

# chapter.1

## ヘルスケア業界の 現状と未来

ヘルスケア業界には今、どのような動きがあり、今後どのようなようになっていくのでしょうか。「自由化」「ボーダレス化」「ワーク・ライフ・バランス」「在宅医療」「最新テクノロジー」といったキーワードを解説しつつ、未来の医療の需要も考えていきます。

### 国民皆保険制度は限界か。 医療の「自由化」はあり得る

日本は、平均寿命が男女とも世界一、二を争う長寿国であり、乳幼児死亡率も世界最低クラス、また肥満の人が少ないなどヘルスケアに関して優れた側面が多い。世界保健機構(WHO)や経済協力開発機構(OECD)は、日本の医療を総合世界一と評価しているが、それを支えているのは、「国民皆保険制度」だと考えられている。日本経済が戦後の混乱から立ち直りを見せるなか、国民をカバーする社会保障制度の確立を求める声が高まり、1961(昭和36)年に制

定された。保険証を使って「いつでも、だれでも、どこでも」診てもらえる、「フリーアクセス方式」を特長とする国民皆保険制度が人々の健康を支えしてきたことは間違いない。しかし、この制度がうまく機能するには「ピラミッド型の人口構成」や「右肩上がりの経済成長」という前提条件がある。すなわち、先進国よりも発展途上国のほうがフィットする制度であることがわかってきた。

現場の医師は、そんな日本の医療の現状をどう見ているのだろうか。

日本大学医学部長ならびにカリフォルニア大学医学部客員教授であり、脳神経外科の名医として知られる片山

取材文／荒尾貴正(本誌編集デスク)

容教授は、次のような見解を述べる。

「医療は他の分野と違い、技術が進化するほど価格が上昇します。一方で人には、『もっと元気に！』『もっと長生きを！』という果てしない願望がある。今日の医療では、技術革新が進むと共に医療への国民の期待と欲求が高まり、国民医療費もひたすら膨張を続けていますが、いずれ限界が来て、支払い能力を超えるはずで、すると否応なしに医療は『自由化』し、市場経済にさらされることになるでしょう」

国民皆保険制度によって、諸外国に比べて「安価」な医療が実現されてきた。しかし、その「安すぎる」価格設定

が大きな問題になっているのだ。医師不足という問題もそれが根本にある。つまり、この制度自体が近い将来に限界を迎え、そこで大きく形を変え、今は認められていない「病院の株式会社化」などがスタートし、医療の世界に市場原理が持ち込まれるようになって初めて経済的なバランスが保てるようになる。それが片山教授の考えである。このような意見は、一般の人たちには馴染みがないかもしれないが、医療の最前線を担う専門家の間では共通認識になりつつある。それだけこの国の医療は今、大きな曲がり角にさしかかっていると考えておくのが賢明だ。

### 国外の医療を受ける 「ボーダレス化」の波が来る

片山教授はもうひとつ指摘する。それは「ボーダレス化」だ。

「国境を越えて人々が医療を受けに行ったり、医療機関が海外に進出するといったことが欧米では以前から当たり前のように行われていますが、日本もいずれそうなるでしょう。TPP(環太平洋戦略的経済連携協定)の交渉結果によっては、一気に加速する



「メディカルエクセレンスジャパン」プロジェクト

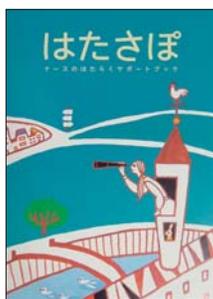
図1 看護職員離職率の推移



出典：日本看護協会

具体的には、「短時間正職員制度」を始めとした勤務時間の長さや時間帯を選べる多様な働き方、育児・介護休暇の充実、病院内の保育所設置など、さまざまな支援策を導入する病院が実際に増えている。さらに、早期離職の原因のひとつと考えられている不十分な新人教育を改善するた

た支援をスタートしています。看護職は年々働きやすくなっていると思えます」(日本看護協会 洪愛子常任理事)



日本看護協会が発行している、ナースのはたらくサポートブック「はたさぼ」

を進める病院・施設が増えたというつだ。そのため働きやすい職場づくりは原因で、現在は当時ほどの混乱はないが、看護職不足という事情は変わらない。つまり、今も看護職は数少ない「引く手あまた」な職業のひとつだ。そのため働きやすい職場づくりを進める病院・施設が増えたという

可能性もあると思います」  
 TPP交渉において、公的医療保険制度は議論の対象になつていないとされるが、金融サービスや投資などの分野から、日本の医療に外国資本が参入してくる可能性は考えられるだろう。  
 国外の医療サービスを求める動きは世界的に拡大している。全世界で9兆円超の市場があるとされ、アジア各国も積極的だ。1年間にタイは128万人、シンガポールは68万人、韓国は6万人を受け入れているという。  
 日本は2010年に発表された「新成長戦略」のなかで初めて位置づけられ、経済産業省が「メディカルエクセレンスジャパン」プロジェクトを立ち上げたばかり。日本での治療に関心

のある海外の患者向け情報提供サイト(左図参照)を開設したり、高度な国際医療通訳の育成や、日本と海外の医療機関の連携支援などを始めている。11年には「医療滞在ビザ」も創設。ようやく受け入れの準備が整った感がある。けれどもタイのように、ツーリストは高レベルの医療を受ける一方、国民は貧しく、まともな医療を受けられない国もある。日本は将来的に決してそうならない仕組みを考えていく必要がある。

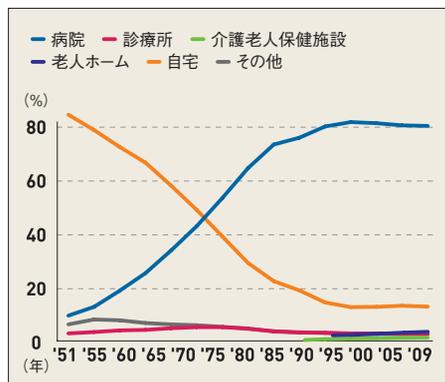
公共団体の合意により、「仕事と生活の調和(ワークライフバランス)憲章」が策定された。それ以降、私たちは「ワークライフバランス」という言葉に触れる機会が増えている。一人ひとりが仕事と生活の両立を無理なく実現することを、社会全体で目指していくようになってきたのだ。ヘルスケア業界でもその取り組みが進んでいる。特に看護業界が積極的だ。

「看護と言えば『3K職種』の典型のようにいわれることもありましたが、しかし07年ごろから変化し始めました。社会的な要請を受けて各病院が変わり始め、日本看護協会も各職場のワークライフバランス実現に向けた支援をスタートしています。看護職は年々働きやすくなっていると思えます」(日本看護協会 洪愛子常任理事)

これら成果は離職率にも表れているという。常勤、新卒ともに減少傾向を示している(図1)。また、常勤看護職の育児休業取得率は91.2%(10年度)だが、これは一般女性労働者の83.7%を上回るものだ(10年度雇用均等基本調査)。

労働環境改善の背景には、「人手不足」という事情もある。看護職をめぐっては、06年の診療報酬改定時に「争奪戦」ともいふべき状況があった。看護職の多い病院ほど高い診療報酬を得られる仕組みに変わったことが原因で、現在は当時ほどの混乱はないが、看護職不足という事情は変わらない。つまり、今も看護職は数少ない「引く手あまた」な職業のひとつだ。そのため働きやすい職場づくりを進める病院・施設が増えたという

図2 死亡場所の推移



※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。  
出典：厚生労働省「人口動態調査」

側面もある。

とはいえ、すべての職場に問題がなくなったわけではない。看護職の「過労」「メンタル不調」といった問題は今も存在している。今後看護職が正しい視点で就職先を選び、病院・施設はそれに応えるようにいつその改善を行う。そうした双方の努力によって、医療現場のより良い労働環境が実現していくことが期待されている。

### 「在宅医療」を行う病院、診療所が急増中

外来、入院に次ぐ、「第三の医療」と呼ばれているものがある。それは

「在宅医療」だ。今、在宅医療が注目されている背景には、「いかに最期を過ごすか」という問題がある。

日本において自宅で死亡する人は、1951年には80%だったが、2009年は12%。多くの人が病院などで亡くなっているのが現状だ(図2)。しかし、国民の60%以上は「自宅で療養したい」というデータがある(終末期医療に関する調査)。また、日本の入院期間は国際的にも長く、アメリカの5倍、ドイツの3倍といわれている。

そうした状況のなか、国民医療費を圧縮したい厚生労働省は、在宅医療を推進することでさまざまな課題が解決できると考え、80年代からいくつかの取り組みを始めてきた。

大きく動いたのは06年、「在宅療養支援診療所」というものが診療報酬上に設けられた。一般の診療所よりも報酬が高く設定され、24時間365日体制で往診や訪問看護を行える体制を整えた診療所がそれとして認められるようになった。全国にすでに1万2000以上ある(10年度)。08年には「在宅療養支援病院」が設けられ、こちらは331に達した(10年度)。同様に「在宅療養支援歯科

診療所」や、訪問看護ステーションを始めとする「訪問看護事業所」も年々増えている。

在宅医療を必要とする患者は今後も増え続け、2025年までに10万人以上増加するという予測もある。これからの医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士といったあらゆる医療職は、在宅医療にかかわることが当たり前になっていくだろう。

### 「最新テクノロジー」が医療に与えるインパクト

医療分野においても、近年の「テクノロジーの進化」は目を見張るものがある。例えば「ロボット手術」。一般的な手術では執刀医がメスをもち、患部にメスを入れて切除や縫合といった治療を行う。ロボット手術では患者の体に小さい穴をあけ、そこに内視鏡(体の中を見るカメラ)とロボットのアーム(人間の腕の代わりとなるもの)を入れる。アームが小さなメスやピンセットをもって手術をする。執刀医は手術台から離れたコンソール(遠隔操作台)の前に座り、そこからアームの操作をするのが仕事だ(写真参照)。ロ



手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」全景

ボット手術には多くのメリットがある。心臓手術の場合、通常は胸骨を切開するため、手術の後に骨がつくまで何カ月も行動が制約される。ロボット手術は骨を切らないので、早ければ3日で退院できる。通常ならば約25センチメートルの傷あとが残るが、ロボットは数カ所穴があくだけであまり目立たない。また、肉眼で見ると鮮明に患部を見られたり、手ぶれを補正する機能までついている。患者のメリットを最大限に追求していく過程で作り上げられるものが、最先端の医療テクノロジーだといえるかもしれない。

ロボット心臓手術を日本で唯一行っ

図3 医療職マンパワー必要量の見込み

	2011年度	2025年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	33~35万人	32~34万人
看護職員	141万人	172~181万人	195~205万人
介護職員	140万人	213~224万人	232~244万人
医療 その他職員	85万人	102~107万人	120~126万人
介護 その他職員	66万人	100~105万人	125~131万人
合計	462万人	620~651万人	704~739万人

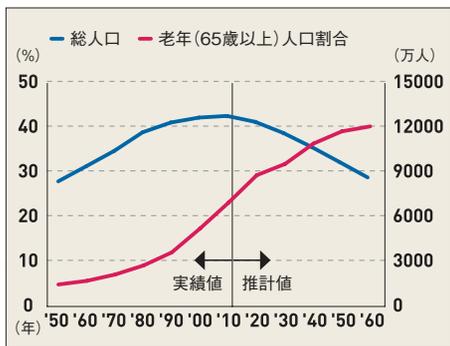
出典：医療・介護に係る長期推計(2011内閣府)※1、2、3参照

図4 病院の種類・主な職種別にみた  
100床当たり常勤換算従事者数

	2009	2010
総数	113.7	117.2
医師	11.9	12.3
歯科医師	0.6	0.6
薬剤師	2.7	2.7
看護師	41.2	42.8
准看護師	10.4	10.1
診療放射線技師・診療エックス線技師	2.4	2.5
臨床検査技師・衛生検査技師	3	3.1
管理栄養士・栄養士	1.5	1.5
その他	39.9	41.6

出典：医療施設調査(2010厚生労働省)

図5 総人口と65歳以上人口割合の推移  
(1950~2060までの実績値と推計値)



出典：日本の将来推計人口(2012国立社会保障・人口問題研究所)

- ※1 2025年度の「現状投影シナリオ」とは、現状の医療・介護サービス提供に関する問題点が解決されないまま今後も推移していくシナリオ
- 「改革シナリオ」とは、選択と集中により、医療・介護サービスのあるべき姿を踏まえた場合のシミュレーション
- ※2 「医師」および「看護職員」については、病床については病床当たりの職員配置を基本的に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期等の病床に勤務する医師および看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることを見込んだ。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。
- ※3 「医療その他職員」には、病院・診療所に勤務する薬剤師、理学療法士、作業療法士などのコメディカル職種、医療ソーシャルワーカー(MSW)、看護補助者、事務職員等が含まれ、「介護その他職員」には、介護支援専門員、相談員、理学療法士、作業療法士などのコメディカル職種等が含まれる。

ているのは、金沢大学医学部教授であり心臓血管外科医の渡邊 剛氏である。日本で初めて心臓手術に内視鏡を用いたり、アウエイク手術(患者が目覚めた状態での手術)を行った医師としても知られるが、そうしたチャレンジの原動力は「患者さん」だという。「こんな道具があったら、もっと患者さんを救えるのに！もっと合併症を減らせるのに！という思いから、かつては自分の手作りで手術器具を作ったりしていました。病気の重さのせいにしてあきらめるのは簡単ですが、それでは本当の外科医とは言えません。現在は日々の執刀のかたわら、海外的メーカーなどと協力し、さらに先進技術を盛り込んだロボットや周辺

機器の開発に取り組んでいます」ロボット手術は「遠隔操作」で行うと書いた。実際に「遠隔地」からの手術も可能で、ニューヨークからフランスの患者を治療する手術が行われたこともある。通信回線が整備された現代社会では、世界中どこからでも手術をすることが可能になっている。医師の少ない国や地域の人々も、先進医療によって救われる道が開けてきたのだ。

医療の「IT化」も目覚ましい。このところスマートフォンやタブレットPCの活用が盛んだ。在宅医療を行う看護師や薬剤師がiPhoneを活用したり、手術の際の画像閲覧や問診システムにiPadを用いるケースが非常に増えている。携帯電話の登場で生活が大きく変わったように、ITが医療を大きく変えている。

### 未来のヘルスケア業界には 何人の医療職が必要か？

医療の現在から未来を展望してきたが、最後に、日本のこれからのヘルスケアにはどれくらいどの医療職が必要とされるのかを考えてみたい。

まず、現在の従事者数は図3の「2011年度」欄のとおり、医師は29万人、看護職員は141万人である。病院に限った従事者の比率は図4。看護師を除き、いずれの職種も09年から10年にかけて増加傾向だ。

今後の人数予測はたいへん難しいが、将来人口がひとつのベースとなる。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、日本の人口は現在1億2806万人だが、30年には1億1662万人、48年は1億人を割って9913万人、60年は8674万人になる(出生、死亡を各3段階で予測し、各中位を採用。図5)。高齢化の指標である老年人口割合は23%から一貫して上昇し、60年には39.9%になるとしている。

こうした大きな人口トレンドも前提として織り込み、厚生労働省が25年度の必要量として推計したものが図3の「2025年度」欄だ。2つのシナリオが示されているが、合わせると、医師は現状よりプラス3~6万人、看護師はプラス30~60万人程度、医療介護職全体で150~280万人程度の増員が必要ということになる。ちなみに今夏政府は「日本再生戦略」のなかで、20年までの目標として、医療・介護・健康関連サービス分野で「新市場50兆円、新規雇用284万人」と打ち出した。これに関しては、現実離れしているという見方が大勢を占めているようだ。

## chapter.2

# 医療職に 求められる 資質

ヘルスケア業界で働く人たち、つまり医療職にはどのような資質や適性が求められるのかを専門家の方々に語ってもらいました。医療とは何か、医療職のあるべき姿とは何か、といったことを真剣に考えていくと、これからの医療に求められる人材像も見えてきます。

取材文／荒尾眞正(本誌編集デスク) 撮影／中岡邦夫

多くの病気は治せない。

だから医療職の「質」が問題

神奈川・大船という全国有数のクリニック密集地帯でトップクラスの診療実績を挙げている「信愛クリニック」という医院がある。開かれた医療の実践を目指す井出広幸院長(19p 参照)は、医院のウェブサイトに『現代医学の忘れ物』というエッセイを発表している。そこで「ほとんどの病気は医者には治せない」と書いている。『「治る」とはその病気と完全に縁が切れることです。私が専門とする消化器の領域に限っても、治らない病気

のほうが多い。進行してしまった痛だけではありません。肝硬変も治せないし、便秘すら完治はしない――」

ならば医者はいらないのではないかと答えるはN.Oだ。治せない病気ほど医者が必要なのだという。

「治せる病気は治す方法が確立しているの、それをやればいい。胃潰瘍ならH2ブロッカーで治ります。治らない病気の場合はどうか？ 例えば癌が進行して最期が近づいた患者さんの場合、医学としてはもう『できることはない』。しかしモルヒネなどを駆使して苦痛を消し、便が出なければ便を出し、吐き気があれば吐き気を止

め、眠れなければ眠れるようにする。

つまり、『やるべきこと』は治らないときほど多くある。そんなときほど、プロとしての経験と情熱がものをいうのです。たとえ治せなくとも、『そこにいること』。それが『手当て』を職業とする私たち医療職の大事な仕事なのです」

そして「医療＝医学＋人」であると井出院長は指摘する。すなわち医学は、医療における「道具」のひとつであり、医療トータル成果には、人としての医療従事者の「質」が大きく影響を与えるということを理解しておきたい。

12時間やって飽きなければ  
それは「天職」

井出院長の典型的な1日は、朝7時に出勤、7時半から胃カメラなどの検査を始め、9時から夜9時半まで診察という、超ハードスケジュール。

「決して人様には勧められないような長時間労働ですが、私は全然苦ではなく、毎日毎日、本当に楽しく仕事をさせてもらっています。『12時間やつても少しも苦ではない仕事は、その人にとって天職である』と村上龍が書きましたが、私にとつて、まさしくこの仕事はそれに当てはまります。こんな私が高校生にアドバイスをするとしたら、能力や資質で仕事を選ぶ方法もあると思いますが、やってみて楽しいかどうかや、いかに心惹かれるかで仕事を選ぶことも、決して間違いではないと言いたいですね」

「チーム医療」のなかで  
対等に意見を述べることに

「チーム医療」という言葉を聞く機会が増えている。この言葉から「仲の良い医療チーム」や「チームワークの良

図6 診療科名の例

- 内科
- 呼吸器内科
- 循環器内科
- 消化器内科(胃腸内科)
- 腎臓内科
- 神経内科
- 糖尿病内科(代謝内科)
- 血液内科
- 皮膚科
- アレルギー科
- リウマチ科
- 感染症内科
- 小児科
- 精神科
- 心療内科
- 外科
- 呼吸器外科
- 心臓血管外科
- 乳腺外科
- 気管食道外科
- 消化器外科(胃腸外科)
- 泌尿器科
- 肛門外科
- 脳神経外科
- 整形外科
- 形成外科
- 美容外科
- 眼科
- 耳鼻いんこう科
- 小児外科
- 産婦人科
- 産科
- 婦人科
- リハビリテーション科
- 放射線科
- 麻酔科
- 病理診断科
- 臨床検査科
- 救急科

い病院」といったイメージを浮かべる人がいるかもしれないが、それは少し違う。チーム医療とは、患者にとって最大の成果を挙げるために、各分野の専門家が互いの力を出し合い、チームとして最高のパフォーマンスを追求していくことである。かつては「医師中心」の医療が行われていたといわれる。それを本来あるべき「患者中心」の医療に変えていくこともある。

チーム医療を行うには、「全員の立場が対等」であることが望ましい。医師の教育課程のみが6年制であれば、やはり医師中心になりかねない。薬剤師が6年制となり、看護師など他の医療職も3年制から4年制中心になりつつあり、チーム医療の前提が整いつつある。いずれにせよ医療現場でチームに入ったとき、各々に教育年限の差があつたとしても、そのメンバーはプロとして自分の考えをはっきり述

べなければならぬ。それが仕事であり、それが「治療の成果」や「安全」に直結する。さらに、相手の立場を理解し、意見に耳を傾けること。それぞれの力はそのようにして引き出される。

**外科は「手先が器用」**  
**内科は「勉強が好き」**

日本で唯一ロボット心臓手術を行っている渡邊教授は(10P参照)、通常の手術を含めて手術成功率99.5%を誇り、世界一の成功率と言われる。そんな外科医から見ると、外科医には「手先の器用さ」が求められるという。努力で磨かれる部分もあるが、一般的には、もともと不器用な人は外科には向いていないと考えたほうがいい。

「外科医の先生たちに聞いてみると、子どものころに工作や細かい手作業が好きだったという人がたくさんい

ます。私もまさしくそうでした。医療行為は患者さんにとってリスクがあります。結果が悪ければ訴訟を起されたり、逮捕されることもある。不器用な人が外科医になると、あまり幸福ではないでしょうね」

一方、内科医は「勉強が好き」な人が向いているという。「内科医は患者さんを診察しますが、診察したあとに、『これはどんな病気だろうか』と丹念に探る作業を行います。バラバラにも見えるいくつかの症状や検査結果を、点から点に線を引くようにして結び付け、病気を特定していきま

す。国内外の論文を読んで病気を探つていたりする、コツコツとした知的作業が求められるのが内科医です」

診療科にはさまざまな名称があるが(図6)、これらは大きく分けると「内科系」と「外科系」の2つに大別できる。「内科系」「外科系」という名称

のもの以外では、例えば眼科、耳鼻いんこう科、麻酔科などは「外科系」、皮膚科、アレルギー科、精神科などは「内科系」と考えてよい。

**知識や技術よりも「優しさ」が大切**

医療現場は、厳しく叱つて若い医療職を育てる世界だといわれる。うまくできなければ「バカヤロー！」と怒鳴られ、「辞めてしまえ！」という言葉も飛び交う。なぜなら、「ごめんなさい」では済まない仕事だからだ。医療の現場では新人であろうと、些細な間違いであろうと、間違いは許されない。

「私も『辞めてしまえ』と言つて厳しく指導することがあります。まれにですが、本当に辞めてもらつこともありますが、それは知識でも技術でもない。自分より弱い立場の患者さんを見たときに、『かわいそう』とか『何とかしてあげたい』と心から思えるかどうか。なかにはそう思えないような人がいますが、そんな人は医者になつてはいけな

いと思ひます。手先の器用さや、勉強が好きかどうかといったことよりも、まずはその重要性です(渡邊教授)



金沢大学医学部教授  
心臓血管外科医  
渡邊 剛氏