

＜シンポジウム 22—1＞我が国の臨床神経学の発展のための神経内科医の経済的基盤の確立

## 我が国の神経内科の医療保険の経緯と問題点について

高柳 哲也<sup>1)2)</sup> 田村 隆治<sup>3)</sup>

(臨床神経 2010;50:1045-1048)

Key words : 神経内科, 医療保険, 診療報酬, 内科系社会保険連合

### 緒 言

半世紀におよぶ私の長期の神経内科臨床の過程で、多くの神経内科医の仲間から我が国の神経内科の診療報酬の厳しさを指摘されてきていた。長い大学生活の日々ではなかなかその機会に恵まれず、何時の日にかその検討を自らしてみたいとの思いは絶える事が無かった。臨床医学の多様性はその範囲のみでなく、その内容の複雑性は医学の経理・経済でも同様であって、病院医師、診療所医師の差異のみでなく、勤務体制によっても仕事内容の差異は大きく、実態を十分に捉えることの難しさに満ちている。小生は定年までを大学の医師として勤務して、診療報酬の実態についての把握には不利な立場にあって、定年後の実地診療による診療報酬点数の自らの計算によって経験するまでは十分に理解できなかった。平成 11 年に大学勤務を定年退職となり、そのさらに 2 年後から今日におよぶ約 10 年間の期間で診療所における神経内科診療体験をして、神経内科医師の経済的環境の厳しさを改めて知らされ、微力ながら何とかできないものか、何とかしなければとの思いに駆られた。

### 神経内科診療報酬

千葉大学名誉教授の平山恵造先生が名誉理事長をされている日本神経治療学会で長年お世話になってきた。その理事として医療保険委員会にてその関連の仕事を長年させていただく内に、その関連のいろいろな仕事をさせていただき、学会役員を辞してからもお陰で我が国の診療報酬の多々を学ばせていただいている。

その過程で、2002 年の第 20 回神経治療学会(広瀬源二郎会長)ではシンポジウム「神経内科からみた医療保険」が開催され、神経内科に内在する医療保険の問題点が検討された<sup>1)</sup>。

東北大学名誉教授の後藤由夫氏は「健康保険制度の歩みと問題点」と題して、これまでの欧州、米国と日本の医療の歴史と診療報酬の問題について述べた。医療の歴史とその地域的差異、健康保険の背景の違いなどが各国での医療保険成立の

異動としてみられ、我が国での厚生省の設立と健康保険の成立までの経過からその医療費を 2 割安く日本医師会がみとめたなどの事実、当初は被保険者が少なく、医師会も厚生省との取り組みが甘かったこと、公的保険浸透の施策は統制医療であり、それまでの医師の善意に基づく自由診療から金縛りの強制医療への変換としてみとめられ、その後の我が国での健康保険の推移は決して多くの国民も医師もこの事態に満足できる状況ではないことが指摘されている。

このシンポジウムでは臨床神経内科医として多くの先生方から診療所、病院の立場からの診療報酬のまとめが為されている。

1) 三田哲司氏は有床診療所の立場から神経学的診察料の不備、外来指導管理料の回数制限、インフォームドコンセント料金の評価、臨床生理・放射線検査の各種検査料と判断料の点数の不足、慢性疾患の多い神経内科疾患での長期薬剤投与に対する慢性疾患管理料の点数の不備、病態の複雑な神経疾患に対する薬剤剤数制限などを指摘した。

2) 北 耕平氏は神経内科医の診療所・私設病院勤務の実態調査から、施設年数、専門医経過年数、標榜科目、従業員数、医師数、設備、外来患者数と神経内科疾患の割合、診療体制、問題点の調査がおこなわれた。さらに注目すべきは専門医制度が診療評価に反映されていないこと、さらに診療報酬としてみとめられていない多くの神経学的検査と薬物が存在し、また通院精神療法がみとめられていないなどを挙げた。

3) 西城健氏は個人病院の立場からの実情報告として神経内科診療に限られた資源の上で継続されていて、アウトカムは患者、医師双方にとって満足できる状態ではないと大きな立場で神経内科診療報酬の全体像について厳重な忠告をした。

4) 浜田 毅氏は神経難病病棟を管理されている個人病院の立場からの苦慮に満ちた管理の実態と問題点を在宅療養、介護などの観点について、重大な報告をおこなった。

5) 国本 雅也氏は視点を外国との比較から我が国の診療報酬の程度もその範囲も限られている現状を夫々訴えた<sup>1)</sup>。

2002 年以後の経過は徐々に診療報酬が改正されてきてはいて、神経学的検査料も 2008 年からみとめられたが充分とは

<sup>1)</sup>本郷眼科・神経内科〔〒465-0024 名古屋市名東区本郷 2—98〕

<sup>2)</sup>奈良医科大学名誉教授

<sup>3)</sup>田村内科・神経内科医院

(受付日：2010 年 5 月 22 日)

Table 1 神経学的診察料の申請.

医療技術の評価・再評価に関する調査票

申請者 (学会名 日本神経治療学会)

担当者 (高柳哲也, 連絡先: 本郷眼科・神経内科 電話: 052-773-3569)

提出年月日: 平成 15 年 11 月 21 日

事項	神経学的診察料	
内容区分 (数字で記載)	1	①. 新設 2. 適応拡大 3. 施設基準の見直し 4. 点数の見直し 5. その他
具体的内容	神経内科に必須な高度な技術と長時間を必要とする複雑多様な神経学的診察に対する相応な診療報酬の設定	
①普及性 ・対象患者数 ・年間実施回数など	凡ての神経内科初診患者に対して神経学的診察が行われていて、疾患頻度の高い脳血管障害 (平成 11 年では 147 万人)、慢性頭痛 (人口の 10%)、てんかんから比較的少ない神経難病まであり、神経内科疾患の種類は極めて多い。日本神経学会が認定した専門医の数は 4000 名に達するが、昭和 40 年代末から 30 年に亘って認定されているので既に現役でない者も多く、また専門医は教育、研究にも多忙であり、留学するものもあり、実質的に臨床に活躍する者はその半数と考えられる。従って、神経内科診療の熟練した技術と経験による年間神経内科初診患者数は 26 万人前後と推定される。	
②有効性 ・診断の正確性の向上 ・無駄な検査の節約 ・予後の改善 ・神経内科医の労働評価	神経疾患の診断に不可欠な精細な神経学的問診と神経学的診察は神経疾患の診療のレベルを左右するものであり、診断の正確度とその後の治療の帰趨を決定する。また、神経学的診察によって神経内科疾患の病態を明らかにできれば、その後の多くの検査の無駄を省き、医療費の節減に役立てられる。医師の粘り強い努力が要求される神経学的診察を十分に評価することは、社会保険診療での医師の貴重な無形の技術を正当に評価することとなり、もの中心の評価の是正となり、向後の神経内科診療体制の維持・拡充に繋がる。	
③効率性 ・診断の効率化	神経内科疾患診断には高度な神経学的診察が何よりも効率的な診断法である。神経学的診察が精細に行われなければ、正しい診断はなく、またその予後の解析と治療の段階へと進めない。	
④安全性 ・何よりも安全な方法	神経学的診察は問診に基づく理学的的方法による検査であり、意識状態、知能、脳神経、運動、感覚、各種の反射、平衡、協調運動、自律神経などを検討する極めて安全な検査である。	
⑤技術的成熟度 ・難易度 (専門性) ・経験との関連性	神経学的診察の技術的成熟度は経験と技術によって差異がみられる。然し乍ら神経内科専門医程度のレベルであれば一定の技術水準に達している。	
⑥倫理性・社会的妥当性	神経学的診察では倫理性と社会的妥当性が問題となることはない。	
予想される医療費への影響	1	①. 医療費増 2. 医療費減 3. 医療費増減無し
影響額 (億円) ※参考値として	年間約 20 億円増。神経学的診察の診察報酬としては増額になるが、神経学的診察が正当に評価されれば、検査料金の節約と治療・予後の改善が期待され、全体としての診療報酬の減額となることが推定される。	
影響額算出の根拠 ・内保連エキスパートパネルの結果からみた 1 回当り費用 ・予測される実施対象患者数 ・影響額算出根拠	内科系学会社会保険連合技術評価小委員会による平成 15 年度エキスパートパネルでは、神経内科疾患の初診の内科学的診察と神経学的診察の合計時間が 56 分であり、内科の 12.5 分の 4.5 倍の時間を必要とする結果を得た。一方、総合負荷では神経内科は 20、内科は 4 であり、神経内科が 5 倍となった。従って、神経内科の診察には現行の 4.5～5 倍の点数が妥当である。神経内科の初診を受ける患者数は、神経疾患については現行の諸種の集計が充分ではなく、現在の専門医の数から推定するのが妥当である。①の普及性の項で述べたように、専門医の実動数と一人当りの年間神経内科新患者数 (120～140 名) が推定される。前項の患者数に専門医数を掛けた結果は約 26 万人となり、影響額を算出すると、約 20 億円となる。	

到底評価できず、限られた範囲と程度であり、多くの検査も更に検討しなければならない問題が残念ながら残されていて、その間にエキスパートパネルによる医療経済的検討も実施にいたらず内科系学会社会保険連合の活動は外科系学会社会保険連合、看護系社会保険連合におよばず一般的に無形の技術の評価が多く取り残されていて今後の重要な課題としてわれわれの将来の課題として期待されている<sup>2)3)</sup>。

これらの多くの課題の解決には、多くの神経内科医の十分な理解と粘り強い、辛抱強い、成功するまで諦めない継続した活動が望まれる。すでに 2012 年診療報酬改定への新しい取り組みが始められているので、その将来に期待したい。

### 神経内科診察料について

内科系学会社会保険連合技術評価小委員会による平成 15

年度エキスパートパネルでは神経内科疾患の初診の内科学的診察と神経学的診察の合計時間が 56 分であり、内科の 12.5 分の 4.5 倍の時間を必要とする結果をえた。一方、総合負荷では神経内科は 20、内科は 4 であり、神経内科が 5 倍となった (Table 1)。したがって、神経内科の診察には時間と総合負荷ともに現行の 4.5～5 倍となっていて、当時の厚生労働省への申請にはこれまでの点数に対してこの係数の検討が妥当であるとの考えから平成 15 年に作成された申請書にはこの係数が単独で使われた。しかしながら、これまでの神経内科診察の時間負荷と診察者の労力などを考慮すると夫々の時間負荷と総合負荷は夫々に評価されるべきものであるのは、他国の評価結果から妥当と考えられる。欧米の神経内科初診料の概数は 4 万円前後からみても<sup>1)</sup>時間または総合負荷のみの単独ではなく、時間と総合負荷の双方を考慮するのが妥当である (Table 1)。負荷と時間の検討は内科疾患の内容によってもこ

となり、時間も負荷も内科診療科によってことなると推定される。さらに外科系学会社会保険連合が長年に亘って検討している技術認定と保険点数の検討結果からも、この点の妥当性が示されている。この点は神経内科でも外科技術と同様であり、初診の対象疾患によって大きくことなり、最近の認知症疾患などでは時間が通常の初診に比べて大きく異なることから認められる。これらの点からみて、いずれも弾力的にとらえるのが妥当であろう。

これらと関連して問題点として挙げられるのは、時間性評価と負荷評価の不備、専門医評価の不備(経験、難易度、時間の評価の欠如)、学会活動、研究時間の不足とその経済的裏づけの欠如、開業医と病院医の実力不足と教育的基盤の整備と医療過誤の防止、診療報酬審査制の不備(審査を受けた医師の自殺事件、厚生省審査官の横暴など)、社会保険経費の内の間接費の節約、厚生労働省の整備(医務官の経験と研究の不足と事務官の過度な自信)などが言われてきている。

中央社会保険医療協議会の遠藤久夫会長は平成22年1月25日内科系学会社会保険連合の例会で講演し、昨年末の診療報酬改定に関する中医協の議論で医学会の主張がわかりにくい状況に不満を示すとともに、学会は医療政策に対して中医協の場でも積極的に関与すべきとの認識を表明した<sup>4)</sup>。

遠藤会長は“医学会は厚生省の担当部局を向いている。医学系学会は何を要求しているのかよくわからない。とくに内科系は声が小さい”と述べ、学会の要望を中医協委員が十分理解できていない現状を指摘。こうした状況を改善するために今回はじめて学会によるプレゼンテーションを実施したと説明した。遠藤会長は“医療の実態を共通に認識した。このようなやり方が適切だろう。各診療科の何が問題になっているかを聞いてよかった”と述べ、個々の医療技術は学会のプロフェッショナル オートノミー“職業的自律性”に基づいておこなうことが望ましいとの考えを示した<sup>4)</sup>。

さらに学会プレゼンテーションとともに今回新しく実施した取り組みとしての“外保連がまとめた手術試案で示された手術点数を相対的な評価として全面的にしたらどうかということが承諾をえた”と紹介し、平成12年度改定での試案採用

に道筋を示したことの意義を指摘した<sup>5)</sup>。

これを受けて内保連の齊藤寿一代表は平成22年1月の三保連の例会で内保連や内科系学会の要望がわかりがたいとの指摘を重く受け止め、内科系学会は最新の国内外の成果を国民に還元しようとしているが、外保連における手術のような横に貫くものがみえがたいと述べ、“12年度改定に向けてわかりやすいメッセージを発するのための検討を平成10年度から始める。中医協にはプレゼンテーションの機会をいただきたい”とその例会で述べこれまでの代表の態度変更を披瀝した。

## おわりに

神経内科診療の報酬が低廉であることが指摘されて久しい。その間に多くの方々の努力によって診療報酬の多少の改正はされてきているが、未だ日本の神経内科医が十分に活動できる経済的基盤の確立は程遠い。神経内科診療の経済的環境が改善されて、我が国において神経内科医が十分に国民のために活動できて、臨床神経内科学を国民に遍く十分に還元できる日の早い到来を祈っている。

## 文 献

- 1) 高柳哲也, 三田哲司ら. 神経内科からみた医療保険. 神経治療学 2002;19:573-606.
- 2) 茅野真男ら. 診療報酬における医師技術評価に関する研究: 時間と総合負荷の関係. 平成16年度 総括・分担研究報告書. 2004.
- 3) 茅野真男ら. 診療報酬における医師技術評価に関する研究. 外来診療と生体検査. 平成16年度総括・分担研究報告書. 2005.
- 4) 遠藤久夫. もの言わぬ学会に苦言. 医療政策への関与呼びかけ. 医療ニュース&ジャーナル. 2010年1月9日.
- 5) 岩中 督. 技術認定と保険点数. 日外会誌(臨) 2009;110:31-32.

**Abstract****Establishment of an economic foundation for neurologists in Japan**

Tetsuya Takayanagi, M.D., Ph.D.<sup>1)2)</sup> and Ryuji Tamura, M.D.<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Hongo Clinic of Ophthalmology and Neurology

<sup>2)</sup>Professor Emeritus of Neurology from Nara Medical University

<sup>3)</sup>Tamura Clinic of Internal Medicine and Neurology

Establishment of an economic foundation for clinical neurologists is essential for the advancement of neurology in Japan. However, this concept sometimes seems to slip easily from the minds of neurologists in academia. This has been true in the history of the Japanese Society of Neurology for half a century.

Japan has a system of public health insurance for all people, but there are many problems related to medical pay that need to be discussed, especially for doctors seeing patients. Almost all Japanese doctors have been worried about the low medical pay in the Japanese health insurance system. We have made various approaches to the Ministry of Health, Labor and Welfare to solve these economic problems, but our hard work for the improvement of our economic situation has often been unsuccessful.

The Japanese Society of Neurotherapeutics took a step toward dealing with this problem with a symposium to discuss medical payments in 2002, and it has contributed to progress in the economic and financial systems for health insurance from the standpoint of clinical neurology.

We Japanese neurologists need to make greater efforts to improve our poor economic situation, following the success of Japanese surgeons in their diligent work with the Ministry of Health, Labor and Welfare to improve critical conditions in the field of surgery.

(Clin Neurol 2010;50:1045-1048)

**Key words:** neurology, health insurance, medical pay, social insurance alliance of medicine

---