

ドナルド・バー・ウィック

- 保守派から「危険思想」の持ち主と毛嫌いされている

- 財力によるアクセスの不平等を容認
- 似非医療が横行する危険
- 医療本体がアビュースされる危険
- 保険医療が空洞化する危険

混合診療導入がめざすもの

国民がもつとさまざまな医療を受けたければ、「健康保険はここまでですよ」、後は「自分で払いください」というかたちです。金持ちはなくとも、高度医療を受けたければ、金持ちはなくとも受けるという選択をする人もいるでしょう。

(週刊東洋経済/2002.1.26号)

規制改革・民間開放推進会議議長

宮内義彦

混合診療：問題のすり替え

エピデンスが明らかかな診療行為について、「混合診療が認められない」ことが問題ではなく、「必要な治療が保険診療に含まれていない」ことが問題。

米連邦政府が運営する高齢者医療保険では、ある治療に保険適用を認めるとどうかの審査を患者が請求できる。

混合診療の問題

総括（バーウィックの言葉で）

「イギリスのように医療費にGDPの9%しか使わずに医療にアクセスする権利を保証する代わりに、アメリカのように医療費にGDPの17%も使いながら、医療にアクセスする権利を保障しないというやり方もあります。…市場の『見えざる手』に委ねることで、本来政治家達に課されている説明責任をあいまいにするだけなく、消失させてしまうことでもできます。…・私企業が支配する暗黒の下で、誰も説明責任を負おうとしないシステムに委ねてしまふことができます」

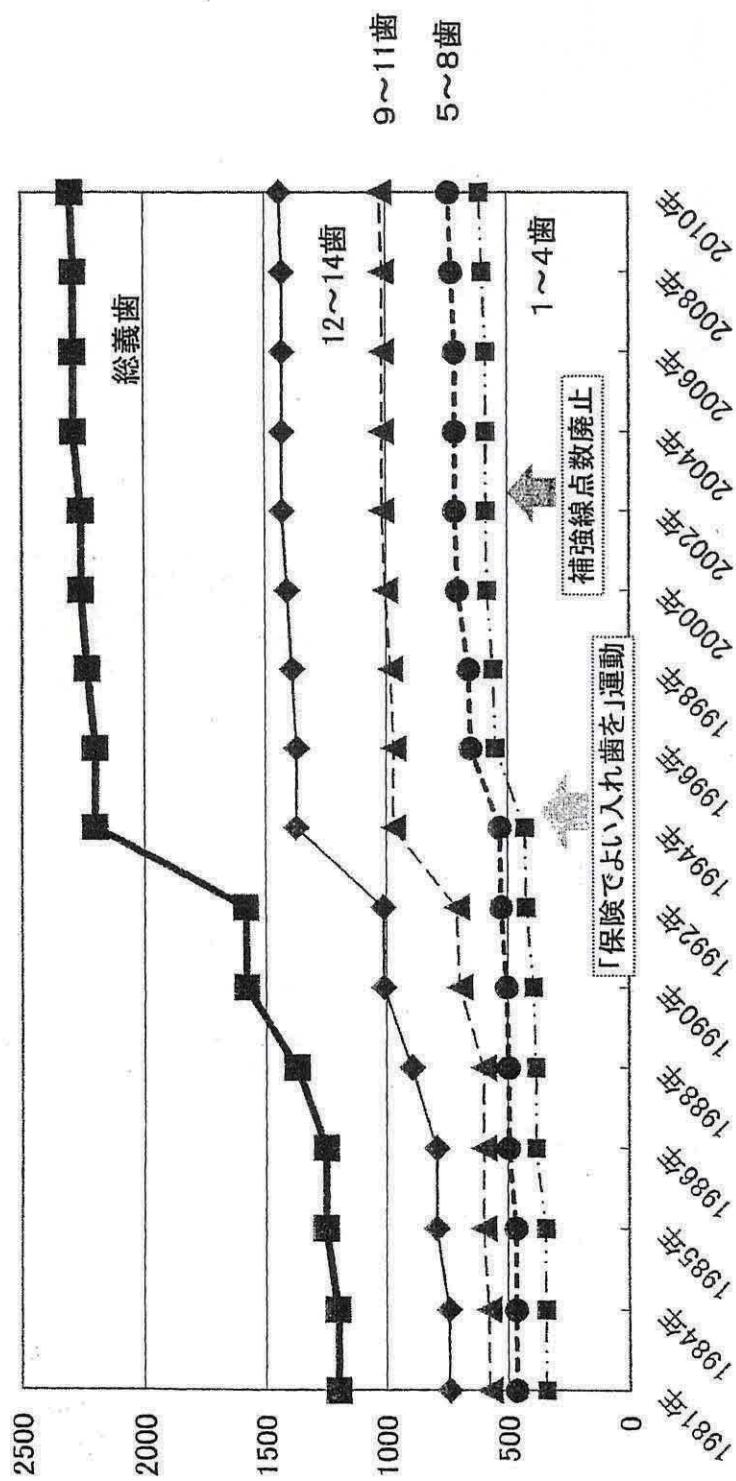
総括（バーウィックの言葉で）

「病者ほど貧しい傾向があり、貧しい人々ほど健康を損なわれている事実を直視しようとせずに、お金のある人や健常者のみを保護することも可能です。しかし、公平かつ文明のかつ人道的な医療費のシステムは、富める人から貧しい人・不運な人へと富を再分配するシステムでなければなりません。優れた医療制度は、『医療制度』という名を使う限り、富を再分配する制度でなければならないのです」

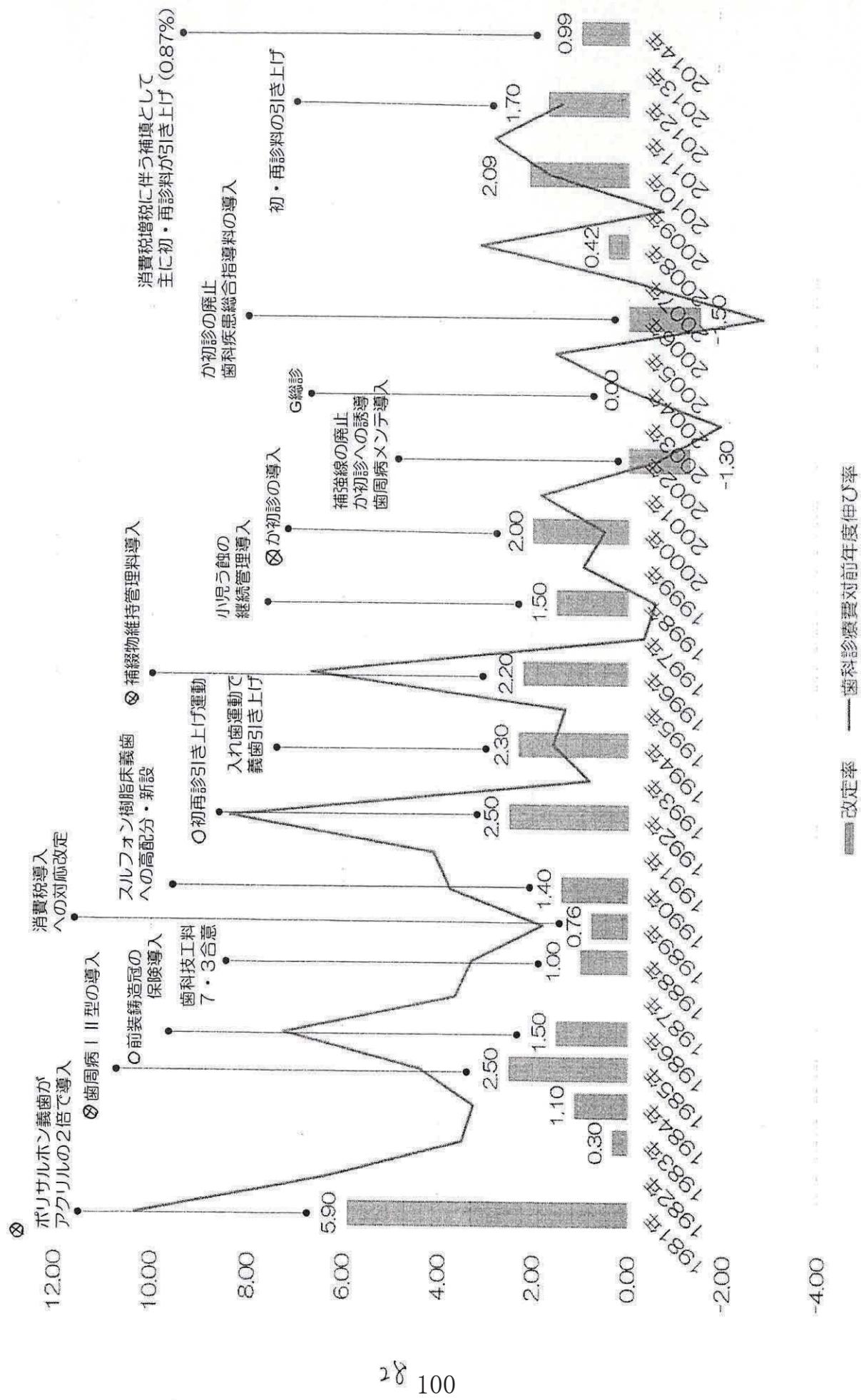
(2008年7月、NHS発足60周年記念式典でのスピーチ)

李承元氏講演

レジン床有床義歯点数の変遷(装着料・材料料含む)



歯科における改定率と歯科診療費の伸び率



厚生労働省「国民医療費」等により作成。

一般社会の 歯科医療ビュン

後の口腔内細菌数は減少したもの、綿棒による清拭では逆に細菌数の増加を示した。
 ③要介護高齢者に対して、口腔ケアを受けた群と受けていない群を分けて、口腔ケア及び誤嚥性肺炎の入院治療に要した診療報酬の総請求点数を比較すると、口腔ケアの費用便益比（口腔ケア事業が社会に貢献する程度を分析する比率）は0・82という報告があつた。
 ④誤嚥性肺炎の予防効果に限定し報道された口腔ケアの費用便益比は1に近い。

これらのことからも、要介護高齢者に対する日常的な口腔ケアの費用対効果は高いとされる。しかし、費用便益比のような尺度で測られると口腔ケアは経費削減の対象となること口腔ケアは現実的でない。

私は、現在では多くの検査を含めた診療報酬や家族の負担など多くの環境因子も含めて各サービスのベネフィットを正しく評価するためには仮想評価法によって評価を行うべきと考えている（仮想評価法・環境（＝健康）を守るために支払っても構わない金額（支払意思金額）を尋ねることによって、環境（＝健康）の持つている価値

を金額として評価する手法）。

残念ながら、日常の介護では十分な口腔ケアはなされていない。

在宅ケアに係わる歯科医師・歯科衛生士の意識啓発も必要である。

訪問看護や訪問介護に携わる専門職も口腔ケアの必要を感じてはいるが技術的限界を感じている。総じて、日常介護における口腔ケアと医療・専門的口腔ケアの提供が要介護高齢者のQOL維持・改善につながるよう多職種連携による『口腔機能回復リハビリテーション』の主軸を担えるよう検討を加えたい。

よつて極論ではあるが、この総義歯を医療保険から外し、介護保険の『口腔機能回復リハビリテーション』の総義歯装置として位置づけ、さらに歯科にはなじまないされた包括評価に変更してみてはどうだろうか。再診料・スタディモデル・補綴時診断料・印象・咬合・顎運動関連検査・試適・装着・調整・管理（摂食・嚥下訓練も含む）までを包括して点数（単位）を算定するのである。材料の違いによる二種類の総義歯素材についても統一可能となるであろうし、包括化によつて、患者の負担が定額となるので総義歯を新製しやすくなる。総義歯の作成以外の部分については、変更することなく、修理もリベースも再度の新製に至るまでの期間も今までのルートのまま、健康保険で賄うようにする。単純に請求先が医療保険から介護保険へとシフトしただけで

かり、そして運動機能までを回復させることができてはいる。80歳運動の継続が完全歯牙喪失者を激減させることにより、不幸にして総義歯となつた患者数も減つてきているはずである。

よつて極論ではあるが、この総義歯を医療保険から外し、介護保険の『口腔機能回復リハビリテーション』の総義歯装置として位置づけ、さらに歯科にはなじまないされた包括評価に変更してみてはどうだろうか。再診料・スタディモデル・補綴時診断料・印象・咬合・顎運動関連検査・試適・装着・調整・管理（摂食・嚥下訓練も含む）までを包括して点数（単位）を算定するのである。材料の違いによる二種類の総義歯素材についても統一可能となるであろうし、包括化によつて、患者の負担が定額となるので総義歯を新製しやすくなる。総義歯の作成以外の部分については、変更することなく、修理もリベースも再度の新製に至るまでの期間も今までのルートのまま、健康保険で賄うようにする。単純に請求先が医療保険から介護保険へとシフトしただけで

いる健康保険制度内で総義歯の費用を給付することとの矛盾も解決する。既に歯科疾患管理料を算定できない区分とされているので考え方は一致する。

要介護の方に限定するので、すべての財源が浮くわけではないが、それでも医療保険側に約500億円近い財源が生まれることになる。この財源をもつて、前述の節目検診後のフォローに対応させたり、糖尿病関連歯周病検診後の処置等に当てるのではどうだろうか。国民皆保険を守り、かつ口腔機能回復におけるリハビリテーションにまで踏み込んだ処置と療法が確立する第一歩となるし、ケアマネージャーも口の中を必ず一度は確認せざるを得なくなる。一方、私たち歯科医師も総義歯の医療費体系が変わることで、介護保険へのシフトが必然性を増し、訪問診療へのきっかけともなる。

6 終わりに

目先のまずやるべきことから論を進めた。まずは法律を作ること、次に教育を改めること、介護保険