

〈日本眼科社会保険会議シンポジウム報告〉
第 70 回日本臨床眼科学会 日本眼科社会保険会議シンポジウム

「外保連医療技術の新しい評価軸」

日 時：2016 年 11 月 5 日（土）10：45～12：15

オーガナイザーのことば：

愛媛大学・日本眼科学会 大橋 裕一
山岸眼科医院・日本眼科医会 山岸 直矢

シンポジウム：

1. 眼科医療の「価値」を評価する

杏林大学医学部眼科学教室・日本眼科医会 山田 昌和

2. 医療技術の新しい評価軸と眼科手術

順天堂大学医学部眼科学講座教授 村上 晶

3. 平成 28 年度診療報酬改定の問題点と眼科領域への提言

聖マリアンナ医科大学 川瀬 弘一

オーガナイザーのことば

愛媛大学 大橋 裕一
山岸眼科 山岸 直矢

前回の平成 26 年度診療報酬改定では、眼科手術点数の減点が 20 項目にわたって実施された。これは、外保連手術試案 8.2 版をもとに試算された「人件費の減少」を根拠として引き下げられたものであるが、医療技術の進歩に伴う手術時間の短縮や人的資源の省力化が点数引き下げのインセンティブになったことは眼科として大いに問題視すべきである。

そもそも、外保連においては従来、「手術時間×医師数×技術度」を手術評価の基本としてきた。平成 19 年 11 月の外保連手術試案第 7 版の作成にあたっては、実施件数の多い手術の技術度が引き下げられるとともに、実態調査に基づき手術時間と人数とが大幅に修正された。当時より、機器の進歩に伴って眼科の手術時間は短縮される傾向にあり、これが手術評価の低下につながるのではないかとの懸念は感じていたが、その後、外保連

手術試案はその客観性から診療報酬改定の重要なエビデンスの一つとして厚労省医療課で重用されることとなり、その結果として、冒頭に述べたような手術点数の引き下げが発生する事態となった。外保連の活動には誠心誠意協力してきた点を鑑みれば極めて残念なことである。

しかし、医療技術の進歩、手術機器・材料の改良に伴う手術時間の短縮化と人的資源の省力化は自然の流れであり、今後は低侵襲化、費用対効果、あるいは社会的貢献など多面的な視点からの評価の必要性が強く認識されるようになってきている。外保連手術試案の作成理念に一層の緻密さと多様性が求められている中、最近、外保連に「医療技術の新しい評価軸」を議論するための作業部会（WG）が設置され、「手術のもたらす価値」について種々の角度からの検討が行なわれている。

この動きを受け、今回、社会保険会議では「外保連医療技術の新しい評価軸」と題するシンポジウムを企画した。まず山田先生には、QALY を効果指標とする眼科医療の費用対効果の評価を通じて、視覚障害に対する医療介入が長期的に総費用にもたらす影響について、次に

村上先生には、医療経済的な視点から眼科手術の費用対効果に焦点を当てつつ、「手術のもたらす価値」についてご講演をいただいた。最後に「医療技術の新しい評価軸」のWGの取りまとめをされた川瀬先生には、「外保連の5つの新しい評価軸」についてご講演の後、「重症度、医療・看護必要度」と「局所麻酔の手術」についてもご解説いただいた。

厳しい財政状況の下、今後、医療技術をどのように評価し、診療報酬にどう反映させていくのか、万民が納得する基準を設定する必要がある。その意味で、外保連で議論されている「医療技術の新しい評価軸」は有力な指針となる可能性を秘めている。このシンポジウムを機にその意義について眼科医の間での理解が進むことを期待して止まない。

眼科医療の「価値」を評価する

杏林大学医学部眼科学教室 山田 昌和

眼科医療に携わる者にとって視覚の重要性、眼科医療の価値は自明のことであるが、視覚の健康に関する行政や一般社会の認識は低く、他領域の医療関係者にも十分に理解されているとは言い難い。その好例は「健康長寿社会の実現に向けて」と題された平成26年度版厚生労働白書である。健康寿命の延伸を掲げたこの白書には視覚や眼科医療に関する記述は全く見られない。

眼科医療の価値を広く示すためには、視力の改善や黄斑部網膜厚の減少といった「眼科語」ではなく、標準語に翻訳することが必要である。このために著者らが用いてきた方法論として、1) 転倒・骨折やうつ・神経症など全身状態や社会生活への影響を示す、2) 費用対効果で示す、3) 労働生産性低下や機会費用、予算影響分析などの医療経済学的評価が挙げられる。

視覚障害に起因する全身状態の変化、社会生活への影響は少なくない。もっとも有名なのは転倒・骨折であるが、うつ状態や認知症、運転や交通事故など様々な事項が視覚障害と関連し、QOLの低下や健康寿命の短縮、要介護の誘因となることが知られている。一方で最近では、白内障手術によって視機能が改善すると全身状態や社会生活にも好影響が及ぶことが認識されてきている。白内障術前には骨折のリスクが高いが（あらゆる骨折のオッズ比5.69、大腿骨骨折のオッズ比1.51）、術後には低下すること（あらゆる骨折のオッズ比0.95、大腿骨骨折のオッズ比0.84）、うつや神経症による精神科受診の頻度が白内障術後には約20%減少すること、白内障手術前後の1年で交通事故を比較すると術後は10%以上減少することが報告されている。白内障は加齢の指標で

あるために白内障手術患者は寿命が短いとされてきたが、最近の報告では手術時年齢が70歳未満ではやはり死亡率が高いが、70歳代では同程度で、80歳代ではむしろ低下することが示されている。眼科医療の代表である白内障手術によって健康寿命とともに寿命そのものも延伸できる可能性がある。

次に医療技術の新しい評価軸としての費用対効果について述べた。効用分析は、米国では保険会社の支払い基準、英国では健診や医療介入の政策決定に反映されており、オーストラリアでは新薬の認可に効用分析の資料が要求される。中医協でも費用対効果評価の導入について論議がなされており、2015年10月には適応と方法に関するガイドラインが提示されている。著者らはQALYs（quality-adjusted life years; 質調整生存年）を効果指標とした効用分析を用いて本邦の眼科医療の評価を行ってきた。日本眼科学会戦略企画会議で施行した白内障手術の費用対効果を評価する多施設共同研究の結果では、白内障手術で得られる効用は片眼、両眼の白内障手術で各々2.40 QALYsと3.40 QALYsであり、1 QALYを得るために必要なコスト（円/QALY）は各々、122,472円/QALYと145,526円/QALYであった。効用を異なる方法で評価した場合、マルコフモデルで術後長期の合併症、予後を組み込んだ場合でも値は大きく変化せず、検討の信頼性を強く保証する結果となった。世界的にも白内障手術は費用対効果の優等生として知られているが、日本の結果は米国や欧州よりも更に優れた値となっている。日本弱視斜視学会の共同研究では成人の斜視手術の効用分析を行っており、斜視手術の効用は0.99 QALYs、費用対効果は125,630円/QALYという結果を得ている。これらのことは日本で提供されている眼科医療が安価で良質であることを示している。

医療の経済学的側面をより強調して評価する方法の1つに予算影響分析がある。筆者らは成人眼科検診が視覚障害に関連する社会の総費用に及ぼす影響について予算影響分析を行った。新しい眼科検診を導入すると検診費用が発生し、新たな患者が発見されるので直接医療費が増加する。しかし、長期的には検診によって失明やロービジョンが減少するので介護保険費、障害年金、介護給付費、訓練給付費などが減少していく。社会保障費の総額はS字のカーブを描き、導入5年目には4%増加するがその後は徐々に減少し、15年目に元のレベルに復し、50年目には約10%の減少を見込むことができた。医療費だけでなく、社会保障費全体で考える視点の重要性を示す結果と考えられる。

本邦では高齢化社会に伴って加齢性眼疾患による視覚障害が更に増加すると推測されている。眼科医療の役割

はますます大きくなるはずであり、その重要性を様々な視点から社会や医学界全体に示していくことが重要と考えている。

医療技術の新しい評価軸と眼科手術

順天堂大学 村上 晶

2015 年、外保連において、「医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ (WG)」が川瀬紘一委員長のもと立ち上げられた。私は外保連実務委員を長く勤めていたこともあり、日本眼科学会からの推薦をいただいて、この WG に参画する機会を得た。この WG は技術度、手術時間、人件費、医療材料に基づいて算定価格を決定してきた「外保連試案」に、新たに健康への貢献度や質調整生存年 (QALY) などの経済的指標、社会からの要望などを組み込んだものの検討と実現化を目指して発足したものである。我が国では、他の領域に先駆けて眼科における手術の費用対効果分析研究が行われていることもあり、私は「手術のもたらす価値」について検討するサブグループのとりまとめ役を務めさせてもらった。今回のサブグループからの提言として、手術の新しい評価軸として、A. 生命維持・延命効果 B. QOL の維持・改善効果 C. 医療資源の有効利用を策定することがまとめられ、さら別途に D. 費用対効果も評価を行うことを提言した。そして、技術評価を行うにあたっては、当該技術 (手術) が導入されたときに、最も置き換わりうる想定されるものを比較対象として、それぞれ優位性のある項目を示し、たとえば、A は、生存期間を重視、B については、機能温存・機能回復等により得られるものとして手術の直接的なアウトカム、C は手術時間の短縮化、手術回数の減少、人的資源の集約化で限られた医療資源を有効に用いることを推進するための評価などを挙げた。また、D の費用対効果については、A, B, C とそれぞれ重複する内容があるが、医療経済評価を行うために必要であり、分析にあたっては、費用とアウトカムをそれぞれ推計し統合する費用効果分析を用いることが推奨された。この提言は、川瀬委員長の主催する全体の WG でさらに検討されて、現在の外保連試案 2016 に掲載された。これにより、費用対効果による評価軸をもつものとして、光線力学腫瘍破壊術、腹腔鏡下スリーブ状胃切除術、腹腔鏡下重症肥満に対する胃バイパス術とともに斜視手術の 7 術式、水晶体再建術 (眼内レンズ挿入) が認められた。外科、整形外科、形成外科、脳神経外科などを専門とされる他の委員の先生方と議論させてもらうと、費用対効果のみならず、さまざまな「価値」付けをする必要が見えてきた。さらに、費用対効果分析につ

いては、さまざま受け止め方があることを実感した。

平成 28 年度診療報酬改定の問題点と眼科領域への提言

聖マリアンナ医科大学小児外科・

外科系学会社会保険委員会連合 川瀬 弘一
外科系学会社会保険委員会連合 岩中 督
外科系学会社会保険委員会連合 瀬戸 泰之
外科系学会社会保険委員会連合 山口 俊晴

はじめに

外科系学会社会保険委員会連合 (以下、外保連と略す) とは、学術的根拠に基づき、診療報酬の適正化を図ることを目的とした外科系学会の連合体である。手術委員会では昭和 57 年に手術試案を公表後、改定を重ね、現在は手術試案 8.3 版である。厚生労働省は平成 22 年から手術試案を評価、相対評価として診療報酬改定に用いるようになった。今回外保連試案を中心に、眼科領域の診療報酬改定と今後について検証する。

平成 28 年度診療報酬改定

新たに保険収載された術式が 38 件、増点となった術式が 301 件と外科系技術が全領域で考慮されたが、眼科領域では新規収載は 1 件もなく、5 術式の増点のみという厳しい結果であった。増点となった羊膜移植術は診療報酬のうち人件費の占める割合が 660% と眼科領域で最も高いものであり、眼窩縁骨折整復術、毛様体腫瘍切除術・脈絡膜腫瘍切除術、眼窩内異物除去術、虹彩腫瘍摘出術も診療報酬額と外保連試案総費用の差が大きい手術であった。

医療技術の新しい評価軸

手術試案は手術の技術料を検討する、実態調査に基づいた唯一の科学的根拠であり、平成 24 年秋に実施した実態調査に基づき、手術試案第 8.2 版の手術時間を中央値 + 1/2 SD に修正、多くの手術時間が短縮された。この結果 26 年改定では帝王切開など 81 術式の手術料が減点となった。これまでの人件費、材料費の評価軸だけではこの減点に対応できないと考え、技術料の視点に新しい評価軸が必要と考え、平成 26 年に「医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ」を手術委員会内に立ち上げた。外科、胸部外科、整形外科、眼科、産婦人科等の委員と、臨床疫学、メディアの外部委員で構成され、目的は外科技術が向上し手術時間が短縮し、質は改善したのに手術料が下がるという矛盾を検討することとした。

1 年以上の議論の結果、個別の手術に $+ \alpha$ となる評価軸として、①手術を行う benefit のスコア化の策定 (生

命維持・延命効果, QOL の維持・改善効果, 医療資源の有効利用) ②医療紛争リスク, ③術中の緊急度, ④2つの命を扱う手術, ⑤費用対効果の5項目を設定し, 55術式を該当手術として手術試案 8.3 版に掲載した¹⁾。

これにより, 平成 28 年度改定では, 緊急帝王切開や経皮的脳血栓回収術, 胸部出血などに対する経皮的塞栓術, スリーブ状胃切除術 (腹腔鏡下) など, 15 術式 (31%) が増点となり, ある程度新しい評価軸が考慮された。ただ費用対効果の項目に該当する眼科領域の 8 術式は評価されなかった。

重症度, 医療・看護必要度 (以下, 必要度と略す)

7対1病床を減らしたいという厚生労働省の思惑から, 平成 28 年度診療報酬改定で必要度の項目見直しが行われ, これにより基準を満たす割合が 15% から 25% へアップされた。評価票項目の見直しでは, A 項目に「救急搬送後の入院」が, B 項目に認知症・せん妄の症状として「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」が追加されたが, もっとも大きな見直しは C 項目 (手術等の医学的状況) の導入である。これは全身麻酔下の外科的治療で, 開頭手術, 開胸手術, 開腹手術, 骨の手術, 胸腔鏡・腹腔鏡手術と, これ以外の全身麻酔・脊椎麻酔下に行われた手術の評価で, 他に救急等に係る内科的治療として経皮的血管内治療, 経皮的心筋焼灼術等の治療, 侵襲的な消化器治療など局所麻酔下の治療の評価である。

今回から短期滞在手術等基本料 3 を算定する患者, 白内障手術は必要度の対象外となったことは評価できる。しかし眼科領域の大部分は局所麻酔下手術であり, 全身麻酔下の手術はごく一部で, 小児の手術や成人の重症網膜硝子体手術, 緑内障手術などに限定される。眼科の入院患者は眼が不自由であり提供されるべき必要度は大きい。しかし眼科の病床を有する病棟の必要度の割合は, 今回の改定後も低いままである。次回改定に向けて B 項目に「視力障害が高度」「一人で歩行ができない」な

どの項目を追加することも必要だが, それだけでは「A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上」の 7 対 1 要件はクリアできない。C 項目に「局所麻酔の手術」を追加し, 該当手術として眼科手術を要望することが唯一の解決策である。

[文 献]

- 1) 手術の新しい評価軸, 外保連試案 2016. 外科系学会社会保険委員会連合編. 237-238, 医学通信社, 東京, 2015.

表 平成 28 年度診療報酬改定結果

新たに保険収載された術式は 38 件, 増点となった手術は 301 件, 減点となった術式は 1 件もなかった。

区 分	新規採用	増点となった術式
第 1 款 皮膚・皮下組織	0 件	9 件
第 2 款 筋骨格系・四肢・体幹	2 件	50 件
第 3 款 神経系・頭蓋	1 件	30 件
第 4 款 眼	0 件	5 件
第 5 款 耳鼻咽喉	5 件	40 件
第 6 款 顔面・口腔・頸部	4 件	41 件
第 7 款 胸部	4 件	30 件
第 8 款 心・脈管	11 件	23 件
第 9 款 腹部	5 件	30 件
第 10 款 尿路系・副腎	2 件	26 件
第 11 款 性器	1 件	4 件
第 12 款 女子性器	1 件	13 件
第 13 款 臓器提供管理料	0 件	0 件
第 2 節 輸血料	0 件	0 件
第 3 節 手術医療機器等加算	2 件	0 件
計	38 件	301 件