

## 29. 研修プログラムの名称及び概要

プログラム番号： 030944302

病院施設番号： 030944 臨床研修病院の名称： 市立敦賀病院

臨床研修病院群番号： 臨床研修病院群名：

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号は、既に取得されている場合に記入してください。

1. 研修プログラムの名称	市立敦賀病院臨床研修プログラム																																											
2. 研修プログラムの特色	<p>1年次は、必修科目は、内科6ヶ月、救急3ヶ月（うち1ヶ月麻酔科可）、外科、小児科、産婦人科、精神科の中から3科目を各1ヶ月とし、研修を行っていない科目については2年次に1ヶ月研修する。外科は外科、整形外科、脳神経外科等より全身を管理する科目を研修医の希望により選択可。内科研修時に4週以上の一般外来を研修（2年次でも可）。内科又は外科研修時に在宅医療（訪問診療）を研修（2年次でも可）。</p> <p>2年次の研修は1年次に研修を行っていない必修科目（外科、小児科、産婦人科、精神科）1ヶ月及び地域医療1ヶ月とする。選択科目のうち9ヶ月以上は、市立敦賀病院における研修とする。2年次に1週間、福井県赤十字血液センター研修を行う。</p>																																											
3. 臨床研修の目標の概要	初期臨床研修に従事する研修医が適切な指導責任者のもとで、初期臨床に関する知識と技能の修得に練磨し、医学の進歩に対応する診療能力の醸成と医療における人間関係と医の倫理を体得し、医師としての資質の向上を図ることを目的とする。																																											
4. 研修期間	（ 2 ）年（原則として、「2年」と記入してください。）																																											
備考	研修後そのまま専門研修に入り3年以上研修可能な病院は、その旨を記入してください。 内科等後期研修を受け入れています。																																											
5. 臨床研修を行う分野	<p>研修分野ごとの病院又は施設（研修分野ごとの研修期間）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 同一の研修分野について複数の病院又は施設で研修を行う場合には、適宜欄を分割してすべての病院又は施設の名称（病院施設番号）を記入してください。</li> <li>* 研修期間は、研修分野ごとに月単位で記入してください。各研修分野におけるプログラムの詳細は備考欄に記入してください。</li> <li>* 選択必修科目、選択科目については、その診療科を選択した場合の病院又は施設等を記入してください。</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 20%;">病院施設番号</th> <th style="width: 50%;">病院又は施設の名称</th> <th style="width: 15%;">研修期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>（記入例） x x 科</td> <td>1234567</td> <td>〇〇 病院</td> <td>〇か月</td> </tr> <tr> <td rowspan="8" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">必修科目</td> <td>内科</td> <td>030944 市立敦賀病院</td> <td>6か月</td> </tr> <tr> <td>救急部門</td> <td>030944 市立敦賀病院</td> <td>3か月</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">地域医療</td> <td>066464</td> <td>医療法人保仁会 泉ヶ丘病院</td> <td rowspan="5">1か月</td> </tr> <tr> <td>076062</td> <td>美浜町東部診療所</td> </tr> <tr> <td>116617</td> <td>福井県医療生活協同組合つるが生協診療所</td> </tr> <tr> <td>097026</td> <td>浅井東診療所</td> </tr> <tr> <td>106360</td> <td>南越前町国民健康保険今庄診療所</td> </tr> <tr> <td>066420</td> <td>おおい町保健・医療・福祉総合施設診療所</td> </tr> <tr> <td>小児科</td> <td>030944 市立敦賀病院</td> <td>1か月</td> </tr> <tr> <td>産婦人科</td> <td>030944 市立敦賀病院</td> <td>1か月</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">精神科</td> <td>031591</td> <td>猪原病院</td> <td rowspan="2">1か月</td> </tr> <tr> <td>120001</td> <td>敦賀温泉病院</td> </tr> </tbody> </table>				病院施設番号	病院又は施設の名称	研修期間	（記入例） x x 科	1234567	〇〇 病院	〇か月	必修科目	内科	030944 市立敦賀病院	6か月	救急部門	030944 市立敦賀病院	3か月	地域医療	066464	医療法人保仁会 泉ヶ丘病院	1か月	076062	美浜町東部診療所	116617	福井県医療生活協同組合つるが生協診療所	097026	浅井東診療所	106360	南越前町国民健康保険今庄診療所	066420	おおい町保健・医療・福祉総合施設診療所	小児科	030944 市立敦賀病院	1か月	産婦人科	030944 市立敦賀病院	1か月	精神科	031591	猪原病院	1か月	120001	敦賀温泉病院
	病院施設番号	病院又は施設の名称	研修期間																																									
（記入例） x x 科	1234567	〇〇 病院	〇か月																																									
必修科目	内科	030944 市立敦賀病院	6か月																																									
	救急部門	030944 市立敦賀病院	3か月																																									
	地域医療	066464	医療法人保仁会 泉ヶ丘病院	1か月																																								
		076062	美浜町東部診療所																																									
		116617	福井県医療生活協同組合つるが生協診療所																																									
		097026	浅井東診療所																																									
		106360	南越前町国民健康保険今庄診療所																																									
	066420	おおい町保健・医療・福祉総合施設診療所																																										
小児科	030944 市立敦賀病院	1か月																																										
産婦人科	030944 市立敦賀病院	1か月																																										
精神科	031591	猪原病院	1か月																																									
	120001	敦賀温泉病院																																										

	外科	030944	市立敦賀病院	1か月	
選択 科目	内科・消化器内科・循環器内科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・放射線科・麻酔科・救急科	030944	市立敦賀病院	10か月	
	精神科	031591 120001	猪原病院 敦賀温泉病院	10か月	
	地域医療	066464 076062 116617 097026 106360 066420	医療法人保仁会 泉ヶ丘病院 美浜町東部診療所 福井県医療生活協同組合つるが生協診療所 浅井東診療所 南越前町国民健康保険今庄診療所 おおい町保健・医療・福祉総合施設診療所	10か月	
	内科	030328	金沢大学附属病院	10か月	
	救急科	030331	福井大学医学部附属病院	10か月	
	救急科	030332	福井県立病院	10か月	
	地域保健	032997 032996	福井県赤十字血液センター 福井県二州健康福祉センター	10か月	
	備考：選択科目については、内科、消化器内科、循環器内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、放射線科、麻酔科、救急科、精神科、地域医療から選択し、選択科目の9ヶ月以上は、市立敦賀病院における研修とする。また2年次に1週間、福井県赤十字血液センター研修を推奨している。				

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号は、既に取得されている場合に記入してください。

病院施設番号： 030944	臨床研修病院の名称： 市立敦賀病院
臨床研修病院群番号：	臨床研修病院群名：

6. 研修スケジュール (一年次・二年次：いずれかに○) プログラム番号 030944302

臨床研修開始月を基準に各月の研修人数を記入してください。\*1 (No.1)

病院又は施設の名称(病院施設番号)	研修分野*2	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
凡例 ○×病院 (○×○×○×)	内科	5											
凡例 ▲■病院 (▲■▲■▲■)	外科		3										
凡例 □△病院 (□△□△□△)	外科		2										
市立敦賀病院	内科	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5
市立敦賀病院	救急部門	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
市立敦賀病院	外科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
市立敦賀病院	麻酔科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
市立敦賀病院	小児科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
市立敦賀病院	産婦人科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
医療法人積善会 猪原病院	精神科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
敦賀温泉病院	精神科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

\* 1 : 臨床研修病院群における臨床研修で、1つの研修プログラムの中で研修医によって研修を行う研修分野の順番が異なる研修方法(たすきがけ方式等)を採用する場合は、当該研修プログラムの研修分野並びに当該分野の研修を行う病院又は施設の名称及び研修期間を本用紙に記入した上で、研修分野の順番のパターンごとに研修スケジュールを別葉に記入すること。また、同様の研修プログラムが複数存在する場合は、すべての研修プログラムを1枚にまとめたものを添付すること。

\* 2 : 「研修分野」欄には、「5. 臨床研修を行う分野」欄に記入した研修分野を記入すること。

\* 3 : 選択必修科目や選択科目の研修分野の各月の研修人数については、病院ごとの研修医の受入予定の中で考えられる最大の受入数を記入すること。



福井県医療生活協同組合つるが生協診療所	地域医療	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
浅井東診療所	地域医療	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
南越前町国民健康保険今庄診療所	地域医療	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
福井県赤十字血液センター	地域保健	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
福井県二州健康福祉センター	地域保健	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

\* 1 : 臨床研修病院群における臨床研修で、1つの研修プログラムの中で研修医によって研修を行う研修分野の順番が異なる研修方法（たすきがけ方式等）を採用する場合は、当該研修プログラムの研修分野並びに当該分野の研修を行う病院又は施設の名称及び研修期間を本用紙に記入した上で、研修分野の順番のパターンごとに研修スケジュールを別葉に記入すること。また、同様の研修プログラムが複数存在する場合は、すべての研修プログラムを1枚にまとめたものを添付すること。

\* 2 : 「研修分野」欄には、「5. 臨床研修を行う分野」欄に記入した研修分野を記入すること。

\* 3 : 選択必修科目や選択科目の研修分野の各月の研修人数については、病院ごとの研修医の受入予定の中で考えられる最大の受入数を記入すること。