

「か強診」の狙いと危険性

患者の立場と地域医療への影響から考える

2016年診療報酬改定で新設された「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」（以下「か強診」）は、「地域包括ケアシステムにおける地域完結型医療を推進していくため、う蝕や歯周疾患の重症化予防に係る管理、摂食機能障害および歯科疾患に対する包括的で継続的な管理を評価するため」だとされている。しかし、会員アンケートでは、賛成はわずか13%、4割超が「か強診」に反対と答え、不満の声を寄せている。その一方で、「わからない」と評価を保留した会員も4割以上あった。そこで、改めて「か強診」の問題点を考えたい。（社保研究部）

幅差をつける根拠にもならなく。

CやSPTなど、日常的にどの医療機関でも提供できる診療行為に施設基準を設けたことが、歪みや混乱の元になっている。

在宅医療の質と直接関係ない加算点数

訪問口腔リハにおいて「か強診」は歯援診よりも50点高い。しかし、両者の大きな違いは外来環境の機能があるか否かであり、訪問口腔リハの医療給付には直接関係がない。また、SPTの算定実績の有無が、「か強診」と歯援診との違いを生み出している。

「機能」評価は歯援診と歯周病の安定期における歯周病検査や基本治療などの算定ルールを定めただけで、特別な処置行為ではない。さらに言えば、歯科口腔外科のような高次機能でもなければ障害者歯科のような専門性でもない。よって、点数に差をつける根拠には到底なり得ない。

患者の立場に立っていない「一物二価」

給付内容と施設基準は無関係

エナメル質初期う蝕(C)に対する処置および管理は、すべての歯科診療所が取り組めるF局と、か強診のみが実施できるエナメル質初期う蝕管理加算とに分かれている。「か強診」は外来環境と歯援診の機能を併せ持ち、SPTおよび訪問診療料の算定実績が必要だが、Cに対する治療は切削を伴わないことから明らかに、外来環境の機能を持つことが、給付内容の質的な差異には結びつかない。増してや、歯援診の機能や訪問診療料の算定実績とは無関係である。また、外来環境の機能もSPTの算定間隔の原則を緩め、点数に大

ような施設基準が障害となり、Cを専門的に治療・管理してきた小児歯科で、訪問診療の実績がなければF局しか算定できず、Cに対する評価が低くなるという逆転現象まで引き起こしている。

「機能」評価で患者の負担金割高に

厚労省は協会・保団連との懇談の中で、かかりつけ歯科医の「機能」を評価したと強調している。なるほど、施設基準に求められている要件が、医療給付の質を高めることと一致しているの

厚労省は協会・保団連との懇談の中で、かかりつけ歯科医の「機能」を評価したと強調している。なるほど、施設基準に求められている要件が、医療給付の質を高めることと一致しているの

「機能」評価の名で分断と差別化を進める

「か強診」に潜む在宅医療への邪な誘導策

このような不合理な施設基準がなぜ生まれたのか

地域包括ケアシステムの狙いは医療費抑制

「か強診」に潜む在宅医療への邪な誘導策

このような不合理な施設基準がなぜ生まれたのか

か強診の施設基準

過去1年間に訪問診療1または2、歯周病安定期治療およびクラウン・ブリッジ維持管理料を算定している実績があること
次に掲げる研修をいずれも修了した歯科医師が1人以上配置されていること
<ul style="list-style-type: none"> 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故および感染症対策等の医療安全対策に係る研修 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理および緊急時対応等に係る研修
歯科医師が複数名配置されていることまたは歯科医師および歯科衛生士（常勤、非常勤を問わない）がそれぞれ1人以上配置されていること
診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関（医科）との事前の連携体制が確保されていること
当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者または家族に対して説明のうえ、文書により提供していること
当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関（医科）と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること
当該地域において、他の保健医療サービスおよび福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること
□口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底するなど十分な感染症対策を講じていること
感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保などを含めた診療体制を常時確保していること
歯科用吸引装置などにより、歯科ユニットごとに歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時などに飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること
患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること
<ul style="list-style-type: none"> 自動体外式除細動器（AED） 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） 酸素供給装置 血圧計 救急蘇生セット 歯科用吸引装置

療への誘導をも図ろうと新設したのが「か強診」であり、届出促進の目玉がエナメル質初期う蝕管理加算やSPTだと言

面倒を見て、病院に逆戻りさせない③新たな入院患者を増やさない―地域完結型医療の担い手としての役割にある。

は、医療費抑制の狙いを端的に表している。歯科においても病院から施設へ、施設から在宅への流れに沿ってこのようにかかわれるので評価される。決して、う蝕や歯周病の重症化予防を

な技術料の引き上げと同時に、患者負担増の計画をやめさせる運動が求められている。

地域医療は医療機関の協同で

「か強診」は様々な歯科という単科に対して、日常的な診療行為であるCや歯周疾患にわざわざ施設基準を設け、

「主治医機能」として評価している。この主治医の紹介なしに他科を外来受診した場合、上乘せ負担を求め受診時定額負担が提案されていること

また、いつでも、どこでも、安心して、外来受診も在宅医療も受けられる体制づくりが必要である。

厚労省が意図する地域包括ケアシステムの危険性を踏まえながらも、在宅医療や病診連携、診療連携の各シーンで、患者が求めている機能や歯科医が望む評価とは何かを整理し、発信することが急がれる。

「か強診」は白紙に戻して再構築を

基礎的技術料の引き上げが必要

今回の改定は、0.61%というわずかな財源の中で、「か強診」や新規技術など、高額な医療機

器の購入などの厳しい基準をクリアした医療機関だけが、一部の点数を分け取りするような構図になっている。多くの医療機関にとって満足できるものではない。初・再診料の引き上げや、基礎的

協会は、「か強診」はいったん白紙に戻し、抜本的に改定・再構築すべきだと考える。会員のみならず皆さんの意見を寄せ

いたきたい。