

〈日本眼科社会保険会議シンポジウム報告〉
第 34 回日本眼科手術学会総会 日本眼科社会保険会議ミーティング

平成 24 年度診療報酬改定
—眼科からの要望—

日 時：2011 年 1 月 29 日（土）10：40～12：10

オーガナイザーのことば：

近畿大 下村 嘉一
山岸眼科 山岸 直矢

ミーティング：

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------|---------------|-------|
| 1. 外保連診療報酬改定要望について | 日本眼科学会外保連実務委員からの報告 | 日本眼科学会 | 村上 晶 |
| 2. 日本眼科医会の要望 | | 日本眼科医会 | 近藤 聖一 |
| 3. 内視鏡技術を応用した低侵襲涙道手術について | | 日本眼科手術学会 | 永原 幸 |
| 4. 平成 24 年度診療報酬改定—日本眼内レンズ屈折手術学会からの要望— | | 日本白内障屈折矯正手術学会 | 根岸 一乃 |
| 5. 平成 24 年医科診療報酬点数改定における日本緑内障学会の要望事項 | | 日本緑内障学会 | 河合 憲司 |
| 6. 弱視・斜視治療の現場からみた PL 法の問題点と矛盾 | | 日本弱視斜視学会 | 矢ヶ崎悌司 |

オーガナイザーのことば

近畿大学 下村 嘉一
山岸眼科 山岸 直矢

最近、2008 年度の国民医療費の結果が公表された。2000 年度から 2008 年度までの国民医療費の眼及び付属器の疾患（眼疾患と略記）とそれに含まれる白内障の医療費を図 1 に示す。

2000 年度と 2001 年度には順調であった眼疾患の医療費は 2002 年度では前年度比 -11.0% と大きな低下を示し、白内障は -16.4% と更に大きく低下した。

さて、2006 年度はコンタクトレンズ検査料が導入されたが、眼科疾患の医療費では -2.6% であり、白内障

の医療費は +3.7% であった。2008 年度では眼処置に制限が加えられ、眼疾患の医療費では -3.6% であったが、白内障手術は保険点数に変化がないにもかかわらず白内障の医療費が -20.4% となっている。今後の調査検討が必要である。

2009 年度以降の国民医療費は未だ示されていないが、概算医療費は科別では診療所の結果が 2010 年 9 月まで公表されている（図 2）。

眼科診療所入院外医療費は 4 月～9 月の上期 6 ヶ月の比較では前年同期比で 2009 年度は +1.0%、2010 年度は +2.1% となっている。

診療報酬に対する眼科からの要望は主に 3 つのルートを通して行われる。

その 1 つは外保連（外科系学会社会保険委員会連合）

(単位：億円)

年 度	眼疾患 (前年度比)	内・白内障 (前年度比)
2000 (H 12)	10,225 (5.3%)	3,784 (8.0%)
2001 (H 13)	10,790 (5.5%)	4,102 (8.4%)
2002 (H 14)	9,598 (-11.0%)	3,430 (-16.4%)
2003 (H 15)	9,746 (1.5%)	3,440 (0.3%)
2004 (H 16)	9,844 (1.0%)	3,190 (-7.3%)
2005 (H 17)	9,736 (-1.1%)	2,956 (-7.3%)
2006 (H 18)	9,479 (-2.6%)	3,064 (3.7%)
2007 (H 19)	9,784 (3.3%)	3,217 (5.0%)
2008 (H 20)	9,428 (-3.6%)	2,560 (-20.4%)

図 1 国民医療費

(単位：億円)

年 度	眼科診療所入院外 (前年度比)
2007 (H 19)	5,838 (0.8%)
2008 (H 20)	5,940 (1.7%)
2009 (H 21)	5,981 (0.7%)
2010 (H 22)	3,142 (4月～9月) (2.1%)

図 2 概算医療費

学 会 名	加盟年月日
日本眼科学会	1967年7月26日
日本眼科医会	2005年11月28日
日本眼科手術学会	2008年11月12日
日本白内障屈折矯正手術学会	2009年6月22日
日本緑内障学会	2009年6月22日
日本弱視斜視学会	2009年6月22日

図 3 眼科関連学会と外保連加盟年月日

・技術新設	8項目
・技術改正	5項目
・材 料	3項目
※提出期限	
2011. 1. 31	

図 4 平成 23 年度 外保連
要望項目アンケート

を通して行う方法で、眼科では6つの学会が外保連に加盟しており、それぞれ要望を出すことができる。この6つの学会とは、日本眼科学会、日本眼科医会、日本眼科手術学会、日本白内障屈折矯正手術学会、日本緑内障学会、日本弱視斜視学会である(図3)。

外保連ルート以外に日本医師会診療報酬検討委員会を

通して要望するものと、厚生労働省医療課に直接ヒアリング等で要望するルートがある。

外保連に対しては、2011年1月31日までに平成24年度改定についての要望アンケートを提出することになっている(図4)。今回の社会保険会議ミーティングでは眼科関連6学会から出されている要望について説明をお願いした。眼科が一丸となってこれらの要望の実現に努めたい。

外保連診療報酬改定要望について 日本眼科学会外保連実務委員からの報告

順天堂大学医学部眼科 村上 晶
(日本眼科学会)

外保連(外科系学会社会保険委員会連合)は、外科系診療における診療報酬を学術的に検討することを主な目的として、1967年に日本眼科学会を含む外科系の9つの主要学会が集まって作られた団体である。現在では91の外科系学会が本連合に加盟している。各学会は診療報酬に関する改正要望書をこの外保連を通じて厚生労働省に提出している。平成23年度は各関連学会からの要望アンケートを基に調整を行い1.ロービジョン訓練2.前眼部3次元画像解析(前眼部OCT等)3.眼底白癩蛍光撮影4.網膜再建術(未熟児網膜症、重症増殖網膜症に対する網膜硝子体手術)5.高次視機能検査(波面センサー等)6.広角眼底撮影(未熟児網膜症、網膜変性疾患の眼底撮影装置)7.コントラスト感度・視力8.涙管チューブ挿入術(涙道内視鏡併施)を新規採用として申請した。9.コンタクトレンズ検査料10.乳幼児視力測定11.眼筋機能精密検査及び輻輳検査については点数や適応の改定の申請、また特定材料として12.ディスプレイ用ハードコンタクトレンズを要望申請している。要望項目については申請件数に制限があるため、加盟眼科関連学会の主学会として他の学会と調整を行っている。長期的な展望を踏まえた高いレベルの要望に比較的实现性のある要望をおりこみながら、優先順位の調整を行っている。重要項目については、他の眼科関連学会と重複して申請をすることにより、その意義を強調している。

今後、4月から5月にかけては各学会の実務委員が中心となり詳細な資料を添付した申請要望書の作製を行うことになる。新技術については有用性や安全性のエビデンスとともに医療費への影響や社会への貢献等についての記載が求められている。各学会からの専門性を生かしながら、解りやすい要望書の作成が求められており多く

の先生方に協力を仰ぐことになると思う。同時に今後も、眼科の特徴を他の外科系学会に説明をし、手術材料の問題、技術に対する不十分な評価、新しい術式の取載へのハードルの高さなど外科系に共通した問題を解決するために様々な提言していきたいと考えている。

日本眼科医会の要望

近藤眼科 近藤 聖一
(日本眼科医会)

平成 22 年度診療報酬改定作業前の「事業仕分け」において眼科は医療費軽減のためのターゲットにされ、診療報酬改定に際し眼科診療の基本であるところの視力に

係る屈折検査・矯正視力検査・角膜曲率半径計測がそれぞれ 5 点減点され、精密眼圧測定も 3 点減点された（図 1）。

厚生労働省医療課によれば眼科学的検査 5 項目に限り、病院で行なった調査結果を用いて減点したとのことであり、その減点理由は検査機器の進歩に伴う検査に要する時間の短縮、ならびに検査機器の価格低下等によるものと推量されている。しかしながら新しい眼科検査機器を用いての検査時間は決して従来と比べ大きく短縮することはなく、また新検査機器の特段の価格低下もなく、むしろ高額化しているのが現状であり減点の根拠に乏しいものである。

これらの検査以外でも眼科においては外来管理加算の

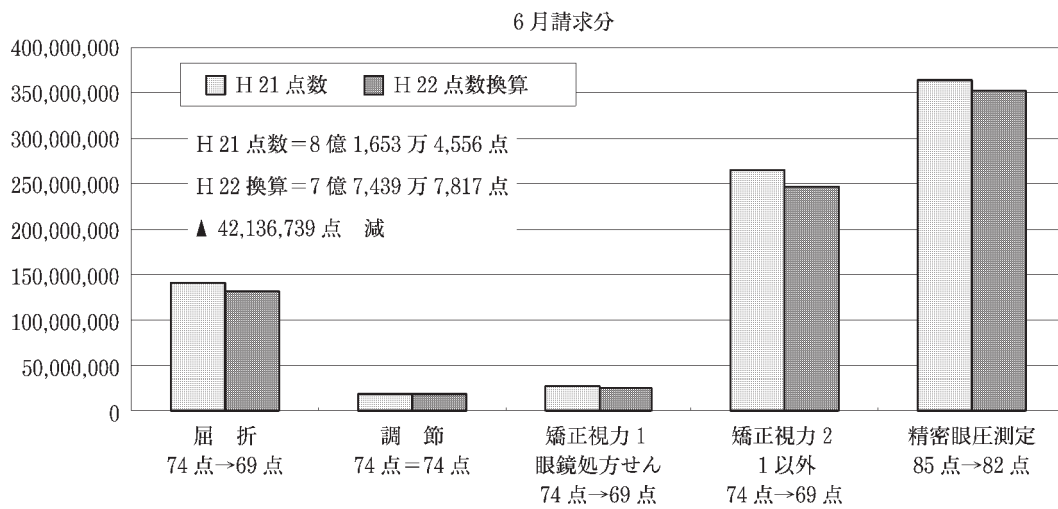


図 1 平成 21 年社会医療診療行為別調査
調節を除く主要な眼科検査が減点された。

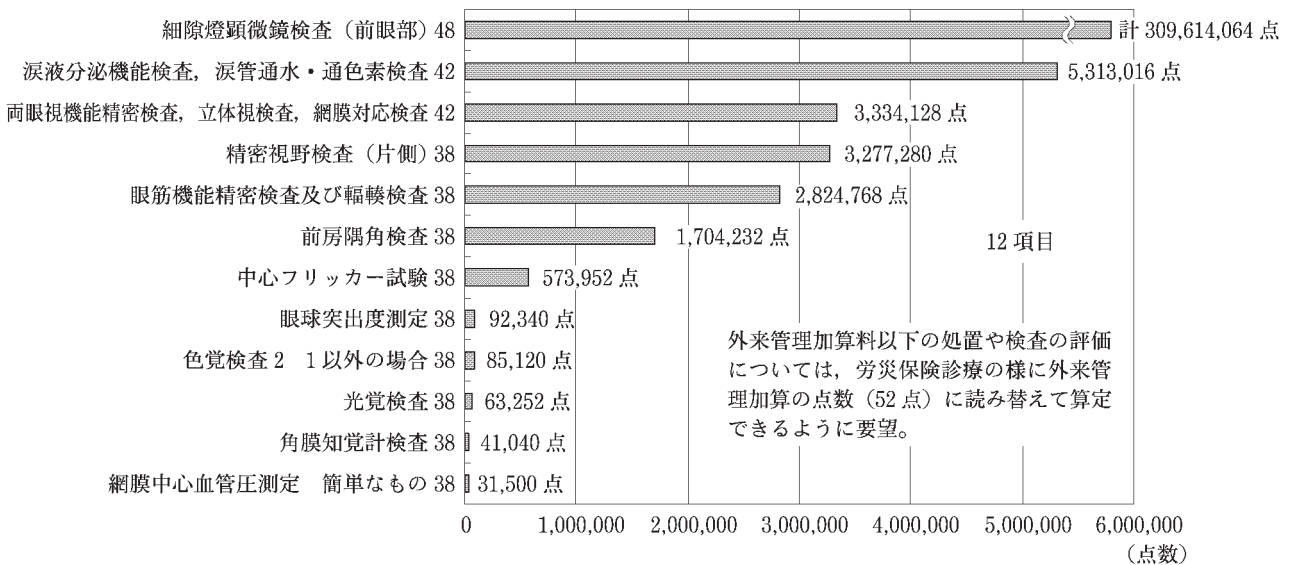


図 2 外来管理加算料 (52 点) よりも点数の低い眼科検査

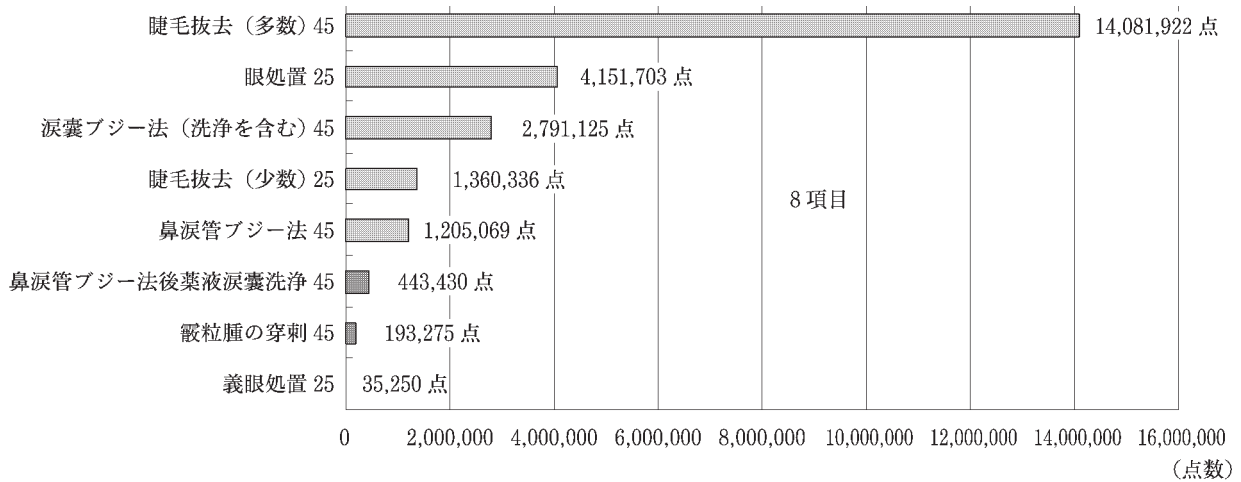


図 3 外来管理加算料 (52 点) よりも点数の低い眼科処置

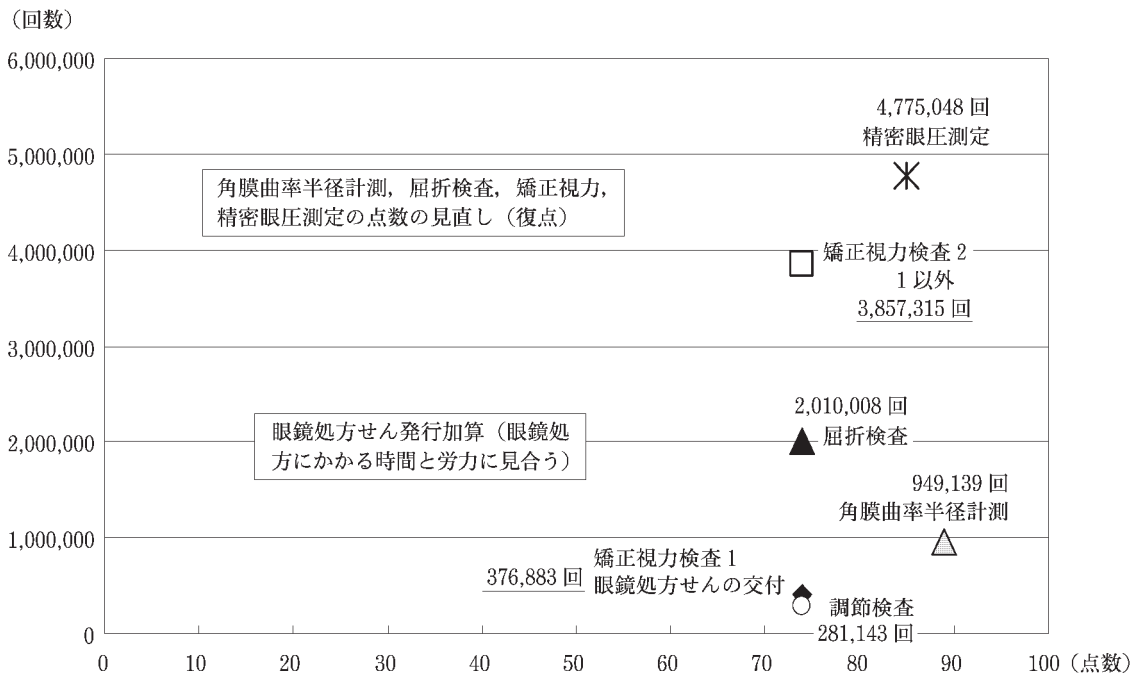


図 4 平成 21 年社会医療診療行為別調査 (6 月請求分) 眼科検査 (点数×回数分布図)

基本的な主要眼科的検査の復点を。眼鏡処方せん発行加算の要望。

点数より低点数の検査が多数存在し、さらに眼処置の多くが外来管理加算点数以下であることは論理的に矛盾していると考えられる。しかも点眼や洗眼などの眼処置においては簡単な診療行為であるとして前回の改定で基本診療料に包括されて算定できなくなった (図 2, 図 3)。平成 24 年度診療報酬決定に向け減点された眼科基本診療の検査料の点数復活を望むとともに矛盾解消のための外来管理加算以下の諸検査・眼科処置の増点を強く要望する (図 4)。

内視鏡技術を応用した低侵襲涙道手術について

東京大学医学部眼科学教室 永原 幸
(日本眼科手術学会)

近年、涙道手術は内視鏡による可視化で侵襲の少ない手術として様々な手術手技が提唱されている。涙道内視鏡を併用した Direct Endoscopic Probing (DEP), Direct Silicone intubation (DSI) は代表的な手術治療であり、今後ますますの普及が期待されている。

一方、涙道内視鏡の導入においてはプローブの滅菌管

理（ガス滅菌）、破損などに対する費用、また合併症に対応できる体制として、鼻腔処置に必要な鋼製小物、鼻硬性内視鏡などの設備を整えるため高額な費用が必要になる。

平成 19 年に行われた涙嚢鼻腔吻合術、涙管チューブ挿入術の件数はそれぞれ 3,180 症例、5,460 症例（社会医療診療行為調査より）であった。涙嚢鼻腔吻合術は術者 1 名、助手 2 名、外回り 1 名の体制が必要で、標準的な手術時間は 60～90 分、設備の導入費用は鼻硬性内視鏡や鋼製小物など約 600 万円はかかる。診療報酬は 21,750 点であるが、人件費、包括される医療材料費、器具や器機の保守費用などを考えると、年間 50 症例以上行える施設でないとは運用は厳しいと考える。涙道内視鏡を併用する DSI を行う場合の導入費用は涙道内視鏡、鼻硬性内視鏡、鋼製小物など約 700 万円、術者、助手、外回り、それぞれ 1 名が必要になる。標準的な手術時間は 15～60 分、設けられている診療報酬は涙管チューブ挿入術、涙管シリコンチューブ（医療材料）それぞれ 1,810 点、2,695 点である。涙道内視鏡は医療機器としての承認はあるが、診療報酬の設定がないため、人件費、包括される医療材料費、器具や器機の保守費用などを考えると現状での運用は厳しいことから、日本眼科学術学会では内視鏡加算として請求できるよう申請作業中である。

現在、内視鏡技術を応用した様々な手技が提唱されるなかで、治療を専門にする施設でもトラブルが報告されており、一般眼科医が安全に病態に応じた内視鏡手術を行うためには、熟練した医師による指導教育が必要になる。涙道内視鏡の開発にかかわり治療を専門にされている先生方が中心となって、涙道内視鏡治療のガイドライン作成が検討されている。

平成 24 年度診療報酬改定

一日本白内障屈折矯正学会からの要望一

慶應大 根岸 一乃
（日本白内障屈折矯正手術学会）

白内障手術は眼科の内眼手術の中で最も多い術式であり、年間約 100 万件行われているが、診療報酬に含まれるディスプレイ製品および手術機器のコストの割合が年々増加しているにもかかわらず、診療報酬は徐々に引き下げられており、手術の安全と質を担保するのが困難になりつつある。本学会からは、白内障手術に関し、第一に、ディスプレイ製品のコストや手術装置の減価償却費などを考慮した適切な診療報酬への改定を要望する。また、現在すべての白内障手術は水晶体再建術として

算定され、その手術点数は一律であるが、この中には、技術面、コスト面から考えて、平均的な白内障手術とは明らかに異なるものが含まれている。たとえば、多焦点眼内レンズ（現在は先進医療として承認されている）やトーリック眼内レンズなどの高機能眼内レンズは従来の単焦点眼内レンズと比較して高価でありこれらを同一の診療報酬で扱うのは困難である。これらを別枠での算定とすることを第二の要望とする。小児の白内障手術は、成人と比較して明らかに難易度が高く、症例数も少なく、手術時間も長く、全国でもごく限られた施設しかできない手術であるが、現在の制度では、一律に水晶体再建術として算定されている。また、眼内レンズ毛様溝縫着術や、角膜混濁や小瞳孔などを合併する白内障手術も、小児ほど症例数は少なくないものの、通常の内障手術と比較して、難易度が高く、時間を要し、高額なディスプレイ材料（ライトガイドや瞳孔拡張機器など）を使用するにも関わらず、同様の算定である。本学会からは、第三に、上記例にみられるような単焦点眼内レンズ使用例においても、技術面、コスト面において明らかに通常から逸脱する白内障手術について、技術料および材料費の加算を要望する。そのほか医療材料として、白内障手術関連のディスプレイ製品と虹彩リトラクターを申請した。

表 日本眼内レンズ屈折手術学会からの要望のまとめ

要 望	内 容
①水晶体再建術の診療報酬の改定	ディスプレイ製品のコストや手術装置の減価償却費などを考慮した適切な診療報酬への改定
②術式の新設	水晶体再建術（多焦点眼内レンズを使用するもの） 水晶体再建術（特殊眼内レンズ*を使用するもの） * トーリックおよび縫着用眼内レンズを含む後発白内障切開術（観血的）
③水晶体再建術関連の加算の新設	水晶体再建術（小児白内障手術加算） 水晶体再建術（瞳孔形成術加算）
④新規医療材料	水晶体再建術にかかわるディスプレイ製品 虹彩リトラクター

平成 24 年医科診療報酬点数改定における 日本緑内障学会の要望事項

東海大学 医学部専門診療学系眼科学 河合 憲司
（日本緑内障学会）

外保連とは外科系学会社会保険委員会連合の略である。日本緑内障学会は 87 学会で構成されている外保連の一

つである。

眼科で日本緑内障学会以外に外保連に加入している学会は日本眼科学会，日本眼科医会，日本眼科手術学会，日本弱視斜視学会，日本眼内レンズ屈折手術学会である。

外保連に対する新設要望項目で，緑内障に関する項目としては以下のとおりである。

- ・前眼部 3 次元画像解析（日本眼科学会）
- ・角膜中央厚測定（日本眼科学会）
- ・眼圧口内変動検査（日本眼科学会）
- ・緑内障術後管理加算（日本眼科医会）

今回，外保連に日本緑内障学会として緑内障術後管理加算を認めさせるにはどのような戦略を立てればよいのであろうか。

緑内障患者は負のスパイラルに巻き込まれている人々

と仮定する。失明という負のスパイラルから抜け出すためには，患者・医師共に緑内障をよく理解することが必要である。現在薬物治療法による眼圧下降が治療の基本ではあるが，手術に踏み切った場合に手術手技に習熟するのは当たり前であるが，術後の管理が一番重要ではないかと考えられる疾患である。

たとえば，眼圧コントロールがうまくいかず，術後の浅前房，低眼圧に圧迫眼帯や強膜フラップの追加縫合，逆に術後眼圧上昇を招きレーザー切糸やニードリングを行うことはまれではない。このように術後管理に手間のかかる眼科疾患は緑内障を置いて他にないと思われる。

提案書をここに示す。

緑内障術後管理加算は，日本緑内障学会が外保連に加盟する前からの要望である。ぜひ認めてもらいたい。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）〔詳細版〕	
申請団体名 日本眼科医会	
代表者名 会長 高野 繁	
提出年月日 平成22年11月1日	
※ 概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について4枚を上限として記載する。 ※ 本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。欄外には記載しないこと。 ※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。	
技術名	102 緑内障術後管理加算
技術の概要	緑内障術後、眼内コントロールのため濾過胞の管理、処置を行なう。
対象疾患名	緑内障
保険収載の必要性のポイント	本治療は、緑内障術後必須であり、失明予防のための有効な管理であるため保険収載の必要性があると考えられる。
II-⑤倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	問題なし
II-⑥妥当と思われる診療報酬の区分 （1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置 ・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・Oその他
妥当と思われる点数及びその根拠 （新設の場合）	点数 3,000点 《1》外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）：K220 結膜縫合術 1,260点、K273 隅角光凝固術 8,970点、K248-2 顕微鏡下角膜抜糸術 980点 ※これは複数種類、複数回必要 《2》別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）：
II-⑦代替する保険既収載技術との比較 （当該技術の導入により代替することが予想される既収載技術）	当該技術の導入より代替される既収載技術 ○無・有 （区分番号と技術名）
・効果（安全性等を含む）の比較	効果が高く術後必須であり安全性も高い
II-①有効性 ・治療率・死亡率・QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル： I II III ○IV V VI 術後眼圧が15mmHg以下にコントロールされる確率は76%。レーザー切糸術の術後管理で眼圧コントロールが良好と報告あり（文献：あたらしい眼科12：803-806,1995，早川友康、山本哲也、北澤克明：マイトマイシンC併用線維柱帯切除術後のレーザー切糸術。）
II-②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	低眼圧や高眼圧により、脈絡膜剥離や出血の可能性はあるが、予後は良好でリスクは少ないと考えられる。
II-③普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	年間対象患者数 7,556人 年間実施回数(1人当たり) 1回 手術回数は、15,132回（*）このうち約50%に本管理が必要。*：社会医療診療行為調査、平成21年5月
II-④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性・施設基準等）	眼球マッサージ、縫合糸レーザー切糸、結膜縫合、圧迫眼帯等 手術後に実施しており、技術的な専門性も高く労力を必要とする。学会でも手術後、必須の処置と記載されているが保険収載されていない。
・費用の比較	
II-⑧予想される医療費への影響（年間）	予想影響額 361,371,700 円 増・○減 なし
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が 予想される医療費 （費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可）	緑内障手術再手術率は、30%。本管理により再手術率を15%に減らすことが可能（有効率50%）年間手術実数 15,132件×15%=2,269件の再手術を減らすことが可能。緑内障手術25,930点×2,269件=58,835,170点再手術減によりコスト減。新設によって新しく追加されるコストは、3,000点×15,132件×50%=22,698,000点 58,835,170-22,698,000=36,137,170点のコスト減

弱視・斜視治療の現場からみた PL 法の問題点と矛盾

眼科やがさき医院 矢ヶ崎悌司
(日本弱視斜視学会)

3 歳児視覚検診は、受診者の約 0.6%が斜視、約 0.16%が弱視と診断され、早期発見に大きく寄与している。しかし、ランドルト環による視力検査が困難な場合には弱視の確定診断ができず、受診者の約 1.0%は屈折異常群に分類せざるをえない(あいちの母子保健ニュース 33 号, 2007 年)。平成 21 年度文部科学省の報告では、通級児童を含めれば全国総児童の約 0.3%が弱視と分類されている。弱視の頻度が増加している理由として、通常の視力検査ができないため保護者への病状、治療の説明が不十分となり、屈折異常群の追加管理ができず、弱視となってしまった懸念が残る。

乳幼児の視力検査としては、PL (Preferential Looking) 法が医療保険上の眼科学的検査として現在唯一の認定されている(検査点数 100 点)。PL 法は、4 歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋-Mohindra 方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合には算定できるが、最も普及してい

る Teller Acuity Card (TAC) などの縞視力検査は簡易測定として算定できず、現場での診療実態との間に矛盾を引き起こしている。

しかし、本来 PL (選好注視) 法とは、1980 年ごろに開発された幼児を対象にした行動観察による心理物理学の実験手法であり、刺激を直接見ることのない成人の観察者が幼児のみを観察して、幼児が刺激を見るときに眼球運動や頭の運動状態を手がかりに、左か右のどちら側に刺激が呈示されたかを判断する心理物理学の行動観察手法である。PL 法は、乳幼児の視力検査法と同義ではなく、縞視力の他に、色覚、立体視、形、大きさ、母親の顔の識別などの弁別能も測定対象になる。また、粟屋-Mohindra 方式は本邦で開発された測定機器であるが、本邦以外普及しておらず、国際的には PL 法の行動観察手法に基づく「Teller card preferential looking」が視力検査法として普及しており、米国眼科学会 (AAO) でも、TAC を用いた縞視力測定法は最も信頼性の高い乳幼児の視力測定法として推奨している。TAC などのカード方式の検査は決して簡易検査ではなく、粟屋-Mohindra 方式と同様の PL 法を用いた縞視力検査として認可されるべきであり、乳幼児の縞視力検査の拡大が弱視予防に大きく寄与するものと考えられる。