

国民医療費と地域保健医療

National medical expenditure and community health

加齢によって疾病と要介護のリスクが高まることは生物学的にみても避けることができない。国民皆保険制度のわが国では、高齢化による医療・介護サービスの需要の増加は、サービス提供量の増加につながるもので常にその財源確保が必要になる。その一方で、少子化と経済成長率の停滞による税収の減少は、国や地方の財政負担を招く。これらを解決する方策は単純ではないが、疾病・要介護状態の予防と効率的な医療・介護提供の追究が最も合理的であり、わが国においても医療法の改正等による医療制度改革が進行中である。

この予防は、医療・介護の現場で個人を対象にするものと地域単位で行うものがあり、両者が連携することによってその効果は高まる。本稿では、わが国の医療費適正化施策と地域保健医療施策とが現時点でどのように関連し合っているのかについて考え、今後の政策の方向性を展望する。

医療費・介護費の適正化

医療費適正化は、1981年の第2次臨時行政調査会の設置を受けて開始された。その考え方は国民所得の伸びの範囲内に医療費の伸びを抑えるというものである。そして、2006年の医療制度改革において医療費適正化が制度化されることになった。2008年からの第1期および第2期医療費適正化計画を経て、第3期医療費適正化計画（2018年～2023年）が他の関連計画の周期と併せて6年間となった。

2008年の医療費適正化計画の開始に伴い厚生労働省から示された基本方針（2008年3月31日）の中で、住民の健康の保持の推進に関する目標として、特定健康診査・特定保健指導の実施率およびメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の減少が、医療の効率的な提供の推進に関する目標として、病床数および平均在院日数が位置づけられた。

介護給付適正化については、都道府県と保険者が一体となって戦略的に介護給付の適正化に取り組んでいくことを促進する観点から、厚生労働省が2007年6月に「介護給付適正化計画に関する指針」を策定し、2008年から3年周期で介護給付適正化計画が開始し、2018年からは第4期介護給付適正化計画が始まる。その意義は、「介護給付の適正化」を図ることにより、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減することによって介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費の増大や介護保険料の上昇を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものと位置づけられている。

このような諸政策に先立ち、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指す医療法の大幅な改正が行われたのが1985年の第1次医療法改正であり、2017年6月までの間に8回にわたる法改正が行われている。そしてこれらの施策が効を奏して1980年代から医療費の伸びは大きく圧縮される時代になってきている。

診療報酬の仕組み

診療報酬は、個々の診療行為の単価を決めるものであり、医療費全体に大きくかかわる。3年に1回改定される介護報酬に対して、診療報酬は通常2年に1回の改定が行われる。この改定を定期的に行う目的には、①新しい技術の保険収載、②既存の医療行為を医療費抑制、③政策目標の実現、④医療機関間の格差是正などがある¹⁾。

わが国の医療保険制度は、国民皆保険制度のもとで、自由開業医制、出来高払い制度を基本としているので、疾病罹患のリスクが高まる高齢者の増加や新たな医療技術、薬剤の開発等によって自然に増加し、医療の発展と共に医療費は青天井に増加していくものである。これに対して医療費の増加が抑えられている仕組みは、国民医療費の財源の約25%（約10兆円：国の予算額の10%相当）が国の一般会計から支出

されているために、国が財政的にコントロールできる環境にある。

この中で診療報酬改定は、改定率の決定と個々の診療行為の点数や薬価を決定するという二つのステップを通して行われる。

一つ目の改定率は、正式には閣議決定によって決まり12月中旬までに公表される。政府が予算を編成するためには年末までには改定率が決まらないとならないからである。この改定率は、厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会医療部会（医政局）および医療保険部会（保険局）連名で答申される診療報酬改定に係る基本方針を基に閣議で決定される²⁾。介護報酬においても類似の仕組みがある。両者の同時改定の時期には、両改定の視点を併せて決定することができる。

改定率を決める際に、過去3年間における医療費の伸び率から診療報酬の改定以外に影響する「自然増」といわれる要因も勘案される。この医療費の自然増とは、「最広義では診療報酬の改定の影響を除いた後の医療費の増加を、次に広い定義では人口動態（人口の増減、高齢化）の影響をも除いた医療費の増加」を指す³⁾。このような人口要因以外に自然増の要因となるのが医療における技術進歩である。特に新技術の保険収載は、診療報酬改定時期以外にも審議され導入される仕組みがある。2015年に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」において、「社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む」と明記されたのを受けて、自然増部分が年間5,000億円に抑えられている⁴⁾。

この診療報酬の改定率と医療費の伸び率は必ずしも一致しないが、2002年～2006年の診療報酬本体のマイナス改定の時期の医療費の伸び率をみてもわかるように医療費抑制に診療報酬改定の影響は認められる。しばしば、高齢になるほど年齢階級別一人当たり医療費は増加することから、高齢化が医療費増加の最大要因と説明されることは多い¹⁾。しかし実際には、いずれの年齢階級においても終末期の医療費の比率が高いことと新技術の導入あるいは診療報酬改定におけるインセンティブがもたらす医療者側の請求状況の変化などの要因もあり、単純に高齢化だけで説明することはできない³⁾。

診療報酬改定の二つ目のステップは、厚生労働大臣の諮問機関である中央医療保険医療審議会（中医協）の答申を基に大臣が決定する個々の診療行為の点数や薬価の改定でありその決定は3月になる。中医協委員は、支払い側、医療提供側、公益代表等で構成されるが、事務局（保険局）の権限と果たす役割が大きい。

この改定率は診療報酬本体（技術料）と薬価改定および材料価格改定からなり、本体部分は医科、歯科、調剤別に示される。各医療費における技術量の占める割合が、医科80%、歯科90%、薬科20%であることから⁵⁾、概ね1:1.2:0.3の割合の改定率が示される。

決定された改定率に前年度医療費を掛けた額が次年度の改定財源となる。この個々の点数の決定は、直近の社会医療診療行為別統計の結果から当該行為の実施件数および請求回数がわかるので、1点をアップすれば全体の医療費の増加が何%となるか（1点影響率）を自動的に計算できる。これを用いて、改定率の範囲で個々の点数の改定が行われる。

この仕組みの中で重要な点は、前年度の医療費と改定時期までの実施件数や算定回数を基に点数が決定されることである。改定率決定前年までの総歯科医療費と件数が多いほど、改定率は一定であっても改定財源の額は高まる。

歯科診療報酬と地域歯科医療・口腔保健

対前年比の歯科の医療費の伸びは医科に比べて低いわけではなく、その主な要因の一つは件数の増加である。2001年対2016年比でみた件数の増加率は、医科外来118%に対して、歯科外来では137.2%の増加率であり、入院医療でも医科102.5%に対して歯科167.2%の増加率となっている。

この外来件数が増えている理由は、高齢者の歯数の増加と定期歯科受診者の増加が反映していると考えられる。わが国の口腔保健状態は小児のう蝕減少をはじめ大きく改善してきている一方、高齢者のう蝕および歯周病の予防等新たな課題が浮き上がっている。歯科疾患自体の疾患量が他の疾病に比べて極めて多く、歯科医療が必要であってもそのニーズが満たされているわけではない⁶⁾。これらを解消ししかも全体の医療費抑制効果が期待できることを受けて、医科歯科連携を通じた入院患者への歯科医療提供や在宅歯科医療の推進は政策目標にもなっている。

診療報酬改定時に、歯科診療費の改定率が決まれば、前年度の歯科医療費からその改定財源が決まる。たとえば、改定財源が約 200 億円となった場合、年間の歯科外来受診の総件数は 2 億 2540 万件（2016 年）なので、1 件当たり 100 円（10 点）弱が増加できる規模の改定となる。

この財源の範囲で、歯科医療の質を高めることと政策目標を達成するための手段となっているのが、請求に係り個々に設定される施設基準である。近年の診療報酬改定の度に、施設基準に関する項目が増加していく傾向にあるのは、施設基準を設けることによって、点数を増加した診療行為の対前年比の請求件数を減らし、かつ政策目標に沿って医療の質を高めることに効果を発揮すると考えられているためである。

たとえば、歯科に関する政策目標に関して、国が提示している「かかりつけ歯科医」の機能に、地域における予防活動および外来患者の口腔機能管理と、病院および在宅等における口腔機能管理が示されるようになってきていてその中に算定要件として施設基準が設定されている。

このような診療報酬における政策目標が大きく変わってきていると共に、2013 年 8 月に取りまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」においては、地域の実情に応じたサービスの提供体制を再構築するという改革には、全国一律の診療報酬とは別の財政支援の手法を適切に組み合わせ、医療機能の分化・連携のための病院機能転換や病床統廃合などを計画的に実施する手法として基金の活用が提唱され、その後、2014 年に地域医療介護総合確保基金が創設されている。医療提供体制の基盤整備は基金で、個々の診療の機能強化は診療報酬で、という両輪で医療制度改革が進んでいく時代に入っている。

まとめ

わが国の人口構成および経済状況と財政状況からからみて、今後歯科診療報酬改定率が大きく増加していくとは考えにくい。むしろ歯科口腔保健の原点に立って、歯科疾患の罹患状況が他の疾患に比べていまだに高いことと歯科口腔保健に格差がみられ、歯科医療が必要な人たちに十分届いていないことを再認識されなければならない。この解決は歯科医療の対象者がそのニーズに基づいて増加していくことによってもたらされ、しかもそれが全身の健康増進に結びつくことによって社会から受容されていく。そして歯科診療費の単価が増加する余地とその内容も、このような全身の健康推進に対する効果が高いものが優先される。

口腔と全身の健康との関連を示すエビデンスは、医科歯科連携という新たな実践と政策のフレームを提示することになった。歯科口腔保健は、生活習慣病（非感染性疾患：NCDs）とフレイル予防をはじめとするあらゆる健康施策に位置づけられ、多職種連携という取り組みによって推進される時代である。そしてそのための新たな歯科医療技術・口腔保健の評価指標の開発と、医療保険と地域保健医療提供のシステムとを一体的に捉える意識の転換が歯科医療者自身に必要なものである。

深井 穫博

所長、深井保健科学研究所

Kakuhiro Fukai, D.D.S., Ph.D.

Director, Fukai Institute of Health Science

文 献

- 1) 池上直己. 日本の医療と介護－歴史と構造、そして改革の方向性. 日本経済新聞出版社. 東京, 2017.
- 2) 迫井正深. 診療報酬の仕組みと決定. 日本内科学会雑誌 2016; 105: 2320-2329
- 3) 印南一路. 再考・医療費適正化－実証分析と理念に基づく政策案, 有斐閣, 東京, 2016
- 4) 内閣府. 経済財政運営と改革の基本方針 2015～経済再生なくして財政健全化なし, 2015 年 6 月
- 5) 厚生労働省. 平成 27 年度国民医療費の概況. 2017 年 9 月
- 6) 深井 穫博. 長寿社会における健康政策課題と 8020 運動. 日本歯科医師会雑誌 2017; 69: 960-961