

歯科医療現場の声を反映するも、歯科医療崩壊を加速させる実質マイナス改定

2014年2月12日
全国保険医団体連合会
副会長 田辺 隆

今次改定は、全体改定率 0.1%のプラスとし診療報酬本体では 0.73%引き上げ、医科 0.82%、歯科 0.99%、調剤 0.22%の引き上げとされた。しかし、消費税増税に伴う補填分を除くと 1.26%のマイナスとなり、実質マイナス改定である。歯科診療報酬本体は調剤を加味せず消費税補填分(0.87%)を除くとわずか0.12%のプラス、財源では前回改定の10分の1の約40億円程度である。

前回改定では、歯科は公称1.7%のプラス改定であったが、2013年度医療経済実態調査結果では、医業収益の保険診療収益の増加は前回比で48.5%、医療費の伸び率で1.4%と、改定率を下回る結果となっている。また、保団連が昨年実施した「歯科会員アンケート」でも、保険収入は「増えた」は僅か15%で、「減った」が52%、「変わらない」29%と、半数にも及ぶ歯科医療機関が保険収入の減少になっている。さらに今回の改定では消費税増税にともなう補填分が上乘せされたとしているが、医療機関の経営を圧迫する損税を解消するものとはなっていない。

今次改定で在宅歯科医療の推進、医科歯科連携強化、歯科医療の推進では、生活の質に配慮した歯科医療の充実や新規・先進医療技術の保険導入などが行われた。「在宅歯科診療の推進等」では、歯科訪問診療料3の新設、医科歯科連携が重要であるとして、在支診又は在支病から歯援診への情報提供の評価や、新たな施設基準によって在宅を中心に訪問診療を実施している歯科診療所の評価が新設された。「生活の質に配慮した歯科医療の充実」では、歯周治療における歯周治療用装置や歯周病安定期治療の算定要件の緩和、歯科疾患管理料の2回目以降の管理計画書の提供時期にかかる算定要件の見直しなど、各協会・医会と保団連の要求が一定反映された。

また、小児保険装置や歯科用CAD/CAM(コンピュータ支援設計・製造ユニット)装置を用いて作製された歯冠補綴物などの保険導入が行われた。

しかし、今回改定でも基礎的技術料の抜本的引き上げは見送られた。また、在宅を中心に訪問歯科診療を実施している歯科診療所の評価が施設基準の届出によること、歯科訪問診療における20分要件については、形を変えたものの存続したこと、従来の義管B.Cが新たに歯科口腔リハビリテーション料1としての評価となったが、介護保険とのからみで将来的に在宅における義歯の位置づけが大きく変わる可能性が出てきたことなど、問題点が散見される。

さらに、歯科技工に関しては歯科技工加算がわずかであるが引き上げられたが、歯科技工士の離職や高齢化が進んでおり、高齢社会での良質な歯科医療提供を保障するためにも歯科技工士の評価を抜本的に行うべきである。

改定内容の詳細な分析と評価は、今後出される告示や通知を踏まえて改めて行うが、現時点での主要な特徴と問題点を以下に指摘する。

1、「在宅医療の充実」には、20分要件の撤廃が必須

歯科訪問診療における「時間要件」は存続したが、医療における時間要件を画一的に診療報酬の算定要件とすることは、患者の心身の状態に応じた対応が求められる医療の特殊性、個別性になじまないことから、時間要件の撤廃は今後の課題である。

在宅を中心に歯科訪問診療を実施している歯科診療所の評価が「在宅かかりつけ歯科

診療所加算」として新設された。当該加算は施設基準を算定要件としている。衛生士の配置や設備等の人的・物的要件はないものの、訪問診療の実績が「月平均5人以上」とハードルが高く、改善などが求められる。なお、歯科訪問診療時の著しく歯科診療が困難な者に対する50/100加算の取り扱いが、外来と同様の取り扱いになったことは、運動の成果と言えよう。

一方、急性対応の人数要件の変更、歯科訪問診療料2の引き下げは、同一建物における複数人の在宅診療については、かなり厳しい内容となっている。

「在宅不適切事例の適正化」を行うとしての措置であるが、真に在宅医療の充実を目指すなら、不適切な事例に対しては、指導で改善対処すべきであり、診療報酬で縛ることがあってはならない。

2、周術期の口腔機能管理の推進のために要件緩和を

今回の改定では、在宅医療と周術期口腔機能管理において、医科歯科連携の評価が盛り込まれたことは重要である。その点で医科医療機関からの情報提供について特段の評価が必要である。さらに必ずしもガンや放射線治療を要件としない患者（疾患）への周術期における口腔機能管理の対象拡大、歯科の評価の充実などを図り、医科歯科連携をすすめるべきである。また、在宅医療における歯科への情報提供加算を算定できるのは1割程度の在支診、在支病に限定され、連携対象となる歯科医療機関も1割の歯援診に限定されている。それぞれ1割程度の医療機関に限定されているのであれば、取り組みは広がらない。医科歯科連携をさらに推進するためにも要件の緩和などをすべきである。

3、義歯の管理 抜本的改編

有床義歯の管理については、簡素化と抜本的改編が行われ、医学管理としては新製有床義歯管理料のみとなり、義管B.Cは一本化され歯科口腔リハビリテーションとして位置づけられ、月1回の算定となった。義歯の管理が一部リハビリに移されたことは、介護保険との絡みで将来、介護保険給付の対象とされかねず、ひいては、在宅の義歯そのものがリハビリ装具として扱われる可能性が出てきたことは、看過できない。

4、先進医療技術からの新たな保険導入

先進医療技術からはCAD/CAM冠、歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術が新たに保険導入された。CAD/CAM冠については、施設基準として届出が必要であるが、技工士の配置がない場合やCAD/CAM装置の設置がない場合でも、当該要件を満たす歯科技工所と「連携」が図られていれば、要件当該施設基準を満たす取り扱いだとされた。金パラを用いないものとして評価できるが、現時点では、適応は「小臼歯」に限定されており、拡大が求められる。

5、粘り強い大きな運動で数々の成果

歯周治療における要件が緩和され、臨床の実態に即した取り扱いとなりつつある。歯周治療用装置の要件の見直しが行われ、「歯周病検査（歯周精密検査）を実施した患者に対して算定する」に変更され、手術要件が撤廃された。初診時に重度の歯周病で精検を行った場合、必要があれば歯周治療用装置が行えることになった。また、歯周病安定期治療は、中等度以上の歯周病を有する患者が対象で、「中等度以上」とは、「骨吸収が根の長さ1/3以上であり、歯周ポケットは4mm以上で、根分岐部病変を有する」と規定されていたものが、「根分岐部病変」の規定が削除になった。このことにより、対象患者が拡大し、運用しやすくなったと考えられる。

また、加圧根管充填は、根管充填の加算であったため、理由のいかんにかかわらず根管充填当日にX線撮影を行わなければ算定できない取り扱いであった。電子レセプトの

算定日情報によって、異日の場合は審査で査定され、不合理だとの声が数多く寄せられていた。今回、加算から加圧根管充填処置と処置行為として独立した。

さらに、歯科疾患管理料における2回目以降の管理計画書の提供時期について大きな見直しがされた。SPT期間中でなければ、4月に1回の提供とされ、患者個々の事情、主治医の判断が考慮されない規定だったものが、文書提供不用の旨を確認した場合は、4月を超えても差し支えないという、一定医療現場の実態に即した規定に変更された。

以上のように、今次改定は、現場の声が一定反映され評価された部分がある一方、実質マイナス改定の限られた財源のなかでは、歯科医療の危機を抜本的に改善することはできない状況である。この最大の要因は、長年にわたる低歯科医療費政策にあり、更に窓口負担増による患者の歯科受診抑制・治療中断が歯科医療危機を一層深刻化させた結果である。

歯科医療危機を食い止め、歯科医療の質の確保と安全を保障できるよう、歯科医療費総枠拡大と診療報酬の大幅引き上げが喫緊の課題である。

保団連に結集する歯科医師は、これまでの運動の教訓に学びながら患者・国民と手を携え、歯科医療危機打開に向け「保険で良い歯科医療」の実現に向けた運動をこれまで以上に強く進めていく決意である。