

宇佐美宏保団連歯科代表に聞く

——1990年代後半から現在に至るまでの歯科診療報酬の特徴は。

90年代後半から厚労省は長期維持管理路線を一貫して進めている。その始まりは96年の補綴物維持管理料の導入だ。

補管では、①2年間の包括②保証書の義務付け



題をほらんでいる。

——補管の導入による影響は。

2000年の改定では「か初診」が導入された。5項目の施設基準の一つに補管が位置付けられ、厳しい算定要件を設定。膨大な文書提供やカルテへの詳細な記載、審査・指導の強化など、診

長期維持管理路線は成功報酬方式の診療報酬であり、新たな医療費抑制システムという重大な問

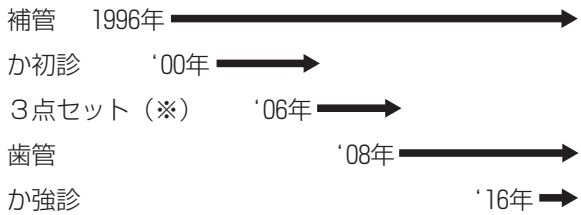
療に大混乱を招いた。医療機関の差別化・選別化の狙いが鮮明になった。

保団連の反対運動などで06年に「か初診」は廃止になったが、日

「か初診」が導入された。5項目の施設基準の一つに補管が位置付けられ、厳しい算定要件を設定。膨大な文書提供やカルテへの詳細な記載、審査・指導の強化など、診

「報復改定」と呼ばれるほど厳しい内容となった。

主な長期維持管理料と施設基準の導入の流れ



※歯科疾患総合指導料、継続管理診断料、継続指導料

た16年で、96年からの長期維持管理路線の歯科医療費を比べると、補管が入った96年を境に右肩上がりから横ばいに転じている。長期維持管理が診療報酬の抑制に利用されたことは明らかだろう。

——長期管理と選別化政策が強められつつあるのではないか。

そんななか、16年改定で出てきたのが「か強診」だ。11項目の厳しい施設基準をクリアしなければ算定できず、同じ診療行為でも医療機関によって点数が異なる「二物多価」が大きな問題となっている。

補管導入前の「かわれ

厚労省の表向きの理由は、疾病の重症予防や生涯管理、地域包括ケアシステムへの対応だが、▽か強診▽在宅専門診療所▽一般診療所——に区分けし、医療機関の選別化を進めている。今後、か強診では疾病の重症化にペナルティーが持ち込まれたり、普及度が高まれば加算点数が改廃される可能性もある。一般診療所は選別化・差別化のなかで淘汰されるのではないかと危惧する。患者が望む「いつでも、どこでも、誰もが」受けられる保険で良い歯科医療とはほど遠い方向と言わざるを得ない。(つづく)

保険で良い歯科を求めて

過去・現在・未来 ④

成功報酬と施設基準で抑制