

診療報酬改定と歯科医療費 ～ 第一部 改定率 ～

中医協での議論が一段落し、各診療行為の点数が貼り付けされ、平成 22 年度の診療報酬の改定作業もほぼ最終段階となりました。

平成 22 年度の診療報酬改定は、全体改定率+0.19%、本体改定率+1.55%、各科改定率 医科+1.74%（入院+3.03%、外来+0.31%）、歯科+2.09%、調剤+0.52%で決着しました。

マスコミは、自民党から早々に民主党に鞍替え姿勢を示した歯科が「大幅アップ」したと報道しています。民主党の政治的配慮の有無は確かめようもないことですが、数字だけを比べれば、歯科のほうが大きいことは事実です。（診療所レベルで見ると、医科外来+0.31%と歯科+2.09%は約 6.7 倍の開きがあります。）

では、これで歯科の大半を占める歯科診療所の保険収入が 2.09%増えるのかというと、そうではありません。

歯科医師の大半は、改定の度に、改定率どおりには UP しない自院の点数に不満を持っていますし、一方では、マスコミ（世間）は「診療所の大半が大幅アップ」だと思っていることでしょう。

改定率というものは、医療費を決める上で、最大の要因であることは確かですが、改定においての全てではありません。（予算である）改定率だけを見て、議論や論評をしてもあまり意味はありません。歯科医療費が改定率を上回った時だけ騒ぐ全国紙のようでは困りますが（注）、予算（改定率）と決算（実際の医療費の増減）の両方を見て医療費の問題は議論されるべきでしょう。

ここで、今一度改定率について考えてみたいと思います。

保険医療機関等が行った医療サービスに対する対価として受け取る診療報酬は、医療機関の経営に大きな影響を及ぼします。診療報酬改定率は、過去においては、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）の機能・役割としての位置付けが法律上はなされていない中で、いわば慣例として中医協で議論がなされてきました。しかし、日歯連盟献金事

件を契機に、厚生労働大臣の私的諮問機関である「中医協の在り方に関する有識者会議」において見直しが行われ、診療報酬については、平成18年度の診療報酬改定から、中医協が予算編成で決定された診療報酬の改定幅を前提に、社会保障審議会医療部会、及び社会保障審議会医療保険部会から示された診療報酬改定の基本方針に沿って、具体的な診療報酬の改定を行うというルールが明確にされました。「中医協の在り方に関する有識者会議」において「中医協の新たな出発のために」（平成17年7月20日）と題する報告書がまとめられています。

http://www.med.or.jp/nichikara/yushiki1707/b_new.pdf

その中から診療報酬改定率について書かれたところの一部を以下に抜粋します。

（赤字編集は編者が行っています。）

(2) 診療報酬改定の改定率の決定について

- 診療報酬改定の改定率は、医療費に係る **予算編成の際の算定根拠となる係数**であり、その**決定は内閣の権限**である。
- 一方で、具体的な診療報酬点数の設定と改定率とは密接に関連するものであることから、現在、中医協においては、全国の医療機関の平均的な収支状況等、物価・賃金の動向等の**マクロの経済指標、保険財政の状況等を踏まえつつ**、改定率についても議論が行われ、年末の予算編成に向けて、議論の成果を「審議報告」として取りまとめている。
- 改定率については、法律上、中医協の機能・役割としての位置付けがなされていない中で、いわば慣例として中医協で議論が行われていることが、中医協において改定率が決定されているかのような印象を与える原因となっていると考えられる。
- したがって、まず、**改定率は、予算編成過程を通じて内閣が決定するものである**ということ、ここに明確に確認する。その上で、中医協においても、**医療経済実態調査等を踏まえ**、改定率について議論を行い、その結果を厚生労働大臣に意見として進言することがあり得るものとするべきである。なお、ここで言う「意見として進言」とは、法的な効力を有するものではなく、中医協が厚生労働大臣の諮問に応じて行う答申や、中医協がその権能として行う建議とは異なるものである。

診療報酬改定の改定率は、医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる係数であり、その決定は内閣の権限です。つまり、国家予算編成のために用いられる数値であり、個々の医療機関の収入の増減とはダイレクトにはつながらないことに留意が必要です。後述しますが、点数の配分は、2年近い前のデータを用いて決定するために、厚労省は3%前後の自然増を見越し、改定率にそれを上乗せして医療費を予算化しています。（以

下のニュースを参考に。赤字編集は編者が行っています。)

Online Med ニュース Mon, 28 Dec 2009

●平成 22 年度医療給付費の国庫負担金 4.6%増・8 兆 720 億円、うち 0.19%・700 億円が診療報酬引き上げ分 自然増 3.4%●

・協会けんぽへの国庫負担増が 610 億円

政府は 12 月 25 日、平成 22 年度予算案を閣議決定した。診療報酬改定をネットで 0.19% 引き上げた結果として、医療費に対する国庫支出の予算は 4342 億円、4.8%増の 9 兆 4594 億円、そのうち医療保険の給付費に対する国庫負担分は 3513 億円、4.6%増の 8 兆 720 億円となった。この 8 兆 720 億円から協会けんぽの財政再建のための国庫補助率増加に伴う 610 億円を差し引いた 8 兆 10 億円が医療給付費の動向に伴う国庫負担分であり、その伸び率は 3.6%となる。このうち 0.19%が診療報酬引き上げによるもので、残りの 3.4%程度は自然増とみることができる。

そもそもの法律のどの条文にも診療報酬改定の改定率とは書かれておらず、改定率というものは法的な根拠を持っていないのかもしれない。

では、診療報酬改定率とは、いったいどんなものなのでしょう。

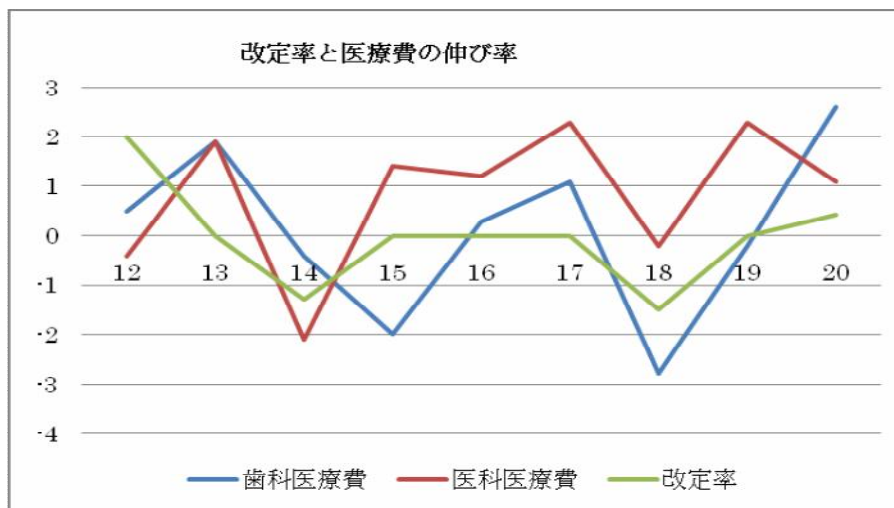
平成 18 年以降は、改定率は「マクロの経済指標や保険財政の状況等を鑑み、財務省と厚労省で決める医療費全体の増減率」であるといえます。細目として、本体（医科 {入院・外来}・歯科・調剤）、薬価等（薬価・材料費）があります。

内閣で決定された改定率をもとに、本体の個々の診療単価（点数）を決めるには、過去の一定時期（改定前々年 5 月）の影響率が用いられます。影響率とは、各項目に関して 1 点を上げる場合、総医療費が何%増加するかを示したものです。国民の健康意識の変化や受診動向の変化、医療の高度化などにより、改定後の診療行為数が、過去の一定時期と同じになることはなく、改定後の実際の総医療費と改定率から求められる総医療費（予算）には乖離が生じます。

たとえば、平成 22 年 4 月（平成 22 年度）の診療報酬改定率は、平成 20 年 5 月診療分（6 月審査分）の診療行為頻度を元に計算されており、既にここで、1 年 11 ヶ月のタイムラグが存在しています。（約）2 年前よりも診療行為の回数が増えれば、その行為の総

医療費は想定よりも増え、逆に、診療行為回数が減れば、その行為の総医療費は減ってしまうこととなります。もっと言えば、改定が行われたその時点で、すでに、改定率どおりの医療費増(減)は、起こらないことになるのです。

過去の改定率と医科の医療費の増減、歯科の医療費の増減をみます。(単位は%)



上のグラフでわかるように、いずれの年においても診療報酬の改定率と医療費・歯科医療費の伸びは一致していません。上記の改定率とは何かを理解出来れば、上のグラフのような結果も自然と疑問なく受け入れることが出来るはずです。

改定率が 2.09%ということは、年度が替わり 4月になったとたんに、3月と比較して診療報酬(収入)が 2.09%UPするということではないのです。

実際には、これに、算定要件が加えられ、疑義解釈が出され(国からすれば、これらは、医療費が予算内に納まるようにコントロールするツールともいえます。)、さらに診療報酬改定率と(歯科)医療費の伸び率には乖離が生じます。

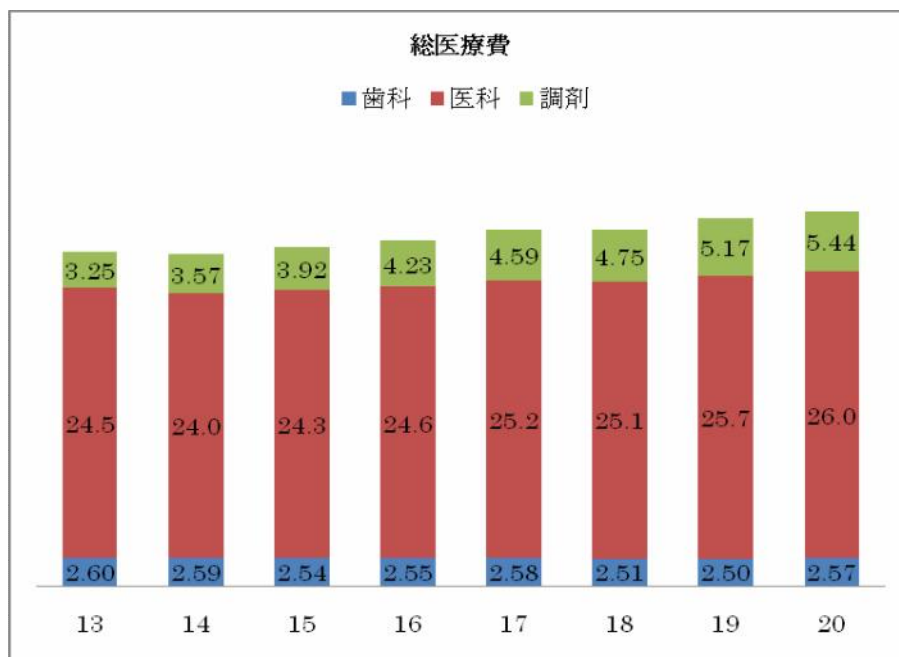
厚生労働省は、医療費の伸びの要因を①人口増減・高齢化等、②制度改正、③診療報酬改定、④自然増(医療の高度化等)に分解しています。

医療の高度化、つまり新規技術の導入とその普及がある医科では「実際の総医療費と改定率から求められる総医療費との乖離」が自然増として、医療費を押し上げます。医療費を医科、歯科、調剤に分けた時、増加が顕著なのは調剤ですが、その調剤の医療費が増えているのは、院外処方が増えているからです。医科の医療費には薬剤費が十数%含まれていますから、それが段々調剤に移っていることとなります。

しかし、医科の薬剤を除いた医療費が増えないのなら、調剤の薬剤費が増えた分だけ、

医科の総医療費が減るはずですが、実際は増えています。つまり、医科の医療費は実質的に結構増えているということになります。(下のグラフ参照)

(ただ、歯科においては、自然増はほとんど認められないか、マイナスになっているともいえ、たとえ同じ改定率であっても、医科と同じように医療費は増えていきません。この差が医科と歯科の格差として現れてきているのです。)



技術の新規導入は、予算の関係上、影響率が少ない時でしかできません。また、既存の技術は2年前のデータを使えますが、新規では、その方法は採れないので、推定値を使います。この推定値が大きいと予算を使い切ってしまう。そして、既にその技術が広まっていて、多くの医療機関で行われているような技術は、保険適用にするには予算が足りず、その技術の保険導入は非常に困難になってしまいます。

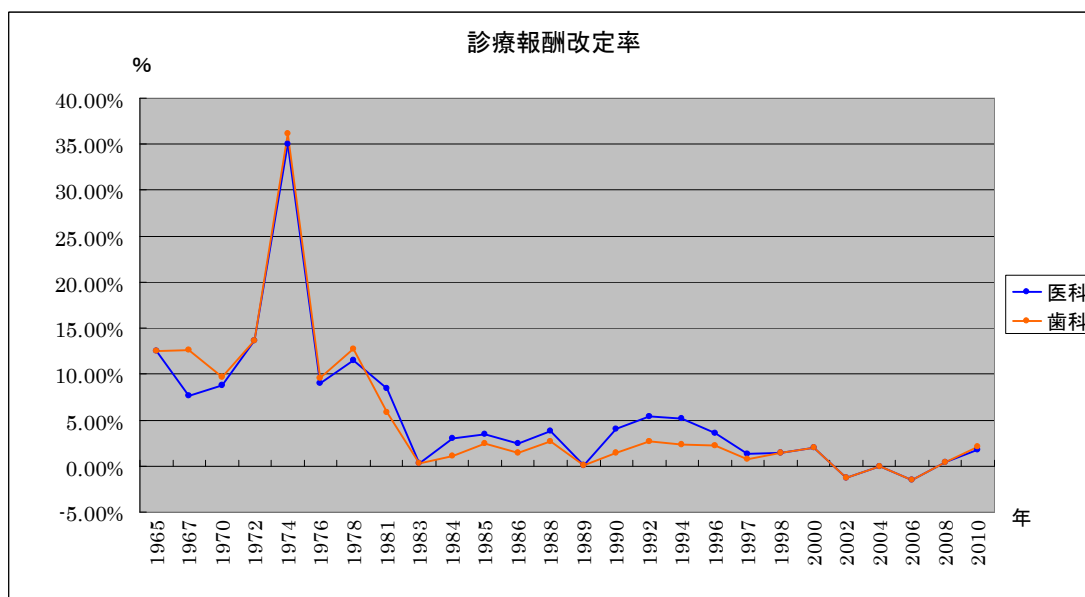
歯科で言えば、たとえば、メタルボンド、小白歯の硬質レジン前装冠などを保険に導入するには、必要とされる財源が大き過ぎ、導入の時期を逃しています。また、歯科においては、現行制度下で導入できる新規技術は極めて少ないのが現実です。

このような診療報酬改定作業が続く限り、自然増をほとんど認めない歯科医療費の国民医療費に占める割合は逡減していくところは明白です。平成18年度は、歯科医療費の占める割合は7.6%、平成19年度では7.3%となっています。今回の歯科改定率は、医療費に対する技術料の占める割合が考慮され、医科歯科同率の壁を破り医科を上回りましたが、それでも国民医療費に占める歯科の割合は今後さらに下がる可能性があります。

疾患自体が減少している歯科がこの方式をとると、自然「減」するのです。結果として歯科が「おいてげぼり」になったのは当然であったわけです。これを止めるには、改定

方法を変えるしかありません。方法を変えないと歯科が占める比率は際限もなく低下していくことは間違いないでしょう。

(過去においては、歯科の改定率が医科を上回る時代もありました。1974年から1978年にかけての改定では、累積改定率は、歯科 72.1%、医科 67.8%でした。これらの改定では、「物価・人件費単純スライド方式」が採られ、人件費構成比率が高い歯科に優位な改定となったのです。……参考「歯科医療白書 2008 年度版」)



(注) …… (参考)

「朝日新聞記事の検証と感想」

朝日新聞の主張、日本歯科医師会の主張

<http://www.minnanoshika.net/wiki/index.php?plugin=attach&refer=%C4%AB%C6%FC%BF%B7%CA%B9%B5%AD%BB%F6%A4%CE%B8%A1%BE%DA%A4%C8%B4%B6%C1%DB&openfile=%C4%AB%C6%FC%BF%B7%CA%B9%A4%CE%BC%E7%C4%A5%A1%A2%C6%FC%BB%F5%A4%CE%BC%E7%C4%A5.pdf>

2010/02/24

みんなの歯科ネットワーク

SATO & チュー

