

21世紀にふさわしい
歯科改革提言
2019年版



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	3
2. 歯が多い人は病気が減り、医療費は大幅に引き下げられる	4
3. 介護の現場で重要性を増す歯科	5
4. 入院の現場で重要性を増す歯科	6
5. 求められるスタンダードプリコーション（標準予防策）は	7
第2章 「かかりたくてもかかれない」歯科の実態	
1. 「保険証一枚でどこでもいつでも歯科を受診できる」仕組みが崩壊	8
2. 経済格差によって歯科の格差が生まれている	9
3. 口腔機能管理を提供できる仕組みが早期に求められている	11
4. 全世代に渡る歯科健診が構築されていない	12
第3章 困難な状態が歯科の現場に広がっている	
1. 40年にわたる診療報酬改定は大幅な歯科診療報酬の抑制の結果に	13
2. 限界を超えた歯科医療機関の経営	13
3. 指導を利用した医療費抑制	15
4. 疲弊した現場では歯科医師の意欲の低下などにより歯科医療の質と安全基盤が失われつつある	15
5. 地域の歯科保健医療を支援する病院歯科がほとんど増えていない	16
6. 次代を担う後継者問題と専門職種の確保の課題	17
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	21
2. 歯科医師過剰による需給ギャップが拡大	21
第5章 緊急に改善を要する歯科の課題と提言	
1. 国民が保険証1枚で安心して受診できるための課題と提言	23
2. すべての年代の国民が歯科健診を受けるための課題と提言	23
3. 保険が利用できる範囲を広げ、国民が十分な歯科保健診療を受けるための課題と提言	23
4. 国民に対し、安心・安全な歯科保健診療を提供するための課題と提言	24
5. 国民に対し適切な保険診療を提供するため、行政が行う指導に関する課題と提言	25
6. 今後の国民に対して歯科医療を担う、歯科医師の養成に関する課題と提言	25
7. 通院が困難になった場合でも、訪問診療が提供されるための課題と提言	26
第6章 長期的な議論を必要とする歯科の課題	
1. 世界に誇る国民皆保険制度を守る	27
2. 地域包括ケアシステムと歯科医療機関の役割	29
おわりに	30

はじめに

人間らしく健康な生活を営むには、医療・介護などの医療制度を利用することが不可欠です。

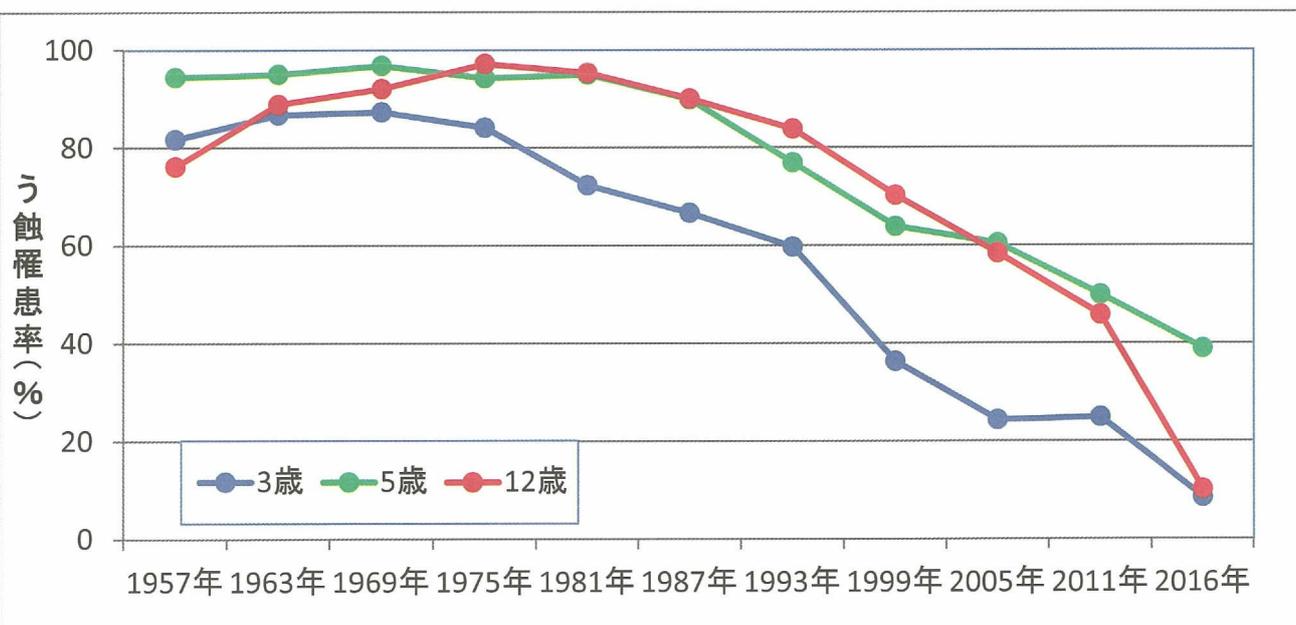
超高齢社会の到来の中で「健康寿命」という考え方が注目を集めています。歯科は、以前は「健康」にかかわりが少ないと考えられてきたため、社会的にも政治的にも軽視されてきた感があります。しかし、歯科と全身疾患との関連性が複数のデータで明確に示され、今日では「いのち」と歯科とのかかわりが注目されています。

今日、日本の歯科保健医療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」という優れた医療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対策では 1980 年代以降の歯科地域保健事業の充実やヘルスプロモーションの成功などにより、う蝕を減少させるという世界でも稀な成果をあげています（図 1）。

これらの成果は決して十全な医療制度の下で到達したものではありません。低い歯科の診療報酬などハンデがある医療政策のもとで、献身的に努力を重ねてきた多くの歯科関係者がこうした高い医療水準を作り出したと自負してよいと考えます。

しかし、最近の国が歯科保健医療に求める効率化は限界を超え、国民や歯科関係者の間に生じる様々な矛盾が更に拡大しています。国民においては、総務省の労働力調査において 2017 年の非正規の職員・従業員が 2,036 万人（前年比 13 万人増）となるなど、非正規労働者が増えることで経済格差が広がり、窓口負担増などで歯科医療機関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。歯科関係者にとっても、今日までのように低い歯科診療報酬の中で、現場の努力や頑張りだけで世界的水準を守ることは大変困難な状況となっています。

図 1：小児う蝕の減少傾向（1957-2016 年）



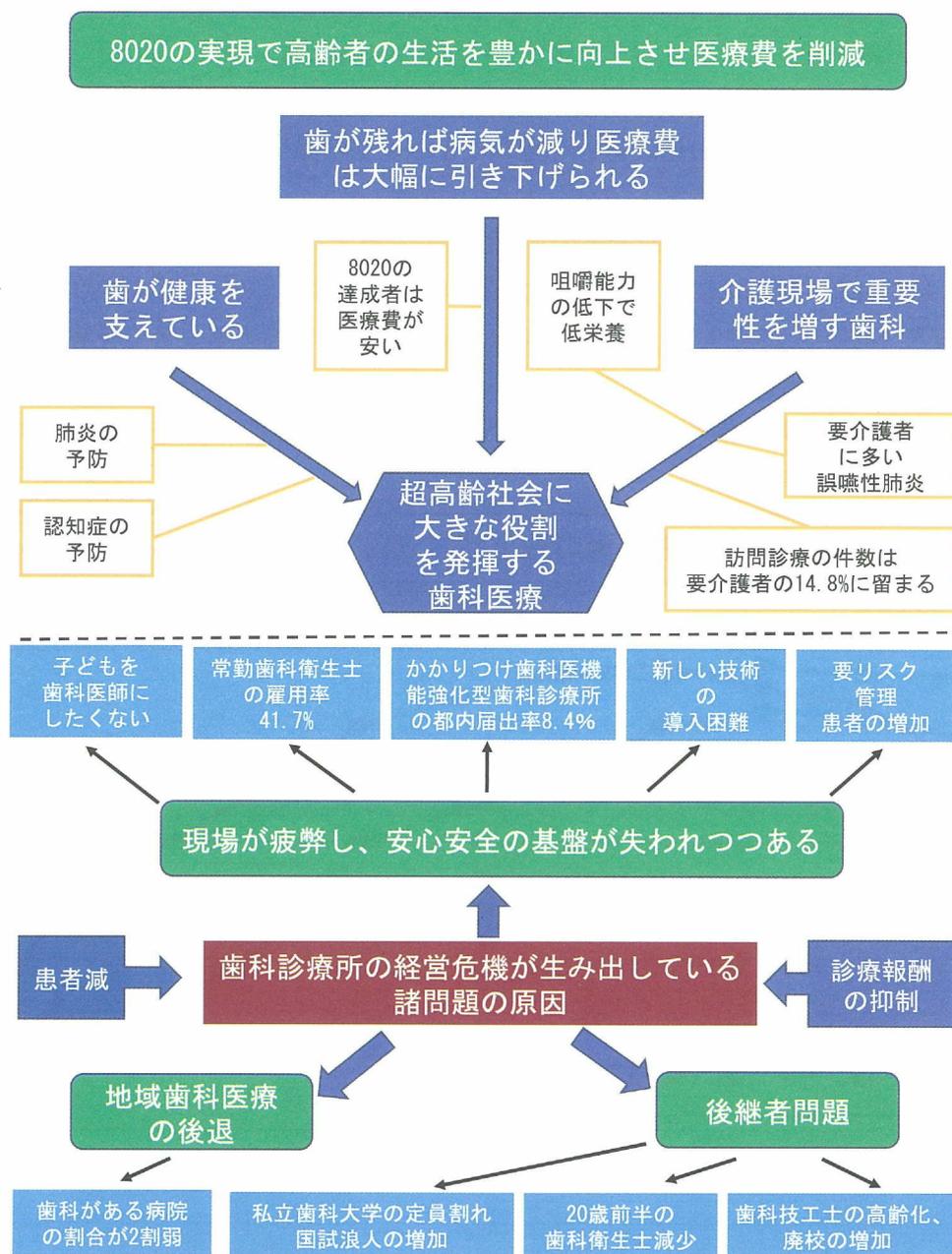
※「歯科疾患実態調査」（厚生労働省）より協会が作成

また、少子高齢化、さらに進む人口減少という社会構造の変化、生活様式や歯科疾病の構造変化、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、歯科保健医療も歴史的な転換が必要となっています。特に、団塊の世代が75歳になる2025年だけでなく、その先の2045年（推定：全都道府県で高齢化率（65歳以上人口の割合）が30%以上）に向けた医療提供体制も検討が必要です。

こうした状況のもとで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」の医療制度を維持すること、そして私たちが専門性を発揮し安心・安全な歯科保健医療を提供できるよう改革を目指すことが、喫緊な課題と考えています。

私たちはそうした時代認識に立脚し21世紀にふさわしい歯科改革ビジョンを提言します。

図2：歯科医療を取り巻く現状のイメージ



※協会が作成

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

現在、国民の関心が、「健康寿命」（介護に依存せず自立した生活ができる生存期間）に集まる時代に変化してきています。以前は「歯の病気では死なない」ことが常識とされる時代でしたが、この「健康寿命」を重視すべき今の時代においては、まさに「高齢者は歯がいのち」といえます。

医学が発展する中、口腔の病気（口の中の汚れ、歯周炎などの疾病）が肺炎、心臓病や血管などの病気、糖尿病などの引き金になったり、増悪させたりすることが分かってきました。また、歯の喪失や義歯を使用していないことが認知症の発症と関連することを指摘する研究報告もあり、歯は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（図3-5）。

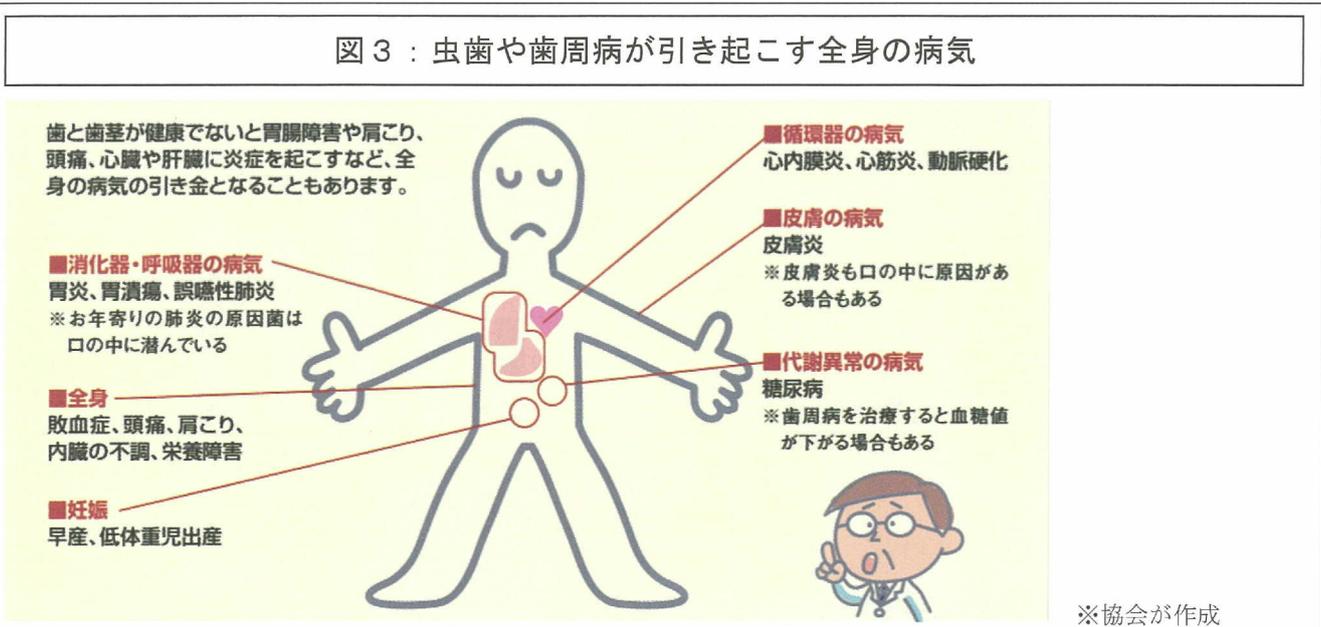


図4：歯の数や義歯使用と認知症の発症

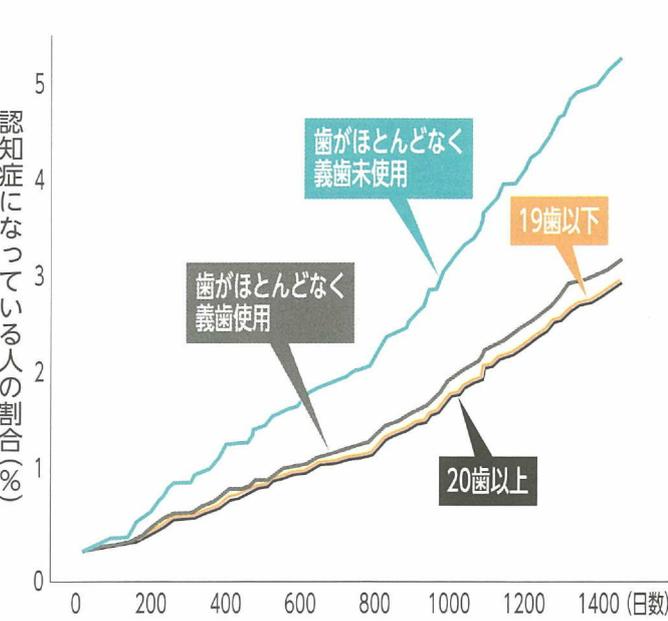
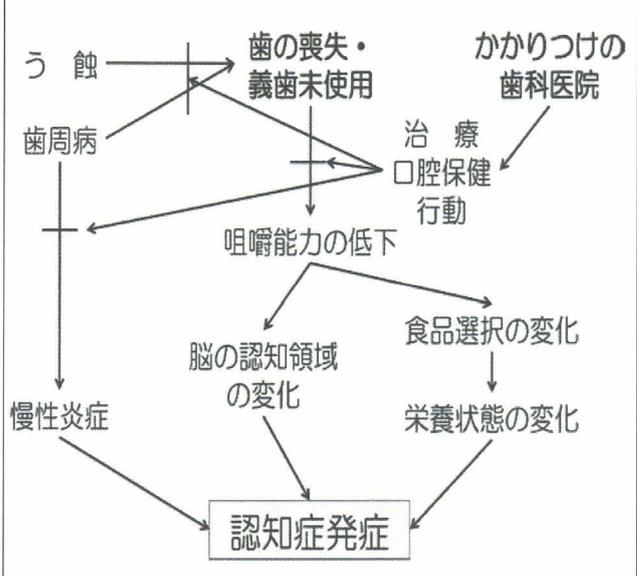


図5：歯科から認知症発症への予想経路



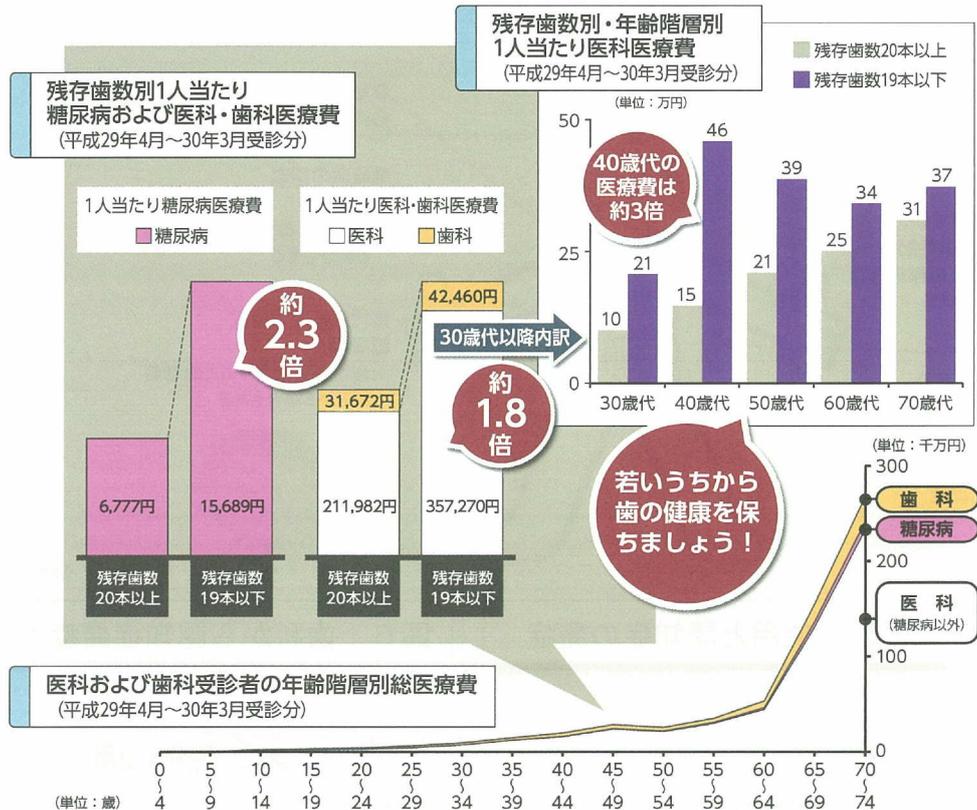
※出典：「歯科から考える認知症予防への貢献」
P. 233 図3 / 日本口腔インプラント学会誌
第30巻 4号：PP. 230-234

2. 歯が多い人は病気が減り、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て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、調査結果によっては 20 本以上の歯を持っている人は、医科医療費が半額近く少なくなるとの報告もあります（図：6）。

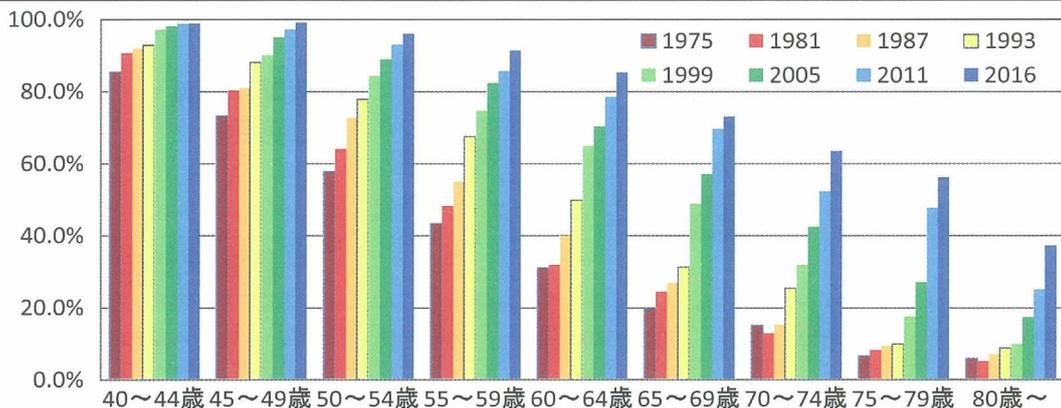
現状は80歳以上で20本以上自分の歯を残している人の割合は37.2%（図：7）で、80歳では51.2%です。もし、ほとんどの人が20本以上の歯を残しているとする、かなりの医療費を削減することが期待できます。高齢化の進展による医療費の伸びを抑制する上でも、後期高齢者が倍増する約5年後を考えると、高齢者の歯を残すためには歯科保健医療の充実と正当な評価が喫緊の課題です。

図6：歯が多い人と少ない人の年間医療費の比較



※出典：「国保データヘルス 医療費分析の結果から」（日野市）／広報ひの 2018年12月15日 第1437号

図7：20歯以上ある人の割合の年齢階級・年次推移



※「歯科疾患実態調査」（厚生労働省）より協会が作成

3. 介護の現場で重要性を増す歯科

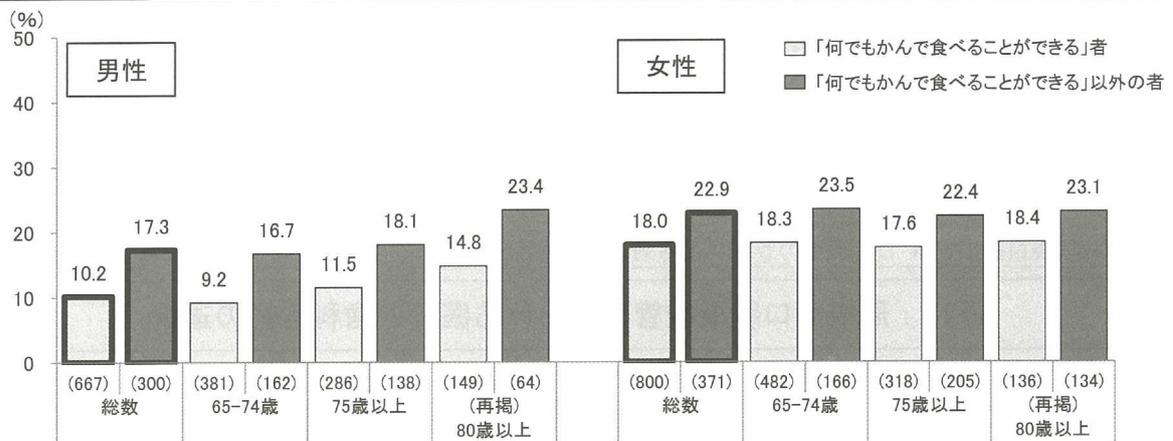
要介護状態にある人が低栄養になると、状態が悪化するといわれています。また、高齢者においては、何でも噛んで食べられない人は低栄養になりやすいとの報告もあります（図：8）。高齢者にとって、口から食べられることはとても重要です。

また、入院患者をみると、死因の中で大きな要因を占めるのは肺炎であり、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に口腔のケアや嚥下訓練を行うことが注目されています。しかし、口腔のケアの効果をより高めるには、専門職種である歯科医師・歯科衛生士の介入（口腔管理）が重要です（図：9）。

なお、全国の要介護者は4,531,807名（2017年1月分の介護保険事業状況報告（暫定））いますが、歯科訪問診療の1カ月当たりの実施件数は、居宅が136,077件、施設が536,116件で合計672,193件（2017年医療施設（静態・動態）調査）となっています。すなわち、1月の実施件数が要介護者数の僅か14.8%でしかなく、多くの要介護者が歯科を受診できていない状況は速やかに改善されることが望まれます。

歯科医師においても、「高齢者の医薬品適正使用の指針」に示されているように薬の副作用の知識や食支援のために摂食機能の知識の強化が必要と考えられます。

図8：かんで食えるときの状態と低栄養傾向の者（BMI ≤ 20）の割合



※出典：「平成29年国民健康・栄養調査結果の概要」（厚生労働省）

図9：要介護者に対する介護職と歯科専門職による口腔ケアの効果

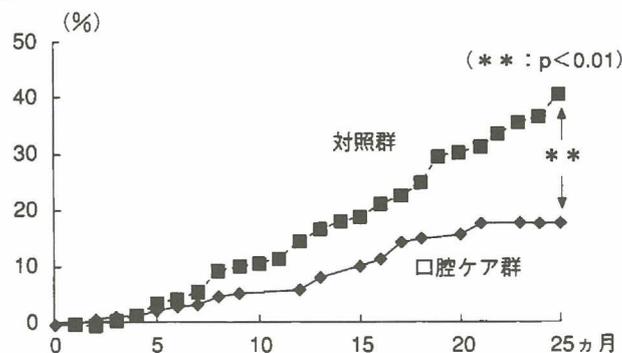


図2 期間中の発熱発生率
期間が長くなるにつれ、口腔ケア群と対照群の発生率の差が大きくなっていった (p < 0.01)

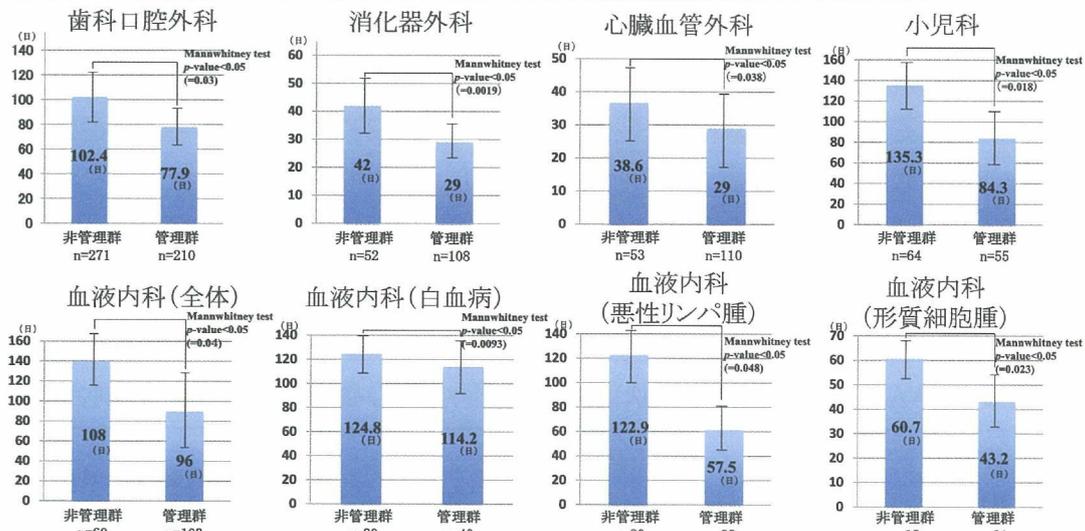
※出典：「要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究」（米山武義 他）/日本歯科医学会誌 2010年 Vol.20

4. 入院の現場で重要性を増す歯科

入院患者に口腔機能管理を行うことで、入院の日数を削減できることが分かっています（図：10）。

しかし、歯科が併設された大きな病院ではその取り組みが進んでいますが、中・小規模で歯科の無い病院では十分に普及しているとはいえません（図：11）。普及させるためには、病院内での口腔機能管理や地域の歯科診療所との連携調整を担う病院歯科の設置やその人員を増やすことが望まれます。

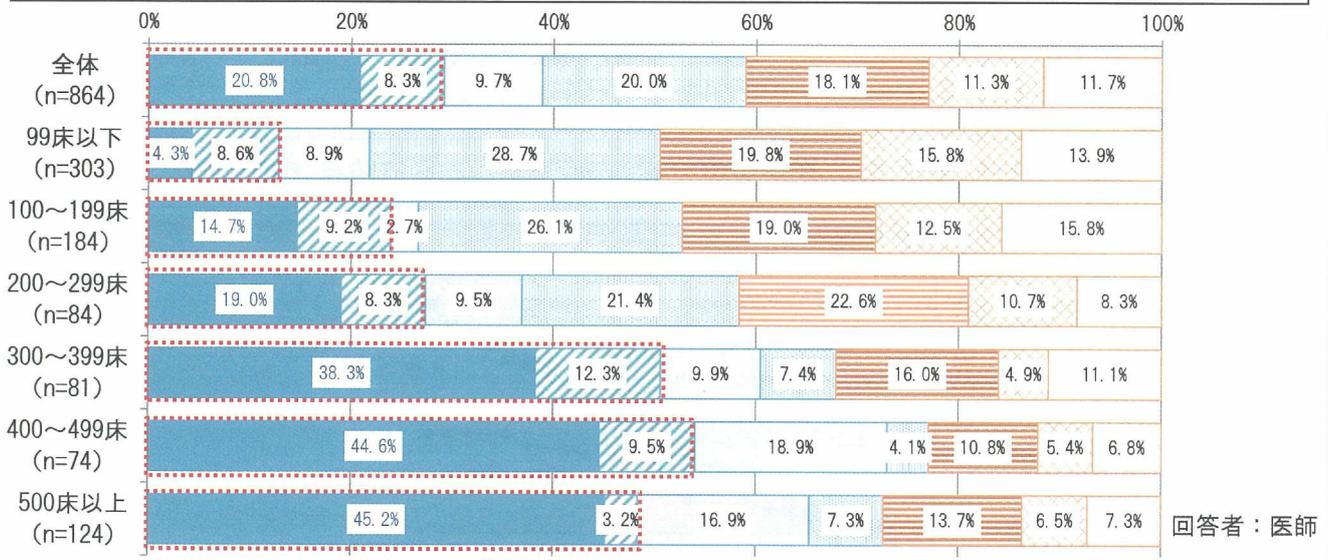
図 10：口腔機能の管理による在院日数に対する削減効果



- いずれの診療科においても在院日数の削減効果が統計学的に有意に認められ、その効果はほぼ10%以上あることが明らかになった。
- 口腔に近い領域だけではなく、侵襲が大きな治療の際に口腔機能の管理が重要であると考えられる。全身的負担の大きな治療に際して、後述するように、口腔内細菌叢が崩れるのを防いでいるものと推測できる。

※出典：「専門委員提出資料 口腔機能の管理による効果」中央社会保険医療協議会総会(厚生労働省) 2013年11月22日

図 11：周術期口腔機能管理における医師と歯科医師の連携



- 院内の歯科医師と連携し、周術期口腔機能管理に関する情報提供を行っている
- 院外の歯科医師と連携し、周術期口腔機能管理に関する情報提供を行っている
- 院内の歯科医師と連携しているが、周術期口腔機能管理に関する情報提供は行っていない
- 院外の歯科医師と連携しているが、周術期口腔機能管理に関する情報提供は行っていない
- 歯科医師と連携していないが、連携体制の整備は必要と考えている
- 歯科医師と連携しておらず、特に必要性も感じていない

※出典：「歯科医療（その1）について」中央社会保険医療協議会総会(厚生労働省) 2017年5月31日

5. 求められるスタンダードプリコーション（標準予防策）は

歯科医療機関においては、感染症を有する患者であるか否かにかかわらず、スタンダードプリコーション（標準予防策）を遵守し、使用したハンドピースなどを患者毎に交換するなどの院内感染防止対策を行うことが求められています（図 12）。2018 年診療報酬改定でその推進を図るため、施設基準を満たしているとして届出した場合の評価（初診時+4 点（40 円）、再診時+3 点（30 円））が設けられました。しかし、過去の調査で示されたコストの平均値 268.17 円とは程遠い少ない評価であり、さらに充実させるためにはその差異を埋めることが求められています（図：13）。

図 12：歯科診療で用いる機器・器具の滅菌

※日本歯科医学会監修：エビデンスに基づく一般歯科診療における院内感染対策実践マニュアル改訂版

【歯科用ユニットから取り外しが可能な器械・器具の滅菌】

歯科用ユニットから取り外しできる使用済みの器械・器具、および口腔内に挿入した器械・器具は、**すべて患者ごとに取り替える。**

（対象となる主な器械・器具の例）

高速エアータービンハンドピース、電気エンジンハンドピース、排唾管、パー類、ポイント類、スリーウェイシリンジチップ、歯科治療基本セット 等

【耐熱性のある器械・器具の滅菌】

耐熱性のある器械・器具は、**原則としてオートクレーブを用いて滅菌する。**その際、各器械・器具ごとにメーカーが指定する温度・時間を遵守する。

（対象となる器械・器具の例）

高速エアータービンハンドピース、電気エンジンハンドピース、排唾管、パー類、ポイント類、スリーウェイシリンジチップ、歯科治療基本セット、パー・ポイント類、抜歯用機具類、口腔内印象採得用既製トレー 等

オートクレーブ
（高圧蒸気滅菌器）の例



（ハンドピース専用小型高圧蒸気滅菌器）



※出典：「歯科医療（その2）について」 中央社会保険医療協議会総会（厚生労働省）2017年12月6日

図 13：外来患者 1 人 1 回あたりコスト（上段）およびコストの対医業収入比（下段）

	平均値			25パーセン タイル値	50パーセン タイル値 (中央値)	75パーセン タイル値
	人件費	非人件費	合計			
会合・院内研修等	5.79円 0.04%	11.66円 0.08%	17.45円 0.12%	0.00円	1.10円	9.71円
院外研修	31.63円 0.22%	17.05円 0.12%	48.68円 0.34%	0.00円	0.00円	22.93円
ヒヤリ・ハット事例収集	0.74円 0.01%	—	0.74円 0.01%	0.00円	0.00円	0.00円
再発防止検討会	6.56円 0.05%	—	6.56円 0.05%	0.00円	0.00円	0.00円
感染起因菌調査	17.06円 0.12%	—	17.06円 0.12%	0.00円	0.79円	11.94円
消毒薬・グローブ等	—	37.35円 0.26%	37.35円 0.26%	19.93円	36.64円	46.75円
感染性廃棄物処理	—	61.08円 0.43%	61.08円 0.43%	28.59円	49.88円	78.85円
機器等の保守・点検	—	18.87円 0.13%	18.87円 0.13%	10.34円	20.00円	21.47円
機器・設備の設置・運用	—	60.37円 0.43%	60.37円 0.43%	2.85円	26.63円	66.02円
合計	61.78円 0.44%	206.38円 1.46%	268.17円 1.90%	311.28円	503.69円	782.72円
(参考)患者相談対応	455.57円 3.22%	—	455.57円 3.22%	192.98円	379.22円	611.34円
(参考)患者相談対応を含む合計	517.36円 3.66%	206.38円 1.46%	723.74円 5.12%	377.79円	585.00円	888.82円

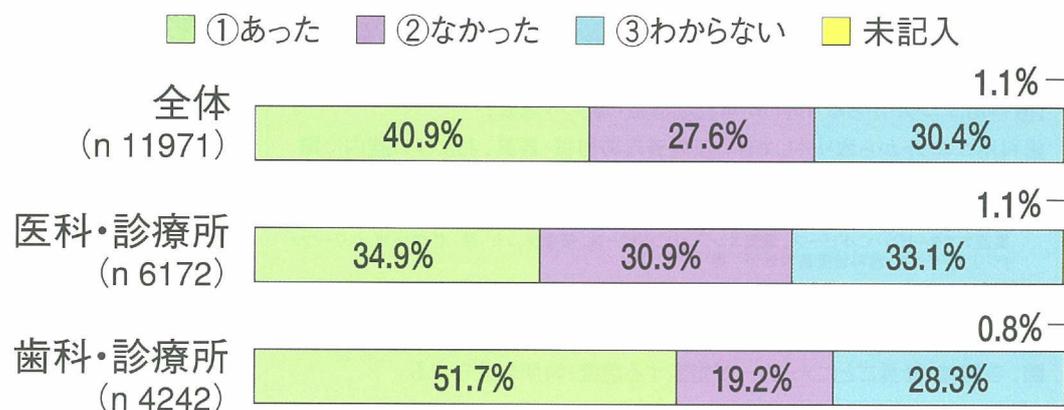
※出典：「平成 18 年度医療安全に関するコスト調査業務報告書」
中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（厚生労働省）2007年7月18日

第2章 「かかりたくてもかかれない」 歯科の実態

1. 「保険証一枚でどこでもいつ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我慢している国民が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、特に高齢者において歯科医療費の窓口負担割合の拡大などで、経済的な理由から歯科受診を控えるようになっていきます（図：14）。また、非正規雇用の拡大によって労働の現場環境が厳しく、働き盛りの若い世代などにおいても受診ができない状況が広がっています（図：15）。

図 14：この半年間に主に経済的理由によると思われる治療中断があったか



※出典：「40%以上が経験、歯科では50%超 経済的理由の治療中断 —保団連受診実態調査結果—」
 全国保険医団体連合会ホームページ

図 15：歯科医院へ定期受診していない理由

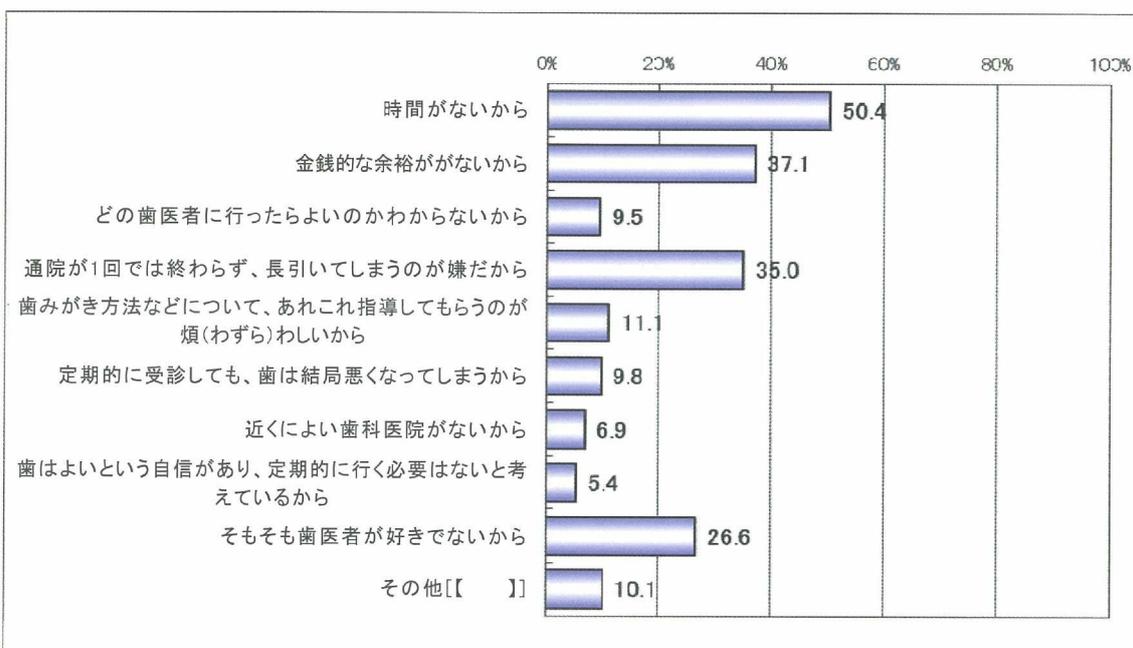


図 9 【質問 9】あなたが現在、歯科医院へ定期受診していない詳しい理由として、あてはまるものをすべて選んでください。

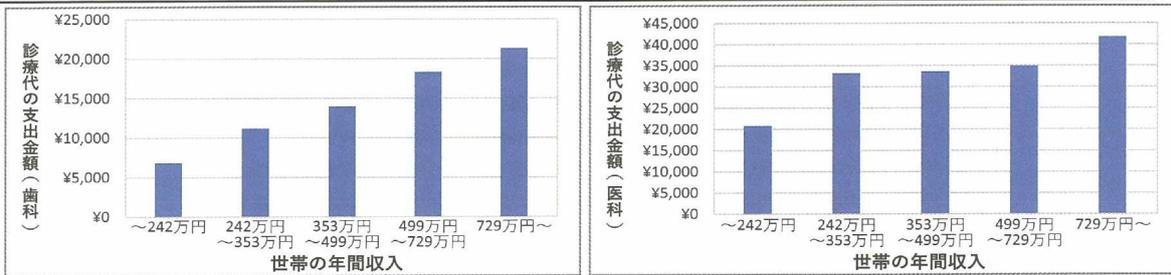
※出典：「インターネットリサーチによる歯科定期受診行動に関わる要因についての調査」
 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業研究事業）分担研究報告書

2. 経済格差によって歯科の格差が生まれている

家計調査によれば、医科受診と比べ、所得が低くなると歯科受診の支出が低下することが明確になっています（図：16）。そのため、歯科受診は所得が増加した際に支出が何%伸びるのかを示した「所得弾性値」が大きいという特徴があり、経済的理由による受診の格差が生まれやすい傾向があります。

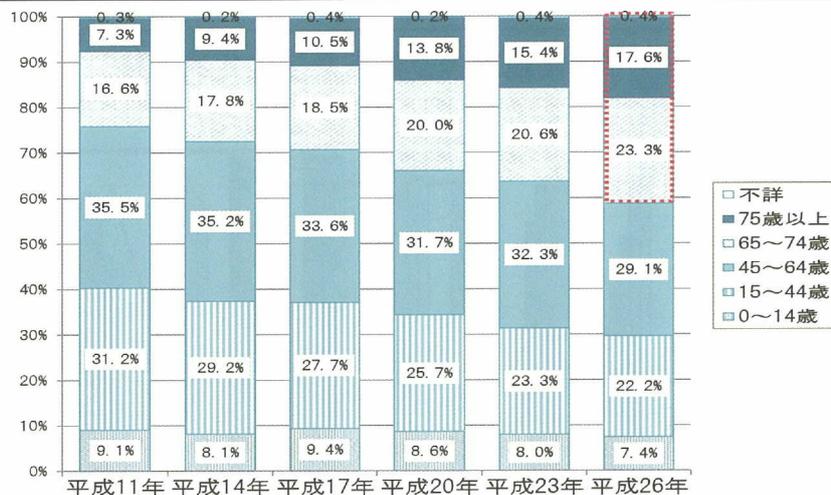
また、厚生労働省の患者調査によると65歳以上の推計患者数は増加していますが、受療率をみると医科と違い65歳以上で低下しています（図：17、18）。その背景には、高齢者の層は所得が少ない方が多いため、歯科治療費を抑制することが推測されます。

図 16：世帯の年間収入階級別の診療代の支出（歯科：左、医科：右）



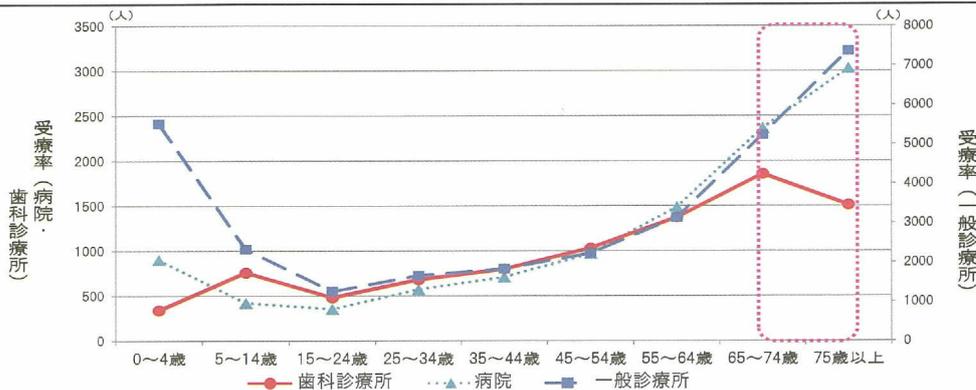
※「家計調査」（総務省 統計局）より協会が作成

図 17：推計患者数の年齢階級別割合



※出典：「歯科医療（その1）について」 中央社会保険医療協議会総会（厚生労働省）2017年5月31日

図 18：歯科診療所の外来受療率（2014年度）

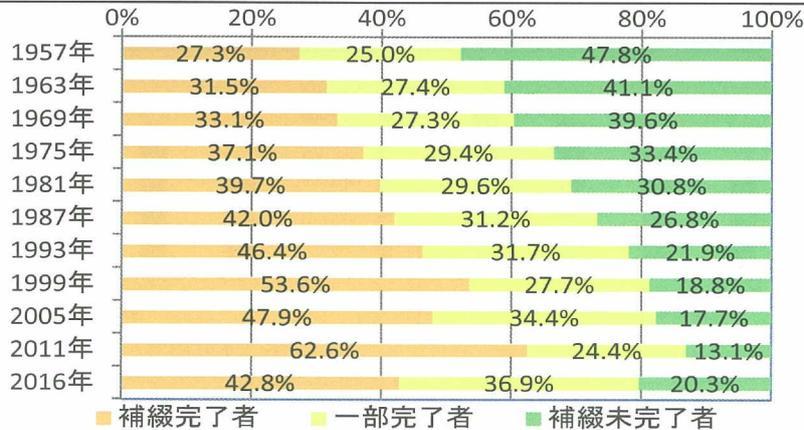


※出典：「歯科医療（その1）について」 中央社会保険医療協議会総会（厚生労働省）2017年5月31日

また、歯科医療機関に受診しても、治療途中で来院しなくなる者が最近増加しています（図：19）。う蝕は小児では急速に減少していますが、逆に中高年の世代からう蝕や歯周病の罹患率が増加しており、治療や定期的な管理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：20、21）。

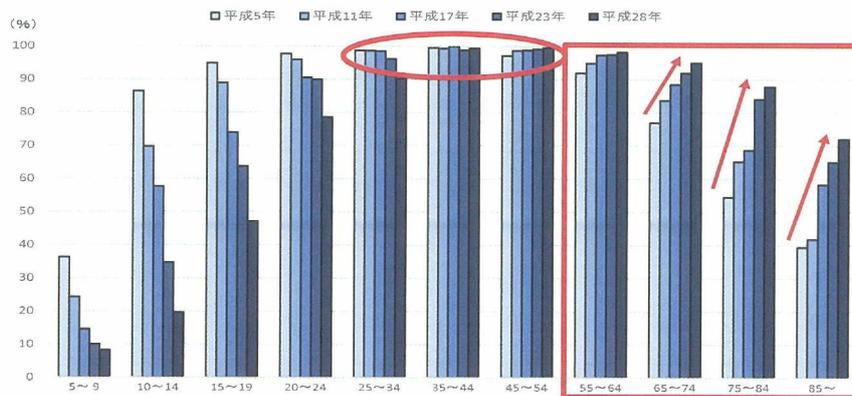
2016年の歯科疾患実態調査では80歳で残存歯が20本の人の割合は51.2%と半数を占めていますが、さらに推進するためにはう蝕や歯周病の重症化予防が重要であり、ライフステージ（周産期・乳幼児期、学童期、青年期、壮年期、中年期、高齢期）ごとに継続的に患者が歯科受診できる健診及び負担軽減の仕組みが必要です。

図 19：補綴完了者・一部完了者・未完了者の割合の年次推移



※「歯科疾患実態調査」（厚生労働省）より協会が作成

図 20：年齢階級別のう蝕有病率の年次推移



※出典：「う蝕罹患の現状」 歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ（厚生労働省）2018年9月12日

図 21：歯周病罹患率（4 mm 以上の歯周ポケットを有するもの）の割合



※出典：「歯科医療（その1）について」 中央社会保険医療協議会総会（厚生労働省）2017年5月31日

3. 口腔機能管理を提供できる仕組みが早期に求められている

高齢者においては、う蝕や歯周病の重症化予防だけでなく、噛める・飲み込めるといった口腔機能の管理を受けることも重要です（図 22、23）。特に、高齢者は在宅で療養をしている者や施設に入所又は病院に入院している者も多くおり、外来通院できなくても訪問診療により必要な歯科医療を受けられる仕組みを早期に拡充することが必要になっています。

図 22：口腔機能低下症（日本老年歯科医学会）

老化による口腔機能の低下

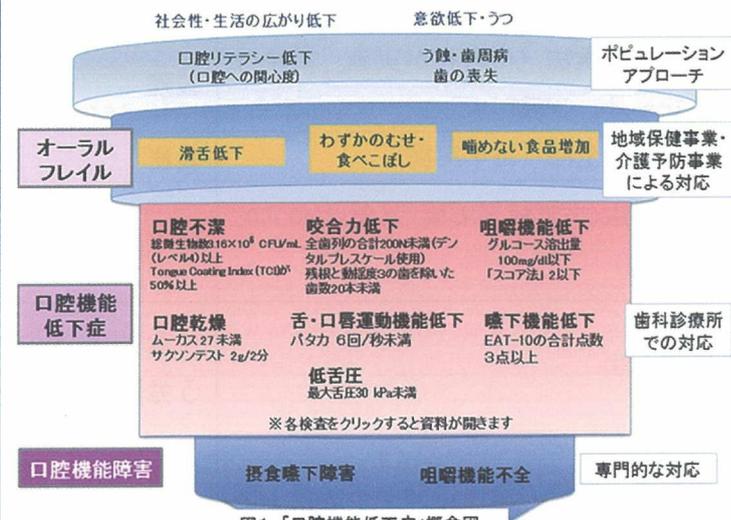


図1.「口腔機能低下症」概念図

口腔機能低下症の概念



（一般社団法人日本老年歯科医学会HPより引用）

口腔機能低下症の診断基準：以下の7項目中、3項目を満たした場合

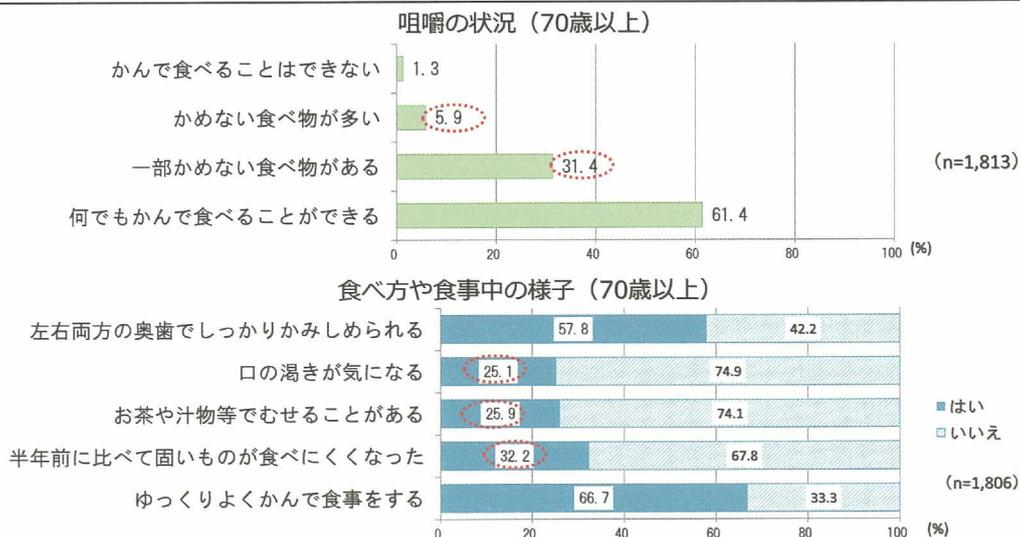
- ①口腔不潔 ②口腔乾燥 ③咬合力低下 ④舌口唇運動機能低下 ⑤低舌圧
- ⑥咀嚼機能低下 ⑦嚥下機能低下

⇒単一の口腔機能ではなく、各口腔機能低下の複合的要因によってあらわれる病態

出典：高齢期における口腔機能低下—学会見解論文 2016年度版— 一般社団法人日本老年歯科医学会学術委員会

※出典：「歯科医療（その2）について」 中央社会保険医療協議会総会（厚生労働省）2017年12月6日／日本老年歯科医学会

図 23：高齢者の口腔機能の状況



※出典：「歯科医療（その2）について」 中央社会保険医療協議会総会（厚生労働省）2017年12月6日

4. 全世代に渡る歯科健診が構築されていない

歯科疾患は軽症な場合は自覚症状が無いことが多く、軽症のうちに受診をするためには歯科健診が重要になります。歯科の健診体制は、乳幼児や学童期では義務化されていますが、成人の歯周病検診が努力義務になっているなどそれ以外の世代では多くが義務化されていません。法的な位置づけを含め、全てのライフステージ（周産期・乳幼児期、学童期、青年期、壮年期、中年期、高齢期）で歯科健診を取り組むことが今後重要です（図 24）。

図 24：各世代の健診などの状況

世代	健診などの状況	根拠法など	健診等の扱い
乳幼児	乳幼児歯科健診	母子健康保険法（市町村が実施。対象は1歳6ヵ月、3歳）	義務
児童・生徒など	学校歯科健診	学校保健安全法（毎年実施）	義務
～74歳	歯周疾患検診	健康増進法（市町村が実施。対象は40、50、60、70歳）	努力義務
	労働安全衛生法に基づく定期健診	労働安全法	任意（塩酸等を扱う労働者は義務）
	その他歯科健診	※高齢者の医療の確保に関する法律、国民健康保険法など	任意（国保・被用者保険が行う特定健診が義務）
75歳以上	後期高齢者歯科健診	健康診査事業（広域連合が実施。後期高齢者医療制度事業費補助金の補助メニュー。）	努力義務

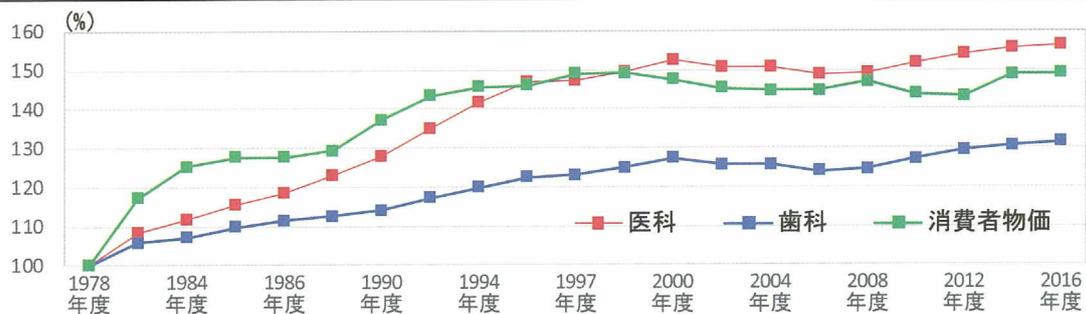
※協会が作成

第3章 困難な状態が歯科の現場に広がっている

1. 40年にわたる診療報酬改定は大幅な歯科診療報酬の抑制の結果に

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2016年までの歯科医療費の伸び率は、同期間の消費者物価の伸び率149を大きく下回る131に止まっています（図25）。2000年から横ばいの歯科医療費は2008年からは増加に転じていますが、消費物価の伸びとの乖離は残り続けています。また、2008年までは新規技術の導入はほとんどなく、近年になって技術評価提案書のスタイルで順次新規技術も積極的に導入されるようになりました。しかし、十分に診療報酬で評価されているとはいえ、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。

図25：1978年以降の医科と歯科の診療報酬格差

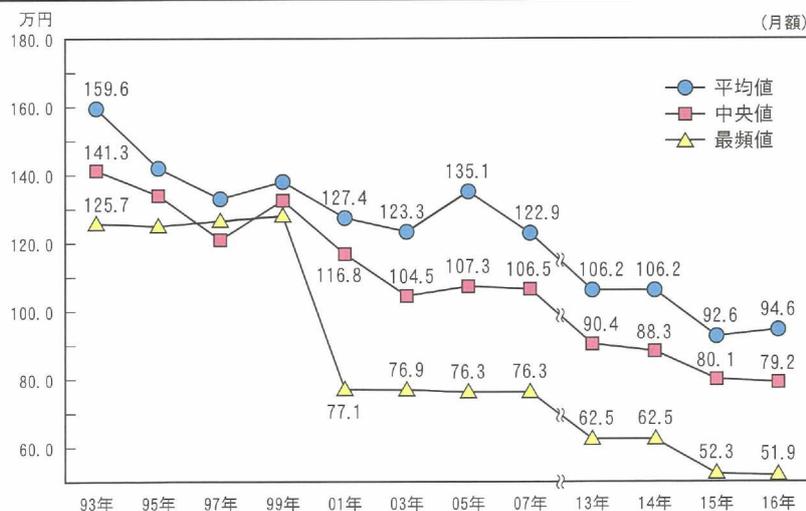


※診療報酬の改定率および「消費者物価指数」（総務省 統計局）から協会が作成

2. 限界を超えた歯科医療機関の経営

多くの歯科医療機関が経営難に直面しています。医療経済実態調査でも、収支差額は大きく減少し、2016年の調査では収支差額（個人）では平均94.6万円で、最頻値は51.9万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26）。また、1996年に集団的個別指導が導入され、1999年からの大きな下降は、それがトリガーとなっていることが推測されます。

図26：歯科診療所（個人）の収支差額の平均値、中央値、最頻値の推移



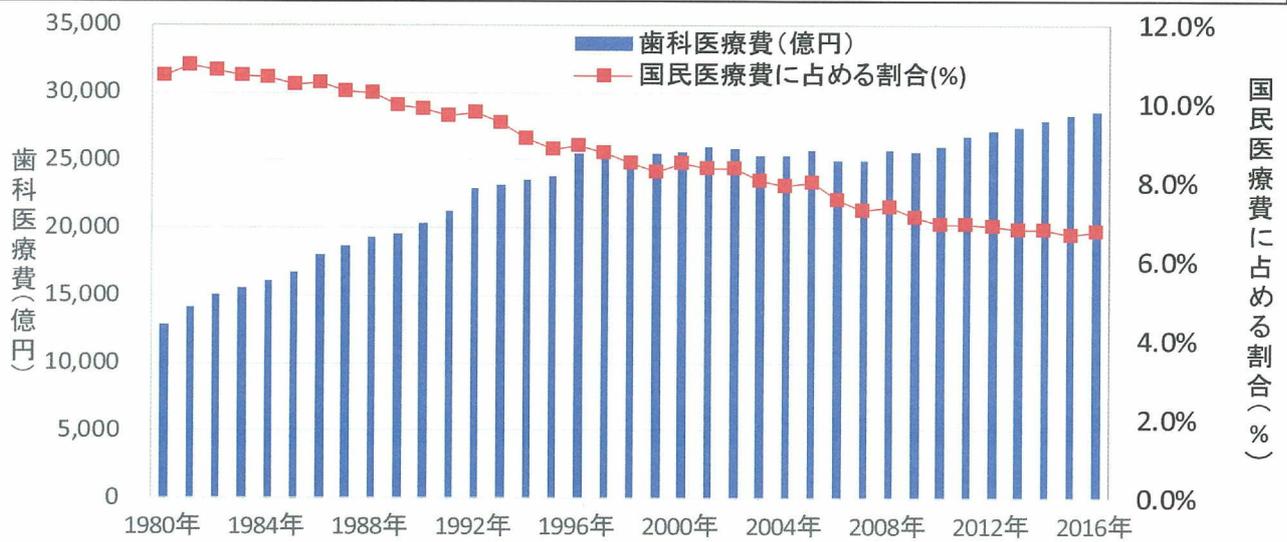
中医協「医療経済実態調査」より作成

※出典：「膨張する医療費の要因は薬剤費にありー2000年度～2016年度における概算医療費と薬剤費の推移ー」
全国保険医団体連合会

歯科医療機関が経営難になる理由は、歯科医療費が伸びていないためです。2008 年以降は高齢化率の上昇と共に増加に転じていますが、国民医療費に占める歯科の割合は減少傾向で、1980 年の 10.7%から 2015 年の 6.7%にまで下がり続けています（図：27）。

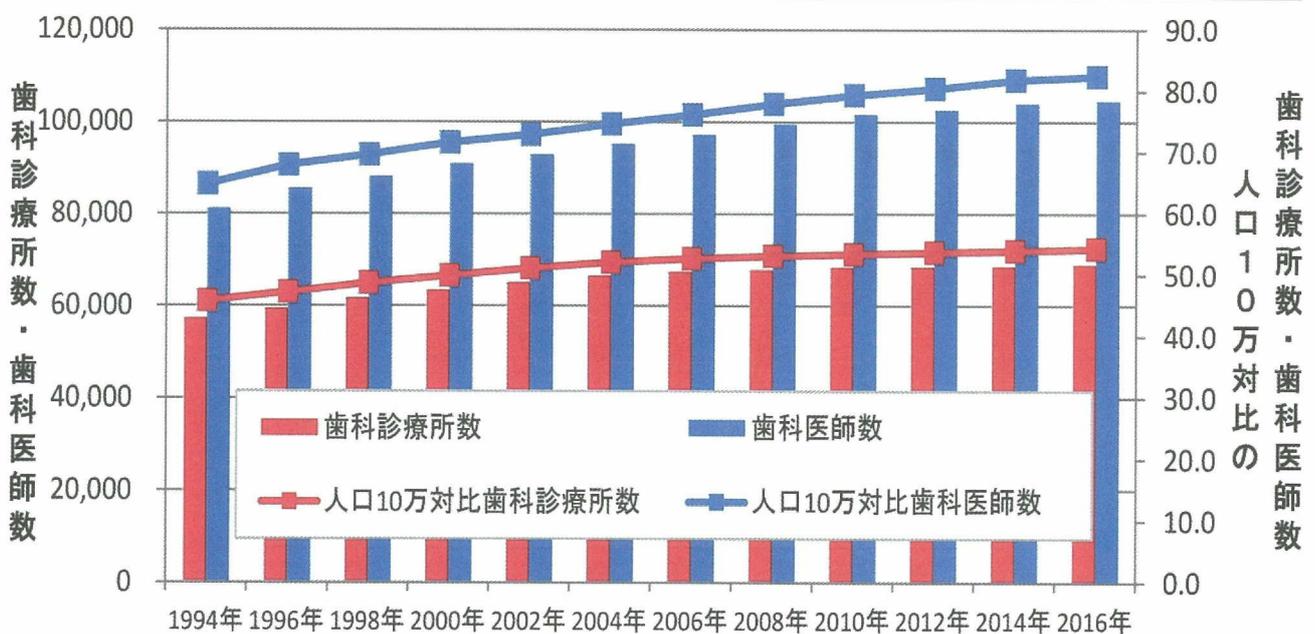
歯科医療費が伸びない原因の 1 つは、患者の減少です。高齢社会が進展するなかで本来ならば歯科を受診する患者が増加すると想定されていましたが、実際には、この 30 年間で約 110 万人から約 135 万人の間で変動し増えていません。2014 年の調査では患者数は 136 万 3,400 人となっていますが、歯科医療機関数はこの 10 年間で約 1,500 件増加し、人口 10 万対比でみると 2006 年での 52.7 件から 2016 年で 54.3 件と増加しています（図：28）。また、一医療機関の患者は、一日当たり 19.8 人にまで減少しています。

図 27：歯科診療医療費と国民医療費に占める割合の年次推移



※「国民医療費の概況」(厚生労働省)から協会が作成

図 28：歯科診療所・歯科医師の数と人口 10 万当たりの推移



※「医師・歯科医師・薬剤師調査」「医療施設調査」(厚生労働省)から協会が作成

3. 指導を利用した医療費抑制

健康保険法第73条により、保険医療機関並びに保険医は「療養の給付」及び「診療又は調剤」に関して「指導」を受ける必要があります。指導は、保険診療に関する歯科医師の理解を深めることを目的とし、教育的に行うのが本来の趣旨です。

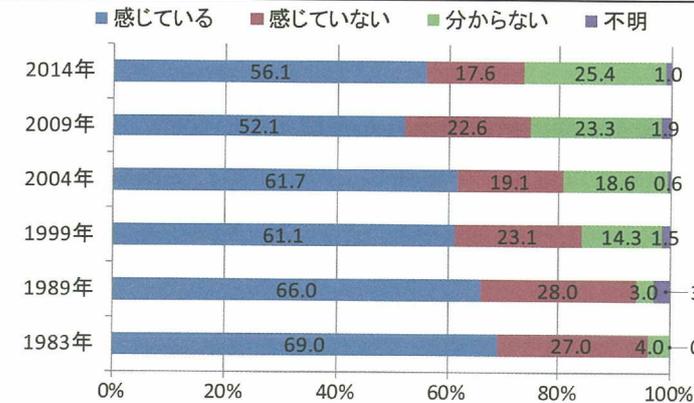
しかし、実際には、個別指導に選定された理由は知らされない、持参する資料が膨大で前日にならないと対象が分からないなどの問題が起きています。また、内容によっては監査に移行して保険医取り消しなどが行われる可能性があり、精神的なプレッシャーから廃業や自死等を選択する場合があります。

また、歯科医療機関が請求する点数が高くなると指導の対象に選定されることになっているため、「指導対象に選ばれないためにどうすべきか」と防御反応が働きます。その結果、必要な治療をしない萎縮診療を招き、ひいては経営悪化だけでなく、歯科医療費の抑制を招く1つの原因となっています。

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

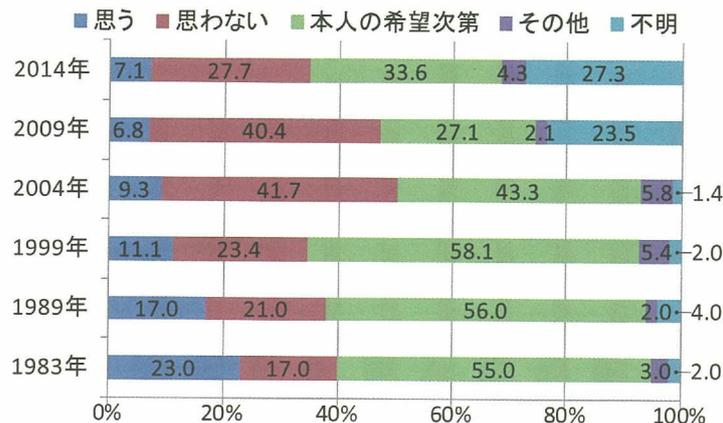
個人事業主という零細な経営規模の歯科医療機関では、経営難であることは、安心・安全のための投資や人員配置を困難にさせる可能性があります。多くの歯科診療所は診療時間の延長、日曜や祝日を診療日にするなどの努力をしていますが、経営は容易に改善できる状況ではありません。こうした中、歯科医師としての意欲が失われ、子弟を歯科大学に入学させないという意見が増加しています(図:29,30)。

図 29 : 歯科医師に生きがいを感じるか



※「会員の実態と意識調査 アンケート集計の結果」(東京歯科保険医協会)から協会が作成

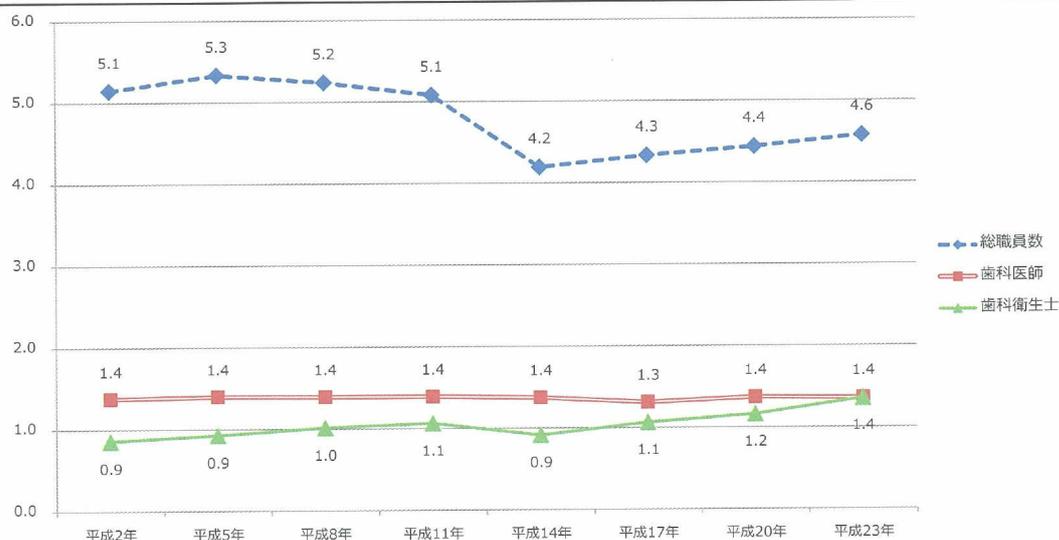
図 30 : 子どもを歯科医師にしたいか



※「会員の実態と意識調査 アンケート集計の結果」(東京歯科保険医協会)から協会が作成

安心・安全を高めるためには専門職種で構成したチーム医療を行うことが基本です。就業歯科衛生士数は増加していますが、東京都では歯科診療所の41.7%でしか常勤の歯科衛生士を雇用できていません(2014年東京歯科保険医協会調べ)。歯科衛生士は、口腔機能管理など在宅での役割も高まっており、ますます重要な職種となっています。一方、歯科技工士は、近年ではほとんどの歯科診療所で雇用できていない状況にあります(図:31)。

図31：歯科診療所の従事者数（常勤換算）

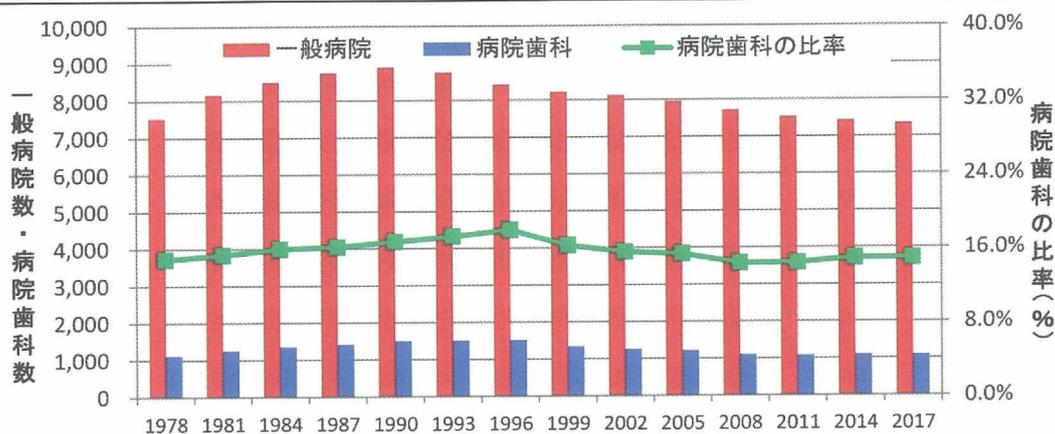


※出典：「歯科医療（その1）について」中央社会保険医療協議会総会(厚生労働省) 2017年5月31日

5. 地域の歯科保健医療を支援する病院歯科がほとんど増えていない

歯科を設置している病院の割合は近年やや増加していますが、2割もなく十分とはいえません(図:32)。国は、地域包括ケアシステムの構築を目指しています。患者が住み慣れた地域で必要な医療を受けられる仕組みは重要ですが、そのためには歯科診療所で対応できないような難易度の高い処置が必要な患者などを受け入れる二・三次医療機関を地域で増やす必要があります。また、入院期間の短縮のために口腔機能管理の必要性が明らかになっており、病院歯科を増やすことは喫緊の課題です。病院歯科に対する十分な診療報酬上の評価が必要です。

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」(厚生労働省)から協会が作成

6. 次代を担う後継者問題と専門職種の確保の課題

(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

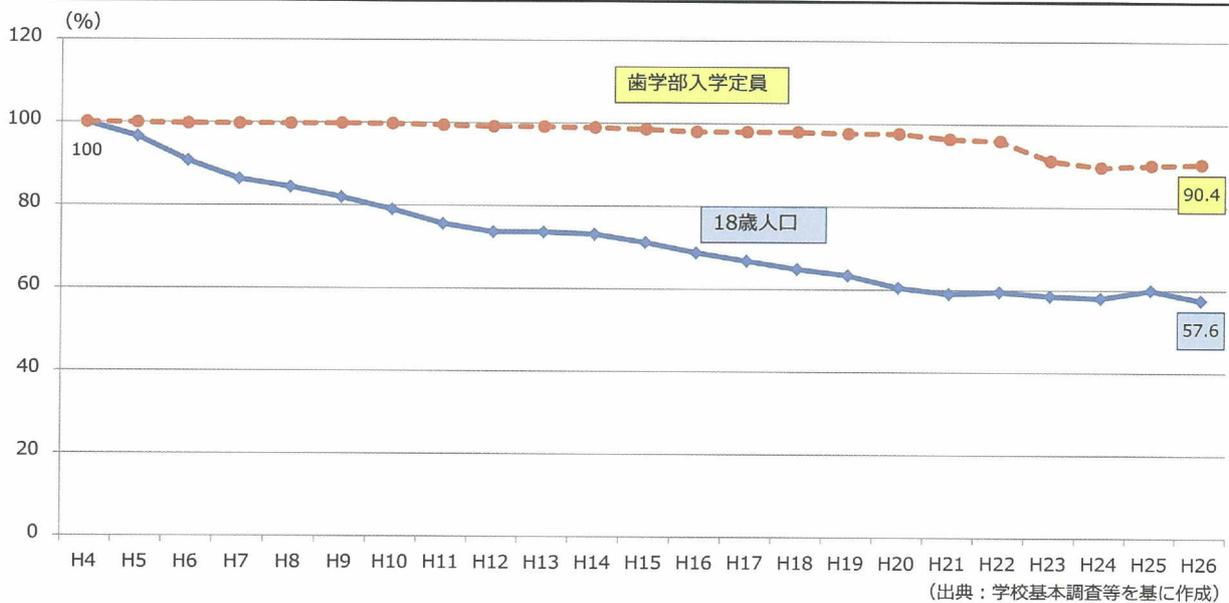
歯学部の入学定員割れが急速に進んでいます。この背景には、第一に歯科医師になるために必要な学費は数千万円におよぶこと、開業のためにも数千万円の資金確保・投資が必要なこと、そしてその回収が困難になっていることがあげられます。今後も歯科医療機関の経営悪化が続けば、一層この傾向に拍車がかかることは明らかです。

このような背景から歯科医師を職業として選ぶ若者が減少すれば、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、歯科保健医療の水準（質）の低下は防げません。また、18歳の人口が減少しており、定員割れや質の問題は更に顕著になっていきます（図33、34）。

また、国試浪人の問題も深刻です。受験者約3,000名に対して合格者は約2,000名で、毎年約1,000名が浪人生となっています。現状では国試が受からずフェードアウトする若者が増えてしまう状況です。

図33：18歳人口と歯学部定員との関係 1992年（平成4年）→2014年（平成26年）

18歳人口はピークである平成4年を100とした場合に平成26年で約58%（205万人→118万人）に減少。なお、歯学部の入学定員は平成4年を100とした場合に約90%（2,722人→2,460人）に減少。



※出典「歯科医師の需給問題に関するワーキンググループ（参考資料）」
 歯科医師の資質向上等に関する検討会 歯科医師の需給問題に関するワーキンググループ（厚生労働省）2016年1月29日

図34：各大学の医学部・歯学部の偏差値の分布

偏差値	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	63	62	60	59	58	57	56	55	53
医学部	1	2	2	8	9	10	19	19	8	2													
歯学部									2		1	3	5	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1

※「大学入試偏差値ランキング（Aライン偏差値）」東進ホームページ（Toshin.com）内より協会が作成
 偏差値は、2018年度入試（一般入試）における合格可能性80%（Aライン）となる偏差値

これらが放置されれば国民の歯科保健医療への不信を招き、新たに深刻な問題が歯科界に生じることになります。

一方、歯科臨床の視点からは、卒前研修で行われている臨床実習は、現在多くの大学で見学実習中心にシフトしています。直接患者を診る臨床実習が行われなければ、臨床を行う歯科医師として十分な歯学教育が行われているとはいえません。現在の臨床実習が形骸化してしまった背景には、さまざまな要因があります。その一つに歯科医師国家試験が近年 2,000 名前後の合格者となり、大学サイドからみて競争原理が働き、とくに私立大学が国家試験に対する教育に多くの時間を割かなければならない現状があります。また 2006 年には、卒前研修である臨床実習を補う目的で行われる卒後研修である歯科医師臨床研修制度が必修化されました。しかし、この卒後研修は全ての研修施設において歯科医師養成に十分な臨床教育が行われているか疑問があります。

歯科治療の特殊性は、小外科の連続であることです。適切な歯科治療は、歯科医学の知識を治療としての能力を発揮させる必要があります。したがって、患者への訴えを聞くことや適切な説明をするなどのコミュニケーション能力も臨床の現場で磨かれるべきものです。

他方、治療される側の患者の視点から考えると、経験や技術的に劣る臨床実習生や研修医に自ら進んで治療を望むとは思えません。しかし、歯科医師の養成には実際の患者を診る経験を重ねる必要があります。また、多くの研修医が研修修了後に勤務する歯科医療機関には、若手の歯科医師を雇用する経営体力が乏しくなっており、若手の歯科医師がスキルアップする医療現場の確保が困難となっています。

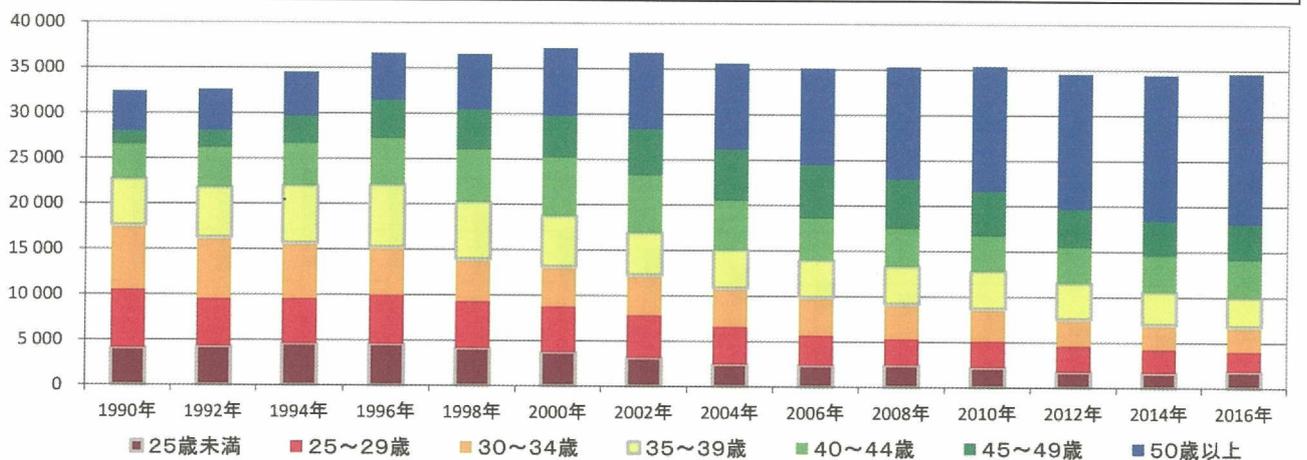
すなわち、歯科保健医療を提供する現在のシステムでは、国民が信頼できる歯科医師を養成することに多くの障害があります。したがって、諸外国と同様に卒前の臨床実習と卒後の研修医が担当する患者への金銭的負担をなくすか、軽減することで患者を誘導することが必要です。

(2) このままでは 10 年後の日本の歯科技工の担い手はいなくなる

就業歯科技工士の約半数以上は 50 歳以上で占められており、その傾向は年々顕著になっています。この背景には、歯科の診療報酬が低いために生じる歯科医療機関の経営悪化のしわ寄せがあり、十分な技工料金が歯科技工所に支払われていない現実があります。このような中で、歯科技工士学校を卒業しても他職種に転職する者が増え、定員割れによる歯科技工士学校が閉鎖されることなどが予想され、今後後継者が更に少なくなることが懸念されます(図 35、36)。歯科技工所間のダンピング問題や委託技工料に関する技術料の概ね 7 対 3 の大臣告示の問題も含めて、技工料金の問題は重要なテーマです。

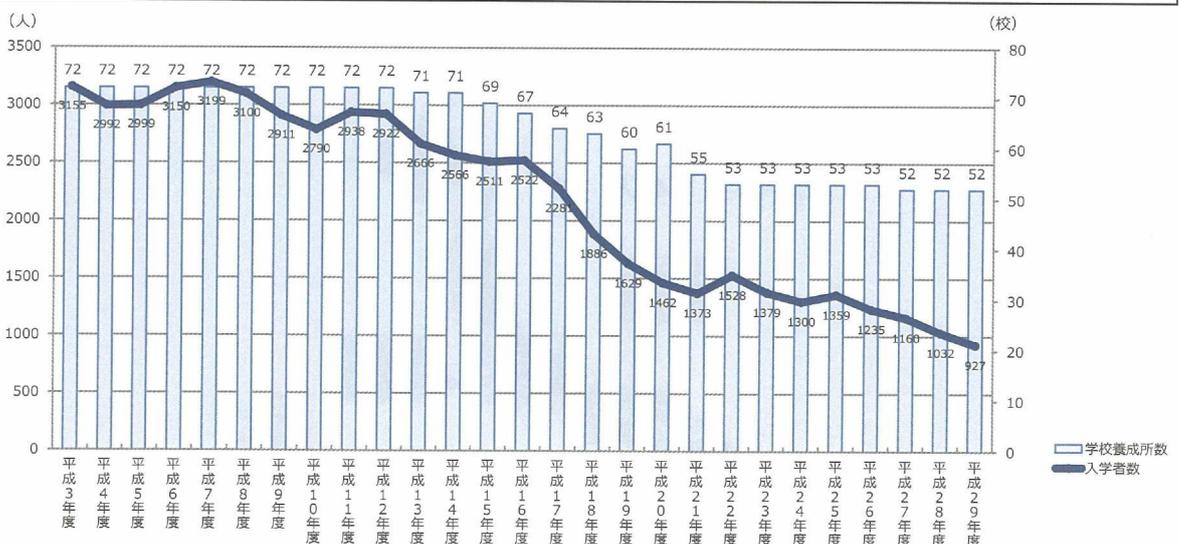
また、中国などへの補綴物(歯科技工物)の海外発注が政府の容認によって拡大しています。国内の歯科技工士の減少が続けば、現在は自費診療にのみ認められている海外技工が、欧米と同様に保険診療においてもなし崩し的に認められる可能性があります。このようになれば歯科医師と歯科技工士の密な連携を必要とする補綴物の製作の国内基盤が崩れてしまいます。補綴物は現物給付されていますが、歯科技工士の資格は国家資格であり、それゆえに保険の歯科技工物の安全性が担保されているといえます。

図 35：歯科技工士数の年齢階級別年次推移



※「衛生行政報告例」(厚生労働省)より協会が作成

図 36：歯科技工士養成施設数及び入学者数



※出典：「歯科技工士を取り巻く現状等」歯科技工士の養成・確保に関する検討会(厚生労働省)2018年5月15日 / (全国歯科技工士教育協議会調べ)

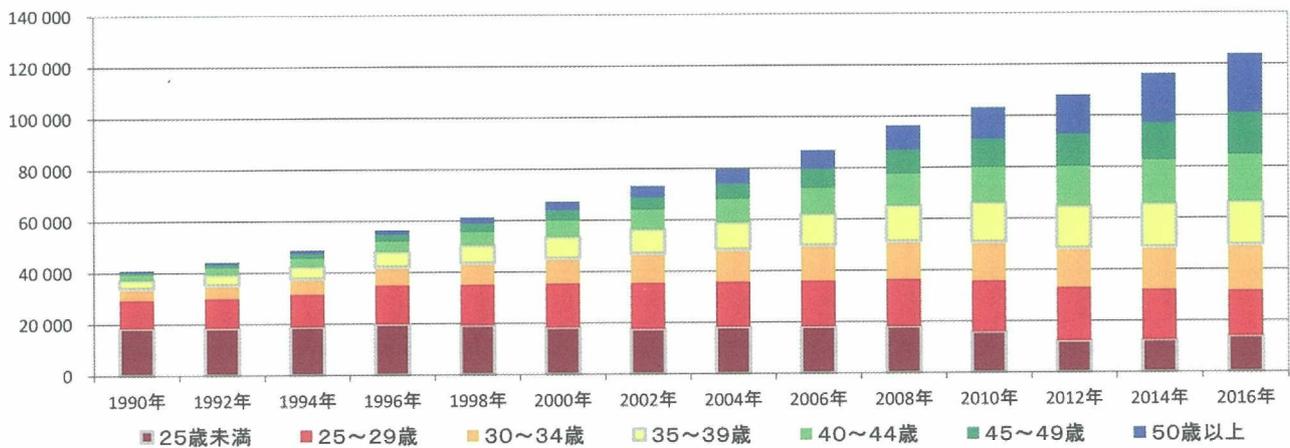
(3) 若手が定着しない歯科衛生士の背景

全国的には就業歯科衛生士の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などが増加の主な要因と考えられます。一方、若手の歯科衛生士は近年減少傾向です。こうした状況では「募集をしても応募者が来ない」という現場の歯科衛生士不足の声を解決できません(図37、38)。現実には歯科衛生士の志望者が減少し、歯科衛生士学校の定員割れや廃校も増えています。

その背景には、歯科衛生士学校を卒業するにかかる学費が理系大学よりも高くなっているにも関わらず、歯科医療機関の経営悪化により十分な賃金を支払えないため、他業種や医療界で同等の修学年限の職種と比較しても低賃金・長時間となってしまう状況があります。したがって、歯科医療機関の経営悪化の改善なしには、歯科衛生士の問題は展望がみえてきません。

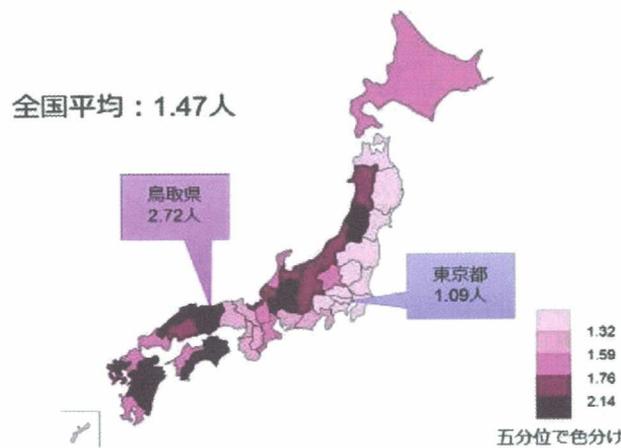
また、最近では復職支援が十分ではない問題も指摘されています。歯科衛生士は就職後に結婚や出産で就業をやめることが多く、25～34歳の若手は再就職を希望しますが、子育てしながら働ける場所を探すことが難しいことがネックになっています。歯科医療機関の経営改善、歯科医療機関と歯科衛生士のマッチング、保育園の拡充などが求められます。

図 37: 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)より協会が作成

図 38: 1 歯科診療所当たりの歯科衛生士数



出典:「歯科衛生士及び歯科技工士の復職支援等の推進に関する研究」平成28年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

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

医療経済実態調査によれば近年は開設と廃止の件数に差が無くなり、歯科診療所の総件数がほとんど横ばいになっています。また、件数に差が無いことは歯科診療所の入れ替わりも多いことを示しています。その要因は、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・淘汰という厳しい現実によるものといえ、東京では1日に約1施設が地域で交代する計算になります(図:39)。

図 39：歯科診療所の開設・廃止の推移

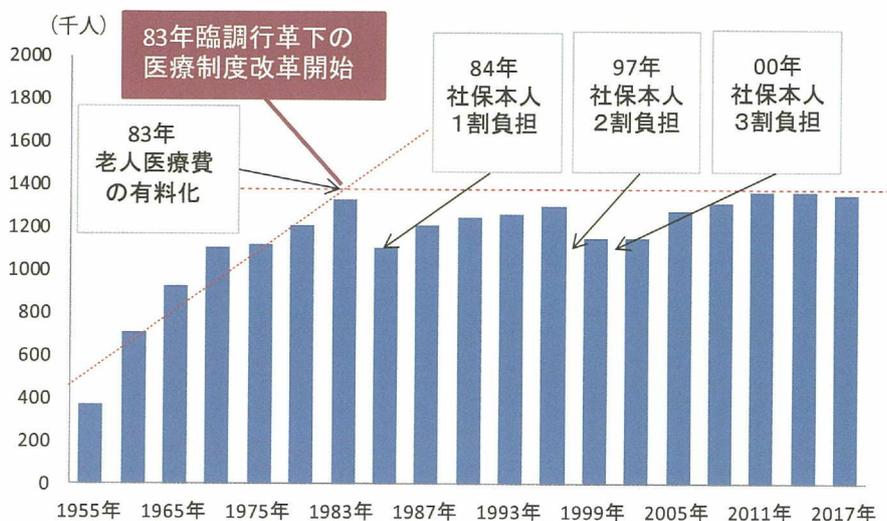


※「医療施設調査」(厚生労働省)から協会が作成

2. 歯科医師過剰による需給ギャップが拡大

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30年ほぼ110~135万人の間で上下しています(図40)。また、歯科医療費も1996年以降の10年間は2兆5,000億円程度の横ばいで推移し、2006年から2017年までで2兆9,000億円と4,000億円の増加であり、年間では300億(約1.2%)増加しているにすぎません。

図 40：歯科外来患者数の推移



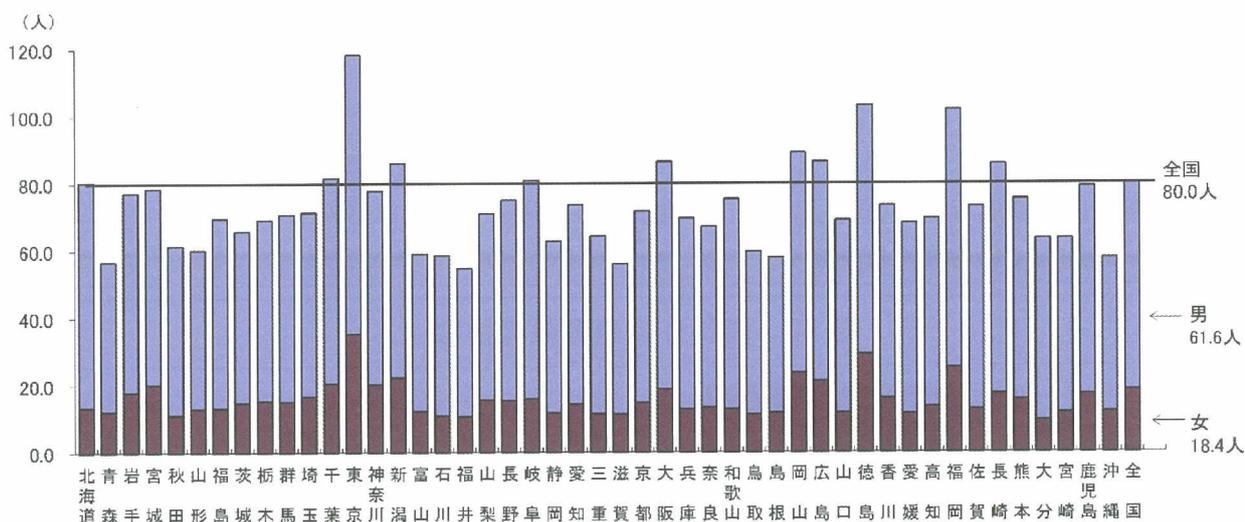
※「患者調査」(厚生労働省)から協会が作成

このように患者数も歯科医療費も伸びが少ないなかで、歯科医師だけが増加し、現場での歯科医師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が推計され、抑制の提言が発出されました。しかし、具体的な抑制策は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。2017年の歯科医師国家試験の合格者は1,983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500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」）されています。すなわち、増加のスピードは抑制されますが、歯科医師数は長期にわたって増加し続けることとなります。したがって、厚生労働省と文部科学省が密に連携して緊急に歯科医師数の削減を具体的に行なっていく必要があります。

バランスを欠く歯科医師の増加で、1歯科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。このようなことが報道され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。歯科医師の増加をこ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、需給ギャップの要因の一つが地域格差の問題です。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：41）。

図 41： 都道府県別の歯科医師の分布



※出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（厚生労働省）

第5章 緊急に改善を要する歯科の課題と提言

1. 国民が保険証1枚で安心して受診できるための課題と提言

日本は国民皆保険制度を有しています。それは、すべての国民がこの公的医療保険に加入し、保険証一枚で誰もが医療機関を受診できる仕組みと言えます。

しかし、実際には、誰もが歯科を受診できているわけではありません。歯科受診を抑制する原因の一つとして、窓口負担の高さが挙げられます。乳幼児・学童期などの医療費に対する助成制度は地域格差もあり、患者の経済的格差が歯科受診の抑制につながったり、健康格差が生じる問題となっています。

保険料が払えず滞納した場合には、保険証を取り上げられて「資格証明書」が交付されます。資格証明書が発行されると、患者は医療機関で治療費の全額を支払い、その後7割を償還してもらわないといけないため、受診しにくくなり疾病の重症化を招きかねません。

また、マイナンバーカードを保険証の代わりに利用することが検討されていますが、情報漏えいなどの危険性もあり、慎重な検討が必要です。

提言

- (1) 国民皆保険制度の主旨に基づき、窓口負担を段階的に解消し、ゼロを目指すべきである。
- (2) 患者が受診しにくくなるなど国民皆保険制度の主旨を崩す資格証明書の発行は廃止すべきである。

2. すべての年代の国民が歯科健診を受けるための課題と提言

永久歯は失われたら生えることはありません。8020達成者を更に増やすためには、疾患が軽症なうちに受診することが重要です。そのためには歯科健診の推進は大きな課題です。

現在、学齢期の歯科健診はかなり普及していますが、成人期、労働者、自営業者及び高齢者が歯科健診を受ける機会はほとんどない状態です。その背景には、学齢期までは母子保健法や学校保健安全法など法律で歯科健診が位置づけられていますが、それ以降の年代は医科健診と違って、労働安全衛生法や高齢者の医療の確保に関する法律などにおいて一部を除き歯科健診が義務化されていないことがあげられます。国民が全てのライフステージで歯科健診を受けられるよう、歯科健診を法律上で位置づけていくことが課題です。

また、口腔の健康の維持増進に必要な知識を国民に広めていくことも重要です。そのためには、行政として地域医療を担う保健所などに歯科医師や歯科衛生士などの専門職を手厚く配置することが必要です。さらに生活の場が自宅から施設に移った場合でも切れ目がないよう、介護保険施設への配置も重要な課題です。

提言

- (1) 18歳以降の歯科健診を充実するため、成人の国民を対象とした歯科健診するための法整備を行うべきである。
- (2) 口腔の健康維持や健康増進に必要な知識を国民に広めるため、地域の中の保健所や保健センター、介護保険施設に歯科医師および歯科衛生士を手厚く配置すべきである。

3. 保険が利用できる範囲を広げ、国民が十分な歯科保健診療を受けるための課題と提言

患者の経済的格差が歯科受診の格差をつくっています。それを埋めるためには、保険の範囲を広げ、

保険が利用できるか否かによる歯科受診の格差を無くしていくことが必要です。また新規技術の保険適用を推進することは重要な課題ですが、保険診療に導入されても正当に評価されなければ普及は進みません。

健康寿命の延伸にもつながる高齢者や認知症患者における口腔機能管理など手間がかかる技術には特に適切な評価をすることが大切です。さらに保険以外の負担が生じる選定療養費や患者申出療養は、受診抑制に繋がるため、廃止すべきです。

提言

- (1) 保険が利用できる範囲を広げるため、適切な評価で、積極的に新規技術の保険導入を行うべきである。
- (2) 保険以外の負担が生じる選定療養や患者申出療養は廃止すべきである。

4. 国民に対し、安心・安全な歯科保健診療を提供するための課題と提言

歯科医療機関は経営困難のため、安心・安全のための設備投資や人材確保が困難になっています。その原因は長年の診療報酬の抑制にあります。医科と歯科における格差や物価上昇との乖離で生まれた抑制額は毎年 5,000 億円にもなり大きな課題です。また、その背景には、歯科治療や院内感染防止対策などに関する診療報酬が、原価などを踏まえていない点もあり、安心・安全な歯科医療の提供が困難になっています。

さらに、保険診療は、消費税非課税とされていますが、診療報酬には消費税分が含まれています。このことにより、患者さんと歯科医療機関が消費税の負担をするという矛盾が生じています。この矛盾を解決するには非課税をゼロ税率に換える事が必要です。ゼロ税率にすれば、患者も歯科医療機関も消費税を負担することはなくなります。

また、専門的な口腔機能管理を担う歯科衛生士の専門性への期待は大きいものの、就業者が少ないため多くの歯科診療所で雇用することができません。働きがい高め、出産などで休業しても働き続けられる環境づくりなども課題です。

なお、歯科診療所が地域の患者に安心・安全な歯科保健医療を提供するためには、後方支援する病院歯科や地域の医療機関などとの連携が欠かせません。また、医療分野における ICT や AI の活用が注目され、今後さらに病院歯科や医療機関との連携に寄与することが期待されています。

その他、インターネットの普及により様々な情報が飛び交い、一部の患者から歯科医療機関に対する度を越す要求がある場合もみられるようになりました。一部の患者によるハラスメントも、医療者を萎縮させて医療ミスなどを招く恐れがあり、解決すべき重要な課題です。

また、子供の受診において、保護者の協力が重要です。共働きが増えるなどの家庭環境の変化や、2016年度の児童相談所の虐待対応件数が過去最高の 122,575 件となるなど子供に対するネグレクトが増加している中、子供の受診を支援する仕組みづくりも大切です。

提言

- (1) 患者に安心・安全な歯科保健医療が提供できるよう、院内感染防止対策、口腔機能管理、提供文書及び歯科衛生士・歯科技工士が行う行為など、診療報酬はタイムスタディー調査やコスト調査を踏まえて適切に評価するべきである。
- (2) 歯科保険診療を充実させるため、物価上昇率と乖離している歯科診療報酬を 10%以上引き上げるべきである。

- (3) 診療報酬における消費税については、ゼロ税率を導入すべきである。
- (4) 看護師のナースセンターにならい、歯科衛生士の復職支援を行う公的制度を創設すべきである。
- (5) 難症例など歯科診療所の後方支援を担う病院歯科を拡充し、医療機関同士の丁寧な連携が図られるよう、病院歯科や医療連携に対する診療報酬の評価を十分行うべきである。
- (6) ICT や AI の活用は、適切な歯科保健医療の提供に繋がる観点から、推進が図られるように評価を十分するべきである。
- (7) 信頼関係を壊す一部の患者のハラスメントについて解決する取り組みをするべきである。
- (8) 受診が難しい家庭環境などがあっても、歯科健診で要受診とされた子供が漏れなく受診する取り組みを構築するべきである。

5. 国民に対し適切な保険診療を提供するため、行政が行う指導に関する課題と提言

保険診療の取り扱いを周知徹底させるために、行政が歯科医師に行うのが指導です。しかし実際には、診療内容ではなく点数が高いだけを理由に指導に選定されたり、そもそも指導を行う理由を歯科医師に知らせずに呼ぶことが起きています。歯科医師側で用意する資料が多く、詳細全てが分かるのが前日となっているため、歯科医師の負担が大きいことが問題になっています。結果によっては監査となって歯科医師の資格を失い診療を継続できなくなるため、精神的負担が大きいのも問題です。

中にはその恐怖から精神的な疾患を患ったり、自死する場合があります。そういった背景を充分考慮して、一度目の指導で監査に及ぶことのないようにすべきです。また、指導を担当する指導医療官の資質を高め、指導を中断せずに一度で終了させることも、指導をうける歯科医師の負担を軽減し、保険診療の取り扱いを周知徹底させるために大切な課題です。

提言

- (1) 患者に必要な治療をためらわせる「高点数による指導」を廃止するべきである。
- (2) 指導を受ける歯科医師に、個別指導の選定理由を明示するべきである。
- (3) 持参物は指導時間内に全て見られる最低限度とし、また指導の対象カルテは指導実施通知と同時の1ヵ月前に伝えるよう改めるべきである。
- (4) 指導は懇切丁寧に行うべきである。また、指導をうける保険医が希望する勤務医ではない同僚の歯科医師の同伴を認めるよう、配慮するべきである。
- (5) 懇切丁寧な指導を行う指導医療官を養成し、指導内容に差が生じないようにするため、保険請求事務処理を含めた定期的な臨床実習を行うべきである。
- (6) 中断は原則止めるべきである。

6. 今後の国民に対して歯科医療を担う、歯科医師の養成に関する課題と提言

歯学部・歯科大学の入学者の学力低下がみられ、今後の担い手である新卒歯科医師の資質低下を懸念する声があります。いかにして、良い人材を大学から輩出させるかは重要な課題です。特に卒前・卒後の臨床研修期間での研修は見学が多く、医師の2年に対して歯科医師は1年と短く、昔に比べて臨床研修の質が乏しくなっている点は問題です。

さらに、歯学部・歯科大学の入試倍率は近年低下する一方で歯科医師国家試験合格者数は入学者数に比較して少なく、歯学部・歯科大学に入学できても歯科医師になれない者を多く生み出す構造になって

います。それを生み出す背景には、大学は文部科学省、歯科医師養成は厚生労働省と、管轄が分かれています。点があります。

また、歯科医療費の伸びが少ないなか歯科医師が増加し、1 歯科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。この現状が放置されれば、歯科医師を目指す意欲は失われます。現場の過剰感が高まる中で幾度も歯科医師数抑制の提言が発出されましたが、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。その問題への対応も課題です。

提言

- (1) 今後の人口減少を鑑み、供給過多にならないよう、新規参入歯科医師数は削減すべきである。
- (2) 歯学部・歯科大学の統廃合を含め、国家試験合格者数を考慮した入学定員となるよう取り組むべきである。
- (3) 資質向上のため、諸外国にならい、研修生・研修医が行う保険診療の一部負担金に対する公的補助を行い、臨床研修の量と質を増やすべきである。

7. 通院が困難になった場合でも、訪問診療が提供されるための課題と提言

高齢になるとセルフケアが難しくなり、口腔内が急激に悪化しやすい特徴があります。そのため、特に要介護や要支援になった場合は早期に歯科医師が介入することや患者の特性に合わせた指導を行うことで急激な悪化を防ぐことができます。

また、住居が患者宅から施設や病院に移ることも多いため、生活の場や介助者が変わっても治療や指導を切れ目なく行うことも大切な課題です。

さらに、治療内容に目を向ければ、歯科治療は様々な機材を用いた小外科の連続です。そのため、訪問診療する場合は、院内感染防止対策の点でも多くの機材を患者宅などへ持ち込まなければいけません。しかし、歯科診療台を持ち込むことは難しく歯科診療所ほど診療環境が整わないため、安心・安全な診療を行うには複数のスタッフで訪問することが望ましいといえます。

また、訪問診療を学ぶ研修の場を確保し多くの必要な患者に訪問診療を提供できるようにすることも課題です。

提言

- (1) 介護サービスの実施にあたっては、要介護認定後の歯科医師による診査を義務化すべきである。
- (2) 入院した場合でも、口腔の問題が生じた場合に早期に歯科医師の診察を受けられるよう、病院への歯科医師の配置を推進するなど取り組むべきである。
- (3) 生活の場が患者宅から施設に変わっても、切れ目なく治療や管理が受けられるように、施設やその協力歯科医療機関の取り組みを十分評価するべきである
- (4) 安心・安全な訪問診療を受けられるよう、歯科医師に対する公的な訪問診療の研修を設けることやかかりつけ歯科医が実施する訪問診療に関する診療報酬や介護報酬を十分評価するべきである。
- (5) 必要な治療を行うため、在宅から歯科診療所や病院歯科などの二・三次医療機関への患者を搬送した場合の費用を公的に補助するべきである。
- (6) 車両で訪問診療する場合に駐車スペースが少ない地域でも滞りなく行えるように、歯科訪問診療を行う車両を駐車禁止除外指定とするなど、支援するべきである。

第6章 長期的な議論を必要とする歯科の課題

1. 世界に誇る国民皆保険制度を守る

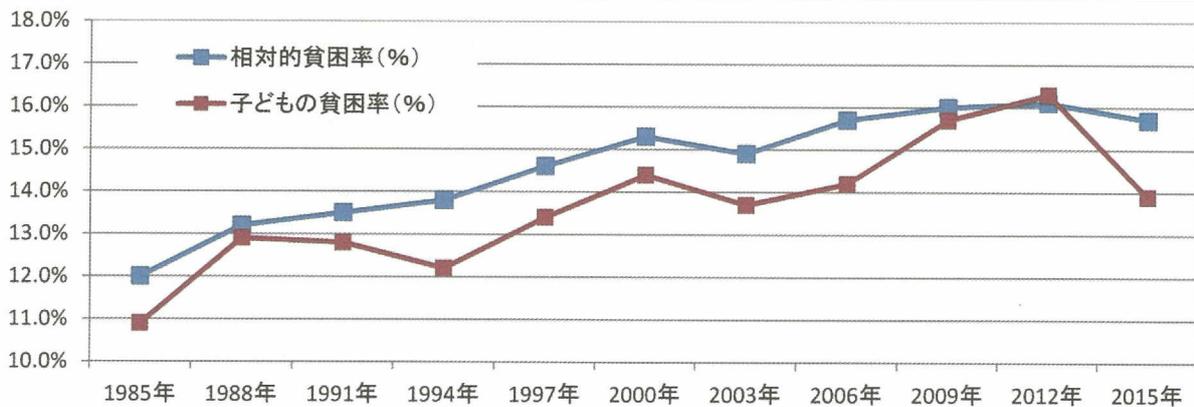
(1) 貧困・社会格差と健康格差に関する課題

健康を守ることは自己責任であり、それに対して公的資金を国や地方自治体が投入するような問題ではないという意見が根強くあります。しかし、いわゆる「健康格差」は自己責任論を論じるだけでは解決できません。一見個人の責任に見える食生活や運動といった生活習慣が、実は社会的な決定要因や環境から大きく影響を受けていることが公衆衛生学的に証明されています。「格差」の小さい社会を作っていくことが今後の課題といえます（図42）。

協会が行った学校歯科治療調査において、学校歯科健診で要受診とされた児童生徒が歯科医療機関を受診した割合は、自己負担がある多摩地区では少なくなっていることが明らかになりました。自己負担が発生する地区があるのは、各地域の医療費助成制度に格差があるためです。少子化対策の点からも、医療費助成の格差を解消し、医療費無料化を18歳まで拡大するなどの法整備が必要です（図43）。

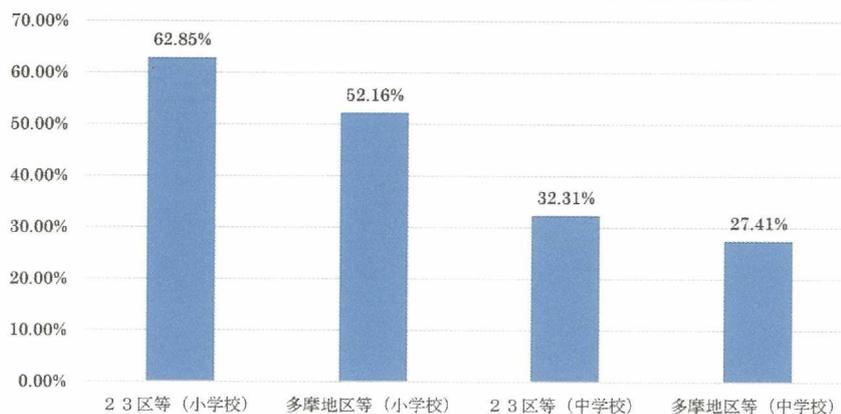
日本の国民皆保険制度は世界に誇る制度です。自己負担や国保料が高くて払えないといった方が出ている。国保料については、全国知事会が提唱する国保財政への公費投入を行うなど、国民に必要な歯科保健医療の提供を実現するために医療保険制度をいかに充実させていくかの議論が必要です。

図42：相対的貧困率と子どもの貧困率



※「国民生活基礎調査」(厚生労働省)から協会が作成

図43：歯科健診後に受診した割合（23区等：窓口負担無し、多摩地区等：窓口負担あり）



※出典：「学校歯科治療調査」(東京歯科保険医協会)

(2) 人口構造の変化に関する課題

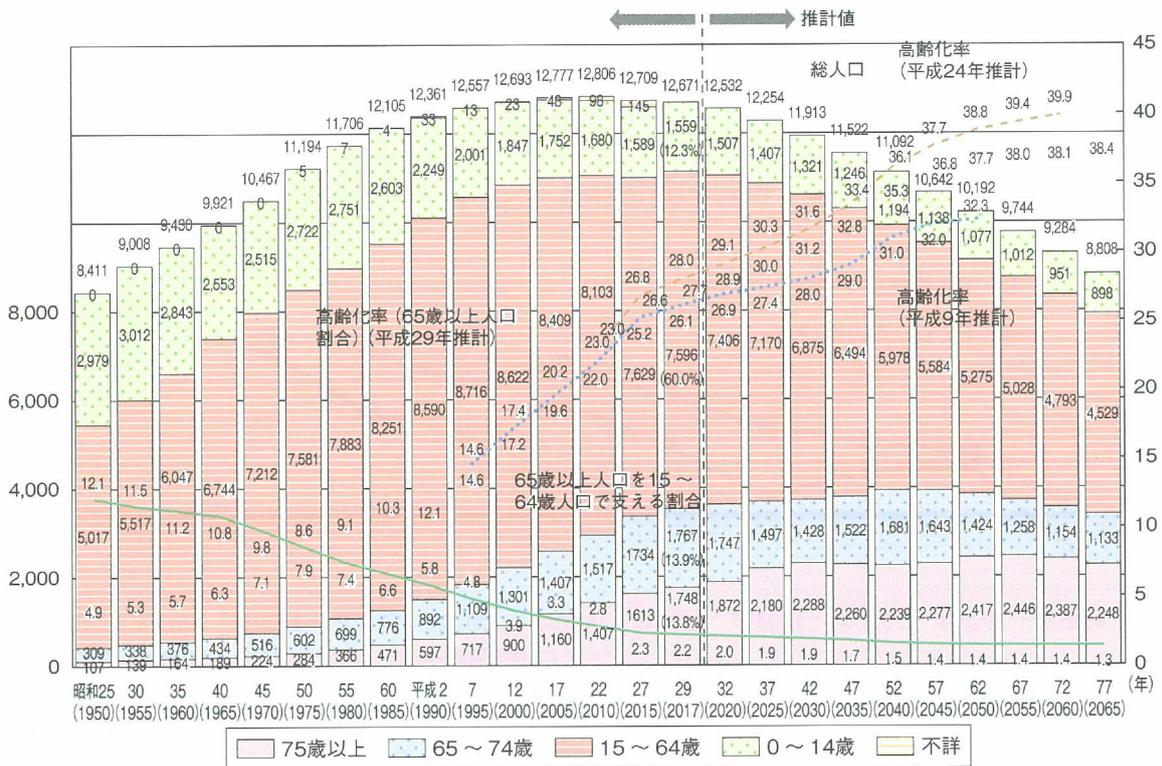
歯科保健医療の需要は、人口動態や歯科治療の需要変化などに左右されます。今後人口全体は減少します(図44)。

人口動態をみると、団塊世代が75歳以上になる2025年までは高齢者人口が急速に増加しますが、その後増加は緩やかになります。一方、生産年齢人口は既に減少し始めており、2025年以降は減少が加速されます。人口動態が医療・介護費の増加に及ぼす影響は、2040年にかけて少しずつ減少するとみられます。

歯科治療の需要においては、今後歯蝕などの形態の回復よりも、口腔機能の維持・向上や回復、歯科疾患の重症化予防の需要が増加していきます。

こうした人口動態や需要の変化を踏まえて、国が提示する地域包括ケアシステムに応じて、わたしたち歯科医療従事者が今後どのように歯科保健医療を提供していくかの議論が必要です。

図44：高齢化の推移と将来推計



※出典：平成30年版高齢社会白書(内閣府)

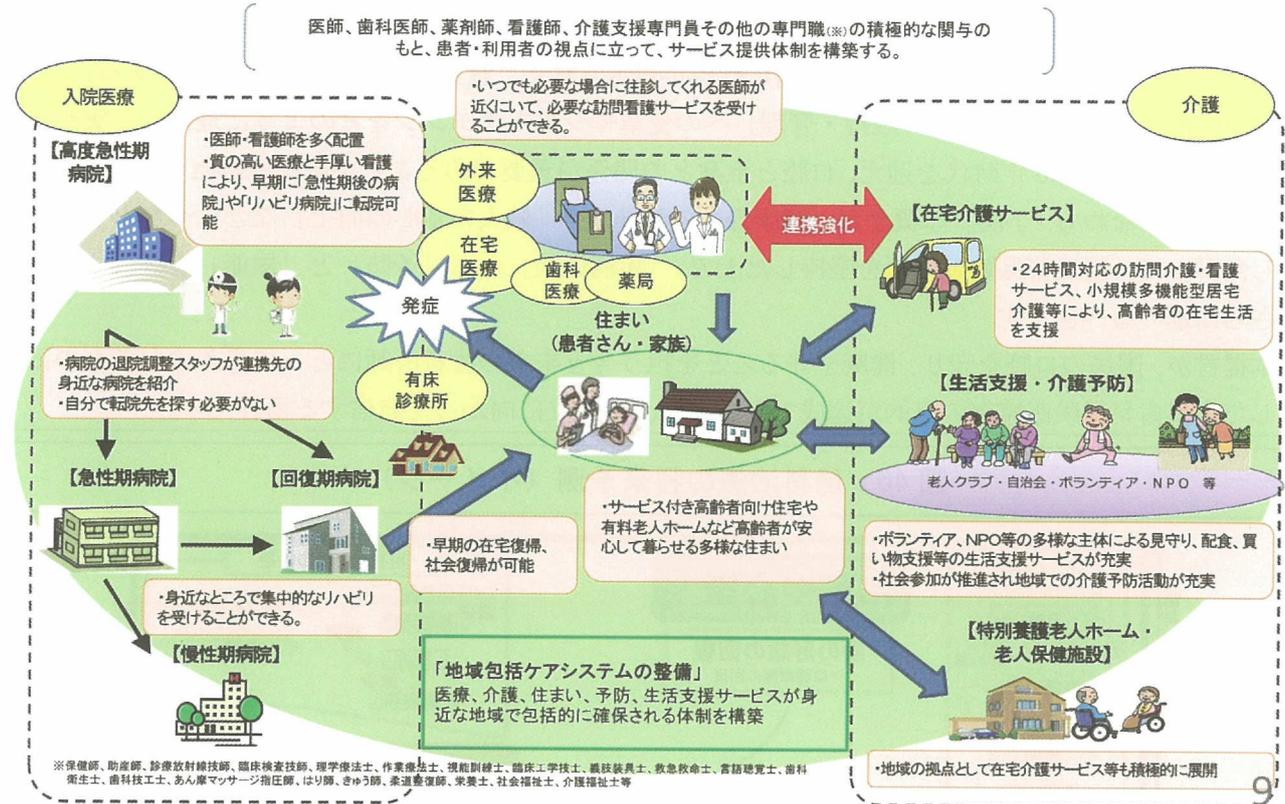
2. 地域包括ケアシステムと歯科医療機関の役割

国は、病院の病床数を減らし、代わりに地域で患者を診る「地域包括ケアシステム」の構築を目指しています。医療提供体制が、病院に入院させて医療を提供する仕組みから、地域の医療機関が外来診療又は訪問診療を行って患者に医療を提供する仕組みへと大きく変化していきます（図45）。

その流れにおいて、地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関の役割も変化しています。求められる3つの役割（機能）として、厚生労働省は①住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、口腔機能に着目した歯科医療の提供、医療安全体制等の情報提供、②切れ目ない提供体制の確保、歯科訪問診療提供体制の確保、③他職種との連携、などを挙げています。

歯科訪問診療を推進するためには、多職種連携を進めていくための議論が必要です。また、その中で、歯科医師だけでなく、歯科衛生士や歯科技工士の果たすべき役割についても議論が必要です。

図 45：医療・介護サービスの提供体制改革後の姿



※出典：「医療計画の概要について」医療計画の見直し等に関する検討会（厚生労働省）2016年5月20日

おわりに

東京歯科保険医協会の規約には、「歯科保険医の経営・生活ならびに権利を守り、国民の歯科医療と健康の充実および向上を図ること」を目的としています。また、保険診療への基本姿勢として、「エビデンスに基づき、良質な歯科治療を提供するために努力している歯科医師、歯科医療機関が保険診療で正当な評価がなされるために」を掲げています。

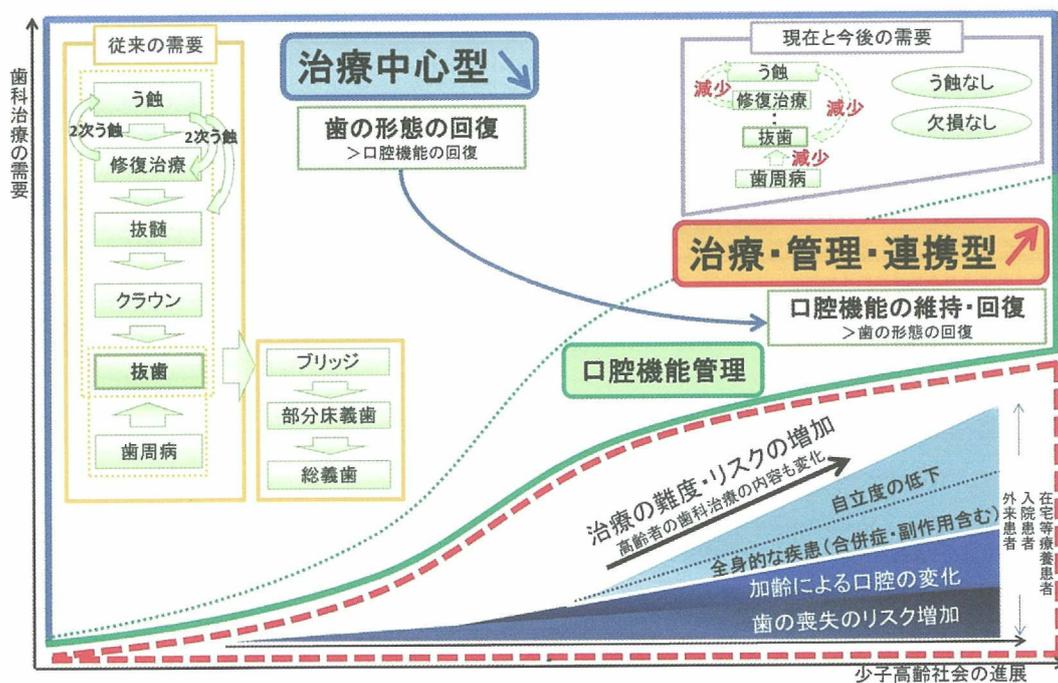
将来を展望すると、人口減少と歯科疾病の構造変化、そして政府による社会保障費の抑制、高齢者の窓口負担増、2019年10月に予定されている消費増税などによって、歯科保険医を取り巻く環境はさらに厳しいものとなるでしょう。一歯科医療機関当たりの医業収入は減少し、逆に物価は上昇し、人件費などの経費も増えます。これらのマイナス要因から現在約68,000件の歯科医療機関が現状のままで何もアクションを起こさなければ、その数を維持することを含め、歯科界にとって今よりさらに厳しい将来が予測されます。

そこで9年前の2010年に発行した「21世紀にふさわしい歯科改革提言」を2019年版にバージョンアップをし、その間に示されたデータや研究結果などを加え、協会内で問題点を抽出し、議論を重ね、本提言を発刊するに至りました。特にこの間に行政から示された、従来から歯科治療の中心であった「歯の形態回復」から、「口腔機能の維持・管理」への変革やシフトチェンジをどのように理解し、実践して行くべきか。人生100年時代を迎え、口腔と全身との関係が重要であることが証明された今、疾病予防・介護予防、すなわち「予防」の概念が「健康寿命の延伸」や「個人のQOLの向上」などにつながります。

したがって、国民皆保険の原則を堅持した上で、「疾病保険」から「予防」と「機能」を評価する方向にさらに進めるべきです。

本提言が、国民の口腔を守り、健康を守ることを担う今と未来の歯科医師にとって意義のあるものに、そして東京歯科保険医協会の目的が達成できるよう、全方位に向かって発信する所存です。

図 46： 歯科治療の将来予測（イメージ）



※出典：「歯科医療（その2）について」 中央社会保険医療協議会総会（厚生労働省）2017年12月6日

21世紀にふさわしい歯科改革提言 2019年版

2019年6月1日 初版発行

著者 東京歯科保険医協会 政策委員会

発行者 坪田 有史

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 いちご高田馬場ビル6階

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 300円(税込)



東京歯科保険医協会