

専門研修プログラム名	ひぜん（肥前精神医療センター）精神科	専門研修プログラム
基幹施設名	国立病院機構肥前精神医療センター	
プログラム統括責任者	上野 雄文	
専門研修プログラムの概要	<p>本プログラムは、主に基幹施設である肥前精神医療センター（「ひぜん」）で行われる。「ひぜん」は、病床数504床の精神科単科の公的医療機関で、精神科救急病棟、児童思春期病棟、認知症病棟、医療観察法病棟、アルコール・薬物依存症をはじめとする嗜癪関連病棟といった専門病棟がある。基本コンセプトの一つに「優れた臨床精神科医の育成」を掲げ、4半世紀にわたり精神科研修に力を入れ、過去10年間で98人の後期研修医を輩出してきた、わが国でも有数の精神科臨床の「専門教育病院」である。専攻医は全国から集まり、当院での研修を終えた医師が全国で活躍している。「ひぜん」では、精神科研修を病院一丸となって推し進め、毎月の卒後臨床研修委員会にて、後期研修のあり方、問題点を話し合い、各専攻医の状況把握を行い、日々改善している。こうした実績が認められ、平成22年には地上3階建ての「医師養成研修センター」が設立された。基幹施設での研修を中心に、リエゾン研修を総合病院や大学病院で行い、他地域での地域精神医療などを行うことができる。「ひぜん」では、乳幼児、児童思春期、成人、老壮年期すべての年代にわたる精神科臨床を対象としている。指導医数も多く、一般臨床は無論のこと、他施設では経験が難しい臨床経験（精神科救急、児童・思春期精神医学、アルコール・薬物依存症をはじめとする嗜癪、司法精神医学、精神鑑定の助手、DPAT研修、CVPPP研修）も積むことができる。また、当院は地域性から北部九州の出身者が多いものの、全国から医師が集まっている（過去10年間で31の出身大学、98名）。専攻医は、病院内で研修を通じて切磋琢磨し、診療後は鳥栖、久留米、福岡、佐賀などで行われる飲み会、食事会で親睦を深めている。重症な患者さんを担当して参ってしまいそうな時もあるが、その時救いとなるのは同期や仲間の存在である。そして、「ひぜん」の研修を通して仲間となり、研修後それぞれの道に進んだ後も、ひぜんメーリングリスト（ひぜんだよりの配信、最新情報の提供）を通じて交流したり、学会・出張の際に定期的に会って昔話を楽しんだり情報交換するといったことが可能である。</p>	
専門研修はどのようにおこなわれるのか	<p>基幹施設では、症例数が豊富にあり、専門医取得に必要な症例、精神保健指定医取得に必要な症例が「ひぜん」だけで揃う。デイナイトケア、訪問看護を行っており、地域精神科医療の症例も集められる。リエゾン研修は、佐賀県医療センター好生館にて行える。同時に、症例を経験することだけに焦点が当たるのではなく、患者さんに寄り添う姿勢を大事にしたいと考えている。精神科では長い目でみる視点が大変重要であり、また患者さんのストレンスを大事にして寄り添うことの大切さは、長く寄り添わなければわからないものである。そういう意味で、「ひぜん」を中心にした研修では、半年や1年で研修施設を移りながら行うプログラムでは得られないものを得ることができる。また、専攻医の皆さんは、専門医の資格を得るために同じ目標をもって研修を行うが、専門医取得後の進路も様々であるし、そもそも専攻医の皆さん一人ひとりが色々な強みや弱点を持っている。従って、年度初めに話し合い、標準的なプログラムをベースに年度ごとの重点課題や目標を個別に決め、それぞれに応じた研修のベース配分を話し合い実施する。そして、「ひぜん」では、電子カルテの作りこみにおいても、専門医研修を強く意識した。電子カルテの項目を入力するだけで、臨床において重要な視点や忘れがちな視点を意識できるように作られている。電子カルテの導入により、指導医をはじめ他の医師の診療の様子、あるいは多職種連携の患者さんへの関わりを瞬時に見ることができ、指導医のような大型（東京ドーム6個分の敷地面積）医療機関においては大きなメリットである。また、逆に電子カルテ上で専攻医の治療のようすを指導医に見てもらえることができる。ほどよい緊張感はあるだろうが、診療の質をあげるためには必須要素である。最後に本プログラムは専門医を目指す皆さん全員が専門医として活躍できるように、指導医全員が研修医ひとりひとりに寄り添いながら、本プログラムで研修できたことを誇りに思えるプログラムとなるように実践していきたいと考えている。各専攻医の将来の目標に応じて、研修内容・期間などをオーダーメイドできる。</p>	
専攻医の到達目標	<p>修得すべき知識・技能・態度など</p>	<p>1年目は、まず面接の基本を指導医から学び、患者さんの苦悩に共感し寄り添う姿勢を身につける。病気の症状や問題点を把握し精神医学用語を用いて記述する力をつける一方、患者さんの健康的な側面、ストレンスの把握に努める。多職種と協働する姿勢も学ぶ。入院患者を中心に受け持ち、主治医として統合失調症、気分障害の患者さんを積極的に受け持ち、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ぶ。行動制限の手続きなど、基本的な法律の知識も学習する。mECTを行う患者さんを担当し、適応、手技などを習得する。当直は指導医とともに月2-3回行い、救急対応、法律の知識、医療安全などを学ぶ。デイケア、集団で行う心理プログラムを見学し学ぶ。退院前訪問看護や訪問看護に同行し、患者さんの自宅での様子や地域との関わりについても学ぶ。地域の保健師などとの患者さんについてのケア会議などに、指導医とともに参加する。佐賀県医療センター好生館などにおいて、リエゾン症例を経験する。他の地域での精神科医療を経験したい者は、広島県の賀茂精神医療センター、新潟県のさいがた医療センター、沖縄県の琉球病院、北九州市の八幡厚生病院での研修も可能である。2年目のテーマは、「幅を広げる」である。準ローテーションとして、認知症、児童・思春期精神医学、アルコール・薬物依存症をはじめとする嗜癪の症例を4-6カ月ずつ集中的に、入院患者を中心に経験する。指導医に相談しながら週1回再来患者の診察にあたる。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等の基本的考え方と技法を学ぶ。論文作成や学会発表のための基礎知識について学び、地方会等で発表する。3年目のテーマは、「深く学ぶ」である。2年間の経験を踏まえて、指導医から自立して診療できるようにする。準ローテーションのうち、残っている分野があれば経験する。将来に向けて、児童・思春期精神医学、司法精神医学、嗜癪精神医学、認知症などの専門研修を3年目から行うことも可能である。但し、2年目までにその他の症例等を修了している必要がある。また、社会人大学院と並行することも可能である。救急病棟などでは、より重度な症例、パーソナリティ障害の治療についても経験する。刑事訴訟法による精神鑑定助手や医療観察法鑑定の主治医を担当する。認知行動療法や力動的な精神療法等の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。一般人を対象としたメンタルヘルスなどの講演や看護学生への精神医学の講義を行う。学会の総会や全国規模の研究会などで症例発表し、論文作成を行う。臨床研究・臨床治験に参加する。</p>

	各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	基幹施設では、毎週国立病院機構精神医学講義が行われ、標準的な精神科医療の基本を学べる。毎週行われる複数の回診、症例検討会、モーニングカンファレンスでは、実際の症例を通して、標準的な医療、創造的な医療を学ぶことができる。基幹施設で行われる、肥前セミナー、先端精神医学セミナー、様々な全国研修会では、最新の知見を得ることができる。
	学問的姿勢	精神医学は科学的根拠が未解明な部分が多く、現在標準的に行われていることが数年後には標準ではなくなっていることもある。従って、患者さんを漫然とみるのではなく、患者さんから発信されるメッセージを鋭敏に読み取りながら、創造する姿勢が必要である。創造とは言っても、根拠の全くない医療はデタラメであるので、現在の標準的な医療を学習しておく必要がある。
	医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性	基幹施設では、医療安全、感染管理、医療倫理などについての研修会がそれぞれ年1回以上開催され、専攻医もそれに参加する。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医療安全、感染管理、医療倫理、医師として身につけるべき態度などについて履修し、医師としての基本的診察能力（コアコンピテンシー）を高める機会をもうける。
施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方	年次毎の研修計画	1年目で患者さんの苦悩に共感し寄り添う姿勢を身につけ、ストレングスの把握、面接の基本、精神医学用語を用いて記述する力、多職種との協働など基礎固めとなる研修を行う。リエゾン研修も行う。2年目では、準ローテーションとして、認知症、児童、嗜癪の症例を4-6カ月ずつ集中的に経験するなど、幅を広げる。3年目では、当院でのさらに難しい症例や精神鑑定の助手などさらに深く学ぶ研修を行う。他地域での研修も可能。
	研修施設群と研修プログラム	佐賀県医療センター好生館は無床の総合病院精神科で、リエゾンを中心に、緩和ケア、外来精神医療を研修し、身体科との連携を体験する。佐賀大学、九州大学、熊本大学、福岡大学では、リエゾン、研究、それぞれの大学に特徴的な専門分野の研修を行う。賀茂精神医療センター、さいがた医療センター、八幡厚生病院では、基幹施設とは異なる地域での、精神科救急、地域精神医学、司法精神医学などの研修を行う。
	地域医療について	3年間を通じて、入院中の患者さんへの退院前訪問看護への同行、外来患者への訪問診療、デイケア利用者の受け持ち、保健師など多職種を交えたネットワーク会議への参加などにて地域医療を体験する。
専門研修の評価	3カ月ごとに、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、その後の研修方法を定め、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カ月毎に評価し、フィードバックする。1年後に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。またその結果を統括責任者に提出する。その際の専攻医の研修実績及び評価には「研修実績管理システム」を用いる。	
修了判定	基幹施設のプログラム管理委員会において、研修期間中の達成度・経験症例数等を元に、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。	
専門研修管理委員会	専門研修プログラム管理委員会の業務	研修プログラム連携施設担当者と専門研修指導医で委員会を組織し、個々の専攻医の研修状況について管理し、改善を行う。
	専攻医の就業環境	基幹施設の就業規則に基づき勤務時間あるいは休日、有給休暇などを与える。
	専門研修プログラムの改善	基幹施設では、毎月第4水曜に卒後臨床研修委員会を行い、研修内容について議論する。毎年度9-10月及び2-3月に専攻医に研修に関するアンケートを行い、その中に指導医の指導方法や内容についての項目を設ける。アンケートの結果は、個人名を匿名化し専攻医が不利益を被らないように配慮した上で、卒後臨床研修委員会にて検討・改善を行う。
	専攻医の採用と修了	採用方法：日本国の医師免許を有し、初期研修を修了しているものにつき書類審査および面接にて選考を行う。修了要件：研修ガイドラインに則って3年以上の研修を行い、専攻医と研修指導医が評価する研修項目表による評価と、多職種による評価、経験症例数リストの提出を求め、研修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。その際の修了判定基準は到達目標の達成ができていのかどうかを評価することである。
	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	日本専門医機構による「専門医制度 新整備指針（第二版）」1-④記載の特定の理由のために専門研修が困難な場合は、申請により、専門研修を中断することができる。6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。また、6ヶ月以上の中断の後 研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。他のプログラムへ移動しなければならない特別な事情が生じた場合は、精神科専門医制度委員会に申し出ることとする。精神科専門医制度委員会で事情が承認された場合は、他のプログラムへの移動が出来るものとする。また、移動前の研修実績は、引き続き有効とされる。
研修に対するサイトビジット（訪問調査）	日本精神神経学会によるサイトビジットを受けることや調査に応じる。	
専門研修指導医 最大で10名までにしてください。 主な情報として医師名、所属、 役職を記述してください。	上野雄文（院長）、村川亮（副院長）、會田千重（統括診療部長）、本村啓介（臨床研究部長）、岩永英之（教育研修部長）、瀬口康昌（小児科医長）、遠藤光一（精神科医長）、三好紀子（精神科医長）、森松友佳子（精神科医長）、山元美和子（療育指導科長）	
Subspecialty領域との連続性	精神科サブスペシャリティは、基本的には精神科専門研修を受け、精神科領域専門医となった者がその上立って、より高度の専門性を獲得することを目指すものとする。	