

2 歯科医療の危機

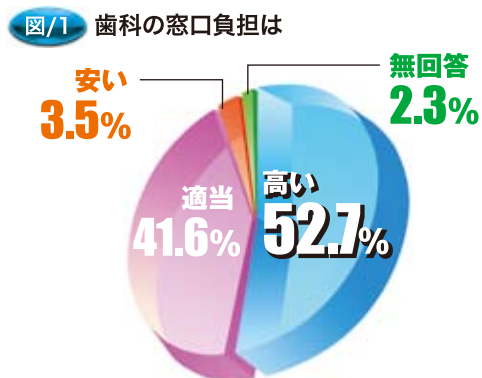
2-1 貧困による健康格差、口腔崩壊

健 康長寿社会に向けて歯科の役割はますます高まる一方、そのニーズに応えられていないどころか、深刻な「歯科医療危機」と言われる状況が続いています。20年近く続く政府の新自由主義「構造改革」政策による賃金抑制とリストラなどの雇用破壊、社会保障改悪が行われ、国民生活は疲弊し貧困と経済格差がますます広がっています。

労働者の3人に1人が非正規労働、4人に1人は年収200万円以下のワーキングプアといった貧困と格差が拡大し、経済的理由で歯科受診はあと回しになっているのです。

全日本民主医療機関連合会の実態調査「歯科酷書」では、歯科治療が放置されているだけでなく、「高すぎる国保料が払えない」「非正規労働で保険に入れない」などで無保険者が増大し、「歯の健康格差」「口腔崩壊」をもたらす深刻な事例が明らかにされています。

全国保険医団体連合会実施の「歯科医療に関する1万人市民アンケート」によると、5割以上が歯科の窓口負担が高いと感じ、歯科治療を放置している人が4割近く、治療をしない理由として34.5%が「費用が心配」と答えています(図/1、2)。

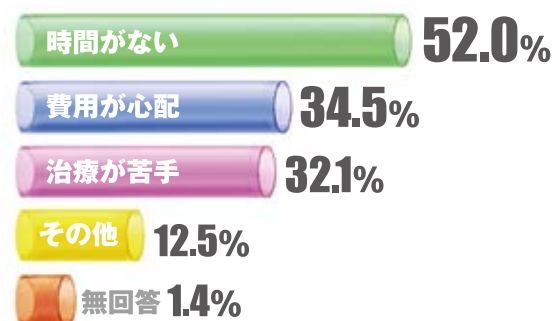


出典：全国保険医団体連合会「歯科医療に関する1万人市民アンケート」2011年より



出典：全日本民主医療機関連合会「歯科酷書・第2弾・格差と貧困が生み出した口腔崩壊」(2012年6月)より

図/2 治療しない理由

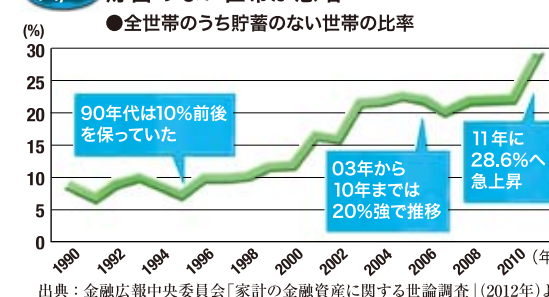


出典：全国保険医団体連合会「歯科医療に関する1万人市民アンケート」2011年より

とくに、「子どもの貧困」も深刻になっています。大阪府歯科保険医協会が実施した「学校歯科治療調査報告」によれば、多くの児童が歯科治療の必要があるにもかかわらず歯科医院に受診しないことや、口腔崩壊を起こしていることがわかりました。口腔崩壊の事例では、親のネグレクトや口腔に対する意識の低さとともに、生活保護や就学援助を受け経済的に困難を抱えている家庭の実情がみられます(図/3)。



図/3 貯蓄のない世帯が急増



出典：金融広報中央委員会「家計の金融資産に関する世論調査」(2012年)より

口腔崩壊の事例

- 歯は全部むし歯。
- 6年生女子、永久歯20本がむし歯
- 小2で15本がむし歯。多くが残根状態。給食が噛みづらく、担任にほぐしてもらって食べたりしている。
- 経済的に苦しい家庭の児童で、むし歯数がとても多い児童がいた。児童・保護者に面談を行ったが、保護者自身も歯牙欠損など口腔状態が良くなかった。

- 全校の約6割が生活保護家庭。保護者の中には乳歯の治療は必要でないと考える方が多く、乳歯の治療率が低い。むし歯が10本以上ある児童の例では疼痛が出る度に医療券を使って治療をされているが、完治するまで通院しないために、未処置のままとなっている。



歯科治療が必要なのに半分の児童が受診していない

学校歯科健診を受けた児童数	要受診と診断された児童数	歯科を受診した児童数	受診率
102,995人	37,619人(36.5%)	17,953人	47.7%

出典：大阪府歯科保険医協会「学校歯科治療調査2013年報告書」より。大阪府内公立小学校1019校中、246校から回答

2-2

低医療費政策による 歯科の「失われた20年」

政府の新自由主義「構造改革」は医療をはじめ社会保障制度もますます悪くなりました。さらに、安倍自公政権は社会保障・税一体改革方針のもとで団塊世代が75歳に達する2025年に向けて、さらに社会保障の改悪を狙っています(表/1)。

医療では、患者・国民負担の引き上げと診療報酬の引き下げで、医療費を抑制する低医療費政策が続けられています。とくに歯科では1983年以降の医療費抑制政策によって、歯科診療報酬の伸びは著しく抑制されています。

1978年から2008年までの伸び率は、同期間の消費者物価の伸び率を大きく下回っており、その差は推計5千億円にのぼるとされています。さらに1996年から現在に至る20年間、国民の健康ニーズに応えるべく歯科医師は1万人程度増え、医療技術も進歩し、医療費は自然に増加していくはずなのに、保険診療による歯科医療費は2兆5千億円から2兆6千億円台に抑え込まれています。



表/1 新自由主義「構造改革」による社会保障の改悪

- 97年 ●サラリーマン本人の医療費窓口負担1割→2割
●高齢者の医療費窓口負担引き上げ(入院300円→1000円など)
●政管健保の保険料率引き上げ
- 00年 ●厚生年金(報酬比例部分)の支給開始年齢の引き上げ開始
- 02年 ●70歳以上の高齢者の医療費窓口負担定額→1割負担(現役並み所得者は2割)
- 03年 ●サラリーマン本人の医療費窓口負担2割→3割
●年金にマイナス物価スライド適用開始
- 04年 ●生活保護の老齢加算の段階的廃止開始
●厚生年金保険料を順次引き上げ(~2017年まで)
- 05年 ●介護保険の自己負担引き上げ(食費など全額自己負担導入)
●国民年金保険料の順次引き上げ(~2017年まで)
- 06年 ●障害者自立支援法の施行
●医療費自己負担引き上げ(長期入院患者の食費など全額自己負担導入)
●「現役並みの所得」のある70歳以上の高齢者の窓口負担2割→3割
- 07年 ●生活保護の母子加算の段階的廃止開始
●雇用保険の国庫負担削減
- 08年 ●後期高齢者医療制度導入
●政管健保を公法人化「協会けんぽ」へ(保険料の引き上げと国庫負担引き下げ)
- 13年 ●年金支給額引き下げ開始(1%)
●生活保護支給額を8月から段階的引き下げ開始
- 14年 ●70~74歳の医療費の窓口負担1割→2割
●紹介状なしに大病院に訪れる患者に定額自己負担金
●高額療養費負担限度額の引き上げ
●年金支給額の引き下げ(1%)
●4月から消費税8%へ引き上げ
●復興特別法人税を1年前倒しで廃止
●公共事業費を2兆円規模に

これからの改悪スケジュール

- 15年 ●難病患者の自己負担引き上げ
●後期高齢者医療制度、保険料の特例軽減措置の段階的廃止開始
●介護保険の自己負担割合1割→2割
「要支援」者への保険給付廃止
特養入所基準の厳格化
介護保険施設の食事・住居費の自己負担引き上げ
- 年金支給引き下げ(0.5%)
●10月から消費税10%へ引き上げ
●4月から法人実効税率の引き下げ
- 16年 ●国保を「都道府県単位」に再編し国保料引き上げ
●病院、病床機能の再編



歯科疾患における健康格差について

愛知学院大学の森田一三先生たちの「歯周病の職業間格差」のデータ(図1)では、歯周病を保有するリスクについて、仕事により歯周病を持っているか持っていないかが、最大で2倍違います。「3歳児のむし歯有病者率の地域格差」(100人の中で虫歯を持っている率)でも、大きな差があります。図2のように、市町村を所得ごとに並べると、所得が低い地域では3歳の時点で100人中約50人、むし歯の子どもがいますが、所得が一番高い地域では30数人しかいません。このように階段状になっているのが非常に重要です。

近藤克則編「検証 健康格差社会-介護予防に向けた社会学的大規模調査」(医学書院、2007)にあるデータで、「教育年数と20歯以上保有者の関係」(図3)を見ると、教育年数により、20本以上の歯を保有する人の割合が違ってくるのが分かります。また、「教育年数と噛みにくいと自覚する者の関係」(図4)を見ると、教育年数が短い人ほど噛みにくい方が多く、階段状の差になっています。

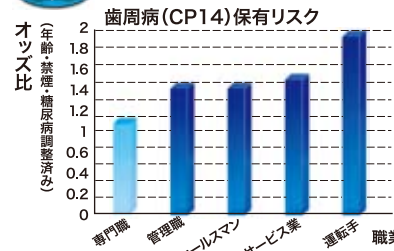
所得と年齢を分けて、20本以上歯がある人の割合を出してみると、どの年齢もきれいな階段状の勾配があるのが分かります。歯科医師は80歳で20本以上を目指す「8020運動」を推進していますが、それを達成できるのはお金を持っている人から順になるということが明らかです。



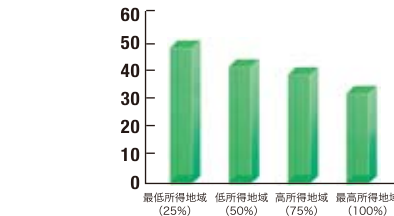
東北大学大学院
歯学研究所准教授
相田 潤

健康格差と言えば、非常に貧しい人が不健康を被っているというイメージがありますが、実は「階段状の勾配」となっています(図5)。つまり、ごく一部の貧しい人だけがものすごく不健康というわけではなく、所得がある程度高い人でも、さらに高い人よりは不健康ということです。健康格差は一部の貧しい人の問題ではなく、「私たちよりも所得が上の人にはたいてい健康状態がいい」「私たちよりも低い人にはたいてい健康状態が悪い」というように、誰の身にも降りかかっている。こういう事実が、健康格差の非常に重要かつ深刻なところなのです。

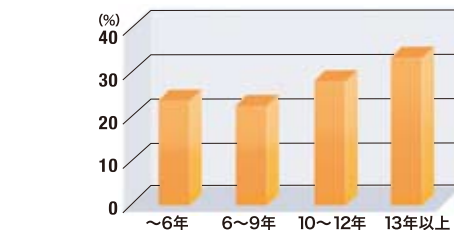
図/1 歯周病の職業間格差



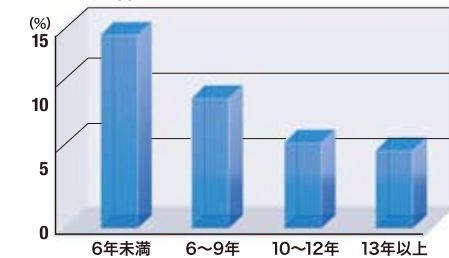
図/2 市町村平均課税所得で分けた市町村3歳児むし歯有病者率(経験的ヘイズ推定値)



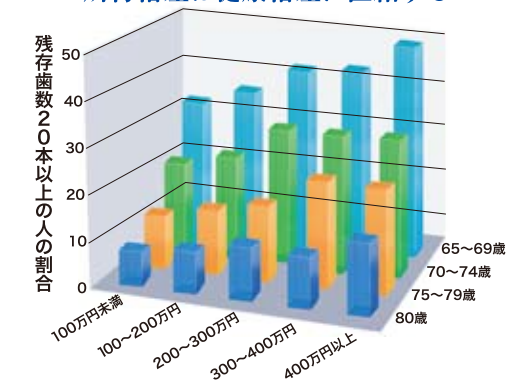
図/3 教育年数と20歯以上保有者の関係(年齢調整済み)



図/4 教育年数と噛みにくいと自覚する者の関係(年齢調整済み)



図/5 年齢階層所得と20歯以上保有者の割合
所得格差は健康格差に直結する



出典:「保険でよい良い歯科医療を」兵庫連絡会・結成総会記念講演「格差社会と歯の健康」講演録(兵庫県保険医協会機関紙「兵庫保険医新聞」2010年3月5日付第1615号)より

2-3 歯科技工士 … 離職率8割

低 医療費政策による歯科医療従事者へのしわ寄せは、歯科技工士・所に最も重くのしかかっています。技工料が安すぎるために低賃金・長時間労働を強いられ、20～30歳代の若い歯科技工士の離職率は約8割と、極めて異常な事態になっています。大阪府歯科保険医協会と大阪歯科技工士連絡会の「歯科技工所アンケート」調査によれば、4人に1人が週労働時間80時間を超え、休日をとる余裕もなく、3割が可処分所得300万円以下という衝撃的な結果が明らかになりました。



また、中国や東南アジアへの歯科技工物の海外発注が広がっていることも日本の歯科技工士・所への脅威となっています。現在は自費診療のみに認められている海外技工物が、保険診療の歯科技工物でもなし崩し的に海外受注へと流れれば、国内の歯科技工の担い手がさらに減少する可能性があります。そうなれば、歯科医師と歯科技工士の密接な連携を必要とする歯科技工物製作の国内基盤が崩れてしまいます。患者・国民にとっても由々しき事態になります。

歯科技工物の作製は歯科治療の大きな部分を占めており大切な部分です。それゆえに歯科技工士資格は国家資格であり、安全性が担保できるのです。

著しく低い歯科医療費を放置する国の姿勢を根本的にあらためなければ、日本の誇れる優れた歯科技工の技能が継承されず、国民の口腔の健康と安全も保障されない深刻な事態になりかねないのです。

2-4 歯科衛生士 … 6割が未就業

口 腔ケアのニーズが高まり、歯科衛生士の役割を發揮する業務の機会が広がっています。しかし、歯科医院では慢性的な歯科衛生士不足となっています。他方で歯科衛生士の国家資格を持っている人はたくさんいます。

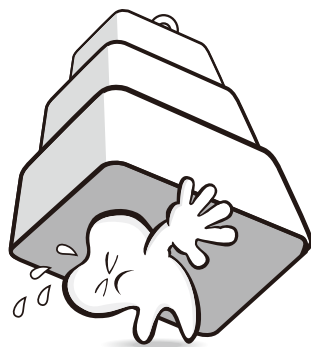
歯科衛生士の有資格者243,337人(2013年3月末)の内、実際に歯科診療所などに就業している者は108,123人(2012年末)となっています。

毎年約6,000人前後の歯科衛生士が国家試験に合格しているにもかかわらず、実に有資格者の6割近くが未就業の現実があります。

歯科衛生士が定着しない理由には、その役割に見合った診療報酬上の評価が低いことなどがあります。



2-5 歯科医師… 厳しい医院経営



歯科医療費を抑制する目的で、国により決められた診療報酬が著しく抑えられているため、医院経営は年々厳しくなっています。

そのしわ寄せが歯科技工士や歯科衛生士にも来ているのです。

診療報酬は歯科医師だけでなく歯科衛生士、歯科技工士、事務職員らの人件費や、医院経営の経費をまかない医療を持続するために不可欠なものです。同時に診療報酬とは、国民が保険で受けられる医療の量と質を規定するものでもあります。

診療報酬が抑えられていることで何かもたらされるでしょうか。第一に、日進月歩している治療技術・機材・材料のコストが増えても、診療報酬が低い評価のために、医療機関は減収になります。経営が悪化すれば、機材・機器の買い換えを控えたり、歯科衛生士などを減らして対応せざるを得ません。

第二に、患者さんに必要な医療であっても保険給付として認められない場合も生じます。

安全で普及している治療技術や材料であっても保険給付として認められなければ、自費診療になります。さらにこれまで保険給付として認められていた治療技術・材料が保険から外される場合もあります。

このままでは国民の歯科ニーズに応える歯科医療界全体の質の向上ができないばかりか、公的歯科保険医療は崩壊してしまいます。



低診療報酬の改善で歯科技工の仲間を呼び戻したい

現在、20、30歳代の歯科技工士の離職率は約8割で、次の担い手がなくなることが危惧されています。歯科技工士養成学校を出て、専門的技術を苦勞して身につけた後になぜ去って行ってしまうのでしょうか？最大の理由は技工料金の安さゆえの超長時間労働、超低賃金といった労働環境にあります。私が技工を始めた10年前からみても今は最悪の状況です。

私の同期でも技工を続けているのは一人になってしまいました。10年間必死に頑張り続けてきたが残念ながら、歯科技工の世界から去ることになった同期の友人(32歳)がいます。彼が技工所を辞めるときの状況は残業代は無く、月給15万円でした。週休1日、帰宅は早くて終電、週に2日は泊まり。経済的な厳しさはもちろん、家族も本人の身体を心配し、これ以上技工士を続けることには反対でした。彼も含めてほと

んどの若い技工士は、技工が嫌で去るのではなく、劣悪な労働環境から精神的にも肉体的にも追い込まれて去って行くのです。

歯科医療は社会的に不可欠なものです。「保険でより良い歯科医療を」の運動に取り組み、広範な人々の理解を得ることで安心できる歯科医療の未来への展望も開けます。国民、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士が共に運動を推進していくことにより、低診療報酬により悪化した歯科医療機関の経営の安定、技工技術等の適正な評価へとつなげたい。

技術を持ちつつ志半ばで去らざるを得なかった仲間を呼び戻したいです。



「保険でより良い歯科医療を」
兵庫連絡会世話人

兩松 真希人
(歯科技工士)



歯科衛生士の現在、そして未来

多職種連携やチーム医療が唱えられ進みつつありますが、「歯科」という領域で考えると一番近いチーム医療のメンバーは、歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士だと考えます。この関係が円滑に回らない中で、多職種連携はあるのでしょうか。

私たちは、国民の皆さまの健康維持・増進に貢献すべき職種です。その職務を全うするには、慈善活動では100%の力を発揮することも長続きしません。日本の低医療費政策はまさに、歯科医療の充実を阻むものだと考えます。社会に歯科衛生士は求められています。

この状況を充足させるためにも、歯科衛生士が長く勤務できる環境作りが必要です。歯科衛生士の役割は多岐にわたります。専門職として知識や技術を提供することは言うまでもなく、患者に寄り添い何を求められているか耳を傾け

診療中などの患者さんの変化、異変に気付くことも必要です。そして、一次救命や有事の活動、防災についても知っておかなければなりません。また、チーム医療が円滑に回るように、現場のマネジメントを行うことも役割のひとつです。

私たち歯科衛生士は、口腔を通して国民の皆さまのいのちを守ることが使命です。その使命を果たすべく、これからも邁進していかなければなりません。また同時に、自ら、歯科衛生士を取り巻く環境について、改革していかなければならないと考えます。

まさに、今がその転換期だと感じています。



神戸常盤大学
高藤 真理
(歯科衛生士)

3 健康長寿社会に向けて “保険でより良い歯科”を

「歯の健康格差」「口腔崩壊」「歯科医療危機」を克服していくとともに、国民の歯科ニーズに応じて健康長寿社会に貢献するためには、今こそ“保険でより良い歯科”が求められていると言えます。以下、私たちの提案です。

3-1 保険のきく範囲を広げる

歯科医療では保険のきく治療の範囲が限られているため、「保険のきく範囲を広げてほしい」という声が多く聞かれます(図/1)。歯科では、品質や安全性が確保され、定着している治療技術や材料でも、長年にわたって保険にほとんど導入されていないため、保険がきかない治療を高額な自費でせざるを得ない場合があります。

金属床の入れ歯や自然な歯の色に近い歯の被せ物にすることすら保険では制約があります。治療技術や材料の発展もめざましいCTなどの診断機器、レーザー、メタルフリー材料、インプラント、矯正治療、歯周組織再生法なども一部しか保険で認められていません。

また、高齢者の増加にともない、全身的管理を前提とした歯科診療が必要ですが、血液検査など医学管理に最低限必要なことが保険診療では認められていません。これでは、歯科医師が高いリスクと不安の中で診療を行わざるを得ないという弊害も生まれます。

歯垢(口腔バイオフィルム)はむし歯と歯周病だけでなく、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指摘されており、歯周病の治療は他の疾患の予防という一面も担うことになります。

図/1 歯科医療には保険のきかない治療があることについて



出典：全国保険医団体連合会「歯科医療に関する1万人市民アンケート」2011より
そのために必要な歯垢検査、唾液検査等も行えるようにすべきです。

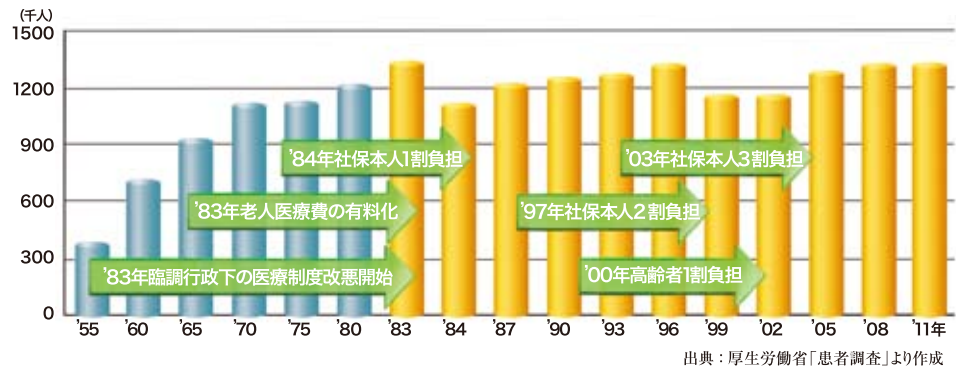
安全で普及している歯科治療については保険導入し、疾患のリスクを見出す歯科治療も保険で認められるべきです。

3-2 窓口負担を安くする。せめて子どもと高齢者は無料に

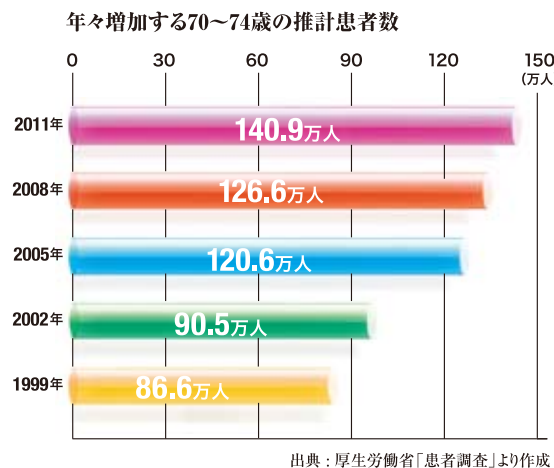
過去40年間、患者窓口負担が引き上げられてきたため、歯科の患者数は横ばいか減少傾向にあります(図/2)。高齢化で高まるはずの歯科ニーズが抑え込まれています。

2014年4月からは、高齢社会ゆえにますます歯科治療が必要とされる70歳～74歳の窓口負担が1割から2割に倍増し、受診を手控えるおそれがあります(図/3)。

図/2 歯科の患者数は、約30年にわたって、横ばいか減少傾向



図/3 受診が高まる70～74歳が負担倍増に



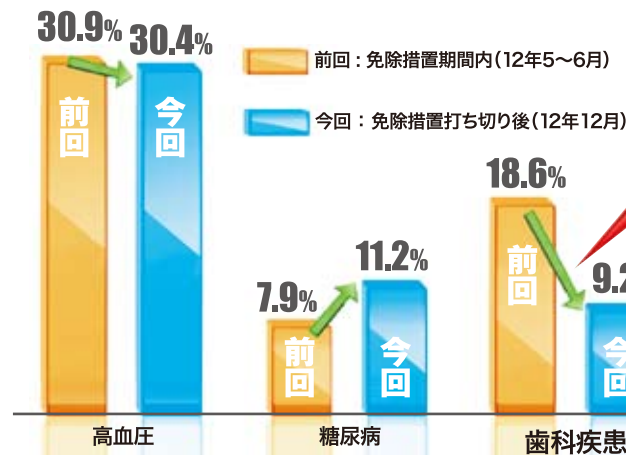
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

子どもの口腔崩壊を防ぐためにも、お金の心配なしに歯科受診できるようにすべきです。

貧困と格差が広がる中、現役世代の窓口3割負担も限界があります。それは東日本大震災の経験でも明らかです。窓口負担が免除されていた被災地では、免除措置が打ち切られて以降、岩手県では歯科の通院が半減するなど、窓口負担が歯科受診に大きく影響していることが明らかになりました(図/4)。

子どもと高齢者の窓口負担は無料化し、将来的には全世代での窓口負担をゼロとするよう、当面は現役世代3割負担を2割負担に戻すべきです。

図/4 岩手県で被災した通院者の受診の変化



出典：岩手県保険協会調査(2012年12月～2013年1月)より



歯科受診が半減!

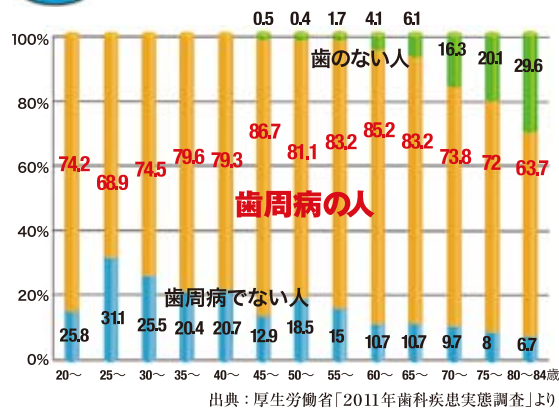
3-3 無料健診制度を 全年齢に広げる



「国民病」と言われる歯周病(歯周炎・歯肉炎)にかかっている日本の成人は、自覚症状の有無にかかわらず8割近くになると言われています(図/1)。歯科疾患の早期発見・早期治療のためには、すべての国民が定期的な歯科健診を受けられるような制度づくりが重要です。

無料健診制度を全年齢に広げ、保健所等に常勤の歯科医師と歯科衛生士の配置を義務づけるべきです。

図/1 歯周病の罹患率：国民の8割が歯周病



3-4 医療・介護での 口腔ケアのニーズ に応える

高齢者の大半は歯科疾患を持っています。残っている歯の本数は増えていますが、多くの要介護高齢者はむし歯の治療、歯垢や歯石の沈着、歯の欠損が放置されたままになっています。これらを改善するためにも、歯科の診査・診断などを経て行われる専門的口腔ケアが必要です。

しかし、要介護者の多くは歯科訪問診療を受けていません。すべての要介護者、障がい者が専門

的口腔ケアが受けられるよう、以下のことが求められます。

- ①在宅・施設療養者などの経済的負担の軽減
- ②保健所と一定規模の病院・介護施設に歯科医師と歯科衛生士の常勤配置
- ③介護保険と医療保険における歯科分野の報酬の充実
- ④介護保険のケアプランに口腔ケアを必須とし、介護認定での歯科医師の意見書提出をはかる
- ⑤精神科病棟、障がい者施設に歯科の併設を促す

3-5 医科歯科連携と 病院歯科の充実

病院歯科は、難易度の高い口腔外科処置が必要な患者の受け皿として、また、合併症のある有病患者や障がい者の治療のために重要な地域医療の要です。ところが診療報酬が低すぎるため、手間のかかる治療に見合わず多くの病院歯科は不採算になっています。このため病院歯科の閉鎖が続き、1996年の1516施設をピークに2012年には1094施設へと減少しています。

また、超高齢社会をむかえた今、歯科の患者は他の疾患を多くかかえています。医科と歯科との連携が必要になっていますが、医科から歯科へ、歯科から医科へ患者を紹介するなど、医科歯科連携の推進が診療報酬上も十分に手当てされていません。

病院歯科を拡充できるよう診療報酬を改善するとともに、糖尿病の治療計画に歯科検診を組み込むなど有病患者に対応した医科歯科連携がはかられるべきです。

3-6 食育への歯科医 師と歯科衛生士 の関与を広げる

食育にも歯科の参画が重要です。適切な食事と運動が健康にとって一番身近で大切なものであることは、「健康日本21」(「21世紀における国民健康づくり運動」)でも言われています。食育基本法に基づいた食育推進基本計画では、食育を通じて生活習慣病等の予防をはかるため、食生活を支える口腔機能の維持等についての指導の推進も挙げられています。

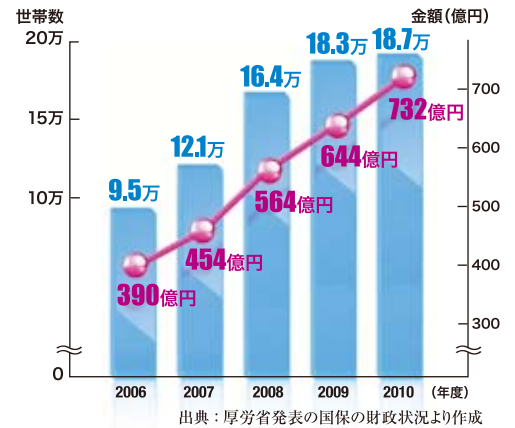
また、親のネグレクトや口腔に対する意識の低さが要因の子どもの口腔崩壊を防ぐためにも、学校教育を通じた口腔保健の啓発が重要になっています。歯科医師と歯科衛生士が保健所、行政の取り組み、学校や職域等を通じ、幅広く食生活による健康づくり、口腔の健康づくりへ積極的に参画することが望まれます。

3-7 高すぎて払えない 保険料を引き 下げる

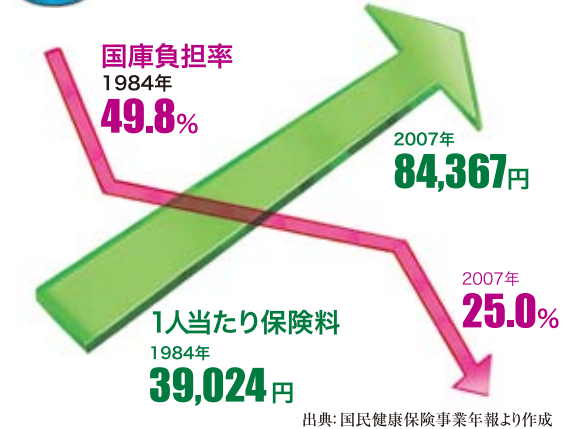
「命のパスポート」である健康保険証を持たない世帯が増加し、歯科受診を手控える原因にもなっています。失業や非正規雇用、倒産が増え続け、年々高くなる国民健康保険料(税)を払えない滞納世帯は372万世帯、加入世帯の2割近くにのぼり(2013年6月1日現在)、滞納世帯の差し押さえも増えています(図/2)。国保料(税)を払えず「資格証明書」が発行されれば、医療費は全額自己負担となるので、高い医療費が払えずに必要な医療が受けられなくなります。

無保険者を減らすために国は雇用の安定とともに、国保料の国庫負担率を現在の25%から以前の49.8%まで引き上げるなどの責任を果たすべきです(図/3)。

図/2 年々増え続ける国保での差し押さえ



図/3 国保会計の国庫負担と保険料



3-8 歯科医院と、 歯科技工所が成り 立つよう診療報酬 を引き上げる

高まる歯科ニーズに応えるよう歯科医療従事者が専門的技能を活かしてやりがいを持ってのように待遇を改善していくことが早急に求められています。

とりわけ、歯科技工所・歯科技工士の待遇改善をはかるよう、補綴物(義歯、被せ物)の技術料が大幅に引き上げられるべきです。当面の目安として現在の歯科技工物の流通価格を「7:3」大臣告示(※)の水準に高めるためには、保団連試算によれば歯科医療費約1300億円の財源で実現できます(表/1)。

また、京都府歯科保険医協会『製作技工費を歯科点数表に新設するために(案)』では、まず歯科点数表に製作技工費を新設することによって「7:3告示」を守った上で、歯科技工の技術料引き上げと新設技術料を求める提案がされています(表/2)。

歯科技工問題に顕著な歯科医療危機を根本的に打開するには、今こそ歯科技工士と歯科医師が、緊密な連携を図ると同時に、必要な診療報酬を堂々と求めていくべきであり、これこそが歯科医療全体の発展と社会的評価を高める確かな道の一つです。

表/2 歯科医師が7:3告示の厳守を十分行えるための引き上げ案

	引き上げ点数
メタルコア形成	新設60
個人トレーまたは口ウ堤作成のための印象	新設50
個人トレー作製	新設150
基礎床付口ウ堤	新設130
口ウ堤	新設100
補強線	復活100

出典：京都府歯科保険医協会「製作技工費を歯科点数表に新設するために(案)」(2012年4月)より表作成

※「7:3」大臣告示 1988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。材料費を引いた製作技工の費用が全体の約70%、製作管理の費用が全体の約30%と示した。

表/1 保団連による製作歯科技工料の試算

	技工料 70%料金 (円)	技工士数 加重平均 (円)	技工士 配分率 (%)	所定点数 (点)	技術料 試算点数 (点)	医療費 増減額 (円)
インレー(単純)	1,270	1,126	62.2	181	228	30,855,500
インレー(複雑)	1,930	1,483	53.9	275	422	1,125,970,020
3/4冠	2,590	2,103	56.8	370	532	10,716,300
4/5冠	2,170	2,022	65.2	310	359	26,642,280
全部鑄造冠	3,120	2,435	54.7	445	672	2,250,396,280
硬質レジン前装鑄造冠	8,220	6,055	51.6	1,174	1,895	3,300,254,930
鑄造ポンティック	3,000	2,601	60.8	428	560	228,143,520
金属裏装ポンティック	5,240	3,312	44.3	748	1,389	52,478,670
硬質レジン前装鑄造ポンティック	8,220	6,063	51.6	1,174	1,892	606,035,080
レジン床有床義歯1歯~4歯	3,850	3,147	57.2	550	784	302,023,800
レジン床有床義歯5歯~8歯	4,730	4,140	61.2	676	873	257,293,820
レジン床有床義歯9歯~11歯	6,300	5,641	62.7	900	1,120	122,720,400
レジン床有床義歯12歯~14歯	9,170	7,662	58.5	1,310	1,813	204,137,520
レジン床有床義歯 総義歯	14,420	10,785	52.4	2,060	3,272	1,737,971,640
熱可塑性樹脂有床義歯1歯~4歯	4,690	4,728	70.6	670	657	-2,268,630
熱可塑性樹脂有床義歯9歯~11歯	7,840	8,109	72.4	1,120	1,030	-1,867,500
熱可塑性樹脂有床義歯 総義歯	19,460	16,906	60.8	2,780	3,631	186,351,980
鑄造双歯鉤(金バラ)	1,570	1,619	72.3	224	207	-6,150,940
鑄造双歯鉤(ニッケル・コバルトクロム)	1,570	1,664	74.3	224	192	-11,449,920
鑄造両翼鉤(金バラまたは貴金属)	1,460	1,370	65.9	208	237	129,316,510
鑄造両翼鉤(ニッケル・コバルトクロム)	1,460	1,438	69.1	208	214	13,051,800
線両歯鉤	1,400	1,348	67.4	200	217	1,823,590
線両翼鉤(レスト付)	980	963	68.8	140	146	11,833,320
線両翼鉤(レスト無)	840	817	68.1	120	128	6,427,280
屈曲バー(特殊鋼)	1,680	1,749	72.9	240	217	-4,570,330
鑄造バー(ニッケル・コバルトクロム)	3,010	3,124	72.6	430	392	-24,309,740
合計						106億円(月)

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」の最新点数を反映させ、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年参照の算定回数に乗じて、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。

※マイナス部分は計算の都合上算出したもので、引き下げを意図したものではありません。所定点数は2014年診療報酬改定前のもので、若干の点数変更があります。

出典：全国保険医団体連合会「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」(2013年)より

3-9 低医療費政策の転換で歯科医療費の総枠拡大を

「歯科医療危機」で2兆5千億円台に抑えられていた歯科医療費は、最低3兆円台に引き上げるべきです。

歯科医療費を3兆円台にするためには、診療報酬の10%程度の引き上げで可能です。歯科医院経営と歯科技工所が成り立つよう補綴物はじめ技術料本体を中心に当面10%診療報酬を引き上げるには、3000億円程度で可能です。

さらに保険がきかない自費治療の推計3000億円を仮にすべて保険導入したとしても、合計6000億円の引き上げとなりますが、医科と調剤も合わせた総医療費全体の38兆6千億円(平成23年度)から1.5%増となるにすぎません。

健康長寿社会を実現するには、わずかな歯科医療費を手厚くすることがとても有効なのです。それが医療費全体を適正化することにもつながります。

「アベノミクス」と称して不要不急の大型公共事業の予算を増額したり、大企業を潤すための「成長戦略」で医療に市場原理を導入するよりも、国民の健康の土台にある保険医療を充実する予算をたてることによってこそ、政府も推進する「健康長寿社会」を着実に実現することができるのです。



自費診療への活路では歯科医院経営は困難な時代に

政府は歯科での「低医療費政策」を正当化してきたのは、保険診療だけでなく自費診療も含めて採算が取ればよいとする「トータルバランス論」をとっているからです。しかし、自費診療は患者さんに経済負担を課すとともに、自費診療への活路では歯科医院の経営を良くすることは成り立たない時代になっています。厚労省「医療経済実態調査」によれば、歯科個人診療所の自費診療の推移は1984年に18%だったのが、2011年には10.2%まで減ってきています(図/1)。

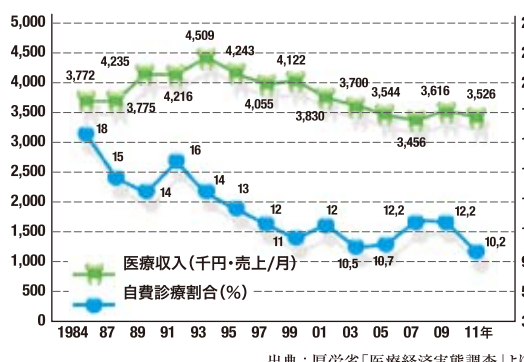
このことは、保険診療の点数評価が極端に低い歯科医療のもとでも、多くの歯科医師が保険で歯科

医療を供給し続けてきた努力の結果であると言えると同時に、「小泉構造改革」以降、社会保障の大幅削減が進められ「貧困と格差」が増大した結果、高額な自費診療が敬遠されているためとも言えます。

また、自費診療の減少とともに、歯科技工士が請け負う歯科技工委託費も90年代後半から年々減ってきています(図/2)。

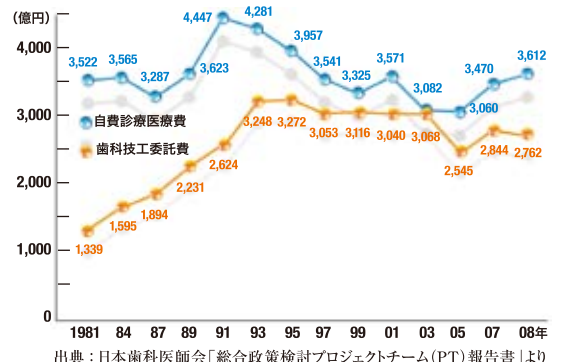
歯科医院経営、歯科技工士・所の待遇改善のためには、自費診療への活路を見出すよりも、患者・国民の大多数が願う保険治療の拡充と同時に、保険がきく歯科技工物の保険点数の大幅引き上げを求めていくことこそに明るい展望があるといえます。

図/1 歯科医院の医療収入と自費診療の推移



出典：厚労省「医療経済実態調査」より

図/2 自費診療医療費と歯科技工委託費の推移



出典：日本歯科医師会「総合政策検討プロジェクトチーム(PT)報告書」より