

専門研修プログラム整備基準
【精神科領域】
第4版

公益社団法人 日本精神神経学会

目次

1. 理念と使命	4
① 精神科領域専門医制度の理念	4
② 精神科領域専門医の使命	4
＜研修カリキュラム＞	5
2. 専門研修の目標	5
① 精神科領域専門研修後の成果（Outcome）	5
② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	5
i 専門知識	5
ii 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）	5
iii 学問的姿勢	6
iv 医師としての倫理性、社会性など	6
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）	7
i 経験すべき疾患・病態	7
ii 経験すべき診察・検査等	7
iii 経験すべき治療場面・診療形態等	7
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）	8
v 学術活動	8
3. 専門研修の方法	9
① 臨床現場での学習	9
② 臨床現場を離れた学習	9
③ 自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）	9
④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス	9
4. 専門研修の評価	11
① 形成的評価	11
1) フィードバックの方法とシステム	11
2)（指導医層の）フィードバック法の学習（FD）	11
② 総括的評価	11
1) 評価項目・基準と時期	11
2) 評価の責任者	11
3) 精神科専門研修修了判定のプロセス	12
4) 多職種評価	12

＜研修プログラム＞	13
5. 精神科専門研修施設とプログラムの認定基準	13
① 精神科専門研修基幹施設の認定基準	13
② 精神科専門研修連携施設の認定基準	13
③ 精神科専門研修施設群の構成要件	13
④ 精神科専門研修施設群の地理的範囲	14
⑤ 精神科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）	14
⑥ 地域医療・地域連携への対応	15
⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法	15
⑧ 研究に関する考え方	15
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]	16
⑩ Subspecialty 領域との連続性について	17
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	17
6. 精神科専門研修プログラムを支える体制	18
① 精神科専門研修プログラムの管理運営体制の基準	18
② 精神科専門研修基幹施設の役割	18
③ 精神科専門研修指導医の基準	18
④ 精神科専門研修プログラム管理委員会の役割と権限	19
⑤ 精神科専門研修プログラム統括責任者の基準、および役割と権限	19
⑥ 精神科専門研修連携施設での委員会組織	19
⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件	20
7. 精神科専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備	21
① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム	21
② 医師としての適性の評価	21
③ 精神科専門研修プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備	21
◎専攻医研修マニュアル	21
◎指導者マニュアル	21
◎精神科専攻医研修実績記録フォーマット	21
◎精神科専門研修指導医による指導とフィードバックの記録	21
◎精神科専門研修指導医研修計画（FD）の実施記録	22
8. 専門研修プログラムの評価と改善	23
① 精神科領域専攻医による精神科専門研修指導医および研修プログラムに対する評価	23
② 専攻医からの評価をシステム改善につなげるプロセス	23
③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応	23

9. 専攻医の採用と修了.....	24
① 採用方法	24
② 修了要件	24
10. 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと	25
11. 附則.....	25

1. 理念と使命

① 精神科領域専門医制度の理念

- 1 精神科領域専門医制度は、精神医学および精神医療の進歩に応じて、精神科医の知識・技能・態度を高め、すぐれた精神科領域専門医を育成し、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 精神科領域専門医の使命

- 2 患者の人権を尊重し、精神・身体・社会・倫理の各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メディカル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 精神科領域専門研修後の成果（Outcome）

3 以下の能力を備えた精神科領域専門医になる。

- 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。

② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

i 専門知識

4 専攻医は精神科専攻医研修マニュアルにしたがって、研修期間中に以下の領域の専門知識を広く学ぶ必要がある。

- 1) 患者及び家族との面接 / 2) 疾患の概念と病態の理解 / 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、精神科リハビリテーション、及び地域精神医療・保健・福祉 /
- 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（鑑定、医療法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、成年後見制度等）
/ 11) 医の倫理（人権の尊重とインフォームド・コンセント） / 12) 安全管理・感染対策

※各年次の到達目標は 16 を参照。

なお、精神科領域プログラムでの研修を受けるにあたっては、日本精神神経学会の会員であることを要件とする。精神科プログラムの研修開始前において、速やかに手続きを行うこととする。

ii 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

5 専攻医は精神科専攻医研修マニュアルにしたがって、研修期間中に以下の通り専門技能を習得する。

- 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。具体的には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、および地域精神医療：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、必要に応じて研修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。

※経験すべき疾患・病態については8を参照。

※各年次に経験すべき専門技能及びその深さについては精神科専攻医研修マニュアル参照。

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 経験すべき疾患および症例数は以下の通りである。

統合失調症（10 例以上）、気分（感情）障害（5 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）、児童・思春期の精神障害（摂食障害を含む）（2 例以上）、精神作用物質及び嗜癖行動による精神及び行動の障害（2 例以上）、症状性を含む器質性精神障害（認知症など）（4 例以上）、成人のパーソナリティと行動の障害、広汎性発達障害、多動性障害（2 例以上）、てんかん（1 例以上）、睡眠障害（1 例以上）

精神科専攻医研修マニュアルに記載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。

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、精神科専攻医研修マニュアルを参照し、診察、検査を基準症例数以上経験し、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。

iii 経験すべき治療場面・診療形態等

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：経験すべき治療場面

1)精神科救急 / 2)行動制限 / 3)地域医療 / 4)合併症、コンサルテーション・リエゾン

II：経験すべき診療形態

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

3) 外来

※精神科専攻医研修マニュアル参照

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総会に1回以上参加し、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) 症例報告を中心にした臨床研究などを日本精神神経学会ないしは所定の関連学会で、第一演者として1回以上発表する。
 - 4) 論文発表ならびに臨床研究への参画等を行うことが望ましい。

3. 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

13 臨床現場で以下のことを学習する。

- 1) 入院・外来などの治療場面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) 抄読会や勉強会を通して、またインターネットにより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。

② 臨床現場を離れた学習

14 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持つ。

③ 自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）

15 研修項目に示されている内容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ライン、e-learning、精神科専門医制度委員会が指定した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。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

16 以下の到達目標に従って研修する。

到達目標

- 1年目：研修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、良好な治療関係を築くための面接の仕方、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・コンサルテーショ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：研修指導医の指導を受けつつ、より自律的に面接の仕方を深め、診断と治療計画策定の能

力を充実させ、薬物療法の技法を向上させる。専門的な精神療法として認知行動療法と精神力動的
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。神経症性障害及
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：研修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、精神力動的な精神療法、森田療法・内観療法のいづれ
かについて、指導者の下で経験する。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・思春期精神障害及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。

* 実際の学習時期については各研修施設群において現実的に対応することとする。

4. 専門研修の評価

① 形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

17 当該研修施設での研修修了時に、専攻医は研修目標の達成度を評価する。その後に研修指導医は専攻医を評価し、専攻医にフィードバックする。その後に研修指導責任者に報告する。また、研修指導責任者は、その結果を当該施設の研修委員会に報告し、審議の結果を研修プログラム管理委員会に報告する。ただし、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。

基幹施設の研修指導責任者は、年度末に1年間のプログラムの進行状況ならびに研修目標の達成度について、専攻医に確認し、次年度の研修計画を作成する。またその結果を研修プログラム管理委員会に提出する。

なお、研修指導医は、専攻医が当該研修施設での研修中及び研修終了時に、専攻医を指導した内容について指導医コメント欄に具体的な指導内容やコメントを記載する。

その際の専攻医の研修実績および評価の記録には研修実績管理システムを用いる。

研修実績管理システム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、常に専攻医の育成を心がけ、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。

2) (指導医層の) フィードバック法の学習 (FD)

18 研修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。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

19 研修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項目の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プログラム管理委員会の審議を経て判定する。

2) 評価の責任者

20 当該研修施設での最終的な研修評価については研修指導責任者が行う。また、研修施設群全体を総括しての評価を研修プログラム統括責任者が行う。

3) 精神科専門研修修了判定のプロセス

21 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。

4) 多職種評価

22 当該研修施設の研修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、心理技術職、作業療法士、薬剤師などの代表が、施設での研修修了時（同施設に1年以上いるときは1年に1度）、専攻医の態度やコミュニケーション能力等について評価し、その結果を勘案して当該施設の研修指導責任者が専攻医にフィードバックを行い、当該施設の研修委員会に報告する。当該施設の研修委員会で審議した後、研修プログラム管理委員会に報告する。評価方法は以下に示すように4段階評価とする。総括的評価もその結果に基づいて、研修プログラム管理委員会が行う。

（評価方法）

A：目標に達した / B：ほぼ達成した / C：更に努力を要する / D：未経験

（評価項目）

患者に対する態度・面接技術 / 家族に対する態度・コミュニケーション /

メディカルスタッフに対する態度・コミュニケーション / 診療に対する積極的姿勢 /

真摯に自己研鑽を行う態度

＜研修プログラム＞

5. 精神科専門研修施設とプログラムの認定基準

① 精神科専門研修基幹施設の認定基準

23 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 名と研修指導医 3 名以上が配置されていること、ただし、研修プログラム統括責任者と研修指導医の兼務は可とする。
- 2) 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) 研修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。

② 精神科専門研修連携施設の認定基準

24 研修連携施設は次の要件を満たすものとする。

- 1) 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、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、精神科領域専門医制度委員会が承認すること。
- 3) 各研修連携施設は、施設の特徴ならびに研修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。

③ 精神科専門研修施設群の構成要件

25 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、研修プログラムを効率よく実施し、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、研修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) 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) 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、指導する目的でそれぞれの研修施設に研修委員会をおき、きめ細かい運用をすること。

- 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度共有するために研修プログラム管理委員会を設置する。
- 6) 研修施設群として、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ことになる。
 - 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

④ 精神科専門研修施設群の地理的範囲

- 26** 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、精神科専門研修基幹施設と精神科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研修施設群を構成する際にこれらのことを考慮する。

⑤ 精神科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)

- 27** 専攻医受け入れ人数は研修指導医数、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、研修指導医の数、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、精神科専門研修基幹施設や精神科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、精神科専門研修制度では、少なくとも1施設群は3施設以上の研修施設から構成

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が、地域性等も考慮する。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。

- 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、あらかじめ精神科専門医制度委員会に申請して、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。

⑥ 地域医療・地域連携への対応

- 28** 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、研修指導医が存在しない地域の病院・診療所であっても、専攻医は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、精神科専門研修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・診療所など研修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。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

- 29** 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。

研修基幹施設と研修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。

研修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、必要に応じ研修基幹施設から、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。

⑧ 研究に関する考え方

- 30** 専門医研修における研究の目的は、臨床において問題解決に必要な、科学的思考と方法及び態度を習得することである。このためには、症例報告を中心にした臨床研究を基本とする。その他の社会医学的研究、基礎研究などは、専門医研修に支障のない範囲で行うことができる。上記研究に

ついて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）を行う必要がある。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、その際には専門医研修プログラムとの関係を適切に維持する。

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]

31 23, 24, 25 で述べたごとく、研修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

32 精神科サブスペシャルティは、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に立って、より高度の専門性を獲得することを目指すものとする。

サブスペシャルティ学会の専門医制度は基本領域学会がサブスペシャルティ学会と協同して、サブスペシャルティ学会専門医検討委員会（仮称）を構築し、プログラム等を作成して日本専門医機構の承認を得た上で、当該サブスペシャルティ学会専門医制度を運用する。

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

33 日本専門医機構による「専門医制度新整備指針（第三版）」Ⅲ-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。

6. 精神科専門研修プログラムを支える体制

① 精神科専門研修プログラムの管理運営体制の基準

- 34** 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研修プログラム管理委員会を置く。
- 2) 研修基幹施設に、研修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、研修基幹施設ならびに研修連携施設の研修指導責任者、研修施設管理者、研修指導医、研修に関連する多職種（看護師、精神保健福祉士、心理技術職など）で構成され、専攻医および研修プログラム全般の管理と継続的改良を行う。
- ※研修プログラム管理委員会の開催はテレビ会議等でも可とする。
- 4) 研修基幹施設と各研修連携施設は、研修指導医と多職種などの協力により定期的に専攻医の評価を行う。また専攻医による研修指導医・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。

② 精神科専門研修基幹施設の役割

- 35** 研修基幹施設は各研修連携施設と連携し研修プログラムが円滑に実施されるよう管理し、研修プログラムに参加する専攻医及び研修連携施設を統括する。研修プログラム統括責任者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。研修基幹施設は各研修連携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。

③ 精神科専門研修指導医の基準

- 36** 研修指導医は、日本精神神経学会が認定する学会精神科専門研修指導医資格の保持者とし、これを資格とする。
- なお、日本精神神経学会が認定する研修指導医の要件は下記のとおりである。
- 1) 精神科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編以上あるいは精神科関連学会において発表を1回以上していること。

※過渡的措置として、旧制度で精神科専門研修を修了した精神科専門医については、旧制度の指導医新規認定要件である「精神科臨床経験年数 5 年以上」の要件を満たせば学会精神科専門研修指導医資格を付与することとする。

ただし、5 年経過後の更新時に 1)～5) の要件を満たしていること。

④ 精神科専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

37 研修プログラム管理委員会では、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。研修期間は常勤（週 32 時間以上）で 3 年間とし、研修基幹施設で連続した 6 カ月以上と、少なくとも 1 カ所の研修連携施設で連続した 3 カ月以上研修を行うことを計画する（たとえば 1 施設で常勤 4 日/週と、ほか 1 施設で非常勤 1 日/週を 3 年間行ってもローテーション研修を行ったことにはならない）。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によって研修実績管理システムに登録された内容に基づき専攻医および指導医に対して助言を行う。研修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修了の判定を行う。

⑤ 精神科専門研修プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

38 研修プログラム統括責任者は、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。

研修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。

研修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。

⑥ 精神科専門研修連携施設での委員会組織

39 研修連携施設に研修委員会を置く。委員会は研修指導責任者、研修施設管理者と研修指導医および専攻医、メディカルスタッフ等で組織し、研修指導責任者から報告された研修指導医ならびに多職種による専攻医の評価、専攻医による研修指導医およびプログラムについての評価を審議する。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、また、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。なお、研修委員会の審議結果はその都度研修プログラム管理委員会に報告することとする。

⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件

40 研修施設の管理者は専攻医のために適切な労働環境の整備に努める。

研修施設の管理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 32 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。
- 6) 原則として専攻医の給与等については研修を行う施設で負担する。

7. 精神科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

- 41** 専攻医の研修実績と評価の記録および保管には研修実績管理システムを用いる。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状況は、研修実績管理システムに蓄積される。専攻医の本制度に関わる全ての情報を学会は5年間保存する。

② 医師としての適性の評価

- 42** 精神科専攻医研修マニュアルに記載されているコアコンピテンシーの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。そのためには研修指導医とともにメディカルスタッフによる評価も加える。
- 原則として施設での研修修了時（同施設に1年以上いるときは1年に1度）に評価し、問題がある場合には施設の研修指導責任者から研修プログラム統括責任者に報告する。

③ 精神科専門研修プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

- 43** 精神科専門研修プログラム運用マニュアルとして「精神科専攻医研修マニュアル」、「精神科専門研修指導医マニュアル」を整備する。研修実績記録フォーマットとして「研修実績管理システム」を整備する。

◎専攻医研修マニュアル

- 44** 別紙「精神科専攻医研修マニュアル」を参照。

◎指導者マニュアル

- 45** 別紙「精神科専門研修指導医マニュアル」を参照。

◎精神科専攻医研修実績記録フォーマット

- 46** 「研修実績管理システム」を参照。

◎精神科専門研修指導医による指導とフィードバックの記録

- 47** 専攻医に対する指導内容は、研修実績管理システムに記録して、専攻医と情報を共有するとともに研修プログラム統括責任者および研修プログラム管理委員会で定期的に評価し、改善を行う。

1) 研修指導医は各研修施設の研修修了時に専攻医の評価をする。

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) 研修基幹施設の研修指導責任者、研修プログラム統括責任者は1年に1回、研修指導医の評価内容について確認を行う。

◎精神科専門研修指導医研修計画（FD）の実施記録

48 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こと。

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こと。論文・学会などでの一定の実績についてもあわせて研修指導医として、日本専門医機構の実施するサイトビジットの際に提示できるよう、研修基幹施設の研修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、研修指導医更新の際に精神科専門医制度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。

8. 専門研修プログラムの評価と改善

① 精神科領域専攻医による精神科専門研修指導医および研修プログラムに対する評価

- 49** 専攻医は定期的に研修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、研修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、研修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研修指導医に対する評価を得ること。また、専攻医は研修指導医および研修プログラムについての評価を研修実績管理システムに登録すること。なお、専攻医の研修指導医に対する評価が専攻医の不利とならないよう研修プログラム統括責任者および研修指導責任者は配慮すること。

② 専攻医からの評価をシステム改善につなげるプロセス

- 50** 専攻医による評価に対し、当該施設の研修委員会で改善・手直しをするが、研修施設群全体の問題の場合は研修プログラム管理委員会で検討し、対応するものとする。また、評価の内容が精神科専門医制度全体に関わるときは、精神科専門医制度委員会に報告され、同委員会で審議し、対処する。そのことによって、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。

研修プログラムに対する専攻医からの評価に対し、研修プログラム管理委員会の対応が不適切である場合、専攻医は、精神科専門医制度委員会に報告を行い、精神科領域全体として対応する。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

- 51** 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研修委員会には医師のみではなく、メディカルスタッフ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ことが義務である。サイトビジットに対応するのは、研修プログラム統括責任者、研修指導責任者、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。

9. 専攻医の採用と修了

① 採用方法

52 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医師臨床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。

② 修了要件

53 研修修了要件は以下の通りとする。

- ・ 日本専門医機構が認定した精神科専門研修施設で、精神科専門研修指導医の下に、研修ガイドラインに則って常勤（週 32 時間以上）として 3 年以上の精神科臨床研修を行うこと。
- ・ 専攻医と精神科専門研修指導医が評価する研修項目表による評価と、多職種による評価を受けること。
- ・ 必要な経験症例数を満たすこと。
- ・ 症例報告を中心にした臨床研究などを日本精神神経学会ないしは所定の関連学会で、第一演者として 1 回以上発表すること。
- ・ 日本精神神経学会学術総会に 1 回以上参加すること。
- ・ 研修実績管理システムに登録された上記の研修実績および評価内容に基づき、プログラム統括責任者により到達目標の達成ができているかどうかの評価を受け、研修修了が認められること。

10. 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

- 54** これまでの精神科専門医制度と、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、精神科専門研修施設群を作るという点である。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。

11. 附則

- 55** この整備基準の変更は精神科専門医制度常任委員会の議決および日本精神神経学会理事会の承認、日本専門医機構の承認を経なければならない。

制定日：2015年9月11日

改定日：2017年9月21日

改定日：2019年3月16日

改定日：2022年1月21日

改定日：2022年9月16日