Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2026-11-25

診療報酬考 ： 整形外科の場合（トピックス）

松田, 俊雄

(Citation)
神戸大学医学部神緑会学術誌, 24:114-115

(Issue Date)
2008-08

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/81008033

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/81008033

診療報酬考

—整形外科の場合—

松田俊雄（42年卒）

医療という社会的共通資本における公定価格として診療報酬制度があり，これにより医療資源は維持され再生産されていくことになる．ところが実際の医療行為に大きな影響を与えている診療報酬点数表はもっぱら政治的ないしは財政的な動機に基づいて官僚的に決定されている．この制度が日本の医療の実質的な内容を大きく歪め，医師の専門的能力の発展にも障碍となっていることを憂慮する．

診療報酬による政策誘導

診療報酬が点数単価表により医師に直接支払われるようになったのは意外にも戦時下の1943年であり，それまでは政府と日本医師会との「人頭請負方式」であったそうである．そして，1951年に①技術料②人件費③所要経費（薬品費，光熱費，償却費等）などに区分され，1958年に一点単価が10円に固定されて現在に至っている．個々の点数は，その都度の改定率による総枠予算の範囲内で調整されてきたものであり，基本的には相対的な係数でしかない．各診療行為の技術料評価や原価を積み上げて合理的な再生産費用を設定しようとするものではないのである．

個々の診療行為についての点数評価は経済的なインセンティブを伴うために，診療報酬における点数配分は医療を政策的に誘導する効果を持っている．政策的に誘導したい方向へ診療報酬を重点的に配分すると，医療機関にとっては診療報酬が高く設定された診療行為へは積極的に取り組む動機になり，安い方への取り組みは消極的もしくは縮小傾向になりがちである．しかしながら，診療報酬を高く設定した場合，患者さんの自己負担も増えるために，サービスを受ける側にとっては，安い方，すなわち，診療報酬を設定した側が期待していない方向を選ぶということもあり得る，つまり，意図とは逆行した受療行動の可能性もある．意図されていなかった医療機関の経営行動の例としては2006年改定における７対１入院基本料の場合がある．これは急性期医療の提供体制を確保・維持する目的で導入されたが，本来の目的を果たすことなくかえって看護師の偏在問題を惹起してしまった．いずれにしろ，診療報酬は提供される医療の内容すなわち国民の受ける医療水準を逆に規定していくことになる．

近年の診療報酬制度は諸種の政策誘導（とくに財政的な）のフィルターを幾重にもかけられているので，時代の要求する「透明性」と「アカウンタビリティー」には全く対応できない．矛盾や問題を内包したまま，社会の情報開示の流れに沿って明細付きの領収書が一般化し，レセプト開示も行われるようになったことで，かえって，医療や医療機関に対する不信感を増してしまっている感がある．レセプト・オンライン化で集積される膨大なデータを恣意的に利用するならば，診療報酬に関わる政策誘導はさらに巧緻化されて医療の変質が加速，増幅されていくであろう．診療報酬制度の策定にかかわる人たちの見識を考えるとき，現場の医療人として空恐ろしい思いがする．

整形外科診療所の場合

整形外科の診療報酬（外来）の特徴はその専門性に対応したメリハリに欠けることである．手術の場合や一部の疾患以外では薬剤の使用や臨床検査の頻度は多くないし，関節注射やギプスなどの整形外科的処置や画像診断は特異的ではあるものの，診療報酬の中核となるほどのものではない．理学療法（温熱・物理療法・牽引など）ではそのための治療機器，スペース，職員等に要する経費は経営上の重荷となるが，消炎鎮痛処置の点数は外来管理加算以下の低評価であり実施すれば点数は減るという逆進性となっている．リハビリテーションでは2006年の診療報酬改訂で脳・心臓・運動器・呼吸器の疾患別リハビリテーションとなったが，整形外科の無床診療所では人的・施設的要件などをクリアできずに消炎鎮痛処置扱いとしているところが少なくない．医学管理料については，運動器の退行

性疾患や外傷後の障害，あるいはRA，痛風，骨粗しょう症などの治療として日常生活における指導管理が専門性をもってなされてきたにもかかわらず，ほとんど評価されていない．慢性疼痛疾患管理料は消炎鎮痛処置を包括してしまうため，通院日数が月３日以内の場合にのみ有用となる．

要するに，専門診療科としての位置づけが明確に評価されないままの，「痩せた耕地」とも称するべき荒涼たる診療報酬の構造である．この荒野の真只中では，せめて算定数を多くして賑わいを確保しなければ再生産どころか事業体として存亡の危機に瀕することになる．このことが，他科に比べて患者数が多い，通院日数が多いという整形外科の特徴の一因となっている．経営的には，診療スペースや職員数などにかかわる固定費用の比率が高くなるために他科に比べて経営安全率が低いという特異性をもたらしている．

疾患別リハビリテーション

2006年新設の「疾患別リハビリテーション」では，患者さんの身体機能のみならず日常生活の活動性の向上を目的とすることが明確にされた．しかし，対象疾患や算定日数の制限が設けられたために，それまで受けてきたリハビリが本人の希望と主治医の判断に反して打ち切られる場合が続出して大きな社会問題となった．このことを鑑みて本年の改定では，標準的算定日数を超えてリハビリを実施する場合の要件が緩和されている．

厚労省は『連携と役割分担』の命題のもとに，リハビリについては医療保険では急性期及び回復期の状態に対応し，主として身体機能の早期改善を目指す，介護保険においては維持期の状態に対応して主に身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリを行う，としている．しかし，回復期であれ維持期であれ，身体機能については医療が主役であらねばならないし，また，介護保険においてサービス提供の基準となる要介護度は「介護の必要性」によって判定されるものであり，医療リハビリの必要性とはまったく違う基準である．介護サービスの通所リハビリで“お預かり”の気配が濃厚な現状などはその一例であろう．医療・介護など多方面の専門領域の有機的な連携により本来の目的にかなうリハビリテーション体制を構築していくことが必要である．

これからの整形外科診療所

平成17年度の厚労省の医師調査によれば，整形外科の医師数は勤務医１万３千人，開業医１万１千人であり，整形外科診療所の数は2002年から2005年の間に510施設増加している．昭和50年代に増加した整形外科医が勤務医としての世代交代の時期を迎えていることもあって，しばらくはこの増加傾向は続くと思われる．しかし，上述のような医療環境において最近の整形外科診療所は小規模化の傾向にあり，また，診療対象を周辺領域へ拡張する場合もあるやに聞いている．

厚労省の方針は，在宅療養と介護予防の重視，療養病床の再編，維持期リハビリの介護保険への移行など，疾患・障害の慢性期対応を介護保険へ移行させること，そして，医療，介護の連携を軸とした地域ケアを充実させることにある（現状ではいずれの方面でも『難民』の発生が取り沙汰されているが…）．運動器障害を専門領域とする整形外科医は本来的に生活環境などとのかかわりが濃厚であり，この特徴をもって地域ケアの現場へ主体的に参加してその主導的な役割を担うことが期待される．

運動器医療の専門家として地域ケアに貢献していくためには，日々の診療の中で徒労感にさいなまれながらモチベーションを削り落としていくことなどあってはならないのである．