

地域医療研修プログラム

1. 病院名			
国民健康保険天草市立新和病院			
2. プログラム責任者			
プログラム責任者	職名	院長	
	氏名	濱崎 豊	
所在地・連絡先	住所 〒863-0101 熊本県天草市新和町小宮地 763 番地 3 電話 0969-46-2003 FAX 0969-46-2076 E-mail shinwahp@city.amakusa.lg.jp		
連絡担当者氏名*・役職	事務長 本田金三郎		*プログラム責任者と別に連絡担当者がある場合のみ記載
連絡先	電話 0969-46-2003 FAX 0969-46-2076 E-mail shinwahp@city.amakusa.lg.jp		
3. 研 修 期 間			
3ヶ月・6ヶ月			
4. 病院勤務医及び施設以外の指導医（主な指導医の氏名の前に「○」をつけてください） 主たる施設以外の指導医については氏名の下に施設名を記載してください			
氏名	卒業年	専門分野・資格	専門分野・資格
○濱崎 豊	S54	内科 ----- 産業医	自治医科大学卒医師
○山下耕一	S58	内科 ----- 日本内科学会	日本呼吸器学会 ----- 環境感染学会・結核病学会
遠竹弘久	H16	内科 -----	自治医科大学卒医師
長元法喜	S61	整形外科 -----	
5. 施設・診療科診療実績概要 主たる施設の実績を記入してください			
病床数	40 床（内総合診療部門定床 床）		
外来患者実績	初診 約 77 人/月	再診 約 2,550 人/月	
入院患者実績	平均 約 1,127 人/月		
6. 施設基準			
地域医研修について次の要件を満たす場合は口を塗りつぶす（■）			
□一般病床を有する（病院の規模は問わない）			
■救急医療を提供している			
■総合診療部門（総合内科、一般内科、総合診療科など）を有する			
■委員会や診療科横断的な会議が定期的に開催され活動している			

7. 研修関連施設

主たる施設以外の研修先を記載してください

施設名		研修内容
特別養護老人ホーム 新和苑	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設等	施設診療 (2回/1W)
	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等	

8. プログラム基準

地域研修について次の要件を満たす場合は□を塗りつぶす (■)

- 基本的診療の向上
- プライマリ・ケアマインドの育成
- 保健・介護・福祉との連携
- 地域社会の診断
- 医療経済の視点

9. プログラムの内容

別紙のとおり

10. 研修スケジュール

別紙のとおり