

総説

Significant Event Analysis:

医師のプロフェッショナルリズム教育の一手法

大西弘高*¹ 錦織宏*¹ 藤沼康樹*² 本村和久*³

*¹ 東京大学医学教育国際協力研究センター

*² 日本生協連医療部会家庭医療学開発センター

*³ 沖縄県立中部病院

キーワード 医学教育, 省察的实践, プロフェッショナルリズム, significant event analysis

要旨

今世紀に入り、医師のプロフェッショナルリズムに関する議論が活発化しつつある。プロフェッショナルリズムをどのように教育すべきかは、家庭医療学後期研修プログラムにおいて Biopsychosocial モデルや患者中心の医療をどう教えるかとかなり近い面がある。振り返りを用いた教育は、プロフェッショナルリズムの教育方法として最も本質的であり、その中でも Significant Event Analysis (SEA) は有望なモデルの一つである。SEA は、1940年代に開発された Critical incident technique とほぼ同義であり、事例や症例に関して当事者が深く振り返り、言語化し、今後の改善に対する提言をするという流れで実施される。この非常に自由度が高い教育方法について、北部東京家庭医療学センターや王子生協病院での取り組みについて紹介する。また、効果的な教育活動にしていくために、ポートフォリオ教育及び評価、no blame culture の醸成など、様々なアプローチとの組み合わせが必要である点も指摘したい。

はじめに

21世紀に入ってから医師のプロフェッショナルリズムに関する議論が国際的にも活発化してきている¹⁾。医療過誤に関する問題²⁾や市場原理の医療への過度な介入³⁾などがその背景にあるが、医

師の専門職倫理に関するこの古くて新しい問題は、学生や研修医の教育にも影響を及ぼしてきており、近年の医学教育関係のジャーナルではプロフェッショナルリズムに関する論文を見つけないことの方が難しいと言ってよい⁴⁾。

プロフェッショナルリズムの教育は、Bloom のタキソノミー⁵⁾では情意領域(態度教育に関連する)の個別目標に該当する領域も多く、なかなか一筋縄ではいかないと言われている⁶⁾が、振り返りによる学習は効果的と思われる少ない教育法の一つと考えられる。先行研究として、ポートフォリオを用いたプロフェッショナルリズムの教育・評価に関する一定の成果⁷⁾や面接もしくは記述による振り返りを用いた際のプロフェッショナルリズムの教育効果の比較⁸⁾も報告されている。

家庭医療学においては、Biopsychosocial (BPS) モデルや患者中心の医療など、基盤となる本質的な考え方があるが、プロフェッショナルリズムに関する議論は突き詰めれば専門職としての医師のあり方に行き着くため、互いにかかなり近い考え方であると言える。また、プロフェッショナルリズムの教育がどうあるべきかについても、家庭医療学後期研修プログラムにおいて BPS モデルや患者中心の医療をどのように教えるかととても似ている。

本稿では、振り返りを行うツールとしての Significant Event Analysis (SEA, Significant

総 説

Event Auditing の表記もあり) を用いて、振り返りを用いたプロフェッショナルリズム教育に関して文献的な調査を行うと共に、取り組みの一端を紹介したい。

プロフェッショナルリズム教育の難点

教育者側は、通常教えたいと考える内容に関して目標を立て、教育方法を明確化し、評価についても計画して教育実施に臨むのが通常の流れである。教えようとした内容の伝達という意味ではその流れに特に問題はない。

ところが、教育者が公式な教育の場を離れたときのことも考えると、自身が教えた内容を自分では実施できていないというような場合も生じる。

例えば、研修病院の院長が「患者には常に優しく接しましょう」と訓辞を述べた後で、廊下で声をかけた患者をあしらう素振りを見せたというようなことがあれば、公式な教育の場で教えた内容は台無しになってしまうであろう。

このように、教育者側が意図したカリキュラムと学習者が学び取った内容との間にはズレが生じることが知られている。教育者側が意図した内容からは外れているが、学習者が学び取った内容、経験した内容を「潜在的カリキュラム」と呼んでいる(図1)⁹⁾。

潜在的カリキュラムは、社会的学習理論とも関連している¹⁰⁾。学習には個人的要因や行動要因だけでなく、環境要因も関与しているというのが社会的学習理論の主な論点である。環境要因におい

ては、他者の行動の観察、他者からのアドバイスがいずれも自らの行動に大きな影響を与えるとされ、上記のような例によって学習者の行動が「教育者の意図した方向とは逆に」導かれてしまう可能性が高いことが理解されるだろう。

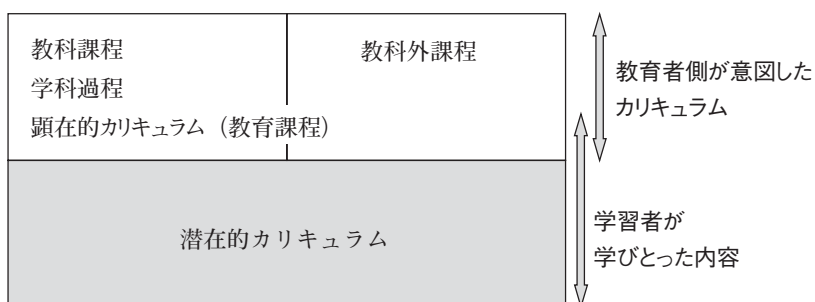
わが国で他のグループが分析しているように、プロフェッショナルリズム教育の内容は、心ある医師ならどう行動すべきかについて特に議論のない領域(スッキリ領域)と、建前では一定の行動規範がたとえあったとしても現実に照らし合わせるとどう行動すべきかに関して議論が生じやすい領域(モヤモヤ領域)とに分かれる¹¹⁾。これらの領域の教育に関して別々に議論をしてみよう。

1) スッキリ領域での教育

例えば、「医師が禁煙すべき」という内容は、スッキリ領域の教育目標と捉えることが可能だろう。これを教えるためには、例えば、①国別の医師喫煙率の比較をする、②受動喫煙の害について伝える、③ニコチンの薬理作用、ニコチンの体内濃度の極端な上下を避ける禁煙方法について情報提供する、④実際に禁煙を体験した医師の話を聴く、⑤喫煙者と非喫煙者の間で禁煙に関する議論をする、といった方法を組み合わせて教育することで一定の成果を挙げることができるとも考えられる。

それでも、「喫煙と一部の文化とは結び付いている」、「他人が全くいない場所で喫煙するのは自分の勝手である」といった信念を持った医師の行動

を変えさせることは容易ではない。これに対しては、規則や法律等で縛ってしまう、値上げなど金銭的逆インセンティブを付ける、といった対策が必要になることも多い。教育の無力さを感じる場面でもあるが、逆に教育と周りを取り巻く環境とは常に関連してい



(奈須, 1997)

図1. 潜在的カリキュラム

総説

ることを示してもいるだろう。

この領域の教育は、「何をどう教えるべきか」についてあまり難しい議論を必要としない。むしろ、もう一つの領域の方がはるかに扱いが難しいからである。このような違いが生じるのは、「スッキリ領域は潜在的カリキュラムが生じる余地が少ないから」と言えるだろう。もちろん、禁煙教育をしつつ、一方で喫煙しているような医学教育者はゼロではないだろうが、対応ははるかに単純であると思われる。

2) モヤモヤ領域での教育

例えば、「医師は患者から一切の謝礼を受け取るべきではない」という内容があったとしよう。もちろん、外科医が執刀前に患者やその家族から10万円の謝礼を受け取ったというような事例はかなりスッキリ領域に近いのかもしれないが、謝礼額が1000円だったらどうか、現金でなく「今後とも研鑽を積んでください」と言うコメントを添えた図書券1000円ならどうか、自宅で作った1000円分相当の野菜ならどうか…と議論を煮詰めていくと、スッキリと線を引ける問題ではなさそうだとということが理解されるだろう。このような議論が明確な答えを持たないのは、「明確な線引きが難しい」からに他ならない。

ところが、明確な線引きが難しい領域について教育するとなれば、教えている内容と教える側が実際にしている行動との間に差が生じやすいため、潜在的カリキュラムが生まれやすいだろう。教育者は、自らの行動と教育している内容との間に齟齬が生じないように注意を払わねばならない。逆の発想に立てば、自らの行動を建前で包み隠すことなく教育内容に反映させ、さらに「なぜ自分はそう行動するのか」についても説明するなら、互いに建設的な議論ができることが予測される。

これらの分析から見えてくることは、

- 1) プロフェッショナルリズムの教育においては、モヤモヤ領域とスッキリ領域とをある程度分けることで、教育方法の違いを持たせることができそうである。ただ、モヤモヤ領域については、明確な目標を予め記述して教育することが困難な可能性が高い。
- 2) 教育者は該当領域に関して「自分や指導的立場にいる人が実際にどう行動しているのか、なぜそういう行動をとるのか」、を教育内容に反映させるようにし、教える内容と、実際に行われている行動とのギャップをできるだけ少なくするように努力すべきである

の2点であろう。

SEAの起源

米国の空軍・航空学領域での心理プログラムとして、第二次世界大戦中にCritical incident technique (CIT)が開発された¹²⁾。この方法は、Critical incident, すなわち重大な過誤について振り返り、今後の課題を見つけたり、改善案を求めたりすることが主眼である。Flanaganは、CITを通じて訓練に失敗するパイロットは、あいまいで、主観的で、エビデンスに基づかないことを見出した¹³⁾。CITは、一定の対応を求められている状況下で個人がどのような行動をし、どのような経験をしたかに関して実際の情報を集めるための非常に柔軟性のある方法であったと言える。

総合診療 (general practice) の領域において、バリントは個々の臨床ケースに関する小グループでのディスカッションを提唱した¹⁴⁾。地域でのチーム医療を展開する中で、医療者たちが興味深く重要であると感じた症例 (case) や出来事 (event) に対しては、チームメンバー間でディスカッションし、対応に改善点がなかったか、今後活かせる内容がなかったかに関する意見交換がなされた。ただこのアプローチで議論された内容は、医療上のリスクや安全の問題への対処に関する監査

総 説

というよりは、むしろ患者医師関係の質により集中していたようである。

CIT, バリント法のいずれもが小グループによる症例ディスカッションという方法を用いているのは興味深い。臨床ケアの質向上に対しては、診療情報の量的な蓄積を通じた方法もあり得るし、そちらの方が一見「科学的」なアプローチに感じられる。しかし Bradley は、CIT の科学的方法論を総合診療分野での単一症例レビューに関連づける方法を支持し続けた^{15) 16)}。その根底には、CIT の科学的な厳密性を追及することが、標準的ケアの改善につながらないことの示唆があった。

SEA は、個々の医師にとって重大な出来事が生じた事例・症例（患者に望ましくない結果が生じたかどうかは問わず）に関して、将来的な診療の質改善につなげるために、系統的に、詳細に検討する方法である¹⁷⁾。ここまでの議論において、SEA と CIT, バリント法はいずれも本質的に変わらないことが明確であろう。ただ、CIT においては「症例の解析を“critical”に行う」というときの、“critical”という単語が「批判」の意味を含んでおり、医療チームメンバー間での率直な意見交換を阻害する可能性がある。SEA は、特に患者中心の医療をチームで支えていく際に非常に力を発揮する面があり、「批判」の意味を含む用語は避けた方がよいという意味で、医学教育分野では CIT よりも好まれているのかもしれない。また、CIT の主眼には「責任を明確化するための情報収集」といった側面もあり、近年医療安全領域等で「情報を隠すのではなく、できるだけ開示してもらうための環境整備」を重視するのはややニュアンスが異なる面があるだろう。

SEA の概要

SEA は、重大な事例・症例に関わった医師が自ら、あるいは同僚や医療チームも巻き込んで詳細に、かつ系統的に省察することで、今後の改善につなげていくための手法である。実際のプロセ

スとしては、数名程度の小グループを形成し、ファシリテーターと発表者を選び、発表者は重大な事例・症例に関して詳細に述べ、改善案について示すという流れになる。あまりにも自由度の高い方法であるため、一定の決めごとは必要である。例えば、発表者は何分ぐらいで発表するか、どのようなテーマが望ましいか、印刷物やスライドプレゼンテーションは利用するか、質問・意見・コメントはどのタイミングでどういった点に気を付けて行うか、自らの感情に関してどの程度吐露することが推奨されるのか、といった点が問題になりやすいだろう。リラックスできる雰囲気が重視される。場合によっては、飲み物や食べ物と共に実施する方が参加者がリラックスしやすいかもしれない。

Anderson らは CIT を変革につなげるための活動として位置づける際に、①重大な事象につながった状況、②重大な事象に巻き込まれた人たちの行動や行為、③その行動や行為による結果、の3点に関して十分に述べるのが重要であると述べている¹⁸⁾。何らかの行為の背景には思考や決断があるため、何か重大な考え間違い等があったとすればなぜそう考えたのか、今思えばどこが違っていたのか、どの点において違った風な行為をとっていたらどういう結果になっていたのだろうか、といった点について省察することも含まれる。そして、これらの情報を小グループで共有することで、「自分も同じ考え間違いをしたことがある」、「自分はこのようにして同様の間違いを回避しようとしてきた」といった共感や暗黙知を引き出すことが可能となる。

他の利点としては、医療チームの増強を図れる、業務環境改善につなげられる可能性がある、同じような間違いは自分だけが犯したわけでないと思える、といった点が挙げられる。多職種チームで実施する SEA は、互いの立場や難しさを共有しやすくするツールとして特に有効である。

難点としては、感情的になり過ぎる人が出るこ

総説

とがある。正直な情報や考えが時に出せない場合もある。解答のない問題が提示されることもある（これに不満を感じる参加者もいるだろう）。発表者が傷付くような意見やコメントが出されることがある。時間のコントロールがしにくくなることがある。といった点であろう。ファシリテーターは、一定の経験や熟練を持っていることが望ましい。

プロフェッショナル教育としての SEA

Schön は、近代の大学で養成される専門家が科学的技術の合理的適用を受けてきたと主張した¹⁹⁾。医師や弁護士の教育は、基礎科学、応用科学による応用技術、それを応用する実習の3段階で教育が行われるという。この流れは、ある領域に特化した“専門家”になれば非常に明確である。しかし、医療分野でも家庭医療などといった「現場での経験を重視する」領域においては、上記の3段階が関連づけにくくなる。それは、現場での問題点に向き合ったとき、「自分の専門にぴったりとはそぐわない」と言って逃げ腰になる技術的熟達者としての“専門家”と、現場での問題点に正面から向き合うことこそが専門家のあり方であるという「本来の目的」に根ざした反省的実践家 (reflective practitioner) の違いとして描かれている。

技術的熟達者モデルで抜け落ちていた反省的実践家モデルでの教育は、プロフェッショナル教育の根幹であると言える。現実の事例や症例に向き合い、正面からその解決を図れるようになることが最も重要であることから、症例に基づいたディスカッションは非常に適した方法であると推察される。SEA は、現実の事例や症例の中でも、特に重大であると発表者が感じた点に関して掘り下げていく方法であり、医療専門職の教育方法としても注目するものである。

SEA においては、それまでに文献や教科書等には理論化されていない経験談、それに対する何

らかの理論づけが少なからずみられる。医療現場では、ベストな決断を下そうとし、熟考して手遅れになるといったことは許されない。そういった現場の状況も含めて全てが条件となり、「何が患者ケアにとってベストなのか」を考えることが必要になる。また、現場にいる自分が「手を下すのが怖い」、「後戻りできない判断を自分がするのは嫌だ」といった自らの感情も障壁になる。技術的熟達者モデルでは、こういった曖昧さを含んだ議論は不要だけでなく、全く邪魔なものだが、反省的実践家モデルはこういった点こそが議論的になると考えるべきだろう。

特に、上述した「モヤモヤ領域」に関する教育においては、SEA のような緩い枠組みを用いた教育方法は有用であると思われる。科学的技術を合理的に利用しにくい領域はもとより、従来からの生命倫理等で議論し尽くされていない現場での判断しにくい問題に対しては、問題の定義づけが十分にできず、問題に関わる当事者がコンテキストから抜けきれずにただただ苦しんでいるという図式もよく見られるところであろう。医療専門職として、臨床現場に主体的に深く関わったときに感じ取った問題点を、客観視して今後につなげていくことが可能になるし、このような教育活動を継続的に実施することが重要であると認識すれば、この教育方法も自然と広がっていくことが期待される。

EBM (Evidence-based medicine) と SEA は、共に診療を改善するための活動だが、ある意味対極にあるかもしれない。EBM は、患者さんの問題点を科学的に実証可能な形式に置き換え、実証可能なエビデンスを検索及び吟味して、そのエビデンスを患者さんの問題に応用するという方法である。このとき、実証可能なエビデンスとしては、量的研究のアウトカムが好まれる。SEA では、そもそも患者さんの問題点を科学的に実証可能な形式に置き換えるというようなプロセスがない。また、実証可能なエビデンスでなくても、経験や

総 説

暗黙知をもって議論できるし、その議論のプロセス自体を学びに変えようとしている印象がある。さらに、SEA では、通常「今後の」ために議論するのであり、議論している患者さんのケア内容を改善・吟味するといった目標がないことも多い。症例に関して議論する他の教育方法の中では、EBM と SEA を両極とした中間的存在の方法（例えば clinical jazz など）も注目されていく可能性がある。

プロフェッショナルリズムの教育における Significant Event Analysis の利用

SEA の手順として、以下の 6 段階が北部東京家庭医療学センター、王子生協病院で実施されてきた。

- 1 significant event の記述
- 2 最初に考えたこと、そのときの感情
- 3 うまくいったこと
- 4 うまくいかなかったこと
- 5 こうしたらよかったと思うこと
- 6 次のアクションプラン、学びの計画

非常に単純で、柔軟性の高いモデルになっていることがおわかりいただけるだろう。2 番目の段階で、感情にまで踏み込んでいるのは上記のように「自らの感情もプロフェッショナルの医師としては何らかの統制をした上で専門職の役割を果たさなければならないため、その点についても行動に関係するなら言語化しておいた方がいい」という考え方が根底にある。

例えば、ある研修医は訴えの多いある入院患者に対して「もうあまり話したくない」「診察も最小限にしたい」と思い、このような感情を抱く自分自身が「医師として適性に欠くのではないか」と感じていた。SEA の手法を実施し、このような問題は医師であればいつかは直面するがひとりでは抱え込むべきではないこと、上級医や看護師と

のチーム医療の実践で患者の訴えに対応できることが研修医と指導医とで共有できた。

学習者がどのような困難に直面しているかに関しては、感情面にスポットを当てる必要があり、そこで出てくる問題は直接患者医師関係の改善、チーム医療の実践といった医師のプロフェッショナルリズム教育に大きく関与する問題と感じている。

このようなセッションを普段の医学生、研修医指導に使うことも重要と考える。significant event だけでなく、その日に学習者が関わった事柄に関して、振り返りを行うこともできるからである。通常数名の学習者（医学生や研修医）と 1 名の指導医で実施するのが基本形だろう。まずは、これらの手順に入る前に、「聞き役の人たちは、いきなり批判するのはやめて下さい。辛い感情に共感を示し、うまくできていたところは支持的にコメントすることで、盛り立てていきましょう」とアドバイスしておく。また指導医は、これらの原則を自らも守り、全体的に発表者を温かく見守るような雰囲気作りに最大限配慮する。これは、“No blame culture” の醸成と表すことができるだろう。慣れてくると学習者間だけでもうまく振り返りが行えるようになる。

この温かい雰囲気作りは、SEA の実施において最も重要な点である。例えば、研修医グループと指導医が SEA を実施する際には、研修医グループの医療実践、場合によっては判断やその裏にある自らの感情が吐露されることになる。そのとき、発表者である研修医が非常に表面的な振り返りに終始したならば、他の参加者である研修医にとってあまり共感できない可能性が高まる。ただ、発表者が以前に自分の心の深層に関して語り、他の研修医や指導医から「その判断は間違っていたんじゃないか」といきなり批判され、責められたように感じていたなら、今回表面的な振り返りに終始してしまった事情も理解されるだろう。SEA を建設的な学びの場として活かしていくためには、長期間に亘る環境作りが求められるのである。

総説

特にこのことは、多職種間での学習を進めるときに重要である。患者中心の医療が取り沙汰された背景には、医師中心の決定がなされる医療現場の実態があったとも言える。例えば、医師と看護師が混ざってSEAを実施する際に、互いに立場に気を遣いすぎて振り返りが深まらないという状況に陥ればあまり機能しないだろう。SEAの場だけでなく、普段の業務も含めて良好に意見交換できるような人間関係を構築していくことが求められるのである。

SEAでの振り返りを深めていくためには、ポートフォリオの利用も助けになるかもしれない。ポートフォリオ学習でも、自ら感じたことを織り込んでいくことが求められている。北部東京家庭医療学センター、王子生協病院においては、ポートフォリオを用いた学習や評価、Clinical jazz、SEAが教育セッションとして組み合わせられているが、これらが上手くオーガナイズされ、互いに互いのセッションを高め合っている印象がある。ポートフォリオは学習者と指導者との間、あるいは学習者グループを巻き込んで更なる振り返りに利用されるが、そのときにもNo blame cultureの醸成が強化されるべきだし、それがSEAの改善にもつながっていくと考えられる。ただ、SEAはどちらかという過去に起こった重大事例について掘り起こす形で進んでいくが、ポートフォリオ学習はもう少しタイムリーな記載により自らの振り返り能力を高める形で進めていくことになるだろう。

参考文献

Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine: Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet* 2002; 359: 520-2.

Horton R: The real lessons from Harold Frederick Shipman. *Lancet*. 2001; 357: 82-3.

李啓充：市場原理が医療を減ぼす—アメリカの失敗。医学書院，東京，2004。

Walsh K: Professionalism in medical education: could an academy play a role? *Med Teach* 2007; 29: 425-6.

Bloom BS, Hastings JT, Modays GJ: Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw Hill. New York, 1971.

Wagner P, Hendrich J, Moseley G, et al: Defining medical professionalism: a qualitative study. *Med Educ* 2007; 41: 288-94.

Baernstein A, Fryer-Edwards K: Promoting reflection on professionalism: a comparison trial of educational interventions for medical students. *Acad Med* 2003; 78: 742-7.

Kalet AL, Sanger J, Chase J, et al: Promoting professionalism through an online professional development portfolio: successes, joys, and frustrations. *Acad Med* 2007; 82: 1065-72

奈須正裕：カリキュラム編成の原理をめぐって。鹿毛雅治，奈須正裕編。学ぶこと・教えること—学校教育の心理学。金子書房。1997. pp 104-29.

Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey, 1977.

尾藤誠司（研究代表者）。わが国における医師のプロフェッショナリズム探索と推進・教育に関する事業研究。H18年度～H19年度科学研究費補助金（基盤研究（B））研究成果報告書。2008

Preston HO: The development of a procedure for evaluating officers in the United States Air Force, American Institute for Research, Pittsburgh, 1948.

Flanagan JC: The critical incident technique.

Psychol Bull 1957; 51: 327-358.

Balint M: The doctor, his patient and his illness.

Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London
1957.

Bradley CP: Turning anecdotes into data - the
critical incident technique. Fam Pract 1992;
9, 98-103.

Bradley C: Uncomfortable prescribing decisions:
a critical incident study, BMJ 1992; 304:
294-6.

Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, et al:
Significant event auditing. A study of the
feasibility and potential of case-based
auditing in primary medical care. Occas
Pap R Coll Gen Pract 1995; 70: i-viii, 1-71.

Anderson L, Wilson S: Critical incident
technique, in Whetzel DL, Wheaton GR.
Applied measurement methods in industrial
psychology. Davies-Black Publishing, Palo
Alto, 1997, pp 89-112.

Schön DA: The reflective practitioner: How
professionals think in action. Basic Books,
1983

Significant Event Analysis:

A teaching method for professionalism of physicians

Hiroataka Onishi¹, Hiroshi Nishigori^{*1} Yasuki Fujinuma^{*2} Kazuhisa Motomura^{*3}

^{*1} International Research Center for Medical Education, University of Tokyo

^{*2} Centre for family medicine development, Health Co-operative Association, Japanese Consumers' Co-operative Union

^{*3} Okinawa Chubu Hospital

Discussion regarding professionalism of physicians has become active since the beginning of 21st century. How to teach professionalism is similar to how to teach biopsychosocial model or patient-centred care in a fellowship programme of family medicine. As a teaching method of professionalism teaching through reflection is the most essential. Among different approaches significant event analysis (SEA) is one of the most promising models. SEA means almost the same as critical incident technique developed in 1940s. SEA process consists of the concerning party's reflection on a case or an event, verbalisation of the reflection, and suggestions for future improvement. We will introduce SEA, a very loose teaching activity, of the Northern Tokyo Centre for Family Medicine and Oji Coop Hospital. Furthermore, we would like to point out the importance of combination of different approaches, such as portfolio teaching/assessment and establishment of no blame culture, to make SEA an effective educational activity.

総 説