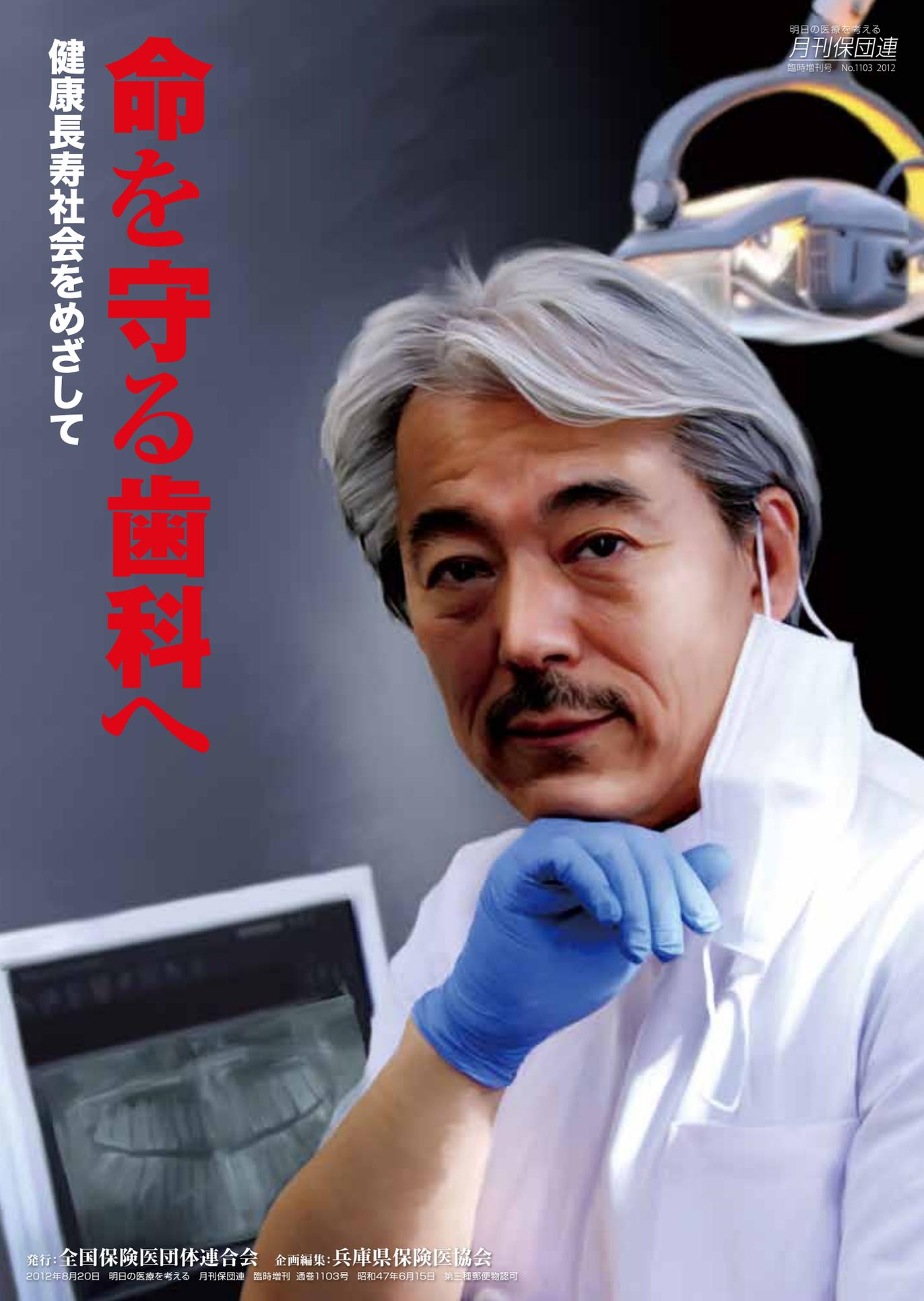


命を守る 歯科へ

健康長寿社会をめざして



より良く食べることは、 より良く生きること。

人間が生きるために一番大事なこと、それは食べることです。食べることで栄養を補給し、日々の活動のエネルギーとなります。それは口から始まります。口に食べ物を入れ、歯で噛み飲みこむ。あまりにも当たり前のことで、ほとんど意識することはないですが、とても大事なことです。口と歯の健康＝口腔の健康こそ、「食べる」「味わう」「話す」「歌う」「コミュニケーションする」といった、毎日の生活を元気に楽しくする基本です。

失ってから初めて分かる歯の大切さ

普段は意識しないのに、「歯痛」や「歯周病」になればその苦痛は耐えられないものです。「もっと早くに歯医者に行っておけば良かった」と、痛くなって痛切に感じたりします。歯を失わないよう大切にします。痛くなってから行くのではなく、痛くならないように「予防」することこそ最善なのです。

命と健康を守る歯科への願い

「食べる」「話す」などの多様な機能を持った口腔。その健康を守る歯科は、保健・医療・介護を通じて、人生を豊かで安心して暮らすために不可欠な役割を担っています。少子高齢社会の今、「健康寿命」が最も大事なキーワードになっています。これからの歯科は「削る、抜く、詰める」という事後対応から、全身の健康と予防とも連なる「命を守る」時代になってきました。

歯の健康格差が広がっている

こうした「命を守る歯科」へのニーズが高まっています。しかし、長らく続く「低医療費政策」により、この国民のニーズに応えられていません。それどころか、「いつでも、どこでも、誰でも、お金の心配なく受けられる医療」を理念とした、「国民皆保険制度」を維持することすら困難になっています。そして「経済格差」の拡大が「健康格差」へ、さらには「歯と口腔の健康格差」へ広がっているのです。日本の歯科はいったいどうなるのか？ どうしたらいいのか？ 一緒に考えてみませんか？



はじめに

「歯の健康格差」を克服し、 「命を守る歯科」「保険でより良い歯科」へ

今日の歯科は保健・医療・介護を通じて、「食べる」「話す」などの口腔の多様な機能の維持・向上を目的とした予防・治療などにより、人生を豊かで安心できるものとすることに貢献し、人間らしく健康な生活を営む上で不可欠な役割を担っています。

超少子高齢化社会の到来の中で、「健康寿命」（平均寿命から介護状態の期間を引いたもの）という考えが注目を集めています。今日の歯科は「歯を削って、抜いて、詰める」といったイメージから脱却し、歯科治療と全身疾患の関連による「生命」との関わりが明確な時代になってきています。

日本の歯科の水準は世界の先進諸国と同等かそれ以上に高いレベルへと発展し、国民の口腔状態を改善させてきました。とくに、最重症の無歯顎率（歯のない状態の顎の人の割合）をとってみても、先進国の中でも優れて低い数値です。そして、世界でもまれにみる補綴(注)まで保険給付があるということは、憲法25条の生存権に基づき、「いつでも、どこでも、誰もが、お金の心配をせず保険で良い歯科を」受けられるよう、半世紀にわたり守り続けてきた、「国民皆保険制度」による大きな成果といえます。この「国民皆保険制度」により、日本の医療は世界保健機構（WHO）から健康達成度世界1位の評価を得ています。

この成果は、現場で献身的に頑張ってきた多くの歯科医療関係者の努力によるものでもあると自負しています。しかしながら、数十年続く低診療報酬など国の貧困な「低医療費政策」のもとで、とくに「小泉構造改革」以後、国民や歯科関係者の間に様々な矛盾がいつそう拡大しています。

長引く不況と庶民の肩に重くのしかかる経済的負担の影響で貧困と格差が拡大し、生活さえままならない層も増加しています。就労状況、給与等も悪化し、それらは国民の健康維持を損なう結果も生んでいます。患者窓口負担増などによる歯科受診の抑制もあいまって、経済格差の広がりが「健康格差」につながり、低所得層には「口腔崩壊」の状態が起きています。

また、長年続く著しく低い歯科診療報酬の中では、歯科医療従事者の現場の頑張りだけでは、歯科医療を高い水準で維持することは困難になっています。

その一方で、超少子高齢化、歯科疾病構造の変化、医学の進歩、人権の進展といった歴史的な変容の中で、歯科医療も大きな転換が必要になってきています。

「命を守る歯科」という、新たな社会の要請に応えるべく、医療人として専門性を発揮して安全で安心な歯科医療ができるよう、「保険でより良い歯科」へ、制度改善をみなさんと考えていきます。

(注) 補綴 (ほてつ)

歯が欠けたり失われてしまった部分を被う物で、冠（歯のかぶせ）、ブリッジ（橋渡し式の固定装置）、義歯（入れ歯）などを指します。憲法25条に基づく日本の皆保険制度の下では、歯科医療保険給付の内容は、欧米諸国の中でも優位性を示している面もあります。不十分な面は多々あるものの、補綴については、アメリカ、イギリス（18歳以上の成人の負担率8割）、ドイツ（補綴の負担は5割）、フィンランド（成人6割）と比べれば、高い給付水準にあります。

C O N T E N T S



1

- 1-1 高齢化で高まる専門的口腔ケアの重要性 …………… 3
- 1-2 全国民が切れ目なく歯科健診を受けられる制度づくりを …………… 5
- 1-3 子どもの歯科の充実を …………… 6
- 1-4 病院歯科、医科歯科連携の拡充を …………… 8

歯が“健康”を支えている

| | |
|---------------------------------|---|
| 全身の健康にとって高まる歯科のニーズ …………… | 1 |
| 高齢化で高まる専門的口腔ケアの重要性 …………… | 3 |
| 全国民が切れ目なく歯科健診を受けられる制度づくりを …………… | 5 |
| 子どもの歯科の充実を …………… | 6 |
| 病院歯科、医科歯科連携の拡充を …………… | 8 |



2

- 2-1 高すぎる患者窓口負担 …………… 13
- 2-2 高すぎる国保料・保険証取り上げ …………… 14
- 2-3 保険がきかない …………… 17
- 2-4 低すぎる保険点数 …………… 19

深刻な“歯科医療危機”

| | |
|---------------------------------------------|----|
| 高まるニーズに応えられない現状と解決策 …………… | 9 |
| 歯科受診を国民はガマン 「格差と貧困」をもたらした「構造改革」と社会保障切り捨て | |
| 高すぎる患者窓口負担 …………… | 13 |
| 高すぎる国保料・保険証取り上げ …………… | 14 |
| 保険がきかない …………… | 17 |
| 低すぎる保険点数 …………… | 19 |



3

- 3-1 16年間増えない歯科医療費 …………… 21
- 3-2 “保険でより良い歯科医療”を充実させる財源は十分にある …… 23
- 3-3 ヨーロッパ並みの医療費水準で
“保険でより良い歯科医療”の充実へ …………… 25

歯科ニーズに応えるために、 低医療費政策の転換を

| | |
|-------------------------------------------|----|
| 16年間増えない歯科医療費 …………… | 21 |
| “保険でより良い歯科医療”を充実させる財源は十分にある …… | 23 |
| ヨーロッパ並みの医療費水準で “保険でより良い歯科医療”の充実へ …………… | 25 |

“保険でより良い歯科”で健康長寿社会へ 私たちの提案 …………… 27

寄稿 「命を守る歯科へ—大震災の経験から」
神戸常盤大学教授・「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会世話人 足立了平 …………… 29



歯が“健康”を支えている

全身の健康にとって高まる歯科のニーズ



少 子高齢社会を迎えた我が国では、「健康寿命」に国民の関心が集まる時代へと変化してきています。

「食べる」「話す」などの口腔の多様な機能の維持・向上を目的とした予防・治療が、健康で豊かな人生に貢献することも実証されています。「生活習慣病」など慢性疾患の治療・改善の基礎に「運動」とともに「食事」が重要な位置を占めており、国民の栄養摂取に歯科の果たす役割は大きいのです。

噛むこと、口から食物を摂ることは、栄養摂取の点で優れているだけでなく、精神的な安定に強く関与していることも医療現場で多く実感されています。中枢神経をはじめ全身との関わり、様々な疾患との関わりも重視されつつあります。

従来、「歯の病気では死なない」ということが常識とされる時代でしたが、この「健康寿命の時代」では、まさに、「高齢者は歯が命」といってよい時代となっています。

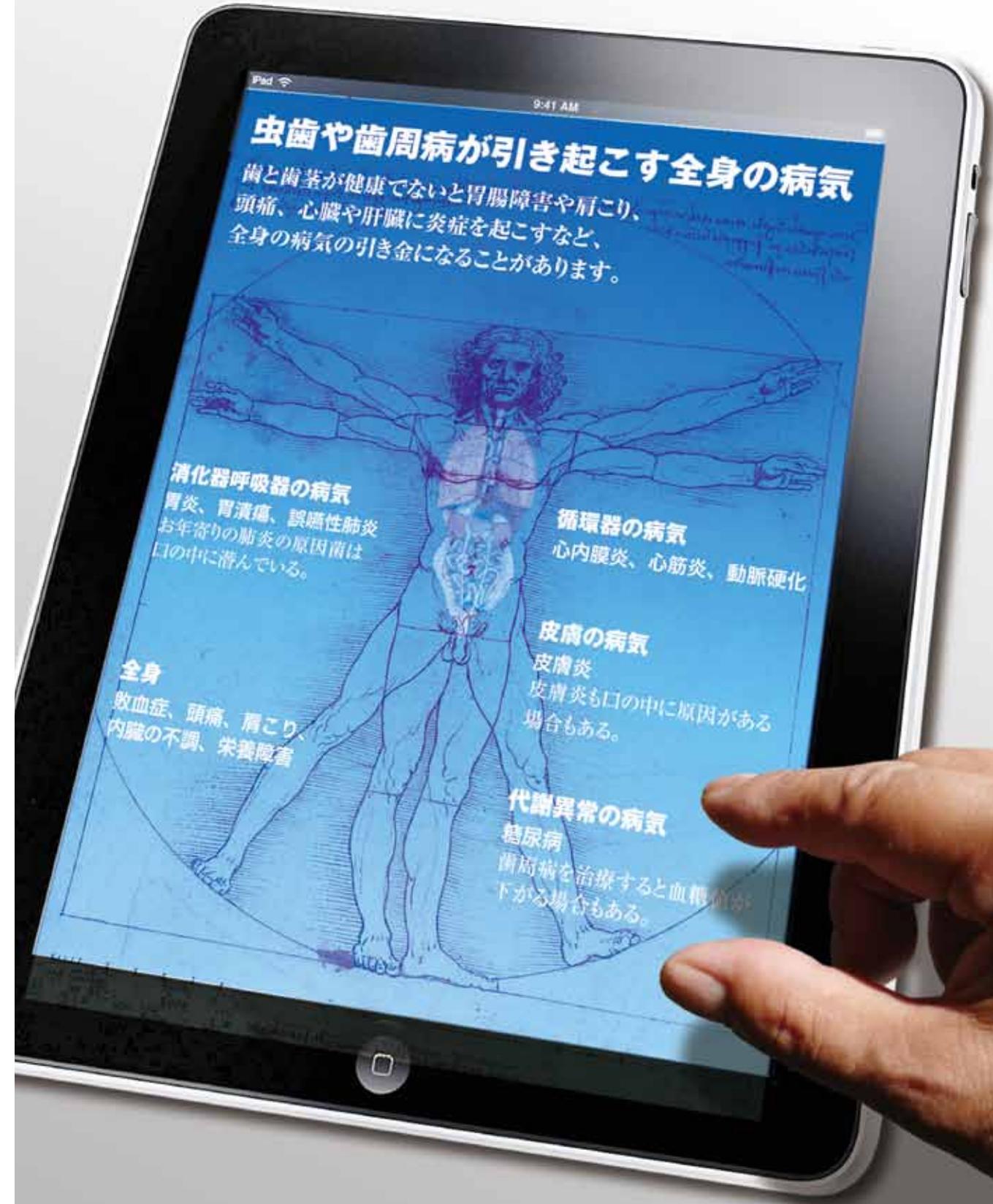
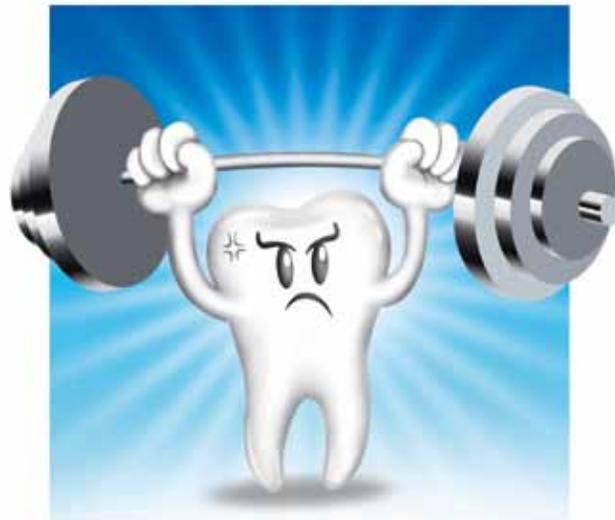
医学の発展の中で、口腔の病気（口の中の汚れ、歯周炎などの病気）が肺炎、心臓病や血管の病気、糖尿病等の引き金となったり、増悪させたりしていることがわかってきました。

歯の喪失も健康に大きな影響を与えることが明らかになってきています。歯の喪失とアルツハイマーやうつ傾向との関連を指摘する研究報告が増えていま

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

歯を失っている高齢者が、義歯装着で噛む機能を確保できるかどうかは生活の維持・向上に大きな影響をおよぼすことも明らかになってきました。

高齢化が進む中、口腔ケアは歯科でも新たな貢献分野として普及拡大し、在宅、介護分野、病氣療養、入院医療にも欠かせないものになりつつあり、歯科関連職種の間口栄養に関わる守備範囲も拡大し、他の医療職との連携も広がっています。





高齡化で高まる専門的口腔ケアの重要性



睡眠 眠中に唾液や胃液が気管内に入った
り(不顕性誤嚥)、細菌が唾液や胃液
と共に肺に流れ込んで生じる肺炎(誤
嚥性肺炎)や、脳梗塞や心筋梗塞の原因となる
血栓の中に、歯周病菌や虫歯菌の存在が明らか
にされており、専門的口腔ケアが有効との認識
が近年広まっています。

口から食べる機能に障害がある(摂食・嚥下・
咀嚼機能障害)患者数は現在78万人と推計されて
います。口腔機能を向上させ、口から食べることが
できるようになれば、高齢者の低栄養状態を改
善できます。

また、脳血管障害や認知症、パーキンソン病
のほとんどの患者には、摂食・嚥下・咀嚼機能
障害があるので、こうした疾患をもつ要介護高齢
者・障害者への対応が必要となっています。

さらに、寝たきりの高齢者では「歯がない」「義
歯で噛めない」などの咀嚼機能を改善すると、軟
便、便秘、下痢、低栄養、褥瘡(床ずれ)が改善
され、免疫力が向上します。

日本の高齢者の大半は歯科疾患をもっています。
残っている歯の本数は増えていますが、多くの要
介護高齢者は、虫歯の治療、歯垢や歯石の沈着、

歯の欠損が放置されたままになっているのです。
これらを改善するためにも、歯科医師や歯科衛生
士による「専門的口腔ケア」^(注)が不可欠になっ
ています。

歯科訪問診療を受けている患者数は現在18万
3800人(厚労省「平成20年医療施設調査」)で、
全要介護高齢者の5.6%しか歯科訪問診療を受け
ていないことになります。また、訪問診療を実施
している歯科医療機関は全歯科医療機関の18%
にすぎません(厚労省「医療施設調査」)。

さらに、介護施設での歯科訪問診療と比べて
も、病院、在宅では歯科疾患の病態が深刻な場
合でも、歯科訪問診療や専門的口腔ケアは、ほと
んど行われていないのが実情です。

専門的口腔ケアを根付かせるためには

専門的口腔ケアに対する重要性がまだまだ定
着していない原因には、少ない生活費の中から、
歯科医療をあきらめざるをえないという経済的な
問題があります。

専門的口腔ケアを根付かせるためには、重要な
役割を担う歯科衛生士が、病院や介護施設などの
施設で歯科衛生士法に定められた3つの役割(歯

^(注)「**口腔ケア**」という用語は、単なる歯磨き、歯磨き介助から、咀嚼・嚥下機能の回復、構音・会話障害の改
善、そして歯科医師、歯科衛生士の「専門的口腔ケア」までを含む言葉として使われ、主に①口腔衛生状態の改
善(看護師や施設職員による歯磨き介助などの日常的口腔清掃)、②口腔機能の向上(歯科衛生士、看護師、介
護士、言語聴覚療法士など専門職種の間によって行う摂食・嚥下機能の回復や構音障害の改善、食支援など)、
③歯科医師や歯科衛生士が行う歯科疾患の医学的管理(歯科の診査・診断などを経て行われる専門的口腔ケア)
など、主に3つの目的で行われています。

科予防処置、歯科診療補助、歯科保健指導)を
発揮できるように条件の整備を行うとともに、療養病
床や介護老人保健施設等に、歯科に関わる管理責
任者として歯科医師と歯科衛生士を配置すること
が望まれます。歯科を併設する余裕のない中小病
院では、地域の開業歯科医師と連携し、入院患者
への歯科訪問診療・診療、専門的口腔ケアが受け
入れられる体制づくりも必要です。

また、専門性にみあった歯科診療報酬と介護
報酬にする必要もあります。摂食障害や誤嚥性肺

炎を予防する歯科診療や往診に対する様々な制
限は解消されるべきです。介護認定にあたって
歯科医師による意見書の提出、ケアプランへの口
腔ケアの組み込みなど、歯科医療の関与を強め
るような制度改善も重要です。

さらに、口腔ケアとともに、精神疾患患者、障
害者をはじめ歯科医療の必要性が高く、受診の
機会が得にくい患者への施策も求められます。一
定規模以上の精神科病床を有する病院、障害者
施設には歯科の併設が望まれます。

- ①在宅・施設療養者などの経済的負担を軽減させる
- ②保健所・病院・介護施設に歯科医師と歯科衛生士を常勤配置させる
- ③介護保険と医療保険における歯科分野の報酬を充実させる
- ④介護保険のケアプランに口腔ケアを必須とし、介護認定での歯科
医師の意見書提出をはかる
- ⑤精神科病棟、障害者施設に歯科の併設を促す





L-2 全国民が切れ目なく 歯科健診を受けられる 制度づくりを

「国民病」と言われる歯周病（歯周炎・歯肉炎）にかかっている日本の成人は、自覚症状の有無にかかわらず8割近くとも言われています（図）。この潜在的な歯科疾患患者の治療や歯周病の予防・治療・医学管理を促せば、歯科のニーズは大きく広がっていきます。

歯科疾患の早期発見・早期治療のためには、すべての住民が定期的な歯科健診を受けられるような制度づくりが必要です。しかし、日本では成人の健診率は数パーセントにすぎず、他の先進国と比べても著しく立ち遅れています。

現在、自治体による妊婦・母子健診、学校・

自治体・事業所健診など様々な機会・分野で歯科健診が実施されていますが、まだまだ不十分です。多くの労働者や自営業者、高齢者が歯科健診を受ける機会ほとんどない状態です。労働安全衛生法などでは歯科健診は義務化されていません。すべての住民が歯科健診を切れ目なく定期的に受けることが可能な制度づくりが必要です。

2011年に制定された歯科口腔保健法の趣旨を活かすよう、全年齢を対象にした歯科無料健診制度の創設や、すべての保健所等に常勤の歯科医師と歯科衛生士の配置を義務づけるなど、歯科保健の向上をはかることが求められています。

- ①全年齢を対象にした歯科無料健診制度を創設すること
- ②保健所等に常勤の歯科医師と歯科衛生士の配置を義務づけること

図 歯肉炎・歯周炎（歯周病）の罹患率

歯がない
11.0%

歯周病に罹っている人は
成人の8割



出典：「平成17年歯科疾患実態調査」厚生労働省調べ
歯肉の所見の有無（性・年齢階級別/20歳以上）より作成



L-3 子どもの歯科の充実を

少 子化時代の今こそ、子どもの歯科の充実をすすめることが重要です。

妊婦の歯科健診は国庫補助や都道府県の助成がないために、一部の自治体でしか実施されていません。国庫補助を行い全自治体で実施をはかるべきです。

学童期（小・中・高校）の健全な成長にとって、咀嚼や構音（発音の操作）の正常な育成は不可欠です。小児の矯正についても、学校健診でも検査・指摘事項となっている歯列不正に対する治療は保険が導入されるべきです。とくに、学童期の歯列不正・咬合不全で、成長期に行われる咬合誘導法や、永久歯が生えそろうて以降の矯正治療についても保険を導入すべきです。

食育にも歯科の参画が重要です。適切な食事と運動が健康にとって一番身近で大切なものであることは、「21世紀における国民健康づくり運動」（「健康日本21」）でも言われています。食育基本法に基づいた食育推進基本計画でも、食育を通じて生活習慣病等の予防をはかるため、普及や啓発活動の推進とともに、食生活を支える口腔機能の維持等についての指導の推進も掲げられています。歯科医師・歯科衛生士が保健所、行政の取り組み、学校や職域等を通じ、幅広く食べることによる健康づくり、口腔の健康づくりへ積極的に参画することが望まれます。

また、口腔崩壊は子どもにも顕著にあらわれてきています。「子どもたちに忍び寄る口腔崩壊」（2011年8月、NHK埼玉テレビ）、「歯医者に行けない子ども一むし歯急増の影に経済格差」（大阪毎日放送テレビ）といった報道がされ、経済的に余裕の無い家庭で子どもたちが受診できず、治療が中断、放棄された結果、子どもたちの「口腔崩壊」が進行していることが指摘されています。保護者の経済的事情に左右されないよう、国の制度で子どもの医療費無料化が求められます。



- ①妊婦の歯科健診に国庫補助を行い、全自治体で実施をはかる
- ②小児矯正の保険導入をはかる
- ③食育への歯科医師と歯科衛生士の参画を促す
- ④国の制度で子どもの医療費を無料化する



1-4

病院歯科、 医科歯科連携の拡充を

病

病院歯科は、難易度の高い口腔外科処置が必要な患者の受け皿として、また、合併症のある有病患者や障害者にとって、重要な地域医療の要です。そして、病院歯科は療養病床等で良好な療養環境であるとともに、歯科臨床研修の場でもあります。一般の歯科診療所と連携しての病院歯科の拡充が必要ですが、診療報酬が低すぎて手間のかかる治療に見合わず多くが赤字になっています。このため閉鎖が続き、1996年の1516施設をピークに、2010年には1084施設へと減少しています。病院歯科拡充のために診療報酬上の評価が高められるべきです。

とくに慢性長期療養病棟等を中心に病院歯科を設置するなどして、早急に1990年代の水準に戻すことが望まれます。

また、超高齢社会の中では、歯科の患者は有病者であることが多く、医科と歯科の連携が必要になっています。

歯周病は「糖尿病の第6の合併症」といわれているように、糖尿病患者は歯周病の罹患率・重症化率も高く、歯周病によってさらに血糖値を高めるという悪循環に陥ります。

糖尿病患者には、口腔内に重大な病気の前兆が早くから見られるので、糖尿病の治療計画に歯科検診を組み込むなどの医科歯科連携が必要になっています。

糖尿病をはじめ、高血圧症、心疾患、喘息、慢性気管支炎、甲状腺機能障害、副腎皮質機能不全、脳血管障害、てんかん、甲状腺機能亢進症、自律神経失調症などの全身疾患のある患者へ歯科治療上、必要な医学管理を行った場合には、診療報酬上の位置づけがされていますが(歯科治療総合医療管理料)、医科からの情報提供や歯科衛生士などの配置などの施設基準が厳しく、これを行っている歯科医療機関はほとんどありません。

2012年度の診療報酬改定では、糖尿病やダウン症などを有する患者に対して、歯周病の悪化や高い重症化リスクの治療(歯周病安定期治療)にあたっては、医科からの情報文書が必要とされていますが、医科歯科の連携が進んでいない現状では、「絵に書いた餅」になりかねません。

医科が歯科へ紹介したくなるインセンティブや、簡単な検査で歯科医師が病態の把握ができるようにすることで、医科歯科連携を実のあるものにしていくことが必要です。



①病院歯科の拡充を

②有病患者に対応した医科歯科連携の実質化を

2



深刻な“歯科医療危機”

高まるニーズに応えられない現状と解決策

少 子高齢社会で歯科の果たす役割はますます多岐にわたり重要になっていますが、そのニーズに応えられない現状があります。

あらゆる世代に経済的理由で、歯科受診を手控えたり、治療中断によって「口腔崩壊」という深刻な事態が広がっており、命に関わる重症例も生まれています。

国民の状況は「経済格差→歯科医療の格差→命の格差」と悪循環を広げています。貧困ゆえに、歯がボロボロに破壊されていても、歯科受診をする意欲を失っている人々もいます。経済的な理由や仕事の事情等で歯科を受診できない人々も多数います。

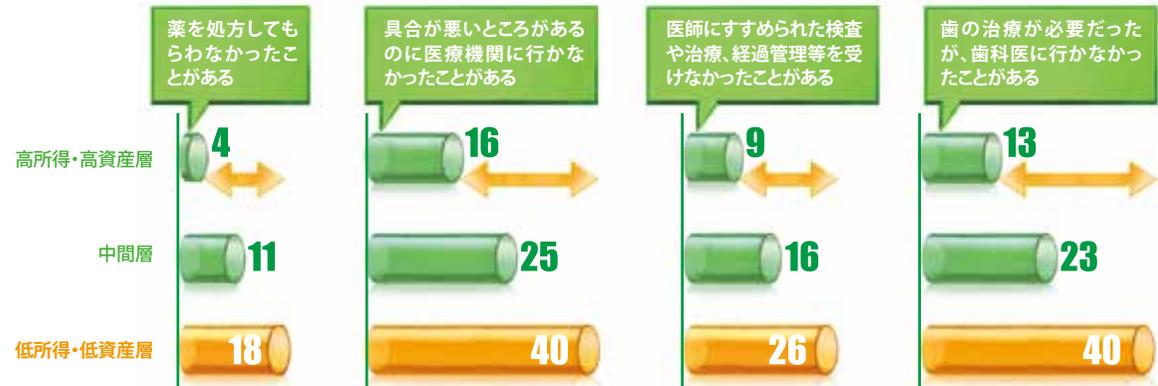
「時間がない」「費用が心配」を理由に約4割の方が受診を手控え、治療を放置する(保団連「歯科医療に関する市民アンケート」から)など、「健康格差」「歯科医療格差」が広がっているのです。

歯科受診を国民はガマン

貧困の広がりと同時に歯科医療費の窓口負担割合の拡大などで、低所得者のみならず中流といえる階層まで歯科受診を控えるようになっていきます。

経済力の弱い人には、受診抑制が生じている

世帯収入・預金総資産ともに回答した回答者

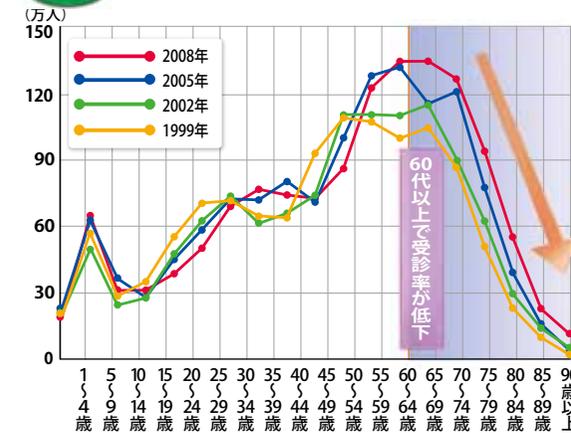


出典:「日本の医療に関する2007年世論調査報告」日本医療政策機構より作成



患者調査(厚労省)によると高齢者の歯科受療率は増加していますが、高齢化率の伸びほど高齢者の歯科受診は伸びていません。また、中高年の受療率は低下しています。

この20年間の年齢別歯科推計患者数の構造変化

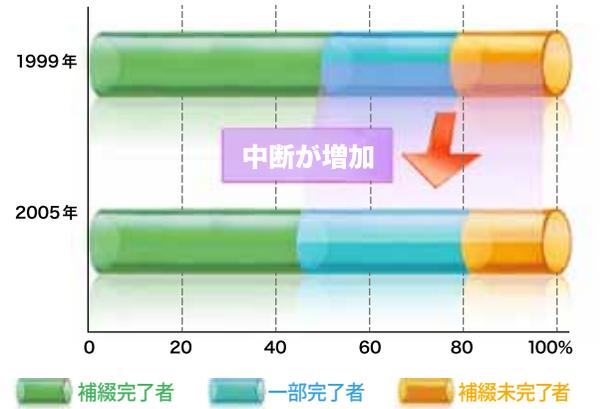


「患者調査」厚生労働省より作成

高齢者も含め最近では、歯科受診はするが治療途中での中断等の増加が目立っています。

補綴完了者・一部完了者・未完了者の推移

1999年まで補綴完了者の割合が増えていたが、2005年からは中断が増えている



出典:「歯科疾患実態調査」(厚生労働省)より作成



経済事情から放置して治療せず、エナメル上皮腫が悪化した事例

40代男性・無職 友人宅に間借り生活

下顎左側に“こぶし大”の腫脹(エナメル上皮腫)があり、重度う蝕歯も多数で、そのうちの7~8本は抜歯が必要なほどの状態。下顎は大きく腫れてアルバイトの仕事ができなくなり、経済的な厳しさから病院受診となった。



窓口負担が重い、前期高齢者になるのを待って治療を控えている事例

60代女性・国保

アルツハイマー型認知症で夫と2人暮らし、デイケアに毎日通っている。残存している歯22本のうち、12本が重度う蝕で歯の根のみ残っている状態。自身で歯磨きできず、歯肉に炎症も見られる。前期高齢者となってから治療を開始する予定。



生活苦から無保険となり、正露丸をつめて歯の痛みをずっと我慢してきた事例

50代男性・無保険→国保

自営で経営が苦しく廃業。以降はアルバイトで生活。残存歯24本のうち重度う蝕歯が16本。奥歯は正露丸をつめていたため黄色く変色。噛み合わせも崩壊していて、噛めない状態。10割負担覚悟で受診された。

出典:全日本国民連帯「歯科読書」より作成

「格差と貧困」をもたらした「構造改革」と社会保障切り捨て

口腔崩壊にまでいたる「歯の健康格差」をもたらした経済格差と貧困の拡大の原因は、90年代後半から続く、政府の新自由主義「構造改革」政策による賃金抑制とリストラ、社会保障改悪が行われ、国民生活に大打撃を与えているからです(図1)。

1999年には派遣労働を「原則自由化」する労働者派遣法の大改悪が行われました。この10年間で、従業員給与が減る一方で、大企業の内部留保が増大しました(図2)。

また、小泉構造改革によって、全国で医療崩壊が進みました。医療だけでなく、国民の貧困率は2009年に16%となり1985年以降、最悪となっています。生活保護受給者の自殺率が全国平均の2倍以上という異常な事態です。子どもや独り親世帯の貧困率では、社会保障制度等による富の再分配がされる前よりも再分配後のほうが悪化するという逆さまの事態で、こんな恥ずかしいデータは日本だけです(図3)。

社会保障切り捨てを推し進めた自民党政権から、「国民生活が第一」を掲げて誕生した民主党政権であっても、「社会保障と税の一体改革」と称してさらに社会保障を抑制しようとしています。政府は、社会保障支出の増大が財政赤字の原因であるかのように言いますが、日本の社会保障支出は先進国最低です(図4)。

このように、自民党政権から民主党政権へと続く、構造改革による雇用・生活破壊、社会保障改悪の影響が、「歯の健康格差」を招いているといえます。



図1 労働者の状態 出典：総務省「労働力調査」、国税庁「民間給与実態統計調査」より作成

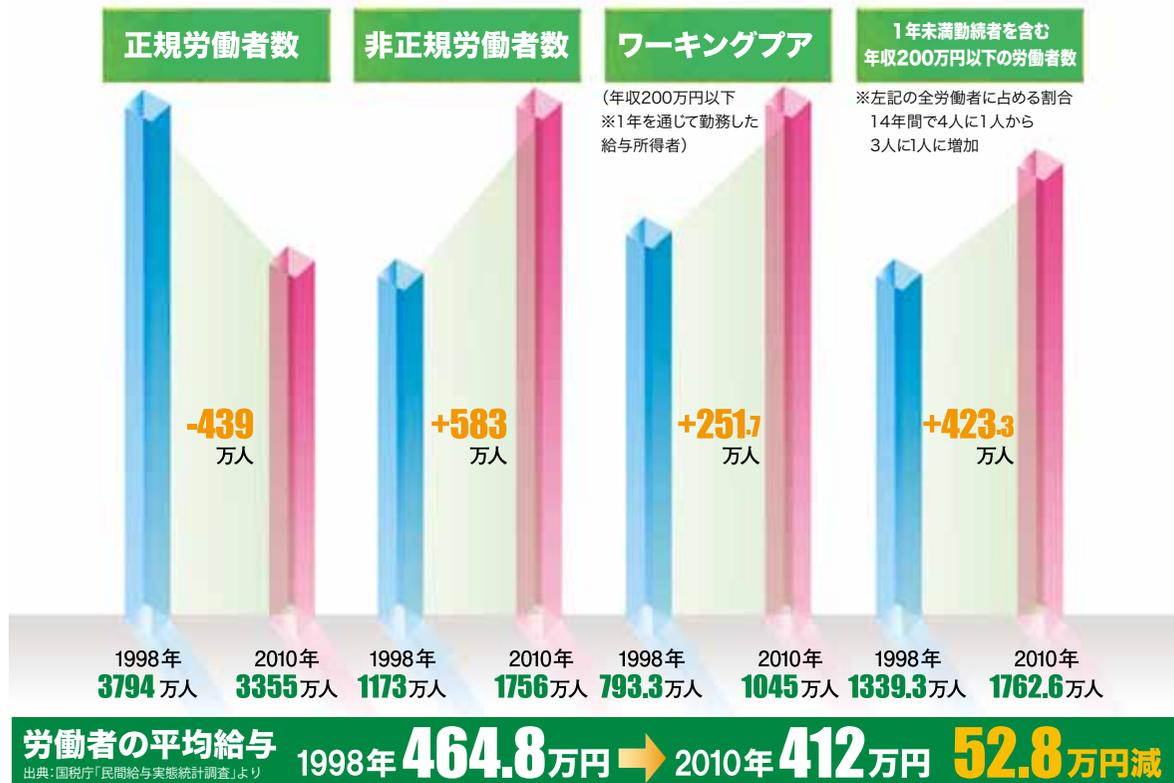


図2 労働者派遣法の改悪を機に急増した内部留保 出典：財務省「法人企業統計」より作成

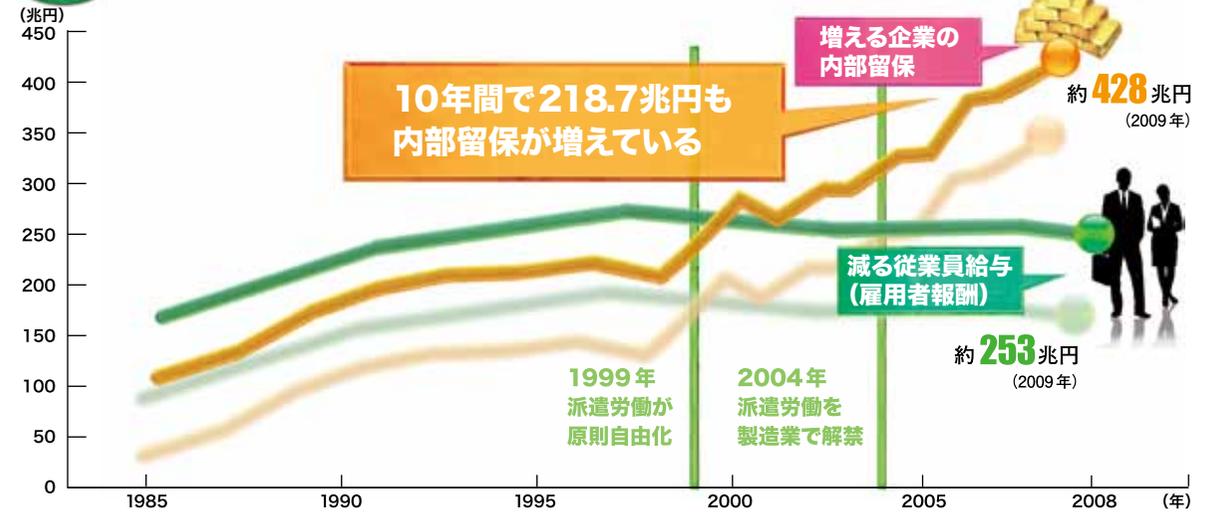


図3 再分配による子どもの貧困率の変化

出典：山野良一「子どもの貧困国・日本」(光文社新書)、UNICEF(2005年)、OECD「日本経済白書2007」(2007年)のデータに基づく

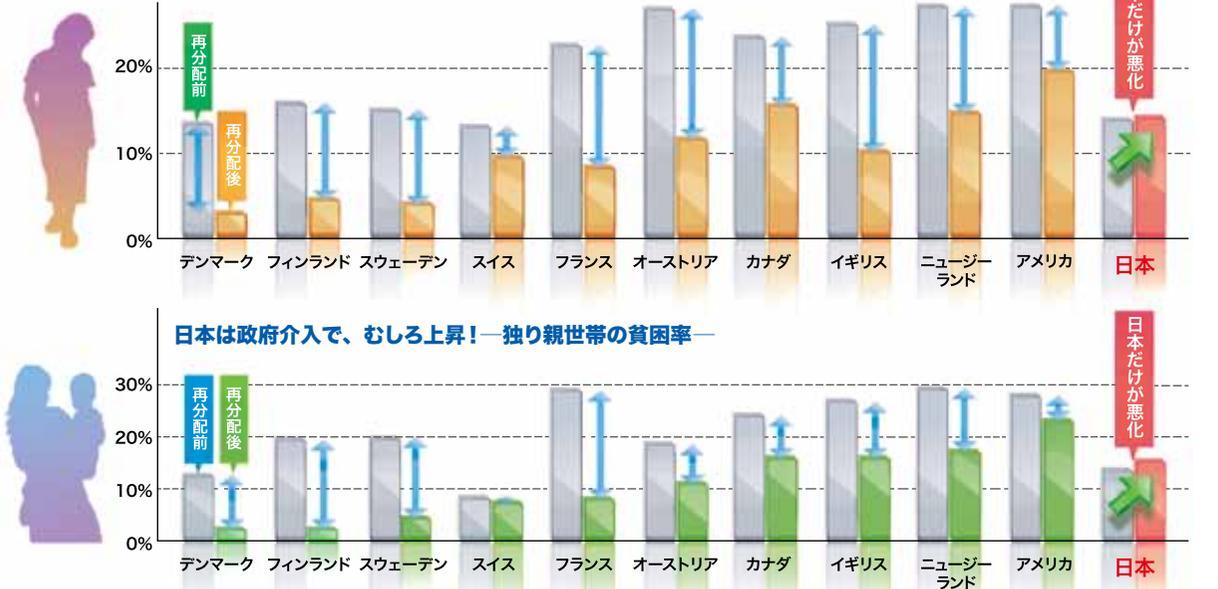
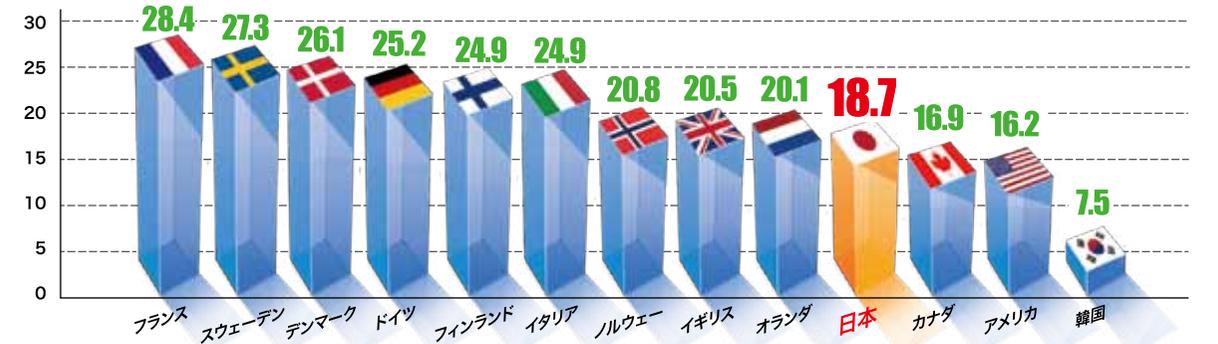


図4 社会支出の国際比較(対GDP比)

出典：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」2008より作成

社会支出の内訳は、高齢、遺族、障害、保健医療、家族、積極的市場政策、失業、住宅、その他





2-1 高すぎる患者窓口負担

経 済格差と貧困が拡大する中でも、歯科医療は社会保障としてすべての人に保障されるべきですが、それが困難になっているのは、歯科医療制度の中にも様々な問題があるからです。

経済的負担が大きく歯科受診が手控えられている理由は、第一に、窓口負担が高すぎることです。1983年以後、度重なる医療改悪で現役世代は3割負担、高齢者は1割負担へと引き上げられています。その結果、窓口負担が引き上げられるごとに、歯科外来患者数が減っており、約30年間にわたって患者

数が横ばいか減少傾向にあり、高齢化で高まるはずの歯科医療ニーズが抑え込まれています(図)。

窓口負担を軽減すれば、歯科から遠のいていた患者の受診がみこまれ、歯科疾患の早期発見・早期治療が期待されます。実際、窓口負担が無料化されれば、患者の受診傾向に大きな変化が生まれることが実証されています(注)。

子どもと高齢者の医療費は無料化し、将来的には全世代での窓口負担ゼロへと向かうよう、当面は現役世代3割負担を9年前の2割負担に戻すべきです。

図 窓口負担と患者受診率の影響図

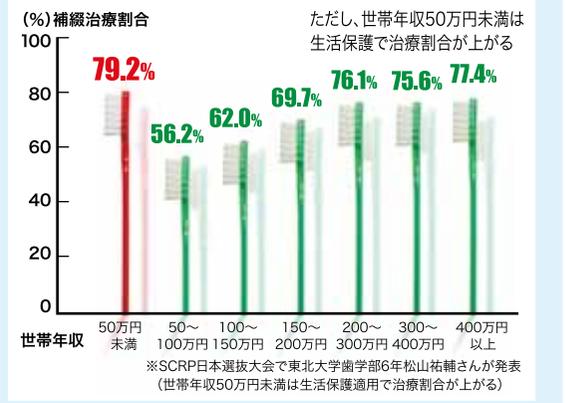


歯科外来患者数の推移
約30年にわたって、患者数はほぼ横ばいか減少傾向

出典:「平成20年患者調査」厚生労働省より作成

注) 東北大学生の松山祐輔氏の調査結果では、所得格差が補綴治療の格差に明瞭にあらわれています。65歳以上の高齢者で補綴治療を受けている人を世帯収入別に分析すると、年収50万円未満の最低所得層以外では、所得の低い人ほど補綴治療を受けている割合が低いことが明らかにされています。所得の高低がストレートに補綴治療の格差に反映されているというものです。これについて調査を行った松山氏は、「最低所得層では生活保護の医療費扶助により自己負担が無いことが原因」と考察し、その上で「低所得層の医療費負担を減らすなどの対策を講じることで歯科受診率を向上できる可能性が示唆された」とまとめています。生活保護の医療費扶助では窓口負担がゼロになるので、お金の不安がなければ歯科受診がしやすくなることが明らかにされています。

低所得層ほど歯科受診(補綴治療割合)が抑制



ただし、世帯年収50万円未満は生活保護で治療割合が上がる
※SCR日本選抜大会で東北大学歯学部6年松山祐輔さんが発表(世帯年収50万円未満は生活保護適用で治療割合が上がる)



2-2 高すぎる国保料・保険証取り上げ

経 済的理由で歯科受診を手控える原因には第二に、国民健康保険料(税)が高額なため滞納世帯が増加し、「命のパスポート」である保険証が取り上げられているからです。

厚生省の2010年度の発表によると、国保料(税)が払えない滞納世帯は414万5千世帯、加入世帯の2割にのぼっています。保険料を払いきらず保険証を取り上げられた世帯は、約155万1千世帯で加入世帯の7.5%。そのうち、有効期間が短い「短期証」の世帯が125万5千世帯、「資格証明書」の世帯が29万6千世帯となっています。資格証明書が発行されれば、医療費は全額自己負担となるため、医療費が払えずに、必要な医療が受けられなくなります。

また、国保料が払えず差し押さえを受けた世帯も年々増え、2010年度には18万7千世帯にの

ぼっています(図1)。差し押さえが増えているのは、厚生省が05年に「収納対策緊急プラン」を画定し、市町村に「収納対策の強化」を求めており、収納率を上げるため学資保険を差し押さえるなど各地で冷酷で強引な取り立てが行われているためです。

国保料が高額になっている原因の一つは、国庫負担率が49.8%から25%に半減されており、削減された分が保険料負担に跳ね返っているからです(図2)。二つ目は、構造改革と大企業のリストラで失業と非正規雇用が増大し、低所得者が社会保険から国保に移行されてきたためです。

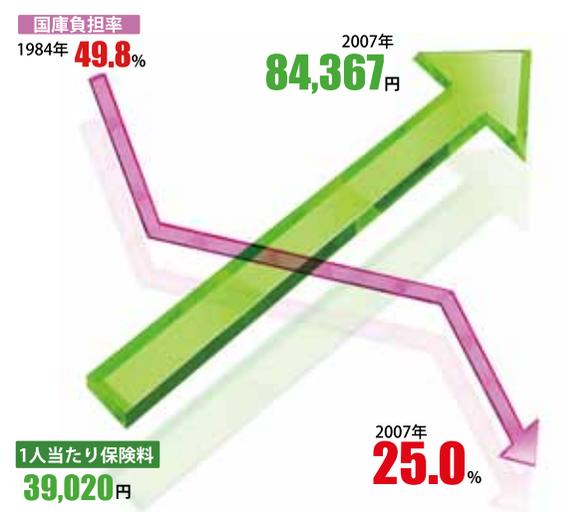
国保料(税)を払える額まで大幅に引き下げられるよう国庫負担を2分の1に戻し、資格証明書など、実質的に皆保険制度を崩す制度を廃止し、すべての国民が「保険証一枚で受診できる制度」に改善すべきです。

図1 増える国保での差し押さえ



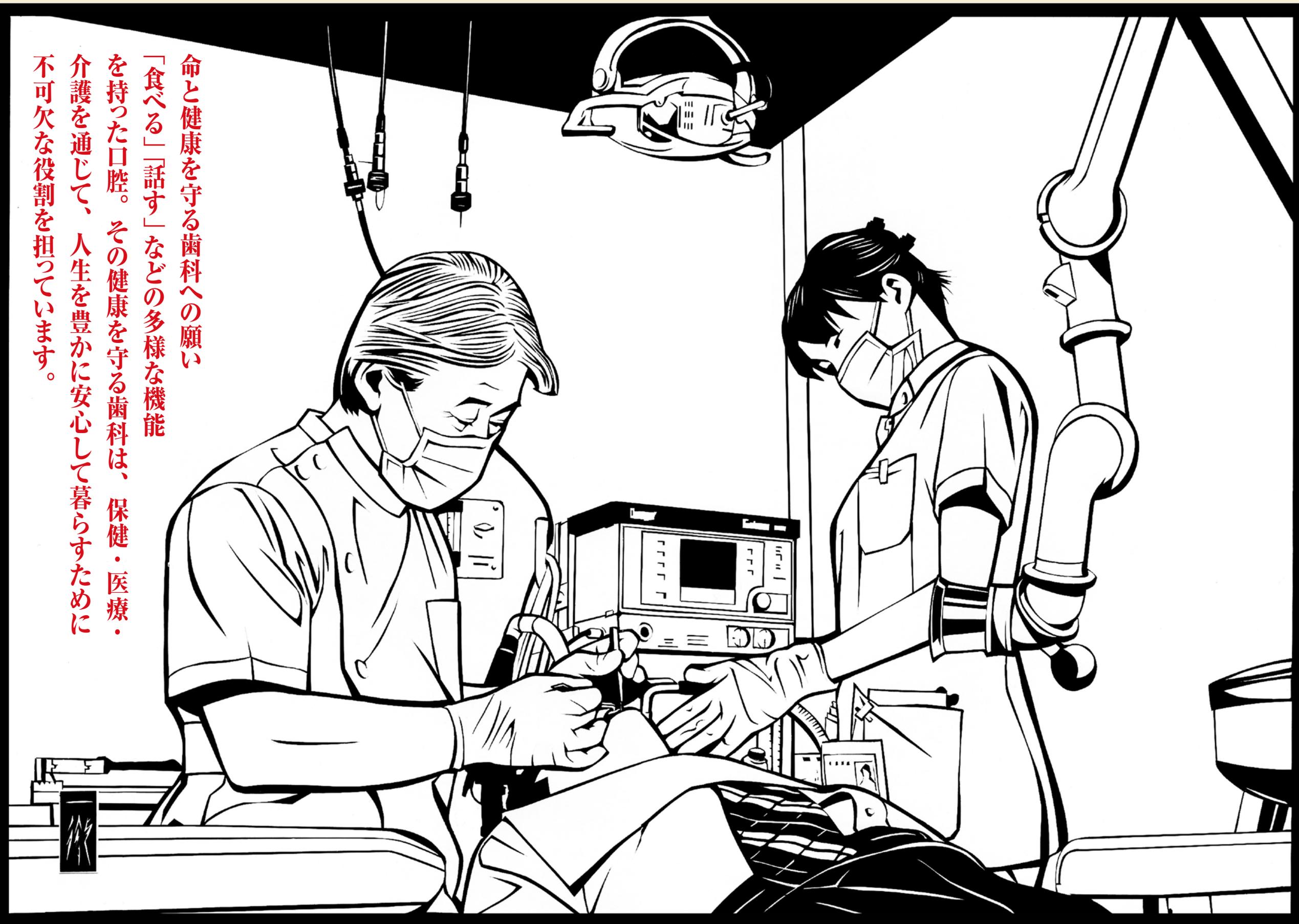
出典:厚生省発表の国保の財政状況より作成

図2 国保会計の国庫負担と保険料



出典:国民健康保険事業年報より作成

命と健康を守る歯科への願い
「食べる」「話す」などの多様な機能
を持った口腔。その健康を守る歯科は、保健・医療・
介護を通じて、人生を豊かに安心して暮らすために
不可欠な役割を担っています。





2-3 保険がきかない

第三に、歯科医療では保険のきく治療の範囲が限られているため、「歯の治療はいくらお金がかかるかわからない」という不安が、歯科の受診の手控えに影響を及ぼしています。

歯科では、品質や安全性が確保され、定着している治療技術や材料でも、長期にわたって保険に導入されていません。新しい技術が保険に長期間ほとんど導入されていないために、歯科医学の発展と現場の乖離も深刻になっています。医科の発展と同様に歯科でもCTなどの診断機器、レーザー、インプラント、歯周組織再生法など治療技術や材料の発展はめざましいのですが、一部しか保険に導入されていません。

保団連「2010年歯科医療に関する1万人市民アンケート」では、歯科医療について9割超が「保険の利く範囲を広げて欲しい」と回答しているように、歯科医療の保険範囲を広げることは患者・国民の切実な願いになっています。

今日、「保険でより良い歯科医療」を充実するために、保険の範囲を広げるべきポイントをあげます。

①自然な口元へ



日常生活の上で金属色の被せ物は心理的に好ましくなく、少なくとも小白歯部までは天然歯に近い色調を有する強度のある材質による補綴・修復物の提供が求められています。

②メタルフリー材料の導入

保険のきく歯科用金属は皮膚科疾患、金属アレルギーなどを引き起こす場合もあるので、近年、高品質の歯科材料が多く開発されており、早急に従来の歯科用金属に代わる材料の保険導入が望まれます。



長年の臨床実績のあるメタルポンド(金属焼付陶材)に加え、ハイブリッドセラミックスや各種オールセラミックス、ジルコニアなどの新素材も含め、広く保険導入されるべきです。これらの歯科材料は、審美性だけでなく、操作性(歯質との接着性)や物理的性質(耐磨耗性)、生物学的許容性(アレルギーを起こさない、プラークの付着しにくさ)などの利点も多いのです。



③丈夫で長持ちする良く噛めて入れ心地の良い入れ歯へ

歯の欠損を補う入れ歯は、咀嚼などの機能性、装着感と耐久性や調節性などが求められます。

従来のレジン(天然樹脂)床義歯に加え、金属床義歯の保険適用の拡大が必要です。部分床義歯でもその装着感と耐久性、強度の点で金属床義歯の利点は多く、丈夫で長持ちして入れ心地の良い義歯となります。



また、少数歯の欠損では従来のブリッジによる治療に加え、インプラント治療の選択も保険導入をはかる必要があります。

隣在歯を削らずにすむ処置なので、天然歯を最大限に保存・保護できる利点があります。とくに、顎堤吸収や顎堤異常などのため、総義歯の安定した装着や咀嚼回復が難しい患者に対しては、インプラントを応用した義歯を積極的に保険導入すべきです。

④疾患を見出す歯科医療からリスクを見出す歯科医療へ

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

歯垢(口腔バイオフィルム)は虫歯と歯周病だけでなく、誤嚥性肺炎、菌血症、感染性心内膜炎、糖尿病低体重児出産、動脈硬化などとの関連もいわれており、歯周病の治療は継発する疾患の予防という一面も担うことになります。そのために必要な検査については、歯垢検査、唾液検査等も行えるようにするべきです。

⑤矯正治療の保険導入

小児期の矯正治療とともに、成人期以降の矯正治療についても、将来的に保険導入にはかれるべきです。矯正治療は審美的側面だけでなく、歯牙の保存の向上、補綴前処置としての部分矯正や歯周病治療の一環としての必要性が増しています。





2-4 低すぎる保険点数

患者・国民の大多数が望んでいる保険の範囲の拡大ができないのは、歯科診療報酬が適正に引き上げられないからです。

診療報酬とは、公的保険から給付される治療の値段と範囲を点数で定めたものです。診療報酬は過去10年間(2000年4月～2010年3月)で7.35%引き下げられましたが、これは歯科医療費約2兆5000億円の7.35%、約1840億円を削減していることとなります。2010年の歯科診療報酬改定では2.09%、2012年改定では1.7%引き上げられましたが、過去10年間の引き下げ幅を回復するには到底いたっていません。このような診療報酬抑制は何をもたらすのでしょうか。

第一に、点数が下がったために、同じ医療をしても、医療機関は減収になります。経営が悪化すれば、設備・機器の買い換えを控えたり、スタッフを減らして対応せざるを得ません。

第二に、保険給付の範囲が縮小されたために、今まで行っていた医療が保険で提供できなくなります。歯科医師が「今これが必要だ」「こうすればいい」と思い、患者さんが望んでも、保険で歯科医療が受けられないこととなります。

第三に、保険で給付されなくても、必要な医療であれば、それは保険外で受けざるを得ません。保険がきかない自費の医療が増えれば、患者負担は大幅に増加します。

検査や処置・手術、麻酔、被せ物(冠・ブリッジ)といった日常的に行っている基本的な治療の保険点数は、四半世紀にわたって据え置かれているものがたくさんあります(表)。物価・人件費がこの間数倍になっていることを考えれば、歯

科の診療報酬だけが数十年も同じ値段というのは、どう考えても異常です。

保団連が2011年9月に実施した「歯科会員アンケート」では、3月の大震災以前と比べ、保険請求点数と患者数が減った医院はそれぞれ4割に上っており、秋以降の患者数が増加するとした医院は6.1%にすぎず、4人に1人が減少するとしています。被災地のみならず全国的に同じ傾向です。大震災とともに貧困と格差の拡大の影響は全国に波及しています。今後の対策では4割以上の医院が「経費削減をする」としていますが、歯科医院の経営悪化は、歯科技工士や歯科衛生士も含めた歯科医療の担い手の将来にも大きな影響を与えています。

歯科医師の技術を正當に評価するよう保険点数を引き上げるとともに、安全性と普及性が認められる新規技術を保険導入するようにし、診療報酬の大幅引き上げが求められます。

また、診療報酬の改善は、次に見るように、歯科医師のみならず、歯科医療に不可欠な役割を果たす歯科技工士や歯科衛生士の待遇改善にとっても重要なのです。

このままでは歯科技工士がいなくなる！

日本歯科技工士会の調査によれば、20代の歯科技工士の8割が歯科技工士の職につかず、2011年度の歯科技工士学校の入学者は、前年より147人減り、定員数の71%の充足率となり、10年前の3000人近い入学定員が1000人近く減らされても定員を満たせない状態です。

また、歯科技工士学校を出ても就職できない状況

表 25年間、点数が引き上げられていない53項目

| | | |
|------|--------------|----------------|
| 検査 | 平行測定 | 50点 |
| 画像診断 | 写真診断 | 20点 |
| 処置 | 知覚過敏処置 | 40, 50点 |
| | 乳幼児歯塗布処置 | 40, 50点 |
| | 歯髄切断 | 230, 70点 |
| | 外科後処置 | 22, 22点 |
| | 歯周疾患処置 | 10点 |
| | 暫間固定 | 300, 500, 650点 |
| | 暫間固定装置修理 | 70点 |
| | 口唇プロテクター | 290点 |
| | 線副子 | 650点 |
| | 床副子 | 2000点 |
| | 歯周治療用装置 | 50, 750点 |
| | 暫間固定装置の除去 | 30点 |
| | 有床義歯床下粘膜調整処置 | 110点 |
| | 抜歯窩再掻爬手術 | 130点 |
| 手術 | 歯槽骨整形手術 | 110点 |
| | 骨瘤除去手術 | 110点 |
| | 外歯瘻手術 | 1500点 |
| | 歯肉歯槽粘膜形成手術 | 770点 |
| 欠損補綴 | 印象採得 | 40, 70, 40点 |
| | 咬合採得 | 70, 70点 |
| | 金属歯冠修復 | 370, 310点 |
| | ジャケット冠 | 390点 |
| | 硬質レジンジャケット冠 | 750点 |
| | 乳歯金属冠 | 200点 |
| 補綴隙 | 30点 | |

※点数は引き上げられていないもののみ掲載。
2011年、第177回国会(参議院)第288号質問主意書への答弁書を参考に平成24年診療報酬改定の内容を反映し作成

| | | |
|---------------|---------------------|-------------------------------------------|
| 歯科矯正 | 歯冠継続歯修理 | 70点 |
| | 歯科矯正診断料 | 1500点 |
| | 模型調製 | 500, 300点 |
| | 動的処置 | 250, 100, 200, 100点 |
| | 印象採得 | 40点 |
| | 装着 | 300, 400, 80, 100点 |
| | 撤去 | 30, 60点 |
| | セパレイティング | 40点 |
| | 結紮 | 50点 |
| | 床装置 | 1500点 |
| | リトラクター | 2000点 |
| | プロトラクター | 2000点 |
| | 拡大装置 | 2500点 |
| | アクチバートル(FKO) | 3000点 |
| | リンガルアーチ | 1500, 2500点 |
| | マルチブラケット装置 | 600, 250, 800, 250, 1000, 300, 1200, 300点 |
| | 保定装置 | 1500, 1500, 1500, 2500, 3000点 |
| | 鈎 | 90, 160点 |
| | 帯環 | 200点 |
| ダイレクトボンドブラケット | 200点 | |
| フック | 70点 | |
| 弾線 | 160点 | |
| トルキングアーチ | 350点 | |
| 附加装置 | 20, 20, 20, 40, 20点 | |
| 矯正用ろう着 | 60点 | |
| 床装置修理 | 200点 | |

と歯科技工士学校の閉鎖等により今後さらに後継者が少なくなることが予想されます。歯科治療の現場では、歯科技工士を雇用している歯科診療所は3割程度しかなく、このままでは日本の歯科技工士の未来が危ぶまれます。

歯科技工士の状態を悪化させている原因として、歯科の低診療報酬により、歯科医療機関の経営が悪化し、十分な技工料金が支払えない現実があります。

歯科技工所・士の経営基盤を確立し、安定的収入を確保できるよう、抜本的に技工技術料の評価を高め、歯科技工士に適正な技工技術料が配分される診療報酬の改善が急がれます。

歯科衛生士にもっとやりがいをもて！

歯科医師の指示に基づく歯科衛生士の業務として、口腔機能の向上の取り組みが注目され、先進的な病院や施設で口腔ケアが積極的に導入

されています。

しかし、このような歯科衛生士の役割に見合った技術と労働が、診療報酬として正當に評価されていないことから、非正規雇用が増大したり、多くの歯科衛生士が雇用についての不安を感じています。また多くの歯科診療所が歯科衛生士を雇用できない状況が広がっています。

歯周疾患はその慢性疾患としての性格から、口腔衛生に関わる指導・管理が欠かせなくなっています。また慢性疾患の増加、高齢人口の増加に伴い、病院、施設、在宅ならびに歯科診療所内でも栄養摂取、嚥下リハビリ、口腔ケア等の実施、指導、管理の重要性が高まっています。中でも、歯科衛生士の活躍に期待されるところが大きくなっています。

今後期待される歯科衛生士の果たすべき役割を正當に評価するためにも、診療報酬上の評価が高められるべきです。

中国など、東南アジアへの歯科技工物の海外発注が政府の容認によって拡大しています。国内の歯科技工士の減少が続けば、現在は自費診療にのみ認められている海外技工が、保険診療の補綴物でもなし崩し的に海外へと流れる可能性があります。このようになれば、歯科医師と歯科技工士の密な連携を必要とする補綴物の製作の国内基盤がくずれしてしまいます。補綴物をつくる歯科技工は、まさに治療の一連のなかのなかにあり、不可分のものです。そうした点で歯科技工士資格は国家資格であり、安全性が担保できています。ところが、海外技工物は無資格者による技工でも輸入が認められ、国は医療材料としてではなく「雑貨」扱いとしていて、品質や安全性の保障がありません。海外依存により日本の補綴物・補綴治療の質の低下が現在以上に進むことが懸念されます。

3



歯科ニーズに応えるために、 低医療費政策の転換を

1 16年間増えない歯科医療費



これまで見てきた歯科の様々な困難・矛盾の根源にあるのが、長らく続く低医療費政策にあります。

この16年で、国民の医療ニーズに応えるべく歯科医師は1万人程度増加しているにもかかわらず、歯科医療費は2兆5千億円台で変化がありません(図1)。

医療の値段と範囲を定める診療報酬の改定をみても、30年間で歯科診療報酬の大幅な抑制が顕著です。1983年以降の医療費抑制政策によって、歯科診療報酬の伸びが厳しく抑制されています。1978年から2008年までの伸び率は、同期間の消費者物価の伸び率を大きく下回っています。2008年の歯科医療費を基に計算すれば、その差は5000億円になると推計されます(図2)。

厚労省は、歯科医院経営の困難があっても、

保険診療だけでなく自費診療も含めて採算がとれればいとする「トータルバランス論」で、低医療費政策を正当化してきました。しかし、政府には「いつでも、どこでも、お金の心配なく安心して」医療が受けられるよう、「国民皆保険」の理念のもとに歯科医療の十分な提供を保障する責任と義務があります。

国民所得、賃金指数、消費者物価指数の伸びなどを参考にすれば、歯科医療費はあと1兆5千億円引き上げて4兆円が適正との試算があります(新田宏・中道勇「歯科の適正医療費は4兆円!!」『日本歯科評論』第805号)。

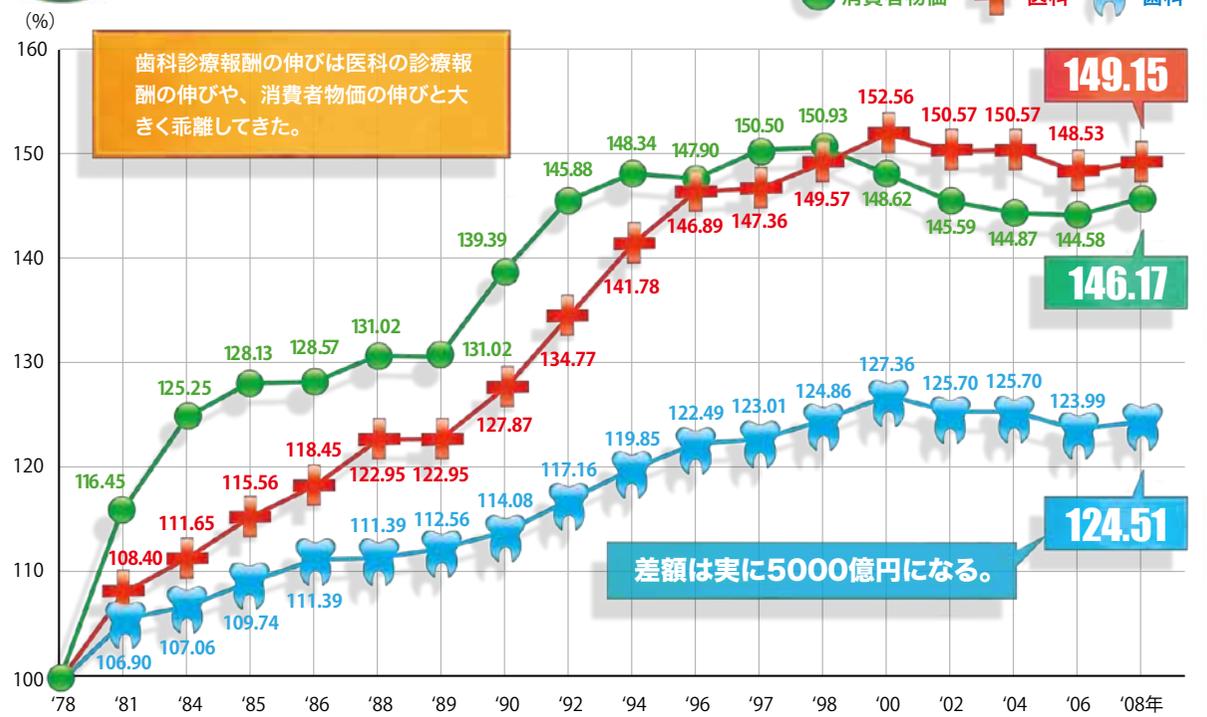
本格的な少子高齢社会に対応するためにも、30年にわたる低医療費政策を改めて、歯科医療費の大幅な拡大が求められています。

図1 歯科医療費の推移

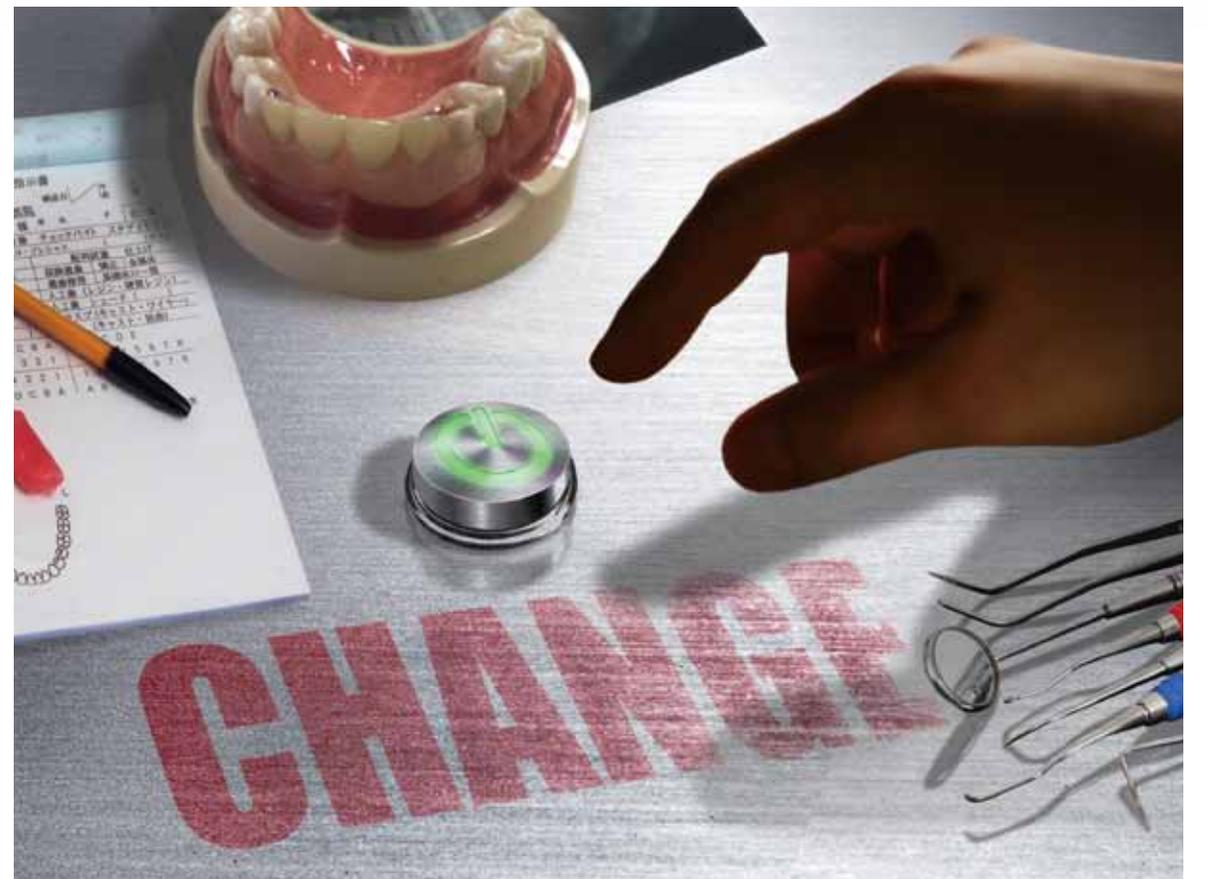


出典：「国民医療費」(厚生労働省)より作成

図2 1978年以降の医科と歯科の診療報酬格差



出典：東京歯科保険医協会で作成





3-2

“保険でより良い歯科医療”を充実させる財源は十分にある

「保險でより良い歯科医療」を充実させるための財源は、社会保障を基盤とした国づくりへと舵取りを転換させることで、十分に確保することが可能です。このことを裏づけるものとして、全国保険医団体連合会（保団連）は、『医療再建で国民は幸せに、経済も元気に—医療への公的支出を増やす3つの提案』（2009年7月11日）を発表しました。

保団連の「提案」では、「消費税増税に頼らない社会保障の安定財源として、主要国と比べて法人税負担・社会保険料事業主負担が低い大企業に社会的責任を果たさせ、大資産家には公平な税負担を求める。すなわち、法人税及び所得税、社会保険料を主財源とする。これに加え、公共事業費や防衛費、特別会計をはじめとした国の歳入・歳出を抜本的に見直せば、社会保障

の安定財源を確保することは十分可能である」としています。

また、「社会保障は国民生活を安定させるだけでなく、経済波及効果や雇用誘発効果が高く、内需を拡大し実体経済とりわけ地域経済への貢献度が大きい。戦後最大の経済危機だからこそ、社会保障拡充政策に転換し、医療・介護をはじめとした社会保障への公的支出を増やすことが必要である」とし、社会保障の再生でデフレ経済脱却を鮮明にしています。

保団連の「提案」では、医療への公的支出を増やすために、大企業の税と保険料負担を増やして財源創出することを基本的な考え方とし、
①事業主負担を増やして保険料収入を増やす、
②法人税課税を先進7カ国並みに高める、
③所得に応じた所得税課税にする、という3つの提案をしています。

医療への公的支出を増やす基本的な考え方と3つの提案

基本的な考え方

大企業の税と保険料負担を増やして財源創出する

- ①日本の社会保障給付費（対GDP比）を、現在の18.6%からドイツ、フランス並みの28%程度に引き上げれば、社会保障全体で50兆円増、医療でも9兆円の給付費増となる。
- ②企業の法人税・社会保険料負担の合計額（GDP比・04年）で比較すると、日本の8.0%に対して、ドイツ8.4%、フランス13.9%、スウェーデン14.6%で、日本の企業負担は決して高くない。
- ③企業の法人税・社会保険料負担を1993年水準の8.7%に戻すだけでも約3兆5000億円の財源を生み出すことができる。



3つの提案



第1の提案 事業主負担を増やし 保険料収入を増やす

- ①被用者保険加入者を増やし、賃金を引き上げて、保険料収入を増やす。

正規雇用労働者を増やし、賃金を引き上げることによって、被用者保険加入者と保険料算定報酬を増やすことが可能となる。

2002年から2007年までに、企業の経常利益はほぼ倍増し、内部留保は6割増となったが、雇用労働者の平均賃金は抑制ないし減少している。その主因は、正規雇用労働者の割合が減少し、非正規雇用労働者の割合が増加したからである。

- ②被用者保険の保険料率は、事業主負担割合を増やして8.2%に引き上げる。

組合健保の平均保険料率はこの10年間で1%超も低下し、保険料率が協会けんぽの8.2%未満の組合が76.3%を占めている。低下した保険料率を、事業主負担割合を増やして、少なくとも8.2%（協会けんぽ保険料率）に戻すことを提案する。中小企業には事業所規模による調整や公費負担を行う。

- ③保険料は給与収入や所得に応じた負担とする。

保険料は給与収入、所得に応じた累進制とする。被用者保険は保険料算定の報酬上限を撤廃し、国民健康保険は保険料の応能割を7割に高めた上で、国保料算定の報酬上限（賦課基準）を引き上げることが提案する。あわせて、一定以下所得者の保険料軽減と免除を図る。

以上①②③を通じて、少なくとも国民医療費の事業主負担を20.2%（2005年度）から25.1%（1992年度）の水準まで戻す。



第2の提案 法人税課税を 先進7カ国並みに高める

- ①法人所得税課税の税率は、消費税導入の1989年に法人税率42%から40%に引き下げられ、1999年以降は30%の法人税率となった。

さらに大企業は研究開発減税など様々な政策減税を受け、事業税を含めても実際の実効税率は30.7%（経常利益上位100社平均）にしかならず、先進7カ国では低い水準にある。少なくとも消費税導入前の法人税率42%、法人事業税率11%に戻すことを提案する。

- ②資本金1億円以上の利益計上法人の法人税率を42%に戻すだけでも約4兆4000億円の財源創出、連動して地方税で約6000億円の財源創出が可能。



第3の提案 所得に応じた 所得税課税にする

- ①所得税最高税率は、消費税導入の1989年に60%から50%に引き下げられ、2007年以降は40%となった。

全納税者4484万人のうち年間給与額が2000万円超は22万人、0.5%で、1世帯当たりの平均所得金額が2000万円以上の世帯も1.3%にしかすぎない。少なくとも消費税導入前の所得税最高税率60%へ戻し、所得の再配分機能を高めることを提案する。

- ②株式配当・売上に係わる分離課税を廃止し、総合所得課税とする。株式配当をすべて総合所得課税にすれば1兆円以上の財源創出が可能。

- ③資産所得課税（土地・建物の長期譲与所得など）の税率を引き上げる。

※保団連「医療再建で国民は幸せに、経済も元気に—医療への公的支出を増やす3つの提案」（2009年7月11日）より抜粋



3-3

ヨーロッパ並みの医療費水準で “保険でより良い歯科医療”の 充実へ

保 団連の「提言」にあるように、「日本の社会保障給付費（対GDP比）を、現在の18.6%からドイツ、フランス並みの28%程度に引き上げれば、社会保障全体で50兆円増、医療でも9兆円の給付費増」となります。医療費9兆円増額分のうち3分の1の3兆円を重点的に歯科医療に充てることができれば、どれだけのことができるでしょうか。

たとえば、16年間も2兆5千億円台で推移する歯科診療報酬を適正化して4兆円台へと1兆5千億円引き上げると、窓口負担の無料化ないし大幅軽減に約5千億円（推計）、保険給付範囲の拡大に約5千億円（現在は自費相当部分と将来の新技术の収載を推計）を充てることが可能になります。

さらに、少子高齢社会に対応したニーズに歯科分野の役割を發揮するよう、全国民を対象にした歯科健診の拡充、歯科の在宅医療・介護の充実、病院歯科の施策拡充、医科歯科連携、口腔ケアと全身管理ができる施策などに約5千億円を充てられます。



歯科医療に3兆円財源が増えれば

- 診療報酬（歯科医療費）の4兆円台への引き上げ…………… 1兆5千億円
- 窓口負担の無料化ないし大幅軽減…………… 5千億円
(推計)
- 保険給付範囲の拡大…………… 5千億円
(現在は自費相当部分と将来の新技术の収載を推計)
- 少子高齢化に対応した歯科分野の拡充…………… 5千億円
(歯科健診、在宅医療・介護、病院歯科、医科歯科連携など)



“保険でより良い歯科”で 健康長寿社会へ 私たちの提案



すべての世代に対応した「命を守る歯科」に向けて

高齢者の口腔ケアのために

- ① 在宅・施設療養者などの経済的負担を軽減させる
- ② 保健所・病院・介護施設に歯科医師と歯科衛生士を常勤配置させる
- ③ 介護保険と医療保険における歯科分野の報酬を充実させる
- ④ 介護保険のケアプランに口腔ケアを必須とする
- ⑤ 精神科病棟、障害者施設に歯科の併設を促す

成人の予防歯科のために

- ① 全年齢を対象にした歯科無料健診制度を創設する
- ② 保健所等に常勤の歯科医師と歯科衛生士の配置を義務づける

少子化に対応した子どもの歯科のために

- ① 妊婦の歯科健診に国庫補助を行い、全自治体で実施をはかる
- ② 小児矯正の保険導入をはかる
- ③ 食育への歯科医師と歯科衛生士の参画を促す
- ④ 国の制度で子どもの医療費を無料化する

病院歯科・医科歯科連携を拡充するために

- ① 病院歯科の拡充を
- ② 有病患者に対応した医科歯科連携の実質化を

「歯の健康格差」を克服し「保険でより良い歯科」を 充実させるために

- ① 格差と貧困を拡大させた構造改革政策を改め、雇用・生活・社会保障重視の政策へ転換を
- ② 子どもと高齢者の医療費は無料化し、将来的には全世代での窓口負担ゼロへと向かうよう、当面は現役世代3割負担を5年前の2割負担に戻す
- ③ 国保料(税)を払える額まで大幅に引き下げられるよう国庫負担を2分の1に戻し、資格証明書など、実質的に皆保険制度を崩す制度を廃止し、すべての国民が「保険証一枚で歯科を受診できる制度」に改善する
- ④ 安全性が保障された新規技術を以下の項目から重点的に保険導入する
 - ① 自然な口元へ
 - ② メタルフリー材料の導入
 - ③ 丈夫で長持ちする良く噛めて入れ心地の良い義歯へ
 - ④ 疾患を見出す歯科医療からリスクを見出す歯科医療へ
 - ⑤ 矯正治療
- ⑤ 歯科医師、歯科技工所・士、歯科衛生士の技術を正當に評価するよう保険点数を引き上げるとともに、安全性と普及性が認められる新規技術を保険導入するように、診療報酬の改善をすみやかにはかる

歯科医療に3兆円財源が増えれば

- 診療報酬(歯科医療費)の4兆円台への引き上げ…… 1兆5千億円
- 窓口負担の無料化ないし大幅軽減…………… 5千億円
- 保険給付範囲の拡大…………… 5千億円
- 少子高齢化に対応した歯科分野の拡充…………… 5千億円
(歯科健診、在宅医療・介護、病院歯科、医科歯科連携など)

社会保障としての

歯科医療費の財源は、消費税など庶民増税ではなく

- ① 事業主負担を増やして保険料収入を増やす
- ② 法人税課税を先進7カ国並みに高める
- ③ 所得に応じた所得税課税にする

命を守る歯科へ……

大震災の経験から

神戸常盤大学教授

「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会世話人 足立 了平



1995年1月17日、私は神戸市で被災しました。阪神・淡路大震災では、死者数6434人のうち直接死5512人、関連死927人が報告されている。関連死の死因内訳は、肺炎が24%と最も多く、次いで心筋梗塞10%、脳血管疾患9%でした。当時、私が勤務していた神戸市長田区の病院は、5階病棟が崩壊し患者・看護師47人が生き埋めになるという惨事にみまわれました。

私は発災直後から、崩壊を免れた受付付近に診療スペースを確保して被災者の歯科医療支援を行っていましたが、避難所からは重症の口腔粘膜炎症（口内炎）や治療途中の歯が化膿して顔が大きくはれあがっているような重症菌性感染症の患者さんがひっきりなしに受診されていました。

このような粘膜炎症や菌性感染症は、口の中の病原微生物（細菌やウイルスなど）の増加と体力の低下が引き金になって起こります。

プライバシーが保てない避難所では、入れ歯を外して洗浄するような場所はなく、歯を磨く水場さえ確保できない状況でした。歯も磨かず、汚れた入れ歯を入れっぱなしの口の中では、細菌は爆発的に増加します。高齢者では唾液を飲み込むときにときどき誤って気管に誤嚥することがあります。

特に夜間睡眠中は気がつかないまま唾液を誤嚥する機会が多いといわれています。その際、口の中の細菌も一緒に気管から肺の中に入りこみ、肺炎の原因になります。

高齢者の肺炎の約8割は、このような口の中の細菌によって起こる誤嚥性肺炎だと報告されています。したがって、誤嚥性肺炎は、入れ歯や歯の清掃（口腔ケア）によって口腔内細菌を減少させることである程度予防することができます。

阪神・淡路大震災の200人を超える肺炎死の多くは誤嚥性肺炎であったと考えられることから、被災者への組織的な口腔ケア支援を実施できなかったことが今も悔やまれてなりません。

しかし、その後起こった2004年の中越大地震や能登半島地震、岩手宮城内陸地震などでは組織的な口腔ケア支援が展開され肺炎死の減少につながりました。口腔ケアは虫歯や歯周病の予防だけでなく、肺炎から「高齢者の命を守るケア」の一つなのです。東日本大震災では広域災害であることや避難期間が長く続いていることから肺炎による死亡は阪神・淡路大震災と同程度発生しています。

また、2011年の日本人の死因の順位が入れ替わり、肺炎が脳血管疾患を抜いて第3位になりました。

高齢者の増加が要因と考えられていますが、増加する誤嚥性肺炎に対して効果的な予防手段である口腔ケアが保険導入され、多くの国民がその恩恵にあずかれるような社会保障が必要で、口腔内環境と肺炎、糖尿病などの全身疾患との関連は次第に明らかにされてきました。

歯科医療が高齢者の命を守る医療として位置づけられる日もそう遠くないと思います。

「保険で良い歯科医療を」全国連絡会とは

日本は国民皆保険により病気等の治療は健康保険で給付され、健康保険の充実を背景に平均寿命は世界でもトップクラスになっています。しかし、歯科医療では日常の治療でも健康保険のきかない治療（自費治療）があります。このため「歯科は高い」「いくらかかるか不安」から歯科治療が受けにくい状況があります。

このため、「保険で良い歯科医療を」全国連絡会では、医療を受ける患者と、歯科医療の提供者が共同してこの保険のきかない歯科医療の改善運動を行っています。

1992年に前身である「保険で良い入れ歯を」全国連絡会を結成、保険で良い入れ歯の実現を求めた運動に取り組み、全国の過半数を超える1600以上の市町村で「保険で良い入れ歯」を求める意見書が採択され、国会でもその改善が取り上げられた結果、健康保険で作る入れ歯作製の医療費が引き上げられるなどの一定の改善が図られました。

その後、2000年7月の総会で名称を「保険で良い歯科医療を」全国連絡会に変更し、「入れ歯」問題だけでなく、乳幼児から高齢者までを含めた歯科の保健・医療制度全般の改善を課題に、お金

の心配がない「保険で良い歯科医療」の実現を求めた運動に取り組んでいます。

地方組織では、東京、千葉、長野、愛知、大阪、兵庫、大分の7都府県に「保険でより良い歯科医療を」の連絡会が結成されています。

具体的な取り組みでは、市民を対象にした歯と口腔の健康の重要性、全身の健康と口腔の健康とのかかわりなどの各種の講演会、シンポジウムの開催、患者さんの悩みに応える「お口の何でも相談会」、「歯磨き教室」などを開催しています。

また、歯科の保険医療制度の改善を求めた自治体意見書採択運動<2012年6月末現在、11道県議会、545市区町村議会(31.2%)で採択>や「保険で良い歯科医療」の実現を求める国会請願署名などに取り組み、歯科医療の改善を求め国会議員への要請など、幅広い活動をすすめています。

「保険で良い歯科医療を」全国連絡会は、全国保険医団体連合会、全日本民主医療機関連合会、日本医療福祉生活協同組合連合会団体、歯科技工士などの団体および個人、下記の各地の連絡会で構成されています。

「保険でよい歯科医療を」全国連絡会 (保団連内)

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5
TEL: 03-3375-5121 FAX: 03-3375-1885
<http://yoisika.doc-net.or.jp/>

「歯科医療を良くする」千葉県連絡会

〒260-0031
千葉市中央区新千葉2-7-2 大宗センタービル4F
TEL: 043-248-1617 FAX: 043-245-1777

「保険でよい歯を」東京連絡会

〒169-0075 東京都新宿区高田馬場1-29-8 新宿東豊ビル6F
TEL: 03-3205-2999 FAX: 03-3209-9918
<http://www.yoiha.org/>

「保険でより良い歯科医療を」長野連絡会

〒380-0906
長野県長野市鶴賀字七瀬629-1 長野東口ビル9F
TEL: 026-226-0086 FAX: 026-226-8698

「保険でより良い歯科医療を」愛知連絡会

〒466-8655
愛知県名古屋市中区妙見町19-2 愛知県保険医会館内
TEL: 052-832-1349 FAX: 052-834-3584
<http://aichi-hkn.jp/dental/>

「保険でよい歯科医療を」大阪連絡会

〒556-0021 大阪市浪速区幸町1-2-33 保険医会館内3F
TEL: 06-6568-7731 FAX: 06-6568-0564
<http://osk-net.org/hoken/>

「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会

〒650-0024
兵庫県神戸市中央区海岸通1-2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5F
TEL: 078-393-1809 FAX: 078-393-1802
<http://www.hhk.jp/yoiha/>

「保険でより良い歯科医療を」大分連絡会

〒870-0951 大分市大字下郡1602-1 大分県保険医会館1F
TEL: 097-568-0066 FAX: 097-568-1570

- ①患者負担の大幅軽減、
- ②保険診療の適用拡大、
- ③診療報酬の改善を三位一体で求めることこそ、
国民が求める「保険でより良い歯科医療」の
未来です。



発行：全国保険医団体連合会

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館5階
TEL:03-3375-5121 FAX:03-3375-1885



企画編集：兵庫県保険医協会

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5階
TEL:078-393-1801 FAX:078-393-1802

発行：2012年8月20日 定価：150円(送料別)