

200937066A

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

若手総合医育成による医師不足対策について

平成21年度 総括研究報告書

研究代表者 濱口 杉大

平成22（2010）年3月

目 次

I. 総括研究報告

若手総合医育成による医師不足対策について	-----	1
----------------------	-------	---

濱口杉大

(資料)

1. 北海道の地域の医師不足緩和に関する試み	-----	5
2. 江別市立病院 初期研修プログラム 総合内科部門	-----	12
3. 江別市立病院 総合内科 後期研修プログラム	-----	21

厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)

総括研究報告書

若手総合医育成による医師不足対策について

研究代表者 濱口 杉大

江別市立病院 医務局 総合内科主任部長

研究要旨

医師不足という側面からみた現在の北海道の地域医療の問題点は、大学からの医師派遣の削減や停止により病院や有床診療所で入院患者の診療をする勤務医、特に総合内科医の不足が主である。

一方で家庭医育成プログラムの出現は北海道でも増加の一途をたどっている。しかしながら原則的に家庭医は入院患者の診療をおこなわず、入院の適応があればしかるべき施設に紹介する。また開業医の数も年々増え続け、家庭医の増加と相まって、無床診療所で外来と訪問診療のみをおこなう環境は見通しが明るい。

しかしその受け皿となる病院勤務医が不足している。地方病院では家庭医がおこなう外来中心の医療に加えて当直業務を含めた入院医療が必要となるため、病棟・当直業務をこなせる知力体力にあふれた若手医師をもっと地域医療の現場にもたらしることが必要である。また若手医師が興味を持続できるように地方勤務を教育の場、学びの場に変え、疲弊をしないように医師が個人でなくチーム（指導医1名、中堅医師1名、研修医1名の計3名）となって地方に勤務し、一定期間の後に別のチームが交代する、というような循環型システムを生み出すことが必要である。

この循環型システムを到達目標とした場合、若手医師の数を増やす必要があり、総合内科医を目指す若手医師が全国から集まるような魅力ある研修教育環境を作らなければならない。

教育環境づくりとして平成21年度の試みは、①内部の教育環境の整備、②教育専任外部講師の招聘、③医学教育専門医の定期招聘による研修フィードバックを中心におこなった。またこれらの活動を病院ホームページ、医学雑誌などに掲載しアピールをおこなった。その結果、初期研修マッチングを前提とした北海道内外からの多数の医学生の病院見学、後期研修を視野に入れた北海道内外からの多数の初期研修医の病院見学をもたらしこととなり、最終的に平成22年度の初期研修医フルマッチと北海道内外から後期研修医3名の内定を獲得する結果となった。また北海道がおこなう総合内科医養成事業の指定病院に選ばれ、総合内科医教育センターを開設するに至った。総合内科医による循環型システムを実施するにはまだ不十分であるが、若手医師が集まる環境作りの基礎を作ることができたと考える。

A. 研究目的

北海道の医師不足の最大の問題は病院勤務医の不足であり、特に地方病院や地方の有床診療所において著しい傾向がある。

2004年の初期研修必修化に伴い、国家試験を合格した医師は大学病院より充実した研修内容を提供する臨床研修病院などで研修を受けるようになった。従って大学の各医局に入局する医師の数が激減し、それまで大学の各医局からの派遣に頼っていた地方病院からの医師の引き上げが生じた。地方病院に残された医師の労働は過剰となり、またもともと専門医であるがゆえ、専門外の患者の診療まで余儀なくされ、肉体的精神的な疲弊を引き起こし、勤務医をやめ比較的勤務が楽な開業医となる医師の数が増加した。

広大な土地を有する北海道ではその影響はより深刻であり、人口当たりに対する医師の数は全国平均を上回っているものの、札幌地区、旭川地区における医師数の偏在、勤務医の数の減少、開業医の数の増加が生じている。地方病院の勤務医の不安および疲弊の原因は、自分の専門以外の患者も診療しなければならないことと、マンパワー不足と言われている。

これらの問題を解決するために必要なことは、①1つの専門に特化しない総合医、特に勤務の中心となる総合内科医を養成すること、②地方病院で勤務医として働いても疲弊しないくらい多くの若手医師を育成すること、である。

しかしながら若手医師が地方病院に1人ずつ勤務しても、単なる労働力として働かされるだけでは永続的な改善は望めない。また数名の総合内科医が勤務することができても、長期間を地方勤務に費やすことは、家族や生活の問題を考慮すると困難なことが多い。従って総合内科チーム（指導医1名、中堅医師1名、研修医1名の計3名）が1～2年ほどのサイクルで交代勤務するような循環型システムを考案した。これにより長期地方勤務の問題が解決されるだけでなく、指導医が研修医とともに勤務する

ことで地方勤務を地域医療の実践教育の場に変えることが可能となる。

このシステムの構築を実現するためにはまず人材を集まり育成することができる環境づくりが必要となる。つまり総合内科医を目指して若手医師が全国から集まる魅力ある教育研修システムを作ることがその第一歩となるのである。

B. 研究方法

教育環境づくりとして、①内部の教育環境の整備、②教育専任外部講師の招聘、③医学教育専門医の定期招聘による研修フィードバック、④病院ホームページのリニューアルや医学雑誌に連載記事を掲載し外部にアピールする、を実施する。これらの教育環境を作ったことにより22年度の研修応募者や病院見学者の増加に関して考察する。

①内部教育環境の整備

指導医、中堅医師、研修医からなるチームを形成し屋根瓦式のスムーズな教育環境を作る。カンファレンスと回診を教育と管理に分け、教育カンファレンス・回診では研修医の症例をじっくり吟味する。症例検討会をおこないClinical Problem Solving方式で勉強する。各専門医との合同カンファレンスをおこない総合内科医として必要な知識や技術の習得、他科とのコンサルテーションについて学ぶ。抄読会を定期的におこない知識の共有と共同学習の習慣を身につける。外国人講師の招聘に備え医学英語の学習環境を作る。夜間、休日は当番制として疲弊勤務環境を作らないようにする。

②教育専任外部講師の招聘

国内外から臨床能力と教育に秀でたClinician Educatorを国内外から招聘してレクチャーやカンファレンスを開催する。このとき近隣の病院の研修医や医学生にも声をかけ学習環境をアピールする。

③医学教育専門医の定期招聘による研修フィードバック

東京大学医学教育国際協力研究センターから医学教育の専門医（Master of Medical Education 修得者）を定期招聘し研修医の評価やフィードバックを定期的に招聘して第3者からの意見や当研修システムの評価もおこなっていた。

④病院ホームページのリニューアルや医学雑誌に連載記事を掲載し外部にアピールする。

病院ホームページをリニューアルし研修環境を外部にアピールする。医学雑誌レジデントノートに当科の医師を中心に連載記事を掲載し総合内科医の診療内容を公表することで若手医師が総合内科学に興味をもつように試みる。

C. 研究結果

①内部の教育環境の整備

朝のスケジュールとして英文抄読会を週2回、インターネットを通じての他施設とのカンファレンスやレクチャーシリーズを週2回、教育カンファレンス・回診を週2回、管理回診を週2回、新患カンファレンス、管理カンファレンスはそれぞれ週1回、症例検討会週1回、訪問診療・臨床倫理カンファを週1回とした。また専門医とのカンファレンスとして消化器カンファレンス、外科カンファレンスをおこなった。

②教育専任外部講師の招聘

以下の外部講師の招聘をおこなった。

- ・オレゴン健康科学大学医学部 病院総合内科学 准教授 レベッカ・ハリソン医師
 - ・ロンドン大学熱帯医学衛生大学院校 教授 ロビン・ベイリー医師
 - ・ボンベイ大学循環器内科元教授 キッシュヤー・シャー医師
 - ・伊賀内科 元天理よろづ相談所病院 循環器指導医 伊賀幹二医師
 - ・北海道大学第一内科講師7名
- 近隣の研修医や医学生も多数参加した。

③医学教育専門医の定期招聘

東京大学医学教育国際協力研究センター 錦織宏医師を3カ月に1度招いて研修医のフィードバックをおこなった。

④病院ホームページのリニューアルや医学雑誌に連載記事を掲載

病院ホームページに研修医向けのページを増設。研修プログラムの詳細、指導医のインタビュー、外部講師の紹介、研修後の研修医の感想などを掲載した。

レジデントノート2009年6月号から1年間にわたり『総合内科はおもしろい！～ジェネラリストの診断力、問題解決能力～』を連載した。

平成21年度に初期研修医はマッチング2名枠のところ1名であったのが、22年度マッチングでは2名のフルマッチとなった。後期研修医の応募は平成21年度北海道プライマリケアネットワーク後期研修プログラム「ニポポ」からの2名であったが、22年度は北海道家庭医療学センターから1名、長崎大学熱帯医学研究所臨床部門から1名、横須賀海軍病院から1名の計3名の応募があり勤務が決定した。学生実習に関しては札幌医科大学や北海道大学の授業の一環としての学生実習ではなくマッチングを見据えた見学が、平成21年度に3名であったのが、22年度には8名の見学があり、うち2名は北海道外からであった。見学者はさらに増える見込みである。

D. 考察

総合内科医を養成する環境を作るにあたって、内部の指導体制の強化に加えて外部講師による教育を加え、さらに研修やシステムの評価やフィードバックをおこなうことで若手医師の集まる魅力ある研修環境の基礎が作られたと考える。研修の環境とは研修医に与えられる「チャンス」であり、研修病院のアピールとしてもっとも使用される側面である。しかしながらしっかりした指導体制と研修評価システムを備え、研修医に与えられた「チャンス」に対

して、それを生かすためにどんな指導体制があるのか、また研修の目標に対してどのようなフィードバックシステムをもつのかをアピールできる施設は少ない。つまり「当院に来ればこんなことができます」、「〇〇分野の症例を年間 XX 例経験できます」、「救急車△△台をみることができる」などの説明はできるが、そのチャンスをどのように指導して、さらに評価とフィードバックをしているのかは説明されないことが多く、おそらくチャンスを与えることしかない環境にあることがほとんどである。

江別市立病院総合内科では総合内科病棟、外来、救急、訪問診療という研修環境（チャンス）に対して指導体制を強化し、外部第 3 部門からの研修医と研修システムの評価をおこなうようにしたことが、「しっかりした体制の存在」として若手医師、医学生の興味を引いたと考える。

また特記すべきこととしては、はじめから総合内科医になるために研修を積み、そのための教育を受けてきた指導医たちが存在することである。総合内科研修を掲げる施設はあるが、指導医のほとんどは欧米にみられるような総合内科医になるための専門教育をうけてきていない。若手医師や医学生に総合内科学の魅力を伝えるためには、総合内科医になるための教育を受けてきた総合内科指導医による教育が重要であると考えられる。

E. 結論

研修教育環境の充実、特に指導と評価を強化することにより明らかな研修希望者の増加をもたらすことができた。総合内科医を希望する若手医師が増えることにより、将来の総合内科医循環システムの基礎ができ、北海道の医師不足の緩和に重要な役割を果たすと考えられる。

北海道の地域の医師不足緩和に関する試み

江別市立病院の総合医研修教育システム作りを通して

江別市立病院 総合内科 主任部長
濱口 杉大

北海道の地域医療の現状

- 大学からの医師の派遣が閉ざされたり、不安定であったりする。
- 体力のある若手医師が地域に少ない。
- 家庭医は現在徐々に増えてきているが、家庭医は原則的に入院患者の診療はしない。
- 有床診療所や病院などの入院管理を行う施設の総合医が極端に少ない



- 家庭医としての能力を持ちながら、入院患者の診療もできる医師、特に体力知力にあふれた若手総合医の育成が求められている。
- 若手総合医が地方で勤務しても興味を維持できるような教育の場があり、さらに疲弊しない循環型の勤務システムが必要である。
- 単なる支援・援助だけでは長続きしない。地域医療の現場を教育の場にする必要がある

北海道の地域の医師不足緩和の戦略

- 長期目標(10年～):若手総合医による地域医療の展開
- 中期目標(5～10年):若手総合医の増加
- 短期目標(1～4年):魅力ある総合医教育システムの構築

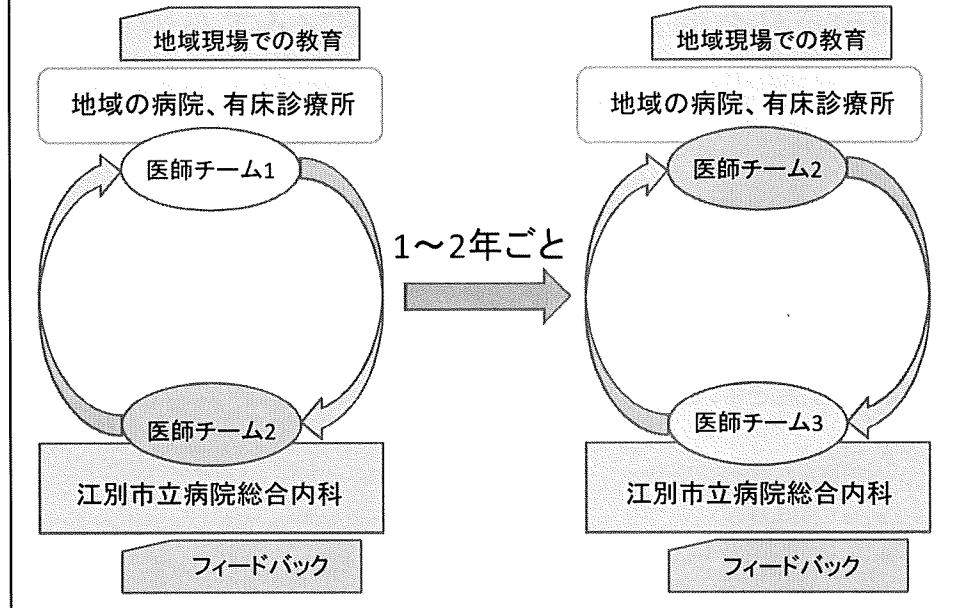
キーワード

- 魅力ある総合医養成教育システム
- 循環型システム
- 総合医養成モデル
- 若手医師

総合医チーム循環型システムの構築

医師チームが交代で地方病院に勤務する

地域医療機関と江別市立病院との 総合医チーム循環システムのスキーム



地域医療機関と江別市立病院との 総合医チーム循環システムの概略

■循環システム

江別市立病院の総合内科医からなる医師チームを地域に派遣し、地域医療の実践と研修医教育を同時におこなう。

1~2年後に別のチームと入れ替わり、江別市立病院に戻ってきたチームは診療・教育に関するフィードバックを受け、さらなる学習をおこなう。

■医師チームの構成

指導医(10年目以上)1名
中堅医(5年目~9年目)1名
研修医(3,4年目)1名

の計3名から成る。

■診療のみならず、地域医療現場での総合医養成教育もおこなう

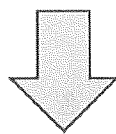
■チーム数が増えれば複数の施設との循環へ拡大

期待される総合医チーム循環型システムの成果

- 地域医療現場の医師不足が解消され、総合医による地域での外来・入院診療の継続的な診療が可能となる。
- 地域医療研修の場として総合医養成教育に有用な環境が構築される。

総合医チーム循環システム構築のための 必要条件

総合医をめざす若手医師の確保
(中期目標)



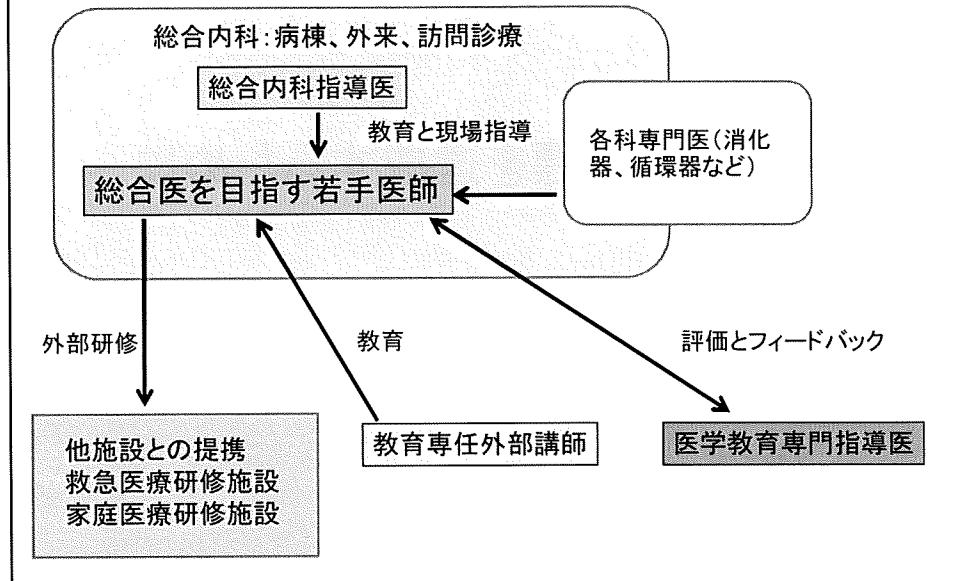
全国から若手医師が集まるような
魅力のある教育研修病院作り
(短期目標)

中短期目標を達成するために

総合医を目指す若手医師が全国から集まる 魅力的な教育研修病院作りの必要条件

- 病院全体が学習する組織である
職員が前向きであり、職場の学習環境・雰囲気が良い
- 多岐にわたる豊富な症例がある
- 臨床現場での指導医が存在する
教育経験のある総合医が充実している
- 各科専門医が少数いる
コンサルテーションができる専門医が存在する
- 教育専任指導医(外部から招聘)が定期的に招聘される
教育に専任するすぐれた指導医が招聘されている
- 医学教育専門医が定期的に招聘される
研修を専門的に評価、フィードバックする教育者が招聘されている
- 他施設との連携が存在する
他施設との連携により研修システムの足りない部分が補充されている

総合医研修教育システムのスキーム



総合医研修教育システムの概略

- 総合内科指導医
教育経験のある指導医として現場での指導医あたる
- 各科専門医(消化器、循環器、小児科、整形外科など)
各専門的問題に関してコンサルテーションをうけ指導にあたる
- 教育専任外部講師
国内外から招聘した優秀な臨床家-教育者。教育指導のみ専門におこなう
- 医学教育専門指導医
東京大学医学教育国際協力センターと提携。医学教育専門指導医を招聘
- 他施設との提携
救急医療研修施設: 札幌東徳洲会病院と提携
家庭医療研修施設: 北海道家庭医療センターと提携

まとめ

■北海道の地域の医師不足緩和の策として医師
チーム循環型システムが有効である

■江別市立病院で循環型システムを作るには総合
医を目指す若手医師が必要

■そのために全国から若手医師が集まる魅力ある
研修教育システムづくりが必須

江別市立病院 初期研修プログラム 総合内科部門

【はじめに】

江別市立病院初期研修プログラムの総合内科部門では、これからどんな専門分野に進む医師にとっても最低限必要な内科医としての基礎を身につけることを第一の目標としております。将来総合内科医になることを希望する医師はもちろん、別の専門分野に行くことを決めている医師に対しても同等の教育を行っております。むしろ将来別の道に進むものにこそ、この総合内科という内科研修が有益だと信じております。現在研修教育病院の内科部門のほとんどが各専門内科をローテーションすることにより内科研修をおこなうという形をとっております。したがってある科を回ったときはその専門的医療の環境の中で研修することになります。専門医療であるがゆえに将来自分が進む分野に関して縁遠い内容が含まれることがあります。例えば皮膚科医になることを目指している初期研修医にとっては循環器内科を回って心臓血管カテーテル検査の詳細を学ぶよりも、皮膚症状を示してくる内科疾患を多く勉強するほうが有益です。どの専門分野にいかにしても最低限臨床医として内科の基礎を気づくことが大切ですし、自分の進むべき専門分野に関連した内科疾患を多くみるほうが将来のためにもなります。これは各専門内科を縦割りで経験するローテート研修では難しいのです。

私たちは、「自分と同じ分野を目指していない者に教えたくない」というのは教育ではないと考えております。むしろ自分と異なる分野を目指すからこそ、初期の教育が必要だと考えております。自分たちが教育した内容が将来何らかの形でその医師の礎の1つとなるならばそれは私たちの喜びとなります。

自分が将来進むべき道が決まっているのならば、それをしっかりと見据えて初期内科研修をどのように充実させるかを考えてください。それはあなたたちの仕事となります。私たちはそれに応えるべく最大限のサポートをするつもりです。

【役割 Outcome】

専門分野に入る前の基本的な内科学のジェネラリズムを身につける

【中核的能力 Core competency】

1. 必修項目

入院診療

- 様々な内科学分野の問題をもつ入院患者の管理
- 教育カンファレンス回診にて Time course illness script analysis を意識したプレゼンテーションを行う
- 入院患者の病歴聴取・身体診察を中心とした臨床推論を学ぶ
- 血液検査、尿検査、胸腹部単純 X 線、心電図の解釈
- 指導医や臓器別専門医に対して適切なコンサルテーションをおこなう

- 臨床倫理カンファレンスにてトータルな患者ケアを学ぶ
- 病棟で必要な臨床感染症学の基本を身につけ、適切な抗菌薬使用
- 他職種と連携をとり患者の退院設定

救急診療

- 日中と救急当番日の緊急疾患の初期対応をおこなう
- Advanced Cardiac Life Support のチームの一員として役割を担う

基本手技

- 採血手技
- 血液ガス
- 中心静脈ライン(両鼠径、右内頸)
- 腹部エコー
- 心臓カテーテル検査を中心とした循環器手技のサポート

2. 選択項目

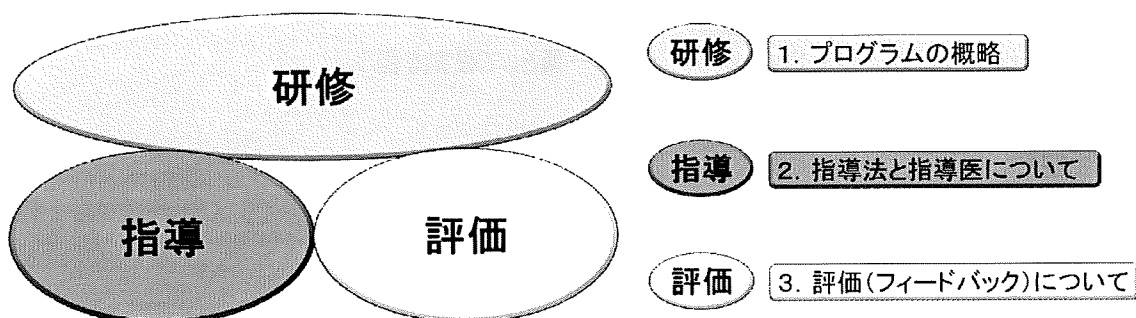
2年目の選択期間で総合内科を選択した場合

上部消化管内視鏡(総合内科を6か月以上選択した場合)

【具体的内容】

総合内科研修システムのご概念

「研修」とは与えられた機会 (chance) であり、「指導」と「評価」によって支えられています。



1. プログラムの概略

1. 必修項目

①入院診療

総合内科の核となる総合内科病棟での研修です

■ 患者の受け持ち

様々な内科学分野、特に複数の分野の問題を同時に持つ患者の管理が総合内科の醍醐味ですが、まずは典型的な症例を多く経験し、その後応用問題に入っていきます。Biomedico-Psychosocial というトータルな考えで患者のケアを行えるようにします。必要に応じて臨床倫理カンファレンスにて他職種を交えたカンファレンスを行うこともあります。

■ プレゼンテーション

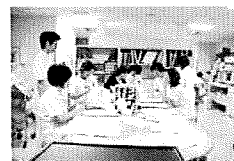
江別市立病院総合内科独自の臨床推論である、Time course illness script analysis を意識したプレゼンテーションを行い、それに応じて教育回診で吟味していきます。このためにはしっかりと病歴聴取・身体診察ができなければなりません。また基本的な検査として血液検査、尿検査、胸腹部単純 X 線、心電図の解釈もできるようにします。

■ コンサルテーション

Real time であるいは各種カンファレンスで指導医や臓器別専門医に対して適切なコンサルテーションをおこないます。そのためにもプレゼンテーションが大切です。

■ 感染症学

グラム染色をマスターし、感染症学の基礎を身につけ、適切な抗菌薬使用ができるようにします。



②救急診療

日中と救急当番日の緊急疾患の初期対応をおこなうために、始めは指導医と一緒にこない、徐々に初期対応が独り立ちできるようにします。

心肺停止患者に対してはチームでのアプローチが大切です。積極的に加わって Advanced Cardiac Life Support のチームの一員として役割を果たしてください。

③基本手技

採血手技、血液ガス、中心静脈ライン(両鼠径、右内頸)、腹部エコー、心臓カテーテル検査を中心とした循環器手技のサポートなどはチャンスを探して積極的に経験を積んでください。

(2)選択項目(2年目も総合内科を半年以上選択した場合)

①消化管内視鏡、消化器研修

江別市立病院の研修の強力なウリの1つです。

総合マインドをもった消化器内科専門医、渡邊義行先生が指導されます。

強い興味があれば消化器疾患を多く経験しその後消化器内科医になることも目指すという選択肢もあります。



②循環器内科研修

循環器内科専門医である山田医師、青木医師のチームに加わり循環器内科を中心とした研修が可能です。

2. 指導法と指導医について

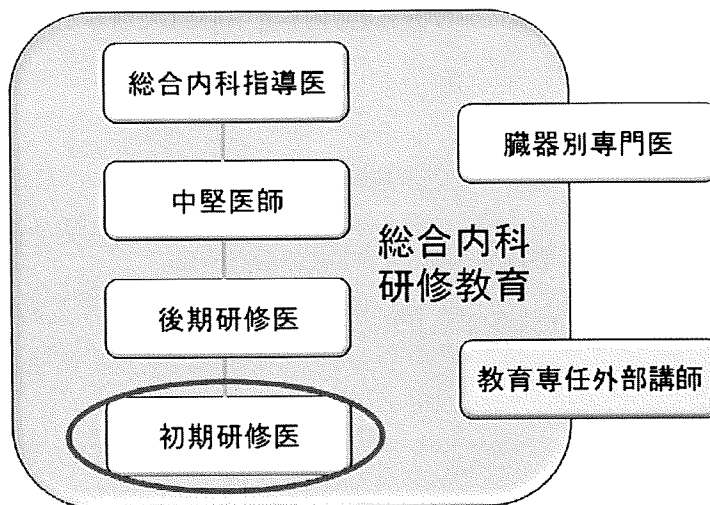
総合内科の病棟診療は屋根瓦式のチームとして診療にあたり、そこに臓器別専門医と教育専任外部講師がかかわるという体制をとっています。病棟患者のほとんどは総合内科医が主治医として担当することにより、専門医はその専門知識や技術に集中することができます。その代わりに総合内科医や研修医の専門分野におけるコンサルテーションや教育に携わっています。バックに専門医が控えているため安心して専門的な知識を必要とする患者でもマネージメントすることが可能です。

このように総合内科医は決して逃げてはいけません。自分たちが責任を持ちつづけて専門医のサポートをすかわりに教育をうける、という関係により良好な Specialist-generalist relationship ができあがるのです。そのためにはたくさん勉強する必要があります。

(1) 指導体制の概略

屋根瓦式グループ制

→1つのグループは、指導医1名、中堅医1名、後期研修医1名、初期研修医1名から成る(その時期の人数によって変わることもあります)



みなさんは、丸で囲まれた初期研修医というポジションです。

(2) 指導医

① 総合内科指導医

■ 阿部、濱口、高橋、大友

② 中堅医師

■ 山田(和)、若林

③臓器別専門医

- 消化器内科:渡邊
- 循環器内科:山田、青木
- 血液・糖尿病内科:西嶋

④後期研修医

- 加藤、福井、前田

⑤教育専任外部医師

国内外から臨床力と教育力にすぐれた Clinician educator を招聘しております。総合内科に必要な広い知識にさらに奥深さを与えてくれます。

平成 21 年度実績

- Robin Bailey 先生 感染症・熱帯医学 ロンドン
- Rebecca Harrison 先生 病棟総合医学 オレゴン
- Kishor Shah 先生 循環器 ボンベイ
- 伊賀幹二先生 循環器 西宮
- 北海道大学第一内科から呼吸器学専門医 7 名



(3)カンファレンス、回診など

①カンファレンス

- 新患カンファレンス→1 週間の新患の紹介
- 管理カンファレンス→患者全員の把握
- 教育カンファレンス→臨床推論を使った症例検討
- 倫理カンファレンス→入院患者の他職種による話し合い(4 分割表を使用)
- 専門カンファレンス(消化器、循環器)→専門医にコンサルテーション
- 訪問診療カンファレンス→往診患者についての話し合い
- 外科カンファレンス→手術が必要な患者についての相談



②回診

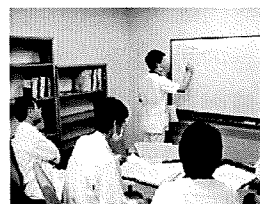
- 管理回診→患者全員の把握
- 教育回診→臨床推論を使った症例検討
- グループ回診→朝のグループ内での作戦立て
- フィジカル回診→身体診察の回診



③勉強会

- 抄読会(ジャーナルクラブ)(週 2 回)→有名雑誌、ケースレポートなどの抄読
- 症例検討会(週 1 回)→Clinical problem solving 方式のカンファレンス
- インターネットプライマリケアシリーズ(週 1 回)→北海道内外の施設でのネットレクチャー

- M&M カンファレンス(月 1 回)→症例の振り返り
- CPC(月 1 回)→剖検後の検討会
- 医学英語教室(週 1 回)→北海道一の医学英語教育



④その他

- 内視鏡実習
- エコー実習(計画中)

(4) 週間スケジュール

週間スケジュール

	月	火	水	木	金
-7:30	ブレ回診	ブレ回診	ブレ回診	ブレ回診	研修医による自主的な勉強会6:30～、ブレ回診
7:30-8:00	連絡会議	ジャーナルクラブ 月曜日休みの場合は連絡会議	連絡会・症例相談	インターネットカンファ(PCLS)	連絡会・症例相談
8:00-8:45	グループ回診	グループ回診	グループ回診	グループ回診	グループ回診
8:45-11:00	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急
11:00-12:30		教育カンファ回診			教育カンファ回診
12:30-13:30	ランチョンカンファ(研修医室)	ランチョンカンファ(研修医室)	ランチョンカンファ(研修医室)	ランチョンカンファ(研修医室)	ランチョンカンファ(研修医室)
13:30-14:00	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	訪問診療/倫理カンファ	外来、病棟、検査、救急
14:00-15:30				循環器カンファレンス	
15:30-16:00				管理回診(西5・西4)	
16:00-16:30	病棟残務	病棟残務	外科カンファ	病棟残務	管理カンファカナルニス
16:30-17:00			病棟残務		病棟残務
17:00-17:30	病棟残務	病棟残務	病棟残務	病棟残務	消化器カンファ
17:30-18:00			症例検討会	医学英語	病棟残務
18:00-19:00	M&Mカンファ(第3月曜)		病棟残務	病棟残務	

週間スケジュールはその時期で多少の変更があります。

基本的に朝勉強→昼間働き→夕方勉強です。

(5) その他: 初期研修生活の実態は?

- ①受け持ち患者数: 5 人前後(余裕があれば何人でも可)
- ②1 日の新入院患者: Max1 名まで
- ③救急当直: 火、金曜日にローテーションで入り指導医とともに診療にあたる
- ④抄読会や症例検討会の担当は 1～2 カ月に 1 回当たる
- ⑤宿舎のこと

病院から歩いて 5 分のところにある賃貸住宅。2LDK; 30000/月、4LDK; 35000/月。満室の場合は民間賃貸住宅を斡旋します(病院から補助が出ます)。