

# 予防にシフトした歯科診療所経営の現状

## Present Management Condition of Dental Clinics that Shifted their Practices into Preventive Therapy

Conventional medical treatments of chronic diseases inclined toward symptomatic therapy are being criticized. However, the management system in hospitals and clinics which forms, so to speak, medical basement structure cannot be changed from the conventional management system of income and expenditure in a day. The reformation of medical treatment system appears to being fettered by management. Management data over the past 14 years have been provided from 10 members' clinics where the focus on medical treatment were shifted from restorative and prosthetic therapy into preventive treatment. Then, the potentials and problems of such change have been analyzed. The change of patients number suggests that there are mainly two types of clinics; one is that the insurance number has consistently increased, and another one is that the number was declined or otherwise leveled off. We have studied these two contrastive groups to find the cause of the difference occurred. Consequently, it was apparently indicated that the change of capacity at a clinic could become one of the major conditions in the management of a clinic focussed on preventive treatment. *J Health Care Dent 1999; 1: 49-56.*

太田 貴志 Takashi Ota\*<sup>1</sup>

秋元 秀俊 Hidetoshi Akimoto\*<sup>2</sup>

協力：フォーラム DEWA, フォーラム吹田

\*1 歯科医師 Private Practice  
山形市深町 2-4-14-2  
2-4-14-2, Fuka-machi, Yamagata-shi,  
Ymagata-ken, Japan

\*2 医療ジャーナリスト Journalist  
東京都文京区関口 1-48-6  
1-48-6, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan

Cooperation: "Forum DEWA" and  
"Forum Suita"

キーワード： preventive therapy  
management  
management data  
dental clinic

## 序

慢性疾患の病因の解明が進むにつれて、対症療法に偏った従来の医療の問題点が、医療倫理や経済の側面から厳しく指摘されている。高齢化とともに誰もが何らかの慢性疾患をかかえ込む状況が目の前に迫りつつある。それに対して対症療法を繰り返しつつけるだけの医療の存在価値は、何よりもまず経済的にゆらぎ始めている。ところが医療のいわば下部構造にあたる病院・診療所の経営は、従来の伝統的な収支構造から一朝一夕に脱皮し得るものではない。すでに面舵をいっぱい切らなければならぬことを誰もが理解しているながら、下部構造の転換がきかないためにオーバーランしつつある。これが、国の医療政策から大学経営に至るまで、わが国の医療制度の現状だろう。歯科診療所の診療システムを予防にシフトすることの困難もその例外ではない。

疾病の進行・悪化を待って、その結果生じる障害の回復に精力を注ぐべきか、あるいは疾病の原因にアプローチし、疾病そのものを予防あるいは治療することが望ましいか。慢性疾患の医療が、ほぼ後者の道を選択すべきことは議論の余地がない。病因が明らかで、かつ予防あるいは治療方法が確立されており、その有効性が高く危険性が限りなく小さく、しかも費用効果においても優れているならば、障害の発生を待たずに疾病そのものを予防あるいは治療することに、大多数の国民そして医療関係者は異論を挟むまい。齲蝕と歯周病は、まさにそのような疾患である。しかしわが国の国民医療の実態は、大半の医療費と研究・教育のマンパワーが、疾病そのものではなく疾病の結果生じる障害の回復に費やされている。

日本ヘルスケア歯科研究会は、会員医療関係者が歯科疾患を未然に防ぎ、あるいは初期のうちに治癒させ、

生涯にわたって住民の健康のパートナーとなることを目標としているが、本会会員にとっても、そのような歯科医療を自らの診療現場で全面的に実践に移すことは容易なことではない。すなわち受診者には、痛みや障害など現在の不都合ではなく、将来の不都合を防ぐために関心を寄せてもらわなければならない。他方、現物給付、出来高払いの国民皆保険制度の給付体系は、依然として修復・補綴に厚く、疾病の予防と初期病変の治療には冷淡である。しかも保険医・保険医療機関は、保険診療と並行して患者の自己負担による診療をすることが規則上許されていない。むしろ診療報酬の仕組みのなかに、健全歯を減らし修復歯を増加させる大きなインセンティブが内包されているのである。

このため一般的な印象では、齲蝕と歯周病の予防治療システムを実現したいと考えても、それでは診療所経営が成り立たないように思われるのである。事実、これまでどおりの診療態勢で、修復・補綴に消極的になるだけでは、経営は成り立たない。では、ある意味で「健全歯を破壊する」ことに無神経にならなければ、診療所経営は成り立たないのだろうか。

実際、本会の設立発起人となった中心メンバーでさえ、本会の設立趣旨には双手を挙げて賛意を示すものの、だれもが同じように自ら経営する診療室で齲蝕と歯周病の予防治療システムを完璧に実現できているわけではない。いや、すべてのメンバーが、その途上で悪戦苦闘しているのである。その過程を概括的に振り返ることから、何かを得ることができるかもしれないと考えた。

そこでフォーラム DEWA、フォーラム吹田のメンバーに呼びかけ、過去13年間の経営データを提出していただいた。そして「健康を守り育てる」歯科医療のために診療所のシステムを再構築することが経営実態とどのような相関をもって推移してきたかを考察することにした。その結果い

くつかの貴重な示唆を得ることができた。

診療所経営の方針転換には、知識と技術と良心だけではどうにもならない、ある種の飛躍が求められるのである。

## 調査対象と方法

調査対象としたのは、フォーラム DEWA、フォーラム吹田の診療所開設者である。このメンバーは、日本ヘルスケア歯科研究会の会員のコンセンサスとなっている「健康を守り育てる歯科医療」の実践に、過去約10年間、段階を踏みながらそれぞれの歯科診療所の態勢を整えてきた。個々の診療所によって、その内容には差があるものの次のような基本的コンセンサスがあると思われる。

1. ドキュメンテーション(規格性のある客観的な資料の収集と提示)のルーティン化
2. 初期から中等度の歯周炎を確実に治せることを目指した診療所の態勢づくり
3. 再発あるいは発症を防ぐためのメンテナンスプログラムの構築
4. 齲蝕の発症プロセスにおける個人個人のリスクに応じた対応
5. 歯周病、齲蝕などを包括的にとらえたメンテナンスプログラムの構築
6. コンピュータによる院内データの収集とその解析による診療所諸システムの再評価

このような基本姿勢をもつ診療所開設者に、調査の趣旨を説明し、1985年以降1998年までの14年間の次の資料を提出していただいた。

① レセプト総枚数、② 社会保険診療報酬請求総点数、③ 従業員数(内歯科衛生士数)、④ 診療ユニット台数、⑤ 自費診療年間総収入、⑥ 月間平均新患者数、⑦ 1日平均患者数の7項目の1985年を100とした指数(従業

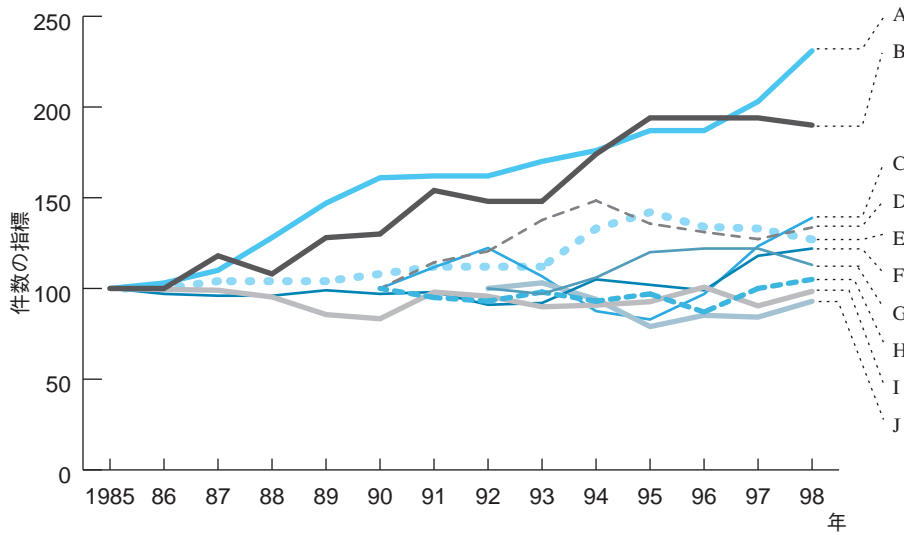


図1 レセプト総枚数の推移(1985年実績=100)

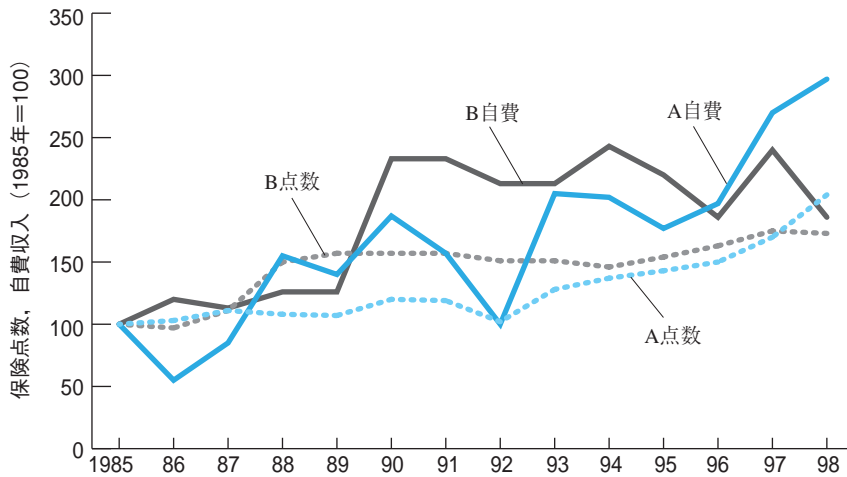


図2 A, B診療所の保険点数と自費収入の推移(1985年実績=100)

員数, ユニット台数, 患者数は実数). 古い資料については, 何らかの資料が保存されている期間について提出していただいた. その場合は資料開始年を100とする指標としていただいた. 1985年以降に開業した者については, 開業の次年度を100とし, 開業次年度以降のデータを提出していただいた. 1998年については, 一部予測値を含むデータを可とした.

回収した資料のうち, ①~⑦の項目すべてが記載されているもの, 過去5年以上のデータがあるもののみを資料として採用した. 分析に供することができたのは, 合計10診療所のデータである.

## 結果と考察

### 1. 患者増, 自費増の診療機関

分析対象10診療所のレセプト総枚数の推移を図1に示す. 個人診療所の経営においては, 一般企業とは異なり, 必ずしも拡大再生産することが望ましいとは言えないが, 請求件数の著しい伸びを示すA, Bの二つの診療機関に注目したい. なぜなら診療態勢を予防にシフトさせるならば当然のことながら, 1件当たりの請求点数は低下し, それに応じて自然に件数が増加することが予想されるからである. とくにリスク管理が合理的になり不要な処置や管理がな

くなればなくなるだけ, 患者一人当たりの費用すなわち患者一人当たりの保険診療収入は低下する.

図2は, このA, Bの二つの診療機関の診療報酬請求総点数と自費診療年間総収入の推移を示したものである. 多くの人が「健康を守り育てる」診療所のシステムと経営とが両立しないという懸念をもっており, それが従来型の診療所経営からの脱皮を遅らせている最大の理由だが, このA, Bの診療所の例では, 総収入の着実な増加がうかがえる.

1件当たりの点数は減少しているため総点数の増加は, 件数の増加に依存するものである. また件数の増

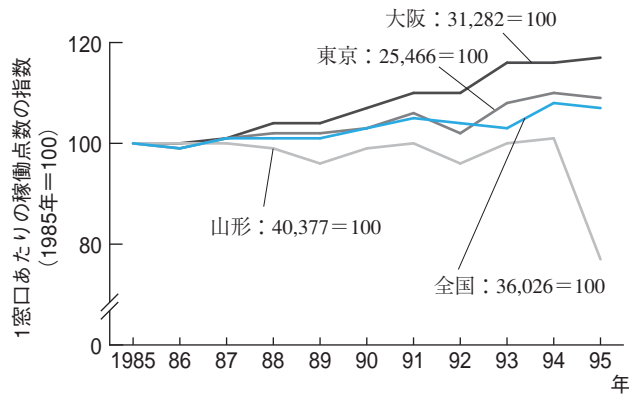


図3 1窓口当たり年間稼働点数の推移(1985年=100)\*1

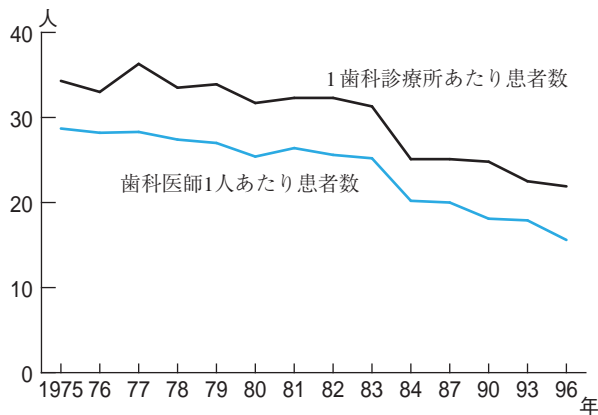


図4a 受診患者数の推移(厚生省, 患者調査による)

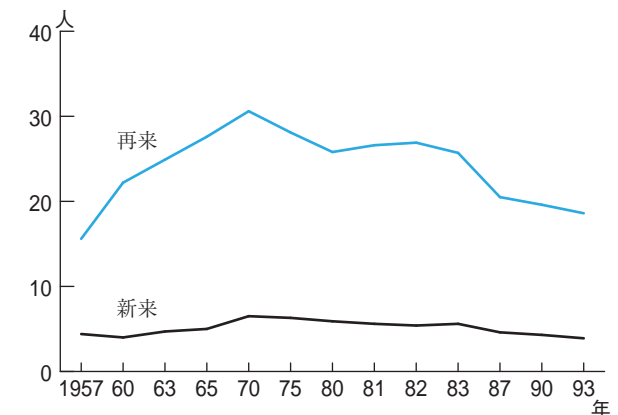


図4b 患者数の推移(厚生省, 患者調査による)

加は、マンパワーに変化がなければ自費診療収入の減少を招くことが予想されるが、件数の増加と自費診療収入の増加が、長期間にわたって維持されている。コンプライヤーの増加が自費によるメンテナンスや審美的改善というような新たな需要を呼び起こしていることが想像される。件数の増加と自費診療収入の増加が両立するというパターンは、従来にないものである。

なおA診療所では、自費診療収入が1992年前後で大きく落ち込んでいるが、これは診療所開設者である院長自身が長期間入院加療していたことが原因であろうと考えられる。

すくなくともA、B両診療所においては、保険診療における1件当たり点数の減少が、患者増、自費収入増によって補われて余りある実態がうかがえる。

## 2. 窓口当たり患者減の一貫した傾向

この調査でベースラインとした1985年の歯科診療報酬請求件数は、全国平均で社保、国保、老健合計で診療所当たり1カ月221件(東京：158件、大阪：199件、山形：275件)、診療所当たり社保、国保、老健合計の1カ月平均収入は全国平均を100としたとき、東京が73.4、大阪が89.8、山形が113.3であった\*1。都市部では自費診療比率が比較的高く、東京都歯科医師会の1985年の調査では、自費の収入は平均110万円で総医業収入の31.2%を占めていた\*2。

全国平均および山形県、東京都、大阪府の1窓口当たり稼働点数(社会保険および国民健康保険合計)の推移を図3に示す。1窓口当たりの請求点数は、かつて西高東低と言われていたが、現在では人口密集地で低く、地方で高い傾向がある。図3は、

1985年を100とした推移グラフだが(カッコ内は1995年)、請求点数は全国平均の360万点(387万点)に対し、山形県では403万点(310万点)、東京都では254万点(278万点)である。全国平均で見るとこの10年間では、請求点数は微増で、概して都会と地方との格差が是正される傾向にあり、東京や大阪の伸びに比べ、地方の通減傾向が認められる。

歯科診療所の受診患者数は、1施設当たりで見ても、歯科医師一人当たりで見ても1970年の1日37.1人をピークに着実に減少傾向にあり、現在は全国平均で15人を割り込んでいる(図4)\*3。この調査の基準年とした1985年には、全国平均では、すでに1日歯科医師一人当たり20人程度にまで減少していたのである。

いずれにせよ、保険診療において1窓口当たりの患者数の減少を1件当

\*1 基金年報、国民健康保険事業年報、老人医療事業月報

\*2 東京都歯科医師会、歯科医業経営総合調査報告、1985年3月

\*3 厚生省、患者調査

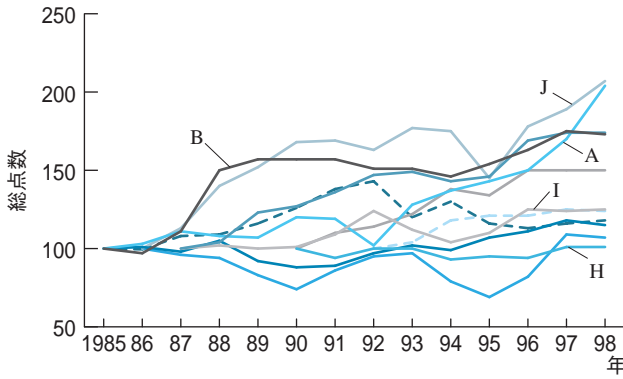


図5 保険請求総点数の推移

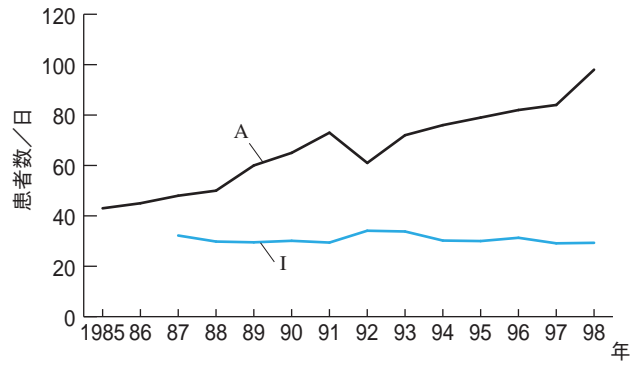


図6 A, I診療所の1日当たり患者数の推移

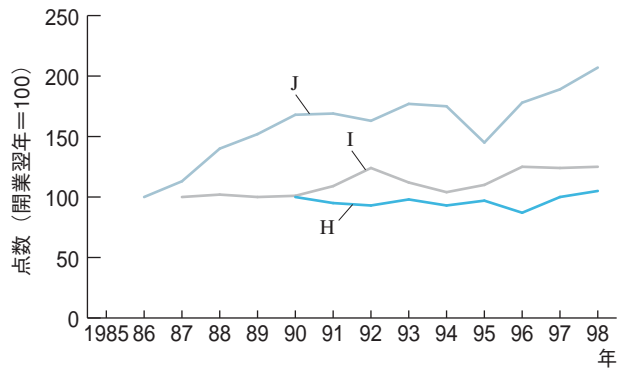


図7 H, I, J診療所の保険請求総点数の推移

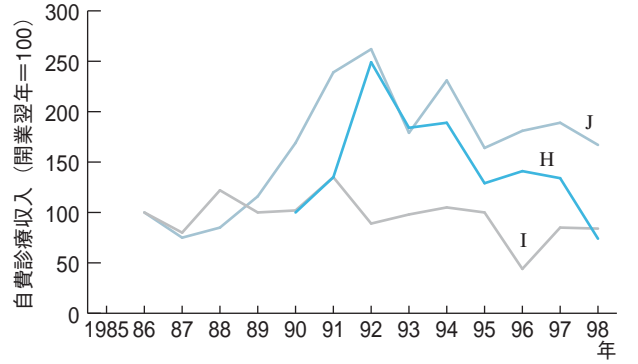


図8 H, I, J診療所の自費診療収入の推移

たり点数の増加によって補ってきたのが、ここ20年の平均的な傾向だが、その1件当たり点数の増加の内実が医療の充実を意味しないことは、国民の健全歯の推移を見れば残念ながら明らかである。

### 3. 患者増の診療室と患者減の診療室

この一般的傾向を頭に入れて、調査対象10診療所の保険請求総点数の推移(図5)を見てみよう。請求点数でも、二、三の例外を除いて、全国平均の伸びをほぼ上回っている。

ここで著しい患者増によって収入増を達成しているA診療所とレセプト件数の減少傾向を示す診療所のなかから患者数のデータが緻密に算出されていたI診療所の1日当たり患者数の推移を見てみよう(図6)。この二つの歯科診療所の患者数は80年代の中頃は、ほぼ同規模であったが、現在ではAがIのほぼ3倍近くになっている。その要因は、様々であろう。しかしいずれも、それぞれの地域で

は評判のいいアポイントの取りにくい診療所であることに差はない。なお、漸減傾向を示すI診療所の来院患者数の推移は、全国平均(図4a)に類似している。

保険請求件数のグラフ(図1)で件数の伸びがマイナスだったH, I, Jの3診療所に注目してみたい。図7はH, I, Jの3診療所の診療報酬請求総点数の推移。図8は同じく自費診療年間総収入の推移である。J診療所では、件数の減少にもかかわらず点数の大幅な増加と自費診療収入の増加が認められる。基準年の1件当たり点数および自費診療収入が非常に少なかったことが想像されるが、患者一人当たり密度の高い診療に変化していることがうかがわれる。患者の数が増えずにコンプライヤーが増えるというこの経営パターンは、自費診療比率の高さを診療の質の高さのメルクマールとしてきたこれまでの診療所経営の常道である。しかしこのJ診療所型の傾向は、今回調査

対象とした10診療所のなかでは例外的であった。

H, Iの二つの診療所は、請求件数が減少し、点数がほとんど増加していないという点で、非常によく似ている。小規模診療所では、租税特別措置法による簡易課税を利用するために保険総点数を一定限度に抑制することも一因であると考えられる。H, Iの両者は自費診療収入も十年前と比較してマイナスに転じている。予防にシフトしながら、今まで以上に患者を受け入れることが不可能で、時間当たりの生産性の低下に伴って売上げが減少する。税制上の優遇措置によって所得は確保されようが、患者の立場から見ると新規受診は容易ではない。これは予防にシフトした診療所経営をイメージしたときの、ある種の消極的なイメージと重なるであろう。

同じように予防中心の歯科医療を目指しながら、A, B診療所とまったく逆の状態になっている。これはい

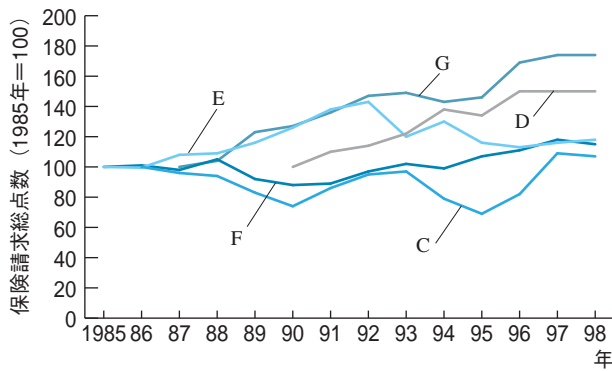


図9 C～G診療所の保険請求総点数の推移

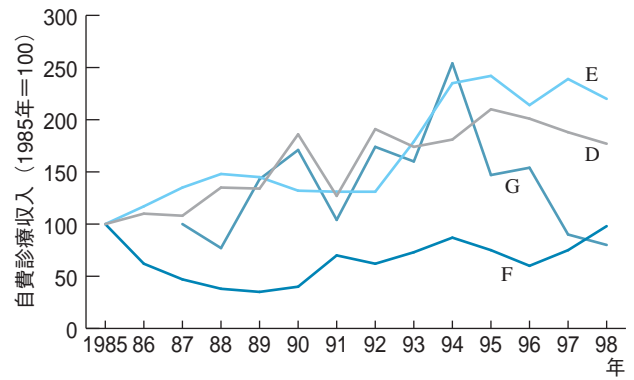


図10 D～G診療所の自費診療収入の推移

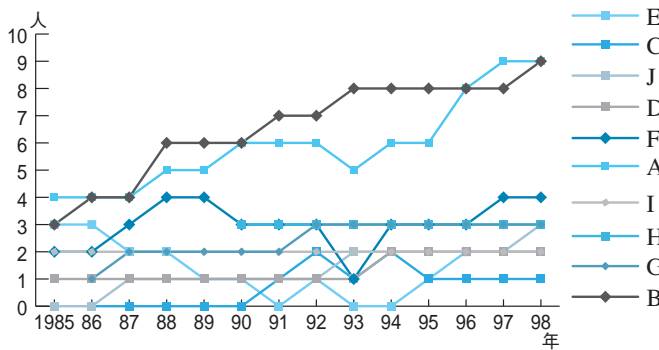


図11 各診療所の歯科衛生士数の推移

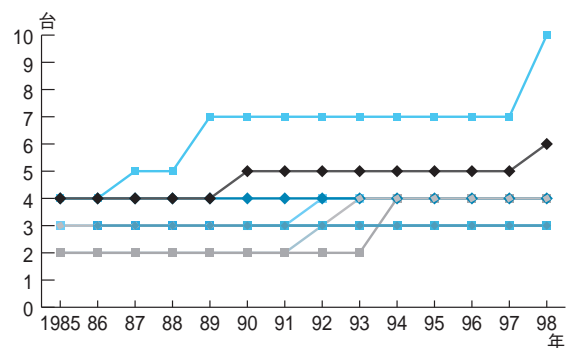


図12 各診療所の診療ユニット台数の推移

ったいどうしたことなのだろう。

#### 4. 診療所の規模の推移

請求件数が右肩上がりを描いたA、B診療所と横這いあるいは減少を示したH、I、J以外の5診療所では、請求件数がわずかに増加している。そして、図9のように全体としては請求点数も増加している。このグループは、自費診療収入が増加したD、Eと減少したF、Gのグループに分かれる(図10)。自費診療収入には、不安定な側面があるが、A、B(図2)に比較してF、Gが不安定な動きを続けているのは、多数のコンプライヤーのなかから自然に自費収入が生まれているか、多分に偶然的な要素が強いかの違いであろう。

図11、12は、調査対象10診療所の歯科衛生士数および診療ユニット台数の推移を示したものである。A、Bの二つの診療所の推移が他と異なっていることが一目瞭然である。

ここで診療ユニット1台当たりの1

日患者数を見てみよう。図13と14に、AおよびI診療所の診療ユニット1台当たりの1日患者数と歯科衛生士一人当たり1日患者数を対比した。当然のことであるが、1日当たりの患者数は、アポイント・ノートが常に予約患者で埋まっている場合には、診療ユニットの台数によって自ずから決まる。A診療所では、患者数は3倍に増加していた(図6)が、14年を通じて診療ユニット1台当たりの患者数は1日10人前後と大きな変化はない。1日実働7時間強とすれば、患者一人約45分のチェア占有時間である。この数字は、I診療所の場合も大きくは変わらない。診療ユニット台数が1台増えた1993年以降、患者一人当たりのチェア占有時間が延びているが、これは歯科衛生士数の制約によるものと想像される。

A診療所の歯科衛生士一人当たり1日患者数は、10～13人で推移しているが、I診療所では15～17人で推移している。慢性的な歯科衛生士不足

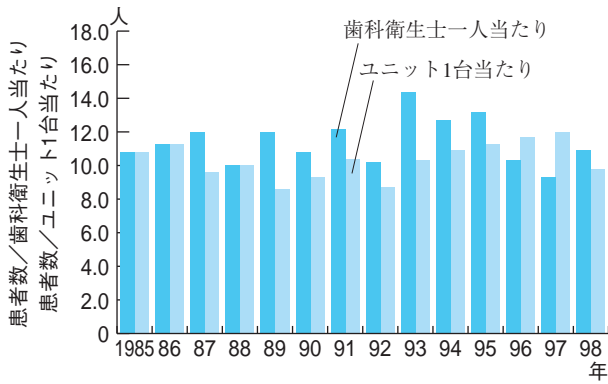


図13 A診療所の診療ユニット当たり患者数と歯科衛生士一人当たり患者数の推移

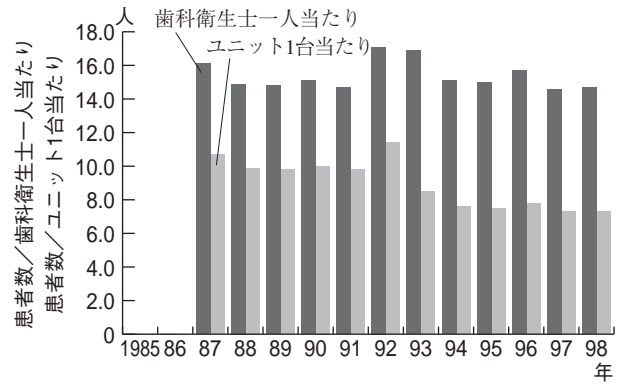


図14 I診療所の診療ユニット当たり患者数と歯科衛生士一人当たり患者数の推移

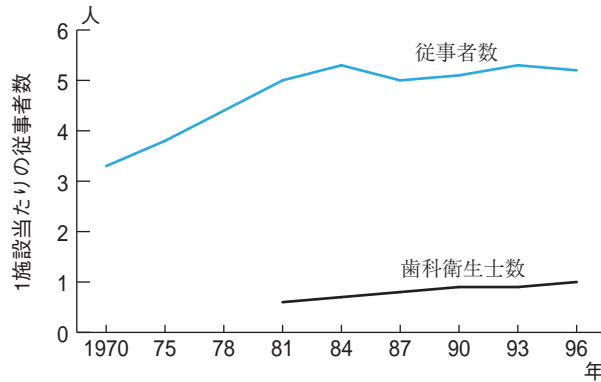


図15 1施設当たり歯科衛生士数の推移

あるいは歯科衛生士が介助業務に時間を奪われている様子が想像できる。I診療所ではユニット台数が増えた1993年以降も歯科衛生士数に変化はなく、実働7時間として一人の患者＝ユニットに歯科衛生士がぎりぎり30分しか費やせない状態にある。H診療所の場合には診療ユニット台数が、I診療所では歯科衛生士数が、患者数増加の大きな足かせになっていることがうかがわれる。このH、I診療所の場合には、この規模の制約が経営状態の改善のブレーキにもなっている。

1施設当たりの歯科衛生士数は、1984年時点で全国平均0.72人、現在でも1施設当たり1人ようやく手が届くかどうかというレベルである(図15)。1985年当時の東京都歯科医師会の調査では、歯科衛生士の雇用率(歯科衛生士を雇用している診療所の割合)は26.3%、1日平均の来院患者数は27.3人だった。診療所の規模は、

ユニット2台、常勤歯科医師1名、診療補助者1名が全体の約25%を占めもっとも多く、この規模で補助者3名以内が全体の56%を占めていた。この規模は全国的にはいまま大きく変化していない。

### 結 論

この調査で、同じ予防中心の歯科診療を標榜していても、その内実は様々だという事実が改めて浮き彫りになった。A、Bの2診療所は歯科衛生士数と診療ユニットなどの規模の拡大によって、定期的な管理や歯周治療のメンテナンス患者の増加に対応してきたことがうかがわれる。予防管理の患者は治療を求めている患者と違って、たとえコンプライヤーといえども長時間待合い室で待たされることに我慢できないし、快適で十分なプロフェッショナルケアを受けることができなければ繰り返し

の来院にはつながらないだろう。またコンプライヤーの増加は、自費診療収入の安定増加に寄与しているように思われた。

これに対して、10診療所のうち二、三の施設は、キャパシティとマンパワーの制約のなかで予防にシフトしているために、経営的な厳しさが感じられる。中間的なグループのなかには、従来型の診療スタイルと予防へのシフトを併せもっている様子も感じられた。自費診療の増加で収入減を埋め合わせている診療所もある。歯科衛生士の増減を繰り返し、それが従来型の収支構造からの脱却を困難にしてきたと思われる診療所もある。

予防にシフトした診療所づくりと経営を両立させるためには、基本的には歯科衛生士の育成と診療スペースの拡大を避けることはできないのかもしれない。その点、地方都市での展開は、人材の確保と患者の理解を得る点で困難があらうし、大都会では土地・不動産・人件費の高騰が規模の拡大の制約となるであろう。しかしここで調査対象となった10診療所は、AからI診療所まで各々の努力により予防中心の歯科診療所経営をそれなりに成り立たせており、ほとんどの診療所で従来型経営の実績をすでに凌駕している。

これまでほとんどの歯科医師にとって、診療所の経営分析は大きな意味をもたなかった。税理士から、節税のアドバイスを受けさえすればよかった時代もあっただろう。しかし、診療姿勢の変化がその下部構造に制約されざるを得ない変革期には、年単位から数年単位の経営の客観的な分析が必要になる。そうした経営分析のうえではじめて、A、B診療所の

ような規模の拡大のための投資が計画的にできるようになるのだろう。

さて目を外へ転じると、2000年4月からの介護保険制度の実施を大きな結節点として医療制度および社会保険診療報酬体系のさまざまな見直し作業が進みつつある。年金財政の破綻のために、史上前例のない高齢化社会の到来のために抜本的な医療制度改革が、否応なくタイムスケジュールに載りつつある。しかし、こと歯科医療に関しては、そのカヤの外にあって、改革の論議さえテーブルに載っていない。高齢者になるほど医療費が減少している歯科の分野は、人口の高齢化に伴って着実に医療費の自然減が見込まれるため、行財政当局にとっては、大きな課題とはなり得ないのである。

この20年間の1窓口当たりの患者減は、主に歯科医師数の増加によるものであった。これからは、これに高齢化と疾病構造の変化という別の要因が加わる。近未来においてすべての歯科診療所が現在の経営状態を維持するための処方箋は、おそらくどこにもない。しかし、私たちは多くの国民が健康を守り育てる歯科医療によって、恩恵を受けることのできる近未来の可能性を描かなければならない。

## 謝 辞

経営データを過去に遡って提供していただいた多くの診療所のご協力に感謝します。本稿は概括的で稚拙な経営傾向の分析に終わりましたが、さらに詳しいデータをもとに、数多くの診療所について専門的な分析を進められるように会員の皆様のデータの蓄積・整理とご協力をお願いする次第です。