

【総枠の蓋】

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

【出来高払い制】

日本の国民皆保険医療を支える柱の一つに「出来高払い制」があります。これは、(歯科)医師が診断をし、その結果必要であると判断した治療を行い、行われた(点数)分の合計が、診療報酬として支払われるという制度です。この出来高払い制は、患者さんが、「必要なときに必要なだけ医療を受けられる」という優れた社会保障としての一面を持っています。しかし、医療費が増える方向に働きやすいシステムであること、余計な治療をしないで早く治す医療機関の方が余分な検査・治療をしている医療機関より報酬が少なくなることなどが、欠点として指摘されています。

このため、入院や一部の疾患では、治療費が包括された「定額払い制」が導入されています。これは、ある疾患に対して、処置内容には比例せずに一定額の報酬が支払われるという制度で、少ない処置で早く治した方が、利益が上がるという仕組みになっています。ですから、この制度では、たとえば容態が悪くなった時などに定額分を越える、つまり医療機関にとっては赤字になるような事態が起きたときには、必要なときに必要な治療や検査が受けられない可能性がでてくるという欠点をもっています。丁寧に治療しても手抜きでも一定額がもらえるため、手抜きが横行する、効率化のためのコスト削減が求められ医療の質が低下するという危険性もあります。

歯科などの外来では原則として出来高払い制が採られています。この制度のもとでは「医師・歯科医師は、やればやるだけ収入が増える」と批判があるのも事実です。つまり、必要のない無駄な医療が発生しているのではないかとの疑念です。これは、患者さんと医療提供者の間には、その持てる情報に圧倒的な差が存在するため、患者さんは医療の必要度が正しく理解できないことで起こりえます(これを「医師誘発需要」といいます)。また、この制度では不正請求が発生しやすいという側面もあり、医療提供側に高度なモラルも求められます。

完全な出来高払い制では、医師は自らの裁量に応じて診断し、その判断の元で必要な医療を提供し、診療報酬を請求することが出来るため、支払い側(政府、保険者など)からは総医療費をコントロールできません。つまり、医療がある限り青天井となるわけです。これが「医療費亡国論」の根拠ともなっています。

「医療費亡国論」とは、1983年、当時の厚生省保険局長吉村仁氏が、「社会保険旬報」に「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」と題した論文で書かれたものです。

- ①医療費亡国論：このまま租税・社会保障負担が増大すれば日本社会の活性が失われる。
 - ②医療費効率逡減論：治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導に重点を置く必要がある。
 - ③医療費需給過剰論：医療の供給は1県1大学政策もあって、近い将来医師過剰が憂えられ、病床数も世界一、高額医療機器導入も世界一高い。
- の3点が強調されています。

(医療立国論 木村昭人著より)

【医療費高騰の要因】

この原則出来高払い制のもと、医科では毎年毎年医療費が上昇を続けています。

一般的には、医療費高騰の原因とされてきたものとして、

- ①人口の高齢化
- ②医療保険制度の普及
- ③国民所得の上昇
- ④医師供給数増加（ないし医師誘発需要）
- ⑤医療分野と他の産業分野の生産性上昇格差
- ⑥医療技術の進歩

が挙げられます。（参考……「改革」のための医療経済学 兪炳匡 著）

（編者注…誤解されることが多いようですが、これらの要因のうち、医療費高騰の大きな原因は、人口の高齢化ではなく、⑥の「医療技術の進歩」であることは、医療経済学では常識となっています。医療費上昇の50～75%は医療技術の進歩にあると推測されています（上記書籍より）。人口の高齢化が医療費高騰の原因であると政府、財務省、経済財政諮問会議、そしてマスコミは喧伝していますし、国民の多くも高齢化によって医療費が高騰すると信じていています。しかし医療経済学の分野では人口の高齢化はほとんど影響が無いことは常識とされており、これは事実ではないことであることを認識する必要があります。）

【医療費の蓋】

以上挙げたいくつかの要因により、出来高払い制の下で医療費は増加し続けてきたと考えられています。つまり、「出来高払い制」と「いくつかの医療費高騰の要因」により、医療費には「蓋」は存在せず、増加を続けてきたのです。

さて、このことは「歯科」においても当てはまるのでしょうか。おかしいことに、歯科医療費にも「総枠の蓋」は存在しないはずなのに、歯科医師過剰といわれる状況でも、ここ20年ほとんど歯科医療費には変化がありません。

一般的に供給数（医師数）が増加すると医療費は増えると考えられています。医師数が増えることで、結果として十分な時間をかけて多くの診療行為を行うことが出来るようになるからです。（いわゆる濃厚診療と呼ばれるものです。）

しかし、歯科にはあたかも「総枠の蓋」があるかのように、歯科医療費の伸びを見ることはありませんでした。

先ほど挙げた医療費高騰の要因のうち、①については、高齢化は歯科でも全く関係ないといっても過言ではありません。②、③については、医科でも歯科でも同じ環境にあります。④については、歯科医師は年々その数が増えてきており、歯科医師誘発需要が発生している可能性はかなり高いといえますが、実際の歯科医療費に伸びは認めておらず、歯科医師誘発需要は歯科医療費高騰の主たる原因ではないといえます。⑤の「医療分野と他の産業分野の生産性上昇格差」とは、医療分野においては生産性の上昇が他の産業分野よりも低いために、相対的に医療分野の価格が上昇するということですが、医科と同様に歯科は機械化が難しく、人を教育し研鑽を積みませその中でしか生産性の向上はありえません。⑥については高度技術、先進技術の保険への導入という面で医科と歯科では違いが認められ、とくに新しい技術を積極的に保険に取り入れるという点では歯科は医科に比べて後れをとっているのは事実です。

医科よりも医療費が高騰する要因は少ないのですが、それでも歯科医療費も増えていっておかしくないはずですが。では、なぜ歯科医療費は増えてこなかったのでしょうか。

【歯科医療費が伸びていかない理由】

歯科医療費が伸びていかない理由としては、ある「カラクリ」が働いていると考えられます。理論的には上限のない出来高払い制のもとで、国が医療費総額を巧妙にコントロールできるような仕組みを国は持っているのです。

一つは診療報酬の点数表です。これは各処置・治療の点数を示したもので1点=10円と決められています。つまり、全ての保険医、保健医療機関が従わなければならない公定価格です。点数表ではそれぞれの診断や治療の報酬が点数によって細かく決められており、保険医療機関は、その点数でしか請求することができません。（しかも、点数の配分は、医療技術の難易度や、かかる経費の価格が必ずしも反映されたものではありません。）

国はこの点数表に加え、実際の運営上必要な疑義解釈・通知・留意事項を出します。（通知、通達も必ずしも医学的な根拠によるともいえない部分があることも問題となっています。）つまり、点数を変えることや点数の分配を変えることに加え、疑義解釈・通知・留意事項を出して保険の解釈の幅を規制することで、診療行為をコントロールすることが事実上出来るのです。コントロール出来るからこそ2200億円のマイナスシーリングを行うことが出来るのですし、実際に厚労省が医療費をコントロールすることに成功させている点を考えれば、このことは既に実証されているといえるでしょう。

もうひとつ国が医療費をコントロールできるシステムがあります。それは保険医療機関、保険医に対する「指導・監査」という制御システムです。

行政は保険医、保険医療機関に対して、保険医、保険医療機関を停止・取り消しするなどの強大な権限を持っています。

その「指導・監査」のなかに、集団的個別指導、個別指導と呼ばれるものがありますが、集団的個別指導、個別指導を受けるかどうかの基準は、主に平均点数となっています。一人当たりの平均点数が高いと「指導」が行われるのです。治療の内容に関係なく、とにかく一人あたりの医療費が多くなると、それだけで指導の対象となる可能性が高くなるわけです。「指導」それ自体は、「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う」と指導大綱に記載されていますし、指導に当ることがすなわち不正をしているからではないのですが、実際には大きな抑止力となり、これが指導・監査を恐れての萎縮診療に繋がってしまっているのです。（実際にこれまでも、個別指導を受けて、その精神的な抑圧からか自殺したという事件もありました。）萎縮診療は、そのまま歯科医療費が伸びていかないことに繋がります。

本来は国民の利益に反しないよう、保険医療を適正に行うために必要なシステムなのですが、それがあまりに強く出すぎると、「医療費の抑制」やいわゆる「罰金の徴収」にすり替わってしまい、その事自体が国民の利益を損ないかねない皮肉な状況になる可能性も出てきます。

以上二つのシステムを働かせることで、医療費「総枠の蓋」を作ることが可能なのですが、さらに言えば、このシステムで、医療者の「やる気」や「情熱」さえもコントロールできてしまうのです。平成18年度改定における、各種紙出しがその典型でしょう。

【レセプトオンライン化と医療費抑制】

これに加えて平成23年度から（医科は一部では既に始まっていますが）、レセプトオンライン化が導入されます。診療報酬点数表もこれに対応するように機械的な算定ロジックが再構築されます。これに

より、かなりの部分が機械的、自動的に審査されるようになります。効率化がいたるところで言われていますが、機械的なチェックが行き過ぎれば、今にも況して医療制度は硬直化した融通の利かないものになってしまう危険性があります。これは医師・歯科医師の裁量権を狭めることにもなりかねません。DPC・DRG といういわゆる「包括化」の波も歯科において加速することでしょう。

しかし、「医療費をコントロールする」と言う事と「医療費を抑制・削減する」と言う事は似ていて非なるものです。韓国では既にレセプトのオンライン化は完了していますが、韓国では医療費のコントロールを毎年診療報酬の点数を変えることで対応しているようです。例えば昨年の1点10円を、今年は1点0.85円で決めましょうとかいう具合です。国にとっては医療費をコントロールするこれと無い武器となっています。

既に導入している海外の状況を参考にしつつ、画一的な「医療費削減のツール」としないような運用が求められます。まかり間違えば、乾いた雑巾をさらに絞ることになり、そうなれば、雑巾はズタズタに切り裂かれることになるでしょう。

【歯科医療費総枠の蓋】

歯科医療費はここ20年あまり「総枠」にほとんど変化がありません。つまり、現実には「総枠の蓋」が存在しているのです。

時代と共に歯科医療技術は進歩し、患者さんのニーズは増大し、保険で提供可能な歯科治療とのギャップ・乖離は次第に大きくなっています。言い換えれば、必要な歯科医療を医療保険で提供することが難しくなっているのです。

医療者が医療だけに集中できるような環境であることが望ましいのはいうまでもありません。経営のことばかり考える歯科医師に診てもらいたくないと全ての人は思うでしょう。しかし今は、医療だけを考えていればよい時代ではなくなっています。医療制度について知り、考え、そして行動しなければ、必要な医療を提供できなくなっているのです。

今、保険歯科医療制度は、崩壊を始めています。多くの歯科医師が保険で治療を行うことを見捨て始めてきているのです。保険で決められた内容を全て守って行なおうとすれば、必要な医療を提供する事に大きな制約が加わりますし、真面目に診療を行えば行うほど、結果として経営的には苦しくなるのです。多くの歯科医師が明日の診療提供、経営に不安を覚えています。

もちろん歯科医療費が伸びないのは、国民の疾病構造の変化もあります。しかし、それだけでは説明が付きません。歯科がこれまで採ってきた「戦略」（といえるかは疑問ですが・・・）に間違いがあったことも事実です。その間違いとは、「薬価差益の誤った配分」*と「新技術導入を軽視した歯科診療報酬体系」*です。

*引用；歯科医療白書 創造的な歯科医療社会を目指して 2003年社団法人 日本歯科医師会特別論文
【供給過剰時代の歯科医療～市場原理主義にまかせてよいか～】京都大学名誉教授 伊東光晴より

歯科においても医療の高度化はなされています。例えば、根管治療（神経、根の治療）においては、マイクロスコープ（拡大鏡）やニッケルチタンファイルという合金を用いた優れた治療用具が開発されています。これを使えば、非常に繊細な根管治療（歯の神経の治療、根の治療）のレベルを上げることが出来、また効率化も図ることが出来ます。ところが、この用具の導入は進んでいません。このマイクロスコープやニッケルチタンファイルは高価であり、それに見合う診療報酬が設定されていないため、

導入したくても出来ないのです。また、メタルボンドという、陶材でできた白い審美的な歯冠修復（かぶせ物）がありますが、これは先進医療、高度治療とはいええないもので、日本でも広く一般的に行われている治療なのですが、これは保険には導入されていません。財源がないことがその大きな理由の一つです。

これが世界第2位の経済大国日本における歯科医療の現実なのです。歯科医療の進歩が国民に広く還元されていないのです。これも歯科医療費には「総枠の蓋」があるためだといえます。

一方、このような「カラクリ」は医科や調剤にもあるはずですが、しかし、調剤医療費は激増し、医科医療費も増加しています。なぜ歯科にだけ「総枠の蓋」が存在するのでしょうか？何か恣意的なものがあるのでしょうか？

歯科にだけ「医療費の蓋」が存在するのは何故なのでしょう。

【おわりに】

国民の口腔保健・健康に対する意識が変わり、歯科医療技術も進歩して行く中で、一番追いついていないのが歯科医療制度なのかもしれません。保険治療を大切に考え、そのルールを守ろうとすればするほど、また、患者さんにできるだけ高度な医療を提供しようと思えば思うほど、結果として保険医療を見捨て自費指向にならざるを得ない現実があります。また、指導・監査を恐れ、医療の質には目をつぶり、萎縮診療にならざるを得ない現実があります。

誰のために保険歯科医療は存在するのか。我々保険歯科医は国民にとってどういう存在なのか。保険で提供する医療の水準はどうあるべきなのか。歯科保険医療に財源をどれくらい投入するべきなのか。悩みながら、恐れながらの診療や保険請求が、毎日続いています。

私たちが、歯科医として国民として守らないといけないものは何か。国民はどのような歯科保険制度を望んでいるか。・・・答えは簡単には出てこないでしょう。

ただ、言えることは歯科医療費の「総枠の蓋」が取り払われなければ、今後、保険歯科医療崩壊（保険から自費診療へのサボタージュ）は加速的に進んでいくのは間違いないということです。

医療財源すべてが税金で賄われているイギリスでは、保険歯科医療の崩壊が事実上起きています。妊産婦、18歳未満の青少年、低所得者などは、歯科治療を無料で受けることができるという素晴らしい面もあるのですが、一般の人の負担割合は8割程度と高く、また制度の縛りによる治療の制約があまりにも大きいため、歯科医療者からも国民からも不満がでており、歯科開業医の多くがNHS（国営医療保険制度）から離脱しています。保険で歯科治療を受けようと思っても、受けることができない、保険で歯科医療を提供する歯科医師がいなくなっているのが現実なのです。

日本もイギリスのような歯科医療崩壊へとすすんでいくのでしょうか。

生活を支える、生活の質を高める部分が多くを占める歯科医療はどうあるべきなのか。国民、歯科医療関係者、行政が透明度の高い中で議論していく必要があるでしょう。

2008/07/17

みんなの歯科ネットワーク

TEAM T.S.T. (Think & Search the Truth)