

## 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む希望を持っていた。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<sup>1)</sup>。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わからず悩んでいることを記した。その返信として「Blandらによる、指導医に必要なスキル」<sup>2)</sup>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 Medicine<sup>3)</sup>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 Learner evaluation(学習者の評価)	10：EmpowermentとSafety
	2：成人教育理論	7：Giving a lecture(レクチャーのやり方)	11：ACGMEについて
	3：フィードバックの方法	8：Powerpoint(パワーポイントの使い方)	12：Running residency program
	4：5つのマイクロスキル	9：Career development	13：リーダーシップについて
	5：Kemp model		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」<sup>4)</sup>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和、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<sup>5)</sup>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」<sup>6)</sup>：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<sup>7)</sup>。

レクチャー5「Kemp Model」<sup>8)</sup>：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 analysis<sup>9)</sup>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 needs<sup>10)</sup>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こととされている。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<sup>11)</sup>。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<sup>12)</sup>。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はない。

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も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<sup>13)</sup>。

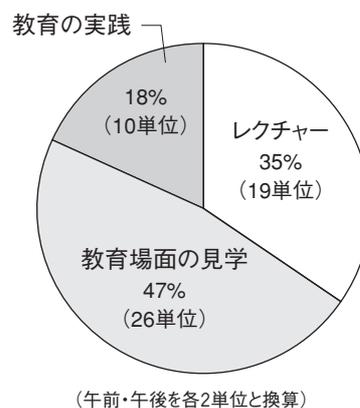
レクチャー14「Meeting management」：生産

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」<sup>14)</sup>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はなく、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



## 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あ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し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お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、各教育場面の見学の終了直後や、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いて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リスト<sup>2)</sup>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的なことはなく、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ねばならない。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 <sup>2)</sup> )	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	揖斐郡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

## 報告

れを目指す者にはFDを学ぶ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。

本稿の要旨は、第18回家庭医療学会（平成15年11月15日、東京）で発表した。

### 謝辞

今回の短期FD研修は亀田総合病院家庭医診療科岡田唯男先生の存在がなくては実施しえないものでした。貴重な時間を多大に割いていただいたばかりでなく、米国での経験や情報を惜しみなく提供していただけたことには改めて深く感謝申し上げます。また「教育場面の見学」に恥らいなく立ち会って下さり「教育の実践」にも参加していただいた同病院家庭医診療科シニアレジデント達、研修中の生活面でお世話いただいた医師卒後研修センターのスタッフをはじめとする病院関係者にも誌上をお借りして厚く御礼申し上げます。

### 参考文献

- 1) 水口文香, 葛西龍樹, 吉村学, 他:開かれたネットワーク:家庭医療学専門医コースでの多施設研修の意義. 家庭医療 2000;7 (1) : 18-23.
- 2) Bland CJ, Schmitz CC, Stritter FT, et al: Successful Faculty in Academic Medicine. Springer, New York, 1990.
- 3) Holloway RL, Wilkerson L, Hejduk G: Our back pages: Faculty development and the evolution of family medicine. Fam Med 1997; 29 (4) : 233-236.
- 4) パトリシア・A・クラントン著, 入江直子他訳:おとなの学びを拓く-自己決定と意識変容をめざして. 鳳書房, 東京, 2002.
- 5) Krause KC: Formative feedback, in Paulman PM, Susman JL, Abboud CA (eds) , Precepting Medical Students in the Office. Johns Hopkins University Press, Baltimore,

2000, pp76-80.

- 6) PEP2 Workbook\_Preceptor Education Project, Second Edition: A guide for teaching in your practice. Society of Teachers of Family Medicine, KS, 1999.
- 7) マイク D. フェターズ, 吉岡哲也, 佐野潔:家庭医療外来実習を最大限に活かすコツ STFMプリセプター教育プロジェクトに基づく方略. 家庭医療 2003; 10 (1) : 9-16.
- 8) Kemp JE, Morrison GR, Ross SM: Designing effective instruction. Macmillan Pub Co, New York, 1994.
- 9) Performing a SWOT analysis:  
<<http://www.bplans.com/ma/swotanalysis.cfm>>
- 10) Abraham Maslow: Motivation and Personality, 3rd edition. Addison-Wesley Pub Co, MA, 1987.
- 11) 岡田唯男:卒後臨床研修の必修化を控えて3. 新しい卒後臨床研修の枠組み 4) 指導医の要件・役割・評価. JIM, 2003; 13 (5) : 429-432 .
- 12) Sheets KD: Working with students not interested in Family Practice. Fam Med 1997; 29 (6) : 389-390
- 13) ダニエル・ゴールマン, リチャード・ボヤツィス, アニー・マッキー, 土屋京子訳:E Q リーダーシップ-成功する人の「こころの知能指数」の活かし方, 日本経済新聞社, 東京, 2002.
- 14) 齋藤孝:会議革命, P H P 研究所, 東京, 2002.

〈連絡先〉一瀬直日

赤穂市民病院

〒678-0232 兵庫県赤穂市中広1090

電話:0791-43-3222

Fax:0791-43-0351

E-mail:FZK12332@nifty.ne.jp

英文抄録：

Key words : Faculty development (FD) , Family medicine, behavioral change, community preceptor, outpatient teaching

[Backgrounds] : The three months of elective time is available for the senior residents during their family practice training at the Hokkaido Centre for Family Medicine, Carres Alliance Medical Corporation. The author was looking for the opportunity to have faculty development (FD) activity using his elective time so he can become a better community preceptor after completing his training. Okada, the interim chief of the Department of Family Medicine, Kameda Medical Center, who is the U.S. board certified family physician have had completed a formal two year full-time family medicine FD fellowship in the U.S upon the completion of his residency training. He had a plan to develop and implement FD fellowship in Japan, which is comparable to ones in the U.S. in terms of quality. He agreed to develop a one month pilot FD program for the author as his elective rotation.

[Objectives] : To present overview of the pilot FD program from learner's perspective, learner's experience and a part of program outcomes.

[Methods] : The program covered a set of essential skills for community preceptor. It used three major strategies; core lectures given by faculty, learner's observation of faculty's actual teaching sessions, and planning and delivering lectures to residents by a learner.

[Results] : The author was highly satisfied with this program and became confident with teaching in the office.

[Conclusions] : FD curriculum which covers the most of skills necessary for community preceptors can be done over an intensive one month. Faculty and those who want to be faculty should have training to become a clinician educator in addition to their continuous medical education (CME) as a clinician because the skills necessary for clinicians and ones for educators are somewhat different. This pilot FD program gave the author high satisfaction because of its usefulness and relevance. It also influenced his subsequent behavioral changes as an educator.