

(様式2 遡り認定)

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

《 遡り認定 》

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の認定をされていない期間を遡って認定す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。

記載年月日 20__年 __月 __日

精神科研修施設指導責任者

氏名 _____ 印

(フリガナ _____)

1. 研修施設の名称等 _____ 印

(フリガナ _____)

施設コード(6桁) _____ 医療機関コード(7桁) _____

施設長(病院長等) 職位 _____ 氏名 _____

所在地 〒 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

E-Mail(事務担当者) あり _____ なし

ホームページ あり _____ なし

2. 対象の研修医

1) 氏名(フリガナ) : _____ (_____)

会員番号(5桁) : _____

研修実績と認めてほしい期間 : _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

上記期間の指導医(フリガナ) : _____ (_____)

上記期間の指導医会員番号(5桁) : _____ ※不明な場合は空白可

2) 氏名（フリガナ）： _____（ _____ ）
会員番号（5桁）： _____
研修実績と認めてほしい期間： _____年 月 日 ~ _____年 月 日
上記期間の指導医（フリガナ）： _____（ _____ ）
上記期間の指導医会員番号（5桁）： _____ ※不明な場合は空白可

3) 氏名（フリガナ）： _____（ _____ ）
会員番号（5桁）： _____
研修実績と認めてほしい期間： _____年 月 日 ~ _____年 月 日
上記期間の指導医（フリガナ）： _____（ _____ ）
上記期間の指導医会員番号（5桁）： _____ ※不明な場合は空白可

3. 施設概要（□にチェック、下線箇所は記入願います。）

※ 単科精神科病院ではない場合、いずれも精神科に関する情報をご記入ください。

[施設の種類の種類]

一般病院精神科 精神科病院 精神科診療所 精神保健福祉センター
 刑務所・刑務所病院 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

[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（ _____ ） * その他の方のみ記入
 なし

[精神科医師数 常勤換算]

※以下、いない場合は、0を記入してください。

常勤精神科医師数 _____ 人
うち 精神科専門医数 _____ 人
精神科専門医制度指導医数 _____ 人

精神科専門医制度指導医名

指導責任者 会員 No.	氏名 :	常勤
指導医 会員 No.	氏名 :	常勤/非常勤
指導医 会員 No.	氏名 :	常勤/非常勤
指導医 会員 No.	氏名 :	常勤/非常勤
指導医 会員 No.	氏名 :	常勤/非常勤

※6名以上の場合は「備考欄」へご記入ください。

[その他職員数 常勤換算]

※単科精神科病院ではない場合、いずれも精神科に関する情報をご記入ください。

看護師	_____人 (正看護師 : _____人)
PSW	_____人
心理技術職	_____人
OT・PT	_____人
その他 :	
(職種名)	_____ : _____人
(職種名)	_____ : _____人
(職種名)	_____ : _____人

4. 研修関連の機能 (□にチェック願います。)

- ・ 以下、精神科専門医制度規則施行細則に規定する研修医が経験すべき疾患を研修可能であるか。

可能 不可能

不可能な疾患がある場合、項目と理由 ;

()

【経験すべき疾患 (病名)】

- ①[F2] 統合失調症 経験症例数 10 例以上、症例報告2 例以上
- ②[F3] 気分 (感情) 障害 経験症例数 5 例以上、症例報告1 例以上
- ③[F4] 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (摂食障害を含んでよい)
経験症例数 5 例以上、症例報告2 例以上
- ④[F4, F50, F7, F8, F9] 児童・思春期P精神障害 (左記のICDコードに該当し、主治医として、診察時に18歳未満の症例を指す)
経験症例数 2 例以上、症例報告1 例以上
- ⑤[F1] 精神作用物質による精神及び行動の障害
経験症例数 2 例以上、症例報告1 例以上
- ⑥[F0] 症状性を含む器質性精神障害 (認知症など)
(精神症状のないてんかん、睡眠障害を含んでよい)
経験症例数 4 例以上、症例報告2 例以上
症例報告のうち1 例は認知症症例とする
- ⑦[F6] 成人のパーソナリティ及び行動の障害 経験症例数 2 例以上、症例報告 1 例以上

- ・以下、精神科専門医制度規則施行細則に規定する研修医が経験すべき治療場면을研修可能であるか。

可能 不可能

不可能な治療場面がある場合、項目と理由；

()

【経験すべき治療場面】

- ①救急の症例 経験症例5例以上、症例報告1例以上
- ②行動制限の症例 経験症例5例以上、症例報告1例以上
- ③地域医療の症例 経験症例5例以上、症例報告1例以上
- ④合併症、コンサルテーション・リエゾンの症例 経験症例5例以上、症例報告1例以上

- ・以下、精神科専門医制度規則施行細則に規定する研修医が経験すべき治療形態を研修可能であるか。

可能 不可能

不可能な治療形態がある場合、項目と理由；

()

【経験すべき治療形態】

- ①入院治療 経験症例数 25例以上、症例報告3例以上
- ②上記のうち、非自発的入院治療※ P 経験症例数 15例以上、症例報告2例以上
※医療保護入院、措置入院、応急入院を意味する。
- ③外来治療 経験症例数 20例以上、症例報告2例以上

- ・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 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 2) 疾患の概念と病態の理解 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 3) 診断と治療計画 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 5) 薬物・身体療法 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 6) 精神療法 | <input 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 type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 8) 精神科救急（夜間当直例を含む） | <input 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 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 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 type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| 12) 安全管理 | <input 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
(看護基準等充足していない場合、必ず記入ください)

研修プログラムを添付にて提示してください。(様式自由)

5. 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

- | | | |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ・実習検討会、症例検討会 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・診療会議等への参加 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・精神科救急に参加 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・学会や講習会への参加 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・定期購読雑誌 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

その他貴施設における専門医制度研修医の処遇に関することがあれば、以下に自由に記載ください。

6. 備考欄
