

巻頭言

Action, behavior, and health

..... 橋本 英樹 113

特別寄稿

医療費適正化に向けた NDB を用いた取り組みについて

..... 石井 太祐 市瀬 雄一 杉山 雄大 115

第四期医療費適正化計画について

..... 長江 翔平 124

低価値医療・無価値医療

..... 宮脇 敦士 130

研究論文

かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療による

初診が高齢者の入院に与える影響：後ろ向きコホート研究

..... 森田 和仁 笹渕 裕介 康永 秀生 145

活動報告

第 20 回研究大会シンポジウム報告 162

医療経済学会第 21 回研究大会について 194

Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy

ご投稿のお願い 195

投稿規定・執筆要領 196



医療経済研究

Vol.37 No.2 2025

医療経済学会



医療経済研究機構

巻頭言

Action, behavior, and health

東京大学大学院医学系研究科 保健社会行動学分野

橋本 英樹

行動経済学という言葉が出る以前から、そもそも経済学は市場という場において人々がどう判断しふるまうのかを明らかにしようとする行動科学であると認識している。「行動」と日本語で書いてしまうとわからないが、英語だと act, action, behavior などの言葉に分かれ、それぞれ異なる「行動」の側面を強調している。Act は外からみた単発的なふるまいであり、これは（演劇論とかを除けば）社会科学の中心的関心ではない。これに対して action は、判断主体（agency）である人が意図や目的をもって起こした行動を指しており、経済学だけでなく心理学や社会学の関心対象となっていると理解している。Behavior はこれらを包含的に表現しているが、パターン化されたもの、そして外から客観的に観察され認識されるものとして概念化されている。経済学で言えば目で見える選択（behavior）の結果から、その背景にある意図や判断を説明し、どのようになぜその行動判断がなされたのか（action!）を明らかにすることが迫られてきたと思う。心理学では人の内面で行われた action の構造をより直接的に明らかにすることに注目しているし、社会学ではその action と社会的構造（structure）のやり取りが中心的な関心課題となってきたと、ざっくり理解している。

これに対して疫学とか医療系研究では、「人」が見えにくい印象を持っている。たとえば喫煙率は教育歴と強い相関がある、というのはわかっているが、なぜ、というと「リテラシーが足りないから」で片づけられてしまう。健康教育学系では Theory of planned behavior 始め、意図（intention）を説明する背景心理要因（態度・規範・統制感など）が入ってくるが、疫学系や医療研究などで、人々がなぜどうしてそうふるまうのか、について行動科学的に考察することはあまり広くなされているようには思えない。それが典型的に表出したのが、コロナ禍での「公衆衛生専門家」と「経済学者」の論争だったように思う。当時「金か命か」論争に矮小化されていたが、より本質的には、人に対する見方の違いが大きかったと思う。「公衆衛生専門家」（といっても感染症専門家に過ぎないが）は「正しい知識」と規制で人の行動（ワクチン接種や予防行動）を操作しようとしたが、「経済学者」たちは人が見えないリスクと限られた情報を前にどのようにふるまうのか、政策にどう反応・対処するのかを考慮していた。医療経済学が持つ学術的意義として、私は「人」を意識して、より「人」に寄り添った健康科学を展開するところが最も重要なのではないかと考えている。

人は社会という構造のなかで生活している。経済学でも、古くは Becker の theory of social interaction に始まり、自己の効用判断と他者の行動や社会規範との相互作用がどう影響するかを考慮して人の行動を説明しようとする動きがあった。近年の行動経済学の導入も、合理性（期待効用理論に基づく）から外れた認知バイアスを考慮するようになったというだけでなく、公平性に関する嗜好（Fehr の

inequality aversion とか) や、ゲーム理論など応用した trust などの概念の導入など、agent と structure の交互作用を意識し社会学との接点がかつてのように増してきている印象がある。これ以外にも近年、economics of family 領域で女性の fertility intention と社会比較 (Mahler, et al. 2025 とか) やジェンダー規範の乖離による friction cost (Myoung, et al. 2021 とか) などの議論も出てきている。だんだん、現実世界にいる人に学問が寄り添うようになってきているように感じている。一方人には暗黒的な側面もある。近年問題となっている嫌悪・偏見・分断もまた人のサガである。こうした暗黒面にも経済学はこれまで挑んできていると認識している。

医療経済学を通じて「人」に寄り添う。ここが医療系研究者と経済学系研究者をつなぐ共通の動機なのではないかな、と考えている。医療経済学会の設立当初より、さまざまな同僚・先輩研究者との交流を通じ、また学会誌や学術集会などでの活動を通じて学ばせていただいた。少しずつ人っぽくなっていく。さらにその先に何が見えるかを引き続き追いかけてみたい。

特別寄稿

医療費適正化に向けた NDB を用いた 取り組みについて

石井 太祐*¹ 市瀬 雄一^{1,2} 杉山 雄大^{1,2,3,4}

抄 録

日本では少子高齢化に伴い医療費の継続的な増大が課題となっている。2023年度の国民医療費は過去最高の48兆915億円に達し、GDP比は8.08%に上る。こうした状況下、医療費適正化（医療費の効率的・効果的な活用）に向けた政策的取り組みが進められてきた。厚生労働省はエビデンスに基づく政策立案（EBPM）を推進しており、その要として診療報酬明細書や特定健診データを集積したナショナルデータベース（NDB）を活用している。本稿では、2024年度から開始された「第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）」の文脈に沿い、NDBを用いた研究事例や制度への反映を中心に、日本における医療費適正化の最新の取り組みを分析・紹介する。まずNDBにより得られたエビデンスが政策立案や制度設計にどのように反映されているかを概観し、次に地域差のある医療提供実態の分析結果について述べる。さらに、医療の質と効率の改善に向けた示唆として、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」の同定、医薬品の適正使用や薬剤耐性（AMR）対策等に関する取り組みを検討する。最後に、NDB研究・事業の今後の展望として、厚生労働省のエビデンス取集体制や新たな研究プロジェクトの動向を踏まえ、データに基づく医療政策のさらなる発展について論じる。

1. はじめに

日本の医療費は高齢化と医療技術の高度化に伴い増加の一途を辿っている。国民皆保険制度の下で国民医療費は年平均約2%のペースで増加し、2023年度には約48兆円（対前年度+3.0%）に達した¹⁾。この水準はGDP比8%を超え、財政・経済への影響も無視できない規模である（図1）。医療費の伸びを抑制しつつ医療の質を維持・向上することは、社会保障制度の持続可能性を確

保する上で喫緊の課題である。こうした背景から、医療費適正化計画が法定の枠組みとして導入されている。医療費適正化計画は「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき都道府県が策定するもので、2008年度以降おおむね5年毎に改定されてきた。2024年度からは第4期医療費適正化計画がスタートし、新たな基本方針の下で各種の対策が推進されている²⁾。第4期計画の柱として掲げられているのが、エビデンスの政策立案への活用と、医療資源の効率的・効果的な活用である^{2),3)}。すなわち、データを活用して医療の利用

*責任著者 E-mail: ishii.t@jihs.go.jp

1 国立健康危機管理研究機構 システム基盤整備局 医療DX部

2 国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センター

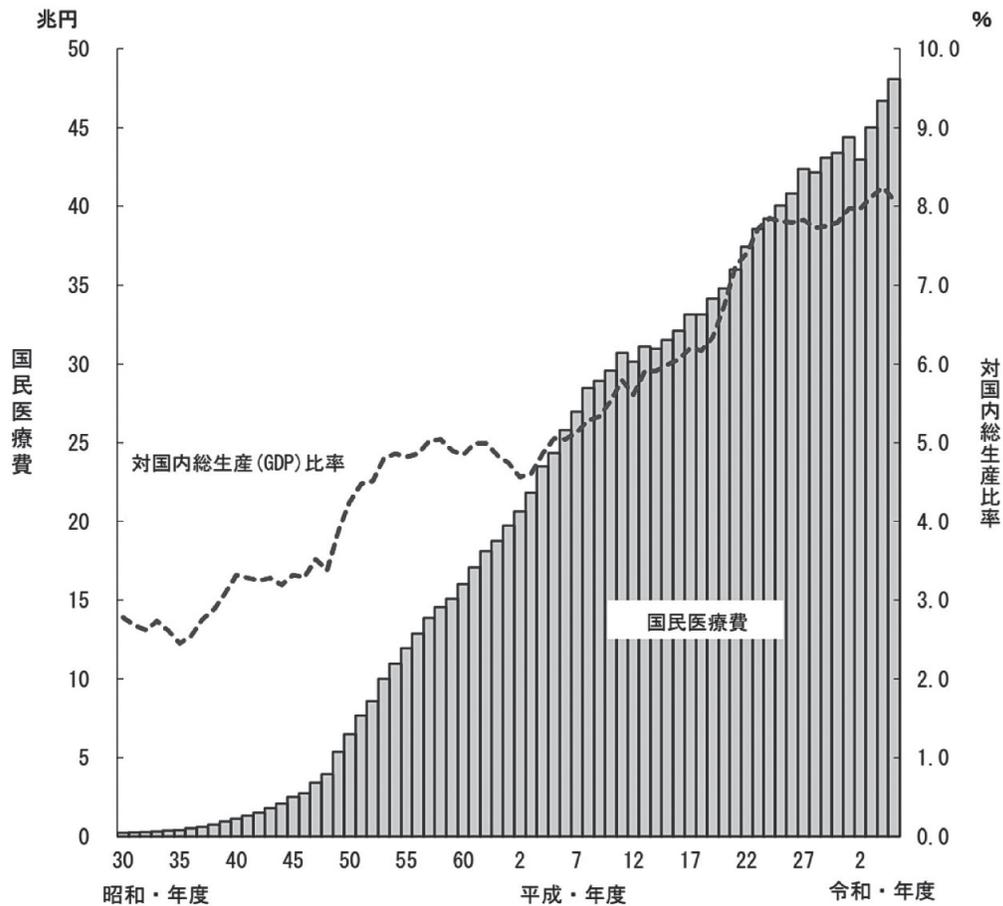
3 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療研究所 糖尿病情報センター

4 筑波大学 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野

受付：2026年2月4日

公開：2026年3月23日

図1 国民医療費・対国内総生産比率の年次推移



厚生労働省. 令和5年度 国民医療費の概況 (速報). 2024.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/dl/R05data.pdf> より抜粋

状況を可視化し、質の高い医療を効率的に提供することで医療費の適正化を図る方針である。エビデンスに基づく政策立案 (Evidence-Based Policy Making; EBPM) のためのツールとして匿名医療保険等関連情報データベース (NDB) の利活用を進めている。NDBとは、全国の診療報酬明細書情報 (レセプト) と特定健診等のデータを匿名化して収集・蓄積したデータベースであり、2009年度から運用が開始されている⁴⁾。現在では、請求件数ベースでは約99.7%のレセプトが電子化されており、これがNDBに集約される。ほぼ全てのレセプトが集約されたNDBの整

備により、世界でも類を見ない規模のリアルワールドデータに基づく医療政策の企画・評価を可能にしている。

本稿では、NDBを活用したエビデンスが政策立案・制度設計にどのように反映されているか、第4期医療費適正化計画の重点施策の文脈で分析する。特に、地域差のある医療提供実態の把握、医療の質と効率性の向上に関する取り組み (効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の同定、薬剤の適正使用、薬剤耐性 (AMR) 対策など) について、関連する研究事例や統計データを紹介しつつ論じていく。

2. NDBによるエビデンスの 政策立案・制度設計への反映

医療政策の立案・評価にデータを活用する動きは近年ますます重要視されている。例えば、第4期医療費適正化基本方針の策定過程でもNDBを用いた推計値などが用いられている。特定健診等の実施による適正化効果額の推計では、NDBから抽出した2013～2019年度のレセプトデータを用い、特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%達成したと仮定した場合の特定保健指導対象者の入院外1人当たり医療費の経年的推移を推計している²⁾。第4期計画では特定健診等のアウトカム評価の導入や実施率向上が取組として盛り込まれており、NDBを用いた政策検討や評価がすすめられている。また、厚生労働省はNDBオープンデータや「医療費適正化計画関係データセット」として地域別統計を提供し、自治体のエビデンス活用を支援している。地域独自の取り組みとして、例えば横浜市では、NDBを用いた市内のがん治療の実態分析や独自のデータベースを用いた高齢者の受診実態などについて分析を行い、施策の立案に役立てている^{5),6)}。政策立案への直接的な反映例としては、レセプト分析を通じた診療報酬改定や制度設計も挙げられる。NDBを用いた調査研究の成果が診療報酬上の新設加算や指標の設定につながったケースもある。例えば、多剤投薬是正のため2016年に新設された「薬剤総合評価調整加算」は、膨大なレセプト分析により「一定数以上の処方薬減少が入院リスク低減につながる」という知見が背景にあったとされる⁷⁾。このように、NDB発のエビデンスは医療提供体制や報酬制度の設計・改定にも影響を与えている。

さらに国は、NDBを用いた政策研究の推進に

向けた体制整備も進めている。2023年度からはNDBと他データ（介護データや死亡情報等）との連結が開始され、医療・介護サービス横断での効果検証が可能となりつつある。EBPM推進の一環として、内閣府によるEBPMアクションプランが策定されておりこの中には「効率的な医療の提供体制の構築」や「2040年以降を見据えた介護サービス提供体制の構築」といった社会保障分野の取り組みも行われている⁸⁾。この中ではNDBを用いて都道府県間の医療資源投入量の差異を詳細に分析し、その結果を各県の新たな取り組みや目標設定に反映させることが目指されている。

3. 地域別の医療提供実態分析

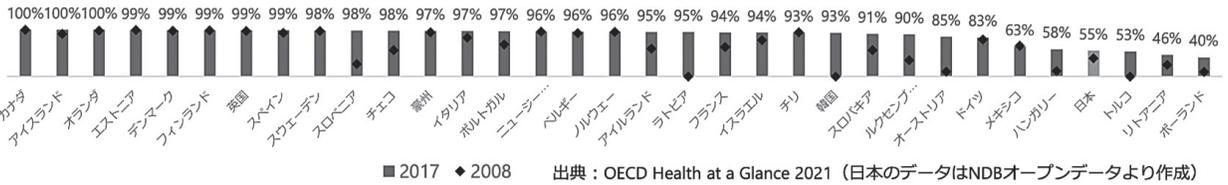
人口構成や疾病構造の違いのみならず、医療資源の投入量や診療行為の頻度にも地域ごとのばらつきが認められる。第4期医療費適正化基本方針でも「地域差のある医療」を課題として位置づけ、地域間格差の減少に向けた分析と対応が掲げられている²⁾。NDBはこの地域差の実態解明にも貢献している。

典型的な例が白内障手術と抗がん剤治療（化学療法）における外来実施率の地域差である。白内障手術は日帰り（外来）で安全に実施可能な手術であり、海外では90%以上が外来で行われている国も多い³⁾。入院せず外来で行えば医療資源の節約や患者の負担軽減につながるが、日本では依然として入院で実施される例が少ない。NDBオープンデータ等による分析によれば、日本全体の白内障手術の外来実施割合は54%にとどまり、都道府県別には最高で90%以上、最低で30%程度と大きな開きがある³⁾（図2）。

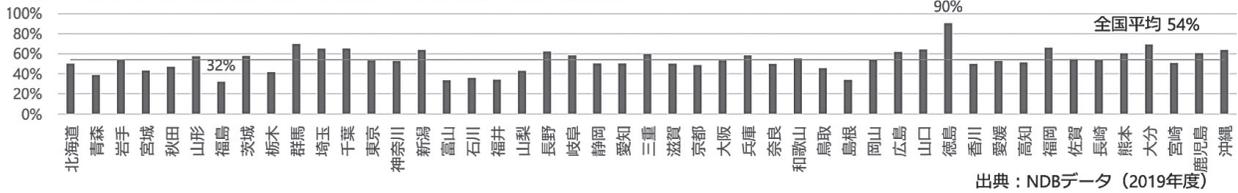
同様に、がん化学療法についても地域差が確認されている。近年、有害事象管理の進歩により、入院に頼らず外来で化学療法を行うケースが増え

図2

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）



○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）



https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/20221111/shiryoul_part7.pdf より抜粋

ているが、依然として一部地域では入院実施が多い²²⁾。当然ながら、入院のほうがより医療費がかかる。NDBに基づくレセプト分析からは、外来化学療法加算の算定回数に地域差が存在し、標準化レセプト比（SCR）で見ると地域によって外来治療の実施頻度にばらつきがあることが示された³⁾。第4期計画ではこれらのデータを踏まえ、外来治療への転換をさらに促進することが盛り込まれている。地域の医療資源に応じて外来治療への移行を図ることは、医療の効率化と患者のQOL向上の双方に資する。

以上のように、地域差の「見える化」は医療費適正化の重要なステップである。一人当たり医療費や特定健診受診率、在宅医療の実施率など様々な指標で地域差が報告されている³⁾。NDBはこれらを定量的に示すことで、各地域が自らの課題を認識し、他地域の好事例を参考に施策を講じるために有用なデータ源となっている。

4. 医療の質と効率の改善に向けた示唆

医療費適正化において重要なのは、単に費用を抑制するだけでなく、医療の質を損なうことなく

効率化を図る点である。第4期計画では「医療の質の維持向上と効率化の両立」が掲げられ、エビデンスに基づき価値の低い医療を是正し、必要な医療資源を適材適所で活用する方針が示された²⁾。以下では具体的な焦点領域として、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の削減、医薬品の適正使用の推進、及び薬剤耐性（AMR）対策の3点について考察する。

4.1 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の同定と是正

「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」とは、医学的な有効性が乏しいにもかかわらず行われている検査や治療を指す概念であり、近年国際的にも Choosing Wisely キャンペーン等で注目されている。日本の医療において代表的な例として指摘されているのが、ウイルス性疾患に対する不要な抗菌薬処方である²⁾。急性上気道感染症（いわゆる「風邪」）や急性下痢症の多くはウイルスが原因であり、本来抗菌薬投与は推奨されない。しかし我が国では従来、このような症状に対しても抗菌薬が比較的頻繁に処方されてきた。

NDBを用いた最近の研究により、その実態が定量化されつつある。一例を挙げると、2022年度に日本全国で約741万人に対し「風邪」に対する抗菌薬処方計955万回行われ、総医療費ベースで約60億円に及ぶと推算された⁹⁾。もっとも近年は医師の意識向上によりこのような処方減少傾向にあるが¹⁰⁾、それでもなお相当数の不適切処方残存しているのが現状である。

この是正には臨床現場での認識改革とエビデンスの普及が不可欠である。学会等でも適正診療ガイドラインの整備やChoosing Wiselyリストの作成が進みつつあり、不要な検査・治療を減らす動きが広がっている。NDBに基づく指標のモニタリングも有用であり、例えば地域ごとの風邪に対する抗菌薬処方割合などを定期的にフィードバックし、医療者の行動変容を促すことが考えられる。患者側への啓発も重要であり、「ウイルスに抗生物質は効かない」といった正しい知識を広めることで、患者側の希望に応じた形での不要な処方を減らす効果も期待できる。

4.2 医薬品の適正使用（重複投薬・多剤投与の是正と後発医薬品の活用）

医療費適正化において薬剤費の占める割合は大きく、薬物療法の適正化は重要な柱となっている。日本は高齢者人口比率が高く複数の疾患を抱える患者も多いため、一人の患者に処方される薬剤数が多くなりがちである。いわゆるポリファーマシー（多剤併用）は医療費増大のみならず有害事象リスクの点からも問題視されており、近年その是正に向けた取り組みが強化されている。

2015年には日本老年医学会による「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」が発刊され、厚生労働省も診療報酬上の多剤投薬是正の評価（薬剤総合評価調整加算など）や「高齢者の医薬品適正使用の指針」の作成などを実施してきた。その成

果をNDBデータで検証した研究によれば、訪問診療を受ける75歳以上の高齢者について2015年と2019年を比較したところ、処方薬剤数の中央値は6種類、5種類以上の多剤処方の割合は約70%で大きな変化はなかったものの、一部の薬効で処方内容の改善が見られた⁵⁾。具体的には、高リスク薬剤とされるベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬やH2ブロッカーの処方割合が有意に低下しており、より安全な代替薬への置き換えが進んだことが示された。一方で認知症周辺症状に対する抗精神病薬の処方頻度などは依然高く、課題も残された。この結果は、高齢者の薬物療法において一定の改善傾向が見られるものの、引き続き適正化への取り組み強化が必要であることを示唆している。重複投薬（同効薬の重複処方）も医療費と有害事象の両面で問題である。電子処方箋の全国導入（2023年開始）は、薬剤情報を一元管理することで重複投薬の防止や多剤併用の是正に資することが期待されている。第4期計画では電子処方箋の活用推進が位置付けられ、データを活用した多剤投与の適正化が図られるとしている²⁾。

医薬品費適正化のもう一つの柱は後発医薬品（ジェネリック）の普及である。ジェネリック医薬品の使用促進は過去3期の医療費適正化計画でも継続して取り組まれ、その使用割合（数量ベース）は大幅に向上した。政府は当初、2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%とする目標を掲げたが、実績は78.3%に留まり目標には届かなかった。しかしその後も使用率は向上し、2023年の薬価調査では全国平均80.2%に達した¹¹⁾。ただし都道府県間で差が残り、2021年度時点で80%以上に到達していたのは47都道府県中29道県にとどまっている（図3）¹¹⁾。第4期計画ではこの「数量シェア80%以上を全都道府県で達成」という目標を維持しつつ、新たに

こうした成果を踏まえ、厚生労働省は第二期となる新たな「AMR アクションプラン（2023～2027）」を策定し、耐性菌対策を継続・強化している¹³⁾。今後の課題として、外来における抗菌薬処方さらなる減少、中でも小児科領域や地域差の是正が挙げられる。また、獣医療や畜産領域での抗菌剤使用も含めた「ワンヘルス」アプローチが重要であり、各分野の連携強化が求められている。NDBについて言えば、引き続き医療における使用量モニタリングに加え、耐性菌感染症の発生動向や患者アウトカム（例：耐性菌感染による入院期間延長や死亡リスク）を把握するために、院内感染サーベイランスデータ等と連携した検討も期待される。第4期医療費適正化計画の観点からは、AMR対策は将来の医療費増大を予防することも期待され、適切な資源投入の下で今後もエビデンスに基づく施策を推進することが重要である。

5. 今後の展望 (NDB 研究・事業のさらなる展開)

第4期医療費適正化計画の期間中（2024～2029年度）には、データ利活用基盤が一層充実し、NDBを取り巻く環境も大きく進化する見込みである。まず技術面では、NDBと他の関連データベースの連結が進む。既に2018年には介護保険データベース（介護DB）との突合が始まり、2022年には死亡情報とのリンケージが実現した。2023年には次世代医療基盤法の改正により、複数データソースを横断した解析が容易になりつつある。さらに2024年以降、クラウド上で研究者に提供される大規模データセットが整備され、データ提供の迅速化も図られている。これにより、さらに迅速にNDB等を用いた分析を行い、最新の知見を迅速に政策へフィードバックで

きるようになることが期待される。

筆者らも国立高度専門医療研究センター（NC）等の連携によるNDB研究体制の構築を進めている。2019年から開始された「6NC連携による医療政策研究等を目的としたNDB研究体制構築のための研究」では、国の6つのNCが協働してNDBを分析し、疾病横断的なエビデンスを創出する取り組みを進めており、2024年度から現在も「6NC連携のNDB研究基盤による重点疾患の疫学・政策研究の推進」として継続している。この研究では、疾患有病率や医療の質指標、医療費の傾向などを各NCの専門分野ごとに解析し、その成果をWebサイトや学術論文で公表している^{15),16)}。この研究班では、NDBを用いて将来の疾病負荷を予測し政策課題を早期に抽出すること、得られたデータを政策提言や臨床研究の促進に活用することを目指している。医療政策への直接的なインプットとなるエビデンスを提供するとともに、データ解析に精通した人材の育成も並行して行っている。また、NDB研究の裾野拡大に向けて、研究者向けの解析ツール開発・整備も進めており、研究コミュニティが政策決定者らとより一体となってエビデンス創出に取り組む体制構築に寄与することを目指している。¹⁷⁾

こうした体制整備に加え、NDB等のビッグデータを活用したより精緻な政策効果の検証に向けた分析手法の開発も進んでいる。厚生労働行政推進調査事業費補助金で実施される「レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究」では、風邪に対する抗菌薬処方の実態に加えて医療資源投入量の地域差分析として放射線診断機器（CT・MRI）や臨床検査、病理診断の実施状況を分析し、機種ごとの採算性と地域分布の関係を明らかにしている。また、特定健康診査・後期高齢者健康診査受診者の心筋梗塞新規発症リスクを定量的評価

しているこうした研究成果は、単なる現状の可視化に留まらず、第4期医療費適正化計画における「医療資源の効果的・効率的な活用」に向けた具体的な目標設定や、診療報酬体系の最適化を検討するための科学的基盤となるものである。^{18), 19)}

厚生労働省自身もエビデンス収集・活用の体制を強化している。ポリファーマシーの是正や医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化について、地域毎の医療の実態を踏まえて必要な取組を進めることを目的として、臨床知見等に基づくNDB等を用いた分析・評価を行い、政策立案の基礎資料等に活用する事業を開始している。2024年度と2025年度は国立健康危機管理研究機構（旧、国立国際医療研究センター）がこの事業を受託し取り組んでいる。

6. おわりに

本稿では、NDBを活用したエビデンスに基づく医療費適正化の取り組みについて、第4期医療費適正化計画の重点項目に沿って概説した。NDBが提供するビッグデータは、医療の地域差の把握、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の是正、薬剤適正使用の促進、AMR対策といった広範な領域で政策立案に貢献している。日本の医療の持続可能性を確保しつつ、医療の質を継続して保つことが必要であり、それに向けたエビデンスに基づく政策検討を加速させることが重要と考えられる。国民皆保険の維持とさらなるIT基盤の整備により、NDBやその他データとの連携解析を加速させ、政策担当者と研究者コミュニティとが連携して医療費適正化を始めとした政策課題にさらに取り組んでいくことが期待される。

参考文献

- 1) 厚生労働省. 令和5年度国民医療費の概況（速報）. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/dl/R05data.pdf>
- 2) 厚生労働省. 第四期医療費適正化基本方針（令和5年厚生労働省告示第234号）. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001123575.pdf>
- 3) https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/20221111/shiryou1_part7.pdf
- 4) Annals of Clinical Epidemiology 2020;2(1):13-26
- 5) Geriatr Gerontol Int. 2022 Jun;22(6):483-489
- 6) 横浜市. 医療ビッグデータの活用. <https://www.city.yokohama.lg.jp/kenko-iryohi/fukushi/kenko-iryohi/seisaku/bigdata.html>
- 7) J Gen Intern Med. 2023 Dec;38(16):3517-3525.
- 8) 内閣府. EBPMアクションプラン2025. https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2025/2025_shiryohi08-2.pdf.
- 9) 宮脇敦士ほか. レセプト情報・特定健診等情報を用いた低価値医療の実態に関する研究（研究報告書）. 2024. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202401012A-buntan1_1.pdf
- 10) BMJ Open. 2022 Sep 7;12(9):e063171
- 11) 厚生労働省. 後発医薬品に係る新目標について（社保審 医療保険部会 資料176-1）. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001227199.pdf>
- 12) Lancet Reg Health West Pac. 2023 Nov 22;43:100972.
- 13) 厚生労働省 薬剤耐性（AMR）対策. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html>
- 14) 国立健康危機管理研究機構 AMR臨床リファレンスセンター 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース（NDB）に基づいたサーベイランス. <https://amrcrc.jihs.go.jp/surveillance/010/20181128172333.html>
- 15) JMA J. 2023;6(3):233-245
- 16) JMA J. 2024;7(1):10-20.
- 17) 6NC連携による医療政策研究等を目的としたNDB研究体制構築のための研究. <https://ndb6nc.jihs.go.jp/>

18) 今村知明ほか. レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究 (研究報告書). 2023. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/167532>

19) 今村知明ほか. レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究 (研究報告書). 2024. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/174704>

特別寄稿

第四期医療費適正化計画について

長江 翔平*

抄 録

我が国の医療制度は国民皆保険の下で高い保健医療水準を維持してきたが、急速な少子高齢化や経済低成長により、医療費の過度な増大を防ぎつつ質の高い医療を効率的に提供する体制の確保が課題となっている。このため、2006年の制度改革で創設された「医療費適正化計画」は、6年ごとの計画期間で国と都道府県が連携して推進されており、現在は2024～2029年度の第四期計画期間中である。

第4期計画では、①住民の健康保持推進（特定健診・保健指導、生活習慣病重症化予防、ICT活用など）、②医療の効率的提供（後発医薬品・バイオ後続品使用促進、医薬品適正使用）を基本方針としている。さらに、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症への抗菌薬処方）や医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術の外来実施）を適正化による医療資源の効果的・効率的な活用などを追加した。

第三期計画の評価では、2023年度医療費は約48兆円と推計値（49.7兆円）を下回ったが、新型コロナの影響に留意が必要であるが、第四期計画では、医療費の過度な増大を防ぎつつ、引き続き持続可能な医療制度を目指していく。

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要がある。

このための仕組みとして、2006年の医療制度改革において、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、医療費適正化計画が創設された。都道府県は国が定める「医療費適正化基本方針」に即して都道府県計画を策定し、国は、各都道府県の

計画をとりまとめる形で全国計画を策定する。計画期間は6年間で、現在は2024年度から2029年度までの第四期計画の期間中である。

同計画では、①「住民の健康の保持の推進に関する目標・施策」、②「医療の効率的な提供の推進に関する目標・施策」などを定めることとされている。医療費適正化基本方針においては、①として、特定健診・特定保健指導の実施、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少、たばこ対策、予防接種、生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標を、②として、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進、医薬品の適正に使用の推進に関する目標をあげている。

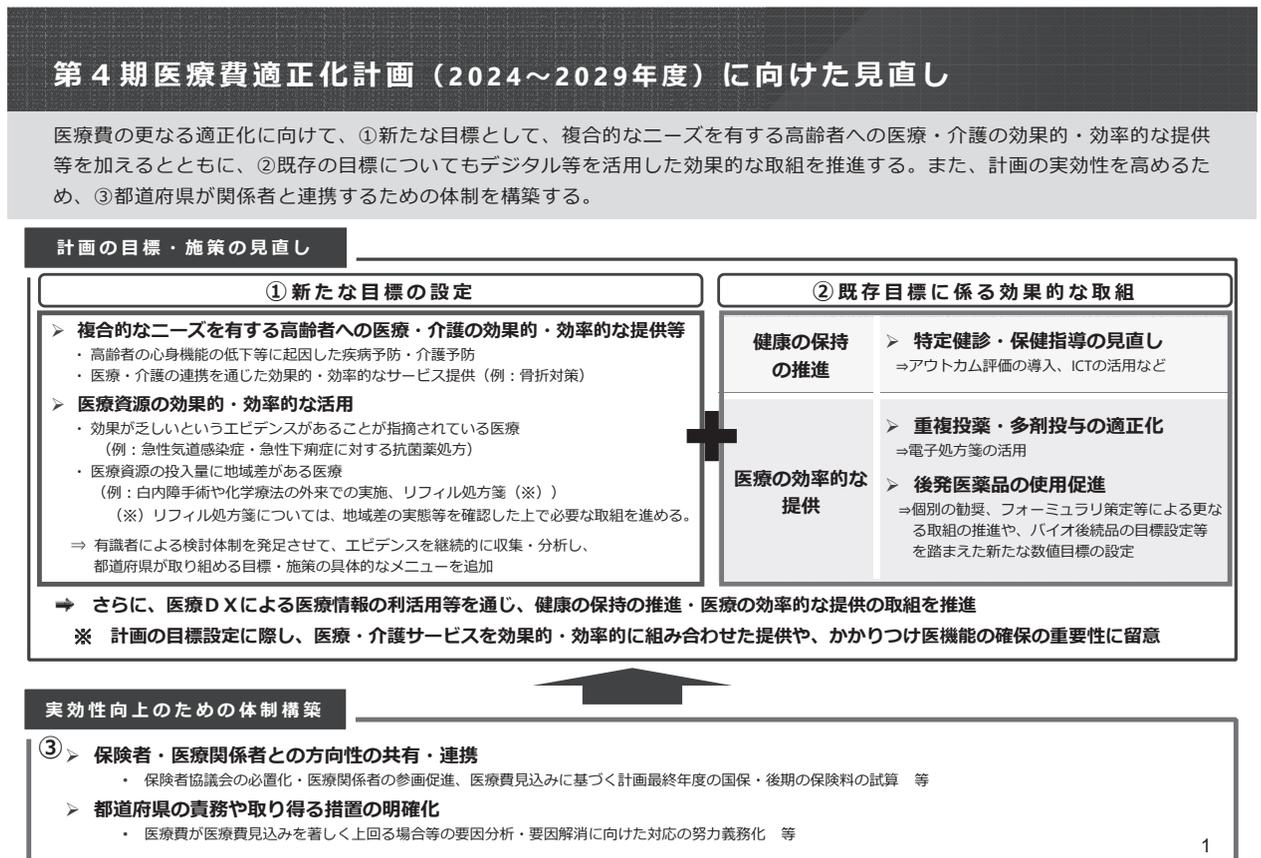
第4期計画に先立って、2023年5月には、医療費のさらなる適正化を図るため、「全世代対応

型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」(令和5年法律第31号)により高齢者の医療の確保に関する法律が改正され、2023年7月には第四期の医療費適正化基本方針を策定した。具体的には、(1)新たな目標として効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療(例:急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方)や医療資源の投入量に地域差がある医療(例:白内障手術及び化学療法の外来実施)の適正化による医療資源の効果的・効率的な活用などを追加するとともに(2)既存の目標についても、特定健診・特定保健指導について①腹囲2cm、体重2kg減などの成果が出たことを評価する体系(アウトカム

評価)の導入、②ICTの活用の推進を進める等の見直しや、電子処方箋の活用による重複投薬の把握など、デジタルの活用等により効果的な取組を推進することとした。また(3)都道府県ごとに保険者協議会を必置化し、都道府県計画への関与を強化するとともに、医療関係者の参画も促進するなど、都道府県が関係者と連携するための体制を構築することとした。(図表1枚目)

都道府県においては、2023年度に策定した都道府県医療費適正化計画に基づき、目標の達成に向けて、保険者、医療機関その他の地域の関係者と連携・協力して取り組んでいく。国においても、特定健診等のアウトカム評価の導入に関する保険者の取組の状況やICT、自己記録やインセ

図表 1

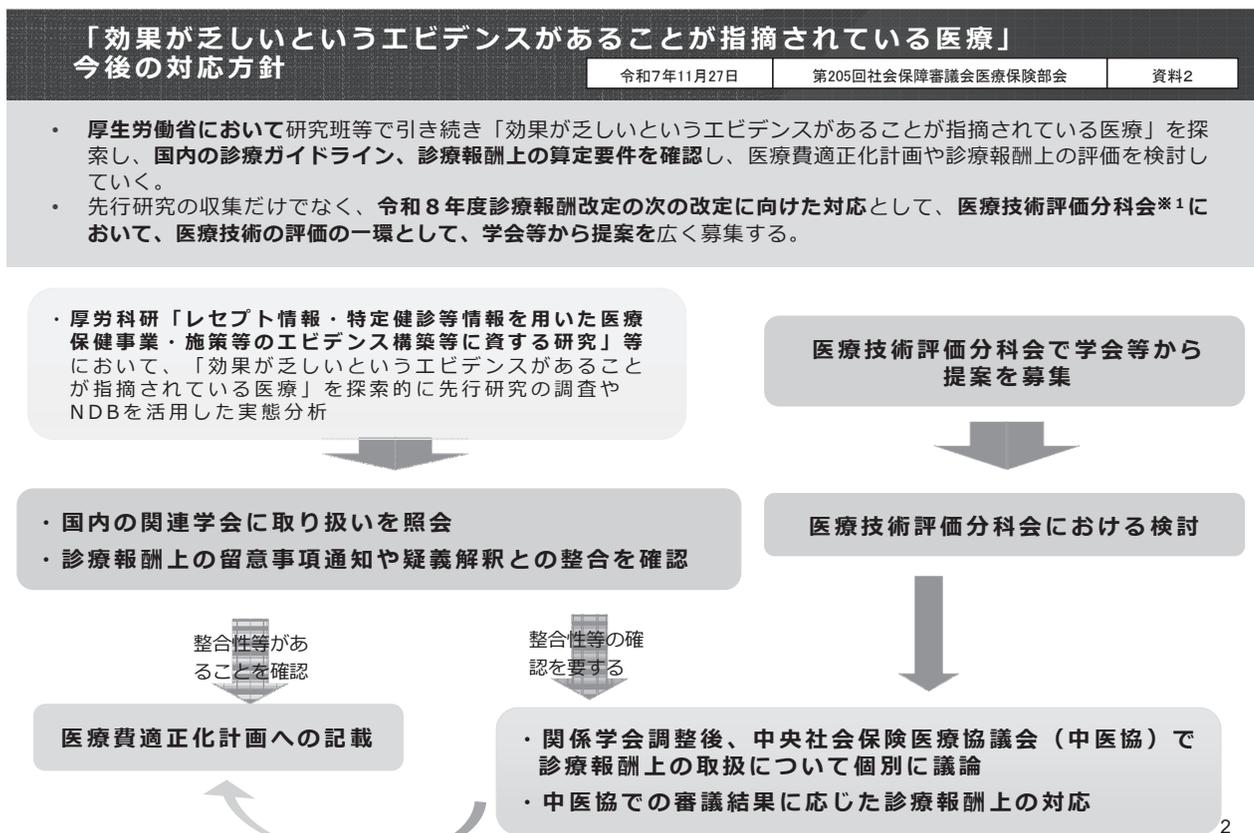


ンティブの導入促進等に向けた調査分析事業や、診療報酬明細書及び特定健康診査等の実施状況の分析を行い、特定保健指導を実施することによる特定健康診査における検査値の改善効果及び医療費適正化の効果の検証を実施していく。また医療資源の効果的・効率的な活用についてエビデンス等を継続的に収集・分析し、都道府県が取り組むべき目標等の追加を検討するため、2025年11月27日第205回医療保険部会において、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療として腰痛症（神経障害性疼痛を除く）に対するプレガバリン処方適正化を新たに医療費適正化基本方針に追記し、2026年度診療報酬改定の次の改定に向けた対応として、医療技術評

価分科会において、医療技術の評価の一環として、学会等から提案を広く募集する方針となった。（図表2枚目）さらにポリファーマシーの是正や医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化について、地域毎の医療の実態を踏まえて必要な取組を進めることとしており、全国の医療資源投入量を把握出来るNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）を臨床知見等に基づき分析し、その結果を政策立案の基礎資料の作成に活用する事業を開始しており、2024年度と2025年度は国立健康危機管理研究機構（旧、国立国際医療研究センター）に事業を委託し実施しているところである。

また、医薬品の適正使用の効果も期待されると

図表2



*1 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会

いう指摘もある地域フォーミュラリについて、全国での地域フォーミュラリの運用状況については都道府県への調査を実施したところ、地域フォーミュラリの策定件数は18、1件以上策定している都道府県は12であった。地域フォーミュラリの全国展開を目指し各都道府県において策定する場が設けられるように、都道府県単位での医療関係者との合意形成促進、会議運営支援、ガイドライン周知や好事例展開による理解促進等の必要な取組を推進していくこととしている。

なお、後発医薬品の使用促進については、2023年度の医療保険部会において、現行の数量ベースの目標に加え、後発医薬品の使用促進による医療費適正化を不断に進めていく観点から、新たに金額ベースの副次目標が示されたところであり、第四期医療費適正化基本方針においても当該目標を位置付けるとともに、都道府県に対して金額ベースの使用割合を薬効分類別に示すなど、必要なデータの提供を行い、医療費適正化の取組を推進していく。

2025年3月には、第三期全国医療費適正化計画の実績に関する評価を公表した。第3期全国

医療費適正化計画においては、2023度の医療費の推計として、医療費適正化に係る取組を行わない場合、2023年度には約50.3兆円まで医療費が増加すると推計されており、医療費適正化に係る取組を行うことで、2023年度の医療費は約49.7兆円となると推計されていた。2023年度の医療費（実績見込み）は約48.0兆円となっており、第三期全国医療費適正化計画策定時に推計した適正化後の医療費との差異は約1.7兆円であった。なお、2023年度の医療費について、計画策定時に想定されなかった新型コロナウイルス感染症による受療動向の変化等の影響が考えられることから、2023年度推計と実績の差異については解釈に留意が必要である。（図表3枚目）第四期全国医療費適正化計画においても医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることが必要である。

【本稿は、筆者個人の見解に基づいて執筆されており、所属する組織の公式見解を反映するものではない。】

図表 3

	令和 7 年 4 月 3 日	第193回社会保障審議会医療保険部会	資料 3
第 3 期全国医療費適正化計画の実績評価（概要）			
第 3 期全国医療費適正化計画の実績評価（ポイント）			
第三 目標・施策の達成状況等			
三 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況			
	目標値	実績値	
後発医薬品の使用促進	80%以上(令和5年度時点)	81.2%(令和4年度時点)	
	目標		
医薬品の適正な使用促進	・医薬品の適正使用に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の取組の横展開等を行う ・複数種類の医薬品の投与の適否については一概に判断できないことに留意しつつ、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する取組の横展開等を行う		
四 医療の効率的な提供の推進に関する施策の取組状況（1 後発医薬品の使用促進、2 医薬品の適正な使用促進に向けた取組）			
第3期全国計画において国が取り組むべき施策としていた以下の事項について、具体的にを行った国の取組を記載するほか、都道府県独自の取組を記載。 ①後発医薬品の使用促進（差額通知、保険者等へのインセンティブの付与、保険者別の使用割合の公表等） ②医薬品の適正使用の推進（保険者協議会を活用した重複投薬・多剤投与の是正に向けた取組の推進等）			
第四 第 3 期医療費適正化計画に掲げる施策による効果			
		適正化効果額	
健康の保持の推進	特定健診・保健指導	約200億円	
	生活習慣病の重症化予防	約1,000億円 (地域差半減の場合)	
	たばこ対策	-	
	予防接種	-	
	その他の予防・健康づくりの推進	-	
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	約4,000億円	
	重複投薬・多剤投与の適正化	約600億円 (半減の場合)	
合計		約6,000億円	
第五 医療費推計と実績の比較・分析			
一 第3期医療費適正化計画における医療費推計と実績の差異について、二 医療費の伸びの要因分解			
	医療費適正化に係る取組を行わない場合の令和5年度の推計医療費	約50.3兆円	※令和5年度の医療費について、計画策定時に想定されなかった新型コロナウイルス感染症による受療動向の変化等の影響が考えられることから、令和5年度推計と実績の差異については解釈に留意が必要である。
	医療費適正化に係る取組が行われた場合の令和5年度の推計医療費	約49.7兆円	
	令和5年度の医療費(実績見込み)	約48.0兆円	
	令和5年度の推計と実績の差異	約1.7兆円	
第六 今後の課題及び展望			
一 国民の健康の保持の推進、二 医療の効率的な提供の推進、三 今後の展望			

Review for the 4th Term Medical Expenditure Optimization Plan

Shohei Nagae*

Abstract

Japan's healthcare system has maintained a high standard of health care under the universal health insurance system. However, rapid population aging and low economic growth have created the challenge of ensuring a system that can provide high-quality care efficiently while preventing excessive increases in medical expenditures. In response, the "Medical Expenditure Optimization Plan," established through the 2006 healthcare reform, has been promoted collaboratively by the national and prefectural governments over six-year planning periods, and the current plan covers fiscal years 2024-2029, the fourth planning period.

The Fourth Plan is guided by two basic policies: (1) promotion of Health Maintenance (including specific health checkups and health guidance, prevention of lifestyle-related disease progression, and utilization of ICT) and (2) efficient Provision of Medical Care (including promotion of the use of generic and biosimilar drugs and appropriate use of pharmaceuticals). In addition, new objectives were introduced to optimize medical treatments identified by evidence as having limited effectiveness (e.g., prescribing antibiotics for acute respiratory infections) and medical services with regional disparities in the amount of resources used (e.g., outpatient cataract surgery).

An evaluation of the Third Plan indicated that the medical expenditure for fiscal year 2023 was approximately 48 trillion yen, below the projected value of 49.7 trillion yen; however, attention should be paid to the impact of COVID-19. Under the Fourth Plan, efforts will continue to prevent excessive increases in medical expenditures while aiming for a sustainable healthcare system.

* Director, Medical Expenditure Optimization Promotion Office, Healthcare and Long-Term Care Coordination Policy Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan

特別寄稿

低価値医療・無価値医療

宮脇 敦士*

はじめに

医療技術の進歩と人口高齢化を背景とした医療費の増大の中、我が国を含む先進諸国の医療制度は、医療の質を維持・向上しつつ医療費の上昇をいかに抑制するかという課題に直面している。私たちの研究チームは、この問題に対する科学的な解決策の一つとして、低価値医療 (low-value care) や、無価値医療 (no-value care) に着目してきた。

低価値医療とは、現時点で利用可能なエビデンスに基づき、患者に対する健康改善効果に比べて費用が上回ると判断される医療行為を指す¹⁾。一方、無価値医療はより狭義の概念であり、患者に健康改善効果をまったくもたらさない医療サービスを意味する¹⁾。ここでいう「健康改善効果」とは、医療行為が患者に与える benefit (臨床的利益) から患者が受ける健康上の harm (合併症や副作用などの害) を差し引いた net benefit を指す。低価値医療・無価値医療を削減する取り組みは世界各国で進められているものの、依然として医療政策上の重要課題である。米国の推計では、医療支出の 20～30% が健康の改善に寄与しておらず、その主要因の一つとして低価値医療・無

価値医療が指摘されている²⁾。

低価値医療・無価値医療は、患者にとっては不要な自己負担や通院・入院といった社会的コストを生じさせるだけでなく、不必要な医療行為に伴う合併症など、身体的な害をもたらす可能性もある。そのため、低価値医療・無価値医療を減らすことは、医療費の削減のみならず、医療安全の向上、医療の質の改善、患者負担の軽減に寄与する。また、節約された医療資源を高価値医療 (費用に対する健康改善効果の高い医療) やその他の重要な公衆衛生・健康関連政策へ再配分することで、集団レベルでの健康改善にもつながる。このことから、政策立案者、保険者、医療提供体制、そして患者にとって、低価値医療・無価値医療の削減は優先的に取り組むべき課題となる。

「低価値医療」や「無価値医療」という用語は、近年、政府の審議会やマスメディアでしばしば取り上げられている³⁾。しかし、これらの用語は正式な行政用語ではないため、必ずしも一貫した意味で用いられているわけではない。例えば、「効果があるというエビデンスがない医療 (=効果があるかもしれないし、ないかもしれない)」についても低価値医療として扱われるケースがあるが、これは、「効果がないというエビデンスがある (=効果がないとわかっている)」医療とは異

* 責任著者 E-mail: amiyawaki@md.tsukuba.ac.jp
筑波大学医学医療系 社会医学研究グループ 准教授

受付：2026年1月30日
公開：2026年3月23日

なり、筆者の知る限り低価値医療の主流の定義には含まれない。なお、厚生労働省においては、主として医療費適正化計画の文脈で「効果に乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」という用語が低価値医療に相当するものとして使われている。このように、「低価値医療・無価値医療」の意味が用いる主体によって異なることは、問題の本質に関する共通理解の形成を困難にしている可能性がある。

そこで、本稿では、まず低価値医療・無価値医療の概念を明確化し、その上で、我が国における低価値医療に関する知見を整理し、今後の低価値医療削減に向けた展望を記述する。

低価値医療・無価値医療の歴史と概念

「低価値医療」という言葉がアカデミアで広く使われるようになったのは、PubMedで確認する限り2010年代に入ってからであるが、不必要な医療の提供に対する懸念自体は古くから指摘されてきた。1970年代にScienceに掲載されたWennbergらの古典的研究では、米国バーモント州において、隣接する病院を中心とする地域間で扁桃摘出術などの待機的手術実施率に大きなばらつきが存在し、その差は患者特性のみでは十分に説明できないことが示された⁴⁾。その後、彼らがMedicareデータを用いて進めたDartmouth Atlasプロジェクトでは、手術、入院、専門医受診、終末期医療など幅広い分野で地理的な医療利用のばらつきが可視化された⁵⁾。さらに、医療利用が多い地域は医療資源の供給密度が高いことを反映していたが、必ずしも医療の質（ガイドラインの遵守）や患者アウトカム（心筋梗塞・大腿骨骨折・大腸がん診断後の死亡率）が優れているわけではないことも明らかにされた。これらの研究成果は、適切な医療と判断されているものが、医

療提供者間で一致していないことを浮き彫りにした。

1980年代以降になると、新自由主義的な「小さな政府」を志向する中で米国・英国・日本などで医療費の抑制に関する政府の議論が本格化し始めた。1990年代以降のエビデンスに基づく医療（Evidence-Based Medicine）の台頭とともに、健康改善効果の乏しい医療行為のエビデンスも蓄積され、不必要な医療への懸念はさらに強まった。これを受け、米国Institute of Medicine（IOM；現在の米医学アカデミー）は1998年の報告書で「過剰利用（overuse）」という概念を提起した⁶⁾。この用語は1980年代にRAND研究所が提唱した「不適切な医療（inappropriate care）」を基にしており、「潜在的な害がその利益を上回る状況で提供される医療」を指していた⁷⁾。2010年のIOM報告書では、過剰利用が、医療の不正利用や、高すぎる管理コスト等に並び、健康改善につながらない医療費の主な要因の1つとして強調されるに至った⁸⁾。

2000年代に入ると、医療の「価値」に焦点を当てる、より患者中心の枠組みが形成されはじめた。2002年に米国内科専門医機構（ABIM）財団や欧州内科連合などが発表した医師憲章では、医師のプロフェッショナルリズムの一環として有限な医療資源の適正配分が明確に位置づけられた。これを背景にABIM財団が開始したChoosing Wiselyキャンペーンでは、各専門学会の臨床医が主導して過剰に提供されがちな医療サービスに対する推奨事項を策定した点に特徴がある⁹⁾。同キャンペーンは、医療費削減を主目的とするのではなく、ケアの質向上と有害事象の予防を重視し、患者との対話を通じて低価値医療に対処するという点で新たなアプローチを提示した。こうして政府や保険者主導でなく、医療従事者自身がプロフェッショナルリズムに基づいて示した推奨は、

その後、低価値医療を可視化・測定する指標の基盤となり、政策介入、資金提供プログラム、実証研究など多様な取り組みを後押しする原動力となった。Choosing Wisely キャンペーンは現在では日本を含む 35 カ国以上に広まっている¹⁰⁾。

また、同時期に Harvard 大学の経営学者 Porter らにより発表された医療の価値に関する「医療の価値 = 支出 1 ドルあたりに得られる健康改善効果」という定義は、低価値医療の概念の理論的基盤となった^{11), 12)}。ここでの健康改善効果には、生存や機能回復だけでなく、合併症の回避、長期的な健康の持続性といった患者中心のアウトカムが含まれる。この「価値」に基づく視点から見ると、低価値医療とは「健康改善効果が乏しいというエビデンスが存在し、その費用が健康改善効果と比べて著しく大きい医療サービス」を指す。この点で、低価値医療の概念は本質的に費用効果分析 (cost-effectiveness analysis; CEA) の考え方に類似するところがあり、臨床的に有効な介入であっても費用があまりに過大であれば「低価値」と見なされうる。なお、この費用と効果のバランスにおいては、増分費用対効果を必ずしも想定せず、その医療行為自体の価格と効果で判断している点は CEA と異なる。

この医療の価値の考え方にに基づく低価値医療の概念は、National Priorities Partnership¹³⁾、American College of Physicians¹⁴⁾、ABIM 財団の Choosing Wisely キャンペーン⁹⁾など、過去に存在した複数の医療の過剰利用の定義を包含する。実際、低価値医療の定義は文献により重複が大きいものの細部が異なる。既存文献¹⁵⁾⁻²²⁾を統合すると、低価値医療は (1) 臨床効果と害のトレードオフ、(2) 臨床効果と費用のトレードオフ、(3) 患者の価値観との整合性という少なくとも 3 つの次元のうち 1 つ以上を含む複合概念とみなすことができる。例えば、前述の

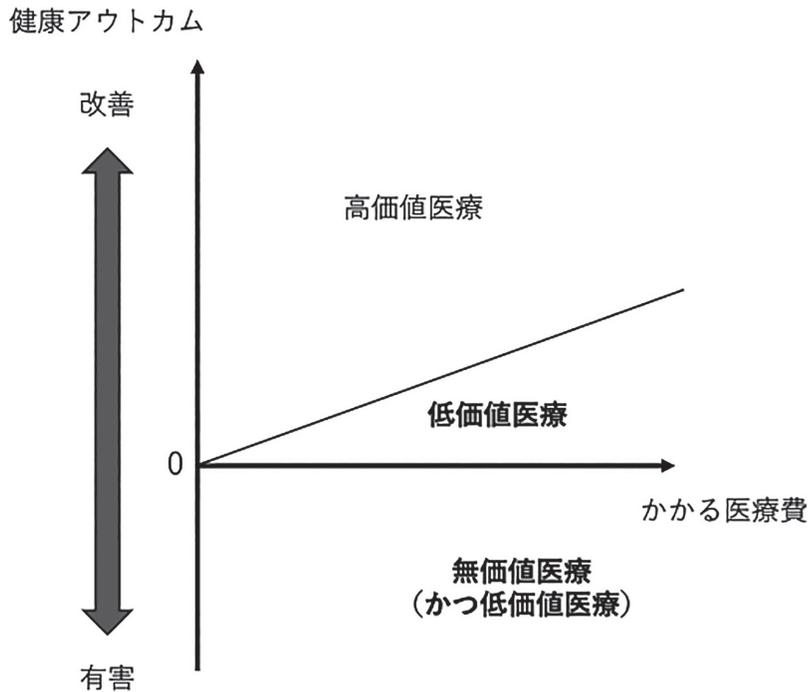
Choosing Wisely キャンペーンの低価値医療リストには、明確に無効・有害なサービス (例: 変形性膝関節症に対する関節鏡手術)、害は少ないが利益が乏しく費用対効果が低いサービス (例: 臨床的必要性のない低リスク手術前の定期検査)、患者の価値観に沿わないサービス (例: 十分な共有意思決定を経ずに実施される慢性透析) が含まれる。

しかし、このような低価値医療の概念の複雑さは、その削減における大きな障害となっている。明確に無効または有害な医療は削減の対象としやすいが、臨床的利益が小さいもののゼロではない医療については、費用や害とのトレードオフが主観的になる場合があり、利害関係者や患者ごとに価値判断が異なるため、低価値の線引きには不確実性が伴う。また、一部の医療サービス (例えば手術など) では、臨床的利益や害が医療提供者の技量や周囲のリソースに左右される場合がある。さらに、高齢者など臨床試験で十分に検証されていない集団では、そもそも効果に関するエビデンス自体が乏しいことも多く、実用的な低価値医療リストの作成に困難をもたらす。

こうした課題に対して、「無価値医療」の概念が有用だ。無価値医療は、低価値医療より狭義の定義をもち、「特定の臨床状況で健康改善効果が全くないことが質の高いエビデンスで示され、かつ患者需要もほとんどない」医療サービスのことを指す (図 1)¹⁾。低価値医療とは異なり、無価値医療については利害関係者間で「臨床的利益がない」ことに関して広い合意がとりやすい。そのため、無価値医療を削減対象とすることは、実行可能で政治的にも受け入れやすい。無価値医療を減らしても臨床アウトカムや医師の自律性、患者満足度に悪影響を及ぼす可能性が低いからである。

Michigan 大学の Fendrick らの無価値医療の

図1 低価値医療・無価値医療の概念図



定義¹⁾では、臨床エビデンス以外にも患者需要や効果の異質性を考慮し、以下の基準を満たすサービスと定義している：

- 特定の臨床状況・患者集団で使用した際に、厳密なエビデンスで、臨床的利益がないこと、または害が臨床的利益を上回ることが示されている（正味の健康改善効果なし）
- 患者需要がない、または非常に低い（＝患者の希望が医師の慎重姿勢を覆すほど強くない）
- 正味の健康改善効果に関する患者特性（例：年齢・性別・重症度・病変部位・診断基準・標準治療・時期・リスク水準・用量）によるばらつきがほとんどない

すなわち、無価値医療とは、特定の臨床的状況で、メタアナリシスや複数のランダム化比較試験で健康改善効果がないことが示され、その効果の

集団間でのばらつきが小さく、患者需要も低い医療サービスのことである。無価値医療は既存の低価値医療のリストからこれらの条件を満たす項目を抽出することで体系的に特定することが可能である。また、無価値医療と定義されるサービスは、特定の患者集団に関する専門家コンセンサスや臨床ガイドラインと矛盾しないこと望ましい。その代表例として、The US Preventive Services Task Force (USPSTF) が「D」評価を付与した予防サービスが挙げられる。これらは「利益がないか、害が利益を上回ることが中等度～高い確実性で示されている」と定義されている²³⁾。

低価値医療に関する知見

低価値医療が広く存在し、医療資源の大きな部分を消費していることを示す研究は、高所得国を中心に近年相次いで報告されている。2014年に

公表された米国の研究では、26 項目の低価値医療指標を用いた分析により、メディケア受給者の 25～42%が年間に少なくとも 1 つの低価値医療を受けていることが示された²¹⁾。これらの低価値医療による支出は、メディケア総支出の 0.6～2.7%を占めていた。さらに別の推計では、低価値医療にかかる全米での費用は 757 億～1,011 億米ドルに上り、医療費全体の 2.0～2.7%に相当すると報告されている²⁾。また、メディケア給付対象者を対象に 47 種類の低価値医療サービスを分析した近年の研究では、USPSTF において「D」評価とされた 5 つのサービスが、低価値医療による支出全体の 59%を占めていた²⁴⁾。この結果は、低価値医療の中でも、明確に臨床的效果が否定される無価値医療が大きな割合を占めていることを示唆している。こうした低価値医療の問題は米国に限られたものではなく、カナダ²⁵⁾、オーストラリア^{26), 27)}、ドイツ²⁸⁾、スペイン²⁹⁾、英国³⁰⁾、オーストリア³¹⁾、中国³²⁾、オランダ³³⁾ など、さまざまな国においても定量的研究が報告されており、低価値医療が医療システムの違いを超えた国際的な課題であることが明らかになっている。

日本からの報告：急性期病院の低価値医療

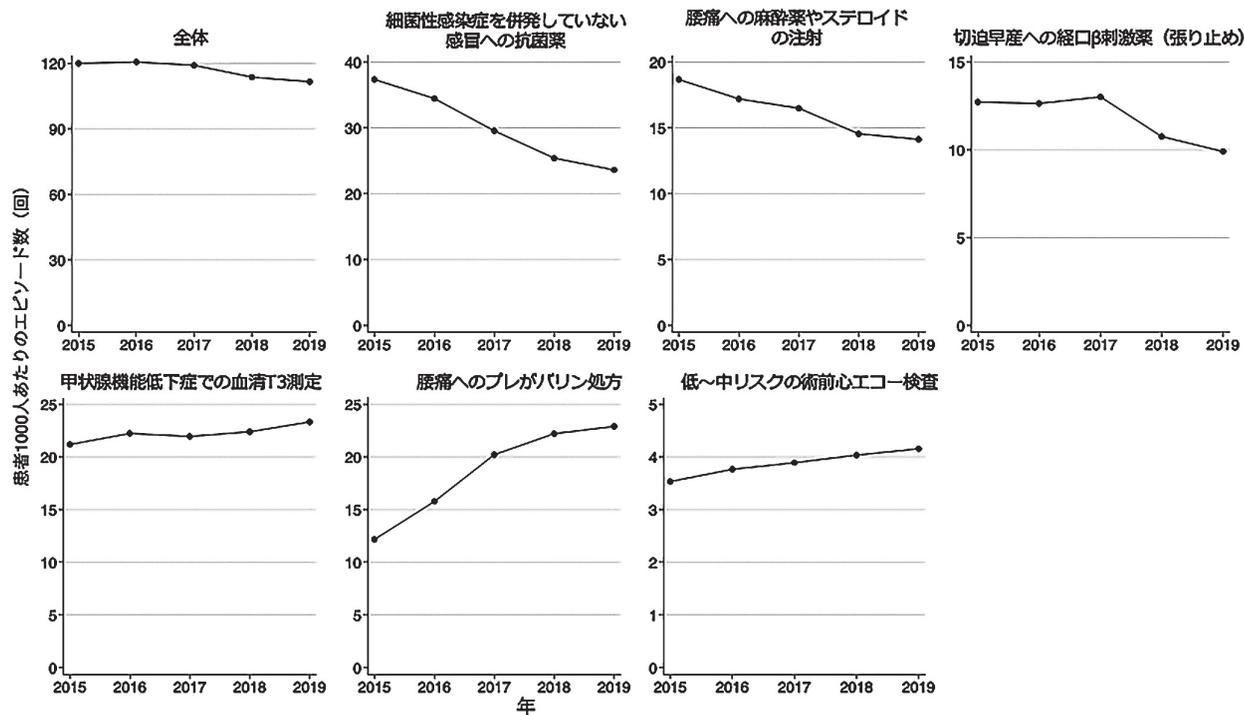
私たちの研究チームも、日本における低価値医療の体系的な評価・推計を進めてきた。2022 年に公表した研究では、我が国で初めて、低価値医療の包括的な定量化を実施した³⁴⁾。当時、診療報酬データを用いた低価値医療の推計は、米国³⁵⁾・カナダ²⁵⁾・オーストラリア²⁶⁾ 3 カ国に限られていたためそれらの論文で使用されていた、Choosing Wisely など海外学会の推奨に基づく既存指標を参照しつつ、日本の診療実態に応じた低価値医療の指標を独自に構築した。

まず、医療の幅広い領域を網羅するため、26

診療科の専門医の協力を得て、低価値医療に分類される可能性のある医療サービスを 200 件以上リストアップした。これらについて、質の高いランダム化比較試験を含む査読済み文献や臨床ガイドラインを参照し、複数医師による独立した文献レビューを経て、現時点で「健康改善効果に乏しいと確実に判断できる」45 項目を抽出した。これは、メタアナリシスや複数のランダム化比較試験で健康改善効果がないことが示されたものを指す。さらに、米国・カナダ・オーストラリア 3 カ国の先行研究で分析対象となった医療サービスとの重複を削除および診療報酬データでの測定が可能なものに限定することで、最終的に 33 項目の低価値医療を同定した。

次に、これらの指標を用いて、全国 242 急性期病院の 2015–2019 年度の診療報酬データ（外来・入院利用者の 5%ランダムサンプル、2019 年度の分析対象は 345,564 人）により低価値医療の実態を推計した。診療報酬データに内在する臨床情報の不完全性を補うため、誤分類リスクの違いに応じて「狭義の定義」と「広義の定義」の 2 種類のアルゴリズムを作成し、複数医師により検証した。その結果、2019 年度には患者 1,000 人あたり 115 件（狭義）～219 件（広義）の低価値医療が提供され、外来または入院で対象病院を利用した患者の 5～8%が少なくとも 1 件の低価値医療を経験していた。低価値医療に要した医療費は病院総医療費の 0.23～0.51%を占め、2019 年の国民医療費（44 兆円）へ単純に外挿すると、約 1,000 億円規模に相当した。また、2015–2019 年の全体トレンドでは患者あたりの提供頻度に大きな改善は確認されなかった。一方、トレンドは医療サービス間で異なっており、例えば風邪に対する経口抗菌薬処方では年平均 12%減少した一方、甲状腺機能低下症に対する血清 T3 検査は年平均 2%増加した（図 2）。

図2 日本の急性期病院における低価値医療頻度の年次トレンド：2015-2019年



日本の急性期病院 242 施設における 33 種類の低価値医療を分析した研究³⁴より引用。低価値医療の診療報酬データに基づく定量化は、病名付与制度の制約を踏まえ、広い定義と狭い定義の 2 通りで行った。広い定義では、低価値医療でない医療が含まれるリスクを許容することで、低価値医療を可能な限り見逃さないことを目的としている。一方、狭い定義では、低価値医療を見逃すリスクを許容する代わりに、低価値医療でない医療を極力含めないよう推計している。例えば、感冒に対する抗菌薬使用を評価する場合、広い定義では「感冒」の病名が付されたすべての受診における抗菌薬処方を対象とする。これに対し狭い定義では、その中から肺炎など、抗菌薬使用が医学的に正当と考えられる疾患が併記されているケースを除外することで、必要である可能性のある抗菌薬使用を含めないようにしている。提供回数については、医療行為の内容に応じて一連の医療行為を 1 回としてカウントした。例えば、内服薬は処方量や処方期間にかかわらず、1 処方あたり 1 回と定義している。本図では、狭い定義に基づいて測定した低価値医療の頻度を示している。全体パネルは 33 項目の低価値医療の累積頻度を示し、他のパネルでは、増加または減少のトレンドを示した項目のうち、狭い定義において頻度が高い上位 3 項目を示している。

これは、政策的介入の有無、ガイドライン改訂、医療提供者の関心度の違いなど、医療技術・制度インセンティブのサービス特異的な影響を示唆する。例えば、2015 年より始まった政府の薬剤耐性菌対策は風邪に対する抗菌薬処方の頻度の減少に繋がっている可能性がある。

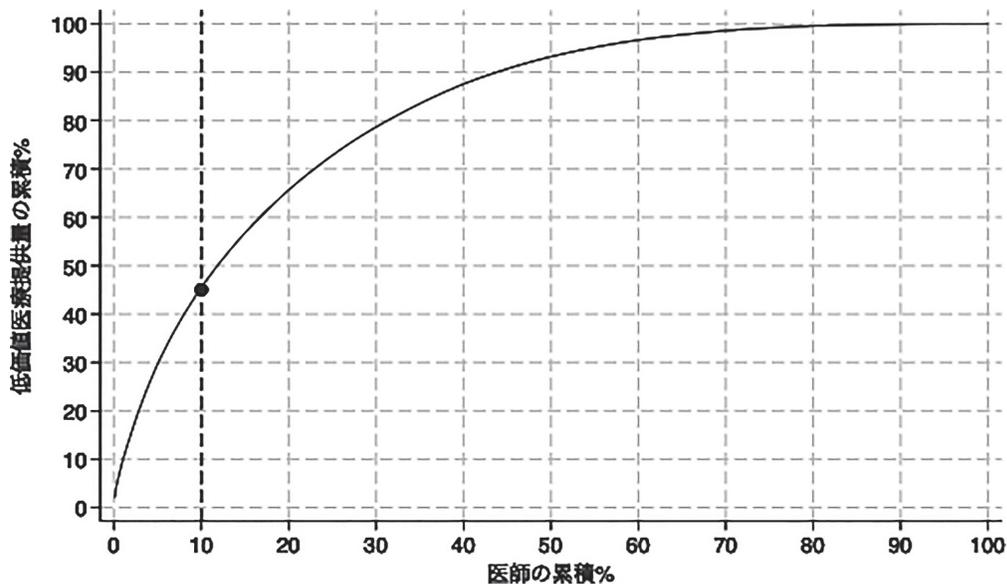
日本からの報告：診療所の低価値医療

上記の研究は急性期病院を対象としたが、低価値医療は、プライマリケアにおいても頻回に提供される可能性が高い。そこで、次に私たちはプライマリケア領域における低価値医療の提供実態と医師間のばらつきを調べるため、大規模診療所レ

セプトデータベースから医師約 1,000 人の担当した患者約 250 万人を用いて 10 種類の低価値医療を分析した³⁶。この 10 項目は、前述の 33 項目から外来診療で頻繁に提供される 7 項目を選び、さらに家庭医によるレビューで健康改善効果に乏しいと確実に判断できた 3 項目を加えたものである。

その結果、年間で診療所を少なくとも 1 回受診した患者の約 10% が少なくとも 1 件の低価値医療を受けており、患者 100 人あたり 17.2 件の低価値医療が提供されていた。さらに、観察された低価値医療の約 50% は医師全体の上位 10% によって提供されており (図 3)、年齢の高い医師、

図3 医師における低価値医療の提供量の分布



日本の診療所医師 1019 人が年間少なくとも一回診療した患者において 10 種類の低価値医療を分析した研究³⁶より引用。各医師の低価値医療サービス提供件数を集計し、その累積分布を評価した。上位 10%の医師が全低価値医療提供量の 45.2%を占めていた。

総合内科専門医に比べ専門医資格を持たない医師、担当患者数の多い医師、西日本で診療する医師で患者あたりの低価値医療の提供数が多い傾向にあった。この分布の偏りは、低価値医療削減のためには、特定の医師群を対象とした介入が効率的である可能性を示唆する。

この結果はプライマリ・ケアでの低価値医療はしばしばサービスあたりの単価という点で低価格であることを踏まえると重要な知見である。なぜなら、低価格なサービスでは介入のコストのほうが削減できるコストよりも高くなる可能性があるため、すべての医師に対する幅広い介入は必ずしも費用対効果が良くない可能性があるためである。低価格で頻回に提供されている低価値医療を効率的に削減するうえでは、一部の医師に絞った介入が特に効果的であろう。

日本からの報告：一般集団ベースの分析

前述の研究はいずれも、急性期病院または診療

所といった「医療機関ベース」の集団を対象としており、一般人口レベルでの低価値医療の発生頻度や医療費構造への寄与度は明らかでなかった。また、低価値医療の中でも高価格なサービスと低価格なサービスのどちらが健康改善につながらない医療費の大部分を構成しているのかという点も不明であった。これらを理解するには、より網羅的な低価値医療の把握と、年齢層全体を対象とした分析が不可欠であった。

そこで私たちのチームは、従来用いられてきた 33 項目の低価値医療の指標に加え、前述の方法と同様のプロセスを用い、専門医パネルの協力のもと新たに 19 項目を追加した。これにより、計 52 項目からなる、より包括的な低価値医療指標リストを構築した³⁷。次に、この 52 項目を用いて、全年齢層をカバーする複数の保険組合の被保険者からなる大規模診療報酬データから約 200 万人（平均年齢 58.6 歳）を分析し、一般人口集団における低価値医療の頻度および価格帯別の医

療費への寄与パターンを推計した。その結果、2022年度においては、低価値医療は約310万～370万回提供され、関連医療費は53～84億円に上った。対象集団の36.2%が年間に少なくとも1回は低価値医療を受けており、低価値医療が一般診療において頻繁に発生している事象であることが明らかとなった。性別・年齢・地域を調整した上で全国人口に外挿すると、52項目の低価値医療に対して、年間約2,100億～3,300億円の医療費が費やされていると推定された。医療

費の内訳上位10項目を表1に示す。

医療サービスを価格帯別に、極低価格（サービスあたりの単価1,000円未満）、低価格（同1,000～9,999円）、中価格（同10,000～99,999円）、高価格（同100,000円以上）に分類したところ、回数ベースでは、低価値医療全体のうち約99%が極低価格または低価格のサービスで占められていた（図4）。医療費ベースでも、極低価格および低価格サービスによる医療費総額は、低価値医療に起因する医療費全体の約3分の2を

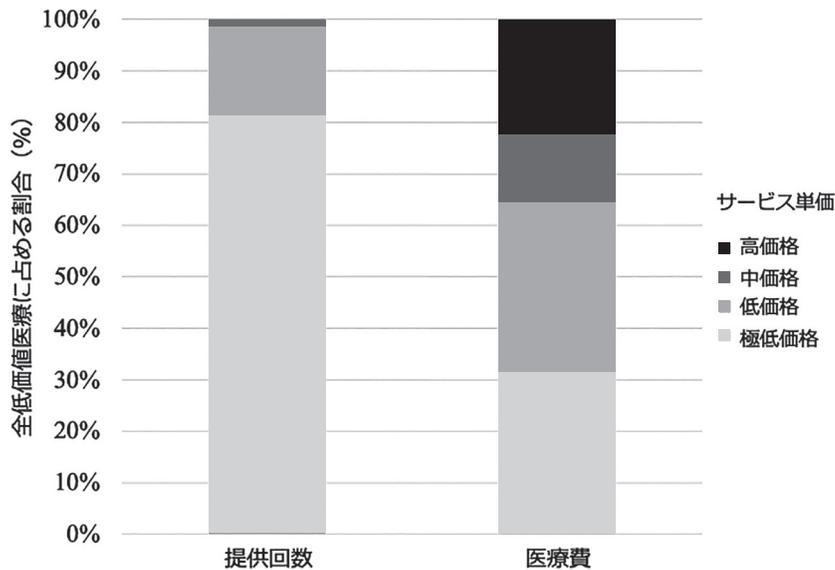
表1 低価値医療の全国推計（全体及び金額ベースでのtop 10）

低価値医療の項目	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）
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）	456～456	52,612～52,612
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）	316～369	9,819～11,666
深刻な基礎疾患の兆候のない（※2）頭痛への画像検査	171～207	1,102～1,328
骨粗鬆症性椎体骨折に対する椎体形成術	153～154	10～10
腰痛への麻酔薬やステロイドの注射	127～132	2,042～2,099
安定冠動脈疾患に対する経皮的カテーテル治療	103～640	9～63
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
年間2回以上の骨粗鬆症画像検査	72～77	4,809～5,275
切迫早産への安静目的のみの入院	66～92	13～16
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

日本の全年齢をカバーする商用診療報酬データベースを用いて52種類の低価値医療を定量化した研究より引用³⁷。診療報酬データベースに基づく推計値を、性・年齢・地域で調整し日本全国に外挿することで推計した。Top 10は狭い定義（図2の説明参照）による医療費を多い順に並べたものである。提供回数のカウント法も図2の説明を参照のこと。

※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 てんかんまたは癲癇・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。

図4 低価値医療総回数および総支出に占める価格帯別の割合



日本の全年齢をカバーする商用診療報酬データベースを用いて52種類の低価値医療を定量化した研究³⁷のFigure S3より引用。狭い定義(図2参照)に基づき、医療サービスをサービス当たりの単価により、極低価格(1,000円未満)、低価格(1,000-9,999円)、中価格(10,000-99,999円)、高価格(100,000円以上)の4区分に分類した。診療報酬データベースから得られた各サービスの年齢・性別・地域別の提供頻度および医療費を、性・年齢・地域で調整した上で日本全国に外挿し、その割合を算出した。その結果、極低価格および低価格の低価値医療サービスは提供回数ベースで1億3,720万回と、総提供回数1億3,880万回の98.9%を占めていた。一方、これらのサービスに係る医療費(保険者ベース)は1,338億円であり、低価値医療全体の医療費2,072億円の64.6%を占めていた。

占めていた。すなわち、件数ベースで大半を占める低価格サービスは、医療費ベースにおいても無視できない影響を及ぼしていることが示された。低価値医療に関する議論では、高価格な検査や処置(手術や高額薬剤など)に注目が集まりやすい。しかし本研究の結果は、単価は低いものの大量に提供されている低価値医療もそれ以上に、健康につながる医療費の主要な構成要素となっていることを示唆している。一方で、低価格のサービスは、前述のとおり介入に要するコストがサービス単価を上回る可能性もある。そのため、こうした低価格の低価値医療の削減策を検討する際には、その提供量の多い医師に焦点を当てるなど、費用対効果を考慮した介入設計が求められる。

推計の留意点

なお、ここまでで議論してきた低価値医療の推計値にはいくつかの限界がある。1つ目は、診療報酬データによる推定は病名の不確かさにより制限される。この問題を最小化すべく、低価値医療でないケースをなるべく推計から除外する特異度の高い分析(狭義の定義)を用いた議論を行うのが通常だが、それでも限界は残るだろう。ただし、アップコーディング(わざと重症の病名をつけること)などの病名付与慣行が経時的に変わらないという仮定をおけば、これらの推計結果を同じ病院や地域でモニタリングすることで、低価値医療削減対策の効果をフォローすることが可能である。2つ目は、これらの推計には低価値医療自体のコストのみが含まれ、関連する合併症・有害事象・連鎖的に必要となる医療(ケアカスケー

ド)のコストを考慮していない。これまでの研究で、白内障手術前の不要な心電図検査³⁸⁾、不要な前立腺特異抗原スクリーニング³⁹⁾、腰痛に対する早期MRI^{40),41)}などに起因するケアカスケードの大きなコストが報告されている。またこれらのケアカスケードは患者への身体的・経済的負担も大きい場合がある。この点で、低価値医療がもたらす経済的・臨床的影響を過小評価している可能性が高いことには留意が必要である。3つ目に、低価値医療に関する文献の多くは、医療提供の場(例：外来 vs. 入院)やそれに伴う価格差を考慮していない点に留意すべきである。

低価値医療・無価値医療に対するアプローチ

低価値医療・無価値医療を削減する戦略として、「Evidence (臨床的証拠), Eminence (専門的合意), and Economics (経済的インセンティブ)」の枠組みがある⁴²⁾。低価値医療の削減にはまず、医療サービスが臨床的利益に乏しい、あるいは全くないことを示す Evidence の確立が必要である。こうした例は、医療サービスが厳密な評価が行われる前に広く使われるようになった場合や、初期の有望な結果が、より頑健で大規模な研究によって後に否定された場合に生じることが多い。

しかし、Evidence だけで診療慣行が変わることは稀である。低価値医療を中止するよう臨床医を説得するうえでは、専門学会による指針や勧告(= Eminence)が極めて重要である。Choosing Wisely のような取り組みが臨床規範の再定義に寄与したことは、その代表的な例である。また、従来の診療ガイドラインが高価値医療の過少使用に主眼を置いてきたことを踏まえると、低価値医療や無価値医療の回避を医療管理上の質の指標に組み込むことも不可欠である。

Evidence と Eminence に加えて、Economics、すなわち経済的インセンティブも低価値医療を抑制するために不可欠である。公的医療保険で患者自己負担が抑制された下での出来高払い制は、低価値医療に伴うコストに対する医療提供者の説明責任を下げ、過剰提供のインセンティブとなっているため、医療提供者への支払制度の工夫は必須だろう。一部の高額な医療サービスについては、保険者等による事前承認制度も、臨床状況に基づいて低価値医療を特定・制限する手段となり得るが、もし導入するならば、医療提供者の事務的負担軽減のため、簡素化・自動化された仕組みは必要だろう。最も強力な経済的手段は支払いの制限であり、明確に無価値と判断できるサービスについては正当化され得る。例えば、カナダ・オンタリオ州では、ビタミンDのスクリーニング検査に対する公的医療保険の償還を廃止した結果、その使用は93%減少し、Choosing Wisely による勧告後に見られた減少幅を大きく上回った⁴³⁾。ただし、こうした支払い制限は、制限を回避するための「アップコーディング」や代替診断の付与(例：抗菌薬処方を正当化するために感冒を肺炎と診断する)といった意図しない結果を招く可能性があることには留意が必要である。

日本の現状と今後への提言

日本の医師の間では、医療サービスがしばしば過剰に提供されているという認識は広く共有されている。2022年に行われたプライマリケア医を対象とした国際アンケート調査⁴⁴⁾では、ランダム抽出されて回答した日本の医師の80%以上が医療制度において過剰診断・過剰検査が問題になっている(大きな問題またはある程度問題となっていると回答)と感じており、かつ自らの診療でも、約50%が問題になっているとしていた。進

展は緩やかではあるものの、低価値医療を抑制するための取り組みもいくつか行われてきた。例えば、Choosing Wisely Japan は2013年に有志の医師・医療専門職・患者によって立ち上げられ、総合診療領域において患者と医療者が再考すべき「Top 5」の診療行為を公表した⁴⁵⁾。政策レベルでは、2018年に、感冒や下痢に対する抗菌薬処方を控えた場合の医師への経済的インセンティブや、ベンゾジアゼピン系薬剤の長期処方に対する経済的ディスインセンティブが導入された。特に抗菌薬使用抑制のインセンティブは、国家的な薬剤耐性対策キャンペーンの一環として実施され、政府公認の臨床ガイドラインの公表や啓蒙活動を伴っていた。この一連の政策により抗菌薬の使用量の減少トレンドが年間5%程度大きくなったことがわかっている⁴⁶⁾。

それでもなお、低価値医療削減に向けた取り組みには改善の余地が大きい。低価値医療・無価値医療であることを示す臨床的エビデンスは、分野によってはいまだ十分とは言えず、その不足が低価値医療削減に向けた取り組みを阻んでいる。特に、高齢者や併存疾患を有する患者など、ランダム化比較試験(RCT)では対象となりにくい集団においてエビデンスが不足している。このような領域では、近年発展が著しい大規模医療データを用いた観察研究による因果推論、なかでも自然実験デザイン^{47), 48)}やtarget trial emulation^{49), 50)}といった手法が重要な役割を果たし得る。さらに、Porterの「価値の式」の分子にあたるアウトカム指標については、可能な限り包括的に評価する必要がある。死亡率や合併症といった指標に加え、患者報告アウトカムや長期追跡データなど多様な要素を取り入れることで、医療サービスが患者にもたらす影響をより多面的に捉え、医療の「価値」をより適切に評価できるよう努める必要がある。

Eminenceに関する課題として、少なくとも本原稿執筆時点では、低価値医療のリストは複数の国内団体によって個別に提示されているものの(例:ジェネラリスト教育コンソーシアム、IDATEN、EM Alliance、秋田県合同輸血療法委員会)、全国規模の専門学会によって認証・公開された低価値医療の包括的リストは存在しない。加えて、低価値医療の抑制・回避を目的とした指標は、診療の質評価指標や医療提供体制の評価枠組みにほとんど組み込まれていないのが現状である。このような状況では、低価値医療が問題であるというメッセージが臨床現場に十分に浸透せず、診療行動の変容につなげにくい。政府の医療費適正化計画等において始まろうとしている各専門学会に対する調査や関与の枠組みは、専門学会主導による合意形成と指針の明確化を促し、Eminenceの不足という障害を打破する契機となる可能性がある⁵¹⁾。ただし、理想的にはChoosing Wisely活動のように学会や医療提供者の自律的なプロフェッショナルリズムとして低価値医療のリストアップがされることが患者中心性の観点からも望ましいと筆者は考える。

Economicsの視点からは、低価値医療提供に伴うコストの一部を医療提供者側に転嫁する支払い方式を導入することで、出来高払い制に内在する過剰提供のインセンティブを是正することが必要である。そのような支払い方式として、エピソードベースの包括払い、人頭払い、総額予算制といった代替的支払い方式がある。一方で、出来高払い制からこのような支払い方式への単純な移行は、必要な医療の過少提供を招く懸念も伴う。そのため、低価値医療の抑制・回避を目的とした指標だけでなく、高価値医療の過少提供を検知する質の指標の整備や、高価値医療の提供を促すインセンティブを組み合わせる導入することが重要であり、こうした複合的なアプローチは、「価値

に基づく支払いモデル」として、低価値医療の減少と関連することが示されている⁵²⁾⁻⁵⁶⁾。また、究極的には、明確なエビデンスに基づいて「明らかな無価値医療」を特定できる場合には、厳格なカバレッジ制限を含む政策的対応も選択肢となり得る。

最後に、個別の低価値医療を同定し、段階的に削減していくアプローチは、医療保険における自己負担額の引き上げや薬価引き下げといった伝統的な医療費抑制策と比べ、医療の質やアクセスを損なうことなく、医療費（患者の自己負担を含む）を削減できる点に大きな特徴がある。例えば自己負担額の増加は、不要な医療だけでなく、必要な医療の利用も抑制してしまうことが指摘されてきた^{57),58)}。また、低価値医療の削減は、「医療費の負担をどこに求めるか」という問題を主眼とする政策（例：2025年に議論されたOTC類似医薬品の保険適用除外）とは根本的に異なるアプローチである。その本質は、患者中心の視点から医療の質を高めつつ、有害事象や不要な経済的・身体的負担を減らすことにある。その実現には、医療従事者、患者、保険者、政策立案者といった多様なステークホルダーの連携と協働が不可欠である。その第一歩として、多者間で合意が得られやすい「無価値医療」を明確に同定し、優先的に対策を講じていくことが重要であろう。

引用文献

- 1) Miyawaki A, Mafi JN, Fendrick AM, Tsugawa Y. Low-value and no-value care in healthcare: A narrative review. *Ann Clin Epidemiol*. 2025;Epub ahead of print. doi:10.37737/ace.26013
- 2) Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. *JAMA*. 2019;322(15):1501-1509. doi:10.1001/jama.2019.13978
- 3) 第205回社会保障審議会医療保険部会 議事録.

- Accessed January 23, 2026. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68379.html
- 4) Wennberg J, Gittelsohn A. Small Area Variations in Health Care Delivery: A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science*. 1973;182(4117):1102-1108. doi:10.1126/science.182.4117.1102
 - 5) Wennberg JE, Cooper MM. *The Quality of Medical Care in the United States: A Report on the Medicare Program: The Dartmouth Atlas of Health Care 1999: The Center for the Evaluative Clinical Sciences*. American Hospital Publishing, Inc. Accessed January 30, 2026. <https://data.dartmouthatlas.org/downloads/atlas/99Atlas.pdf>
 - 6) Chassin MR, Galvin RW, and the National Roundtable on Health Care Quality. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 1998;280(11):1000-1005. doi:10.1001/jama.280.11.1000
 - 7) Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Koseoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care*. 1986;2(1):53-63. doi:10.1017/s0266462300002774
 - 8) *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. National Academies Press; 2010. doi:10.17226/12750
 - 9) ABIM Foundation. Choosing Wisely. An initiative of the ABIM Foundation. November 8, 2021. Accessed November 12, 2025. <https://www.choosingwisely.org>
 - 10) Levinson W, Born K, Franco JVA, Kopitowski KS. Top 15 Choosing Wisely international campaign recommendations to reduce low-value care. *BMJ Evid Based Med*. 2025;30(5):355-357. doi:10.1136/bmjebm-2025-113804
 - 11) Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Review Press; 2006.
 - 12) Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-2481. doi:10.1056/NEJMp1011024

- 13) National Priorities and Goals: Aligning Our Efforts to Transform America's Healthcare. | PSNet. Accessed August 19, 2025. <https://psnet.ahrq.gov/issue/national-priorities-and-goals-aligning-our-efforts-transform-americas-healthcare>
- 14) Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med.* 2012;156(2):147-149. doi:10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00011
- 15) Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet.* 2017;390(10090):191-202. doi:10.1016/S0140-6736(16)32586-7
- 16) Maratt JK, Kerr EA, Klamerus ML, et al. Measures used to assess the impact of interventions to reduce low-value care: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2019;34(9):1857-1864. doi:10.1007/s11606-019-05069-5
- 17) Mafi JN, Parchman M. Low-value care: an intractable global problem with no quick fix. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(5):333-336. doi:10.1136/bmjqs-2017-007477
- 18) University of Michigan V-BID Center. Low-Value Care. Accessed August 6, 2025. <https://vbidcenter.org/initiatives/low-value-care/>
- 19) Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions aimed at reducing use of low-value health services: A systematic review. *Med Care Res Rev.* 2017;74(5):507-550. doi:10.1177/1077558716656970
- 20) Powell AA, Bloomfield HE, Burgess DJ, Wilt TJ, Partin MR. A conceptual framework for understanding and reducing overuse by primary care providers. *Med Care Res Rev.* 2013;70(5):451-472. doi:10.1177/1077558713496166
- 21) Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring Low-Value Care in Medicare. *JAMA Intern Med.* 2014;174(7):1067. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1541
- 22) Verkerk EW, Tanke MAC, Kool RB. Limit, lean or listen? A typology of low-value care that gives direction in de-implementation.
- 23) Grade Definitions | United States Preventive Services Taskforce. Accessed August 6, 2025. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions>
- 24) Kim DD, Fendrick AM. Projected savings from reducing low-value services in Medicare. *JAMA Health Forum.* 2025;6(8):e253050. doi:10.1001/jamahealthforum.2025.3050
- 25) McAlister FA, Lin M, Bakal J, Dean S. Frequency of low-value care in Alberta, Canada: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(5):340-346. doi:10.1136/bmjqs-2017-006778
- 26) Badgery-Parker T, Pearson SA, Chalmers K, et al. Low-value care in Australian public hospitals: prevalence and trends over time. *BMJ Qual Saf.* 2019;28(3):205-214. doi:10.1136/bmjqs-2018-008338
- 27) Chalmers K, Pearson SA, Badgery-Parker T, Brett J, Scott IA, Elshaug AG. Measuring 21 low-value hospital procedures: claims analysis of Australian private health insurance data (2010-2014). *BMJ Open.* 2019;9(3):e024142. doi:10.1136/bmjopen-2018-024142
- 28) Hildebrandt M, Pioch C, Dammertz L, et al. Quantifying Low-Value Care in Germany: An Observational Study Using Statutory Health Insurance Data From 2018 to 2021. *Value in Health.* 2025;28(6):884-893. doi:10.1016/j.jval.2024.10.3852
- 29) Mira JJ, Carratalá-Munuera C, García-Torres D, et al. Low-value practices in primary care: a cross-sectional study comparing data between males and females in Spain. *BMJ Open.* 2024;14(11):e089006. doi:10.1136/bmjopen-2024-089006
- 30) Anderson M, Molloy A, Maynou L, Kyriopoulos I, McGuire A, Mossialos E. Evaluation of the NHS England evidence-based interventions programme: a difference-in-difference analysis. *BMJ Qual Saf.* 2023;32(2):90. doi:10.1136/bmjqs-2021-014478
- 31) Sprenger M, Robausch M, Moser A. Quantifying low-value services by using routine data from Austrian primary care. *Eur J Public Health.* 2016;26(6):912-916. doi:10.1093/eurpub/ckw080

- 32) Lan T, Chen L, Hu Y, Wang J, Tan K, Pan J. Measuring low-value care in hospital discharge records: evidence from China. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*. 2023;38. doi:10.1016/j.lanwpc.2023.100887
- 33) Kool RB, Verkerk EW, Meijs J, et al. Assessing volume and variation of low-value care practices in the Netherlands. *European Journal of Public Health*. 2020;30(2):236-240. doi:10.1093/eurpub/ckz245
- 34) Miyawaki A, Ikesu R, Tokuda Y, et al. Prevalence and changes of low-value care at acute care hospitals: a multicentre observational study in Japan. *BMJ Open*. 2022;12(9):e063171. doi:10.1136/bmjopen-2022-063171
- 35) Schwartz AL, Chernew ME, Landon BE, McWilliams JM. Changes in low-value services in year 1 of the Medicare Pioneer Accountable Care Organization Program. *JAMA Intern Med*. 2015;175(11):1815-1825. doi:10.1001/jamainternmed.2015.4525
- 36) 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
- 37) Miyawaki A, Mafi JN, Fukui T, et al. Low-cost, high-volume healthcare services contribute the most to low-value care spending in Japan. *Health Affairs Scholar*. 2025;3(12):qxaf225. doi:10.1093/haschl/qxaf225
- 38) Ganguli I, Lupo C, Mainor AJ, et al. Prevalence and cost of care cascades after low-value preoperative electrocardiogram for cataract surgery in fee-for-service Medicare beneficiaries. *JAMA Intern Med*. 2019;179(9):1211-1219. doi:10.1001/jamainternmed.2019.1739
- 39) Kim DD, Daly AT, Koethe BC, et al. Low-Value Prostate-Specific Antigen Test for Prostate Cancer Screening and Subsequent Health Care Utilization and Spending. *JAMA Network Open*. 2022;5(11):e2243449. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.43449
- 40) Ganguli I, Ying W, Shakley T, Colbert JA, Mulligan KL, Friedberg MW. Cascade services and spending following low-value imaging for uncomplicated low back pain among commercially insured adults. *J Gen Intern Med*. 2022;38(4):1102. doi:10.1007/s11606-022-07829-2
- 41) Mafi JN, McCarthy EP, Davis RB, Landon BE. Worsening Trends in the Management and Treatment of Back Pain. *JAMA Internal Medicine*. 2013;173(17):1573-1581. doi:10.1001/jamainternmed.2013.8992
- 42) Powers BW, Jain SH, Shrank WH. De-adopting Low-Value Care: Evidence, Eminence, and Economics. *JAMA*. 2020;324(16):1603. doi:10.1001/jama.2020.17534
- 43) Henderson J, Bouck Z, Holleman R, et al. Comparison of payment changes and Choosing Wisely recommendations for use of low-value laboratory tests in the United States and Canada. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(4):524-531. doi:10.1001/jamainternmed.2019.7143
- 44) Raudasoja A, Tikkinen KAO, Bellini B, et al. Perspectives on low-value care and barriers to de-implementation among primary care physicians: a multinational survey. *BMC Primary Care*. 2024; 25(1):159. doi:10.1186/s12875-024-02382-9
- 45) Choosing Wisely Japan. Accessed November 13, 2025. <https://choosingwisely.jp>
- 46) Hashimoto H, Kanda N, Yoshimoto H, Goda K, Mitsutake N, Hatakeyama S. Significant reduction in antibiotic prescription rates in Japan following implementation of the national action plan on antimicrobial resistance (2016-20): a 9-year interrupted time-series analysis. *JAC-Antimicrobial Resistance*. 2025;7(3):dlaf062. doi:10.1093/jacamr/dlaf062
- 47) Caparrotta TM, Dear JW, Colhoun HM, Webb DJ. Pharmacoepidemiology: Using randomised control trials and observational studies in clinical decision-making. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(9): 1907-1924. doi:10.1111/bcp.14024
- 48) Khullar D, Jena AB. "Natural Experiments" in Health Care Research. *JAMA Health Forum*. 2021;2(6):e210290. doi:10.1001/jamahealthforum.2021.0290
- 49) Hernán MA, Wang W, Leaf DE. Target Trial Emulation: A Framework for Causal Inference From Observational Data. *JAMA*. 2022;328(24):2446. doi:10.1001/jama.2022.21383

- 50) Dib BN, Swanson SA. Emulating a Target Trial Using Observational Data. *JAMA Intern Med.* 2025;185(4):459-460. doi:10.1001/jamainternmed.2024.8129
- 51) mhlw.go.jp/content/10808000/001631884.pdf. Accessed January 24, 2026. <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001631884.pdf>
- 52) Holm J, Pagán JA, Silver D. The Impact of Medicaid Accountable Care Organizations on Health Care Utilization, Quality Measures, Health Outcomes and Costs from 2012 to 2023: A Scoping Review. *Med Care Res Rev.* 2024;81(5):355-369. doi:10.1177/10775587241241984
- 53) Figueroa JF, Phelan J, Newton H, Orav EJ, Meara ER. ACO Participation Associated With Decreased Spending For Medicare Beneficiaries With Serious Mental Illness. *Health Affairs.* 2022;41(8):1182-1190. doi:10.1377/hlthaff.2022.00096
- 54) McWilliams JM, Hatfield LA, Landon BE, Hamed P, Chernew ME. Medicare spending after 3 years of the medicare shared savings program. *N Engl J Med.* 2018;379(12):1139-1149. doi:10.1056/NEJMsa1803388
- 55) Trombley MJ, Fout B, Brodsky S, McWilliams JM, Nyweide DJ, Morefield B. Early Effects of an Accountable Care Organization Model for Underserved Areas. *N Engl J Med.* 2019;381(6):543-551. doi:10.1056/NEJMsa1816660
- 56) Wilson M, Guta A, Waddell K, Lavis J, Reid R, Evans C. The impacts of accountable care organizations on patient experience, health outcomes and costs: a rapid review. *J Health Serv Res Policy.* 2020;25(2):130-138. doi:10.1177/1355819620913141
- 57) Baicker K, Levy H. Cost sharing as a tool to drive higher-value care. *JAMA Internal Medicine.* 2015; 175(3):399-400.
- 58) 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

研究論文

かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療による初診が高齢者の入院に与える影響：後ろ向きコホート研究

森田 和仁*¹ 笹渕 裕介² 康永 秀生¹

抄 録

目的

日本では2020年4月10日より、それまで禁止されていた遠隔診療による初診が臨時的措置として解禁された。さらに2022年度診療報酬改定にて、情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）による初診が恒久的な制度として位置づけられ、それを実施する医療機関は増加している。オンライン診療による初診はかかりつけの医師による実施が原則化されたものの、かかりつけの医師以外の医師による診療も一定数存在する状況である。必ずしもすべての患者にかかりつけの医師が存在するわけではなく、オンライン診療による初診が増加している中、得られる情報が限られる同診療において、患者の健康に与える影響について検証することは重要である。また、かかりつけの医師による診療とかかりつけの医師以外による診療が、患者の健康に与える影響については十分に検証されていない。本研究の目的は、かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療の初診が高齢者の入院に与える影響について検証することである。

方法

DeSC データベースを用いて、2020年4月から2024年8月までに、遠隔診療による初診料が算定されていた65歳以上の患者を対象とした。かかりつけ医機能を評価する診療報酬が算定されている医療機関での診療並びに当該診療報酬の算定をもって、「かかりつけの医師による診療」の概念に対する代替的な要件として採用した。対象患者のうち、遠隔診療による初診に係る診療報酬が算定された医療機関において、観察開始日から1年以内に、かかりつけ医機能を評価する診療報酬が算定されていた群を曝露群とし、観察開始日から1年以内に当該診療報酬が算定されなかった群を対照群とした。両群間で傾向スコアを用いたオーバーラップ重み付け法を行い、アウトカムを比較した。主要アウトカムは観察開始日から1月以内の入院とした。また、新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響を除外するため、2023年8月1日以降のデータに限定した。

結果

本研究では3,474人の患者が対象となった。そのうち、対照群が3,274人、曝露群が200人であり、曝露群は全体の約5.8%であった。傾向スコアによる重み付けの曝露群と対照群で、主要アウトカムに有意差を認めた（6.5% vs. 1.2%, オッズ比0.04, $P < 0.001$ ）。追加分析ではアウトカムの発生がなかった。

* 責任著者 Email: takahito.morita8807@icloud.com

1 東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学

2 東京大学大学院医学系研究科リアルワールドエビデンス講座

受付：2025年8月4日

受理：2025年11月12日

J-STAGE 早期公開：2026年2月13日

結論

かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療による初診は、同機能を有さない医療機関における遠隔診療による初診に比べて、入院率が低かった。

キーワード：遠隔診療、オンライン診療、初診、かかりつけ医機能、傾向スコアを用いたオーバーラップ重み付け法

序論

日本ではかつて、情報通信機器や電話を用いた診療（以下「遠隔診療」という。）による初診が禁止されていた。新型コロナウイルス感染症の蔓延により医療機関への受診が困難になるケースが増加したことから、2020年4月10日より、遠隔診療による初診が臨時的措置として解禁された（以下「0410対応」という。）^{1),2)}。その後、2022年度診療報酬改定にて、情報通信機器を用いた診療（以下「オンライン診療」という。）による初診が恒久的な制度として位置づけられた^{2),3)}。オンライン診療による初診の実施を厚生労働省に届け出た医療機関数は、2022年7月時点の5,494機関から、2023年10月時点では10,108機関にまで増加した⁴⁾。

2020年6月時点及び2021年6月時点における遠隔診療による初診を実際に行なった医療機関数はそれぞれ777機関及び524機関であり、このうち、受診歴のない患者に初診から遠隔診療を実施したことがある医療機関数は423機関及び246機関であった⁵⁾。また、2021年の調査によると、オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった⁵⁾。このように、オンライン診療による初診を実施する医療機関は増加しているものの、かかりつけの医師以外の医師による診療も一定数存在する状況である。オンライン診療では、(i) 得られる情報が視覚及び聴覚に限られる中で、可能な限り疾病の見落としや誤診を防ぐ必要があること、

(ii) 医師が患者から心身の状態に関する適切な情報を得るために、日頃より直接の対面診療を重ねるなど医師患者間で信頼関係を築いておくことが求められる。そのため2022年1月より、オンライン診療による初診の際は、日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（以下「かかりつけの医師」という。）による実施が原則化された。プライマリ・ケアにおける遠隔診療が与える診療の継続への影響について既に検証されているものの^{6),7)}、遠隔診療の初診に着目した研究は我々が知る限りない。アメリカ、イギリス、フランス、ドイツと異なり、日本では必ずしもすべての患者にかかりつけの医師が存在するわけではなく^{8),9)}、オンライン診療による初診が増加している中、得られる情報が限られる同診療において、患者の健康に与える影響について検証することは重要である。また、かかりつけの医師による診療とかかりつけの医師以外による診療が、患者の健康に与える影響については十分に検証されていない。

本研究の目的は、かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療の初診が高齢者の入院に与える影響について検証することである。

方法

遠隔診療

遠隔診療については、「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について（平成9年12月24日付け健政発第1075号厚生省健康政策局長通知）」において、情報通信機器を用い

た診療¹⁰⁾のことを指すとされ、「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について（平成29年7月14日付け医政発0714第4号厚生労働省医政局長通知）」において、「当事者が医師及び患者本人であることが確認できる限り、テレビ電話や、電子メール、ソーシャルネットワーキングサービス等の情報通信機器を組み合わせた」ものまで含む¹¹⁾と解釈されてきた。昨今定められた「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本指針（令和5年6月）」においては、遠隔医療とは「情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為」をいい、オンライン診療とは「遠隔医療のうち、医師—患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムにより行う行為」¹²⁾をいう。一方で、遠隔で行う診療の方法として、電話による診療と、情報通信機器を用いた診療が認められており、情報通信機器を用いた診療の呼称として、オンライン診療が用いられている¹⁾。法的解釈上、情報通信機器を用いた診療である遠隔診療に電話診療は含まれないと解せるが、0410対応において遠隔による診療を行う手段の一つとして明記されていることから、本研究では、便宜的に、電話による診療と情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）を併せて遠隔診療と定義した。

遠隔診療の変遷

2020年4月10日より、遠隔診療による初診が臨時的措置として解禁された。その後、厚生労働省は2022年1月にオンライン診療による初診を行う際のルールを定め、原則としてかかりつけの医師が行うこととされた。しかし、例外として、かかりつけの医師以外の医師であっても、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的

情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、Personal Health Record等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合や、診療前に患者の症状及び医学的情報を確認し、適切な情報を把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であり相互に合意した場合に、オンライン診療による初診を実施することが可能とされた¹³⁾。この際、オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」¹⁴⁾等を踏まえて医師が判断することとされ、65歳以上への高齢者の実施はメルクマールの一つとなっている¹³⁾。その後、2022年度診療報酬改定にて、オンライン診療による初診が恒久的な制度として位置づけられた。0410対応は2023年7月31日をもって終了し、8月以降は電話による初診は禁じられ、情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）による初診のみ認められた¹⁵⁾。

データソース

本研究では、DeSCヘルスケア株式会社が提供するDeSCデータベースを用いた。同データベースは、健康保険組合、国民健康保険及び後期高齢者医療広域連合により提供されたレセプト情報を含み、若年から老年まで網羅し、2014年4月から2022年11月までで約1,250万人が含まれている。このデータベースの年齢階級・性別は国勢調査に基づく人口推計と類似、糖尿病・高血圧の性・年齢階級別の有病率は国民健康・栄養調査の集計結果とほぼ符合、性・年齢階級別の胃がん手術実施件数（人口百万人当たり）はNDBオープンデータとほぼ同等であり、集団の性・年

年齢分布や診断名・手術等の情報は全国レベルの統計データとほぼ符合していることから、母集団代表性は日本全体の母集団と近似している^{16), 17)}。また、データベースには、被保険者台帳、基本情報、医療機関、傷病、診療行為及び医薬品の各レセプトなどが含まれる。被保険者台帳には個人ID、生年月、性別、観察期間可能開始・終了年月などの情報、基本情報レセプトにはレセプト年月、レセプトID、個人ID、入院年月日などの情報、医療機関レセプトには医療機関番号などの情報、傷病レセプトには標準病名、診療開始日などの情報、診療行為レセプトには診療行為コードなどの情報、医薬品レセプトには医薬品コードなどの情報、その他疾病名 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10) コードや医薬品分類である WHO の The Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) コードなどの情報も含まれている^{18), 19)}。

遠隔診療による初診

遠隔診療による初診は、2020年4月以降設定された電話等による診療（新型コロナウイルス感染症・臨時的取扱）及び初診料（情報通信機器）に係る初診を対象とした。

対象患者

2020年4月から2024年8月までに、遠隔診療による初診料が算定されていた65歳以上の患者を対象とした。当該初診料を算定した日を初診が行われた日並びに観察開始日とし、対象患者の併存疾患や治療歴等の状態を把握し、交絡を調整、バイアスを最小限にするため、ルックバック期間を1年として設定^{18), 20)}した。遠隔診療における診療の質を担保するため、認知症を罹患している者を除外し、かかりつけ医機能を評価する診療報酬が対象とする疾患である高血圧・糖尿病・

高脂血症のいずれかを罹患していない者を除外した。さらに、対象期間においては、新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響が想定されることから、受診時の疾患が新型コロナウイルス感染症の罹患者を除外した。

曝露と対照

日本にはかかりつけの医師を特定する診療報酬はないため、かかりつけ医機能を評価する診療報酬が算定されている医療機関での診療並びに当該診療報酬の算定をもって、「かかりつけの医師による診療」の概念に対する代替的な要件として採用した。対象患者のうち、遠隔診療による初診に係る診療報酬が算定された医療機関において、観察開始日から1年以内に、かかりつけ医機能を評価する診療報酬が算定されていた群を曝露群とし、観察開始日から1年以内に当該診療報酬が算定されていなかった群を対照群とした。両群における医療機関の規模を揃えるため、診療所又は200床未満の病院に限定した。かかりつけ医機能については、2020年度以降の成人を対象とする、かかりつけ医機能を評価する診療報酬として、地域包括診療料及び機能強化加算を対象（補足表1）¹³⁾とした。地域包括診療料は再診時のみ算定、機能強化加算は初診時のみ算定できる加算であるが、本研究では、医療機関がかかりつけ医機能を有しているかどうかの指標として当該加算の有無で両群を比較した。

アウトカム

主要アウトカムは観察開始日から1月以内の入院とした。副次アウトカムは、観察開始日からの1月以内の死亡とした。

その他の変数

ベースラインとなる患者背景として、年齢、性

別、観察開始年度、観察開始日から過去1年以内のチャールソン併存疾患指数 (Charlson Comorbidity Index, CCI) を構成する各疾患、観察開始日から過去1年以内に処方されていた薬剤、観察開始日から過去1年以内に入院していた期間、初診時に診断された疾患を含めた¹⁸⁾。Quanらのアルゴリズム²¹⁾を用いてCCIを算出し、0、1、2、3、4以上の5グループにカテゴリー化した。また、観察開始日から過去1年以内に処方されていた薬剤を補足表2に記載されたATCコードに従い、14種類に分類した。初診時に診断された疾患を補足表3に記載されたICD-10コードに従い、24種類に分類した。また、観察開始日から過去1年以内に罹患していた疾患として、高血圧症・糖尿病・脂質異常症を補足表4に記載されたICD-10コードに従い分類した¹⁸⁾。さらに、医療機関の施設特性を調整するため、補足表5に記載された初診料及び再診料の算定時に高齢者に対して加算することができる診療報酬を含めた。

統計解析

測定された交絡因子を調整し、曝露群と対照群の背景を均質化させるため、傾向スコア (Propensity Score, PS) を用いたオーバーラップ重み付け法を用いた²²⁾。オーバーラップ重み付け法では、対照群に対しPS (傾向スコア)、曝露群に対し $1 - PS$ を重みとして付与し、PSが0.5に近く、両群に共通して存在し、いずれの治療も選択され得る患者層に限定することができる。PSが0又は1に近い患者による影響を抑制し、共変量の平均値における群間バランスをとることが可能となり、オーバーラップ母集団、すなわち、PSが0.5付近にいる、どちらの処置も臨床選択され得る患者層に対する処置効果を推定できる²³⁾。傾向スコアを推定するための独立変

数には、患者の年齢・性別、観察開始年度、CCI、観察開始日から過去1年以内のCCIを含む各疾患、観察開始日から過去1年以内に処方されていた薬剤、観察開始日から過去1年以内に入院していた期間、観察開始日に診断された疾患、観察開始日から過去1年以内の既往疾患 (高血圧症・糖尿病・脂質異常症)、受診した医療機関で算定されていた施設加算を組み入れた。このうち、年齢、CCI、観察開始日から過去1年以内に入院していた期間を連続変数、それ以外をカテゴリ変数とした。かかりつけ医機能に係る診療報酬の算定を従属変数として、ロジスティック回帰により傾向スコアを推定した。

傾向スコアによる重み付け前後の曝露群と対照群の患者背景を比較した。両群のベースライン時の患者背景のバランスを評価するため、標準化差を用いた。標準化差が0.1以上の場合、臨床的に意味のある差であると解釈されることが多いことから、標準化差が0.1未満の場合、バランスがとれているものとみなした^{24), 25)}。重み付け後の両群間で観察開始日から1月以内の入院に対するオッズ比を測定するため、一般化線形回帰分析を実施した。統計的有意性は $P < 0.05$ とした。また、全ての解析はStata/SE version 17.0 (StataCorp, College Station, TX, USA) を用いた。

感度分析

結果の頑健性を確認するため、3つの感度分析を行なった。まず、ルックバック期間を2年として設定した。次に、かかりつけ医機能の評価する診療報酬の算定期間を2年として設定した。次に、アウトカムを観察開始日から1週以内の入院とした。加えて、新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響¹⁵⁾を除外するため、0410対応は2023年7月31日をもって終了したことから、2023年8月1日以降のデータに限定した。

結果

本研究では3,474人の患者が対象となった。そのうち、対照群が3,274人、曝露群が200人であり、曝露群は全体の約5.8%であった(図1)。表1及び補足表6に傾向スコアによる重み付け前後の両群の患者背景を示した。かかりつけ医機能として、地域包括診療料が算定されていた者はいなかった。傾向スコアによる重み付け後の両群におけるすべての独立変数の標準化差は0.1未満であり、バランスが取れていた。重み付け後、女性の方が男性より多かった。観察開始日から過去1年以内のCCIは、4以上が30%以上であり、最も割合が高かった。初診時に診断された疾患は、両群ともに約40%が呼吸器疾患であり、約25%が循環器の疾患であった。約83%が観察開始日から過去1年以内の入院はなかった。

表2にアウトカムを示す。重み付け後の主要アウトカムである観察開始日から1月以内の入院について、曝露群は対照群に比べて有意に低かった(6.5% vs. 1.2%, オッズ比0.04, 95%信頼区間0.01-0.23, $P < 0.001$)。入院時の疾患につ

いては、新生物によるものや循環器疾患によるもので有意に低かった(補足表7)。副次アウトカムである観察開始日から1月以内の死亡は曝露群で発生しなかった。さらに、2023年8月1日以降のデータに限定して分析を実施したが、主要アウトカムは対照群及び曝露群いずれも発生しなかった。

感度分析

ルックバック期間を2年間とした場合、観察開始日から1月以内の入院について、曝露群は対照群に比べて有意に低かった(6.6% vs. 1.4%, オッズ比0.04, 95%信頼区間0.01-0.22, $P < 0.001$)。また、かかりつけ医機能を評価する診療報酬の算定期間を2年として設定した場合、観察開始日から1月以内の入院について、曝露群は対照群に比べて有意に低かった(6.4% vs. 1.2%, オッズ比0.04, 95%信頼区間0.01-0.32, $P = 0.002$)。さらに、アウトカムを観察開始日から1週間以内の入院とした場合、曝露群は対照群に比べて有意に低かった(2.8% vs. 1.2%, オッズ比0.08, 95%信頼区間0.02-0.41, $P = 0.002$) (表2)。

図1 患者選択のフロー図

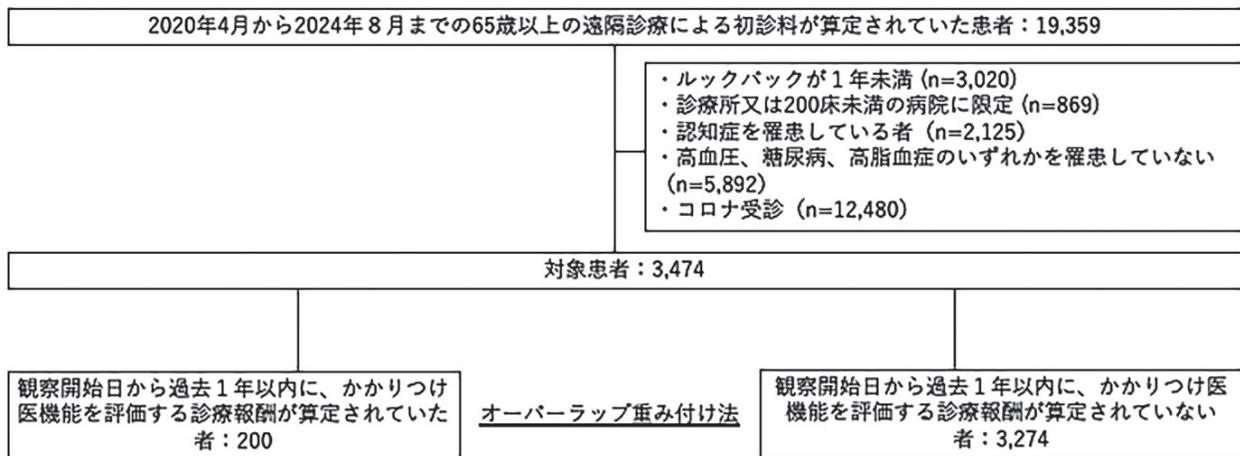


表 1 対照群と曝露群の患者背景

基本特性	重み付け前		標準化差	重み付け後		標準化差
	対照群 n=3,274	曝露群 n=200		対照群	曝露群	
年齢 (歳), n (%)			-0.36			0.01
65-74	1,147 (35.0)	41 (20.5)		(28.1)	(24.6)	
75-84	1,495 (45.7)	98 (49.0)		(45.9)	(48.3)	
85-94	588 (18.0)	56 (28.0)		(21.5)	(24.7)	
≥95	44 (1.3)	5 (2.5)		(4.4)	(2.4)	
性別, n (%)			0.02			-0.00
男	1,255 (38.3)	79 (39.5)		(38.7)	(38.9)	
女	2,019 (61.7)	121 (60.5)		(61.3)	(61.1)	
観察開始年度, n (%)			-1.19			0.01
2020	960 (29.3)	24 (12.0)		(6.4)	(21.1)	
2021	925 (28.3)	6 (3.0)		(17.8)	(5.3)	
2022	1,178 (36.0)	47 (23.5)		(51.0)	(29.5)	
2023	201 (6.1)	118 (59.0)		(22.2)	(43.4)	
2024	10 (0.3)	5 (2.5)		(2.6)	(0.7)	
チャールソン併存疾患 指数, n (%)			-0.04			0.02
0	685 (20.9)	40 (20.0)		(19.5)	(19.8)	
1	584 (17.8)	28 (14.0)		(16.7)	(14.7)	
2	584 (17.8)	44 (22.0)		(16.6)	(20.1)	
3	394 (12.0)	25 (12.5)		(12.6)	(14.1)	
>=4	1,027 (31.4)	63 (31.5)		(34.7)	(31.4)	
既往疾患, n (%)						
高血圧	2,534 (77.4)	157 (78.5)	-0.03	(76.2)	(76.4)	0.01
糖尿病	1,435 (43.8)	97 (48.5)	-0.09	(45.3)	(45.6)	0.01
脂質異常症	2,267 (69.2)	142 (71.0)	-0.04	(68.2)	(68.4)	0.01
受診施設, n (%)			0.25			-0.00
診療所	3,014 (92.1)	195 (97.5)		(95.8)	(95.9)	
病院	260 (7.9)	5 (2.5)		(4.2)	(4.1)	
入院日数 (日), n (%)			-0.11			0.00
0	2,835 (86.6)	164 (82.0)		(83.6)	(82.7)	
1 ~ 30	373 (11.4)	32 (16.0)		(14.2)	(14.5)	
31 ~ 365	66 (2.0)	4 (2.0)		(2.3)	(2.8)	

表2 かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療の初診と当該診療報酬を算定していない医療機関における遠隔診療による初診の比較による一般化線形回帰分析の結果

アウトカム	対照群	曝露群	オッズ比	95%信頼区間	P値
主解析					
1月以内の入院, n (%)	113 (6.5)	20 (1.2)	0.04	0.01-0.23	<0.001
1月以内の死亡, n (%)	1 (0.1)	0 (0)	1.0	-	-
感度分析					
ルックバック期間 2年とした場合の 1月以内の入院, n (%)	99 (6.6)	20 (1.4)	0.04	0.01-0.22	<0.001
かかりつけ医機能を 評価する診療報酬の 算定期間を2年とした 場合の1月以内の入院, n (%)	111 (6.3)	20 (1.2)	0.04	0.01-0.32	0.002
アウトカムを観察開始日 から1週間以内の入院, n (%)	50 (2.8)	20 (1.2)	0.08	0.02-0.41	0.002

考察

DeSC データベースを活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療の初診が高齢者の入院に与える影響について検証した。本研究の結果、かかりつけ医機能を評価する診療報酬が算定されていた群は、観察開始日から1年以内に当該診療報酬が算定されていなかった群に比べ、入院の減少と有意に関連していた。感度分析においても同様の結果が得られた。

本研究において、かかりつけ医機能を評価する診療報酬が算定されていた群の割合は約5.4%であった。厚生労働省のデータによると、かかりつけ医機能を評価する診療報酬に関する令和2年度の算定回数は、機能強化加算は初診料全体の9.7%、地域包括診療料は再診料全体の0.01%で

あった²⁶⁾。機能強化加算の届出医療機関数は令和2年以降最も多くて15,190施設（令和3年度）であった一方、地域包括診療料の届出医療機関数は令和2年以降最も多くて279施設（令和2年度）に留まっている²⁷⁾。地域包括診療料の算定には、補足表1にあるように、①患者を診察する担当医を決めること、②患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理すること、③院外処方を行う場合は、調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局と連携していること、④院外処方を行う場合、患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、⑤患者に対し、標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受け

た場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うことなどの要件を満たす必要がある²⁸⁾。本研究では、地域包括診療料を算定している医療機関を対象にしていたが、算定されていた医療機関はなく、施設基準の要件^{27),29)}の困難さが影響していると考えられる。対照群においても、遠隔診療による初診を行うにあたっては患者に関する一定の情報量をもって診療を行ったと考えられる^{12),13)}。機能強化加算が算定されていた曝露群が対照群と比較して入院率が有意に低かった理由は、対照群に比べ曝露群の方が算定要件にあるような患者に対する豊富な情報量に加え、問い合わせ対応や周囲の薬局との連携など患者を治療する体制の違いが影響したものと考えられる^{28),30)}。また、入院時の疾患については、新生物によるものと循環器によるものがあったが、新生物による入院については曝露群の発生自体が著しく少なかった結果有意差が生じた可能性があり、循環器疾患による入院については、当該疾患に心不全・狭心症・高血圧症等の疾患が含まれており、いわゆる適切な外来管理により避けられる疾患（慢性 Ambulatory care-sensitive conditions (ACSC)¹⁸⁾による入院であったことと考えられ、かかりつけ医機能が適切な外来管理に寄与した可能性がある。米国においては、プライマリ・ケア・プロバイダーというかかりつけ医制度があり、米国の中部大西洋岸の診療所（都市部が56%、準都市部・郊外が44%）では、高齢者に対する遠隔診療は避けられる入院を低下させる効果がある³¹⁾と示されており、ペンシルベニア州南中部の診療所では、プライマリ・ケアにおける初診の遠隔診療はトリアージとして活用できると示されている³²⁾。かかりつけ医機能を有する医療機関はかかりつけ医機能を有していない医療機関と比べ、患者にとって適切な診療を提供することが示された。一方で、新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響

を除外するため、0410対応が終了したオンライン診療による2023年8月1日以降のデータに限定して分析した場合、アウトカムが発生しなかったことから、かかりつけ医機能を有する医療機関におけるオンライン診療による初診が入院に与える影響については、更なる研究が求められるものの、今後、かかりつけ医機能のあり方の議論に寄与することが期待される。

本研究にはいくつかの限界がある。まず、本研究では、「かかりつけの医師による診療」に代替する概念として、かかりつけ医機能を有する医療機関での診療を採用した。「かかりつけの医師」とは、日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師と定義される^{12),13)}。一方、「かかりつけ医」については、健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師と定義されている³³⁾。「かかりつけの医師」と「かかりつけ医」は必ずしも定義が一致しているわけではない。次に、本研究では、医療機関の施設特性を調整するための因子として、補足表5に記載された初診料及び再診料に加算することができる診療報酬を含んだが、医学管理料に関連する加算など須く施設の機能を評価した診療報酬を含めているわけではない。次に、遠隔診療による初診からアウトカムの発生までに当該初診以外のイベントが発生し、当該イベントがアウトカムの発生に影響した可能性もある。次に、0410対応における遠隔診療はオンライン診療と電話による診療の区別が診療報酬上区別することができない。次に、本研究はレセプトを用いた研究であるため、曝露群と対照群間における診療時に得られた情報を定量的に比較することはできない。次に、地域包括診療料及び機能強化加算は、

対象期間中に診療報酬改定がなされ、要件が変更されており、2022年度診療報酬改定までは、機能強化加算については、かかりつけ医機能に係る診療が行われているものと判断できないといった指摘もある³⁴⁾。最後に、治療内容への遵守や患者の治療を継続する姿勢、日常の自己管理やケアなど患者の治療への積極的な参加が入院率に影響を与えた可能性がある³⁵⁾。

結論

かかりつけ医機能を有する医療機関における遠隔診療による初診は、同機能を有さない医療機関における遠隔診療による初診に比べて、入院率が低かった。循環器疾患による入院については、かかりつけ医機能が適切な外来管理に寄与した可能性がある。

資金

本研究は、厚生労働科学研究費補助金(23AA2003)により行われた。

利益相反

筆頭著者は投稿時点において厚生労働省に所属している。第二著者はDeSCヘルスケア株式会社による社会連携講座に所属している。

倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科の倫理審査委員会の承認を得た(承認番号:2021010NI(2021年4月23日))。データ匿名性のため、書面による同意の要件は免除された。

謝辞

本研究は、厚生労働省の2023年厚生労働科学研究費補助金(23AA2003)交付により研究が遂行されたものです。この場を借りて深く御礼申し上げます。

参考文献

- 1) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その10). 2020. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/000621316.pdf> (アクセス:2025/10/18)
- 2) Nagao K. Perspectives of telemedicine and online healthcare services. *Psychiatr Neurol Jpn* 2022;124(2):116-125.
- 3) 厚生労働省 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和4年厚生労働省告示第54号)別表第一P3. 2022. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf> (アクセス:2025/10/18)
- 4) 厚生労働省 情報通信機器を用いた診療P14,19. 2023. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001179018.pdf> (アクセス:2025/10/18)
- 5) 厚生労働省 令和3年4月~6月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果P6. 2021. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000840233.pdf> (アクセス:2025/10/18)
- 6) Ladds E, et al. The impact of remote care approaches on continuity in primary care: a mixed-studies systematic review. *British Journal of General Practice* 2023; 73(730):e374-383. doi:10.3399/BJGP.2022.0398.
- 7) Vudathaneni VKP, et al. The Impact of Telemedicine and Remote Patient Monitoring on Healthcare Delivery: A Comprehensive Evaluation. *Cureus* 2024;16(3):e55534. doi:10.7759/cureus.55534.
- 8) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Implementing High-Quality Primary Care Rebuilding the Foundation of Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press 2021. doi:10.17226/25983.
- 9) 松田晋哉. 平成27年度厚生労働省科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)研究報告書 先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究 P5. 2015. Available at : <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2015/151011/201501021A/201501021A0001.pdf> (アクセス:2025/11/1)
- 10) 情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)

- について（平成9年12月24日付け健政発第1075号厚生省健康政策局長通知）. 1997. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001233135.pdf>（アクセス：2025/10/18）
- 11) 情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について（平成29年7月14日付け医政発0714第4号厚生労働省医政局長通知）. 2017. Available at: https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc2855&data Type=1&pageNo=1（アクセス：2025/10/18）
 - 12) 厚生労働省 オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針 P5. 2023. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001116016.pdf>（アクセス：2025/10/18）
 - 13) 厚生労働省 入院・外来医療等の調査・評価分科会（令和5年7月20日）P13-22, 43, 55, 82. 2023. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001326101.pdf>（アクセス：2025/10/18）
 - 14) 一般財団法人日本医学会連合 オンライン診療の初診に関する提言. 2022. Available at: <https://files.jmsf.or.jp/uploads/medium/file/280/20221124163108.pdf>（アクセス：2025/10/18）
 - 15) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて P4. 2023. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/001083715.pdf>（アクセス：2025/10/18）
 - 16) Yasunaga H. DeSC database. *Annals of Clinical Epidemiology Ann Clin Epidemiol* 2025;7(2):46-49. doi: 10.37737/ace.25006.
 - 17) Akira Okada, Hideo Yasunaga. Overview of the DeSC Database and Utilization for Clinical Epidemiology and Pharmacoepidemiology Research. *Jpn J Pharmacoepidemiol* 2022;27(1). doi: 10.3820/jjpe.27.11.
 - 18) Morita T, et al. Association between comprehensive treatment management for lifestyle-related diseases and avoidable hospitalizations: A retrospective cohort study. *Japanese Journal of Health Economics and Policy* 2024;36(1):68-80. (in Japanese). doi:10.24742/jjhep.2024.04.
 - 19) Hashimoto Y, et al. Recent trends in anti-vascular endothelial growth factor intravitreal injections: a large claims database study in Japan. *Jpn J Ophthalmol* 2023;67(1):109-118. doi: 10.1007/s10384-022-00969-2.
 - 20) Zhang JX, et al. The performance of different lookback periods and sources of information for Charlson comorbidity adjustment in Medicare claims. *Med care* 1999;37(11). doi: 10.1097/00005650-199911000-00005.
 - 21) Quan H, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *American Journal of Epidemiology* 2011;173(6):676-682. doi: 10.1093/aje/kwq433.
 - 22) Ohbe H, et al. Intensive care unit versus high-dependency care unit for mechanically ventilated patients with pneumonia: a nationwide comparative effectiveness study. *Lancet Reg Health West Pac* 2021;13:100185. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100185.
 - 23) Li F, et al. Addressing Extreme Propensity Scores via the Overlap Weights. *American Journal of Epidemiology* 2019;188(1):250-257. doi: 10.1093/aje/kwy201.
 - 24) Mamdani M, et al. Reader's guide to critical appraisal of cohort studies: 2. Assessing potential for confounding. *BMJ* 2005;330(7497):960-962. doi: 10.1136/bmj.330.7497.960.
 - 25) Austin PC. Balance diagnostics for comparing the distribution of baseline covariates between treatment groups in propensity-score matched samples. *Stat Med* 2009;28(25):3083-3107. doi: 10.1002/sim.3697.
 - 26) 厚生労働省 第7回NDBオープンデータ. Available at: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00011.html（アクセス：2025/10/18）
 - 27) 厚生労働省 外来（その1）（令和7年7月16日）P41-44. 2025. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001517951.pdf>（アクセス：2025/10/18）
 - 28) 厚生労働省 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）（令和4年3月4日保医発第1号）別表1 P10,160. 2022. Available

at: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000984041.pdf> (アクセス: 2025/10/18)

29) 厚生労働省 外来(その2)(令和3年10月20日) P20. 2021. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000845311.pdf> (アクセス: 2025/10/18)

30) Krumholz HM, et al. Relationship of Hospital Performance with Readmission and Mortality Rates for Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction, Heart Failure, or Pneumonia. JAMA 2013; 309(6):587-593. doi: 10.1001/jama.2013.333.

31) Ryskina KL, et al. Older adults' access to primary care: Gender, racial, and ethnic disparities in telemedicine. J Am Geriatr Soc 2021; 69(10):2732-2740. doi: 10.1111/jgs.17354.

32) Baughman D, et al. Comparable Quality Performance of Acute Low-Back Pain Care in Telemedicine and Office-Based Cohorts. Telemed J E Health 2022; 28(11). doi: 10.1089/tmj.2021.0535.

33) 日本医師会 国民の信頼に応えるかかりつけ医として. 2022. Available at: <https://www.med.or.jp/people/kakari/> (アクセス: 2025/10/18)

34) 厚生労働省 2021年12月17日中央社会保険医療協議会総会第506回議事録. 2021. Available at: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000205879_00152.html (アクセス: 2025/10/18)

35) Marzban S, et al. Impact of Patient Engagement on Healthcare Quality: A Scoping Review. J Patient Exp 2022; 9:23743735221125439. doi: 10.1177/23743735221125439.

補足表1 かかりつけ医機能を評価する診療報酬

診療報酬	内容
地域包括診療料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの ・ 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いを除く。）を有する者 ・ 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合算定可能 ・ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録等に記載すること ・ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、患者の同意が得られた場合は、24時間対応できる体制を整えている等の要件を満たしている薬局に対して院外処方を行うこと。院外処方を行う場合は、患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること ・ 標榜診療時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと ・ 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること 等
機能強化加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するもの ・ 機能強化加算を算定する保険医療機関においては、かかりつけ医機能を有する医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行う <ul style="list-style-type: none"> (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。 (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。 (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと ・ 地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料のいずれかに係る届出を行なっていること 等

補足表 2 観察開始日から 1 年以内に処方されていた薬剤の定義

薬効分類	ATC コード
消化管と代謝作用	A
血液と造血器官	B
循環器系	C
皮膚科用薬	D
泌尿生殖器系と性ホルモン	G
全身ホルモン製剤（性ホルモン・インスリンを除く）	H
全身用抗感染薬	J
抗悪性腫瘍薬と免疫調節薬	L
筋骨格系	M
神経系	N
抗寄生虫薬、殺虫剤と防虫剤	P
呼吸器系	R
感覚器	S
その他	V

補足表 3 初診時に診断された疾患の定義

疾患分類	ICD-10 コード
感染症及び寄生虫症	A, B
新生物	C, D
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	D
内分泌、栄養及び代謝疾患	E
精神及び行動の障害	F
神経系の疾患	G
眼及び付属器の疾患・耳及び乳様突起の疾患	H
循環器系の疾患	I
呼吸器系の疾患	J
消化器系の疾患	K
皮膚及び皮下組織の疾患	L
筋骨格系及び結合組織の疾患	M
腎尿路生殖器系の疾患	N
妊娠、分娩及び産じょく	O
周産期に発生した病態	P
先天奇形、変形及び染色体異常	Q
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	R
損傷、中毒及びその他の外因の影響	S, T
原因不明の新たな疾患又はエマージェンシーコードの暫定分類	U
傷病及び死亡の外因	V, W, X, Y
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	Z

補足表4 高血圧症、糖尿病、脂質異常症の定義

疾患分類	ICD-10 コード
高血圧症	I10, I11, I12, I13, I15
糖尿病	E10, E11, E12, E13, E14
脂質異常症	E78

補足表5 初診料及び再診料に加算することができる診療報酬

診療報酬	内容
時間外加算	保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜及び休日を除く）において初診・再診を行った場合に算定可能
休日加算	保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（休日）において初診・再診を行った場合に算定可能
深夜加算	保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜）において初診・再診を行った場合に算定可能
時間外特例医療機関加算	客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜及び休日を除く）において初診を行った場合に算定可能
夜間・早朝等加算	午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診・再診を行った場合に算定可能
明細書発行体制等加算	個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき診療所を再診で受診した患者において算定可能
時間外対応加算	診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するものであり、再診を行った場合に算定可能
救急医療管理加算	地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として算定可能
院内トリアージ実施管理料	夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であつて、初診料を算定する患者 に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定可能

補足表 6 重み付け前後の基本特性

基本特性	重み付け前			重み付け後		
	対照群 n=3,724	曝露群 n=200	標準 化差	対照群	曝露群	標準 化差
チャールソン併存疾患, n (%)						
心筋梗塞	134 (4.1)	7 (3.5)	0.03	(2.9)	(3.7)	0.04
うっ血性心不全	847 (25.9)	56 (28.0)	-0.05	(27.5)	(28.1)	0.01
末梢動脈疾患	600 (18.3)	39 (19.5)	-0.03	(20.6)	(21.3)	0.02
脳血管疾患	848 (25.9)	54 (27.0)	-0.03	(29.7)	(29.3)	-0.01
慢性肺疾患	854 (26.1)	60 (30.0)	-0.09	(28.1)	(28.5)	0.01
膠原病	182 (5.6)	14 (7.0)	-0.06	(5.9)	(6.6)	0.03
消化性潰瘍	644 (19.7)	51 (25.5)	-0.14	(25.1)	(25.4)	0.01
軽度の肝疾患	748 (22.8)	43 (21.5)	0.03	(22.2)	(22.9)	0.02
合併症のない糖尿病	147 (4.5)	8 (4.0)	0.02	(4.4)	(4.3)	-0.01
合併症のある糖尿病	303 (9.3)	19 (9.5)	-0.01	(8.3)	(8.3)	0.00
片麻痺	40 (1.2)	0 (0.0)	0.16	(0.9)	(0.0)	-0.10
腎疾患	220 (6.7)	20 (10.0)	-0.12	(10.2)	(11.0)	0.03
限局性固形がん／白血病／リンパ腫	542 (16.6)	32 (16.0)	0.02	(15.8)	(15.4)	-0.01
中程度～重度肝疾患	12 (0.4)	3 (1.5)	-0.12	(1.4)	(1.4)	0.00
転移性固形がん	75 (2.3)	0 (0.0)	0.22	(1.1)	(0.0)	-0.10
HIV/AIDS	1 (0.0)	1 (0.5)	-0.09	(0.1)	(0.7)	0.10
処方薬剤, n (%)						
消化管と代謝作用	2,851 (87.1)	166 (83.0)	0.11	(85.1)	(85.3)	0.00
血液と造血器官	2,193 (67.0)	139 (69.5)	-0.05	(68.7)	(68.9)	0.01
循環器系	3,000 (91.6)	184 (92.0)	-0.01	(89.7)	(90.0)	0.01
皮膚科用薬	1,829 (55.9)	114 (57.0)	-0.02	(57.2)	(57.2)	0.00
泌尿生殖器系と性ホルモン	736 (22.5)	46 (23.0)	-0.01	(25.3)	(25.1)	-0.01
全身ホルモン製剤 (性ホルモン・インスリンを除く)	988 (30.2)	70 (35.0)	-0.10	(32.5)	(33.0)	0.01
全身用抗感染薬	1,732 (52.9)	101 (50.5)	0.05	(52.8)	(53.1)	0.01
抗悪性腫瘍薬と免疫調節薬	193 (5.9)	10 (5.0)	0.04	(5.5)	(5.9)	0.02
筋骨格系	2,527 (77.2)	163 (81.5)	-0.11	(80.7)	(80.6)	-0.00
神経系	2,392 (73.1)	140 (70.7)	0.07	(70.6)	(71.0)	0.01
抗寄生虫薬、殺虫剤と防虫剤	11 (0.3)	1 (0.5)	-0.03	(0.2)	(0.2)	-0.00
呼吸器系	1,913 (58.4)	114 (57.0)	0.03	(55.4)	(55.9)	0.01
感覚器	1,713 (52.3)	111 (55.5)	-0.06	(53.7)	(53.7)	0.01
その他	1,898 (58.0)	122 (61.0)	-0.06	(58.1)	(58.3)	-0.00

初診時に診断された疾患 (ICD10 コード), n (%)						
感染症及び寄生虫症 (A)	171 (5.2)	17 (8.5)	-0.13	(7.1)	(7.2)	0.00
感染症及び寄生虫症 (B)	512 (15.6)	15 (7.5)	0.26	(11.5)	(11.0)	-0.02
新生物<腫瘍> (C)	72 (2.2)	3 (1.5)	0.05	(2.1)	(1.7)	-0.03
新生物<腫瘍>・血液及び 造血器の疾患並びに 免疫機構の障害 (D)	28 (0.9)	7 (3.5)	-0.18	(4.0)	(4.0)	0.00
内分泌, 栄養及び代謝疾患 (E)	156 (4.8)	52 (26.0)	-0.62	(16.7)	(16.3)	-0.01
精神及び行動の障害 (F)	59 (1.8)	7 (3.5)	-0.11	(4.4)	(4.3)	-0.00
神経系の疾患 (G)	110 (3.4)	22 (11.0)	-0.30	(9.2)	(9.1)	-0.01
眼及び付属器の疾患・耳 及び乳様突起の疾患 (H)	192 (5.9)	4 (2.0)	0.20	(3.3)	(3.2)	-0.01
循環器系の疾患 (I)	270 (8.2)	69 (34.5)	-0.67	(25.4)	(25.1)	-0.01
呼吸器系の疾患 (J)	1,152 (35.2)	83 (41.5)	-0.13	(38.8)	(39.5)	0.01
消化器系の疾患 (K)	349 (10.7)	49 (24.5)	-0.37	(22.4)	(22.2)	-0.01
皮膚及び皮下組織の疾患 (L)	182 (5.6)	12 (6.0)	-0.02	(6.9)	(6.7)	-0.01
筋骨格系及び結合組織の疾患 (M)	933 (28.5)	33 (16.5)	0.29	(24.0)	(23.5)	-0.01
腎尿路生殖器系の疾患 (N)	96 (3.0)	21 (10.5)	-0.31	(10.4)	(10.5)	0.00
妊娠, 分娩及び産じょく (O)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	(0.0)	(0.0)	-
周産期に発生した病態 (P)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	(0.0)	(0.0)	-
先天奇形, 変形及び染色体異常 (Q)	3 (0.1)	0 (0.0)	0.04	(0.0)	(0.0)	-0.02
症状, 徴候及び異常臨床所見・ 異常検査所見で他に分類 されないもの (R)	478 (14.6)	22 (11.0)	0.11	(14.1)	(14.2)	0.00
損傷, 中毒及びその他の 外因の影響 (S)	26 (0.8)	7 (3.5)	-0.19	(3.5)	(3.4)	-0.01
損傷, 中毒及びその他の 外因の影響 (T)	26 (0.8)	2 (1.0)	-0.02	(1.2)	(1.2)	0.00
傷病及び死亡の外因 (V-Y)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	(0.0)	(0.0)	-
健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用 (Z)	27 (0.8)	1 (0.5)	0.04	(0.7)	(0.7)	0.00

補足表 7 重み付け後の入院時の患者背景

基本特性	重み付け後		
	対照群	曝露群	P 値
入院時に診断された疾患 (ICD10 コード), n (%)			
感染症及び寄生虫症 (A)	(0.1)	(0.0)	0.702
感染症及び寄生虫症 (B)	(0.1)	(0.0)	0.588
新生物<腫瘍> (C)	(2.4)	(0.0)	0.016
新生物<腫瘍>・血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害 (D)	(0.2)	(0.0)	0.507
内分泌, 栄養及び代謝疾患 (E)	(0.2)	(0.0)	0.444
精神及び行動の障害 (F)	(0.6)	(0.0)	0.250
神経系の疾患 (G)	(0.7)	(0.0)	0.203
眼及び付属器の疾患・耳及び乳様突起の疾患 (H)	(0.0)	(0.0)	-
循環器系の疾患 (I)	(1.5)	(1.2)	0.034
呼吸器系の疾患 (J)	(0.4)	(0.0)	0.310
消化器系の疾患 (K)	(0.0)	(0.0)	-
皮膚及び皮下組織の疾患 (L)	(0.4)	(0.0)	0.350
筋骨格系及び結合組織の疾患 (M)	(0.5)	(0.0)	0.278
腎尿路生殖器系の疾患 (N)	(0.2)	(0.0)	0.507
妊娠, 分娩及び産じょく (O)	(0.0)	(0.0)	-
周産期に発生した病態 (P)	(0.0)	(0.0)	-
先天奇形, 変形及び染色体異常 (Q)	(0.0)	(0.0)	-
症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で 他に分類されないもの (R)	(0.1)	(0.0)	0.588
損傷, 中毒及びその他の外因の影響 (S)	(0.0)	(0.0)	-
損傷, 中毒及びその他の外因の影響 (T)	(0.0)	(0.0)	-
傷病及び死亡の外因 (V-Y)	(0.0)	(0.0)	-
健康状態に影響を及ぼす要因及び 保健サービスの利用 (Z)	(0.0)	(0.0)	-

活動報告

医療経済学会 第20回研究大会（シンポジウム） 「医療者の労働市場を考える —医師の働き方改革を中心に—」

日時：2025年9月6日（土）

場所：慶應義塾大学 三田キャンパス 北館ホール 1階

司会：後藤 励 先生（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）
井深 陽子 先生（慶應義塾大学経済学部）

1. 「医師の働き方改革の政策立案時の課題や政策の意義について」

小池 創一 先生

自治医科大学 地域医療学センター 教授

（スライド1）

自治医科大学地域医療学センター医療政策・管理学部門の小池創一と申します。本日は「医師の働き方改革の政策立案時の課題や政策の意義について」というタイトルでお話しさせていただきます。令和4年度に行われました厚生労働科学研究班による「医師の勤務実態調査」のご紹介や、時間外労働の上限規制の議論などのご紹介を中心にお話できればと思っております。何卒よろしく申し上げます。

（スライド2）

かつて「24時間戦えますか」という、栄養ドリンクのコマーシャルがあったように、日本人の長時間労働は、国際的にも知られており、過労死という言葉が英語の辞書に掲載されたこと等も知られています。

（スライド3）

OECDのデータでG7諸国の年間労働時間の推移を見ていくと、全体としては低下傾向にあると言えます。ただ、日本では非正規の労働者が増えているために、この数字自体が実感と合っているかについては、留意が必要かと思えます。

（スライド4）

働き方改革の話は「2019年からの話」とご記憶の方もいらっしゃると思います。働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律は、平成30（2018）年に成立し、当時、「一億総活躍社会」や「働き方改革」が言われたというお話を記憶されている方もいらっしゃるかと思います。労働時間法制の見直しということで、残業時間の上限規制が制度化されたことや、年間5日間は有給休暇を取らなければいけなくなった点等、変化を感じた方も多かったのではないでしょ

うか。労働時間法制を見直し、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保、同一労働同一賃金といったことが制度改正の理念として示されておりました。

(スライド5)

法改正後、順次制度導入が図られましたが、時間外労働の上限規制については例外措置が設けられていました。特に医師等については、5年間の猶予期間がありました。医師が猶予対象となった背景には、「応召義務」すなわち「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」という医師法の定めがあり、これを、時間外労働の上限規制をどう整合性をとって進めてゆくかという課題があったからです。猶予期間の間、医療界の参加の下で検討の場を設け、規制の具体的な在り方等が議論されていったのです。

(スライド6)

医師の働き方改革は「労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する」、「全ての医療専門職が能力を生かして能動的に対応できるようにする」、それらを通じて「質や安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供する」ということを目指しています。

医師の時間外労働の上限規制と医師の健康確保のための運用については、2024年からの対応されるものが決められてきました。特に時間外労働の上限規制については水準が複数設けられた点に特徴があります。一般労働者同程度のA水準、地域医療を確保するためのB水準、重点的なトレーニングをする場合のC水準です。各水準で、どの程度の時間が上限となるのかは制度設計上の論点となりました。年間の時間外労働が960時間や1,860時間というのは当時の時間外労働の

実態を踏まえたものとして定められたものでした

(スライド7)

また、一律にその上限を設けるのか、段階を設けるのかとともに、時間の上限だけでよいのか、フォローアップや追加の対応も議論になりました。

(スライド8)

国の検討会の中で、時間外労働の上限時間の水準の議論をする際には、脳血管疾患の労災認定基準を考慮した水準が一つの参照点となりました。

またA水準では「地域医療を維持するためには、この水準では間に合わない場合どうするか」あるいは「若手医師が、あるいは新しく専門的な技能を身につけるためにトレーニングをする人たちにとっては、十分か」といった懸念への対応として、A水準とは別の上限水準も設定されました。

まずB水準ですが、国が出している医師需給の見込みをみても、2024年の段階では医師偏在解消の目標が2036年であり、2024年の段階では全医師がA水準では、どうしても間に合わないということになります。そこで、地域医療を確保するための暫定的で特別な水準として、やむを得ず、当時の調査の中で、「労働時間が長い方から一割」の水準を当面はめざそうということで、この水準が設定をされた経緯がございました。

また、C水準は、臨床研修医や専門研修医、医師免許を取得している医師専門の領域のトレーニングを行う、あるいは、すでに一定の経験を持ちながら新しい領域の専門性を身につけるといった人のためには、集中的な勤務を行う必要がある場合に必要水準ということで、このような水準が決まってゆきました。

(スライド 9, 10)

年間時間外労働の上限時間である 1,860 時間は当時の時間外労働の調査結果における上位約 1 割の水準として設定されたわけです。

(スライド 11)

ここで、医師の勤務実態調査についても簡単にご紹介したいと思います。これまで、厚生労働科学研究班が、平成 28 年度、令和元年度、令和 4 年度の 3 回、大規模調査を行っております。

(スライド 12)

こちらをご覧くださいますと、時間外労働が長い方から見ると、平成 28 年あるいは令和元年のところだと 960 時間超が 4 割でした。制度実施前の令和 4 年の段階では、2 割まで減ってきています。

(スライド 13)

全体では勤務時間の減少はあったのですが診療科別に見ると、まだまだ大きな差があります。特に緊急の対応が必要になることが多い診療科の時間外労働が長い傾向にあります。

(スライド 14)

また、大学病院では、診療時間が減少しているのですが、研究や教育の部分も大きく減少しており、その他・研鑽部分が増えている点も大きな関心が集まった部分でした。

(スライド 15)

医師の負担軽減のために、各医療機関が実施している内容にどのようなことがあるかを調査しているのがこちらです。緊急時以外の患者・家族への病状説明は診療時間内に限定することや、採血、静脈注射、留置針によるルート確保について

は、原則として医師以外が実施するといったことが調査対象となった医療機関の半数以上で実施されておりました。

(スライド 16, 17)

令和 4 年度調査の結果としては、勤務時間は減少傾向にあるものの診療科間の差は残っていること、診療時間も減少とともに研究や教育も減っていることが注目すべき結果でした。

今後の課題としては、「勤務時間とは何か、より明確にすること」また、「医療の質の維持」が大きな課題です。また、「診療時間が長いところに関してすぐに人を増やせないのであれば、どうやって生産性を向上させていくのか?」。また、日本の未来の医療を考えた時に、働き方改革が研究や教育へマイナスの影響を与えないようにすることも大きな課題だと考えています。

(スライド 18)

この他、最近の政策動向との関連について述べたいと思います。昨年の 12 月に「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が国から示されています。「どうやってインセンティブを付与していくのが良いか?」あるいは、「規制的な手法はどこまで入ってくるのか?」という点も大きな課題です。「診療報酬制度に関する対応」さらには、「制度導入後の勤務実態をどう把握するか?」も重要な課題となるでしょう。

(スライド 19)

まとめです。今、求められているのは、「医師の働き方改革」です。「医師の勤務時間短縮」はもちろん重要なテーマですが、勤務時間短縮だけが目的ではないということは改めて注意喚起したいと思います。真の意味での医師の働き方改革をどう進めていくのか。キーワードになるのが医療

の生産性の向上であり、タスクシフトやタスクシェアです。患者さん、医師も含めた意識改革が必要ではないかと考えています。無理に無理を重ねて維持をするシステムは決して持続可能性のあるものではありません。そんな中、どう持続可能な医療提供体制を構築してゆくかは今後の大きな課題となります。

パネルディスカッションの中でも議論になるかもしれませんが、医療経済学会では、医療関係者、経済学の関係者がさまざま議論を重ねられて

いると伺っています。「限りある医療資源をどう最適配分するか?」、「インセンティブの付与をどうしていくか?」、「生産性をどう考えるか?」、「他産業からの学びをどう医療に反映していくのか?」、「医療従事者の多様性もどう維持していくのか?」等、難しい課題も多いですが、医療経済学会の皆様方ともに考えてゆきたい課題ではないかと思っております。

御清聴ありがとうございました。

**医師の働き方改革の政策立案時の
課題や政策の意義について**

2025年9月6日(土)
医療経済学会 第20回研究大会 シンポジウム
医療者の労働市場を考えるー医師の働き方改革を中心にー

自治医科大学地域医療学センター
医療政策・管理学部門 小池創一

スライド1

24時間戦えますか

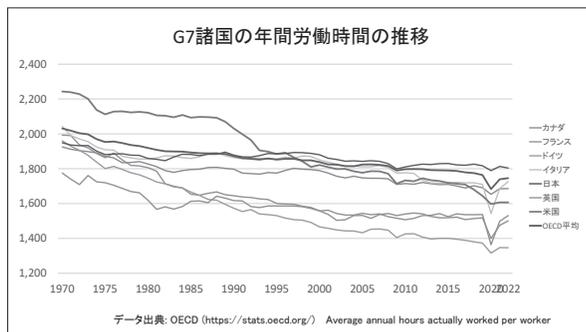
作詞:黒田秀樹 勇気のしるし〜レゲインのテーマ〜

**過労死(Karoshi)は、英語の辞書にも掲載
Karoshi,n.**

In Japan: death brought on by overwork or...

Oxford English Dictionary (OED)

スライド2



スライド3

一億総活躍社会と働き方改革

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律(平成30年法律第71号)」

1 労働時間法制の見直し

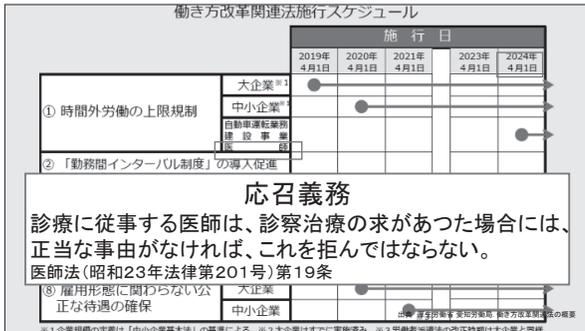
- ・残業時間の上限規制
- ・「勤務時間インターバル」制度の導入の促進
- ・1人1年あたり5日間の年次有給休暇の取得の企業への義務づけ
- ・月60時間を超える残業への割増賃金率の引上げ(25%→50%)
- ・労働時間の状況を客観的に把握するよう企業に義務づけ
- ・「フレックスタイム制」により働きやすくするため、制度を拡充
- ・「高度プロフェッショナル制度」の新設

2. 雇用形態に関わらない公正な待遇の確保

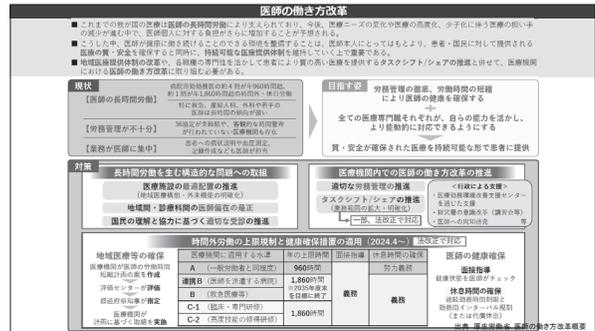
- ・同一企業内における正社員と非正規社員の間に不合理な待遇差の解消

厚生労働省/パンフレット 「働き方改革ー一億総活躍社会の実現に向けて」より抜粋一部改変
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322_00001.html

スライド4



スライド5



スライド6

**医師の時間外労働の上限規制
主な論点**

一律の上限を設けるのか？

上限の水準をどうするか？

上限水準を設けるだけで良いか？

スライド7

時間外労働の上限規制の構成

A水準
脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した水準

B水準
地域医療提供体制の確保の観点(①2024年時点ではまだ約1万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性)から、やむを得ず(A)水準を超えるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特別水準を設定。(2035年度末までに暫定水準は終了)

C水準
①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応えて一定期間集中的に知識・技能を身に付けられるようにすること、②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、が必要であり、集中的技能向上水準を設定。

C-1 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を取得する際に適用
C-2 臨床従事6年目以降の医師が、高度技能の育成が公益上必要な分野において特定の医療機関で診療に従事する際に適用

医師の働き方改革に関する検討会報告書(H31.3.28)

スライド8

なぜB・C水準が年間1860時間か？
医師の働き方改革に関する検討会における議論

- マクロの医師の需給推計で、労働時間を週60時間(年間時間外労働960時間相当)としても、医師需給の均衡は2028年頃(2024年段階では約1万人の需給ギャップ)
- 医師養成にかかる時間もあり、すべての医師がA水準に到達することをゴールにすることは現実的ではない
→ 別途の水準を経過的に設けざるを得ない。
- まずは上位約1割に該当する医師の労働時間を確実に短縮することを目指し、その後、A水準に向けて段階的に引き下げていくことに
- 当時の就業構造基本調査(平成29年)で、正規(年間就業日数200日以上)雇用者の週就業時間60時間(時間外労働月80時間に相当)以上の割合が約1割となっている点も参照

スライド9

なぜB・C水準が年間1860時間か？
医師の働き方改革に関する検討会における議論

集中的技能向上水準(C水準)

- 短期間で集中的に症例経験を積む必要がある医師が、やむを得ずA水準を守れない場合を対象
- 本来、それぞれの目的に応じて何時間であれば目的を達成できるかを考慮することが必要
- しかしながら、具体的なエビデンスが存在せず、技能の向上のための診療と日常診療は、概念的には区別できても、事実上連続しているものであり、実際に切り分けることが困難。
- 時間外労働の上限のうち高いもの(B水準)と同じ1860時間となった
- 米国卒業医学教育認定評議会(ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education)が設けているレジデントの労働時間制限(週80時間)が年1,920時間に相当する水準であることも参照

スライド10

「医師の勤務環境把握に関する研究」調査概要

1. 調査背景
令和4年度4月の医師に対する勤務環境把握に関する研究。医師の勤務環境やその分布等の把握は不明であることから、平成28年、令和元年度に実施した厚生労働科学研究費助成事業である「勤務環境に関する調査研究（研究発表・共有論文）」及び「勤務環境の把握に関する調査研究（研究発表・共有論文）」と併せて調査を行った。

2. 研究課題
研究課題は、「勤務環境把握に関する研究」
研究代表者：小川 朗一（自治医科大学地域医療センター 地域医療政策部門・教授）
研究助成者：松川 武（慶応義塾大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・主任教授）
松田 知雄（慶応義塾大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・教授）
藤村 次夫（東京医科大学 地域医療センター 所長）
片岡 仁美（岡山大学大学院 医療科学研究センター 教授）
志村 健治（千葉大学医学部附属病院 次世代医療研究センター・特任教授）
佐藤 信雄（岡山大学 医学部 存在学教授）
井出 博志（東京大学東洋文化学研究所 データヘルス研究ユニット・特任准教授）
樋田 基一郎（国立保健医療科学院 国際臨床研究部 上席主任研究員）

3. 調査期間
令和4年7月11日（月）～17日（日）

4. 調査対象
①調査対象 全国全ての病院と協賛が結ばれた診療科別（介護老人保健施設等）
②調査対象 全国全ての病院数の半数（4,087病院）を抽出し抽出した病院に勤務する医師、またそれ以外の医師機関（研究発表・共有論文）及び「勤務環境の把握に関する調査研究（研究発表・共有論文）」と併せて調査を行った。

5. 調査内容
時間・常勤勤務医の1週間の勤務時間、診療科別の勤務外・休日勤務時間等の調査を行った。

6. 調査結果
【調査対象】5,424病院（回収率28.6%）（R1調査）3,967病院 【診療科】19,879人（WEB回答者含む）（R1調査）20,382人
厚生労働省 第1回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料2

スライド 11

週労働時間区分と割合・病院・常勤勤務医

○ H2調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の勤務外・休日勤務時間を週労働時間区分と割合で集計した。
□ 時間外・休日勤務時間が年1,920時間を超える医師の割合がH2調査（19.7%）、R1調査（8.5%）、R4調査（3.6%）と減少している。

※ H2調査の診療科別データは常勤勤務医であり、勤務先を特定しない。
※ 労働時間区分は、勤務先の勤務時間を、勤務先を特定しない。
※ 調査対象は、調査対象の勤務先を、調査対象の勤務先を特定しない。
※ R1調査は、R4調査と併せて調査を行った。H2調査は、R1調査と併せて調査を行った。
※ R4調査は、R1調査と併せて調査を行った。H2調査は、R1調査と併せて調査を行った。
※ R4調査は、R1調査と併せて調査を行った。H2調査は、R1調査と併せて調査を行った。

スライド 12

診療科別の勤務外・休日勤務時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H2調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の勤務外・休日勤務時間が年1,860時間を超える医師の割合を診療科別に集計した。
□ 時間外・休日勤務時間が年1,860時間を超える医師の割合が、診療科別では内科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

※ H2調査の診療科別データは常勤勤務医であり、勤務先を特定しない。
※ 労働時間区分は、勤務先の勤務時間を、勤務先を特定しない。
※ 調査対象は、調査対象の勤務先を、調査対象の勤務先を特定しない。
※ R1調査は、R4調査と併せて調査を行った。H2調査は、R1調査と併せて調査を行った。
※ R4調査は、R1調査と併せて調査を行った。H2調査は、R1調査と併せて調査を行った。

スライド 13

大学病院・常勤勤務医師の大学病院での週当たり勤務時間 令和4年度調査と元年度調査との比較

診療外業務については複数の業務に従事している場合があり合計が一致しない
令和0年度 厚生労働科学研究費助成事業「医師の勤務環境把握に関する研究」

スライド 14

医師の負担軽減のために実施していること

順位	医師の負担軽減のための施策	割合	順位	医師の負担軽減のための施策	割合
1	患者・家族への病状説明を診療時間外に実施（緊急時を除く）	55.7%	14	審判部による審判に取組むためのノウハウを学ぶ、地方自治体の関係機関（警察・消防）との連携強化（夜間・休日救急対応）	15.6%
2	採血、静脈注射及び管理科によるルート確保について、原則として医師以外が実施していること（新生児を除く）	54.0%	15	医師業務作業補助者の確保への配慮	14.4%
3	医師が出席する会議の所要時間内での開催（開始時刻の前倒し等）	48.3%	16	複数主治医制の導入	13.8%
4	医師業務の整理（特定行為研修終了者である研修医を教員としての分担）	30.8%	17	緊急外来において、医師が予め患者の顔面を非着用、事前の指示・事前の取組むためのノウハウを学ぶ、看護部による血液検査オーダー入力・採血・検査の実施	13.3%
5	医師業務作業補助者の外来への配慮	29.4%	18	複数主治医制の導入	13.8%
6	時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しないよう体制の整備	27.5%	19	緊急外来において、医師が予め患者の顔面を非着用、事前の指示・事前の取組むためのノウハウを学ぶ、看護部による血液検査オーダー入力・採血・検査の実施	13.3%
7	審判部による患者の病状説明（緊急時を除く）の患者の満足度、副作用に関する情報収集と医師への情報提供	23.5%	20	医師業務作業補助者の確保	10.6%
8	院内保育所の設置	23.4%	21	勤務時間インターバルの導入	9.3%
9	医師が出席する会議の開催回数削減	19.8%	22	時間外・休日・深夜における手前・1000点以上の処置の実施に係る医師（患者・家族・助手）の手当支給	7.2%
10	ICTを用いた業務の効率化・省力化	19.7%	23	院内業務の効率化と分担	6.8%
11	夜間診療連携のための委員会への参加（1回の開催回数削減）	17.9%	24	院内業務又は診療科外への搬送	5.4%
12	当直業務の業務内容の削減（当直翌日の日を含む）	17.5%			
13	矯正実施に関する患者への説明・啓蒙	17.2%			

令和4年度 厚生労働科学研究費助成事業「医師の勤務環境把握に関する研究」より

スライド 15

令和4年度調査から明らかになったこと

1. 医師の時間外労働の上限規制導入前の段階でも、医師の勤務時間は減少傾向にある。
2. 患者の急変、長時間の手術が必要な診療科等を中心に、診療科間に勤務時間には大きな差が生じている。
3. 勤務時間の内訳を、診療、教育、研究別にみると、診療時間とともに、研究・教育時間も減少している。

スライド 16

令和4年調査から明らかになった課題

1. 医師の時間外労働の上限規制導入前の段階でも、医師の勤務時間は減少傾向にある。
勤務時間が減少したのか？定義が明確になったことの影響は？
医療の質は維持されているのか？
2. 患者の急変、長時間の手術が必要な診療科等を中心に、診療科間に勤務時間には大きな差が生じている。
医師の診療科偏在への対応？
生産性の向上(医療DX、タスクシフト・タスクシェア)
3. 勤務時間の内訳を、診療、教育、研究別にみると、診療時間とともに、研究・教育時間も減少している。
日本の医療の未来はどうなってゆくのか

スライド 17

最近の政策動向・今後の課題

- ・医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ
- ・診療報酬制度による対応
- ・労働時間の範囲・定義
- ・制度導入後の医師の勤務実態の把握

スライド 18

おわりに

- ・真の意味での医師の働き方改革にむけて
 - 医療の生産性向上、タスクシフト・タスクシェア
 - 医師も患者さんも変わることが必要
- ・医療提供体制の維持
 - 冷静に未来を見据え、対応を考えることの重要性
 - 無理に無理を重ねて維持するシステムは持続可能ではない
- ・関連学会(医療経済学会、日本医療・病院管理学会、日本医療政策学会)間の一層の連携強化
 - 限りある医療資源の最適配分、インセンティブ、労働生産性、他産業からの学び、医療従事者の多様性

スライド 19

2. 「大学病院・地域医療への影響とその対応」

吉村 健佑 先生

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 特任教授

(スライド1, 2)

私は、小池先生に続きまして、実際に制度を適用して、大学病院や地域医療にどのような大きな影響が出たかをご紹介しますと考えております。

さて、政策的に「医師の働き方改革」「医師偏在対策」「地域医療構想」の3つを「三位一体改革」と当時の厚生労働省は呼んでおりました。けれども、2番にあたる医師偏在対策や3番にあたる地域医療構想の前に、罰則付きの医師の働き方改革が到来してしまったことが言うなれば悲劇でした。2番にあたる潤沢な診療科と地域偏在の対策が仮に行われていた、もしくは3番にあたる病院の再編などが行われた上で、医師の労働時間の上限規制をするなら良かったように思います。要は2番、3番の対応が間に合わなかったことが、政策的観点に照らして問題があると認識しております。

(スライド3, 4)

そして、実際に影響を受けるのは、雇用されている医師全員となりますので、一般病院いわゆる市中病院で14万人、そして、大学病院に6万人もおります。大学病院だけ見ると人数が限られているため、一見すると影響は大きくないように受け取られるかもしれませんが、実際にはその影響範囲は非常に大きいものと考えます。

実際にB・C水準（特定労務管理対象機関：医師をやむを得ず年間960時間を超える時間外・休日労働に従事させる必要がある医療機関）に手上げをした病院がどれぐらいあるかを見ると、千葉県には全体で290の病院がありますが、実

1割にとどまりました。つまり、残りの9割は本当にA水準960時間で診療を回せるのかと心配をするほど少ない状況に感じました。要因としてB・C水準に手上げをした時の管理コスト、事務負担が大きく、おそらく、病院としてはA水準にとどまらざるを得ない状況と考えます。

(スライド5)

B・C水準の申請理由について千葉市内の病院を順番に見ますと、多くは救急医療を維持するため、そして、周産期医療や小児医療を維持するためとしています。つまり、これから長い時間をかけて、これらの労働時間が短縮され、救急医療や小児周産期医療に影響が出るということです。

(スライド6)

もう既に2024年4月を過ぎており、「別に医療崩壊していないではないか」と、思う方もいるかもしれません。実はこの制度は、今10年間の最初の2年に過ぎません。「なぜ10年間か」と言いますと、先ほど小池先生がおっしゃった通り、B水準についての特例的な措置が後8年で失効します。厚生労働省は診療報酬で既に年1,860時間ではなく、そこから段階的な短縮を行っています。例えば、今年度であれば、1年1,710時間以下の労働に管理していなければ、「地域医療体制確保加算」が算定できないとしております。いわゆる、労働関係法令ではなくて診療報酬で既にキャップをはめています。それが毎年ちょうど5%ずつ減るのです。そうすると、8年経過すると、すべてのB水準がA水準960時

間になる計算で整備されています。そのため各病院はまるで、チキンレースのように先行きの不確実性を踏まえつつ、診療体制をどの水準まで維持できるのかを慎重に見極めながら、勤務時間の短縮を行っていく必要がある状況です。

(スライド7)

実際に、これはモニタリングをしていく必要があるだろうと思います。例えば、小児周産期医療であると、千葉県内の周産期母子医療センターについて、こちらに提示されている病院が「1,500グラム未満の新生児」という非常にクリティカルなケースをどれくらい診ることができるのか、実際の診療への影響について政策的にも評価をしていく必要があると思います。

(スライド8)

こちら今後、少々ディストピア的な予測シナリオを考えました。左側の市中急性期病院を御覧ください。2024年の青い蛍光箇所は、既に千葉県内で現象として観察されています。大学医局が地域病院から非常勤医師を引き上げる、ないしは、勤務条件の良い非常勤先にしか医師を出さない、または宿日直という許可を取っている病院にしか医師を派遣(配置)しない、いわゆる、勤務時間が主たる勤務先である大学病院の時間を取られてしまうので、取られないような病院にしか医師を出さないこととなり、そして、実際にその病院で救急患者受け入れ要請があった場合、医師の労働時間になってしまいますから、できるだけ取らないようにするという事態が起りかねません。これにより二次救急が逼迫します。そして、三次救急に実際の患者さんがなだれを打って入ってくることによって、地域によっては三次救急医療機関が労働時間の年1,860時間を超えて勤務しなくてはならない状況がでかねません。さらには、例

えば、このような状況に現場が労働時間として申告しない現象が続くと、例えば若手医師から業務負担の厳しさについて声が上がりがちとなり、労働基準監督署に電話があるかもしれない。そのようなケースが複数例あると、労基が立ち入り検査を行ない、場合によっては病院長・理事長が書類送検などから、刑事罰を問われるかもしれません。最悪のケースでは、厚労省の医道審議会にかけられ、病院長の医師免許停止などが起り、そのニュースが走ると、おそらく日本中に激震が走るだろうと思います。

来年度以降は、例えば、中堅若手から労働時間がちゃんと算定、残業時間が支払われない病院には、当然長くは居られないので、早期の開業を希望する、または、保険外の診療ないしは勤務体系に移っていく可能性も出ます。今、美容やアンチエイジング医療などでそのような事態が問題視されていますが、これが加速する可能性が高まります。患者さんは最終的に行き先がなくなるのが非常に悪い予測シナリオとなります。どこでどのようにして、この流れを止めていくかが重要です。

(スライド9, 10, 11)

実際の医者の方の兼業の様子を見ていくと、病院全体で実に6割、大学病院の医師の6割は2箇所以上でバイトをしています。場合によっては、3箇所、4箇所までバイトしており、これらの勤務先も全て合算しますから、それを管理する大学病院の事務手続きは非常に大変です。私も大学病院で産業医を長く経験しており、労働時間が長い医師を呼んで面談をしていきます。これを「追加的健康確保措置」と言います。例えば千葉大には非常勤を入れて1,000人の医者がいますけれど、そのうち100人を超える医師を毎月面談する現状が続きました。今は少し減ってきましたが、その方々に30分程度の産業医面談ないしは、産業

医だけで手に負えないので「面接指導実施医師」に協力してもらい、労働時間を短縮する方策と一緒に考えることをしております。このような面談や、前後の事務手続きで非常に事務の労働時間が伸びます。このような面接指導実施医師を、日本中で産業医が足りないため大学病院では各診療科から出していただき支援を得ている状況となります。現在 20 人程の医師が支援してくれております。

(スライド 12)

医師の働き方改革は徐々にさらに厳しい状況となりますが、ICT や DX など技術的対応でうまく行かだろとの楽観的な見方もあります。これは非常に嬉しい声なのですが、私はおそらく効果は限定的ではないかと考えられます。日本の法令上、例えば、AI の実装 1 つ取ってもさまざまな合意形成が先になります。一方で、制度や合意形成を複数組み合わせることで突破していくしか方法はないだろうと思います。高度な医療機関を今からでもいいので、徹底した集約を行ない、医師を集め、大学病院は今からでもいいので、給与処遇改善をすること、そして、メディカルスタッフへ大胆な権限・財源・人事権を移譲することが重要です。日本だと診療報酬の中では、やはり、医師の指示・医師が行わなければ報酬が発生しない項目がおおくありますが、これには限界があります。同時に、メディカルスタッフ自身も自ら責任を取ると、場合によって患者さんからの訴訟を受ける覚悟を要します。権限と財源が両方移譲される必要があると思います。さらに、医療機関の長距離の移動を患者さんや住民の方に丁寧に説明してご納得いただく必要があり、この合意形成に踏み込む必要があるだろうと考えます。

(スライド 13)

また、規制改革推進会議より、宿直義務規制の緩和条件などが提案されております。具体的には複数の病院を 1 人の医師が掛け持ちすることも可能とするもので、つまりは、宿直を行う際、夜間のあんまり大きな変動のないところについては、生身の医師を配置しなくてもよい流れになりつつあります。これらも加速せざるを得ない状況と思います。

(スライド 14, 15, 16, 17)

このような状況下で、無理に勤務時間の短縮をすすめると例えば経営難に陥る可能性もできます。昨年 12 月に発表された患者調査について、入院患者さんが減少し、コロナ後は病院に患者が戻ってこないといった「入院離れ」が起こっており、結果、全国の病院の空床が増えて経営が悪化しているのが現状です。そして、それを厚労省も示しておりますが、療養病床に比して、一般病床や高度急性期病床の方が、利益率が低いこともあり、経営上難しい状況にあります。経営条件が悪化する中で、労働のタスクシフトをすると、病院の経営を変革する余力がなくなっている状況となります。大学病院の話は後述しますが、収支見込について千葉大は国立大学の下位に位置付けられており。だいたい 20~30 億の赤字となっております。これについては、一生懸命に稼働率 92-95% に上げても、まだ 20 億の赤字で、現在、ほぼ従来の診療報酬・役割分担では対応が困難な状況にあります。

(スライド 18)

このような状況は、コロナ禍以降初めての事態であり、大学病院の内部でも病院存続に関わる「緊急会議」が開催されました。現状のままでは診療体制の維持が難しいとの認識から、関係者に

対して状況の共有を行い、あわせて、コストカットなどの対策に取り組んでいるところです。

(スライド 19, 20)

少し状況を俯瞰しますと、長年にわたる国立大学・大学病院への運営費交付金の減少、そしてさらには診療に関する経費（医療費）が高いこと。つまり、いろいろな材料について消費税を支払って買うことで行えている高度・専門医療に対して、診療については消費税が「非課税」であることから、患者からとることができません。その分を病院が吸収しなくてはならない状況にあります。簡素なクリニックや療養病棟に比して大きな影響が出ます。このような機器についての打撃が大学を直撃している状況です。

(スライド 21)

さらに、皮肉なことに、大学病院は若い医師の給料が非常に低い現状があります。こちらのスライドは全国医学部長病院長会議（AJMC）が算出した資料ですが、右下に記載のとおり、医員は年間 300～500 万、実態は 1 日 14,000 円の非常勤勤務で大学病院に雇用をされており、年間 280 万円となります。また、看護師は原則常勤で無期雇用です。そのような条件でないと、リクルートが困難な実状から、このように恵まれた雇用条件としておりますが、年間の看護師の雇用コストは社会保険を入れて病院側には 600～700 万の負担が必要となります。もし、医師から看護師に業務を移転（タスクシフト）すると、人件費が倍になるという非常に皮肉な状況が生まれてしまう。これが構造的な問題と相まって働き方改革を遅らせていると考えられます。

(スライド 22, 23, 24)

また、先ほど、小池先生がボディーブローと

おっしゃっていた研究力の低下に繋がります。日本の医学研究力が下がっており、Lancet や Nature でも日本の研究者によって警鐘が鳴らされています。2023 年の段階で、既に、研究力の低下について警鐘がならされる中、先ほど、小池先生のデータにあった通り、教育や研究の時間中からさらに削られる可能性があります。

(スライド 25, 26, 27)

つまり、診療時間を削ってしまうと、大学病院の診療報酬が減りますので、診療報酬が減らないように「教育」や「研究」の時間を削ることとなり、ある意味大学自身による価値の否定なのですが、そうせざるを得ない状況です。このような研究を支援するための、事業、部署の存在意義も問われます。例え国立大学でも、研究支援の部署としての臨床研究センターなどですが、例えば臨床研究中核病院であれば整備できるものの、そうでない病院はどうするかなど問題となります。私立大学に至っては、慶応義塾大学や順天堂大学は臨床研究中核病院として研究支援体制を持っておりますけれど、そうでない病院はおそらく臨床医学研究が継続できなくなるなど、白黒がはっきり付くような世界になる可能性があります。

(スライド 28)

医学研究力低下の構造ですが、国立大学の法人化や大学全体への運営費交付金の減額されたことにより、大学病院が独自で収入を確保をする必要があり、診療時間が増大しました。さらに、ここに働き方改革がマイナスとしてのし掛かってきて、加えて医療安全をふくめた法令順守（コンプライアンス）を重視した結果、研究力の低下と診療の停止が起こる可能性が高いと考えます。公費により大学病院での教育・研究の費用を負担する仕組みが期待されます。

(スライド 29)

このあたりを、現在、私も委員として参画しております厚生労働省医政局「特定機能病院のあり方検討会」にて、様々な角度からデータをみて相談・検討をしております。

(スライド 30)

その中間取りまとめの結果がこちらです。厚労省医政局としては研究や教育に対して直接予算措置をすることが難しいため、なんとか別のアプローチで予算を付けることができないかという考え方から、地域への医師の配置に対して予算を付ける方向になりました。これはある意味で、大学病院に対する「救いの手」が差し伸べられた状況です。これから先は、大学病院では医局の個別の取り組みではなく、病院全体として戦略的に専攻医を集め、専門研修プログラムを運営し、医師の配置機能を上げることで経営が安定していくのではないかと期待されます。

(スライド 31, 32)

現状の確認も重要です。例えば千葉大学は、このような派遣人数の調査がされ、私立大学であっても常勤・非常勤など様々に地域病院に対する医師の配置を行って、地域医療全体の下支えをしていることを評価しようとしています。

(スライド 33)

大学病院から常勤医師の配置も数値化され、これは文科省と厚労省が合同で把握しております

が、各大学病院がおそらく医師を集めて配置するという機能を見える化し、強化していく流れになっていくことが予想されます。

(スライド 34)

そのような流れの中、本務たる大学病院の診療の質や医療提供体制が維持できるかを今後モニタリングしていく必要があるのではないかと考えます。

(スライド 35)

私が、今後に向けて提案したいことは2つです。1つは市町村などの基礎自治体がこのような状況を把握し、可能な範囲で介入していくこと、もう1つが、例えば、地域医療連携推進法人のようなアライアンスを作り、大学病院もそのメンバーとして、役割を果たし、大学病院と地域の病院がより一体化して勤務時間の均てん化を行っていくことを考えております。

(スライド 36)

生産年齢人口が減ることは影響としては甚大であり、さらに個々の勤務時間が短縮されていく中、診療、教育、研究、そして病院経営も維持しなければならぬ状況となります。対応としては、生産性の高い人材を集め、育てて乗り切りたいところですが、問題はそのスピードが速く、果たして間に合うかです。本日のディスカッションの中でもその点を含め、経済学の先生方からもご助言をいただければと考えております。

2025年9月6日 12:50-14:50
医療経済学会第20回研究大会シンポジウム
@慶應義塾大学

医療者の労働市場を考える-医師の働き方改革を中心に-
大学病院・地域医療への影響とその対応

吉村健佑 MD/MPH/PhD
労働衛生コンサルタント・精神保健指定医・社会医学系指導医

千葉大学病院 次世代医療構想センター
千葉県医療整備課 医師確保 地域医療推進室

- ・市原市 医療政策参与
- ・獨協医科大学 特任教授・自治医科大学 客員教授
- ・一般社団法人 地域特任医師等キャリアデザイン機構 (CORD) 理事
- ・日本医療政策学会 理事

CHIBA UNIVERSITY 次世代医療構想センター
Center for Next Generation of Community Health

スライド 1

三位一体改革とトリ・ムラ・ムダ

医師の働き方改革 (2024年4月-2036年3月) → **ムリのない医療** 罰則あり

医師偏在対策 (2036年まで) → **ムラのない医療** 政治課題

地域医療構想 (2025年まで) → **ムダのない医療** 共倒れ防止 十分な提供

政策の順番が良くなかった??

スライド 2

医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく医師の分類 (イメージ)

○ 医師・歯科医師・薬剤師調査 (医師法第6条第3項の規定に基づく届出による調査) に基づく医師の分類とその割合は以下のとおりになる。
○ なお、青色部分は、一般的に労働者に該当し得ると考えられるものである。

診療所	病院 (大学病院等除く)	大学病院等	診療所 其他
開設者又は法人の代表 71,888人 (22.5%)	開設者又は法人の代表 5,149人 (1.6%)	臨床系の 教員又は教員 28,318人 (8.9%)	臨床系以外の 勤務者 7,727人 (2.4%)
勤務者 141,966人 (44.4%)	勤務者 26,869人 (8.4%)	勤務者 3,631人 (1.1%)	左記以外の 者 2,972人 (9.4%)
勤務者 30,569人 (9.6%)	勤務者 3,631人 (1.1%)		

青色部分の合計 242,053人

※ 平成28年12月31日時点 (医師総数319,480人)

勤務医14万・大学病院6万

スライド 3

千葉県のB・C水準医療機関 28医療機関

2次医療圏	病院名称	B・C水準 (特定労務管理対象機関)
1	千葉市立海浜病院	B
2	千葉市立中央病院	B
3	千葉市立中央病院 千葉市立中央病院センター	B
4	千葉大学医学部附属病院	B/連携B
5	社会医療法人社団健脳会 千葉脳神経外科病院	B
6	医療法人社団創生会 みつづ総合病院	B/C
7	千葉市立青葉病院	B
8	東京女子医科大学附属八千代医療センター	B/連携B
9	学校法人順天堂 順天堂大学医学部附属 浦安病院	B/C
10	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター	B/C
11	東京医科大学市川総合病院	B/C
12	社会医療法人社団健脳会 芝山野第一病院	B
13	社会医療法人社団健脳会 セコムメディック病院	C
14	医療法人社団健脳会 セコムメディック病院	B/C
15	医療法人社団健脳会 千葉東部病院	B/C
16	東京慈恵会医科大学附属病院	連携C
17	松戸市立総合医療センター	B
18	医療法人社団健脳会 千葉西総合病院	B/C
19	医療法人社団健脳会 船橋東病院	B/C
20	日本医科大学千葉北総病院	B/連携C
21	東邦大学医療センター 佐倉病院	B
22	日本赤十字社 成田赤十字病院	B/C
23	医療法人社団 高松監理総合病院	B
24	香取病院 総合病院保原中央病院	B/C
25	山武長生病院	B
26	医療法人社団 船橋東中央病院	B
27	千葉看護学院センター	B
28	帝京大学ちば総合医療センター	連携B

スライド 4

千葉県のB群・C群医療機関 28医療機関

千葉医療圏7病院
救急医療により「B水準」、研修により「C水準」

1	千葉大学医学部附属病院	千葉市	特定地域医療提供機関(B)	救急医療
2	千葉県総合救急災害医療センター	千葉市	連携型特定地域医療提供機関(連携)B	医師派遣
3	千葉県こども病院	千葉市	特定地域医療提供機関(B)	救急医療
4	千葉市立青葉病院	千葉市	特定地域医療提供機関(B)	地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療
5	千葉市立海浜病院	千葉市	特定地域医療提供機関(B)	救急医療
6	社会医療法人社団健脳会 千葉脳神経外科病院	千葉市	特定地域医療提供機関(B)	救急医療
7	医療法人社団創生会 みつづ総合病院	千葉市	特定地域医療提供機関(B)	救急医療

技能向上集中研修機関(C) 専門研修

医師派遣・専門研修/救急医療・新生児医療のモニタリング

スライド 5

地域医療体制確保加算

救急等を担う医療機関に対して入院初日に加算
2024年度から時間外労働時間の段階的な短縮が要件化

都道府県別 地域医療体制確保加算(2022年度)

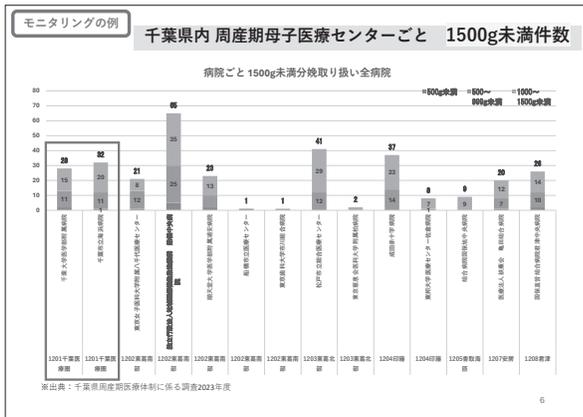
2022年度 全国
年間約34億円
6200円・算定55万回

千葉県別 地域医療体制確保加算(2022年度)

2022年度 千葉県
年間約1.8億円
(6200円・算定3.0万回)

現実には1860時間ではない・・・
2024年度: 1785時間以下 (月14.9時間) 96%
2025年度: 1710時間以下 (月14.3時間) 92%

スライド 6



スライド 7

働き方改革後の「まずい」予測シナリオ 吉村まどめ

市中急性期病院

【2024年度】

- 非常勤医師の引き上げ・条件の見直し
- 「宿直」を理由とした2次救急受け入れ拒否事例多発
- ⇒3次医療機関に患者が流れる
- 3次医療機関の労働時間延長、診療能力低下

【2025年度～】主に3次医療機関

- 若手中堅医師からの告発⇒労基立ち入り
- 病院長・理事長の書類送検⇒医道審議会

【2026年度～】

- 全国で労働時間管理のさらなる厳格化
- ⇒若手・中堅医師の開業・保険診療外への流出が加速

【それ以降】

- 急性期病院の診療能力の急激な低下
- 遠方搬送の恒常化
- 患者への診療が行き届かない？

大学病院

【2024年度】

- 勤務時間の厳格管理・人員増
- 「追加的健康確保措置」の導入・事務作業大増
- 研究・教育時間を「自己研鑽」と整理
- 地域から非常勤医師の引き上げ・宿直直での収入減

【2025年度】3次医療機関として

- 若手中堅医師からの告発
- ⇒労基立ち入り

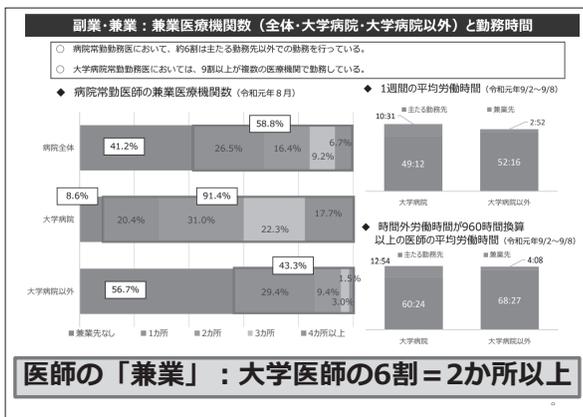
【2026年度】

- 全国で時間管理のさらなる厳格化
- ⇒市中病院への就職が加速

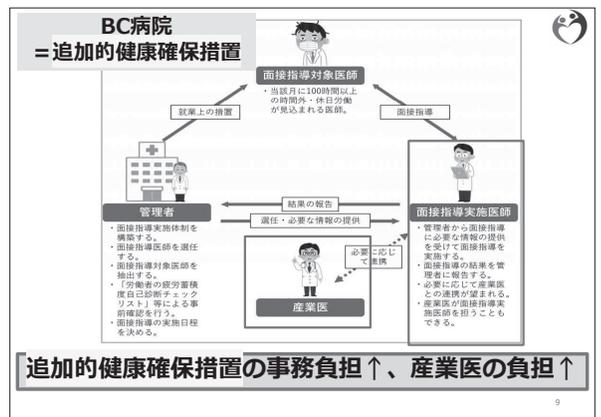
【それ以降】

- 大学病院自体の市中病院化
- 日本の医学研究・教育機能の低下？

スライド 8



スライド 9



スライド 10

医師の働き方改革 面接指導実施医師養成ナビ

修了証書

氏名 吉村 祐佑
医療登録番号 [REDACTED]
生年月日 [REDACTED]

あなたは長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修を修了したことを証します

修了年月日 2023/02/28

厚生労働省 医政局長

医師は自分でもやってみよう＝管理者側に喜ばれます

スライド 11

医師の働き方改革後への対応 吉村まどめ

技術的対応

医師の診療負担を下げたい

- 勤怠管理システムの導入
→ 医師の負担少ない形
- 医療機関間の情報共有
→ 全国医療情報PF
→ 紹介・逆紹介の徹底
- 生成AIの活用
→ 保険診療：
カルテ・サマリー・症状詳記の記載
→ 各種必要書類の作成補助

効果は限定的

制度・合意形成

- 高度医療の徹底集約
→ オンラインによる地域医療支援
- 大学病院医師の給与・処遇改善
→ 地域派遣・研究教育機能の維持
→ 財源の確保・付け替え
- メディカルスタッフへ
権限財源移譲
→ 特定研修修了看護師・薬剤師など
→ リフィル処方・D to N to P拡充
- 医療機関への移動を容認
→ かかりつけ医制度による交通整理
→ 高度医療機関の機能を守る

制度設計・合意形成に踏み込むことが必須

スライド 12

令和7年5月28日
規制改革推進会議

○地域の病院機能の維持に資する医師の宿直体制の見直し

- 地域の実情に応じて必要な病院機能を維持するため、①宿直の例外規定にオンラインによる対応が含まれる旨明確化、②複数病院の宿直を連携かつ兼務可能とすることを検討（※厚労省通知の見直し）【7年措置、7年上期検討開始等】

○在宅医療における円滑な薬物治療の提供

- 24時間対応可能な薬局がない地域（全国の市町村のうち約15%）で、患者の急な応対に不利。訪問看護師が適切な薬剤を提供できるよう、厚労省通知を改正し、訪問看護ステーションに配置できる医薬品（例：点滴の輸液）の拡充を検討【7年措置等】

宿直義務規制の緩和条件↓↓
①入院患者の特性等により宿直医師が常に対応を求められる状況にはない

②集中治療や手術等が必要になった場合の緊急時対応について、高度救急医療機関との協体制が確保されている

③宿直医師確保のために診療体制を縮小するなどの影響が出ている

複数の医療機関を掛け持ち可能に？

スライド 13

急性期・総合病院経営の悪化

スライド 14

2024年12月20日発表
入院受療率：高齢者も低下
外来受療率：横ばい

厚生労働省 Press Release

令和6年（2024）患者受療の概要を公表します

図2 年齢階級別にみた推計患者数の年次推移

想像以上の速度で「病院 入院離れ」が全国の病院経営が悪化

スライド 15

病院の経営状況について

一般病院において、医療・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医療利益率は低下している。

一般病院の費用構成

- 経費: 6%
- 固定資産減価償却: 6%
- 委託費: 8%
- 診療材料費・診療科医科用医薬品: 10%
- 固定負債利息: 1%
- 医薬品: 13%
- 給与費: 57%

病床利用率の推移

療養病床

一般病床

病院の医療利益率の推移

一般病院

療養型病院

精神科病院

2017-2021年：病床利用↓ 医療利益率↓

スライド 16

国立大学病院協会 会長資料

◆（一社）国立大学病院長会議 2024年10月
2024年度収支 42大学中32大学が赤字

令和6年度の収支見込

【収支見込 収支別】

- 物価・エネルギー・経費増大の影響、最大の医療や介護報酬決定で増入は行方不明を上回る人件費増大による人件費増大の影響が顕著。27%増大の増大。増大
- 病院全体でマイナス235億円の見込見込（年度当初はマイナス258億円）【33病院が収支マイナスの見込み（計▲260億円）】

スライド 17

2024年8月7日
千葉大病院：存続に関する「緊急会議」開催

CHIBA UNIVERSITY

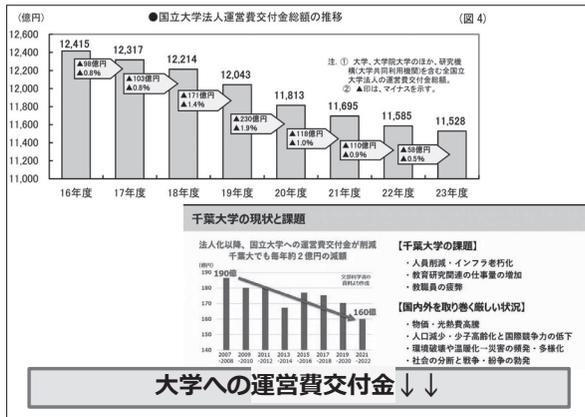
病院長自ら病院の経営状況を報告

教職員から今後の取組みについて意見多数

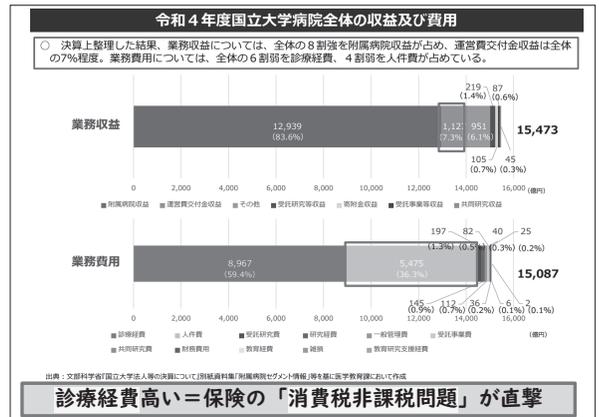
教職員全体に現状・対策・最優先課題を共有

人件費削減・現場の負荷↑

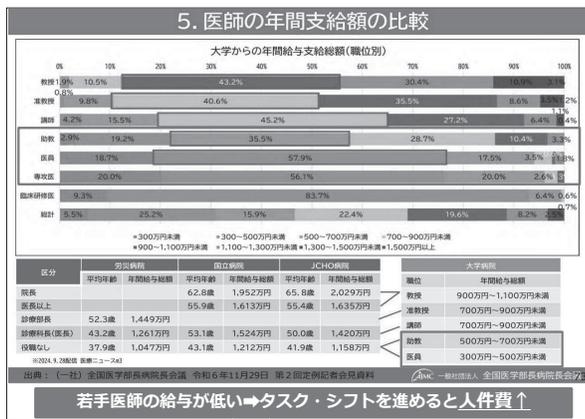
スライド 18



スライド 19



スライド 20



スライド 21



スライド 22

THE LANCET

This Journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

CORRESPONDENCE | VOLUME 40, ISSUE 10493, P1230-1240, OCTOBER 07, 2023

Download Full Issue

Decline in Japan's research capabilities: challenges in the medical field

Shotaro Kinoshita • Takahiro Kishimoto, Et al.

nature

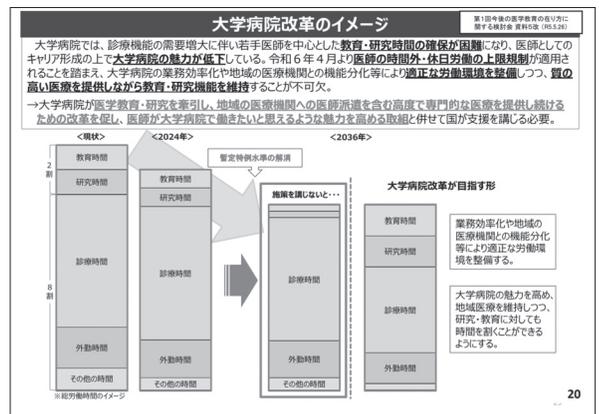
Explore content About the journal Publish with us Subscribe

Japanese research is no longer world class - here's why

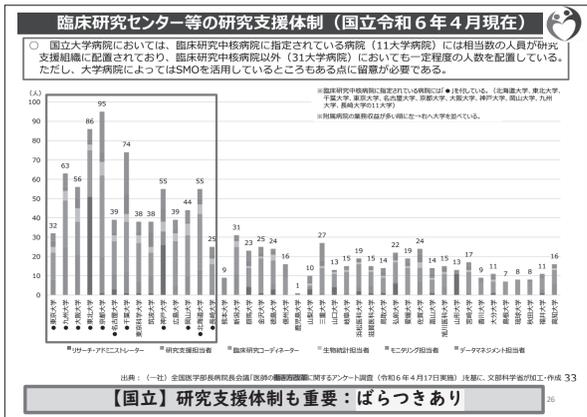
Despite a strong workforce, Japan's research continues to slide down the indicators of quality.

2023年の時点で日本の医学研究成果↓↓

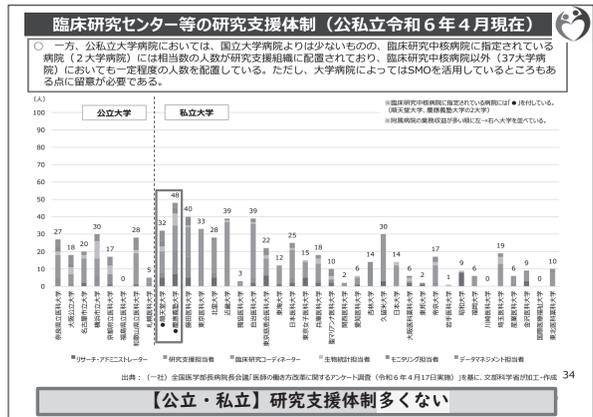
スライド 23



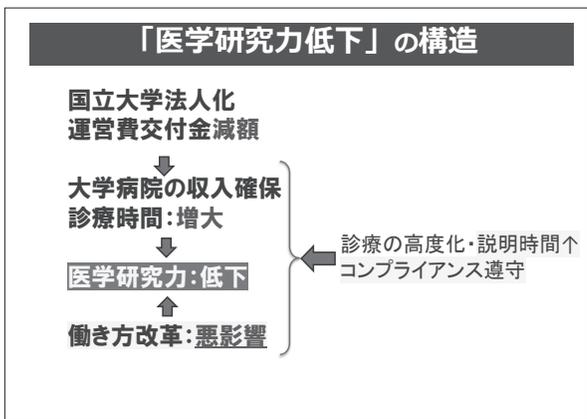
スライド 24



スライド 25



スライド 26



スライド 27

厚生労働省

特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会

2024年7月から：「特定機能病院」= 医師育成・配置機能

厚労省公表資料+県有資料より

病院名	開設日	診療科目	病床数	医師数	施設長
〇〇病院	2024年7月1日	1. 特定機能病院 2. 地域医療支援病院	〇〇	〇〇	〇〇

スライド 28

2025年度以降の特定機能病院とは？

医療提供、教育、研究、医師派遣、医療安全の分野ごとの基礎的基準については、例えば、以下のような項目を設定することが考えられるのではないかと。

基準	項目（案）
医療提供	紹介率、逆紹介率、基本診療科の幅広い設置、専門医配置、高難度新規医療技術への対応、先進医療又は難病医療等の実施等。
教育	いわゆる Student Doctor の育成、研修医数 [※] 、専攻医数 [※] 、幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること、地域の医療機関への学習機会の提供 [※] 等、看護師・薬剤師その他専門職の実習受け入れ・育成 [※]
研究	査読付き英語論文 [※] （Case Report や Letter については、本数制限や割引等を行う）、IRB 設置、COI 管理、研究支援組織設置等
医師派遣	地域に一定の医師派遣を行っていること [※]
医療安全	引き続き検討

（注1）太字下線が新設。

**専攻医数↑・専門研修プログラム運営・医師派遣配置
査読付き英語論文**

スライド 29

地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献①

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣しており、地域医療提供体制の維持に貢献している。

① 北海道大学 (1,251人) ⑩ 滋賀医科大学 (593人)
 ② 北海道厚別大学 (615人) ⑪ 聖隷医科大学 (2,274人)
 ③ 弘前大学 (507人) ⑫ 大阪大学 (3,671人)
 ④ 東北大学 (1,82人) ⑬ 神戸大学 (1,550人)
 ⑤ 新潟大学 (2,34人) ⑭ 高松大学 (2,57人)
 ⑥ 山梨大学 (466人) ⑮ 鳥取大学 (456人)
 ⑦ 筑波大学 (1,426人) ⑯ 岡山大学 (2,531人)
 ⑧ 千葉大学 (656人) ⑰ 広島大学 (2,085人)
 ⑨ 千代田大学 (655人) ⑱ 山口大学 (855人)

⑲ 東京大学 (1,087人) ⑳ 徳島大学 (692人)
 ㉑ 東京医科歯科大学 (1,767人) ㉒ 富山大学 (227人)
 ㉓ 新潟大学 (1,094人) ㉔ 富山大学 (835人)
 ㉕ 山梨大学 (254人) ㉖ 高知大学 (246人)
 ㉗ 山梨大学 (1,112人) ㉘ 九州大学 (2,000人)
 ㉙ 福井大学 (208人) ㉚ 香取大学 (468人)
 ㉛ 山梨大学 (313人) ㉜ 長崎大学 (897人)
 ㉝ 山梨大学 (683人) ㉞ 熊本大学 (1,227人)
 ㉟ 福井大学 (941人) ㊱ 水戸大学 (563人)
 ㊲ 京浜東北大学 (1,014人) ㊳ 宮崎大学 (189人)
 ㊴ 名古屋大学 (3,261人) ㊵ 鹿児島大学 (1,800人)
 ㊶ 千葉大学 (931人) ㊷ 福岡大学 (1,020人)

【※】兼業・副業の状況
 国立大学病院に併設している施設は、令和3年3月時点で、全国99,475人の兼業医師・兼業看護師が活躍している。そのうち、地域医療提供体制の維持に貢献している、いわゆる地域医療提供体制に貢献している兼業医師・兼業看護師が所在する都府県別及び地域に分類している。17年、18年、19年

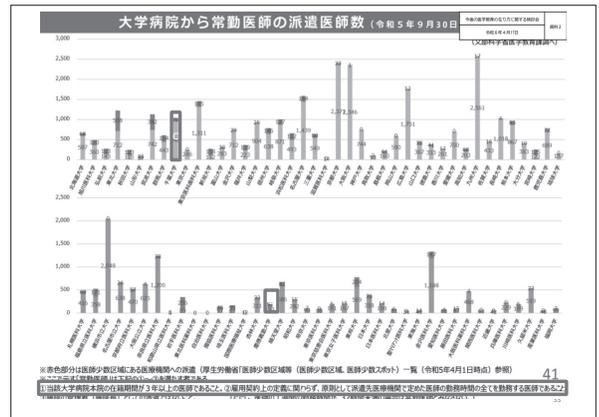
出典：令和3年6月時点の地域医療提供体制の維持に貢献している医師の派遣状況（一）（特定機能病院）
 国立大学病院長会議（国立大学病院）「地域医療提供体制の維持に貢献している医師の派遣状況（一）」（令和3年6月）

医師派遣能力をどう維持する？

スライド 30



スライド 31



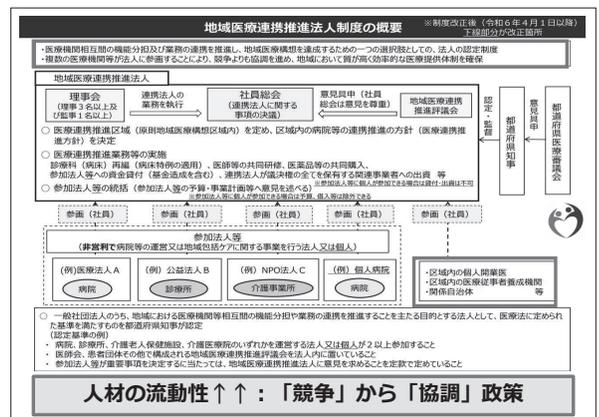
スライド 32

【大学から見る】2025年～に起こること

- ① 都道府県と連携した医師の確保
 ↳ 地域枠利用者を大学に寄せる動き
- ② 専門研修プログラム充実と専攻医集め苛烈化
- ③ 県内病院・少数区域への医師の派遣 ↑↑
- ④ 「英語原著論文数」での評価

国による評価・予算配分
 大学での優先事項の見直し

スライド 33



スライド 34

【まとめ】大学病院・地域医療への影響とその対応

- ① 【影響】労働時間短縮 → 「人員が減る」
 診療：急性期対応病院が減る、地域への派遣 ↓
 研究：大学 → 論文・成果の低下
 経営：人件費 ↑ となり、経営危機加速
- ② 【対応】人材を集める・流動化する
 人材・診療機能の集約加速：新生児科・外科
 流動化：地域医療連携推進法人など

「新たな構想・偏在対策」や「地域での個別対応」で
 保険診療を維持できるか？

スライド 35

3. 「医師の働き方改革で何ができるか ～他業種からの知見～」

大湾 秀雄 先生

早稲田大学政治経済学術院 教授

(スライド1, 2)

はじめに、私の専門は人事経済学、組織経済学、労働経済学の分野となり、医療の現場については全く存じませんし、医療経済学が専門というわけでもございません。そのため、本日の私の報告は他業種からの知見を基に医師の働き方改革について、他業種との違いや他業種の経験からどのようなことが学べそうかをお話ししたいと考えております。

(スライド3)

これまで、私は様々な企業とコラボレーションして企業内の人事データ等を使った分析を多々行って参りました。そのため、日本の企業において、どのような働き方改革をおこなってきたかについて、ある程度把握しているつもりです。日本においては、2016年の働き方改革実現会議が安倍政権の下で設立後、2019年に働き方改革関連法が施行されるまでの間に、多くの日本企業が何らかの取り組みを行いました。それらの取り組みを大きく分類すると、5つのカテゴリーに分類できるのではないかと思います。

まず、1つ目は、「柔軟な働き方」です。具体的にはフレックスタイムやリモートワーク、在宅勤務といったもので、場所や時間を問わない働き方を指します。自分が最も生産性が高い時間・場所で働くことが、非常に浸透してきたと思います。

2つ目は、「仕事の選別」です。何でもかんでも業務を受注するのではなく、利益率の高い仕事に焦点をあてて受注し、儲からない、付加価値

の低い仕事は行わない。それにより、企業利益を落とさず労働時間を減らすことが可能になります。また、そうした中で、アウトソーシング、つまり、付加価値の低い仕事は他社に依頼することで、自社の社員は高付加価値の業務に専念してもらう改革が行われました。

3つ目は、「業務効率化」です。これについては種々ございますが、標準化とマニュアル化、業務プロセスの簡素化、あるいはRPA (Robotic Process Automation) やAIを活用した業務の自動化がそれに該当します。特に金融系の企業ではRPAを活用した自動化はかなり進行していると言われております。

4つ目は、「組織責任の明確化」です。企業の社長が旗を振って様々な働き方改革に関するビジョンを発信し、責任部署を設立して、その部門が他部門間のコーディネーションなどを担当します。また、働き方改革について定期的な労使間の協議を行い、進捗状況を確認しながら、あるいは社員の理解を求めながら進めていく取り組みを行っています。

最後は、「職や組織の再設計」です。これは働き方改革の名の下でやったものではなく、過去10～15年ぐらいの間に長時間労働を減らす、あるいは、生産性を上げる目的で行われてきたことをこの項目の中に含んでおります。例えば、「チームの活用」、具体的にはチームを導入することによって、その中で、情報を共有してお互いに仕事を代替できるよう補っていく、つまり、チームの誰が抜けても他の人がサポートできるような仕事の仕方をしていくこと、それから「グループ

内での業務統合」などもかなり行われています。例えば、グループ企業の中で、共通する間接業務を子会社にまとめる、シェアドサービスというようなことが行われています。具体的には、人事業務や経理業務を子会社に集約することが行われてきました。

(スライド4)

最後の「職や組織の再設計」を除いて、最初にお話しした4つのカテゴリにおいて、どの施策が効果的であったかを調べたサーベイがございます。これは、みずほ銀行の顧客企業を対象に依頼をかけたものですが、過去10年間の長時間労働削減を狙った取り組みについて回顧的に回答してもらっているのが特徴です。その回答と東京商工リサーチの財務データを結びつけてパネル分析をしました。結果は図のとおりで、緑の部分が残業時間（時間／月）への影響、赤い部分が利益率ROA（Return on Assets：総資産利益率）（％）への影響を示し、ぬり塗りつぶしたものだけが5%水準で有意になっています。

この結果から、残業時間については「柔軟な働き方」だけが効果があったという結果になっています。ただ、この結果については、実際に柔軟な働き方で残業時間が減ったのか、あるいは、リモートワークをすると家で残業しても正確な残業時間をつけないといった捕捉の低下が起因し残業時間が減ったように見えているのか、は区別が付きません。

また、「仕事の選別」、「業務の効率化」が労働時間を削減する効果は有意には出ていないのですが、様々な原因が考えられます。1つは内生性バイアスです。例えば将来需要が伸びると考えられる企業ほど受注を絞ることができ、仕事の選別が行われることで、逆の因果が働いている可能性があります。過去のトレンドについては統制してあ

るのですが、将来の期待については統制できませんので、それらの内生性バランスが残っている可能性はあります。それから、業務の効率化については、実施した当初は逆に労働時間が増え時間を追って効果が出てくる性質のものが結構多いです。ところが、その長いタイムラグがあると、この調査では、多くの企業が2016年から2019年の間にいろんな施策を入れており、かつこの調査結果のアウトカムは、2019年度までしか収集しておりませんので、長期的効果が正確に検出できていない可能性があります。最後に、会社が旗を振って働き方改革をおこなっても、従業員の納得感がなければ本気に取り組みず、結果として効果的がでない場合もあります。そのようないくつかの要因が重なり効果が検出できなかったのではないかと考えます。

(スライド5)

このような多業種における取り組みが医療にどのくらい参考になるかですが、医療の場合は、いくつか特殊で多業種にはない性格があると考えます。まず1つ目は、診療報酬が低く設定されているために、量をこなさないと赤字になる構造があること。要するに、価格を自分でコントロールできないことです。それから、2つ目は、医師の偏在問題（大都市 vs 地方、診療科間）があること、3つ目は宿日直、オンコールといった労働時間に含めない待機の存在があり、それが他業種と比較する上でかなり難しい問題・性質になっていることと思います。

(スライド6)

では、その病院にとって、働き方改革施策としてどのような選択肢があるか考えたものをまとめたのがこの表になります。

この内、「柔軟な働き方」については、内容が

様々ございますが、この中で恐らく効果があるのは、シフト制ぐらいかなと考えます。救急科でシフト制が広がったために、救急医の労働時間の短縮にかなり役立ったという内容は聞いております。ただ、それ以外の内容については、民間企業のように自分自身の生産性が最も高い時間に高い場所で働くことは医師の場合には、なかなか考えにくく、かつ、多くの取り組みは医師がある程度人数がいないとできないことです。例えば、シフト制というのは、医師の数が増えて初めて可能になるものですので、その問題が解決されないと、柔軟な働き方はなかなか取り組めないですし、効果も小さいのではないかと思います。ですから、仕事の選別について前述の小池先生、吉村先生からお話がありましたように、タスクシェア、タスクシフトといった対応や、総合診療医と専門医の役割分担を徹底する、病院間の役割を徹底することで、自分たちの病院が最も貢献できる・価値を提供できる業務に専念する形にすることで、働き方改革が可能になる部分はあるかと思えます。ただ、そうした場合でも応召義務や医業独占がかなり制約になってくる可能性があるかと思えます。

また、「業務の効率化」ではAIを使って、医師がやってきた様々な記録に関する業務を減らしていくことは可能と思えます。

「組織的な責任の明確化」は、多業種の場合には、トップがどれだけ強いコミットメントメッセージを出すかが社員の取り組みの度合いに影響を与えるため、比較的重要だと言われることが多いのですが、病院の場合、医師は非常に独立した仕事をしております。したがって、病院長がどのようなメッセージを出すかによって、医師の働き方がどう変わるかは、我々からすると、よくわからないことではあります。ただ、病院トップから様々なメッセージを出すことは、ある程度効果があるのではないかと。例えば、患者の方々に、「当

病院は主治医制度ではなくて、チーム医療で今後行います」と指針を示した場合、「チームの中で様々な医師がコミュニケーションを取ることで、主治医といった従来の概念で主治医に全部患者の病態を診てもらおうようなことは期待しないでほしい」、あるいは、「医師の長時間労働の問題を解決するために必要だ」といったメッセージを発信し、患者に理解してもらうことは、ある程度重要なことではないかと思えます。

また、「職や組織の再設計」について、病院単位、病棟単位でチーム医療に取り組んでいる話は聞いているのですが、医師の指揮命令系統と看護師の指揮命令系統が違うことが問題となっているのではないかと考えます。チーム組織が機能するためには、そこにある程度権限を与えないとうまく回らないという知見があります。そのため、チーム医療を徹底するために既存の指揮命令系統を変えることを1つの取り組みとしてやっていくべきではないかと考えます。また、M&A市場がまだ未整備だと思います。病院の再編統合を進めていくことで、業務の効率化を図る余地は、比較的多く残されているものと認識しておりますが、それを支援するための、エコシステムはまだ十分ではないと感じます。そのようなところは、まず行政の取り組みとしては重要なところと考えております。

(スライド7)

病院の特殊性に対して、診療科間の医者への偏在は、ある程度給与水準の設定で調整できる部分もあるのではないかと考えます。民間企業でも、以前は、新卒の初任給はどの分野も一緒というやり方を長く続けてきたわけですがけれども、ここに来て専門知識によって初任給にも差をつけ始めている実態があります。なので、今までできなかったことについても今後検討してできるようになる可

能性もあるのではないかと思います。

それから、大都市と地方の医師の偏在の問題に対しては、これは恐らく私が述べるまでもなく、様々なインセンティブ設計が必要になってくるだろうと考えます。病院のM&Aがあまり活発ではないことは、もともと利益率が低いことや、あるいはM&Aによって生み出された価値を経営者が活用できないことで、なかなか前向きにならない部分はあると思います。民間企業であれば、株式市場でM&Aによって、生み出された価値は株価に反映されるので、経営者が十分にその価値を享受できるという環境の中で進んでいきますが、医療法人の場合は、それができないのであれば、やはり、行政が追加的なインセンティブを与えることによって政策的に進めていくことが必要ではないかと思います。

(スライド8)

縦割り組織を変え、組織を再構築する上で、チーム医療・チーム組織を推進することが大事だと思いますが、チーム組織の利点は、①問題解決能力の向上、②業務コーディネーション、つまり、チームの中でのタスクシェア、タスクシフトが行われていることが大きいこと。③相互にモニタリングをおこない、効率的になっていくこと、あるいは、④お互いに学習し合うこと、など4つの利点があると思います。

チームの中で、情報共有や役割分担や治療方針の決定が行われることで意思決定や業務配分の効率性が確保され、さらに、メンバー間で代替していくことが可能になっていきますので、それをどの程度進めていけるか見定めることが大事と考えております。

(スライド9, 10, 11, 12)

ここまでご紹介した内容に関連して、様々な研究結果がございます。例えば、チーム特殊的人的資本（そのチームで有用となる知識やノウハウの蓄積）の重要性を示したものとして、具体的には、執刀医と術後の診療医がどのくらい過去一緒に働いた経験があるかが患者の死亡率に有意な影響を与えたという研究、看護チームがどれだけそのユニットで長年働いているか、あるいはどれだけ離職率が少ないかが、患者の平均入院日数に影響を与えたといった研究がございます。また、医療チームに権限を与えることで、お互いがよく知っている人間同士で相互モニタリングすることによって、効率性、生産性が改善したというケースが報告されています。その他、特定看護師と総合診療医がタスクシェアすることで、患者数が増えるといった実証研究もあります。このような医療経済学や組織経済学の知見も日本の医療制度改革に活かしていくことができれば良いのではと考えております。

医師の働き方改革で何ができるか
～他業種からの知見～

大高 秀雄

早稲田大学
政治経済学術院/組織経済実証研究所

2025年9月6日



スライド 1



自己紹介

- 専門：人事経済学、組織経済学、労働経済学、イノベーションの経済学
- コロンビア大学MA (Economics)、スタンフォード大学Ph.D.(Business)
- ワシントン大学オンライン経営大学院助教授、青山学院大学国際マネジメント研究科教授、東京大学社会科学研究所教授を経て現職
- 早稲田大学政治経済学術院教授、早稲田大学組織経済実証研究所所長
 - 人事経済学・組織経済学の知見の普及のため、研究会、フィールド実験など企業とのコラボ
 - 健康経営推進：M&A研究会（公益財団法人日本生産性本部、株式会社イーウェルと共催）
- (独) 経済産業研究所ファカルティフェロー
 - 「人的資本投資、経営の役割と生産性」リリーダー
 - 「労働市場における男女格差の原因と対策」「国際的に見た日本産業のイノベーション能力の検証」メンバー
- (株) 東京大学エコノミックコンサルティング (UTEcon) アドバイザー
 - 男女賃金格差診断ツール (GM)の開発
- ビープル・アナリティクス&HRテクノロジー協会理事
 - ビープル・アナリティクスの普及推進およびHRテクノロジーの評価
 - 「Rによる人事データ分析入門e-Learning講座」講師代表

スライド 2

他業種ではどのような働き方改革が試みられたか



- 2016年働き方改革実現会議設立後、2019年4月働き方改革関連法施行まで多くの業種で長時間労働解消のための取組みが進んだ。
- 取組みは大きく5つのカテゴリーに分類できる。

柔軟な働き方	仕事の選別	業務効率化	組織的責任の明確化	職や組織の再設計
<ul style="list-style-type: none"> • フレックス・タイム、短時間労働、時差労働など • リモートワーク、在宅勤務 	<ul style="list-style-type: none"> • 受注の選別 • アウトソーシング活用 	<ul style="list-style-type: none"> • 標準化とマニュアル化 • 会議の廃止や短縮 • ペーパーレス化とタブレット配布 • プロセスの簡素化 • テレコンファレンスツール活用 • RPAやAIを活用した業務の自動化 	<ul style="list-style-type: none"> • 社長からのビジョンの発信 • 責任部署の設立 • 定期的な労使協議 	<ul style="list-style-type: none"> • チームの活用 • グループ内での業務統合（間接業務のシェアードサービス）

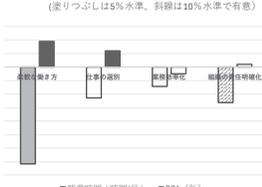
スライド 3

どの施策が効果があったのか



- みずほ銀行顧客企業647社の回答に基づく分析（回収率14.3%）
- 調査期間：2019年12月～2020年1月
- 過去10年間の長時間労働削減を狙った取組みについての回顧調査
- 東京商工リサーチ財務データ (FY2010～FY2019) と紐づけたパネル（固定効果）分析を実施
- 長時間労働には柔軟な働き方のみが効果があったとの結果
 - 内生性バイアスや長いタイムラグのために過小評価になっている可能性

(出典) Kohei Takahashi, Naomi Fudama, Kentaro Arita, Haruka Kazama, Satsuke Sakai, Masaya Takeuchi & Hideo Owan (2025) Has Japan's work style reform had the intended effect?, Applied Economics, 57:21, 2757-2780



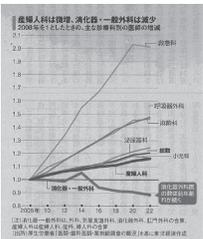
スライド 4

医療は他業種と何が異なるか



1. 診療報酬が低く設定されているため、量をこなさないと赤字になるという構造
2. 医師の偏在問題（大都市 vs 地方、診療科間）
3. 宿日直、オンコールという労働時間を含めない待機が存在

• ただし、他業種から学べる知見がない訳ではない



(出所) 東洋経済2024年11月30日号

スライド 5

病院にとっての選択肢



働き方改革施策	施策内容	留意点
柔軟な働き方	時差労働：早朝の手術、夜間の家族への説明 シフト制：救急科、高度急性期病床 変形労働制：1日10時間4日勤務（自治医大付属病院） オンライン診療の利用拡大	医師不足がネック 病院の集約化が先か
仕事の選別（高付加価値業務に専念）	総合診療医と専門医、病院間の役割分担の徹底 他職種（特定看護師、救急救命士、助産師など）への業務移行（タスクシェア）。	応召義務（19条） 医業独占（17条）がネック
業務効率化	会議の短縮、メンバーの選別 AIを使った患者からの事前聞き取りや遠院サマリー	
組織的責任明確化	職種、診療科横断的な調整を担う専門部署の設立 変革リーダーをどう育てるか 病院トップから行政や患者へ協力を呼びかけるメッセージ	
職や組織の再設計	病棟単位のチーム医療（当番もチームのメンバー） 「主治医だから最終的に全部見る」という文化を変え、チーム医療を徹底する 行政・大学主導あるいはM&Aを通じた病院の再編・統合	縦割りの指揮系統 M&A市場が未整備

スライド 6

病院の特殊性に対してインセンティブ設計が必要

- 診療科間の医師の偏在は、異なる給与水準の設定が必要では
 - 民間企業でも専門知識によって、新卒の初任給に差をつけ始めている
 - 内発的動機への影響への配慮が必要 (Kolstad 2013)
- 大都市と地方の医師の偏在への対処
 - トレーニング機会の格差が主因なので、地方病院の再編による規模の拡大が必要
 - 高齢者医療の専門医研修など地方ならではの機会提供は可能ではないか
 - 地方病院の処遇の改善を含め、自治体や国と協力したインセンティブ設計 (医学部の地方枠拡大、待遇改善) が必要か
- 病院のM&Aが活発ではないのは、利益率が低いこと、M&Aによって生み出された価値を経営者が十分に享受できないから。以下の政策が必要では。
 - 追加的なインセンティブ (診療報酬の加算や大学からの医師の優先的派遣など) の政策的付与
 - M&Aを支援するエコシステムの育成

スライド 7

縦割り組織を再構築する必要性

- チーム組織の利点は、(1) 問題解決能力の向上、(2) 業務コーディネーション (効率的配分)、(3) 相互モニタリング、(4) 相互学習
 - Owan (2014): How should teams be formed and managed?, IZA World of Labor, IZA
- チーム組織が機能するためには、ピラミッド型の指揮系統ではなく、チームへの権限移譲が必要。チームの中で、情報共有や役割分担や治療方針の決定が行われることで意思決定や業務配分の効率性およびメンバー間の代替性が高まる。
 - 病棟ごとに、異なるシフトや当直を含め、医師と看護師のチームを編成する。
 - 縦割り組織の打破ほどの程度可能なのか

スライド 8

チーム特殊的人的資本の重要性 # 1

- Chen (2021) Team-Specific Human Capital and Team Performance: Evidence from Doctors. *AER*
 - 米国メデイクア受益者を対象とした研究
- 執刀医と術後の診療医の協業経験年数が死亡率に与える影響を、心臓発作に対する治療法である経皮的冠動脈形成術 (PCI) と冠動脈バイパス移植術 (CABG) の2ケースで検証
- 協業経験年数の1 S.D.の増加は術後30日死亡率を10% (PCI)、13-14% (CABG)引き下げる。
 - Match qualityの影響は小さい。資源投入ではなく生産性の上昇であることを示す。

スライド 9

チーム特殊的人的資本の重要性 # 2

- Bartel et al. (2014) Human Capital and Productivity in a Team Environment: Evidence from the Healthcare Sector. *AER, Applied economics*.
 - 米国退役軍人省医療システムのデータを用いた研究
- 看護チームの人的資本変数や異動・離職が、患者の入院日数に与えた影響を評価
 - Registered nurses (RNs), licensed practical nurses (LPNs) and unlicensed assistive personnel (UAPs) それぞれの時間投入
 - RNsの加重平均経験年数 (一般、病院、ユニット)
 - チームの資本: (1) 1年以上勤続した看護師の転出、(2) 看護師の新規転入、(3) 看護師の入れ替え
- 結果
 - RNsの平均ユニット勤続月数の係数: -0.0124***
 - 転入・転出の影響 (右) : 外部転入のみ5%水準で有意

スライド 10

医療現場でのSelf-Managed Teamの役割

- Chan (2016) Teamwork and Moral Hazard: Evidence from the Emergency Department. *JPE*
- 救急医への患者の割当てに2つのシステム: (1) "nurse-managed" system トリアージ看護マネジャーが患者を割当て; (2) "self-managed" system 二人の医師チームが担当医師を決める。
- 一つのユニットがnurse-managedからself-managedに変更された自然実験を使って効果を測定
- 結果
 - "self-managed" systemへの変更は患者の滞在時間を13-15%、20-25分短縮する。
 - "nurse-managed" system下でのfoot-dragging (引き延ばし) モラルハザードが、医師同士の相互監視でなくなる。

スライド 11

特定看護師と総合診療医のタスクシェアの効果

- Loussouarn et al. (2021) "Can General Practitioners Be More Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GP Activities" *Health Economics*
- フランスにおける特定看護師 (ANs)の養成と総合診療医 (GPs)との間の協力を強化することを狙ったパイロット実験の影響を評価
- パイロット実験に参加したGPs (介入群) とそれ以外のGPs (対照群) の比較

スライド 12

4. 「女性医師のキャリア選択と賃金格差」

臼井 恵美子 先生

一橋大学経済研究所 教授

(スライド1)

私は最近、女性医師のキャリア形成に関心を持ち、研究に取り組んでおります。

(スライド2)

本日は、これまでに私が執筆してきた論文について、簡単にご紹介させていただきます。

(スライド3)

日本では、皆さまご存じのとおり、女性医師が増加しています。30～40歳代の医師に占める女性の割合は、1994年の12%から2016年には28%へと上昇しました。現在も多くの子供が医学部に進学しており、今後さらに女性医師の活躍が広がることを見込まれます。こうした状況のもとで、男女医師のキャリア形成にどのような違いがあるのかを明らかにすることは重要だと考えます。

そこで、2004年に導入された新臨床研修制度が、女性医師のキャリア形成にどのような影響を与えたのかを分析しました。

(スライド4)

分析を行うにあたり、厚生労働省の医師届出票を用いました。医師の皆さまは2年に1度提出されている調査と思いますが、本研究では、その調査に含まれる情報を用いて分析を行っております。労働経済学の分析手法を用いてこのデータを解析しました。このデータには、医籍登録番号、性別、生年月、医籍登録年月といった情報が含まれており、2年ごとに実施される調査をこれらの

情報によって時系列的につなぎ合わせることで、医師の初職からのキャリア形成の経路を追跡することが可能です。本分析では、1994年から2016年までのデータを用いています。

(スライド5)

まず、診療科によって女性比率が大きく異なります。男性比率が高い診療科としては外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科などが挙げられます。一方、女性比率が高い診療科としては産婦人科、小児科、眼科、麻酔科などが挙げられます。

私はこれまで、なぜ女性と男性で職業選択が異なるのか、そして男性は労働時間が長くきつい仕事に就きやすい一方、女性は労働時間が短く、より快適な労働環境で働ける職種を選ぶ傾向があるのはなぜか、という点に関心をもって研究してきました。あわせて、そこで生じる賃金格差が、負担の大きい仕事には相応の賃金が支払われるという「補償賃金仮説」で説明できるのか、あるいはそれ以上の賃金差が存在するのかについても分析してきました。こうした背景から、医師における診療科選択が男女で異なる点に関心を持ち、分析を進めたいと考えました。

(スライド6)

医師届出票を用いることで、まず初職の診療科が把握できます。医師の皆さまは2年ごとに自身の診療科を届け出るため、男性医師・女性医師が初職でどの診療科を選択し、その後の2年ごとに診療科がどのように変化していくのかを追跡することが可能です。さらに、基本領域の専門

医資格を取得したか、サブスペシャリティ領域の専門医資格を取得したかも確認できます。

基本領域の専門医資格の取得状況は、キャリア形成の初期段階において、一定の知識や技能を体系的に習得したかどうかを示す指標となります。また、その後の中堅段階では、さらに専門分化したサブスペシャリティ領域の専門医資格を取得しているかどうかも把握できます。本研究では、こうした専門医資格の取得の状況が、男性医師と女性医師とで、また診療科によって、どのように異なるのかに注目しました。

(スライド7)

まず、男性比率の高い初職診療科について見てみます。

(スライド8)

初職診療科を維持できるかという点では、外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科において、男性医師でも継続が容易ではありませんが、女性医師は男性医師以上に継続ができていないことが分かりました。基本領域専門医資格の取得とサブスペシャリティ領域専門医資格の取得についても、同様の傾向が見られます。外科を選択しても、女性医師が外科を離れて別の診療科へ移行したり、泌尿器科医でも同様に離脱が起きています。一つの診療科でキャリアを形成し、そこで必要な知識・技能を積み上げていくことは、医師本人のとっても、医療提供体制にとっても重要です。さらに、男性比率の高い診療科では、初職段階から男女差が現れることを踏まえると、キャリア形成の初期段階から、女性医師が働き続けやすい環境整備や、キャリア育成支援が必要であることが示唆されます。

(スライド9)

次に、女性比率の高い初職診療科について見てみます。

(スライド10)

女性比率の高い初職診療科では、初職診療科の維持や基本領域専門医資格の取得に関して、男性医師と女性医師の間に大きな違いは見られませんでした。産婦人科、小児科、麻酔科、眼科では、初職段階での定着や、基本領域専門医資格を取得するという点において、男女差が小さいことが分かります。

一方で、サブスペシャリティ領域の専門医資格取得については、男女差が残っています。30歳～40歳代の時期に、女性医師が男性医師ほどサブスペシャリティ領域専門医資格を取得できていません。したがって、女性比率の高い診療科では、とくに中堅層の女性医師について、出産・育児がキャリア形成に与える影響をできるだけ小さくするような支援、継続的なキャリア育成支援が重要であると考えます。

(スライド11)

以上の結果が得られましたが、近年、サブスペシャリティ領域の専門医資格の取得における男女差は大きく縮小しています。今後は男女差がさらに縮小していく可能性が示唆されます。

(スライド12)

そこで、次に注目したのが、2004年に導入された新臨床研修制度の効果です。2004年以前は、いわゆるストレート研修が中心で、医師免許取得後に単一の診療科を選択して研修を進める形が一般的でした。一方、2004年以降はスーパーローテーション研修へと移行し、外科や内科等の7科目が必修となり、複数の診療科を経験することにな

りました。研修医が2年間にわたり、複数の診療科を経験することが、初職の診療科選択にどのような影響を与えるのかを分析しました。

(スライド13)

横軸は医籍登録年です。制度改正以前は、医師免許取得後に一つの診療科を選び、その診療科で経験を積んでいましたが、2004年の制度変更によりスーパーローテート研修へ移行し、外科が必修診療科として含まれることになりました。

この制度変更に伴い、初職診療科として外科を選択する女性医師は、2004年以降、顕著に増加しました。泌尿器科を選択する女性医師についても、同様に2004年以降増加しています。女性医師を描いた漫画の中で、2年間のスーパーローテート研修を通じて泌尿器科の面白さを知り、進路として泌尿器科を選択する場面を読んだことがあります。そうしたエピソードとも重なる形で、研修制度の変更が女性医師の診療科選択に影響を与えた可能性が示唆されます。

(スライド14)

一方、眼科については、男女ともに初職診療科として選ぶ医師が減少する傾向が見られ、2004年前後でも大きな増加は確認できませんでした。また、内科を初職として選択する女性医師は2004年以降減少しており、女性医師の進路が内科から外科系へシフトしていることがわかりました。

(スライド15)

スーパーローテート制への移行により、外科、泌尿器科、脳神経外科といった男性比率の高い診療科を、初職診療科として選択する女性医師が増加したことがわかりました。必修研修として外科などを体験することで、これまで女性医師が敬遠

しがちであった診療科の魅力や適性を実感し、外科系診療科へ進むケースが増えたと考えています。

(スライド16)

重要な点として、整形外科では女性医師が増加しなかったことが挙げられます。同じ外科系であっても、整形外科では身体的負担の大きい業務が多く、そうした要素が影響している可能性があると考えました。

(スライド17)

外科を選択する女性医師が増えたことについて外科系の学会で発表した際、フロアの先生方から、乳腺外科には女性が多いというお話を伺いました。医師届出票で外科の内訳を確認すると、まさに先生方のお話どおりの傾向がデータにも表れていることを実感しました。外科を選択する女性医師は増加していますが、その増加は乳腺外科で特に顕著であり、乳腺外科における女性医師比率が上昇している一方で、担い手不足が指摘されている消化器外科では、女性医師比率の上昇が限定的であることがわかりました。

乳腺外科で女性医師が増えたことは重要な示唆を含みます。乳腺外科は女性患者が多く、女性医師が高い関心を持つ領域であるためです。このように、スーパーローテート制で外科を経験し、女性医師が乳腺外科に進んだ可能性があります。今後、医師の診療科選択や人材配置を考える上では、当事者である女性医師が関心を持ちやすい領域や、進路選択を後押しする動機付けの要因を、無視できない要素として取られる必要があるのではないかと考えています。

(スライド18)

続いて、長期的なキャリアの影響を見ていきま

す。

(スライド 19)

スーパーローテート制の導入以降、初職として外科・産婦人科・内科を選択した女性医師において、サブスペシャリティ領域専門医資格の取得が増加していることが分かりました。複数の診療科を経験することで、進路選択のミスマッチが減り、選択した診療科との適合性が高まった結果、専門医資格の取得につながりやすくなった可能性が示唆されます。

(スライド 20)

スーパーローテート研修によって複数の診療科を経験することが、これまで外科を敬遠しがちであった女性医師の外科系診療科への参入を後押しした可能性が示唆されます。ただし、ここで重要なのは、女性医師が増加した外科系診療科の中身です。例えば、泌尿器科は外科系の中でも比較的労働時間が短い診療科です。また乳腺外科も、緊急性の高い手術が相対的に少ないことを踏まえると、働き方の調整が比較的しやすい領域である可能性があります。

このように、スーパーローテート研修を契機として、比較的柔軟な働き方が可能な外科領域に女性医師が進出する一方で、消化器外科のように負担が大きい外科領域では、依然として女性医師の増加が限定的である点は重要な示唆だと考えられます。負担の大きい外科領域における働き方改革の成否が、人材確保の行方を左右します。

(スライド 21)

このような研究を進める中で、東京大学のD&I推進室の公開講座で講演をした際、たまたま札幌医科大学の西田幸代先生が聴衆の一人としてご参加くださいました。講演後にお話する機

会をいただき、その後、意見交換を重ねる中で、2023年に札幌医科大学の同窓生を対象としたアンケート調査を実施することになりました。本調査では、女性医師と男性医師の働き方や収入の違いについて分析しました。

(スライド 22)

医師届出票では年収などの情報を把握することができませんが、私たちの調査では、主な仕事からの年収に加えて、アルバイト等の副業による年収についてもお聞きしました。これにより、女性医師におけるチャイルド・ペナルティが、どの収入源、どの働き方の部分で生じているのかを明らかにすることができました。

(スライド 23)

分析の結果、男性医師と比べて女性医師は、主たる仕事における年収が低く、特に、男性医師に比べて、子どものいる女性医師の年収は37.2%低いことがわかりました。さらに、子どものいる女性医師は、主たる仕事の年収が低い分、アルバイトによって年収を補っていることも確認されました。

また、北海道においては、医師の兼業が医療提供体制を支える上で重要な役割を果たしています。北海道は広大であり、道内各地への医師派遣が不可欠ですが、札幌医科大学は公立大学として、道内の公的医療を支える重要な役割を担っています。

兼業の実態を詳しく見ると、兼業をしている医師は、していない医師に比べて総労働時間が長いことがわかりました。さらに、兼業をしている医師は、主な仕事からの年収が低く、兼業によって労働時間が増え、睡眠時間が短くなっていることも確認されました。加えて、兼業の形態には男女差も見られました。男性医師は1泊・2泊を伴

う遠方への派遣が多い一方で、女性医師は札幌市内でのアルバイトが中心であり、移動の負担が男性医師に偏っていることが分かりました。このように、医師届出票による分析に加えて、医師の先

生方とのご縁を通じたアンケート調査も組み合わせながら、近年研究を進めてまいりました。本日はどうぞよろしくお願いたします。

医療者の労働市場を考える — 医師の働き方改革を中心に —

女性医師のキャリア選択と賃金格差

臼井直美子
一橋大学・経済研究所

2025年9月6日
日本医療経済学会

スライド 1

本報告は下記の論文に基づいている

- 「医師専門医資格取得の男女差と医療現場の課題」『経済研究』, 2020.
- "Effects of Mandatory Residencies on Female Physicians' Specialty Choices: Evidence from Japan's New Medical Residency Program." Labour Economics, 2024.
- 「女性外科医を増やすためには？—新医師臨床研修制度の導入が女性医師の診療科選択に与えた影響」『経済研究』コラム, 2025.
- "Motherhood Penalty for Female Physicians in Japan: Evidence from a Medical School's Alumni Data," with Sachiyo Nishida, Takashi Oshio, Naoya Masumori, and Kazufumi Tsuchihashi, BMC Health Services Research, 2024, 24:1183.
- "Challenges and Implications of Dual Employment Among Physicians in Japan," with Sachiyo Nishida, Emi Akizuki, Ryuta Kamekura, Marie Ogawa, Naoya Masumori, and Kazufumi Tsuchihashi, Discover Health Systems, 2025, 4, 33.

スライド 2

女性医師の増加

- **日本で女性医師は増加傾向**
30~40歳代の医師に占める女性医師割合: 1994年12% → 2016年28%
- **男性医師と女性医師のキャリア形成の実態とその違いを検証**
臨床研修終了後の医師のキャリア形成が男性・女性医師でどのように異なるのか
- **2004年に導入した新臨床研修制度(スーパーローテーション研修:複数の診療科を経験)が、女性医師のキャリア形成に与えた影響**

スライド 3

データ 厚生労働省「医師届出票」

- 2年に1度、医師を対象に配布・回収される「医師届出票」の個票データ
- 利用する情報
医籍登録番号(各医師固有)、性別、生年月、医籍登録年月
→ 医師のキャリア経路を把握・分析

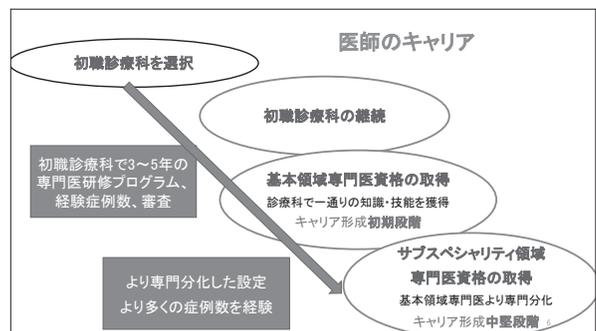
分析対象期間: 1994年~2016年

スライド 4

診療科ごとの女性医師比率、2016年

【男性比率の高い診療科】			【女性比率の高い診療科】		
	年齢<40	年齢<65		年齢<40	年齢<65
外科	18.8%	9.9%	産婦人科	63.3%	42.0%
脳神経外科	11.4%	6.0%	小児科	42.9%	36.3%
整形外科	9.6%	5.6%	眼科	44.7%	39.2%
泌尿器科	13.3%	6.5%	麻酔科	52.9%	40.5%
総計			年齢<40	年齢<65	
			32.5%	29.4%	

スライド 5



スライド 6

医師としてのキャリア形成の男女差

男性比率の高い初職診療科
外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科

7

スライド 7

男性比率の高い初職診療科

	初職診療科が 外科	初職診療科が 脳神経外科	初職診療科が 整形外科	初職診療科が 泌尿器科
初職診療科維持	男性の82%が維持 女性は4%pt低い	男性の87%が維持 女性は6%pt低い	男性の90%が維持 女性は4%pt低い	男性の89%が維持 女性は6%pt低い
基本領域 専門医 資格取得	男性の67%が取得 女性は4%pt低い	男性の73%が取得 女性は3%pt低い	男性の66%が取得 女性は3%pt低い	男性の74%が取得 女性は5%pt低い
サブスペシャリティ 専門医 資格取得	男性の37%が取得 女性は5%pt低い	男性の13%が取得 女性は5%pt低い	男性の9%が取得 女性は2%pt低い	男性の10%が取得 男女差なし

初職診療科維持率
基本領域専門医資格の取得率
サブスペシャリティ領域専門医資格の取得率

男性の方が高い

就業継続しやすい環境整備十全般的キャリア育成支援

8

スライド 8

医師としてのキャリア形成の男女差

女性比率の高い初職診療科
産婦人科、小児科、麻酔科、眼科

9

スライド 9

女性比率の高い初職診療科

	初職診療科が 産婦人科	初職診療科が 小児科	初職診療科が 麻酔科	初職診療科が 眼科
初職診療科維持	男性の90%が維持 男女差なし	男性の87%が維持 女性は1%pt高い	男性の78%が維持 女性は6%pt高い	男性の90%が維持 女性は1%pt高い
基本領域 専門医 資格取得	男性の76%が取得 男女差なし	男性の66%が取得 男女差なし	男性の60%が取得 女性は4%pt低い	男性の70%が取得 男女差なし
サブスペシャリティ 専門医 資格取得	男性の20%が取得 女性は9%pt低い	男性の19%が取得 女性は3%pt低い	男性の9%が取得 女性は2%pt低い	男性の1%が取得 女性は0.7%pt低い

サブスペシャリティ領域専門医資格の取得率

男性の方が高い

中堅層のキャリア育成支援

★医師キャリアの男女差の是正:診療科間の違いに配慮した施策が必要

10

スライド 10

2004年からの新臨床研修制度の効果

ストレート研修(単一診療科) ⇒ スーパーローテート研修

スーパーローテート研修

研修医は、外科や内科など計7科目が必修となり、複数の診療科を経験診療科の活動をあらかじめ知ることができる

新臨床研修制度の導入により、

- ①初職診療科は変化したか？
- ②初職診療科の継続率、専門医資格の取得はどうか？

11

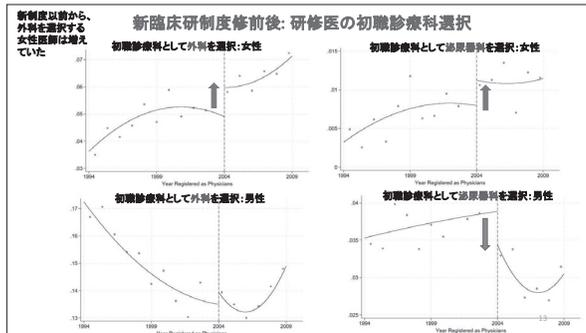
スライド 11

新臨床研修制度の効果
研修医の初職診療科選択

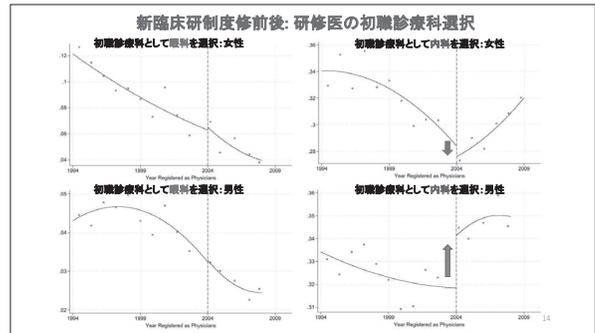
1965～1981年度生まれの臨床研修医
医籍登録年:1994年～2009年
旧制度と新制度で臨床研修を受けた医師を比較する

12

スライド 12



スライド 13



スライド 14

研修医の初職診療科選択:

説明変数	被説明変数: 初職診療科選択								
	外科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	内科	産婦人科	小児科	麻酔科	眼科
新研修制度	-0.003	-0.006	-0.012***	-0.007	0.019*	-0.001	-0.003	0.022***	-0.001
新研修制度 × 女性	0.027**	0.015**	0.009*	-0.002	-0.034*	-0.000	-0.011	0.002	-0.012
R ²	0.021	0.007	0.006	0.019	0.002	0.018	0.010	0.010	0.012
N	77314	77314	77314	77314	77314	77314	77314	77314	77314
男性医師の中で初職診療科として選ぶ割合	14.9%	3.6%	3.6%	9.6%	32.6%	2.7%	4.9%	3.7%	3.9%

新制度の導入により、
【外科】を初職診療科とする女性医師が2.7%ポイント増えた
【泌尿器科】を初職診療科とする女性医師が1.5%ポイント増えた
【脳神経外科】を初職診療科とする女性医師が0.9%ポイント増えた
 スーパーローテーション研修により、女性医師は敬遠しがちであった外科も経験

スライド 15

研修医の初職診療科選択:

説明変数	被説明変数: 初職診療科選択								
	外科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	内科	産婦人科	小児科	麻酔科	眼科
新研修制度	-0.003	-0.006	-0.012***	-0.007	0.019*	-0.001	-0.003	0.022***	-0.001
新研修制度 × 女性	0.027**	0.015**	0.009*	-0.002	-0.034*	-0.000	-0.011	0.002	-0.012
R ²	0.021	0.007	0.006	0.019	0.002	0.018	0.010	0.010	0.012
N	77314	77314	77314	77314	77314	77314	77314	77314	77314
男性医師の中で初職診療科として選ぶ割合	14.9%	3.6%	3.6%	9.6%	32.6%	2.7%	4.9%	3.7%	3.9%

新制度の導入により、
【整形外科】を初職診療科とする女性医師は増えなかった
 → 肉体的な要素がある
【内科】を初職診療科とする女性医師が3.4%ポイント減った
【眼科】を初職診療科とする女性医師が1.2%ポイント減った

スライド 16

女性外科医が増えた

外科

- 乳腺外科の医師に占める女性割合: 2008年の15.0%から2016年には28.6%に増えた
- 消化器外科の女性医師比率は、2008年の4.2%から2016年の6.2%に増えた
- 心臓血管外科の女性医師比率は、2008年の4.4%から2016年の5.9%に増えた
- 呼吸器外科の女性医師比率は、2008年の5.2%から2016年の7.6%に増えた
- 肛門外科の女性医師比率は、2008年の3.4%から2016年の5.3%に増えた

乳腺外科で女性医師が増えた

- 女性患者が多い
- 女性医師自身も高い関心を持つ医療領域
- 初職診療科を選択する段階で、女性外科医が増えたことが、乳腺外科医が増えた要因になっている

スライド 17

医師としてのキャリア形成の男女差

長期的なキャリアへの影響

スライド 18

新制度が医師の長期的なキャリアに与えた影響

説明変数	初職診療科：外科			初職診療科：産婦人科			初職診療科：内科		
	初職診療科継続	基本領域専門医資格取得	サブスペ専門医資格取得	初職診療科継続	基本領域専門医資格取得	サブスペ専門医資格取得	初職診療科継続	基本領域専門医資格取得	サブスペ専門医資格取得
新研修制度	0.023*	0.016	-0.011	0.033	-0.050*	-0.034	-0.012*	0.025**	-0.089***
新研修制度×女性	0.018	0.035	0.097**	-0.028	0.023	0.110***	0.030**	0.039**	0.082***
R ²	0.025	0.088	0.149	0.020	0.084	0.101	0.032	0.098	0.103
N	69389	31894	31894	24446	11118	11118	164524	83333	83333
男性医師に中での取得割合	0.817	0.837	0.522	0.886	0.923	0.293	0.880	0.273	0.681

新制度により、
【初職診療科：外科・産婦人科】サブスペシヤリティ領域専門医資格を取得する女性が増えた
【初職診療科：内科】初職診療科の継続、基本領域専門医資格を取得、サブスペシヤリティ領域専門医資格を取得する女性が増えた
選択した診療科との適合性が向上し、専門医資格取得につながりやすくなった

スライド 19

新臨床研修制度からの考察

- ・新臨床研修制度(スーパーローテート研修)
- ・複数の診療科を経験
- ・女性医師は、外科を敬遠しがちであった

⇒女性研修医が、外科系診療科(外科・泌尿器科・脳神経外科)を選ぶ
 乳腺外科の女性割合が高まる
 ⇒女性医師がサブスペシヤリティ領域専門医資格取得↑

今後の課題

- >キャリア形成初期段階・中堅段階における男女差は大幅に縮小しているが、いまだに男女差は存在する
- >整形外科に残る男女差

スライド 20

札幌医科大学同窓生、アンケート調査



札幌医科大学附属病院・西田幸代先生(泌尿器科)と協働
 2023年札幌医科大学卒業の同窓生、いままでのキャリアについてアンケート
 男性医師と女性医師の働き方や収入の差異を分析

スライド 21

札幌医科大学 女性医師のチャイルド・ペナルティ

男性医師と比べて、
 主の仕事における年収： 女性医師(子あり) 37.2%低い
 女性医師(子なし) 4.4%低い

アルバイトにより、女性医師(子あり)は収入増やす

仕事からの年収(主な仕事+アルバイト)： 女性医師(子あり) 30.5%低い
 女性医師(子なし) 16.8%低い

出産・育児によるキャリア中断の影響が大きい

スライド 22

札幌医科大学 医師の兼業

総労働時間：
 兼業あり60.8時間/週、兼業なし48.4時間/週

主な仕事の年収： 兼業あり1269万円 < 兼業なし1743万円
 睡眠： 兼業あり364分 < 兼業なし382分

アルバイト： 男性医師は遠隔地兼業が多く、女性医師は札幌市内中心
 ⇒移動負担が男性医師に偏っている

スライド 23

医療経済学会 第21回研究大会について

1. 研究大会長

東京大学 大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学 教授
康永 秀生 先生

2. 日程

2026年9月5日（土）

3. 会場

東京大学 本郷キャンパス
※シンポジウムのみオンライン配信致します。

4. 今後のスケジュール

一般演題募集 : 2026年2月9日（月）～2026年5月15日（金）
研究大会参加申し込み: 2026年7月中旬～2026年8月21日（金）締切り（予定）

Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy ご投稿のお願い

医療経済学会と医療経済研究機構では、アジア太平洋地域での医療経済・医療政策研究の更なる発展を目指し、アジア太平洋地域での医療政策の具体的な文脈を踏まえ、政策的含意を含む意欲的な論稿を global audience に届けるため、英語版電子ジャーナル「Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy」を発刊しています。

2018 年以降、日本内外の論稿を受け付けています。

医療経済・医療政策研究に関する研究成果の投稿を広く募集しております。

- ⇒ 投稿者の条件はありません。
- ⇒ 採用された論文の掲載料金は無料です。
- ⇒ 論文には DOI を割り当てられ、オンラインでだれでも閲覧できるオープンジャーナルです。
- ⇒ 投稿規定、執筆要領は学会 Web ページ (<https://www.ihep.jp/jhea/>) の「医療経済研究」、もしくはバナー「Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy」をご覧ください。

『医療経済研究』投稿規程

本誌は、医療経済学会と一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構が医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌として、共同で編集発行しています。以下の目的等にかなう研究の成果物を広く募集します。

1. 目的

- (1) 医療経済・医療政策の分野において研究および調査の発表の場を提供する。
- (2) 医療経済・医療政策研究の発展を図り、医療政策立案および評価に学術的基盤を与える。
- (3) 医療経済・医療政策の分野において産、官、学を問わず意見交換、学術討論の場を提供する。

2. 原稿種別

- (1) 「研究論文」：理論的または実証的な研究成果を内容とし、独創的な内容をもつもの。実証的な研究の場合には目的、方法、結論、考察について明確なもの。
- (2) 「研究ノート」：独創的な研究の短報または小規模な研究など、研究論文としての基準に達していないが、新しい知見を含み、学術的に価値の高いもの。
- (3) 「研究資料」：特色ある資料、調査、実験などの報告や研究手法の改良などに関する報告等で、将来的な研究に役立つような情報を提供するもの。
- (4) 本誌は上記のほかにも編集委員会が認めたものを掲載する。

3. 投稿資格・要件

- (1) 投稿者の学問領域、専門分野を問いません。また一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構（以下「医療経済研究機構」という）または医療経済学会の会員であるか否かを問いません。
- (2) 本誌に投稿する投稿論文（第2項のすべての原稿種別を含めるものとして以下「論文等」という）等は、いずれも他に未投稿・未発表のもの（投稿者自身の著作または共著にかかるもの）に限ります。投稿にあたっては共著者がある場合は全員の同意を得るものとし、採否通知を受けるまでは他誌への投稿を認めず、採用が決定した場合は「医療経済研究」の掲載論文等として刊行するまでは他誌への投稿を認めません。

4. 投稿要領

- (1) 投稿者は、投稿に際し、本文・図表・抄録を電子メールで送付してください。なお、投稿の際に様式1の投稿者チェックリストも合わせて電子メールで送付してください。送付後1週間以内に受領通知が届かない場合は、『医療経済研究』担当までお問い合わせください。また、投稿者は、「研究論文」、「研究ノート」、「研究資料」の原稿種別を指定してください。但し、その決定は編集委員会が行うことと致します。

原稿の送り先は以下のとおりです。

E-mail kikanshi@ihp.jp

- (2) 原稿執筆の様式は所定の執筆要領に従ってください。編集委員会から修正を求められた際には、各指摘事項に個別に応え、再投稿して下さい。
編集委員会が修正を求めた投稿論文等について、通知日から90日以上を経過しても再投稿されない場合には、投稿の取り下げとみなします。ただし、事前に通知し、編集委員会が正当な理由として判断した場合はこの限りではありません。
- (3) 責任著者および共著者（以下「責任著者等」という）について、投稿論文等にかかる研究に対し、研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（公的機関や私的企業の名称、研究課題名、補助時期など）を謝辞の中に明記してください。
- (4) ヒトを対象とした研究である場合には、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等の倫理基準を遵守し、適切に行われていることを明示してください。
- (5) 責任著者等について、利益相反（Conflict of Interest）の有無についての情報を開示してください。
- (6) 投稿論文等が第三者の著作権と、その他第三者の権利を侵害しないものであることをご確認ください。他者が著作権等を保有する図表、写真等を使用する場合は、責任著者の責任において、権利者の利用許可（権利許諾）を得てください。

- (7) 他者が著作権を保有する著作物の翻訳・翻案等の二次的著作物については、責任著者が、原作者との間の著作権処理（翻訳権、翻案権等および本投稿に関する許諾の取得）を必ず行ってください。
- (8) 投稿論文等の掲載の採否および種別については、査読審査に基づいて、編集委員会にて決定します。その際、「研究論文」の基準には満たない場合であっても「研究ノート」または「研究資料」としての掲載が可能という決定になる場合もあります。
- (9) 掲載が決定した論文等の掲載料金は無料です。責任著者へは無料でPDF ファイルを提供します。別刷が必要な場合にはその旨ご連絡ください。実費にて申し受けます。
- (10) 英文の校正等は、第一義的には責任著者の責任であり、水準に満たない場合は合理的な範囲での費用負担を求める場合もあります。

5. 著作権等

- (1) 投稿論文・掲載論文等の著作権は責任著者等に帰属したままとしますが、(2)～(4) に同意いただきます。なお、本誌への掲載決定後、責任著者を始めとする執筆者全員に利用許諾同意書（別紙）を提出いただき、これを掲載条件とします。
- (2) 掲載が決定した論文等について、医療経済学会および医療経済研究機構は、医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌「医療経済研究」（ウェブ掲載含む）の記事として刊行することができる権利を有するものとします。
- (3) 「医療経済研究」の掲載論文等を出版、インターネット等を利用した公衆送信その他の方法で公開する場合は、(2)の刊行後とし、出典元「医療経済研究」（公式サイトに該当記事のアドレスがある場合はそのアドレスへのリンク）を明示することとします。
- (4) 「医療経済研究」の掲載論文等を基礎に加筆・修正等を加えてまとめた論文等を他の媒体・方法で公開する場合も、(2)の刊行後とし、「医療経済研究」の掲載論文等をもとに加筆等したものである旨と、その掲載号（公式サイトに該当記事のアドレスがある場合はそのアドレスへのリンク）を明示することとします。
- (5) その他、投稿論文・掲載論文等の著作権に関して疑義を生じた場合は、「医療経済研究」担当へお問い合わせください。

6. その他

採用された研究論文については、「学会論文賞」の選定対象となり、正賞を医療経済学会から、副賞を医療経済研究機構から贈呈します。

(問い合わせ先)

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3F
 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
 医療経済学会事務局
 医療経済学会雑誌・医療経済研究機構機関誌『医療経済研究』担当
 TEL 03-3506-8529 / FAX 03-3506-8528
 E-mail : kikanshi@ihp.jp

(2017年9月2日 改定)

『医療経済研究』執筆要領

1. 原稿の書式

(1) A4版 Word 入力

(2) 1行 40字×36行、横書き入力

匿名で査読を行いますので、著者の属性に係る事項は表紙（1ページ目）に以下①～④の項目を記入し、本体ページ（2ページ目）以降に本文を掲載し、謝辞を入れずに原稿作成をお願い致します。

① 題名著者の氏名および所属・肩書、謝辞、提出年月日

② 連絡先著者1名の所属・肩書、メールアドレス、住所、電話番号、FAX番号

③ 共著者全員のメールアドレス

④ 研究費補助の有無。研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（何年のどの機関・企業からの研究補助等）を謝辞の中に明記してください。

2. 原稿の長さは「40字×36行」12枚、英文の場合は6000語以内とします。（表紙、図表、抄録は除く）

3. 抄録は和文（1,000字程度）および英文（400語程度、ダブルスペース）で作成の上、添付してください。また論文検索のため、和文・英文各10語以内でキーワードを設定し、末尾に記載してください。（英文キーワードは原則として小文字にて記載）

4. 注）は本文原稿の最後に一括して掲載してください。掲載は、注1）などのナンバーをふり、注）の番号順に並べてください。

5. 文献記載の様式は以下のとおりとします。

(1) 文献は本文の引用箇所の肩に1)などの番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に記載してください。文献の著者が3名までは全員、4名以上の場合は筆頭者名のみあげ、(筆頭者),他.としてください。

(2) 記載方法は下記の例示に従ってください。

① 雑誌の場合

1) Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? Journal of American Medical Association 2000;283:373-380

2) 南部鶴彦, 島田直樹. 医療機関の薬剤購入における価格弾力性の推定. 医療経済研究 2000 ; 7 : 77-100

② 単行本の場合

1) 井伊雅子, 大日康史. 第9章 予防行動の分析. 医療サービス需要の経済分析. 日本経済新聞社. 2002 : 173-194

2) Organisation for Economics Co-operation and Development. A System of Health Accounts. Paris: OECD Publications, 2000.

③ 訳本の場合

1) Fuchs, V., 1991. National health insurance revisited. Health Affairs [Winter], 7-17. (江見康一・二木立・権丈善一訳『保健医療政策の将来』勁草書房, 1995, 245-261)

6. 図表はそれぞれ通し番号を付し、表題を付け、出所を必ず明記してください。また、本文には入れ込まず、1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を本文中に指定してください。

7. 見出しに振る修飾数字・英字等は原則として以下の順序に従ってください。

1. (1) ① (a) (ア) …

(2017年9月2日 改定)

医療経済学会 入会申込書

【学会設立の趣旨】

医療経済学の研究者を広く糾合し、医療経済研究の活性化を図るべく、「医療経済学会」を設立する。この学会が医療経済学の研究成果発表の場として、広く研究者が交流する場となることで、その学問的成果に基づく政策や医療現場での実践が行われ、ひいては質の高い効率的な医療が提供されることを期待する。

年 月 日申込

入会希望の方は下記様式に記入の上、事務局までメール、FAXまたは郵送して下さい。
なお、入会申込書に記載いただいた個人情報は、当学会のご案内・ご連絡にのみ使用致します。

フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	西暦	年	月	日
氏名							
会員の別	・普通会員						
	・学生会員（※） [大学名： 在籍学位課程：] [修了予定年月：]						
所属先	名称	職名					
	住所	〒					
電話			FAX				
自宅住所	〒						
電話			FAX				
郵便物希望送付先（該当に○）			所属先 ・ 自宅				
E-mail							

(※) 学生会員は、大学、大学院またはこれに準ずる学校に在籍し、学士・修士・博士・専門職学位課程に在籍する者として扱います。学生会員を希望される方は、学生証コピーの提出をお願い致します。なお、所属が変更した場合は速やかに事務局宛にご連絡ください。

【主な活動】

研究大会の開催、学会誌「医療経済研究」の発行など

【学会年会費】

普通会員：年 10,000 円、学生会員：年 5,000 円

【入会の申し込みおよびお問合せは下記へ】

医療経済研究機構内 医療経済学会事務局

TEL 03-3506-8529 FAX 03-3506-8528

https://www.ihep.jp E-mail : gakkai@ihep.jp

編集委員長	野口 晴子	(早稲田大学政治経済学術院 教授)
編集顧問	池上 直己	(久留米大学医学部 客員教授／慶應義塾大学 名誉教授)
	西村 周三	(京都大学 名誉教授／医療経済研究機構 評議員)
編集委員	五十嵐 中	(東京大学大学院薬学系研究科 特任准教授)
	井深 陽子	(慶應義塾大学経済学部 教授)
	菅原 琢磨	(法政大学経済学部 教授)
	杉山 雄大	(国立国際医療研究センター糖尿病情報センター医療政策研究室長／筑波大学医学医療系 教授)
	高久 玲音	(一橋大学経済学研究科 教授)
	福田 治久	(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授)
	康永 秀生	(東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 教授)
	山田 篤裕	(慶應義塾大学経済学部 教授)

医療経済研究 Vol.37 No.2 2025

2026年3月23日発行

医療経済学会事務局

編集・発行

医療経済学会 医療経済研究機構

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-21-19

東急虎ノ門ビル 3F

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会内

TEL 03 (3506) 8529

FAX 03 (3506) 8528

医療経済研究機構ホームページ：<https://www.ihep.jp/>

医療経済学会ホームページ：<https://www.ihep.jp/jhea/>

制作

株式会社 祥文社

〒135-0034 東京都江東区永代2丁目35番1号

TEL 03 (3642) 1281(代)

本号ならびにバックナンバーについては医療経済学会ホームページよりPDFが閲覧可能です。
また、会員の皆様には最新号を郵送いたします。

Japanese Journal of Health Economics and Policy

Vol.37 No.2 2025

Contents

Prefatory Note

Action, behavior, and health
..... *Hideki Hashimoto* 113

Special Contributed Article

Initiatives toward Medical Cost Optimization Utilizing
the National Database of Health Insurance Claims (NDB)
..... *Taisuke Ishii Yuichi Ichinose Takehiro Sugiyama* 115

Review for the 4th Term Medical Expenditure Optimization Plan
..... *Shohei Nagae* 124

Low-value care / No-value care
..... *Atsushi Miyawaki* 130

Research Article

Impact of Initial Telemedicine Visits in Primary Care Facilities on
Hospitalization Among Older Adults: A Retrospective Cohort Study
..... *Takahito Morita Yusuke Sasabuchi Hideo Yasunaga* 145

Activity Report

The 20th Annual Conference of JHEA (Symposium Report)..... 162

Announcement of The 21th Annual Conference of JHEA..... 194

Call for papers

Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy..... 195

Instructions to Authors/Manuscript Submission and Specifications..... 196

