



今週号の主な内容

課外授業 チーム医療特論 上野直人 藤井健夫 盛田麻美), 研修調査 ... 1 3面
この先生に会いたい(上條吉人 西村富久恵)..... 4 5面
〔投稿〕確定申告の基礎知識, 他 ... 6面
〔連載〕センター長日記⑨/臨床医学航海術 / はじめての救急研修
..... 7 9面
MEDICAL LIBRARY10 11面

課外授業

チーム医療特論



盛田麻美さん 北里大学医学部6年

上野直人氏=司会 テキサス大学 M. D. アンダーソンがんセンター准教授

藤井健夫さん 信州大学医学部6年

世界有数のがん専門病院として名高い M. D. アンダーソンがんセンター(以下, MD アンダーソン) この病院の根幹を支えるのは, 名医でも, 最新の医療機器でもない, 患者を中心とした「チーム医療」だ。
しかし, チーム医療という言葉自体は日本でもよく使われており, さして目新しいものでもない。いったい, その言葉の背景にはどんな相違点があるのだろうか。また, チーム医療を学ぶうえで医学生, レジデントが自覚しておくべきことは何だろうか。昨年12月に MD アンダーソンを見学した医学生2名が, 同センター准教授の上野直人氏と語り合った。

最初に, 医学生のお二人が MD アンダーソンを見学することになった経緯からお話ください。

藤井 もともと腫瘍内科に興味があったので MD アンダーソンのことは知っていましたが, 私にとっては「行きたくても行けない施設」でした。それが去年, 「長期休暇を使ってアメリカで臨床を見たい」と大学の先生に相談したところ, MD アンダーソンをたまたま紹介されました。ですから偶然ではあったのですが, 実はいちばん見たい施設でした。

盛田 私の場合は正直, MD アンダーソンの名前も知りませんでした。「家庭医に興味があるので欧米の病院を見てみたい」と先生に相談したときに, そこで初めて MD アンダーソンのことを聞きました。後で調べてみたらすごい病院だとわかり, ぜひ見学したいと思って申し込みました。

上野 学生が欧米の病院を見学するのは流行ってるんですか? 私たちのときはほとんどありませんでした。

盛田 同級生にも自主的にやっている人がいますし, 希望者は増えている気がします。

チーム医療ってナンダ!?

実際に見学して, 日本と違うと思ったところはありませんか?

藤井 同じところを探すのが難しいくらい, 違うところだらけでした。その長所・短所に関してはまだ実際に働いていないのでわかりませんが, 中でも, 役割分担の明確さがいちばん印象的です。

盛田 私は, 「チーム医療のことをあまりよくわかってなかったんだ」と見学を終えて思いました。

上野 チーム医療という言葉自体は, 日本でもよく使われていますか?

藤井 使われます。講義や実習を通して, 学生でも耳にする機会が多いです。

盛田 でも, 実際にどういうものを指しているのかは, よくわかりません。

藤井 私の印象では, 日本でいわれるチーム医療は, MD アンダーソンとは違う意味だと思いました。

上野 どう違うんですか?

藤井 日本では「みんなで協力する」というニュアンスだと思います。

盛田 私もそう思います。チーム医療とは「仲良くやっていくこと」という

レベルの認識でしたし, 「チーム医療は大切だよ」という話で終わってしまいます。でも, 実際に MD アンダーソンを見てみると, 医師や看護師, 薬剤師がそれぞれの役割を發揮して, 患者さんにとってもっとも効果的に機能するのがチーム医療なのだと感じました。上野 具体的に, 回診などでは, どういうところが違いました?

藤井 看護師と薬剤師の果たす役割が多いところでしょうか。

盛田 日本では, 看護師と医師は個別に患者さんにかかわって, 看護師は看護記録を, 医師は医師でカルテを書いているというイメージです。薬剤師は病棟にはあまりいないので, 回診に同行することもなく, 医師の指示で動くことが多いのかなと想像しています。

でも, MD アンダーソンでは, 看護師と薬剤師, 医師が同じタイミング, 同じ目線で患者さんを診て, おのおの専門レベルで意見を出し合って, 患者さんにとっていちばんよい方向を検討しているように感じました。

米国式チーム医療の学び方

日本でもチーム医療ということが

さかんに言われていますが, そもそもアメリカでチーム医療に該当する言葉は何ですか?

上野 multidisciplinary care です。team approach という人もいますが, それはあまり専門的な用語ではないですね。multidisciplinary care も二面性があるように, いろいろな専門医がコミュニケーションよく治療方針を固めていくという意味もあるし, 看護師や薬剤師といった多職種で連携するという意味もあります。必ずしも物理的に会わなければいけないということではないです。

藤井 multidisciplinary care を学ぶうえで, どんなことが強調されますか?

上野 私たちが強調しているのは, 自分のできる範囲をはっきりさせることです。内科であれば, 「こういう患者さんが来たら, 症状と身体所見をとって, 鑑別診断してから検査する」と教えるわけですが, そのときに外科的適応があるかどうかを考えます。外科的処置をする, しないは別として, どの時点で外科医にコンタクトを取らな

(2面につづく)

今月の新刊

6 | 2006

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(お客様担当) ☎03 3817 5650(書店様担当)
医学書院ホームページ http://www.igaku-shoin.co.jp

医学書院

カラーアトラス神経病理(第3版)
編著=平野朝雄
A4 頁272 *18,900円
【ISBN 4 260 00285 6】

米国精神医学会治療ガイドライン
クイックリファレンス
著=American Psychiatric Association
監訳=佐藤光源
A5 頁224 *3,990円
【ISBN 4 260 00246 5】

NANDA-NIC-NOC の理解(第2版)
看護記録の電子カルテ化に向けて
黒田裕子
B5 頁180 *2,520円
【ISBN 4 260 00276 7】

DSM-TR ケースブック【治療編】
編集=Robert L. Spitzer, M.D. et al.
訳=高橋三郎, 染矢俊幸, 塩入俊樹
A5 頁320 *5,775円
【ISBN 4 260 00236 8】

NPPV ハンドブック
執筆=聖路加国際病院呼吸療法チーム
編集=蝶名林直彦
B5 頁176 *3,990円
【ISBN 4 260 00070 5】

LINQ による包括的呼吸ケア
セルフケアマネジメント力を高める患者教育
編著=木田厚瑞
B5 頁176 *2,940円
【ISBN 4 260 00293 7】

統合失調症の薬物治療アルゴリズム
編集=精神科薬物療法研究会
責任編集=林田雅希, 佐藤光源, 樋口輝彦
B5 頁136 *3,675円
【ISBN 4 260 00242 2】

看護診断・成果・介入(第2版)
NANDA-NIC-NOC のリンケージ
監訳=藤村龍子
訳=江本愛子, 中木高夫
A5 頁616 *5,250円
【ISBN 4 260 00262 7】

ロービジョンケアの実際(第2版)
視覚障害者のQOL向上のために
編集=高橋 広
B5 頁328 *3,990円
【ISBN 4 260 00216 3】

看護教育における授業設計(第3版)
佐藤みつ子, 宇佐美千恵子, 青木康子
B5 頁204 *2,940円
【ISBN 4 260 00257 0】

課外授業 チーム医療特論

(1面よりつづく)

ればいけないかを教えます。自分の専門分野の範囲がどこまでで、どの時点で何科に渡すか、どうコミュニケーションを取るか。この感覚を身につけるのは学生教育の重要なところだ。

盛田 ポリクリでは、担当になった患者さんの病態について勉強したり、検査や治療法について学んだりしますが、「どの時点で何科に渡す」という教え方はあまりないですね。

上野 鑑別診断は強調して教えてくれますか？

藤井 強調とは言いがたいものはありません。もちろんその重要性に関しては学生も十分わかっています。でも、少なくとも私が受けた講義では、疾患からのアプローチが主体となっていて、個々の疾患がどのような症状を呈するのかという考え方を学ぶ機会はありませんが、症状から想定される疾患を挙げる機会というのはそう多くはありませんでした。

盛田 PBL (Problem based Learning) に関心を持つ先生が増えていて、徐々に教わる機会が多くなっているようにも思いますが、やりっぱなしになっているように感じることもあります。鑑別診断を何個か挙げてカルテを提出しても返ってこないことがあって、その鑑別がいいのかどうか、いまひとつ自信がありません。

上野 アメリカでは、学生が来たときはプライマリケアを中心にして、所見、症状、現病歴をとって、身体所見を全部とって、鑑別診断を行います。それでその次に、どういう検査をするか考えます。検査はあくまでも鑑別診断をサポートする手段のひとつであって、その後もう一度鑑別診断を立て直して、治療計画を立てていく。これが学生を教える基本パターンになっています。症状を中心に学ぶので、それぞれの科の役割分担が明確になっていく。

特にレジデントのあいだは守備範囲が限られているので、守備範囲を超えたものに関してはコミュニケーションを取らざるを得ない。ですから、「自分が責任を取れないところは、やってはいけない」ということを、学生やレジデントは繰り返し強調して教わります。それが、アメリカ型のチーム医療につながっていくところがあります。

全体の舵取りが医師の役割 細部は専門家に任せる

上野 こうした multidisciplinary care をどう教えているのか、アメリカ人のスタッフに訊いても、多くの人は答えられないと思います。チーム医療という意識はなくて、自然に歯車の中に組み込まれている感じです。

盛田 アメリカはもともとチーム医療ができていたのですか？

上野 効率を上げたいからそうなったのであって、もともとは日本と同じ状況だと思えます。ただ、アメリカは educational background も違うし、人種的な差もあって、そのなかでコミュニケーションを取らざるを得ないという事情もあります。日本はある程度同質の社会なので「あうん」の呼吸が許されていて、それが医学教育にも影響しているのかなと思います。

看護師や薬剤師の役割拡張はどうやって進んだのでしょうか？

上野 役割拡張は、一部のやる気あるコメディカルから始まりました。看護師は身体所見から鑑別診断まで、看護のエッセンスを活かしながら自分のオピニオンを持ちたい。薬剤師は臨床全体を見渡し、患者さんの状況とデータを考慮して薬を出したい。そう思う人たちが徐々に増えてきたわけです。

ただ、役割拡張をすると、ぶつかるんです。私はレジデントのとき、臨床薬剤師と自分の差が見えなかったときがあるんです。だって、彼女らのほうが輸液のことを知っていてオーダーも書くから、「私は何をすればいいの？」と(笑)。レジデントと看護師も、知識レベルや捉えるアングルは違って、やっていることはけっこう似ています。日本でも将来、レジデントは何をする職種なのかということが見えなくなるかもしれません。

例えば日本では、薬学部教育が6年制になりました。10年、20年先になったら、薬剤師のほうが医師よりも薬の使い方をよく知っているでしょう。そのときにコメディカルの活躍を受け入れられず、自分のテリトリーに入ってくることに反発するとすごく損です。

藤井 チーム医療において、医師の役割をどう考えるべきですか？

上野 医師は、患者さんのケアについてリーダー的な役割を果たさなければいけないけれども、必ずしも細かいところまで全部知っている必要はない。他のスタッフがより専門的に関わって、全体の舵取りをするのが医師の大きな役割です。この教育はアメリカではすごく重要で、同時に、看護師や薬剤師の果たす役割も学生のうちに考えておく必要があります。

どんな質問にも「怒ったら負け」

医師の、看護師や薬剤師に対する教育姿勢も問われますね。

上野 回診のときに気づいたかもしれませんが、学生も看護師も薬剤師もほとんど質問しますが、すごくいい質問もあるし、レベルの低い質問もあるわけ。そして、そのレベルの低い質問が出たときに、「そんなこともわからないのか」と答えてしまったら、医師というリーダーの役割を自ら否定していることになる。できない人まで含

めて、知識を共有していく必要があります。

学生のうちに知っておかなければならないことは、「自分がいま習っていることを友だちに教えることができないならば、それは身につけていない可能性が高い」ことです。学生が実習に来たら、まず教えて、場合によってはやらせてみます。次に教えることができるかを見ます。それをいつも繰り返さないと身につかないですね。

藤井 MD アンダーソンでは、医師と看護師はいっしょに回診するのですか？

上野 ええ、必ず。忙しくて看護師が回診の場に来ない場合もありますが、私は来るように言います。医師が聞くと「調子がいい」という患者さんが、あとで看護師にぜんぜん違うことを言うこともありますから。患者さんをトータルに診るには、コメディカルから情報を得ることは重要だし、それによって自分の医療の厚みが増すことを感じます。

盛田 ポリクリの中でも、医師には言えないことを学生に話してくれる患者さんっていますね。患者さんのほうが、ちょっと萎縮してしまうのかなと思う場面もあります。

上野 どこの国でもあることですね。萎縮した人に「萎縮しないでください」と言っても効果はないので、大事なのはコメディカルからどうやって情報を得るかです。看護学生や薬学生と話す機会はありますか？

藤井 うちの薬学部がないのですが、看護学生ともそんなに話す機会はないです。話すとしても部活のマネージャーさんだったりするので(笑)、医療について深い話をする機会はありませ

盛田 私も、ポリクリで「たぶん看護の実習生だな」と思う人を見かけても、あまり交流はありません。

上野 ポリクリのときに、自分の担当する患者さんについて、担当看護師に話を聞いてみるのもいいですね。そうしたら、自分の取っている現病歴や診断所見とズレがあったり、見逃していた社会的背景がわかったりするかも

補習「どんな医師になりたいか」

名医はいらない、チームをリードできる医師になろう

「いい医師になれる」というお話がありましたが、上野先生は「名医はいらない」と強調されますよね。「いい医師」とは.....

上野 名医ではないですね。

日本ではいま、患者向けの名医ランキングが盛んです。

上野 週刊誌に出ていますよね。すごく間違った考え方です。がんの名医ラ

上野直人氏

1989年和歌山医大卒。横須賀米海軍病院、ピッツバーグ大附属病院での研修を経て、米国一般内科専門医を93年に取得。96年テキサス大学M.D. アンダーソンがんセンターフェローを修了。同年、米国腫瘍内科専門医を取得。その後、助教授を経て現職。Department of Blood and Marrow Transplantation and Department of Breast Medical Oncology 所属。乳がんの造血幹細胞移植プログラム長。



れない。

レジデントになると、看護師ともめることがありますよね。頻りにナースコールを押す看護師がいて、レジデントも忙しいから怒っちゃったりすると、「あのレジデントはよくない」という評判が看護師のあいだで出たり。**上野** 教える際に怒るのはよくないですよ。学生のあいだは身分が低いから怒らないでしょうが、レジデントになるうが、指導医になるうが、身につけたことは次に教える必要があるわけ。その教えるプロセスで、怒ってはいけません。

どんな質問をされても、ニコニコしながら相手の間違いをきちんと直したり、自分の持っている意見を相手に伝えたりする態度は、学生のあいだに身につけておくべきです。これができる人はいい医師になれる。だから、私は回診のときに、いつまでもガラガラ、ニコニコと説明してたでしょ？(笑)

MD アンダーソンでは、レジデントと看護師さんの軋轢はまったく問題にされていませんか？

上野 性格の不一致でもめていることもありますけど、「怒ったり、偉そうな態度を取ったら負け」という感じはあります。怒りを前面に出す人間は人格的な質を問われるところがあって、その雰囲気も学生にも伝わります。

ンキングといっても、その医師1人でできていることじゃない。その医師の周りにはスタッフがいっぱいいるわけで、その病院のランキングを表わしているのかもしれない。患者は名医を求めるよりも、トータルなチーム医療でがんを治療してくれる病院を求めなければいけません。

学生にとっては、「名医になる」というスタンスよりも、「チームの一構成員として、チームをリードできる医師になりたい」と思ったほうが将来的にはいいでしょう。

最新かつ最善の医療を行うための診断・治療方針を示す待望の「標準」テキスト

内分泌外科標準テキスト

新刊

監修 日本内分泌外科学会
編集 村井 勝 慶應義塾大学教授
高見 博 帝京大学教授

内分泌外科の領域では従来、その数が少ないことから1施設からの診療結果や手術方法による症例報告が多かった。本書は診療の現場で、最新かつ最善の医療を行うための診断・治療方針を示す待望の「標準」テキスト。文献的考察を前提に比較検討を行い、日本の医療事情に合致した最善と考えられた診断・治療法をわかりやすく記載した。

B5 頁336 2006年
定価12,600円(本体12,000円+税5%)
[ISBN4-260-00250-3]

医学書院

がん征圧に向かう内視鏡医たちへ!

消化器癌診療における治療内視鏡実践ハンドブック

新刊

編集 国立がんセンター東病院消化器内科
責任編集 武藤 学 国立がんセンター東病院消化器内科
土井俊彦 国立がんセンター東病院消化器内科
佐野 寧 国立がんセンター東病院消化器内科

消化器内科医が診断だけでなく、治療にも積極的に関わるようになった昨今、内視鏡による治療技術に関わる幅広い知識と技術を持つことと正しい知識と適切な対応が求められている。本書は、国立がんセンター東病院で実際に行われている治療内視鏡手技について、その適応と安全に行うためのコツを交えて解説する。

A5 頁224 2006年
定価4,935円(本体4,700円+税5%)
[ISBN4-260-00200-7]

医学書院

課外授業 チーム医療特論

盛田麻美さん

北里大医学部6年。大学ではM.E.S.S.(医学英語の会)に所属している。以前より欧米の医療に興味があり、6年次では大学の制度を利用してドイツのマールブルグ大で6週間実習を行った。将来は患者さんを包括的に診ることができる医師になりたいと考えている。



藤井健夫さん

信州大医学部6年。大学では1年生のときから、バレーボール部に所属している。4年生の時に、偶然読んだ新聞記事で腫瘍内科の存在を知り、興味を持った。将来的には、幅広い視野を持った医療人になりたいと考えている。



盛田 そのために学ばなければならないことは何でしょう？

上野 最新の医療を知識として持つのはいいけれど、絶対に学ぶ必要があるのは、エビデンスの高い標準療法です。その標準療法はどんなエビデンスに基づいているのか、あるいは絶対やってはいけないとされる療法のエビデンスは何なのか。その中間が存在するときには、例えば化学療法の効果の程度を調べて、そこからどうコンセンサスを取るかを決めなければいけません。そのコミュニケーションまでを含めて、病院は学生に見せなきゃいけない。

教科書を読むと、すべての治療方針がズバリと決まりそうな気がするけれども、現実はそのじゃない。教授や上司、オーブンの鶴の一声で方針が固まってくるのか。それとも、エビデンスに基づいてディスカッションして、どうしても意見が一致しないときには社会的背景や患者の希望を考慮して決めているのか。学生はそのコンセンサスづくりのプロセスまで知る必要があります。

私は時々1人の患者さんに2人の学生をつけます。それで、鑑別診断が違ったときに、「どうするの？」と聞くわけ。異なった方針があるときに、どうやって物事を決めるのか。そのプロセスを経験することは重要です。

進路選択より大事なこと 「どんな医師になりたいか」

上野 別にアメリカ型の医療がいいというわけじゃないです。チーム医療がどういう形態で日本に普及しようが、「患者中心の医療を実現しなければならない」というところに必ず着きます。それを前提に、自分がいまやっていることをクールに見たほうがいい。そういう意識を持つと、研修医になったときにも、正しい選択をしていくはず。

盛田 いま日本にある制度で、患者中心のチーム医療を行うにはどうしたらいいでしょう？

上野 それは簡単です。「どういう医師になりたいか」を決めたらいい。欧

米型のチーム医療をそのまま日本に持ち込もうと思っても、簡単ではありません。だけど、よりよい医療のために個人としてできることは、「どんな医師になりたいか」を考えることです。それは何科に進むかということではなくて、「患者をよりトータルに診たい」とか、逆に「ある疾患の治療をよりよくするための研究をしたい」とか、モチベーションとなるものを設定することです。

藤井 上野先生の場合は、どうでしたか？

上野 私は、オールラウンドに患者さんの役に立つ医師になりたいと思ったんです。

盛田 それは学生時代からですか？

上野 ええ、なんとなく。だから、行きたい科が決まれないという悲惨な状況が生じた(笑)。ポリクリをやっていた頃も、科の選択で迷走していました。

そして、当時はスーパーローテーションの制度もなかった。ローテートできる市中病院はいくつかありましたが、あの頃はいったん外に出ると大学に戻れる雰囲気じゃなかったんです。それで母校に籍を置いたまま、ひとまず横須賀海軍病院へ1年間行きました。内科と外科をまわったら、もう少し何か見えるかなと思ったんです。

そこで内科か産婦人科か悩んで、結局内科に落ち着くんだけれども、大学には戻らなかった。アメリカの内科のほうが幅広くできる雰囲気があったので、アメリカへ研修に行くことにしました。それで次に、アメリカのがん治療は幅広く学べる感じがあったので、がん治療の道にまたなんとなく進んだ感じです。でも、「オールラウンドに患者さんの役に立つ医師になりたい」というモチベーションは強くありました。

横須賀海軍病院にいた当時、チャーチ先生という方に「あなたはこういう医師になりたいんだ？」という質問が来ました。そういう話はしますか？私が学生のときには、ほとんどなかったですが。

藤井 話さないですね。まだわからない

い、という人も多いです。

上野 科を選ぶより、もっと重要なことかもしれませんね。どんな医師になりたいですか？

盛田 私は、包括的に患者さんを診ていきたいと、以前から思っていたんです。いま、日本の医療は細分化されすぎているところがあって、社会的背景も含めて、患者さんの全部を診ていける医師になりたいと思っています。

藤井 私は、テーマをがんと決めているので、いま考えているのは、「日本で求められているけれども現在ないものを提供できるようになりたい」ということです。それが、ひとつの大きな目標です。そこへいくプロセスは、先生が言われたとおり、幅を持たせているんな可能性を残しながら、最終的にたどりつけたらと思っています。

上野 がんをテーマにしたいというのはいいいのですが、何科に行くとか最終的なことはあまり早く決めないほうがいいかもしれません。日本は診療科が細分化しているから、最初から専門分野の研修になってしまうことが多いですね。でも、本当はトータルな知識を身につけたほうが全体像が見えるので、専門家になってからも自信が持て

ると思います。

学生のあいだに「これ！」と決めても、一歩引いてクールに見たほうがいいというのは、いつも感じるところです。みんなどうやって科を選択するんですか？

盛田 いまは、初期研修中でローテートするあいだに決める人が多いようです。

上野 その意味では、スーパーローテートが役に立ってるんですね。

藤井 「医学部6年のときに決めていたのを、2年間先送りしただけ」という人もいるし、実際はよくわからないです。

盛田 私はまだ迷っているので、ローテート研修で回って見たら、ポリクリとはまた違う発見があると期待しています。

上野 スーパーローテートはいいですね。ダラダラやったほうがいいんです(笑)。アメリカでも、悩んでいる時間の長い人のほうが、最終的には自分の本当にやりたいことが決まっている感じがありますよ。自分がどういう医師になりたいかを考えながら、がんばってください。

どうもありがとうございました。

臨床研修修了後の進路は？

厚労省が初の全国調査。大学病院勤務48.6%、市中病院38.2%。診療科別では小児科が人気。

厚労省は5月23日、2005年度「臨床研修に関する調査」の中間報告を発表した(本紙6面に関連記事「臨床研修医在籍状況」を掲載)。同調査は、新医師臨床研修制度の効果等を検証・分析するため、臨床研修病院・大学病院849施設、および研修医1万4870人に対して今年3月に実施された。

今回の中間報告では、「研修2年次生の進路」に関して取りまとめたもの。2年間の臨床研修後の進路、いわゆる「後期研修」に関しては、各学会や全国医学部長病院長会議によって入局者数の調査などが行われてきた。ただ、入局者数が減るなかで全体の把握が難しく、厚労省の初めての全国調査として注目された。

中間報告の時点では2年次研修医2500人(34.0%)から回収した。研修修了後の進路に関して尋ねたところ、大学病院で勤務・研修を行う者48.6%に対して、市中病院で勤務・研修を行う者は38.2%。中でも、臨床研修病院で研修を行った者の進路をみると28.9%が大学病院で57.7%が市中病院で勤務・研修を行うと答えた。

後期研修先を選択した理由に関しては、「専門医取得につながる」「優れた指導医がいる」や「出身地である」「実家に近い」などが上位を占め、「給料・処遇がよい」「医学博士号が取れる」「大都市である」などの回答は比較的少なかった。「給料のよい都市部に研修医が集中する」との懸念もあったが、今回の調査では、専門医取得やプログラムの充実など、他の要因が研修先選びのポイントとなっていることが明らかとなった。

また、専門としたい診療科では、小児科が182人(8.4%)で、内科、外科に続いて3番目の人気となった。臨床研修制度開始前の調査「20代医療施設従事医師診療科別割合」(2002年)と比較すると、小児科・麻酔科は志望者が増え、産婦人科は微増となった。医師不足のなかで光明といえるが、産婦人科志望者の71.8%が女性となるなど、女性医師の増加への対応も課題となりそう。なお、臨床研修の前後で進みたい診療科を変えた者は35.8%、変えた理由として「研修して興味がわいた」という回答が71.4%あった。

中間報告の詳細は、厚労省「新たな医師臨床研修制度のホームページ」で閲覧できる。調査票は現在も回収中で、「研修の満足度」や「知識、技術等の修得状況」なども加えた最終報告が今夏にもまとまる予定だ。

未来への架け橋となるトランスレーションリサーチの手引書

呼吸器疾患研究の展望

新刊

編集 相澤 久道
一ノ瀬正和

「呼吸」は生物の生命維持、生体活動にとって最も基本的な機能であり、医療者が日常臨床で頻りに遭遇する問題解決のための基礎知識である。分子生物学など最先端の研究がなされる現代の呼吸器病学にも、地道な基礎研究の成果が臨床に繋がっていくサイエンスの最前線がある。未来への架け橋となるトランスレーションリサーチの手引書。

B5 頁232 2006年
定価4,935円(本体4,700円+税5%)
[ISBN4-260-00183-3]

医学書院

医療者はもとより、すべての教育関係者に

ポートフォリオ評価とコーチング手法

新刊

鈴木敏恵 千葉大学特任教授・教育学部、
島根県立看護短期大学・客員教授

ポートフォリオは学習や研修を進めていく中で得られる資料・情報、そして自分の気づき、思いをもファイリングした活動・成長のプロセスが入ったファイルのこと。このポートフォリオを用いた評価の実践的な手法や具体的な効果について、教育のプロが著した意欲作。個々人の本来持っている能力や可能性を引き出すコーチングについても写真を用いて具体的に詳述。

B5 頁160 2006年
定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN4-260-00053-5]

医学書院