各院所からみた2012年4月改定

医業経営に影響は少ないが 一体改革の実践部分に注意

中島医院　中島 勉

今回の診療報酬の改定は診療所の医科ではあまり点数が変わっていないので、経営には影響ないように見える。特に開業医レベルではほとんど変わりがない。しかし、幾つか変更点がある。時間外対応加算、強化型支援診、一般名処方加算だ。周りを見るとこの変更にかかわりたくない先生も少なくない。

ところで今回の改定はまさに一体改革の実践が行われている。2025年の医療提供体制の姿を想定している。団塊の世代が75歳以上になる時である。その時に医療費がピークになると予測される。医療費をあまり増やすことがないように、病床を増やさないことが一番の眼目である。そのためには平均在院日数の短縮、入院から在宅、医療から介護への流れが必要と言う。平均在院日数の短縮があれば、入院基本料が上がる。しかし、いろんな条件が必要とされる。また地域との連携加算が目白押しにでている。否が応でも入院日数を減らさなければ生き残れない。そして地域との連携もしなければいけない。これは病院だけの問題ではなく、地域すなわち、開業医へと負担がかかってくる。夜間の診療、地域での看取り、がん患者の緩和ケアがより必要になってくる。忙しい医師にとって、それに答えるパワーがあるだろうか。しかし有無を言わせない感じで迫ってくるだろう。

患者から見ては、自助、共助の掛け声で患者負担が増える。保険料が実際増えている。団塊の世代の医者はあと10数年で後期高齢者である。団塊の世代の医者にとって残り時間は多いとは言えない。一体改革のもとに医療者および患者がつぶされないように行動したいものである。　（長野市）

漢方薬の項目追加は初

日歯の「歯科関係薬剤点数表」

日本歯科医師会が２年ごとに改訂の「薬価基準による歯科関係薬剤点数表」の平成24年４月現在版が発行されている。同書は歯科用薬剤３項目と医療用医薬品（内用薬・注射薬・外用薬）19項目からなるが、今回、これまで掲載されていた「歯槽膿漏症治療薬」項目のリゾチーム塩酸塩製剤が同薬の効能効果のうち「歯槽膿漏症（炎症型）」等の本年1月20日の承認取り消しにより項目自体が削除され、これに代わり初めて「漢方薬」の項目ができ、以下の７種の漢方薬が列挙された点が特徴だ。

①立効散（りっこうさん）:歯牙痛，抜歯後の疼痛，歯齦炎、②半夏瀉心湯（はんげしゃしんとう）:口内炎、③黄連湯（おうれんとう）:口内炎、④茵蔯蒿湯（いんちんこうとう）:口内炎、⑤五苓散（ごれいさん）:口渇、⑥白虎加人参湯（びゃっこかにんじんとう）:口渇、⑦排膿散及湯（はいのうさんきゅうとう）:歯槽膿漏，歯齦。-①のみ22年度、解熱消炎鎮痛剤の項で掲載-

今回の漢方の掲載について、漢方も含めた薬剤の歯科での保険適用拡大で過去に朝日新聞にも投稿、口腔内科学を提唱されている大阪歯科大学の王宝禮教授に聞いた。

王教授　今回掲載された７種の漢方薬掲載の背景には、従来から処方されていた西洋薬では対応できない口内炎や口腔乾燥症、歯周病に対して漢方薬の処方が歯科で多かったために、掲載されたと考えられる。また患者の漢方薬へのニーズも高かったと推測される。これらの疾患に対する漢方薬の薬理作用や有効性は既に学術誌に掲載されている。今後の漢方薬の普及に伴い、医科同様に卒後教育としての歯科医師への漢方薬の処方の教育や全国の大学の歯学部教育に東洋医学教育の導入が必要性だ。

長く耐えてきた項目が僅か増点 2極化懸念の中,ﾍﾞｰｼｯｸな治療を

後藤歯科医院　後藤恵実留

我々開業保険医が長く不満に耐えていた項目の点数がほんのわずかではあるが増点したことは、「保険でより良い歯科医療を」運動が少なからず影響を及ぼしたと考えたい。詳細な分析予想では歯科医療崩壊に歯止めをかけるには遠く及ばない。砂漠にほんの数滴雨が降ってきたようである。

まず、う蝕減少は、歯科医師、歯科衛生士を中心に長期間の努力の結果であることは明らかであり、この点が数字（点数）に反映されたことは一度もない。我々歯科医療チームの努力が官・民に評価されないのは、何ともやりきれない。そこでお情けで頂戴した訳であるが、日歯、日本歯科医学会、学会は歩調をそろえて取り組むべきであった。このままう歯減少が続けば、少々の増点では官にとっては痛くも痒くもないであろう。

また、在宅診療へ歯科医の目を向けさせるようになったが、歯科医師一人体制では、身を削っても充分な対応は困難である。となると、「法人」で複数の歯科医師・歯科衛生士を抱えうる裕福な歯科医院であることが、必須となる。真に２極分化を推進し、個人開業医には、実質あって無きが如くの点数である。結果、弱肉強食の構図が生まれ、個人開業医は、追い込まれ減少する。官にしてみれば、過剰歯科医師の適正化に貢献したのだから、ありがたく思えと言わんばかりの態度になるのではないかと危惧する。

次に我々がこだわるのは、パラの逆ザヤは承知で配点していることである。そのツケは患者の負担、我々開業医の負担になる。セット時に丁寧に説明してあげないと、「高いわ！！」と不満顔で対応され、要治療歯も「今は痛くないのでいいです」となり、中断、患者減につながってしまう。

またMinimal Interventionという考えが認知されているのに、なぜインレーかＦＭＣ（旧略称ＦＣＫ）の２つしか選択できないのか？　過剰切削が決して患者のメリットにならないのに、日歯、学会は4/5冠の復活を強く求めないのだろうか？　保団連はこの１点だけでも重要運動の一項目とすべきである。

もうひとつ心配な点がある。ＣＲの増点は当然であるが、形成時に６点の差をつけているのは、前述の「パラ問題」を見透かしているのではと勘ぐってしまう。確かに患者本人には、来院回数が少なく、白い歯が入ることは、大きな魅力であろうが、ＣＲで全ての症例をカバーできないことに異論を挟む先生は多くはないと思う。明らかに適応症ではないのに、無理やりＣＲ充填をした結果、隣在歯に隣接面カリエスを作ってしまった例を数多く見るにつけ、ＣＲ万能にあらず、メタルフリー、審美修復にばかり気をとられず、ベーシックな治療を確実に実施してあげることが患者さんのメリットにつながることも忘れてはならないと思う。　（長野市）

私の一言評価

初再診料はもとより、全体としての点数アップは無かったが、2006年４月の「報復改定」といわれた点数改定と比べれば、今回は歯科独自の技術料に手が付けられたことは評価できると思う。

鈴木歯科医院　鈴木信光
（辰野町）

12年4月改定について各科・各院所からの声を募集中！

2012年４月改定について各科・各院所からの声を募集中！

文字数は500～650字程度でお願いします。図書券贈呈の対象です。

また、図書券の対象外となりますが、「私の一言評価」欄にも、声をお寄せください。

原稿は、本紙の題字左の発行元まで各種の通信手段でお寄せください。掲載時の匿名希望は可。

保険医療機関の新規動向

関東信越厚生局公開の長野県分の保険医療機関指定状況から医科と歯科の新規分を紹介している。3月2日～4月1日間は、医科４件、医科で歯科併設が１件の計５件だった。（開設・管理者の氏名敬称略）

名　称	診療科名	郵便番号	所　在　地	電　話	開設者・管理者	従事形態	病床	指定日
松本市安曇島々診療所	内　歯	390-1502	松本市安曇1065番地1	0263-94-2231	(開) 松本市長　菅谷昭 (管) 髙橋 信子	常勤 (医1) 非常勤 (歯2)	6	平24/4/1
すずおか内科クリニック	内　他	399-2561	飯田市駄科1285－1	0265-48-5222	個人・横田　昌	常勤 1	無	平24/3/3
長野県厚生農業協同組合連合会　富士見高原医療福祉センター　みづうみ診療所	内　神内 精　整外	392-0016	諏訪市大字豊田2400-9	0266-54-2112	(開) 長野県厚生農業協同組合連合会 代表理事理事長 盛岡正博 (管) 村瀬 澄夫	常勤 1 非常勤4	無	平24/4/1
たけなか医院	内　他	386-0603	小県郡長和町古町967-3	0268-68-5160	個人･竹中 寛彰	常勤 1	無	平24/4/1
ミサトピア小倉醫院	内　精	399-8103	安曇野市三郷小倉2105番地1	0263-77-8711	(開) 社会医療法人城西療財団 理事長 関健 (管) 薄井 尚介	常勤 1 非常勤3	無	平24/4/1

※診療科名は頭文字又は略記載。※※開設者が個人の場合は開設･管理者は同一。※※※従事形態は診療所は医師、歯科併設は区分明記、歯科診療所は歯科医師。　※※※※指定期間は指定日より 6年。