

あります。この場合には、実は疾患Aではなく疾患Bなのかもしれないと考え、推論をリセットします。ここまでが1回目の臨床推論サイクルになります。疾患Bを考えた場合には、疾患Bの確かさを検証するために2回目の臨床推論サイクルを回すことになります。

◆ 6. 継続的な処置と病院搬送

救急隊が行う処置で最も重要なことは、Plan-Do-Check-Action (PDCA) サイクルを回し続けることです。

傷病者の評価から行うべき処置をプランニング (Plan) し、実施 (Do) します。28才男性、突然の胸痛の傷病者。初期観察で呼吸困難がありSpO₂が90%であれば、フェイスマスクで酸素6 L/分投与というプラン (Plan) で酸素投与が実施 (Do) したとします。処置を行えば必ずその効果 (あるいは合併症・副作用) をチェック (Check) します。突然の胸痛を訴える28才男性に酸素投与を行った際には、酸素投与によりSpO₂が改善したことを必ずチェックします。この傷病者の場合、SpO₂が95%に改善すればとりあえず呼吸障害が軽減されていると評価することができます。一方、酸素投与にもかかわらずSpO₂が改善しない場合、状態悪化を回避したり、状態を改善すべく何らかの手を打たなければならない (何らかの手を打つ= Action: A) かも知れません。後者の場合、もともとのプランが誤っている可能性があり、その場合はPlanから練り直す必要があります (2回目のPDCAサイクルを回すことになります)。

鑑別診断の結果、傷病者が「致命的」あるいは「重篤」と分類された場合の継続的な処置のポイントは、酸素投与を行いつつ、容態変化・呼吸停止・心停止を予測し、傷病者の表情、気道、呼吸、循環の状態をバイタルサインの測定・モニタ心電図のチェックだけでなく、視覚 (目で見て)、聴覚 (耳で聴いて) を駆使し、厳重な観察を継続することにあります。

病院に到着し、傷病者を病院のストレッチャーに移動した時点で傷病者の処置は医療チームに引き継がれます。心電図モニタや酸素が病院の機器に切り替えられ、看護師が最初のバイタルサインを測定し情報をその場に居合わせた医療者 (救急隊員、医師、看護師など) と共有した時点で救急隊の役割はいったん終了します。

◆ 7. I-SBAR-Cによる病院連絡

傷病者の受け入れ要請はもちろん、オンラインメディカルコントロールで指示・助言をおおぐ場合もI-SBAR-Cを用います。

救急現場では情報量は常に不足しており、かつ情報の正確さは曖昧です（特に関係者から得られる情報）。にもかかわらず、救急隊は限られた情報から傷病者の病態・疾患について結論を下さなくてはなりません。具体的には、傷病者の病態・疾患の診断（救急隊が現場で下す診断という意味で「現場診断」といえます）、そして搬送先病院の選定について決断します。情報量が多いからといって、良い決断ができるわけではありません。本当に必要な情報があれば、いくら情報が不足しているようにみえても、適切な結論は下せるものです。

ここまでの説明でわかるように、救急隊が行う臨床推論のプロセスに唯一の経路というものはありませんし、また最終的にたどり着く結論にも正解はありません。あるのは適切な臨床推論の進め方であり、それができれば最終的にたどり着く結論はおのずと似てくるのです。

事例を元にシートに記入してみよう

以下、実際の事例を元に臨床推論の練習、特に事前情報から初期観察と評価までの練習を行います。表1の拡大コピーを作成し、そのシートに自分の臨床推論の過程を記入しながら練習を行うとよいでしょう。本項の最後に記入例を示しますので参考にしてください（表3、4）。また、ファーストコールまで含んだ一連の流れについては第2章で詳しく取り上げていますので、そちらを参照してください。

事例 1

梅雨の時期、雨が降る平日の午後2時。

事前情報：スーパーマーケットに買い物にきていた40歳代と思われる女性が、辛そうな様子でベンチに座っているのを店員が発見。息切れがして座り込んだというので、大事をとって救急車要請となった。店員からの通報で既往歴など詳細は不明。

◆ 事前情報から考えられる病態や疾患、心停止の可能性・近接性

40歳代女性がい買い物中に息切れを発症したもの、気管支喘息など呼吸器疾患の可能性もある。既往歴についての詳細は不明だが、喘息発作だと呼吸困難が急激に進行する可能性もある。傷病者に接触した際に、会話が普通にできればよいが、ほとんど発語ができない状態だったら呼吸の異常から心停止にいたる危険性もある。

◆ 現場到着から初期観察

感染防御を行い、現場の安全を確認。傷病者に近づきながら、「ベンチに座っている、きちんと座っているので意識はありそうだ…」と考えた。

傷病者にさらに接近し、「〇〇救急隊です」と伝えると傷病者はこちらに顔を向け「どうもすみません」とはっきりと聞き取れる発語あり。チアノーゼはない。呼吸に伴って異音は聞かれず、呼吸回数も遅くなく速くない。気道の閉塞、呼吸の異常、循環の異常はなさそうなので、とりあえず「安定」と判断した。特に迅速処置は必要ないと判断し、詳細な評価を始めた。

◆ 詳細な評価

隊員にバイタルサインの測定、別の隊員に心電図モニタの装着とSpO₂の測定を指示し、自分では病歴の聴取を開始した。

「いまの症状は何ですか？」…「買い物の途中で息切れがして、歩くのが辛くなって座り込みました」

「薬や食べ物にアレルギーはありますか？」…「特にありません」

「病院でお薬をもらって飲んでいますか？」…「いいえ」

この症例では既往歴 (past medical history) の聴取が重要になってきます。

「いままで病気になったり、入院したことはありませんか？」などのように一般的に質問することもあります。この事例では「いままで気管支喘息の発作で病院にかかったり、気管支喘息の診断を受けたりしたことはありませんか？」のように、焦点を絞ってもよいでしょう。「気管支喘息と言われたり発作を起こしたことはありません」と言われたら、気管支喘息以外で「息切れ」の原因となる疾患や病態を新たに思い浮かべる必要があります。

事例2

12月の早朝、天候は晴れ。

事前情報：一緒に散歩していた友人から119番通報。公園でウォーキング中、中年女性の傷病者が気分が悪くなり縁石に座り込んだ。顔色が悪く、苦しそうなので救急車要請となった。詳細不明。

◆ 事前情報から考えられる病態や疾患、心停止の可能性・近接性

寒い時期の中年女性の気分不良、重篤な疾患として急性冠症候群（acute coronary syndrome：ACS）を考える必要がある。心筋梗塞であれば心室細動を起こし心停止に陥る可能性がある。

◆ 現場到着から初期観察

感染防御を行い、現場の安全を確認。

傷病者に近づきながら観察し、「縁石に座り込み、いかにもぐったりしたという様子」、「肩で息をしている…」。

さらに近づき「大丈夫ですか？」と声をかけると、辛そうな様子でこちらを向いて、力なくうなずいた。表情は不安な様子で顔色は良くない。汗はかいていない様子。

肩で息をしており呼吸困難ありと評価、呼吸に伴って異音は聞こえない。呼吸はやや大きく、呼吸に伴い胸は挙上し、上半身が揺れている。

初期観察から傷病者の状態は「不安定」と判断し、隊員に迅速処置として酸素投与とモニタ装着・AED使用の準備を指示した。

「いまはどんな症状がありますか？」と質問すると、「胸の辺りが気持ち悪い」と答えあり。脈拍を触れようとウエアの袖をまくり上げ前腕部に触れると冷感あり。

救急車は傷病者の近くに停車できたので、この不安定な傷病者にとって最も安全な救急車内に収容することにした。

◆ 詳細な評価

この時点で考えられる現場診断は心筋梗塞であり、臨床推論のプロセスではSAMPLERとOPQRST、モニタ心電図でST上昇、バイタルサインをできるだけ素早く評価し、現場滞在時間をできるだけ短時間にとどめるよう活動プランを立案します。

安定な傷病者に対する現場活動では必要な情報を収集する時間的余裕がありますが、不安定な傷病者に対する現場活動では、必要最小限の情報だけ収集し早期に現場を離脱する方が賢明です（前者を「安定モードの現場活動」、後者を「不安定モードの現場活動」と呼んでもよいでしょう）。

事例3

4月の午後10時

事前情報：自宅居間でテレビを見ていた76歳男性が急にぐったりし、呼びかけても返事がないとことで救急車要請となった。指令が「呼吸をしていますか？」と質問すると「しているようです」との返事があり、CPRの指導は行わなかった。通信司令は意識障害と判断し救急隊単独出場とした。

◆ 事前情報から考えられる病態や疾患、心停止の可能性・近接性

脳卒中などの意識障害も考えられるが、心臓・大血管の疾患による心停止の可能性もある。傷病者接触後、心停止であればCPRを開始し、応援を要請する。

◆ 現場到着から初期観察

感染防御を行い、現場の安全を確認。傷病者はぐったりし、倒れ込んでいる。傷病者に接触し、「わかりますか？」と大きな声で呼びかけても反応なし。呼吸なし、脈拍触れず、即時評価で心停止と判断し、ただちに隊員と機関員にCPR（即時蘇生）を指示したあと、すぐに応援を要請した。

◆ 詳細な評価

この症例では「不安定モード」、すなわち詳細な評価では必要最小限の情報をできるだけ短時間で収集し、現場滞在時間を短くする活動プランを採用します。「滞在時間を短くする」と言うだけでは現場滞在時間は短くならないので、「10分で現場出発」などと時間を宣言し、時間管理を開始するとよいでしょう。

表3 臨床推論シート記入例（事例1）

通信指令から救急隊に伝える情報	初期観察に基づき臨床推論を更新	詳細な評価：臨床推論の更新サイクルを回し、妥当な結論を導く		結論とファーストコール	
事前情報	初期観察と評価	詳細な評価		鑑別診断	
40代女性 買い物中、息切れ 店員が通報	現場・危険は？ 危険なし ----- 傷病者の周囲・危険は？ 店員つきそい、危険なし ----- 傷病者の外見 座位 ----- 傷病者の訴え 息切れ	S 息切れ A なし M なし P 数年前クリニックで喘息と言われた ----- L E 買い物をしていてだんだん息切れがしてベンチに座りこんだ R 特になし	O P Q R S T } 訴えは疼痛ではないのでOPQRSTは該当しません	生命が危険 重篤 安定しているが救急処置を要する どちらでもない	
心停止の可能性は？ 喘息重症発作なら可能性あり	一次評価 気道 異常なし 呼吸 異常なし 循環 異常なし 意識 清明 ----- 安定/不安定 安定 ----- 処置 なし	バイタルサイン 血圧 100/70 mmHg 心拍数 80回/分 呼吸数 16回/分 体温 36.5℃	身体所見 呼吸音 吸気時に 気管支狭窄 音あり	簡単な検査 SpO ₂ 96% モニタ心電図 サイナスリズム	搬送先 二次救急病院 救急外来
事前情報から考えられる病態・疾患 喘息、呼吸障害	鑑別診断 1. 喘息 2. 心不全 3.	1. 喘息			

表4 臨床推論シート記入例（事例2）

通信指令から救急隊に伝える情報	初期観察に基づき臨床推論を更新	詳細な評価：臨床推論の更新サイクルを回し、適切な結論を導く		結論とファーストコール	
事前情報	初期観察と評価	詳細な評価		鑑別診断	
中年，女性 ウォーキング中 気分不良	現場・危険は？ 危険なし	S A M P L E R	O P Q R S T	生命が危険	
	傷病者の周囲・危険は？ 公園，危険なし			重篤	
	傷病者の外見 座り込み，ぐったり 肩で息をしている			どちらでもない	
	傷病者の訴え				
心停止の可能性は？ あり	一次評価 気道 開通 呼吸 呼吸困難 循環 ショック疑い 意識 あり 安定/不安定 不安定 処置	バイタルサイン	身体所見	簡単な検査	搬送先
事前情報から考えられる病態・疾患 心筋梗塞	鑑別診断 1. 心筋梗塞 2. 肺塞栓症 3.				

5 IMLSコースについて

池上敬一

我々の日本医療教授システム学会では本書の内容をシミュレーションコース（Immediate Medical Life Support：IMLSコース）として開発・展開したいと考えています。

以下、IMLSコースの目的、開催や普及のシステムについて説明します。

IMLSコースの目的

IMLSコースの対象は病院前救急医療に従事する消防職員で、コースの学習目標は総合救急診療パスを用いた救急活動ができること、そして搬送先病院に対し適切なファーストコールができることにあります。

コースの修了条件は、表1に示したチェックシートに示された項目が漏れなく実行されることとなります。この目標を達成するための準備として、受講者はチェックシートの項目を参照しながら本書で独習しておく必要があります（コースの事前学習）。

コースにおいてもこのチェックシートを用いて、自分の推論のプロセスをくり返し振り返る練習を行います。実技試験を行う場合は、チェックシートの「実技試験での不合格の基準」に1つでもチェックが入ると不合格となります。

表1 実技用チェックリスト
(以下の項目をクリアすることをめざす)

初期観察	
現場の状況把握, 安全確認 Scene Safety 環境/状況チェックと自分自身の安全確認	
傷病者の観察・評価	
主要な症状/容態	
一次評価	気道 呼吸 循環 意識
安定・不安定の判断	
不安定で致死的病態と判断すれば即時蘇生を開始する 安定なら詳細な評価を開始する	
詳細な評価	
病歴聴取	
OPQRST	Onset (発症) Palliation/Provocation (寛解要因/増悪要因) Quality (性状) Radiation (放散) Severity (程度) Time (経過)
SAMPLER	Signs and Symptoms (症状と徴候) Allergies (アレルギー情報) Medications (常用薬) Past medical history (既往歴) Last meal (最終の飲食) Event (先行イベント) Risk factor (リスク要因)
二次評価	
臓器系統別の身体診察・焦点を絞った身体診察	
バイタルサイン	
	呼吸数 脈拍数 血圧 皮膚, 体温, 湿潤度, 色調
簡単な検査	モニタ心電図, SpO ₂ , 血糖値など

(次ページへ続く)

(前ページからの続き)

鑑別診断

致命的なのか？ 重症なのか？ 緊急性はないのか？

I-SBAR-Cで報告ができたか？

実技で以下の項目があれば再受講

- 感染予防処置を行わなかった
- 現場の安全状況を確認しなかった
- 初期評価を行わなかった。「初期評価」が後回しになった
- 気道管理、呼吸管理、循環管理が行われなかった
- 致命的病態かどうか判断できなかった
- 要点を絞った病歴聴取が行われなかった。もしくは救命処置の前に行った
- 処置が適切ではなかった
- 総合救急診療パスに従っていなかった

IMLSコース：オープンコースと消防署内で開催するコース

IMLSコース開催には2つの方法があります。1つは公募形式で行うコース（オープンコース）で、対象者はインストラクター候補者と署内開催コースが行われていない消防職員になります。オープンコースの時間割の例を表2（インストラクター1名に対し受講者4名、4シナリオ）に示しました。シナリオステーションでは、総合救急診療パスの使い方・I-SBAR-Cでの報告に習熟することに加え、シナリオの解説（疾患の講義とシナリオのポイントの解説）を行います（受講者には「シナリオのポイント」を配布します）。オープンコースでは1シナリオ当たり40分を割り当て、じっくり学習することを意図しています。

IMLSコースのもう1つの形式（本来の形式）は、消防署内で救急隊員が自主開催するもので表3に時間割の例を示しました（インストラクター1名に対し受講者4名、8シナリオ）。消防署内でコースを行うための工夫として、1回当たりおよそ60分の分割コースとしました（コースを5回のレッスンに分割しています）。1シナリオ当たり20分を割り当て、くり返し練習することに重点を置いています。また消防署内コースでは、疾患についての学習はレッスン中には行わず（レッス

表2 公募形式で行うIMLSコースの時間割の例

開始	終了	時間	内容	詳細
13:00	13:10	0:10	受付・オリエンテーション	
13:10	13:50	0:40	総合救急診療パスの解説	ビデオ供覧
13:50	14:00	0:10	休憩	
14:00	14:40	0:40	シナリオステーション1 総合救急診療パスの 使い方を中心に	シミュレーション 15分 デブリーフィング 15分 シナリオの解説 10分
14:40	15:20	0:40	シナリオステーション2 総合救急診療パスの 使い方を中心に	シミュレーション 15分 デブリーフィング 15分 シナリオの解説 10分
15:20	15:30	0:10	休憩	
15:30	16:10	0:40	シナリオステーション3 I-SBAR-Cによる報 告を中心に	シミュレーション 15分 デブリーフィング 15分 シナリオの解説 10分
16:10	16:50	0:40	シナリオステーション4 I-SBAR-Cによる報 告を中心に	シミュレーション 15分 デブリーフィング 15分 シナリオの解説 10分
16:50	17:10	0:20	質疑、全体振り返り、 アンケート記載	
17:10	17:20	0:10	修了・解散	

インストラクター1名に対し、受講者4名を想定

ン時間短縮のため)、それぞれのレッスン後に独習することを想定しています。受講者は独習教材(「シナリオのポイント」)を使って疾患について学習します。

コース修了には実技試験は必須ではありません。コース中、チェックシートを用いて記載してある項目をすべてクリアでき、かつ実技試験での不合格の基準にチェックが入らなければ(相互チェックや自己チェック)合格と判断します。

表3 IMLSコース（消防署内開催）の時間割例

時間配分	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
5分	学習目標の確認	学習目標の確認	学習目標の確認	学習目標の確認	学習目標の確認
20分	受講者A：練習シナリオ 総合救急診療パスの使い方 を確認する	シナリオ1 シナリオ10分, デブリーフィング10分	シナリオ3 シナリオ10分, デブリーフィング10分	シナリオ5 シナリオ10分, デブリーフィング10分	シナリオ7 シナリオ10分, デブリーフィング10分
20分	受講者B：練習シナリオ 総合救急診療パスの使い方 を確認する	シナリオ2 シナリオ10分, デブリーフィング10分	シナリオ4 シナリオ10分, デブリーフィング10分	シナリオ6 シナリオ10分, デブリーフィング10分	シナリオ8 シナリオ10分, デブリーフィング10分
15分	全体振り返り	全体振り返り	全体振り返り	全体振り返り	全体振り返り

合計 60分

インストラクター1名に対し、受講者4名の場合

IMLS インストラクター養成

IMLS インストラクターコースの受講条件は、現場経験が豊富な救急救命士であること、IMLS プロバイダーコース（オープンコース）を受講していること、日本医療教授システム学会（JSISH）が監修した「成人学習と教授原理」（IMLS インストラクターコース受講者に配布）で事前学習しテストに合格していることです。インストラクターコースで合格すればIMLS インストラクターとして認定いたします。

IMLS コースの質を担保する医師

地域で開催するIMLS コースの質（教材、インストラクション、プロバイダーのパフォーマンス）を担保するために、救急隊員と交流がある（例：メディカルコントロールの活動を通じて）医師がクオリティマネジメントを行います。

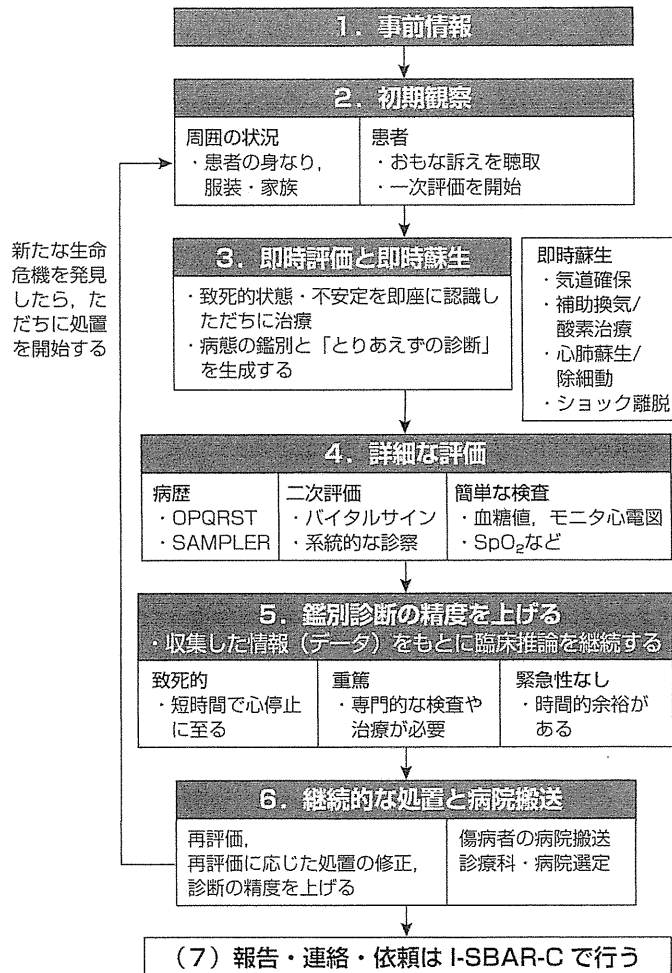
IMLS コースの普及

臨床推論およびI-SBAR-Cによる病院への連絡というIMLS コースの内容は、既存のシミュレーションコースでは学習できない内容です。このコースの特長であるファーストコール（搬送先病院への傷病者情報の適切な伝達）の重要性は「救急救命士標準テキスト」（改訂第8版）でも強調されています。

IMLS コースの普及についてはウェブサイトを利用したいと考えています。IMLS コースに関心がある方は、以下のサイトからIMLS オープンコースなどの情報を入手してください。

<http://jsish.jp/imls/>

付 録



付録1 総合救急診療パス 「7つの要素」

付録2 病歴聴取のフォーマット：SAMPLER

SAMPLERとAMPLERの使い分け

- ・十分な受け答えができる場合…SAMPLER
- ・受け答えができない、または信頼性が乏しい場合（意識障害）…AMPLER

Symptoms：症状（傷病者自身が訴える症状）

Allergies：アレルギー

Medications：服用歴

Past medical history：既往歴

- ・既往歴がある場合は、疾患名・疾患の進行度・治療の内容・合併症発症の有無などについての情報を聴取するが、それには疾患の知識が必要となる
- ・「既往歴なし」は、多くの場合聞き方が不十分。例えば、65歳男性の意識障害では原因疾患が必ず存在し、その発症は過去に遡ることができる。病歴を聴取するスキルがなければ病歴を取ることはできない。

Last meal：最後の食事（口にしたもの）

Events prior to illness：発病前の出来事・救急車を要請するまでの経過

Risk factor：生活歴、家族歴など疾病の仮説形成に有用な情報

- ・例：傷病者に糖尿病の既往歴はなくても、本人の肉親の誰かが糖尿病であれば、傷病者が糖尿病である可能性は高くなる。
- ・例：1日20本、30年以上の喫煙歴があれば、慢性呼吸器疾患の可能性を考慮する（既往歴がなくても）

付録3 疼痛に対する病歴聴取のフォーマット：OPQRST

Onset：発症

「いつから痛みだしましたか？」

Palliation：増悪/寛解の因子

増悪の場合：「姿勢などにより痛みが強くなったりしますか？」

Quality：性状

例：頭痛…ズキズキ、殴られたような、締めつけられるような

例：腹痛…チクチク、差し込むような

Radiation/Location：放散部位/痛みの部位

Severity：痛みの強さ（がまんできる、激しい痛みなど）

「痛みがない状態を0点、耐え難い痛みの強さを10点とすると、あなたの痛みは何点くらいですか？」

Time：持続時間

付録4 I-SBAR-Cによる報告

	説明	例（冬、平日の午後10時）
I Identify 確認	自分と相手の確認	こちら〇〇救急隊の救急救命士△△です。
S Situation 状況	傷病者の問題の要点 「結論」を先に述べる。バイタルサインは異常値を先に述べる	74歳男性、自宅で発症した意識障害。意識レベルはJCSⅢ-300です。瞳孔不同があり、右散瞳、右対光反射ありません。
B Background 背景	傷病者の背景 病歴、主要な既往歴	高血圧と糖尿病で通院治療中。一人暮らしで、訪ねてきた娘が居間で倒れているのを発見し119番通報になりました。
A Assessment 評価	傷病者の評価 臨床推論に必要な情報あるいは自分の判断（状況で述べた内容）の根拠	意識Ⅲ桁で気道と呼吸は正常、血圧は200/110、酸素6 L/分でSpO ₂ は96%です。
R Request 要請	依頼内容・受入の依頼	脳卒中を疑い、脳外併設の先生の病院を選定しました。傷病者の受け入れは可能でしょうか？
C Confirm 確認	医師から指示があれば、その内容を復唱し確認する	医師：酸素投与量を10 L/分に上げてください。 救急隊：酸素10 L/分ですわ、わかりました。

付録5 I-SBAR-Cによる報告を行うためのツール
(ファーストコール用紙)

	テンプレート
I Identify 確認	私は_____救急隊の救命士_____です。 傷病者は_____歳，男性・女性です。
S Situation 状況	傷病者の状態は（窒息，呼吸困難，ショック，意識障害など） 呼吸回数_____，SpO ₂ _____％ 血圧_____，心拍数_____，体温_____， 意識レベル （異常な値を優先する）
B Background 背景	現病歴は， 既往歴は， 治療の内容
A Assessment 評価	バイタルサイン： 身体所見： 考えられる疾患・病態
R Request 要請	依頼内容・受入の要請
C Confirm 確認	医師指示： 指示の確認：

※羊土社ホームページ (<http://www.yodosha.co.jp/>) で、
本書を検索してください。本用紙がダウンロードできます

付録6 臨床推論シート

通信指令から救急隊に伝える情報	初期観察に基づき臨床推論を更新	詳細な評価：臨床推論の更新サイクルを回し、適切な結論を導く		結論とファーストコール	
事前情報	初期観察と評価	詳細な評価		鑑別診断	
	現場・危険は？	S A M P L E R	O P Q R S T	生命が危険	
	傷病者の周囲・危険は？			重篤	
	傷病者の外見			どちらでもない	
	傷病者の訴え				
心停止の可能性は？	一次評価 気道 呼吸 循環 意識 安定/不安定 処置	バイタルサイン	身体所見	簡単な検査	搬送先
事前情報から考えられる病態・疾患	鑑別診断 1. 2. 3.				

※羊土社ホームページ (<http://www.yodosha.co.jp/>) で、本書を検索してください。本用紙がダウンロードできます

きゅうきゅうたいいん
救急隊員のための
かくじつ った
確実に伝わるファーストコール

しやうれい まな ない か しやうこう かんさつ ひやうが
症例で学ぶ内科症候の観察と評価

2013年2月1日 第1刷発行

監修 日本医療教授システム学会

編集 池上敬一

発行人 一戸裕子

発行所 株式会社 羊土社

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町2-5-1

TEL 03 (5282) 1211

FAX 03 (5282) 1212

E-mail eigyo@yodosha.co.jp

URL <http://www.yodosha.co.jp/>

装帧 関原直子

ISBN978-4-7581-1729-6

印刷所 株式会社平河工業社

本書の複写にかかる複製、上映、譲渡、公衆送信（送信可能化を含む）の各権利は（株）羊土社が管理の委託を受けています。

本書を無断で複製する行為（コピー、スキャン、デジタルデータ化など）は、著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）を除き禁じられています。研究活動、診療を含み業務上使用する目的で上記の行為を行うことは大学、病院、企業などにおける内部的な利用であっても、私的使用には該当せず、違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法となります。

JCOPY <（社）出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、（社）出版者著作権管理機構（TEL 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

The

臨床推論 推論

研修医よ、診断のプロをめざそう！

東京大学医学教育国際協力研究センター 講師

大西 弘高 編

「デキル医師は診断のとき、何を考えているのか？」
臨床推論のプロセスを理論的背景と事例から解説

診療科ごとわかる！鑑別診断の達人が教える「考えるヒント」が満載

救急科

南山堂

皮膚科

小児科