

# インプラント景気が物語る 「削って詰めて報酬」のツケ

若年歯科医たちが浮足立っている。将来に不安を抱き、「インプラント講習会」へと向かう。しかし、それは旧来からの「削って詰めて報酬」という既得権歯科医たちの流れの延長線上にすぎない。歯科医、生き残り、の未来像とは――。

――医療ジャーナリスト 秋元秀俊――

歯科医院の経営環境は厳しいというが、廃業・閉院が増加しているわけではない。倒産の事例は数えるほどしかない。

むしろ苛酷なのは、国家試験を受けさせてもらえない学生たちであり、無給で大学に残っても治療はさせてもらえない、開業資金が借りられない、開業できても患者が来ないという駆け出しの歯科医たちである。大学では「暗いぞ」「厳しいぞ」と脅され続け、臨床実習もほとんどないまま放り出されるのである。

今、「ドリル・フィル・ピル」(削

って詰めて請求)で繁栄を謳歌してきた前世紀の歯科医療が終わろうとしている。厳しい環境の中で、歯科が、食べる、話す、笑う……といった、豊かな日常の営みを支えるケア中心の医療へと転換するムーブメントは、静かだが確実な拡がりを見せている。

歯科医の不安を映す

「インプラント研修会」ブーム

歯科の分野には、開業医向けの月刊誌が5誌、コデンタルやインプラントや歯科矯正専門の雑誌を合わせると20誌に近い月刊誌がし

のぎを削るが、その巻末には研修会・講演会の広告が満載されている。その広告で今、目を引くのがインプラント研修会である。

雑誌広告は時代の鏡である。構造不況業種だと言われながら、歯科はインプラント景気に沸いているかのように見える。医者の方講習会は多くの場合、製薬会社のアゴ足つきだが、歯科医の場合は、研修費用は全額自腹である。1日1万円(講演)から高いもので10万円(実習付き)くらい、土日6回で70万、80万円というコースも珍しくない。

若い歯科医は、保険医の守備範囲だけで開業を続けることに経済的にはもちろん、専門職として不安に駆られている。本来であれば、ベイシックな診療体制を確立した後初めて高度な治療が可能になるのだが、不安に駆られてインプ

ラントの講習を受ける。

玉石混交の講習会・研修会の中には、人に教えるだけの臨床実績も学識もない講師も混じっている。もう20年も前のことだが、雑誌編集者の頃、受講者からのクレームの多い広告主に談判したことがある。それは矯正歯科の研修会だったが、「患者がいないのだからコースをやって何が悪い。私にも生活がある」と居直られた。その研修会の広告は、なんと今も健在である。

ここでタネ明かしをすると、歯科の商業雑誌に掲載される臨床系の記事の多くは保険ではなく自費診療に関わるもので、広告の研修会もほぼすべて、自費診療に関するものである。

国民皆保険の我が国で、形式論では歯科の場合も必要な治療はほぼすべて保険でカバーされている

はずなのだが、その一方で、歯科医の関心は保険外の診療技術に向かう。

歯科医は金儲け主義だ、というのがこの保険外診療（自費診療）についての世評だが、その評価は必ずしも当たっていない。税金そのものではなく、むしろ税金という厳しい物差しで評価されることを求めているのである。

なぜ、歯科だけ保険の効かない治療があるのかと問われて、新しい医療技術が保険に入っていない



ブームに乗って会員数を増やす日本口腔インプラント学会のHP

を保険に導入せずに自費のテリトリーに温存してきた。武見太郎（元日本医師会長）は、それを「墓場の乞食」と口汚く罵ったが、これもこの分野の医療についての認識不足だった。

修復治療には本質的に公費医療の枠に収まらないものがある。ひとことでは言え、患者の選択の幅である。必要度も満足度も患者が主導権を持つところに、修復治療をすべて公費で給付することの困難がある。

からだ、制度に責任を転嫁する歯科医がいるが、これは無知というよりは欺瞞と言うべきで、新規技術の保険導入に一貫して反対してきたのは、都市部を中心とした歯科医療提供者自身なのである。

1977年以来

つい最近まで、歯科は先端修復技術

欧米と明暗を分けた「歯科医増加」という選択

日本人の口の中には、やたら「銀歯」が多い。集団の歯の健康度合いを評価するときには、むしろ歯（D）と、抜いた歯（M）と、詰めた歯（F）の数を合計するが、12歳の1人当たりのDMFの数は、先進国はほぼ1以下であるのに対し、日本は2・4（90年代は約4倍の差があった）。

イギリスは歯科医療過疎地だが、そこと比べるとFが極端に多い（イギリス0・43、日本1・8）。いずれも2000年）。日本人独特の「銀歯」が、その象徴である。そして今、この銀歯づくりの歯科医が過剰になり、不振に陥っている。しかしその一方で、私たちがだれもが楽しく食べ、話し、笑うことができるように支えてくれる歯科医は足りない。ちなみに、OECDの06年データによると、日本では人口10000人当たりの歯科医師数は0・7で多いとされるが、ドイツやスウェーデン、ノルウェーは0・8、フィンランド

に至っては0・9にも及ぶ。

歯科には大きな別れ道があった。戦後の経済復興に伴って、砂糖の消費量が増加し、砂糖の1人当たり消費曲線とほぼパラレルに1人当たりのむし歯本数が増加した。60年代半ばには、歯科医は、「朝、医院のドアを開けるとむし歯の患者が何人も待っている」という有様だった。ここまでは世界共通だが、ここから我が国の歯科は大きな選択をした。

北欧諸国ではむし歯を病気として扱う学問（カリオロジー）が興った。そして医療政策は、未成年の徹底した予防ケア、病因対策に向かったのである。また米国は、大戦後すぐに歯科医療の高度なスベシヤリスト養成を本格化する一方で、多くの州で水道水にフッ素を入れるという公衆衛生学的なむし歯予防策を採用した。

これに対して我が国では、60年代初めに7校だった歯学部・歯科大学を、80年代までに22校増やして、29校の歯学部・歯科大学を有する歯科医師大国になった。むし歯を病気として捉えるのではな

く、むし歯の結果できた穴を削って詰めるという旧来の発想で、削って詰める側の歯科医を増やし続けたのである。事実、我が国には、むし歯の専門学会もなく、つい最近まで、大学にはむし歯の講座すらなかったのである。

インプラント景気は、その延長線上にあるのだ。

### 患者の選択が ケア型診療所を支える

むし歯や歯周病は、初期のうちには治療すれば、自然治癒する病気である。噛み合わせの病気も、生活習慣の改善で良くなる。歯が悪くなって修復治療や歯周治療を受けた場合も、その結果の成否は、その後のメンテナンスケアによって左右される。その意味で、「悪くなったら歯医者に行く」という受診スタイルは経済的にも、健康のためにも間違っているのだが、大学教育も医療保障も、既得権を捨てられない。

既得権でがんじがらめの歯科に変化の兆しが見えるのは、やはり患者の側からである。

どこかに「良い歯科医」はいないかと尋ねられるたびに、答えるのは、「経験ある歯科衛生士が複数のいるところ」という条件だ。ケア中心の歯科医療は、歯科医だけではできない。台所事情をよく知る歯科衛生士が長く勤務していることが、良い歯科の条件なのである。

長く続いた制度を変えることは容易ではないが、今、賢い患者の選択が、地道なケア型診療所を支えている。

### 「削って詰めて報酬」時代 終焉の次に来るもの

「銀歯」と言われるのは、銀と高価なレアメタル（パラジウム）を主成分とする我が国独特の合金の被せもの（クラウン）である。歯科医の報酬がうなぎ登りだった時代の産物だ。金の価格高騰に対応して12%の金しか含まない合金に品位が落とされたのは80年である。今、この削って被せる産業としての歯科医療が先進国の間では、終末期を迎えている。

我が国は、今では世界でほとん

ど唯一の、公費で成人の修復治療や入れ歯治療を受けることのできる国になった（例外はドイツ、スウェーデンの約5割の給付）。高齢化の進む先進国では、90年代にどの国でも、成人の歯の治療を給付対象から除外してしまったのである。

しかし、これを「さすが福祉国家ニッポン」と喜んではいられない。かたちばかりは、修復治療や入れ歯治療が保険でできることになっていくが、実際のところ、保険で良質な修復治療をする意欲をもった歯科医は、すでに例外なのである。保険の「銀歯」と、歯科医のインプラント志向は、それを物語っている。

歯科は、これまで医療の枠組みの「端っこ」に位置してきた。ところが、高齢化が進む中で、医療をめぐる状況が根本的に変わりつつある。がん治療でさえ、何がんでも延命という考えから、元気に生活できる期間をどう延ばすかに評価軸がシフトしている。

5年生存率は変わらなくても、QUALY（質調整生存年数）の優



れた治療法を採用しようという考え方だ。命を延ばすことより、食べて喋れて動けることを優先する。患者が望む医療は、確実にその方向に向かっていく。

昨年11月、国立日本長寿医療センターの大島伸一総長を座長とする「生きがいを支える国民歯科会議」は、日本歯科医師会に対して「歯科医療の目的を、歯の治療から、食べる幸せへと拡張、その活躍の場を診察室のみならず地域社会へと展開」することを期待するという提言を発表した。

歯科が「食べる幸せ」を支える医療になるとき、医療・介護・福祉全体の地図が変わることになるかもしれない。