

【従順な羊】

まだ、保険体制のなかった時代を考えてみます。

その頃の歯科医師は、自分の力だけしか患者さんに示すものは無かったのです。ある意味、単純な歯科医師と患者の関係です。その代わり患者がつかない歯科医は、そのまま舞台から退場です。

今、歯科医師のほとんどは、保険制度という枠の中で診療をしています。良い悪いではなくほとんどの歯科医師は、保険制度という枠の中での「従順な羊」なのでしょう。

【附従契約】

水道の供給や公共交通といった契約のように、当事者の一方が他方によって予め決定した契約条項以外に契約する自由をもたない契約を附合契約（附従契約）といいます。この場合、契約条件の詳細については知っていようが知らなかりうが、その契約をそのまま受け入れたこととなります。

保険診療は、保険医療機関と支払い者の公法上の契約であり、保険医療機関の指定を受けた段階でこの契約が発生します。これに依って、療養の給付の担当方針等を定めた保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められた方針に従って療養を担当しなければならなくなります。

協議を重ねて締結したものではない公法に依って予め決めてあることに医療機関は従わざるを得ない為、これは先の「附従契約（附合契約）」に当たると考えられ、自由は制限を受けます。

契約そのものには参入・離脱の自由が保証されているといっても、それは形式的なものに過ぎません。何故なら皆保険制度においては、国民はすべて保険患者であり、それとは別の受け皿が用意されているわけではないからです。

保険医を選択するかの選択権は医師・歯科医師にあるのですが、今の日本においては、国民は全員公的保険に加入することが義務付けられており、そのような国民皆保険制度の下では、医師・歯科医師が保険医登録をするか否かの自由は殆ど残されていないのが現実です。保険医を選択するか否か「参入・離脱の自由」が形式的には保証され、医療者の自由意思が働いているのは疑いのないことだとしても、現実には皆保険制度において乗換先となる制度や共同体が事実上存在せず、結果として保険医を選択せざるを得ないのです。つまり、全ての医師・歯科医師が、保険医を辞退したとすれば、この国の医療は成り立ちませんし、国民皆保険制度に因應するために保険医を選択することが、医師・歯科医師としての責務とも言えるでしょう。

しかし、これは「必要な医療」がすべて保険で提供されることが前提になります。現実には、特に歯科においては、高度先進医療とは呼べない一般的に普及した治療・処置が保険に含まれていないために大きな問題が生じています。

歯科は「生活の医療」が大部分を占め、「生命の医療」とは異なる部分が多いのは確かです。そのためか、保険医を選択しない歯科医師、歯科医療機関も多く存在します。保険医を選択しても、保険外治療は出来ます。しかし、ここで考えなくてはならないのは、歯科保険制度にあまりにも問題が多くなれば、これから先保険を敬遠する歯科医師が次々に出てきてしまう可能性があることです。この傾向が将来、国民に、あるいは国民皆保険にどのような影響を与えるのかを真摯に考えなくては、歯科医療の将来は悲惨なものとなる

のではないかと危惧します。

勿論、現実には、全ての医療を保険に含めることは財政面で困難を伴うことも明白ですから、解決は容易ではありません。

一方で、国民皆保険制度において、保険に加入している国民は現物給付により医療を受けることが出来ますが、では保険者に「被保険者に対して受けられる歯科医療の現物の枠」を周知させる義務というものはないのでしょうか。

現在、提供できる歯科医療と保険で受けることのできる歯科医療との間には大きなギャップが生じ始め、歯科医療の現物の枠を説明する義務を実質的に負わされている現場の歯科医はそこに大きなストレスを感じています。

【診療報酬体系】

現在の保険制度の大きな問題点のひとつはコストを無視した点数設定です。その解決には、診療報酬の抜本の見直しが必要であることは間違いのないことでしょう。

長期的には、出来高払い方式だけでなく、他の方式もあわせて考えていくべきですが、当面は現在の出来高払い方式を基本として、部分的解決を積み上げることで少しでも現状の改善を図らなければならないでしょう。

長年積み上げてきた汚れを少しずつでも綺麗にしていかなければ、歯科医療制度は崩壊への道をたどることは目に見えてきています。

極限まで薄められたスープの中で溺れはじめた歯科医療関係者は、自費にすがらざるを得ず、自費に傾倒する姿勢がますます強くなってきています。保険制度では出来ない事を説明する事無く自費へと移行するか、保険での歯科医療を諦める「保険立ち去り型サボタージュ」は既に始まっています。

歯科医療制度のそういう実体が国民へ大きな不利益をもたらす可能性があるからこそ、医療者・国民双方がこの問題を真剣に考えなければならない時期に来ているのです。

これまで長年、多くの手を加え続けられた診療報酬体系は、誰もが納得できる「根拠」によって形成されてきたものではありません。コスト的要素、経済効果、費用対効果など、きちんとしたデータに裏づけされて組み上げられたものではないのです。むしろ医療費をコントロールする一つの道具として利用されてきた感さえ抱きます。

医療に携わる者が、そのデータの蓄積にかける努力を欠いてきたことも事実です。しかし、これからはその蓄積がなければ、医療を正しく評価することは不可能であり、医療制度そのものへの不信感へと繋がっていくことでしょう。

【歯科の技術料の評価は？】

以前の医科は技術料に対する評価が低く、薬価差益で経営を成立させていました。欧米の医者は日本の医者は薬を「売って」いることに驚いたのだそうです。

やがて医科は従来からのそのような方針を変えることとなります。薬価を下げるかわりに技術料の評価を上げさせるという道を選んだのです。その結果、初再診料が上がっていき歯科と差が開いていくことになり、それは広がる一方です。

このようにドラスティックな転換を行った医科に対し、治療行為にしか技術料を見出せない歯科には医科のしていること（技術料の評価）が理解できなかったのではないのでしょうか。

翻って歯科は技工「物」を「売って」という形で経営を成立させています。昔の歯科医の仕事が「歯を抜いて、入れ歯を入れること」しかなかったことを考えると仕方の無いことかもしれません。「保存」という言葉自体が「歯を抜いて、入れ歯を入れること」しかなかったことの象徴だといえます。

【歯科における診断料の評価は？】

「診断」といえば、病名をつける段階だけしか思い浮かばない人がいます。当たり前のことですが、例えば根充の時期を決定するのも診断、治癒を判定するのも診断です。歯科医師がこのことに就いてプライドを持たないから、今の惨状があるとも言えます。

医科の本道といわれる内科では、診断がその評価の全てといっても過言ではないでしょう。もちろん、与える薬の効果を評価にするという考えもあるでしょうが、病態の診断力に評価が与えられているのではないのでしょうか。

歯科では、診断力ではなくその後の処置があって初めて評価がなされます。したがって、診断と処置の違いがはっきりしないため、その処置の結果に対してそこに至るまでの診断に問題があったのだとしても、処置の稚拙さの方が大きく考えられてしまうのではないのでしょうか。

（たとえば、修復処置において 2 級のレジン充填が失敗した時に、力のかかり具合から、レジン充填を選択したことの是非よりも、充填処置での稚拙やボンディング処理等々の咬合力に対する抵抗性の低さをまず考えてしまう、というような場合など）

周りの環境も含めて、診断への評価が低いということには、歯科医師自体の「診断」というものの捉え方にも問題があるのではないかと考えます。だから余計に、診断ではなく、「物」という考えに陥りやすいのではないのでしょうか。

「保険医療機関及び保険医療費担当規則」を読めば、診断は療養の給付の対象というより、診療するうえでしなければならないことのようにです。

～「診断」は診療報酬として評価はされないのでしょうか～

【歯科は「物」を売っているのか？】

今の歯科医療に対する不信の原因の一つに、クラウンにしても他のものにしても、技術ではなくて、「物」として見られている部分があるということは先にも述べました。

歯科は技工分野に限らずとも、保存修復、冠等、如何にも物といった名称に溢れています。歯も咬合すれば一種の関節（顎関節を含めたオープンジョイント）ですから、やはり関節を人工的に回復すれば工学技術に基づく人工臓器といえるでしょう。

「技工物」「補綴物」とは呼ばずに、「人工臓器」を表す他の呼び方が普及すれば、何かが変わる可能性を秘めているのではないのでしょうか。

今の歯科医の仕事は歯科医師法によれば、「歯科医師は、歯科医療及び保健指導を掌ることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」とありますが、そのためには咬合高径を保ち（または、復元して）、咀嚼機能を保持していくことが必要です。そうするには、歯・歯周組織を健康にし、病的な状態から

脱することが肝要なのです。

不幸なことに歯を失った場合は、人工「物」で補うこととなりますが、「入れ歯を入れること」は目的ではなく、それは、咬合高径を保ち（または、復元して）、咀嚼機能を保持していくための手段なのです。

つまり、「物」を売ること、歯科医療が成り立っているのではないのです。「物」は、目的を果たすために必要な「手段」でしかありません。

【保険給付と予防】

理想の医療制度とは別に、比較的短期にできる改革案のひとつとして、補綴関連の予算を、今「予防」と呼ばれていることにシフトしていく方法も考えられます。

補綴処置に代表される生体を人工的な臓器で補完するというような場合、疾病に罹患する前の状態まで元通りに回復することは極めて難しいということを踏まえ、「予防」のための検査や技術を確立して、疾病保険である現行の保険制度に組み入れるのです。

疾病保険から一次予防（ポピュレーション・アプローチ）へとシフトさせ、疾患の撲滅を目指す提言をしていく事は将来を見据えたとき、重要なことといえます。そして歯科における2大疾患である齲蝕と歯周病についても、感染症としての対策や疾病の予防・管理は、我々歯科医療者もさることながら、患者自身も努力してともに向き合っていくという方向に発想を転換させることが求められるようになってくるでしょう。

ただ、一般的には一次予防は効果も一番得られるがコストも一番かかると言われています。当然、これに転換していくためには費用対効果の予測も求められると思われます。また、この方向に舵を切った国は、国の負担する歯科医療費の総枠は上がり、最終的には補綴を保険の給付から外す流れとなっています。

このような変化は、今までの制度との整合性、すなわち、現在まで補綴治療を受けてきた方や予防が制度に組み込まれる前に生を受けた方にとっては、保険の給付範囲が補綴から予防に変更された場合、保険金を支払ってきたにもかかわらず公的扶助を打ち切られる事になりますので、国民の口腔内の状況の変化を考慮しつつ、補綴関連予算を少しずつ予防に組み入れる、あるいは、他国で行われているように補綴への給付割合を徐々に減らしていくということも考慮しないといけなかもしれません。

このような変化を国民が納得できるか、日本国民の風土にあっているかという、一見、科学的なところとは離れた議論もそろそろ必要になってくるでしょう。

どのような道を選んでいくにせよ、患者の「こころ」に満足感や安心感、そして何より歯科医療者との間に信頼の絆がなければそれらは失敗に終わることになります。そうした様々なギャップをどのように埋めていくのかが今後の課題となります。

2008/03/22

みんなの歯科ネットワーク
TEAM T.S.T [Think & Search the Truth]