

プライマリケアで「低価値医療・無価値医療」を提供する医師の特徴を分析

プライマリケアにおける「低価値医療・無価値医療」の提供実態を分析しました。その結果、こうした医療の大部分は一部の医師によって提供されており、特に年齢が高い、専門医資格がない、患者数が多い、などの特徴がある医師ほど、その傾向が強いことが分かりました。

「低価値医療・無価値医療」とは、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医療を指します。こうした医療を減らすことで、過剰な検査や治療を防ぎ、不要な医療費を抑制し、医療資源（財源や人材）をより有効な医療サービスに振り分けることができます。しかし、どのような医師が低価値医療・無価値医療を提供する傾向があるのかについては、これまで十分なエビデンスがありませんでした。

本研究では、大規模な診療所レセプトデータベースを用い、約 250 万人の患者を対象に、プライマリケア（身近な医師による健康管理や日常的な病気の治療など）における 10 種類の低価値医療・無価値医療の提供実態を分析しました。その結果、患者の約 10 人に 1 人が、年間に少なくとも 1 回、低価値医療・無価値医療を受けており、患者 100 人あたりでは年間約 17.2 回提供されていました。また、全ての低価値医療・無価値医療の半分は、医師全体の 10%によって提供されており、年齢が高い、専門医資格を持たない、患者数が多い、および西日本で診療している、などの特徴を持つ医師ほどより多く提供している傾向が認められました。すなわち、低価値医療・無価値医療を減らすためには、そうした医療を多く提供する一部の医師層にターゲットを絞った介入が効果的であると考えられます。

低価値医療・無価値医療の削減は、患者の安全や医療の質を損なうことなく医療制度の持続性を高める上で重要です。本研究結果は、そのための取り組みに資すると期待されます。

研究代表者

筑波大学医学医療系

宮脇 敦士 准教授

研究の背景

「低価値医療・無価値医療^{注1)}」とは、特定の状況で患者にほとんど、または全く健康改善効果をもたらさない医療のことを指します(図1)。こうした医療を減らすことで、不必要な医療費を抑え、過剰な検査や治療を防ぎ、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できます。中でも診療所の医師は、患者と長く関わる立場にあることから、低価値医療・無価値医療を減らすための重要な役割を担いうと考えられています。近年の研究では、医師に対するモニタリングとフィードバック、電子カルテを通じた診療サポートなどを組み合わせることで、低価値医療・無価値医療の削減につながる可能性が示されています。しかし、どのような医師が低価値医療・無価値医療を提供する傾向があるのかについては、これまで十分なエビデンスがありませんでした。

そこで、本研究では、日本全国の診療所レセプトデータベースを用いて、低価値医療・無価値医療を提供しやすい医師の特徴を分析しました。

研究内容と成果

本研究チームが2022年に大病院の入院および外来患者を対象に行った先行研究(*BMJ Open, 2022;12:e063171*)をもとに、今回、追加で文献レビューを行い、レセプトデータベース上で同定可能かつ診療所で実際に行われる低価値医療・無価値医療10項目を選定しました(表1)。次に、国内の医療機関から収集され、匿名化された診療所レセプトデータベースを用いて、2022年10月~2023年9月の1年間に少なくとも1回、プライマリケア医^{注2)}を受診した成人患者を対象に、これら10項目の医療がどのくらい提供されているかを調べました。さらに、患者の年齢・性別・症例の違いを統計的に調整し、医師ごとに標準化された患者集団に対する低価値医療・無価値医療の提供率を算出しました^{注3)}。

その結果、全国の診療所に通院した患者2,542,630人中、276,622人(約10人に1人)が1年間に少なくとも1回は低価値医療・無価値医療を受けていたことが明らかになりました。延べ回数では、患者100人あたり年間約17.2回提供されており、その多くは、風邪に対する去痰薬や抗菌薬など、特定の5つの医療に集中していました(表1)。

また、全ての低価値医療・無価値医療の半数は医師全体のわずか10%の医師によって提供されていたことも分かりました。特に、年齢の高い医師、専門医資格を持たない医師、患者数が多い医師、および西日本で診療している医師に、より多く提供している傾向が認められました(図2)。このことから、低価値医療・無価値医療を減らすには、全ての医師に一律に働きかけるよりも、特に提供が多い一部の医師グループに的を絞った介入の方が、より有効であると考えられます。

今後の展開

今後は、なぜこのように特定のタイプの医師に低価値医療・無価値医療の提供が集中しているのか、そのメカニズムを明らかにすることが求められます。

日本では高齢化が進む中で、医療制度の持続可能性と患者安全をどう両立するかが大きな課題になっています。多くの低価値医療・無価値医療が公的医療保険でカバーされていること、また外来診療では、診療や処方の回数が増えるほど報酬も増える仕組み(出来高払い制度)になっていることなどが、過剰な医療利用や低価値医療の要因になっていると考えられます。本研究結果およびこうした制度的な背景も踏まえた、診療パターンの改善や、医療の質を高めるための政策や支援策が求められます。

参考図

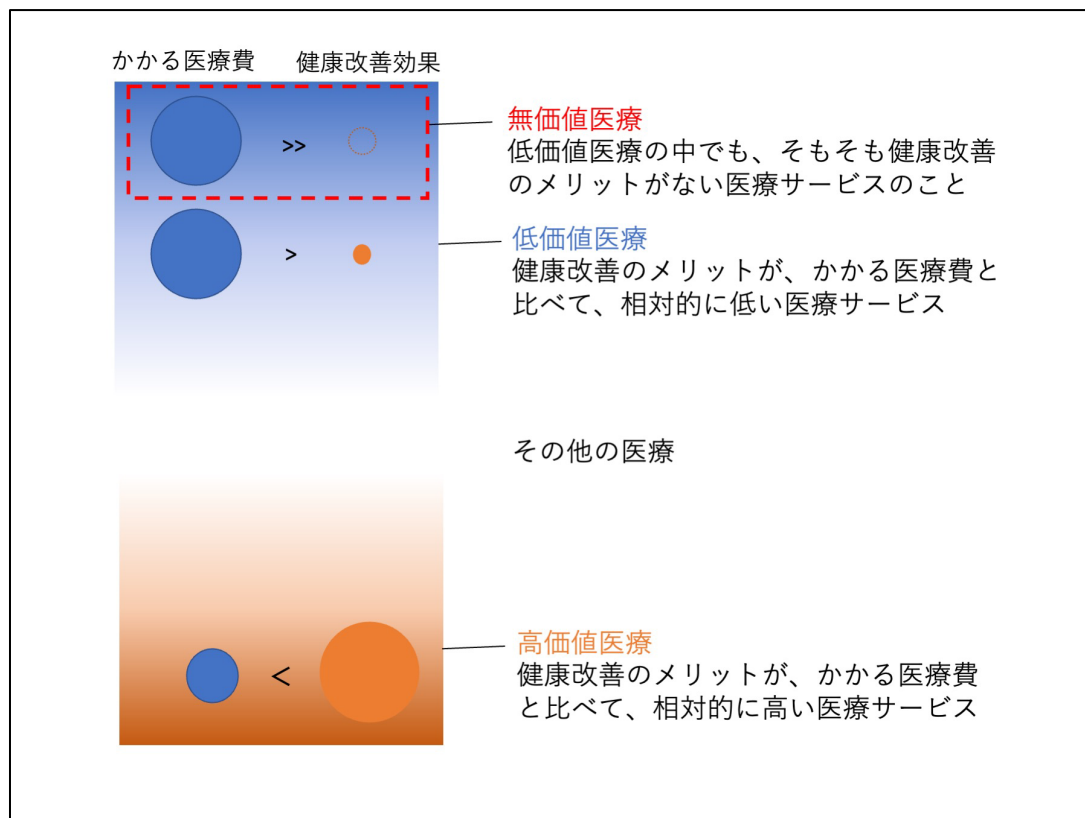


図1 医療行為における無価値医療・低価値医療の位置付け

表1 10項目の低価値医療・無価値医療の年間提供回数

低価値医療・無価値医療	診療所全患者100人あたりの年間提供回数(回/年/100人)
薬剤	
風邪に対する去痰薬処方	6.9
風邪に対する抗菌薬処方	5.0
風邪に対するコデイン（咳止め）処方	1.9
腰痛に対するプレガバリン処方	0.6
糖尿病性神経障害に対するビタミンB12処方	0.2
検査	
骨粗鬆症に対する1年間で2回目以降の骨密度検査	0.4
甲状腺機能低下症に対する血清T3検査	0.1
適応のないビタミンD検査 ^{注4)}	0.002
手技	
腰痛に対する硬膜外、椎間関節、トリガーポイント注射	2.0
消化不良や便秘に対する不必要な内視鏡検査	0.1
総計	
10種類の低価値医療・無価値医療の合計提供数	17.2

データベースに含まれる1019人の医師によって診療された患者2,542,630人のレセプトデータを分析。

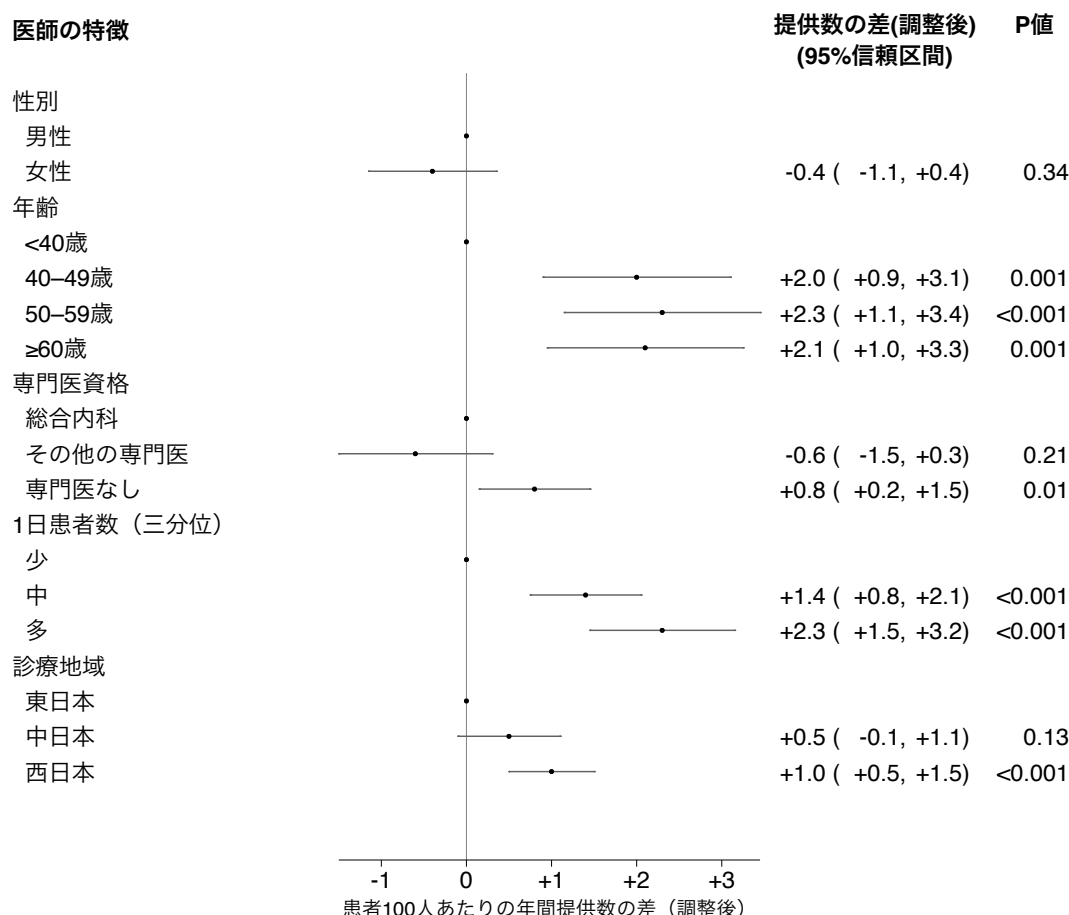


図2 医師の特徴と低価値医療・無価値医療の提供率の関連

1019名の医師に対し、低価値医療・無価値医療の推計年間提供数（患者の性質や疾患を統計的手法でそろえた患者集団100人あたり）と医師の特徴との関連を分析した。1日患者数は年間における中間値。

用語解説

注1) 低価値医療・無価値医療

特定の状況で患者にほとんど、または全く健康改善効果をもたらさない医療行為（薬の処方、検査、手術など）のこと。単に効果がないだけでなく、副作用などにより患者に害を及ぼす可能性がある。例えば、風邪に対する抗菌薬の使用は治療効果がないだけでなく、耐性菌の発生や下痢・アレルギーなどの副作用を引き起こすリスクがある。また、不必要な検査によって偽陽性や過剰診断が生じ、不要な追加検査や治療につながる可能性もある。

注2) プライマリケア医

本研究では、2022年10月から2023年9月まで、診療所データベースに継続して登録されていた診療所の医師のうち、その診療所で1人で診療している医師を分析対象とした。そのうち、プライマリケア（身近な医師による健康管理や日常的な病気の治療など）において提供されうる、低価値医療・無価値医療10項目すべてを提供しうる医師を、「プライマリケア医」として定義した。具体的には、風邪・腰痛・糖尿病・骨粗鬆症・甲状腺機能低下症・青年～中年の食思不振または便秘の全てを少なくとも年間1人診療した医師が相当した。

注3) 標準化された患者集団に対する低価値医療・無価値医療の提供率の計算手法

医師ごとに、診ている患者のタイプが異なると、低価値医療・無価値医療の提供率を公平に比較することが難しいため、医療行為ごとに患者の年齢や性別、併存疾患を、変量効果ポワソン回帰分析とよばれ

る手法で調整した「調整済み提供率」を算出した。さらに、医療行為ごとに「その医療を受ける可能性のある患者の割合」で調整済み提供率に重み付けを行い、全ての低価値医療・無価値医療の提供率を合計した。これにより、同じような背景を持つ標準化された患者集団を想定した場合、各医師がどれだけ低価値医療を提供しているかを比較できるようにした。

注4) 適応のないビタミンD検査

本研究では、慢性腎臓病、カルシウム代謝異常、二次性副甲状腺機能亢進症、ビタミンD欠乏症、サルコイドーシス、結核、特定の腫瘍、の診断がない患者に対するビタミンD検査と定義した。

研究資金

本研究は、公益財団法人医療科学研究所による助成金、JSPS 科研費 24K02701 および Gregory Annenberg Weingarten GRow @ Annenberg による助成金を受けて実施されました。

掲載論文

【題 名】 Primary Care Physician Characteristics and Low-Value Care Provision in Japan

(「低価値医療・無価値医療」の提供と関連するプライマリケア医師の特徴)

【著者名】 A. Miyawaki, J.N. Mafi, K. Abe, A. Klomhaus, R. Goto, K. Kitajima, D. Sato, & Y. Tsugawa.

【掲載誌】 *JAMA Health Forum*

【掲載日】 2025 年 6 月 6 日

【DOI】 10.1001/jamahealthforum.2025.1430

問合わせ先

【研究に関すること】

宮脇 敦士 (みやわき あつし)

筑波大学 医学医療系 社会医学研究グループ 公共健康政策研究室 准教授

URL: <https://www.a-miyawaki.com>

【取材・報道に関すること】

筑波大学広報局

TEL: 029-853-2040

E-mail: kohositu@un.tsukuba.ac.jp