

臨床研修レポート 作成の手引き

2026 年度版

島根大学医学部附属病院
医師臨床研修プログラム

A レポートの位置づけ

臨床研修では、2年間の研修期間中に全て経験するよう求められている必須項目として、「経験すべき症候（29 症候）及び経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）」が定められており、これらの項目の研修を行った事実の確認は、「日常業務において作成する病歴要約に基づくこと」となっている。

しかし、「日常業務において作成する病歴要約」は、医療機関によって様式や記載項目がまちまちであることから、島根大学医学部附属病院医師臨床研修プログラムでは、統一した様式である「臨床研修レポート」の作成・提出を必須とし、これに基づいて研修を行った事実の確認を行うこととする。

B 症例の選択

1. 臨床研修レポートの作成・提出対象となる項目

臨床研修レポートの作成・提出の対象となる項目は、経験すべき症候（29 症候）及び経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）である。

経験すべき症候（29 症候）

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候

経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

※1：「体重減少・るい瘦」、「高エネルギー外傷・骨折」など、「・」で結ばれている症候はどちらかを経験すればよい。

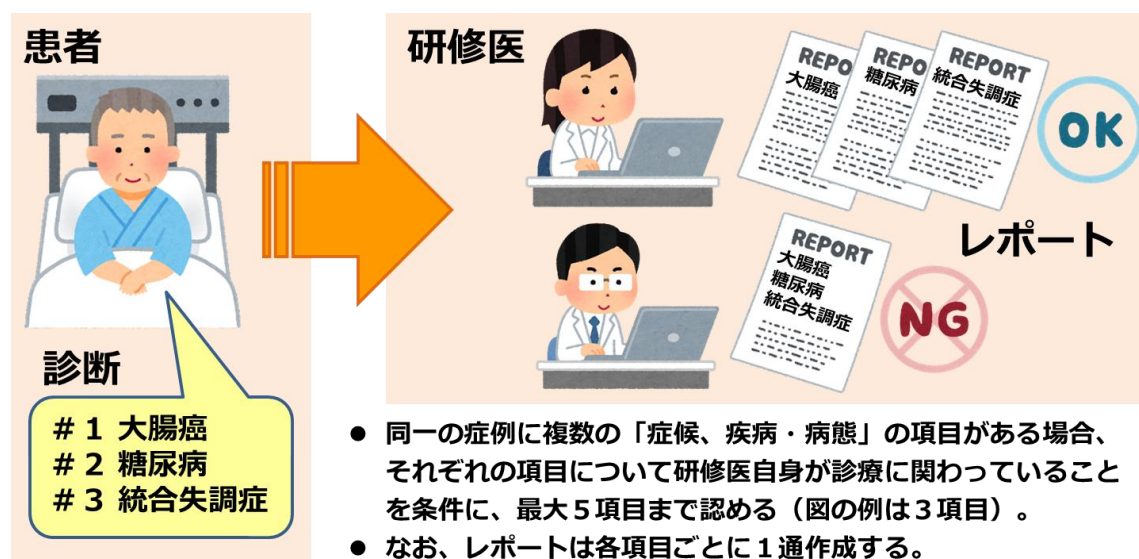
※2：「経験すべき疾病・病態」の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、当該臨床研修レポートの提出に際し、必ず手術要約を添付すること（「D手術要約について」を参照）。

2. 同一の症例に複数の作成・提出対象項目がある場合

同一の症例に複数の作成・提出対象項目がある場合、それぞれの項目について研修医自身が十分に診療に関わっていることを条件に、最大5項目まで認めることとする。

なお、レポートは項目ごとに1通作成するものとする。特例として、「もの忘れ」と「認知症」、「抑うつ」と「うつ病」は同一レポートに記載してもよいこととする。

また、〔経過と考察〕の記載内容は同一でも良いが、〔総合考察〕は各症例ごとに異なる内容を記載すること。



- 同一の症例に複数の「症候、疾病・病態」の項目がある場合、それぞれの項目について研修医自身が診療に関わっていることを条件に、最大5項目まで認める（図の例は3項目）。
- なお、レポートは各項目ごとに1通作成する。
（「もの忘れ」と「認知症」、「抑うつ」と「うつ病」は同一レポートに記載してもよい）。

3. 症例への十分な関わり

臨床研修レポートの作成・提出の対象となる項目に研修医自身が十分な関わりがあることが求められる。

十分な関わりとは、診察（問診、所見）、検査オーダー、治療（処方、処置、手術）、リハビリテーション依頼、栄養指導指示、看護指示、他科コンサルテーション、紹介状作成、診断書作成などを自身で行うことである（すべてを自身で行う必要はなく、これらのうちいくつかについて自身で行ったことが診療録上読み取ればよい）。

反対に、十分な関わりがあるとは認められないものとしては、単なる併存症の項目であって、自身では対応せず、他科、他院の指示を受けて行う処方（自分で考えていない）であったり（*1）、他科にコンサルトしたあと対応を当該科に丸投げし自身で関わっていないもの（*2）が挙げられる。

*1：外科の研修で大腸癌の症例を受け持ち、手術を行った。併存症として統合失調症があり、かかりつけの精神科クリニックからリスペリドンが処方されており、同クリニックから継続投与の指示あり。

診療録には精神症状についてのアセスメントの記載をしておらず、リスペリドンの処方記録しか残されていない。

→精神科の研修で統合失調症の症例を受け持ち、その症例でレポートを作成すべき。

*2：精神科の研修で認知症の症例を受け持っている。コントロールされていない糖尿病がある。

内分泌代謝内科の糖尿病ラウンドチームにコンサルトし、以後の管理もお任せ。インスリン指示書も自分で作成していない。

→内科の研修で糖尿病の症例を受け持ち、その症例でレポートを作成すべき。

C 記述上の留意点

1. 記述様式

- ・POS (Problem Oriented System) 方式のレポートを作成する。
- ・Microsoft Word 等の文書作成ソフトを用いて「様式2 臨床研修レポート」に記載し、A4用紙にプリントアウトして提出する。
- ・文字の大きさは11ポイント、フォントは明朝体 (MS 明朝など) とし、適正な行間で記載する。また、文中の読点は「、」、文末の句点は「。」とする。
- ・文字数の制限はないが、プリントアウトした際に表紙を含めA4用紙2枚を超えず、かつ紙面の おおむね80%以上を埋めることを目安とする。なお、経験すべき症候・病態の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、手術要約を含めることとなっているが、手術要約部分の記述についてはA4用紙2枚の中に記載せずに「様式3 手術要約」に記載して提出すること（「D 手術要約について」を参照）。

2. 患者年齢・性別

- ・個人の特定を避けるため、患者の年齢はそのまま記載せず、「60代後半」などのように記載する（小児の場合は、新生児、乳児、幼児、小学生などのように記載する）。
- ・性別は、いずれかにチェックをいれる。

3. 確定診断名

- ・略語は用いない。
- ・入院中（あるいは外来通院中、救急外来受診中）の重症度・重要性に従い、主病名を#1に記載する。#2以下に副病名、併存症を主要なものに限り記載する。なお、副病名、併存症によりレポートを作成する場合は、「※評価対象」と添え書きをする。

例：左中大脳動脈塞栓症の治療のために入院、併存症として2型糖尿病、統合失調症がある症例で糖尿病のレポートを作成する場合

- # 1 左中大脳動脈塞栓症
- # 2 2型糖尿病（※評価対象）
- # 3 統合失調症

4. 既往歴、社会生活歴、家族歴

- ・既往歴、社会生活歴、家族歴等は全てを記載する必要はない。プロフィールや職業がその症候、疾病・病態に関わるなど重要な場合は記載する。
- ・患者個人の特定につながる記載を避ける（「E プライバシーの保護」を参照）。

5. 病歴

- ・このレポートで評価を受けたい項目（症候、疾病・病態）について主に記載する。
- ・患者個人の特定につながる記載を避ける（「E プライバシーの保護」を参照）。

6. 主な現在症（身体所見など）

- ・不必要なものは減らして、要領よくまとめる。

7. 主要な検査所見

- ・ルーチンの記載についてはすべてを羅列する必要はない（一般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、特殊検査は記載し（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）、特に重要なデータには下線を引く。
- ・一般的な略語は使用してよい。

8. 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、診断名だけ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ある・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ある。
- ・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よい。

9. 経過（アセスメント、プラン（診断、治療、教育）など）

- ・このレポートで評価を受けたい項目（症候、疾病・病態）について主に記載する。
- ・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する。
- ・経験すべき症候・病態の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、手術要約を含めることとなっているが、手術要約部分の記述についてはここには記載せずに「様式3 手術要約」に記載して提出すること（「D 手術要約について」を参照）。

10. 退院時処方（最終診察時の処方）

- ・薬剤名は一般名で記載する（この項目だけでなくレポート全文にわたっていえることである）。なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい。

11. 総合考察

- ・このレポートで評価を受けたい項目（症候、疾病・病態）について主に記載する。
- ・主病名を中心にその重症度、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記載する。さらに患者を全人的に捉えた『総合考察』を必ず記載する。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る。
- ・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、必ず文中に記載する。

※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る。

引用形式：(Abe S. JAMA 1997 ; 278 : 485) (工藤翔二. 日内会誌 2006 ; 95 : 564)

※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)

- ・引用は文中に記載、参考文献は文中に注釈をつけて文末に記載（例：¹⁾ ※¹など）

D 手術要約について

- ・経験すべき疾病・病態の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、手術要約を含めることとなっているが、手術要約部分の記述については臨床研修レポート（A4用紙2枚）の中に記載せずに「様式3 手術要約」に記載して提出すること。
- ・一般に手術記録は、基本情報（患者氏名・ID、術前診断名、術後診断名、施行術式、術者・助手名、手術時間、出血量など）、本文（手術所見・手順）、イラスト、術中検査画像・写真、切除標本所見、各種癌取扱い規約の所見などから構成されるが、これらのうち、患者個人の特定につながる情報及び術者・助手名を削除したものをもって手術要約とし、臨床研修レポートに添付して提出する。

E プライバシーの保護

- ・自身の氏名、研修先病院・施設等名、診療科名、研修時期、指導医名はレポート本文中には記載しない。これらはレポートに添付して提出する「臨床研修レポート研修医提出票」の記載欄に記入する。
- ・個人特定可能な氏名、患者番号、イニシャルまたは「呼び名」は記載しない。
- ・住所は記載しない。生活史に関連する固有名詞はアルファベットを用いる。
例：A市、B社など
- ・実年齢は記載せず、○代後半等と表示する。
- ・日付は、年については、当該症例との関わりの開始をX年とし、X-1年、X+1年といった記載方法を用いる。月日については記載してよい。
- ・既に他院などで診断・治療を受けている場合、その施設名、所在地、医師名を記載しない。
例：C病院、D医院、E市など
自院、自科が診療を行った場合の記載方法は「当院」「当科」と表現する。

E 提出方法

1. 提出物一覧

- ① 臨床研修レポート研修医提出票（様式1）
※両面印刷
- ② 臨床研修レポート（様式2）
※両面印刷
- ③ 手術要約（様式3） ※外科手術に至った症例を選択した場合に添付する
※2枚以上にわたる場合は両面印刷

①②③の順番に重ね（①が一番上になる）、ホッチキス留めをして提出する。

※①～③の様式は、島根大学医学部附属病院卒後臨床研修センターのホームページの「初期研修 医科」のページ内からダウンロードできます。

2. 提出先

【たすきがけプログラムの者】

- ・協力病院で研修を行っている期間に経験した症例のレポートは、協力病院での研修期間内に、研修先の臨床研修事務担当者に提出すること。
- ・本院で研修を行っている期間に経験した症例のレポートは、卒後臨床研修センター事務担当者に提出すること。

【たすきがけプログラム以外の者】

- ・卒後臨床研修センター事務担当者に提出すること。

3. 提出締切日

・「経験すべき症候（29症候）及び経験すべき疾病・病態（26疾病・病態）」のすべてのレポート（第一稿）の提出締切日は以下のとおりとする（提出締切日が休日にあたる場合はその日より前のその日にもっとも近い平日）。

2年次の12月25日

（※1年次経験症例レポート：2年次の6月末日）

臨床研修レポート 研修医提出票

研 修 医 が 記 入 す る 欄	研修医氏名 <small>※署名又は記名押印</small>	印	
	経験した 症候、疾病・病態 (このレポートで評価 を受けたい項目につ いて右欄から選択し □ にチェックを入 れること)	<input type="checkbox"/> A①ショック <input type="checkbox"/> A②体重減少・痩 <input type="checkbox"/> A③発疹 <input type="checkbox"/> A④黄疸 <input type="checkbox"/> A⑤発熱 <input type="checkbox"/> A⑥もの忘れ <input type="checkbox"/> A⑦頭痛 <input type="checkbox"/> A⑧めまい <input type="checkbox"/> A⑨意識障害・失神 <input type="checkbox"/> A⑩けいけん発作 <input type="checkbox"/> A⑪視力障害 <input type="checkbox"/> A⑫胸痛 <input type="checkbox"/> A⑬心停止 <input type="checkbox"/> A⑭呼吸困難 <input type="checkbox"/> A⑮吐血・喀血 <input type="checkbox"/> A⑯下血・血便 <input type="checkbox"/> A⑰嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> A⑱腹痛 <input type="checkbox"/> A⑲便通異常 <input type="checkbox"/> A⑳熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A㉑腰・背部痛 <input type="checkbox"/> A㉒関節痛 <input type="checkbox"/> A㉓運動麻痺・筋力低下 <input type="checkbox"/> A㉔排尿障害 <input type="checkbox"/> A㉕興奮・せん妄 <input type="checkbox"/> A㉖抑うつ <input type="checkbox"/> A㉗成長・発達障害 <input type="checkbox"/> A㉘妊娠・出産 <input type="checkbox"/> A㉙終末期の症候	
		<input type="checkbox"/> B①脳血管障害 <input type="checkbox"/> B②認知症 <input type="checkbox"/> B③急性冠症候群 <input type="checkbox"/> B④心不全 <input type="checkbox"/> B⑤大動脈瘤 <input type="checkbox"/> B⑥高血圧 <input type="checkbox"/> B⑦肺癌 <input type="checkbox"/> B⑧肺炎 <input type="checkbox"/> B⑨急性上気道炎 <input type="checkbox"/> B⑩気管支喘息 <input type="checkbox"/> B⑪慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> B⑫急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> B⑬胃癌 <input type="checkbox"/> B⑭消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> B⑮肝炎・肝硬変 <input type="checkbox"/> B⑯胆石症 <input type="checkbox"/> B⑰大腸癌 <input type="checkbox"/> B⑱腎盂腎炎 <input type="checkbox"/> B⑲尿路結石 <input type="checkbox"/> B⑳腎不全 <input type="checkbox"/> B㉑高エネルギー傷 <input type="checkbox"/> B㉒糖尿病 <input type="checkbox"/> B㉓脂質異常症 <input type="checkbox"/> B㉔うつ病 <input type="checkbox"/> B㉕統合失調症 <input type="checkbox"/> B㉖依存症 <input type="checkbox"/> 手術要約を含む症例はチェック → <input type="checkbox"/>	
	研修病院・施設等名	<small>※島根大学医学部附属 病院の場合は記載不要</small>	
	診療科		
	指導医	<small>※このレポートの確認を依頼す る指導医の氏名を記載すること</small>	
	研修時期	令和 年 月 ～ 令和 年 月	
	提出前のチェック	<input type="checkbox"/> 裏面の「提出前のチェック項目」のすべての項目に ついて確認し、チェックを入れた	
	誓約 (研修医氏名欄及び提出 年月日欄の記載並び びに本欄の「誓約す る」へのチェックを もって誓約したものと みなします。)	卒後臨床研修管理委員長 殿 卒後臨床研修センター長 殿 指 導 医 殿 このレポートは、上記の研修病院・施設等、診療科、研修時期において、私 自身が診断又は治療に関わった症例について作成したものです。 <input type="checkbox"/> 上記について誓約する (※誓約しない場合、レポートは受理されません)	
	提出年月日	令和 年 月 日	

★この用紙は表面(この面)と裏面を1枚の紙に両面印刷すること

臨床研修レポート 指導医確認票

指 導 医 記 入 欄	卒後臨床研修管理委員長 殿 卒後臨床研修センター長 殿
	このレポートは、上記の研修病院・施設等、診療科、研修時期において、私の指導のもとに上記 研修医が診断又は治療に関わった症例であり、内容についても、私が確認しました。
	指 導 医 氏 名
	印
	<small>※署名又は記名押印</small>

提出前のチェック項目

研 修 医 が 記 入 す る 欄	症例の選択	<input type="checkbox"/>	経験すべき症候（29 症候）及び経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）の項目に当てはまっているか。なお、「体重減少・るい瘦」、「高エネルギー外傷・骨折」など、「・」で結ばれている症候はどちらかを経験すればよい。
	同一症例複数項目	<input type="checkbox"/>	同一の症例に複数の「症候、疾病・病態」の項目がある場合、項目ごとにレポートを作成しているか（「もの忘れ」と「認知症」、「抑うつ」と「うつ病」は同一レポートに記載してもよい）。
	症例への十分な関わり	<input type="checkbox"/>	レポートの作成・提出の対象となる項目に十分な関わりがあったか。
	記述様式	<input type="checkbox"/>	A4 用紙 2 枚以内に収まり、かつ紙面の 80%以上を埋められているか。
	必須記載事項	<input type="checkbox"/>	レポートの記述が「記述上の留意点」に従っているか（項目は脱落していないか）。
	誤字・脱字等	<input type="checkbox"/>	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・付け忘れ、文章表現の誤りなどはないか。
	プライバシーの保護	<input type="checkbox"/>	患者個人の特定につながる記載をしていないか（「プライバシーの保護について」を参照）。
	薬剤の一般名記載	<input type="checkbox"/>	薬剤名について記述するとき一般名を用いているか（なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい）。
	考察	<input type="checkbox"/>	考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか。
		<input type="checkbox"/>	適切な文献を引用しているか。
手術要約	<input type="checkbox"/>	【外科症例の場合】手術要約を添付しているか。 (B. 経験すべき疾病・病態の中から選択すること)	

★この用紙は表面と裏面（この面）を 1 枚の紙に両面印刷すること

臨床研修レポート

患者年齢 _____

性別 男 女

確定診断名

- # 1 (主病名)
 - # 2 (副病名 1)
 - # 3 (副病名 2)
 - # 4 (その他の副病名)
-

【主訴】

【既往歴】

【社会生活歴】

【家族歴】

【病歴】

【主な現在症】

【主要な検査所見】

【プロブレムリスト】

- # 1
 - # 2
 - # 3
 - # 4
-

【経過】

(注：このレポートで評価を受けたい項目（症候、疾病・病態）について主に記載すること)

【退院時処方(最終診察時の処方)】

【総合考察】

(注：このレポートで評価を受けたい項目（症候、疾病・病態）について主に記載すること)

手術要約

患者年齢 _____

性別 男 女

※事例に合わせて、章立てを適宜変更してよい（診断、術式、手術所見・手順の要約は必ず記載すること）。

【術前診断名】

【術後診断名】

【施行術式】

【手術時間】

【出血量】

【手術所見・手順】

【切除標本所見】

【癌取扱い規約の所見】

臨床研修レポート研修医提出票

研 修 医 が 記 入 す る 欄	研修医氏名 ※署名又は記名押印	島根太郎 印			
	経験した 症候、疾病・病態 (このレポートで評価 を受けたい項目につ いて右欄から選択し □にチェックを入 れること)	<input type="checkbox"/> A①ショック <input type="checkbox"/> A②体重減少・浮腫 <input type="checkbox"/> A③皮膚発疹 <input type="checkbox"/> A④黄疸 <input type="checkbox"/> A⑤心不全 <input type="checkbox"/> A⑥めまい <input type="checkbox"/> A⑦眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> A⑧めまい <input type="checkbox"/> A⑨胃腸障害 <input type="checkbox"/> A⑩胸痛 <input type="checkbox"/> A⑪血便 <input type="checkbox"/> A⑫胸痛 <input type="checkbox"/> A⑬下血・血便 <input type="checkbox"/> A⑭熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑮熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑯排尿障害 <input type="checkbox"/> A⑰熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑱熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑲熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑲熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑲熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑲熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑲熱傷・外傷 <input type="checkbox"/> A⑲熱傷・外傷			
		署名：本人の手書きで氏名を書くこと →押印は不要 記名押印：パソコンで氏名を印刷したもの 氏名のゴム印を押したもの 他人が手書きしたもの →押印が必要			
	<input type="checkbox"/> A⑲終末期の症候 <input type="checkbox"/> B①脳血管障害 <input type="checkbox"/> B②心不全 <input type="checkbox"/> B⑤大動脈瘤 <input type="checkbox"/> B⑧肺炎 <input type="checkbox"/> B⑨急性上気道炎 <input type="checkbox"/> B⑫急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> B⑬胃癌 <input type="checkbox"/> B⑯胆石症 <input checked="" type="checkbox"/> B⑰大腸癌 <input type="checkbox"/> B⑳腎不全 <input type="checkbox"/> B⑲高エネルギー傷 <input type="checkbox"/> B⑳糖尿病 <input type="checkbox"/> B㉑脂質異常症 <input type="checkbox"/> B㉒うつ病 <input type="checkbox"/> B㉓統合失調症 <input type="checkbox"/> B㉔依存症 <input type="checkbox"/> B㉕手術要約を含む症例はチェック → <input checked="" type="checkbox"/>		「経験すべき疾病・病態」の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、当該臨床研修レポートの提出に際し、必ず手術要約を添付すること。その場合、ここにチェックをいれること。		
	研修病院・施設等名	○×総合病院			
	診療科	総合外科			
	指導医	△△ △△ ※このレポートの確認を依頼する指導医の氏名を記載すること			
	研修時期	令和 4 年 4 月 ~ 令和 4 年 5 月			
	提出前のチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 裏面の「提出前のチェック項目」のすべての項目について確認し、チェックを入れた			
	誓約 (研修医氏名欄及び提出年月日欄の記載並びに本欄の「誓約する」へのチェックをもって誓約したものとみなします。)	卒後臨床研修管理委員長 殿 卒後臨床研修センター長 殿 指導医 殿 このレポートは、上記の研修病院・施設等、診療科、研修時期において、私自身が診断又は治療に関わった症例について作成したものです。 <input checked="" type="checkbox"/> 上記について誓約する (※誓約しない場合、レポートは受理されません)			
提出年月日	令和 4 年 6 月 3 0 日				

★この用紙は表面(この裏面を1枚の紙に両面印刷すること)

臨床研修レポート指導医確認票

指導医記入欄	卒後臨床研修管理委員長 殿 卒後臨床研修センター長 殿
	このレポートは、上記の研修病院・施設等、診療科、研修時期において、私の指導のもとに上記研修医が診断又は治療に関わった症例であり、内容についても、私が確認しました。
	指導医氏名 印 ※署名又は記名押印

提出前のチェック項目

研究医が記入する欄	症例の選択	<input checked="" type="checkbox"/>	経験すべき症候（29 症候）及び経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）の項目に当てはまっているか。なお、「体重減少・るい瘦」、「高エネルギー外傷・骨折」など、「・」で結ばれている症候はどちらかを経験すればよい。
	同一症例複数項目	<input checked="" type="checkbox"/>	同一の症例に複数の「症候、疾病・病態」の項目がある場合、項目ごとにレポートを作成しているか（「もの忘れ」と「認知症」、「抑うつ」と「うつ病」は同一レポートに記載してもよい）。
	症例への十分な関わり	<input checked="" type="checkbox"/>	レポートの作成・提出の対象となる項目に十分な関わりがあったか。
	記述様式	<input checked="" type="checkbox"/>	A4 用紙 2 枚以内に収まり、かつ紙面の 80%以上を埋められているか。
	必須記載事項	<input checked="" type="checkbox"/>	レポートの記述が「記述上の留意点」に従っているか（項目は脱落していないか）。
	誤字・脱字等	<input checked="" type="checkbox"/>	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・付け忘れ、文章表現の誤りなどはないか。
	プライバシーの保護	<input checked="" type="checkbox"/>	患者個人の特定につながる記載をしていないか（「プライバシーの保護について」を参照）。
	薬剤の一般名記載	<input checked="" type="checkbox"/>	薬剤名について記述するとき一般名を用いているか（なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい）。
	考察	<input checked="" type="checkbox"/>	考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか。
		<input checked="" type="checkbox"/>	適切な文献を引用しているか。
手術要約	<input checked="" type="checkbox"/>	【外科症例の場合】手術要約を添付しているか。 (B. 経験すべき疾病・病態の中から選択すること)	

★この用紙は表面と裏面（この面）を 1 枚の紙に両面印刷すること

患者年齢 60代後半
性別 男 女

確定診断名

- # 1 (主病名) 左中大脳動脈塞栓症
2 (副病名 1) 心房細動
3 (副病名 2)
4 (その他の副病名)

【主訴】 意識障害、右片麻痺、構音障害

【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。

【社会生活歴】 【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

【家族歴】 詳細は不明。

【病歴】 X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。

【主な現在症】 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

【経過】

(注：このレポートで評価を受けたい項目（症候、疾病・病態）について主に記載すること)

#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。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、X 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(最終診察時の処方)】 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】

(注：このレポートで評価を受けたい項目（症候、疾病・病態）について主に記載すること)

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。