

2012年8月6日
第2989号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly
週刊医学界新聞
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [対談] 臨床実習の明日を見つめて(奈良信雄、前野哲博) / [連載] 外来診療 次の一手 1-3面
- [寄稿] 外科医のノンテクニカルスキル (円谷彰) 4面
- [連載] 「型」が身につくカルテの書き方 5面
- MEDICAL LIBRARY 6-7面

対談 臨床実習の明日を見つめて



奈良信雄氏
東京医科歯科大学教授・
医学教育システム研究センター長

医学生が実際の医療に触れる初めての機会となる「臨床実習」。医師として必要な技能・態度の修得に不可欠なその教育課程に今、改革が急がれています。米国 ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) は2023年以降、「国際的な認証を受けた医学部の卒業」を米国で臨床研修を行うための要件にすると発表 (MEMO)。認証取得の鍵は、参加型臨床実習を充実させ、医学教育の質を保証することと言われています。

本対談では、全国医学部長病院長会議「医学教育の質保証検討委員会」委員長を務める奈良信雄氏と、充実した臨床実習に定評がある筑波大学の前野哲博氏を迎え、これからの臨床実習の在り方を考えます。



前野哲博氏
筑波大学教授・地域医療教育学 /
総合臨床教育センター長

なぜ今、臨床実習の充実化が求められるのか

奈良 現在の医学教育で最も充実させなければいけないのが、臨床実習だと言われています。

前野 卒前・卒後の研修をシームレスにつなげ、より効率的に臨床研修を行うためには、臨床実習を充実させ卒前での臨床能力を底上げすることが、良医の養成を国民に保証するという観点から重要です。さらに医学部に国際的な認証の取得が求められていることも、臨床実習の充実化を急ぐ理由となっています。

奈良 現在、そういった要請に応え、わが国の医学部でも国際的な基準に則った新たな臨床実習の枠組みを作ろうという議論が始まりました。

前野 国際認証を取得するためには、臨床実習にどのような基準が求められるのですか。

奈良 米国では、カリフォルニア州など多くの州で医師免許取得の要件に72

週以上の臨床実習が、欧州では医学部教育の3分の1以上の時間を臨床実習に充てることが課されています。もっとも、国際的な基準とされるWFME, LCME どちらの基準にも、臨床実習に必要な時間数は規定されていません。求められるのは時間数ではなく、臨床実習の「質」です。

前野 つまり、従来多かった「見学型」ではなく、「診療参加型」の臨床実習が求められるということですね。

教育よりも診療現場を優先すれば、どうしても「学生は後ろで見る」という見学型の実習となりますが、それでは応用はつきません。単なる知識にとどまらず、実践的なスキルや臨床現場での問題解決能力を身につけるには、手間がかかりリスクもありますが、現場に触れる臨床実習は必須ですね。

臨床実習の在るべき姿とは

奈良 では、具体的にどのような臨床実習の導入が望ましいのかを考えていきましょう。まずは筑波大学での臨床

	4月	9月	3月
4年生	Pre-CC	夏休み	CC1 (8週) CC2 (8週) CC3 (8週) CC4 (8週)
5年生	CC5 (8週)	CC6 (8週)	CC7 (8週) 選択CC (4週×2科) 地域CC (病院(6週), 診療所等(2週))
			地域CC 社会+休み CC7 選択CC
			選択CC 地域CC 社会+休み CC7
6年生	自由選択実習 (6週) 新医学専攻 (研究室実習)	夏休み	統括講義・卒業試験

● 図1 筑波大学のクリニカル・クラークシップの全体像
網掛け部分がCCに該当。原則として全診療科をローテーションする。実習期間は各科均等ではなく、学生の興味と希望に基づいてユニット内での弾力的な設定が可能となっている。

実習をご紹介しますか。
前野 本学では、「本来在るべき臨床実習」という観点から2004年度にカリキュラム改革を実施し、78週間のクリニカル・クラークシップ (以下、CC) 方式をとった診療参加型臨床実習を導入しています (図1)。

特徴として、実習単位を「5階ユニット」のようなフロア (階) ごととすることがあります。われわれの大学病院は混合病棟ですが、もし、診療科の順番だけを決めて実習した場合、1-2週ごとに頻りに病棟が変わることになるため、担当する看護師や物品の場所がその都度変わり、参加型実習の障害にな

MEMO 医学部の国際的な認証

米国外の医学部卒業生向けに米国での臨床研修資格を発行する ECFMG が、2023年以降は世界医学教育連盟 (World Federation for Medical Education; WFME) もしくは米国医学教育連絡委員会 (Liaison Committee on Medical Education; LCME) と同等の基準で認証された医学部の出身者にのみ、米国医師国家試験 USMLE の受験資格を与えるとして2010年秋に発表。2023年以降、日本の医学部出身者が同資格を得るためには、国際基準に則った教育を実施しているという認証を医学部が取得している必要がある。

る恐れがあります。そこでフロア単位でユニットを作り、一定期間まとめて実習する方式を採用しています。

各ユニットには診療科が4-5科ずつ含まれ、全部で7つのユニットを8週ずつ回ります。このほか、もう一度回りたい診療科2つを4週ずつ回る「選択CC」、まるまる8週地域の病院・診療所に出る「地域CC」、さらに6年生での「自由選択実習」6週を合わせ、合計78週という構成になっています。
奈良 実習の時間数を多く確保しているのですか。ただ時間数を増やすと、実習前の基礎医学や臨床医学の教育が大変になりませんか。

(2面につづく)

● 次週休刊のお知らせ
次週、8月13日付の本紙は休刊とさせていただきます。次回、2990号は8月20日付となりますのでご了承ください。
(「週刊医学界新聞」編集部)

August 2012 新刊のご案内 医学書院

● 本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
● 医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p>標準生化学 藤田道也 B5 頁368 定価5,250円 [ISBN978-4-260-00801-3]</p>	<p>生活機能からみた老年看護過程 +病態・生活機能関連図 (第2版) 編集 山田律子、萩野悦子、井出 訓 編集協力 佐々木英忠 A5 頁536 定価3,780円 [ISBN978-4-260-01564-6]</p>	<p>言語聴覚研究 第9巻 第2号 編集 日本言語聴覚士協会 B5 頁68 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01667-4]</p>
<p>急性中毒診療レジデントマニュアル (第2版) 監修 相馬一宏 執筆 上條吉人 B6変型 頁432 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01553-0]</p>	<p>看護学生のための薬理学ワークブック 食見忠弘 B5 頁160 定価1,680円 [ISBN978-4-260-01392-5]</p>	<p>【好評発売中】 今日の診療プレミアム Vol.22 DVD-ROM for Windows DVD-ROM 価格76,650円 [ISBN978-4-260-01609-4]</p>
<p>基礎から学ぶ クリニカルパス実践テキスト 監修 日本クリニカルパス学会学術委員会 B5 頁144 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01599-8]</p>	<p>Let's Listen, Speak and Learn 臨床看護英語 (第5版) 仁木久恵、Sharts-Hopko Nancy、助川尚子 A5 頁96 定価1,680円 [ISBN978-4-260-01552-3]</p>	<p>今日の診療ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows DVD-ROM 価格54,600円 [ISBN978-4-260-01611-7]</p>

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

対談 臨床実習の明日を見つめて

<出席者>

●奈良信雄氏

1975年東京医歯大医学部卒。放医研、トロント大オントリオ癌研究所研究員などを経て、94年東京医歯大教授。2006年より現職。専門は血液内科学、臨床検査医学、医学教育。世界14か国、35大学の視察経験に基づき、国際レベルで通用する医師の育成を目標に、医学部教育や医師国家試験の在り方などを検討している。「医学教育モデル・コア・カリキュラム」改訂委員、医師国家試験改善検討部会委員、日本医学教育学会代議員。『内科診断学(第2版)』『わかる!検査値とケアのポイント』(ともに医学書院)など編著書多数。

●前野哲博氏

1991年筑波大卒。川崎医大総合診療部、筑波メディカルセンター病院などを経て、2009年より現職。総合診療科で診療・教育に従事する傍ら、大学病院の臨床研修プログラム責任者、医学群医学教育企画評価室のメンバーとして、卒前・卒後教育のコーディネーターにかかわり、特に地域医療教育の充実にむけ積極的に取り組んでいる。日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、日本医学教育学会評議員。編著書に『帰してはいけない外来患者』(医学書院)など。

(1面よりつづく)

前野 本学では、4年生の6月に共用試験を行い9月から臨床実習を始めるので、それまでに実習前教育を終わらせる必要がありました。それが可能になったのは、3年次までのカリキュラムを臓器別の統合カリキュラムとし、チュートリアルと講義のハイブリッド型で効率的に運用するシステムを採用しているためです。ただ、基礎医学の教員を中心に「もう少し時間がほしい」という声はありますね。

奈良 東京医科歯科大学では、2011年度の入学生から1年間の教養教育の後、2-3年生で基礎医学と臨床医学を学ぶという新カリキュラムを導入しました。実習前教育は、関連する基礎医学分野をまとめて学ぶモジュール制や、例えば消化器であれば内科だけでなく外科や画像(放射線科)、解剖、病理も同時に学ぶブロック制を敷くことで効率化に努めています。

前野 工夫をしているのですね。

奈良 旧カリキュラム(図2)では5年生の4月から臨床実習を開始しますが、新カリキュラムでは臨床実習を4年生の秋から開始できるようになります。臨床実習では、プレクラークシップとしてまずシミュレーターなどを使って診察技法や心電図・エコー検査法などを学び、それから病棟や外来で実際の患者さんを対象にしたCCが行われます。旧カリキュラムでは臨床実習は62週ですが、新カリキュラムではCCをより充実させ78週以上確保する計画です。

地域や行政を巻き込み、院外実習施設を整備する

前野 十分な実習期間の確保は、まだ

Table with 4 columns: Program Name (プレクラークシップ, CBT・OSCE, クラークシップ), Period (5 years 4 months-6 months, 6 months, 5 years 7 months-9 months), Duration (10 weeks, 2 weeks, 52 weeks), Objectives, Methods, Courses, Main Venues.

●図2 東京医科歯科大学の臨床実習の構成(2002-10年入学者用)

多くの大学で課題となっています。1年間、つまり52週以上の実習期間を設けると、どうしても2学年分に当たる約200人の学生が同時に臨床実習に出る時期が生じます。その人数を受け入れ可能な大学病院は少ないため、教育機能を持つ院外の医療機関を実習の場としていくことも必要でしょう。

奈良 大学病院外での実習施設を充実させることは、臨床実習における重要な環境整備の一つですね。

前野 院外実習には、大学病院という特殊な診療環境だけでなく、地域医療などさまざまなタイプの医療現場を経験させるという役割もあります。

本学では、8週間の地域CCのうち6週間を教育関連病院、1週間を地域の診療所、残りの1週間を茨城県の東端にある神栖市の民宿に泊まり込んで過ごします。神栖市では、訪問看護や診療所実習、乳児健診などのほか、地域健康教室の実施や住民体験実習として野菜の収穫や和菓子作りなどを手伝いながら地域住民と触れ合い、そこでの会話を通して地域医療のニーズを聞くという実習も取り入れています。

奈良 面白い取り組みですね。学生の満足度も高そうです。

前野 ええ。地域の医療機関だけでなく自治体側も、医学生がその土地での地域医療に興味を持ってくれるなら喜んでサポートして下さる場合が多いです。

院外実習には、学生が多様なフィールドで学べるだけにとどまらず、医療機関にとっても教育に携わることで病院を活性化し、未来の医師にその存在をアピールする機会を得るというメリットがあります。行政・地域を巻き込んで教育の枠組みを構築していけば、院外実習を支えてくれる人はもっと増えると思います。

奈良 教育に必要なマンパワーを、大学だけでなく行政や地域が一体となり支えるというコンセプトはいいですね。

米国では、大学外の病院の医師がボランティアで教育に携わることが少なからずあると聞きます。日本でも大学教員だけでは教育のすべてをまかなえないので、関連病院の医師や地域の開業医に臨床実習の協力を得るのが望ましい形ですね。

前野 本学では、院外でも大学病院と

同レベルで臨床実習を実施できることを目標に、地域の医療機関に大学教員を派遣する取り組みも行っています。現在、約50人の教員が院外の医療機関に所属しており、院外でも統一した理念のもとCCを実施できるようなカリキュラムにしていきたいと思っています。

奈良 教育にばらつきがでないよう、実習に携わる医療者が指導法を共有することは、とても重要なことですね。

どの医行為を学生が実施するのか?

奈良 臨床実習の環境整備という観点からは、学生が実施できる医行為をどのように定めればよいのかという課題もあります。

前野 本学では、実は学生が行ってよい医行為を明確な文書の形では規定していません。というのは、実習の開始時点と終了間近では学生の実力もモチベーションも全く違うからです。それを一つの規定で縛ってしまうのは、むしろ参加型実習の足かせとなるため、指導医が責任を持つかたちで柔軟に運用しています。

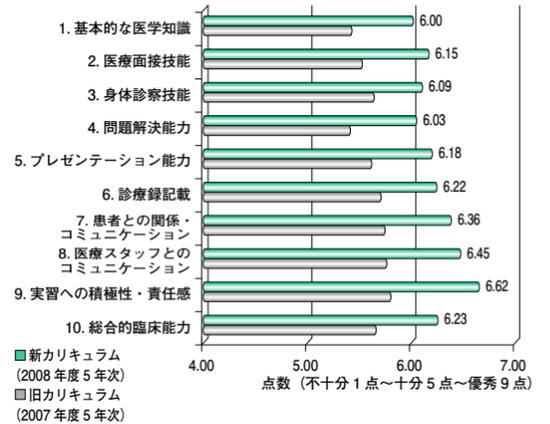
よく、「参加型実習=侵襲的な医行為をさせなければいけない」と誤解する方もいますが、そうではありません。できるだけ指導医の裁量権を大きくとり、学生一人ひとりに適したCCを心がけています。

奈良 「法」で縛るのではなく、あくまでも教員の裁量で医行為を判断するという考えですね。ただその場合、学生が行う医行為を患者さんが嫌がる懸念はないですか。

前野 もちろん、そういうことが極力ないように症例を選び、十分な指導のもと診察に当たります。これまで大きなトラブルになったことはありませんが、忙しい診療の場でどうやって患者さんの同意を得て教育と診療を両立させていくかは大きな課題です。

奈良 われわれ医療者は、医師を育てるためには国民の協力が必要だということを、社会にもっと発信していかなければならないのかもしれないですね。

前野 そのためにも医学生は患者さんにもっと礼儀正しく接する必要がある



●図3 CC終了時における学生のパフォーマンス評価 各診療科の担当教員が、5年次終了時1週間の実習におけるパフォーマンスについて各学生を評価した結果。全項目で新カリキュラムの数値が向上している。

でしょう。CCの基本は、患者さんとのコミュニケーションにあります。学生自身が、後ろで見ただけでなく前へ出て、自分の受け持ち患者としてしっかり話をして、患者をきちんと把握することが大切です。

奈良 医療事故が裁判沙汰になる場合、多くは医療者・患者間のコミュニケーションが取れていないことが原因です。ですから、学生時代からコミュニケーション能力を十分に鍛えることは大事ですね。

参加型臨床実習のアウトカムを評価するには

前野 ここまで環境整備の面から臨床実習をめぐる課題を考えてきましたが、「これをすれば参加型臨床実習」と言える定義は実はありません。

奈良 アンケートで「CCを行っている」と回答しても、「自称参加型」で従来の見学型と変わらない大学もあり、大学ごとに臨床実習の受け止め方が異なる部分も多くあるのが現状です。ただ一つの道しるべとして、本年3月の文科省「先導的・大学改革推進委託事業」で、臨床実習の在るべき姿を報告しました¹⁾。ぜひ全国の医学部の先生方に参考にしてほしいと思います。

前野 臨床実習の週数やカリキュラム内容といった外形評価の基準があると、確かにわかりやすいと思います。ただ医学教育の質保証という観点では、カリキュラムだけではなく内容、つまり参加型の程度のようなものを評価する必要があります。

奈良 参加型臨床実習の質の評価は非常に難しく、おそらく外部評価でも見えにくい部分です。一つの方法としては、どのような実習を受けているかを学生にインタビューする手法があります。英国では、学生や研修医にも研修内容や臨床指導のようすについて調査を行っていると聞いています。

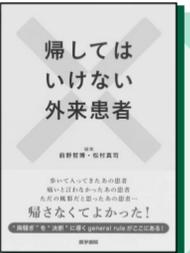
前野 本学でも毎年学生にアンケートを実施しており、「実習期間」「CC方式で適切に実施されていたか」という設問では、適切との評価が年々高まっています。また、各科の教員による学生

あの患者を帰さなくてよかった! 胸騒ぎを決断に導くgeneral ruleが満載!

帰してはいけない外来患者

歩いて入ってきたあの患者、痛いと言わなかったあの患者、ただの風邪だと思ったあの患者... 外来で何となく胸騒ぎを覚えた時に見逃してはいけないポイントはどこにあるのか。決断の手助けとなるgeneral ruleをまとめた。外来診療で必要とされる臨床決断のプロセスや、症候ごとの診察の視点が、わかりやすくまとめられている。症例も数多く掲載され、実践的な対応を学ぶことができる。

編集 前野哲博 筑波大学医学部臨床系地域医療教育学教授 松村真司 松村医院院長



臨床研修で高い人気を誇る4病院救急部のコラボレーション!

救急レジデントのTIPS

落とし穴があった症例や示唆に富んだ症例など、レジデントに伝えたい「現場の実践知」がこの1冊に。臨床研修病院として人気の聖路加国際病院、国立病院機構東京医療センター、国立国際医療研究センター病院、国立成育医療研究センター病院の救急部による編集・執筆。少し背伸びをしたいレジデントに役立つTIPS!

編集 ERカンファレンス



のパフォーマンス評価では、旧カリキュラムに比較し新カリキュラムでは全項目向上しています(図3)。これですべてを判断できるわけではありませんが、期間を十分に取ってCCを行えば学生の能力は伸びると実感しています。

奈良 非常にいいデータですね。一方、CCでは患者さんへの責任が伴い、リスクもあります。実習の場に出る前に、共用試験で学生の知識・態度・技能をきちんと評価することも必要でしょう。

前野 共用試験では“形”は評価できても学生が身につけた“中味”はわかりません。共用試験の評価だけでなく、その学びを実習で発展させ、実臨床の力につなげていくこと、そしてそれをきちんと評価する必要があります。

奈良 学生が行うプロセスをチェックし、フィードバックすることが重要ということですね。一方で、教員だけが教育を担うのでは、負担が大きいのも実際です。そこを解決するようなアドバイスはありますか。

前野 よく屋根瓦式と表現されますが、教員だけでなく上級医、研修医あるいは学生も教育スキルを上げると教員の負担軽減につながります。特に研修医は、自分が教わるだけではなく「自分も後輩を教育していくんだ」ということを最初からミッションとして組み込んでいくことが大切です。

奈良 医療は医師だけでなくさまざまな職種の方の連携で成り立っているため、多職種の方々に協力してもらうことも必要ではないですか。

前野 ええ。職種の壁がまだ厚いのも事実ですが、多職種連携は今後の医療の大きなキーワードです。優れた医療の提供を全医療者の共通の目的とし、医師も他の職種の教育に協力する一方で、医学生に他職種の協力を得られる関係を築いていく必要があります。労力と手間を考えると大変ですが、教育に対する大学自身の姿勢が問われている部分です。

国際認証の取得への道

奈良 現在、日本医学教育学会で認証のための基準策定が進められ、並行して全国医学部長病院長会議「医学教育の質保証検討委員会」を中心に国際認証を取得するための制度設計が検討されています。

国際認証に対応すべく、WFMEの基準を日本の医学教育制度の実状に合わせた日本版作成の作業がほぼ終わり、医学教育学会のホームページで原案が公開されています²⁾。認証評価基準の策定に引き続き、各大学医学部の認証評価を2023年までに進めていく計画です。

前野 「まだ時間がある」といった意見も聞かれますが、2023年度の卒業生から認証を受けたプログラムでの実習が必要のため、6年を差し引いて17年度にはカリキュラム整備が終わっていな

ければならないのですよね。

奈良 そうです。ECFMGは、2023年の段階である程度カリキュラムが整備されていけばよいともアナウンスしていますが、各大学での自己点検とその後のサイト・ビジットを含めた外部評価という認証のステップを考えると、時間に全く余裕はありません。

前野 おそらく全国の医学部教員の最大の関心事は、最低限の実習期間が何週間になるかでしょう。

奈良 日本医学教育学会で原案を策定した際にも意見が分かれた点です。日本版では臨床実習の質を重視し、あえて期間を定めない予定です。

前野 初期研修の必修化の際に、数値目標が最も大きな議論になった経験を踏まえると、実習期間を公式に定めないとかえって不安になる大学もあるのではないかと思います。実際、米国の72週という数字は、各大学のカリキュラム改革の推進力となっていますよね。現実とのすりあわせはもちろん必要だと思いますが、明確な目標を設定することで、臨床実習充実の後押しとなる部分もあると思っています。

奈良 そういった考え方も確かにあります。基準についてはパブリック・コメントを募集しますので、原案をご覧の上、ぜひ多くの方からご意見をお寄せいただきたいと思っています。

世界に誇れる医学教育の確立を

前野 私は臨床実習改革のいちばんの鍵は、学生を信頼することだと考えています。個人的な印象ですが、学部5年生も卒業したての研修医も、臨床能力はそれほど変わらないと思うのです。ではなぜパフォーマンスが違うのかというと、それは与えられている役割と責任感ではないかと思います。

奈良 なるほど。

前野 やはり役割を与え責任を持たせなければ、パフォーマンスは引き出せません。学生のポテンシャルを信じ臨床の場で役割を与える。そういったパラダイム・シフトを医学教育の現場が受け入れられれば、臨床実習は大きく変わっていくと思います。

奈良 そうですね。医学部教育で最も重要なミッションは、国民から信頼される医師を育成することです。安全・安心な医療を提供できる医師の養成には、医学部教育における臨床実習の充実化は欠かせず、また臨床研修制度についてもより一層の改善が求められます。この臨床実習改革を機に、国際的にも誇れる医学教育の確立をめざしたいものです。今日はありがとうございました。(了)

●注

- 1) 2011年度先導的医学教育改革推進委託事業「医学・歯学教育の改善・充実に関する調査研究」(東京大学、東京医科歯科大学)
- 2) http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_an_120624_WFME.html

外来診療

次の一手

監修◎前野哲博
筑波大学附属病院
総合診療科教授

執筆◎小曾根早知子
筑波大学附属病院
総合診療科

本連載では、「情報を集めながら考える」外来特有の思考ロジックを体験してもらうため、病歴のオープニングに当たる短い情報のみを提示します。限られた情報からどこまで診断に迫れるか、そして最も効率的な「次の一手」は何か、ぜひ皆さんも考えてみてください。

第5回「気を失ってしまったんだよ」

症例 Aさん 68歳男性

高血圧、糖尿病で他院にて内服加療中。
独歩で入室してきた。

Dr. M 「今日はどうされましたか?」

Aさん 「今朝、気を失ってしまったんだよ」

バイタルサイン：体温 35.9°C、血圧 158/96 mmHg、
脈拍 54回/分・整。

次の
一手は?



読み取る この病歴から言えることは?

「気を失ってしまった」という、高齢男性の症例である。「高齢」「男性」であり、「高血圧」「糖尿病」があることから血管リスクは高い。特に糖尿病に関しては、普段のコントロールや服用内容が気になる。患者自身が把握していれば、ヘモグロビンA1c値や内服薬は確認しておきたいところである。

「気を失った」とはというものの自力で受診することができており、明らかな麻痺があるとは考えにくい。バイタルサインでは血圧が高めだが、これも普段の血圧との比較が必要だろう。脈拍は遅めであり可能性は低いと思われるが、消化管出血による起立性低血圧も否定できない。ただし、少なくともショックバイタルにはなっていない。

鑑別診断：「本命」と「対抗」に何を挙げる?

「本命＝失神」。血管リスクを考えると、予後が悪い心原性失神は絶対に見逃せない。心電図の測定は必須だろう。消化管出血の可能性にも考慮が必要なので、直腸診も考慮したい。心電図で異常がなく、状況性失神や迷走神経反射と診断できればやや安心できる。

「対抗＝痙攣」。外傷や脳梗塞などの既往が特にならない場合、可能性は低いが可逆性の意識障害という意味で鑑別には挙げる。さらに、「大穴」として低血糖発作を挙げたい。糖尿病のコントロール状況にもよるが、薬物治療中であれば必ず考慮する必要がある。

ズバツと診断に迫るために、次の一手は?

作戦 「すぐ、自然に意識が戻ったのですか?」

痙攣は、徐々に意識が回復することが多く、すぐに(数分で)回復するとは考えにくい。低血糖発作では、糖分の補給なしで自然に意識が回復することはまずない。「すぐに」「健忘も残さずに」「自然に」意識が回復したのであれば、失神と考えてよいだろう。繰り返すが、この場合心電図の測定は絶対に欠かせない。なお、失神の原因に一過性脳虚血発作(TIA)が挙げられることがあるが、TIAで失神をきたすことは非常にまれである。頭部CT検査は、神経学的異常所見がなければ必須ではない。

その後

患者は、目の前が真っ暗になるような感覚とともに意識を失ったものの、健忘もなくすぐに自然に意識を回復したという。12誘導心電図では完全房室ブロックを認め、心原性失神と診断された。



POINT 低血糖発作では、意識は自然には回復しない!

他人のエラーがこんなに身にしみるなんて! 他院のM&Mカンファレンスをのぞこう!

内科救急 見逃し症例カンファレンス M&Mでエラーを防ぐ

M&M (morbidity & mortality) とは、死亡例・重症例・見逃し症例などを検討し、再発防止のためにシステムや環境の改善を行うカンファレンス。本書はM&Mカンファレンスで取り上げられた内科救急の症例をもとに、エラーの原因に迫り、致命的疾患に隠れる落とし穴や間違った認識などについて、最新の文献をもとに解説する。M&Mカンファレンスのやり方も詳しく、自施設で始めてみたい人にも最適。

長谷川耕平
ハーバード救急医学レジデンシー
マサチューセッツ総合病院
プリガム&ウィメンズ病院シニアレジデント

岩田充永
名古屋救急医療センター
副救命救急センター長

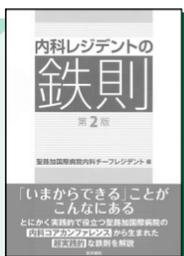


めざせ、デキル研修医!

内科レジデントの鉄則 第2版

「新人レジデントは何がわからないか」を知り抜いている聖路加内科チーフレジデントの先輩方が教える、臨床に必要な考え方や対応の仕方を丁寧に解説した書。診療の鉄則がわかれば「今からできる!」ことがこんなにもあるのだということに気づくはず。胸部X線の項を加え、新執筆者により全ての章がアップデートされた改訂第2版。

編集 聖路加国際病院
内科チーフレジデント



寄稿

外科医のノンテクニカルスキル

患者の安全のために望まれる行動と能力

円谷 彰 神奈川県立がんセンター 消化器外科部長

日本には、「遠慮」や「察し」、また方向・強度・時間などの因子を無視した「頑張り」や「あまえ」などのコミュニケーションにおける文化がある。これらは、日本の社会や産業を支えてきた良い側面も多く持つが、ハイリスク産業においてはリスク管理を阻害する因子ともなり得る。

例えば航空産業では、人・機器・情報などのリソースを有効利用し安全を確保するために Crew Resource Management (CRM) が開発され、Human Factor (人的要因) などに関するスタッフ教育を通じて航空機事故の減少に寄与してきた。一方、医療における外科手術も非常にハイリスクな分野であるが、CRM 的手法は一般化されていない。

人的要因によるエラーを最小限に抑えるために

ノンテクニカルスキル (Non-Technical Skills; NOTS) は、認知的、社会的、または個人的な資質に起因するスキルである。安全かつ効率的にタスクを遂行するためには欠かせないスキルであり、専門的な手技 (テクニカルスキル) では補われない (図)。NOTS は特殊な技術を必要とするものではないが、“当たり前のことを当たり前にする”という理解では不十分で、タスクを阻害し得る人的要因の“科学”や“お作法”を学び、理解することが必要となる。

治療の際に患者の安全に関与する人的要因は、①文化と法制度、②組織とマネジメント、③チーム、④個人、⑤環境と機器、⑥患者と多岐にわたる。このうち、組織マネジメントやチーム、

個人の技術やスキルなどの多くは NOTS を身につけることで、エラーの要因となりにくくさせることができる。治療におけるチームの定義としては、①専門性、②階層、③集中的なコミュニケーション、④変化に対応するための適応性のある戦略開発などが挙げられ、このうち③④が NOTS の向上によってエラーの原因となりにくくなると考えられる。

手術エラーの43%がコミュニケーションの不足、総胆管損傷の97%が状況認識の失敗に起因することを明らかにした諸家の報告では、NOTS の重要性が示唆されている^{1,2)}。また、世界保健機関 (WHO) の研究では、チェックリスト導入前後で外科的治療における合併症発生率が36%、死亡率も47%低下したエビデンスが報告された³⁾。このチェックリストの効果は、NOTS の実践とスキルアップの影響を大きく受けていると思われる。

外科医のテクニカルスキルと NOTS は相関する

外科医の技能は、テクニカルスキルのみで決定されるのだろうか。海外の研究報告では、優良な外科医の要素として、性格や器用さだけでなく、認知・行動能力など NOTS に関連する項目もかなり重視されている⁴⁾。

日本の外科手術は国際的にも非常に高いレベルにあり、例えば胃癌の根治的リンパ節郭清 (D2) は世界的にも専門施設を中心に普及し、European Society for Medical Oncology や National Comprehensive Cancer Network のガイドラインに収載されるに至った。胃癌手術の“匠”と呼ばれる外科医の手術

を外からみると、NOTS に長じていることがわかる。例えば、起こり得る状況を先読みし全体像を把握する認識力や、仲間に配慮してチームワークを構築するスキルなどがみられる。

これを裏付けるように、NOTS の要素と技術的スキルの関連をみた研究では、両者は全く独立した能力ではなく、単変量ではすべて互いに関連があることが明らかになった。また、多変量解析では、意思決定能力とテクニカルスキルとの間に有意な相関が示されている。

以上より外科医に求められる competency として、エビデンスに基づいた高度な手術を行うことのみではなく、NOTS を向上させることにより安全かつ効率よくチーム全体のアウトカムを示してゆくことが望まれる。

NOTS を身につけるための行動評価システム

手術における NOTS は日常的なスキルではないため、具体的に分析して評価するにはその行動指標、客観的な基準や評価システムが必要になる。ハーバード大学病院の Steven Yule 教授らが安全な外科手術とその教育を支援する目的で開発した Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS) では、①状況認識、②意思決定、③コミュニケーションとチームワーク、④リーダーシップの4つのカテゴリーについて、観察可能なスキルが項目化されている (表)。NOTSS は手術前および術中の外科医の行動を階層的に観察し、これを術後に振り返ることによって、訓練の必要性を明らかにし、手術における NOTS のスキルアップをめざすシステ



●円谷彰氏
1983年北大医学部卒。横浜市大第一外科入局。癌研病院、米国メモリアルスローンケタリングがんセンターなどでの研修を経て、2006年より現職。胃癌を中心に診療・研究をすすめ、日本胃癌学会ではガイドライン作成や研究推進委員を務める。08年からは S. Yule 教授と協同で NOTSS 導入に取り組み、11年からは東医大医療安全管理学の客員教授として共同研究を開始。

ムツールだ。先述の外科の“匠”にみられたスキルも、NOTSS の要素に相当する。われわれは2008年から研究会を通じて Yule 教授らと NOTSS を検討してきたが、同システムが国境と文化を超えて有効であることが判明してきており、外科医が手術室における NOTS を身につけるためには、NOTSS が最も有効なシステムの一つであると考える。

*

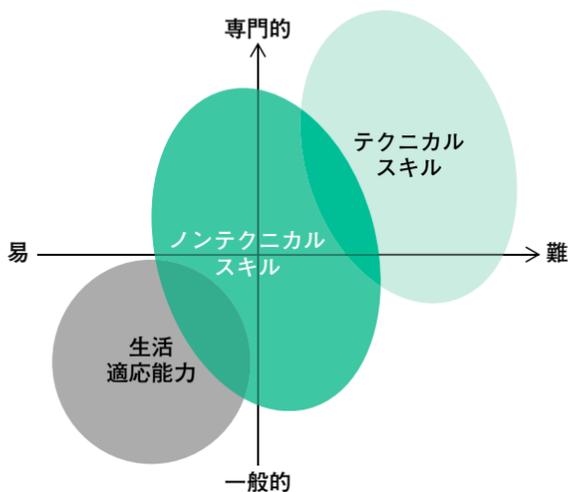
人間は“Pattern Seeking Primates”とも称され、物事を単純に記憶するのではなくパターン化することで論理的思考や進化を可能にしてきた。しかしこのパターン化には、認知心理学で confirmation bias (確認バイアス) と呼ばれる思い込みやバイアスが不可避である。より良い医療を実現するためには、近年急激な広まりをみせた EBM だけではなく、患者中心の医療文化を根付かせる基礎となる NOTS の理解が欠かせない。すなわち、臨床的な技術と NOTS 両者のバランスのとれた訓練が必要となる。

NOTSS 研究会では、e-learning を含めた NOTSS 研修を多忙な外科医に提供するためのコンテンツを作製した。また NOTSS の観察研究も進行中である。今後は学会レベルでの NOTSS 教育システムの整備のみならず、学生教育にも取り組みたい。

●文献

- 1) Gawande AA, et al. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery. 2003; 133 (6): 614-21.
- 2) Way LW, et al. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries: analysis of 252 cases from a human factors and cognitive psychology perspective. Ann Surg. 2003; 237 (4): 460-9.
- 3) de Vries EN, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med. 2010; 363(20):1928-37.
- 4) Cuschieri A, et al. What do master surgeons think of surgical competence and revalidation? Am J Surg. 2001; 182 (2): 110-6.
- 5) Yule S, et al. Development of a rating system for surgeons' non-technical skills. Med Educ. 2006; 40 (11): 1098-104.

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>



●図 テクニカルスキルとノンテクニカルスキルの関係

●表 NOTSS : スキル分類法 (文献 5 より改変して引用)

カテゴリー	観察可能なスキル
状況認識	・ 情報を集める ・ 情報を理解する ・ 先を見通し、行動する
意思決定	・ 選択肢を検討する ・ 選択を行い、チームに伝える ・ 選択を実行し、経過を確認する
コミュニケーションとチームワーク	・ メンバー間で情報を交換する ・ 相互的な理解を作りあげる ・ チームの活動を調整する
リーダーシップ	・ パフォーマンスの水準を設定し、それを維持する ・ メンバーをサポートする ・ チームのプレッシャーに対処する

医療事故の当事者になる前に、ぜひ読んでおきたい「リスクマネジメントの ABCD」!

研修医のためのリスクマネジメントの鉄則

医療訴訟などの医療紛争は日本でもめずらしくはなくなりました。しかし、そのような事故をどう予防し、いざ事故が起こった際にどう対応するかについては、十分な教育が行われているとはいえない。本書は、まだ臨床経験の乏しい研修医のために、医療現場におけるリスクマネジメントの基本をわかりやすく記した。日米の問題症例を紹介しつつ、明日から役立つ具体的なアドバイス伝える研修医必読の1冊。

田中まゆみ
田附興風会医学研究所北野病院総合内科部長



「苦手意識」を克服! “驚くほどよくできた”テキスト

ハーバード大学テキスト 血液疾患の病態生理

ハーバード大学医学部の血液学コース講義に準拠した構成と内容をもった、血液および血液疾患の教科書。難解と評されがちな血液疾患の病態生理を、初学者にもわかりやすく解説。一人のイラストレーターの手による豊富な図版や写真、各章冒頭の学習の目標、章末の演習問題などにより、さらに理解を深められる。学生はもちろん、臨床医にとっても、必須知識としての基本原理をマスターするのに好適。

訳: 奈良信雄
東京医科大学大学院医学総合研究科
臨床検査医学分野教授/
東京医科大学大学院医学教育システム研究センター長
定価5,670円(本体5,400円+税5%)
B5 頁288 図200 2012年
ISBN978-4-89592-720-8

「型」が身につくカルテの書き方

「型」ができていない者が芝居をすると型なしになる。型がしっかりした奴がオリジナリティを押し出せば型破りになれる。(by 立川談志)
本連載では、カルテ記載の「基本の型」と、シチュエーション別の「応用の型」を解説します。

佐藤 健太

北海道医協札幌病院内科

第2講

カルテ記載の基本の型 SOAP ①

今回から数回にわたり、「カルテ記載の基本の型」である「SOAP形式」について解説していきます。入院、外来などシチュエーションによって書くべき内容や書式は変わりますが、どんな場面でも守るべき型がこのSOAP形式になります。

SとOをどう区別するか

私たちが普段の診療で何気なく使っている思考形式は、1968年にL. Weedが提唱したProblem Oriented System (POS; 問題志向型システム) というもので、このシステムで採用しているカルテ記載法がSOAP形式になります。患者の抱える問題ごとにSOAP (subjective/objective/assessment/plan) に沿って記述することで、複雑な病態を整理して把握できることが特徴です。

ただ、実際の医療現場では「とりあえずSOAPの枠に当てはめて書くだけ」で、内容が混乱しているものもよくみかけます。SOAPの各項目に何を書くかの解釈はさまざまで、「Sは患者のセリフそのまま。医学的に解釈し直した自覚症状も身体所見も検査結果もO」「検診結果を患者の口から聞いた場合はSだけど、検査結果用紙を取り寄せた場合はO」「区別が難しいのでいつもA/Pとまとめて書いている」など独自ルールが横行し、研修医

外来でのカルテ記載例

高血圧・不整脈で治療中だったが、突然発症し増悪する腹痛を訴え受診した78歳男性。①

【主訴②】 腹痛。鎮痛薬の処方希望。

【受診理由③】 腹痛の原因精査・治療。

【現病歴】 後述の併存症で近医定期受診していたが、病状は安定していた。今日は孫の結婚式に出席するためビールを飲みながら新幹線で移動していたが、トイレで排尿中に突然の腹痛が出現した。手持ちの痛み止めを飲み安静にしても改善せず徐々に強くなってきたため次の駅で降り、タクシーで当院救急外来を受診した。④

腹痛は突然発症で、強さは9/10。右季肋部中心で右腰部に放散あり、移動なし、周期性はなく持続痛。背筋を伸ばすと増悪する。初めて経験する痛み。⑤

嘔気あり・嘔吐なし、排ガスあり・腹部膨満感なし、尿が少し赤かったが排尿痛なし、咳・痰や息切れ、胸痛なし。⑥

いつものぎっくり腰だと思うので、さっさと座薬を出してラクにしてほしい。⑦

【併存症⑧】 高血圧症(15年前に指摘され内服治療中、普段は血圧140/80mmHg程度)、不整脈(詳しい病名不明。血液がサラサラになる薬を飲んでいる)。

【既往症⑨】 急性腰痛症(3か月前発症し整形外科で座薬処方、2か

月前から無症状)、左腎結石(経過観察中)、手術歴・輸血歴なし、アレルギー歴なし。

【内服薬⑩】 エナラプリル5mg1×、アムロジピン5mg1×、アスピリン腸溶錠100mg1×。市販薬などの使用なし。

【家族歴⑪】 兄が高血圧、心疾患なし。妻と同居、孫を溺愛。

【生活歴⑫】 ビール700mL/日、喫煙20本/日×60年。

【身体所見】 中肉中背だが、痛みで顔をしかめ青い顔で椅子にうずくまっている。⑬

JCS0・GCS15、BP124/86、PR90・不整、RR26、SpO₂96% (room air)、BT36.8。⑭

頭頸部: 結膜蒼白あり、黄染なし。頸静脈怒張なし。胸部: 心音不整、過剰心音・心雑音なし。呼吸音正常、ラ音なし。腹部: 軽度膨隆、腸蠕動音低下、血管雑音聴取せず。右季肋部で圧痛軽度あり、Murphy sign (-)。右CVAで叩打痛あり。皮疹なし。四肢: 浮腫なし、末梢動脈触知良好。⑮

【検査所見】 尿: 蛋白(++)、潜血(+++), 白血球(++)。血液: 血算・肝機能正常範囲、BUN20.1、Cr1.02、電解質正常。⑯

心電図: 心房細動リズム、平均HR100、ST-T変化なし。⑰

胸部Xp: CTR55%、ほか特記すべき異常なし。⑱

【問題リスト】 #1. 急性右季肋部痛 #2. 心房細動 #3. 高血圧症 (以下省略。次回以降で扱います)

- 導入……見通しをよくするため、詳細に入る前にまず全体像と軸を明確にする。
- ①年齢・性別、背景、主訴の4つで全体像を要約する。
- ②患者側の視点で今回の主題を明確にする。基本的に「医学用語」に置き換える。
- ③医師側の視点で今回の診察の目的を明記する。本人が困っていない場合や、本人と周囲の問題意識が異なる場合は特に重要。
- 現病歴……病気が発生してから現在に至るまでの出来事すべてを記載する。
- ④経過: 診断上最も価値の高い「時間経過」を明確にする。医師が知った順番ではなく患者に起きた順番に並び替え、かつイベントの前や間が抜けないように。
- ⑤症状解析: キーとなる症状の特性を、「痛みのOPQRST」などで詳述。
- ⑥Review of systems: 頭のてっぺんからつま先まで、鑑別にかかわる臓器系に絞って記載する。
- ⑦ナラティブ: 「か・き・か・え」を記載(本文註)
- 既往歴……生まれてから現在に至るまでの、既に確定している疾患の情報を網羅する。基本的

- には時系列で記載するが、数が多い場合は臓器別・科別に整理したほうが見やすい。
- ⑧今も活動性のある疾患。病状や治療内容、かかりつけ医なども併記。問題リストに登録され、評価・介入の対象となることが多い。
- ⑨過去に治癒した疾患。発症時期と治癒時期、後遺症の有無などを併記。輸血歴、アレルギー歴、妊娠・出産歴も忘れずに。主疾患の診断や方針決定の参考となる。
- ⑩治療内容: 医原性の問題を検討しやすいため、併存症・既往症と独立して記載すると有用。
 - ・内服薬: 用量・用法も明記。他科や他院の処方薬、市販薬・漢方薬、サプリメントや健康食品も忘れずに。
 - ・手術歴: 過去に受けたすべての手術・処置を記載。
- その他……その他の背景情報をまとめる。
- ⑪家族歴: 同居家族のほか、重要人物(介護上のキーパーソンや濃厚接触者)も。人間関係も記載すると効果的な問題把握・介入に活かせる(参考文献: S.H. マクダニエル, 他著『家族志向のプライマリ・ケア』シュブリンガー・フェアラーク東京)。家族の疾患歴は、疑う疾患によっ

- て、血縁者(遺伝性疾患)、同居者(生活習慣病)、職場の濃厚接触者(感染症)など聞く範囲を広げる。
- ⑫生活歴
 - ・嗜好品: 飲酒・喫煙など。
 - ・生活習慣: 食事・運動、排泄状況など。
 - ・社会歴: 仕事、交友関係、居住地・家屋など。
- 身体所見……医療者が、現時点で直接観察した身体診察の結果。
- ⑬全身状態: パッと見の重篤感・ABCの評価。
- ⑭バイタル: 重症度・病態判断に必須。意識(JCS/GCS)→循環(BP/PR)→呼吸(RR/SpO₂)→体温(BT)の順番に記載すると病態をイメージしやすい。
- ⑮全身診察: 上下・前後、全身性所見の順番で。頭頸部→胸部→背部→腹部→腰部→会陰部→四肢→神経系→筋骨格系→血管系、皮膚系など。
- 検査所見……その時点でわかっている検査結果。
- ⑯検体検査: 尿、血算・生化学・凝固・血ガス、感染症検体等
- ⑰生理検査: 心電図(→スワイロ、エコー)等
- ⑱画像検査: 単純Xp→CT等

の学習を妨げています。

例えばO欄に記載する身体所見も実は医師の主観を通して観察した所見であり、「Sは主観的情報、Oは客観的情報」という分類では混乱しやすいため、「誰が、いつとったか」という基準で以下のように区別します。

*Sは、「患者や家族、前医などの他人」から収集した、「過去から現在に至る」までの「間接的情報」であり「患者や家族の証言、前医の手紙やカルテに記載された情報」と定義(前医の身体診察所見や検査結果などは過去のものであり、その精度も自らは保障できない間接的な情報であるためSに入れる)。

*Oは、「医師自身や、診察能力を把握している同僚」が取った、「現時点」で「直接観察した所見」であり、「診察時の身体所見と検査所見」と定義。

背伸びせず、RIMEモデルに沿って成長しよう

「早く立派なアセスメント(A)やプラン(P)を書けるようになりたい!」とはやる気持ちもわかりますが、まずは「SとOをきちんと書けること」を最初の目標にしましょう。

医学教育の世界では、「RIMEモデル」という研修医の発達段階を表すモ

デルがあります。

RIMEモデルとSOAP		
Reporter	S+Oに相当	情報を正しく報告できる。
Interpreter	Aに相当	自分で適切に考えられる。
Manager	Pに相当	具体的な行動に移れる。
Educator		他の人に教えられる。

私がかかわってきた研修医もこの段階に沿って順番に成長し、またこのステップを飛ばして先のことを要求してもうまくいかないことが多い印象です。診断推論の根拠となるS・Oをちゃんと把握できていないと、どうしてもアセスメントが突飛なものになったり、プランも穴だらけになったりしがちです。背伸びせず、まずはReporterになってから次に行きましょう。

S・Oを所定の様式で記載すれば、そのまま読み上げるだけでReporterとして最低限の仕事はできます。また所定の様式を埋めることで自動的に聞き忘れに気付き、指導医に突っ込まれる前に追加聴取したり、慣れれば最初から漏れのない病歴聴取ができるように

なります。

Sは「導入」「現病歴」「既往歴」「その他」の4つに、Oは「身体所見」と「検査所見」の2つに分けると覚えやすくなります。またこの6項目だけ書けば「必要最低限のカルテ」にはなりません。診療する状況や患者の病状に合わせて、上記のように各項目を膨らませたり省略していきますが、詳しくは今後の応用編でじっくり説明していく予定です。

上に挙げた「外来でのカルテ記載例」を参考にしながら、S・Oの各項目の意義や記載すべき情報などを押さえていきましょう。

註: 医師の視点で客観的事実を整理するだけでなく、患者の視点や価値観に沿った主観的情報も丁寧に把握することで、より適切な目標設定や患者医師関係構築につながり、効率と満足度を両立させた医療を実践しやすくなります(参考文献: モイラ・スチュワート著『患者中心の医療 診断と治療』。具体的には「か・き・か・え」アプローチという方法が便利です。

- *か(解釈) = 今の状況・症状・病状をどういうふうに理解しているか。
- *き(期待) = どうなりたいか、もしくは医師に何を望むか。
- *か(感情) = どんな気持ちか。
- *え(影響) = 疾患の日常生活への影響。

自治医科大学 地域医療 後期研修プログラム

—地域医療の現場を知り尽くした自治医大だからできるプログラム—

■地域医療をめざす後期研修医(3年) 定員6名

■臨床経験5年以上で地域医療をめざす医師のための生涯研修コース(2年) 定員2名

参加者募集中!

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
自治医科大学地域医療人材育成部門
電話0285-58-7394 FAX44-0628

「地域住民と患者のニーズに的確に応え、合理的で暖かな、信頼される保健医療サービスを自ら提供でき、介護や福祉、産業振興、文化まで含めた幅広い人々と協働できる医師」になりたい人のためのプログラムです。

★多様な背景を持つ医師20名以上が集い切磋琢磨する総合診療部と附属病院各科と地域医療の第一線を担う病院・診療所等との組み合わせで、効果的で効率的な研修ができます。

★将来、地域医療・家庭医療・総合診療を専門にする人はもちろん、専門領域を深めるにも、教育・研修に携わるにも貴重なセンスが得られます。

★地域医療の現場は、熱い思いであなたを待っています。一步踏み出してみませんか?

見学・実習歓迎! 「地域医療」「後期研修」で検索してください!

URL: <http://www.jichi.ac.jp/chiikik/> E-mail: chiikikenshuu@jichi.ac.jp

Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

質的統合法入門 考え方と手順

山浦 晴男 ● 著

B5・頁160
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01505-9

評者にとって待望の書である。またこの内容で一書をものすることができるとは、この著者をおいてほかにないのではないかと考えている。

近年注目されている質的研究の歴史は、実は学問研究の歴史とともにあると思う。評者は長らく自然科学の分野に身を置いてきたせいか、これまで数量的研究を目にすることが圧倒的に多かった。分析的な学問研究で数量的研究が盛んなのは、確かにもっともなことだ。しかし、しかしである。質的研究はそれに劣らず重要なのではないかとずっと考えてきた。それは「総合の学」のための方法論であり、臨床を一つの「野外」としてみる考え方である。評者はかつてこの視点を川喜田二郎から教わり、目からうろこが落ちる経験をした。

川喜田二郎は、評者が長らく関心を抱いてきた今西錦司学派の一人で、地理学者にして文化人類学者である。彼は「野外科学」という学問研究のあり方を提唱し、その方法論として「KJ法」を提示した。本書のタイトルである質的統合法は、KJ法と別名ではあるがほとんど同じものであると感じる。著者は長らく川喜田研究所の所員として、川喜田二郎の片腕として、KJ法の開発と教育研修に従事してきた。また川喜田の著書『KJ法——混沌をして語らしめる』(中央公論社、1986年)を読めばところどころ著者の名が出てくる。また著者は、地域開発や看護研究(指導)にこの方法を十二分に活用して来た実践歴がある。この本にふ

メイド・イン・ジャパンの 質的研究法



評者 丸山 晋
ルーテル学院大学総合人間学部教授

さわしい著者はほかにはないといったわけはここにある。

本書は、第1章：質的研究の特徴と意義、第2章：質的統合法によるデータ統合の進め方、第3章：質的統合法を用いた質的研究の展開、第4章：質的統合法のIT化という構成になっている。

第1章はいわば総論である。川喜田の理論をかみ砕いて説明した著者の記述はわかりやすく、独自性があり、とてもフレッシュに感じた。第2章は技法そのものである。しかし単なる技法解説ではなく、著者の研修体験からにじみ出たノウハウ

が詰まっている。研修でいかにKJ法をうまく伝えるかということに苦慮した経験や、看護研究のスーパーバイザーとしての経験が形になったものといえよう。第3章は、本書の一番重要な部分である。第2章で説明した技法を質的研究の文脈に当てはめ、研究テーマの設定から論文執筆までのプロセスを概説している。この部分は著者のオリジナリティの部分であるし、師匠の川喜田を超えている部分と評することができよう。第4章は質的統合法のIT化で、プレゼンテーションの方式に触れている。いってみれば実践の学の方法論として知の探究のプロセスが述べられている。読者は、本書を読むことにより、自分でも「質的研究」ができそうだという気がするに違いない。事ほどさように、至れり尽くせりの書なのである。

精神科リハビリテーション学を研究する評者の周辺には「質的研究」というとすぐに「グラウンデッド・セオリー」を連想する人が多く、まるでグラウンデッド・セオリーが質的研究の代名詞のように扱われている。しかし、「日本発」の質的研究法を紹介した本書は、そんな風潮に一矢を報いた書であるといえよう。

放射線医学イントロダクション 縦横無尽の入門講義

竹川 鉦一、田中 良明 ● 著

B5・頁276
定価3,780円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01381-9

評者 山田 章吾
社都産業保健会理事長/
東北大名誉教授・放射線腫瘍学

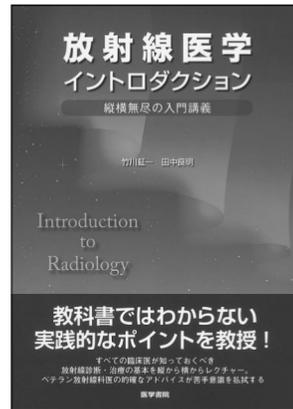
本書の特徴は、診断と治療のベテラン名誉教授二人によって執筆されている点、また入門に特化したわかりやすいコア・レクチャーである点にある。

医学の進歩は急速である。特に医療機器に頼る放射線医学はコンピュータの出現以来、診断においてはCT、MRIやPETなど、また治療においては定位放射線治療や強度変調放射線治療(IMRT)など、日々進化している。進歩に乗り遅れず、さらに先を行くには学問は細分化されざるを得ない。放射線医学においても診断、治療、核医学、さらにIVRに分かれ、またそれぞれの領域で臓器別に細分化されている。

教育においてもこの傾向は顕著で、単純写真や造影検査の時代には系統講義と称して教授一人が時にユーモアや人生観などを混ぜて講義をしていたものであるが、情報量が桁違いに多い現代においてはその余裕はない。ほとんどの講義は、准教授、講師など多くの教員総がかりで行われているのが現状で、こうした変化は教科書にも及び、放射線医学全般にわたる教科書ともなると執筆者は数十人を超えるのが普通である。多くの専門家による教科書は各専門家から深く詳細な知識を得られるという利点がある反面、何が大事で何が重要でないかがわかりにくいといった欠点もある。各専門家にとってはあれも大切これも大切であり、また、いろいろな読者がいるので知識を切り捨てることができないためである。専門的教科書はこれでよいが、入門的教科書には別な形があってよいと思う。

本書は放射線診断学を専門とする竹川鉦一名誉教授と放射線腫瘍学を専門とする田中良明名誉教授の二人で執筆されている。二人とも私どもの大先輩で、現在も臨床で活躍されている。本書は、その豊富な経験を生かし放射線

放射線医学の入門として 最適な教科書



医学の入門者にとって特に必要な核心のみを残し、それこそ他をバッサ、バッサと切り捨て、さらに各専門領域に「縦横無尽」に立ち入って必要な知識

を記憶に残りやすく解説した大変ユニークな入門的教科書である。増加し続ける医学知識をすべて学生に講義しても記憶に残るのはわずかである。むしろ講義では核心に絞り、応用力を身につけさせることのほうが大切だとして医学教育にコア・カリキュラムが導入された。しかし、講義時間を短縮してコアのみのわかりやすい講義を、とお願いしても、結局以前と同量の講義

を早口で行っている講師も多い。講師も学生も、切り捨てられる知識、伝えられない知識があることが不安なのである。しかし、すべての情報を記憶するのは不可能であり、またいずれは各々の診療科の、さらに細分化された専門家として診療に当たることを考慮すると、専門領域以外には本当に核心のみ長期間記憶していればよいのではないかと考えられる。

最初の画像診断やがん治療における治療の選択は、患者さんにとって決定的な意味を持つ場合が多い。その点本書は、放射線医学のコア・レクチャーとして、緊急時において忘れてはならない画像診断のサインや、がん治療において放射線治療の役割を患者さんに説明できる知識などを豊富なX線写真やイラストを用いて平易に解説している。さらに、福島第一原子力発電所の事故を受けて特に関心が高まっている医療被曝に対しても適切に解説されている。これから放射線医学を志す人や医学生、また当直など専門家に相談する前に放射線診断を余儀なくされる研修医など多くの医療関係者に、本書は放射線医学の入門書として最適と推薦できる。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クォーターリー・マガジン

INTENSIVIST
インテンシヴィスト

2012年 第3号発売

特集 **PICU**

●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)
※年間購読は送料無料で、約4%の割引

編集委員
藤谷茂樹 東京ベイ・浦安市川医療センター/ 聖マリアンナ医科大学救急医学
讚井将満 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
林淑朗 Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

2012年 年間購読申込受付中!

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 毎月1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること/わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。
- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンシヴィストを追求する。
- 集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、臨床工芸士、さらには各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

2009年	2010年	特集	2011年	2012年
第1号: ARDS 第2号: Sepsis 第3号: AKI 第4号: 不整脈	重症感染症 CRRT 外傷 急性心不全		Infection Control モニター 栄養療法 急性肺炎	End-of-life 術後管理 PICU 呼吸器離脱 (2012年10月発売)

まんが 医学の歴史

茨木 保

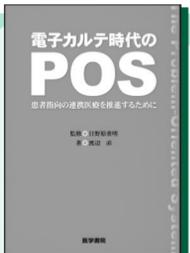
A5 頁356 2008年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-00573-9] 医学書院

POS方式の電子カルテへの導入は医療者の医療姿勢を一変させる

電子カルテ時代のPOS 患者指向の連携医療を推進するために

電子カルテによるPOS実践は、多職種がとらえた患者の多面的な問題(プロブレム)の共有を容易にし、病気をもった生活者としての患者を浮かび上がらせる。医療者の医療姿勢を一変させるPOS実践を電子カルテで行うには、何に気をつけ、どうすれば良いかを具体例をあげて解説。名著「POS」(日野原重明著)の赤本から39年。POSの今日的意義を明確に提示した第二の赤本。医師・看護師、コメディカルスタッフ必読書。

監修 日野原重明
聖路加国際病院理事長・日本POS医学会会長
著 渡辺 直
聖路加国際病院教育研究センター 教育研修部長



ワシントンマニュアル 外来編 The Washington Manual of Outpatient Internal Medicine

Thomas M. De Fer, Meredith A. Brisco, Rashmi S. Mullur ●編
清水 郁夫, 金児 泰明, 降旗 兼行 ●監訳

A5変型・頁1136
定価8,820円(税5%込) MEDSI
http://www.medsico.jp/

評者 寺澤 秀一
福井大教授・地域医療推進講座

この本を手にとって拾い読みし始めたとき、筆者が内科研修医のころ、外来診療を開始したときのことがよみがえった。当時、このような外来診療用の本も手元になかった

使い始めたら手放せなくなった 外来指南本



し、卒後一年目は入院診療の研修しかしていなかった。卒後二年目にいきなり指導者なしの内科外来はとてつらかった。外来診療は入院診療と異なり、ゆっくり調べる時間はなく、文字通り即決しなくてはならないので、本当は入院診療よりも外来診療のほうが難しいのである。ほとんどの施設の初期研修は入院診療研修だけで終わっている。そして、ほとんどの医師は、昔も今も、いきなり出たとこ勝負で、指導者なしの外来診療を始めるのである。このためにわが国には外来診療のスタンダードが発生しなかったし、今後も苦戦が続くであろう。

筆者は現在、月曜日(隔週)と木曜日に大学病院、火曜日に社会保険高浜病院、水曜日に高浜和田診療所で、研修医の先生や医学生に手伝ってもらって診療したり、彼らの診療の傍らに付いて診療中や診療直後に指導したりしている。この書評を書くために、この本が届いてから、これらのすべての外来にこの本を持参して、研修医の先生や医学生に「今の患者さんに関しての

疑問点、すなわち……を調べてみてください」と言って、この本を渡してみた。彼らから数分以内に疑問の回答になるページを開いて見せてもらった。

やはり使える本である。以来、この本が手放せないでいる(笑)。

日本人が書くこの手の本との決定的な違いは、一冊の本に網羅された幅の広さと、ほどほどの深さである。慢性疾患や悪性腫瘍のスクリーニングはもちろんだが、難しい患者との関係構築の姿勢、外科手術前の評価、泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、精神科、皮膚科、成人の予防接種、海外旅行者へのワ

クチン、禁煙指導、アルコール乱用患者の外来対応まで記載されている。また、重要な点は太字で記載されていて、忙しい外来で見つけやすいし、拾い読みもしやすく工夫されている。研修医の先生方一人からは「紙質が書き込みしやすいので好きだ」という感想もいただいた。

現在、第一線で開業しておられる先生方、これから診療所総合医や病院総合医をめざして働かれる医師、そして、そういう医師を育てる指導医や施設の外来デスクに必須の一冊になるはずである。忙しい日常診療の合間に翻訳された長野赤十字病院の先生方の努力に、心から敬意を表したい。

『標準臨床検査学』 生理検査学・画像検査学

矢富 裕, 横田 浩充 ●シリーズ監修
谷口 信行 ●編

B5・頁328
定価4,830円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01418-2

評者 齋藤 憲
徳大大学院教授・生体機能解析学

本書は臨床検査技師をめざす学生向けに書かれた教科書「標準臨床検査学シリーズ」の改訂第1弾であり、『生理検査学・画像検査学』で学習する広範な生理系検査学領域の内容が「臨床検査技師国家試験出題基準(平成23年度版)」に基づき、系統的に要領よくまとめられている。

『生理検査学・画像検査学』 において必読書となる一冊

今回の改訂では、各章の始めに「学習のポイント」、各項の始めに「本項を理解するためのキーワード」が箇条書きにされており、「サイドメモ」も利用して本文中の専門用語の平易な解説を行うなど、多岐にわたる『生理検査学・画像検査学』の検査内容が無理なく学習できるような工夫が随所にみられている。また、より鮮明となった多色刷り印刷(2色刷り、一部カラー印刷)の効果も加わり、前版に比べて非常に読みやすくなったというのが本書を一読したときの第一印象である。

しかし、今回の改訂で最も注目すべきところは、単なる書式の変更や図表の配置の工夫ではなく、生理検査の現状を見据えた本書の大胆な内容の改訂や更新にある。従来の教科書は、国家試験などに対する配慮からか、基礎的・基本的な記述が多く、臨地実習などに携帯しても、現場であらためて教科書を開く機会はありませんでした。本書は、現場で直接検査に携わる人たちに執筆を依頼し、検査技術の取得や個々の検査の臨床的意義について考え

ることができるように配慮されているのが特徴である。例えば、心臓超音波検査法に関する記述は、従来の形態診断学的な内容から、ドプラ法を利用した心機能の評価まで多岐にわたり、改訂版全体のページ数が10ページ以上も減っているにもかかわらず、その内容が3倍余りに充実している。

さらに、私の専門とする循環器系機能検査の領域では、脈波伝播速度(PWV: pulse wave velocity)や足関節上腕血圧比(ABPI: ankle brachial pressure index)、血管内皮機能検査(FMD: flow mediated dilatation)などの動脈硬化外来で行われているアンチエイジング検査やホルター心電図検査の項目が、また呼吸機能検査領域では睡眠時無呼吸症候群の診断を目的とした終夜睡眠ポリグラフィ(PSG: polysomnography)検査などの項目が新たに追加されており、日々進歩する新しい生理検査の担い手をめざす臨床検査技師の養成に重点を置いた「標準臨床検査学シリーズ」の出版に対する監修・編集者の方々の熱い思いがはつきりと伝わってくる。

本書は従来の教科書と比較すると少し高度でより臨床的な内容も含まれており、臨床検査技師国家試験合格をめざす学生のみならず、研究マインドを持って大学院進学をめざす学生の育成をも視野に入れた『生理検査学・画像検査学』の必読書といえる。

●お願い—読者の皆様へ

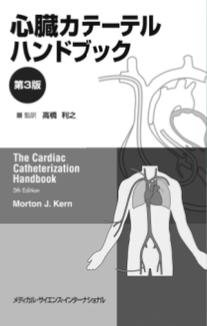
弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
記事内容に関するお問い合わせ
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・所属・宛名)変更および中止
FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務部へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

心臓カテーテル ハンドブック

第3版

新刊

The Cardiac Catheterization Handbook, 5th Edition



心臓カテーテル法による検査と治療、患者管理に関する基本的な入門書として高い評価を得た実践的ガイド、8年ぶりの改訂。オールカラーになり、さらに見やすく読みやすくなった。最新の知見に基づき、全面的に情報をアップデートするとともに、新たに末梢血管の造影法とインターベンションの章を追加。医師のみならず看護師も含め、心臓カテーテル室の新人に最適であり、ベテランにとっても知識の確認・整理に好適。

1冊を選ぶならコレ! 高い評価を勝ち得た“理想の手引”最新版

著 Morton J. Kern ●定価8,400円(本体8,000円+税5%)
監訳 高橋利之 JR 東京総合病院循環器内科部長 ●A5変 頁528 図267 2012年
●ISBN978-4-89592-719-2

好評

心臓インターベンション ハンドブック 第2版

The Interventional Cardiac Catheterization Handbook, 2nd Edition
監訳 高橋利之・河本修身 ●定価7,875円(本体7,500円+税5%)

学生のみならず専門医まで広く定評を獲得 さらに充実の邦訳、第3版!

ハーバード大学テキスト 心臓病の病態生理

Pathophysiology of Heart Disease: Collaborative Project of Medical Students and Faculty, 5th Edition
訳 川名正敏・川名陽子 ●定価7,560円(本体7,200円+税5%)

MEDI 113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36 TEL 03-5804-6051 http://www.medsico.jp
E-mail info@medsi.co.jp



創薬・処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
アルツハイマー型認知症治療剤 (薬価基準収載)

日本薬局方 ドネベジル塩酸塩錠
アリセプト® 錠 3mg
錠 5mg
錠 10mg

日本薬局方 ドネベジル塩酸塩細粒
アリセプト® 細粒0.5%

アリセプト-D® 錠 3mg
錠 5mg
錠 10mg
(ドネベジル塩酸塩口腔内崩壊錠)

アリセプト® 内服ゼリー 3mg
内服ゼリー 5mg
内服ゼリー 10mg
(ドネベジル塩酸塩製剤)

●効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元 Eisai エーザイ株式会社 販売提携 Pfizer ファイザー株式会社
東京都文京区小石川4-6-10 東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先：エーザイ株式会社 お客様ホットライン/ファイザー株式会社 製品情報センター www.aricept.jp

ART 1204M01

日常の診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅した国内最大級のリファレンス データベース

今日の診療 プレミアム Vol.22

DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2012年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01609-4]
消費税変更の場合、上記価格は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

収録項目は約88,200件。お手元のパソコンで最新の情報に手軽にアクセスできます。また、書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2012年版」「今日の小児治療指針 第15版」「治療薬マニュアル 2012」「今日の皮膚疾患治療指針 第4版」の4冊のデータが最新になりました。

2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。*インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 高速検索エンジンで快適な操作。登録語マーカーで記録が残せます。

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、「記録と記憶」をサポートする機能を強化しました。

● 高機能な治療薬検索

「薬品名」「適応症」「副作用」「薬効分類」「製薬会社名」「禁忌」のそれぞれの項目による条件検索が可能。

● 登録語マーカー

本文の一部にマーカーを引き、コメントをつけることができる機能です。また、登録された語をリスト表示して、その中から選んで表示させることもできます。

● より使いやすく

ご要望の多かった、文字のサイズを調整する機能や、本文タブをワンタッチで閉じる機能、壁紙機能などの改良を行いました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.22」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2012年
価格 54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01611-7]

収録内容詳細

● プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の診療指針 2012年版 Update
下記の付録を除く全頁を収録
(「臨床検査データ一覧」、「新薬、医薬品等安全性情報」)
- ② 今日の診療指針 2011年版
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版 Update
資料の一部を除く全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック 2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2012 Update
付録の一部を除く全頁を収録

*書籍とは一部異なる部分があります

● プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版 Update
全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学
全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
全頁を収録

◎ガイドライン解説・処方例・薬剤情報を1冊に凝縮!

今日の common disease 診療ガイドライン

エスタブリッシュ医薬品による標準治療

監修
小川 聡 国際医療福祉大学三田病院 院長
武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授

●B6 頁480 2012年 定価4,725円
(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01525-7]



診療でよく遭遇する疾患の「ガイドライン解説」と「処方例」、処方薬の基本情報を「薬剤一覧」にまとめた、全医療従事者必携のクイック・リファレンスブック。各疾患解説中の「処方例」と巻末の「薬剤一覧」は、相互参照できるユニークな構成となっている。本書では、エビデンスに基づく診療ガイドラインに収録されるような標準的治療薬で、しかも費用対効果の優れた医薬品を「エスタブリッシュ医薬品」と位置づけ、それらの薬剤を中心にとりあげた。common disease情報のアップデートに、患者説明・服薬指導に、薬剤銘柄選択に…あらゆるシチュエーションにおいて、多忙な現場をサポートする1冊。

◎軽快にして圧巻の見出し語数。グローバル時代の全医療者に贈る用語辞典の決定版!

医学書院 医学用語辞典

英和・略語・和英

監修
伊藤正男 理化学研究所 脳科学総合研究センター特別顧問
井村裕夫 京都大学名誉教授
高久史磨 日本医学会会長

●B6 頁992 2012年 定価4,410円(本体4,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00364-3]



学会準拠の日本語・欧文表記、略語をすばやく調べられるよう、高い信頼性で定評のある『医学書院 医学大辞典 第2版』収録の用語に最新医学用語を加え、ポケットサイズにまとめた英和・和英辞典。総見出し語数は圧巻の14万語。どこにでも軽快に持ち運べ、論文執筆・閲覧に、WEB検索などに、機動的に使える。

8 medicina

Vol.49 No.8 今月の主題 痛風・高尿酸血症診療の新展開

痛風は、高尿酸血症により尿酸塩結晶が関節内に蓄積して生じる関節炎であり、生活習慣の変容に伴い急速に増加した現代病でもある。本特集では、遺伝性痛風の遺伝子や尿酸トランスポーターの発見、尿酸蓄積のメカニズム、痛風関節炎の診方、高尿酸血症のリスク、薬剤の使い方や診療ガイドラインまで、日常診療に必要な知識を幅広くまとめた。

INDEX

- 序章
- I章 痛風・高尿酸血症の基礎知識
- II章 内科医が診る痛風関節炎とその臨床
- III章 高尿酸血症の新展開
- IV章 血尿酸値をいかに下げるか
- V章 座談会「痛風と高尿酸血症 日常診療におけるマネジメント」

●1部定価 2,625円(税込)

▶2011年増刊号(Vol.48 No.11)
内科 疾患インストラクションガイド
何をどう説明するか
●本号特別定価 7,560円(税込)

連載

- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- 皮膚科×アレルギー・膠原病科 合同カンファレンス
- こんなときどうする? —内科医のためのリハビリテーションセミナー
- 医事法の扉 内科編
- 研修おたく 指導医になる
- Festina lente
- 感染症フェローのシンガポール 見聞録

▶来月の主題(Vol.49 No.9)
内科診療の正道
病歴と身体診察情報からどこまでわかるか

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina>



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim>

JIM

Journal of Integrated Medicine

Vol.22 No.8 特集 ジェネラリストのためのクリニカル・パール

クリニカル・パールとは、臨床医の経験や過去のエビデンスに裏打ちされた実践的な臨床の箴言である。わが国でもローレンス・ティアニー氏によるパールを集めた書籍が出版され注目を浴びている。本特集では、若い医師に伝えたい、プライマリ・ケア現場のクリニカル・パールを症例プレゼンテーションとともに紹介。そして気鋭の総合医たちが選んだ珠玉のクリニカル・パールから、さらにその「ベスト」を選び特別企画も実施した。

INDEX

- 【総論】
- クリニカル・パールとは何か……………春田淳志・錦織 宏
- クリニカル・パールの心的効果 言語学のコミュニケーションに理論による説明……………新井恭子
- 【プライマリ・ケア現場のクリニカル・パール】
- 一般外来(病院)におけるクリニカル・パール……………清田雅智
- 一般外来(診療所)におけるクリニカル・パール……………大島民旗
- 在宅診療におけるクリニカル・パール……………高木幸夫・澤田いづみ
- 多職種連携におけるクリニカル・パール……………児玉麻衣子
- 患者紹介におけるクリニカル・パール……………北村和也
- 行政・議会とのかかわりにおけるクリニカル・パール……………矢崎弘志

【特別企画】
私たちが選んだ「ベスト・クリニカル・パール」……………徳田安春・本田美和子・松村真司
付録 一挙掲載! 私たちのベスト・パール

▶来月の特集 (Vol.22 No.9)
家庭医のためのワクチン・プラクティス
●1部定価 2,310円(税込)

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2012年 年間購読料(冊子版のみ)
▶medicina 37,190円(税込) —増刊号を含む年13冊—
▶JIM 27,720円(税込) 個人特別割引25,410円あり 年12冊

電子版もお選びいただけます



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693