

2040年に向けた医療の課題と展望

—「医療を取り戻す」

渋谷健司

キーワード●精密医療・栄養、システム医学、自由診療、医療の民主化

I 既存の医療システムの崩壊

日本の皆保険制度は、高度経済成長期における「右肩上がりの経済成長・若年層中心の人口構成・急性期医療需要の増加」を前提に設計された。しかし、現代の日本社会は「低成長・少子化・高齢化・人口減少・慢性期医療需要の増加・急性期医療需要の減少」という課題に直面しており、既存の医療制度はその変化に対応できていない。

かつての医療システムは、患者・医療従事者・医療機関の三者が利益を享受する「三方よし」の構造を持っていた。しかし、現在では医療従事者、特に勤務医への負担が過度に集中し、過重労働が常態化している。厚生労働省の報告書にも「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にある」と明記されており、医療従事者の疲弊は限界に達している¹⁾。さらに、現役世代の負担軽減や減税といったポピュリズム的政策が国民に支持され、医療の持続可能性を完全に失いつつある。政府は医療財源の確保や財政規律の維持に固執しているが、これだけでは問題解決に至らないのは明らかである。

1. 医療機関の経営危機

政府やメディアが「医療機関は儲けている」といった誤解を広めた結果、診療報酬の引き下げが続き、勤務医の負担はますます増大してい

る。大学病院の若手医師は低賃金・長時間労働を強いられ、助教の給与は月額20万～30万円程度にとどまる。さらに、2024年度には国立大学病院全体の赤字額が260億円に達する見通しであり²⁾、実質マイナス改定の診療報酬に加えて、医薬品や医療材料費の高騰・円安による輸入価格上昇、人件費の増加がその要因となっている。

国立大学病院は国の補填を受けることが可能だが、民間病院にはその制度がない。そのため、特に都市部では物価の上昇により中小病院の撤退が相次ぎ、私立大学病院やクリニックの経営も危機的状況にある。人件費や家賃の高い都市部の開業医のみならず、これまで比較的経営の安定していた地方の開業医も、特に真面目に医療に取り組む開業医ほど収益が悪化し、持続的な診療が困難になっている。

II 医療制度の再構築に必要な施策

1. 価値に見合った価格設定と無駄の削減

医療財政の効率化を図るため、風邪薬や湿布など、命に直結しない医療行為や医薬品を保険適用外とするべきという議論はよくあるが、開業医への影響はきわめて大きい。それ以上に、既存のサービスを保険から外すという政治的コストが非常に高い。

2. 応分の負担を求める仕組み

支払い能力のある高齢者には応分の負担を求めるべきであるという議論も長年にわたって行われている。たとえば、後期高齢者の現在の1

割負担を3割負担へ引き上げることで現役世代の負担を軽減し、公平な負担構造を実現できる。この改革により、兆円単位での財政改善が期待できるが、政治的ハードルはきわめて高い。そのため、高額療養費制度の上限見直しを行い、高所得者への過剰な優遇措置を抑制することが検討されていたが、1,000億円程度の財源確保にとどまり、国民の支持も低く、結局、撤回された。

3. 医療市場の拡大と自由診療の活用

医療財政の安定化のため、自由診療を拡大し、予防医療や先進医療、高付加価値の医療サービスの提供を推進することは、これまであまり議論されてこなかった。しかし、外国人向けの医療ツーリズムを促進し、日本の高品質な医療を求める患者を受け入れることで新たな収益源を確保し、国内医療機関の経営安定にも寄与することが可能だ。

筆者も Medical Excellence JAPAN (MEJ) を通じて、日本の医療機関と海外市場をつなぐハブ機能の強化を進めている。医療インバウンドに積極的な病院を選定し、受け入れ体制の整備、各医療機関の強みを活かしたマーケティング戦略の強化、迅速な医療滞在ビザ発給システムの導入、広告規制の緩和などを進めている。MEJの取り組みを通じて日本の医療機関が国際市場で競争力を持ち、医療インバウンドが成長産業として確立されることを目指している。

無駄の削減、高齢者負担の増加、新しい市場の拡大という改革案の中で、最も現実的かつ即座に実行可能なのは「医療市場の拡大」である。自由診療の拡大により短期間で一部の医療機関の経営改善が見込め、政治的ハードルも比較的低い。

北原茂実氏（医療法人社団 KNI 理事長）は、国民皆保険制度が医療を産業ではなく「施し」と見なすため、約900万人が従事する本来日本最大の産業であるはずの医療が「経済の足を引っ張るお荷物」と見なされていると指摘す

る³⁾。そして、少子高齢化や経済の低迷の中で、時代遅れの制度に固執するのではなく、「公益資本主義」の考え方に則った新たな医療提供主体の創出を目指すべきだと主張している。

Ⅲ 医療のパラダイムシフト

医療の進化は、社会的背景や科学技術の発展と密接に関係している。筆者の関心の変遷を振り返ると、1990年代初頭はポピュレーションヘルスや健康格差、公衆衛生政策に焦点を当て、政治経済的な視点が主流であった。2000年代に入ると、医療費の高騰に伴い「価値に基づく医療 (value-based healthcare)」の追求が重要となり、同時にグローバルヘルスへの関心も高まった。感染症対策や医療人材の国際移動が課題となり、国境を越えた医療政策の整備が進んだ。

その後、遺伝子解析技術の進歩により、精密医療 (precision medicine) の概念が発展するとともに、身体を機能、システム、あるいはネットワークと見なす新たな統合的アプローチへの移行が進んだ（本稿ではこれを「システム医学」と呼ぶ）。さらに、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のパンデミックを契機に、データサイエンスやAI技術が爆発的に普及した。これにより、バイオマーカーを活用した未病段階での健康状態の把握、腸内細菌叢の役割の再評価、慢性炎症とメンタルヘルスの関連性の解明など、大規模な医療データの活用を通じた診断および治療の個別化が加速している。今後は実際の臨床現場でデータ駆動型のシステム医学がさらに進展すると予測される^{4,5)}。

近年、医療に続き栄養分野においても個々の遺伝情報、腸内細菌叢、代謝、生活習慣に基づき、血糖や脂質、インスリンなどの食事に対する個々の反応を解析する精密栄養 (precision nutrition) が注目されている。NIHの1万人規模コホート研究「Nutrition for Precision Health (NPH)」は、個別の食事反応をAIで可視化・

予測し、個別化栄養の実現を目指す点で、将来的な RCT 展開も視野に入れた意義深い試みである⁶⁾。

一方で、「遺伝情報に基づく精密化」への過度な期待には慎重さが求められる。精密医療の経験が示すように、多因子性疾患では遺伝要因のみでは限界があり、環境や社会的背景を含めた複雑な要因の影響が大きい。NPH も観察研究である以上、因果推論の限界を抱え、AI による予測が行動変容や持続性に直結するとは限らない。

個別化医療の進展と共に、エビデンス構築の手法も変化しており、従来の大規模 RCT 中心から、適応的デザインやリアルワールドデータ (RWD) の活用⁷⁾、さらには個人レベルでのランダム化 (N-of-1) などの導入が進んでいる⁸⁾。しかし、本当に重要な要因を捉えきれていない可能性や個人の特性に応じた臨床的洞察の欠如など、依然として克服すべき課題も多い。今後の医療・栄養においては、RCT の結果に依存するだけでなく、患者の嗜好や臨床現場の判断を重視した、より総合的な意思決定が求められる。

1. 事例 1：GLP-1 受容体作動薬—肥満・慢性炎症治療の変革

医療のパラダイムシフトを象徴する事例の 1 つが GLP-1 受容体作動薬 (GLP-1 薬) の登場である。2013 年、米国医師会 (AMA) が肥満を慢性疾患と認定し、2017 年には糖尿病治療薬セマグルチド (オゼンピック[®]) が承認された。その強力な体重減少効果により、肥満治療薬として爆発的に普及した。だれを治療対象にするかという議論は、科学のみならず、社会経済的な文脈からも論じられるべきである。その 1 つが 2025 年に公表された臨床肥満委員会報告である。そこでは、従来の BMI 基準は健康状態を正確に反映しないため、体脂肪率や身体症状を鑑みた新たな診断基準が提唱され、治療対象者としての「臨床的肥満」が定義された⁹⁾。

さらに、GLP-1 薬は減量だけでなく、がんや心血管疾患リスクの低減、依存症治療、関節リ

ウマチの再発リスクや神経変性疾患の予防など多様な健康効果が続々と報告されており¹⁰⁾、ウェルネス市場にも大きな影響を与えている。システム医学の観点では、肥満は慢性炎症を悪化させ多くの疾患リスクを高め、慢性炎症は肥満を増悪させるという悪循環を引き起こすが、GLP-1 薬は炎症を抑制し全身の健康改善に寄与する。

このように、GLP-1 薬の登場とその効果は、臓器単位での治療から、身体全体をシステムとして捉える統合型医療の妥当性を示唆しているともいえる。当然のことながら、漫然と GLP-1 薬のみを使用しつづけるのは好ましくなく、これに加えてシステム医学的なアプローチによる生活習慣の改善等の根本的な要因の是正がきわめて重要になることはいうまでもない。

2. 事例 2：「Food is Medicine」—食と医療の融合

食の健康への影響に関する考え方も大きく変わりつつある。日本の「医食同源」に対し、米国では「Food is Medicine (食は薬)」の概念が急速に広がり、食事療法の保険適用が進んでいる。ただし、これらは単なる伝統的な考えではなく、科学的評価に基づいている点が重要だ。

筆者が英国キングス・カレッジ・ロンドンにいたときの同僚の遺伝疫学者ティム・スペクターは、双子研究を通じて栄養と健康の関連性を探り、血糖・脂質・腸内細菌をモニターするアプリを開発した。著書である *Spoon-Fed: Why Almost Everything We've Been Told About Food Is Wrong* では、「栄養に関する一般的な情報の多くは誤りであり、万人に共通する栄養ガイドラインは存在しない」と主張している¹¹⁾。実際、筆者らの研究では、「日本人の食事摂取基準 (2015 年版)」を達成したのは全人口のわずか 0.3% にすぎず、基準達成度と臨床的アウトカムの明確な関連も見られなかった¹²⁾。

このことは、「特定の栄養素を摂取すれば健康になれるわけではない」という事実を示している

る。最適な食事は個人の遺伝情報、エピジェネティクス、年齢、ライフステージ、生活習慣、環境、食材、調理法などに左右される。従来の「平均的な個人」に基づく栄養学は、もはや万人に適用できるものではない。

3. 伝統医学と近代精密医学の交差点

個別化医療・栄養の考え方は、筆者が2023年に訪れたスリランカのアーユルヴェーダ施設で実践されていた手法と一致する。アーユルヴェーダは5,000年の歴史を持つ伝統医学であり、個々の「ドーシャ」(体質) バランスと「アーマ」(毒素)の調整を重視し、個別最適な施術や食事を提供する。これは、現代科学における遺伝情報(SNPs)を基にした精密栄養学や慢性炎症の管理と本質的に同じ考え方である。

現代医療はもはや疾患ごとの対症療法ではなく、システム医学の視点から身体全体を調整するアプローチへと移行しつつある。食、生活習慣や環境と医療を一体的に捉え、精密医療・栄養学を反映したデータ駆動型医療が今後さらに発展することは確実だ。こうした個別化医療と統合的アプローチを前提とした新たな医療のパラダイムが形成されつつあり、その根幹にあるのは、慢性炎症による身体のバランスの乱れを是正することで「本来の自分」を取り戻すことにある。これは、アーユルヴェーダの理論とも驚くほど一致している。つまり、「illness から wellness へ」—すなわち、過去の行動による疾病(illness)を予防するという受け身の姿勢から、本来の自分を実現すること(wellness)を目指し、現在と未来に焦点を当てて前向きに生きていくという考え方への転換を意味する。

さらに、バイオマーカーの測定やデータ解析技術の進歩により、個別化医療の精度は格段に向上している。そして、AIの爆発的な発展により、その解釈や対処法は専門家だけのものではなく、だれもが実践できる時代が目前に迫っている。「医療の民主化」が進み、「自分が自分の主治医になる時代」はすぐそこまで来て

いる。

4. AI時代における「伝達」の重要性

この変革は、過去10年間に進化した「伝播力の民主化」と無縁ではない。かつてマスメディアが独占していた情報発信の力は個人へと移行し、医療を含むあらゆる分野で権威主導の構造が変化している。AIやデータ駆動型システムの発展により、診断・治療プロセスも専門家の領域から一般へと開放され、知識の一極集中が解体されつつある。

この流れは、医療における「職人技からデジタル技術へのシフト」としても捉えられる。高度な専門知識を要する診断や治療のプロセスは、データ解析とAIによる最適化へと移行し、クリエイティブ産業や医療分野において「作ること」や「診断・治療すること」自体のハードルが著しく低下した。その結果、医療従事者の役割も「伝達」へと変化しつつある。

すなわち、AIが診断や治療の支援を行う時代において、医師の役割は単なる「治療者」から「ガイド・シェルパ」へと変化している。患者とパートナーシップを組みながら、適切な情報提供や治療選択肢の説明をすることがこれまで以上に求められる。個別化医療や精密栄養学の普及により、医療従事者はより個々の患者に応じた臨床的洞察を持つ必要がある。この領域はAIが容易に代替できない部分であり、「対面力」と「相手を慮る力」が今後の医療の鍵となるであろう。

Ⅳ「医療を取り戻す」—自由診療の役割

現在の公的保険制度は医療のパラダイムシフトに対応できていない。システム医学や精密栄養学を活用し、未病の段階で「本来の自分を取り戻す」ことを目指すには、公的保険の適用が困難であり、自由診療に頼らざるをえない。日本では「混合診療」に対して否定的な意見が根強いが、財政的・医学的・科学的な観点からも、今後のヘルスケアは混合診療なしには成立しな

いことは明らかではないだろうか。

歯科領域における混合診療の進展は、今後の医療改革の参考となる。日本の歯科医療では、自由診療が早くから取り入れられ、現在では経営の必須要素となっている。しかし、現在でも自由診療部分の割合は30%未満にとどまり、基本的に保険診療の流れに沿って行われるため、質の向上にはつながりにくい。この結果、日本の歯科医療は国際的な競争力を欠いている¹³⁾。

質の高い歯科医療の実践例として、山形県酒田市の日吉歯科診療所(熊谷 崇理事長)が挙げられる。同院は1人1時間の診療時間を確保するため、自由診療を活用した予防メンテナンスシステムへと移行した。これにより、虫歯や歯周病の発症を未然に防ぎ、必要な場合のみ質の高い歯科診療を選択できる仕組みを構築した。その結果、5歳から通院した患者の85%が20歳時点で虫歯ゼロを維持し、歯の平均喪失本数は0.9本ときわめて少ない数値を記録している。

自由診療による予防医療の普及は、医療費削減と社会保障制度の維持にも寄与する¹³⁾。日吉歯科診療所では、患者が自費で予防医療を受けることで診療所の経営が安定し、消費税を国に納付することで社会保障制度の維持にも貢献している。このモデルは、患者が健康を維持しながら社会全体に利益をもたらす新しい医療の形を示している。さらに、酒田市では地元企業が福利厚生の一環として従業員の予防メンテナンス費用を負担し、市の虫歯発生率を歯科先進国スウェーデンを下回る水準にまで低下させた。こうした民間企業と医療機関の連携を地域で進める事例は増加していくであろう。

今後、公的保険制度を補完する形で、自由診療に基づく予防医療・ウェルネス分野の発展が不可欠となる。この変革は「消費者優位」の革命であり、供給者側の論理に基づいた従来の医療制度の大きな転換点を意味する。個人の主体的選択によって医療の価値が向上する。医療者

は患者の真のパートナーとして高付加価値サービスを提供することで、自らの理想とする医療を「取り戻す」ことにつながる。なぜなら、医師の満足度は、患者の満足度と提供する医療の質に最も強く関連しているからである¹⁴⁾。

[COI開示](一社)Medical Excellence JAPAN, Eight Roads Ventures Japan

..... 文 献

- 1) 厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会：医師の働き方改革に関する検討会 報告書。平成31年3月28日。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf> (2025年2月21日閲覧)
- 2) m3.com：「大学病院なくなるかもしれない次元」国立大病院長会議。2024年10月4日。 <https://www.m3.com/news/open/iryuishin/1236912> (2025年2月21日閲覧)
- 3) Ubie：[病院長ナビ] 北原茂実：われわれの仕事はよりよい社会をデザインすること。都市型ブルーゾーン「八王子モデル」のための取組みとは。 <https://ubie.app/interview/navi/fz92z7-ypui> (2025年2月21日閲覧)
- 4) 浅井義之：山口医 2018；67：187-192。 https://www.jstage.jst.go.jp/article/ymj/67/4/67_187/_pdf/-char/ja (2025年4月21日閲覧)
- 5) 田中基之：血液データから読み解くあなたの人生—精密栄養学のすすめ。NEXTRAVELER BOOKS, 2025。
- 6) National Institute of Health：Nutrition for Precision Health, powered by the All of Us Research Program。 <https://commonfund.nih.gov/nutritionforprecisionhealth> (2025年4月9日閲覧)
- 7) Sherman RE, et al： *N Engl J Med* 2016；375：2293-2297。
- 8) Allman-Farinelli M, et al： *Nutrients* 2023；15：1756。
- 9) Rubino F, et al： *Lancet Diabetes Endocrinol* 2025；13：221-262。
- 10) *Nat Med* 2024；30：3029。
- 11) Spector T： *Spoon-Fed：Why Almost Everything We've Been Told About Food Is Wrong*. Vintage, 2022。
- 12) Yoneoka D, et al： *PLoS One* 2019；14：e0224042。 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0224042> (2025年3月4日閲覧)
- 13) 熊谷直大、渋谷健司：歯科医療再生に向けて～自由診療による責任のある予防中心の歯科医療へ～。東京財団政策研究所, 2024年10月18日。 https://www.tkfd.or.jp/files/research/2024/渋谷PG/kumagai_shibuya/R4580_Kumagai_R-2024-041.pdf (2025年3月4日閲覧)
- 14) Haas JS, et al： *J Gen Intern Med* 2000；15：122-128。