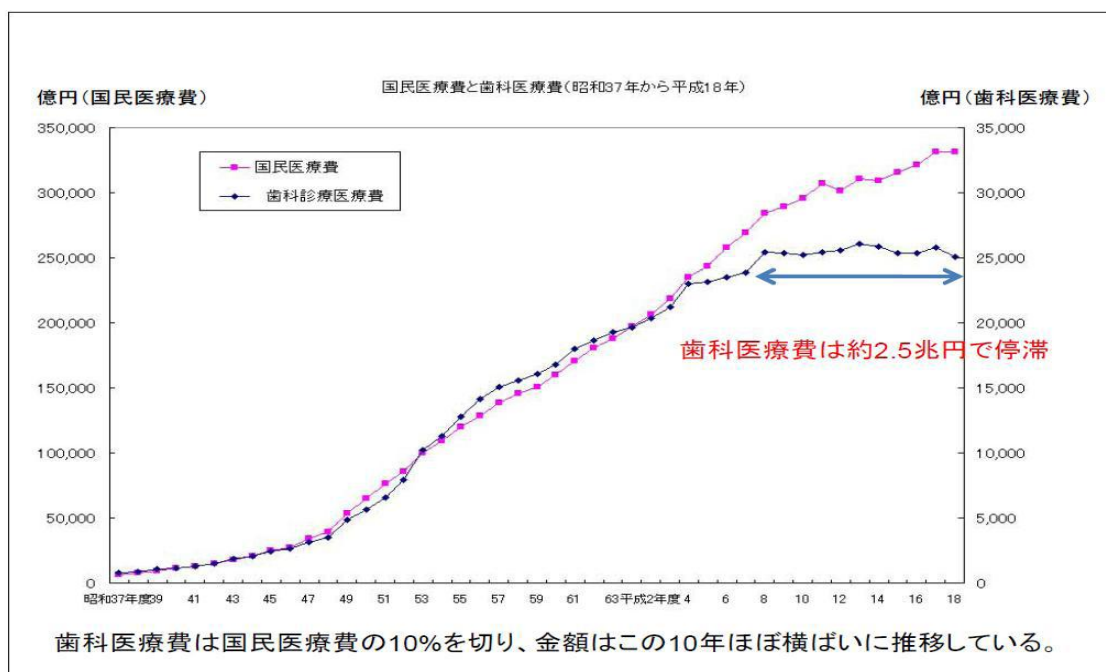


保険診療の診療報酬は、2年に一度改定される。現在は、まず改定率が決まり、その後各診療行為の点数が貼り付けられる。各点数が、改定率の分だけ変わるのではなく、上がるものもあれば、下がるものもあり、トータルで改定率の分だけ診療報酬が変化することになっている。影響率というのは、その診療行為の点数を1点上(下)げると、全体を何%上(下)げるかを示すものである。例えば、H21年の初診料の影響率は、今回の頻度調査では0.0295なので、初診料を10点上げるには、全体を0.295%上げることになる。医科並みの初診料にするには、今回の改定のアップ分全部を回しても足りない計算になる。

では、改定後の総医療費が改定率通りに増減するかというと、そうではない。改定の際に使う影響率はその2年前の結果から導き出されたものを使う。改定の際に想定される診療行為の回数は前々年のものであり、改定後に予想される回数ではない。つまり、2年前よりも診療行為の回数が増えれば、その行為の総医療費は想定よりも増え、逆に、診療行為が減れば、その行為の総医療費は減ってしまうのである。医科の場合、高齢化のためか診療行為自体が増えていっているため、改定率がマイナスでも、総医療費は増加している。新規技術が積極的に導入されるので、段々増えていく診療行為が多くあるためでもある。これが、いわゆる自然増である。一方、ここ数年は、総歯科医療費(保険)はほぼ横ばいである。医科のように自然増していない。

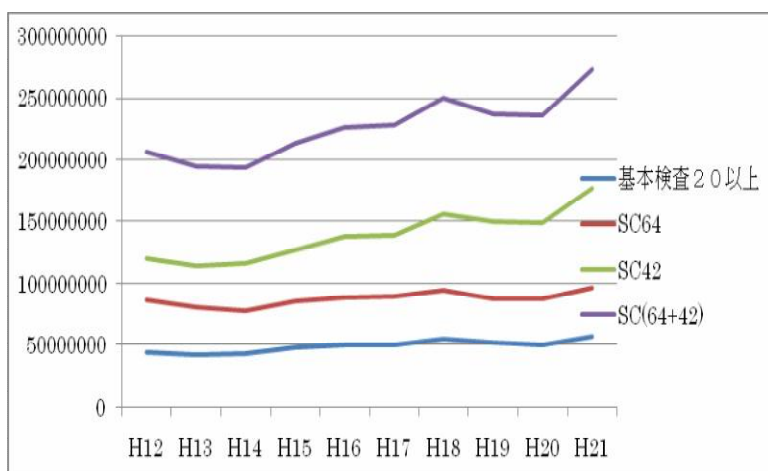
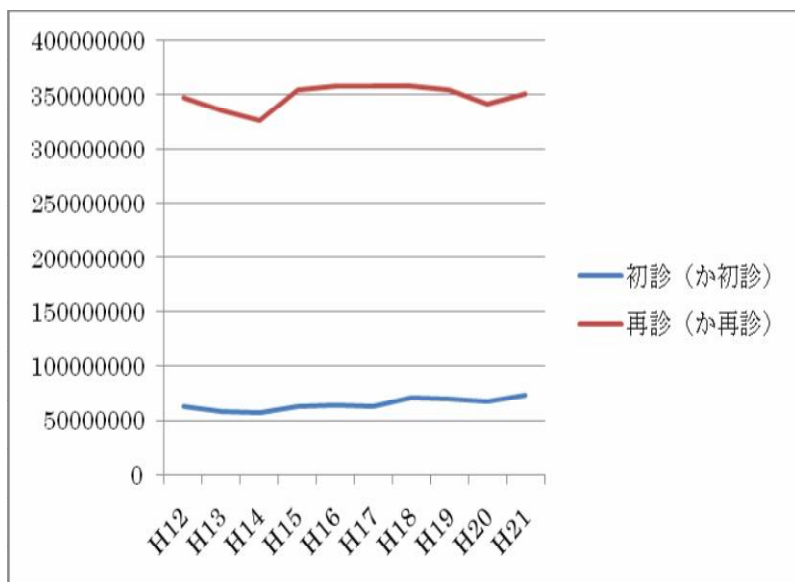


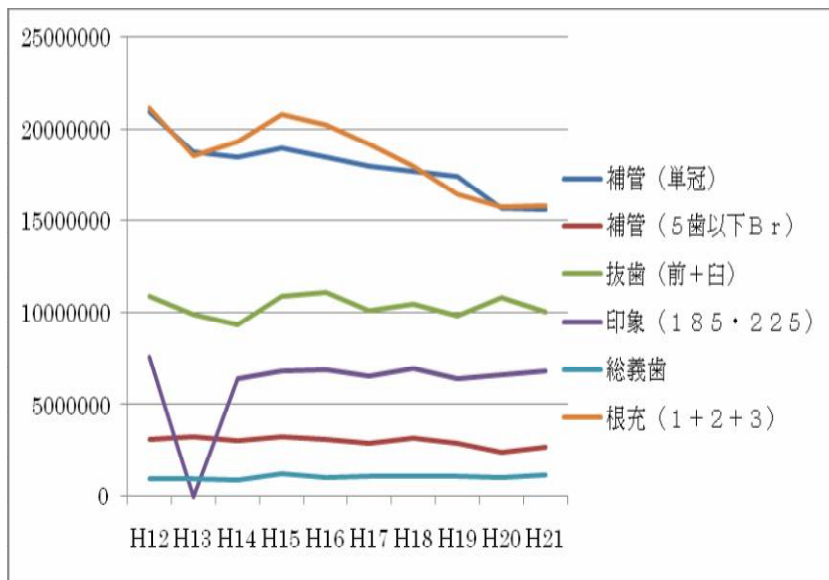
単年の改定率や影響率だけを考慮して改定作業するのではなく、過去の診療行為の変遷から、将来のそれを推定して改定作業を行わなければ、歯科の総医療費はそのまま増加しないであろう。

そこで、過去の診療行為別頻度調査から、主な診療行為の行為回数を推定してみた。サンプル調査で得られた行為別頻度に東京都全体の月別総受付件数の平均を掛けて数値をだしている。

	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
受付件数	1663869	1608381	1643273	1754389	1810871	1859962	1893377	1893514	1931290	1944053

受付件数は年々増加しているが平均点数は減少している。





初診料は横ばい、再診料はやや増。P 関連は増加。CR は増加（最近は減少）、鑄造修復は減少。根治は大きく減少していることがわかる。単純に考えれば根治や鑄造修復の点数を下げて、その分、P 関連や CR の点数を上げれば、改定率が0（ゼロ）でも総歯科医療費が上がるのが予想できる。また、点数が変わらない場合は、根治や鑄造修復の減少分を P 関連や CR が上回らなければ、歯科医療費が自然減することもこの結果から、容易に予想できる。

総医療費が増加するためには、診療行為がこの先増加するであろうものに多くの点数を貼り付け、減少するであろうものは、点数を上げない、若しくは引き下げ、その分の予算を他に振り分けた方が得策であることは確かであるが、では、改定でアップする分をどこ

に振り分けるのがいいのであろうか。

歯科医師には、差額徴収があった時代から各点数が低いという不満がある。特に根治や技工を伴う補綴は、低点数に抑えられたままという認識を持つ歯科医師は多いだろう。ここに点数を割り振れば、長年の不満は解消するかもしれない。ただし、それでは年々減少する診療にアップ分を回すことになるので、長い目でみれば総歯科医療費を引き上げることにならない。逆に、総医療費を増やそうとするならば、根治や鑄造修復の点数は上げられない。結局、総医療費を増やすための「戦略」を優先させると基本的な診療の点数が相対的に低くなってしまおうという「ジレンマ」に陥っているのである。

医科のように、今は行為数が少ないが、将来多くなるであろう新規技術を導入することが、一番望ましいはずであるが、MB や金属床はもはやそのような対象にはなりえなくなっている。新規の技術を導入する際、現行の点数を基準に、新点数が決められるということには賛成できないであろうし、既に広く普及した技術を導入することは、財源を考えると昨今の改定率では、とうてい不可能である。

本来は、歯科医学に基づき歯科診療を行い、そこに制度を当てはめるべきである。けれども、現状は制度が歯科診療を決めている。様々な算定要件と呼ばれる縛りが、歯科医学に基づいた歯科診療を困難にしている。実は、改定率から診療をどうするかを考えることはそのことと同様であり、本末転倒なことで、そもそもジレンマの素なのである。従って、抜本的に診療報酬の決定方法を見直さなければ、ジレンマは解消されない。抜本改革が難しいのであれば、場当たりの改定を繰り返すのではなく、矛盾のないゴールを決めて少しずつでもそれに近づくように変えていく必要があるはずだろう。

具体的には、患者のためにも、基本的な診療の点数を少しずつでも上げて質の向上を先ず図るべきである。そして、保険外併用療養費制度を最大限利用し、新規技術を制度の枠内に取り組み、基本的な診療の点数アップと合わせて、新規技術と保険診療の垣根を低くしていく。そして、財源のある時は、新規技術を保険に取り入れていくようにするのである。

新規技術には、例えば「予防」的なことを取り入れるのも一案である。疾病保険である現保険制度では、予防は適用範囲外であるが、医科には、脳血管障害や心臓疾患を「予防」するための、高血圧症や高脂血症のような「疾病」の治療がある。う蝕や歯周病の「予防」のために、唾液の「低緩衝能症」や口腔内の「菌感染症」という「疾病」を治療することは歯科診療で可能であるのだから、保険の適用も可能なはずであろう。

上記は、あくまでも案の例示であるが、歯科医療を良くしていく方法は、他にもあるはずである。いずれにせよ、既存のやり方にとらわれずに少しずつでも改善していかなければ、歯科医療の未来は切り開かれていかないだろう。