

## ベスト・コラム

### 第一回

#### 一物二価

本来、歯科医療に保険とか自費とかの区別はないはずですが、けれども、歴史的経緯の後、昭和 51 年の厚生省（当時）の課長通知を根拠にいわゆる「自費」の治療が存在しています。

保険と自費の「2本立て」になっているところが日本の歯科医療制度の一番の矛盾でしょう。患者からみて、保険適用外の診療があること自体は理解しやすいかもしれませんが、一見同じことをしているのに、保険と自費の治療費の差が材料費の差でないことは、理解しにくいでしょう。

全部鑄造冠（以下 FCK）の場合、白金加金の FCK と金パラの FCK で金属の違い以外に何か違うのでしょうか？

技術に違いがあるならば、金パラの FCK は手を抜いていることになります。少ない診療報酬の中で一生懸命治療している歯科医師もたくさんいます。自費はより良いものだという意見もあるでしょう。でも、それでは保険はより悪いものになってしまいます。医療としては、どちらが妥当なのでしょう。一生懸命治療した金パラの FCK は果たして悪いものですか。

技術に違いがないならば、まさに「保険 = 医師・自費 = 商人」になってしまうでしょう。焼肉屋では和牛とオーギービーフでは値段が違います。多分、その差は仕入れ値の差より大きいでしょう。それが商売だからです。保険と自費の治療費の差が材料費の差でないことはこのことと何かちがうのでしょうか。

どちらにしても納得できるものではありません。まさに矛盾しています。診療報酬は国が決めたもので、不当に低いのかもかもしれません。開業医は保険の不採算を自費で補っていることがわかっていますが、患者（国民）には理解されていません。自費で診療を受ける 1 人の患者にしてみれば、他人の保険分まで負担する理由がありません。

「保険の不採算」ということが患者（国民）に理解されなければ、「保険 = 医師・自費 = 商人」というひがいても不思議ではないと思います。「自費」は医科にもありますが、歯科のような「一物二価」はないようです。物に利益が乗っかっているようにみえる現制度では医師よりも歯科医師は国民から低くみられるのも当然でしょう。

## 再度「撤退戦」

ある時、金融機関の職員と胸襟を開いて話をしてみた。

「歯科医院にせよ薬局にせよ、また美容室にしたって、これだけ巷に溢れ返っているのに、よくもまあ貸し込むものだ」と私。「そりゃあ、とるものさえとれば、貸すことは貸す。金融緩和においては住宅ローンだって同じことで、ひとつのところで断られたら、計画を見直すのが必要なのに、別のところから借りてくる。結局はモラルの崩壊を起こしているんだ」

そう言う彼にしても、より優遇金利で住宅ローンを組んでいるのだから人のことも言えた義理ではない筈だが。

また別のある時、会計事務所の税理士と腹を割った話が出来た。「私たちが参加する 〇〇の勉強会の時に、前で話をした役人が、歯科のパイは増えないと言っていた。歯科業界は、今後も自費を含めたとして、増えないパイを食い合うものだから、決して良くなることはないだろう」

結局のところ、彼らがセミナーとやらで教えるのは、競争に依る淘汰、即ち差別化の話である。

畢竟歯科業界は撤退戦に突入している。

各種業界においては、天邪鬼に違いはないが、未だ消費意欲の旺盛な団塊の世代のニーズを掴めと言われている。これは何も製造業や不動産業、旅行業界に限らず、数多くの医療保険を売り捌いた保険業界においてもそうだし、歯科業界にしたって当て嵌まるのかもしれない。しかし全く当たり前の話だが、これが延々と続くわけでもない。だから売れる間に売っておけ、とれる間にとっておけとなる。

一方これからの世代に目を向ければ、驚愕すべきデータだが、非正規・無業/非在学人口(15~24歳 非在学)は、増加の一途を辿り、2007年度で男性44.3%、女性53.6%に及ぶという。このデータ作成者の後藤道夫氏(都留文科大学教授)に依れば、所謂ワーキング・プアの問題は今後一層深刻化するとのことである。詰まり「格差」が問題というより「貧困」が問題になるそうだ。

Trickle down との言葉があるが、少々滴り落ちたところで、底が抜けているのだから仕方がない。中間層の没落と少子高齢化が相俟って、今後消費は減退し、我が国の経済は確実に縮小へと向かう。従って生活の医療とも呼ばれる歯科では、幾ら付加価値を与えたところで、パイが増えるとは考え難い。

繰り返せば歯科業界は撤退戦を余儀なくされ、それは他の業種においても同様かも知れぬが、これに納得し、

また同意出来るのは、或る年齢以上の歯科医師であろう。

逃げ込むことの出来ない二十代や三十代の若い歯科医師にしてみれば、撤退戦などに付き合わされて居れば、自身の人生設計が成り立たない。医療施設や自宅の維持、子供の教育、老後の貯え。だいいち歯科医師としてのモチベーションが保てない。年配で、継承者の居ない歯科医であっても、自分がその立場に居ればと容易に想像もつくだろう。

従って一刻も早く制度を変えてくれとなるし、それも当然の願いであるが、何れにせよ人の口腔内で繰り返される Scrap and Build から撤退することを考慮せねば、患者や国民は納得しないだろうし、これを等閑視すれば、必ずや手酷い竹箆返しを受けることになるであろう。

December 11, 2007 / ZOSO wrote

## 補綴物というアキレス腱

補綴物（歯科技工）の評価の問題は、我々にとってアキレス腱である。

国の医療費抑制の方針には、保険給付範囲の見直しも含まれており、補綴が縛りを受けた上で、保険から外れることは、相当以前から囁かれていた。補綴は本来医療の範疇に含まれないとされている。また補綴の保険からの給付を認めている国は極めて珍しい。しかし勿論患者は、こんなことを知らないし、一時に殆どの補綴物が所謂給付外となるなら、前もって周知された場合の駆け込み需要と、現場に丸投げされた説明責任を考えると気が重くなる。 歯科医療の質の確保の上で財源に問題があるなら、補綴の負担割合を変更するという考えもあるが、それが皆保険制度に合うものかどうか私は分からない。

さて歯科医療の提供者側にも、こういった流れを望むところとする向きもある。何を望んでいるにせよ、支払側やこれを好機到来と目論む外野の勢力は、既に現時点で、保険給付の内外を問わず補綴物（歯科技工）を幾らほどで歯科医師が歯科技工士に「お願い」しているのかを十分にお見通しの筈である。

保険給付内の補綴物は、それがたとえ十割負担であったとしても兎に角安い。すると一部の患者には安かろう悪かろうの劣悪なものではないかとの考えも生じる。要するに保険診療が余りに低額である為、全くに桁の違う自由診療を選択しようとする心理が働く。これは提供者側が無理矢理に誘導しようとするとも起こることなのだ。しかし未だ多くの場合、その患者の評価は歯科医師や歯科技工士の技術に対してではなく、モノそれ自体に対して為されたものだとも言える。

私が以前に見学させて戴いた非保険医・自由診療専門の歯科医院では、歯冠補綴の料金設定において、形成料 > 補綴物であり、患者からの費用徴収はその都度であった。これは、生体に不可逆的な侵襲を加えることに対する責任感と自分の技術に対する矜持の表れであると感じたが、また補綴物 = 外注技工料金であり、調整、装着料はこれ等に比べ、極めて低額でもあった。形成料 > 技工料が正しいのか、形成料 < 技工料の方が望ましいのかは兎も角、技術の理想的な評価とは、こういったものであろうと思う。

歯科医師が保険診療における補綴の不採算性を訴えるのは、患者サイドに対しても、技工サイドに対しても、実は全くのお為ごかしに過ぎなかったのではないか。我々がこのアキレス腱を抱え、歯科医療に対する正当な技術評価を得られぬままに、予測されることが現実となるのなら、それはまさにアキレス最後の闘いとなろう。

弱点は必ず狙われるのだ。

by Zep- (2007年3月10日)

## スクラップアンドビルドかメンテナンスか？

わたしの診療所の待合室に置く雑誌の中に週間 AERA があるが、10月30日号に「クリエイターは老朽オフィスで」という記事があった。ここでは、何もその内容について書こうとしているのではない。この記事の中に、或る不動産会社の方の指摘として「伊勢神宮が20年ごとに建て替えをするように、日本民族の建物への感性は、スクラップアンドビルドを好む」というのがあった。なるほど、そうなのか。確かに一般住宅から公共施設に至るまで、諸外国に比べるとその寿命は短い。更に言えば電化製品にしたって、自動車にしたって近年の不況のため使用年数は長くなったとはいえ、他所の国と比較してまだまだ短いと言える。その理由は、市場経済が発達しているからだけではなく、上記のような民族性からなるものなのか。それでは「もったいない」はどこへ行った？

さて、ここから。余りにも牽強付会になるが、歯科治療（特に修復・補綴処置）についてはどうであろうか。いつでも、どこでもの皆保険の気安さからか、わたしどもは患者の皆様から「また悪くなれば、やりかえるよ」とか「とりあえず詰めておいて」などの声を聞くことがある。最近では、意識の高まりからこういう例は減っては来たが、依然として有ることには違いない。これは、それこそスクラップアンドビルドではないであろうか。歯は臓器のひとつである、こんな言い方をしなくとも人間のからだの一部であるわけだから、意識の改革が必要である。確かな根拠に基づく診断、治療技術の評価するのは当然であるが、その後のメンテナンスが重要なのである。これには歯科医の側も患者の側も、繰り返すが意識の改革が必要である。さもなければ延々とスクラップアンドビルドが繰り返されることになる。

長年言われ続けてきたことであるが、我が国歯科医療の問題点のひとつである。

## 「医者が本当に話したいこと」高田真行 より抜粋。

【高田】

さらに困るのは、厚生労働省のお役人たちです。病院で監査に入ったりするわけですが、彼らと話をしてみると、医療従事者（これは患者と医療者の両者ということです）が、こんなふうに苦労している医療現場を知ら

ない、いや、知ろうとしない、そのうえ想像力にも欠けている。それでいて、いろいろな法律や通達を出すわけでしょう。しかも、彼らは作っておいて、2年くらいで移動してしまうわけです。

【南】

無責任だなあ。

【高田】

変わった法律だけが残って、当の本人はいなくなってしまう。現場の医者もこれではやり切れません。

【南】

とにかく、決めるのが仕事だと思っているんでしょうね。困ったもんですね。

【高田】

現場をこまめに見てまわるといふことをしなんですから。机の上で勉強して、それも大体アメリカの真似で、何か問題がおきると税金を使ってアメリカにわざわざ取材に行って、アメリカの病院でどうやっているかを見て、それを取り入れるのがほとんどです。厚生労働省の相談にのっているメンバーも現場を知らない人が多くて、厚生労働省の事案に補強材料を与えているだけって感じですね。だから、現場でピンとくるようは制度改革を期待するのはむりなんですね。

## 効率性か公正性か

近年我が国において、医療に対する『効率性』の要求が高まっている。また此处で使われる『効率性』とは単に経済効率性のことであるといっても過言ではない。或る私企業の会長が、我が国の医療を指して「非効率極まりない」と述べた時あたりから、医療に対する経済効率性の要求は、より先鋭化する。然し諸外国に比して技術の低評価極まりない我が国の医療は、これ以上望むすべもなく効率化している。従って「彼等」が真に望むものは全く別のところにあると考えられる。

そもそも医療には経済効率性という概念は馴染まない。医療提供者は、医療の質の評価を治療結果から行おうとするし、患者は、それを安全性や満足度からなそうとする。医療の質を評価するにあたって効率性を基準とするのは「彼等」である。また「彼等」が本当に評価する気が有るのかは、極めて疑わしいし、繰り返せば、他の先進諸国に比べて我が国の医療費が低いのは明々白々であるのに、更なる効率性を要求するのは、別の考えが有ってのことである。依って我々が、誰にとって効率的なのかと右顧左眄し、何を効率化すべきかなどと右往左往する必要はないのである。結論が出ているのに、態々『効率性』の部分においてやり合うことはない。「彼等」の土俵で延々議論を続けるのは、お人好しに過ぎるし、全く時間の無駄でもある。

『効率性』というものに対立する概念は『公正性』である。公正とは、公平で偏りの無いことであるから、経済においても社会においても重要な要件である。

ここでもまた「彼等」は、「自由で公正な」とか「公正な競争」などと単に市場経済の観点に誘くべく搦め

手てくるであろうが、この論点のすり替えが二十年以上に亘って繰り返された過ちなのである。私たちにしても『効率性』なるものを全否定する気など毛頭無く、『効率性』と『公正性』のバランスの問題を、社会のありべき姿を考える上から論じたいのである。またそこに「慈恵性」言い換えれば「思いやり」というものを加えてみれば分かる。余りに効率性を追求すれば、経済のみならず社会全体において何が出来るのかを。私たちのいうところは、「社会の公正性」「公正な社会」に就いてなのである。それを実現するに社会保障の充実が必要なことは論を俟たない。昨今言われるように著しい格差が生じ、それが医療や福祉、教育といった根幹部分にまで及べば、いくら「自由な競争」が活力を与えと言っても全く持って公正さを欠く。守るべき前提は守らなければならないのだ。私たちは、公共性・公益性を鑑み、社会保障の充実を望んで、兎も角国民医療を守ることの重要性を訴える。

社会の公正性に就いて、社会保障の重要性に関して、国民が認識を同じくするのであれば、同時に医療の現場における公正性を求められるのは、まさにこちらの望むところなのだ。また『公正性』の部分を『透明性』という言葉に譲っても良い。詰まりは、そういうことである。

さて冒頭で申した私企業の会長様、遂には「家売ってでも」の件に至るが、如何お考えか。

by Zep- (2007年3月4日)

## 3P か 4P か・・・医療の Stakeholder

前々回に、医療の Stakeholder(利害関係者)は、Patients(患者)、Provider(医療提供者)、Payer(支払い側、保険者)であると書きました。この 3P に Pharmaceuticals(製薬会社や医療機器会社)を加えた 4P が Stakeholder であるとも言われます。医薬品や医療機器に関する情報は共有すべきものであり、その透明性は確保されねばなりません。また製薬会社や医療機器会社であるなら、医療の現場に直接的、間接的に責任を負わねばなりませんから、医療政策の立案に関与する必要があります。

今、医療政策は大きく変わろうとしています。医療安全対策、混合診療、そして医療の IT 化。医療においては、他の Stakeholder と信頼関係を築き、互いの利益を実現させるには、Patient's View(患者の視点)を最重視せねばなりません。

譬話です。情勢が変化して、金利が 1% 上昇することに依り、金融機関から相当にお灸をすえられる Pharmaceutical が在ったとします。これが医療政策の変化に依って、その危機を脱したとして、患者の利益には余りに関与しません。結果論であるのなら構いませんが、一方で医療の現場における効率性を求め、もう一方で経済の活性化の為に要求を上げることがあれば、互いの信頼関係を構築出来る筈はありません。

医療制度改革に関する議論で、Pharmaceuticals 及び周辺産業が、如何様にコミットメントして来ているかは、遡及し、そして注視する必要があります。同様に、Payer にせよ我々 Provider にせよ、Patient's View が最も重要であると考えれば、先ずは Patients に問う姿勢を忘れてはならないのです。

## 保険者機能の強化

去る5月17日に、政府の規制改革会議と厚生労働省の間において、レセプトの直接審査に関する公開討論が行われました。要するに保険者機能の強化に関して始めの一步であります。「保険者が自分で審査したり、他の組織に審査を委託する事を禁じる権利は政府にない」とのこと。これまで中間の審査組織は文字通り中間であったわけです。私たちはその防波堤を失うのでしょうか。又審査の在り方が「パターンリズムに陥っている」とのこと。医療の現場にパターンリズムを求め、審査においては自由自在な査定を行う。無茶苦茶な話ですが、そう解釈出来るのかも分かりません。兎も角自由な委託機関の話が出ておりますので、新規事業の開拓か経済の活性化か存じませんが、審査会社が乱立して来るのでしょうか。そして審査会社が行うのは、審査には留まらず、医療機関の選択に就いて「助言」をすることが予想されます。保険者の直接審査の次には保険者の直接契約があるのです。即ち保険者機能の強化とは、そういうことです。又この先にはまだ話があるわけです。

医療機関が統制経済の頸木を逃れて、競争原理、市場原理を追い求めようとしても、先に出て来るのは「値引き」の話です。考えてもみれば呑気な話で、前世紀末には医療経営誌において「医療機関が保険者に選ばれる時代が来る」と言われていた次第です。特に歯科の場合は、先にやらなければならない事があるのに、潜在需要の掘り起こしや新規需要の開拓の為に提言をしていた。酷い言い方をすれば、公共事業と車検制度に弱小商店街の活性化、これらの悪いところをごちゃ混ぜにしたような手法で提言したとしても誰にも相手をされないうわけであります。保険制度そのものを蔑ろにし、余所見をして、言い訳ばかりをしていた報いを受けるのでしょうか。それともなし崩しに別方向に向かいましょうか。その先に待つものが、更なる選択と値引きでなければ良いのかも知れませんが。

「患者は素人だから、保険者が通訳の役割をするのだ」と申されたのは、故下村健氏です。これは医療の現場における患者と医療者の裁量権に大幅に介入することを意味します。それがただその時だけ「安上がり」で、患者の生涯の健康を考慮したものでなければ如何でしょう。医療を「評価」するのに利害関係者の間で差異があるのは承知していますが、余りにも大き過ぎる隔たりというのが好ましくないのは当然のことです。