

平成 29 年 11 月 13 日

厚生労働省

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

精神科七者懇談会
公益社団法人 日本精神神経学会
理事長 神庭 重信
精神医学講座担当者会議
会 長 米田 博
公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山崎 學
国立精神医療施設長協議会
会 長 女屋 光基
公益社団法人 全国自治体病院協議会
会 長 邊見 公雄
公益社団法人 日本精神神経科診療所協会
会 長 渡辺 洋一郎
日本総合病院精神医学会
会 長 保坂 隆

臨床研修における精神医学・医療の教育に関する要望書

卒後臨床研修制度については、平成 16 年度に発足し、3 度目の見直しに向けて医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会のもとに「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」において、真摯に検討しておられることに敬意を表します。そこでは臨床研修の到達目標として医師としての基本的価値観と資質・能力の向上を掲げておられます。その中にありますコミュニケーション能力の獲得とチーム医療の実践はこれからの医療にとって極めて重要であります。精神科医療におきましては、様々な精神状態の患者を理解し共感して、人権に配慮して治療しており、この体験がコミュニケーション能力の獲得に大いに役立つとともに、精神科臨床で実践しています多職種によるチーム医療も大いに貢献できると思料します。病棟を中心にして急性期からリハビリ期まで多彩な研修ができる準備が整っています。また、国民生活においては精神科疾患とその治療の重要性が近年特に高まっており別紙に述べさせていただきます。

以上より卒後のすべての医師が到達目標を達成するために精神科研修を必修化することを要望します。

以下に資料を添付します。

1. 精神科関連の教育が医学教育で重要な役割を果たします

平成 29 年 3 月に医学教育モデルコアカリキュラムが改訂されました。

- 1) 「人の行動と心理」の項目が新設され、行動科学の内容が盛り込まれました。
- 2) 「診療科臨床実習」において、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科、救急科の 7 科が「必ず経験すべき診療科」として明記されました。

2. 国民生活における精神科疾患の重要性

1) 精神疾患の重要性

WHO では疾患の政策的重要度の指標として健康・生活被害指標（障害調整生命年、disability-adjusted life years, DALY）が用いられています。これは病気や障害による損失の大きさを示すもので、日本をはじめとする先進国で精神疾患が第 1 位をしめています。

2) 精神疾患患者数の増加

精神疾患の患者数が増加の一途をたどり、平成 20 年には 323 万人となっています。

3) 精神疾患が 4 疾病 5 事業に加わる

平成 23 年には我が国の医療の重点施策として掲げられていた、4 疾病 5 事業の中に精神疾患が加えられ 5 疾病 5 事業となりました。

4) 自殺者と精神疾患

自殺者の数はこのところ減少傾向にあり 2 万 5000 人ほどになりましたが、8 割近くは精神疾患の診断がつき、半数は身体疾病を苦にして自殺しています。一般医と精神科医の連携の必要性が指摘されています。

5) 認知症の精神症状への対応

認知症の高齢者は平成 24 年に 462 万人を超え、その精神症状や行動異常に関する知識や相談への対応能力が、一般医師にも不可欠となっています。

6) 統合失調症の重要性

疾患による健康生活への影響の強さを調べた最近の研究では、統合失調症急性期が糖尿病透析期、脳卒中長期重症期、悪性腫瘍終末期、心筋梗塞急性期等を抜いて 1 番重いことが分かっています

7) 精神疾患患者では寿命が健常者に比べて 20 年も短いと言われている

精神面だけでなく身体面に対する健康管理が必要です。

8) 身体疾患のうつ病合併率は高い

身体疾患の 10～40%にうつ病などの精神疾患が合併しています。

9) 身体疾患患者の精神疾患合併

身体疾患患者にうつ病やせん妄などの精神疾患が合併すると、在院日数が延長し、医療費が増加します。精神科リエゾンチーム加算に繋がっています。

3. 病棟を中心にした精神科研修の準備状態

1) 臨床研修医受け入れ施設

精神科が必修化された場合、病棟中心の研修が望ましく、卒後臨床研修医（以下臨床研修医）の受け入れ態勢について示します。

精神科では新しい専門医研修制度が来春から発足し、166 のプログラムが存在します。プログラムは基幹施設と複数の連携施設が研修施設群を構成しています。そのプログラムを参考にすると、

大学病院の 84 施設が基幹施設であります。大学以外のプログラムが 82 あり、そのうち 48 施設は国公立病院、34 施設は民間病院が基幹施設になっています。

そこで、臨床研修医の受け入れについて、以下の様に考えます。

専門医制度プログラムを考慮した受け入れ施設

A 大学病院 3 名/月×12 ヶ月=36 名 36 名×84 施設=3024 名

B 国公立病院 2 名/月×12 ヶ月=24 名 24 名×48 施設=1152 名

C 民間病院 2 名/月×12 ヶ月=24 名 24 名×34 施設=816 名

小計 4992 名

上記の施設を除いた学会研修施設（民間病院）のうち

精神科救急病棟をもつ 68 施設、急性期治療病棟をもつ 234 施設を臨床研修医の受け入れ可能施設と考えます。

D 精神科救急病棟をもつ施設

2 名×12 ヶ月=24 名 24 名×68 施設=1632 名

E 急性期治療病棟をもつ施設

1 名×12 ヶ月=12 名 12 名×234 施設=2808 名

小計 4464 名

A+B+C+D+E = 3024+1152+816+1632+2808=9432

合計 9432 名

受け入れ総人数は 9432 名となり、精神科が必修化されても全臨床研修医が精神科の病棟を中心にして急性期の患者からリハビリ期の患者まで、またデイケア、デイナイトケア、訪問診療、リワークプログラムなど多彩なプログラムを研修することができます。

なお、施設の全国に対する分布状況については別紙を添付します。

2) 指導医について

指導医については、厚労省医政局の指導の下に七者懇談会卒後研修問題委員会が中心になって毎年複数回行っている「臨床研修指導医講習会」を受講した指導医（臨床研修指導医）が 2663 名おり、これらが中心になって指導します。本年度から年に 3 回講習会を施行しており、150 名/年近くの臨床研修指導医が誕生しています。実際の指導については、日本精神神経学会の専門医に関する指導医も指導に当たることになり、指導体制は十分と言えます。

3) 卒後臨床研修に対する協力体制

七者懇談会、および所属の各団体からそれぞれの会員に向けて臨床研修制度に対する協力依頼が出される予定です。従って十分な協力体制が得られるものと考えます。

参考文献

1. 卒後医学教育に関して

世界医学教育連盟：卒後医学教育 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード 2015年版

2. 研修医に対する教育効果について

1) Fujisawa D, Suzuki Y, Kato T, et al.: Suicide Intervention Skills Among Japanese Medical Residents *Academic Psychiatry in Advance*; 37:1–6, 2003

2) Suzuki Y, Kato T, Sato R, Fujisawa D: Effectiveness of brief suicide management training program for medical residents in Japan: a cluster randomized controlled trial

Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2013 doi:10.1017/S2045796013000334

3. 身体疾患患者の精神疾患合併率

1) Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al : Mood disorders in the medically ill : scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 58 : 175–189, 2005 (身体疾患におけるうつ病有病率)

2) Niti M, Ng TP, Kua EH, et al. Depression and chronic medical illness in Asian older adults : the role of subjective health and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry* 22 : 1087–1094, 2007 (身体疾患に合併するうつの頻度)

3) Siddiqi N et al. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients : A systematic literature review. *Age Ageing* 35 : 350–364, 2006 (65歳以上の入院患者のせん妄の有病率)

4) Bronheim HE, et al. The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics* ; 39 (4) : 8–30, 1998 (内科／外科の現場で精神科コンサルテーション依頼の原因となることが多い問題)

5) Ito H, Sato T, Satoh-Asahara N, Noda M. Impact of medication adherence on renal function in comorbid patients with type 2 diabetes and depression: protocol for a cohort study. *BMC Family Practice* 16:124,2015

4. 精神疾患が健康寿命に与える影響

1) Chesney E , Goodwin GM, Fazel S: Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review *World Psychiatry* 13(2)153–160, 2014

2) Salomon JA, Vos T, Hogan DH, Gagnon M, et al: Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the

Global Burden of Disease Study. Lancet 380: 2129–43, 2012

- 3) WhitefordHA, FerrariAJ, DegenhardtL, FeiginV, VosT: The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study2010. PLoSONE10(2):e0116820. February 6, 2015

5. がん患者へのリエゾン精神科医の関与の効果

- 1) がん患者の精神的苦痛 –不安と抑うつを中心に– 臨床精神医学 46 (1) : 19–22, 2017
- 2) がん患者さんへの認知行動療法 臨床精神医学 46 (1) : 23–29, 2017
- 3) 総合病院における精神科のがん医療（サイコオンコロジー） 臨床精神医学 43 (6) : 859–864, 2014
- 4) Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, Weller D, Murray G; SMaRT (Symptom Management Research Trials) Oncology-2 Team. Lancet. 2014 Sep 20;384(9948):1099-108. doi:10.1016/S0140-6736(14)61231-9. Epub 2014 : Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial.<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25175478>>
(うつ病に対してケースマネージャー（看護師）が介入し、精神科医がスーパーバイズして改善、コストも DALY で効率が良かった)
- 5) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer.<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20818875>>
(緩和ケアチーム（精神科医を含む）が進行肺がんの患者に早期から介入すると、うつ、QOL、生命予後すべてが良かった)

6. せん妄のリスクとリエゾン精神科医の関与の効果

- 1) エビデンスに基づくせん妄の診療 臨床精神医学 46 (1) : 13–18, 2017
- 2) 集中治療室における精神科リエゾン 臨床精神医学 46 (1) : 37–41, 2017
- 3) 日本総合病院精神医学会治療指針1 「せん妄の臨床指針」
- 4) Hatta K, Kishi Y, Wada K, Odawara T, Takeuchi T, Shiganami T, Tsuchida K, Oshima Y, Uchimura N, Akaho R, Watanabe A, Taira T, Nishimura K, Hashimoto N, Usui C, Nakamura H: Antipsychotics for delirium in the general hospital setting in consecutive 2,453 inpatients: a prospective observational study. International Journal of Geriatric Psychiatry 2014; 29(3): 253–262 doi: 10.1002/gps.3999. PMID: 23801358

(抗精神病薬を常勤精神科医が管理した場合の、効果の高さと重篤な副作用の少なさを示している)

- 5) 保坂 隆:せん妄が医療経済に与える影響。精神科治療学 28(9);1145-1149, 2013

7. 自殺に関するリエゾン精神科医の関与の効果

- 1) 救命救急センターにおける精神科リエゾン:新しい自殺予防介入プログラム 臨床精神医学 46(1):31-36, 2017
- 2) 総合病院精神科における自殺予防の役割 臨床精神医学 43(6):885-890, 2014
日本総合病院精神医学会治療指針4 「急性薬鬱中毒の指針」
- 3) 「救急医療における精神症状評価と初期診療 PEEC ガイドブック」
- 4) Ono Y, Sakai A, Otsuka K et al: Effectiveness of a Multimodal Community Intervention Program to Prevent Suicide and Suicide Attempts:A Quasi-Experimental Study PLOS ONE www.plosone.org 8(10) e74902 2013
- 5) Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N et al: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan: a multicenter, randomized controlled trial. Lancet Psychiatry 2014; 1: 193-201
- 6) 有賀 徹 他: 自殺未遂患者への対応—救急外来(ER)・救急科、救命救急センタースタッフのための手引き— 日本臨床救急医学会、平成21年3月31日

8. 臓器移植でのリエゾン精神科医の関与の効果

- 1) 脳死移植における精神科医の役割 臨床精神医学 46(1):71-79, 2017
- 2) 臓器移植における精神科的介入 臨床精神医学 43(6):865-871, 2014
- 3) 日本総合病院精神医学会治療指針6「生体臓器移植ドナーの意思確認に関する指針」
- 4) 臓器移植における精神科的介入(西村、臨床精神医学2014)
- 5) 日本総合病院精神医学会治療戦略委員会・臓器移植関連委員会:生体臓器移植ドナーの意思確認に関する指針。日本総合病院精神医学会治療指針6。星和書店、東京、2013 <http://www.seiwa-pb.co.jp/search/bo05/bn811.html>
- 6) Nishimura K, Kobayashi S, Tsutsui J, et al. Practices for supporting and confirming decision-making involved in kidney and liver donation by related living donors in Japan: a nationwide survey. Am J Transplantation 16: 860-868, 2016(リエゾン精神科医の役割の拡がりを示すデータ(医療倫理コンサルテーション))
- 7) Nishimura K, Kobayashi S, Ishigooka J. Psychiatric history in living kidney donor candidates. Curr Opin Organ Transplant 17:193-197, 2012
(判断が難しい医療倫理コンサルテーションの実態についてのデータ)
- 8) Nishimura K, Kobayashi S, Sugawara H, et al. Psychiatric consultation after kidney transplantation: a 10-year single-center study including outpatients in

Japan. Int J Psychiatr Med 43: 197-209, 2012

(腎移植後、日常臨床でのコンサルトでさえ、いかに精神疾患合併が多いかを示したデータ)

- 9) Egawa H, Nishimura K, Teramukai S, et al. Risk factors for alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic cirrhosis in Japan. Liver Transplantation 20: 298-310, 2014 (移植前のアルコール摂取に基づいて移植の可否を決めるよりも、移植後に再飲酒に至らないようにする介入が必要)

9. その他、リエゾン精神医学の最新の文献

<循環器関連>

- 1) Kobayashi S, Nishimura K, Suzuki T, et al. Post-traumatic stress disorder and its risk factors in Japanese patients living with implantable cardioverter defibrillators: A preliminary examination. J Arrhythmia 30:105-110, 2014
(従来、植え込み型除細動器 (ICD) 患者ではうつ病が注目されていたが、あらたに PTSD に注目した研究)
- 2) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al. Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. J Cardiol 64: 456-62, 2014
(心不全患者のうつ病、とくに不安合併例が予後不良と関連していることを示した研究)
- 3) Suzuki T, Shiga T, Omori H, et al. Depression and outcomes in Japanese outpatients with cardiovascular disease: a prospective observational study. Cir J 80: 2482-8, 2016
(虚血性心疾患外来患者におけるうつ病が予後に与えるインパクトを、わが国でも実証)

<膠原病・リウマチ関連>

- 1) Sato E, Nishimura K, Nakajima A, et al. Major depressive disorder in patients with rheumatoid arthritis. Mod Rheumatol 23(2):237-44, 2012
(操作的診断基準に基づいて調べたところ、関節リウマチ (RA) における大うつ病の時点有病率は 7%)
- 2) Nishimura K, Harigai M, Omori M, et al. Blood-brain barrier damage as a risk factor for corticosteroid-induced psychiatric disorders in systemic lupus erythematosus. Psychoneuroendocrinology 33: 395-403, 2008
(膠原病領域で頻発するステロイド精神障害の頻度、病態生理、CNS ループスとの鑑別診断を検討した研究)
- 3) Nishimura K, Omori M, Katsumata Y, et al. Neurocognitive impairment in corticosteroid-naive patients with active systemic lupus erythematosus: a prospective study. J Rheumatol 42: 441-448, 2015
(SLE における一次性的 CNS 病変が白質であることを示唆した研究)

実際の臨床研修に関する資料

1. 経験が求められる疾患・病態(症例における研修ポイントの提示)

(1) 指導のポイント

研修医が精神障害者や精神症状に対して、誤解・偏見・差別なく診療するために、知識を深め、態度・習慣を身につけ、基本的な技術を獲得できるよう指導する。

医療面接については、精神科研修で熟達を図ることが求められており、経験ある精神科医の面接を陪席させ、模擬患者を利用したロールプレイを行い、教材（DVD等）を利用し、患者の面接をスーパーバイズする、等の手順を参考にして十分コーチする。

いかなる症例にあっても、身体疾患に基づく精神症状の可能性があるため、まず鑑別診断のための血液検査・画像診断・身体的診察（神経学的診察を含む）を行う。心理検査は、知能検査・人格検査・その他に分類されるが、適切なテストバッテリーを組んでオーダーができ、結果の解釈（仮説）を理解できることが望ましい。それには、指導医自身の研鑽も必要である。操作が簡単な心理検査等（例：うつ状態のレイティングスケール、痴呆の簡易スケール等）は、研修医自ら施行できるよう経験させる。脳波検査は、検査法を見学し、判読の手順を指導する。ことに、意識障害、睡眠による変化、てんかん性異常波については、実際の脳波記録・アトラス等を用いて指導する。

精神保健福祉法に則った患者処遇を理解させる。ことに、隔離・拘束については、一般科においては、日常的に何らの法的根拠なしに行われがちである。精神科では、患者の人権に配慮し最小化に向かって努力をしているということを理解させ、また、そうした態度を涵養するよう指導する。受け持ち症例の入院は指導医が決定し、患者・家族への説明は担当医が行う。医療保護入院の場合は、精神保健指定医が行う。

診断は、ICD-10を主とし、DSM-IV、伝統的診断法、等を併用する。精神科領域のEBMは、十分浸透しているとはいえ、指導は困難かとも思われるが、その態度は重視してコーチする。一方、NBMについても認知させることが必要である。

精神科救急を体験させる。自殺企図ことに大量服薬は、一般科救急病院に搬送されることが多く、すでに経験していることが多いと思われる。精神科病院での救急は、自傷他害の恐れのある者を対象としたハード救急と自ら受診を希望して訪れるソフト救急とある。また、アルコール酩酊の診察・治療依頼等がある。副当直の際に経験させる。

社会資源の活用、社会復帰施設の利用については、精神保健福祉士、作業療法士、訪問看護師、保健師、地域の関係者、等専門職による教育も取り入れる。チーム医療を実践するため、病態に応じたカンファレンスを多職種により行い、研修医を主体的に参加させる。

臨床他科との連携・相談医療を経験させる。診断および治療方針は、指導医が他科の医師と協議して決定する。

レポートは、認知症、気分障害、統合失調症および不眠（睡眠障害）について提出させ、指導医が評価する。

(2) 研修されるべき具体的な目標

経験が求められる症例、およびそこで研修されるべき目標の例を示す。

認知症（血管性認知症を含む）

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の診察のみならず日常を知る身近な家族や関係者（民生委員・介護支援相談員・介護保健施設職員）からの情報を聴取する ●介護認定による要介護度を確認する 	<ul style="list-style-type: none"> ●知能検査をオーダーしまたは自ら行い、結果を解釈できる ●認知症診断簡易スケールを実施できる ●画像診断・血液検査等をオーダーし、所見を解釈できる ●神経学的・理学的所見を記載し、認知症の鑑別診断ができる ●うつ病等、他の精神疾患との鑑別診断ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ●精神症状・問題行動に対する処置、薬物療法の選択および副作用のチェックができる ●精神症状・問題行動に対する処置、薬物療法の選択ができる ●不眠・せん妄に対する薬物が選択できる ●入院治療終了後の治療の場・生活の場を適切に選択できる ●作業療法・回想療法・重度認知症患者デイケアに参加する 	<ul style="list-style-type: none"> ●家族等、介護にあたる者に対して、ケアの原則を説明できる ●社会資源について説明できる

気分障害（うつ病、躁うつ病を含む）

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●自殺念慮・企図の有無を聴取できる ●患者および家族等から過去のエピソードの聴取ができる ●病前性格、発病情況について聴取できる ●救急患者の診察を体験する 	<ul style="list-style-type: none"> ●うつ病診断のレイティングスケールを利用できる ●不眠・食欲不振を呈する疾患（身体疾患を含む）との鑑別診断ができる ●うつ状態・躁状態を呈する疾患との鑑別診断ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗うつ剤、抗躁剤、感情調整剤、抗不安剤、睡眠剤等を処方し、それらの効果と副作用をチェックできる ●治療アルゴリズムを理解し、一部実践できる ●支持的精神療法（ブリーフサイコセラピーを含む）ができる ●躁状態・興奮状態に対する鎮静処置ができる ●自殺企図に対する対応ができる ●ECT または mECT の適応を理解し、見学する ●作業療法に参加する 	<ul style="list-style-type: none"> ●自殺防止について患者に了解させることができる ●必ず寛解することを理解させることができる ●休養について納得させ、必要により会社等に対する診断書を作成できる

統合失調症

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●病的体験（陽性症状）を記載できる ●陰性症状について記載できる ●ラポールをとることができる（あるいはとりにくいことを理解する） ●救急患者の診察を体験する 	<ul style="list-style-type: none"> ●統合失調症の病型を分類できる ●幻覚・妄想状態を呈する疾患の鑑別診断ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗精神病薬、鎮静剤、抗不安剤、睡眠剤等を処方し、それらの効果と副作用をチェックができる ●治療アルゴリズムを理解し、一部実践できる ●支持的精神療法ができる ●作業療法に参加する ●興奮状態に対する鎮静処置ができる ●ECT または mECT の適応を理解し、見学する ●デイケア・ナイトケア・デイナイトケアに参加する ●チーム医療に参加する 	<ul style="list-style-type: none"> ●社会資源について説明できる ●病態・予後について説明できる

身体表現性障害、ストレス関連障害

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●共感的に病歴を聴取できる ●家族等関係者から情報を収集できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●心理検査をオーダーし結果を解釈できる ●PTSD の診断ができる ●身体疾患を除外できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗不安剤および他の向精神薬を処方しそれらの効果と副作用をチェックできる ●支持的精神療法（ブリーフサイコセラピーを含む）ができる ●環境（状況）の調整ができる ●関係機関と共同で対応する必要性を理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●ストレス状態・ストレスサー、発症の仕組みについて説明できる ●治療契約を結び、治療の継続を説明し、納得させることができる

症状精神病

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●意識障害（とくにせん妄）を診察できる ●精神症状の記載ができる ●せん妄を呈する身体疾患を列挙できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●原因となっている身体疾患を診断できる ●診断のための検査をオーダーできる ●うつ状態・躁状態を呈する疾患との鑑別診断ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ●原因疾患の治療ができる ●他科の医師にコンサルテーションできる ●他科の医師と連携して治療ができる ●精神症状に対する薬物療法が実践できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●病因と治療方針を説明できる ●予後について説明できる

アルコール依存症

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●アルコール関連障害を列挙できる ●病歴（飲酒暦）を聴取できる ●酩酊の鑑別を理解する ●離脱症状を列挙できる ●救急患者の診察を体験する 	<ul style="list-style-type: none"> ●身体症状に対する検査をオーダーすることができる ●離脱症状（振戦せん妄）を診断できる ●心理検査をオーダーできる ●他の精神作用物質による依存症との鑑別診断ができる ●ウェルニッケ脳症・健忘症候群等を理解する 	<ul style="list-style-type: none"> ●離脱症状（振戦せん妄）の治療ができる ●身体的アルコール関連障害の治療ができる ●支持的精神療法ができる ●集団精神療法に参加する ●認知行動療法について理解する ●作業療法に参加する ●断酒会・AAに参加する ●デイケア・ナイトケア・デイナイトケアに参加する ●チーム医療に参加する 	<ul style="list-style-type: none"> ●治療方針について説明できる ●依存症の病態・予後について説明できる ●アルコール関連障害について説明できる ●家族の協力が必要であることを説明し納得させることができる ●断酒会・AAに家族共々参加するよう説明し納得させることができる

不安障害（パニック症候群）

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●共感的に病歴を聴取できる ●家族等関係者から情報を収集できる ●ラポールをとることができる ●不安・抑うつ症状を診察し記述できる ●救急患者の診察を体験する 	<ul style="list-style-type: none"> ●心理検査をオーダーし結果を解釈できる ●他の神経症性障害を鑑別診断できる ●身体疾患を除外できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗不安剤および他の向精神薬を処方しそれらの効果と副作用をチェックできる ●支持的精神療法（ブリーフサイコセラピーを含む）ができる ●環境（状況）の調整ができる ●パニック障害（発作）に対して対応できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●ストレス状態・ストレスサー、発症の仕組みについて説明できる ●治療契約を結び、治療の継続を説明し、納得させることができる

その他：小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、てんかん、摂食障害、精神遅滞、心理的発達の障害、刑事精神鑑定を要する精神障害、等の症例は、機会があれば診断・治療を経験する。

2. 経験が求められる疾患・病態(疾患・病態の選択指針)

認知症（血管性認知症を含む）

○ 望ましい症例

記憶、思考、見当識、理解、計算、判断、等の高次皮質機能障害が明らかに 6 ヶ月以上持続し、意識清明な症例を診断確定前から担当する

記憶、思考、見当識、理解、計算、判断、等の高次皮質機能障害が明らかに 6 ヶ月以上持続し、せん妄を呈する症例の治療方針確定前から担当する

入院治療が終了し、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症高齢者グループホーム、自宅、等への退院を検討する段階で担当する

卒中様発作の回復期に認知症症状を呈する段階から担当する

× 望ましくない症例

積極的な治療が行われていない症例

気分障害（うつ病、躁うつ病を含む）

○ 望ましい症例

自殺念慮・企図のあるうつ病の症例を、入院一ヶ月以内の段階から担当する

反復するエピソードを持つうつ病の症状増悪期から担当する

双極性感情障害（躁うつ病）の症例を、入院一ヶ月以内の段階から担当する

躁状態を呈する症例の診断確定前の段階から担当する

措置入院の症例を、入院一ヶ月以内の段階から担当する

躁状態またはうつ状態を呈する症例で、隔離拘束を必要とする状態の段階から担当する

× 望ましくない症例

うつ病エピソードが寛解した段階の症例

躁病エピソードが寛解した段階の症例

統合失調症

○ 望ましい症例

幻覚・妄想および著しい行動障害が一ヶ月以上持続する症例を急性期から担当する

措置入院の症例を、入院一ヶ月以内の段階から担当する

退院を控え、退院後の治療方針を決定する段階で担当する

分裂感情障害の症例を、診断確定の段階から担当する

× 望ましくない症例

院内寛解状態にある症例

身体表現性障害、ストレス関連障害

○ 望ましい症例

身体化障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する

心気障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
身体表現性自律神経機能不全を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
持続性身体表現性疼痛障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
急性ストレス反応を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
外傷後ストレス障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
適応障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
解離性障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
× 望ましくない症例
身体表現性障害、ストレス関連障害の症状が消褪してしまった段階

症状精神病

○ 望ましい症例
せん妄を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
産褥に関連した精神および行動の障害の症例を、症状が明らかな段階から担当する
ステロイドあるいはホルモン剤による精神障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
パーキンソン治療薬による精神障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
肝障害、内分泌疾患、全身感染症、等の身体疾患に伴う精神障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する
× 望ましくない症例
症状精神病の症状が消褪してしまった段階

アルコール依存症

○ 望ましい症例
身体的・社会的アルコール関連障害を呈する症例を、受診初期の段階から担当する
集団精神療法に参加し、または患者教育を行っている入院症例を、退院後の治療方針を決定する段階を含む時期から担当する
断酒会またはAAに積極的に参加している症例を担当する
急性の離脱症状を呈する症例を担当する
× 望ましくない症例
治療意欲のない症例
身体的アルコール関連障害の症状が消褪してしまった段階

不安障害（パニック症候群）

○ 望ましい症例
全般性不安障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する

恐怖性不安障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する

強迫性障害を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する

離人・現実感喪失症候群を呈する症例を、症状が明らかな段階から担当する

× 望ましくない症例

不安障害の症状が消褪してしまった段階

(関 健、保坂 隆、三木 哲郎、水木 泰、小島 卓也、朝田 隆)

都道府県別の研修施設数と受け入れ人数

病棟を中心とした精神科研修の準備状態

都道府県	専門研修プログラム A 大学病院数	専門研修プログラム B 公立病院数	専門研修プログラム C 民間精神病院数	学会研修施設 D 精神救急病棟数	学会研修施設 E 急性期治療病棟数	受入 研修医数
	受入数:36名/年	受入数:24名/年	受入数:24名/年	受入数:24名/年	受入数:12名/年	
北海道	3	1	1	4	13	408
青森県	1	0	1	0	4	108
岩手県	1	0	0	1	2	84
宮城県	2	1	0	0	4	144
秋田県	1	1	0	1	3	120
山形県	1	1	0	3	3	168
福島県	1	0	1	2	5	168
茨城県	1	1	0	0	4	108
栃木県	2	0	0	0	5	132
群馬県	1	1	1	1	5	168
埼玉県	3	1	3	3	3	312
千葉県	2	5	2	6	6	456
東京都	13	8	5	6	9	1032
神奈川県	5	2	1	3	16	516
山梨県	1	1	0	0	2	84
新潟県	1	0	1	2	2	132
富山県	1	0	1	0	0	60
石川県	2	1	1	0	2	144
福井県	1	1	0	1	0	84
長野県	1	3	0	2	3	192
岐阜県	1	0	0	2	4	132
静岡県	1	1	1	2	3	168
愛知県	4	0	0	6	13	444
三重県	1	0	0	1	5	120
滋賀県	1	0	0	0	5	96
京都府	2	1	0	1	5	180
大阪府	5	2	3	3	15	552
兵庫県	2	2	1	5	9	372
奈良県	1	1	1	1	3	144
和歌山県	1	1	0	0	3	96
鳥取県	1	0	1	0	1	72
島根県	1	2	0	0	3	120
岡山県	2	1	2	0	3	180
広島県	1	1	0	2	3	144
山口県	1	1	0	1	2	108
徳島県	1	1	0	1	3	120
香川県	1	0	0	0	4	84
愛媛県	1	0	1	1	5	144
高知県	1	0	0	1	3	96
福岡県	4	0	4	2	15	468
佐賀県	1	1	0	0	2	84
長崎県	1	0	0	0	5	96
熊本県	1	0	1	2	7	192
大分県	1	1	0	0	2	84
宮崎県	1	1	0	0	5	120
鹿児島県	1	1	0	0	7	144
沖縄県	1	2	1	2	8	252
全国	84	48	34	68	234	9,432