

(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

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。

精神科研修施設指導責任者

氏名 \_\_\_\_\_ 印

押印箇所

(フリガナ \_\_\_\_\_)

施設名は正式名称でご記入ください。  
認定後、郵送物等の送付先となります。

1. 研修施設の名称等

(フリガナ \_\_\_\_\_) 印

施設印をお願い  
します。

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 〒 \_\_\_\_\_

施設コードは認定証書に明記されている 6 桁の番号です。  
学会ウェブサイトでも検索できます。

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 : \_\_\_\_\_ 20XX 年 XX 月 XX 日 ~ \_\_\_\_\_ 20XX 年 XX 月 XX 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 400 床    うち精神科病床数 200 床）     なし

[看護基準]

あり    看護配置 7 : 1

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	12 人
うち 精神科専門医数	6 人
精神科専門医制度指導医数	1 人

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  
 128（32×4）時間  
 （小数点第2位を四捨五入）

日本精神神経学会の認定である  
 精神科専門医及び  
 精神科専門医制度指導医のことを指します。

日本精神神経学会会員 No. は、会員カードや郵便物の宛名に明記されています。

精神科専門医制度指導医名

指導責任者	会員 No. XXXXX	氏名： 神経 花子	常勤
指導医	会員 No. XXXXX	氏名： 精神 五郎	常勤/非常勤
指導医	会員 No. XXXXX	氏名： 学会 花子	常勤/非常勤
指導医	会員 No. XXXXX	氏名：	常勤/非常勤
指導医	会員 No. XXXXX	氏名：	常勤/非常勤

常勤の指導医が1名以上いること。

※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	14.8 人	(正看護師： 人)
PSW	3 人	
心理技術職	2 人	
OT・PT	15 人	
その他：		

非常勤職員の常勤換算 (1人当たり) =  $\frac{1 \text{ 週間の勤務日数} \times \text{時間数}}{\text{施設での1週間の通常の勤務時間}}$   
(小数点第2位を四捨五入)

(職種名)	:	人
(職種名)		
(職種名)		

- 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

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面を研修可能であるか。

■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                                      | ■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<br>(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)

---

---

---

---

---

---

□ 研修プログラムを添付にて提示してください。(様式自由)

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(1)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。

様式は自由ですが、以下の内容が網羅されるよう記入してください。

- |             |                 |
|-------------|-----------------|
| 1) 専門医研修の目的 | 5) 研修医の週間スケジュール |
| 2) 研修期間     | 6) 研修医の年間スケジュール |
| 3) 研修目標・方法  | 7) 院内・院外研修      |
| 4) 経験可能な症例  | 8) 購読書籍         |

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」もご確認ください。

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 | □あり | □なし |
| ・診療会議等への参加   | □あり | □なし |
| ・精神科救急に参加    | □あり | □なし |
| ・学会や講習会への参加  | □あり | □なし |
| ・定期購読雑誌      | □あり | □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。

.....

.....

.....

.....

.....

・「指導医による個別症例指導」及び「診療会議等への参加」については  
“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。

6. 備考欄

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---