

# 医療費適正化に関する 近年の実証研究の概要

東京大学大学院医学系研究科

臨床疫学・経済学

康永秀生

# はじめに

- 日本は国民皆保険制度の下、医療サービスの量と質、医療サービスへのアクセスの公平性が一定程度担保されてきた。皆保険制度は、国民の健康水準の向上にも貢献してきた。
- 一方、国民医療費は増加し続けており、制度の持続可能性に懸念が生じているとの意見もある。
- 医療費適正化政策は、制度の効率化や持続可能性にある程度寄与する。一方で、政策の内容によっては、制度の効率化にあまり寄与せず、患者・国民の健康に負の影響を与えうる可能性もある。
- 本報告では、医療費適正化に関する近年の実証研究を概観する。

## これまでの主たる医療費適正化政策

- 公的医療制度の自己負担の導入、自己負担率の引き上げ
- 診療報酬点数制度・薬価制度を介した医療サービスの価格抑制など

## 検討の途上にある医療費適正化政策

- 公的医療サービスに関する給付範囲の見直しなど

# 1. 公的医療保険の自己負担割合の変化が医療サービス需要 および患者の健康に及ぼす影響の分析

# RAND Health Insurance Experiment

アメリカのRAND研究所が1971年から1982年にかけて実施した医療保険に関する大規模なランダム化比較試験。

(Manning WG, et al. The American Economic Review. 1987;77:251-277)

64歳以下の約6000人の対象者をいくつかのグループに無作為に割り付け、各グループに自己負担割合や支払い上限額の異なる医療保険プランを提供。自己負担割合については0%、25%、50%、95%の4種類が設定された。

その後追跡調査を行い、参加者の医療機関への受診状況や健康状態を記録。健康状態は、高血圧など30項目の健康指標が計測された。

## 主な結果と考察

- 自己負担割合が高いグループほど、外来受診率は低かった。
- 全体としては、自己負担割合と参加者の健康状態との間に有意な関連は無し。
- **低所得者に限れば、自己負担割合が95%のグループでは受診率がかなり低下し、いくつかの健康指標も悪化していた。**  
⇒このことから、米国における無保険の低所得者に対して医療保険を提供する特別の対策が有効であることが示唆された。

# 日本の研究に関する文献レビュー

湯田道生. 公的医療制度における自己負担率と医療利用および健康.  
フィナンシャル・レビュー2023;151:154-180.

- (他のサービスに比べれば) 医療サービスの需要の価格弾力性は総じて低い。
- 自己負担率の変化が健康に与える影響も総じて大きくない。

# 日本の高齢者を対象とした研究例

(Shigeoka H. AMERICAN ECONOMIC REVIEW 2014;104(7):2152-84)

厚生労働省「国民生活基礎調査」のデータを用いて、高齢者における自己負担割合の低下と健康状態との関連について検討。

本研究が実施された当時、70歳以上の自己負担割合は一律1割であった。つまり調査対象者は、70歳になるとそれまで3割であった自己負担割合が1割に減少した。

70歳を境にして、その前後での外来受診率の変化と、短期的な死亡率の変化を、不連続回帰デザインを用いて分析。

## 【結果】

- 70歳を境に外来受診率・入院率ともに約10%増加。
- しかし、短期的な死亡率の変化は認められなかった。

## 【考察】

- 低額利用できる医療を過剰消費する事後的モラルハザード。
- しかし医療サービス利用の増加と死亡率の低下には直接関連がないとみられる。
- ただし本研究では、死亡にまでは至らない健康状態やQOLとの関連は明らかではない。

# 子ども医療費制度におけるゼロ価格効果

(*American Economic Journal: Applied Economics*, 14(4): 381–410, 2022.)

ゼロ価格効果＝価格が少額から0円(無料)に移行すると、需要が大きく増えること。

## 【方法】

6県(294市町村)の子ども医療費助成の情報(2005～15年)と、6～15歳のレセプトデータを結合。

市町村ごとの助成対象年齢と自己負担額の違い、および助成導入のタイミングの違いを利用して、差の差分分析を実施。

## 自己負担0円の場合と200円／回を課された場合の比較

少額の自己負担を課された場合、健康状態のよくない子どもでは、月に1回以上受診する割合は低下しなかった。

比較的健康的にもかかわらず頻繁に医療機関を訪れる子どもの受診の割合は低下した。特に、不適切な抗生剤の使用が少なかった。

⇒少額の自己負担は、不健康な子どもに悪影響を及ぼすことなく、比較的健康的な子どもの過剰な医療需要を抑制できる可能性が示唆された。

# 注意点

**これまで行われてきた「自己負担割合の増加」は、世代全体に影響した。**

- 高齢者の医療制度では、軽症から重症の患者を含む高齢者「全体」に影響。
- 子ども医療費制度では、軽症から重症の患者を含む子ども「全体」に影響。  
⇒ 圧倒的に多い軽症者による事後的モラルハザードが医療費を押し上げており、自己負担割合の増加はそれを一定程度抑制でき、健康への影響は限定的である。

**「高額療養費制度の限度額の引き上げ」は、従来の「自己負担割合の増加」とは様相が異なる。**

- すでに高額療養費の対象となっているため、軽症ではなく一定以上の医療ニーズがある患者層である。
- 高齢者だけでなく、比較的若年で特定の疾患（がんなど）を有する患者層も含まれる。治療薬の一部は高額であるものの、効果に関する文献的なエビデンスが一定程度存在する。

# 高額療養費制度の見直しについて（私見）

これまで、世代全体の自己負担割合の引き上げは、一定程度の医療費適正化に寄与する一方、患者の健康状態への影響は限定的であったことが、文献的に示されている。

しかし、高額療養費の自己負担引き上げは、特定の患者層において、受診抑制・治療中断等による健康状態への悪影響を否定できないため、一律の引き上げは正当化されにくい。

また、高額療養費制度の趣旨は本来、重い病気にかかっても家計を破綻させないことであるところ、上限額引き上げは特に低所得層の家計への負担が無視できない。

影響を受けやすい集団（特定の疾患を有する患者層や低所得層など）への特段の配慮が必要と考えられる。

自己負担引き上げだけでなく、費用効果分析に基づく価格調整等によっても対処すべき。

## 2. 診療報酬点数制度・薬価制度を介した医療サービスの価格抑制の例

### 医療サービスの費用効果分析

効果があってもそれに見合わない高価格の医療サービスは、費用対効果に劣る（cost-ineffective）  
⇒利用を抑制するか、価格を下げるべき。

### 費用対効果評価制度

- 中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年から運用開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器が対象。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。

(厚生労働省保険局医療課.令和6年度診療報酬改定の概要【費用対効果評価制度】

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251541.pdf>)

# 3. 公的医療サービスに関する給付範囲の見直し

- (1) 日本での主な論点：OTC類似薬の保険給付の見直し、など
- (2) 世界的な論点の中心：低価値医療(low-value care)

## 低価値医療(low-value care)とは

公的医療保険に収載された医療サービスが、後の臨床研究で、アウトカム改善効果が少ない、またはほとんど無い、と認められることがある。それらを低価値医療(low-value care)という。効果が無ければ、費用効果分析の対象にもなりえない。

アメリカでは、医療費の20－30%は健康改善に寄与せず、削減できるという報告もある。

(Eliminating waste in US health care. JAMA. 2012;307(14):1513-6.)

US Preventive Services Task Forceの推奨グレードDの5つの医療サービスをやめた場合、Medicareの支出が毎年約26億ドル節約できる。(Projected Savings From Reducing Low-Value Services in Medicare. JAMA Health Forum 2025;6(8):e253050.)

# 日本での研究例

(Miyawaki A, et al. Prevalence and Changes of Low-Value Care at Acute Care Hospitals: A Multi-Center Observational Study in Japan. BMJ Open. 2022;12(9):e063171.)

全国242病院のレセプトデータを用いて、「低価値医療」の実施割合を測定。

低価値医療の例：

風邪に対する抗生剤の処方、術前肺機能検査、術前心エコー検査、定期的な骨密度検査、早産抑制のためのリトドリン投与、急性呼吸器疾患症候群に対する静脈内シベレスタット投与、腰痛または首の痛みに対する牽引療法、頭痛に対する脳波検査、敗血症に対するエンドトキシン吸着、集中治療室（ICU）における肺動脈カテーテル挿入術、などなど

2019年度においては、患者1000人当たり115回（狭い定義）～219回（広い定義）の低価値医療が提供されていた。患者の5～8%が少なくとも1回の低価値医療を受けていた。

低価値医療の医療費は57～129億円であり、対象病院の医療費総額の0.23～0.51%を占めた。

最も頻度の高い低価値医療は、感冒に対する抗生剤の処方（患者1000人当たり24回）、次いで、甲状腺ホルモンT3の検査（患者1000人当たり23回）。

# まとめ

- 高齢者など世代「全体」の自己負担割合を引き上げる政策は、医療費適正化にある程度資するとともに、患者の健康状態への影響は限定的。
- これまでのいわば常套手段であった「自己負担増」を、高額療養費制度に一律に適用することは、患者の家計や健康面での悪影響を否定できない。
- 今後の医療費適正化政策の立案に当たっては、「一律の負担増」ではなく、個々の医療サービスの効果と費用の両方を分析することが必要。費用対効果に劣る医療サービスを見つけ出し、その利用を制限したり、サービス価格を下げることを検討する。低価値医療を見つけ出し、その利用をやめることを検討する。