

地域医療研修プログラム

1. 病院名			
宇城市民病院			
2. プログラム責任者			
プログラム責任者	職名	病院長	
	氏名	大町秀樹	
所在地・連絡先		住所 〒869-0524 宇城市松橋町豊福 505 電話 0964-32-0335 FAX 0964-32-5061 E-mail shiminbyoin@city.uki.lg.jp	
連絡担当者氏名*・役職		事務長 満島洋一 <small>*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</small>	
連絡先		電話 0964-32-0335 FAX 0964-32-5061 E-mail mitsushima-yoichi@city.uki.lg.jp	
3. 研修期間			
6 か月			
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
○ 大町秀樹	S60年	外科一般	日本医師会認定産業医
		日本外科学会専門医	マンモグラフィ読影認定医
進藤 聡	H4年	内科	認定ICD
		日本内科認定医	
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 45 床（内総合診療部門定床 床）			
外来患者実績 初診 約 190人/月 再診 約 2,000人/月			
入院患者実績 平均 約 730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（■）			
<input checked="" type="checkbox"/> 一般病床を有する（病院の規模は問わない） <input checked="" type="checkbox"/> 救急医療を提供している <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 委員会や診療科横断的な会議が定期的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				
		<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等				
		<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						
<p>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 (■)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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						
(別紙可)						
【目的】						
主に外来患者を中心に診療を行い、地域のニーズに応え、地域住民に信頼される保健・医療・福祉サービスを提供するために、求められる役割に応じて協調・変容でき、あらゆる問題に対応できる能力を身につける。						
【研修内容】						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療を自立して行うことができる。 ・ 外来診療を行い、地域の患者及び特性を理解する。 ・ 地域福祉・保健分野及び介護分野と連携できる知識・行動力を身につける。 ・ 他の医療機関と適切に連携をとることができる。 ・ 地域保健医療の確保のため、緊急の支援に適切に応えることができる。 ・ 地域の問題点を適切に把握し、問題解決のために具体的な研究・事業計画を立てることができる。 						
【当直回数】						
・ 夜間 週1回、休日 週1回						
10. 研修スケジュール						
		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前		外来	外来	外来	外来	外来
午後		外来	外来	外来	外来	外来
	15:00～17:15 まで	外来振り返り研修	外来後病棟回診	外来振り返り研修	外来後病棟回診	外来振り返り研修