

<研究紹介>

日本の医療の現在と未来

Present and Next Future of Japanese Healthcare

木下翔太郎*

Shotaro Kinoshita

I. はじめに

筆者は、社会医学、デジタルヘルスを専門とする研究者として、オンライン診療の普及に関する研究や^{1,2)}、うつ病の診断・重症度評価を行う AI 医療機器の開発などに従事してきた³⁾。他方で、これからの日本の医療の在り方についても課題意識をもち、現状整理や提言を行ってきた。本稿では筆者が国内外の学術雑誌に発表した研究・論考を元に、日本の医療の現状と課題について整理する。

II. 高齢化社会における日本医療の課題

日本の医療制度は、国民皆保険制度により患者の自己負担が低額であることや、どのような医療機関も受診できるようになっているフリーアクセスが担保されていることから、患者の受診ハードルが低くなっている。加えて、出来高払い制のため、診察・検査が増えれば医師側も収入が増加する構造になっていることと、それぞれの診療報酬の点数（≒価格）が低く算定されていることから薄利多売でたくさんの患者を見ていかないと収入が上がらない構造になっており、医師側も患者の受診を控えさせるメリットが少ない。結果として、患者の受診回数の増加につながっており、患者1人当たりの年間受診回数は世界でもトップクラスである⁴⁾。こうした構造は、国民医療費の増大や、現場の多忙さにも繋がっている可能性があり、価値の低い医療の提供や過剰診療を防ぐための仕組みが必要であると考えられる。

こうした現在抱えている問題に加え、今後、65歳以上人口がピークを迎える2040年頃にかけて、増大し続ける国民医療費についても対処していく必要がある。例えば日本の65歳以上の高齢化率は2022年時点で29.1%と世界一であるが、2045年には36.3%まで上昇することが予想されており、結果として入院患者数も2040年まで増加すると予測されている⁴⁾。増大の続く国民医療費は、2040年に、約89兆円に増加すると予想されており、現在の税率が据え置かれた場合、27兆円の財源不足が生じる可能性があるという指摘もある⁴⁾。こうした国民医療費増大の抑制策の一つとして、政府は薬価の引き下げを繰り返してきたが、その結果、製薬企業側の負担が大きくなっており、品質不正問題の多発や、医薬品の供給不足が深刻化しつつあるなどの問題も生じている⁵⁾。国民医療費の増加が避けられない中で、どのように財源を確保していくかという点について、特定の領域・世代に負担が偏らないよう、国民的な議論を深めていく必要がある

* 慶應義塾大学医学部ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座

† 東京大学大学院学際情報学府

う。

また、高齢化社会特有の問題として、認知症患者の増加についての問題もある。2024年から施行された認知症基本法の制定過程においては、認知症の「予防」ではなく認知症との「共生」に力点が置かれている⁶⁾。例えば、金融分野では、高齢者の認知機能に応じた金融取引を支援するような技術開発について、政府が研究支援を行うようになっている⁷⁾。認知症においては治療や予防に注目が集まりがちであるが、完全な治療や予防は困難であることから、認知機能低下の早期発見や、認知症患者を排除しない社会システムづくりも重要である。筆者も金融機関との共同研究に参加しているが、こうした治療や予防以外の社会医学的な研究をより発展させていくこと、そのような分野に関心をもつ医学研究者を増やしていくことも重要であるとする。

Ⅲ. 医療提供体制の課題、診療科偏在、地域偏在

日本は国際比較において、患者1人当たりの年間受診回数、人口当たりの病床数・病院数がトップクラスであるにもかかわらず、人口当たりの医師数はOECD諸国の平均より少ない⁴⁾。諸外国では、軽症患者の診察・処方には看護師が担当する場合などもあるが、日本では医師が全て診察する制度となっている。このような構造から、医師の過重労働が常態化している。

また、医学部卒業者は診療科や診療場所の選択に制限が少ないため、日本では外科、産婦人科の医師が常に不足し、小児科や内科は都市部に集中している⁴⁾。この偏在を解消し、将来の医療需要の増加に備えるため、政府は全国の医学部定員を2008年の7,793人から2022年の9,374人へと段階的に増やしてきた。しかし、偏在は依然として解消されておらず、医師の総数が増える中で、外科医は全く増えていない⁴⁾。今後、高齢化で増大する医療需要に備えるため、医療資源を適切に配置できるようにしなければならない。

加えて、昨今の日本の医療におけるトレンドとして、女性医師の増加がある。医学部に進学する女性は長い目でみると増加傾向であり、1990年代中頃に3割に到達したが、そこから長らく3割台前半で推移していた。そうした中で、2023年度初めて4割を超えたが、依然としてOECDの中では日本は女性医師が最も少ない国となっている⁸⁾。これは入試における不適切な取り扱いなどにより、医学部入試において女性が排除されてきたことも一因であるが、そのような問題が起こった背景として、日本の医療現場が多忙だったことから、医療界が男性を優先的に受け入れることを正当化してきたことがある。そして、数少ない女性医師は、仕事と出産・育児との両立が困難であることから、人手の多い都市部や、働きやすい診療科に集まる傾向があった⁸⁾。様々な地域・診療科において女性医師が働きやすい環境をつくるためには、医師の働き方全般の見直しが急務である。

さらに、昨今、多忙な保険診療を離れ、美容医療や自由診療に医師が流出してしまうことも問題視されている⁹⁾。美容医療・自由診療領域では、肥満でない若い女性に対する糖尿病治療薬のダイエット目的の処方など、不適切な医療行為も多発しており、そのような領域に医師が集中することは健全とはいえない¹⁰⁾。その他、多忙な大学病院から医師がいなくなることで、日本の医学分野における研究力の低下も問題となっている¹¹⁾。今後は、こうしたさまざまな問題の源泉

となっている、医師の過重労働と、それを引き起こしている日本の医療の構造的な課題について取り組んでいく必要があると考える。

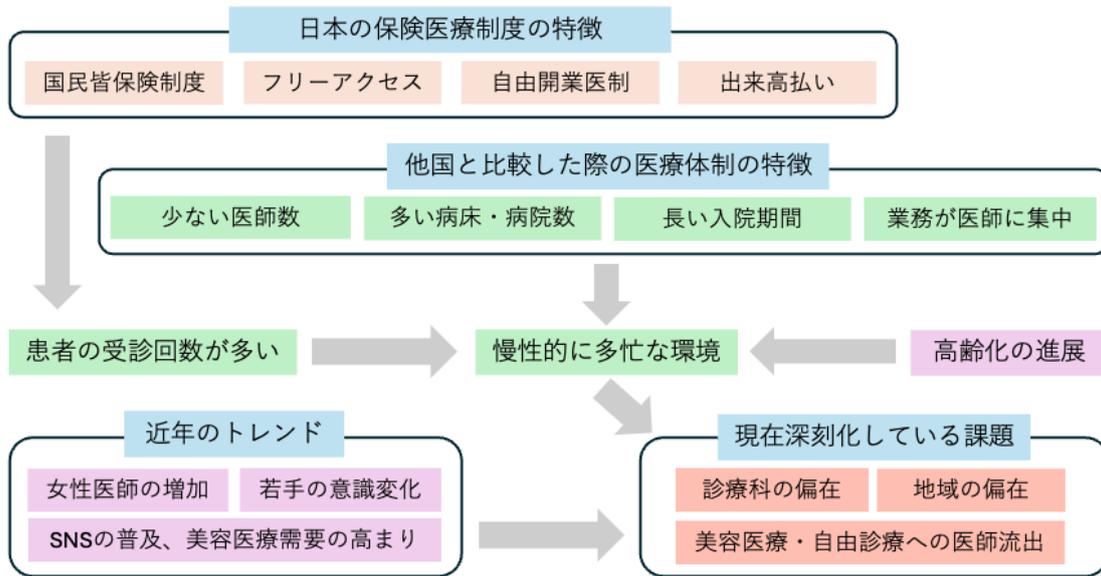


図 1. 日本の医療の特徴と構造的課題（筆者作成）

IV. オンライン診療の普及の遅れ

前述のような医師の偏在の対策において、オンライン診療などの活用が期待されている¹²⁾。オンライン診療は、当然ながら医療行為の全てを代替することは困難であるが、患者との会話が診察の中心となる精神科領域など、物理的な検査・診察を必要としない診療科との親和性は高い。例えば、筆者らの研究チームが行ったメタアナリシスでは、オンライン診療と対面診療を比較した 32 の無作為化比較試験の結果を統合したところ、治療効果や継続率に関して両者に有意差は認められなかった¹³⁾。

このように、オンライン診療においてはエビデンスも十分に蓄積されているが、日本での普及は進んでいない。かつてはオンライン診療そのものが認められていなかったという事情もあるが¹⁴⁾、昨今の日本でオンライン診療が普及していない理由としては、診療報酬の評価が対面診療よりも低いことが、現場の医師・医療機関の導入を妨げる主要な障害となっていることがわかっている¹⁴⁻¹⁷⁾。

新型コロナウイルス感染症のパンデミックにおいては、感染症対策としてもオンライン診療が注目され、政府も診療報酬の上乗せを行うなど特例的な規制緩和を行なった¹⁷⁾。日本ではこのパンデミックに伴う規制緩和後も、診療報酬の価格は対面診療よりもオンライン診療の方が低いままであったが、筆者らが 17 の国と地域を比較した研究では、パンデミック後にそのような価格差が明確になっていた国は日本だけであった¹⁾。オンライン診療は新しい医療形態であり、

長期間使用した場合のエビデンスが不足している点は否めないが¹⁸⁾、例えば筆者らが国内で行った6ヶ月間の無作為化比較試験でもオンライン診療併用群は対面診療群に対して治療効果が劣らないだけでなく、通院時間の負担が少なく費用も安価だったことが確認されており²⁾、特有のメリットも有しているといえる。全国の国民が等しく保険料を払っているにもかかわらず、地域偏在や診療科偏在によって受けられる医療に地域間格差が生じている現状は回避されるべきであり、その代替手段の一つであるオンライン診療へのアクセスもより一層改善されるべきであると考えられる。

文献

1. Kinoshita, S., Cortright, K., Crawford, A., Mizuno, Y., Yoshida, K., Hilty, D., ... & Kishimoto, T. (2022). Changes in telepsychiatry regulations during the COVID-19 pandemic: 17 countries and regions' approaches to an evolving healthcare landscape. *Psychological medicine*, 52(13), 2606-2613.
2. Kishimoto, T., Kinoshita, S., Kitazawa, M., Hishimoto, A., Asami, T., Suda, A., ... & J-PROTECT collaborators. (2024). Live two-way video versus face-to-face treatment for depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder: A 24-week randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 78(4), 220-228.
3. Kishimoto, T., Kinoshita, S., Kikuchi, T., Bun, S., Kitazawa, M., Horigome, T., ... & Yoshino, F. (2022). Development of medical device software for the screening and assessment of depression severity using data collected from a wristband-type wearable device: SWIFT study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1025517.
4. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2024). Ageing population in Japan: immediate shake-up in healthcare required. *QJM: An International Journal of Medicine*, hcae097.
5. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2024). Challenges introduced by Japan's drug pricing policy. *The Lancet Regional Health—Western Pacific*, 51.
6. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2023). Dementia in Japan: a societal focus. *The Lancet Neurology*, 22(12), 1101-1102.
7. Kinoshita, S., Komamura, K., & Kishimoto, T. (2024). Financial inclusion and financial gerontology in Japan's aging society. *BioScience Trends*, 18(5), 492-494.
8. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2024). Increase in the number of female doctors and the challenges that Japan's medical system must face. *Global Health & Medicine*, 6(6), 433-435.
9. Kinoshita, S., Wang, S., & Kishimoto, T. (2024). Uneven Distribution of Physicians by Specialty in East Asia. *Journal of Korean Medical Science*, 39(12).
10. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2024). Anti-obesity drugs, eating disorders, and thinness among Japanese young women. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 12(2), 90-92.
11. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2023). Decline in Japan's research capabilities: challenges in the medical field. *The Lancet*, 402(10409), 1239-1240.

12. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2024). Updating the Japanese Healthcare System to Meet the Needs of an Aging Society. *JMA journal*, 7(4), 646-647.
13. Hagi, K., Kurokawa, S., Takamiya, A., Fujikawa, M., Kinoshita, S., Iizuka, M., ... & Kishimoto, T. (2023). Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 223(3), 407-414.
14. Kinoshita, S. (2021). The diffusion and challenges of telemedicine in the with/after COVID-19 era. *J Inf Commun Policy*, 5, 49-67.
15. 木下翔太郎, 成瀬浩史, & 吉村健佑. (2021). オンライン診療の適正な普及に関するヒアリング調査. *精神神経学雑誌*, 124, 16-27.
16. Kinoshita, S., Kitazawa, M., Abe, Y., Suda, A., Nakamae, T., Kanazawa, T., ... & Kishimoto, T. (2024). Psychiatrists' perspectives on advantages, disadvantages and challenging for promotion related to telemedicine: Japan's clinical experience during COVID-19 pandemic. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 9(3), 532-541.
17. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2022). Current status and challenges of the dissemination of telemedicine in Japan after the start of the COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 28(8), 1220-1224.
18. Kinoshita, S., & Kishimoto, T. (2023). Advantages and disadvantages of the long-term use of telepsychiatry. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 40(3), 538-539.

