

見 解

人口減少・人口偏在社会に求められるヘルスケア人材
—需要と供給のバランス・地域偏在の課題解決に向けた
各医療専門職の役割機能を段階的に拡張する方策—



令和8年（2026年）8月12日

日 本 学 術 会 議

健康・生活科学委員会

ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会

この見解は、日本学術会議健康・生活科学委員会ヘルスケア人材共創に向けた看護学
 科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議健康・生活科学委員会ヘルスケア人材共創に向けた看護学 科会

委員長	西村 ユミ	(第二部会員)	東京都立大学副学長・大学院人間健康科学研究科教授
副委員長	森山美知子	(第二部会員)	広島大学大学院医系科学研究科教授
幹事	大久保暢子	(連携会員)	聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
幹事	仲上豪二郎	(連携会員)	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野・創傷看護学分野教授
	中村 征樹	(第一部会員)	大阪大学全学教育推進機構教授
	熊谷晋一郎	(第二部会員)	東京大学先端科学技術研究センター当事者研究分野教授
	永井由佳里	(第三部会員)	北陸先端科学技術大学院大学理事・副学長
	浅野みどり	(連携会員)	修文大学看護学部小児看護学教授／名古屋大学名誉教授
	井上 智子	(連携会員)	国際医療福祉大学大学院教授
	片田 範子	(連携会員)	前公立大学法人三重県立看護大学理事長・学長
	亀井 智子	(連携会員)	聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
	神原 咲子	(連携会員)	神戸市看護大学看護学部教授
	坂下 玲子	(連携会員)	兵庫県立大学副学長
	真田 弘美	(連携会員)	石川県立看護大学学長
	新福 洋子	(連携会員)	広島大学大学院医系科学研究科教授・副学長
	田高 悦子	(連携会員)	北海道大学大学院保健科学研究院教授
	手島 恵	(連携会員)	東京医療保健大学副学長・看護学研究科長
	法橋 尚宏	(連携会員)	神戸大学大学院医学系研究科家族看護学分野教授
	三重野英子	(連携会員)	大分大学医学部看護学科教授
	山本 則子	(連携会員)	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻高齢者在宅長期ケア看護学分野教授
	吉沢豊予子	(連携会員)	公立大学法人三重県立看護大学理事長・学長
	綿貫 成明	(連携会員)	国立看護大学校看護学部看護学科老年看護学教授
	堀田 聡子	(連携会員(特任))	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

本見解の作成に当たり、以下の方々に御協力いただいた。

岩井 紀子	日本学術会議第一部会員・社会学委員会委員／日本版総合的社会調査共同研究拠点大阪商業大学 JGSS 研究センターセンター長
-------	--

浅川	康吉	東京都立大学健康福祉学部理学療法学科教授
石橋	裕	京都立大学健康福祉学部作業療法学科教授
木口	尚人	茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科助教
崔	吉道	金沢大学附属病院薬剤部教授・薬剤部長
野出	孝一	日本学術会議第二部会員／佐賀大学学長
松本	正俊	広島大学大学院医系科学研究科地域医療システム学教授
山端	聡	奈良県吉野郡天川村村議会議員
渡邊	聡子	社団医療法人養生会かしま病院総合診療科

本見解の作成に当たり、以下の職員が事務を担当した。

事務局	郷家 康德	参事官（審議第一担当）
	加瀬 博一	参事官（審議第一担当）付参事官補佐
	實川 雅貴	参事官（審議第一担当）付審議専門職

要 旨

1 作成の背景

我が国では、人口減少と人口偏在が進行し、生産年齢人口の縮小が不可避である一方、超高齢化や医療の高度化により、医療機関内に限らず地域生活の場で高度な支援を必要とする住民が増加している。こうした状況の下、医療分野及び福祉分野の専門職の不足や地域・専門領域・就業場所の偏在は、医療・介護サービスへのアクセス格差を拡大させ、国民の誰もが健康で安心して生活することを困難にしつつある。今日まで専門職種ごとの需給最適化が中心に議論されているが、人口減少・人口偏在が加速する社会においては、縦割りの対策には限界がある。本見解では、第一段階として今期（第26期）は、医療専門職を「ヘルスケア人材」として一括りで捉え、プライマリ・ケア領域における各職種の役割拡大と職種間での業務（タスク）の見直し、多職種連携の強化、新たな働き方モデルの導入、基礎教育課程の共通化を行うことで、特に職種における量的不均衡や地域偏在の課題を解決し、もって地域包括ケアシステムを確実なものとしていく方策について検討する。本見解発出後の次の段階は、福祉専門職（ソーシャルケア人材）も加え、ヘルスケア・ソーシャルケア人材の課題について議論し、意思の表出を行う。

2 現状及び問題点

ヘルスケア人材の確保は現代の社会保障における最重要課題の一つとされるが、厚生労働省によると、この人材の中の幾つかの医療専門職の不足が予測されている。加えて、各ヘルスケア人材の地域・専門領域・就業場所における偏在という課題にも直面している。これらの課題に対しては、ヘルスケア人材の医療専門職ごとに、国や都道府県、専門職団体等が様々な対策を行っているが、いずれの専門職においても解決には至っていない。こうした人材の不足と偏在への対策は、教育制度や資格制度、就業環境への対応が縦割りで行われてきたために、これまで主として職種ごとに独立して議論されてきた。しかし実際の現場では、職種の枠を超えた協働や連携の必要性が高まっている。今後、急速に進行する高齢化と人口減少により、地域社会の構造や医療・福祉の需要は質的にも量的にも大きく変化すると見込まれる。これらの変化に的確に対応するためには、持続可能な人材確保と職種の業務範囲の枠を超えて協働・連携する包括的な医療体制の再構築、そして専門職種間で柔軟にタスクを移行・分担するタスク・シフト／シェアが不可欠である。さらに、これを達成するためには、教育体制についてもヘルスケア人材全体として基礎教育課程に共通科目を設定するなどの再構築が必要である。

3 見解の内容

以下の施策又は取組を提案する。

(1) プライマリ・ケアにおける多職種連携の強化、「新たな働き方モデル」導入による地域包括ケアシステムの着実な推進

- ・ヘルスケア人材について、地域の医療ニーズを踏まえた適正かつ計画的な人材養成・配置を検討、推進すること。その際、現在の各医療機関からの需要数による職種別必要数ではなく、社会経済環境と支援ニーズを前提として、ヘルスケア人材の質・量の

将来予測を行い、医療機関連携・人材配置計画を立案すること。

- ・支援ニーズ量に応じた人員配置及び効率化を進めるために、ヘルスケア人材が、医療機関、看護・介護施設、在宅ケアの場を横断的に従事しサービス提供するモデルを構築すること。このため、柔軟に複数の医療機関や介護施設等に従事できるように、診療・介護報酬上の施設基準を緩和すること。
- ・地方自治体が主導して、医師以外の職種養成にも、将来地域医療に従事しようとすることを条件とした入学者選抜枠を拡大すること。また、看護師については、全都道府県において、複雑化する療養者のニーズに対応できるよう訓練された高度実践看護師等の計画的養成を行い、離島、へき地、その他医療過疎地域の医療機関に配置し、医師との協働実践体制を構築すること。これに向け、他国が既に実施しているように、高度実践看護師の養成を支援する国又は地方自治体による修学助成制度等を創設すること。
- ・理学療法士や作業療法士等のリハビリテーション職種の役割機能の拡大を図ること。プライマリ・ケアにおける生活機能及び社会参加の中核職種として地方自治体に配置し、地域の診療所との連携を推進することで、予防の段階から、多元的な文脈に困難を抱える住民を含むすべての人のニーズを満たす生きがいのある暮らしを促進すること。
- ・どの地域に居住していても、ケアの質と安全を安定的に確保するため、ロボットやAI、遠隔医療技術等のテクノロジーを医療機関及び在宅医療の現場に戦略的に導入すること。そのために、国及び地方自治体は財政的支援を行うとともに、これらの研究開発及び現場導入に対して継続的な支援を講じること。

(2) 基礎教育課程におけるヘルスケア人材共通科目の設置と各医療専門職種の業務内容や役割機能の拡大・柔軟化・統合

- ・医療専門職種間のタスク・シフト／シェアの在り方や業務内容・役割機能の拡大・柔軟化・統合のために、ヘルスケア人材が共通するコンピテンシー（効果的な成果を生み出す行動特性）を修得できる教育体制について検討すること。
- ・上記（1）の施策を実現するために、各医療専門職のカリキュラムやコア・コンピテンシー等を参照しつつ、ヘルスケア人材の基盤となるヘルスケアコンピテンシーを早急に検討し、体系的な共通科目を設置すること。
- ・共通科目として、①多様な主体とともに実現させる地域・社会への働きかけに関する科目、②人間の尊厳と理解（哲学・倫理）に関する科目、③医療教養としての技術（ヘルスケアスキル）に関する科目を例示した。これらは、現行の基礎教育課程で医療専門職が十分に学べていない、あるいは修得率が低いコンピテンシーを強化することを目的とした科目であり、体系的な共通科目内に位置付けること。
- ・共通基盤科目の教育方法については、ヘルスケア人材がともに学び、議論する機会を作ること。
- ・共通科目については、各都道府県において複数の医療専門職種の養成を行う教育機関に設置することを基本とし、施設を超えてカリキュラム構築を行い科目提供できるように設計する。加えて、国（厚生労働省と文部科学省）がその導入効果の検証に向けて方針を立て、研究代表機関が主体となり導入地域の養成教育機関の協力を得

て前向きにモニタリングを実施し、実証的データに基づく科学的エビデンスの構築を目的とした研究を推進すること。全国展開は検証結果を踏まえて実施すること。

目 次

1	はじめに	1
2	人口減少・人口偏在によって生じているヘルスケア人材の課題	3
(1)	人口減少と偏在の推移	3
(2)	ヘルスケア人材の就業者数と課題	3
(3)	ヘルスケア人材の地域偏在	3
(4)	専門職の地域・専門領域・就業場所の偏在による課題と現行対策	4
①	看護職	4
②	医師	5
③	歯科医師	6
④	薬剤師	6
⑤	理学療法士・作業療法士	6
(5)	偏在するヘルスケア人材の課題のまとめと対策の方向性	7
3	ヘルスケア人材不足に対応するための地域における先駆的实践モデル	9
(1)	地域住民との協働によりプライマリ・ケアを強化したプロジェクト	9
(2)	高度実践看護師（診療看護師や専門看護師）の活動の促進	9
(3)	リハビリテーション専門職のプライマリ・ケア領域における役割拡大のモデル	10
(4)	ヘルスケア人材が需要に応じて領域を横断して対応する「新たな働き方モデル」	11
4	ヘルスケア人材の不足に対応し、ケアの効率化を図るテクノロジーの導入	12
5	人口減少・人口偏在に戦略的に対応できるヘルスケア人材の養成：基礎教育課程の 再編	13
(1)	大学看護学部等における多職種連携教育の実態と評価	13
(2)	ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンシーの明確化に向けて	14
(3)	諸外国における医療分野及び福祉分野の専門職の教育制度の再編と統合・我が国 への示唆	16
(4)	ヘルスケア人材として協働するための基盤教育と共通科目	16
6	見解	20
(1)	プライマリ・ケアにおける多職種連携の強化、「新たな働き方モデル」導入による 地域包括ケアシステムの着実な推進	20
①	厚生労働省・文部科学省・経済産業省及び地方自治体への提案	20
②	医療機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）への提案	21
(2)	基礎教育課程におけるヘルスケア人材共通科目の設置と業務内容や役割機能の 拡大・柔軟化・統合	21
①	文部科学省、厚生労働省及び教育機関への提案	22
<参考文献>		24
<参考資料1> 審議経過		30
<参考資料2> シンポジウム開催		31
<付録> 学術に関するアンケート調査票		33

1 はじめに

人口の超高齢化及び人口減少により、今後、生産年齢人口は減少の一途をたどる見込みであり、新たな人口減少時代を踏まえた持続可能な社会について多角的な議論が進んでいる [1] [2]。人々の健康に関わる医療分野及び福祉分野の専門職においては、生命、健康を脅かす事態の多様化、激化の中で、需要に応える各専門職の人員数への影響が懸念されている [3]。今後の見込みとしては、医療分野及び福祉分野の専門職は、職種によって不足あるいは過剰となり、それぞれの課題への対策が求められている。加えて、地域包括ケアシステム¹の推進及び医療の高度化により、医療依存度が高く、医療機器を使用しながら地域で生活する者や住み慣れた地域で最期を迎える者の数はこれまで以上に増加し、医療と生活の複合的支援が求められている。しかし、医療分野及び福祉分野の専門職の地域、専門領域、就業場所等の偏在が課題となっており、国民の誰もが健康で安心して生活することが困難になりつつある。

上記の課題を克服するための方略として、これまで職種ごとの最適化が議論されてきたが、人口の減少や偏在が加速する現代、さらには未来においても、質の高い医療や支援を医療機関においてのみならず地域においても享受できるようにするためには、医療分野及び福祉分野の専門職が自律性をもって、協働しながら、全体として役割を担う発想へと転換する必要がある。このような取組は、地域住民と専門職をはじめとする地域の多様な主体が分野や制度の枠を超えてつながり、住民の暮らしと地域をともに創り上げていく地域共生社会の実現に貢献する。

本見解では、幅広く医療分野及び福祉分野の専門職を捉えることを念頭に置くものの、まず第一段階として、今期（第26期）においては、健康課題に対して機能的・統合的に応答する発想への転換を促すため、国家資格を保有する医療専門職を「ヘルスケア人材」として一括りで捉え、プライマリ・ケア領域における各職種の役割拡大と職種間での業務（タスク）の見直し、多職種連携の強化、新たな働き方モデルの導入及び基礎教育課程の共通化について、国等へ提案を行う²。これによって、喫緊の医療の課題に迅速に応じる道筋を作る。今後、第二段階として、医療専門職と福祉専門職との連携に関する調整を進め、国家資格を保有する福祉専門職も加えた課題を整理・議論する計画である。その際、本見解で医療専門職のみを括る用語として用いた「ヘルスケア人材」については、再検討を行う予定である。

健康課題への対応について、本見解ではまず、量的不均衡と偏在というヘルスケア人材の課題と対応の方向性を検討する。次いで、地域における先進的な実践モデルを確認し、新たなヘルスケア人材の働き方と医療・支援体制について提案する。さらに、こうした社会ニーズに応じるためにヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンシー、言い換えると、より効果的な成果を生み出す行動特性を明確にしつつ、共通科目の設置を基盤としてヘルスケア人材の教育に係る各専門職のカリキュラム改革を推進することを提案する。

¹ 厚生労働省が 2025 年を目途に構築を進めてきた、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下で、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供体制のことをいう。保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げている。

² ヘルスケアとしたのは、地域包括ケアの推進において、医療専門職の役割が、急性期の治療から地域における療養支援にわたる幅広い範囲に及んでいるためである。

なお、本見解が対象とするヘルスケア人材は国家資格を保有する医療専門職全体を視野に置くものの、議論の焦点として、看護師を起点に、量的不均衡と偏在が課題となる職種を中心に上げる。

上記の提案により、まず、先進的实践モデルとヘルスケア人材のコンピテンシーを検討することで、社会的ニーズに対応できるヘルスケア人材のあるべき像が明確になる。併せて、あるべき像を目指した人材育成を実現するために、求められるコンピテンシーを修得するための基盤科目を検討し、それらをカリキュラムの基盤に設置してともに学ぶ体制を整備することで、医療専門職を養成するカリキュラム改革につなげる。これらの改革によって、ヘルスケア人材全体として、包括的な医療体制を構築するための基礎力を養うことができる。

また、共通科目をともに学び、ヘルスケア人材として共通する能力や技術を身に付けることで、職種間の柔軟で円滑なタスクの移行（シフト）や共有（シェア）が可能となる。さらに、ヘルスケア人材共通基盤科目の単位を取得することで、医療専門職間の既修得科目の単位互換が可能となる。その結果、専門性を段階的に広げながら分野を超えた移動がしやすくなり、ヘルスケア人材のキャリアデザインはより自律的で多様なものとなる。

加えて、ヘルスケア人材が共通のコンピテンシーを身に付けることは、これまでの職種ごとに固定された配置（人員配置基準）から、地域のニーズや緊急性に応じて、地域単位で柔軟に計画的・機動的なヘルスケア人材配置へと転換することを可能とし、既存の制度や組織の枠組みに捉われない新たな医療提供体制の構築につながる。それによって、ヘルスケア人材の不足と過剰の克服と質の担保、国民に求められる医療を、急性期医療から看取りを含む地域医療までの幅広い範囲で実現することが可能となる。

また、今後、一層の人口減少等によってヘルスケア人材全体の規模が縮小すること、大学等の教育機関の統廃合、教員の不足など、リソースの減少が見込まれる。その際、医療の現場だけではなく、教育機関においても、これまで以上の効率化、教育提供方法や教員配置体制の抜本的な見直しが必須となる。見直しによって、学校養成所の指定規則や人員基準の在り方、改定の必要性等、新たな課題も見えてくる。本見解は、こうした将来の課題を見据えたアクションの一つとして位置付けられる。

2 人口減少・人口偏在によって生じているヘルスケア人材の課題

(1) 人口減少と偏在の推移

日本では、他国に先駆けて少子高齢化が進み、人口規模は2020年の1億2,000万人から2040年には1億1,000万人まで減少し、2070年には9,000万人を割り込むことが推定されている[4]。

人口の地域偏在も課題とされており、総人口が減少する都道府県数は今後も増え、2020年から2025年にかけて、東京都を除く46道府県で総人口が減少する。2040年から2045年以降は、東京都を含むすべての都道府県で総人口が減少する見込みである[5]。総人口が減少する中で人口は都市部に集中し、山間部や離島、交通の便の悪い地域などは人口減少が加速し、その結果インフラの整備や維持が難しくなり、さらに人口が減少するという人口偏在の悪循環を生み出している[6]。他方で、人口10万人当たりのヘルスケア人材数は、人口の多い首都圏ほど少なく、例えば看護師は、首都圏等の都市部において全国平均よりも少ない傾向にある[7]。こうした状況は、様々な要因により、需要と供給のバランスがとれていないことを示している。

(2) ヘルスケア人材の就業者数と課題

少子化と超高齢化によって現役世代（15～64歳）は2025年度以降に急減し、2040年には5,543万人（2025年度から16.5%減）になる見込みである[4]。他方、高齢者、特に後期高齢者（75歳以上）は2055年にピークを迎え、その後減少に転じると見込まれている[8]。そのため、ヘルスケア人材の確保は現代の社会保障における最重要課題の一つとされる。ヘルスケア人材は、おおむね医師35万人（2024年）[9]、歯科医師10万人（2024年）[9]、薬剤師33万人（2024年）[9]、看護職（保健師、助産師、看護師、准看護師）166万人（2024年）[10]、理学療法士15万人（2026年）[11]、作業療法士6万人（2024年）[12]、診療放射線技師5万人（2023年）[13]となっている。医療専門職種によって将来必要数の算定年が異なっているが、厚生労働省によると、医師、看護職員はそれぞれ2032年、2025年において不足が見込まれている。今後は、不足する職種の人材確保のみならず、ヘルスケア人材としての需給バランスの確保が求められる（表1）。

表1 主なヘルスケア人材就業者数の現状と将来の需給バランス

職種	現在数（概数）	人口10万人当たり	将来必要量（概数）	需給バランス
医師	34.8万人（2024年）	280.9人（2024年）	36.6万人（2032年）	▲1.8万人
看護職員	174.6万人（2023年）	1,404.5人（2023年）	188.7～202万人（2025年）	▲14.1～27.4万人
理学療法士	14.5万人（2026年）	118.0人（2026年）	38.0万人（2035年）	△18.3～19.8万人
作業療法士	6.3万人（2024年）	50.9人（2024年）		

[9] [11] [12] [13] [14] [15] [16] をもとに作成した

(3) ヘルスケア人材の地域偏在

表1に示すように、需給バランス予測から供給が過剰となるとされる職種も存在するが、表1、図1－1及び図1－2に示すように、ヘルスケア人材の需給状況は職種ごとに

異なり、人口 10 万人当たりの医師・看護師の就業者数は都道府県によって異なる偏在構造を示す。このような地域間偏在は、住民の医療アクセス機会及び受療に伴う負担の不平等を生み出しており、国民の誰もが健康で安心して生活すること、並びに国の社会福祉・社会保障・公衆衛生の向上義務との間に齟齬を生じさせている。

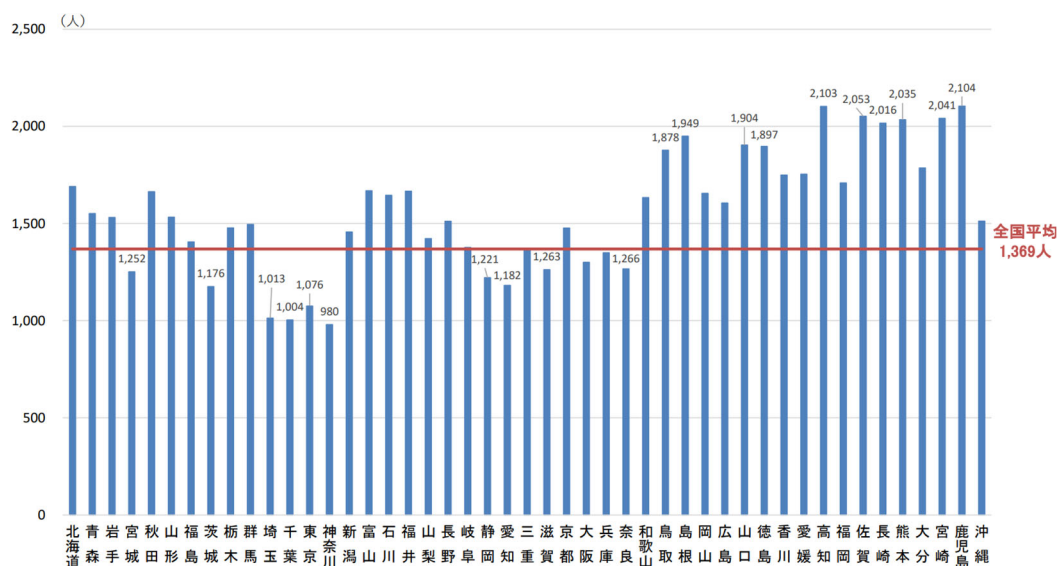


図 1－1 都道府県別 人口 10 万人当たり看護職員就業者数 (2020 年)
[7] より抜粋した

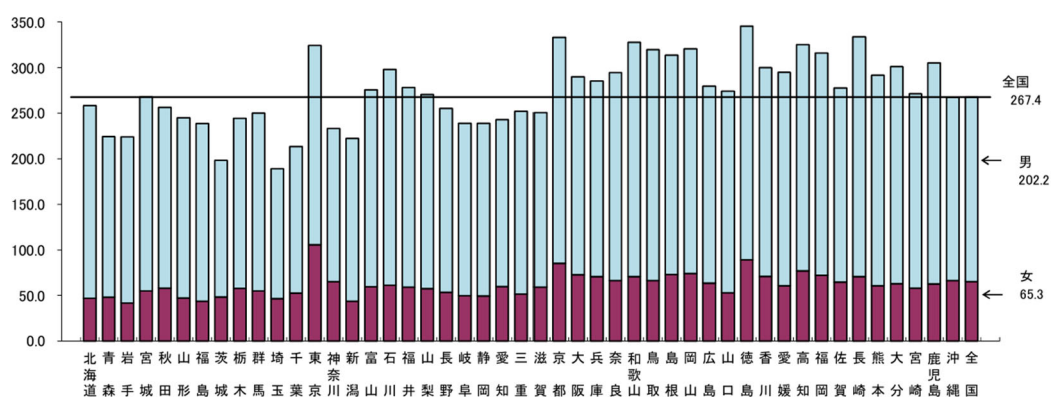


図 1－2 都道府県人口 10 万当たりの医師就業者数 (2024 年)
[17] より抜粋した

(4) 専門職の地域・専門領域・就業場所の偏在による課題と現行対策

先に述べたとおり、ヘルスケア人材が一律に不足するわけではない。職種によっては一定の供給が維持される一方で、地域や専門領域、さらには就業場所における偏在が深刻化している。こうした量的な不均衡は、医療サービスの提供体制全体に影響を及ぼしており、各専門職にはそれぞれの課題に的確に対応することが求められている。

① 看護職

厚生労働省は、1992年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づいて看護職員確保対策事業を推進しており、1990年の83.4万人から2020年には173.4万人に達し

た。それでも、人口10万人当たりの看護職員数を都道府県別に見ると、首都圏などの都市部では全国平均を下回る傾向が見られ、それら地域では看護職員数が需要数を満たしていない。他方で、首都圏以外の地域は全国平均を上回る傾向にあり、特に、医師の人口当たり就業者数が少ない北海道や東北、北陸地方の一部（新潟・富山）、東京を除く関東地方においては、医師不足へ対応するために高度実践看護師等の地域における迅速な患者対応などの活躍が期待される（図1-1）[7]。

また、2025年の需要推計との比較では、在宅医療の拡充に伴い、訪問看護分野に従事する看護職員の大幅な増員が必要とされている。しかし、都道府県ナースセンターの求人動向によれば、訪問看護ステーションの求人倍率は4.54倍と最も高く、人材確保が極めて困難な状況にある[7]。看護職員の不足は単に地域偏在にとどまらず、医療機関の機能や専門領域の配置の偏りにも影響を及ぼし、地域包括ケアシステムが目指す「住み慣れた地域での生活の継続」という理念の実現を脅かしている。

この状況に対して、地方自治体と大学・養成所が独自に連携して実施する地域枠選抜の設置や地域勤務を条件とする奨学金制度の設立など、地域定着を促す仕組みが進められている。また日本看護協会は、職種間でタスクを見直し、適切に分担・再配分するためのタスク・シフト／シェア³を進めるガイドライン[18]を作成し推進している。

② 医師

医師数は増加傾向にあり、厚生労働省の推計によれば、2024年の347,772人から2029年頃には約36万人に達し、全国的には需給がおおむね均衡すると見込まれている[4]。しかし、地域偏在は依然として深刻であり、人口当たり就業者数（図1-2）では、東京を除く北海道、関東、北陸、中部地方の医師就業者数が平均を下回っている。人口等で補正した医師数を示す「医師偏在指標⁴」[19]によると、医師の地域分布には明確な偏在が認められ、「大都市圏への集中」と「一部地方中核都市への集積」、そして「広域的な医師不足地域の存在」という多層的な構造を有している[20]。さらに、1930年代から指摘されてきた「無医地区」問題もいまだに解消されておらず、地域偏在の深刻さを示している[21]。

これまで、医師の地域偏在是正に向けて、へき地等における公立医療機関の設置や財政的支援、「一県一医大」構想（無医大県解消政策）、自治医科大学の設立、地域枠入学制度の導入、大都市圏での臨床研修定員の抑制など、様々な施策が講じられてきた。しかし、その効果は限定的であるのが現状である。抜本的な改善を図るためには、都道府県単位での地域別・診療科別医師の配置といった公的主体による人事管理の範囲を拡大するか、地域単位で医師定数を設定し、計画的かつ厳格に運用する仕組みの導入が求められる[22]。

³ タスク・シフト／シェアとは、これまである職種が担っていた業務を、他の職種にシフト(移管)することや、シェア(共同化)することで、これまでの「チーム医療」の発展とされている。現在国を挙げて取り組まれている大きな医療の変革の動きであり、個々の従事者の業務負担を最適化しつつ、医療の質を確保する方法の1つとなる。

⁴ 医師偏在指数は、地域ごとの医療需要と医師数を組み合わせて計算される指標である。数値が低いほど医師が不足していることを意味する。

③ 歯科医師

歯科医師数は微増傾向を維持してきたが、2020年度には107,443人（人口10万人当たり85.2人）であったものの、2022年の調査では2年前より2.0%減の105,267人となり、当初2025年度以降と予測されていた減少が前倒しで生じた。その要因として、歯科診療所管理者の高齢化や事業承継の停滞が指摘されている〔23〕。

勤務場所は、病院勤務11.5%、診療所勤務85.4%であり、全国の約70%の医療圏では病院歯科が存在しない。また、歯科医師の都道府県間及び都市部への集中による地域偏在は依然として顕著であり、歯科医師・歯科衛生士がともに少ない二次医療圏では、歯科診療所への通院が困難な住民の存在が課題となっている〔9〕。

こうした偏在に対して厚生労働省は、地域特性に応じた歯科医療提供体制構築の具体的検討のために、2024年に歯科医療提供体制等に関する検討会を設置し、その下に歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループを置き、今後の歯科医師の必要数や適切な配置等に関する個別具体の分析等について議論を行っている。本検討会の取りまとめは、2026年度を予定している〔23〕。

④ 薬剤師

薬剤師の総数は増加を続けており、薬学部6年制課程が導入された2006年には25.3万人であった届出薬剤師数が、2024年には32.9万人に達している〔9〕。従事先の内訳を見ると、薬局の従事者が19.7万人（60.0%）と最も多く、年次推移でも顕著な増加傾向を示す一方で、医療機関の従事者は6.3万人（19.2%）で、緩やかな増加にとどまっている〔9〕。

薬剤師数全体は増加しているものの、薬剤師の従事先に地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題とされている〔24〕。このため国は、都道府県に対し、病院薬剤師の確保において、地域医療介護総合確保基金が活用可能である旨の通知（薬剤師が不足する地域に所在する医療機関等を勤務地として、一定期間の勤務を修学資金返済免除要件とするものに対して薬剤師修学資金貸与事業を行うために必要な経費⁵、地域における病院薬剤師の安定的な確保を目的として薬剤師の偏在状況や充足状況等を踏まえて薬剤師が不足とされている地域・医療機関に期間を定めて薬剤師を出向させるための経費⁶や、第8次医療計画に基づく「薬剤師確保計画ガイドライン」⁷）を発出し、薬剤師偏在指標を参考にした計画策定を促している。

将来的には、2045年頃に薬剤師の供給過剰となる可能性も指摘されており、量的拡大から質的転換への対応が求められる。特に薬局薬剤師には、在宅医療の担い手や「健康サポート薬局」としての役割を強化し、地域包括ケアシステムの中で住民の健康支援に主体的に関わることが期待されている。

⑤ 理学療法士・作業療法士

理学療法士及び作業療法士の養成定員は、2014年時点でそれぞれ13,000人、7,000人

⁵ 令和3年2月19日付医政地発 0219 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

⁶ 令和3年9月28日付医政地発 0928 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

⁷ 令和5年6月9日付薬生総発 0609 第2号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知

である。人口10万人当たりの就業者数については、2025年時点で理学療法士163人、作業療法士86人であったのが、2040年には理学療法士278人、作業療法士141人に達し、主要5か国において同等あるいは上位水準となる見込みである [25]。そして、需要に対しては約1.5倍の供給が見込まれている [25]。都道府県別に見ると、人口10万人当たり理学療法士の就業者数は九州地方に比べて東北・関東地方で少ない傾向があり [26]、地域偏在が課題となっている。

就業者数の地域偏在等については、国による対策は見られないが、働き方ビジョンを検討するための情報収集を目的として、2017年厚生労働科学研究費補助金 [27] によって勤務状況と働き方の意向等の調査が行われている。日本理学療法士協会や日本作業療法士協会は、質の向上に関わる対策を推進するため、登録療法士や専門療法士などの新生涯学習制度の構築を進めている。また、日本理学療法士協会では地域包括ケアシステムへ貢献できる人材の育成を図るため、現に就業している者を対象に「推進リーダー」養成の制度も作っている。[28]。

(5) 偏在するヘルスケア人材の課題のまとめと対策の方向性

これまで、各ヘルスケア人材について、地域・専門領域・就業場所における偏在と、それに対する現行の対応策を概観してきた。養成数の充足状況は職種によって異なるものの、いずれの分野においても、地域や専門領域、就業場所による偏在が共通の課題であることが明らかとなった。

こうした偏在への対策は、これまで主として職種ごとに独立して講じられてきた。これは、教育制度や資格制度、専門領域、就業環境の差異が、縦割りの対応を生み出す一因となっている。しかし実際の現場では、職種の枠を超えた協働や連携の必要性が高まっている。今後、急速に進行する超高齢化と人口減少、医療経済や労働市場、感染症危機等によるマクロ環境の変動により、地域社会の構造や医療・福祉の需要は質的にも量的にも大きく変化すると見込まれる。これらの変化に的確に対応するためには、ヘルスケア人材の「量的不均衡の解消」と「地域・専門領域・就業場所の偏在の是正」という2つの課題に対し、以下の2つの方策を提案する。

第一の方策は「業務内容・役割機能拡大による実質的人材増」である。卒後に専門的な訓練を受けた高度実践看護師の配置や理学療法士・作業療法士の役割拡大により、医師及び他のヘルスケア人材の業務をタスク・シフト／シェアすることで、既存人材の能力を最大限に活用し、実質的な医療提供体制を強化する。これにより、追加的な養成コストをかけない「人材の流動化」により、需給の不均衡を効率的に緩和できる。第二の方策は「人材の柔軟配置による地域偏在の緩和」である。現行の施設・職種単位の人員配置基準は都市・中核医療機関への集中を招くが、共通基盤教育でタスク・シフト／シェアに必要なコンピテンシーを複数職種が共有すれば、次章に示す天川村モデルのように1人専門職が複数施設・機能を横断して担うことが可能となり、過疎地域の医療・介護提供の維持に直結する。なお、これらの方策はいずれも、特定の専門職への過重な負担や経済的処遇等に係る課題を十分に勘案した上で、推進される必要がある。

以上の2つの方策は相互補完的であり、単一施策では達成できない効果を組み合わせによって実現する。第3章以降では、これらを実証する国内外の事例と、各方策を制度的

に支える教育改革を詳述する。

3 ヘルスケア人材不足に対応するための地域における先駆的実践モデル

ヘルスケア人材数の不足や偏在に対して、解決に向けた地域の先駆的実践例を示す。

(1) 地域住民との協働によりプライマリ・ケア⁸を強化したプロジェクト

地方都市における医師不足は深刻な課題である。人口 10 万人の病院勤務医数が 98.5 人（2021 年）と全国平均 171.7 人を大きく下回っていた福島県いわき市⁹にある社団医療法人養生会かしま病院は、2022 年、医療者側と地域住民側とが協働して地域医療をデザインし、地域交流・医学教育・広報活動（リクルート）を一体的に推進する「い（医）とち（地）プロジェクト」を立ち上げた[29]。中核は、総合診療の特性を活かしたプライマリ・ケア教育の充実にある。大学との連携を強化し、医学生・若手医師に対する総合診療教育を体系的に実施することで、「総合性」の価値を可視化し、病院のブランディングと人材確保につなげている。この結果、県内外の医系大学からの学生及び研修医の受入数は、開始前の約 70 人（2021 年）から 105 人（2024 年）へと増加した。プロジェクトの効果は医師確保に留まらず、ワークショップや健康相談、対話の場を通じ住民の健康意識が高まり、医師への心理的距離が縮小、信頼に基づく受療行動の形成が進み、行政からも仕組みとして評価されている。現在は第二フェーズとして、職種の枠を超えたフラットな関係性のもとで業務を再編し、課題解決を図る多職種連携の深化が進む。また、ワークライフバランスへの対応も進む。かしま病院から学べるのは、地域住民とのフラットなコミュニケーションを促進し、医療の全人性を学ぶことで、地域医療にやりがいを感じ、若手を中心にヘルスケア人材が集まることであろう。

(2) 高度実践看護師（診療看護師¹⁰や専門看護師¹¹）の活動の促進

人口減少やヘルスケア人材不足・地域偏在が深刻な地域の課題を克服する取組は、長崎県でも行われている。離島の多い長崎県では長崎県病院企業団が高度実践看護師¹²や認定看護師¹³を計画的に養成し、県内の医療機関にローテーション配置している[30]。これらの看護師は、看護師免許取得後に特定の専門分野で高度な教育を受け、専門的な知識と技術を生かして医師と連携しながら診療を支え、患者や地域住民により質の高い医療を提供する。高度実践看護師の養成については、「大学院修学資金貸与制度」を設立し、大学院修了後に各地域の基幹病院に配置することにより、急性期医療とプライマリ・ケアの両方の機能を持たせることで人材不足を戦略的に補うことができる。この取組は、全国の都道府県でも採用される必要がある。

⁸ 国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能のことをいう。

⁹ 厚生労働省 が告示に基づき定める、医師数が相対的に少なく、確保対策を重点的に講じる必要がある「医師少数区域」に該当する。

¹⁰ 大学院において一定の高度な教育・研修を受け、医師と連携しながら診療の一部を担う看護師。日本 NP 教育大学院協議会によって認定される。法的な国家資格名ではない。

¹¹ 大学院において一定の高度な教育・研修を受け、特定分野で高度な実践力を発揮し、ケアの質向上とチーム・システムの改善を担う看護師。日本看護協会によって認定される。法的な国家資格名ではない。

¹² 高度な専門知識と看護実践能力を備えた看護師で、複雑な健康問題に対して質の高いケアを提供する役割を担う。日本看護系大学協議会によると、高度実践看護師として日本には診療看護師と専門看護師があり、教育課程認定を受けた大学院（修士課程）を修了した後に、それぞれの認定試験を受けて合格する必要がある。

¹³ 日本看護協会が認定する、特定の看護分野で熟練した技術と知識を持つ看護師。認定看護師教育機関（教育課程）を修了し、認定看護師認定審査に合格した者。大学院の修了を必要としない。

へき地医療の医療機関展開・人材育成を担う全国組織である、公益社団法人地域医療振興協会は、診療看護師の養成及び地域医療機関への配置を推進している。例えば、過疎高齢化の進む地区唯一の医療機関である山口県の山口市徳地診療所では診療看護師を配置し、総合診療医と共同診療をするとともに、無医地区への巡回診療も担っている。この診療看護師が行う巡回診療では、オンラインで診療所医師ともつながり、診断や処方 of 確定を得て効率的な診療を行っている[31]。

また、都市部においても高度実践看護師が診療所の医師と協働実践を行い、複雑な患者のニーズに対応している事例もある。東京都にあるむさしの丘ファミリークリニックでは、診療看護師が総合診療医とともに在宅ケアを含めた地域医療を担っている[32]。また、大阪府にあるあさかぜ診療所では、慢性疾患看護専門看護師が自律して地域住民の複雑な症状に対応し、慢性疾患管理や在宅医療を医師とともに担っている[33]。

国際的な状況を見ると、人口の地域偏在・超高齢化に対する医療の公平性／アクセシビリティの確保は、先進諸国の共通の課題である。高度実践看護師の導入は世界的に進んでいる。北米、豪州、欧州を中心に進む、プライマリ・ケア領域でのスキルミックス¹⁴の効果を検討した文献では、高度実践看護師の活用は、医療の質、慢性疾患管理、患者満足度・教育、医療資源の効率化について高い効果を示していることが示されている[34]。

台湾では、医療資源の不足する地域（先住民の居住地、島嶼部、へき地）の解消に向け、その地域のプライマリ・ケアに将来従事するナースプラクティショナーの資格取得を目的とする大学院生に対して政府が補助金を出すことで配置を推進するなど国レベルで支援している[35]。我が国においても、地域レベルでの養成・配置を推進、制度化する必要がある。これは、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」（平成四年法律第八十六号）の改正により、法律に位置付けることが対策となる。

(3) リハビリテーション専門職のプライマリ・ケア領域における役割拡大のモデル

我が国と同様に高齢化が進む欧州では、プライマリ・ケアにおける多職種連携を一層強化している。英国では、プライマリ・ケアネットワークに理学療法士・作業療法士を直接配置し、家庭医と連携したケアを提供している。理学療法士は「ファーストコンタクト理学療法士」として医師を介さず筋骨格系疾患・フレイル・慢性疾患に自律的に対応し、作業療法士は外来段階から生活機能支援と予防介入を担う[36][37]。これにより、地域の生活の場における継続的・個別的な関与が制度的に可能となっている。

我が国でも、作業療法士は医療機関内にとどまらず市町村事業や保健・福祉・教育・就労・司法等の領域へ[38]、理学療法士は在宅ケアや介護予防・医療介護連携の分野へ[39]と役割機能拡大が進んでいる。2025年の「経済財政運営と改革の基本方針」[40]でも予防的介入における役割拡大が明示された一方、両職種とも依然として医療機関内の診療報酬体系への依存が大きく、外来段階からの予防的・生活機能的介入をプライマリ・ケアの文脈で担える仕組みは十分でない。

タスク・シフト／シェアの枠を超え、作業療法士を「生活機能及び社会参加の中核職種」として、理学療法士を「身体活動・運動機能及び予防的介入の中核職種」として地域に位置付け、相補的に役割を担いながらリハビリテーション領域を拡張していく必要が

¹⁴ 医療チームの中に異なる職種・訓練レベル・専門性を持つ人材を組み合わせること。

ある。そのためにも、地方自治体への両職種の配置と地域診療所との連携推進が求められる。

(4) ヘルスケア人材が需要に応じて領域を横断して対応する「新たな働き方モデル」

限られたヘルスケア人材で支援体制を構築するには、事業所単位で人材を配置する従来の仕組みでは限界がある。奈良県吉野郡天川村（人口約 1,000 人、高齢化率約 50%）では、地域おこし協力隊として関わった経験豊富な、介護福祉士の資格や経験を持つ看護師が独立、法人を設立し、「基本在宅、時々施設」という村の理念の下、診療所、訪問看護ステーション、老人福祉施設、デイサービス等を横断して活動している。1 人の看護師が需要に応じて複数の場に関わることで、限られた人材の中でも、住民の在宅生活の継続を可能にしている。

この働き方は、地方自治体から包括的な事業委託を受けつつ、各機関とは臨時的な雇用や業務委託で関わるものであり、地域全体を 1 つの活動の場として看護機能を発揮する新たな人材配置の考え方に基づく。医療・介護・福祉事業に横断的に関わることで、情報共有や連携が進み、質の向上と人材不足の補完につながる。

24 時間対応の介護サービス事業所等の維持は、過疎高齢化が進む地域では人員配置上、単独では困難な場合も多く、医療介護事業の種別を問わず横断的に対応できるヘルスケア人材を核とする柔軟な仕組みの構築が必要となる。このように、地域の人口構造や健康ニーズに応じた働き方の導入は、過疎・地域偏在・高齢化への現実的な対応策の一つとなり得る。

なお、本対応策の推進に当たっては、データサイエンスを活用して地域の特性を俯瞰した上で医療提供体制を提案できることが望まれる。

4 ヘルスケア人材の不足に対応し、ケアの効率化を図るテクノロジーの導入

人口減少・人口偏在社会において、限られた医療資源で地域住民に持続的な健康に関わるサービスを提供するには、現サービスや人材配置の再構築に加え、テクノロジー開発、活用による効率化と地域医療体制の強化が不可欠である[41]。国も医療デジタルトランスフォーメーション（DX）の医療分野への導入を積極的に推進しており、モデルケースを共有するなどの取組がみられる[42]。例えば、厚生労働省は遠隔医療の事例集を[43]、公益社団法人日本看護協会は看護業務の効率化先進事例アワードを公開している[44]。

具体的な取組として、「デジタル田園健康特区」に指定されている岡山県吉備中央町は、デジタル田園都市国家構想の医療モデルケースの一つとして知られている。吉備中央町は中山間地域に位置し、医療機関が少なく、アクセスが悪い。これを解消するため、デジタル技術による周産期医療の効率化（妊産婦緊急搬送補助システムや母子手帳のデジタル化による子育て支援アプリの導入）、医師が常駐しない診療科のオンライン診療・遠隔ケアの実践を取り入れ、いつでもどこでも質の高い医療を届ける試みが行われている。その成果として、2023年には市内で1件もなかった出産が、2024年には7件認められた[45]。

デジタル技術やモバイルを活用し、従来の医療サービスの枠を超えて地域全体に新しい健康サポートモデルを提供する「医療 MaaS (Mobility as a Service)」構想の試行も進められている。長野県伊那市で実施された医療 MaaS 導入は、医師の乗車を前提としない移動診療車という発想で医師の不足を補っている。伊那市モデルでは、オンライン診療機能を備えた専用車両に看護師や臨床検査技師が乗車して通院が困難な住民宅を訪問し、医師は遠隔地からオンラインで診療を行うシステムである。薬剤師によるオンライン服薬指導も行われる。車両は複数の医療機関で共有利用しており、人工知能（AI）を活用したシステムで配車し、地域包括ケアのプラットフォームとなっている[42]。

海外では、例えば米国ミズリー州の Mercy Virtual Care Center は入院病床を持たないバーチャル病院として、遠隔医療と在宅患者モニタリングを大規模に展開している[46]。フランスでも、複数のセンサーや医療機器を内蔵した個室型遠隔診療ブースを市役所や薬局などに設置し、遠隔地からでも診療可能な体制を整えている[47]。これらの取組によって、患者死亡率の低下や集中治療室（ICU）在院日数の短縮、医療コストの削減、地方からの医療アクセス格差の是正などの成果を上げている。

AI やロボット技術の看護現場への導入も喫緊の課題である。在宅現場における看護師による超音波診断装置（エコー）を用いた便の性状や位置[48]、残尿量[49]、褥瘡の深達度[50]の確認など、正確な身体評価に基づいたケアや AI による診断支援技術も拡大し、普及しつつある。さらには、AI による読影支援技術も進歩しており、看護師が自律的に在宅で有効なケアを提供することが可能となりつつある[51]。

一方で、我が国においては、ケア提供の現場での AI やロボット技術の活用は未だ限定的である。AI やロボット技術の活用の推進には、ヘルスケア人材育成の基礎教育において、テクノロジーの活用が柔軟にできる人材育成と、ヘルスケア現場における人材の配置等の制度設計の見直しが欠かせない。また、テクノロジーを持続的に機能させるためのインフラ整備も必要である。

5 人口減少・人口偏在に戦略的に対応できるヘルスケア人材の養成：基礎教育課程の再編

(1) 大学看護学部等における多職種連携教育の実態と評価

世界保健機関（WHO）は、健康に関わるあらゆる人材の危機に対応し、人材の適切な供給、構成、配分を確保するための解決策の一つとして、2010 年に多職種連携教育（Interprofessional Education：IPE）の枠組みを示し、協働実践の前提条件として多職種連携教育を掲げた[52]。既に、欧州諸国などでは IPE をヘルスケア人材養成のカリキュラムの柱に置き、EIPEN（European Interprofessional Education Network）を構築し、IPE の教育モデルや研究成果を共有している[53]。

早期から医学・看護学・理学療法学・作業療法学などを統合した教育モデルにより体系的な IPE 教育を国全体で導入し、EIPEN にも加盟するスウェーデンでは、1990 年代に教育病院の中に「Interprofessional Training Ward（多職種連携を学ぶ学生主体の病棟）」を導入、IPE 教育モジュールの最終ゴールとして、医学・看護・理学療法・作業療法などの学生がチームを組み、実患者に対してケアを実践、患者の安全とアウトカムを最大にするためにタスク・シェアを含め、どのように協働しあうかを学ぶ[54]。職能によるヒエラルキーを排除し、問題解決に向けた有効なコミュニケーションの取り方の学習に重点が置かれる。これは、人口や疾病構造の変化を見通した保健医療・教育政策であり、地域医療のニーズに対応するための持続的なヘルスケア人材育成を実現するためのものである[55]。

日本においても 2000 年代に入って IPE が推進され、多くの医療系の教育機関で導入が進んだ[56] [57]。しかし、その導入の仕方は体系的なモジュールではなく、未だに本来の目的を果たしているとはいえない。

本分科会が実施した日本の看護系大学を対象とした調査では、回答校の 83.1%が IPE を行っており、開講年度は 2010～2019 年が 53.8%と最も多く、次いで 2000～2009 年の 21.5%であった。必修科目としている大学は 63.8%、選択必修科目は 11.6%であった。平均単位数は、必修科目では 0.8～1.3 単位、選択必修科目では 0.1～0.3 単位と選択必修科目では 1 単位未満であり、教育時間は多くなかった。教育方法は、実践的かつ対話的な学びが重視され、評価項目も、チームワーク、倫理観、役割理解、コミュニケーション能力、患者中心の視点など、実践的な協働力の育成を重視していた。看護学と連携して IPE を行っていた学科（専攻）は、医学科、薬学科、理学療法学科（専攻）が多かった¹⁵。

本調査の結果から、日本では IPE は行われてはいるが、必ずしも積極的に取り入れられていない現状が浮かび上がった。その理由として、他学部（学科）との調整の難しさ、カリキュラムが過密でコマの確保ができない、学修成果の評価が難しいなどが課題の上位に挙がっており、既存のカリキュラムに IPE を加えるという日本型の教育の組み立て方が、目指すべき IPE を難しくしていることが示された。Yamamoto ら[57]も、日本における IPE の障壁として、IPE の必要性の認識の不足・欠如、IPE の知識・資源の不足、IPE

¹⁵ 本分科会において実施した「看護系大学における『多職種連携教育・テクノロジー活用教育』に関する実態調査」。日本国内の看護系大学における多職種連携教育及び医療・ケアに関するテクノロジー活用教育の実施状況を明らかにすることを目的とし、看護学教育のカリキュラム作成・運営に携わる責任者を対象に調査を行った。調査は、2025 年 4 月に、看護系大学 304 校を対象としてインターネットにより案内し、計 83 校から有効回答を得た。結果は未発表である。なお、本調査の調査票の詳細は、「学術に関するアンケート調査票」として＜付録＞に記載した。

のメリットを認識していないことを挙げている。一方で、令和6年度（2024年度）の診療報酬改定では複数の加算項目に多職種連携が加えられたように、実践現場においては多職種連携が必須となっており、IPEの必要性の理解の促進が必要である。

(2) ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンシーの明確化に向けて

先に紹介した実践モデルを定着させ、ヘルスケア人材が既存の職種の業務内容や責任範囲の枠を超えて、臨機応変に住民のニーズに対応できるようにするためには、既存のカリキュラムにIPEを加えるというよりも、ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンシー、つまり効果的な成果を生み出す行動特性を明確にした上で、ヘルスケア実

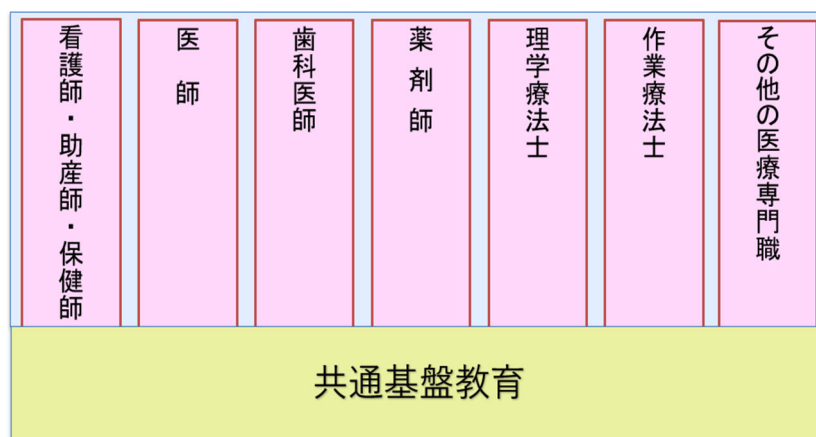


図2 ヘルスケア人材の共通基盤教育の概念モデル

（出典）ヘルスケア人材共創に向けた看護学分会で作成

践の共通基盤教育として「ヘルスケア人材共通基盤科目」を創設し、ともに学ぶことが必須となる。これを学修した後に各専門領域の学修を行う体系とする（図2）。これによって、課題となっていた多職種で学ぶことの意義が理解され、IPE教育を取り入れやすくなると考える。

既に、多職種連携教育の議論のもとでは、専門職間の連携協働が円滑に機能する基盤として、3つのコア・コンピテンシーが挙げられている[58]。1つ目は他の専門職を補完できる、すなわちその専門職と他の専門職を区別する専門職能力（Complementary）、2つ目はすべての専門職が必要とする共通能力（Common）、3つ目は他の専門職との協働に必要な協働的能力（Collaborative）である。

職種間の役割統合・再編が進む欧州の一部の国・地域では、既に医療専門職の多職種連携にとどまらず、福祉専門職（ソーシャルケア人材）も含めたコンピテンシー枠組みの開発・運用が進んでいる。我が国でも日本保健医療福祉連携教育学会が中心となり、文献レビュー、幅広い意見収集、専門家によるプロトタイプづくり、パブリックコメント、合意形成・最終合議のステージを経て「医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー」が策定・公開されている[59]。開発されたコンピテンシーは、特に協働的能力（Collaborative）に焦点を当てたもので、「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」「職種間コミュニケーション」の2つのコア・ドメインと、これを支える4つのドメイン（「職種としての役割を全うする」「関係性に働きかける」「自職種を省みる」「他職種を理解する」）から成る。

こうしたコンピテンシーの開発の着手には、次の背景がある。我が国では、「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書において、地域包括ケアシステムの中で介護・医療・予防を一体的に提供していくためには、人材育成の見直しが必要であることが指摘され、現任者の人材育成の充実、各職種における「本人との協働」「地域との協働」の役割発揮を前提とする多職種協働の深

化だけでなく、「基礎職種教育の統合」、さらには「基礎職種の統合」も長期的な取組の方向性として更に議論を深めていくべきとの提起があった[60]。そして、2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、地域共生社会の実現に向けた施策の1つとして、医療、介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設けることを検討することが盛り込まれた[61]。また、厚生労働省「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検討会報告書(2017年4月)」において、その検討は、対人支援を行う専門職に共通して求められる能力・教育内容を国レベルで明確化し、地域における検証を経て共通基礎課程を導入するプロセスとすべきとされた[62]。

これに関連して、2016年度・厚生労働科学研究「医療関係職種の養成課程内容共通度の調査研究」(研究代表者 大西弘高)は、コンピテンシー基盤型教育や専門職種間連携とその教育を見据えた展望の明確化が望ましいことを指摘した。さらに、以上を踏まえた2017年度・同「保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に共通して求められる能力とその教育方法に関する研究」及び2018年度～2020年度・厚生労働科学研究「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究」(研究代表者 堀田聡子)では、まず協働的能力(Collaborative)に共通能力(Common)を加えたものとして、地域共生社会の実現に向けて我が国の医療分野及び福祉分野の専門職に共通して求められるコンピテンシー試案の開発に取り組んだ。文献レビュー、専門家によるプロトタイプづくり、3つの地域における専門職・行政職・住民を交えたフィールド討議、4つの地域で医療分野及び福祉分野の専門職の養成に関わる大学・短期大学・専門学校計32課程のシラバスの解析と担当教員との討議、各地の研究協力者との意見交換を経て、試案は「Ⅰ. 専門職の自律と職業倫理(8)¹⁶⁾」、「Ⅱ. 科学的思考とその展開(4)」、「Ⅲ. 安全の確保と質改善(6)」、「Ⅳ. 当人の理解と支援(11)」、「Ⅴ. チーム・組織の理解と協働的实践(7)」、「Ⅵ. 地域・社会活動とソーシャルアクション(5)」の6つのコンピテンス領域にまとめられた[63]。例えばⅠの領域には、「当人中心性を重視した行動ができる」、Ⅱには「人体の構造と機能、疾病の成り立ちや回復のプロセスを説明できる」などが含まれる。

さらに、コンピテンシー基盤型教育の導入プロセスに関する議論[64]に基づき、教育方略や学習者評価方法等を加えた共通基礎課程のカリキュラムモデル素案が試作された。この段階で、大学設置基準や指定規則、シラバスとの紐付けを行ったところ、現行課程では医療系職種間、介護福祉系職種間には共通内容が多く、医療系と介護・福祉系の間には少ないこと、全てに共通する内容はかなり少ないこと、共通基礎課程は現行課程の共通部分を包含し、かつ各職種の専門カリキュラムの一部と重なりあうこと、医療分野及び福祉分野の専門職に共通して求められるコンピテンシー試案の内容は現行課程でも8～9割は修得できることなどが示されている[65]。

今後は、医療分野及び福祉分野の専門職に共通して求められるコンピテンシー試案を参照し、ヘルスケア人材として括った各医療専門領域が出しているコンピテンシーや、モデル・コア・カリキュラムなどを基に、ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンシーの検討が課題である。それによって、共通基盤教育が具体化するであろう。

¹⁶⁾ カッコ内の数字は、各コンピテンス領域のコンピテンシーの数を表している。

(3) 諸外国における医療分野及び福祉分野の専門職の教育制度の再編と統合・我が国への示唆

人口・疾患構造が変化する中、世界的に医療分野及び福祉分野の専門職の養成が質・量ともに追い付いていないとされている [66]。諸外国においては、医療・福祉、労働及び教育政策の見直しの中で、医療分野に留まらず、医療分野及び福祉分野の専門職の教育課程を横断して、一部共通化や資格構成の再編に関わる多様な動きが見られる。そのため、ここではヘルスケア人材に限定せず、医療分野及び福祉分野の専門職に幅を広げて、その動きを確認する。この職種範囲の拡張は目的に基づくものであり、諸外国の事例が示す「分断された職種教育を超えて共通の能力基盤を確立する」という方向性は、本分科会が対象とするヘルスケア人材の教育改革にも応用可能である。なお、以下に示す事例のうち、福祉専門職を含む海外の事例は、本見解の第一段階の対象範囲外ではあるが、将来的にヘルスケア人材の議論を福祉専門職（ソーシャルケア人材）へ拡張する際の参照枠として重要な示唆を持つ。

例えばフランスでは、医学教育の第1学年は保健教育共通課程と位置付けられるようになり、医学・歯学・薬学・助産学の4分野共通で基礎科学・社会人文科学を学ぶ [67]。本見解におけるヘルスケア人材の共通基盤教育の「位置付け」はフランスの保健教育共通課程に近い。ドイツでは、看護師、児童看護師及び老人介護士の分立した養成教育制度を統合して、ジェネラリストとしてのケア専門職の養成教育を導入する改革が進行中である [68]。フィンランドでは、1990年代半ばに、それまで分立していた医療分野と社会サービス分野の日常ケアに関する様々な中学校卒業レベル資格を統合し、社会・保健医療ケアにおける機能統合された総合職として、「日常的なケアを担う」共通基礎資格「ラヒホイタヤ」が創出された [69]。

各国で、変容する社会経済環境と支援ニーズを前提として、医療分野及び福祉分野の専門職の質・量両面の将来予測を行い、様々なステークホルダーと対話しながら、専門職養成の在り方に反映する試みが重ねられている [70] [71]。

我が国においても、地域共生社会の実現に資する人材の育成、支援ニーズの変化に応じた医療分野及び福祉分野の専門職の質・量の確保に向けて、まずは、先に述べたヘルスケア人材に共通するコンピテンシーを身に付けられるようにした上で、各職種が既存の枠組みに従ってケア提供の対象や業務内容や役割機能を規定するのではなく、社会経済環境や支援ニーズの変化に対応できるよう、各職種の業務内容や役割機能の拡大・柔軟化・統合に関する議論を開始するべきである。

(4) ヘルスケア人材として協働するための基盤教育と共通科目

ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンシーは、職種や分野を超えた共通言語を基にした地域における協働的实践、包括的な支援体制の構築を、柔軟なタスク・シフト／シェアや領域を横断した働き方によって実現するための基盤となる。求められるコンピテンシーを示すことは同時に、既存の教育によって十分に修得できていない領域、ヘルスケア人材の基盤教育として強化すべき教養を含む共通科目を特定することにつながる。ヘルスケア人材の共通基盤となるコンピテンシーは、今後、精査と合意が必須となるが、ここでは『(2) ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンシーの明確化に

向けて』で述べたコンピテンシー試案の調査にもとづいて検討する。この調査では、2018年度の医療系職種¹⁷教育課程のシラバスで、試案の内容の76.1%を学ぶことができることを明らかにした[72]。医療系職種において修得率が70%未満となったのは、おおむね以下のコンピテンシー項目である。

- 自らの心身のストレスに適切に対処できる（試案のコンピテンス領域Ⅰ）
- ICF（国際生活機能分類）の要素及びその関係性を説明できる（Ⅱ）
- 空間やモノ、体験、関係性のデザインに関する多様な手法を利用できる（Ⅱ）
- 生産性を高める多様なテクノロジー導入の提案ができる（Ⅱ）
- 継続的な質改善に必要なプロセスを実践できる（Ⅲ）
- 脆弱な個人や集団、抑圧や阻害、周縁化された個人や集団のニーズに対応できる（Ⅳ）
- 相談先や依存先の確保を意識した関わりができる（Ⅳ）
- 当人の自律性や強みを重視し、関係者の多様な視点を踏まえ、対応の方向性をともに模索できる（Ⅳ）
- リハビリテーション（人間復権）の視点からの関わりができる（Ⅳ）
- 専門職としての影響力を意識した上で、リーダーシップを発揮できる（Ⅴ）
- 多職種で学び合うための具体的な働きかけができる（Ⅴ）
- 様々な主体とつながり、インパクトを意識した取組を遂行できる（Ⅴ）
- 自らチーム内他者のストレスに注意を払い、適切に対処できる（Ⅴ）
- 住民や行政、民間企業など多様な主体を含め、コミュニティの継続的循環を環境や持続可能性の観点から論じることができる（Ⅵ）

埼玉県内の医療・介護関係機関28施設で働く医療分野及び福祉分野の専門職を対象として2022年に行った調査で、自らの保有する資格職種を養成する教育において、医療分野及び福祉分野の専門職に共通して求められるコンピテンシーの各項目がどの程度教えられていると思うかを4段階¹⁸で尋ねたところ、6つのコンピテンス領域のうち「Ⅵ. 地域・社会活動とソーシャルアクション」については5項目の平均点が2点未満（少しは教えられている、ほとんど教えられていない）となり、個人の暮らしとその支援の場となる地域を俯瞰的な視野を持ってアセスメントし、目指す姿に向けて、多様な主体とともに地域・社会に働きかけるための能力の教育は不足していた[73]。

医療系職種において複数のコンピテンシーの修得率が課題となっていたのは、医療分野及び福祉分野の専門職の「Ⅱ. 科学的思考とその展開」、「Ⅳ. 当人の理解と支援」、「Ⅴ. チーム・組織の理解と協働的实践」、「Ⅵ. 地域・社会活動とソーシャルアクション」の4つのコンピテンス領域のもとにあるコンピテンシーである。

ヘルスケア人材が、厚生労働科学研究の対象となった対人支援専門職の一部であることを考慮すると、コンピテンス領域については両者に大きな違いはない。他方で、コンピテンス領域の名称は、医療専門職であるヘルスケア人材の役割や対象を表した表現になる。

¹⁷ 平成30年度の研究でシラバスの検討対象とした32課程に含まれた医療系職種は、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、救急救命士、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、公認心理師である。

¹⁸ 4段階の内訳は、1 ほとんど教えられていない、2 少しは教えられている、3 まずまず教えられている、4 十分教えられている

本分科会では、これらをもとに吟味し、表2の通りコンピテンス領域試案を作成した。具体的には、例えばコンピテンス領域Ⅰの「職業倫理」は、近年、ヘルスケア人材の研究倫理教育が職業倫理とは独立した枠組みで行われていることなどを考慮し、「倫理」へと変更した。また、Ⅳの「当人」という表現は、ヘルスケア人材の対象を意味する「患者・クライアント等」に変更した。この変更によって、コンピテンス領域の表現に医療専門職の特徴を表した。この試案は、今後の課題である大学学部等での教育におけるヘルスケア人材に共通するコンピテンシーの作成と整理においても、有効活用できる枠組みであると考ええる。

表2 医療分野及び福祉分野の専門職（厚労科研作成）とヘルスケア人材（分科会作成）に共通して求められるコンピテンス領域試案

医療分野及び福祉分野の専門職に共通して求められるコンピテンシー試案のコンピテンス領域(厚労科研提案)	ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンス領域試案(分科会提案)
Ⅰ.専門職の自律と職業倫理 Ⅱ.科学的思考とその展開 Ⅲ.安全の確保と質改善 Ⅳ.当人の理解と支援 Ⅴ.チーム・組織の理解と協働的实践 Ⅵ.地域・社会活動とソーシャルアクション	Ⅰ. 専門職の自律と倫理 Ⅱ. 科学的思考と実践展開 Ⅲ. 安全と質改善 Ⅳ. 患者・クライアント等の理解と包括的支援 Ⅴ. チーム・組織理解と協働実践 Ⅵ. 地域・社会への働きかけ

併せて、表2より、ヘルスケア人材に共通するコンピテンシーも、Ⅱ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵの4領域が課題になる。それは、現代の社会ニーズに即したコンピテンシーを強化した共通基盤科目の設定においても参考になる。

例えば、現状において最も不足しているコンピテンス領域Ⅵを強化するためには、まず、「地域を俯瞰的な視野を持って分析・解釈し、多様な主体とともに地域・社会に働きかける科目」の設置が必須である。次いで、ⅡやⅣのコンピテンス領域にあるコンピテンシーの修得率が低いことから、その対象である「人の理解（医療哲学）やその人への態度（人間の尊厳）に関わる科目」を共通基盤科目に加えることは欠かせない。さらに、ⅡやⅤのコンピテンシーを修得するために共通して持つべき技術、とりわけ「地域医療において活用できる技術（テクノロジー含む）を学ぶ科目」設置も急がれる。

ヘルスケア人材である医療専門職は、カリキュラムに共通内容が多い[65]にもかかわらず、これまでは職種ごとに科目を学び、ヘルスケア人材が「ともに」学ぶ共通基盤科目として体系付けられていなかった。また、多職種連携科目は専門職横断科目としてカリキュラムの外付けとされる場合が多く、全ての医療専門職が学ぶ科目として位置付けられていない。言い換えると、重要性が指摘されながらも、医療専門職のカリキュラムの柱となっていない。刻々と変化する社会ニーズ、とりわけ人口減少や偏在、日常生活に高度な医療技術を必要とする人々の増加などに応じられる人材を育成するためには、ヘルスケア人材の共通基盤科目をともに学ぶことが必須である。そのためには、まずは科目の配置や時間・場所の調整が課題となる。さらに、多職種連携の基盤を作る共通基盤科目に必要な

教授方法の検討が必要である。

共通基盤科目の設置は、教育の基盤を共有することとなり、各専門職の専門科目はこの上に配置される。それは、将来的にヘルスケア人材が協働して、カリキュラムの改変を進めることの入口を作ることになる。加えて、今後、人口減少に伴って減少が見込まれる教育リソース（教員等）を有効活用するための方策としても位置付けられ得る。

さらに、共通科目を履修していることは、ヘルスケア人材が医療・支援を協働して行うための基盤となるコンピテンシーを身に付けていることの保障につながる。また、それらを「ともに」学ぶことで、協働がよりスムーズとなるばかりでなく、重なり合う業務内容が確認できるとともに、協働に必要なコミュニケーション力も養え、タスク・シフト／シェアの基盤を作ることが可能になる。それは、今後過剰になる職種と不足する職種のアンバランスや地域偏在などを調整することのできるヘルスケア人材の協働体制の再構築を検討する上でも有意義である。

併せて、共通基盤科目の単位取得は、各専門職間の既修得科目の単位互換を可能にするため、選択する職能の転換、複数の資格取得といった、他の専門職コースを学ぶ入口の敷居を下げ、ヘルスケア人材のキャリアデザインの多様化に貢献する。将来的には、複数の国家資格を有する者の数を拡大することにもつながるだろう。

なお、本見解では、教育体系や制度の違いから、まず大学等における共通基盤教育の導入を提案したが、今後は短期大学、専門学校、養成所等への展開も視野に入れた検討を行う。

6 見解

人口減少・人口偏在社会において、ヘルスケア人材の量的不均衡や偏在という課題を乗り越え、人々に必要なヘルスケア人材を持続的に提供していくためには、国・地方自治体・教育機関が連携し、計画的な人材養成と適切な配置を実現する施策を講じることが不可欠である。

その際、多職種協働の推進やタスク・シェア／シフトに対応した職種間の業務内容や役割機能の拡大により相互補完が可能となるよう、共通科目を基盤とした「基礎教育課程の再編」が求められる。さらに、効率的な働き方を実現するための働き方改革を進めるとともに、ロボット、AI、遠隔医療等のテクノロジーを積極的に導入し、「人員の配置基準」に過度に依存しない制度設計の構築が重要となる。社会経済環境や支援ニーズの変化を前提にヘルスケア人材の資格や基礎教育課程の再編を行っている諸外国の先駆的事例も参考に、我が国においても、地域共生社会の実現に資する人材育成と、支援ニーズの変化に応じたヘルスケア人材の質・量の確保に向けて、職種・分野を超えた基礎教育課程の一部共通化・統合や、業務内容及び役割機能の拡大・柔軟化・統合に取り組む必要がある。

(1) プライマリ・ケアにおける多職種連携の強化、「新たな働き方モデル」導入による地域包括ケアシステムの着実な推進

① 厚生労働省・文部科学省・経済産業省及び地方自治体への提案

人口減少・人口偏在社会に対応した持続可能なヘルスケア提供体制の構築に向け、以下の施策を提案する。

- 医療機関及びヘルスケア人材（医師、看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士等）について、地域の医療・介護ニーズを踏まえた適正かつ計画的な養成・配置を検討・推進すること。その際、現在の実態に合わせた配置や必要数ではなく、社会経済環境と支援ニーズの変化を前提として、ヘルスケア人材の量の将来予測を行い、配置計画を立案することを求める。
- 上記の対応を可能とするために、地方自治体が主導して従事者の医療機関ローテーション配置を促す仕組みや、医師養成以外の職種にも地域枠を拡大すること、例えば長崎県病院企業団や公益社団法人地域医療振興協会が実施しているような高度実践看護師の養成、計画的配置を全都道府県に導入し、修了者を離島、へき地、医療過疎地域に計画的に配置するよう提案する。これに向け、他国のように養成（学費）を支援する修学助成制度等を創設する。
- 支援ニーズ量に応じた効率的な人員配置を可能とするために、奈良県吉野郡天川村の事例のような幅広い能力を備えたヘルスケア人材が、柔軟に複数の医療・介護・福祉施設サービスに従事できるように、施設の人員配置基準や診療報酬上の施設基準を緩和する。
- 看護師に留まらず、リハビリテーション職種、特に理学療法士・作業療法士の役割機能の拡大を図る。プライマリ・ケアにおける身体機能、生活機能及び社会参加の中核職種として地方自治体に配置し、地域の診療所との連携を推進することで、予防の段階から、多元的な文脈に困難を抱える住民を含むすべての人のニーズを満た

す生きがいのある暮らしが促進される。

- どの地域に居住していても、ケアの質と安全性を安定的に確保するために、テクノロジー（ロボットやAI、遠隔医療技術等）を戦略的に医療機関や在宅医療の場に導入していくことに対して、国や地方自治体が財政的に支援するとともに、これらの研究開発及び現場導入への継続的な財政的支援を行うことを提案する。
- ヘルスケア人材の共通基盤教育の創設や、職種を超えた柔軟な人材配置、テクノロジー活用を持続的に機能させるためには、制度導入後の評価と改善の循環を担保する仕組みが不可欠である。国及び都道府県レベルにおいて、ヘルスケア人材政策を横断的に評価・調整する検討体制を整備し、教育、配置、業務範囲、報酬制度、テクノロジー導入を一体的に見直すガバナンスの構築を提案する。今後は、地域における住民の健康状態の変化、ケアの継続性、多職種協働の実効性、専門職の就業継続性といった指標を含めた多面的評価が求められる。

これらの新たな仕組みを成立させるためには、従来の「一人の看護師が何人の患者を受け持つか」といった人員配置基準のみに依拠する考え方からの転換が必要である。今後は、チーム医療における役割分担の在り方、タスク・シェア／シフトの実態、テクノロジー活用の程度等を踏まえた、新たな配置基準及び評価指標の導入が求められる。また、医療機関が看護業務等においてロボット等テクノロジーを導入する移行期において、その実験を可能とする環境構築—医療法や診療報酬上の人員配置や看護処置算定を維持しながら新たな仕組みを試行する等—が望まれる。

また、国及び地方自治体において、ヘルスケア人材の養成・配置にかかる予算を確保することを提案する。

② 医療機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）への提案

地域における医療・介護提供体制の強化に向け、医療機関に対して以下の取組を提案する。

- 地域の医療機関が共同事業体等連携体制を形成し、その枠組みの中でヘルスケア人材が効率的に利用者・患者へアクセスできる体制を整備すること。共同事業体や一定地域単位で、ヘルスケア人材の移動・配置を効率的に運用する仕組みが構築されることが望まれる。
- 高度実践看護師を病院や診療所に配置し、医師との協働実践を強化していき、地域の医療ニーズの不足に対応する。
- 地域の先駆的实践にみられるように、地域の需要に対応する柔軟な勤務体制の導入を進める。医師が複数の医療機関で非常勤勤務を行うのと同様に、他のヘルスケア人材についても、医療機関、看護・介護施設、在宅ケアの場を、利用者・患者の需要に応じて横断的に活用するモデルの構築が考えられる。

(2) 基礎教育課程におけるヘルスケア人材共通科目の設置と業務内容や役割機能の拡

大・柔軟化・統合

① 文部科学省、厚生労働省及び教育機関への提案

現在及び未来の社会的ニーズへ対応できるヘルスケア人材を育てるために、以下を提案する。

- 本見解においては、ヘルスケア人材に共通して求められるコンピテンス領域試案（表2）を示したが、領域及びその名称の検討等とともに、各領域に位置付けられるコンピテンシーを早急に検討し、大学学部等における共通教育基盤を再構築することを求める。
- ヘルスケア人材のコンピテンシーをもとに、既存の教育資源を有効活用しながら、体系的な共通科目を設置することを求める。共通科目は、ヘルスケア人材が、職種が異なっても互いに共通したコンピテンシーを有していることを保証するものである。
- 本見解では、共通科目として、①多様な主体とともに実現させる地域・社会への働きかけに関する科目、②人間の尊厳と理解（医療哲学・人間の尊厳）に関する科目、③医療教養としての技術（ヘルスケアスキル）に関する科目を例示した。現在、医療専門職が十分に学べていない、あるいは修得率が低いコンピテンシーを強化することを目的とした科目であり、体系的な共通科目内に位置付けることを期待する。
- 共通基盤科目の教育方法については、ヘルスケア人材がともに学び、議論する機会を作ることが必要である。それには、ともに学ぶための科目配置や時間・場所の調整が課題である。加えて、多職種連携の基盤を作る共通基盤科目に必要な教授方法の検討が必須である。
- 共通基盤科目の設置をもとに、ヘルスケア人材のコンピテンシーの共通基盤を作るために、各専門職種においてカリキュラム自体の再構築を進めることを求める。単に、科目を受けるのみであれば、従来の教育と相違ない。図2に示した通り、まずはヘルスケア人材の共通基盤教育を設置し、その上に、各専門領域が固有の専門性を共有する体系とするイメージである。
- 共通基盤科目については、各都道府県において複数の医療専門職種の養成を行う教育機関に設置することを基本とし、施設を超えてカリキュラム構築を行い科目提供できるように設計する。加えて、その導入効果の検証に向け、まずは一部導入地域において前向きにモニタリングを実施し、実証的データに基づく科学的エビデンスの構築を目的とした研究の推進を求める。全国展開は検証後に実施する。
- ヘルスケア人材が共通するコンピテンシーを身に付けることによって、専門職種間のタスク・シフト／シェアの在り方についても建設的な議論が可能となる。このコンピテンシーの獲得によって、各医療専門職の業務内容や役割機能の拡大・柔軟化・統合に関する議論を開始することを求める。

なお、「(2) 多職種連携を強化するヘルスケア人材共通科目の設置と業務内容や役割機能の拡大・柔軟化・統合」を基盤とし、「(1) プライマリ・ケアと多職種連携の強

化、「新たな働き方モデル」導入による地域包括ケアシステムの構築」が実現する。現代社会、及び未来の社会ニーズを考慮すると、2030 年までに本提案の実現に向けた準備を終え、その後早急に、ヘルスケア人材のカリキュラム改革を行うことを提案する。

本見解ではヘルスケア人材として医療専門職に焦点を当てるが、今後の課題として、国家資格を保有する福祉専門職へも議論の範囲を拡張していくことを挙げておきたい。その際、医療専門職のみを括る用語として用いた「ヘルスケア人材」については、再検討が必要になる。

また、今後、一層の人口減少等によってヘルスケア人材全体の規模が縮小すること、大学等の教育機関の統廃合、教員の不足など、リソースの減少が見込まれる。その際、医療の現場だけではなく、教育機関においても、これまで以上の効率化、教育提供方法や教員配置体制の抜本的な見直しが必須となる。見直しによって、学校及び養成所の指定規則や人員基準の在り方、改定の必要性等、新たな課題も見えてくる。本見解は、こうした将来の課題を見据えたアクションの一つとして位置付けられる。

<参考文献>

- [1] 日本学術会議 人口縮小社会における問題解決のための検討委員会、提言『人口縮小社会』という未来—持続可能な幸福社会をつくる—、2020 年 8 月 24 日。
- [2] 日本学術会議 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同少子高齢社会におけるケアサイエンス分科会 提言「ケアサイエンスの基盤形成と未来社会の創造」、2020 年 9 月 2 日。
- [3] 日本学術会議 健康・生活科学委員会看護学分科会 報告「With/after コロナ時代の地元創成看護学の実装」、2023 年 9 月 26 日。
- [4] 厚生労働省、令和 4 年版厚生労働白書—社会保障を支える人材の確保—、2022 年 10 月 14 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000988388.pdf>
- [5] 国立社会保障・人口問題研究所、日本の地域別将来推計人口（令和 5（2023）年推計—令和 2（2020）～32（2050）年—、2023 年。
https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/1kouhyo/gaiyo_s.pdf
- [6] 日本学術会議 地域研究委員会人文・経済地理学分科会、地域情報分科会、提言「人口減少時代を迎えた日本における持続可能で体系的な地方創生のために」、2017 年 3 月 24 日。
- [7] 第 1 回 2040 年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（令和 8（2026）年 4 月 10 日）看護を取り巻く現状について。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001689160.pdf>
- [8] 内閣府、令和 5 年版高齢社会白書、2023 年。
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html
- [9] 厚生労働省、令和 6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況、2024 年。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/24/index.html>
- [10] 厚生労働省、令和 4 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況、2023 年 12 月 21 日。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/22/dl/gaikyo.pdf>
- [11] 日本理学療法士協会、統計情報。
<https://www.japanpt.or.jp/activity/data/>
- [12] 日本作業療法士協会、統計情報。
<https://www.jaot.or.jp/statistics/>
- [13] 厚生労働省、令和 5（2023）年 医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/23/dl/11gaikyo05.pdf>
- [14] 日本看護協会、令和 6 年 看護関係統計資料集、2025 年 6 月。
<https://www.nurse.or.jp/nursing/home/statistics/pdf/toukei01.pdf>
- [15] 厚生労働省、医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ、2019 年 11 月 15 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000567572.pdf>
- [16] 厚生労働科学研究データベース、医療従事者の需給に関する研究、2017 年 3 月。
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2016/201620015A.pdf
- [17] 厚生労働省、令和 6 年（2024 年）医師・歯科医師・薬剤師統計の概況 1 医師。

- https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/24/dl/R06_kekka-1.pdf
- [18] 日本看護協会、看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに関するガイドライン及び活用ガイド、2022 年 6 月 15 日。
https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/shift_n_share/guideline/tns_guideline.pdf
- [19] 第 9 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ、2022 年 10 月 27 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001005808.pdf>
- [20] 医療従事者の需給に関する検討会第 33 回医師需給分科会、診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて、2020 年 2 月 13 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000595012.pdf>
- [21] 林玲子（2024）厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究、令和 6 年度 分担報告書、「無医地区の定義変遷と現状」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/02_%E7%84%A1%E5%8C%BB%E5%9C%B0%E5%8C%BA%E3%81%AE%E5%AE%9A%E7%BE%A9%E5%A4%89%E9%81%B7%E3%81%A8%E7%8F%BE%E7%8A%B6.pdf
- [22] 厚生労働省、医師偏在是正対策について、2024 年 12 月 19 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001359469.pdf>
<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE077.pdf>
- [23] 厚生労働省、歯科医療提供体制・歯科医師の現状について、2025 年 8 月 6 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001533278.pdf>
- [24] 厚生労働省、薬剤師の需給調査（2018）
<https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000647926.pdf>
- [25] 医療従事者の需給に関する検討会 第 3 回理学療法士・作業療法士需給分科会、理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性について、2019 年 4 月 5 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000499148.pdf>
- [26] 厚生労働省、医師・看護職員・理学療法士・作業療法士の従業者数について、n. d.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000106658.pdf>
- [27] 理学療法士・作業療法士の勤務実態 及び働き方の意向等に関する調査研究班、平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「理学療法士・作業療法士の勤務実態及び 働き方の意向等に関する調査」報告書、2018 年 3 月。
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/173011/201721049A_upload/201721049A0005.pdf
- [28] 公益社団法人長崎県理学療法士協会 推進リーダー制度（地域ケア会議推進リーダー／介護予防推進リーダー）
http://www.npta.or.jp/wp/?page_id=8825
- [29] 小松理度（2026）地域で交差する、デザインと総合診療（特集 医療におけるデザインの可能性を模索する）、月刊地域医学 40（3）、244-248.
- [30] 長崎県病院企業団、認定・専門・診療看護師、n. d.
<https://www.nagasaki-hosp-agency.or.jp/nursing/special/>

- [31] 中嶋裕・上田貴志・高橋史 (2025) へき地診療所におけるオンライン診療 (D to P with N) の実践と課題, 展望—診療報酬改定 (令和6年6月からの診療報酬改定で新設された看護師等遠隔診療補助加算) を受けて、月刊地域医学、39 (2)、190-195.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/chiikiigaku/39/2/39_52/_pdf?utm_source=copilot.com
- [32] むさしの丘ファミリークリニック、クリニック紹介、n.d.
<https://musashino-hills.com/information-2-2/>
- [33] 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会、山尾美希 編、【地域で活躍する看護師紹介①】あさかぜ診療所、2023年1月20日.
<https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=235>
- [34] Maier, C. B., Kroezen, M., Busse, R., and Wismar, M. (ed.) (2022). Skill-Mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care, Cambridge University Press.
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/skill-mix-innovation-effectiveness-and-implementation-improving-primary-and-chronic-care>
- [35] Department of Nursing and Health Care, Ministry of Health and Welfare. (2021). 2021 pilot project: Public-funded master's program for nurse practitioners.
<https://dep.mohw.gov.tw/DONAH/cp-1083-57857-104.html>
- [36] Henning, M., Henning, R. and Lynch, G. (2024). First Contact Physiotherapy: A 4-Year Service Evaluation of UK Primary Care Data, Musculoskeletal Care, 22(4).
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/msc.1961>
- [37] NHS (n.d.) Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS)
<https://coreprescribingsolutions.co.uk/arrs-support/>
- [38] 日本作業療法士協会 (2023) 第四次作業療法5ヵ年戦略 (2023-2027); 地域共生社会5ヵ年戦略・組織力強化5ヵ年戦略、日本作業療法士協会誌、131、6-7.
https://www.jaot.or.jp/files/page/somu/5years/kikanshi131-2023-2-15_kaisetu.pdf
- [39] 公益社団法人日本理学療法士協会 (2023) 健康づくり・予防活動・保健事業.
<https://www.japanpt.or.jp/pt/function/healthpromotion/>
- [40] 内閣府 (2025). 経済財政運営と改革の基本方針2025 ～「今日より明日はよくなる」と実感できる社会へ～
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf
- [41] 日本学術会議 健康・生活科学委員会看護学分科会、報告「持続可能な社会に貢献する看護デジタルトランスフォーメーション」、2023年9月22日.
- [42] 厚生労働省、医療DXの更なる推進について、2024年8月30日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001298804.pdf>
- [43] 厚生労働省医政局総務課、オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集、2023年8月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001140242.pdf>

- [44]公益社団法人 日本看護協会、看護業務効率化先進事例収集・周知事業 報告書、2024年3月。
<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/work-efficiency-report2024.pdf>
- [45]内閣府地方創生推進事務局、スーパーシティ・デジタル田園健康特区について、2025年4月。
<https://www.chisou.go.jp/tiiki/kokusentoc/supercity/supercity.pdf>
- [46]DBJ Research、2040年に向けたデジタルヘルスの活用～バーチャルホスピタルの実現へ～、2022年12月7日。
<https://www.dbj.jp/upload/investigate/docs/33f89e0ec4a4f777015973fc54d0dc02.pdf>
- [47]Credit Agricole Group、Remote consultations in France: an answer to medical deserts?、n.d.
<https://www.credit-agricole.com/en/news-channels/the-channels/economic-trends/remote-consultations-in-france-an-answer-to-medical-deserts#:~:text=Thirteen%20percent%20of%20France%E2%80%99s%20population,to%20deteriorate%20despite%20regionalisation%20efforts>
- [48]Tanaka, S., Yabunaka, K., Matsumoto, M., Tamai, N., Noguchi, H., Yoshida, M., Nakagami, G., Sugama, J., & Sanada, H. (2018). Fecal Distribution Changes Using Colorectal Ultrasonography in Older People with Physical and Cognitive Impairment Living in Long-Term Care Facilities: A Longitudinal Observational Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 6(2), 55.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29799515/>
- [49]Lopes, K. R., Jorge, B. M., Barbosa, M. H., Barichello, E., & Nicolussi, A. C. (2023). Use of ultrasonography in the evaluation of urinary retention in critically ill patients. *Revista latino-americana de enfermagem*, 31, e4025.
- [50]Aoi, N., Yoshimura, K., Kadono, T., Nakagami, G., Iizuka, S., Higashino, T., Araki, J., Koshima, I., & Sanada, H. (2009). Ultrasound assessment of deep tissue injury in pressure ulcers: possible prediction of pressure ulcer progression. *Plastic and reconstructive surgery*, 124(2), 540-550.
- [51]松本勝, 野村岳志, 河本敦夫 (編著), 一般社団法人次世代看護教育研究所, 真田弘美 (監). (2024). ポイントオブケア看護エコー. 照林社.
- [52]Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health., World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content>
- [53]Wilhelmsson, M., Staffan Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L-O., & Faresjo, T. (2009). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping--ground-breaking and sustainable, *Journal of Interprofessional Care*, 23(2), 121-33.

DOI: 10.1080/13561820902728984

- [54]Sottas, B., Mentrup, C.& Meyer, P. C. (2016). Interprofessional education and practice in Sweden, *International Journal of Health Professions* 3(1).
DOI: 10.1515/ijhp-2016-0002
- [55]一般社団法人 日本看護学校協議会、専門職連携教育ガイドライン、2019 年 5 月。
<https://www.nihonkango.org/report/recruitment/pdf/profession.pdf>
- [56]松岡 千代 (2013) 多職種連携の新時代に向けて：実践・研究・教育の課題と展望、*リハビリテーション連携科学* 14 (2) 181-194.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/reharenkei/14/2/14_181/_pdf/-char/ja
- [57]Yamamoto, T., Yamamoto, M., Abe,H., Sakai,I. (2021) Exploring Barriers and Benefits of Implementing Interprofessional Education at Higher Health Professions Education Institutions in Japan. *Journal of Allied Health*, 50(2): p. 97-103.
- [58]Barr H. (1998) Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181-187.
- [59]多職種連携コンピテンシー開発チーム (2015) 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー
https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryō/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf
- [60]三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2014) <地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書, 41-43.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/topics/dl/130705-2/2-01.pdf
- [61]ニッポン一億総活躍プラン (2016 年 6 月閣議決定)
<https://www.mhlw.go.jp/content/001549081.pdf>
- [62]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検討会報告書 (2017 年 4 月) , 29.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161081.pdf>
- [63]堀田聡子 (2022) 対人支援専門職の基礎教育課程の一部共通化をめぐって. *地域ケアリング*, 24 (6) , 6-11.
- [64]Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA. (2010) Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*, 32(8), 638-645. doi: 10.3109/0142159X.2010.501190
- [65]大西弘高 (2022) 共通基礎課程とその実装上の諸課題. *地域ケアリング*, 24 (6) , 30-36.
- [66]Pruitt SD, Epping-Jordan JE. (2005) Preparing the 21st century global healthcare

workforce. BMJ, 330(7492), 637-639

- [67] 鈴木利哉・奈良信雄（2014）卒前教育・卒後臨床研修のシームレスな連携と診療科・地域の医師偏在解消を目指すフランスの医学教育. 医学教育, 45（3）, 201-206.
- [68] 松本勝明（2022）ドイツにおけるケア専門職養成教育制度の改革. 健保連海外医療保障, 129, 1-14.
- [69] 森川美絵（2012）地域包括ケアシステムに必要とされる人材の考え方—フィンランドの社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤを手がかりに—. 保健医療科学, 61（2）, 130-138.
- [70] 小野太一（2016）ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆. 社会保障研究, 1（1）, 148-162.
- [71] Kaljouw M, Van Vliet K. (2015) Moving towards new health care and new health care professions: the contours. National Health Care Institute.
- [72] 大西弘高・佐藤理恵・高波千代子（2019）共通基礎課程コンピテンシー試案の修得可能性と導入に向けた課題に関する調査研究. 平成 30 年度厚生労働科学特別研究事業「保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に共通して求められる能力とその教育方法に関する研究（研究代表者 堀田聡子）」.
- [73] 田口孝行（2022）複数の専門資格取得の希望状況と実践に照らした共通基礎課程コンピテンシーの現状専門教育の状況. 令和 3 年度厚生労働行政推進調査事業「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシー習得に向けた教育コンテンツに関する研究（研究代表者・堀田聡子）」

＜参考資料 1＞審議経過

令和 6 年

- 2 月 12 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 1 回）
役員の選出、今後の進め方と本分科会で議論する方針についての検討
- 4 月 29 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 2 回）
科学的助言の方針について
分科会の企画する公開シンポジウム等の内容について
- 7 月 7 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 3 回）
見解の構成とその内容について
見解の構成に合わせた公開シンポジウムの企画について
- 9 月 23 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 4 回）
見解の構成について
第 1 回公開シンポジウムの決定について
第 2、3 回の公開シンポジウムの内容について

令和 7 年

- 1 月 13 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 5 回）
第 1 回公開シンポジウムの報告と見解につなげる内容について
見解内容の根拠となる調査について
- 5 月 20 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 6 回）
第 2 回公開シンポジウムの企画について
見解内容の根拠となる調査の進捗について
- 9 月 3 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 7 回）
第 3 回公開シンポジウムの企画について
見解内容についての審議

令和 8 年

- 2 月 1 日 ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会（第 8 回）
見解の内容についての審議
第 3 回公開シンポジウムの企画について
第 4 回公開シンポジウムの企画について

＜参考資料 2＞シンポジウム開催

●公開シンポジウム「人口減少・人口偏在社会に求められるヘルスケア人材」

主催：健康・生活科学委員会ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会、健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同共生社会に向けたケアサイエンス分科会、健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同生活習慣病対策分科会、健康・生活科学委員会パブリックヘルス科学分科会

日時：令和 7（2025）年 1 月 11 日（土）

場所：オンライン開催

次第：

第 1 セッション

森山 美知子（日本学術会議第二部会員／広島大学大学院医系科学研究科教授）

『看護職の地域・就業場所偏在と自律性における課題』

手島 恵（日本学術会議連携会員／東京医療保健大学副学長）

『グローバル・クライシスー保健人材の確保』

第 2 セッション

松本 正俊（広島大学大学院医系科学研究科寄附講座教授）

『医師の地域偏在とその対策について』

浅川 康吉（東京都立大学健康福祉学部理学療法学科教授／一般社団法人日本地域理学療法学会理事長）

『変貌する地域社会とリハビリテーション専門職の活用について』

●公開シンポジウム「人口減少・人口偏在社会に求められるヘルスケア人材：第 2 回」

主催：健康・生活科学委員会ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会、健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同共生社会に向けたケアサイエンス分科会、健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同生活習慣病対策分科会、健康・生活科学委員会パブリックヘルス科学分科会、歯学委員会、薬学委員会

日時：令和 7（2025）年 9 月 28 日（日）

場所：オンライン開催

次第：

第 1 セッション

恒石 美登里（公益社団法人日本歯科医師会／日本歯科総合研究機構主任研究員）

『歯科医師：すでに始まっている歯科における偏在問題について』

崔 吉道（金沢大学附属病院薬剤部教授・薬剤部長）

『人口減少社会の地域完結型医療を支える薬剤師の確保と育成』

第 2 セッション

山端 聡（奈良県吉野郡天川村村議会議員）

『人口過疎・ヘルスケア資源が限定的な地域における看護職の自立した働き方』

堀田 聡子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授）

『変化を求められる対人支援専門職の基礎教育：諸外国の動向と我が国における模索』

●公開シンポジウム「人口減少・人口偏在社会に求められるヘルスケア人材：第3回」

主催：健康・生活科学委員会ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会、健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同共生社会に向けたケアサイエンス分科会、健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同生活習慣病対策分科会、健康・生活科学委員会パブリックヘルス科学分科会

日時：令和8（2026）年5月9日（土）

場所：オンライン開催

次第：

第1セッション

亀井 智子（日本学術会議連携会員／聖路加国際大学教授）

『看護学における多職種連携教育の現在地と課題』

三重野 英子（日本学術会議連携会員／大分大学看護学科教授）

大久保 暢子（日本学術会議連携会員／聖路加国際大学教授）

『ヘルスケア人材の共通基盤教育の提案』

第2セッション

野出 孝一（日本学術会議第二部会員／佐賀大学学長）

『医学教育からみたヘルスケア人材の育成』

伊藤 祐子（東京都立大学健康福祉学部作業療法学科長）

『作業療法からみたヘルスケア人材の育成』

指定発言

松本 晴樹（文部科学省高等教育局医学教育課企画官）

総合討論登壇者

亀井 智子（日本学術会議連携会員／聖路加国際大学教授）

三重野 英子（日本学術会議連携会員／大分大学看護学科教授）

大久保 暢子（日本学術会議連携会員／聖路加国際大学教授）

野出 孝一（日本学術会議第二部会員／佐賀大学学長）

伊藤 祐子（東京都立大学健康福祉学部作業療法学科長）

真田 弘美（日本学術会議連携会員／石川県立看護大学学長）

<付録>学術に関するアンケート調査票

看護系大学における「多職種連携教育・テクノロジー活用教育」 に関する実態調査 ご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私どもは、日本学術会議看護学分科会でヘルスケア人材の教育に関する科学的助言を検討しているチームです。近年のヘルスケア人材の育成には、多職種(二職種以上)連携、テクノロジーの使用による効率化などが喫緊の課題となっております。

そのためには、この度、看護系大学様を対象として、多職種連携教育、およびテクノロジーに関する教育の実態と課題を明確化する必要性があるといえます。そこで、今後の看護学の方向性を検討するために、貴学の学部長・学科長・専攻科長様にご協力を賜りたいと存じ、本調査票をお送りいたしました。

多職種連携教育は広がっていますが、その教育内容は各大学の特徴によってさまざまであると推察し、その実態は明確ではありません。また、情報通信技術(ICT)や様々なテクノロジーの進展により、現場の看護実践での活用は進みつつありますが、看護系大学でどのような教育が行われているのかについても把握されていません。今後、これまで以上に多職種連携が必要とされ、また、ケアへのテクノロジー活用もますます多様化すると考えられますが、どのような教育やコンピテンシーが求められるか明確にしていくことも必要であると考えています。

そこで、本検討チームでは看護系大学の看護学教育のカリキュラム作成・運営の責任者を対象として、多職種連携教育、および医療・ケアのテクノロジー活用教育に関する実態を把握することを目的として本調査を実施することとしました。収集するデータは、主に日本学術会議ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会からの提言のための基礎資料として分析し、活用させていただき、還元したいと考えております。

ご多用中と存じますが、何卒ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

敬具

2025 年 4 月 吉日

日本学術会議健康・生活科学委員会ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会

委員長 西村ユミ(東京都立大学)

調査担当 亀井智子、大久保暢子(聖路加国際大学)

分科会委員 坂下玲子(兵庫県立大学)、真田弘美(石川県立看護大学)、三重野英子(大分大学)

用語の定義

本調査では、**多職種連携教育**とは「保健・医療・福祉等の国家資格をもつ専門職をめざす学部生を対象とした2職種以上の連携・合同による教育」とします。

医療・ケアへのテクノロジー活用とは、「情報通信技術(ICT)やAI、ロボットほか、様々な技術を用い、医療機関・福祉施設・自宅・地域・職域などで健康課題をもち生活する人やその家族などを対象として、健康増進や疾患管理、エンドオブライフケア等、健康・生命上のニーズに対する看護支援を目的とした技術の利用のこと」と広義に定義します。

調査要項

1. 回答の対象となる方

貴学の看護教育カリキュラム責任者(学部長、学科長、専攻長、研究科長、教務部長・教務主任など)の方を対象といたします。貴学の状況についてご回答いただけるようご対応くださいますようお願いいたします。

2. 回答の方法

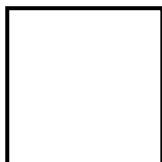
インターネット上で回答をお願いします。

下記の QR コードから調査用 Web サイトにアクセスして、Web 上で回答を入力してください。

途中での保存機能はありません。また、個人を特定できる情報を入力しないため回答送信後の撤回はできません。

Web で回答する場合の通信料はご負担をお願いいたします。

Web 回答用 URL:



3. 質問項目の構成

貴学の基本情報、多職種連携教育に関する項目、ケアへのテクノロジー活用教育に関する項目で構成します。

4. 回答所要時間

20 分程度

5. 調査期間

2025 年 4 月 7 日～5 月 12 日 (web サイトは 5 月 12 日正午に閉じます)

6. 結果の公表と個人情報の保護

収集した情報は本調査の目的以外には使用しませんが、現時点では計画されていないものの将来このデータを利用して研究が行われる場合に二次利用をする可能性があります。その際は改めて聖路加国際大学研究倫理審査委員会へ申請し、承認された場合のみ実施します。回答は統計的に処理し、個人や大学名を特定したり公表することはありません。解析した結果は日本学術会議からの提言に活用する予定です。

7. 研究参加のメリットとデメリット

本調査に参加することによる貴学への直接的なメリットはありません。また、謝金のお支払はありません。デメリットとして、回答に必要な時間が 20 分程度かかるため、負担を感じることがあります。本調査はインターネットを利用した調査であるため、通信料をご負担をいただきます。これらにご負担を感じられる場合は、回答を取りやめていただきますようお願いいたします。

8. 研究倫理審査の受審機関、研究費、利益相反について

本調査は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の (承認番号 24-A095) を受けて実施します。研究費は受

けていません。利益相反はありません。

9. お問い合わせ先

住所 〒

FAX: 電子メール:

多職種連携教育に関する看護系大学実態調査

アンケート項目

(回答は、回答用フォーム上でお願いいたします)

問 1. 貴学に関する基本情報をご回答ください。

設置主体	1. 国立大学(省庁大学校を含む) 2. 公立大学 3. 私立大学
所在都道府県名	1. 北海道 2. 青森県 3. 岩手県 4. 宮城県 5. 秋田県 6. 山形県 7. 福島県 8. 茨城県 9. 栃木県 10. 群馬県 11. 埼玉県 12. 千葉県 13. 東京都 14. 神奈川県 15. 新潟県 16. 富山県 17. 石川県 18. 福井県 19. 山梨県 20. 長野県 21. 岐阜県 22. 静岡県 23. 愛知県 24. 三重県 25. 滋賀県 26. 京都府 27. 大阪府 28. 兵庫県 29. 奈良県 30. 和歌山県 31. 鳥取県 32. 島根県 33. 岡山県 34. 広島県 35. 山口県 36. 徳島県 37. 香川県 38. 愛媛県 39. 高知県 40. 福岡県 41. 佐賀県 42. 長崎県 43. 熊本県 44. 大分県 45. 宮崎県 46. 鹿児島県 47. 沖縄県
学部・学科名	学部 学科
開学した年	西暦()年 開学
看護系の学部・学科開設年	西暦()年 開設
大学院設置状況	1. なし 2. 修士(博士前期)課程 3. 博士後期課程
学部在籍学生数	計 人
常勤教員数	看護系教員 人 看護以外の教員 人

問 2. 本調査票のご回答者についてお答えください。

所属	1. 学部 2. 大学院 3. その他()
役職名	1. 学部長 2. 研究科長 3. 教務部長・主任 4. カリキュラム・教務委員長 5. 科目担当の教授 6. 科目担当の准教授 7. 科目担当の講師 8. 科目担当の助教 9. 教務事務職 10. その他()
多職種連携教育の開講時期	1. 西暦()年開講 2. 開講していない

調査パート I. 多職種連携教育の実態について

Q1. 貴学では、チーム医療推進のための教育や、多職種連携教育(IPE:

Interprofessional Education) を学部正規カリキュラムの科目として行っていますか？

- (1) 必修科目として行っている⇒科目名称(), 配当年次()年次, 単位数()単位
- (2) 選択必修科目として行っている⇒科目名称(), 配当年次()年次, 単位数()単位
- (3) 自由選択科目としては行っていないが、他科目の一部として行っている
⇒科目名称(), 配当年次()年次, 時間数()
(4) 科目としては行っていないが、他科目の一部として行っている
⇒科目名称(), 配当年次()年次, 時間数()時間
- (5) 行っていない

Q2. 多職種連携教育を実施している場合、どの専門領域と連携していますか？（複数選択可）

- (1) 医学
- (2) 歯学
- (3) 薬学
- (4) 理学療法
- (5) 作業療法
- (6) 言語聴覚士
- (7) 視能訓練士
- (8) 技師装具士
- (9) 公衆衛生学
- (10) 社会福祉学
- (11) 栄養学
- (12) 臨床検査学
- (13) 診療放射線学
- (14) その他（自由記述）（ ）

Q3. 実施している多職種連携教育の具体的な形式と時間数を教えてください。（複数選択可）

1. 講義形式

- (1) 行っていない
- (2) 行っている

内容()

講義時間数()時間

2. 演習形式(学内のみ)

- (1) 行っていない
- (2) 行っている

内容()

演習時間数()時間

3. 実習（臨地実習を含む）

- (1) 行っていない
- (2) 行っている

内容()

実習時間数()時間

4. ワークショップ・事例検討会

(1) 行っていない

(2) 行っている

内容()

時間数()時間

5. その他 (自由記述) ()

Q4. 多職種連携教育における主な教育目的は何ですか？（複数選択可）

(1) チーム医療の理解

(2) 連携協働

(3) 他職種の役割の理解

(4) 職種間のコミュニケーションスキルの向上

(5) リーダーシップの養成

(6) チームケア倫理

(7) その他 (自由記述) ()

Q5. 成績評価の方法と評価の具体的観点を教えてください。

(1) 筆記試験による点数評価 ⇒ 評価の観点()

(2) レポート提出による内容評価⇒⇒評価の観点()

(3) 口頭試問⇒評価の観点()

(4) その他()⇒評価の観点()

(5) 評価は行っていない

Q6. 多職種連携教育を進める上での貴学の課題を教えてください。（複数選択可）

(1) 経営体または組織のチップが多職種連携教育に関心がない

(2) 専門職連携教育の重要性が学内で認知されていない

(3) 教員の専門性や指導スキルの不足

(4) 他学部(学科)との調整の難しさ

(5) 他大学との調整の難しさ

(6) 学生の関心に合っているか確証がない

(7) 学修成果の評価方法が難しい

(8) 図書・教材・物的リソースの不足

(9) 教員の準備時間の不足

(10) 予算の不足

(11) 場所の不足

(12) 教員の研修機会の不足

(13) カリキュラムが過密で科目やコマが確保できない

(14) 教育内容が定期的に更新できない

(15) 多職種連携教育について、どのように取り組めばよいかかわらない

(16)教育効果のある専門職連携教育のプログラムを作ることが困難である

(17)近隣に連携できる大学・学科がない

(18)多職種連携教育の必要性を感じない

(19)その他（自由記述）（ ）

Q7. 多職種連携教育による学生の学修成果を評価する際、どのような評価項目やコンピテンシーを考えますか？ 具体的にお書きください。

Q8. 多職種連携教育において、専門職間で共通に学修すべき内容は何であると思いますか？ 具体的にお書きください。

Q9. 多職種連携教育のさらなる充実のために必要な支援や取り組みは何だと思いますか？（自由記述）

調査パートⅡ. 医療・ケアへのテクノロジー活用の教育について

Q1. 貴学では、医療・ケアにおけるテクノロジー活用に関する教育を行っていますか？

(1) 必修科目として行っている⇒科目名称(), 配当年次()年次, 単位数()単位

(2) 選択科目として行っている⇒科目名称(), 配当年次()年次, 単位数()単位

(3) 科目としてではないが、行っている⇒科目名称(), 配当年次()年次, 時間数()時間

Q2. 教育を実施している場合、どのようなテクノロジーを取り扱っていますか？（複数選択可）

(1) 電子カルテ・電子カルテの活用とは

(2) AI（人工知能）のケアへの活用

(3) ウェアラブルデバイス(機器)のケアへの活用

(4) 遠隔診療・遠隔モニタリングのケアへの活用・実施方法

(5) 遠隔看護・遠隔コミュニケーション・遠隔保健指導の活用・実施方法

(6) シミュレーターの活用

(7) VR（仮想現実）技術のケアへの活用

(8) ロボット技術のケアへの活用

(9) ICT のケアへの活用

(10) 新しいアセスメント機器・観察機器の活用(エコー、AR、体圧分散測定など)

(11) eヘルス、mヘルス

(12) 機器などの開発

(13) ICT と情報セキュリティ

(14) 情報倫理

(15) その他（自由記述）（ ）

Q3. テクノロジー教育を行う主な目的は何ですか？（複数選択可）

(1) 医療現場での即戦力の養成

(2) 学生のテクノロジーリテラシー向上

(3) 医療安全の向上

- (4) 患者ケアの質の向上
- (5) 看護と機器開発の必要性理解
- (6) 看護と製品開発の必要性理解
- (7) 看護とシステム分野、工学分野との連携の必要性理解
- (8) 利用者のニーズをテクノロジーで解決する方法や視点の理解
- (9) その他（自由記述）（ ）

Q4. 成績評価の方法と評価の具体的観点を教えてください。

- (1) 筆記試験による点数評価 ⇒ 評価の観点（ ）
- (2) レポート提出による内容評価⇒⇒評価の観点（ ）
- (3) 口頭試問⇒評価の観点（ ）
- (4) その他（ ）⇒⇒評価の観点（ ）
- (5) 評価は行っていない

Q5. 医療・ケアへのテクノロジー活用教育における課題を教えてください。（複数選択可）

- (1) 教員の専門性の不足
- (2) 教員の最新技術に関する情報や知識の不足
- (3) 新しいアセスメント機器活用への抵抗感
- (4) カリキュラムの時間的制約
- (5) 学生のテクノロジーへの抵抗感
- (6) 演習や実習現場の不足
- (7) テクノロジー活用をケアに活用している事例の不足
- (8) 教育予算の不足
- (9) その他（自由記述）（ ）

Q6. 医療・ケアへのテクノロジー活用教育による学生の学修成果を評価する際、どのような評価項目やコンピテンシーを考えますか？ 具体的にお書きください。

（
）

Q7. 医療・ケアへのテクノロジー活用教育を充実させるために必要な支援や取り組みは何だと思いますか？（自由記述）

（
）

本実態調査へのご意見・ご提案があれば、自由にご記入ください。（自由記述）

（
）

ご協力頂きまして、誠にありがとうございました。

本調査結果は、日本学術会議ヘルスケア人材共創に向けた看護学分科会から報告する予定です。