

# 専門研修プログラム整備基準 2015.9.11機構承認済

研修プログラムを申請する研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した研修プログラムを作成してください。  
研修プログラムは日本専門医機構の中の「研修プログラム研修施設評価・認定部門 研修委員会」で審査され、基準に照らして認定されます。細かな解説が必要な事項については各専門研修プログラムの付属解説資料として別に用意して下さい。

項目番号 専門領域 **精神** 科

## ver4記載内容

### 1 理念と使命

#### ① 領域専門制度の理念

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 領域専門医の使命

患者の人権を尊重し、精神・身体・社会・倫理の各方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。

## 研修カリキュラム

### 2 専門研修の目標

#### ① 専門研修後の成果 (Outcome)

①患者や家族の苦悩を受け止める感性と共感する能力を有し、その問題点と病態を把握し、治療を含めた対策を立てることができる。②患者・家族をはじめ多くの職種の人々とのコミュニケーション能力を有し専門性を発揮し協働することができる。③根拠に基づき、適切で、説明のできる医療を行うことができる。④臨床場面における困難に対し、自主的・積極的な態度で解決にあたり、患者から学ぶという謙虚な姿勢を備えている。⑤高い倫理性を備えている。  
以上の能力を備えた精神科領域専門医になる。

#### ② 到達目標 (修得すべき知識・技能・態度など)

##### i 専門知識

専攻医は精神科領域専門医制度の研修手帳にしたがって専門知識を習得する。研修期間中に以下の領域の知識を広く学ぶ必要がある。1.患者及び家族との面接、2.疾患概念の病態の理解、3.診断と治療計画、4.補助検査法、5.薬物・身体療法、6.精神療法、7.心理社会的療法など、8.精神科救急、9.リエゾン・コンサルテーション精神医学、10.法と精神医学、11.災害精神医学、12.医の倫理、13.安全管理。  
各年次毎の到達目標は以下の通り。

##### 到達目標

1年目: 指導医と一緒に統合失調症、気分障害、器質性精神障害の患者等を受け持ち、面接の仕方、診断と治療計画、薬物療法及び精神療法の基本を学び、リエゾン・精神医学を経験する。とくに面接によって情報を抽出し診断に結びつけるとともに、良好な治療関係を構築し維持することを学ぶ。院内カンファレンスで発表する。

2年目: 指導医の指導を受けつつ、自立して、面接の仕方を深め、診断と治療計画の能力を充実させ、薬物療法の技法を向上させ、精神療法として認知行動療法と力動的な精神療法の基本的考え方と技法を学ぶ。精神科救急に従事して対応の仕方を学ぶ。神経症性障害および種々の依存症患者の診断・治療を経験する。院内のカンファレンスで発表し討論する。

3年目: 指導医から自立して診療できるようにする。認知行動療法や力動的な精神療法を上級者の指導の下に実践する。心理社会的療法、精神科リハビリテーション・地域精神医療等を学ぶ。児童・思春期精神障害およびパーソナリティ障害の診断・治療を経験する。外部の研究会などで症例発表する。

##### ii 専門技能 (診察、検査、診断、処置、手術など)

- 1) 患者及び家族との面接: 面接によって情報を抽出し診断に結びつけるとともに、良好な治療関係を維持する。
- 2) 診断と治療計画: 精神・身体症状を的確に把握して診断・鑑別診断し、適切な治療を選択するとともに、経過に応じて診断と治療を見直す。
- 3) 薬物療法: 向精神薬の効果・副作用・薬理作用を習得し、患者に対する適切な選択、副作用の把握と予防及び効果判定ができる。
- 4) 精神療法: 患者の心理を把握するとともに、治療者と患者の間に起る、心理的相互関係を理解し、適切な治療を行い、家族との協力関係を構築して家族の潜在能力を大事にできる。支持的な精神療法を施行でき、認知行動療法や力動的な精神療法を上級者の指導のもとに実践する。
- 5) 補助検査法: 病態や症状の把握及び評価のための各種検査を行うことができる。  
CT・MRI読影、脳波の判読、各種心理テスト、症状評価表など
- 6) 精神科救急: 精神運動興奮状態、急性中毒、離脱症候群等への対応と治療ができる。
- 7) 法と精神医学: 精神保健福祉法全般を理解し、行動制限事項について把握できる。
- 8) リエゾン・コンサルテーション精神医学: 他科の身体疾患をもつ患者の精神医学的診断・治療・ケアについて適切に対応できる。
- 9) 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: 患者の機能の回復、自立促進、健康な地域生活維持のための種々の心理社会的療法やリハビリテーションを実践できる。
- 10) 各種精神疾患について、必要に応じて指導医から助言を得ながら、主治医として診断・治療ができ、家族に説明することができる。  
統合失調症(10例以上)、気分障害(5例以上)、症状性を含む器質性精神障害・認知症など(てんかん、睡眠障害を含む)(4例以上)、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(摂食障害含む)(5例以上)、精神作用物質による精神及び行動の障害(2例以上)、児童・思春期の精神障害(2例以上)、パーソナリティ障害(2例以上)

\* 年次別に経験すべき専門技能及びその深さについては添付する(別紙参照下さい)

\* なお、各年度は別紙のように行うことを原則とするが、実際には各研修施設群において学習時期については現実的に対応することとする

### iii 学問的姿勢

6

1、自己研修とその態度 2、精神医療の基礎となる制度 3、チーム医療 4、情報開示に耐える医療について生涯にわたって学習し、自己研鑽に努める姿勢を涵養する。そのことを通じて、科学的思考、課題解決型学習、生涯学習、研究などの技能と態度を身につけその成果を社会に向けて発信できる。

### iv 医師としての倫理性、社会性など

7

- 1) 患者、家族のニーズを把握し、患者の人権に配慮した適切なインフォームドコンセントが行える。
- 2) 病識のない患者に対して、人権を守る適切な倫理的、法律的対応ができる。
- 3) 精神疾患に対するスティグマを払拭すべく社会的啓発活動を行う
- 4) 多職種で構成されるチーム医療を実践し、チームの一員としてあるいはチームリーダーとして行動できる。
- 5) 他科と連携を図り、他の医療従事者との適切な関係を構築できる。
- 6) 医師としての責務を自立的に果たし信頼される。
- 7) 診療記録の適切な記載ができる。
- 8) 患者中心の医療を実践し、医の倫理・医療安全に貢献する。
- 9) 臨床現場から学ぶ技能と態度を習得する。
- 10) 学会活動・論文執筆を行い、医療の発展に寄与する。
- 11) 後進の教育・指導を行う。
- 12) 医療法規・制度を理解する。

## ③ 経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)

### i 経験すべき疾患・病態

8

精神科専門医の取り扱う疾患は、

- 1) 統合失調症 (F2)
- 2) 気分障害 (F3)
- 3) 精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1)
- 4) 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
- 5) 児童・思春期精神障害 (F4, F7, F8, F9 (F50))
- 6) 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4(F50))
- 7) 成人のパーソナリティと行動の障害 (F6)
- 8) その他

と多岐にわたる。

研修カリキュラム(P73~P75)の症例経験基準に則って病態・治療について熟知しておかなければならない。

※ 研修カリキュラム P73~P75参照

### ii 経験すべき診察・検査等

9

8に述べた領域の疾患について、診察、検査、管理経験を基準症例以上経験し、関連する生化学、生理学、心理学、解剖学、遺伝学や画像診断についても学び、専門家として最低限の診療技術や知識を習得する。

※ 研修カリキュラム P73~P75参照

### iii 経験すべき手術・処置等

10

薬物療法、精神療法、心理社会療法、身体療法等について学び、下記のそれぞれの治療場面、診療形態に応じて、最適な治療方法を選択する。

I.: 治療場面としては

- 1) 精神科救急の症例
- 2) 行動制限の症例
- 3) 地域医療の症例
- 4) 合併症、コンサルテーション・リエゾンの症例

II.: 診療形態としては

- 1) 任意入院治療の症例
  - 2) 非自発的入院治療の症例
- (医療保護入院、措置入院や応急入院等)については指導医の指導のもと、関係法規の運用を理解する)

※ 研修カリキュラム P73~P75参照

### iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

11

病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療、地域医療などでの医療システムや福祉システムを理解する。

具体的には、基礎疾患により通院困難な場合の往診医療、精神保健福祉センター及び保健所等関係機関との協働や連携パスなどを学び、経験する。

また、社会復帰関連施設、地域活動支援センター等の活動について実情とその役割について学び、経験する。

### v 学術活動

12

- 1) 日本精神神経学会学術集会に参加し、基本的な知識・技能を学ぶ
- 2) 症例カンファレンスや抄読会、勉強会に参加し、討論に参加する
- 3) 精神科領域において筆頭者として臨床研究の学会発表を1回以上行うこと。
- 4) 論文発表ならびに臨床研究への参画等をすることが望ましい。

3	<b>専門研修の方法</b> <b>① 臨床現場での学習</b> 臨床現場で以下のことを学習する。 1) 入院・外来などの治療場において診療の経験を積み、自律して診療に当たることができるようになる。 2) 自らの症例を提示して、カンファレンスなどを通して病態と診断過程を理解し、治療計画作成の理論を学ぶ。 3) 抄読会や勉強会を実施し、インターネットによる情報検索の方法を会得する。  以上の学習を効果的に行うために月間スケジュール・週間スケジュールなどを作り、設備などの充実を図る。プログラムの例は別紙参照下さい。
13	<b>② 臨床現場を離れた学習(各専門医制度において学ぶべき事項)</b> 日本精神神経学会や関連学会の学術集会や各種研修会、セミナー等に参加して国内外の標準的治療、先進的治療、教育上重要な事項、医療安全、感染管理、医療倫理などについて学習する機会をもうける。
14	<b>③ 自己学習(学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示)</b> 研修カリキュラムに示されている項目を日本精神神経学会やその関連学会等で作成している研修ガイド、e-learning、精神科領域研修委員会が指定したDVD・ビデオなどを活用して、より広く、より深い知識や技能について研鑽する。 患者に向き合うことによって、精神科医としての態度や技能を自ら学習する姿勢を養い、生涯にわたって学習する習慣を身につける。 その成果を面接試験で確認する。
15	<b>④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス</b> 以下の到達目標に従って研修する。  <b>到達目標</b> <b>1年目:</b> 指導医と一緒に統合失調症、気分障害、器質性精神障害の患者等を受け持ち、面接の仕方、診断と治療計画、薬物療法及び精神療法の基本を学び、リエゾン精神医学を経験する。とくに面接によって情報を抽出し診断に結びつけるとともに、良好な治療関係を構築し維持することを学ぶ。院内カンファレンスで発表する。  <b>2年目:</b> 指導医の指導を受けつつ、自立して、面接の仕方を深め、診断と治療計画の能力を充実させ、薬物療法の技法を向上させ、精神療法として認知行動療法と力動的療法の基本的考え方と技法を学ぶ。精神科救急に従事して対応の仕方を学ぶ。神経症性障害および種々の依存症患者の診断・治療を経験する。院内のカンファレンスで発表し討論する。  <b>3年目:</b> 指導医から自立して診療できるようにする。診断と治療計画及び薬物療法の診療能力をさらに充実させるとともに、認知行動療法や力動的療法の精神療法を上級者の指導の下に実践する。慢性統合失調症患者等を対象とした心理社会的療法、精神科リハビリテーション・地域精神医療等を学ぶ。児童・思春期精神障害およびパーソナリティ障害の診断・治療を経験する。外部の研究会などで症例発表する。  *なお、各年度は以上のように行うことを原則とするが、実際には各研修施設群において学習時期については現実的に対応することとする
16	<b>4 専門研修の評価</b>
17	<b>① 形成的評価</b> <b>1) フィードバックの方法とシステム</b> ・1年に1回年度末に、カリキュラムに基づいたプログラムの進行状況について、指導責任者が専攻医および指導医と確認し、その後の研修方法を定め、研修プログラム委員会に提出する。 ・当該研修施設の指導医と専攻医がその研修施設での研修終了時に、研修目標の達成度を評価し、フィードバックする。 但し、1つの研修施設での研修が1年以上継続する場合には、少なくとも1年に1度以上は評価し、フィードバックすることとする。 なお、研修記録簿上に記録を残すフィードバックは上記のように頻度を定めるが、指導医は、常時専攻医の育成を心がける姿勢、また、専攻医の要請に応じて指導を随時行う姿勢を持ち、専攻医の指導に臨む必要がある。 ・1年後(年度末)に1年間のプログラムの進行状況並びに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。またその結果をプログラム統括責任者に提出する。 ・その際の専攻医の研修実績および評価には研修記録簿/システムを用いる。
18	<b>2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)</b> 指導医並びにプログラム統括責任者は日本精神神経学会が開催する専門医指導医講習会を受講して、フィードバック方法を学習し、各研修プログラムの内容に反映させる。なお、専門医指導医講習会等を受講した場合には受講証明書を提出する。
19	<b>② 総括的評価</b> <b>1) 評価項目・基準と時期</b> 研修基幹施設のプログラム統括責任者は、最終研修年度の研修を終えた時点で研修期間中の研修科目達成度と経験症例数を評価し、それまでの形成的評価を参考として、専門的知識、専門的技能、医師としての備えるべき態度を習得しているかどうか並びに医師としての適性があるかどうかを判定する。
20	<b>2) 評価の責任者</b> 当該研修施設での最終的な研修評価については指導責任者が行う。また、研修機関全体を総括しての評価はプログラム統括責任者が行う。

### 3) 修了判定のプロセス

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、知識、技能、態度それぞれについて評価を行い、総合的に修了を判定する。知識、技能、態度の中に不可の項目がある場合は修了とみなされない。

21

### 4) 多職種評価

当該研修施設の指導責任者は専攻医の知識、技術、態度のそれぞれについて、メディカルスタッフの意見を聞き、年次毎の評価に含める。具体的には各施設の看護師、精神保健福祉士、心理士などが、6ヶ月毎に専攻医の態度やコミュニケーション能力について評価し、その結果を勘案してプログラム統括責任者がフィードバックを行う。評価方法は以下に示すように5段階評価とする。総括的評価もその結果に基づいて、プログラム管理委員会が行う。

(評価方法)

患者に対する態度と面接技術:0・1・2・3・4

家族に対する態度とコミュニケーション:0・1・2・3・4

メディカルスタッフに対する態度とコミュニケーション:0・1・2・3・4

診療に対する積極的姿勢:0・1・2・3・4

真摯に自己研鑽を行う態度:0・1・2・3・4

22

## 研修プログラム

### 5 専門研修施設とプログラムの認定基準

#### ① 専門研修基幹施設の認定基準

精神科研修基幹施設は以下の条件を満たすこと

- 1) プログラム統括責任者1名と専門研修指導医3名以上が配置されていること、ただし、プログラム統括責任者と専門研修指導医の兼務は可とする。
- 2) 専門研修プログラムの企画、立案、実行を行い、専攻医の指導に責任を負えること。
- 3) 研修連携施設を指導し、研修プログラムに従った研修を行なうこと。
- 4) 臨床研究・基礎研究を実施し、かつ公表した実績が一定数以上あること。
- 5) 施設として医療安全管理、医療倫理管理、労務管理をおこなう部門を持っていること。
- 6) 施設実地調査(サイトビジット)ならびに研修内容に関する監査・調査・評価を受ける体制にあること

23

#### ② 専門研修連携施設の認定基準

専門研修連携施設は次の要件を満たすものとする。

- 1) 精神科専門研修プログラムの一端を担い、専攻医が研修できる明確な専門性あるいは地域性があること
- 2) 症例数、診療実績、指導環境、教育資源などが、専門研修連携施設として役割を果たすにふさわしいものとして、精神科領域研修委員会が承認すること。
- 3) 各連携施設は、施設の特徴ならびに指導医の専門性を明示し、どのような研修にふさわしいかを具体的に示すこと。

24

#### ③ 専門研修施設群の構成要件

専門研修施設群は次の要件を満たすものとする

- 1) 研修基幹施設と研修連携施設で構成した施設群で、精神科専門研修プログラムを効率よく、質の高い研修ができること
- 2) 研修基幹施設と研修連携施設はそれぞれの診療内容、診療体制、施設の特徴を明示し、施設群を構成するにふさわしいことを明らかにすること、その際、地域性がどのように配慮されているかを明示すること。
- 3) 専門研修指導医がそれぞれの施設の特徴にふさわしい数と専門性を保持していること
- 4) それぞれの研修施設に専攻医の研修状況を把握し、適切な研修が行われているかどうかを評価し、指導できる委員会などの組織をおき、きめ細かい運用ができること。
- 5) 研修基幹施設および研修連携施設に委員会組織を置き、専攻医に関する情報を少なくとも6か月に1度共有するシステムがあること
- 6) 施設群として、10名の専攻医を受け入れる場合、1年間あたり以下の症例数を満たすこと。その結果31番の要件が満たされる。
  - ① 統合失調症:200例以上
  - ② 気分(感情)障害:100例以上
  - ③ 精神作用物質による精神及び行動の障害:20例以上
  - ④ 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):20例以上
  - ⑤ 児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい):20例以上
  - ⑥ 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):100例以上
  - ⑦ 成人のパーソナリティと行動の障害:20例以上

25

④ 専門研修施設群の地理的範囲

基準を満たしていれば、地理的範囲は問わないが、プログラム内で共通の教育ができるよう、原則として、専門研修基幹施設と専門研修連携施設が専攻医に関する情報交換や専攻医のスムーズな連携が出来る範囲とする。

- 1) 基本的には近接した都道府県を基準とし、他県にまたがる時は円滑な連携に支障の無い範囲とする。
- 2) 地域医療に配慮し、都市圏に偏在することなく、地域医療を支えている施設も専門研修連携施設に含める。
- 3) 精神科領域においては、精神疾患についても急性期、亜急性期ならびに慢性期の病態を経験すること、地域医療の現場を経験すること、ならびに司法関係、教育関係、福祉関係、地域の特徴ある施設などの研修が求められる。したがって地域ごとの専門研修施設群を構成する際にこれらのことを考慮する。

26

⑤ 専攻医受入数についての基準（診療実績、指導医数等による）

専攻医受け入れ人数は専門研修指導医数、診療実績を基にして決定する。すなわち、

- 1) 専攻医受入数は、専門研修指導医の数、専門研修基幹施設や専門研修連携施設の症例数、専攻医が経験すべき症例の種類と数が十分に確保されていることが必要である。
- 2) したがって、専門研修基幹施設や専門研修連携施設の症例数、専攻医の経験すべき症例の種類と数、などを勘案して、専攻医受け入れ人数を算定する。
- 3) 具体的には、精神科専門医制度では、少なくとも1施設群は3研修施設以上から構成されることが望ましく、また指導医1名に対して専攻医3名以下にすることが望ましい。1施設群には、受け入れ人数にふさわしい指導医、管理体制などが求められることになる。
- 4) 1施設群で年間10名を超える専攻医を受け入れようとするときは、あらかじめ精神科領域研修委員会に申請して、それだけの専攻医を受け入れるにふさわしい施設群であることの認定を受けることとする。
- 5) 精神科領域専攻医は年間500名、施設群としては、200施設群を想定している。

27

⑥ 地域医療・地域連携への対応

研修施設群の中には地域の中核を担う精神科病院や精神医療関連施設並びに地域の病院・診療所などを含むことが望ましく、指導医が存在しない地域の病院・診療所であっても、初期対応としての疾病の診断を行い、また責任をもって自立した医師として行動することを学ぶ。

研修施設群の中の地域中核病院において外来診療、夜間当直、救急対応などを通して地域医療の実情と求められている医療について学ぶ。

地域の訪問医療や、社会復帰関連施設、地域活動支援センターなどの活動について実情とその役割について学ぶ。

精神保健の観点から疾病予防や地域精神医療が持つべき役割について学ぶ。

関連する法律、制度について学習し、関連病院等において関連法規による入院や通院医療の実際について学習する。

中山間部、島嶼部の地域の病院・診療所など指導医の存在しないところにおいても、専門医が常勤する1施設に限って3か月を限度として施設群に参加することができるものとする。

28

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

研修プログラムで研修する専攻医を集めての講演会やhands-on-seminar(専門家による実践指導会)などを開催し、教育内容の共通化をはかる。

研修基幹施設と連携施設で定期的に連携会議を開催して指導医の質について標準化し指導内容の質を維持する。

指導医の数が少ない、あるいは専門医のみの施設での研修においては、必要に応じ専門研修基幹施設から、専門研修指導医を派遣したり、テレビ会議等を利用して質を落とさないような対応を行う。

29

⑧ 研究に関する考え方

最先端の医学・医療を理解するとともに、科学的思考法を体得することは、医師としての幅を広げるために大切である。研修期間中に、臨床医学研究、社会医学研究、あるいは基礎医学研究に携わり、これらを発表し論文として報告するといった能力を養う。専攻医に対し、研修期間中に学会発表(第1演者としての発表を1回以上)を行うことを義務づける。また、論文を執筆することも望ましい。大学院での研究も可能であり、その際の研修年限は、プログラムの達成度による。

30

⑨ 診療実績基準(基幹施設と連携施設) [症例数・疾患・検査/処置・手術など]

精神科専門医研修施設としては、23、24、25番で述べたごとく施設群としての要件を明示する。  
研修施設群としては、具体的には1年間あたり施設群として以下のような症例数を満たしていることが必要である。

**【専攻医を10名程度受け入れる場合】**

- ①統合失調症:200例以上
- ②気分(感情)障害:100例以上
- ③精神作用物質による精神及び行動の障害:20例以上
- ④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):20例以上
- ⑤児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい):20例以上
- ⑥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):100例以上
- ⑦成人のパーソナリティと行動の障害:20例以上

なお、上記の症例数とともに、全体を通して、救急症例、行動制限の症例、地域医療に関係した症例および合併症、コンサルテーションリエゾンの症例が、施設群として、各20例以上あること。さらにまた、治療形態として、入院治療症例100例、非自発的入院治療症例60例以上、外来治療症例80例以上であること。

**【専攻医を5名程度受け入れる場合】**

- ①統合失調症:100例以上
- ②気分(感情)障害:50例以上
- ③精神作用物質による精神及び行動の障害:10例以上
- ④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):10例以上
- ⑤児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい):10例以上
- ⑥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):50例以上
- ⑦成人のパーソナリティと行動の障害:10例以上

なお、上記の症例数とともに、全体を通して、救急症例、行動制限の症例、地域医療に関係した症例および合併症、コンサルテーションリエゾンの症例が、施設群として、各10例以上あること。

さらにまた、治療形態として、入院治療症例50例、非自発的入院治療症例30例以上、外来治療症例40例以上であること。

**【専攻医を3名程度受け入れる場合】**

- ①統合失調症:60例以上
- ②気分(感情)障害:30例以上
- ③精神作用物質による精神及び行動の障害:6例以上
- ④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):6例以上
- ⑤児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい):6例以上
- ⑥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):30例以上
- ⑦成人のパーソナリティと行動の障害:6例以上

なお、上記の症例数とともに、全体を通して、救急症例、行動制限の症例、地域医療に関係した症例および合併症、コンサルテーションリエゾンの症例が、施設群として、各6例以上あること。

さらにまた、治療形態として、入院治療症例30例、非自発的入院治療症例18例以上、外来治療症例24例以上であること。

なお、実績については毎年度評価を行う。

⑩ Subspecialty領域との連続性について

サブスペシャリティ領域は基本的には、精神科領域研修を受け、精神科専門医となった者がその上に立って、より高度の専門性を獲得することを考えている。詳細については今後検討する。

⑪ 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件…

- ・専門研修期間中に、出産、育児、疾病、留学などの特別な事情により研修が休止した場合、その期間に履修出来なかった研修を別途研修する。その際、研修プログラムに基づく研修に欠落が生じた場合には、研修期間を延長することもありえる。
- ・原則として他のプログラムへの移動は認められないが、特別な事情が生じた場合は研修委員会に申し出る。
- ・最終的には精神科領域研修委員会が基準を作成の上、個々の事例について検討し、判定する。

31

32

33

6 専門研修プログラムを支える体制

① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

- 1) 研修基幹施設に研修プログラムと専攻医を統括的に管理する専門研修プログラム管理委員会を置く。
- 2) 専門研修基幹施設のプログラム毎に、研修統括プログラム責任者を置く。
- 3) 研修プログラム管理委員会は研修プログラム統括責任者、専門研修指導医、連携施設担当者、研修に関連する他職種(看護師、精神保健福祉士など)で構成され専攻医および研修プログラム全般の管理と研修プログラムの継続的改良を行う。
- 4) 研修基幹施設と各研修連携施設の各々において、指導医と施設責任者、多職種などの協力により定期的に専攻医の評価を行い、また専攻医による指導医・指導体制に対する評価も行う。これらの双方向の評価を専門研修プログラム管理委員会で検討しプログラムの改善を行う。

34

② 基幹施設の役割

研修基幹施設は各研修連携施設と連携し専門研修プログラムが円滑に実施されるよう管理し、プログラムに参加する専攻医及び専門研修連携施設を統括する。研修基幹施設は専攻医の健康管理を含め研修環境を整備し研修を管理し、最終的に研修修了認定を行う。研修基幹施設は各専門研修施設が研修のどの領域を担当するかをプログラムに明示する。

35

36	<p>③ 専門研修指導医の基準          専門研修指導医は、日本精神神経学会が認定する学会指導医資格の保持者とする。          なお、日本精神神経学会が認定する指導医の要件は下記となる。          1) 専門医の資格を持ち、更新を1回以上行なっている。          2) これまでに、精神保健福祉に関わる教育指導(医学生、精神科医(指定医研修、専門医研修)を行ったことがある。          3) これまでの5年間に、日本精神神経学会の指導医講習会を1回以上受講したこと。          4) これまでに、教育指導・評価について学習したこと。          5) これまでに、臨床論文・教育に関する論文を1編以上あるいは学会(関連する学会を含む)発表を1回以上していること。          ※ 日本精神神経学会は、2016年より学会指導医資格を認定開始予定である。          なお、過渡的措置として、現在本学会が委嘱している精神科専門医制度指導医については、学会指導医資格を付与することとする。          ただし、5年後の更新時に1)~4)の要件を満たしていない者がいた場合には、資格は更新できない。</p>
37	<p>④ プログラム管理委員会の役割と権限          研修基幹施設に研修プログラムと専攻医を統括的に管理する研修プログラム管理委員会を置く。研修プログラム管理委員会は、研修プログラム統括責任者、研修プログラム連携施設担当者、指導医、多職種などで構成され、専攻医および研修プログラム全般の管理と研修プログラムの継続的改良を行う。研修プログラム委員会では、専門研修プログラムの作成や、プログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行う。また各専攻医の統括的な管理(専攻医の採用や中断、研修計画や研修進行の管理、研修環境の整備など)や評価を行う。          研修プログラム管理委員会では、専攻医および指導医から提出された評価報告書に基づき専攻医および指導医に対して助言を行う。基幹施設責任者は研修プログラム管理委員会における評価に基づいて修了の判定を行う。</p>
38	<p>⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限          専門研修指導医であり、精神科臨床経験(10年以上)、教育経験(2年以上)並びに研修プログラム管理能力を備えた医師であること。日本精神神経学会が指定するプログラム運営に関する講習を修了していること。          プログラム統括責任者は、研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・修了判定につき最終責任を負う。          プログラム統括責任者は、研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻医の最終的な研修修了判定を行う。          担当する専攻医数は総計20名以内とし、それを超える場合は副プログラム責任者を置く。</p>
39	<p>⑥ 連携施設での委員会組織          連携施設での委員会組織は研修プログラム連携施設担当者と専門研修指導医および専攻医で組織され、専攻医の研修状況を把握し、円滑に研修が行われているか、改善すべきところがないか、身体的・精神的健康が維持されているかなどを話し合い、問題があれば改善していく。専攻医の評価および指導医の評価についても話し合う場を設ける。また、その結果については年度毎に精神科領域研修委員会にその結果を報告することとする。</p>
40	<p>⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件          ・研修施設の責任者は専攻医のために適切な労働環境の整備に努める。          ・研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮する。          ・その際、原則的に以下の項目について考慮する。          1) 勤務時間は週40時間を基本とし、時間外勤務は月に80時間を超えない。          2) 過重な勤務にならないように適切な休日を保証する。          3) 当直業務と時間外診療業務は区別し、それぞれに対応した適切な対価が支給される。          4) 当直あるいは夜間時間外診療は区別し、夜間診療業務に対して適切なバックアップ体制を整える。          5) 各研修施設の待遇等は研修に支障がないように配慮する。</p>
41	<p>7 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備          ① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム          専攻医の研修実績と評価を記録し保管するシステムは精神科専門研修委員会の研修記録簿(エクセル形式 * 資料添付)を用いる。専門研修プログラムに登録されている専攻医の症例蓄積および技能習得は定期的に開催される専門研修プログラム管理委員会で更新蓄積される。精神科領域研修委員会ではすべての専門研修プログラム登録者の研修実績と評価を蓄積する。将来的にはオンライン登録に移行予定である。</p>
42	<p>② 医師としての適性の評価          上記①の研修記録簿の基本姿勢・態度の10項目を記載し、「観察評価」の蓄積を行う。          医師としての適性の評価は社会が求めており、専門医制度の自律性維持のためには不可欠である。そのためには臨床研修指導医とともに医療スタッフによる評価も加える。          原則として毎月評価し、問題がある場合には研修施設の指導責任者からプログラム統括責任者に報告する。</p>
43	<p>③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備          別紙「専攻医専門研修マニュアル、精神科専門研修指導医マニュアル、研修記録簿」を参照ください。          研修施設における指導医、医療スタッフによる評価を研修施設管理者が確認し、プログラム委員会で認定する。</p>
44	<p>◎専攻医研修マニュアル          別紙「専攻医専門研修マニュアル」を参照ください。</p>
45	<p>◎指導者マニュアル          別紙「精神科専門研修指導医マニュアル」を参照ください。</p>

### ◎専攻医研修実績記録フォーマット

別紙「研修記録簿」参照。  
将来的にはオンライン登録に移行予定である。

46

### ◎指導医による指導とフィードバックの記録

専攻医に対する指導内容は、統一された専門研修記録簿に時系列で記載して、専攻医と情報を共有するとともに、プログラム統括責任者およびプログラム管理委員会で定期的に評価し、改善を行う。

- 1) 専門研修指導医は専攻医を各研修施設の研修修了時に評価する。  
但し、1つの研修施設での研修が1年以上継続する場合には、少なくとも1年に1度は評価する。
- 2) 指導責任者、プログラム統括責任者は1年に1回、専門研修指導医の評価内容について確認を行う。

47

### ◎指導者研修計画(FD)の実施記録

専門研修指導医は、日本精神神経学会あるいは、日本専門医機構の実施する、コーチング、フィードバック技法、振り返りの促しなどの技法を中心とした研修を受け、その記録を専門研修指導医更新の際に書類として提出できるように管理する必要がある。

また初期研修における「医師の臨床研修に係る指導医講習会」の修了の記録や大学など他の組織が実施するFDへの参加の記録を保存する必要がある。論文・学会などでの一定の実績についてもあわせて専門研修指導医として、精神科領域研修委員会の実施するサイトビジットの際に提示できるよう、研修基幹施設のプログラム統括管理責任者に報告するとともにその記録を管理し、専門研修指導医更新の際に精神科領域研修委員会を通して日本専門医機構に届け出ることができるように保管する。必要に応じて日本精神神経学会が記録を管理する。  
受講者は受講証明書を指導医に提出し、指導医はそれを保管する。

48

## 8 専門研修プログラムの評価と改善

### ① 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

専攻医は定期的に研修施設の指導医と研修状況を確認することが義務付けられているが、その際に、研修環境や研修達成状況について意見交換し、指導医は専攻医の意見を聞かなくてはならない。また、専攻医の健康状態や研修にあたっての専攻医の環境についても配慮すること。さらにまた、専門研修基幹施設のプログラム統括責任者は1年ごとに専攻医と面接を行い、その際に、専攻医の研修プログラムならびに指導医に対する評価を得ること。さらに専攻医は評価表を専門研修管理委員会に直接提出すること。なお、専攻医の指導医に対する評価が専攻医の不利とならないよう、精神科領域プログラム統括責任者は配慮すること。

49

### ② 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

専攻医による評価に対し、基本的には個々の専門研修プログラム管理委員会の研修委員会に改善・手直しをするが、研修施設群全体の問題の場合は施設群の研修委員会に検討し、対応するものとする。また、評価の内容が領域の研修全体に関わる場合には、領域の研修委員会に報告され、同委員会に審議され、その結果によっては勧告、指導、あるいは施設の取り消しもおこなうものとする。その結果、精神科領域の研修システムが日々改善され、さらに良いものになることを目指す。専門研修プログラムに対する専攻医からの評価に対し、専門研修プログラム管理委員会のフィードバックが不適切である場合、専攻医は精神科領域研修委員会に報告を行い、精神科領域全体として対応する。

50

### ③ 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

研修プログラムは常に外部からの評価により改善されなければならない。そのためには各施設の専門研修プログラム管理委員会の下におかれた評価委員会には医師のみではなく、多職種の者も参加することとし、時には第三者の参加も求めることができる。また、研修施設は日本専門医機構によるサイトビジットを受けることや調査に応じることが義務である。サイトビジットに対応するのは、統括管理者、専門研修指導医の一部、専攻医すべてである。そこでは専門研修プログラムに合致しているか、専門研修プログラム申請書の内容に合致しているかが審査される。

51

## 9 専攻医の採用と修了

### ① 採用方法

精神科領域専門医制度では、専攻医であるための要件として、①日本国の医師免許を有すること、②初期研修を修了していること、としている。この条件を満たすものにつきそれぞれの研修施設群で、専攻医として受け入れるかどうかを審議し、認定する。その上で、精神科領域研修委員会に申請し、認められたものを日本専門医機構に申請したうえで、承認された場合、採用とする。  
なお、採用の方法は、一次審査として、書類審査を行い、合格者に対して面接試験を行う。原則として、採用のための審査は採用年度の前年度の8月以降に実施し、最終決定は前年度の3月末までとする。

52

### ② 修了要件

日本専門医機構が認定した研修施設で、指導医の下に、研修ガイドラインに則って3年以上の精神科臨床研修を行い、研修の結果どのようなことができるようになったかを専攻医と指導医が評価するチェックリストによる評価と、症例報告の提出を求め、プログラム統括責任者により受験資格が認められたことをもって修了したものとする。その際の修了判定基準は到達目標の達成ができているかどうかを評価することである。

53

## 10 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

これまでの精神科専門医制度と、新たな日本専門医機構の下における専門医制度との大きな違いは、研修施設群を作るという点であろう。したがって、専門研修基幹施設と同連携施設による研修施設群を地域医療も視野に入れてどのように作るかが大きな課題であり、困難である。円滑に研修施設群の形成に辿りつくためには、最初は研修施設群の数をあまり制限せずに試行的に連携できる施設ごとに研修施設群を作ることから始めるのが良いと考える。

54