報　告

表題:家庭医療研修におけるオリエンテーションの重要性

～ミシガン大学家庭医療レジデンシーにおけるオリエンテーションの分析より

宮崎　景，ジェームス・M・クック , マイク・D・フェターズ

ミシガン大学家庭医療学教室

キーワード：家庭医療研修、家庭医療教育、後期研修カリキュラム、オリエンテーション、チーム形成

要旨

目的：日本の家庭医療後期研修を充実させるために，米国家庭医療研修におけるオリエンテーションを紹介する．

方法：ミシガン大学家庭医療科で行われているオリエンテーションの目的と内容を分析し，報告する．

結果：オリエンテーションは6週間にわたり行われている．学習項目は109に及び，業務・管理・運営の項目が3割を占め，周産期医療，EBMなどの項目が充実しているが，地域医療，レジデントのメンタルサポート，リサーチなどの項目も特徴的である．大部分は，知識に関する学習内容であったが，技能に関する項目も2割を占め，生涯教育，リサーチや医師自身の健康管理の重要性の認識や家庭医としての自覚を促すための態度教育を意識した研修も行われている．

結論：ミシガン大学では豊富なリソースに基づいて，集中的なオリエンテーションが行われているが，人的リソースが少ない日本でも工夫によって充実したオリエンテーションは実現可能であり，また長期的視点からも，オリエンテーションの充実が望ましい．

【はじめに】

日本の家庭医療研修の現状

日本における家庭医療研修は、先見の明をもった一部の医師達が独自に研修制度を構築していた時代を経て，平成19年度より日本家庭医療学会による家庭医療後期研修プログラムの認定が開始され，平成20年12月12日現在で81のプログラムが認定を受けたところである[1]．

どのような内容の研修を行うかについては，これまでも多くの考察がなされている[2-6]．また平成18年には日本家庭医療学会により一定の指針が出ているものの[7]，多くは各プログラムに任せられている．また日本家庭医療学会などにより指導者講習もすすめられているが，研修カリキュラムの作成など医学教育という観点からも，不慣れな状況で模索しているプログラム責任者が多いと思われる．

自己努力により道を切り開いてきた，多くのロールモデルが日本にいるのは確かであるが，これからの研修医には，体系的に構築された研修カリキュラムのもとで研修を行えるような機会を提供したいものである．

家庭医療研修では，地域における家庭医の役割をしっかり教え込むことが重要であるが[8]，こうした態度教育は研修開始直後に重点的に行うべきである．特に新しいプログラムでは，ロールモデ

報 告

ルとなるべき指導医や先輩研修医が少なく，接する機会も相対的に少なくなるため，なおさら最初の段階での態度教育が重要となる．

米国の家庭医療研修

一方米国では，家庭医療は専門科として 40 年の歴史があり[9]，各研修プログラムは他の専門科と同様に Accreditation Council for Graduate Medical Education（卒後医学教育認定委員会：以下 ACGME と略す）で評価，認定されている．詳しく定められた評価基準に基づき，第三者機関である ACGME が厳しく評価しており，一流のプログラムといえども基準を満たせなければ認定を取り消されるため，研修環境や研修内容の整備には各プログラムとも相当の労力を割いている[10]．

こうしたなか，家庭医療科では他科と比較しても，導入研修となるべきオリエンテーションにかなり重点を置いた研修カリキュラムを発達させてきた．ACGME による家庭医療認定プログラムの要項にも，家庭医療センターでのオリエンテーションについて明記されている．各プログラムがオリエンテーションに費やす期間は平均で 10 日間であり，約 15% のプログラムが 1 ヶ月以上を費やしているという報告もある[11]．詳しくは後述するが，このようなカリキュラムは，長い研修制度の中で経験的に整備されてきたものであることをここで述べておきたい．

今回筆者の 1 人（宮崎）は，ミシガン大学家庭医療学教室のレジデントとしてトレーニングを受ける機会に恵まれたので，その内容を報告する．さらにもう 1 人の筆者（クック）は，指導医の立場からオリエンテーション研修の価値について報告する．

【方法】

ミシガン大学家庭医療レジデント研修のオリエンテーションの概要

米国でのレジデント研修は，7 月 1 日から年度が開始されるのが一般的である．ミシガン大学家庭医療科レジデンシープログラムでは，インターン（1 年目のレジデント）9 名に対し，正式な研修開始前の 6 月に 2 週間のオリエンテーションを行っている．さらに引き続き 7 月を Block Month と呼ぶ 1 ヶ月の単位と定め，オリエンテーションを継続している．Block Month は名目上，外来研修であり（表 1），午前中はインターン全員に対してオリエンテーションを継続し，午後は外来診療，プリセプティングを行うことになっている．実際には 1 ヶ月の Block Month 期間中に外来診療が計 14 コマ（半日 3 時間が 1 コマ）入っている．

分析方法

オリエンテーションで行われたセッションを項目として示し，科目別に分類した．分類は ACGME が家庭医療プログラムの要件に定めたコンピテンシー[10]，日本家庭医療学会認定後期研修プログラム（バージョン 1.0）[7] 及び先行研究における分類をもとに定めた[11,12]．

また実際の学習内容を，教育目標分類学（taxonomy）の三つの領域ごと，知識（knowledge），技能（skills），態度（attitudes）に分類した[2]．学習内容の主として当てはまるものに◎，主とは言えないが学習内容として含まれるものに○を示した．

【結果】

2 週間のオリエンテーションと 1 ヶ月の Block Month で学習した内容を表 2 に示す．学習項目数は計 109 に及んだ．1-2 時間を費やした項目が多いが，ACLS/BLS のように 2 日間を費やした項目も含まれている．今回は各セッションごとの時間を考慮に入れずに集計した．

表1 ミシガン大学家庭医療科インターンの Block Month における目的（日本語訳）

一般目標

研修を開始するレジデントに対して，家庭医療における主要事項を，実地と理論の両面から体系的に導入する．家庭医療における主要事項とは，外来診療における臨床スキル，診療マネージメント，コミュニケーションスキル，外来と産科における手技と，内科の入院診療における主要事項を含む．

個別目標

1. 現状の保健医療制度のもとで外来診療を行うことができる能力を身につけるために，知識を身につけ，手技を熟達させ，態度を養う
2. 外来における家庭医の役割を理解し，効果的に遂行する．
3. 循環器科，小児科，皮膚科，婦人科，産科，スポーツ医学，放射線科やその他の家庭医療クリニックでよくみかける主要な疾患の評価，治療を行う能力を身につける．
4. 皮膚科，産科手技に習熟する．
5. レジデントとしての継続外来における自分の受け持ち患者を形成し始める．

Table 1 Curriculum objectives for Block Month

GOALS:

To provide a structured clinical and educational introduction to family medicine essential to the beginning resident including: outpatient clinical skills, practice management, communication skills, outpatient and obstetrical procedures, and the essentials of inpatient medicine.

OBJECTIVES:

1. To prepare residents to become competent in the outpatient setting including attaining the knowledge, perfecting the skills and developing the attitudes essential for outpatient care in our current healthcare setting.
2. To understand and effectively implement the role of family physician in the outpatient setting.
3. To become competent in the evaluation and treatment of common cardiology, pediatrics, dermatology, gynecology, obstetrical, sports medicine, radiology, and other topics common in the outpatient family medicine clinic based on continued evaluation of our common clinical diagnoses.
4. To gain proficiency in dermatologic and obstetrical procedures.
5. To begin to establish a patient panel for residents' continuity clinic.

表２　オリエンテーションにおける学習内容

項　目	内　　容	知識	技能	態度
業務・管理・運営	Chair と雑談	◎		○
業務・管理・運営	Chair によるオリエンテーション	◎		
業務・管理・運営	医療安全管理	○	◎	
業務・管理・運営	インターンのサバイバルスキル	◎		
業務・管理・運営	会計伝票の付け方		◎	
業務・管理・運営	外来診療録の口述筆記		◎	
業務・管理・運営	クリニック内のオリエンテーション	◎		
業務・管理・運営	クリニックにおけるコンサルテーションの仕方	◎		
業務・管理・運営	クリニックにおける手技		◎	
業務・管理・運営	クリニックの経営改善 1	◎		○
業務・管理・運営	クリニックの経営改善 2	◎		○
業務・管理・運営	講座のオリエンテーション	◎		
業務・管理・運営	コードチームの運営	○	◎	○
業務・管理・運営	コンピューターシステムへのオリエンテーション	○	◎	
業務・管理・運営	コンピューターモジュールのテストパイロット	◎	○	
業務・管理・運営	コンピュータートレーニング		◎	
業務・管理・運営	コンピューターモジュール	◎		
業務・管理・運営	最終評価（Block Month）	◎		
業務・管理・運営	手技、勤務時間の報告の仕方 (MedHub)		○	
業務・管理・運営	症例検討会 (Morbidity & Mortality) 入門		◎	
業務・管理・運営	診療の質向上のための指標（喘息、心不全、糖尿病、虚血性心疾患）	◎		
業務・管理・運営	ソーシャルワーカーの仕事	◎		
業務・管理・運営	チーフレジデントによるオリエンテーション	◎		
業務・管理・運営	チェルシー病院のオリエンテーション	◎		
業務・管理・運営	入院診療における Cross-coverage	◎		
業務・管理・運営	入院診療録のディクテーション		◎	
業務・管理・運営	病院オリエンテーション 1	◎		
業務・管理・運営	レジデンシーコーディネーターによるオリエンテーション	◎		
業務・管理・運営	レジデンシーのオリエンテーション	◎		
業務・管理・運営	レジデンシーのスタッフミーティング	◎		
業務・管理・運営	症例検討会 (Morbidity & Mortality)	◎		
業務・管理・運営	症例検討会 (Morbidity & Mortality)	◎		
業務・管理・運営	症例検討会 (Morbidity & Mortality) での発表演習	◎		
業務・管理・運営	病院オリエンテーション 2	◎		
健康増進と疾病予防	グラウンドラウンド（無症候の成人の健診）	◎		
健康増進と疾病予防	予防医療	◎		
幼小児・思春期のケア	小児の定期健診	◎		
幼小児・思春期のケア	児童虐待	◎		○
幼小児・思春期のケア	小児診療おける保護者教育	◎		
幼小児・思春期のケア	小児期の肥満	◎		
高齢者のケア	老年科入門	◎		
高齢者のケア	高齢者の機能アセスメント	◎		
高齢者のケア	死の宣告	◎		
周産期医療・女性の健康問題	周産期用カルテの使用法		○	
周産期医療・女性の健康問題	遺伝スクリーニング	◎		
周産期医療・女性の健康問題	緊急避妊法	◎		
周産期医療・女性の健康問題	グラウンドラウンド（周産期医療）	◎		
周産期医療・女性の健康問題	子かん前症	◎		
周産期医療・女性の健康問題	出生前検査と胎児	◎		
周産期医療・女性の健康問題	女性性器の診察法	◎		
周産期医療・女性の健康問題	正常な分娩	◎		
周産期医療・女性の健康問題	在胎齢のアセスメント	◎		
周産期医療・女性の健康問題	胎児心拍モニターの解釈	◎		
周産期医療・女性の健康問題	胎児超音波の演習		◎	

報 告

項 目	内 容	知識	技能	態度
周産期医療・女性の健康問題	通常の分娩における肩甲難産の演習		◎	
周産期医療・女性の健康問題	日本人患者の診療	◎		○
周産期医療・女性の健康問題	妊婦ケアにおけるカルテ記載	◎		
周産期医療・女性の健康問題	妊婦ケアの実践	○	◎	
周産期医療・女性の健康問題	妊婦のトリアージ	◎		
周産期医療・女性の健康問題	妊婦のリスクアセスメント	◎		
周産期医療・女性の健康問題	分娩（1期、2期）	◎		
周産期医療・女性の健康問題	分娩（3 期）	◎		
周産期医療・女性の健康問題	ムスリム患者の診療	◎		○
周産期医療・女性の健康問題	ラテン系患者のケア	◎		
周産期医療・女性の健康問題	若者、黒人患者の診療	◎		○
周産期医療・女性の健康問題	女性性器の診察の練習（模擬患者による指導）		◎	
男性の健康問題	男性性器の診察の練習（模擬患者による指導）	○	◎	
メンタルヘルス	グラウンドラウンド（うつ病ケアにおけるリサーチプロジェクト）	◎		
メンタルヘルス	グラウンドラウンド（臨床医のうつと自殺）	◎		○
メンタルヘルス	コミュニケーションスキル：医師患者関係を深めるために	○		◎
メンタルヘルス	プライマリケアにおける抗うつ剤の使用	◎		
メンタルヘルス	レジデントの心身ケア	○		◎
メンタルヘルス	レジデントの心身ケアセッション	○		◎
救急医療	一次，二次救命処置法（ACLS/BLS）	○	◎	
救急医療	小児二次救命処置法（PALS）	○	◎	
救急医療	ショック、呼吸不全の蘇生演習		◎	
救急医療	新生児蘇生プログラム	○	◎	
臓器別（呼吸器）	喘息の治療	◎		
臓器別（耳鼻咽喉）	難聴 / オージオグラムの判読	◎		
臓器別（消化器系）	症例検討	◎		
臓器別（心血管・呼吸器）	胸部、腹部の放射線検査	◎		
臓器別（皮膚）	にきび	◎		
臓器別（筋骨格系・リウマチ性）	筋骨格系の放射線検査	◎	○	
臓器別（代謝内分泌）	グラウンドラウンド（低ナトリウム血症）	◎		
臓器別（代謝内分泌）	高脂血症	◎		
臓器別（筋骨格系・リウマチ性）	膠原病	◎		
臓器別（筋骨格系・リウマチ性）	腰背部痛	◎		
臓器別（筋骨格系・リウマチ性）	スポーツに関連した外傷の画像診断	◎		
EBM	EBM（ケースディスカッション）	◎		○
EBM	EBM と Information Mastery1	◎		○
EBM	EBM と Information Mastery2	◎		○
EBM	EBM と Information Mastery3	◎		○
EBM	EBM と Information Mastery4	◎		○
EBM	EBM と Information Mastery5	◎		○
EBM	ケースを用いたプレゼンテーション 1	◎	○	
EBM	ケースを用いたプレゼンテーション 2	◎	○	
EBM	ケースを用いたプレゼンテーション 3	◎	○	
EBM	ジャーナルクラブ（EBM）	◎		
EBM	ジャーナルクラブ（EBM）	◎		
統合医療（Integrated medicine）	カイロプラクティク入門	◎		
統合医療（Integrated medicine）	統合医療入門	◎		
統合医療（Integrated medicine）	薬草を用いた演習	○	◎	
地域医療（Community medicine）	コミュニティデイ	◎		○
地域医療（Community medicine）	地域活動（マクドナルドハウス）		◎	○
臨床倫理	倫理入門			◎
リサーチ	プロフェッショナルスキル入門			◎
リサーチ	リサーチミーティング	◎		○
リサーチ	レジデントのリサーチプロジェクト	◎		○
その他	コアカリキュラムの実技試験	○	◎	○

報 告

科目別の結果

1．業務・管理・運営

まず科目別にみていく．やはり「業務・管理・運営」に関する項目が 34 項目と全体の約 30% を占めた．「業務・管理・運営」には勤務体系，電子カルテの使い方など業務，事務に関連する項目を全て含んだ．オリエンテーションの前半と最後にその多くが行われていた．

2．周産期医療・女性の健康問題

次に「周産期医療・女性の健康問題」の項目が多いことが目立つが，大部分のセッションの内容は周産期医療であった．OB Theme Day と称し，丸 2 日間を周産期医療のオリエンテーションに集中的に費やしている．この間には，実際に各インターンと指導医（ほとんどが上級レジデント）がペアになり，初診の妊婦患者の診療を行うという実践も行っている．OB Theme Day に先立ち，模擬患者 SP(simulated patient) による，女性性器の診察 (pelvic examination) の実践指導も行われている．

3. EBM

「EBM」の項目も充実している．理論に関する集中講義をはじめとして，後半には各レジデントが実際の症例から論文やガイドラインを探し出し，発表するという演習も行っている．基本としての批判的吟味の練習も行うが，それよりも information mastery という言葉で表されるように，臨床現場の限られた時間で，如何に効率的に質の高い情報を見つけ出すか，ということに重点が置かれている．また「EBM」セッションの前半では，publication bias や製薬会社などとの関係など，現状の問題点や臨床医としての態度に重点を置いた教育がなされている．

4. 地域医療（Community Medicine）

項目数は少ないが，特筆すべき項目がいくつか存在する．まずは「地域医療（Community Medicine)」の二項目である．Community Day ではクリニックを取り巻く様々な団体（ボランティア団体など）の代表者に集まっていただき，企業展のようにそれぞれがブースをひらき，インターンはブースを回り彼らが何を提供しているかを学ぶ．そのあと二人一組で 4 つの症例を渡され、どの団体に相談したら良いかを検討しながら、ときには各ブースに相談にいき解決法を模索していく．最後に全員で集まり、それぞれが出題された症例への対処を発表する．さらに各団体の代表から補足情報を加えていただくという流れになっている．クリニックを取り巻く社会資源にどのようなものがあるかを知り，そこで働く人たちと実際に交流することで，後の連携に繋がるような企画になっている．「地域医療（Community Medicine)」に分類したもう一つの項目は Ronald McDonald House での夕食作りである．Ronald McDonald House とは，「子供が病院に入院している遠方の家族のための宿泊施設」であり，日本の 5 カ所を含めて，世界 30 カ国 274 カ所に設置されている（平成 20 年 7 月 27 日現在）[13]．ミシガン大学病院の近郊にも一施設有り，ボランティアが中心となり運営している．夕食も様々なボランティアが日替わりでつくっているが，それをインターンが 9 人で行うという企画である．メニュー決めから買い出しまで全て自分たちで企画し，実際に調理と給仕も行ったが，この企画は歴代のレジデントの希望によって始まったものである．地域のボランティア活動に参加するという目的もあるが，インターン全員で「チームとして何かを成し遂げる」というチーム形成がもう一つの大きな目的である．

5．メンタルヘルス

さらに特筆したい項目は「メンタルヘルス」である．患者さんに対するメンタルケアの提供の項目もあるが，ここではレジデント自身に対するメ

ンタルヘルスの提供が主である．プログラム専属の臨床心理士による，レジデント自身へのストレスコーピングセッションや，教員によるレジデントのメンタルケアセッションが行われている．これらは年間を通して定期的に行われる活動である．日本でも研修医にうつ病が多いことなどが明らかにされ[14]，メンタルなサポートの重要性にも注目が集まるようになってきているが，定期的に細かなサポートをする体制づくりは不充分である．

6．リサーチ

次に述べたいのはリサーチに関わる項目である．レジデントは3年間のうちに何らかのプロジェクトを行うことを義務づけられており，今年からその活動に対する，リサーチ専門の指導医によるバックアップがさらに強化されている．ミシガン大学家庭医療科には，医師やその他の専門家を含め，リサーチ専属の教員が多く在籍するが，レジデントが普段の研修中に顔をあわせる機会は少ない．そこでオリエンテーションの間にリサーチミーティングにレジデントが出席し，どのようなリソースがあるかを周知するよう配慮されている．またリサーチ専属の教員のうち2名が，レジデントのリサーチをサポートする窓口担当者としてレジデントと定期的に交流を図っている．

7．Chair（講座長）の関わり

最後に述べたいのはChairの関わりである．ChairのSchwenk先生自身も「うつ病の治療」のセッションを受け持っているが，それ以外にレジデントと話をするセッションを2度とっている．あえて雑談という形態をとり，臨床研修だけでなく家庭医療科全体の方向性，大学における家庭医療科の使命，さらには米国の家庭医療の方向性などについて語っている．リーダーが定期的に大きなビジョンを直接語りかけることは重要である．

8．課外活動

カリキュラム外でもオリエンテーションの6週間の間に，講座全体での週末のホームパーティーなどの集まりが3回開催されており，レジデント同士で集まってパーティーや食事に行く機会も10回を超えていた．またオリエンテーション後も，月1回のペースで同級生同士のパーティーを開くのが恒例となっている．また全てのレジデントが年に1回集まって，1泊2日の合宿を行うが（Retreatと呼ばれる），こうした試みもチーム形成に役立つことが示されている[15]．

目標分類学(Taxonomy)の三つの領域による分析

1．知識（Knowledge）

全体の約75%が「知識（knowledge）」を主とした学習内容であった．

2．技能（Skills）

「技能(skills)」を主とする項目は20あり，全体の約20%を占めた．特筆すべきは，大学病院内にあるClinical Simulation Centerの活用である．心肺蘇生などの演習のための器具がそろった専用の部屋で，ACLS/BLS(Advanced Cardiovascular Life Support/Basic Life Support)，NRP(Neonatal Resuscitation Program)やPALS(Pediatric Advanced Life Support)などAHA（アメリカ心臓協会）認定コースのほか，code team management（緊急時対応のチーム管理の演習），Patient Safety initiatives（医療安全管理），shock/respiratory emergencies（緊急挿管）などのセッションを定期的に行った．このClinical Simulation Centerは家庭医療科の指導医も運営の中心に携わっている．また男性性器，女性性器の診察には模擬患者が携わっている．模擬患者は診察の対象としてだけでなく，指導者として研修に積極的に携わっていることは特筆に値する．

報 告

3．態度 (Attitudes)

短期のオリエンテーションで「態度 (attitudes)」を明確に学習することは難しい．今回は明らかに態度領域に絞った項目である，レジデントのメンタルヘルス，臨床倫理，リサーチのみを「態度 (attitudes)」領域を主とする項目に選んだ．しかしそれ以外でも，「態度 (attitudes)」領域への働きかけを強く意識した，指導医からの発言を多くみとめることができた．例えば生涯学習という観点で，「レジデンシーは 3 年間しかない．卒業時までに全てのことを習得するのは不可能である．どのように学ぶかを習得し，学び続ける態度を身につけることが卒業時のゴールである．」という内容の発言を，複数の指導医が強調していた．EBM のセッションも結局は態度領域である．また Chair の発言もリーダーとして常に態度領域を意識しているものであった．

【考察】

ミシガン大学における Block Month の目的は，表 1 のように明文化されているが，Block Month に先立つ 2 週間のオリエンテーションも含めた，計 6 週間に及ぶオリエンテーションの目的として，「同僚との結束やプログラム内での結びつきを高めること」も重視していることをプログラムディレクターのクックも明言している．そこでオリエンテーションの目的，意義を表 3 のようにまとめ直し，それぞれに対して考察を加える．

まず第一は，インターン同士のクラスとしての団結である．オリエンテーションのあと，内科，救急，小児科など各科をローテートし，インターンは他科の指導医やレジデントに囲まれる時間が長くなる．最初の段階で，長い時間を同級生と共有し，結びつきを強くしておくことで，後のストレスに対するお互いのサポート関係を構築するのである．実際に，米国の家庭医療プログラム責任者の多くがこの点をオリエンテーションの一番の目的にあげている[11,12]．こうしたグループの結束が研修のストレスを和らげることは，いくつかの研究が示唆している[16]．そしてグループの結束は，当プログラムで行っているような地域活動によって高められることも示唆されている[17]．こうしたチーム形成という考えは，家庭医療が専門として広く認知されておらず，他科専門医に囲まれてアイデンティティクライシスをおこしたり，周囲からの理解不足に悩む声が多い日本にも，多いに参考になると思われる[6]．ただし，日本の家庭医療プログラムは研修医の数という意味では，規模が小さいものが多く，内部での後期研修医同士のチーム形成とまで至らないかも知れない．こうした状況に対して，家庭医療学会の若手家庭医部会では，全国の後期研修医同士のコミュニティーを形成するべく様々な企画を練っており，その効用が期待されている．また後期研修医に限らず，地域のネットワークを形成して，定期的に勉強会などを開く試みも各地で行われている．筆者が在籍している東海家庭医療ネットワーク (TFMNet) でもメーリングリストの運営と年 3 回の勉強会を中心に，東海地方に点在している「家庭医」もしくは「家庭医を目指す医療関係者」が相互にサポートし合うコミュニティーが形成されている．

表 3　オリエンテーションの目的

1．クラスの団結
2．家庭医として必要なトピックを一通り網羅する
3．指導医が研修医の技量を見極める
4．研修医に対するサポート体制を形成する
5．自分の担当患者を形成し始める
6．業務，事務，スケジュールを学ぶ
7．家庭医になるという自覚（アイデンティティ）の形成

オリエンテーションの目的の第二として，「家庭医として必要なトピックを一通り網羅する」ということがあげられる．各インターンは異なるバックグラウンドのもとで育っており，医学生の間に何件も自然分娩に立ち会っている者もいれば，手術室で帝王切開の鈎引きに終始した者もいる．

また筆者のように海外の医学部卒業生もいる．このように様々なレベルにあるインターンに対して，家庭医として必要なトピックを一通り暴露させ，最低限の準備をさせておくことは有用と考えられている．

第三に，このようなばらつきのあるインターンの力量を，指導医が見極めておくことも重要である．外来で行われる基本的手技や考察に対する，各インターンの習熟度を早い段階で評価し，確立されたツールでフィードバックをしておくことで，その後の研修での目標が明確になる[18]．

第四に長期のオリエンテーションを通して，インターンのまわりには様々なサポート体制が形成される．オリエンテーションという緊張度の低い環境で多くの指導医と出会うことができ，インターンが各自のメンターとの関係を構築する期間でもある．また看護士やその他のコメディカルスタッフと交流をもち，職場における信頼関係を構築し始めることもできる．さらにはストレスコーピング術を学び，メンタルサポート体制について知ることもできる．

第五に「担当患者の形成」があげられる．オリエンテーションの期間に，インターンは多くの時間を外来で過ごす．早い段階で集中的に外来診療を経験し，自分の担当患者を持ち始め，クリニックを自分の居場所として認識するのである[4]．

第六に業務，事務，スケジュールを学ぶということがあげられる．これは電子カルテの使い方，当直のスケジュール，自らの役割の認識，ともに働く他職種を知るなどの実務的な内容を含むもので，狭義でのオリエンテーションと言えるだろう．

最後に，一番重要な目的として，家庭医としてのアンデンティティの構築をあげたい．つい最近まで医学生であったインターン達は，前述の一から六までの目的をふまえた，長いオリエンテーションを行うプロセスの中で，「これから自分が家庭医になるのだ」という自覚と，アイデンティティを形成し始めるのである．

ミシガン大学で，今報告のような長期のオリエンテーションを行えているのは，人的資源やその他のリソースに恵まれているためであることは否定できない．日本で同様の人員をさくことは困難といえる．また日本では現場を維持するために，研修開始直後から研修医自身も診療を担う労働者としてカウントしたいというのが本音であろう．しかし長期的な視野で考えれば，研修医がスムーズに研修を開始し，長い研修生活でアイデンティティを失わずに育つためには，最初のオリエンテーションにエネルギーを注ぐことが重要であることとは理解していただけると思う．それでは人的資源やリソースの乏しい日本で，どのようにオリエンテーションを構築していったら良いかについて考察してみたい．当初からいきなり長大なカリキュラム計画を立てても，実現性に乏しい．そこで次に述べるような点を考慮して，数年をかけてカリキュラムを構築していったらどうであろうか？

第一に，「自分たちのプログラムを卒業した家庭医が，最低限どのような知識，技能，態度を能力として獲得していなければいけないか」という点から始めることである．当プログラムで示したオリエンテーションの内容（表２）や家庭医療学会の認定プログラム要項を参考にしていただくことも良いが，何といっても各地域でのニーズを把握することが重要である．そしてこれらの獲得すべき能力は，自分たちが指導者として提供できるリソースとはいったん切り離して考える必要がある．

第二は，どこから手を付けるかである．いったん自分たちのリソースから切り離して，研修医が獲得するべき能力をあげたものの，実際に教育として手をつけはじめるのは，現状で得られるリソースの範囲内が現実的である．とりあえずは，多くの指導医がバックグラウンドとしている，内科的な内容から始めることは理にかなっている．

第三に外部リソースの導入である．同じ組織内

の他科医師や，他職種職員，地域の開業医や，地域の他職種の人材を指導者として招くのである．地域の介護ステーションのケアマネージャーに介護保険の指導をお願いしたり，開業医に診療所経営の観点からレクチャーをお願いするのはどうであろうか？ このような関係を通して，開業医はプログラムを応援する指導医になり，研修医は開業医の施設でアルバイトをさせてもらうきっかけになるかもしれない[19]．また大病院のプログラムでは救急の医師とはATLSを，小児科の医師とはPALSやNRP，内科医とはACLSを共に指導する関係を構築できる．さらに消化器内科には腹部超音波，外科には基本縫合，整形外科にはギプスの巻き方の指導をお願いできる．他科指導医に最初のオリエンテーションの指導をお願いすることは，家庭医が後のローテーションでどのような能力の獲得を目指しているかをメッセージとして伝えることになる．

第四に，これらの外部指導者全てに，オリエンテーションの全スケジュールを渡すことが重要である．このことは外部の人間に対して，家庭医療がどのような知識，技能，態度を強調した存在であるかを伝えることになる．

第五に，これらの内部での組織構築に加えて，組織外でのネットワーク形成も重要である．先も述べたが，地域ごとのネットワークの構築と，人的資源やリソースの共有をお勧めする．筆者の知る限り，北海道，千葉，中国地方や東海地方など，プログラムを超えて地域でネットワークを構築し，合同で勉強会などを開催している地域もいくつか出始めている．そこでこれらのネットワークを利用して，年度の始めに合同オリエンテーションを開催することを提案したい．プログラムごとに特有な業務管理などの内容は除外したうえで，１泊２日程度の期間を設け，チーム形成，ストレスコーピング，家庭医療のコアコンセプトなどに絞ったオリエンテーションを行ってはどうであろうか？

最後にストレスコーピングである．日本でも研修医の抑うつの頻度が無視できないほど高いことは明らかになっており，また横林らによると家庭医療の後期研修医の声として、指導医に対して「研修医の精神面に重きを置くこと」を要望する意見が多いことが明らかになっている[20]．ストレスコーピングに配慮したセッションやカリキュラムを用意することが必要であると思われる．

結論：

日本の家庭医療プログラムの多くでは，ロールモデルとなるべき指導医や先輩研修医が少ない状況にある．このような状況にあるからこそ，研修開始時に集中的なオリエンテーションを行うことによって，研修医の教育にもたらされるメリットは大きい．また集中的なオリエンテーション研修を構築することは，困難であってもそのプロセスを通して，研修医だけでなくプログラムそのものに対しても多大なメリットがもたらされるであろう．良好な関係を築けている他科の同僚，地域の他職種リソースや地域の家庭医療ネットワークをオリエンテーション研修のリソースに用いることからはじめると良いであろう．

謝辞：

フェターズは日本法人実幸会の暖かい援助に感謝いたします．

参考文献：

1. 日本家庭医療学会ホームページ．学会認定家庭医療後期研修プログラム一覧（平成 20 年 12 月 12 日現在） http://jafm.org/pgm/list.html
2. ウェンディ・ビッグス，北村和也，マイク・D・フェターズ：総合診療部での研修医カリキュラムを考える：米国家庭医療レジデンシーから学ぶもの．医学教育　2003; 34(4): 239-44.
3. Fetters MD, Nishino H. World-class Family

Medicine Training in Japan. Primary Care Japan. 2003; 1(1): 41-9.
4. マイク・D・フェターズ，神保真人．枠から外れた考えの勧め：何故独立した家庭医療型診療所が必要か？ 家庭医療 2005; 11(2): 22-7.
5. Murai M, Kitamura K, Fetters MD. Lessons learned in developing family medicine residency training programs in Japan. BMC Med Educ. 2005;5:33.
6. 神保真人，マイク・D・フェターズ，佐野潔，他．日本の家庭医療学における教育，臨床，研究と今後の発展に対する問題点と解決策：世界一般医家庭医学会（WONCA）ワークショップのグループインタビューより得られた知見．家庭医療 2006; 12(1): 4-15.
7. 特定非営利活動法人 日本家庭医療学会 認定後期研修プログラム（バージョン 1.0） 家庭医療学会編 平成 18 年 2 月 18 日.
8. マイク・D・フェターズ，清田礼乃，佐野潔．地域における家庭医療の社会的役割：家庭医を専門医として理解するために．Jpn. J. Prim Care 2004; 27(1): 29-35.
9. Stevens RA. The Americanization of family medicine: contradictions, challenges, and change, 1969-2000. Fam Med. 2001 Apr; 33(4): 232-43.
10. ACGME. ACGME program requirements for residency education in Internal Medicine. 2007. p. 40.
11. Grover M, Puczynski S. Residency orientation: what we present and its effect on our residents. Fam Med. 1999 Nov-Dec; 31(10): 697-702.
12. Grover M, Puczynski S. Right from the start: the family practice orientation study. Fam Med. 1999 Mar; 31(3): 177-81.
13. 財団法人ドナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティーズ・ジャパン ホームページ：http://www.dmhcj.or.jp/index.html
14. 前野哲博，中村明澄，松崎一葉，他．新臨床研修制度における研修医のストレス．医学教育 2008; 39: 175-82.
15. Stoller JK, Rose M, Lee R, Dolgan C, Hoogwerf BJ. Teambuilding and leadership training in an internal medicine residency training program. J Gen Intern Med. 2004 Jun; 19(6): 692-7.
16. Oyama ON. Investigating the influence of peer-group cohesion on residents' levels of stress and performance at two residencies. Acad Med. 1991 Jun; 66(6): 371.
17. Evans DV, Egnew TR. Outdoor-based leadership training and group development of family practice interns. Fam Med. 1997 Jul-Aug; 29(7): 471-6.
18. マイク・D・フェターズ，玉木千里，ジェームス・M・クック．家庭医療学研修医の総合評価とフィードバック法について：ミシガン大学家庭医療研修プログラムでの経験に基づく評価ツール（投稿中）
19. マイク・D・フェターズ，北村和也，藤岡利生，他．開業医と大学総合診療部との架け橋 - いかにして協力関係を築いていくか．日本プライマリ・ケア学会誌 2001 24(4): 285-91.
20. 横林賢一，山下大輔．「若手家庭医はどのように進路を選び，どこで研修をしているのか？」―家庭医療後期研修の現場からの声．家庭医療 2007; 13: 26-33.

連絡先：Kei Miyazaki, MD, PhD
Department of Family Medicine
University of Michigan
1018 Fuller Street, Ann Arbor,
Michigan 48104-1213
E-mail : keim@med.umich.edu

報 告

Orientation as an important introduction to family medicine residency training:

An analysis of orientation curriculum at the University of Michigan Family Medicine Residency Program.

Kei Miyazaki, James M. Cooke, Michael D. Fetters

Department of Family Medicine, University of Michigan

Abstract

Objectives: As a reference for curriculum development of family medicine residency programs in Japan, we introduce the role of the orientation curriculum in one US residency program.

Methods: Analyze the objectives and contents of the orientation curriculum in the University of Michigan Family Medicine Residency Program.

Results: The orientation consists of 109 sessions during 6 weeks. 30% of the sessions were classified as orientation to duties/administration/management. The curriculum included considerable obstetrics and EBM sessions, and was also remarkable for well-organized community medicine, resident wellness and research sessions. Many of the sessions were designed to teach knowledge and 20% were to teach skills. These sessions emphasize attitudes such as identity and roles as a family medicine physician, physician wellness, and importance of primary care research.

Conclusions: Extensive orientation at the University of Michigan is possible due to a large and diverse faculty. While there are few family physician faculty in Japan, through use of internal and external resources, the curricula in Japanese family medicine residency programs can be enriched using an orientation format.

Key words: family medicine, residency education, residency curriculum, orientation, group cohesion