

健康長寿社会に向けて “保険でより良い歯科”を



2014年5月25日 明日の医療を考える 月刊保団連 臨時増刊
通巻1164号 昭和47年6月15日 第3種郵便物認可

明日の医療を考える
月刊保団連

臨時増刊号 No.1164 2014



1

命を支える歯

- 1-1** より良く生きるために、より良く食べる 4
- 1-2** 高齢者の健康維持に口腔ケアが大きな効果 5
- 1-3** 入院・手術の時も必要な口腔ケア 5
- 1-4** 歯は転ばぬ先の杖、 7
- 1-5** 本当は怖い歯周病の話 9

2

歯科医療の危機

- 2-1** 貧困による健康格差、口腔崩壊 11
- 2-2** 低医療費政策による歯科の「失われた20年」 13
- 2-3** 歯科技工士 … 離職率8割 15
- 2-4** 歯科衛生士 … 6割が未就業 15
- 2-5** 歯科医師 … 厳しい医院経営 17

3

健康長寿社会に向けて“保険でより良い歯科”を

- 3-1** 保険のきく範囲を広げる 19
- 3-2** 窓口負担を安くする。せめて子どもと高齢者は無料に 19
- 3-3** 無料健診制度を全年齢に広げる 21
- 3-4** 医療・介護での口腔ケアのニーズに応える 21
- 3-5** 医科歯科連携と病院歯科の充実 21
- 3-6** 食育への歯科医師と歯科衛生士の関与を広げる 22
- 3-7** 高すぎて払えない保険料を引き下げる 22
- 3-8** 歯科医院と、歯科技工所が成り立つよう診療報酬を引き上げる 22
- 3-9** 低医療費政策の転換で歯科医療費の総枠拡大を 24

はじめに

超高齢社会の到来で「健康長寿」がキーワードとなっています。

健康寿命 (Healthy Life Expectancy, HALE) World Health Report 2003, WHO

- 健康に過ごせる人生の長さ
- 平均寿命から日常生活を大きく損ねる病気やけが、
他人の介助を受ける期間を差し引いた期間

超高齢社会を迎える、「健康長寿社会の実現」には、口腔ケアの重要性、歯と全身の健康との密接な関係、医科歯科連携の推進などが注目されています。口腔機能の維持・増進が健康長寿にもたらす効果はまだまだ計り知れません。口腔が、食べる、話す、笑うといった生命と生活の源だからです。

日本の歯科医療は、憲法25条「生存権」に基づき、「いつでも、どこでも、誰でも」安心して医療が受けられる国民皆保険制度の下で、保険診療を中心に国民の健康を支えてきました。

それは、歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士ら歯科医療従事者の努力の賜であるという自負があります。他方で、30年以上続く低医療費政策により「歯科医療危機」は打開されておらず、歯科医院経営はいっそう困難となり、歯科技工所の就業実態も悪化しています。

このパンフでは、①:健康長寿社会に向けていっそう求められている歯科ニーズ、②:ニーズに応えるどころか現状維持すら困難とする低医療費政策がもたらす問題、③:①②の現状からの問題を解決する展望、という3部構成で皆さんと考えていきます。



おいしく食べて健康で長生き。
より良く生きるために、
より良く食べることが
何よりも大切です。

食べる=生きるのですから
そのために一番大事なのは
歯と口の健康です。



命を支える歯

からだの健康にとって歯科が不可欠

これまで「歯の病気では滅多に死ぬことはない」ということが常識とされる時代でしたが、「健康長寿の時代」では、「高齢者は歯が命」といってよい時代になっています。

医学の発展の中で、口腔の病気（むし歯、歯周炎など）が肺炎、心臓病や血管の病気、低体重児出産のリスク要因、糖尿病を悪化させる要因になっていることがわかつてきました。

例えば、日本人の死亡原因第4位の脳卒中を防ぐためにも歯と口の健康は大切です。不規則な生活習慣で肥満から高血圧や糖尿病を併発し脳卒中のリスクが高まるのと同じく、う蝕や歯周病が脳卒中のリスクを高めます。歯がない人で脳卒中を発症する人が多いことも研究で明らかになっていきます。



よりよく生きるために、 よりよく食べる

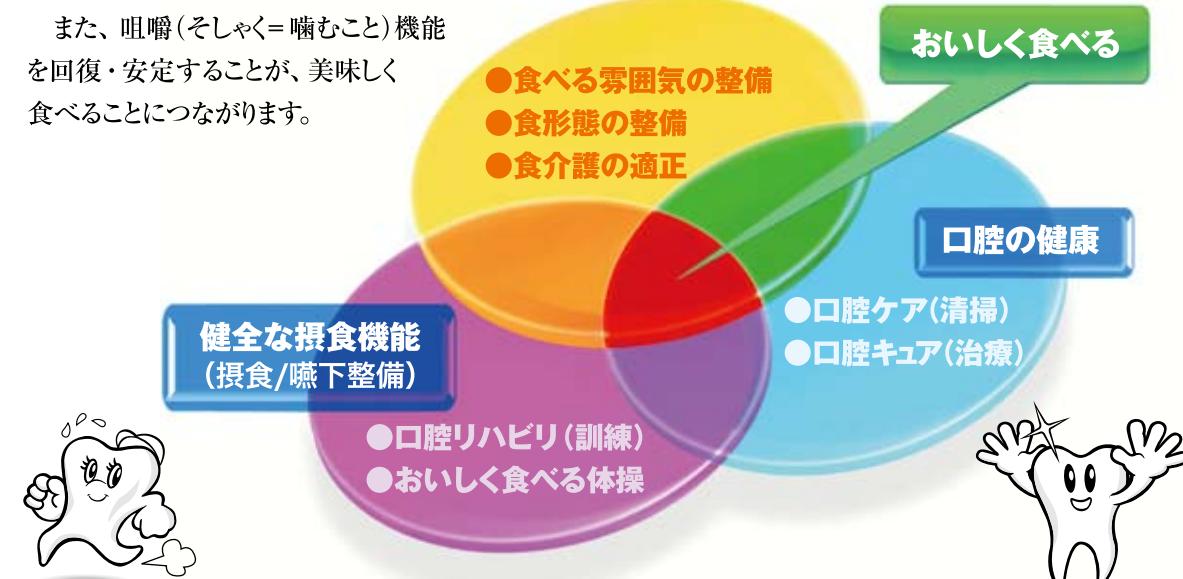
お いしく食べるには「食べる環境」とともに「口腔の健康」「健全な摂食機能」が大事です。健康で長生きするには、自立して生活できること、栄養状態を良好に維持することが必要です。

また、咀嚼（そしゃく=噛むこと）機能を回復・安定することが、美味しく食べることにつながります。



食べる環境

おいしく食べる



生命予後に影響をあたえるもの

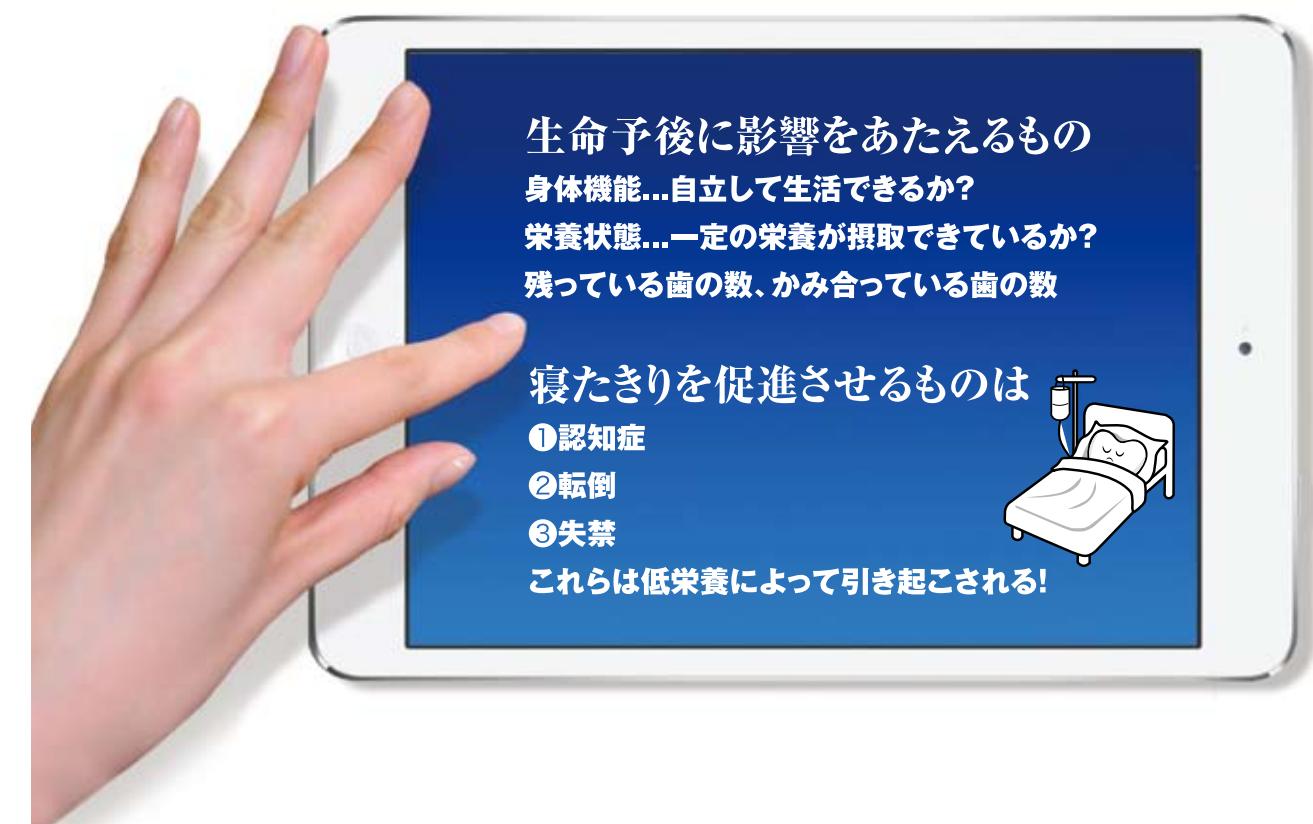
身体機能...自立して生活できるか?
栄養状態...一定の栄養が摂取できているか?
残っている歯の数、かみ合っている歯の数

寝たきりを促進させるものは

- ①認知症
- ②転倒
- ③失禁



これらは低栄養によって引き起こされる!

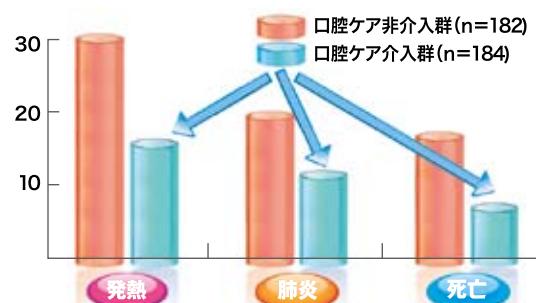


1-2 高齢者の健康維持に 口腔ケアが大きな効果

□ 腔の健康と機能を維持するためには口腔ケアの大切さが言われるようになっています。とくに、高齢化により日本人の死因第3位になっている肺炎を予防するためには、専門的な口腔ケアが大きな効果を発揮しています。

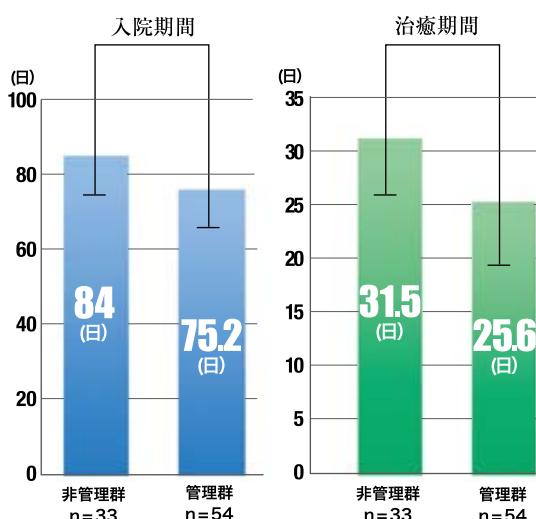
高齢者の健康のベースは、栄養状態をアップさせることにあります。寝たきりを防ぐためも低栄養を改善しなければなりません。そのためには口腔の健康と機能を維持することが大事になります。

口腔ケアを行うと
肺炎が40% 死亡率が60%減少した



出典：「要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究」
(米山武義、吉田光由ほか 日歯医学誌2001)より

口腔ケアで入院・治癒期間を短くすることができる



口腔悪性腫瘍患者における口腔機能の管理による放射線治療患者の在院日数に対する削減効果

出典：平成25年11月22日、中央社会保険医療協議会・専門委員提出資料より

1-3 入院・手術の時も 必要な口腔ケア

が んなどの周術期(手術前後の期間)でも、専門的な口腔ケアが手術後の健康回復に必要だという認識が広まっています。周術期患者は歯周病が進行し、栄養状態が悪くなる傾向にあるからです。

2012年から歯科医師が周術期の口腔機能を管理することが健康保険で認められ、今後、周術期での歯科医療の関与がますます重要になっています。

2014年からは、医科との連携の評価などが診療報酬に盛り込まれましたが、がんや放射線治療を必要としない疾患にも対象を広げるなど、さらなる充実が求められています。



口腔ケアの意義

「口腔ケア」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、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、言語聴覚士など専門職種の関与によって行う摂食・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、3つの目的で行われています。

口腔ケアの効果としては、むし歯や歯周病の予防はもとより、誤嚥による嚥下性肺炎の予防、口腔内細菌による二次感染の防止、さらには咀嚼の刺激、食感覚の覚醒、口腔の爽快感、口臭予防、心地よい睡眠など、歯と口の健康を通じて生活の質を向上させることができます。

●がん治療に伴う口腔の合併症

がん治療では(重症口内炎など)多くの合併症が口腔に発生する。

がん治療に伴う口腔合併症の治療方法による発症頻度

40% 化学療法をうける患者

80% 造血幹細胞移植患者(骨髄移植)

100% 口腔領域が照射野に入る放射線治療の
頭頸部がん患者

出典:米国国立がん研究所PDQ® (<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq>)より



災害時に忘れてならない口腔ケア

1995年の阪神・淡路大震災では死者数6434人のうち直接死5512人、関連死922人と報告されています。関連死の死因としては肺炎が24%と最も多くありました。高齢者の肺炎の約8割は口の中の細菌によって起きる誤嚥性肺炎によるものなので、肺炎による震災関連死の多くが誤嚥性肺炎であると思われます。とく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く、その際、口の中の細菌も一緒に器官から肺の中に入り込み、肺炎の原因になるのです。誤嚥性肺炎を予防するためには、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が大切です。

阪神・淡路大震災後に起こった新潟県中越大震

災(2004年)や能登半島地震(2007年)、岩手宮城内陸地震(2008年)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。しかし残念ながら、2011年の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。

口腔ケアは虫歯や歯周病の予防だけでなく、「高齢者の命を守るケア」の一つであり、災害時には顕著になりますが、日常的に意識づけていき、避けられる死を防ぐことが重要なことです。



神戸常盤大学教授
足立 了平

＜阪神・淡路大震災＞

関連死922人の特徴



1.肺炎が多い

①肺炎 (223人: 24%) ①60歳以上が90%

②心筋梗塞 (95人: 10%) ②80-70-60-90歳代の順

(神戸新聞2004年5月14日)

2.高齢者が多い

③脳血管障害(83人: 9%)

口腔ケアは、多くの職種の人が関わって命を守る総合的なケアの一環として行われるべきです。

1-4 歯は転ばぬ先の杖、

寝

たきりにならざる自立した生活を維持するためには、転倒と認知症のリスクを防ぐことが大事です。ここでも歯を大切にすることが注目されています。

咀嚼が知的機能を保持し、健康に老いるために重要であるという研究もあります。



●咀嚼と記憶・学習能力

①咀嚼刺激によって記憶の向上が高齢者で見られた。

②咀嚼刺激は大脳皮質のネットワークに適度な刺激を与えて、海馬への情報入力を促進効果をもたらしていると考えられる。

③咀嚼は知的機能を保持し健康に老いるためにきわめて重要である。

出典：小野塚実ほか「高齢者の海馬活動に及ぼす咬合咀嚼機能の影響：磁気共鳴機能画像(fMRI)解析」(平成13年度8020公募研究報告抄録)より
<http://www.8020zaidan.or.jp/reseach/h13-7.html>

義歯を入れると転倒防止！

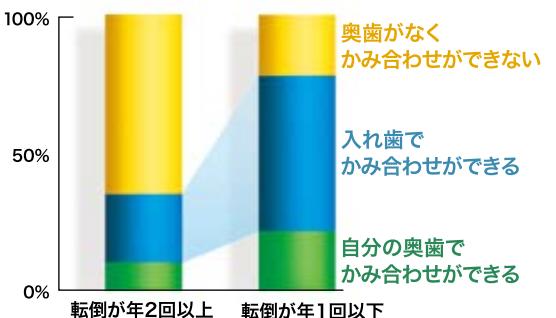


かみ合わせと転倒

奥歯でしっかりとかめる人は転倒が少ない。寝たきりになる原因は脳卒中と転倒が1、2位

かみ合わせが悪くても義歯をいれて、かみ合わせができるようにすれば、転倒を減らすことができます。

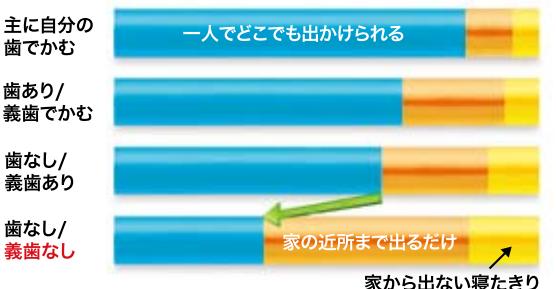
●認知症高齢者のかみ合わせの有無と転倒回数



出典：吉田光由ほか「口腔機能向上が運動器の機能向上、栄養改善にもたらす効果」(京府医大誌 121(10), 549~556, 2012)より
<http://www.fkpu-m.ac.jp/k/jkpum/pdf/121/121-10/yosida12110.pdf>

●高齢者の歯の状態と日常生活

■歯がたくさん残っている高齢者は元気。
■入れ歯も歯もない高齢者は寝たきりが多い。



出典：新庄文明、岩崎さとみ、安積宗「歯科保健センターを基盤とした南光町における成人歯科保健事業」(日本歯科評論, 530, 1986.)より
<http://www.hhk.jp/member/hyogo-hokeni-shinbun/2014/02/04/files/1741.pdf>



歯から始まる健康長寿…歯は転ばぬ先の杖、

65歳以上の「死亡原因となった疾病」と、「要介護の原因となった疾病」を比較すると、前者では「がん」、「心疾患」などが上位を占めるのに対し、後者では、「脳卒中」、「高齢による衰弱」、「転倒・骨折」などが多く、介護予防には、脳卒中予防と転倒予防が重要であることが言われています。

広島市立リハビリテーション病院歯科部長の吉田光由先生によると、最近の研究結果などから、これら脳卒中予防や転倒予防に歯科は大きく関わる可能性が示されつつあります。

歯と脳卒中

歯を喪失するような生活習慣と脳卒中のリスクとなる生活習慣には似たところも多く、不規則な食生活や喫煙など、歯科での歯科疾患指導がひいては脳卒中予防につながる可能性が考えられます。

さらに、歯周病と脳卒中を引き起こすような全身疾患との関連についても最近いろいろと解明されてきています。動脈硬化を起こした血管壁のアテローム(血管壁への沈着物)の中から歯周病菌が多数見つかり、心臓の弁膜に血栓をつくる原因(心原性内膜炎)の起炎菌となることが報告されています。また、脳卒中の基礎疾患のひとつである糖尿病は、歯周病との間に相互に密接な関係があることも示されています。

出典：「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会・市民講座「歯から始まる健康長寿～歯がないと卒中(たお)れる!転ぶ!」 吉田光由先生講演録(兵庫県保険医協会機関紙「兵庫保険医新聞」2014年2月5日付第1741号)より <http://www.hhk.jp/member/hyogo-hokeni-shinbun/2014/02/04/files/1741.pdf>

歯と転倒

吉田先生によると、残存歯数の少なくなった人は開眼片足立ち時間等が有意に短くなることや、65歳以上の健常高齢者で残存歯数が19本以下で義歯を使用していない人は、20本以上の者と比べて2.5倍転倒するリスクが高かったこと、健常高齢者の2倍も転倒リスクが高いと言われている認知症高齢者でも、残存歯のみで臼歯部の咬合を維持している残存歯群、義歯により臼歯部の咬合を維持している義歯群、臼歯部に咬合がない崩壊群に分けてみたところ、2回以上転倒した者では崩壊群が有意に多かった、といった報告が出されています。

転倒して骨折することは、寝たきりとなる大きな原因の一つです。歯を喪失した人にとって義歯は、まさに「転ばぬ先の杖」となるかもしれません、介護予防、介護の重症化予防に大きくつながる可能性を示しています。



1-5 本当は怖い歯周病の話

歯

周病はギネスブックに載るほど誰もがかりやすい病気です。歯周病は「糖尿病の第6の合併症」と言われているように、糖尿病患者のほとんどが歯周病にかかりやすく重症化も進みやすく、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やすいのです。

歯周病が悪化すれば心筋梗塞や心血管疾患になるリスクが高まり、妊産婦が歯周病にかかると早産や未熟児のリスクが高いことも言われています。

全身の疾患を予防するためにも、歯周病の予防が重要です。自治体が実施している歯科健診や妊産婦歯科健診、歯科医院での定期健診を受け、歯の健康を維持することが大切です。



歯科需要は富士山の裾野のように広がっている

歯科の要求水準の向上には、在宅だけでなく施設介護でも、病棟でも当たり前のように「歯科サービスがほしい」と患者さんが言い出せるような、国民からの歯科健診範囲の拡大要求を掘り起こすことが重要です。

医学的な立場から見れば、国民の歯科需要は、表に出ないまま隠されています。受診の阻害因子は、可処分所得が少なくなっていて、歯にはお金を回すことができないことにあります。歯科のありとあらゆる知識を駆使し、今まで隠れていた需要を裸にしていく。そういう歯科健診に動機づけられて受診をするよう、公衆衛生活動が住民の健康を守るだけでなく、これからの経営を成り立たせるための大きな要因になるでしょう。

さらには医療制度の改善要求にもつながります。例えば、「なんで歯並び治すのが全部私費なのか。



世界で最も多い病気は?

「全世界で最も患者が多い病気は歯周病である。地球上を見渡しても、この病気に冒されていない人間は数えるほどしかいない」...ギネスブック2001より

現在、公的な歯科保健活動は幼児の一部分と児童、生徒を対象に行われていますが、青年層や成人層はほとんどカバーされていません。高齢者もほとんど健診を受けられない状態になっています。

すべての層の歯科の要求水準を高めれば、医療需要をもっと開発していく。

私が地域で行ってきた住民歯科健診は学習健診というもので、健診の実施前から住民とともに健診を企画し歯みがき法も事前に住民有志が学習しました。そして会場運営や歯みがきコーナーに学習を経た住民がいて健診の誘導から歯みがき法の支援まで住民同士で行うものでした。そうすることで従来型の住民健診で受診率が10%を切る低迷の中、この学習健診では住民の80%、90%が受診するようになったのです。これだけの高受診率になると歯科治療から放置されていた悲惨な口腔に出会うことになりました。そういう症例を見ると、今の歯科医師が全員、臨床に携わって口腔ケアをしても足らないのです。

こうなると歯科医師の養成数が多すぎることが歯科の経営を悪化させたのだという単純な論理

に陥らないことが肝要です。歯科にかかりたくてもかかりたくない潜んだままのニーズが表に出てきていないうことが問題です。

下図の三角形のイメージになります。一番上に、疼痛や口腔腫瘍という緊急にやらねばならない疾病。その下には歯周病やう蝕が。さらにその下にアフターケアや口腔乾燥症があったり。もっと下には口臭・さらには歯列不正のために自殺をしようと思っている人たちがいたり。

そういう層がずっと下まであって、富士山の裾野のように広がって、最終的には底しかない。OECD加盟の先進国中日本の国内総生産(GDP)に占める医療費が最も低い群に属する不当さを訴え、本当の医療の需要を開発し、本物の医療を実現していく社会づくりをすることが必要です。

このためには、歯科技工士や歯科衛生士とともに、住民に今の歯科の窮状を訴えなければならない。「私たちがどんなに低い収入で働いているのか。そして、良心的な医療をやりたいのにどんなに沢山の制限を受けているのか」などと、1つ残らず丁寧に国民に明らかにしていく仕事が必要なのです。

公衆衛生活動を通した歯科需要の増大(岩倉)

● 健診報酬

● 健診に動機づけられた受診増

① 疾病の指摘

② 歯科保健知識の拡がり

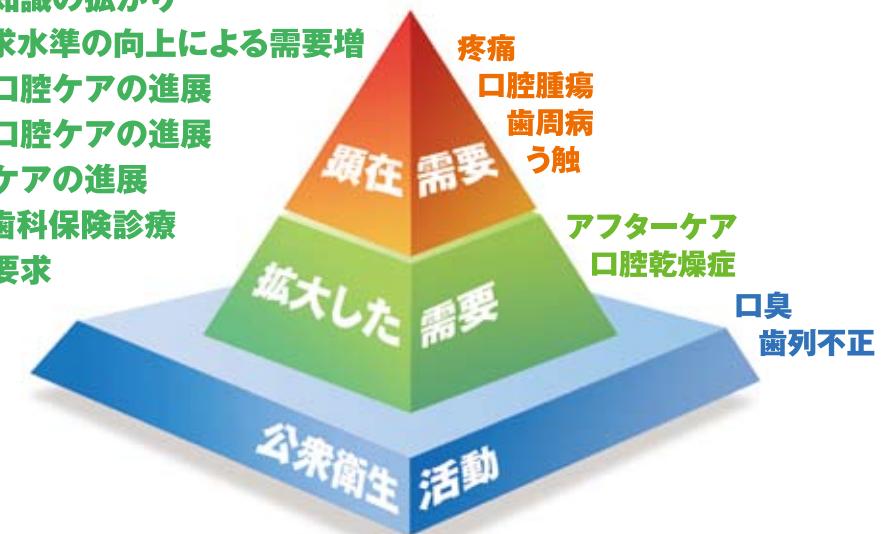
● 歯科への要求水準の向上による需要増

① 在宅介護口腔ケアの進展

② 施設介護口腔ケアの進展

③ 病棟口腔ケアの進展

● 国民からの歯科保険診療範囲の拡大要求



出典:「保険で良い歯科医療を」連絡会・近畿ブロック交流会記念講演「口から見えてくる格差と貧困」講演録
(全国保険医団体連合会機関紙『全国保険医新聞』2010年5月5・15日付第2475号近畿ブロックニュース)より

2 歯科医療の危機

2-1 貧困による健康格差、口腔崩壊

健 康長寿社会に向けて歯科の役割はますます高まる一方、そのニーズに応えられないどころか、深刻な「歯科医療危機」と言われる状況が続いている。20年近く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などの雇用破壊、社会保障改悪が行われ、国民生活は疲弊し貧困と経済格差がますます広がっています。

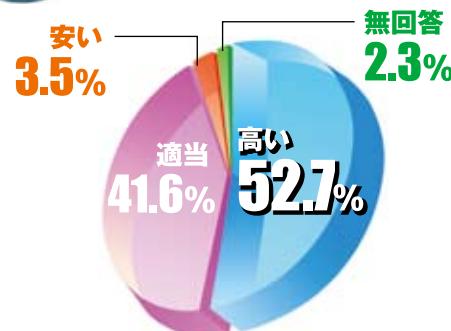
労働者の3人に1人が非正規労働、4人に1人は年収200万円以下のワーキングプアといった貧困と格差が拡大し、経済的理由で歯科受診はあと回しになっているのです。

全日本民主医療機関連合会の実態調査「歯科酷書」では、歯科治療が放置されているだけでなく、「高すぎる国保料が払えない」「非正規労働で保険に入れない」などで無保険者が増大し、「歯の健康格差」「口腔崩壊」をもたらす深刻な事例が明らかにされています。

全国保険医団体連合会実施の「歯科医療に関する1万人市民アンケート」によると、5割以上が歯科の窓口負担が高いと感じ、歯科治療を放置している人が4割近く、治療をしない理由として34.5%が「費用が心配」と答えています(図/1、2)。



図/1 歯科の窓口負担は

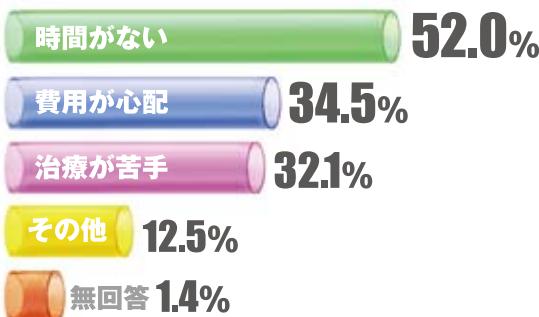


出典：全国保険医団体連合会「歯科医療に関する1万人市民アンケート」2011年より



出典：全日本民主医療機関連合会
「歯科酷書・第2弾・格差と貧困が
生み出した口腔崩壊」(2012年6月)より

図/2 治療しない理由

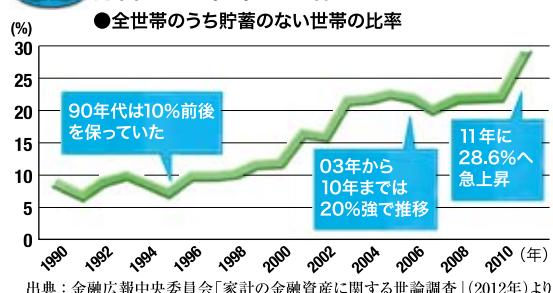


出典：全国保険医団体連合会「歯科医療に関する1万人市民アンケート」2011年より

とくに、「子どもの貧困」も深刻になっています。大阪府歯科保険医協会が実施した「学校歯科治療調査報告」によれば、多くの児童が歯科治療の必要があるにもかかわらず歯科医院に受診していないことや、口腔崩壊を起こしていることがわかりました。口腔崩壊の事例では、親のネグレクトや口腔に対する意識の低さとともに、生活保護や就学援助を受け経済的に困難を抱えている家庭の実情がみられます(図/3)。



図/3 貯蓄のない世帯が急増



出典：金融広報中央委員会「家計の金融資産に関する世論調査」(2012年)より

口腔崩壊の事例

- 歯は全部むし歯。
- 6年生女子、永久歯20本がむし歯
- 小2で15本がむし歯。多くが残根状態。
給食が噛みづらく、担任にほぐしてもらつて食べたりしている。
- 経済的に苦しい家庭の児童で、むし歯数
がとても多い児童がいた。児童・保護者
に面談を行ったが、保護者自身も歯牙欠
損など口腔状態が良くなかった。

●全校の約6割が生活保護家庭。
保護者の中には乳歯の治療は必要でないと
考える方が多く、乳歯の治療率が低い。
むし歯が10本以上ある児童の例では疼痛
が出る度に医療券を使って治療をされて
いるが、完治するまで通院しないために、
未処置のままとなっている。



歯科治療が必要なのに半分の児童が受診していない

学校歯科健診を受けた児童数	要受診と診断された児童数	歯科を受診した児童数	受診率
102,995人	37,619人(36.5%)	17,953人	47.7%

出典：大阪府歯科保険医協会「学校歯科治療調査2013年報告書」より。大阪府内公立小学校1019校中、246校から回答

2-2

低医療費政策による 歯科の「失われた20年」

政 府の新自由主義「構造改革」は医療をはじめ社会保障制度もますます悪くしました。さらに、安倍自公政権は社会保障・税一体改革方針のもとで団塊世代が75歳に達する2025年に向けて、さらに社会保障の改悪を狙っています(表/1)。

医療では、患者・国民負担の引き上げと診療報酬の引き下げで、医療費を抑制する低医療費政策が続けられています。とくに歯科では1983年以来の医療費抑制政策によって、歯科診療報酬の伸びは著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おり、その差は推計5千億円にのぼるとされています。さらに1996年から現在に至る20年間、国民の健康ニーズに応えるべく歯科医師は1万人程度増え、医療技術も進歩し、医療費は自然に増加していくはずなのに、保険診療による歯科医療費は2兆5千億円から2兆6千億円台に抑え込まれています。



表/1 新自由主義「構造改革」による社会保障の改悪

- 97年 ●サラリーマン本人の医療費窓口負担1割→2割
●高齢者の医療費窓口負担引き上げ(入院300円→1000円など)
●政管健保の保険料率引き上げ
- 00年 ●厚生年金(報酬比例部分)の支給開始年齢の引き上げ開始
- 02年 ●70歳以上の高齢者の医療費窓口負担定額→1割負担(現役並み所得者は2割)
- 03年 ●サラリーマン本人の医療費窓口負担2割→3割
●年金にマイナス物価スライド適用開始
- 04年 ●生活保護の老齢加算の段階的廃止開始
●厚生年金保険料を順次引き上げ(~2017年まで)
- 05年 ●介護保険の自己負担引き上げ
(食費など全額自己負担導入)
●国民年金保険料の順次引き上げ(~2017年まで)
- 06年 ●障害者自立支援法の施行
●医療費自己負担引き上げ
(長期入院患者の食費など全額自己負担導入)
●「現役並みの所得」のある70歳以上の高齢者の窓口負担2割→3割
- 07年 ●生活保護の母子加算の段階的廃止開始
●雇用保険の国庫負担削減
- 08年 ●後期高齢者医療制度導入
●政管健保を公法人化「協会けんぽ」へ
(保険料の引き上げと国庫負担引き下げ)
- 13年 ●年金支給額引き下げ開始(1%)
●生活保護支給額を8月から段階的引き下げ開始
- 14年 ●70~74歳の医療費の窓口負担1割→2割
●紹介状なしに大病院に訪れる患者に定額自己負担金
●高額療養費負担限度額の引き上げ
●年金支給額の引き下げ(1%)
●4月から消費税8%へ引き上げ
●復興特別法人税を1年前倒しで廃止
●公共事業費を2兆円規模に

これからの改悪スケジュール

- 15年 ●難病患者の自己負担引き上げ
●後期高齢者医療制度、保険料の特例軽減措置の段階的廃止開始
●介護保険の自己負担割合1割→2割
「要支援」者への保険給付廃止
特養入所基準の厳格化
介護保険施設の食事・住居費の自己負担引き上げ
●年金支給額引き下げ(0.5%)
●10月から消費税10%へ引き上げ
●4月から法人実効税率の引き下げ
- 16年 ●国保を「都道府県単位」に再編し国保料引き上げ
●病院、病床機能の再編

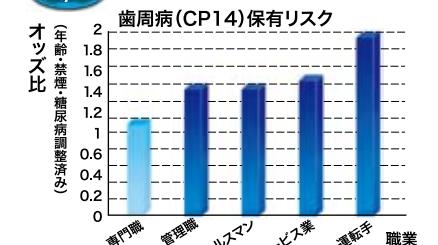


歯科疾患における健康格差について

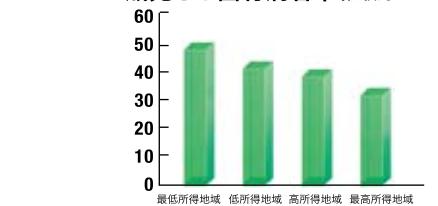
愛知学院大学の森田一三先生たちの「歯周病の職業間格差」のデータ(図1)では、歯周病を保有するリスクについて、仕事により歯周病を持っているか持っていないかが、最大で2倍違います。「3歳児のむし歯有病者率の地域格差」(100人の中で虫歯を持っている率)でも、大きな差があります。図2のように、市町村を所得ごとに並べると、所得が低い地域では3歳の時点で100人中約50人、むし歯の子どもがいますが、所得が一番高い地域では30数人しかいません。このように段階状になっているのが非常に重要です。

近藤克則編『検証 健康格差社会-介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』(医学書院2007)にあるデータで、「教育年数と20歯以上保有者の関係」(図3)を見ると、教育年数により、20本以上の歯を保有する人の割合が違うことが分かります。また、「教育年数と噛みにくいと自覚する者の関係」(図4)を見ると、教育年数が短い人ほど噛みにくい方が多く、段階状の差になっています。

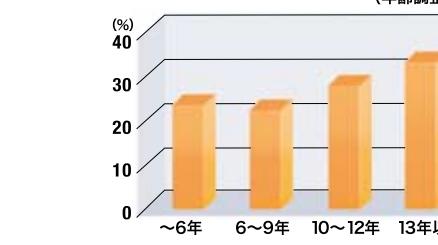
図/1 歯周病の職業間格差



図/2 市町村平均課税所得で分けた市町村3歳児むし歯有病者率(経験的ペイズ推定値)



図/3 教育年数と20歯以上保有者の関係(年齢調整済み)



所得と年齢を分けて、20本以上歯がある人の割合を出してみると、どの年齢もきれいな階段状の勾配があるのが分かります。歯科医師は80歳で20本以上を目指す「8020運動」を推進していますが、それを達成できるのはお金を持っている人から順になるということが明らかです。

健康格差と言えば、非常に貧しい人が不健康を被っているというイメージがありますが、実は「階段状の勾配」となっています(図5)。つまり、ごく一部の貧しい人だけがものすごく不健康というではなく、所得がある程度高い人でも、さらに高い人よりは不健康ということです。健康格差は一部の貧しい人の問題ではなく、「私たちよりも所得が上の人にはたいてい健康状態がいい」「私たちよりも低い人はたいてい健康状態が悪い」というように、誰の身にも降りかかっている。こういう事実が、健康格差の非常に重要な深刻なところです。

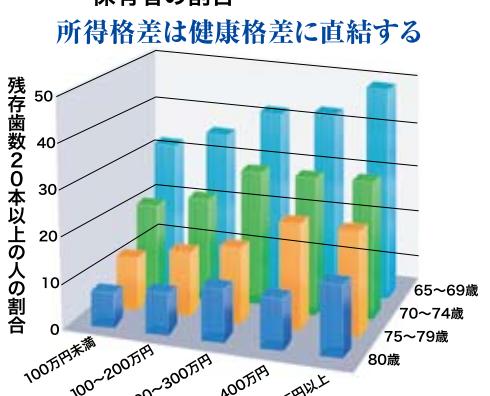


東北大学大学院
歯学研究科准教授
相田 潤

図/4 教育年数と噛みにくいと自覚する者の関係(年齢調整済み)



図/5 年齢別階層所得と20歯以上保有者の割合



出典:「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会・結成総会記念講演「格差社会と歯の健康」
講演録(兵庫県保険医協会機関紙「兵庫保険医新聞」2010年3月5日付第1615号)より

2-3 歯科技工士 … 離職率8割

低 医療費政策による歯科医療従事者へのしわ寄せは、歯科技工士・所に最も重くのしかかっています。技工料が安すぎるために低賃金・長時間労働を強いられ、20~30歳代の若い歯科技工士の離職率は約8割と、極めて異常な事態になっています。大阪府歯科保険医協会と大阪歯科技工士連絡会の「歯科技工所アンケート」調査によれば、4人に1人が週労働時間80時間を超え、休日をとる余裕もなく、3割が可処分所得300万円以下という衝撃的な結果が明らかになりました。



また、中国や東南アジアへの歯科技工物の海外発注が広がっていることも日本の歯科技工士・所への脅威となっています。現在は自費診療のみに認められている海外技工物が、保険診療の歯科技工物でもなし崩し的に海外受注へと流れれば、国内の歯科技工の担い手がさらに減少する可能性があります。そうなれば、歯科医師と歯科技工士の密接な連携を必要とする歯科技工物製作の国内基盤が崩れてしまいます。患者・国民にとっても由々しき事態になります。

歯科技工物の作製は歯科治療の大きな部分を占めており大切な部分です。それゆえに歯科技工士資格は国家資格であり、安全性が担保できるのです。

著しく低い歯科医療費を放置する国の姿勢を根本的にあらためなければ、日本の誇れる優れた歯科技工の技能が継承されず、国民の口腔の健康と安全も保障されない深刻な事態になりかねないのです。

2-4 歯科衛生士 … 6割が未就業

□ 腔ケアのニーズが高まり、歯科衛生士の役割を發揮する業務の機会が広がっています。しかし、歯科医院では慢性的な歯科衛生士不足となっています。他方で歯科衛生士の国家資格を持っている人はたくさんいます。

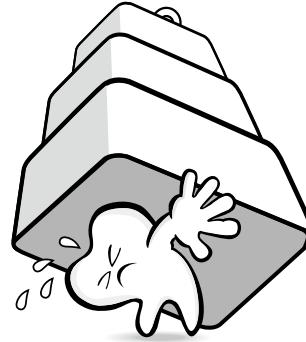
歯科衛生士の有資格者243,337人(2013年3月末)の内、実際に歯科診療所などに就業している者は108,123人(2012年末)となっています。

毎年約6,000人前後の歯科衛生士が国家試験に合格しているにもかかわらず、実に有資格者の6割近くが未就業の現実があります。

歯科衛生士が定着しない理由には、その役割に見合った診療報酬上の評価が低いことなどがあります。



2-5 歯科医師… 厳しい医院経営



歯科医療費を抑制する目的で、国により決められた診療報酬が著しく抑えられています。そのため、医院経営は年々厳しくなっています。

そのしわ寄せが歯科技工士や歯科衛生士にも来ているのです。

診療報酬は歯科医師だけでなく歯科衛生士、歯科技工士、事務職員らの人工費や、医院経営の経費をまかない医療を維持するために不可欠なものであります。同時に診療報酬とは、国民が保険で受けられる医療の量と質を規定するものであります。

診療報酬が抑えられていることで何がもたらされるでしょうか。第一に、日進月歩している治療技術・機材・材料のコストが増えても、診療報酬が低い評価のために、医療機関は減収になります。経営が悪化すれば、機材・機器の買い換えを控えたり、歯科衛生士などを減らして対応せざるを得ません。

第二に、患者さんに必要な医療であっても保険給付として認められない場合も生じます。

安全で普及している治療技術や材料であっても保険給付として認められなければ、自費診療になります。さらにこれまで保険給付として認められていた治療技術・材料が保険から外される場合もあります。

このままでは国民の歯科ニーズに応える歯科医療界全体の質の向上ができないばかりか、公的歯科保険医療は崩壊してしまいます。



低診療報酬の改善で歯科技工の仲間を呼び戻したい

現在、20、30歳代の歯科技工士の離職率は約8割で、次の担い手がいなくなることが危惧されています。歯科技工士養成学校を出て、専門的技術を苦労して身につけた後になぜ去って行ってしまうのでしょうか？最大の理由は技工料金の安さゆえの超長時間労働、超低賃金といった労働環境にあります。私が技工を始めた10年前からみても今は最悪の状況です。

私の同期でも技工を続けているのは一人になってしましました。10年間必死に頑張り続けてきたが残念ながら、歯科技工の世界から去ることになった同期の友人（32歳）がいます。彼が技工所を辞めるときの状況は残業代は無く、月給15万円でした。週休1日、帰宅は早く終電、週に2日は泊まり。経済的な厳しさはもちろん、家族も本人の身体を心配し、これ以上技工士を続けることには反対でした。彼も含めてほと

んどの若い技工士は、技工が嫌で去るのではなく、劣悪な労働環境から精神的にも肉体的にも追い込まれて去って行くのです。

歯科医療は社会的に不可欠なものです。「保険でより良い歯科医療を」の運動に取り組み、広範な人々の理解を得ることで安心できる歯科医療の未来への展望も開けます。国民、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士が共に運動を推進していくことにより、低診療報酬により悪化した歯科医療機関の経営の安定、技工技術等の適正な評価へつなげたい。

技術を持つつ志半ばで去らざるを得なかつた仲間を呼び戻したいです。



「保険でより良い歯科医療を」
兵庫連絡会世話人
雨松 真希人
(歯科技工士)



歯科衛生士の現在、そして未来

多職種連携やチーム医療が唱えられ進みつつありますが、「歯科」という領域で考えると一番近いチーム医療のメンバーは、歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士だと考えます。この関係が円滑に回らない中で、多職種連携はあるのでしょうか。

私たちは、国民の皆さまの健康維持・増進に貢献すべき職種です。その職務を全うするには、慈善活動では100%の力を發揮することも長続きしません。日本の低医療費政策はまさに、歯科医療の充実を阻むものだと考えます。社会に歯科衛生士は求められています。

この状況を充足させるためにも、歯科衛生士が長く勤務できる環境作りが必要です。歯科衛生士の役割は多岐にわたります。専門職として知識や技術を提供することは言うまでもなく、患者に寄り添い何を求められているか耳を傾け、

診療中などの患者さんの変化、異変に気付くことも必要です。そして、一次救命や有事の活動、防災についても知っておかなければなりません。また、チーム医療が円滑に回るように、現場のマネジメントを行うことも役割のひとつです。

私たち歯科衛生士は、口腔を通して国民の皆さまのいのちを守ることが使命です。その使命を果たすべく、これからも邁進していくしかねばなりません。また同時に、自ら、歯科衛生士を取り巻く環境について、改革していくしかねばならないと考えます。

まさに、今がその転換期だと感じています。



神戸常盤大学
高藤 真理
(歯科衛生士)

3 健康長寿社会に向けて “保険でより良い歯科”を

「歯の健康格差」「口腔崩壊」「歯科医療危機」を克服していくとともに、国民の歯科ニーズに応えて健康長寿社会に貢献するためには、今こそ“保険でより良い歯科”が求められていると言えます。以下、私たちの提案です。

3-1 保険のきく範囲を広げる

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、「保険のきく範囲を広げてほしい」という声が多く聞かれます(図/1)。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、長年にわたって保険にほとんど導入されていないため、保険がきかない治療を高額な自費でせざるを得ない場合があります。

金属床の入れ歯や自然な歯の色に近い歯の被せ物にすることすら保険では制約があります。治療技術や材料の発展もめざましいCTなどの診断機器、レーザー、メタルフリー材料、インプラント、矯正治療、歯周組織再生法なども一部しか保険で認められていません。

また、高齢者の増加にともない、全身的管理を前提とした歯科診療が必要ですが、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。これでは、歯科医師が高いリスクと不安の中で診療を行わざるを得ないという弊害も生れます。

歯垢(口腔バイオフィルム)はむし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、動脈硬化などの関連も指摘されており、歯周病の治療は他の疾患の予防という一面も担うことになります。

図/1 歯科医療には保険のきかない治療があることについて

保険のきく範囲を広げてほしい **91.6%**

今までよい**79%**

出典：全国保険医団体連合会「歯科医療に関する1万人市民アンケート」2011より
そのために必要な歯垢検査、唾液検査等も行えるようにすべきです。

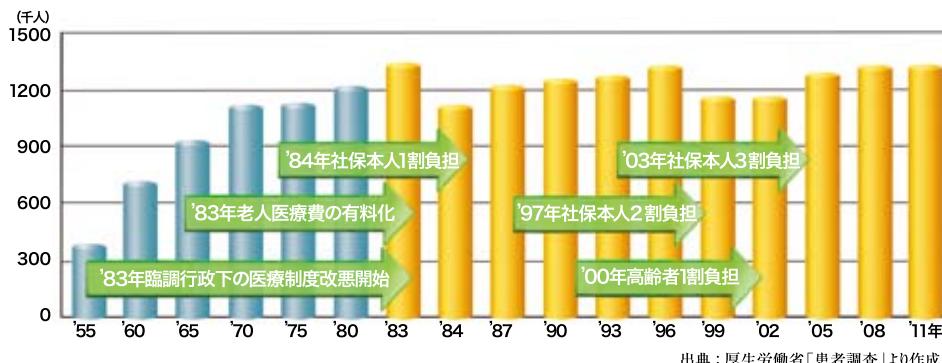
安全で普及している歯科治療については保険導入し、疾患のリスクを見出す歯科治療も保険で認められるべきです。

3-2 窓口負担を安くする。せめて子どもと高齢者は無料に

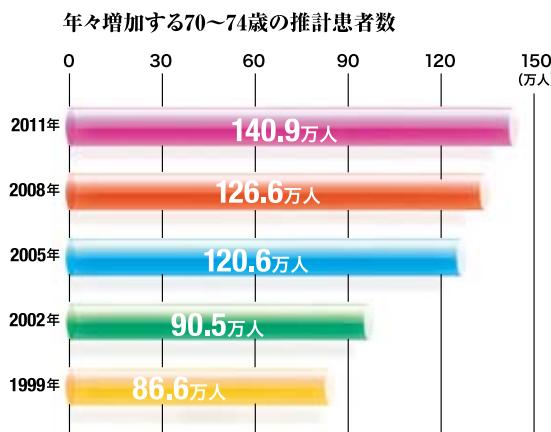
過去40年間、患者窓口負担が引き上げられてきたため、歯科の患者数は横ばいか減少傾向にあります(図/2)。高齢化で高まるはずの歯科ニーズが抑え込まれています。

2014年4月からは、高齢社会ゆえにますます歯科治療が必要とされる70歳～74歳の窓口負担が1割から2割に倍増し、受診を手控えるおそれがあります(図/3)。

図/2 歯科の患者数は、約30年にわたって、横ばいか減少傾向



図/3 受診が高まる70～74歳が負担倍増に

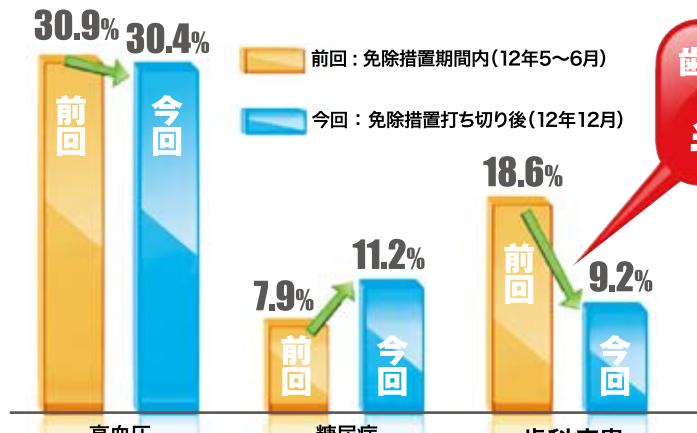


子どもの口腔崩壊を防ぐためにも、お金の心配なしに歯科受診できるようにすべきです。

貧困と格差が広がる中、現役世代の窓口3割負担も限界があります。それは東日本大震災の経験でも明らかです。窓口負担が免除されていた被災地では、免除措置が打ち切られて以降、岩手県では歯科の通院が半減するなど、窓口負担が歯科受診に大きく影響していることが明らかになりました(図/4)。

子どもと高齢者の窓口負担は無料化し、将来的には全世代での窓口負担をゼロとするよう、当面は現役世代3割負担を2割負担に戻すべきです。

図/4 岩手県で被災した通院者の受診の変化

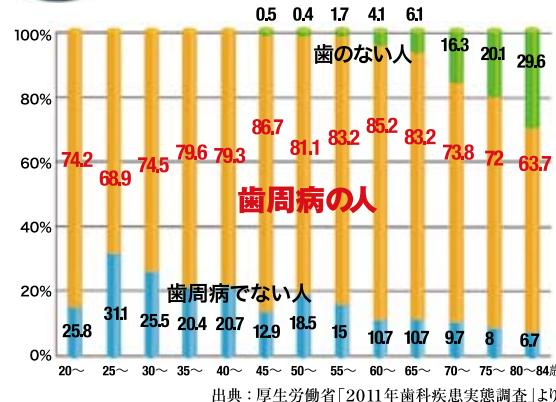


3-3 無料健診制度を全年齢に広げる

「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割近くになると言われています(図/1)。歯科疾患の早期発見・早期治療のためには、すべての国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重要です。

無料健診制度を全年齢に広げ、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べきです。

図/1 歯周病の罹患率：国民の8割が歯周病



3-4 医療・介護での口腔ケアのニーズに応える

高齢者の大半は歯科疾患を持っています。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むし歯の治療、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ます。これらを改善するためにも、歯科の診査・診断などを経て行われる専門的口腔ケアが必要です。

しかし、要介護者の多くは歯科訪問診療を受けていません。すべての要介護者、障がい者が専門



的口腔ケアが受けられるよう、以下ことが求められます。

- ①在宅・施設療養者などの経済的負担の軽減
- ②保健所と一定規模の病院・介護施設に歯科医師と歯科衛生士の常勤配置
- ③介護保険と医療保険における歯科分野の報酬の充実
- 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、障がい者施設に歯科の併設を促す

3-5 医科歯科連携と病院歯科の充実

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がい者の治療のために重要な地域医療の要です。ところが診療報酬が低すぎるため、手間のかかる治療に見合わず多くの病院歯科は不採算になっています。このため病院歯科の閉鎖が続き、1996年の1516施設をピークに2012年には1094施設へと減少しています。

また、超高齢社会をむかえた今、歯科の患者は他の疾患を多くかえています。医科と歯科との連携が必要になっていますが、医科から歯科へ、歯科から医科へ患者を紹介するなど、医科歯科連携の推進が診療報酬上も十分に手当てされていません。

病院歯科を拡充できるよう診療報酬を改善するとともに、糖尿病の治療計画に歯科検診を組み込むなど有病患者に対応した医科歯科連携がはからるべきです。

3-6 食育への歯科医師と歯科衛生士の関与を広げる

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、「健康日本21」(「21世紀における国民健康づくり運動」)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は、食育を通じて生活習慣病等の予防をはかるため、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挙げられています。

また、親のネグレクトや口腔に対する意識の低さが要因の子どもの口腔崩壊を防ぐためにも、学校教育を通じた口腔保健の啓発が重要になっています。

歯科医師と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。

3-7 高すぎて払えない保険料を引き下げる

命の「パスポート」である健康保険証を持たない世帯が増加し、歯科受診を手控える原因にもなっています。失業や非正規雇用、倒産が増え続け、年々高くなる国民健康保険料(税)を払えない滞納世帯は372万世帯、加入世帯の2割近くにのぼり(2013年6月1日現在)、滞納世帯の差し押さえも増えています(図/2)。国保料(税)を払えず「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ので、高い医療費が払えずに必要な医療が受けられなくなります。

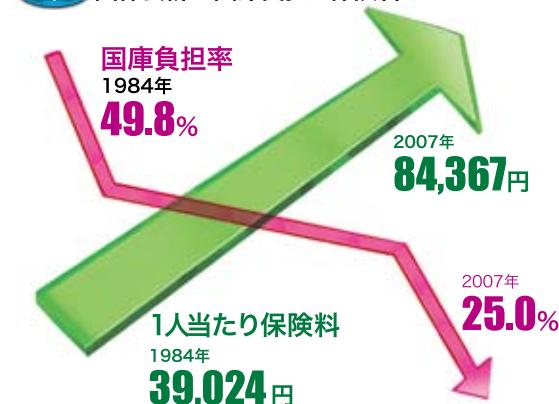
無保険者を減らすために国は雇用の安定とともに、国保料の国庫負担率を現在の25%から以前の49.8%まで引き上げるなどの責任を果たすべきです(図/3)。

図/2 年々増え続ける国保での差し押さえ



出典：厚労省発表の国保の財政状況より作成

図/3 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

3-8 歯科医院と、歯科技工所が成り立つよう診療報酬を引き上げる

高まる歯科ニーズに応えるよう歯科医療従事者が専門的技能を活かしてやりがいを持てるように待遇を改善していくことが早急に求められています。

とりわけ、歯科技工所・歯科技工士の待遇改善をはかるよう、補綴物(義歯、被せ物)の技術料が大幅に引き上げられるべきです。当面の目安として現在の歯科技工物の流通価格を「7:3」大臣告示(※)の水準に高めるためには、保團連試算によれば歯科医療費約1300億円の財源で実現できます(表/1)。

また、京都府歯科保険医協会『製作技工費を歯科点数表に新設するために(案)』では、まず歯科点数表に製作技工費を新設することによって「7:3告示」を守った上で、歯科技工の技術料引き上げと新設技術料を求める提案がされています(表/2)。

歯科技工問題に顕著な歯科医療危機を根本的に打開するには、今こそ歯科技工士と歯科医師が、緊密な連携を図ると同時に、必要な診療報酬を堂々と求めていくべきであり、これこそが歯科医療全体の発展と社会的評価を高める確かな道の一つです。

表/1 保団連による製作歯科技工料の試算

	技工料 70%料金 (円)	技工士数 加重平均 (円)	技工士 配分率 (%)	所定点数 (点)	技術料 試算点数 (点)	医療費 増減額 (円)
インレー(単純)	1,270	1,126	62.2	181	228	30,855,500
インレー(複雑)	1,930	1,483	53.9	275	422	1,125,970,020
3/4 冠	2,590	2,103	56.8	370	532	10,716,300
4/5 冠	2,170	2,022	65.2	310	359	26,642,280
全部铸造冠	3,120	2,435	54.7	445	672	2,250,396,280
硬質レジン前装铸造冠	8,220	6,055	51.6	1,174	1,895	3,300,254,930
铸造ポンティック	3,000	2,601	60.8	428	560	228,143,520
金属裏装ポンティック	5,240	3,312	44.3	748	1,389	52,478,670
硬質レジン前装铸造ポンティック	8,220	6,063	51.6	1,174	1,892	606,035,080
レジン床有床義歯1歯~4歯	3,850	3,147	57.2	550	784	302,023,800
レジン床有床義歯5歯~8歯	4,730	4,140	61.2	676	873	257,293,820
レジン床有床義歯9歯~11歯	6,300	5,641	62.7	900	1,120	122,720,400
レジン床有床義歯12歯~14歯	9,170	7,662	58.5	1,310	1,813	204,137,520
レジン床有床義歯 総義歯	14,420	10,785	52.4	2,060	3,272	1,737,971,640
熱可塑性樹脂有床義歯1歯~4歯	4,690	4,728	70.6	670	657	-2,268,630
熱可塑性樹脂有床義歯9歯~11歯	7,840	8,109	72.4	1,120	1,030	-1,867,500
熱可塑性樹脂有床義歯 総義歯	19,460	16,906	60.8	2,780	3,631	186,351,980
铸造双歯鉤(金パラ)	1,570	1,619	72.3	224	207	-6,150,940
铸造双歯鉤(ニッケル・コバルトクロム)	1,570	1,664	74.3	224	192	-11,449,920
铸造両翼鉤(金パラまたは貴金属)	1,460	1,370	65.9	208	237	129,316,510
铸造両翼鉤(ニッケル・コバルトクロム)	1,460	1,438	69.1	208	214	13,051,800
線双歯鉤	1,400	1,348	67.4	200	217	1,823,590
線両翼鉤(レスト付)	980	963	68.8	140	146	11,833,320
線両翼鉤(レスト無)	840	817	68.1	120	128	6,427,280
屈曲バー(特殊鋼)	1,680	1,749	72.9	240	217	-4,570,330
铸造バー(ニッケル・コバルトクロム)	3,010	3,124	72.6	430	392	-24,309,740
合計						106億円 (月)

日本歯科技工士会「2009歯科技工費実態調査報告書」の70%技工料金と加重平均金額を日本歯科技工士会「平成21年度第91回議員議案書」の新点数を反映させ、調整済みの基礎資料とした。歯科医師配分金額を加重平均金額との差り求め、その金額を3割分とし、歯科技工士配分金額を7割になるよう調整し、算出した。それらを試算単価とし、点数を試算した。そして、試算点数と現行点数それぞれに厚生労働省「社会医療行為別調査」2008年参照の算定回数を乗じて、その差を求め、その結果、月単位で106億円、年単位では1272億円の必要増が試算された。

*マイナス部分は計算の都合上算出したもので、引き下げる意図したものではありません。所定点数は2014年診療報酬改定前のもので、若干の点数変更があります。

出典：全国保険医団体連合会「歯科医療の再生から健康社会へ歯科医療改革提言・改訂版」(2013年)より

表/2 歯科医師が7:3告示の厳守を十分行えるための引き上げ案

	引き上げ点数
メタルコア形成	新設60
個人トレーまたはロウ堤作成のための印象	新設50
個人トレー作製	新設150
基礎床付ロウ堤	新設130
ロウ堤	新設100
補強線	復活100

出典：京都府歯科保険医協会「製作技工費を歯科点数表に新設するために(案)」(2012年4月)より表作成

※「7:3」大臣告示 1988年に厚生大臣が発出した歯科技工にかかる費用の割合を示した文書。材料費を引いた製作技工の費用が全体の約70%、製作管理の費用が全体の約30%と示した。

3-9 低医療費政策の転換で歯科医療費の総枠拡大を

「歯科医療危機」で2兆5千億円台に抑えられていた歯科医療費は、最低3兆円台に引き上げるべきです。

歯科医療費を3兆円台にするためには、診療報酬の10%程度の引き上げで可能です。歯科医院経営と歯科技工所が成り立つよう補綴物はじめ技術料本体を中心に当面10%診療報酬を引き上げるには、3000億円程度で可能です。

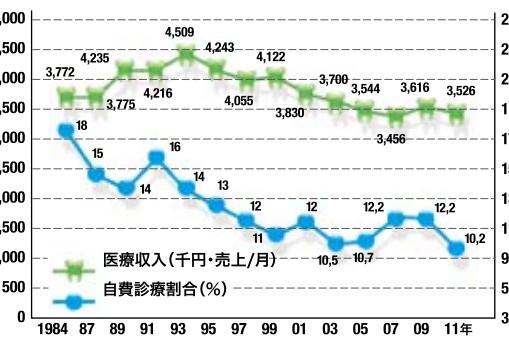


自費診療への活路では歯科医院経営は困難な時代に

政府は歯科での「低医療費政策」を正当化してきたのは、保険診療だけでなく自費診療も含めて採算が取れればいいとする「トータルバランス論」をとっているからです。しかし、自費診療は患者さんに経済負担を課すとともに、自費診療への活路では歯科医院の経営を良くすることは成り立たない時代になっています。厚労省「医療経済実態調査」によれば、歯科個人診療所の自費診療の推移は1984年に18%だったのが、2011年には10.2%まで減っています(図/1)。

このことは、保険治療の点数評価が極端に低い歯科医療のもとでも、多くの歯科医師が保険で歯科

図/1 歯科医院の医療収入と自費診療の推移



出典：厚労省「医療経済実態調査」より

さらに保険がきかない自費治療の推計3000億円を仮にすべて保険導入したとしても、合計6000億円の引き上げとなります。医科と調剤も合わせた総医療費全体の38兆6千億円(平成23年度)から1.5%増となるにすぎません。

健康長寿社会を実現するには、わずかな歯科医療費を手厚くすることがとても有効なのです。それが医療費全体を適正化することにもつながります。

「アベノミクス」と称して不要不急の大型公共事業の予算を増額したり、大企業を潤すための「成長戦略」で医療に市場原理を導入するよりも、国民の健康の土台にある保険医療を充実する予算をたてるこによってこそ、政府も推進する「健康長寿社会」を着実に実現することができるのです。

医療を供給し続けてきた努力の結果であると言えると同時に、「小泉構造改革」以降、社会保障の大幅削減が進められ「貧困と格差」が增大した結果、高額の自費診療が敬遠されているためとも言えます。

また、自費診療の減少とともに、歯科技工士が請け負う歯科技工委託費も90年代後半から年々減ってきてています(図/2)。

歯科医院経営、歯科技工士・所の待遇改善のためには、自費診療への活路を見い出すよりも、患者・国民の大多数が願う保険治療の拡充と同時に、保険がきく歯科技工物の保険点数の大幅引き上げを求めていくことこそに明るい展望があるといえます。

図/2 自費診療医療費と歯科技工委託費の推移



出典：日本歯科医師会「総合政策検討プロジェクトチーム(PT)報告書」より

健康長寿社会に向けて “保険でより良い歯科”を

- ①低医療費政策の転換で歯科医療費の総枠拡大を
- ②保険のきく範囲を広げる
- ③窓口負担を安くする。せめて子どもと高齢者は無料に
- ④無料健診制度を全年齢に広げる
- ⑤医療・介護での口腔ケアの歯科ニーズに応える
- ⑥医科歯科連携と病院歯科の充実
- ⑦食育への歯科医師と歯科衛生士の関与を広げる
- ⑧高すぎて払えない保険料を引き下げる
- ⑨歯科医院と歯科技工所が成り立つよう
診療報酬を引き上げる

全国保険医団体連合会
発行のパンフレット

「より良く食べるはより良く生きる」
「歯科医療の再生から健康社会へ歯科医療
改革提言・改訂版」も、本パンフレットと
あわせてぜひお読み下さい。



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
TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1885



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：2014年6月27日 定価150円(送料別)