

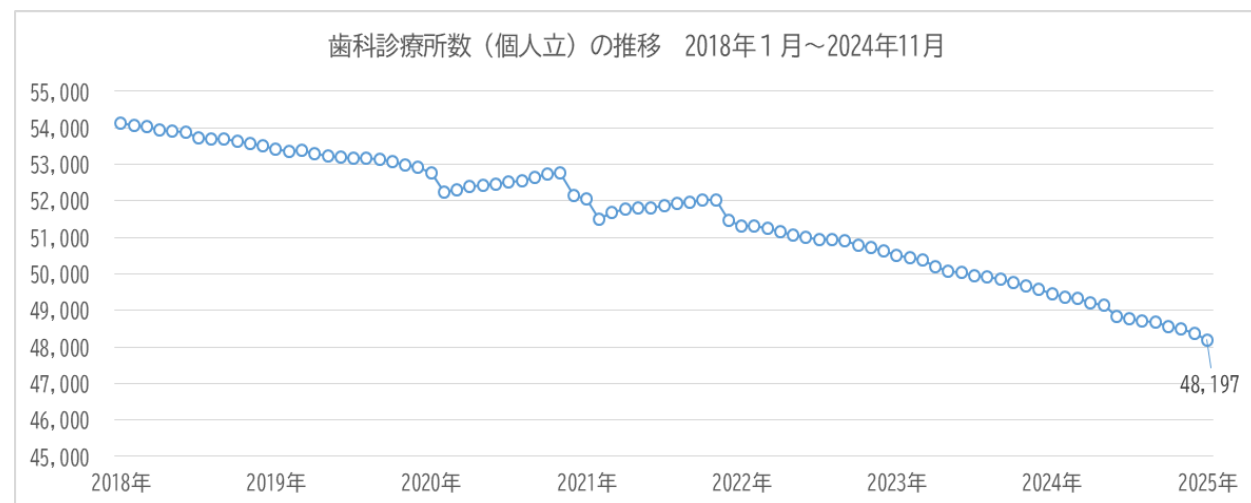
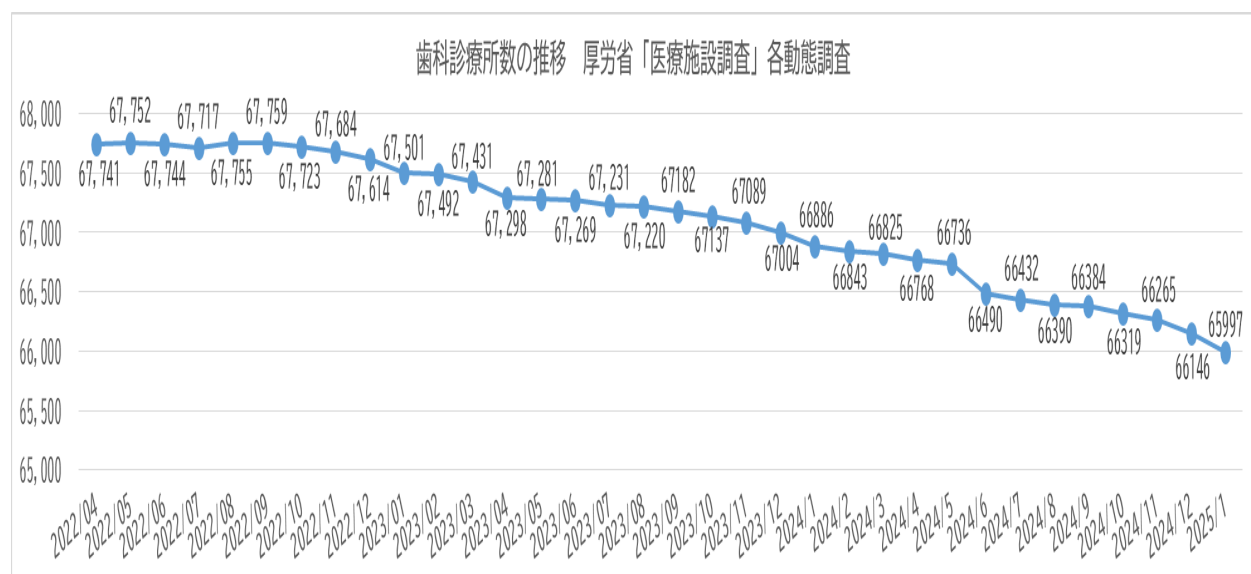
< 歯科医療提供体制関連資料 >

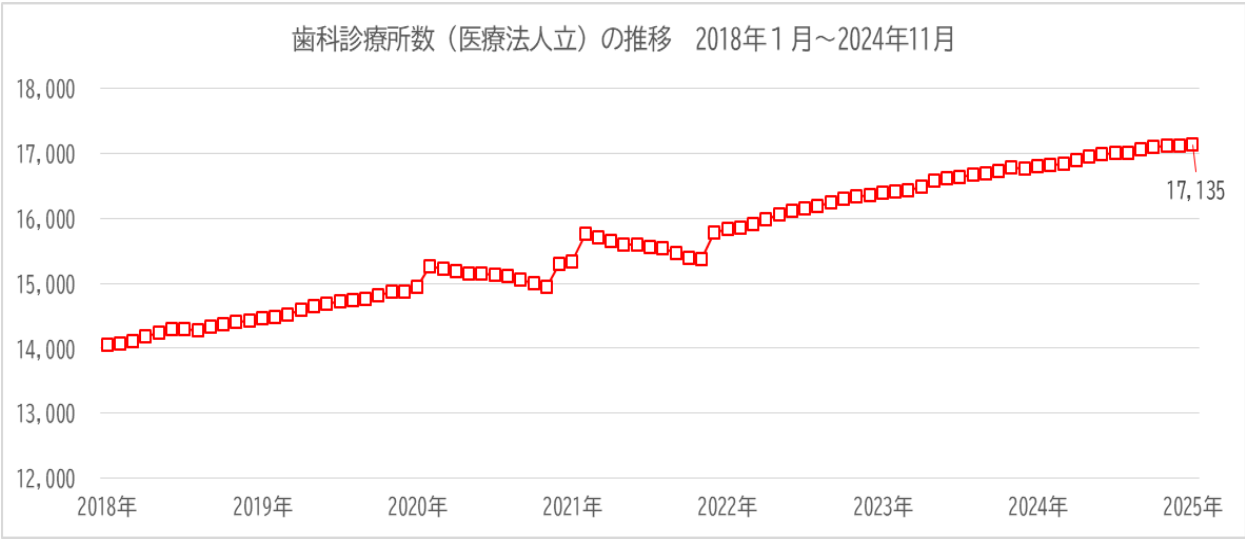
(1) 歯科医療機関数 前月比で 149 施設減少

厚労省は、2025 年 1 月末現在の医療施設動態調査を公表した。歯科医療機関数全体では、前月比で 149 施設の減少となった。減少となったのは、東京の 25 施設減少をはじめ 35 都道府県となった。開設者別では、個人立が前月比 164 施設減少で、2021 年 3 月以降で 46 カ月連続減少となった。

歯科医療機関の減少傾向が継続しており、かねてからの低歯科診療報酬による経営困難が、この間のコロナ禍による収入減、医療 D X や物価高騰による経費増によってさらに悪化した結果でもある。個々の診療行為を適正に評価した診療報酬改定や財政措置などが求められる。

歯科医療機関の窮状は、医療政策上の問題でもあるが、組織対策上の問題でもあり、併せて組織強化・拡大の取り組みも推進していく。

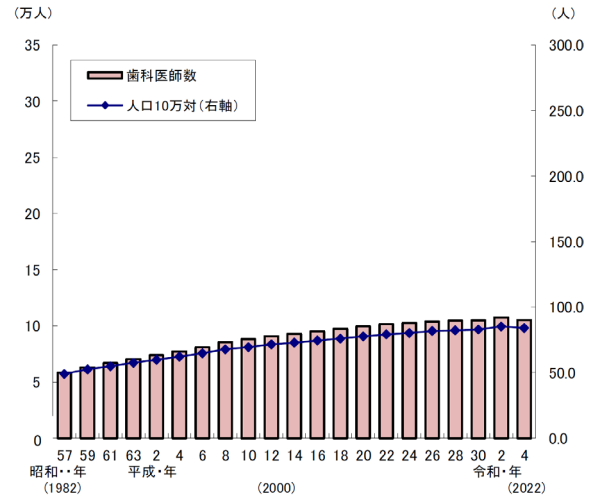




（２）歯科医師数の減少

2022 年医師・歯科医師・薬剤師統計では、統計依頼初めて歯科医師数が減少に転じた。

	歯科医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57 年(1982)	58 362	...	49.2
59 ('84)	63 145	8.2	52.5
61 ('86)	66 797	5.8	54.9
63 ('88)	70 572	5.7	57.5
平成 2 年 ('90)	74 028	4.9	59.9
4 ('92)	77 416	4.6	62.2
6 ('94)	81 055	4.7	64.8
8 ('96)	85 518	5.5	67.9
10 ('98)	88 061	3.0	69.6
12 (2000)	90 857	3.2	71.6
14 ('02)	92 874	2.2	72.9
16 ('04)	95 197	2.5	74.6
18 ('06)	97 198	2.1	76.1
20 ('08)	99 426	2.3	77.9
22 ('10)	101 576	2.2	79.3
24 ('12)	102 551	1.0	80.4
26 ('14)	103 972	1.4	81.8
28 ('16)	104 533	0.5	82.4
30 ('18)	104 908	0.4	83.0
令和 2 年 ('20)	107 443	2.4	85.2
4 ('22)	105 267	△ 2.0	84.2

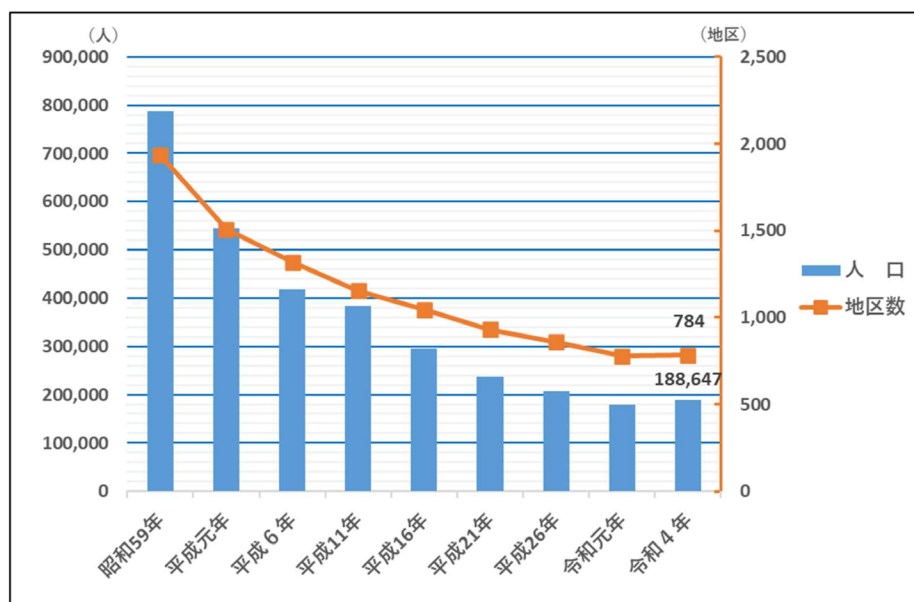


(3) 増加に転じた無歯科医師地区（厚労省）

令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査によると、無歯科医地区数は、前回調査（令和元年10月末日：777地区）に比べて7地区増加の784地区となっている。また、無歯科医地区人口は、前回調査（令和元年10月末日：178,463人）に比べて10,184人増加の188,647人となっている。因みに医科の同調査は、減少傾向が続いている。

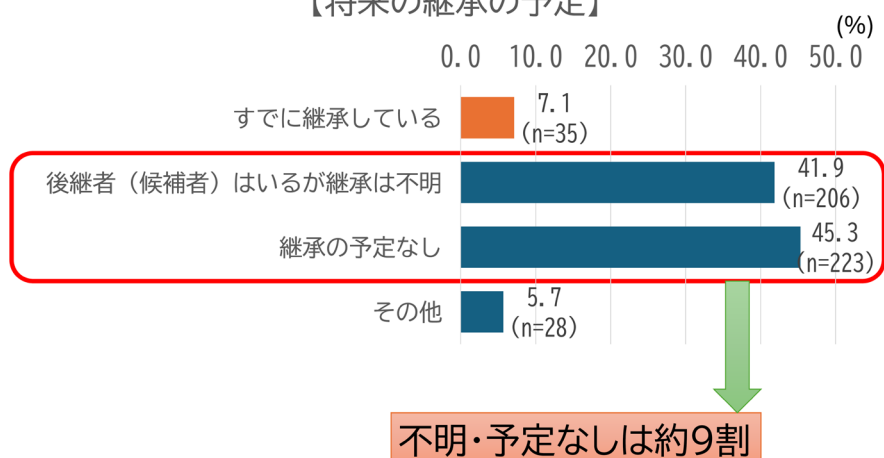
② 無歯科医地区

	昭和59年	平成元年	平成6年	平成11年	平成16年	平成21年	平成26年	令和元年	令和4年
地区数	1,935	1,507	1,319	1,153	1,046	930	858	777	784
人口	786,395	544,824	417,037	383,113	295,480	236,527	206,109	178,463	188,647



(3) 将来の継承の予定 不明・予定なしは約9割

【将来の継承の予定】



「地域の歯科医療提供体制および今後の働き方に関する調査」報告書（日歯・日本歯科総合研究機構・2025年3月）より

歯科医療提供体制を 守るために

全国保険医団体連合会副会長 歯科医師
田辺 隆 たなべ たかし

1984年日本大学松戸歯学部卒業、同年北海道大学歯学部第一保守学講座入局、1989年、タナベ歯科医院を開業。北海道保険医会理事、社会保険診療報酬支払基金北海道支部・審査委員。



長きにわたる低歯科診療報酬によって疲弊した歯科医療界の立て直しには、2024年度診療報酬改定は程遠いものであった。特に、新設された施設基準の口腔管理体制強化加算の届出の有無によって、医療機関間に大きな格差がもたらされた。歯科医療機関の現状、改定内容の検証をし、2026年改定に向けて、安定した持続可能な医院経営のため、患者・国民の健康を守るために、目指していくべきことは何かを考えてみたい。

2024年度歯科診療報酬改定

歯科改定率は、+0.57%とされたものの、40歳未満の勤務歯科医師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げ対応分が含まれている。+0.57%は、医療費ベースの概算で約180億円、賃上げ対応分は約132億円となる。賃上げ対応分の内訳は、基本診療料の引き上げによる分で約81億円、歯冠修復および欠損補綴の引き上げによる分で約51億円となる。医療費ベースの概算を踏まえて考えると約180億円のうち約132億円が賃上げ対応分のため、歯科改定率で見ると+0.57%の約7割となる+0.42%分を賃上げ対応分が占めていることになる。歯科における用途

が限定されない本体財源は、わずか+0.15%程度となる。前回の改定率0.29%の半分程度で、「医療情報取得加算」「医療DX推進体制整備加算」などの医療DX関連の点数分も含むため、診療行為の技術料引き上げに充てられる分はさらに減少することになる。

改定率に表れない改定財源、つまり点数の引き下げ分として概算できる主なものでは、約99億円。その内訳は、生活歯および失活歯の白歯レジン前装金属冠加算の引き下げ分で約8億円、レジン前装金属冠の小臼歯の引き下げ分で約3億円となる。また、クラウン・ブリッジ維持管理料の金バラなど単冠の対象外し分で約88億円となるが、その引き下げ分の財源は技工技術料の引き上げには使用さ

れず、全体の財源に回された。

歯科医療機関の現状

圧倒的な財源不足と人手不足

発表された2023年度概算医療費は47兆3000億円で、歯科は3兆2925億円、前年より616億円(1.9%)増加した。国民医療費の歯科診療医療費は、1982年：1兆5000億円、2010年：2兆6020億円、2020年：3兆52億円、2022年：3兆1479億円(総医療費の7%)の変遷をたどっている。

診療項目別の伸び率を見ると処置：+4.5%、医学管理：+6.6%、検査・病理診断：+6.0%、初診：+0.7%に対して、歯冠修復及び欠損補綴は-2.3%となっている。社会医療診療行為別統計(旧：社会医療診療行為別調査)によると2007年から2023年の16年間で歯冠修復及び欠損補綴の1件当たり点数は年々減少し、トータルでマイナス221.7点と大幅な減

少となり、技工所経営にも大きな影響を与えている。大きな原因と考えられるのは、点数が低く抑えられていることに加えて、2年間の維持管理のあるクラウン・ブリッジ維持管理料である。保団連では、「補管」を廃止し、その財源を歯科技工関連点数の引き上げに充てるよう要求しているが、今回の見直しでは実現していない。

保団連が実施した「2024年度診療報酬改定に係る歯科会員アンケート調査」(以下、調査)では、今後の見直しについて、「見直しがない」「閉院を検討」が3割強に及んだ。理由として上位3つは、「物価高騰などによる経費増」「年齢的、体力的に厳しい」「後継者がいない」が挙げられており、地方のみならず都市部でも、歯科医療提供体制の存続を困難にしかねない状況となっている。

2024年度改定で、人員配置等が一定規模以上の歯科医療機関を評価した「かかりつけ

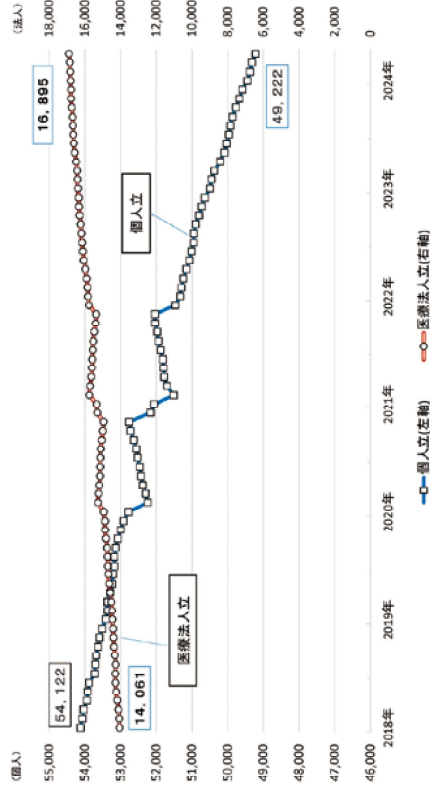


図1 歯科診療所数(個人立・医療法人立)の推移 2018年1月～2024年4月

歯科医療機能強化型歯科診療所」(以下、か強診)が廃止されたが、その内容を引き継いだ「口腔管理体制強化加算」(以下、口管強)の施設基準が新設された。か強診については、かねてより保団連は、施設基準の要件となっていた歯科医師の複数の配置や歯科衛生士の配置など、地域の実情を考慮しない要件については反対してきたが、今回も引き継がれたことは問題である。歯科医師1人で地域医療を支え、かつ地域の事情によって歯科衛生士の雇用が困難な場合は、届出ができないことになる。調査では、歯科衛生士が雇用できない理由について、「経済的に無理」応算がない「定着しない」の回答が実に7割もあった。

この間、施設基準などのハードルを設けて医療機関を点数評価上で差別化する改定が行われ、多くの医療機関が算定しうる点数項目の適正評価は後回しにされてきた。

今回の改定でも、口管強の届出医療機関と未届出医療機関では、加算点数の有無、処置の算定間隔の差などの影響で、医療機関の収入に顕著な格差が生じる結果となった。医療技術と関係のない人員配置要件は外すべきである。

約40年で実質増益差額は40%も低下

歯科診療所数について、図1に示すように2018年から2024年の個人立と医療法人立の推移を見ても、個人立では5万4122施設から4万9222施設に減少、医療法人立では1万4061施設から1万6895施設に増加し、法人に人員が集中する傾向が強まっている。歯科医療費全体は微増傾向にあるが、医療経済実態調査における個人立歯科診療所の増収支額については、日本歯科医師会が作成した資料では、1981年を100とした場合、1991年:89、2001年:80、2011年:57、2021年:

61、2023年:59と実質の増益差額は40%も低下している。

また、前掲データバンクが発表した2024年上半期の倒産等に係る集計で、歯科医院の倒産・廃業の件数は85件である。これについて、日歯は記者会見で「拙速なDX化が、近い将来閉院を考えていた会員の動きを加速させたことは否定できない。オンライン資格確認導入に対応できない理由に数年以内に閉院を考えているが66%あった。先を見据えた負担増を受け入れづらい歯科医師がいる中で、閉院を加速させた面がある」とした。このことは、かねてから保団連が指摘し、危惧してきたことである。経営者の平均年齢が60歳を超え高齢化が進む歯科業界は、このままでは無歯科医師地区が増えるだけでなく、地域の歯科医療そのものが崩壊するおそれがある。

保険請求が複雑で現場は混乱

表1は、2004年以降評価の変わらないものの、評価の下がったものの一覧である。この20年間の物価・人件費・材料費の上昇を考えると改めて驚きを禁じ得ない。2024年改定での保団連要求の実現について、全国の保険医師協会・医会、保団連の繰り返し要請によって、不十分なながらも多くの項目が反映された形となったが、評価は極めて低い。一部を紹介する。①歯科外来診療感染対策加算では、人員要件に「院内感染防止対策に係る研修を受けた者が1名以上配置されている」とが選択肢として追加され、要件が緩和された。②診療情報連携共有料では、薬局への照会、医師からの照会への対応でも算定できるようになった。③歯科訪問診療1では、20分の時間要件が撤廃された。④歯科麻酔につ

表1 歯科診療報酬の項目より

2004年以降評価の変わらないもの(一部抜粋)			
歯科衛生実地指導料	80点	電気的根管長測定検査	30点
暫間固定困難なもの	500点	口腔プロテクター	290点
歯周治療用装置一形態	50点	床義歯形態	750点
床下粘膜異常	110点	抜歯窩再播地手術	130点
う蝕歯インレー修復形成	120点	乳歯金属冠	200点
顎口腔機能診断料	2300点	装着料	45点・150点・300点
口腔内消炎手術	120点・180点・230点	義歯装着料	60点・120点・230点

2004年以降評価の下がったもの(一部抜粋)

クラウンブリッジ維持管理料	150点→100点・500点→330点・600点→440点
前装鈔造冠	1200点→1170点・1174点・1100点
歯科矯正管理料	300点→240点

いて、処置の生活歯髄切断と抜髄で麻酔薬剤料が算定できるようになった。⑤歯周病安定期治療(以下、SPT)では、「糖尿病性歯周病」との新病名の導入とともに評価を求め、歯周病の重症化のおそれのある糖尿病患者を対象に「歯周病ハイリスク患者加算」が新設された。⑥非経口摂取患者口腔粘膜処置では、非経口摂取患者だけにとどまらず、「経口摂取が可能だが、経口摂取がごく少量に限られる患者」も算定対象に追加された。⑦Ni-Tiロータリーフアイル加算について、手術用顕微鏡加算の届出が不要になった。⑧指導・訓練の評価として歯科口腔リハビリテーション3が新設された。⑨歯科衛生士に関連しては、その専門性の評価を求め、口腔機能の発達不全を有する患者や口腔機能の低下を来している患者に対して、歯科衛生士が実地指導と口腔機能に係る指導を行った場合に算定する「口腔機能指導加算」が新設された。⑩歯科医師と歯科技工士の連携を評価した歯科技工士連携加算が新設された。⑪クラウン・ブリッジ維持管理料の金属歯冠修復関連が撤廃された。⑫ブリッジ支台歯で第二小臼歯への前装MCの適用などが挙げられる。

しかし、あまりにも低い改定率、文字通り本体的点数算定がなければ算定できない「加算」の新設の多さ、施設基準で縛る手法、加えて2024年3月28日の日歯の定例記者会見で高橋英登会長が「会員から非常に複雑な改定と意見も頂いている」とコメントしたように、細かすぎる改定で保険請求が複雑になりいまだ混乱を来している。調査では、今回の改定の全体的評価について、「どちらかといえば悪かった」「悪かった」が6割を超え、再改定を求める声が、実に85%を超え、疲弊している歯科医療界の打開には相違い改定といえよう。

個々の改定項目について

基本診療料への加算点数である歯科外来診療環境体制加算(外来環)は、医療安全と院内感染対策とに分離された。施設基準は基本的引き継がれたが、歯科外来診療感染対策加算1の人員要件には「院内感染防止対策の研修受講者」が選択肢として加わり要件が一部緩和された。

廃止された「か強診」については、歯科訪問診療料の算定実績が届出の障壁となり、小児歯科をはじめ多くの医療機関が事実上排除さ

れていたが、新設された口腔管理体制強化加算(以下、口腔強)の施設基準では、「在宅歯科診療の体制確保」でも届出要件を満たすことになった。また、小児の心身の特性を研修内容に追加し、口腔機能の管理を加えた長期の口腔管理を実施する診療所の評価へとか強診を改変した。届出医療機関しか算定できない口腔強が、小児口腔機能管理料(小機能)、口腔機能管理料(口機能)や新設されたCeや根Cに対する医学管理料にも新設されるなど、一物二価の差別的評価が拡大した。

先に述べたように口腔強の届出医療機関と未届出医療機関では、加算点数の有無、処置の算定間隔の差など、医療機関の収入に格差が広がった。内容は、新設されたエナメル質初期う蝕管理料30点および口腔強加算48点、初期う蝕に対するフッ化物歯面塗布処置(以下、F局)100点、機械的歯面清掃処置(以下、歯清)72点が連月算定できるとされた。根面う蝕に対するF局は3月に1回80点となり、新設された根面う蝕管理料30点に対する口腔強加算48点が連月算定できる。歯清が特に必要な場についてはエナメル質初期う蝕の場合と同様に72点が連月算定できる。その他、小機能および口機能に対する口腔強加算は50点を算定、SPTから歯周病重症化予防治療(以下、P重防)に移行した場合に限られるがP重防の算定間隔は、改定前の3月に1回から月1回に変更されたことが挙げられる。その他の口腔強は、訪問口腔リハ、小児訪問口腔リハは75点、歯周病安定期治療120点となっている。

また、F局は、う蝕多発傾向者へのF局の所定点数が据え置かれた一方で、Ceや根Cに対するF局は減点となり、減点分が新設されたエナメル質初期う蝕管理料や根面う蝕管理料

に付け替えるなどの再編をしている。これらの他にも「加算」の新設が多いのも今次改定の特徴であり、文字どおり加算は本体の点数がなければ算定できない。

2026年改定に向けた保団連要求

現在、2026年改定に向けて保団連で検討している改善要求の一部を紹介する。医学管理では、新しい病名として、「糖尿病性歯周病」と「慢性歯周炎患者の禁煙指導」の導入を挙げている。糖尿病については、2023年の国民健康・栄養調査によると、強く疑われる者の割合が男性16.8%、女性8.9%。国民のうち習慣的に喫煙している者の割合は15.7%であり、男性15.7%、女性6.9%だ。この10年間で見ると男女とも有意に減少しているが、歯周病患者の比率の多い40~50歳代男性では3割を超えている。

糖尿病患者に対する歯周治療の有効性が近年支持されるようになってきている。また、2024年改定で、医科点数表の生活習慣病管理料の通知で、「糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科への受診を促す」ことが明記された。「糖尿病性歯周病」を導入して、提供体制の推進を行っていくべきである。また、歯科においては、指導や予防処置を日常的に行っていることから、禁煙支援を実施しやすい環境が整っている。喫煙と歯周病の重症化、受動喫煙と歯周病、さらに、その他の全身への健康障害について積極的に啓発し、歯周基本治療の一環として禁煙指導を図ることは重要である。

処置では、口腔強の届出の有無による格差の是正である。エナメル質初期う蝕患者に対するF局、歯清の連月算定、根面う蝕患者に対する歯清の連月算定、SPTの連月算定、

SPTから移行したP重防の連月算定について、施設基準の届出の有無で格差をつけることは、医学的根拠がなく、同じ医療行為ですべての歯科医療機関が取り締めるにもかかわらず算定間隔に差があることは、歯科医療機関間に無用な格差を持ち込み、その結果患者や医療従事者にとっても理解しにくい評価となっている。何よりも、患者が受ける医療に格差をもたらしていることは大きな問題である。

ついで、SPTとP重防についてである。診療現場で混乱を招き、複雑な算定となっているSPTとP重防の間の移行などについても、簡素化のために2つの治療を一本化するべきである。SPTとP重防を比較すると、病状に変化を来した場合の取り扱いについて、SPTでは主治医に一定の裁量があるものの、P重防では治療方法が規定されている。このことが混乱を来している大きな要因と考えられる。

改めて歯科総枠拡大を求める

歯科医療を取り巻く課題の根源には、国により長く続けられてきた歯科医療費抑制政策がある。歯科医療費は1996年から10年間、約2.5兆円で横ばいが続いた。1981年から

1996年までは、薬価引き下げによって生じた財源を医科に振り向けた結果、医科と歯科の間で累収改正率に2倍近い差が生まれた。その影響は大きく、医療費全体が増える中で新規医療技術の導入や保険適用拡大など歯科医療費が伸びる要因があるにもかかわらず、歯科医療費の総枠は抑制され続けている。

1991年の国民医療費は21.8兆円、歯科医療費は2.1兆円であり、歯科医療費は国民医療費の10%を占めていた。その後国民医療費は2023年には47.3兆円と倍以上に伸びている中、歯科医療費は1兆円足らずの増加で、国民医療費の占める割合は7%にまで低下している。

仮に国民医療費に対する10%程度の歯科医療費を確保できていれば、現在の歯科医療費は4.3兆円となる。低歯科診療報酬によって歯科医院が疲弊しているが、約1兆円の財源上乘せによって、基本診療料の大幅引き上げ、基礎的技術料の適正な評価によって、保険医療機関の医院経営が安定することが重要である。医院経営が大きな打撃を受けたコロナ禍でより一層、平常時に経営が安定していることの重要性が浮き彫りとなった。

安心して歯科治療を受けられるよう希望すること(3つ選択)

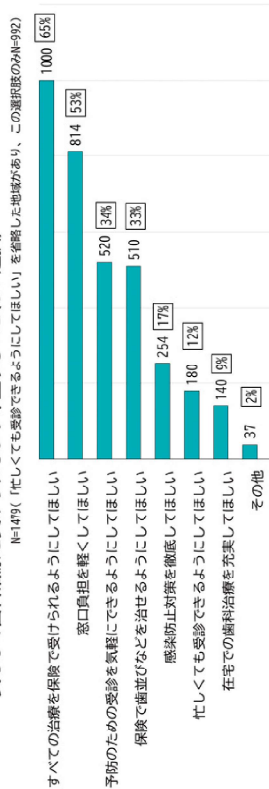


図2 「保険でより良い歯科医療を」全国連絡会のアンケート結果より

「保険でより良い歯科医療を」全国連絡会が2021年に実施した市民アンケートでは、保険適川範囲の拡大と窓口負担の軽減が、歯科医療に対する患者・国民の最大の願いであることが示されている(図2)。この改正に向けて、金属体部分義歯、ジルコニア等、十分普及している技術・材料は、医療機関が積極的に活用できるような適切な評価をし、医療機関が採算とならない点数で直ちに保険導入するべきである。患者が望む医療が保険診療として享受でき、かつ、保険医療機関の経営が成り立ち、安全・安心の保険診療を継続して提供できる診療報酬体系の整備こそが求められる。

また、2022年度の歯科疾患実態調査によると、「補綴の状況」のうち「一部完了」者が22.1%、「未処置」歯は13.8%と、前回調査(2016年)に比べて増加している。特に、「未処置」者の割合は、2011年・8.1%から2016

年・13.4%となっており増加傾向だ。物価高騰など国民を取り巻き経済状況も相まって、受診控えが浮き彫りになっており、窓口負担の問題の改善が急務である。

超高齢社会を迎えた日本において、歯科医療は健康寿命延伸の重要な力を握っている。鳥根大学、鳥根県歯科医師会、国立保健医療科学院の共同研究チームは、県内の75歳以上の高齢者2万881人を対象に6年間のデータを分析した。その結果、咀嚼能力の低下が新たな要介護認定や死亡率の増加に強く関連することが明らかになった。定期的に歯科口腔健康診査を受け、口腔の不健康状態を早期に発見・対策と治療することの重要性が示された。本研究で得られたエビデンスは、歯科医療が高齢者の全身健康を支える重要な役割を果たしていることを示唆する。歯科医療の充実が次回診療報酬改定での重要課題となる。

2024年度診療報酬改定に係る歯科会員アンケート「閉院を検討」は前回の2倍に

全国保険医団体連合会歯科社保・審査対策部

各保険医協会・保険医会から対象歯科会員へ調査用紙をFAX送信し、回答を会員から所属協会に返信してもらった方法で実施した。回答方法は、Googleフォームでの返信も併用した。調査時期は、2024年10月中旬～11月下旬の間で実施した。

43保険医協会・保険医会の協力で3768人の歯科会員から回答が寄せられた。会員比では、8.9%(調査月付近11月1日付の歯科会員は、4万2273人)にあたり、全国の歯科医師の意識状況などを反映する調査となった。

2024年改定の影響の特徴

調査結果全体を通して、歯科医院経営の状況が前回改定後の調査結果(2022年実施)に比べても改善されていないことが明らかとなった。

今回改定前の2023年6月～8月と改定後の2024年同月期比での「受診患者数」「保険収入」「自費収入」の変化をきいた設問では、いずれも「増えた」との回答を「減った」が上回った。今後の経営の見通しに係る設問では、「見通しが立たない」19.0%、「閉院を検討」9.2%となっており、約3割が深刻な経営上の問題を抱えている。「閉院を検討」の割合にいたっては、前回調査の2倍となっている。理由では、回答の多い順に「物価高騰などによる経

費増」「年輪的・体力的に厳しい」「後継者がいない」となっている。

今回改定が経営にあたえた影響の評価では、全体として「良かった」「どちらかといえば良かった」35.3%、「悪かった」「どちらかといえば悪かった」62.2%となった。また、初・再診料の引き上げや医療行為の評価を中心とした再改定を求めるかとの設問では、「求める」との回答が85.0%にのぼった。先の全体的に「悪かった」などの評価の影響のみならず、「良かった」などと評価している人でも再改定を求める意向が示されており、一般的な診療行為に係る評価が少なかったことなど、本来の診療報酬改定のあり方から逸脱した内容への不満が強く表れた。

全)と歯科外来診療感染対策加算(外感染)に再編された。外感染1では、人員要件が緩和されたものの届出医療機関の割合が59.3%と大幅に増加している状況ではなかった。

前年同期比で、厳しい経営状況

2023年6月～8月と2024年同月期比での「受診患者数の変化では、「増えた」20.5%、「変わらない」44.6%、「減った」33.7%となり、「保険収入」の変化では、「増えた」21.6%、「変わらない」38.8%、「減った」38.1%となった。また、「自費収入」の変化では、「増えた」13.7%、「変わらない」46.6%、「減った」37.8%となっている。

歯科衛生士の雇用に経済的な困難

歯科衛生士を雇用していない医療機関は、回答者のうち約2割であり、その理由では、「必要性がない」が31.4%となっているが、「経済的に無理」40.4%、「応募がない」22.2%と雇用したくても困難な状況が表れている。

外感染1の届出医療機関が6割弱

今回改定で、歯科外来診療環境体制加算(外来環)が歯科外来診療医療安全対策加算(外安

1)、歯科医師数規模別(図2)でみると、年齢層が高くなるにつれ、歯科医師数が少なくなるにつれ、「増えた」の割合が減少し、「減った」の割合が増加している。

「見通しが立たない」「閉院を検討」が3割

今後の経営の見通しに係る状況では、「問題ない」16.7%、「現状維持」54.4%、「見通しが立たない」19.0%、「閉院を検討」9.2%となった。「見通しが立たない」「閉院を検討」との回答が約3割となり、深刻な経営上の問題を抱えている。「閉院を検討」の割合にいたっては、前回調査の2倍となっている。

「見通しが立たない」「閉院を検討」と回答した理由では、選択肢7つのうち3つまでの回答で多い順に「物価高騰などによる経費増」51.8%、「年齢的・体力的に厳しい」47.7%、

「後継者がいない」38.7%となっている。

また、上記の他、「患者が戻ってこない」「医療DXによる経費増」「借入の返済が困難」「スタッフを確保できない」を含めた選択肢のうち「医療DXによる経費増」の回答は、24.0%となる。4人に1人が経営の見通しが立たないなどを理由として挙げており、機器類の購入、更新、維持、運用に係る費用負担が大ききことを表している。医療機関の実情に合わせて対応できるようオンライン資格確認などの義務化は徹底すべきである。

年齢階層別(図3)では、高齢になればなるほど、「見通しが立たない」「閉院を検討」が増加し、50歳代で約2割、60歳代で3割強、70歳以上で5割強となっている。



図1 保険収入の変化(年齢層別)

■増えた ■変わらない ■減った

図2 保険収入の変化(歯科医師数規模別)

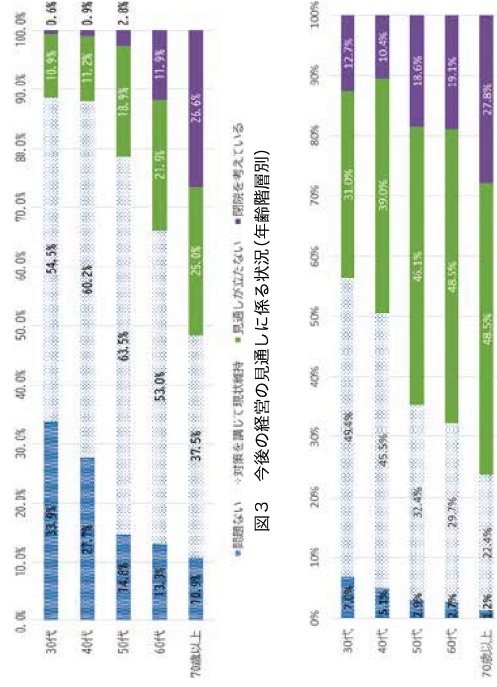


図3 今後の経営の見通しに係る状況(年齢階層別)

■問題ない ■現状維持 ■見通しが立たない ■閉院を考えている

図4 今回改定の全体的な評価(年齢階層別)

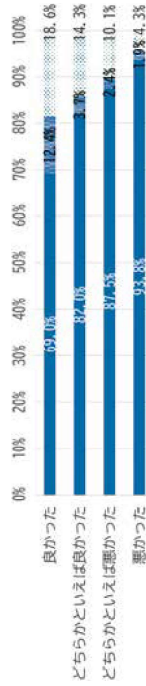


図5 再改定を求めるかについて(改定の全体評価別)

全体評価は「悪かった」などで6割強

今回改定が経営にあたえた影響の評価では、全体として「良かった」31.1%、「どちらかといえば良かった」32.2%で合計63.3%、「悪かった」18.0%、「どちらかといえば悪かった」44.2%で合計62.2%となった。

年齢階層別(図4)にみると、年齢層が上がると、「悪かった」「どちらかといえば悪かった」の割合が増加している。

具体的な内容については、良かったこととして、▽歯科衛生士が口腔機能に係る指導をして、▽歯科衛生士が口腔機能強化型歯科診療所に行った際の評価の新設、▽歯科訪問診療(1人のみを診療した場合)の時間要件の撤廃、▽CAD/CAM冠の適用範囲の拡大、▽光学印象の新規保険導入など、診療行為に係る評価の新設や要件緩和などが挙げられている。また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)が口腔管理強化型加算に係る施設基準(口管強)に再編され、歯科訪問診療の実績要件が緩和されたことに伴って、新しく届出ができるようになった医療機関においては、各種の加算が算定できるようになったとの回答も寄せられた。

他方で、悪かったこととしては、▽点数や施設基準が複雑すぎる、▽口管強などの施設基準に付随した加算が多く届出できない場合は今回改定でプラスになる見込みが少ない、▽物価高騰や賃上げ対応に見合った改定率と

52.9%、「どちらともいえない」31.8%となった(図6)。

スタッフ等の賃上げ対応の原資として評価する意見もあるが、「評価しない」が半数を占めた理由に、申請が複雑すぎることや賃上げが少ないことなどが挙げられる。今回調査での届出医療機関の割合は、25.8%に留まっている。

スタッフ等の賃上げ対応については、「賃金を引き上げる」が59.5%であるが、その内訳を見ると届出医療機関が36.8%に対して、未届出医療機関63.2%を占める。ベースアアップ評価料の算定によらず対応している状況がうかがえる。

院外歯科技工士の賃上げ対応、

「評価する」43.2%

院外歯科技工士の賃上げ対応として主に補綴関連点数を引き上げたことについては、「評価する」43.2%、「評価しない」19.6%、「どちらともいえない」35.3%となった(図7)。

実際の委託技工料に係る対応では、「委託技工料を引き上げる」25.7%、「現状維持」62.5%、「その他」7.5%となり、対応が十分に整っていない状況がうかがえる。

院外歯科技工士は、医療機関で雇用してい

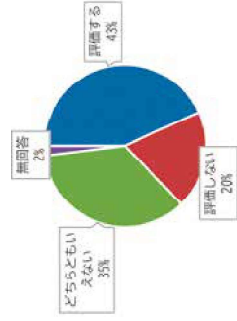


図7 院外歯科技工士の賃上げ対応について

るわけではないため、賃上げ対応はできず、委託技工料の引き上げとして民間取引の中で定まったルールもなく対応していくことが求められる。厚労省として、十分な財源確保とともにルールの策定を行うべきである。

補綴の見直しの評価は、三分

今回改定で、クラウン・ブリッジ維持管理料では、銀合金および金パラによる金属歯冠修復(単冠)が対象から外された。評価としては、「評価する」33.1%、「評価しない」31.8%、「どちらともいえない」33.1%と三分された。

「評価する」の内容では、2年間の再製作不可のしぼりがなくなったことなどが挙げられ、「評価しない」では、算定点数の減少が挙げられて

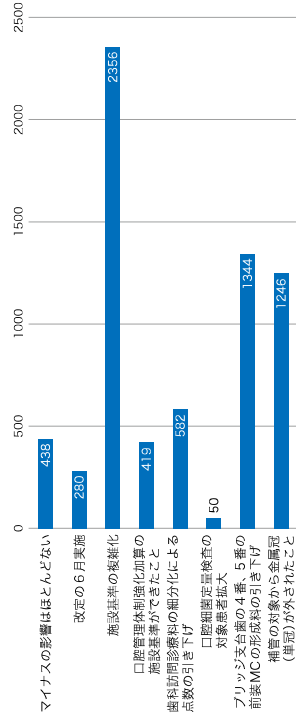


図9 マイナスの影響が出ると思うものについて(複数回答)

いる。また、CAD/CAM冠でのしぼりが残っていることを問題視する意見も挙げられた。

ブラスの評価はほとんどない

今回改定の個別項目で医院経営にどのような影響があったかをブラスの評価、マイナスの評価に分けて状況を質問した(複数回答可)

(図8、9)。

プラスの評価では、「プラスの影響はほとんどない」が最多となった。マイナスの評価では、「施設基準の複雑化」が最多で、「ブリッジ支台橋の4番、5番の前装MCの形成料の引き下げ」「補綴の対象から金属冠(単冠)が外

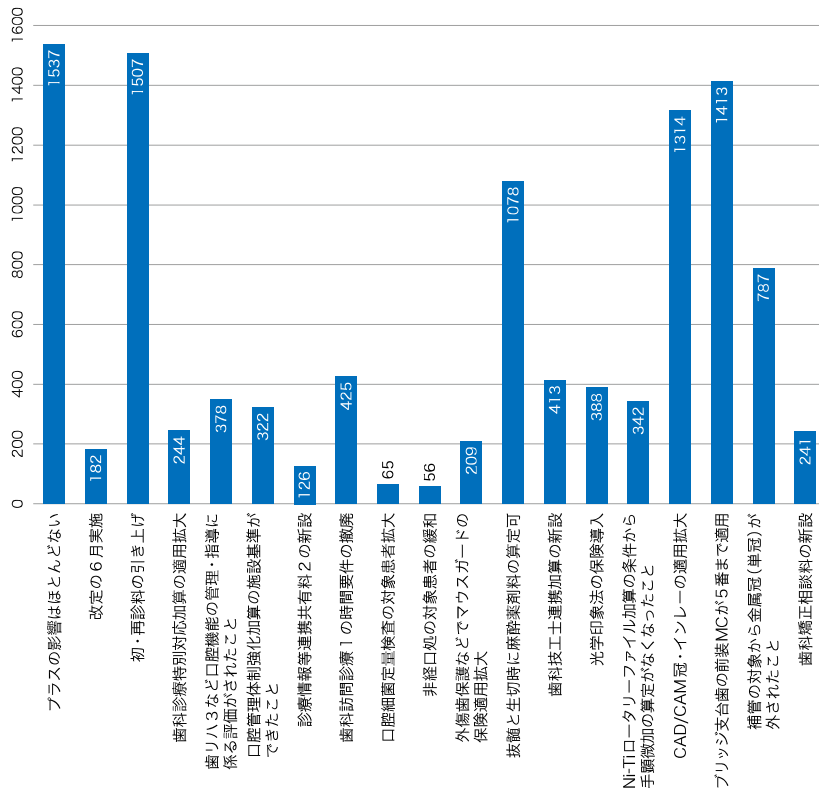


図8 プラスの影響が出ると思うものについて(複数回答)

されたこと」など点数の引き下げとなる選択肢が狭まっている。

医院経営改善のための診療報酬の引き上げを

医院経営の改善のために、国の制度として必要な対策と医院での対策に分けて質問した(選

図10 医院経営改善のため国の制度として必要な対策について(3つまで選択)

国への対策としては、「診療報酬の引き上げ」「患者窓口負担の引き下げ」「混合診療の容認」と続く。国民皆保険下で患者が保険診療にアクセスしやすくなることが第一であり、「診療報酬の引き上げ」と「患者窓口負担の引き下げ」に回答が集中した。他方で、低すぎる診療報酬への不満が「混合診療の容認」への回答としても表れている。

医院での対策では、「経費節減」が最多であるが、その次に「自費診療を増やす」が続いている(図11)。

歯科医療費の総枠拡大を

今回改定では、賃上げ対応にべア評価の新

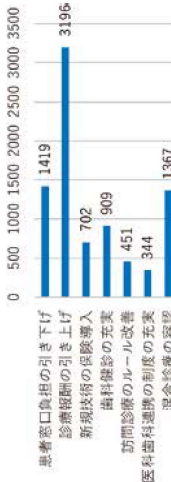


図10 医院経営改善のため国の制度として必要な対策について(3つまで選択)

設などとともに多くの改定財源が割かれたが、上げ幅など十分な対応でなかった。また、その分、診療行為の評価に振り向ける財源が大幅に削られる結果となり、保険診療を中心に実施している医療機関にとって全体として経営状況を改善させる改定内容となっていないことが明らかとなった。

制度の改善策としては、「患者窓口負担の引き下げ」「診療報酬の引き上げ」に次いで「混合診療の容認」が多くなっているが、患者の医療アクセスを確保する観点から保険診療に係る制度の改善、歯科医療費の総枠拡大こそが求められている。

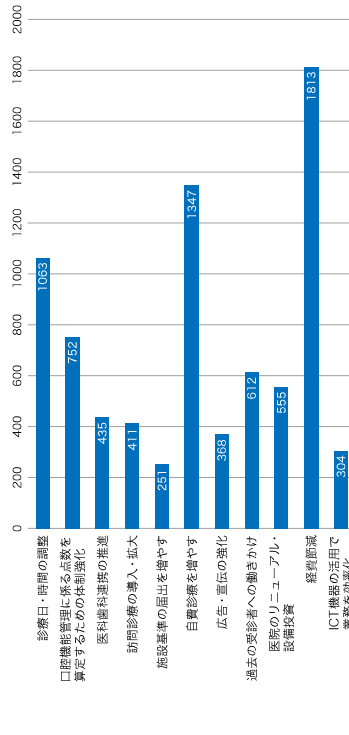


図11 医院経営改善のため医院での対策について(3つまで選択)

の 中 の 健 康 を 守 る 現 場 か ら

医院経営が成り立つ診療報酬を



全国保険医団体連合会社保・審査対策部歯科部員 歯科医師

多田 和彦 ただ かずひこ

2006年徳島大学歯学部卒業。2018年兵庫県伊丹市で開業。2021年兵庫県保険医協会理事。2020年より全国保険医団体連合会社保・審査対策部歯科部員。

2024年診療報酬改定は2カ月後倒しとなり6月1日施行となったが、点数は増えないにもかかわらず細かくややこしい改定内容で、十分な準備期間とはならなかった。

今次改定で一番豁然としたことは、ベースアアップ評価料という保険診療と一線を画す保険点数の導入だ。大規模な医療機関であれば事務長に

対応してもらうことも可能だが、歯科医師1人の診療所だと申請の煩雑さ(後に簡便化されるが)や定明報告、対象職種の限定なども考えるとしばらくは導入をやめておこうと思ってしまう。医院ごとの導入の有無や、職種によって賃上げの有無が生じて院内での分断が起らないかという不安を抱き、改定時期は暫みの種であった。

私の医院におけるスタッフ

引き上げているはずだ。診療報酬明細書に、「歯科外来・在宅ベースアアップ評価料(1)」と記載されてもよく分からず、患者から納得が得られにくい。そんな点数は外してもいい。医療機関と患者との関係悪化が起きかねない。

医療DX推進体制整備加算

について私は施設基準の届出

をしていないが、マイナ保険

証の利用率が一定割合に達し

ていないと「次月から算定で

きなくなりますよ」という内

容のメールや「利用率0%で

すよ」という書面などが支払

基金から届くようだ。マイナ

基金から届くようだ。マイナ

基金から届くようだ。マイナ

基金から届くようだ。マイナ

基金から届くようだ。マイナ

基金から届くようだ。マイナ

すべての歯科医師に 安定した経営を



全国保険医団体連合会社保・審査対策部歯科部員 歯科医師

加藤 開 かとう かい

1972年東京都生まれ。1997年明治大学歯学部卒業。2010年目黒メディカルロード歯科開業。2007年より東京歯科保険協会理事、2013年より社保・学術部部長、2017年より副会長を務める。

は、クラウン・ブリッジ維持管理料を廃止し、その分の点数を技術料への付け替えを主張してきたが、廃止に伴う財源が補綴物の点数に振り向けられなかったことは残念である。

また、ベースアアップ評価料に関しては、「評価しない」が52.9%を占め、「どちらともいえない」が31.8%という結果になっており、届出している医療機関も25.8%にとどまっている。視察する届出、わずかな上げ幅に加え、いつまでベースアアップ評価料が続くのが不透明な状況であり、いつかはご外されるのか分からない制度には怖くて乗れない。ベースアアップ評価料ではなく、初・再診療を引き上げが抜本的な賃上げができるようになっていけば、多くの歯科医師は安心して賃上げを行うことができたであろう。

歯科技工士連携加算や院外技工所との連携についても現場にそぐわない制度であり、わずかな加算点数しかなく技工士への賃上げや実際の技工士の出張料というには程遠いものである。

このように複雑な内容であり、かつ設備投資なしには増点にならない改定では、早期の期中改定を望む会員が多いという結果になった。次期診療報酬改定は、地域の歯科医師に携わっている先生方に分かりやすく安定した収入を得られるような改定であってほしい。

2024年度診療報酬改定についての歯科会

員アンケート結果では、厳しい改定であったことが示された。今次改定では、施設基準が改定され複雑になり、幅広い年代で厳しい改定であったと結果が出ている。

若手歯科医師においては、開業当初から診療所の設備投資や多くの施設基準を届け出る先生が多い印象を受ける。施設基準の緩和や細分化によって新規技術に対応できる設備等

が備わっている場合、保険診療での算定可能幅が広がり、増点につながっている場合が多いと思われる。高齢の先生ではDXや新規技術等に対する設備投資を躊躇してしまう傾向が強く、保険収入が減少してきている傾向が顕著。

具体的には新規技術の保険導入に対応するためのSPT、P重防、口腔機能発達不全症や口腔機能低下症等の長期管理で安定した保険診療体制を整えられず、減収になっていると思われる。

コロナ禍の時期から患者減・保険収入減が全世代に打撃を与えたが、コロナ禍明けの現在でも、患者減・保険収入減の傾向にある医療機関は深刻な問題を抱えていると言わざるを得ない。今次改定で金バラの前装冠やFMCが、クラウン・ブリッジ維持管理料の対

象から外されたことによる補綴物の減収も短

の 中 の 健 康 を 守 る 現 場 か ら

なぜ、歯科医師たちは 廃業を選ばざるを得なかったのか？ ——マイナ保険証とオン資義務化

東京新聞編集局社会部編集委員

長久保 宏美 ながくほ ひろみ

1961年、茨城県生まれ。1988年、中日新聞入社。水戸支局、東京本社社会部、宇都宮支局長、編集局デスク長、選挙調査室長、福島特別支局長、デジタル編集部編集委員。2025年3月から現職。



局がないため困っているという話も耳にする。設備投資をしても、電子処方箋を導入するメリットが私には見えない。

今改正で評価できる点は、糖尿病と歯周病の両方で、内科と診療情報連携共有料で連携した場合、歯科疾患管理料の総合医療管理加算、歯周病安定期治療の歯周病ハイリスク患者加算や機械的歯面清掃処置の毎月算定など、算定の幅が広がったことだ。内科の先生方には、ぜひ歯科との連携をお願いしたい。また、クラウド・ブリッジ維持管理料(補管)の縛りがすべてのケースではないにせよ撤廃されたことも評価できる。予後が厳しそうな歯を保存する場合でも、このおかげでかなりストレスが減った。可能ならCAD/CAM冠に関しても外してもいいのだが、補管で管理しているのだからせめて歯科医師の判断でどここの部位にも算定できるようにしてもらいたい。新設されたエンドクラウンに関しては、クリアラランスのない症例に対してとても便利で助かっている。

歯科訪問診療科について、同一日に同一建物居住者は、同一日に同一建物居住

2人以上に診療を行った場合の歯科訪問診療2・3が2・5に細分化され、同一建物居住者が2～3人の場合までは引き上げられ、4人以上の場合は大幅に引き下げられた。1日9人くらいまでの施設訪問ならよくあることであり、訪問診療に携わる先生にとっでは厳しい評価だと感じる。近年、政府主導で在宅診療を推進しておきながら、こうした評価に変更されると訪問診療を担う先生が減るのではないかと危惧する。歯科訪問診療1の時間要件が撤廃されたことは評価できるが、なぜ医科では時間要件がないのに歯科ではいまだにあるのか非常に疑問だ。医科・歯科の格差が根深いと感じる。時間要件は撤廃すべきだ。また、訪問歯科衛生指導料について、もすぐ時間要件が撤廃されない場合、20分未満の点数も設定すべきと考える。

患者と歯科医師を守れる診療報酬を

今改正は歯科医師現場の実態とかけ離れており、ペーシング評価料や医療DX推進体制整備加算など保険診療行為以外でのプラス点数が多

く、それらを算定していない医院に関してはマイナ改定となっているのではと推測する。物価や水道光熱費の高騰、金バラ問題、人件費ももちろん毎年上がっている中で、今後開院・倒産医院が増えているのではないだろうか。実際、2024年の歯科医院の開院・倒産件数は過去最多だったと報じられている。兵庫県内では50歳代、60歳代の先生が開院を早めているケースもあるようで、地域によっては近隣で歯科医療が受けられないのではと憂慮に堪えない。

次期改正への希望をくじくような今改正内容だが、かといって何もしないのでは、より医院経営が圧迫されることになることは目に見えている。次期改正へ向けた省庁等への要請などは非常に重要だ。そのためにもすべての国民が、いつでも、どこでも、お金の心配なく歯科医療を受けることができるために、「保険でより良い歯科医療の実現を求めたい」と思う。ぜひ全国の医師、歯科医師の先生方にも取り組みを呼びかけたい。

2024年12月2日に従来の健康保険証の新発行が終了した。マイナンバーカードに保険証の機能を一体化した「マイナ保険証」を基本とする仕組みに移行した。

この制度移行の陰で、医療がデジタル化する現場に立ち会う前に、廃業を決断せざるを得なかった歯科医師がいた。なぜ、地域住民に寄り添う治療を心がけてきた歯科医師は仕事を辞めたのか。

続けるつもりだった

松坂市のある小さな歯科医院が2024年11月30日、悲しみに包まれながら47年余の歴史を閉じた。「2023年9月には閉める予定だったのですが、地元の患者さん

月に診る患者は100人ほど。ここ数年は、女性スタッフと2人だけで運営してきた。「患者さんとの触れ合いもあるし、もうからなくても続けていきなかった。自分の体が不自由になるまでは続けるつもりだった」と寂しそうに語る。国は、マイナ保険証への本格移行をにらみ、2023年4月から全国の医療機関・薬局などに、オンラインで患者の保険資格を確認するシステムの導入を原則義務化した。

補助金では賄えない

この歯科医院は、手書きレポート(診療報酬明細書)で診療報酬を請求しており導入が猶予される「紙レス組」だった。しかし、将来を見通すと

もう限界だった。仮にレセコンも含めて対応する設備を導入するにしても、国からの補助金だけでは賅えない。ビルが古く通信回線などの保守・維持費もかさむ。もともと、ITが不得手ということもあり、自分自身の年齢を考慮すると歯科医院を続けることは困難だと判断したという。「よもやマイナ保険証がきつかけで廃業するとは思わなかった。長年『痛くない治療』を心がけてきた。30年以上も通ってくれた地域の患者さんのことを考えると残念。国のやり方は理不尽です」。帝国データバンクによると、2024年1年間の歯科医院の倒産(負債総額1000万円以上で法的整理)は27件。休業業は118件に上り、いずれも2000年以降で最多だった。

崖っぷちで背中を押され

一方で東京保険医協会があるが、2022年12月から2024年5月までの間に退会した会員の退会理由を調べたところ、およそ9%がオンライン資格確認の義務化を理由の一つに上げた。現役の歯科医師やデーターバンクの担当者の話を総合すると歯科医院の閉院・廃業・倒産の増加の背景には、もともと患者に対して施設数が多かったということのほか

に、①歯科医師の高齢化、②虫歯の罹患率の低下、③後継者の不在、④銀などの虫歯治療に使う合金の高騰などによる収益悪化、⑤小規模家族経営などがあり、オンライン資格確認の設備整備の原則義務化は、例えて言えば「崖っぷちに立っている人の背中にドーンと押すようなもの」なのだ。

広がる無歯科医地区

こうした流れを「淘汰」だと指摘する声もある。ただ、全国一律に淘汰が進む訳ではない。厚生労働省の2022年度の調査によると、歯科医院がない地域で、地区の中心的な場所を起点として半径4kmの区域内に50人以上が居住し、かつ容易に医療機関が利用できない「無歯科医地区」は全国に784地区、居住人口は約18万9000人に上る。全体としては一貫して減少傾向にあるが、地区



閉院を前に治療室の設備を説明する歯科医師

強いられる不利

岩手県保険医協会によると、同県内でも2024年以降、歯科医院の閉院が増加しており、閉院と同時に協会を退会する会員が増えている。退会理由は「オンライン資格確認の導入義務化によるカードリーダー導入が困難」と回答した会員はいないが、担当者は「(オンライン資格確認導入義務化が)高齢化、地域人口の減少を含めた複合的要因の一つ」とした上で「高齢の経営者が先々を考慮して設備投資するより閉院してしまおうという判断の後押しになっているのは事実」と指摘する。オンライン資格確認の義務化は、今後、過疎化が進む地方の歯科医院のみならず、そこに通う患者にも不利を強いる結果となることは明らかだ。