

精神科領域専門医研修プログラム

■ 専門研修プログラム名： 舞鶴医療センター連携施設 精神科専門医研修プログラム

■ プログラム担当者氏名： 山野 純弘

住 所： 〒625-8502 京都府舞鶴市字行永 2410

電話番号： 0773-62-2680

F A X： 0773-63-5332

E-mail： yamamo_smhr@yahoo.co.jp

■ 専攻医の募集人数：(3) 人

■ 応募方法：

履歴書を下記宛先に送付の上、面接申し込みを行う。

宛先 〒625-8502 京都府舞鶴市字行永 2410

舞鶴医療センター精神科 山野純弘

TEL：0773-62-2680

FAX：0773-63-5332

■ 採用判定方法：

履歴書記載内容と面接結果に基づき厳正な審査を行い、採用の適否を判断する。

I 専門研修の理念と使命

1. 専門研修プログラムの理念（全プログラム共通項目）

精神科領域専門医制度は、精神医学および精神科医療の進歩に応じて、精神科医の態度・技能・知識を高め、すぐれた精神科専門医を育成し、生涯にわたる相互研鑽を図ることにより精神科医療、精神保健の向上と社会福祉に貢献し、もって国民の信頼にこたえることを理念とする。

2. 使命（全プログラム共通項目）

患者の人権を尊重し、精神・身体・社会・倫理の各面を総合的に考慮して診断・治療する態度を涵養し、近接領域の診療科や医療スタッフと協力して、国民に良質で安全で安心できる精神医療を提供することを使命とする。

3. 専門研修プログラムの特徴

本プログラムは独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センターを基幹施設とし、京都府立医科大学附属病院と、精神科病院である第二北山病院の2病院を連携施設とするものである。京都府北部における精神科医療の中核的役割を果たし、精神疾患患者に対して幅広い治療を提供している舞鶴医療センターと、京都市内において多職種連携による急性期精神科治療を積極的に行っている第二北山病院、身体合併症を有する精神疾患患者への治療や、摂食障害や強迫性障害などに専門性を有し、積極的に研究を実施している京都府立医科大学附属病院との連携により、専攻医が精神科医としての基礎的な診療技能を習得し、多職種連携における医師のリーダーシップを涵養するとともに、学術的素養を身に付け、将来のサブスペシャリティ獲得に繋げられるための研修を提供する。

基幹施設となる独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センターは、1901年に舞鶴鎮守府海軍病院として創立し、地域における中核的医療機関として機能するが、総病床数279床中120床の精神科病床（うち50床は精神科救急入院料病棟）を有し、京都府北部における精神科医療の中核的な役割を果たす。同院では統合失調症や気分障害、神経症性障害、アルコール・薬物依存症、摂食障害、認知症などの様々な疾患、様々な年齢層の患者の診療を行い、総合病院の強みを活かし、各種身体的検査や身体合併症のある患者にも対応し、リエゾン・コンサルテーションや緩和ケアチームとしての診療も行う。

特色のある治療として、精神科デイケアや精神科作業療法、入院生活技能訓練（SST）の他、アルコール依存症の治療プログラムや、統合失調症に対する心理教育プログラムを提供するとともに、難治性精神障害に対してクロザピンや電気けいれん療法による治療を行う。精神科救急の基幹病院と位置付けられて措置症例を含む精神科救急に対応する。認知症疾患医療センターに指定されており認知症の鑑別診断等を担う。医療観察法の指定通院医療機関に指定され、また、簡易鑑定（精神鑑定）を行う。

連携施設のうち、医療法人三幸会 第二北山病院は、324床を有する単科精神科病院であり、急性期治療病棟を中心として、主に統合失調症患者の急性期治療に取り組む。併設のデイケアと訪問看護による円滑な地域移行に努め、地域に根ざした精神医療を提供する。また京都府立医科大学附属病院は高度な身体医療を提供できる特定機能病院であるが、その強みを生かして身体合併症を有する精神疾患患者への入院治療や、重症の摂食障害の入院治療を提供することができ、リエゾン・コンサルテーション診療を積極的に行う。認知症や児童思春期、強迫性障害などに専門性を有し、各研究グループによる研究活動が活発に行う。

本プログラムでは、このような特色を持つ3病院での研修により、様々な治療場面における多くの症例を幅広く経験することができ、また精神療法や薬物療法、電気けいれん療法、多職種連携によるチーム医療、社会的支援の調整など、精神

科診療に求められる治療技能を幅広く学ぶことができるだけでなく、多様な指導医の下で様々な臨床現場を経験することで、医療者としての見識を広げることができ、医師としての資質を磨くことができる。さらに学会発表や論文作成の指導を通して臨床・基礎研究の基本を学ぶことができるとともに、希望により研修過程途中で大学院に進学して研修を続行することも可能である。

II. 専門研修施設群と研修プログラム

1. プログラム全体の指導医数・症例数

- プログラム全体の指導医数： 18 人
- 精神科領域における疾患・治療場面・治療形態別の年間症例数

| 疾患 | 年間症例数 |
|-------------------------|-------|
| F0: 症状性含む器質性 | 457 |
| F1: 物質関連障害 | 115 |
| F2: 統合失調症 | 1051 |
| F3: 気分障害 | 721 |
| F4(F50): 神経症性など | 675 |
| F4,F7,F8,F9(F50): 児童思春期 | 210 |
| F6: パーソナリティ障害 | 26 |
| 治療場面 | |
| 救急 | 412 |
| 行動制限 | 282 |
| 地域医療 | 470 |
| 合併症・リエゾン | 857 |
| 治療形態 | |
| 任意入院 | 426 |
| 医療保護入院 | 483 |
| 措置入院 | 20 |
| 応急入院 | 0 |

| | |
|----|------|
| 外来 | 2785 |
|----|------|

2. 連携施設名と各施設の特徴

A 研修基幹施設

- ・施設名：独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター
- ・施設形態：公的総合病院
- ・院長名：法里 高
- ・指導責任者氏名：山野 純弘
- ・指導医人数：(5) 人
- ・精神科病床数：(120) 床
- ・精神科領域における疾患・治療場面・治療形態別の年間症例数

| 疾患 | 年間症例数 |
|------------------------|-------|
| F0:症状性含む器質性 | 263 |
| F1:物質関連障害 | 73 |
| F2:統合失調症 | 475 |
| F3:気分障害 | 359 |
| F4(F50):神経症性など | 244 |
| F4,F7,F8,F9(F50):児童思春期 | 60 |
| F6:パーソナリティ障害 | 12 |
| 治療場面 | |
| 救急 | 121 |
| 行動制限 | 118 |
| 地域医療 | 451 |
| 合併症・リエゾン | 230 |
| 治療形態 | |

| | |
|--------|------|
| 任意入院 | 121 |
| 医療保護入院 | 220 |
| 措置入院 | 11 |
| 応急入院 | 0 |
| 外来 | 1472 |

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

地域における中核的医療機関として機能するが、総病床数 279 床中 120 床の精神科病床（うち 50 床は精神科救急入院料病棟）を有し、京都府北部における精神科医療の中核的な役割を果たす。統合失調症や気分障害、神経症性障害、アルコール・薬物依存症、摂食障害、認知症などの様々な疾患、様々な年齢層の患者の診療を行い、総合病院の強みを活かし、各種身体的検査や身体合併症のある患者にも対応し、リエゾン・コンサルテーション診療や緩和ケアチームとしての診療も行う。特色のある治療として、精神科デイケアや精神科作業療法、入院生活技能訓練（SST）の他、アルコール依存症の治療プログラムや、統合失調症に対する心理教育プログラムを提供するとともに、難治性精神障害に対してクロザピンの使用や電気けいれん療法による治療を行う。措置診察や簡易鑑定等の鑑定業務に取り組む。

B 研修連携施設

① 施設名：京都府立医科大学附属病院

- ・施設形態：公的病院
- ・院長名：北脇 城
- ・指導責任者氏名：富永 敏行
- ・指導医人数：（ 7 ）人
- ・精神科病床数：（ 23 ）床
- ・精神科領域における疾患・治療場面・治療形態別の年間症例数

| 疾患 | 年間症例数 |
|-------------|-------|
| F0:症状性含む器質性 | 135 |
| F1:物質関連障害 | 8 |

| | |
|------------------------|------|
| F2:統合失調症 | 168 |
| F3:気分障害 | 280 |
| F4(F50):神経症性など | 392 |
| F4,F7,F8,F9(F50):児童思春期 | 138 |
| F6:パーソナリティ障害 | 14 |
| 治療場面 | |
| 救急 | 73 |
| 行動制限 | 21 |
| 地域医療 | 10 |
| 合併症・リエゾン | 192 |
| 治療形態 | |
| 任意入院 | 70 |
| 医療保護入院 | 28 |
| 措置入院 | 1 |
| 応急入院 | 0 |
| 外来 | 1255 |

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

大学附属病院として幅広い疾患に対応しており、2018年9月、精神科病床は、大学病院本館内に移設し、身体的合併症病床、個室を増やし、23床を有し、最新の設備を備える。主として統合失調症、気分障害に加えて、摂食障害、強迫性障害、認知症、児童精神医学領域の入院治療を行っている。病棟移設後は、特に身体的合併症治療を要する症例が増えている。また、コンサルテーション・リエゾンでは、他科の病棟に行って診療にあたっている。多くの精神疾患について診療のための知識と技能を獲得することが可能である。

外来は、思春期青年期、老年期、強迫性障害、認知療法といった専門外来を設置しており、広く他府県からも受診がある。研修開始時には基本的知識に関するセミナーシリーズ（30回）を行っており、毎週の症例検討会でも様々な専門性を持った医師、コメディカルのディスカッションに参加することが可能である。各専門分野

の研究会やセミナーも活発に行っており、希望者は参加が可能である。

② 施設名：医療法人三幸会 第二北山病院

・施設形態：私立単科精神科病院

精神病棟入院基本料 3（15：1）・精神科急性期治療病棟 1・精神療養病棟入院料

・院長名：土田 英人

・指導責任者氏名：土田 英人

・指導医人数：（ 6 ） 人

・精神科病床数：（324） 床

・精神科領域における疾患・治療場面・治療形態別の年間症例数

| 疾患 | 年間症例数 |
|------------------------|-------|
| F0:症状性含む器質性 | 59 |
| F1:物質関連障害 | 34 |
| F2:統合失調症 | 408 |
| F3:気分障害 | 82 |
| F4(F50):神経症性など | 39 |
| F4,F7,F8,F9(F50):児童思春期 | 12 |
| F6:パーソナリティ障害 | 0 |
| 治療場面 | |
| 救急 | 218 |
| 行動制限 | 143 |
| 地域医療 | 9 |
| 合併症・リエゾン | 435 |
| 治療形態 | |
| 任意入院 | 235 |

| | |
|--------|-----|
| 医療保護入院 | 235 |
| 措置入院 | 8 |
| 応急入院 | 0 |
| 外来 | 58 |

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

324床を有する単科精神科病院であり、急性期治療病棟を中心として急性期治療に取り組んでおり、統合失調症患者が入院の7割を占めている。作業療法を含めた多職種連携によるチーム医療を行っている。デイケアと訪問看護を併設し、円滑な地域移行に努めており、地域精神医療も経験することができる。

3. 研修プログラム

1) 年次到達目標

専攻医は各研修施設で行われる教育セミナーや、指導医による診療内容に関する個別のスーパーバイズ、学会の聴講や発表を通して精神科領域専門医制度の研修実績管理システム（または研修手帳）の内容にしたがって専門知識、及び技能を習得する。各年次の到達目標は下記の通り。

到達目標

1年目：原則、基幹施設で指導医の指導のもと統合失調症、気分障害、認知症を含む器質性精神障害、物質関連障害の患者を受け持ち、面接技法、診断と治療計画の立案、検査の実施と結果の解釈、薬物療法及び精神療法、電気けいれん療法の基本を学ぶ。また身体合併症を有する患者について、指導医の指導の下、他科との連携について学ぶ。精神療法の習得のために指導医の外来、入院の診察に陪席し、また担当入院患者に対する診察について指導医のスーパーバイズを受ける。コメディカルも参加する定期カンファレンスでの診療内容に関するディスカッションを通じて、検査結果の解釈および精神療法や薬物療法の技能を向上させるとともに、多職種連携のあり方や社会支援や地域定着なども含めた臨床の実際を学ぶ。経験した症例について院内での症例検討会や学会での発表を行い、疾患や治療に対する深い考察ができるようになるとともに、発表に必要な技能を習得する。

2年目：基幹施設、連携施設または関連施設で指導医の指導を受けつつ、精神疾患の背景にある神経基盤や臨床薬理学、精神力動の理解を深める。自立して診療にあたり、幅広い臨床場面において自らが治療計画を立て、適切な治療を選択、実施するための能力を高める。身体合併症患者の治療における他科との

連携やリエゾン・コンサルテーション診療、緩和ケアに必要な知識や技能を習得するとともに、非自発的入院や行動制限などの事例を通じて精神保健福祉法に対する理解を深め、また指導医の措置診察や簡易鑑定に同席することで、司法精神医学に関する知識や技能を習得する。入院場面に加えて外来場面での診療の経験を重ね、地域における支援組織や支援制度の理解を深め、地域生活という視点からの良質な医療の提供ができるように修練する。指導医の指導のもと、経験症例の症例報告を行うとともに、臨床疑問を元に臨床研究を計画・実施し、結果を学会あるいは論文として発表する。

3年目：研修病院は基幹施設、連携施設または関連施設の中から専攻医のサブスペシャリティ志向を考慮して選択する。指導医の指導のもと、自立して入院、外来診療を行い、これまでに学んだ臨床の知識や技能を更に深化させるとともに、難治性精神障害や児童思春期患者などに対する専門性の高い薬物療法の知識や技能を身に着け、精神療法においても認知行動療法や曝露反応妨害法などの行動療法、精神分析などの様々な精神療法について、実際の臨床場面で実践を通じて技能の向上を図るとともに、産業メンタルヘルスや社会精神医学、災害時のメンタルヘルスなど様々な治療場面における治療についての学びを深める。指導医の指導のもと、経験症例の症例報告を行うとともに、臨床疑問を元に臨床研究を計画・実施し、結果を学会あるいは論文として発表する。

2) 研修カリキュラムについて

研修カリキュラムは、「専攻医研修マニュアル」および「研修実績管理システム」を参照。

3) 個別項目について

① 倫理性・社会性

日々の臨床における患者の理解、患者や家族、他の医療者への接し方、診療上知り得た情報の取り扱い、患者への検査や治療の実施、患者や家族に対する説明などの様々な場面を通じて、倫理性と社会性についての学びを深める。特に非自発的入院の患者や、行動制限を実施している患者などの人権の制限を行っている患者に対する治療を通じて、治療における倫理観の重要性を学ぶ。基幹施設、連携施設または関連施設において科内の行動制限最小化委員会や、院内の臨床倫理委員会に出席し、事例を通じて倫理的課題について学ぶ。患者および家族との関わりを始め、院内におけるコメディカルとの連携や他科医師との連携、地域支援者との連携などを通して社会性を身につける。

② 学問的姿勢

診療場面における臨床疑問の解決のために必要な情報収集の方法を指導医の指導のもと身につける。また最新の知見を得るための医学論文の検索方法を身につけるとともに、論文の批判的吟味の方法も学ぶ。他の医療者に対して臨床的示唆を提供するような症例については、指導医の指導のもと症例報告を行うために必要な知識と技術を身につけ、学会発表や論文の形で症例報告を行う。更に日々の臨床から得られた臨床疑問について、指導医の指導のもと臨床疑問の解決につながる研究の計画を立て研究を実施し、結果を学会あるいは論文の形で発表する。研修終了後のサブスペシャリティを見据え、関連学会への入会についても検討する。

③ コアコンピテンシーの習得

研修期間を通じて、1) 患者治療者関係の構築、2) チーム医療の実践、3) 安全管理、4) 症例プレゼンテーション技術、5) 医療における社会的・組織的・倫理的側面の理解、を到達目標とし、精神科病棟での入院診療、外来診療、リエゾン・コンサルテーション診療などのさまざまな精神科診療場面において、精神療法、精神科薬物療法、電気けいれん療法や、非自発的入院、隔離、拘束などの行動制限といった精神科医特有の診療を通じて、医師としてのコアコンピテンシーの獲得を目指す。

④ 学術活動（学会発表、論文の執筆等）

指導医の指導のもと症例報告を行うために必要な知識と技術を身につけ、自らが経験した症例について、学会発表や論文の形で症例報告を行う。更に日々の臨床から得られた臨床疑問について、指導医の指導のもと臨床疑問の解決につながる研究の計画を立て研究を実施し、結果を学会あるいは論文の形で発表する。研修終了後のサブスペシャリティを見据え、関連学会への入会についても検討する。臨床研究または基礎研究を行い、その成果を学会や論文として発表する。連携施設での研修中も希望があれば継続して基幹施設において研究を継続することができる。

⑤ 自己学習

基幹施設および連携病院では精神医学の関連図書や学術雑誌を揃えており、インターネットへの接続環境も整っている。論文の批判的吟味や EBM を行う上での論文の活用方法、文献検索システムの利用の仕方について指導医による指導を受けることで、効果的な自己学習方法を学ぶことができる。連携施設のうち京都府立医科大学附属病院においてはオンラインジャーナルへのアクセス環境も整っており、自己学習において活用できる。各研修施設では週 1 回は指導医と面接の機会を持ち、自己学習の状況について確認を行う。

4) ローテーションモデル

典型的には1年目に基幹施設である舞鶴医療センターをローテートし、指導医の指導のもと精神科医としての基本的な知識と技能を身につけ、精神科救急や地域医療について幅広く経験する。2～3年目には関連施設である大学病院と単科精神科病院を1年ずつローテートし、大学病院では身体合併症患者に対する精神科入院治療やリエゾン・コンサルテーション、緩和ケアの臨床経験を重ねるとともに、児童思春期や強迫性障害などの専門性の高い診療を経験し、精神科病院では外来診療を受け持ち自立した立場での診療を行いながら、地域における精神医療や精神科リハビリテーションについて幅広く経験し、精神保健福祉法や社会資源の活用と多職種連携について知識と技能を身につける。これら3年間のローテート順については、本人の研修内容に関する要望や生活における事情に応じて、大学病院からのローテートの開始や、各研修施設での研修期間についても適宜調整するなど柔軟な対応が可能である。

さらに、今回記載した関連施設以外に、希望に応じて、京都府立舞鶴こども療育センターで発達障害関連の研修、京都府こども発達支援センターで児童精神医学の研修を受けることができ、リワークなど産業メンタルヘルスを中心に行っている杉本医院からすまメンタルクリニックで産業メンタルヘルスについて学ぶことも可能である。主なローテーションパターンについて以下に示す。

| | 1年目研修施設 | 2年目研修施設 | 3年目研修施設 | |
|------|------------------|------------------|------------------|------------|
| 1コース | 舞鶴医療センター | 京都府立医科大学 附属病院 | 第二北山病院 | |
| 2コース | 京都府立医科大学 附属病院 | 舞鶴医療センター | 第二北山病院 | |
| 3コース | 舞鶴医療センター | | 京都府立医科大学 附属病院 | 第二北山 病院 |
| 4コース | 舞鶴医療センター | 京都府立医科大学 附属病院 | 第二北山病院 | 関連施設 |

5) 研修の週間・年間計画 別紙参照

4. プログラム管理体制について

プログラム管理委員会

- 委員長 医師：山野純弘
- 医師：綾仁信貴

- 医師：富永敏行
- 医師：土田英人
- ・精神保健福祉士：平野千尋
- ・薬剤師：黒川拓也

- ・プログラム統括責任者
山野 純弘 副) 綾仁 信貴

- ・連携施設における委員会組織
各連携施設の指導責任者及び実務担当の指導医によって構成される。

5. 評価について

1) 評価体制

舞鶴医療センター：山野純弘
京都府立医科大学附属病院：富永敏行
第二北山病院：土田英人

2) 評価時期と評価方法

- ・ 3 ヶ月毎に、カリキュラムに基づいたプログラムの進行状況を専攻医と指導医が確認し、その後の研修について見直し、研修プログラム管理委員会に提出する。
- ・ 研修目標の達成度を、当該研修施設の指導責任者と専攻医がそれぞれ 6 ヶ月毎に評価しフィードバックする。
- ・ 1 年修了時に 1 年間の研修目標の達成度を指導責任者が確認し、次年度の研修計画を作成する。また、その結果を統括責任者に提出する。
- ・ 研修実績及び評価には研修実績管理システム（または研修手帳）を用いる

3) 研修時に則るマニュアルについて

経験症例については各研修施設に用意した記録簿に実績を記載し、診療内容について指導医による定期的な評価とフィードバックを受ける。また自己学習や学術的活動についても、適宜指導医により評価とフィードバックを受ける。総合的評価は精神科研修カリキュラムに則り、年 1 回行う。

舞鶴医療センターにて専攻医の研修履歴（研修施設、期間、担当した専門研修指導医）を管理し、経験症例は各研修施設において管理する。研修実績および研修評価は研修実績管理システム（または研修手帳）を用いて記録、管理する。

プログラム運用マニュアルは以下の専攻医研修マニュアルと指導医マニュアル

を用いる。

- 専攻医研修マニュアル（補助資料①）
- 専門医制度指導医マニュアル（補助資料②）

指導医による指導とフィードバックの記録

研修実績管理システム（または研修手帳）を用いて専攻医自身が自分の達成度評価を行うとともに、同時に指導医も形成的評価を行い記録する。指導医は「劣る」「やや劣る」の評価をつけた項目については、必ず改善のためのフィードバックを行い記録し、翌年度の研修に役立てる。

6. 全体の管理運営体制

- 1) 専攻医の就業環境の整備（労務管理）
各施設の労務管理基準に準拠する。
- 2) 専攻医の心身の健康管理
各施設の健康管理基準に準拠する。
- 3) プログラムの改善・改良
基幹施設の統括責任者と連携施設の指導責任者による委員会にて定期的にプログラム内容について討議し、継続的な改良を実施する。検討にあたっては、コメディカルスタッフの意見も取り入れる。
- 4) FD の計画・実施
年 1 回、プログラム管理委員会が主導し、各施設における研修状況を評価するとともに、必要に応じて指導医を対象とした研修会を開催する。

週間スケジュール

① 舞鶴医療センター

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|------------|------------------------|-----------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| 8:30-12:00 | 病棟業務・ 外来業務・ 作業療法 | ECT・ 病棟業務・ 外来業務 | 病棟業務・ 外来業務 | 病棟業務・ 外来業務・ デイケア | ECT・ 病棟業務・ 外来業務 |
| 13:00-17:1 | 病棟業務・ 外来業務 | 病棟業務・ 外来業務 | 地域連携 (保健所等) | 緩和ケア ラウンド | 病棟業務・ 外来業務 |

| | | | | | |
|-----------------|------------|-------|--|--|--|
| 5 | | | | | |
| 17:15 -19:00 | ECTカンファレンス | 症例検討会 | | | |

② 京都府立医科大学附属病院

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-------------|-------------|-----------------------------|------------------|----------------|-------------|
| 9:00-12:00 | 病棟業務・リエゾン業務 | ECT・病棟業務・外来業務 思春期カンファレンス | 部長回診・リエゾンカンファレンス | ECT・病棟業務・救急番業務 | 病棟業務・外来業務 |
| 13:00-17:00 | 病棟業務・リエゾン業務 | 病棟業務・救急番業務 | 症例検討会 | リエゾン回診 | 病棟業務・リエゾン業務 |
| 17:00-19:00 | | | 勉強会等 | | |

③ 第二北山病院

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 9:00-12:00 | 病棟業務・外来業務 | 病棟業務・外来業務 | 病棟業務・外来業務 | 病棟業務・外来業務 | 病棟業務・外来業務 |
| 13:00-17:00 | 症例検討会 | 病棟業務・外来業務 | デイケア業務 | 地域連携(保健所) | 病棟業務・外来業務 |

年間スケジュール

① 舞鶴医療センター

| | |
|----|------------------------------|
| 4月 | オリエンテーション 研修開始(前年研修報告書提出) |
| 5月 | 専攻医対象セミナー(～翌年03月まで随時) |

| | |
|-----|--|
| 6月 | 日本精神神経学会学術総会参加 日本老年精神医学会参加（任意） 日本心身医学会総会参加（任意） |
| 7月 | 近畿精神神経学会参加 |
| 8月 | |
| 9月 | 研修状況評価（中間） 日本生物学的精神医学会参加（任意） 日本児童青年精神医学会総会参加（任意） |
| 10月 | 研修中間報告書提出 日本臨床精神神経薬理学会参加（任意） |
| 11月 | 日本総合病院精神医学会参加（任意） |
| 12月 | 研修プログラム管理委員会開催 |
| 1月 | |
| 2月 | 近畿精神神経学会参加 日本不安症学会参加（任意） Course for the Academic Development of Psychiatrists (CADP)参加（任意） |
| 3月 | 研修評価（年度末） 研修プログラム評価報告書の作成 日本統合失調症学会参加（任意） |

② 京都府立医科大学附属病院

| | |
|----|--|
| 4月 | オリエンテーション 研修開始（前年研修報告書提出） 指導医の指導実績報告書提出 研修医グラウンドラウンド（毎月開催） 専攻医セミナー開始（～翌年3月まで随時：全30回） |
| 5月 | 教室研究会参加 |
| 6月 | 日本精神神経学会学術総会参加 日本老年精神医学会参加（任意） 日本心身医学会総会参加（任意） |
| 7月 | 近畿精神神経学会参加 |
| 8月 | 脳波セミナー（専攻医セミナーの一貫として） |
| 9月 | 日本生物学的精神医学会参加（任意） 日本児童青年精神医学会総会参加（任意） |

| | |
|-----|--|
| 10月 | 研修中間報告書提出 日本臨床精神神経薬理学会参加（任意） |
| 11月 | 日本総合病院精神医学会参加（任意） |
| 12月 | 研修プログラム管理委員会参加 |
| 1月 | |
| 2月 | 近畿精神神経学会参加 日本不安症学会参加（任意） Course for the Academic Development of Psychiatrists (CADP)参加（任意） |
| 3月 | 研修総括・口頭試問 研修プログラム評価報告書の作成 日本統合失調症学会参加（任意） |

③ 第二北山病院

| | |
|-----|--|
| 4月 | 研修開始 |
| 5月 | |
| 6月 | 日本精神神経学会学術総会参加（任意） 日本老年精神医学会参加（任意） 日本心身医学会総会参加（任意） |
| 7月 | 近畿精神神経学会参加 |
| 8月 | |
| 9月 | 日本生物学的精神医学会参加（任意） 日本児童青年精神医学会総会参加（任意） |
| 10月 | 研修中間報告書提出 日本臨床精神神経薬理学会参加（任意） |
| 11月 | 日本総合病院精神医学会参加（任意） |
| 12月 | 研修プログラム管理委員会参加 |
| 1月 | 近畿精神神経学会参加 日本不安症学会参加（任意） |
| 2月 | 研修報告書 |
| 3月 | 研修プログラム評価報告書の作成 日本統合失調症学会参加（任意） |

【補助資料①】

専攻医業務マニュアル

2021 年度版

独立行政法人国立病院機構

舞鶴医療センター

2020 年 5 月 18 日作成

2021 年 4 月 1 日作成

一般的注意事項

- 勤務時間は **8 : 30 ~ 17 : 15** までです。
- 当直・精神科待機番は、平日は **17:15～翌朝 8:30** まで、土日祝は **朝 8:30～翌朝 8:30** までが業務時間です。
- **遅刻・欠勤・早退** は必ず **所属長（精神科部長）、部長不在時は精神科医長** に連絡して下さい。
- 年休・出張・夏期休暇などで休む場合は早めに精神科部長または医長に連絡するとともに、病院指定の休暇届けを作成するなど手順を踏むこと。
- 服装、身だしなみに十分注意して下さい。手術着を着る場合は、必ず白衣を上から着ること。手術着に名札をつけて、白衣の上から名札が見えないのは不可です。
- **あいさつは大事！！** 医療者・支援者、患者さん・ご家族さん等への挨拶を忘れないようにしましょう。
- 患者さんや家族との面接時間を約束した場合は時間厳守です。遅れる場合は事前に連絡してください。
- 医療者として患者さん・ご家族さんとの適切な関係を維持するよう心がけてください（例：診療外で交流を持つ、個人的な贈り物をしない・受け取らない、医療者の連絡先等個人情報を教えない等）。
- 医局から患者さんや家族に電話をかけるときは外線
- 患者さんに連絡をする際は、内線 9 番で電話交換にかけ、そこからつないでもらってください。個人の電話を使用しないようにしてください。
- **患者さんの個人情報の取扱いには十分注意して下さい。**
 - ✓ 患者さんの個人名などを書いたメモを持ち歩いてはいけません。
 - ✓ 書類作成等の例外を除き、電子カルテ情報は原則印刷禁止です。やむなく印刷する場合は個人情報の取り扱いに最大限留意し、不要になれば速やかにシュレッダーにて廃棄しましょう。
 - ✓ 他患者の電子カルテに、別の患者の氏名などの個人情報を記載しないように。
 - ✓ 手術室に持ち込む ECT テンプレートのみ印刷可ですが、使用後は必ずシュレッダーで廃棄してください。
 - ✓ 電子カルテ情報を外部メディア（PC・スマートフォン・USB メモリ等）にて個人管理してはいけません。
 - ✓ 総室の患者さんと話す際、他患者に聞かれて困る可能性があれば、必ず診察室（個室）を使って下さい。
 - ✓ 院内・院外問わず、公共の場（コンビニ、レストラン、駅のホーム、エレベータ内など）での診療に関する会話には注意を払ってください。Twitter や Facebook などのネット上での発言には特に注意が必要です。病院内で見聞きしたことを不用意に書いてはいけません。

当院における業務について

業務概要

- 月曜の 16:30 から ECT カンファレンスが、火曜の 16:30 から精神科医局会があります。場所は A-2 病棟のカンファレンスルームです。その他臨時で招集することもあります。
- 時間外勤務（超勤）は、超過勤務命令簿に勤務した時間を明記し、月末に所属長（部長）の印鑑をもらってください。働き方改革もあり、あまり長時間の超勤をすることは推奨出来ませんが、呼び出しや対応したものについてはしっかり書いてください。
- 当直（一般当直）は 3 ヶ月ごとに精神科の分として割り当てられます。大体 3 ヶ月で平日当直が 8-9 回、休日の日直または当直が 3 回前後というところです。
- 精神科の待機（オンコール）は、大体平日週に 1 回、土日が月に 1 回あります。祝日は医師全員でローテーションです。ゴールデンウィーク・年末・年始は当直との兼ね合いもあるので、適宜決めます。
- 外来業務は、担当の外来がある場合には週に 1 回です（1 年目の最初は外来担当しません）。担当外来業務とは別に、初診・救急番が週に 1 回あります。
- デイケアの午後診察があります。当番表があるので、確認して下さい。15 時過ぎにデイケアに行ってください。緊急の対応やその他で行けない時は、必ず代理を立てて下さい。デイケアにも連絡をお願いします。
- 月に 1 回、第 1 金曜の 16:00 から総合医局会が会議室であります。原則出席して下さい。
- 保健所や教育機関などの公的機関への外勤があります。外勤先にもよりますが、大体月に 1 回です。出張の際は出張届けの提出など、病院で定められた手続きをとってください。
- 年次休暇は適宜消化して下さい。年間 5 日以上取得するようにして下さい。2019 年 4 月から夏休みがなくなり、リフレッシュ休暇が 3 日間出来ました。年休と合わせて、月～金で休んでも構いません。
- 適宜治験も行っていますので、対象の患者さんがいたらお願いします。

外来業務

- 予約制ですが、調子が悪いなどで予約外の方も来られます。初診も予約制で、1 日 2 枠になっています。ただし院内紹介についてはお互いの助け合いのため、枠が埋まっても出来るだけ断らないことにしています。もちろん緊急性がなければ、翌日以降にとってももらっても結構ですし、手一杯であれば、他の医師に応援を求めてもらって結構です。
- 自分の外来患者さんでデイケア遇所中の方のカンファレンスを月に 1 回、デイケアにて

行なっています。曜日と時間をデイケアスタッフと相談して下さい。

病棟業務

- A-1 病棟は 50 床で精神科救急入院料を算定しています（例外あり）。高額な入院基本料（1 日 3 万円以上）を取っているかわりに、検査や薬代は包括されています。また 3 ヶ月以内に 6 割以上が自宅（障害福祉施設や老健含む）に退院することやその他細かい条件があります。
- A-2 病棟は 70 床で回復期・慢性期の病棟です。
- 病棟番は特にもうけていません、主治医が不在や外来中など、で、急な対応が必要な時に、対応をお願いされるかもしれませんがよろしくお願ひします。困るようであれば、いつでも上級医に相談してください。
- A-1、A-2 とともに週に 1 回、病棟とのカンファレンスの時間を作っています（固定の時間）。30 分以内で入院中の患者さんについて、Ns や PSW、薬剤師などと治療方針などについて話し合います。どの時間にするかはまた病棟と相談して決めて下さい。
- 隔離（1 回/日）・拘束（2 回/日）の診察は、主治医が日中に行って下さい。不在の場合は、代理を立てて下さい。

待機番業務

- 平日の待機時間は 17:15～翌 8:30 です。主治医が残っている場合は、主治医にきいてもらうよう言ってもらっても構いません。日中に主治医が隔離・拘束患者については診察することになっていきますので、夜間の病棟回診はありません。
- 主には病棟や救急外来からの呼び出しに対応します。電話で済む場合は来院しなくても構いません。月の数日を除き、基本的に当院が京都府北部の精神科救急の輪番病院になっています。輪番目でなくても当院通院中の方は対応して下さい。困った時は主治医や指定医番に相談してください。
- 概ね 30 分以内くらいに来院できるところであれば、自宅や病院にいなくても構いません。買い物や外食に行っても大丈夫です。
- 病棟で隔離・拘束が必要になった時や、救急外来で医療保護入院などが必要だと思われる時は指定医番をコールして下さい。非指定医の 12 時間隔離を使ってももらっても構いませんが、拘束や非自発的入院の時は遠慮せず指定医をコールして下さい。
- 土日祝の昼間の待機は、日中に病棟を回って下さい。午前と午後と 1 回ずつくらいがいいかと思ひます。隔離・拘束中の患者の診察や、処方切れ、身体的あるいは精神的に不調者の診察や対応をお願いされるかと思ひます。回診や呼ばれた時以外は院内にいる必要はおりません。夜間は平日と同様です。

当直業務（全科当直）

- 日直は 8:30 に当直は 17:15 に申し送りがありますので、事務当直室（玄関右側）に集まって下さい。精神科が日直・当直の時は、1 人では対応困難な場合があるため 2 人ですることになっています。基本的に指定医 1 名と非指定医 1 名の組み合わせです。
- 当直時間帯に救急外来で対応した場合は、救急室内の当直日誌の受診患者リストの所に押印またはサインをして下さい。これによって、追加の給料があります。
- 当直時の夕食と朝食、日直時の昼食は検食が栄養管理室（B 病棟 1 階）にあります。検食は 1 食のみですので、どちらが検食を食べるかは 2 人で相談して決めてください。決まった時刻には処分されますので注意ください。また宿直室も 2 つありますので、どちらがどの宿直室を使うか相談して決めてください。

勤務時間および当直等に関する留意事項まとめ

- 勤務時間は AM8:30～PM5:15。出勤簿に押印（総合医局）。超過勤務簿は上司の確認が必要。翌月初日に庶務に提出する（総合医局に提出ボックスあり）。
- 年休： 20 日間年次休暇・特別休暇あり。休暇簿は総合医局にある。5 日以上取得すること。
- 昼食は院内売店（営業時間に注意）で買うか、あるいは、総合医局で出前を頼む（AM9:00 まで注文可能だろうが、基本的には月毎に事務が取りまとめ）。
- 日直は AM8:30～PM5:15 まで。当直は PM5:15～翌 AM8:30 まで。開始時間に事務当直室集合。
- 先の当直は 3 か月単位で発表され、1 か月分の当直表が作成される。変更の際は前月までなら直接表に変更を記載し、当月は当直変更届（総合医局にあり）を提出する。
- 日当直での診療の診療科は「救急外来」。診察した患者は名簿に押印する。SCU/NICU の患者はそちらの当直が対応する。
- 当直日誌は総合医局にあり、終了時に内容を記載する。検食は栄養管理室にあり、検食簿をつける。
- 土日・祝日の一般救急医療については舞鶴市内総合病院 3 病院で輪番体制。
- 待機番・指定医番の変更は変更届が必要。対応内容によっては電話での対応も可だが、出勤して対応した際は事務当直に出勤・退出時を連絡する。
- 時間内ホットライン出番（救急隊対応）が精神科として隔週金曜日などにある。初療を精神科が担当し、その後担当の専門診療科に連絡する。救急隊から連絡を受けた場合は外来師長に連絡。
- 学会出張等出張の際は所属長に相談の上、出張伺いを出す（総合医局）。

- 総合医局会は毎月第1金曜のPM4:00から。また研修医向け各科の講演もあり、議事録を確認する。

業務内容の詳細について

電子カルテ操作

- はじめにログインするとリマインダが出てきます。全部ではないですが、代行入力や食事オーダーなど、医師の承認が必要なものが上がってきていますので、必ず承認ボタンを押して下さい。他科の医師の診療記録は別にしなくても構いません。
- 患者選択画面で上部の受領のタブをクリックすると、看護記録や病棟業務（薬剤師の記録）、相談記録（PSW の記録）が出てきます。
- 患者選択画面の左側、制限のタブをクリックすると現在行動制限中の患者さんのリストが出てきます。休日待機の診察時にご利用ください。

外来診療業務

- クラークさんがついている時はやってもらえる所もありますが、ついてもらえないことが多いです。診療録を書き、処方、次回予約、精神療法 or/and てんかん指導料や精神科継続指導料などをとってください。精神療法は処置からいく方法と指導料からいく方法があります。具体的なやり方は指導医や他の医師に確認してください。

入院診療業務

- 診療録を書き、入院精神療法やてんかん指導料をとる。やり方は上記と同じです。
- 入院処方では定期薬が切れないように注意してください。朝の食前薬が切れていると早朝から待機が呼ばれてしまうことがあります。処方の行い方は指導医や他の医師に確認してください。
- 患者選択画面で上部の最終依頼のタブをクリックすると患者さんの処方の切れる日や最終検査日がわかります。そこから継続でオーダーもできるので、活用して下さい。
- 血液検査は月に一度は必ずして下さい。X線検査や心電図について、長期入院の方は最低でも年に1回は行うようにして下さい。
- 月初めにレセプトチェックがあります。入力したら病棟内のボックスに入れておいてください。
- 前月1ヶ月間行動制限している人は、文書棚→精神科2→53 隔離拘束チェックシートを月初めに記載して下さい。病棟から依頼が来ます。

入院の手続き

- 書類などは PSW に依頼することもできますが、時間外は自分でしないといけないので覚えておいて下さい。PSW に依頼する場合は、連絡をして何を頼むのかをはっきり伝えて下さい。

[任意入院]

- ✓ カルテに入院が必要な理由などを記載する。
- ✓ 文書棚の左側、文書名→精神科 01 任意入院のお知らせをダウンロード。日付などを入力、印刷し、患者に説明する。
- ✓ 開放処遇を制限する場合は、その理由などをカルテに記載し、同じく精神科 05 開放処遇制限お知らせをダウンロード。日付などを入力、印刷し、患者に説明する。
- ✓ (開放処遇制限をせずに、) 閉鎖病棟に入院をしてもらう場合は、文書棚の精神科 11 閉鎖病棟入院同意書に署名をもらって下さい。
- ✓ 同じく精神科 08 任意入院同意書をダウンロードし、署名してもらう。
- ✓ 開放処遇制限をした場合は、72 時間以内に指定医の診察が必要なので、指定医に診察を依頼する。もれないように注意してください。開放処遇についての文書ですが、開放病棟で開放処遇制限する場合は「開放処遇制限のお知らせ」を、閉鎖病棟で開放処遇制限なしなら「閉鎖病棟入院同意書」で、開放処遇制限ありなら「開放処遇制限のお知らせ」に原則なります。開放病棟で開放処遇を制限するとは、AN などで行動制限する場合などです。

[医療保護入院・応急入院]

- ✓ 入院が必要だが、本人の同意が取れない場合、表面的な同意はしているが継続した同意が難しそうな場合は、指定医をコールして下さい。
- ✓ 医療保護・応急入院の手続きについては、指定医が行います。特定医師の登録をした先生たちが、医療保護入院、応急入院をすることも可能です。深夜などで指定医に気を遣ってもらうのは非常にありがたいですが、無理はしなくて結構です。12 時間以内に指定医が診察をして、その入院形態が適当かを判断しないといけないので、特定医師で医療保護・応急入院を取った場合は、翌朝朝いち等に指定医に診察を依頼して下さい。
- ✓ 医療保護入院などで必要な書類は、同様に医療保護入院のお知らせ：文書棚→精神科 02 医療保護入院お知らせ、または応急入院のお知らせ：向精神科 03 応急入院お知らせ、です。
- ✓ 医療保護入院の同意書は、精神科外来の詰所の中や救急外来の机の引き出しか棚（入って左の部屋にしかなかったと思います）にあります。3 枚綴りですので、ハンコを 3 枚

にもらうのを忘れないで、ください。

- ✓ 応急入院の届けと特定医師での医療保護・応急入院の届けは速やかに提出が必要です。入院させたら（主治医の場合は）速やかに書いて下さい。医療保護入院の届けは 10 日以内ですが、できるだけ早く書いて、診察した指定医にチェックしてもらって下さい。

[緊急措置・措置入院]

- ✓ （京都府などが告知するので）お知らせや同意書はありません。入院オーダーなどは必要になります。年間である程度の人数がきますが、指定医の症例にもなりますので、積極的に担当医になっていただいで構いません。

入院決定後の流れ

- 入院が決まったら、検査オーダーを行います。採血では、スクリーニングとして感染症、D ダイマーは必須です。その他の項目は甲状腺機能やビタミン類、電解質など必要に応じて選択してください。胸腹部 X 線、心電図も原則実施してください。また頭部 CT や頭部 MRI/MRA、脳波検査も必要に応じて積極的に実施してください。
- カルテの上部のタブの一番右側、「他機能」と書かれている所のプルダウンで「入院」を選択。右側の緊急度は「緊急」に（予定でもそうしておいて下さい）。その下、病棟を選択。基本情報は「全て表示」にし、下の項目を埋めます。○のいているところは必須です。受け持ち看護師やワー力など未定のところは空けておいて構いません。右上の登録ボタンを押すと食事オーダー画面になるので、選択して下さい。点滴で絶飲食にする場合も必ず絶食を選択して下さい。
- 入院後、処方や指示（頓服や処遇）を出します。
- 文書棚の文書名→入院基本セット→02 入院基本セット精神をダウンロードし、入院診療計画書を記載します。医療保護の場合、推定される入院期間に「約」はつけないでください。特別な栄養管理の必要性は、基本「無」を選択して下さい。下のタブで精神科救急入院料を取る場合は、精神科救急入院料用をその他は精神科救急入院料対象外用を選択して、チェック項目を埋めて下さい。
- 採血結果が出たら、カルテ入力→入力画面の上の診療記録を医師指示に変更し、その右を・入院時指示にその下のテンプレートの静脈血栓塞栓症（肺塞栓症）予防チャートを選び、入力します。
- 入院サマリーを作成し、次の週の精神科医局会で症例発表をしてください。

退院決定後の流れ

- 退院が決まったら、速やかに病棟師長、担当 PSW に連絡してください。
- 退院時持参薬の処方（頓用薬も含め、カルテ記載も忘れない）し、次回の退院予約を取

得してください。他院・他科に紹介（転医・転院・転科）の場合は、病棟 Ns や PSW と相談しながら他院外来予約や転院・転科先の病棟確保など、必要な手続きを行ってください。

- 必要書類として、転帰届、退院療養計画書、医療保護入院者の退院届（医療保護入院の場合：なお医療保護入院から任意入院へ切り替えた場合もこの届けが必要）、診療情報提供書（他院に今後のフォローを依頼する場合）を作成してください。
- 退院サマリーをかならず作成してください。退院後 10 日以内です。

診療の際の注意事項とカルテ記載について

一般的注意事項

- 服装、身だしなみについて十分注意する。またスタッフへの挨拶を忘れないこと。
- 外来陪席する際、診察開始時刻は9時だが診察医によって異なる場合があるため事前に確認しておくこと。
- 陪席に何らかの理由で遅刻あるいは欠席する場合、病棟業務でどうしても手が離せない場合などには、その旨を精神科外来と診察医に前もって連絡すること。また代理が必要かどうかも相談すること。

予診・初診について

- 初診患者、旧新患がある場合には予診をとることがある。予診の優先順位は学生→研修医→専攻医だが、担当件数などを踏まえて適宜融通する。
- 予診時には、予診であることを説明すること。
- 予診・初診の診療の行い方は「精神科面接マニュアル第3版」(Daniel J. Carlat 著、張賢徳監訳、メディカル・サイエンス・インターナショナル)、「精神科における予診・初診・初期診療」(笠原嘉著、星和書店)などを参考にする。
- 以下の内容を参照して、予診開始から診療録への記入を含めて30分程度で行うこと。

予診・初診時の留意事項

以下の内容について可能な限り聴取し、カルテに記載する。

1. 主訴：

まず患者自身の口から心配なこと、現在困っていることなど受診した理由について語ってもらう。これが主訴となるが、本人に主訴がない場合は、来院理由を書く。

2. 現病歴：

次に、それらの症状がいつからどのように現れ、どのように経過し、現在どうなっているかを尋ねる。また、患者自身や家人はその原因として何を考えているかを聞く。症状が日常生活や社会生活（仕事など）にどの程度影響を及ぼしているかを聞く。これらをまとめたものが現病歴となる。

3. 既往歴：

精神疾患の既往歴については、受診時期、そのときの症状、受診医療機関、治療内容、入院の有無、経過をきく。

身体疾患の既往歴については、頭部外傷、神経疾患、内分泌疾患などに注意する。精神疾患と同様、症状や経過について聴取。現在加療中の疾患や服用している薬剤についても聞いておく。

4. 家族歴・遺伝負因・家系図：

精神疾患の既往（特に患者と同じような症状を示す者）をもつ家族がいるかどうか、遺伝性の身体疾患（特に神経疾患）の有無などを聴取する。

5. 生活史：

今回主訴となる症状が発現した前後の生活環境の変化について聴取する。患者や家族が原因と思っていないようなことでも実は原因である可能性があるため、家庭環境、学校、職場などでの変化について聴取する。

6. 嗜好物：

飲酒歴、喫煙歴、違法薬物などの使用歴について聴取する。

予診カルテの例

| | |
|-----|--|
| 主訴 | <p>朝起き上がれず仕事に行けない。頭が回らず考えることができない。眠れない。今の状態を評価、治療してほしい。</p> <p>*症状については、本人の発言をそのまま引用する。</p> <p>*可能であれば受診目的（診断、治療、診断書作成、入院希望など）についても聴取する。</p> <p>【同伴者】あり</p> <p>【氏名】京都花子 【続柄】妻</p> <p>【すすめられて来院】</p> <p>【病歴陳述者】本人</p> <p>【病歴陳述者】同伴者</p> |
| 既往歴 | <p>【胎生、出産時】発達発育に特記すべき異常所見なし（*難産、未熟児、始語や歩行の遅れについても記載）</p> <p>【幼、小時期】小学校4年時で骨折（*発達発育の問題もあれば記載）</p> <p>【青春期】特になし</p> <p>【成年期】45歳時に職場の健康診断で高血圧を指摘され、以後内服治療中</p> <p>【退行期】略</p> <p>【老年期】略</p> <p>【精神科通院歴・入院歴・精神科的病名など】なし（*あれば記載）</p> <p>【現在・過去の治療を要した主な身体疾患】高血圧</p> <p>【現在服用中の薬】</p> <p>プロプレス 8mg 1錠 分1朝食後、ガスターD 10mg 2錠 分2朝夕食後、デパス 0.5mg 1錠 分1眠前（*記載の優先順位は高い。用法用量も記載すること。）</p> <p>【アレルギー歴】かにアレルギー</p> <p>【使用禁忌薬】クラリス服用で発疹あり、以後使用禁</p> |
| 嗜好物 | <p>【飲酒歴】機会飲酒程度 *常用している場合には、お酒の種類、1回の摂取量、1週間の飲用頻度を記載する</p> <p>【喫煙歴】なし *1日の本数と喫煙年数について記載</p> <p>【カフェインなど】コーヒーを1日1杯程度 *主にコーヒーや紅茶（または栄養ドリンク等）の摂取量を記載</p> <p>【シンナー・覚せい剤などの使用歴】なし *危険ドラッグなども含む。「念のために初回はみなさんに確認させていただいているのですが、違法な薬物の使用経験はありますか？」などと聞く。</p> <p>【月経 初潮】12才 【閉経】—</p> <p>【分娩、流産、中絶など】なし</p> <p>【性病】*血液型以降の項目については、基本的に聴取の必要性はない</p> |
| 家系図 | *ここには家系図を図示するため、基本的に空欄で良い |

| | |
|----------------------|--|
| <p>家族歴・遺伝 負因</p> | <p>父が高血圧 父方の叔母が認知症</p> <p>*親類の身体疾患、精神疾患を聴取。基本的には親類の精神疾患の情報が欲しい。 *「ご家族、ご親戚に調子を崩して治療を受けられた方はおられますか？」などと聞く。</p> |
| <p>生活史</p> | <p>【同胞 名中、第 子】同胞 3名の長子（または第 1子）。弟は大阪に在住。姉は東京に在住。</p> <p>【学歴】小中高と成績は上位。高校卒業後 4年制大学に進学。</p> <p>【職歴】大学卒業後地元の地方銀行に就職し、現在まで 28年間勤務している。</p> <p>【結婚・離婚歴・子供の数など】27歳で結婚。子息は 2名（長女 20歳、長男 15歳）</p> <p>【同居人】現在、妻、2人の子息と 4人暮らし。両親は京都に在住。</p> <p>【内縁など】なし</p> |
| <p>現病歴</p> | <p>同胞 3名の長子。過去に精神疾患の既往なし。身体既往歴は高血圧あり、現在内服治療を受けている。家族歴は父方の叔母が認知症。</p> <p>出生発達発育に特記すべき異常なく、小中高と学校の成績は上位であった。高校卒業後 4年制大学に進学し、大学卒業後地元の地方銀行に就職した。27歳で結婚し、その後 2子を儲ける。現在は妻と子息 2人との 4人暮らし。</p> <p>今年 4月に職場の大幅な人事異動があり、それに伴い以前よりも責任の重い業務に従事することとなった。慣れない業務のため、連日長時間残業する状況となり、深夜に帰宅しては早朝に出勤するという日々が続いた。そんな中で 5月下旬に疲れから仕事でミスをしてしまい、幸い他の職員のフォローにより大事にはいかなかったものの、「ミスをしてはいけない」という考えが頭から離れなくなり、職責の重さもあり心労も募り、休日でも仕事のことを考えていることが多くなった。夜間は十分に眠れず、朝に憂鬱な気分が強く職場に行く気力がわからない状態となり、職場では「ミスをしないか」という緊張感から動悸が高まるときもあり、また以前よりも頭がまわらず考えこむ時間が長くなった。不眠に対して高血圧の治療のため通院している内科で眠剤としてデパスを処方してもらい、それを使うことで何とか対処していたが、次第に食欲が低下し、体重も 2ヶ月で 5kg 低下。朝起き上がれず仕事も休みがちとなり、本人の様子を心配した妻、および上司の勧めもあり、本日 6月 22日にかかりつけ内科の紹介状持参にて、当科外来に妻同伴にて初診となった。</p> <p>抑うつ気分、意欲低下、気力減退、食思不振、不眠、思考力の低下、興味・喜びの喪失が認められる。本人は「仕事に行かないといけないのだが、どうしても起き上がれない」「何も考えられない」と述べ、希死念慮について問うと、「こんな辛い状態が続くなら、消えてしまいたいと思ったことはありますが、実際に何かをしようとしたことはないです」と述べる。</p> <p>【睡眠】入眠困難、早朝覚醒 【食欲】低下 【体重変化】2ヶ月で 5kg 低下 【月経】正常 【便秘】便秘がち：3日に 1回程度 【排尿】問題なし</p> |

| | |
|-----------|---|
| 予診・問診中の状態 | 中肉中背の中年男性。整容礼節は保たれているが、表情は暗く疲労感が顕著に認められる。疎通性は概ね良好だが、ときおり呆然としており問いかけに返答がなく、こちらが改めて聞き直すという場面が何度かある。 |
| 予診者名 | 精神 太郎 |

補助資料：機能全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning: GAF）

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。

身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。

コード（注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること）

| | |
|--------|--|
| 100-91 | 広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。 |
| 90-81 | 症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。 |
| 80-71 | 症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学業で一時遅れをとる）。 |
| 70-61 | いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。 |
| 60-51 | 中等度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある）、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。 |
| 50-41 | 重大な症状（例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する）、または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない） |
| 40-31 | 現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない）。 |
| 30-21 | 行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。 |
| 20-11 | 自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、または時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたい）、または意思伝達に粗大な欠陥（例：ひどい滅裂か無言症）。 |
| 10-1 | 自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。 |
| 0 | 情報不十分 |

補助資料 : SAD PERSONS スケール

| | | |
|--------------------------|----------|----------------------|
| S Sex | 性別 | 男性に既遂者が多い |
| A Age | 年齢 | 高齢者と思春期（45歳以上と20歳未満） |
| D Depression | うつ病 | 特に絶望感のある時 |
| P Previous attempt | 自殺企図の既往 | 特に深刻な企図の既往 |
| E Ethanol abuse | アルコール乱用 | およびその他の薬物の乱用 |
| R Rational thinking loss | 合理的思考の欠如 | 命令する幻聴や脳器質症候群など |
| S Social support deficit | 社会的支援の欠如 | あるいは援助が得られないと感じる |
| O Organized plan | 組織的な計画 | 意志、自殺手段の入手 |
| N No spouse | 配偶者がいない | 別居、離婚、死別、単身 |
| S Sickness | 病気 | 特に慢性の消耗性疾患 |

0～2＝危険性は低い、3～4＝注意深く観察、5～6＝精神科への入院を強く考慮する、7～10＝極めて危険性が高い。入院または収容。

補助資料 : Chlorpromazine 換算表

| 一般名 | 商品名 | 等価換算値 |
|------------------|-----------------|--------|
| アセナピン | シクレスト | 4 |
| アリピプラゾール | エビリファイ | 4 |
| オキシペルチン | ホーリット | 80 |
| オランザピン | ジプレキサ | 2.5 |
| クエチアピン | セロクエル | 66 |
| クロザピン | クロザリル | 50 |
| クロルプロマジン (内服) | ウインタミン/コントミン | 100 |
| クロルプロマジン (注射) | コントミン筋注 | 33 |
| スルトプリド | バルネチール | 200 |
| スルピリド (内服) | ドグマチール | 200 |
| スルピリド (注射) | ドグマチール筋注 | 50 |
| ゾテピン | ロドピン | 66 |
| パリペリドン | インヴェガ | 1.5 |
| パリペリドンパルミチン酸エステル | ゼプリオン | 20/4 週 |
| ハロペリドール (内服) | セレネース | 2 |
| ハロペリドール (注射) | セレネース注 | 1 |
| ハロペリドールデカン酸エステル | ネオペリドール/ハロマンズ | 30/4 週 |
| ピモジド | オーラップ | 4 |
| フルフェナジン (内服) | フルメジン | 2 |
| フルフェナジンデカン酸エステル | フルデカシン筋注・キット | 15/4 週 |
| プロクロルペラジン (内服) | ノバミン | 15 |
| プロクロルペラジン (注射) | ノバミン筋注 | 2.14 |
| ブロナンセリン | ロナセン | 4 |
| プロペリシアジン | ニューレプチル | 20 |
| ブロムペリドール | インプロメン | 2 |
| ペルフェナジン (内服) | ピーゼットシー | 10 |
| ペルフェナジン (注射) | ピーゼットシー筋注 | 2 |
| ペロスピロン | ルーラン | 8 |
| リスペリドン (内服) | リスパダール | 1 |
| リスペリドン (注射) | リスパダールコンスタ | 10/2 週 |
| レボメプロマジン (内服) | ヒルナミン/レボトミン | 100 |
| レボメプロマジン (注射) | ヒルナミン筋注/レボトミン筋注 | 25 |

補助資料：クロザピン使用時の注意事項

- クロザピン（クロザリル®）の処方登録医のみ使用可能である。
- クロザピンは使用にあたり、副作用のチェックが極めて重要である。副作用（発熱、喉の痛み、寒気、口渇、多飲・多尿、胸痛、頻脈・動悸、呼吸困難、浮腫・四肢疼痛、便秘、腹痛、悪心・嘔吐、傾眠、流涎）のチェックを行い、その内容を電子カルテに転記することが望ましい。
副作用の中でも特に好中球減少は死に至ることもあるため、少しでも疑わしければ速やかに治療者間で情報を共有し、対応にあたること。
- クロザピンは使用にあたり、CPMS というシステムにより、定期的に採血を行い、白血球数、好中球数を確認し、メーカーに報告することが義務づけられている。一定の値を下回る場合は、マニュアルに沿って血液内科への連絡や投薬の中止などが必要なので、速やかに主治医間で情報を共有し、対応に当たること。

リエゾン診療（診察）業務マニュアル

リエゾンとは、一般の身体医療の中で起こる様々な精神医学問題に対して、医師を含む医療スタッフと精神科医が共同して治療や診断に当たるシステムを指す。

当医局でのリエゾン業務は、身体治療科の医師からの相談に応じて精神科医が個別に対応している。

[1. リエゾン診療]

リエゾン診療は「コンサルテーション」、すなわち「助言・指導」である。そのため向精神薬の処方や指示についても、本来は主科より行われることが望ましい。ただし、向精神薬の処方や指示が軌道に乗るまでの一定期間は、当科より処方や指示を行うことは、リエゾン診療においてはよくある対応である。

リエゾン介入を終了する際には、向精神薬の処方が残っている場合どうするのか、退院（転院）時に当科からの紹介状作成が必要なのか、当科外来通院する場合には予約や申し送りが出来ているかなどに留意する。

リエゾン診察開始時の病名入力、リエゾン終診時の病名転機の入力を忘れず行うこと。

リエゾン予診マニュアル：問診前に抑えておくべきカルテのチェックポイント

①病歴

入院前の認知機能、生活レベル（ADL など）をカルテで分かる範囲を記載

入院後の経過を記載（精神症状。睡眠、食事なども含む）

★せん妄疑いなら日内変動、原疾患のコントロール状態をチェックする。

★腫瘍などの場合本人への告知、家族への告知がどうなっているかについてもチェックする。

②既往歴

★特に糖尿病は大事なので HbA1c をチェックする。

★せん妄なら過去にせん妄を起こしていないかチェックする。

★アルコール歴：記載（アルコール離脱が疑わしい場合はいつから断酒しているかなど経過を詳しく確認する）

③内服薬

★入院中の薬剤は全てリストにする。精神科領域の薬は診断、処方経過も詳しく記載する。

★せん妄をきたしやすい薬剤（下）特にステロイドなどに注意する。

★ベンゾジアゼピン系薬・非ベンゾジアゼピン系薬を服用している場合、いつから服用し

ていたか確認する。

☆せん妄状態なら現在の不眠時・不穏時指示も記載する。

☆不眠状態なら現在の不眠時指示も記載する。

④検査

★血液検査：肝機能、腎機能、HbA1c、Hb などチェックして記載。

★心電図：QTc 間隔（QT 440 ms 以上は注意）

[2. 緩和ケアラウンド]

当院では週に1回木曜日、緩和ケアラウンドが実施されている。希望があれば、担当医師に相談し、参加させてもらう。

[3. 勉強会など]

関連病院である京都府立医科大学附属病院リエゾングループは、適宜勉強会や、研究計画、学会発表などについての話し合いなども実施している。勉強会は概ね2ヶ月に1回程度の頻度で1回30-60分程度。臨床の中で話題になった、あるいは興味を持った症例やトピックについてパワーポイントのスライドにまとめて、15-30分程度で発表し、発表後にディスカッションを行っているため、希望があれば出張うかがいを提出して参加する。またリモートでの参加も可能なので、参加希望については直接大学のリエゾン担当者に連絡して相談すること。

【参考資料：せん妄の治療指針】

● 促進因子の改善：

- 1) 家族、医療関係者からの話し掛け、昼夜の区別を付けるなどの刺激を与える。
- 2) 原疾患の治療など促進因子の除去。

（原因疾患のコントロール、H2 ブロッカーを PPI に変える、ベンゾジアゼピン系の中止、疼痛の除去など）

● 薬物療法（下記の薬剂量は症状によって適宜増減）：

1) 夜間の睡眠確保と興奮抑制：

- アドレナリン非投与時、経口摂取が可能な場合：
クエチアピン錠*：25-100mg *糖尿病患者には禁忌
リスペリドン錠**：0.5-3mg（内用液も可）
*腎機能障害の場合効果遷延するため0.5mgから開始
*興奮が伴わない場合は、トラゾドン塩酸塩（25-100mg）
- アドレナリン非投与時、経口摂取が不可能な場合：
心電図モニター装着の上

① ハロペリドール注 (5) 0.5A+生理食塩水 50ml 滴下、寝れば止め

②=①

③主科にて鎮静を検討

ー上記で症状改善がみられない場合はコンサルト。

2) 身体管理上の注意点：

- ✓ 循環器 (心伝導系、不整脈)、呼吸器系の評価と管理に注意.
- ✓ 悪性症候群 (CK の測定)、錐体外路症状に注意
 - *錐体外路症状出現時は、乳酸ビペリデン 0.5-1A. im
 - *乳酸ビペリデンの事前投与は、せん妄悪化のおそれがあるため注意.
- ✓ 転倒、点滴チューブ抜去に注意. 場合によっては抑制帯使用も検討.

3) 薬剤選択上の注意：

- ✓ ベンゾジアゼピン系の睡眠薬や抗不安薬は、せん妄の増悪や脱抑制をきたすことがあるので、術直後は使用しない。やむをえない場合には、抗精神病薬との併用を心がける.

参考指示；

アドレナリン非投与時、モニター装着の上

①クエチアピン (25) 1錠 1錠で効果不足あれば繰り返し投与可能

1錠で効果不足予想される場合は1回に4錠まで使用可1日 Total で 200mg まで投与可
もしくは①リスペリドン内容液 (1ml/包) 1回 3mg まで増量可能、1日 3mg まで可能
内服不可時、または危険及ぶ場合は②から開始

②生食 50ml+ハロペリドール (5) 0.5A、寝れば止め

③=② (+ロヒプノール (2) 0.5A SpO₂ モニター下で追加考慮)

④主科にて鎮静を検討

精神保健指定医について

精神保健指定医は厚生労働省に申請し指定される国家資格である。精神保健指定医は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)が規定する入院治療において、患者を非自発的に入院させる、または隔離や身体拘束などの行動制限を行うなど、人身の自由を直接制約する上での判定を独占的に行える者とされている。また措置入院の判定など、非医療機関における業務については「みなし公務員」として職務を果たすことになる。指定されるためには、以下の要件が必要である。

- ・ 3年以上の精神科実務経験
- ・ 指定医講習会の受講
- ・ ケースレポートの提出：下記
- ・ 口頭試問

✓ 他者が指定医の申請にあたって使用した症例は使うことができない！


資格取得にあたっては、その都度最新の情報を得て適格な申請であるかを確認する必要がある。対象症例を最低週1回以上は診療して処方や治療方針について主体的に関与すること、同一の症例かつ同一の入院期間のケースレポートが重複しないようにすること、これらについては特に注意して確認すること。

コンピュータ>院内共有>科_14_精神神経科>入院系のフォルダの中に、毎日更新されているエクセルファイルがあり、その中に各先生の指定医症例をまとめた表がある。指定医症例を取得したらその都度、記入すること。

- ケースレポートに係る症例分野・症例数は下記の **5 分野 5 症例**。
【2019年7月1日以降の申請に係るケースレポートから適用】

| 厚生労働大臣の定める精神障害 | 厚生労働大臣が定める程度 |
|---|--------------------------------|
| 症状性を含む器質性精神障害 | 措置入院者又は医療保護入院者につき 1 例以上 |
| 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（依存症に係るものに限る。） | 措置入院者又は医療保護入院者につき 1 例以上 |
| 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 措置入院者又は医療保護入院者につき 1 例以上 |
| 気分（感情）障害 | 措置入院者又は医療保護入院者につき 1 例以上 |
| 次の各号に掲げる精神障害のうちいずれか 一 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 二 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 三 成人の人格及び行動の障害 四 知的障害（精神遅滞） 五 心理的発達の障害 六 小児（児童）期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 | 措置入院者又は医療保護入院者につき 1 例以上 |

2

| ケースレポートが満たすべき要件 | 適用日 |
|--|--|
| ① 措置入院者 又は 医療保護入院者 の症例に限る | 2019年7月1日以降の申請に係るケースレポートから適用 |
| ② 5 症例のうち 1 例以上は医療保護入院者 の症例とする | |
| ③ 5 症例のうち 1 例以上は措置入院者 の症例とする | 2019年7月1日以降の申請に係るケースレポートから適用  ただし、3年間の経過措置を設け、適用は2022年7月1日以降の申請に係るケースレポートから （3年間の経過措置期間中は、これらのケースレポートを提出することが望ましいとするのみで、必須ではない。） |
| ④ 医療保護入院者 の症例について1例以上は、申請者が、当該医療保護入院者の入院時点からその診断又は治療に従事したものであり、入院時の指定医の診察に立ち会ったものとする | |
| ⑤ 5 症例のうち1例以上は、 申請前1年以内 に従事したものとする | |
| ⑥ 5 症例のうち2例以上は、 申請日の1年前の日より前 に従事したものとする | |
| ⑦ 5 症例のうち1例以上は、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者に係るものであることが 望ましい | 2019年7月1日以降の申請に係るケースレポートから適用 |
| ⑧ 1例以上は、申請者が、措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、任意入院による治療を行ったものであることが 望ましい | |
| ⑨ 1例以上は、申請者が、措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、通院による治療を行ったものであることが 望ましい （通院による治療の期間がおおむね1ヶ月以上であることが望ましい） | |

3

精神科専門医について

精神科の専門医制度については、これまで日本精神神経学会が認定する学会資格でしたが、2015年6月に「日本専門医機構」による専門医制度への対応が決定され、2018年4月から新しい専門医制度が開始されました。

【到達目標】

1年目：

原則、基幹病院で指導医の指導のもと統合失調症、気分障害、認知症を含む器質性精神障害、物質関連障害の患者を受け持ち、面接技法、診断と治療計画の立案、検査の実施と結果の解釈、薬物療法及び精神療法、電気けいれん療法の基本を学ぶ。また身体合併症を有する患者について、指導医の指導の下、他科との連携について学ぶ。精神療法の習得のために指導医の外来、入院の診察に陪席し、また担当入院患者に対する診察について指導医のスーパーバイズを受ける。コメディカルも参加する定期カンファレンスでの診療内容に関するディスカッションを通じて、検査結果の解釈および精神療法や薬物療法の技能を向上させるとともに、多職種連携のあり方や社会支援や地域定着なども含めた臨床の実際を学ぶ。経験した症例について院内での症例検討会や学会での発表を行い、疾患や治療に対する深い考察ができるようになるとともに、発表に必要な技能を習得する。

2年目：

基幹病院、関連施設または連携病院で指導医の指導を受けつつ、精神疾患の背景にある神経基盤や臨床薬理学、精神力動の理解を深める。自立して診療にあたり、幅広い臨床場面において自らが治療計画を立て、適切な治療を選択、実施するための能力を高める。身体合併症患者の治療における他科との連携やリエゾン・コンサルテーション診療、緩和ケアに必要な知識や技能を習得するとともに、非自発的入院や行動制限などの事例を通じて精神保健福祉法に対する理解を深め、また指導医の措置鑑定や簡易鑑定に同席することで、司法精神医学に関する知識や技能を習得する。入院場面に加えて外来場面での診療の経験を重ね、地域における支援組織や支援制度の理解を深め、地域生活という視点からの良質な医療の提供ができるように修練する。指導医の指導のもと、経験症例の症例報告を行うとともに、臨床疑問を元に臨床研究を計画・実施し、結果を学会あるいは論文として発表する。

3年目：

研修病院は基幹病院、関連施設または連携病院の中から専攻医のサブスペシャリティ志向を考慮して選択する。指導医の指導のもと、自立して入院、外来診療を行い、これまでに学んだ臨床の知識や技能を更に深化させるとともに、難治性精神障害や児童思春期患者などに対する専門性の高い薬物療法の知識や技能を身に付け、精神療法においても認知行動療法や曝露反応妨害法などの行動療法、精神分析などの様々な精神療法について、実際の臨床場面で実践を通じて技能の向上を図るとともに、産業メンタルヘルスや社会精神医学、災害時のメ

ンタルヘルスなど様々な治療場面における治療についての学びを深める。指導医の指導のもと、経験症例の症例報告を行うとともに、臨床疑問を元に臨床研究を計画・実施し、結果を学会あるいは論文として発表する。

[個別項目]

倫理性・社会性：

日々の臨床における患者の理解、患者や家族、他の医療者への接し方、診療上知り得た情報の取り扱い、患者への検査や治療の実施、患者や家族に対する説明などの様々な場面を通じて、倫理性と社会性についての学びを深める。特に非自発的入院の患者や、行動制限を実施している患者などの人権の制限を行っている患者に対する治療を通じて、治療における倫理観の重要性を学ぶ。基幹病院、連携施設または関連病院において科内の行動制限最小化委員会や、院内の臨床倫理委員会に出席し、事例を通じて倫理的課題について学ぶ。患者および家族との関わりを始め、院内におけるコメディカルとの連携や他科医師との連携、地域支援者との連携などを通して社会性を身につける。

学問的姿勢

診療場面における臨床疑問の解決のために必要な情報収集の方法を指導医の指導のもと身につける。また最新の知見を得るための医学論文の検索方法を身につけるとともに、論文の批判的吟味の方法も学ぶ。他の医療者に対して臨床的示唆を提供するような症例については、指導医の指導のもと症例報告を行うために必要な知識と技術を身につけ、学会発表や論文の形で症例報告を行う。更に日々の臨床から得られた臨床疑問について、指導医の指導のもと臨床疑問の解決につながる研究の計画を立て研究を実施し、結果を学会あるいは論文の形で発表する。研修終了後のサブスペシャリティを見据え、関連学会への入会についても検討する。

コアコンピテンシーの習得

研修期間を通じて、1) 患者治療者関係の構築、2) チーム医療の実践、3) 安全管理、4) 症例プレゼンテーション技術、5) 医療における社会的・組織的・倫理的側面の理解、を到達目標とし、精神科病棟での入院診療、外来診療、リエゾン・コンサルテーション診療などのさまざまな精神科診療場面において、精神療法、精神科薬物療法、電気けいれん療法や、非自発的入院、隔離、拘束などの行動制限といった精神科医特有の診療を通じて、医師としてのコアコンピテンシーの獲得を目指す。

学術活動（学会発表、論文の執筆等）

指導医の指導のもと症例報告を行うために必要な知識と技術を身につけ、自らが経験した症例について、学会発表や論文の形で症例報告を行う。更に日々の臨床から得られた臨床疑問について、指導医の指導のもと臨床疑問の解決につながる研究の計画を立て研究を実施し、結果を学会あるいは論文の形で発表する。研修終了後のサブスペシャリティを見据え、関連学会への入会についても検討する。臨床研究または基礎研究を行い、その成果を学会や論文として発表する。連携施設での研修中も希望があれば継続して基幹施設において研究を継続することができる。

自己学習

基幹病院および関連病院では精神医学の関連図書や学術雑誌を揃えており、インターネットへの接続環境も整っている。論文の批判的吟味や EBM を行う上での論文の活用方法、PubMed 等の文献検索システムの利用の仕方について指導医による指導を受けることで、効果的な自己学習方法を学ぶことができる。関連病院のうち京都府立医科大学附属病院においてはオンラインジャーナルへのアクセス環境も整っており、自己学習において活用できる。各研修施設では週 1 回は指導医と面接の機会を持ち、自己学習の状況について確認を行う。

診療情報提供書・引き継ぎ文書記載マニュアル

診療情報提供書や引き継ぎ文書を記載する際、ただ病歴をまとめただけ、「ご高診をお願いいたします」のみでは不十分である。そういう文書で患者を紹介されても紹介された側は何をどうして欲しいかわからない。

精神科で診療している患者を他院精神科に紹介する、あるいは異動などを契機に院内で患者さんを引き継ぐ際の文書としての要点を以下にまとめる。その時々で要点の順番は変わってもよい。

他科依頼の文書を記載する際の要点も基本的には同じである。

- ・挨拶。
- ・何の目的での紹介か（外来診療？ 入院？ カウンセリングのみ依頼？）。
- ・自分の見立て。
- ・どういう治療を行ってきたか。
- ・どういう治療を行うつもりであったか。
- ・紹介先でどういうことをして欲しいか。
- ・お願いの一文。

☆資料として☆

- ・プロブレムリスト。
- ・サービス利用状況（自立支援医療、年金、介護保険、訪問看護、など）。
- ・最終処方。
- ・病歴のまとめ。

☆添付資料☆

- ・年金や手帳の最終の診断書（あった方が親切）。
- ・各種検査結果（特に、クリニックに紹介する際は血液検査や心電図の記録を）。

（例文）

いつもお世話になりありがとうございます。

挨拶

紹介の目的

〇〇様をご紹介させていただきます。貴院での外来診療をお願いできればと思います。

A 医院でうつ病として各種抗うつ薬で加療されても症状が改善せず、2015年4月15日から当科に通院されています。あまり心因を語られなかったのですが、心理検査ではXXの特徴が目立ち、当科ではこれを背景に△△で不応を起こしている神経症性の要素が大きいものと評価して職場の上司との面談など環境調整を行ってきました。これによって情動面は安定化しており、

自分の見立て

自分の治療

2016年8月以降は寛解状態で至って穏やかに過ごしておられます。今後は抗うつ薬の減量も可能と思いますが、減薬についてのご本人の不安が強く、現在の用量で継続しております。

状態が安定したところで、ご自宅に近い貴院でのご加療をお願いする次第です。今後も職場での悩みの相談をしていただきつつ、可能であれば減薬を進めていただけますと幸いです。

ご多用中に恐れ入りますが、何卒よろしくお願いいたします。

紹介先で何を望むか

【プロブレムリスト】

- #1 うつ病
- #2 高血圧症（B病院内科）
- #3 腰部脊柱管狭窄症（現在はかかりつけなし）

【サービス利用状況】

- ・自立支援医療（医療費のみ）

【最終処方】

2017年3月23日～
サインバルタ(30)2cap 分1朝
ロゼレム(8)1T 分1寝る前

【病歴】

同胞3名中第1子（弟、妹がいる）、京都市で出生。出生時に、、、
2014年4月頃から不意に意欲低下を来たし、、、

参考図書

教科書

野村総一郎「標準精神医学 第6版」医学書院
大熊輝雄「現代臨床精神医学 改訂第12版」金原出版
落合慈之監修「精神神経疾患ビジュアルブック」学研

面接法

笠原嘉「精神科における予診・初診・初期治療」星和書店
熊倉伸宏「面接法」新興医学出版社
Daniel J. Carlat(著), 張賢徳(監訳)「精神科面接マニュアル第3版」メディカル・サイエンス・インターナショナル

薬物療法

姫井昭男「精神科の薬がわかる本 第3版」医学書院
長嶺敬彦「予測して防ぐ抗精神病薬の「身体副作用」-Beyond Dopamine Antagonism」医学書院
仙波純一(翻訳)「ストール精神薬理学エッセンシャルズ 神経科学的基礎と応用 第4版」メディカルサイエンスインターナショナル

統合失調症

北林百合之介「統合失調症とのつきあい方がわかる本」幻冬舎
藤井康男(編集)「統合失調症の薬物療法100のQ&A」星和書店

気分障害

Nassir Ghaemi(著), 松崎朝樹(翻訳)「気分障害ハンドブック」メディカルサイエンスインターナショナル

認知症

池田学「認知症-専門医が語る診断・治療・ケア」中公新書
松田博史(編纂)「認知症の画像診断-見て診て学ぶ」永井書店
福居顯二(監訳)「臨床家のための認知症スクリーニング-MMSE、時計描画検査、その他の実践的検査法」新興医学出版社

不眠

内山真(編集)「睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第2版」じほう
松浦雅人(編著)「内科医のための睡眠薬の使い方」診断と治療社

せん妄

薬物療法検討小委員会（編集）「せん妄の治療指針（日本総合病院精神医学会治療指針 1）」星和書店
和田健「せん妄の臨床 リアルワールド・プラクティス」新興医学出版社

精神科救急

上條吉人「精神障害のある救急患者対応マニュアル-必須薬 10 と治療パターン 40」医学書院

その他

鈴木眞理「摂食障害:見る読むクリニック」星和書店

飯倉康郎「強迫性障害の治療ガイド」二瓶社

飯倉康郎「強迫性障害の行動療法」金剛出版

梅永雄二（監修）大人のアスペルガー症候群（こころライブラリーイラスト版）講談社

竹田伸也「マイナス思考と上手につきあう 認知療法トレーニング・ブック」遠見書房

伊藤絵美「ケアする人も楽になる 認知行動療法入門 BOOK1」医学書院

古川壽亮「エビデンス精神医療—EBP の基礎から臨床まで」医学書院

本橋伸高・上田諭 監訳「パルス波 ECT ハンドブック」医学書院

補助資料：主な向精神薬一覧

(臨床精神神経薬理学テキスト改定第3版より抜粋し一部改変・臨床用量は目安)

抗精神病薬

| | 一般名 | 商品名 | 臨床用量 (mg) |
|-----|-----------------|------------------|-----------|
| 定型 | chloropromazine | コントミン ・ウインタミン | 50-450 |
| | haloperidol | セレネース | 3-6 |
| 非定型 | risperidone | リスパダール | 2-6 |
| | perospirone | ルーラン | 12-48 |
| | quetiapine | セロクエル | 150-600 |
| | olanzapine | ジプレキサ | 5-20 |
| | aripiprazole | エビリファイ | 6-24 |
| | blonanserin | ロナセン | 8-24 |
| | paliperidone | インヴェガ | 3-12 |
| | asenapine | シクレスト | 10-20 |
| 難治性 | clozapine | クロザリル | 200-400 |

抗うつ薬

| | 一般名 | 商品名 | 臨床用量 (mg) |
|-------------------------------------|---------------|------------------|-----------|
| TCA (三環系 抗うつ薬) | imipramine | トフラニール | 30-200 |
| | amitriptyline | トリプタノール | 30-150 |
| SSRI (選択的 セロトニン 再取り込み阻害 薬) | fluvoxamine | デプロメール ・ルボックス | 50-150 |
| | paroxetine | パキシル | 10-40 |
| | sertraline | ジェイゾロフト | 25-100 |
| | escitalopram | レクサプロ | 10-20 |
| SNRI (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬) | milnacipran | トレドミン | 25-100 |
| | duloxetine | サインバルタ | 20-60 |
| | venlafaxine | イフェクサー | 75-225 |
| NaSSA (ノルアドレナリン・セロトニン作動薬) | mirtazapine | レメロン ・リフレックス | 15-45 |
| その他 | trazodone | レスリン | 50-200 |

気分安定薬

| 一般名 | 商品名 | 臨床用量 (mg) | 血中濃度 (μ /ml) |
|-------------------|--------|-----------|-------------------|
| lithium carbonate | リーマス | 200-800 | 0.5-1.2 |
| sodium valproate | デパケン | 400-1200 | 50-100 |
| carbamazepine | テグレトール | 200-600 | 5-10 |
| lamotrigine | ラミクタール | 100-200 | — |

抗不安薬

| | 一般名 | 商品名 | 臨床用量 (mg) |
|-------|-------------------|------------------|-----------|
| 短時間型 | etizolam | デパス | 1-3 |
| | clotiazepam | リーゼ | 15-30 |
| 中時間型 | lorazepam | ワイパックス | 1-3 |
| | alprazolam | コンスタン ・ソラナックス | 0.4-2.4 |
| | bromazepam | レキソタン | 3-15 |
| 長時間型 | diazepam | セルシン・ホリゾン | 1-20 |
| | clonazepam | ランドセン ・リボトリール | 0.5-6 |
| | cloxazolam | セパゾン | 3-12 |
| 超長時間型 | ethyl loflazepate | メイラックス | 1-2 |

睡眠薬

| | 一般名 | 商品名 | 臨床用量 (mg) |
|----------|---------------|--------|-----------|
| 超短時間型 | triazolam | ハルシオン | 0.125-0.5 |
| | zopiclone | アモバン | 7.5-10 |
| | zolpidem | マイスリー | 5-10 |
| | eszopiclone | ルネスタ | 2-3 |
| 短時間型 | etizolam | デパス | 0.5-3 |
| | brotizolam | レンドルミン | 0.25-0.5 |
| | rilmazafone | リスミー | 1-2 |
| | lormetazepam | エバミール | 1-2 |
| 中時間型 | flunitrazepam | ロヒプノール | 0.5-2 |
| | estazolam | ユーロジン | 1-4 |
| | nitrazepam | ベンザリン | 5-10 |
| 長時間型 | quazepam | ドラール | 15-30 |
| メラトニン受容体 | ramelteon | ロゼレム | 8 |

| | | | |
|-------------|------------|-------|-------|
| 作動薬 | | | |
| オレキシン受容体拮抗薬 | suvorexant | ベルソムラ | 15-20 |

抗認知症薬

| | 一般名 | 商品名 | 臨床用量 (mg) |
|------------------|--------------|------------------------------|-----------|
| アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 | donepezil | アリセプト | 5-10 |
| | galantamine | レミニール | 16-24 |
| | rivastigmine | イクセロンパッチ ・リバスタッチ (貼付剤) | 18 |
| NMDA 受容体阻害薬 | memantine | メマリー | 20 |

Memo

【補助資料②】

専門医制度指導医マニュアル(舞鶴医療センター)

2020年05月18日作成

【年間の流れ】

[3-4月]

専攻医に精神科専門医研修プログラムの研修実績管理システムに施設・期間・指導医も含めて登録してもらう。
経験症例を入力していくように促す。

学会発表や日本精神神経学会の講習会・研修会に出席した場合には、システムに登録するよう促す。

[8-9月]

研修開始半年を節目に経験症例の入力をリマインドし、承認作業を行っていく。また同時期に所属長を含めた医師複数名による面談を行い、複数名による評価を行う。

[2-3月]

異動を視野にいれて経験症例の承認作業、および指導医コメントや研修項目評価を入力していく。多職種評価は看護師(基本的に病棟師長)、PSW、心理士などに依頼する。同時期に所属長を含めた医師複数名による面談を行い、複数名による評価を行う。

【専攻医との面談】

専門医研修プログラムに「『週1回は指導医と面接の機会を持ち、自己学習の状況について確認』を行う」と記載されており、指導医と専攻医で決まった曜日・時間帯を決め面談の時間をもつ。面談の時間について特に要件はないが、少なくとも5分程度は面談し、日々の勤務・研修の状況をはじめプライベートな悩みにも適宜相談にのる。

【精神科専門医研修実績管理システム】

[症例承認作業]

院内フォルダの経験症例のIDと、研修実績管理システムの下5桁を照合し、実際に専攻医が症例経験しているか確認する。

また、疾患名・ICD・診療期間・治療場面・治療形態があっているか確認する。

[指導医コメント]

専攻医の記載とは関係なく、指導医が自由記載で入力する。

経験症例を把握したり、発表した内容などをふまえてコメントを書く。

評価を入力して、一時保存を繰り返し、最後に登録する。

[研修項目評価]

専攻医が自己評価を登録すると、精神神経学会からメールがくる。

ログインして、指導医の評価を入力する。

評価にあたり、専攻医先生に代表的な各疾患の病態(セロトニン仮説など)を口頭で質問して答えてもらったりして、どの程度理解しているか確認もする。

[多職種評価]

専攻医が自己評価を登録する。

それをみて、メディカルスタッフに評価、コメントを入力してもらう。

看護師代表として病棟師長、PSW、心理士にお願いする。

登録欄は1つのため、評価は1人分しか入れられないので、コメントのところに全員分のコメントをまとめて連名で入力する。

[経験症例]

専攻医が登録すると、精神神経学会からメールがくる。

入院係のエクセル内にある各専攻医の症例をみて、電子カルテで病名、診療期間、治療場面・治療形態、カルテ記載などを確認する。

気になったものがあれば差し戻して本人と話し合って修正する。

3月中に行わないといけないので、早く専攻医の先生に促した方がいい。

確認、差し戻しのボタンを押すと、専攻医に精神神経学会からメールが送られる。

[医師複数名による専攻医への評価]

研修後半年、および年度末に専門医試験の内容を想定して、医師複数名による面談による評価を行う。専攻医が与えられた情報から精神症状を抽出、整理し、必要な聞き取り事項・検査事項を述べた上で診断・治療について論理的に思考できるかを問い、具体的な患者・家族への対応の能力についてロールプレイで評価する。

[専門医試験出願時]

専門医試験出願(毎年3~4月頃)の際には、専門医研修実績管理システムに登録されている症例(50症例ほどないしそれ以上になるはず)の中から10例ほどについて症例報告を記載し、提出する必要がある。

症例報告書について指導医が内容を確認し、専攻医が必要な部分を校正するよう指導する。

学会から毎年1月頃に出願に向けた手引きとレポートの見本が発表されるのでよく確認すること。レポートの形式・要件は毎年少しずつ改定されている。

症例報告書を記載した症例について、同一期間の治療を複数名の専攻医が使用することはできない。症例の重複がないか、各研修施設の記録簿と突合し確認するよう専攻医へ指示する。

上記に加え、専門医試験に向けた学習をするよう指導する。その際には既に出版されている筆記試験過去問題の第1回-第3回や、その他の学習資料を参考にする。