

日本の日常歯科臨床と 健康保険制度の制約による問題点

The Problems Between Daily Dental Clinical Practice and Limitation of Health Insurance System in Japan

種市良厚

キーワード：国民皆保険、保険診療、自費診療、混合診療



(たねいち・よしあつ)
ICDフェロー
歯科医師

I. はじめに

日本は世界に冠たる国民皆保険制度があると言われていたが、保険のいろいろな制約や点数（診療報酬）に対して不満を持つ歯科医師は少なくない。最初に日本の歯科診療の保険における料金を考えてみよう。全国平均によると、一患者一診療の治療費は6,000円から7,000円である。1日の患者数は都会では15人から25人程度とみられる。1か月の診療日数は20日程度であるから、6,500円×20人×20日では260万円となる。1か月の医業収入が260万円の診療所で歯科医師がどれ程の収入が得られるだろうか。

基本的な都会の歯科医院の場合で考えてみると、テナント開業の家賃が40万円、歯科衛生士と歯科助手と受付の3人の給料が合計で80万円、外注技工料と材料等で50万円、光熱費やホームページで10万円。ここまでですでに180万円がかかっているが、その他に設備の修理費やリース料、借入金の返済があると歯科医師の所得は50万円にも満たないものになってしまうのである。これでは歯科医師会費や学会費、学会参加費までは手が回らない事になってしまうのである。

II. 医院経営の難しさ

さて、保険治療収入を上げるためにはどうすれば良いかということ、治療数を増やすしかないのであるが、どうすれば数が増えるかと言うと、①1日の人数を増やすか、②1か月の実日数を増やすか、③1診療の治療内容を増やすしかないのである。

①の治療人数を増やすためには診療時間を増やすか、治療のスピードを上げて短時間に多くの患者を診る事が必要になる。1日の診療時間を増やす場合と②の診療実日数を増やす場合は、スタッフの労働基準法の問題があるため人員を増やす必要が出てくる。その場合は、医業収入は増えるかもしれないが人件費が増える事も考える必要がある。収入が増えてもそれ以上に経費がかかっては意味が無いので、パートの人材等を使う事も考えなくてはならない。

ちなみに日本の労働基準法では、労働者は1日8時間、週40時間の労働が基準であるために、歯科診療所では準備に30分、片づけに30分を要すると考えると1

日の診療時間は7時間という事になる。1診療にかかる時間は準備と患者の導入、状態の問診、治療の説明、治療、患者退室、片づけで早くても20分、一般には30分という所だろうから、1診療20分で進めたとして7時間では21人、30分だと14人の診療をする事になる。したがってインフォームドコンセントをしっかりとやって、患者が満足いく治療をすると、医業収入はどうしても多くはならない仕組みなのである。

日本の場合、多くの歯科医院は自費の治療も行っている為、保険診療以外の収入もあるのが一般的であるが、混合診療の禁止という規則があるためまたややこしい問題が多々存在する。歯冠修復補綴と欠損義歯補綴のみ混合診療が認められているので、補綴に関してはそれ程問題にならずに治療をしている様に思われる。ただし、歯列矯正やインプラント治療は保険ではできない事になっている。一部大学病院等では保険適用の部分もあるが、基本的には自費治療である。

ここで問題なのは混合診療禁止の壁であるが、一診療所内で矯正治療やインプラント治療を行った場合はその他の保険治療は行ってはいけないという制約がある。日本の歯科医師全員がその事を知っていて順守しているとは思えないが、規則ではそれが正しいとされている。つまり、口腔内に1本でも自院でインプラントを植立したらその後小さな齲蝕ができようが、歯髄炎を起こそうが全て自費で治療をする様に決まっているのだ。矯正治療中に齲蝕を作っても歯肉炎や歯周炎を起こしても同じく自費で治す事になっている。他院でインプラントを受けた患者や他院で矯正治療を行っている患者は自院での保険治療は行っても良いという事だ。厚生労働省は、補綴以外の自費治療を受けた時点でその患者は自費患者扱いになるので、その後保険治療を受ける権利は失って全ての治療は自費で行うのが正しいと言う事である。

Ⅲ. 歯周治療の問題点

歯周治療においても難しい問題がある。それは歯周病に対してはCTが使えない事である。学会やセミナー等では、歯槽骨の吸収状態を診査する為にはCTはとて有用であり、かかせない機器であると言われていたが、保険病名ではCTは適用外なので、自費でCT

を撮影するとそこから混合診療になってしまうのである。GTRも使用材料によっては混合診療になってしまう。私の経験では、学会やセミナー等で歯周治療の難症例や長期症例の発表の中で、スタートからゴールまですべて保険で治療をしたというケースは記憶にない。

日本でも歯周管理には定期検診やメンテナンスが重要であり、これからの歯科は予防が大切であると言われて久しい。治療よりも予防と言われているが、予防は健康な人が行うもので病人ではない。つまり、予防という言葉自体が保険適用外の様な気がするのだが、保険で予防をして良いのだろうか。メンテナンスという点では、SPT（サポートイペリオドンタルセラピー）という仕組みがあるが、これははっきり歯周病に罹患している患者がSRPまでの処置を受けて初めて取り入れられる処置であって、軽度の歯周炎や歯肉炎の患者がスクレーピングとブラッシングで改善してしまった場合には適用できない。

別のケースとして臨床上困るのが、上顎無歯顎で総義歯を作りたい時に、下顎が14歯残存していて歯周病に罹患している場合である。歯周治療が終了するまで上顎の総義歯が作れないのである。もしも機能回復のために歯周治療用装置として仮の総義歯を作るとしても、軽度の歯周病では保険適用外となるし、仮の総義歯の技工料、材料費はとて歯周治療用装置の点数ではまかなえない。

現実では、下顎の歯周病を無視して上顎の総義歯を作るか、下顎の歯周治療をしている間上顎の総義歯は無しで過ごしてもらうかと言う事になる。

私が一番困っているのは、口腔内に歯周病が存在し、要処置の患者で他院ですでに入れてあるインプラントが存在する場合である。保険ではインプラントのクリーニングや歯石除去は出来ないのである。しかし歯周治療で天然歯のスクレーピングをしっかりとしながら、隣在するインプラントに歯石をつけばなしには出来ないであろう。ただしインプラントのスクレーピングを自費でやってしまえば混合診療になってしまうのである。そこで多くの歯科医院ではインプラントのクリーニングを無料サービスで、行っているのが現実である。

しかしここで本当は厳密に言うと、厚生労働省の技官には「保険でやってはいけない事を無料でやっても無料の自費治療である」と言われた事があるので、その技官の見解では混合診療という事になる。この様に役人の見解は一般常識とは違う事もあるので難しいのである。

IV. 保険診療の問題点

混合診療の禁止という点では、国としてはなるべく保険で請求をしないで出来るだけ自費で好きな様に治療をなさいとやっている様に思えてならない。

私の日常臨床において保険診療内でも納得のできない事は多々ある。例えば第一小白歯の欠損症例において、第二小白歯と第一大臼歯が要処置歯だった場合に「4⑤⑥」という設計をしたいと考えたとしよう。犬歯が健全歯の場合は「③4⑤」しなければならず、犬歯がセラミッククラウン(自費)の場合は「4⑤⑥」でも良いという決まりである。私としては、逆の様な気がするし、あるいは「4⑤⑥」はどちらも認めても良い様な気がする。

次に下顎埋伏智歯の埋伏抜歯である。数年前の事であるが下顎第二大臼歯が欠損している場合や同時抜歯の場合は智歯がどの様な状態であっても埋伏抜歯の請求では無く、難抜歯の請求となると言われた事である。たとえ第二大臼歯と無関係の下顎枝の中にあるが、下顎下縁にあるが関係無く埋伏抜歯は請求できないとの事である。規則は必要であるがもう少し状況に応じた対応があっても良いのではないだろうかと思っただけだが認められずにその様に対応してきた。しかし、最近では状況に応じて埋伏抜歯を認める事になったとの事である。

一般事業において価格は自由なので、例えば東京銀座のレストランの食事が高価で地方都市のレストランの価格が安くても何の疑問も持たないし当然と思う事だろう。逆に同じ品質のものならば、例えば自動車の新車を買う場合や1本100円のボールペンを買う場合は全国どこで買っても価格は一緒かもしれない。歯科医療の場合は自費診療ならば、レストランのケースと似ているかもしれないが、保険治療はボールペンと同じで日本全国同一価格である。しかしボールペンと違う

のは品質が歯科医によって全然違う事である。地域に関係なく歯科医の技量は新人からベテランまで様々であり、また卒後の研費によっても個人の才能によっても大きな差がある。ここが保険診療には全く反映されていないのが現実である。この部分は患者からすれば一番知りたい情報だが、口コミ以外では中々得られない部分である。国にしても誰にしても第三者が判定しにくい数値で表せない部分なのだが、本当は名人と初心者は価格が違っていても良い処である。

最近では保険診療でも施設基準やシステム導入によって届け出をすれば、同じ診療を受けに行っても価格の違う部分が出てきている。つまり患者にとっては同じ治療を受けても診療所によって多少支払う金額が違ってきている。いずれ認定医や専門医や学位の有無によって保険点数の差が出る日が来るのかもしれない。

V 歯科保険は改革が必要

さてもう一度混合診療の話に戻るが、一般医科では癌治療を受けている患者が、保険適用外の治療を受ける場合は癌治療全てが自費治療となる。これは混合診療禁止という日本の制度ではしょうがないかもしれないが、それ以外の病気の治療、例えば糖尿病や高血圧の治療も含めてその人の治療全てが自費になるのは考えても良いのではないだろうか。同一人物であっても別の病気の治療くらいは保険で治療しても良いような気がする。この様な考えはあくまでも私の私見であるが、歯科も同様に矯正治療やインプラントと一般歯科治療は別に考えて欲しいものだ。左下のインプラント治療と上顎前歯の齲蝕処置は全く関係が無いと思うのである。

一般医科の場合は混合診療には色々な問題があるので難しいと聞いているが、歯科は元々補綴治療には混合診療を認めていたのであるから、歯科治療には全て混合診療を認めても良いと思うが、いかがだろうか。

日本は超高齢社会となり労働人口に対して高齢者の数が急激に増加している。高齢者は身体的に劣化してくるのは当然であり何かしら医療を必要とするものである。内臓系に問題を自覚していなくても、歯、眼、骨格、筋肉に衰えを感じない高齢者はいない。歯以外は節制や、トレーニング、栄養バランスの良い食事等

でかなりコントロールできる部分はあるが、歯だけは定期クリーニング等の医療無しには健康は維持できない。

高齢者が多ければそれだけ全身的に色々な医療を必要とする人が増えるので、労働人口によって支えられている健康保険制度では、高齢者医療費を維持しきれぬのか不安である。もしも保険財政が立ち行かなくなったら時には、医療費の値下げか、保険適用の削減しか手は無くなるのではないだろうか。医療費を値下げすると診療所や病院は経営が維持できなくなったり、医師や歯科医師は薄給や過労働の為、なり手が無くなる事も考えられる。

今、日本の歯科界は歯科衛生士が不足している。歯科衛生士の資格を持つ人はそれなりに存在しているのだが、実際に診療に従事している歯科衛生士が不足している状態である。医科の場合看護師の業務は医師が全て代行できる様であるが、歯科の場合は歯科衛生士にしか保険で認められない業務があり、もしも歯科医師が同じ事をやっても保険請求のできないものがある。つまり歯科衛生士の勤務届出のない診療所は保険請求のできない診療内容があるという事である。東京の診療所は歯科衛生士を募集しても中々確保できずに苦労している所が多い。

以上の様に日本の健康保険制度には医療財政の問題や混合診療の問題、労働基準法の問題、診療報酬の問題等様々な問題がある。そもそも歯科保険点数の設定はどの様に決められたのだろうか。実際の臨床現場で何が大変で何がそうでもないかを考えて決められたものでは無い様である。実際の処置に対しても平均的に

要する時間、使用する材料、人件費、設備費等を計算して割り出した治療費なのだろうか。とてもそうは思えない点は根管治療である。時間的にも使用する材料もとてもかかるものであるし、前歯部と大臼歯部では手間のかかり具合はかなりの差がある。もう一つ臨床現場で困る事があるが、それは指導料や義歯の調整料が1ヶ月に1度だけという点である。一般消費者の感覚では同じ処置を受けたにもかかわらず、前回と今日で窓口で支払うお金が全く違う事に疑問を持つのは当然である。診療をする側としては保険制度を理解しているので納得できる部分もあるが、患者側はとても理解しにくい部分ではないだろうか。医療においては患者との信頼関係が最も重要な事であるが、治療費の事で不信感を持たれるのはとても心外なものである。

VI. まとめ

まとめとしては、日本の国民皆保険制度は確かに素晴らしい部分もあるが、超高齢社会に耐えられるのか疑問である。そして保険の診療報酬は必ずしも臨床現場の治療の大変さに即したものであるのではないので抜本的に点数を決め直す必要があるのではないかという事。もう一つは歯科においては混合診療が必要と考えられるのではないかという事である。より良い治療を患者に提供し医療者と患者の信頼関係を築く為には、もっと患者も理解しやすい保険制度にする必要があるのではないだろうか。そして、安定した医院経営の為には、現場も納得できる診療報酬が必要なのではないだろうか。

●抄録● 日本の日常歯科臨床と健康保険制度の制約による問題点
／種市良厚

日本は国民皆保険制度であるが超高齢社会において現状の制度が維持できるかは甚だ疑問である。また現行の保険制度の内容は、日常の歯科臨床に即しているとは言い難く歯科医師や患者が十分に納得できるものではない。医療は営利を目的とした事業ではないが、安定した医院経営なしに安定した医療の提供はできない。近年は歯科医院においても高額な医療機器設備が必要であり、滅菌システムにおいても多額の費用がかかるのが現状である。国民の為に保険で良い治療をするためにはそれなりの診療報酬が必要となるのは当然の事である。

いくつかの問題点について私なりの見解を述べさせてもらう。

キーワード：国民皆保険、保険診療、自費診療、混合診療

The Problems Between Daily Dental Clinical Practice and Limitation of Health Insurance System in Japan

Yoshiatsu TANEICHI D.D.S., Ph.D., F.I.C.D.

It is questionable that current national health insurance system, which covers all citizens in Japan today, will maintain to work in the super-aged society. In addition, the contents of current health insurance system are not suited to today's dental clinical practice, therefore it is hard to be accepted by dentists and patients. Even though the purpose of medical service is not to make a profit, stable medical service cannot be provided without financial stability. Recently, dental clinics are required to have expensive facilities and equipments, such as sterilization equipment. It is natural that proper service fees should be charged in order to provide high quality treatment when using health insurance.

I would like to state my opinion about several problems of current health insurance system.

Key words : National Health Insurance System, Health Insurance Treatment, Self-pay Treatment, Mixed Treatment