

病院経営
に必要な

高齢医療従事者の 活用ガイドライン

社団法人 全日本病院協会



社団法人 全日本病院協会

〒101-8378 東京都千代田区三崎町3-7-12 清話会ビル7階
TEL:03-3234-5165(代表) FAX:03-3234-5206
<http://www.ajha.or.jp/> e-mail:info@ajha.or.jp



世界の先頭を走る日本の少子高齢化はさらに進展し、10年後には高齢化率が30%に達します。国も、高齢者の増加に備えて2001年度より年金制度の支給開始年齢の引上げに着手しており、直近の2013年度には、老齢厚生年金定額部分の支給開始年齢65歳引き上げが完了し、同時に同報酬比例部分の支給開始年齢が60歳から61歳へと引き上げられることが決まっています。これにより2013年度には、60歳の定年到達者の中に無収入無年金になる者が出てくる可能性が高まっております。

こうした一連の動向を見て、私達社団法人全日本病院協会(以下、全日病)の会員病院においても、定年前や働き盛りの者を問わず各世代の職員に動揺が広がっています。今後の「超」少子高齢社会において、病院が既存の雇用慣行及び制度そのままに対応が可能だと関係者は誰も考えていないでしょう。直近の2013年に派生する問題をクリアし、近い将来に向けて「高齢化にしっかりと対応した、持続可能な人的資源管理システム」を構築しておかなければなりません。

全日病では、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の委託を受けて、平成22年度から二年間にわたり、医療業の高齢者雇用と人的資源管理制度のあり方について検討を行ってきました。各病院担当者への質問票調査や聞き取り調査等を通じて、病院の雇用慣行と制度が抱える様々な課題が明らかになりました。このガイドラインは、そうした現場の課題を踏まえつつ、他業界の先進事例等を援用しながら、実現可能なアイデアとそれに必要な枠組みについて取りまとめたものです。

本ガイドラインが、将来予測される超高齢化と財政難という厳しい社会環境の中での、望ましい高齢者雇用推進と医療専門職人的資源管理システム構築活動の議論において、広く関係者に活用されることを期待いたします。



社団法人全日本病院協会 会長

西澤 寛俊

目次



はしがき / 目次	P1-2
はじめに	P3-4
1. 高齢者の活用推進が求められる背景	
1-1 高齢化の進展	P5-6
1-2 政府の年金制度改革	P7-8
1-3 政府の「高齢者」雇用対策	P9-10
1-4 企業の「高齢者」雇用対策	P11-12
2. 高齢者の活用に有効な枠組み	
2-1-1 雇用形態の多様化管理	P13-14
2-1-2 雇用形態の多様化に向けた病院の取り組み	P15-16
2-2-1 職務職能表による人材把握	P17-18
2-2-2 職務職能表を活用した病院の取り組み	P19-20
2-3-1 地域広報活動(コミュニティリレーションズ)の拡充	P21-22
2-3-2 病院による地域広報活動の取り組み	P23-24
3. 高齢者の活用にに向けた発展的なアイデア	
3-1 経営幹部育成によるエイジレス活用	P25-26
3-2 内部労働市場によるエイジレス活用	P27-28
3-3 地域広報活動を介したエイジレス活用	P29-30
おわりに	P31-32
医療業高齢者雇用推進委員会	
メンバー一覧・活動一覧	P33-34

高齢者雇用(活用)の背景と課題

1 ステップ 病院における 高齢者雇用の現状

現在、法と社会が、事業者に対し、高齢者の雇用と活用を強く求めてきています。同様に病院も、こうした求めに応じ、継続雇用制度を導入するなど個別に対応してきています。病院における労働力需要は構造的に高く、高齢の医療従事者は法律と現場からの求めに応じ、一見順調に活用が進んでいるように見えます。

でも、このままで良いのでしょうか。高齢者の多くは従来の仕事の継続を求めるので、職域が中長期に固定化し、それが高齢者の増加によって拡大して、組織の柔軟性が低下していきます。また、加齢に伴う体力や意識の変化に個人差が大きく、医療現場に不可欠な「チームワーク」の維持が困難になる可能性があります。

2 ステップ 病院業界における 労働市場の現状

病院業界において、医師及び看護師を中心に医療専門職の雇用流動性が著しく高くなっていることは、社会的に周知の事実です。医療専門職が組織に安定雇用されない(転職が多い)ということは、組織における中長期的なキャリア管理が十分なされていないことを示しています。医療専門職は高齢期まで、それぞれ可能な限り働くことが求められる需要の高い職種であるのに、個人差が大きくなる中高年齢期の働き方が曖昧で、それぞれの志向に合わせた安定的かつきめ細かな人的資源管理が未整備のまま放置されていると言っても過言ではありません。また、他産業に見られる再就職支援など、中高年齢者のサポート体制も不十分です。

3 ステップ 各病院と全日病の課題

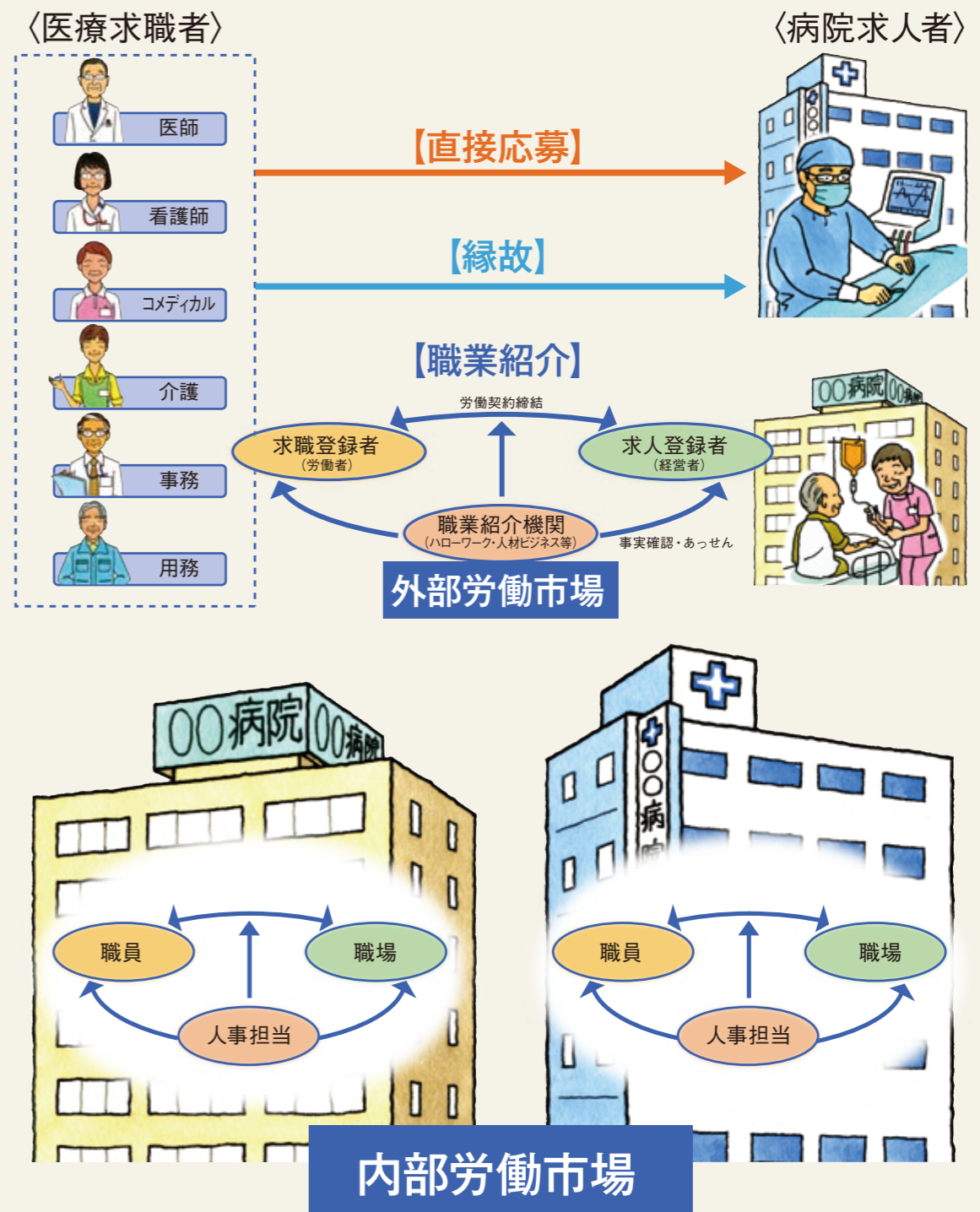
もちろん、このままではいけません。われわれの課題は明らかです。それは、法と社会が高齢者の雇用を強く求めてきているこの機会を利用し、各病院においては「高齢者の活用方法を工夫」していくとともに、民間病院業界(全日病)全体で「業界に特化した人的資源管理システム」を構築することです。病院単位では、組織内部における労働力需給調整のあり方を見直し(図表1「内部労働市場」)、高齢になっても継続就業が可能な領域を検討しなければなりません。また、病院業界単位では、その立地地域の労働市場の現状を踏まえて、医療専門職の組織横断的な秩序ある適材適所(同「外部労働市場」)を模索していく工夫が必要です。

4 ステップ 全日病「医療業高齢者雇用推進委員会」

こうした背景を踏まえ、全日病では、2010(平成22)年度からの二年間に渡って、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構「産業別高齢者雇用推進事業」の委託を受け、全日病内に「医療業高齢者雇用推進委員会」を設置して、上記の課題について検討を重ねてきました。この『病院経営に必要な高齢医療従事者の活用ガイドライン』は、上記事業の成果です。

高齢者にとって優しい制度は、全ての世代に優しい制度となります。これこそ、持続可能な制度です。医療現場の過度な労働負担に悩む病院業界にとって、高齢者活用の視点で人的資源管理システムを構築することこそ、いま求められる第一の課題なのです。

[図表1]外部労働市場と内部労働市場



1. 高齢者の活用推進が求められる背景

1-1 高齢化の進展

日本は既に、世界一の高齢社会です

ステップ1 日本の高齢化率は世界一

日本は、既に世界一の高齢社会です*。しかも、高齢者の比率はさらに高まることが予想されています。まずは図表2-1を見てください。日本の人口をメインの棒グラフにとって、年齢別の比率を折れ線グラフで明示したものです。棒グラフの高さは今後、どんどん低くなり、「生産年齢人口(15~64歳)」の折れ線は下がり続ける一方、「高齢化率(65歳以上人口割合)」は上がり続けます。つまり今後の日本は、総人口の減少とともに、その中の高齢者の比率が飛躍的に高まっていくと推計されているのです。高齢化の問題は、現在を生きる私たちの想像を遙かに超えるスピードで進行していくと考えられています。

ステップ2 「高齢者が増えていくこと」の課題

こうした中で私たちは、高齢者(65歳以上)層の全体像を想像出来ているでしょうか。残念ながら、全ての高齢者が生き生きと生活できている訳ではないのです。

図表2-2を見てください。これは、日本の高齢者のうち「医療(入院)・介護サービス利用者」の割合及び、その内訳を見たグラフです。図表の棒グラフの一番左、「65~69歳」層はまだまだ元気で、医療や介護サービスの利用者は5%未満にとどまります。これが「80~84歳」層になると「要介護」者(棒グラフの中間層)が急増し、利用者つまり「病院や介護のサービス対象となる高齢者」が「80~84歳」層全体の20%を越えて行くのです。

ステップ3 医療・介護サービスの対応力は?

図表2-2の通り、「85歳以上」層では、全体の半数以上が、「入院」するか、「要介護」もしくは「要支援」の状態となり、医療・介護サービスの対象者となります。2010年現在、「65~69歳」層は817万人、「70~74歳」層は695万人、「75~79歳」層は593万人、「80~84歳」層は433万人、「85歳以上」層は388万人もいます(平成22年「国勢調査」)。図表2-1の推計通り高齢化が進めば、各層の高齢人口も増加しますし、そうなれば必然的に医療・介護サービスの労働需要も増大していくのです。

果たして日本の医療・介護部門は、人口減に伴う労働力供給の低下、高齢化に伴うサービス需要の増大に対応できるでしょうか。

ステップ4 政府のみならず、社会全体で対応すべき

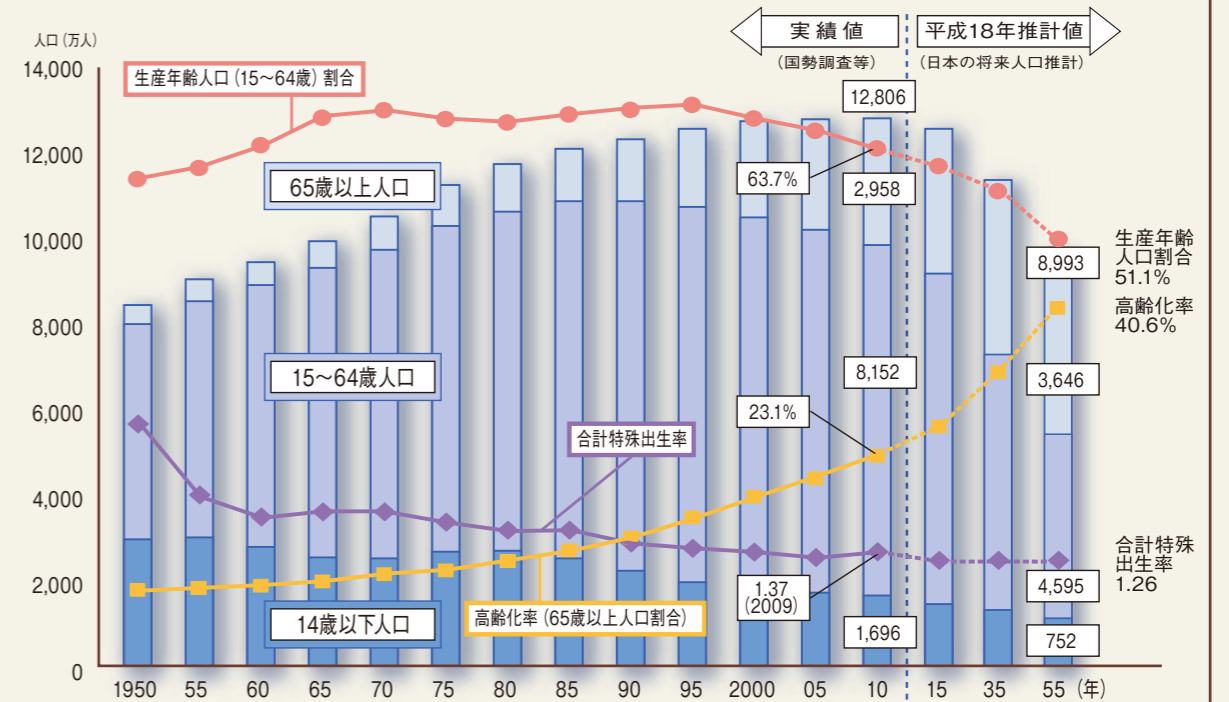
こうした現状と将来を踏まえると、高齢化世界トップの国における諸対策は、政府のみならず社会全体で取り組むべきレベルにあります。人口が減少する中、増加する高齢者に対し、健康を維持しつつ社会的役割を与えていく政策が不可欠なのです。

言うまでもなく病院は、医療・介護サービス部門の中核的存在であり、医療提供を通じて社会とつなぐ地域社会に貢献する重要な企業の一つです。増加する高齢者に医療サービスを提供する役割はもちろん、雇用機会を提供し、高齢者が生き生きと働き、自立を続けることができるようサポートしていく役割が求められています。

*日本の「老年人口指数」(2010年)は35.1%で、ドイツ30.9%(2010年、以下同じ)、スウェーデン28.1%、フランス26.2%、イギリス25.1%を押さえ、先進国の中でもダントツの一位です。ちなみに他では、アメリカ19.4%、ロシア17.8%、韓国15.2%、中国11.4%となっています。

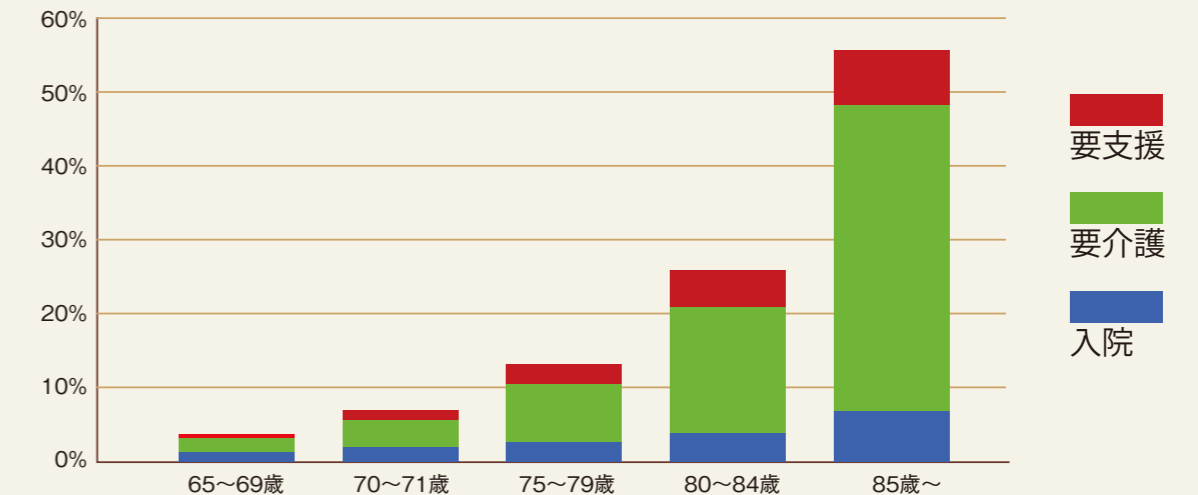
【図表2-1】 わが国の人口・高齢化率の推移

我が国の人口は、平成22(2010)年の1億2,806万人と、近年は横ばいで推移している。平成67(2055)年には9,000万人を割り込み、高齢化率は40%を超えると推計されている。



資料出所：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(10月1日現在)」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

【図表2-2】 高齢期の医療(入院)・介護サービスの利用者の割合



資料出所：国勢調査(平成22年)、患者調査(平成20年)、介護給付費実態調査報告(平成22年度)

1. 高齢者の活用推進が求められる背景

1-2 政府の年金制度改革

「2007年問題」から「2013年問題」へ

ステップ 1 2001年度から始まっている年金支給年齢の引き上げ

日本の年金制度は、いわゆる「二階建て方式」をとっています(図表3-1)。病院など厚生年金が適用されている事業所に勤める勤労者(サラリーマンなど)は、全ての国民に共通する定額の「国民年金(基礎年金)」(一階部分)と、報酬(賃金等)に比例して上乗せされる「厚生年金」(二階部分)の二つの年金制度に加入することになります(図表3-1中央)。

高齢社会の到来を受け、政府は既に2001年度より、年金「一階部分」の支給開始年齢を引き上げてきています(図表3-2)。目標とする支給開始年齢は65歳で、3年ごとに1歳ずつ引き上げ、「一階部分」への対応は2013年度に終了します。つまり2013年度以降、定額部分の年金の支払いは65歳になってから、となります(女性は5年遅れで実施)。

ステップ 2 「団塊の世代」の大量定年(「2007年問題」)

21世紀に入り、年金支給開始年齢引き上げが始まった数年後から、この問題がメディアで大きく取り上げられるようになりました。それは、第二次世界大戦後のベビーブーマー(1947~49年生まれ)の「団塊の世代」が2007年に60歳となり定年を迎え、これが大勢、一挙に年金生活者となるからです。これにより、政府及び社会の危機感が急速に高まってきました。

しかしながら、「2007年問題」は杞憂に終わりました。なぜなら、この時期は「リーマンショック」(2008年)前の戦後最長の景気拡大期で、60歳を越える定年到達者の多くは、企業等にとっての貴重な労働力として継続的に雇用されたからでした。

ステップ 3 「2013年問題」と景気動向

年金支給開始年齢の引き上げには二つのステージがあります(図表3-2)。第一ステージは「一階(定額)部分」の引き上げで、2013年度に65歳となり完了します。それ以降が第二ステージで、今度は2013年度から順次、同じく3年ごとに「二階(報酬比例)部分」の引き上げが始まります。つまり2013年度からは、60歳の定年以降、年金をもらえなくなる期間が発生するのです(「2013年問題」。これまで、「一階部分」は引き上げでもらえなくても、「二階部分」は受給できていました)。

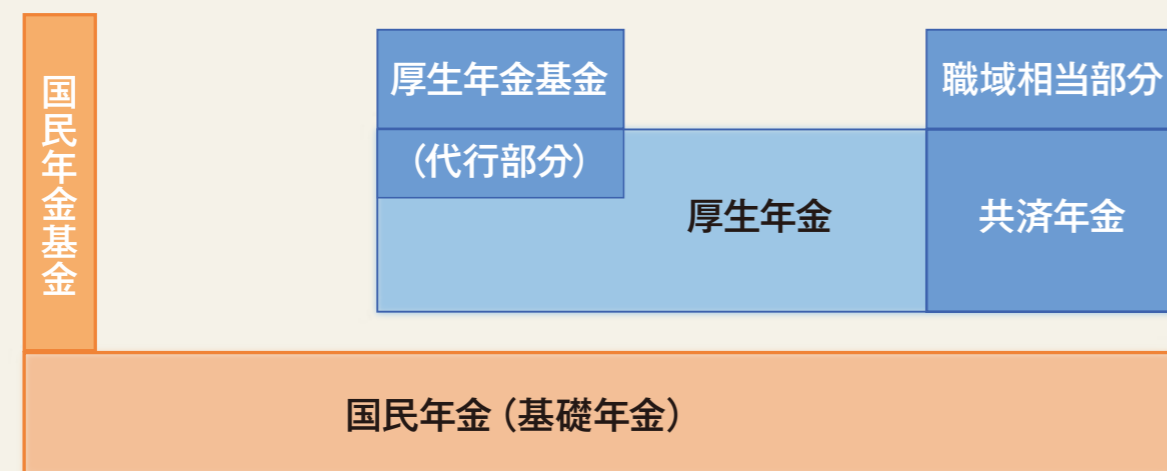
「年金がもらえないなら働かしくない」のですが、景気が良かった「2007年問題」と同様、今度も首尾良く行くのでしょうか。

ステップ 4 一組織だけでなく、業界全体で対応すべき

周知の通り、2008年のリーマンショック以降、世界的な金融不況はどんどん悪化しています。2011年にはギリシャ問題を筆頭として欧州の金融危機が連鎖的に発生しており、日本の経済と財政に多大な負の影響を与えています。

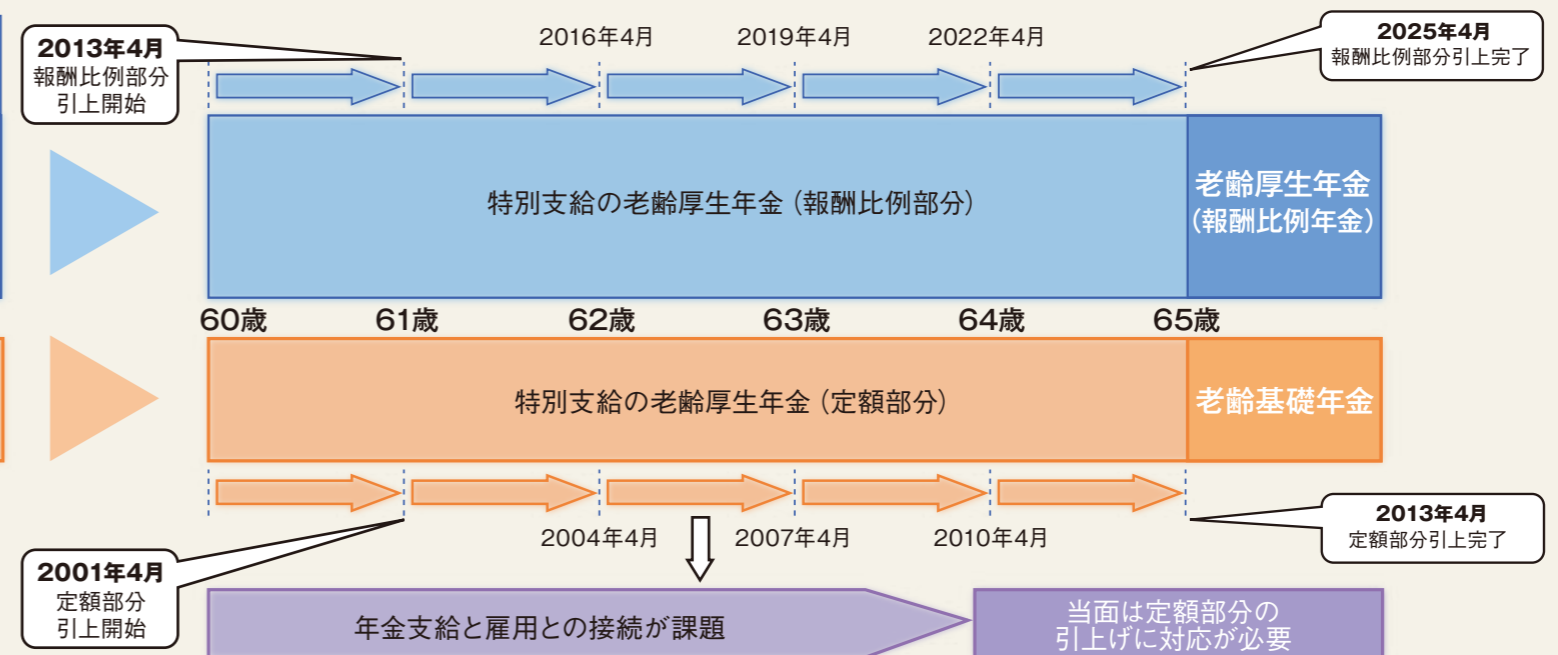
年金支給開始年齢の引き上げが第二ステージに入っていく以上(「2013年問題」)、高齢者の雇用延長は喫緊の政策課題であり、高齢者本人にとっても、働き慣れた職場で働き続けたいと考えることは当然のことと思います。しかしながら、経済状況の悪化が深刻化している現状ではそれぞれの市場で過当競争が進行し、一企業、一組織での個別的対応がどんどん困難になっていきます。

[図表3-1] 年金制度のしくみ



[図表3-2] 老齢厚生年金の支給開始年齢の引き上げ

年金制度改革により厚生年金の支給開始年齢が段階的に引き上げ



1. 高齢者の活用推進が求められる背景

1-3 政府の「高齢者」雇用対策

定年後の雇用確保措置を義務づけ、年金制度に接続する

ステップ 1 55歳からの安定雇用対策

政府の高齢者雇用政策は、「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」(1986年施行。以下、高齢者雇用安定法)によって定められています。同法は「高齢者」を「55歳以上」とし、それらの者の、安定的雇用、再就職の促進、応募や採用時の年齢差別禁止などを事業主に対して求めています。また、同法は第8条で、定年年齢について「60歳を下回することはできない」とも定めています。つまり、企業等における「60歳定年」並びに55歳以上の従業員の安定的な雇用の工夫は、法が求める最低ラインと言えます。そして、それらが叶わないケースにおいても、国と雇用者が協力して再就職のあっせんに努力するよう求めています。

ステップ 2 65歳までの「雇用確保措置」

さらに同法第9条では、定年制(65歳未満)を導入する企業等に対し、「65歳までの安定した雇用を確保するため」、次の三つの「雇用確保措置」のいずれかを講ずるよう求めています。その一つ目が「定年の引上げ」、二つ目が「継続雇用制度の導入」、三つ目が「定年の定め廃止(定年制の廃止)」です。

そして、この措置が、ただ「講ずる」だけでは許されなくなりました。同法は、その措置を、年金支給開始年齢の引き上げに合わせて導入するよう義務づけています(図表4-1)。既に2006年から同法の改正法が施行されており、企業等は、段階的に「雇用確保措置」の対象年齢を引き上げなければなりません。

ステップ 3 年金「一階部分」と「雇用確保措置」の接続

図表4-2は、先に示した年金支給開始年齢の引き上げ(図表3-2)と、ここで示した高齢者雇用確保措置の導入義務期限(図表4-1)の二つのスケジュールを並べて示したものです。

図表のとおり、同法が定める「雇用確保措置」は、老齢厚生年金の「一階(定額)部分」の支給開始年齢引き上げのスケジュールに合わせて導入義務期限が設定されています。2013年には一階部分の年金と雇用確保措置が「65歳」で接続され、固定化されます。つまり2013年には、事業主は定年制を撤廃しないのであれば、定年年齢を65歳まで引き上げるか、65歳までの継続雇用制度(再雇用か雇用延長)を導入しなければならないのです。

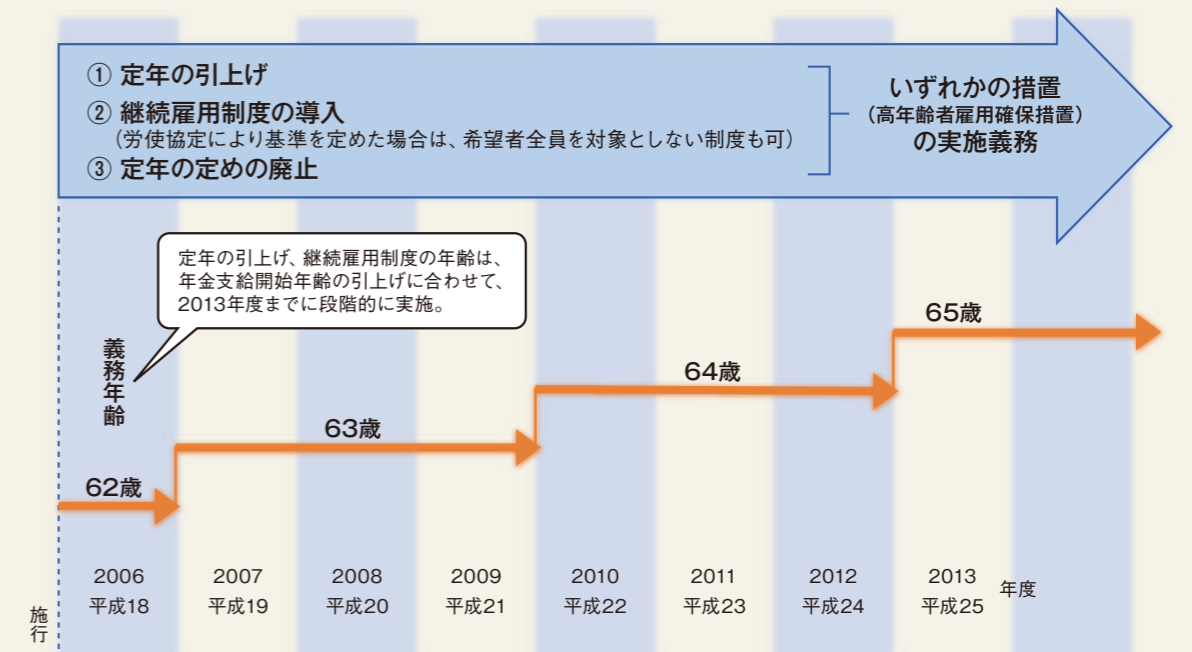
ステップ 4 定年到達者の「無年金無収入問題」

しかしながら、大きな問題が生じる可能性があります。既にあげた三つの雇用確保措置のうち、継続雇用制度を導入している企業等が、対象となる高齢者の「基準」を設けている場合があるからです*。図表4-2のとおり、2013年から、年金の「一階(定額)部分」の支給開始年齢が65歳で固定されると同時に「二階(報酬比例)部分」の支給開始年齢の引き上げが始まります。これによって、そのときの60歳の高齢者が働いていた企業等の継続雇用基準を満たさず雇用されなかった場合、その後の再就職活動が不調に終われば、この高齢者は失業して無収入になるばかりか、年金は「一階部分」も「二階部分」も支給されません。

*厚生労働省が毎年、企業等における高齢者雇用の実態について調査を実施し、結果を公表している「高齢者雇用状況報告」によると、2011年度では、継続雇用を導入している企業のうち56.8%が、定年後も継続雇用する者の基準を定めています。

[図表4-1] 高齢者雇用安定法による 高齢者雇用確保措置の義務づけ

高齢者雇用確保措置の義務年齢は、公的年金(定額部分)の引上げにあわせて段階的に引上げられることになっており、平成23(2011)年現在64歳となっている。



[図表4-2] 年金支給時期と高齢者雇用の関係

<年金支給時期と高齢者雇用の関係>

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2025年度
公的年金の報酬比例部分の支給開始年齢*	60歳	60歳	61歳	61歳	65歳
公的年金の定額部分の支給開始年齢*	64歳	64歳	65歳	65歳	65歳
高齢者雇用確保措置の実施義務化年齢	64歳	64歳	65歳	65歳	65歳

*女性は5年遅れで実施

1. 高齢者の活用推進が求められる背景

1-4 企業の「高年齢者」雇用対策

定年前に慌てない、中長期的な人的資源管理

ステップ 1 1990年代の「中高年労働者の人件費問題」

1990年代の日本経済は、バブル崩壊後、大手金融機関の破綻が相次ぐなど構造的な不況が続きました。ちょうどこの時期は「団塊の世代」が50歳前後の管理職層に昇進してきており、多くの企業は、その多大な人件費コストに耐えきれず、定年を待たずにリストラされる中高年層が急増し、これらが大きな社会問題となっています。企業とりわけ大企業における中高年齢従業員の雇用管理システムは、主にこの時代における各社の試行錯誤によって工夫され、制度として体系化されてきています。その管理システムは、単にリストラの問題を解決するのみではなく、従業員の能力開発と再就職支援を複線的に行うよう体系化されています。

ステップ 2 40代からの中長期的な能力開発支援

図表5-1は、大企業の標準的な管理システムを整理したものです。その特徴は、管理職登用や定年の直前に慌てて対応するのではなく、自社の中高年齢従業員を40代から中長期的に管理しようとするところにあります。図表に沿って見ていくと、まず40代前半から「活性化教育」を施し、従業員自身に将来への気付きを与えながら、要所で面接を実施します(図表5-1★印)。

こうした気付きによって、中高年齢従業員が自らの職業能力を見直し(「自己能力の棚卸し」、会社の中の内部労働市場において、新たな職場と働きがいを見いだすケースがあります。いわば「社内における第二の人生」の始まりです。

ステップ 3 高年齢者になる前の、再就職支援

同時に企業は「長期休暇制度」を設け従業員自身に考える時間を与えたり、教育環境を整備するなど様々な支援体制を工夫しますが、社内で新たな活躍の場が見つけれなかった場合、50代に入る時期をメドに「退職準備教育」へと移行することがあります。つまり、会社の外の外部労働市場を介し、社外に新たな活躍の場を見つける方法です。

図表のとおり、外部への出向など人事異動は、50代から定年までの長い時間をかけ、じっくりときめ細かに行なわれます。従業員はその過程の中で55歳に達し、高年齢者となります。既に整備してある能力開発のための環境は、今度は再就職に活かされていきます。

ステップ 4 大企業等に多い出向システム

大企業の多くは、事業の拡大とともに分社化が進んでいて、その傘下に多くの子会社を有しています。また、銀行などは融資先企業等の経営状況を広く把握しており、外部とはいえ、自社の高年齢者を送出しやすい「受け入れ先」をたくさん有しています。同時に受け入れ側も経営戦略上、親会社や融資元との関係を良好に保つために、その出身者を積極的に受け入れようとします。こうした人材の異動が出向(後で詳しく説明します)のかたちで行われることを、「系列内出向」と言います。しかし近年では、持続的な不況や子会社の自立化を背景に、「系列外*」に新たな活躍の場を求めるケースが増えています。

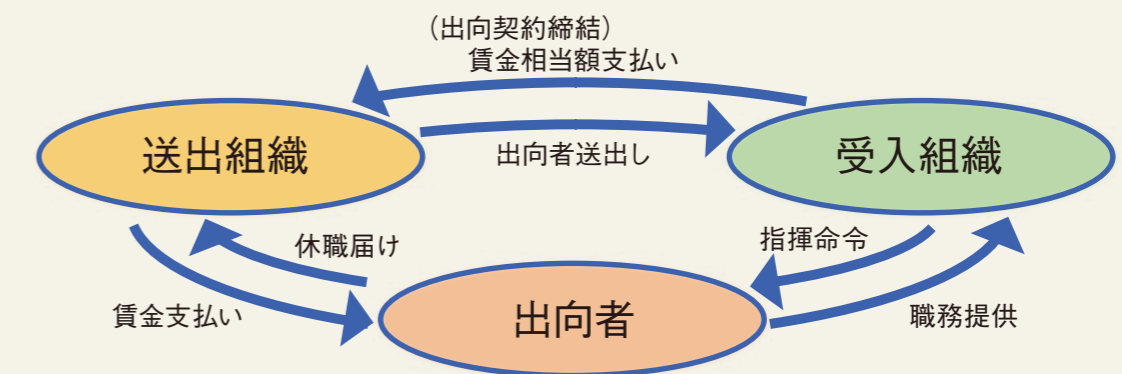
*政府(厚生労働省)と経済団体(日本経団連)の協力によって設立された(財)産業雇用安定センターは、「系列外」の企業同士の出向をあっせんする公的な専門機関です。人材を出向させたい企業(主に大企業)と、人材を出向者として受け入れたい企業(主に中小企業)の間を仲介し、その間の出向契約締結に向けた相談援助サービスを行っています。

[図表5-1] 企業の中高年齢能力開発体系

項目	年代	40歳	45歳	50歳	55歳	60歳	備考
生涯設計のため 年別教育		自己申告					面接：40歳半ばからは3~5年間隔 定年前2年からは1年間隔
能力再開発と 自動努力への 支援		40歳代前半教育 (活性化教育)	★面接	★	★ ★ ★ ★		
能力発揮の 環境づくり				50歳代前半教育 (退職準備教育)		退職直前 教育	産業人大学の 活用
産業人大学				再就職者/出向者のための教育			
行政等機関				自己能力の棚卸し			中小企業向け教育も 行う産官学の ネットワークの構築
				専門能力向上教育/職種転換教育/新技術・知識習得教育/ 通信教育/体力づくり/教養講座			
				長期休暇制度			
				教育環境の整備/管理者の意識改革/相談員制度/ フレックスタイム/ストレス・マネジメント		OBサロン	
				速成知識・技術/非専門的スキル/事務スキル/意識転換/リフレッシュ・レベルアップ			
				生涯職業能力開発支援			
				生涯学習支援			

資料：日経連「高齢化問題研究委員会報告」(1990年)

[図表5-2] 出向制度(在籍出向)の例



2. 高齢者の活用に有効な枠組み

2-1-1 雇用形態の多様化管理

中高年齢者にキャリアを選択させる「枠組み①」

ステップ1 高齢者ほど「個人差」が大きくなる

高齢者の最大の特徴は個人差の大きさです。その「心技体」のバランスはそれぞれ異なり、また時間とともに大きく変化します。意欲に満ち、高い技術と経験を持っていても、健康を害していたのでは従来と同じように働き続けることが難しくなります。あるいは、高い技術を持ち、かつ健康なのに、組織の中で働き続ける意欲が低下する高齢者*も多く存在します。また、高齢者が持つ「高い技術」も、専門機器の技術革新で急速に陳腐化する場合がありますし、「健康」についても、歳を追うごとに体力が落ちていく不安を抱えています。高齢者の人的資源管理は、こうした多様性と変化の大きさを踏まえ、幅広く柔軟に整備されていく必要があります。

ステップ2 キャリア形成パターンの3類型

図表6-1は、従業者(労)と事業主(使)側双方の「勤続に対する考え方」の長短から3つのキャリアパターンを析出したものです。一つ目のパターンは、労使ともに長期勤続を志向する「長期蓄積能力活用型」のキャリアです。いわゆる従来からの日本型雇用で、新卒で採用され幹部へと昇進していくパターンです。二つ目は、一つの組織での長期勤続よりも仕事の内容にこだわる「高度専門能力活用型」のキャリアです。当然、仕事優先で転職するケースが想定されます。三つ目は、労使ともに短期勤続を前提とする「雇用柔軟型」のキャリアです。長期勤続や仕事内容よりも自らの生活のあり方を優先させる人に向けた働き方です。

ステップ3 キャリア類型ごとに異なる処遇制度

図表6-2は、それぞれの類型ごとに異なる処遇制度のあり方をまとめたものです。働き方が変われば、当然ながら処遇制度も変わっていきます。「長期蓄積能力活用型」は、幹部候補もしくは幹部が対象となるため、年功主義的な処遇(月給制など)に職業能力評価(諸手当など)を加味した制度が適しています。「高度専門能力活用型」は、特定の仕事に特化した専門職を対象とするため、可能な限り能力主義的に処遇(年俸制など)することが求められます。「雇用柔軟型」は、ワークライフバランスを志向する短時間労働者が中心となるため、時間給を基本とした処遇に生活支援策を加味した制度が有効になります**

ステップ4 中高年齢者に選択肢を提示しておく

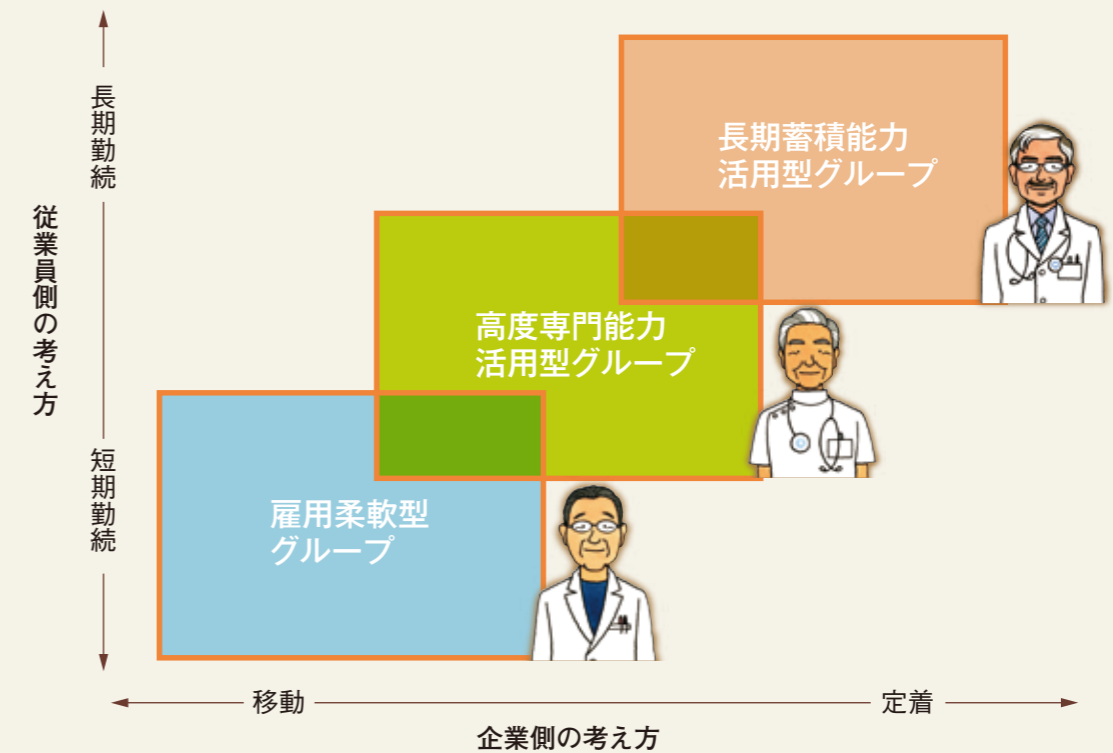
高齢者雇用安定法は、45歳以上を「中高年齢者」と規定しています。意欲、経験、体力面で個人差が拡大する「中高年齢者(55歳以上)」になる前に、上記にあるようなキャリアの多様なパターンについて、処遇システムを基盤として整備し、それを労使双方同意のもと自由に選択させていく制度が重要になってきます。

同時に、「個人差」の大きさと変化を前提するなら、キャリアパターンの転換を柔軟に認めていく制度も重要です。体調を崩して長期勤続から短期勤続のパターンに転換するケースもあるでしょうし、逆に短期勤続から長期勤続に転換する(「パートタイマーの正社員登用制度」など)ニーズが出てくるからです。

*医療現場のような「チーム労働(チームプレイ)」をベースとする職場環境では、こうした「意欲」「やる気」「チームワーク」が非常に重要な役割を果たしています。社会が高齢者雇用を求めているとはいえ、こうしたメンタル面に注目した人事管理が非常に重要になってきます。

**一般的に、「長期蓄積能力活用型」は正規職員(雇用期間の定めのない労働契約)となり、「高度専門能力活用型」と「雇用柔軟型」は非正規職員(有期雇用契約)となる例が多くなっています。

[図表6-1]雇用・勤続に対する関係



注：1.雇用形態の典型的な分類 2.各グループ間の移動は可 資料：日経連「新時代の「日本の経営」」1995年

[図表6-2]グループ別にみた処遇の違い(例)

	雇用形態	対象	賃金	賞与	退職金・年金	昇進・昇格	福祉施策
長期蓄積能力活用型グループ	期間の定めない雇用契約	管理職・総合職・技能部門の基幹職	月給制か年俸制 職能給 昇給制度	定率+業績 スライド	ポイント制	役職昇進 職能資格 昇格	生涯総合 施策
高度専門能力活用型グループ	有期雇用契約	専門部門 (企画、営業、 研究開発)	年俸制 業績給 昇給なし	成果配分	なし	業績評価	生活援護 施策
雇用柔軟型グループ	有期雇用契約	一般職 技能部門 販売部門	時間給制 業績給 昇給なし	定率	なし	上位職務 への転換	生活援護 施策

資料：日経連「新時代の「日本の経営」」1995年

2. 高齢者の活用には有効な枠組み

2-1-2 雇用形態の多様化に向けた病院の取り組み

ある急性期病院の「ケーススタディ①」

ステップ1 急性期病院における「現場の定年」

救急医療を行う急性期病院では、医師の過酷な労働環境がメディアで頻繁に取り上げられるなど、問題視されるようになりました。その過酷さゆえに医師の体力と気力が追い付かず、急性期病院においては、関連法が求めるあり方とは現実として異なる「事実上の現場の定年」が存在しています。現場の実態は、医師本人が個別に自身の限界を判断し、自ら自己都合で退職して、人材紹介や出身大学医局等の仲介（縁故）により、自身の体力に見合った新たな職場に移っていくのが一般的でした。こうした現状から一部の急性期病院では、計画的・段階的に「現場の定年」を管理していこうとする動きが出ています。

ステップ2 「幹部候補」の引き止め策

これまで病院側は、医師からの突然の辞職願をただ受理するだけでした。しかし、こうした受け身の姿勢では、その能力を中長期的に評価してきた「幹部候補」までも、他の病院に流出させてしまうリスクにつながりかねません。

そこでA病院では、中高年齢以降のキャリアパターンを多様化させ、「幹部候補」には長期勤務を前提として能力と経験を蓄積していったための制度を整えてきています。こうしてA病院では、「雇用形態の多様化」管理を実践するようになってきました。多様化管理は、中高年齢者（45歳以上）の全ての勤務医を対象とし、定年後に至るまでの長い期間で行われています。

ステップ3 多様化管理の全体像

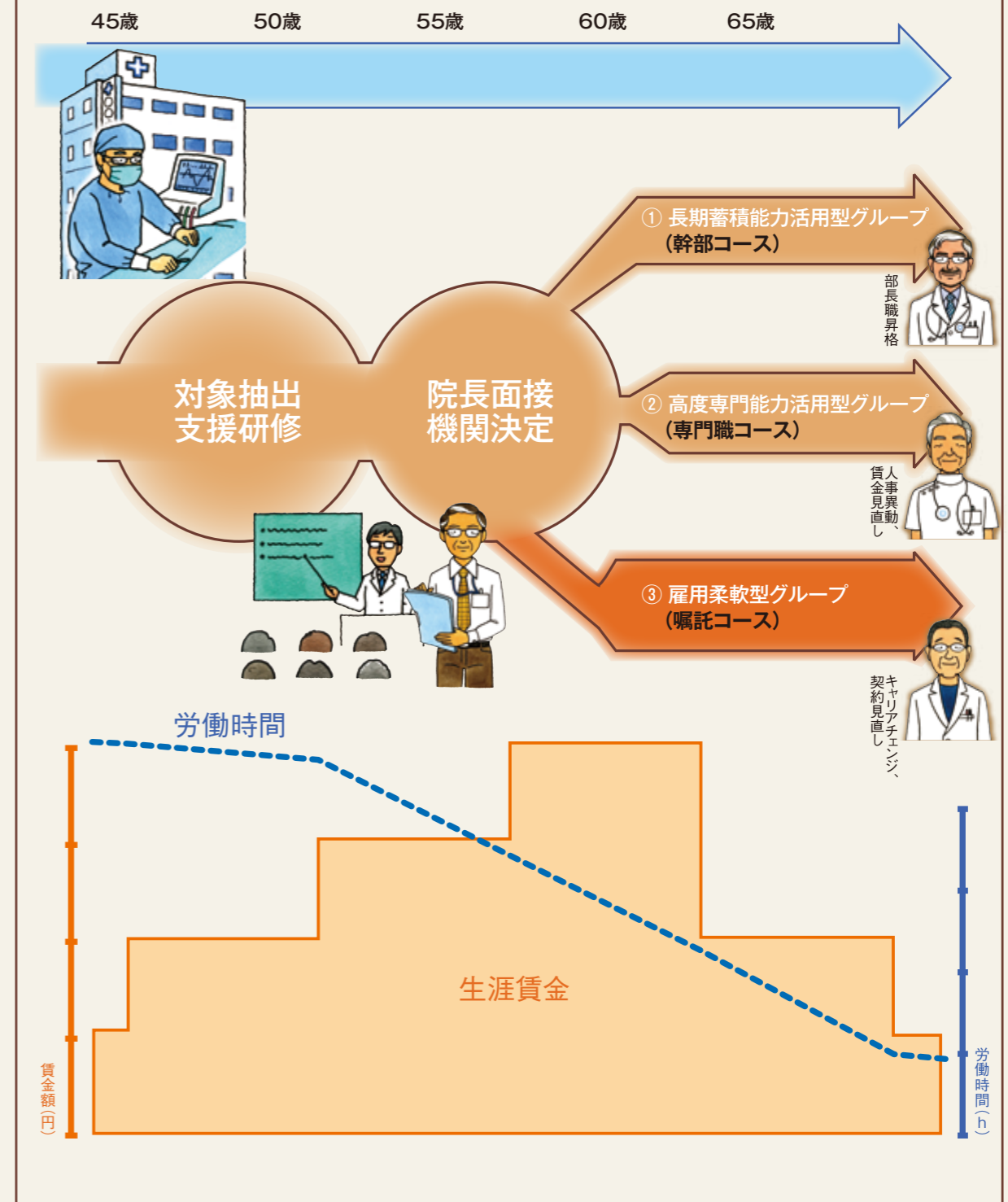
図表7は、A病院によるキャリア管理制度の全体像です。まず、中高年齢層に入った医師を抽出し、支援研修を行います。これを通じて、医師には多様化管理のルート類型を示し、それぞれの働き方を考える機会とします。その後、高年齢層に入る段階でトップ（院長）面接を重ねながら、労使双方の合意のもと「幹部」、「専門職」、「嘱託」いずれかのコース選択を促します。このコース設定は、図表6とほぼ同様の三層構造を持っています。またコース選定に合わせて、各コースでの処遇も明示します。そのポイントは労働時間と賃金のバランス（図表7下）で、医師はそれぞれのコースと自らの希望とを比較検討し、意思決定します。

ステップ4 「幹部候補」以外の新たな職域開発

このように多様化管理を中長期的に行っていくことで、「幹部候補以外」の医師についても、内部労働市場で適材適所配置を行っていくことが可能になります。例えば、医師本人の持つ経験と知識を踏まえ、医療現場から教育担当や「セカンドオピニオン外来担当」に異動させるかたちなどです。もちろん、こうした人事異動はコース転換を前提とするものですから、転換先の労働条件や専門化の程度に応じて、処遇を変えていくことになります。中には異動によって賃金が下がるケースもありますが、自らの体力に応じた環境で長期持続的に働くことは、結果として「生涯賃金」（図表7）の面積を拡大化させることにつながるのです*。

*図表7下部のヒストグラム（度数分布図）が示す面積は、「生涯賃金」の大きさを示しています。コース変換で一時的に度数が下がっても（つまり単年度の年収が下がっても）、自らの体力に適合した持続可能な職場で長期的に働き続けることで（例えば、定年後も有期雇用の「高度専門能力活用型」パターンで働き続けることで）、その医師が生涯で手にする賃金（「生涯賃金」）は結果的に拡大化することになります。

[図表7] 急性期A病院における人事改革の試み



2-2-1 職務職能表による人材把握

中高年齢者の経験と能力を可視化する「枠組み②」

ステップ1 中高年齢者の「熟練力」を分析する

一般的に中高年及び高齢者は、幅広い経験と技術を有する、組織にとって極めて貴重な人材である、と理解されています。しかしながら、その「程度」は依然として曖昧なままとなっているケースが散見されます(若年者からすれば、年上というだけでは「どれだけの経験と技術を有している」のか不明)。社会が高齢化しているから、あるいは法が定めているから、だけの理由では、組織全体をあげて「高齢者を積極活用しよう」とする風潮を盛り上げていくことはできません。当事者である中高年齢者が自ら、その職業能力の蓄積レベルを客観的に可視化させ、その組織的な活用法を説明できるように証明していく必要があります。

ステップ2 「職務職能表」の構造

図表8は、介護事業の「職務職能表」を取り上げ、その構造を体系化したものです。一口に介護職と言っても、職務に合わせて様々な作業能力を要します。まず、図表8左の「訪問介護」の職務一覧を見て下さい。「訪問介護」の職業能力は、一覧上部の「経営企画」や「介護サービス業務管理」などの訪問介護事業全般に係る経営管理能力に始まり、一覧中段下の「入浴介助」や「食事介助」など介護サービスに直結する現場でのサービス技術まで多岐に渡ります。特定のサービス工程に長けただけでは、それは全体の一部に過ぎず、中高年齢者の「熟練力」としては必ずしも十分とは言わざるを得ません。

ステップ3 細分化される職務分析項目

そして、図表8右の「入浴介助(通所介護)」を構成する仕事(中略)知識、技術・技能は、一つのサービス工程をさらに詳細に職務分析したものです。図表のとおり、「入浴介助」という一職務の「職能」を分析するだけで、これだけの項目が挙がってきます。それは「入浴準備」などの「仕事名」、「仕事を構成する作業名」、それらを行う上で「必要とされる知識」と細分化され体系化*することができ(図表8右表・表頭横軸)。

「職業能力」を体系的に分析し、どのような技術や知識が必要なのか明確になれば、その能力を高めるためにどのような学習(研修)が必要なのか、必然的に見えてくるようになります。

ステップ4 人事評価システムの再構築

先進的な病院であれば、もう既に、精緻に体系化された人事評価システムを導入済みだと思います。しかしながら、そうしたシステムが、職員各自の専門能力、業績評価を成果主義的に行う目的で導入されている場合においては注意が必要です。高齢者の活用領域を増やす上では、各職員間で相対的な優劣をつけることを目的とするのではなく、若年から中高年齢期にかけて各自の職業能力がどう変化していき、どの分野の能力が向上し、どの分野で低下したのか、個別に把握していくことが重要です。業績や成果の優劣ではなく、作業や仕事の「出来る・出来ない」を職員ごとに把握し、人材の蓄積状況を管理していくのです。

* (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構では、「職務職能表」の枠組みをベースに「生涯職業能力開発体系」を整備し、成果を公開しています。同体系は、「仕事の体系(職業能力体系)」と「研修の体系(職業能力開発体系)」の二系統に分かれており、「仕事の体系」では、1200以上の職務分析結果を活用することができます。図表8は、その一部で、「入浴介助(訪問介護)」の職務分析結果です。

[図表8] 職務職能表と実務能力評価シート(介護職のケース)

部門(部または課)	職務名(係)
経営 総務	経営企画
	庶務管理
	法務管理
	人事・労務管理
	情報システム管理
経理	財務・税務会計
	原価計算
	管理会計
営業	営業管理
	営業活動
介護サービス 運営	介護サービス開発
	事業所・施設計画
	介護サービス業務管理
	債権管理
	介護スタッフ・マネジメント
	顧客管理
	顧客満足度評価
	苦情対応
	サービス品質向上
	顧客緊急時対応
ケア マネジメント	居宅サービス計画作成
	要介護認定申請
	要介護認定調査
介護	身体介助
	生活介助
	訪問介護計画作成
	記録・報告
通所介護	送迎
	入浴介助(通所介護)
	食事介助(通所介護)
	レクリエーション
	調理管理
	施設・設備管理
訪問入浴	通所介護計画作成
	オペレーター業務
	入浴介助(訪問入浴)



「入浴介助(通所介護)」を構成する仕事名、作業名及び作業を行うのに必要とされる知識、技能・技術

業務	業務の 具体的内容	業務の遂行に必要とされる知識、技能・技術
1入浴準備	浴室・ 脱衣室準備	通所介護における入浴の目的・効果を知っている 入浴の手順を知っている 浴室内及び脱衣室の備品を知っている 浴室及び脱衣室の備品の準備ができる 浴室及び脱衣室の室温調整・確認ができる 湯温の調整・確認ができる
	入浴順序設定	入浴順序設定上の留意点を知っている 利用者の入浴順序を設定できる
2健康チェック	健康チェック	バイタルサイン(体温、血圧、脈拍などの生体情報)の測定法と基準値を知っている 主な検査(身体計測、臨床生理・生化学検査、血液検査等)の種類や目的、実施内容を知っている 作業に合わせて声かけができる 体温チェックができる 脈拍チェックができる 利用者に質問することにより、体調確認ができる 利用者の顔色、皮膚、汗、声の調子等から体調把握ができる 認知症や意識障害をもつ利用者に対して、症状があらわれにくいことを考慮しながら健康チェックができる
	3移動介助	移動介助
4更衣介助	更衣介助	更衣介助の種類や手順を知っている 衣類着脱器などの更衣介助用具を知っている 障害のある利用者に対する更衣介助方法を知っている 麻痺、拘縮の症状と重度を知っている 麻痺、拘縮の重度の判断ができる 作業に合わせて声かけができる 安全、安楽に更衣介助ができる 利用者の羞恥心やプライバシーへの配慮ができる 麻痺や硬直のある利用者視覚障害の利用者等に対して更衣介助ができる 認知症や精神障害など重度の障害のある利用者への更衣介助ができる 身体に傷が無いか確認ができる
	5入浴介助	入浴



2-2-2 職務職能表を活用した病院の取り組み

ある急性期病院の「ケーススタディ②」

ステップ1 病院の「内部労働市場」を分析する

ハローワークには、「求人・求職バランスシート」という、所管労働市場の現状を把握するためのツールがあります(図表9-1)。図表のとおり、「専門技術」や「管理」など職種別に(有効)求人件数と求職者がセットで統計処理され(図表の棒グラフ)、各職種別に(有効)求人倍率が析出されています。求人倍率が求職に比して著しく高い職種は「売り手市場(求職者に有利な労働市場)」であり、逆に低い職種は「買い手市場」となります。求人倍率は、両者の比率で析出されます。この外部労働市場向けの統計ツールは、内部労働市場で活用することができます。内部の人材ニーズと人材蓄積状況を把握するのです。

ステップ2 部局ごとの人材ニーズと人材蓄積

急性期B病院の人事部は、まず各部局・部門の管理職に対し、職業能力別の「人材ニーズ」と「人材蓄積」状況の調査を依頼しました(図表9-2)。各部局では、部局の職種ごとに全ての職員を「職務職能表」で分類し、職業能力レベルをランク付け(A~E)して名前を書き出すとともに(図表9-2下・対照表右「○○さん」など)、それぞれの部局で必要な人材の人数をレベル別にカウントさせました(対照表左「n人」)。この作業で、どの部局に人材がどれだけ余っており、あるいはどれだけ足りないか(バランスシート上のアンバランス可視化)が明確になります。B病院の内部労働市場ではミスマッチが目立っていました。

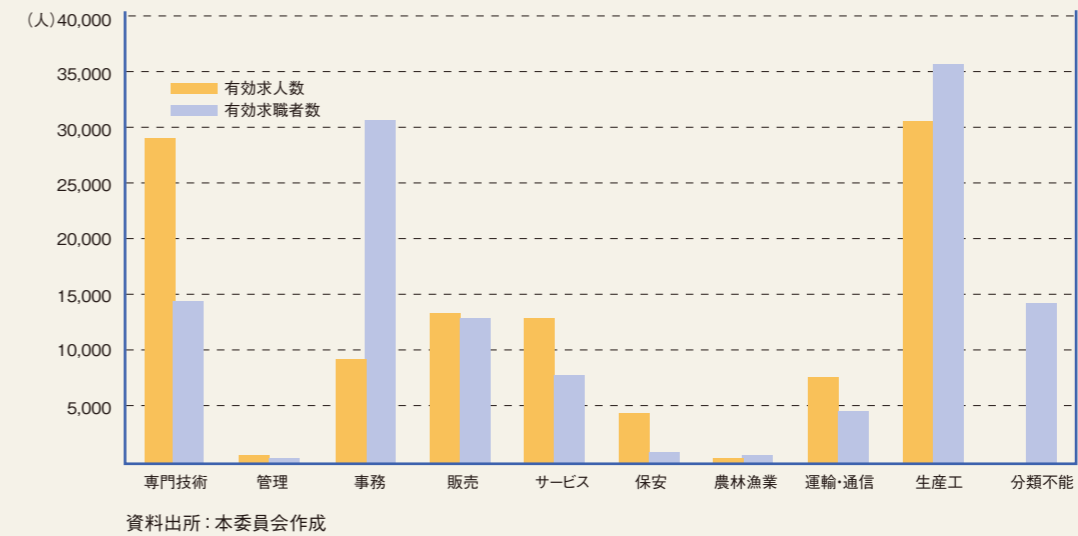
ステップ3 部局間でのミスマッチ解消策

B病院では、管理部門の人手不足に悩んでいました。図表9-2のとおり、事務部門「管理職」の人材ニーズが多く出ており、様々な職業能力で数名ずつの採用希望がありました。通常の場合、ニーズのある管理職人材について、外部労働市場に求人広告を出すなどの方法が考えられます。しかしながらB病院では、「職務職能表」で各職員の管理能力から現場のサービス技術の蓄積状況を、幅広くかつきめ細かく把握していたため、外部労働市場に頼らず、内部労働市場で人材を捜すことが容易に出来たわけです。人材ニーズを人材蓄積が上回る部局の職業能力蓄積レベルを職員個別に洗い出し、その中から管理能力に長けた人材に目をつけました。

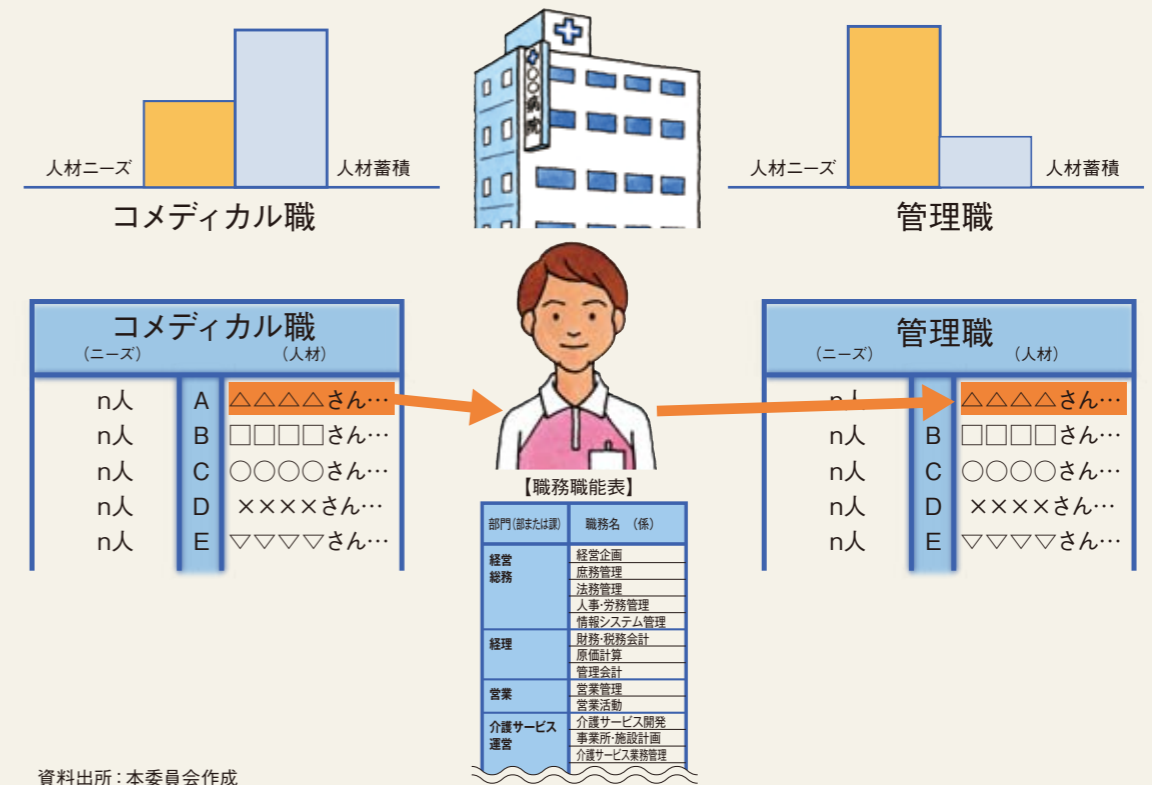
ステップ4 部局、職種、職位を越えた人事異動

B病院に勤務するコメディカル職のCさんは、現場で発揮できる専門技術・経験のみならず、経営管理能力に長けた人でした。Cさんの「職務職能表」にもその結果が出ており、コメディカル職部門での管理能力レベルもA評価として記録されていました。しかも同部門は様々な職位で人材蓄積があり、人材ニーズを上回っていました。そこで、B病院人事部はCさんの管理部門への人事異動に踏み切ります。これは、部門、職種、職位を横断した、前例のない人事異動でした。この人事異動は見事に成功し、Cさんは人事課長として現在も勤務中です。Cさんのキャリアチェンジは他の職員にも刺激を与え、学習意欲の向上にも役立っています。

[図表9-1]ハローワークの「求人・求職バランスシート」の例



[図表9-2]急性期B病院における人事異動の試み



2. 高齢者の活用に有効な枠組み

2-3-1 地域広報活動(コミュニティリレーションズ)の拡充

地域の人材活用と病院広報を両立させる「枠組み③」

ステップ1 コミュニティリレーションズ (CR)とは何か?

企業の経営戦略の一つに、広告・広報戦略があります。広告戦略はマーケティングの一部で、主に顧客に対してメディア(新聞・テレビやチラシなどの媒体)などを活用した販売促進手法のあり方を体系化しています。これに対し広報戦略は、企業の「パブリックリレーションズ(PR)」活動の管理のあり方を体系化したものです*。PRには関係構築先(リレーションズ)に応じて、IR(インベスター「株主」)、ER(エンployee「従業員」)など幾つかの種類があり、CR(コミュニティ「地域社会」)はその一つでもあります。つまりCRは、地域との良好な関係を構築する活動を意味します(図表10-1)。

ステップ2 地域社会に環流する 高齢人材と広告規制

60歳であれ65歳であれ、企業等で定年を迎えた高齢者は、いずれ家庭と地域社会に戻っていきます。地域社会の昼間人口に占める高齢者比率は高く、病院が自らの組織内でのエイジレス化を推進するのみならず高齢者活用への責務を社会全体で担っていく意味でも、地域社会からの高齢人材の活用(雇用)は重要な意味を持っています。他方、病院にとって地域の高齢者は、将来の顧客であり現在の患者でもあります。しかしながら病院には医療法上、一定範囲での広告規制(「患者の受診等を誘引する」広告活動の禁止)が存在するので、地域社会という「マーケット」と交流する(取り込む)工夫は病院経営上欠かせない戦略と言って良いでしょう。

ステップ3 地域社会というステークホルダー(利害関係者)

「広報」は、「広告」とは基本的に異なる経営戦略です。「広告」は顧客や取引先を自らの商品サービスに誘引する活動ですが、「広報」は、周囲のステークホルダー(利害関係者)との良好な関係を構築する活動を意味します(図表10-2)。

周知のとおり「病院」と「地域社会(高齢者を多く抱えるコミュニティ)」の間には、明らかな利害関係があります。地域の高齢者にとって近隣の病院は命綱であり、安心のために欠かせない存在です。一方、病院にとって地域の高齢者は、病気になれば「顧客」となりえたり、人手不足の分野を補てん出来る「人材」たりえる可能性のある存在とも言えます。

ステップ4 CRとしての 地域高齢人材の活用

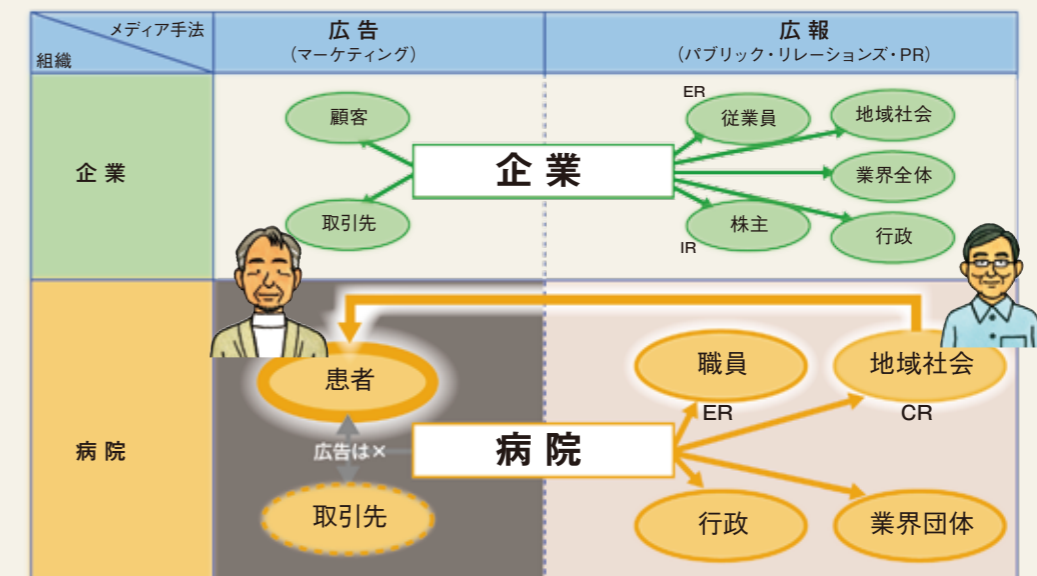
CR(コミュニティリレーションズ)には、様々な活動があります(図表10-1)。病院の近くの自治会が主催する祭りに寄付したり、近隣の住民サークル向けに病院施設(会議室など)を無償で開放したり、ボランティアとして職員を近隣の社会貢献活動に派遣したり、あるいは住民を病院内に受け入れたりすることで、地域社会住民との良好な関係を構築できます。地域の高齢人材を広く活用(雇用)することは、重要なCR活動の一つであり、近隣地域社会における「2013年問題」解決策を提供する活動にもなります。また地域住民にとっては、自らが地域の命綱である機関を維持する活動となるからです。

*企業においては、こうした活動を「広報部」が担います。広報部はマスメディアを活用して自社の評判を高める活動を直接的に行ったり、外部の「PR会社(パブリックリレーションズ活動を専門に請け負う代理業)」に諸活動を発注したりします。

[図表10-1] 広報活動の体系

<p>パブリックリレーションズ (PR)</p>	<p>組織と、その組織の成功のカギを握る「社会の利害関係者」とのあいだに、お互いプラスとなる関係を作り出し、それを維持していく管理活動</p> <p>【PRに含まれる管理活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インベスターリレーションズ(IR) 株主との良好な関係を構築する活動(株主に対する優待券配布や株主優待イベントなど) ・エンployeeリレーションズ(ER) 従業員との良好な関係を構築する活動(社員向け広報誌の発行や社員優待イベントなど) ・コミュニティリレーションズ(CR) 地域社会との良好な関係を構築する活動(地域の自治会への寄付や社員ボランティアへの便宜供与など)
<p>パブリックアフェアーズ (PA)</p>	<p>広報・PR活動のうち、政府や地方自治体の公共政策に関する調整、地域社会に対する社会貢献活動など、地域との関係を維持していく管理活動</p> <p>【PAの具体例】</p> <p>アメリカでは、政府主導で行うPR及びCRをPA(パブリックアフェアーズ)活動といいます。例えば、政府プロジェクトによる干拓や工場団地などの大規模地域開発、難民受け入れ施設や軍関係施設の設置などの際に、地域社会の理解と協力を得るため、地域世論の調査や計画等の情報提供(説明会等)に併せ、地域社会活動への支援、寄付、ボランティアのあっせん、メディアによる地域広報支援、地元住民の優先的雇用などを行います。</p>

[図表10-2] 組織のステークホルダーと広告・広報



2. 高齢者の活用にも有効な取り組み

2-3-2 病院による地域広報活動の取り組み

あるケアミックス病院の「ケーススタディ③」

ステップ 1 地域社会との共生を目指して

ケアミックスD病院では、理事長の指示のもと、積極的に地域への社会貢献活動を行ってきました。D病院は、現在の場所である大都市部郊外に移転して数十年が経っていますが、移転当時は豊かな自然の中に立地していた病院が、その後周囲で大規模な宅地開発が急速に進行したため、新たな地域社会との共存のあり方を検討する必要性が生じてきました。これまでD病院では、外来患者の違法駐車問題や認知症患者向け施設開設による地域イメージの低下懸念など一部感情的な住民クレームに対し、その都度真摯に対応してきましたが、対症療法ではなく構造的に「良好な関係を構築するにはどうすべきか」を考え始めたのです。

ステップ 2 いくつかのコミュニティ・リレーションズ

D病院は特に、パブリックリレーションズ(PR)やパブリックアフェアーズ(PA)の体系を研究していたわけではありません。とはいえ、地域のニーズを取り込むかたちで様々な地域サービスを実施し、コミュニティリレーションズ(CR)*に近い活動を定期的に行っていました。例えば、医療法の広告規制の範囲内で、近隣の鉄道駅に広告ディスプレイを多数設置したり、地域住民のニーズを広く取り込みながら、地元自治体が主催する「市民講座」に講師を定期的に派遣する活動などです。地域においては特に「市民講座」の評判が高く、自治体からは常に継続依頼が出され、理事長も積極的に登壇してきていました。

ステップ 3 出発点は、地域住民との交流

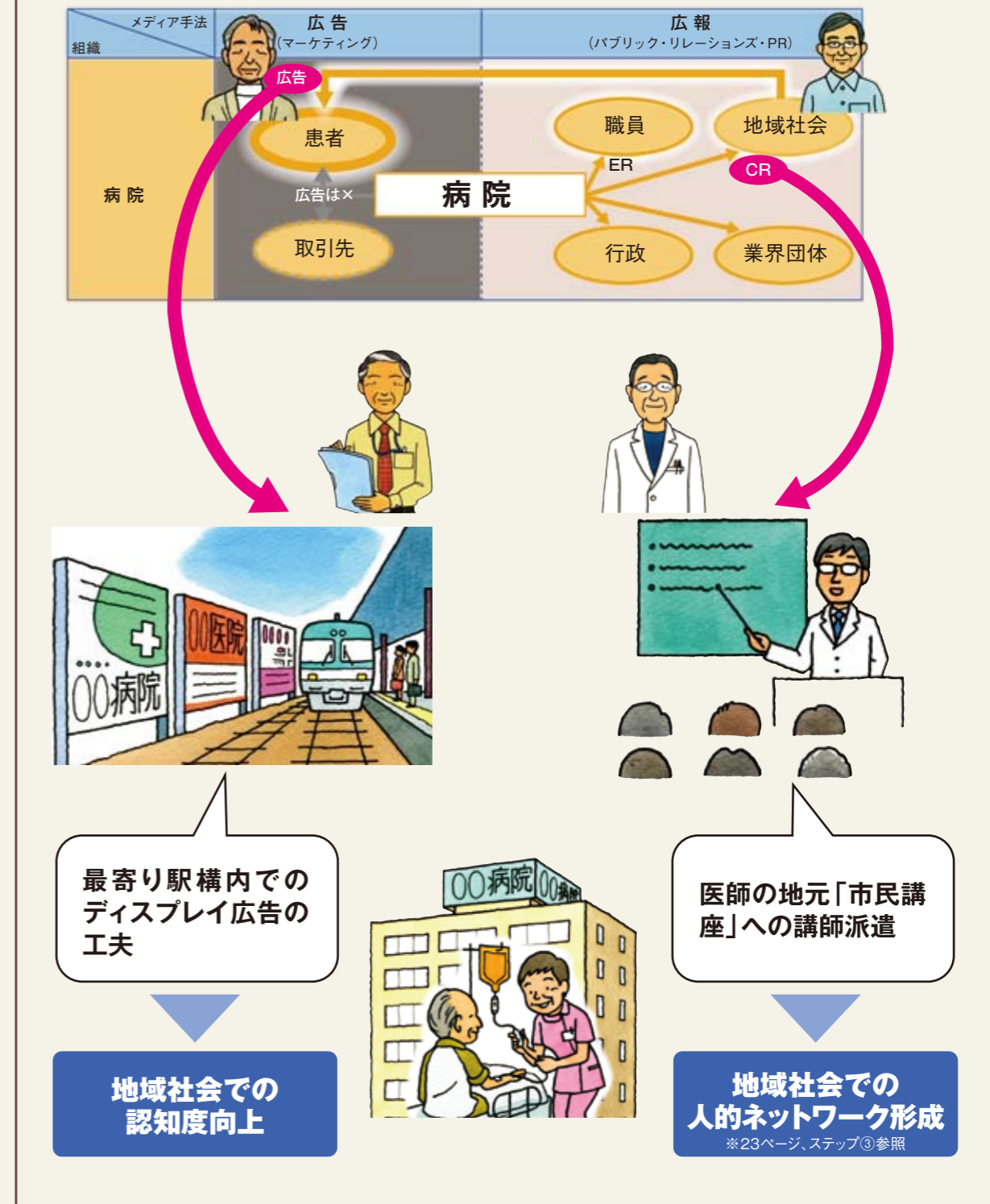
D病院にとって有用だった活動は、「市民講座」の運営やテーマ設定に際して、地元住民の有力者と中長期的に会合を持ってきたことでした。会合の主たる議題は「市民講座」に直接関係する問題でしたが、出席者との間で個人的な交流が広がり、コミュニケーションが密になって相互の信頼関係が構築されてくると、地域対策として抱える問題解決に住民の方々が具体的なアイデアを提供してくれたり、紛争解決の調停役を買って出たりしてくれました。当初は、こうした関係構築の維持を積極的に行っていなかったがために、高齢の地域の有力者が亡くなったりすると、問題解決へのプロセスが滞るという経験もしてきました。

ステップ 4 ポイントは、専門組織の設置と院内連携

D病院では、こうした経験を踏まえて、現在、多種多様な広報活動を行ってきています。例えば、職員向けに院内広報誌を発行するだけでなく、地域住民向けの広報誌も制作し、様々な情報を提供しています。また、これまで行ってきた地元自治体の様々な行事への積極的協力以外にも、地域との共生を図ろうとする地元企業との交流も行うようになっています。しかしながら、これらD病院におけるCR活動は、関係する部門がそれぞれ単独で行ってきたために、その効果が限定的になってしまうことが問題でした。D病院には、全てのCR活動を統括する専門部署が不可欠であるとの反省から、新たな組織の設置を検討中です。

*コミュニティリレーションズは、地域の都市計画に対する住民感覚と立地事業者の認識のズレを修正していく手法でもあります。都市計画法においては、「第二種中高層住居専用地域」などであれば病院の立地も可能ですが、住民感覚としては「第一種低層住居専用地域(低層住宅の良好な住環境を守るための地域指定で、住居を兼ねた小規模店舗や診療所など以外は立地できない)」としての環境を求める例が多い傾向にあります。

[図表11] ケアミックスD病院による地域広報の試み



3. 高齢者の活用に向けた発展的なアイデア

3-1 経営幹部育成によるエイジレス活用

高齢者(幹部型)活用領域の拡大へ向けて

ステップ 1 「長期蓄積能力活用型」
キャリアのさらなる延長

70歳さらには80歳を越えてなお、エイジレスに働き続ける代表的な存在が経営者です。例えば、同族会社の会長や社長らは定年とは無縁で、年齢に関係なく体力と気力が続く限り働き続けます。高齢者の活用領域を拡大化させる第一の方法は、こうした「ボードメンバー(組織の取締役や理事層)」を育て、増やしていくことです。つまり、「幹部型」高齢人材の育成です。

基本的な枠組みは、図表7(雇用形態多様化)の「3つのコース」であり、その①「幹部コース」へと進んでいく人材が増えれば、必然的に高齢者の活用領域は拡大していきます。まずはキャリアアップの道筋を提示し、組織で共有することが重要です。

ステップ 2 幹部育成システム構築の前提条件(その1)

次に重要なのが、その育成システム構築に不可欠な枠組みの整備です。その一つが、図表8(職務機能表)で示した「職業能力レベル」の変化の把握です。職種ごとに「人材ニーズ・人材蓄積対照表」(図表9-2)を作成し、各部署の何歳の職員が、現時点でどのレベルの職業能力を有しつつ仕事をしているのか、またそれら職員が年齢とともに組織内でどのようにキャリアアップしてきているのか(図表12上段の各職種別対照表から右上斜めに人事異動・昇格してきているさま)を把握しなければなりません。管理能力を身につけ(職務機能表上での管理能力評価を高め)、「幹部コース」へと向かう人材を支援していく必要があります。

ステップ 3 システム構築の前提条件(その2)

不可欠な枠組みのもう一つが、図表5-2で示した「出向」制度です。中でも、職業能力開発を目的とした出向(教育型出向)の活用が求められます*。というのは、幹部候補を育成する上での教育の場が、必ずしも当該組織にない場合があるからです。例えば図表12のように、経験蓄積のために系列外出向契約に基づき、教育型出向として送出した職員が、出向先のOJT(オン・ザ・ジョブ・トレーニング)や支援研修(オフ・ザ・ジョブ・トレーニング)を受け、送出し元に出向復帰して「幹部コース」へとキャリアアップしていくケースが想定されます。他方、幹部の教育型研修は、大組織から中小組織へ向けた出向もあり得ます。中小組織のほうが、幹部の裁量範囲が大きいからです。

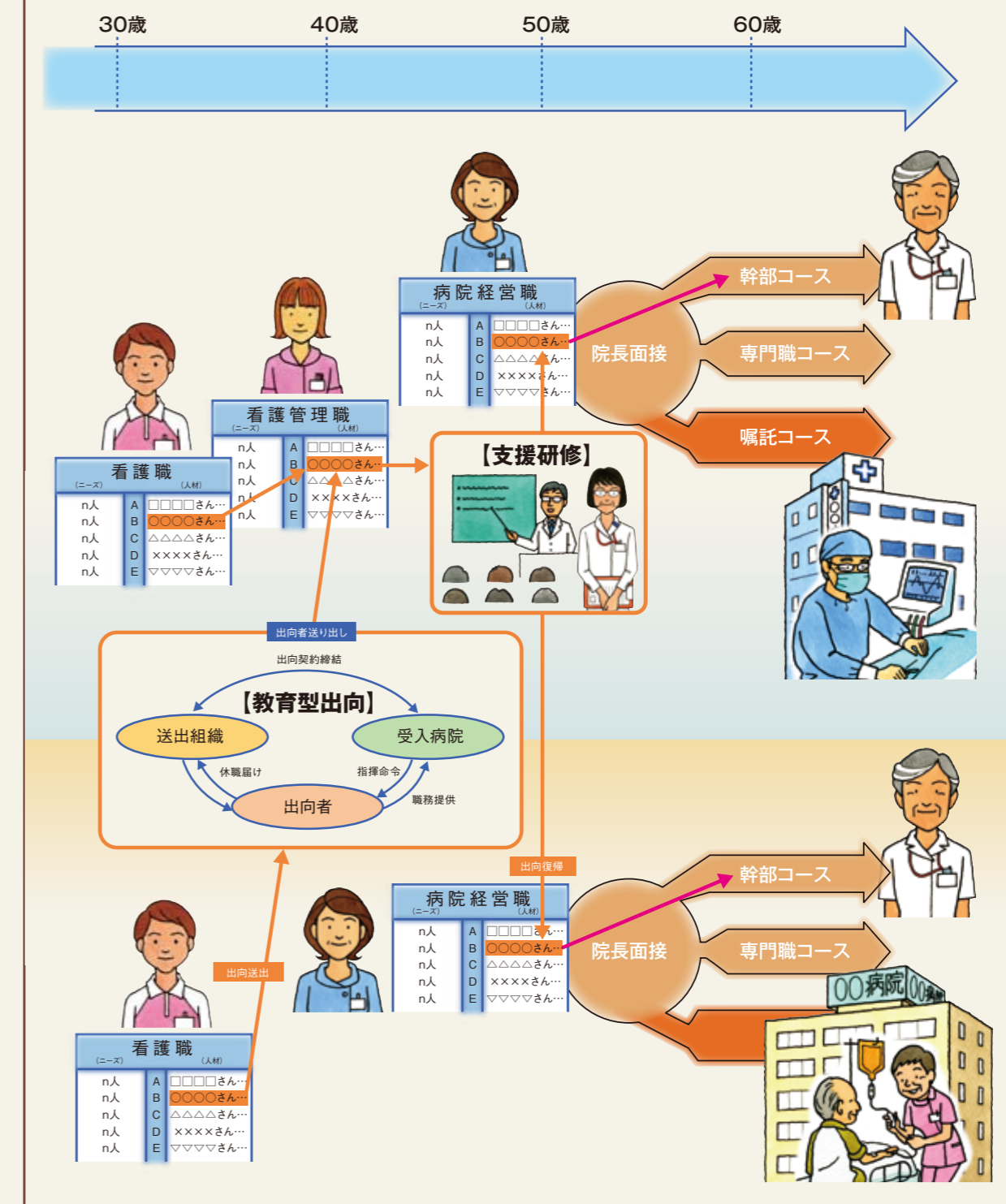
ステップ 4 元看護師出身 経営幹部の事例

急性期病院看護部長のEさんは、60代半ばの現在でも病院経営幹部の一人として忙しい毎日を過ごしています。公益の委員も複数こなすだけでなく著書も数冊持ち、看護職の長い経験を活かしながら、他の病院経営者に対してコンサルティングを行い、数々の実績を上げています。澁刺とした仕事ぶり、まさに経営幹部としてエイジレスな働き方を体現している高齢期の女性です。

彼女のキャリアは、「職務機能表」が整備され内部労働市場が機能する病院での勤務、病院経営ノウハウをOJTで指南する病院経営者(理事長)の下での勤務が核となって現在に至ります。こうしたキャリア構築を必然のものとする「人事異動の広がり」が欠かせません。

*出向元及び出向先以外の第三者が、こうしたあっせんサービスを事業として行う場合には、厚生労働省の許可(職業紹介許可)が必要です。詳しくは、最寄りの労働局もしくは公共職業安定所(ハローワーク)にお問い合わせ下さい。なお、全日病は「無料職業紹介許可」を取得しています。

[図表12] 幹部化エイジレス活用のイメージ(看護職のケース)



3. 高齢者の活用に向けた発展的なアイデア

3-2 内部労働市場によるエイジレス活用

病院内部に「仮想高齢人材派遣会社」をつくるイメージ

ステップ1 「仮想高齢人材派遣会社」とは?

大企業等においては、高齢者活用対策として「高齢人材派遣会社」を設立するケースがあります。これは、グループ企業等として派遣会社を別途設立し、自社の定年到達者等を労使双方で合意し、この派遣会社で雇用して、グループ内の様々な人材ニーズに対し、臨機応変に人材を供給していく体制作りを狙ったものです。自社に長期勤務してきた高齢人材ですから仕事内容は熟知しているし、また豊かな経験から様々な業務ニーズに対応する柔軟性も期待できます(外部一般の労働者派遣ビジネスを活用するよりも、スキルや生産性は格段に高まると考えられます)。これは、高齢者活用領域の拡大と生産性の向上を両立させようとする試みだと言えます。

ステップ2 院内での仮想設立と機能活用の前提条件

もちろん、医療業における労働者派遣ビジネスは規制があるので、他業界の大企業のような実際の法人設立は出来ません。しかし、その機能性を病院内部に取り込んでいく試みは十分に可能です。病院の内部労働市場に、枠組み②(17ページ)のシステム(院内各部門の人材ニーズ及び人材蓄積状況を人事部等が把握し、人事異動によって適材適所のマッチングや負担標準化を図るシステム)が整備されていれば、後は院内に「高齢人材派遣会社」のような仕組みを仮想的に設立し担当職員を配置して、人材データとニーズの登録確認を行い、両者のマッチング業務を継続していけば良いだけです。人材の職業能力レベルの把握さえ出来ていれば問題ありません。

ステップ3 「バランスシート」情報のデータベース化

図表13は、病院内部での仮想設立のイメージ図です。仮想設立においては、病院内が一つの労働市場(内部労働市場)なので、外部労働市場で無料職業紹介を行うハローワークと同様、内部で「求人・求職バランスシート」(図表9-1)をつくり、各部門の人材ニーズとそれぞれ職務能力レベルごとの人材蓄積状況を、独自の實力評価シートを使ってリアルタイムで把握していく必要があります。さらに図表では、各部署・職種ごとに「人材ニーズ・人材蓄積対照表」(図表9-2)を作成し、各対照表の右側及び左側の情報を「仮想高齢人材派遣会社」担当者が集め、データベース化していくかたちを描いています。少人数の担当者でも、ある程度の経験さえあれば十分に機能するシステムです。

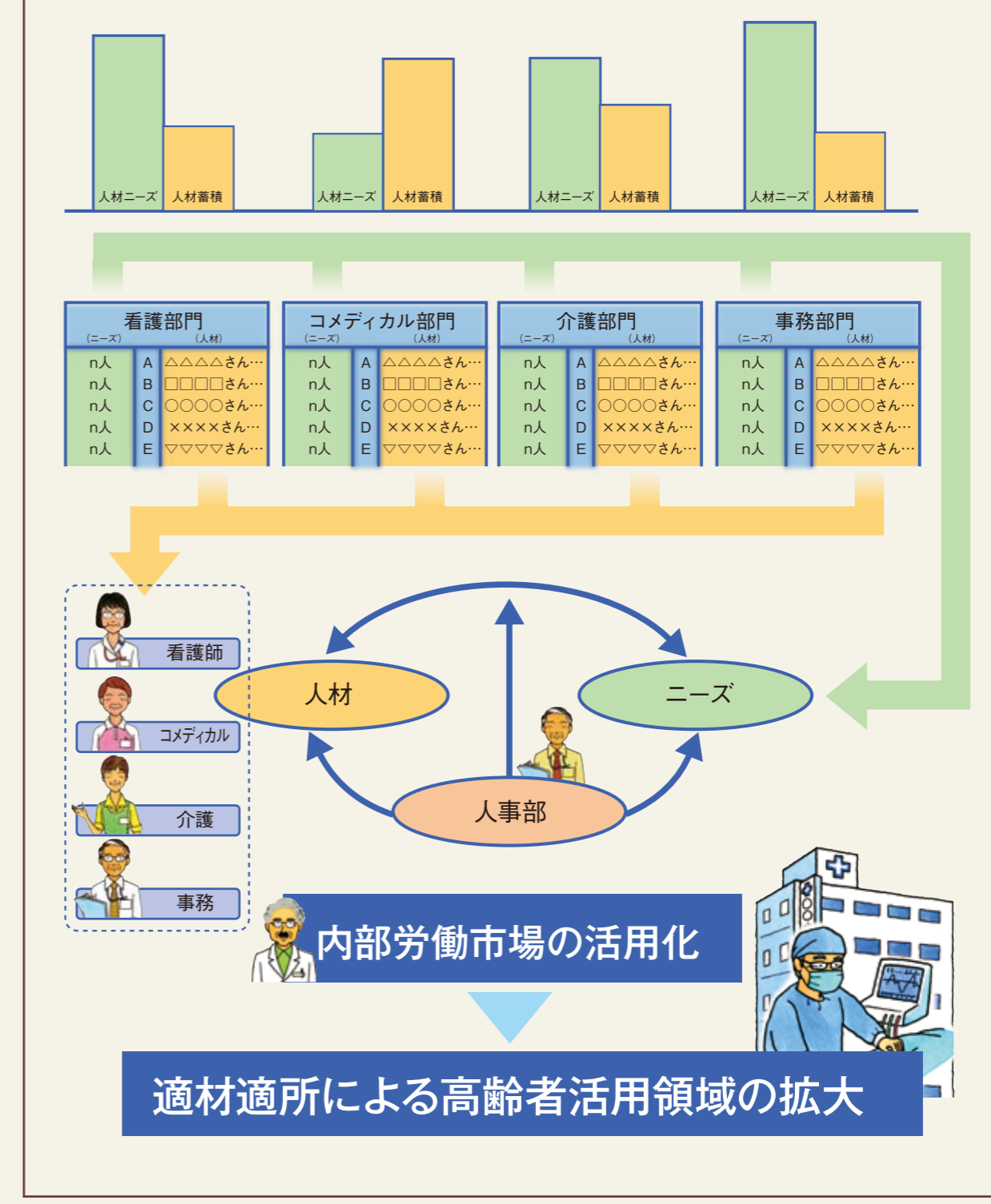
ステップ4 高齢者で試行し、対象を拡大していく

データベースが構築できれば、後はマッチングです。職業能力レベルごとに人材ニーズと人材蓄積の情報が蓄積されているわけですから、マッチングは機械的に可能です。むしろ担当者は、コンピュータ上では記録できないアナログ情報に人間の眼で着目し、データを修正したり、マッチング不調事例の原因究明を行う役割が期待されます。こうしてデータベースの精緻化を行うことで、効率的な内部労働市場を構築することができるのです*。

ここでは高齢人材派遣会社をイメージしてきましたが、効率的な内部労働市場システムは全年齢層を対象とした人的資源管理を可能にします。今後は、対象を拡大していく工夫も重要です。

*こうしたシステムを首尾よく定着させていくコツは、人手不足が慢性化、構造化している部局よりも、高齢スタッフの知識や経験が生かされる職場を優先してマッチングしていくことです。例えば、病院の受付で外来患者の対応を行う「医療コンシェルジュ」(後述)などへの高齢看護師の配置は、スムーズかつ確かな病歴聴取、案内などが可能となり効率的な業務遂行につながるはずですが。

[図表13] 内部労働市場の整備と活性化
【仮想高齢人材派遣会社の院内設立イメージ】



3-3 地域広報活動を介したエイジレス活用

地域の高齢人材の能力と人脈を戦略的に活用する

ステップ 1 急性期F病院の事例

F病院では、地元自治体の定年到達者OBを嘱託運転手として採用しました。その後、本人から「加齢に伴い自動車の運転が厳しくなった」との申告を受け、再配置先を探していたところ、たまたま受付担当が人手を求めていることから、当初は一時的に異動させたのですが、これが結果として大きな成功を収めています。

現在、「医療コンシェルジュ」は、医療知識とホスピタリティサービスの専門性を高めた専門職として認知されてきていますが、F病院の「高齢コンシェルジュ*」は、同世代の患者と目線の合った会話、自治体OBならではの地域人脈、元運転手ゆえのフットワークで、F病院の新規患者獲得に大きく貢献したのです。

ステップ 2 高齢人材の様々な能力と関係構築の重要性

F病院の事例のとおり、高齢人材の能力は表面的形式的なデータだけでは捉えきれません。高齢化が進む中、地域には様々な人材が環流してきています。元営業職、元経理職など様々な経験・技術は、それぞれのキャリアの中に記録されており、それらは履歴書などによって確認できます。しかし、それらは書類上の形式的な情報に過ぎず、人脈やその拡大と維持を可能にする価値観・行動様式(性格など)は、履歴書上の情報だけで確認することはできません。「予期せざる効果」をもたらしたF病院の事例は、ある意味、偶然ではないのです。理事長の運転手として中長期的に車内で会話してきた関係が、再配置のヒントを生んだからです。

ステップ 3 人材交流、人材登用に つなげるCR活動

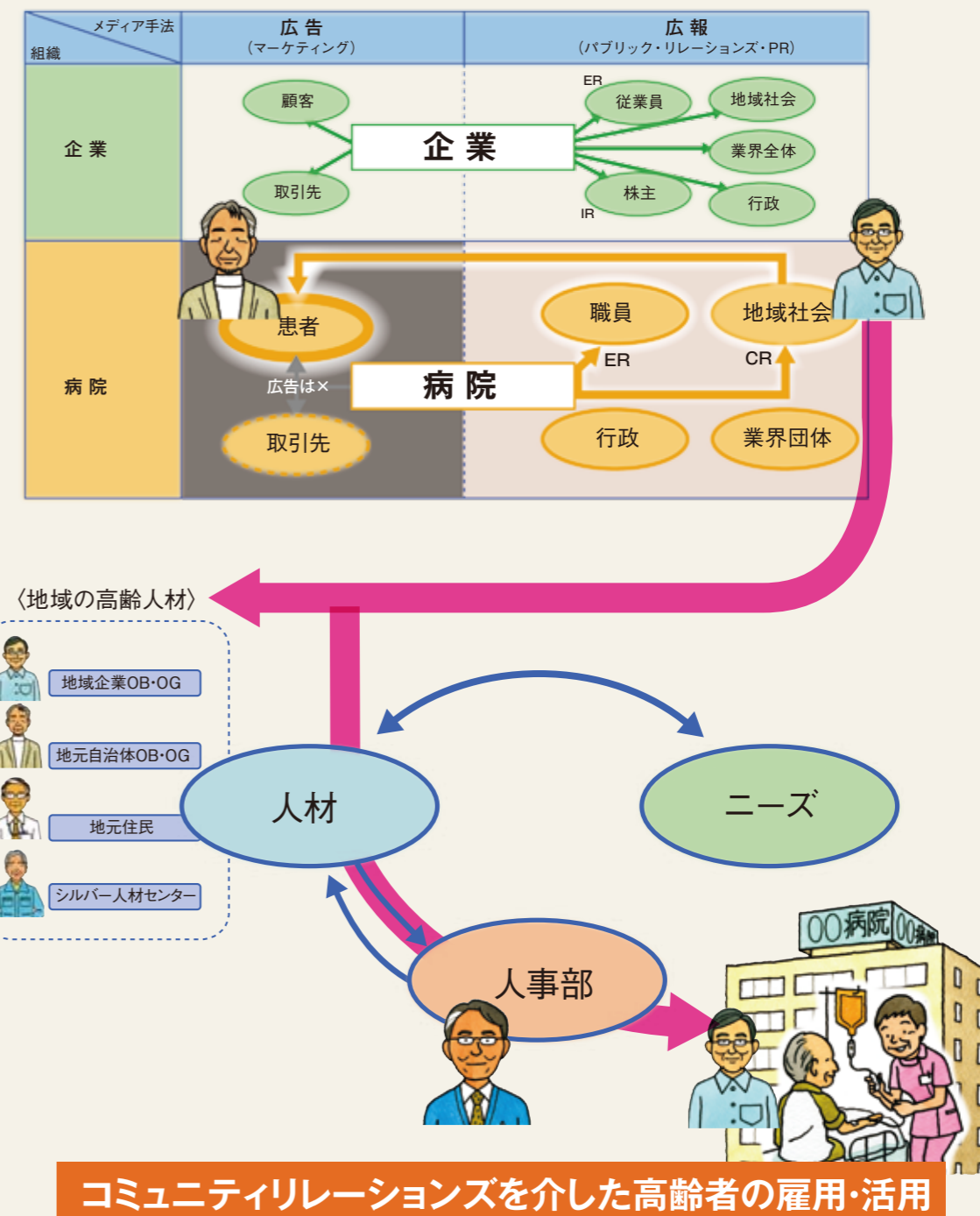
図表14は、図表13(内部労働市場システムにおける人材把握の範囲)を地域社会(外部労働市場)にオープン化し、地域からの高齢人材活用を狙う戦略を図式化したものです。職員に対するER、地域社会に対するCRなど枠組み③(21ページ・地域広報戦略)の手法を互いに連動させ、地域の高齢人材と病院の職員との情報交換等を加えながら、中長期的な交流の中で人材としての能力を吟味し、必要に応じて雇用していくプロセスをベースとしています。人的交流の中で蓄積されていく諸情報は、例えば、上述の「仮想高齢人材派遣会社」データベースに記録され、内部労働市場の人事異動と同期したマッチングを行うシステムも可能です。これは、CR活動そのものの維持をも可能にします。

ステップ 4 イメージ向上、顧客獲得に つなげるCR活動

図表14では、病院が医療法で禁じられている広告活動の主たる対象「患者」に対し、直接的な「患者の受診等を誘引する」広告活動ではなく、「地域社会」の有益な人材を病院にCR活動を介して取り込み(必要に応じて雇用し)、その「地域社会」の人材から間接的に「患者」へとアプローチし、その間の信頼関係を介して、病院の諸情報を提供していくことで、これが結果として病院のイメージ向上、さらには顧客獲得へとつなげていくプロセスを図式化しています。その意味で、様々なCR活動(図表10-1及び図表11の諸事例)は、単なる社会貢献活動にとどまることなく、顧客獲得への効果を考えたものでなければなりません。

*F病院の事例に登場したGさん(地元自治体OB)は、現在の業務に就く上で最も重要な職業能力として「病气や医療に関する知識」をあげていました。これこそ、「医療コンシェルジュ」の重要な役割です。患者の不安を取り除き、適切なアドバイスや医療知識を与えることで、Gさんは患者との良好な関係性を保つことに成功し、これが紹介等による新規患者顧客につながっています。Gさんは、「運転手時代、理事長を乗せて移動する間ずっと、理事長から病气や治療法に関する話を聞き、個人的にも大変勉強になっていた。こうした勉強がなければ、たとえ自分に地域の人脈が幅広くあったとしても、新規顧客の開拓にはつながらなかったと思う」と話しています。

[図表14] コミュニティリレーションズを介した 高齢者の活用・雇用



コミュニティリレーションズを介した高齢者の雇用・活用

行政の支援プログラムを積極的に活用する

ステップ1 アイディアの実現のために

このガイドラインでは、高齢者の活用を実現していく方法について、病院内部のみならず外部との連携により具体化させていくアイデアをいくつか検討してきました。病院それぞれの状況に応じ、可能な範囲で対応することが望まれますが、何をすることも資金が必要になってきます。

高齢化の進展と財政の悪化で、病院経営が厳しくなっている折り、可能な限り政府の支援策について調べ、それを活用していく工夫が欠かせません。超高齢社会の到来を迎え、政府出先機関や外郭団体においては、様々な高齢者雇用支援策が用意されており(図表15)、その内容を吟味しておく必要があります。

ステップ2 奨励金による支援

先に紹介したとおり、高齢者雇用安定法は高齢者の雇用確保措置(①定年の引き上げ、②継続雇用制度の導入、③定年の定め廃止)のいずれかを講ずることを義務化しています。これらの措置に際して政府は、今回の全日病のガイドライン作成事業の委託元である(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構(以下、機構)を通じ、企業規模と導入した制度に応じて、20~160万円の奨励金を支給しています。また、法が求める雇用確保措置を越えて、様々なアイデアを使いながら、65歳さらには70歳以上までのエイジレスな雇用環境整備を行う事業主に対し、500万円を限度に、それらの取り組みに係る費用を助成しています(図表15-1)。

ステップ3 「共同研究事業」による支援

さらに機構では、事業主と同機構が共同で行う高齢者雇用拡大策の研究開発について、支援を行っています(図表15-2「共同研究事業」)。これは、「職務再設計」や「能力開発」などをキーワードとした、事業主による高齢者雇用推進のアイデアを実現しようとする研究活動に対して、費用の半分以上を機構が負担する制度です。例えば、本ガイドラインの3-1(経営幹部育成)から3-3(地域高齢人材)に関する取り組みを病院単独で独自に行った場合と比較すると、研究コストの2分の1が軽減されることになります。民間病院と公的機関(機構)の共同事業ゆえ研究成果は広く公開されるので、他の病院もその成果を活用することができます。

ステップ4 高齢者問題は、国・社会・病院業界全体で

法改正による高齢者雇用推進は、年金支給開始年齢の引き上げをきっかけとしています。「無収入無年金」は確かに大きな社会問題ではありますが、このような年金制度への対応の責任は、雇用側のみにあるわけではありません。あくまでも国、事業主、労働者、地域社会全体で取り組むべき課題です。そうしたなかで事業主には、これら各主体のコーディネーター的な役割が期待されています。そして、病院の社会的責任は、他業界に比して大きなものです。それゆえ、国や社会の協力を仰ぎながらも、業界全体で協力しつつ、高齢者雇用推進の取り組みをリードしていくことが求められています。全日病は今後も、各病院の取り組みを支援して行きます。

[図表15] (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構の高齢者雇用支援策

[図表15-1] 給付金による支援

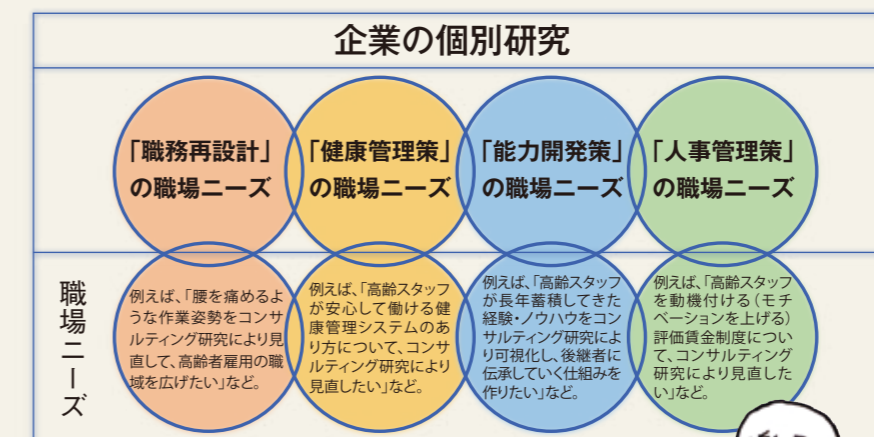
中小企業の事業主(医療分野では病院経営者)が、就業規則等により、65歳以上への定年の引上げ、希望者全員を対象とする65歳以上までの継続雇用制度の導入、又は定年の定め廃止を実施した場合に支援。支給額は、企業規模と導入した制度に応じて、20~160万円。また、あわせて高齢者の勤務時間を多様化する制度を導入した場合は、一律20万円加算。

① 中小企業定年引上げ等奨励金

② 高齢者職域拡大等助成金

高齢者の意欲と能力を活かすため、希望者全員が65歳以上まで働くことができる制度の導入、又は70歳以上まで働くことができる制度の導入にあわせて、高齢者の職域の拡大や高齢者の雇用管理制度の構築に取り組み、高齢者がいきいきと働ける職場の整備を実施する事業主への支援。支給額は、当該取組に係る経費の3分の1に相当する額(500万円を限度)。

[図表15-2] 職場内雇用開発活動への支援(共同研究事業)



費用を公的機関が1/2負担

こんなのがあれば 楽なのに...



メンバー一覧



医療業高齢者雇用推進委員会委員

【座長】

佐野 哲 (法政大学経営学部 教授)

【委員】

神野 正博 (社会医療法人財団董仙会 理事長)

徳田 禎久 (社会医療法人禎心会 理事長)

浅見 浩 (浅見社会保険労務士事務所)

今井 信雄 (医療法人財団寿康会病院 事務長)

田野倉 浩治 (医療法人社団永生会永生病院 事務部長)

事務局

浦川 新 (社団法人全日本病院協会 事務局長)

祝 雅之 (社団法人全日本病院協会 企画業務課長)

松本 由美 (社団法人全日本病院協会 全日病総研 研究員)

『病院経営に必要な 高齢医療従事者の活用ガイドライン』

構成：有限会社ナビ・スコープ・ブレンズ

デザイン：有限会社ガットデザイン

活動一覧



【平成 22 年度】

1. 委員会の開催状況

	開催日	主な検討内容
第1回	平成22年6月5日	医療業における高齢者雇用推進事業の実施について
第2回	平成22年7月12日	高齢者雇用に関わる諸制度と実務的な対応について 医療業における高齢者雇用の状況について
第3回	平成22年9月13日	医療業における高齢者雇用に関するアンケート調査について
第4回	平成22年11月22日	ヒアリング調査報告 高齢者雇用に関するアンケート調査票について
第5回	平成23年3月7日	アンケート調査の結果 事業報告書について

2. アンケート調査の実施

調査名：「医療業高齢者雇用に関するアンケート調査」

調査対象：社団法人全日本病院協会会員病院 (回答率 20.2%)

実施期間：平成 23 年 1 月～ 2 月

3. ヒアリング調査の実施

調査対象：2 病院

実施時期：平成 22 年 11 月

【平成 23 年度】

1. 委員会の開催状況

	開催日	主な検討内容
第1回	平成23年5月27日	ガイドラインの作成について
第2回	平成23年7月24日	ガイドラインの骨子 ヒアリング調査の結果
第3回	平成23年11月20日	高齢医療人材開発ガイドラインについて 普及啓発セミナー(ガイドライン説明会)について
第4回	平成23年12月17日	「病院経営に必要な高齢医療従事者の活用ガイドライン」について
第5回	平成24年1月21日	「病院経営に必要な高齢医療従事者の活用ガイドライン」について

2. ヒアリング調査の実施

調査対象：15 病院

実施時期：平成 23 年 6 ～ 11 月