

〈日本眼科社会保険会議シンポジウム報告〉  
第 110 回日本眼科学会総会シンポジウム

どうなる保険医療？

— 平成 18 年診療報酬改定を検証する —

日 時：2006 年 4 月 16 日（日）9：00～10：30

オーガナイザーからのメッセージ：

診療報酬改定の道筋—イントロダクションにかえて

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. 改定のポイントと総括       | 山岸眼科 山岸 直矢            |
| 2. 白内障・眼内レンズ手術      | 筑波大 大鹿 哲郎             |
| 3. CL 診療の改定について     | 吉田眼科 吉田 博             |
| 4. 画像解析（眼底関連案件の諸問題） | 東邦大学医学部眼科学第 2 講座 竹内 忍 |
| 5. その他の改正点          | 愛媛大学眼科 大橋 裕一          |

診療報酬改定の道筋

—イントロダクションにかえて

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

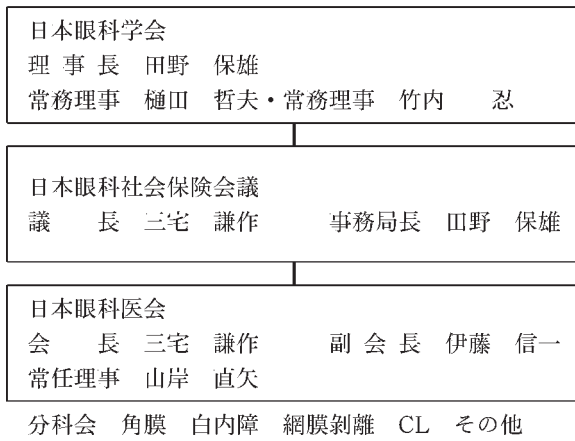
—3.16%という未曾有の大幅な削減となった 18 年度診療報酬改定は、奇しくも、今回日本眼科医会、日本眼科学会が共同で立ち上げた日本眼科社会保険会議の初仕事になった。各論については、後の演者が述べる。また全体の評価については会

員諸兄に委ねられる。

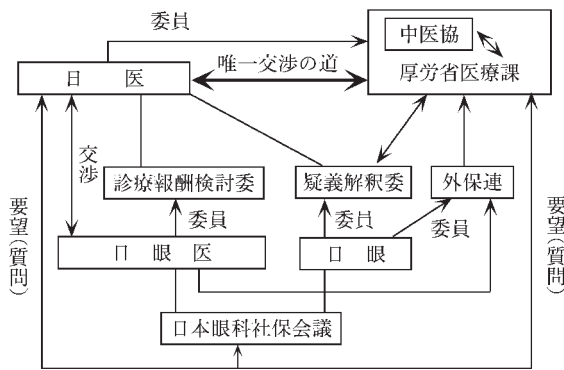
ここでは、診療報酬改定の道筋について確認しておきたい。第 1 図に今回立ち上げた日本眼科社会保険会議の構成図を示す。そして、第 2 図にその社会保険会議がいかに関係するかに示す。第 3 図は今回の診療報酬改定のタイムテーブルを示す。

第 2 図の全体図に示しているように、診療改定の中心部分は日本医師会と中医協と厚労省医療課の協議と判断にある。交渉の過程でこれら 3 つの組織にいかに関係的に眼科医療のもつ問題点を公正、正確に、そして説得力をもって伝えるかがボ

日本眼科社会保険会議の構成図

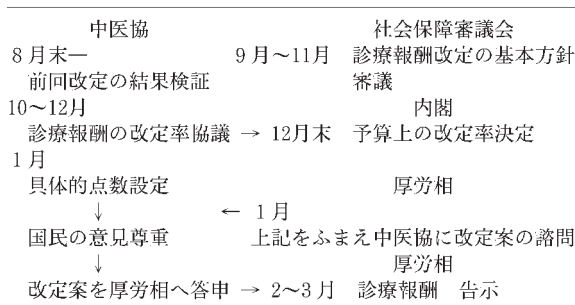


第1図



第2図

2006年 診療報酬改定



第3図

イントになる。同時に問題点として、その交渉の道筋が恒常的に存在していないことである。具体的に言えば、日本医師会の執行部や中医協の委員に常に眼科医がいるとは限らないことである。またこれに関連して診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会委員会というものがある。ここにも現状では眼科の委員が入っていない。

このような状況にあるために、第3図のタイムテーブルに見る12月末から1月にかけて、上記3つの組織、すなわち、日本医師会社会保険部、中医協、厚労省医療課に対し、色々なルートを探索して眼科の状況を訴えることになる。今日では、このような交渉は、いわゆる undergroundではなく on the table であって、上述の如く公明正大に説得力をもった交渉をしなくてはならない。

日本眼科医会では、その基礎資料を作成するべく、眼科医療研究会議を立ち上げた。ここでは、白内障手術の社会的貢献度、眼科の病診連携の評価、眼科診療報酬評価の研究、診療報酬の内外価格差、眼科医療の社会、特に社会経済に及ぼす効果等の研究を行い、説得力のある交渉材料としている。

このような交渉のスタイルは今後とも、しばらくは続くであろう。学会、医会の担当者は、持ち場と役割を十分認識して、適時的に有効な活動をつみかさね、進歩の著しい眼科医療に診療報酬上の適切な評価が得られるよう努力したいものである。

### 改定のポイントと総括

山岸眼科 山岸 直矢

平成18年度診療報酬改定は過去2度目のマイナス改定で、その下げ幅は過去最大となり、総額では-3.16%、約1兆円の減額となった。本体では-1.36%で内訳は、小児科、産科、麻酔科、救急医療、病理診断で+0.44%、約1475億円増額、その他の科は診療所の初再診料、コンタクトレンズ診療や慢性期入院医療等で-1.8%、約5990億円減額となった。

眼科の医療費を推定する。確定された最も新しい数値は、平成17年8月に公表された平成15年度のものである。平成16年度と17年度には大きな改定はなく、平成15年度の数値を基に推定を試みる。(図1)平成15年度の医科の医療費を示す一般診療医療費は約24.1兆円で、眼科の医療費を示す眼及び付属器の疾患は9746億円と4.0%を占めていた。平成18年度の一般診療医療費は

H15年度	一般診療医療費	240,935 億円
	4.0%：眼及び付属器の疾患	9,746 億円
H18年度	一般診療医療費	233,321 億円
(推定)		(-3.16%)
	3.7%：眼及び付属器の疾患	8,646 億円
		(-11.3%)
	〔コンタクトレンズ診療 初・再診料	〔-1,000 億円 -100 億円〕
	5.0%：眼科医師数/全医師数	

第 1 図 眼科の医療費（推定）

-3.16%で 23.3 兆円と推定される。眼及び付属器の疾患はコンタクトレンズ診療で 1000 億円減額と初再診料での 100 億円減額で 8646 億円と試算され、-11.3%と推定される。一般診療医療費に対する眼科医療費の割合は 0.3%減少し 3.7%を占めるが、これは全医師数中に眼科医師数の占める割合の 5.0%に比して著しく低いものであり、問題意識を持たなければならない。

今回の改定では、要望のあった 619 技術のうち、50 新規技術が保険導入を認められ、その中に眼科に関するものは、小児弱視等の治療用眼鏡に係る療養費の支給と水晶体再建術の 2 つである。

白内障手術・眼内レンズ挿入術については、平成 12 年度に 1490 点減額（-9.2%）と平成 14 年度に 2645 点減額（-18.0%）され、平成 10 年比は 4135 点の減額（-25.5%）である。

今回の改定では、わずかだが増額が得られた。また水晶体再建術として認められたので、今までの角膜移植術、緑内障手術や硝子体手術と白内障手術と眼内レンズ挿入術のトリプル手術の場合は、それぞれ水晶体再建術とのダブル手術となり、併施手術としては 1875 点の増額となる。白内障手術料に関しては新聞紙上に誤解に基づく報道がみられたが、この逆風があったにもかかわらず水晶体再建術が認められ、その点数が 12100 点となったことは日本眼科社会保険会議を設立し、眼科の対外的な窓口を一本化し、厚生労働省、日本医師会や外保連に要望等働きかけを行った成果の一つと考えられる。

最優先に位置付けた、眼底 3 次元画像解析は今回の改定がマイナス改定であり、財源を必要とす

新 設	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	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	1. ディスポーサブル手術保険医療材料の点数化	×
その他	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	○

第 2 図 厚生労働省への要望事項

る為という理由で、今回は採用されなかった。

日本眼科社会保険会議から厚生労働省への要望事項の 10 項目と今回の改定による保険導入の結果について示す。（図 2）

上記以外に採用されたものについて述べる。改正の 2. では矯正視力検査の（眼鏡処方せんの交付を含む。）のあるものとならないものを区別して示されるようになった。その他の 1. では外来管理加算の点数（52 点）以下の一部の点数が 45 点と増額された。その他の 3. では老健施設の入所者が眼科を受診した時に従来では算定できなかった精密眼底検査と眼処置、睫毛抜去（多数）や結膜異物除去等の眼科処置が算定できるようになった。

今回の改定で眼科診療に大きな影響を与えたコンタクトレンズ検査料は「コンタクトレンズ診療等における不適切な診療を適正化する」という厚生労働省の強い意図の下で行われた眼科学的検査についての包括点数である。総額で 1000 億円の減額と試算されている。「定期的な検査は保険給付の対象外とする」という厚労省の当初の方針に対しては、日本眼科社会保険会議から要望書を提出した。その後この方針は変わり、特殊な場合を除きコンタクトレンズ診療のほとんどの場合が保険給付の対象とされることになった。厚生労働省の基本的な方針を覆すことは現時点では困難であ

る。しかしこの包括点数による悪影響を少なくし、必要があって行う眼科学的検査が正当に評価されるためには、当面は包括の除外項目を拡大することが有効であると考えられる。

## 白内障・眼内レンズ手術

筑波大 大鹿 哲郎

今回の診療報酬改定にあたり、日本眼科社会保険会議としては白内障手術を三大重点事項の一つとして取り上げ、日本眼内レンズ協会とも連絡を密にし、協調して交渉に当たった。我々が白内障手術に関して最も重要視したのが、白内障手術と眼内レンズ手術を一連の手術として合体すること、小切開手術として点数そのものを適正に評価してもらうことであった。また、現時点では、眼内レンズの特定医療材料化は望まないとのスタンスをとった。さらに、すでに行われていない古い術式を点数表から整理し、現状の臨床にあった構成に再編する点も要望した。

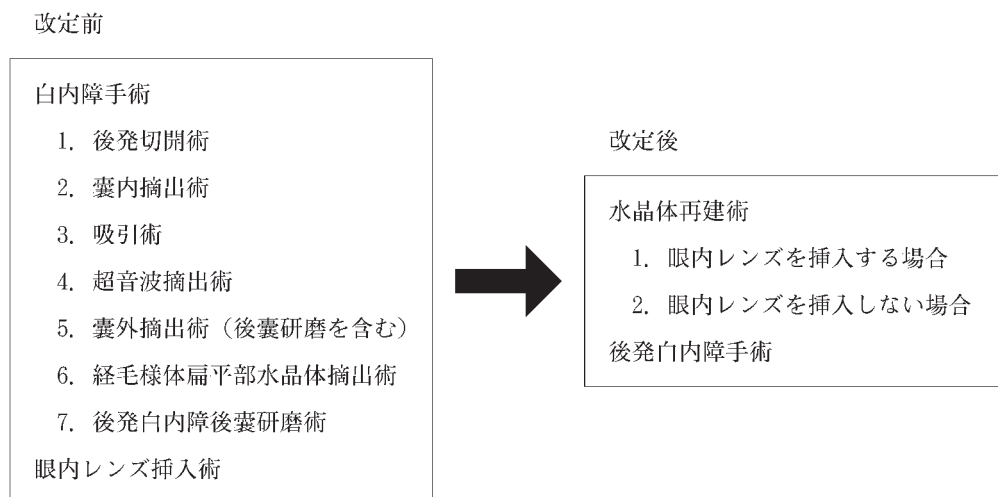
今回の改定は表1のように行われ、結果として我々の要望事項が相当受け入れられた形となった。眼内レンズを挿入する場合の水晶体再建術は12,100点なので、これまでの $8,350 + 7,430 / 2 = 12,065$ 点から僅かながら増額している。眼内レンズ挿入術という項目はなくなり、眼内レンズ二次挿入や縫着術などは水晶体再建術の1（眼内レン

ズを挿入する場合）で算定することになる。この解釈をスムーズにするために、日本眼内レンズ屈折手術学会で水晶体再建術の定義を「水晶体の混濁、位置異常、欠損などを、外科的に再建すること。眼内レンズを用いる場合(1)と用いない場合(2)がある」のように定め、日本眼科社会保険会議にて承認した。“欠損”に人工的な欠損も含めるという立場である。

硝子体や緑内障、角膜移植術などの同時手術においては、これまでは3つめの手術（通常は白内障手術7,430点）が全く算定されなかったが、今回の改定によりその矛盾点は解消された。

今後の課題になるのは、眼内レンズ料金の取り扱いと、ディスポ製品の保険収載であろう。眼内レンズについては、付加価値が高く高価なレンズが登場した場合に、現状の保険点数ではカバーしきれないという問題が懸念される。米国では昨年5月からtwo aspect paymentという方法がMedicareに導入され、高額な老視対応（多焦点など）眼内レンズを使用した場合に、通常のレンズ価格との差額を患者負担にできることになった。混合診療の問題と絡め、我が国ではどのようなシステムを作っていくのか今後検討していく必要がある。ディスポ製品の保険収載は容易に認められるとは考えにくいですが、硝子体手術用ディスポ製品の取り扱いと並行して、今後もこの問題は取り上げていく予定である。

表1



### CL 診療の改定について

吉田眼科 吉田 博

平成 18 年度診療報酬改定における眼科診療費の最大の変更ポイントはコンタクトレンズ（以下 CL）検査料の包括化である。厚生労働省は以前より指摘されていた CL 診療に係る過剰な医療費を適正化する目的で、今回の改定で CL 検査料の新設を行った。当初より当局は不適正な CL に係る医療費を削減するという強い姿勢が示され、眼科学会・眼科医会（眼科社会保険会議）との協議においても全くその方針は譲らなかった。

新設された CL 検査料のポイントは以下の通りである。

- ① CL 処方の為に定型的に実施される全ての眼科学的検査に係る費用を包括する。
- ② CL 患者が 70%以上を占める医療機関は CL 検査料 2 を算定する。
- ③ 初診時の点数は患者 1 人につき 1 回を限度として算定する。
- ④ 初診料・再診料は別途に算定する。
- ⑤ CL の定期的な検査は保険給付外とする。

D 282-3 コンタクトレンズ検査料	
1 コンタクトレンズ検査料 1 (CL 患者 70%未満)	
イ 初回装用者の場合	387 点
ロ 既装用者の場合	112 点
2 コンタクトレンズ検査料 2 (CL 患者 70%以上)	
イ 初回装用者の場合	193 点
ロ 既装用者の場合	56 点

これにより CL 処方に係る保険点数は以下の通りに変更された。(図 1, 2)

この結果、CL 診療所の 1 ヶ月あたりの医療点数は、平均レセプト件数 1,378 件（平成 15 年度日本眼科医会調査より）から計算すると、改定前では初診率 80%である CL 診療所の総医療点数は 874,882 点であったものが、改訂後は初回装用者の割合を 20%とすると総医療点数は 245,284 点となる。(図 3)

全国の CL 診療所の数は 1,400 施設（平成 15 年度日本眼科医会調査より）であることから、CL 診療所における年間の医療費の総額は改定前では 1,404 億円であったものが、改訂後には 394 億円に減少することになる。これにより年間眼科医療費の削減額は実に 1,010 億円となり、眼科総医療費の 10%に及ぶことになる。

今回の CL 検査料の包括化による一般の眼科診療所への影響について試算してみると、自院（地方都市部、有床診療所）の場合、CL 患者の割合が 13%であるので、総診療報酬の削減率は約 3%程度であった。しかし、CL 学会の会員で CL 診療を専門とする A 診療所（首都圏）の場合では、CL 患者の割合が 55%であったので、その診療報酬削減率は 25%となり、また B 診療所（関西圏）の場合では、CL 患者の割合が 60%であるので、その削減率は 35%にも及ぶとの事であった。

今回の CL 検査料の新設により厚生労働省が意図した不適正な CL に係る医療費の大幅な削減は達せられると思われるが、一般の眼科診療所への影響、特に CL 診療を専門とする診療所への経済

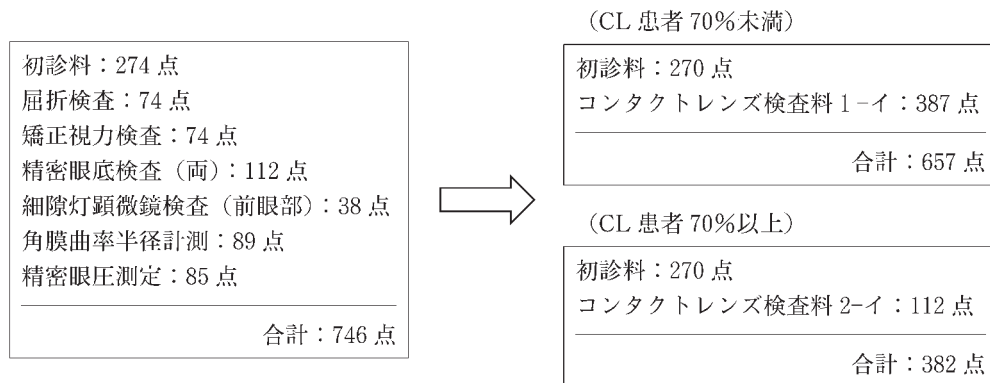


図 1 コンタクトレンズ処方に係る保険点数【初診時（初回装用者の場合）】



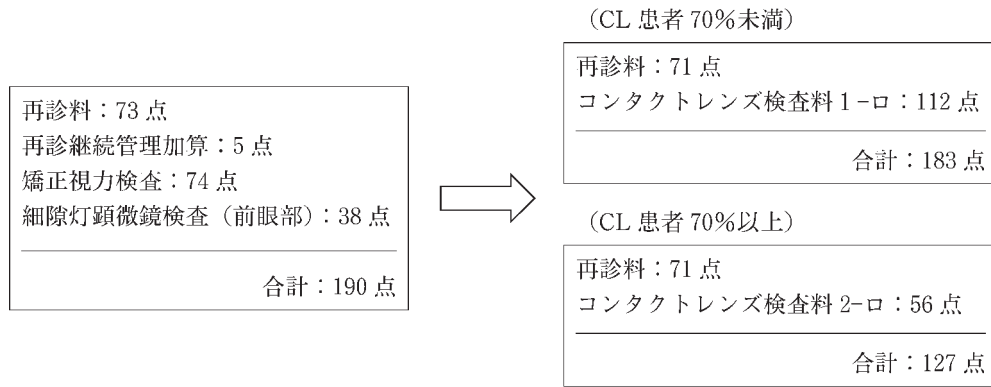


図2 コンタクトレンズ処方に係る保険点数  
【再診時（既装用者の場合）】

- 平均レセプト件数 1,378 件/月  
(社保 1,052 件・国保 326 件)

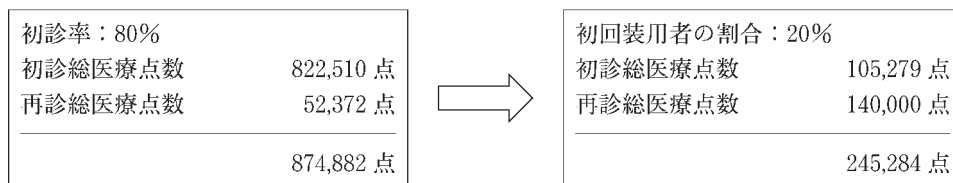


図3 コンタクトレンズ診療所の医療点数（1ヶ月）

的な影響はかなりのものとなり、今後の CL 診療の医学的な発展や難治症例患者への対応に少なからず影響が出てくるのではないと思われる。更に、これにより CL 診療所の淘汰が進むと共に、CL の医療と販売の分離が加速する事も予想され、通販やインターネットによる医療を介さない CL 販売が急増することも考えられる。

今回の CL 検査料 1・2 には CL 患者 70% という施設基準が課せられているが、あくまでも診療所側からの自己申告による届出である。CL 診療所の中には屈折病名以外の眼科病名を付けることにより、CL 患者の割合を 70% 以下に抑え、CL 検査料 1 を請求する動きも見られるので、今後の当局の厳正な保健指導等による監視がなければ今回の医療費改定の実効が上がらないと思われる。

また、今回の診療報酬改定により眼科総医療費の割合は医療費全体の 3.7% に過ぎなくなるとされており、眼科医師数は総医師数の約 5% を占めていることから、適正な眼科医療費（5% 程度）の増額を求めてゆかねばならないと考える。

## 画像解析（眼底関連案件の諸問題）

東邦大学医学部眼科学第 2 講座 竹内 忍

平成 18 年度の診療報酬の改定が発表され、眼科関連についてもすでに周知されていると思われる。眼底関連における要望は、新設の要望として①眼底 3 次元画像解析、②ロービジョン指導管理料および訓練、改正として①眼底カメラのデジタル加算、材料として①ディスプレイ硝子体手術セットを要望した。

日本眼科学会および日本眼科医会ともに要望の第 1 位とした眼底 3 次元画像解析が、本年度も保険に収載されなかったことは、極めて残念なことであった。本年度は新しい技術が比較的多く保険に収載された中で、有効で安全性の高い検査が医療費削減の方針のなかで保険の適応とならなかった訳である。

眼底カメラのデジタル加算も認められなかったが、これは全科的な問題でもある。将来的には画

(参考)

経済財政諮問会議における民間議員が、経済の規模に応じて医療費を適正化する考え方の下で提案した、高齢化修正 GDP による管理指標に基づいて厚生労働省で試算すると、平成 37 (2025) 年度において、医療給付費 42 兆円、国民所得比 7.8% (GDP 比 5.8%) となる。

	平成 27 年度 (2015 年度)	平成 37 年度 (2025 年度)
経済財政諮問会議民間議員提案 (※)	35 兆円	42 兆円
対 国民所得比	7.7%	7.8%
対 GDP 比	5.7%	5.8%

※「経済財政諮問会議民間議員提案」は、経済財政諮問会議民間議員提案の「高齢化修正 GDP」(名目 GDP 成長率+(65 歳以上の人口の増加数)/全人口(前年度))を基に厚生労働省が試算したもの。

像関係は電子化されることは間違いないので、いずれはフィルム代と取って代わることが予想される。

外科系手術全般に言えることであるが、硝子体手術においても手術器具がディスポ化し、それらの材料費が手術料を圧迫してきて、本来は技術料であるべき手術料が実際には減額されている状況にある。材料費の要望は今年度が始めてであり、ただちに保険に収載される可能性は少ないと思われたが、予想どおりの結果であった。日本医師会や外保連(外科系学会社会保険委員会連合)は、手術点数に関して手術材料費と技術料の分離を強く要望しているが、厚生労働省は包括化を目指しているので、要望の達成はなかなか難しいのが現状である。しかしながら、ディスポ器具がどの程度の価格であるか、またいかに手術料を圧迫しているかを示すことから、ディスポ製品の保険収載を今後とも要望する予定である。

今後の課題として、第 1 位に要望した眼底 3 次元画像解析が保険に収載されなかったことへの対応がある。これまでの厚労省との対応を振り返ってみると、平成 16 年 12 月 15 日に「いわゆる混合診療について」の厚生労働省見解の発表があり、その翌日に厚労省保険局医療課からの要請により、眼科社会保険会議の委員が眼底 3 次元画像解析について、資料持参にて説明を行っている。この時、この検査を混合診療の中で扱っても良いような話があった。しかし、保険収載を目標として、再々度の要望を本年度も行ったのである。

ちなみに「いわゆる混合診療」は、ある疾患の治療に対して、保険による給付分と自費分を分け

て徴収しても良いとする制度であるが、現在では、特定療養費制度を廃止して自費分の医療を保険外併用療養費とし、さらにそれを評価療養と選定療養に区分している。

3 次元画像解析を評価療養に組み入れるには、この検査が先進医療として認められることが必要になる。ただし、保険になかなか収載されないからということで、ただちに先進医療に組み入れて患者に自己負担を強いるかどうか、十分な議論が必要である。

いずれにせよ、国の財政状況は非常に厳しいと主張される限り、このままでは今後の診療報酬の増額は困難と予想される。現に、経済財政諮問会議の民間委員は、医療費の増加を防ぐ必要があると強く主張している。前回のシンポジウムでも触れたが、日本の国民総生産(GDP)と比較した国民医療費は、7.9%で、OECD 加盟国の平均以下のレベルである(日本は 17 位)。こ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、5.8%に抑制するとしている(参考、表)。そうなれば OECD 加盟国の最下位になるであろう。今後、保険免責制度の導入も考慮されているが、医慮の質をどのように担保するかという話が出てこない。国民の負担が増えても、医療の質の向上が望めない状況であり、このことを日常の現場の中で国民に知らしめる努力が必要である。

## その他の改正点

愛媛大学眼科 大橋 裕一

3.16%という史上最大の総保険医療費削減の中、眼科診療のhallmarkである白内障手術に関しては、手技の分離、併施手術時の不合理性などの捻れが解消され、ほぼ現状維持のままで決着した。その一方で、強く要望し続けてきた眼底三次元画像解析検査の新設はまたも見送られ、CL診療についても、CL診療所対策を推し進める当局の強い意向の中で、包括化という重いくさびが打ち込まれた。そうした動きの詳細は別項に譲るとして、ここではその他の改正点に焦点を当て概説する。

### ■項目の見直し

今年度の改訂にあたっては、いわゆる「青本」に記載されていた項目の全面的な見直しが全科的レベルに行われた。眼科領域でも、保険診療項目の不合理点、矛盾点などを抽出し、表1に示す基準をもとに眼科社会保険会議（第4分科会）から計65件の見直しを要望した。結果として、47件についてわれわれの主張が認められ、2件は部分的に受け入れ、6件は見送られた（表2）。

点数が増加したものとしては、睫毛抜去（多数の場合）の31点から42点への11点もの増加が特筆される。長年の要望の成果かもしれない。逆風の中の朗報と言えよう。

一方で、緑内障手術が500点減点された。白内障手術が微増し、網膜硝子体関係の手術が見かけ上だが加点されているのとは好対照である。手術項目の整理に前向きに取り組んだにもかかわらず減点された点は同情に値しよう（表3）。少なくとも、流出路再建術、濾過手術が同じ項目内に併記されている点は是正しておきたいところである。

### ■施設基準の撤廃

前々回の診療報酬改訂以来、われわれを悩ませていた特定の手術に係わる施設基準が撤廃された。これは、手術件数と手術成績とは必ずしも相関しないという外保連の全国調査成績に基づく措置である。この結果として、涙嚢鼻腔吻合術、眼窩内異物除去術（表在性および深在性）、眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、眼窩悪性腫瘍手術、毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除、角膜移植術、黄斑下手術、硝子体茎顕微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術については約5%の点数増加となったが単純には喜べない。実際には、施設基準をすでに

表1 点検時の分類基準

1. 変更・削除すべき項目
【例】・すでに使われておらず削除が可能
・診療ガイドラインが新たに作成されたのでそれに準じて名称変更
2. 算定要件、留意事項通知、施設基準で変更・削除すべき項目
3. 新設すべき項目
【例】・すでに有効性が確立している（医療技術評価希望書も提出）
4. 変更なし

表2 今回見送られた項目と要望内容

項 目	要 望 内 容
D 255-2 汎網膜硝子体検査	月1回請求を2回請求可に
D 257 眼底カメラ撮影	デジタルプリントを請求可に
J-087 前房穿開又は前房穿刺（前房内注入を含む）	K 250 角膜切開に統合
H 005 視能訓練	視覚リハビリテーションに名称変更
K 199 涙点切開術、涙点閉鎖術、涙小管拡大術	涙点閉鎖術をK 200-2に移し、涙点手術に統合
K 200-2 涙点プラグ挿入術	涙点閉鎖術（プラグ挿入術）に統合
K 282-1 後発切開術	削除しK 282-2 後発白内障後嚢研磨術に統合 →K 288-2後発白内障手術となる



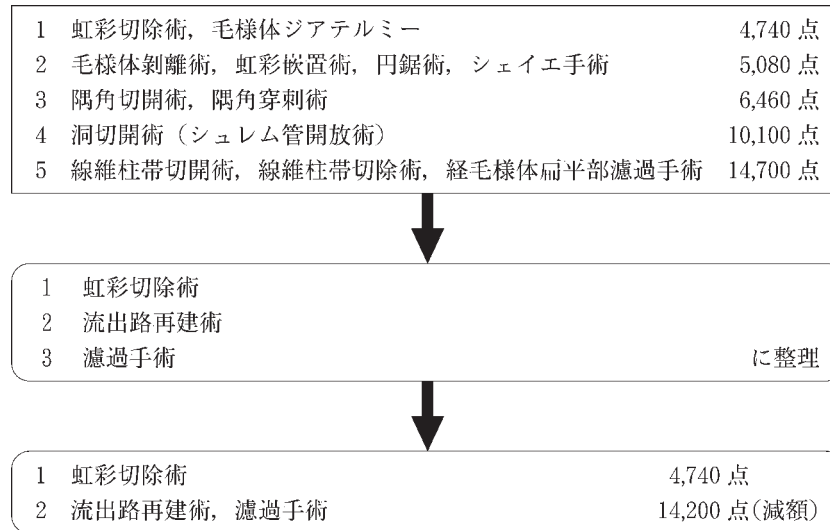


表 3

満たしている施設では「据え置き」のみであり、ディスポ製品などの費用が配慮されたわけではない。また、基準は撤廃されたが、これらの手術を受けるすべての患者に対して当該手術の内容や合併症及び予後を文書を用いて詳しく説明を行うこと、手術件数を院内に掲示すること、などの付帯事項が新たに加わっている。

■大学付属病院への影響

3.16%のダウンは大学病院の経営も直撃している。特に、入院関係の諸手当（看護手当、食事算

定、特別食加算など）の減少が大きく響いており、病床稼働率の高かった施設でより大きな影響が出ている。今後は、収入全体の主要部分を占める入院包括医療のコスト削減（クリニカルパスの徹底と平均在院日数の適正化、ジェネリック医薬品の導入、検査の包括外施行など）や看護師の増員（1：7看護）などを図っていく必要がある。しかしながら、2%の経営効率化係数を背負っている大学病院では、数年のうちに経営危機が訪れる可能性が高い。