

認する。

胃の腺腫の場合、稀に同時性多発や異時性多発(数カ月から数年後に新たな病変が発生してくることがある)をきたすことがあり、定期的に内視鏡で経過観察をする必要がある。

文献

- 1) 中村恭一, 喜納 勇: 消化管の病理と生検組織診断, 医学書院, 1980
- 2) 藤田力也, 比企能樹(編): 消化器内視鏡治療マニュアル, 南江堂, 1992

書評

日野原重明 監修

学生のためのプライマリケア病院実習

吉岡 守正(東京女子医科大学学長)

大学病院での卒前卒後を通じて縦割の風習が根強く残っている。本書にはそのような現状に少しでも横並びの初期研修の楔を打ち込みたいという若い医師たちの強い意欲が感じとられる。

知識はもちろん必要であるが、臨床では経験を欠くことはできないという彼らの体験を生かして、医師を目指す学生の夢を実現するためには、既存のルールに乗っかることで妥協する以外に、いろいろな手だてがあるということを、学生の立場に立って手際よく纏めているのが特徴と思われる。なかでも第3章の「学生のための臨床的見識(臨床の力)」は、病人に接する態度として最小限要求される事柄を説得力をもって記述している。これらの態度は対病人だけでなく、不特定多数の人々を相手にする職業人ならずひ身につけてほしい資質である。医学生であっても、低学年のうちから実践の場で学ぶ機会が増えてきており、その際には非礼は許されるべきでない。どのように振る舞えばよいかは知識として記憶しているだけでは実際にはうまく使えず、何度も使用してみる機会を持って(体験して)初めて生かすことができるものである。その意味で、医学部の教育カリキュラムに体験の時間を有機的に配置することが好ましい。

ところで卒前教育のなかでの臨床実習には病棟実習と外来実習があって、本書でも指摘しているように、多くの大学ではどちらかというと病棟実習(bed-side learning など)のほうに力点が置かれている。それには個々の学生に入院患者を当てることで学生の自主学習に委ねることができるが、外来実習では、診察中の医師に学生グループを当てがうと、その場

限りの見学に終わってしまうといった内情などが影響していることがあろう。もちろんこのような隘路は工夫によって実効を上げるように改善されており、実例が本書の後半に豊富に載っている。

本書の第2章に「大学病院での実習の欠点」として、① common disease の経験が困難である、② 救急医療・初期医療の経験が困難である、③ 他の職種との連携がわかりにくいの3点が挙げられている。大学の縦割重点構造がなせるわざと言ってしまうとそれまでであるが、これまたかかる弱点を打破すべく、多くの大学で工夫しているところである。救急外来実習、救命救急センター実習、総合外来実習、診療所実習などはこれに当たる。

それにしても上記の弱点は十分に補完されないの、休暇期間などを利用して本書が薦めているような地域病院、診療所、精神病院、東洋医学施設、海外医療機関など自分でチャレンジしてみる積極性は好ましい。ただ、本質的な医学体系を叩き込むための縦割勉強も重要であり、臨床実習を多様化して大学病院の臨床実習に診療所などをも加えた卒後臨床研修プログラムに準じたコースを含め、学生が選択できる幾つかのコース(elective)を用意する時代になってきている。

蛇足となるが、本書に教養部学生のための病院実習という項目があるが、平成2年の大学設置大綱化以後、教養部を廃止したり、廃止を検討中の医学部が多く、現在数校が残置しているに過ぎなくなっている。学生にピンとこない用語になっていることを指摘しておく。

(A5判 144頁 1,751円(税込) 1995年 医学書院刊)