外来プリセプティングに関する文献レビュー

Outpatient precepting- A review of the literature

津田 修治^{*1,2} マイク D. フェターズ^{*3}

Shuji Tsuda^{*1,2} Michael D. Fetters^{*3}

要 旨

目的：欧米における外来プリセプティングの制度や方法とそのエビデンスの文献調査をする。

方法：PubMed を用い、家庭医療や一般内科の外来研修のプリセプティングに関する文献をレビューした。309 件の文献から日本の家庭医療後期研修のヒントという観点で、選択・除外基準に基づき、18 の文献を精読して、テーマを抽出した。

結果：プリセプティングのスタイルはプリセプターが専任であることが効果的だった。プリセプティングは症例のプレゼンテーション後に 5 分前後のディスカッションで、主に診断・治療に焦点が当てられた。プリセプティングの場で EBM や心理社会的な問題、フィードバックは少なかったが、それらを増やす試みとして、one minute preceptor や学習者中心のプリセプティングの SNAPPS の技法が効果的だった。

結論：外来プリセプティングでは、EBM や心理社会的問題も含めて議論し、フィードバックなど教育的なディスカッションを効率的にする試みがなされていた。

Abstract

Purpose : The purpose of this study was to review strategies and evidence about effective outpatient precepting in the Western literature.

Methods : The authors searched MEDLINE for studies on family medicine or general medicine outpatient precepting. From 309 papers, the authors applied inclusion and exclusion criteria to identify relevant studies applicable to residency training in family medicine in Japan, and the resulting 18 studies were then analyzed systematically.

Results : Using a dedicated preceptor is the most effective precepting style. In a typical five-minute precepting encounter, most of the time is spent on the diagnosis and management. Insufficient time is spent on the discussion of evidence based medicine (EBM), psychosocial issues, or feedback. To resolve this, precepting techniques such as 'one-minute precepting' and SNAPPS can be effectively implemented.

Conclusion : In outpatient precepting, educational discussions incorporating EBM and psychosocial issues as part of standard practice, in addition to providing effective feedback are advocated.

Keywords : 外来診療教育、プリセプティング、外来研修、家庭医療後期研修、総合診療専門研修

はじめに

日本プライマリ・ケア連合学会が認定する家庭医療後期研修プログラムは、2013 年 4 月現在 180 に増え、プログラム修了者は増加傾向にある。改訂家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則¹⁾でプログラムの要件が定められている。日本の卒後研修では伝

統的に入院患者の診療の研修が大部分で、外来研修・教育の歴史は浅い。細則には、診療所での研修期間や診療所が提供する医療内容、指導医の要件の規定があり、外来診療教育を重視しているが、その指導体制や方法は明記されていない。日本の家庭医療後期研修の現状は、学習者が外来中に別室などで診断・治療等の

^{*1} 静岡家庭医養成プログラム 菊川市家庭医療センター

^{*2} ミシガン大学病院家庭医療学科日本家庭健康プログラム・アカデミックフェロー

^{*3} ミシガン大学病院家庭医療学科, 1018 Fuller Street, Ann Arbor, Michigan 48109-0708 U.S.A.

著者連絡先：津田修治 静岡家庭医養成プログラム 菊川市家庭医療センター [〒437-1507 静岡県菊川市赤土 1055-1] e-mail : syu-net@ba3.so-net.ne.jp

(受付日：2013 年 7 月 21 日, 受理日：2013 年 10 月 17 日)

指導を受ける外来プリセプティング（以下、プリセプティング）のシステムが充実していない点で不十分である。その要因の1つとして、プリセプティングのシステムや方法についてあまり知られていないことがある。欧米では、プリセプティングの具体的な制度や効果的な技法とそのエビデンスは蓄積され、示唆深い論文も多い。

日本にプリセプティングを紹介した論文は、岡田による5つのマイクロスキル（one minute preceptor モデル、以下 OMP と略す）の紹介²⁾や、筆者（フェッターズ）による、Society of Teachers of Family Medicine のプリセプター教育プロジェクトに基づく方略の紹介³⁾がある。日本の家庭医療研修の現状分析をした論文には、旧家庭医療学会の外来診療教育ワーキンググループによる最終報告書⁴⁾や、朝倉らによるプログラム修了者アンケートの報告⁵⁾があるが、ともにプリセプティングには触れていない。日本のプリセプティングは論文の形で報告された情報は限られており、発展途上の分野である。家庭医療専門医が本格的に増えていくと予想される今、プリセプティングについて理解を深め、標準化を図りながら、具体的に実践可能な形を模索する必要がある。その際、プリセプティングが普及している欧米の制度やエビデンスを理解することは有用と考える。本論文では、欧米におけるプリセプティングに関する文献をレビューする。

方法

デザイン：ナラティブレビューによる総説

検索方法：欧米におけるプリセプティングに関する文献を調査した。検索方法は、MEDLINE で、検索語として、“Ambulatory Care” [Mesh] OR “Family Practice” [Mesh] AND “Preceptorship” [Mesh] を用い、Evidence-Based Medicine（以下 EBM と略す）に関する文献は上記に加え、“Evidence-Based Medicine” [Mesh] AND “Family Practice” [Mesh] AND “Internship and Residency” [Mesh] の検索語も用いた。前者の検索語で1992年1月1日以降の過去20年間、EBMに関しては2002年1月1日以降の過去10年間の英語文献を検索した。

選択・除外基準：タイトル及び要旨から、研修医を対象としたプリセプティングの実際調査や介入研究、総説を選択した。この中で、家庭医療または内科以外の研修医を対象とした文献、ファカルティーディベロップメントに関する文献、研修カリキュラム全般に関する文献は除外した。学生教育のみを対象とした文献に

ついては、研修医と学生の教育の間に大きな違いがあると考えられるテーマ（スタイル、実際、EBM）では除外し、基本的な部分で違いがないと考えられるテーマ（技法、心理社会面、フィードバック）は選択した。また、選択した文献の参考文献から特に重要と考えられる文献や、テーマに関連するエキスパートから推奨された文献を付け足した。

検索結果：プリセプティングの検索結果は284件で、EBMの検索結果は25件、合計309件だった。その中から上記基準で11件を選択した。文献のリストから選択した文献は6件、エキスパートの推奨により付け足した文献は1件で、合計18件の文献を対象とした。

分析方法：対象文献を精読し、日本の家庭医後期研修でプリセプティングを導入するために考慮すべきテーマを検討し、次の6つのテーマを抽出した。1. プリセプティングのスタイル、2. プリセプティングの時間や内容の実際、3. EBM、4. 心理社会的問題、5. 技法、6. フィードバック。その他のテーマとして、費用や経営的側面、訪問診療も検討したが、医療制度が大きく違うこと、米国では広く行われてはいないことをそれぞれの理由に除外した。テーマはプリセプティングの全体像を示すものから、プリセプティングで扱う内容の順に記載した。

結果

1. どのようなスタイルのプリセプティングが効果的か

米国の卒後研修のプログラムは、Accreditation Council for Graduate Medical Education（以下 ACGME と略す）によって規定され⁶⁾、家庭医療プログラムでのプリセプティングに関して、1人の専任の指導医が最大4人のレジデントまで同時に可能で、レジデントが1人だけの場合、指導医は診療等の仕事量の50%まで行ってよい。この背景には、内科レジデントの外来診療教育で、サブスペシャリティを持つ内科医が自分の診療と兼任でレジデント1人を指導した場合、一般内科医が兼任で1-2人のレジデントを指導した場合、一般内科医がプリセプティングの専任で3-5人のレジデントを指導した場合、この3通りを比較した研究がある⁷⁾。レジデントが担当した新患のプリセプティングを受けた割合は、兼任サブスペシャリスト、兼任一般内科医、専任一般内科医がそれぞれプリセプターの場合、40%、56%、86%で、再診患者のプリセプティングも同様に、22%、33%、47%で専任一般内

表 レビューした文献と主な結果の一覧

番号	タイトル	著者	雑誌	テーマ	論文の内容	データ	国	対象	結果
1	ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine.	ACGME		スタイル、時間	米国の家庭医療研修プログラムに関する規定		米		プリセプティングに関して、1人の専任の指導医が最大4人までのレジデントを同時にプリセプティング可能。レジデントが1人だけの場合に限り指導医は診療等の仕事量の50%まで行ってよい。
2	Involvement of Three Types of Preceptors With Residents in an Ambulatory Care Clinic.	Varey TS, et al.	J Med Educ	スタイル	プリセプターは兼任/専任、内科専門医/GIMのどの組み合わせがよいか調査	research	米	GIM/GIM-Peds PGY2,3	GIMのプリセプター専任の場合は新患のケースの86%を指導、兼任では56%だった。疾患に関する態度についての議論は、専任で63%、兼任で30%だった。
3	An Observational Study of Precepting Encounters in a Family Practice Residency Program.	Johns HC	Fam Med	時間	FMレジデントのプリセプティングにかかる時間と扱う内容毎に費やした時間の調査	research	米	FM PGY1-3, Faculty	症例プレゼンテーション後のディスカッションの平均時間は4.5分から6.4分で、卒業年数が上れば時間は短くなった。時間の内訳は、基礎医学2%、診断治療90%、心理社会2%、検査やコンサルテーションの適応6%だった。
4	Improving Clinic Efficiency of Family Medicine Training Clinic.	Xakellis GC, et al.	Fam Med	時間	FMレジデント教育を行うクリニックでの患者の診察時間の調査	research	米	FM PGY1-3, Faculty	プリセプティング時間を含めた診察時間は全体の平均は27±16分で、1年目レジデントの平均診察時間は他に比べて有意に長く40分以上、3年目と指導医は24分程度。
5	Real-time Information-seeking Behavior of Residency Physicians.	Ramos K, et al.	Fam Med	EBM	臨床疑問がいくつ生じ、どのくらいの時間で何を使って解決したか調査	research	米	FM PGY1-3, Faculty	レジデントの情報源の49%は指導医などの人からで、ポケットリファレンス40%、清書10%、一次資料1%未満だった。66%は2分以内に解決。
6	How do doctors use information in real-time? A qualitative study of internal medicine resident precepting.	Tilburt JC, et al.	J Eval Clin Pract	EBM	GIM研修のプリセプティングでEBMが取り入れられているかを調査	research	米	GIM PGY1-4	99%のプリセプティングで疑問は生じたが、EBMで用いる構造化された形式の疑問は19%のみ、情報検索の大部分は薬用量のチェックなどをPDAやポケットマニュアルで行い、PCでの1次資料や2次資料のチェックはそれぞれ1回だけだった。
7	Answering Questions at the Point of Care : Do Residents Practice EBM or Manage Information Sources ?	McCord G, et al.	Acad Med	EBM	FM3年目レジデントがクリニックで何を情報源にしているかの調査	research	米	FM PGY3	プリセプティングで問題解決に利用したリソースは、プリセプターや他の指導医44%、PDA23%、書籍20%、ガイドライン0%、コンピュータを用いた1・2次資料3%だった。73%の疑問は2分以内に解決。
8	Teaching the Psychosocial Aspects of Care in the Clinical Setting : Practical Recommendations.	Kern DE, et al.	Acad Med	心理社会的問題	外来プリセプティングで心理社会的問題を扱う方法のエビデンスをまとめた総説	review			GIMの外来プリセプティングで心理社会的な問題を扱う際の技法"CAARE MORE"を提案。また、疾患特異的な質問紙(AUDITやPHQ-9など)の利用を推奨。
9	Precepting Humanism : Strategies for Fostering the Human Dimensions of Care in Ambulatory Settings.	Gracey CF, et al.	Acad Med	心理社会的問題	患者の関心や価値観を尊重する態度のような、人間性に関する教育をプリセプティングでどのように実践するかまとめた総説	review			医療における人間性に関するプリセプティングでは、学習者にとって安全で支持的な環境を作ること、指導医が指導法に習熟していること、学習者の準備段階を見極めること、具体的な目標を決めて簡潔な指導を繰り返すこと、の4点が重要である。
10	Evidence-based office teaching - The Five-Step Microskills Model of Clinical Teaching.	Parrot S, et al.	Fam Med	技法	プリセプティングでOMPを使った効果についてのエビデンスをまとめた総説	review			OMPを使うことで、プリセプターが学習者のニーズや臨床判断にも言及すること、学習者の話をよく聞くようになること、学習者の評価に自信を持ち、自習を促し、フィードバックの頻度や質が向上すること、などの効果のエビデンスがある。
11	SNAPPS : A Learner-centered Model for Outpatient Education.	Wolpaw TM, et al.	Acad Med	技法	SNAPPSの紹介とその効果についてのデータを紹介した論文	research	米	学生	外来で効果的なプリセプティングを行う方法(SNAPPS)を開発。学習者が先導して思考過程を言語化し、指導者は促進する方法である。外来での学生指導で実際に試してみたところ、学生がケースに関する課題を自分でみつけるために効果的だった。
12	Using SNAPPS to Facilitate the Expression of Clinical Reasoning and Uncertainties : A Randomized Comparison Group Trial.	Wolpaw T, et al.	Acad Med	技法	プリセプティングの録音データを解析してSNAPPSを使った場合と使わない場合の違いを調査	research	米	学生	医学部3年生の家庭医療科実習の前に、学生・指導医にSNAPPSのオリエンテーションの群、フィードバックに関するオリエンテーションの群、オリエンテーションなしの3群で、SNAPPS群は症例プレゼンテーションが効率的、鑑別診断の比較検討、質問、自己学習課題の抽出が有意に増えた。
13	Medical Students' and Residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting : a cross-sectional survey.	Schultz KW, et al.	BMC Medical Education	フィードバック	学生・レジデントにとって「教育的」な外来教育の施設やプリセプターの特徴をアンケート調査	research	加	学生(4年)・PGY1-6・fellow	外来教育に関するアンケートでは、1598人の学生・レジデントのうち95.6%がフィードバックを重要と認識していた。プリセプターの37種類の行動の中で、建設的なフィードバックは2番目に、時宜にかなったフィードバックは6番目に重要とした。
14	The teacher and learner interactive assessment system (TeLIAS) : a new tool to assess teaching behaviours in the ambulatory setting.	Jackson JL, et al.	Teach Learn Med	フィードバック	外来プリセプティングの指導内容を客観的に分析するツール(TeLIAS)を開発して妥当性を検証	research	米	GIM学生・レジデント	30回のプリセプティングで指導医・学習者の発言回数は計4560回で、指導医の発言の10%(237/2341回)がフィードバックに分類されたが、その83%は同意・非同意の一言(positive 196回, negative 26回)。特異的なフィードバックは16回だけで、態度やコミュニケーションに関するフィードバックは0回だった。
15	Faculty development seminars based on the one-minute preceptor improve feedback in the ambulatory setting.	Salerno SM, et al.	J Gen Intern Med	フィードバック、技法	OMPの指導医講習会前後でプリセプティングの内容がどのように変化するか、TeLIASを用いて解析	research	米	GIM学生(3年)	90分x3回のOMPに関する指導医講習会に参加した指導医のプリセプティングについて、事前・事後50回ずつについて解析したところ、詳細で特異的なフィードバックは2倍に増え、negativeフィードバックも約2倍に増えた。
16	Preceptors' strategies for correcting residents in an ambulatory care medicine setting : a qualitative analysis.	Ende J, et al.	Acad Med	フィードバック	外来プリセプティングでレジデントの間違いを指導医がどのように指摘するかを調査	research	米	GIM PGY1-2	プリセプティングの録音の解析から、レジデントの間違いを指摘したり正したりする際の4つの方法を見出した。いずれも直接的な表現を避けて、間違っていることを間接的に伝え、学習者がそれに気づいて訂正することを期待するような方法であった。
17	Factors Influencing Preceptors' Responses to Medical Errors : A Factorial Survey.	Kathleen M, et al.	Acad Med	フィードバック	レジデントの外来研修でミスをしたシナリオ2つに対して、指導医がどのように対応するかを質問紙で調査	research	米	FM/GIM/Peds レジデント	レジデントのミスに対して、ミスの結果どうなるのかディスカッションしたり、指導医自身にも責任があると述べたり、指導医は中立的または援助的に対応する。
18	Evidence-based Strategies That Help Office-based Teachers Give Effective Feedback.	Dobbie A, et al.	Fam Med	フィードバック	プリセプティングにおけるフィードバックに関するエビデンスをまとめた総説	review			学習者はフィードバックを望んでおり、口頭・書面は問わない。いつ、どこで、どのようにフィードバックをする予定か、前もって伝えておくこと。批判的/形成的フィードバックも必要だが、その際は個別に、学習者の行動の改善を焦点に行う。

科医がプリセプターの場合が最も指導を受ける割合が高かった。患者の疾患に対する態度について議論する頻度も、それぞれ20%、30%、63%で専任一般内科医が最も多かった。

2. 時間をどう使い、どのような内容を指導しているか

ACGMEの規定に則った4対1の家庭医レジデントのプリセプティングの観察研究⁸⁾では、症例プレゼンテーションの後、ディスカッションにかかる平均時間は4.5～6.4分だった。時間の内訳を分類すると、基礎医学2%、診断治療90%、心理社会2%、検査やコンサルテーションの適応6%だった。また、家庭医の教育を行うクリニックでの診察時間を調べた研究⁹⁾では、プリセプティングの時間を含めた診察時間は1～3年目レジデントと指導医を含めた平均で27±16分で、1年目レジデントの平均診察時間は他に比べて有意に長く40分以上、3年目レジデントと指導医はほぼ同じ24分程だった。このクリニックでは、1年目の患者一人当たりの予約枠30分で最大患者数は4人/半日、2年目は15分枠で8人/半日まで、3年目と指導医は15分枠で人数制限なしと設定しており、実際の半日での患者数は、1年目3.55人、2年目4.75人、3年目8.00人、指導医8.22人だった。ACGMEの規定では、外来診療の予約枠や人数についての取り決めはない。

3. EBMは実践されているか

レジデントは、外来診療で、臨床上的疑問の44-49%は指導医やその他のスタッフに聞いて解決していた^{10,12)}。EBMカリキュラムを修了した一般内科レジデントを対象とした観察研究¹¹⁾では、観察したプリセプティングの回数のうち99%で臨床上的疑問の表出を認めたが、EBMで用いる構造化された疑問は19%だった。プリセプティングの場でコンピュータを使った情報収集は、UpToDate2%、Medline Database2%だった。また、EBMカリキュラムを履修した3年目家庭医レジデントを対象とした観察研究¹²⁾でも、コンピュータの利用回数は全体の3%のみ、その他のリソースについては、携帯情報端末(PDA)の利用の大部分は薬用量の確認で、書籍も薬用量の確認とマニュアルの利用がほとんどで、ガイドラインの利用はなかった。

4. 心理社会的な問題はどのように扱っているか

先述のように、プリセプティングで心理社会的な側面を扱う時間は全体の2%というデータもあるが⁸⁾、プリセプターを専任にすれば、この時間を増やすこと

ができる⁷⁾。心理社会的問題を扱うプリセプティング法に、CAARE MORE (Connect with the trainee, Ask psychosocial questions, Assess the trainee's knowledge/thinking/attitudes/feelings/skills, Role model important behaviors, Environment, Management, Observe, Reflect/discuss/provide feedback, Evidence/Education) モデルがある¹³⁾。アルコール障害やうつ病など疾患特異的な各種質問紙の利用も有効である。患者を尊重し、患者の関心や価値観を尊重する態度面の教育について、学習者にとって安全で支持的な環境を作ること、指導医が指導法に習熟していること、学習者の準備段階(例えばProchaskaの行動変容モデルを用いて)を見極めること、具体的な目標を決めて簡潔な指導を繰り返すこと、の4点を強調している¹⁴⁾。

5. よく使われるプリセプティング技法

有名なプリセプティングの技法はOMP (Get a commitment, Probe for underlying reasoning, Teach general rules, Provide positive feedback, Correct errors)だが、外来・入院教育の双方で効果が証明されている¹⁵⁾。その他の学習者中心のプリセプティングの技法として、SNAPPS (Summarize history and findings, Narrow the differential, Analyze the differential, Probe preceptor about uncertainties, Plan management, Select case-related issues for self-study)も開発されている¹⁶⁾。医学部3年生の家庭医療実習前に学生・指導医のオリエンテーションで、SNAPPSの解説をした群、フィードバックの説明をした群、何もしなかった群の3群を比較して、1回のプリセプティングの中で、挙げた鑑別診断の個数(2.08個、0.81個、0.77個)、その可能性を比較検討した回数(0.20回、0.01回、0.00回)、プリセプターへの質問をする確率(84.38%、10.77%、33.33%)、患者管理についてのディスカッションをする確率(84.48%、56.72%、53.66%)、自己学習課題の抽出する確率(51.61%、0%、0%)で、いずれの項目もSNAPPS群がよい結果だった¹⁷⁾。

6. フィードバックも行われているか

外来教育のアンケート調査で、学生・レジデントの95.6%がプリセプターの建設的なフィードバックが重要とした¹⁸⁾。プリセプティングでの発言内容を解析すると、症例の事実確認以外のプリセプターの発言のうち10%がフィードバックだったが、ほとんどは学習者の言葉に賛否を示す一言のみで、詳細で特異的なフィードバックは1%未満だった¹⁹⁾。プリセプターが

指導医講習会で OMP を学んだ前後でプリセプターの発言の比較をしたところ、プリセプティング中の学生への特異的なフィードバックは、発言の 9% から 15% に増えた²⁰⁾。間違いを正すフィードバックは、学習者が否定的な感情を抱き、受け入れられない可能性やその後の人間関係に影響する可能性などに気を遣い、工夫していた^{21,22)}。

考察

時間に追われる外来でのプリセプティングは、プレゼンテーションと診断・治療に関する議論が中心で、実務的内容だけになってしまう。EBM や心理社会的な内容を取り扱い、フィードバックを取り入れ、学習者中心のプリセプティングを行う、といった診療と教育の双方の質を上げる試みがなされていた。

日本の診療所は小規模で、患者 1 人あたりの外来診療時間は非常に短く、逆に患者の受診回数は多い。日本の典型的な診療所での平均的な診療時間は患者 1 人あたり 6.12 分²³⁾、米国の同様なデータは平均 16.3 分²⁴⁾、上述の研究では教育施設での 3 年目レジデントと指導医は平均 24 分だった⁹⁾。

結果から考え得る、多忙な日本の診療所に適応可能なプリセプティングの方法として、OMP のような技法で簡潔に行い、EBM のためのコンピュータや、心理社会的な問題を取り扱う質問紙などの準備も特に大切である。頻繁なフォローアップをする外来スタイルの特徴を生かし、その間に自己学習を促すなどのアプローチがあると考え、また、外来診療を予約制にして全体の患者数を制限しつつ、プリセプターが自分の患者を診ながらプリセプティングをするスタイルが現実的とも言える。また、本研究では扱わなかった費用や経営的側面について、一定の基準を満たした教育施設には金銭的インセンティブを用意するなどの措置がプリセプティングの充実のために検討が必要であろう。

本研究は、プリセプティング全体を網羅的に扱うことを目的としており、6 つのテーマを抽出したが、どのテーマも個別の総説を書くべきような大きなもので、それぞれのテーマの掘り下げ方は十分と言えない。文献検索は MEDLINE だけを用い、英語の論文だけに絞っており、入手できなかった論文もある。

日本の外来診療教育にプリセプティングを導入し、充実させるためには、1 回の診療時間は短い、受診回数が多いという日本独特の医療事情に合わせたプリセプティングの方法の開発が今後必要と考える。

謝辞

筑波大学総合診療科の横谷省治先生から丁寧なご指導を賜りました。フェターズ先生の指導は厚生労働省の地域医療再生基金による静岡家庭医療養成プロジェクトの支援で実現しました²⁵⁾。

文 献

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会. 改訂家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則. JPCA. 2013-05-17. <http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/koukikensyusaisoku20130517.pdf>. (参照 2013-06-15)
- 2) 岡田唯男. 効果的に外来で教育を行う—5 つのマイクロスキル—. JIM. 2004, vol. 14, no. 5, p. 399-403.
- 3) マイク D. フェターズ, ほか. 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, vol. 10, no. 1, p. 9-16.
- 4) 藤沼康樹, ほか. 外来診療教育ワーキンググループ—プライマリ・ケア外来診療教育カリキュラム作成の手引き—. 家庭医療. 2001, vol. 8, no. 2, p. 63-72.
- 5) 朝倉健太郎, ほか. 日本家庭医療学会認定後期研修プログラム修了者へのアンケート調査から明らかとなった現状と、今後に向けての提案. 家庭医療. 2010, vol. 15, no. 2, p. 24-31.
- 6) The Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine. ACGME. 2007-08-01. http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_porgReq/120pr070122007.pdf (参照 2012-08-25)
- 7) Varey, T. S, et al. Involvement of three types of preceptors with residents in an ambulatory care clinic. J Med Educ. 1988, vol. 63, no. 6, p. 479-82.
- 8) Jones, H. C. An observational study of precepting encounters in a family practice residency program. Fam Med. 2002, vol. 34, no. 6, p. 441-444.
- 9) Xakellis, G. C. et al. Improving clinic efficiency of family medicine training clinic. Fam Med. 2001, vol. 33, no. 7, p. 533-538.
- 10) Ramos, K. et al. Real-time information-seeking behavior of residency physicians. Fam Med. 2003, vol. 35, no. 4, p. 257-260.
- 11) Tilburt JC, et al. How do doctors use information in real-time? A qualitative study of internal medicine resident precepting. J Eval Clin Pract. 2007, vol. 13, no. 5, p. 772-780.
- 12) McCord, G. et al. Answering questions at the point of care : do residents practice ebm or manage information sources? Acad Med. 7, vol. 82, no. 3, p. 298-303.

- 13) Kern, D. E. et al. Teaching the psychosocial aspects of care in the clinical setting : practical recommendations. *Acad Med.* 2005, vol. 80, no. 1, p. 8-20.
- 14) Gracey, C. F. et al. Precepting humanism : strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings. *Acad Med.* 2005, vol. 80, no. 1, p. 21-28.
- 15) Parrot, S. et al. Evidence-based office teaching -The Five-step microskills model of clinical teaching. *Fam Med.* 2006, vol. 38, no. 3, p. 164-167.
- 16) Wolpaw, T. M. et al. SNAPPS : A learner-centered model for outpatient education. *Acad Med.* 2003, vol. 78, no. 9, p. 893-898.
- 17) Wolpaw, T. et al. Using SNAPPS to facilitate the expression of clinical reasoning and uncertainties : A randomized comparison group trial. *Acad Med.* 2009, vol. 84, no. 4, p. 517-524.
- 18) Schultz, K. W. et al. Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptor behaviors for learning in the ambulatory setting : a cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 2004, vol. 4, p. 12.
- 19) Jackson, J. L. et al. The teacher and learner interactive assessment system (TeLIAS) : a new tool to assess teaching behaviors in the ambulatory setting. *Teach Learn Med.* 2002, vol. 14, no. 4, p. 249-256.
- 20) Salerno, S. M. et al. Faculty development seminars based on the one-minute preceptor improve feedback in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med.* 2002, vol. 17, no. 10, p. 799-787.
- 21) Ende, J. et al. Preceptors' strategies for correcting residents in an ambulatory care medicine setting : a qualitative analysis. *Acad Med.* 1995, vol. 70, no. 3, p. 224-229.
- 22) Mazor, K. M., et al. Factors influencing preceptors' responses to medical errors : a factorial survey. *Acad Med.* 2005, vol. 80, no. 10 Suppl, p. S88-92.
- 23) Wooldridge, A. N. et al. Truth of fallacy ? Three hour wait for three minutes with the doctor : Findings from a private clinic in rural Japan. *Asia Pac Fam Med.* 2010, vol. 9, no. 1, p. 11-17.
- 24) Blumenthal, D. et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract.* 1999, vol. 48, no. 4, p. 264-71.
- 25) 寺田雅彦. 静岡家庭医養成プロジェクト. 全国自治体病院協議会雑誌. 2011, vol. 50, no. 6, p. 20-26.