

渋谷健司 Kenji Shibuya

東京大学大学院医学系研究科
国際保健政策教室教授

しぶや・けんじ ● 東京大学医学部医学科卒業。東京大学医学部付属病院医師(産婦人科)を経て、ハーバード大学公衆衛生大学院人口・開発研究センターでリサーチ・フェロー。1999年、同大学より公衆衛生学博士号取得。2001年、世界保健機関(WHO)シニア・サイエンティスト。2004年、WHOコーディネーター(評価・保健情報システム/保健統計・エビデンス)。08年より現職。12年、一般社団法人ジェイ・アイ・ジー・エイチ(JIGH)の代表理事に就任。

高橋教授の この人に 会いたい

Vol.1 渋谷健司氏



働き方 改革は 「システム」から着手

「保健医療2035」「新たな医療の在り方を踏まえ
来の医療政策の流れに一石を投じる視点が多く
討会の座長を務めた渋谷健司・東京大学教授は

た医師・看護師等の働き方ビジョン」は、従
盛り込まれている。両報告書をまとめる検
「リソース・マネジメント」の再考を訴える。

「自己犠牲」を強いる 日本の仕組みを打破する

高橋 渋谷先生は「保健医療2035」に続いて「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン」(以下、「働き方ビジョン」)の検討会で座長を務め、報告書をまとめました。いずれも従来の政策にはない視点が盛り込まれ、各方面で反響を呼んでいます。2つの検討会にあたって渋谷先生ご自身ではどのような問題意識があったのですか。

渋谷 「保健医療2035」では20年後に向けた方向性を示し、「働き方ビジョン」ではその実現に向けた具体的な課題を示しています。その意味で2つの検討会に臨んだ際の問題意識は通底していますが、具体的には3つの観点がありました。

1つは、医療はさまざまな人の働き方や働き方にかかわる「社会システム」であって、特定の人がかかわる、閉じられた「セクター」ではないということ。ですから「社会システム」として再構築し、進化させていくべきと考えました。

渋谷 医療に限った話ではありませんが、強みは「現場力」の高さ、弱みは「自己犠牲」を求める傾向が色濃いことが挙げられます。ここで言う自己犠牲とは、本来であればもっと生産性を上げて自分のやりたいうことに時間を割くべきなのに、生産性の低い活動を強要され、それが当たり前になっている状況を指します。このような仕組みは持続可能性が乏しいし、人材を潰します。解決するには医師の増減だけを議論してもダメで、システムそのものを変えないといけません。

金融の世界は医療現場より早くグローバルの波にさらされたこともあり変革が進みましたが、その波がようやく医療界に押し寄せている印象です。「働き方ビジョン」をテコに全体の近代化を促し、従事者がそれぞれで力を発揮できるようにしたいと思ったのです。

高橋 渋谷先生ご自身もそうした自己犠牲を強いられる経験があったのですか。

渋谷 私自身は医局にも入らず海外へ出たのでそうした経験はありませんが、不合理さを目の当たり

高橋泰 Tai Takahashi

国際医療福祉大学医療福祉学部長・教授

たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から同大学院教授、16年より同大学医療福祉学部長・教授。

2つ目は、既存の仕組みや制度を全肯定したり全否定したりするのではなく、良いところは伸ばし、時代に合わないところがあれば変えていくということ。

3つ目は「グローバル化」への対応です。私は月1〜2回、海外へ出張しているのですが、現在、医療システムが世界規模で変わっていること

を実感します。国内の医療問題は国外の潮流と表裏一体で、国内の制度を議論するうえでも国外の動向を見据える必要があると考えていました。

高橋 渋谷先生は医学部を卒業後、キャリアの多くを海外で過ごしています。外から見て、日本の医療の強みと弱みはどう映りますか。

にした時の衝撃は今でも忘れません。もともとは心臓外科志望だったので、5年生の時に人工心肺を伴う手術についたのです。当時60代の教授が嬉しそうに執刀し、その傍らで、本来手術の経験を積まなければならぬ30代の医師が心臓を冷却するための氷を割る作業をひたすら行っていました。「これでは若い人の技術は伸びないし、ひいては患者にも良くない」と直感的に思いました。

リソース・マネジメントがカギになる

高橋 では具体的に、日本の医師、看護師の働き方でどこを変えようと生産性が上がると思っていますか。

渋谷 正直、「どこを改善すれば生産性が上がる」と指摘するのは難しいです。「働き方ビジョン」の検討会でも「医師を増やせば解決する」という議論でなく、「今あるリソースで生産性を上げるにはどうしたらいいか」を重視して議論しました。その結果、報告書では課題としてヒエラルキーとタテ割り構造、自己犠牲的な働き方、男性中心の

文化などの存在を挙げ、解決の方向性として患者を中心とした多職種間のフラットなパートナーシップと職種を超えたパフォーマンス向上、性別・年齢によらないキャリア形成、ガバナンスなどを示しました。さらに具体的な手立てとしてタスク・シフティング、遠隔医療、労務マネジメントの改善などのリソース・マネジメントの重要性を提起しています。

高橋 リソース・マネジメントは具体的に誰がどう進めるべきとお考えでしょうか。変わらざるを得ないことは確かですが、「わかっているけれど変えられない」のも事実です。

渋谷 危機的な状況が来れば自ずと変わるでしょうが、じつはそれほど悲観していません。従来の発想から一歩踏み出すだけで、状況は一変すると思っています。

具体的な対策について言うと、それぞれの職種が本来やるべきことに注力する環境を整えることが挙げられますが、看護師が胸腔穿刺や静脈カテーテル留置を担うといったことが考えられます。実際、そういう病院もありますし。こうした案を報

駄が多いにもかかわらず、なぜ、これが実現できているのでしょうか。
渋谷 多大な自己犠牲によってかろうじて支えられているのではないのでしょうか。裏を返せば、マネジメントを構造的に近代化することで、さらにパフォーマンスは上がる可能性が高いということもあります。そのためにはマネジメントにおける「苦手分野」の克服も必要です。たとえばパフォーマンスが上がらない、あるいは下がっている部門や事業は、切り捨てたり止めたりする決断が求められますが、これが日本のマネジメント担当者は苦手なのです。アメリカは成果が出なければすぐに切ってしまう。こう言う

とドライに聞こえるかもしれませんが、言い換えれば、時代に適合していくということだと思えます。消し去るというよりは変わるといふ発想ですが、それができずにコストに

なっているケースは多いです。
高橋 変わっていくための仕掛けも必要です。私は二次医療圏データベースをつくって地域差を「見える化」したり、人口動態を「見える化」して地域の将来像を提示したり

しました。それらが端緒となって病床機能報告が生まれ、地域医療構想に結びついたのですが、これらの作業にあたって念頭に置いたことは、「現場が動き出すには『見える化』が不可欠」ということでした。全国各地と比較できるデータを示すことにより、自分たちの現在の全国におけるポジションと進むべき方向が明らかになり、現場が動き出すのです。

渋谷 同感です。従来の発想はどこかにベストプラクティスがあり、それを均てん化という名のもとに、計画を立てて全国で実行させるスタイルでしたが、今はそういう時代ではないし、そもそも世の中、計画どおりには進まないものです。むしろ何が起きているのかを見極め、そこでの課題を検証し、変えていくプロセスを構築することが求められていると思います。

同じように、データさえ集まれば何か生まれるというビッグデータ幻想も問題です。いくらデータが蓄積されても、目的が明確にならない限り「宝の持ち腐れ」ですし、かえってインセンティブを失います。まず

「変えていく」ためのプロセスが大事

「変えていく」ためのプロセスが大事

高橋 一方、現場で受ける医療や研究のパフォーマンスも決して悪くない気がします。日本は他の国と比べて研究費がそれほど多いわけではなく、戦略を立てるのも下手で無

従来の発想から一歩踏み出すだけで、状況は一変すると思っています

—— 渋谷

中途半端なICT化はかえって現場を混乱させてしまいます

—— 高橋

