

〈日本眼科社会保険会議シンポジウム報告〉

第 59 回日本臨床眼科学会シンポジウム

どうなる保険医療？

—日本眼科社会保険会議の設立と戦略提起—

日 時：2005 年 10 月 9 日(日)13：40～15：10

オーガナイザーからのメッセージ：

日本眼科社会保険会議成立の背景

医療法人湘山会 眼科三宅病院 三宅 謙作

大阪大学大学院医学系研究科眼科学教室 田野 保雄

シンポジウム：

1. 統一要望書の提出へ向けて

愛媛大学医学部眼科学教室 大橋 裕一

2. CL 診療の諸問題

吉田眼科 吉田 博

3. 白内障・眼内レンズ手術の諸問題

筑波大学臨床医学系眼科 大鹿 哲郎

4. 眼底関連案件の諸問題

東邦大学医学部第二眼科学教室 竹内 忍

5. 眼科の診療報酬内容—内科との比較

医療法人青森眼科 伊藤眼科クリニック 伊藤 信一

日本眼科社会保険会議成立の背景

医療法人湘山会 眼科三宅病院 三宅 謙作
大阪大学大学院医学系研究科眼科学教室 田野 保雄

是非はともかく、現在は行財政改革の時代に入ったといわれる。この背景には深刻な国家財政難がある。そして関連する事項として、少子高齢化、グローバルイゼーション、情報化社会などが挙げられる。

医療保険の問題も例外でなく、混合診療をはじめとして様々な議論が行われている。眼科領域においても合理性、公明性、戦略性、迅速性、全体性を兼備した議論の場が必要となった。

このような時代を背景として、日本眼科医会(日眼医)と日本眼科学会(日眼)は協力して、第 1 図に示すような日本眼科社会保険会議を立ち上げた。議長、事務局長は両会が交代で担当することとした。

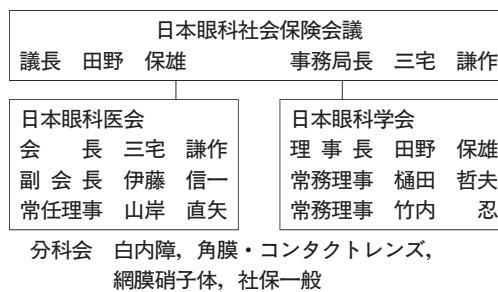
第 2 図に従来から存在する日眼医、日眼と日本医師会(日医)、厚生労働省との関連を示している。今後は、中心に日本眼科社会保険会議が存在し、これらの上部団体、行政等への眼科社保関連の要望等の発信元となる。

ここで日眼は EBM の裏付けを持った先進医療の情報

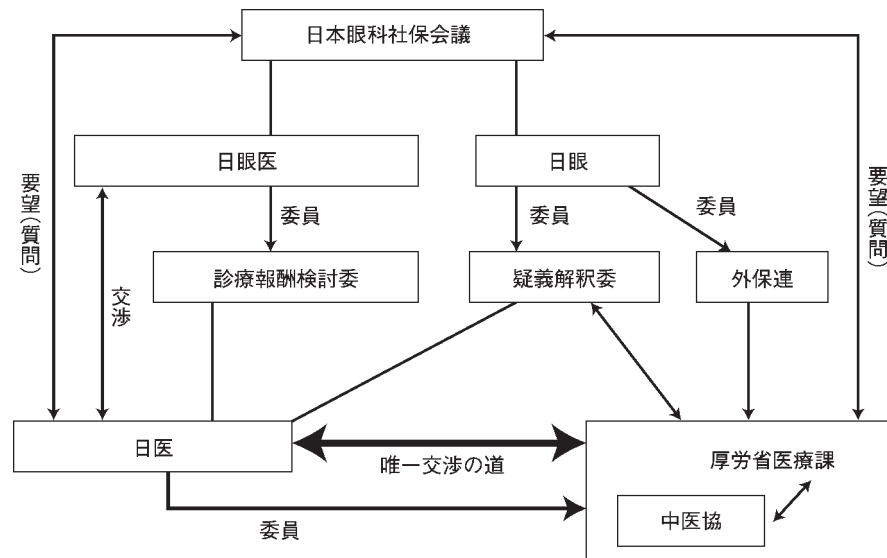
を主に提供する。日眼医は従来から行っている一種の peer review である全国審査委員連絡協議会、各支部健保担当理事連絡会の議論をふまえ、この会議で発言をしていく。

併せてこの会議では日眼医の眼科医療研究会議で扱っている、例えば白内障手術社会的貢献度、眼科の病診連携の評価、眼科の診療報酬評価の研究、白内障手術の適正な診療報酬、診療報酬の内外価格差等の研究をふまえ戦略性のある要望や提案を行う。

従来からの問題点の 1 つである、A 会員、B 会員あるいは学者などの間で、微妙な差のある社会保険上の問題点の調整をすることも本会議の目的である。



第 1 図 日本眼科社会保険会議の構成図



第2図

統一要望書の提出へ向けて

愛媛大学医学部眼科学教室 大橋 裕一

刻々と変貌する医療の実情に合わせるため、診療報酬の改定が2年毎に実施されている。次期改定は来年であるが、衆議院選挙での自民大勝を受け、これまでとは異なった動きが生じたのは周知のとおりである。かつては決着の場であった中医協の権威は失墜し、決定権が内閣に移行する中、医療費抑制に向けた流れが急激に加速した。結果として、その抑制幅は全体で3.16%に達し、診療報酬本体へも波及することとなった。

そのような中で眼科医は苦戦している。眼科保険診療の総額は約1兆円であり、医療費全体の4%弱を占めるが、全医師中の眼科医の比率はそれよりも多く、決して恵まれた環境にあるわけではない。その上、白内障手術＝簡単な小手術との大きな誤解から生じた逆風は、取まりかけてはまた繰り返すと言った状況を繰り返している。日本経済新聞に掲載された「眼科医は儲かる」という苦々しい記事は会員の記憶に新しいところであろう。

原因の一つとして、メディア対策を含むパブリックリレーションの不足があげられようが、その前に、眼科保険診療の方向づけについて長期的視点に立った幅広い論議がなされてきたか否かを自問する必要があるだろう。これまで、眼科診療報酬に関する改定要望は日本眼科学会と眼科医会の両方から独自に提出されていた。たとえば表1のように、平成16年度(前回)の両会の要望事項を並べてみるとその乖離は明白である。敢えて一致しているものをあげるとすれば白内障手術くらいのものであり、結果として要望が受け入れられた事項は一つもなかった。個々の活動成果が予期どおりに上がっていると

は考えがたく、眼科医全体としての意向も見えにくい状況であったと言える。まずは、両会が同じ土俵で議論するとともに、交渉窓口を一本化する必要があるのだ。

こうした観点から、日本眼科学会と日本眼科医会とは日本眼科社会保険会議を設立し、眼科診療の将来を見据えた戦略を共同で練ろうとしている。むろん、いかに多くの意見を吸い上げ、時宜を得た判断を下せるかどうかは本会議の成否を分ける鍵ではあるが、議論の場が一本化されたことは、ゴールへの大きな一里塚ではないかと捉えている。定期的な会議の実施の中、両会の相互理解は深まり、今回は、表2に示すような統一診療報酬改定要望書の提出に至った。また、診療保険点数表の整理、白内障手術コストの見直しなど、専門分科会における議論も活発に行われているほか、医会および学会担当者による厚生労働省との折衝協議も頻回に及び、パイプは次第に太いものとなりつつある。

良質な医療を提供している眼科医には応分の報酬が配分されて然るべきである。高い技術革新と社会貢献性を誇る眼科手術の復権と、CL診療関連報酬体系の見直し、さらに先進医療技術の速やかな反映などを目指して邁進しなければならない。

CL診療の諸問題

吉田眼科 吉田 博

いわゆるCL診療所における過剰な保険請求による医療費は全眼科医療費の10~20%を占めると言われている。厚生労働省では平成18年度診療報酬改定に際して、いわゆるCL診療所を中心としたCLに係わる保険診療費の包括化を含め、CL医療費の削減を目的に何らかの

表 1

眼科医会側	眼科学会側
<ul style="list-style-type: none"> ■ 白内障・眼内レンズ手術が必要経費以下となっていることの改善 ■ 眼科検査・処置の点数が外来管理加算以下となっていることの是正 ■ 睫毛多数抜去の左右、上下別の請求復活 ■ 複数手術費用請求の特例の拡大 ■ 緑内障手術、硝子体手術点数の正当な評価 ■ 矯正視力検査の括弧内の文言削除 ■ 手術施設基準の撤廃 ■ ディスポ材料の点数化 ■ IOL 縫着術の点数化 ■ 施設入所者の眼科受診抑制の撤廃 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 眼底 3 次元画像解析 ■ 低視力者指導管理料 ■ 小切開水晶体再建術 ■ 緑内障指導管理料 ■ 動的量的視野検査について ■ 角膜移植における生体材料について ■ 赤外線蛍光眼底撮影 ■ 内視鏡下全涙道再建術 ■ レーザー切糸術 ■ 眼底画像検査におけるデジタル加算 ■ パーフルオロカーボンの使用 ■ 眼圧日内変動検査 ■ 角膜厚測定 ■ 後発白内障レーザー切開術

表 2

新 設	<ol style="list-style-type: none"> 1. 眼底 3 次元画像解析 2. 水晶体再建術 3. ロービジョン指導管理料
改 正	<ol style="list-style-type: none"> 1. 眼底カメラ撮影でのデジタル記録の保険上の評価 2. D 263 矯正視力検査(眼鏡処方せんの交付を含む。)と矯正視力検査の区別 3. 角膜移植手術などの臓器移植手術の評価の改善
材 料	<ol style="list-style-type: none"> 1. ディスポーサブル手術保険医療材料の点数化
その他	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来管理加算の点数以下の検査や処置があることの是正 2. 睫毛抜去(多数)の上下、左右の眼瞼別での請求の復活 3. 老人保健施設入所者の検査、処置等の縛りの撤廃

メスを入れる事を検討している。これに対して日本眼科社会保険会議では、CL 診療費の包括化は CL 診療を否定するものであり断固反対の意向である事を表明し、別の方法を講ずる事により CL 保険診療の適正化をはかり、不適切な医療費は削減できる事を主張している。

平成 17 年 7 月に実施した全国の CL 診療所の実態調査によると眼科標榜の診療所(総数 6,475 施設)の中でいわゆる CL 診療所と思われる医療機関は 1,337 施設であった。これらの CL 診療所における初診率は 80% 以上であり、一般の眼科診療所での初診率は 40% 前後であることと比べると、明らかに高率の初診率であった。

CL 処方に係わる保険点数は、初診時の点数(初診料 274 点+屈折検査 74 点+矯正視力検査 74 点+精密眼底検査(両) 112 点+細隙灯顕微鏡検査(前眼部) 38 点+角膜曲率半径計測 89 点+精密眼圧測定 85 点)は 746 点であり、再診時の点数(再診料 73 点+再診継続管理加算 5 点+矯正視力検査 74 点+細隙灯顕微鏡(前眼部) 38 点)は 190 点である。

CL 診療における 1 か月の平均のレセプト件数は少なく見積もっても 1400 件以上であることから、初診率 80% とすると全国の CL 診療所で費やされる医療費は 1 か月で 117 億円であり、1 年間では 1,404 億円である。これに対して審査支払い機能の充実と適正な保健指導に

より、一般眼科診療と同様の 40% の初診率に是正した場合では、CL 診療所の医療費は 1 か月で 76 億円であり、1 年間では 912 億円となり、少なく見積もっても実に 492 億円の医療費の削減が可能になることが示される。

CL 診療に係わる点数の包括化が行われると、屈折医療の包括化を意味することになり、一般眼科医療機関における健全な眼科医療の崩壊を来すことが予想される。しかも、CL 診療所においては包括化を避ける目的で、屈折病名以外の病名の追加や不必要な治療薬の投与が行われ、医療費抑制効果はほとんど期待できないと思われる。

眼科総医療費が約 1 兆円と言われていることから、CL 保険診療の適正化による医療費の削減効果は全眼科医療費の 5% になり、平成 18 年度の診療報酬改定では 3~5% の削減が取りざたされていることから、この CL 保険診療の適正化によって眼科医療費の削減目標はほぼ達成できるものと考えられる。

白内障・眼内レンズ手術の諸問題

筑波大学臨床医学系眼科 大鹿 哲郎

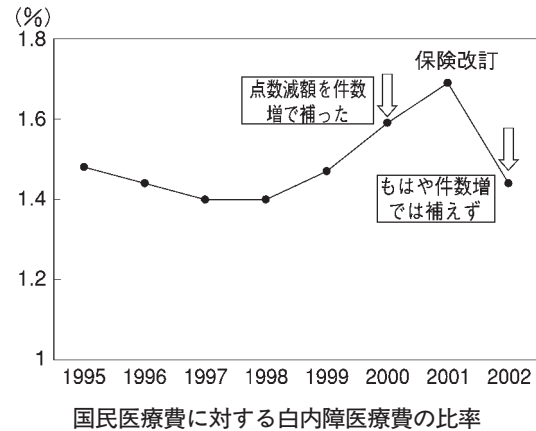
白内障・眼内レンズ挿入術の診療報酬は、2000年に16,200点から14,710点と9.2%の引き下げとなり、さらに2002年に12,065点へとさらに18%の引き下げとなった。二回の引き下げを合わせると、25.6%という実に大幅な点数減であった。一方で、白内障・眼内レンズ手術に必要とされる器材や器具、用具、薬剤の価格は高止まりし、また、技術の進歩に伴って新たな投資やアップグレードを行ったり、最新の製品・ディスプレイ製品を使用したりすれば、必要コストはかえって上がることになる。現状の12,065点という報酬が、手術原価に近いあるいは既に下回っている施設もあるやに聞く。

白内障手術の診療報酬を先進諸国と比較すると、ドイツを別にして、日本はフランス、イギリス、アメリカを大幅に下回る低い点数となっていることが、最近の調査で明らかになった(「白内障手術の診療報酬に係る分析報告書-診療報酬の国際比較」新日本アーンスト アンド ヤング税理士法人)。

国民医療費に対する白内障医療費の比率をみると、図のように、2001年までは年々その割合が上昇していたが、2002年に大きく減少している。この間に2000年と2002年の2回、診療報酬の削減があったが、2000年の際は手術件数が増加傾向にあったので、白内障医療費全体としてはまだ右肩上がりであった。しかし、それ以降は手術件数も横ばいで推移しているために、2002年の点数減額は白内障医療費の大幅な縮小に繋がった。今後、手術件数が大きく増加することは考えにくいので、点数削減があればそのまま医療費減額という結果に直結するものと予想される。

一方、白内障手術と眼内レンズ挿入術が併施手術となっている弊害も続く。この両者は今や、明らかに一連の手術であり、分離されている意義は理解しがたい。他疾患とのトリプル手術ではその弊害がさらに強調される。

白内障手術は、身体障害者の発生の予防、医療費の抑制、社会的支援費の発生や労働生産性の低下を回避することによって、年間5,600億円の社会的利益をもたらすと報告されている。また、白内障罹患によって患者の健康関連 quality of life(QOL)は著しく低下しているが、手術によって劇的に改善することも最近の研究で明らかになっている。さらに、近年の技術革新によって、手術の際の患者の負担は非常に軽減されてきており、患者の身体的および視機能的な社会復帰も相当に早くなるなど、技術革新の恩恵は至る所に見て取れる。これら、白内障手術の社会的・医療経済的貢献度を行政・マスコミおよび他科医を含む各方面に向けてきちんと発信してお



くことは、白内障手術の有用性を正しく評価し、医療資源の適正な配分を図るために極めて重要である。白内障手術が短時間で終わる簡単なものという、甚だ一面的で誤った情報発信の影響を払拭することは容易ではないが、心ある眼科医が力を合わせて取り組んでいかなければいけない問題であろう。

眼底関連案件の諸問題

東邦大学医学部第二眼科学教室 竹内 忍

診療報酬改定の時期に合わせて、日本眼科学会は外科学系学会社会保険委員会連合(外保連)を通して、手術、検査、処置の要望を厚生労働省に要望してきた。しかし、ここ数年は要望が取り上げられて保険に収載されることが極めて少なくなってきた。

一昨年、昨年と日本眼科医会と共同で眼底3次元画像解析(OCT, SLO, HRI, GDXなど)を第一番目の要望項目として提出したが、保険に収載されることはなかった。平成18年度の要望でも筆頭項目としているが、収載の見込みはまったく不明である。光の干渉現象、レーザーや赤外光を用いた画像解析は、網膜や視神経乳頭部の病態を詳細に描出することができ、非侵襲的で安全性の高い画期的な検査法である。しかしながら、このように患者にとっても、非常に有益な利用価値の高い新しい検査であっても、すぐに保険に収載される可能性が少なくなってきている。その背景のひとつに医療費の増大に対して、国や自治体の負担を増やしたくないという現実がある。一方、内閣府の規制改革・民間開放推進会議は、混合診療をもっと認めるように厚生労働省に圧力をかけ、その結果将来の保険導入の評価を行うことを目的に「特定療養費制度」を廃止して、「保険導入検討医療(仮称)」と「患者選択同意医療(仮称)」を新たな枠組みとして再構築した。その結果、比較的新しい検査である眼底3次元画像解析は、ただちに保険に収載せずに「保険導入検討医療(仮称)」の対象となって、混合診療の枠組みの中に組み入れられる可能性がある。その意味する

ところは、眼底 3 次元画像解析は施設を限って、その検査料金は自費分として請求しても構わない、ということになる。最も恐れることは、国の財政が破綻していることを口実に、今後このような新しい検査法や手術が開発されたとしても、保険収載されずに混合診療の枠に組み入れられてしまうことである。すなわち、加入している健康保険が使えない検査や手術が増えてしまうことで、自己負担が多くなってしまい、余裕ある患者とない患者の差別化が起こる危険性もある。平成 18 年度に眼底 3 次元画像解析が保険に収載されるかどうかによって、今後の診療報酬の道筋がはっきりしてくるように思われる。

また今回、手術に用いる DISPOSABLE 製品を特定医療材料として保険収載するように要望した。すなわち、白内障手術や硝子体手術では、手術の進歩に伴い新しい器具も開発や改良されるとともに器具自体も高額になっている。さらに手術の安全性の面から、しだいに手術器具はディスポ化する傾向になっている。そのため、本来は技術料であるべき手術料がディスポを中心とする材料費用に侵食され、医療機関の実質収入が軽減している。眼科領域では平成 12 年の医療費改定によって、白内障手術および硝子体手術の手術点数が削減されており、一層医療機関の経営を圧迫してきている。そのため、大学病院をはじめとするほとんどの施設で、DISPOSABLE である硝子体手術器具を再滅菌して、再使用しているのが現状である。安全性の面からも問題であり、とても先進国の医療とはいえない状況にある。本来、DISPOSABLE 製品は、1 回のみ使用ということで薬事承認を得ているので、再使用は絶対に許されないものである。ディスポ本製品を使用することにより、準備、洗浄、滅菌などに要する時間が格段に短縮されるほか、保守管理が単純化され、人件費削減の効果が得られる。さらに術後眼内炎の発生を減少させることができることから、医療経済を縮小する効果があると考えられる。手術料は、技術料であるという考え方から、材料費は別個に保険収載が必要であると訴えている。

高齢化社会を迎えるにあたり、医療費の自然増は当然予想されるが、誰でもが自由に差別なく診療が受けられる環境は守って行く必要がある。医療費の無駄をなくするのは当然だが、2025 年には国民医療費は倍になるとして、経済財政諮問会議や財務省が医療費を含めた社会保障費を削減する考えである。平成 18 年度の医療費も削減する方針を示し、マスコミにもしきりに取り上げられている。しかし、日本の国民医療費はそんなに高いのか？ ちなみに OECD 加盟国でみると日本の国民総生産(GDP)と比較した国民医療費は、7.9% で、日本は 17 位であり、OECD 加盟国の平均以下のレベルである。それを 2025 年度には 6.7% にしたいとしている。経済財政諮問会議の民間議員はこのままの状態が続くと

2025 年には対 GDP 比で 8% 強になるので、5.6% に抑制すべきとしている。ただ財政への負担を避けたいがために数値だけを操作するだけであって、国民の健康を真剣に考えているとは到底思えない発言である。日本の病院の医師数や看護師数は、欧米に比較して少なく、労働条件の劣悪ななかで、必死になって業務をこなしているからこそ、現在の医療が支えられているのである。

このように医療費を抑制したならば、新しい検査や治療の導入は見送られ、混合診療や、保険免責制度が新たに組み込まれることは容易に想像でき、国民皆保険制度の崩壊や貧富の違いによる治療内容の差別化が起こる恐れもある。国民皆保険を維持して医療の質を落とさず、国民の健康を維持する努力が個々に求められている。

眼科の診療報酬内容—内科との比較

医療法人青森眼科 伊藤眼科クリニック

伊藤 信一

平成 15 年 6 月分の社会医療診療行為別調査によって、全科の診療所と眼科診療所とを比較すると、眼科で多いものは、手術、検査、初再診であり、眼科で少ないものは、指導管理等、注射、処置、投薬、画像診断となっている。眼科診療所の手術が全診療所で行われる手術点数のおよそ 45% を占めているため、財政上の理由で医療費抑制の対象とされ易い。検査点数はおよそ 27% を占め、眼科の医療費は手術と検査で手当てされていることが分かる。眼科診療所の総数に占める割合は 8.33% で、有床診療所では 10.5%、無床は 7.5% となっている。

眼科診療所の医療費と施設数の推移では、眼科診療所は、平成 12 年度から平成 15 年度の間に 7.7% 増加しているが、眼科診療所の 1 医療機関平均の医療費は、平成 12 年度から平成 15 年度の間に 6.5% 引き下げられている。内科診療所では、同じ期間に、施設数で 2% 増加、金額は 2% 増加している。

厚生労働省保険局調査課からの「眼科と内科診療所の医療費の推移、医療費規模別の分析等」の資料によると、医療費規模別にみた医療費の対前年度比分布統計(図 1)では、眼科は規模が小さいと医療費の変動が大きく、規模が大きくなっても対前年度比の医療費は伸びていない。内科診療所では、医療費規模が大きくなると対前年度医療費は伸びている。医療費の規模が大きい眼科医療機関では、内科の様に医療行為が診療報酬上適正に評価されていないと考えられる。

眼科も内科も、医療費規模の 5 千万円が 1 つのヤマになっている。これは税制の関係と考えられる。眼科と比較して内科では、500 万円未満の診療所があり、1 千万円未満の割合が多い。これは手術・検査の影響と考えられる。

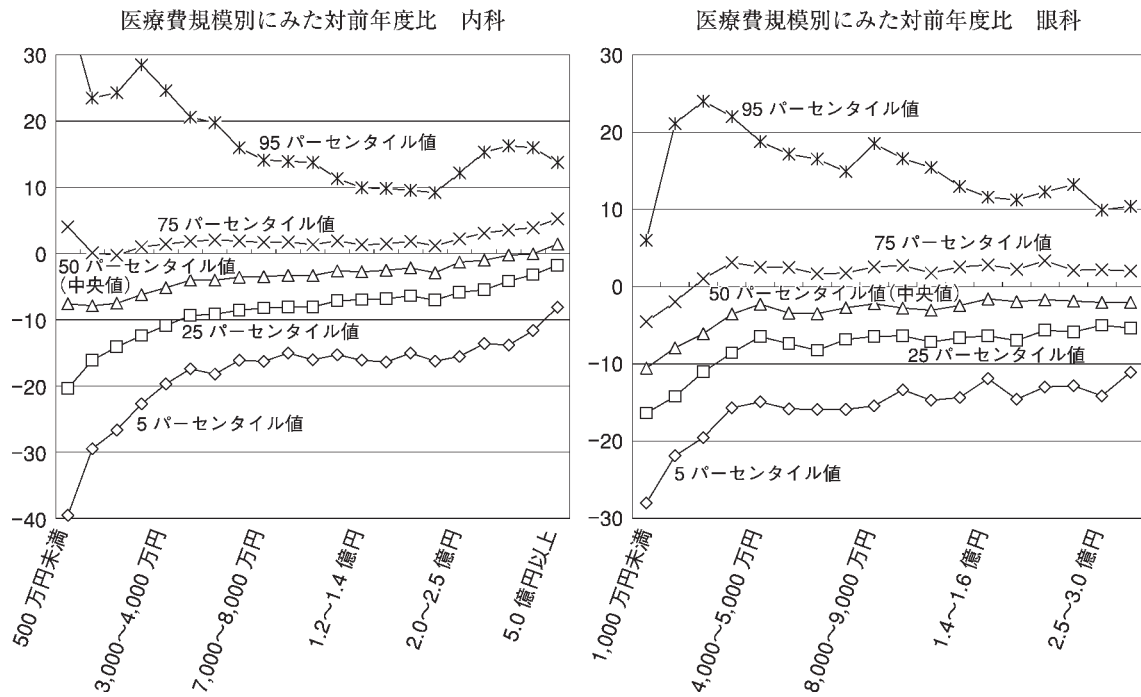


図 1

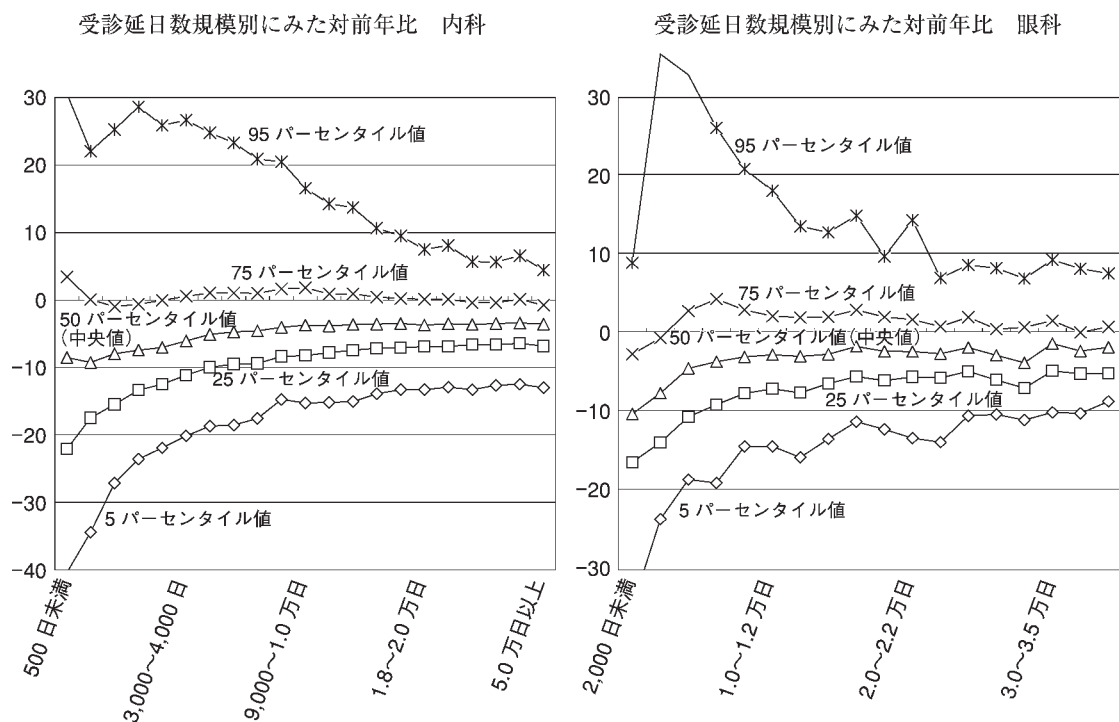


図 2

受診延日数規模別にみた受診延日数の対前年度比分布統計(図2)では、眼科の受診延日数が対前年度比減少、患者数減となっている。下位から5%の診療所と上位から5%に当たる診療所では、受診延日数15,000日未

満では変動があるが、それ以上では動きが少ない。内科と眼科を比較すると、両者のスケールに差異はあるが、ほぼ同じ傾向にあると思われる。内科では受診延日数が眼科以上に減少していることが分かる。