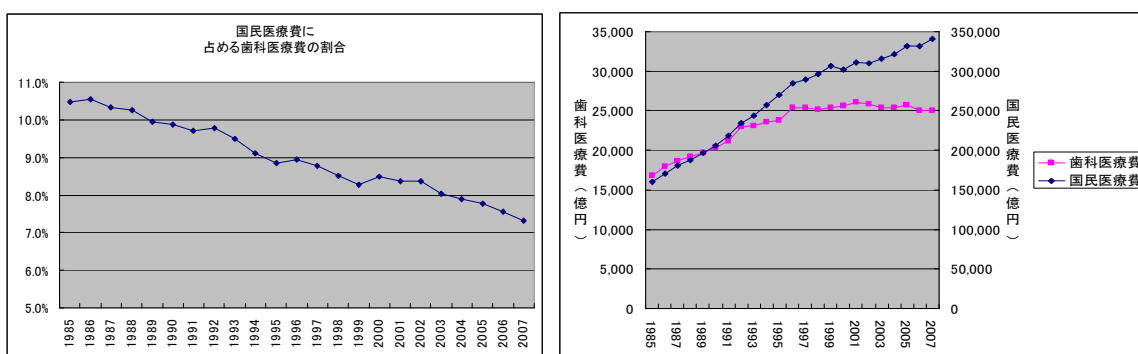


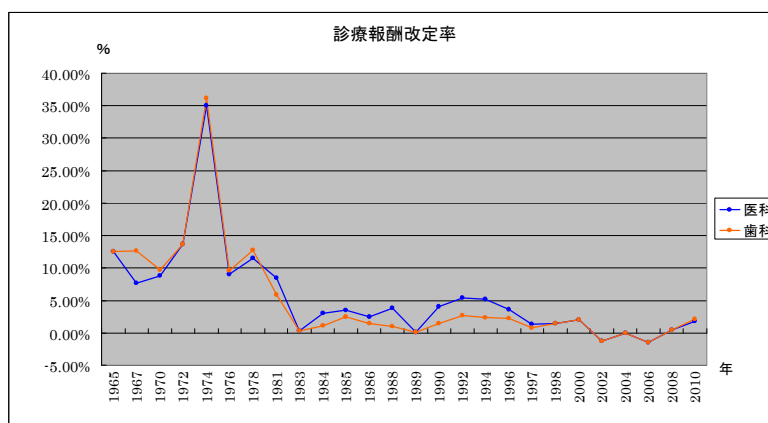
## 診療報酬改定と歯科医療費 ～ 第二部 歯科医療費の推移 ～

歯科医師ワーキングプアや歯科技工士の現場からの立ち去りなど、歯科医療の今の疲弊がこのまま続くと、これまで見えてこなかった問題点が次々と表面化し、国民にも影響が出てくる可能性があります。その背景には、歯科医療費が近年伸びてきていないことがあります。第二部では、近年の歯科医療費の伸びと診療報酬改定以外の要因の関係について考察してみます。

歯科医療費の国民医療費に占める割合は、年々低下を続けています。(厚生労働省国民医療費)



国民医療費が増え続けているのに対して、1990年代に入ってからでは歯科医療費には伸びがほとんど見られなくなっているからです。下のグラフでわかるように、1981年以降は、医科の改定率が歯科を上回っています。これは、薬価差益を医科のアップだけに使った結果です。この時に医科の医療費が歯科より増えることは当たり前なのかもしれませんが、1998年以降は改定率が同じにもかかわらず、歯科医療費だけは増加せず、歯科以外の調剤を含めた医療費は、改定率を大きく離れて増加しています。



(1983.2 は老人保健法の施行に伴う微調整、1989.4.1 の引き上げは消費税導入に伴うもの、1997.4.1 の引き上げは消費税率引き上げに伴うものも含む)

今度は、伸び率で医療費の増減をみてみましょう。

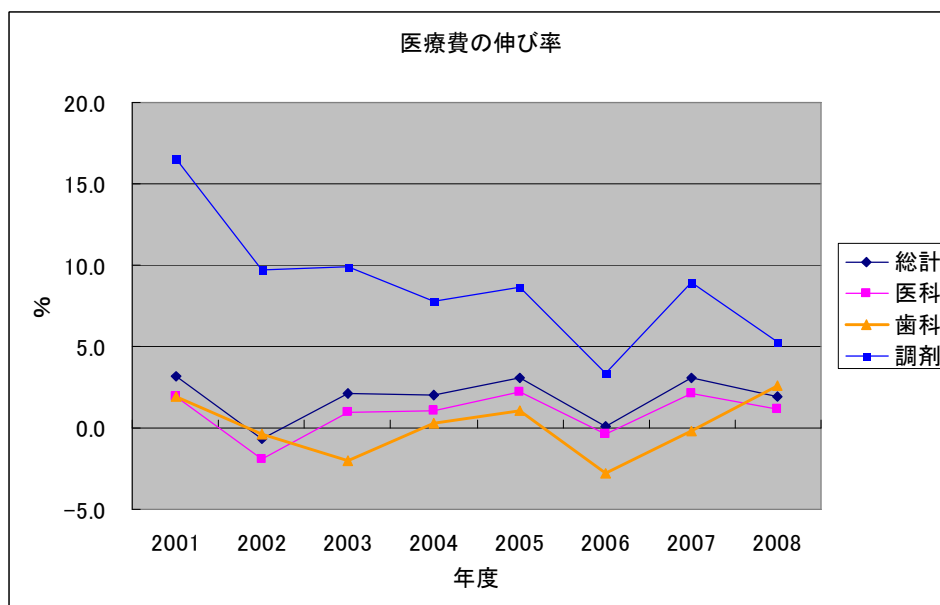
過去の概算医療費の伸び率は次のようになっています。(単位は%)

	総計	医科	歯科	調剤
2001	3.2	1.9	1.9	16.5
2002	-0.7	-1.9	-0.4	9.7
2003	2.1	1.0	-2.0	9.9
2004	2.0	1.1	0.3	7.8
2005	3.1	2.2	1.1	8.7
2006	0.1	-0.4	-2.8	3.4
2007	3.1	2.1	-0.2	8.9
2008	1.9	1.2	2.6	5.3
2009	3.7	2.8	-0.8	8.9
<b>単純累計</b>	<b>18.5</b>	<b>10.0</b>	<b>-0.3</b>	<b>79.1</b>

(厚生労働省：概算医療費より作製)

上の表を見てもわかるように、医療費の伸びは、歯科は医科を下回ることが多くありました。

(薄みどりは、診療報酬改定の無い年を示し、また、2009年度は4月～10月までの数値です。)



先の表から診療報酬改定の無い年だけを抜き出してみると、次のようになります。

	総計	医科	歯科	調剤
2001	3.2	1.9	1.9	16.5
2003	2.1	1.0	-2.0	9.9
2005	3.1	2.2	1.1	8.7
2007	3.1	2.1	-0.2	8.9
2009	3.7	2.8	-0.8	8.9
<b>平均</b>	<b>3.0</b>	<b>2.0</b>	<b>0.0</b>	<b>10.6</b>

診療報酬改定の無い年の医療費の増加は、診療報酬改定の影響を受けていません。医療費全体では、改定以外の理由で平均 3.0%の増加があることとなりますが、歯科の医療費の伸びの平均は 0.0%で、これは歯科においては診療報酬改定以外の理由での増加がほとんど認められないことを示しています。

-----

こうなってしまったのには、どういった理由があるのでしょうか。

改定率がマイナスや0だったことや、改定率を決める仕組みにも問題があったことが考えられますが、それだけでは医科との違いは説明できません。

第一部でも書いたように、厚生労働省は、医療費の伸びの要因を①人口増減・高齢化等、②制度改正、③診療報酬改定、④自然増（医療の高度化等）に分解しています。

医療費の自然増とは、医療費増加の中から、人口増加や人口構成の変化に帰する部分と、医療費価格の上昇による部分を除いた、その他の要因による増加分と定義され、医療における診療の高度化あるいは技術進歩を反映したものとして理解されています。（医療経済研究機構 <http://www.ihep.jp/publish/report/past/h9/report1.htm> より）

歯科における、高齢化（人口構成の変化）の影響を考察してみます。

日医総研ワーキングペーパー「2008年度診療報酬改定後の医療費の動向分析 No.199」

2009年8月25日 を参考にしました。

<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=410>

	2007 年度実績			2008 年度計算値		
	医療費 (億円) ①	人口(千人) ②	1人当たり 医療費(億円) ③=①÷②	人口(千人) ④	医療費(億円) ⑤=③×④	伸び率 ⑤÷①
70歳未満	19479	108,509	0.179515063	107,913	19372.00902	0.994507
70歳以上	5517	19,146	0.288154184	19,573	5640.041836	1.022302
計	24996	127655	0.195809016	127486	25012.05086	1.000642

日医の資料と同じように計算してみると、歯科における高齢化の影響は、0.064%となり、高齢化の影響はほとんど認められません。日医資料による、「人口増減・高齢化の影響は、2008年度には+0.7%」であることと比較して、歯科はその1/10でしかありません。

医科の医療費も高齢化の影響は0.7%ほどなので、医科の医療費の増加の一部は高齢化のせいだといえますが、それだけでは毎年の医療費の増加には足りません。

医療費増加の原因が高齢化ではないとすれば、あとは自然増（医療の高度化等）です。ニューヨーク州ロチェスター大学医学部助教授、兪炳匡氏は『『改革』のための医療経済学』で、下の囲みのように述べています（赤字編集は編者が行っています）。歯科医療費が増えない理由が書いてあるともいえます。つまりは、「**医科と歯科の決定的な違いは、医療の高度化の有無**」なのです。

意外に思われる読者が多いかと思いますが、実は、国際的な医療経済研究者の間では、少なくとも、総医療支出と急性期医療費（現時点で総医療支出の大部分を占める）についての「医療費高騰の犯人探し」はすでに終了しています。犯人探しの（研究）結果は、先進国間では医療制度上の相違にもかかわらず、非常に似た結果になりました。すなわち、「犯人」として疑われた5つの要因は、いずれも「小物」であったということです。この5つの要因とは、①人口の高齢化、②医療保険制度の普及、③国民所得の上昇、④医師供給数増加（ないし医師誘発需要）、⑤医療分野と他の産業分野の生産性上昇格差、を含みます。4つ目の要因に挙げた医師誘発需要とは、患者の利益よりも医師の利益を優先して必要性の低い医療を提供（需要を誘発）し、その結果、医療費高騰に寄与することを意味します。

筆者の知る限り、以下に紹介するように、国際的に、多くの医療経済研究者の間では、医療費高騰の「主犯格は、医療技術の進歩」ということでほぼコンセンサスが得られています。一方で、「**医療技術の進歩**」による医療費高騰は、**新規の医療技術を医療保険で給付対象にするか否か、さらには地域・単位人口ごとに高額な医療機器・設備の導入を規制することによって、政策的にかなりの程度までコントロール可能**と言えます。

後に紹介するように、米国を含めた先進諸国における過去の医療費高騰への対応策の多くは、「主犯格である医療技術の進歩」に切り込めなかったため、医療費高騰抑制に対して一時的かつ軽微な効果しか得られなかった、という反面教師となるものがほとんどでした。

今の低い改定率では、広く普及してしまった新規の技術は導入できず、歯科医療の高度

化の恩恵を受けることが出来ない国民も不幸です。現行改定作業を前提とすれば、新規技術を導入させるには、「小さく産んで、大きく育てる」しかありません。それができない歯科医療の未来は無いのではないのでしょうか。新規技術を日歯が導入しようとしなかったのか、国がそうさせないようにしたのか、何がしかの意図があったのかは定かではありませんが、結果として医療費の伸びをコントロールされてしまったことが、今の歯科の苦境を引き起こしているといえます。

医科と違い歯科には自然増が認められないことがわかりました。国民の口腔保健に対する意識の変化とそれに伴う歯科疾患構造の変化も歯科医療費が増えない大きな要因でしょう。そして、それに伴う歯科医療政策の転換や、診療報酬改定率の方式の見直しなどの対応が不十分であったことが、現在の歯科医療従事者の経済的困窮を招いたのです。国民に良質な歯科医療提供を続けていくためには、歯科医療提供体制そのものを見直ししなければならない時が来ています。

---

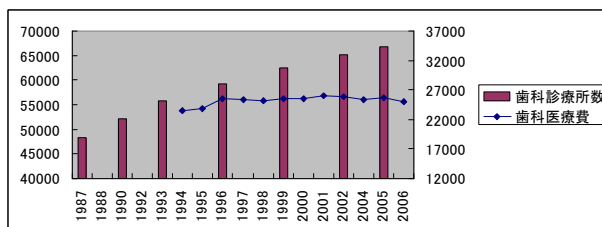
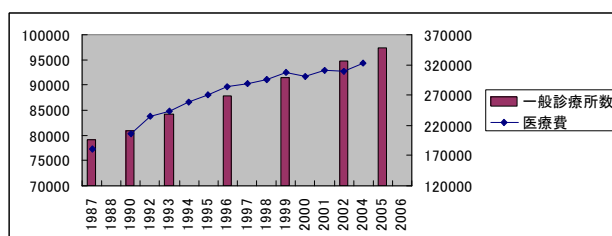
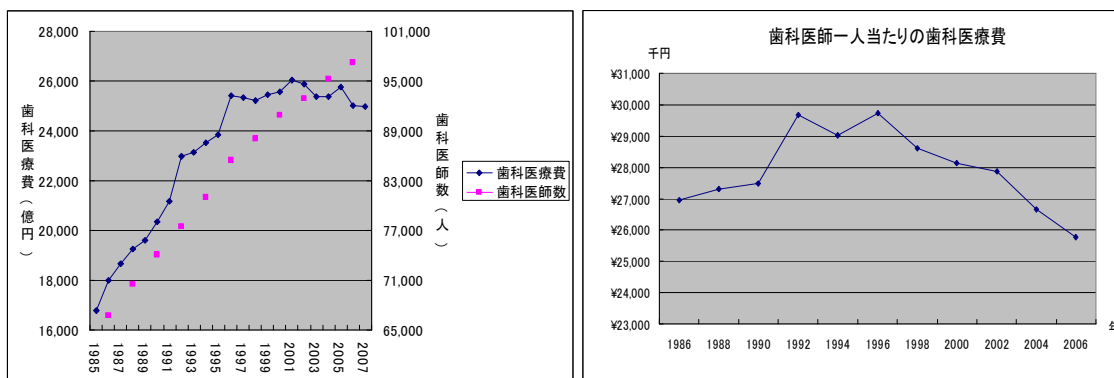
以上は、歯科医療費全体での状況ですが、個々の歯科診療所単位で見ると、また違ったものになります。歯科医療費全体の変化と各歯科診療所の変化を混同して考えないようにしなければ、今後歯科が採るべき道も見えてこないでしょう。

過去長らくに亘って、歯科医師数、歯科診療所数とも増加し続けています。歯科医療費が増えない中で、歯科医師、歯科診療所数が増加しているため、歯科医師一人当たりの歯科医療費、歯科診療所1件当たりの歯科医療費は、ここ十数年は減少傾向にあります（次のページのグラフ参照）。このことが、改定率と各歯科診療所単位での収入の増減が異なる一因となっています。さらに、各診療所により、診療形態、治療方針、診療報酬請求についての知識などが異なるため、歯科診療所によってはさらに改定率との差が開きます。

こうした要因により、改定率と各歯科診療所の収入の増減は一致しないのです。このことや、第一部で書いた改定率の決定方法を理解しておかないと、「改定率どおりに、収入がUPしない」との不満が出てくることになります。

「合成の誤謬」という経済学用語があります。個々人としては合理的な行動であっても、多くの人がある行動をとることによって、社会全体にとって不都合な結果が生じてくることをいいます。歯科診療所1件当たりの保険収入が減少していく中で自費にシフトしないと歯科医院の経営が立ち行かないのも確かですが、自費診療の保険適用に反対をすると総歯科医療費が伸びないことも確かなことです。各歯科診療所の経営も勿論重要ですが、

歯科医師法には「歯科医師は、(中略)国民の健康な生活を確保するものとする」とあります。自院のことだけを考えてばかりでは、歯科全体の発展が阻害され、歯科医療に支障が出てしまうことも考えられます。日本の歯科医療という大きな視点を持つことも必要とされているのではないのでしょうか。



個々の診療行為件数の変化と改定時の点数の貼り付けも、歯科医療費に影響を及ぼしますが、過去における診療行為件数の変化はどのようなものだったのでしょうか。その点については、第三部で見ていきたいと思います。

2010/03/01

みんなの歯科ネットワーク

SATO & チュー

