

東京歯科保険医協会 設立 50 周年誌

現在 過去 未来へ ③

～歩みを顧み、明日に望む～



目 次

東京歯科保険医協会

設立50周年誌「現在 過去 未来へ 3 ～歩みを顧み、明日に望む～」

ご挨拶（坪田有史会長）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

他団体からのメッセージ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

- ・全国保険医団体連合会
住江憲勇会長、宇佐美宏歯科代表
- ・東京保険医協会
須田昭夫会長
- ・京都府歯科保険医協会
佐藤晋理事長
- ・福岡県歯科保険医協会
大崎公司会長
- ・大阪府歯科保険医協会
小澤力理事長

寄稿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

- ・松島良次理事（前会長）
- ・矢野正明理事（元副会長）
- ・田辺功氏（医療ジャーナリスト）

会長・会員座談会「協会の今、そして今後に求める」・・・・・・ 19

坪田有史会長×千葉隼人先生×三浦美乃先生／司会：早坂美都副会長

年表・決議・声明・談話・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

役員一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 72

表紙：会長・会員座談会の様子

（左から）坪田有史会長、三浦美乃先生、千葉隼人先生、早坂美都副会長

背表紙：協会設立40周年記念レセプション、第4代会長・松島良次氏、第5代会長・坪田有史氏、
2016年度・2018年度「新点数説明会」

ご挨拶

東京歯科保険医協会
会長 坪田 有史



協会設立から50周年と半世紀を迎えるにあたり、過去から現在までのすべての会員の先生方、事務局員、そして協会にご協力、ご支援を賜った方々に対し、協会を代表して心から御礼申し上げます。

保険医協会は、皆保険制度を守ると共に保険診療の充実を図るため、保険医の要望に応えるべくして50年前にスタートしました。そして現在協会は、日々の保険診療についての会員の疑問に答えると共に、開業医の医院経営のサポート・共済保険・税務・学術・スタッフ教育・平和運動まで幅広い活動を行っています。さらに保険請求のサポートのため「電子書籍デンタルブック」を無料提供し、さらに行政などが発する情報を速やかに共有するため、デンタルブックニュースとしてメールで随時会員に配信しています。

50年前、第1回の総会は1973年4月22日に開かれ、当時の会員数は180名と記録されています。そして今から10年前の40周年記念誌『「現在 過去 未来へ」2』に当時の松島良次会長の挨拶文に「あと数十名で歯科会員5,000名となる予定」と記され、協会が順調に発展してきたことが伺えます。さらに第1回から数えて50回目の第51回定期総会は、2023年6月18日に開催され、その直前に会員数は6,000名を超え、現在の会員数は、6,021名（8月1日現在）と10年間で1,000名以上の先生がご入会されたこととなります。この会員増は、さまざまな要因がありますが、その一つには既会員の先生からのご紹介によるものも少なくありません。新たな会員をご紹介いただいた会員の先生に対して、この場をお借りして感謝申し上げます。

私が協会に入会したのは2011年ですから、10年強と会員歴が長いとはいえません。1983年に大学入学、大学院生、そして教員となって大学に約30年弱在籍したのち、大学を退職して歯科医院の院長となりました。その際、現副会長の山本鐵雄先生に社保・学術部にオブザーバーとして誘われ、部会に出席させていただき、その後部員にお認めいただき、現在に至っています。

私の経験として、大学院生時代に日本補綴歯科学会から提出する医療技

術評価提案書を支台築造関連で作成し、その結果、築造窩洞形成後の印象採得料を認めていただきました。実際には保険制度のルールを変更することや、新しい技術を保険収載させることは一個人では困難です。しかし、前述の成功体験があったため、保険制度を改善することに注力したいと考えていたところ、協会が保険制度における不合理などを行政側に要望していることを知り、協会の中で活動したいと思いました。保険制度の不合理是正のために、歯科医学会所属の学会からの提案書やメーカーからの要望なども活用してきました。一番初めには、レジン支台築造の際、歯冠部残存歯質が多く残っていても既製ポストを必ず併用しなくてはならないルールを変更していただくことを行政に認めていただきました。その後、ファイバーポストや象牙質コーティングの保険収載など、歯科医師ならびに患者、国民のために保険診療がよりよい方向に向かうために尽力してきました。今後も協会は、会員の先生方の声を聞き、行政側に要望として伝えていきますのでご協力お願い申し上げます。

我々は、2020年前半から長期に渡って新型コロナウイルス感染症による影響を受けてきました。そして、2023年になってオンライン資格確認の原則義務化、マイナ保険証、電子処方箋、続けてオンライン請求の義務化、電子カルテ導入などが強制されることにより、歯科保険医の環境は現在から将来に向かって対応が困難となる可能性がある案件が控えています。会員のため、これらの案件への対策、対応を行う所存です。

これからも東京歯科保険医協会は、歯科医師が保険で安心してきちんとした診療が日々できるよう、そして患者・国民から信頼される歯科診療を提供するためのサポートを行なっていきます。重ねて半世紀と長きに渡って協会を大きく成長させてくださった先輩方や会員の先生方に心より感謝申し上げます。今後も協会のさらなる発展のためご協力をよろしくお願い申し上げます。

メッセージ

全国保険医団体連合会 会長 住江 憲勇



東京歯科保険医協会設立50周年まことにおめでとうございます。50年来の会員の経営を支え、生活・権利を守り、都民・国民の医療・社会保障の改善・充実に向けた運動・闘いに改めて厚く感謝と敬意を表させていただきますとともに保団連にも常に役割と責任も担って頂いていることも感謝申し上げます。

さて、50周年と申しますと、1973年設立です。1970年代の医療・社会保障運動を振り返りますと、1971年・1972年の健保改悪法案を廃案にし、1973年は高齢者医療費無料化を勝ち取り、健保改悪法案では、長期会期延長の後に「修正案」で可決されましたが、健保家族7割給付、高額療養費支給制度を勝ち取りました。

1976年の健保改悪法案では「修正案」5党一致で可決。しかし大幅な健保本人負担引き上げ削除、分娩費6万円から10万円に引き上げ、埋葬費も3万円から5万円に引き上げを勝ち取りました。続く1977年の健保改悪法案では、通常国会で継続審議、臨時国会では参議院で時間切れ廃案となるも半月後の再度の臨時国会開催、ここで4日間の密室合意で成立。1978年の健保改悪法案では、通常国会で継続審議、臨時国会では再度継続審議、2回目の臨時国会でも計3回目の継続審議。1979年には前年の健保改悪法案再上程、通常国会で遂に審議未了廃案。

この1970年代の健保改悪法案に対する国民側の政府・財界側への攻勢ぶり、そして同時に全国での革新自治体誕生にみる政府・財界側への攻勢ぶりによって大平内閣2度目の解散に追いこみましたが、衆参同時選挙、そして大平首相急死による弔い選挙となり自民圧勝という結果となりました。この機に政府・財界側はこの70年代の国民側の医療・社会保障での攻勢はもうこれ以上許さないという国民側への宣戦布告として鈴木内閣で「自己責任」「相互扶助」「負担と給付の公平」「受益者負担の原則」「公的支出極力削減」が打ち出され、1980年健保改悪法案を「共産党を除く4党合意」で成立させ、国民の間には「社公合意」によって分断策を強いた。以後、新自由主義政治・経済・財政運営によって今日の貧困と格差拡大という国民の不幸がもたらされました。

今何故、70年代の国民運動、1980年に入ってから政府・財界側の国民分断政策を記述したのか。

本年に入って以降、オンライン資格確認の原則義務化、保険証廃止に対する全国の協会・医会・保団連の運動が大きく世論の共感を得、今や保険証廃止・マイナ保険証に対して撤回もしくは延期を求める世論調査が70～80%に前進しています。このマイナ保険証の危険性が国民に共有され世論が前進していることは何を意味しているのでしょうか。今、保守層・岸田政権支持層からみても今の岸田政権の国政運営の危うさを客観的に見て取っている証拠ではないのでしょうか。さらにこの危うさはマイナ保険証に留まらず、本年通常国会における憲法9条の平和主義の蹂躪であり、閣議決定という政治手法による立法府審議を拒否する国民主権蹂躪であり、成立させた法案のことごとく的基本的人権の蹂躪であります。

こんな岸田自公政権とその補完勢力の改憲むき出しの国会運営で果たして日本の国としての持続可能性があるのだろうか？そんな国の形が多く国民が期待しているのだろうか？という大きな疑念が沸き上がりつつある証ではないのでしょうか。ここに大きく確信を持って、今後のさらなる会員の経営・生活・権利を守り、都民・国民の医療・社会保障の改善・充実に向けた運動とともに、政府・財界からの如何なる分断も許さない市民と野党との共闘こそを立憲野党に働きかけることが喫緊に重要なことです。さらなる東京歯科保険医協会の発展が期待されます。

メッセージ

全国保険医団体連合会 歯科代表 宇佐美 宏



東京歯科保険医協会設立50周年、心よりお祝い申し上げます。坪田会長以下会員の先生方、事務局員の方々がこれからまた新たな一頁を開かれ、歯科医療改善のために一層の御努力をされることを期待しております。

1973年といえば、老人福祉法が改正され、老人医療費の無料化が実施された年だと記憶しております。また東京では、美濃部都政の下、医療、福祉の改善が進みましたが、恐らくその一端を担われて貴会の発展も順風満帆で今日の隆盛を築かれたのだと思います。

医科、歯科一体の保団連の中で、歯科単独での協会は貴会を筆頭に大阪、京都、福岡の4協会のみとなっておりますが、歯科固有の問題の深化という点では、貴会の影響力の大きさは計り知れないものがあります。そのことを支える力となっているのが、歴代の会長先生を始めとする役員の方の識見の高さがあると思います。混迷する歯科医療問題の解決策についてその都度先導的な役割を発揮して頂き、歯科医療改善に向けての大きな力となって頂きました。中でも、とりわけ私の中で印象深いのが、歯科の処置行為の低さを数値化して表示した運動がありました。手元に資料がないので、確かではありませんが、医科点数に近い歯科の外科系の処置行為から換算して、歯科の各種処置行為の評価点数を割り出し、表示したものと記憶しています。その結果は、様々な処置行為が、3～4倍にならないとまともな評価となっていないことが分かり、歯科の低診療報酬改善のための有効なツールとなって多いに保団連としても活用させて頂きました。

その後も、歯科医療改革提言の立派な冊子や、コロナ禍の時に大変有効だった感染予防対策のための冊子等、常に先進的な取り組みで、保団連活動に貢献されてきました。勿論、それには、有能な事務局員の皆様の支えがあったことはいふまでもありません。

これからも、厳しい歯科医療の改善のために、貴会が歯科界の先頭に立って指導して頂くことをお願いしたいと思っています。

50周年から100周年を目指してのさらなる発展を貴会に期待します。

メッセージ

力強いパートナーである、 東京歯科保険医協会設立 50 周年に寄せて



東京保険医協会
会長 須田 昭夫

東京歯科保険医協会が設立50周年を迎えられたこと、また、これまでの50年の道標というべき「50周年記念誌」を発刊されることに心からのお祝いを申し上げます。

東京歯科保険医協会は、1973年4月に「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」という理念のもと、東京における歯科保険医の自主的組織として結成されました。

以来、今日に至るまでの50年、協会が掲げる理念に基づき、歯科医療の改善の取り組み、会員の権利を守るための審査・指導の対策、会員向け各種講習会・研究会等の活発な開催、患者・国民とともに医療改善を求める要請活動等を中心とした地道な事業・活動を進めてこられました。その結果として会員を着実に増やし、この首都東京で会員数6,000人を擁する大きな組織として発展されていることに敬意を表します。また併せて、今日の基礎を築き、会の充実と発展に携わってこられた役員と事務局のみなさんの大変なご尽力に対しても、心からの敬意と謝意を表すものです。

東京は、医科と歯科の保険医協会が別組織となっている全国4地域（東京・京都・大阪・福岡）のうちの一つであります。私たちは医科と歯科に別れてそれぞれに保険医運動を展開しておりますが、さまざまな課題に対して共同の取り組みも進めてきました。2011年11月には、かねてより両協会の共通の目標でありました「医科歯科会員1万人」を達成し、「共同アピール」を採択しました。そこでは、都内1万人の医師、歯科医師の力を結集することで都民の健康といのちを守り、医療の向上を図る大きな力となって、東京の医療改善運動に全力を尽くす決意を表明しました。

その後今日に至るまで、医科・歯科それぞれの分野における問題点についても相互に理解を深め、必要に応じて協力関係を築いてきました。地域の日常診療における医科歯科連携の活動はもとより、2011年の東日本大震災での被災地への共同支援、また都民向けの催しである「保険医協会健康まつり2022」等をともに取り組み、成功させることを通じて、私どもは東京歯科保険医協会を力強いパートナーとして信頼し、その迅速な行動力に対して大変魅力を感じています。またそれらは、執行部を構成している個性的で感性豊かな役員のみなさんのご努力に加えて、協会の事業・活動を側面からしっかりと支えている事務局体制の存在によるものであることを知っております。

現在、医療・介護を取り巻く情勢は、広範囲に激しく変化しております。東京歯科保険医協会におかれては、これからも保団連組織にあって、最多の歯科保険医会員数を誇る実力ある組織として、さらなる高みを目指して発展されることを心より祈念いたします。共にがんばって参りましょう。

メッセージ



京都府歯科保険医協会 理事長 佐藤 晋

この度、東京歯科保険医協会が、設立50周年の節目を迎えられましたことを、心よりお祝い申し上げます。また、平素より弊会の活動に対し、ご支援、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

50年前の1970年代は、大きな社会問題となった歯科差額徴収問題を機に、歯科開業医の結集が全国的に進み、保団連歯科協議会の活動が活発化した時代でした。歯科保険医運動によって大きな転機ともいえるべき1973年4月に、貴会は「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はかること」を理念に掲げ設立されました。そして、今日まで幾多の困難を乗り越えて、会員数6,000人を超える組織へと発展されてこられました。また、全国保険医団体連合会においても、歴代にわたり役員・専門部員を輩出するなど、主導的立場で保険医運動に取り組まれてこられました。これも歴代会長をはじめ、理事各位ならびに事務局員および関係各位の皆様方のご努力ご尽力による賜物であり、深甚たる敬意を表します。

さて、新型コロナウイルスの感染拡大は、医療提供体制や公衆衛生の脆弱性を浮き彫りにしました。全国各地で「医療崩壊」が起こり、国民のいのちと健康が脅かされる事態となりました。しかし、岸田内閣は社会保障費削減路線の破綻に反省することなく、75歳以上の医療費窓口負担2割化や年金給付の引き下げ、介護保険制度改悪などを推進しています。加えて長引く物価や光熱水費の高騰により、国民の負担は限界を超えています。

一方、医療機関は、コロナ禍による受診控え等での収入減や感染防止対策費用の増加、オンライン資格確認システムの義務化による設備投資等で厳しい経営を迫られています。政府は、地域医療を守る医療機関が経営危機にさらされているにも関わらず、低医療費政策を転換しようとしません。地域医療を守るためには、医療機関の経営安定化は必要不可欠です。減収補填や診療報酬の大幅引き上げ等の経済措置が早急に必要です。

また、平和の問題では、岸田内閣はロシアのウクライナ侵攻を機に、「敵基地攻撃能力」保持を含む「安保3文書」の改定を閣議決定しました。軍事費を今後5年間で総額43兆円を確保し、基地の整備や兵器の爆買いを進める予定です。財源捻出のために、際限ない増税と社会保障費のさらなる削減が進められるのは明白です。大軍拡ではなく、コロナ禍で疲弊している国民の生活と健康、医療提供体制の立て直しのため、いまこそ社会保障の充実が求められています。

いま、社会保障は危機的な状況に陥っています。「保険で良い医療」「保険で良い歯科医療」をめざし、医師・歯科医師の経営と生活・権利を守り、国民の医療保険制度・社会保障のさらなる拡充に向けて、貴会の活動にはますます期待が寄せられるものと思います。弊会も、ともに力を合わせて奮闘する所存です。

東京歯科保険医協会のますますのご発展とご活躍を祈念いたします。

メッセージ

「歯科協会相互協力が 歯科医療発展のため不可欠」



福岡県歯科保険医協会
会長 大崎 公司

設立50周年、おめでとうございます。

東京歯科保険医協会設立50周年を迎えられ、謹んでお慶び申し上げます。貴会におかれましては「50年」、即ち半世紀にも及ぶ深い歴史が刻まれ、今年2023年6月に会員数6000名を超える大きな協会にご発展されました。大変素晴らしいことです。会員数が増えることはそれだけ大きな声、力となって活動ができると確信いたしております。

これも偏に「歯科保険医の経営・生活・権利を守り、都民の歯科医療と健康の向上」を目的とする東京歯科保険医協会の設立意思が、多くの歯科保険医の先生方に支持された証左と存じます。また、会の運営に並々ならぬご尽力をされてこられた歴代会長を始め理事・役員の先生方、そして事務局の方々のご努力に心から敬服致します。

さて、全国保険医団体連合会（保団連）加盟の51協会・医会のうち単独での歯科協会は4協会（東京歯科、大阪歯科、京都歯科、福岡歯科）です。歯科単独協会という「歯科」に特化した目標も共通した事項も多い一方で問題や苦悩も抱えております。そのような折、数年前には単独歯科協会の懇談会を持つことができました。普段はなかなか時間的・距離的な制約があり、直にお会いすることが困難な中で、お互いの意見交換ができたこと、そして最も重要なことですが、役員の先生方との膝を突き合わせての交流が実現したことは大変有意義でありました。当時を思い出しますと、実に画期的な懇談会であったと思います。しかし、ここ数年間は新型コロナの影響もあり残念ながら、対面での交流は途絶えておりますが、Webによる当会（福岡県歯科保険医協会）の研究会に貴会の役員の先生方もご参加いただいております。大変心強く感じております。対面での交流も可能ならば是非また行えることを心より願っています。

歯科保険医療費は2000年をベースとすると、医療費の伸びから試算して現在の適正金額は4兆2000～3000億円と言われますが、悲しいことに実際は程遠い3兆円程度です。このギャップを歯科全体でどのように是正、改善していくかが歯科保険医の経営・生活を守っていく上で大変重要な課題ですし、全国の歯科保険医の共通認識と思います。これらを解決するには各協会単独での運動より、保団連・各協会、患者国民と連携しながら全国的な運動に広がっていくことが必要と考えます。貴協会は、その牽引者として今後ともご活躍されていくこととご期待申し上げます。

山積された歯科の問題解決に、当会も、今後とも貴会と共に同じ思いで協調してまいりたいと存じます。これからもより一層の交流を希望しております。

末筆ではございますが、設立50周年を迎えられた東京歯科保険医協会の今後の益々のご発展お祈りいたします。

メッセージ

学術と運動で、さらなる飛躍を



大阪府歯科保険医協会
理事長 小澤 力

東京歯科保険医協会設立50周年、50年記念誌の発刊を、喜ぶとともに、心から期待しています。貴会が、1973年4月に結成され、全国の歯科保険医運動を前進させるために、大きな力を発揮されてきたことに、敬意を表します。

1961年国民皆保険制度が実現する中で、今日まで続く政府の低歯科医療費政策のもと、歯科医療は、差額徴収や自由診療と、保険診療というダブルスタンダードを余儀なくされてきました。1974年には「歯科差額」が社会問題化しました。歯科における、「差額徴収制度」の根本原因である、低歯科診療報酬は、現在から見ても異常なものでした。こうした中で、1960年代から1970年代前半にかけて、全国に保険医運動が広がる中、貴協会が掲げ続ける「保険で安心してきちんとした診療ができるようにしよう」という理念のもとに、歯科単独の保険医協会が生まれました。

1976年には「差額徴収制度」は国民の厳しい批判により廃止されましたが、根本原因である診療報酬の大幅な改善はなく、1978年には「材料差額」が導入され、1984年には特定療養費制度が導入され、現在の選定療養・評価療養に至っています。国民、歯科医療従事者の望む歯科保険診療の充実は、現在も不十分なままで、歯科独特の大きな矛盾となっています。

この中であって、歯科保険診療の充実、とりわけ保険適用範囲の拡大と、診療報酬の改善、そして窓口負担の軽減に尽くされた貴協会の、粘り強い活動の歴史に改めて敬意を表します。

私ども大阪府歯科保険医協会も貴会との交流会や日々の活動を通じて、大いに刺激を頂き、国民医療と開業医の権利を守るために尽力してまいりました。いま歯科保険医運動は、連続する社会保障改悪や低歯科医療費政策に起因する厳しい経営、歯科技工問題、歯科衛生士不足、歯科矯正の保険導入など、様々な問題に直面しています。こうした問題でも貴会と共に協力しながら解決を目指したいと考えています。

歯科医療の礎は、平和であることです。社会保障・医療保障の充実こそ国民にとっての安全保障です。この実現を目指して、今後とも、ともに額に汗して進んでいきましょう。

回顧 50年

◎機関紙の原点

東京歯科保険医ニュース
東京歯科保険医協会（仮称）
設立にあたってのみなさまへ

歯科保険医は、自分の健康と、老後に備えて健康のない将来の不安を背負い、日々の診療に励まれている。診療報酬は低い。十分な技術と知識を必要としない状態に陥り、その結果、診療報酬の引き上げが困難な状況に陥っています。本年に迎える春の診療報酬改定は、経費を削減するとの板ばさみで、精神科に肉体的にも疲労が蓄積されているのが、歯科保険医の現状ではないでしょうか。しかしながら、政府は決して、経済、社会的な問題と切り離して、歯科保険医の診療報酬を削減しようとする意図があることは、歯科保険医の立場から見て、明らかです。歯科保険医は、国民の健康と、老後に備えて健康のない将来の不安を背負い、日々の診療に励まれている。診療報酬は低い。十分な技術と知識を必要としない状態に陥り、その結果、診療報酬の引き上げが困難な状況に陥っています。本年に迎える春の診療報酬改定は、経費を削減するとの板ばさみで、精神科に肉体的にも疲労が蓄積されているのが、歯科保険医の現状ではないでしょうか。しかしながら、政府は決して、経済、社会的な問題と切り離して、歯科保険医の診療報酬を削減しようとする意図があることは、歯科保険医の立場から見て、明らかです。

発行所
東京歯科
保険医協会事務局
東京都
渋谷区代々木
2-5-5
電話
(03)5526
0904 0905 1111
第1号

1973年4月22日、現在も保団連が所在している新宿農協会館で、東京歯科保険医協会の設立総会が開催された。「東京歯科保険医ニュース」（現在の「東京歯科保険医新聞」）は、この設立総会直前の3月11日に第1号を創刊している。

◎診療報酬改定に向け提言

21世紀にふさわしい
歯科改革提言

東京歯科保険医協会



2009年当時、01年からの小泉構造改革により医療界は疲弊。診療報酬改定では、歯科は実質マイナス改定が続いていた。協会は、国会議員等に歯科医療問題への理解を深めてもらうことを目的に、「提言」を取りまとめる方針を決め、データ収集と編集作業を開始。収集データは歯科医療界の窮状を訴える資料として議員要請活動等で活用した。

翌10年4月に行われた診療報酬改定では、歯科は2.09%のプラス改定を実現。同4月18日には「歯科医師の需給問題をどうする」をテーマにシンポジウムを開催。次期2012年4月1日の診療報酬改定に向け提言の完成を目指す協会は11年10月、遂に「21世紀にふさわしい歯科改革提言」が完成した。

寄稿

松島 良次 理事（前会長）
矢野 正明 理事（元副会長）
田辺 功 氏（医療ジャーナリスト）

なぜ私はこの会に…私と協会の歩み

松島 良次（東京歯科保険医協会 理事）



保険でよい歯科医療は実現可能か？

1993年に、現在の「保険でよい歯を」東京連絡会の前身となる「保険でよい入れ歯を」東京連絡会が発足されました。医療を受ける側と提供する側が、現在の医療制度の矛盾に気づき、ともに満足できる歯科治療が健康保険でできるようにと結成されました。ちょうどその頃、私は協会に入会し、冷ややかな目で、この団体を見ていました。保険で良い治療をやっていたら、あっという間に倒産してしまう。資本主義経済において、どんな保険医がやっても、同じ点数なんて、まさに共産主義そのものではないかと思っていました。ところが、指導相談を契機に協会の先生方と接触することになり、変化がありました。保険診療や学術の話はもちろんですが、政治・経済を通しての歯科保険医の立場をまじめに熱く語り始めたのです。きりの良いところで、フェードアウトするつもりでしたが、先生方を後にして帰るわけにはいきませんでした。そして、ずるずると30年近く高田馬場に通う日々が続いています。

最初は、半信半疑で、この会のサポートを手伝っていましたが、ふと、医科の先生は、東京の高いテナント料を払っていても、ほぼ保険診療だけで、生計が成り立っているのはなぜだろうと疑問に思うようになりました。財源の問題や、一人あたりの診療時間が違うことなど、それなりの理由があります。しかし、歯科でも、診療報酬の配点で、治療の良否を考慮した増点制度が可能ではないかと思うようになりました。

そして、ついに診療報酬改定を行う厚生労働省側と懇談できる機会をいただきま



2013年、歯科単独4協会の会長・理事長が対談した



した。「まじめに良質な医療を提供している先生に手厚い報酬を用意して欲しい」と初・再診料ではなく、予防処置と基礎的技術料の引き上げを提案しました。P総診～SPTへと継承され、フッ化物歯面塗布～根面塗布まで拡大し、そして口腔機能管理を含む医学管理等の重症化予防処置が疾病保険の範囲で導入されてきたのです。基礎的技術料はわずかな伸びに留まっていますが、私は保証期間の延長こそが、患者の希望を叶え、術者の腕を磨き診療報酬のアップに繋がると信じています。

私は、2011年6月から6年間会長職を務め、「保険と学術の強化と全身から口を診る医科歯科連携」に力を注いできました。多くの診療時間を削り、協会活動に費やしてきましたが、得たものは計り知れません。たくさんの人と対話してきたことで人間観察力が磨かれ、人前であいさつや改定説明等をさせていただいたことで、自院でのインフォームド・コンセントの確実性が増したと思います。痛みを取る技術が一番大切かもしれませんが、生活習慣病を改善させるのは、“患者説得力”だと思っています。ここが苦手な先生こそ、協会の部会に参加して意見を発表することをお勧めします。ネットのSEO対策で集患するより、減患させず患者を虜にする“患虜対策”を考えた方が息の長いライフワークになることでしょう。

協会の歴史の6割程度にしか携わっていませんが、この会を一言で例えるならば、歯科医療の枠を超えた弱者救済を信条とする団体だと思います。指導や患者トラブルで悩みを抱える先生や不慮の事故、病気で困っている先生がいれば、団体全体で支える共済精神があったからこそ、ここまで会員から支持されてきたのだと思います。医療における最大の弱者である患者を救済する精神こそが、今後の協会の発展に寄与することと信じています。これからも、協会の在り方を厳しい目で批判しつつ、末永く支持してくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。



「保険医協会 健康まつり2022」では実行委員長を務めた（左）

この10年を振り返って

矢野 正明（東京歯科保険医協会 理事）



私が協会に入会したのは1986年3月ですから、ちょうど37年半が経過しました。役員に推されたのが1991年ですが、以後の協会の歩みの中で、特にこの10年に焦点をあて、印象に残っている取り組みなどを紹介させていただきます。

デジタル化

デンタルブックがスタートしたのは2016年です。保険改定の度に保団連で発行している「歯科保険診療の研究」。これを電子化できないかと考えました。保険請求は疑義解釈などで日々変化していきます。本は次の発刊まで修正できませんが、デジタル化できればすぐに対応が可能です。デンタルブックは、情報配信型電子書籍です。ご登録いただいたメールアドレスには「改定情報」「歯科ニュース」が定期的に配信されます。今は70%以上の会員が登録されています。これにより素早い情報発信ができるようになりました。

コロナ禍で理事会もZoomを使って開催するようになりました。資料はすべて情報共有システムで管理し完全にペーパーレス化できました。理事会の下にICT戦略化委員会があり、今後は双方向性のデジタル化を目指していきます。



提案型の運動

2006年から国会内学習会を開催してきました。国会議員の求めにより協会が歯科医療についてレクチャーする場を作り、そこに厚生労働省の技官に来てもらうというスタイルです。私も2015年、民主党（当時）の牧山ひろえ参議院議員・円より子参議院議員に対し訪問診療のプレゼンテーションを行いました。このとき、医科との情報共有の必要性や舌圧検査についてお話ししました。当日は保険局医療課の課長補佐と歯科医療専門官が参加していました。時間はかかりましたが、その後の保険改定で診療情報連携共有料という新しい項目が加わりました。また舌圧検査も保険に導入されました。厚労省の技官も同じ歯科医師です。これからも現場の声を伝える提案型の運動で保険制度の改善を図っていきます。



国会内学習会の様子

ジェンダー・フリー

みなさんご存知の通り、日本の「ジェンダーギャップ指数2023」は125位です。G7の中では最下位で、105位の韓国や107位の中国など、ASEAN諸国よりも低い結果となっています。管理職の男女の割合も一つの指標です。管理的職業従事者の男女比0.148（133位）となっています。

東京歯科保険医協会設立当時の会長・副会長・理事は12名。女性理事は、ゼロでした。2023年9月現在、理事22名で女性は6名（27%）です。保団連の一昨年のデータでは女性役員は東京医科・大阪医科が最多の6名、次いで岩手・東京歯科・愛知・滋賀の5名が続きます。女性ゼロが11県もあります。

現在の会員は男性約81%、女性約19%です。全国の歯科医師では、2020年の厚生労働省の調べでは、男性75.2%、女性24.8%です。多様性＝ダイバーシティが重視される社会になってきました。これからも女性歯科医師が気軽に入会できる組織を目指していきます。

反核平和運動

最後に私が担当している反核平和運動について。核戦争防止国際医師会議IPPNW（ノーベル平和賞受賞）の日本支部は広島県医師会にあります。

「医師としての使命に基づき、医学・生物学的立場から、核戦争防止のために可能な限り努力を払うことを目的とする」として歴代日本医師会会長が代表支部長を務めています。

2023年4月にケニアで開催された第23回IPPNW世界大会でも広島県医師会の常任理事の先生と懇談し、オールジャパンとして記念撮影させていただきました。

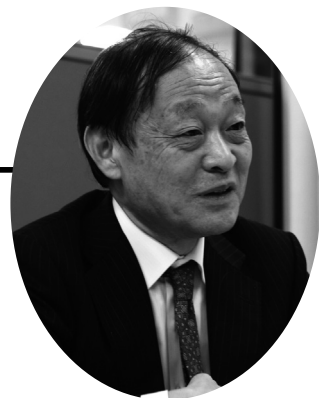
私は歯科医師の団体が平和運動をやっていることに誇りを持っています。



学生も含めオールジャパンのメンバー
筆者の左隣は長崎大学の朝長万左男客員教授

目的は同じでしたね

田辺 功（医療ジャーナリスト）



東京歯科保険医協会の設立50年、おめでとうございます。私は今よりずっと評判の良かった時期の朝日新聞の医学・医療担当記者でした。東京歯科保険医新聞の2015年10月から18回の連載「歯科医療点描」を書かせていただきましたが、その1回目のタイトルが「自主質管理運動のころ」でした。

私が協会について初めて書いた記事がこの自主質管理運動で、1982年11月でした。協会が発足したのは1973年4月ですから9年も過ぎていたことになります。当時は川崎病の流行や体外受精、臓器移植など医療分野の取材が非常に多く、なかなか歯科に目が向いていなかったと思います。

「きちんと安く歯を治します」「歯科医が機構作り」の見出しで第2社会面2段に載った29行の記事は次のような始まりでした。

「私たちは、良質で安い歯科医療を提供します」—東京都内に診療所を持つ歯科開業医約千人が加わる東京歯科保険医協会（大多和彦二会長）は十二月から有志による新組織「自主質管理機構」を発足させる。約三十人が参加を表明している。

そうして、手間はかかるが再発を予防し、歯を抜かなくてよい根管治療に力をいれる、歯みがき指導をする、など簡略に内容を紹介しています。

意見の調整に手間取ったのか、実際の機構のスタートは1年半も遅れて1984年6月になりました。総合3面2段の「歯科の大半、保険で」「自由診療でも格安に」「開業医グループ」の焼き直しのニュースに続いて「歯科保険治療の充実を訴える大多和彦二さん」が「ひと」欄に登場しました。

スクラップで変色した記事を目にするといろいろな思いが湧いてきます。180人で発足した協会の会員はこの時は1200人に増え、うち26人が運動に参加しました。協会の住所は同じ高田馬場ながら番地が今と少し違うのは移転したのか、番地が変わったのか。電話番号は同じものが使われ続けているようだ、とか。

協会の2代目会長でもある大多和さんは、「ひ



朝日新聞「ひと」欄に登場した
大多和彦二第2代会長

と」欄の記事のなかで、歯科において自由診療が増えたのは不合理な保険点数のせいだと指摘しています。「人件費、材料費を考えれば、歯科医は1時間1万円ないとやっていけません。30分以上かかる根管治療が300円から1050円、10時間の総入れ歯が37000円では」と不採算を例示されました。保険中心の医療を原則とし、自由診療は適切な価格に抑える自主質管理運動の同志が増えて「制度改善の核になると信じたい」と話されています。

手書きの参加者名簿には、何年間か、私の歯の治療をしていただいた真坂信夫さん、歯科のいろいろな問題を教えていただいた小林俊三さんら7、8人の先生の懐かしい名前がありました。

国は、医科に比べて歯科にどんどん冷たくなった気がします。高級な義歯は高額だからと保険外の自由診療があったのをいいことに、厚生労働省か政治家の意向か、歯科の保険点数は低くなり、自由診療が拡大していきます。その結果、受診せずに放置し、歯を喪失する人も珍しくなくなりました。連載「歯科医療点描」にも書きましたが、日本の保険医療は質の問題が後回しにされ、医師・病院任せになっています。患者のためになる医療でなければ、本当は保険制度の意味は半減します。

そういえば、協会にも、協会が加わる保団連にも「保険医」が入っています。「良い保険医療の実現」が私の記者としての目的でしたが、それは先生方と全く同じだったのだなあ、と今更ながら実感しています。



良い保険医療の実現へー

現在もメディア懇談会に参加し、精力的に取材活動を続ける

回顧 50年

◎海外視察



2006年5月、イギリス・ドイツ視察を行う。先進諸国の共通課題である「高齢化」「医療の高度化による医療費の増大」について、大きな課題になりつつあった。現地では国民負担に対する意識等を調査し、英国医師会、ドイツ連邦保健省などと交流を深めた。

◎東日本大震災 支援活動



東日本大震災発生当時、4月8～10日にかけて、役員2名と事務局1名の合計3名を第1班として宮城県内の避難所4カ所に派遣。現地では、被災者らに必要な歯科治療支援を行った。現地保険医協会や歯科医師会を始めとする関係各機関への綿密な連絡、出発から帰着までの詳細な計画立案作業などに追われた。

会長・会員 座談会

「協会の今、そして今後に求める」



「協会の今、そして今後に求める」

会員から見る「協会」

坪田有史会長×千葉隼人先生×三浦美乃先生

司会：早坂美都副会長



(写真左から) 早坂美都副会長、坪田有史会長、三浦美乃先生、千葉隼人先生

今回、協会設立50周年を記念して、今後の歯科医療界を担う2名の会員と、坪田有史会長による座談会を開催した。参加したのは、千葉隼人先生(35歳・杉並区)、三浦美乃先生(35歳・豊島区)。2名の先生は、いずれもパートナーとともに診療所を経営する傍ら、互いに子育て中の父親、母親としても奮闘する。会員の先生から見る協会の姿や、歯科医師のワークライフバランス、女性歯科医師が直面する問題、そして今後の歯科医療に求めることについて懇談した。司会は、広報・ホームページ部の早坂美都副会長。

入会のきっかけは勤務医時代 協会は「レスポンスが早い」

早坂副会長(以下、早坂):今回は「協会の今、そして今後に求める」をテーマに、ざっくばらんにお話しできればと思いますが、まず先生方はどのようなきっかけで協会をお知りになりましたか？

千葉先生(以下、千葉):協会を初めて知ったのは、研修医の時です。7、8年ほど前に在籍していた国立国際医療研究センター病院歯科・口腔外科に濱崎啓吾先生(現・当会理事)がいらっしゃいました。当時、保険診療のことはまったくわからず、事務職員にレセプトの修正をお願いしていた時、濱崎先生が定期的に研修医に向け、保険診療の指導をしてくださっていました。もともと歯科・口腔外科に在籍していて、一般歯科に関する知識が薄かったので、もっとアドバイスをいただきたいと思いました。また、保険医として、「保険診療のルールを知らないのはまずい」という思いもあり、入会を決めました。

三浦先生(以下、三浦):私も同じく研修医時代に、協会を知りました。数週間、開業医の先生のもとをローテーションで回る機会があり、その院長が協会のセミナーを紹介してくださり、参加したのが最初のきっかけです。その後、夫が開業する時に諸先輩方から、協会の「歯科保険診療の研究」(通称「赤本」)などの冊子がわかりやすく、細かい部分も教えてくれるので入会した方が良いとアドバイスを受けていたので、夫と入会しました。

早坂:先輩方に勧められたということですが、入会后、協会とどのように関わっていますか？



千葉：開業から9カ月目で新規指導を迎えましたが、開業当初から協会の先生や事務局の方には週に1回以上は連絡していました。保険診療のわからないことはその日のうちに解決する形でしたね。日々アドバイスを受けていたので、重大なミスはないだろうと自信を持って新規指導を迎えられました。協会の良いところは先生や事務局が身近な存在で、初歩的なことからすべて教えてくれるので、保険診療について理解を深められることです。

三浦：私も保険診療の疑問に対して事務局の方がすぐに教えてくれて、レスポンスが早い印象があります。「今、答えがほしい」時に電話で教えてくださるのでありがたいですね。

千葉：レセコンはエラーを教えてくださいますが、SPTの流れなど、エラーで引っかからない部分も協会の方は教えてくれるので素晴らしいし、安心感があります。

早坂：対応が早いことも協会の強みだと思います。その他はいかがですか？

三浦：社保・学術部のオブザーバー（※）として参加する中で、先生方とのつながりもでき、経営面などでもアドバイスをいただけるのでうれしいです。

※オブザーバー：協会各部の会議に参加する一般会員の先生

協会と会員の“双方向利用” 機関紙は「僕たち世代からすると…」

坪田会長（以下、坪田）：ありがとうございます。協会に保険診療に関する質問などで利用する以外に相談したり、活用したりする機会はありますか？

三浦：利率などにメリットを感じたので保険医年金に加入しています。また、デンタルブックのメールニュースには他院での患者トラブルや対応方法の事例が載っていて、今後、もし自院で同じことが起きても自分の中で用意や想定ができるので、活用しています。

坪田：会員の先生から自発的に診療に関する質問や相談、そして共済制度へ加入する一方で、協会から発信するデンタルブックからの情報が届く受動的な側面もあり、協会を双方向に利用しているということですね。協会が困った時の窓口であることは大切だと思いますし、一人でも多くの会員の先生にそうした協会との関わりを持っていただきたいです。

早坂：協会は、理事会声明の公表や、国会議員、行政などへの働きかけを通じて歯科医療の改善を行う団体ですが、そうした活動は会員の先生方の目に、実際はどのように映ってい



ますか？

千葉：理事会声明や談話は、東京歯科保険医新聞を通じて目を通すことがあります。すべてを把握できていない部分もありますが、幅広く活動されていると感じています。

三浦：会員の声をダイレクトに伝えてくださっている印象です。その上で「どういう内容で」「何を伝えている」か、会員にも伝わっていると思います。どんな要望を出したら私たちに還元されるか、歯科医療・医業がやりやすくなるかを行政に届けてくれるのがあるがたいと思います。

坪田：お話しにあったように活動の“見える化”に努めています。機関紙「東京歯科保険医新聞」、協会のホームページやデンタルブックのメールニュースなどを通じて、会員に周知しています。また、機関紙で私が会長を拝命してから連載している「教えて！会長!!」は、その時々のトピックスを解説しています。会員の先生方への情報発信と理解しやすい内容にするように心がけていますが、毎月の執筆で私にとって勉強になっています。協会は、会員の先生あつての協会なので、今後も有益な情報をお伝えできるようにしたいです。

千葉：以前は濱崎先生からお話を聞くことがあり、保険診療を改善するために活動していることが伝わってきました。その後、開業して以降お話しする機会が減ってしまったので、役員の先生方をはじめ、直接協会の先生とお話しできる機会がもっとあると勉強になると思います。また、機関紙という形は僕たちの世代からすると、堅苦しいものに見えるかもしれません。これを機に、より一層、協会の活動に注目してみたいと思います。

三浦：都内の歯科医師の働き方などについても、行政に声を届けられる協会だからこそ、一人でも多くの困っている歯科医師の声を吸い上げてほしいと思っています。

坪田：歯科医業を支えるべく、サポート体制を提供することが協会の重要な役割です。また、診療報酬改定に対しても、保険診療にしっかりと取り組んでいる先生が正当に評価されるよう、行政に伝えています。そのためには会員のご意見をお聞きする必要がありますので、さまざまなアンケート調査などを行っています。そのような機会以外でも診療で困ったことなどがあれば、何でも、そしていつでも教えていただきたいと思います。



子育ての苦悩「短期間の研修を経て」 復職支援の充実を

早坂：続いてのテーマは歯科医師のワークライフバランスです。歯科医療界のトレンドとして女性歯科医師の増加があります。女性歯科医師が直面する課題について、歯科医療界全体で考えなければいけません。お二人は開業医、勤務医としてそれぞれご夫婦で診療所を経営されていますが、それぞれの視点で思うことはありますか？

千葉：一緒に働く妻は、歯科医師・妻・母としての人生がすべて同時に進行しているので、悩む機会が多いのかなと感じます。開業時にはその点をかなり話し合いました。どうしても家のことを妻にお願い

することが多く、大変な思いをさせていると思います。診療をしない期間が長いとスキルが落ちますし、子育てとのバランスも難しいですね。子ども2人は保育園に入っています

が、急に熱を出すこともあるので大変です。

坪田：日本社会全体の問題でもあります。育児で苦勞する面が多いですね。では女性の歯科医師が増加していることについて、先生たちの肌感覚ではいかがですか？

千葉：大学時代、僕の学年は女性が20%ほどでしたが、下の学年は半々くらいでした。同級生の女性で今も第一線で働いている人は少なく、育児などで一時的に診療に従事していないケースが多いです。

三浦：上の子が1歳の時に夫が開業し、その後に2人目を出産しました。実感として、歯科医師の就労環境はブラックだと感じていて、大きな医療機関でない限り、産休・育休はおろか、有給休暇すら取ることがはばかれる状況があると思います。実際、歯科は1日の治療で終わる患者さんは少なく、治療完了までに複数回来院してもらう必要があります。その責任もあるため、自分の都合では休みづらいです。



早坂：確かに歯科特有の事情はあると思います。

三浦：歯科衛生士、歯科助手にも言えますが、妊娠が分かった時に「休みます」とは言えず、自ずと「退職します」という方向になってしまう。歯科医師は一定期間休職するとタービンを一つ握るのもすごく怖いものです。そんな時に大学で短期間の研修を経てから復帰するとか、患者さんと接する機会があれば現場復帰しやすいのではないのでしょうか。そうした行政のフォローも拡充していけば、女性歯科医師が働きやすいと思います。

坪田：ご意見ありがとうございます。我々の仕事の良いところの一つは、患者さんへの診療、診察後のメンテナンスなどで長い期間お付き合いでき、患者さんと向き合っていくことだと思いますが、その分、働き方に影響を与える面も多いと思います。その視点からご夫婦で診療所を経営する上でのメリットはありますか？

三浦：例えばコロナ禍で、子どもが濃厚接触者になった段階で保育園やベビーシッターに預けられない状況だったので、その時は夫婦で調整ができた点は良かったです。

早坂：女性にしかできないことは妊娠、出産だけだと思います。「育児で女性が大変」と言う人がいますが、その言葉には疑問があります。育児、介護、家事は、男女問わずできることなので、半分ずつやるのが前提になると思います。

坪田：今年度から協会は、「女性歯科医師対策準備委員会」を立ち上げました。女性の先生が出産や子育てなど、困った時の窓口として、女性歯科医師の先輩の事例を紹介することや相談に乗るなどの体制を作ろうとしています。例えば、20年後に女性の歯科医師が今より多くなることは確かだと思うので、そうした先生の頼りになる窓口として機能できればと思っています。

歯科衛生士募集がハードルに

早坂：続いて、「今後の協会と会員」という視点で、現在の歯科医療、歯科医業で困っていることや、将来的に心配なことはありますか？

千葉：一番困ったのは歯科衛生士の求人です。都心はかなり時給が上がっていて、求人を出しても募集がうまくいきません。実際、歯科衛生士さんに聞いても、時給の高いところや健康保険などの社会保険完備の求人を優先的に探していると聞くので、条件面の整備の重要性を感じています。特に常勤、パートとも歯科衛生士さんを集めるのが大変です。



坪田：会社帰りなど夜遅くに来院したい患者さんがいれば、経営的な視点で診療時間を短くしたくても難しいところだと思います。衛生士学校で歯科衛生士を目指す学生が多く集まっていないことも事実なので、今後の課題です。三浦先生はいかがですか？

三浦：都内では多くの診療所が18時以降も診療をして、一定程度の診療所が日曜診療をしている状況があるので、労働者側も大変だと思います。時給2,000円を超える求人もある中、夜まで働いてくれる人を探すのが難しいです。有休についても「休みたい時に有休を使う」という環境を歯科医療機関で実現するのは難しい現状があります。労働者側に譲歩すぎると、今度はそのしわ寄せが自分にきてしまうのでバランスが大切だと思います。

坪田：歯科衛生士獲得には、二つ課題があり、一つは免許を持っているものの出産・育児などの後で歯科医療に携わっていない人を再び現場復帰していただけるよう後押しすること。もう一つは、歯科衛生士を目指す学生を増やすこと。そうして母数を増やさなければ解決できないと思います。これらは個人で解決できないので、協会のような組織が関係機関に働きかけるなどの活動をしないといけません。すでに東京都に歯科衛生士の現場への復帰のための支援などについて要望しています。国家資格なので、仮に産休・育休などで現場を離れても復帰する選択肢もあるのに若者が集まらないのは、効果的な情報発信ができていない可能性もあります。そうした発信は協会の課題でもあると言えますね。

「歯と口腔の健康意識を高める施策を」今後の歯科医療を見据え

早坂：就労環境などについて考えることはありますか？

千葉：歯科診療所は個人経営が多いので、院長の方針によって就労環境が左右される面があることはよく耳にします。患者さんの前で怒鳴りつけたり、スタッフに反省文を要求したり…。スタッフが歯科医療界から離れていく原因は、ドクター側にもあるのではないかと感じます。僕自身も感情的にならないように気をつけていますが、注意しなければいけない時があるので、そのバランスが難しい職種なのかなと感じます。

早坂：患者さんにより良い歯科医療を提供するため、日々感じていることはありますか？

千葉：子どものフッ素塗布について思うことがあります。Ceの患者にフッ化物歯面塗布処置をする時、白濁した場所の写真を撮らなければなりません。子どもが泣いてしまって写真が撮れないケースがしばしばあります。そうした場合、保険請求は諦めてボランティアでやるということも多いので、いい方法はないかなと思うことはありますね。

三浦：私は健康診断に関することです。小児の矯正については、健診でチェックが入るのに、それが治療に結びつかないことに疑問があります。チェックがついているのであれば、保険でやってあげるべきではないかと、ずっと思っていますね。

早坂：今後の歯科医療界についてはどうですか？

三浦：一生懸命診療しても、患者さんのアポイントのキャンセルが続くと、治療計画が崩れてしまうので、モチベーションを保つのが難しいです。あとは歯科衛生士さんについては、依然として歯科助手さんのように扱う診療所もあると聞くので、歯科衛生士さんのやりがいや損なわれてしまうのではないかと、という懸念があります。今後を見据えると、重症化予防や継続的な管理に関して、患者さんの意識や歯と口腔の健康意識を高める方向に国が方策を示してくれないと、患者さんの格差が大きくなるのではないかと思います。

“マイナ保険証” エラー表示「すごくストレスに」

坪田：ところで、オンライン資格確認システムの導入が義務化されましたが、何か困っていることはありますか？

三浦：マイナ保険証で受診する患者さんは、数パーセント程度です。健康保険証とマイナ保険証の両方を持っていて、「数円安くなる」と聞いて、やってみようという患者さんが稀にいるくらいだと思います。

千葉：自分のマイナンバーカードが紐付けされてるか見たいから、試してみようという方はいますね。ただ、レセコン上で「資格がない」と表示されてしまうケースがあります。その時は、保険者に電話をかけて、資格を確認することがありますね。

坪田：健康保険証の廃止についてはどう考えますか？

三浦：高齢、要介護などの理由でマイナ保険証は作れないパターンが多いと思います。すでに訪問診療の需要が出てきている中で、訪問先で資格確認をするために再び専用端末の購入が必要なのか、などの問題が生じてくると思います。

坪田：では若い世代から見て、歯科医療におけるDX化についてはどう考えますか？

三浦：オンライン資格確認システムについては正直、現状のままで不便を感じていなかったです。逆に、いきなりデジタル化を要求されて、「いつまでに機械を導入しなさい」という、“やらされてる感”がありました。業者も多忙になって対応してもらえないこともあり、絶対的に安心できる状態でスタートしてほしかったというのはありました。

千葉：健康保険証や運転免許証の一元化には抵抗感はなく、「始まったか」という感覚でした。ただ診療中のエラー表示はすごくストレスです。「この人を診療していいのか」という疑念が湧いてきますが、患者さんも待っているので確認も取れず…という状況もあるので大変ですね。そうした状況が改善されれば良いのかなと思います。

坪田：厚労省から問題発生時の対処法が発表されていますが、先生方に伝わりきれていないと思います。困っている人を助けるために歯科医療に従事しているのに、そこに強制的に押しつけられるとストレスも大きいと思います。協会は、あまりにも拙速な進め方であるという視点で問題点を指摘して、現行の健康保険証の存続など



を求めています。先生方個人では伝えられない思いを行政機関、国会議員などに伝え続けたいと思います。

協会に主張してほしいことは

三浦：協会に主張してほしいことがあります。社会的にキャッシュレス化が進む中で、クレジットカードを利用する患者さんが増えています。しかし、窓口負担額にクレジットカード利用手数料を上乗せすることはできないので、医療に関しては手数料を免除にしてもらうなどの策を講じるよう、主張してほしいです。

早坂：確かに手数料の支払いは、歯科医療機関にとって大きな負担ですよ。

坪田：カード利用にかかる手数料を加味した点数があるべきとも思いますが、診療報酬改定内容を見ても、そうはいかない現状ですね。そうすると利用手数料は持ち出しになるので今後、問題視して要望しなければいけないと思います。千葉先生はどうですか？

千葉：常に診療報酬改定などにアンテナを張っていたいですが、診療所経営をしながらだと疑問点も多くあると思います。特に若手の先生は、保険の知識が十分ではない中で開業している方もいると思うので、そうした先生へのアプローチはしていくべきと考えています。

坪田：ありがとうございます。今は、比較的若く経験が多いとは言えない先生を対象とした臨床のためのレクチャーと日々の歯科診療に必要なカルテの書き方、保険点数の請求の仕方などをあわせたセミナーの開催を検討中です。さらに、初診の患者さんの処置の流れ、歯周疾患の保険の流れや保険請求の方法などを解説するセミナーを提供しようとしています。臨床の部分を含め、保険について大学で習わないことも多いので、一定のニーズに応えられるのではないかと思います。

早坂：若手の先生方とお話しでき、貴重な機会となりました。今後の活動のためになるご意見ばかりです。本日はありがとうございました。



最後に坪田会長（左）、早坂副会長（右）と記念撮影／千葉先生、三浦先生、ご協力ありがとうございました。

年表・決議・声明・談話

年表 (2013 年以降)

年 月	協 会	その他
2013 年		
1 月		
2 月	保険医休業保障共済保険募集再開	
3 月	医科・歯科会員 1 万人達成記念祝賀会 周術期口腔機能管理推進ポスターに取り組む 「医療機関への『ゼロ税率』適用を求める」会員署名 (854 筆)	
4 月		
5 月	協会 40 周年特別企画開催	
6 月	第 41 回定期総会 歯科単独 4 保険医協会会長・理事長対談 国会内学習会	
7 月	レセコン会社との懇談会	参議院議員選挙 自民圧勝
8 月		
9 月		
10 月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談 いのちを守る国民集会	
11 月	「70～74 歳の患者窓口負担 1 割の継続を求める請願」7534 筆国会提出 同院長署名 312 筆を集約 理事・部員一泊政策学習会	
12 月		「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」成立
2014 年		
1 月		
2 月	「いつでも、どこでも、誰もが、お金の心配をせず『保険でよい歯科医療』の実現を求める請願書名」1 万 1915 筆国会提出	
3 月		
4 月		消費税率 5%から 8%へ引き上げ (1 日) 診療報酬改定 +0.73% (医科 +0.82%、歯科 +0.99%、調剤 +0.22%)、薬価 -0.58%、材料価格 -0.05% 「輝け！いのち 4.24 ヒューマンチェーン」
5 月	国会内学習会開催	
6 月	第 42 回定期総会	
7 月	福岡県歯科保険医協会役員と懇談	改定国税通則法施行
8 月	「会員の意識と実態調査アンケート」実施	「健康保険法等に基づく指導・監査制度の改善に関する意見書」(日弁連)
9 月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談 次期診療報酬改定に向けて厚生労働省と懇談	
10 月		
11 月	第 8 回「歯と健康」フォーラム	
12 月	「窓口負担の大幅軽減を求める請願」4579 筆国会提出	第 47 回衆議院議員選挙実施
2015 年		
1 月		

2月	診療報酬不合理是正を求めて厚生労働省要請 指導問題改善を求め厚生労働省要請 理事部員一泊政策学習会	
3月		
4月	「モンサントの不自然な食べ物」自主上映会	介護報酬改定（2.27%引き下げ） 診療報酬電子請求実施 NTP 再検討会議開催 医療保険制度改革関連法成立
5月	「患者負担増反対院長署名」596 筆 関東ブロック国会議事堂見学交流会	
6月	第 43 回定期総会	125 万件の個人情報流出＝日本年金機構
7月	国会内学習会	
8月		
9月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談	平和安全法制関連法成立
10月	歯科技工問題を考える懇談会 大阪府歯科保険医協会役員との交流会 次期診療報酬改定に向けて厚生労働省と懇談	第 3 次安倍改造内閣発足 「憲法生かし、いのちをまもる 10.22 国民集会」
11月	「世界が食べられなくなる日」自主上映会	
12月	歯科技工所実態調査アンケート実施 消費税ゼロ税率を求め会員署名 2007 筆 プラス改定を求める院長署名 652 筆	
2016 年		
1月	「受診実態調査」実施 593 通 「保険で良い歯科医療の実現を求める患者署名」 4587 筆提出	「ファイバーポスト」が区分 C2 で医療保険に期中 導入
2月	理事部員一泊政策学習会	
3月		
4月	社会保険診療報酬支払基金東京支部、東京都国保 連合会に要請と懇談	診療報酬改定 +0.49%（医科 +0.56%、 歯科 +0.61%、調剤 +0.17%） 歯科訪問診療の「注 13」導入 熊本地震（4 月 14 日）
5月		
6月	第 44 回定期総会	
7月	厚生労働省と懇談 社会保険診療報酬支払基金から医療機関に「マイナ ンバー収集キット」が送られたことに関し改善要望	第 24 回参議院議員選挙 東京都知事選挙で小池百合子氏当選
8月		第 3 次安倍再改造内閣発足
9月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談 厚生労働省保険局医療課指導監査室に指導の改善 要請	
10月		「憲法・いのち・社会保障まもる 10.20 国民集会」
11月	第9回歯と健康フォーラム	
12月	理事部員政策学習会 関東信越11協会・医会が関東信越厚生局と懇談	
2017 年		
1月	厚生労働省と懇談	
2月		
3月		
4月		
5月		憲法 25 条を守る 5.18 共同集会

6月	第45回定期総会 「デンタルブック」利用開始	
7月		東京都議会議員選挙「都民ファーストの会」が過半数
8月	厚生労働省要請 東京都福祉保健局等と予算に関する懇談	第3次安倍第3次改造内閣発足
9月	初めての「女性会員交流会」開催	
10月	厚生労働省要請 学校歯科治療調査実施 会員証刷新（ゴールド）	第48回衆議院議員選挙、自公で3分の2議席確保
11月		第4次安倍内閣が発足
12月	厚生労働省要請 理事部員政策学習会	
2018年		
1月		
2月		
3月	新点数説明会で初めて託児サービスを実施	
4月		診療報酬改定+0.55%（医科+0.63%、歯科+0.69%、調剤+0.19%）、薬価-1.65%、材料価格-0.09% 初・再診料への院内感染防止対策の施設基準の新設 国保の財政運営を区市町村から都道府県に移管
5月	厚生労働省要請	
6月	第46回定期総会	
7月	関東信越ブロック指導監査担当厚生労働省要請 学校歯科治療調査を基にした養護教諭との懇談会	
8月	小池東京都知事と懇談 東京都福祉保健局等と予算に関する懇談 厚生労働省要請	
9月	厚生労働省要請	
10月	東京医科歯科健康まつり2018	第4次安倍改造内閣発足 「憲法・いのち・社会保障まもる10.11国民集会」
11月	国会内学習会	
12月		
2019年		
1月	厚生労働省保険局医療課医療指導監査室と懇談	
2月	厚生労働省要請 理事部員政策学習会	
3月	厚生労働省要請	
4月	厚生労働省要請	
5月	「21世紀にふさわしい歯科改革提言」2019年版発行	「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」成立
6月	第47回定期総会 関東ブロック時局講演会	
7月	「会員の実態と意識調査」実施	
8月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談	
9月		第4次安倍再改造内閣発足 地域医療構想に関するワーキンググループで抜本的な再編統合が必要な公立・公的424病院をリストアップ 「ただちに国会開き増税中止を」9.12国会内集会 消費税を8%から10%へ引き上げ
10月	消費税影響調査 厚生労働省要請	
11月		「今こそ！診療報酬の大幅引き上げ患者負担軽減を」 国会内集会

12月	理事部員政策学習会	全世代型社会保障検討会議中間報告。一定所得以上がある75歳以上の後期高齢者の医療窓口負担2割導入。紹介状がない患者の大病院外来患者定額負担額の増額 「ハイブリッドコートⅡ」が区分C2で医療保険に期中導入
2020年		
1月		日本人初の新型コロナウイルス感染症の患者確認 診療報酬に関するパブリックコメントで、金パラ逆ザヤを訴えるものがコメント全体の50.7%になる
2月		
3月	経済産業省要請（副大臣） コロナのため新点数説明会会場開催中止 デンタルブックを利用した新点数解説の動画配信を行う	都立病院の独法化を含む東京都の2020年度予算成立
4月		診療報酬改定+0.55%（医科+0.53%、歯科+0.59%、調剤+0.16%）、薬価-0.99%、材料価格-0.02% 初診料+10点、再診料+2点 「か強診」と「か強診以外」に差を導入 金パラ随時改定Ⅱ導入 新型コロナ緊急事態宣言（以後、2022年3月21日まで緊急事態宣言、まん延防止等重点措置を繰り返し発令）
5月	「新型コロナウイルス感染症拡大の影響調査」（1）	
6月	第48回定期総会 「新型コロナウイルス感染症拡大の影響調査」（2）	
7月	厚生労働省要請	東京都知事選 小池百合子氏再選
8月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談	
9月	「歯科技工所アンケート」	菅内閣発足
10月	厚生労働省・経済産業省要請	「#いのちまもる医療・社会保障を立て直せ！ 10.22 総行動」
11月		
12月	厚生労働省要請 理事部員政策学習会	全世代型社会保障検討会議最終報告書
2021年		
1月		核兵器禁止条約発効
2月		新型コロナ、医療者ワクチン接種開始
3月		
4月	協会ホームページリニューアル 東京都歯科技工士会と懇談	
5月		
6月	第49回定期総会	「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」成立 「デジタル社会の実現に向けた重点計画」閣議決定 「黒い雨」訴訟、国が上告せず
7月	厚生労働省要請 歯科医師によるコロナワクチン接種のための筋肉内注射実技研修	東京都議選、自公が過半数割れ 東京2020オリンピック開幕
8月	コロナ支援金に関する厚生労働省要請	
9月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談	
10月	厚生労働省要請	岸田内閣発足 第49回衆議院議員選挙で自民絶対安定多数確保 「#いのちまもる医療・社会保障を立て直せ！ 10.14 総行動」

11 月		第 2 次岸田内閣発足
12 月	理事部員政策学習会	
2022 年		
1 月		
2 月		ロシアがウクライナに侵攻（2 月 24 日）
3 月		まん延防止等重点措置解除
4 月		診療報酬改定 +0.43%（医科 +0.26%、歯科 +0.29%、調剤 +0.08%）、薬価 -1.35%、材料価格 -0.02% か強診などの施設基準の一層の強化など
5 月		
6 月	第 50 回定期総会	骨太方針 2022 に「国民皆歯科健診」盛り込まれる
7 月		第 26 回参議院議員選挙、野党共闘が崩れ自民党が大勝
8 月	厚生労働省要請 診療報酬に関する会員アンケート実施	中医協で、医療機関でのオンライン資格確認原則義務化を決定
9 月	東京都福祉保健局等と予算に関する懇談	「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チームが発足、(1) 全国医療情報プラットフォーム、(2) 電子カルテ情報の標準化、(3) 診療報酬改定 DX など検討
10 月	保険医協会健康まつり 2022	河野太郎デジタル大臣「2024 年秋に保険証を廃止」発言
11 月		
12 月	厚生労働省要請	「国家安全保障戦略」「国家防衛戦略」「防衛力整備計画」改定
2023 年		
1 月		
2 月		オンライン資格確認訴訟提訴（一次） 第 2 回マイナカードと健康保険証の一体化に関する検討会が「中間まとめ」で資格確認書発行を決定
3 月		
4 月		
5 月		「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」成立 コロナが 2 類から 5 類に変更
6 月	第 51 回定期総会	
7 月		
8 月		
9 月	設立 50 周年記念企画	

決議・声明・談話 (2013年度以降)

【決議】

2018年新点数説明会「決議」

2018年度歯科診療報酬の改定率は、わずか0.69%のプラスとなった。身を削る思いで経営を維持している歯科医療機関の状況を改善するには、程遠い改定率である。

改定では初診料・再診料に院内感染防止対策の施設基準が設けられた。歯科ではこれまでもできる限りの対応を取ってきている。にもかかわらず届出しないと減算される仕組みの導入は問題だ。本来、初診料・再診料は縛りが無く算定されるべきで、懲罰的な減算を行うべきではない。そもそも院内感染防止対策の費用は別立てで行うべきであると協会は以前から厚労省に要請してきた。

歯科衛生士の雇用や委託技工料問題も深刻な状況が続いている。十分な費用を保障せず、歯科医院の経営努力のみに責任を押しつけるやり方には問題があり、改善を求める。

財務省は「75歳以上の患者窓口負担の原則2割化」を推し進めるなど、更なる改悪を進めようとしている。貧困層の拡大が問題視されている中で負担増は、受診抑制に繋がり、更なる疾病の重症化を招く。

私たちは、診療報酬の引き上げとともに、患者さんが安心して受診できるよう、新たな患者負担増は行わず、患者窓口負担軽減を求めるものである。

記

- 一、初診料・再診料に包括した院内感染防止対策費用は実施するのに必要な額とし、別途評価すること。
- 一、医療機関の格差拡大・選別に繋がる施設基準は見直すこと。
- 一、歯科技工士、歯科衛生士の評価を抜本的に高め、診療報酬として評価すること
- 一、75歳以上の窓口負担2割化を始めとする新たな患者負担増の計画は中止し、患者窓口負担を軽減すること
- 一、社会保障費の削減は止め、医療・介護・福

祉等を重視した政策に転換すること。

2018年3月

東京歯科保険医協会

新点数説明会参加者一同

2022年度歯科診療報酬の歯科改定率は、僅か0.29%の引き上げに留まった。改定財源の確保のため、歯周基本治療処置、SPTⅡなどの点数の廃止ならびに点数の付け替えが行われた。今次改定では、院内感染防止対策をさらに推進するための初・再診料及び抜髄などの基礎的技術料の引き上げなど、個々では改善が図られているが、全体で見ればとてもプラスを実感できる内容ではない。

また、金銀パラジウム合金（金パラ）の原価割れの解消を目指し、歯科用貴金属価格の随時改定の仕組みが変更されるが、市場価格と保険償還価格の差額が発生するという根本的な問題は全く解消されていない。この不十分な対策をあざ笑うかのように、ロシアのウクライナ侵攻を起因としたパラジウムの著しい高騰を受け、既に多くの医療機関で原価割れに陥っている。適切な医療を提供するために公的資金を導入してでも価格の安定を図るべきである。

一方、患者の受診状況は、コロナ禍も加わり、経済的な理由による治療の中断あるいは受診を手控える状況が多数起こっている。こうした状況の中、政府は今年10月から「75歳以上の医療費窓口負担2割化」を実施しようとしている。私たちは、診療報酬の引き上げとともに、患者負担増の中止及び患者窓口負担の軽減を求め、以下の事項を要望する。

記

- 一、歯科医療費の総枠拡大を行い、安心安全な医療を提供できるよう診療報酬を改善すること
 - ①歯科保険医の診療対価としての基礎的技術料を更に引き上げること
 - ②診療報酬の複雑すぎるルールを是正すること
- 一、金銀パラジウム合金の原価割れを公的資金導入により解消すること
- 一、「75歳以上の窓口負担2割化」の方針を撤

回し、患者窓口負担を軽減すること
2022 年 3 月
東京歯科保険医協会
新点数説明会参加者一同

【声明】

今次診療報酬改定に対する声明

今次診療報酬改定は、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けた医療・介護の改革の第二弾として位置づけられ、地域包括ケアシステムの構築をその中心に据えて行われた。また、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実とともに、薬価引き下げ分を消費税対応の引き上げに充当し、国の負担の引き下げを行った。

このため改定率は大幅に抑えられ、内科・歯科・調剤を含めた診療報酬本体の改定率は消費税対応を含めても 0.73% となった。歯科の改定率は前回の 1.70% を大きく下回る 0.99% であり、0.87% の消費税対応を除いた実質的な改定率は 0.12%、財源は約 34 億円とわずかである。そもそもこのような財源では厳しい歯科医療の改善はできるわけがない。早急な対応を求めるものである。

今後、病院や介護施設から患者等が移動することにより、在宅での高齢者治療・介護が増加する。厚労省は、点数の引き上げや施設基準の導入、新たな基金の創設などで政策誘導を行った。しかし過去に 2 階に上がって梯子を外された経験からすれば、安易に容認するわけにはいかない。在宅訪問を中心に行っている歯科医療機関に対する新たな施設基準は適時調査というしほりにつながる。在宅歯科医療を推進するのであればこのような矛盾をなくすべきである。

消費税増税の対応も注意が必要だ。診療報酬の対応では新たな損税を発生させるだけである。4 月からの増税を前に保険診療に係る仕入れ税額控除による負担解消を見送った厚労省の責任は重い。損税の根本的な解消を目指し、ゼロ税率への適用を改めて求めるものである。

有床義歯の調整・指導の位置づけが点数表において医学管理等からリハビリテーションに移ったことも今後への影響が大きい。将来的にはリハビリの名目による医療保険から介護保険への移行、補綴外しの布石ともとれ、看過できない。調整・管理とリハビリは全く異なるものである。それらを同等とみなすのは、患者の認

識を含め混乱を生む可能性がある。実態を無視した改定は現場の混乱を招く。速やかに元に戻すべきである。

保険給付と給付外との関係を定めた、いわゆる昭和 51 年通知が歯冠修復及び欠損補綴の通則に位置づけられた。通則となったことの意味は大きい。歯科にとり重要な意味を持つ同通知の変更が、まったく論議なく突如として出されたことに違和感を持たざるを得ない。歯科における保険外診療を今後どのように考えるのか、厚労省は早急に明らかにすべきである。

CAD/CAM 冠という新しい技術が保険収載されたが、限られた歯科医院や歯科技工所でしか扱うことができず、現場が混乱するおそれがある。現場が広く使える内容・条件で導入すべきではないか。設定された点数についても疑問が残る。保険収載に当たっては技術に見合う点数設定がされるよう要求する。

このように、今改定では 2025 年に向けた対応と同時に今後に重要な意味を持つ内容が盛り込まれている。協会では今後の動きに十分注意をしていきたい。また、今後の診療報酬改定では今回薬価引き下げ分の技術料の振り替えが中断されたことから、医療費は削減され、原価割れで制限の多い医療を強要されかねない状況が危惧される。国民の歯科医療を守るとともに、歯科保険医が安心して治療に専念できる診療報酬になるよう協会では活動を強めていく決意である。

2014 年 3 月 13 日
東京歯科保険医協会
2013 年度第 20 回理事会

国民との信頼関係崩れる「選択療養」には断固反対

政府の規制改革会議は、3 月から 4 月にかけて、保険外併用療養費制度の中に「選択療養制度（仮称）」を創設する提案を行っている。これは「困難な病気と闘う患者が治療の選択肢を拡大できる」ように、「極めて短期間に」「保険外併用療養費を活用」できることを目指す。仕組みは、安全性・有効性を前提に診療計画や説明、書面による契約を行ったうえで、全国統一的な中立の専門家に申請し、実施するとしている。当初、実施は保険者に届出などとしていたが、保険三団体などからの反対表明を受けて、申請先を「全国統一的な中立の専門家」に変更するなど、

提案内容の不十分な点が目立ち始めている。

現在、保険外併用療養費制度と歯科の補綴治療の一部を除き、「混合診療」は原則認められていない。新たな技術・材料で安全性・有効性が確認されれば、すみやかに保険給付の対象にするのが原則だ。現在でも保険外併用療養費制度には保険収載のための評価を行う評価療養があり、さらに新たな制度を加えることにどのような必要性があるのか疑念を抱かざるを得ない。

歯科医療には、インプラント治療などの自費診療が存在しているが、これらが「選択療養」に充てられることは想定されていない。いったん「選択療養」の対象となれば、保険収載は見送られ、自費部分を支払える患者しか「選択」できないこととなる。つまり同会議の狙いは保険給付範囲の固定化・抑制であり、保険外とされた治療を対象とした民間保険の導入にある。さらに「選択療養」の対象が拡大されていけば、歯科医療で昔あった「差額徴収」制度の再来となる。1960年代に「患者の希望により」「保険収載されていない材料・技術」を保険診療に加えて、患者の自己負担により行うもので、混合診療そのものに拡大していった。このため歯科治療費に対する信用が崩壊し、大きな社会問題となった。過去の例が示すように「選択療養」は、将来、医療担当者と患者・国民との信頼関係に亀裂を生むことはらんでいるものと言える。規制改革会議による「選択療養制度（仮称）」は容認できるものではなく、当会は断固反対の意思を表明するものである。

2014年5月23日

東京歯科保険医協会第4回理事会

「医療・介護総合法案」の廃案を求める

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」が衆議院で可決され、参議院に送られた。同法案は医療法や介護保険法など19もの重要法案をまとめたもので、そのいずれもが今後の国民の医療、暮らしに大きな影響を及ぼすものである。それぞれの法案は慎重な審議が求められるものであり、短期間で、一括で審議し、多数の力で採択を強硬することは断じて許されるものではない。

政府は「税と社会保障一体改革」のもと、2025年への対応を口実に、より安上がりの医療・介護・福祉を目指した政策を盛り込んでい

る。「地域医療ビジョン」「病床機能報告制度」により、2025年に必要とされる202万病床のうち43万床削減することを計画し、患者を在宅などに移動させようとしている。「ビジョン」に従わなければ医療機関にペナルティを課し、病床を削減させることも盛り込む。介護の分野では、要支援1・2の訪問・通所介護の保険外し、特養ホームから要介護度1・2の利用者締め出しなどを計画している。医療・介護・福祉のインフラの整備の見通しもないままに、こうした計画が進めば、多くの「医療難民」「介護難民」を生み出すことになりかねない。

その他、医療従事者の業務範囲拡大や医療事故調査制度の創設、外国人医師・歯科医師への規制緩和など医療の「安心・安全」から、慎重な審議が求められる問題が多い。

同法案は国民の権利に基づく社会保障制度を国民相互による「助け合いの仕組み」に変更することで、国の責任を放棄し、「社会保障給付の重点化」により風邪など軽医療の保険外しなどを行おうとするものである。同法案の拙速な審議をやめ、廃案を強く求めるものである。

2014年5月23日

東京歯科保険医協会第4回理事会

保険収載を前提としない選定療養に反対

厚生労働省は選定療養の拡大を目的とした意見公募（パブリックコメント）を行った。選定療養は「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」（2004年12月15日）に基づき創設され、将来にわたって保険収載しないとされた技術等であり、本質的には混合診療である。現在アメニティに係わる10項目があるが、2005年以降医科歯科とも、新たな設定がなされていない。昨年6月の「日本再興戦略 改訂2014」で定期的な導入の方向が示された。このことは、同時期に出された「患者申出療養」（仮称）と対をなす形で混合診療の拡大を狙っていると言える。

東京歯科保険医協会では制度発足当初より、患者・国民が安心をして医療を受けられなくなるため、選定療養に反対の立場を取ってきた。今回の選定療養拡大の動きに対し改めて、保険診療の拡充を求める立場から反対の意を表すものである。

選定療養制度の拡大は、①患者負担の増大、②混合診療の拡大、③保険に導入しない医療の固定化、④現行の保険医療の縮小化に繋がる。また、高い自己負担を払える人と、払えない人

の間に医療格差をもたらし、さらには自己負担に対応した民間保険に繋がるなど、医療の市場化にも道を開くものである。

そもそも安全性、有効性が確立した医療技術や薬、材料などは、適正な評価をもって速やかに保険収載すべきであり、保険外併用療養費などで対応すべきではない。

医師会や歯科医師会など医療提供側からは、反対や慎重な議論を求める声が広がっている。すべての国民がいつでも、どこでも、だれもが安心して医療を受けられるようにするためには、選定療養＝混合診療は廃止すべきである。

2015年4月24日

東京歯科保険医協会第2回（暫定）理事会

平和に逆行する北朝鮮の核実験に抗議する

1月6日正午、北朝鮮は初の水爆実験を行ったと発表した。北朝鮮による核実験は2013年2月に続き4回目となる。

このような核実験は、核なき世界実現への取り組みと、人々の平和及び安全に対する明らかな脅威である。

広島、長崎での原爆投下は一瞬にして20万人以上の人々の命を奪うとともに、生き残った被爆者は、原爆症による後遺症に苦しみ続けている。このような惨禍を再び繰り返すような核実験の行為は断じて許せない。

昨年は戦後70年の節目を迎え、11月3日の国連総会第一委員会では、核兵器廃絶決議案が156ヶ国と多くの国の支持の下に採択され、国際社会全体で核兵器廃絶への思いをいっそう強めた。

今回の核実験は、国際的な平和を目指す上で重要となる北東アジアの非核化に逆行するものであり、ASEAN諸国間での武力衝突を避けるには、北朝鮮が核兵器を放棄することが必須条件である。

私たちは国民のいのちと健康を守る、唯一の被爆国の歯科保険医の団体として、いかなる理由があろうとも、すべての核兵器と核実験に反対する。

2016年1月14日

東京歯科保険医協会第19回理事会

評価できるが、安心・安全な歯科医療提供には総額拡大が不可欠

今次診療報酬改定は、団塊の世代が後期高齢者を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムを構築するため、医科に加え歯科・薬局の「かかりつけ機能」を新たに評価した。

歯科においては、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準を設け、「地域完結型歯科医療」として子供からお年寄りまで生涯にわたる長期管理を担う役割を規定した。う蝕に対してはエナメル質初期う蝕フッ化物歯面塗布、歯周病に対しては対象の拡大と歯周病安定期治療（Ⅱ）、在宅の患者には在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料が新設された。しかし、多くの点数が包括化されたため、見かけ上高点数となった。施設基準は11項目と厳しい内容であるため、届出を行える歯科医療機関は限られたものとなり、十分に機能するかが危ぶまれる。

また、この歯科診療所の機能分化の狙いが進めば、初・再診の問題と患者の囲い込みとしてのヨーロッパ型の登録制導入が危惧される。改定率は、本体が＋0.49%、薬価及び材料価格が－1.33%のなか、歯科は＋0.61%とされた。

改定率に対し「口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の充実」の項において、日常臨床で行われる基本技術が多くの項目で少ないながらも点数が引き上げられたことや、少なくない項目で臨床の実態に適応した運用に見直しがされたことなどは評価できる。また、関係学会から提出される医療技術評価提案書による保険収載や再評価が進んだことは今後への足掛かりとして重要である。しかし、歯科疾患管理料の文書提供を切り離した10点は影響率0.6%であり、引き上げ幅と同等である。必要に応じた文書提供は、患者の現状認識・治療への理解・行動変容に有用であり財源調整の道具とすべきではない。

訪問歯科診療においては、外来診療以上に機能分化が図られた。歯科訪問診療料3は大幅に引き下げられ、訪問専門の診療所も解禁された。代わりに在宅で行われる歯科訪問診療料1は算定要件が緩和され、外来診療を中心にいきそれに加え訪問診療を行うスタイルの診療所にはインセンティブが働くと思われる。しかし、訪問診療を行う医療機関に「歯科訪問診療を行った患者数の割合」が95%未満であるかの届出を義務付けたのは誠に遺憾である。この施策が現場に混乱をきたし、

在宅患者に必要な医療が提供されない事態を招かないようにしなければならない。

2015年改定の消費税引き上げ分を除く+0.12%に比べ+0.61%とされたことは大きいですが、この引き上げは、1 歯科医療機関あたり月 2 万円ほどの増加にすぎない。中医協調査で今年度は前回に比べ所得が増えたこととなっているが、その実態は人件費・設備投資・技工料を削減した結果であり、歯科医療が危機的な状態であることには変わりはない。協会は引き続き総額拡大を求める運動を推進してゆくものである。

2016 年 3 月 10 日

東京歯科保険医協会第 22 回理事会

ハンドピース滅菌問題解決の方策を国に求める

2017 年 5 月 30 日に厚生労働科学研究費補助金研究「歯科ユニット給水システム純水化装置の開発に関する研究」が公表された。この研究の中で、「使用済みハンドピースを患者毎に交換、滅菌している医療機関は半数の医療機関に留まっている」旨の報告がされた。2017 年 7 月 5 日付の読売新聞はこのことを、「未だに半数の歯科医院が、前の患者さんに使用したハンドピースを何もしずにそのまま使用している」と国民に誤解を招く記事として報道した。協会は本紙八月号で強く抗議をしたところである。

9 月 4 日に厚生労働省は歯科保健課長名により「歯科医療機関における院内感染対策の周知について」を通知した。通知は、「都道府県に、使用したハンドピースは患者毎に交換し、オートクレーブ滅菌処理などの院内感染対策に取り組むよう歯科医療機関に周知すると共に、各保健所には歯科診療所の立入検査の際には、これらの衛生管理を重点検査項目とし、公衆衛生上重大な危害が生ずる恐れがある場合には歯科医療機関および歯科医師に対し指導を徹底すると共に厚労省に報告すること」を求める厳しい内容である。

2009 年 8 月に協会が実施した開業歯科医院を対象とした院内感染予防対策会員アンケートでは、オートクレーブやケミクレーブなどを使用する医療機関は 95%を超えていることや、グルタラルなどの滅菌薬剤を多くの医療機関が使用していることがわかる。歯科診療所では診療報酬上の裏付けがない中、その時点でのふさわしい感染予防対策を行ってきた。

感染予防対策に係る費用としては、オートクレーブ滅菌処理で劣化するハンドピースや各種

器具の問題や、滅菌処理を行う人件費など多面的に捉える必要がある。基本診療料でそのすべてを賄うことはきわめて困難で、日本歯科医療管理学会では、「患者 1 人当たりの院内感染対策費は約 1058 円」との報告がある。

また、厚労省が「感染予防対策を評価した」と言われる歯科外来診療環境体制加算は、感染対策を純粹に評価したものではなく、偶発症に対する緊急時や医療事故時の対応も課している。さらに、届出医療機関が全国で 25.6%（平成 29 年 6 月 1 日時点）でしかない現実には、感染予防対策に役に立っていないと言える。

国は早急に必要な原価計算などを行った上で、診療報酬上で感染予防対策を評価した点数を新設すべきである。また、感染予防対策に必要な器材の購入や人の配置に係る費用を軽減するために、補助金や基金の創設などの手当を早急に検討いただきたい。それと並行して、安価で滅菌処理をしても劣化をしないエアータビンや手狭な歯科診療所でも設置ができるオートクレーブやウォッシャーディスインフェクターなどの開発が必要だと考える。国は産業界や大学などの研究機関と共同で開発を進めるようリーダーシップを発揮すべきである。

協会は、スタンダードプリコーションへの歯科医療機関の理解と実践を促すために尽力する。それと同時に、将来にわたって国民皆保険制度を維持し、安心・安全な歯科医療を提供するための方策を患者と共に国に求める。

2017 年 9 月 28 日

東京歯科保険医協会理事会

歯科医療機関の機能分化が進む 2018 年改定患者の受ける医療にも格差が広がる

厚生労働省は 3 月 5 日、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等関連通知を公表した。その内容は、地域包括ケアシステムへの対応が中心となり、日常的な診療行為への評価は、組み替えや変更などが目立ち、引き上げも僅かな点数に止まった。長年、不採算と言われてきた処置や補綴などは改善には程遠い改定となった。

協会は改定に向け現場からの要望をまとめ、数次にわたり厚労省に要請を行ってきた。その結果、日常診療で診療内容の情報共有が進むよう診療情報連携共有料が新設されたことなど、現場の声が反映された項目も複数見られる。ま

た、小児や高齢者に対する口腔機能管理が新設されたこと、歯科衛生実地指導料の対象患者の拡大など今後の診療の広がりが期待される。一方で、歯科医療機関の機能分化、格差拡大が進行した。

在宅療養支援歯科診療所（歯援診）やかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の施設基準が強化され、機能分化が図られた。施設基準には訪問診療や紹介の実績が盛り込まれ、外来診療中心の医療機関ではとても届出を行うことはできない。成果・ノルマを課すようなやり方は問題である。

また、施設基準の届出を行うためには、機材や人員確保が必要となる。元々小規模な歯科にとって、新たな投資は重荷だ。昨年発表された医療経済実態調査にも表れているように、多くの歯科医療機関の経営は厳しい。体力の有無で患者に提供できる医療内容に差があってはいけない。医療機関間の格差は、通院している患者の格差にも通じる。

今次改定では、新たに初・再診料に院内感染防止対策が包括され、施設基準が設けられた。通常の施設基準は、届出を行えばプラスの評価がされ点数が加算される。しかし今回、届出を行わない場合は、初・再診料が減算となる施設基準が導入された。施設基準を懲罰的に使うことには反対である。

また、設定された点数はコストに対してまったく足りていない。必要な金額よりもはるかに低い金額で導入し、実施責任のみ医療機関に押しつけるやり方は問題である。医療保険制度で行われる感染防止対策は、保険財源で必要なコストを賄うべきであり、改めて別立てによる評価を求めたい。

さらに、歯科の地域包括ケアシステムへの組み込みが進んだ。地域包括ケアシステムは、概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を1単位として想定されている。今後、地域に増加する高齢者を支えるうえでも、地域包括ケアシステムへの歯科医療機関の参画は必要だ。

しかし、ハードルが上げられた歯援診やか強診が中心となるため、多くの医療機関ではシステムに参画することが困難となっている。

歯援診の強化とともに、歯科訪問診療料等が変わった。訪問歯科衛生指導料の算定単位を「単一建物」にしたことで、月末を迎えるまでは患者への請求金額が定まらないこととなった。「単一建物」で1名のみ診る予定だったが、月末に

複数名になった場合など、患者に説明していた金額が変わる。現場が混乱するだけである。

また、20分未満の算定が不可となることで、訪問診療を支えていた歯科衛生士の雇用を支えきれなくなることも心配である。

歯科訪問診療に関する点数は1988年の導入以来、考え方や点数が何度も変わり今日に至っている。さらに、高齢者が増加する中で安定して歯科訪問診療を推進する方針であるならば、改定の度に算定方法や考え方が変わらないようにすべきだ。

今年、政府はさらなる患者負担増を行おうとしており、患者が必要な歯科医療を受けられなくなることが懸念される。経済的な理由で医療機関に行けない患者があってはならない。歯科医院の経営改善と患者負担増を止めることは、歯科における喫緊の課題である。

協会は、患者が安心して歯科医院に通えるように、引き続き歯科医療費の総枠拡大とともに、患者負担増反対に向けた運動を推進していく。

2018年3月8日

東京歯科保険医協会第22回理事会

口腔機能に関するガイドラインと診療報酬での評価を求める

歯科疾患実態調査などから、小児う蝕の減少や高齢者の残存歯数の増加などが既に起きている。これらは、歯科の果たす役割が形態の回復から口腔機能の管理へとシフトしつつあることを示している。健康寿命の延伸、低栄養や筋肉の低下の問題解決には、口腔機能が低下している高齢者の機能を維持・回復させることが重要である。また、その対極にある口腔機能の発達に遅れがある小児に機能を獲得させることについても取り組むべきものである。

こうした中、2018年度診療報酬改定で、小児を対象とした口腔機能発達不全症と高齢者を対象とした口腔機能低下症の管理が保険収載された。しかし、収載されて1年以上が経ち、協会は研究会など通して周知してきたが現場で広がっている実感はない。口腔機能の重要性が国民に広く浸透できていないことや、「治療時間や経費がかかるのに評価が低い」、「診断後に具体的には何をしたらよいのかが明らかでなく、取り組みにくい」など患者に提供する上での課題もあり、普及していかないのが現状だ。このままでは、口腔機能発達不全症や低下症の患者

が、必要な管理を受けられずに見過ごされてしまうだろう。

解決するためには、「口腔機能低下症に関する基本的な考え方（平成30年3月）」などに加え、医療機関の実態に即したより分かりやすく管理方法を示したガイドラインの発出が早期に求められる。また、診断に必要な検査や管理を、診療報酬でさらに評価し、対応できる医療機関を増やすことも必要である。

この声明は、口腔機能の発達不全症・低下症である患者に必要な医療を提供することを目的に、ガイドラインの発出と、診断および管理に関する診療報酬の更なる評価を求めるものである。

2019年9月1日

東京歯科保険医協会理事会

歯科用金銀パラジウム合金 材料価格改定方法の改善を求める

10月1日、厚生労働省は消費税増税にかかる対応の一環として歯科用金銀パラジウム合金（以下、「金パラ」）の材料価格を1458円から1675円へと改定した。しかし、実施された改定幅は14.88%であり、実際の流通価格の1900円台を大きく下回った。このため、昨年9月から続く保険で金パラによる修復や補綴治療をおこなえば行方赤字となる、いわゆる逆ざや現象は解消されていない。

金パラは、金やパラジウム等投資目的や産業資材となる金属が含まれている。このため価格が変動し、保険点数と購入価格に差が生じている。

厚生労働省は対策として、半年ごとに市場価格調査を行い、乖離がプラスマイナス5%以上の場合には保険価格を改定しているが、日々変動する市場価格のスピードについて行けないのが現状である。このため市場価格が上昇している場合には歯科保険医療機関が購入差額を負担する仕組みとなっている。協会ではこのような状況に対し2019年1月に社保・学術部長談話「歯科用貴金属の安定した供給と情報開示を」を発表し、改善を求めた。しかし、厚生労働省は現行の保険価格の改定方式では2019年4月の改定を行わなかったため、その後のパラジウムの高騰により問題がさらに深刻化した。

金やパラジウムの市場価格は短期的には上昇と下降を繰り返しているが、長期的には上昇傾向を示している。保険価格は常に後追いなので、金パラについて言えば、今の改定方式では構造的に

的に歯科保険医療機関が赤字になりやすい仕組みであり、上昇率の変動を補正值で補正する現在の改定方式を見直さなければ根本的な解決は望めず、材料価格調査の透明性と現行の価格決定の整合性が求められている。

国が責任を負っている公的保険医療制度で生み出された赤字を、医療担当者である歯科保険医療機関が自ら赤字分を補填することは大きな問題である。そうでなくとも技術料が低く抑えられているため、経営を圧迫している状況では到底納得出来るものではない。

東京歯科保険医協会は金パラ問題改善のため以下の点を求めるものである。

記

一、歯科保険医療機関が赤字を被らないように、価格調査の情報開示と市場価格を適宜反映できる保険材料価格改定方式に改めること。

2019年10月25日

東京歯科保険医協会第13回理事会

東京都の感染拡大防止に向けてPCR検査の一層の拡充を

新型コロナウイルスは、2020年1月に国内1例目が報告されて以降、日本全国に感染が拡大した。多くは軽症のうちに快癒するが、重症化する患者もいる。

特效薬や、ワクチンの開発が出来ていない現在、何よりも感染を拡大させないことが重要であり、マスクの着用や手洗いの推奨、外出自粛など様々な予防対策が取られてきた。

しかし、6月以降新型コロナウイルスの東京都における感染者は日々増加し、第2の波が広がりつつある。

感染防止対策には「検査・追跡・隔離」の徹底が有効であることはすでに知られている。広く検査を行い、感染者を特定、感染ルートを明らかにし、陽性者が陰性になるまで外部との接触を制限することが重要で、早くから検査の拡充が求められてきた。

しかし、PCR検査の実施件数は、東京都では7月30日付の7日間平均値は抗原検査と合わせても3,182.4件でしかない。米国ニューヨーク州では、居住者に対し1日70,000件の検査を実施している。無症状であっても無料で何度でも検査を受けられるようにしたことで、感染者数、死亡者数の激減を実現した。

秋冬にはインフルエンザの流行期を迎える。

その前に新しい検査の導入・拡充が必要である。東京歯科保険医協会は、東京の歯科医療を担う歯科保険医の団体として、新型コロナウイルス感染防止のために、国、東京都に対し、PCR検査の拡充をはじめとした諸対策の早急な実施を求める。

- ・希望者に対し PCR 検査を、国や都の責任のもと無料で実施すること
- ・早急に新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER－SYS）を都内のすべての区市町村で実施すること
- ・歯科を含む医療従事者に対して優先的で定期的な PCR 検査の実施を認めること
- ・新型コロナウイルス感染症対応の専門病院を構築して医療施設をすみ分けること
- ・重症患者数の増加に備え、病床数ならびに人工呼吸器など機材を拡充すること
- ・中等症患者数の増加に備え、病床数を拡充すること
- ・軽症患者対象の隔離用宿泊療養施設（ホテルなど）を拡充すること
- ・新型コロナウイルス感染症の治療を担っている医療機関と医療従事者への経済的支援を行うこと
- ・各保健所への人的支援を行うこと

2020 年 7 月 31 日

2020 年度第 7 回理事会

準強制わいせつ罪に問われている乳腺外科医の裁判において最高裁には慎重な判断を求める！

7 月 13 日、東京高等裁判所は、準強制わいせつ罪に問われた乳腺外科医の控訴審の判決で、一審の無罪判決を破棄し、逆転有罪判決を言い渡した。

この裁判では、①わいせつ行為が行われたとされる時点で患者がせん妄状態であったのか、②事件後に採取したとされる唾液からの DNA 鑑定結果には証拠能力があるのか一などが問われ、それらの総合的判断から有罪とされた。

しかし、せん妄状態であったかについては専門医の判断も分かれており、DNA 鑑定試料が保存されていないことなどを鑑みれば、疑問が生じる判決である。また、術前、術中、術後に投与された薬剤の副作用によるせん妄発生のリスクが検討されていない。さらには術後患者の状態を看ていた看護師の証言を取り上げていないなど、高裁の判断には疑問な点が多い。

医療行為にかかる裁判での、検証可能かつ決定的な証拠もない中での有罪判決は、今後の医療行為への影響が大きいと危惧せざるを得ない。

最高裁判所は改めて全ての証拠を再検討し、有罪に問うべき行為が本当に存在したのかを慎重な判断をするよう求める。

2020 年 8 月 28 日

東京歯科保険医協会第 8 回理事会

今こそ歯科界全体として歯科技工士問題に取り組むべきである

歯科技工士を取り巻く環境は、長時間労働・低賃金などの諸問題が長らく放置され、養成学校への入学志願者も減少している状況である。そこで、東京歯科保険医協会は、改めて実態を把握するとともに、問題解決に向けた方策を検討すべく、歯科技工士問題検討委員会を立ち上げた。

2020 年 9 月に東京都 23 区に所在する歯科技工所に対し実施した「歯科技工所アンケート」では、長時間労働、低賃金の過酷な状況が改めて示された。週の労働時間が、過労死ラインといわれる 60 時間を超えているとの回答が 48%あり、60%が週 1 日以下の休日と回答した。また、可処分所得は 200 万円以内が 22%と最も多く、特に個人開業では 54%が 300 万円以内であると回答している。歯科技工物の価格が安くなる原因と思われるものでは、「歯科技工所間のダンピング競争」「補綴関連の低診療報酬」「歯科医療機関による値下げ圧力」「歯科医療機関の経営悪化」全ての項目で半数以上が「そう思う」と回答しており、歯科技工所の置かれている状況の厳しさが浮き彫りになった。また、保険診療制度に対して今後望む方向として、「保険請求の技工所直接請求」が 65%と最も多く、特に 20 代～50 代で技工所が保険請求を直接行うことを求める声が多かった。

歯科技工所、歯科技工士が抱えている問題点については、長時間労働、低賃金だけでなく、歯科技工士の社会的評価の低さや、歯科技工士の業務範囲の狭さ、歯科技工物の低診療報酬、歯科技工士のなり手の少なさや離職率の高さなど多岐に渡っている。

現状のままでは、個人開業の歯科技工士がいなくなる未来もありえる。そうなれば、地域に根差した歯科医療の提供が難しくなる。歯科保険診療の中で歯冠修復、欠損補綴に関わる治療は 40%前後を占めており、歯科技工なくして

の歯科治療は存在しない。歯科技工所、歯科技工士を取り巻く環境改善には、業務範囲の拡大、保険請求の技工所直接請求や7:3問題の改善などの診療報酬の仕組みの見直し、教育機関の充実などが考えられる。

根本的な問題は、約20年間ほとんど増点されず消費税増税分を考慮すると逆に減点されている歯科補綴関連の診療報酬の低さにある。新規技術が保険導入されたとしても、低い点数での導入であり、小規模ラボでは機材購入に踏み切れず技工物の製作が不可能である。そもそも、日本の歯科保険診療報酬は低く抑えられており、世界と比較しても5分の1～10分の1程度しかないことが問題である。

東京歯科保険医協会は、以前より要求しているように次期診療報酬改定でも、歯科補綴関連の技術料の引き上げを中心とした診療報酬総枠拡大を引き続き求めていく。また、歯科医師のパートナーである歯科技工士、歯科技工所とより一層の対話を深めながら、チェアサイドや訪問診療などでの業務範囲の拡大、診療報酬の仕組みの見直しなどに取り組んでいく。

今こそ歯科界全体が一丸となり、歯科技工士問題に取り組むことこそが解決の一步になると確信している。

2021年3月26日

東京歯科保険医協会第21回理事会

プラス改定を感じられない

◆全体で見ればプラスにならない

今次改定では、かかりつけ歯科医機能、訪問診療及び医科歯科連携の拡充が行われ、わずかながら基礎的技術料が引き上げられた。しかし、歯科の改定率は+0.29%と近年まれにみる低い改定率となっており、初・再診料を引き上げるために日常診療の点数が犠牲になるなど、点数の付け替えが行われた。

「一物二価」との批判のあった歯周病安定期治療の(Ⅰ)と(Ⅱ)が統合されたが、これまで歯周病安定期の治療に真摯に取り組んできた歯科医院の努力を置き去りにした改定の手法には納得がいかない。

長期化する新型コロナウイルス感染症により、治療の中断あるいは受診を手控える状況が頻繁に起きている。その結果、徐々に患者が減少し、医院経営をあきらめざるを得ない会員も出ている。

今次改定は、感染対策によりコストがかかる歯科医院経営からみて、不十分と言わざるを得ない改定である。

◆金銀パラジウム合金の原価割れが解消されていない

金銀パラジウム合金(以下、金パラ)の原価割れの解消を求めて、協会は改善を求める署名を厚生労働省に提出した。今次改定では乖離幅に係らず3か月ごとに歯科用貴金属価格が改定されるほか、その元となる素材価格の参照時期のタイムラグが改定の3ヶ月前から2ヶ月前までに短縮される。タイムラグの短縮により市場価格との乖離は多少改善されるが、会員が求めているのは原価割れが生じない仕組みである。今次改定で償還価格が1g当たり3,149円に引き上げられるが、ロシアによるウクライナ侵攻などによって特にパラジウムが高騰し、医療機関での金パラの購入額はこれを超えて赤字のままである。改定があっても赤字が解消されない異常事態だ。

厚生労働省は、今次改定の附帯意見の中に、随時改定の見直し後の影響を検討することを盛り込まなかった。消極的である。まずは、7月の随時改定を待つことなく、早急な対応を図る必要がある。

金パラの高騰で患者負担も増えるため、国が責任をもって金パラの配給を行うなどの対策を講ずるべきである。今次改定でレジン前装チタン冠が導入されたが、製作は鋳造に限られているため、鋳造欠陥が発生しやすい。粗悪な補綴物を提供できないため歯科技工士を悩ませている。また、チタンによるブリッジは保険適用外であり、レアメタルを含む金パラを使用することは、心も懐にも痛みを感じる。

CAD/CAM インレーの導入も金パラの代替としての評価はするものの、金パラに比べ耐久性が劣る。再製作となればその分医療費が増えることや患者の信頼を損なうことに繋がる。

◆医科歯科連携や訪問診療の推進が小幅

医科歯科連携では、総合医療管理加算の施設基準の廃止及び対象疾病にHIVを追加、ならびに医科が歯科に訪問診療を依頼する際の診療情報提供料(Ⅰ)の加算の対象拡大などが行われた。しかしながら、総合医療管理加算の対象疾病の追加は1疾病のみ、さらに周術期等口腔機能管理料に関する推進策がないなど、改善は小幅である。

訪問診療では、在宅療養支援歯科診療所2の施設基準の要件が引き下げられたが、訪問診療

に取り組む医療機関を推進する策は示されていない。

◆総枠拡大をしなければ、歯科の展望は開けない

今次改定で歯科改定率が0.29%と低値であったが、重要項目に十分な評価がされなかった。歯科が国民に果たす役割を発揮させるためには、相応の財源を確保した上で、評価の充実を行う必要がある。

本声明は、歯科の低い改定率で不十分な評価がされていない問題を指摘し、根本的な問題である歯科医療費の総枠拡大を求めるものである。

2022年3月10日

東京歯科保険医協会第22回理事会

ロシアのウクライナ侵略を断固非難する

ロシアのプーチン大統領は、2月24日、ウクライナ各地へロシア軍を侵入させて攻撃を開始した。主権国家に対する武力による侵略は国連憲章、国際法を踏みにじる行為であり、いかなる理由であれ許されるものではない。

私たちは、罪もなき一般市民を殺傷し、いわれの無い理屈で一方的に戦争を仕掛けたプーチン大統領を断固非難する。ロシア軍は即刻、軍事行動を中止し、ウクライナから撤退すべきである。

私たちは、国民の命と健康を守る団体、唯一の被爆国として、人の命を奪う戦争や核兵器使用で世界の諸国を威嚇するいかなる行動にも断固として反対する。

2022年3月4日

東京歯科保険医協会理事会

オンライン資格確認システムの導入“義務化”に反対する

マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認システムの運用を開始した医科・歯科医療機関及び保険薬局数は2022年5月22日時点で44,284機関、参加率は19.3%となっている。そのうち、全国の歯科医療機関数は9,263機関、同13.1%、東京の歯科医療機関数は903機関、同8.4%にとどまっている。協会には実際に導入している歯科医療機関からオンライン資格確認システムの利用者は月1～2人の利用者しかいないという声も寄せられている。

導入した医療機関には毎月のランニングコス

トの負担や受付の患者対応などの負担がかかる。そのため、診療報酬改定で、電子的保健医療情報活用加算が新設された。

しかし、政府は患者負担が増えることが報道されると、同加算の廃止を早々と打ち出した。加算が廃止されればオンライン資格確認システムのランニングコストなどは完全に医療機関側が負担することとなる。また、診療報酬の諮問機関である中医協を飛び越えて、政府が方針を打ち出すのはいかがなものだろうか。

また、患者負担があるため、オンライン資格確認システムの利用者が少ないという声もあるが、そもそもマイナンバーカードの全国普及率は5月1日時点で44.0%であり、東京では47.8%である。健康保険証利用登録が済んでいるのは全人口でわずか7%未満に過ぎない。いったい、マイナンバーカードを健康保険証として持ち歩く国民がどの程度いるだろうか。

現行システムでは、資格確認以外の薬剤情報や特定健診記録などの医療情報へアクセスするためにはマイナポータルでの登録が必要である。マイナポータルの利用規約にはすべてのトラブルについて「自己責任」での解決をすることが定められており、全ての責任を利用者に押し付ける内容となっている。医療機関にあるオンライン資格確認システムのカードリーダーはその場で健康保険証とマイナンバーカードの紐づけができるため、医療機関で紐づけを行えば、医療機関側がマイナポータルの利用規約への同意を促してしまうことになる。また、一旦紐づけが完了してしまえば取り消すことはできないため、取り消しを希望する患者さんとの間で新たなトラブルともなりかねない。

さらに、昨今の半導体不足の影響で、オンライン資格確認システムに使用する機器なども不足しており、導入まで半年以上待たされているという医療機関も存在する。半導体の世界的需要の高まりやウクライナ情勢の影響で、物資供給が不安定な中で優先的に導入を進めていくべきものなのかは甚だ疑問である。

オンライン資格確認システムの最大のメリットは健康保険の資格確認がその場でできるとされてきたが、2021年10月より支払い側で資格喪失後のレセプトの振替などの作業を行っており、返戻は減りつつあるため歯科での導入のメリットは少ない。導入を義務化すれば、必要のない新たな負担を強いられるなどのデメリットが大きくなる。

コロナ禍で経済的に打撃を受けている医療機

関に対し、マイナンバーカードの普及率の低さを解消するため、オンライン資格確認システムの導入を“義務化”し、負担を強いることが今求められていることなのか。マイナンバーカードの普及については、政府が正しく運用するのであれば、新型コロナウイルスに係る給付金などに活用をすることができることなどから、推進をしていく必要性もあると思われるが、現状ではさまざまな点で不安が払しょくできない。そもそも医療をマイナンバーカード普及の出しに使うことについて、国民に理解を得られているとは到底考えられない。

以上よりオンライン資格確認システムの導入“義務化”に反対する。

2022年6月9日

東京歯科保険医協会第5回理事会

オンライン資格確認システム導入の義務化撤回を

中医協総会で、医療等におけるオンライン資格確認システム導入が、2023年4月から原則義務化される方針案が了承され、厚生労働大臣に答申された。

この義務化は、療養担当規則において紙レセプト請求以外の医療機関にオンライン資格確認システムの体制整備を義務付けるとともに、診療報酬の変更、補助金の内容を見直して体制整備を強制する内容である。

システム導入普及率の遅れを取り戻すべく政府・行政は、「電子的保健医療情報活用加算」から「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」に10月から再編するなど、医療機関から提供する医療サービスへの対価であるべき診療報酬の在り方を歪めた。

現在、全医療機関における運用段階に至った割合は現状26%、医科診療所では17.5%、歯科診療所では18.1%である。2023年3月末までに義務化となれば、その導入準備は困難を極める。

オンライン資格確認システムを導入した医療機関からは、システムの不安定さや情報漏洩のリスク、院内ネットワークの障害、患者への窓口対応、医療機関での導入コスト、ランニングコストの問題も指摘されるなど、問題点は残されたままだ。

ほかにも訪問診療や生活保護の患者さんへの対応もできておらず、システム改善が行われない状況では、導入を義務化すべきではないとい

う意見が上がっている。

政府・行政は場当たり的な施策によって医療機関、また国民に負担を強いるのではなく、コロナ禍で疲弊した医療機関等の立て直しに向けて施策すべきだ。医療機関と国民に疑念を抱かせたことに猛省を促したい。オンライン資格確認システム導入の義務化の撤回を求める。

2022年9月8日

東京歯科保険医協会第10回理事会

【談話】

国民皆保険の形骸化をまねくTPP交渉参加表明に抗議する

3月15日、安倍晋三首相は環太平洋連携協定（TPP）交渉への参加を正式表明した。

私たち歯科医師は、国民皆保険制度および日本の主権を守る立場から、TPP交渉参加表明に厳重に抗議し、ただちにその撤回を求めるものである。

TPP交渉参加にあたっては、農業・食糧の問題ばかりではなく、医療においても①薬価決定過程への製薬企業の参加と新薬の特許保護の強化、②混合診療の全面解禁、③営利企業の病院経営への参入などを通じて、「いつでも、どこでも、だれでも」安心して医療を受けられるという素晴らしい国民皆保険制度が崩壊する危険がある。

TPP交渉への参加には先行11ヶ国の同意が必要である。そのカギを握るのは米国だが、米国は自動車・保険・知的財産権問題で日本に大幅な譲歩を求めている。すでに牛肉では米国の意に沿うように輸入基準を緩和し、自動車も米国に全面譲歩した。これが拡大したら国民生活と医療には甚大な影響を及ぼすことになる。米国の医療は、日本のような公的医療保険が無く民間保険が基本であり、様々な保険商品が販売されている。保険会社はそのノウハウを蓄積しており日本でのシェア拡大を狙っている。いわゆる混合診療が禁止されている今でも、ガン保険のシェア第1位は米国の保険会社であり、その混合診療が全面解禁されれば、民間保険の市場規模は飛躍的に拡大しアメリカの保険会社が強みを発揮することは間違いない。そして、政府が厳しい財政を理由に新しい医療技術や医薬品を容易に保険収載せず、良い治療や薬は民間保険に頼らざるを得ない状況を創るとすれ

ば、保険会社の収益は拡大する。民間保険に入らないと患者が望む良い治療が受けられないということになれば、国民皆保険は形骸化する。お金がなければ満足な医療が受けられない日本にして誰が喜ぶのか。

医薬品は米国企業が多くの特許を持っており、「販売好調な新薬の公定価格を下げていく日本の仕組みについても見直しを迫ってくる」（毎日）とするなら、薬剤の価格が上昇し、国民は医療も受けられず薬も買えない事態となる恐れがある。

TPP 交渉参加は日本の将来に禍根を残すことになりかねない。私たちは、安倍首相と日本政府に対したちに TPP 交渉参加表明を撤回するよう強く求めるものである。

2013 年 4 月 17 日
東京歯科保険医協会
会長 松島良次

都議選にあたって

6 月に東京都議会議員選挙（14 日公示、23 日投票）が実施される。今回の都議選は大きな争点はないと言われているが、長引くデフレ経済のもと、勤労者の所得は 13 年連続減少を続け、国保の滞納世帯は全世帯の 23% を占めるなど、都民の生活は大変厳しいものとなっている。そうした中で必要な歯科医療も受けることができない状況が広がっている。

また「石原都政下では老人福祉手当や老人医療費の助成の廃止などを行い、それを引き継いだ猪瀬都政もそれを継承している。都の決算では老人福祉費の比率が全国でも下位に落ち込むなど高齢者の医療・福祉予算が削減されてきている。東京都内は現在、全国の中でも高齢化率が高く、しかも独居高齢者が多いのが特徴であり、今後の高齢化への対応が特段に求められている。都議選を機に在宅歯科診療への支援や歯科口腔保健法の具体化、18 歳までの医療費助成制度の創設など積極的な施策提案が期待される。

都議選は、参院選直前に行われる選挙で、安倍首相も「准国政選挙」と位置付けるほど重要な選挙である。選挙結果は国政に大きな影響を与える。こうした都民と歯科開業医の要求の実現を進める機会ともなり、社会保障制度の充実を進める候補者を選択することを呼びかけたい。

2013 年 5 月 24 日
東京歯科保険医協会

消費税には「ゼロ税率」の適用を

10 月 1 日、安倍首相は、来年 4 月に消費税率を 8% に引き上げることを発表した。国民の厳しい生活をさらに冷え込ませ、保険医療機関が負担している「損税」の増加につながる消費増税は、直ちに見直すことを強く求めるものである。

増税による 8 兆円に及ぶ新たな負担増は、収入増がなければ家計を圧迫し、可処分所得の圧縮を余儀なくさせる。その結果、保険医療機関への患者の受診を遠ざけ、国民の健康にとって重大な影響を及ぼす危険性があり、見過ごすことはできない。

現時点でも、東京の歯科保険医療機関では、保険診療が「非課税」扱いとなっているため、最終消費者でないにもかかわらず、年間 50 ～ 60 万円（※）の消費税を負担している。しかし、診療報酬で手当てされている消費税相当額は 11 万円程度（※）に過ぎず、歯科保険医療機関が結果として年間 40 ～ 50 万円の「損税」を支払っているのが実態である。こうした「損税」を解消するには、診療報酬での手当てではなく、保険診療に「ゼロ税率」を適用させることによって根本的に解消させることができる。こうした「ゼロ税率」適用の求めは医療界にも広がりつつある。

国民の健康に重大な影響を与える保険医療機関の「損税」の仕組みを放置したままで、増税を行うことは到底容認することができない。直ちに保険医療機関への「ゼロ税率」適用を求めるものである。

※これらは粗い試算によるものであり、年間「損税」額は実際にはもっと高額になると思われる。

2013 年 10 月 25 日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

特定秘密保護法案は廃案に

特定秘密保護法案が、11 月 26 日の衆院本会議に緊急上程され、自民、公明、みんなの党の賛成多数で可決した。与党の自公両党は附則による修正を行ったが、制度の根幹部分に変更せず、強引に法案成立に向けて突き進んでいる。

本法案は、行政の長（大臣）、主に外相や防衛相が特定秘密を指定するが、現在においても約40万件といわれる膨大なものだ。結果的に官僚が決めたものを追認する手段しかなく、指定された場合、30～60年という長期にわたって解除されない。秘密のベールに包まれたままとなる。

対象となる項目には「その他の活動」が広範囲に盛り込まれており、「その他の活動」はその後の解釈次第で自由に設定できる危険がある。

罰則に関しても公務員は最高懲役10年と厳しい。家族に対しても適正調査が行われるという。

本法案が成立すれば、広範囲の情報が「秘密」とされる可能性があるだけでなく、それを聞こうとするだけでも、重い罪（最高5年以下の懲役）を課せられる。戦前の「治安維持法」が頭に浮かぶ。

こうした情報を国民から遠ざける仕組みは歴史を逆行させるものである。国民の知る権利や自由に活動を行う権利を侵害する本法案は、速やかに廃案とすべきである。

2013年11月27日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

2014年度診療報酬改定 わずかな技術料引き上げでは経営安定には到底つながらない

今回の診療報酬改定は、2025年までの社会保障・税一体改革に向けた第二歩目に位置付けられている。医療費抑制のために住み慣れた地域で暮らす「地域包括ケアシステム」の構築を目指し、病院の機能を分化・再編させ、病院や施設から在宅へ患者を移動させる。在宅への訪問診療や周術期などの医療連携など在宅療養者への対応は今まで以上に求められていくが、同システムが地域にいる住民・患者・医療担当者にとっての責任を負わせるのではと懸念を抱かざるを得ない。

現行制度では訪問歯科診療は外来診療の延長線上に位置づけられており、訪問歯科診療の推進は外来診療の安定が不可欠だ。しかし、今改定では消費税率引き上げへの対応が多くを占め、基礎的技術料の引き上げにつながるものはごくわずかで、多くの歯科医療機関の経営安定化にはつながらないと思われる。

義歯管理料は再編され、歯科開業医には影響が大きい。義管Aや歯科口腔リハビリテーショ

ン料1の算定が月1回の算定にされたことから、診療にかかる時間と点数算定とにゆがみが生じ、現場が混乱することが懸念される。

歯周治療関連では、SPTや歯周病治療用装置などのしびりが緩和されるようだが、どれだけ運用しやすくなるかは現在では不透明であり、注視していきたい。

2014年2月21日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

東京の歯科は努力をしてきた「使い回し」報道に抗議する

5月18日の読売新聞は「ハンドピースを滅菌せずに使い回している」ことをセンセーショナルに取り上げ、滅菌処理せずに次の患者に使用している歯科医院が7割になると報道した。そもそもハンドピースはディスポザブルの器具ではなく、「使い回し」という表現は極めて不適切であり、歯科医院と患者の信頼関係を無用に崩す報道に断固抗議する。

東京の歯科医療機関は、1996年の米国疾病対策センター（CDC）のガイドライン発表以前から、B型肝炎対策を筆頭に感染制御に力を注いできた。その後も、新たな感染症の出現や感染対策の範囲の広がりに対し、CDCから更に2003年「歯科医療における感染管理のためのガイドライン」、2007年「病院における隔離予防策のためのガイドライン」など発表された時もそれに合わせるように、歯科医院におけるスタンダードプリコーションの実現を目指し努力してきた。

2009年8月に当会が実施した「歯科感染予防対策アンケート」では、オートクレーブなどの滅菌器は96%の医療機関が設置しており、消毒薬についても用途に応じ複数の薬品を使用している旨の回答が寄せられた。

しかし、診療報酬の度重なる引き下げにより、医療機関の自己犠牲の上に成り立つ感染症対策は限界に達したところに、さらに追い打ちをかけるように医療法が改正され医療安全管理とともに院内感染対策の義務化を求めるなど、歯科感染症対策を取り巻く状況は厳しさを増すばかりであった。これらを背景に、当会は2007年、2009年に院内におけるスタンダードプリコーション実現のための費用加算として「院内感染防止加算」の新設を求める医療技術評価提案を

厚労省に行ってきた。

その結果、中央社会保険医療協議会で、歯科の感染症対策の為に費用は医科診療所の3倍、有床診療所と同等との資料が示され、ようやく2008年度診療報酬改定で「歯科外来診療環境体制加算」が新設されたが、AEDの設置を義務付けるなど感染症対策に留まらない医療安全管理を求める点数に変貌した。その他、口腔外バキュームや歯科衛生士配置が施設基準に据えられたことから、都内での届出は575件（2014年5月1日現在）、都内医療機関の5.54%に留まり、多くの医療機関が算定できず期待を裏切るものであり、それは今も変わらない。

歯科の感染症対策に対する考え方は、2008年に日本歯科医学会から「エビデンスに基づく一般歯科医療における院内感染対策」が公表され、当会においても、2012年に「絵で見る色でわかる歯科の感染対策」冊子を作成し全会員に配布したことは記憶に新しい。

歯科の各行為は小外科の連続であり、全ての患者を対象として行わなければならない特色を持っているだけでなく、小規模の診療所が多いことから、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手、受付事務など医療に携わる全員が理解し、実践することが求められる。

そのためにも、感染制御をはじめとする医療安全に力と費用を注いでいるすべての医療機関が算定できる点数を創設すべきであり、東京歯科保険医協会は、引き続き要請して行く。

2014年6月24日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

社保・学術部長談話

「指導と監査の暗い闇に一筋の光が差し込んだ」、そんなイメージを抱かせる意見書が日本弁護士連合会から発出された。現状の指導は、その対象となった保険医に対し診療報酬の返還や保険医指定の取消に留まらず歯科医業そのものの停止などの処分に至る契機となっている。しかし、それだけ厳しい不利益処分を前に保険医は自らを防御する権利を有してはいない。この意見書は、この点を厳しく言及し、適正な手続処遇を受ける権利を保障するように求めている。

その具体的な内容の柱は、①選定理由の開示、②指導対象となる診療録の事前指定、③弁護

士の指導への立会権、④録音の権利性、⑤患者調査に対する配慮、⑥中断手続きの適正な運用、⑦指導と監査の機関の分離及び苦情申立手続の確立一の7本からなる。特に、①の「選定理由の開示」については、当会でも再三要望してきた。

厚労省は開示しない理由を「選定理由が情報提供であった場合、保険医療機関は情報提供者の割り出しを行い、その者に害を及ぼす可能性があり、情報提供源が失われるおそれがある」と繰り返してきた。要するに、起きてもない「おそれ」が開示しない理由である。また、時には青森地裁やその控訴審判決で、個別指導選定理由の不開示を違法として慰謝料を求める請求が棄却されたことを持ち出し、法的にも義務はないと主張する。これについても、あくまで、「損害賠償請求」が棄却されただけで、法的に開示義務がないことを容認した判決ではない。個別指導では、4日前に15名、前日に15名のカルテが指定される。東京では、それが、配達記録郵便で通知されることから、郵便事情により、前日の午後4時を過ぎても届かないなど、悲痛な声が協会に寄せられている。日頃よりカルテ管理を怠らない医療機関でも、これらの状況下では前日に指定された15名分のカルテを確認し、質問に適切な回答をするのは困難である。個別指導が重篤な不利益処分につながる以上、保険医は一定の防御を行う必要があり、選定理由を事前に知ることや対象カルテを今一度確認する時間を確保することはむしろ当然である。その他、弁護士の帯同や指導時の録音のかかえる問題点など、意見書はその事象をよくとらえ改善を求めていることなど、真に共感ができる点が多い。

「患者調査」や「指導の中断」に対する考え方など、まだまだ最前線で戦う保険医の意見を届ける必要があると思うが、私たち保険医が本当に考えるべきことは、第三者である日本弁護士連合会から投げられたボールをしっかりと受け止め、如何に活用するかである。

行き過ぎた指導や監査に打ち勝ち、国民の適切な医療を受ける権利を空洞化させない戦いははじめようではないか。

その第一歩として関東信越厚生局東京事務所はこの意見書を届けようと思う。

2014年9月29日
東京歯科保険医協会
社保・学術部長 加藤開

衆議院総選挙の結果の先は

安倍首相は消費税 10%の先送りを決め、国民に信を問うとした 12 月 14 日の総選挙は、自民党が 291 議席、公明党 35 議席と、与党が 3 分の 2 を超える勝利となった。「アベノミクスの道しかない」として経済を前面に出し、原発再稼働、集団的自衛権、TPP、身を斬る改革など野党の主張は大きな争点とはならず、戦後最低の投票率 52.6%も追い風となり、2012 年からの 2 年間に加え、4 年間の長期政権のカードを手に入れたといえる。

12 年の総選挙で生まれた第三極は、2 年の間に四分五裂となり、大きく後退してしまった。一強多弱の構図は変わらず、政権を争う野党勢力は存在しないこととなってしまった。大きく議席を伸ばしたのは共産党だが、政権獲得に近いわけではない。野党のだらしなさに、政権に対する批判票の受け皿となったことが大きいと思われる。

最低の投票率は無党派層の参加が減少したためと思われるが、協会の会員はアンケートから見ても無党派層が 5 割を超え、投票に行かれる率も高いが、今回の選挙は苦渋の選択を強いられたと思われる。

1994 年から始まった小選挙区制は 20 年を経過している。この間、政権交代の振り子が大きくなっている。得票率と議席獲得数とのギャップは大きいままで、今回、自民党は連勝したことにより、強い指導力を手に入れたこととなる。低い投票率の結果、政府への白紙委任に近い状態が生まれている。これがどういう結果を社会保障にもたらすのか注視し、必要に応じ声を上げていかなければならない。

2014 年 12 月 16 日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

立憲民主主義を否定する安全保障関連法案は廃案とすべき

安全保障関連法案が 7 月 15 日、衆議院の安全保障特別委員会強行採決され、翌 7 月 16 日に衆議院本会議で与党および次世代の党の賛成で可決された。委員会採決後、安倍晋三首相は「国民に丁寧に関わりやすく説明していきたい」

と発言しているが、60 日ルールを踏まえた採決強行に対して多くの人が危惧を抱いたと思われる。その後の世論調査を見ると内閣支持率は急低下し 40%を割り込み、不支持率は 50%を超えている。戦後 70 年、歴代内閣と国会が積み上げてきた 1972 年、自民党内閣での「集団的自衛権は認められない」との憲法解釈を 2014 年に閣議決定で変更し、解釈改憲への道筋をつけたが、その根拠といえば 1959 年、自衛隊の存在に対する「砂川判決」での「個別的自衛権は現行憲法のもとでも認められる」を拡大解釈するもので、どこにも集団的自衛権の文言は存在しない。このようなご都合主義的な説明に対して多くの憲法学者、元内閣法制局長官がこの法案は「違憲」であり「立憲民主主義」を否定するものとの声をあげている。国民主権を旨とする憲法は、国家権力の乱用を縛るためにあり、憲法に違反する法律を創ることは、民主主義の政治体制を否定することに繋がる。戦後 70 年を迎え、時代の変化に伴い見直すべきあるいは追加すべき項が存在するとも思われるが、十分な議論を経て国民に判断を求めるべきであり、絶対多数を持った一内閣の解釈で実質的な改憲を行うことは一党独裁と同じである。わが国を取り巻く安全保障環境は、中国・北朝鮮・ロシアとの関係で大きな問題を抱えていることも事実だが、安倍首相の答弁にある「危機に備える政治の責任」「備えあれば憂いなし」は当然だが「危機の想定は」無限に可能であり、備えの範囲も限りがない。

戦時中に生まれ、戦後の混乱期を体験した者としては、周辺事態に加え重要事態にも対応するためとして行うさまざまな「備」は、昭和初期、欧米列強に対抗するためとして国防費の増大、国民生活予算の削減、国債の増発に突き進んだ歴史からみて、大政翼賛的な今の政治状況が続くとやがて防衛予算の増大、社会保障予算の削減に繋がるおそれがある。

社会保障の一翼を担い、国民の命・健康に寄与する歯科医師としても国民主権の基礎である憲法に反する本法案は廃案とし、国民が納得できる政策論議をすべきである。

2015 年 7 月 24 日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

今こそ、診療報酬のプラス改定を求める

安保国会が終わったことで、安倍内閣は経済に注力する。アメリカの利上げ・中国経済の不透明感・新興国の景気低迷が国内に及ぼす影響を避けるため、補正予算や2016年度予算で国内景気の維持を図ることが推測される。補正予算は3～4兆円、2016年度予算は100兆円に迫る規模との報道がされている。

このような中、日経新聞は社説（9月1日付朝刊）で「医療費を含む社会保障費に思い切ったメスを入れなければ、予算の膨張は止められない」「そのためにも政府は診療報酬をマイナス改定とする選択肢を真剣に探るべきだ」と述べ、経済立て直しに向けた診療報酬のマイナス改定を提起した。1000兆円を超える国の債務が積み重なる中、その原因を社会保障費の増大に求める意見である。安倍内閣登場後、「アベノミクス」による第2の矢として地方創生や国土強靱化の名で財政出動し、関連予算は10%以上増大している。また、防衛省予算、国債利子の支払いも増え続けており、債務の増加の原因は社会保障費だけではないことは明らかである。そもそも2014年4月の消費税率引き上げは、社会保障費の増加に対する手当との理屈であった。日経の社説はその前提を無視する発言であり、社会保障費削減の政財界の意向を後押しするものだ。

2014年4月の診療報酬改定は、歯科で0.99%の引き上げとされたが、そのほとんどは消費税率の引き上げに対応するものであり、実質マイナス改定であった。手当てされた対応分では賄いきれず結果、損税の拡大に繋がり、経営の改善に繋がるものとはなっていない。一方、安保法案の終盤に2017年度からの消費税率10%への引き上げに伴う軽減税率の報道がされた。なぜこの時期なのか、マイナンバーを用いた還付方式そのものに疑問の声が強まった。増税される2%分は社会保障の充実に使うとの当初の説明である。麻生財務大臣の答弁はそれを無視するかのようにプライマリーバランスのため、国民に負担を求めることに終始した。このままでは社会保障充実を名目に税率が際限なく引き上げられてしまう。

協会が5月に行ったアンケート調査の歯科医療経営への質問に、以前と比べ「苦しくなった」との回答は53.3%と過半数を超え、また、収入も前年に比べ「減収した」が44.8%「変わらない」が30.5%となっており、東京の歯科診療所の経営が厳しいことが改めて明らかとなった。

東京の多くの歯科診療所は、不安定な経営基盤の中、患者さんのため安心・安全な歯科医療提供体制を何とか維持している。しかしマイナス改定では経営基盤がますます不安定となり、廃業する歯科診療所が増加し、必要な歯科医療の提供にも支障が生じることは明白である。

協会では、マイナス改定の動きに抗議するとともに、「診療報酬のプラス改定を求める歯科医師要請署名」に取り組み、2016年度診療報酬改定での基本技術料の大幅な引き上げを求めている。

2015年9月25日

東京歯科保険医協会

政策委員長 中川勝洋

国民の信頼を損ねた日歯連盟の責任は重い

—診療報酬の改善は国民と共に行ってこそ実現可能

9月30日、日本歯科医師連盟の前会長ら3人が、政治資金規正法違反の容疑で逮捕された。法の規制を逃れるため、政治資金収支報告書に虚偽の記載をしたと報道されている。逮捕された日歯連盟の前会長は、6月に日本歯科医師会会長となったが、逮捕後に会長職を辞任した。社会的な影響を考えれば、日本歯科医師連盟・日本歯科医師会は、国民に対しきちんとした説明を行うことが必要だ。報道通り違法な行為が行われたのであれば、ともに歯科医療改善に取り組んでいる団体として大変残念なことである。

事件の背景には、国の貧困な歯科医療政策に対する危機感があった。診療報酬が低く抑えられれば、感染対策に資金が回せず、さらに消費税の損税が医院経営を圧迫し、医療安全の担保さえ危ぶまれる状態となる。もはや個々の医院の努力では改善のしようがないところまで追い込まれてきてしまった。

2004年の事件は、有力な政治家などに「賄賂」を渡し診療報酬改定を有利に運ぼうとした。今回は「賄賂」ではなく日歯連盟の政治的な活動資金の受け渡しの問題である。構図は違うが、「カネと政治」の関連から、国民からは「またか」との声が聞かれる。前回の事件で国民の信頼を損ね、その回復に大変な努力を強いられてきたことを考えると、例えば、「李下に冠を正さず」の姿勢が必要であった。

私たちは、患者署名と全国の自治体での決議を力に、義歯関連点数の大幅引き上げを成し遂げてきた実績がある。医療従事者と患者の要求が一つになったからこそ医療改善が実現したのである。

協会では、今回の日は連盟事件を契機に、改めて国民に歯科保健医療の重要性を訴え、次期診療報酬改定に向けて、現行制度の不合理的な正と基礎的技術料の引き上げを始めとした抜本的な改善を求めていく決意である。

2015年10月23日
東京歯科保険医協会
会長 松島良次

マイナス改定では安心安全な歯科医療の提供体制は維持できない

11月4日、次期診療報酬改定の基礎資料となる「第20回医療経済実態調査」が発表された。全国集計では大きな変動が見られなかったせい

か、一般紙での取り扱いは控えめな内容であった。しかし、詳細に見てみると、東京23区では歯科医療機関が疲弊していることが明確となり、患者にとって安心安全の歯科医療の提供に欠かせない人の確保と設備投資に影響が出始めている実態が明らかになっている。

個人立診療所の全国平均では医業収益が0.3%、医業・介護費用が0.4%増加し、前年並みの損益差額を確保している。保険収益の増加は見られないが、自費収入が1.5%の伸びを見せるなどしている。

ところが、東京23区分では様相が大きく異なる。

まず、医業収入では、保険診療収入がころうじて0.3%のプラスであったものの、自費収入がマイナス5.3%、健康診断などの収入がマイナス4.3%と、大きく落ち込んだ結果、収入全体では1.2%のマイナスとなった。支出では減価償却費がマイナス10.6%、歯科技工料などの委託費がマイナス4.9%などと減少した。給与費は率ではマイナス2.5%であったが、実額では36万8000円の減少であった。収入が減少した分を、支出を切りつめることでころうじて収支バランスを保っている格好となった。大幅な減額となった給与費は、歯科衛生士をはじめとしたスタッフの雇用確保が困難であることを示している。人件費が高い東京で、安心安全の歯科医療を提供することの厳しさが表れた。

今回の発表により、東京の歯科保険医療機関は、経費節減によって歯科医療提供を維持しており、構造的な経営状態の悪化はまったく改善されていないことが明らかになった。もう個人の努力による経営改善は限界を超えていること

は明らかである。

調査結果には表れていないが、消費税の増税の問題も深刻である。1歯科医療機関当たり年間80万円ともいわれる増税は今後さらに大きくなり、さらに経営を圧迫することが予想される。消費税ゼロ税率による改善は喫緊の課題だ。

12月には次期診療報酬の改定率が閣議決定される。中医協でも全身的な疾患を有する患者への対応の評価が議論されている。そのためには歯科衛生士などスタッフの充実が欠かすことができない。もしマイナス改定が実施されるならば、安心安全の歯科医療提供がさらに困難となることは明らかである。改めて次期診療報酬改定は大幅な技術料のプラス改定を求めるものである。

2015年11月27日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

+0.61%では患者の口腔は守れない。薬価引下げ分を本体に充当しない社会保障削減策に抗議する

◆わずか+0.61%の引き上げで良い歯科医療を提供できるのか…

次期診療報酬改定の改定率はネットで-0.84%とされた。内訳は、本体が+0.49%、薬価および材料価格が-1.33%であり、歯科においては本体部分0.61%のプラス改定とはなった。しかし、この引き上げは、1医療機関当たり月2万円ほどの増加に過ぎない。

第20回医療経済実態調査結果で、東京23区の歯科医業収益は前年比-1.2%、1月当たり約4万6,000円分の減少になっている。厳しい中で、各医療機関は減価償却費や人件費などの経費節減で医療提供体制をなんとか保っているが、この僅かな引き上げでは十分な体制を保つことはできず患者の口腔は守れない。

また、次期改定は在宅への訪問診療やかかりつけ歯科医など特定の分野が評価されるため、訪問診療の実施の有無など医療機関の診療スタイルにより改定で得られる評価に大きな格差が生じる。+0.61%の引上げ分でさえ全医療機関が等しく得られるとは限らない。

◆薬価引下げ分が歯科本体に充当されていない…

次期改定の影響は、国費ベースでは、本体が+498億円、薬価等が-1,247億円、後発医薬品などの医薬品価格や大型門前薬局の適正化などの制度改革事項が-609億円と発表されてい

る。数字でみれば、本体のプラス分は、薬価等の引下げ分を充当したのではなく、制度改革事項の引下げ分を充当したとも言える内容だ。今まで通り薬価引き下げ分を本体に充当すれば、歯科医療の充実に多くの財源が割けたはずだ。また、本体と薬価の他に、枠外として多くの制度改革事項を設けているが、それを加味すると実質の改定率は－1.43%と大幅なマイナスである。

◆医療崩壊を招きかねない社会保障費削減策は撤回を…

2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が進められており、医療の供給体制が大きく変わる。しかし、このような社会保障費の削減が続けば、患者の口腔内を守るために必要な医療供給体制が構築できないばかりか医療崩壊を招きかねない。

協会は、改めて今回の社会保障費削減策に断固抗議する。

2015年12月28日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

2016年度改定の目指す方向は

2月10日、中医協は厚生労働大臣に次期診療報酬改定の内容を「答申」した。歯科の改定率は引き上げられたものの、0.61%とわずかであり、歯科保険診療の充実に繋がるかは疑問である。

改定の特徴の1つ目は、医療機関の機能分化である。長期管理機能を持つ診療所の評価として「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」（以下、「かかりつけ強化型」）を新設し、算定できる点数に差をつけるなど差別化を図った。特に在宅医療では、在宅医療専門、一般の診療所、歯援診、かかりつけ強化型の順で評価を上げ、医療機関の機能分化を強く推進した。在宅医療専門の場合、訪問診療料を外来の初再診料と同程度に設定され、施設基準の複雑さと併せて届出の要件は高い。在宅のみを行う医療機関は、一般の診療所の補完的な位置づけとした。特徴の2つ目は、地域包括ケアシステムの構築のために、患者の一生をかかりつけとして長期管理するための点数の新設と要件緩和が行われた。エナメル質初期う蝕、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の新設、およびSPTの要件緩和である。また、「かかりつけ強化型」で算定できるSPT（Ⅱ）などの点数に高い点数を貼り付けた。

しかし前提として、「かかりつけ強化型」の施設基準には、訪問診療や複数体制など多くの要件があり、届出を行うにはハードルが高い。また、「かかりつけ強化型」で算定できる点数には多くの点数が包括されており、「かかりつけ強化型」を選択せずに包括されている項目を別に算定してもその差は大きいとはいえない。特徴の3つ目は、歯管の算定要件から文書提供が外れ、文書提供した場合は10点の加算をする取り扱いに変わったことである。これまで協会は、管理と文書を分けて評価すべき、と繰り返し行政側に要望してきたがそれが反映されたとはいえる。しかし、歯管の点数が10点引き下げられたこと、文書提供の評価がわずか10点であることは誠に遺憾である。他方、文書提供しない場合のカルテ記載の内容の強化が見込まれる。通知を待って慎重な対応が必要だろう。

特徴の4つ目は、臨床に即した改定が行われた点である。学会ルートである医療技術評価提案書からP混検の点数引き上げや根面う蝕に対する充填の取り扱いなどが改められ、舌圧検査などの新たな技術も保険導入された。協会は、舌圧検査など必要な検査の保険導入や、現場で問題となっていたTeCの算定期間を実態に即して装着時に請求できるようにするなどの不合理の是正を要望し、今改定で反映された。まだ解決すべき課題は多く残されているが、この点については評価をしたい。

今改定だけではなく、今後も歯科の諸問題の解決が進むことを望むとともに、運動に対する会員の協力をいただきたい。

2016年2月24日
東京歯科保険医協会
政策委員長 中川勝洋

本当の「かかりつけ」を評価しない「か強診」に抗議する

◆施設基準で「かかりつけ」を評価して良いのか
今改定で、地域包括ケアを背景とした「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（以下、「か強診」）」が新設された。届出をした場合に算定できる点数としてエナメル質初期う蝕管理加算、SPT（Ⅱ）、訪問口腔リハへの加算が新設された。また「か強診」の役割として、団塊世代が75歳以上になる2025年に向け、改定では患者の口腔機能の維持と回復に焦点をあて、う蝕や歯周病の重症化予防、摂食機能障害を有

する患者に対する包括的な管理を評価すること、ゲートキーパーを盛り込まなかったことは一定理解できる。

しかし、これらは「か強診」以外の医療機関で算定できるエナメル質初期う蝕に対するF局・SPT(Ⅰ)・訪問口腔リハと治療内容は本質的に同じであり、施設基準の有無で診療報酬に差を付け1物2価としたことは容認できない。また、在宅にいる患者を地域でみるという地域包括ケアシステムの本質で言えば、訪問口腔リハを介護保険との給付調整の対象とし、事実上、在宅の要介護・要支援者を対象外としたことは問題である。本来、患者と歯科医療機関との信頼関係で成り立つ「かかりつけ」を施設基準で評価することには反対である。

◆患者が望む医療機関をかかりつけとし、通院・在宅を問わず治療が受けられる仕組みを

今改定では、地域包括ケアの構築に向けた機能分化が進められ、紹介状の無い場合の大病院の受診に一部負担金以外の負担を設けた。その上で、偶発症や感染症対策・訪問診療を実施する地域の歯科医療機関をかかりつけ歯科医機能を持つ「か強診」と評価した。しかし、「かかりつけ」とは、患者自身が一歯科診療所に通院していく中で、当該診療所で生涯にわたり診てほしいと考え、選択するものであり、医療機関側が決めるものではない。

また、患者が通院している歯科診療所が「か強診」か、否かで内容と保険点数および負担金が変わることは、患者の理解を得やすいものではなく、現場に混乱を生じる危険性がある。協会は、「かかりつけ」を適切に評価することを求めるとともに、本当の「かかりつけ」を評価しない「か強診」に抗議する。

2016年5月23日
東京歯科保険医協会
政策委員長 坪田有史

「食べること」を中心とした地域包括ケアシステムを望む

人は食べなくては生きていけない。食べるためには、摂食・咀嚼・嚥下をする必要がある。しっかり食べることは、障害や病気の方、高齢者だけでなく全ての国民にとって生きていくうえで重要なことである。この重要なことに、一番関わるのが歯科である。現在は、医療としての関わりが中心となっているが、保健・福祉・介護

の面からも、歯科が関わることで、元気な高齢者を増やすことになり、患者・国民からの信頼を得られることになる。

◆医療費削減ありきの地域包括ケアシステムに反対

国は「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制」として地域包括ケアシステムを位置付けている。理念的には賛成できるが、実際には「自助・互助」を中心として、国の負担を減らし、代わりに患者・国民の負担を増やそうとしている。医療費削減を目的とするような地域包括ケアシステムには医療人として反対する。

◆歯科から創る「食べること」を中心とした地域でのネットワーク

「食べること」を中心とした地域でのネットワークは、歯科医師が中心となって作っていくべきである。地域で包括的なネットワークを構築していくためには、医療だけでなく、保健・福祉・介護の分野にも関わっていく必要がある。しかしながら、現状では保健・福祉・介護の分野では口腔状況の把握はほとんどされておらず、食べる能力のある患者や高齢者が食べられない状況に置かれていることも見受けられる。協会では、国会内学習会、東京都への予算要望などを通じて、「介護認定の口腔状況チェックを強化し、必要に応じて歯科主治医への紹介を義務付ける」など、歯科が様々な分野に関わっていけるよう要望をしている。しかしながら、「歯科がもっと関わってほしい」との患者・国民からの声がなければ、現状を変えていくことは難しい。変えるためには、歯科医師一人ひとりが、国民に「歯科ができること」をもっと伝えていく必要がある。

まずは診療所がある地域の保健・福祉・介護の職種、医療関係職種、そして、来院してくれる患者に対して、歯科医師・歯科医院として何ができるのか自ら伝えていくことから始め、どの歯科医院でも口腔内の治療を行うだけでなく、「食べること」を診られるようにしていかないといけない。患者・国民に喜ばれる「食べること」を中心とした地域でのネットワークが地域包括ケアシステムの中に位置付けられるよう歯科から働きかけていこう。

2016年6月10日
東京歯科保険医協会
地域医療部長 馬場安彦

疾病構造に対応した適切な診療報酬を求めたい

6月15日にレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用した2015年における「社会医療診療行為別統計」が公表された。昨年までの社会医療診療行為別調査と比べ歯科の件数が約23倍と大幅に増えたため、より実態に近い数字になったと言える。統計の結果は、近年の傾向ではあるが、前年に比べ1日当たりの点数は増えたが実日数は減ったため、1件当たりの点数は前年比25.2点減少し1,228点となった。

1件当たりの点数の内訳をみると、例年と同様に補綴の点数の減少が続いている。昨年の中医協で報告された若年者のう蝕の減少や高齢者の残存歯数の増加（欠損の減少）から、補綴が必要な患者数が減った「疾病構造の変化」が大きいのだろう。東京都福祉保健局の「東京都の歯科保険（平成27年11月）」でも、12歳児の1人平均のう蝕の数を示すDMF歯数は平成6年度で3.64本であったが平成26年度は0.88本に激減している。患者の治療時でも、疾病を治療することよりも重症化予防に努めるケースを多く経験するようになった。

2016年度改定では、重症化予防に対する評価として、エナメル質初期う蝕に対するフッ化物歯面塗布処置、摂食機能障害を有する患者への訪問口腔リハの新設やSPTの要件緩和が行われた。疾病構造の変化への対応であり評価したい。しかし、評価の在り方として、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を届出しているか否かで点数が変わることなど多くの点で疑問が多い。

疾病構造に対応した適切な保険医療を提供するためにも、希望した患者に本当の意味での「かかりつけ」として継続管理が行えるように、適切な評価を求めていきたい。

2016年8月22日
東京歯科保険医協会
政策委員長 坪田有史

あるべき地域包括ケアシステムを踏まえた評価を求める

2016年、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」（以下、「か強診」）は、地域包括ケア

システムに歯科を位置付けるものとして新設された。新設されて以降、「か強診」と地域包括ケアシステムとの関連についてはさまざまな意見があるが、「か強診」の評価は地域包括ケアシステムそのものの評価とは別に考える必要がある。

現在、国が進めている地域包括ケアシステムは、社会保障費の削減を前提としたものであり、決して手放しで賛成できるものではない。しかし、現実には制度が運営されており、医療、介護、福祉が有機的な繋がりを持ち、地域住民に対するサービスの提供が始まっている。この現状において、歯科の診療報酬上による評価で地域包括ケアシステムと具体的に密接な関連がある項目は「か強診」のみである。もし、「か強診」を否定するならば、地域包括ケアシステム自体への歯科の参画すらも否定することとなりかねない。背景にある少子高齢化、超高齢社会、人口減などの問題を抱える我が国の将来に加え、疾病構造の変化が速いスピードで進んでいる歯科の将来を考慮に入れるべきである。したがって、これらの現実を考えれば地域包括ケアシステムの根本的な問題点については改善を求めつつ、「か強診」を現場に合わせて改善することが、現実的な対応と考える。

第1に、改善をすべき問題として、患者側の視点が欠如していることである。例えば、算定開始時期の問題がある。継続管理を行うには、かかりつけとして通院したいという患者の希望があることが前提である。他方、患者にその判断をする時間を与えるためにも「か強診」の点数の算定開始には一定期間の通院が担保されるべきである。

また、高点数である以上、患者が納得して治療を受けることや、歯科医師側として患者に適切な継続管理を行う意思を示すためにも、患者の同意書や署名も必要だろう。

第2に、施設基準も改善が必要だ。AEDと口腔外バキュームは「外来環」で評価されるべきであり、「か強診」の施設基準からは外すべきである。同時に「外来環」の評価を高めることも必要となる。また、「か強診」の施設基準とすべきは「医管」にある施設基準の内容ではないかと考える。なお、他職種から照会があった場合に、治療経過などの情報提供を適切に行える体制も必要である。

これらの改善を行うと同時に必要なのは、訪問診療を行っていないが小児や高齢者などに対して「かかりつけの歯科医」として継続管理を

行い、地域医療に寄与している医療機関に対する評価である。このような医療機関の不断の努力が地域医療の裾野を広げていることを厚労省は理解し、評価すべきだ。

すべての歯科診療所が対象ではないが、「か強診」には前述したさまざまな問題点がある。しかし、今後の歯科全体のあり方や方向性にも関わる点も見逃せない。例えば、「か強診」が重症化および再発予防を主体としていること、継続管理において包括点数を採用していることなどである。これらは歯科の疾病構造の変化に対応するとともに、定期・継続管理時の通院に見通しをつけることになる。

協会は、現行「か強診」の改善を求めるとともに、地域医療に貢献しているすべての「かかりつけの歯科医」が評価されるよう、診療報酬の改善を求めていくものである。

2016年12月8日
東京歯科保険医協会
政策委員長 坪田有史

か強診改善のための課題

◆「か強診」の強化された「機能」とは

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）には、医科・調剤のかかりつけにはない「機能強化型」という名称が付されている。「平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」の調査票によれば、「か強診」は、安全で安心できる歯科医療の環境をもち、在宅医療と医療連携を行い、継続的な口腔管理を実施できる医療機関と表現している。

機能の肝は、「安全・安心な歯科医療の環境」ではないだろうか。昨今のタービン使いまわし報道など、歯科の感染症対策はたびたびマスコミに取り上げられている。スタンダードプリコーションをはじめとする医療安全対策を行っていることを前提に、さらに地域包括ケアシステムで求められる在宅医療と医療連携に対応し、継続管理を行って歯科疾患の重症化予防を実施できる機能を持つ医療機関を、「機能」の「強化型」としたのだろう。

◆歯科の将来を考えれば

院内感染予防対策、在宅医療、医療連携及び歯科疾患の重症化予防は、歯科の重要なテーマである。特に、B型肝炎などの感染症の患者や訪問診療が必要な患者の受入が歯科医療機関で断られることが現状に起きている。それらに必

要な体制を評価することで、多くの歯科医療機関での受け入れや取り組みを推進したいとの趣旨は理解できる。

2016年10月1日付で全国の届出率が平均7.0%に過ぎないなど、施設基準が厳しいが、疾病構造の変化と人口動態の変化による患者の高齢化、ならびに小外科が多く医療安全が求められる歯科の特殊性なども考えると、全ての医療機関で届出が行われることが理想であろう。そのためには施設基準の緩和や医科のかかりつけ診療料のような項目からの選択制など、施設基準のハードルを下げる必要があると考える。

◆医療機関が積極的に取り組むと共に

そのためには、医療機関が積極的に取り組むことが必要である。しかし、同時に後押しする施策も必要だ。そもそも医療安全体制は、機能強化型に限らず一般歯科診療所で行えるようにすべきものである。厚労省は、歯科外来診療環境体制加算（外来環）の点数を引き上げ、体制を持つ医療機関を増やす施策を進めるべきである。

訪問診療も、外来機能を維持しながら行うには人員体制を増やす必要がある。しかし、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料（訪問口腔リハ）の「か強診」加算100点で行うのは困難である。さらに訪問診療にインセンティブを与える政策を検討するべきである。また自院で外来から訪問診療までを対応することが望ましいが、地域での診診連携の点から、在宅療養支援歯科診療所（歯援診）に紹介して安全・安心な在宅医療を提供できる場合もその連携に対して評価すべきである。

連携についても、歯科治療総合医療管理料（医管）や歯科医療機関連携加算を評価し、医科歯科連携にインセンティブを与える施策も積極的に行うべきである。

「か強診」には、歯科の今後にとって重要な項目が評価されており、それは希望する医療機関で取り組めるようにすべきである。国民と歯科医療の将来のため、多くの医療機関で行えるよう「か強診」の改善が図られることを望む。

2017年3月1日
東京歯科保険医協会
政策委員長 坪田有史

お金によって「食べること」まで左右される混合介護には反対する！

現行の介護保険制度では、介護保険のサービ

スと保険外のサービスを同時に提供することを禁じているが、介護市場の経済成長戦略として「混合介護」解禁への動きが広がっている。

東京都は「国家戦略特区」として、豊島区で混合介護のモデル事業を2018年度から行うとしている。第15回国家戦略特別区域会議(2017年2月10日開催)では、介護保険サービスと保険外サービスの同時提供と、介護保険サービスに付加価値をつけた「指定料」や「上乘せ・割引料金」の提案をしている。

「指定料」は一時間当たり500円程度を追加負担することで、看護師や外国語などの資格や技能を持った介護職員などを指定できるようにし、多様なニーズへ対応するとしている。「上乘せ・割引料金」は、介護職員の需要が集中しがちな食事の時間帯の利用料を上げる一方で、需要が少ない時間帯の利用料を下げるなどし、需給バランスを調整することで、人手不足を補いたいとしている。

しかし、介護利用者の多くは年金に家計をゆだねる高齢者であり、わずかな負担増でもサービス利用を控える可能性が高い。また、介護の担い手である介護事業所も収益の上がるところを優先するのは致し方がなく、お金がない利用者との差別化が図られることは自明の理である。前回の談話でも指摘した通り、「食べること」は「生きること」である。特に要介護者は、健康状態や治療、投薬、リハビリなどの内容等によって、食事の時間や回数が決まる。金銭の有無によって変更を許せるものではなく、「食べること」に関わる歯科医師としても、看過できない問題である。

このような金銭の有無によって生きていくための根本が左右される仕組みには、到底賛成できない。来年の医療保険と介護保険の同時改定へ向け、高齢者が誰でも安心して介護が受けられるような制度を目指して、運動を進めていきたい。

2017年3月1日
東京歯科保険医協会
地域医療部長 馬場安彦

事業主に重い負担を強いるマイナンバー制度の改善を求める

従業員の住民税を納付するための「特別徴収税額通知書」が毎年5月頃、自治体から事業主宛てに送付される。

しかし、今年からは、この通知書にマイナン

バーの提出を拒否した者も含めてすべての従業員のマイナンバーが記載される方向だ。

重大な個人情報に記載された通知書を受け取る事業主側は、「特定個人情報の適正な取り扱いに関するガイドライン」に則り、従業員のマイナンバーを金庫などで厳重に保管・管理するなどの取り扱い義務と責任を負わされる。これにより、事務的手続きは増大し、万が一漏洩した際には、重い罰則規定も定められている。

送付側である自治体は、安全管理措置を講じ、通知書を簡易書留で郵送することも検討しているが、その費用は、当然のことながら普通郵便と比較して増加する。郵送代は、各自治体の負担であるが、その元をたどれば、国民の税金である。

一方、費用負担を軽減するために、通知書の送付方法を普通郵便とした場合、誤配や不達などによる郵便事故の可能性が高まる。この事故により、マイナンバーが第三者へ漏洩すれば、従業員の個人情報が悪用されるなど、プライバシーが侵害される危険性とともに、事業主にその責任を負わされる可能性がある。

管理体制の取り扱い義務を求められる事業主側と、事業主に郵送する自治体側、双方の事務・コスト面の負担は増える一方である。

現場の実務を踏まえ、単なるマイナンバーの普及を目的とした今回のやり方は、非常に問題であると言わざるを得ない。

個人のプライバシーを重視すること、および無用な通知により事業主(特別徴収義務者)に重い負担を負わせることのないよう対応の改善を求める。

2017年4月1日
東京歯科保険医協会
経営管理部長 相馬基逸

政府への評価が問われ、日本の未来の方向を占う選挙

安倍首相が9月25日、首相官邸で記者会見を開き、9月28日召集の臨時国会で、冒頭に衆議院を解散して総選挙を行う意向を正式に表明した。

それを受け、総選挙は10月10日公示、10月22日投開票となった。さらに安倍首相は会見で、この解散を「国難突破解散」とし、総選挙の大義を消費税増税の用途変更、北朝鮮情勢の2点とした。消費税については、約2兆円を

「子育て支援」「教育無償化」のために確保し、『全世代型』の社会保障制度の実現を図るという。また、北朝鮮情勢を「国難」と規定し、北朝鮮への圧力強化路線の堅持を表明した。

しかし、9月26日付の新聞各紙は「国会を軽視し、憲法をあなどる政治姿勢は、安倍政権の体質」（朝日）、「（森友・加計学園問題）実質審議はなくなっても、一連の疑惑に関する首相や政府の説明責任は残る」（読売）「（消費税）使い道の見直しは民進党が既に打ち出している課題だ。解散して信を問うテーマと言うには説得力を欠く」（毎日）、「もう手を挙げて賛同できる案ではない」（日経）、「歳出拡大は約束するが、財政再建の検討は後回しというだけでは都合が良すぎる」（産経）、「首相は会見で『憲法上問題はない』と強調したが、憲法軽視との誹りは免れまい」（東京）など厳しい意見が並んでいる。

また、共同通信社の全国電話調査（9月23日、24日実施）では、北朝鮮情勢が日増しに緊迫感が高まる中で、衆議院の解散・総選挙によって政治的空白が生じることへの不安の声が上がっており、この時期の解散に64.3%の人が反対している。安倍首相は、2つの大義について「速やかに国民の信を問わねばならない」と訴えた。「速やかに」としているが、消費税の2%増税が予定されているのは2年後である。何故、この時期に国民に信を問わねばならないか理解できず、疑問である。

前回、2014年の総選挙では、経済再興を全面に出し、原発再稼働、集団的自衛権、TPP、痛みを伴う改革など、与野党の主張に明確な争点があったとは評価されていない。さらに戦後最低の投票率52.7%も追い風となり、与党が改憲発議に必要な3分の2を超える議席を確保した。だが、今は社会保障、北朝鮮、年金、景気対策、農業改革、教育改革、あるいは待機児童問題など、対応・対策が急がれる数多くの問題がある。今回の総選挙は、主権者たる国民の良心と政府への評価が問われ、日本の未来の方向を占う重要な選挙となるだろう。

来年は、医療・介護報酬同時改定が行われる。政府は2018年度までの社会保障費の自然増分を毎年5000億円に抑え込む方針で、さらにその方針の期間延長が検討されている。その抑制分は、診療報酬を中心とする旨が、すでに財務省から示されている。だが、「国民生活に関する世論調査（内閣府：2017年6月15日～7月2日実施）」では、政府が力を入れるべき政

策としては、「医療・年金等の社会保障の整備（65.1%）」が最も高くなっていた。多くの国民が望んでいる政策は、社会保障の充実であることは明らかだ。

来る総選挙では、自らの一票が今後の日本の方向、そして社会保障への影響を考えて行動することが望まれる。

2017年9月28日
東京歯科保険医協会
会長 坪田有史

「引き下げありき」の財務省提案は撤回せよ

財務省は10月25日、財政制度等審議会財政制度分科会で、次期診療報酬改定の引き下げを提案した。今後、高齢者がさらに増加し、医療の重要性が一層求められているにもかかわらず、「引き下げありき」の財務省に対し提案を取り下げるとともに、必要な財源を確保するように求めるものである。

財務省は、過去10年間の雇用者報酬の伸びが年平均0.2%であるのに対し、国民医療費が2.5%だとして「診療報酬改定1回当たり2%半ば以上のマイナス改定が必要」だとした。

しかし2002年以降の診療報酬ネット改定率は、累計マイナス10%である。現場では経費節減や設備投資の先送りで何とか乗り切ってきたのが実態だ。

また、そもそも診療報酬は医療機関の収入だけでなく、社会保障制度を通じ国が国民に提供する医療の質と内容を規定するものだ。経済の問題を優先した安易な削減はそもそも行うべきではない。また診療報酬には、人件費や様々な経費に加え、将来にわたって医療を継続するのに必要な費用も含まれている。このため現場を無視した削減は、将来にわたる医療崩壊の危険をも生じさせることになる。

来年は医療・介護の同時改定であり、増加する高齢者を地域でどのように支えるかの対応が大きなテーマになっている。口腔疾患と全身疾患の関係にも関心が高まり十分な手当が必要だ。「マイナス改定」では必要な医療の提供が出来ないのは明らかだ。

厳しい財源の中、次期診療報酬改定を少しでも良い内容にしようと中医協では論議が進んでいる真最中であり、こういった中での財務省の「マイナス改定」提案は、関係者の努力に水を差すものである。

東京歯科保険医協会は、国民に保険で良い歯科医療を提供するために、次期診療報酬改定での大幅な引き上げを改めて要求する。

2017年10月27日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

+ 0.69% では、十分な感染予防対策や歯科医療を提供できない

◆ 0.69%では経営改善は進まない

12月18日、次期診療報酬の改定率がネットでマイナス1.19%と発表された。内訳は、本体がプラス0.55%、薬価および材料価格がマイナス1.74%であり、歯科は本体がプラス0.69%であった。0.69%の引き上げとは、例えばその全てを再診料に充てたとしても、再診料を概ね6点引き上げるだけのわずかな額でしかない。

先に発表された医療経済実態調査では、医業収益が減る中で経費を削減して損益差額を捻出していることが明らかになっている。設備投資を控え、まさに身を削る努力をして経営を継続しているのが実態だ。しかも、収益差額の最頻値は1993年度には125.7万円であったものが、2016年度では51.9万円にまで落ち込んでしまっている。0.69%では厳しい歯科医療機関の経営を改善するには、低すぎる改定率である。中医協で議論されている改定内容を実りあるものにするためにも、大きな引き上げを求めたい。

◆ 不十分な感染予防の評価

協会は、各歯科診療所でスタンダードプリコーションが進むよう運動をし、診療報酬においては院内感染予防対策の費用として別建ての評価を厚生労働省に要望してきた。しかし、中医協で示された改定案は協会が求めている内容にはほど遠い。また、基本診療料に院内感染予防対策の費用を含めて評価する方法は、基本診療料で院内感染予防対策の評価をしていることとなり、容認できない。前述したが、国民の理解を得るためにも、院内感染予防対策の費用は、基本診療料から切り離し、別建ての評価を行うべきである。

さらに、次期改定で新設される院内感染予防対策は、点数自体が外来環よりも低い。歯科では滅菌が必要な機材が多く、2007年7月18日中医協の「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務」では、コストは268.16円とされている。それには遠く及ばない点数だ。

また、届出を行えば点数を上げ、行わない場合は初・再診料を引き下げるとは、財源を投入せず点数の付け替えで対応する手法であり、反対である。国は、必要なコストを評価し、保険診療における院内感染予防対策の推進を図るべきである。

◆ 歯科医療の役割発揮できる改定率を

歯科医療が全身の健康に関与していることは、すでに周知の事実である。今や入院患者の早期退院は、歯科的なサポート無しには考えられない。地域包括ケアシステムでの歯科の役割は大きく、必要な患者に十分な医療を提供するためにはそれにふさわしいプラス改定が必要である。

しかし、このまま社会保障費の削減が続けば、必要な医療提供体制を維持・構築することが困難になる。この様な僅かなプラス改定は、到底納得がいくものではない。

歯科医療機関の現状や歯科医療の重要性などの視点に立ち、必要な感染予防対策や歯科医療が提供できるよう十分なプラス改定を求めるものである。

2018年1月1日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

歯科の役割が発揮できず、細かすぎて混乱を生む改定

◆ コストを考慮しない院内感染防止対策の評価

次期改定では、院内感染防止対策の施設基準を新設するが、初・再診料や歯科訪問診療料などの基本診療料を算定するために、施設基準の届出を必要としたのは問題である。包括して評価するのではなく、別項目を作り評価すべきだ。2007年7月18日、中医協診療報酬基本問題小委員会での「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務」では、外来患者1人1回あたりの院内感染防止対策に必要なコストは、有床診療所並みの268.16円とされている。今回の引き上げはそれには遠く及ばない額であり、さらなる引き上げを要求する。

◆ 継続管理できない患者を生むか強診・歯援診見直し

地域包括ケアシステムの構築のため診療情報連携共有料が新設された。これにより、患者の服薬状況などの情報提供を医科に依頼しやすくなった。医科歯科連携を推進する観点から、協

会が繰返し厚労省へ要望した内容の反映であり、評価したい。

しかし、か強診や歯援診は、施設基準に、訪問診療、SPTおよびエナメル質初期う蝕の管理などの算定実績や多職種連携に係る会議への参加などの地域連携に関する実績が追加され、要件が一段と厳しくなった。届出をできるところとできないところの差がはっきりし、選別が図られた。

2年の経過措置があるとはいえ、改定前のか強診や歯援診の歯科医療機関が全て新しい要件を満たせるかは不透明である。特に、新しいか強診の施設基準を届出できない場合は、SPT(Ⅱ)で診ていた患者の継続管理ができなくなり、国に対策を求める。

◆口腔機能管理加算のハードルが高く患者に提供できない

また、口腔機能の評価として老化などにより口腔機能が低下した患者に対する口腔機能管理加算が新設された。疾病構造の変化に対応した評価ではある。しかし、答申で示された算定要件は、学会の診断基準より厳しく舌圧検査、咬合圧検査、咀嚼能力検査などを行うことが必須条件とされている。高価器材の購入を施設基準や算定要件にする手法には違和感を覚える。学会の基準を超えた過度なハードルを課し、患者に提供できない問題を生むことには反対である。

◆医療費削減をやめ役割が発揮できる改定を

全身麻酔下で手術を行う場合は口腔管理がスタンダードになりつつあるなど、歯科が果たすべき役割が大きくなっている。改定では医科歯科連携が評価された。

しかし、医療費削減政策で歯科の改定率はわずか0.69%に留まっており、その結果新しい項目ができて算定要件には高いハードルが課せられ、多くの医療機関では取り組みなくなるなど歯科の役割が発揮しづらい改定内容になっている。また、点数表も細かく複雑になり、混乱を生じかねない。

本談話は、必要な患者に歯科医療を提供する視点から、適切な改定を求めるものである。

2018年3月1日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

口腔機能管理の評価に十分な評価を

2018年診療報酬改定において、口腔機能管理に対する評価として、65歳以上の口腔機能低下症と15歳未満の口腔機能発達不全症に対する口腔機能管理加算が新設された。

最近、小児患者のう蝕が減り、咀嚼や嚥下に問題を抱えている高齢患者を診る機会が増えた。もっと小さい時に、もっと軽症のうちに発見し対処しておけば、こんな難症例にはならずに済んだのではと感じる場面も多々ある。見逃していたつもりはないが、今回の各々の検査を見ても、詳細に確認できていないものもある。昔は、むし歯を治し、噛める義歯を作ることが歯科医の役目だったが、むし歯を治しても、噛み合わせが悪く良く噛めない、よく噛める義歯だが、飲み込めない。このような機能的に問題がある状態にしないために、今回新設されたのが口腔機能の管理だ。

しかし、実際に管理するために診査、検査をしてみると、30分以上かかり、その後計画書を書いて、重症化予防の訓練を行うとさらに30分の時間がかかってしまう。子どもは、厭きて落ち着きが無くなり、高齢者は、かなり疲労困憊してしまう。一部の検査には点数があるが、多くの検査は包括されている。振り返ってみると実際にプラスになることはほとんどないように思えてしまう。

しかし、鼻呼吸の訓練をしてきた子どもや「あいうべ体操」を懸命に行う高齢者を見ると、今後重症化せず、最後まで口から食べられる食生活を営ませることが健康寿命の延伸に繋がると思い、全ての歯科医院で行われるべきだと考える。

そのためにも、今回の評価が低い口腔機能の管理体制を取れない医院にインセンティブを与えるような政策誘導をすべきだ。その結果が疾病のリスクを減らし、健康で豊かな生活を送ることに繋がるであろう。それまで、評価は決して高くないが、歯科医としての重要な役目を果たしながら、国が十分な評価を果たすまで、声を上げていきたい。

2018年8月1日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

個別指導における弁護士帯同について

個別指導は開業医が診療をしていくうえで、心配なことのひとつである。協会は個別指導に関して会員からの相談に対応しているが、「十分な説明もなく、算定要件を満たしていないとして自主返還を求められた」、「中断となり1年経っても再開されない」などの問題事例が寄せられている。

個別指導は「保険診療の取り扱い、診療報酬の請求に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う」と指導大綱に定められている。にもかかわらず、健康保険法や指導大綱を逸脱した指導が行われている実態があり、過去には東京でも自殺者が出たこともある。当協会は個別指導における中断、カルテコピー、自主返還など、さまざまな問題点の指摘、改善を求めて取り組んできた。その対策として有効な方法は、被指導者がカルテ記載、診療内容などについて説明、主張できる状況を作ることであり、人権を守るための弁護士帯同が重要であると考えます。

当協会では個別指導に選定された会員が適正かつ懇切丁寧な個別指導を受けるための体制作りとして、顧問弁護団を結成し、状況に応じて弁護士帯同を勧めている。新規個別指導に当たっては会員の希望に応じて弁護士を紹介している。

これにより、被指導者がカルテコピーの拒否や録音の申し出などの正当な対応をできない場合などに、弁護士から指導大綱などを根拠に助言・補佐的立場から主張してもらうことにより制度の適正な運用が可能になる。

ただし、弁護士が帯同をすることで指導結果が良くなるとか、間違った保険診療内容・診療報酬請求を正当化できるなどという訳ではなく、あくまでも被指導者が請求内容などについては責任を持ち、実態を指導の場で説明をする必要がある。

そのためにも、保険診療のルールを理解し、カルテ記載を充実することが求められる。カルテ記載は、単なる個別指導対策のためだけではなく、患者の診療にも役立ち、万が一患者トラブルとなった時には自分を守ることになる。一人で悩まず、まずは協会に相談していただきたい。

2018年8月23日
東京歯科保険医協会
医事相談部長 本橋昌宏

入試制度の公正、平等、透明化を望む

文部科学省の私立大学支援事業をめぐり、前局長の息子を今年の入試で不正合格させたとされる東京医科大学が、事件を受けてまとめた調査報告書で、不正は前理事長の指示だったと指摘していることがわかった。現役男子学生に不正に加点していた一方、女子学生や三浪以上の男子学生を不利にする一律減点の得点操作が行われていたことも明らかになった。

これは、医師を志す女性を性別により不当に差別するだけではなく、長い年月医師を志してきた男性に対しても、その努力を踏みにじるものである。人生の重要な選択肢が、性別や受験回数で狭められることは許されることではない。また、優秀な医師になり得る人材からその機会を奪うことは、社会的損失ともいえる。

同大関係者は「女性が結婚や出産を機に離職することを懸念した措置」、「大学病院関連の医師を確保するため、暗黙の了解だった」と語った。法の下での平等を定める憲法第14条は「人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない」と明記し、不合理な差別的取り扱いを禁じている。

受験は平等に行われなければならない。「人の命を救いたい」という純粋な思いから医師を目指してもハンディを背負わされる。その結果、本来なら合格していたはずの受験生が不合格となり、不合格だったはずの受験生が合格する。このような理不尽が許されていいわけがない。

東京医科大学の校是は「正義・友愛・奉仕」だ。水面下での得点操作は正義ではない。差別は友愛とは正反対の行為だ。

医師だけではなく、女性医療従事者が出産や育児で離職する現実があるならば、仕事と両立できる環境の整備や、女性に負担が偏っている現状の改善こそが必要なのである。人数を抑えて対処しようとするのは筋違いである。離職せざるをえない原因は、長時間労働など全般の過酷な働き方にあり、これを解決することは、男性の働き方にも大きくかかわってくる。

受験における差別が行われることに抗議するとともに、政府が他大学の実態を含めた調査を行うことが求められる。さらに、人員数増、働き方など根本的な解決策をもって、男女とも人間らしく働き続けられる環境整備を進めることが望ましい。

2018年8月23日
東京歯科保険医協会

歯科用貴金属の安定した供給と情報開示を

1月16日の中医協総会は、6カ月ごとの歯科用貴金属の変動幅がプラス・マイナス5%を超えなかったため、今年4月の随時改定は行わないことを決定した。報告された資料によると、歯科鑄造用金銀パラジウム合金の今年4月の試算価格は1498円（昨年10月は1458円）で変動率2.7%に留まるなど、いずれの歯科用貴金属の価格も変動幅が5%を超えておらず、4月の随時改定を行わないこととした。

昨今の市場価格、購入価格は値上がりをしており、変動状況を見る限り、改定があってもおかしくなく、実際の感覚と乖離があるように思える。

この乖離はなぜ生まれるのか。そもそもの仕組みを紐解くと、随時改定は歯科用貴金属の素材（金、パラジウム、銀）の価格変動幅が前回の告示価格のプラス・マイナス5%を超えた場合に、診療報酬改定時以外に6カ月毎に見直しを行うもので、4月の随時改定の場合は、前年の7月から12月の6カ月間が算出期間の対象と言われている。その際には、金、銀、パラジウムの日別価格データの平均値を求め、各材料の含有率に応じて価格の上下幅を算出している。

しかし、昨年10月に5%を超える変動がなく随時改定が行われなかったため、その場合は直近で改定がされた2018年4月の告示価格を基準に2018年1月から12月の12カ月分でプラス・マイナス5%の変動が生じたのかを判断する。これがわれわれ開業医の現場感覚との乖離が生じた原因である。

ただ、根本的な問題は、投機対象であるパラジウムが保険医療材料となっているため、市場価格変動で歯科保険医療機関の経営に大きな影響が生じている点である。このようなことがないよう、厚生労働省の責任で買い取り、管理・確保し、医療機関が金パラの市場価格を気にせず安心して診療できるようにするなど、安定した価格で供給を可能とする公的な仕組みを構築することが必要である。

また、2018年4月に行われた改定は、前年の10月頃に実施された、特定保険医療材料ごとに市場価格を調査する「特定保険医療材料価格調査（非公開）」にて、材料価格を決定しており、歯科用貴金属の調査結果も同様に非公開

である。

現在、大きな問題となっている「毎月勤労統計調査」の例もあるので、医療においてもブラックボックスとなっている情報を公開することも必要である。保険で良い歯科医療ができるように。

2019年1月25日

東京歯科保険医協会

社保・学術部長 加藤開

保険医への休業時の公的保障を求める！

全国保険医休業保障共済会（以下、「休保共済会」）は、2019年8月1日付で保険医休業保障共済制度（以下、「休保制度」）の約款改定を行い、制度が改善された。

過去、休保制度は2006年の保険業法改定により、募集停止しなくてはならなかった。これに対し、当協会の会員を始め、全国から制度存続への強い要望が出され、全国保険医団体連合会（以下、「保団連」）を中心に、署名活動、国会要請などの運動を行った結果、2013年に保険業法が再改定された。これは、一定の要件を満たせば認可を受け、以前と同じ制度を継続できるというものである。保団連は要件の一つである休保共済会を設立し、認可特定保険業者として認可を受け、制度を包括移転することで、募集再開を達成した。その後、全国から寄せられた要望を踏まえ、休保共済会を中心に制度改善の議論を行ってきたが、改定には金融庁の認可が必要であり、多くの時間が必要であった。

そもそも休保制度は、病気により長期療養を余儀なくされた開業保険医が、休業中に公的保障を受け取ることができず、生活に困窮し、果ては生活保護に頼らざるを得なかったことを契機に発足した制度である。開業保険医は公的医療を国民に提供しているにもかかわらず、休業時の公的保障がないため、長期休業時には生活に支障をきたしてしまう。さらに状況によっては閉院せざるを得なくなり、本人だけでなく、従業員の生活にまで支障をきたす可能性すらある。また、閉院は通院している患者の治療中断を招き、転院再治療や患者が治療を放置することで医療費の拡大につながるなど、地域医療にも大きな影響を与える。そのため、病気にかかっても療養することを選択できず、不幸な結果になってしまったケースもある。

本来であれば、公的医療を提供し、国民の健康を守っている開業保険医に対して、国は公的

保障を用意し、安心して診療に従事できる環境を整えるべきである。協会、保団連は開業保険医の休業に対する不安を解決するための公的制度の確立を長らく求めてきたが、その実現には至っていない。

今後も保団連、全国の保険医協会・医会と協力し、地域医療を守る会員が安心して診療ができるよう、休保制度の充実に努めるとともに、改めて国に対し、休業時の公的保障の確立を求める。

2019年8月1日
東京歯科保険医協会
共済部部長 川戸二三江

大規模災害に備え、歯科医院の十分な体制整備を

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、大きな地震による直接的な被害に加え、津波や福島原発事故等により、大きな被害をもたらした。東京でも震度3～5の揺れが起き、交通機関が麻痺し、多くが帰宅困難者となり、物流にも影響が見られた。

協会は2011年4月～8月にかけて、宮城県石巻市周辺の避難所における医療・保健活動や現地の歯科医療に繋げる活動、歯科医療ニーズの収集等、計10回の歯科医療支援活動を行った。発生から3週間経過していたが、避難所は被災者でいっぱいであった。ライフラインはまだ復旧しておらず、水は自衛隊、電気は大型発電機によって供給されていた。口腔衛生状態の不良は肺炎やインフルエンザ等の呼吸器感染症を起しやすくなることが多いとされており、被災地における口腔清掃、口腔管理は非常に重要である。

近年日本では、大きな災害が立て続けに起こっており、今後も各地で大規模な災害が起こる可能性は高い。今まで、被災地を支援する立場にあった私たちが、被災者になることも十分考えられる。

災害時には、医療従事者として、医療提供体制の整備を優先して行う必要がある。併せて、自分自身や家族、スタッフ、診療所を守ることも大切である。その上で、地域医療へと役割を拡げていけるものとする。ゆえに、日頃から十分な心構えと準備、地域や行政等との連携体制の構築も重要である。

東京医科歯科大学の中久木康一氏は、歯科医院での災害対策について、「自院のリスクを知

る」ことと「災害時における歯科医療従事者に求められる役割」を日頃から意識することが大切であると指摘している。首都中枢機能への影響が懸念される首都直下地震ならびに関東から九州の広い範囲で強い揺れと高い津波が懸念される南海トラフ地震が発生する確率が今後30年以内に70%と高い数字で予想されている現在において、大変重要な指摘である。

関東大震災が発生した9月1日は防災の日である。改めて、災害対策を見直すに大変いい機会である。災害は防げるものではないが、備えることはできる。いつ起きてもおかしくない大規模災害に備え、歯科医院でも十分な体制整備について考え、備えて欲しい。

当協会では、今後も災害対策に関し、機関紙やHPを通じ、情報発信や研究会の開催などに取り組んで行く。その取り組みのひとつとして、中久木康一氏の執筆による「災害対策」に関する内容で2019年9月号機関紙より連載企画を行う。ぜひ、お読みいただきたい。

2019年9月1日
東京歯科保険医協会
地域医療部長 横山靖弘

医科歯科連携の啓発と推進を求める

前回の2018年診療報酬改定により診療情報連携共有料（以下、「情共」）が新設されたことにより、医科への照会はし易くなった。医療連携に対する一定の評価をしていただけたことは非常にありがたいことである。しかしながら医科歯科連携の指標の一つとして情共の算定率を参考に考えると、医科歯科連携は思いのほか進んでいないのが分かる。2018年社会医療診療行為別統計（2018年6月審査分）によると、情共の算定回数は1万5273回で、特に有病率の高い歯科の後期高齢者の1月あたりの算定回数は7936回となっている。後期高齢者の1月あたりの再診の算定回数などから患者数を約230万人と試算すると、わずか0.3%ほどの算定率になる。患者数と情共の算定には大きな隔たりがあると言わざるを得ない数字である。

歯科治療や口腔衛生、口腔機能管理を行うことで、有病者の治療の効率化、入院期間の短縮や重症化予防につながることが明らかになっている。医科歯科連携がこれからも更に増加する高齢患者の安心・安全のためには決して欠かすことのできないことであることは誰しも周知の

ことと考えるが、どうしてこのようなことが起きているのであろうか。それには大きな原因として二つ挙げられると考える。

一つはこれまでの歯学教育においては血液検査データの理解などの医学的な教育、訪問歯科診療や摂食機能療法などの在宅医療に関する教育が決して十分ではなかったこと、また医科においても歯科に対する知識や理解が十分得られていないこと、すなわち医科も歯科もお互いのことに対して知り得ない点が多く存在するため、患者に反映させることができていないという結果を招いているのではないであろうか。医科と歯科相互の対象疾患に対する最新のガイドラインやポジションペーパーの理解が大切である。

もう一つは連携に対する更なる診療報酬の評価である。連携と管理には通常の患者よりも手間や時間がかかるため、その分の適切な評価を行うことが必要である。連携に対し診療報酬によるインセンティブを医科・歯科ともに与えることにより推進が図れるものと確信している。当協会では、まずは歯科から理解を広げるべく、医科歯科連携に関する啓発と教育のための講習会を企画し開催してきた。また顔の見える連携も大切なため医科歯科合同での講習会も実施している。今後は、患者にも安心・安全な医療の提供には医科歯科連携が重要であることに理解を頂くこと、さらには治療の効率化や期間の短縮、重症化予防がなされれば医療費の削減の点から考えても、推進にはメリットがあることを国や保険者に訴えていきたい。

協会は、今後更に求められる医科歯科連携を推進することを目的に、患者や医師・歯科医師相互の理解の深まりと、診療報酬の更なる評価を求めるものである。

2019年10月25日
東京歯科保険医協会
社保・学術部長 本橋昌宏

本体がプラス改定となったのは、このように医療界全体でプラス改定を求めてきた成果だと言えるだろう。

しかし、プラスになったとはいえ、0.59%という数字は2006年改定後のプラス改定の中では、2番目に低い。換言すれば、0.59%は、再診料を5点ほど引き上げれば無くなるようなわずかなプラスであり、不十分と言わざるを得ない。

改定にむけて、中央社会保険医療協議会総会では、口腔機能管理や歯周病などに関する継続的治療を評価する方向性を示している。疾病構造の変化などを考えれば、歯科界にとって重要な視点である。しかし、財源を確保せずに低い評価で導入されては、現場での取り組みは進まない。先日の医療経済実態調査では、東京23区の医業収益の伸び率はマイナス0.3%であり、歯科材料費の伸び率も20.8%となるなど、東京の医療機関の経営は非常に厳しい状況である。金パラ高騰の中で、まさに身を削る思いで患者に必要な医療を提供し、医療機関を維持している。今後、議論は財源の配分に移っていくが、歯科疾患管理料や歯科訪問診療料3などの点数を引き下げて、それを他の点数に振り替える迂回改定のようにならないよう注視していきたい。

また、歯科本体が十分なプラス改定にならないのは、ネットの改定率がマイナスのため、薬価等の引き下げ分が本体に十分充当されないためである。ネットの改定率は、今回で四期連続のマイナス改定である。歯科医療が必要な患者に安心・安全な医療を提供するためには、総枠拡大をし、これを転換することが必要である。この談話は、歯科の低い改定率、およびその原因となるネットのマイナス改定に対し、強く抗議するものである。

2019年12月24日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

歯科の改定率 0.59%は不十分

2020年診療報酬改定の改定率が発表され、歯科は0.59%のプラス改定となった。財務省は、この間全体（ネット）だけではなく本体についてもマイナス改定を求めているが、協会は全国の保険医協会・保険医会と協力し、「診療報酬の引き上げと患者窓口負担の軽減を求める医師・歯科医師要請署名」を行い、国会議員に提出してきた。

医療経済実態調査を基礎資料とした診療報酬改定に抗議し現場に即した診療報酬のさらなる引き上げを求める

2019年12月17日に発表された2020年度診療報酬改定の改定率は、歯科で0.59%の引き上げとなった。この数字は、2019年11月13日に発出された『第22回医療経済実態調査』を基礎資料としている。医療経済実態調査は「病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局にお

ける医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする」とされており、今回の調査は2018年度の結果を2017年度と比較している。

調査対象の歯科診療所の有効回答数は625件であり、青色申告者を含む個人立て歯科診療所の回答数は481件と、限られたサンプル数の中で診療報酬改定の基礎資料としている。この中で東京23区の回答数は62件であり、都市部と地方では収益や経費の構造は大きく異なる上、サンプル数も少ない中では本当の医業経営の実態を反映しているとは考えにくい。この点では、当会が2019年8月から10月に行った有効回答数1002件の「会員の意識と実態調査」の方が、医療経済実態調査の62件よりも多く、より正確な歯科診療所の医業経営の実態を表していると言えるだろう。

その上で、今回の『第22回医療経済実態調査』の内容を分析すると、青色申告者を含む歯科診療所全体の直近2年の平均値の伸び率が、医業収益はプラス1.2%、保険診療収益はプラス0.7%となっている。しかし、東京23区に目を向けると、医業収益はマイナス0.3%、保険診療収益はマイナス3.1%、最頻値（最も頻繁に出てくる値）が医業収益はマイナス1.6%、保険診療収益はマイナス1.9%であり、医業収益、保険診療収益ともにマイナスで、歯科医院の医業経営が厳しくなっていることがわかる。また、昨今、金銀パラジウム合金の高騰が主な原因となり、歯科材料費が上がっており、経営をさらに悪化させている状況にある。

なお、全体の平均値、中央値（小さい順に並べたとき中央に位置する値）、最頻値を比較すると、一部の医業収益が高い層が全体の数値を底上げしていることがわかり、この底上げが医療経済実態調査の「実態」ではないだろうか。

ちなみに、協会が実施した「会員の意識と実態調査」の「以前と比べた医業経営の状況」の質問では「苦しくなった」が39.7%、「変わらない」が49.0%、「楽になった」が8.8%で、医療経営実態調査の医業収益の平均値の伸び率がプラスなのに対して、「苦しくなった」、「変わらない」の回答がほぼ9割を占めている。

恣意的に見えてしまう平均値を示した上、サンプル数の少ない医療経済実態調査を基礎資料とし、診療報酬改定を行うことは、さらなる社会保障費の削減を招き、多くの歯科医院が経営難に陥り、超高齢社会において、需要が高まっている歯科医療を国民が満足に受けることがで

きなくなってしまう事態になりかねない。一部の医業収益が高い層を除けば、保険診療収益が減少し、歯科材料費の高騰などで経営が厳しくなっていることから、2020年度診療報酬改定の0.59%引き上げでは現場に即しているとは言えず、さらなる診療報酬の引き上げは喫緊の課題である。

以上より、現場に即していない『第22回医療経済実態調査』を基礎資料とした診療報酬改定に断固抗議し、国民が安心して歯科医療を受けることができるように診療報酬のさらなる引き上げを求める。

2020年1月1日
東京歯科保険医協会
経営管理部部長 相馬基逸

言葉だけの推進で、現場の要望が反映されていない

◆コストを無視した評価で負担を現場に押し付けている

職員研修を要件に、歯初診を届け出した場合の初・再診料が引き上げられる。しかし、消費税増税対応分を除いて、2018年改定時を含めても初診料は13点、再診料は5点しか引きあげられておらず、2007年の中医協で示された院内感染防止対策に必要なコスト分(268.16円)に遠く及ばない。ただでさえ新型コロナウイルスの影響でこれまで以上に高いレベルの院内感染防止対策が求められる中、十分な対策を行うために医療機関の持ち出しとなっている状況は解消されない。

同様に、金銀パラジウムの高騰が現場では問題となっており、パブリックコメントで「市場実勢価格を踏まえた適正な評価に近づけていただきたい」との意見も233も寄せられていたが、何も改善策が示されなかった。

現場では、仕方なく銀合金やCRで対応する歯科医師も増えてきていると聞く。

◆口腔機能管理や歯科衛生士の評価が不十分

口腔機能管理に関する評価は要件緩和にとどまっており、診断に必要な検査をすべて保険収載することや管理料のさらなる評価は見送られた。重点課題であるはずの口腔機能低下への対応の充実には、不十分な評価だ。

また、歯科衛生実地指導料など歯科衛生士に関する診療報酬の引き上げは行われなかった。ここ数年で給与は十数%上昇し、人材紹介会社を利用した場合の金額は1件80円というところもある。

人件費の上昇に見合った改定とすべきである。

◆地域での連携がほとんど評価されていない

2018年改定では、診療情報連携共有料など医科歯科連携の評価があったが、今次改定では医科が算定する周術期等口腔機能管理の依頼や予約に対する評価ぐらいい目立ったものがない。

周術期や医科歯科連携は、もう何年も言葉だけが独り歩きして、一向に進まない。

◆課題が残ったままの長期管理の評価

今次改定では、歯周病重症化予防治療や歯管に対する長期管理加算が新設される。歯科医療の将来の需要は、補綴が減り、重症化予防などの管理が増える方向へとシフトする中での評価である。

しかし、1初診1回限りの算定となっている治療が多くある中で、再度その治療が必要になった場合はどうなるのか、再度の初診行為があった場合に初診料が算定できるのかといった課題は残されたままである。これでは実際の治療で多くの問題が起き、それにわれわれが振り回されることになるだろう。

これらは、行政の政策が現場を見ずに、まさに机上の空論で改定を行っていることに根本的な問題がある。このしわ寄せが、最終的に患者さんに行かないことを切に望む。

この談話は、今次改定の問題点を明らかにし、現場で混乱を生じないよう改善を求めるものである。

2020年2月25日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

2020年度診療報酬改定 世代毎の口腔管理の評価が不十分

2017年12月6日の中医協総会で示された「歯科治療の需要の将来予想（イメージ）」では、歯科の疾病構造が変化しており、将来さらに進むその変化に対応するために「治療中心型」から「治療・管理・連携型」へと歯科治療の構造変革が必要と示された。

2020年度診療報酬改定では、SPTの対象としない歯周病患者の管理を評価した「歯周病重症化予防治療」（以下、「P重防」）が新設された。しかし、改定直前の疑義解釈で混合歯列期歯周病検査（以下、「P混検」）により治療を行っている患者を対象外にしたことで、乳歯列期やP混検で治療を行っている混合歯列期の

患者がP重防の対象から除かれた。2019年4月10日の中医協総会においては、2018年度の5～17歳の患者の歯肉の炎症は全年齢でそれ以前の2008年度と比較して減少しているものの、炎症がある者の割合は依然として年齢とともに増加傾向であると指摘されている。学童期・思春期における口腔管理を推進するため、P混検の対象の患者であってもP重防を認めるべきである。

一方、高齢期の患者については、口腔機能に関する評価が歯科疾患管理料から独立した評価になったこと、あるいは日本歯科医学会の「基本的な考え方」の改定に伴う変更や診断に必要な舌圧検査の要件緩和に留まり、評価の引き上げや要件緩和は行われなかった。これでは、健康寿命を延ばすための高齢期の口腔機能に関する診療は現場で普及しない。

また、8020の達成者は2016年度で51.2%に達した一方で、う蝕歯の未処置歯・処置歯保有者率が年々増加しており、高齢者に特異的な根面初期う蝕の重症化予防治療の必要性が指摘されてきた。しかし、2020年度改定では何も対応されておらず、問題である。

在宅患者については、口腔機能の維持向上を推進するための対応が論点であった。しかし、実際にその対応として行われたのは非経口摂取患者口腔粘膜処置の新設のみである。6月超の継続管理をした場合の長期管理加算も、歯科疾患在宅療養管理料には加算できず、在宅での口腔機能の取り組みが推進されていない。

国は、全世代型社会保障を掲げているが、2020年度改定の内容は不十分と言わざるを得ない。早期の改善を求める。

2020年7月1日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

逆ザヤとならない、歯科用貴金属の安定供給を求める

7月22日の中医協総会で、10月に随時改定を行い、歯科鑄造用金銀パラジウム合金に係る点数を引き下げることが承認された。今年4～6月において、素材価格の変動幅が告示価格よりも5%以上も下落したため、1グラム2662円から1グラム2450円に引き下げるとしている。30グラムで換算すると、7万9860円から7万3500円への引き下げである。

しかし、最近の素材価格の状況をみると、7

月末頃からパラジウム、金および銀ともに高騰し始めている。このまま金パラの点数引き下げが行われれば、10月以降に逆ザヤになることが強く懸念される。

昨年から続く金パラの高騰に対し、当会は全国の保険医協会・医会とともに、全国保険医団体連合会の市場実勢価格調査「金パラ『逆ザヤ』シミュレータ」に協力し、「逆ザヤ」の実態を明らかにして改善を訴えてきた。その結果、4月および10月に行う随時改定Ⅰに加えて、素材価格が告示価格のプラス・マイナス15%を超えた場合に7月および1月に行う随時改定Ⅱが作られ、今年7月に金パラの引き上げが行われた。

しかし、価格の参照期間と改定時期との乖離の問題は、未だ残されたままである。このまま素材価格が高騰すれば、新型コロナウイルス感染拡大の影響から回復しきれていない歯科医療機関の経営は、再び逼迫する。中医協総会でも、反映させる時期にタイムラグがあるとして、スピーディーな対応を求める意見が出ている。厚労省は、逆ザヤにならないよう、改定は速やかに行うべきである。

また、乖離で言えば、随時改定では金銀パラジウム合金ではなく素材価格を参照することになっている。合金自体の市場価格を参照しない点についても、改めるべきである。

根本的な問題は、投機対象になるパラジウムや金が保険医療材料になっているため、市場価格の変動が保険医療機関の経営に大きな影響を生じさせる点である。このようなことがないように、厚労省の責任で買い取って管理・確保するなど、歯科用金属の安定供給を可能とする公的な仕組みを構築するべきである。

また、6月にチタン冠が保険収載された。新しい材料が保険収載されることは喜ばしいことだが、当初歯科用金属アレルギー患者や臼歯部で補綴的に咬合高径が保てない症例に対して適用を限定して保険収載されると聞き及んでいた。チタン冠は金パラに比べて鋳造によって均質性が取りにくいなどの理工学的特性があり、金パラの代替材料として用いるのは難しい。適切な臨床エビデンスの結果の下、代替材料の保険収載について検討されるべきである。

この談話は、金パラの価格改定に伴う問題の改善を求め、歯科用金属の安定供給を求めるものである。

2020年8月7日
東京歯科保険医協会
社保・学術部長 本橋昌宏

後期高齢者の窓口負担は原則1割とし応能負担は保険料や税に求めるべき

75歳以上の患者が医療機関で支払う窓口負担について、現在の原則1割を2割に引き上げる「後期高齢者の窓口負担案」が、内閣府、財務省、厚生労働省（以下「厚労省」）で具体案が示された。

厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会医療保険部会（以下「社保審」）において、複数案が提示されており、早ければ年内に議論をまとめ、後期高齢者の負担割合を引き上げる法案が、来年の国会に提出される見通しとなっている。

◆財政審は「2割」、社保審は「原則2割」を主張

75歳以上の後期高齢者の医療費の窓口負担をめぐって、10月8日の財政制度等審議会財政制度分科会（以下「財政審」）では、①75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇すること、②2025年、2040年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくこと、③現役世代の保険料負担がますます重くなること一などの理由を挙げ、財務省は現在1割負担となっている後期高齢者の医療費の窓口負担を、2割負担に引き上げることを主張した。

また、11月12日の社保審では、保険者の委員から現役世代の保険料負担軽減を図る観点から、年収383万円未満の人のうち、一定所得の人を2割に見直すことを改めて主張した。

◆医療費負担が多い高齢者

現在、75歳以上の窓口負担は、年収383万円以上の人は「現役並み」として窓口負担は3割となっているが、年収383万円未満の人の負担割合を1割から2割に引き上げれば、高齢者の受診抑制に繋がりにかぬない。

厚労省の「医療保険に関する基礎資料（平成29年度実績に基づく推計値）」によれば、すでに後期高齢者は一人当たりの医療費が高く、75歳以上の1人当たりの年間一部負担額の平均は6.4万円（75～79歳）で、年収に対する患者一部負担の割合は約3.6%（9月16日 社会保障審議会医療保険部会資料「年齢階級別の平均年収」と「年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の較（年額）」より試算）となっている。この割合は50歳～54歳の約1.3%と比べて高くなっており、高齢者の生活を圧迫

していることを示している。

また、11月19日の社保審で厚労省から示された資料によれば、窓口負担が1割の後期高齢者について、窓口負担を2割に引き上げた場合、医療機関の窓口で支払う額は年間11.5万円で3.4万円増える見込みとなっている。

社保審の保険者の委員からは、高額療養費制度等があるため、単純に自己負担額が倍になるとは言えないとしているが、高額療養費制度の上限に達しない場合は、自己負担額が2倍になる。

◆新型コロナ禍で窓口負担増は国民の理解を得られない

現在、新型コロナウイルスの影響で、高齢者は受診を控えている状況にある。窓口負担を2割に引き上げれば、窓口負担が重荷となり、新型コロナウイルスによる受診控えに加え、負担増によっても受診控えを起こすことになる。ひいては持病の重症化など健康への影響が心配され、国民の理解を得られない。

◆国は安心して医療を受けられる体制を

収入や所得に応じた応能負担は、保険料および税で求めるべきであり、国民の窓口負担から応能負担を求めるべきではない。

とくに後期高齢者の負担割合については、高齢者の生活や心身の状態なども十分配慮し、国は国民が安心して医療を受けられる体制を維持することが重要だ。

そのため、当会は後期高齢者の負担割合は、現在の原則1割を堅持することを要求する。

2020年11月27日
東京歯科保険医協会
運動本部長 坪田有史

関係者が歯科訪問診療を行っている東京近郊の在宅または施設（有料老人ホームや特別養護老人ホーム等）を対象にアンケート調査を行った。アンケート結果では、口腔内のことで困った利用者が「いた」、「少しいた」との回答が約90%、「緊急事態宣言」の発令とともに歯科訪問診療の中止を余儀なくされたものの、「歯科訪問診療の必要性を感じた」との回答が約90%に及んだ。また、施設のスタッフから「患者の口腔内に変化があった時に即座に対応できないことへの不安」の声や「継続的な歯科訪問診療を必要」、「食形態の判断が難しかった」との声が多いことが特徴的であった。

さらに、個々の患者の口腔内に目を向けると、歯周病の悪化や嚥下機能の低下、歯の動揺の増加や歯根破折により抜歯になるケースがあった。これまで継続に行っていた歯科訪問診療を自粛（延期）したことが少なからず患者の口腔内に悪影響を与えたことが窺えた。

歯科医師・歯科衛生士の行う専門的口腔ケアは、QOLの維持・向上をもたらすことや、誤嚥性肺炎やインフルエンザの予防に効果があるとのエビデンスがある。歯科訪問診療の中断は、歯科疾患の重篤化や誤嚥性肺炎をはじめ、新型コロナウイルス感染への悪影響が懸念される。今回のアンケート結果からも継続的な歯科訪問診療の必要性が示された。

地域医療を担う歯科医師として、第3波に屈することなく、ニーズに応える歯科訪問診療体制の整備が必要である。

2021年1月1日
東京歯科保険医協会
地域医療部長 横山靖弘

新型コロナウイルス感染症蔓延下でもニーズに応える歯科訪問診療体制の整備を

2020年4月、新型コロナウイルス感染症に対する「緊急事態宣言」発出に合わせ、厚生労働省の「歯科訪問診療を含む歯科に対する診療の自粛（延期）を促す」通達が出され、メディアからも「歯科の受診は新型コロナウイルスへの感染リスクを高める」と報じられた。その影響により、外来診療をはじめ、歯科訪問診療でも受診控えが広がり、患者や施設への外部からの立ち入りを禁止されるケースもあった。

そこで、東京歯科保険医協会地域医療部では、歯科訪問診療の抑制による在宅患者または施設入所患者の口腔内への影響を把握すべく、部内

歯科医師によるワクチン接種は適法性であることを法に明記すべき

厚労省は、事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種のための筋肉内注射の歯科医師による実施について」を4月26日に発出した。その中で、歯科医師が反復継続の意思を持ってワクチン接種のための筋肉内注射を行う事は基本的には医師法第十七条に違反するとした上で、医師や看護師等が確保できず特設会場でのワクチン接種が実施できない場合にはその違法性が阻却されるとの解釈を示し、具体的な条件を示した。

これにより、仮に医師法違反を問う裁判が起

こされたとしても、この事務連絡により、新型コロナウイルスワクチン接種においては違法性が阻却されると、裁判所が判断する材料にはなりうる。しかし過去、市立札幌病院救命救急センターにおいて、患者に対し、研修の一環として気管挿管や静脈ルートの確保等の医療行為を行ったことが医師法第 17 条違反だと起訴され、違反が確定する事態が起きた。その苦い経験をもつ我々歯科医師からみれば、法改正などによる適法性の確保を避ける今回の対応は、決して満足できるものではない。

事務連絡を受け、「自分でも役に立つのであれば協力したい」と考えている会員はいる。法律以前に、国民の健康を守ることに少しでも協力したいと思うのは、歯科医師の矜持である。歯科医師への協力を求めるのであれば、当事者が安心して実施できるよう、例えば今回のワクチン接種を想定した違法性阻却事由を医師法に追記することや歯科医師法で想定されている歯科医業に明記することなどを行い、条件を法律で整えるべきである。

2021 年 5 月 28 日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除いた医業収益が悪化している。歯科においては、医業収益が「個人」でマイナス 1.2%、「新型コロナウイルス感染症関連の補助金（従業員向け慰労金を除く）」を除いた場合はマイナス 3.0%で、保険診療収益はマイナス 1.9%となった。医療法人を含めた「全体」でも、医業収益がマイナス 0.1%、「新型コロナウイルス感染症関連の補助金（従業員向け慰労金を除く）」を除いた場合マイナス 1.2%で、保険診療収益はマイナス 1.5%と前年度よりも下回っている。さらに歯科材料費は前年度よりも全体で 3.9%上昇しており、医療機関の厳しい経営をさらに圧迫している。一時的な補助金や支援金ではなく、診療報酬本体の引き上げなくして、安定した地域医療の維持は困難であることは瞭然たる現実だ。遠からずして政府は 2022 年度診療報酬の改定率を閣議決定する。当協会では、引き続き実態に即した改定と地域医療体制を維持するために、診療報酬のプラス改定を求めている。

2021 年 12 月 7 日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

地域医療体制を維持するには診療報酬のプラス改定は不可欠

財政制度等審議会は、「令和 4 年度予算の編成等に関する建議」の中で、2022 年度診療報酬改定について、改めて「診療報酬本体のマイナス改定を続けることなくして医療費の適正化は到底図れない」と強調した。財務省は、「躊躇なくマイナス改定をすべき」との姿勢を崩しておらず、相当な決意がうかがえる。

しかし、診療報酬（医療費）の伸びは高齢人口の増加や、医療費の高度化等による医療費の自然増を示すものに過ぎず、医療機関の経営実態を示したものではない。また、コロナ禍が経営に与えている影響も大きい。新型コロナウイルス感染症の感染者数は減少傾向にあるが、医療機関においては感染症対策が不要になったわけではなく、引き続き、感染対策にかかる物品の確保や人材確保等の費用の支出が見込まれ、診療報酬のプラス改定は不可欠である。

厚生労働省が 11 月 24 日に公表した病院や医療機関の経営状況を調べた第 23 回医療経済実態調査の結果でも、医科・歯科ともに新型コロナ

医療経済実態調査の適正な実施と診療報酬の引き上げを求める

2021 年 11 月 24 日に発出された『第 23 回医療経済実態調査』はコロナ禍での調査となっており、今回の調査では新型コロナ関連の補助金を除いた医業収益まで調査をしている。

医療経済実態調査に関しては、以前より、恣意的な調査であることが問題となっている。歯科医療機関全体の調査結果では調査施設数が 298 機関、平均医業収益が約 7,300 万円となっており、保険診療を中心とした大多数の開業医の経済実態を対象としているとは到底考えられない。また、東京 23 区に限れば、歯科医療機関数約 10,600 機関中、調査施設数は 27 機関（約 0.3%）、平均医業収益が約 6,000 万円となっている。適正な調査を行うためにはサンプル数を増やして実施することを検討すべきではないだろうか。

以上を踏まえたうえで、今回の調査結果では、東京の歯科診療所は新型コロナ関連の補助金を含めても、医業収益の伸び率は - 2.2%となっており、医業経費の伸び率が - 1.1%となっている。恣意的にも思える調査結果であっても、

医業収益はマイナスとなっており、患者の受診抑制による、診療収益の減少をこれまで以上の経費削減をすることで何とか持ちこたえていることがわかる内容である。実際に会員からは「補助金がないと経営が厳しい」「感染対策の経費は増え、補助金で何とかしのいでいる」といった声が寄せられており、一時的な財政支援である補助金も医療機関の存続の一助となっている。しかし、今後も感染防止対策の補助金が交付されるかは不明である。

一部ではコロナの補助金により多くの医療機関が黒字化しているためマイナス改定になるという報道がされているが、以上の調査結果からすれば、東京の歯科医療機関は補助金があっても苦しい状況にあることは明確である。

12月3日に行われた中央社会保険医療協議会（以下、中医協）の「医療経済実態調査の結果に対する見解」の資料（診療側・2号側委員）では「地域歯科医療を担う約8割を占める個人立歯科診療所の経営は、コロナ関連補助金を加味しても依然として厳しい状況が続いている」「既に経営努力や経費削減努力は明らかに限界に達している」と歯科医療機関の置かれている状況の記載がみられる。また、2021年5月に行った協会の会員アンケートでは、コロナ禍以前よりも医業総収入が減少したと答えた会員は約61%であった。会員アンケートの結果と、医療経済実態調査の結果、中医協の資料を踏まえれば、国民の健康を守る歯科医療機関が安定した経営を行うために、診療報酬の引き上げは不可欠である。

以上より、国に対し、医療経済実態調査の適正な実施と診療報酬の引き上げを求める。

2021年12月13日
東京歯科保険医協会
経営管理部部長 相馬基逸

医療提供体制を立て直し、国民へ良質な医療を提供できる社会政策への転換を

2022年度診療報酬の改定率が、診療報酬本体はプラス0.43%（国費約300億円）とされた。前回の2020年度診療報酬の改定率はプラス0.55%で、前回より低い水準の引き上げとなっている。わずかな引き上げに加え、政策的配分が行われてきた結果、医療従事者の処遇改善、およびコロナ対応で疲弊した医療提供体制を立て直すには程遠い診療報酬改定となった。

◆歯科は0.29%

歯科においては、わずか0.29%のプラス改定に止まった。このような改定率は歯科の現状を見ていないばかりか、歯科軽視の結果である。第23回医療経済実態調査では、歯科診療所（個人）の損益率は、前年度に比べマイナス1.2%で、コロナ補助金を加えても、医業収益の落ち込みは明らかである。歯科材料費は前年度より6.8%増加し、衛生材料をはじめ院内感染防止対策に関わる資材、金銀パラジウム合金などの高騰が医院経営の重荷となっている。

コロナに対して歯科は、標準予防策を遂行し、感染拡大を抑えるなど国民の健康に貢献してきた。しかし、飛沫による感染リスクが高い職種だと言われ、医療従事者の離職や患者離れが発生した。患者減は未だに改善できず、閉院に追い込まれた歯科医療機関も出るなど、深刻な状況が続いている。

◆社会保障費の自然増を定量的に抑制

財務省は、国のコロナ補助金投入の影響で「経営実態は近年になく好調」と主張してきた。だが、実態は経費が増加し医業収益が減少したため、経営状況は厳しい。これは医療経済実態調査に現れている。にもかかわらず、補助金投入で「好調」だとする財務省は、医療に対する意識が乏しいだけでなく、実態に目を背けていると言わざるを得ない。

また、社会保障費については、精緻化・適正化のもとに、定量的に抑制をしてきた。今回改定においても、国費を約1300億円削減し、概算要求で示された社会保障費の自然増約6600億円を約4400億円程度に抑えようとしている。国民の福祉を忘れた財源ありきの政策により、国民のいのちが危機にさらされている。

◆「国家の福祉」とは国民の生活の安定を図ること

国家が目指すべき福祉とは、社会保障制度の整備を通じて国民の生活の安定を図ることだ。このまま社会保障費の抑制政策と削減が続けば、医療提供体制はおろか、地域医療体制、国民のいのちと健康は守れない。

歯科はこれまで8020達成や、高齢者への口腔ケアを重視してきた。その結果、高齢者の入院リスクを減少させるなど、総医療費の削減にも貢献をしてきた。今後、高齢者の増加に従い健康寿命の延伸が重要となるが、歯科はこの点において大きな役割を担うことが明らかになっている。歯科が重視される医療提供体制を構築するためには、まずは実態に即した診療報酬の引き上げが必要不可欠である。

今後、議論は財源の配分に移っていく。今回の改定率では、歯科の窮状は改善を望めないが、医療技術評価分科会で日本歯科医学会から提案された76項目の新規技術導入と、重症化予防の推進について、適切に評価されることを強く望みたい。医療提供体制を立て直し、国民へ良質な医療を提供できる社会政策への転換を改めて強く求める。

2021年12月23日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

大多数の保険医はがっかりしている

中央社会保険医療協議会（中医協）総会は2月9日、2022年度診療報酬改定案について、厚生労働副大臣に答申を行った。改定案の中身を見て多くの保険医は、肩を落とした。

コロナ禍でリスクの高い場所だと敬遠され、赤字収支となった企業はたくさんあり歯科医院も例外ではない。多くの歯科医療機関の収入の中心は保険診療である。保険診療は算定ルールが定められているため、個人の努力では打開策や診療体制の充実も図れない。2年に1度の診療報酬改定だけが是正のチャンスであり、コロナの影響をはねのけるような改定を期待していた。

先般、厚生労働省に寄せられたパブリックコメント数では、歯科医師からの意見が49.4%と半数を占めた。これをみても保険医の診療報酬に対する不満の大きさが現れている。しかし、改定率がプラス0.29%に留まり前回（プラス0.59%）の約半分となっていることも影響しているが、改定内容に対する工夫が乏しすぎる。

+ 新興感染症に対する対策の研修を行った歯科医療機関に対して初・再診料にプラス3点となったが、歯周基本治療処置10点が廃止になったためトータルでは実質減点となる。また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所におけるSPT算定時の加算がプラス120点しかなく大幅なダウンとなる。これでは、施設基準を辞退する歯科医療機関が増える恐れもある。口腔機能管理の対象範囲の拡大を行ったが、一番必要だと思われる対象年齢での算定率をみても、増える気配は全く感じられない。外来でのフレイル予防が進まなければ、施設や在宅での口腔機能低下は悪化の一途を辿るであろう。口腔機能管理料は、対象年齢の範囲を広げることで推進を図るのではなく、管理料を算定しやす

くするべきではないだろうか。

そして、総合医療管理加算に至っては、HIV感染症の患者さんだけを対象患者に追加したが、もっと総合的医療管理が必要な患者はたくさんいる。総合医療管理加算の対象疾患を患者・国民のため、HIV感染症だけでなく広く認めるべきで、この項目が医科歯科連携の突破口のはずなのに周術期の口腔管理とともに算定率は伸び悩むであろう。ただ、財源が少ない中、根管治療等の基礎的技術料に僅かながら加点して戴いたことは評価したい。

2025年には4人に1人が75歳以上となり、在宅医療のニーズが大幅に上昇するだろうと言われ、その備えとなる地域包括ケアの確立は急務だ。しかし、在宅訪問診療や医科歯科連携の推進も今次改定の内容では期待できない。中医協のメンバーや厚生労働省の担当者は、もっと現場に降りてきて保険医の苦悩を見てほしい。歯科診療現場の実態、臨床の場に立つ保険医の声に合致した診療報酬にするため、机上の空論ではなく実態に即したより一層の創意工夫を熱望する。

2022年2月25日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

都内全域への「子ども医療費助成制度」の拡充を求める

この度、東京都が「子ども医療費助成制度」の対象を所得制限付きで中学3年生から高校3年生までに拡大すると発表した。協会はこれまで保険で安心してきちんとした診療を受けられるようにという目的と、急速に超高齢社会が進む日本において、将来を担う子ども達を健全に成長させることは社会が果たすべき責任であるという理由から10年以上にわたり東京都へ子ども医療費助成制度の拡大を要望し続けてきた。この度我々の想いがついに実った。

全国保険医団体連合会が2020年に全国的に実施した「学校健診後治療調査」でも、健診後に「要受診」と判断された生徒の未受診率が全診療科で特に高校生において顕著に表れた。大半の市区町村が、15歳の年度末までを医療費助成の対象としており、対象外である高校生において、受診抑制が生じていることがこの結果からうかがえる。

この対象年齢の拡大は、「高校生の未受診率」の減少や「高校生になると一部負担金が3割にな

ることから、中学生のうちに治療を終わらせるように案内を出しているという」現場の意見の解消にも繋がり、大いに評価できるものである。

そのような前進がある一方で、多摩地区の多くの市・町では、子どもの一部負担金が1回の外来受診について200円を負担しなければならない問題は、いまだに解決されていない。

2017年に当協会が実施した「学校歯科治療調査」では、学校歯科健診で「要受診」と診断された後の歯科医院の受診率は、一部負担金の有無により、大きな差が表れている。また、一部負担金が課せられている地域の養護教諭からは、「要受診」と学校で診断されても、「一部負担金があることで受診勧奨をしにくい」等の声も多く挙がっていた。

協会は、居住地によって子どもが必要な医療を受けられないような医療費助成制度ではなく、すべての子どもたちがいつでも安心して必要な医療を受けられるよう、今後も一部負担金の廃止を求めている。

2022年3月10日
東京歯科保険医協会
地域医療部長 横山靖弘

オンライン資格確認システムの導入は自由意思に任せるべき“義務化は撤回を”

厚労省は2023年4月より「保険医療機関及び保険医療費担当規則」に、保険医療機関等での「電子資格確認」の実施を盛り込むことで、義務化を行うとした。しかし国民や保険医療機関は義務化に必要性を感じているであろうか。今回のオンライン資格確認システムの導入義務化は医療を利用してマイナンバーカード（以下、マイナカード）普及を行う政策であることは明らかで、歯科医療に携わるものとして疑問を感じる。

オンライン資格確認システムは、マイナカードに健康保険証機能を紐づけた「マイナ保険証」を読み取る機械＝顔認証付きカードリーダー（以下、カードリーダー）を保険医療機関等に設置し、本人確認を行う仕組みで、国は「医療DX」の基盤と位置付けている。

マイナカードの普及はポイントを付与するなどして、普及促進を図っているが、「必要性を感じられない」「身分証明書は他にもある」「個人情報への漏えいが心配」「紛失や盗難が心配」（マイナンバー制度に関する世論調査 内閣府）などの理由で普及が進んでいない。そのため、だ

れもが利用する健康保険証の機能を追加し、医療機関にカードリーダーの設置を義務付けることで、導入促進を図ろうとしているのだろう。マイナ保険証の利用に関しても問題が多い。マイナ保険証は受診の度に提出が必要である。他にもマイナカードそのものに有効期限があり期限が切れれば使用ができない、更新の際には役所に行く必要があるなども指摘されている。

カードリーダーの申し込み状況は、東京の歯科保険医療機関では47.7%（7月31日現在）に留まっている。紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関等は義務化の例外となったが、東京で67.6%の歯科医療機関が利用しているCD等による請求は義務化の対象となったままである。

会員からは「保険証が有効であるか確認できる安心感がある」との声も聞くが、「カードリーダーやパソコンを置く場所が無い」「1日の来院患者が少ない当院では利用目的がよくわからない」「保険証だけで十分なのに、なぜわざわざマイナンバーを取り扱う必要があるのか、セキュリティ面の不安が増えるだけだ」など、必要性を疑問視する声が圧倒的だ。

特に問題なのは、何も知らない高齢者などが端末にマイナカードを置いてしまい、知らないうちに保険証と紐付けられて2度と紐付けを解けないことだ。さらには、その作業に医療機関が協力してしまうことも大きな問題だ。また、通信障害や機械のエラーで利用ができなかった場合、このシステムを義務化した国は患者や医療機関に対して保障をするのだろうか。医療機関としてはマイナ保険証のみを持参した患者に対して、システムが使えない場合は10割負担で患者に受診してもらわざるを得なくなる。中医協の資料では導入することのメリットしか記されていないが、根本的にシステムが使えなくなるトラブルが起こった場合の対応など、まったく起こりえないような議論しかされていない。導入を義務化するのであれば、トラブルが起こった場合の対応について十分な議論が必要なのではないだろうか。

厚労省ではオンライン資格確認システムの普及促進のため、カードリーダーを申し込んでいない医療機関等に電話をかけ、簡易書留での案内を始めた。案内を受け取った医療機関では不安になり、協会に問い合わせが多く寄せられている。

私自身カードリーダーを導入し、実際にどのような問題があるか検証した。まず、設置の為の手続きやネット環境の整備が非常に複雑で大

変であった。設置工事には半日を要しその間はカルテを見る事ができず保険診療ができなくなった。また狭い受付スペースへの設置のため場所が取られ不自由している。設置4ヶ月が経過した現在、マイナカードを使用した患者はたったの2名であった。乳幼児医療費助成制度（マル乳）等を利用の場合は、受給者証を原本で確認が必要なため、窓口業務は変わらない事にも気づいた。顔認証に使用するパソコンはWindowsに限定されており、更新の度に端末が使用不能になり、業者に連絡を取らざるを得ず、数時間利用できない等の問題が発生した。幸い現在は利用者が少なく大きなトラブルにはなっていないが、患者側の立場からすれば、使おうと思ったときに使えないことがあれば、義務化を指示した国ではなく医療機関に不信感を抱くだろう。このような問題点がある中での導入は院長の自由な判断に委ねられるべきであり、導入を決める際には実際にトラブルが起きた場合の対応をよく考える必要があるだろう。政府・厚労省には、現場の声に耳を傾け、現場が不安を抱かないよう丁寧に説明をするよう求める。「義務化になったら仕事を引退する」「保険医を辞める」と話している先生もいる。オンライン義務化のために辞めるのでは、地域医療へ与える影響も懸念される。現場にとってはそれほど重要な問題である。導入は自由意思に任せるべきで、強制的な「義務化」は撤回するよう強く求める。

2022年8月23日
東京歯科保険医協会
経営管理部部長 相馬基逸

健康保険証の廃止は今後大きな禍根と問題を生じさせる

政府は2024年秋に、健康保険証を廃止してマイナンバーカードと一本化するとの方針を発表した。確かに、国民全てが所持している健康保険証を一本化すれば、一気にマイナンバーカードを普及させることができるであろう。歯科保険医の中でもその評価は分かれている。時代の流れであるとして賛成する意見が散見される一方、今の健康保険証には問題が無く廃止する意味が解らないなど様々である。

しかし、健康保険証は、医療機関の窓口で提示をすれば、いつでも、どこでも、だれもが、日本国内で等しく医療が受けられる大切なもの

として広く国民に定着している。これをマイナンバー普及の手段として利用し、いきなり廃止するということは、国民の命と健康の維持に重大な影響を与えることになる。国はその重要性を認識するべきだ。

そもそもマイナンバーカードは普及が進んでいない。その背景には、政府に個人情報管理を委ねることに対する不信感がある。2024年秋までに全国民に取得させるのは、時間的にもあまりにも無理な計画である。

河野デジタル大臣は10月13日に記者会見でマイナンバーカード未取得者への医療提供を問われ「広報する」と回答した。その後10月28日には岸田首相が「新たな制度を用意する」と方針を変更した。しかし、新生児の健康保険証発行の問題、要介護者がマイナンバーカードを取得できるのかなど、これから検討する課題も多く、まずは試験運用を行い、多くの問題を解消してもらいたい。

国民の医療を受ける権利を保証する健康保険証を拙速に廃止してマイナンバーカード取得を実質義務化のために一本化する政府方針は、今後大きな禍根と問題を生じさせることは明らかである。我々医療人はこの問題を注視して行く必要があり、健康保険証廃止には反対である。

2022年10月28日
東京歯科保険医協会
政策委員長 松島良次

防衛費ではなく医療・社会保障を充実させ平和な日本を

12月5日、岸田首相は、防衛費を5年間で総額43兆円とするよう指示しました。現行の防衛費予算を倍にしようというもので、相手国のミサイル発射拠点をたたく反撃能力の整備などにあてるとしています。専守防衛を国是としてきた日本が、相手国を射程範囲に含める戦力を保持するということは、相手国に脅威を与え、ひいては果てしない軍拡競争に突入してしまう恐れがあります。

防衛費増額の財源は、歳出改革、剰余金や税外収入の活用、税制措置などを挙げています。実際に政府の有識者会議では財源の一つに国立病院機構と地域医療機能推進機構の積立金合わせて約1,500億円の早期返納を挙げています。歳出の削減では医療費や社会保障関連費用が狙われています。自民党幹部からは「社会保障の

水準を切り下げも議論」という意見も出ています。首相も 2027 年度約 1 兆円強の増税を示しました。東日本大震災からの復興予算にあてるため、所得税に上乗せされている「復興特別所得税」の一部を活用する案も出ています。

世界銀行が公表したデータによれば、2022 年 9 月現在の合計特殊出生率世界ランキングで日本は 187 カ国中 174 位です。このままでは少子化で日本が亡びてしまいます。内閣府の子育て予算国際比較（対 GDP 比）ではスウェーデン 2.9%、フランス 2.8%、イギリス 2.2%、ドイツ 1.9%、日本 0.6%となっています。防衛費を増やすより、少子化対策や医療・社会保障の改善が急務です。今が岐路の時です。私たちの医療や社会保障を守る運動は本当の意味で「国を守る」ことにつながっていくのです。

東京歯科保険医協会は命と健康を守る医療人としての立場から、あらゆる戦争に反対します。引き続き、憲法を守り、社会保障の充実、平和な日本を目指す活動を行っていきます。

2022 年 12 月 14 日
東京歯科保険医協会
反核平和担当理事 矢野正明

役員一覧

(第41回定期総会以降)

※敬称略

第41回総会

任期 2013 年 6 月 20 日～ 2015 年総会

役 職	氏 名	地 区	備 考
会 長	松島 良次	目黒	
副会長	呉橋 美紀	大田	
	濱 克弥	千代田	
	藤野 健正	渋谷	
	森元 主税	北	
	矢野 正明	板橋	
理 事	加藤 開	豊島	
	川戸 二三江	渋谷	
	定永 健男	中央	* 1
	相馬 基逸	品川	* 2
	高山 史年	豊島	
	竹田 正史	江東	
	坪田 有史	文京	
	中川 勝洋	港	
	橋本 健一	東村山	
	馬場 安彦	世田谷	
	濱崎 啓吾	練馬	
	半田 紀穂子	台東	
	茂木 伸夫	文京	
	本橋 昌宏	荒川	* 3
	山本 鐵雄	大田	
	横山 靖弘	港	
監 事	浅井 武彦	新宿	
	南條 芳久	立川	

* 1 2014 年 2 月付死亡退会

* 2 2014 年度第 1 回理事会で補充

* 3 2014 年度第 1 回理事会で補充

顧 問	山本 道枝	大田	
	渡辺 吉明	新宿	

第43回総会

任期 2015 年 6 月 21 日～ 2017 年総会

役 職	氏 名	地 区	備 考
会 長	松島 良次	目黒	
副会長	呉橋 美紀	大田	
	坪田 有史	文京区	
	濱 克弥	千代田	
	矢野 正明	板橋	
	山本 鐵雄	大田	
理 事	加藤 開	豊島	
	川戸 二三江	渋谷	
	篠原 亨太郎	東村山	
	相馬 基逸	品川	
	高山 史年	豊島	
	竹田 正史	江東	
	中川 勝洋	港	
	橋本 健一	東村山	
	馬場 安彦	世田谷	
	濱崎 啓吾	練馬	
	早坂 美都	世田谷	
	半田 紀穂子	台東	
	藤野 健正	渋谷	
	本橋 昌宏	荒川	
	森元 主税	北	
	横山 靖弘	港	
監 事	浅井 武彦	新宿	
	西田 紘一	八王子	

顧 問	山本 道枝	大田	
	渡辺 吉明	新宿	

第45回総会

任期 2017 年 6 月 18 日～ 2019 年総会

役 職	氏 名	地 区	備 考
会 長	坪田 有史	文京	
副会長	加藤 開	豊島	
	呉橋 美紀	大田	
	馬場 安彦	世田谷	
	松島 良次	目黒	
	山本 鐵雄	大田	
理 事	岡田 尚彦	世田谷	* 1
	川戸 二三江	渋谷	
	川本 弘	足立	* 2
	相馬 基逸	品川	
	高山 史年	豊島	
	中川 勝洋	港	
	橋本 健一	東村山	
	濱崎 啓吾	練馬	
	早坂 美都	世田谷	
	半田 紀穂子	台東	
	福島 崇	大田	
	藤野 健正	渋谷	
	本橋 昌宏	荒川	
	森元 主税	北	
	矢野 正明	板橋	
	横山 靖弘	港	
監 事	浅井 武彦	新宿	
	西田 紘一	八王子	

* 1 2018 年度第 17 回理事会で補充

* 2 2018 年度第 17 回理事会で補充

第47回総会

任期 2019 年 6 月 16 日～ 2021 年総会

役 職	氏 名	地 区	備 考
会 長	坪田 有史	文京	
副会長	加藤 開	豊島	
	川戸 二三江	渋谷	
	馬場 安彦	世田谷	
	松島 良次	目黒	
	山本 鐵雄	大田	
理 事	阿部 菜穂	江東	* 1
	岡田 尚彦	世田谷	
	川本 弘	足立	
	呉橋 美紀	大田	
	相馬 基逸	品川	
	高山 史年	豊島	
	中川 勝洋	港	
	橋本 健一	東村山	
	濱崎 啓吾	練馬	
	早坂 美都	世田谷	
	半田 紀穂子	台東	
	福島 崇	大田	
	本橋 昌宏	荒川	
	森元 主税	北	
	矢野 正明	板橋	
	横山 靖弘	港	
監 事	西田 紘一	八王子	
	藤野 健正	渋谷	

* 1 2020 年度第 19 回理事会で補充

顧 問	浅井 武彦	新宿	
-----	-------	----	--

第49回総会

任期 2021 年 6 月 13 日～2023 年総会

役 職	氏 名	地 区	備 考
会 長	坪田 有史	文京	
副会長	加藤 開	豊島	
	川戸 二三江	渋谷	
	馬場 安彦	世田谷	
	松島 良次	目黒	
	山本 鐵雄	大田	
理 事	阿部 菜穂	江東	
	池川 裕子	葛飾	* 1
	岡田 尚彦	世田谷	
	川本 弘	足立	
	呉橋 美紀	大田	
	相馬 基逸	品川	
	高山 史年	豊島	
	中川 勝洋	港	* 2
	橋本 健一	東村山	
	濱崎 啓吾	練馬	
	早坂 美都	世田谷	
	半田 紀穂子	台東	
	福島 崇	大田	
	本橋 昌宏	荒川	
	森元 主税	北	
	矢野 正明	板橋	
	横山 靖弘	港	
監 事	西田 紘一	八王子	
	藤野 健正	渋谷	

* 1 2022 年度第 7 回理事会で補充

* 2 2022 年度第 5 回（暫定）理事会で辞任

顧 問	浅井 武彦	新宿	2023 年 3 月 辞任
	中川 勝洋	港	第 50 回 定期総会 で選出

第51回総会

任期 2023 年 6 月 18 日～2024 年総会

役 職	氏 名	地 区	備 考
会 長	坪田 有史	文京	
副会長	加藤 開	豊島	
	早坂 美都	世田谷	
	馬場 安彦	世田谷	
	本橋 昌宏	荒川	
	山本 鐵雄	大田	
理 事	阿部 菜穂	江東	
	池川 裕子	葛飾	
	岡田 尚彦	世田谷	
	川戸 二三江	渋谷	
	川本 弘	足立	
	呉橋 美紀	大田	
	相馬 基逸	品川	
	高山 史年	豊島	
	橋本 健一	東村山	
	濱崎 啓吾	練馬	
	半田 紀穂子	台東	
	福島 崇	大田	
	松島 良次	目黒	
	森元 主税	北	
	矢野 正明	板橋	
	横山 靖弘	港	
監 事	西田 紘一	八王子	
	藤野 健正	渋谷	

顧 問	中川 勝洋	港	
-----	-------	---	--

東京歯科保険医協会

設立 50 周年誌「現在 過去 未来へ 3 ～歩みを顧み、明日に望む～」

2023 年 9 月 10 日 初版発行

編 集 東京歯科保険医協会 50 周年企画運営委員会

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 株式会社きかんし

非売品



保険で安心してきちんとした診療ができるようにしよう

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 / mail:info@tokyo-sk.com