

「医師のキャリアパスを考える医学生の手会」とは

「医師のキャリアパスを考える医学生の手会」代表、東京大学医学部4年 森田知宏

医療界をよくしたい医学生の手皆さんへ！

医師不足、医療費など多くの問題が山積みの医療界。

そんな現在の医療を、皆さんはどのように考えていますか？

「医療がこのままでは将来が不安だな…」 「もっと医療をよくしたい」

そう思ったことはありませんか？

私たち「医師のキャリアパスを考える医学生の手会」は、日本の医療をよくするため、日々活動しています。

「医師のキャリアパスを考える医学生の手会」とは

「医学生の手会」はやさしく、強い医療を目標に活動している医学生団体で、医学生の意見を社会に発信することを大切にしています。2008年11月11日の誕生以来、新聞、テレビ、ラジオ、webニュースなど多様なメディアで医学生の意見を発信してきました。臨床研修制度改訂の際には、「医師の教育をもっと大事にしてほしい」という思いをこめた提言を発表し、賛同する2654筆の署名とともに厚労省に提出しました。また、勉強会などのイベントも10回以上行い、**学び、考え、発信する医学生ネットワーク**として常に成長しています。

現在の日本はやさしい医療、でも…

日本の医療は今、どのような状況でしょうか。皆さんご存知のように、基本的に日本の医療は保険診療で成り立っています。その結果、どんなお医者さんにかかっても同じ診療内容なら値段は同じ。患者さんはとても安い費用で、どの医療機関にもかかることができます。現在の日本はやさしい医療ということができそうです。

一方で産業としての競争力はどうでしょうか。採算がとれないまま運営されていたり、廃業に追い込まれたりする医療機関がたくさんあります。特に公立病院は地域の健康を支えているため、採算が合わない部門といえども簡単に切り捨てるわけにはいきません。また一見経営が順調な病院でも、土地や資産の運用などで得た利益で医業の赤字を埋めていたり…。

これは病院の経営感覚の鈍さも一因だと思いますが、それだけではなく、やはり医療の仕組み自体に問題があるのではないのでしょうか。

強くて安心な医療とは

将来、経営がギリギリの公立病院の近くに、利益追求を優先する病院が誕生したらどうなるでしょうか？採算のとれる患者さんはその病院へ吸い取られ、公立病院は破綻、地域の患者さんが途方にくれる…なんていうことになるかもしれません。

まず考えられる対策としては、法律で新しい病院をつくるのを規制する、ということです。では、同じような対策をとった産業、農業はどうなったでしょうか。かつて日本は輸入作物を規制することでなんとか国内の農業を守っていました。しかし外交上そのような規制を続け続けることができなくなり、安い輸入作物がどっと入ってきた結果、国内の農業が衰退してしまったのです。グローバル化の進む現代において、法律で守るだけではいつか必ず限界が来てしまいます。**国際的な競争力をつけられるような方法を考えなくてはなりません。**

貧しい人でも最低限の医療が受けられるやさしさ、国際的な競争力の強さ。これを兼ね備える医療を実現するのが、私たちの目標です。

強い医療にするために

医療界を大きく揺るがしたのは、2006年の大野病院産科医逮捕事件です。「医療行為をするだけで逮捕されるのか」「リスクの高い医療はできなくなってしまう」といった悲鳴が現場の医療者たちからあがり、学会、医療者から多くの声明が発表されました。医師不足がクローズアップされ、これまでの医療の構造が抱える問題が一気に明るみに出ました。これらの声やメディアの動きの後押しもあり、2008年に医師の無罪判決が下りました。

日本のやさしい医療は、医療者が身を削って努力することでやっと成り立っていますが、このままでは国際的な競争力をつけることはできません。大野病院の一連の動きでも分かる通り、現場の医療者は強力なパワーを持っています。**現場の医療者が幸せに働けるシステムの下で、医療者それぞれが最高のパフォーマンスを実現できれば、やさしくて質の高い日本の医療を、もっとたくましく揺ぎないものにできるのではないのでしょうか。**

医療は日本の未来の生命線

これから日本は世界の先陣を切って、さらに高齢化が進んでいきます。多くの産業はもはや成長し続けることはできません。しかし見方を変えれば、他の先進国よりも先に超高齢社会に突入する日本こそ、医療を世界に誇る産業に成長させることができるのではないのでしょうか。

やさしく強い医療を実現するためにはどのような政策が必要で、そのために医療者はどのように行動すべきなのか、皆さんも一緒に考えてみませんか？少しでも興味を持った方は「医師のキャリアパスを考える医学生の会」までお気軽にご連絡ください。HP もありますので、ぜひご覧下さい。（「医学生の会」と検索すれば出てきます。）

勉強会のご報告

帝京大学 2年 野中沙織

私たち「医師のキャリアパスを考える医学生の手会」が発足して、もうじき1年がたちます。約1年前の第1回の勉強会は話題の臨床研修制度についてでした。学生から活発な質問がなされ、話題は基礎研究から臨床、僻地、女性医師問題など多岐にわたりました。どの質問に対しても真摯に答えてくださった土屋先生に深く感謝いたします。

以下に第1回勉強会の議事録ダイジェスト版を記載します。この他にもたくさんの質問がなされました。

また、「医師のキャリアパスを考える医学生の手会」ではこの1年間に下記のようなイベントを行いました。それぞれの勉強会等でご協力いただいたすべての方に感謝いたします。それぞれの概要や議事録についてはHP (<http://students.umin.jp/>) に掲載してあるので、ぜひご覧ください。

第2回勉強会 渡辺賢治先生 日本版総合医について (2008.11.27)

第3回勉強会 内田健夫先生 日本医師会について (2008.12.19)

第1回「臨床のイメージを抱こう！」交流会 (2008.12.27)

学生発表勉強会 (2009.01.17)

関西第1回勉強会 森洋一先生 京都府の臨床研修について (2009.02.14)

第2回「女性医師のキャリア」交流会 (2009.04.18)

第4回勉強会 川口恭先生 医療とメディアのかかわりについて (2009.05.13)

第5回勉強会 川人博先生 医師の過労死について (2009.06.15)

第6回勉強会 田口空一郎先生 医療政策・技官制度について (2009.06.26)

「カケル政治」第一弾 阿部知子先生 政治×医療 (2009.07.08)

第7回勉強会 木村盛世先生 人として医師として今をどう生きていくか (2009.07.11)

第2回放射線医学見学ツアー (2009.08.25,26)

11/11 第1回勉強会 (土屋了介先生) ダイジェスト版

日時 2008年11月11日 (火) 18:30-20:30

- 場所 東京女子医科大学中央校舎 4階 400
- 講師 土屋了介先生 (医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医 (医師後期臨床研修制度) のあり方に関する研究班班長)
- 費用なし (実費で懇親会あり)
- 参加者数 85名 (12大学)

プログラム

1. 企画代表者より現状の臨床研修制度（卒業後一人前の医師になるまで）の説明
2. 土屋了介先生への質問タイム
 - マッチングのあり方
 - 地方で研修することの是非
 - 専門医制度のあり方
3. 土屋了介先生から学生へのメッセージ「学生に今もとめられていること」

≪議事録ダイジェスト版

土屋先生から

今まで日本の医師は教育について真剣に考えてこなかった。自分も心からおわびしたい。私は医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医の研究班を舩添先生にお願いして作って半年やってきた。なぜこのような研究班が必要かという、皆さんが安心して研修できるようにである。今度卒業する方は夏に研修先を決めたが、他の学部であればこの作業を3年から始める。どの社会でも自分で就職口を探すのだから、医学部生は社会性を備えていないとも言える。今は進路を自分たちの問題としてしっかり考えられると思う。例えば皆さんが工学部を出てトヨタに入ったとしたら、議論はできても仕事はできない。それは経験が足りないからであり、最初はチームに入って何年かたってリーダーになって、というコースに乗ることになる。わが国の場合、医者にもそういう制度がないといけない。2年間の後、そういう制度がないことが一番いけない。今日は疑問をどんどんぶつけて欲しい。

東大3年男性：今自分は基礎に行くか臨床に行くか悩んでいる状態。まだ臨床の授業を受けておらず、基礎の授業ばかり。臨床をイメージでしか分からない。

土屋：アメリカではメディカルスクールが4年間ある。そのうち2年は教室で授業、2年は病院で症例ケースカンファレンスを行う。つまり学生のうちから一人ひとりが強く臨床に当たることになる。学生がレジデントに付いて、レジデントがさらに上級の医師に付いて...という縦のつながりを学生の間から得ることになる。学生のうちからこうしたことをやっているから、医学校を出る頃にはかなりの力がついている。メディカルスクール（医学大学院）はどこかのカレッジ（文科系を含む）を出た後に行くので、学生は年をとっている。そして学部の頃から基礎の教室に行っている人がたくさんいる。すぐ基礎の教室に行

く人は多くないが、レジデントの後戻る人が多い。こういうことはトランスレーショナルリサーチと結びつく。日本では、基礎も臨床も知らないで研究室に行き、テーマは論文から得ている。これではテーマで数カ月のディレイが生じてしまう。これでは仕方ない、勝負にならない。あなた（質問者）の場合は、夏休みにでも病院見学に行くといい。市中病院などならかわいがってくれるだろう。病院見学で臨床への理解が深まり、現場を知れて、どこが問題か分かる。そうすれば、解決したい患者さんの悩みを知れる。そうすれば世界と並ぶことができる。

司会：患者さんからニーズがあるという話だったが、地域医療などには学生の側にインセンティブがないと行きづらい。インセンティブとしては、まずお金、それでダメなら強制的にとなっていくのであろうが、それでは高校生が医者になりたがらなくなってしまうかもしれない。

土屋：インセンティブは患者さんの笑顔。それを一番具現しやすいのは大学病院ではなく、診療所で相手の生活まで知れるとき。金儲けだけでなくそういう理由で開業する人も多い。学生だけでなく中堅でも地方に行きたがらないのはなぜか。資料の最終ページ、中川昭一を蹴ったという記事が載ったが、蹴ったわけではない。ただ彼の地盤は北海道で、心臓外科が成り立たなくなって医者がみんななくなってしまった。医師確保のため大学病院にも行ったが、やはり厚生省に行かないと仕方がなくなった。そこで医者の資格を持った事務官、病院課長に聞いたら、管轄下の国立病院は今6つしかない。まず国際医療センターに言ったら、北海道に送れる医者はいないといわれた。それでがんセンターに来たが、当然送れる医者はいないと言った。レジデントなら病院長権限で送れるだろうと言われたが、とんでもない。レジデントは教育中で、要求を満たせない。スタッフも高度に専門化しており、あらゆる状況に応える訓練はしていない。それなので送ったら地元住民を冒涇していることになる。真相はむしろ、病院課長が院長室の椅子を蹴っただけ。翌日中川さんから電話があり、がんセンターに頼るべき問題ではないと、向こうから謝ってきた。こういうことは政治家のほうがよく知っている。こういった経過をアエラの編集者が面白おかしく記事に仕上げただけ。話を元に戻すと、今地方に中堅医師が行かないのは、自分の力量に自信がないから。読売が書いている人員最適配置は馬鹿な議論。住民に合ったトレーニングをしてから医師を送り出すべき。

ここからは質問をいくつかまとめて、土屋先生にご回答してもらおう。

東大3年男性：ラジカルな意見かもしれないが、プロフェッショナルを志望している研修医に対しては、進む専門分野が決まっているのだからローテーションさせるのを止めてしまったらどうだろうか。

帝京1年男性：アメリカが良いという大前提で先生はお話なさっているが、日本の医学教育はヨーロッパ、特にドイツ、フランスを手本にしてきた。日本の医療制度は、昔はある程度整っていたが、今は木に竹を接ぐような形でだめになってきた、という意見が世の中にはあるが、どう考えるか。もう1つ、私は基礎医学研究に進みたいが、基礎系の研究者たちと話すと、現在の研修制度が施行されて以降ペーパーの量も質も低下したと言う。日本の制度というのは、メディカルスクール型ではなく、最初に基礎・臨床を叩き込んでからという制度になっているが、他の学部の研究者から見ればおかしな点がある。今の制度だと余程の強い意志で最初から研究医を志望しているのでなければ研究医にならないが、この仕組みをどう思うか。

土屋：まずローテーションについて。初期研修はオリエンテーションのようなもの。がんセンターの場合、外科を志望している研修医であれば、病理、放射線などの診断学、内科の化学療法にまず回す。がんセンターは完全に分業制なので、研修でローテーションしなければ癌全体を見ることが出来ない。がんの患者さんは最後には何らかの形で緩和医療が必要になるので、そういう部署も見せる。専門が分化すればするほど関連科をローテーションしないと専門医として通用しなくなっていく。

医学教育制度について。国民から見れば天に唾している感じ。私もアメリカが何でもいいとは言わないが、あの国が制度に関して議論が一番行っている。日本での医学教育制度の歴史はヨーロッパを参考にして100年程度で、アメリカでも同じく100年程度だが、あちらでは大規模に議論している。ヨーロッパでも、EU統合の過程で、各国がお互いの医学教育制度にもっと干渉してより良い制度を目指して議論しようという流れである。韓国では電機メーカーのサムスン、自動車メーカーのヒュンダイといった大企業が大病院を作って運営している。病院を作る前からソウル大学の優秀な医学生に奨学金を出して、卒業後サムスンの病院に就職してもらうようにする。卒業後、まだ病院が出来てなかったので外国へ留学に出して、病院を出来る際に帰国させる。マネジメントが大事なので、卒業生をビジネススクールに行かせたこともある。そうやって完全にアメリカ的な病院を作る。儲かるのか、と思うが工場の周りがある、何万もの従業員や家族が住むための団地の真ん中に病院を作っているから採算はとれる。日本でも環境に合ったシステムを作るべき。日本には長い歴史があるので、同様に長い歴史を持つヨーロッパがよいお手本になるだろう。

日本の基礎研究はもともとダメ。組織は臨機応変にやるのがいいのに、日本は役所の許可制だから、例えば外科の定員が10人としたら微生物も10人で、当然定員が余るので臨床が基礎の空いている定員枠を借りていく、という野蛮な方法であった。また、臨床の医局に入っている医師が臨床の教授の指示で基礎系の教室に転籍し研究を行う、ということが現在の研修制度が実施されるまで行われていて、彼らによって基礎の教室は論文数を稼い

でいたのである。

東大の微生物教室といえば昔から、東大理学部出の人が助手などをやっている感じだが、そうやって分野をまたいで人材を集めるのは良いと思う。また、がんセンターにも研究室があるが、がんセンターは文部科学省管轄ではなく厚生労働省管轄である。単なる研究であれば文部科学省管轄の各大学などが行っているのだから、がんセンターが行う必要が無い。厚生労働省が研究室を持つ意味は、臨床現場への応用、政策立案などであり、そのへんを役人はよく考えて欲しい。日本はマネジメントに関してはダメ。全ての大学に基礎の全ての教室が無くてはいけない、というのはおかしい。そうではなく、講義の面白い先生を他の大学や研究機関から借りて講堂でやれば面白い。例えば、この間学生と放医研に行った時も、理学部出身の先生にお話を伺ったが、その先生の話がとても面白く、われわれはお話引き込まれた。

慶応 4 年男性：定員を国で決めるならば、いっそのこと国が直接医者を雇うのはどうか。

女子医 5 年女性：この間、初期研修先を選ぶため、ある病院へ行った。その病院が大変気に入ったので、スタッフに「後期研修もここで受けたいが可能か。」と質問したところ、「地元の大学の医局からしか後期研修の研修医を受け入れていないので難しい」、と回答された。後期研修のことを考え、その大学に研修医として所属し前期研修を終わらせ、そこからその病院に派遣されて後期研修を受けたほうが良いのだろうか。また 3 年次以降は医局に入ったほうがいいのか入らないほうがいいのか。アドバイスをお願いしたい。

帝京 4 年男性：僻地医療を行いたいと考えているが、僻地の実習をして二の足を踏んでいるのが実情。医師は強い意思があるが、本音では違う面も。本音を聞いたところ、他にやる人がいないから自分がやっている、我々は医学界から見捨てられているという声も。あと家庭医育成についてだが、common disease の患者さんが大学病院や市中病院に十分な数来院するのか。

土屋：数をコントロールするのに国が管理するという方法は、現状では国にお金がないから無理。きちんと投資をすれば何とかできるだろうが、更にプラスアルファの投資をしないと上手く動かない。またコントロールタワーをどうするか、という問題がある。今の役人をコントロールタワーにするのは危なっかしい。コントロールタワーが「10 年後のためにはこの科の医師を増やさない」などと考えた際に、その決定が信頼されなければならない。中医協は自分の権益ばかりだからだめ。例えば高久先生などの学生などから信頼される先生が 5~6 年専従でコントロールタワーの役割を担わないと。

地域医療。家庭医育成を行っている福島県立医科大では、大学病院には common disease が十分存在しないので、市中病院と上手く協力している。

家庭医。町の診療所で看板を見ても、内科などとしか書いていない。generalist の需要は高い。日本でも家庭医に対する理解が進んでトレーニングが進めばよい。イギリスでは「この地区の人はこの先生しかかかれない」などと地区別に家庭医を決めてしまったから失敗だった。医師会のよく言うフリーアクセスだが、診療所の中ではフリーアクセスで構わないが、がんセンターにカゼ引きの患者が来てはほかのがん患者が困る。そこでうちでは紹介を必須にした。法律があるので一応紹介無しでも診察するが、基本的に受付で患者に紹介があるか聞く形にした。そうしたらがんセンターで治療をする必要が無い患者さんが減った。結果としてがん患者さんにより時間を掛けられるようになった。日本では本格的にジェネラリストとしての教育が行われていない。開業医などが経験をつんで結果的にジェネラリスト的にできるようになった人はいる。家庭医などの認定医は、その認定が信頼できるようにしなくてははいけない。

初期研修で後期研修のことを考えて選択しないとならないか、これは難しい問題。そもそも制度としての後期研修制度が変わるかもしれない。自分で目を光らせていないといけない。制度がどう転ぶか分からない。しかし、どこかで妥協もしないといけない面もある。計画配置については、読売の案はばかっている。若手をいきなり地域医療に配置しても意味が無い。地域には一人前になった医師が必要。もちろん地域による格差は是正しないといけませんが、例えば、僻地に行ったら10年代わりが来ない、これでは誰も僻地に行きたくないだろう。だったら交代制などを組めばいい。僻地だから年収3000万円ですよ、とやっても上手くはいかない。僻地では平日だけ勤務し、土日は大学医局員が代わりに勤務するなどすれば、息長く続けられる。

最後にメッセージを。ここに来ている人たちは自分で進路を考えて拓いていきたいと考えている。これで十分。100点を差し上げる。他の学部では、自分で進路を拓いていくのは当たり前なことだが。いざとなったら医師免許を取った翌日から開業することができる。今の制度だと2年間の研修はいるが。

学生に求められていることは何か。まず患者を向いていけば間違いは起こらない。初期研修の目的は、安全で質の高い医療者を提供することのはず。しかし現状の研修は技術知識に偏重がある。医者に必要なのは倫理観、チームの和。地域医療でもチームは必要。もう1つは、仁。つまり慈しみ、思いやり。医者には絶対必要。技術も必要だがその心が伝わってこないと患者団体は訴えている。そして徳。辞書をひいてみると、よい行いをする性格、身についた品性、人を影響する力とのこと。しかし辞書には余計なことが書いてあって、続きに、(別の意味として)金銭的な利益とか書いてある。そっちは要らない。以上です。

スキルミクスから医療を考える会

はじめまして、慶応義塾大学医学部2年生の根木沙良子です。

私は医学生会のメンバーでもありますが、今年7月より、「スキルミクスから医療を考える会」という団体を立ち上げ、勉強会を開催しています。

まだ発足したばかりの小さな会ですが、この場を借りて概要を紹介させていただきます。興味を持っていただいた方は、お気軽にお問い合わせ下さい。（連絡先は末尾に記載。）

発足のきっかけ・目的

今年7月9日国立成育医療センターで行われた、エクランド源稚子さん(新生児専門NPとしてアメリカで勤務されています。)の講演会に参加した際、初めてNurse Practitioner(以下NP)というのを知りました。そこで私がNPという職種に非常に興味を持ったことが、この団体を立ち上げるきっかけとなりました。

日本では今、看護職役割拡大の一つの道として、NP導入が議論されていますが、一般的にはNPの制度・アメリカでの成功例はよく知られていないのが現状です。

また、一番越えるべきは、意識の差であると感じています。あるTV番組でも一人の中年医師が「NPは二流・三流の医師。とても安心して仕事を任せることはできない。」と言っていたように、すでに医療現場で働いてきた医師たちにはプライドもありますし、新たな制度が導入されることはすでに現場で働く人たちにとって面倒なことであり、混乱を招く可能性もあります。

悪い意味でのプライドや固定概念がまだ無い学生のうちに、チーム医療や医療従事者の関係について意識し知識を深めることは、とても意義があるのではと思います。また、将来医療従事者となり社会に貢献する者として、当たり前のことでもあるとも思います。

当団体では、NPはもちろんのこと、医療に関する様々なテーマを取り上げることで、チーム医療・より良い医療を考えていくことを目的としています。

そして、多分野の学生同士が、互いの卒前教育の相違・卒業後キャリアの見解を共有しながら、医療問題を考察し、真のチーム医療を探求すること、多職種を理解し尊重し合う姿勢を育むことを目標としています。

Nurse Practitionerとは

看護師が医師と連携して初期診療などを担う Nurse Practitioner (NP) 制度は、アメリカ・カナダ・タイ・イギリス・韓国などで導入されています。

アメリカでは 1960 年代、ベトナム戦争終了後の医師不足を補うため、医師が看護師に依頼する形で診療行為に近いことを行っていたのが始まりとされています。今では正看護師の資格を取得した後に、修士として 2 年かけて NP の資格を取得する形がメジャーとなっています。

特に 40 年以上の歴史を持つアメリカでは、プライマリケア医の 1.5 倍の 14 万人の NP が活躍しており、「専門分野において医師と同じ鑑別診断ができること。また同時に、看護哲学に即した全人的医療が施せる医療者」と定義されています。設立当初は「ミニドクター」として批判されましたが、医師に比べて時間をかけて診断してもらえことから患者の評価も高く、また医師よりも臨床現場で質問しやすいなどの理由から他の医療職者からの評価も高いと発表されています。当初仕事や給料を奪われることを恐れていた医師も、NP の重要性を認める動きが一般的となっています。また同じ医療行為を行った場合、患者の負担は変わらない一方で診療報酬は NP が医師の 85% であるため、病院経営のコストパフォーマンスの面でもメリットが挙げられています。

日本では、昨年は大分県立看護科学大学大学院で、続いて今年は国際医療福祉大学大学院で初めての NP 養成コースが開設されました。

スキルミクスとは

日本語ではよく「職種混合」や「多能性」と訳さるよう、医療従事者間の役割分担を見直し、役割を補完し合うことで協働を実現するというものです。1990 年代、医師や看護師不足に悩んだ OECD 諸国で、養成・維持に時間もコストもかかるこれらの職種について、各職種のありかたや機能が議論された結果、生まれた概念です。

(もともとは、看護界で用いられていた用語で、看護師・准看護師・看護助手というように、同じ看護職でも資格・能力・経験・年齢などが異なるスタッフを混合配置することを指していました。)

医療再建の柱としてチーム医療が盛んに取り上げられていますが、その実現の為にはまさに「スキルミクス」の概念が必要なのです。特に今最も論議されているのは、医師と看護師のスキルミクスです。厚生労働省でも今年 8 月より「チーム医療の推進に関する検討会」として、看護職の役割拡大を大きなテーマに、チーム医療の見直しに関する議論が始められました。先日(10月5日)行われた第2回検討会では、(医療の人材不足に対する策として医師数を増やすことについて)複雑化し増大した医師の業務を医師のみで担うという考えは非現実的だという声や、看護基礎教育においても専門分化の進む世界的な動向が紹介されました。

勉強会 概要

今まで行った2回の勉強会について、概要を紹介させていただきます。

資料をご希望される方は、題名を「スキルミクス資料希望」として、med.skillmix@gmail.com までお問い合わせ下さい。

第1回勉強会

2009年8月19日

@東京大学 本郷キャンパス 医学部2号館

当団体メンバーの初顔合わせ。医・看護学部生、医療系学部以外の学生、栄養士、医師らが参加した。事前にメンバーの回答したアンケート(興味のある医療問題・テーマ、今受けている学校教育について、自分の目指す将来像)をもとに進行。

特色ある教育プログラムとして、昭和大学PBLチュートリアル(文部科学省医療人GP:医・薬・歯・保健医療学部生による合同実習)が紹介された。同大学保健医療学部生によると、実習経験豊富な保健医療学部生が医学部生に一目置かれる場面もあるといい、「知識の差・学部の違いを踏まえ、学生同士が『スキルミクス』し協働できるプログラム」と評価の声があがった。

昨年度より大学院で養成コースが設立され始めた Nurse Practitioner についても、法整備・現場医師の意識など、導入にあたり留意すべき問題点が議論された。

第2回勉強会

2009年10月3日

@慶応義塾大学 信濃町キャンパス 孝養舎

次回(10月31日開催予定。第3回勉強会。)のための事前学習会。

NP や NP に関する議論について、基本的事項を学び、先生方に直接伺いたいこと、疑問点などを挙げた。有志の学生が作成した資料を用い、イギリス・アメリカの NP や医療・保険システムについて、また現在日本で行われている NP に関する議論について、概要を把握した。

その上で、NP が本当に良い医療をもたらすのか、医師側・看護側が各々、都合の良い NP 像を描きメリットを挙げているのではないかと、その他 NP という新職種導入による現場の混乱、責任問題などの問題点を確認し、次回(第3回勉強会)で先生方に直接ご意見を伺うことが議決された。

最後に、第三回勉強会のご案内および、当団体のメーリングリストについてご案内させていただきます。

第三回勉強会のご案内

第3回勉強会（予定）

2009年10月31日

@慶応義塾大学 信濃町キャンパス

西田博先生(東京女子医科大学・心臓血管外科講師。医学博士。)、久保隆彦先生(国立成育医療センター産科医長。医学博士。)、湯沢八江教授(国際医療福祉大学大学院教授。看護師・看護学博士。)をお招きし、日本でのNP導入やチーム医療について、学生と意見交流を開催します。

出席ご希望の方は、題名を「第3回参加希望」として、med.skillmix@gmail.comまでお問い合わせ下さい。

メーリングリストのご案内

当団体では、メーリングリストで勉強会の案内、他団体のイベントの紹介などの情報提供を行っています。登録をご希望の方は、題名を「ML登録希望」としてmed.skillmix@gmail.comまでお問い合わせ下さい。



当団体には現在、医学生7名、看護学生27名、その他(医療系以外の)学部生・院生3名が参加しています。

医療系以外の学部の方でも、「何か医療について知りたい・考えてみたい」、「医療系の学生が何を考えているのか知りたい」という方は、ぜひご連絡いただければ嬉しいです。

ご質問などはお気軽 med.skillmix@gmail.com までお問い合わせください。お待ちしております。