2013年4月2日（毎月1回1日）発行・通巻1121号・昭和47年6月15日第三種郵便物認可
ISSN 0288-5093

明日の医療を考える
月刊保団連
臨時増刊号 No.1121 2013

歯科医療の再生から健康社会へ

歯科医療改革提言・改訂版

より良く食べるは
より良く生きる

2013年　4月

全国保険医団体連合会

国民医療の向上をめざす
全国保険医団体連合会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館 5F
TEL.03-3375-5121 FAX.03-3375-1885
http://hodanren.doc-net.or.jp/

※本誌の無断転載を禁じます
発行 2013年4月2日　定価 〒別 150円(本号に限り)

目　次

はじめに

Ⅰ.社会保障としての歯科医療の確立を
1.社会保障の変質・解体と憲法25条に基づく社会保障 …… 4
2.患者窓口負担の軽減こそ喫緊の課題 …… 4
3.福祉、公衆衛生分野の拡充 …… 5

Ⅱ.健康を土台から支える歯科医療の発展を
1.歯科医療の役割の一層の重視・発展 …… 5
2.健康と歯科疾患の関連 …… 5
3.健康社会に向けて歯科医療の果たす役割 …… 6

Ⅲ.疾患のリスクを見いだす歯科医療、歯と口腔に優しい歯科医療を
1.疾患のリスクを見いだし、歯科疾患の発症と重症化を防ぐ …… 6
2.患者と口腔に優しく、非侵襲的な歯科医療を …… 7
3.治療から予防と管理へ …… 7

Ⅳ.医療・介護における医科歯科連携の推進を
1.超高齢社会に対応すべく医科歯科の連携強化を …… 8
2.在宅・介護における歯科の機能発揮を …… 8

Ⅴ.歯科医療関係職種のチーム医療の充実と推進を
1.病院歯科の拡充を …… 9
2.長期的視点から必要とされる歯科医師の養成を …… 9
3.公的歯科医療をささえる歯科技工の適正な評価を ……10
4.歯科衛生士の評価を高める施策を ……10

Ⅵ.歯科医師の需給問題について
1.今後の歯科医師の供給推計 ……11
2.口腔保健に対するニーズの変化 ……11

Ⅶ.歯科医療の基盤強化を
1.歯科医療費の総枠拡大で保険で良い歯科医療の充実・拡大へ ……12
2.低歯科診療報酬の根幹の問題、歯科の混合診療 ……12
3.大幅な診療報酬の改善を ……13

歯科医療の再生から健康社会へ　私たちの提案 ……15

資料編 ……16
別添資料1「専門的口腔ケアと多職種間の口腔ケア連携の課題」 ……24
別添資料2「医療再建で国民は幸せに、経済も元気に―医療への公的支出を増やす3つの提案」……26

はじめに

国民の健康の保持、増進に向けて、多くの歯科医療関係者は日本の歯科医療の再生を願っている。また、超高齢社会に突入し、高齢者の口腔機能の維持、口腔の衛生と管理は、周術期の急性疾患をはじめ、慢性疾患、療養病床、在宅療養においても命を守り、療養を支えるために、歯科の役割が重要になっている。世界に類を見ない補てつの保険給付など、社会保障としての日本の歯科医療の優れた点を生かしつつ、課題と問題を明らかにして今後の改善・発展に資するために、今回改めて「歯科医療の再生から健康社会へ」を提言した。

提言の理念、方向の概要は以下に示すとおりである。

社会保障としての歯科医療の確立を

近年の社会保障の変質・解体と自己責任への転嫁は、患者・国民の受診に深刻な影響をもたらしている。深刻な経済不況の下で、雇用と家計が悪化し続け、厳しい生活を余儀なくされている時にこそ、社会保障はその役割を発揮すべきであるが、むしろ現在は社会保障の体すらなしていない。私たちは憲法 25 条に基づく社会保障として、いつでもどこでも誰もが窓口負担の心配なく、必要な歯科医療を受けることができなければならないと考える。

健康を土台から支える歯科医療の発展を

健康を支えることに大きく寄与している歯・口腔の役割を再度見直し、社会保障としての歯科医療をより一層発展させなければならない。歯科疾患が少なく、食べることに障害が少ないほど、健康に生活できることは周知の事実である。このことは、健康社会に向けて歯科医療の果たす役割がいかに大きいかを物語っており、まさに「より良く食べるはより良く生きる」ことを示している。歯科と全身疾患のかかわりも明確になってきている今日、歯科の果たす役割は非常に重要になっている。

疾患のリスクを見いだす歯科医療、歯と口腔に優しい歯科医療を

これまでの歯科医療は疾患の明らかな発症を起点に治療が開始されてきた。従来、保険診療として認められてきた検査は疾患の重症度を調べるものであって、発症前には保険給付されていない。早い時期に疾患のリスク因子を見いだし、未然に歯科疾患の発症を防ぎ、管理することは重要である。それは、う蝕、歯周疾患を減らし、ひいては補てつ治療を減らすことに結び付いていく。

また、歯科疾患が発症してもできるだけ歯に優しい、言い換えれば非侵襲的な歯科医療を追求し、保険診療においても適正な評価をすることが重要である。このことは疾患の進行を抑え、治療－再治療のサイクルを断ち切ることにも繋がり、ひいては歯科医療費の適正・効率的な配分にも寄与するであろう。今後は、早期にリスクを見いだし、適切な治療を前提とし、管理に重点を移した歯科保険診療を探求していかなければならない。

医療・介護における医科歯科連携の推進を

超高齢社会において、歯科の患者は有病者であることが多く、増加する中高年の糖尿病をはじめとする慢性疾患の多くはその療養にまず食事療法を必要とし、良好な口腔機能が基本であることなど、医科と歯科の緊密な連携が必要になっている。

介護の現場では、歯科医療は咀嚼・栄養摂取による体力・免疫力の回復、中枢神経機能の改善、口腔ケアによる誤嚥性肺炎の減少など少なからぬ効果をあげている。

施設、在宅を問わず、治療と一体となった保健・予防の拡充、歯科医師の診療を前提にした歯科専門職による口腔ケアが必要である。

歯科医療関係職種のチーム医療の充実と推進を

歯科疾患の大半が慢性疾患という性格を有することから、治療と並行して、歯科医学的管理が重要である。現在の歯科医療の受診対象者は外来通院患者にとどまらず、入院患者、介護施設入所者や在宅介護・療養者など多種多様である。歯科衛生士、歯科技工士はもとより医師、看護師をはじめ様々な職種、診療科との連携により、適切な管理の実現が求められている。その中で歯科医療の充実・拡大が図られていく必要がある。

歯科医師の需給問題について

歯科医師の需給問題はこれまで歯科医師過剰と論じられてきているが、特に都市部への一極集中や地域偏在の問題などに対する解決は喫緊の課題である。新規参入者の大幅な減少、女性比率の大幅な増加などによって将来推計も大きく変わってきている。歯科医師数の削減が問われて久しいが、国民に良質な歯科医療を提供することを基本に将来を展望し、対応を検討すべきである。

疾病構造の変化、国民意識の変化、超高齢社会の到来を受けて、今後の歯科口腔保健に対するニーズの変化は大きく、これらに対する取り組みが需給問題の根本的な解決にも繋がっていくものと考える。

歯科医療の基盤強化を

歴代の政府の歯科医療軽視がもたらしてきた脆弱な歯科医療の基盤を強化していくためには診療報酬の問題が欠かせない。現在の低診療報酬では、良質な歯科医療を患者・国民に提供するには、もはや限界に近づきつつある。すべての国民に良質な歯科医療を提供するためには、技術料の正当な評価、給付の拡大、新規技術の保険導入などにより、保険外診療に依存しない歯科医療に移行していく必要がある。そのためには大幅な診療報酬の改善、歯科医療費の確保が欠かせない。

今回の提言に多くの関心が寄せられ、わが国の公的歯科医療の充実・拡大に寄与することを期待したい。

Ⅰ．社会保障としての歯科医療の確立を

１．社会保障の変質・解体と憲法 25 条に基づく社会保障

現在、長引く不況と重くのしかかる様々な経済的負担により経済的格差が拡大し、日常生活さえままならない国民が増加している。国民皆保険とはいえ、現実的には低賃金、失業による無保険、窓口での重い一部負担、保険料滞納などにより受診できない患者が驚くほど増加し（**資料 1-1**）、国民の健康を損なう状況になっている。３割の窓口負担など、もはや社会保障とは言えず、国民皆保険制度は解体の危機に直面している。

患者窓口負担増による受診の抑制や政府の医療費抑制政策は、特に治療・管理が後回しになりやすい歯科において、より顕著に「健康の格差」を生みだし、拡大させている。わが国の歯科医療は国民皆保険制度の歴史の中で培われ、堅持されてきた世界に誇るべきものである。WHO が公表している資料等で、すべての歯を失うという最重症の無歯顎者率をみても、先進諸国の中で優れて低い数値を示しているのは保存、補てつ治療（注）が保険給付として行われてきたことによる結果である。それらが今、崩壊の危機に瀕している。

２．患者窓口負担の軽減こそ喫緊の課題

歯科受診は従来から所得の多寡が受診に与える影響が大きく、医科と異なり所得が低いと受診への出費が大幅に減少している（**資料 1-2、3**）。家計に余裕がない時は、病気、けがや大事に備え歯科の支出を抑えようという意識が働く。つまり「医科診療代」は必需的支出、「歯科診療代」は選択的支出ということができる。統計的にはう蝕は減少しつつあるが、歯科疾患全体については、生活環境・食事環境の乱れや経済的理由で放置され重症化している例も増加している。特に近年の不況の中で格差・貧困の拡大が受診の手控えや受診できないなどの層を増加させている。

この窓口負担と受診の関係について、東日本大震災の被災県の保険医協会では被災地の患者・住民に対して「一部負担金免除に関するアンケート調査」を行った。宮城県保険医協会のアンケート結果（2012 年５～６月実施）では、一部負担金免除により医療機関に「かかりやすくなった」との回答が医科受診では 74.3%、歯科受診では 83.9%と、経済的理由による受診抑制傾向が医科より歯科に強く表れている。また、一部負担金免除が 2012 年 10 月以降になくなれば３割が「通院回数を減らす」「通院できない」などと回答し、その理由は「医療費の負担」71.8%と窓口負担が受診抑制に大きな影響を与えていることを示している。

また、全国保険医団体連合会「歯科医療に関する市民アンケート」（回収 10,129 名）の結果では「治療を放置している」人が４割近くおり、その理由は「時間がない」52.0%、「費用が心配」34.5%であった（**資料 1-4**）。「時間がない」という理由では就労状況が受診に大きく影響を与えていると考えられることから、就労時間、雇用、賃金などの改善が必要で

（注）**補てつ**　歯の一部あるいは歯を失った部分を補うもので冠（歯のかぶせ）、ブリッジ（橋渡し式の固定式装置）、義歯（入れ歯）などを指す。

あることは明らかである（**資料 1-5**）。また、「費用が心配」という理由は、重い窓口負担が受診を妨げていることを示している。３割の窓口負担など、もはや社会保障とは言えない。患者負担増による受診抑制は歯科では、より顕著に「健康の格差」を生み出し、拡大している。患者の窓口負担の大幅軽減は喫緊の課題である（**資料 1-6**）。

３. 福祉、公衆衛生分野の拡充

現在、自治体による妊婦・母子健診、学校・自治体・事業所健診など様々な機会・分野で歯科健診が実施されているが、まだまだ不十分である。節目健診内容の制約、不備、負担金額などの改善が必要である。また、経済不況が続く中、中小零細企業事業主・被雇用者をはじめ、歯科健診を受けるゆとりがない人も多く、社会経済的な状況が健診受診に強く影響を及ぼしていることも無視できない。

また、健診はリスクを見つけるためのものであり、歯科疾患のリスク判定に供する検査などの早急な開発、応用が望まれる。

通院困難な者、障がい者などが、通常の歯科治療を希望に応じて受けられるようにする体制作りも急務である。病態に応じて、病院歯科をはじめ受け入れ可能な医療機関の整備・拡充とともに診療報酬上のより一層の支援、また、搬送の制度的支援なども必要である。

Ⅱ. 健康を土台から支える歯科医療の発展を

１. 歯科医療の役割の一層の重視・発展

近年、歯科医療の果たす役割の重要性、健全な口腔がもたらす健康への貢献、それによってもたらされる栄養摂取、食べることの重要性が注目されている。

「21 世紀における国民健康づくり運動」（健康日本 21）に示される「生活習慣病」にとどまらず、多くの疾病の療養に、「より良く食べる」ことが関わっている（**資料 2**）。歯科医療の拡充がひいては多くの疾患の療養に良い影響を与えていることも示されている（**資料 3**）。併せて食育基本法により取り組まれている「食育」にも、健全な食生活を目指しているという点では、歯と咀嚼、口腔が大きな関わりをもっている。これらは今後の国民の健康づくりに「食べること」が大きな役割を担っていることを示している。

また、歯科口腔保健法（2011 年）や都道府県の歯科保健条例の制定により、口腔の健康の保持・増進及び歯科口腔保健に関する健康格差の縮小の実現など、ライフステージの特性に応じた目標・計画も掲げられている。さらに、高齢化に伴い近年、口腔ケアが歯科以外の領域でも注目されており、歯科医療の役割の拡大に伴う様々な対応や連携が求められている（**資料 4**）（**別添資料 1**）。

２. 健康と歯科疾患の関連

国民の健康について見ると、学童・若年層では不規則な食事や偏りなどが広く見られ、成長や免疫をはじめとする健康に対する影響も懸念されている。中高年では、脳血管障害、循環器疾患、がん、肥満症をはじめとした疾患や生活習慣病は食生活とのかかわりが深く、

改善に向けて様々な取り組みが試みられている。

また、高齢者の人口増加に伴い、骨・関節疾患、認知症、脳血管障害など様々な理由で自宅・施設・病院での介護・療養を必要とする人々も増加している。これらの人々は、通常の食事、栄養補給も容易ではなく、PEM(注)をはじめ療養にも少なくない影響を受けている。さらに、食べる喜びも失われ、誤嚥性肺炎の発症も年々増加している。食べること、それを元から支える健康な口腔機能が国民各層に深く関わっていることは、今後の健康社会の構築に歯科医療が欠かせないことを示している。

3. 健康社会に向けて歯科医療の果たす役割

「口は命の入り口」とも言われている。健全な口腔を回復・保持する歯科医療の充実・拡大を図ることは、とりもなおさず健康社会を築き支えていくことでもあり、また、健康社会への近道の一つでもある。少子高齢化という大きな社会構造の変化、疾病構造の変化に伴い歯科医療の果たす役割も非常に重要になっている。超高齢社会では口腔の疾患を治療し、重症化を防ぐことが、医療費の大幅な引き下げにつながると言われている。歯科疾患と各種疾患のかかわりも明確になってきている今日、歯科の果たす役割は非常に重要になっている。

Ⅲ. 疾患のリスクを見いだす歯科医療、歯と口腔に優しい歯科医療を

1. 疾患のリスクを見いだし、歯科疾患の発症と重症化を防ぐ

う蝕、歯周病は適切な治療を受けなければ多くの歯を喪失し、様々な影響を及ぼす疾患である。う蝕は進行すると歯髄(注)を喪失し、歯の破折、感染根管(注)の治療、歯冠修復・欠損補てつ治療、２次う蝕の再治療など、より深刻な歯の治療に至り、これらを繰り返すことに繋がる。歯周病も放置することによってその治療はますます大がかりなものとなる。より健康な口腔を維持し、患者の苦痛を回避・軽減するためには早期の治療が欠かせない。

う蝕、歯周病を引き起こす大きな原因は口腔バイオフィルム(注)の付着にある。疾病の発症前に健診によってリスクを発見し発症を防ぐことが望まれるが、現在、保険給付で行われているう蝕、歯周病の検査は疾病の初期段階での重症化を防ぐための検査であり、発症を防ぐという視点には立っていない。早期にリスクを把握するためのバイオマーカー(注)

（注）**PEM**　Protein-energy malnutrition タンパク質エネルギー低栄養状態。

歯髄　象牙質に囲まれた歯の中心部にある軟組織で、血管、神経などからなる。一般に「神経」とよばれる部分。

感染根管　歯髄が細菌に感染している歯の内部（根管）の状態。深い虫歯や、根管治療で細菌を十分に除去することができなかった場合などに生じやすい。

口腔バイオフィルム　歯の表面に付着している細菌が排出する物質により取れにくくなっている状態。歯垢またはプラークともいわれる。

などの開発、普及が望まれるところであり、口腔バイオフィルムによる感染などに着目した早期のプラークコントロールを保険導入することも検討すべきである。口腔バイオフィルムはむし歯と歯周病のみでなく、誤嚥性肺炎、菌血症、感染性心内膜炎、糖尿病低体重児出産、動脈硬化などとの関連も示唆されてきており、この治療は継発する他の疾患の予防という一面も担うことになる。

また、精密な治療の連続する歯科治療には咀嚼、咬合を定量・定性的に評価する検査が少なく、歯科医師の経験、技能に依拠している部分が大きい。咀嚼、咬合、嚥下を科学的に評価、検討し、将来の歯科医療を発展させる意味でもこれら検査技術の開発と保険給付が望まれる。

2. 患者と口腔に優しく、非侵襲的な歯科医療を

歯科において、できるだけ侵襲を加えない治療（ミニマムまたミニマル・インターベンション）は歯質を保存し、歯の健全性を高めようとするものである。ハイブリッド・セラミック(注)、レジン系の材料はコストも低く、製作技術・技工過程も金属に比べると簡便である。歯周病による動揺歯の固定や接着も可能で、削合を必要とする咬合調整や除去なども短時間で容易に行え、身体的、心理的な負荷も少なく、今後の高齢者の補てつ材料としては金属よりも適用しやすい。高品質の充填・修復材料が多く開発され金属を使わない（メタルフリー）技術として普及しつつあり、従来の歯科用金属に代わる材料の積極的開発・普及と保険導入が望まれる。

また、普及しているハイブリッド・セラミックなどは、審美性だけでなく、操作性（歯質との接着性）や物理的性質（耐磨耗性）、生物学的許容性（アレルギーを起こさない、口腔バイオフィルムが付着しにくい）など利点も多い。長年の臨床実績のあるメタルボンド（金属焼付陶材）冠なども含め既存の材料、技術の保険導入も望まれる。さらに、レーザーをはじめ、歯・歯周組織に侵襲の少ない治療法なども積極的に普及させていくことが重要である。

3. 治療から予防と管理へ

う蝕、歯周病は、ともに患者と歯科医療関係者が協力して継続した管理が求められる疾患であり、疾患の特異性、患者の個別性や医療現場の実情に応じた制度設計が必要である。疾患や重症度によって管理内容や管理の間隔は千差万別であり、また、様々な事情から療養、管理を継続できない患者も多く存在する。疾病の管理は疾病の発症・進行を抑制、予防し、患者の療養を軽減するものでなければならない。状況に応じた様々な指導・管理が提供できていない現状に対して、制度の抜本的な見直しが必要である。

(注) **バイオマーカー**　疾患の状態や治療の効果の確認、疾患の予防のためなどに用いられる生体由来物質を用いた指標。例えば、生活習慣病の代表的な指標としては血糖値やコレステロール値がある。
ハイブリッド・セラミック　冠などの歯科用の材料で、セラミック（陶材）とレジン（プラスチック）を混ぜ合わせたもの。

また、「歯科疾患実態調査」(2011 年) の結果から見れば、CPITN(注) コード３(軽～中等度) は 15-19 歳代の層から 40-49 歳代の層まで比率が年齢階級層を追って目立って高くなり、それ以上の階級層では変化は小さくなる。コード４（中等～重度）は 35-39 歳代の層から 60-64 歳代の層まで比率が年齢階級層を追って目立って高くなっている（**資料 5**)。

コード３への移行を防ぐには 15 歳まで（義務教育年齢期）のコード１、コード２（初期）に対する取り組みとして口腔衛生指導、歯石除去の徹底が、コード４への移行を防ぐには 35 歳までの口腔衛生指導、歯石除去及び歯周治療が重要である。

Ⅳ. 医療・介護における医科歯科連携の推進を

１. 超高齢社会に対応すべく医科歯科の連携強化を

超高齢社会において、歯科の高齢患者は有病者であることが多く、また、高齢者の抱える慢性疾患の多くはその療養にまず食事療法を必要とし、糖尿病をはじめ良好な口腔機能が基本であることなど、医科と歯科の緊密な連携が必要なものである。

診療報酬上でも、すでに歯科治療総合医療管理料として、高血圧症、心疾患、糖尿病、脳血管障害をはじめとするいくつかの疾患に対して医学管理を行った場合の評価が設定されている。また、2012 年度の診療報酬改定で、全身疾患に伴う歯周病の悪化や重症化のリスクの高い患者での歯周病安定期治療(注) の実施について取り扱いが新設されている。今後、高齢者の口腔の健康を維持していくためには、医科歯科の連携強化がより一層重要である。

さらに、医科から歯科へ患者紹介しやすくなる方策の検討や診療報酬上、歯科医師が検査で病態の把握をできるようにすれば、実効性の高いものとなるであろう。

２. 在宅・介護における歯科の機能発揮を

歯科医療は介護の現場で咀嚼・栄養摂取による体力・免疫力の回復、中枢神経機能の改善、口腔ケアによる誤嚥性肺炎の減少などに少なからぬ効果をあげている。また、摂食機能障害に対する様々な機能訓練と、その基礎になる咀嚼機能の回復も重要な役割を果たしている。より一層の普及が望まれる。

高齢者に対する個別の疾病の治療には目覚ましいものがある一方、肺炎による死亡は年を追って増加し続けている。特に口腔からの感染による誤嚥性肺炎が非常に高い割合を占

(注) **CPITN**　地域歯周疾患指数、コード０：健康な歯肉（治療の必要なし)、コード１：歯周ポケット測定時に出血が認められる (口腔清掃指導)、コード２:歯肉外・歯肉下に歯石がある、コード３:４～５mm の歯周ポケットがある（いずれも口腔清掃指導、スケーリング「＝歯面に沈着した汚れ、歯石など歯面沈着物を機械的に除去すること。歯石除去ともいう」、ルートプレーニング「＝歯根表面の汚染されたセメント質や象牙質を除去し歯根面滑沢化治療」が必要)、コード４：６mm 以上の歯周ポケット（口腔清掃指導、スケーリング、ルートプレーニングに加えて歯周外科治療などが必要)。

歯周病安定期治療　歯周病に対して一連の治療をした後、一定、病状が安定した歯肉の状態を維持するための継続的な治療。

めている。現在、NST（栄養サポートチーム）(注)、口腔ケアをはじめ様々な取り組みが行われているが、まだまだ十分なものにはなっていない。

要介護者にとって口腔管理は重要であるが、歯科疾患を有しながらも歯科受診できない要介護者は多く、口腔管理の専門職である歯科医師の関与がまだまだ不十分である。これは、現行の介護認定にあたって、主治医の意見書だけで歯科医師の意見書の提出が不要となっていることも原因のひとつである。介護認定にあたって歯科医師による診察、意見書の提出など、歯科医師の関与を強め、介護現場に活かせるようにする必要がある。さらに、治療と一体となった保健・予防の拡充、歯科専門職による口腔ケア等、在宅・介護における歯科の機能発揮が重要である。

また、一定規模以上の介護施設などへの歯科医師・歯科衛生士の配置とともに、医科、介護との連携を強めることも必要である。

Ⅴ．歯科医療関係職種のチーム医療の充実と推進を

今後の歯科医療はその果たす役割、活動の場は従来に増して拡大していくことから歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士をはじめ多くの職種が連携・協力し、共同作業、チーム医療の推進が求められている。

１．病院歯科の拡充を

歯科診療所と連携して後方支援などの役割も担う病院歯科が1990年から2011年の21年間に28％減少し、深刻な事態に陥っている。後方支援、臨床研修の場として、かつ療養病床をはじめ、病院が適切な療養環境を提供するためにも、病院歯科の拡充が緊急の課題である。病院では入院患者の病状改善に経口栄養・口腔ケアが大きな役割を果たしている。特に高齢者、障がい者をはじめ、療養病床、精神科病床などに入院中の患者ではその必要性は高い。

入院患者に必要とされている咀嚼、摂食・嚥下機能の回復、専門的口腔ケアを実施するためには、地域の歯科診療所との継続的な連携の推進、慢性期病棟を中心に一定規模以上の病院、病床では歯科医師・歯科衛生士の配置が望まれる。

２．長期的視点から必要とされる歯科医師の養成を

1996年から2010年まで歯科医療費はほとんど変わっていない。その一方で歯科医師数は8万5,518人から10万1,576人に増加している。今後の疾病構造の変化、歯科医療の果たす役割を視野に入れ、長期的視点から歯科医師養成のあり方の検討が必要である。

歯科医師は歯・口腔・咀嚼にとどまらず「生活習慣病」といった慢性疾患をはじめ、嚥

(注) NST　栄養サポートチーム（Nutrition Support Team）　腸管からの栄養摂取を促進し、栄養状態を改善するため多くの病院で医師、看護師、栄養士、薬剤師、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士など関連職種が協力し取り組まれている。

下・摂食、NSTの取り組み、口腔ケア、誤嚥性肺炎の防止、う蝕・歯周疾患と全身疾患との関わりなど旧来にない役割が重視されてきている。これらに関わる教育、栄養学、栄養補給などをはじめとする新たな役割に応じた教育を図るべきである。

また、患者の全身状態を的確に把握し、歯科治療との相互的関わりを十分に考慮した上で安全な歯科治療を行いうる歯科医師の養成が急務である。加えて、今後の高齢化に対応した医科歯科連携を現場で体得するためには歯科診療所等での研修のほか、歯科・口腔外科などを併設する病院歯科での研修が望まれる。その一方で近年の歯学部入学志望者の減少は今後の歯科医療を担う有能な人材確保を困難にしている。歯科に特徴的な低医療費政策を国が改め、歯科医療の再生の道を明らかにすることなしにこの解決は望めない。

３. 公的歯科医療をささえる歯科技工の適正な評価を

現在、歯科技工士はわが国の公的歯科医療を支える重要な部分を担っている。しかし、低報酬にさいなまれ、職業としての将来が危ぶまれる危機的な状況が続いている。その一方で技工物の国外からの輸入が進んでいるが、安全性の担保はもちろんのこと、国として法律の整備や規制が求められる。

修復・補てつ物の個別性を重視し、患者や技工模型を中心に歯科医師、歯科技工士が連携を強め、修復・補てつ物を作製していく工程を大切にし、良質な修復・補てつ物を提供していくことが求められる。それには医療機関への歯科技工士勤務を促すために、診療報酬上の評価を個別技工物すべてに付すべきと考える。また、委託技工であっても歯科医師と歯科技工士が対面し緊密な連携を図っている場合には、別途、適正な評価を付すことが必要である。

技工料金については、大臣告示(注)に準ずる水準に現在の流通価格を高めるために、現在の技工技術料を大幅に引き上げる必要がある。併せて歯科技工士が適正な技工料を得るための制度的保障も求められる（**資料6**）。

４. 歯科衛生士の評価を高める施策を

う蝕、歯周疾患が急性期治療から疾患の維持・管理を重視する方向にすすむにつれ、歯科衛生士の果たす役割はますます大きくなっている。歯科衛生士の配置による医療機関の差別化を進めるのではなく、配置を促すための診療報酬上の評価を手厚くすべきである（**資料7**）。

また、病院、施設、在宅ならびに歯科診療所内でも栄養摂取、嚥下リハビリ、口腔ケアなどの実施、指導、管理の重要性が高まっている。歯科医師はもとより歯科衛生士の活躍に期待されるところが大きい。歯科衛生士の教育の充実を図るとともに、すべての保健所への充足、一定規模の病院・介護施設への配置なども望まれる。

（注）**大臣告示**　昭和63年に厚生大臣が発出した歯科技工にかかる費用の割合を示した文書。製作技工の費用が全体のおおむね70%、製作管理の費用が全体のおおむね30%と示した。

Ⅵ. 歯科医師の需給問題について

1. 今後の歯科医師の供給推計

歯科医師の需給問題は、これまで歯科医師過剰として論じられてきているが、私立歯科大学を中心に定員割れが続く状況において、今後の歯科医師の供給がどのようになるのかを今一度考えなければならない。「(2012 年) 歯科医療関連職種と歯科医療機関の業務のあり方及び需給予測に関する研究」によれば、2005 年に行われた調査の推計では、2030 年にピークを迎え、11 万 4,400 人となり、以後減少に転ずるとされている。しかし、2004 年度以降の募集定員の削減、歯科医師国家試験制度の見直しによる合格率の低下、入学者数定員割れの影響もあり、この供給推計では、2021 年の 11 万 200 人をピークに、以後ゆるやかに減少に転ずると推計されている。参考値では 2012 年以降も入学者数が募集定員の 1 割減となった場合の供給数は 2018 年の 11 万人をピークに、以後減少に転ずるとしている。

これらの推計での変化には、将来的な新規参入者数の減少、60 歳以上男性の推計稼働率の低下などが挙げられているが、今後の需給問題を考える上で、新規参入者の大幅な減少、女性比率の大幅な増加の 2 つの要因も大きく関わっている。また、将来の歯科医師の質の確保への懸念もあり、国民に良質な歯科医療の提供を保障する施策が求められるとともに、都市部への一極集中や地域偏在の問題などに対する解決も重要である。

2. 口腔保健に対するニーズの変化

歯科医療のニーズの動向は大きく変化している。今後増加が予想される分野として挙げられるのは、これまでの「インプラント」や「審美歯科」から「在宅歯科医療」「高齢者歯科」「摂食・嚥下」といった高齢化に関連した分野に変わってきている。

高齢者、療養患者にとって食べる楽しみ、喜びは大きいものであるが疾病により満たされない場合も多い。様々な機能訓練と、それを支える咀嚼機能の回復は重要な役割を担っているものと考えられるが、まだまだ普及していない。摂食・嚥下機能の維持・回復は現在供給が不足している分野として挙げられているものであり、早急な対応策が必要である。

そのためには従来の歯科治療に加え、口腔機能はもとより関連して咀嚼の指導管理、食品の選択、栄養管理、食事の指導管理なども必要と考えられる。これら様々な課題に対して、大学教育でも慢性疾患の病態、食物・栄養学など、これまでにない対応も求められる。保険診療でも歯科疾患管理のほかに摂食機能訓練などは設けられているが、「咀嚼指導管理」「食事指導」のようなものが設定されていく必要がある。

さらに、従来の学校歯科健診に加えて、食べること、食品と食事などについて歯科医師・歯科衛生士が学校教育に参画した歯・口腔の健康、食事を通じた健康づくりも望まれる。また、歯科健診事業が縮小、制限、有料化されることなく、すべての国民に実施されること、予防を国、自治体の責務で充実することも重要である。それらを通じて歯科診療所が地域の健康づくりの拠点の一つとなっていく必要がある。

今後、咀嚼能力、機能、食事習慣の改善向上と慢性疾患に関わる様々な研究調査が旺盛

になされていくこととともに、歯科が慢性疾患に大きく関わっていくことを国が責任をもって推進していく必要がある。疾病構造の変化、国民意識の変化、超高齢社会の到来を受けて、今後の歯科口腔保健に対するニーズは拡大していくものと考えられ、それらに対する取り組みが需給問題の解決にもつながっていくものと考える。

Ⅶ. 歯科医療の基盤強化を

1. 歯科医療費の総枠拡大で保険で良い歯科医療の充実・拡大へ

日本の国民医療費はOECD加盟の主要先進諸国の中でも低い（**資料8**）。2010年の国民医療費の内訳は医療保険等給付費47.8%、老人（後期高齢者）医療給付費31.2%、患者負担分13.4%、公費負担医療給付費7.0%である。老人医療費に占める医療費は入院60.6%、入院外35.7%、歯科3.7%である。歯科医療分野では歯周疾患、欠損補てつなど、高齢者に関わる診療は重要かつ大部分を占めているにもかかわらず極めて低い医療費に抑えられてきている（**資料9-1、2、3**）。

国民医療費に占める歯科医療費は総額約37兆円（2010年）のうち約2兆6千億円であり、1986年より医科入院･外来とも増加している一方で、歯科はほとんど増加していない。経年的に見ると、歯科医療費は1996年以来10数年、ほとんど変わらず約2兆5千億円の横ばい状態であり、歯科医療費の割合は1995年には13.0%あったものが2010年には7.0%まで下落している。

多くの歯科医療機関が経営難に直面しているその背景には、政府の医療費抑制政策による患者負担増が生む受診抑制、10年以上にわたり2兆5千億円程度で増加することなく推移している歯科医療費がある。

保険診療収入を補うものとされてきた自費診療収入割合の推移を見ても、1984年には、18%であったものが、長引く不況から2009年には12.2%、2011年には10.2%にまで減少している。このように近年、自費収入の経営への貢献度は低下しており、今後も低経済成長とデフレ経済の下では、自費診療の伸びは期待できるものではない。

仮に診療報酬を10%程度引き上げられるならば、現在の自費収入分を補い、自費依存を余儀なくされている構造から脱却できるとも考えられる。10%の引き上げに必要な額は、診療報酬で2,500億円程度であり、実現できない数字ではない。歯科医療費の総枠拡大と歯科診療報酬の10%以上の引き上げによって、保険で良い歯科医療の充実を図り国民の健康に寄与すべきである（**別添資料2**）。

2. 低歯科診療報酬の根幹の問題、歯科の混合診療

歯科の歯冠修復・欠損補てつにおける混合診療容認の根拠は、「差額徴収の廃止通達」と同日の1976（昭和51）年7月29日に出された管理官通知、いわゆる「51年通知」である。「51年通知」は「保険で保存治療を終了した後、引き続く補てつは保険診療と自費診療どちらでやってもかまわない。患者が選択できる」というものである。厚生労働省は、歯科医師の自費診療への誘導にこの通知を巧みに運用してきた。歯科医師に保険外診療へのイ

ンセンティブを働かせるため、採算を考慮しないで保険の補てつ点数を設定しておくという政府の一貫した歯科医療費抑制の論理があったといえる。

補てつ給付の制限を企図する「51年通知」が出された当時は、自費収入比率も高かったため、「通知」は保険診療だけでやっていけない歯科医院経営を補完するのに一定役立っていた。しかし、今日のように保険診療を望む患者が多くなり、不況も相まって自費収入比率が10%まで落ちてくると、「51年通知」の果たす役割は薄れている。

患者・国民の要求に応え、超高齢社会を支えられる歯科に一歩でも近づくには、保険外の補てつ診療の保険導入をはかり、補てつの保険診療の拡大・充実を通じて「51年通知」を形骸化し、将来的には廃止を目指す時代に来ていると言える。

3. 大幅な診療報酬の改善を

①技術料の適正評価

歯科の技術料が不当に低い評価であることは周知の事実である。2011年3月に日本歯科医学会から出された「歯科診療行為（外来）のタイムスタディー調査」によると、歯を保存するために非常に重要である治療行為は極めて低い評価であるとされている。

2008年の診療報酬改定以降、歯科の技術料の評価は微々たる改善が行われているものの、まだまだ適正評価には程遠い状況である。歯科診療が手技を伴う作業の連続であることを考えるならば、基本診療料（主には診察の評価）の引き上げ以上に、特掲診療料（個別診療行為の評価）の大幅な引き上げを行うべきである。

②包括の見直し

歯科では過去、医学的根拠やエビデンスのない包括(注)が行われてきた。2008年改定では、「基本診療料に特掲診療料を包括する」という今までに行われたことのない特異な包括が行われ、ラバーダム(注)加算、歯肉息肉除去手術を基本診療料に包括することで財源の枠内操作が行われた。2002年診療報酬改定において行われた包括では、有床義歯における遊離端加算、補強線(注)が義歯の本体の点数に含まれ、ろう着の評価もなくなった。これまで数多くの診療報酬項目が包括されてきたが、歯科の場合は、本体の点数が包括に併せて引き上げられないため、「廃止」に等しいものになっている。歯科は、とりわけ補てつにおいては包括ではなく、出来高払いを堅持していくべきである。

さらに、低技術料の中に包括されている中間治療材料の評価を実状に見合った評価にすべきである。

③保険給付範囲の拡大

歯科では新規技術が保険診療に導入されていく環境が乏しい。旧来の普及している技術さえも保険診療に取り上げられていない。歯科領域には一部補てつに「混合診療」(注)

（注）**包括**　複数の診療行為をまとめて一つの評価にすること。
ラバーダム　術野を周辺から隔絶し、清潔、操作性を高めるゴムシート。
補強線　義歯の破折を防ぐために埋め込み使用する金属線。

または、全く保険給付されていない補てつが存在し、経済的負担を理由に患者の希望に添えない治療が多くある。また、それらが安心した受診を妨げている理由の一つにもなっている（**資料 1-4**）。インプラントへの関心も高まっているが費用の問題で利用できる患者は限られ、安全性についても課題になっている。将来的には一定のインプラントについては保険給付の検討が必要であるが、そこに至るまでの義歯の役割をより重視する必要がある。義歯の使用を高めるには、すでにあるレジン床義歯の設計の多様性に応じた保険給付を図るとともに、金属部分床義歯の保険給付を図るべきである。

日常生活の上で金属色の修復・補てつ物は心理的に好ましくない影響を与えている。少なくとも小臼歯部までは天然歯に近い色調を有する強度のある材質による修復・補てつ物の提供が求められる。患者の歯科診療に対する要求が高まる中、小臼歯部における全部金属冠はその要求とはかけ離れたものである。

また、咀嚼能力、咬合機能の検査診断技術、唾液等による疾患のリスク判定、歯周病病原菌の検査技術などが急速に進展している。口腔疾患の検査を十分に行い、疾患の管理を行えるようにう蝕や歯周病に対する「唾液検査」などを含め検査項目の新設が望まれる。

さらに、学校健診でも検査の指摘事項となっている歯列不正に対する治療は保険導入する必要がある。歯列不正は外見への影響以外にその後の歯科疾患の発症とも関連が深く、特に学童期（小・中・高校）の歯列不正・咬合不全は、成長期に行われる咬合誘導法や永久歯列完成期以降の矯正治療についても保険導入すべきであろう。

加えて、保険診療に並行して長期にわたり手をつけられず放置されている保険外診療(注)は多くの患者にとっては手の届かないものになっている。患者・国民の要望が多く、医療上必要度の高いものから適切な評価に基づいて順次、保険導入を図っていくべきである。

（注）**混合診療**　保険で認められている治療法（保険診療）と保険で認められていない治療法（保険外診療）の併用を指し、原則として禁止されており全体が保険外診療とされる。
保険外診療　保険診療で給付されない診療であり、補てつをはじめ様々なものがある。全額患者負担によることから高額な患者負担を生じる。

歯科医療の再生から健康社会へ　私たちの提案

◇ 社会保障として歯科医療を確立するため、患者窓口負担を大幅に軽減すること。

◇ 健康を増進するため、医療全体の中での歯科医療の評価を高めること。

◇ 医科・歯科疾患の発症・重症化予防のため、予防と管理の評価を高めること。

◇ 公衆衛生対策として、国や自治体が責任を持って早期発見、早期治療を促す歯科健診を充実させること。

◇ 疾患を有する高齢者が増加する中で、医科歯科連携を推進しやすい診療報酬体系にすること。

◇ 要介護者の口腔機能を維持・向上させるために、歯科医師の関与を強化し、介護保険施設への歯科医療関係者の配置を推進すること。

◇ 入院患者への専門的口腔ケアの充実を図るために、歯科医療関係者の配置も含め病院歯科を拡充すること。

◇ 公的歯科医療をささえる歯科技工士の技工技術料を大幅に引き上げること。

◇ 専門的口腔ケアの主要な担い手である歯科衛生士の診療報酬上の評価をさらに高めること。

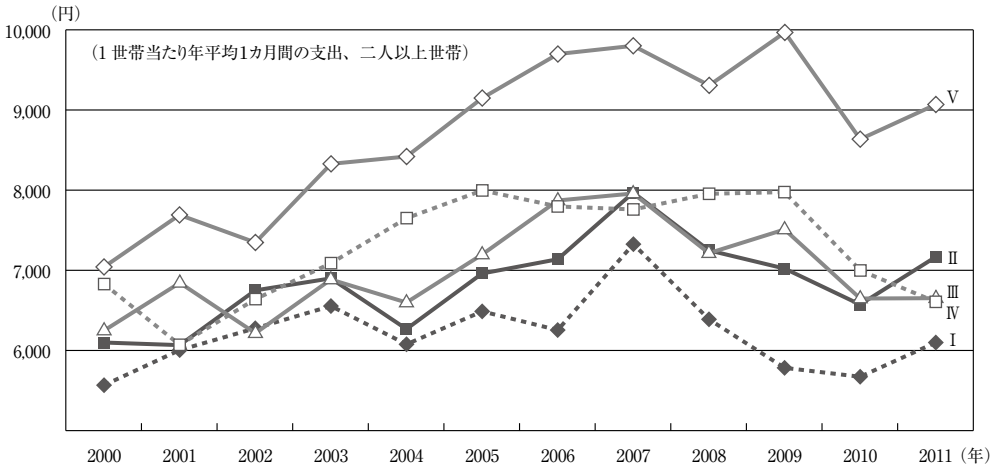
◇ 歯科医師需給問題は喫緊の課題であり、国が責任をもって望まれる歯科医療制度、適正な歯科医師数と質の確保等の対策を講ずること。

◇ 保険で良い歯科医療の充実と保険の給付範囲を拡大するため、歯科医療費総枠拡大と歯科診療報酬を 10%以上引き上げること。

資料編

資料１　患者・国民の社会経済的な背景について

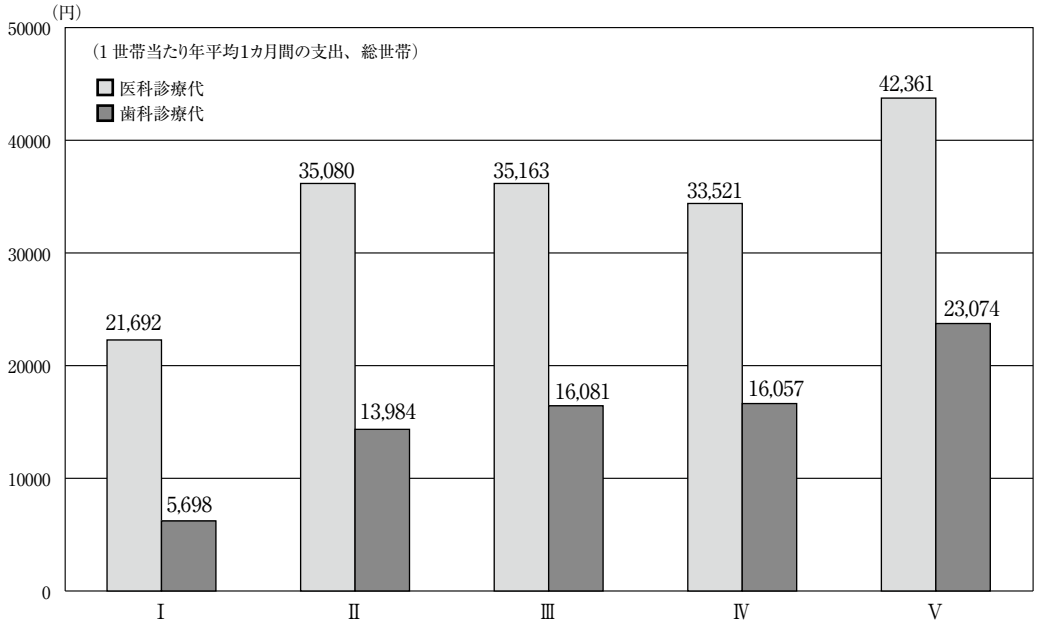
１. 収入階級別の保健医療サービス支出の年次推移



総務省「家計調査」より作成。

収入階級別に見た保健医療サービス支出は、第Ⅴ分位では年ごとに増加しているにも関わらず、Ⅱ～Ⅳ分位では増加の程度は緩やかであり、第Ⅰ分位では10年経過後もほとんど増加していない。保健医療支出に関して、格差が拡大していることが分かる。

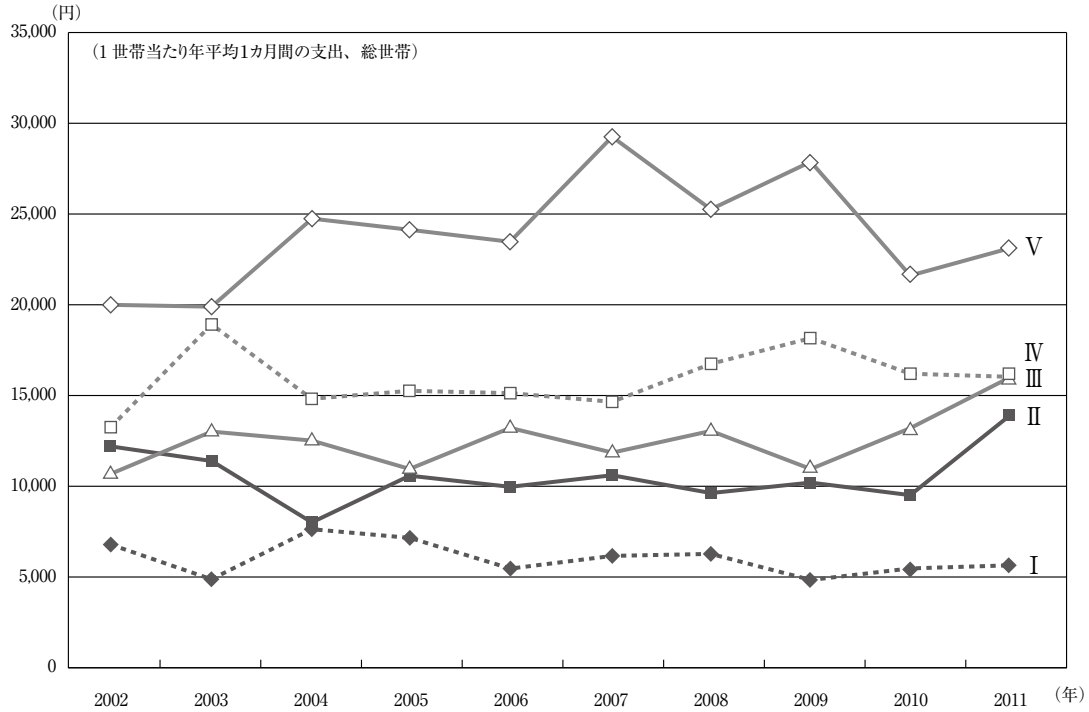
２. 収入階級別の医療・歯科医療の比較



総務省「家計調査」（2008 年）より作成。

医科･歯科別で見れば､｢医科医療代｣は収入にそれほど左右されず支出されているにも関わらず｢歯科医療代｣では収入に大きく依存している。

3. 収入階級別の歯科医療代の年次推移

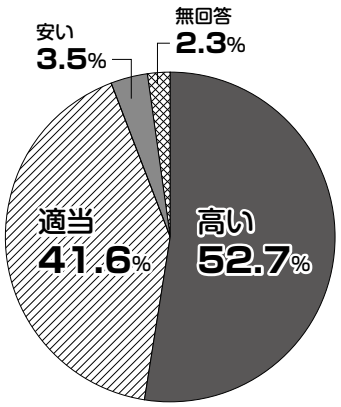


総務省「家計調査」より作成。

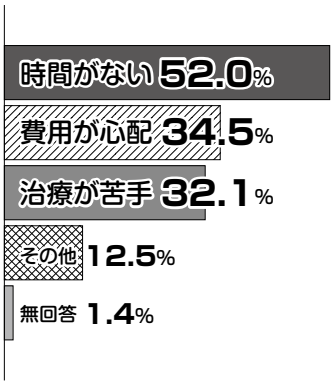
その「歯科医療代」の近年の推移を見れば収入第Ⅲ～Ⅴ分位では増加傾向を示しているが第Ⅰ～Ⅱ分位では横ばいないしは低下を示している。以上のことを併せて考えれば歯科医療支出は医科に比べて収入に強く影響を受けており、近年の状況は横ばいあるいは低下傾向を示している。患者一部負担（窓口負担）が歯科では受診に大きく影響していることがうかがわれる。

4. 保団連「歯科医療に関する市民アンケート」（2011 年）より

歯科の保険の窓口負担は



治療をしない理由



歯の保険適応範囲について

今のままでよい

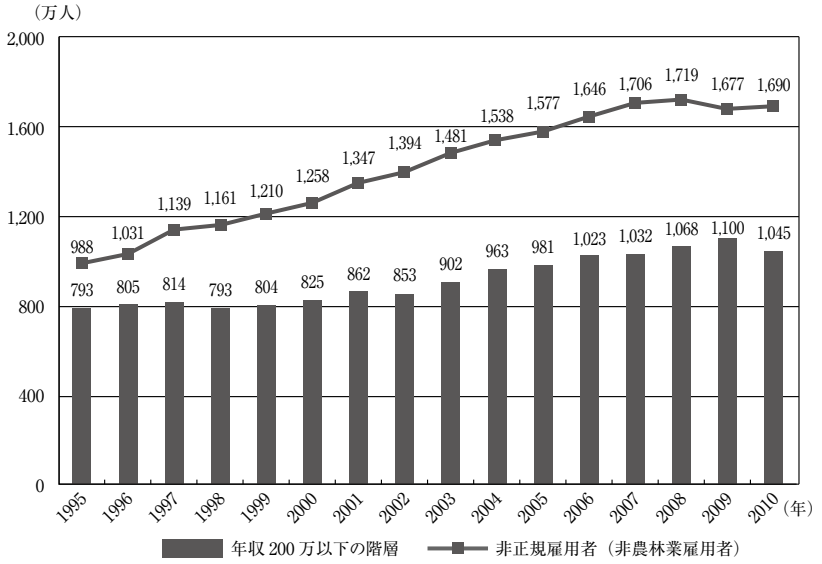
7.9%

保険のきく範囲を広げて欲しい

91.6%

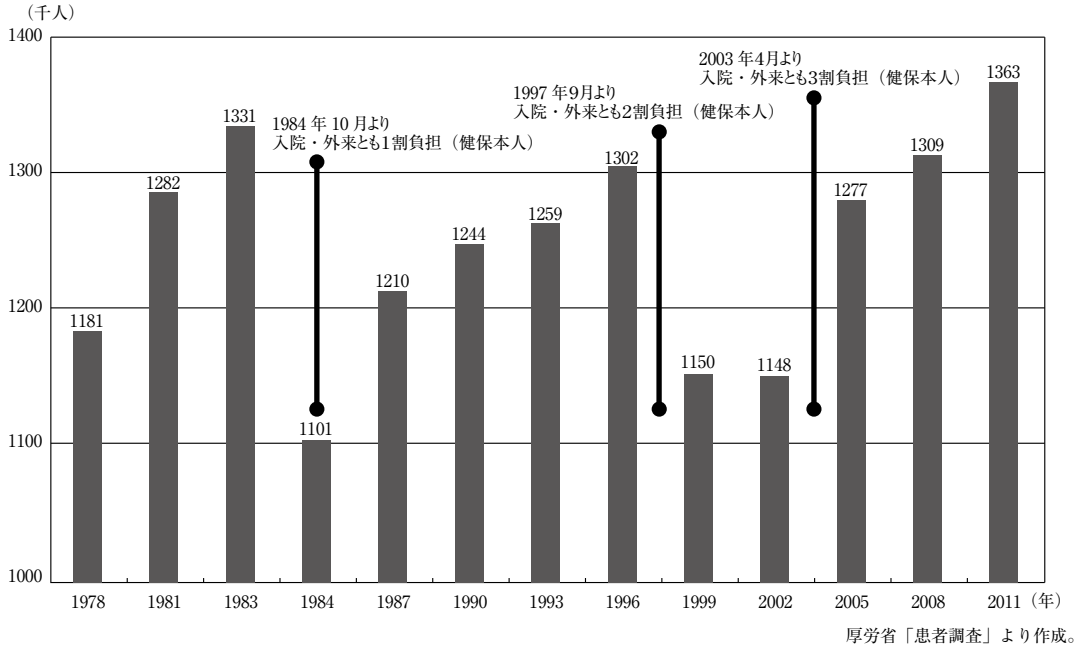
資料編

5. 非正規雇用者数と年収 200 万円以下の階層数の年次推移



国税庁「民間給与実態統計調査」及び総務省「労働力調査」より作成。

6. 歯科外来患者数の年次推移と窓口負担の変遷



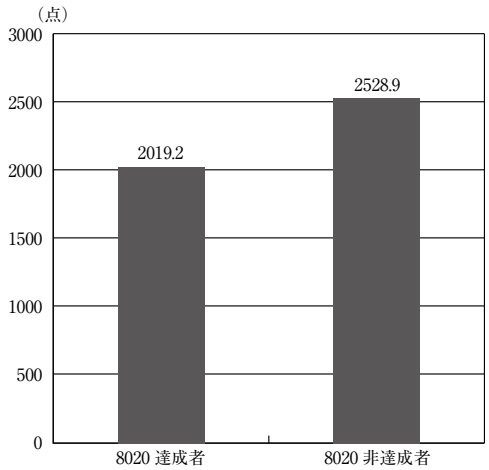
厚労省「患者調査」より作成。

資料２　「健康日本 21」の最終報告より

「健康日本 21」最終報告（2011 年 10 月）の９分野の指標（80 項目）の分野間の関連では「栄養・食生活」指標と「糖尿病」「循環器病」「がん」との関連が大きい。当然「歯の健康」分野は「栄養・食生活」分野を下支えする役割を担っている。「今後の課題」でも「歯の健康」ほか「栄養・食生活」「糖尿病」「循環器病」「がん」では何らかの形で栄養摂取、食事に関する項目が含まれている。

資料３　8020 達成者・非達成者の医科診療点数の相違

兵庫県の調査は 2011 年６月 70 歳以上の歯科レセプト 27,627 件について保有歯数 20 歯以上、未満の者の医科レセプト点数を比較したものである。結果 20 歯以上保有者（平均 2091.2 点）は 20 歯未満保有者（平均 2528.9 点）の 82%であった。このような調査は香川県、山梨県、宮城県、茨城県、北海道、長野県などでも行われ同様の結果を得ている。企業歯科健診の継続的な受診が健康維持と医科医療費の削減につながるとの報告も見られる。



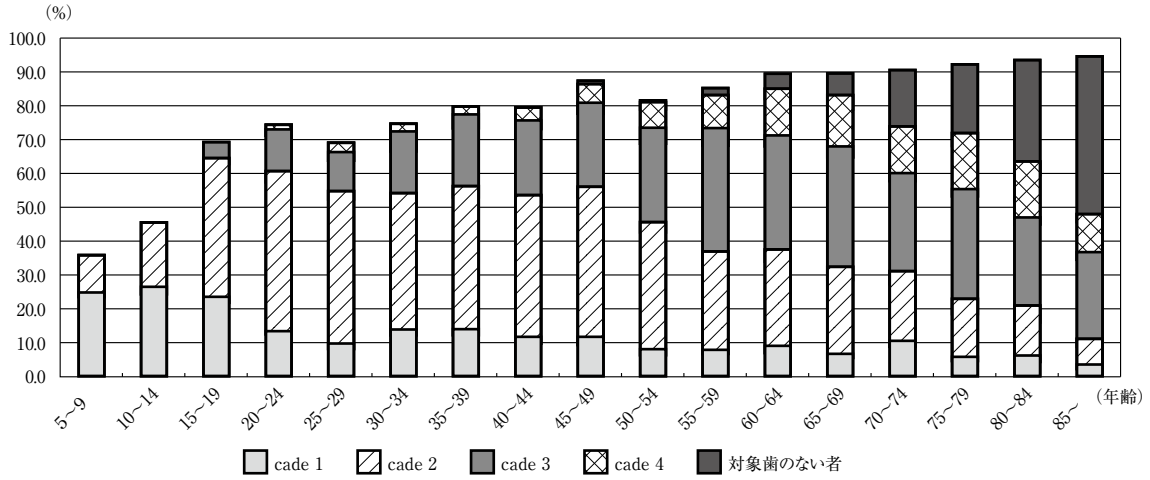
兵庫県歯科医師会・兵庫県国民健康保険団体連合会『「8020 運動」実績調査の報告について』（2002 年）より作成。

資料４　佐々木英忠「現代版養生訓」第 52 回日本老年医学会特別講演（日本老年医学会雑誌 47 巻６号（2010.11）より

「誤嚥性肺炎は要介護老人のきっかけにもなる。誤嚥は口腔内雑菌の不顕性誤嚥によって生じる、（中略）嚥下反射と咳反射を回復させるには口腔ケアが役立つ。口腔ケアは口腔内雑菌をとり除くことよりも、歯ブラシで口腔内を刺激することで、その刺激が、脳の感覚野の 30%を占める口腔領域を刺激し、嚥下反射と咳反射の改善という全身へはねかえってくると考えられる。口腔ケアをすることにより、肺炎の発症率を約 40%減少させることができ、肺炎での死亡率を約半分に減少させる。いかなる抗生物質よりも口腔ケアはすぐれ、高齢者の肺炎（約 80% が誤嚥性肺炎である）予防効果をもたらすといえる。」（p47）

「歯科と医科とは組織が分かれており、歯科は口腔障害に限って治療しているようにみえる。図２は 65 歳から 74 歳までの男女で、５年で約１歳ずつ延びている平均寿命と平均残存歯数とが、比例していることを示している。歯数が口腔衛生状態を表わす指数であるが、平均寿命と比例していることは口腔衛生は寿命に密接にかかわっていることを示唆している。従来、40 年以上にわたり、しだいに延びてきた平均寿命と密接に関わっている臓器は、歯数以外は呼吸機能、循環機能等では証明されていない。」（p47）

資料５　歯科疾患実態調査にみる地域歯周疾患指数



厚労省「歯科疾患実態調査」（2011 年）より作成。

資料編

資料６　製作歯科技工料（保険内）の保団連試算

	技工料 70％料金（円）	技工士数加重平均（円）	技術料所定点数（点）	技術料試算単価（円）	技術料試算点数（点）
インレー（単純）	1,270	1,126	181	2,280	228
インレー（複雑）	1,930	1,483	275	4,223	422
３／４冠	2,590	2,103	370	5,323	532
４／５冠	2,170	2,022	310	3,593	359
全部鋳造冠	3,120	2,435	445	6,717	672
硬質レジン前装鋳造冠	8,220	6,055	1,174	18,950	1,895
鋳造ポンティック	3,000	2,601	428	5,597	560
金属裏装ポンティック	5,240	3,312	748	13,893	1,389
硬質レジン前装鋳造ポンティック	8,220	6,063	1,174	18,923	1,892
レジン床有床義歯　１歯～４歯	3,850	3,147	550	7,843	784
レジン床有床義歯　５歯～８歯	4,730	4,140	676	8,732	873
レジン床有床義歯　９歯～11 歯	6,300	5,641	900	11,198	1,120
レジン床有床義歯　12 歯～14 歯	9,170	7,662	1,310	18,125	1,813
レジン床有床義歯　総義歯	14,420	10,785	2,060	32,715	3,272
熱可塑性樹脂有床義歯　１歯～４歯	4,690	4,728	670	6,573	657
熱可塑性樹脂有床義歯　９歯～11 歯	7,840	8,109	1,120	10,302	1,030
熱可塑性樹脂有床義歯　総義歯	19,460	16,906	2,780	36,312	3,631
鋳造双歯鉤（金パラ）	1,570	1,619	224	2,070	207
鋳造双歯鉤（ニッケル・コバルトクロム）	1,570	1,664	224	1,920	192
鋳造両翼鉤（金パラまたは貴金属）	1,460	1,370	208	2,367	237
鋳造両翼鉤（ニッケル・コバルトクロム）	1,460	1,438	208	2,140	214
線双歯鉤	1,400	1,348	200	2,173	217
線両翼鉤（レスト付）	980	963	140	1,457	146
線両翼鉤（レスト無）	840	817	120	1,277	128
屈曲バー（特殊鋼）	1,680	1,749	240	2,170	217
鋳造バー（ニッケル・コバルトクロム）	3,010	3,124	430	3,921	392

※【計算式一覧】

○「技工料 70％料金」：所定点数× 10 円× 0.7

○「技工士数加重平均」の補正：加重平均金額×（所定点数÷旧所定点数）／ 2010 年改定で変更があったもののみ調整

○「技術料試算単価」：歯科医師配分金額［所定点数× 10 円－加重平均金額］＋歯科医師配分金額× 7 ／ 3

○「技術料試算点数」：技術料試算単価÷ 10（小数点以下四捨五入）

○「医療費試算」：技術料試算点数×算定回数

○「医療費現行」：技術料所定点数×算定回数

○「医療費増減額」：医療費試算－医療費現行

日本歯科技工士会「2009 歯科技工士実態調査 報告書」、「平成 21 年度 第 91 回代議員会議案書」、厚労省「社会医療行為別調査」（2008 年）より作成。

日本歯科技工士会「2009 歯科技工士実態調査 報告書」の 70％技工料金と加重平均金額を日本歯科技工士会「平成 21 年度　第 91 回代議員会議案書」の新点数を反映させ、調整済みの基礎資料とした。

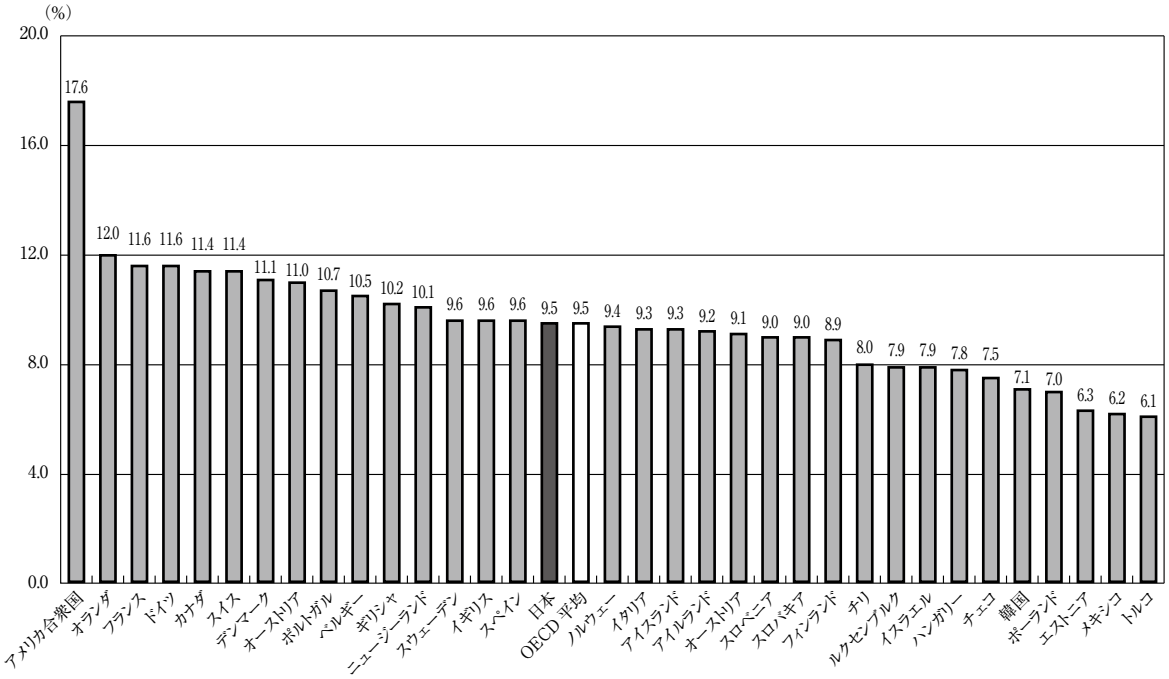
歯科医師配分金額を加重平均金額との差より求め、その金額を３割分とし、歯科技工士配分金額を７割になるよう調整し、算出した。それらを試算単価とし、点数を試算した。そして、試算点数と現行点数それぞれに厚生労働省「社会医療行為別調査」2008 年参照の算定回数を乗じて、その差を求め、その結果、月単位で 106 億円、年単位では 1272 億円の必要増が試算された。

資料７　歯科衛生士の充足率について

歯科衛生士の悩みは、長期・安定的に就労できる施設を持てないことにある。資格登録者数の４割近くしか就労しておらず（2012 年３月末現在：登録者 239,747 人、2010 年度：就労者数 103,180 人）、潜在歯科衛生士が多く存在している。しかも近年、療養病床等における療養の必要性によって医科からの需要も高まっている。一方で、歯科衛生士の配置を施設基準にする診療報酬の算定が増大する中で、雇用できていない歯科診療所も多く存在する。このような状況にもかかわらず、歯科衛生士の志願者が減少し、定員割れや廃校する歯科衛生士学校も増えている。

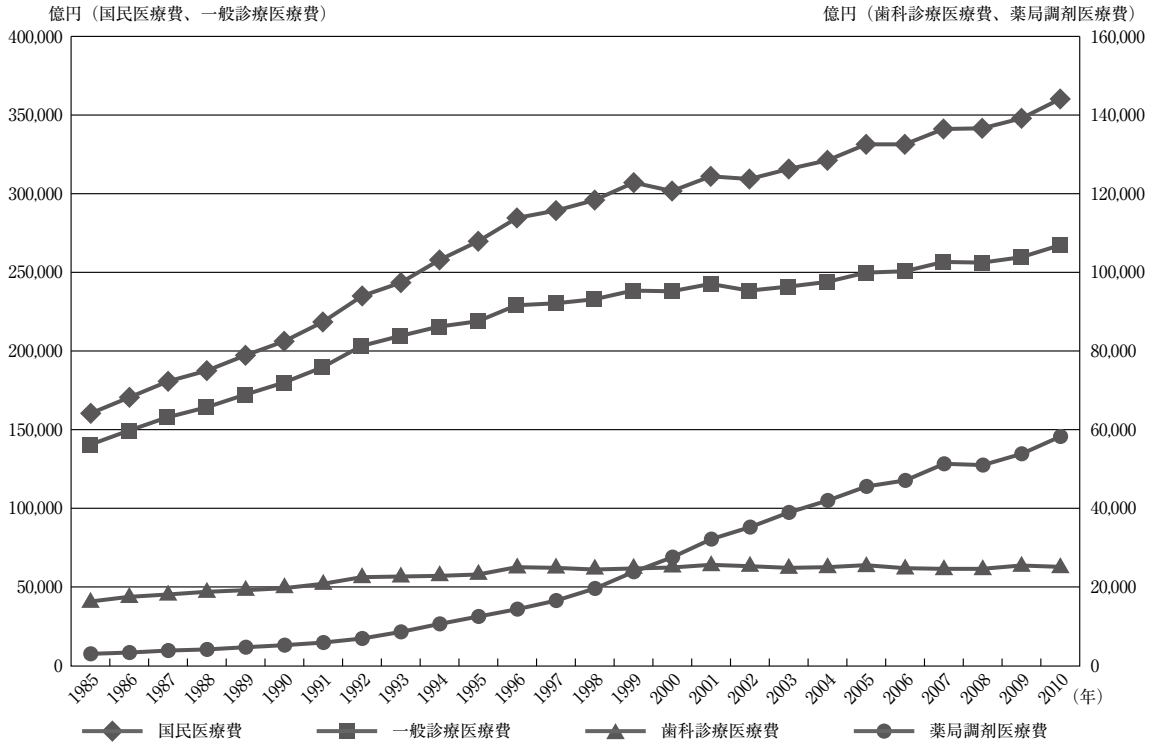
資料８　医療費について

１.OECD 加盟各国における総医療費の対 GDP 比



OECD ヘルスデータ（2012 年）より作成。

２. 日本の国民医療費おける内訳の年次推移

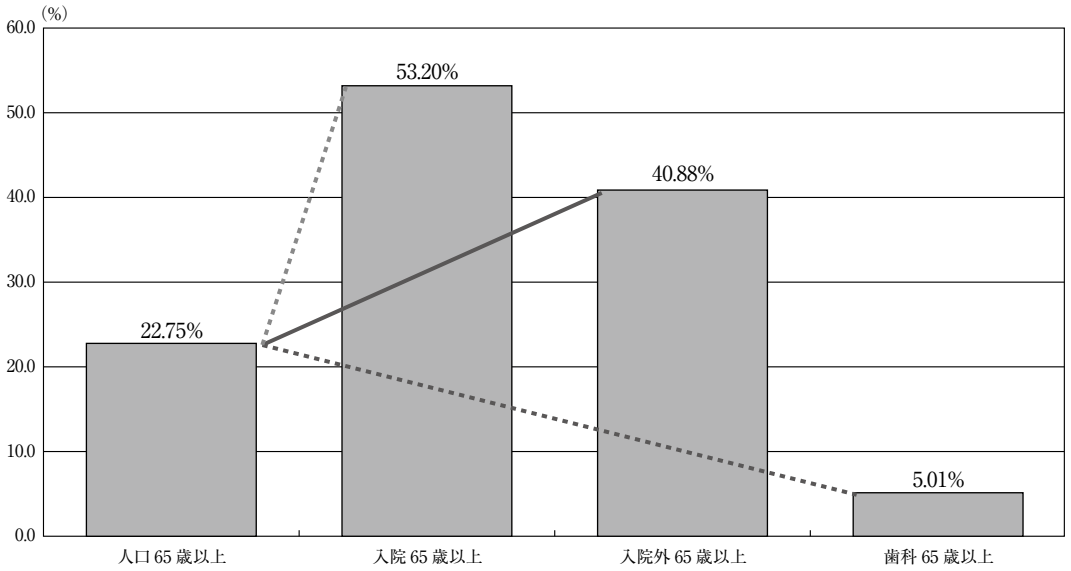


厚労省「国民医療費」より作成。

資料編

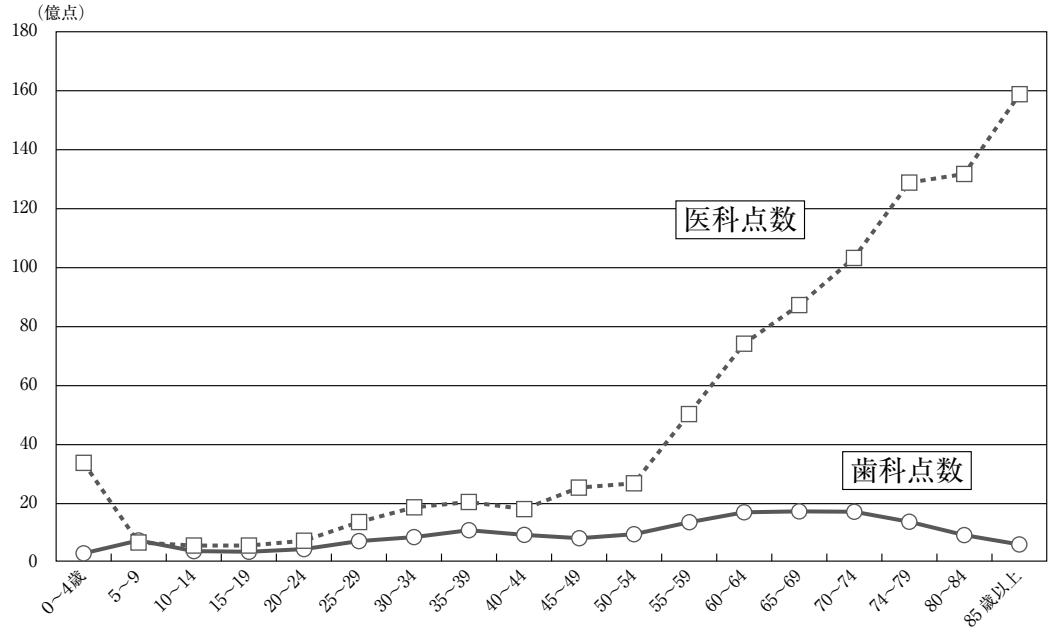
資料９　高齢者の医科・歯科医療費の特徴について

１.65 歳以上の診療別医療費の割合



厚労省「社会医療診療行為別調査」(2009 年) より作成。

２.55 歳を境に大きく異なる医科・歯科診療行為点数（総計）



厚労省「社会医療診療行為別調査」(2010 年) より作成。

年齢別の点数総計を見ると 55 歳までは医科歯科さほどの乖離はないが、55 歳以降年齢階級別医科点数総計は激増し、歯科点数総計は若干増加するも 70 歳を超えると減少している。医科診療が高齢者での比重が高まっているのに対し、歯科診療では 55 歳以降にそれほどの高まりは見られない。

3.55 歳以上の患者への歯科診療行為の特徴

回数		点数	
処置	13.1%	歯冠修復及び欠損補綴	24.7%
歯冠修復及び欠損補綴	12.9%	処置	8.0%
初・再診	9.6%	医学管理等	6.6%
医学管理等	7.9%	初・再診	5.9%
投薬	3.7%	検査	3.0%
画像診断	3.4%	画像診断	1.6%
検査	2.7%	手術	1.5%
手術	0.7%	在宅医療	1.0%
在宅医療	0.5%	投薬	0.9%
麻酔	0.1%	麻酔	0.1%
リハビリテーション	0.0%	注射	0.0%
注射	0.0%	リハビリテーション	0.0%

厚労省「社会医療診療行為別調査」（2010 年）より作成。

55 歳以上診療行為で回数が多い行為は①処置、②歯冠修復及び欠損補綴、③初再診、④医学管理等でありこれらの評価を高めていく必要がある。とりわけ回数比 13.1%の処置の点数比が 8.0%と低く、評価を格段に高める必要がある。また高齢者の歯冠修復及び欠損補綴は形状も大型化し、それに伴い点数も高くなることを考慮すると、もともと低い評価の歯冠修復及び欠損補綴の点数も格段に高める必要がある。歯周治療関連、補綴関連行為の評価を高めることが高齢化に対する歯科の医療費拡大の鍵になると考えられる。

（別添資料1）

専門的口腔ケアと多職種間の口腔ケア連携の課題

2011年9月12日
全国保険医団体連合会

1.口腔ケアについて

近年、高齢社会の中、口腔ケアは不顕性誤嚥、誤嚥性肺炎や口腔内常在菌、歯周病菌による末梢血管の閉塞を防止するのに有効との認識が広まっている。「口腔ケア」という用語は、単なる歯磨き、歯磨き介助から、咀嚼・嚥下機能の回復、構音・会話障害の改善、そして歯科医師、歯科衛生士の専門的口腔ケアまでを含む概念として使われ、主に①口腔衛生状態の改善（看護師や施設職員による歯磨き介助などの日常的口腔清掃）、②口腔機能の向上（歯科衛生士、看護師、介護士、言語聴覚療法士など専門職種の関与によって行う摂食・嚥下機能の回復や構音障害の改善、食支援など）、③歯科疾患の医学的管理（歯科の診査・診断などを経て行われる専門的口腔ケア）など、主に３つの目的で行われている。

2.医療・介護等での口腔ケアの状況

入院患者の死因の中で大きな要因を占める肺炎は、誤嚥性肺炎であるといわれ、徹底した口腔ケアによって入院患者や施設入居者の「発熱・誤嚥性肺炎」「窒息事故」の減少が検証されている。

このため、最近では、病院、施設をはじめ、在宅でも口腔ケアや嚥下機能訓練が注目をされ、実践が始まっている。

急性期病院の入院患者やガン患者では、周術期の口腔衛生管理、呼吸器感染症の予防、口腔粘膜の保湿、慢性期病院では、摂食・嚥下障害のある入院患者の口腔清掃、誤嚥・誤飲の防止、舌苔の除去、義歯の清掃、食支援などが言語聴覚士、看護師の重要な業務の一つになりつつある。

歯科疾患を併発している患者には専門的口腔ケアが必要である。これは歯科医師、歯科衛生士が行い、歯科医師の歯周病、う蝕、欠損、嚥下障害の診査・診断を経て、その指示のもとで医療器械・器具、薬品を用い、病態の改善や医学管理のために専門的口腔ケアが行われている。

この処置は軽微な侵襲や出血を伴う場合もあり、単なる口腔清掃や清拭や歯みがきではなく、口腔内常在菌や歯周病菌の減少を目的としている。

口腔内常在菌や歯周病菌は、口腔から誤嚥により肺へ入り込むばかりでなく、歯周ポケット等から血管内にも迷入し、末梢血管閉塞や脳血管閉塞、心筋梗塞、心内膜炎、ビュルガー氏病などを引き起こす一因に挙げられている。

寝たきりの高齢者では「歯がない、義歯で噛めない」などの咀嚼機能を改善すると、軟便、便秘、下痢、低栄養の改善や免疫力の向上、あるいは褥瘡の改善ができることが明らかになっている。

脳血管障害や認知症、パーキンソン氏病のほとんどの患者には、必ず摂食・咀嚼・嚥下機能障害がある。

阪神淡路大震災では震災関連死922名中最も多かったのが肺炎223名（24%）と報告されて

いる。その多くは誤嚥性肺炎ではないかと指摘もされ、今回の東日本大震災でも、高齢者の誤嚥性肺炎を防ぐ上から、被災者の口腔ケアはとりわけ重視されなければならない課題となっている。

３.口腔ケアの抱える課題

日本の高齢者の大半は歯科疾患を持っている。歯科疾患をそのままにして、看護師や介護職員が口腔の清掃をやったとしても、その効果は上がりにくい。

口腔ケアを成功させるには、事前の口腔内の病態の把握と定期的な評価が欠かせない。

歯科医師や歯科衛生士の訪問診査・診療そして専門的口腔ケアを患者の最も近くにいる医師や看護師がコーディネートし、看護師や介護職員が日常的な口腔ケアを行えば、質の高い口腔ケアを患者や入居者に提供することが出来る。

歯科訪問診療は介護施設で比較的多く行われるようになっているが、病院、在宅では歯科疾患の病態が深刻な場合でも、訪問診療や専門的口腔ケアは、ほとんど行われていない。

また、歯科医師からの在宅支援歯科診療所の申請は極端に少なく、要介護者からの訪問診療の要請も少ない。在宅歯科訪問診療を受けている要介護者は４％にも満たない。

高齢者や要介護者の退院時には、病院の医師、看護師が介護職員へ口腔ケアの方法を伝達し、歯科医師や歯科衛生士、訪問看護師には患者の病態や歯科治療の必要性について説明し、ケアマネジャーにはケアプラン作成に必要な情報を提供するなどのカンファレンスが必要だが、実際にはほとんど開催されていない。

これを解決するには、退院時カンファレンスを行うだけでなく、要介護の認定を受けた後に、歯科医師の診査、診断を受け、これをもってケアマネジャーがケアプランに組み込めるようにすれば、在宅での訪問診療と口腔ケアの普及を推進することができる。

会話・構音や咀嚼・摂食・嚥下障害のリハビリなどの口腔機能向上のための機能的口腔ケアは介護施設、通所リハ、慢性期病院、リハビリテーション病院で行われるようになったが、これを担当する言語聴覚士や歯科衛生士などのマンパワーが不足しているので、介護保険の「口腔機能向上加算」などの算定がほとんどされないままである。

介護職員が口腔衛生・口腔機能の改善方法を歯科医師からトレーニングを受け、入居者の口腔機能維持管理に懸命に取り組む施設が増えるには、介護報酬の大幅な改善抜きには実現できない。

歯科衛生士が、病院や介護施設などの施設で歯科衛生士法に定められた３つの役割（歯科予防処置、歯科診療補助、歯科保健指導）を発揮できるように条件の整備を行い、療養病床や介護老人保健施設等に、歯科に関わる管理責任者として歯科医師並びに歯科衛生士が配置されることが望まれる。

歯科を併設する余裕のない中小病院では、地域開業歯科医師と連携し、入院患者への歯科訪問診査・診療、専門的口腔ケアを受け入れられるような体制づくりが必要である。

このように、高齢社会の中で口腔ケアの抱える課題は多岐に渡っており、医療、介護保険での訪問診査・診療、専門的口腔ケアを軸にして、病院、介護施設、在宅での多職種の行う口腔ケアとの連携を口腔ケアチームと位置づけ、早急に診療・介護報酬の観点から整備する必要がある。

（別添資料2）

医療再建で国民は幸せに、経済も元気に
――医療への公的支出を増やす３つの提案

2011年7月11日
全国保険医団体連合会理事会

１．はじめに

1）麻生政権が08年末に閣議決定した「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた『中期プログラム』」は、社会保障の安定財源は、消費税を主要な財源として確保することを明記した。しかし、社会保障には所得の再配分により不公平を正す機能が必要であり、その原則に反する消費税は、憲法25条、13条、14条に反し、例えそれが社会保障目的税とされたとしても財源には相応しくない。また、消費税率は５％だが、国の税収に占める消費税収の割合は約20％でEUと同水準、税率25％のスウェーデン並みの負担水準になっている。一方で、消費税は大企業の負担が大幅に軽減される税制のため、日本経団連は『御手洗ビジョン』で消費税率を引き上げて､法人実効税率を引き下げるよう求めている。1989～2008年度末までの20年間における消費税収は213兆円で、法人３税の減収分182兆円を補った勘定である。

2）保団連は、消費税増税に頼らない社会保障の安定財源として、主要国と比べて法人税負担・社会保険料事業主負担が低い大企業に社会的責任を果たさせ、大資産家には公平な税負担を求める。すなわち、法人税及び所得税、社会保険料を主財源とする。これに加え、公共事業費や防衛費、特別会計をはじめとした国の歳入・歳出を抜本的に見直せば、社会保障の安定財源を確保することは十分可能である。

3）社会保障は国民生活を安定させるだけでなく、経済波及効果や雇用誘発効果が高く、内需を拡大し実体経済とりわけ地域経済への貢献度が大きい。戦後最大の経済危機だからこそ、社会保障拡充政策に転換し、医療・介護をはじめとした社会保障への公的支出を増やすことが必要である。

２．医療への公的支出を増やす基本的な考え方と３つの提案

１）基本的な考え方は、大企業の税と保険料負担を増やして財源創出する

①日本の社会保障給付費（対GDP比）を、現在の18.6％からドイツ、フランス並みの28％程度に引き上げれば、社会保障全体で50兆円増、医療でも９兆円の給付費増となる。

②企業の法人税・社会保険料負担の合計額（GDP比・04年）で比較すると、日本の8.0％に対して、ドイツ8.4％、フランス13.9％、スウェーデン14.6％で、日本の企業負担は決して高くない。

③企業の法人税・社会保険料負担を1993年水準の8.7％に戻すだけでも約３兆5000億円の

財源を生み出すことができる。

2）第１の提案　事業主負担を増やして保険料収入を増やす

①被用者保険加入者を増やし、賃金を引き上げて、保険料収入を増やす。

正規雇用労働者を増やし、賃金を引き上げることによって、被用者保険加入者と保険料算定報酬を増やすことが可能となる。

2002 年から 2007 年までに、企業の経常利益はほぼ倍増し、内部留保は６割増となったが、雇用労働者の平均賃金は抑制ないし減少している。その主因は、正規雇用労働者の割合が減少し、非正規雇用労働者の割合が増加したからである。

②被用者保険の保険料率は、事業主負担割合を増やして 8.2％に引き上げる。

組合健保の平均保険料率はこの 10 年間で１％超も低下し、保険料率が協会けんぽの 8.2％未満の組合が 76.3％を占めている。低下した保険料率を、事業主負担割合を増やして、少なくとも 8.2％（協会けんぽ保険料率）に戻すことを提案する。中小企業には事業所規模による調整や公費負担を行う。

③保険料は給与収入や所得に応じた負担とする。

保険料は給与収入、所得に応じた累進制とする。被用者保険は保険料算定の報酬上限を撤廃し、国民健康保険は保険料の応能割を７割に高めた上で、国保料算定の報酬上限（賦課基準）を引き上げることを提案する。あわせて、一定以下所得者の保険料軽減と免除を図る。

以上①②③を通じて、少なくとも国民医療費の事業主負担を 20.2％（2005 年度）から 25.1％（1992 年度）の水準まで戻す。

3）第２の提案　法人税課税を先進７カ国並みに高める

①法人所得税課税の税率は、消費税導入の 1989 年に法人税率 42％から 40％に引き下げられ、1999 年以降は 30％の法人税率となった。さらに大企業は研究開発減税など様々な政策減税を受け、事業税を含めても実際の実効税率は 30.7％（経常利益上位 100 社平均）にしかならず、先進７カ国では低い水準にある。少なくとも消費税導入前の法人税率 42％、法人事業税率 11％に戻すことを提案する。

②資本金１億円以上の利益計上法人の法人税率を 42％に戻すだけでも約４兆 4000 億円の財源創出、連動して地方税で約 6000 億円の財源創出が可能。

4）第３の提案　所得に応じた所得税課税にする

①所得税最高税率は、消費税導入の 1989 年に 60％から 50％に引き下げられ、2007 年以降は 40％となった。全納税者 4,484 万人のうち年間給与額が 2000 万円超は 22 万人、0.5％で、１世帯当たりの平均所得金額が 2000 万円以上の世帯も 1.3％にしかすぎない。少なくとも消費税導入前の所得税最高税率 60％へ戻し、所得の再配分機能を高めることを提案する。

②株式配当・売買に係わる分離課税を廃止し、総合所得課税とする。株式配当をすべて総合所得課税にすれば１兆円以上の財源創出が可能。

③資産所得課税（土地・建物の長期譲与所得など）の税率を引き上げる。

３．医療への公的支出を増やし、医療再建をめざす

新たな財源を創出し、医療への公的支出を増やすことで、保団連『緊急提言』の実現をはじめ医療再建に踏み出すことができる。さらに、差額ベッドなど保険外負担を軽減・解消していくことも可能となる。

〇先進国一高い患者負担を軽減する。

・患者負担３割を２割に引き下げる。【財源試算　約１兆円】

・未就学児までの医療費無料化と５～14 歳の歯科医療費を無料化する。【財源試算　約 1950 億円】

〇高すぎる国民健康保険の保険料を引き下げる。

・国の負担を国保医療給付費の 43％（国保医療費の 38.5％）から、国保医療費の 45％（1984 年の水準）に戻す。【財源試算　約 8400 億円】

〇患者負担軽減など医療再建の参考

・外来の「窓口負担ゼロ」にする（約３兆円、「医療費の窓口負担『ゼロの会』」）

・外来の患者負担３割を２割に引き下げ、70 歳以上は１割とする（約 8500 億円、日本医師会の提言）。

・高額療養費制度の自己負担限度額を大幅に引き下げる。

・後期高齢者医療制度を廃止し、老人保健制度を改革する（約 9000 億円）。

・大学医学部定員の抜本的増加と教育スタッフの拡充のために、国公私立 79 大学の医学部に平均 20 億円の予算を投入する（約 1500 億円）。

・緊急対策として、医療事務スタッフを 10 万人増やし（１人当たり年間 500 万円の賃金で約 5000 億円）、医師、看護師の負担を軽減する。