

【東京】ボトムアップへの組織改革を経て、専攻医採用数は全国でも上位に-岡田悟・東京北医療センター総合診療科医長に聞く◆Vol.2

2023年7月21日（金）配信 m3.com地域版

「皆でつくる総診に変わっていこう」。東京北医療センター（北区）の総合診療科は2019年から組織改革を行い、専攻医の主体性を尊重する「ボトムアップ型」に切り替えたという。総診をメジャーとする病院の特徴に加え、組織運営やブランディングの方法を変えたことも影響し、2020年以降の専攻医採用数は全国でも上位に。改革を主導してきた指導医の岡田悟医長に、その変遷や医師育成の特徴を聞いた。（2023年6月14日インタビュー、計3回連載の2回目）

▼第1回はこちら

▼第3回はこちら



岡田悟氏

——過去の取材記事によると、岡田先生は2019年から東京北医療センターの総合診療科で「組織改革・ブランディングを担当するようになった」とあります。

私は2012年から総合診療科の指導医を務めています。組織改革が必要になったのは、当科をけん引してきたEBM（エビデンス・ベースド・メディスン）の先駆者、南郷栄秀先生が2018年に退職したことがきっかけです。それまでは南郷先生が勉強会や医師の募集などを行っていましたが、代わりに私たちが推進していく必要がありました。

私は個人的に組織論やブランディングに関心があり、日頃から関連書籍を読んでいたため、このときに吸収していた知識を生かしました。マサチューセッツ工科大学経営大学院上級講師であり、「20世紀のビジネス戦略に最も大きな影響を与えた1人」と言われるピーター・センゲが提唱した組織マネジメント論「学習する組織」などを参考にし、診療科のコンセプトづくりから科のメンバーと取りかかりました。

「専攻医を含め、ボトムアップで皆でつくっていこう」——。今後の総診の方向性をこう定めた後、専攻医を「院内改革チーム」と「対外発信チーム」に分け、周囲の専門家にも協力を得、科のホームページを作ったり、勉強会を主催したりするようになりました。「ロールキャベツ系総診」と題して各種の「部隊」を立ち上げ、各々が興味のある部隊で活動する、といった現在の形にまとまっていきました（詳細はVol.1を参照）。

——そういった組織運営も影響したのか、近年は専攻医の採用数が増えているとか。

見学に来る研修医が増えたことも影響し、2021年度と2022年度の専攻医採用数は1次締め切り時点で全国3位タイに位置しました。ここ数年は安定して6人の採用枠に5～6人の応募がある状況なので、数字としても結果が出てきていると思います。

現在、総合診療科には全国から集まった約25人の専攻医が在籍し、指導医は私を含めて6人います。



総合診療科のメンバー（岡田氏は上段中央左、本人提供）

——東京の市中病院に総診志望の医師が全国から集まる理由について、先生はどう考えていますか。

複数の理由が考えられますが、一つは当センターが2004年の開院時から総合診療科を標ぼうしており、総合診療を得意とする医師を育て続けていること、また、こうした病院の特徴や実績、サイト運営などのブランディングやマーケティングが影響してグーグルの検索結果で上位に表示されることも挙げられると思います。見学に来た医師に理由を聞くと、「（関連ワードで）検索したらすぐに見つかったから」と話す人もいます。

総合診療科が院内ではメジャーな存在であり、病棟を担当していることもポイントでしょう。総合診療専門医が設けられたのは2018年と制度的には歴史が浅いこともあり、地方ではまだ十分にこの科への理解が深まっていない可能性があるのではないのでしょうか。地方で総合診療を学びたいと思っても理解者が周囲にあまりおらず、近くの大学病院では診療科がない。標ぼうしている病院を見つけても、そこではまだ総診がマイナーに位置づけられており、活躍の場が限られる——。こうした状況にある人の受け皿になっている可能性はあると思います。

実際のところ、在籍する専攻医の中には「初期研修中に総診志望を先輩に伝えたら2時間くらい説教された」と話していた人もいました。当センターでは総診がマジョリティーなのでこんなことはありませんが、周囲の環境や病院によっては総合診療医としてアイデンティティーを保つのが難しいケースはあるかもしれません。

——総合診療科ではEBMの実践を重視しているといいます。専攻医はどんなふうにEBMを学んでいるのですか。

「EBMは患者さんと一緒に悩むためのタネ」だと私は考えています。「EBM教育」と聞くと、論文の読み方を学んだり、教科書の記述に従って診療したりするイメージを持つ人がいるかもしれませんが、現実はそのように簡単にはいかないものです。例えば、AとBの薬があったとき、エビデンスではAの方が効果は高いが、値段も高い。しかも、エビデンスの質がちょっと良くなさそうだと、といったことが往々にしてあります。この患者さんの経済的な状況はどうか、どんな家族構成でどんなふうに生活しているかも考える必要があります。

EBMは治療方針を検討する際の指標になりますが、患者さん個々の状況や背景を考えると、絶対的なものではないんですね。なので、EBMはあくまでも「一つのツール」と捉えて活用しつつ、患者さんや同僚と一緒に悩むことが大切だと思います。

そのうえで、エビデンスを踏まえて悩み、周囲の医師と一緒にディスカッションする文化がある点は当科の特徴です。運営母体である地域医療振興協会には、医療資源に乏しい地方やへき地の医療を支えようとするマインドがあります。私たちもそれに絡み、「指導医がいなくても一人で悩める医師を育てたい」思いがあります。

◆岡田 悟（おかだ・さとる）氏

2006年宮崎大学医学部卒。東京医科歯科大学で初期研修を受け、東京北医療センターで総合診療専門研修プログラムを受講し修了。2012年から同センター総合診療科指導医。

【取材・文・撮影＝医療ライター庄部勇太】

記事検索

ニュース・医療維新を検索

