

# 技術料の評価、保険給付の拡大、 診療報酬の引き上げなどを働きかけたい

**大久保潔重<sup>ゆき しげ</sup>氏**  
(参議院議員)

今回からシリーズでお届けする「リレー連載“議員に聞く”」。歯科医療に造詣の深い議員の方に、編集部が用意したさまざまな質問に答えていただきます。第1回は、大久保潔重議員(民主党)です。

\*質問は、MMPG歯科医療情報レポート編集委員会が作成しました。(2009年10月27日原稿作成)



## PROFILE

●おおくぼ ゆきしげ  
参議院議員(民主党)。長崎県出身。43歳。長崎大学歯学部卒。東京・神奈川・福岡で地域医療に携わった後、2002年に小沢塾1期生修了。長崎県議会議員を経て、07年の第21回参議院長崎選挙区で初当選、現在に至る。議院運営委員会委員、農林水産委員会委員、国際・地球温暖化問題に関する調査会委員、国会対策副委員長、党歯科医療議員連盟事務局長などを務める。

## 歯科医院も競争を前提とした 経営戦略を描くことが不可欠

歯科医院経営の現状をどうみているか？ また、今後の歯科医院経営はどうあるべきとお考えか？

——30年ほど前に開業された先生方から「昔は黙っていても患者さんがたくさん来たが、今は1/4~1/5ぐらいになったかな」という話をよく聞いた。私も大学卒業後は歯科臨床の現場に10年近く携わったが、当時お世話になった院長(経営者)からも、年々来院患者数が減り、収入も減っている状況をうかがっていた。診療所の従事者(歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、その他スタッフ等)をはじめ固定費コストの削減に努めても限界があり、歯科医院経営はどこも厳しいと推測される。

全国で毎年400近くの歯科医院が増加し、過剰時代の到来が叫ばれて久しい。同じ地域で限られたパイを奪い合う現状では、やはり他院との差別化、攻めの経営努力が必要になってくる。リコールの案内などによる徹底した予防やメンテナンス。積極的な在宅や施設への訪問診療。無痛治療やエステティックなど患者のデマンドに即応する取り組みが要求される。また最近の研究では、咀嚼と脳機能、顎位と姿勢制御など、咬合と全身の関係が明らかになってきたが、たとえばプレート療法などは興味深い。

歯科経営における二極化が進んでいることを示すデータ(図1)がある。小泉・竹中構造改革路線で鮮明になった、いわゆる「勝ち組・負け組」といわれる格差社会を彷彿とさせ個人的には好ましいと思わないが、歯科医療の現場でも競争を前提とした経営戦略を描くことは不可欠になってきている。大規模経営や高度先進医療機器の導入などは、新規開業予定の先生方にはリスクでむずかしいと思うが、その分、トータルサービスの充実で頑張っていたきたいと思う。

## 電子請求の「原則義務化」とは 「手上げ方式」が基本となるべき

レセプトオンライン化の今後の見通しは？

——先の衆議院総選挙における民主党のマニフェストでは、レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改め、小規模医療機関の撤退や地域医療の崩壊が起らないようにすると記載してある。しかしながら先般10月10日、政権交替した新しい政府(厚生労働省)が、レセプトオンライン請求に関する省令改正及び告示(案)についてのパブリックコメントを関係団体に募集した内容では、2011年度から原則オンライン化するという方針は維持しつつも、小規模・高齢などの理由によりオンライン請求が困難である医療機関、薬局に対し配慮する観点から、政省令を改正し、オンライン請求義務化の例外



措置等を定めるとなっている。しかし、これは「義務化」を前提とした例外措置等を設けるものであり、前政権下での内容と何ら変わらない。政権交代し、「規制改革会議」なるものも消滅するわけだから、この問題に関しては大きな方向転換が必要だと思う。

先日、厚生労働大臣政務官にお会いした際、直接確認したが、「原則化」の見解を異にしていると感じたので正直心配している。「手上げ方式」を基本としながら、オンライン化推進のための財政的支援、導入時の制度上のインセンティブの付与、個人情報管理に関するセキュリティーの強化など、取り巻く環境を整備した上で推進すべきことを訴えていきたい。

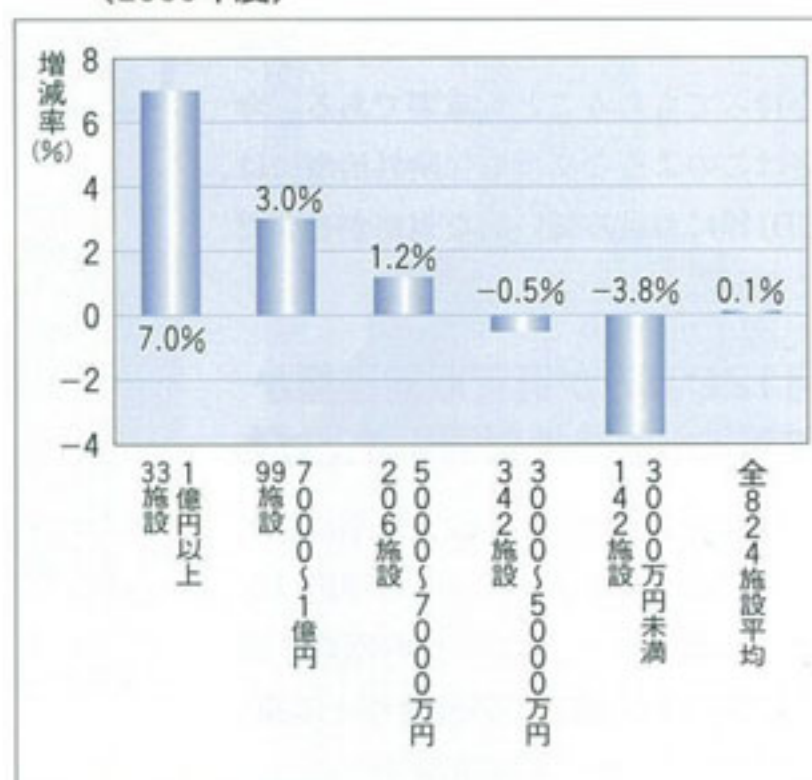
## 歯科医院経営に影響する特措法26条は堅持あるいは同等の担保を求める

特措法26条や消費税、事業税等歯科医院経営を取り巻く諸税はどう変わっていくのか？

——歯科医療費の抑制策により医院経営は年々圧迫されているが、これを補填しているのが、租税特別措置法26条の特例措置や、地方税における社会保険診療報酬に対する事業税の非課税措置だと認識している。全国の80%の歯科医院が社会保険診療収入5,000万円以下で、この租税特措法の対象である。保険診療は診療報酬という公的価格で定められており、歯科は低い。そういう中で経営者は診療所における安全対策や設備更新、合理化や近代化など経営基盤の強化を図られている。

民主党はこの租税特別措置について、減税措置の適用状況、政策評価等を明らかにするための「租税特別措置透明化法」の制定を目指している。特定の企業や団体が本来払うはずの税金を減免するこの租税特別措置は、実質的な補助金であるが、その必要性や効果が十分検証されていない実態がある。国民の皆さんに説明責任を果たすためにも透明化を進めるべきだと思うが、党内論議の中で個別に26条が廃止されるようであれば、それに見合う診療報酬の引き上げや社会保険診療報酬等に対する消費税を非課税からゼロ税率ないし軽減税率に改めることを主張していきたい。結果的に医療機関に相応額が還付される仕組みになれば、医療水準を維持するのは可能だと思う。地方税に関しては、社会保険の診療報酬の本質からして事業税の非課税措置は存続されるべきと考える。

図1 収入金額ランク別収入金額の対前年増減率(2005年度)



## 安易なダンピングは高リスク 治療の価値を患者に周知する必要も

保険外治療、特にインプラントの手術に関して、最近料金のダンピングが行われているようだが、このような状況をどのようにお考えか？

——わが国の「国民皆保険制度」は世界に冠たる制度であるし、今後もこの制度を堅持し、より充実させていくべきだと考えているが、歯科の分野では保険適用外の治療法も少なくなく、そういう意味では歯科は自由診療の幅が大きいといえる。患者さんに質の高い診療サービスを提供するには、自由診療に範囲を広げるのも選択肢の一つであり、また昨今の歯科医院を取り巻く環境では経営的にも自由診療に移行しなければやっていけない現実もある。歯科医師はじめデンタルスタッフは日々研鑽し、新しい技術と知識を修得している。

ダンピングの実態は把握してないが、以前インターネットの情報で通常の自己負担が、たとえば30万円の治療が10万円と、1/3程度の価格提示のメニューがあったのを見たことがある。いわゆる歯科の激戦区といわれる都市部の診療所で1日平均13～15人の来院患者数では自由診療に頼らざるをえず、さらに症例を増やすための苦肉の策かもしれないが、安易にやり過ぎれば万が一失敗したケースのリスクはかなり高い。1億円規模の損害賠償に発展した訴訟などもあるやに聞く。

患者さんの側からすれば、できれば安いほうを選



択したいという心理は当然働くと推察されるが、それだけ価値のある治療には応分の費用負担がかかるという認識を持ってもらうことも重要である。今後はこのような高度な保険外治療には、FDI等における統一的な規格が必要だと考える。

## 月120万円が適正収支差額か 財源にらみ診療報酬引き上げも

歯科医院1件当たりの収入は平均して年々減少傾向にあるが、その原因はどこにあるのか？ また、歯科医院1件当たりの適正な収支差額(月額・年額)はどれくらいだとお考えか？

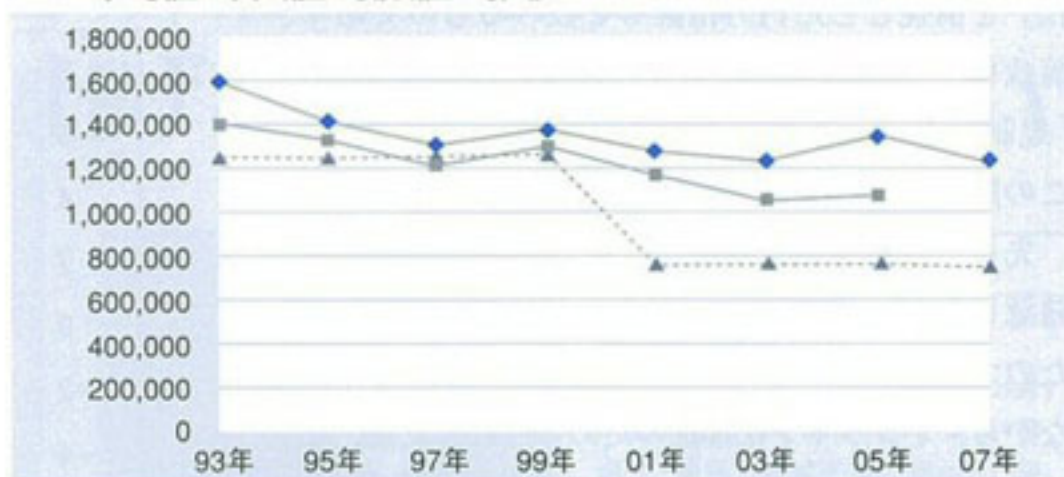
——医業収入を決める3つの要因(医業収入=診療日数\*1日当たり患者数\*診療単価)がすべてマイナス基調であるため、当然収入は減少傾向になると思われる。同一地域で歯科医院が増えれば、それだけ歯科医院1件当たりの患者数は減ることになる。また、患者数の減少に医療保険制度の改正が大きく影響していることは、経年的な患者数や実日数の推移でみた際、たとえば窓口負担の引き上げなどの改正年度で明らかである。

医療技術の進歩や日本歯科医師会を中心とする8020運動の実践などにより、歯科の疾病が減ることは大変よいことだが、治療までの実日数も減るので、当然診療日数は減少傾向になる。

2006年度の歯科医療費は約2兆5,000億円で、この10年間はほぼ横ばいだが、国民医療費に占める割合は7.6%で、この10年間で急激に減少している。診療報酬のマイナス改定は、診療単価に影響を及ぼす最大の要因である。中医協医療経済実態調査(図2)によれば、1999年と2001年を境に収支差額の平均値・中央値・最頻値のバラツキがでてきている。ちなみに2000年度は、か初診(かかりつけ歯科医初診料)が導入された時である。

図でわかるように、少なくとも平均値である120万円前後が月額の適正な収支差額ではないか。国の財源をにらみながら、窓口負担の軽減や、臨床現場での技術の評価、保険給付の拡大、診療報酬の引き上げなど働きかけていきたい。

図2 中医協医療経済実態調査歯科診療所「収支差額」の平均値・中央値・最頻値の推移



歯科診療所 平均値&中央値&最頻値

	93年	95年	97年	99年	01年	03年	05年	07年
平均値	1,596,000	1,416,000	1,307,000	1,327,000	1,274,000	1,233,000	1,351,000	1,229,000
中央値	1,413,197	1,327,015	1,212,405	1,302,921	1,167,977	1,044,552	1,073,262	
最頻値	1,256,748	1,249,562	1,254,413	1,270,628	771,213	769,027	763,160	763,070

中医協医療経済実態調査より千葉協会で作成

## 歯科医師のさらなる活躍の場を提供することが重要

医師不足が声高に叫ばれている半面、歯科医院の数はコンビニより多いなど揶揄的に表現されている。歯科医師の数についてのお考えは？

——2000年から6年間で、わが国の歯科医師総数は6,341人も増加しており、人口10万人当たりで4.5人の増加になる。特徴的なのは、診療所勤務の歯科医師が増え、勤務歯科医が全体の約4割を占めるまでになっていることである。

歯科医師のさらなる活躍の場を提供することが重要である。高齢者に多い死因の一つに誤嚥性肺炎があるが、介護施設や在宅での口腔ケアでかなり予防できる。医科・歯科連携でのチーム医療を積極的に推進するための制度構築や、診療報酬の評価が必要になる。地域偏在の解消のために歯科医師の少ない地域に誘導することも大事である。

すでに新規参入の歯科医師数の削減は行われているが、さらなる削減には歯科医師養成数を削減しなければならない。歯科医師の質を確保しながらの削減はむずかしい部分もあるが、いずれくる現況の歯科大学・歯学部定員割れに鑑み、大学の医歯薬統合など、単科大学から総合大学への移行の中で医師不足と歯科医師過剰に対応することも考えられる。大学を歯科の研究・教育・臨床などに特化していくことも考えられる。

臨床の現場ではEU版歯科医師のワークシェアリングを行う時代が間もなく来るかもしれない。