

13) 精神・神経系疾患

症状精神病

認知症(血管性認知症を含む)

アルコール依存症

気分障害(うつ病、躁うつ病を含む)

統合失調症

不安障害(例えばパニック障害)

身体表現性障害、ストレス関連障害

(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、適切な態度・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に陪席させ、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、認知症の簡易スケール等)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、精神保健福祉法に基づく隔離・拘束については、その法的根拠と理念を学習させるとともに、精神科医療の現場において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する。患者・家族への説明は原則として担当医が行うが、医療保護入院ないし措置入院症例の場合は、精神保健指定医が行う。

診断は、ICD-10を主とし、DSM-、伝統的診断法、等を併用する。精神科領域のEBMは、未だ十分浸透しているとはいえないため、まず指導医が自ら学ぶ姿勢を見せることが必要であり、その態度を重視してコーチする。一方、現在の精神科EBMの限界を認知させ、経験則に則ったNBMについても理解させる。

精神科救急を体験させる。自殺企図(ことに大量服薬による)を行った患者は、一般科救急病院に搬送されることが多く、研修医においてはすでに症例を経験していることが多いと思われる。生命を救うための救急医療と平行して自殺企図の原因となった精神疾患に対する治療を行うことの重要性と、そのための病院内連携、病院間連携のあり方について学習させる。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に大別されることを理解させ、それぞれの対処法について学習させる。また、アルコール酩酊の診察・治療依頼等について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

症状精神病

	面接・診察	検査・診断	治療	患者(保護者)への説明及び支援
目標	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。 せん妄の可能性を意識した診察ができる。 精神症状の記載ができる。	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。	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。	病因と治療方針を説明できる。 予後について説明できる。

認知症(血管性認知症を含む)

	面接・診察	検査・診断	治療	患者(保護者)への説明及び支援
目標	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・介護保健施設職委員等)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。	知能検査をオーダーまたは自ら行い、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。	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。	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。

アルコール依存症

	面接・診察	検査・診断	治療	患者(保護者)への説明及び支援
目標	<p>アルコール性障害(乱用、中毒、身体依存、精神依存、精神病、後遺症等)を列挙し、違いを説明できる。</p> <p>アルコール関連障害(身体障害、社会的障害<家庭・職場>)について説明できる。</p> <p>病歴(飲酒暦)を聴取できる。</p> <p>酩酊の鑑別を説明できる。</p> <p>離脱症状を列挙できる。</p> <p>救急患者の診察を体験する。</p>	<p>身体症状に対する検査をオーダーすることができる。</p> <p>離脱症状(振戦せん妄)を診断できる</p> <p>心理検査をオーダーできる。</p> <p>他の精神作用物質による依存症との鑑別診断ができる。</p> <p>ウェルニッケ脳症・健忘症候群等を説明できる。</p>	<p>離脱症状(振戦せん妄)の治療ができる。</p> <p>身体的アルコール関連障害の治療ができる。</p> <p>支持的精神療法ができる。</p> <p>集団精神療法に参加する。</p> <p>認知行動療法について説明できる。</p> <p>作業療法に参加する。</p> <p>断酒会・AAに参加する。</p> <p>デイケア・ナイトケア・デイナイトケアに参加する。</p> <p>チーム医療に参加する。</p>	<p>治療方針について説明できる。</p> <p>依存症の病態・予後について説明できる。</p> <p>アルコール関連障害について説明できる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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(保護者)への説明及び支援
目標	<p>自殺念慮・企図の有無を聴取できる。</p> <p>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。</p> <p>病前性格、発病情況について聴取できる。</p> <p>救急患者の診察を体験する。</p>	<p>うつ病診断のレイティングスケールを利用できる。</p> <p>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。</p> <p>うつ状態・躁状態を呈する疾患との鑑別診断ができる。</p>	<p>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。</p> <p>治療アルゴリズムを説明し、一部実践できる。</p> <p>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。</p> <p>躁状態・興奮状態に対する鎮静処置ができる。</p> <p>自殺企図に対する対応ができる。</p> <p>ECTまたはmECTの適応を説明し、見学する。</p> <p>作業療法に参加する。</p>	<p>自殺防止について患者に了解させることができる。</p> <p>必ず寛解することを理解させることができる。</p> <p>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。</p>

統合失調症

	面接・診察	検査・診断	治療	患者(保護者)への説明及び支援
目標	<p>病的体験(陽性症状)を記載できる。</p> <p>陰性症状について記載できる。</p> <p>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意識した面接できる)。</p> <p>救急患者の診察を体験する。</p>	<p>統合失調症の病型を分類できる。</p> <p>幻覚・妄想状態を呈する疾患の鑑別診断ができる。</p>	<p>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。</p> <p>治療アルゴリズムを説明し、一部実践できる。</p> <p>支持的精神療法ができる。</p> <p>作業療法に参加する。</p> <p>興奮状態に対する鎮静処置ができる。</p> <p>ECT または mECT の適応を説明し、見学する。</p> <p>デイケア・ナイトケア・デイナイトケアに参加する。</p> <p>チーム医療に参加する。</p>	<p>社会資源について説明できる。</p> <p>病態・予後について説明できる。</p>

パニック障害

	面接・診察	検査・診断	治療	患者(保護者)への説明及び支援
目標	<p>共感的に病歴を聴取できる。</p> <p>家族等関係者から情報を収集できる。</p> <p>ラポールをとることができる。</p> <p>不安・抑うつ症状を診察し記述できる。</p> <p>救急患者の診察を体験する。</p>	<p>心理検査をオーダーし結果を解釈できる。</p> <p>他の神経症性障害を鑑別診断できる。</p> <p>身体疾患を鑑別できる。</p>	<p>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。</p> <p>認知行動療法ができる。</p> <p>環境(状況)の調整ができる</p> <p>パニック障害(発作)に対して対応できる。</p>	<p>ストレス状態・ストレスレッサー、発症の仕組みについて説明できる。</p> <p>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。</p>

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(保護者)への説明及び支援
目標	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。	心理検査をオーダーし結果を解釈できる。 PTSD の疑いを持ち、専門医にコンサルトできる。 身体疾患を鑑別できる。	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説明できる。	ストレス状態・ストレスレッサー、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。

(3) 典型症例の時系列表(別表参照)

(4) 疾患・病態の選択指針

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

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ヵ月以上持続し、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ヵ月以上持続し、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

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(Alcoholics Anonymous)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

気分障害(うつ病、躁鬱病を含む)

望ましい症例

- 自殺念慮・企図のあるうつ病の症例を、入院1ヵ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1ヵ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1ヵ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(精神分裂病)

望ましい症例

- 幻覚・妄想および著しい行動障害が一ヵ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、入院一ヵ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

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。
- 恐怖症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

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

(関 健、保坂 隆、三木 哲郎
水木 泰、小島 卓也、朝田 隆)

診断名	症状精神病
合併症	乳がん(術後) せん妄 うつ病
患者背景	56歳女性、無職、 既婚、夫と子ども1人と同居
経過の概要	乳がんの術後、抗がん剤治療が1クール終了した頃より意味不明な言動がみられたために精神科に依頼され、当初はせん妄状態を呈したため精査した。その後希死念慮が明瞭となったためにつづ病と診断、一般病棟から精神病棟に転棟し医療保護入院、薬物療法やmECTの後に改善したため任意入院に切り替え、その後退院していった症例。

指導の概要

一般科に入院中に生じた精神症状に対して、病棟に Outreach、病棟スタッフから情報を得ながら、家族からも情報を得て、精神的な診察をする手順を学ぶ、意味不明な言動その他からせん妄を診断し、その原因を探索していく手順を学ぶ、せん妄への治療方法を学び、家族への説明の仕方にも注意を払う、精査中に希死念慮が明瞭となったため、うつ病の診断について学ぶ、精神症状の治療の場として一般病棟のままか精神病棟に転棟するのかを決定する、一般病棟から精神病棟に転棟して医療保護入院という入院形態を学ぶ、薬物療法やmECTなどの治療法について学ぶ、精神症状改善後の任意入院に切り替えについて学び、退院後のフォローアップについても学ぶ。

診療場所	一般病棟	身体所見	検査所見	初期治療(救急含)	精神病棟	精神病棟	再来	
診療の内容	現病歴 乳がんと腋下リンパ節転移があるため、術後に抗がん剤の点滴治療を1クール終了する前に、不眠で夜中にベッドサイドに起こられた母親が来ている、私は小学校6年生だと、などと意味不明なことを言うようになった。	身体所見 意識はやや覚醒、血圧120/80、脈拍90/分、呼吸数20、心音純、SpO ₂ 98%、下肢にやや浮腫あり、神経学的に異常所見を認めず。	検査所見 長谷川簡易痴呆スケールなど不可、CT検査で転移などの異常陰影を認めず。心電図検査、胸部レントゲンでは異常なし、血清Na/K正常範囲、肝機能・腎機能も問題ない。	初期治療(救急含) 治療計画の作成、薬物療法を開始、精神科治療の必要性を判断、家族への病状説明(せん妄)、家族への説明と同意(うつ病、転棟)	精神病棟 医療保護入院	精神病棟 任意入院	精神病棟 任意入院	再来
指導のポイント	病歴の把握 一般病棟スタッフからの情報聴取 発症経緯 家族からの情報 身体疾患への認知とコーピング	一般病棟での診察 一般バイタルサイン 全身の理学所見 神経学的所見 病歴聴取 鑑別診断 指導医との連携	一般病棟での検査 胸部レントゲン 心電図 血液 生化学 心理学 脳波の判読 CT/MRIの読影	一般病棟での治療 精神疾患の鑑別診断 薬物療法 精神療法 家族面接 チーム医療 医療保護入院の同意	医療保護入院での治療 抗うつ薬、mECTの適用 抗うつ薬の選択 チーム医療 初期基本評価 治療経過評価 他科医師との相談・連携 家族への病状説明 任意入院への切り替え レポート作成	精神病棟 任意入院 精神療法 薬物療法 チーム医療 退院時評価 多職種カンファレンス 家族への病状説明	精神病棟 任意入院 精神療法 薬物療法 チーム医療 退院時評価 多職種カンファレンス 家族への病状説明	再来 抗うつ薬の選択と漸減 副作用の種類と対応
患者・医師関係	患者 - 医師関係							
チーム医療	チーム医療							
安全意識	安全意識							
症例提示	症例提示							
医療の社会性	医療の社会性							
医療面接	医療面接							
身体診察	身体診察							
手技	手技							
治療法	治療法							
医療記録	医療記録							
診療計画	診療計画							
頻度の高い症状・病態	頻度の高い症状・病態							
緊急を要する症状・病態	緊急を要する症状・病態							
経験が求められる疾患・病態	経験が求められる疾患・病態							
救急医療	救急医療							
予防医療	予防医療							
地域保健・医療	地域保健・医療							
小児・成人・高齢医療	小児・成人・高齢医療							
精神保健・医療	精神保健・医療							
緩和・終末期医療	緩和・終末期医療							

診断名	認知症(アルツハイマー病)
合併症	てんかん 骨粗鬆症 老人性皮膚掻痒症 陳旧性心筋梗塞
患者背景	72歳女性、無職、既婚、息子 夫婦、孫2名同居
経過の概要	精神科病棟に入院し3ヵ月、昼夜の生活リズムも改善したため、医療・福祉の多職種によるカンファレンスの結果、認知症高齢者グループホームを利用することとなった(6ヵ月)、しかし無断外出が頻回となり、すぐに入所ができなかったため介護老人保健施設の短期入所を利用し(2週間)、介護老人福祉施設の認知症専門棟へ入所した症例。

指導の概要

病歴を家族から聴取し、身体診察と合わせ各種検査を行い診断を確定する。病状に応じ精神保健福祉法に基づき入院治療の必要性を判断する。薬物療法、精神療法、作業療法の治療計画を多職種会議にて評価、退院に向けて家族との面接、多職種カンファレンスを経て、介護認定を申請、施設への短期入所を行う。介護老人保健施設への入所を果した後は、外来治療にて定期的な経過評価と緊急時の対応を含め施設職員との連携を図る。

診療場所	外来	外来治療(救急)	一般病棟	慢性期病棟	再来				
診療の内容	3ヶ月前頃から物忘れに家人が気づきやがて「財布からお金が盗まれた」といふ盗られ妄想が出現した。夜になるとこれから実家に帰るといって尊厳の痛物を夜間せん妄が出現するようになり、活した下着を尊厳の中にしまわれ、洗面行為が目立つてきた。家人に伴われ、精神科外来受診となる。	検査所見 高谷川簡易病室スケール4点、知能検査(田中ノエ式)IQ=30、脳波検査により波の不規則性、側頭葉に散在性の陰性棘波、鋭波が出現。CT検査により前頭葉に著明な萎縮がみられた。SPECTでは前頭葉の血流低下を認めた。心電図検査、胸部レントゲンでは異常なし、葉物血中濃度カルバマゼピン=7.0、バリプロ酸=55.8	外来治療 薬物療法を開始 外来治療計画の作成 入院の必要性を判断 家族への病状説明	慢性期病棟 チームアプローチ ケースカンファレンス 要介護2	慢性期病棟 チームアプローチ ケースカンファレンス 要介護3	再来 介護老人保健施設入所			
指導のポイント	病歴の把握 発症経緯 家族背景 家族からの情報 精神保健福祉法の理解	外来検査 胸部レントゲン 心電図 血液 生化学 血清(抗てんかん薬血中濃度) 心理検査 脳波の判読 CT/MRI/SPECTの読影	外来治療 精神疾患の鑑別診断 薬物療法 精神療法 家族面接 チーム医療	慢性期治療 介護保険法の理解 介護支援専門員との連携 介護保険・医師の意見書作成 診療情報提供書作成	慢性期治療 抗てんかん薬の選択 作業療法のプログラム チーム医療 初期基本評価 治療経過評価 退院時評価 (多職種カンファレンス) 社会資源の活用 他科医師との相談・連携 家族への病状説明 レポート作成	慢性期治療 薬物療法 精神療法 環境調整 多職種によるケースカンファレンスを行う 療の経過評価を行う	慢性期病棟 チームアプローチ ケースカンファレンス 要介護2	慢性期病棟 チームアプローチ ケースカンファレンス 要介護3	再来 介護老人保健施設入所
行動目標	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態			
経路目標	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態	患者-医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状、病態 緊急を要する症状、病態 経路が求められる疾患、病態			

診断名	アルコール依存症
合併症	肝機能障害、慢性肝炎、糖尿 病
患者背景	50歳 男 妻と高校生の娘、中 学生の息子の4人暮らし。
経過の概要	18歳で飲酒が始まり、以来ほ ぼ毎日飲んでいく大酒豪。30 歳の頃肝機能障害を指摘さ れ、40歳のときに急性肝炎を 患い、現在慢性化している。42 歳時より糖尿病も併発。5日間 飲み続けて食事を取らないた りた。検査データは1ヶ月で改善 したが、断酒のための治療は 継続中。

診療場所	救急外来	外来	精神科病棟	精神科病棟			
現病歴	アルコール依存症で治療 歴はあり断酒の意思はある が、失敗を重ねている。 朝から飲み続け、この5日 間はアルコール以外ほと んど食事をしていない。泥 酔状態のため、危険を感じ た妻が救急車を要請して 受診させた。	酩酊状態でからうじて質問 に答えるが、生返事が多 い。神経学的異常所見は 認められない。血圧 130/62、脈拍92/分、胸部 聴音異常なし、心音・呼吸 音異常なし。	血液所見 GPT186、ALP381、 LDH826、血清アミラーゼ 260、血糖値284、 HbA1c6.2、血小便8.8、 尿酸9.0、尿糖3+。 胸部CT：異常なし。 脳部レントゲン：異常なし。	検査所見 血液所見 GOT262、 GPT186、ALP381、 LDH826、血清アミラーゼ 260、血糖値284、 HbA1c6.2、血小便8.8、 尿酸9.0、尿糖3+。 胸部CT：異常なし。 脳部レントゲン：異常なし。	外来治療(救急倉)	精神科病棟 医療保護入院	精神科病棟 任意入院
指導のポイント	経過、精神・身体症状、飲 酒歴、就業状況、性格、家 族内での役割関係、過去 の離脱症状の有無及びあ るとすればその症状、過去 の治療状況、等の聴取、医 師・看護士とのみならず精 神保健福祉士らも交えたカ ンファレンスの開催。	外来での診察	検査所見 頭部CT、ECG、胸部レント ゲン、血液(血糖、生化学 学、血清、尿検査、等の検 査の評価。	急性期入院治療	外来治療	回復期治療	治療の評価と見直し、精神 療法、認知行動療法、環境 療法、家族に対する教育、支 持的介入、失敗を繰り返す 患者の場合、治療意欲を 外来でどう持続させるか が、鍵となる。断酒会、AA への主体的に参加すること の重要性を理解させる。
行動目標	患者 - 医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体診察 臨床検査 手技 医療記録 診療計画 病歴の正しい記述 緊急を要する症状・病態 病態が求められる疾患・病態	外来での診察	検査所見	急性期入院治療	外来治療	回復期治療	治療の評価と見直し、精神 療法、認知行動療法、環境 療法、家族に対する教育、支 持的介入、失敗を繰り返す 患者の場合、治療意欲を 外来でどう持続させるか が、鍵となる。断酒会、AA への主体的に参加すること の重要性を理解させる。
経過	18歳で飲酒をはじめ、ほぼ10年で依存症とな り、ついで肝障害、肺炎、糖尿病などの身体 的アルコール関連障害を呈している。単に飲 酒データにのみにとらわれて治療を進めるの ではなく、社会的な障壁を持つことを認識させ る。治療を進める上で、家族ともども支えてい くことの重要性を理解させる。低栄養状態でも かつ肥満して受診しており、補液が必要とさ れるが、ワルニック脳症防止のため、ピタミ ンBの投与を忘れてはならない。合併症の治 療を優先し、併せてアルコール依存の精神的 治療を導入する。集団精神療法では、医師を はじめ看護士、作業療法士、臨床心理技術 者、精神保健福祉士、等がチームで対応す る。退院後に向けては、家族の協力も大切で あり、患者、家族教育を十分に行った上で、生 活圏域内の断酒会あるいはAAへの参加を勧 めていく。	経過、精神・身体症状、飲 酒歴、就業状況、性格、家 族内での役割関係、過去 の離脱症状の有無及びあ るとすればその症状、過去 の治療状況、等の聴取、医 師・看護士とのみならず精 神保健福祉士らも交えたカ ンファレンスの開催。	検査所見	急性期入院治療	外来治療	回復期治療	治療の評価と見直し、精神 療法、認知行動療法、環境 療法、家族に対する教育、支 持的介入、失敗を繰り返す 患者の場合、治療意欲を 外来でどう持続させるか が、鍵となる。断酒会、AA への主体的に参加すること の重要性を理解させる。

診断名	うつ病
合併症	アルコール依存 糖尿病
患者背景	48歳 主婦、夫と大学生、中学生の息子と4人暮らし。
経過の概要	内科診療所に、食欲不振、不眠を訴え受診したか改善せず、飲酒がはじまりました。その後抑うつ、制止、罪責感が顕著で自殺企図がみられ、大学病院精神科を受診しました。医療保護入院(1ヵ月)で精神症状が改善し、任意入院に切り替わり(1.5ヵ月)退院となり、外来治療に移行後、精神科診療所へ紹介された。

指導の概要

不眠や食欲不振を訴えてきた患者で、背景に抑うつ、興味の減退、制止などがみられうつ病であることがわかる。抑うつ気分や易疲労性、健忘、自責感、自殺念慮などに注意が必要。必ず治る病気なので本人に説明が必要。必要であれば本人、家族に説明することが必要。自殺企図があれば入院が検討、指定医から本人や家族に精神保健福祉法についてよく説明する必要がある。治療は抗うつ薬投与が中心であるが、副作用が出やすい。抗うつ薬を選択する。治療法および治療薬の選択は指導医に相談する。アルコール依存があるかどうかの程度を判断する必要がある。この例ではうつ病に伴って生じたものでうつ病のコントロールができればアルコール依存も制御できる程度のもので判断される。離脱症状が出始めればその治療を早めに行う。本格的なアルコール依存であればアルコール断酒会、AAなど専門治療を行っている施設に治療をつなげていく。退院時には紹介状を書く。

診療場所	外来	現病歴	精神・身体所見	外来治療(救急含)	精神科病棟	精神科病棟	再来	
医療の内容	3ヵ月前から中学生の息子が不登校になり悩んでいて、3週間前から不眠、食欲不振となっていた。かかりつけの内科医を受診したが改善せず、酒を飲むようになった。飲むと気持ち強くなり、昏問から陰鬱な気持ち強くなり、T波や新関も良くなり、自分を責めるようになった。家族の目を盗んで首を吊ろうとしていた。性格は几帳面、真面目、責任感強い。これまででは機会飲酒程度である。	やや苦悶様の表情。質問には答える。失見当識、注意の障害はない。話の纏まりも悪くない。以上より意識は清明と考えられる。抑うつ気分、制止、不安、興味、関心の低下、自殺念慮を認めつつ病と診断した。発汗異常なし、振戦なし、神経学的異常所見なし。血圧140/80、脈拍80/分、胸部、腹部異常なし。	本人に病態の説明、治療の方法、見通しについて説明、更に希死念慮が強い場合に、医療保護入院となることと病状改善すれば任意入院に切り替えることを説明。家族にも説明し家族の同意の下で医療保護入院、家族の協力をお願いし、よい関係を維持することを確認する。チーム医療の促進。	本人へ病態、治療の方法、見通し、医療保護入院及び任意入院への切り替えについて説明。家族の協力要請。チーム医療、患者医師関係、レポート作成	病態の把握と治療計画 アルコール依存の程度、出現の可能性についての判断(低いと判断)、徴候が見られたときの対応) うつ病の病態把握、抗うつ薬かECTかの選択(抗うつ薬とした場合何を選択するか、副作用のチェック、効果判定、安全管理、自殺念慮) 症状評価(MILITON) 安全管理、自殺念慮(時期に企図が多い)、患者の訴えを傾聴(便秘、不眠、不安への対応)、チーム医療、家族との話し合い。	病状の把握、治療の評価と見直し、精神療法の選択、回復の準備、環境調整、外出、外泊の時期の決定、安全管理(自殺の予防)、遷延傾向があればその因子分析、レポート作成	薬物療法(含む糖尿病治療薬)、通院精神療法(中間期精神療法)、家族から情報収集(回復状況の把握) 自宅近くの診療所への紹介。	再来治療、療養
指導のポイント	病前性格、発病状況、発病までの経過、精神、身体症状、飲酒歴、飲酒とつづ状態の関係、これらでの適応状態、家族内での役割、趣味、診療情報提供書(返書)作成	バイタルサインのチェック全身の理学所見、神経学的所見、症状把握、診断、鑑別診断、病態推定(うつ病、アルコール依存)、指導医との連携及び討論	外来での診察	外来治療	治療	慢性期治療	再来治療、療養	
患者・医師関係	問題対応能力	行動目標	医療関係	医療関係	医療関係	医療関係	医療関係	
安全管理	安全管理	症例提示	医療関係	医療関係	医療関係	医療関係	医療関係	
治療の社会的性	治療の社会的性	治療法	治療法	治療法	治療法	治療法	治療法	
身体診察	身体診察	診察記録	診察記録	診察記録	診察記録	診察記録	診察記録	
手技	手技	診察計画	診察計画	診察計画	診察計画	診察計画	診察計画	
治療法	治療法	頻度の高い症状	頻度の高い症状	頻度の高い症状	頻度の高い症状	頻度の高い症状	頻度の高い症状	
緊急医療	緊急医療	緊急を要する症状、病態	緊急を要する症状、病態	緊急を要する症状、病態	緊急を要する症状、病態	緊急を要する症状、病態	緊急を要する症状、病態	
予防医療	予防医療	救急医療	救急医療	救急医療	救急医療	救急医療	救急医療	
地域保健・医療	地域保健・医療	小児、成人医療	小児、成人医療	小児、成人医療	小児、成人医療	小児、成人医療	小児、成人医療	
精神保健・医療	精神保健・医療	緩和・終末期医療	緩和・終末期医療	緩和・終末期医療	緩和・終末期医療	緩和・終末期医療	緩和・終末期医療	

診察場所	保羅室(隔離室)	理由	他害行為があり、隣室の住人により警察官通報され、保健所の調査の後には2名の精神保健指定位による措置鑑定が行われ、措置入院となった。	精神症状	会話形式の幻聴、隣室の住人に嫌がらせをされているが、やめてくれという方向にやめとなく、嫌がらせがなくなると感じ、関係被害妄想、また「やっつけてしまえ」と言った命令(作為体験)に動かされて隣室に付き、その住人に暴行行為を伴った。措置入院の診断を検討し、鑑別診断を行った。統合失調症と診断した。初期の治療方針を決定する。	検査所見	入院時一般検査(血液、生化学、血清等の検査)、バリエーション、理学検査、神経学的検査、脳波検査、胸部レントゲン、心電図は、全て正常範囲。 心理検査は、知能検査(WAIS-R)の結果、TIQ102、VIQ104、PIQ98であった。性格検査(ローバウマンテスト)、MMPI、SCTハワーマスト等)は、病状が安定した回復期にテストバッテリーを組んで行った。	治療	薬物療法は、抗精神病薬(含非定型抗精神病薬)を選択し、処方する。不穏・興奮時指導医の判断で、シアゼパム、フルトラゼパム等の静脈注射を行う。ハロペリドール、フルメチルダリン、クロナジンの筋肉内投与を行う。ECTは、指導医の判断で適応があればワイルドで行う。急性期の治療計画を決定し、認知的な多職種によるケースカンファレンスを行う。	措置入院 / 医療保護入院	措置入院 / 医療保護入院	閉鎖病棟(8ヶ月)	閉鎖病棟(3ヶ月)	生活訓練施設(援護寮)		
治療の内容																
診察のボイスト																
患者・医師関係																
チーム医療																
問題対応能力																
安全管理																
症例提示																
医療の社会性																
身体診察																
臨床検査																
手技																
治療法																
医療記録																
診療計画																
頻度の高い症状・病態																
緊急を要する症状・病態																
経路が求められる疾患・病態																
救急医療																
予防医療																
地域保健・医療																
小児・成人医療																
精神保健・医療																
緩和・終末期医療																

診断名	統合失調症
合併症	なし
患者背景	24歳男性、独身 両親と同居 通院歴あり 無職
経過の概要	幻覚、妄想、作為体験のため隣室の人に対する他害行為があり警察官通報により措置鑑定がおこなわれ、精神保健指定医2名による精神鑑定(のち措置入院)として措置入院となった(3ヵ月)。措置要件の改善がみられたため医療保護入院に切り替え(6ヵ月)、さらに任意入院として社会復帰訓練を受け(3ヵ月)、援護寮へ退院となった。日中は、デイケアに出席し、自立に向けてリハビリテーションに励んでいる症例。

指導の概要	精神保健福祉法による措置、医療保護、任意といった入院形態を把握し、これに則って入院治療を進める。最初期の診察では精神面ばかりでなく、身体面にも配慮する。治療は薬物療法、身体療法、さらに精神療法があり、これらを適宜使い分ける。亜急性期以降の治療では、それらに加えて社会復帰の視野に入れ、患者、家族教育や社会資源の活用も含めた総合的な指導が求められる。
-------	--

診断名	パニック障害 (不安障害(パニック症候群))
合併症	なし
患者背景	20歳女性、大学生 両親と同居
経過の概要	高速道路上でパニック状態になり、内科診療所を受診したが、心臓には問題なしといわれた。その後も高速道路に乗ると同様の発作が起こるため、精神科病院(診療所)を訪れた。受診後は、抗不安薬の服用により改善がみられ、認知行動療法を受け入れて、定期的な通院が継続されている。

措置の概要

措置の概要	情動と自律神経症状との関係を理解させる。支持的認知療法に軸れ、日誌診療での患者の心理的側面に配慮する態度を習得させる。状況と患者の性格要因の双方により、単なる支持的認知療法では不十分で薬物依存になりやすいこと、認知行動療法が効果的であること、簡単な認知行動療法を研修医自らも行うことが必要である、認知行動療法を訪れるパニック障害の患者の対応を習得する。
-------	--

診療場所	精神科病院外来もしくは精神科診療所
現病歴	高速道路上で車の運転中、渋滞に巻き込まれた際、動悸、胸痛、窒息感、めまい、離人感に突然襲われ、死の恐怖から自ら制心を失うとともに冷や汗が出てきた。やっとの思いで家に帰り、両親に伴われて一般科救急外来を受診する。心電図では洞性頻脈以外異常なし。その後、高速道路を走ることを避け、友人に話したところ、精神科受診を勧められ受診するに到った。
種別	予期不安、自律神経過活動(頭のふらつき、発汗、頻脈、呼吸促進、胸痛、めまい、口渇、等)があったこと、高速道路に乗ると上記症状が出現することを訴える。
検査所見	初診時一般検査(血液、生化学、血清等の検査)、バイタルサイン、理学的検査、神経学的検査を行い異常なし。一般検査は省略してもよい。 (WAIS-R)の結果、TQ114、VOI18、POI12であった。性指検査(ローレルジャックテスト、MMPI、SCT、ハワムテスト等)は、外来通院時にひとつずつ行った。
治療	薬物療法は、抗うつ薬、抗不安薬を中心に行う。薬物療法と共に認知行動療法を行う(心理教育、パニック症状の観察、呼吸法訓練、恐れられている状況への暴露、認知の再構築など)。患者用の小冊子を買わせて行う。指導医の行う薬物、精神療法を指導する。
検査	病歴に即合う検査は必要であるが、前医ですでに検査が行われている場合、取って検査する必要はない。心理検査の組合せと施行時期を指導医が決定し、指示を出す。
初期の診察	バイタルサイン、全身の理学所見、神経学的所見を現病歴と確認する。自律神経症状は、状況で生じたことを説明する。情動と自律神経症状の関係、発生メカニズムについて十分に説明する。患者の不安について理解する。
治療の要点	発症経過を十分に聴取する。状況因子と患者の性格傾向を把握する。既往に類似した症状および治療歴(治療内容)の有無について尋ねる。他の不安障害、恐怖性不安障害、強迫性障害、全般性不安障害、強迫性障害、などの鑑別を行う。
患者 - 医師関係	患者 - 医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性
行動目標	医療面接 身体診察 臨床検査 手技 治療法 医療記録 診療計画 頻度の高い症状 緊急を要する症状・病態 継続が求められる疾患・病態 救急医療 予防医療 地域保健・医療 小児・成人医療 精神保健・医療 緩和・終末期医療
継続目標	継続目標

診断名	心気障害(身体表現性障害、ストレス関連障害)
合併症	なし
患者背景	40歳女性、主婦 夫、子供2人と同居
経過の概要	以前より身体が弱いと考えており、毎日体温を測り、血圧を一日3回測定している。友人が胃癌で死亡したことをつっかきとして、腹部膨満感、胃痛を感じはじめ、胃癌ではないかと心配し、内科診療所を受診した。内視鏡検査を受けたが異常なく、大学病院の外科を受診、なんともないです、と言われ、満足せず、夫に話し合ったところ、精神科受診を勧められた。迷った末に、精神科病院(診療所)を訪れた。受診後向は認めるが、主観的な症状の訴えは、なかなか改善しない。

指導の概要	心気神経症の患者。身体状況を訴え、一般科を訪れ、所要の検査で異常が見つからない場合、しばしば「何でもありませんよ」と言われることがある。医師側は、単に異常がないことを告げればよいものを、安心させるつもりでかえって言葉足らしになってしまふ。シュナイダーの無力者の場合、自覚症状をあれやこれやと探ることがあり、極端な場合、いわゆるドクター・ジョブに陥ることがある。患者の不安をきちんと受け止め、適切な言葉遣いで対応することの必要性を学ばせる。支持的治療法に馴染み、日常診療での患者の心理的側面に配慮する態度を習得させる。
-------	--

診療場所	精神科病院外来もしくは精神科診療所
現病歴	子供の頃から身体が弱いと言われ、熱を出すや学校を休ませられるような育ちで、友人が胃癌で死亡したことをつっかきとして、腹部膨満感、胃痛を感じはじめ、胃癌ではないかと心配し、内科診療所を受診した。内視鏡検査を受けたが異常なく、大学病院の外科を受診、なんともないです、と言われ、満足せず、夫に話し合ったところ、精神科受診を勧められた。迷った末に、精神科病院(診療所)を訪れた。受診後向は認めるが、主観的な症状の訴えは、なかなか改善しない。
種痘症状	心気症状、不安、無力、等の諸症状を訴える。血性の性格があつたと訴えるが、事実の確認は家族もできていない。腹部膨満感、胃痛は主観的であり、ないともあるともいえない、抑うつ症状を伴うこともある。
検査所見	初診時一般検査(血液、生化学、血清等の検査)、バイタルサイン、理学的検査、神経学的検査は省略してもよい。心理検査は、知能検査(WAIS-R)の結果、TIG102、VIQ104、PIQ95であつた。性格検査(ローレルジャッハラスト、MMPI、SCIT、ハワムテスト等)は、外来通院時にひとつずつ行った。
治療	薬物療法は、抗不安薬を中心に行つたが、抗精神病薬投与が必要になることがある。指導医の行う精神療法を随時受ける。
経過の概要	以前より身体が弱いと考えており、毎日体温を測り、血圧を一日3回測定している。友人が胃癌で死亡したことをつっかきとして、腹部膨満感、胃痛を感じはじめ、胃癌ではないかと心配し、内科診療所を受診した。内視鏡検査を受けたが異常なく、大学病院の外科を受診、なんともないです、と言われ、満足せず、夫に話し合ったところ、精神科受診を勧められた。迷った末に、精神科病院(診療所)を訪れた。受診後向は認めるが、主観的な症状の訴えは、なかなか改善しない。
検査	病歴に目合う検査は必要であるが、前医ですでに相当の検査が行われていることが多い。取上げて検査する必要はない。しかしながら、患者は納得が行くまで、執拗に検査の要求をすることが多い。心理検査の組合せと施行時期を指導医が決定し、指示を出す。
病歴の把握	発症経緯、家族の背景、発症を患者及び家族から聴取せしめる。前医に病歴を照会させる。ことに検査ターゲットは、所見を取り寄せると共に画像を借りるようにする。心気訴えを受け止める。適切に対応する態度を養う。
病初期の診察	バイタルサイン、全身の理学的所見、神経学的所見を望む。前医から得た情報を元に器質的疾患がないことを確認する。客観的所見はないが、患者が実際に感じていることを患者と医師の間で共有する。病態を推定し、身体化障害、うつ病性障害、妄想性障害、不安及びパニック障害等との鑑別診断を行う。家族教育を行う。
治療	抗不安薬及び抗精神病薬の適応と選択を行い、副作用等の注意事項を学習させる。精神療法は、支持的治療法を行い、研修医自らも行つた。患者の訴えを吸収しつづける。患者の訴えを聞きながら出来る範囲で日常生活をしてもらうように支援する。患者医師関係の構築は重要である。家族への病状説明、家族教育を行う。自殺念慮・企図を見逃さない。
行動目標	患者 - 医師関係 チーム医療 問題対応能力 安全管理 症例提示 医療の社会性 医療面接 身体検査 臨床検査 手技 治療法 診療記録 診療計画 頻度の高い症状 緊急を要する症状・病態 緊急が求められる疾患・病態 救急医療 予防医療 地域保健・医療 小児・成層医療 精神保健・医療 緩和・終末期医療
経緯目標	