

「先生、念のため抗菌薬をください」

「念のため、カメラしておきましょう。」

この日常的な一言が、日本の医療の未来を左右する大きな議論の縮図です。

本勉強会では、今話題の「低価値医療（Low-Value Care）」を巡る問題を、

①歴史的経緯、②最新エビデンス、
③患者と医療者の心理、④政策の最前線、という4つの視点
から包括的に解き明かしていきます。

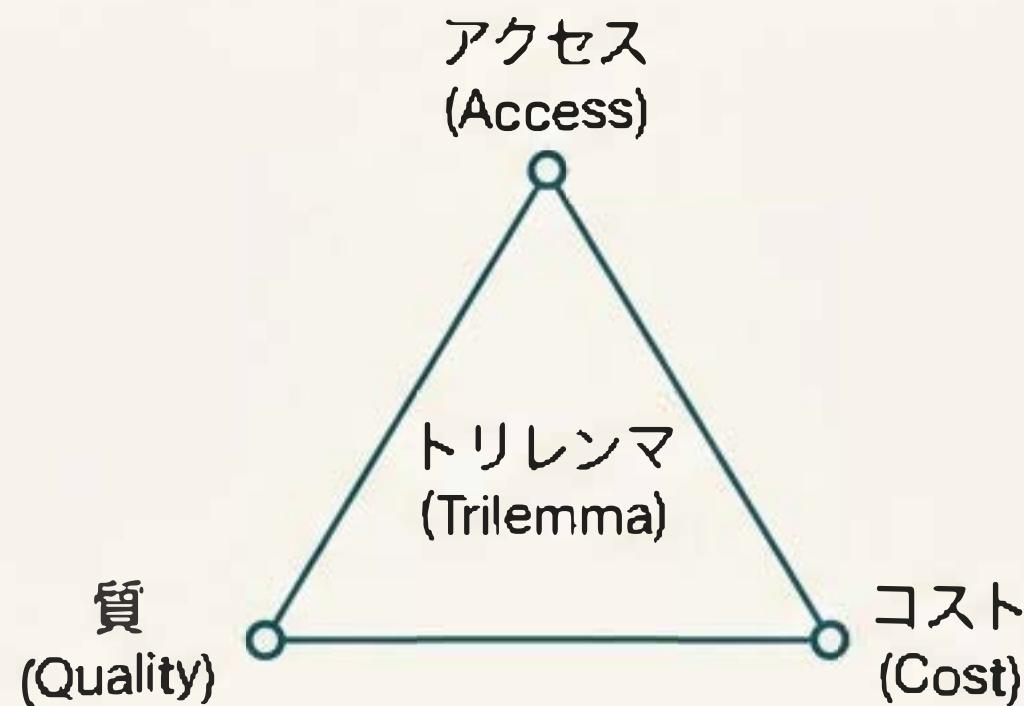
このスライドドックを通して、皆さんが日々の診療で直面する課題の背景を理解し、明日からの実践に役立つ視点を提供することを目指します。



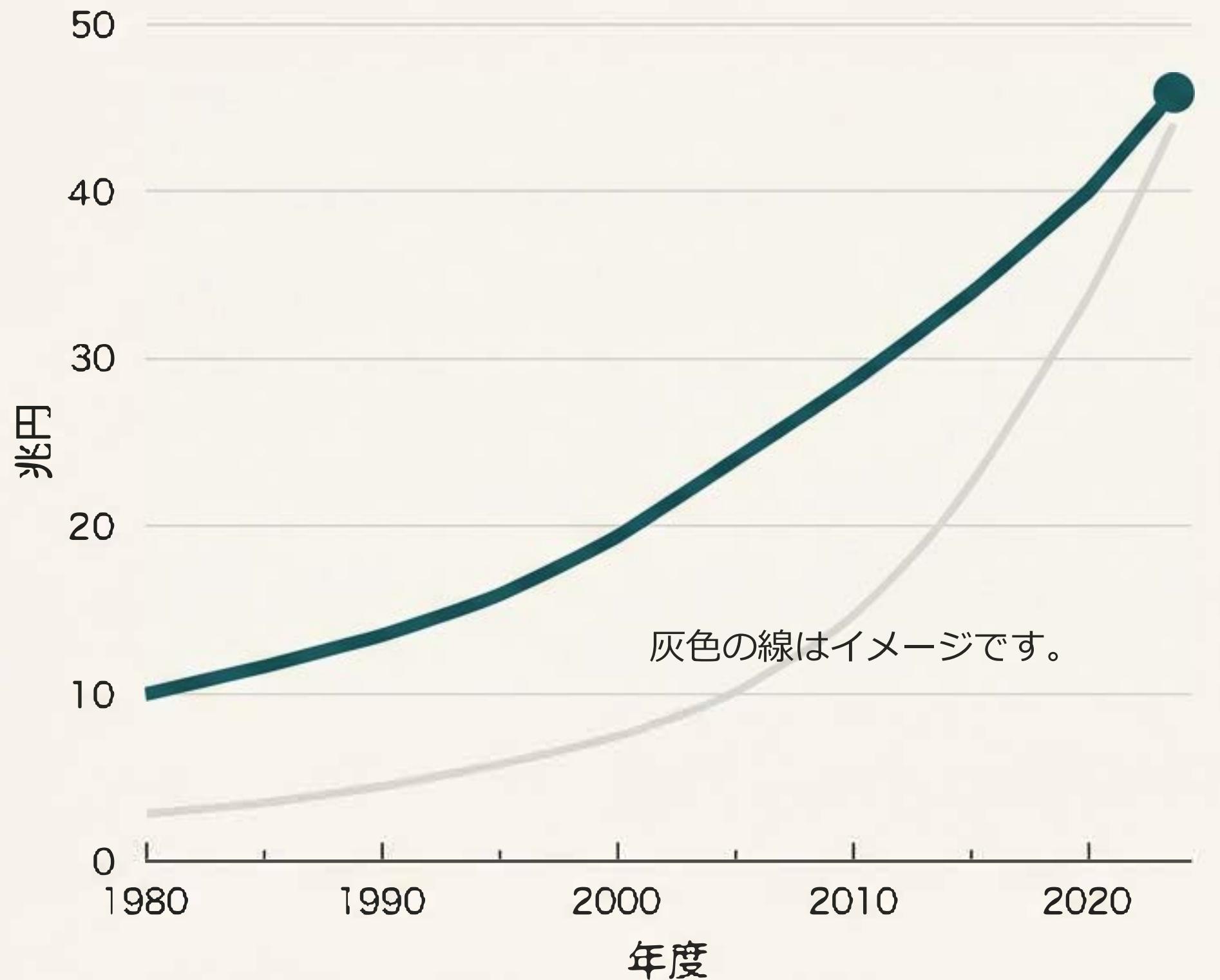
一次資料を元に、NotebookLMでまとめ、修正を加えましたが、直せ切れていない部分がある可能性があります。再確認ください。

避けられない挑戦：増え続ける国民医療費と超高齢社会の現実

日本の国民医療費の推移は、制度の持続可能性に警鐘を鳴らしています。医療制度が直面する「アクセス」「質」「コスト」のトリレンマの中で、低価値医療の議論は、このマクロな課題を解決するための重要な対応策として浮上しています。



国民医療費の推移



医療の質と効率化：世界の「成功」と「失敗」から学ぶ

英国 (P4P/QOF)

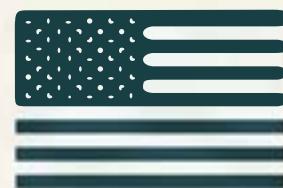
*Pay-for-Performance
Quality and Outcomes
Framework



- 2004年に導入。慢性疾患管理のプロセス標準化には成功しましたが、アウトカム改善効果は限定的でした。
- 指標達成のための「ゲーミング」や医師の燃え尽きといった副作用も報告されています。

*数値目標の操作

米国 (Value-Based Care)



- 多くのモデルが導入されましたが、コスト削減効果は賛否両論です。
- 特に、社会的弱者を多く診るセーフティネット病院が不利益を被るという構造的な問題が指摘されました。

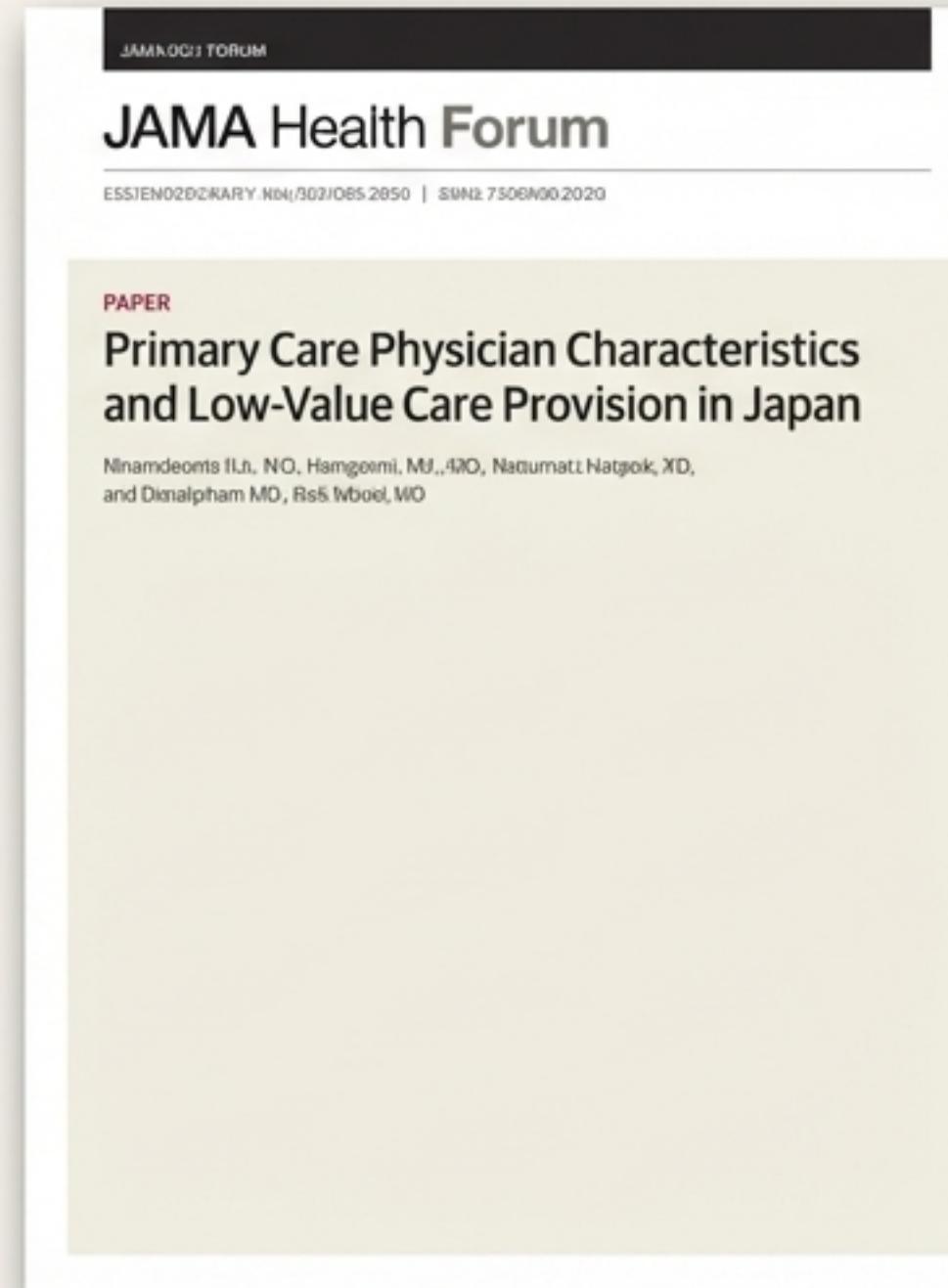
Choosing Wisely



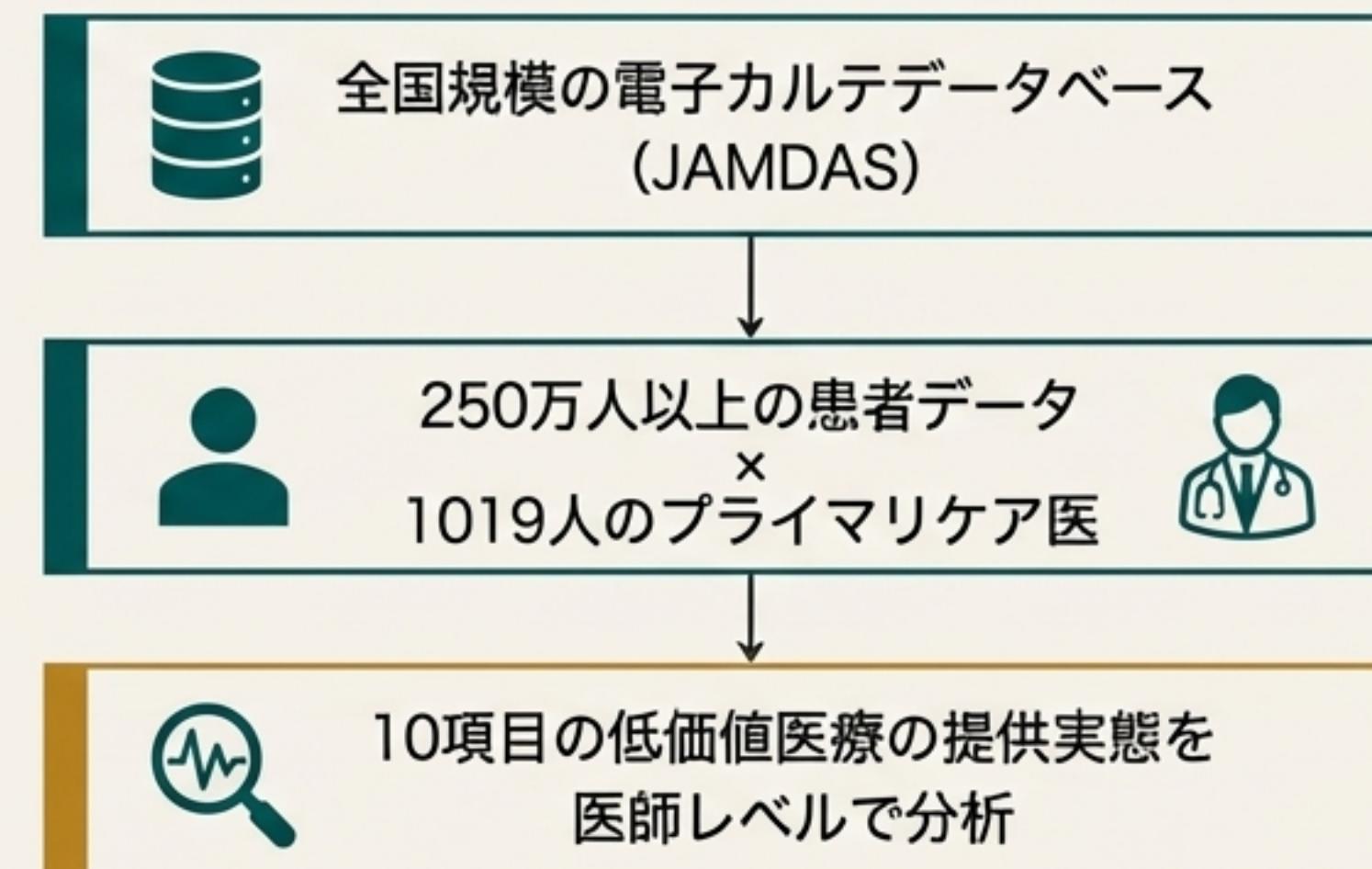
- 啓発キャンペーンだけでは、訴訟リスク（防衛医療）や患者満足度を恐れる医師の行動を変えるには不十分でした。
- 医師の認知度も限定的でした。

結論：単純な金銭的インセンティブや啓発キャンペーンだけでは不十分。問題はより根深いことが示唆されました。

LVCは誰が提供しているのか？日本のプライマリケアにおける実態



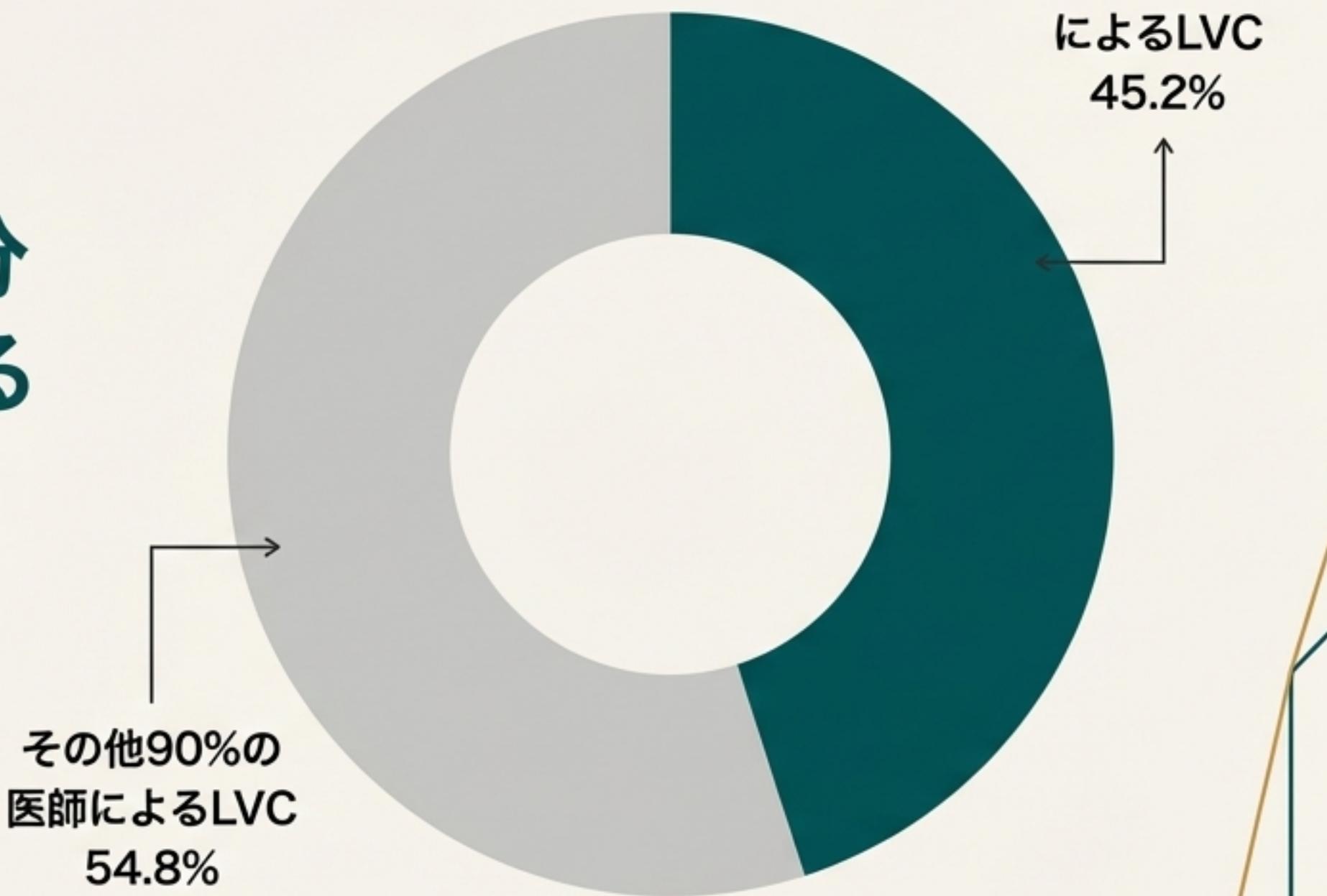
JAMA Health Forumに掲載された宮脇論文は、日本のプライマリケアにおける低価値医療（LVC）の実態を、初めて大規模データで解明した画期的な研究です。



「全員の問題」ではなく「一部の課題」。
LVC提供のパレートの法則。

**上位10%の医師が、
全体の低価値医療の約半分
(45.2%) を提供している**

さらに、上位20%の医師が65.5%、上位30%が
78.6%を占めており、LVC提供が極めて一部の
医師に偏在していることが示されました。



データが示す、LVC提供と関連の強い4つの因子

年齢
(Age)



60歳以上

(40歳未満と比較して、
患者100人あたり
年間**2.1件**多い)

専門医資格
(Board Certification)



非専門医

(総合内科専門医と
比較して**0.8件**多い)

診療患者数
(Patient Volume)



多い

(少ない医師と比較
して**2.3件**多い)

地域
(Region)

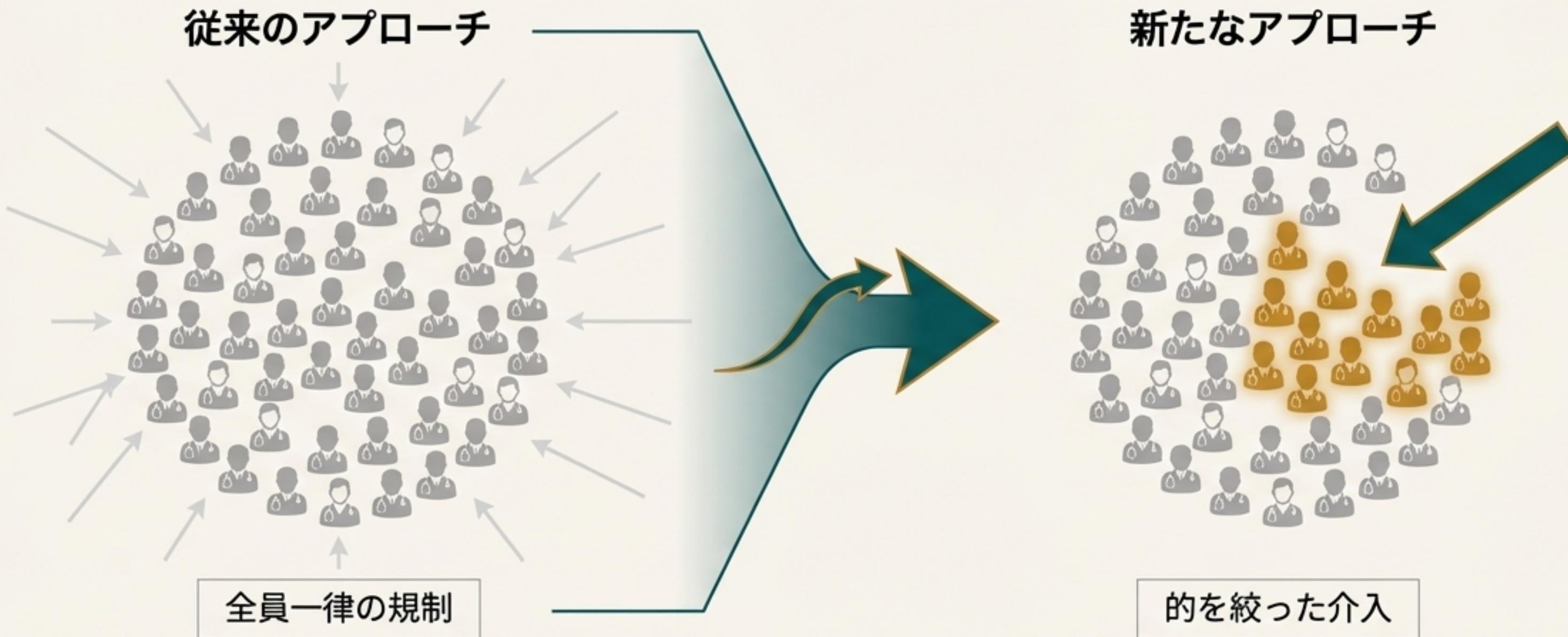


西日本

(東日本と比較して
1.0件多い)

注記: これらの関連性は、患者のケースミックスを調整した後の結果です。

政策の示唆：「全員一律」から「ターゲットを絞った支援」へ



この研究結果は、全ての医師に負担を強いる一律の規制（例：診療報酬の一律引き下げ）ではなく、LVCを多く提供している特定の医師層に対して、アップデートされた知識を提供する教育や、診療を助ける臨床意思決定支援システムといった、的を絞った介入（a targeted, physician-focused approach）を行う方が、遥かに効果的かつ効率的であることを示唆しています。

なぜ患者はLVCを求めるのか？その深層心理



1. 不確実性への恐怖 (Fear of Uncertainty)

「様子を見ましょう」は「見捨てられた」に聞こえる。検査や薬は深刻な病気を見逃す恐怖から逃れ、「安心 (Reassurance) 」を得るための儀式として機能します。

→ネガティブケイパビリティ能力、マインドフルネス



2. アクション・バイアス (Action Bias)

何もしないより、何かしてもらう方が「治療された」と感じる。診察室を手ぶらで出ることは、自身の苦痛が正当に評価されなかった感覚につながります。

→「癒し」の技法



3. 消費者意識 (Consumerism)

「保険料を払っているのだから、MRIを受ける権利がある」という感覚。医療をサービス提供契約と捉え、要求が満たされないと強い不満につながります。

なぜ医師はLVCを提供してしまうのか？現場の現実

1. 防衛医療

(Defensive Medicine)

訴訟や評判低下への恐怖。「万が一」を見逃した場合の後悔を回避したい心理 (Regret Aversion) が、過剰検査を後押しします。

3. 時間的コスト

(Time Tax)

「LVCが必要ない理由を10分かけて説明するより、数分で処方する方が早い」という、多忙な外来診療の現実。

→「説明」ではなく、短時間で認知の変容を起こす訓練



2. モラル・ディストレス

(Moral Distress)

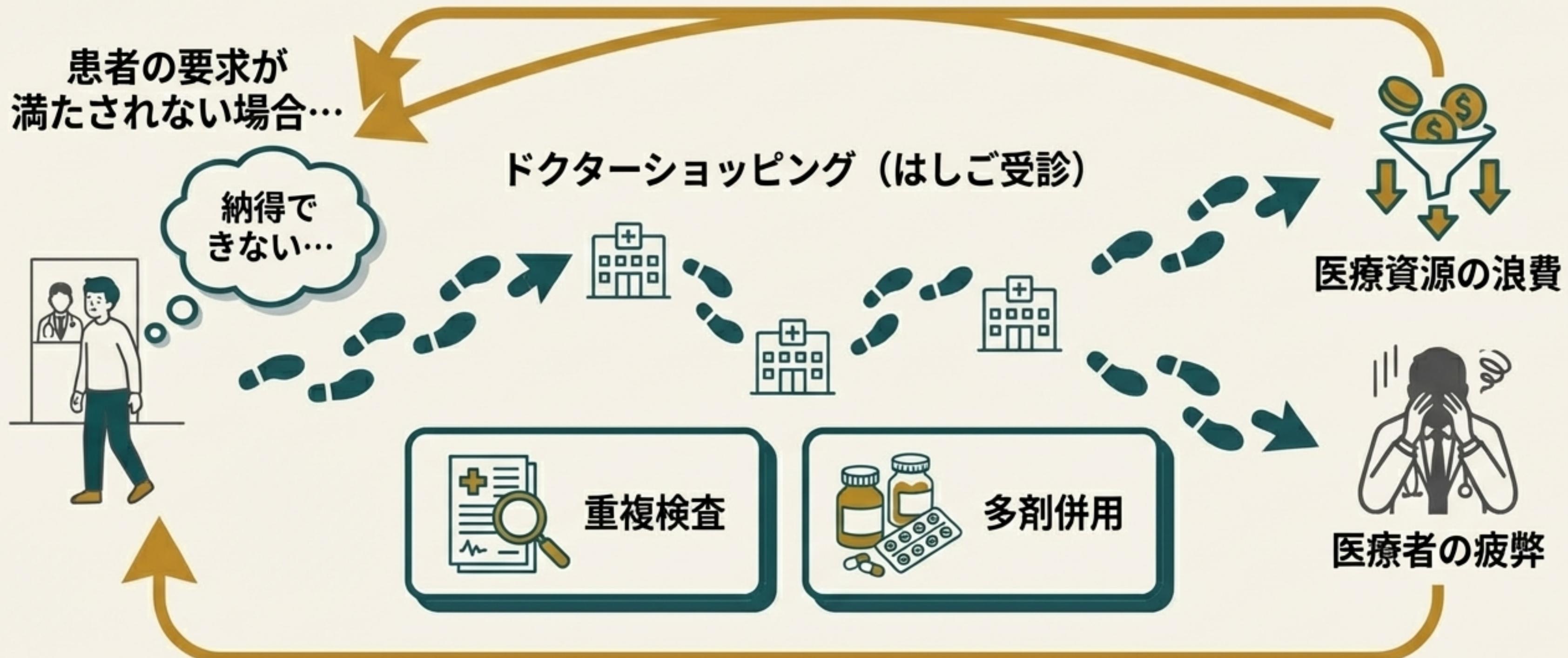
自身の倫理観（不要な医療はすべきでない）に反する医療を行わざるを得ない苦痛。これが繰り返されると燃え尽きにつながります。

4. 文化的背景

(Cultural Context)

患者の意向を察する「忖度 (Sontaku)」と、その場の「空気」に同調し、要求を断りにくいという日本特有の力学。

LVCを巡る相互作用がもたらす悪循環



患者の要求が満たされない場合、日本のフリーアクセス制度の下で「ドクターショッピング」につながります。この悪循環が重複検査やポリファーマシーのリスクを増大させ、医療資源を浪費し、医療者の疲弊を招く構造を深刻化させています。

政策の最前線①：厚労省 vs 財務省のスタンス



慎重な議論 (Cautious Deliberation)

- 科学的根拠に基づく議論を重視
- 「低価値医療の定義は有していない」と公式回答
- 費用対効果評価制度の枠組みで対応する姿勢
- 急進的な削減には慎重



積極的な削減 (Proactive Reduction)

- 財政規律を最重視
- より積極的な削減を主張
- 米国の研究「医療費の20~30%が無駄」を引用
- 保険適用の是非をサービスごとに評価すべきと提言

政策の最前線②：与野党のスタンス整理

スタンス	政党	主な主張
削減に積極的	 日本維新の会	「無価値医療（低価値医療）の保険適用除外」を政策集に明記。
	 国民民主党 (DPP)	「費用対効果の低い医療の保険外し」を主張し、価値の高い医療への集中投資を訴える。
慎重な改革	 自民党・公明党 (LDP/Komeito)	急進的な改革には慎重。OTC類似薬は保険適用を維持しつつ追加負担を求める方向で調整。
負担増反対/ 削減は検討	 立憲民主党 (CDP)	患者負担増に反対しつつ、「風邪に対する抗菌薬投与など健康上のメリットがない医療行為は保険収載から外すことを検討する」と明記。
削減に反対	 日本共産党 (JCP)	あらゆる削減に反対。維新や国民の改革案を「医療削減」と批判し、公費投入による医療拡充を主張。

今後の展望：2026年通常国会が焦点。制度設計の課題とは。



1. LVCの定義と選定 (Definition & Selection of LVC)
 - 科学的根拠に基づき、具体的にどの医療行為をLVCとするのか。そのプロセスは誰がどのように決めるのか。
2. 患者の安全とアクセス (Patient Safety & Access)
 - LVCを制限することで、必要な医療へのアクセスが阻害されたり、重篤な疾患が見逃されたりするリスクをどう管理するのか。
3. 現場の混乱回避 (Avoiding Clinical Disruption)
 - 急激な制度変更が臨床現場の混乱や、医療者のモラル低下を招かないか。

低価値医療の問題を乗り越えるために：明日からの視点

1.  **LVCは複雑な問題である:**
単純なコスト削減の話ではなく、国の制度、科学的エビデンス、そして人間心理が絡み合う複合的な課題です。
2.  **データに基づいたアプローチが鍵である:**
Miyawaki論文が示すように、全ての医療者を罰するのではなく、データに基づき「的を絞った」教育や支援を行うことが、公正かつ効果的な解決策です。
3.  **対話と理解が不可欠である:**
医療者と患者、そして社会全体で「真に価値のある医療とは何か」についての対話を深めることが、防衛医療や不信の悪循環を断ち切る第一歩となります。

For Tomorrow's Practice

「低価値医療」という言葉の裏にある複雑な力学を理解すること。

それは、私たち医療者が患者の不安に寄り添い、防衛医療の圧力に屈せず、そしてより良い医療を実践するための羅針盤となります。

本日の学びが、皆さんの明日からの診療の一助となることを願っています。



ご清聴ありがとうございました

参考文献
(References)

日本のプライマリケアにおける「低価値医療」

最新研究で特定された10の具体例とその考察

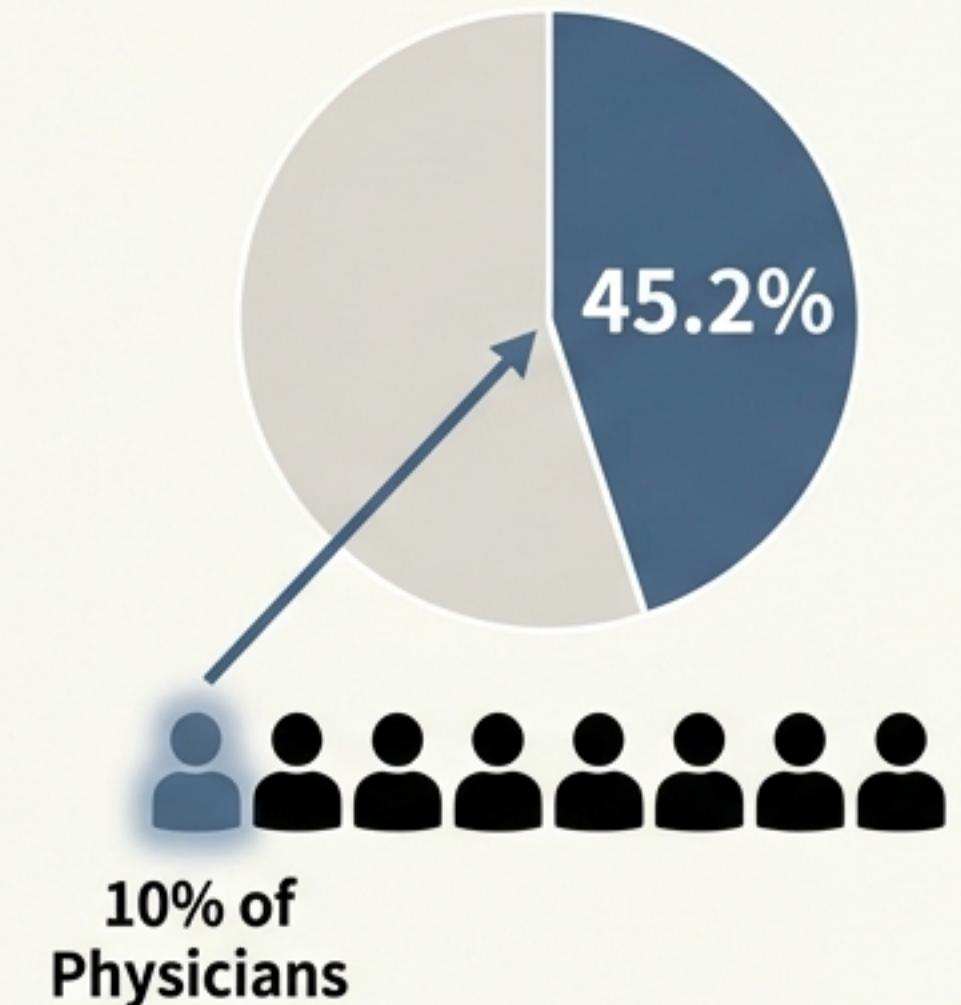
本資料は、以下の学術論文で報告されたデータに基づいています。

Miyawaki A, Mafi JN, Abe K, et al. Primary Care Physician Characteristics and Low-Value Care Provision in Japan. *JAMA Health Forum*. 2025;6(6):e251430. doi:10.1001/jamahealthforum.2025.1430

“日本のプライマリケアにおいて、価値の低い医療（LVC）は「特定の少数」の医師によって「特定の診療行為」に集中している。”

エグゼクティブ・サマリー

- 全国規模の電子カルテ・請求データを用いた最新研究により、プライマリケアで頻繁に提供される**10項目の低価値医療**が特定された。
- これらのLVCは、年間で**患者100人あたり17.2件**提供されている。
- 提供されるLVCの**約半数（45.2%）**は、全体の**10%の医師**によって行われている。



本資料の構成：特定された10項目を「投薬」「検査」「処置」の3つに分類し、その具体的な内容と提供頻度を解説する。

研究で特定された10の低価値医療 (LVC)



投薬 (5項目)

- 急性上気道炎（風邪）への去痰薬
- 急性上気道炎への抗菌薬
- 急性上気道炎へのコデイン
- （特定条件下での）腰痛へのプレガバリン
- （特定条件下での）糖尿病性神経障害へのビタミンB12製剤

検査 (3項目)

- 骨粗鬆症への短期（1年内など）の骨密度再検査
- 甲状腺機能低下症フォローアップ時の血清T3測定
- （特定条件下での）不要なビタミンD検査

処置 (2項目)

- （神経根症状のない）腰痛への注射
- （若年者・警告症状なしの）機能性消化管疾患への内視鏡

低価値とされる医療【投薬編】

項目1: 急性上気道炎（風邪など）への去痰薬・抗菌薬・コデイン

LVCとされる理由: 主にウイルス感染による疾患に対し、臨床的有効性を示す質の高いエビデンスが乏しい、あるいは存在しないため。抗菌薬は細菌感染症が合併している場合を除き不要である。

項目2: （特定条件下での）腰痛へのプレガバリン

LVCとされる理由: 線維筋痛症や神経障害性疼痛などを伴わない一般的な腰痛に対し、有効性が示されていないため。

項目3: （特定条件下での）糖尿病性神経障害へのビタミンB12製剤

LVCとされる理由: ビタミンB12欠乏症を合併していない限り、症状改善効果のエビデンスが限定的であるため。

低価値とされる医療【検査編】

項目1: 骨粗鬆症に対する短期の骨密度（BMD）再検査

LVCとされる理由: 骨密度は短期間（例：1年以内）で有意に変化することは稀であり、頻繁な再検査は治療方針の決定に寄与しないため。

項目2: 甲状腺機能低下症のフォローアップにおける血清T3測定

LVCとされる理由: 通常、治療効果の判定や病状把握にはTSHとFree T4の測定で十分であり、T3測定は不要な場合が多いため。

項目3: （特定条件下での）ビタミンD検査

LVCとされる理由: 慢性腎臓病やカルシウム代謝異常など特定の疾患がない限り、スクリーニング目的でのビタミンD測定は推奨されないため。

低価値とされる医療【処置編】

項目1: (神経根症状のない) 腰痛への注射

LVCとされる理由: 明確な神経根症状（坐骨神経痛など）がない腰痛に対し、硬膜外注射、椎間関節ブロック、トリガーポイント注射などの効果は限定的、またはプラセボと大差ないとする報告が多いため。

項目2: (若年者・警告症状なしの) 機能性消化管疾患への内視鏡

LVCとされる理由: 50歳未満で、体重減少や貧血といった警告症状（Red flag sign）がない場合、重篤な疾患が見つかる可能性は極めて低く、偶発症のリスクが利益を上回る可能性があるため。

BQ 3-1

FD の診断に上部消化管内視鏡検査は必須か？

回答

- 上部消化管内視鏡検査は必須ではない。症状、年齢、病歴、*H. pylori* 感染の有無、検査歴などの総合的な判断により FD と診断して治療を開始する。ただし、アラームサイン(警告徵候)陽性を含め、器質的疾患が疑われた場合には内視鏡検査などの精査を積極的に行う。

、
警告症状や危険因子がある場合、大腸内視鏡検査または注腸 X 線検査や血液検査等の検査を施行して、腫瘍性疾患や炎症性疾患を鑑別する^{1,2,5)}。←

BQ 4-3

慢性便秘症の診療で適宜必要な検査は何か？

回答

- 慢性便秘症は一次性和二次性に分類される。
- 二次性慢性便秘症の鑑別のために、血液検査、便潜血検査、大腸内視鏡検査、腹部 X 線・注腸 X 線検査の必要性を個別に判断して実施する。

2. 大腸内視鏡検査

大腸内視鏡検査は主に腫瘍性疾患や炎症性疾患などに伴う狭窄性器質性便秘症の鑑別に有用である。特に警告症状や、危険因子(50 歳以上での発症、大腸器質的疾患の既往歴または家族歴)がある患者、通常の臨床検査にて異常のある患者には、大腸内視鏡検査を行う必要がある^{1,4)}。一方、慢性便秘症患者に対して大腸内視鏡検査を行った場合の腫瘍性疾患の有病率は、無症状者に対し大腸癌スクリーニングとして大腸内視鏡検査を行った場合と同等であることが報告されている⁸⁾。そのため海外のガイドラインでは、警告症状や危険因子がなく、便潜血検査免疫法(本邦では 40 歳以上が対象、2 日法・逐年)を行っている患者においては、狭窄性器質性便秘症の除外目的での大腸内視鏡検査は推奨されていない^{4~6)}。

2021年FD

2017年慢性便秘

2023年便通異常症（便秘編）

すべてのLVCは平等ではない：提供頻度 Top 5



Insight

「上位5つのLVCが、全体の95.7%を占める。特に風邪関連の投薬が突出して多い。」

政策議論で言及される他の低価値医療の例

今回の研究対象はプライマリケアにおける10項目だが、厚生労働省や財務省の報告書では、より広範なLVCが議論の対象となっている。

- 軽度の頭部外傷に対するルーチンのCT撮影
- 低リスク患者への画一的な術前検査（心エコー、肺機能検査など）
- 効果の乏しい湿布薬の大量処方
- 市販薬で代替可能なビタミン剤や保湿剤など（OTC類似薬）
- 切迫早産に対するリトドリン投与
- 頭痛に対する脳波検査

結論：質の高い医療への示唆

- ・日本のプライマリケアにおける低価値医療は、具体的に特定・定量化が可能であり、その構造（特定の行為に集中）も明らかになった。
- ・特に頻度の高いLVC（風邪薬、腰痛への処置など）への対策は、医療の質の向上と資源の適正化に大きく貢献する可能性がある。
- ・*医療者と患者双方にとって、「何もしないこと（Watchful Waiting）」が、最善の医療となりうる状況への理解を深めることが重要である。*

主要参考文献

Miyawaki A, Mafi JN, Abe K, et al. Primary Care Physician Characteristics and Low-Value Care Provision in Japan. *JAMA Health Forum*. 2025;6(6):e251430.

厚生労働省. 低価値医療に関する研究事業報告書. 2023.

低価値医療制限に関する研究調査. 2025.