

21世紀にふさわしい 歯科改革提言



東京歯科保険医協会

目次

はじめに	1
第1章 超高齢社会に大きな役割を発揮する歯科医療	
1) 歯が「健康」を支えている	4
2) 歯が残れば病気が減り、医療費は大幅に引き下げられる	7
3) 介護の現場で重要性を増す歯科	8
第2章 「かかりたくてもかかれない」歯科の実態	
1) 「保険証一枚でいつでもどこでも歯科を受診できる」仕組みが崩壊	10
2) 経済格差によって歯科の格差が生まれている	11
第3章 困難な状態が歯科の現場に広がっている	
1) 30年にわたる診療報酬改定で大幅な歯科診療報酬の抑制	13
2) 限界をこえた歯科医療機関の経営	14
3) 疲弊した現場では歯科医師の意欲の低下等により歯科医療の質と安全基盤が 失われつつある	16
4) 地域歯科医療の後退となる病院歯科の減少	19
5) 次代をになう後継者問題と専門職種の確保の課題	19
第4章 歯科医師過剰と歯科診療所の競争と淘汰	
1) 歯科診療所・歯科医師数の増加の一方で急増する歯科診療所の廃止や休止	24
2) 歯科医師過剰による需給ギャップが拡大	24
第5章 緊急に改善を要する歯科の課題と提言	
1) 保険証一枚で歯科をだれもが受診できる制度へ改善を	26
2) すべての国民が歯科健診を受けられるような制度づくり	26
3) 歯科医療費が3兆円以上となるように緊急に診療報酬の引き上げを！	27
4) 指導・監査にあたっては行政手続き法に則った運用を	28
5) 歯科医師需給ギャップの改善のために早急な対応と歯科医師養成の改善について ...	29
第6章 長期ビジョンにもとづく歯科医療改革の提言	
1) 地域単位で包括した歯科政策作りと改革	30
2) 歯科診療所で保健・予防と「体に侵襲の少ない医療」を重視	31
おわりに	32

はじめに

歯科保健・医療・介護を利用することは人間らしく健康な生活を営む上で不可欠な時代になっています。

超高齢社会の到来の中で「健康寿命」という考え方が注目を集めています。今日まで歯科は「いのち」にかかわりが少ないと考えられてきたために社会的にも政治的にも軽視される歴史でしたが、歯科と全身疾患の関連による「いのち」と歯科の関わりが明確な時代となってきました。

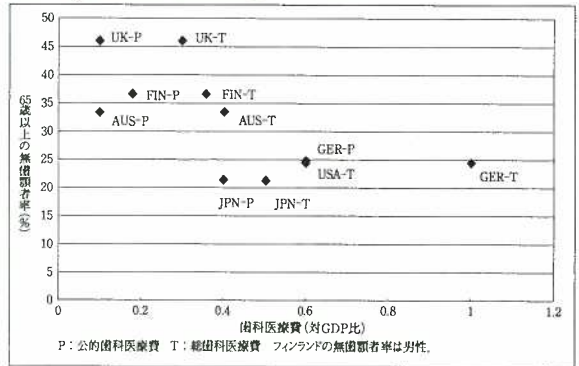
今日、日本の歯科の水準は世界の先進諸国と同等かそれ以上に高いレベルへと発展し、国民の口腔状況を改善させてきました。特に、世界的にみても低い無歯顎率は、国民皆保険制度や戦前から現在まで「補綴まで保険給付」というすぐれた制度の大きな成果といえます。また、戦後まもなくから数十年続いた小児のう蝕の蔓延対策では1980年代以降の地域歯科保健事業の充実やヘルスプロモーションに成功し、フッ素をほとんど利用せずう蝕を減少させるという世界でもまれな成果をあげています。(図:1) (図:2)

これらの前進は決して十全な制度の下で到達したものではありません。低歯科診療報酬等の貧困な歯科政策のもとで、現場で献身的に頑張ってきた多くの歯科関係者がこうした医療水準の高さをつくりだしたと自負をしてよいと思います。

しかし、最近国が歯科に求める効率化は限界を超え、国民や歯科関係者の間にさまざまな矛盾が拡大しています。

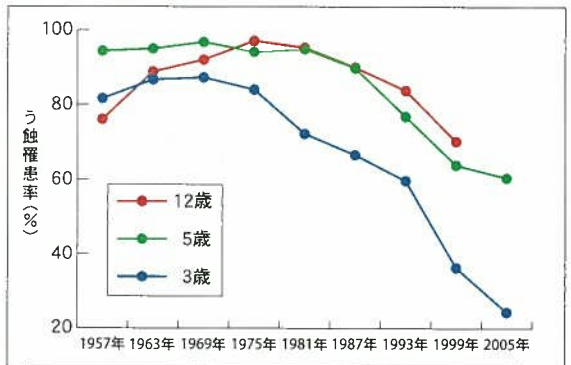
まず、経済格差が広がりこの間の窓口負担増などにより歯科を受診したくてもできない患者がかなり増加しています。

図1 無歯顎者率と歯科医療費(1997-2000)



出典:『日本の歯科医療費』(野村真弓他編著) 2007年発行

図2 小児う蝕の減少傾向



『歯科疾患実態調査』(厚生労働省)より東京歯科保険協会が作成

今日のように歯科診療報酬が少ない中で現場の頑張りだけで、歯科の高い医療水準を守ることは、すでに困難な状況となっています。(図:3) また一方、少子高齢化という大きな社会構造の変化、生活様式の変化、歯科疾病構造の変化、そして、医学の進歩や社会的な人権の進展という歴史の歩みにあわせて歯科のあり方を見直すとともに歯科医療そのものの歴史的な構造転換が必要となってきました。

私たち東京歯科保険医協会は、社会保障として「保険証1枚でかかれる」歯科の制度改善と、私たちが医療人としての専門性を発揮して安全で安心な歯科診療等ができる制度へ改革をめざして来ました。私たちはこのような時代認識にたつて、21世紀初頭を視野にいれた歯科改革ビジョンを提言します。

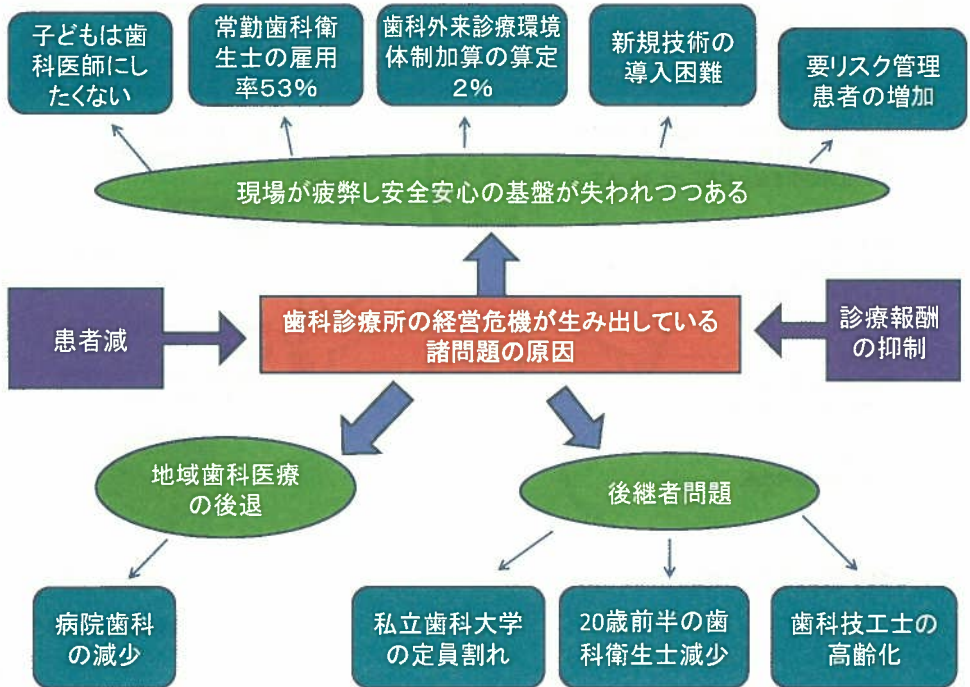
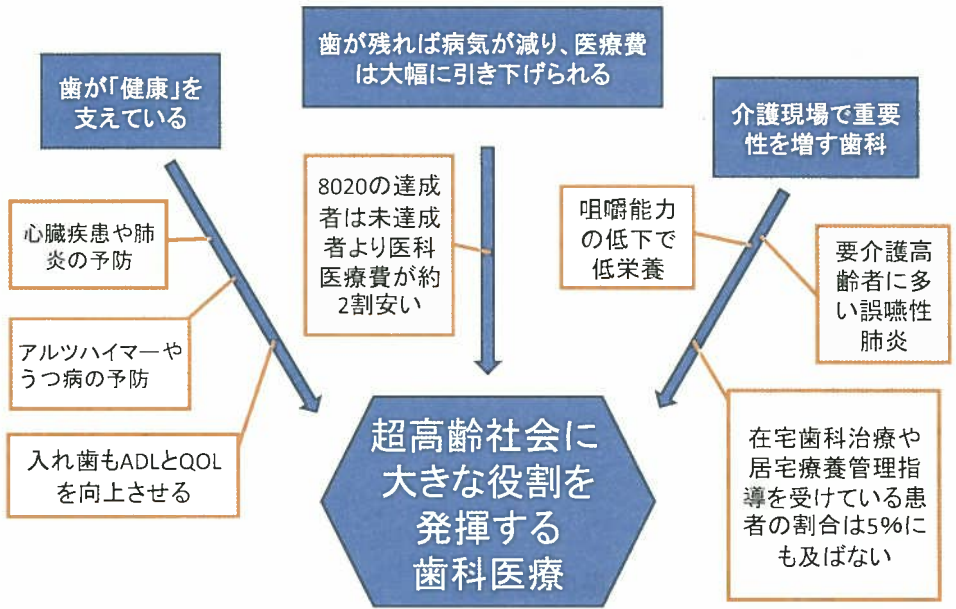
図3 歯科診療報酬の世界比較

歯科治療費(診療単価)の国際比較							
わが国の保険料金は7カ国中最も低額。							
(単位:円)							
	イギリス	フランス	ドイツ	スイス	アメリカ	カナダ	日本 ⁵⁾
根管治療 ¹⁾	92,220	43,920	14,146	36,601	108,011	52,764	5,839
歯石除去	13,630	3,144	1,779	4,626	12,566	6,366	732
アマルガム充		5,040		16,015	17,190		2,408
複合レジン充		11,880	6,218	14,658	25,724	10,567	2,851
インレー		25,661	23,993		108,101		5,795
再合着 ²⁾	3,698			5,700	3,863	3,417	774
金属冠	109,330	108,000		66,276	111,732	50,536	9,139
陶材冠		210,600		94,440	143,339	57,123	79,689
支台築造	12,180	24,840		21,168	41,138	7,703	1,707
拔牙 ³⁾	5,220		49,225	18,522	38,993		2,467
麻酔	5,220		1,606	2,807			321
エックス線標準 ⁴⁾		3,681	1,132	1,426	2,030	868	451
” パノラマ	6,960	18,252	5,574		12,660	3,273	3,202
為替レート ⁵⁾	1ポンド=174円	1ユーロ=108円		1スイスフラン=72円	1ドル=122円	1カナダドル=79円	

1) 抜髄、感染根管処置、根管充填を含む。
 2) インレー、クラウンの脱離再合着。
 3) 難抜歯を含む。
 4) 咬翼型を含む。
 5) 2002年1月1日～6月30日の間に適用される基準外国為替相場および裁定外国為替相場
 6) 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」を基に、各治療に関連する診療行為を集計した加重平均値である。

出典：「歯科医療再生のストラテジー」(川淵孝一) 2004年発行

8020の実現で高齢者の生活を豊かに向上させ医療費を削減



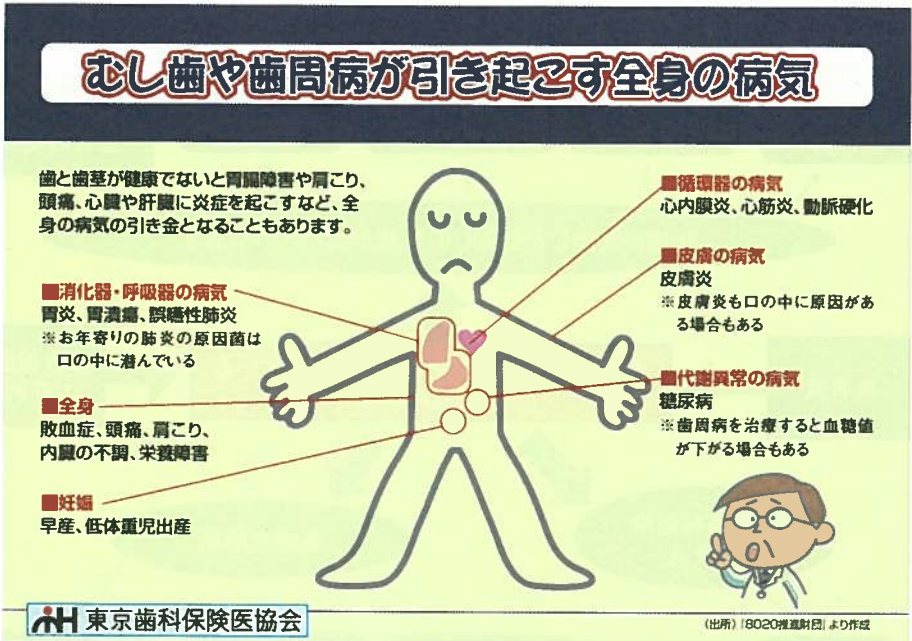
第1章 超高齢社会に大きな役割を發揮する歯科医療

1) 歯が「健康」を支えている

「健康寿命」(平均寿命から介護状態の期間を引いたもの)に国民の関心が集まる時代へと変化してきています。従来、「歯の病気では死なない」ということが常識とされる時代でしたが、この健康寿命の時代では、まさに、「高齢者は歯がいのち」といってよい時代となっています。

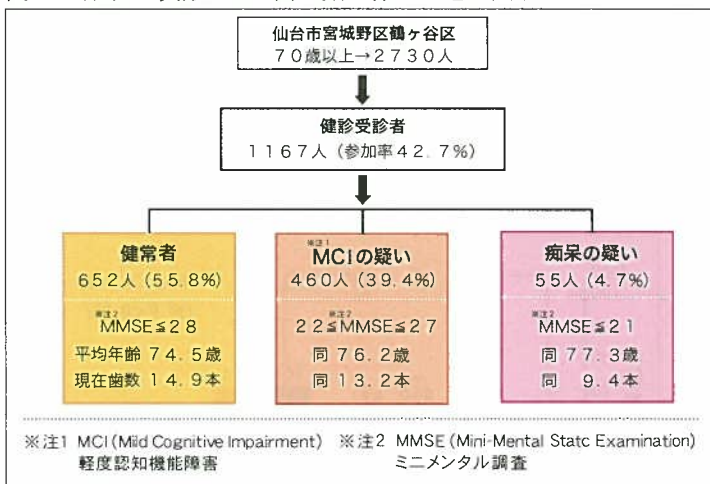
医学の発展の中で口腔の病気(口の中の汚れ、歯周炎などの病気)が肺炎、心臓病や血管の病気、糖尿病等の引き金となったり、増悪させたりしていることがわかってきました。また、歯の喪失も健康に大きな影響を与えることが明らかになってきています。歯の喪失と、アルツハイマーやうつ傾向との関連を指摘する研究報告が増えています。(図:4、5、6)

図4 歯科の病気と全身の関連図



出典：東京歯科保険医協会で作製

図5 痴呆の予防には、歯の数を保つことが大切



出典：「高齢者の歯、および口腔状態が痴呆発症に及ぼす影響に関する調査研究検討委員会」
(東北大学医学、歯学両部の共同研究 渡辺誠) 2003年

図6 抑うつ・主観的健康観と歯・口腔・栄養状態との関連

	対象者数 (人)	抑うつ(GDS)			主観的健康感	
		うつなし p値	うつ傾向 p値	うつ状態 p値	「あまりよくない」 「よくない」 p値	
残存歯数	20本以上 19本以下 ほとんどなし	3,049 4,370 4,922	74.3 65.9 *** 60.8	20.1 26.0 *** 29.4	5.6 8.1 *** 9.8	21.2 27.9 *** 32.1
咀嚼	たいていのものは噛める あまり噛めない-噛めない	11,345 1,054	68.1 41.3 ***	24.7 39.2 ***	7.2 19.5 ***	25.6 54.0 ***
BMI	18.6以上 18.5以下	10,788 900	67.1 58.2 ***	25.3 30.6 **	7.7 11.2 ***	26.8 39.0 ***
体重減少	なし あり	10,995 1,050	68.1 47.2 ***	24.8 35.0 ***	7.1 17.8 ***	25.3 51.7 ***

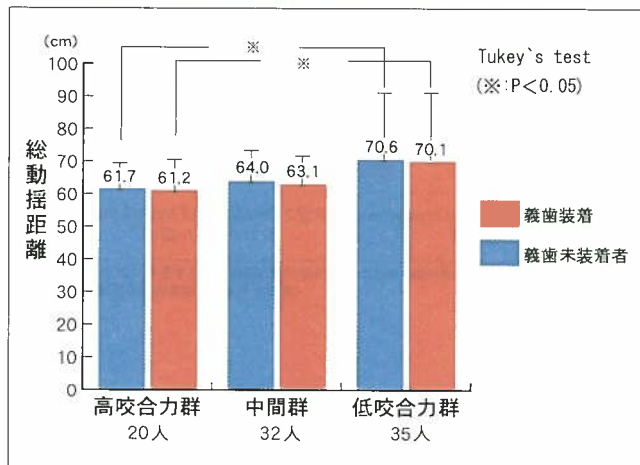
一般線形モデルにより年齢を調整した結果。
** : p<0.01, *** : p<0.001
抑うつ尺度(GDS 15項目版) : 「うつなし(GDS得点4点以下)」「うつ傾向(5-9点)」「うつ状態(10点以上)」
主観的健康感 : 現在の健康状態が「あまりよくない」または「よくない」と回答した者

出典：「検証 健康格差社会」・介護予防に向けた社会疫学的大規模調査 (近藤克則) 2007年発行

そして、骨折の原因となる転倒事故が介護現場で大きな問題となっていますが、噛み合わせの崩れが体の平衡バランスに影響することも指摘されており、歯の喪失が転倒を起こす原因の一つと考えられています。(図:7)

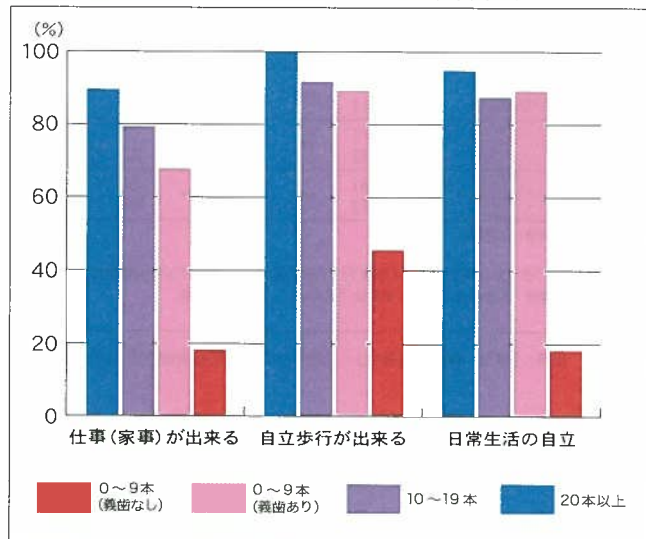
また歯を失っている高齢者にとって、義歯装着で噛む機能の確保ができるかどうかはQOLやADLの維持・向上に大きな影響をおよぼしていることも明らかになってきています。(図:8)

図7 体の平衡感覚に影響する咬合状態



出典:「局部床義歯装着者の咬合状態と身体動揺の関連について」
スポーツ歯学第13巻第1号 16～22 (宮沢慶) 2008年発行

図8 義歯の装着でADL, QOLが改善する



出典:尾道地区「8020歯科保健実態調査報告書」(尾道歯科医師会) 1993年より協会が複製

2) 歯が残れば病気が減り、医療費は大幅に引き下げられる

超高齢社会では口腔の病気を治療し重症化を防ぐことが、大幅な医療費の引き下げにつながる事が明確になっています。多少の差はありますが、多くの調査結果では高齢者で20本以上の歯を持っている人は、医科医療費が約2割前後安くなる事が報告されています。(図:9) 特に、入院医療費が削減される結果が表れています。

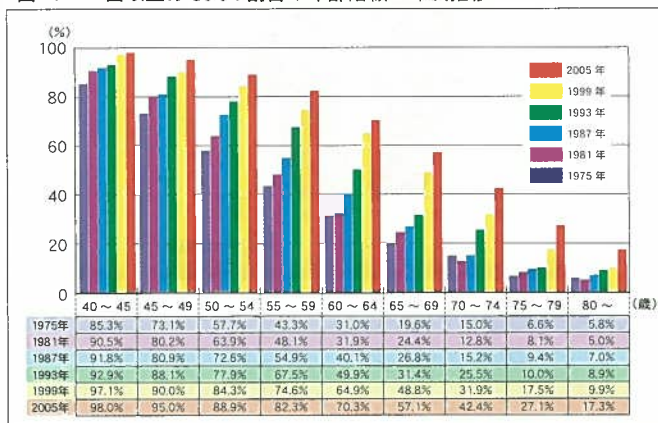
現状は80歳以上で20本以上自分の歯を残している人の割合は17.3%(図:10)ですが、もし、全員が20本以上の歯を残しているとすると、概算でみると医療費の削減額は1兆円をこえることが予想されます。(図:11)

図9 歯が残っている人と歯の少ない人の年間医療費の比較



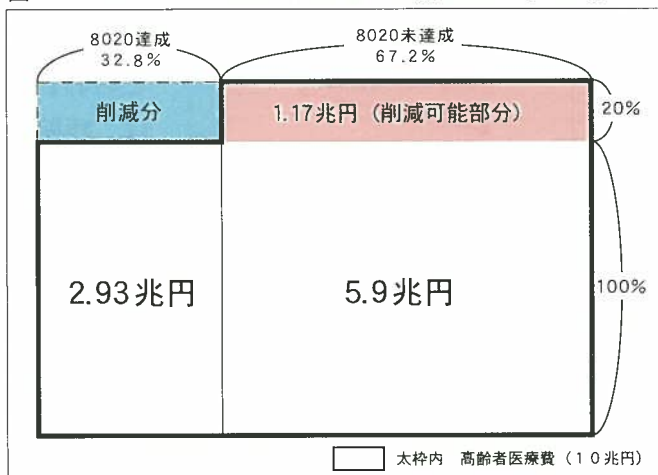
出典：兵庫歯科医師会H14年調査より協会が作成

図10 20歯以上ある人の割合の年齢階級・年次推移



出典：「歯科疾患実態調査」(厚生労働省)

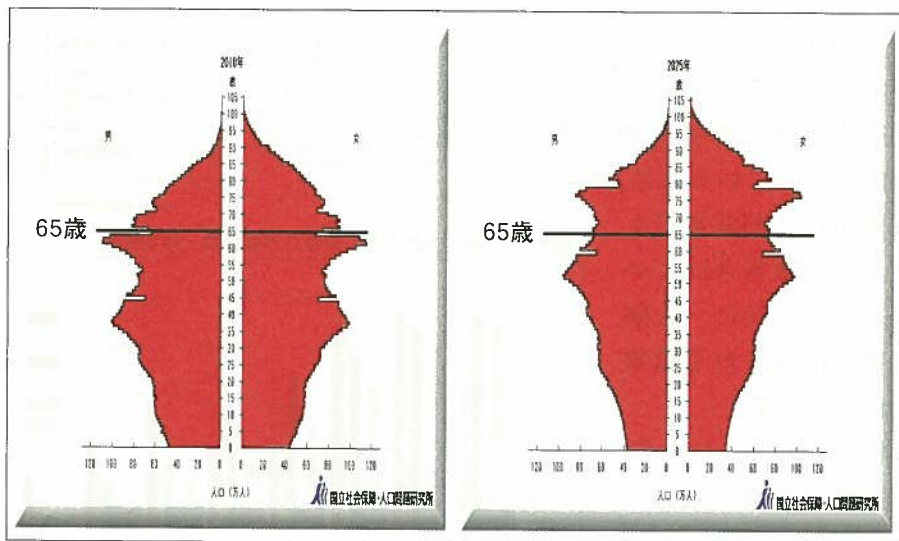
図11 8020の達成で医療費の自然増は抑制される



出典：「8020運動と医療費の関係」(兵庫歯科医師会H14)より櫻井充氏が作成

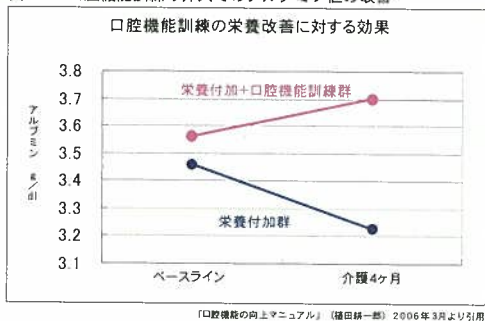
高齢化の進展による医療費の伸びを抑制する上でも、後期高齢者が倍増する15年後を考えると、高齢者の歯を残すための政策づくりが緊急の課題となっています。(図:12)

図 12 現在と15年後の人口分布



3) 介護の現場で重要性を増す歯科

図 13 口腔機能訓練の介入でのアルブミン値の改善



「口腔機能の向上マニュアル」(福田耕一郎) 2006年3月より引用

要介護状態にある人が低栄養になると、介護状態が進行する可能性があるといわれています。さまざまな報告では、病院や在宅で低栄養状態にある患者は3割とも6割ともいわれるほどです。低栄養に関係の深い要因としてうつ病や薬の副作用などのほかに、嚥下障害や歯の疾患があげられています。(図:13)

また、入院患者の死因の中で大きな要因を占める肺炎も、その多くは誤嚥性肺炎であるといわれています。このため最近では病院をはじめ在宅でも口腔機能を保持し増進するための口腔ケアや嚥下訓練が注目されています。(図:14)

しかし、介護では口腔機能の向上が重視され各地で活動がはじまっていますが、全国平均でみると在宅歯科治療を受けている要介護者は約3.6%、介護保険における居宅療養管理指導を行っている診療所は約4%と推計されまだまだ多くはありません。(図:15) 圧倒的多くの要介護高齢者が歯科を受診できていないという点は、できるだけ早く改善されることが望まれます。

図 14 口腔ケアによる肺炎の減少

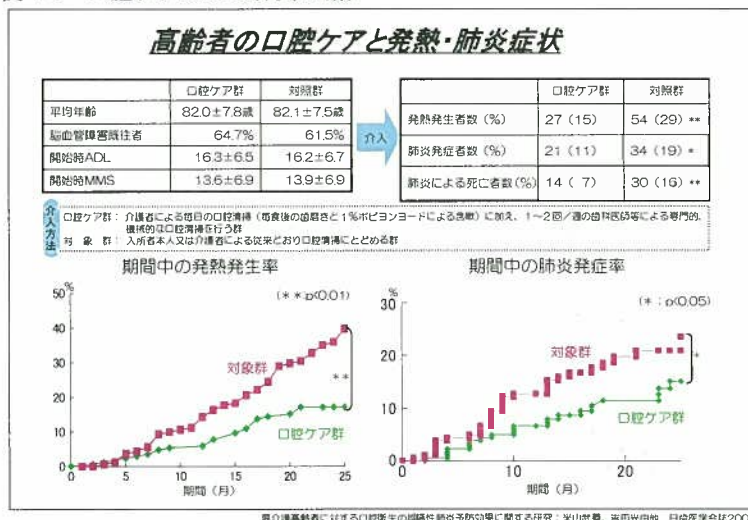


図 15 在宅歯科医療の現状

在宅医療サービス実施診療所数 (1ヶ月間)							
総数	訪問診療 (患者)	訪問診療 (患者以外)	訪問歯科 歯科衛生 指導	居宅療養 管理指導 (歯科医師)	居宅療養 管理指導 (歯科衛生士等)	その他の 在宅医療 サービス	在宅医療 実施診療所率 (%)
全国計	12,147	8,138	6,770	3,308	2,675	1,814	14.1

在宅医療サービス実施件数 (1ヶ月間)							
	訪問診療 (患者)	訪問診療 (患者以外)	訪問歯科 歯科衛生 指導	居宅療養 管理指導 (歯科医師)	居宅療養 管理指導 (歯科衛生士等)	その他の 在宅医療 サービス	訪問診療 (患者+患者以外) 再掲
全国計	51,185	102,463	74,907	33,184	29,488	527	153,648

診療所1施設当たりの訪問診療実施件数							訪問診療 充足率 (1ヶ月間)
診療所 1施設当たり の訪問診療 (患者) 実施件数	診療所 1施設当たり の訪問診療 (患者以外) 実施件数	診療所 1施設当たり の訪問診療 (患者+患者 以外) 実施件数	実施診療所 1施設当たり の訪問診療 (患者) 実施件数	実施診療所 1施設当たり の訪問診療 (患者+患者 以外) 実施件数	実施診療所 1施設当たり の訪問診療 (患者+患者 以外) 実施件数	訪問診療 実施件数+ 患者以外/ 要介護高齢者数 (%)	
全国計	0.8	1.5	2.3	6.3	15.1	12.6	3.6

(2005年総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計)

出典: 「わが国の要介護高齢者の歯科医療ニーズと在宅歯科医療推進の短期的目標」(深井博博)ヘルスサイエンス・ヘルスケア Volume 7, No. 2 (2007)

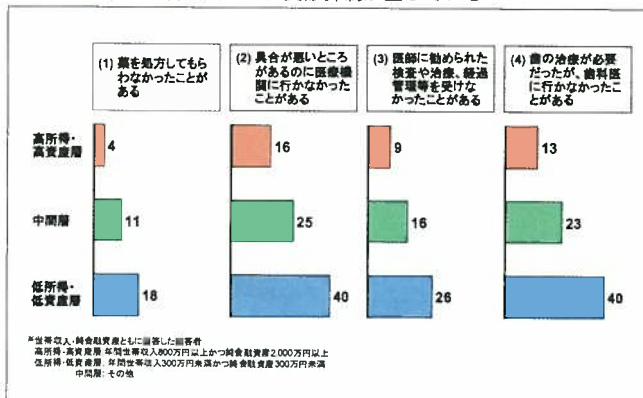
第2章 「かかりたくてもかかれない」 歯科の実態

1) 「保険証一枚でいつでもどこでも歯科を受診できる」 仕組みが崩壊

今日、各種の調査で歯科医療機関の受診を国民がガマンしていることが明らかになっています。貧困の広がりと同時に歯科医療費の窓口負担割合の拡大などで、低所得者のみならず中流といえる階層まで歯科受診をひかえるようになっていきます。また、労働の現場が厳しく歯科受診ができない状況が広がっています。

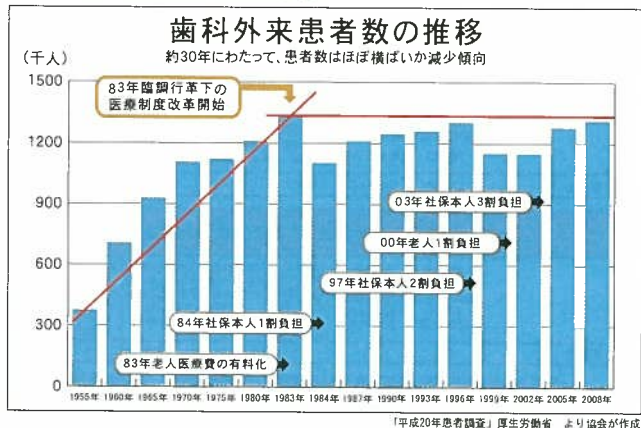
(図:16)、(図:17)

図 16 経済力の弱い人には、受診抑制が生じている



出典: 「日本の医療に関する2007年世論調査報告」日本医療政策機構

図 17 窓口負担と患者受領率の影響図

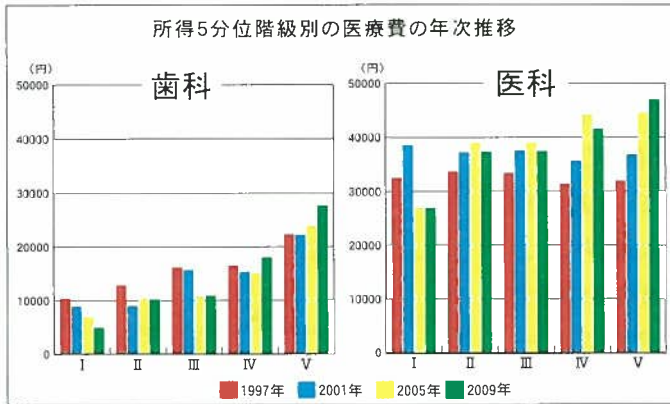


2) 経済格差によって歯科の格差が生まれている

特に、歯科受診は所得弾性値の影響が大きく、経済的理由による格差が生まれやすい特徴があります。政府の家計調査によれば所得階層によって、窓口での歯科治療費の支払いに極端な格差があることが明確になっています。(図:18) また、負担額が少ないにもかかわらず低所得者ほど家計における歯科治療費の負担額の割合が大きくなっています。

患者調査(厚生省)によると高齢者の歯科受療率は増加していますが、高齢化率の伸びほど高齢者の歯科受診は伸びていません。また、40代の受療率は低下しています。(図:19)

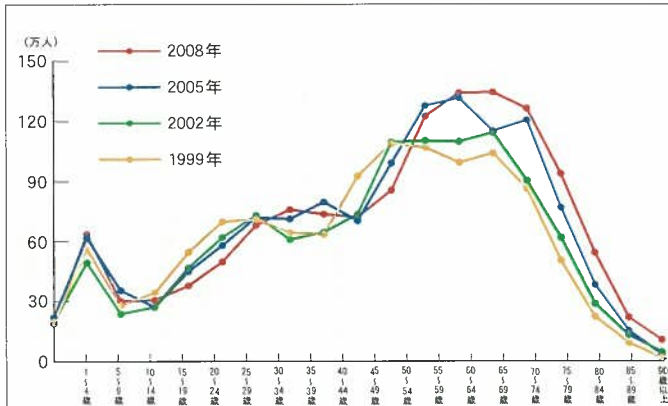
図18 経済格差によって歯科の格差が生まれている



※所得5分位：すべての世帯を毎月の実収入(現金収入)、世帯主の定期収入又は世帯の年間収入などを収入の低い方から順番に並べ、それを調整集計世帯数の上で五分分して五つのグループを作った場合の各グループのことで、収入の低い方から順次第Ⅰ、第Ⅱ、第Ⅲ、第Ⅳ、第Ⅴ五分位階級という。

「家計調査」厚生労働省 より協会が作成

図19 この20年間の年齢別歯科推計患者数の構造変化



「患者調査」厚生労働省 より協会が作成

それだけでなく、高齢者も含め最近では、歯科受診はするが治療途中での中断等の増加が目立っています。(図:20)

現在の日本では小児のう蝕は急速に減少していますが、中高年の世代のう蝕や歯周病の罹患率は高く、定期的な予防的管理や治療が受診抑制によって適切に受けられない状態となっています。(図:21) 05年の歯科疾患実態調査では80歳で20本を持っている人の割合は低い状態にあり、こうした状態は8020をすすめる上で大きなブレーキとなる可能性があります。(図:22)

図20 補綴完了者・一部完了者・未完了者の割合の年次推移

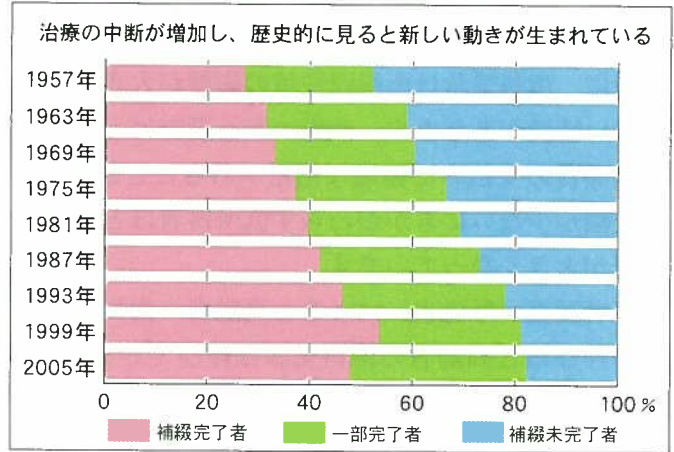


図21 未処置歯は減少しているがう蝕罹患経験者数(DMF)では30歳以上で減少していない

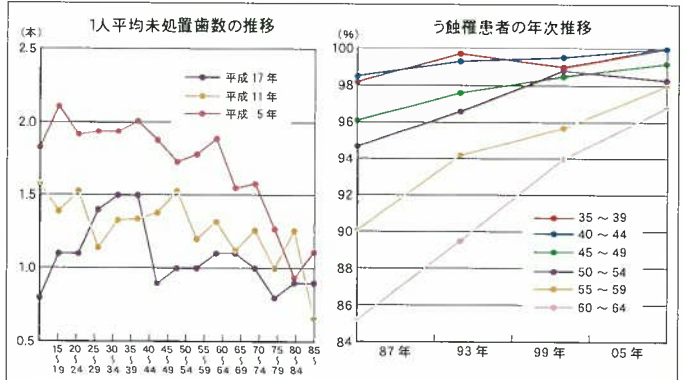
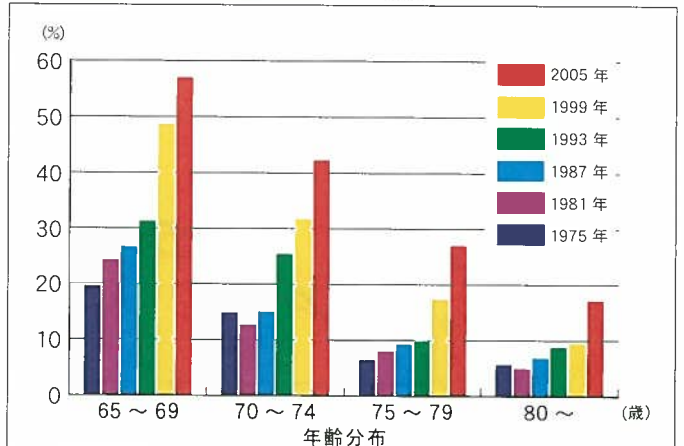


図22 65歳以上の20本所有者の分布(1975年から2005年)



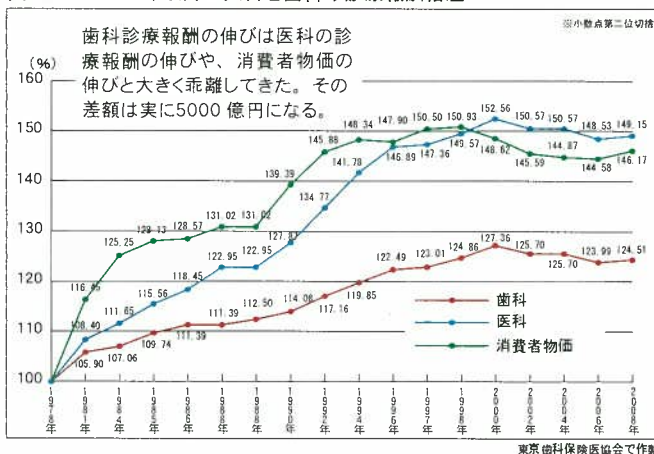
出典:「歯科疾患実態調査」(厚生労働省)2005年

第3章 困難な状態が歯科の現場に広がっている

1) 30年にわたる診療報酬改定で大幅な歯科診療報酬の抑制

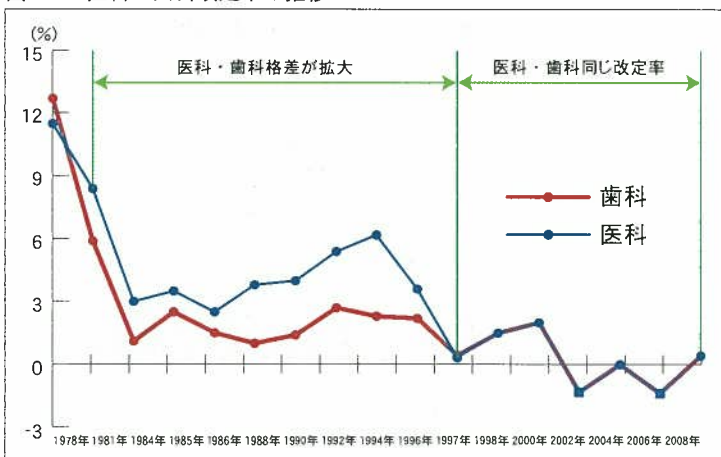
1983年以降の医療費抑制政策によって、診療報酬の伸びが厳しく抑制されています。1978年から2008年までの伸び率は、同期間の消費者物価の伸び率146を大きく下回る124に止まっています。2008年の歯科医療費を元に計算すれば、この差は5000億円になると推計されます。(図:23)

図23 1978年以降の医科と歯科の診療報酬格差



医科歯科の格差は1984年から1996年までつづけられた「薬価差益の技術料振り替え」の時期に拡大をしています。(図:24)

図24 医科・歯科改定率の推移



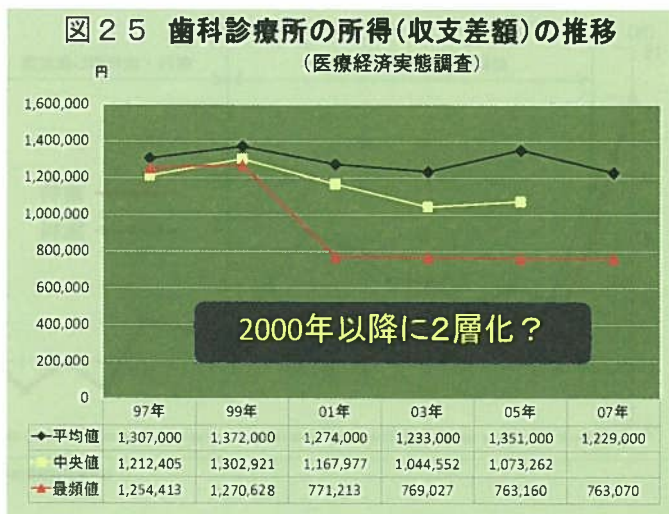
その後の構造改革路線では、診療報酬の伸び率では医科歯科格差はさほど大きいものではありませんでした。しかし、1998年から2008年までに行われた5回の改定率の平均はわずか0.028%と消費者物価の伸びにも追いつかないきわめて少ないものでした。

診療報酬とは本来適切な医療が患者に提供されることをめざしたものと いえます。しかし、この間、歯科診療報酬を低くおさえるために73項目を20年以上改定しなかつただけでなく、新規技術もほとんど導入しませんでした。また、包括性の仕組みをもち、再度の初診料を起こさせない「長期維持管理」路線が強化され、さらに、クラウン・ブリッジ（補綴物）維持管理料などの成功報酬型の診療報酬などの仕組みが組み込まれて、現場の診療活動に多くの矛盾を持ち込むものになっています。

2) 限界をこえた歯科医療機関の経営

3割にまでなった窓口負担による患者数の伸びと歯科医療費の伸びが著しく抑制されるなかで、多くの歯科医療機関は経営難に直面しています。

医療経済実態調査でも、この10年で一医療機関当たりの収支差額は12.3%（中央値）さがっています。07年6月の調査では収入は345.5万円ですが、収支差額（個人）では平均で122.9万円（税込み）で、最頻値は76.3万円と歯科医療機関の経営は大変深刻な状況にあります。（図：25）



「医療経済実態調査」（厚生労働省）より協会が作成

ある推計によると年収 200 万円以下の歯科医師は 9300 人で 9.3% となっています。(参考:「歯科医療白書 2008 年版 第 9 章 歯科医師所得の経済分析」)

この背景には歯科医療費が 1996 年以降は 2 兆 5000 億円台とほぼ横ばいとなっていることがあります。1996 年は集团的個別指導の導入があり、翌年から医科歯科の改定率が同率となりました。(図:26) また、2001 年の 2 兆 6041

億円をピークに下がり始め 2007 年では 2 兆 4996 億円にまで減少しています。国民医療費に占める歯科の割合は 1955 年の 13.0% から 7.3% にまで下がり続けていることが指摘できます。(図:27)

もう一つの要因は患者減です。高齢社会の進展のなかで本来ならば歯科

を受診する患者が増加すると想定されていましたが、実際には、この 30 年間、歯科患者数は 110 万人から 130 万人の間で変動しており、伸びていません。

09 年の調査でも歯科患者数は 130 万 9400 人 (図:17) となっています。

図 26 歯科医療費の推移

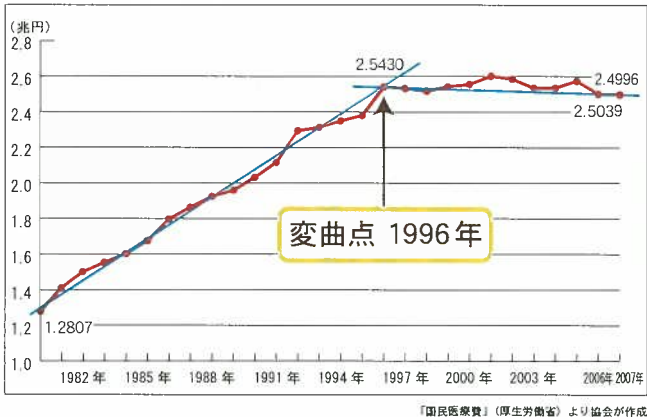
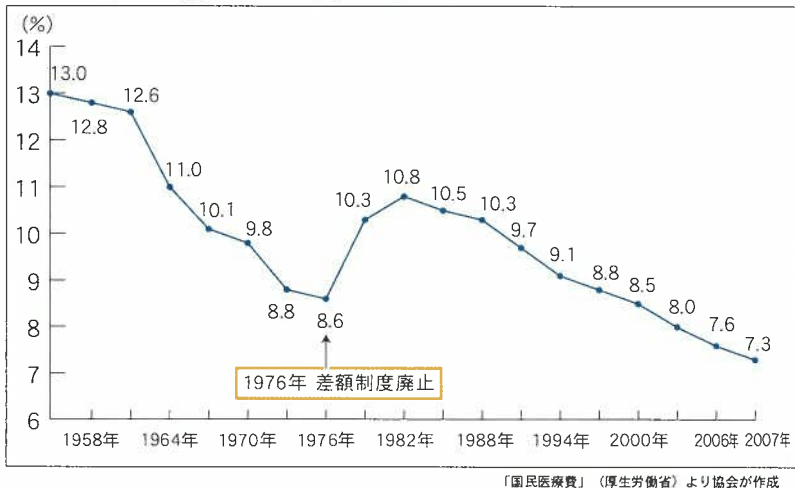
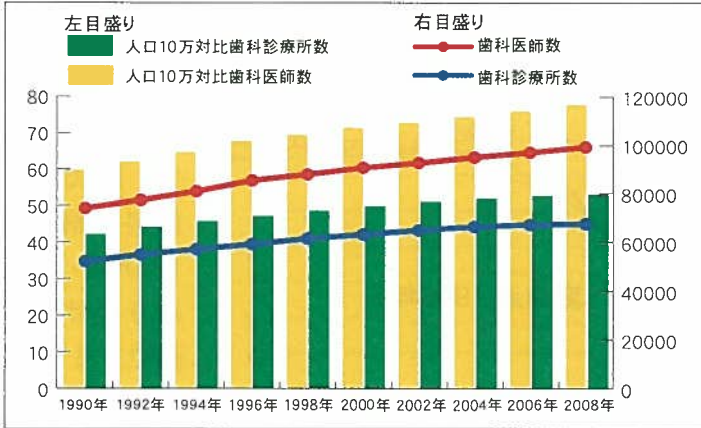


図 27 国民医療費に占める歯科医療費の割合



一方で、この10年間で歯科医療機関は約6000件増加し1998年の人口10万対比でみると48.7件から2008年53件と増加し、一歯科医療機関の患者は平均で一日当たり19人にまで減少しています。(図:28)

図28 歯科医師・歯科診療所の実数と人口10万当たりの数の推移



「医師・歯科医師・薬剤師調査」「医療施設調査」(厚生労働省)より協会が作成

3) 疲弊した現場では歯科医師の意欲の低下等により歯科医療の質と安全基盤が失われつつある

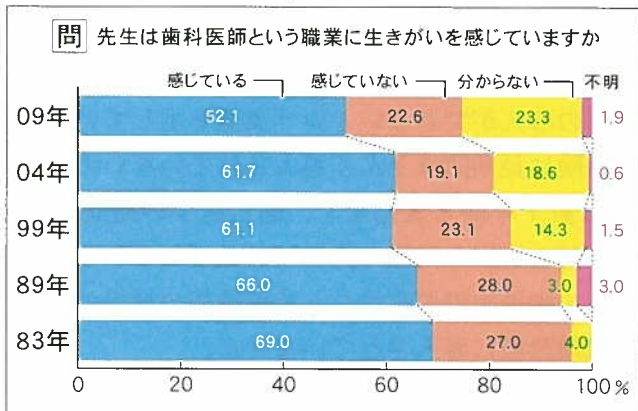
個人事業主という零細な経営規模の歯科診療所では、安全性を重視するための投資、人員増は経済的に困難な状況にあります。

患者減と歯科医療費抑制策による経営困難の中で多くの歯科診療所は診療時間の延長などの努力もしていますが、経営は容易に改善できる状況ではありません。

こうした中で、歯科医師としての意欲が顕著に低下し、子弟を歯学部にいれないという意見が増加しています。(図:29、30)

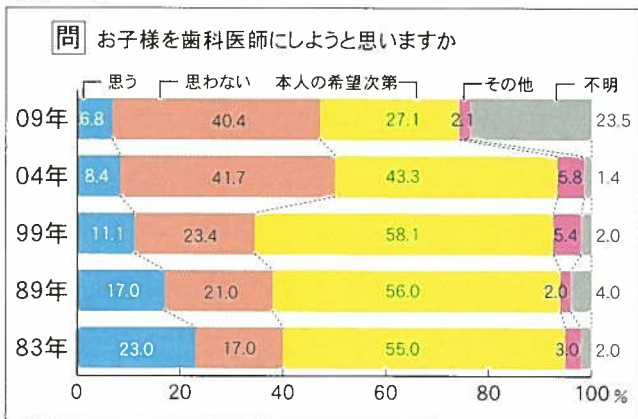
①安全性を高めるためには専門職種で構成したチーム医療が基本です。就業歯科衛生士数は増加していますが、東京では5.3%の歯科診療所しか常勤の歯科衛生士を雇用できていません。(2007年東京歯科保険医協会調べ) 歯科疾患予防や口腔ケアなど診療室だけでなく、在宅での歯科衛生士の役割が高まっており、歯科医療現場ではますます必要な職種となっています。歯科技工士に代って最近ほとんどの歯科診療所で雇用出来ない状況にあります。(図:31)

図29 歯科医師に生きがいを感じるか



東京歯科保険医協会「会員の実態と意識調査」2009年

図30 子供を歯科医師にしたいか



東京歯科保険医協会「会員の実態と意識調査」2009年

図31 歯科診療所ですすむ人員削減

従事者が10年間で25%(1.2人)の減少

従事者		1997年	2001年	2007年
	常勤		4.6人	4.3人
非常勤		1.3人	0.9人	0.5人
合計		5.9人	5.2人	4.7人

「医療経済実態調査」(厚生労働省)より協会が作成

② 08 年の診療報酬改定で医療の安全性を高めるために設定された歯科外来環境体制加算の施設基準を届け出ている都内の歯科診療所は約 2 % (2010 年 2 月 1 日現在 241 施設) にすぎません。これは現行の不採算な診療報酬では安全に係わる機器や診療設備の導入ができないという実態を示しています。

③ 新しい技術が保険に長期間ほとんど導入されていないために、治療に使用できる基本的な技術は数十年前と変化なく、歯科医学の発展と現場の乖離も深刻になっています。医科の発展と同様に歯科においても CT などの診断機器、レーザー、インプラント、歯周組織再生法など治療技術や材料の発展はめざましいのですが、ほとんど保険診療に導入されていません。

④ 高齢者の増加によって、全身的管理を前提とした歯科診療がもとめられていますが、血液検査など医学管理に最低必要なことが保険診療では認められていません。検査ができないことは、歯科医師が高いリスクと不安のなかで診療を行わざるを得ないとの弊害も生みだしています。

4) 地域歯科医療の後退となる病院歯科の減少

歯科診療報酬の低さは、一般歯科診療所の後方支援機能をもつ病院歯科を減少させています。病院数は1990年頃をピークに減少傾向に入りましたが、それ以上に病院歯科も減少しています。

1990年の病院歯科の数は1528施設で病院歯科のある割合は16.9%でしたが、2007年には1192施設で15.3%にまで減少しています。この17年間で病院は13.7%減少したのに対し、病院歯科は21.8%の減少となっています。(図:32)

図32 一般病院数・病院歯科数と病院歯科の比率の推移



【医療施設調査】(厚労省)より東京歯科保険医協会が作成

このように、一般歯科医療機関では対応できないような合併症をもっている患者や難易度の高い口腔外科処置が必要な患者の受け入れ施設が減少してきています。この減少は患者にとっては病院歯科を受診する上での物理的なハードルとなっており、地域歯科医療の後退を表しています。

2010年度歯科診療報酬改定で病院歯科への一定の配分がなされましたが、改善には依然足りない状況です。

5) 次代をになう後継者問題と専門職種確保の課題

①急速に進む私立大歯学部を中心とした定員割れと歯科医師養成上の問題

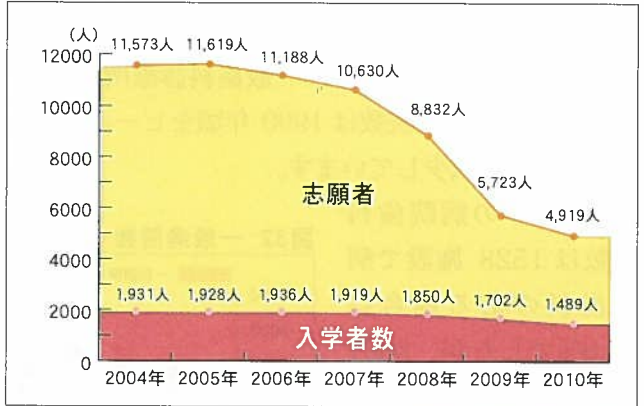
歯学部の入学生定員割れが急速に進んでいます。この背景には歯科医師になるための数千万円におよぶ学費や、開業のための数千万円の資金確保・投資、そして、回収が困難になっていることがあげられます。今後も歯科医療機関の経営悪化が続けば、一層、この傾向に拍車がかかることは明らかです。

これは、歯科医師は過剰だから定員割れでも良いという単純な問題ではありません。このような形で定員割れが続き歯科医師が減少すれば、入学者の学力低下は進み、

いかに国家試験を厳しくしても、歯科医療の水準（質）の低下は防げません。これが放置されれば国民の歯科医療不信をまねき、新たな深刻な問題が歯科界に生まれることになります。

(図:33、34、35)

図 33 私立歯学部志望者と入学者数の年次推移



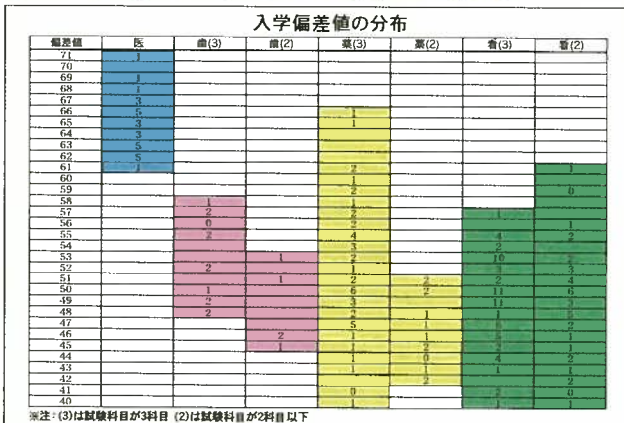
出典：「日本の歯科医療費」（野村真弓他編著）2007年発行

図 34 歯学部の偏差値



代々木ゼミナールの資料より東京歯科保険医協会が作成

図 35 医学部・歯学部・薬学部・看護学部の偏差値



代々木ゼミナールの資料より東京歯科保険医協会が作成

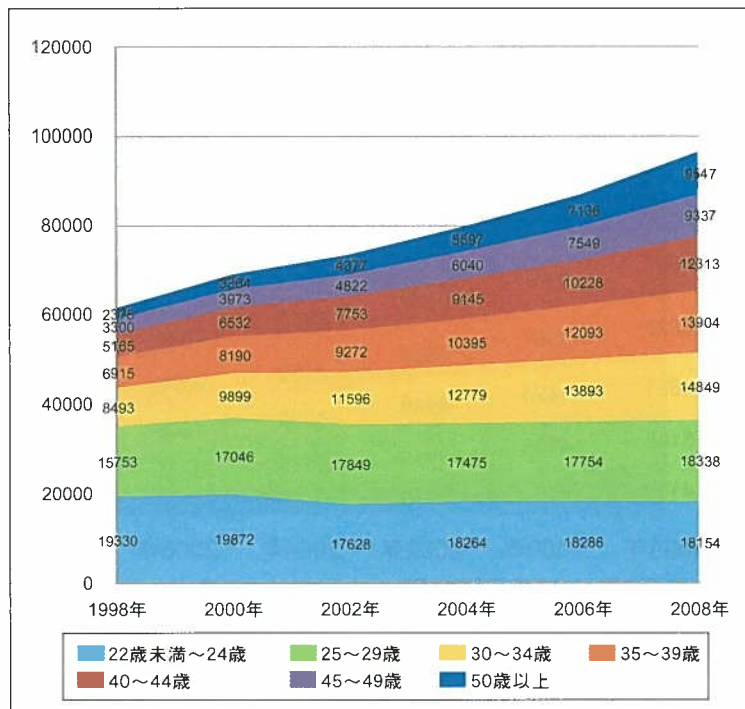
2006年より歯科医師臨床研修制度が必修化されました。しかし、現在のよう
に期間が1年では、歯科医師としての独り立ちが困難です。歯科の治療上の特
徴は小外科の連続であり、適切な治療は医学の知識を「手業」として表現できる
能力（技能）を獲得してはじめて成功します。したがって、一人前になるため
にはかなりの経験と時間を要します。

また、現場では若手の歯科医師を雇用できるような経営体力がなくなり、若手
の歯科医師が技能を伸ばしていく場所の確保が困難となっています。すでに、こ
のような状況がつづくなかで臨床での歯科医師の能力低下が問題となって浮上し
ています。

②若手が定着しない歯科衛生士の背景

全国的には就業歯科衛生士総数は増加していますが、30歳代以降の歯科衛生
士のパート勤務による復帰等が増加の主な要因です。むしろ、新卒や20歳代
歯科衛生士の定着は悪化しています。こうした状況では、「募集をしてもなかなか
応募者が来ない」という現場の歯科衛生士不足を解決できません。(図:36)

図36 就業歯科衛生士数の年次推移

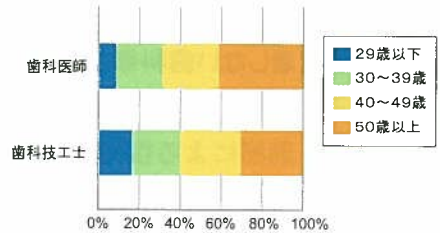


「衛生行政報告例」(厚生労働省)より東京歯科保険医協会が作成

現実には歯科衛生士への志望者が減少し、歯科衛生士学校の定員割れや廃校する学校も増えています。歯科衛生士学校を卒業するには理系の大学よりも年間当たりの学費が高くなっています。また、卒業後は他の業界や同じ医療界で同等の修学年限の職種と比較しても低賃金・長時間拘束とならざるを得ない状況があります。歯科医療機関側から見れば経営悪化により十分な賃金を支払えないという現状もあります。したがって、歯科衛生士の問題は歯科医療機関の経営悪化の改善なしには展望はみえてきません。

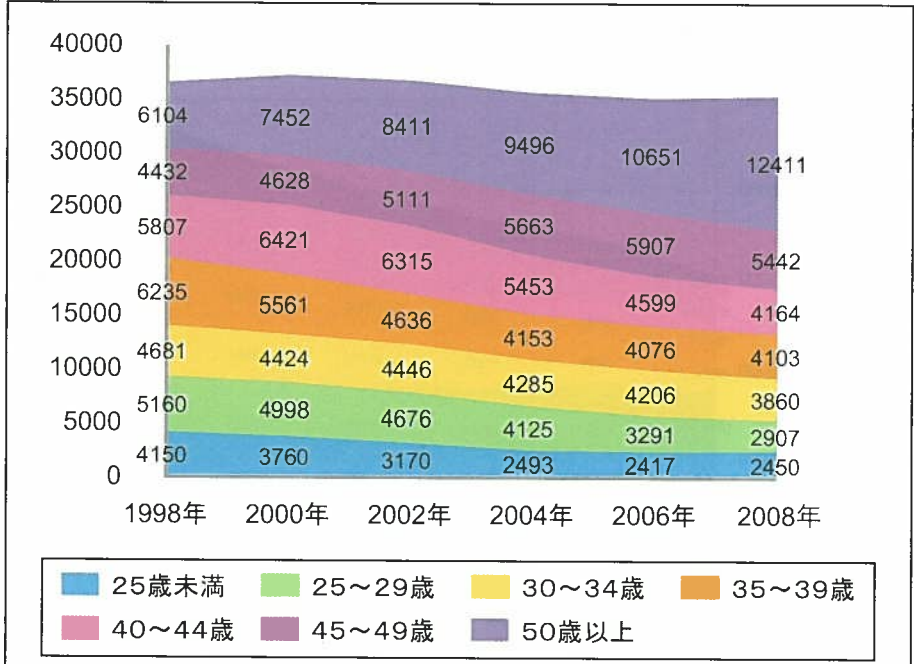
③このままでは10年後の日本の歯科技工士の担い手はいなくなる

歯科技工士の世界では就業歯科技工士の約半数以上が40歳以上で占められており、(図37) 歯科技工士学校をでて就職できない状況と歯科技工士学校の閉鎖等により今後さらに後継者が少なくなることが予想されます。



医師・歯科医師・薬剤師調査、衛生行政報告例より
東京歯科保険医協会が作成

図37 歯科技工士の年齢階級別年次推移



「衛生行政報告例」(厚生労働省)より東京歯科保険医協会が作成

この背景には、歯科診療報酬が低いいため歯科医療機関の経営悪化のしわ寄せがあり、十分な技工料金が支払われていない現実があります。

そうしたなか、中国や、東南アジアへの補綴物（歯科技工物）の海外発注が政府の容認によって拡大しています。国内の歯科技工士の減少が続けば、現在は自費診療にのみ認められている海外技工が、保険診療での補綴物もなし崩し的に海外へと流れる可能性があります。このようになれば、歯科医師と歯科技工士の密な連携を必要とする補綴物の製作の国内基盤がくずれてしまいます。海外依存により日本の補綴物・補綴治療の質の低下が現在以上に進むことが必至です。

補綴物は現物給付されているが、補綴物をつくる歯科技工はまさに、治療の一連のなかにあり、不可分のものです。そうした点で歯科技工士資格は国家資格であり、安全性が担保できています。

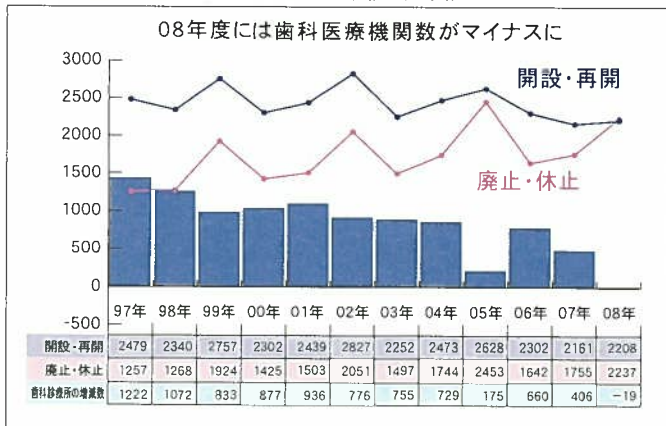
第4章 歯科医師過剰と歯科診療所の競争と淘汰

1) 歯科診療所・歯科医師数の増加の一方で急増する歯科診療所の廃止や休止

2008年の「医療施設調査」(厚労省)によれば、10月時点での全国の歯科診療所数は67,779施設で、前年同月より19施設の減少でした。これは厚労省が調査を始めた1953年以降はじめてのことです。

また、これは単に減少したということにとどまりません。2008年に開設・再開した歯科診療所は2208施設に対し廃止・休止が2237と歯科診療所の入れ替わりが大きいという事態となっています。この背景には、1996年以降の歯科医療費の横ばいと歯科診療所増(歯科医師増)による競争と淘汰という歯科医師にとって厳しい現実の表れで、東京では約1日に1歯科施設が地域から消える計算になります。(図:38)

図38 歯科診療所の開設・廃止の推移(全国)



「医療施設調査」(厚生労働省)より東京歯科保険医協会が作成

2) 歯科医師過剰による需給ギャップが拡大

2008年の歯科医師数は99,426人で、人口10万対比で77.9人(総数)となっています。その内、「医療施設の従事者」は96,674人で、2006年の調査との比較では2,081人、2.2%増加していると報告されています。

需給ギャップを考えると必要の伸びが重要な要素です。しかし、患者数はこの20年ほぼ110～130万人の間で上下しています。また、歯科医療費も1996年以降の15年間は2兆5千億円台でほぼ横ばいに推移するような事態となっています。

このように患者数も歯科医療費も伸びないなかで、この間、歯科医師だけが増加し、現場での過剰感は日々高まっています。

過去に幾度も適正な歯科医師数について推計がだされ抑制等の提言がだされましたが、具体的な抑制策の実行は、1986年に提言された入学定員の20%削減以降は進展がありません。2009年の歯科医師国家試験の合格者は2383人ですが、歯科医師の死亡などによる減少を加味すると、約1500人の増加であると推定(参考:「今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討委員会 中間報告2006年」)されており、増加のスピードは抑制されるが、歯科医師数はかなり長期にわたって増加をしつづけることとなります。

緊急に歯科医師数の削減を具体的におこなっていく必要があります。

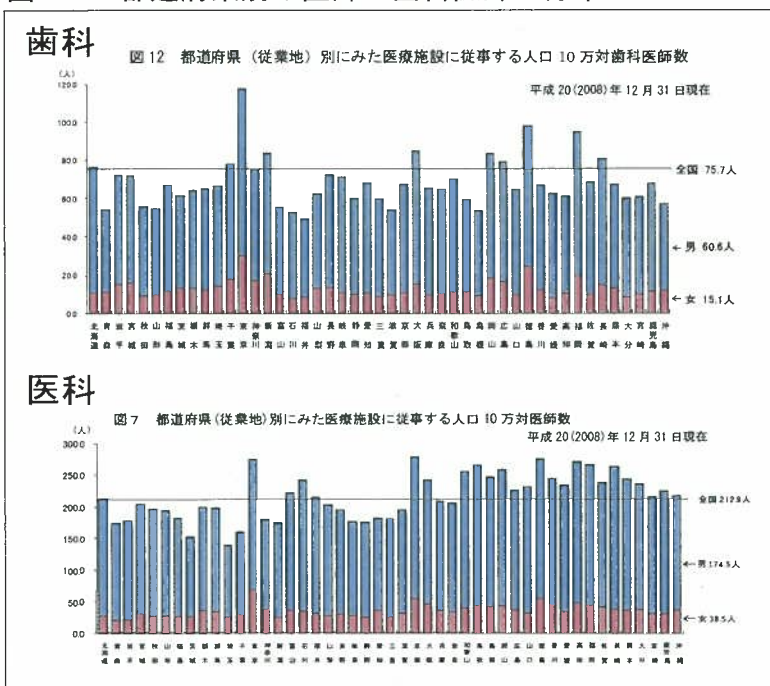
バランスを欠くほど急激な歯科医師の増加は、1医療機関当たりの歯科医療費が足りなくなり、ワーキングプアを生み出しました。経営環境の悪化や歯科医師としてのモラルの低下は、札幌の自己負担ゼロ歯科診療所などの背景となっています。このようなことが起こるたびに歯科医師のイメージは悪くなり、ますます志望者が減るといふ悪循環に陥っています。歯科医師数の増加をそのまま放置すれば歯科医療の質はどんどん悪くなる一方です。

また、需給ギャップを作っている大きな要因の一つが地域格差の問題です。医

師とことなり歯科医師の分布は都市部など特定の地域に集中する傾向があります。この地域格差は、歯科医師を急増させたこの数十年の間変化がありません。こうした地域への偏りの是正が必要となっています。

(図:39)

図39 都道府県別の医師・歯科医師の分布



出典:平成20年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」(厚生労働省)より

第5章 緊急に改善を要する歯科の課題と提言

1) 保険証一枚で歯科をだれもが受診できる制度へ改善を

①外来の窓口負担を段階的に解消しゼロを目指す。

②資格証明書など、実質的に皆保険制度を崩す制度を廃止すること。

歯科受診をもっとも抑制しているのは、窓口負担の高さです。経済的格差が歯科の受診格差や「不平等」をつくりだしています。

また、保険の範囲を広げ保険・自費といったことによる医療格差を無くしていくことも大切な課題です。

しかし、現実には国保での資格証明書の発行など、保険証すらもてない人も増えています。国民皆保険の趣旨にもとづき、すべての国民が「保険証一枚で歯科を受診できる制度」づくりも緊急な課題です。

2) すべての国民が歯科健診を受けられるような制度づくり

①歯科保健に関する法的整備を求めます。

②地域の中の保健所や保健センター、あるいは介護施設に歯科医師や歯科衛生士の配置をすすめること。

現在、母子保健法、学校保健法などによる歯科健診はかなり普及していますが、労働者の多くや地域に生活する自営業者、高齢者が歯科健診を受ける機会はほとんどないといってよい状態です。労働安全衛生法などでは歯科健診は義務化されていません。

こうした状態の中で、すべての国民が歯科健診をうけることができる法的な仕組みをつくるのが大切です。

また行政は、はじめに述べた日本のこどもの虫歯を減少させた教訓等に学んで、8020の達成や高齢者の口腔機能向上、障害者の歯科保健や歯科医療の供給のために保健所や介護施設等に歯科医師や歯科衛生士の配置をおこなうなど、地域ごとに歯科の計画を明確にし、責任をもって取り組むことが求められます。

3) 歯科医療費が3兆円以上となるように緊急に診療報酬の引き上げを!

- ①10%以上の歯科診療報酬の緊急引き上げること。
- ②ドクターフィーとホスピタルフィー（技術料と施設維持・経費）を明確に区分した診療報酬の整備を早急に行うこと。
- ③歯を残し維持・機能させる技術や、歯や身体に侵襲の少ない技術を重視した診療報酬体系の整備を行うこと。
- ④新規技術の積極的な保険導入を行うこと。
- ⑤20年以上引き上げられていない既存の診療報酬を引き上げること。
- ⑥逡減制など成功報酬型診療報酬をなくすこと。
- ⑦選定療養を廃止すること。
- ⑧文書の発行のあり方を見直すこと。
- ⑨一般歯科医療機関の後方支援機能をもつ病院歯科に関する診療報酬の引き上げを行うこと。
- ⑩歯科衛生士、歯科技工士を歯科診療報酬に位置づけると共に、待遇改善ができるだけの診療報酬改善を行うこと。

歯科診療所では経営困難のため、安全安心の実現に必要な人材確保や設備投資が大変困難になっています。その原因は先に述べたように長年に渡る診療報酬の抑制にあり、結果歯科は疲弊しきっています。

医科歯科格差や物価上昇との乖離でうまれた毎年5,000億円の歯科医療費抑制を改善し、10%以上引き上げるために、歯科医療費で3兆円をこえる財源確保を求めます。

また、診療報酬の改善にあたっては原価と技術料を明確にすることを求めます。日本の歯科の現場では新しい技術が多数活用されています。しかし、新しい技術は保険診療になかなか導入されないばかりか、既存の技術料は数十年前のまま据え置かれているものも多く、歯科の技術が正当に評価されてきませんでした。日本の歯科医療の水準を引き上げるためにも、評価の安定している新規技術の速やかな保険導入と既存技術の診療報酬の引き上げを求めます。

また、医学管理等に文書の提供が義務づけられていますが、文書提供の内容は検査結果の情報とするなど見直しが必要です。

4) 指導・監査にあたっては行政手続き法に則った運用を

- ①指導・監査の性格を明確にするるとともに選定理由を明らかにするなど透明性を高めることを求めます。特に、「指導」対象の選定基準として「高点数」（レセプト1枚あたりの平均点数）をやめることを要求します。
- ②指導・監査時の弁護士の帯同や同僚歯科医師の帯同も認めるべきです。
- ③患者からのクレームや組合からの指摘については個別具体的な問題であるので単件で歯科医療機関にフィードバックすることを原則とすべきです。
また、この間、自殺者を生むなど現在の指導・監査の実態は指導を受ける側の人権をひどく侵している実態も明らかになってきています。
- ④現在、指導・監査にあたる歯科系の技官が歯科臨床にほとんど従事していないことが適切な指導とならない一因と考えられます。指導にあたる歯科系の技官は毎年一定期間、保険診療に従事する仕組みをつくる必要があります。

5) 歯科医師需給ギャップの改善のために早急な対応と歯科医師養成の改善について

- ①歯学部の新卒者をすすめ地域偏在をなくし、歯科医師の新規参入は 1,200 名に削減（現行の 45%）すること。
- ②卒後臨床研修期間を 2 年制とすること。
- ③卒前・卒後の教育制度の見直しをすること。

「歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討委員会中間報告 2006 年」（厚労省医政局歯科保健課）の「今後の方針」では「入学定員の削減」を提言しており、早急にこの方針の実施を求めます。

この課程では国立・公立・私立に限らず歯学部の新卒者をすすめ地域偏在をなくし、歯科医師の新規参入を積極的に進めることが重要となっています。

歯学部入学者の学力の低下が進んでいます。また、現場からは新卒歯科医師の技術・資質の低下を指摘する声が聞かれます。技術向上を図るために先進国にならない、学生や臨床研修医が診る患者の医療費負担を軽減し、その分を国庫から補助をおこなうなどの対策が必要です。

現状では大学は文部科学省の、卒後研修は厚労省の管轄となっていますが、これらを是正し、入学や卒業してくる学生の資質を踏まえた卒前・卒後の一貫した体制と、育成内容の検討を行うことが必要です。

また、研修期間の延長と賃金・雇用関係での見直し等の検討をおこない、現行の最低賃金並の給与等の改善が必要です。

1) 地域単位で包括した歯科政策作りと改革

①診療室の歯科疾患の管理と連携した地域歯科保健体制づくり。

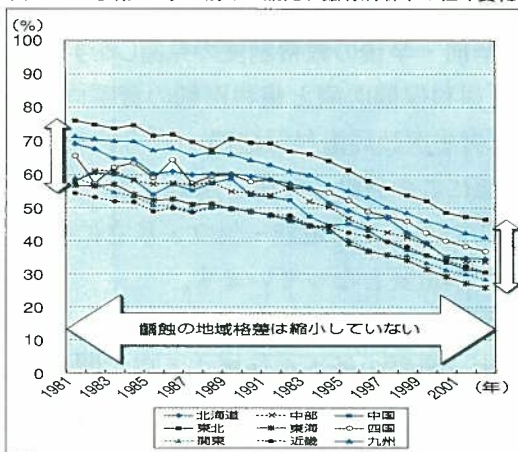
②歯科疾患の地域格差の是正。

③歯科供給体制の地域格差の是正。

日本の歯科保健政策上の大きな課題は、だれでもが歯科医療を受けられるナショナルミニマムとシビルミニマムを確定し現在の地域格差を解消することです。

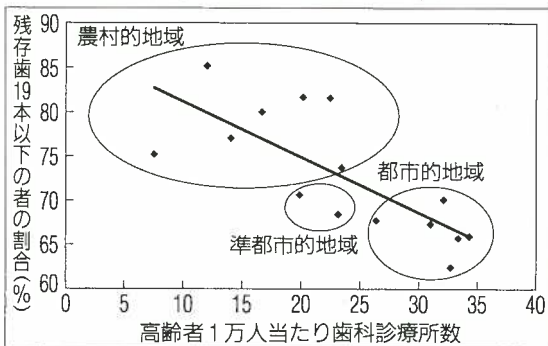
う蝕は全国的に減少しましたが、一方で地域の格差の幅はほとんど変化がありません。(図:40) これらは歯の欠損や歯周病の罹患状況でも同様の格差があります。(図:41) この点では公衆衛生学的手法を活用し地域単位で対

図 4 0 地域ブロック別の3歳児う蝕有病者率の経年変化



出典:「健康格差と歯の健康」相田潤 (総研展望 Vol.115 No.4)

図 4 1 歯科診療所数と残存歯数との関連



出典:「検証 健康格差社会」・介護予防に向けた社会疫学の大規模調査(近藤克則) 2007年発行

策がとれるような政策が必要です。また、医科以上に大きな特徴となっている歯科診療所の偏在を地域での政策でおぎなっていくことが必要です。

そのために、官僚主義ではなく地域毎に住民と専門団体や学識者などで構成する機関(地域歯科医療協議会(仮称))を確立し、地域保健のあり方や地域の実情を踏まえて歯科治療ユニット数を決めるなど歯科の供給計画を立案する仕組みが、今後、重要な行政的課題となります。

8020の実現を目指すために、地域と診療室が連携することが必要です。特に、ハイリスクグループ(単にう蝕罹患リスクが高いということだけでなく、精神疾患や障害等のハンデを持っている患者も含め)にはそれぞれの地域のなかで歯科保健担当者と開業歯科医師等の連携の仕組みが求められています。

また、今日「家庭での食卓崩壊」が問題となり、食育が注目されています。この点では、子どもを取り巻くあらゆる環境の見直しが必要となっ

ていますが、食育をと

おして健全な口腔の育成と高齢者のQOL・ADLの向上を結びつける視点での取り組みを強化していくことが大切です。

2) 歯科診療所で保健・予防と「体に侵襲の少ない医療」を重視

①歯と口腔機能を長期に維持するための診療報酬制度。

②キュアからケアへのシフトを診療報酬上でも明確にしておくこと。

③レーザーなど治療上侵襲の少ない医療機器の普及。

歯科疾患実態調査でも明確になっているように、まだまだ、一人当たりの高齢者の歯科疾患の残存数は少ないのが実態です。特に、経年的には改善していますが、しかし現在でも50歳前後から急速に歯は失われていきます。

こうした年齢に至る前から歯の予防や早期の治療が必要となります。

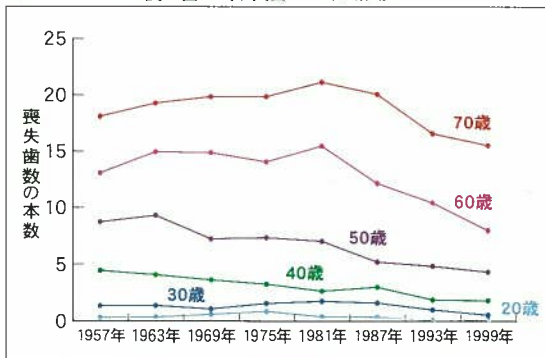
(図:42)

現状は歯を喪失している人が多いため、保険給付上も補綴によって咀嚼機能を保持することが可能となる報酬の仕組みは重要ですが、

今後は長期的に歯を喪失しないための保健・予防処置や治療、そして健康な状態からの継続的な管理を報酬上に増やすことが大切になります。

また、最近の歯科医学的進歩で、レーザーなど歯牙に侵襲が少ない治療法などが開発されています。こうした侵襲の少ない治療法や予防のための治療法等を普及させることで歯の喪失を減少させることが大切になってきます。

図42 1人平均喪失歯数(永久歯)の年次推移



「歯科疾患実態調査」(厚生労働省)より東京歯科保険協会が作成

おわりに

この提言で述べたように日本の歯科の現状は、医科とは異なる形で医療崩壊が進んでいます。

国民の状況は「経済的格差→歯科の格差→いのちの格差」と悪循環を広げています。

現実には貧困の中で、歯がボロボロで、どのようにして食事をしているのかと思うほど破壊していても、歯科治療等に意欲を失ってしまっている人々もいます。

また、経済的な理由や仕事の事情等で歯科を受診できない人々も多数います。

(図:43)

図43 「口腔崩壊」事例



憲法25条は「いつでも、どこでも、誰でも、必要なときに、適切な歯科医療を受けることができる」という時代の方向をしめしていますが、今日の状況は、社会保障としての歯科の確立があらためて求められていると言えます。

しかし、今日では診療報酬制度や歯科医師の需給ギャップなど長年の制度疲労もあり、日本の歯科は大きな社会的無駄を生む「非効率」な状況へと変化しています。

今、現場では歯科医師という仕事に生きがいを感じられない状況が拡大していることや、歯学部入学にみられる質の低下は、国民に提供される歯科医療の質の低下に直接かかわるものです。冒頭で述べたように、歯科の存在なしに健康で過ごすことや、人間らしく生き生きと生活を送ることは難しい時代となっています。超高齢社会の到来を目前にしている今こそ、歯科をとりまく閉塞状況を打破する、大胆な改革が求められています。

この提言が、国民・政治家・官僚の皆さん、また、同じ医療人の皆さんの論議の契機となって、今後の歯科保健・医療・介護制度の推進に役立つことを期待します。

21世紀にふさわしい歯科改革提言

2010年10月1日発行

著者 東京歯科保険医協会政策委員会

発行者 中川 勝洋

発行所 東京歯科保険医協会

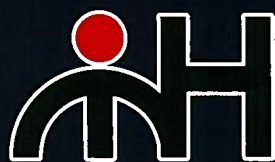
〒169-0075

東京都新宿区高田馬場 1-29-8 新宿東豊ビル 6F

Tel 03-3205-2999 Fax 03-3209-9918

印刷 サンワフォーム印刷株式会社

定価 150円 (税込み)



東京齒科保險医協會