

# 2010年歯科診療報酬改定について

## 医療費抑制、審査・指導強化の視点

### では歯科医療の危機は打開できない

10年ぶりのプラス改定となったが、2%あまりのわずかな改定率では歯科の危機を打開するにはあまりに不十分で、点数配分にはさまざまな歪みが現れている。

まず、前回改定で医学管理料の統合として登場した歯管は、文書提供の記載内容をさらに強化した上で、初回点数が20点も引き下げられ、スタディモデル50点の廃止とともに、初診料36点、再診料2点引き上げの代償となった。2回目以降の歯周基本治療も100分の30から100分の50に戻ったものの、スケーリングの3分の1顎超加算が4点も引き下げられている。SCの同日加算は再SRPと比べて頻度が4倍も高い。このほか、点数の増減操作は①レジジン床の10点引き上げと熱可塑性義歯の大幅引き下げ②弁切の20点引き下げと引き換えに麻酔料を引き上げ、術後専門的口腔衛生処置80点を新設——などにも見られる。改定内容のプラス、マイナス評価を幻惑するマジックである。また、100分の50加算の年齢制限を6歳未満に変更したことも、引き上げというよりは、厚労省が不合理を認識した結果の復活と言える。

歯管の提供文書には、全ての口腔疾患を初診時から1カ月あまりで把握し、歯科疾患と全身の健康との関係まで記載することが求められている。患者の主訴は多様であり、全ての口腔内疾患を一挙に治そうと来院することはまれである。窓口3割負担時代ではなおのことである。歯管には、治療に対する理解を得ながら意識を高めていくプロセスへの評価はない。あくまで、この路線に乗るか乗らないかを迫るもので、患者の視点よりも医療費抑制、審査、指導強化の視点が目立つ。この延長線上に歯周病安定期治療・SPTも位置づいている。

今回も目に付くのは、改定の度に新たな施設基準を設けて、届出事項を増やしていることである。障害者歯科医療連携加算、在宅患者歯科治療総合医療管理料、歯科技工加算、手術時歯根面レーザー応用加算などが新設され、医療機器の設置や歯科衛生士、院内技工士の配置などを条件づけた。医療法による医療機関情報と結びつくことで、ランク付けや選別淘汰の仕掛けに転化しないかと危惧する。そもそも基礎的技術の正当な評価の土台の上こそ、装備やマンパワーへの固有評価も生きてくるのであり、今回の改定は形ばかりで実が伴っていない。

訪問診療料算定には、全ての患者に20分以上の時間要件が課せられた。寝たきりまたはそれに準ずる患者を扱っている性格上、診療時間は容態次第で変化する。現場を知らない机上の空論では現実に対応できない。患家に赴き地道に診療している歯科医にとっては、大いに不満の残る改定であろう。

補綴では、金パラの歯冠修復物が軒並み引き下げられた。直近の半年間の値動きと乖離するのは、2008年1月以降の2年間で平均値を定めるからである。過去1年半の間に3度も随時改定を検討しているのに、一旦ご破算にし、2年間さかのぼって重複評価している。明らかに不合理である。

以上からも、多くの歯科開業医は2.09%アップを実感できないだろう。

さらに、電子請求医療機関に明細のわかる領収書の発行が義務付けられた。文書提供の複雑さと相まって、診療終了から窓口負担金の請求までの待ち時間が増える。また、技術料の名称を平易に変更したくらいで歯科の手技や欠損補綴の行為が説明できるはずもなく、混乱をもたらすだけである。

今回の改定は、歯科医療の質の低下を食い止め、医療費抑制路線から転換する力を持っていない。協会は、患者の求める歯科医療の実現に向け、診療報酬の引き上げ・総枠拡大、窓口負担軽減運動をいっそう強めたい。

2010年3月15日

大阪府歯科保険医協会  
社保研究部長 吉田裕志