

D. 考察／まとめ

1. 卒後臨床研修の必修化によってFDは注目されるようになり、実施数、質ともある程度向上してきていると思われる

2. 北米では約30年前、家庭医、プライマリケア医を急速に多数養成する必要があり、そのためには家庭医療、プライマリケアの分野の指導医を多数、急速に養成する必要があったことから北米のFDは生まれ、発展を遂げてきた。

3. 現在の日本の医師教育（卒前、卒後）の流れは全医師のプライマリケア能力の充実であり、しかしながら家庭医療／プライマリケアを教える事の出来る指導医が不足しており、その養成と数の増加は急務である。この状況は北米の30年前の状況と酷似しており、日本のFDの現状はおそらく米国の1970年代初期のレベルである。

4. 北米のFDは、様々な失敗、試行錯誤、経験をふまえて発展した北米のFDは不必要なものがそぎ落とされ、必要なものが加えられて、なるべくして現在の形態となったと考えられ、従って、日本が目指すべき姿と考えられる。しかしながら日本でFDの行われる

分野は北米のそれに比べると限定されており、未だ大きな乖離が見られる。特に Acquiring Professional Academic Skills, Leadership and Organizational Skills, Managing and Communicating Information といった領域に関してはまだ取り組みはあまりみられない。またその実施形態についても、未だに定着効果の低い単発の短期セミナー、ワークショップといった方法が主としてとられている。

5. 今後の課題として以下の事が考えられる

a. 日本で現在行われているFDの現状評価

これは厚生労働省の認可のついたFDに関しては計画書、講師、プロダクトなど全て資料が厚生労働省にあるため、その資料に基づいて、実施数、受講者数、カバーされている分野の質的、量的分析（どのような分野がどのくらい）などの現状と、これまでの傾向は容易に分析可能である。これによって、実際の北米のFDとの乖離が度のようなものか明らかになる。

b. 日本で必要なFDについてのニーズ評価

同様に厚生労働省認可のFDに関してはプロダクトの報告があるため、その分析によって、ある程度現在の問題点の把握

は可能であるが、それとは別にアンケート、フォーカスグループなどで現在の問題点の洗い出しと、どのような FD（内容、および実施形態）が必要かについての調査、研究が必要である

b-1. ニーズに合わせた細分化

おそらく北米の分類と同様 clinician-administrator 途 clinician-educator に必要な FD のスキルはある程度異なると考えられ、それぞれのニーズに合わせた FD の内容を開発していく必要がある。

b-2. より効果的な形態への移行

指導医として中心的役割を担う医師には前述のように home and away、もしくは長期滞在型などの継続して学ぶ事の出来る FD の形態の整備が必要である。

c. 現在行われている FD の効果についての評価

現在全国的に FD は実施されているものの、それにより、何が変わったか、効果はあったのかについて、その評価はほとんど行われていない。現在の方向性で良いのかどうかを確認するためにも現在の FD がもたらす効果の評価が急務である。

d. この分野への予算的な補助

以上は国家として取り組むべき問題としてとらえ、上記のような調査、研究を行うためのリソースの分配（人、時間、資金、専門家）、また、それによって必要または効果的とされる FD の内容、形態の実施を推進するようなインセンティブへの配慮が必要であると考えられる。

F. 文献

1. Dedicated Issue on Faculty Development. *Family Medicine*. 1997 April. Vol.29, No. 4
2. Bland CJ, Schmitz CC, Stritter FT, Henry RC, Aluisse JJ. Successful Faculty in Academic Medicine: Essential Skills and How to Acquire Them. Vol 12. New York: Springer Publishing Company, Inc; 1990.
3. Holloway RL, et al. Our Back Pages: Faculty Development and the Evolution of Family Medicine. *Fam Med* 1997; 29(4): 233-6
4. Ullian JA et al. Types of Faculty Development Programs. *Fam Med* 1997; 29(4): 237-241
5. 岡田唯男. 効果的に外来で教育を行うための5つのマイクロスキル ミ特集 地域で医師を育てる地域保健・医療研修で何をするか 診療所研修を魅力的にするために. *JIM*. 2004; 14(5): 399-403
6. 岡田唯男. One More JIM ミ特集 地域で医師を育てる地域保健・医療研修で何をするか. *JIM*. 2004; 14(5): 427-428
7. 岡田唯男. てがみ: 医学教育ワークショップだけが faculty development か?. *医学教育*. Aug 2002;33(4):252
8. 週刊医学界新聞詳細 第2531号 2003年4月14日 臨床研修必修化へ向けて 指導医たちのトレーニングが始まる 第1回 VHJ 臨床指導医養成セミナー開催 http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2003dir/n2531dir/n2531_07.htm
9. 岡田唯男. 指導医の要件・役割・評価 ミ特集 卒後臨床研修の必修化を控えて. *Journal of Integrated Medicine*. 2003;13 (5): 429-432.
10. 岡田唯男. One More JIM ミ特集 卒後臨床研修の必修化を控えて. *Journal of Integrated Medicine*. 2003;13 (5): 456.
11. 一瀬 直日. 報告 家庭医療学指導者養成研修の経験. *家庭医療*. 2004年. Vol.11 No.1. 36-45
12. 喜瀬 守人ら 口演 27 半年間の Faculty Development. 第19回日本家庭医療学会 学術集会・総会. 2004年11月7日
13. 田頭 弘子ら 口演 28 FDによるセッション作成、実施一. 第19回日本家庭医療学会 学術集会・総会. 2004年11月7日
14. 岡田 唯男 口演 29 指導医養成コースのアウトカム一 第19回日本家庭医療学会 学術集会・総会. 2004年11月7日
15. 岡田 唯男ら. Home / Away 型 part time 指導医養成フェローシップの試み (HANDS-FDF) 第37回日本医学教育学会総会および大会 (ポスター発表予定)

資

料

卒後臨床研修の必修化を控えて
指導医の要件・役割・評価

岡田 唯男

J I M

第13巻 第5号 別刷
2003年5月15日 発行

医学書院

本文抄録:

【目的】週末集中型の指導医養成はインパクトが強いが長期定着率が悪く、一方長期滞在型は予算の問題や、現場を離れる事が出来ないなどの問題で実現が難しい。また固定された集団で継続的に学ぶ事がより良い効果を生むとされている。家庭医療の分野において指導医の養成は緊急課題とされているが、それぞれの職場を長期間はなれて実際に効果のある指導医養成に取り組むことは現実的に不可能である。【方法】上記のニーズに応えるために Home /Away 型 part time 指導医養成フェローシップ (Home and Away Nine Day Faculty Development Fellowship: HANDS-FDF) を計画した。1 年間を通じて 2 泊 3 日を

1 回、1 泊 2 日を 3 回の計 4 回を away によるセミナーとし、clinician-educator に必要な基本的能力習得のための didactic と、homework 発表、現場で生じた問題の共有、議論の場とした。それ以外の時間はそれぞれの現場に戻って、学んだ能力の実践、新たな問題の拾い上げ、次回までの課題に取り組む時間とし、その間は電子メール、Web 掲示板などで相談、議論を継続して行った。【成績】【結論】3 月に 1 回目を開催、7 月に 2 回目を開催し、3 回目は 9 月、4 回目は 11 月開催の予定である。学会当日はカリキュラム開発の過程、ニーズアセスメントの結果、第 1 回、2 回目の実施内容を発表する。

資料

米国 FD の歴史

1969年	専門医としての家庭医誕生
1967年	Lynn Carmichael「この新しい分野はすぐに教師に対しての切実な、増大する必要性に直面する事になる。現実的には全ての教師が臨床からひっぱりこまれ、教育の経験のあるものはほとんどいないだろう」
1960年代中期	医局員の指導技術向上への要求→講師への feedback（評価制度）の導入（この時代 FD=feedback/評価）
1970年代初期	Centra「評価による feedback を与える事そのものは教育の行動パターンを変える事には無効である」 →ワークショップや個人指導による教育技術の伝達
1975年	● Berquist, Phillips, Gaffら領域としてカリキュラム開発と professional development の追加、効果的な教育環境をつくるために組織構造(organizational structure)とリーダーシップが必要である事を指摘 ● 教育学の専門家、心理学者の引き込み ● 大学内での generalist の地位向上のために research が不可欠であることに気づく
1980年代	FD の分野の急速な拡張（大学で自分のポジションを維持し続けるために） ● 研究、運営、執筆の技術(writing skill)など ● 組織開発(organizational development) Full time fellowship の登場 他の generalist（一般内科、一般小児科）との FD の共有
1990年代	● Bland 「組織が faculty の仕事内容、昇進条件を決定するので、必要とする指導医を育てるには組織的な働きかけが必要」 ● Evans 「研究の生産効率、新たなヘルスケアシステムに対応して行く能力の獲得、アカデミアでの昇進の可能性を高めるための手段としての FD という新たな見解」 ● Wilkerson/Irby 「教育能力にあくまで重点を置くべきである事を強調、ただし、駆け出し指導医、経験のある指導医、教育のリーダー、clinician-teacher によって必要な competency は違うのでそれぞれの need にあわせたアプローチを組織はつくるべき」 ● Hekelman et al / Morzinski et al mentoring と peer coaching という新たな FD の方法を追加

指導医の要件・役割・評価

岡田 唯男

■ Question & Answer

Q：現時点で指導医が満たすべき要件、役割は？

A：そのほとんどが努力規定、必須項目にも広い解釈の余地があり、差別化のチャンスである。

Keyword：卒後臨床研修、指導医、指導医の要件、指導医の役割、指導医の評価。

新しい卒後臨床研修における指導医の要件と役割、評価に関して、執筆時点で手に入る厚生労働省の資料と、卒後研修制度(レジデンシー)の確立された米国での基準を提示し、私見を交えて提言を行う。

指導医の定義

医師が教育に携わる場合、大きく分けて、Clinician-Administrator か、Clinician-Educator かの2通りのかかわり方がある。Clinician-Administrator はプログラムの全体的な質管理、目標設定、認定基準の達成、人事など、管理運営(administration)を主たる仕事としており、Clinician-Educator は狭義の指導医と同義で、研修医の臨床活動を監督しながら現場での指導に当たる。1人の医師がその両方の役割をさまざまな比重で兼任する場合もあるが、その求められる役割や必要なスキルは基本的には異なり¹⁾、今回の厚生労働省の資料においても、プログラム責任者と臨床研修指導医が区別され、ACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education：卒後臨床研修認定審議会)の program requirement(JI)においても、要件や役割が program director とその他の faculty とで別に記載されている。

今回は紙数の都合もあり、Clinician-Educator

としての指導医にのみ議論をしばることを了承願いたい。

指導医の要件と役割

厚生労働省の資料²⁾より指導医に関する記述をすべて(表1)と、米国のレジデンシーに関しての記述から指導医に関するものの要点を抜粋したもの(表2)を別記した。その比較から以下に問題点を指摘したい。

1) 常勤である必要があるか？

現在とくにプライマリ・ケア(以下、PC)領域での指導医が悲劇的に不足している状況で、指導医を常勤にしほらなければならないか？ 本当に優秀なPCの医師は、現場の診療所で開業していることも多い。さまざまな事情で、協力型としても基準を満たせない施設の優秀な医師を指導医として迎えられないのはどうか。指導に従事する時間の規定を設けることで代用できないか？

2) PCの定義が不明瞭

PCを1つの専門領域と考えた時、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科の各診療科での指導力とPCを中心とした指導とは必ずしも両立するものではない。厚生労働省によるPCの定義を「基本的臨床能力」と読み替えれば理解可能な資料であるので、そのことを意味していると思われるが、どこにもPCの定義がなされていないために、どのようにも解釈できるものとなっている。

3) 臨床経験7年以上は適切か？

これに関しては、非公式情報として5年以上に緩和されるという情報もあるが³⁾、厚生労働省のページには反映されていない。米国の基準では認定医かそれ同等、という表現のみで経験年数については言及されていない。認定医制度が確立していない日本の現状で、指導医の何らかの質保証を

表1 厚生労働省の定める指導医の要件と役割に関する記述(表現は筆者改変)

省令	●臨床研修指導医は研修医に対する指導を行う医師(省令第4条15) ●常勤の医師で、研修医に対する指導を行うために必要な経験および能力を有している必要がある(省令第7条4)
案	●研修医手帳を作成し、研修医に研修内容を記入させ、病歴や手術の要約を作成させるよう指導することが望ましい(案I-5-(1)) ●担当する診療科での研修期間中、研修目標の到達状況を適宜把握する(案I-5-(2)) ●研修プログラムに基づき直接研修医に対する指導を行う。研修医に対する評価を行い、プログラム責任者に報告する(案II-3-(1)) ●原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の各診療科に、十分な指導力を有する常勤の指導医が配置されていること(案II-3-(2)) ●原則として、臨床経験7年以上で、プライマリ・ケアを中心とした指導を行える十分な能力を有し、勤務体制上指導時間を十分にとれる者、この場合「臨床経験」については臨床研修の2年間を含む(案II-3-(3)) ●プライマリ・ケアの指導方法に関する講習会を受講していることが望ましい(案II-3-(4)) ●研修協力施設においては、適切な指導力を有する者が配置されていること(案II-3-(5)) ●指導医1人が指導を受け持つ研修医は5人までが望ましい(案II-3-(6)、III-(3))
省令	厚生労働大臣坂口力氏による平成14年12月11日発令の厚生労働省令第158号(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令) ²⁾
案	平成14年10月22日厚生労働省医政局医事課「臨床研修制度の在り方について(案)」の(別添2)臨床研修病院の指定基準(案)における(別紙2) ³⁾ 。I—プログラムに関する基準、II—施設、人員等に関する基準、III—受け入れる研修医の数に関する基準、IV—研修医の処遇及び採用に関する基準、よりなる。

表2 米国のレジデンシーにおける指導医(faculty)に関する記述(一部抜粋、訳は筆者)

全科共通の必要条件	●その分野において専門性を発揮できる必要条件を有していること ●教育と運営に関しての能力と経験を証明する記録があること ●認定医もしくはそれと同等の資格があるとRRC(Residency Review Committee: レジデンシーレビュー委員会)(J1)に許可を受けること ●プログラムを運営する研修施設でスタッフとしてきちんと働いていること(J2) ●監督、指導の役割を全うするために十分な時間を教育活動に割かなければならない ●監督する研修医の評価をそのつと行わなければならない ●研修医の教育に強い興味を示し、臨床的な診療能力と教育能力をもち、プログラム全体の研修目標を理解、支持し、学究活動に参加することで自分自身の生涯教育にも打ち込まなければならない ●プログラムに属するすべての研修医を指導するために、必要な要件を満たす指導医の数が十分でなければならない
各分野特有の必要条件	●内科「平均週20時間の教育活動に従事しなければならない」 ●家庭医療学「研修医6人につき指導医1人、それぞれが自分自身の診療時間以外に年間1400時間(週30時間相当)教育にかかわること」 ●小児科、外科、transitional year(マイナー系などに進む前の1年間のローテーションに当たる)に関しては人数や時間の要件は明記されていない

JIMノート

J1 ACGME, program requirement, RRC

米国の卒業臨床研修(レジデンシー)は、ACGME という中立機関によってその認定基準(program requirement)が定められており、定期的に監査を受ける。基準に満たない場合は一定の手順を経て、最悪の場合プログラム認定の取り消しとなり、研修医を採用することができなくなる。分野を問わない共通の基準(common program requirement)はACGMEが直接設定し、外科、家庭医療学などの各科特有のレジデンシー基準はそれぞれ

の分野ごとにACGME内部に設けられたRRCが設定する。

J2 きちんと働いていること(In good standing)

病院のスタッフとしての義務を全うしていること、診療録、入退院サマリー、手術記録などに遅滞がない、スタッフからの評価が悪くない、服装規定にしたがっている、患者からの苦情が一定数以下である、など指導医である前に臨床家としてまづきちんとしているということ。

表3 架空の研修プログラムにおける指導医評価の例

	施設A	施設B	施設C
育てたい医師像	生産性の高い医師	愛情を受けてのびのびと育つ医師	医療ミスの少ない医師
そのために指導医が取るべき役割	できるだけ早く、数多くの患者を診るようプレッシャーをかける	確実に指導の時間を取る。質問や相談を嫌がらない、積極的に声をかける	検査、治療の前のダブルチェック、診療録のチェック
役割の達成度に関する評価手段、項目	その指導医が監督する研修医の生産性(生み出した収入、単位時間当たりに診た患者数)	指導に費やした時間数、質問のしやすさ、指導医からの声かけに関して研修医による評価	その指導医が監督する研修医の起こした診断、治療ミスの数
達成された(なかった)場合の指導医への措置	ボーナス(減給)	ベスト・ティーチャー賞(指導医としての再研修)	有給休暇増(自宅謹慎)

するための次善策と考えられるが、同じ卒後年数の医師が同じレベルの臨床、教育能力を有するかどうかについては疑問である。また、各専門分野に進んで経験が長くなればなるほど、「基本的臨床能力のレベル」で教育する、という視点は薄れがちなのではないか。要件を5年以上に緩和することに関しても、指導医の質低下への懸念がされているようである。

4) PCの指導方法に関する講習会はどこで受けられるか?

現状では、まだこのような講習会は非常に少ない。

5) 必須条件は省令の2項目だけであり、案に含まれるその他すべての要件は努力規定でしかない

「案」に関してはすべて、「望ましい」「原則として」という言い回しによる努力規定であり、適切な指導医を確保するのが難しい現状に厚生労働省が理解を示す形となっている。必ず満たさなければならないのは省令第7条4のみであるが、「研修医に対する指導を行うために必要な経験および能力」としか書かれておらず、かなり自由な解釈の余地を残している。

6) 現状の意味すること

指導医の条件に関して、努力規定はあくまで努力規定でしかないと割り切れば、ほとんどの研修施設が現状のまま研修施設の指定を取ることができると考えられる。それゆえ、そのように最低基

準さえ満たせばよいと考え「守り」に入る施設と、それとは別に、より高いレベルの基準を独自にもってより良い研修をと積極的に「攻める」施設とでは、集まる研修医の質、さらには提供される医療の質に歴然とした差が現れてくるのは時間の問題であろう。今回の資料²⁾では指導医の役割に関して具体的な記述はないが、今から差をつけるために参考にできる文献はいくつかあるので参照されたい^{1,5,6)}。

7) 将来的には?

「案」に含まれた努力規定は、指導医の数があがる程度揃ってくれば必須の要件に変更されると思われる。研修の質をさらに向上、維持させるためには、厚生労働省はそれ以外に、指導医が教育に従事すべき時間のある程度の指針、コメディカルや心理学者、教育の専門家など医師以外の教育スタッフへの登用に関する基準を示し、十分な指導医開発(Faculty Development)の機会を提供していく必要があるだろう。

指導医の評価

指導医の評価方法は現在の厚生労働省の資料²⁾には言及されていない。

評価の目的は、評価を受ける側(指導医)の行動変容を通じて研修の質の保証と維持をすることなので、どのような項目で評価をするかについてはそれぞれの施設が何をもって「研修の質」を定義するかが議論されていなければ決めることができ

ない。どのような医師を育てたいか、そのために指導医はどのような役割を担う必要があるか、その役割の達成度はどのように測定するか、その役割が達成された(されなかった)場合どのような措置が取られるか、に関して、プログラムとして一貫している必要がある。

評価の方法によっていかに違ったタイプの医師が育ちうるかを示した例を表3にあげる。各施設において、研修に関する考え方(vision)を改めて見直す絶好の機会ではないだろうか。

おわりに

今回の必修化を、時間と労力が取られるだけの余計な作業と考えるか、自らの施設の研修の質、ひいては医療の質を向上させるための抜本的な改革を行う最高のチャンスと捉えるかは、各研修指定病院が決めることである。最低基準の緩い今のうちにぜひ、他施設との差別化を図る絶好の機会として革命的な研修の質向上を目指していただきたい。



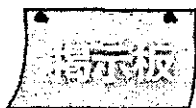
文 献

- 1) Bland CJ. et al. Successful Faculty in Academic Medicine : Essential Skills and How to Acquire

Them, Springer Publishing Company, Inc, 1990 (Clinician-Administrator も含めたさまざまなタイプの faculty にとって必要なスキルをまとめたおそろく最初の本)

- 2) 新たな医師臨床研修制度のホームページ
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/inci/rinsyo/index.html 平成 14 年 12 月 4 日更新(最終アクセス平成 15 年 2 月 15 日) (新たな医師臨床研修制度に関しての厚生労働省の公式な発表がみられる。執筆時点で平成 14 年 12 月 4 日以来更新はされていない)
- 3) ACGME ホームページ http://www.acgme.org (最終アクセス平成 15 年 2 月 15 日) (米国の卒後臨床研修に関する規定や最新情報が見られる)
- 4) 日本医事新報 No. 4103 (2002 年 12 月 28 日) : 63, 2003 (2002 年 12 月 28 日に開かれた厚生労働省の新医師臨床研修制度検討ワーキンググループの概要に関する news)
- 5) 社団法人日本内科学会認定内科専門医会、内科臨床研修指導マニュアル、社団法人日本内科学会、2001 (伴信太郎氏による指導医養成、伊賀幹二氏による指導医の役割、評価についての章がある。その他内科領域だけであるが、教育に関して幅広く書かれている)
- 6) 特集 卒後臨床研修へのアドバイス、JIM6 (7), 1996 (文献 5 と同様、指導医の役割とノウハウに関して平易に書かれた文章がいくつかある)

おからだただお 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院家庭医療科/家庭医療学後期専門研修プログラム
〒296-8602 千葉県鴨川市東町 929
Tel : 0470 92 2211(代表) Fax : 0470-99-1277
E-mail : familymedicine@kameda.jp



第3回脱専門化セミナー 総合医養成のための実践的ワークショップ

地域医療や総合診療、患者中心の医療について理解と関心を深めてもらうために、参加・体験型のワークショップを開催します。

主催：札幌医科大学医学部地域医療総合医学講座

日時：7月22日(火)13:00～19:00・23日(水)8:00～17:00

会場：札幌医科大学本部棟3階南1・2講義室

対象：医学生や研修医

内容：地域医療に必要な技能の紹介と実技(面接技法・疑問の解決法・コンピュータによる検索・EBM・小外科)、夜間外来での系統的な身体診察の取り方など

参加費：3,000円

締切り：7月中旬

申し込み先：川畑秀伸(札幌医科大学地域医療総合医学講座)

E-mail : hkawabat@sapmed.ac.jp Tel : 011-611-2121(内線3561)

http://web.sapmed.ac.jp/chiiki/

報 告

家庭医療学指導者養成研修の経験

一瀬 直日

赤穂市民病院医局

キーワード：Faculty Development, 家庭医療, 行動変容, community preceptor, 診療所教育

家庭医療学指導者養成研修の経験

一瀬直日

キーワード：Faculty Development, 家庭医療, 行動変容, community preceptor, 診療所教育

要旨

【背景】医療法人 社団 カレス アライアンス・北海道家庭医療学センターでは後期研修2年間のうち3ヵ月を選択研修として活用でき、また筆者は家庭医療指導医となるための経験を積み希望を持っていた。亀田総合病院家庭医診療科に所属する岡田は米国家庭医療学認定学会認定専門医であり、さらにピッツバーグにおいて2年間の家庭医療指導者養成コースを修了し、丁度その頃国内で米国フェローシップレベルのFaculty Development (以下FDと略)を学ぶカリキュラムの開発を考えていた。そこで筆者と一致したため短期のFD研修を試験的に行うこととなった。

【目的】カリキュラムの概要を紹介するとともに、その経験を通して学んだ事柄を報告する。

【方法】指導者として診療所で働きながら教育を行う (community preceptor) ために必要なカリキュラムとして、岡田ら指導医によるレクチャー、指導医が教育している場面の見学、学習者である一瀬による教育の実践を実施した。

【結果】カリキュラムの各要素に対して高い満足度を得られ、今後診療所教育をはじめとする家庭医療指導を行うための自信を得られた。

【結論】診療を主とするcommunity preceptorに必要なFDの大半は集中して行う1ヶ月間で実施可能だった。臨床医としての研修と指導医になるために必要なトレーニングは異なっており、指導者とそれを目指す者にはFDを行う時

間が必要と考えられた。学習者の満足度は非常に高く、その後の行動変容に影響を与えた。

【背景】

医療法人 社団 カレス アライアンス・北海道家庭医療学センターでは1999年度より後期研修2年間 (家庭医療学専門医コース) の中で選択研修期間を設けている¹⁾。筆者は当センターにおける計4年間の家庭医療研修を終えるにあたり、次年度から医学生及び家庭医レジデントの診療所教育を担当する予定だったが、後期研修中に指導方法を体系的に学ぶ機会がなかった。米国家庭医療学認定学会認定専門医であり更にピッツバーグにおいて2年間の家庭医療指導者養成コースを修了し帰国していた岡田と2002年度家庭医療学研究会夏期セミナーで会った際、国内で米国フェローシップレベルのFaculty Development (以下FDと略)を学ぶカリキュラムの開発を考えていることを聞き、両者の希望が一致した結果、筆者の選択研修期間中に短期のFD研修を試験的に行うことになった。

【方法】

本FD研修は平成15年2月3日から2月28日まで医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 (千葉県鴨川市) に滞在して行った。

2002年9月に亀田総合病院担当者からの了解がとれ、宿泊や旅費等の交渉を終えた。短期であるため保険医登録の異動はせず、また院内での利便

報告

を考えてIDを発行してもらった。10月に「FDについて考えること」を題材にしたエッセイを筆者より岡田に電子メールで送った。エッセイの中では主に、大学医学部在籍中に教育学を学んでいないにも関わらず医師達は教育者になっていく現状、そしてその例に漏れない筆者が家庭医レジデントを現場でどのように教育したらよいかかわからず悩んでいることを記した。その返信として「Bland 氏による、指導医に必要なスキル」²⁾が岡田より筆者に送られ、その中から今後最も必要とする5つの項目を選ぶ課題をもらった。さらに研修開始2ヵ月前である2002年12月に電子メールにて事前課題が筆者に送られた(図1)。実際の研修期間中にこれらの課題はすべて教育材料として使われ、短い研修期間を有効に使うために役立つことになった。

【カリキュラム】

実際のカリキュラムを図2に、そしてそれらに占めた時間割合を図3に示す。2月半ばに筆者の家族が入院したため急に休みをもらい予定は大幅に変更したが、時間を詰めてレクチャーをしてもらったため、結果的に研修内容に変更はほとんど

なかった。図2のように、休みを除いた研修は全26日の期間のうち15日になる。

図2に示した講義のなかで主に岡田より行われた14セッションのレクチャーの要旨を以下に示す。

A. レクチャー

レクチャー1「FDとは」：FDは単に教育技法を指すだけでなく、もっと広い領域の知識・技術・態度を修得する分野の学問であることを解説。FDの歴史は1997年の米国医学雑誌Family Medicine³⁾で特集として詳しく解説されている。この歴史は日本の現状と類似している点が多く非常に興味深い。1960年代の米国のGeneral practitioner達は家庭医を増やすために自ら教育技法を学び、学習者からのアンケートによって指導医の変革を得ようとしていた。しかしアンケートによって批判を受けても指導医の行う教育技法はなかなか改善せず、行動変容が得られていなかった。そこで1970年代にこのFDプログラムに教育学者が参入し、国家としても指導医を育てる大学に助成金を出すようになり、優れた指導医が急速に育ちはじめた。一方で医学部の中で他の科と同様に

図1 事前課題

1. 履歴書作成/自分の考える理想の教育の仕事へ応募すると仮定して
2. Powerpointを用いたレクチャーを用意/レジデント向けに1時間程度のものを2つ
3. 課題図書を通読
 - (必須)・中島敦「名人伝」
 - (必須)・教育に関する本：「コーチング」「成人教育」「新しい教育」など
 - (必須)・教育以外のFDの分野の本：「すかれる上司」「コミュニケーション」「マーケティング戦略」「交渉術」「整理術」「time management」「効果的な会議の運営」「リーダーシップ」「コーチング」「集団心理学」「プレゼンテーション」など
 - (必須)・偉人伝(現代人でも戦国武将でも可)
 - (自由)・Patricia Cranton著「Working with adult learners」訳書「おとなの学びを拓く」
 - (自由)・ダニエル・ゴールマンのEQ(emotional quotient)に関する本
4. 教育の本質についてのアンケートへの回答

報告

図2 実際のスケジュール

	午 前	午 後
2月3日	オリエンテーション、講義(レクチャー1,2) [岡田]	家庭医レジデントティーチング見学、一瀬レクチャー1回目
4日	Faculty meeting見学、岡田外来見学	岡田外来見学
5日	岡田外来見学	自習、講義(レクチャー3,4) [岡田]
6日	講義(レクチャー5,6) [岡田]	家庭医レジデントティーチング見学
7日	外来Precepting [Pollock] 見学	外来Precepting [岡田] 見学、研修中期評価
12日	岡田外来見学	自習
13日	講義(レクチャー7,8) [岡田]	家庭医レジデントティーチング見学
14日	講義(レクチャー12) [Pollock]	講義(レクチャー9,10) [岡田]
20日	講義(レクチャー11) [岡田]	家庭医レジデントティーチング見学
21日	外来Precepting [Pollock] 見学	講義(レクチャー12) [Pollock]
24日	講義(レクチャー13,14) [岡田]	家庭医レジデントティーチング見学、一瀬レクチャー2回目
25日	Faculty meeting見学、外来Precepting [岡田] 見学	外来Precepting [Pollock] 見学
26日	岡田外来見学	自習
27日	講義(レクチャー2補足) [岡田]	家庭医レジデントティーチング、一瀬レクチャー3回目
28日	自習	研修修了時評価

レクチャー	1: FDとは	6: Goal setting (目標の立て方)と	10: EmpowermentとSafety
	2: 成人教育理論	Learner evaluation (学習者の評価)	11: ACGMEについて
	3: フィードバックの方法	7: Giving a lecture (レクチャーのやり方)	12: Running residency program
	4: 5つのマイクロスキル	8: Powerpoint (パワーポイントの使い方)	13: リーダーシップについて
	5: Kemp model	9: Career development	14: Meeting management

助成金を獲得するためにはやはり「Research」をして成果を挙げていかなければならず、FDプログラムに研究分野が加わり現在のような発展を遂げている。

レクチャー2「成人教育理論」：本FD研修開始前までの課題図書として「おとなの学びを拓く／自己決定と意識変容をめざして」⁴⁾が与えられており、その知識を前提として成人教育理論の重要性と、その理論を用いた教育素材の有用性の解説を受けた。

レクチャー3「フィードバックの方法」：効果的なフィードバックのテクニック、負のフィードバックの方法⁵⁾など、現場で具体的にどのように指導者はフィードバックを行ったらよいかの解説を受けた。

レクチャー4「5つのマイクロスキル」⁶⁾：第17回家庭医療学研究会の中で行われたワークショップ「機会を逃さないための外来指導」で用いられたロールプレイのシナリオをもとに、現場でどのようにしてこのスキルを活用するか解説を受け

た。同研究会の講演でもマイク・フェターズ氏が解説している⁷⁾。

レクチャー5「Kemp Model」⁸⁾：学習者を教育していくうえで指導者がどのようにして指導法を改善していけばよいかという方法論の解説を受けた。

レクチャー6「Goal setting (目標の立て方)とLearner evaluation (学習者の評価)」：これは岡田が米国で受けたレクチャーで用いた資料をそのまま使って解説を受けた。教育目標が掲げられるときの学習者に求める達成レベルの設定は非常に大切でありながら、しばしば学習結果を評価する際、指導者はそのレベルを超えた試験を作ってしまうことがある。確かに自分が医学生だったときに経験がある。それは、僧帽弁狭窄症の心エコーMモード写真の特徴についての問題で、「僧帽弁狭窄症の心エコーMモードの所見の特徴を挙げられる」という理解レベル(Comprehension)を中心とした実習しかしていなかったにも関わらず、試験では「僧帽弁狭窄症の心エコーMモード

報告

を図に示して正常所見との違いを説明せよ」という適用レベル (Application), 分析レベル (Analysis) での理解を求められたことである。この場合, ほとんどの学習者は用語の丸暗記をしていればよいものと思って試験に臨んだため回答できなかった。「指導者は高いレベルでの評価を行いたければ, 学習者に対してそのレベルでの実践練習を交えた教育を行うべきである」という解説には非常に納得した。

レクチャー7「Giving a lecture (レクチャーのやり方)」: これも米国で用いられた資料をもとに解説を受けた。学習者のニーズを把握し, 学習者を飽きさせない内容や時間配分を計画し, さらにレクチャーを実施するときの注意点は多々ある。これを知ると他人のレクチャーを受けたとき, 良い点, 悪い点が面白いようにわかるようになる。そしてまたその経験を今度は自分の行うレクチャーに活用していけるようになるのである。印象的だったのは, レクチャーの中で, 最低3回 (最初, 半ば, 最後) はその日に覚えておいてもらいたいことを繰り返して学習者に伝えることである。それによりレクチャー中にばらついていた学習者の理解度が, レクチャー終了時にはそろってくるという仕組みで学習者全体の満足度があがるのである。

レクチャー8「Power Point (パワーポイントの使い方)」: 見やすくわかりやすいスライドの作り方, 図や写真を多く用いることなど, 再確認することができた。

レクチャー9「Career development」: この中では履歴書の書き方を教わった。ここで驚いたのは, 単に学歴や職歴や取得資格を書くだけでなく, 教育者としての自分を売り込むために, 卒前卒後の教育経験や, ボランティア経験, 学会発表, 招待講演, ワークショップ開催, 研究予定分野まで幅広く記載してあることである。一瀬が本FD研修直後の2003年3月にオレゴン健康科学大学医学部家庭医療学科で短期研修したとき, ロバー

ト・テイラー教授がFDとして履歴書について話して下さったが, テイラー教授の履歴書も全く同じ形式で驚いた。以来, 自分自身の教育経験をこまめに書き記して保存するようにしている。

また, 仕事上での選択に迷ったときに用いるSWOT analysis¹⁾の使い方についても解説を受けた。

レクチャー10「EmpowermentとSafety」: これは岡田自身が提唱している教育の二大原則である。研修医はしばしば休憩や睡眠という生理的欲求や身体の安全確保といった基本部分を保障されないまま過ごし, 病んでいくことが見受けられる。Maslow's hierarchy of needs²⁾の中で指摘されるように, そもそも人間は生理的欲求が満たされた上で, まず周囲の環境を安全にしようとするニーズをもち, それが達成されてはじめて社会的ニーズに応える余裕ができ, そして更に自己肯定 (エゴ) のニーズに応えられ, 最終的に自己実現に至ることができるかとされている。確かに臨床研修の現場を見ると, 基本的生活を保障された研修医は患者から必要とされたいという欲求を満たすためにさらに多くの難しい患者を診る余裕があり, そして充実した研修を経て自信を獲得し, 周囲から技術向上の過程を注目してもらうことができ, 自らが理想とする形の研修を実現する方向へ進んでいくようである。このレクチャーは研修プログラムを作る上で非常に参考になる内容だった。

レクチャー11「ACGMEについて」ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education: 卒後臨床研修認定審議会) の概要については岡田が雑誌JIMにて解説している通りである¹⁰⁾。ACGMEのホームページより米国の卒後臨床研修に関する規定や最新情報がみられる (<http://www.acgme.org>)。

レクチャー12「Running residency program」岡田からは亀田メディカルセンター家庭医専門研修プログラム (2002年10月発行) を見ながら, 研修プログラムの作成方法の解説をうけた。

報告

ACGMEが米国の各レジデンシープログラムに要求しているような項目に耐えうる内容を持ったプログラムを作成していることを明言しているのが印象的である。また本FD研修当時に亀田総合病院家庭医診療科にて家庭医療研修プログラム指導医として在籍していたMadelyn Pollock医師からは、米国でレジデンシーディレクターをしていた経験から、実際に診療所で行う医学生教育の内容について解説を受けた。家庭医療に興味のない医学生がローテーションでまわってきたときどのように対処するか、という問題は米国でもよく起きることであり、雑誌Family Medicineにも論文掲載されている¹²⁾。Pollock医師の作戦としては、2週間で最低2つの目標を立て、例えば循環器科にすすむことを決めている者であればcardiologyのみに焦点をあてた到達目標にすることもあったとのことである。ただ到達目標が限定された範囲のものとなっても、もちろん家庭医療科の試験の出題範囲はもっと広く、それに合格しなければそのローテーションを修了したことにはならない。

レクチャー13「リーダーシップについて」：leaderとmanagerの違いを知ったことは新たな発見だった。なるほど社会を見渡せば多くの大企業において社長がleaderであり、会社目標を掲げ、会社経営の大きな方向性を決定する。現場の指揮官である部長はmanagerであり、その大目標に沿った具体的行動を起こしていく。leaderである社長が部長の仕事兼任することはまずない。米国の家庭医療学科ではchairpersonがleaderとなり、複数いるprofessorがmanagerとなって実務にあたっている。chairpersonはmeetingの場面では科としてのphilosophyを語り、例えばレジデントに対して臨床研究の必要性を説いたりする。臨床研究の方法論を実際に教えるのはprofessor以下のスタッフ達ということになる。リーダーシップの型については本FD研修の事前課題として選んだ図書を用いて主に自己学習した¹³⁾。

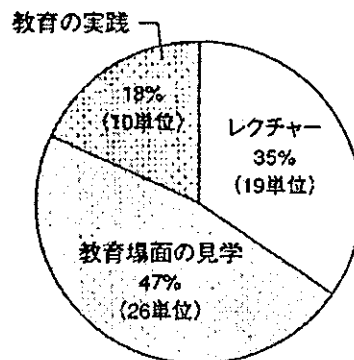
レクチャー14「Meeting management」：生産

性があり無駄な時間のない会議をどのように遂行するか、は指導者にとって重要な要件である。齋藤孝著の「会議革命」¹⁴⁾に書かれた内容をもとに会議の在り方について解説を受けた。ビジネス書を読むと医療界以外の分野でもこの問題は盛んに議論されているようである。会議の運営方法、用意周到に準備する重要性、会議室の選び方、など参考にするべき部分は多い。

B. 教育場面の見学

今回の短期研修ではFD研修を大目標としていたが、他の家庭医の診療をみることや北海道家庭医療学センター以外の家庭医レジデントの診療風景をみることを第2の目標としていた。そのため、図3のように教育場面の見学に多くの時間を割いている。FD研修の中での意義としては、基本的に指導医に同行する時間を多く持つことで、指導医がレジデントをどのように教育をしているかを直接観察することができる。ただ漫然と見学するのでなく、それまでにレクチャーで学んだ技術がどのように使われているかを観察しておき直後に観察内容を話したが、時間を惜しみ場所移動するために廊下を歩くときにも議論してもらえた。更に指導医からは「なぜ学習者に対してそのような行動や言葉を用いたのか」種あかししてもらった。このようにしてレクチャー内容を思い出しながら指導方法のポイントを現場で学ぶことができた。

図3 各活動の時間内訳



(午前・午後を各2単位と換算)

報告

岡田ら指導医が実施する勉強会・レクチャー・外来診察のpreceptingを見学したが、例えば、レジデントからの質問にどのように答えているのか、レジデントを評価するとき何に気をつけているか、研修カリキュラムへどのように変更を加えていくのか、他の科の指導医とどのように交渉していくのか、など今まで気づかなかった技術を目の前にみて、なるほどと感服する連続だった。主な見学場面と、特に注意して観察していた項目を図4に記す。

C. 教育の実践

教育の実践は以下のように行った。本FD研修開始前の課題として、「家庭医レジデントティーチング」の時間を利用して行うレジデント向けのレクチャーを最低2つ、Powerpointを用いて1時間で行うものを用意しておくことになっていた。一つは研修初日に行い、もう一つは本FD研修で修得した技術や知識を駆使して研修中に変更を加えていき、研修後半に行うことになっていた。各レクチャーには4人のレジデント及び指導医(岡田, Pollock)が参加し、レクチャーの様子はビデオ録画した。またレクチャー終了後に各参加者からフィードバックをもらった。

第1回目は研修初日午後に行った。題材としては当時勤務していた北海道十勝更別村において家

庭医療をスタートさせてからの同村での医療の変化、について取り上げ、事前課題をもらってから約2ヵ月間をかけて準備した。参加者とはほとんどが初対面だったため、医学的知識を取り扱うよりも自己紹介的な意味を含めて選んだ題材だった。家庭医療の魅力を理解してもらえた一方で、スライド20枚程度でありながら1時間以上かった上、「レクチャー」よりも「紹介」に重点が移動してしまい、レクチャー終了時の達成目標が不明瞭になってしまった。また、参加者に感想を書いてもらうためのアンケート用紙を用意していなかったという準備不足や、参加者を飽きさせない工夫が足りない、など改善点は山のように指摘された。

第2回目は研修開始3週間後に行い一週間程度かけて準備した。このときまでにレクチャーの8割以上は消化していた他、指導医がレジデントに行うレクチャーも多数見学しており、また参加者がどのような内容のレクチャーを期待しているかニーズアセスメントもできていたため、第1回目と比較して完成度はかなり高くなった。題材としては「肩の痛みの評価」を選び、家庭医療外来でよくみる肩疾患の診察法に重点を置き、参加者同士で各肩疾患を抱える患者になりきって診察しようという実践形式をとった。写真を多く用いて理解を助け、また外来で使える身体診察法を最低限

図4 教育場面の見学

項目(頻度順)	注意して観察した点
レジデントティーチング	わかりやすいスライドの作り方、レクチャーへの導入方法(学習者の経験をもとに話を広げてレクチャーへつなげる)、質問への答え方、Positive feedbackの仕方、Negative feedbackの仕方、参考文献を含んだ資料の作成方法
外来でのprecepting	レジデントへのフィードバックの方法、レジデントからの電話相談への答え方
レジデントミーティング	会議の準備方法、会議のとりまとめ方
病棟でのprecepting	レジデントへのフィードバックの方法、他科との交渉方法へのアドバイス

報告

の数に絞ってその場で覚えてもらい、参加者からは8割程度の満足度を得られた。ただ、レクチャーは参加者のレベルから1～2段程度落としたレベルの内容にした方がよい、という岡田からの助言を意識していなかったため、若干参加者には難しく感じてしまったようだった。

第3回目は予定外ではあったが2回目終了してから2日間で準備し、研修最終日に行った。題材は「良性発作性頭位めまいの治療」を選んだ。効果的なレクチャーはどのようにしたらよいのかこの頃には手ごたえを感じていたため、準備もスムーズに行えた。インターネットで検索して動画をダウンロードしておきPowerpointのスライドの合間に流す工夫も試みた。また外来診察室に置いてすぐ閲覧できるような紙1枚の解説ノートを作成してレクチャー中に参加者に渡した。ロールプレイも行ったが、更にレクチャー半ばに簡単な口頭試問を行い記憶に残す工夫もしてみた。結果的に参加者からは9～10割の満足度を得られた。

図3中において「教育の実践」にかけた時間にはカリキュラム時間中の自習時間を含んでいる。自習時間にはレクチャーの準備としてインターネットでの情報検索やスライド作成をしたり、課題図書を読んだり、また学習した事柄を復習するなどして過ごした。これ以外の時間である週末は自由時間であり大半は家族と過ごしたが、2月22～23日はレクチャーの準備を主に行った。カリキュラムの中に適度に自習時間が挟まれていたため、膨大な知識を整理し自分が使える形へとポイントを反芻することができたのが非常によかった。スライド作成時間もレクチャー4～8の講義を受けてからはポイントがつかめ、特に3回目のレクチャー実践の準備には4時間程かけるだけで済み、更にこれが教育への自信につながった。

【結果】

今回のFD研修の評価には、学習者と指導者双方で互いに形成的評価をセッションごとに行

い、また研修修了後にアンケートを用いた総括的評価をお互いにおこなった。またカリキュラムに対する評価も研修修了後に用意されたアンケートを用いておこなった。

形成的評価は具体的には、各1～2時間のレクチャー終了直後や、各教育場面の見学を終了直後や、筆者の行ったレクチャーの終了直後に、「どうだった？」とopen questionで自己評価を尋ねる形で指導者から受けることから開始し、短くて5分、長くて20～30分程度かけてもらえた。

教育の実践として行った2回目のレクチャーはビデオ撮影してフィードバックに利用した。ビデオ録画しておくことで、自分が参加者から目を離しているときの全体の様子や、参加者の表情をはじめとした反応を再確認できた。また、レクチャーをする側と受ける側とでは時間配分に対する感覚が異なっており、的確な時間割であったかを実体験することができた。さらに、指導医が観察者として現場におりレクチャー終了後に口頭でのフィードバックをしてくれたが、強調したい事柄を声の強弱によりはっきりさせるとよいというフィードバックをもらい、それが実際どのようなものであったかを客観的な視点でビデオにより再確認することができた。ビデオを利用したフィードバックは時間を要するという欠点があるものの、これらの点では優れた方法であると考えられた。

アンケートの中で今後の課題として2つ挙げられことがある。1つは教育の実践練習としての対象者がレジデントだけであり、医学生への教育方法を学ぶという目標が達成できなかったことである。これは今回のカリキュラムとして実験的に医学生に参加してもらった余裕がなかったためである。2つめは、指導医による各レクチャーの一部がまだテキスト化されておらず、口伝を書き取るという作業を要したことである。

全体を通してカリキュラムには高い満足を得られ、community preceptorとして診療所教育を行っていく自信を得られたのは大きな収穫だっ

報告

た。

【考察】

本FD研修は学習者と指導者のニーズが一致したことから試験的に行ったものであるが、通常の臨床研修では学べない内容が凝縮されていた。また、学ぶだけの研修ではなく、学んだことを使えるようにすることに主眼を置いたカリキュラムであったため、思った以上の満足度が得られるとともに、その後に診療を主とする community preceptor として活動する際に非常に役立つことになった。それは研修後の行動変容に表れており、様々な機会に恵まれた幸運もあり図5に示すようなFD活動を行うことができた。各活動項目に対応するFDの分野を Bland らによる指導医に必要なスキルのリスト²⁾に基づいて記載し、またカリキュラム中のレクチャー番号を示した。ここからわかるように、いずれも Education (Clinical Teaching) の領域のものであり、残り4分野の Administration (Leadership and Organization Skills), Research, Written Communication (Managing and Communicating Information), Professional Academic Skills に相当するものは入っていない。岡田からのレクチャー番号に当てはめれば、レクチャー2～8および10を中心として実践したことになる。それぞれの活動において参加者

にアンケートをとったところ、いずれも高い満足度を得られたことがわかり、教育内容に対する高い評価をいただけることができた。

レクチャー1の内容でも触れているが、30～40年前の米国での家庭医療及びFDの歴史を現在日本は歩んでいる。しかし同じ年数をかけて同じ歴史を辿ることほど非効率なことではなく、米国の歴史の良い部分を模倣し活用することでその発展期間を短縮することができるはずである。わざわざ米国に2年間留学して指導者養成研修を受けなくても、現在の日本の医学教育に必要な部分をもっと短期間で学べるカリキュラムを開発すれば、効率良く指導者が生まれ、同時に家庭医が量産されていくものと考えられる。将来の日本に家庭医療を普及させていくためにも今回の試験的なFD研修を基盤として本格的な国内版FD研修の開発していかなければならない。今後、今回のFD研修で用いた資料を整理し、FD研修ガイドブックを作成することで更に効率よくFD研修を広めていけるようにしたい。

【結論】

診療を主とする community preceptor に必要なFDの大半は集中して行う1ヶ月間で実施可能だった。臨床医としての研修と指導医になるために必要なトレーニングは異なっており、指導者やそ

図5 本FD研修後の行動変容

時期 (平成15年)	内 容	対応するFDの領域 (Blandによる ²⁾)	対応する レクチャー番号
3月28日	オレゴン健康科学大学家庭医療学科 昼のレジデント向けレクチャー	Deliver instruction to small and large groups in classroom settings, using a variety of strategies	6, 7, 8
4月	埼玉県北西部地域医療センター 医学部5-6回生の地域医療実習指導	Teach individuals and small groups in clinic and at bedside	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10
5月～	弓削メディカルクリニック 医学生及び家庭医レジデントの実習指導	Teach individuals and small groups in clinic and at bedside	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12
6月18日	関西福祉大学 介護概論授業 介護福祉士等を目指す学生へ「高齢者の転倒 予防」に関する教育	Deliver instruction to small and large groups in classroom settings, using a variety of strategies	3, 5, 6, 7, 8
8月30日	日本プライマリ・ケア学会第7回指導医養成ワーク ショップ ファシリテーターとして「効果的なフィード バックの方法」のワークショップを実施	Design educational programs (curricula) with appropriate scope, sequence, and focus for intended learners	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8