【論文】医療費適正化の実現に必要なエビデンスに関するレポート

(ワーキングペーパー) [1]

2025 年 11 月 23 日作成

津川 友介（カリフォルニア大学ロサンゼルス校［UCLA］准教授）
加藤 弘陸（横浜市立大学国際商学部准教授）
五十嵐 中（東京大学大学院薬学系研究科特任准教授）
宮脇 敦士（筑波大学医学医療系准教授）
玉田 雄大（東北大学大学院歯学研究科非常勤講師）
後藤 励（慶応義塾大学教授）

要約

日本では社会保障費の負担増が社会問題化する中、特に医療費の適正化をどのように達成するべきかが重要な論点となっている。具体的に政策オプションとしてどのようなものがあり、それぞれどの程度の医療費を適正化する効果があるのだろうか。本レポートは、日本の医療費適正化に必要なエビデンスをまとめたワーキングペーパーで、医療費を国民の健康に悪影響を与えることなく、2.4～8.3 兆円（総医療費の 5～17%）削減する可能性があるとして、①70 歳以上の自己負担割合を 3 割に引き上げる（1.3～6.7 兆円削減）、②OTC 類似薬の一部または全てを保険から外す（3,300 億～6,500 億円削減）、③無価値・低価値医療を削減（7,800～9,000 億円削減）、④外来に包括支払制度を導入、⑤エビデンスのある予防医療を保険収載する、という 5 つの医療改革を提案しており、これらは皆保険制度を維持しながら、軽症患者の不要不急な医療利用を抑制し、患者の健康を守りつつ医療費の適正化を実現する方針を示している。

[1] 本ワーキングペーパーの内容は、著者個人の責任において発表されるものであり、著者の所属機関および本学会の見解を示すものではありません。

問い合わせ先：津川 友介（カリフォルニア大学ロサンゼルス校［UCLA］）
email: ytsugawa@mednet.ucla.edu

はじめに

日本では社会保障費の負担増が社会問題化する中、特に医療費の適正化をどのように達成するべきかが重要な論点となっている。具体的に政策オプションとしてどのようなものがあり、それぞれどの程度の医療費を適正化する効果があるのか、既存のエビデンスを元に総括する。

第 1 章 医療費適正化を実現するための政策オプション

医療費適正化を実現するために現在議論されているものに、高額療養費の自己負担の上限の引き上げがある。本来、健康保険制度は、**①予測困難な健康上の問題で、②健康上の問題が起きたときに高額の医療費がかかる**、という 2 つのリスクを軽減することを目的として設計されている。この原則に照らせば、**高額療養費制度が日本の皆保険制度にとって最も重要な制度**であり、それを弱体化させることは、経済的理由により必要な治療を断念する者や、医療費の支払いのために自己破産・生活保護に至る世帯を増加させるおそれがある。

医療へのアクセスを犠牲にするのであれば、高額療養費制度の対象となっているような、生死の問題に面している重症患者（社会的弱者）に負担を強いるべきではなく、まずは先に外来を受診する軽症患者による不要不急の医療利用の抑制を先に検討するべきである。そうすることで、国民の健康に悪影響を与えることなく、医療費を適正化できる可能性が高まる（図 1）[1]。

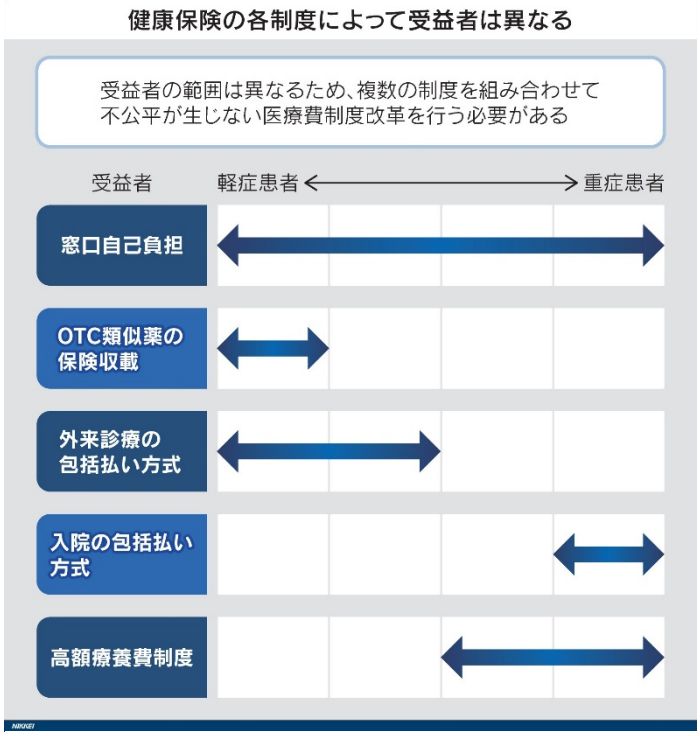

図 1　日経新聞 2025 年 3 月 26 日 津川友介「高額療養費より医療の非効率見直しが先」より引用

以下の章では、**医療費適正化に関して政策立案者の意思決定に必要なエビデンスをまとめ、様々なシナリオの中での、国民医療費に与える影響の検証を行った**。本レポートでは、以下に示す 5 つの医療改革を提案する。この改革を実行することにより、国民の健康に悪影響を及ぼすことなく、**合計 2.4～8.3 兆円の医療費（国の総医療費の 5～17%相当）を削減**することが可能であると考える。

第 2 章　70 歳以上の自己負担割合の引き上げ（1.3～6.7 兆円の医療費削減効果）

1. 医療費の自己負担割合引上げによる影響

2025 年 10 月現在、日本の医療費の自己負担割合は、**図 2** のようになっている[1]。

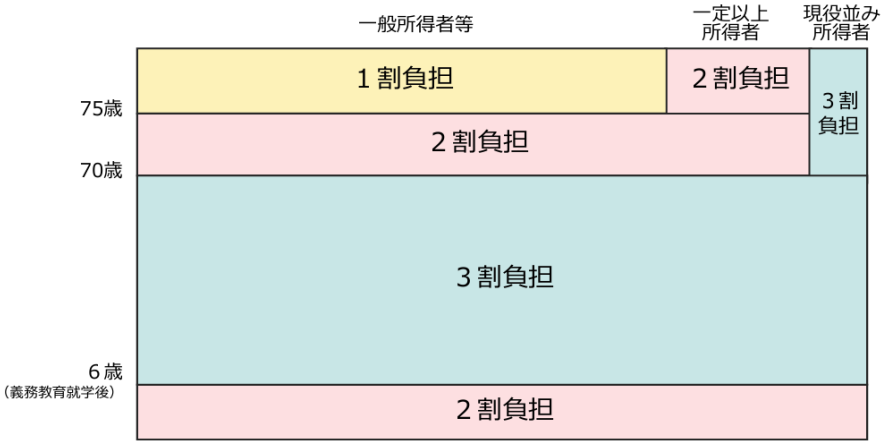

図 2　医療費の自己負担割合（厚生労働省資料より抜粋）

車やテレビなどの一般消費財の価格が上がれば需要が減るように、医療サービスも、患者の自己負担額（窓口負担額）が上昇すれば受診控えが起こり、結果として需要が減ることが知られている。

東京大学の重岡仁氏が行った、日本のデータに基づく研究[2]でも、70 歳になり自己負担割合が 3 割から 1 割に減ると、顕著に医療サービスの需要と消費量が増えることがわかっている（**図 3**）。具体的には、医療サービスの窓口での自己負担額が 10%増加すると、約 2%需要が減るという結果が示された。

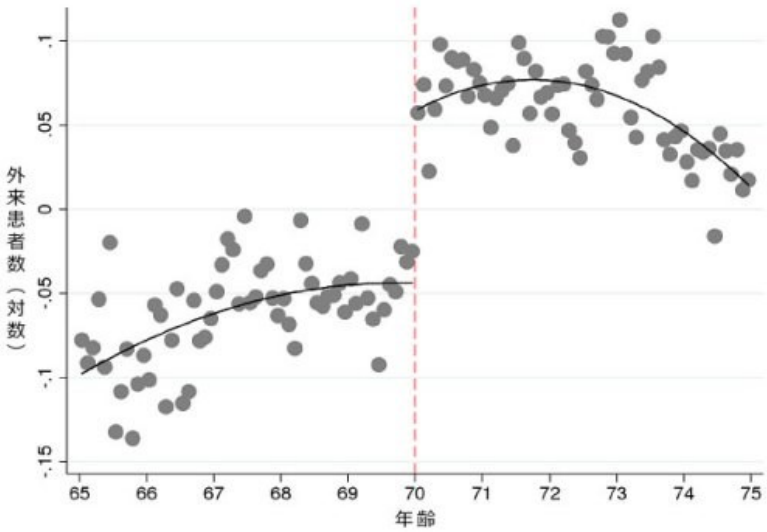

図 3　窓口自己負担が増えると外来受診回数は減る。Shigeoka (2014) より引用

この需要の変化を経済学では「**価格弾力性**」と呼ぶ。価格弾力性の絶対値が大きいほど、価格を引き上げた場合に大きく需要が減ることを指しており、価格弾力性が-0.2 ということは、価格（医療サービスの例では、窓口での自己負担額）が 10%増加すると、需要が 2%減ることを意味する。

アメリカで行われた社会実験であるランド医療保険実験も同様に、医療サービスの価格弾力性は-0.3～-0.2 であると報告している。

日本で行われた複数の研究の結果（表１）によると、日本における医療の価格弾力性[3]は以下のように報告されている。

- 外来医療：-0.3[4]～-0.1[5]
- 入院医療：-0.16[6]～-0.05[7]
- 高齢者：-0.2[6]～-0.04[8]

表１．日本のデータを用いた医療の価格弾力性と健康への影響に関するエビデンス

論文	データ期間	方法	価格弾力性	健康への影響
Fukuma et al. (2023)[9]	2018 年 4月～2022 年 3月（小児医療費補助制度による自己負担 0%→30%に着目）	RDD	外来：-0.55* 入院：-0.24	該当する記載無し
Iizuka et al. (2022)[10]	2005 年 4月～2015 年 3月（自治体毎の小児医療費補助制度による自己負担の違いに着目）	DID	外来 0 円→200 円/回：-2.65* 0 円→300 円/回：-1.49* 0 円→500 円/回：-0.83* 0 円→10%：-0.99* 0 円→15%：-0.67* 0 円→20%：-0.68* 0 円→30%：-0.56*	該当する記載無し
Kang et al. (2022)[11]	1991 年～2001 年（自治体毎の小児医療費補助制度による自己負担の違いに着目）	DID	外来：-0.21*	小児医療費補助制度のある自治体に居住する小児の方が、発熱、咳、鼻汁の症状がある割合が低かった。補助制度の有無により喘鳴、目の痒み、扁桃炎、歯痛、死亡率、病院退院時の健康状態に差は認められなかった。
Kato et al. (2022)[12]	2011 年 9 月～2014 年 3 月（70 歳での自己負担 30%→10%に着目）	RDD	外来：-0.07* （低所得者：0.001、中所得者：-0.08*、高所得者：-0.11*） 入院：-0.07 （低所得者：-0.18、中所得者：-0.11、高所得者：0.05）	70 歳を境とした自己負担割合の低下により、主観的健康感が良い人が 5.9%*増加していた。（低所得者：14.8%*、中所得者：5.7%、高所得者：1.5%）

Komura et al. (2022)[13]	2012 年～2019 年（生年月日に応じた、70 歳～74 歳の自己負担 10%→20%に着目）	RDD	外来+入院：-0.04* 外来：-0.05* (検査：-0.05*、画像：-0.05*、処方：-0.06*、ACSC：-0.02*) 入院：-0.04*	生年月日に応じた、70 歳～74 歳の自己負担割合の増加による、健康指標（死亡率、収縮期・拡張期血圧値、コレステロール値、HbA1c 値、主観的健康感)の変化は認められなかった。また、健康関連指標(運動日数、摂取カロリー、飲酒日数、喫煙習慣)の変化も認められなかった。
Yuda (2022)[14]	2003 年～2007 年（生活保護認定による、自己負担 10～30%→0%に着目）	FE 、PSM	自己負担 30%→0%： 外来+入院：-0.2～-0.1*	該当する記載無し
Mahlich et al. (2019)[15]	2009 年 3月～2015 年 9月(生年月日に応じた、70 歳～74 歳の自己負担 30%→10%、30%→20%に着目) 注：研究対象は関節リウマチ患者	RDD	自己負担 30%→10%： 外来+入院：-0.24*、外来：-0.08*、入院：-0.25 自己負担 30%→20%： 外来+入院：0.12、外来：0.06、入院：0.22	該当する記載無し
Miyawaki et al. (2019)[16]	2012 年 3月～2017 年 1月(自治体毎の小児医療費補助制度の違いに着目)	DID	自己負担 30%→0%： 調剤：-0.07*	該当する記載無し
Takaku et al. (2017)[17]	2003 年 4月～2006 年 3月(小児医療費補助制度による自己負担 30%→0%に着目)	DID	外来：-0.23	自己負担が 0%になることで、皮膚疾患での外来受診回数、薬剤処方は増加していた。
Miyawaki et al. (2017)[18]	2012 年 4月～2014 年 3月(小児医療費補助制度による自己負担 300 円/回→30%に着目)	DID	外来+入院：-0.19～-0.13*	自己負担が 300 円/回から 30%になることで、急性下気道感染、消化器感染症、アレルギー性鼻炎、喘息、結膜炎、皮膚疾患での外来受診回数は減少していた。
Ando et al. (2016)[19]	2007 年、2009 年、2011 年(70 歳での自己負担 30%→10%に着目)	RDD	義歯使用：-0.41	70 歳を境とした自己負担割合の低下による、咬合力の変化は認められなかった。

Fukushima et al. 2016)[20]	2005 年 1月～2013 年 12月（70 歳での自己負担 30%→10%に着目）	RDD	全研究対象者： 外来+入院：-0.16*、外来：-0. 16*、入院：-0.16 基礎疾患無し： 外来+入院：-0.34*、外来：-0. 43*、入院：-0.26 基礎疾患あり： 外来+入院：-0.17*、外来：-0. 11*、入院：-0.33	該当する記載無し
Besstremyannaya et al.(2015)[21]	2000 年～2010 年（2003 年の被用者自己負担 20%→30%に着目）	FM	高医療費群： 外来+入院：-0.25* 低医療費群： 外来+入院：-0.21*	該当する記載無し
Shigeoka (2014)[2]	1984 年～2008 年（70 歳での自己負担 30%→10%に着目）	RDD	外来：-0.18* 入院：-0.16*	70 歳を境とした自己負担割合の低下による、死亡率、主観的健康感の変化は認められなかった。
Kan et al. (2010)[22]	1996 年 4月～1999 年 11月（1997 年の被用者自己負担 10%→20%に着目）	TPM	全集団： 外来：-0.06* 慢性疾患あり： 外来：-0.03*	該当する記載無し
Yoshida et al. (2002)[23]	1996 年 9月～1998 年 8月（1997 年の被用者自己負担 10%→20%に着目）	Hurdle	自己負担 10%→20%： 外来：-0.11～-0.08*	該当する記載無し

略：RDD=回帰不連続デザイン法、DID=差分の差分法、FE=固定効果モデル、PSM=傾向スコアマッチング法、FM=Finite-mixture モデル、TPM=Two-Part モデル、Hurdle=Hurdle モデル

注 1：価格弾力値性の値の小数第三位は四捨五入して表示しており、*は統計学的に有意であることを示す。価格弾力性の推計値には点弾力性だけでなく弧弾力性も含まれる。

注 2：文献検索には PubMed と Web of Science を使用し、英語で執筆された文献を収集した。検索語には「Japan AND (“cost sharing” OR copayment* OR coinsurance* OR “out of pocket payment*” OR “out of pocket medical payment*” OR “out of pocket expense*” OR “out of pocket medical expense*” OR “medical service fee revision” OR “medical fee revision”)」を用いた。検索に該当した文献のタイトルおよび要旨を確認して文献を抽出した後、ハンドサーチで収集された文献を加え、収集対象に合致した文献の精読を実施した。

上記の重岡氏の研究では、自己負担の増加によって、大きな健康への悪影響は認めないということも報告されている（**図 4**）[2]。この研究以外にも、日本のデータを用いて自己負担割合の健康への影響を評価した研究は数多く行われており、それらを総合的に判断すると、**自己負担割合を 3 割程度まで引き上げたとしても、健康への悪影響はない（あっても小さい）**と結論づけることができる。（ただし、所得別の影響の検証は数が限られており、低所得で元々不健康な人に関しては、一定の注意が必要である）。

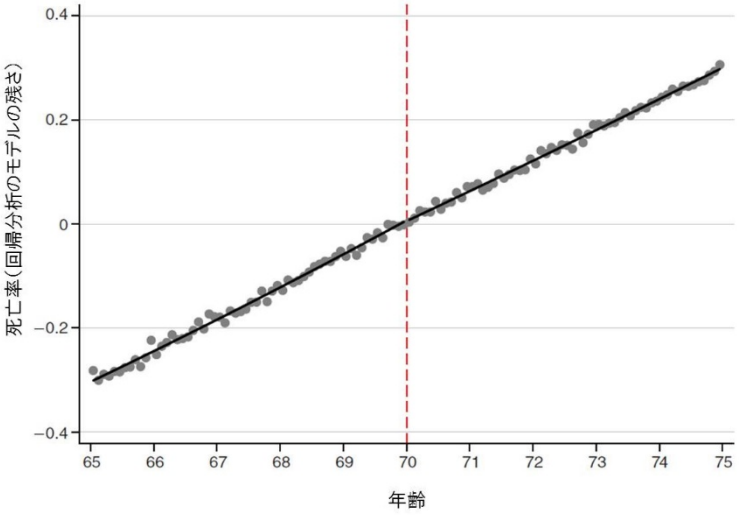

図 4　窓口自己負担が増えても、健康に対する大きな悪影響は認めない。Shigeoka (2014)より引用

このように結論付けられる背景には、自己負担割合の増加で影響を受けるのは主に軽症患者であるという点がある。自己負担割合を引き上げても、高額療養費制度が適切に機能していれば、最終的に患者が負担する医療費は常識的な範囲内にとどまると考えられる。手術や抗がん剤などの命に関わる医療に関しては、自己負担割合を引き上げても、高額療養費制度によってカバーされるため、受診控えはあまり起こらず、一方で、風邪での外来受診など、軽医療サービス（例：ウイルス感染である風邪には有効な治療はないため、医療機関を受診してもメリットはない）が抑制されると考えられる。

2. 自己負担割合増加による医療費削減効果

70 歳以上の高齢者の自己負担割合を一律 3 割に引き上げた場合、どれくらいの医療費が減少するだろうか。いくつかの仮定を置いた上でおおまかな医療費への影響額を計算した。

現在の自己負担割合は 70～74 歳で原則 2 割、75 歳以上で原則 1 割であるが、高所得者には現在でもより高い自己負担割合が設定されている（**図 2**）。この自己負担割合の違いを踏まえつつ、70 歳以上の高齢者の自己負担割合を一律 3 割に引き上げた場合の医療費への影響を算出した。分析に使用する医療費データは、厚生労働省の「医療保険に関する基礎資料～令和 4 年度の医療費等の状況～」から取得した。

使用データ

- 70～74 歳の現役並み所得者の医療費（自己負担割合は 3 割）：0.5 兆円
- 70～74 歳の一般所得者の医療費（自己負担割合は 2 割）：4.6 兆円
- 75 歳以上の現役並み所得者の医療費（自己負担割合は 3 割）：1.1 兆円
- 75 歳以上の一定以上所得者の医療費（自己負担割合は 2 割）：1.6 兆円

- 75 歳以上の一般所得者の医療費（自己負担割合は 1 割）：15.2 兆円

なお、「75 歳以上の一定以上所得者」については、令和 4 年の 10 月に自己負担割合が 1 割から 2 割に変更されている。そのため、令和 4 年度の「75 歳以上の一定以上所得者の医療費」である 1.6 兆円には、自己負担割合が 1 割だった際の医療費も含まれており、もし令和 4 年度中を通じて自己負担割合が 2 割だった場合と比べると、医療費が大きい値となっているかもしれない。本シミュレーションでは、シンプルに分析を行うため、この影響は考慮せず、「75 歳以上の一定以上所得者の医療費」は 1.6 兆円と考え分析を行った。

自己負担を引き上げることによる医療費の変化の大きさは、自己負担の増加により人々がどの程度需要を変化させるのかによって決定される。つまり、価格弾力性の大きさによって、決定されるのである。**表 1** の通り、高齢者に限っても価格弾力性の推定値には一定の幅がある（高齢者を対象とした研究によると、価格弾力性は概ね-0.2～-0.04 とされている。）。そこで、最も需要が抑制されるケースのシミュレーションとして、価格弾力性を-0.2 とした場合の医療費への影響と、最も需要が抑制されないケースのシミュレーションとして、価格弾力性を-0.04 とした場合の医療費への影響をそれぞれ計算した。まず、価格弾力性を-0.2 とした場合には、以下のような需要抑制が予測される。

- 70～74 歳の現役並み所得者：自己負担割合の変化がないので、需要は変わらず。
- 70～74 歳の一般所得者：自己負担割合が 20%→30%に変化すると、患者の直面する価格は割合として 50%（（30-20）/20×100）増加する。そのため、価格弾力性が-0.2 だとすると、10.0%（50.0×0.2=10.0）需要が減ると考えられる。
- 75 歳以上の現役並み所得者：自己負担割合の変化がないので、需要は変わらず。
- 75 歳以上の一定以上所得者：自己負担割合が 20%→30%に変化すると、割合としては 50%（（30-20）/20×100）増加する。そのため、価格弾力性が-0.2 だとすると、10.0%（50.0×0.2=10.0）需要が減ると考えられる。
- 75 歳以上の一般所得者：自己負担割合が 10%→30%に変化すると、割合としては 200%（（30-10）/10×100）増加する。そのため、価格弾力性が-0.2 だとすると、40.0%（200.0×0.2=40.0）需要が減ると考えられる。

これを上記のそれぞれの医療費額にかけると、削減額を求めることができる。

- 70～74 歳：4.6 兆円×10.0%＝4600 億円
- 75 歳以上：1.6 兆円×10.0% ＋ 15.2 兆円×40.0%＝6.24 兆円
- **合計：約 6.7 兆円**

次に、最も需要が抑制されないケースのシミュレーションとして、価格弾力性を-0.04 とすると、以下のような需要抑制が予測される。

- 70～74 歳の現役並み所得者：自己負担割合の変化がないので、需要は変わらず。

- 70～74 歳の一般所得者：自己負担割合が 20%→30%に変化すると、患者の直面する価格は割合として 50%（（30-20）/20×100）増加する。そのため、価格弾力性が-0.04 だとすると、2.0%（50.0×0.04=2.0）需要が減ると考えられる。
- 75 歳以上の現役並み所得者：自己負担割合の変化がないので、需要は変わらず。
- 75 歳以上の一定以上所得者：自己負担割合が 20%→30%に変化すると、割合としては 50%（（30-20）/20×100）増加する。そのため、価格弾力性が-0.04 だとすると、2.0%（50.0×0.04=2.0）需要が減ると考えられる。
- 75 歳以上の一般所得者：自己負担割合が 10%→30%に変化すると、割合としては 200%（（30-10）/10×100）増加する。そのため、価格弾力性が-0.04 だとすると、8.0%（200.0×0.04=8.0）需要が減ると考えられる。

これを上記のそれぞれの医療費額にかけると、削減額を求めることができる。

- 70～74 歳：4.6 兆円×2.0%＝920 億円
- 75 歳以上：1.6 兆円×2.0% ＋ 15.2 兆円×8.0%＝1.25 兆円
- **合計：約 1.3 兆円**

以上のとおり、価格弾力性の値によって結果は変わるものの、大まかな削減額として、70 歳以上の高齢者の自己負担割合を一律 3 割に引き上げることで、**1.3～6.7 兆円の医療費削減効果が期待できる**。なお、ここでの医療費削減効果は、社会全体としての支出を念頭に置いている。すなわち、保険者や国の立場を考慮すれば、自己負担割合を引き上げれば医療需要が不変でも、保険者の負担は当然減少する（例えば自己負担割合が 1 割から 3 割に変化すれば、保険者負担分は 9 割から 7 割に減少するので、100%-70%/90%=22%の負担減となる）が、今回の推計にはこの部分は組み込まなかった。保険者の立場からの医療費削減効果は、この数字よりも若干大きくなることが予想される。

なお、このシミュレーションはおおまかな医療費への影響額を検証するためのものであり、高額療養費制度などの影響は分析に含まれていない。例えば、後期高齢者全体で、高額療養費の支給実績は約 8400 億円であるが、この分の医療費は自己負担割合を変えたとしても需要は変わらず、医療費削減の効果はないかもしれない。もしこのような医療費を分析から除外すると、先ほど示した削減額は一定程度小さくなると考えられる。

3. 医療費削減効果を評価するにあたっての留意点

注意が必要なのは、過去の研究から自己負担割合を引き上げても、患者の健康への悪影響がないか、もしくは小さいことが分かっているが、これは現行の高額療養費制度の下での評価であるという点である。

すなわち、高額な医療費がかかるような重症患者は高額療養費制度で保護され、受診控えが起こらない状況下を想定している。現在日本で議論されているように、高額療養費制度

の自己負担額の上限が引き上げられることによって、同制度が弱体化した場合には、状況は変化し、自己負担割合を引き上げると（重症患者の受診控えが起こり）健康被害が出る可能性がある。

この点からも高額療養費制度の重要性が分かる。日本の皆保険制度の根幹である、高額療養費制度を維持、すなわち高額な医療費発生時の自己負担額を引き上げなければ、その他の健康保険制度を変更しても患者の健康への影響は小さいといえる。

上記では、高齢者の自己負担割合を一律 3 割に引き上げた場合の、医療財政へのインパクトを評価した。同じ計算式を用いて、自己負担割合を 2～3 割に変更した場合に期待される医療費削減効果は、それぞれ下表のようになる（**表 2**）。

表 2. 自己負担割合と価格弾力性を変更した場合に予想される医療費削減効果

		70～74 歳の自己負担割合	75 歳以上の自己負担割合		
		一律 3 割	一般所得者を 2 割に引き上げ	一般所得者を 3 割に引き上げ	一定以上所得者を 3 割に引き上げ
価格弾力性	-0.04	920 億円	6080 億円	1.2 兆円	320 億円
	-0.10	2300 億円	1.5 兆円	3.0 兆円	800 億円
	-0.15	3450 億円	2.3 兆円	4.6 兆円	1200 億円
	-0.20	4600 億円	3.0 兆円	6.1 兆円	1600 億円
	-0.25	5750 億円	3.8 兆円	7.6 兆円	2000 億円

この表では、それぞれのセルに、予想される医療費削減額が記載されている。例えば、価格弾力性を-0.20 と仮定し、70 歳以上の自己負担割合と一律 3 割に設定した場合、4600 億円、6.1 兆円、1600 億円の 3 つの数字を足して、合計約 6.7 兆円の医療費削減効果が予想される。

実際の政策では、全体ではなく一部の人々を対象に自己負担を引き上げることも考えられるかもしれないが、その政策の効果を検討する上でも、この表は有用である。なお、日本でのエビデンスは限られるものの、所得により価格弾力性の値が同一ではない可能性がある（日本では低所得者の方が価格弾力性の値が小さい傾向にあるという報告がある）[12]が、その可能性を考慮した政策効果の検討にもこの表を用いることができる。既存のエビデンスを踏まえ、自己負担割合の効果をきめ細やかに検討することで、国民の健康への悪影響を抑えつつ、医療費の抑制が可能になるだろう。

第 3 章　OTC 類似薬の全て、もしくは一部を保険収載から外す（3300 億円～6500 億円の医療費削減効果）

1．OTC 類似薬とは何か

OTC 類似薬とは、OTC 医薬品と効果やリスクなど薬の性質が似ていながら、健康保険でカバーされており、処方箋が求められる医薬品のことである。OTC 医薬品は、薬局やドラッグストアなどで医師の処方箋なしで直接購入できる医薬品であり、風邪薬・湿布・胃腸薬・ビタミン剤・うがい薬・目薬・漢方などが代表例である。

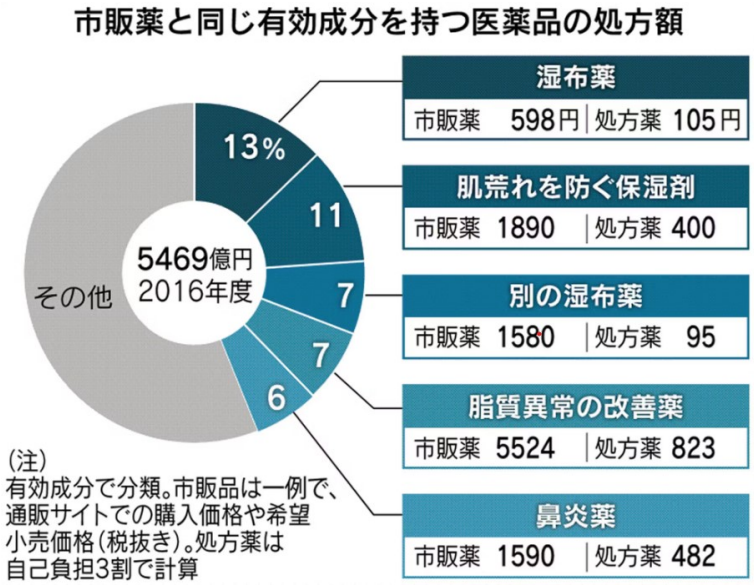

図 5　日経新聞 2019 年 7 月 11 日「市販薬あるのに病院処方 5000 億円　医療費膨張の一因」より引用

OTC 類似薬に対し支出されている医療費は、3200 億円～1 兆円規模に達すると報告されている。

例えば、日本総合研究所の試算では、OTC 類似薬は医療費全体の 2.3%[24] を占め、関連する医療費は約 1 兆円に達すると報告されている。日経新聞の調査（2016 年度のデータ）では、5469 億円 [25] と算出されている（図 5）。

五十嵐らは、OTC・セルフメディケーションの導入によって潜在的に置き換え可能な医療費について、複数の設定での推計を行っている（図 6）[26]。いずれも、商用レセプトデータベースおよび薬事工業生産動態統計からの推計である。

2020 年の推計は、対象疾患を既存疾患 6 領域（かぜ・頭痛など）と拡張疾患 5 領域（高血圧・片頭痛）などに絞った上で、その疾患のみで受診した患者の医療費を「置き換え可能医療費」として計算したものである。控えめな推計を行うために、がんなどの重篤な既往症がない患者に絞った上で、医療費や薬剤費は「その疾患のみで受診している」ケースの費用を計算し、総額を算出した。この推計では、置き換え可能な医療費は既存疾患 2330 億円・拡張疾患 880 億円、合計 3200 億円となった。

2022 年の推計は、薬剤費のみに着目しつつ、すでに OTC が存在する医薬品の市場規模を積算したものである。OTC と医療用医薬品では、同じ成分でも適応症が異なる（OTC の方がやや狭い）ことがある。例えば消炎鎮痛剤インドメタシンは、変形性関節症には OTC の適応

がない。これを踏まえて、「OTC が存在し、適応症上も置き換え可能」と狭めに定義した場合の総額が 3278 億円、適応症を問わずに推計した総額が 6513 億円となった。この推計では、OTC の範囲自体の拡大は想定していない。仮に海外の実態などを加味して OTC の範囲そのものを拡げた場合、適応一致の狭めな定義でも 8239 億円、成分一致の広めな定義であれば 2 兆 8630 億円に拡大する。

2024 年の推計は、症状が安定している生活習慣病（高血圧・脂質異常症・高尿酸血症など 5 疾患）の患者について、「一年以上同一薬剤の単剤処方が続いている患者」に絞り、OTC 化による潜在的削減医療費を推計したものである。こちらも 2020 年推計と同様に、患者層と医療費に関する絞り込みを実施している。生活習慣病 5 疾患に、「高血圧と脂質異常症の併発のみ」の患者を加えると、削減幅は 1,500 億円となる。

3 つの推計はあくまで潜在的削減幅の議論であり、保険外しは必須ではない。保険医療費の削減だけを考えるならば、保険外しによって患者へ負担を付け替えれば足りる。しかし政策の実現可能性までを視野に入れるならば、患者負担が急激に増えないような措置を講ずる必要がある。

セルフメディケーションによって置き換え可能な潜在的医療費の推計

推計実施	薬剤費	他医療費 初再診料 調剤料etc	対象疾患の絞り込み	対象患者の絞り込み	代表的な数値
2020	算入あり	算入あり	既存疾患6領域 拡張疾患5領域	重篤併存疾患既往なし + 医療費計算時に 他の疾患の病名なし	既存2,300億 拡張900億 合計3,200億
2022	算入あり	算入なし	絞り込みなし	絞り込みなし	適応合致3,300億 成分合致6,500億
2024	算入あり	算入あり	生活習慣病5領域	1年間以上単一薬剤安定 + 医療費計算時に 他の疾患の病名なし	5領域合計1,100億 高血圧・脂質拡張 1,500億

厚生労働省　第２回セルフケア・セルフメディケーション推進に関する有識者検討会. 五十嵐参考人提出資料. 2025.3.24. [URL: https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/001489194.pdf].

図 6　2025 年 3 月 24 日第 2 回セルフケア・セルフメディケーション推進に関する有識者検討会五十嵐参考人提出資料より引用

2. OTC 類似薬が保険収載から外されることによる影響

OTC 類似薬が保険収載から外されても、患者は OTC 医薬品を比較的安価に薬局やドラッグストアで購入できる。OTC 医薬品は一般的に、軽症患者が使う薬であるため、もし受診控えが起きても健康被害はないか、もしくは小さいと考えられる。

さらには、OTC 類似薬にはそもそも効果がないものも含まれているため、その観点からも需要抑制が健康被害につながらないと考えられる。

例えば、風邪（急性上気道炎）はウイルス感染であり、**そもそも総合感冒薬には風邪のウイルスを倒す力や、回復を早める効果はない。**風邪による辛い症状を改善するという「対症療法」としての有効性に関しても、エビデンスはない。発熱に対しては解熱鎮痛剤、咳に対してははちみつ（こちらは有効であるというエビデンスがある）などを用いた方がよいとされている。

別の例として、湿布は年間 54 億枚も処方されており、その医療費は 1300 億円 に達するとされている。処方箋 1 枚あたり 70 枚[27]もの湿布が処方されており、大量の湿布が保険によってカバーされていることが分かる（※現在は一度に処方できる湿布の枚数は 63 枚まで[28]となっている）（図 7）[27]。湿布は急性期の症状に対して、2[29]～12[30]週間の短期間の処方に関しては意味があるものの、それ以上の**長期にわたる使用に関しては有効性に関するエビデンスが不十分**である。保険収載に残すとしても、短期処方のみを保険でカバーし、長期使用者に関しては、保険を使わず自己負担で購入するか、OTC 医薬品としてドラッグストアなどで購入するのが適切といえる。

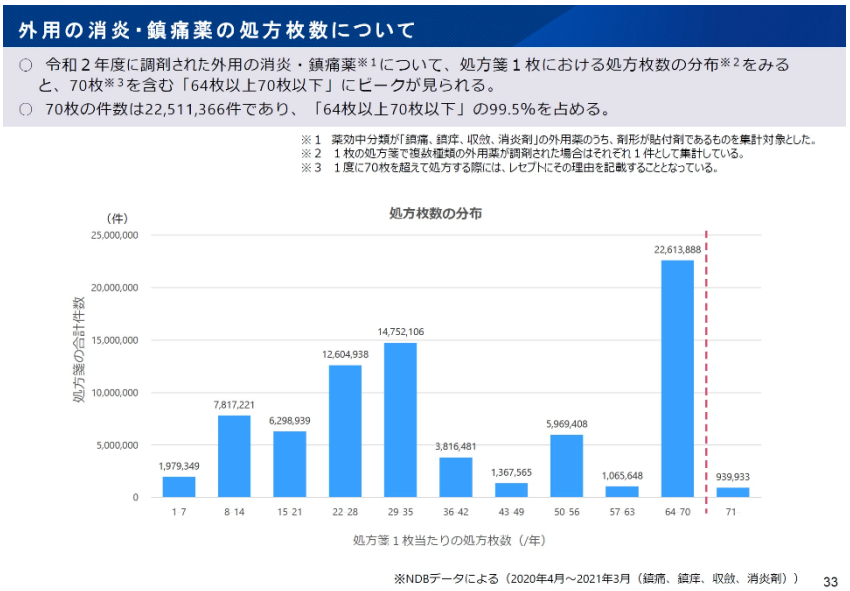

図 7　m3 記事 2021 年 12 月 9 日　「湿布薬の処方　さらなる適正化を」より引用

第 4 章　無価値医療・低価値医療の全て、もしくは一部を保険収載/償還から外す（7800 億円～9000 億円の医療費削減効果）

1．硬直的な日本の保険収載制度

日本では、新しい薬や医療機器が国によって承認されると、多くの場合、自動的に保険適用となる。これは世界的に見ても特殊な制度設計であり、他の先進国では、承認された医療技術であっても、保険収載されないことがしばしばおこる。

さらに、日本では一度保険に収載された医療技術が、その後の研究で「有効性が低い」「効果がない」と判明しても、保険から除外されることは稀である。このように新しい薬や医療機器は毎年のように開発されているが、効果が乏しい医療サービスを適切に保険償

還対象から外すメカニズムに乏しい日本の制度では、結果として、効果の低い医療が積み重なり、医療費の増加を招きやすい構造が生まれている。

2. 価値に基づく医療の分類

医療における「価値」は、ハーバード・ビジネス・スクールのマイケル・ポーター氏によって、以下の式で定義されている[31]。

$$医療の価値 = \frac{患者の健康アウトカム}{かかる医療費}$$

この価値の考え方を踏まえると、全ての医療サービスは、①かかる医療費と②健康アウトカム（健康上のメリット）の 2 つの軸から、下記の 4 つのいずれかに分類することができる（図 8）。

1. **高価値医療**→健康上のメリットが、かかる医療費と比べて大きい医療（例：糖尿病患者における眼底検査、小児に対する予防接種）。
2. **低価値医療**→特定の状況において、健康上のメリットが、かかる医療費と比べて、相対的に低い医療（例：低リスクの手術前の血液検査[32]）。下記 3 の無価値医療を含む広い概念である。
3. **無価値医療**→かかる医療費にかかわらず、健康上のメリットがない医療（例：細菌感染症を合併していない風邪に対する抗菌薬治療）。
4. その他の医療→上記の 1～3 のいずれにも該当しない（どちらとも言えない）医療。

なおポーターらが指摘しているように、上記の数式の分子の「アウトカム」は単一のものではなく、疾患や介入次第で変化するもので、なおかつ多次元で評価されるべき指標である。

高価値医療と低価値医療を識別するためには、健康にどれくらいの金銭的価値があるのかを決める必要があり、それは人それぞれの価値観によって異なる。一方で、無価値医療は、価値観に関係なく、全ての人にとってメリットがないため、個人の価値観に依存せず削減対象としやすい。

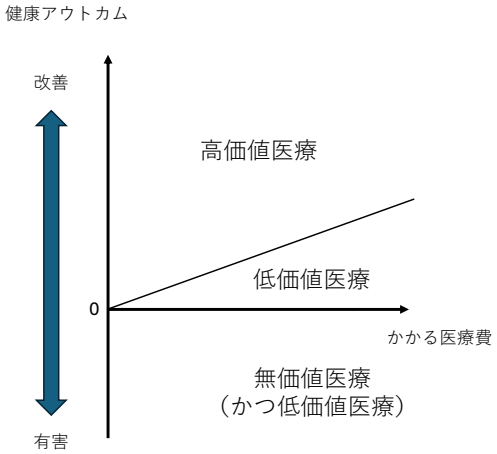

図 8　価値に基づく医療の分類

このような無価値医療・低価値医療は、特定の臨床状況において、患者にほとんど、または全く健康改善効果をもたらさない。それどころか、副作用や合併症など何らかの害を及ぼすことすらある。そのため、こうした過剰な検査や治

療を防ぐことで医療の質と安全性を高め、医療費を適正化し、より有効性の高い医療サービスに医療資源（財源や人的資源）を振り分けることが可能となる。なお、低価値医療を削減することは患者の自己負担削減にもつながる。

3. 日本における無価値医療の実態とその規模

近年、日本でも無価値医療がどのくらい行われているかを明らかにする取り組みが進んでいる。たとえば、私達の研究チームが 2022 年に発表した研究[33]では、26 診療科の専門医の協力を得て、33 の無価値医療とみなせる医療をリスト化し、急性期病院での実施頻度や医療費を推計した。この分析では病院の医療費の 0.23〜0.51%が無価値医療によるものであることが明らかになった。

さらに最近、同様の手法でリストを拡大し、52 種類の無価値医療とみなせる医療を対象に診療報酬請求データ（保険診療の領収書）を用いた調査を行ったところ、年間 2100 億〜3300 億円の医療費が、こうした無価値医療に使われていると推定された(**表 3**)。

表 3. 無価値医療の医療費と提供回数（全国推計値），全体および Top 10

無価値医療の項目	医療費，保険償還価格ベース（億円）	無価値医療の提供回数（千回）	エビデンスのまとめ
全体（52 種類のサービス）	2,072（狭い定義）～3,305（広い定義）	138,809（狭い定義）～171,781（広い定義）	
Top 10			
湿布（サリチル酸を用いた湿布の使用および NSAIDS を用いた湿布等の長期使用）[30, 34]	456～456	52,612～52,612	過去に実施された 17 個の RCT によりサリチル酸局所使用は短期・長期ともに筋骨格系の疼痛に効果が認められなかった。また、過去に実施された計 8 個の RCT により、6-12 週間のジクロフェナク・イブプロフェンの変形性膝関節症に対する局所使用の効果は限定的と報告されている。特にジクロフェナクでは疼痛改善率が介入群 60%、プラシーボ群 50%と差が小さく、ケトプロフェン高用量(200mg/日)でも 6-12 週で有意差がなかった。ただし、5 個の RCT により 6 週間以内の短期的な使用の有効性が示されており、効果が逓減していく時期が明確でないため、12 週相当以上の使用を低価値とした。
深刻な基礎疾患の兆候のない（※１）腰痛への早期の画像検査 （レントゲン・CT・MRI）[35]	316～369	9,819～11,666	6 個の RCT により、深刻な基礎疾患の兆候のない腰痛に対し、すぐに画像検査を行うことは 1 年以内の患者の疼痛や身体機能、生活の質、メンタルヘルスに影響を与えないことが示された。
深刻な基礎疾患の兆候のない（※２）頭痛への画像検査 [36-41]	171～207	1,102～1,328	頭痛を主訴とする患者のほとんどは、重篤な基礎疾患を有さないという複数の疫学調査に基づく。例えば反復性片頭痛や緊張型頭痛があり、かつ神経学的検査が正常な患者において CT や MRI で有意な頭蓋内病変が認められる確率は 1%未満と報告されている。
骨粗鬆症性椎体骨折に対する椎体形成術 [42]	153～154	10～10	5 個のプラシーボ手術((新しい治療法や薬剤の効果を客観的に評価するために使われる、実際には治療を行わずに治療したかのように見せかける研究目的の手術のこと。研究対象となる手術がプラシーボ手術と比較してどれだけ効果があるかを判断するために用いられる）との比較 RCT を含む 21 件の RCT で、疼痛や身体機能、生活の質を含む複数の指標で短期（術後 6

			週間以内）・長期的（6 週間以降）に効果が認められなかった。
腰痛への麻酔薬やステロイドの注射	127～132	2,042～2,099	81 個の RCT により、慢性腰痛への麻酔薬やステロイドの注射（局所、関節、硬膜外、筋肉内等）は痛みの緩和にほとんどまたは全く効果がなかった[43]。23 個の RCT により、坐骨神経痛に対する硬膜外ステロイド注射は短期的には痛みに小さい効果しかなく、長期的には効果が認められなかった[44]。
安定冠動脈疾患（※３）に対する経皮的カテーテル治療[45-47]	103～640	9～63	狭心症に伴う症状の有無にかかわらず、年代の異なる複数の RCT で、重度の心不全や急性冠動脈症候群を除外した安定冠動脈疾患患者において、経皮的カテーテル治療は、薬物療法に比べ、全死亡率や心血管イベントの発生率に差を認めなかった。狭心症に伴う症状の改善は少し認められたが、臨床的に意味のある差とまでは言えなかった[48, 49]。
（細菌性感染症を併発していない）感冒への抗菌薬	99～119	15,283～17,570	6 つの RCT で風邪の症状（咳・鼻汁・咽頭痛など）に対して抗菌薬は無効であることが示されている[50]。
年間 2 回以上の骨粗鬆症画像検査	72～77	4,809～5,275	骨密度検査は、骨折リスクの評価及び治療内容の評価のために行われる検査である。しかし、複数の追跡研究で、短期間（3～5 年以内）での骨密度検査の繰り返しは、骨折リスクの予測精度上昇に寄与しないことが示されている。また、骨粗鬆症の治療内容が変わっていない場合のフォローアップにおいても、検査結果の測定誤差が大きいため、治療効果の判定に役立たない[51-53]。本論文では単年度のデータを用いた測定であったため、年間 2 回以上の検査を低価値と定義した。
切迫早産への安静目的のみの入院	66～92	13～16	14 個の RCT で、母体の安静は早産を予防する効果が認められず、先進国における研究に限定するとむしろ早産を促進する傾向が認められた[54]。
腰部脊柱管狭窄症に対する脊椎固定術（椎弓切除との比較）	65～106	26～42	9 個の RCT で減圧（椎弓切除）術単独と比べ、脊椎固定術の追加による腰痛・脚痛・活動制限への効果は認められなかった[55]ことから、脊椎

			の不安定性のない症例（椎体の位置ずれが過剰なもの）を除き、脊椎固定術は推奨されない。

データはMiyawaki et al.（2025）[56]を日本語訳。商用レセプトデータベースを用いて定量化したものを性・年齢・地域で調整し日本全国に外挿することで推計している。広い定義では無価値医療でない医療を含めてしまうリスクを許容して無価値医療をなるべく見逃さないように、狭い定義では無価値医療を見逃すリスクを許容して、無価値医療でない医療をなるべく含めないように推計している。例えば、感冒に対する抗菌薬の使用を評価する際、広い定義では「感冒」という病名が付されたすべての受診における抗菌薬の処方を対象とする。一方で、狭い定義では、その中から肺炎など抗菌薬の使用が医学的に正当とされる疾患が併記されているケースを除外することで、必要である可能性がある抗菌薬使用を含まないようにしている。提供回数においては、医療行為の内容に合わせて、一連の医療行為を1回とみなしている。例えば、内服薬は処方量・処方期間にかかわらず1処方あたり1回とカウントしている。Top 10は狭い定義による医療費を多い順に並べたものである。

※1　外傷、HIV 感染症、免疫疾患、心内膜炎、結核、骨髄炎、椎間板障害および坐骨神経痛、発熱、倦怠感/疲労、貧血の診断名がない、ことで定義。

※2　てんかんまたは痙攣・心血管疾患・外傷・神経学的症状（麻痺、筋力低下、意識障害、言語障害など）・がんの診断名がない、ことで定義。

※3　近年、安定冠動脈疾患という概念は急速に変化しているが、ここでは古典的に安定型狭心症と呼ばれてきたもの（冠動脈の慢性的な狭窄により、運動や労作など一定の条件下で胸痛や胸部圧迫感などの症状が規則的に出現し、急激な悪化を伴わないもの）を指す。

つまり、これらの無価値医療をなくすことで、患者の健康アウトカムに悪影響を与えることなく、少なくとも年間2100〜3300億円の医療費を削減できることを示している。医療サービスごとに、削減可能な医療費の規模も提示しているので、保険収載/償還から優先して外すべき医療サービスを検討する際に参考にすることができる。

ただし、この推計値はいくつかの点で、過小評価な数字である可能性が高いことに留意が必要だ。まず、今回の分析は、これまで日本で行われた中では最も多くの無価値医療を分析しているものの、対象となったのは52項目にとどまっており、実際にはもっと多くの調査できなかった、あるいは測定しづらいために含まれなかった無価値医療が存在する。

また、本推計には、無価値医療の実施によってその後に生じる追加検査・治療、いわゆる「カスケードコスト（連鎖的な医療費）」と呼ばれる医療費負担は含まれていない。たとえば、不必要な腫瘍マーカー検査の結果、偽陽性（本当はがんがないのに陽性と判定される）が出た場合、その後に精密検査や画像診断が行われることになる。たとえ偽陽性かもしれないと思っていても陽性の結果を無視して、追加の検査を一切行わないというのは現実的に難しいからだ。これらの追加医療の費用は、最初の無価値医療がなければ生じなかった費用であり、無価値医療をなくすことに伴う実際の医療費削減効果は推計値よりも大きくなる可能性が高い。

4. その他の無価値医療・低価値医療

後発品が存在する場合の先発品の使用も無価値医療・低価値医療と考えうる[32]。後発品には、ジェネリック医薬品（低分子薬における後発品；先発品と有効成分が同一）とバイオシミラー（高分子薬における後発品；先発品と同じ安全性・有効性が臨床試験で示された後続品）の 2 種類がある。先発品に比べ開発費がかかっていないため、ジェネリック医薬品は先発品の約 5 割、バイオシミラーは先発品の約 7 割に薬価が抑えられている。先発品使用自体が無価値・低価値なのではなく、後発品との差額の医療費が無価値・低価値とみなされることから、前項の無価値医療の規模とは別の項で論じる。

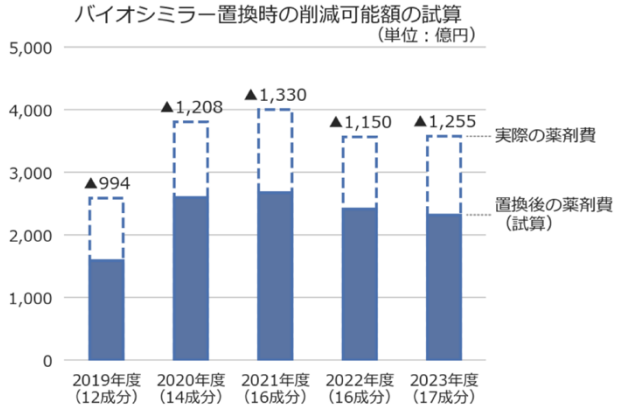

図 9　日本医薬総合研究所 2025 年 6 月 24 日「バイオシミラーによる医療費適性効果の分析」より引用

ジェネリック医薬品については、2020 年時点において実際に使用された先発品のうち、ジェネリック医薬品の存在する医薬品を、すべてジェネリック医薬品に置き換えると、医療費を約 8700 億円削減できるとの日本総合研究所による NDB オープンデータ（日本全体の診療報酬請求データを集計したデータベース）を用いた推計[57]がある。ただし、同年のジェネリック医薬品の数量シェア（ジェネリック医薬品の数量÷（ジェネリック医薬品のある先発品の数量+ジェネリック医薬品の数量）で定義）は、厚生労働省が発表した調剤医療費の動向によると 81.4%であった。その後このシェアは上昇しており、2025 年 3 月時点のジェネリック医薬品の数量シェアは 90.6%[58]と報告されている。仮にジェネリック医薬品の数量シェアの変化が価格シェアの変化に比例すると仮定すると、今の時点で、ジェネリック医薬品が存在するすべての先発品をジェネリック医薬品に置き換えた場合、追加的な医療費削減効果は約 4400 億円と見込まれる（100-81.4=18.6%分の医療費が 8700 億円であることから 100-90.6=9.4%分の医療費は、8700 億円÷18.6×9.4≒4400 億円と推計）。

同様に、NDB オープンデータを用いた分析によると、バイオシミラーが存在する先発品をすべてバイオシミラーに置換することによる医療費削減可能額は、約 1300 億円と推計[59]されている（**図 9**）。

以上を合わせて、52 項目の無価値医療の医療費 2100 億～3300 億円、ジェネリック医薬品のある先発品の 4400 億円、バイオシミラーのある先発品の 1300 億円を足し算すると、医療費全体で **7800～9000 億円**程度の削減が、患者の健康を悪化させることなく可能となり、これは総医療費の約 1.6～1.9%に相当する規模である。

なお、アメリカで行われた同種の推計では、総医療費の 2.0～2.6%[60]が低価値医療（無価値医療を含む）の提供によって使われている可能性が指摘されており、日本における推計値もこれに匹敵する水準である。ただし、このアメリカの推計には、総医療費の 1.2%を

占める終末期医療の過剰利用が含まれている一方で、本推計では、重度認知症患者への胃ろうを除き、終末期医療に係る費用は含まれていない点に留意が必要である。

5. 無価値医療・低価値医療削減の具体例

カナダのオンタリオ州では、低価値医療の一つである血中ビタミンD測定を、2010年12月に保険収載から外した。その結果、実施された血中ビタミンD測定の数は93%[61]も減少した（**図10**）。

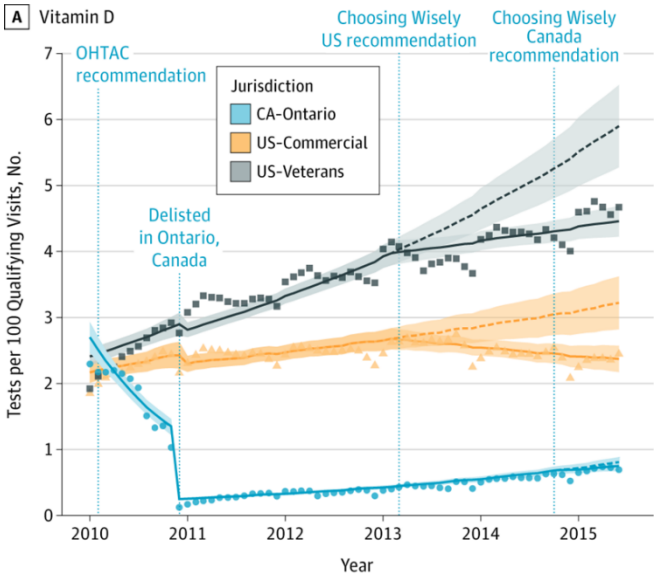

図10　カナダでは、血中ビタミンD検査を保険収載から除外したところ、検査件数が93%も減少した。Henderson（2020）より引用

日本でも、例えば風邪に対する抗生剤使用は低価値医療として認識されており、減らすべくしてキャンペーンをしたり、2018年4月以降は小児科外来で抗菌薬を処方せずに、患者およびその家族に抗菌薬が不必要であることを説明すると800円の診療報酬点数を付けている。しかし、これらの効果は限定的[62]であり、上記のカナダの例のように保険収載/償還から外す方が効果的であると考えられる。保険から外したわけではないものの、医療保険の審査・支払機関である社会保険診療報酬支払基金は、2025年8月29日付けで風邪（厳密には「感冒」という病名）に対する抗菌薬の保険請求を原則認めないという取り扱い指針を公表している。

日本ではしばしば議論になる、重度の認知症患者（進行した認知症が原因で経口摂取が難しくなった患者のこと）に対する胃ろう造設も、無価値医療・低価値医療の一つだと考えられている。一般的に、重度の認知症患者に対する医療の目的は、延命ではなく、生活の質（Quality of life）の向上である。そして、胃ろう造設は生活の質を改善させないため、米国[63]や英国[64]のガイドラインでは推奨されていない。日本でも、重度の認知症患者に対する胃ろう造設を保険収載し続けるべきかどうか、国民的議論が必要と思われる。

低価値医療は医療費適正化の視点だけでなく、患者に不必要な身体的・経済的・社会的負担をかけることからなるべく少なくしていくことが望ましい。その中でも特に明確に効果がないことがエビデンスで証明されている無価値医療は、保険収載から外すことを検討してもよいのではないだろうか。もちろん、保険収載から外された医療サービスは、その後新しいエビデンスが出てくれば、また保険収載される可能性はあるべきである。そのように、その都度最善のエビデンスをもとに、迅速かつ柔軟に保険収載されている医療サービスを取捨選択することで、国民の健康への悪影響なく、医療費の削減が可能になると考えられる。

第 5 章　外来に包括支払制度を導入する

1. 日本の支払制度は出来高払い

日本の外来は、**出来高払い**という仕組みを採用している。これは、提供される医療サービス一つ一つに診療報酬点数という価格表があり、その積み上げが医療機関に支払われる報酬となる。この制度は「量に対する支払い」と呼ばれることもあり、医療サービスの提供量を多くすればするほど、医療機関が利益を上げる仕組みである。このような制度では、医療機関側において過剰医療を行うインセンティブが働く傾向にある。

日本では、2 年に 1 度の診療報酬改定で、医療サービスの単価の多くが医薬品や医療機器を中心に経時的に引き下げられるものの、提供する医療サービスの量はコントロールされていない。そのため、医療機関としては利益を上げるために、大量の医療サービスを提供する**薄利多売の医療モデル**となっている。その結果として、外来受診回数や入院日数が、欧米の 2～3 倍のところで均衡状態になってしまっている。

日本の医師数はアメリカやイギリスと比べて大差ないが、日本では常に「医師不足」が叫ばれている。しかし、日本に医師不足はなく、あるのは「相対的医師不足」だと思われる。なぜなら、業務量が欧米の 2～3 倍であるため、同じ医師数でも、一人当たりの業務量はより多くなるためである。仮に外来患者数が今の半分になった場合でも、日本の医師が「忙しい」と言い続けるとは思えない。

出来高払いはどうしても過剰医療になり、医療サービスの消費量が最適な水準よりも多すぎるという問題がある。そこで、包括支払い制度の出番である。

2. 包括支払制度のメリット

包括支払い制度を採用すれば、医師は外来患者の数や検査の件数に関わらず、かかりつけの患者の総数に対して、月いくらといった具合に定額が支払われる、いわば**サブスクリプションのようなモデル**である。収入が変わらないのならば、外来受診回数は少なければ少ないほど医療機関は収益を上げられる。

例えば、安定した糖尿病患者の推奨される HbA1c の測定頻度は 6 ヵ月に 1 回なのにもかかわらず、日本ではもっと頻回に行われている。包括支払いになれば、受診頻度も HbA1c 測定頻度も欧米と同水準の 3～6 ヵ月に 1 回に変わると考えている。

この制度のメリットは、医療機関のコストが下がることである。仮に、今の出来高払いと同じ医療費総額が、医療機関に支払われるとする。そうすれば、外来受診回数や検査件数が 1/3～半分になると予想され、人件費、光熱費、検査機材のコストなどを減らすことが

できる。すなわち、例え医療機関の売り上げが多少下がったとしても、コストが下がれば、収益は維持できる可能性がある。今のように薄利多売の経営から、より低コストで効率的な経営にすることで、医療機関の収益に悪影響を与えることなく、医療費を削減できる可能性がある。

3. 包括支払制度のデメリット

ここで注意しなくてはならないのは、過小医療のリスクである。出来高払いが過剰医療にならざるを得ないリスクがあるのと同様、**包括支払い制度は過小医療にならざるを得ないリスクがある**。無価値医療の提供量が下がるだけなら許容できるが、患者にとってメリットのある高価値医療まで過小医療になってしまい、患者の健康に悪影響が出るのは避けたい。

この過小医療の問題を解決するためには、**包括支払い制度にはペイ・フォー・パーフォーマンス（P4P）を併用する必要がある**。P4P とは、医療の質や患者のアウトカムを客観的指標により測定し、ガイドラインを遵守した質の高い医療が行われていなかったり、糖尿病や高血圧の合併症が多いなどアウトカムが悪い場合には、経済的なペナルティーを与える支払い制度を指す。この制度を採用することで、医療の提供される「量」に対して報酬を支払うのではなく、医療の「価値」に対して報酬を支払うことが可能となり、結果的に医療の質を高めるインセンティブを与えることができる。

第 6 章　エビデンスに基づく予防医療を保険収載する

1. 日本の健康保険制度ではカバーされない「予防医療」

日本では、歴史的な背景から、健康保険がカバーするのは治療的な医療サービスのみで、ワクチンや検診などの予防医療は健康保険ではカバーされない。日本では、予防医療は自費だったり、国や自治体が持っている他の財源でカバーされているのが一般的である。

実はこれはかなり特殊な仕組みであり、他の先進国では多くの場合、予防・治療の双方が健康保険によってカバーされている。

これが問題で、医療提供者側としては、予防を推進するインセンティブがない。予防して医療機関を受診する必要性が下がれば、むしろ医療機関の売り上げが減ってしまう可能性すらある。

社会全体としては、エビデンスのある予防を国民に広く提供して病気になる前に防ぎ、その結果として、健康を維持できる国民が増え、医療費も節約できるのが理想的である。し

かし、日本の医療機関への支払い制度は、そのような予防を推進するように設計されていない。

2. エビデンスのある予防医療の保険収載を

このような状態を解消する策が、**エビデンスのある予防を保険収載し、予防も治療も分け隔てなく、エビデンスのあるものはすべて健康保険でカバーする**というものである。もちろん予防を提供することで医療費総額が増えてしまうというリスクは存在するものの、エビデンスのある予防医療を取捨選択すれば、将来の病気を予防することで、医療費削減を達成できる可能性がある。実際に、予防医療の約 2 割[65]は、健康増進効果だけでなく、医療費削減効果があると報告されている（**図 11**）[65]。

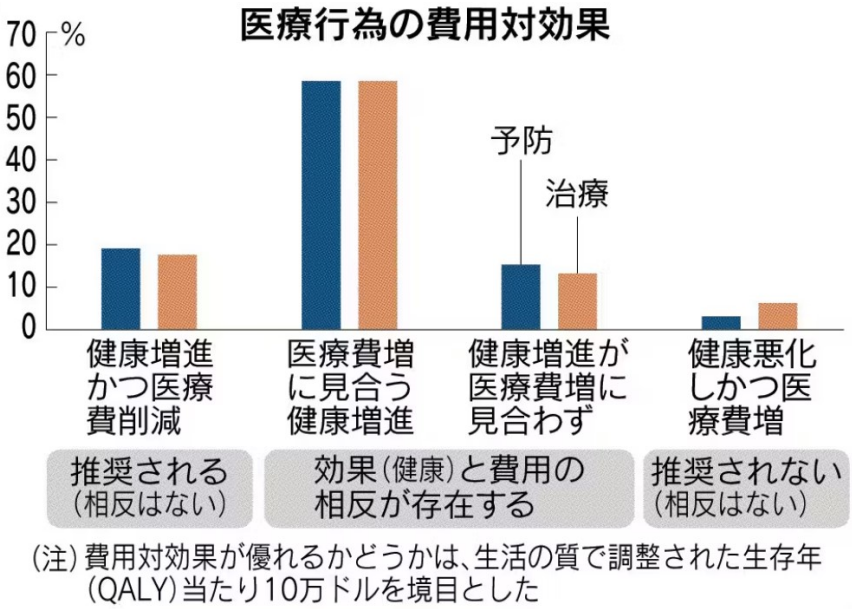

図 11　日経新聞 2018 年 12 月 7 日 津川友介「医療改革に新たな視点（中）予防医療 費用対効果で選択」より引用

現在の日本における予防医療は、玉石混合の状態にある。**自治体などで提供されている予防医療の中にも、実は健康増進のエビデンスのないものが数多く含まれている。**

この問題を解決するため、「日本予防医療専門委員会（JPPSTF）」[66]というグループが、日本人にとってエビデンスのある（推奨される）予防医療サービスのリスト作成を進めている（**図 12**）。本リストに含まれるサービスが保険収載されるようになれば、エビデンスに基づく予防医療を通じて、日本人の健康を増進するだけでなく、医療費も削減できる可能性があると思われる。

図 12　日本予防医療専門委員会（JPPSTF）ホームページ

参考文献

1. 医療費の自己負担割合について: 厚生労働省; [cited 2025 October 17th]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/000937919.pdf.

2. Shigeoka H. The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection. American Economic Review. 2014;104(7):2152-84. doi: 10.1257/aer.104.7.2152. PubMed PMID: WOS:000338925900009.

3. 湯田道生. 公的医療制度における自己負担率と医療利用および健康. フィナンシャル・レビュー. 2023;151:154-80. doi: https://doi.org/10.57520/prifr.151.0_154.

4. Iwamoto Y, Kishida K. An Estimation of Price Elasticity of Medical Care Demand: Evidence from Japanese Policy Reforms During 40 Years. 2001.

5. Yuda M. A Survey on Policy Experiences in the Japanese Public Healthcare Systems: Effects of Patient Cost Sharing on Healthcare Utilization and Health. Public Policy Review. 2023;19(4):1-33. doi: https://doi.org/10.57520/prippr.19-4-5.

6. Iizuka T, Shigeoka H. Free for Children? Patient Cost-sharing and Healthcare Utilization. NBER Working Paper. 2018(25306). doi: https://doi.org/10.3386/w25306.

7. Hsu M, Yamada T. Population Aging, Health Care, and Fiscal Policy Reform: The challenges for Japan. The Research Institute of Economy, Trade and Industry, 2017 March 2017. Report No.: Contract No.: 17-E-038.

8. Japan: Selected Issues. IMF Staff Country Reports. 2018;18(334). doi: 10.5089/9781484386804.002.

9. Fukuma S, Kato H, Takaku R, Tsugawa Y. Effect of no cost sharing for paediatric care on healthcare usage by household income levels: regression discontinuity design. BMJ Open. 2023;13(8):e071976. Epub 20230817. doi: 10.1136/bmjopen-2023-071976. PubMed PMID: 37591654; PMCID: PMC10441085.

10. Iizuka T, Shigeoka H. Is Zero a Special Price? Evidence from Child Health Care. American Economic Journal: Applied Economics. 2022;14(4):381-410. doi: 10.1257/app.20210184.

11. Kang C, Kawamura A, Noguchi H. Does free healthcare improve children's healthcare use and outcomes? Evidence from Japan's healthcare subsidy for young children. Journal of Economic Behavior & Organization. 2022;202:372-406. doi: 10.1016/j.jebo.2022.08.018.

12. Kato H, Goto R, Tsuji T, Kondo K. The effects of patient cost-sharing on health expenditure and health among older people: Heterogeneity across income groups. Eur J Health Econ. 2022;23(5):847-61. Epub 20211115. doi: 10.1007/s10198-021-01399-6. PubMed PMID: 34779932; PMCID: PMC9170661.

13. Komura N, Bessho S. The longer-term impact of coinsurance for the elderly: Evidence from high-access case. KIER Discussion Paper Series. 2022;1074.

14. Yuda M. Healthcare Utilization Under a Comprehensive Public Welfare Program: Evidence From Japan. Front Public Health. 2022;10:895679. Epub 20220623. doi: 10.3389/fpubh.2022.895679. PubMed PMID: 35812488; PMCID: PMC9259971.

15. Mahlich J, Sruamsiri R. Co-insurance and health care utilization in Japanese patients with rheumatoid arthritis: a discontinuity regression approach. Int J Equity Health. 2019;18(1):22. Epub 20190128. doi: 10.1186/s12939-019-0920-7. PubMed PMID: 30691462; PMCID: PMC6350300.

16. Miyawaki A, Kobayashi Y. Effect of a medical subsidy on health service utilization among schoolchildren: A community-based natural experiment in Japan. Health Policy. 2019;123(4):353-9. Epub 20190212. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.02.003. PubMed PMID: 30791987.
17. Takaku R. The effect of patient cost sharing on health care utilization among low-income children. Hitotsubashi Journal of Economics. 2017;58(1):69-88.
18. Miyawaki A, Noguchi H, Kobayashi Y. Impact of medical subsidy disqualification on children's healthcare utilization: A difference-in-differences analysis from Japan. Soc Sci Med. 2017;191:89-98. Epub 20170905. doi: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.001. PubMed PMID: 28917140.
19. Ando M, Takaku R. Affordable False Teeth: The Effects of Patient Cost Sharing on Denture Utilization and Subjective Chewing Ability. The BE Journal of Economic Analysis & Policy. 2016;16(3):1387-438. doi: 10.1515/bejeap-2015-0194.
20. Fukushima K, Mizuoka S, Yamamoto S, Iizuka T. Patient cost sharing and medical expenditures for the Elderly. J Health Econ. 2016;45:115-30. Epub 20151101. doi: 10.1016/j.jhealeco.2015.10.005. PubMed PMID: 26603160.
21. Besstremyannaya G. Heterogeneous effect of coinsurance rate on healthcare expenditure: generalized finite mixtures and matching estimators. Applied Economics. 2015;47(58):6331-61. doi: 10.1080/00036846.2015.1071470.
22. Kan M, Suzuki W. Effects of cost sharing on the demand for physician services in Japan: Evidence from a natural experiment. Japan and the World Economy. 2010;22(1):1-12. doi: 10.1016/j.japwor.2009.06.005.
23. Yoshida A, Takagi S. Effects of the Reform of the Social Medical Insurance System in Japan. The Japanese Economic Review. 2002;53(4):444-65. doi: 10.1111/1468-5876.00238.
24. 成瀬道紀. OTC 類似薬は OTC 医薬品に区分を－本質は医療用医薬品から処方箋医薬品への原点回帰－. JRI レビュー. 2025;3(121):81-99.
25. 上林由宇太, 久保田昌幸. 市販薬あるのに病院処方 5000 億円　医療費膨張の一因. 日本経済新聞. 2019 年 7 月 11 日.
26. 五十嵐中. 第 2 回 セルフケア・セルフメディケーション推進に関する有識者検討会 参考人提出資料 : 厚生労働省 ; 2025 [cited 2025 October 17th]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/001489194.pdf.
27. 大西裕康. 湿布薬の処方「さらなる適正化を」: m3.com; 2021 [cited 2025 October 17th]. Available from: https://www.m3.com/news/open/iryoishin/991066.
28. 小又理恵子. 現在の湿布は適正量？枚数制限策には一定の効果: 日経メディカル; 2024 [cited 2025 October 17th]. Available from: https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/hotnews/int/202412/586908.html.
29. Lin J, Zhang W, Jones A, Doherty M. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2004;329(7461):324. Epub 20040730. doi: 10.1136/bmj.38159.639028.7C. PubMed PMID: 15286056; PMCID: PMC506853.
30. Derry S, Conaghan P, Da Silva JA, Wiffen PJ, Moore RA. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4(4):CD007400. Epub 20160422. doi:

10.1002/14651858.CD007400.pub3. PubMed PMID: 27103611; PMCID: PMC6494263.
31. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477-81. Epub 20101208. doi: 10.1056/NEJMp1011024. PubMed PMID: 21142528.
32. Low-Value Care: Center for Value-Based Insurance Design, University of Michigan; [cited 2025 October 17th]. Available from: https://vbidcenter.org/initiatives/low-value-care/.
33. Miyawaki A, Ikesu R, Tokuda Y, Goto R, Kobayashi Y, Sano K, Tsugawa Y. Prevalence and changes of low-value care at acute care hospitals: a multicentre observational study in Japan. BMJ Open. 2022;12(9):e063171. Epub 20220907. doi: 10.1136/bmjopen-2022-063171. PubMed PMID: 36107742; PMCID: PMC9454035.
34. Derry S, Matthews PR, Wiffen PJ, Moore RA. Salicylate-containing rubefacients for acute and chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(11):CD007403. Epub 20141126. doi: 10.1002/14651858.CD007403.pub3. PubMed PMID: 25425092; PMCID: PMC6458007.
35. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009;373(9662):463-72. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60172-0. PubMed PMID: 19200918.
36. Weingarten S. The Effectiveness of Cerebral Imaging in the Diagnosis of Chronic Headache. Archives of Internal Medicine. 1992;152(12). doi: 10.1001/archinte.1992.00400240077013.
37. Frishberg BM. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. Neurology. 1994;44(7):1191-7. doi: 10.1212/wnl.44.7.1191. PubMed PMID: 8035914.
38. 2. Don't perform imaging of the brain for non-acute primary headache disorders.: Choosing Wisely Australia; 2016 [cited 2025 November 16th]. Available from: https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/anzan2.
39. Don't do imaging for uncomplicated headache: American Academy of Family Physicians; [cited 2025 November 16th]. Available from: https://www.aafp.org/pubs/afp/collections/choosing-wisely/38.html.
40. Tsushima Y, Endo K. MR imaging in the evaluation of chronic or recurrent headache. Radiology. 2005;235(2):575-9. doi: 10.1148/radiol.2352032121. PubMed PMID: 15858096.
41. Sempere AP, Porta-Etessam J, Medrano V, Garcia-Morales I, Concepcion L, Ramos A, Florencio I, Bermejo F, Botella C. Neuroimaging in the evaluation of patients with non-acute headache. Cephalalgia. 2005;25(1):30-5. doi: 10.1111/j.1468-2982.2004.00798.x. PubMed PMID: 15606567.
42. Buchbinder R, Johnston RV, Rischin KJ, Homik J, Jones CA, Golmohammadi K, Kallmes DF. Percutaneous vertebroplasty for osteoporotic vertebral compression fracture. Cochrane Database Syst Rev. 2018;4(4):CD006349. Epub 20180404. doi: 10.1002/14651858.CD006349.pub3. PubMed PMID: 29618171; PMCID: PMC6494647.
43. Wang X, Martin G, Sadeghirad B, Chang Y, Florez ID, Couban RJ, Mehrabi F, Crandon HN, Esfahani MA, Sivananthan L, Sengupta N, Kum E, Rathod P, Yao L, Morsi RZ, Genevay S, Buckley N, Guyatt GH, Rampersaud YR, Standaert CJ, Agoritsas T, Busse JW. Common interventional procedures for chronic non-cancer spine pain: a systematic review and network meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2025;388:e079971. Epub 20250219. doi: 10.1136/bmj-2024-079971. PubMed PMID: 39971346.
44. Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, Koes B, Ferreira PH.

Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2012;157(12):865-77. doi: 10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00564. PubMed PMID: 23362516.

45. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, Knudtson M, Dada M, Casperson P, Harris CL, Chaitman BR, Shaw L, Gosselin G, Nawaz S, Title LM, Gau G, Blaustein AS, Booth DC, Bates ER, Spertus JA, Berman DS, Mancini GB, Weintraub WS, Group CTR. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med. 2007;356(15):1503-16. Epub 20070326. doi: 10.1056/NEJMoa070829. PubMed PMID: 17387127.

46. Spertus JA, Jones PG, Maron DJ, O'Brien SM, Reynolds HR, Rosenberg Y, Stone GW, Harrell FE, Jr., Boden WE, Weintraub WS, Baloch K, Mavromatis K, Diaz A, Gosselin G, Newman JD, Mavromichalis S, Alexander KP, Cohen DJ, Bangalore S, Hochman JS, Mark DB, Group IR. Health-Status Outcomes with Invasive or Conservative Care in Coronary Disease. N Engl J Med. 2020;382(15):1408-19. Epub 20200330. doi: 10.1056/NEJMoa1916370. PubMed PMID: 32227753; PMCID: PMC7261489.

47. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, Bangalore S, O'Brien SM, Boden WE, Chaitman BR, Senior R, Lopez-Sendon J, Alexander KP, Lopes RD, Shaw LJ, Berger JS, Newman JD, Sidhu MS, Goodman SG, Ruzyllo W, Gosselin G, Maggioni AP, White HD, Bhargava B, Min JK, Mancini GBJ, Berman DS, Picard MH, Kwong RY, Ali ZA, Mark DB, Spertus JA, Krishnan MN, Elghamaz A, Moorthy N, Hueb WA, Demkow M, Mavromatis K, Bockeria O, Peteiro J, Miller TD, Szwed H, Doerr R, Keltai M, Selvanayagam JB, Steg PG, Held C, Kohsaka S, Mavromichalis S, Kirby R, Jeffries NO, Harrell FE, Jr., Rockhold FW, Broderick S, Ferguson TB, Jr., Williams DO, Harrington RA, Stone GW, Rosenberg Y, Group IR. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. N Engl J Med. 2020;382(15):1395-407. Epub 20200330. doi: 10.1056/NEJMoa1915922. PubMed PMID: 32227755; PMCID: PMC7263833.

48. 日本循環器学会，日本医学放射線学会，日本核医学会，日本冠疾患学会，日本胸部外科学会，日本心血管インターベンション治療学会，日本心臓血管外科学会，日本心臓病学会. 2022 年 JCS ガイドライン フォーカスアップデート版 安定冠動脈疾患の診断と治療. 2022.

49. Hirao Y, Seki T, Watanabe N, Matoba S. Health-Related Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention for Stable Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Can J Cardiol. 2023;39(11):1539-48. Epub 20230706. doi: 10.1016/j.cjca.2023.06.429. PubMed PMID: 37422259.

50. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(6):CD000247. Epub 20130604. doi: 10.1002/14651858.CD000247.pub3. PubMed PMID: 23733381; PMCID: PMC7044720.

51. Berry SD, Samelson EJ, Pencina MJ, McLean RR, Cupples LA, Broe KE, Kiel DP. Repeat bone mineral density screening and prediction of hip and major osteoporotic fracture. JAMA. 2013;310(12):1256-62. doi: 10.1001/jama.2013.277817. PubMed PMID: 24065012; PMCID: PMC3903386.

52. Bell KJ, Hayen A, Macaskill P, Irwig L, Craig JC, Ensrud K, Bauer DC. Value of routine monitoring of bone mineral density after starting bisphosphonate treatment: secondary analysis of trial data. BMJ. 2009;338:b2266. Epub 20090623. doi: 10.1136/bmj.b2266. PubMed PMID: 19549996; PMCID: PMC3272655.

53. Hillier TA, Stone KL, Bauer DC, Rizzo JH, Pedula KL, Cauley JA, Ensrud KE, Hochberg MC,

Cummings SR. Evaluating the value of repeat bone mineral density measurement and prediction of fractures in older women: the study of osteoporotic fractures. Arch Intern Med. 2007;167(2):155-60. doi: 10.1001/archinte.167.2.155. PubMed PMID: 17242316.

54. Matenchuk B, Khurana R, Cai C, Boule NG, Slater L, Davenport MH. Prenatal bed rest in developed and developing regions: a systematic review and meta-analysis. CMAJ Open. 2019;7(3):E435-E45. Epub 20190709. doi: 10.9778/cmajo.20190014. PubMed PMID: 31289044; PMCID: PMC6620175.

55. Shen J, Wang Q, Wang Y, Min N, Wang L, Wang F, Zhao M, Zhang T, Xue Q. Comparison Between Fusion and Non-Fusion Surgery for Lumbar Spinal Stenosis: A Meta-analysis. Adv Ther. 2021;38(3):1404-14. Epub 20210124. doi: 10.1007/s12325-020-01604-7. PubMed PMID: 33491158.

56. Miyawaki A, Mafi JN, Fukui T, Kimura Y, Kobayashi D, Odawara S, Abe K, Goto R, Tsugawa Y. Low-Cost, High-Volume Health Services Contribute the Most to Unnecessary Health Spending due to Low-Value Care in Japan. medRxiv. 2025. Epub 20250826. doi: 10.1101/2025.08.21.25334207. PubMed PMID: 40909821; PMCID: PMC12407603.

57. 成瀬道紀. 後発医薬品使用促進政策の転換を―インセンティブは医療提供側から患者へ、目標は数量から医療費抑制額へ―. JRI レビュー. 2021;10(94):92-113.

58. 最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 令和 6 年度 3 月号: 厚生労働省; 2025 [cited 2025 October 17th]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/c-med/2025/03/.

59. バイオシミラーによる医療費適正化効果の分析: 株式会社日本医薬総合研究所; 2025 [cited 2025 October 17th]. Available from: https://www.jpmedri.co.jp/wp-content/uploads/2025/06/JPMEDRI_report_20250624-001.pdf.

60. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. JAMA. 2019;322(15):1501-9. doi: 10.1001/jama.2019.13978. PubMed PMID: 31589283.

61. Henderson J, Bouck Z, Holleman R, Chu C, Klamerus ML, Santiago R, Bhatia RS, Kerr EA. Comparison of Payment Changes and Choosing Wisely Recommendations for Use of Low-Value Laboratory Tests in the United States and Canada. JAMA Intern Med. 2020;180(4):524-31. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.7143. PubMed PMID: 32040158; PMCID: PMC7042826.

62. Okubo Y, Uda K, Miyairi I. Long-Term Effectiveness of Financial Incentives for Not Prescribing Unnecessary Antibiotics to Children With Acute Respiratory and Gastrointestinal Infections: Japan's Nationwide Quasi-Experimental Study. Clin Infect Dis. 2025;81(3):602-9. Epub 20241123. doi: 10.1093/cid/ciae577. PubMed PMID: 39579079.

63. American Geriatrics Society Ethics C, Clinical P, Models of Care C. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. J Am Geriatr Soc. 2014;62(8):1590-3. Epub 20140717. doi: 10.1111/jgs.12924. PubMed PMID: 25039796.

64. Enteral (tube) feeding for people living with severe dementia: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 [cited 2025 October 17th]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/enteral-tube-feeding-for-people-living-with-severe-dementia-patient-decision-aid-pdf-4852697007.

65. 津川友介. 医療改革に新たな視点(中)予防医療、費用対効果で選択. 日本経済新聞. 2018 年 12 月 7

日.
66. Japan Preventive Services Task Force [cited 2025 October 17th]. Available from: https://jppstf.org/.