

＜シンポジウム 22—2＞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

保険診療における神経内科診察技術の評価の今後の課題と展開

鈴木 則宏

(臨床神経 2010;50:1049-4051)

Key words : 神経学的診察, 内科的診察技術, 社会保険制度, 診療技術評価

はじめに

わが国では人口構造のかつてない急速な高齢化が大きな問題になっている。高齢化にともなって発症頻度の高くなる疾患は数多くあるが、我が国の死因の高位を占める悪性腫瘍、脳卒中、心疾患に加えて、最近では直接の死因にならないものの高齢者の生活の質を脅かすものがいくつか注目されている。その代表が認知症であり、さらに日常生活動作を障害するパーキンソン病をはじめとする神経変性疾患である。このような状況下で、医療費増大という大きな経済的問題もふくめて、一般社会からその予防と治療での貢献が大いに期待される分野の一つが神経内科である。

日本神経学会は、その創立当初からわが国における神経学の発展と質の高い神経内科医育成のため、年次学術総会のみでなく医学部卒前卒後教育のカリキュラムの設定、生涯教育プログラムの策定と実施を絶え間ない努力を継続してきた。しかしこれまで比較的等閑に付されてきたのは「神経内科医の経済的な基盤の確立」である。将来に向けて社会のニーズに答えるべく質のよい神経内科医を社会に送り出すには、まず神経内科医の「プロフェッショナルリズム」の確立が必要である。そのためには、神経内科医のアイデンティティーの確立が必要であり、さらにその前提として神経内科医療の経済的基盤の確立が必須である。

内科系医療技術の適正な評価とその問題点

内科領域の中でも神経内科はとりわけ専門性の高い「診療技術」に診断と治療が左右される診療科である。このような観点から、積年の念願であった「神経内科診察技術」のアイデンティティーを他の領域に先駆けて診療報酬上の重み付けという形で平成 20 年度診療報酬改訂において「神経学的検査」として獲得した神経内科は、内科系診療科において経済的基盤の確立の第一段階を歩みだした特異な領域である、といっても過言ではない。しかし、神経内科領域は診療技術領域でもまだ過小評価されているものが大多数である。さらに、医療行政

上の経済算定することが比較的困難な技術（神経難病終末期方針検討にかかわる加算や神経遺伝病にともなう説明に関する加算）などは、神経内科独自のものであり保険点数化にむけて医療経済学的研究における今後の努力が必要である。

内科系医療技術は、手術を主軸とする外科系医療技術にくらべ定量的な評価がしにくいという問題点を抱えている。内科系医療技術の相対評価の前提としては、1) 医療行為は「もの」と「技術」を分離して評価すべきである、2) 一般的に「もの」に対する経済的評価は「技術」に対する経済的評価よりも技術上容易である、3) 「技術」に対する経済評価の医療従事者の報酬(所得、賃金)である、という点があげられる。さらに、「技術」に対する評価の問題点としては、1) 医療従事者は様々な業務をこなしているため個々のサービスに費やした時間の把握には改めて時間の計測が必要になる、2) 賃金を単に時間で案分しただけでは「技術」に対する適正な経済的評価であるとはいえない。すなわち、サービス提供時間が同じであっても医療従事者の精神的、肉体的負担が様々である、という点を考慮しなければならない。したがって、時間の計測に加えて何らかの要素で補正を加えることが必要になる。

内科系各専門領域の技術の評価指標の設定が困難な理由としては、1) 内科系の技術は各専門領域でも無形の判断が基本であるため、2) 内科系の技術は診療時間の長短は医療者の技能を反映しないためである、3) 内科系の技術は診療の負担感を数値化しにくい、4) 個別の内科系診療の難易度は決めがたい、などが考えられる。これらの問題点を考慮した上で神経内科診療の技術評価とはいかなるものが適正かという大きな課題を検討しなければならない。「診療時間」という尺度は、評価指標として検討しやすいが逆に問題点もある。すなわち、1) 難易度の高い疾患・患者の診察ほど時間がかかる、2) 技術料評価において「技術」なのだから要した時間では評価できない、3) 診断において時間がかかるのは技術が未熟だからである、などの点が議論になる。厚生労働省中央社会保険医療協議会(中医協)が実施し 2005 年に公表された、大病院における難易度別診療時間分布を Fig. 1 に示す。この調査はこれまでにない画期的なものであり高く評価されたが、その一方で患者からの視点が欠如しており完全ではないことが指

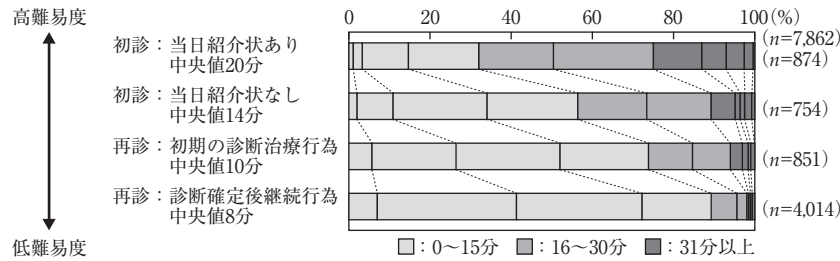


Fig. 1 難易度別診療時間分布 (大病院)¹⁾.

診察合計時間を15分以下, 16分以上30分以下, 31分以上の3区分表示とし, 難易度指標は初診紹介有無, 再診で診断未確4区分のクロス集計.

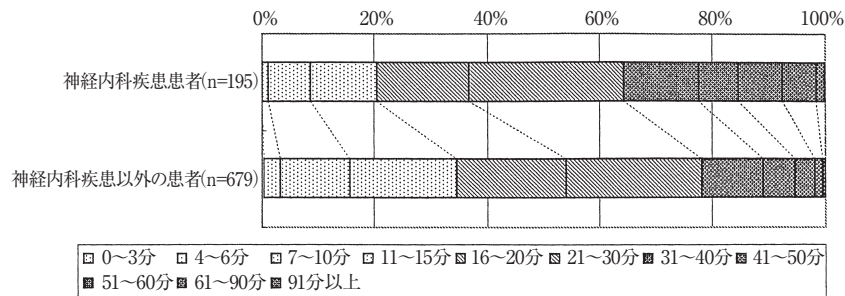


Fig. 2 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間 (紹介有初診) (n = 874)¹⁾.

摘された。すなわち患者満足度が調査されていないという点である。患者としては、「診断は短く, 説明は長く」, すなわち極端に表現すれば, 未熟でもいいから長い時間話を聞いてくれる医師に多く支払いたい, さらに方法論的には, 患者対面時間を「疾患診断」と「治療説明」に明瞭に区別できない, などの批判がある。すなわち, 診察時間が長いから報酬は高く, 診察時間が短ければ報酬は安くてよいか, という問題になる。

多くの議論が交わされた後, すべての領域がみとめる (Fig. 2)¹⁾, 診察時間が長い神経内科だけは, 神経内科診察は生理検査の一環と特殊検査料として前述のように平成20年度診療報酬改定において300点の点数化として結論をみた。ここで問題なのは「神経内科診察」が技術料ではなく, 検査料として認可されたという点である。神経内科診療技術評価の今後の課題としては, 1) 総合負荷 (医師技術料) をどう評価するか, 2) 診察必要時間をどう評価するか, 3) 難易度 (行為に対して責任の取れる医師の経験年数) をどう評価するか, 4) 神経内科専門医の保険診療における正等で妥当な評価はいかなる方法でできるのか, 5) 神経内科独自の診療の特殊性をどう評価に反映させることができるか, などがあげられよう。また, 2年に一度おこなわれる診療報酬改定においては「診療技術」の評価は現状では「検査」として評価されないかぎり認可されにくいという, 制度上の問題がある。この点を, 内科系学会社会保険連合 (内保連) や中医協に制度改正を働きかける必要があると考えられる。

医療保険制度における今後の日本神経学会のあり方

日本神経学会はその専門性を一般社会に還元するのみでなく, さらに視野を広く保ち, 社会に提言していくような存在として発展していくべきであろうと考えられる。そのためにも神経内科医にとって, 保険診療における診療技術の正当な評価をえることは重要でありまた必須である。さらに神経内科領域の各診療技術の経済的効果・効率に関する研究が必要になる。その専門性を一般社会に還元付与するのみでなく, さらに視野を広く保ち, 社会に提言していくような存在として発展していくべき神経内科医にとって, 保険診療における診療技術の正当な評価をえることは必須である。そのためには各診療技術の経済的効果・効率に関する研究が必要になることと思われる。まさに, 日本神経学会は学術集団としてのみでなく職能集団としてのアイデンティティーをも兼ね備えるべき転換の時期にさしかかっているといえよう。

今後の日本神経学会の診療報酬体系改定制度改定におけるあり方として, 1) 診療向上委員会の組織機能を拡大発展させる, 2) 各地区代議員の活動を中心として, 神経内科の診療形態や診療報酬への反映のさせ方などの大規模実態調査などのフィールドワークを実施して具体的データを作成し内保連や中医協に示し, 働きかける, 3) 中医協や厚労省, 政党を介しての神経内科領域の保険診療への日本神経学会の影響力をいかに養うかを検討する, などを提言してシンポジストとしての責務を全うしたい。

文 献

1) 茅野眞男 (中医協実態調査「内科系外来技術の難易度及び

時間に係る調査」調査実施委員会委員長). 内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査. 報告書. 平成 17 年 6 月 16 日. 2005, 厚生労働省.

Abstract

**Toward establishment of the economical basis for medical care of Neurology in Japan
—appropriate assessment of techniques for diagnosis and treatments in Neurology**

Norihiro Suzuki, M.D., Ph.D., F.A.C.P.

Vice Representative, Social Insurance Union of Societies Related to Internal Medicine

Department of Neurology, Keio University School of Medicine

Appropriate assessments for medical techniques of clinical diagnostic examination have been one of long-standing issues in social insurance system in Japan. Assessments of those in the surgical fields in which the most of assessments are evaluated by surgical operations including related materials as well as surgeons' techniques, is rather easy to evaluate quantitatively. Comparing with this, medical fields including neurology, quantitative assessments of medical techniques either diagnostic or treatment is not so easy. In order to evaluate the burden in each technique in the medical fields, several research and surveillance have been performed. In terms of 'duration' of the medical techniques, there have been several data in favor of long duration techniques are evaluated as to be worth to cost higher. However, these data were criticized for the reasons of ignorance of patients' opinion such as satisfaction to the diagnosis and treatments. However, in neurological fields, "the neurological examination techniques" which has a consensus of taking long duration in each patient, was able to be evaluated as an independent item in medical social insurance system in 2008, albeit it is not as technique but as laboratory examination. Towards establishment of the economical basis for medical care, Japanese Neurological Association should have another identity of artisans' union as well as academic union.

(Clin Neurol 2010;50:1049-4051)

Key words: neurological examination technique, evaluation of medical technique, social insurance system, assessment of medical technique
