

# 崩壊しつつある日本の歯科医療

保険診療に対する  
患者の願いと従事者の苦悩

2007年9月

# はじめに

近年「食べること」や「噛むこと」が健康づくりにとって重要であることが認識され、各方面で様々な取り組みがなされています。

その一方、「食べること」「噛むこと」に深く関わっている歯科医療の現場が、大変になっていることはあまり知られていません。

この冊子は関係各位に今日の歯科医療の実情をご理解いただき、日本の歯科医療の再生に御尽力いただくことを願って作成したものです。御高覧、御高配よろしく願いいたします。

---

## 目 次

---

|  |            |
|--|------------|
| はじめに .....                               | 2          |
| <b>(I) 患者・国民の願いと従事者の苦悩 .....</b>         | <b>4</b>   |
| 患者・国民の願いは .....                          | 4          |
| 歯科医療従事者の願いは .....                        | 9          |
| <b>(II) 健康づくりに直結する歯科医療 .....</b>         | <b>12</b>  |
| <b>(III) いま問題になっていること .....</b>          | <b>17</b>  |
| ① 入れ心地のよい、よく噛める入れ歯が保険で<br>きちんとできない ..... | 18         |
| ② 歯周病（歯槽膿漏）の保険治療の実施が<br>難しくなった .....     | 23         |
| ③ 失望し、やめていく歯科技工士・歯科衛生士 .....             | 26         |
| ④ 文書記載で1ヵ月分タダ働き .....                    | 32         |
| <b>(IV) その原因と背景 .....</b>                | <b>33</b>  |
| <b>(V) わたしたちの要望 .....</b>                | <b>裏表紙</b> |

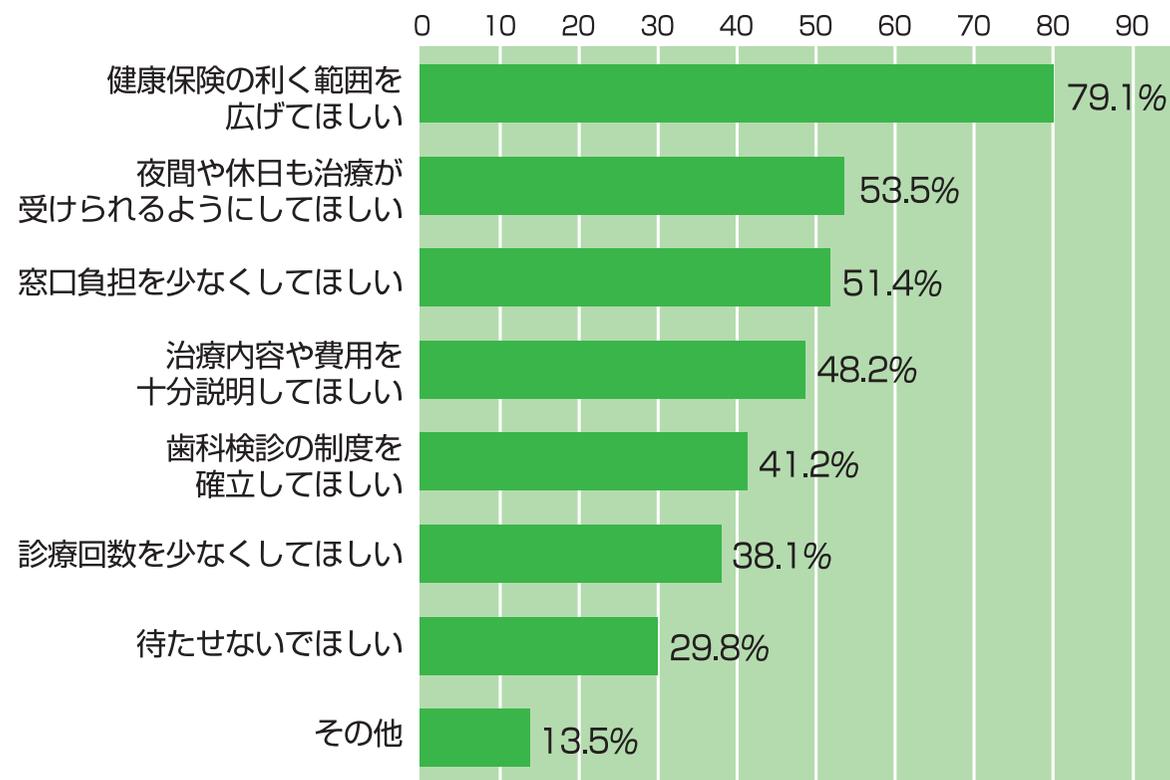
# I 患者・国民の願いと従事者の苦悩

## 患者・国民の願いは

- ◇いつまでも健康で丈夫な歯でいたい
- ◇必要な治療は保険でみてほしい
- ◇費用の負担を軽くしてほしい

国民が安心して必要な歯科の治療、定期健診を費用負担の心配なく受けられることが必要と考えます。

## (資料1) 多くの患者・国民は、歯科保険の範囲が 広がることを望んでいます

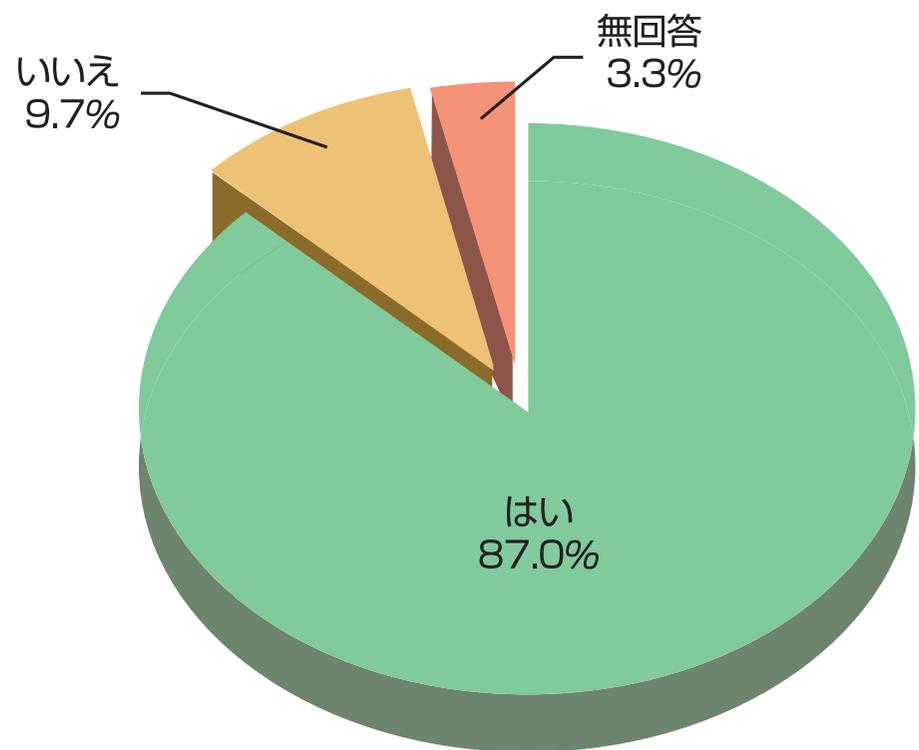


「保険で良い歯科医療を」全国連絡会が06年8月に実施した「患者アンケート」結果によれば、8割を越す患者・国民が、「健康保険の利く範囲を広げてほしい」(資料1)、「健康保険で定期健診や口腔管理を」(資

料2)、「新しい技術も健康保険で」(資料3)と要望しています。この結果は、厚生労働省が1999年まで実施していた「保健福祉動向調査—歯科医療に対する要望の内容」結果とほぼ同じです。

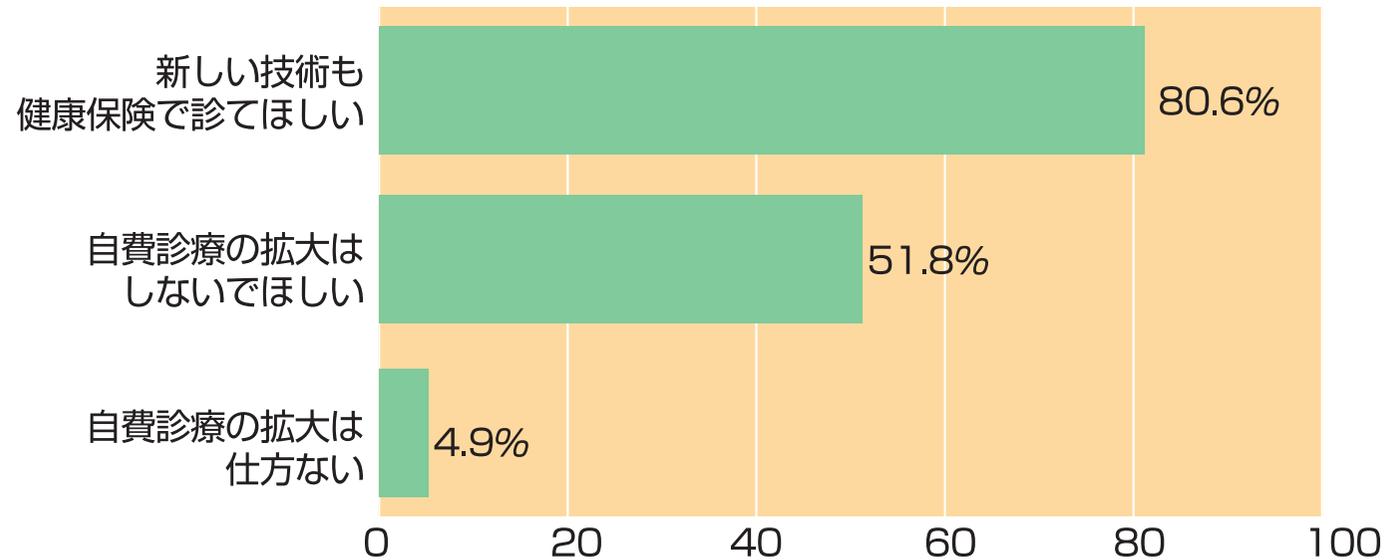
(資料2) 多くの患者・国民 (87%) は保険で口腔の  
定期検診や管理を望んでいます

■ 「健康保険でお口の健康管理を定期的に受けたいですか」



### (資料3) 多くの患者 (80%) は新しい技術も保険で診てほしいと望んでいます

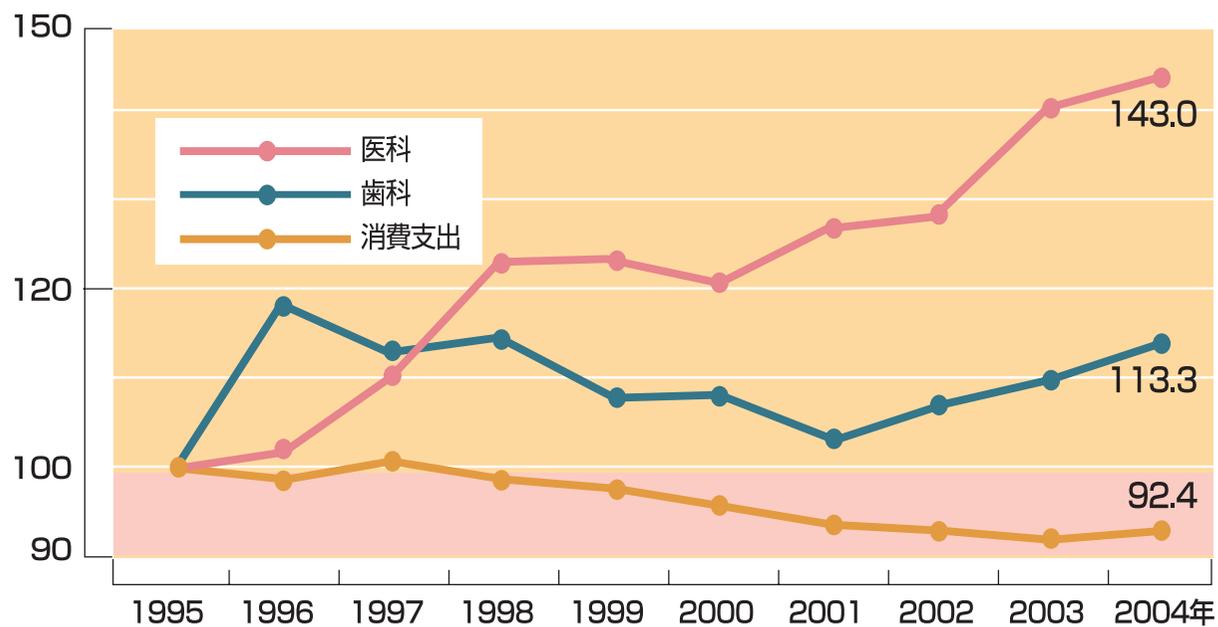
#### ■ 「歯科で健康保険の利かない自費診療について」



(資料1) ~ (資料3) は「保険で良い歯科医療を全国連絡会」  
2006年8月「患者調査結果」より

## (資料4) 歯科治療は家計に大きく左右されています

### ■ 家計の中の医療費（全世帯・1995年=100）



(出所) 総務省「家計調査年報」

国民は医科の医療費を「必需的医療費」、歯科の医療費を「選択的医療費」と位置付け、「ひどい歯痛の時」や、「歯が強くしみる時」しか歯科受診しない傾向があります。

したがって患者負担が増えると、経済力の弱い人ほど歯科の受診を躊躇します。

## 歯科医療従事者の願いは

- ◇ 歯科医療を通じて患者・国民の健康向上に貢献したい
- ◇ 保険で患者さんの要望に応えた診療をしたい
- ◇ 保険で良質の治療をしたい
- ◇ 患者さんの負担を心配せず治療したい
- ◇ 保険診療だけで安定した経営がしたい(歯科医師)
- ◇ 安心して歯科の業務に従事したい(歯科技工士、歯科衛生士)

歯科医療従事者の不安を払拭し、安定して歯科医療に従事できるため、診療報酬の抜本的な改善が必要だと考えます。

## (資料1) 歯科医院の実情 —調査に見る歯科診療所の経営逼迫



「歯医者さんの5人に1人が年収（年間所得）300万円！」という衝撃的な見出しが経済誌の表紙を飾りました。これは、厚労省の中央社会保険医療協議会が診療報酬改定の基礎資料を得る目的で隔年ごとに行っている「医療経済実態調査結果」の歯科個人診療所収支

| 収支差額    |         | 個人  |
|---------|---------|-----|
|         | 0円未満    | 23  |
| 0円以上    | 50万円未満  | 100 |
| 50万円以上  | 100万円未満 | 158 |
| 100万円以上 | 150万円未満 | 138 |
| 150万円以上 | 200万円未満 | 97  |
| 200万円以上 | 250万円未満 | 50  |
| 250万円以上 | 300万円未満 | 40  |
| 300万円以上 | 350万円未満 | 17  |
| 350万円以上 | 400万円未満 | 4   |
| 400万円以上 | 450万円未満 | 7   |
| 450万円以上 | 500万円未満 | 2   |
| 500万円以上 |         | 6   |
| 全体      |         | 642 |

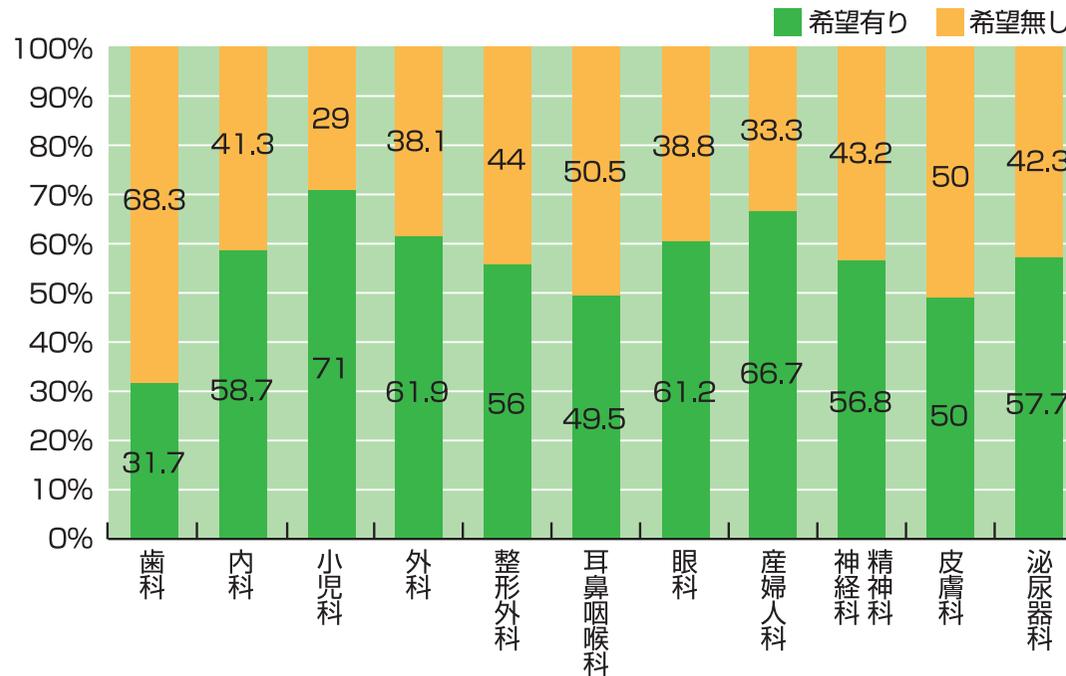
(出所) 「平成17年中医協医療経済実態調査」より

差額（上表）から導きだしたものです。

歯科診療所の収支差額は月額50～100万円を中心に分布しています。この中から借入金元金返済、生活費、院長の賞与・退職金該当分などのやりくりをしています。

## (資料2) 保険医として将来に希望を持ってない歯科医

### ■ 7割の歯科開業医が保険医としての将来展望に希望を持ってない



(出所)全国保険医団体連  
合会第16回医療研究集  
会共同調査「医者  
の思い、患者の  
思い医療意識調  
査」(2001年)

7割の歯科保険医が将来展望をもてないと回答しています。また後述するように診療所に勤務する歯科衛生士の2割弱が仕事にやりがいを感じない、また5割近くの歯科技工士(勤務者)が離業を考えているというように、歯科医療従事者の全職種が将来不安を抱い

ています。多くの患者が強く要望する「保険でよい歯科医療」の実現のためにも、歯科医療従事者の不安を払拭し、やりがいのもてる環境をつくることが求められています。

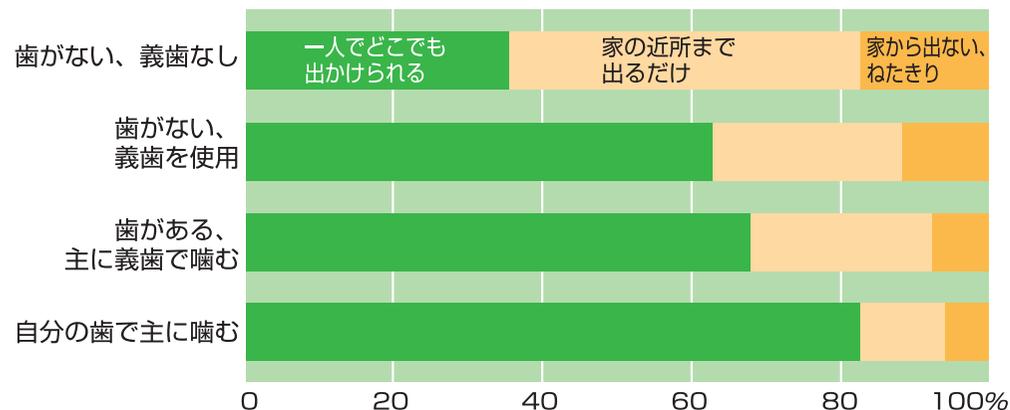
## Ⅱ 健康づくりに直結する歯科医療

いま「よく噛んで食べること」が注目されています。「よく噛んで食べること」は健康の向上に欠かせないばかりか、医療費「適正化」の面でも貢献しています。

歯科医療を重視する必要があると考えます。

### (資料1-1) よく噛めることで高齢者が元気に よく噛める人は活動的な生活を送っている

#### ■ 高齢者の歯の状況と日常生活の様子



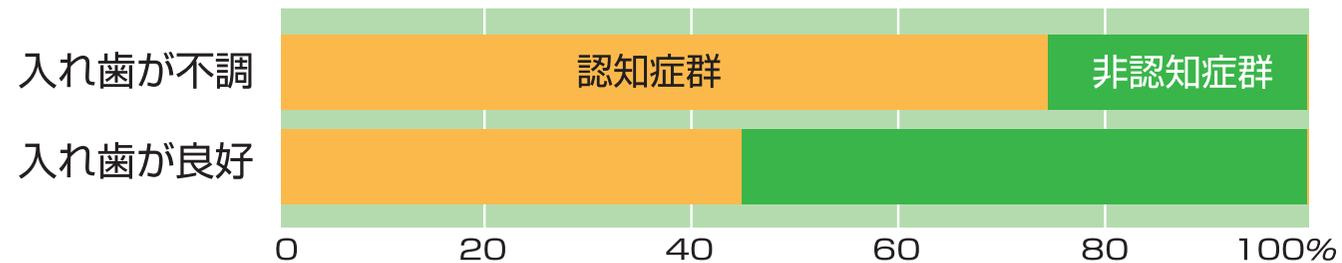
(出典) 新庄文明ほか (1985)

自分の歯で噛める高齢者とともに、よく噛める「入れ歯」(義歯)を入れている高齢者の方が、健康的な日常

生活に適していることが明らかにされています。

## (資料1 - 2) よく噛めることで高齢者が元気に 入れ歯（義歯）の具合が良いと認知症が少ない

### ■ 義歯の具合と認知症の関係



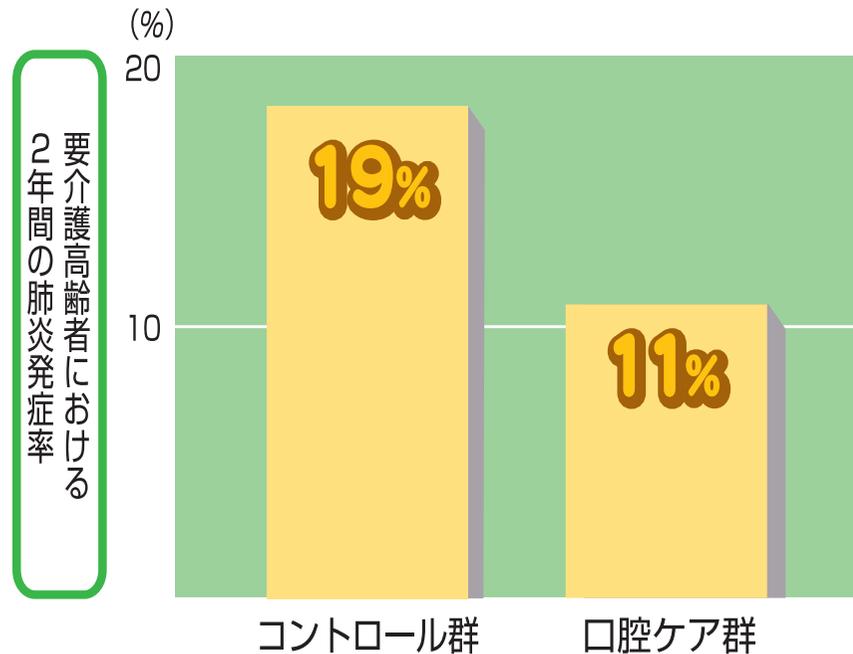
(出典) 池田和博 (2000)

入院中の「入れ歯」装着者を対象にして、「入れ歯」の具合と認知症との関連を調査した結果（上図）、「入れ歯」がよく合っていない人のうちの75%が認知症と判断されたのに対して、「入れ歯」がよく合っている人では

認知症と判断されたのは45%だったということです。地域在住の高齢者を対象とした調査結果でも、「入れ歯」の具合と認知症には関連性があると指摘されています。

## (資料2) 口腔ケアが高齢者の肺炎を減らす

### ■ 口腔ケアと誤えん性肺炎の発症率



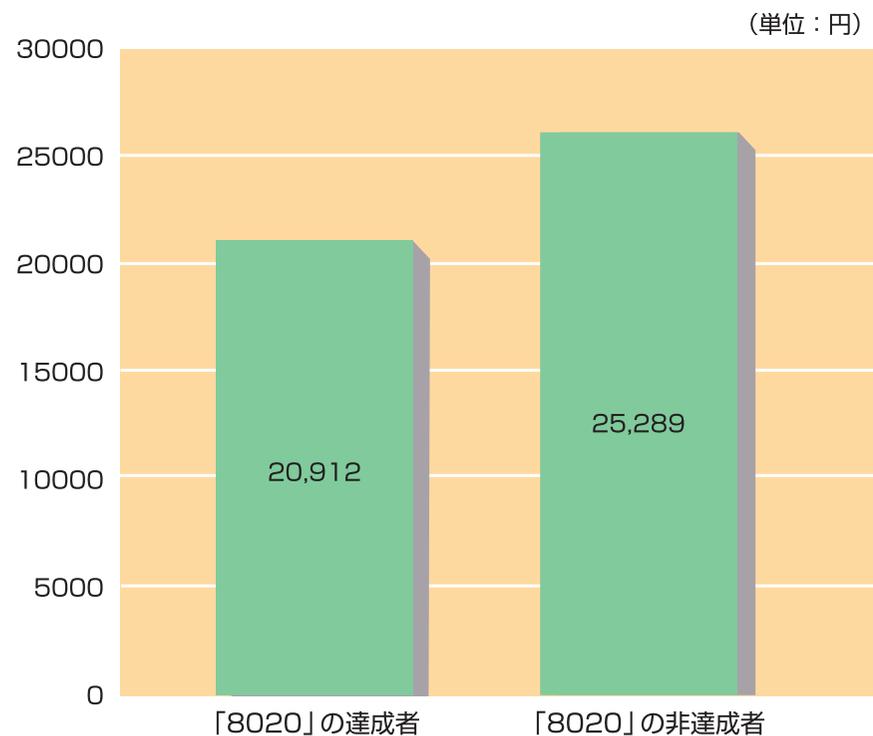
(出典) Yoneyama T(1999)

高齢者の死因の上位に肺炎が位置づけられます。とくに最近注目されているのが誤えん性肺炎です。高齢者の場合は免疫機能が低下しており、口の中にあるさまざまな細菌が唾液を通して肺に入っていくために起

こしてしまうのですが、口の中をきれいに保つ口腔ケアを行うと発症が少なくなることが介護老人保健センター等の調査でわかってきました。

### (資料3) 歯や口腔の健康管理が医療費の適正化に貢献している

#### ■ 「8020」と歯科医療費の関係



(出典)兵庫県歯科医師会「8020運動実績調査報告」(2006)

「いつまでも自分の口で食べることができる」、「最後まで自分の意思を口で伝えることができる」などを目的として、厚労省や日歯が80歳で20本の歯を残そうという「8020運動」をすすめています。この運動達

成者は非達成者に比べて医療費「適正」化に効果をもたらすことが兵庫県歯科医師会をはじめとした「8020運動の実績」等で実証されています。

## (資料4) 厚労省の局長も認める全身の健康における 歯科医療や口腔の役割の重要性

**松谷医政局長** 「平成16年度から平成18年度の厚生労働科学研究から、誤えん性肺炎等の予防に口腔ケアが有効であること、歯科医療によりまして、AOL、QOL、食事機能等の改善が図られること、かみ合わせの力が強いと日常生活能力、運動機能等が優れていることなどが報告されている」

**松谷医政局長** 「さきの研究結果も参考にしながら今後とも歯科保健医療の充実に努めていきたいと考えている」

(06年10月26日 第115回臨時国会参議院厚生労働委員会での答弁より)

1997年以降スタートした「口腔と全身の健康に関する厚生労働科学研究」によって、歯や口腔の機能・役割が全身の健康保持や療養・介護等における改善に寄与していることが実証されてきています。松谷厚労省

医政局長（当時）も国会答弁の中で、歯科医療や口腔ケアの役割を認め、歯科保健医療の充実に努めていきたいと述べています。この答弁を実施させることが必要です。

## Ⅲ いま問題になっていること

- ① 入れ心地のよい、よく噛める入れ歯が  
保険できちんとできない
- ② 歯周病（歯槽膿漏）の保険治療の全面実施が  
難しくなった
- ③ 失望し、やめていく歯科技工士・歯科衛生士
- ④ 文書記載で1カ月分タダ働き

## ① 入れ心地のよい、よく噛める「入れ歯」が保険できちんとできない

(資料1) 60～64歳の3人に1人が部分「入れ歯」、10人に1人は総「入れ歯」を使っています。生活に欠かせない「入れ歯」は高齢者の毎日を支えています。うまく合っていない悩みも大きい。

「入れ歯」(義歯)を使っている人の割合

|        | 部分床義歯 | 全部床義歯 |
|--------|-------|-------|
| 60～64歳 | 33.4% | 9.9%  |
| 65～69歳 | 43.5% | 17.7% |
| 70～74歳 | 48.0% | 28.8% |
| 75～79歳 | 45.6% | 42.5% |
| 80～84歳 | 43.3% | 57.9% |
| 85歳～   | 41.7% | 63.9% |

(作成) 厚生労働省「平成17年歯科疾患実態調査」より

「入れ歯」は高齢者をはじめ歯を喪失した人にとっては、日常生活をおくる上では大切な臓器の一つです。高齢者ほど毎日の食事が生きがいであり、生活意欲を保つ上でも重要です。逆に口の中のちょっとした傷や「入れ歯」の汚れ、ガタツキが新たな病気の引き金になる

こともあります。

わが国の「入れ歯」人口は2200万人と推計されています(中道勇「歯科評論」07年5月号「有床義歯装着者2,200万人」論文)。国民の6人に1人が「入れ歯」ということになります。

## (資料2) 新聞記事にみる高齢者の声



全国老人クラブ連合会相談役・理事の見坊和雄氏は、自身の経験もふまえて「高齢者を『あきらめ』させるな」と題して、義歯で歯科通院して治療・指導を受けた効用を次のように述べています。

### 高齢者を「あきらめ」させるな

「高齢者は目、耳、歯が年とともに悪くなるのは当たり前と思っていますが、心の底ではいつまでも健康でありたいと願っています」と話すのは、全国老人クラブ連合会相談役・理事の見坊和雄氏。「…義歯で年齢とともに味覚の衰えを感じていたがやむをえないことと思っていた。しかし歯科医院で治療・指導を受けた結果、おいしく食べられるようになり食欲も旺盛になった。自身の経験も踏まえて、20本以下であっても総義歯であっても治療すれば『おいしく食事ができる』といった指導をすることで『あきらめ』は減少する」と断言する。」

(全国老人クラブ連合会相談役・理事 見坊和雄氏 “高齢者を『あきらめ』させるな「歯科医療—私の視点から—15」日本歯科新聞・06年8月29日号 抜粋)

## (資料3) 高齢者の入れ歯は毎年3分の1が修理を受けている。 「入れ歯」が作製・修理評価が削減、制限

### 「入れ歯」作製に必要な点数が削られた例

- ・義歯修理技術料（新製半年以内）…… 1997年改定で技術料半減
- ・補強線（146点） …………… 2002年改定で廃止
- ・ろう着(\*1)（1ヵ所につき60点） ……… 2002年改定で廃止
- ・遊離端義歯加算(\*2) …………… 2002年改定で廃止

\*1. 「クラスプ（部分「入れ歯」を口腔に装着する時の維持装置）」や「バー（部分「入れ歯」を連結して一つの装置にする時などに使用する）」などの金属の製作物を金属線で接合するための技術・材料

\*2. 欠損部の後方に残存歯がない「入れ歯」は難易度が高く、そのための加算

よく噛め、長持ちする「入れ歯」のために、厚労省は「補強線」（「入れ歯」（義歯）の破折を防止するために義歯に埋め込む金属線）を1965年の診療報酬改定で導入し、その後点数を引き上げました。しかし、1997年の診療報酬改定で義歯の破折修理の技術料は製作後半年以内のものが半減され、2002年の歯科診療報酬改定では補強線等も点数が廃止されました。その後

もよく噛め、長持ちする「入れ歯」づくり・調整指導にとって重要な歯科医師の技術料の評価が引き下げられ制限が強められました（表「入れ歯作製に必要な点数が削られた一例」、「新製義歯調整料と有床義歯調整料の算定制限事例」参照）。そのため、歯科医師が入れ歯を通じて患者さんのよりよい生活を支えることが困難になっています。

## (資料4) 「入れ歯」は装着前後の調整が大切 けれども何度行っても同じの低い評価

### 新製義歯調整料と有床義歯調整料の算定制限事例

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| 現在の義歯の調整 …… | 有床義歯調整料60点（1カ月1回限り）      |
| 新製義歯調整 ……   | 新製義歯調整料120点（新製義歯あたり1回限り） |
| 新製義歯の指導 ……  | 新製義歯指導料100点（新製義歯あたり1回限り） |

「入れ歯」（義歯）の調子が悪いとき「入れ歯」を調整することはとても大切で必要なことです。これは長く使っていた「入れ歯」でも、新しく作った「入れ歯」でも同じことです。この「入れ歯」の調整は現在1カ月に1回のみ保険請求できる包括払いになっており、それも上表のようにきわめて低い評価です。「嚙

めない」「痛い」などの症状が「入れ歯」の調整で改善されないと、せっかくの「入れ歯」が使えなくなってしまうのです。本来行っている診療行為が算定制限、回数制限、包括化などにより実態が評価されない状況が続いています。

## 「保険でよい入れ歯を」要望する国会質問、各地方議会の意見書と国民の署名が「入れ歯」点数の大幅引き上げをもたらした

1992年1月29日のNHKスペシャルは「老人と入れ歯」を特集しました。この放映をきっかけに、全国から「保険でよい入れ歯を」の声があがりました。この声は、歯科医療従事者と患者・国民による「保険でよい入れ歯を」運動や「白内障眼内レンズの保険適用」とともに高齢者運動に発展し、同年4月7日の参議院厚生委員会でも、自民、公明、共産各党の議員から「現行の歯科診療報酬では、特に入れ歯の技術料が低いため入れ歯患者の半数以上が不満を訴えている。保険点数を大幅に引き上げよ」との質問が行われ、山下厚生大臣（当時）は「ご指摘の事実があれば重大なので、慎重に検討したい」と答弁しました。

また同年6月末には1600を越す地方議会から「保険でよい入れ歯を」求める意見書が採択されました。

直後の94年診療報酬改定では、

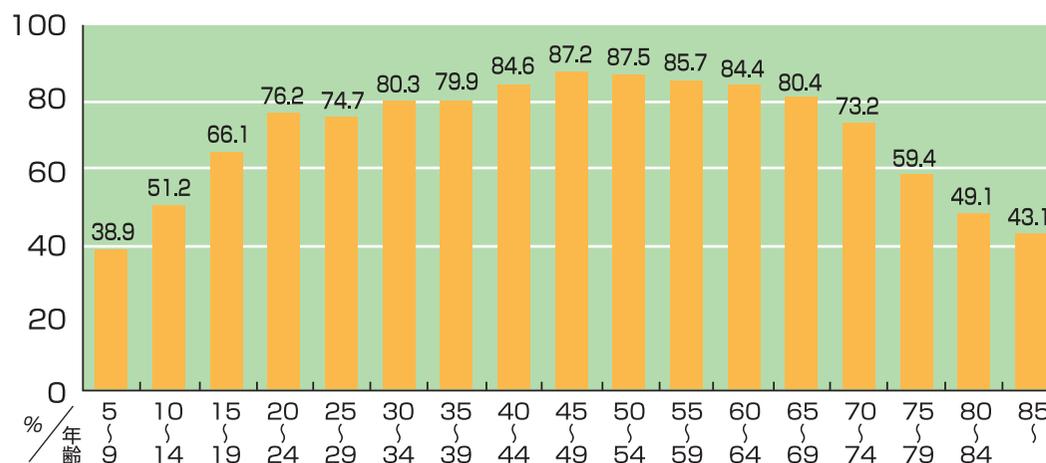
総義歯1400点→2000点、12～14歯900点→1250点、9～11歯600点→850点へと40%以上の引き上げが行われ、同時に新製義歯調整指導料、有床義歯調整料、有床義歯調整指導料も新設され、「保険でよい入れ歯」へと近づきました。

しかし先に述べたように、その後の改定でこうした内容が削られ、「入れ歯」の作成、調整が困難になっています。

## ② 歯周病（歯槽膿漏）の保険治療の実施が難しくなった

(資料1) 放置すると歯が抜け落ちる歯周病、糖尿病にも悪影響  
15歳以上74歳未満では6割以上に歯周病の所見が

■年齢階級別歯肉の所見率



(出所)  
厚生労働省「平成17年歯科疾患  
実態調査報告」より

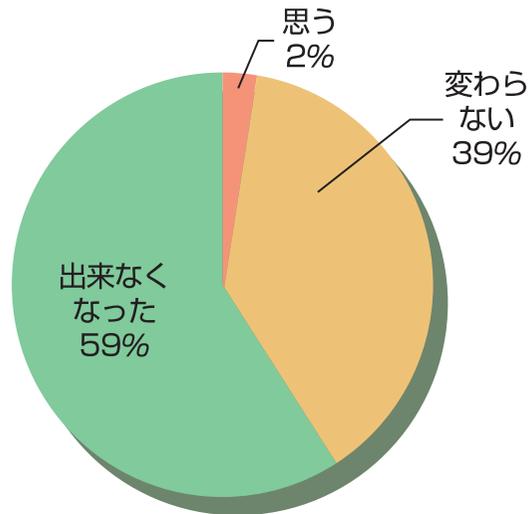
歯周病は、「う蝕」と並んで歯科の二大疾患に位置付けられますが、「う蝕」と異なり、病気の進行はゆっくり進むのでかなり悪くならないと自分で気づかないことが多い疾患でもあります。そのまま放置しておくと最後には歯が抜けてしまいます。また厚生労働科学研究「口腔と全身の健康」では、「糖尿病によって歯周病にかかり易くなり、歯周病で糖尿病もまた悪い影響を受けている」とされてい

ます。

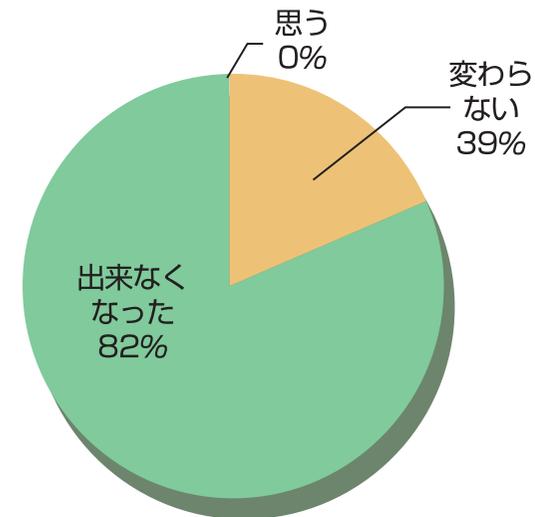
そして厚労省の平成17年度「歯科疾患実態調査」結果によれば、15歳以上74歳未満では6割強から8割近い人が歯周病の所見があると報告されています。このような歯周病の特性からして、その治療・管理には歯科医師や歯科衛生士の直接的関与や指導が欠かせません。

## (資料2) 8割以上の歯周病専門医が06年度歯科点数改定で「歯周治療が出来なくなった」と回答

[宮崎・沖縄・鹿児島県歯科医師会会員調査]



[日本臨床歯周病学会会員調査]



(出所) 「宮崎・沖縄・鹿児島県歯科医師会会員並びに日本臨床歯周病学会会員アンケート (同内容) 結果概要報告」より

「宮崎・沖縄・鹿児島県歯科医師会会員ならびに日本臨床歯周病学会アンケート (同内容) 結果概要報告」 (調査月 平成18年7月 回答数は3県では743名、日本歯周病学会では454人から) の「今回の改定でよりよ

い歯周治療を行えるようになったと思いますか。(歯周治療を積極的に行っている人のみの回答)」の設問結果では、日本歯周病学会会員の82%が「よりよい歯周治療が出来なくなった」と回答しています。

## (資料3) よりよい歯周治療を出来にくくした06年改定答申と関連通知

### (06年改定前)

「歯周疾患継続総合指導料」(治療歯数により315点、455点、625点)

「歯科口腔継続管理総合診療料」(325点)



### (06年改定後)

- ・「歯周疾患継続総合指導料」、「歯科口腔継続管理総合診療料」の廃止
- ・「歯科疾患継続指導料」新設

(内容) ①120点の低点数

②包括点数のため、他の治療を行っても大半は請求できない

③初診時に「歯科疾患総合指導料」算定が条件でこれを算定できる診療所は1割に満たない(6%)

④2年間の期限が過ぎれば維持管理は打ち切り

歯周病は症状が著明に現れ、歯の動揺、腫れや出血などがある時期には症状に応じた処置、手術等の治療を行い、状態に応じた指導・管理が必要です。一定の治療を経て状態が安定してくると、引き続き経過・状態を診ていくことになります。得られた安定は患者の生活環境、健康管理など様々な要因によって支えられているものです。安定後もこれら要因に変化が生じると、歯周組織の全体もしくは部分的な状態の悪化が生じ、適切な治療が再び必要になります。またこの変化はう蝕の発生や補綴物、義歯の状態などにも影響を及ぼします。これは慢性疾患が有する共通の特徴でもあります。

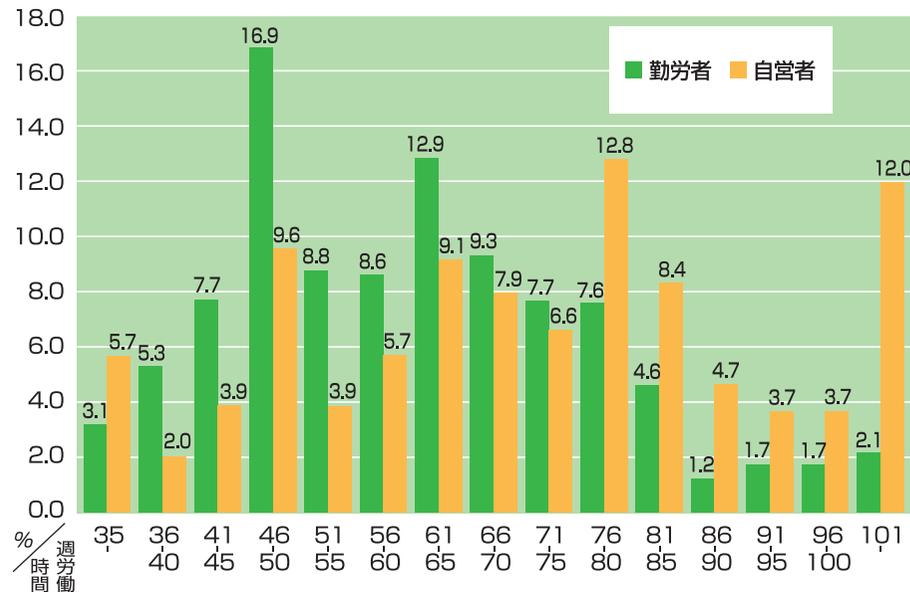
### 2006年診療報酬改定のもたらしたものの

それまで一定の治療を行い症状が安定した後の管理は、「歯周疾患継続総合指導料」(治療歯数により315点、455点、625点)「歯科口腔継続管理総合診療料」(325点)などの評価がなされていましたが、06年改定後廃止され、「歯科疾患継続指導料」(120点)という極めて低い評価とされ、治療の制約が多く、2年間の期限が過ぎると維持管理を打ち切られるなど、病状の安定を保つには極めて不十分なものになりました。

### ③ 失望し、やめていく歯科技工士・歯科衛生士

(資料1) 歯科技工士：過酷な勤務、義歯点数の削減・制限強化により多くの歯科技工士が離業を考え、学校も閉鎖・縮小。

■ 歯科技工士1週間の労働時間 — 自営の半数が年4000時間の就労を

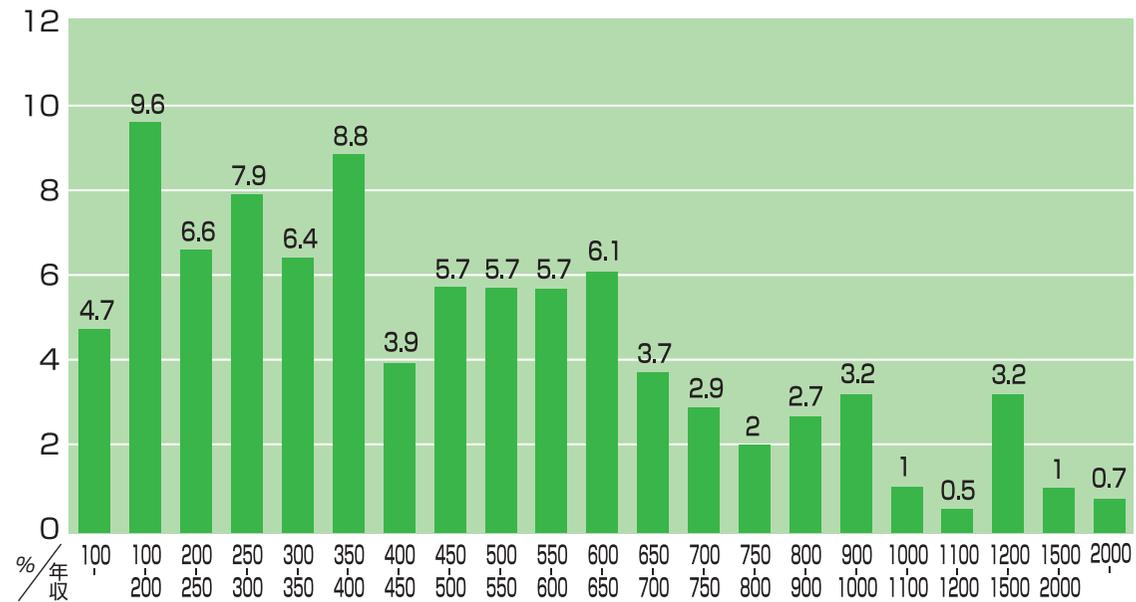


(出所) 日本歯科技工士会  
「2006歯科技工士実態調査結果」より

日本歯科技工士会の「2006歯科技工士実態調査結果」によれば、歯科技工士の大半を占める自営者のほぼ半数（45.3%）が週労働時間76時間を超え、年間に換算す

ると4000時間以上。そのうちの12%の者は週労働時間100時間を超えて就労するという、歯科技工士が異常な就労状態におかれていることを明らかにしています。

## ■ 歯科技工士の年収（自営者）



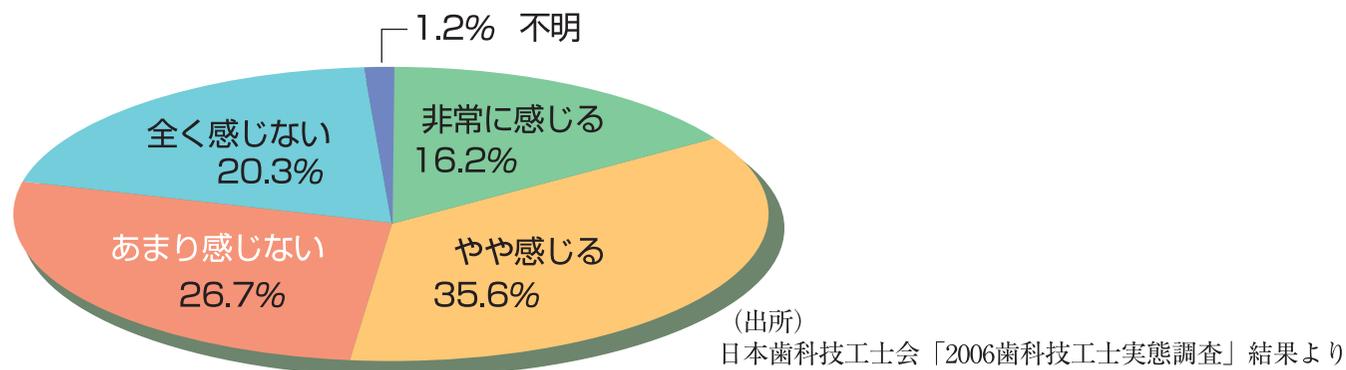
（出所）日本歯科技工士会「2006歯科技工士実態調査結果」より

歯科技工士の過酷な就労・勤務実態の一方で、自営歯科技工士の年収は、平均502万円（平均年齢50.7歳）、約3割（28.8%）が250万円以下という状況にあります。

ちなみに勤務者では平均392万円（平均年齢38.5歳）、約3分の1（34.2%）は年収250万円以下です。

## ■ 転職願望の強い歯科技工士

「いまの仕事から他の仕事に移りたいと感じるかについて」（自営者・勤務者全体）



日本歯科技工士会の「2006歯科技工士実態調査報告」調査結果によれば、歯科技工所経営者の39.1%、勤務歯科技工士の60.8%が離業を考えていることを明らかに

しています。その主な理由は低賃金・低報酬、長時間労働（1週間平均65.5時間）等です。

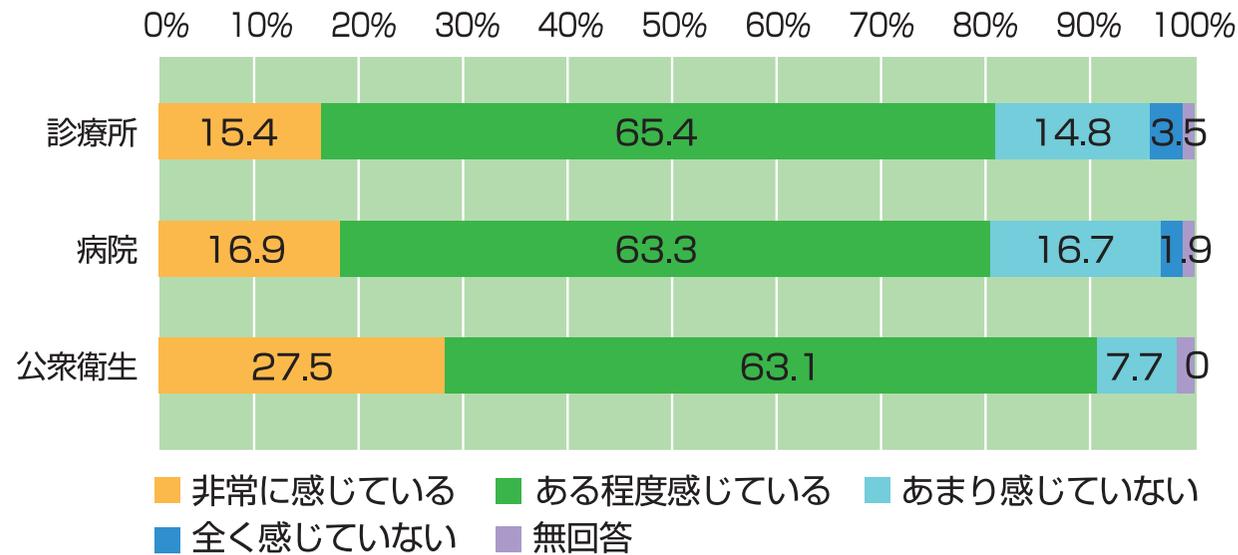
### 歯科技工士養成所の募集停止、定員削減が各地で進行

このような歯科技工士の厳しい環境を反映して、歯科技工士の高齢化が進行する一方、07年4月の新入学では、愛知県の歯科技工士養成所1校募集停止、福島、茨城、東京、神奈川の1都3県の歯科技工士養成所で入学定員を削減しています。「入れ歯」需要は2025年まで増えるとの推計がされています。この状況を放置すれば、将来にわたってよく噛め長持ちする「入れ歯」の確保が危ぶまれる事態となります。

これらの実態からは、良く噛め長持ちする「入れ歯」づくり・調整等に必要な技術料を適正に評価して引き上げ、「歯科技工と歯科管理に関する」大臣告示が履行できるようにし、そのことによって歯科技工士が安定して歯科技工を続けていける施策が緊急に必要です。

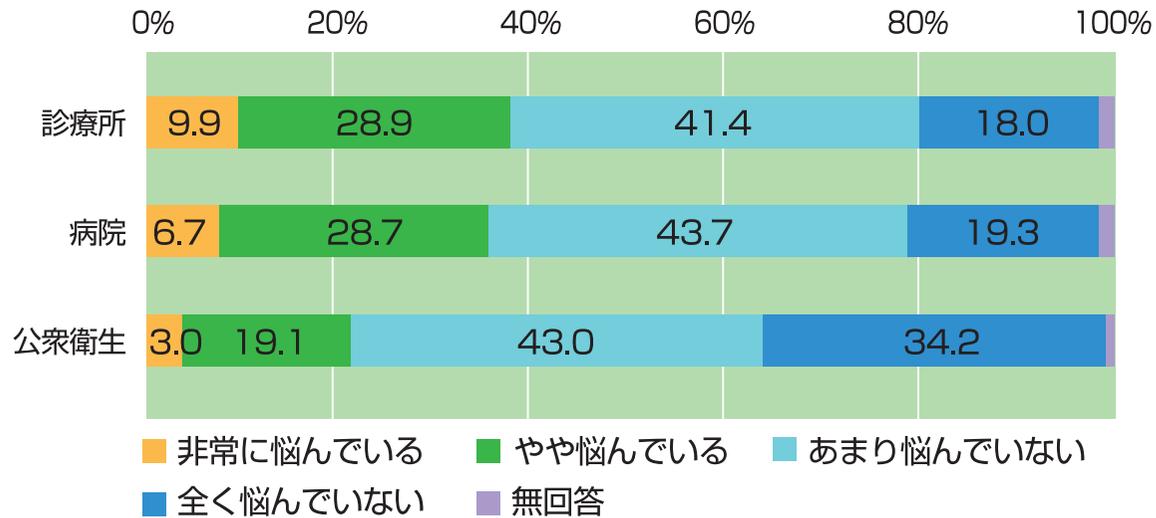
## (資料2) 病院・診療所の歯科衛生士の4割近くが雇用不安 背景は保険診療における歯科衛生士の技術の低評価

### ■ 「仕事へのやりがい」 常勤者



(出所) 日本歯科衛生士会「平成17年3月歯科衛生士の勤務実態調査報告書」より

## ■ 「雇用不安について」 常勤者



(出所) 日本歯科衛生士会「平成17年3月歯科衛生士の勤務実態調査報告書」より

歯周病の予防・管理では、歯科医師とともに歯科衛生士による口腔内の状態チェック、歯のクリーニングや患者へのブラッシング指導が必要です。多くの歯科衛生士はそのような歯科衛生士の仕事にやりがいを感じています（前頁■「仕事へのやりがい」図参照）が、雇用面では診療所歯科衛生士の38.8%、病院歯科衛生士の35.4%が不安を感じているということが日本歯科衛生

士会の「歯科衛生士の勤務実態調査報告書」報告（2005年3月）の中で指摘されています。

これは全体として保険診療の中で歯科衛生士の技術と労働の評価が低いことに加え、先に述べたように歯周治療に対する診療報酬の低評価に大きな原因があると考えられます。

## 歯科衛生士が十分雇用できていない中、 衛生士学校の募集停止、定員削減

32%の歯科診療所で「歯科衛生士を雇用していない」（政令指定都市及び東京23区の歯科診療所では35.4%）（全国保険医団体連合会の「開業医の実態・意識基礎調査—保団連会員アンケート調査」結果の報告04年12月から05年1月実施）。

厚労省医政局の調査では、東京都1校、宮崎県2校で募集停止、徳島、香川、福岡、大分各県で1校ずつ10人以上の定員減（厚労省医政局が調査した「07年4月入学の歯科衛生士養成状況」）となっており、歯科医療供給体制の面から今後の歯周病の予防、治療・管理の困難が予想されます。

歯科衛生士の仕事にやりがいをもって、歯周病の予防、治療・管理に歯科衛生士が安定して従事できるよう、歯科衛生士の労働と技術を正當に評価し歯科診療所で雇用できるような経済保障をはかる施策が重要です。

## ④ 文書記載で1カ月分タダ働き

(資料1) 文書作成に追われ、患者との対話・指導にも支障。  
 歯科医師は年20日間以上、文書作成に「無償労働」

|                         |     | 全体<br>(n=783)<br>(47)は無効 | 診療所<br>(n=495)<br>(42)は無効 | 病院<br>(n=56)<br>(3)は無効 |
|-------------------------|-----|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1日あたり総診療時間数             | 平均値 | 228.35                   | 362.75                    | 245.33                 |
|                         | 中央値 | 360                      | 398.34                    | 317.5                  |
| うち、文書作成に費<br>やした総時間数(分) | 平均値 | 25.63                    | <b>30.53</b>              | 15.4                   |
|                         | 中央値 | 19                       | 22.73                     | 8.6                    |
| 総時間数に占める<br>文書作成時間割合(%) | 平均値 | 8.03                     | <b>8.92</b>               | 6.6                    |
|                         | 中央値 | 6.11                     | 6.94                      | 4.46                   |

(出所) 中医協「歯科診療における文書提供に対する調査」(医療施設)結果より

06年歯科診療報酬改定は、患者の治療・指導にあたって多くの文書作成・提供を無償(各種指導管理料に包含)で行うこととされました。このことから診療現場は診療時間を割いてまで机に向かうという事態が発生しています。またこの実施状況の点検は保険指導の場で厳しく追及されています。

歯科診療所では「文書作成」に費やした時間は平均30.53分であり、総診療時間の約8.92%に及びます(上表)。

年間約20日間を無報酬で文書作成・提供している勘定になります。しかも中医協の報告書の中で「調査期間を月初めに設定した場合には、実際の1日あたりの『文書作成』に要する時間は、この結果より多いものと考えられる」と注釈がつけられているように、日本歯科医師会が行った同様の調査結果では平均66分、また岡山県保険医協会の調査結果では94分、桜井参議院議員が国会報告した結果では93分と報告されています。

病状や治療の方法、計画などの情報提供は、患者の要望があるとき、歯科医師が必要を感じる時には、文書も含め丁寧な情報提供がなされるのは当然ですが、画一的に歯科診療のありとあらゆる部分に文書提供を「無償」で義務付けることは好ましくないと考えます。

## IV その原因と背景

- 原因1 ・ ・ ①長期にわたって据え置かれている  
歯科の技術料
- ②日本の医療費と低下する歯科医療費
- ③歯科医療費の伸びは低く抑えられている（医科・歯科格差）
- 原因2 ・ ・ 新技術導入の遅れ、差額診療容認
- 原因3 ・ ・ 患者負担が高い

## 原因1・・①長期にわたって据え置かれている歯科の技術料

### (資料)

(06年現在で保団連作成)

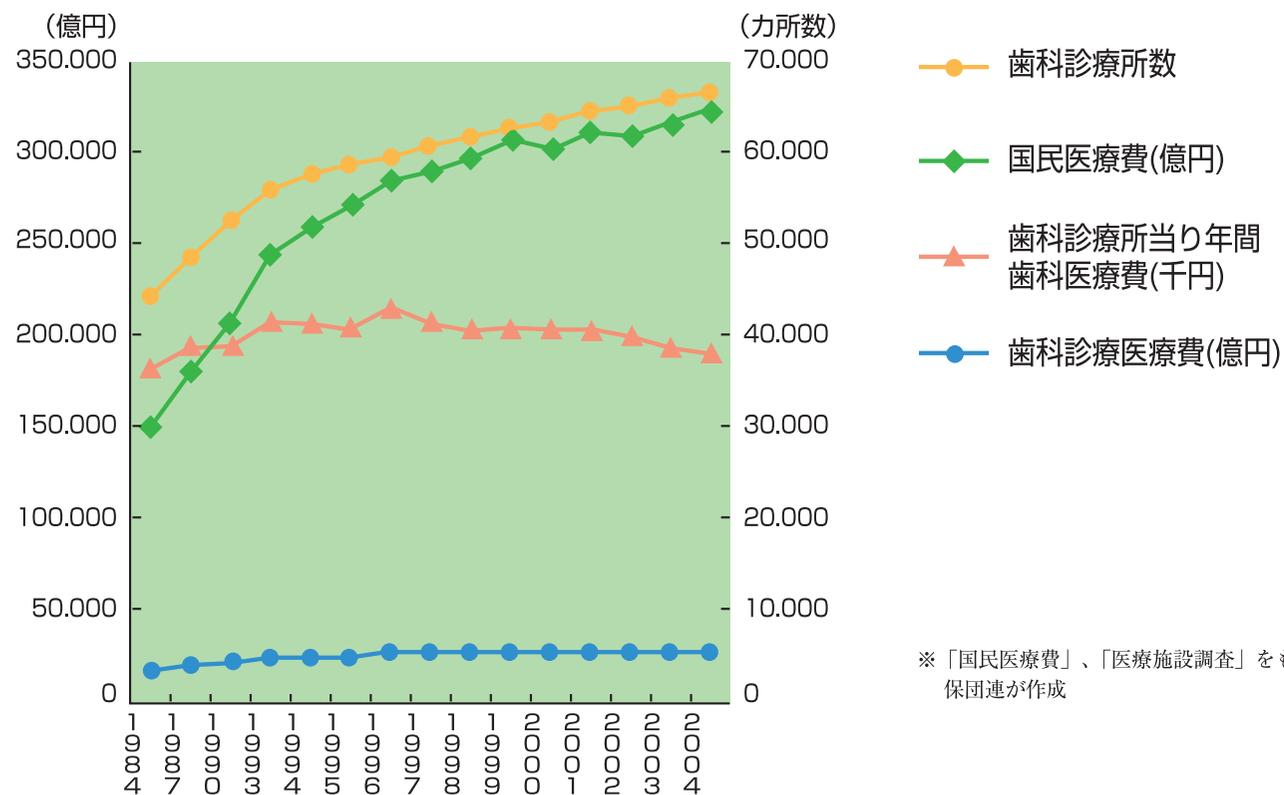
| ●検査            |            |                    |
|----------------|------------|--------------------|
| スタディモデル        | 50点        | 1970年 (S45) より36年間 |
| チェックバイト        | 400点       | 1981年 (S56) より25年間 |
| ●処置            |            |                    |
| 除去・複雑          | 15点・30点    | 1975年 (S50) より31年間 |
| 知覚過敏処置         | 40点・50点    | 1985年 (S60) より21年間 |
| ●手術            |            |                    |
| 難抜歯            | 460点       | 1985年 (S60) より21年間 |
| 抜歯窩再搔爬手術       | 130点       | 1985年 (S60) より21年間 |
| 歯根嚢胞摘出手術       | 770点・1300点 | 1985年 (S60) より21年間 |
| 歯槽骨整形手術        | 110点       | 1981年 (S56) より25年間 |
| ●麻酔            |            |                    |
| 伝達麻酔手技料        | 38点        | 1988年 (S63) より18年間 |
| 浸潤麻酔手技料        | 23点        | 1988年 (S63) より18年間 |
| ●歯冠修復・欠損補綴     |            |                    |
| 窩洞形成           | 40点        | 1975年 (S50) より31年間 |
| 咬合採得・歯冠修復物     | 14点        | 1978年 (S53) より28年間 |
| 硬質レジンジャケット冠    | 750点       | 1978年 (S53) より28年間 |
| ティッシュコンディショニング | 110点       | 1981年 (S56) より25年間 |

歯科診療所の経営を厳しくし、歯科衛生士、歯科技工士の雇用不安、環境悪化をもたらしているのは、歯科診療行為の基本的技術料が長期にわたって据え置かれているからです。医療を受ける患者から見れば、受ける保険給付内容が長期にわたって据え置かれていることにほかなりません。

「保険で良い歯科医療を」の実現のためには、こうした政府の歯科保険医療軽視政策を根本から改めることが必要だと考えます。

## 原因1・・・②日本の医療費と低下する歯科医療費

(資料)

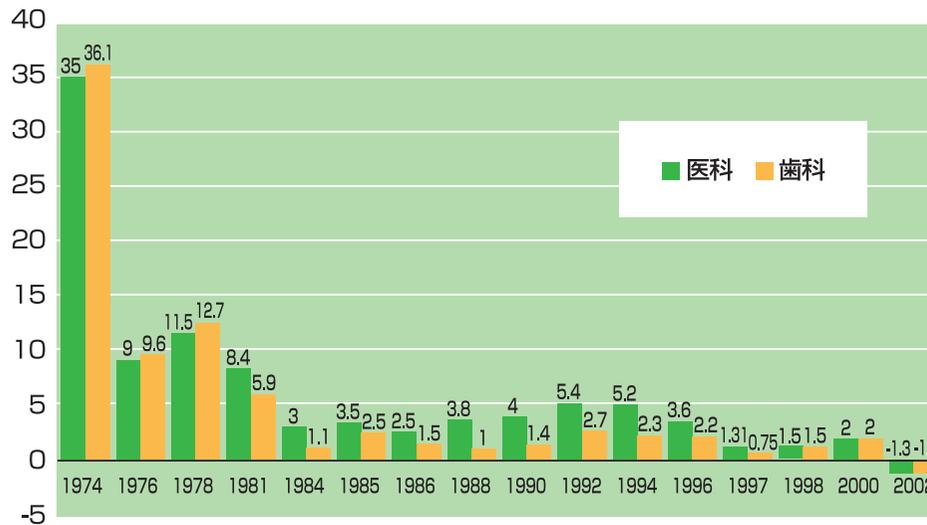


※「国民医療費」、「医療施設調査」をもとに  
保団連が作成

(対GDP比、国民1人当たり)

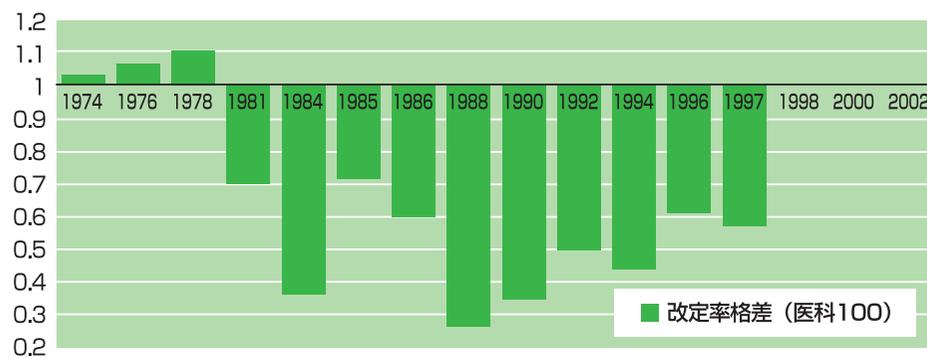
## 原因1・・・③ 歯科医療費の伸びは低く抑えられている（医科・歯科格差）

### ■ 点数改定率（医科・歯科比較）



※ 中医協資料をもとに保団連が作成

### ■ 点数改定率（医科・歯科比較）



1960～70年代は医科・歯科の診療報酬の増加率はほぼ同程度でしたが、薬価引き下げが改定財源とされたことで、1980年～1990年代は増加率に2倍以上の格差が生じ、その累積格差は補正されずその後の低い歯科の評価を形成しています。

中医協委員を長く務めた伊東光晴京都大学名誉教授は次のように指摘しています。

1967年から81年にかけての診療報酬の引き上げを見ると歯科の上昇率はかなり大きい。…この15年間に2.56倍になったのである。従って15年間に医科の診療報酬が2.45倍になり、歯科の2.56倍に比べてわずかに及ばない…

しかし、それ以後になると事態は一変する。医療それ自体の変化や費用増加等から医療費の適正水準を算出する時代は終わりを告げ、国家財政の悪化から、医療費の伸びを国民所得の伸びにリンクするという政策がとられたのである。その内訳であるが、医科に比べ歯科の引き上げ幅が低いことである。いま1984年から94年までの10年間に比較してみると、歯科の診療報酬は、113.2と、13.2%上昇している。これに対して医科のそれは130.9と30.9%も上昇し、両者の格差は大きい。

（「特別論文 供給過剰時代の歯科医療—市場原理主義にまかせてよいか—」  
京都大学名誉教授 伊東光晴『歯科医療白書』（日本歯科医師会）183 p～  
185 p より抜粋）

## 原因2 新技術導入の遅れ、差額診療容認

### ① 制度当初からの補綴治療の制限、差額容認政策

歯科医療の5割程度を占めている、歯を回復・補い被せる冠（歯冠修復）や失った歯を補う「入れ歯」（欠損補綴）の給付制限を中心に保険治療を制限し、その肩代わりとして「差額診療」を容認しています。今日でもこうした治療制限等の歯科保険医療政策

は連綿と続いており、歯科医療施設の多くが保険外（自費）に依存せざるを得ない診療と経営を余儀なくされています。このことから、歯科では治療費をめぐって患者とのトラブルが常につきまとい、また歯科医療不信の一因にもなっています。

### ② 過去30年間 歯科新技術の保険導入はゼロに等しい

歯科医療の基本的な技術料は、長期にわたって低い点数で据え置かれているだけでなく、過去30年間でも新しい技術はほとんど導入されていません。2006年改定で、医科は50もの新規技術が保険導入さ

れましたが、歯科では「機械的歯面清掃加算」ひとつだけです。2000年から2006年の4回の改定でも、下表のような技術にすぎません。

2000年以降の診療報酬改定で導入された歯科新技術

| 改定年度    | 2000年      | 2002年 | 2004年        | 2006年     |
|---------|------------|-------|--------------|-----------|
| 保険導入新技術 | 初期う蝕小か裂溝填塞 | なし    | 睡眠時無呼吸の口腔内装置 | 機械的歯面清掃加算 |

※ 厚労省資料をもとに保団連が作成

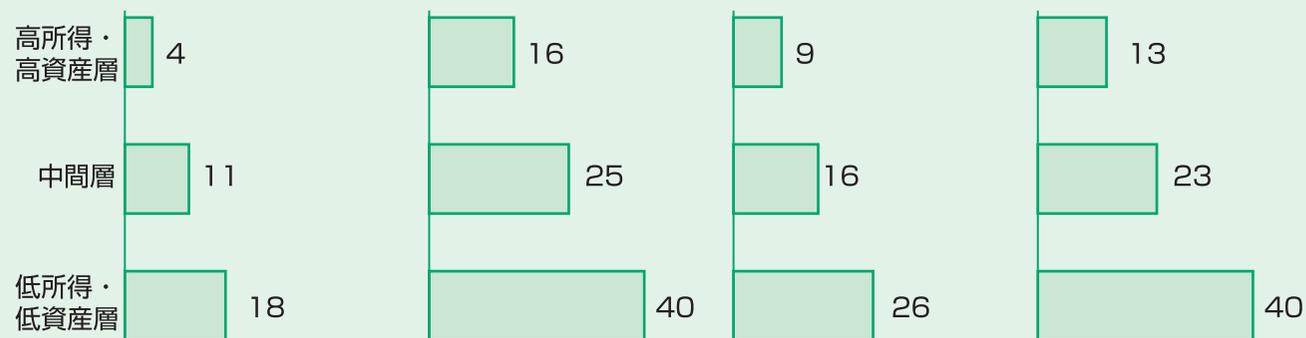
## 原因3 患者負担が高い

低所得層は高所得層の3倍近く 歯科受診をためらう

### 経済力の弱い人には、受診抑制が生じている

過去12カ月以内に、費用がかかるという理由で、医療を受けることを控えたことがありますか？

- (1) 薬を処方してもら  
なかつたことがある
- (2) 具合が悪いところ  
あるのに医療機関に  
行かなかつたことがある
- (3) 医師に勧められた検  
査や治療、経過管理  
等を受けなかつたこ  
とがある
- (4) 歯の治療が必要だ  
つたが、歯科医に行  
かなかつたことがある



(出所) 日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査報告」より

相次ぐ患者負担の増加によって、歯科受診が妨げられています。

患者・国民が早期に歯科治療・管理を受けられるようにするために自己負担割合の軽減が必要ではないでしょうか。

# V

## わたしたちの要望

—患者・国民の要望に応じて歯科の役割を発揮するために—

私たちは、患者・国民と歯科医療従事者が共に望んでいる「保険でよい歯科医療」を実現することが大切だと考えています。現在の状況を放置すると、わが国の国民歯科医療は崩壊し、だれもが安心して、きちんとした歯科医療を受けられなくなるおそれがあります。このことは食べることを通じて健康づくりを推進することにも大きな影響を及ぼします。08年に予定されている次期診療報酬改定では少なくとも次のような施策を講じる必要があると考えています。

- ① 4回連続のマイナス改定をやめ、保険でよい歯科治療ができるよう歯科診療報酬を引き上げ・改善すること。
- ② 算定率が10%未満と極端に低く、政策破綻をきたしている歯科疾患総合指導料を廃止すること。
- ③ 歯科指導管理料の「文書提供」要件を抜本的に改善し、主治医の判断で患者の要望に応えた情報提供ができるようにすること。「文書提供」を行った場合は、個別評価すること。
- ④ 保険で、より良く噛め長持ちする「入れ歯」づくりや調整に必要な技術料を適正評価・引き上げること。

- ⑤ 歯周病治療・管理に関する診療報酬を抜本的に改め、保険できちんとした歯周病の治療・管理が十分にできるようにすること。
- ⑥ 歯科技工士・歯科衛生士が安定して歯科医療に従事できるようにすること。
- ⑦ 保険外併用療養の拡大をやめ、新しい歯科治療技術が保険でできるようにすること。
- ⑧ 保険治療を全ての患者が受けられるように患者の自己負担割合を軽減すること。