

(様式 2)

社団法人 日本精神神経学会 精神科専門医制度
研修施設認定審査申請書

日本精神神経学会 専門医制度委員会委員長 殿

当施設は、日本精神神経学会専門医研修施設となることを希望しますので、日本精神神経学会精神科専門医制度規則施行細則第 21 条にもとづき、下記報告を添えて申請いたします。

記載年月日 20__年 月 日

申請者 氏名 _____ 印

1. 研修施設の名称等 _____ 印

(フリガナ _____)

所在地 〒 _____

交通経路 最寄の駅・施設への交通手段

[例] 東京メトロ丸の内線本郷三丁目駅下車徒歩 5 分

電話番号 _____ FAX 番号 _____

E-Mail あり (_____ @ _____) なし

ホームページ あり _____ なし

施設長 (病院長等)

職位 _____ 氏名 _____
(フリガナ _____)

研修指導責任者

職位(科長等) _____

氏名 _____

(フリガナ _____)

2. 施設概要 (□にチェック、下線箇所は記入願います。)

[施設の種類]

総合病院 精神科病院 精神科診療所 精神保健福祉センター

家庭裁判所医務室 大学保健センター 保健所精神保健相談

その他 (_____) * その他の方のみ記入

[施設設立主体]

国立機関 独立行政法人国立病院機構

大学病院 (国立大学法人 自治体立 私立)
地方行政機関 自治体立 財団法人 特定法人 特別法人
医療法人 個人 その他 () * その他の方のみ記入

[卒後臨床研修制度の臨床研修指定病院]
 管理型臨床研修指定病院で ある ない
 協力型臨床研修指定病院で ある ない

[病床数]
あり (総病床数 _____ 床 うち精神科病床数 _____ 床) なし

[看護基準] あり 看護配置 _____ :
 加算: 有 無 減
 包括: 急性期治療 精神療養 その他 ()
なし * その他の方のみ記入

[リハビリテーション機能] あり
デイケア ナイトケア 作業療法
訪問看護 その他 ()
なし * その他の方のみ記入

[関連施設] あり
グループホーム 福祉ホーム 福祉工場
老人保健施設
身体疾患の関連治療施設 (施設名: _____)
その他 () * その他の方のみ記入
なし

[職員数 常勤換算] * 以下、いない場合は、0を記入してください。

精神科医師数 _____ 人
 うち 精神科専門医数 _____ 人 指導医数 _____ 人

その他の医師 _____ 人
 正看護師 _____ 人
 准看護師 _____ 人
 PSW _____ 人
 心理技術職 _____ 人
 OT・PT _____ 人
 その他: _____ : _____ 人
 _____ : _____ 人
 _____ : _____ 人

[昨年度の診療実績]
 1日平均外来患者数 _____ 人
 年間初診外来患者数 _____ 人
 年間入院患者数 _____ 人
 年間平均病床利用率 _____ %
 年間平均在院日数 _____ 日

年間平均病床利用率 =

$$\frac{\text{一日平均在院患者数}}{\text{算定に係る期間の末日の病床数}}$$

 年間平均在院日数 =

$$\frac{\text{在院患者延数}}{\frac{1}{2}(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$$

3. 研修関連の機能

精神科専門医制度指導医名

会員 No.	氏名：
_____	_____
会員 No.	氏名：
_____	_____
会員 No.	氏名：
_____	_____
会員 No.	氏名：
_____	_____
会員 No.	氏名：
_____	_____

※6名以上の場合は「備考欄」へご記入ください。

経験可能な症例

疾患別

- 1) 統合失調症 可 不可
- 2) 気分障害 可 不可
- 3) 不安障害、身体化障害、ストレス関連障害（摂食障害を含む）
可 不可
- 4) 児童・思春期精神障害（摂食障害を含む） 可 不可
- 5) アルコール、精神作用物質による精神障害 可 不可
- 6) 症状性または器質性精神障害、認知症（痴呆） 可 不可
- 7) 人格障害 可 不可

治療場面別

- 1) 救急・当直例 可 不可
- 2) 行動制限例 可 不可
- 3) 地域医療例 可 不可
- 4) 合併症・コンサルテーションリエゾン例 可 不可
- 5) 司法精神医学例 可 不可

治療形態別

- 1) 入院治療可 可 不可
- 2) 非自発的入院 可 不可
- 3) 措置入院例 可 不可
- 4) 外来治療 可 不可
- 5) リハビリテーション 可 不可

提供可能な研修プログラム（A：解説＋実地指導可能／B：片方可／C：不可）

- 1) 患者及び家族との面接 A B C
- 2) 疾患の概念と病態の理解 A B C
- 3) 診断と治療計画 A B C
- 4) 補助検査法（神経学的検査、心理検査、脳波、脳画像検査など）
A B C
- 5) 薬物・身体療法 A B C
- 6) 精神療法 A B C
- 7) 心理社会的療法、精神科リハビリテーション、及び
地域精神医療・保健・福祉 A B C
- 8) 精神科救急（夜間当直例を含む） A B C
- 9) リエゾン・コンサルテーション精神医学 A B C
- 10) 法と精神医学（鑑定、医療法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、
成年後見制度等） A B C

- 11) 医の倫理（人権の尊重とインフォームドコンセント）
A B C
- 12) 安全管理 A B C

その他体験できる特色あるプログラム内容

（看護基準等充足していない場合、必ず記入ください）

ある（プログラム内容は下記の通り） ない

（なお、それが分かる資料を申請書郵送の際に添付してお送りください。）

4. 研修医に対する待遇

ケーススーパービジョン（指導医による個別症例指導）

あり（内容： _____）

なし *その他の方のみ記入

診療会議等への参加 可 不可 その他（ _____ ）

ケース検討会 あり（頻度：月に _____ 回） なし

診療会議 あり（頻度：月に _____ 回） なし

夜間当直 あり（頻度：月に _____ 回） なし

精神科救急に参加 あり なし

図書室 あり（書籍数： _____） なし

定期購読雑誌 あり 邦文雑誌 _____ 誌 / 欧文雑誌 _____ 誌 なし

学会参加 可（ _____ 回/年、費用負担：あり なし） 不可

勤務日数 週 _____ 日 / 有給休暇 _____ 日（初年度）

宿舎 ある（条件）： _____ ない

その他 ある（内容）： _____ ない

その他貴施設における専門医制研修医の処遇に関することについて、あれば以下に自由に記載ください。

《ここからは記入に関する説明です》

*この申請書は2011年8月10日に改訂していますが内容に変更ありませんので、これ以前に掲載していた申請書も使用可能です。

(様式 2)

社団法人 日本精神神経学会 精神科専門医制度
研修施設認定審査申請書

日本精神神経学会 専門医制度委員会委員長 殿

当施設は、日本精神神経学会専門医研修施設となることを希望しますので、日本精神神経学会精神科専門医制度規則施行細則第21条にもとづき、下記報告を添えて申請いたします。

記載年月日 20__年 月 日

申請者 氏名 _____ 印

1. 研修施設の名称等 _____ 印

(フリガナ _____)

所在地 〒 _____ - _____

押印は2ヶ所です。

交通経路 最寄の駅・施設への交通手段

[例] 東京メトロ丸の内線本郷三丁目駅下車徒歩5分

電話番号 _____ - _____ FAX 番号 _____ - _____

E-Mail あり (_____ @ _____) なし

ホームページ あり _____ なし

施設長 (病院長等)

職位 _____ 氏名 _____
(フリガナ _____)

研修指導責任者

職位(科長等) _____

氏名 _____

(フリガナ _____)

2. 施設概要 (□にチェック、下線箇所は記入願います。)

[施設の種類]

総合病院 精神科病院 精神科診療所 精神保健福祉センター

家庭裁判所医務室 大学保健センター 保健所精神保健相談

その他 (_____) * その他の方のみ記入

[施設設立主体]

国立機関 独立行政法人国立病院機構

大学病院 (国立大学法人 自治体立 私立)
地方行政機関 自治体立 財団法人 特定法人 特別法人
医療法人 個人 その他 () * その他の方のみ記入

[卒後臨床研修制度の臨床研修指定病院]
 管理型臨床研修指定病院で ある ない
 協力型臨床研修指定病院で ある ない

[病床数]
あり (総病床数 _____ 床 うち精神科病床数 _____ 床) なし

[看護基準] あり 看護配置 _____ :
 加算: 有 無 減
急性期治療 精神療養 その他 ()
 * その他の方のみ記入

単科精神科病院でない場合、ここからは精神科についてご記入下さい。

[リハビリテーション機能] あり
デイケア ナイトケア 作業療法
訪問看護 その他 ()
なし * その他の方のみ記入

[関連施設] あり
グループホーム 福祉ホーム 福祉工場
老人保健施設
身体疾患の関連治療施設 (施設名: _____)
その他 () * その他の方のみ記入
なし

**非常勤医 (週4日未満勤務) の常勤医換算 =
 非常勤医全員の4週間の勤務時間数
 32×4時間
 (小数点第2位を四捨五入)**

[職員数 常勤換算] * 以下、いない場合は、0を記入してください。

精神科医師数 _____ 人
 うち 精神科専門医数 _____ 人 指導医数 _____ 人

単科精神科病院でも内科医や麻酔科医がいる場合は、その人数を記入。

その他の医師 _____ 人
 正看護師 _____ 人
 准看護師 _____ 人
 PSW _____ 人
 心理技術職 _____ 人
 OT・PT _____ 人
 その他: _____ : _____ 人
 _____ : _____ 人
 _____ : _____ 人

○ケアマネージャー ×事務員
 ○介護福祉士 ×薬剤師
 ○臨床検査技師

精神科のスタッフ数を記入して下さい。

**非常勤職員の常勤換算 (1人あたり) =
 1週間の勤務日数×時間数
 施設での1週間の通常の勤務時間
 (小数点第2位を四捨五入)**

[昨年度の診療実績]
 1日平均外来患者数 _____ 人
 年間初診外来患者数 _____ 人
 年間入院患者数 _____ 人
 年間平均病床利用率 _____ %
 年間平均在院日数 _____ 日

精神科についての情報を記入して下さい。

年間平均病床利用率 =

$$\frac{\text{一日平均在院患者数}}{\text{算定に係る期間の末日の病床数}}$$
 年間平均在院日数 =

$$\frac{\text{在院患者延数}}{\frac{1}{2}(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$$

3. 研修関連の機能

精神科専門医制度指導医名

会員 No. は雑誌送付時の封筒宛名右下に記載してあります。

→ 会員 No. 氏名 :
会員 No. 氏名 :
会員 No. 氏名 :
会員 No. 氏名 :
会員 No. 氏名 :

※6名以上の場合は「備考欄」へご記入ください。

経験可能な症例

疾患別

- 1) 統合失調症 可 不可
- 2) 気分障害 可 不可
- 3) 不安障害、身体化障害、ストレス関連障害（摂食障害を含む）
 可 不可
- 4) 児童・思春期精神障害（摂食障害を含む） 可 不可
- 5) アルコール、精神作用物質による精神障害 可 不可
- 6) 症状性または器質性精神障害、認知症（痴呆） 可 不可
- 7) 人格障害 可 不可

治療場面別

- 1) 救急・当直例 可 不可
- 2) 行動制限例 可 不可
- 3) 地域医療例 可 不可
- 4) 合併症・コンサルテーションリエゾン例 可 不可
- 5) 司法精神医学例 可 不可

治療形態別

- 1) 入院治療可 可 不可
- 2) 非自発的入院 可 不可
- 3) 措置入院例 可 不可
- 4) 外来治療 可 不可
- 5) リハビリテーション 可 不可

提供可能な研修プログラム（A：解説＋実地指導可能／ B：片方可／ C：不可）

- 1) 患者及び家族との面接 A B C
- 2) 疾患の概念と病態の理解 A B C
- 3) 診断と治療計画 A B C
- 4) 補助検査法（神経学的検査、心理検査、脳波、脳画像検査など）
 A B C
- 5) 薬物・身体療法 A B C
- 6) 精神療法 A B C
- 7) 心理社会的療法、精神科リハビリテーション、及び
地域精神医療・保健・福祉 A B C
- 8) 精神科救急（夜間当直例を含む） A B C
- 9) リエゾン・コンサルテーション精神医学 A B C
- 10) 法と精神医学（鑑定、医療法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、
成年後見制度等） A B C

- 11) 医の倫理（人権の尊重とインフォームドコンセント）
A B C
- 12) 安全管理 A B C

その他体験できる特色あるプログラム内容

（看護基準等充足していない場合、必ず記入ください）

ある（プログラム内容は下記の通り） ない

（なお、それが分かる資料を申請書郵送の際に添付してお送りください。）

4. 研修医に対する待遇

ケーススーパービジョン（指導医による個別症例指導）

あり（内容： _____）

なし *その他の方のみ記入

診療会議等への参加 可 不可 その他（ _____ ）

 ケース検討会 あり（頻度：月に _____ 回） なし

 診療会議 あり（頻度：月に _____ 回） なし

夜間当直 あり（頻度：月に _____ 回） なし

精神科救急に参加 あり なし

図書室 あり（書籍数： _____） なし

定期購読雑誌 あり 邦文雑誌 _____ 誌 / 欧文雑誌 _____ 誌 なし

学会参加 可（ _____ 回/年、費用負担：あり なし） 不可

勤務日数 週 _____ 日 / 有給休暇 _____ 日（初年度）

宿舎 ある（条件）： _____ ない

その他 ある（内容）： _____ ない

その他貴施設における専門医制研修医の処遇に関することについて、あれば以下に自由に記載ください。
