

多様性を許容する組織作り への挑戦

北海道家庭医療学センターの20年の取り組みから

北海道家庭医療学センター
理事長 草場鉄周

1996-2003: 黎明期

- 北海道家庭医療学センターは1996年に北海道・室蘭の地で発足
- 日本で本格的な家庭医療を実践し、家庭医を養成する施設をめざし、北海道内外から研修医を募集
- 2年間の初期研修はスーパーローテートで、診療科によっては24時間オンコール状態。病院の救急外来を一人で担当し、土曜の昼から月曜の朝まで診療し続けることも当たり前
- 家庭医療診療所も24時間の在宅医療を2名で担当し、半分はオンコール
- 教育には特にこだわり、夕方から教育カンファと振り返り、更にカルテチェックと夜10～11時まで働くのは当たり前

2003-2006: 混乱と停滞

- 一部の専攻医はハードワークを乗り越え、成長を続けた
- しかし、過重労働の中で研修半ばで燃え尽きてしまう医師が数名出現
- うつ病発症などメンタルヘルスの問題も顕在化し、専攻医のメンタリング対応で指導医も疲弊する現象
- 診療や教育の質を維持・向上しなければという思いとワークライフバランスの間での強い葛藤が組織全体に蔓延
- 専門研修を終えると、組織を去るメンバーがほとんどで悪循環
- 組織の管理体制が脆弱であり、組織のあり方を変えられないジレンマ

2006-2008: 組織の再建

- 2006年に所長交代で、草場が第2代所長に
- 組織体制改革の好機と判断し、【過重労働→疲弊→組織からの人材流出】の悪いサイクルを断つために以下の政策を展開
 1. フェローシップ制度の創設 : 組織の幹部医師を養成し組織への定着Up
 2. グループ診療体制の徹底 : ワークライフバランスの向上 休暇と自己学習
 3. 教育システムの効率化 : プロセスよりアウトカム重視 自立学習へ
- 草場自身が2004年から学んでいたWestern Ontario大学家庭医療学講座Master courseでの学びをフェローシップの基軸に
- 2008年に組織が医療法人として独立したため、施策の展開の自由度↑

フェローシップ

- 専門研修終了後ほとんどの専攻医がそのまま選択し定着度Up
- 修了後も組織の幹部として勤務するメンバーも多い

グループ診療体制

- フェローシップ修了者しかサイトの責任者に任命しないルールを徹底
- 原則3名体制を基本として24時間対応の外来・在宅を展開

教育システムの効率化

- 複数のサイトをTV会議接続して教育内容を標準化
- ポートフォリオ指導も直接の指導医のみならず組織全体で支援

2008-2014 女性医師の働き方への視点

- 寿都町立寿都診療所に勤務するA医師が出産・育児を迎え、休職、復帰のサイクルへ → 4人の子育てへと
 - 復帰時にも時短勤務を基本とし、夜間のオンコールは免除。もっぱら外来を中心とした勤務を継続。最終的に専門医資格も取得。
- 更別村国保診療所に勤務するB医師も同様に育児を継続しながら、通常勤務を継続
 - 実質的な副所長の役割を果たしながら、診療所のマネジメントや教育に対しても地道に貢献。
- グループ診療の中で診療の制限があっても十分貢献可能！
- 医師自身も家庭医としての診療能力を維持・発展させる充実感あり

2014-2019 アカデミアの活動への視点

- 2008年よりフェローシップにおいて臨床研究の学びを推進
- 京都大学医学部臨床疫学教室の福原教授の全面的なサポートを受け、幾つかの臨床研究を推進したが、自組織内で研究を推進するためには、研究人材の養成が不可欠と判断
 - 2016年 ジョンスホプキンス大学 School of Public Health日本プログラムにC医師が入学
 - 2017年 エジンバラ大学 医療人類学の大学院にD医師が入学
- 2019年からAcademic Support Unitを創設し、学術活動の時間を確保しつつ、給与水準を維持する雇用をスタート。アカデミアの立場から法人に貢献する人材を正当に評価する枠組みを強化。

今後の課題

- 働き方改革を踏まえて、「医師の労働」そのものにますます注目が集まっていくだろう。ただ、在宅医療のオンコールをどう位置付けるか、専門研修プログラムでの指導をどう位置付けるか、など境界領域も多い。こうした議論を踏まえてどのように「多様性を許容する」組織を作るか？
 1. 職員の間での公平性と多様性のバランス
 2. 多様性を許容しつつ、人的資源や財務的観点からの持続可能性
 3. 多様性が組織の更なる成長につながる仕組み作り
- 時代の変化と共に求められる水準は今後も変わるであろう。常に自組織がそれにマッチしているか自省することが重要