

これからの歯科医療のあり方と政策的インセンティブについて

山田歯科医院 山田 真

現在の歯科医療は低点数問題、10年以上据え置かれた歯科医療費、極度に狭められた裁量権（文書発行義務化などの算定要件複雑化など）、歯科医師過剰問題、歯科技工問題（7：3問題、海外技工問題）、個別指導、監査、不正請求など多くの問題点を抱え、そしてそれらの抜本的な解決法が見いだせず多方向において行き詰っている。

これらの問題はそれぞれが互いに何らかの影響を及ぼしあっているため、現状維持したまま解決することなどあり得ないにも関わらず、今までの歯科医療政策はトータルビジョン、グランドデザインなしに行われてきた。その結果、解決どころか悪化をたどったと言っても過言ではない。

今回民主党が与党となり、官僚機構の見直しなど厚労省や医療制度に対しても大胆なメスを入れる唯一のチャンスと見ることもできる。

このチャンスにおいて様々な改革方法があろうと思われるが、私なりに一つの方法について考察してみたい。

“かつて”と言ってよいかわからないが、前政権において若干の見直しがなされたとはいえ、第二臨調以来医療費抑制の大きな方向が完全に転換したとは言えず、経済界主導の「効率化」「経営感覚を持つ」「無駄を省こう」「市場主義で競争原理で質を高めよう」等といったキャンペーンが未だに医療界にも入り込んできている。

医療における市場原理主義の適否については長くなること、すでにある程度認識が変わってきていることなどからあえてここでは述べないが、しかし財政難という事実は政権が変わろうとも確かに存在し、短期で解決できるものではないことは明白である。

そんな状況においては、歯科医療が崩壊しかかっているからといってすぐ資金投入されるはずはない。民主党選挙公約の中で医師数、医療費などをOECD並みにすると書かれているが、歯科において歯科医師数はすでにOECD平均と同程度であり、医療費に占める歯科医療費の割合は決して低くはない。医療費全体が増えればその分くらいは歯科医療費も増えるであろうが、その程度で現在の歯科医療問題が解決するはずもなく、また歯科医療費だけで事が済むものでもない。

そこでまず、歯科医療における「真の効率化」という視点でそのあり方を考えてみたい。現在歯科医療費の約半分は「補綴」という分野に使われている。もちろんそれは国民の口腔機能回復において多大な貢献をしており、世界的にも「無歯顎者（ここでは義歯などすら入れていないという意味）」の割合は非常に低いことから、日本の歯科医療はこの補綴によって多くが支えられてきたと言ってよい。

しかし、この補綴は材料経費、時間経費、歯科医師の技術、歯科技工など多くの費用・経費がかかるものであり、近年機械にある程度任せることが出来る（CAD/CAM など）など多少の効率化が図られているが、それでも多くの手間と経費がかかる。

当たり前であるが、「補綴」は歯の一部または全部が失われたものを補うことであり、そもそも失われなければその出番はほとんどない。つまり予防などによって歯の喪失を防ぐことが出来れば、これほどの手間と経費を省くことが出来るはずである。一方予防における経費は時間経費、歯科医師や歯科衛生士などの技術がかかるものの、「補綴」に比べればその割合ははるかに低いものである。

つまり同じ歯科医療費であれば、予防の割合が多くなればなるほど経費が下がる、すなわち利益が増大するという単純な計算が出来るかもしれない。

これをまともに計算するには膨大な研究データ、分析が必要となるであろうが、少なくとも事例として西欧各国における歯科医療のあり方を見ればある程度の想定が可能である。各国の違いはあるものの日本に比べればかなり予防の割合が高いことは確かであり、その結果として DMFT などの口腔健康を表す指数の多くは日本より好成績である。（※1）そして強調したい点は、西欧で最後まで補綴重視であったドイツ（今は予防重視になっている）を除いて、医療費に占める歯科医療費の割合は日本（7~8%）よりずっと低いものとなっている。（1~4%程度）（※2）

かなり強引な単純理論ではあるが、これらから日本の歯科医療を予防重視にシフトすれば、国民の口腔健康という結果を伴った「効率的」な歯科医療費の使い方がなされると予想されるし、事例が西欧においても認められると言っても良い。

一方補綴分野が減少することによる弊害（副作用）を考える必要がある。それに関連するのは歯科材料・機器関係業界、歯科技工士などが考えられるが、歯科材料業界においてそれだけで成り立っている会社は少なく、多くは他分野にも進出している。また予防重視にシフトしたとしても補綴そのものが無くなるわけではなく、予防で重要なパブリックケアが進むと必然的にプロフェッショナルケアやそれに関連する治療が発生してくることから、その影響はあるとはいえ多大な損害を生じるものとは考えにくい。

また歯科技工士においては、原因は不幸なものであるがその数は減少しており、年齢構成などを考えるとあと10年後には現状の歯科医療を支えることが出来なくなると予想されている。その場合何らかの“人”あるいは“物”の「輸入」を避けることが出来なくなる。しかし、予防シフトにより補綴の需要が減少すればその10年を少しでも延命することにより、その間に歯科技工士問題の解決と再度の育成を図ることも出来ると言えよう。

ひとつ誤解してほしくないのは、私は「補綴」を軽視しているのではない。歯科医療において補綴は将来にわたって重要分野であり続けるであろう。しかし世界的傾向、国民の口腔健康を考えると、今より予防方向に重心を移動することは結果的に歯科医療全体を活性化させるものであらうと言いたいだけである。

さて、予防にシフトすればそれで万々歳かといえば実はそれだけでは終わらない。日本は良くも悪くも超高齢化社会に突入している（長寿命ということ自体は本当は良いことのはずだが）。予防が浸透し長期間経つと当然歯が多く残っていく。幸い日本も昔に比べると平均的には口腔健康が改善しているため 8020 運動の目標が早めに達成されつつあり、すなわち予防シフトで高齢者の歯がより多く残る時代となることは明白である。そして北欧の例に見られるように、残存歯が増えれば増えるほど歯科治療の機会が増え、歯科医療費も自然増が発生するようになってくる。（現在医療費全体は自然増があり、医療費抑制はその伸びを鈍化させるだけで、金額自体は増え続けている。一方歯科医療費においては 10 年以上まったく伸びておらず自然増が発生していない）しかし北欧の例では歯科医療費が若干増えるが、総医療費は減るというデータもあり医療費全体の「真の効率化」に寄与すると考えられる。

医療費の問題はここまでにして、問題はその高齢者の歯、口腔のケアである。当然ながら高齢になればその分だけ体全体のリスクが高まり、何らかの原因で寝たきりとなる機会も増えてくる。予防シフトで残存歯を増やすことにより介護予防効果も十分に見込まれるが、当然のことながら必ずしも歯、口腔の問題だけで寝たきりを防ぐことはできない。

そうなったとき必要十分な口腔ケアを行わないと、乱暴な言い方になってしまうが「無歯顎の方がマシ」となってしまうかねない。予防の多くは若年者対象になりがちだが（もちろん高齢者の予防歯科もあるがその割合は必然的に若年者が多い）近年の終末期の在宅看取りの流れもあり、その結果高齢者の口腔ケアのニーズが爆発的に増えることになる、いわば「高齢者多歯時代」（※3）をむかえ、その対策を行わないと高齢者の口腔疾患が社会問題化してしまう恐れも出てくるだろう。

したがって、若年者に予防を行ったとしてもそれは高齢者の口腔ケアとシームレスに対応することと同義といっても良いし、そういった全体的な視点での対策を考える必要がある。

こうしたことを踏まえて、今考えるべき歯科医療政策は例えば上記のような長期視点を考慮したグランドデザインを構築し国民に示すことが必要であるが、歯科医療機関、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士などにおいてそれらが効果的に実施されるようにしなければならぬことは当然のことである。

国民に健康教育、キャンペーンを行い予防の大切さを啓蒙することは大事なことではあるが、公衆衛生学的に健康教育の効果というものはその影響は少ないとされ、社会的要因により決定されると言われている。（※4）

つまり政策的インセンティブを与えない限り、効果的で効率的なものが期待できないことになる。例えば、今歯科界においてはインプラントや審美歯科などが脚光を浴び、歯科系雑誌にそれらが載らないことはほとんどない。もちろんそれらが新技術・最先端であり、治療法として優れているということはあるだろうが、そこまで流行るのは歯科保険制度が

非常に低評価（低点数）であり、経営的にも行政監視からの逃避という点からも「自費診療（保険外診療）」というインセンティブが働いているのが最大の理由であろう。逆にいえば歯科の保険制度はディスインセンティブに働いているとも言え、それは果たして国民に支持されるものなのか？

そうでないとするならば、上記にあるように同じ金額でも利益幅が大きく、かつ国民が望む（であろうはずの）予防や検診、歯を残す治療、あるいは口腔ケアなどにインセンティブを与えることで、国民の口腔健康に寄与するという当然で最大の目的に近づき、いずれも Win-Win の関係が達成されるものと予想される。

これを政策的インセンティブとして、歯科医療のあり方を理想的な方向に進めることが出来るはずである。

余談ではあるが、現在の診療報酬制度においては「必ずしも厳密な原価計算を行い設定しているものではなく」（※5）とされ、この点数設定においてその根拠はほとんどないに等しく、場合によってはやればやるほど赤字になるものもあり歯科においては 20 年間据え置かれている治療が 73 項目もあるとされている。（※6）

そこで今回歯科医療制度を改革するにあたり、ひとつの考え方として診療報酬に関しては基礎的コスト・技術コスト・政策コストの 3 層構造にするというものが存在する。（※7）

基礎的コストは材料など消耗する部分の積算根拠のはっきりする部分で、市場調査により変動するものと捉える。

技術コストは、文字通り「医療」という技術職のいわゆるドクターフィー。一つ一つの技術の難易度や基準時間のコストフィーから算出される。

そして政策コスト。文字通り医療の方向性を政策的に誘導する部分で、インセンティブ、ディスインセンティブを働かせる部分と捉える。

このような根拠に基づき透明で国民にも分かりやすい医療制度に抜本的に変えることが必要であろうと思われる。

2009 年 9 月 4 日

(※1) 『日本と世界の歯科医療』～国際比較から見た日本の歯科医療の姿～

医療法人社団 星陵会 平 健人

(※2) 「歯科医療は何処へ向かうのか」 秋元秀俊 the Quintessence 2009 Vol.28 no.1

January

(※3) 「在宅歯科医療の現状と展望」(社会保険指導者研修会講演) 日本歯科大学附属
病院 口腔介護・リハビリテーションセンター センター長 菊谷 武

(※4) 「健康較差と Social Determinants of Health」 東北大学大学院歯学研究科 国際
歯科保健学分野 相田潤

(※5) 第9回社会保障審議会医療部会資料 資料5 診療報酬と補助金の関係について

(※6) 小池晃・参議院議員(共産党)の質問主意書に対する2007年12月の政府答弁

(※7) みんなの歯科ネットワークより引用