

(様式 2)

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

新規・更新

いずれかをお選びください
新規の方は項目1~4まで
更新の方は項目1~5まで
最終ページは全ての方が対象です。
必ずご記入ください。

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5章にもとづき、下記報告を添えて申請いたします。

日本精神神経学会の精神科専門医制度指導医の
指導責任者名をご記入ください。なお、本申請
書の記入も指導責任者が行ってください。

記載年月日 20xx年 xx月 xx日

記載者名(指導責任者) : 神経 花子

1. 研修施設の名称等 医療法人 □□会 ○×△病院

印

(フリガナ イリョウハウジン□□カイ ○×△ビョウイン) 押印箇所

施設コード(xxxxxx) 6桁

所在地 〒 113-0033

認定証書に明記されている6桁の番号です
新規申請の場合、空欄で構いません

東京都文京区本郷2-38-4 本郷弓町ビル5F

交通経路 最寄の駅・施設への交通手段

都営大江戸線下車 徒歩5分

[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 03 - 3814- 2991 FAX番号 03 - 3814 - 2992

E-Mail □あり(xxxxx @ jspn.or.jp) □なし

ホームページ □あり http://www.○×△.or.jp □なし

施設長(病院長等)

職位 院長 氏名 神経 太郎

(フリガナ シンケイタロウ)

精神科研修施設指導責任者

職位(科長等) 精神科長

氏名 精神 五郎

(フリガナ セイシゴロウ)

当申請書の記載者である指導責任者の方が日本精神神経学会「精神科研修施設指導責任者」と同担当者になります。

精神科の
スタッフ数を記入。

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	
看護師	114.8 人	(正看護師： 人)
PSW	3 人	○ケアマネージャー ×事務員
心理技術職	2 人	○介護福祉士 ×薬剤師
OT・PT	15 人	○臨床検査技師
その他：	：	人
	：	人
	：	人

非常勤職員の常勤換算（1人あたり）＝

$$\frac{1 \text{ 週間の勤務日数} \times \text{時間数}}{\text{施設での 1 週間の通常の勤務時間}}$$
 （小数点第 2 位を四捨五入）

[昨年度の診療実績]

申請する年度の前年度の
4月～3月までの一年間の
「精神科についての診療実績」
を明記してください

1 日平均外来患者数	132 人
年間初診外来患者数	650 人
年間入院患者数	500 人
年間平均病床利用率	90 %
年間平均在院日数	290 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

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）

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 5) 薬物・身体療法 | <input checked="" type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 6) 精神療法 | <input checked="" type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 8) 精神科救急（夜間当直例を含む） | <input checked="" type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 9) リエゾン・コンサルテーション精神医学 | <input checked="" type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 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） | | | |
| | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 11) 医の倫理（人権の尊重とインフォームドコンセント） | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 12) 安全管理 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |

その他体験できる特色あるプログラム内容

精神科専門医制度規則施行細則第5章16条 研修施設の認定基準 項目4. 共通事項（4）にて“研修プログラムがあること”とある為、研修医の受け入れ状況に関わらず、ご提出頂く必要があります。
なお、研修プログラムのフォーマットはありません。
内容としては精神科専門医制度規則施行細則内 別表1「受験資格に関わる研修ガイドライン」をご確認頂き、貴施設として研修可能な項目について
○項目ごとにどのような勉強を研修医の先生方にして頂くのか
○どのような週間もしくは月間スケジュールを組んでいるのか
ということを明記してください。

■研修プログラム添付にて提示してください（様式自由）

4. 研修医に対する待遇

- 指導医による個別症例指導（ケーススーパービジョン）
- 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4回） なし
- 診療会議 あり（頻度：月に4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
- 精神科関係の蔵書数 あり（書籍数： 400 ） なし
- 定期購読雑誌 あり 邦文雑誌 3 誌 / 欧文雑誌 誌 なし
- 学会参加 可（ 2 回/年、費用負担：あり なし ） 不可
- 勤務日数 週 4 日 / 有給休暇 10 日（初年度）
- 宿舎 ある（条件）：ない
- その他 ある（内容）：ない

○「指導医による個別症例指導」及び「診療会議等への参加」に関しましては“専門医制度規則施行細則 第5章”をご確認ください。
○定期購読雑誌数は「精神神経学雑誌」を含め2誌以上が必要となります。
○日本精神神経学会の研修施設認定を保持する施設として、研修医の学会・講習会への出席が保障されていることが必要です。

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。

**5. 過去5年間（年度毎）の精神科専門医制度研修医の受け入れ状況
（更新の方のみご記入ください）**

平成	年度	人

6. 備考欄

更新の方のみご記入ください。

次ページ■申請内容最終チェックリスト■を必ずご記入ください。

■申請内容最終チェックリスト■

下記、該当するかどうかチェックをしてください。

- 精神科専門医制度指導医数の認定基準数を満たしている（詳細項目2にご記入ください）
- 研修ガイドラインに則った研修が実施できている
- 研修プログラムがある（要添付：詳細は項目3にご記入ください）
- 常勤医師換算1名の受け持ち患者数は48名以下である（精神科病院で病床数がある場合のみ）
- 診療会議等への参加、ケース検討会、診療会議、個別症例指導（ケーススーパービジョン）が行われ研修医が参加できている（詳細を項目4に記入してください）
- 研修に必要な図書が整備されているか（書籍数及び購読誌数は項目4に記入してください）

以上、申請内容につきましては相違ございません。

指導責任者： _____ 印

申請内容記入後、上記「申請内容最終チェックリスト」をご記入及びご確認いただきまして署名及び押印をお願いします。また、細則に則り審査が行われますので当学会ホームページにて「精神科専門医制度規則施行細則」にて要件をご確認頂き、ご記入の程よろしくお願ひ申し上げます。

【応募書類送付宛先】

（学会事務局ではありませんのでご注意ください）

〒132-0024

東京都江戸川区一之江3丁目2-2 一之江Sビル206号

（株）パブリック・コンビニエンス

研修施設認定係

簡易書留でお送りください。