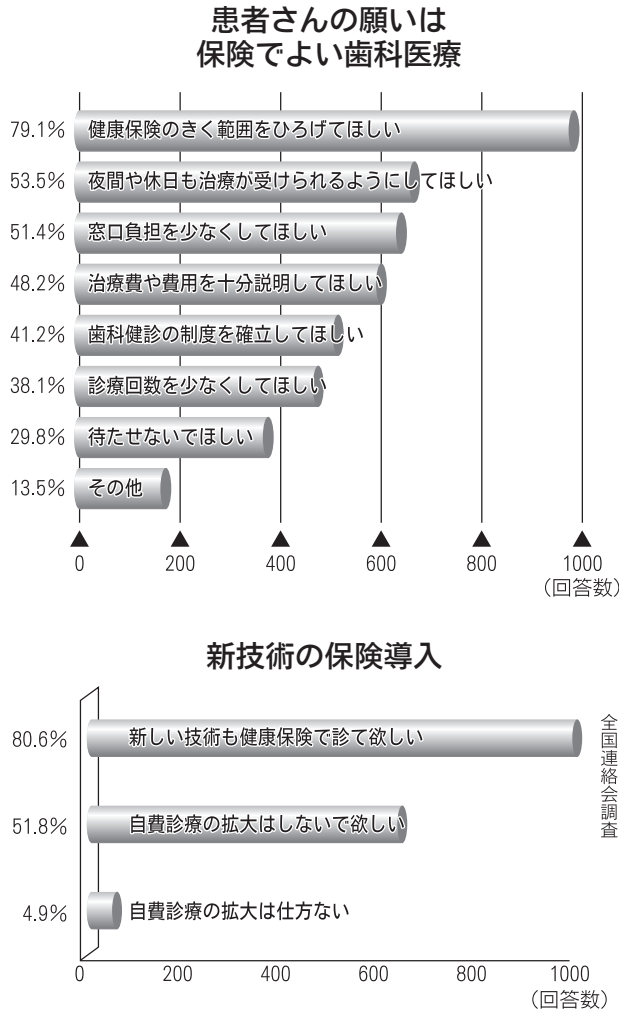
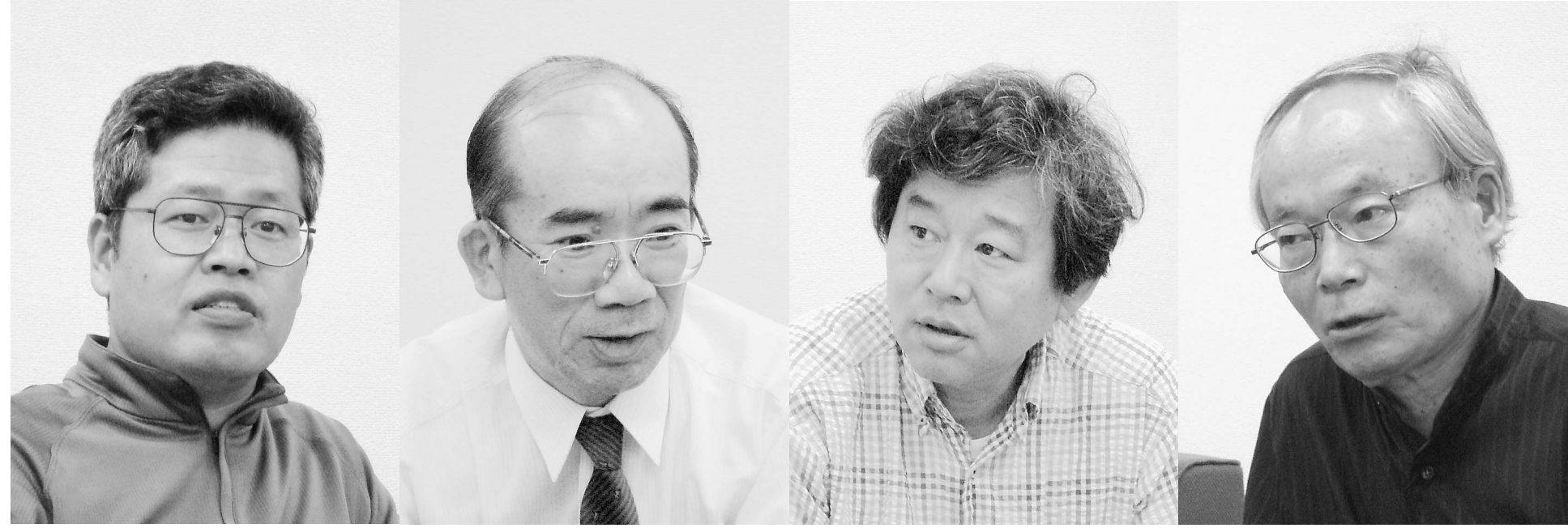


(グラフ2)



# 座談会 診療報酬改善



藤井佐都樹氏(社保研究部副部長) 吉田裕志氏(副理事長 社保研究部長) 小澤 力氏(副理事長 政策部長) 山上紘志氏(副理事長 団連理事)

**08年診療報酬改定** 昨年の診療報酬改定の矛盾点や歯科医療の給付拡大について、意見を頂きました。では、来年、08年の改定をめぐってはどうですか。

**包括化で給付抑制とオンライン化を進める**

小澤 2008年改定に向けて何をもうみこんでいるかというところ、包括払いを拡大しながら「レオ」のオンライン化の地ならしを進めることです。今までの包括化は補償にはいる管理料、初再診料に現れていますが、か初診報酬で同時に上げておいて、いきなり管理料、か初診の梯子を外す。ただし、ペナルティ部分だけはそのまま残しておく。そういうやり方をずっと続けています。これは徹底的に打破する。AIに手技を基調

(注) SPT (サポーターティペリオンタルセラピー)

「歯周基本治療や歯周外科治療、そして修復・補綴治療などの咬合機能回復治療後、病状が安定したと判定された場合、その状態を長期間持続させるために行う歯科医療従事者による専門的な定期的治療」メインテナンス

「メインテナンスは、治癒した歯周組織を長期間維持するための健康管理であり、患者本人が行うセルフケア（ホームケア）と歯科医療従事者によるプロフェッショナルケア（専門的ケア）からなる『歯周病の診断と治療の指針』（歯周病学会07）から

医療から介護に移し 小澤 本来、医療で完結すべきものを医療費削減のために医療から介護に移しなごう、その介護も叩いてきます。2008年に介護予防給付という形で介護予防1の人をさとして、介護予防を徹底的に減らしました。藤井 今のコミュニケーション問題もそうですが、営利企業が社会保障の分野に入ってくる、結局お金をもっている人にしか給付できないようになります。株主さんの考え方でしょう。今ほもっと「い」ことを言っています。「歯科だけでなく、社会保障である医療・福祉の分野」というのは高コスト体制。こんな高コスト体制では絶対にダメ」というのが規制改革3カ年計画です。今回の骨太方針でも一度念を入れて高コスト体制の文言を入れてきました。「効率化の余地がある」と言うのは、ジャブで、「高コスト体制をいやすためには民間参入」とストレートを打ち込んでいこうとします。医療でも必要です。

(6) 面 (11) (11)

# 保険でよい歯科医療を

**06年診療報酬改定の問題点** 文書提供・包括化・摘要欄記載

山上 今日、私たちの要求を実現していくために具体的にどう行動したらいかがを社保研究部、政策部の先生方に語っていただきました。保団連の総論的な要求としては、1つ目が「医療費の総額を拡大せず」、2つ目に「患者の窓口負担を軽減せず」、3つ目に「診療報酬を上げよ」と、3つあります。歯科については新しい技術を評価して保険に導入されたことは

山上 文書提供問題についてはわかりました。その他の問題についてはどうですか。

**包括化でPMXも困難に** 吉田 か初診の廃止によって下がった初診料・再診料を医科並みにアップすることが必要です。それから、包括化の問題も深刻です。長期にわたって手技を握え置かれてきた上に、P処や普処などの基本的な処置もマルメしました。また、同一手術野の考えから手術の併算が原則できなくなり

**08年診療報酬改定めぐって** 歯総指・歯継指路線と決別を

とすると歯科では全体に「出来高払い」の堅持が「大切」です。

山上 来年から実施される後期高齢者医療制度も基本的に包括的な点数にしていく路線なので、それを許さないと、それが大事だと思います。

**「SPT」の考え入れ** 吉田 包括化で言えば、Pのメインテナンスの行方も気になります。今まで病状定期の治療も治療後のリコールもひと括りで「メインテナンス」と呼んでいました。歯周病学会の治療指針などを見ると区別しはじめています。病状定期の治療を「SPT」（注）と呼び、「メインテナンス」は治療後の定期健診などを指しています。厚労省は、現在検討中の歯周治

**08年診療報酬改定めぐって** 歯総指・歯継指路線と決別を

療の新たなガイドラインの中身を明らかにしたいませぬが、SPTを治療に導く移行期と位置付けて病状定期の治療に日数制限を設けたり、治療後から再診までの期間に制約を設けるなどの狙いが伺えます。

**医療から介護に移し** 小澤 本来、医療で完結すべきものを医療費削減のために医療から介護に移しなごう、その介護も叩いてきます。2008年に介護予防給付という形で介護予防1の人をさとして、介護予防を徹底的に減らしました。藤井 今のコミュニケーション問題もそうですが、営利企業が社会保障の分野に入ってくる、結局お金をもっている人にしか給付できないようになります。株主さんの考え方でしょう。今ほもっと「い」ことを言っています。「歯科だけでなく、社会保障である医療・福祉の分野」というのは高コスト体制。こんな高コスト体制では絶対にダメ」というのが規制改革3カ年計画です。今回の骨太方針でも一度念を入れて高コスト体制の文言を入れてきました。「効率化の余地がある」と言うのは、ジャブで、「高コスト体制をいやすためには民間参入」とストレートを打ち込んでいこうとします。医療でも必要です。

(6) 面 (11) (11)

(表1) 長期にわたり据え置かれる技術料(一部)

検査	点数	1970年から	37年間
スタディモデル	50点	1970年から	37年間
チェックバイト	400点	1981年から	26年間
●処置			
除去(複雑)	15点 30点	1975年から	32年間
普通処置	16点	1977年から	30年間
知覚過敏処置	40点 50点	1985年から	22年間
●手術			
難抜歯	460点	1985年から	22年間
抜歯窩再挿入手術	130点	1985年から	22年間
歯根嚢胞摘出手術	770点 1300点	1985年から	22年間
歯槽骨整形手術	110点	1981年から	25年間
●麻酔			
伝達麻酔手技料	38点	1988年から	19年間
浸潤麻酔手技料	23点	1988年から	19年間
●歯冠修復・欠損補綴			
咬合採得・歯冠修復術	14点	1978年から	29年間
硬質レジンジャケット冠	750点	1978年から	29年間
ティッシュコンディショニング	110点	1981年から	26年間

(表2) 医療費の伸び率(対前年度比)

歯科	医科		調剤	調剤+入院外
	入院	入院外		
▲2.8%	▲0.0%	▲0.3%	3.4%	0.7%

歯科1件あたり・1日あたり点数の推移

	1件あたり	伸び率	1日あたり	伸び率
2002年	1384.9点	—	593.4点	—
2003年	1452.6点	▲4.9%	595.6点	0.4%
2004年	1401.2点	▲3.5%	618.0点	3.8%
2005年	1362.7点	▲2.7%	599.1点	▲3.1%
2006年	1255.8点	▲7.8%	581.2点	▲3.0%

社会医療診療行為別調査から作表

**新技術導入を患者の立場で** 混合診療の拡大は流れに逆行

を推し進めるべきで、今後はやっつけくべきだと思います。反対する方もいるかもしれないけれど、国民が歯科医療を結果的に後押ししてくれる運動にするためには、「新しい技術を保険に導入しよう」と言った方が国民はついでにできるというふうに思っています。」「これは儲かるから保険はダメ」「こちらは儲からへんから保険に入れて」というのでは、国民はついてきてくれな。」「新しい技術で〇〇ができました。これをどんな保険に取り入れていきますよ」というのが、問題があると思います。吉田 06年の改定でも医

**国民医療費に占める歯科医療費の割合**

(グラフ1)

「国民医療費の概況」から作表 06年度だけ概算医療費を用いた