

ていったと考えられる。2005年に大学教育や医学教育のグランド・デザインが実施され、現在のところフランス人でさえ制度を理解するのが大変な状況である。つまり制度の移行期にあるため、旧カリキュラムと新カリキュラムが混在していると言えるかもしれない。

フランスは高校を卒業し、バカロレア大学入学資格試験(BAC)に合格すれば、どの大学のどの学部にも入学でき、第一サイクル第1学年の学生になれる。誰でも医学部に入学手続きをとることができるので、この段階ではだいたい2万5千人くらいが登録する。しかし進級選抜コンクールで4千人くらいに減る。この試験は2回まで受験可能だが、2回目にも不合格の場合には医師への道は閉ざされる。第一サイクルは日本で言えば、一般教養課程でかなりの人数が振り落とされるため、最近では初めからこのコースを選ばず、順調に進学できるもっと難易度の低い専攻を選ぶ学生も多いと言われている。

第一サイクル第2学年から医学の授業が始まる。第二サイクルの4年間は医学理論と実践。第二サイクル第2学年から給与がもらえる。第二サイクル終了までに医学部卒前教育。論文を書き、臨床分析認定証を取得し、インターン・コンクール国家試験を受験して合格すると、第三サイクル課程が研修医で卒後教育研修を病院でおこなう。インターン・コンクール国家試験の成績によって上位から専門医や一般医のどちらかのコースを選べる。成績優秀者が定員の決まっている専門医コースを選び、このコースが定員に達すると一般医コースを選ぶことになる。専門医コースは、特定の専門領域を勉強するが、一般医はこの後2年間の教育で町医者を開業する。このコースはこれまで2年半の教育であったが、2005年度からは3年の教育になり、理論教育も200時間あり、内科専門医という位置づけになっている。

専門医コースはインターンとして実習と共に理論教育が250時間ある。専門科は9科(内科、外科、麻酔蘇生科、精神科、産科・婦人科、小児科、産業医、バイオロジスト、公衆衛生科)であり、児童精神医学を専門にしようと思う者は、専門医コースの精神科に入らなければならないが、インターン・コンクール国家試験で成績によっては、希望の診療科に進めないこともある。精神科の中で一般成人、老人、小児などに分かれるが、精神科一般を勉強する。フランスの医学部は全て国立で、28の大学病院と44の医学部がある。全国の精神科の専門科研修医ポストは180席くらいしかない。従って、精神科医は1年間にこれだけしか誕生しない。第三サイクルはインターン研修医として医療に従事し、隔年ごとに試験がある。第三サイクル修了、ドクトラ論文終了後に専門医の資格が明示された証明書を発行される。

医療系専門大学教育カリキュラム

学年	通常年齢	専門医履修サイクル 課程・学年(計 11年)
11	28	第三サイクル5年
10	27	第三サイクル4年
9	26	第三サイクル3年
8	25	第三サイクル第2学年
7	24	第三サイクル第1学年
インターン・コンクール国家試験		
6	23	第二サイクル第4学年
5	22	第二サイクル第3学年
4	21	第二サイクル第2学年
3	20	第二サイクル第1学年
2	19	第一サイクル第2学年
第二学年進級選抜コンクール		
1	18	医学部・歯学部共通PCEM
1		第一サイクル第1学年
科学系・普通バカロレア大学入学資格試験 高校卒業		

・第一サイクル(Premier cycle)の内容：
人文科学，社会科学など約 70 時間，その中には医学に関係のある心理学，社会学，人類学なども含まれる。授業内容および評価については UFR(Unite Formation et Recherche)が決定する。2 年目になると医学心理学や症候学の勉強が始まる。

・第二サイクル(Deuxième cycle)の内容：
医学理論と実践。精神医学の分野では 2002 年から変更があり，児童精神医学に関連する内容が増え，実習の時間も増えたが教育学に関する部分では授業内容に質的な問題も残っている。医学理論教育には合計 250 時間あてられている。実習では成人精神医学に 4 セメスター，児童精神医学に 2 セメスター，その他に 2 セメスターの期間が設けられている。第二サイクルを終了すると DES: Diplome d'Etude Specialisees を得られる。

・第三サイクル(Troisième cycle)の内容
2001 年 10 月 19 日の法(L'arrêté du 19 Octobre 2001)では精神医学ではインターン制度は必須ではなかったがその後 6 月のインターン(内勤)が義務づけられた。病院実習は全国にある CHU(Centre Hospitalier Universitaire:大学病院)でおこなわれる。3 セメスターを入院治療期間で実習し，1 セメスターは小児科で実習する必要がある。児童精神医学の理論教育では，子どもの発達，児童思春期の精神病理学，関連法規，医療福祉，セクター制による治療の実際，治療学(薬物療法，精神療法，入院治療，家族療法，再教育法)を勉強する。それ以外にも特に強制されるものではないが，心身医学，精神分析，幼少時期の人間関係論，家族精神医学，神経疾患についても勉強するように求められる。さらに児童精神科医を目指すならば小児科学を，小児科医を目指すならば児童精神医学を勉強しなければならない。

第三サイクル終了後は，あまり明文化されていない。おそらく児童精神科医となりそれ

ぞれの児童・青年精神医療区の基幹病院や診療所で働くと思われる。

3. 児童精神科医が学ばなければならないこと

(児童精神科医ジャン＝ピエール・クライン氏とのインタビューから)

①フランスの児童精神医学の歴史

フランス児童精神医学は様々な流れが集まって誕生しているが，アヴェイロンの少年に治療教育をおこなったイタールを嚆矢とする。彼は哲学的視点を持っていた。つまり，ロックやコンディヤックの感覚哲学に触発された感覚主義的なアプローチ方法を用いて，野生児を人間に変えようとしたのだった。ヴィクトールはうち捨てられた状態(実際，原始的な状態に置かれていた)にあったため白痴と見なされた。これに対して当時の精神医学はピネルをはじめとして多くが反対の意見を持っていた。イタール以後，精神科医や教育者達は，感覚哲学によるアプローチとは異なる教育学的《処遇》で取り組んだのである。この教育学的《処遇》に関して，思いつくままに名前を列挙すると，以下のような人々になるだろう。セガン，ヴールヌヴィル，デューイ，フレーベル，モンテッソリ，クラパレイド，ピアジェ，ドゥリニユー，ニール。その多くは教育者たちであった。

②児童精神医学の特殊性，特に成人精神医学との違いについて

・病像：《病気の子ども》と言われても，成人精神医学のように疾患名を付けた《患者》と言われないのが特徴である。つまり描像が精神病理学に記載されているような典型的な描像として現れてこない場合が多い。

・治療に関する時間性：児童の成長と治療がどのように展開するかが緊密に関連する。

・診察を要求するのは子どもではなく，親である：親が治療の場に現れ，さまざまな役割をとる。さらに，世代によって考え方が異なる。

るので、世代間の違いを考慮しなければならない。

- ・児童精神科医は親の問題に関わるだけでなく、周囲との関わりも要求される：例えば、子どもと親だけでなく家族、学校、地域、さらには公的機関との連携である。場合によっては、児童精神科医自身が、直接こうした領域に介入して、現実の問題解決に影響を及ぼすこともある。

- ・治療形態が十分に体系化されていない：年齢、病理、治療関係、愁訴の内容によって様々な治療形態がとられる。さらには、症状の問題と、言語や内省能力、造形、言語、音、身体的表現よる疎通性の問題を、治療をおこなう際に考慮しなければならない。それぞれの症例の特徴に応じて治療する場が必要である。

- ・児童精神科医自身それぞれの領域の専門家達と同等であって、子どもを取り巻く問題を治療する役割を持っているに過ぎない：実際には他職種の治療者と分担しながら補い合う。そうすることで《複合的治療》として他の治療者の視点を認めることも出来る。その上、《複合的治療》では、役割、機能、専門性が階層的な指示・命令系統ではなく対等なものでなければならない。

- ・入院治療は、一つの治療のあり方であって決して絶対的なものではない：入院期間も他の様々な領域との関係の中で短くも長くもなる。児童精神医学領域のセクターでの活動が柔軟に、そして他との関係が調和のとれたものになっている必要がある。

- ・児童精神医学の実際：保護だけでなく、幼年時代の担当医とのディスカッション、実施された治療の評価、養父母との面談、養育担当者の養成、親たちとの議論、などさまざまなことをおこなわなければならない。治療はそれ自体メンタルヘルスの視点から理解される。児童精神医学においては、病院や施設で働く臨床医、心理学者、パラメディカルス

タッフが配置され、精神分析や成人精神医学の治療方法や研究成果をそのまま取り入れるのではなく、児童にあうように相対化される必要がある。

- ・児童精神医学を支える理論：多岐にわたり、例えば精神分析派(アンナ・フロイトからメラニー・クラインまで)もあれば、他の学派もあり人間科学や社会科学からはみ出しているものもある。臨床家はさまざまな理論的影響を受けながら、独自の定式を生み出さなければならない。成人精神医学の知見で児童精神医学に役立っているのは、せいぜい自閉症の概念だけである。児童精神医学の理論は、一般精神医学よりもその多くを教育学や心理学など人間科学や社会科学の影響を受けていることは強調されて良い。

D. 考察

フランスの精神医療は独特のセクター制度で成り立っている。このことを抜きにしてフランスの児童精神医学を語ることはできない。児童・青年精神医療区は20万人規模で区切っている。一方で、毎年児童精神科医になる人数も定数が決められていて、自分の希望する診療科に進め人数の偏りが甚だしい日本と比べると不思議な気がするのである。

成人精神医学と児童精神医学を截然と区分し全く違う領域である点も異色である。最も彼らフランス人に言わせれば、大人も子どもも扱う精神科医などいるはずがないと考えているふしがある。制度を見てもさらに大学教育、特に第三サイクルのカリキュラムを見ると医学の他の分野だけでなく、子どものころに関する専門家、特に児童精神科医になるためには教育学や心理学、それに社会学などの知識を身につける必要があるという考え方が明確で、この点はクライン氏のインタビューでも同様のことが語られている。日本の児童精神医学が自閉症を

出発点にしていることを思うと、カナーの自閉症ではなく、イタルの特殊教育に児童精神医学の淵源があるからだとなんげか納得させられる。

医学を志す学生に課される実習時間の長さにも驚かされるのである。これは児童精神医学のみならず他の診療科でも同様であり、実践を重んずる国民性の反映ともとれよう。

日本で児童精神科医になろうとする学生のためのシステムを構想する場合に、フランスから学べることがあるとすれば、大学教育のカリキュラム内容にあるように思う。セクター制もなく、医学生が診療科の好きなどころにいける日本ではフランスのようなシステムをつくることはできない。

E. 結論

フランス児童精神医学とは何かということが大学カリキュラムの内容からかいま見れたような気がする。一般精神医学と全く異なる精神医学なのだと見なされているのである。無論、医学一般や精神医学は必要である。だがそれだけでは十分ではない。自閉症以外にはあまり精神医学は児童精神医学に寄与していないという見識をもち、社会学や教育学をもっと勉強しなければならないとフランス児童精神医学は教えている。

参考

DESC ホームページ

Bienvenu sur Psudoc-France ホームページ

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE
PSYCHIATRIE ; Journées du Livre Blanc de
Psychiatrie

G. Benoit, J-P Klein, Histoire contemporaine de
la psychiatrie de l' enfant, Paris, PUF, coll. Que
sais-je ?

www.remede.org

奥田七峰子：「フランスにおける医学教育改革」日医総研ワーキングペーパーN0.63

ジャン＝ピエール・クライン氏のインタビューは、2008年1月4日に研究協力者の自宅でおこなった。

全国児童青年精神科医療施設協議会所属医師を対象とした研修体制に関する調査

分担研究者 齊藤万比古 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科

研究協力者 小平雅基 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科

研究要旨

「少なくとも複数年の精神科の経験を有し、児童精神科についてはほぼ経験のない医師」を対象に、外来／入院主治医としての経験、他機関での派遣業務、講義、スーパーバイズ、症例検討会、診察の陪席、抄読会、研究会・学会参加といった内容で研修プログラムを提供した。その結果、全範囲にわたってレジデントの理解度が上がる結果となった。ただし指導する側が苦手としていることに関してはレジデントもおおよそ理解しており、それについては積極的に研修プログラムを希望していない可能性もうかがわれた。各病院においては外来や入院の症例を担当し、それを通じた症例検討やスーパーバイズの充実を計画しつつ、他機関合同の講義を中心とした研修会を、各分野を得意とする専門家を中心に計画していくことが、現時点では最も望ましい研修体制と思われた。

A. 研究目的

平成 17 年度の全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設の指導者を対象とした調査においては、入院治療を兼ね備えた児童・青年期の精神医療を実施している病院群の研修体制の基本骨格としては、①1 病院当たりの受け入れ可能数としては一桁前半の研修医であること、②2～3 年を基本研修期間とすること、③外来主治医と入院主治医を基本セットとすること、④症例検討会を基本として個人スーパーバイズ・診察の陪席・講義を組み合わせた指導をすること、⑤偏りなく精神障害全体を網羅することを研修の目標とすること、⑥精神保健指定医資格の取得を推奨すること、などが挙げられた。

加えて平成 18 年度の調査としては指導者ではなく、実際に全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設で勤務している医師個人に対してアンケート調査を行い、55 名の医師から児童思春期精神医療の研修についての

意見を求めた。その結果としては各病院の指導者が述べた研修のあるべき枠組みとほぼ同様の内容が得られた。一方で平成 18 年度の調査の「医師の立場と以前の研修経験との関係」の結果から非常勤医とレジデントでは現在所属する機関の研修体制への満足度が高いものの、常勤医では現在の機関の研修体制への満足度が低い傾向があることが示され、研修初期の医師への支援だけでなく、その後常勤医師へと立場を変えていった医師達に対しても何らかの支援をしていくことの重要性も示された。

以上の結果から平成 19 年度としては、国立精神・神経センター国府台病院児童精神科のレジデント医師を対象に、一定のプログラムを提供し、それに対する評価や各診断技術・治療技法への自己評価などを調査した。また今後研修に希望する内容などについても質問し、指導する側の常勤医に対しても意見を求めた。

B. 研究方法

1. 4月・10月時点でのアンケート調査

国立精神・神経センター国府台病院児童精神科にてレジデント研修をしている9名の医師を対象とし、4月と10月の時点で研修に関する評価を質問紙(それぞれ資料1、2として文末に掲載)にて調査し、解析を行った。

4月の調査のアンケートの項目としては、医師としての背景、各障害の理解度、特有の問題や各法の理解度、諸検査の理解度、各治療技法の理解度などからなる。10月の調査のアンケート項目は、半年間で受けた研修プログラム、4月と同じ項目の理解度、それぞれの項目を理解するために有用だった研修プログラムなどからなる。

2. 今後の研修に向けてのアンケート調査

レジデントに対しては1.で聴取した各項目について今後どの程度、どのような形での研修を希望するかについて質問紙(資料3として文末に掲載)を用いてたずねた。

4名の常勤医師に対しても同項目についてどの程度プログラムを提供する自信があるか、またどのような形での提供を希望するかについて質問紙(資料4として文末に掲載)を用いてたずねた。

1. 2. に共通する各項目としては以下の(A)から(F)のような構成になっている。

(A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について

(B) 各病態理解について

①内因性精神病性障害(統合失調症、気分障害)

②神経症性障害(不安障害、OCD、PTSD、適応障害、解離性障害)

③摂食障害

④器質性障害(てんかん、脳炎後遺症)

⑤発達障害(PDD、ADHD、学習障害、精神遅滞)

⑥行為障害

⑦幼児期・小児期・青年期に初めて診断される障害(⑤⑥を除く): チック障害、選択性緘黙、

吃音症など

⑧人格障害

(C) 児童思春期特有の問題について

①不登校

②虐待

③非行

(D) 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法について

(E) 諸検査について

①心理検査

②脳波検査

③画像検査

④各疾患の評価法(質問紙など)

(F) 治療介入技法について

①薬物療法

②認知行動療法

③個人力動的療法

④遊戯療法

⑤家族療法

⑥集団療法

⑦ケースマネジメント

⑧その他(言語療法、理学療法、作業療法など)

C. 研究結果

1. 4月・10月時点でのアンケート調査

a) 対象となるレジデントの医師背景

9名のレジデントの国立精神・神経センター国府台病院でのレジデント年数について求めた。レジデント1年目が3名、レジデント2年目が4名、レジデント3年目が2名であった。

医師歴としては6年目～10年目(平均7.2年)であり、小児科の研修経験は、「なし」が6名、「あり」が3名(平均1.6年)であった。

国府台病院以前の児童精神科研修歴については「なし」が8名、「あり」は1名(0.5年)であった。

よって今回の対象は、「少なくとも複数年の精神科の経験を有し、児童精神科についてはほぼ経験のない医師」ということになる。

b) 4月から10月の間に受けた研修プログラム

4月から10月の間に受けた研修プログラムとしては、外来主治医としての担当は新規患者数が41.0人、1月平均のべ外来患者数が79.8人であった。入院主治医としての担当は新規患者数が4.2人、1月平均入院患者数が4.2人であった。他機関への派遣業務は、児童相談所経験者が6名、発達センター経験者が2名、教育センター経験者が3名であった。受けた講義の回数は10.2回、スーパーバイズが4.2回、症例検討会が8.0回、診察の陪席（1年目のみ）が7.0回、抄読会が5.8回、研究会・学会参加が4.2回であった。

（数値は9人の平均値）

このレジデントが「経験した」とするプログラムの内容は、意識的に今年度提供したものであるが、17年度・18年度に示された基本的な研修の枠組みを一応レジデントに示せたものとする。

c) 各項目への自己評価

(A) から (F) の各項目について4月と10月の時点で、10:「十分理解出来ている」から1:「全く理解できていない」までの10段階で自己評価を依頼した。その結果としては以下のようにになっている。（4月の評価－10月の評価）

(A) 3.7－5.6

(B) ①5.1－5.9, ②4.6－5.8, ③4.3－5.6,

④4.0－5.1, ⑤5.0－6.0, ⑥3.8－5.0,

⑦4.3－5.6, ⑧4.2－5.2

(C) ①4.6－5.8, ②4.2－5.1, ③3.6－4.9

(D) 3.9－5.1

(E) ①4.4－5.7, ②5.2－5.4, ③4.9－5.4,

④4.2－5.2

(F) ①4.7－5.8, ②3.9－4.9, ③3.8－5.0,

④3.4－5.1, ⑤3.4－5.0, ⑥3.7－5.0

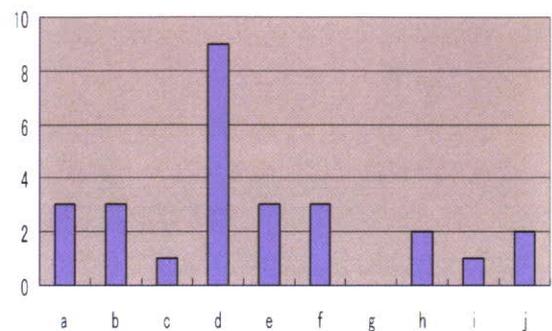
⑦3.8－5.2, ⑧3.1－4.6

この結果からは全範囲にわたってレジデントが半年間のプログラムによって理解を深めたことが示される。ただし項目によっては4月の時点と10月の時点で理解度がそれほど大きく変化していない項目も存在することがわかる。

d) 各項目の理解に役立ったプログラム

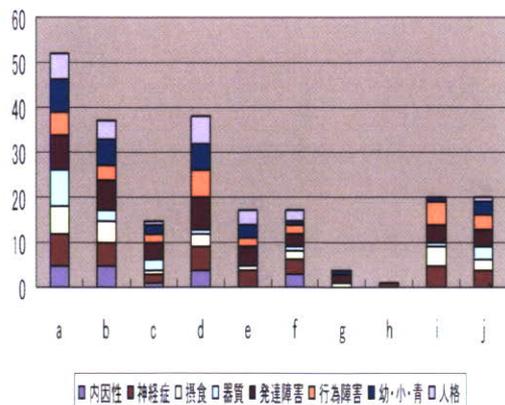
各項目の理解に役立ったプログラムについて、「a. 外来主治医の経験」、「b. 入院主治医の経験」、「c. 他機関での活動経験」、「d. 講義」、「e. スーパーバイズ」、「f. 症例検討会」、「g. 診察の陪席」、「h. 抄読会」、「i. 研究会・学会」、「j. 自己学習」の10項目から各項目の理解に役立ったものを複数回答可として質問した。

(A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について



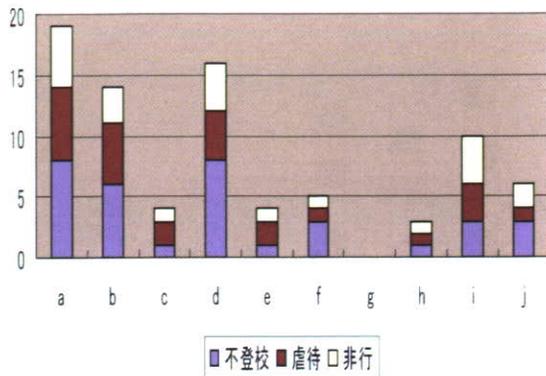
この項目に関しては「d. 講義」が理解に役立ったとの回答が抜きこんでいる。

(B) 各病態理解について



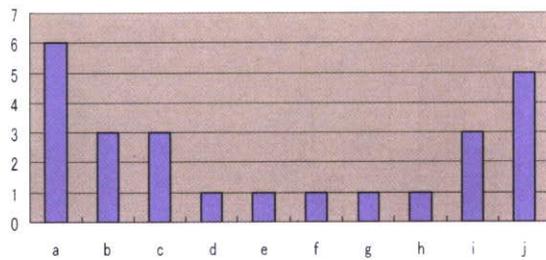
この項目に関しては各病態により、差はあるが病態理解という観点からみると、「a. 外来主治医の経験」、「b. 入院主治医の経験」、「d. 講義」との回答が目立っている。

(C) 児童思春期特有の問題について



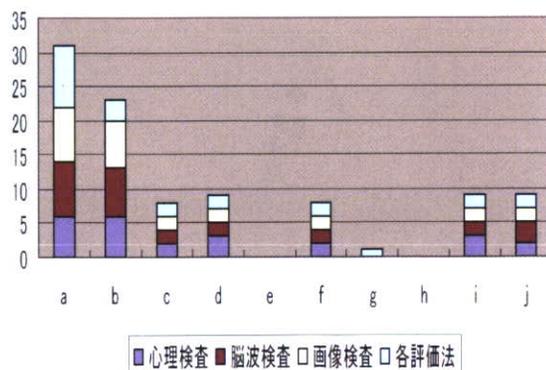
この項目に関しては各病態理解と同様に「a. 外来主治医の経験」、「b. 入院主治医の経験」、「d. 講義」との回答が目立っている。

(D) 各法について



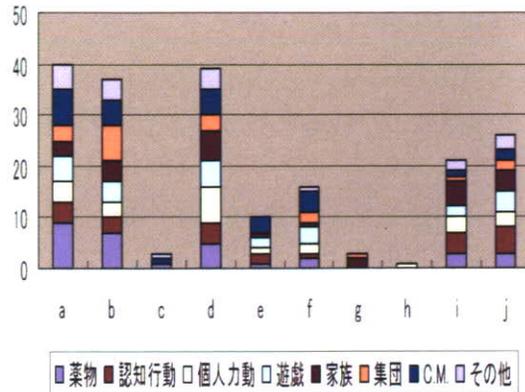
この項目に関しては「a. 外来主治医の経験」、「j. 自己学習」の回答が目立っている。

(E) 諸検査について



諸検査については「a. 外来主治医の経験」、「b. 入院主治医の経験」が突出していることが分かる。

(F) 治療介入技法について



この項目に関しては各病態理解や児童思春期特有の問題と同様に「a. 外来主治医の経験」、「b. 入院主治医の経験」、「d. 講義」との回答が目立っている。

2. 今後の研修に向けてのアンケート調査

a) 各項目への研修希望度 (レジデント) とプログラム提供の自信 (常勤医)

レジデントに対しては各項目を、10:「研修プログラムを極めて希望する」から 1:「研修プログラムは特に希望しない」までの10段階で回答してもらい、常勤医に対しては同項目を10:「研修プログラムを提供する十分な自信がある」から 1:「研修プログラムを提供する自信がない」までの10段階で回答してもらった。(レジデントー常勤医)

(A) 9.4-5.5

(B) ①6.1-5.0, ②9.1-5.5, ③8.6-5.5

④6.6-1.8, ⑤9.2-5.5, ⑥9.4-5.3

⑦9.7-5.5 ⑧8.5-4.3

(C) ①9.8-5.3, ②9.7-5.0, ③9.2-4.8

(D) 9.3-3.8

(E) ①8.9-2.5, ②8.1-2.5, ③7.1-2.0

④8.4-3.0

(F) ①9.0-5.3, ②8.6-4.0, ③8.7-5.3

④9.1-5.5, ⑤8.2-5.0, ⑥9.1-3.8

⑦9.1-6.0 ⑧7.0-2.5

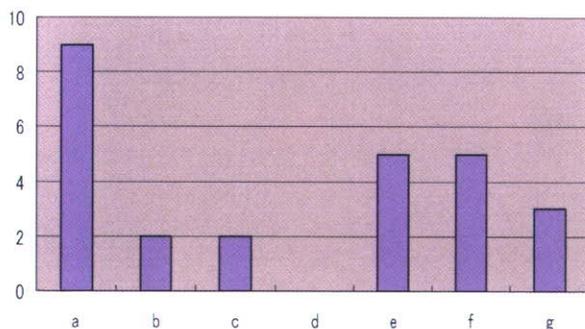
この結果では研修プログラムの結果理解が深まったとしているものの、引き続き全範囲にわたって研修プログラムを受けることを希望していることがうかがわれる。

しかし (B)④器質性障害、(E)①心理検査、(E)②脳波検査、(E)③画像検査、(F)⑧その他、といった小児科が得意とする領域やコメディカルが中心の領域の項目などではとりわけ指導する側に自信がない傾向がうかがわれる。その中でも (B)④器質性障害、(E)③画像検査、(F)⑧その他の項目はレジデントの側も今後の研修プログラムの希望が低いことがわかる。

b) 希望する研修プログラムの形式

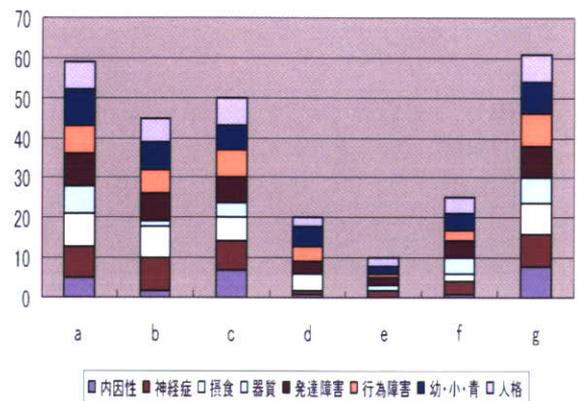
レジデントに対して今後研修プログラムを受ける際に希望する形式を「a. 講義」、「b. スーパーバイズ」、「c. 症例検討会」、「d. 診察の陪席」、「e. 抄読会」、「f. 研究会・学会」、「g. 実際的な患者の受け持ち」の7項目から複数回答を可として回答を求めた。

(A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について



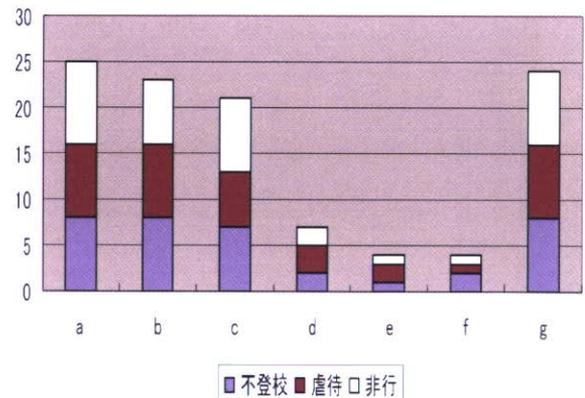
「a. 講義」との回答が抜きんでている結果となっているが、約半数に「e. 抄読会」、「f. 研究会・学会」との回答も認める。

(B) 各病態理解について



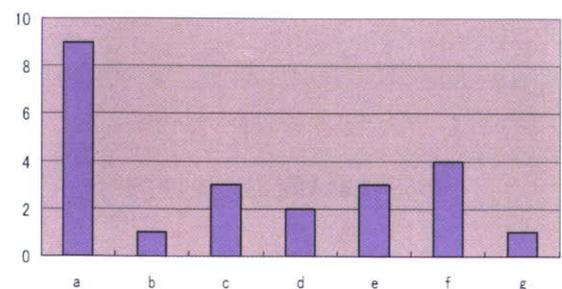
この項目では「a. 講義」、「b. スーパーバイズ」、「c. 症例検討会」、「g. 実際的な患者の受け持ち」の回答を多く認める。

(C) 児童思春期特有の問題について



この項目でも各病態理解と同様に「a. 講義」、「b. スーパーバイズ」、「c. 症例検討会」、「g. 実際的な患者の受け持ち」の回答を多く認める。

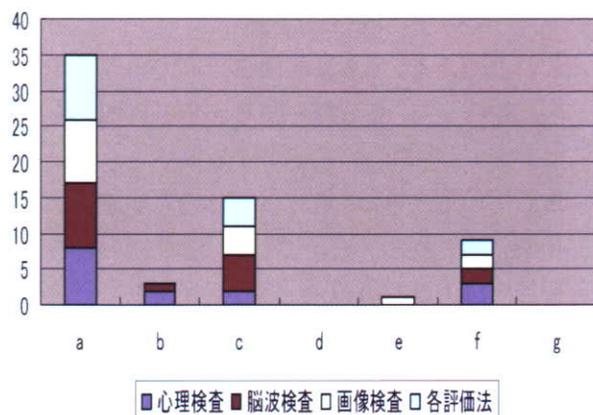
(D) 各法について



この項目では「a. 講義」との回答が抜きんで

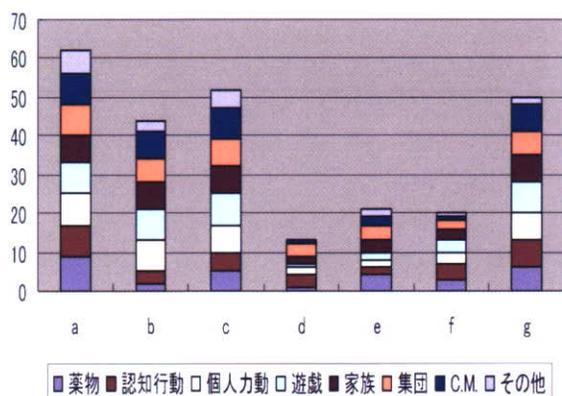
ている結果となっている。

(E) 諸検査について



この項目でも「a. 講義」との回答が抜きんでている結果となっており、「c. 症例検討会」との回答もある程度認める。

(F) 治療介入技法について



この項目に関しても各病態理解や児童思春期特有の問題と同様に「a. 講義」、「b. スーパーバイズ」、「c. 症例検討会」、「g. 実際的な患者の受け持ち」の回答を多く認める。

c) 自由記述より

レジデントの自由記述

- 他機関の医師の講義も聞いてみたい
- 自立支援施設や医療少年院などの機関を見学したい
- 院外で幅広い講義を受け、院内の研修は症例

検討中心が望ましい

常勤医師の自由記述

- 総論から各論まで全て教育することは時間的に不可能である
- 臨床をしながら教育の責を負うのは精神的に極めて困難を感じる
- 当院の指導スタッフだけでは、不得意分野もあり、十分な教育を実施することが難しい
- 症例を通じた研修が基本と考えるが、症例にばらつきがあり、様々な研修プログラムを組み合わせる必要があると思われる

D. 考察

「少なくとも複数年の精神科の経験を有し、児童精神科についてはほぼ経験のない医師」を対象に、外来／入院主治医としての経験、他機関での派遣業務、講義、スーパーバイズ、症例検討会、診察の陪席（1年目のみ）、抄読会、研究会・学会参加といった内容で研修プログラムを提供した。その結果、(A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について、(B) 各病態理解について、(C) 児童思春期特有の問題について、(D) 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法について、(E) 諸検査について、(F) 治療介入技法について、全範囲にわたってレジデントの理解度が上がる結果となった。

しかし一方でレジデントの今後の研修に向けての希望調査の結果からは、引き続き全範囲にわたる研修の希望が示された。当然の結果ではあるが、理解度が増したからといって研修していく希望が下がるわけではないことがうかがわれる。

理解を深める方法としては、今回提供したプログラムの中では「外来主治医の経験」、「入院主治医の経験」、「講義」の方法論が最も有用であったようである。しかし今後の希望に関しては「スーパーバイズ」、「症例検討会」の回答が全体的に高く、実際的な症例を通して理解を深めるプログラムの充実を検討していく必要がある。

ただし指導する側に自信があまりない領域に

において、レジデントの希望も低い傾向があることは留意すべきと考える。すなわち指導する側が苦手としていることに関してはレジデントもおおよそ理解しており、それについては積極的に研修プログラムを希望していない可能性が高い。常勤医師の自由記述にも「当院の指導スタッフだけでは、不得意分野もあり、十分な教育を実施することが難しい」とあるように、大学病院のような教育機能を有していない病院群においては、児童思春期精神医療の全ての領域にわたって十分な研修を提供することは、実際には困難であると思われる。これは平成 18 年度の「レジデントでは現在所属する機関の研修体制への満足度が高いものの、常勤医では現在の機関の研修体制への満足

度が低い傾向がある」との結果とも関係していると考えられる。

以上の点を考えると各病院においては外来や入院の症例を担当し、それを通じた症例検討やスーパーバイズの充実を計画していくことが望ましいと考える。加えて他機関合同の講義を中心とした研修会を、各分野を得意とする専門家を中心に計画し、各病院の苦手とする領域をお互いに支援していくことが、現時点では最も望ましい研修体制と思われる。それにより、各病院の指導する側の医師の負担は軽減し、また知識としては共通のコンセンサスを得たものとなっていく可能性が高い。

国府台病院レジデント研修アンケート

1. 現在国府台病院でのレジデントは何年目になりますか？ () 年目
2. 医師歴は何年目になりますか？ () 年目
内訳は？ 精神科 () 年 小児科 () 年
3. 国府台病院に勤務する以前に児童精神科領域の研修をされましたか？
研修経験あり () 年間・研修経験なし

4. 基礎理解

以下の各項目を 10:「十分理解出来ている」から 1:「全く理解できていない」までの 10 段階で自己評価して下さい。

- 4-I. (A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について ()
- (B) 各病態理解について
- ①内因性精神病性障害 (統合失調症、気分障害) ()
- ②神経症性障害 (不安障害、強迫性障害、PTSD、適応障害、解離性障害) ()
- ③摂食障害 ()
- ④器質性障害 (てんかん、脳炎後遺症) ()
- ⑤発達障害 (広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、精神遅滞) ()
- ⑥行為障害 ()
- ⑦幼児期・小児期・青年期に初めて診断される障害
(⑤⑥を除く): チック障害、選択性緘黙、吃音症など ()
- ⑧人格障害 ()
- (C) 児童思春期特有の問題について
- ①不登校 ()
- ②虐待 ()
- ③非行 ()
- (D) 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法について ()

4-II. 諸検査について

- ①心理検査 ()
- ②脳波検査 ()
- ③画像検査 ()
- ④各疾患の評価法 (質問紙など) ()

4-Ⅲ. 治療介入技法について

- | | |
|------------------------|-----|
| ①薬物療法 | () |
| ②認知行動療法 | () |
| ③個人力動的的精神療法 | () |
| ④遊戯療法 | () |
| ⑤家族療法 | () |
| ⑥集団療法 | () |
| ⑦ケースマネジメント | () |
| ⑧その他（言語療法、理学療法、作業療法など） | () |

国府台病院レジデント研修アンケート

1. 受けた研修プログラム

1-I. 4月から10月までに行った実際の業務について概ねの値をご記入下さい。

- ①外来主治医 4月から10月までの新しく受け持った数 () 人
平均した受け持ち患者数 () 人
- ②入院主治医 4月から10月までの新しく受け持った数 () 人
平均した受け持ち患者数 () 人
- ③他機関（児童相談所、教育センターなど）での活動
4月から10月までに関わった機関とその回数
() → () 回
() → () 回
() → () 回
() → () 回

1-II. 各プログラムについて4月から10月までで受けた回数をお答え下さい

(国府台病院外での推奨プログラムも含めて計算下さい)。

- ①講義 () 回
- ②スーパーバイズ () 回
- ③症例検討会 () 回
- ④診察の陪席 () 回
- ⑤抄読会 () 回
- ⑥研究会・学会 () 回

2. 基礎理解

以下の各項目を10:「十分理解出来ている」から1:「全く理解できていない」までの10段階で () 内に自己評価して下さい。またそれらを理解するために有用であったプログラムを < > 内に以下のaからjから選び、ご記入下さい(複数可、特になかった場合は×を記入して下さい)。

a 外来主治医の経験、b 入院主治医の経験、c 他機関での活動経験、d 講義、e スーパーバイズ、f 症例検討会、g 診察の陪席、h 抄読会、i 研究会・学会、j 自己学習

2-I. (A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について ()
< >

(B) 各病態理解について

①内因性精神病性障害（統合失調症、気分障害） ()
< >

②神経症性障害（不安障害、強迫性障害、PTSD、適応障害、解離性障害） ()

< >

- ③摂食障害 ()
< >
- ④器質性障害（てんかん、脳炎後遺症） ()
< >
- ⑤発達障害（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、精神遅滞） ()
< >
- ⑥行為障害 ()
< >
- ⑦幼児期・小児期・青年期に初めて診断される障害
（⑤⑥を除く）：チック障害、選択性緘黙、吃音症など ()
< >
- ⑧人格障害 ()
< >
- (C) 児童思春期特有の問題について
- ①不登校 ()
< >
- ②虐待 ()
< >
- ③非行 ()
< >
- (D) 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法について ()
< >

2-II. 諸検査について

- ①心理検査 ()
< >
- ②脳波検査 ()
< >
- ③画像検査 ()
< >
- ④各疾患の評価法（質問紙など） ()
< >

2-III. 治療介入技法について

- ①薬物療法 ()
< >
- ②認知行動療法 ()

- | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|
| ③個人力動的精神療法 | < | (|) | > |
| ④遊戯療法 | < | (|) | > |
| ⑤家族療法 | < | (|) | > |
| ⑥集団療法 | < | (|) | > |
| ⑦ケースマネジメント | < | (|) | > |
| ⑧その他（言語療法、理学療法、作業療法など） | < | (|) | > |

国府台病院レジデント研修アンケート

今後、以下の各項目でどの程度研修プログラムを希望するかについて 10:「研修プログラムを極めて希望する」から 1:「研修プログラムは特に希望しない」までの 10 段階で () 内にお答え下さい。また研修プログラムを受ける際にどのような形でのプログラムを希望するかについても以下の項目から選び、< >内にお答え下さい(複数回答可)。

- ①講義 ②スーパーバイズ ③症例検討会 ④診察の陪席 ⑤抄読会 ⑥研究会・学会参加
⑦実際の患者の受け持ち

- I. (A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について ()
< >
- (B) 各病態理解について
- ①内因性精神病性障害(統合失調症、気分障害) ()
< >
- ②神経症性障害(不安障害、強迫性障害、PTSD、適応障害、解離性障害) ()
< >
- ③摂食障害 ()
< >
- ④器質性障害(てんかん、脳炎後遺症) ()
< >
- ⑤発達障害(広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、精神遅滞) ()
< >
- ⑥行為障害 ()
< >
- ⑦幼児期・小児期・青年期に初めて診断される障害
(⑤⑥を除く):チック障害、選択性緘黙、吃音症など ()
< >
- ⑧人格障害 ()
< >
- (C) 児童思春期特有の問題について
- ①不登校 ()
< >
- ②虐待 ()
< >
- ③非行 ()
< >
- (D) 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止

法、少年法について

()
< >

Ⅱ. 諸検査について

①心理検査

()
< >

②脳波検査

()
< >

③画像検査

()
< >

④各疾患の評価法（質問紙など）

()
< >

Ⅲ. 治療介入技法について

①薬物療法

()
< >

②認知行動療法

()
< >

③個人力動的的精神療法

()
< >

④遊戯療法

()
< >

⑤家族療法

()
< >

⑥集団療法

()
< >

⑦ケースマネジメント

()
< >

⑧その他（言語療法、理学療法、作業療法など）

()
< >

その他何か研修についてご意見があれば、以下にお書き下さい

国府台病院常勤医アンケート

今後、以下の各項目でどの程度研修プログラムを希望するかについて 10:「研修プログラムを提供する十分な自信がある」から 1:「研修プログラムを提供する自信はない」までの 10 段階で () 内にお答え下さい。またどのような形でのプログラムの提供を希望するかについても以下の項目から選び、< >内にお答え下さい(複数回答可)。

- ①講義 ②スーパーバイズ ③症例検討会 ④診察の陪席 ⑤抄読会 ⑥研究会・学会参加
⑦実際的な患者の受け持ち

- I. (A) 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論について ()
< >
- (B) 各病態理解について
- ①内因性精神病性障害(統合失調症、気分障害) ()
< >
- ②神経症性障害(不安障害、強迫性障害、PTSD、適応障害、解離性障害)
()
< >
- ③摂食障害 ()
< >
- ④器質性障害(てんかん、脳炎後遺症) ()
< >
- ⑤発達障害(広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、精神遅滞)
()
< >
- ⑥行為障害 ()
< >
- ⑦幼児期・小児期・青年期に初めて診断される障害
(⑤⑥を除く):チック障害、選択性緘黙、吃音症など ()
< >
- ⑧人格障害 ()
< >
- (C) 児童思春期特有の問題について
- ①不登校 ()
< >
- ②虐待 ()
< >
- ③非行 ()
< >
- (D) 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止

法、少年法について

()

< >

II. 諸検査について

①心理検査

()

< >

②脳波検査

()

< >

③画像検査

()

< >

④各疾患の評価法（質問紙など）

()

< >

III. 治療介入技法について

①薬物療法

()

< >

②認知行動療法

()

< >

③個人力動的的精神療法

()

< >

④遊戯療法

()

< >

⑤家族療法

()

< >

⑥集団療法

()

< >

⑦ケースマネジメント

()

< >

⑧その他（言語療法、理学療法、作業療法など）

()

< >

その他何か研修についてご意見があれば、以下にお書き下さい