

当院が保険治療を行っていない理由

歯学博士 歯科医師 関端 徹
セキハタ歯科医院 <http://sekihata.com/>

本書は著作権法で保護されている著作物にあたります。本書の取り扱いにつきましては下記の点にご注意ください。

【著作権】

本書の著作権は関端 徹にあります。関端 徹の書面による許可なく、本書の一部もしくは全部をあらゆるデータ蓄積手段（印刷物・電子ファイル・ビデオ・テープレコーダー・ホームページ上への記載など）により複製・流用・転載・転売（オークション含む）することを固く禁止します。

【使用許諾契約】

本契約は、本書を購入した個人・法人（以下、甲と略す）と（以下、乙と略す）との間で合意した契約です。本書を甲が受け取り、ファイルを開いた時点で甲はこの契約に同意したことになります。

【禁止事項】

本書に含まれる情報は、著作権法によって保護されています。甲は本書から得た情報を乙の書面による事前許可を得ずして出版・講演活動および電子メディアによる配信などにより一般公開することを禁止します。特に本書を第三者に渡すことは固く禁止します。

【免責事項】

本書の情報の使用に関する一切の責任は甲にあり、この情報を使って損害が生じたとしても乙は一切の責任を負いません。

当院が保険治療を行っていない理由

はじめに、社会保障制度について

健康保険を利用することは当たり前の感覚です。

社会保険制度は「揺りかごから墓場まで」の形容に代表されるように私たちが安心して生きていく為には絶対に必要な制度ですが、この制度はよほど設計が良くないと破綻の道をたどることになります。

英国では1946年にN.H.S(National Health Service)が始まり英国に在住するすべての人がこの恩恵を受けられるようになり、まさにこれぞ理想郷の実現と謳われましたが、時間の経過とともに組織の肥大化とともに財政問題が頭をもたげ、1979年保守党のサッチャー政権が発足した時点で国民保険制度や教育、失業など福祉関係から繰る赤字は膨大なものとなり、経済情勢とからんで種々の改革をせざるをえない状況を迎えていました。

医学の進歩とともに今まで治療できなかった疾病に対して治療することができるようになることは大きな福音をもたらすのですが、それとともに医療費も増大してきます。

そこで1980年代からNHSに対して医療費抑制政策(第2次医療改革)が採られることになり、その抑制手段として看護婦の給料のカット、人員削減、経営者の分離、病院の統廃合等を次々と実施していきましたが、その結果1990年代から医療従事者の士気の低下や受診待機者の増大(平均3か月待ちの状態)のための医療スタッフと患者との対立現象が現れ始め、これらのことがイギリス医療の効果や効率の低下を招き深刻な社会問題へと展開するはめになってしまいました。

そこで新たに1997年の5月に誕生したブレア政権がThe new NHS 白書を発表し現在改革に挑むことになったのです。

いわゆる第3次医療改革と言われるもので、第一の特徴は評価の重視、第二の特徴は効率の重視、第3の特徴は管理の重視に置きクリニカルガバナンスを組織化し、現在医療の質を高める政策に方向転換をしつつあるのです。日本でも同じように単に抑制政策を行えば20年前にイギリスで起こったことと同じ道を歩まなければならない可能性を秘めています。

現在の日本では長時間労働による度重なる医療事故や医療従事者の過労死、小児救急医療の危機、病院医師の開業医化、患者の院内暴力化などが表面化し新聞を賑わせています。

このことは即ち、今日本で行われつつある抑制政策では医療の質の低下と供給量の不足を招き、医療現場は荒廃する可能性を秘めていることを肝に銘じておかなければならないのではないのでしょうか。

しかし、そのような状況の中でも日本の保険制度はまだ国際的に見てまだ優れているのです。

それは何故かを検証してみますと、日本では、病院長は医師であり、経営面と臨床面の両方の責任者を兼ね、医師主導の形で運営されているということが第一に挙げられます。

このことはイギリスで問題となっているような医師集団とマネジャーたちの対立の深刻な例は少ないということがいえます。

もう1つ日本では、病院・診療所のおよそ8割が民間医療機関であるという点です。

保険点数は国が決めて、運営は施設基準や診療報酬に関わるものを除き、臨床的な質も経営上の責任も各医療機関に委ねられていますので、民間の医療機関の裁量次第ということになります。

民間の医療機関の経営の責任を国はとりませんから、極端なことを言えば「幾ら儲けようが、赤字で経営が行き詰ろうがあなたの勝手なので自分で経営努力をしなさい」ということなのです。

つまり日本ではこの制度の大部分は医師の力量に任せてしまっていると言っても過言ではないかもしれません。

また、国民の大多数がこの健康保険制度の恩恵に慣れっこになり、お医者さんは金持ちであり、自分たちは保険料を毎月十分に支払っているのだから、制度の破綻が来るかもしれないということは露考えず、この制度は永遠に続き、安全安心なものであると頼り切った意識をもち続けているのも事実ではないでしょうか。

経済面から危機を向かえれば負担率を上げるとか、保険点数を下げるとか、給付内容の範囲を変更するとかいう手段をとれば、一時的にはその危機は乗り越えられるかもしれませんが、根本的な解決には至らないので、必ずこの問題が再燃するのは明らかでしょう。

そのことは今回の介護保険の改正例で実際に体験されて身に沁みていらっしゃると思います。問題は医療の中身の安全安心が保たれていくのかということです。

そこで、安心安全の医療とはどのような医療かということを考えてみましょう。

安心安全の医療とはそれは命を脅かさないということが第一条件といえるでしょう。

命を守る為の医療行為が前提であり、そのための医療技術、医療設備、医薬品があります。自分の体の具合に関わることでですから、医者や診断が悪ければ、技術が悪ければ、その結果は直ぐ患者さんやその周囲の人にも分かります。

それだからこそ医者は寝食を忘れて頑張っているのです。そしてこのような現場の医療スタッフの頑張りによって日本の医療は支えられていると言っても決して過言ではありません。

しかし医療従事者たちの努力にも限界があり、限界を超せば即破綻に繋がります。だからこそ、この絶対に欠かすことのできない社会保障制度を破綻に追い込まない為にも、今から事前に諸外国を参考にして、よりよい制度に向けての改革を目指していく必要があるのではないのでしょうか。

さて、この制度でもう一度確認しておかなければならないことは、「**この制度は医科にとって、つまり直接命に関わる医療を対象に作られた制度であり、その最低限の保証をすることを目的として稼働しているものである**」ということです。

「最低限の保証」とは先ず命を守ることを最優先にするということです。それ故、その他**物による財給サービス**に関しては、ある程度贅沢と思われる処置、例えば差額ベットや給食費、眼鏡、補聴器、義手義足や予防は、2 次的なことなので、医科では「**保険プラス自己負担**」ということが前提で運営されているという原則を是非認識しておかなければなりません。

ここでは歯の健康ということを考えることがテーマですので、ここから話を歯科の方に向けていくことにしましょう。

そもそも現行保険制度下の歯科医療は財給サービスが主体の為、生命保険でいえば特約（付帯項目）に過ぎないのです。

歯科の治療を受けると保険の一定額の負担とは別に、患者さん自身の財布から治療費を支払わなければならないという体験を多くの患者さんがされていることと思います。他の診療（主に医科）では、保険だけで済むのに、どうして？ これは患者さんの歯科に対する根深い大きな疑問に違いありません。

ここで誤解してはならないことがあります。それは、「歯科医院でも、保険でできない治療は医科のように、「保険プラス自己負担」という図式はないということです。

一般に「自腹を切ること」が必要なのは、保険診療とは全く別の「自由診療」の場合で、病院に入院したときのベッド代や給食代は、保険の診療を受けながら自腹を切るというお金の払い方です。

つまり「保険で足りない分は自腹を切る」というお金の払い方のためそれが積み重なると患者さんの負担を増やしていますが、今では歯科にはこの方式は存在しません（正確にいうと制度上は前歯の金属の差額徴収がありますが、利用されていません。）

今から 20 年ぐらい前、歯科では保険診療をしながら不足分の差額を患者さんに直接払ってもらうという、差額ベッドと同じことが行われていました。この方法は保険診療を受けながら高額の治療費を請求されるトラブルが多発した為、マスコミと国民の批判を受け、その結果、歯科医療不信を国民の心に深く刻み込みました。この事件がきっかけで現在では差額徴収は原則として行われていません。

繰り返すようですが、平成6年6月から総入れ歯で差額診療が復活しましたが、歯科診療は、始めから終わりまで保険のお世話になる診療と、すべて自費（全額自腹を切ること）の診療の二つにはっきりと分かれていて、事実上は、それが必要であると望まれる治療であれば保険を中止して、改めて自費治療に切り替わるという診療体系で行われています。

例えば、患者さんの要望によって保険取扱いの看板を掲げている歯科医院でも予防のための管理を自費で受けることは可能です。逆に患者さんが望んでも、保険の診療をしながら、自費の支払いを組み合わせることはできません。つまり、保険でできない治療について、患者さんが不足分を負担するということはできないのです。

ところで、厚労省では「通常、最低限必要な歯科治療は全て保険でまかなわれる」と明言しています。

それでは「自費で行われる治療」とは通常必要としない治療、学問的に認められていない治療、或いは贅沢な治療のことをさすという解釈なのでしょうか？本当に保険で行われている歯科治療は医科での治療のように安心安全が保証された治療なのでしょうか？

そこで「通常最低限必要な治療」とはどのような治療なのかを検証していきましょう。

何度も繰り返すようですが医科で最低限必要な治療とは「命を守る治療」でしたね。そうであれば、歯科でも最低限必要な治療とは「歯の命を守ること」ということになるはずですが、つまり、歯の命を守るということはその歯を一生歯を使っていくということです。

歯が健康であれば他の臓器も健康で快適な状況が維持できる機会が増え、死ぬまで元気でいられることの礎となるということに繋がる可能性がたかくなるのです。

それでは「歯の命が尽きる」とはどういうことでしょうか？

それは端的に言えば「歯を抜かなければならない状況になってしまう」ということに他なりません。

原則論からすれば、体の寿命より歯の寿命の方が短いということはありません。つまり“**体**の老化現象”が来る前に“**歯**の老化現象”が来てその為に歯を抜かなければならないということはありません。

これは多くの遺跡から発掘される頭蓋骨についている歯を見れば明らかかなことでしょう。歯は骨よりも硬いのです。そうであるにもかかわらず、現状では何故歯は体の寿命より早く抜かれてしまう運命に陥ってしまっているのでしょうか？

それは、全て病気や外傷、無関心から来る原因によってなのです。外傷(事故)の場合は避けられないことなので仕方がないかもしれませんが、何と言っても口惜しいのが、病気が原因であるにもかかわらず、その原因に対する治療が十分に行われなかったために歯を抜歯に至らしてしまっていることではないでしょうか。

そこで次に、どのような病気で歯は抜かなければならなくなってしまうかを検証していくことにしましょう。

歯の病気として代表的なものは三つほどあります。一つには「**むし歯とそれに伴う歯髄**」の病気(歯が溶けてしまうこと、俗に言う神経がダメになってしまうこと)、二つには「**歯を支えている歯周組織**」の病気、そして三つ目が「**噛むことで生じる力=咬合力**」からと、大きく分けて三つの原因が考えられます。

まず初めに、「**むし歯とそれに伴う歯髄**」の病気によって何故歯は本来の寿命をまっとうせずに抜かなければならない運命になってしまうのかを考えてみましょう。

第一に考えられることは、なんと言っても歯に対する知識の無さでしょう。小学校では比較的歯の教育に熱心であっても、中学以降は手のひらを返したように全く忘れ去られてしまい、クラブ活動、受験、アルバイト、就職というイベントを経て、全く歯の知識を持たないまま成人を向かえ、歯がダメになるまで歯の勉強をする機会を得ずに時間は過ぎさってしまいます。

このことはどなたにも言えることで、医療に携わるお医者さんや看護師さんでさえも残念ながら歯の知識を備えていないということが殆どです。

そして次の原因は学校検診です。この制度も保険制度ができた昭和36年に設立され殆ど内容の変化なく現在に至っています。

何故この制度に問題があるかといいますと、この制度の目的はむし歯があるかどうかを調べ、むし歯が見つかった場合治療勧告書を出して歯科治療を受けるようにさせる為の制度だからです。

言葉を変えれば、むし歯ができるまで放って置かれ、むし歯になってから、さあ歯医者さんに行って治療を受けて治してもらいなさいということになります。歯科に於いては、この「病気になったから歯医者に行って治してもらいなさい」という発想が怖いのです。それでは完全な手遅れだからなのです。

理由は後で述べますが、小学性の段階では永久歯が出てきてまだ間も無い状態です。(永久歯がはえ始まるのは6歳頃で最後の大臼歯が出揃うのが12歳頃です。但し「親知らず」はもっと後にはえてきますが)それにもかかわらずむし歯のできるのを待ち構えて、むし歯ができれば治療を受けなさいでは、出来立ての歯は未だ柔らかいので一端むし歯になると進行が早いのです。

そして歯の病気全てにいえることですが、再生治癒は起こりません。歯の一部が溶けたところはもう決して元には戻らないのです。そもそも、歯科治療は欠損部を人工物で補填する代替治療ですから、むし歯ができてから歯医者さんに行っても、ももう完治は期待できません。それどころか治療如何によってはそこが清掃不能となりかえって傷を大きくしてしまうという現象に陥ってしまうことも起こりえるのです。

この待ちの修繕治療(むし歯ができてからの治療)を中心に考えているようでは、これから先の長い人生に於いて「歯の命を永く守っていく」ということは修繕には限度があるので危ぶまれます。

学校保健制度の出来始めの昭和 30 年代 40 年代はこれでもしょうがないかもしれませんが、21 世紀の今では、学校保健制度の目的は「むし歯探し」より、絶対にむし歯にさせない強力な予防対策を中心としたカリキュラムを組むことに当然主眼が置かれるべきであり、もう既にそうならないのではないのでしょうか。

しかし残念ながら現状はと問われれば、今の大学生の年代でもこのような検診制度のお陰で既に 10 数本の歯に人工物が詰められていたり、被せられていたりしているのです。丁度今「はしか」が大学生間で流行していますが、この原因は幼児期のワクチンの不接によるところのようです。何かむし歯の世界と共通の感がします。

実際現行の歯科健康保険制度の中身の医療行為の大半は、このようなむし歯になった歯に対して人工物を処置することで占められ、その処置点数が予め決められているのです。但し上手く人工物の処置ができたかどうかは、問われることはありません。

医科では体の治癒力で転帰に至るのであって、直接医療行為が治癒に至らしめるのではありません。しかし歯科に於いては歯やその周りの歯周組織には殆ど治癒能力がありませんから、歯科医が行った治療がその歯が治癒するかどうかを運命付けてしまうのです。

皆さんは医者さんで歯に詰め物をしてもらったりしたとき「この詰め物は歯にきちんと合っているのか」ということについて思ったり悩んだりしたことはありませんか？ 歯科医性善説で、全ての歯科医が行う治療は歯にドンピシャと合う治療をしてくれていると信じていらっしゃるでしょうか？

歯科医は生まれながらにして歯科医の命を受けているのではありません。たとえ歯科医の子供といえども、歯科大学の 2～3 年間の短い時間で基礎技術を習い、国家試験を受け、合格すれば横綱ライセンスと同様一生涯その基礎的な技術を身につけているだけで通用させようと思えばしてしまう現行制度。

大学では人工物は精密に作らなければならないと言う建て前のもとその基礎学習や訓練を十分とは言わないまでもかなりの時間をかけて教えているにも関わらず、現行健康保険制度下では開業をした途端、残念ながらこの人工物の適合という言葉が忘れ去られてしまう傾向にあります。

それはなぜかと問われれば、前述のように、保険点数は国が決めて、運営は施設基準や診療報酬に関わるものを除き、臨床的な質も経営上の責任も、各医療機関に委ねられていますので、民間の医療機関の裁量次第ということになることに原因があるのです。

ここで治療費用の国際比較を見てください。

歯科治療費の国際比較

	カナダ	ドイツ	スイス	イギリス	フランス	アメリカ	日本
根管治療	52.764	14.146	36.601	92.220	43.920	108.011	5.839
歯石除去	6.366	1.779	4.626	13.630	3.144	12.566	732
レジン充填			14.658		11.880	25.724	2.851
インレー		23.993			25.661	108.101	5.795
金属冠	50.536		66.276	109.330	108.000	111.732	9.139
支台築造	7.703		21.168	12.180	24.840	41.138	1.707
抜歯		49.225	18.522	5.220		38.993	2.467
麻酔		1.606	2.807	5.220			321
歯科X線	868	1.132	1.426		3.681	2.030	451

* 2002年1月1日～6月30日の間に地起用される基準外国為替相場及び裁定外国為替相場を適用

* わが国の料金は陶材冠は寺岡ら調べ、陶材冠以外は厚生労働省「2000年社会医療診療行為別調査」を元に、各治療に関連する診療行為を集計した加速平均値である。

(川淵幸一編著 歯科医療再生のストラテジー&スーパービジョンより)

どう見ても日本の歯科治療費は安過ぎるのです！

でも「何故安い治療費で歯科医院は経営がなりたっているのか？」ということを考えてみると、行き着く先は、「単価が安い」がそれを補う為には個人的な経営努力として「量をこなさざるをえない」という結果に行き着いてしまうのではないかということです。

つまり、幾ら点数が低くても治療する箇所を増やせば収入に比例する！その為には

- ⇒ 先ず、診療時間を延ばす(夜間診療) その次に行くことは休診日を設けない(日曜診療)
- ⇒ 一人にかかる診療時間は当然短く、平均 15 分。
- ⇒ 1 歯単位のぶつ切り簡単治療。
- ⇒ 再診料稼ぎ、不採算部門を採算がとれる様にする為(根の治療等)来院回数を増加させる。それ故 1 本の歯の治療でも何ヶ月かかかる場合もしばしば。
- ⇒ 一人の診療時間が短いので術者も診療に集中できない。麻酔も治療が終わった頃効いてくる。
- ⇒ 説明をする時間は保険点数には入っていないと考えているので 1 日中マスクを取らず会話をしない無言治療。
- ⇒ 説明書類は出来合いの物を購入しそれぞれの患者さんに内容は同じものを配る。

という図式が成り立ってきます。

(※この医療費上手に使うって売り上げを伸ばしていくからくりについては「歯科医の年収1329万円」で詳しく解説してありますので是非そちらもご覧ください。)

ともかくここで重要な事実は「**歯に合っていない人工物を歯に被せることによって歯の環境悪化が始まっていく**」ということです。即ち適合が悪い人工物を被せられたり詰められた歯にはつなぎ目(段差)が生じます。

段差があればそこに細菌の格好の住処を提供することになります。そしてそこはスムーズさを欠くため、歯ブラシやフロスで清掃管理不能な箇所となっていくという二重の不幸な出来事が発生していきます。

管理不能ということになればそこは細菌天国と化し、時間の経過と共にむし菌菌が造った住居(ブランク)の中は酸で満杯となりその直下にある歯はその酸で寝食され溶けていきます。

歯の中心部付近には歯髄という象牙質に養分を供給する組織があるのですが(常に神経といわれています)気付いた時にはそこまで穴が進み歯髄に開通した時点で、ズキンズキンとする所謂「むし歯の痛み」と言われている痛みが出現してきます。

こうなったらその痛みをとるためには歯の心臓とも言われている歯髄を取り去ることしかその痛みから逃れる方法はないので、どこの歯科医でも抜髄という処置を行います。(この行為は神経を抜くという言い方で通常は言われています)この処置の仕方は麻酔をかけてから直接一挙に取り去る方法と、麻酔に自信のない歯科医は神経毒の薬をその付近に置いて徐々に殺していく方法とがありますが、ここで問題となるのはむしろ歯髄を処置した後の処置です。

歯髄を取り去ってしまうということは歯の象牙質にとっては水気がなくなり時間の経過と共に乾燥し、歯自体がもろくなっていきますが、もっと困ったことは、不適合の段差以上に細菌の住処を歯髄の跡地が提供してしまうということです。

歯髄のあった上のほうは構造的に広いのですが下の根の先のほうに行くにつれ曲がって細くなり、場合によっては枝分かれをしていきます。でもこの根の先の歯髄の歯への出入り口を人工物で閉鎖しない限り、細菌がこの出入り口を通り抜けて体の中に入っていきますから、そこを閉鎖するドンピシャの治療が要求されるのです。

しかしこの治療技術はかなりの訓練とその治療に対する歯科医の情熱そして診療時間を十分にかけられる環境がないと中々成功しません。特に根の治療では“**顕微鏡を使った治療**”をしないと根の中(根管即ち歯髄のあった場所)がどの位きれいになったか分かりませんので、従来の治療方法では歯科医の感のみに頼る盲目的な手技となりかねません。そこにも歯科医の技術の力量が大いに関与してきます。

そして根の先が封鎖されれば細菌の体内への侵入は防げますが、今度は歯髄がなくなったことによる強度不足を補う為の補強として、歯髄のあった空間を利用しての土台作りをしなければなりません。この土台の作り方によってまた歯が割れてしまうかどうかの分かれ目となるのです。

不適合な人工物の問題

そして最後に歯質を保護して本来の調理道具としての機能を持たせる為に人工物で補綴する処置へと進んでいくのですが、ここでも再度歯に対する適合、噛み合わせに対する適合の善し悪しが問われることとなって行きます。

一端不適合な人工物を移植されてしまうと、不適合な部分の隙間からまた歯が溶け歯の寿命をまっとうせずに抜き去らされたり、かみ合わせに合わせていない人工物は金属なので固くそれ自体は変化しない為、対合の天然歯に異常な磨り減りを生じさせたり、被せられた歯を支えている歯槽骨が溶け出したり、顎関節の中の関節円板に歪が出て顎関節自体がガタツキだしたりする(顎関節症)等恐れが生じる新たな原因となっていきます。

「歯を支えている歯周組織」の病気

一方人工物のお世話にならない場合でも、「**歯周病菌に対する知識が不足したり歯周病菌に対する管理を怠る**」と、歯周病菌はむし歯菌の少ない人の口や、空気の少ない歯肉溝の中で増殖する傾向があり、時間の経過と共に溝が深まり管理不能な環境を作り出すため、やがては歯を支えている歯槽骨という組織がなくなり歯が抜け落ちていく、所謂歯槽膿漏症という事態に至らしていきます。この途中からは歯が動揺していくため噛み合わせにずれが生じ、その結果バランスが崩れ負担過重を招き歯や顎関節の機能を阻害し歯の命を奪っていきます。

このような事態が好むと好まざるとに関わらず、適合ということ意識しないで治療を受けたり、歯科医側も適合を無視した治療を行ってしまえば、歯は寿命よりはるかに早く失われていく運命に陥って行きます。

それ故歯の命に対して最低限必要な治療は、歯との適合性、既存のかみ合わせに対する適合性を十分に満たしていなければならないと言えます。

これが保証されなければ歯の命と顎の寿命は時間の経過と共に奪われ、失われていってしまうのです。**しかし、現行の健康保険では残念ながらこれらのことに対して何ら保証はされていません。**

このような人工物の歯に対する適合性の良し悪しを評価しないで、どうして必要最低限の治療はカバーしていると真顔でいえるのでしょうか？

「歯の寿命の運命を左右するのはこの人工物の処置如何によってである」という重要な事実に対して多くの方が気付かれています。だからこそ、そこに厚労省が言明している「通常、必要最低限の歯科治療は保険でまかなわれる」ということの責任を明確にして必要があるのではないでしょか。

歯が健康に保たればその他の健康に及ぼす効果も高く、医療費抑制に大いに貢献可能となります。さら重要なことは、歯が健康であるということは毎日の生活に張がでて国民全体が活力でみなぎります。

特に高齢になっても寿命が尽きる直前まで元気でいられるそんな夢の夢と思われる世界も決して夢ではない世界が出現することでしょう。勿論、予防が徹底的に早い段階から継続的に行われていけば初期治療にかかる費用も少なくなり、場合によっては咬合治療とメンテナンス費用とだけで賄える可能性も出てきます。

このように歯科に対する考え方を 180 度転換し、歯科医療の医療における優先順位を引き上げ、保険制度に新たに組み込んでいけば、基本的な生活習慣の改善も著しくなり、日々の生活の充実度も高まり、これからの日本人の素晴らしい未来の礎となっていくのではないかと私は思います。

そのためには既存の歯の健康に対する意識改革の必要性和、現健康保険システムを速やかに大改革していく必要があるのではないのでしょうか。

社会保障制度は私たちが安心して、快適に、安全に暮らしていく為には絶対に必要な制度です。

しかし現制度下では

- ① 歯及び歯周組織は一端病気になれば再生治癒能力のきわめて弱い組織ですので、悪くさせないこと、つまり予防が最優先されなければならないのですが、疾病保険のルールでは病気になってからでなければ診療を開始することができません。ということは現行健康保険に頼っていると、治療を開始する頃はもう手遅れ状態にあるという認識がどうしても得られにくくなります。「予防が最大の治療である」という意識がいつまでたっても育たないため、歯科疾患に歯止めがかけられないこと。
- ② 歯科治療は財給サービス、体の治癒能力に頼れない人工物の代替え治療であるため、「術者の能力、経験」、「治療にかけられる時間の長短」によって治療の結果が大きく違ってくるのが必然です。しかし誰が行っても点数が一律である、行った結果は評価しなくてよい“点数出来高制”の現行保険下であれば、治療は数の理論が優先される傾向を生み、治療の質は極めて稚拙なものとなり、本来の歯の寿命を著しく短縮させてしまう可能性が大となること。

主にこの2点の理由から当院では保険治療はしたくない、させていただきたくないのです。

残念ながら現行の保険制度における歯科治療は、「**自分の経験や技術を全力投球できないシステム下での治療**」、「**治療を受ければ受けるほど泥沼に陥って、長期的にみれば、患者さんの歯の寿命を却って短くしてしまう治療**」と言わざるを得ません。

毎月高額な保険料を払っている皆様には大変申し訳ないのですが、「**制度が大改革でもしない限り歯科治療は保険ではできません**」と正直に申し上げるしかないのが現状です。

歯学博士 歯科医師 関端 徹
セキハタ歯科医院 <http://sekihata.com/>

(現行歯科保健制度とそれに準じる歯科医療に対する考え方は角度を変えて「**歯科医の年収 1329 万円**」というレポートも制作してみました。このレポートもダウンロードすることができますので、是非ご一読くださいますようお願いいたします。)