

◆セルフトレーニング問題 2023◆

■解答と解説■

問題 1

解答：(b)

●解説

変形性関節症は、加齢、(本受診者の場合、ピアノ鍵盤をたたく外力)により、関節軟骨の摩耗・消失、骨棘形成を主徴とする。本疾患では、遠位指節間関節に生じやすく、関節の腫脹と疼痛をきたす。血清リウマトイド因子(IgM型)は、関節リウマチの約80%に陽性となるが、他の疾患でも検出され、疾患特異性は高くない。リウマチ性多発筋痛症は、60歳以降の高齢者に発症することが多く、肩甲帯、骨盤帯の疼痛、朝のこわばりを主徴とする炎症性疾患である。血清反応陰性脊椎関節炎には、強直性脊椎炎、反応性関節炎などが含まれる。RS3PE症候群の特徴は、両手の浮腫、突然発症する多関節炎、血清リウマトイド因子陰性、X線単純写真で骨びらんを認めないことを特徴とし、60歳以上の男性に多い。

問題 2

解答：(d)

●解説

労働安全衛生法において、産業医は、①～④のような職務を行うこととされており、疾患の治療は職務に含まれない。

- ①健康診断、面接指導等の実施及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置、作業環境の維持管理、作業の管理等労働者の健康管理に関すること。
- ②健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置に関すること。
- ③労働衛生教育に関すること。
- ④労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置に関すること。

産業医は、労働者の健康を確保するため必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることができる。また、産業医は、少なくとも毎月1回作業場等を巡視し、作業方法または衛生状態に有害の恐れがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならないこととされている。

問題 3

解答：(e)

●解説

C型肝炎ウイルス感染によって多彩な肝外病変が発生することが知られており、ガイドラインでは、クリオグロブリン血症、腎病変(慢性糸球体腎炎)、皮膚病変(口腔扁平苔癬、晩発性皮膚ポルフィリン症)、唾液腺病変(唾液腺炎)、甲状腺病変(甲状腺炎)、肺病変(間質性肺炎)、心病変(心筋症)等が代表的なものである。C型肝炎ウイルス感染で総胆管結石ができやすいことはない。

問題 4**解答 : (d)****●解説**

健診では通常、眼底写真によって所見を判定することが多い。その際、撮影側の問題だけでなく、受診者側の問題で鮮明な画像が得られないケースがある。

受診者側の問題で鮮明な写真が得られないケースでは透光体混濁が存在することが多い。透光体は角膜、水晶体、硝子体が主体となるので、それらの部位に問題が生じた場合は眼底写真も（程度の差は存在するが）その影響で不鮮明となる可能性がある。黄斑前膜は網膜に存在する所見のため、透光体混濁がなければ通常不鮮明な写真になることはない。

問題 5**解答 : (d), (e)****●解説**

日本糖尿病学会による糖尿病の臨床診断のフローチャートにおいて、血糖値では、空腹時血糖 126mg/dL 以上、75g 経口糖負荷試験 2 時間値 200mg/dL 以上、随時血糖 200mg/dL 以上のいずれかを認めるものを糖尿病型、HbA1c では、6.5%以上を糖尿病型とされている。血糖値と HbA1c がともに糖尿病型であれば、その時点で糖尿病と診断される。血糖値のみ糖尿病型であれば、糖尿病の典型的な症状、あるいは確実な糖尿病網膜症のいずれかが認められる場合、または再検査にて血糖値または HbA1c が糖尿病型であれば糖尿病と診断される。HbA1c のみ反復陽性では糖尿病と診断されない。グリコアルブミンや 75g 経口糖負荷試験 1 時間値は糖尿病型の判定や糖尿病の診断に用いられない。

問題 6**解答 : (b), (e)****●解説**

マイコプラズマ肺炎は、ウイルスと細菌の中間に位置する病原体であるマイコプラズマ・ニューモニエの感染で起こる肺炎である。小児・若年成人が中心で、1 才以下には比較的少ない。熱発で発症し、長引くしつこい乾いた咳が特徴である。咳は早朝、夜間就寝時に増強する。治療の第一選択薬は、蛋白合成阻害薬のマクロライド系抗菌薬やテトラサイクリン系抗菌薬、ニューキノロン系抗菌薬である。近年、細菌性肺炎が激減した中で肺炎全体に占めるマイコプラズマ肺炎の比率は高まっている。

問題 7**解答 : (e)****●解説**

聴診法では装置として、カフ内ゴム囊の幅 13cm、長さ 22~24cm のカフを用いる。上腕周 27cm 未満では、小児用カフ、太い腕（腕周 34cm 以上）で成人用大型カフを使用する。静かで適当な室温の環境、背もたれつきの椅子に脚を組まずに座って数分の安静後、会話をかわさない、測定前に

喫煙，飲酒，カフェインの摂取を行わないことを測定時の条件とする。

測定法として，前腕を支え台などに置き，カフ下端を肘窩より 2～3cm 上に巻き，カフ中央を心臓の高さ（胸骨中央あるいは第 4 肋間）に維持する．聴診法では橈骨動脈あるいは上腕動脈を触診しながら急速にカフを加圧し，脈拍が消失する血圧値より 30mmHg 以上高くして聴診器をあてる．カフ排気速度は 2～3mmHg/拍あるいは秒，聴診法ではコロトコフ第 I 相の開始を収縮期血圧，第 V 相の開始を拡張期血圧とする（詳細は参考文献，URL 参照）。

こうした方法を順守できる十分に訓練された聴診者による測定が必須であり，それが困難な場合は，自動血圧計の使用が望ましい。

自動巻き付け式血圧計を使用する場合は，カフが肘関節にかからないこと，カフと心臓の高さが一致すること，極端な前傾姿勢をとらないなどの管理が必要である。

<参考文献>

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編：診察室血圧測定法．高血圧治療ガイドライン 2019，p14（表 2-1）。

https://www.jpns.jp/data/jsh2019/JSH2019_hp.pdf [2022.5.10]

問題 8

解答：(b)

●解説

最近のメタアナリシスによると，TIA 発症後 90 日以内に脳卒中を発症する危険度は 15～20% であり，脳梗塞発症例のうち約半数は 48 時間以内に発症した．TIA 後の脳梗塞発症危険度の予測には，ABCD 2 スコアが有用である．この点数が高いほど脳梗塞発症の危険度が高くなる．TIA 発症後急性期（48 時間以内）の再発予防にはアスピリン 160～300mg が有効であることが証明されている．非弁膜性心房細動による心原性の TIA 再発予防には第一選択薬はワーファリンによる抗凝固療法（目標 INR：70 歳未満では 2.0～3.0，70 歳以上では 1.6～2.6）である．狭窄率 70%以上の頸動脈狭窄症を合併した TIA，軽症脳梗塞に対しては，内科的治療単独より内科的治療と頸動脈内膜剥離術（CEA）併用のほうが脳卒中再発予防効果に優れている。

問題 9

解答：(e)

●解説

CA125 は，卵巣がんで上昇する腫瘍マーカーであるが，卵巣がん以外にも子宮内膜症や子宮筋腫，子宮がん，子宮付属器炎や良性卵巣腫瘍などの婦人科系疾患，膵炎や膵がん，胆のう炎，腹膜炎などの病気によっても高値を示すことが知られている．また月経中や妊娠初期でも高値となるので注意が必要である．子宮頸管ポリープだけでは通常上昇しない。

問題 10**解答 : (e)****●解説**

慢性腎臓病 (CKD) に合併する高血圧治療は、原疾患や年齢、腎機能、蛋白尿の有無で推奨される薬剤選択が異なる。75 才未満で原疾患が糖尿病の場合、腎機能や尿蛋白の有無に関わらず ACE 阻害薬/ARB が第一選択薬とされている。血圧のコントロールが不十分な場合はカルシウム拮抗薬や利尿薬の併用が勧められている。75 才未満で糖尿病が原疾患でない場合でも尿蛋白が陽性であれば、やはり腎機能に関わらず ACE 阻害薬/ARB が第一選択薬とされている。血圧のコントロールが不十分な場合はカルシウム拮抗薬や利尿薬の併用が勧められている。また、75 歳未満で原疾患が糖尿病でなく尿蛋白も伴わない場合は、ACE 阻害薬/ARB、カルシウム拮抗薬、利尿薬のいずれかから選択して良い。しかし、75 才以上で eGFR 30 未満の場合は、カルシウム拮抗薬が第一選択薬とされている。

<参考文献>

日本腎臓学会編：エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018，東京医学社。

問題 11**解答 : (b), (d)****●解説**

頸管ポリープにはわずかではあるが悪性の可能性のあるものがあるとの報告があり、症状がある場合や細胞診で異常が認められた場合には切除が推奨される。

良性と考えられる卵巣嚢胞でも大きさにより茎捻転の危険性があり、手術が推奨される。頸部細胞診判定が LSIL は軽度異形成の疑いと HPV 感染の疑いである。

<参考文献>

日本産科婦人科学会，日本産婦人科医会編：産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編 2020。

https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_fujinka_2020.pdf [2022.5.10]

問題 12**解答 : (b)****●解説**

橋本病は中高年の女性に多く、その発症頻度は男性の 20 倍以上である。女性の 10~30 人に 1 人罹患していると言われ、全甲状腺疾患のなか最も頻度が高い。倦怠感、易疲労感、寒がり、脱毛など様々な症状を有し、びまん性甲状腺腫大を呈することが多く、抗サイログロブリン抗体 (TgAb) か抗マイクロゾーム抗体 (TPOAb) いずれかの高値が確定診断となる。甲状腺機能低下症を来すのは一部であるが、機能低下症に対しては甲状腺ホルモン剤による治療が要される。その初期治療は一律でなく、高齢者、心疾患合併患者には、慎重に少量投与から開始する必要がある。甲状腺ホルモン値と血中コレステロール値は反比例し、機能低下症はしばしば高コレステロール血症を引き起こす。甲状腺組織の破壊を伴う一過性の炎症である無痛性甲状腺炎は、甲状腺機能亢進症を来すため、バセドウ病との鑑別が重要である。

問題 13**解答 : (b), (e)****●解説**

ストレスチェック制度の目的は一次予防であり、受診者が自身の心の状態に気付くことならびにその対処を支援することにある。企業側にとって実施は義務であり労働者に受診を促すように努めなければならない。厚生労働省による実施状況の報告によると全体の実施率は82.9%であるが、大規模事業場(1,000人～)の実施率は99.5%であった。一方、労働者に受検の義務はない。受検率は78.0%で事業場の規模別に差はない。高ストレス者は医師による面接指導を受けるように勧められるが受けた割合は0.6%と低い。ストレスチェック制度では事後措置が大切であり、医師面接の実施率を上げることと有効な職場改善のための具体的かつ実施可能な策定が課題である。現在は努力義務であるが、集団分析による職場環境改善が期待される。

<参考文献>

厚生労働省：ストレスチェック制度の実施状況 2017年7月

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000172107.html>

問題 14**解答 : (d)****●解説**

巨大血小板(赤血球より大きい血小板)をきたす疾患には、先天性疾患としてMYH9遺伝子異常であるMay-Hegglin異常、血小板GPIb複合体の欠損するBernard-Soulier症候群がよく知られている。いずれも軽度の血小板減少をきたすことが多く、特発性血小板減少症との鑑別が重要である。特発性血小板減少性紫斑病(ITP)は免疫性血小板減少症とも呼ばれる自己免疫性疾患であり、小児はウイルス感染後の急性型、成人は慢性型が多い。近年、ヘリコバクター・ピロリ感染症が原因と判明するものが多くみられ、除菌療法で治癒する。血小板数は減少し大血小板が認められることも多いが、巨大血小板はまれである。一方、WASP遺伝子の異常によるWiscott-Aldrich症候群は、微小血小板と血小板減少が特徴的であり、易感染性や特徴的な臨床所見を呈する。GPIIb/IIIa複合体の量的・機能的欠損である血小板無力症は血小板数は基準値内で形態異常は認められない。Bernard-Soulier症候群やWiscott-Aldrich症候群や血小板無力症は小児期より出血傾向を呈するため、小児期に診断されることが多い遺伝性疾患である。一方、May-Hegglin異常は、常染色体優性遺伝であるが、出血傾向は認められず、末梢血の好中球にデーレ小体様封入体が見られるのが特徴的で診断の一助となるが、成人期になって、健診や術前検査で見つかることが多い。

問題 15**解答 : (d)****●解説**

症候性の発作性および持続性AFに対して、抗不整脈薬の使用を経ずに第一選択治療としてカテーテルアブレーションを選択することの是非に関する検討は、過去に3つのランダム化比較試験、それらをまとめたメタ・アナリシス(98.7%が発作性AF)が発表されている。その結果、アブレーション

ン群において AF 消失率が有意に高く、合併症発症率は同程度であったため、症候性の発作性 AF はカテーテルアブレーション治療が第一選択となる。最近では真の初発の発作性 AF においては、その約半数（50/106 人）では 5 年間の経過観察中に 2 度と再発がなかったことが報告されている。1) 従って初発発作性 AF 症例においては、AF が再発性であることを確認したうえでカテーテルアブレーションの適応を考慮する方が望ましい。

AF の発生リスクとなる因子の中で、肥満、糖尿病、高血圧、甲状腺機能亢進症、喫煙など可逆的要因が存在することが知られている。これらの要因を治療や生活習慣の改善によって解決できた場合には、いったん発生した AF が消失する可能性があること、これらの要因を有する患者では有さない患者に比し、カテーテルアブレーションの治療効果が低いことより、可逆的要因を有する AF 患者においてはその解決を第 1 に考え、是正後にも残存する AF に対して、カテーテルアブレーションの適応を考慮する。

高齢者に対するカテーテルアブレーション治療は十分に高い有効性と安全性を有するとの報告が大半であるが、長期再発率や合併症リスクが高いとの報告もある。持続性～長期持続性 AF への現段階でのアブレーション治療効果には限界があり、複数回の施行を要することが少なくないため、カテーテルアブレーションが第一選択とはならない。

左房内血栓が疑われる症例、抗凝固療法が禁忌の症例にはカテーテルアブレーション治療は推奨されない。

<参考文献>

- ・ Pappone C, Radinovic A, Manguso F, et al. Atrial fibrillation progression and management: a 5-year prospective follow-up study. Heart Rhythm 2008; 5: 1501–1507. PMID:18842464
- ・ 日本循環器学会 不整脈非薬物治療ガイドライン（2018 年改訂版）

問題 16

解答：(d)

●解説

WHO（世界保健機関）が開発した FRAX (fracture risk assessment tool) の 12 個の質問項目は、1. 年齢、2. 性別、3. 体重、4. 身長、5. 骨折歴、6. 両親の大腿骨近位部骨折歴、7. 現在の喫煙の有無、8. 現在のステロイド服用あるいは過去に 3 カ月以上の服用の有無、9. 関節リウマチの有無、10. 続発性骨粗鬆症の有無、11. 1 日 3 単位以上のアルコール摂取 (1 単位: エタノール 8~10g)、12. 大腿骨近位部骨密度である。

2011 年から、治療開始基準に 75 歳未満で骨密度 YAM 70%より大きく 80%未満の場合、FRAX により算出された確率が 15%以上であれば骨粗鬆症の治療を開始すると内容が付加された。ただし、75 歳以上の女性の場合は 90%以上が FRAX の骨折確率 15%となるため、この基準は 75 歳未満を対象とする。

<参考文献>

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会編：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版、ライフサイエンス出版、東京、2015。

問題 17**解答 : (e)****●解説**

労災保険による二次健康診断等給付は、一次健康診断で発見された個々の異常の状況を詳しく調べるものではなく、業務上の脳血管疾患および心臓疾患の発症リスクを評価するためのスクリーニングを行い、事業者による予防措置に役立てることを目的とする。

給付対象は、一次健診で血圧、血中脂質検査、血糖検査、肥満度（BMI）のすべてに異常がある労働者で、その異常の判定はメタボリックシンドロームの判定基準に準ずる。なお、二次健診時に内臓脂肪肥満の判定として、ウエスト周囲長（男性 85cm 以上、女性 90cm 以上）を用いて判定することを追加する。

二次健診として行う検査は、空腹時血中脂質検査、空腹時血糖、HbA1c、負荷心電図または胸部超音波（心エコー）検査、頸部超音波検査、微量アルブミン尿検査である。

<参考文献>

高田 勲, 鈴木利明 : 労災保険における二次健康診断等給付について. 二次健康診断項目と特定保健指導のガイドライン—労災保健二次健康診断等給付事業について—, 日本医師会監, 労働調査会, 2001 ; 17-24.

問題 18**解答 : (d), (e)****●解説**

冠攣縮性狭心症の診断は硝酸薬により速やかに消失する狭心症様発作で以下の 4 項目のどれか 1 つが満たされれば冠攣縮疑いとする。

- ①夜間から早朝の安静時に出現する
- ②早朝の運動能の低下
- ③過換気により誘発される
- ④Ca 拮抗薬により発作が抑制されるが、β遮断薬では抑制されない

確定診断には発作時の特徴的な心電図変化、冠攣縮誘発試験における陽性所見などが必要である。

日本と欧州の冠攣縮薬物誘発試験結果では欧州に比べて日本では冠攣縮の誘発頻度が高い。冠動脈攣縮の危険因子として認知されているのは喫煙であり、冠攣縮性狭心症の治療に禁煙は必須である。また、冠動脈の器質的狭窄が併存するときに、β遮断薬を使う場合は、Ca 拮抗薬、硝酸薬の併用が推奨されている。

問題 19**解答 : (a), (d)****●解説**

子宮頸がん検診における子宮頸部細胞採取は原則ヘラ・ブラシ（ブルーム型を含む）で行う。

綿棒は安価で採取時の出血が少ないため従来から多用されていたが、採取細胞量が少なくなることがあり、不適正標本となることがあるため、妊娠時の検診以外では使用を推奨していない。

また、(c) の設問のように今後は不適正標本の減少目的と HPV 検診にも利用できることから、LBC（液状検体法）が広く行われると思われるが、綿棒を LBC に使用すると固定液を吸い込んでしま

う欠点があるため不適である。

従来子宮頸部細胞診の報告はパパニコロウ分類に準拠した日母分類にて行われており、ベセスダ分類が導入されてからも併用されてきた経緯がある。しかしながら、検診の精度管理のため単なるクラス分類でなく推定病変を記述する必要があり、また子宮頸がんの発がんにおける HPV（ヒトパピローマウイルス）の関与のエビデンスも取り入れる必要があるため、国際的にも用いられているベセスダ分類に統一することが必要になった。日本産婦人科医会（旧日母）と関連学会からの申し入れにより、平成 25 年 3 月の厚労省健康局長通達で子宮頸部細胞診の報告はベセスダシステムのみによって行うこととなった。

<参考文献>

日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編 産婦人科診療ガイドライン-婦人科外来編 2023,日本産科婦人科学会事務局 2023

日本婦人科がん検診学会編 子宮頸部細胞採取の手引き,株式会社クバプロ 2019

ベセスダシステム 2001 準拠子宮頸部細胞診報告様式の理解のために,日本産婦人科医会 2008 健発 0328 第 4 号 平成 25 年 3 月 28 日 厚生労働省健康局長通達

問題 20

解答：(a), (b)

●解説

特発性肺線維症（IPF）では肺間質の炎症と線維化のため肺は硬くなり、肺活量は減少する（%肺活量が 80%未満となり拘束性障害と呼ばれる）。一方、肺弾性収縮力の増加によって FEV1 /FVC（1 秒率）はむしろ大きくなる傾向が認められるので、IPF では 1 秒率の低下（閉塞性障害）は認められないことが多い。IPF で閉塞性障害を認める場合は、タバコによる慢性閉塞性肺疾患（COPD）の合併を考慮する必要がある。

IPF では肺の膨らみやすさの指標である肺コンプライアンスは、肺が硬くなった影響で低下することになる。IPF のフローボリューム曲線においては、ピークに達するまでの時間が遅れる。一般的に、フローボリューム曲線の下行脚の傾きは $1/CR$ （肺コンプライアンス×気道抵抗）を反映する。肺コンプライアンスの低下を反映して $1/CR$ は増加し、IPF においては下行脚の傾きは増加するのが特徴である。

問題 21

解答：(b), (e)

●解説

多因子疾患は遺伝因子とライフスタイルなどの環境因子が関連しており、環境因子のほうが影響が強いことがわかっている。遺伝的リスクが高いと判定された疾患でも、疾患発症リスクが上昇するだけで必ずしも発症するわけではない。生活改善による予防と定期的な健診が重要である。多因子疾患の遺伝的リスク判定のための、遺伝子選択、計算手法、リスク判定方法に関する統一コンセンサスはない。各検査会社もアップデートしているが、すべてのリスク項目がわかっているわけでもなく、発展途上中で会社ごとに異なっている。

上記の理由で多因子疾患の遺伝学的検査の有効性に疑問が持たれたこともあったが、冠動脈疾患、

アルツハイマー病，胃がんに関してコホート研究で検討したところ，遺伝的リスクが高いグループの方が実際に疾患発症率が高いこと，遺伝リスクが高いグループの人が生活習慣をよく保つと，生活習慣の良くない人と比べて疾患発症を半分程度に低下させられることが示された。

SNP を数十万以上調べるポリジェニックリスクスコアは英国で冠動脈疾患などの有望なリスクスコアであることが示され，日本においても脳血管疾患などに対する有効性が示されてきている。

<参考文献>

遺伝リスクと生活習慣改善に関する出典論文

冠動脈疾患 N Engl J Med 2016 December 15; 375(24): 2349–2358. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease.

アルツハイマー病： JAMA 2019 Aug 6;322(5):430-437. Association of Lifestyle and Genetic Risk with Incidence of Dementia

胃がん： Lancet Oncol. 2020 Oct;21(10):1378-1386. Genetic risk, incident gastric cancer, and healthy lifestyle: a meta-analysis of genome-wide association studies and prospective cohort study

問題 22 解答：(a)，(b)

●解説

『機能性消化管疾患診療ガイドライン 2021（改訂第2版）』によると，機能性ディスペプシアとは，「症状の原因となる器質的，全身性，代謝性疾患がないにもかかわらず，慢性的に心窩部痛や胃もたれなどの心窩部を中心とする腹部症状を呈する疾患」と定義されている．日本人の機能性ディスペプシアの有病率は健診受診者で 11～17%認められるとされており，受診者からの相談も多い疾患である．

診断には，内視鏡検査などにより器質的疾患の除外が必要ではあるが，自己記入式質問票は診断に有用であることが示されている．また，機能性ディスペプシアの治療においてプラセボの効果は大きいことも示されている．このほか，治療として，生活習慣指導や食事療法は有用であり，酸分泌抑制剤や消化管運動機能改善薬についても有用であることが示されている．

<参考文献>

日本消化器病学会：機能性消化管疾患診療ガイドライン 2021—機能性ディスペプシア（FD），改訂第2版，南江堂，東京，2021.

問題 23 解答：(a)，(e)

●解説

特定健康診査において，医師の判断により受診しなければならない項目（詳細な健診項目）は，貧血検査（赤血球数，ヘモグロビン，ヘマトクリット），12誘導心電図検査，眼底検査の3項目である．貧血検査は，貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者に実施可能である．また，心電図検査と眼底検査は，前年度の特定健康診査の結果等において，血糖，脂質，血圧および腹囲等の全てについて，次の基準に該当した者に実施可能である．

- (1) 血糖 : 空腹時血糖値が 100mg/dL 以上, または HbA1c が 5.6% 以上
- (2) 脂質 : トリグリセリド 150mg/dL 以上, または HDL-C 40mg/dL 未満
- (3) 血圧 : 収縮期 130mmHg 以上, または拡張期 85mmHg 以上
- (4) 腹囲等 : 腹囲が 85cm 以上 (男性)・90cm 以上 (女性) の者 (内臓脂肪面積の測定が出来る場合には内臓脂肪面積が 100cm² 以上), または BMI が 25 kg/m² 以上の者

問題 24

解答 : (e)

●解説

1947年6月, ナチスの人体実験の反省より生じたニュルンベルク綱領を受けて, 1964年6月, フィンランドの首都ヘルシンキにおいて開かれた世界医師会第18回総会で採択された, 医学研究者が自らを規制する為に採択された人体実験に対する倫理規範. 正式名称は, 「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」である. その後, 何度か修正, 追加が加えられている. 1975年東京修正でインフォームド・コンセントの詳細な指針が盛り込まれた. 利益相反状態を適切に管理していくことも求められている. 治験を実施する際の国際的な共通ガイドラインは ISH-GCP である.

問題 25

解答 : (c)

●解説

くも膜嚢胞は脳脊髄液を含む脳実質外に存在する嚢胞で, その信号は脳脊髄液と同等 (T1 強調像で低信号, T2 強調像で高信号, FLAIR 像で低信号) である. 髄膜腫も脳実質外腫瘍であるが, 充実性腫瘍であり, その信号は T1 強調像でやや低信号, T2 強調像で様々な信号を示す. くも膜下出血や慢性硬膜下血腫は, 通常 FLAIR 像で高信号を示す.