

精神神経科 卒後臨床研修プログラム（精神科（必修／選択））

I 研修プログラムの目的および特徴

国民の保健を考える上で、精神保健は必須である。平成22年度から自殺者数は減少傾向とはいえ、先進国では自殺率は最も高く、依然として大きな問題である。自殺者の多くは自殺の前に一般内科医などの医療機関を受診していたにも関わらず精神疾患が見逃されて自殺に至っている。また悪性腫瘍を始めとした重症疾患ではうつ病などの精神科疾患合併率は一般人口よりも高く、65歳以上で入院時または入院中にせん妄を来たす人は20-70%と報告されている。さらに児童精神科領域における基本的知識もすべての医師に必須であるが、精神科医師ですらその指導を受ける機会に乏しい。このように精神科以外を専門とする医師でも日常的に精神科的問題に直面し初期対応が要求されている。WHOでも、うつ病に伴う生活上の支障は世界的に増加し続けているとされ、国レベルでの対応を求めている。医師の習得すべき最低限の知識・技術・経験が安易に変わることはなく、標準的な臨床医またはそれ以上の臨床医となるには精神科研修を受けることが必須である。

この研修プログラムは、厚生労働省の研修要綱を参考に、「目の前の患者さんに最善の医療を提供し、将来はさらに良い医療が提供できるよう努力する」を理念とする千葉大学精神神経科・こどものこころ診療部が作成した独自のプログラムである。このプログラムを実践することによって、精神医学の臨床に必要な基礎的知識と技能を修得するだけでなく、将来精神科を標榜しない場合においても、全人的医療に必要な精神医学の素養を学ぶことが求められる。

研修は、当科とこどものこころ診療部の外来患者及び入院患者の診療を通じて行う。研修医は病棟において指導医の下、入院患者の主治医として診療に当たり、診断、治療、処遇について指導を受ける。更に回診、症例カンファレンス、臨床・研究ミーティングなどを通して指導を受けながら研修する。

II 研修プログラム責任者

プログラム総括責任者： 伊豫雅臣（教授）

III 研修指導医

研修担当責任者： 佐々木剛（講師、児童精神医学）

指導医： 伊豫雅臣（教授、精神医学総論）

新津富央（准教授、精神神経薬理）

佐々木剛（講師、児童精神医学）

小田靖典（講師、分子精神医学）

長谷川直（特任講師、リエゾン精神医学、緩和ケア）
木村敦史（診療講師、気分障害）
仲田祐介（診療講師、一般精神医学）
井手本啓太（助教、一般精神医学）
山崎史暁（助教、児童精神医学）
鈴木陽大（特任助教、一般精神医学）
岡田和樹（特任助教、一般精神医学）

IV 教育過程(選択コース)

1. 研修開始年度：令和5年
2. 研修期間：1ヵ月間以上
3. 研修内容と到達目標：

一般目標(GIO)

(1) 全人的医療に求められる能力として、特に患者の心理・社会的背景に注目し、これを把握、理解する能力と習慣を身につける。

(2) 一般的なプライマリケアに必要な基礎的知識と技能に加え、精神医学の臨床に必要な基礎的知識と技能を修得し、将来の自己研鑽の基礎を築く。

(3) 身体疾患に伴う精神医学的病態を把握し、適切な対応を選択できる。

(4) 精神科医として患者への倫理観と責任を身につける。

(5) 精神保健福祉法及び心神喪失者等医療観察法に関連する実務、適法な処遇や諸記録整備の必要性を理解し、正しく対処できる。

行動目標(SBOs)

A 経験すべき診察法・検査・手技

(1) 基本的な診察法

①外来新患の予診をとり、患者の心理・社会的背景を注意深く観察・聴取し、把握する訓練を行う。また、指導医の診察に陪席し、討論指導を通じて、治療方針を理解する訓練を行う。

②入院患者の診療を、指導医の指導のもとで能動的に行う。また、指導医の行う精神療法に陪席し、診断面接、治療的面接の初歩を行う。

③当直の副直を随時行い、精神科救急患者の診察を指導医の指導のもとに行う。

④病棟当番医とともにリエゾン精神医学の現場に出向き、身体科入院中患者の精神症状の悪化の予防や早期発見、対応を行い、対応するスタッフの教育を行う。

(2) 基本的な臨床検査

入院および外来において、精神神経疾患の鑑別の補助となる検査法(血液・尿検査、脳波検査、頭部CT検査、頭部MRI検査、脳脊髄液検査、心理検査など)についてその適応の可否を判断でき、指導医の下で、それらの検査所見を判読できる。

(3) 基本的手技

特に入院患者において、さまざまな身体手技の適応の可否を判断できる。

(4) 基本的治療法

①薬物療法

現在、精神科領域で用いられている向精神薬(特に非定型抗精神病薬や新規抗うつ薬など)の基本的な薬理学的知識を身に付け、実際の使用法について指導医の指導の下に行う。

②精神療法

入院、外来を問わず、指導医に陪席し、支持的精神療法、認知行動療法の基礎について指導を受ける。

③無けいれん電気療法

指導医に付き添い、手技・原理を学ぶ。

(5) 医療記録

症状・病態を適切な精神医学的用語で記載できるようになる。

B 経験すべき症状・病態・疾患

(1) 症状

精神疾患患者において多く認められる症状(不眠・不安・抑うつなど)について、重症度や心理・社会的背景を把握した上で、的確な指示を出し、かつ治療方針を立てることができる。

(2) 疾患・病態

以下の疾患を幅広く経験し、それらの診断・治療方針を理解できるようになる。

- ・ 統合失調症
- ・ 気分障害(うつ病、双極性感情障害など)
- ・ 認知症(アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症など)
- ・ 不安障害(強迫症、社交不安症、パニック症など)
- ・ 児童思春期に特異的な障害、問題(自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、知的能力障害、虐待、不登校など)
- ・ 身体症状症
- ・ 解離症
- ・ 摂食障害(神経性やせ症、神経性過食症など)
- ・ せん妄
- ・ パーソナリティ障害
- ・ 一般身体疾患に起因する精神疾患

4. その他

i) リエゾン・コンサルテーション：他科入院中の患者の診療は、その日の病棟医が担当しており、適宜陪席して学ぶことができる。

ii) 緩和ケアチーム：指導医の指導のもと、カンファレンスを見学することができる。

iii) 児童精神医学：こどものこころ診療部の外来予診、陪席を行い、カンファレンスに参加し、学ぶことができる。

V 週間スケジュールの一例

曜日	午前	午後
----	----	----

月曜日	外来、入院診療	入院診療、グループカンファレンス
火曜日	外来、入院診療	入院診療、児童精神カンファレンス
水曜日	外来、入院診療	入院診療
木曜日	外来、入院診療	入院診療
金曜日	教授回診、入院診療	病棟会、リエゾンカンファレンス、リサーチミーティング

*救急対応研修有（副直として休日1日、平日2-3日）

VI 評価方法

研修終了日までに以下のように評価が行われる。

1. 指導医による各到達目標に対する評価
2. 研修医本人による各到達目標に対する自己評価表
3. 精神医学教授による総合評価