

医療人材の確保・育成の課題Ⅱ

— 連合総研・同志社大学 ITEC 共同研究報告書 —

持続可能な医療制度確立のためには、医療を担う人材に対する広い意味でのケアが重要である。とくに少子化・超高齢化に応じた医療システムの構築が必要となっている現在、医療に関わる人すべてが生涯を通じて働き続けることができる職場環境の整備が喫緊の課題となっている。

連合総研と同志社大学技術・企業・国際競争力センター（ITEC）は、こうした問題意識のもと、2009年2月より共同研究「医療人材の確保・育成の課題」を実施し、看護師を題材に医療人材をめぐる課題について問題点の洗い出しを行った（『医療人材の確保・育成の課題Ⅰ』と題した報告書を2010年9月に刊行済み）。その成果を踏まえ、「医療人材の確保・育成の課題Ⅱ」においては医師を

中心として医療人材全般に検討対象を広げて、望ましい将来像として「地域療養・慢性期疾患管理システムの構築と必要な急性期医療システムの再構築」を掲げた。その担い手である医療人材の育成・確保のために不可欠な教育制度、労働条件の整備およびチーム医療を実現といった3分野における制度の整備について提言を行ったところである。

以下、各章の概要を記載し、本報告書の内容紹介とする。なお、全文については、報告書及び連合総研ホームページ（3月公表予定）をご覧ください。

【文責：連合総研事務局】

第1章 医療人材をめぐる現状と将来分析

医療職（医師、看護師をはじめとした医療にかかわる職種全般）は技術の難易度、及び教育水準の点で同程度の他職種と比べると、時給換算した給与水準は相対的に低く、社会的評価も高いとはいえない。国際的にみても、日本における医療職の経済的評価は諸外国と比べて大きく見劣りしている。

医療業界は職種が多岐にわたる業界であるため、社会にとっても各個人にとっても、各職種の機能やキャリアパスをどのように考えるかが課題となる。

一方、長期的なトレンドとしては、2030年頃には日本は有史以来最大の高齢者を抱える超高齢社会の到来がある。そこでは「量的な問題」ではなく社会のあり方そのものが問われる「質的な問題」に直面する。すなわちそれぞれ各自が蓄積した「夫婦の関係」「知識」「人脈」「財力」「体力」そして「意欲」を前提として、ばらばらの個人を社会につなぎとめる「意欲のネットワーク化」が組織原理となるのである。また、今後ますます進むと考

えられる地方の縮小については医療福祉、教育文化、生活環境を一体的に捉えた総合的施策が求められる。

日本は今、世界で最初に超高齢化を展望できる戦略的な場に立っている。「新しい社会、新しい医療」を日本人が伝統力と想像力によって世界に発信することが期待される。

第2章 地域療養・慢性期疾患管理システムの構築と必要な急性期医療システムの再構築

今後の高齢者医療においては、単体施設での「急性期ケア」中心の考え方から脱脚し、「急性期」に続き「回復期」「長期」「末期」あるいはその前の「慢性期」という（それぞれ資源や組織モードが異なる）5つのケアのつながりが求められる。そこでは病院中心ではなく、「地域で暮らす高齢者」個人を中心としたケアサイクルとなり、高度で広範な臨床知識や技術を有した「総合診療医/老人医」（総合医）の役割が重要となる。それととも

に、この総合医と専門医、医療施設と福祉施設、各職種間の連携に必要な医療と福祉の情報蓄積システム、すなわち「一患者一生涯システム」が必須となる。

昨今、医療界で「医療崩壊」と言われることが多いが、これは高齢化や低経済成長に対応した医療政策、消費者行動、患者の意識や若年労働者の労働観の変化など、さまざまな中長期的要因によって引き起こされた現象である。「女将」(=看護師長)と練度の高い「匠」(=医師)による「伝統の医療システム」が崩壊した今、新たなシステム、すなわち郡部、地方中小都市、地方中核都市といった3種類の地域の医療資源を、地方中核都市を中心に、規模と範囲の経済を勘案して一体として効率よくシステム運営する地域医療システムの構築が重要となる。

第3章 少子高齢社会における医療人材の適正配置に必要な教育体制等の整備

本章では、超高齢社会の到来に備えた新たな社会的連帯について考察するとともに、国民への持続的な医療提供を可能とする教育体制の整備について検討する。

医療をめぐる資源には限界があるため、その中で質の高い医療を成立させるためには、医療がどのようなものかについて国民全体で再考する必要がある。そのためにはトリアージ^(注)・システムの構築とともに、国民に対する健康教育を十分に行うことが有用である。また、国民に費用負担者として医療に関心を持ってもらい、主体的に医療およびその周辺への参加を促す地域活動を推進していくことによって国民と医療者間の相互理解を深め、社会連帯を強化することが重要である。

医療人材の適正配置を実現するためには、今後医療および介護・福祉領域において必要な人材が急増するため、人材育成や待遇の改善などによって新卒ばかりでなく多方面からの人材確保が必要になる。とりわけ看護師不足に対しては絶対数の確保とともに、就労中の看護師の労働条件の改善と医療・福祉施設における生涯学習の

提供といった教育体制の整備、潜在看護師(看護師のライセンスを持ちながら現在就業していない人たち)の就労支援による中高年層の活用など、意欲と能力があれば働き続けることができるシステムを構築することが有効な処方箋になると考えられる。

第4章 医療職が適正(ディーセント)な労働・生活条件を獲得するために必要な制度と医療人材確保のあり方について

医療職場においては夜勤や交代制勤務をめぐって不規則な勤務実態が蔓延していることは周知のとおりである。労働者を守るためには労働時間管理、安全衛生管理に対する取り組みが重要である。それとともに、医療・看護分野で働くすべての職種の労働者が他の労働者と「同等またはそれ以上」の賃金・労働条件が保障されるとともに、医療職の社会的評価を向上させなければならない。そのための具体的な動きとしては労働条件、労働環境の改善や潜在看護師の有効活用、チーム医療の整備などについて、日本看護協会や連合などを中心にした検討・取り組みが進んでいる。本章においても公的な人材確保支援システムとして「医療重点ハローワーク」を提案している。患者・利用者および働く者双方にとって「安心・安全」な制度と、働き続けられる職場環境があって質の高い医療が実現するという社会的共通認識の醸成に向けて、労働組合も医療職の処遇改善による魅力ある職場づくりを通じて、信頼に足る安全・安心の地域医療を実現するという社会的要請に応じていく必要がある。

第5章 「チーム医療」推進のための法制度の整備について

チーム医療の目的は患者のニーズや治療方針について患者本人も含めたチームで共有し、安全で質の高い最善

の医療を提供することにある。その推進のためには、医師、看護師等の医療従事者各々の役割を明確にし、連携を図ることが必要である。チーム医療の有用性については国の「チーム医療の推進に関する検討会」等を通じて明らかにされてきているが、法制度上は依然医療機関の管理者の努力規定にとどまっているなど未整備のままである。医療現場においても医師を中心としたヒエラルキーや縦割り組織の弊害、チーム医療に対する認識や医療従事者のコミュニケーション、先行事例、そして人員の不足などがチーム医療を阻害している。

将来的にはすべての医療従事者の資格法令に連携規定を設けると同時に、それを実効あるものとするために診療報酬上の評価によるインセンティブとともに、基礎教育などによって関係職種間のコミュニケーション不足を解消する努力が求められる。また、医療従事者が医療に専念するための医療経営人材の育成も重要である。

(注) 医療機関において誰を優先的に治療するかを決めること

「医療人材の確保・育成に関する研究委員会Ⅱ」の構成と執筆分担（役職は研究委員会終了時）

主査	中田 喜文	同志社大学技術・企業・国際競争力研究センター（ITEC）センター長、同志社大学大学院総合政策科学研究科教授
委員	田中 幸子	山形大学医学部看護学科教授
〃	長谷川敏彦	日本医科大学医療管理学教室主任教授
〃	切東喜久夫	全心会理事長
〃	小川 忍	公益社団法人日本看護協会常任理事
〃	伊藤 彰久	連合総合政策局生活福祉局次長
〃	篠原 國造	ヘルスケア労協事務局長、全済生会労働組合書記長、連合「医療・福祉部門連絡会」前委員
〃	鈴木 崇文	自治労総合政治政策局衛生医療局長
オブザーバー	宮崎 悟	同志社大学技術・企業・国際競争力研究センター（ITEC）特別研究員
〃	小塩 篤史	日本医科大学医療管理科学教室助教
事務局	龍井 葉二	連合総研副所長
〃	宮崎 由佳	連合総研前研究員
〃	南雲 智映	連合総研研究員
〃	高島 雅子	連合総研前研究員