

〈日本眼科社会保険会議シンポジウム報告〉
第 111 回日本眼科学会総会シンポジウム

診療報酬改定のしくみと眼科医療

日 時：2007 年 4 月 22 日（日）9：00～10：30

オーガナイザーのことば：

東邦大・第二 竹内 忍
山岸眼科 山岸 直矢

シンポジウム：

- | | | |
|------------------------------|--------------------|-------|
| 1. 医療技術評価分科会の役割について | 昭和大学医学部
泌尿器科学教室 | 吉田 英機 |
| 2. コンタクトレンズ検査料導入後のコンタクトレンズ診療 | ウエダ眼科 | 植田 喜一 |
| 3. 限られた医療資源の最適配分 | 順天堂大 | 平塚 義宗 |
| 4. 日本眼科社会保険会議の活動成果と今後の課題 | 愛媛大 | 大橋 裕一 |

オーガナイザーのことば

東邦大学第二病院眼科 竹内 忍
山岸眼科医院 山岸 直矢

日本眼科社会保険会議では、1 年後に予定されている平成 20 年度診療報酬改定を見据えて、眼科医療技術の新設、改正と材料等の要望について検討を加えている。本シンポジウムでは、国民医療の増進に有用なこれらの要望された技術がどのようなしくみで保険収載されるのかを考えてみる。

中医協のあり方が平成 17 年に検討されたが、保険医療の内容の調整は依然として中医協での議論が中心である。新規技術等の保険収載には、中医協の診療報酬調査専門組織である医療技術評価分科会での検討結果が大きな影響力をもっている

(図 1)。眼科関連では平成 18 年度改定で、水晶体再建術と小児の治療用眼鏡が採用されたが、眼底 3 次元画像解析は採用されなかった (図 2)。この医療技術評価分科会の役割について会長の吉田氏に御講演をお願いした。

平成 18 年度改定では、包括点数であるコンタクトレンズ検査料が新たに導入され、この 1 年は

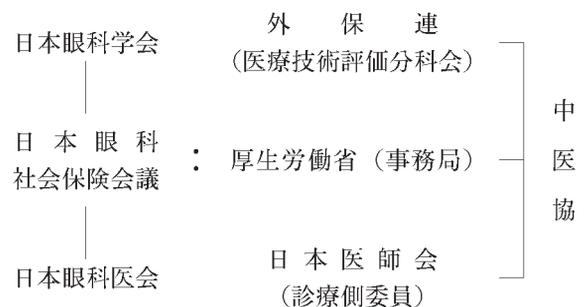


図 1 医療技術評価分科会と中医協

<ul style="list-style-type: none"> • 新規技術 <ul style="list-style-type: none"> 眼底3次元画像解析 水晶体再建術 小児の治療用眼鏡等 • 手術項目の整理 <ul style="list-style-type: none"> 全科 26件 眼科 12件 	保険導入 × → 先進医療 ○ 評価療養 ○	中医協で評価
---	---------------------------------	--------

図2 平成18年度診療報酬改定

その対応に追われた(図3)。植田氏にはコンタクトレンズ診療の現状について御講演をお願いした。コンタクトレンズの診療報酬をめぐっては、この1年間で序の部分は経過し「序破急」の破の部分は今後展開されるものと予想される。これは厚生労働省が全国一斉に指導監査に入っていることで示されている。

これまででは医療行為、特に手術は基本的に手術時間と技術度と協力医師数で評価されてきた。そもそも眼科手術は安全性に配慮しながら手術時間の短縮を図りパフォーマンスを高めてきた。患者の受ける利益は向上しているが、これまでの評価では手術時間の短縮が診療報酬を低下させることになる。右肩上がりの医療費の増加が望めないこれからは、限られた医療費で最大の効果や患者の満足度を得るために value-based medicine へのパラダイムシフトが必要となる。平塚氏には、さらに踏み込んで、医療資源の最適配分について御講演をお願いした。

平成16年10月に日本眼科学会と日本眼科医会が両会の社会保険の窓口の一本化を目的に日本眼科社会保険会議を立ち上げた。以来2年余を経て、今日ではこの会議は、社会保険に関する両会の調整に止まらず、その戦略を討論するに至っている。さらにシンポジウムや両会の雑誌を通して社会保険に関する広報活動も行っている。大橋氏にはその活動成果と今後の課題について御講演をお願いした。

平成18年	4~6月	7~9月	4~9月
厚生労働省 (一般眼科診療所と CL診療所)	-4.4%	-2.7%	-3.6%
日本眼科医会 (A会員眼科診療所)	-2.2%	-2.4%	-2.3%

図3 眼科診療所 入院外 医療費
平成18年度(前年度比)

医療技術評価分科会の役割について

昭和大学医学部 泌尿器科学教室 吉田 英機

従来から2年毎に診療報酬の改定が行われ、中央社会保険医療協議会(中医協)で検討され決定している。この事は、マスコミ報道などで分かっているが、我々医療現場ではその具体的な手順について、ほとんど不明であった。今までの過程は日本医師会の社会保険診療報酬検討委員会で検討された診療報酬改定案が中医協の場で討議され決定していたようである。しかし医療現場の要望が直接反映されているとは言えなかった。

私が東京都社会保険支払基金の審査委員長となり基金本部で出会ったのが、後に厚生労働省保険局医療課長となった西山氏であった。その後医療課長となっていた西山氏にこのような現状を相談したところ、医療現場である各学会や医会からの要望はほとんど中医協には届いていなかったことが判明した。西山氏は各学会や医会からの要望書式がばらばらで医療課長や医療課職員が十分に整理できる状態ではなかったことを明らかにし、中医協の諮問機関として「医療技術評価分科会」を発足させ、各学会や医会からの要望を直接評価できる組織の構築を図った。同時に医療課の職員が整理しやすい書式に統一するため、「希望書」という統一された様式が中医協で承認された(図)。

その直後、日本歯科医師連盟の元総理に対する贈収賄事件が発覚し、中医協そのものが機能不全に陥ってしまった。このような事態の発生について医療課では予測していた節が伺えた。平成16年度の診療報酬改定は当時日本医師会の役員が大幅に交代したこともあり中医協での議論がなかな

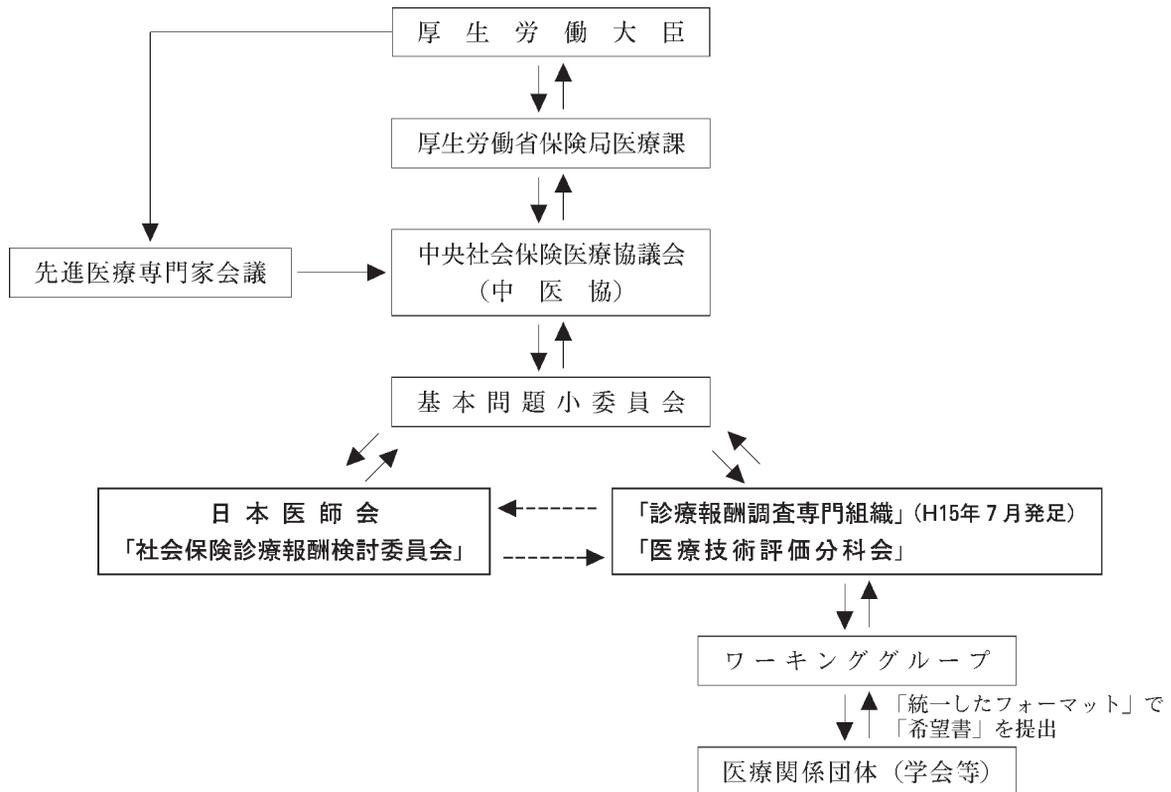


図 診療報酬改定の流れ

か進展しない状況となっていた。しかし、新しく発足した「医療技術評価分科会」では西山氏を中心に「希望書」の整理を行っていたが、十分な時間がなく一桁の新規技術しか中医協に上げることが出来なかった。平成 16 年度の改定では生体肝部分移植の適応拡大が大きな成果であった。

平成 18 年度の改定では歴史的な大幅マイナス改定であったが、「医療技術評価分科会」では 2 年間という時間があったため 600 件に及ぶ「希望書」を整理し、各診療科の専門家で構成する「ワーキング・グループ」で十分検討し、いつ中医協から諮問があってもすぐさま対応できる体制を作っていた。今回の改定では国民の意見を広く求めようとする試みから平成 18 年 1 月 27 日横浜市において史上初の「公聴会」が行われた。当初人工透析の時間外、夜間および休日加算の廃止が予定されていたが、この「公聴会」で反対意見が多かったためこれらの廃止が見送られたことも大きな成果であった。

大幅マイナス改定であったが新規技術が高度先進医療から導入された技術を含め 50 件という多

数の技術が保険適応となり、68 件の技術が増点され、医学界にとっては画期的な結果をもたらすことが出来、今後の保険改定が国民や医療界に開かれたものとなるという成果が得られた。

コンタクトレンズ検査料導入後の コンタクトレンズ診療

ウエダ眼科 植田 喜一

2006 年の診療報酬改定に伴ってコンタクトレンズ（以下 CL）の装用者に対しては包括された検査料が新たに設定された。この CL 検査料はいわゆる CL 診療所の不適正な保険請求に対して厚生労働省がとった対策と考えるが、一般眼科の CL 診療にも大きな影響が及んでいる。

屈折異常以外の眼疾患があるにもかかわらず、CL を装用していることのみで他の眼科的検査が請求できないのは容認できない。同じ屈折異常がありながら、眼鏡と CL で保険診療に格差があるのは理解に苦しむ。CL 検査料にはいくつかの除

1. 屈折異常の適正評価
 - 眼鏡との整合性
2. 施設基準の見直し
 - 眼科専門医と他の医師の峻別
 - 自己申告
3. CL 検査料の是正（日本眼科医会要望）
 - 転医したときも CL 初回検査料（イ：初回装用者の場合）を算定
 - 施設基準を満たした診療所では CL 検査料 1 の適用を廃止して眼科学的検査は個別で算定
 - 施設基準を満たさない診療所では CL 検査料 1 を CL 検査料として適用
4. CL 検査料の是正（日本コンタクトレンズ学会要望）
 - CL 既装用者であってもレンズの種類が変更した場合は CL 検査料（初回装用者）を算定
 - CL 検査料の改定（CL 検査料 b, c は a に加算）
 - CL 検査料 a：球面 SCL
 - CL 検査料 b：球面 HCL
 - CL 検査料 c：特殊 CL（トーリック CL, 遠近両用 CL など）
5. CL 処方せん交付の新設
6. CL 管理料の新設

外項目が認められたが、まだ十分とはいえない。他の医療機関で処方された CL を装用している初診の患者が CL の処方を希望した場合には初診料は算定できるが、初回装用者の CL 検査料が算定できないことや、再診時に前回と異なる種類、規格の CL を処方する場合に処方について算定できないことなどが改善されることを望む。また、CL の苦情処理、乱視矯正のためのトーリック CL や、老視矯正のための遠近両用 CL の処方などには多くの労力と時間を費やすため、これらを評価する点数改定も願う。

CL に係る診療について、その運用が適切に行われることを目的として個別指導が実施されたが、各都道府県の社会保険事務局にその対応に差があったことが問題となっている。健全な診療を行っている一般眼科診療所が厳しい指導を受けたケースや、屈折異常には治療がないという判断のもとで CL 装用の中止が中長期に及んだ場合でも初診料や CL 初回検査料の算定が不可であったなどのケー

スがあがっている。施設基準については自己申告であるが、いわゆる CL クリニックでは不正な申告を行っている場合もある。眼科専門医と他の医師による診療を峻別して、適正な評価をするための改善が求められる。

患者の訴えを改善させ、満足できる視機能が得られるように努めるのが眼科専門医の責務であるが、CL 診療について適正な評価がなされないと、難しい症例に対しては積極的に取り組みたくないと考える眼科医が増えることが予想される。

限られた医療資源の最適配分

順天堂大学眼科

WHO 指定失明予防協力センター

平塚 義宗・村上 晶

医療費抑制は当然という風潮にある現在の日本だが、GDP に占める国民医療費の割合は 8% であり、OECD 平均の 8.9% に比べ依然低い（OECD Health data 2006）。その財源内訳の公費割合は OECD 平均が 73% に対して日本は 81.5%（実際には 35%（国庫 26% 地方 9%）だが、OECD 統計では自己負担以外が公費となっている）と高い。国の財政は逼迫しており、借金が 767 兆円の現状では、これ以上の医療費を国が負担するのは困難である。また 2030 年には人口の 30% が 65 歳以上となる超高齢化社会を迎えるにあたり、今の状態が続くと医療費は現在の約 2 倍に増加する。というのが医療費抑制の理由ということになっている。

眼科医療費は現在 9,800 億円で国民医療費の 3%、一般診療費の 4% を占めている（2004 年）。この割合は過去 15 年間大きな変化はない。しかしながら、65 歳以上の患者割合が多い眼科は（眼科 68%、全科 45%、2002 年）、人口高齢化の影響が他科に比べ大きい。高齢者人口の自然増だけでも患者数は増加し、本来であれば、医療費も当然増えざるを得ない。

もし医療費が今後増えないと仮定すると、何らかの基準をもって配分するということになる。その基準として、個人や社会の負担、治療の必要

性ならびに効能・効果・効率性・安全性、弱者優遇など多くの考え方があるが、いかなる場合にも比較が必要となり、そのためには数値化された指標が不可欠である。

治療の効率性の評価法として、医療における費用対効果分析がある。投入されたコスト（金銭価値）が結果としてどの程度のリターンを生むのかという考え方である。中でも、多くの健康状態や疾病対策間での比較を行うには費用対効果分析が有効である。効用とは、実用性、役に立つことという意味で、健康問題においては、その状態に対する患者の好み（=preference）、つまり Quality of Life (QOL) を含んだ結果に対する評価となる。その値を効用値といい、総合的な健康状態を数値化したものである。基本的仮定として、生存期間と引き替えに QOL が入手可能であるとし、健康状態を死=0 から完璧な健康=1 の間の数値で表現する。効用値 0.7 で 10 年間生きるとは健康な状態で 7 年間生きることと同じ価値があると評価される。眼科における効用値はその人の良い方の眼の視力と相関し、視力の変化で効用値の変化を測るという方法がとられる。たとえば、視力 0.3 は効用値 0.7 と同等であり、これは軽度の脳梗塞（効用値 0.7）と同等の健康状態であるという比較が可能となる。この効用値に生存年数をかけたものが QALYs (Quality-adjusted Life Years) であり、治療間での効率性の比較は 1 QALY を得るのに必要なコストで行われる。例えば、未熟児網膜症に対する光凝固は \$783、一型糖尿病網膜症硝子体出血に対する硝子体手術は \$2,098 という結果がある。これらは、若い患者群が対象であるため生存年数が長く、得られる QALY も高い。結果、費用対効果が高くなる。一般に \$20,000 以下であれば、非常に費用対効果が高い治療であるとされ、眼科手術や治療の多くがこの中にはいる。

医療資源配分における効率を考える費用対効果分析は実際どのように利用されているか。既に、ヨーロッパ諸国を中心に、医薬品の公的保険支払い対象導入時に費用対効果分析の結果提出が義務付けられ始めている。1993 年にオーストラリアで始まり、94 年にカナダ、99 年にオランダとイ

ギリスで導入されている。一方、アメリカでは、オレゴン州のメディケイド導入時に頓挫して以来、広がっていない。アメリカでは「(医療費、……などに) 限界がある」という考え方が支持されないのではといわれている。

このような方法論は、生命価値を金銭価値に置き換えるという側面があるので、倫理的に受け入れられにくい。一方、医療資源は有限という前提に立つと、どうしても避けて通ることのできない考え方でもある。多くの情報の中でのあくまで一つの判断基準としての利用価値はあろう。今後超高齢化社会を迎える日本、しかも高齢者患者割合の多い眼科においては、少なくとも、このような考え方を理解しておく必要がある。

眼科社会保険会議の活動成果と今後の課題

愛媛大学眼科 大橋 裕一

平成 14 年の白内障手術の大幅減額以来、眼科の診療報酬額は凋落傾向にある。この要因としては、政府の一連の医療費抑制政策が第一にあげられるが、眼科医療の二本柱である日本眼科学会と日本眼科医会との連携が不足していた点も大きな問題であった。窮状を打開すべく、両会は、平成 16 年 10 月に日本眼科社会保険会議（以下、「会議」）を設立し、眼科社会保険に関する対外的窓口を一本化し（図）、両会が対等の立場で情報を共有し、率直な意見を交換するシステムが完成した。「会議」は、現在、山積する社会保険の難題に対処するため、大きな危機感を持って将来の戦略を練っている。いかに多くの意見を吸い上げ、時宜に応じた適切な判断を下せるかが鍵ではあるが、何よりも、議論の場が一本化されていることは大きな強みと言える。

すでに「会議」は、平成 18 年度に初の統一診療報酬改定要望書を提出したほか（表）、眼科診療保険点数表についても、実情に沿う形で一定の見直しを行った。また会議内には、白内障手術、CL 診療、網膜画像診断などに関する専門分科会を立ち上げ、関係諸機関との意見交換を頻回に行っ

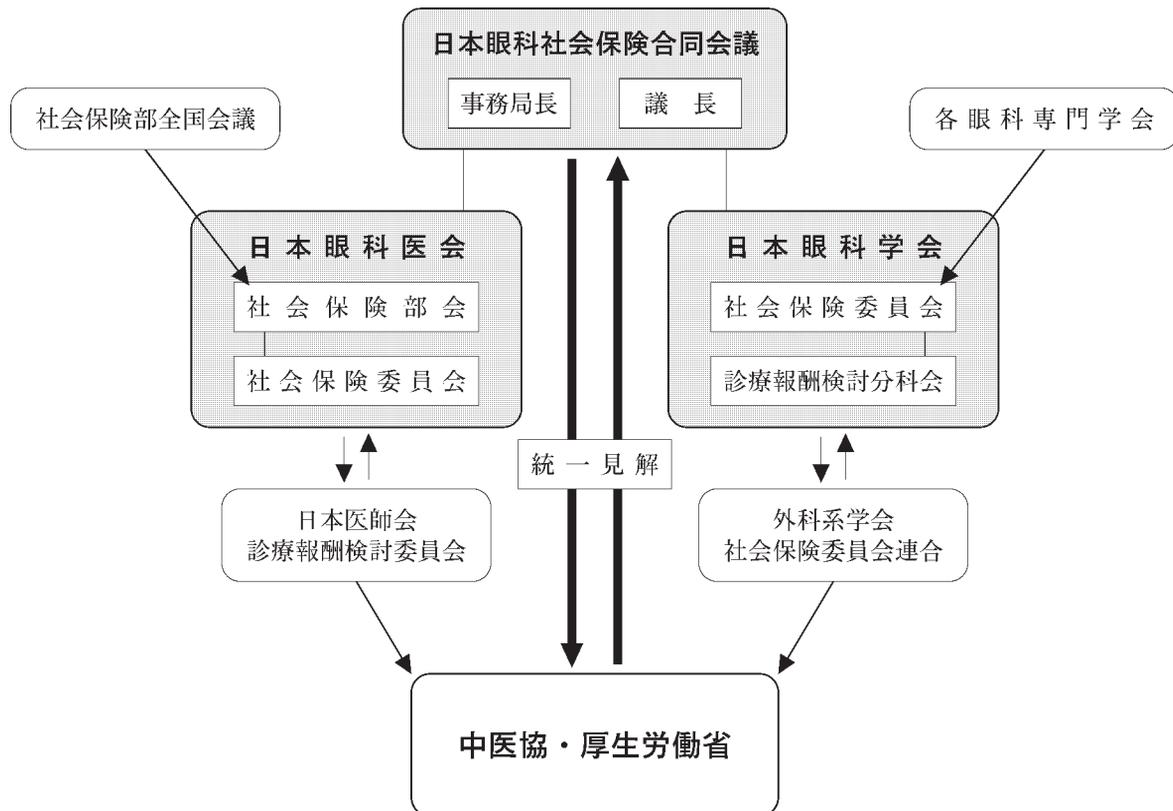
ている。その中で特筆すべきは、「水晶体再建術」をいう概念が受け入れられ、眼内レンズの二次挿入や白内障同時手術などに関するそれまでの不合理性が解消された点であろう。また、懸案であった眼底三次元画像解析検査が、先進医療（評価療養）として認められた点も記憶に新しいところである。

昨今の医療経済情勢の中で、眼科の診療報酬を拡大していくというのは極めて困難な作業であり、いくつかの逆風もある。中でも、難易度、人的資源、手術時間の視点から外科手術の再評価を進めようとする外保連の動きはわれわれにとって脅威である。確かに、技術料試算における手術時間の著しい現実との乖離は是正しなければならないが、Value-Based Medicine をキーワードに、眼科医療の高い先進性と社会貢献性について、社会の深い理解を得ることが急務である。この他、多焦点眼内レンズの保険制度の整備、高齢者医療の包括化への対応や Cruetzfeldt-Jakob 病における二次汚染問題、さらには CL 診療報酬の見直しなど、

頭の痛い問題が積み上がっている。しかしながら、ここは「会議」を通じて両会の叡智を結集し、効果的な啓発活動を展開していかなければならない。

表 平成 18 年度の要望内容

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



図