

背景

元々は産業界で用いられてきた評価法だが、90 年代より徐々に医学教育領域での報告が出てきた。特に、指導医や上司にはよい部分だけ見せているが、同僚や後輩、患者、医師以外の専門職・職員などに対する態度が悪いといった場合、他によい評価がないことから、組み合わせられることが多い。医学教育領域では multi-source feedback (複数情報源からのフィードバック) と呼ばれ、国境なき医師団 (Médecins Sans Frontières) と同じ MSF と略されることが多い。

概要

指導医だけでなく、同僚や後輩、患者、医師以外の専門職・職員などからの情報を得る必要がある。患者に評価してもらう際には、患者満足度 (patient satisfaction questionnaire : PSQ) など別の評価票を用いることもある。評価項目としては、対人コミュニケーション能力が最も重要だが、時に問題解決能力 (特に、職場での様々な問題に対するリーダーシップ・マネジメントや職員間での話し合いなどに関連したもの) も評価対象となる。

最初に考えるべきなのは、評価の目的である。診療所で実施する際には、同僚や医師以外の職種に評価してもらうと言っても、職員数が少なく、誰が評価したのかが分かってしまいがちである。その結果、良い点を挙げることは簡単でも、改善が必要な点を挙げることはセンシティブな問題となり得る。MSF の目的で最も重要なことはポジティブな雰囲気を作ることと言われており、まずは評価する側、される側がポジティブな雰囲気を共有できるように取り計らうことが最初である。また、それと同時に職場においてどのような行動が求められるのかを文章化し、それを専攻医と共有する。例えば、毎朝顔を合わせたら気持ちよく挨拶する、人に頼みごとをするときは誰に対してでも気遣いを見せるなどである。

次いで、評価を量的に行うのか、質的に行うのかといった点も慎重にデザインする必要がある。量的評価にすると、専攻医同士の比較、年度ごとの比較はしやすいが、そもそもその必要があるかどうかも考慮すべきである。4 点満点の平均 3.2 と 3.3 の違いを議論するよりは、「○○医師は事務職員に対して温かい声掛けをいつもしていた」、「△△医師は訪問診療に同行した看護師にケアマネジャーの批判をし続けた」、といったエピソードの方が雄弁だったりする。各施設の指導医が、上記のような評価に必要な情報を取りまとめるような形でよいと思われる。

これらを勘案して、家庭医療専門研修における MSF は質的評価とし、特に、互いの顔色を読んでしまいがちな日本人の特性を考慮して、現場の雰囲気改善ツールとしての運用を行いたい。まず、MSF の評価については、半年に 1 回ずつ最低行う必要があるが、基本的に形成評価としての位置づけなので、6 カ月の研修期間ならば、3 カ月目終わり頃に指導医と立会者のペアなどで、専攻医との MSF 振り返りを計画する。指導医だけで振り返りすべきでないのは、評価を一面的なものにしないため、専攻医が行動改善計画を立てるときに指導医だけによい顔をするのを避けるためである。

そして、5～10人の指導医・同僚・後輩、患者、医師以外の専門職・職員からの情報を得る。評価、振り返りに携わる指導医と看護師が手分けして評価を依頼する。評価票を渡して書いてもらう方法以外にも、口頭で答えてもらって指導医や看護師が記録する形でもよい。電話やメールなどでの情報収集もよい。重要なのは、その専攻医に関するエピソードを集めることである。可能な限り、施設外で専攻医をよく知った人がいるなら、その人にも願う。

振り返りに先立ち、専攻医自身には振り返り記録用紙を渡し、自己評価をしてきてもらう。そして、対人コミュニケーション、リーダーシップ・マネジメントスキルのそれぞれに対し、良かったところ、改善した方がよいところを指導医側もとりにまとめておく。

振り返りセッションでは、最初に指導医と振り返り立会者に向けて専攻医から自己評価を簡単に伝える。その後、エピソードを踏まえて、指導医側から評価結果を伝える。良かったところ、改善した方がよいところの情報量はバランスさせ、どちらかばかりにならないよう配慮する。後者の情報については、エピソード内容から誰が言った情報かが判明しないよう、十二分に注意する。最後に、専攻医には今後の行動改善計画を立ててもらう。行動改善計画は文章化し、指導医からプログラム責任者に共有し、プログラム責任者から専攻医に共有される。