

【なぜ有効な処置が保険で認められないのか】

厚生労働省はじめ、混合診療反対の意見のひとつとして「医学的評価のあいまいな医療が無制限に行われる危険性がある」というものがあります。

規制改革会議「中間とりまとめ」に対する厚生労働省の考え方 平成20年 8月12日

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/08/dl/h0812-1a.pdf>

- ・ 安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せ実施されてしまうことにより、科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長するおそれがあることから適切ではない。

歯科においても同様のことが言えるでしょう。例えば、う蝕や歯周病に対しての抗菌、抗真菌薬の使用など、医学的評価が分かれる処置が存在しています。こういった類のものは、十分な議論と合意を得てから医療提供がなされるべきだと思います。

一方で、第一大臼歯の欠損放置により近心傾斜した第二大臼歯のアップライトなど、その効果が一定の医学的評価を得ているのに保険に組み込まれない治療も多く存在しています。

今の制度では、近心傾斜した第二大臼歯をアップライトすれば、アップライトに要する費用だけでなく、その後のブリッジによる補綴に対しても保険給付は認められません。初診に遡り保険請求が認められない可能性もあります。いくら患者さんの負担を減らすために混合診療を行ったのだとしても、ブリッジの請求を保険で行えば、それは療養担当規則違反となり、最悪の場合、保険医の停止となってしまいます。

近心傾斜し倒れたままの第二大臼歯を抜髄してからブリッジで補綴するよりも、近心傾斜した第二大臼歯をアップライトして生活歯のままブリッジで補綴するほうが予後が良いことはほぼすべての歯科医師が認めるでしょうし、結局、歯科医療費の無駄も少なくできるはずです。しかも、この処置は決して高度先進医療とはいえないような処置であることは多くの歯科医師が認めると思います。

小白歯の硬質レジン前装铸造冠を保険に導入すべきとの意見が一部にありますが、基本的にはこれは審美性の問題（つまりアメニティー）であるために、導入を不可とする意見には一定の説得力はあると思われます。しかし、第二大臼歯のアップライトについてはアメニティーの問題は含まれず、処置を行うことで、補綴物の長期維持・歯牙の長期保存・口腔機能の長期維持につながることは間違いありません。

なぜ、こうした歯科医療が保険で認められないのでしょうか。

これらの有効な処置を保険に導入すること、あるいは混合診療として認めることで、何か問題があるのでしょうか。単に財源の問題なのか、あるいは認めることによって自費収入が減ってしまうこととなる歯科医師の反対があるためなのでしょうか。

第二大臼歯のブリッジ補綴を前提としたアップライトを保険に導入したとすれば、アップライトに要

する費用とその後のこれまで保険での給付が認められていなかったブリッジ補綴の費用が保険として認められるようになり、結果、保険歯科医療費は増加します。また、アップライトの混合診療を認めたときは、アップライトに要する費用は自費であるため保険歯科医療費増加には関係ありませんが、その後の、これまで保険での給付が認められていなかったブリッジ補綴の費用が、保険導入により増えることとなります。いずれの場合でも保険歯科医療費は増えるのです。

この増加する費用（保険歯科医療費）と、保険導入あるいは混合診療を認めたことでおこる歯牙の長期保存、補綴物の長期維持、咬合・口腔機能の長期維持による医療費の効率化を比較したらどうなのでしょう。最近では口腔と全身との関係も指摘されており、全身の健康維持に及ぼす可能性まで考慮すれば、その費用対効果はどれほどになるのでしょうか。

この場合には、保険導入、あるいは、混合診療を認めたほうが、結局は効率的な医療を行え、日本国民の健康な口腔を保つことができるのではないのでしょうか。

しかし、皆感覚的には持っている効果が、エビデンスとして存在していないのも事実です。学会をはじめとして歯科界はそういった努力をしてこなかったのです。歯科も医学的根拠、医療経済にのっつて効率化を求めていくことが必要であるのにそれを怠ってきたのです。

武器もなく戦うことはできません。

ただ、こういった混合診療を認めることで、問題になる点がでてきます。

混合診療を全面的に認める場合、医療の質の担保を医療提供者の良心に全面的に頼らざるをえなくなることです。その処置の必要性、有効性、安全性を証明するものがないと、収入の増加のために、必要のない症例でも処置を勧める歯科医師が出てくる危険性がなくはないのです。アップライトしなくても十分良好な予後が期待できるのに、「これはとても良い治療ですよ。行わなければ歯の寿命を短くしますよ。」という歯科医師が出てこないとも限らないのです。患者さんのための混合診療解禁が、歯科医師の増収の手段として悪用されてしまうことも起きかねません。「情報の非対称性」があるためにこういうことが起こるのです。また、混合診療として認められた場合、これまで自費治療であった処置の敷居が低くなり、安易に自費へ誘導し処置しようという悪い流れが出てくるかもしれません。これでは誰のための混合診療の解禁なのかわからなくなります。

そうならないようにするためには、ある程度の規制を伴った混合診療の解禁、つまり、混合診療の全面的解禁ではなくて、規制を伴った混合診療の解禁が必要になるのかもしれませんが、これは、保険外併用療養費制度の活用を積極的に図るべきということになるのでしょうか。

保険治療の幅を広げること、保険医療のレベルを上げること、医療者の裁量権を狭めてしまわないこと、進歩した高度な医療を患者さんに反映させること、国民はすべて平等に必要な医療を受ける権利があることなど、バランスをとりながら方向性を求めていかざるを得ないのですが、一番の問題点は、医療を受ける国民が、保険診療、混合診療について、知らない、考えたこともない、わからないという状況なのかもしれません。

2008/09/12

みんなの歯科ネットワーク

チュー