

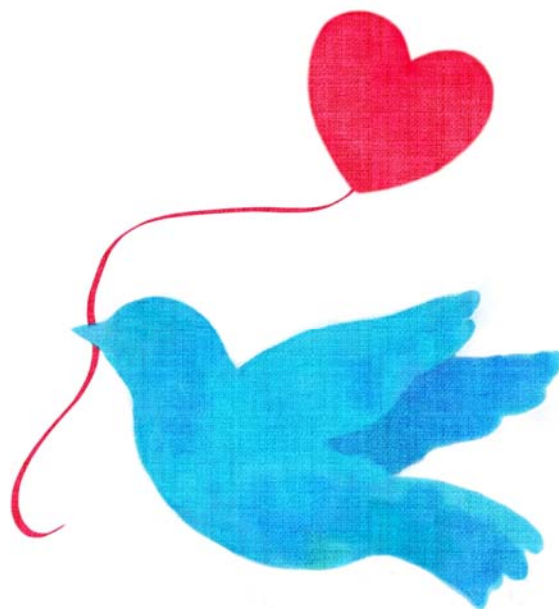
令和4年 新規申請用



公益社団法人日本精神科病院協会
日本精神科医学会

認知症臨床専門医

～ 新規認定申請のご案内 ～



公益社団法人 日本精神科病院協会

令和4年4月吉日

会員各位

公益社団法人 日本精神科病院協会
日本精神科医学会 学会長 山崎 學
(公印省略)

日本精神科医学会 認知症臨床専門医
認定申請のご案内

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、日本精神科医学会 職種認定制度では、精神科病院その他精神疾患を有する者の医療施設及び保健福祉施設等に勤務する精神科医師で、認知症に対する良質で安全な医療サービスが提供できる高い技能と見識を有する専門医を「日本精神科医学会 認知症臨床専門医」として認定し、認定証書ならびに認定バッジを交付致しております。

次ページからの「日本精神科医学会 認知症臨床専門医～認定申請のご案内～」をご一読頂き、認定申請のご検討賜れば幸甚に存じます。

認定申請書類は、令和4年6月30日(木)までに下記事務局担当者宛に郵送(簡易書留)にてご送付下さい。

申請受付期限：令和4年6月30日(木) ※当日消印有効

最後に、同制度は、より質の高い医療を効率的に提供していくため、5年ごとの更新制を導入することで常に新しい知識の吸収を怠らないことを前提としておりますことを申し添えます。 謹白

令和4年度 認知症臨床専門医(新規申請)スケジュール

	4～6月	7～9月	10～12月	令和5年3月
新規審査	申請受付 ～6/30	レポート審査	筆記試験 面接	認定証発行

※筆記試験、面接につきましては、web で実施する可能性もございますので、ご了承ください。

<本件照会先>
公益社団法人 日本精神科病院協会
日本精神科医学会 職種認定制度 事務局
〒108-0023 東京都港区芝浦 3-15-14
TEL:03-5232-3311 FAX:03-5232-3309

日本精神科医学会 認知症臨床専門医

1. 日本精神科医学会 職種認定制度とは

精神科医療に携るすべての医療従事者は、広く国民に対して、常に質の高い精神科医療を提供する責務があります。そのためには、われわれ自身が医療人としての品格を保ち、知識・技術を向上させる必要があります。日本精神科医学会の職種認定制度は、医師はもちろん医師以外の職種についても資格認定を整備することとしており、精神科医療に従事する多くの医療職の資質向上とそれらの連携強化を目指すことのできる唯一の認定制度といえるものです。

2. 日本精神科医学会 認知症臨床専門医

精神科病院その他精神疾患を有する者の医療施設及び保健福祉施設等(以下 保険医療機関等)に勤務する精神科医師に対し、認知症疾患の正しい理解と診断・治療技術の向上を図るものである。我が国の認知症対策の専門医療機関のリーダーとして患者、家族への治療ならびに指導を行うとともに、かかりつけ医やサポート医に対しては助言を行い、介護・福祉サービス等との連携を強化するものである。認知症に対する良質で安全な医療サービスが提供できる高い技能と見識を有する専門家であることを認証する。

3. 資格要件 (申請時点で下記4項目全てを満たす者)

- 1) 現在、日本精神科医学会 会員(正・準)であること。
- 2) 現在、保険医療機関等に常勤医師(常勤とは週 32 時間以上の勤務)として勤務する精神科医師であり、通年 5 年(60ヶ月)以上認知症の臨床に従事しているもの。
- 3) 原則として、精神保健指定医、日本精神神経学会 精神科専門医であるもの。
※ただし、日本精神科医学会が認めた場合はこの限りではない
- 4) 日精協が実施する「認知症に関する研修会」(年 1 回、2 日間実施)を5年以内に受講しているもの。

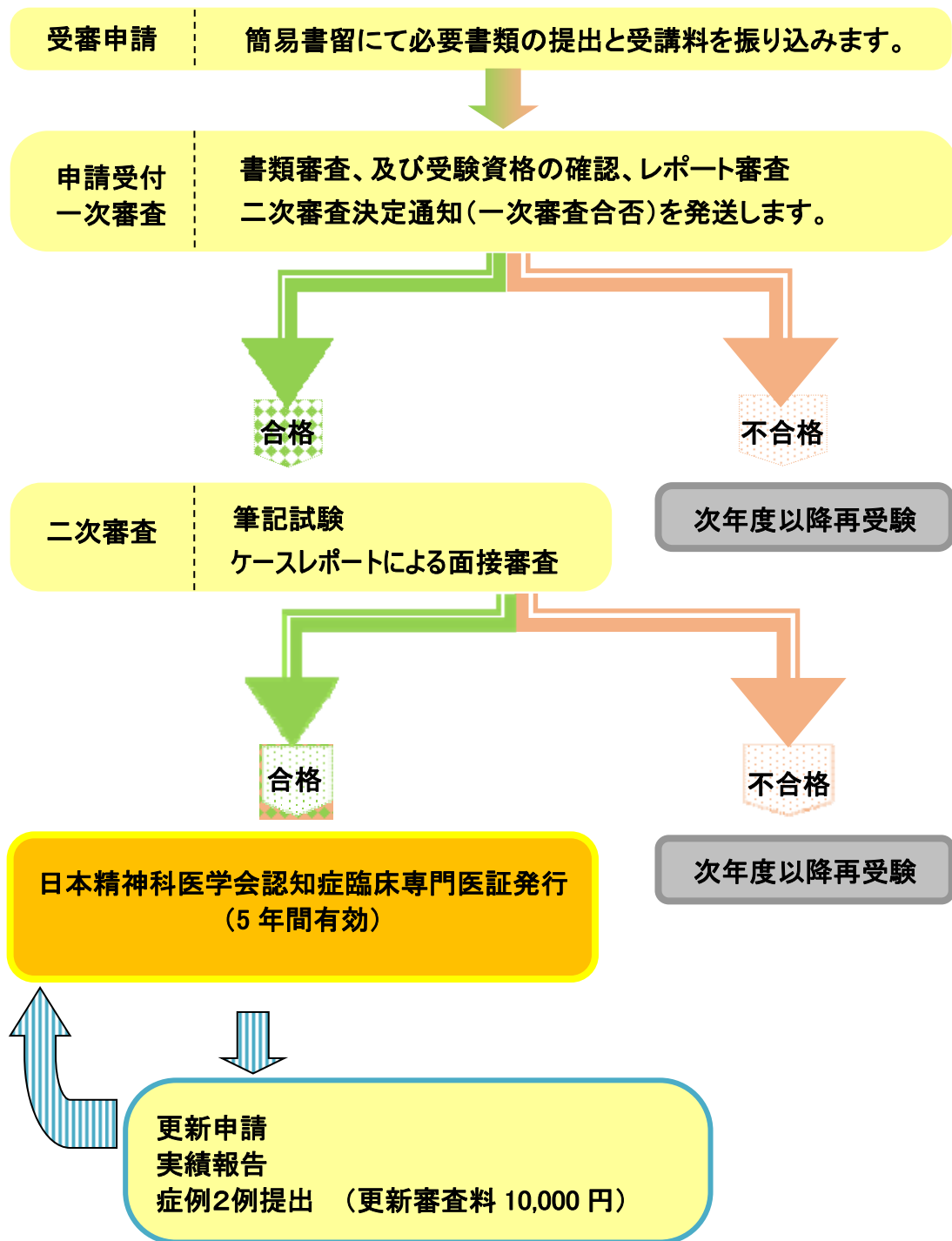
4. 認定の方法

- 1) 一次審査(書類審査・レポート審査)
申請書・履歴書、現在勤務する保険医療機関等の管理者の出張証明書、「認知症に関する研修会」の修了証書、精神保健指定医証のそれぞれの写し、ケースレポート 2 例の提出。
- 2) 二次審査
筆記試験とケースレポートによる面接審査(予定日 10~12 月中の指定された日)

5. 認定期間と更新方法

- 1) 認定期間
認定期間は5年とする(認定証に認定期間を明示)。
- 2) 更新方法 (※下記全てを満たすこと)
 - ① 認定期間内に少なくとも1回は「認知症に関する研修会」を受講する。
 - ② 新規申請時に提出した2症例以外の認定期間中に関わりがあった症例2例の提出。
 - ③ 更新直近 1 年間の認知症症例の実績報告(専用用紙)。

1 認定申請と手続きの流れ



2 認定審査料・審査料振込

認定審査料として「20,000円」を申し受けます。
(更新審査料は10,000円です。)

申請書類送付から一週間以内に下記銀行口座にお振込みをお願い致します。
振込の際、氏名・病院名(会員番号)が表示されるようお願い致します。

銀行・支店	三菱UFJ銀行 本店
預金種別	普通預金
口座名義	シャ) ニホンセイシンカビョウインキョウカイ 公益社団法人 日本精神科病院協会 ニンチショウリンショウセンモンイグチ 認知症臨床専門医口
口座番号	0207936

3 提出必要書類

- ①申請書(様式1)
- ②履歴書(様式2)
- ③現在勤務する保険医療機関等の管理者の出張証明書(様式3)
- ④「認知症に関する研修会」修了証書の写し
- ⑤精神保健指定医証の写し
- ⑥ケースレポート(2例)
- ⑦3ヶ月以内に撮影をした写真1枚(縦4cm×横3cm 裏に氏名・所属先保険医療機関名を記入)
※日本精神科医学会認知症臨床専門医証を発行する際に使用します。
- ⑧封書1枚(面接日お知らせ用 84円切手を貼り封筒表に申請者の住所と氏名を記入)

4 申請書類の提出方法

簡易書留で「送付先・問い合わせ先」に申請期間内にお送り下さい。

5 審査結果の通知

合格者には「日本精神科医学会 認知症臨床専門医証」ならびに認定バッジを送付します。

6 Q&A

Q、二次審査が行われる予定日はいつですか。

A、10～12月中の指定された日をご案内致しますので、その中から第1・2希望を選んで下さい。日程調整を行いまして二次審査日をお知らせします。審査場所は日精協会館(東京)とし、面接審査日に筆記試験を実施する予定ですが、webで試験を実施する可能性がございますので、ご了承ください。

Q、認知症に関する研修会の修了証がありません。

A、日本精神科病院協会職種認定制度HPから証書の再発行依頼書をダウンロードしてFAXで送信して下さい。確認が取れましたら受講証明書を送付します。

7 資格の停止・失効

1)停止

- ①認定期間(5年)内に更新のための手続きを行わなかったとき。
- ②日本精神科医学会 会員(正・準)資格を消失したとき。

2)取り消し

- ①日本精神科医学会 認知症臨床専門医として不適格と判断した場合
- ②精神保健指定医または日本精神神経学会 精神科専門医の資格を喪失した時

8 個人情報の取扱い

日本精神科医学会では、各種申込書、申請手続き等により取得した個人情報は、運営上必要な事務連絡や円滑な運営管理・統計分析のみに利用致します。なお、上記業務の一部を第三者機関に委託する場合がありますが、利用目的の範囲を超えて利用することがないよう、管理・保護を徹底致します。ご不明な点につきましては、「問い合わせ先」までお問い合わせ下さい。

9 所属先医療機関の変更について

所属先医療機関に変更がある場合は、日本精神科医学会HPから「所属医療機関異動届」をダウンロードして送付先にご提出くださいますようお願いいたします。

10 送付先・問い合わせ先

〒108-0023 東京都港区芝浦3-15-14

公益社団法人 日本精神科病院協会

「日本精神科医学会 認知症臨床専門医」係

TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309

※審査の可否に関する問い合わせには一切お答えいたしません。

11 注意事項

日本精神科病院協会会員病院に勤務している方は、自動的に日本精神科医学会正会員となります。

日本精神科病院協会の会員外の保険医療機関に勤務している方は、日本精神科医学会準会員へのご入会が必要になりますので、申請前に「日本精神科医学会入会(準会員)申込書」の提出し会員承認されましたら申請をして下さい。

12 日本精神神経学会 精神科サブスペシャリティ学会認定について

令和4年4月「日本精神科医学会 認知症臨床専門医」は精神科サブスペシャリティボード(PSSB)の審査を受け、条件付き(1年後の再審議)ではありますが承認されました。

ケースレポート作成(2例) ◆

目的

ケースレポートでは、日本精神科医学会認知症臨床専門医にふさわしい臨床技能、精神医学的素養が判断されます。診断、治療方針、治療の実践や主治医としての考え、患者や家族への説明・働きかけも明らかにして下さい。精神・身体・介護・福祉など総合的に考慮したものが求められます。

症例の条件

- 症例は外来・入院を問いません。
- ケースレポート作成時より5年以内に主治医として治療に関わっていることが必須です。
- 症例は以下の代表的な①～④の中より別々の疾患を選択して下さい

①アルツハイマー型認知症	②血管性認知症
③レビー小体型認知症	④前頭側頭型認知症

記載要領

パソコン使用、文字 10～12 ポイント、A4横書き。

文字数 1500～2000 字、図表は使わず、各種検査結果は所見のみ。

プライバシーには細心の注意を払い、字数を症例報告の最後に記載。

固有名詞は使用不可。(人名・地名・国名・会社名・団体名等)

固有名詞についてはイニシャルではなく出現順にA、B、C等と記載をして、申請者が診療を行った医療施設については、A病院とはせず、当院・当科と記載する。

年月日については主治医として関わり始めた年をX年として、それをもとに X-1 年/X+9 年等の表記を用いる。

記載内容

「症例」年齢、性別、最終診断(①～④)

「初診時主訴」、[家族歴]、[既往歴]、[生育・生活歴]、[病前性格]、[現病歴]、[初診時所見、診断とその根拠、治療方針]、[治療経過]、[考察]の項目に従って行うが必要に応じて統合することはできる。

<薬物療法の注意点>

治療上重要な薬剤を記載する。薬品名は一般名をカタカナで記載、投与量は一日投与量とする。
薬剤選択の理由・思考過程を明確にする。

【ケースレポート例示①】

【症例】

84歳 女性

アルツハイマー型認知症

【初診時主訴】

夜間徘徊、大声（整形外科医師の弁）

【家族歴】

同胞5名第3子長女として出生。19歳時結婚し、1児を出産する。83歳時夫が他界し、以降長女夫婦と同居していた。精神疾患に関する遺伝的負因はない。

【既往歴】

X-9年に両眼白内障手術。X年左人工股関節置換術。

【生育・生活歴】

尋常小学校を経て、裁縫学校を卒業し、自宅で裁縫業をして稼働していた。40歳より82歳まで、華道（小原流）師範として教授していた。

【病前性格】

内向的、心配性

【現病歴】

X-2年頃より、夫が入退院を繰り返すようになってから、同じことを繰り返し話したり、物をなくすことが多くなった。X-1年頃より、自責的になり「なんで自分は不幸な人間だ」と落ち込み表情が暗くなった。また、家事は一切おこなわず、自宅に閉じこもり雑誌などを読んでいることが多くなった。その後、介護保険を申請し、要介護度1の認定を受け、週2回老人デイケア、月10日間ショートステイを利用することで、一時表情も明るくなりプログラムにも意欲的に参加するようになった。X年8月に左人工股関節置換術のため、A総合病院整形外科へ入院となった。術後、日中傾眠状態だが、夜間になるとルート類の自己抜去およびベッドからの転落、大声、徘徊などせん妄状態が続き、一般病院での治療が困難なため、同年9月に当院を受診した。

【初診時所見、診断とその根拠、治療方針】

初診時所見；落ち着いた対応で、疎通性は比較的良好である。質問に対して、言葉数が少なく的確な返答はできず、日時や場所を間違えたり、朝食の内容を忘れていたりした。改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は17点、Mini-Mental State Examination(MMSE)は18点、頭部CTで頭頂葉および側頭葉、海馬優位のびまん性大脳萎縮が認められた。その他、血液生化学的検査、神経学的検査には特記すべき所見はなかった。

診断とその根拠：見当識障害と近時記憶障害などの中核症状、抑うつ気分、意欲低下、夜間せん妄などの周辺症状、HDS-RおよびMMSEの軽度低下、画像所見により、アルツハイマー型認知症と診断した。

治療方針：本人は認知障害に伴う理解判断力の低下を認めた。入院治療に対する同意がえられないため、長女夫婦へ病名を告知し、同意の上医療保護入院とした。夜間せん妄が著しく、徘徊、大声などの異常行動が認められるため、認知症病棟へ入院させ、非定型抗精神病薬であるクエチアピンを投与することとした（インフォームドコンセントのうえ、同意を得た）。今後の認知障害の進行には、ドネペジルの投与と回想法および精神科作業療法をおこなうこととした。

【治療経過】

入院当初は、夜間徘徊および大声などのせん妄状態が著しかったが、クエチアピン(25mg)の投与により、2週間頃よりせん妄が軽快し、夜間5時間程度眠れるようになり異常行動も軽減した。その後、次第に一日を通して疎通性も良好となるため、4週間頃よりドネペジル(5mg)の投与と回想法および精神科作業療法をおこなった。以降、特に大きな異常行動も認められず、病棟生活にも慣れ看護および介護職員に対しても笑顔で対応するようになった。家族面談では、長女夫婦が共働きであり自宅での受け入れが困難とのことで、今後認知症グループホーム入所を目標とした。本人には、理解力が低下しているが、病名告知と家族の事情に伴う認知症グループホームへの入所について説明し、十分とは言えないが納得したようだった。約1年10ヶ月の入院期間で、退院時のHDS-Rは15点だった。認知症グループホーム入所後も、せん妄などは認められず、穏やかに生活し、楽しんで年間行事に参加している。

【考察】

認知症に伴う夜間せん妄に対する抗精神病薬の投与は、転倒、転落による骨折や嚥下障害に伴う誤嚥性肺炎の危険性が高く、個々に応じて慎重に薬剤と投与量を選択する必要がある。せん妄状態が軽快したのは、クエチアピンの投与、専門病棟というなじみの関係が作りやすい環境、看護および介護職員による心理的ケア、作業療法士による日中生活機能訓練など複合的な要素によるものと思われる。また、HDS-Rが、入院時17点で退院時15点と軽度低下だったのは、ドネペジルの進行遅延効果と回想法、精神科作業療法によるものではないかと思われる。今後も家族の受け入れが困難なため、認知症グループホームでの継続入所になるとと思われるが、家族の支援が可能であれば、訪問看護、訪問介護、老人デイケア、ショートステイなどの介護保険サービスを利用することで在宅療養が可能なケースと思われる。(1922字)

【ケースレポート例示②】

【症例】

67歳 男性
血管性認知症

【初診時主訴】

物忘れ、妻が意地悪をする。

【家族歴】

結婚して長男をもうける。現在本人は妻との二人暮らし。長男は他県在住。精神疾患の遺伝的負因はない。

【既往歴】

X-10年より高血圧、高脂血症で近医内科より投薬を受けていた。

【生育・生活歴】

小学校卒業後仕事は農業。X-2年まで仕事をしていた。

【病前性格】

怒りっぽい

【現病歴】

X年2月2日に、夕食後に意識障害、左片麻痺が出現し、同日救急車にてA総合病院脳外科に入院となった。頭部CTにて右中大脳動脈の閉塞による右側脳梗塞という診断のもと、血栓溶解療法を点滴にて行い2月4日に意識は回復した。その後左片麻痺は多少改善したが残存し、杖による歩行状態となった。また、軽度構音障害、嚥下困難も認められた。

X年4月に退院し、脳梗塞の再発予防のためにワーファリンを内服していた。自宅ではトイレの場所がよくわからなくなり失禁することが目立ってきた。そのことを妻に注意されると怒りっぽくなった。退院後から介護保険によるデイサービスによる通所を利用していたが、本人は「大勢の人の中で何かさせられるのは気を使うし楽しくないので行きたくない」と拒否的であった。また、デイサービスに行ったことや、何を行ったかを記憶していないことも目立ってきた。これらの状況のためにX年5月当院外来を本人、妻で初診した。

【初診時所見】

表情は硬く笑顔は見られない状態であった。「昔の元気な自分と違って思い通りに出来ないし、妻は自分がうまく出来ないように邪魔をするしおせっかいだ」と病識は多少あるものの妻への不満を訴えていた。

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は16点と軽度の認知機能低下状態（見当識障害、短時間の記銘力障害、計算能力低下）であった。頭部MRIでは、海馬周辺の萎縮はほとんど目立たず、右大脳基底核に脳梗塞が認められた。神経学的には左片麻痺を認め歩く時は左足を引きずるように歩いた。食事は右手にて自力摂取可能であった。投薬は初診時よりチアプリド75mgの投与を開始したが妻への易怒性は改善せず、X年6月からはデイサービスには行かなくなり家の中に閉じこもりがちとなり、夕方からせん妄を起し家の中を動き回り妻に対して暴力を振ったり、家具を壊す行動も見られるようになった。生活のリズムも崩れ、昼夜逆転となり失禁の頻度も増えてきた。妻がトイレの後始末をしたり、本人の世話をしようとするときと激しく興奮した。食事量も徐々に減ってきた。心配した県外の長男と本人、妻とともにX年7月当院に来院した。外来で妻は「このままでは自分の身が持たないし、本人が少しでもよくなるのであ

れば入院させて治療して欲しい」と希望した。本人は「今入院するともう一生家に帰れなくなるので嫌だ。妻にそんな権限はない。妻に財産を乗っ取られる」と興奮し病識なく入院に同意できない状態であったため妻の同意を得て同日認知症病棟へ医療保護入院となった。

【診断とその根拠・治療方針】

高血圧、高脂血症、脳梗塞後遺症の既往、画像と認知機能低下より血管性認知症と診断した。入院後は投薬の調整、生活機能訓練を通じた認知機能改善を目標とした。

【治療経過】

入院後も外来から継続してチアプリド75mgを使用した。が昼夜逆転で、徘徊をしてトイレの失敗も見られ、病棟スタッフへの暴言、看護への抵抗も見られた。このためX年7月6日よりチアプリドを150mgに増量をした。X年7月11日より被害的発言は減少し徘徊、排泄の失敗も減ってきた。対人接触性も改善し穏やかになり病棟の生活機能訓練の塗り絵、合唱・カラオケ等の参加頻度も増え、徐々に笑顔で参加できるようになってきた。X年9月には外出、外泊も問題なく出来るようになってきた。その後本人、妻、長男の希望もあり当院をX年10月退院し自宅に戻った。X年12月当院外来で施行したHDS-Rは15点とそれほど悪化せず、穏やかにデイサービスの行事に参加するなどして落ち着いて生活をしている。

【考察】

認知症の周辺症状として、興奮、被害妄想等がみられることがある。このケースではチアプリド投与、また平行して生活機能訓練、デイサービス利用を通して本人の周辺症状の改善を図った。

現在は通所中のデイサービスの職員も本人の趣味（カラオケ、孫の成長の話等）を中心とした声かけを行ってくれている。県外の長男も孫の写真を送った手紙を送ってくれたり、本人に会いに帰郷して出来るだけ関わってくれている。これにより本人も落ち着いて在宅で生活が可能である。認知症の症状改善には薬物治療も重要であるし、また周囲の理解のある関わり方が重要であることを経験できたことは有意義であった。(1934字)

【ケースレポート例示③】

【症例】

80 歳男性

レビー小体型認知症

【初診時主訴】

物が二重に見える

【家族歴】

特記すべきことなし。

【生活歴】

7人同胞の第二子として出生

地元公立高校を経て地方の国立大学工学部を卒業後、建築関係の会社に就職。プラントの設計や運転・管理に従事。海外の仕事も多かった。X-20年定年後、5年間嘱託で在職ののちに退職。地元にもどり、兄とともに家庭菜園、釣り、バードウォーキングなど趣味を中心とした生活を送る。

【病前性格】

几帳面、真面目

【現病歴】

X-4年頃より新聞やテレビが2重に見えると感じる。右と左で見え方が違い、右より左が小さい。右の方の見え方が実際の大きさであり、左が小さい。X-2年もともとサツマイモが好きであってレタスとともに家庭菜園でも栽培していたが、連日サツマイモやレタスを食べると言い、食事に偏りが生じるようになる。本人は退職したころから自覚している便秘を気にしており、サツマイモやレタスへのこだわりは便秘を解消するためと説明していた。同時に「机の上のパンくずに手足が生えて動いているように見え、よくみるとそれはパンくずではなく埃であった。」「ゆで卵用の粗塩がひとつひとつ虫に見え、全体に動いているように見える」などの幻視も出現した。X-1年「足が重くて歩き難い」と言い出すが、原因は「小さな子供が足にまとわりついている」からだという。X年は運転免許の更新の年であり、「ものが二重に見える」ことで運転に不安を感じ、地元公立総合病院の眼科を受診した。視力検査の結果、「眼科的な問題ではない」ので精神科の受診を勧められX年3月23日当院を初診した。

【初診時】

礼節は大変保たれており、また自分の症状について詳細に説明できる。

左右の大きさが異なって見えることが最も気になることであり、特に読書やテレビを観てみる時に多く、読書家であったが読書やテレビは見なくなった。実体性があるのは右側で左は右の半分ほどの大きさで距離も半分ほどで影も薄い。また、遠近感が逆転しており、遠くのものほど大きく見える。日によって動揺があり、一日中右眼の見え方が変わらない日もあれば、すぐに戻る日もある。時間、空間の認知が曖昧で自分はかつての任地において仕事をしているという。現在周囲にいる人と40代で任地において交流していた人を混同し、時に人物誤認に発展する。

姿勢は若干前屈姿勢で四肢の筋肉の固縮が認められた。眼振、手指振戦は顕著ではなかった。表情は仮面様まではいかないが乏しい。

睡眠は良好でレム睡眠行動障害のような症状はないとのこと。

MMSE28点。頭部CTでは特に萎縮像なし。

レビー小体型認知症の説明をしたところMIBG心筋シンチを希望され。先述した総合病院にて施行。心集積が認められなかった。

【診断】

幻視、錯視、変形視（小視症）など多彩な動揺性視覚認知障害を呈した上、軽いパーキンソン症状、MIBG 心筋シンチの所見よりレビー小体型認知症と診断した。また、食のこだわりの原因となったと思われる便秘は前駆症状と考えられた。

【治療および経過】

ドネペジルの投与を開始(3mg→5mg)、幻視について抑肝散の投与を試みたが眠気を催すだけであったので、抑肝散を中止した。短期間、適応外使用であることを説明した上でアルピプラゾール(6mg)、クエチアピン(100mg)を使用したが無効で、幻視については症状の傾聴にとどめた。X+2年ころより筋固縮が亢進し筋力低下、歩行が困難となり、レボドパを投与したが幻視が増悪し、1か月ほどで中止して当院にある重度認知症デイケアに通所することとなる。筋力アップに努めたため、歩行器歩行が可能となった。しかし、見当識の混乱が進行し、デイケアへの通所は出勤であると主張するようになり、デイケアの職員の働きかけは「仕事の邪魔をしている」といった被害妄想が出現した。威嚇的態度をとり手が出るようになった。主たる介護者である妻は相当疲労しているように見受けられ、X+4年12月14日、妻の同意を得たうえで医療保護入院した。

【入院後経過】

向精神薬を中心とした薬剤の過敏性を考慮し、抗精神病薬の投与は控えることとした。以前幻視については無効であったが、今回は情緒障害、被害妄想がターゲットであり、抑肝散の(7.5g)投与を再挑戦するとともにメマンチン(20mg)を投与した。認知機能の動揺、多彩な視覚認知障害などは顕著な改善は見られないが、穏やかに過ごせるようになり、X+5年1月23日に退院し、その後再び重度認知症デイケアに通所している（現在X+7年、MMSE20点）。

【考察】

多彩な視覚認知障害、人物誤認、MIBG 心筋シンチの所見やパーキンソン症状などを中心に経過の中で認知機能障害、時間的見当識障害を背景とした被害妄想を呈したレビー小体型認知症の症例である。抑肝散についてははじめは幻視をターゲットに使用したが、効果がなかった。しかし妄想と情緒障害が出現して再度挑戦したところ有効であった。また、メマンチンも同様の効果があった。

(2000字)

【ケースレポート例示④】

【症 例】

56歳、男性

前頭側頭型認知症

【初診時主訴】

怒りっぽい、立ち小便をくり返す、物忘れ(妻談)

【家 族 歴】

X-3年に長女が県外の大学に入学してからは妻との二人暮らし。精神科疾患に関する遺伝的負因はない。

【既 往 歴】

なし。

【生育・生活歴】

3人同胞の第2子として出生。地元の高校を成績上位で卒業、国立B大学に入学する。卒業後は10年間会社勤務をした後独立し、自営業を始める。仕事が趣味のようによく働き、周囲からの信望も厚かった。趣味の囲碁も熱心であった。

【病前性格】

まじめ、勤勉、何事にも活動的

【現 病 歴】

X-3年秋頃より、特に誘引もなくボーとすることが多くなり、仕事への意欲も乏しくなる。好きだった囲碁にも関心を示さず、外出もしなくなる。仕事上の顧客に対して些細なことで立腹したり、相手を見下したような態度をとり、苦情が出るようになる。妻に対しても急に激怒するようになる。X-2年11月に入り、朝の散歩時決まった場所で立ち小便をしていると近所からクレームが出る。X-1年に入り、会話も減り、物忘れも目立ち出したため自営業を休業する。元来、甘党であり、アンパンばかり好んで食べるようになる。X年3月18日、妻が本人を説得して当院外来を受診する。

【初診時所見】

身だしなみは整っていたが、ボーとして表情も乏しかった。本人には「少し日常生活の話聞かせてください」と問診を始めた。意識は清明であり、会話のやりとりは可能であったが、質問に対して深く考えようとせず投げやりな態度が目立った。会話は同じ内容がくり返される傾向がみられ、最近の事ほど忘れていた。記銘力低下、失見当識があり、状況の理解は低下していた。改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は18点であった。

【診断とその根拠】

①頭部CTで前頭葉と側頭葉の限局した脳萎縮を認める。②性格の変化を考えさせる意欲低下・無関心で発症し、易怒性などの自制力の低下を伴う。③決まった場所での立ち小便、アンパンばかり食べる行動の異常があり、遅れて記銘力の低下が出現している。④幻覚・妄想はみられず、意識の混濁もなく脳局所の損傷を示す神経学的兆候はない。⑤梅毒検査を含む血液検査には異常はなかった。以上により、前頭側頭型認知症(ピック病)と診断した。

【治療方針】

易怒性にたいしてクエチアピン25mgを投与し、なじみの関係を作っていく本人の残存能力に働きかけることとした。妻との二人暮らしのため、妻のサポートを考え、易怒性などの精神症状・異常行動が増強するなら抗精神病薬の増量を考えることとした（インフォームドコンセントを行い、同意を得て使用した）。

【治療経過】

妻に対して「脳が部分的に萎縮しており、今後認知症が進行していく可能性が高い」と伝えた。妻は今後の不安を訴えたが支持的に対応した。妻もすぐの入院は希望しておらず、外来での加療を行った。徐々に記憶力低下が目立ちだし、X年8月より激怒することが増加する。自身の要求が通らないと物を投げたり、妻への暴力行為もみられたため、クエチアピンを50mgに増量する。暴力行為は少し減少したものの、ボーとすることが多くなり、歩行もやや不安定となる。10月になって昼夜逆転傾向が出現、夜に散歩に出て帰れなくなったり、近所の家に入りこんだりするようになったため、妻だけでは対応が困難となり、X年11月19日妻を保護者として認知症病棟に医療保護入院となる。

入院時HD S-R12点、不眠に対してプロチゾラム0.25mgを投与する。病棟内の徘徊が目立つ。他患に対して易怒的で大声を出し、カーテンを引きちぎったり椅子を投げたりするため、クエチアピンを150mgに増量する。X+1年1月に入り粗暴な言動は目立たなくなるも、表情は乏しく、会話も少なくなる。ほとんど臥床しており、食事の食べこぼしも多くなり尿便失禁となる。クエチアピンを減量、中止するも活動性は低下したままであった。

3月に入り、今後の療養の場を妻と話し合い、妻は当院での入院を希望する。X+1年3月25日夜間より、痰のからみ、発熱が出現、胸部X線で肺炎を認める。

抗生剤を投与し、一時病状は改善するも、X+1年4月15日肺炎が再発する。内科的治療を行うも肺炎は重症化して、妻と相談してX+1年5月1日B総合病院内科に転院する。

【考察】

この症例を通して学んだことは前頭側頭型認知症等の若年性認知症は進行が早く、病態も重いことである。早期診断が重要であることと、家族への影響も大きく、妻の将来への不安を支持していくことが大切と思われた。粗暴行為もあり、若いだけに認知症病棟での対応も困難であった。抗精神病薬の増量で情動面の安定をめざしたが、身体面での管理が必要であった。今後の有効な治療法の開発を期待したい。(1947字)

日本精神科医学会 認知症臨床専門医 新規 申請書

公益社団法人 日本精神科病院協会
 日本精神科医学会
 学会長 山崎 學 殿

この度、日本精神科医学会認知症臨床専門医に認定していただきたく存じますので、必要書類を添えて申請致します。

西暦 年 月 日

	フリガナ		
	申請者名	印	
所属先	フリガナ		
	法人名		
	フリガナ		
	保険医療機関名		
所属先等について	1. 日精協会員病院	会員番号[]
	2. 日精協会員病院併設施設 (右記に会員病院情報を記載)	会員番号[] 会員病院名[]
	3. 上記以外	日本精神科医学会準会員番号[]
所在地	〒		
TEL :		FAX :	
MAIL :			

日本精神科医学会 認知症臨床専門医 出張許諾書

所属保険医療機関名：

申請者氏名：

私は、上記の者の履歴を確認し、人格、学識および経験等について
日本精神科医学会 認知症臨床専門医 として資格審査のための出
張を許諾いたします。

西暦 年 月 日

所属保険医療機関名：

管理者名： _____ 印

役職名：

「角2サイズ」の封筒に、申請書類を同封し下記宛先表を貼るか、同様の内容を記載の上簡易書留にてお送り下さい。

簡易書留

〒108-0023

東京都港区芝浦 3-15-14

公益社団法人日本精神科病院協会

「日本精神科医学会 認知症臨床専門医」係

令和4年度(認知症臨床専門医) 新規 申請書 在中

差出人	住所	〒 -
	申請者氏名	

必要申請書類チェック

①申請書(様式1)

②履歴書(様式2)

③現在勤務する保険医療機関等の管理者の出張証明書(様式3)

④「認知症に関する研修会」修了証書の写し

⑤精神保健指定医証の写し

⑥ケースレポート(2例)

⑦3ヶ月以内に撮影した写真1枚

(縦4cm×横3cm 裏に氏名・所属先保険医療機関名を記入)

⑧封書1枚(84円切手を貼り封筒表に申請者の住所と氏名を記入)

日本精神科医学会規則

(目的)

第1条 この規程は、公益社団法人日本精神科病院協会（以下「本協会」という。）の定款第53条に基づき、日本精神科医学会（以下「医学会」という。）に関して必要な規則を定めるものとする。

(構成)

第2条 医学会のもとに職種認定制度及び学術教育推進制度を置く。

2 職種認定制度に以下の委員会（以下、「分科会」という。）を置く。

(1) 精神科医師部門

イ 医師認定資格分科会

(2) コメディカル部門

イ 看護師認定資格分科会

ロ コメディカル認定資格分科会

3 学術教育推進制度に以下の委員会（以下、「分科会」という。）を置く。

イ 学術研修分科会

ロ 通信教育分科会

ハ 精神保健指定医分科会

ニ 判定医等研修分科会

4 分科会（各委員会）は、委員長及び構成員をもって構成し、当該委員会担当理事が協議して選出することとし、定款第36条に定める理事会（以下「理事会」という。）の承認を得て会長がこれを委嘱する。

(学会員資格)

第3条 定款第5条に定める会員病院（以下「会員病院」という。）及び会員病院の併設施設に所属する者は、定款第49条第1項に基づき、医学会会員となることができる。これを正会員と呼ぶ。

(1) 正会員は、年会費を免除される。

(2) 正会員は、会員病院を退職する場合、正会員資格を喪失するものとする。

2 会員病院及び会員病院の併設施設に所属する者以外であっても、本協会の目的及び趣旨に賛同し、かつ、様式(1)(2)日本精神科医学会入会（準会員）申込書により、理事会の承認を得た者は、定款第49条第2項に基づき、医学会会員となることができる。これを準会員と呼ぶ。

(1) 準会員は、理事会の定める年会費を納入するものとする。

(2) 理事会の定める年会費は、医師 12,000円、医師以外 8,000円とする。

(3) 準会員は、理事会の定める年会費を納入することにより、その年度に開催される職種認定制度（精神科臨床専門医・認知症臨床専門医・認定看護師・認定栄養士・認知症認定看護師・認定精神科医療安全士）の資格認定受験ならびに資格認定、その他医学会の目的達成に必要な事業に参加することができる。

(4) 第1項に定める年会費の納入が、その当該事業年度内に行われない場合は退会希望とみなし、その会員資格を喪失するものとする。

(5) 準会員が退会を希望する場合は、様式(3)日本精神科医学会退会届により、任意にいつでも退会することができる。また、理事会において会員資格維持が困難と判断された場合においては、その会員資格を喪失するものとする。

3 所属医療機関に変更があった場合は、様式(4)日本精神科医学会会員所属医療機関異動届により、正会員・準会員ともに、速やかに医学会へ届け出ることとする。

(学術集会)

第4条 医学会は、定款第50条第1項に基づき、毎年1回の日本精神科医学会学術大会(以下「大会」という)を開催する。

(大会の目的)

第5条 大会は、医学会員が一堂に会し、日頃の研鑽の結果の研究や意見、その他臨床に密接な事柄について発表する学際的な多種職による臨床学術会議である。

(大会の開催)

第6条 大会の開催担当は各地区単位で行い、相互に連携し協力することとする。

2 開催担当地区は原則として次の順とする。

1) 近畿、2) 関東、3) 東海、4) 九州、5) 東北、6) 中国・四国、
7) 北信越、8) 北海道

3 期間は2日間とし、規模については開催担当地区に一任する。発表形式及び発表方法については、医学会の担当分科会と事前に協議することとする。

4 地区会議を開催し、主担当支部を選出する。選出された主担当支部に大会事務局をおく。

5 大会長は開催担当地区より1名を定める。

6 本協会は、大会の規模にかかわらず大会準備金を設ける。

(大会表彰)

第7条 優れた演題発表に対しては、医学会の選考委員会により選考基準に則し審査を行い、該当したものを学会長賞及び奨励賞として表彰する。

(大会記録集の発行)

第8条 定款第50条に定める事業遂行のため、大会開催後1年以内に本協会雑誌「日精協雑誌」別冊として大会記録集を発行する。

(職種認定制度)

第9条 医学会正会員または準会員の技能判定及び面接を行い、その技能・見識を審査し、期待する水準に達したものを「職種認定制度資格」として認定するものである。

2 職種認定制度は、それぞれに認定期間が設けられており、その期間内に各認定分科会が定めるところの更新規定内容を取得し、更新申請の手続きが必要である。

3 正会員である職種認定資格者が、認定資格を取得した時点で所属していた会員病院を退職する場合、その時点で原則として認定資格を喪失するものとする。ただし、当該事業年度内に他の会員病院への再就職、または準会員に移行承認された者においてはその限りでない。

4 その他、認定資格は次に挙げる場合は認定資格を喪失するものとする。

(1) 認定期間内に、更新のための手続きを行わなかったとき

(2) 認定資格者として不適格と判断されたとき

(3) 医学会会員資格を喪失したとき

附 則

1 この規程は平成24年6月1日から施行する。

2 この規程の一部改正は平成24年9月6日から施行する。

3 この規程の一部改正は平成24年11月1日から施行する。

4 この規程の一部改正は平成28年4月1日から施行する。

5 この規程の一部改正は令和元年5月17日から施行する。

6 この規程の一部改正は令和3年9月2日から施行する。

日本精神科医学会
公益社団法人 日本精神科病院協会

〒108-0023 東京都港区芝浦 3-15-14
TEL 03(5232)3311 FAX 03(5232)3309

2022.4.1 発行