

「保健医療2035」の視点・論点

2015年4月22日

小野崎 耕平

本日の内容

1. 長期ビジョンの必要性 ーなぜ「2035」なのか
 2. 2035年に向けた3つの視点
 3. 総合政策としての保健医療政策 ー地域が主役
- ※補論 ー組織を考える視点

長期ビジョンの必要性 —なぜ「2035」なのか

- 医療改革には時間がかかる
 - 「短期的抜本改革」の幻想
 - ビジョンなきパッチワーク的改革は限界に
- ・・・一方で、20年後は決して遠い未来ではない

2035年に向けた3つの視点

1. 「規制」から「規律」へ

- 医療界、とりわけ医療専門職の自己規律に基づく現場主導の改革に期待したい。

2. 「ストラクチャー」から「アウトカム」評価へ*

- アウトカム評価のための、エビデンスに基づく指標を確立し、診療報酬等の評価につなげられないか。

3. 「価格」から「量」のマネジメントへ

- 医療サービスの質を向上させつつ、結果的にその量的マネジメントも可能とする施策を実現できないか。

* ストラクチャー＝構造、アウトカム＝成果あるいは価値

保健医療への総合政策アプローチ — 地域が主役

- 保健医療上の課題の多くは、保健医療的アプローチ「だけ」では解決できない
- 健康への影響因子は多岐にわたり、かつ地域によって大きく異なる
 - 経済、雇用、所得、およびそれらに強い影響を受けうる教育
 - 住宅政策、都市計画、まちづくり、コミュニティー
 - 大気、水道、港湾、道路・交通等の生活基盤インフラ
 - 都市部の緑地・都市公園や海、河川、山林(中山間地・里地里山含む)等の環境
 - ライフスタイル、カルチャー、価値観
 - 上記の他、健康の社会的決定要因(SDH: Social Determinants of Health)の全て
- 地域が地域で主体的に決める総合政策の在り方(コンセプト)
 - 総合政策としての保健医療政策を、地域のニーズと実状に応じて立案・実行できるのは中央政府ではなく地方自治体やコミュニティー: 地域包括ケアを契機に議論を深めたい。
 - 自治体やコミュニティーが、地方自治の本旨に照らし、地域のニーズにあった保健医療の在り方を主体的に決定: 裁量と同時にアカウンタビリティも伴う。

※さらに言えば、政策選択は、「どう生きて、どう死ぬか」という生き方の選択であり、エンド・オブ・ライフ(終末期)の在り方も含め、最終的には個人の価値判断である — 「自分らしい生き方」を追求することが健康の最大の決定要因ではないか。

補論：組織を考える視点

- 2035ビジョンを考える上で、マクロの政策も重要だが、ミクロな組織論やマネジメント（以下、組織マネジメント）という視点も、政策のフィージビリティを担保する上で、同じくらい重要である。
- 組織マネジメントは、保健医療に関係するあらゆる組織（たとえば中央省庁、地方団体、医療・介護施設、保険者、大学等の教育研究機関、職能団体、企業、NPO等）において、もっと重視されても良いはず。
- 人員数だけではなく、たとえば以下のような視点も考慮していく必要がある
 - 組織ストラクチャー
 - 組織カルチャー
 - 意思決定プロセス
 - 一連の人事サイクル：「採用＞教育＞リテンション＞退職」
 - 人材開発戦略の立案・実行
 - 「Great place to work」：働きがいのある職場づくり
 - コミュニケーション（例：トップや幹部がその想いを常に共有する）
 - 組織のパフォーマンスの考え方：パフォーマンスは「人数×能力×志気」で決まるものであり、仮に人員不足の組織において短期的にその人員増が実現しなかったとしても、志気（モチベーション）が向上すれば組織のパフォーマンスは強化されることになる。
- 質の高い成果を出すためには、組織に一定の「遊び」も必要である。医療現場も含め、余裕がなければ前向きで建設的なアイデアは生まれない。