

皮膚科への一歩

皮膚科実習の前に
そして
皮膚科医への道を歩み始めた
あなたへ

宇原 久
信州大学医学部皮膚科

はじめに

この本を手にとっていただきありがとうございます。信州大学医学部皮膚科の宇原 久です。

この本は皮膚科の実習に入る学生さん、研修医、そして皮膚科専門医への道を歩き始めた方にむけて、最初に知っておいたほうがよいと思う事柄を書きとめたものです。内容のほとんどは大学で学生さんや研修医の先生たちと接しているときにアドバイスしてきたものです。かなり個人的な内容であり、研修を受けている施設によっては実情と合わないことや、指導医の先生のお考えと合わない点もあるかもしれません。また、皮膚科に特化した内容ですので、他の科の実情には合わない点が多いと思います。現在書きかけで完全ではありませんので、改定と新しい章の追加を順次行なっていきます。内容についてご意見をいただければ幸いです。

目次

- 1 皮膚科カルテの基本骨格・・・皮膚科におけるカルテの書き方を簡単に
- 2 皮膚科の病歴の取り方（もし7つしか質問できないとしたら・・・）
- 3 皮膚の所見の取り方（絵から言葉を、言葉から絵を）
- 4 プレゼンテーションのしかた（メモを読まない）
- 5 皮膚の病理所見の取り方（Imagine）
- 6 学会発表（抄録、スライド、ポスターの作り方、口演のこつ）
- 7 論文の書き方（日本語論文、英語論文）
- 8 メスを入れる前に（神経、リンパ管、危ない皮下腫瘍、生検の仕方）
- 9 触診のしかた（皮膚腫瘍の触診、表在リンパ節の位置と触り方）
- 10 粘膜のみかた（粘膜所見が重要な全身疾患）
- 11 理解しにくい医学用語（患者さんにわかりやすい説明を目指して）

第1章 皮膚科カルテの基本骨格

- (1) まずSOAPについて、ちょっとおさらい
- (2) "皮疹"は、Sですか？Oですか？Aですか？
- (3) 皮膚科カルテの例

1 皮膚科カルテの基本骨格（1）

まず**SOAP**について、ちょっとおさらい

カルテにはいろいろな書き方がありますが、自分自身はSOAPに沿って書いていますので、皮膚科におけるSOAPについて説明します。因みにSOAPとは？と学生さんに聞くとほとんど以下の答えが返ってきます。

S:subjective

O:objective

A:assessment

P:plan

患者さんの訴え（主訴や病歴）はSになります。

医師が取った所見、検査結果などはOになります。

SとOから導き出した現時点での結論がAになります。

具体的には診断名の他に診断？などもAになります。

Pでは診断が確定していれば治療、診断？なら追加検査などの予定が入ります。特に処置が不要であれば、経過観察になることもあります。

たとえば、

S 心窩部痛（病歴）

O 医師の診察所見として、意識、血圧、頸静脈怒張の有無、聴診所見、オーダーした検査所見、心電図、胸部レントゲン、血液検査、など

A 心筋梗塞（病名）

P 心臓カテーテル

という感じになりますね。

では皮膚科のカルテはどうなるのでしょうか？

1 皮膚科カルテの基本骨格（2）－1

「皮疹」は**S**ですか？**O**ですか？**A**ですか？

問題：次の**6**つの言葉をそれぞれ**S**か**O**か**A**に分類してください。

皮疹、発疹、湿疹、痒疹、丘疹、発赤

ちょっと考えてから、次のページで答えを見てください。

1 皮膚科カルテの基本骨格（2）－2

皮疹、発疹、湿疹、痒疹、丘疹、発赤

上記6つの言葉をSかOかAに分類してください。

1) まず、病名はどれかわかりますか？病名はAに所属します。教科書を見てもよいですよ。えっ、どこを見たらよいかわからないって。

目次を見てください。教科書はたいてい総論と各論の順に記載されています。総論には解剖や検査や治療一般が書かれています。次に各論が出てきます。各論では個々の病気について書かれています。各論の目次に載っていれば病名です。

湿疹と痒疹（ようしん）が病名です。この2つがカルテのAの場所に書いてよい言葉になります。よく患者さんは「湿疹ができた」と言います。広い意味では湿疹はこのような使われ方をしてもよい言葉かもしれませんが、一応教科書的には定義された病名になります。患者さんに「湿疹は病名ですよ」と教育的指導を行う必要はありませんよ。医療行為を行うこっち側の頭の中に入れていけばよいことです。

*メモ：勝ち病名、負け病名

とは言え、「湿疹」は病名としてはあまり立派ではない可能性があります。「勝ち病名、負け病名」とは、齊木実先生（元長野市民病院皮膚科）の言葉です。湿疹はいろいろな原因で起きます。単に湿疹という病名を付けただけでは原因を特定されていない（特定のための努力をしなかった場合と、したけれど見つからなかった場合とを含みます）ので負け病名である。染毛剤による接触皮膚炎（かぶれ：これも臨床的には湿疹です。）は原因が特定されているので勝ち病名である。つまり、原因を特定する努力をきちんとしろということです。

2) 次にOに入る言葉はどれでしょう

Oには医師が取った所見や検査所見などが入ります。医師が取った所見を言葉で表現するためには定義された言葉を使用しなければなりません。各々勝手な言葉で表現すると情報の共有ができないからです。例えば「心電図でABの上昇」といってもなんのことかわかりませんね。心電図の波にAやBという名称はないからです。また「反跳痛」という言葉は、一般の方はなんだかジャンプした後に来る痛みのようなイメージを持つかもしれませんが、医療関係者はどのような所見かイメージすることができます。定義された言葉だからです。

では、皮膚科の所見を表現するための定義された言葉とはなんでしょう。

皮膚科で定義された表現用語の代表は原発疹と続発疹です。ブツブツがある、ではなく、「丘疹」という表現をします。皮膚に赤いものがある、ではなく、炎症を伴った血管拡張であるとイメージできれば「紅斑」と表現します。原発疹、続発疹の定義は教科書によって少し異なる部分もありますが、基本的には病理組織学的所見に裏打ちされた用語です。皮膚科のトレーニングを真面目に行っていると、だんだん皮疹を見て病理組織が浮かぶようになります。皮膚科の研修をこれから始める方は、教科書の発疹学のところの原発疹と続発疹の名前と定義を覚えてください。写真がついているものがあればさらに覚えやすいかもしれません。

最初に挙げた6つのうち、丘疹のみがOに書いてよい言葉になります。

3) それでは、皮疹、発疹、発赤、は何になるのか？

教科書の最後についている索引を見てください。上記の言葉は出ていますか？発疹は発疹学という言葉で出ているかもしれません。発赤はどうですか？ ないですね。

皮疹や発疹は、ただ皮膚に何かできている、ということのみを示す言葉です。発赤は、赤いものがある、ということを示しているのみの言葉です。つまり医師の診察前の症状を示す言葉（患者さんの言葉）になります。胸痛、めまい、発熱、などと同類の言葉になります。したがって、皮疹、発疹、発赤、は主訴や病歴に使用する言葉（Sで書く言葉）になります。Oのところに「発赤がある」という記載をみることがあります。細かいことを言えば、この所見を書いた先生は、皮膚に赤いものができたといって受診した患者さんを診察して、「うん、確かに赤いものがあるね」、という所見しか取らなかったことと同じになります。皮膚が赤くなっている場合、炎症（炎症細胞浸潤）を伴う血管拡張であれば紅斑、出血であれば紫斑（因みに紫の斑ではないですよ。出血したては鮮紅色の紫斑です）です。

皮疹、発疹、発赤はSになります。

1 皮膚科カルテの基本骨格（3）

皮膚科カルテの例

カルテにはさまざまな書き方があります。しかし、基本的には、他の人が読んだ時に患者さんの状態がすっと頭に入り、カルテを書いた医師が何を考え、何をしようとしていたかがすぐに理解できれば、よいカルテだと思います。自分のスタイルができている方はこのページは飛ばしていただけて結構です。これから実習に入る方で記載方法がよくわからない方向けに1つの例を挙げてみます。基本的には内科のカルテと同じです。

イメージとしては、今、主治医として診ている患者さんを他の医師にお願いしなければならなくなつたときに、受け継ぎが簡単に行えるような内容になっているかどうかを意識してカルテを書いてもらえれば、よいカルテになるのではないかと思います。

主訴：頭部のかゆい皮疹（部位＋自覚症状＋皮疹）

病歴：次の章でくわしく述べます。

所見：次の次の章でくわしく述べます。

プロブレムリスト：異常と思われる点をすべて挙げます。診断が確定した場合は病名を書きます。「病名＋疑い」は不適です。先入観をなるべく排除した状態で所見や問題点は取り挙げたほうがよいからです。例えば胸部レントゲンで、「左肺尖部の陰影」、はよいですが、「左肺尖部に古い結核を疑う陰影」、は不適です。ある程度診断能力がつくと、普通は無意識に頭の中では所見を取ることとその評価（診断）をほぼ同時に行っていますが、これは誤診の原因になることがあります。一步一步ステップを踏む慎重さが大切です。前にどんどん行こうとしたがる無意識の欲求に対し、きちんとした意識下でブレーキをかけながら所見を取っていくことが誤診を避けるために必要だと思います。

プロブレムリストの1例

- # 1 皮疹
- # 2 発熱
- # 3 AST,ALT,LDH高値
- # 4 高血圧

評価：上記問題点の原因について評価します。

1, 2, 3 : 薬疹、ウイルスやリケッチアなどの感染症を疑う

4 : 10年前に診断され、近医で内服治療中。落ち着いている。

計画 : # 1, 2, 3 は薬剤歴（種類と内服開始時期）と血清学的検査。

4 は薬剤の中止あるいは他系統の薬剤に変更できるか主治医に問い合わせる。

- 1) "今日はどうされましたか?"で始めてよいか?
- 2) もし7つしか質問できないとしたら
- 3) 二次元グラフによる基本骨格を作る

第2章 皮膚科の病歴の取り方（1）

”今日はどうされましたか？” で始めてよいか？

診察室に入ってきた患者さんにはまず挨拶をしますね。混んでいてお待たせしてしまった場合は「お待たせしてすみません」と言います。いよいよ診察に入りますが、最初に投げかける質問は「今日はどうしましたか？」でしょうか。学生さんはオープンに聞くよう教育されますね。でも、診察前に患者さん自身が問診票に書き込んでいる場合には、この質問は少し変ですよ。 「さっき、一生懸命書き込んだ私の苦労はなんだったんだ！」なんて思う患者さんもいるかもしれません。問診票に部位（たとえば足）などが書かれていれば「足になにかできてしまったのですか？」と聞いた方がよいかもかもしれません。

また、オープンな質問に対して、自分の症状をきちんと説明できる方であればよいですが、話がどんどん広がって、（特に医師はあまりよく話を聞いてくれなかったという先例があるせいか）なんでもかんでも一度に全部しゃべろうとする方がいます。今日皮膚科にかかった本当の目的を伝えるところまでたどりつかない方もいます。最初はオープンにお話しただいてもよいですが、必要な項目を十分にお話しただけでない場合は、こちらからある程度限定的（クローズ）な質問をする必要があります。そのためにはあなたの頭の中に最低限必要な質問が準備されていなければなりません。

これは聞いておかなければならないと思う質問を7個ほど思い浮かべてください。この質問がある程度必須なものであるならば、皮膚科だけではなく、めまいや腹痛で受診された場合でもほぼ同じ質問になるはずですよ。

第2章 皮膚科の病歴の取り方（2）

もし皮膚科を受診された患者さんに7つだけ質問できるとしたら、何を聞きますか？

今、患者さんは頭部のかゆい皮疹で受診されました。現実にはありえない状況ですが、今あなたはオープンな質問ができない環境にあるとします。あなたがこれだけは外せないと思う限定的な質問を7つ挙げてみてください（現病歴、家族歴、既往歴・・・など、診察前に聞いておいたほうがよいすべての分野から7つ挙げてください）。それと小学生でもわかるような言葉で聞いてくださいね（注文が多くてすみません）。

今まで学生さんが挙げてくれた例・・・と、私のつつこみ（指導医としてはまず発言してくれたことに感謝し、少し誉めてから突っ込みます）です。

- ・いつからですか？・・・これはすぐ出ます。大切ですね。
- ・どこがかゆいですか？・・・すでに頭がかゆいと言っているんだけど、この質問でいいの？
- ・どのようなかゆみですか？・・・いつ、どこが、ときたら、どのような (How) という質問を挙げるのは至極当然です。でも、病気をかゆみの種類で診断するのは難しいと思います。
- ・増悪因子？誘因？・・・患者さんへの質問はきちんと文にしてね。体言止めになってるよ。それにゾウアクインシ？、ユウイン？、では小学生にはわからないよ。かゆみがひどくなることがありますか？どういうときにかゆみが強くなりますか？何か原因として思いつくことはありますか？でしょうか。
- ・他にかゆいところはありませんか？・・・本質から逃げていませんか？
- ・アレルギーはありませんか？・・・アレルギーって具体的にどんな病気を想定してますか？
- ・卵のアレルギーはありませんか？・・・どんな症状が出たか想定してますか？ソバやエビ、カニ、果物、などは聞かなくてよいですか？化粧品は？仕事で使用する有機溶剤は？家においてある観葉植物は？ペットは？
- ・今までに何か大きな病気をしたことはありますか？

皮膚の病気をほとんど知らない学生さんには酷な質問ですね。でも、自分の頭の中に最低限必要な骨格がないと15分間こうが30分間こうが病歴は完成しません。

第2章 皮膚科の病歴の取り方（3）

二次元グラフによる基本骨格を作る（始まり、経過、介入）

個人的には病歴には基本骨格というものがあると思います。二次元グラフを想像してください。縦（y）軸が病勢（症状の強さ）、横（x）軸が時間です。ここに二次元グラフが書けるように質問を考えてください。

1) 発症時期

そうですね。まずこれが起点になります。細かいことを言うと、「いつから始まったか」よりも「いつ気づいたか」でしょうか。たとえば、

医師「その症状はいつからですか？」

患者さん「はっきりとはよく覚えていないんです」

医師「いつごろ気づきましたか？」

初めて気づいた時の症状の強さが1)のY座標になります。

第1の質問 いつごろ、その症状に気づきましたか？

また、初めて症状に気づいたときの状況を聞かなければなりません。

2) どのように始まったのか？

例えば血管に関係する病気はいきなり始まることが多いです。脳出血や脳梗塞のように。なんだか知らないうちに症状が出てきた（だらだら始まったみたいだ。グラフの始まりは気づいた時点からさらに過去に向けて点線になる。）というような病歴は、癌や変性疾患、沈着症、肉芽腫、代謝性疾患などに多いパターンでしょうか。

第2の質問 ある日突然始まったのですか？

3) 症状の強さと変化

次に今日（初診時）の症状の強さも加味して座標上にプロットしなければなりません。今日の症状のY座標は、異常に始めて気づいた時の症状より強いのか弱いのかを知らないとプロットできませんね。

初めて症状に気づいた時と今日の状態の2点をプロットし、2点間に線を引くためには、次のような質問が必要です。

症状が出てから今日までの間に悪くなっているのか？よくなっているのか？

ずーと症状は出ていたのか？

それとも一旦は治ったのにまた出てきたのか？

出たり引っ込んだりしていたのか？（グラフは波線になります）

一貫して悪くなってきているのか？（グラフは右肩上がりになります）

症状の出始めのころは大したことはなかったが、ここ数日で急に悪化したのか？（対数のグラフのようになります）

*注意 「ずっとあった」：例えば1年前より続いていたとおっしゃる患者さんの中には、本当は1年前は1-2か月で完全に治ったが、受診の2-3か月前に再度症状が出た（本当は症状の山が離れて2つ）ということをして「ずっとあった」と説明する方がいます（同じものと認識しているか、あるいは細かく説明するのが面倒臭いか、などの理由で）。断続的に皮膚症状が出ている場合は、不定期に時々行う行為（毛染め、風邪のときの鎮痛剤など）が原因のことがあります。また、蕁麻疹の診断には、時間単位で皮疹が出たり引っ込んだりするという病歴が重要ですが、1つの皮疹（個疹といいます）は1時間で消えても、隣に新しい皮疹が出てきて、結果としてずっと皮疹が出ている場合は、「ずーと出ていた。消えない。」と表現される患者さんがいます。1つの皮疹を指さして、「これはいつ出たの？」と聞かなければいけません。

**注意 今回の症状に関係ある、あるいは関係あるかわからないが自分の病歴のすべてを医師に知っておいてもらいたいと考える患者さんの中には、生まれてこの方かかった病気の始まりからお話を始め、今回かかった症状の病歴にたどりつけない方がいます。このような場合には、「今ある症状は、いったいつから出たんですか？」と時間軸を区切ると整理しやすくなると思います。上手に病歴の聴取すると、患者さん自身の頭の中が整理され、「そういえば〇〇してからおかしくなったかも・・・」と、診断の糸口が患者さん自身によって発見されることがあります。

第3の質問 その症状は今日までの間に変化しましたか？（だんだん悪くなってきていますか？）

4) 治療歴

今回受診した症状に対して何か治療はしなかったか、それはいつからいつまで使用したのか聞かなければなりません。近くの医院で薬をもらった（注射をした）、家にある薬をつけた、家族の薬をもらって飲んだ、自作のアロエ軟膏を作って塗った、などです。前述の2次元グラフのX軸の

下に上向き矢印で治療内容を記入してみましょう。

治療歴を聞く理由は以下です。

(1) 受診時の症状が治療により修飾されている可能性がある。

本来の症状はもっとひどいはずなのに、来院前の治療で少しよくなっている（あるいはマスクされている）。出たり引っ込んだりしている症状の波が薬剤によって起こされている（発熱と解熱剤の関係など）。

(2) それまでの治療が現在の症状の原因になっている（医原病）

治療歴を聞く一番の目的はこちらです。医療（医師によるものだけでなく本人や家族や隣人によるものを含め）は善意の行為です。善意は拒絶できませんし、それが問題の原因になっているとは考えにくいものです。例えば、ちっとも治らない傷の原因が、使用していた消毒薬や外用剤であったという例は少なくありません。症状はいったん軽快したが、また悪化してきた、というような病歴では治療歴が特に重要になります。

*注意：この質問はかなり穏やかに、やさしくしないと、患者さんは真実を語ってくれないことがあります。怒られるのではないかと思うからです。

第4の質問 今の症状に対して何か治療しましたか？（何かぬりましたか？何か飲みましたか？）

5) 持病とその治療（昔の病気より今かかっている病気）

現在かかっている、特に治療中の病気がないか聞きます。理由は以下です。

(1) 皮膚症状とリンクしている可能性がある。

たとえば内科で胸焼け、整形外科でリウマチで診てもらっている方が、手が冷たいと言って来院されたとします。強皮症を疑います（逆流性食道炎+関節痛+レイノーです）。関節リウマチと診断されている強皮症は稀ではありません。また、診断学からははずれますが、糖尿病の有無は皮膚の感染症の治療上重要な因子となります。例えば”サンフォード・熱病”という感染症のガイドブックでは、同じ蜂窩織炎（皮下脂肪の細菌感染）でも糖尿病の有無で治療薬が変わります。糖尿病があるとちょっとした感染症が命取りになるからです。

(2) 持病に対して行っている治療によって起きた皮膚症状の可能性がある。

具体的には薬疹です。手元に皮膚科の教科書がある方は、各論のところを適当に開いてみてください。難解な漢字が並んだ、聞いたことのない病名がたくさん載ってますね（失礼）。この病名の最後に「・・・型薬疹」とつけますときちんとした病名になります。先天性疾患などや腫瘍を

除くほとんどの皮膚疾患は薬剤で起こりうるということです。さすがに薬でメラノーマは起きませんが、関節リウマチの患者さんにメトトレキサートで悪性リンパ腫ができることがあります。ちゃんとした(?)悪性リンパ腫ですが、薬をやめれば治ります。中毒の診断は、それ自体が治療に結びつきます。

*メモ:「まず中毒を疑え」という私がいつも肝に銘じている言葉があります。西山茂夫先生(北里大学名誉教授)のお言葉だったと思います。診断学ではまず中毒の可能性を考え、それが除外できたら次に感染症と悪性腫瘍の鑑別に入れ、ということもおっしゃっておられました。熱が続いていれば、まず薬剤熱の可能性を疑うように、髪の毛が急にばらばら抜け始めたら、飲み水の汚染や薬剤(精神科の薬剤など)を疑わなければなりません。膠原病や難しい代謝性疾患などの鑑別は一番最後になります。

第5の質問 今、他の科からもらっている飲み薬は何かありますか?

第6の質問 持病(内科などにかかっている病気)は何かありますか?

おやっと思われたでしょうか?患者さんに第6の質問からぶつけると、ときどき(けれど少なくともなく)、「ない」と答える方がいます。そのような方に第5の質問をすると、「血圧の薬とお、胃の薬とお・・・」というお答えが返ってくる場合があります。持病を特別な病気と認識していない方がいるということです。お互い気まずくなることもありますので、上記順番で聞くようにしています。

6) 薬のアレルギーの既往

診断上は役に立つことはそれほどありませんが、何らかの治療を予定している場合は、7つの質問の中では最も重要な質問になります。救急部で研修したことがある方は、患者さんが運ばれて来た時に(もし本人に意識がある、あるいは付き添いがいる場合には)必ずこの質問がされていたことを思い出してください。薬アレルギーの既往を患者さんはあまり話してくれません。遠慮しているのかもしれませんが。医師には聞く義務があります。聞かないで事故(アナフィラキシーショック)などが起これば医師の責任が問われます。患者さんと自分を守るために必ず聞きましょう。

第7の質問 今までお薬を飲んだり、注射した後に具合が悪くなったことはありませんか?

6) そのほかの質問は?

アレルギー歴は?家族歴は?職業や趣味は?過去の病気はどうしましょう。上の骨格ができたらどんどん聞いてください。ただし、ちょっとした注意点(かなり独善的ですので無視していただいてよいです)も書いておきます。

(1) 「特記すべき事項はなし」は使えない？

何を聞いて、何があって、何がなかったのかが記載されていないと、あとでカルテをみた別の医師には何の情報にもなりません。「家族歴に特記すべきことはなし」ではなくて「同居人に同症なし」であれば、少なくとも同居人に症状がおきやすいダニなどの診断の助けにはなります。アレルギー歴も同じです。「〇〇なし」と記載したほうが使えます。聞いた内容であれば、「ない」という陰性所見もとても大切ですので必ずカルテに書き留めてください。

(2) 「何か今まで食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？」は何を想定しているのですか？

皮膚科に研修にきているからでしょうか。学生さんはよくこの質問をします。別にしてはいけない質問ではありませんが、「アレルギーってなんだ？」「どういう症状を想定しているのか？」「飲み物は聞かなくてよいのか？」などと意地の悪い質問をしたくなります。私は症状のほうから聞くようにしています。

・喘息はありますか？じんましん（ミミズばれが出たりひっこんだりする）は？花粉症は？以上I型アレルギーですね。このような症状があれば、症状が出る前に何か食べたり飲んだりしたものはありますか？関係ありそうですか？などと聞きます。

・何かにかぶれたことは？接触皮膚炎はIV型反応ですね。このような症状があれば、原因として思いつくものはありますか？などと聞きます。

- 1) 感覚を言葉にしなければならない理由
- 2) 絵から言葉を、言葉から絵を想像する
- 3) 皮膚所見を取る練習方法

3 皮膚所見の取り方（1）

感覚を言葉にしなければならない理由

医師がまだまだコンピューターに優れる点は、五感（場合によっては六感）でしょうか。診察では、視覚（皮疹、病理、CTやMRIの画像）、触覚（リンパ節や腫瘍、腹部の触診）、聴覚（聴診）、嗅覚（緑膿菌などの臭い、皮膚科では粉瘤などの角質が詰まっている病気の臭い）、など、さまざまな感覚を動員して所見を取っていきます。

視覚については、技術の進歩により、カルテ上でさまざまな画像が見ることができるようになりました。皮膚科では昔から皮膚の所見をカメラで撮影し、以前はスライド、現在はデジタル画像として保存し、カンファレンスのときなどに使用しています。きれいな写真があるのであれば、これをカルテにペタッと張っておけば、特に説明はいらないのではないかと、という疑問がわきます。レントゲン写真も病理所見も写真のみでよいのでしょうか？視覚を含め、医師が所見を言葉で残す理由は以下であると思っています。

1) 同じ写真を見ても、見る者の専門性（読影能力）によって見えているものは異なります。医療は共同作業ですから、一番よく所見を取れる者が言葉で所見を残しておく必要があります。

2) 言葉に変換するためには、感覚を言語化する作業が必要になります。言葉にするためには、所見をある程度頭の中で明確にしないとイケません。これは診断学で非常に重要なポイントになります。異常所見を明確化する作業が診断の過程で重要なステップになるわけです。話はそれますが、研修医時代に、ある学会でオーソリティーが「細胞の異型性は30年ぐらい経験しないとわからない」と言ったのを聞いたことがあります。これを聞いてかなりがっかりした反面、（えらそうにも）「いや、多くの部分は言葉で説明可能ではないか。このオーソリティーの言葉は嘘だ」と思いました。確かに経験がないと理解できない事柄はたくさんあります。しかし、初心者に言葉できちんと納得してもらえない場合は、自分自身も完全に病態を理解していないことが多いのではないかと個人的には思っています。

3 皮膚所見の取り方（2）

絵から言葉を、言葉から絵を想像する

心電図でST上昇と言えば、みなさんの頭の中には心電図の波形が思い浮かぶと思います。視覚から得た情報を言葉にしても、それを他の方が読んで同じ物が頭に浮かばないと何にもなりません。

皮膚所見を取るのも同様です。あなたが書いた文章のみを見て、他の人が同じ画像を思い浮かべることができれば所見としてはほぼ完璧になります。

最初はカルテのO覧に皮膚所見を書くのはきついですね。何を書いてよいかわかりません。1-2行で終わってしまうこともあるかもしれません。そこで、皮膚所見をたくさん取れるようになる（カルテにたくさん所見がかけるようになる）練習方法を紹介します。10年ほど前より学生の皮膚科実習の初日に行ってきたトレーニング法です。

3 皮膚所見の取り方（3）

皮膚所見を取る練習方法（言葉だけで正確な絵を書いてもらえるか？）

通常は4-5人のグループで行っている方法です。2人いればできる方法であり、可能な限り皮膚科医に同席してもらうか、あとで臨床写真とそこから抽出できた所見（文章）を皮膚科の先生にチェックしてもらえるとよいと思います。何症例もやる必要はなく、普通は1症例だけやればあとは自分ひとりである程度所見が取れるようになると思います。ここではポリクリで行っているままを書きます。

1) まず、指導医が教科書に載っているある皮膚疾患の写真を選びます。特徴のあるものがよいと思います。おすすめは多形滲出性紅斑や皮斑などです。この写真（文字は隠す）を1人の学生にみてもらい、その学生に残りの4人が正確に絵を再現できるように言葉で説明してもらいます。絵を見ている学生は、残りの4人が何を書いているかわからないようにします。

3人いるときは、1人が写真を選び、もう一人に所見を取らせ、残りの1人に絵を書いてもらう、というやり方がよいかもしれません。2人しかいないときは、所見を取る1人が教科書の索引から多形滲出性紅斑や皮斑のページを探し、文章を隠して絵のみを見て所見を取るようにするとよいかもしれません。

2) 絵を書く側は各自独力で説明を聞きながら絵を書きます。相談禁止です。

絵を描く側には、あまり想像して書かないことと、説明から落ちている必要な情報があれば書き留めておくように言っておきます。

3) そして、スタート。

すらすら淀み無く表現を始める学生もいますが、「うーん」と頭をかかえて、言葉がなかなか出てこない学生もいます。残りの4人が描く絵もなかなかバリエーションがあります。

4) 少し時間がたったら、写真を見て説明している学生に、皮疹の形に一番似ていると思うもの（身近にあるもの）を例に挙げるように言います。これはけっこうきついで、多くの学生はさらにうなります。脳みそがいやがっているのがわかります。「ないです」と答える学生には、今までの実習では、後でいくつかの例を挙げると、あーあーなるほどと納得することが多いと話します。できれば、そういうことのないように1つは挙げるように言います。さらに脳は苦しみます。

5) ここまで来たら、1回、写真を見て説明していた学生に無言で4人の絵をみてもらい、また写真の前にもどってもらいます。ここで、4人の絵の違いがどこにあるのか、そして自分の表現に何が足りなかったのか、ということを実感してもらい、追加の説明をしてもらいます。

6) 次に、4人に教科書の写真を見せます。自分の絵に満足する者、説明された所見の不十分さに不満を漏らす者、いろいろです。それから、最適な表現を5人に検討してもらいます。

7) 近似する表現については、以前に来た学生が言ってくれた表現をいくつか挙げると、たいてい「あー、なるほど」と言います。一種の「あは」体験でしょうか。

8) 最後に、教科書の皮疹の説明を読んでもらいます。多くは教科書の表現より、自分たちの説明の方がよいという印象を持ちます。教科書に出ている医学用語による説明とそこから思い浮かべる印象にズレがあるからです。用語は覚えないと国家試験に落ちますので、きちんと覚えてもらいます。一方で、実際の患者さんを前にしたときは、教科書的な記述のままでは診断できないことがあることを感じてもらいます。

1回これをやりますと、2回目はとても上手に所見を取るようになります。

9) たくさん所見が取れたと思います。でも、これらの所見はすべて修飾語になります。最後に原発疹を挙げて終了です。(いろいろな所見)・・・を呈する紅斑(丘疹、結節、膿疱、水疱)、などと記載されます。きちんと取れた所見であれば、言葉のみをメールで全国の皮膚科専門医に送れば、かなりの精度で似たような診断名が挙がってくると思います。

10) 最後に、絵を書くのに最低限必要なポイントを書いておきます。しかし、以下を読まなくても、「どうやったら相手に正確な絵を書かせることができるか」ということを常に意識して所見を取ってもらえば以下のポイントを覚える必要はありません。

(1) 正確な部位表現：両側か片側(右、左)という所見が落ちやすいです。

部位表現の例：

頭部(前頭部、側頭部、頭頂部、後頭部)

顔面(前額、こめかみ部、耳前部、眉間、眼瞼部、内(外)眼角、鼻背、鼻尖、鼻唇溝、口周囲、口唇、下顎)

頸部(前、側、後)

上腕(伸側、屈側、内側、外側)

肘(肘頭、膝窩、内側、外側)

前腕(伸側、屈側)

手(手背、手掌、指、指間、関節背面、爪周囲)

前胸部、腹部、上背部、背部、腰部、臀部、そけい部

陰部(恥丘部、亀頭、陰茎、陰囊、大陰唇、小陰唇、尿道周囲、肛門周囲)

大腿（前面、側面、後面）

膝（膝蓋、膝窩）

下腿（前面、内側、外側、後面）

足（足背、内側、外側、かかと、足底、足趾、関節上、爪囲、趾間）

（2）大きさ：cmやmmで記載します（写真ではわかりませんが、実際の診療現場では、腫瘍については高さも記載します）。特に腫瘍性病変については鳩卵大などの見たことのない形容詞や小児頭大といったサイズが定まらない表現は不適です。たとえば皮膚有棘細胞癌細胞がんの病期分類には2cm以下か超かという情報が必要です。切除を受けたら有棘細胞癌だったが、カルテにはコイン大としか記載されていなかった症例が紹介されてきたことがありました。Txになってしまいます。たくさんの皮疹が出ている場合は〇〇～〇〇cmなどと表現します。

（3）色：鮮紅色、淡紅色（ピンク）、暗紅色、紫紅色、黒、青、茶、など。日本は古来、赤の表現色に24色もあったそうです。でも、そこまでは要求しません。

（4）形：円形、楕円形、不整形、線状、枝状、網（目）状、的状

（5）分布：対称性、集簇（1か所にぐちゃっと集まっている）、皮膚割線に沿った、びまん性、散在性

第4章 プレゼンテーションのしかた

1) 役者になれ

2) (臨床能力がありそうに見える?) プレゼンテーション

(1) メモを読まない

(2) 話す内容に優先順位をつける

(3) 低めの声で

(4) プレゼンが終わったら「以上です」と締めくくる

第4章 プレゼンテーションのしかた（1）

役者になれ

研修医になったばかりのころ、当時の教授（故高瀬吉雄名誉教授）に言われた言葉です。患者さんが安心して病歴を話してくれる、こちらを信用して治療を任せられるようになるためには、患者さん（同僚の医師に対しても同様ですが）に安心を与えなければなりません。他人とのコミュニケーション能力が生まれつきある方はいいですが、多くは意識してトレーニングしないと身につかない可能性があります。内容はすばらしいのに、発表のしかたが悪くて損をしている（本人も発表を聞いている周りの人も含めてです）学生さんや研修医を少なからずみます。著者本人がうまくできていないのでおこがましいですが、見栄えのよくなるプレゼンテーションのしかたについてちょっと述べてみます。

第4章 プレゼンテーションのしかた（2）

臨床能力がありそうに見える？ プレゼンテーション

通常のカンファレンスでの発表や患者さんへの説明のときに、受け手側によい印象を持ってもらうためのポイントについて述べます。当たり前のことばかりです。しかし、もしあなたに思い当たる点があれば、改善によってあなたの印象はとてよくなります。

1) メモを読まない。

メモにまとめておいて、ただひたすらそれを読み、全部読み終わってから聴衆を見る。

日本の政治家のプレゼンテーションはこんな形が多いですね。真意や熱意が伝わってこない原因のひとつかもしれません。ちょっとした言葉のミスをすぐ取り上げて攻撃するという悪習のせいでしょうか？医療におけるプレゼンテーションでも同様で、文章をひたすら読むというプレゼンテーションは聞いている方からするとかなり印象が悪くなります。学会発表でも同じです。細かい点はメモに記載しておいてもよいですが、基本は暗記し、少し練習しておきましょう。どんな短いプレゼンテーションでも、シュミレーションが必須です。最初はきついです、すぐに慣れます。度胸もつきます。カンファレンス時に述べる内容としては、以下のような点が必要でしょうか。

患者さんのお名前

年齢

主訴

入院日、初診日

経過（検査、治療の内容など）

現在の問題点

その評価

これからの予定

特に大切なのは現在起きている（解決できていない問題点）とそれについての考察、今後の予定です。これを正確に述べると、他の医師が助言しやすくなります。

2) 話す内容に優先順位をつける。なんでもかんでも話さない。

施設によって発表時間が異なりますので、初めての場合は、だいたい何分ぐらいでまとめればよいか聞いておくとよいかもしれません。その時間の範囲内で大切なことを重点的に絞って話し

ます。1分間で話さなければならないとしたら、とシュミレーションするとよいかもしれません。気持ちはわかりますが、とにかく漏れなくなんでもかんでも話す方がいますが、これは焦点（もっとも大事な点）がぼけます。さらに時間をオーバーすると聞いている方もイライラしてきます。説明できなかった点を「あれはどうなっているの？」と聞かれることを恐れているのかもしれませんが、それでよいのです。重要度が低いと思って割愛した点をカンファレンスで質問されるということには何の問題もありません。学会発表で使う高等(?)テクニックでは、突っ込まれそうなところをわざわざ最初に述べないという技もあります。突っ込まれそうなところを何点か残し、十分な回答を準備しておきます。うまく罫にはまった(?)質問が来て、それにきちんと答えられれば、「こいつはできる」といい印象を残せます。

3) 顔を上げ、できれば少しゆったりと低目の声で話す。

学会発表のときなどは、観客のある一人を見つめながら話すとき堂々とした感じになります。1人だけ見つめていると、見つめられている方がかわいそうですので、前の席、後ろの方の席、右から左へ、などとジグザクに視点を移していくとよいようです。ソフトバンクの孫さんなどがよくやっています。私はまだまだうまくできません。本番になると緊張してスライドの方ばかりみて、独りよがり話してしまうことが多いのです。いつも終わってから反省しています。

しかし、上記のような学会での発表のしかたを小さなカンファレンスでやると、ちょっとエラそうになってしまうかもしれません(日本的ですいません)。でも、教授や科長や司会者などに顔をむけて話しをするとよいかもしれません。気の弱い方は顔は上げるが、視点を決めないでぼやーと後ろの壁を見ながらでもよいでしょう。下を向いてボソボソ話すのはカンファレンスでも患者さんの前でも印象を悪くします。「この先生で大丈夫かなあ」なんて思われたらまずいからです。

4) プレゼンが終わったら、「以上です」と言う

プレゼンが終わったら、それがわかる言葉で締めくくってください。締めくくりの言葉を言わないと、まわりはまだ先があると思って沈黙が続きます。ちょっとしびれを切らした司会者が「終わりですか？」と気遣いながら発表者に聞くことになります。時間がむだになります。すべては終わりよければすべてよし、ですから、最後がもやもやと終わると、プレゼン全体の印象(あなたの印象)もぼやけかけてしまうかもしれません。

- 1) 弱拡大で可能な限り所見を取る
- 2) 所見は上から下へスキャンするように取る
- 3) 臨床情報なしで見る

第5章 皮膚の病理所見の取り方（1）

病理は好きですか？

皮膚科専門医と胸を張れる基本スキルは1) 目で見て診断ができる、2) ダーモスコピーが使える、3) 手術ができる、そして、4) 皮膚病理、などでしょうか。学生の頃、私にとって病理学はあまり（かなり？）親しくしたくない科目でありました。恥ずかしいことに皮膚科に入るまで、これほど重要なスキルであるとは知りませんでした。医師になっても、必要なスキルとして勉強はしてはきましたが、特に好きになったわけではありませんでした。しかし、皮膚科医になって四半世紀が過ぎた最近になって割と病理が好きになっている自分に気づきました。何が変わったのでしょうか。ちょっと自己分析してみると、ひとつの所見を見たときに、それが意味するもの（診断名ではなく、現象や原因、あるいは自分で勝手に考えている仮説）を想像できるようになったのが一番大きな原因ではないかと気づきました。だいぶ時間がかかりましたが、最初から病理が大好きではなかった者が考えるアドバイスのようなものを挙げてみたいと思います。

1) 弱拡大で可能な限りすべての所見を取る

いきなり拡大を上げると、木を見て森を見ず、になります。全体のシルエットが大切です。全体像の大切さを生涯強調されたアッカーマン先生の本の記述を私なりに解釈すると、バードウオッチングでは、普通は鳥のシルエットで種類を判別しています（もちろん鳴き声も）。しかし、道に落ちている鳥の羽で判別することは専門家以外には難しいですね。遠くから見る全体像が、種類（病理における鑑別）の判別に重要であるということです。病理所見もほとんどの所見は対物4倍（赤のレンズ）の視野で取れると思います。取れるだけ取って、もう限界だと思ったら対物を10倍に上げてください。対物10倍以上の倍率では細胞や核、浸潤細胞の種類などを観察します。

2) 上から順番にスキャンするように機械的に見ていく

CTや胸部レントゲン写真や心電図を見るときと同じように、病理標本も一定のパターンで見ていく必要があります。見落としを避けるためです。皮膚の標本は上下がありますので、基本的には角層から順に深部に向かって所見を取っていきます。そして所見を取る前には、標本のでき具合の評価、解剖学的部位の予測を行っておくとよいと思います。

例えば、こんな順です。

（1）標本を顕微鏡にセットする前に裸眼で見る。

ヘマトキシリンに青く染まる部分が多い標本は、細胞成分が密で多いことを示します。悪性腫瘍（DFSPなど）やリンパ節などでは青く染まります。

（2）標本を顕微鏡にセットし、最弱拡大の対物レンズ（4倍以下）を選びます。

（3）標本の全体像をざっと見ます。ここでチェックできる項目は以下です。

a) 標本のサイズ

対物4倍の視野に収まっていれば、5mm以下の標本であると予測できます。標本のサイズは色素性母斑とメラノーマ（5mm以下のメラノーマは極めて稀です）の鑑別に使えます。

b) 標本が正しく作製されているか？

表皮が網目状に出ている場合は、斜めに切れている可能性があります。表皮内のメラノサイトの位置の評価（基底層にあるのか、もっと上の有棘層にあるのか：メラノーマの診断上重要な項目です）に影響を与えます。また、足底や手掌の色素性病変の標本では、皮膚の溝と丘が交互に出ている標本（角層が規則的に波打ち、表皮内に汗腺が一定の間隔で表れている）でないと、診断が難しくなります。

c) 部位を想像する。

今見ている標本がどの部位から取られたものか想像します。太い毛が何本も含まれていれば頭、皮脂腺が発達していれば鼻とその周囲、角層の下の方が濃い均一のピンクになっていれば手足、毛が貧弱かない、表皮が薄いなどは四肢屈側部や側胸部、腹部、表皮が波上にくねっていれば乳輪など、でしょうか。もし当たったら自分を思いっきり誉めてあげましょう。診断学は推理なので、こんな、ちょっとしたことでも当たると、病理診断が少し好きになるかもしれません。

実際に所見を取ってみましょう。

弱拡大のままで所見を取り始めます。できれば、取った病理所見が臨床的にはどんな状態を示しているのかを想像しながら進めると、少し面白いかもしれません。こんな感じでしょうか。

角層：不全角化を伴う過角化あり（臨床的には落屑がある病変だな）。一部の角層内に好中球の核の遺残あり（落屑は一部で黄色や褐色に濁っているかもしれない）。

表皮：表皮突起は全体に棍棒状に延長し、棍棒は長さが一定でとそろっている（臨床的には台状に隆起した病変かな？）。そして、わずかな好中球とリンパ球の浸潤あり

顆粒層：消失

有棘層：基底層の上の層に核分裂像が目立つ

基底層：異常なし

真皮：乳頭層に血管拡張と炎症性細胞浸潤（臨床的には紅斑として認められる）

網状層上層の血管周囲にわずかに細胞浸潤あり

皮下脂肪：異常なし

と、いった具合です。弱拡大で取れるだけ所見を取ったら、倍率を上げます。倍率を上げて見るポイントは、炎症性細胞の種類や腫瘍細胞の形態などであり、それほど項目は多くありません。

例えば、上記角層内や真皮乳頭層に浸潤している細胞を見ます。

角層内には好中球の核塵の集塊を認める。真皮上層はほとんどがリンパ球でごくわずか好中球を認める、などです。

因みに上記は、ある乾癬患者の生検標本の病理所見です。

1) 角層について（けっこう無視していませんか？）

角層なんて、不全角化ぐらいしか所見がないのではないか？

不全角化って、診断上あまり必要な重要な所見になることは少ないのではないのか？

などと思われる方もいるかもしれません。でも角層には診断上重要なヒントがたくさん隠れています。

例えば、

不全角化は表皮細胞がきちんと死ねなかったということを意味します。起きうるのはある種の炎症が続いた場合と表皮細胞の癌化です。また、角層に不全角化が出現するまでには、事件が起きてから有棘細胞が角層に移行するまでの期間が必要ですので、最低でも1-2週間はかかります。なお、正常な粘膜は不全角化を示しますので、異常所見と取らないように注意してください。

たとえば不全角化はないが表皮や真皮に炎症所見がある場合は、事件が起きてからまだ日が浅いことを示しています。例えば多形滲出性紅斑の診断には不全角化がないことが重要なポイントです。臨床的にも鱗屑はない浮腫性の紅斑として認められますよね。

また、日光角化症は不全角化を伴います。もし標本が手元があれば、見てください。不全角化が途切れ、正常角化に移行したところの表皮基底層の細胞には異型性もほとんど目立たなくなっていると思います。

2) 角層の状態の表現方法は以下です。

(1) compactかbasketwaveかlamineか

Compactとは固く隙間のない状態です。正常な手足、扁平苔癬、魚鱗癬などで観察されます。basketwaveとは網目状を示します。正常の角層によくみられる所見です。標本では網目は空いていますが、生体では細胞間脂質が詰まってミルフィーユのような状態です。標本の固定の際に溶け出してしまったのです。Basketwaveに似ていますが層が平行に並んで網目を作らないパターンをlamineと言います。粉瘤内部の角層に認められるパターンです。

(2) 角層の厚み

厚い場合は過角化（hyperkeratosis）と言います。

(3)不全角化の有無

角層に核が残っているかどうかみます。

表現としては上記（１）－（３）を組み合わせて表現します。

例えば、“角層はコンパクトな過角化を示し、一部に不全角化を伴います”などです。

3) 角層の所見が役に立つ疾患の例

多くはアッカーマン先生のhistopathologic diagnosis of inflammatory skin diseasesを参考にしました。

basketwaveでhyperkeratosis・・・感染症（癩風/疣贅）

compactなhyperkeratosis・・・長期間の搔爬、扁平苔癬, 正常の手足

normal basket wave+個細胞角化（表皮細胞壊死）...急性の細胞壊死（多形紅斑、固定薬疹、やけど）

compact（正常あるいは不全角化）+ 個細胞角化（表皮細胞壊死）...ゆっくりとした細胞壊死（ボーエン、扁平苔癬）

laminate...尋常性、伴性魚鱗癬、cyst, atheroma、脂漏性角化症のpsudocyst

毛一致性の角化...PRP, lichen planopilaris, DLE, 疥癬、phrynoderma(vit A過剰 がまガエルの皮膚)、ビタミン欠乏（アルコール依存）

エックリン汗腺出口の角化...lichen sclerosis et atrophicus, 水疱症やporphyria cutanea tarda、治癒後のmilia,

柱状のcompact keratosis: 汗孔角化症

正常角化の中で部分的（断続的）に起きる不全角化（mound状）・・・滴状乾癬

上下左右に交互に起きる（チェッカーボード）・・・毛孔性紅色秕糠疹

全体に起きる不全角化：乾癬、日光角化症、ボーエン病

角層内に血漿成分を伴う：脂漏性皮膚炎

角層が壊死している：火傷などの物理化学的障害、ペラグラなどの栄養障害、血行障害、ヘルペスなどのウイルス感染症。水疱性類天疱瘡の表皮は壊死しません。水疱性疾患に壊死があれば別の原因を考える必要があります。

角層内にメラニンの柱が一定間隔（皮膚の溝に一致して）で認められる：色素性病変では良性を疑う所見。色素細胞母斑。

*角層をきちんとみるというのはとても大切であることがわかるでしょうか。

第5章 皮膚の病理所見の取り方（5）

顆粒層以下は？

顆粒層はあるかないか、厚いか薄いかをチェックします。

所見と疾患の関係は以下です。

顆粒層の肥厚（ケラトヒアリンの増加）

hypergranulosis+compact hyperkeratosis...単純性秕糠疹、魚鱗癬様紅皮症

hypergranulosis+normal basketwave...扁平疣贅

hypergranulosis+normal basketwaveとparakera交互...PRP

顆粒層の非薄化（ケラトヒアリンの減少）

hypergranulosis:尋常性魚鱗癬、乾癬、ILVEN, 日光角化症

有棘層、基底層、表皮真皮境界部、真皮、皮下脂肪組織

たくさんの所見があります。病理の教科書で覚えてください。すいません。これ以上書く余裕が今はありません。

老婆心でアドバイス

1) 臨床情報なしで病理標本を見る

自分で生検したような場合は、ある程度臨床診断や経過がわかってしまっているのに、難しいかもしれません。でも、大学病院や基幹病院では、自分以外の先生が担当した標本もありますね。そんな標本をみるときは、まったく臨床情報なしでみることをおすすめします。その週にできてきたすべての標本をそのように観察するのは最初は大変かもしれません。でも1例でも2例でもできる範囲で始めると病理の腕は上がると思います。

前記したように、

(1) 解剖学的部位を想像する

(2) 角層から皮下脂肪まで、自分が納得できない（正常か自信がない）所見をすべて取って行きます。箇条書きにしてもいいですし、絵を描いてもいいです。

(3) 上記の所見を取ったら、臨床像を想像します。皮下脂肪に細胞浸潤が密にあれば、きつとこっているのかな、など。次に診断をつけます。最初はわからない方が多いかもしれません。

(4) 病理の教科書をあたります。自分の取った所見を索引で調べて該当する疾患のページを見るわけです。それでも診断は難しいですね。いくつかの鑑別疾患が上げれば上出来です。

(5) 臨床情報（診断名）と生検部位、臨床写真などを確認します。部位が当たっていたら自分をほめます。臨床写真は病理所見から想像した臨床所見と合っていましたか？病理所見では鑑別診断として挙げて、臨床所見からは全く除外できる疾患が出てきます。病理と臨床の合わせ技で診断することも少なくありません。皮膚病理を皮膚科医が読まなければならない理由です。

(6) 臨床診断名を病理の教科書で調べます。どうでしたか？

(7) (2) で取った所見で正常か異常かわからなかった所見や臨床診断名の病理所見と自分が取った所見とに不一致な点があれば、先輩に聞きます。「まあ、そういうこともあるんじゃない？」という答えしか返って来ないことも多いかもしれません。よほど病理に長けた指導医がない限り、最終的には自分で勉強しなければいけないことに気づくと思います。

2) "compatible"はカルテや報告書に書いても、心の中にはなるべく書かない。

病理標本をみて、所見がそろっていて診断をきちんとつけることができる場合とよくわからないけど、まあたぶんこっちだろうという時があります。"コンパチですかね"などというかもしれま

せん。ぴったり来ないが、まあいいだろう、というときにcompatibleという言葉が入った病理レポートが来ることがあります。しかたがない場合もあります。しかし、コンパチを連発していると病理の力はつきません。モヤモヤした部分は忘れないようにメモなどに残すとよいかもしれません。

3) 病理所見の意味するものを考える

病理の勉強の初期は、担当になった疾患に認める病理所見を教科書で調べ、これを繰り返すことで多くの疾患の病理所見を覚えていくようになります。もし余裕があれば、ある病理所見が関連する他の疾患もついでに覚えると良いと思います。

例えば、液状変性は、SLE、皮膚筋炎、GVHD、多型滲出性紅斑、TEN、固定薬疹などの細胞障害性の疾患に認められます。でも液状変性が認められた時に必ず鑑別に入れておかなければならないのは、菌状息肉症、苔癬状秕糠疹、慢性色素性紫斑です。好中球が真皮や皮下脂肪にたくさん集まっていたら（膿ですね）どんな疾患を考えるのか、皮下脂肪に好酸球だったら、皮下脂肪に形質細胞だったら、と勉強していきます。こんな項目がメモ的に出ている教科書があればいいですね。

絶版になっていますが、Primer of Dermatopathology (Hood AF)などがこんな形式を取っていました。アッカーマン先生のHistologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases: An Algorithmic Method Based on Pattern Analysisの1つ前の版（2版）の用語の定義と巻末の病理所見とそれに対応する疾患が掲載されている部分はおすすめです。ひとつの病理所見が意味するもの、あるいは診断上の限界などがよく書かれています。中古市場で10万円以上する高価な本ですが、医局などにあれば見てみてください。

- 1) 抄録の書き方
- 2) 発表スライドの作り方
- 3) 口演のしかた
- 4) ポスターの作り方

なぜ、学会発表をしないといけないのか？

大学病院や中核病院で研修をしていますと、学会で発表するように言われるかもしれません。最初は指導医が丁寧に教えてくれることも多いかと思います。ここでは、私がアドバイスしてきた事柄を紹介したいと思います。病院や現在指導を受けている先生のお考えと異なる部分もあると思います。1つの例として読んでいただければと思います。

なぜ、学会発表をしないといけないのか？

学会発表をすると何かよいことはあるのか？

1) 自分の勉強になる

きちんと準備をすれば、かなりの情報が知識として残ります。

2) 評価対象になる

学術的な業績になります。専門医や認定医の資格取得や更新に必要となります。

3) 知らない町に行ける 他の疾患の勉強ができる

学会は地元だけでなく、国内、海外と様々なところで開催されます。大きな学会であれば、他の発表や教育講演などもたくさん組まれています。

でも、最も大切な点は、

4) みんなに知らせる義務がある

自分達が経験した重要なポイントは、多くの方に知ってもらう必要があり、報告する義務があります。特に緊急を要するような事態であればなおさらです。また、長期的には経験が文字になれば、智の蓄積となり、将来へ情報を渡すことができます。

抄録の作り方

まず、学会は口で発表する場合とポスターで発表する場合、そして両者併用で行う場合があります。いずれの場合も、まず抄録を作成してエントリーします。

若い先生方の抄録でこれまで気づいたポイント（かなり個人的な見解です）を含めて述べてみます。

1) タイトル

重要です。学会で発表するからにはなるべく多くの人に聞いてもらう、あるいは見てもらう必要があります。コピーライターのように人を引き付ける魅力的なタイトルを考えましょう。国内の主な学会で発表すると、後日、医学中央雑誌という文献検索サイトに掲載されます。検索結果は通常、タイトルと発表者しか表示されません。面白いと思えば、抄録本文を見ることになります。学会で発表しただけで論文にしない場合はタイトルしか読めない場合も多いです。あなたの発表した疾患について未来に誰かがまとめる場合に、特徴が分かりやすいようにタイトルを決める必要があります。そのためには、まず、発表する疾患や研究成果の何が取柄なのかをきちんとピックアップして、優先順位をつけます。一番優先順位の高い形容詞をタイトルにつける必要があります。整理しなければいけません。

疾患自体が非常に珍しいのであれば、病名だけでもよいでしょう。

対象者や症状が珍しいのであれば、その形容詞をつける必要があります。成人に多い疾患なのに、子供に認めた症例なら、小児に認められた・・・といった形容詞が必要です。

2) 共同演者と所属

筆頭に書くのは発表するあなたの名前ですね。2番目以後はどうしましょう。国内における症例報告であれば、年功序列で若い方から並べて最後は教授名になっていることが多いと思います。しかし、この並び順はかなり重要なのです。たとえば論文では、発表（研究）に関する寄与度の順に並びます。また、最後には研究の中心人物（最終責任者）の名前が来ます（同じ施設でも教授が最後に来ないこともあります）。論文ではさらに実際に編集部とのやりとりを行った責任者（corresponding author）が特記されます。論文にもっとも貢献した張本人はこのcorresponding authorが筆頭著者を上回るイメージにもなります。

誰を共同演者に入れるか？

これも一人の患者さんに関与した方が多ければ多いほど悩ましいことになります。書こうと思えば20人も30人も入れることはできます。でも、抄録のスペースは限られているので、名前が本文のスペースを圧迫してしまいます。よほどの多施設共同研究でなければ、あまりに共同演者が多い抄録は、見栄えも悪いです。しかし、そうはいつでも、お世話になった事柄を思い浮かべると、あの人は？そしてあの人は？と悩みます。発表スライドや原稿について指導してくれている先生によく聞いてみてください。口に出さなくても「なんで私の名前が入っていないの？」と不満を持つ先生がいて、後に人間関係に問題が出るといけませんので。

共同演者については、自分の科においては外来で初診した医師（診断の多くを担った場合など）、お世話になった他の科の先生、また開業の先生などから紹介を受けた患者の場合は紹介元（とくに珍しい疾患の診断が紹介元でついていたときなど）、診断と治療の多くを紹介先をお願いした場合は紹介先の先生のお名前をいれるか検討すべきでしょう。これらの先生のお名前を入れる場合は、共同演者に入っていたかという点と、この事例を自分が発表してよいかという点について事前に確認が必要です。

3) 本文

論文にしない場合は、この内容が後世に残る唯一の情報となります。過不足がないよう心して書かなければなりません。いくつかのポイントを。

(1) 字数が限られていますので、重複を避けないとはいけません。書きあがったら、同じ内容の文章がないかチェックしてください。

(2) 字数を節約するために、タイトルに出ている内容は本文中では割愛できます。例えば、本文中に「〇〇と診断した」という文章は、字数が限られていれば割愛できます。表題に診断名は通常書いてありますので。

(3) 助詞が抜けている文をよく見ます。

(4) 体言止めではなく、文章にしましょう。

(5) 一番最後に来る文章は結論です。この報告の一番の取柄、珍しい、新しい展開（診断、治療）、教育的価値（これは覚えておいたほうがよいよー）、などについて述べます。・・・今後の検討が必要である、という逃げを書くこともあります。字数に限界があれば無理して入れる必要はありません。

(6) 研究報告であれば、背景、目的、方法、結果、結論、といった順に書くと、読みやすいと思います。

(7) 「〇〇するも、」という文句をよくみますが、個人的には大本営発表みたいで古臭い感じがします。学術的にちょっと格調高い印象を与える？目的で使用しているかもしれませんが、わざわざ使う必要はないでしょう。「〇〇したが、」でよいと思います。また、最近はあまり聞きませんが、「〇〇せしめ、・・・」とか「〇〇が肝要である」など、わざわざ使う必要がないのではないかという古い文体もあります。趣味の問題でもあるので特に使ってはいけないということではありませんが。

(8) 延々と背景（発表する内容の前ふり、これまでわかっていること、問題点、など）について書かれ、最後に「〇〇について発表する」で結ばれ、結果がまったく書かれていない宣伝型抄録というのときどきみかけます。後世に疾患情報を残す使命を果たしていないため、非常にもったいない印刷物となってしまいます。抄録は学会本番の1年から半年前に送らなければならないので、結果がすべて出ていない場合や非常にインパクトのある内容のため詳細が発表前に漏れてしまうことを防ぐ場合もあり、その場合はしかたがないかもしれませんが（研修医の先生にとってはかなり稀だと思いますが）、できるだけ結果と結論は記載すべきと思います。

発表用パワーポイントファイルの作り方

1) まず発表時間を確認する

皮膚科の学会での一般の症例報告や研究報告の発表時間は3分から長くて8分ほどでしょうか。シンポジウムなどの招待された講演では15分から1時間と長い場合もありますが、研修医の先生方の初めての発表の多くは症例報告が多いと思いますので、発表時間数分として話を進めます。

文字が主体のスライド（パワーポイントではページとすべきかもしれませんが）の場合、スライド1枚あたり1分という長さが聴衆が内容を理解できる時間だと言われています。したがって、発表時間が数分間の場合、たった数枚のスライドで発表しなければならないことになります。ただ、皮膚科は臨床写真や病理写真などの画像も出します。根拠はありませんが画像はスライド1枚10-20秒でもなんとかなるかもしれません。それでも表紙（題名、演者、所属）を入れて最大10枚が限界でしょうか。2-3枚多めに作っておいて、あとで優先順位の低いスライドを抜くという手もありますが、スライドも論文も一旦できあがったものを著者自身が削るということはかなり困難な作業になります。1枚1枚苦労して作ったわけですからね。他の方に削ってもらう必要も出てきますが、辛く感じることもあります。

2) 各スライドの役割を決める

だいたい枚数を決めたら、各スライドの役割を決める。慣れないうちは、まず紙にフリーハンドで長方形を枚数分書き、その中にそのスライドに書くべき内容のタイトルを付けてみるとよいかもしれません。

例えば、

スライド1：題名、演者、所属

スライド2：病歴

スライド3：初診時臨床写真（1-2枚）

スライド4：病理組織像

スライド5：検査所見（血液検査など）

スライド6：診断と治療経過

スライド7：考察に関連する資料（過去の報告例など）

スライド8：この症例のまとめ、結論

（スライド9）：謝辞など

結構シンプルな流れですが、これでも8-9枚は必要になります。発表時間がもし3分しかなければ、この枚数でも時間内に発表するのはきついかもしれません。

次にいくつかの個人的なアドバイスを。こうでなければいけないというわけではありません。

3) 文字サイズはなるべく大きく、文字数はなるべく少なく

スライドの文字サイズは最低でも20ポイント以上で、1枚当たり行数は8-10行以内にとどめる。

著者自身もよくおかし失敗です。細かい字でたくさんいろいろなことが書いてあるスライドは、かなり長い時間見せておかないと聴衆は読めませんし、頭に入りません。また、細かい字のスライドは最初から見る気もおきなくなります。文字中心のスライドを作成したら、そのすべての文章をあなた自身がゆっくり読んで時間を測ってみてください。それは発表時に聴衆に見せておく時間となります。もしそれだけの時間を取れないなら、内容を簡素化するか、スライドを2-3枚に分ける必要があります。演者もすべてを読めない＝聴衆が時間内に読めない（理解できない）ほどの多くの内容は出す意味がないということになります。

4) スライドの背景は明るい色合いが望ましい。

私が医師になった四半世紀前は、スライドはリバーサルフィルムやスライド専用フィルムで作成していました。青色の背景に白抜き文字か透明な背景に黒文字という簡素なパターンが一般的でした。臨床写真や病理写真はカメラで撮ったスライドをそのまま出すしかなかったのです。1枚のスライドにいくつもの写真を入れることはできませんでした。1990年代に入り、パソコンで発表用ソフトが使えるようになると、今までのうっ憤(?)をはらすかのように色とりどりのスライドを見るようになりました。その後、発表用ソフトに付いている基本背景を使うことが多くなったせいか落ち着いた色合いになっていった記憶があります。

学会でスライド発表を見ていると、白地に黒っぽい字のスライドと暗い背景に明るい色の字で発表する場合があります。基本的には個人の趣味で決めていただいてよいと思いますが、おすすめは白地あるいは明るい背景に黒の字のシンプルなスライドです。暗い背景は会場も暗くなって眠くなります。また、文字を強調させるために赤字などにすることがありますが、パソコン画面ではそこそこ目立つように感じて、プロジェクターで映写してみると、暗い背景では、濃い赤や青の文字が沈みこみ、むしろ白文字より目立たなくなります。明るい背景であれば、どんな色を使用しても比較的目立つ感じになります。私自身がある教育講演を依頼されたときも、（そっけないが）白地の背景に大きめの黒字でスライドを作るように指示されたことがあります。ビジネスの世界でも、明るい背景がプレゼンテーションの基本型であるようです。私自身もスライドを作り出すと凝りたくなります。しかし、内容で勝負ということで、なるべくシンプルに、シンプルに、と、自分自身でも念じています。

いつかは、アップルの故ジョブスのように、暗い背景に図を1枚だけ出して、ステージ中央で聴衆だけを向きながらインパクトのある発表ができたらいいなあと思うこともありますが、医学の発表にはむかないかもしれません。

発表用パワーポイントファイルの作り方（2）

5) 数分間しか発表時間のない症例報告では、考案のテーマは1つか（せいぜい2つ）が限界ではないか？

この症例の一番の取柄はなんなのか？

学会で発表するとなれば、たくさんの文献を読み、多くの新しいことを知ります。（苦労して）インプットしたものは、どうしてもアウトプットしたくなります。気持ちはわかりますが、自分の知りえたことを全部スライドにしてしまう方がいます。時間が限られていますから、1枚のスライドに細かい字でたくさんのことを書き込み、それが2-3個のテーマ（2-3枚のスライド）にわたるわけですから、機関銃のように早口でしゃべり、スライドもアツという間に次々と変わっていくことになります。息を継ぐまもなく早口で数分間しゃべり続けますから、発表が終わって「ふー」とため息が出ます。気持ちはとてもよくわかります。でもこれではいけませんね。

3つも4つもみんなが驚嘆するような新しい事実を含んでいる症例というのは稀です。「この症例の一番の取柄はなんだ？」ということをお問ひしてください。例えば「何が新しいのだ？」「どこがめずらしいのだ？」「何が教育的なのか？」「どの点をアピールしたいのか？」などです。

1番の取柄を決めたら、自分が発表する症例がどれだけ価値があるのかを強調するための背景を資料としてスライドにまとめます。

例えば、

A なんらかの珍しい点（症例自体、症状、年齢、性別、人種など）があるなら：今まで報告されてきた症例の特徴についてまとめた表を作ります。繰り返しますが、年齢が珍しいのなら、年齢に関することを中心にまとめます。年齢や性別や人種や症状などの特に今回発表する症例では珍しくない点もいろいろ書きますと、スライドの字は小さく多くなり、大切なポイント（年齢）がぼやけます。

B もしあまり特徴的なポイントを含んでいない場合でも、地方会などの比較的小さい学会では、それほど珍しくはないが、教育的（発表者の練習と聴衆側における疾患の再確認）な意

味で発表する場合があります。この場合は、疾患の簡単な紹介と診断や治療上の注意点を考察の中心に据えることになんの問題もありません。ただ、発表のすべての考察を「この疾患は〇〇〇〇年に〇〇によって報告され、・・・」と始める必要はありません。時間がなければポイントだけ述べることになります。

その特徴は何を意味するのか？

前記した一番の特徴（珍しい点）、今回過去の症例を調べてみたら今まで気づかれなかった面白い点を見つけた、など、がいったいどんな理由でそうなっているのか、あるいは、例えば診断や治療上どんな教育的な意味を持つのか、もっと言えば、この症例を聞いてくれた聴衆に対して明日からの診療に役立つ点はないか、などについて考えます。「私のつたない発表を聞いてくださってありがとうございます。でも、いいこと覚えたでしょっ。」となればベストですね。

6) 最後にスライドチェック

(1) まず誤字脱字

病歴などが、体言止めになっていませんか。助詞が落ちてませんか。

(2) フォント

明朝とゴシックが混在していませんか？文章全体を反転させたとき、もしツールバーのフォントのバーが空白になっていれば、いろいろなフォントが混じっている可能性があります。

(3) 文字サイズ

スライド全体の文字のサイズはある程度一定にしたほうが美しいスライドになります。スライドが変わるたびに出てくる文字サイズが変わると、ちょっと見にくくなります。例えば題は32ポイント、説明などの文章は20ポイントなどと決めておくといと思います。

(4) 謝辞

共同演者に入っていないが、検査や診断に関する助言などでお世話になった先生については、最後のスライドでお名前と施設名を挙げて感謝の言葉を述べます。あなたの名前が別の方の発表スライドの最後に挙げられていたと想像してみてください。大した協力もしていないのに、悪いなあ、なんて思うかもしれません。

口演のしかた

1) なるべく早い時期に原稿を読まないで発表できるようにする。

プレゼンテーションのところでも触れました。もちろん、最初はきちんとした原稿を準備してください。最初はその原稿も指導医に一字一句直してもらいたいことが多いと思います。指定時間内に原稿を読み切れること、そして読んでいる原稿と映写されているスライドとがずれていないか確認するために、ちらっと映写されている絵を見ること、これで最初は精一杯ですね。私もそうでした。でも、できるだけ早い時期に原稿を読まないで発表できるように練習してください。なぜか、聴衆の方を1回も見ずに原稿をただ棒読みするのはインパクトが弱くなり、聴衆の心に届かないのです。読むスピードが速くなりやすいことも関係しているかもしれません。堂々と発表できるようになる練習方法（ステップ）の1例を挙げてみます。

2) まずは言いたいことをスライドに書いてしまう。

言いたいことをスライドに書いてしまえば、少なくともうつむいて原稿をずっと見ているという状態からは一歩前進です。しかし、スライドに原稿そのものをすべて書いてしまい、スライドだけを見ながら、それを棒読みするのもあまりかっこうはよくありません。原稿の棒読みもそうですが、音声だけ必要ならパワーポイントに録音してしまえばよいからです。そこに生身の人間がいる必要がなくなります。

3) 忘れないように重要な項目のみをスライドに書く。

ポイントだけ大きく書いて、発表時はそのポイントに少し色付けした内容でしゃべることができればかなりの前進です。度忘れしそうなポイントについては、原稿のように少し詳細にスライドに書いておいてもよいと思います。

4) 聴衆に語りかける。

余裕ができてきたら、スライドが変わる前、変わった後などに聴衆を見るようにします。聴衆の1人に視線を向け、語りかけるようにしゃべると堂々とした感じになります。数分間しか発表時間がない場合は視線を何度も移す余裕

はないですが、少し長い時間発表する場合は、後ろの席の方、前の席の方、右から左へなど、ジグザグに視線が移せれば、もう上級者でしょう。私はまだうまくできませんが。

5) 質問の受け方

すきを残しておく

どんな質問が来るのだろうか？来なければいいなあ。なんていうのが初めて発表するときの心境でしょうか。でも、ある程度来そうな質問は予測しておいたほうがよいでしょう。学会前に同僚や先輩たちの前で予行をやることができれば、そのとき出た質問は本番でも出る可能性があります。予行で指摘された発表内容に関する不備（誤字脱字、フォントの不統一、など）は本番前に直しておく必要がありますが、それ以外の質問事項（疾患に関する質問。診断に関する質問、など）については、むしろ回答はきちんと準備するが、回答を記載したスライドは作らない、という方針でもよいかもしれません。つまり聴衆や座長が質問しやすいようなスキを作っておくのです。質問される可能性のある内容のすべてについて、細大漏らさず完璧に発表してしまうと、質問がしづらくなります。あえていえばコミュニケーションの糸口が狭くなるということです。ただし、これらは普通の症例報告などの場合のひとつの個人的見解として述べています。もちろん完璧に準備することはとても大切であり、可能な限り準備はきちんと行う必要があります。

また、数分しか発表時間がない場合は、考案で述べるポイントは1つが限界ではないかと前記しましたが、2つめとして挙げておいたポイントが質問されることがあります。あとは、自分自身もやっとして（うすうす感じている）うまく解決できていないポイント（鑑別のための検査が不十分など）などが、かなりの頻度で質問されます。私の経験上は発表前に“うすうす感じている”問題点を突かれることが多いです。うすうす、にしておかないでクリアーにしておけば、むしろ的確な回答が準備できるので受けがよくなるポイントと言えます。

質問が来たら、質問の内容を繰り返し、そして質問内容を誉める。

例えば、

「〇〇はどうだったか？というご質問ですが・・・」と繰り返します。

次に、

「とても重要なポイントを指摘いただき（あるいは重要な質問をいただき）ありがとうございます」など、です。

質問した方（かなり攻撃的でも）にとっても悪い感じはしません。また質問を繰り返すことは、質問者、座長（司会者）、聴衆に対して質問内容を確認する目的と同時に、質問内容を明確にする（シンプルにする。質問が長くて何を聞きたいのかよくわからない質問もときどきありますので）ことで答えをきちんと準備することができます。さらに、答えの準備のための時間稼ぎと動揺した？心を静めるための間にもなるかもしれません。

次に質問に対して答えます。

うまく答えられそうもなければ、「私たちもとても重要なポイントだと考えておりましたが（あるいは、今まで気づきませんでした。とても重要なポイントだと思いますが）、検査など十分ではない点もあり、きちんとお答えできるほどのエビデンスを持ちあわせておりません。ただ、先生のおっしゃった可能性は十分検討すべきポイントだと思いますので、これから可能な限り検討しなおしてみたいと思います」

政治家の答弁みたいになりました。でも、指摘された部分は解決すべき重要なポイントを含むことも多いので、必ず忘れないうちにメモなどに残しておいて、論文にするときには是非参考にすべきと思います。

6) いざ発表へ

自分の発表が近づくとときどきしますね。会場の左前方の次演者席の後ろあたりで待機しましょう。あとは、前の演者の発表や座長とのやり取りなどを聞き、場の雰囲気に対し少し慣れましょう。

準備1：携帯電話の電源は切っていますか？

会場内に入る前に切っていることが多いですが、直前にメールなどをチェックして電源がそのままになっていることがあります。講演中に鳴ったら困りますので。

準備2：レーザーポインターの準備

座長の先生が、次の演題と演者（あなたです）を説明している間に、レーザーポインターのスイッチの位置の確認（きちんと光が出るかどうか）をしておきます。

発表中の注意点1：レーザーポインターを振り回さない

これは私もよくやってしまうミスです。発表中は興奮してしまうせいか、スクリーン上でぐるぐるポインターを振り回してしまいます。見ている方は目が回ります。必要な時だけ重要なポイントを指し、不要な時はスイッチから手を離す、あるいは、スイッチは押したままでポインターの明かりのみをスクリーンの外に出しておく、などです。しょっちゅうポインターを使うときは後者が楽だと思います。

発表中の注意点2：1－2度でもよいから発表中に聴衆か座長を見る

原稿だけ、あるいはスクリーンだけ見ていると我を忘れてしまいます。繰り返しになりますが、できるだけ聴衆の方をときどき見るようにしましょう。聴衆の方まで首を回す余裕がない場合は、座長の先生の方でもよいです。

ポスターの作り方

口演発表では時間が限られ、言いたいことも満足に言えない場合があります。ポスターには多くのことが記載できますし、参加者にゆっくり内容を読んでもらうこともできます。多くの聴衆の前で発表し、どんな質問が飛んでくるのかわからない緊張感に耐えられないという方でも、（ちょっと消極的ですが）ポスター発表は適しているかもしれません。でも、ポスター発表でも1-2分の討論時間を用意している学会も多いです。聴衆はポスター前に集まったせいぜい20人程度とそれほど多くはないですが、聴衆が少ないとあまりオフィシャルでは聞けないようなストレートな質問が来ることもあります（discussionとしてはとても良いことですが）ので、準備は必要です。

若い先生型が最初に作ってきたポスターなどを見てきて、アドバイスしてきた点などに触れたいと思います。この章もかなり個人的な見解です。一つの例として読んでください。

1) まずサイズと横か縦かを確認する。

国内の学会では横90cm、縦180cmの縦型が多いと思います。海外では横型も多いので、まず募集要項を見てサイズと縦横を確認してください。ポスターはパネルに張るのですが、学会によってはパネルの端2-3cmが金属の枠でできていて鉋が打てなかったり、もともと90cmの幅がない場合があります。1枚タイプのポスターを準備する場合は、幅を176-178cmと少し小さめに作ってもらうと隣に迷惑をかけることなく、全体をきちんとパネルに張ることができます。

2) 演題番号と表題のスペースを確認する。

演題番号を左上角にその右側のスペースに題名と所属を書きます。幅は上から20cmとしている場合が多いと思います（募集要項で確認）。学会場に20cm四方の番号が印字された紙が前もって用意されていること多いと思いますが、ないこともあるので発表番号を指定された大きさに左上隅に入れておいた方がよいと思います。題名は大き目、名前と所属は少し小さめに書きます。

3) ポスターを読んでもらうためには

学会場にはたくさんのポスターが展示されます。どうせ苦労して作ったのであれば、なるべく

多くの方に立ち止まって読んでもらいたいところです。よほど価値の高い研究論文などは、細かい字でびっしり書いてあったとしても、興味のある方は熱心に内容を読むと思います。でも、やはり聴衆に立ち止まってもらう、そして内容が理解しやすい工夫が必要です。

4) 聴衆（私？）がポスターを見る順番

これは私が一般の論文を読むときの順番です。

タイトル：興味がなければタイトルだけみて通りすぎてしまうかもしれません。

要約：要約もまずは結論、そして結果、さらに興味を持てば、背景、方法の順でみる人が多いでしょうか。結論に興味がわかなければ、要約の他の部分も読まないこともあります。ただ、要約が付いているポスター発表は意外と多くありません（個人的な意見ですが、詳細は後述します）。

上記で面白そうだと思えば、ポスターの他の部分に目を向けます。

ポスターの結論、結果

方法（方法に問題がないかチェックします）

要約がないポスターや結論がどこに書いてあるかわかりにくいポスターを見かけることがあります。このようなポスターでは、題名を読んだあとの視線をどこに持って行ってよいのかわかりません。一生懸命ポスターの主題を探ることになります。よほど興味を感じればじっくり探しますが、普通はあきらめて次のポスターに移動してしまいます。

5) 要約を一番目立つところに置く

やはり、タイトルの下に要約の入ったボックスを目立つように置くのがよいのではないかと思います。この報告の取柄を書くのです。

例えば、症例報告であれば、

要約（要旨）

1. 小児の〇〇に発症し、〇〇で治療を行ったところ改善を認めた〇〇を報告した。
2. 〇〇（症状や検査結果など）はこれまであまり注目されてこなかったが、本症の早期診断

に有効な（症状や検査）である可能性がある。

3. ○○（治療内容）の臨床効果については本邦でも今後検討が必要と思われる。

6) 大切なポイントは上半分に、少なくとも下1/3のスペースには置かない。

論文のように、背景（はじめに）、方法、結果、考案、結論（まとめ）をポスターの左上から左下、次に右上から右下に順番に置く必要はありません。このように置くと、一番重要な考案や結論が（右側の）一番下になります。縦180cmポスターでは見ている方の膝あたりになるでしょうか。要約がなくて、結論が高さ180cmをめいっぱいを使用したポスターの一番下にあると、最も重要なポイントはしゃがみこまないと読めません。

インパクトのある臨床写真、組織写真、そのほかの重要なデータや考案は見えやすい位置に置いたほうがよいかもしれません。似たような症例を集めた表などを載せたいときに、症例が多くて表が細かい字になることがあります。この場合は症例をレビューしてみてわかった特徴などの要点のみをポスターの結論の部分に書き、表はポスターの一番下においてもよいと思います。細かいデータや方法や文献などは、見たい人がみればよいわけですから、一番見にくいスペースに置いてよいのではないかと思います。

といっても、背景、結果、結論はある程度つながりがあって、ポスターを見る方がストーリーに沿って視線が移るような配置にしなければなりません。かつ、結論がポスターの見にくい場所に来ないような配置を工夫しないといけません。例えば、ポスターの中段あたりまでのスペースを使い、左上に病歴、左下に検査、真ん中上に経過表、真ん中下に治療内容、右上に考案、右下に考察とまとめ、などが来れば、結論は見る人の腰から大腿あたりに来ます。あまったポスターの下1/3には、補遺としての臨床写真や病理写真、レビューした症例の表や詳細な検査結果、文献、謝辞、などを置けばよいと思います。

7) 図表は高さを合わせる。

ポスターには文章や図表が混在します。ポスターの上2/3のスペースに重要なポイントを載せますが、1枚刷りのポスターでは、病歴や検査値などは四角い枠で囲ってやると内容ごとに区切りができて、何がどこに書いてあるか見やすくなると思います。さらに、これらのボックスの上下端の高さを横方向でなるべく合わせるようにすると、全体に統一感が出ます。また、ポスターをなるべくコンパクトにして運びやすくしたいときなどは、横方向に高さがそろっていれば切断することもできます。

8) 背景はやっぱり明るいほうがよい（と個人的には思う）

これは趣味の問題ですね。黒や濃い青の背景は、個人的にはやはり見にくい印象があります。特に凝らないで真っ白でも良いと思います。ベージュ（ダンボールの色）、グレー系（コンクリートの色）の背景は青系も赤系も比較的引き立ち、邪魔をしないので個人的には良く使います。

9) 色の組み合わせ

文字や線や背景にはさまざまな色が使えます。でも、なるべく使う色は限定したほうが落ち着いた感じになります。枠には黄緑か茶、強調文字には橙、など決めておくが良いと思います。お気に入りのパッケージの色の組み合わせがあれば、それを真似ると品のよい作品(?)ができるかもしれません。パワーポイントにも色の組み合わせをパッケージしたものが準備されています（office 2010では「デザイン」の中の右端に「配色」をクリックすれば見ることができます）。上手に使えると良い配色になります。例えば黄緑と茶色の組み合わせは、ある有名なバームクーヘンの包装の色合いです。他にも高級ブランドの色合いにはさすがに品のよいものがけっこうあります。そんなところにも気を使えるようになればポスター製作がちょっと楽しくなるかもしれません。

10) A3用紙などに分割する場合は？

今は1枚に印刷してもらうことが多くなりましたが、以前はA3用紙などに印刷して、それを張り出していました。これでも良いと思いますし、海外の学会では、1枚のポスターのほかに予備として作って行ったこともあります。基本はやはり一番見えやすいところに、目立つように要約を置くのがよいのではないかと思います。

学会発表が終わると論文にするように言われることがあります。皮膚科の専門医を取るためには3編必要です。そこで、ここではたぶん初めて書くことが多いであろう症例報告の書き方について例を挙げてみます。あくまでも私のやり方ですので、1つの例として捉えていただければと思います。

この症例の“一番の売り”はなんですか？

学会発表のところでも書きましたが、この症例を論文にする前に“一番の売り”な何なのかと、じっくり自問してください。これがはっきりしていないと論文を書き始めてから道に迷うこととなります。できれば1文で書いてください。書けましたか。一番の売りですよ。

論文のポイントの例

1) 新しい病気かもしれない

こんな症例に合えたら大変なことです。でも、その前に文献をよく調べましょう。学会で発表して確認して置くのもよいです。以前ある学会において、日本人では初の症例として発表された演題がありました。しかし、診断がまちがっていたり、すでに何例も報告されていることを会場から指摘され、かわいそうな状況に落ちいていた方がいました。

2) 何か珍しい臨床所見がある。

年齢、人種、性別、症状、部位、病理組織、など、今までの報告と異なる点が認められた。その珍しい点が診断や治療に結びつけばさらに良いポイントとなります。

3) 診断上重要な検査や所見を見つけた。

こういうのはすばらしいポイントになります。

4) 予後を予測する所見を見つけた。

症状の悪化や治りにくさ、治療抵抗性などに関連するかもしれない所見は、非常に重要な臨床情報になります。是非論文にしてください。

5) 治療法を見つけた。

これもすばらしい。ある疾患の新しい治療の発見が、1-2例の症例での経験から始まることも少なくありません。論文を呼んだ先生が自分の患者に使用してみて本当に効けば、あなたが最初に報告した方法が後に標準的な治療に格上げされるかもしれません。

6) 過去の症例を集めて解析してみたら、今まで知られていなかった新しい特徴を見つけた。

報告する自分の症例にあまり特筆すべき特徴がない場合は過去の症例を集めて疾患の全体像を明らかにすれば、論文にできるかもしれません。ただ、過去にも同じようにレビューした論文があれば、それを上回る情報がえられないと、今回の論文の”売り”がちょっと弱くなります。それでもなんとか自分の論文に取り柄を探すことはできます。

例を挙げてみます。臨床症状も典型的、同じ疾患の報告も最近の雑誌に掲載されている、レビューもここ1-2年の症例まで含めて報告されている。でも論文は書かないといけない。1点見つけました。この症例は男性でしたが、本来女性に多い疾患であることを。それでは、過去の男性の症例のみを集めて特徴がないか調べてみます。男性症例と女性症例とに差があってもなくても大切なレビューとなります。将来この疾患を診断した医師の参考になるからです。

*Br J Dermatolという雑誌は、投稿時、通常原稿以外に、1) これまでどんなことがわかってきたのか?、と、2) この論文はどんな新しいことを付け加えたのか?という2つの質問に答える短文を要求します。この2つの質問は、日本語論文でも参考になるかもしれません。試してみてください。「うーん。私の症例は発症した腫瘍の部位が珍しいだけだな?こんなんで論文にできるだろうか?」なんて不安になるかもしれません。でも大丈夫です。少しでも新しいところがあって、それにちょっとでも新しい意義(治療効果に関係する、あるいは、他の疾患とまちがえやすい)があれば、論文にできます(書く前に指導医の先生と相談はしてください。徒労になると辛いですからね)。

どこから書き始めましょうか？

論文の売りがはっきりしたら、実際に論文を書き始めます。

まず、投稿しようとする雑誌をちょっと見てみましょう。タイトルと著者名、要約、はじめに、症例、考案、文献、などの順に書かれていると思います。ただし、この順に論文を書こうとしたらかなり苦しいことになりますよ。

ワープロソフトを立ち上げ、真っ白な画面を見ると気持ちがなえるかもしれませんね。とにかく簡単に字を埋められるところから埋めて行きましょう。

1) 最初に項目だけ書いてしまう。

適当なタイトル、著者名、はじめに、症例、考案、文献、という項目だけ書いてしまいましょう。適当にスペースを開ければ、なんとなく骨格ができたような感じがします。

2) 次に”症例”の項を書きましょう。

カルテから、年齢、性別、既往歴、家族歴、病歴、検査、病理所見、治療内容、経過を書き写します。学会発表をした症例であれば、最初に病歴をスライドからコピーで移してから、内容をふくらませてもよいでしょう。ここはあまり考えずに記載できます。ただ、「この症例の売り」を意識して、その特徴が目立つような項目（症状、検査所見など）は落とさないようにしてください。

*文章が書けない

初めての論文では、どういう文章を書いてよいか途方にくれることがあります。当然です。初めてですから。最初は、自分の症例と似たような論文を探します。そこからコピーで移して、単語を自分の症例に合わせて書き換えます。はじめに、考案、要約、なども初めてのときは真似が有効です。時間も短縮できます。人の文章をツギハギすると、いろいろな文体が混じりますが、後で調節してもよいし、指導医の先生に見せるとかなり変化しますので、最初は気にしなくてよいと思います。とにかく一気に書き上げてしまうことが大切だと思います。最初はとにかく字さえ埋まれば、早めに指導医の先生に投げてしまう（言葉は悪いですが）のがいいと思います。初めての論文で、最初から完成度を上げるのは難しいし、そのために時間がかかるとやる気自体が失われます。

3) 図表を準備します。

臨床写真、病理写真を準備します。学会発表で使用したスライドをとりあえず使うことにしておけば、次のステップに進めます。図に患者情報が写っていないかチェックしてください。

表の体裁については投稿する論文によって異なるのでチェックが必要です。日本の雑誌ではあまり注文がつかないことも多いですが、英語論文では縦線や格子状の表は普通使用しません。性別年齢などの項目の上下と表の一番下の底の部分に横線が入るだけです。症例のまとめなどでグループごとに分けたい時にはグループ間に横線を入れると見やすいかもしれません。また、英文では画像の説明や表に乗せた内容をそのまま本文で繰り返すことはしません。表はスペースを食いますので、内容が多くなければ本文中に書いてしまったほうが良い場合もあります。

4) 導入部分を書く。

次に論文の導入部分、“はじめに”、を書きます。ここでは、報告する内容の前フリをします。考案を先に書いてから、“はじめに”を書く場合もあります。“はじめに”と考案の内容は重なり安いので、最初にどちらに何を書くかある程度決めておいたほうが良いと思います。書き方の例を上げてみます。

例えば、

1. 書き出しは、“疾患名〇〇”は、こうこう、こういう病気で、こんな特徴がある。

2. 次に、はじめに、の締めくくりの文を書いてしまいます。

“今回、これこれの面白い特徴を持つ疾患名〇〇を報告する。

3. 次に、締めくくりの文につながるように、1と2の間を文で埋めます。

今回の論文の第1の売りが、治療であれば、この疾患に対する現在まで行われてきている標準的治療とその効果について説明し、締めくくりの文に繋がります。ただし、ここであまり詳しく書くと、考案の文章と同じ内容になってしまう可能性があるため、前フリはさらっと短く簡単にしておきましょう。

次に考案にとりかかります。内容が多いのでページを改めます。

次に考案にとりかかります。

考案で書く内容は、今回の報告でアピールしたい“売り”や、その売りに対して予測される反論に対する説明が最も大切なポイントになります。これらの後に、2番手の売りや、診断や治療に指摘されそうな問題があれば、その言い訳などが来ます。考案が長い場合は、最後に、もう一度最もアピールしたい点や今後検討が必要なポイントなどを簡単に書いて締めくくりとなります。

1) 考案はパラグラフ(段落)ごとにテーマを絞る。

初めて書いた論文を見せてもらうと、1つのパラグラフの中にいろいろなことが書かれていたり、また、いくつかのパラグラフに同じような記述が繰り返し出てきたりすることが少なくありません。

まず、パラグラフをいくつ書くのか決め、実際に書く前に、そのパラグラフにタイトルやテーマをつけてみてください。

例えば、

第1パラグラフ；

タイトル：〇〇(治療法)はこの疾患に効く

第2パラグラフ；

タイトル：この疾患の診断について

第3パラグラフ；

・・・無理してたくさん書く必要はありませんよ。一番の売りを強調するためには余計なことは書かない、シンプルで短い論文でかまいません。出版社も喜びます。

2) 最初のパラグラフに何を書くか？

疾患の概念や歴史、臨床症状や治療法について書き始める場合も多いと思います。読み物の導入としてなんとなく必要な感じがします。それはそれで良いと思いますが、私はやはり第1のパラグラフには一番の売りを書いた方が良いと思っています。ここは考案の中で一番最初に読者が目を通す場所ですからね。特に疾患概念を論じることが重要なテーマでなければ、疾患の簡単な説明は“はじめに”にまかせてしまっても良いのではないのでしょうか。

3) パラグラフ中の文章の組立方

論文は最初の文がとても大切です。読者がその文を読んで、このパラグラフがどこに行くのかある程度予想できて、それが裏切られないように論が展開されないといけません。読者が途中で路に迷わないように最後の結論まで連れて行かないといけないのです。1つ1つの文章が和風庭園の飛び石だとすれば、進むべき方向から外れるような方向にある石に移動させてはだめです。そのような外れ石（文章）は除去しないといけません。きちんと次の石に飛べるように文章を並べないといけないのです（すいません。例えがあまりよくないでね。）。

4) 実際に第1パラグラフ（症例の売りは治療であったとして）を書いてみます。

（1）第1文（まず、自分の症例の一番の特徴を記述する）：

“今回報告した症例では〇〇が著効した。”

（2）次にパラグラフの一番最後の文を書く（パラグラフの最も大切な結論、ちょっと言い訳ををつけてもよい）。

“〇〇は本症に対し明らかな臨床効果を示したが、症例が少ないため多数例による検証が必要と思われる”

思いっきりよくあるパターンで逃げました。あまり強く書くと、「本当か？」という意見が出そうなので、ちょっと予防線を引いておきました。でもこの文体をすべてのパラグラフの最後の文に使うとちょっとみっともないのでほどほどにね。

（3）ここからがちょっと大変ですね。（1）と（2）の間を埋める飛び石（文章）を用意し、うまく飛び石が繋がるように並べていきます。勢いで書き始めると、横道に反れ、最後の文章にたどり着けなくなることがあります。言いたいことを箇条書きにして、それに番号をつけて並べ方を検討してもよいでしょう。

例えば

2番目からの文は、これまでの治療の効果について報告された文献の幾つか紹介する。過去の報告の中で重要と思われる報告をピックアップして、大切なものだけに絞ります。このとき、このパラグラフのテーマに沿わない記述は省きます。テーマにそったコアな部分だけ紹介します。そして、今回報告する治療法の有効性を際立たせるためには、これまで報告のある治療法に影を当てます。つまり難癖をつけるわけです。副作用があるだの、一般的には手に入らな

いだの、症例数がすくないだの、論文が古いだの、です。

この後の文章は、逆に今回効果があった治療の利点を述べます。

*治療薬が効いた機序などについて簡単に述べてもよいですが、数個の文章が必要になる場合は横道に入りそうな感じがしますので、別のパラグラフを立ててそちらで論を展開したほうがよいかもしれません。その場合は、このパラグラフでは機序については触れません。重複になるからです。

そして、最後の結論の文章に繋がります。

5) 考案の検証

考案ができあがったら、同じような意味の文章がないか考案全体をチェックします。重複がある場合は、そのパラグラフのテーマの本流に沿っているか、本当に必要な文か検討します。一度書いた文章や大切だと思った参考文献の記述は削りにくいものです。でも、飛び石として本筋に載っているか厳しくチェックしてみてください。

1) 要約を書く

考案が書き上がればもうほとんど完成したようなものです。症例報告の要約の例を示します。

短いバージョン

●歳男性。○週前より発症した○○で受診した。初診時に○○（臨床症状）を認め、△△（検査所見）を示した。病理組織学的には○○だった。以上より○○と診断し◎◎で治療したところ速やかに症状は改善した。◎◎は本症に有効である可能性が考えられた。

少し長めのバージョン

背景（雑誌によってついたりつけなかったり）：○○（疾患名）は○○の特徴を持ち、治療に抵抗性である（今回は治療を売りにするので、背景には治療について触れる）

症例：●歳男性。○週前より発症した○○で受診した。初診時に○○（臨床症状）を認め、△△（検査所見）を示した。病理組織学的には○○だった。以上より○○と診断し○○（従来の治療）が効かなかったため、◎◎で治療したところ速やかに症状は改善した。

結論：◎◎は本症に有効である可能性が考えられた。

背景は本文の“はじめに”から、症例は本文の”症例”から、結論は本文の第1パラグラフの結論から引っ張って来れます。

*文章を熟成させる

全体ができあがったら、1-2日（急ぎでなければ1週間ほど）ほど放置しておきます。しばらくしてもう一度読むと、変なところに気づきます。自分の文章を客観的に読むための作業です。時間があれば、これを繰り返すと文章の完成度が高くなります。お酒と同じように熟成する時間を設けるわけです。でも初めての論文の場合は不要かもしれません。論文ができあがったら、とりあえずなるべく早く指導医に投げてしまったほうがよいと個人的には思います。物事に慣れるには早期に数をこなすことが必要だからです。でも、最初から完璧を求める指導医の先生もいるかもしれません。ちょっと探りを入れてから出してください。怒られるといけませんので。

2) 手紙を書く

編集部に送る時の手紙、カバーレターを書きます。

宛先：編集長名、雑誌名、住所

論文のタイトル

本文：この論文がどれだけ重要か書きます。本文にはとても書けなかった内容でも、書けます。

自分の名前、所属など。

最後の整え

3) 表紙を作る

雑誌に規定がありますので、タイトル、著者、所属、投稿責任者の連絡先（編集時に使用します）、ページ数、図表の数など、を記入したシートを作ります。

4) 文献を付ける

文献のスタイルは雑誌ごとに違います。あまりかけ離れたスタイルで書くと編集部の印象が悪くなります。

5) 最後の仕上げ

(1) ページ番号を付ける。右肩、右下など投稿規定を確認します。

(2) 謝辞を入れる。共著者になっていないが、診断治療でお世話になった方がいれば謝辞を本文の最後や表紙に付けます。

(3) 表紙、要約、本文、文献、図表の説明はページを独立させます。図表は1枚1ページとします。最近はWeb投稿も増えてきました。その場合は画像が指定ファイル形式になっているか確認してください。

さあ、できた

指導医の先生のところに持って行きます。

電子媒体や紙媒体、どちらでもよいですが、参考文献（全文）を必ず付けてくださいね。

英語論文を書くときの基本的な注意点

私自信得意ではないので、適切なアドバイスができるか不安なのですが、最初に症例報告を書くように少しは役立つかもしれないポイントについて触れることにします。基本は、日本語論文の書き方（書き順）と同じです。

日本人は日本語のネイティブスピーカーですから、日本語論文では少しぼやけた表現やオブラートでくるんだような表現は簡単にできます。でも私のように英語が得意でないものは、英語表現が直球になります。また英語自体が理論的な流れを要求するせいか、かなり論点をクリアーにしておかないと文章が書けなくなってしまいます。日本語のあいまいな文章を英訳するのはかなりしんどい作業です。であれば、最初から庭の飛び石のように硬い文章がきちんと繋がるように配置し、余計なことは書かない。なるべく短い論文を書く姿勢でいけばよいかと個人的には思うようになりました。あくまでも個人的な印象です。

初めて書かれた英語論文を見た時に気づくことの多い注意点を少し挙げておきます。

- 1) 本文も表も図の説明もダブルスペースで書く。
設定で行間を2にしてください。
- 2) カッコの前と数値と単位の間にはスペースがいる（例外%、℃）。
- 3) コンマとピリオドの後には必ずスペースを入れる。
- 4) 本文や表や図中に1-2回しか出てこないなら、略語にしない。
略語を使う場合は、要約、本文、表、図ごとに別々に設定しないとイケません。要約で1回説明したからといって、ほかで自由に使って良いわけではありません。
- 5) 以下の脚注に使用する記号には順番がある（雑誌で脚注が指定されてる場合は別です）。
次の順で用います。 * † ‡ §（この先まだあります）
- 6) 表に縦線は使用しない。
横線も項目の上下と一番下に引き、症例ごとを区切るような横線は不要。
- 7) 二次元グラフ中に目盛代わりの横線を引かない。

8) 要素が2つしかない場合は2次元グラフ。柱を3次元にしない。

9) 投稿時に審査を希望する先生を必ず指定する。

日本人的には失礼になるような印象を持つかもしれません。でも、編集部も審査員を選ぶのは大変なようですし、審査員として新しい候補を教えてもらうこと（雑誌として審査員のストックが増える）にもなり好ましい行為なのだそうです。ただし、参考文献に指定した審査員の文献が入っていたほうが良いと思います（個人的な考えです）。

さて、編集部に送ると、いろいろ意見がついて帰って来ます。直せば載せてくれる（revise）なら早めに直して送りましょう。掲載できない（reject）なら、指導医と相談して他の雑誌をあたりましょう。掲載決定（accept）が来たら、自分を誉め、指導医にお礼を伝えましょう。100年、200年後の子孫が見るかもしれない遺産になりました。

第8章 メスを入れる前に

- 1) 浅いところを走る神経
- 2) 体の正中にある腫瘍や腹部の腫瘍
- 3) 太いリンパ管の位置は？
- 4) ケロイドや瘢痕ができやすい部位
- 5) 生検の注意点
- 6) そのほかの注意点

メスを入れる前に

皮膚にはたくさんの腫瘍ができます。多くは1-2cmと小型ですから、少し慣れれば局所麻酔下で比較的簡単に切除できるようになります。でも、医療以外にも当てはまることですが、慣れ始めたところに危険が待っています。

皮下の浅いところを走っている重要な神経

1) 副神経

首の側後面、胸鎖乳突筋と僧帽筋の間を走っています。普通この部分にメスを入れることが多いのはリンパ節生検です。よくリンパ節が腫れることの多い部位です。リンパ節は触診で浅いところにあるように感じて、切開を入れてから脂肪の中を探しだすと、けっこう深いところにある印象を持ちます。夢中で摘出を行っているときに副神経を傷つけることがあります。この神経を痛めると、首や上肢の痛みや上肢を水平以上の高さに挙げるような動きができなくなります。訴訟になることが少なくない事故です。

2) 顔面神経

顔面の手術を行う前に指導医からよく説明される注意点であり、教科書にもよく出ています。耳たぶの前下方向に耳下腺がありますが、ここから顔面神経が出てきます。前方に向かって扇状に枝が伸びていきます。一番上から前額や目の周りに行く側頭枝、頬に行く頬枝、口角方向に行く頬筋枝、そして下顎から下唇方向に行く下顎縁枝、首に行く頸枝です。耳の前から頬の手術時には注意が必要です。これらの神経を損傷すると、上方から順におでこのしわが消え、眉毛が上げられなくなり、まぶたが閉じられなくなり、顔が健側側に引っ張られ、痛めた方の口角が下がります。術前の検討が重要です。

個人個人でこれらの神経が走る部位は差があるのですが、概ね以下のラインが参考になります。あくまでも参考です。

側頭枝：耳たぶの付け根から0.5cm下の点と眉毛の外側縁の上方1.5cmを結んだライン。このライン上で浅筋膜の下をいじる場合はこの神経を痛める可能性が出てきます。

頬枝：頬骨の下のラインに沿って走ります。

頬筋枝：耳の孔と上口唇中央を結んだラインを走ります。

下顎縁枝：顎の中央部あたりで浅いところを走る神経です。下顎角より1-2cm下方まで一旦下降し、その後顎に沿って咬筋の前縁から下唇下制筋（口角を下方に下げる筋肉）を乗り越えます。粉瘤などの腫瘍がよくできる場所です。この部位は皮下脂肪が少ないので、気をつけないと損傷する危険性があります。この部位の手術は耳鼻科医や形成外科医にコンサルトするか、ナーブチェッカーなどの使用が望ましいと思います。この神経を痛めると右口角が下がります。顎のラインと咬筋（ぐっと噛むとはっきりします）の前縁が交わるあたりとその前方が危ない領域になります。

3) 総腓骨神経

膝下方外側の骨の出っ張り（腓骨頭）の後ろから下縁を走ります。腓骨頭周囲から下腿外側のあたりはギプスや弾性包帯やストッキングで締め付けないように注意する部分です。腓骨頭周囲に皮膚科でメスを入れることはあまりありませんが、この神経を痛めると足背を上げることができなくなります。

正中にある腫瘍には安易にメスを入れない

1) 眉間から頭を通過して後頭部から背骨のライン

このライン上の皮膚内から皮下にしこりを触れた場合は、必ずCTを撮ってください。粉瘤と思ってもです。特に血管腫（これに外来ですぐにメス入れることはないと思いますが）は、髄膜瘤や二分脊椎が隠れていることがあります。

2) 腹壁から陰嚢の皮下腫瘍：ヘルニア

腹壁や陰嚢にしこりがある。皮膚を切開したら腸が出てきた、となります。腹壁から陰部にかけての皮下腫瘍は基本的にCTを撮ったほうが良いと思います。私の世代は触診優先で、すぐCTをオーダーすることに抵抗があります。でも、最近はなるべく撮るようにしています。

太いリンパ管が走っているところ

リンパ管は末梢からのリンパ液を吸い上げて、中枢に運ぶ管です。四肢では本管に限られた部位を走っているため、その部位を縛ってしまうと末梢がむくんでしまいます。リンパ節廓清のように治療上しかたがない場合もありますが、小さな手術で大切なリンパ管を縛ってしまうと問題になります。また、傷つけても手術後にリンパ液の排出が止まらないなどの問題が起きます。気を付けるのは主に四肢です。ポイントは、表在のリンパ管は表在の静脈に沿って走っているということです。ですから太い表在静脈の周囲が注意すべき部位と言えます。

1) 上腕の滑車上リンパ節周囲

手からのリンパ流も、ほとんどが表在静脈に沿って上行します。肘のあたりで、橈側皮静脈と尺側皮静脈（から正中静脈）の2つのルートに集約されえます。特に正中静脈に流れ込む量が多く、このリンパ管が浅いところを走っているのが滑車上リンパ節の末梢です。ここを縛ってしまうと最悪右前腕がポパイの腕のようにむくむことがあります。特に橈側側の静脈の発達が悪いか、過去の採血などでつぶれている場合です。

2) 足の内果前方から下腿内側正中部

大伏在静脈が走るラインです。この静脈に併走するリンパ管には足からのリンパ流のほとんどが流れています。このリンパ管を縛っても足がむくむことはありませんが、傷つけてしまうとリンパ液が止まりにくくなることはあるかもしれません。大伏在静脈周囲をいじる場合は意識してもらったほうがよいかもしれません。

ケロイドや瘢痕は様々な原因でなりますが、そのひとつに部位があります。皮膚に傷を入れる前に患者さんに説明しておかないとトラブルになる可能性があります。

注意する部位は以下です。

- 1) 皮膚のすぐ下が硬いところ（皮下脂肪が少ないところ）
- 2) 運動により皮膚が伸び縮みされるところ

1) は、

耳の後ろ

肩（肩峰や烏口突起など、骨が皮下に触れるところ）

鎖骨の上から前胸部中央（皮膚直下に骨が迫っています）

特に胸の真ん中は蝶々（リボン）のようなケロイドや瘢痕になることが少なくありません。前胸部正中のホクロなどの切除を行ったあとがさらに大きな瘢痕になってしまったなどということが起きれば大きなトラブルになります。

2) は、

肘や膝です。

抜糸の後、徐々に皮膚が引っ張られ皮膚が割れたような幅広の傷になることが少なくありません。なるべく長い期間（2－3ヶ月、場合によってはもっと長く）テープで固定したほうがよいかもしれません。

生検を行う上での注意点

1) 腫瘍：腫瘍の深部の境界を取らない

特に悪性腫瘍を疑っている場合は、深部まで切り込むと、治療的な拡大切除の際に切除マージンが生検のせいで大きくなってしまふことがあります。特にバリアとなる筋膜を傷つけない配慮が必要です。顔の腫瘍は数mmマージンが大きくなってても大きな問題となります。上下左右に数mmですから、全体として1cm大きい切除になってしまいます。

2) 潰瘍部は辺縁を取る

炎症性疾患においては潰瘍やびらん部は特徴的な病理組織所見が取れないことがあります。必ず辺縁の表皮が付いているところを含めて取ってください。ただし、慢性の潰瘍で、有棘細胞癌などを否定するための生検では、簡単に行うために潰瘍内の肉芽様組織をかじって取ってくることはあります。

3) 壊死を避ける

壊死部はやはり病理所見が取れません。また壊死や潰瘍の下の血管は血管壁が赤くなっている（壊死）ことがあります。しかし、これは血管炎と評価しませんので注意が必要です。皮膚の深いところの生検（軟部腫瘍など）で、生検後に皮膚を閉じる必要がある場合は、きちんと生きた標本が取れているか、迅速診断を病理部に頼んだほうがよいかもしれません。

4) 水疱も端を取る

水疱部はごくわずかでよいです。水疱辺縁の皮膚の部分を多く取りましょう。私は水疱：周囲皮膚の割合を1：2から1：3ぐらいで取るようにしています。

5) 肘頭や膝などの部位では深部組織を傷つけないように注意する

特に乳幼児や痩せている人では、パンチで上から抜くと下の腱膜や関節膜を傷つけることがあります。パンチを持つ手と反対側の手指で、生検部位を軽くつまみ上げ、つまんだ指と指の間の皮膚を抜きます。つまみ上げた部分には脂肪も含まれますので、皮下脂肪までの生検であれば、その下の組織を傷めずに組織が採取できます。

6) 局所麻酔

なるべく細い針 (26-30G)を用いて1回皮膚に差し込んだら、動かさずに、そこから周囲にゆっくりと薬液を浸潤させます。2-3分以上、患者さんと世間話などをしながら、針を動かさないようにゆっくりと行います。小さな生検であれば何か所も針を刺したり、針先端を動かしたりする必要はありません。ゆっくりと薬液を染み込ませればよいのです。痛みをほとんど感じないで局所麻酔ができます。早く効かそうとして、何か所もせっかちにぶすぶす刺さないでね。局所麻酔が終わったら、病理依頼書やカルテを書いて、数分時間つぶしましょう。患者さんのそばでね。よく麻酔が効いてからメスを入れます。

7) 組織は愛護的に扱う

基本的なことですので最初に指導を受けるかもしれません。しかし、新人が行った生検標本ではときどき見かけることがある失敗です。鉤なし(先が平らな)のピンセットで生検組織を普通につまむと細胞が潰れて組織像が評価不能になります。むしろ有鉤のピンセットで組織をそっと挟んだほうがダメージは減ります。フックやフックピンセットが使えるればもっとよいかもしれません。初めてのの方は自分の指を挟まないように気をつけてください。

そのほかの注意点

1) 必ず写真を撮る

皮膚腫瘍の診断には、病理所見と臨床所見が必須です。特にメラノサイト系の腫瘍は病理だけでは診断が難しく、臨床所見を加味して最終診断を行うことがあります。皮膚科で研修を受けた、あるいは受けている方にはこのような問題は少ないと思いますが、一般外科系で表在の皮膚腫瘍を取る前に臨床写真がなく、組織報告書が来てから皮膚科に紹介される場合があります。サイズを含め臨床情報がほとんどない場合があります。場合によっては病期分類もできないことがあります（SCCはサイズ2 cmで分類が変わります）。

2) 可能な限り切除前に臨床診断を考える

切除前にある程度臨床診断を予測しないで、とにかく全部を取ってから病理報告書を待つ、という方法はできれば避けたいものです。現在の日本は専門医による医療が安価にかつ敷居なく受診できるからです（専門医が不在の地域などはしかたがないと思いますが。また、なんでもかんでも専門医あるいは専門病院へという現行の日本のシステムが良いのか悪いのかはわかりません）。全摘したほうがよいのか、あるいは（特に悪性腫瘍が疑われる場合は）きちんとした切除マージンを確保するために部分生検にとどめた方がよいのか、を選択しなければなりません。

明らかに良性腫瘍と判断され、患者が全摘を望むのであれば全摘でよいでしょう。この場合のマージンはぎりぎりでもよいことになります。

良性腫瘍か悪性腫瘍かの評価だけを目的としている場合は、小さい腫瘍の場合は全摘しますが、大きな傷が残りやすいような場合は部分生検でよいと思います。ただし、粉瘤や嚢腫のように一部を開けると内容物が出てしまうような場合は、全摘を行います。

悪性腫瘍が疑われる場合は、全摘か部分生検かを慎重に決めないといけません。

*問題となるパターンの1例

3 cmと小型の腫瘍だったので、診断と治療を兼ねて数mmマージンで筋膜上で切除し縫縮した。組織所見は皮膚の肉腫であり、拡大切除が必要になった。

この症例では、もし腫瘍内の生検で診断された場合は、筋膜までの切除で完全な治癒マージンとなりました。しかし、1回目の手術で筋膜をいじっている場合、その下の筋肉も切除しないと安全な治癒マージンが取れなくなってしまいます。初回の医療行為により根治的マージンが大きくなるということが起きうるのです。腫瘍が顔面などにあった場合は、5mmの切除マージンの増大でも美容的に大きな問題を残します。

- 1) 表面の状態を確認する
- 2) 皮膚腫瘍の触診のしかた（その腫瘍はどの深さにあるのか？）
- 3) 圧痛や自発痛の有無は悪性のサインか？
- 4) 表在リンパ節の触診（どこにリンパ節はあるのか？）

第9章 触診のしかた（1） 表面の状態

画像検査の進歩により、腫瘍と周囲の関係などが術前に詳細にわかるようになりました。でも触診は大切です。画像検査より有益な場合すらあります。皮膚の結節性病変（腫瘍）がどんな系統の腫瘍かを皮膚科医は視診と触診で推理します。

では、まず表面の状態から。

表面の皮膚に変化がある。

腫瘍の表面の皮膚が周りの正常の皮膚とは異なる変化（乳頭状、角化、ざらざら（粗造））があれば、腫瘍細胞が正常の表皮と入れ替わっている（通常は表皮を構成する細胞、多くは角化細胞の腫瘍ということになります。良性か悪性化という判断には利用できません）か、表皮以外から発生した腫瘍による影響が表皮に及んでいることになります。

表皮がザラザラしていれば上皮系の腫瘍を疑います。脂漏性角化症や有棘細胞癌が候補に挙がります。

もし表皮がつるつるして（伸展されている）が表皮の状態が正常であれば、表皮下から圧迫を受けていることを示します。基底細胞癌（上皮系ですが、基底層から上層には進展せず、深部方向（真皮内）に入っていきます。ただ、小型でも中央部が潰瘍化するのが特徴です。潰瘍の周囲の皮膚はつるつるして光沢があります）、汗腺や毛から発生した腫瘍や非上皮系の腫瘍（線維芽細胞系、筋肉系、血管系、神経系、リンパ腫）や転移性腫瘍などが疑われます。また表皮が進展されて薄くなっているということは、腫瘍がある程度急速に大きくなっているか、粉瘤のように（真皮内を超えることができない）増大できるスペースが皮膚内に限られているような腫瘍であることを示します。

もし腫瘍の表面を覆う皮膚表面がまったく周りの皮膚と差がない場合は、真皮から下に腫瘍があることを示します。ここから先は触診で深さを判断します。

もし腫瘍の表面を覆う皮膚表面がまったく周りの皮膚と差がない場合は、真皮から下に腫瘍があることを示します。ここから先は触診で深さを判断します。

今腫瘍が、上を覆う皮膚と離れていて（皮膚が腫瘍と別個に動く）、腫瘍の下端も下床と癒着がない、つまりよくクリクリ動くとき、腫瘍はどこからどこの間に存在するのでしょうか？

体表は皮膚の表面から、表皮、真皮、皮下脂肪組織、筋膜、筋肉の順で存在します（筋膜がないところもありますが）。

今、手の甲の皮をつまんであげてみてください。上がってくるのは表皮と真皮の層です（もちろん脂肪も少しついてきますが）。

腫瘍が上を覆う皮膚とくっついていない場合は、皮下脂肪を含めた深部に上端があります。腫瘍が下ともくっついていない場合は筋膜や筋肉への癒着がないことを示しています。ですから上とも下ともくっついていない場合は、間葉系腫瘍、転移性腫瘍、そしてリンパ節などを疑うことになります。

この下床とくっついていないかどうかを触診でみることは非常に重要です。

もし悪性腫瘍であれば、筋膜の下で切除することで、切除マージンが根治的となります。もし下床（筋膜）にくっついていれば、筋膜よりさらに深いところまで切除マージンに含める必要があります。MRIをやればわかるのでしょうか？いえ、筋膜すれすれにまで腫瘍がある場合は、MRIでも判断できません。触診が画像を上回るわけです。

例題：粉瘤はどのような触れ方をするのでしょうか？

被覆表皮は正常ですが、くっついています。下床とは炎症をくりかえしてなければ癒着はありません。粉瘤は表皮が埋入してできた嚢腫です。ですから周囲皮膚は正常ですが、真皮に主体が存在するため上を覆う皮膚はくっついていて動きません。粉瘤はよく「脂肪のかたまり」と表現されます。中に角質塊（アテローム）が入っており、一見脂肪のように見えるからかもしれません。「脂肪腫」ではないかと紹介されることも少なくありません。本当の脂肪腫は脂肪層の中にあります。

上の皮膚が真皮で一部くっついて入ることもありますが、皮膚表面は正常です。よほど大きく

なければ上とも下とも癒着なくよく動く事が多いと思います（例外はあります）。

つまんで痛みはないか？痛い腫瘍は怖い腫瘍か？

自覚症状の有無は診断に重要です。

おでき（せつ）や化膿性粉瘤（かのうせいふんりゅう）などのように、細菌が感染すると痛くなるのは当然ですが、赤みが全くないのに痛みを伴う小型の皮膚の腫瘍（できもの、しこり）が何種類かあります。

皮膚の神経にできた腫瘍・脂肪腫（血管が増えているもの）・・・本当の脂肪腫です。普通「脂肪のかたまり」と皆さんが言っているもののほとんどは「粉瘤」だと思います。汗の腺の腫瘍・皮膚線維腫・筋肉の腫瘍・・・グロームス腫瘍という爪の下にできて、とても痛い腫瘍があります。

痛みのある小さな腫瘍のほとんど全てが良性です。癌性疼痛という言葉があるせいか、癌はいたいものであるというイメージが一般の方には強いようです。皮膚がんも手術ができるようなサイズであればほとんど痛みはありません。ときどき神経に浸潤していると痛みを伴うことはありますが。

例えば、首のしこりが3cm大に腫れて痛ければ虫歯やのどの炎症などによるリンパ節の腫れを疑います。3cm大に腫れて痛くも痒くもなければ、病院に行きましょう。

神経線維腫症の患者で、多発している神経線維腫の一部が急に大きくなりはじめ、痛みをともなう場合は、悪性を疑います。また、日光角化症という有棘細胞の始りで痛みを伴うときは、浸潤癌になり始めている可能性を疑います。

リンパ節の位置と触り方

体表の診察で必須の項目です。

ウイルス性疾患、薬疹や皮膚がんの患者さんにおいては、特に重要な診察項目となります。

1) どこを触ったらよいかまとめておきます。

上から順に触っていきます。

頭から首、鎖骨周囲

後頭部、耳の後ろ、外耳道の前方、顎下（耳の下から前顎まで）、次に耳の下にもどって、胸鎖乳突筋周囲を触診して鎖骨上窩を触ります。

*顎下は骨の裏側に少し指が入るぐらいの感じで触ります。少し顎を引いてもらうと触りやすくなります。口唇ヘルペスかどうか迷うときには、顎下のリンパ節（通常1個）が触れて、圧痛があればヘルペスの可能性が高くなります。

腋から上肢

次に上肢をリラックスさせて（だらっとさせるか、患者さんの腕を自分の肩に乗せる）、腋から大胸筋外側裏側を触る（男性が女性を診察する場合は看護師さんの同席が望ましいです）。大胸筋沿いはこの筋肉の側縁をつかむ感じで第2-5指を筋肉の裏側に入れる感じでしこりがないか上から下まで触ります。

次に上腕の滑車上リンパ節

あまり気付かれない部位のリンパ節です。手からのリンパ流を受けます。上腕骨の内側上顆（肘の尺側側の骨の出っ張り）に上辺りにあります。普段は触れませんが、手に腫瘍や感染があるときは触ってください。

鼠径、恥丘、大腿部、膝

鼠径部は、まず大腿動脈の拍動を探します。この動脈に沿って、大腿三角の下端から鼠径靭帯まで、そして膝を少し曲げてもらい腹部の緊張を取ると、鼠径靭帯の近位部の外腸骨動脈周囲も触ることができます。あまり腫れることはありませんが、恥丘部も念のため触ってください。患者が異性の場合は必ず看護師さんなどの同席を依頼してください。

*足のメラノーマで最初に腫れることが多いリンパ節は鼠径靭帯より数cm末梢で大腿動脈内側に位置することが多いです。

膝窩、膝窩を囲む軟部組織を丹念に触ります。膝窩の中心部の深いところは触ってもよくわからないことが多いです。

*メラノーマでは稀ですが、足の有棘細胞癌は膝窩に転移を起こすことがけっこうあります。

で終了です。

2) リンパ節の触り方

(1) まず動きをみます。周りにくっついていないか？

(2) 次に硬さをみます。もし転移リンパ節を触る機会があれば、その硬さを覚えてください

。

(3) 次に形です。楕円形なのか球形か、円盤状（凸レンズ状）か、などです。

(4) 最後にサイズを測ります。

皮膚科で粘膜をみるポイント

「シタを必ず見なさい」。宮崎大学名誉教授の井上勝平先生のお言葉だったと思います。シタとは「舌と陰部（シモ）」です。ここに大きなヒント（あるいは見逃してはいけない所見）が隠れているということです。

粘膜を見るときポイント

薬疹の重症度：全身の皮膚に急にぱらぱらと皮疹が出てきたのなら、薬疹か感染症をまず疑います。口の中の粘膜が充血し、ところどころびらんしていたら、重症化のサインです。喉が痛いなどの症状もあります（上気道炎とそっくりな症状です）。他に目と鼻腔出口と唇をみます。充血していたらやはり重症化を疑うサインです。唇は小さい水疱で始まることもあります。致死性の薬疹、スティーブンス・ジョンズ症候群（粘膜皮膚眼症候群）のサインです。咽頭痛、発熱、口唇の水疱は重症薬疹の初期症状です。上気道炎＋併発した単純ヘルペスと勘違いしやすい所見です。

ウイルス性発疹症の所見

口蓋部の点状出血：風疹だけではなく伝染性紅斑などウイルス性発疹症に認められます。

コプリク斑：上下大臼歯のかみ合わせ部分の頬に1-2mmの米カスのような白い点状の皮疹です。

水痘：水痘なので始めは診断が難しいです。虫刺されなどとの鑑別が必用です。そんなときは、真っ先に髪の毛の中と口の中をみます。口の中に2-3mmの赤いぽつぽつが出ていたら水痘です。

SLEの口蓋部の潰瘍：よく見ないと見落とす場所です。

ベーチェット病：有名なアフタ性口内炎です。数mmから1cm大の丸く中央部が壊死した汚い潰瘍です。真ん丸いのが特徴です。

自己免疫性水疱症：口唇のただれや体に水疱が出ていたら必ず、口の中と肛門をみます。ここにただれがあれば尋常性天疱瘡や特殊な他の水疱症の可能性もあります。尋常性天疱瘡では、

特に歯肉と歯の間のびらんが初期から認められる特徴です。皮膚の水疱やピランが口内炎発症から2-4週遅れて出てくることがあります。

扁平苔癬：天疱瘡と同じです。口唇のただれがあったらかならず頬の粘膜をみましょう。白い（あるいはミルク色）網目状の皮疹や赤いただれがあったら扁平苔癬の可能性がります。口の粘膜に難治性のただれが続いていたら、天疱瘡、扁平苔癬、薬疹を疑います。いずれも内科的にはあまり有名な病気ではないので、診断が遅れることが少なくありません。口の中ですので、口腔外科にかかっていることもあります。

唇や陰部のメラノーマ：口の中のメラノーマはなぜか口蓋部に好発します。それが外に這って唇のところまで来てから結節を作ることがあります。メラノーマはメラノサイトの悪性腫瘍です。悪性化すると本来の仕事であるメラニンの産生がむらになります。歯肉に色がついていなくても、口の中に色素斑を認めることがあります。同じように、陰部や肛門周囲の皮膚がんが、実は膀胱癌、尿道の癌、肛門管癌、大腸癌の皮膚への這い出しだったということがときどきあります。

写真がぶれている: カメラの持ち方

ピントがぼけている: 被写界深度 (ピントの合う範囲)

適切な範囲が写っていない

余計なものが写っている

ストロボが光っていない 光りすぎている

臨床写真の撮り方

臨床写真をきちんと撮れることは、皮膚科診療で必須のスキルです。外来に専用のカメラマンを置く余裕はないので、新人にその役割が回る人が多いと思います。以前リバーサルフィルムを使用していた頃は多くの失敗要因が潜んでいましたが、現在デジタルカメラを使用するようになってから画質自体の失敗は減ってきました。しかし、デジタルカメラではできあがり液晶画面で確認できる一方で、カメラ本体の液晶画面が小さいため、手ぶれやストロボ発光ミスなどを十分に確認できません。画像をPCなどに取り込んだ後にモニターで確認した際に問題に気づくことがけっこうあります。ここでは、デジタルカメラを用いた時の臨床写真の失敗の例とその対策について触れてみます。

1) ぶれている

シャッターを押すときにカメラが動いてしまうことによって起こります。デジタルカメラは液晶画面を見ながら撮影する事が多いので、ファインダーを覗いて撮るときよりカメラが動きやすく（ぶれやすく）なりました。いくつかの対策を示します。

（1）カメラの持ち方 小型カメラ

小型カメラの場合は、両手でカメラを保持し、上腕内側から両肘を胸に密着させます。次に両手でカメラを持ったら、両方の手首を密着させます。これで両腕とカメラによる三角形ができ、結固定がしっかりしてきます。また、カメラに紐がついていれば、それを首にかけ、紐がピンと張るようにカメラを前に出すと揺れにくくなります（東京女子医大東医療センターの田中 勝先生のアイデア）。

（2）カメラの持ち方 一眼レフ

しっかりとしたファインダー（のぞき窓）が付いた一眼レフカメラなら、液晶画面よりはファインダーを除いて撮影したほうがブレは少なくなります。

一眼レフの場合は左手掌全体でカメラのレンズ部分を下側からがっちり握ってしまいます。次に左上腕伸側全体を前胸部に密着させます。次に、覗く方の目の眉毛から前額あたりをカメラのファインダーの上方部分に密着させます。カメラと顔面が平行ですと鼻が潰れてしまいま

すので、20-30℃首を前に傾けます。カメラを垂直にすると顔面は少し前倒しになり、上目遣いでファインダーを見ることになります。左上腕を胸に、そして、前額をファインダーの上端に密着させると、右手を使わなくてもカメラは動かなくなります。撮る方向に左足を少し前に出し、左斜め前を向く体制を取ります。次に右の2指がシャッターに軽く触れる位置を確認して、右手の手掌中央部をカメラの右上側面から側面を覆うように乗せます。右上腕尺側はやはり前胸部に密着させます。右2指を上下にを激しく動かしてもカメラが揺れなければOKです。

きちんとしたスタイルを取ると、顔、両腕がかなり窮屈に感じると思います。ちょっと鏡があったら自分の姿を見てみてください。報道カメラマンのような姿に見えれば完璧です。

写真を撮る方向を変えるときはカメラ本体を動かすのではなく、体全体を撮影方向に向けて動かします。横方向は体の回転、高さは体の上下動で調節します。例えば患者さんを立たせたままで膝を撮ろうとする場合は、患者さんをベッドに立たせるか、自分が座り込んで撮ることになります。手を抜いて自分が立ったまま上方から膝を撮ってはいけません。

2) ピントがぼけている

(1) 被写界深度について

カメラのピントの合う範囲には前後にある程度の幅があります。これを被写界深度といいます。これは、カメラと撮影する面の距離が短くなれば狭くなり、遠くなれば広がります。つまり近づけば近づくほどピントが合いにくくなります。現在ほとんどのカメラにズーム機能がついていますが、マクロ（接写、虫眼鏡マーク）、広角（一本の木のマーク）、望遠（木が三本）の順でピントが合う範囲が広がります。

ピントが合う範囲は前後に同じ幅ではありません。前に狭く、後ろに広がっています。鼻の頭にピントを合わせると鼻の付け根周辺の頬にピントが合っても、逆に鼻周囲の頬にピントを合わせると、鼻の頭はぼやけてしまうことがあります。

撮る対象に凸凹がある場合は一番手前の部分にピントを合わせるようにしましょう。

(2) ピントが合いにくい部位

口の中などの暗いところでは、光が当たっている口唇に優先的にピントが合いやすく、口の中に強い光を入れないとピントが合わないことがあります。口の中を懐中電灯などで照らし

てもらよう誰かに協力してもらいましょう。

背中や腹部などののっぺりしたところでピントが合いにくい場合は、邪魔にならないところにシールなどを張るとピントが合いやすくなります。少し色のついた絆創膏でもOKです。

(3) ピントが合っているところと合っていないところがある (ズドンとした脚)

基本的には撮影する面に垂直になるように写真を撮ります。例えば脛にある皮疹を患者さんが寝た状態で撮る場合は、患者さんの体の直上から撮るようにします。手を抜いて足底の方から斜めに撮ると、病変の手前から後ろに向かってピントがぼけたところから合うところ、そして後方に向かってまたぼけていくような写真になります。膝などの下方にある部位を上方から撮影したような場合も同じような問題写真となります。これは使えません。

*メモ：絞りを絞ると被写界深度は広がります。臨床写真は自動で撮影することが多いので絞りは意識しません。顕微鏡のコンデンサを下げたり、光の量を絞る（レンズに入る光の径を小さくする）とピントの合う範囲が広がります。厚い標本（真菌検査）をみるときに行う操作です。今、目の前に腕をいっぱい伸ばして人差し指を立て、その指を大きく目を開いてみてください。指のしわの感じがよくわかりますが背景はぼけています。目を細める（絞りを絞るのと同じです）と背景までピントが合いますが、暗くて指の皮膚の感じはわかりません。顕微鏡でHE標本をみる時はHE標本は薄い標本ですからピントの合う範囲は狭くてよいが、たくさんの情報を得たい（解像度を上げたい）ので、コンデンサを上げ、絞りは開きます。真菌検査はいるかないかわかればいいので解像度は犠牲にし、そのかわり厚みのある角層の全体像をみることを優先したいので絞るわけです。

3) ストロボが発光していない

特別なライトが装備されている写真撮影専用の部屋であればストロボが発光しなくてもある程度の色合いが得られますが、室内で中途半端に明るくて、カメラが発光を必要ないと判断したか、ストロボのスイッチを入れ忘れたときには、彩度の低い（色のはっきりしない、画質の悪いWEBカメラのような薄緑黄色の色合い）写真になってしまいます。

対策は、以下です。

撮影後に発光したか患者さんに聞く。

ファインダーを除くときは、反対側の目はつぶらないで、患者さんの方をぼやっとみておく。

4) 背景に余計な物が写っている

よくある失敗です。

(1) 背景に椅子、ベッド、シャーカステン、壁のカレンダー、場合によっては同僚の後ろ姿が写っていることがあります。

対策は、以下です。

シャッターを押す前に患者さんの周囲をぐるっと一周見る。

誰かに大きめの布を垂らしてもらうか、カーテン、無地の壁などを利用する。

(2) アクセサリーや患者が特定できる標識が写っている。

時計、眼鏡、髪留め、イヤリング、ピアス、ネックレスなどのアクセサリーが撮影する部位にかかっている場合は可能な限り外してもらいましょう。なお、装飾品によるかぶれなどを疑う場合は、付けたときと外したとき両方の写真を撮っておくと良いと思います。また、入院患者の認識用のテープに指名が入っている場合は反対側に回して映らないようにしてください。

(3) 中途半端に上げたシャツや下げた下着が写っている

よくある失敗例です。写真として出せません。

5) 撮影範囲が適切でない

この失敗の多くは、接写画像（強拡大）しか撮っていないパターンと、病変全体が画面に入っていない、という2点だと思います。今のデジカメの画質はとても高いので、引いた画像（弱拡大像）を撮っておけば、トリミング（写真の周りをカットすること）で余計なところを削除することが可能です。しかし一部分しか写っていない画像に足りないところをあとでくっつけることはできません。

具体的にいくつかの例を示します。

分布が大切な疾患なのにそれがわからない。

たとえば全身に出ている皮疹なのに、小さい範囲にある個疹の強拡大した写真しかない。左右対称性が重要なのに片側しか写っていない。

色素斑の中に結節性病変がある症例で、結節性病変は撮れているが周囲の色素斑の一部が切れている。

両手背から指背に分布する病変なのに、左手の2/3と右手の1/3、指の第1関節までしか写っていない。たぶん左手背の親指の付け根あたりの状態が一番激しかったのでしょうか。たぶんそこに目が行ったのだと思います。両手全体、手首から前部の指先まで入る範囲で1枚きちんとした写真を撮ればよいのです（心配なら同じ範囲で2-3枚撮ればよいと思います）。一部が必要なら後でトリミングすればいいのです。

6) ストロボの光が強くて白くなってしまう。

カメラ付きのストロボは、あまり近づくとこのような状態になってしまいます。カメラの望遠を目一杯きかせてから、なるべく遠くから写しましょう。ストロボがカメラ一体型でない場合、稀にストロボとカメラ本体との接続部分が緩んでいるときに白くなりすぎることがあります（ストロボは発光しているが、カメラ側がストロボの発光を認識していないと、暗い状態で撮ろうとして絞りが開くため明る過ぎる画像になってしまいます）。

撮影に関するチェック項目と失敗しないコツ

- 1) 写真撮影の同意を得る。検討会や学会発表、論文での使用（特に患者が特定できる顔など）についても必要であれば同意を取る必要があります。
- 2) できれば撮影前に、疑っている疾患の写真をカラーアトラスなどでチェックする。
- 3) 氏名の書かれた患者識別テープなどの処理
- 4) 患者さんの背景と下着、アクセサリなどをチェック
- 5) カメラの設定チェック
- 6) 患者さんの背景をぐるっと見て、何か余計なものが写っていないかチェック
- 7) シャッターを押す
- 8) ストロボが点いたかチェック
- 9) モニターでチェック

うるさいことをいろいろ書いてしまいました。まずは同僚と互いにたくさん撮ってみてください。デジタルは幸いに何枚撮ろうとコストはタダ同然です。医局にストックされている撮影済みの写真を先輩と見て、注意点を説明してもらうのもよいかもしれません。

患者に通じない言葉

医学部から初期研修にかけて必死に医学用語を覚えます。次第に医学用語に慣れてくると、関係者の普段の会話で用いる用語が一般の方が使う言葉から乖離していきます。自分が使っている言葉が医学用語なのかどうかも意識できなくなってきました。カンファレンスなどでは普通に通じますから、そのまま患者の説明でも使ってしまうのです。

国立国語研究所のHPに、「『病院の言葉』を分かりやすくする提案」が出ています。以前マスコミでも話題になりましたので、知っている方も少なくないと思います。

国立国語研究所 <http://www.ninjal.ac.jp/byoin/tyosa/yogo/gaiyo/zuhyo/>
<http://www.ninjal.ac.jp/byoin/teian/ruikeibetu/teiangou/index.html#A>

この章では、皮膚科の診療でよく出てくる場面に、国立国語研究所で取り上げている患者に通じにくい言葉郡を当てはめてみました。患者さんの耳には音で伝わりますので、通じにくいとされる言葉をカタカナにしてみました。どんな風に言い換えたらいいか考えてみてください。小学生にもわかるように説明できますか？

皮膚科の診療でよく出てくる場面に、国立国語研究所で取り上げている患者に通じにくい言葉類を当てはめてみました。患者さんの耳には音で伝わりますので、通じにくいとされる言葉をカタカナにしてみました。カタカナ部分をどんな風に言い換えたらよいか考えてみてください。小学生にもわかるように説明できますか？

例) 私のつたない国語力でなるべく簡単な言葉にしてみます。

マンセイ（長く続いている）湿疹ですね。症状がセンエン（治らずにだらだら続く）することもありますので、ステロイドのガイヨウをきちんとしてください（ステロイドという赤みやかゆみを強く抑える塗り薬を出しますのできちんと塗ってください）

それでは、つぎの文章の中のカタカナ部分を自分なりになるべく簡単な言葉に言い換えてみてください。

1) あなたの頭にできているシュヨウはアクセイの可能性もあるので、セイケン（あるいはサイボウシン、ビョウリケンサ）が必要だと思います。セイケン前にはカンセンショウの検査が必要です。リンショウシャシンも撮ります。何かキオウショウ（キオウレキ）はありますか？ジョウヨウヤクはありますか？ヤクザイアレルギーは？ブブンセイケンしてイッシンほどホウゴウします。キョクショマスイでまれにアナフィラキシーショック（あるいは単純にショック）を起こすことがあります。バッシは1週間後です。来週来られたときにビョウリの結果をお話しできると思います。チンツウザイとコウセイザイを出しておきますね。

2) ビョウリでカクテイシンダンがつかまりました。シュヨウサイボウがシンプにシンジュンしていてアクセイ（アクセイシュヨウ、ニクシュ）が疑われます。ゲンパツソウのセツジョが必要です。手術の前にテンイの有無も検索する必要があります。カンカイあるいはチュリツは〇%です。テンイした場合のヨゴは〇〇です。

3) ペットとエムアールアイ検査が必要です。

4) あなたのシッカンコンチリョウホウ（あるいはシュウガクテキチリョウ）が可能です（あるいはコソクテキチリョウしかできません）。

5) 手術の後にカンセンショウなどのガッペイショウがおきる場合があります。

6) ゾウアクしたときはヒンカイに検査を行う場合もあります。

7) あなたの病気はコウゲンビョウ（ジコメンエキシツカン）の一種が疑われます。血液中のコウタイを調べる必要があります。症状を抑えるためにステロイドの内服が必要です。メンエキテイカによりサイキンやウイルスの感染を起こすことがあります。エムアールエスエーなどのタイセイキンが感染してジュウトクになることもあります。

8) 治療はイビーエムに基づき、患者さんのキューオーエルが落ちないように注意します。

9) あなたのカタイにできているカイヨウ（あるいはビラン）は、ウツケツ（ジュウケツ）やケツセンによって起きているかもしれません。

10) 円形脱毛症に対してSADBEという薬で治療します。今日カンサを行い、2週間後からユウハツさせます。

11) 問題ないと思いますので、このままケイカをみて良いと思います。

12) あなたの病気に対する新薬のチケン（あるいはリンショウシケン）を行なっていますが、参加を希望されますか？

大変おこがましいのですが、私なりに言い換えてみます。もっといい言い方があると思います。意味が少し変わってしまっているところもあると思います（つまり不正確になっている）。ひとつの例として眺めてください。

1) あなたの頭にできているシュヨウ（できもの）はアクセイ（がん、ほっておかない方が良くできもの）の可能性もあるので、セイケン（あるいはサイボウシン、ビョウリケンサ）（皮膚の一部をメスで切り取って顕微鏡で調べる検査）が必要だと思います。セイケン前にはカンセンショウ（あなたが梅毒、肝炎、エイズのウイルスにうつっていないかどうかを調べる）の検査が必要です。リンショウシャシン（普通のカメラであなたの皮膚の症状の写真を撮らせてください）も撮ります。何かキオウショウ（キオウレキ）（今まで大きな病気をしたこと）はありますか？ ジョウヨウヤク（普段飲んでいる薬）はありますか？ ヤクザイアレルギー（今まで薬を飲んだり注射したあとで具合がわるくなったこと）は？ ブブンセイケン（一部をメスで切って取ったあとは）してイッシンほどホウゴウ（ひとはり縫います）します。キョクシヨマスイ（痛くないように切り取る皮膚に前もって麻酔の注射をします）でまれにアナフィラキシーショック（あるいは単純にショック）（血圧が下がるなどの変化がおきて意識を失うようなこと）を起こすことがあります。バッシ（糸を抜くのは）は1週間後です。来週来られたときにビョウリ（切り取った皮膚を顕微鏡を見て、どんな病気であるか）の結果をお話できると思います。チンツウザイ（痛み止め）とコウセイザイ（化膿止め）を出しておきますね。

2) ビョウリでカクテイシندان（あなたの病気がなんであるか決まりました）がつきました。シュヨウサイボウ（がんの細胞）がシンブ（皮膚の浅いところから深いところにむかって）にシンジュン（移動を始めている）してアクセイ（アクセイシュヨウ、ニクシュ）（がん、あるいはほっておくと命にかかわるかもしれないできもの）が疑われます。ゲンパツソウ（最初にできたかたまり）のセツジョ（切って取ること）が必要です。手術の前にテンイ（がんの細胞が近くのリンパ節や内蔵にも行ってないか）の有無も検索する必要があります。カンカイ（病気がよくなる）あるいはチュリツ（完全に治る可能性）は〇%です。テンイした場合のヨゴ（生き続けられる期間）は〇〇です。

3) ペット(砂糖に目印をつけて注射します。砂糖を欲しがらる腹の減っている細胞に取り込まれます。がん細胞は腹が減っているので砂糖を取り込むので光ります。転移がないか1いちどに全身を調べることができます)とエムアールアイ（磁場を利用した検査。CTと似ていますが放射線は使いません）検査が必要です。

4) あなたのシッカ (病気) はコンチリョウホウ (完全に治ることを目指した治療) (あるいはシュウガクテキチリョウ (いろいろな治療を組み合わせること。放射線や抗がん剤や手術を組み合わせるなど) が可能です (あるいはコソクテキチリョウ (完全に治すことはできないが、症状を軽くするような治療* 姑息的という言葉はあまりよくないと思います。緩和的がよいのではないのでしょうか) しかできません。

5) 手術の後にカンセンショウ (ばい菌が傷に付く) などのガッペイショウ (余分に起きる困ったこと) がおきることがあります。

6) ゾウアク (症状が悪くなる) したときはヒンカイ (何度も) に検査を行う場合もあります。

7) あなたの病気はコウゲンビョウ (ジコメンエキシッカ) (体には外からのばい菌に対して立ち向かう軍隊が準備されています。これを免疫といいます。その免疫が間違えて自分の体を攻撃してしまう病気です。軍隊の反乱のようなものです。甲状腺を攻撃したり、皮膚を攻撃したり、攻撃するのによって症状が変わります) の一種が疑われます。血液中のコウタイ (狂った免疫が自分自身を攻撃するミサイルがあるか、どのくらいあるか) を調べる必要があります。症状を抑えるためにステロイドの内服が必要です。メンエキテイカ (免疫力が下がって) によりサイキン (ばい菌) やウイルス (ビールス、バイキンよりも小さい生き物です) の感染を起こすことがあります。エムアールエスエー (化膿止めが効きにくくなったブドウ球菌というバイキン) などのタイセイキン (化膿止めが効きにくくなったバイキン) が感染してジュウトク (かなり重症の状態) になることもあります。

8) 治療はイビーエム (ある検査や治療が本当に正しいのかいろいろな試験を行った結果にもとづいてどの治療や検査がよいかという現時点で一番正しいと思われる考えに沿って医療を行うこと) に基づき、患者さんのキューオーエル (生活の質: 食べたり、寝たり、活動したりできる力が落ちないように生活できること。患者さんが不用意に弱らないようにすること) が落ちないように注意します。

9) あなたのカタイ (膝の下、すね) にできているカイヨウ (あるいはピラン) (表面の皮膚が削れて肉が出ていること) は、ウツケツ (ジュウケツ) (血がうまく流れないで溜まってしまっていること) やケッセン (血のかたまりが血管につまってしまっていること) によって起きているかもしれません。

10) 円形脱毛症に対してSADBEという薬で治療します。今日カンサ (ある物質に対して体が嫌だなと記憶してしまうこと) を行い、2週間後からユウハツ (記憶したあとは、同じ物質を皮膚につけるとかぶれます。これを誘発といいます) させます。

1 1) 問題ないと思いますので、このままケイカをみて良いと（悪化しないか様子を見てください、あるいは積極的に治療しなくても良い、あるいは、病院に定期的に通って診察を受ける必要はあまりない）思います。

1 2) あなたの病気に対する新薬のチケン（あるいはリンショウシケン）（有望な新しい薬が本当に効くのか、あるいは副作用はどの程度出るのかをしらべる研究です）を行っていますが、参加を希望されますか？

なるべく簡単に説明するという作業はけっこう疲れますね。

次のような質問を患者さんからよく受けます。アレルギーに関する質問です。あなたならどんなふうに説明しますか？

1) 食事性の蕁麻疹の患者さんからの質問

家族みんなが同じものを食べたのに、なぜ私だけ蕁麻疹が出たのでしょうか？

2) 毛染めによる接触皮膚炎（かぶれ）だろうと診断した患者さんからの質問

今までなんともなかったのに急にかぶれるはずはないと思います。

3) 蜂に刺された患者さんからの質問

2度目に刺されたら危ないと聞きましたが本当ですか？

私なら、

基本的にはアレルギー（特にI,IV型）がどんなものか簡単に（正確さに欠けますが）説明してあげればいいのかと思います。ワンパターンです。

1) 家族みんなが同じものを食べたのに、なぜ私だけ蕁麻疹が出たのでしょうか？

答え) それがアレルギーです。家族全員に同じ症状が出たら、それは「毒」が入っていたということになります。人間を含めて生き物は自分と違う生物を食べて生きています。つまり他人を食べているのです。普段は問題なく食べていても、あるとき急にあなたの体が「この生物をたべるのは嫌だ」と認識したら（感作）、次からその生物が体に入るとあなたの体は「嫌だ」と拒絶します。今回はその反応が出たのです。

2) 今までなんともなかったのに急にかぶれるはずはないと思います。

答え) 人間はいろいろな物質に囲まれて生活しています。あなたの体はずっと毛染め剤を受け入れてきましたが、あるとき体が「嫌だ」と感じてしまったのです。アレルギーは人間関係と同じです。ある程度付き合わないと好きか嫌いかわかりません。成長に伴って、花粉症やソバやエビカニなどのアレルギーが出るようになるのも同じ原理です。生まれたばかりの赤ちゃんに花粉症はないでしょう。

3) 蜂は2度目に刺されたら危ないと聞きましたが本当ですか？

答え) 半分本当で、半分はまちがいです。今回刺された時にあなたの体が蜂の成分を「嫌だ」と記憶してしまったとしたら（刺されたあとが広く赤くなり、かゆみが続いたような場合）、次回刺された時にショックなどのアレルギー反応が出るかもしれません。でも今回刺されたからといって、「嫌だ」と記憶しなければ次回刺されてもなんにも起きません（痛いだけです）。アレルギーと免疫は裏表です。「ある物質が嫌だ」と記憶したあとで、蕁麻疹や花粉症やショックやかぶれなどの困ったことが起きたときは私たちはアレルギーと呼びます。でも、はしかのワクチンを打つのははしかのウイルスに対して「嫌だ」という記憶を

植え付けるためです。この「嫌だ」という記憶が残れば、次にはしかのウイルスが入って来た時には体が反応してウイルスが広がるのを防ぎます。こういう場合、私たちは免疫があってよかったと喜びます。

皮膚科への一步

<http://p.booklog.jp/book/54744>

著者：宇原 久

信州大学医学部皮膚科准教授

著者プロフィール：<http://p.booklog.jp/users/uppara/profile>

本内容の無断転載を禁じます

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/54744>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/54744>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのパー（<http://p.booklog.jp/>）

運営会社：株式会社ブックログ