたものとする。
 引用形式：例 (●●学会編：●●ガイドライン, ●●学会HP)
13. 退院時処方：**薬剤名は一般名で記載してください。**なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載しても構いません。
14. 総合考察：提出分野病名を中心にその重症度、その他の主・副病名との関連について言及し、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に議論してください。さらには最後には**患者を全人的に捉えた『総合考察』を必ず記載してください。**そこではプロブレム間の考察や社会的・心理的側面についても言及されていることが望ましい。
 ※総合考察では、単に症例の感想を述べるのではなく、症例を客観的に評価することができているかどうか評価されます。
15. 教育責任者の署名・捺印：**原則として当該症例を受け持った病院の教育責任者からもらってください。**但し、出願時に勤務している病院が本会認定教育施設であり、その教育責任者が他病院の症例についても確認の上、責任を持って署名・捺印することをご承諾されるならば、出願時に勤務している病院でもらうことも可です。
 なお、教育責任者名はパソコンによる記名でも可です。
 ※教育病院（大学病院含む）から内科臨床研修の一環として認定されていない病院へ派遣され、内科臨床研修を行った際に受け持った症例を提出する場合（4頁の④を参照）の病歴要約への署名・捺印については、①および②の2人からもらってください。
 ①当該症例を受け持った、認定されていない病院の病院長
 ②派遣元である教育病院（大学病院含む）の教育責任者（本会HPの「認定教育施設一覧（詳細）」を参照）

▶ 教育責任者とは

▷ 大学病院の場合

- ・自分が勤務（所属）している内科学講座の教授（教授のポストが空席であれば准教授でもよい）

▷ 教育病院または教育関連病院の場合

- ・本会に登録されている教育責任者（本会HPの「認定教育施設一覧（詳細）」を参照）

▷ 評価方法

1. 提出症例全体のグローバル評価 (A, B, C, F) で採点する。
※ A : 優れている, B : 平均的, C : 合格基準を満たしている, F : 不合格
2. グローバル評価で不合格 (F) となったものについては, 複数の評価委員による二次評価を行う。二次評価では, 再度個々の症例における評価を行い, 資格認定試験委員会の判定で最終評価を決定する。
3. 試験終了後, 病歴要約評価結果を受験者に通知する。
※病歴要約が不合格 (F) となった場合, 教育責任者にも結果をお知らせします。

▷ 評価項目

1. 基本的記載
 - ・ 病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか。(項目は脱落していないか)
※記述項目や記述順,あるいは参考文献の引用,さらには略号の使用などには「病歴要約作成の手引き」に示されているように一定の取り決めがあります。これらに逸脱する場合も減点対象となります。
 - ・ 記載に際して, 誤字・脱字, 検査データ等の転記ミス, 単位の間違い, 文章表現の誤りなどはないか。
※文字の誤変換, 誤字・脱字, スペルミスなどのケアレスミスは第三者に評価を受けようとする受験者の姿勢としても問題であり, 減点対象になります。
 - ・ 医学的不整合性, 基本的誤りまたは不備などはないか。
 - ・ 患者個人情報(氏名・生年月日・住所・連絡先等)や紹介元(先)病院(医師)名を消去しているか。
 2. 症例選択の適切さとバランス
 - ・ 提出分野の主病名であるか。
 - ・ 副病名であるが, 提出分野の記載として妥当であるか。
 3. 診断プロセスは適切か
 - ・ 現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか。
 - ・ 経過, 身体診察の記載は十分であるか。
 - ・ 診断に必要な検査の記載は十分であるか。
 - ・ 診断に必要な画像所見の記載は十分であるか。
 - ・ 鑑別診断については十分記載されているか。
 - ・ 診断名が適切であるか。(十分な科学的根拠が提示されて, それに基づいた適切な診断病名が記載されているか)
 4. 治療法は適切か
 - ・ 治療薬は一般名で記載しているか。(商品名のための記載は認めない)
 - ・ 診断名に対して適切な治療法であるか。
 - ・ 入院後の経過が正しく記載されているか。
 - ・ 主病名の治療について記載が十分であるか。
 - ・ 全体的な流れとして妥当な治療か。
 5. 十分に考察されているか
 - ・ EBM (診断と治療の根拠) を重視しているか。
 - ・ 適切な文献を引用しているか。
 - ・ 考察の長さは妥当であり, 且つ, 論理的であるか。
 6. 倫理的妥当性(倫理的配慮)
 - ・ 患者の人権を尊重しているか。
 - ・ 患者の事情, 希望に配慮しているか。
 - ・ 患者の社会的・心理的背景を考慮しているか。
 - ・ 患者を全人的視野で診療しているか。
- これら6つの評価項目を以って, グローバル評価 A, B, C を合格とする。

次のような例は不合格 (F) 評価と見なされる。

- ・ 評価項目で合格基準に達していない。
- ・ 他人が作成した病歴要約を転載した。
- ・ 実際に受け持っていない患者について病歴要約を作成した。
- ・ 患者個人情報への配慮が著しく欠けている。

日本内科学会 資格認定試験 病歴要約における個人情報の取り扱いについて

平成29年5月30日より改正個人情報保護法が施行されたことに伴い、ご不安をお持ちかもしれません。これを受け、平成29年10月25日付で一般社団法人 日本医学会連合から通知されました文書では、『各学会が行う専門医のデータベースの場合も含め学術研究の用に供する場合は、改正個人情報保護法においても、従前の規定の通り第三者提供の制限等の同法第4章の規定の適用が除外されることについては、個人情報保護委員会事務局と確認済みである』と記載されております。

日本内科学会は資格認定試験を始め、各種学会活動におきまして個人情報の取り扱いをこれまでどおり配慮しながら取り組んでいくこととしております。当局との確認のもと、本会資格認定試験における受験書類の提出（病歴要約の作成）にあたっては、下記のとおり、これまでと同様にご対応の程、宜しくお願いいたします。

《 本会 資格認定試験 出願書類における患者個人情報の保護について 》

※ 患者個人情報への配慮が著しく欠けている書類は、不合格といたします。

◆ 患者氏名（イニシアル）・生年月日・住所・連絡先等は記載しない。また、患者個人情報に繋がる紹介元（先）病院（医師）名の記載は避けて『近医』などと記載する。

（① 受持入院患者一覧表 ② 病歴要約）

◆ 患者氏名・生年月日・住所・連絡先等や紹介元（先）病院（医師）名は、消去（マジックインキで塗りつぶすなど）した後、再度コピーして透けて見えないようにするか、もしくは予め付箋等で覆ってコピーするなどして、絶対に読み取れない状態にして提出する。
（③ 退院時サマリーのコピー ④ 手術記録のコピー ⑤ 剖検報告（最終診断）書のコピー）

● 患者IDは照合のため施設のIDとしますが、施設で責任を持って管理する限りにおいては連結可能な独自のIDを用いても構いません。

変換された患者IDコード表は、貴病院長の責任の下、教育責任者および診療記録管理室で確実に保管していただき、本会からの問合せに応じて照合できるようにしていただきますようお願いいたします。

※ 症例の不正使用の疑惑が出た場合、当該コードがなく、カルテと退院時要約が照合不能となった場合は虚偽の症例要約と判断して不合格となる場合があります。

お預かりいたしました病歴要約等を査読し評価する委員の先生方に対して、くれぐれも書類の紛失と書類上の個人情報（受験者および患者）流出をきたさぬように注意を徹底いたします。

引き続きご理解の程よろしくお願い申し上げます。

病 歴 要 約 (悪い例)

提出 No.	3	分野名	循環器	病院名	○△■病院
患者 I D .	2345678901	入院日	2016 年 7 月 4 日		
患者年齢	56 歳, 性別 男性	退院日	2016 年 7 月 22 日		
		受持期間	自	2016 年 7 月 4 日	
			至	2016 年 7 月 22 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名(主病名および副病名)

- #1. うっ血性心不全
 #2. 拡張型心筋症
 #3. 心房細動
 #4. 心室頻拍症

【主訴】息切れ・食欲不振.

【現病歴】

平成28年4月, 両下肢痛および全身倦怠感が出現. 5月下旬頃より, 息切れが出現. 6月中旬, 咳嗽を伴うようになり, 7月2日○×医院にて受診. 胸部X線写真で肺うっ血を認め, 心不全の診断で7月4日当科紹介入院となった.

【既往歴】30歳: 胃潰瘍

【家族歴】父: 胃癌

【生活歴】喫煙: 30~50本/日, アルコール: ビール 1~2本/日.

【主な入院時現症】

身長 164 cm, 体重 62 kg. 体温 36.9℃. BP 88/58 mmHg. 胸眼瞼結膜に貧血なし, 眼球結膜に黄疸なし. 心音: I, II 音は清, 心尖部収縮期雑音 (Levine III/VI). 両肺野: 湿性ラ音を聴取.

【主要な検査所見】BNP 650 pg/mL

<動脈血ガス分析> PH: 7.484, PaCO₂: 34 Torr, PaO₂: 99.1 Torr, HCO₃⁻: 25.3 mEq/L, SatO₂: 98.0%.

胸部Xp: 心拡大 (CTR 58%), 肺うっ血, 両側胸水

安静時心電図: 心房細動

<ホルター心電図>総心拍数 111,730/24hrs, 心房細動

平均心拍数 77/分 (最高107/最低51)

心室性期外収縮: 3,480個, 最大7連発の心室頻拍

【プロブレムリスト】

- #1. うっ血性心不全
- #2. 僧帽弁閉鎖不全
- #3. 心房細動
- #4. 心室頻拍症

【入院後経過と考察】

#1. うっ血性心不全は、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、心筋疾患が考えられた。左室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められ、拡張型心筋症と診断した。内服療法は、ループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬および β 遮断薬の併用療法を開始した。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後にはⅡ度までに改善したので、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電氣的除細動を試み一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始した。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、早速アミオダロンの投与を開始した。投与後からは3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験にても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【退院時処方】

アスピリン 100 mg 1×, フロセミド 40 mg 1×, スピロノラクトン 25 mg 1×,
 エナラプリル 5 mg 1×, カルベジロール 5 mg 2×, ジゴキシシン 0.25 mg 1×,
 ワルファリン 3 mg 1×, アミオダロン 200 mg 2×

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	3	分野名	循環器	病院名	○△■病院
患者 I D .	2345678901	入院日	2016 年 7 月 4 日	退院日	2016 年 7 月 22 日
患者年齢	56 歳, 性別 男性	受持期間	自 2016 年 7 月 4 日	至	2016 年 7 月 22 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- # 1. うっ血性心不全
 # 2. 拡張型心筋症
 # 3. 心房細動
 # 4. 心室頻拍症

【主訴】息切れ・食欲不振

【現病歴】これまでに定期健診等において心疾患を指摘された事はなかった。2016年4月、両下肢痛および全身倦怠感が出現した。5月下旬頃からは労作時の息切れが出現し、6月中旬になると、夜間の咳嗽を伴うようになり、7月2日近くの診療所を受診した。胸部X線写真で肺うっ血を認め、心不全の診断で7月4日に当科を紹介入院となった。

【既往歴】30歳：胃潰瘍

【家族歴】父：胃癌、心疾患の家族歴を認めない。

【生活歴】喫煙：30～50本/日、アルコール：ビール 1～2本/日。情報関連会社の営業を担当し、接待および外食が多い。

【主な入院時現症】身長 164 cm, 体重 62 kg, 体温 36.9℃, 脈拍 84/分, 不整, 血圧 88/58 mmHg, 呼吸数 20/分, 眼瞼結膜に貧血はなく, 眼球結膜に黄疸はない。心音：I 音は減弱し, II 音は正常の呼吸性分裂を認める。心尖部にてIII音と全収縮期雑音 (Levine III/VI) を聴取する。両肺野下部において湿性ラ音を聴取する。腹部は柔らかく, 肝臓・脾臓を触知しない。下腿にて軽度の浮腫を認める。

【主要な検査所見】血液所見: 赤血球 494万/μL, Hb 16 g/dL, Ht 47%, 白血球 6,700/μL, 血小板 22万/μL。血液生化学所見: TP 6.5 g/dL, 総ビリルビン 0.89 mg/dL, AST 26 U/L, ALT 36 U/L, LD 233 U/L, γ-GT 120 U/L, BUN 17.4 mg/dL, Cr 1.1 mg/dL, 尿酸 7.2 mg/dL, 血糖 104 mg/dL, HbA1c 5.3%, 総コレステロール 219 mg/dL, トリグリセリド 262 mg/dL, Na 145 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 106 mEq/L, BNP 650 pg/mL, CRP 0.22 mg/dL。

動脈血ガス分析 (自発呼吸, room air): pH 7.484, PaCO₂ 34 Torr, PaO₂ 99.1 Torr, HCO₃⁻ 25.3 mEq/L, SaO₂ 98.0%。

胸部X線写真: 左3・4弓の突出を主体とした心拡大 (CTR 58%), 肺うっ血, 両側胸水。安静時心電図: 心房細動と左胸部誘導の高電位差およびT波の平低化を認める。QRS幅は110 ms。

<Holter心電図> 総心拍数 111,730/24hrs, 心房細動。平均心拍数 77/分 (最高107/最低51)

心室性期外収縮: 3,480個, 最大7連発の心室頻拍。

<心エコー図> 左室の拡大とびまん性の壁運動低下を認める。LVDd 66 mm, LVDs 57 mm, IVS 9 mm, LVPW 10 mm, LVEF 29%, LAD 49 mm, MR中等度 (ERO: 0.15), 推定PA収縮期圧 30 mmHg。

【プロブレムリスト】

#1. うっ血性心不全 #2. 僧帽弁閉鎖不全 #3. 心房細動 #4. 心室頻拍症

【入院後経過と考察】

#1. うっ血性心不全は入院時にはNYHA Ⅲ度であったが、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、虚血性心筋症は否定されて心筋疾患が考えられた。また、高血圧の既往もなく、毎年の健診でも強い心雑音を指摘されていない事より、高血圧性心臓病や一次性的弁膜症の可能性は低い。さらに、右室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められる一方で、アミロイド沈着やサルコイド結節および炎症細胞浸潤なども認められないことより拡張型心筋症と診断した (Roberts WC. Am J Cardiol 1989;63:893)。なお、病状が安定してから実施した右心カテーテル検査では肺動脈楔入圧 16 mmHg、心係数 2.8 L/min/m²であった。内服療法はループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬および少量のβ遮断薬の併用療法を開始した。なお、カルベジロールは2.5 mgより開始し、病状の悪化のない事を確認して5 mgまで増量しているが、血圧は90/60 mmHgと入院時から明らかな低下はなく、退院時の体重も59 kgであった。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後には心エコー図でⅡ度までに改善したので機能性MRと考えられ、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電氣的除細動を試み、一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始し、ワルファリン 3 mgでPT-INR 2.2とコントロールされた。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、アミオダロンの投与を開始した。その後は3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験においても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【退院時処方】

アスピリン 100 mg 1×, フロセミド 40 mg 1×, スピロノラクトン 25 mg 1×, エナラプリル 5 mg 1×, カルベジロール 2.5 mg 2×, ジゴキシシン 0.25 mg 1×, ワルファリン 3 mg 1×, アミオダロン 200 mg 2×

【総合考察】

心不全で発症した拡張型心筋症の症例である。入院時には低血圧傾向にあったが、利尿薬に対する反応は良好で、改善後に実施した心臓カテーテル検査でもForrester分類の1群であり、ガイドラインに基づく標準的治療薬の導入も容易であった (McMurray JJV. Eur Heart J 2012;33:1787)。ただし、非持続性心室頻拍に対してアミオダロン内服下の電気生理学的検査でVTが誘発されずに薬物治療としたが、収縮能が低下した心不全患者に対しては植込み型除細動器の方がより有効であるとの大規模臨床試験も報告されているので (Bardy GH. N Engl J Med 2005;352:225)、外来での注意深い経過観察が必要である。

心不全治療の発展により拡張型心筋症の予後は改善されてきているが、日常生活での摂生が重要であることに変わりはない。現在の業務内容は顧客への対応で不規則となり、且つ運動量も多い。しかも、接待のために塩分および水分摂取が多くなり易い。これらは病状の悪化の誘因となる。以上より本人とも相談の上、事業所の産業医および職場の管理者に診療情報を提供して、外来でのカルベジロールの増量期間中は休職とし、病状安定後の復職プログラムは内勤への配置転換後に行うように検討してもらう事とした。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病 歴 要 約 (悪い例)

提出 No.	7	分野名	腎 臓	病院名	○△■病院
患者 I D .	4567890123	入院日	2016 年 3 月 11 日		
患者年齢	17 歳, 性別 女性	退院日	2016 年 4 月 19 日		
		受持期間	自	2016 年 3 月 11 日	
			至	2016 年 4 月 19 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☐ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名(主病名および副病名)

○#1. 微小変化型ネフローゼ症候群

【主訴】浮腫

【現病歴】

2015年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫、全身倦怠感が出現した。3月10日から悪心、嘔吐などの消化器症状、下肢の浮腫がみられるようになり、佐藤病院へ救急搬送された。タンパク尿と高度の低タンパク血症を指摘され、3月11日当院へ転院となった。

【既往歴】アトピー性皮膚炎、花粉症あり、食物・薬物アレルギーなし

【家族歴】特記すべきことなし

【生活歴】高校生

【主な入院時現症】

身長 157 cm, 体重 53 kg (+4 kg/週の増加)。体温 37.0℃。BP 112/68 mmHg。HR 110 回/分。胸部：肺音正常、心音正常。顔面・下肢に著大な浮腫を認めた。

【主要な検査所見】

RBC 565万/ μ L, Hb 16.8 g/dL, Ht 48.3%, WBC 11900/ μ L, Plt 38.5万/ μ L。TP 3.5 g/dL, Alb 1.3 g/dL, BUN 13.9 mg/dL, Cr 0.73 mg/dL, Na 136 mEq/L, K 4.7 mEq/L, Cl 105 mEq/L, AST 20 U/L, ALT 10 U/L, T-cho 527 mg/dL, TG 238 mg/dL。CRP 0.15 mg/dL, IgG 150.3 mg/dL, IgA 198.2 mg/dL, IgM 179.9 mg/dL, IgE 570.0 IU/mL。PT 93%, PT-INR 1.04, APTT 41.1秒, Fib 971 mg/dL, FDP-DD 3.71 μ g/mL, AT-III 29%。尿所見：タンパク 8.97 g/日, 蓄尿量 900 mL/日。

胸部Xp：特に異常なし

安静時心電図：正常範囲内

【プロブレムリスト】

#1. ネフローゼ症候群

【入院後経過と考察】

#1. 大量タンパク尿、血清アルブミン 3.0 g/dL以下の低タンパク血症、全身の浮腫および高コレステロール血症(250 mg/dL以上)をきたしており、ネフローゼ症候群と診断した。3月11日よりソル・メドロール 500 mg/日の投与を3日間施行し、以後プレドニン 40 mg/日にて加療した。浮腫に対してラシックスを慎重に投与していたが、3月16日より呼吸苦が出現し、胸部X-P上で胸水を認めた。酸素投与、ラシックス増量にて尿量を確保し、症状は改善した。タンパク尿は第11病日に1.67 g/日と著明に減少し、第16病日には0.06 g/日と陰性化した。4月7日よりプレドニン 30 mgへ減量したが再燃なく、4月14日より20 mgへ減量した。タンパク尿・浮腫の再発はなく、4月19日退院とした。

【総合考察】

本症例は花粉症の既往があり、発症直前に仕事で花粉に曝露しておりアレルギーの関与が疑われた。微小変化型と判断した。高度の浮腫や血管内脱水から腎不全を伴ってくるような場合はアルブミン点滴を併用する必要があるが、MCNSへのアルブミン投与は尿タンパク量を増加させ寛解を遅らせる可能性が指摘されている（小向，Medical Practice 21 783－787，2004）。また、若年者に対して、血液製剤を安易に投与すべきではない。ネフローゼ症候群ではAT-Ⅲの尿中漏出や肝臓でのFibrinogen過剰産生、ステロイド投与、血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており、下肢、肺、腎、頭蓋内などに血栓を作りやすいため、抗凝固療法を併用することがある。本疾患は、一般的にステロイド薬が著効し予後良好とされているが、一方で再発を繰り返しやすい、多くの患者が若年者であることから、結果としてステロイド長期大量投与による副作用が問題となる危険性がある。外来診療にてきめこまやかな対応が必要であり、再発を予防するためには食事指導、服薬指導、生活指導などの患者教育がきわめて重要である。

【退院時処方】

- ①プレドニゾロン 20 mg/日 ②ファモチジン 40 mg/日
 ③ワルファリンカリウム 1 mg/日 ④アレンドロン酸ナトリウム水和物 5 mg/日

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	7	分野名	腎臓	病院名	○△■病院
患者 I D .	4567890123	入院日	2016 年 3 月 11 日	退院日	2016 年 4 月 19 日
患者年齢	17 歳, 性別 女子	受持期間	自 2016 年 3 月 11 日	至	2016 年 4 月 19 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

○ #1. 微小変化型ネフローゼ症候群

#2. 過凝固状態

【主訴】浮腫

【現病歴】

2016年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫，全身倦怠感が出現した。3月10日から悪心，嘔吐などの消化器症状，下肢の浮腫がみられるようになり，近くの病院へ搬送された。タンパク尿と高度の低タンパク血症を指摘され，3月11日当院へ転院となった。

【既往歴】アトピー性皮膚炎，花粉症あり，食物・薬物アレルギーはない。

【家族歴】特記すべきことはない。

【生活歴】高校生

【主な入院時現症】

身長 157 cm，体重 53 kg（+4 kg/週の増加）。体温 37.0℃。脈拍 110/分，整。血圧 112/68 mmHg。胸部：肺音に異常はない。心音に異常はない。腹部：平坦，軟で，肝・腎・脾は触知しない。顔面・下肢に著明な浮腫を認める。

【主要な検査所見】

尿所見：タンパク 4+，潜血（-）。沈渣：硝子円柱多数，赤血球円柱はない。タンパク 8.97 g/日，蓄尿量 900 mL/日。尿中IgG 56.0 mg/dL，尿中トランスフェリン 802 mg/日。血液所見：赤血球 565万/μL，Hb 16.8 g/dL，Ht 48.3%，白血球 11,900/μL（NE 78.0%，LY 10.0%，MONO 7.0%，EOS 5%），血小板 38.5万/μL，PT 93%（基準70～140），PT-INR 1.04（基準0.80～1.15），APTT 41.1秒（基準25～40），血漿アンチトロンビンⅢ 29%（基準79～121），血漿フィブリノゲン 971 mg/dL（基準150～400），血清FDP 3.71 μg/mL（基準4以下）。血液生化学所見：TP 3.5 g/dL，Alb 1.3 g/dL，IgG 150.3 mg/dL，IgA 198.2 mg/dL，IgM 179.9 mg/dL，IgE 570.0 IU/mL，トランスフェリン 88 mg/dL，選択指数 0.04と高選択，AST 20 U/L，ALT 10 U/L，BUN 13.9 mg/dL，Cr 0.73 mg/dL，総コレステロール 527 mg/dL，トリグリセリド 238 mg/dL，Na 136 mEq/L，K 4.7 mEq/L，Cl 105 mEq/L。免疫血清学所見：CRP 0.15 mg/dL，抗核抗体陰性，CH₅₀ 40 U/mL，C3 70 mg/dL，C4 18 mg/dL。

胸部X線写真：肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。

腹部・骨盤CT：胸水・心嚢水はない。Douglas窩に腹水貯留を認める。胆嚢壁・腸管に浮腫がある。

安静時心電図：正常範囲内

【プロブレムリスト】

#1. ネフローゼ症候群

【入院後経過と考察】

#1. 大量タンパク尿、血清アルブミン 3.0 g/dL 以下の低タンパク血症、全身の浮腫および高コレステロール血症 (250 mg/dL 以上) をきたしており、ネフローゼ症候群と診断した。①若年発症、②急激なネフローゼ、③タンパク尿主体 (血尿はない)、④アレルギー疾患の既往、⑤尿タンパクの高選択性から微小変化型を検査前確率 80~90% で考えた。腎生検の感度、特異度は 90%、90% であり、腎生検を行う前に 3 月 11 日よりコハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム 500 mg/日の投与を 3 日間施行し、以後プレドニゾロン 40 mg/日にて加療した。浮腫に対してフロセミドを慎重に投与していたが、3 月 16 日より呼吸苦が出現し、胸部 X 線写真上で胸水を認めた。原因としてメチルプレドニゾロンの大量投与による塩分貯留と判断し、酸素投与、フロセミド増量にて尿量を確保し、症状は改善した。タンパク尿は第 11 病日に 1.67 g/日と著明に減少し、第 16 病日には 0.06 g/日と陰性化した。この間に、血漿フィブリノゲン 971 mg/dL、血清 FDP 3.71 μ g/mL、血漿アンチトロンビン III 29% であり、過凝固状態と判断して血栓症防止のためワルファリンを使用した。4 月 7 日よりプレドニゾロン 30 mg へ減量したが再燃なく、就学希望もあり 4 月 14 日より 20 mg へ減量した。タンパク尿・浮腫の再発はなく、4 月 19 日退院とした。

【退院時処方】

- ①プレドニゾロン 20 mg/日 ②ファモチジン 40 mg/日
③ワルファリンカリウム 1 mg/日 ④エルデカルシトールカプセル 0.5 μ g/日

【総合考察】

本症例は花粉症の既往があり、発症直前に花屋でのアルバイトで花粉に曝露しており、アレルギーの関与が疑われた。臨床経過と検査所見から微小変化型の可能性が最も高く、ステロイド治療に反応して劇的に改善した。小児のネフローゼ (微小変化型) では、血液量減少 (濃縮) 群と体液量増加群に分け、前者ではアルブミンとフロセミド投与、後者ではフロセミド単独投与を推奨している (Kapur G. Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:907)。組織の浮腫、特に脳浮腫が急速に進行する場合、過凝固による血栓傾向がみられる場合は、アルブミン投与が必要になる。ただし、アルブミンを投与した群では、寛解までの期間が長く、ステロイド治療に抵抗性となることが示されているので、アルブミン投与は臨床所見をみて判断する必要がある (Yoshimura A. Clin Nephrol 1992;37:109)。ネフローゼ症候群では血漿アンチトロンビン III の尿中漏出や肝臓でのフィブリノゲン過剰産生、ステロイド投与、血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており、下肢、肺、腎、頭蓋内などに血栓を作りやすいため、抗凝固療法を併用することがある。本症例は、血栓症防止のためワルファリンを使用した。微小変化型ネフローゼはステロイド薬が著効し予後良好とされているが、一方で再発を繰り返しやすいので、患者家族にステロイド薬の減量法、突然の中止による再発、副腎不全などについても説明した。また、ステロイド薬による骨病変の防止と投薬、医療補助制度についても説明した。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（悪い例）

提出 No.	11	分野名	血液	病院名	○△■病院
患者 I D .	6789012345	入院日	2016 年 9 月 20 日		
患者年齢	45 歳, 性別 女性	退院日	2016 年 10 月 12 日		
		受持期間	自	2016 年 9 月 20 日	
			至	2016 年 10 月 12 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
 #2. 血球減少

【主訴】左頸部腫瘍

【現病歴】

2016年7月に左頸部の主張に気付き、かかりつけ医を受診したが、原因不明で経過観察となったが、その後も頸部腫脹は増大したため精査目的で9月1日当院内科受診した。9月10日に当院耳鼻咽喉科にて左頸部リンパ節生検施行し組織診断で、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。9月20日に精査加療目的で入院した。

【既往歴】特記すべきことはない。

【生活社会歴】飲酒歴：ビール 1本/日、週3回。喫煙歴：無し。家族は夫と子供2人。

【家族歴】父：糖尿病，母：胃癌

【主な入院時現症】

BT 36.7. RR 18/分, PR 66/分, BP 134/74 mmHg. 左頸部リンパ節に腫脹がある。心・肺：異常なし。腹部：異常なし。

【主要な検査所見】

RBC 420×10^4 , WBC 6600, PLT 18×10^4 , 肝機能異常なし。尿所見：異常なし。

【プロブレムリスト】

- # 1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫〔2016年9月5日〕
- # 2. 血球減少〔2016年9月30日〕
- # 3. 発熱〔2016年9月21日〕

【入院後経過と考察】

1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

9月21日～25日までのR-CHOP療法で、触診と肉眼で認める左頸部の腫脹は消失した（21日：ドキソルビシン，オンコビン，エンドキサン，21日～25日：プレドニン，27日：リツキサン）。化学療法中，開始当日より37℃台の発熱を認めたが，5日目には解熱した。また，徐々に白血球の減少がみられ，化学療法開始12日目にWBC 1200となったが，その2日後には改善がみられた。便秘，悪心および頭痛などの副作用はなかった。10月11日～2コース目のR-CHOP療法を施行して，10月10日に退院した。

#2. 血球減少

化学療法開始後から徐々に白血球が減少し、開始12日目にWBC 1500となった。そのためグランシリンジ (75 μ g) の投与を開始した。その2日後からWBC 2500と改善がみられ、更にその3日後にはWBC 15000と著増した。

#3. 発熱

リツキサン投与後に発熱がみられたがすぐに解熱した。その後も時に5日目まで37℃台前半の発熱がみられたが、すぐに解熱した。

【退院時処方】 タケプロンOD錠 15 mg 1錠 分1 夕食後

【総合考察】

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対してR-CHOP療法を行った症例である。CHOP療法よりリツキサン追加療法の方が3年増悪生存率、3年総生存率が有意に高いと示されている。Pfreundschuh M (2006). “CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse-B-cell lymphoma : a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MinT) Group”. Lancet Oncol. 7(5) : 379-91.

本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	11	分野名	血液	病院名	○△■病院
患者 I D .	6789012345	入院日	2016 年 9 月 20 日	退院日	2016 年 10 月 12 日
患者年齢	45 歳, 性別 女性	受持期間	自 2016 年 9 月 20 日	至	2016 年 10 月 12 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（臨床病期 III A, IPI low risk）
 #2. 好中球減少性発熱

【主訴】左頸部腫瘍

【現病歴】

2016年7月に左頸部の3 cm位の無痛性腫脹に気づき近医を受診したが、原因不明で経過観察となった。しかし、その後頸部腫脹は徐々に鶏卵大まで増大したため精査目的に9月1日当院内科を受診した。頸部および胸・腹部造影CTにて左頸部に最大5×4 cmまでの多発性リンパ節腫大と右上縦隔、両側肺門部、腸間膜に2 cmまでのリンパ節腫脹を認め、9月7日に施行したPET-CT検査でこれらに一致して異常集積を認めた。耳鼻咽喉科にて9月10日に左頸部リンパ節生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）と診断され、9月20日に化学療法目的で入院した。経過中、他の症状はなく、体重減少、発熱、盗汗なども認めていない。

【既往歴】特記すべきことはない。アレルギー歴はない。

【生活社会歴】専業主婦で家族は夫と子供2人（長女 中学2年，長男 小学5年）。飲酒：ビール 350 mL/日，週3日。喫煙：なし。

【家族歴】父：糖尿病，母：胃癌，兄：特記すべきことはない。

【主な入院時現症】

PS 0. 身長 165.0 cm，体重 64.0 kg，体表面積 1.70 m²。体温 36.7℃。脈拍 66/分，整。血圧 134/74 mmHg。呼吸数 18/分。結膜：貧血・黄疸はない。扁桃：腫大はない。舌：異常はない。左頸部に生検時の手術創がある。弾性硬で，圧痛はなく，癒合傾向のない2 cm大までのリンパ節を4個触知する。腋窩・鼠径リンパ節：触知しない。心・肺：異常所見はない。腹部：平坦，軟で，圧痛はない。肝・脾を触知しない。腫瘍も触知しない。腸音：異常はない。皮膚に異常はない。下腿に浮腫はない。

【主要な検査所見】

尿所見：タンパク（-），潜血（±）。沈渣：異常はない。血液所見：赤血球 420万/μL，Hb 12.5 g/dL，MCV 86.5 fL，網赤血球 11%，白血球 6,600/μL（Seg 55.0%，Stab 1.0%，Ly 35.0%，Mono 6.0%，Eo 3.0%），血小板 18万/μL，PT-INR 0.92，APTT 34.9秒，血漿フィブリノゲン 499.0 mg/dL，Dダイマー 1.0 μg/mL。血液生化学所見：TP 7.9 g/dL，Alb 4.1 g/dL，フェリチン 12.5 ng/mL，AST 12 U/L，ALT 8 U/L，LD 145 U/L，ALP 241 U/L，BUN 9.5 mg/dL，尿酸 3.5 mg/dL，Na 141 mEq/L，K 3.7 mEq/L，Cl 102 mEq/L，可溶性IL-2受容体 1,930 U/mL，免疫血清学所見：CRP 1.33 mg/dL，HBs抗原陰性，HBs抗体陰性，HBc抗体陰性，HCV抗体陰性。

胸・腹部X線写真：異常所見はない。

安静時心電図：正常範囲内。

骨髓穿刺：有核細胞数 118,250/μL，巨核球 62.4/μL，M/E比 = 3.95，リンパ球 11.0%，異形成，異常細胞を認めない。染色体分析：46, XX [20]。

【プロブレムリスト】

1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

【入院後経過と考察】

1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL)

入院後骨髄穿刺を施行し、臨床病期ⅢA、IPI予後不良因子は臨床病期のみで low risk と診断した (age-adjusted IPI では low-intermediate risk)。合併症のない初発DLBCL症例であり、R-CHOP療法6コースを施行する方針とし、9月21日～1コース目を施行した (リツキシマブ 640 mg, day 1; シクロホスファミド 1,275 mg, day 1; ドキソルビシン 85 mg, day 1; ビンクリスチン 2 mg, day 1; プレドニゾン 100 mg, day 1-5 経口)。リツキシマブ投与開始後、infusion reaction による 37.5℃ の発熱がみられたが、アセトアミノフェン内服で解熱し、他に副作用は認めなかった。R-CHOP施行後、好中球減少が進行し、施行後12日目には白血球 1,200/ μ L (Seg 25.0%) まで減少し、37.8℃ の発熱を認めた。明らかな感染源を認めず、発熱性好中球減少症と診断し、セフェピム 1 g を8時間毎に点滴静注し、フィルグラスチム 75 μ g 皮下注射を開始した。翌日には解熱し、3日後には白血球 7,300/ μ L まで増加したためセフェピムは中止し、フィルグラスチムは3日間の投与で中止した。他の副作用は特に認めなかった。表在リンパ節は触知できない程度まで縮小し、10月11日から1コース目と同じ投与量で2コース目のR-CHOPを施行し、外来にて治療継続する方針として10月12日に退院した。

R-CHOP療法は今日では初発DLBCLに対する標準的治療であり、18歳から60歳の age-adjusted IPI の予後因子0または1個、臨床病期Ⅱ-Ⅳ期または巨大病変を持つⅠ期の824例を対象にした検討でも6コースのCHOP様化学療法にリツキシマブを併用することにより、3年無イベント生存と全生存が向上することが示されている (Pfreundschuh M. Lancet Oncol 2006;7:379)。本症例も合計6コースのR-CHOP療法を行う方針とし、1コース目の治療に対する反応は良好と判断した。American Society of Clinical Oncology のガイドラインでは、悪性リンパ腫患者へのG-CSFの一次予防的投与は、65歳以上で特に合併症のある場合にのみ考慮されるべきとされており (Smith TJ. J Clin Oncol 2015;33:3199)、本例でも一時予防投与は行わなかったが、今後は二次予防を考慮する必要がある。

【退院時処方】

プレドニゾン (5) 20錠 3× (12-6-2) × 4日分、ランソプラゾールOD錠 (15) 1錠 1×

【総合考察】

進行期DLBCLに対する初回治療はR-CHOP療法6～8コースであるが、6コースと8コースの差についてのエビデンスはなく (日本血液学会編：造血器腫瘍診療ガイドライン 2013年版、金原出版)、患者と家族に情報提供の上で6コース行う方針とした。二人の子供を持つ専業主婦であり、今回の入院中、家事、子育てなどの問題が生じたことから、日常生活を行いながらの治療継続を希望されている。今後、G-CSFの二次予防投与が必要と考えられ、自宅がやや遠方であることから、通院数を減らすことができるpegフィルグラスチム投与を考慮していいと考える。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病 歴 要 約 (悪い例)

提出 No.	13	分野名	神 経	病院名	○△■病院
患者 I D .	7890123456	入院日	2016 年 4 月 6 日		
患者年齢	65 歳, 性別 男性	退院日	2016 年 5 月 17 日		
		受持期間	自	2016 年 4 月 6 日	
			至	2016 年 5 月 17 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☐ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☒ 転院

確定診断名(主病名および副病名)

#1. 左中大脳動脈塞栓症

【主訴】意識障害, 右片麻痺, 構音障害

【現病歴】

2016年4月6日に突然, 意識を消失し, 意識が回復した後から右片麻痺と構音障害が出現したため救急車で搬送されてきた。

【主な入院時現症】

意識レベル JCS I-3. 右半側空間無視, 左共同偏視, 重度の運動性失語と構音障害を認める。右上下肢に不全麻痺を認める。NIHSS 7点。

【主要な入院時検査所見】

左側頭葉内側を中心とした梗塞巣を認め, 頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認める。

【既往歴】心房細動

【家族歴】詳細は不明。

【嗜好歴】飲酒: 日本酒 6合/日。喫煙: 40本/日×55年間。

【アレルギー歴】なし

【内服薬】なし

【プロブレムリスト】

#1. 左中大脳動脈塞栓症

【入院後経過と考察】

#1. 左中大脳動脈塞栓症

入院時, 意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視, 左共同偏視, 重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また, 右上下肢に不全麻痺を認め, NIHSSは7点であった。頭部MRIで左側頭葉内側を中心とした梗塞巣がみられ, 頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があったことから, 心原性脳塞栓症と診断した。グリセリン, エダラボン, 補液で治療を開始した。その後, 麻痺症状は悪化しなかった。4月11日からリハビリを開始した。その後, 右上下肢の麻痺は改善して, 独歩可能となった。なお, 運動性失語については改善がみられず, 簡単な言語理解は可能だが, 発語はない(簡単な返事もしくはうなずくだけ)状態であった。再発予防としてワーファリン内服を開始した。状態の安定を確認した後, 2016年5月17日にかかりつけ医へ転院させた。

【退院時処方】

タケプロン (15 mg) 1T 分1 夕食後

ワーファリン (1 mg) 3.5T 分1 夕食後

【総合考察】

中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域，下前頭回，中前頭回，中心前回と中心後回の大部分，上頭頂小葉，下頭頂小葉，側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左（優位半球）下前頭回（ブローカー野）は言語中枢を担うとされ，ブローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており，本例も当該領域に障害があったと考えられる。また，皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合，上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺，反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされ，本例では当初，反対側に片麻痺があったが，浮腫の改善とともに消失した。なお，上肢に軽度の顔面麻痺が残ったことから起始部近くの梗塞と推察し，頭部MRAで中枢側で中大脳動脈の途絶を認めた所見と合致した。

【参考文献】脳卒中治療ガイドライン2004

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	13	分野名	神 経	病院名	○△■病院
患者 I D .	7890123456	入院日	2016 年 4 月 6 日	退院日	2016 年 5 月 17 日
患者年齢	65 歳, 性別 男性	受持期間	自 2016 年 4 月 6 日	至	2016 年 5 月 17 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☐ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☒ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 左中大脳動脈塞栓症
 #2. 心房細動

【主訴】意識障害, 右片麻痺, 構音障害

【現病歴】

2016年4月6日朝8時頃, 洗面中に突然, 意識を消失し, 10分間ほど全く反応がなくなった。意識が回復した後, 右上下肢に力が全く入らず, 言葉も出ないことに家人が気づき救急車で搬入された。

【既往歴】心房細動: 家人の話によれば, 数年前の検診時に指摘されていたが, 精査は受けたことがなかった。

【家族歴】詳細は不明。

【嗜好歴】飲酒: 日本酒 6合/日, 喫煙: 40本/日 × 55年間。

【アレルギー歴】なし

【内服薬】なし

【主な入院時現症】

病院到着は同日朝9時30分, 意識レベル JCS I-3. 前額部の左右差は無いが, 下部顔面は右側で筋緊張が低下, 右半側空間無視, 左共同偏視, 口頭命令に応じて開閉眼は出来るが, 発語は殆ど認められない。構音障害については評価不能。来院時の右上下肢のMMT: 右半身で三角筋4, 二頭筋4, 腸腰筋4, 大腿四頭筋4と軽度不全麻痺を認める。痛覚に対する左右差は無い。NIHSS 7点 (1b. 2点, 2. 2点, 4. 1点, 5 (右上肢). 1点, 6 (右下肢). 1点)。

【主要な検査所見】

血液・生化学検査で特記すべき異常所見はない。凝固系: FDP・Dダイマー 軽度上昇している。脂質: 異常はない。

胸部X線写真: CTR=60%, 肺野に異常はない。

心電図: 心房細動。

心エコー: 左心房拡大を認める。心機能に異常はない。

頸動脈超音波: 軽度動脈硬化性変化を認める。CHADS2スコア=3点。

画像所見: 入院時MRIではDWIで左側頭葉を中心とした部位にMCA領域の1/4程度の淡い高信号域を認めるが, FLAIR/T2では特記すべき所見を認めず, 発症後早期の所見として矛盾しないと考えた。頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認めた。

【プロブレムリスト】

- #1. 左中大脳動脈塞栓症
- #2. 運動性失語
- #3. 右上下肢不全麻痺
- #4. (慢性) 心房細動

【入院後経過と考察】

#1. 左中大脳動脈塞栓症 (右上下肢不全麻痺 + 運動性失語)

入院時、意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視、左共同偏視、重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また、右上下肢に不全麻痺を認め、NIHSSは7点であった。頭部MRI・DWIで左側頭葉内側を中心とした急性期梗塞がみられ、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があり、心エコー検査で左心房拡大(+), 頸動脈超音波では動脈硬化性変化は軽度で、日中活動時の突然発症を起こしたことから心原性脳塞栓症と診断した。ヘパリン持続点滴、グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始し、計7日間継続した。麻痺について、右上肢は空中挙上可で、右下肢も空中挙上可であり、4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、退院時には独歩可能となった。運動性失語については言語リハビリを施行するも改善がみられず、簡単な言語理解は可能だが、発語はない(簡単な返事もしくはうなずくだけ)状態が継続していた。

#2. 再発予防について

病院到着時は発症後1時間半と推定され、麻痺の急激な改善を認めたのでt-PAは施行しなかった。再発予防として入院5日目からヘパリン持続点滴に変えてワルファリン内服を開始した。65歳であるため、ワルファリンコントロールの目標はINR=2.0~3.0とし、転院時にはINR=2.3であった。状態の安定を確認した後、2016年5月17日に独歩は可能なレベルになっていたが、失語に対して更なる言語リハビリを目的として回復期病院へ転院とし、引き続きワルファリンコントロールも依頼した。

【退院時処方】

ランソプラゾール (タケプロン) (15 mg) 1T 分1 夕食後

ワルファリンカリウム (ワーファリン) (1 mg) 3.5T 分1 夕食後

【総合考察】

中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域、下前頭回、中前頭回、中心前回と中心後回的大部分、上頭頂小葉、下頭頂小葉、側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左(優位半球)下前頭回(ブローカー野)は言語中枢を担うとされ、ブローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており、本例も当該領域に障害があったと考えられる。また、皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合、上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺、反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされる。本例では発症時にほぼ完全麻痺を認めたが、spectacular shrinking deficitsが起きて来院時には麻痺の症状が軽減したと判断したが、残念ながら失語は残存したままであった。

脳塞栓は再発することが非常に多いが、この症例のようにCHADS2スコアが3点の場合、年間の脳梗塞発症率は約6% (Gape BF. JAMA 2001;285:2864)とも言われている。そのためワルファリンもしくは新規経口抗凝固薬(NOAC)による再発予防が必須である。この症例も今後長期にわたる再発予防策を必要とするが、それ以外の生活習慣(飲酒・喫煙)に対する改善も必要であり、かかりつけ医をきちんと持ってフォローしてもらうように本人及び家人へ説明した。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病 歴 要 約 (悪い例)

提出 No.	16	分野名	膠原病	病院名	○△■病院
患者 I D .	8901234567	入院日	2015 年 11 月 7 日		
患者年齢	38 歳, 性別 女性	退院日	2016 年 1 月 16 日		
		受持期間	自	2015 年 12 月 1 日	
			至	2016 年 1 月 16 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名(主病名および副病名)

- #1. 成人Still病(以下, AOSD)
 #2. 血球貪食症候群(以下, HPS) 疑い

【主訴】発熱

【現病歴】

2015/10/25に39℃の発熱, 関節痛のため, 近医を受診, インフルエンザ陰性であった。風邪薬を処方された。10/26に再度受診, 再度インフルエンザを再検したが陰性。フロモックスを処方された。発熱はよくなり, 10/30当院救急外来受診。採血上WBC, CRPの上昇を認めたため, 胸腹部CTを施行したが明らかな感染を特定できず, ジェニナックを処方され帰宅。しかしその後も発熱が遷延するため他医を受診。不明熱精査目的に当院当科紹介受診。抗菌薬への反応性に乏しい経過であり, 採血上フェリチンが上昇しており, AOSDが考えられ11/7入院となる。

【既往歴】蕁麻疹: 原因不明

【生活社会歴】喫煙: Ex smoker, alcohol: 摂取せず, Allergy: 食物, 薬物明らかなものはなし。

【家族歴】特記事項なし

【主な入院時現症】

BT 38.8℃: HR 95 bpm. 意識: 清明。頭頸部: 眼球黄染なし, 眼瞼貧血はなし, リンパ節触知せず。Chest: no rale, no murmur. 腹部: 平坦, 軟, 圧痛なし。関節: 手, 足に疼痛あり。指: ok. 四肢: 体幹に紅斑。

【主要な検査所見】

・肝障害 (AST 73 U/L, ALT 56 U/L, LDH 450 U/L) ・腎機能障害なし ・高フェリチン血症 (11,659 ng/mL) ・CRP上昇 (15.8 mg/dL), WBC 9700/ μ L。

【プロブレムリスト】

- #1. AOSD
 #2. HPS疑い

【入院後経過と考察】

#1. 入院後、AOSDやHPSを疑い、精査開始。明らかな熱源が認められず、悪性腫瘍もなく、抗菌薬反応もないことを確認した上でステロイドを導入。（経過中にマルクを施行したところ血球の貪食像を認めたが、採血上は血球の減少を認めず、反映はしていないだけで高サイトカイン血症によるものと判断）11/10からプレドニゾロン 40 mgでの加療を開始したが、経過中に発熱を認め、ステロイド不足も疑われたため11/16からプレドニゾロン 60 mgに増量し分割投与。60 mgまで増量したが、CRPは高く、カンファレンスで相談した結果、シクロスポリンを導入することとなる。11/21からシクロスポリン 100 mg/dayでの加療を開始したが、血中濃度の上昇が思わしくなかったため、シクロスポリン 150 mg/dayに増量。血中濃度を確認しつつ調整をしたところ発熱、炎症反応の改善を認めたため、徐々にプレドニゾロンを減量。その後もプレドニゾロンを減量していき、プレドニゾロン 35 mgとシクロスポリン 150 mgで退院となった。

#2. 血球の貪食像を認めた。病態としては高サイトカイン血症によるものが疑われた。FDPの上昇、フィブリノーゲンの低下も認められ、DICの合併も疑われ、原疾患のAOSDの加療としてのステロイドの導入を急ぐことで対応とした。

【退院時処方】

プレドニゾロン 35 mg 2×(25-10-0)、シクロスポリン 150 mg 2×朝夕食後、
エルデカルシトール 0.75 μg 1×朝。

【総合考察】

成人Still病は、若年性特発性関節炎の全身型（Still病）と同様の病像が成人に発症したものである。1971年、Bywatersにより一つの疾患単位として初めて記載された。高熱、多関節痛および皮疹が特徴的で、その他、肝障害やリンパ節腫脹などの臓器病変を伴う原因不明の全身炎症疾患である。重症となるとHPSを合併することがある。発症は20～40歳代の比較的若年成人に多い。これまでのところ明確な証拠や特定できる病原体は明らかにされていない。免疫学的機序が関与していると考えられているが、現在のところ、関連した自己抗体や自己反応性リンパ球は同定されていない。リウマトイド因子や抗核抗体は陰性である。本疾患の病態形成に重要な役割を演じているのは、炎症性サイトカインであると考えられている。従来から報告のある血清中のインターフェロン-γ、インターロイキン-6、TNF-α、マクロファージコロニー刺激因子、IL-8等の増加に加え、最近では特にIL-18は産生の著名な亢進が注目されている。IL-18は活性化マクロファージによって産生され、他の炎症性サイトカインを誘導することからAOSDの病態形成に最も中心的な役割をなすサイトカインであると考えられている。また、本疾患の血清中に著増するフェリチンの産生細胞もマクロファージや組織球である。これらのことから、本疾患の特徴的な症状や病態形成に主役を演ずるのは活性化マクロファージ、およびそれにより産生されるサイトカインであると考えられる。治療としては軽症例ではNSAIDsのみで軽快することもあるが、通常ステロイド投与が必要となることが多く、ステロイドの減量が困難な場合、ステロイド抵抗性の場合には免疫抑制剤が考慮される。本症例にはシクロスポリンを使った。妊娠希望であったが、シクロスポリン導入の際には妊娠が困難となる旨（奇形児の発生リスク上昇）を説明し、泣く泣くではあるが同意を得られた。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	16	分野名	膠原病	病院名	○△■病院
患者 I D .	8901234567	入院日	2015 年 11 月 7 日	退院日	2016 年 1 月 16 日
患者年齢	38 歳, 性別 女性	受持期間	自 2015 年 12 月 1 日	至	2016 年 1 月 16 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 成人Still病
 #2. 血球貪食症候群

【主訴】発熱

【現病歴】

2015年10月25日に39℃台の発熱，全身の関節痛のため近医を受診した。インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。風邪薬（詳細不明）を処方されたが，発熱は軽快しなかった。10月26日に再び近医を受診した。再度インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。セフカペンピボキシル塩酸塩を処方された。その後も発熱が続いたため，10月30日に当院救急外来を受診した。血液検査にて感染症が疑われ胸・腹部CT検査を受けた。感染症と診断されなかったが，メシル酸ガレノキサシン水溶物を処方され，経過をみるようにと説明された。しかし発熱は持続した。他医に当院当科への受診を勧められ，11月7日当院当科へ入院となった。

【生活歴】喫煙：10本/日×16年（20歳～36歳），飲酒：摂取しない。

【主な入院時現症】

身長 160 cm，体重 50 kg，体温 38.8℃，脈拍 95/分，整，血圧 134/82 mmHg。頭頸部：リンパ節腫脹を認める。胸部：聴診上，肺野ではラ音を聴取せず，心音に異常はない。腹部：平坦，軟で，肝・脾は触知しない。四肢：右手関節，両膝関節，両足関節に圧痛と腫脹を認める。皮膚：四肢，体幹に広がる癒合性のある紅斑を認める。神経学所見：異常はない。

【主要な検査所見】

尿所見：タンパク（－），潜血（－）。血液所見：赤血球 472万/μL，Hb 13.0 g/dL，Ht 37.5%，白血球 9,700/μL（NE 91.7%，LY 5.4%，MONO 2.4%，EOS 0.5%），血小板 8.9万/μL，PT 82%，APTT 33秒，血漿フィブリノゲン 456 mg/dL，血清FDP 15 μg/mL。血液生化学所見：TP 6.8 g/dL，Alb 3.2 g/dL，フェリチン 11,659 ng/mL，AST 73 U/L，ALT 56 U/L，LD 450 U/L，BUN 18 mg/dL，Cr 0.68 mg/dL。免疫血清学所見：CRP 15.8 mg/dL，リウマトイド因子陰性，MPO-ANCA < 1.0 E・U，PR3-ANCA < 1.0 E・U，抗核抗体陰性。

骨髓病理：マクロファージの増生，血球貪食像を認める。

胸部X線写真：肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。

心電図：異常所見はない。

胸・腹部CT：腋窩，縦隔，肺内リンパ節の腫大を認める。肝・脾腫を認める。

【プロブレムリスト】

- # 1. 成人Still病
- # 2. 血球貪食症候群

【入院後経過と考察】

1. 山口の分類基準のうち、大項目3つ（発熱、関節痛、定型的な皮疹）、小項目2つ（肝機能障害、リウマトイド因子陰性と抗核抗体陰性）と5項目を満たした。フェリチンも11,659 ng/mLと著増していた。白血球増加は認めなかったが、血球貪食症候群の影響で、みかけ上、正常値になっていると判断した。除外項目の①感染症、②悪性腫瘍、③膠原病に関しては、①画像検査において細菌感染を疑わせる所見は得られず、血液培養も陰性。抗菌薬も無効であったことから細菌感染は否定的であった。真菌感染に関しては画像所見の異常は認められず、 β -D-グルカンも陰性であることから否定的であった。ウイルス感染に関しては、血球貪食症候群を伴っていることからウイルス関連血球貪食症候群も鑑別に挙げ、各種ウイルス抗体価を検討したが、いずれも陰性あるいは既感染パターンであった。②悪性腫瘍は、CTで腫瘍を疑う所見は認めなかった。上部・下部消化管内視鏡においても異常所見はなかった。③膠原病は、血管炎とSLEを中心に鑑別をした。血管炎に関しては、ANCAが陰性で、血管炎を疑わせる臓器病変も認めないことからANCA関連血管炎は否定的であった。大動脈炎を疑わせるような画像所見の異常も認めなかった。SLEは抗核抗体陰性であり、分類基準も満たさなかった。以上より成人Still病と診断した。

2. 自己免疫関連血球貪食症候群の診断基準である熊倉の診断基準において、血球減少（血小板 8.9万/ μ L、白血球は入院後9,700/ μ Lから3,700/ μ Lへ低下）、骨髓検査にて血球貪食像を認め、成人Still病は活動期であり、基本項目を満たした。11月10日よりプレドニゾロン〈PSL〉40 mg/dayを開始したが、CRP 11.0 mg/dLと高値が続いたため、11月16日よりPSL 60 mg/dayに増量した。しかし、CRPの高値は続き、11月21日の検査においてフェリチンの増加（33,696 ng/mL）も続いた。また、フィブリノゲンの低下（150 mg/dL）、FDPの増加（30 μ g/mL）も認め、DIC傾向と判断をした。成人Still病のコントロール不良を考え、同日シクロスポリン〈CyA〉100 mg/dayを開始した。その後、150 mg/dayまで増量し、血中濃度を120～140 ng/mLで維持した。これにより炎症反応、DIC傾向は改善した。PSL 35 mgまで減量し、再燃がないことを確認し退院となった。

【退院時処方】

プレドニゾロン 35 mg 2×(25-10-0)、シクロスポリン 150 mg 2×朝夕食後、
エルデカルシトール 0.75 μ g 1×朝

【総合考察】

成人Still病は重症化し、血球貪食症候群やDICを合併することがある。ステロイド大量療法に抵抗する場合、CyA療法(Mitamura M. Mod Rheumatol 2009;19:57)やシクロホスファミド療法を実施する。本症例はCyA療法が奏効した。本症例は妊娠希望であったがCyA療法を行った。CyAは添付文書では妊娠時禁忌となっている。今回の病態を改善できる薬で、妊娠時にも安全に使える他の薬は無いことを説明し、同意を得られた。ただCyAは妊娠中でも使用継続が不可欠である臓器移植後の患者での妊娠・出産の報告は多く、比較的安全であるという意見もある(Bar Oz B. Transplantation 2001;71:1051)。日本産科婦人科学会の診療ガイドラインにおいても、CyAは特定の状況下では妊娠中であっても投与が必須かもしくは推奨されるとされている。今後CyAを中止できるかは現時点では不明であるが、しばらく治療をしてみて、妊娠を望むなら、その時点でもう一度主治医と相談するようにと説明をした。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)