

削って詰めて180円—

ありえない診療報酬と 保険でできない歯科治療



● 保団連副会長

田辺 隆 たなべ たかし

1958年生まれ。1984年日本大学松戸歯学部卒業。1984年北海道大学歯学部歯科保存学第一講座、1986年ワタナベ歯科診療所勤務を経て、1989年開業。現在、北海道保険医会常任理事、社会保険診療報酬支払基金北海道支部審査委員・運営委員、北海道歯科医師会社会保険委員会委員長、札幌歯科医師会北支部支部長。

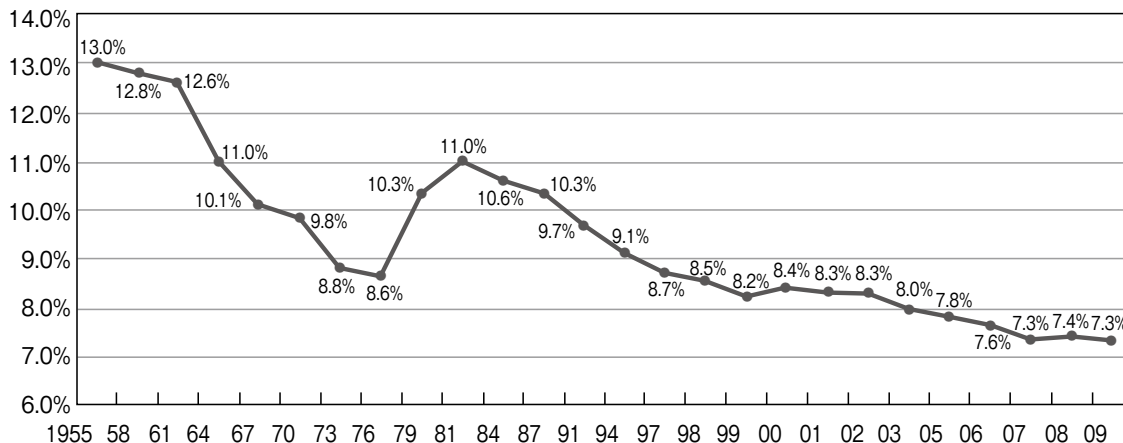
- 歯科の技術料評価は驚くほど低く、かつ、長年にわたって評価の見直しがされず、据え置かれたままとなっている。また、いわゆる「保険のきかない治療」が数多く存在し、受診に際して「いくらかかるかわからない」と治療費について不安を抱かせ、受診抑制を引き起こしているのが歯科の現状である。
- う蝕処置—180円、根管貼薬処置—200・220・300円など、歯を保存するために非常に重要な治療行為であるにもかかわらず、極めて低い評価しかない診療項目が多数ある。その実態について改めて検証してみたい。

はじめに

厚生労働省が発表した2009年度の国民医療費は、36兆67億円で前年度に比べ1兆1983億円、割合にして3.4%増加した。一方、歯科医療費は2兆5587億円で前年度に比べ190億円減り、総医療費に占める割合も0.3%減少して7.1%となった。歯科医療費は2005年度は2兆5766億円だったが、歯科診療報酬改定史上、最悪の改定だった2006年改定以降、2年連続で対前年度比で減少し、特に2007年度が2兆5000億円を切って2兆4996

億円となったが、それでも医療費全体に占める割合は7.3%と2009年度よりも0.2%高かった。2009年度の歯科医療費はここ5年間で3番目だが、総医療費に占める割合は最低となっている。

グラフに示す通り、医療費全体に占める歯科医療費の割合は下がる一方である。患者窓口負担増による受診抑制は1つの要因であるが、もっと大きな理由として歯科の技術料評価が長年にわたって極めて不当に低いものであることや新規技術の保険導入がほとんど行われていないことが挙げられる。



グラフ 国民医療費に占める歯科医療費の割合

出所：厚労省「国民医療費の概況」より

全く評価されていない歯科の医学管理

医科との評価格差が際立っているのが医学管理である。表1は、歯科の主な医学管理であるが、歯科固有の医学管理は2006年の診療報酬改定から患者に対する文書提供が算定要件となっている。にもかかわらず、この評価の低さである。同年改定時には、医学管理における点数の引き上げはなかったわけで、情報提供のために作成した文書に対する評価は全くないに等しい。一般的な医科の診療所では、ニコチン依存症管理料のように施設基準として届け出るものや薬剤情報提供料のように歯科と共通の医学管理以外で文書提供が必要なものは、生活習慣病管理料（650点～1280点）のみである。一方、歯科の医学管理で唯一文書提供が算定要件となっていないのは、内容が医科と共通している歯科特定疾患療養管理料だけである。

表1 歯科の主な医学管理

歯科疾患管理料	110点（月1回）
歯科衛生実地指導料	80点（月1回）
歯科特定疾患療養管理料	150点（月2回）
新製有床義歯管理料	150点（月1回）
有床義歯管理料	70点（月1回）
有床義歯長期管理料	60点（月1回）

A群（研修歯科医が単独で行える程度の診療技術度の行為および一般に歯科医師の指示・監督下に歯科衛生士が診療補助として実施している行為）、技術度B群（歯科医師臨床研修修了者が単独で行える程度の診療技術度の行為）、技術度C群（中程度の診療技術の行為）の診療項目のうち、1分あたりの保険点数が5点以下のものについて調べてみた。この他、鑄造歯冠修復の装着をはじめとして多くの項目が5点以下という結果が出ている。

歯科においては「処置」に属する基礎的技術料の評価が適正に行われていない。この5点以下の診療項目のほとんどが、日常の歯科の臨床現場では頻繁に行われているものである。1点単価10円で、う蝕処置は180円、根管貼薬処置は200円・220円・300円。こ

不当に低い評価の基礎的技術料

表2は、2011年3月に日本歯科医学会から出された「2010年度版 歯科診療行為（外来）のタイムスタディー調査」をもとに、技術度

表2 技術度がA、B、C群で1分あたりの点数が5点以下のもの

診療項目	保険点数	1分あたりの点数	技術度
有床義歯調整管理（義歯の調整）	30	2.0	B-1
根管貼薬1根（根管の治療）	20	2.4	C-1
根管貼薬3根（根管の治療）	30	2.4	C-2
マイオモニター（顎関節疾患の治療）	80	2.7	C-2
P処（歯周疾患に対する処置）	10	2.7	A-2
根管貼薬2根（根管の治療）	22	2.8	C-1
う蝕処置（う蝕罹患歯質の除去）	18	3.0	B-1
乳幼児う蝕薬物塗布処置（う蝕進行止め）	40	3.2	B-1
歯科衛生実地指導（歯科衛生士による指導）	80	3.4	A-2
歯髄保護処置間接法（深いう蝕に薬剤を充填する）	25	4.3	B-2
除去・簡単（充填物の除去）	15	4.4	C-1
除去・困難（装着されている冠の除去）	30	4.8	C-2

※日本歯科医学会 歯科診療行為（外来）のタイムスタディー調査より作成

表3 技術度がD、E群の診療項目の1分あたりの点数

診療項目	保険点数	1分あたりの点数	技術度
骨瘤除去手術	110	2.7	D-1
除去・メタルコア（土台の除去）	50	3.8	D-2
歯槽骨整形手術	110	7.0	D-1
SRP・大臼歯（歯周治療の処置）	68	7.0	D-1
顎運動関連検査・ゴシックアーチ	380	8.7	D-2
電氣的根管長測定・3根管	60	9.8	D-1
歯周ポケット搔爬術（歯周治療の手術）	75	10.2	D-2
連合印象（義歯を作製するための印象）	225	10.4	D-1
分割抜歯（複根歯の保存不能の根の抜歯）	470	11.1	D-2
歯の移植	1300	12.0	E-2
根管内異物除去（根の中で破折した器具の除去）	150	12.3	E-1
歯周組織再生誘導手術（歯周治療の手術）	730	12.9	E-2
歯肉剥離搔爬手術・大臼歯（歯周治療の手術）	600	18.7	E-2

※日本歯科医学会 歯科診療行為（外来）のタイムスタディー調査より作成

れらは、歯を保存するためには非常に重要な治療行為であるにもかかわらず、極めて低い評価になっている。表4は、2009年度の社会医療診療行為別調査をもとに、これらの診療項目の算定状況を表したものであるが、この7項目だけで処置の算定回数の16.9%を占めているにもかかわらず、算定点数としては

4分の1以下の4%という状況である。

高度な技術に対する評価も適正を欠く

表3は、技術度D群（高度の診療技術の行為）、技術度E群（さらに高度の専門的トレーニングを要する高い技術の行為）において1分あたりの保険点数が低いものを順に示した。これらの診療項目は、歯科臨床において施術頻度の高いものであり、基礎的技術と同様に極めて不当に低い評価がされているといわざるをえない。

同調査では、所要時間1分あたりの保険診療報酬をさらに検討するために、評価の低いグループ（I群）5点未満（1時間あたり約3000円以下）から5

点ごとに評価の高いグループ（VII群）30点以上（1時間あたり約18000円以上）までの7群に分け、さらに検討を行っている。調査された642項目のうち、評価の低いI群には244項目（38.0%）、II群には119項目（18.5%）、III群には68項目（10.6%）と、実に調査項目の67.1%が評価の低いカテゴリーに分類され

たとしている。また、歯科診療行為の中核を占める技術度 C、D では大多数がⅠ～Ⅲ群の範囲にあるとしている。

放置された評価の見直し

これらの基礎的技術料が、診療報酬改定の度に一定の評価の見直しがされてきているならまだしも、全くとっていいほど適切な評価はされてこなかった。2011年9月6日に田村智子参議院議員（日本共産党）が、歯科検診の受診状況のほか、歯科医療の適切な提供に関して、①歯科診療報酬のうち1986年改定以来、点数が変わっていない項目について明らかにされたい。これらの項目が25年間引き上げられてこなかったことは、賃金上昇や物価上昇などと比べて必要な評価が行われてきたとは言えないのではないか。②新規開業歯科医師のワーキングプアが問題となるなど歯科医療は崩壊の縁にあるが、その原因の一つは①で指摘した長期にわたって据え置かれてきた項目をはじめとする歯科診療報酬、特に歯科特有の技術について適切な評価が行われなかったことにある。次期診療報酬改定で歯科診療が適切に確保されるよう十分な評価がされるべきと考えるが、政府の見解を明らかにされたい—との質問主

表4 処置全体に対する算定割合（H21年度 社会医療診療行為別調査より）

診療項目	算定回数	算定割合（※）	算定点数	点数割合（※）
根管貼薬1根	884,741	3.4	12,379,111	0.5
根管貼薬2根	299,088	1.1	6,568,683	0.3
根管貼薬3根	1,134,536	4.3	31,616,262	1.4
P処	283,875	1.1	2,838,495	0.1
う蝕処置	704,081	2.7	1,1117,960	0.5
除去・簡単	426,967	1.6	6,382,914	0.3
除去・困難	714,012	2.7	21,400,866	0.9
合計	—	16.9	—	4.0

※1 処置の総算定回数は26,289,310回、総算定点数は2,313,553,885点

※2 H21年度では、根管貼薬1根管—14点、根管貼薬3根管—28点

表5 長年に渡って評価の変わらない診療行為の一例

診療項目	保険点数	変遷
P処	10	昭和47年より
う蝕処置	18	昭和51年より16点、平成22年から18点
除去・簡単	15	昭和49年より
除去・困難	30	昭和49年より
骨瘤除去手術	110	昭和56年より
歯槽骨整形手術	110	昭和56年より
スタディモデル (口腔の状態を調べる模型)	50	昭和45年より、平成22年に廃止

意書を提出した。

政府答弁書では、「現在の歯科診療報酬点数表において、評価される診療行為及び点数表の双方が、1986年4月時点の歯科診療報酬点数表と同じである項目は50項目以上ある」としているが実態は違う。スタディモデル（口腔の状態を調べる模型）などのように、1970年から50点のまま一度も引き上げがなかった項目で、2010年度の診療報酬改定で廃止された診療行為は当然含まれていない。

2007年12月に小池晃前参議院議員（日本共産党）は、質問主意書で20年前と比較して点数が変わっていない項目について政府に質し、答弁書では73項目が挙げられ、2008

年改定では、そのうち5項目の引き上げが行われた。この項目と2010年改定で若干の引き上げが行われた項目も含まれていない。そして、今の歯科の惨状があるのである。

このようなことは他でありうるのか

両氏の質問主意書では、先に述べたように「適正評価」についても質しているが、政府の答弁はいずれも、「歯科診療報酬については、物価、賃金等の動向、歯科医療機関の経営状況、医療保険財政の状況等を総合的に勘案し、中医協における議論を踏まえ、必要な項目については重点的に評価するなど、適切に設定しているところであり、今後とも、適切な歯科診療の確保を図るため、中医協における議論を踏まえ、適切に設定してまいりたい」としている。

表1～3で取り上げた診療項目のうち、答弁書にある評価の変わらない項目は、乳幼児用蝕薬物塗布処置、P処、除去（簡単・困難）、歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術であるが、50項目以上が25年間も評価の見直しがされず、放置され続けた状態で、「物価・賃金の動向を勘案し、適切に設定している」と感じる歯科医師は一人もいないであろう。

不可解な点数設定

これまで、歯科診療においてあまりにも低い評価の診療項目がいくかに多いか、そして、長年にわたって評価の見直しが放置されてきたことを検証してきたが、それ以外にもあまりに不可解な点数設定や算定要件があるのでその一例をみてみたい。

医学管理では、歯科疾患を継続的に管理す

る歯科疾患管理料が110点の点数設定しかされていないのに対して、新しい義歯を装着した月の新製義歯管理料が150点となっている。この義歯に係わる医学管理については、装着月の翌月と翌々月は有床義歯管理料—70点、それ以降は有床義歯長期管理料—60点の算定と逓減されていく。新製義歯管理料算定時には、患者に対して文書による情報提供が必要なものの、義歯管理に際して行われる治療行為に点数ほどの差異はない。

また、在宅においては歯科訪問診療料1（同一建物内1人に限り）—830点、歯科訪問診療料2（同一建物内複数患者・1人につき）—380点があるが、これらの算定については時間要件があり、診療時間が20分未満の場合は歯科訪問診療料ではなく基本診療料（初診料、再診料）での算定となる。先に取り上げた日本歯科医学会のタイムスタディー調査では、在宅関連の24診療項目のうち20分を超えている項目は10項目しかない。在宅診療を行っても外来診療と同じ取り扱いでは、在宅医療の推進をうたっている厚労省の方針に逆行するものではないだろうか。また、同じ治療を受けていても治療時間の違いによって負担が変わることは、患者にとっても理解しがたい要件といえる。

新しい技術の保険導入が非常に少ない

歯科では、2000年度以降の診療報酬改定での新規技術の導入項目は、2000年度—シーラント、2004年度—スリープスプリント、2006年度—機械的歯面清掃加算、2008年度—歯周病安定期治療、歯周組織再生誘導手術、接着性ブリッジ、う蝕菌無痛の窩洞形

成加算（レーザー応用）、非浸襲性歯髓覆罩法、静脈内鎮静法、2010年度一歯周基本治療処置、舌摂食補助床、術後専門的口腔衛生処置、下顎関節突起骨折観血的手術、皮膚悪性腫瘍切除術などがある。

2008年以降、2回の改定では若干、新規技術の導入が行われたが、それ以前はないに等しい状況である。このことは、患者・国民は安全性の確認がされている新しい技術を用いた治療を受けられていないことを意味する。一例として、日本歯科保存学会が保険取載を要望しているNi-Ti製リーマー・ファイルとロータリー式エンジン装置を使用した根管拡大は卒後研修教育レベルの技術であり、顕微鏡下で行う根管治療は、歯科領域に導入後20年が経過し、すでに成熟した治療技術と位置付けられているにもかかわらず、未だ保険導入はされていない。

また、硬質レジン前装鑄造冠は前歯部では1986年より保険導入されているものの、患者からの保険導入要望の強い小臼歯部においては、25年たった今でも保険給付外診療である。さらに、差額徴収制度廃止後の1977年8月22日に日本歯科医師会と厚生省の間で歯科保険医療問題の改善について折衝が行われ、①国民の医療上、必要かつ緊急とされるものは、保険給付として取り入れる②一挙に実施に移すことは、種々困難な問題もあるので、段階的に概ね3年程度で実現する一とし、2年目に「金属床義歯」が保険導入されるはずであった。しかし、実際は、1994年に金属床義歯のうち総義歯だけが特定療養費制度として導入されたにすぎない。

保険給付外の診療行為の保険導入が遅々と

して進まないことは、結局は、患者・国民が良質で新しい技術を受けられないということに繋がっているのである。

おわりに

2010年度の診療報酬改定において、手術関連の技術料が大幅に引き上げられたが、これらについては外保連の第7試案が大きな働きをしたといわれている。歯科の技術料評価は、不当といわざるをえない評価しか受けていないが、歯科界をあげて、今まで以上にエビデンスに基づいた改善要求をしていかなければ、患者・国民に良質な歯科医療を提供することは、もはや困難な状況に来ている。また、歯科では、昭和51年通知¹⁾によって歯冠修復、欠損補綴においてのみ混合診療が認められているが、この自費診療があるために歯科の技術料評価が適正に行われていないというのであれば、歯科医師はこの通知について改めて考える時期に来ているのではないだろうか。

そして、患者・国民が費用の心配をすることなく、安心して歯科を受診できるよう、「保険のきかない治療」を積極的に保険導入していく運動をさらに展開していかなければ、歯科界に未来はない。2012年改定に向け、今まさに正念場を迎えている。

注)

- 1) 歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取り扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復においては歯冠形成（支台築造を含む）以降、欠損補綴にあっては補綴時診断以降を保険給付外の取り扱いとするものである。