

〈日本眼科社会保険会議シンポジウム報告〉

第 60 回日本臨床眼科学会シンポジウム

どうする眼科医療？

— 今後の医療改革の方向と眼科医療 —

日 時：2006 年 10 月 8 日（日）10：30～12：00

オーガナイザーのことば：

東邦大 竹内 忍
山岸眼科 山岸 直矢

シンポジウム：

1. 白内障の医療費原価について 女子医大・先端工学外科学 田倉 智之
2. 診療報酬改定後のコンタクトレンズ診療 ワタナベ眼科 渡邊 潔
3. 騙されてはいけない、混合診療は最終的に患者と医師を不幸にする
愛媛大医療環境情報解析学 石原 謙

オーガナイザーのことば

東邦大 竹内 忍
山岸眼科 山岸 直矢

医療改革という言葉が、マスメディアに当然のことのように流布されていますが、もっぱら国の財政破綻を立て直すための医療費削減を中心に語られています。

日本眼科学会と日本眼科医会が立ち上げた日本眼科社会保険会議は、本年 4 月の診療報酬改定後も引き続き、次回の改定を目標に活動を行っています。

その際に最も重要なことは、われわれが要望す

る保険点数がいかに正当なものであるかを示すデータの作成であります。それは検査、手術、処置などさまざまな分野で準備する必要がありますが、十分に説得力のあるものにしなければなりません。そこで、眼科手術の代表である白内障手術について、その社会的貢献は大きく、費用対効果の高いことを示された田倉先生に、白内障手術の医療費原価についてのご講演をお願いしました。ちなみに手術件数が増えているにもかかわらず（図 1）、白内障手術点数は減額されて医療費が増えていないという現実があり（図 2）、さらに、今の手術点数をも引き下げようとする動きがあります。

今回の診療報酬改定の目玉のひとつに、コンタクトレンズ診療の点数適正化をはかるためとして、

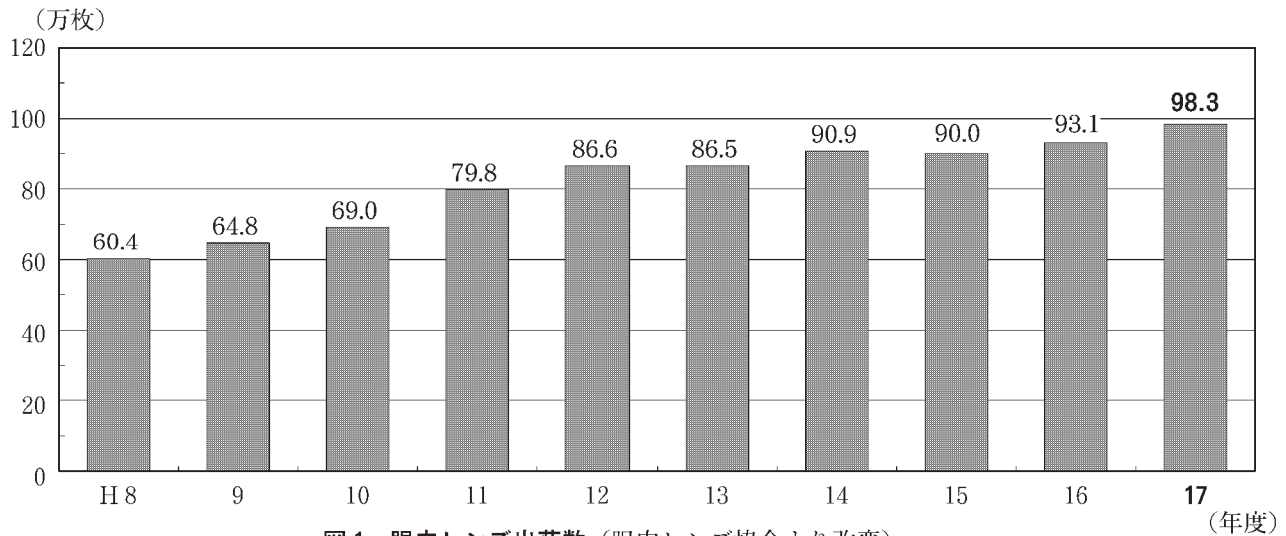


図 1 眼内レンズ出荷数 (眼内レンズ協会より改変)
(推定) (4月～翌年3月)

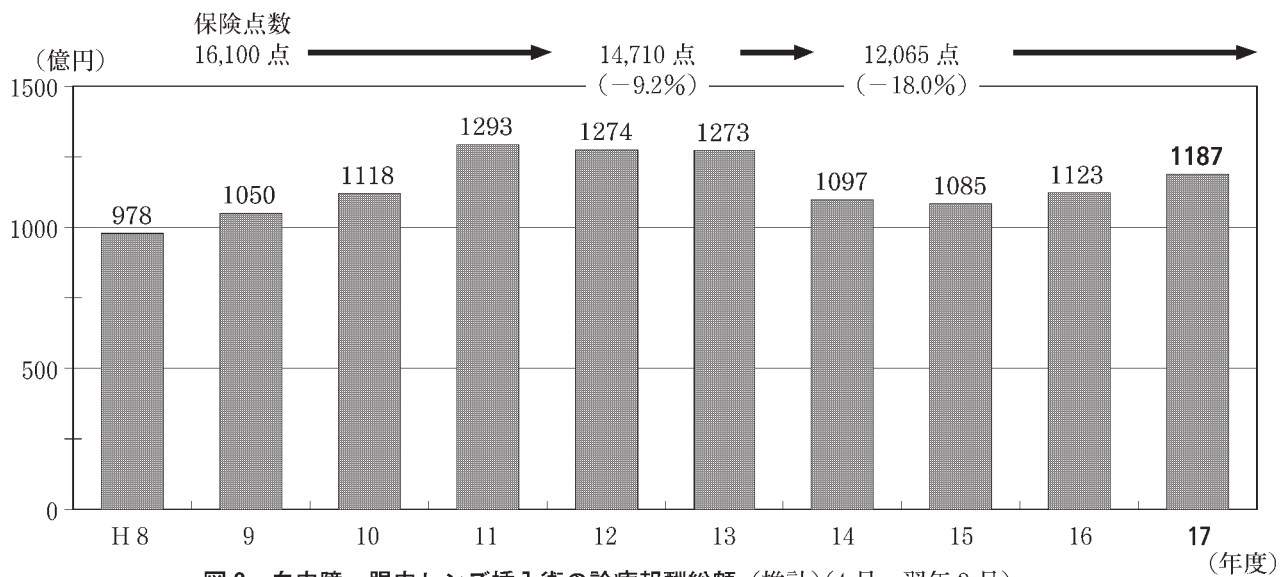


図 2 白内障・眼内レンズ挿入術の診療報酬総額 (推計) (4月～翌年3月)
眼内レンズ推定出荷数×手術料

包括点数であるコンタクトレンズ検査料が設定されました。その結果、眼科診療所全体の今年4月、5月の診療報酬は対前年度比でマイナス5.6%となり、A会員だけの診療所ではマイナス2.7%であることより、その差がコンタクトレンズ診療による影響によるものと推察されます(図3)。実際にコンタクトレンズを専門的に行う医療機関の現状と影響について渡邊先生にお話しをさせていただきます。

さらに、医療改革推進の中で盛んに混合診療という言葉が使われ、規制のない自由で質の高い診療をするには混合診療を積極的に導入すべきであると、特に規制改革・民間開放推進会議が強く主

厚生労働省 (概算医療費の動向)		
4月	5月	4~5月
-10.4%	-0.8%	-5.6%
日本眼科医会 (眼科全国レセプト調査・A会員)		
4月	5月	4~5月
-7.8%	+2.4%	-2.7%
6月	7月	4~7月
-0.2%	-3.8%	-2.4%

図 3 眼科診療所入院外医療費
平成 18 年度 (前年度比)

張しています。推進会議なるものの要求の多くが、日本に対する米国政府の要望書に書かれており、規制緩和ということばの裏に経済原理を導入しよ

うとする姿勢が顕わになっています。今後の日本の医療を健全な方向に導くためにも、混合診療問題は非常に重要であり、その本質について石原先生にご講演をお願い致しました。

白内障の医療費原価について

東京女子医科大学大学院・先端工学外科学分野専攻
田倉 智之

1. はじめに

社会構造の変化が進む中、昨今、保険医療の在り方に関する議論が散見される。こらからの議論を円滑に進めるためにも、また適切な費用負担で全ての国民が等しく最適な診療を享受出来ることを保険医療の主旨として堅持していくためにも、診療サービスや診療システムの価値 (Value) を関係者の間で再確認することが求められる。

特に、提供される診療サービスの価格の妥当性について、サービスの提供者と購入者の両者の視点から経済学的に論じることは、診療システム自体の安定化・持続化にとって重要である。診療サービスに関するこのような検討においては、サービス提供者の視点では提供過程で消費された医療資源が報酬として回収されることを最小限担保することが必要であり、サービス購入者の視点では享受するサービスによって得られる効用が費用負担を上回ることが必要となる。

白内障手術は、既に根治療法として広く普及しており、サービスを楽しむ者にとってはその臨床的な評価が確立されていると考えられるが、この診療システムのさらなる発展に、経済学的な観点からその価値評価を進めることが希求されている。本講演では、このような議論に資することを目的に実施された、費用対効果分析による白内障手術の価値評価の結果を報告する (白内障手術の医療費の原価および健康度の改善に係わる多施設共同研究)。

2. 経済評価の手法

医療費原価の算定手法は、(財)医療経済研究機構¹⁾や厚生科学研究²⁾として実施された先行調査に準じ、間接経費や間接部門の原価を対象診療行為に三次配賦や按分を行う Cost-Analysis の手

法を採用した。患者健康度算出の手法は、視覚に関連した健康関連 QOL (Quality of Life) を測定する尺度である NEI VFQ-25 (The 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire) と選好に基づく尺度である EQ-5D (補完) を採用した。

協力医療機関は、診療所 (有床クリニック)、小規模病院 (民間病院)、大規模病院 (特定機能) であった。収集サンプル数は、白内障手術の症例 (超音波乳化吸引術+眼内レンズ挿入術) の計 51 サンプルであった。なお、症例は、遠見視力および視機能の評価、さらに水晶体混濁の観察からコントラスト感度の低下やグレア難視度の進行、視野に対する影響がみられ手術適応となった症例も対象であり、後囊破損、眼内炎、水疱性角膜症、嚢胞状黄斑浮腫など顕著な合併症がみられる症例 (術後の視力回復で 0.5 以上を得られなかった症例) も特に除外は行わなかった。

3. 経済評価の結果

医療費原価は、合併症のない症例で平均 127,071 円/件 ($n=33$)、合併症のある症例で平均 198,261 円/件 ($n=18$)、全体で中央値 133,909 円/件 ($n=51$) であった。費用項目のうち、材料費が 47.5% と最も大きな割合を占める結果となっていた。続いて、労務費が 23.9% であった。なお、対する診療報酬は、合併症のない症例で平均 138,605 円/件、合併症のある症例で平均 160,021 円/件、全体で中央値 139,655 円/件であった。結果として、係わる原価率は、合併症のない症例で平均 91.7% (原価/報酬)、合併症のある症例で平均 123.9%、全体で平均値 108.9%、中央値 95.9% であり、白内障手術の症例は合併症などの有無によってその原価率が大きく異なることが示唆された。

費用対効果分析については、サンプル数の制約もあり他の先進事例の内容^{3), 4), 5)}も踏まえつつ参考までに報告を行ったが、健康度獲得 (効用変化) は +0.172 QOL/件で前述の医療費原価の結果や他の統計データとともに分析すると費用対効果が 843,434 円/QALY と推計された。ちなみに、この結果は、他の手技の費用対効果分析の内容⁶⁾と

比べると、冠動脈バイパス術などと同程度であると理解できた。以上から、白内障手術が有する技術 Value を適切に論じるには、このような経済評価の結果を踏まえつつ多面的に論じることが必要であると考えられた。

[参考資料]

- 1) 平成 10 年度社会保険庁運営部による委託事業、患者特性別原価調査、平成 11 年 3 月、(財)医療経済研究機構。
- 2) 平成 11 年度厚生科学特別研究、医療システムの研究に関する調査、平成 12 年 3 月、主任研究者大井田隆。
- 3) Smith AF, Lafuma A, etc. Cost-effectiveness analysis of PMMA, silicone, or acrylic intraocular lenses in cataract surgery in four European countries. *Ophthalmic Epidemiol.* 2005 Oct; 12 (5) : 343-51.
- 4) Dolders MG, Nijkamp MD, etc. Cost effectiveness of foldable multifocal intraocular lenses compared to foldable monofocal intraocular lenses for cataract surgery. *Br J Ophthalmol.* 2004 Sep; 88 (9) : 1163-8.
- 5) Landwehr I, Tehrani M, etc. Cost effectiveness evaluation of cataract patient care in respect of monofocal intraocular lenses from the perspective of German statutory health insurance. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 2003 Aug; 220 (8) : 532-9.
- 6) Adjusted to 1990 prices using Hospital and Community Health Service Pay and Prices Index, Unit Costs of Health and Social Care. PPSRU, 1996.

診療報酬改定後のコンタクトレンズ診療

ワタナベ眼科 渡邊 潔

今回の診療報酬改定では、コンタクトレンズ (CL) の分野だけで年間 1,000 億円の削減が目標と言われている。そのためには、①会社経営 (リテイラー) の診療所の自費診療化 (保険扱いからはずす)、②一般眼科から CL 患者を遠ざける、③CL 装用者は診察なしで CL の購入ができるようにする、などが必要とされるであろう。もちろん、②と③が実行されれば、CL による障害は重

症化することは誰でも想像できる。

1. 保険免責制度

厚生労働省は、CL 診療を保険医療から除外するために、平成 17 年 12 月に「CL の診察は保険外にする」という内容の発表をした。これは、まさしく保険免責制度の導入である。小泉政権のもとで、「腹痛や風邪ごときは保険外にすべき」という発言をした財務省役人 (現国会議員) もおり、今後、CL の分野で成功すれば、結膜炎など開業医に受診するような眼疾患はすべて保険免責制度で保険外診療になる可能性が高い。

平成 18 年 4 月実施の CL 検査料の包括化により、診療所では、CL 患者ひとりにつき年間で 80 %以上の減収となる。改定により、一般診療をしている眼科専門医の診療所も苦しくなった。理髪店の時間あたりの客単価は約 4,000 円らしいが、CL 診察の患者の時間あたり単価は 1,000~3,000 円くらいになる。眼科専門医の診療所でも、CL 装用者が受診すると赤字になるので、受診して欲しくないのが本音かもしれない。平成 18 年 6 月、テレビ番組で、緑内障で通院が必要な患者が、市民病院から開業医に紹介されたが、行った眼科診療所では、CL 使用者は診察しないと断った (診療拒否) という報道があった。

2. CL 診療におけるリテイラーの不正請求

診療報酬改定で CL 診療がターゲットになった背景には、これまでのリテイラーによる不正請求がある。今まで、CL を販売しただけでも、診察をしたことにして、診察料を請求していた。また、眼底検査の技術を持たない他科の医師や非医師が診察した場合でも、行ってもいない検査まで目一杯取れるだけの請求をしていた。支払基金がこれらを減額査定すると、支払基金の委員の医師に対して脅迫などの圧力が行使されてきた。

3. 株式会社参入

厚生労働省は、すでに眼科の領域ではリテイラーによる悪影響がでていることは十分理解しているはずである。大阪市では、北区で約 44 施設、難波・心斎橋地域で約 27 施設の眼科診療所があり、

眼科専門医はそれぞれ 19 施設と 5 施設だけである。リテイラーは、北区で 64%、難波・心斎橋地域で約 93%であり、リテイラーの診療所はほとんど医師会に入会していない。4 月の医療費改定をきっかけに閉院した診療所が 71 施設中 8 施設にとどまっているが、リテイラーへの立ち入り調査が全国的に行われると、さらに閉院するところが増えるであろう。

4. インターネット販売

薬事法では、「CL の販売は CL 処方せんに従った販売を義務づける」としていない。アメリカでは、処方せんに従った販売が義務づけられ、販売時に処方した医師に電話連絡して確認作業をしている。また、日本では、度数がない CL は CL ではないとして、薬事法の販売許可を持っていないエステサロンなどで度数の入っているカラー CL を販売しているが、アメリカでは、度数が入ってなくても CL として扱っている。厚生労働省の見解としては、平成 17 年の薬事法改正とは裏腹に、「CL の購入には医師の診察は必要ではない」としており、通販などでの購入を容認している。役所は、医療費削減のために、処方せんを認めず、インターネット通販や雑貨店での購入を推奨しているように思えてしかたがない。

5. 外資系の医療保険

政府が考えている計画で、眼科診察の手術以外のほとんどの診察を保険診療から外すこと（保険免責制度）を行えば、腹痛・風邪・結膜炎などにかかったときのための民間の医療保険に加入する人がほとんどとなるであろう。国民は、国民皆保険の健康保険料以外に、民間保険会社に健康保険の約 2 倍の額の医療保険をかけなくてはならなくなる。小泉前首相の時代に、欧米の保険会社は、郵政民営化で簡易保険の 120 兆円を狙って、1 社の宣伝会社だけにでも 5,000 億円も投入して、報道関係（新聞・テレビ）に郵政民営化を肯定させ、国民を誘導した。テレビや大手の新聞に医療保険の広告が全面記事で毎日のように出してマスコミにお金をつぎ込んでいるのは、マスコミを押さえるひとつの方法である。

小泉前首相のもくろみは、郵政民営化の次には医療制度改革であった。保健免責制度・混合診療導入で、医療の分野で現在の約 3 倍の市場拡大を計画していた。もちろん、その増加分は、欧米の民間保険会社の収益につながる。

そうなれば、眼科専門医も治療に制限が生じる。外資の保険会社と提携し、会社の指令（高い薬は使わず、検査も行わず、専門病院への紹介も拒否する）に従うことになる。アメリカに留学した先生は、そのシステムをよくご存じであろう。

アメリカでは、15%の人が保険に加入していない。その人たちの階層は、驚くことに最下層ではなく中階級の下層の人達である。WHO の保険医療制度の評価では、日本は 1 位で、アメリカは 15 位であるが、国民一人あたりの医療費支出は、日本約 31 万円、アメリカ約 59 万円である。いかに日本の医師が低収入で献身的に治療を行っているかわかるであろう。

2006 年 4 月、マサチューセッツ州では、日本を良い目標として、州民すべてに保険に加入すること（皆保険）を義務化した。アメリカでも日本の国民皆保険が理想と考えられている。たとえば、自動車メーカーの GM は、職員の保険料があまりに多額であるため、自動車の価格にそれが上乗せされるため、日本車との競争では負けてしまうという大きな問題を抱えている。アメリカでは、職員採用の交渉には、給与と同時にどれだけの医療保険を会社がかけてくれるかという交渉を行うのが普通である。日本でも同じようになれば、給与の一部を医療保険の掛け金に回すことが必要で、会社も職員も減収になり、利益を得るのは医療保険会社ということになる。

6. おわりに

日本の眼科専門医は、株式会社の参入に反対し、保険免責制度・混合診療の導入に反対しなければならない。そのためには、医師が患者にそれらについて説明を行い、医師の味方になってもらい、国民自らが国民皆保険を守る運動を起こす必要がある。

「自己負担医療費は民間医療保険にしておけば安心だ」と言うが、彼らの真の目的は民間医療保険の販売増だ。米での保険会社の横暴の歴史を勉強すれば、「患者の治療範囲を著しく限定し」「医師の裁量権を蔑ろにし、医師の収入を抑制してきた」利益追求集団の真の姿がわかる。また「高度先進医療を公的保険に入れると医療費が膨らんで破綻する」という意見もあるが、それらは高々年 100 億円程度（現状 40 億円）に過ぎず間違いだ。

公的医療保険が衰退すれば「民間医療保険に入っていないと危ない！」と宣伝して民間医療保険会社は、絶好の加入者増の機会を得ることになり、その後逆に公的医療保険が充実して先進医療が組み込まれていくと、契約時には民間保険会社の支払対象であった医療行為が支払い対象から外れるのでいずれにしても大儲けができる。公的医療保険のブレが民間医療保険にとっては絶好のビジネスチャンスとなるのである。民間医療保険会社やそこに投資している集団は自ずと公的医療保険を根幹から揺さぶりをかけるようになるので、民間医療保険会社の存在そのものが公的医療保険に対する脅威であることを決して忘れてはならない。

民間医療保険が大儲けできるという何よりのエビデンスは、毎日のように新聞紙上に踊る医療保険の広告であり、テレビの画面に頻回に出てくる生命保険会社の加入の勧誘である。ことに外資系保険会社の宣伝は凄まじいまでに繰り返されているが、儲けが大きいと目論むからこそ、各社がこぞって参入しているのだ。

日本の産業に対して日本の医療費がどの程度の

負担になっているのかも冷静に知っておこう。たとえば自動車の原価に占める医療費保険料の会社負担分をみると、米では企業の医療保険料負担は一台あたり 16,7 万円（1,500 ドル、新聞報道等による）であるが、日本では 1 万円程度（トヨタの決算と会社概要公開資料を元に石原が試算）という著しい格差がある。売れ筋価格が 200 万円～300 万円程度の商品における原価での 15 万円を越す差は決定的だ。日本の輸出産業の競争力を支えているのは、実は技術力格差のみではなく、医療費の著しい安さとも言えるのである。経済界の重鎮等が産業競争力を理由に医療費の抑制を主張しておられる場合には、是非とも「潜在的国民負担率を上げている真の原因は財政赤字であり、医療費はむしろ産業界を輸出競争力で底支えている程の安さ」ということと「900 兆円にも及ぶ国の借金は、諸外国に比して突出した支出を続けた長年の公共事業が原因」と、お一人お一人の医療人がクレームを出していただきたいものだ。今、その行動が絶対に必要な危機的状況である。

開業医と勤務医が反目したり、診療科どおしがお互いに診療報酬の足の引っ張り合いをするのは愚かなことだ。私を見る限り、日本の医療人のほとんどは本当に真面目で目指すものも正しい。医療人内部でのお互いの認識のずれは話し合いで十分に解決できるものばかりだ。内輪もめをするのではなく、一致団結して日本の医療費総額を増額させるために活動せねばならぬ。

医療人は患者と自らを守るために、騙されてはいけない。今、真実を知らせる行動を。