

医療費削減下における高気圧治療装置使用の 現状と将来について

藤原恒弘*

はじめに

高気圧治療については、その適応がほぼ決定され、一般的にも、次第に普及しつつあるが、他の治療法に較べると、いまだ、実施施設数も症例数も限られている。そのためか、現実の保険診療においては非常に厳しく、不合理な面が多い。

われわれは、昭和54年以来各種の疾患に、OHPを行って来たが、支払基金審査員の認識不足と偏

見による査定減点を多く経験した。医療費削減が叫ばれるにつれて、この傾向は増々強くなっている。そこで、全国の施設のご協力をえて、OHP治療と保険審査の現状について若干の知見をえたので報告する。

OHPの適応基準

表1は、上段は当学会の疾患別治療指針による適応の区分¹⁾で、下段は昭和53年1月に公布され

表1 高気圧治療の適応

日本高気圧環境医学会

1. 救急的適応疾患

急性一酸化炭素中毒およびその他のガス中毒、ガス壊疽、空気塞栓および減圧症、急性末梢血管障害（重症熱傷および凍傷、談汎挫傷または中等度以上の血管断裂を伴った末梢循環障害）、ショック、心筋硬塞およびその他の急性肝不全、脳塞栓および重症頭部外傷あるいは開頭術後の意識障害、脳浮腫、重症の低酸素性脳機能障害、腸閉塞、網膜動脈閉塞症、突発性難聴、重症の急性脊髄障害

2. 非救急的適応疾患

放射線または抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍、難治性潰瘍を伴う末梢循環障害、皮膚移植、スモン、脳血管障害、重症頭部外傷または開頭手術後の後遺症としての運動麻痺、一酸化炭素中毒後遺症、脊髄神経疾患、骨髄炎および放射線壊死

昭53.1.28 保険発9

高気圧酸素治療の「救急的なもの4,800点」は、高気圧環境下において酸素投与により著効を認められる急性疾患（例えば、急性一酸化炭素中毒、ガス壊疽、破傷風、脳血管障害による急性意識障害、減圧症、空気塞栓症、イレウス、広範囲火傷及び凍傷、出血性ショック等）に対し、発症後1週間以内に行う場合に、1回につき所定点数を算定するものである。

高気圧酸素治療の「非救急的なもの260点」は、高気圧環境下において1日につき1ないし2回の酸素投与により症状の改善を認められる慢性疾患（例えば、遷延型または間歇型一酸化炭素中毒、放射線または抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍、難治性潰瘍を伴う末梢循環障害、皮膚移植、スモン等）に対し酸素治療を行う場合、1回につき所定点数によるものである。

なお、使用した酸素の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算できるが、原動力として消費される酸素の費用は算定できないものである。

ては428例について4,450回、非救急については312例6,597回の治療を行った。これは、発症後1週間以内を救急とするという保険の適応解釈のため、ある種の統計的矛盾は免れない。

保険審査の実状

社保審査、査定減点の実際を示すと図2のごとくである。救急については140例中112例80%を、非救急については163例中125例76.6%の症例を何らかの理由で査定され、病名によっては何らの正当な理由なく100%査定否認されている例もある。

た社会保険診療報酬²⁾による高気圧治療点数と適

症 例

昭和54年より58年8月末に至る当病院の高気圧治療の内訳を表2に示した。上段は症例数、下段は治療回数である。適応基準はほとんど学会のそれと同様であり、740例につき11,047回の治療を行い、1例当り平均14.9回の治療を行った。
 図1はその区分で、対称人口約15万人の2次救急病院の実状から、脳血管障害が最も多く、次いでイレウス、外傷の順になっている。救急につい

表2 OHP 治療症例

病名	年度	例数	回数	平均(回)
脳血管障害	54	176	924	5.24
イレウス	54	4	18	4.5
急性末梢循環不全	54	7	14	2.0
急性脊髄障害	54	3	9	3.0
外傷または開頭術後脳浮腫	54	3	8	2.7
汎発性腹膜炎	54	2	34	17.0
心筋硬塞	54	1	6	6.0
肝不全	54	1	3	3.0
熱傷	54	1	2	2.0
突発性難聴	54	4	28	7.0
急性一酸化炭素中毒	54	2	4	2.0
慢性末梢循環不全	54	1	17	17.0
ガス壊疽症	54	1	7	7.0
減圧症	54	1	1	1.0
その他	54	10	60	6.0
合計	54	36	397	11.0

(興生病院)

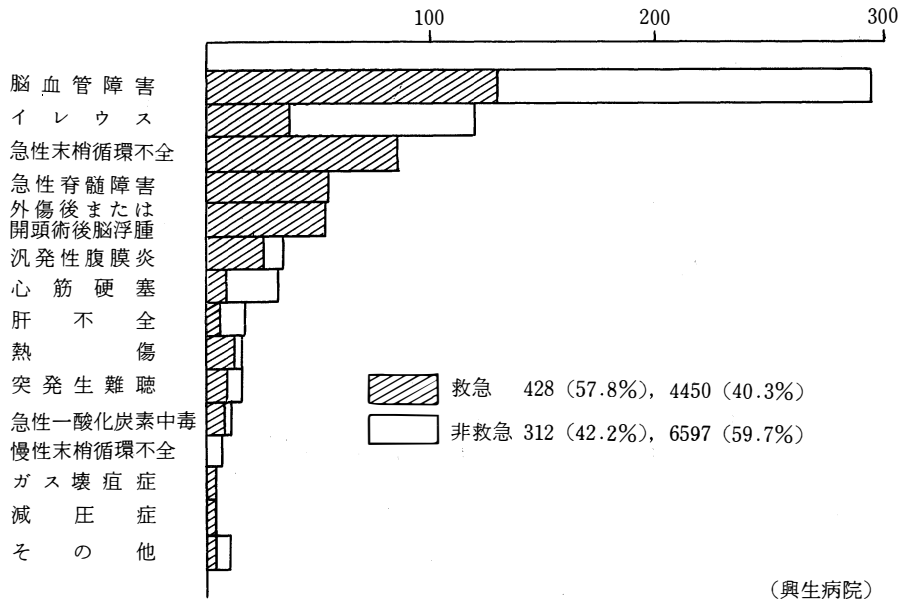


図1 OHP 症例の区分

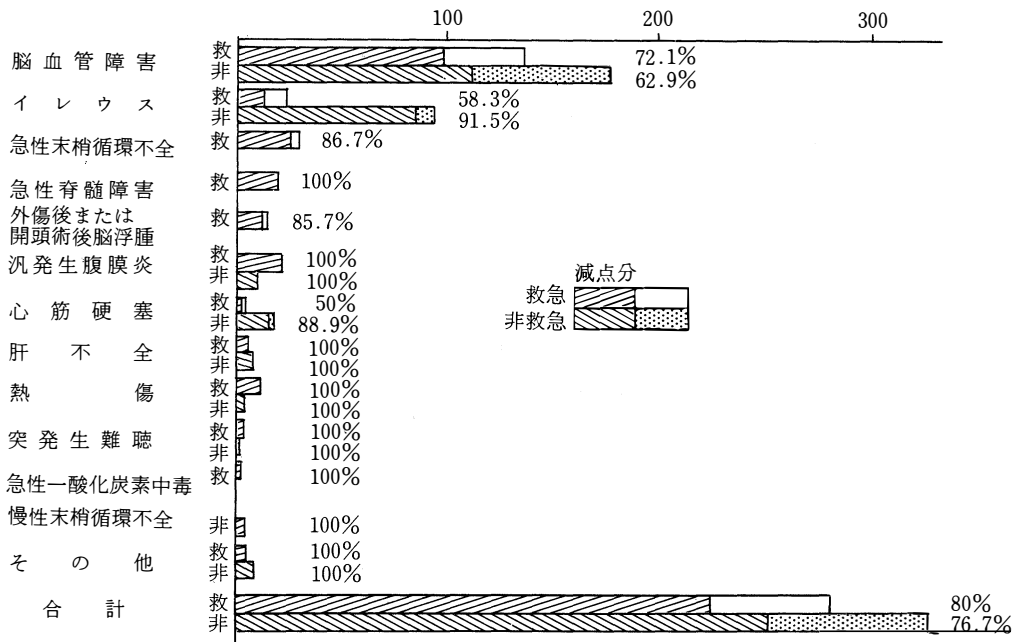


図2 社会保険における減点件数の割合

審査否認の理由

表3は否認理由の内訳を示した。主な理由は、不適当または不必要で、次に過剰との理由で減点されている。しかも全部否認して過剰という理由をつけた例が何例もあるという事実は、いかに無定見、無責任な機械的、盲目的な審査をしているかを物語っている。患者の状態、治療の内容と無関係に、無記名、欠席裁判による審査方式の改革が強く望まれる。因みに、初回請求時には、われわれの病院に高圧治療装置がある筈がない、架空診療でないかとの見解で、返戻があり、審査委員会の体質を疑い啞然とした。このような審査方式は第一線で意欲的に取り組む者にとってもまた、地域住民にとっても非常に不幸なことである。

OHPの全国調査

本年8月、全国82施設にアンケート調査を行い、48施設のご協力をえた。現在第1種装置は55施設に、第2種装置は31施設に設置され、1種、2種両方が4施設ある。全体の実数は、これを上回ると考えられる(表4)。

加圧方法は空気加圧、酸素吸入が47.5%、酸素加圧、酸素吸入が37.5%、両方行っている施設が

15.0%である(図3)。

適応の全国集計と当院のそれを比較した結果が図4である。救急では全国的には急性CO中毒、突発性難聴、減圧症が多く、非救急では末梢循環不全、遷延性CO中毒、脳血管障害後遺症の順に多く、これらはわれわれの病院と異なった傾向を示す。対称人口、病院の規模、診療の内容の差によるものと考えられる。

保険減点の全国集計

全国の支払基金で減点された施設は国公立の中12.5%、私立の57.1%で、OHPについて何らかの理由で減点されている。その理由は当院と全く同様の傾向を示した(表5)。

大学や公的病院は減点返戻が少なく、私的病院に多いのは、社保審査の官尊民卑の方針がOHPの分野においても反映され、審査員の、OHPに対する認識、理解のいかに少ないかを示すと共に興味深い。

治療原価と保険点数

OHPの保険点数と治療原価について調査した結果、2ATA、1時間の治療原価は、1種11,434円、2種14,283円で、これは減価償却と人件費を含んだものである。

表3 興生病院における保険減点理由

病名	減点理由					
	A	B	C	D	E	F
脳血管障害	3	17		5	80	
イレウス		7			43	
急性末梢循環不全					13	
急性脊髄障害		8			2	
外傷または開頭術後脳浮腫		6				
汎発性腹膜炎		7			9	
心筋梗塞	1			1	7	
肝不全		3			4	
熱傷				3	5	
突発性難聴					3	
急性一酸化炭素中毒				1		
慢性末梢循環不全					2	
ガス壊疽症						
減圧症		1				
その他					6	
合計	3	50		10	174	

A: 適応と認められない
 B: 過剰と認められるもの
 C: 重複と認められる
 D: 法定規則に反するもの
 E: 前各号の外、不適当または不必要と認められるもの
 F: その他

表4

高圧治療装置設置施設数	82		
アンケート回収	48 (58.5%)		
	第1種	第2種	合計
全施設	55	31	85
アンケート回収分 (使用例なし)	32 (7)	19 (1)	51 (8)

御協力病院名

北海道大学医学部付属病院
 国立札幌病院
 旭川大学医学部付属病院
 旭川日赤病院
 住友赤平総合病院
 三井芦別鉱業所病院
 釧路労災病院
 青森労災病院
 弘前大学医学部付属病院
 原田脳神経外科病院
 東北大学医学部付属病院
 秋田大学医学部付属病院
 福島労災病院
 いわき共立病院
 群馬大学医学部付属病院
 埼玉医科大学付属病院
 千葉大学医学部付属病院
 東京医科歯科大学付属病院
 東京労災病院
 都立荏原病院
 岸中外科診療所
 海洋科学技術センター
 海上自衛隊横須賀地区病院
 東海大学医学部付属病院

横浜脳神経外科病院
 金沢大学医学部付属病院
 国立湊病院
 西沢田クリニック
 三重大学医学部付属病院
 北野病院
 羽曳野病院
 淡路病院
 堀口整形外科病院
 山陰労災病院
 鳥取県立中央病院
 鳥取大学医学部付属病院
 総合大雄会病院
 岡山大学医学部付属病院
 岡山川崎病院
 国立呉病院
 香川労災病院
 九州労災病院
 三井三池鉱業所病院
 産業医科大学付属病院
 熊本労災病院
 熊本大学医学部付属病院
 琉球大学医学部付属病院

現行の保険点数については、安すぎるという回答が多く、特に非救急260点については殆ど全員が不当に安いという意見である。また、救急については、症例の程度、治療内容、時間にかかわらず一律の点数であることに問題があり、人件費、減価償却を無視している現行制度に強い不満がある意見が多い。

おわりに

OHPは症例によっては、他の治療で代行することのできない治療法であることは周知の事実である。そこで真面目に治療する施設が少しでも赤字にならないように、無理な審査減点のないよう、啓蒙運動をすすめると共に、点数を改正し、加圧の程度、治療時間、1種、2種装置の別に応じた治療単価を取り入れるべきである。これには

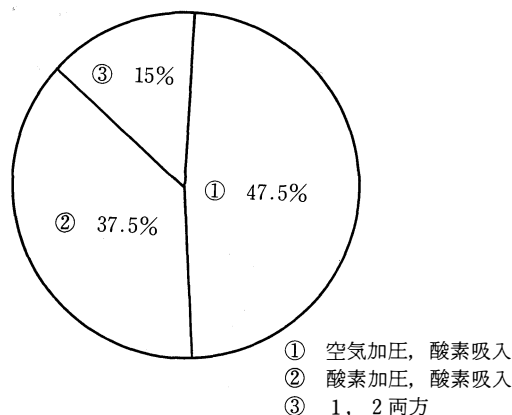


図3 高気圧治療の加圧方法

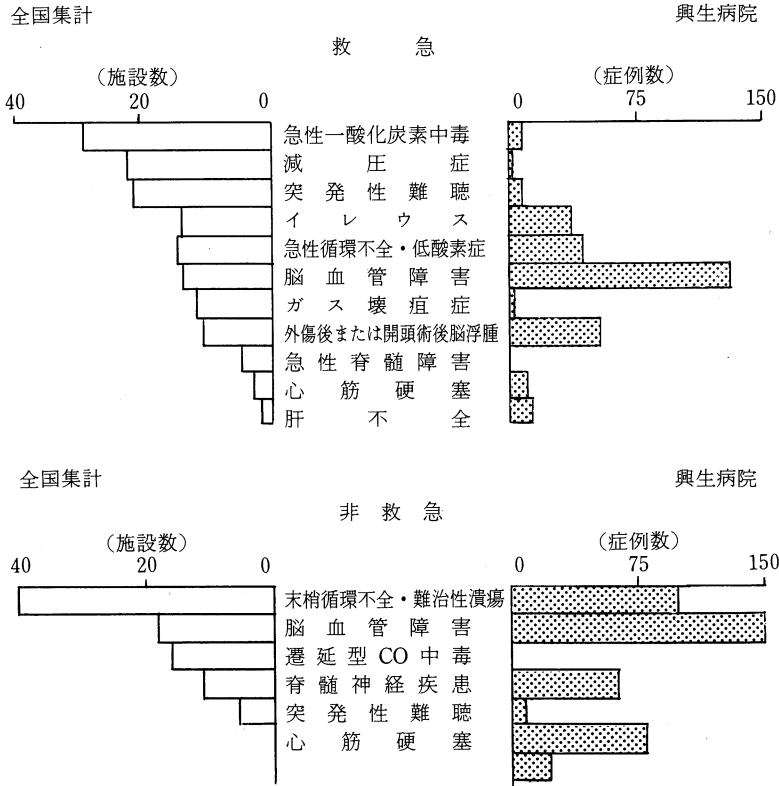


図 4

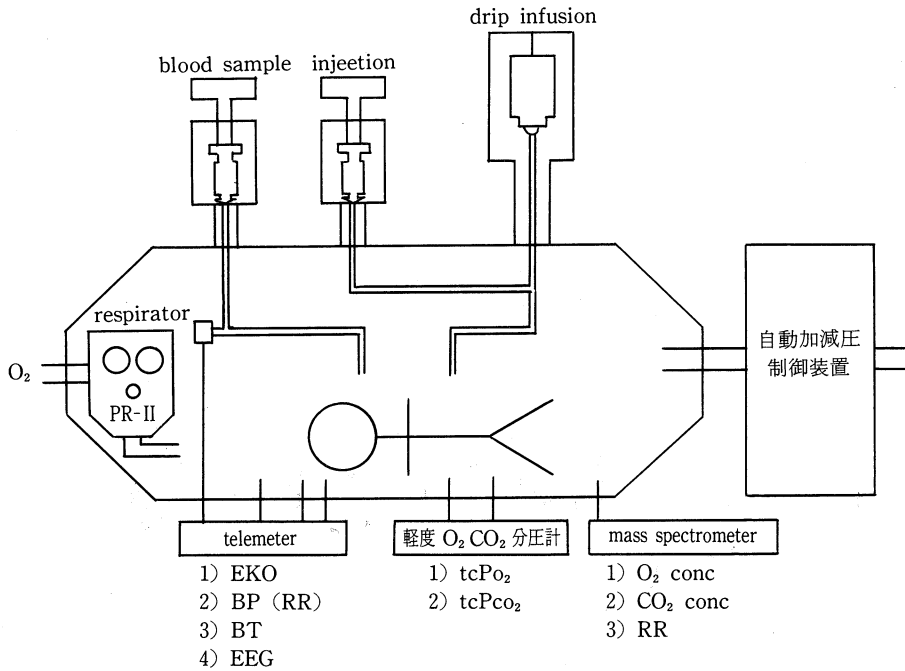
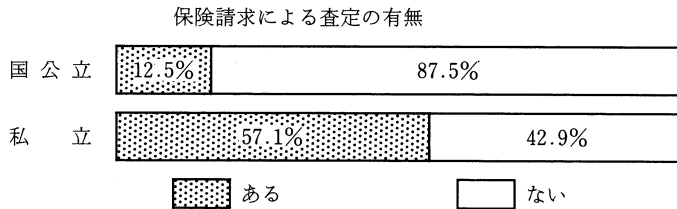


図 5 One man chamber による集中治療

表5 保険減点理由の全国集計

病名	減点理由					
	A	B	C	D	E	F
脳血管障害	1			1	3	1
イレウス		1		1	1	
急性末梢循環不全		4	5		1	
急性脊髄障害	1					
外傷または開頭術後脳浮腫		1		1	1	
汎発性腹膜炎						
心筋硬塞		1		1	1	
熱傷						
突発性難聴	1			1	2	
急性一酸化炭素中毒						
慢性末梢循環障害		5			1	
ガス壊疽症		5				
減圧症						
その他	1	2			3	
合計	3	11	5	5	13	1

A: 適応と認められない
 B: 過剰と認められるもの
 C: 重複と認められる
 D: 法定規則に反するもの
 E: 前各号の外、不適当または不必要と認められるもの
 F: その他



学会が音頭をとって十分な運動を行う以外に方法はない。幹部諸先生の一層の努力をお願いする次第である。

(図5) 一方治療原価を下げるためには、one man chamberの機能を向上し、各種モニタリングと、タンク外よりの薬物投与装置の開発、レスピレーター安全使用等によって、重症患者を安全に治療すると共に、Topox³⁾など局所高気圧治

療器の使用も応用したいものである。

[参考文献]

- 1) 日本高気圧環境医学会：高気圧酸素治療の安全基準，16-18，1975.
- 2) 社会保険研究所：診療報酬点数表乙表，99，1983.
- 3) Topox: The clinical use of portable hyperbaric oxygen therapy, 1-10, 1977.