

あるべき歯科医療についての提言

NPO法人みんなの歯科ネットワーク

ご挨拶

みんなの歯科ネットワークは歯科医療制度について歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士そして患者さんと一緒に考えているNPO法人です。

医療崩壊という言葉が定着して久しいですが、歯科医療も大きな問題を抱えています。

そしてそれを放置すれば国民に大きな損害を与えることになるでしょう。

ですから、私たちは今こそ「あるべき歯科医療」について提言すべきと、議論を重ね大きく2つの提言を作成致しました。

1、効率的で良質な歯科医療提供体制の構築の提言

2、民主的な歯科医療政策の立案・運営のための提言

この提言は真の現場の声です。ご一読頂ければ幸いです。

平成21年9月16日

NPO法人みんなの歯科ネットワーク



目次

効率的で良質な歯科医療提供体制の構築の提言

ページ

主旨(意義)	1
前文	1
現状	1
具体案	
1、健診・検診・予防・口腔ケア等の充実	2
1) キレ間のない検診制度	
2) 検査項目の充実	
3) 予防処置の健康保険導入 予防的検査、予防処置の健康保険導入	
4) 小児期の歯列矯正の健康保険導入	
5) 口腔ケアの拡充	
6) 障害者・全身疾患のある者・発達障害児に対する歯科治療への配慮	
2、歯科医師の過不足のない養成と資質の確保	3
1) 歯科大学の統廃合	
2) 歯科医師の資質の担保	
3) 資質に見合う評価	
3、みんなの社会保障会議(仮称)の設置	5
結び	6
参考文献・資料	7

民主的な歯科医療政策の立案・運営のための提言

主旨(意義)	10
前文	10
現状	10
目的	12
具体案	12
1、医療制度上の権限の分立	12

2、基礎的コスト・技術コスト・政策コストの3層構造……………14

参考資料 ……………15

平成21年9月16日



効率的で良質な歯科医療提供体制の構築の提言

主旨（意義）

国民皆保険制度に歯科が取り入れられた当時に比べ、現在の日本国民の口腔内状況は大きく変化をした。そこで歯科医療とその環境を今一度見直し、現在の状況に合わせた歯科医療制度の再構築を行うことに

よって、国民の健康に寄与する。

前文

歯科においては、二大疾患である歯周病にしてもう蝕にしても、予防・管理が口腔健康状態の維持のためには重要であることは論を俟たない。また、歯の健康を維持することは、生活の質の向上に直結することであり、豊かな老後を過ごすためにも必要なことである。

日本の国民皆保険制度は疾病保険であるからという理由で、予防関連の診療への給付をいたずらに制限するのではなく、それが日本国民の口腔内の長期の健康維持に繋がるのであれば、予防処置等の大幅な保険への導入を積極的に進めていくべきではないだろうか。

国民の口腔への健康意識が高まり口腔内の衛生状態が向上した現在、現状に合わせた改革がなされているとは言い難い歯科医療提供体制は見直されなければならない。

そのためにも、有資格者（歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士）の業務範囲を明確にするとともに、資質（学制も含む）の向上を図り、またその数をコントロールする仕組みが必要とされている。

現状

昭和30～40年代の「虫歯の洪水」状態からみれば、DMFT指数（1人平均むし歯数）は大幅に低下し、20本以上の歯を有する人の割合も各年代で大きく増えている。要因はいくつか考えられるが、国民皆保険のもと低診療報酬でも高い稼働率で歯科医療従事者が努力してきたことは確かである。一日百人もの患者が歯科医院に押し寄せ、物量的に治療が追いつかない時代、患者も歯科医師も悲鳴を上げていたことから、双方から歯科医師量産の要望があり、大幅に歯科医師を増加させた効果もあるだろう。

しかし、現在国民の口腔への健康意識が高まっているにもかかわらず、医療費抑制政策の下、診療報酬は歯学の進歩に応じた投資や医療安全への投資が十分に確保できないほどに低く抑えられている。う蝕を削って、詰めたり被せたりするだけでは再発は防げない。う蝕の原因自体の除去になっていないからである。現在の制度では、その根本となるリスク軽減は患者への口腔衛生指導によるものが大きい、この部分の診療報酬上の評価が低いこともあり、安易に削って、詰めたりかぶせたりする方向に流れてしまう危険性も指摘されている。

これは、効率的な医療費の利用という面でも問題であり、歯科医院の経営が「削っては詰め・かぶせる」ことでしか成り立たないのだとしたら、医療提供のあるべき姿としてはあってはならないことであろう。

また歯科の点数の多くは20年来放置され、その上急激な歯科医師の増加により、歯科医院の経営は危ういものになりつつあり、これに伴い歯科医師という職業への魅力の低下による歯科大学志望

者の激減を招いている。にもかかわらず、養成の大多数を私学が担っていることもあり、国は入学者数の大幅な抑制を出来ていない。そこで歯科医師の供給をコントロールするために国家試験の合格率を下げる苦肉の政策がとられている。このことは大学の予備校化を招き、臨床実習、治療計画立案などの現場能力の欠落した歯科医師を輩出するおそれが多くなっている。このような現象は歯科医療を受ける側にとっては迷惑この上ない事である。また、志願者激減のため私立歯科大学では急速に経営状況が悪化しており、破綻は避けられなくなっていることから、既に一つの役割は終わっているのではないかと思われる。

具体案

1、健診・検診・予防・口腔ケア等の充実

本来は、予防から機能回復・維持までの一貫した歯科保健・歯科医療制度の構築が必要である。けれども現行保険制度は、予防は適用外のうえ、診断を軽視していて、治療をしないと「評価」されない仕組みになっている。そこで根本から制度を見直し、検診、予防、治療、ケア、介護、終末期など乳幼児から高齢者まで一貫してシームレスに歯科がかかわり、国民の口腔の健康は維持・回復・維持ができる体制を確立することが必要ではなかろうか。

1) キレ間のない検診制度

現行の保険制度では、健康診断は省令によってできない。歯科疾患は、不可逆性であるので、無症状のうちに早期発見・早期治療をすることが肝要である。歯科保健法や口腔保健法のような法律を早期に成立させ、健診・検診を国の政策として推進すべきである。

海外においてはEHR（電子的国民健康記録）を活用し、国民の健康を効果的、効率的に管理しようとする動きが出てきている。日本では、個人情報取り扱いなどで議論がある上に、IT化に関してはレセプトオンライン化の関係でアレルギーを示す者も多く、問題が山積みだが、有効利用できるようになれば疾患の減少に関して便利なツールに成りえる。現状は、保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校と検診が行われているが、それが個人の各ライフステージで切れ目無くつながっているわけではない。そのデータはその時点におけるデータとして治療勧告や統計などで利用されるだけであり、各ライフステージにあわせた長期的管理のためには利用されていない。それが、つながるようになれば、う蝕やその他の歯科疾患に関しても今以上にきめ細かく指導し、予防に役立てることも出来るはずである。

2) 検査項目の充実

近年、検査漬けなどと言われたことも記憶に新しいところではあるが、現在の歯科保険では、主に感染症を相手にしているにもかかわらず細菌検査をはじめ有効なはずの唾液検査、生化学的検査も項目には見受けられない。また、補綴分野においても、顎機能検査等も市場にはデジタルな検査機器が開発され流通しているが、保険診療においては古典的な方法のみしか見当たらない。また、外科処置をする場合において、全身状態を把握するためには問診に大きく頼るしかなく、小手術といえども血液生化学検査等で全身状態のリスクをスクリーニングすることが歯科単独では行いにくいのが現状である。

3) 予防処置の健康保険導入

医科においては、発症前の診断を行い、真の病気に至るプロセスに適確に介入して発症を未然に防ぐようになってきている。真の疾患が発症する前に、血液検査の異常値などを根拠とする代理の疾病の診断をするのである。代表的な生活習慣病とされる高脂血症、高尿酸血症、高血圧症、糖尿病、骨粗鬆症などは、臨床症状を「予防」するために、検査値の異常自体を疾病として、その「治療」を健康保険の対象にしている（代理エンドポイントの活用）。

いうまでもなく歯科疾患（う蝕、歯周病）はその原因が解明されており、早期発見、早期治療では不可逆的歯科疾患への対処としては不十分であり、発症前診断、予防的介入こそが効果的である、そのことは一生自分の歯で食べるということだけでなく、医療費の効率化という観点からも大変重要な要素である。歯科医療においても、う蝕や歯周病の「予防」のため、2) で挙げた細菌検査等によってわかる状態を「治療」することを健康保険に導入すべきである。

もしくは、保険に導入できないとしても、現在予防といわれている検査や処置を必要に応じて行うことができれば、

歯科疾患を減らすことができるはずであり、現状でも、1歳半、3歳児健診や学校検診があり、自治体によってはさらにきめ細かく対応し、独自の歯周病検診等を実施している所もある。現行の保険制度だけに囚われることなく、健診・検診・予防・治療等を結びつけ国民の健康に寄与できることが重要である。

4) 小児期の歯列矯正の健康保険導入

歯列・咬合の異常は学校健診での検出項目であり、4～6%の被患率と報告されている。しかしながら手術が必要な骨格性の咬合異常、顎口蓋裂等を除いて全く保険給付がされない制度上の問題により、ほとんどのケースは放置されていると思われる。歯列・咬合異常はう蝕や歯周病、顎関節症などのリスクを増大させ、口腔周囲筋の形態・行動型に悪影響をもたらす発音、咀嚼機能・能率、顎の成長発育さらには情緒面での影響も与えるとされている。

また、正常咬合者に比べ65歳時における歯の残存数が1.6～2.2本少ないことや、小児期に矯正治療を受ける事により生涯の歯科医療費を削減できる可能性についても報告されており、予防という観点からも早期の保険適用が望まれる。北欧諸国では、歯列矯正の未成年者への保険適用もなされている国も見受けられる。

5) 口腔ケアの拡充

口腔内の状態と全身の健康については密接な関連が言及されている。口腔衛生に主眼を置いた口腔ケアは、口腔疾患の予防に留まらず、高齢者やADLの低下が見られる要介護高齢者において、経口摂取の維持、誤嚥性肺炎の予防のために提供されるべきケアである。また糖尿病やその他の内臓疾患等も口腔内への何らかい口腔ケアが必要なものがあるほか、がん治療の過程で口腔ケアが必要になってくるものがある。しかしながら、2008年4月に行われた介護保険改定において口腔機能維持管理加算（月1回30単位）が新設されたが、人員及び時間的に厳しい介護現場においては現場で働く人間に対し、あまりに低い評価である。要介護高齢者への口腔ケアにかかる望ましい時間は3分といわれる方もいるところであるが、例えば、入所者100人の介護施設で1日に総計900分はかかることになる。現在における介護現場の過酷な状況でこの評価が妥当なのかは疑問に思うところである。介護施設において十分な口腔ケアをする時間や人員を許さない制度であるとしたら、あまりに人の尊厳をないがしろにしているのではないだろうか。

6) 障がい者・全身疾患のある者・発達障害児に対する歯科治療への配慮

現行の健康保険の中でも、歯科については、基本的に健常者を治療することを基準に制度設計がなされている。障がい者、全身疾患を有する患者、発達障害児への歯科治療は処置をする上でも相応の配慮が必要であるが、現行制度では難しい面が多々ある。

例えば小児歯科において発達障害児への歯科治療をする場合、治療の意味理解が困難である場合が多く、治療導入時には、治療動機を得にくい児童がもつ障がいを理解し、児童自身が持つ強いこだわりへの配慮や、パニックを起こさない為の配慮をし、治療開始ができるまでには相応の回数と時間、手順が必要になる。

また診療を行なっていく上でも同様の時間と手順は必要であり、その間他の診療はまったく出来ないにもかかわらず、現行制度下においては初診、再診の際の障害者加算 175 点のみでしか評価されていない。行政の支援により障害者等の診療の受け皿がある地区もあるが、これは裏を返せば、行政の支援がなければ、現行診療報酬では、障がい者等の診療は困難ということになる。社会保障として、万人が平等に歯科医療を受けられる制度が望まれる。

2、歯科医師の過不足のない養成と資質の確保

昨今話題となっている医療の問題の中で、医師・歯科医師の過不足のない養成は、社会保障の一分野として重要であり、質と量を充実させねば意味を成さない。質の高い社会保障を効率的に提供するために重要なことである。

民主党は医療政策の中で、医師養成数の 1.5 倍増を謳っている。「現在進行している医療崩壊をくい止めるため、また団塊世代の高齢化に伴い急増する医療需要に応え、医療の安全を向上させるため、医師養成の質と数を拡充します。当面、OECD 諸国の平均的な人口当たりの医師数（人口 1000 人当たり医師 3 人）を目指す」とのことである。

昭和 36 年の国民皆保険制度導入後、極端に不足していた歯科医師は必要にせまられ急激に増加した。その後、国民の口腔保健衛生意識の変化や疾病構造の変化があつたにもかかわらず、歯科医師が増加していくことに呼応した実効のある政策は採られずに現在に至っている。現在の日本の歯科医師数は「過剰」とされている。マスコミでは、歯科医院数はコンビニよりも多く、ワーキングプアとさえいわれているが、実際は OECD 各国の平均と同程度である。日本人の歯科疾患が OECD 諸国のそれと比べて特に少ないわけでもない。

それでは日本の歯科医師が置かれている過剰状況の「原因」はどこにあるのか。ひとつには歯科医師数と診療報酬の按分（バランス）が適切でないことがいえる。このような状況下で起きたことは歯科大学・歯学部への志願者の激減と入学者の急激な減少である。志願者の減少・入学者の定員割れは単に大学の経営を危うくするだけでなく、優秀な人材が集まらなくなることに直結し、惹いては歯科医師の質資の低下に直結している。厚労省、文科省はこのことを憂慮し、大学や学部募集定員削減を求めているが、国がコントロール不能な私立大学が養成数の 75% を占めているため、十分な誘導ができていない。また、国家試験での調整を行っているが、難易度の上昇に伴い、国家試験合格率を上げるため実習を削り、国家試験対策への時間を増やす学校もあり十分な成果を出しているとはいえない。今後の予測では数十年は過剰状態が解消されないとしている。歯科医師の養成にあたる歯科大学や歯学部を認可したのは国であり、診療報酬を決定しているのも国である。養成に時間がかかる歯科医師の供給をコントロールが難しい私立歯科大学新設で補い、歯科医療費を含む歯科医療政策と歯科医師供給政策との調整を充分にしていなかったのは政府の失政と

言い換えることもできる。また、高額の学費をかけ、長い養成期間を経て歯科医師になった暁には暗澹たる未来がまっているようでは、有望な学生が集まらないのは至極当たり前であり、国公立の足さえ引っ張ってしまいかねない。歯科医師数増加を行うのであれば、長期的な供給予測と人数規模に合わせた歯科医療費枠の持続的な調整を、施策として政府が誘導しなければ、歯科医師の質の低下を招き、長期的には国民の不利益となってしまうだろう。これは医科についても同様の事が言える。

低下しつつある歯科医師の資質の向上には以下の方策が必要である。

1) 歯科大学の統廃合

大学の設立は文科省が認可できるが、一旦設立された私立大学を国が潰すことは現行法では、簡単にはできない。歯科大学・歯学部の「適否」に関する法的な権限を持った組織が必要である。アメリカの歯科医師会（ADA）は教育プログラムと内容の評価、勧告を行っており、その勧告に従わざるを得ないのが現実であり強大な影響力を持っている。日本においても法科大学院の仕組みが参考になるだろう。

2) 歯科医師の資質の担保

現行制度では、国家試験を一度通ってしまうとあとはフリーパスである。国家試験の難易度だけで、歯科医師の資質を担保することは弊害が多い。卒後研修・専門医制等で、歯科医師の資質の向上を常に図る必要があり、在学中も一定以上の資質を担保する仕組みが必要と思われる。

日本の現行制度では、大学入試と国家試験、大学内での卒業試験等があるが、歯科医師の資質を担保する仕組みがない。しかも大学は文科省の管轄であり、国家試験は厚労省の管轄である。歯科医師の数をコントロールし、資質を担保するためには、歯科医療提供政策と歯科医師養成数が合致していなければならない。既存の組織（役所）ではない歯科医師の自律的な資格管理団体の設立等も検討されることが望ましい。

3) 資質に見合う評価

病態の変化による業務内容の変化

日本における12歳児のDMFTは、先進国の中では小児のう蝕の抑制が進んでいないが、WHOの目標数値は達成している。日本の現状ではDMFTは急激に低下しており、1987年の4.93から1999年の2.43へ急速に低下し、現在はさらに下がり1.54である。また平成17年の歯科疾患実態調査では永久歯に虫歯がない12歳児は90%を超えている。原因の分析や主な理由については識者に言を譲るが、若年者においてはう蝕の制圧は着々と進行中であり、今後の歯科医師の役割は治療中心ではなく、より管理者的な立場に立つことによって、硬組織疾患をいかに未然に防ぐかが求められるようになる。

つまり口腔内疾患の病態の変化により、硬組織疾患の治療を主に行なう歯科医師はより過剰となり、計画的に急いで減らすか、もしくは病態の変化に応じた養成が求められる。また口腔内の保健や予防を担う歯科衛生士は、今後質・量ともに大きく求められるようになる。

3、みんなの社会保障会議（仮称）の設置

近年、医療はEBM（Evidence-based medicine）、つまり根拠に基づいて行われるべきだといわれている。歯科医療の場合は、歯科医学に基づいた歯科診療が社会保障を前提とした国の制度として、国民に提供されなければならない。

①歯科医学⇔②歯科診療（臨床）⇔③歯科医療機関運営⇔④歯科医療制度⇔⑤歯科医療費

これらは互いに影響しあっている。

本来であれば、

歯科医学

↓

歯科診療（臨床）

↓

歯科医療機関運営

↓

歯科医療制度

↓

歯科医療費

の順に「構築」されていかなければならないが、

現状は、財務省（名目上は内閣）が決めた予算を中医協が割り振って、ごく少数の「技官」が制度を実質的に決めている。歯科診療（臨床）の実際は、専門家（歯科の有資格者）が考え出していくはずであるが、日本においては、予算（費用）によって歯科診療（臨床）を決めてしまっているのである。つまり現状では

歯科医療費

↓

歯科医療制度

↓

歯科医療機関運営

↓

歯科診療（臨床）

になっている。

現場の歯科医療従事者は、歯科医学とはかけ離れた診療制度を強引に押し付けられていると感じていて、そのことに対する不満が強い。

世界に誇れる国民皆保険を将来にわたり維持していくためには、効率の良い、無駄の少ない歯科医療の提供を追求していくことは当然のことである。提供できる医療水準や負担と給付のバランスはどうあるべきかを考えながら、予防、治療、機能回復・維持のどの分野にどれだけの財源を投入すれば、効率的に「最適水準の歯科医療」を提供できるかを模索し、結果、多くの日本国民の口腔内の健康が保たれるようトータルに考えていく必要がある。予防を大幅に導入する代わりに、機能回復つまり補綴の給付範囲を段階的に狭める、また給付割合を下げることも一つの方策としてあり得るのかもしれない。例えば、年齢層を分けて20歳以下と65歳以上は修復や補綴に関する給付制限や負担

増は行わず、中間層は補綴の給付制限もしくは負担割合を増やすというような方策もある。これから生まれてくる人などには予防給付を重点的に拡充し（その分、成人してからは修復・補綴処置の給付を制限）、現在の高齢者には予防給付を制限する代わりに補綴処置を拡充するなどの方策も考えられよう。

勿論、それが単に財源優先の面から進められるのではなく、社会保障とは何かを考えながら進めないといけないことは言うまでも無い。

こうした議論は、国民の間で広く行われるべきであり、医療制度改革の過程において裾野の広い意見の収集がきわめて大切である。官僚が御膳立てをして、有識者が答申をまとめる現行の審議会方式は、ただのセレモニーであり、そのために現場と制度が乖離し、医療崩壊と言われるような問題が起こってきた。有識者ばかりでなく、一般の国民の声を制度の反映させる必要がある。

但し、

①歯科医学⇔②歯科診療（臨床）⇔③歯科医療機関運営⇔④歯科医療制度⇔⑤歯科医療費

これらのうち、①・②は、専門家が考えることである。一方、④・⑤は「国民」が決めることである。専門家（歯科医師）が全て決めることはおかしいだろうし、歯科医療費が、歯科診療（臨床）を決めてしまうこともおかしいだろう。専門的なことがわからない「有識者」ばかり集めても、結局のところ事務局（つまり役人）に聞かなければ何もわからないのでは意味がないのである。

国の制度設計は、専門家が高度な分析を加えた案をいくつか示し、国民の議論を経て、政治決断されるやり方が望ましいと考える。現在、現場からの意見は日医をはじめ、中医協に参加している団体からのものが採用されている。つまり、ここで一度フィルターが掛かっている。ここに問題があり、現場や国民から直接意見を吸い上げる機能も必要とおもわれる。

そこで、これからはインターネットなどの相互通信ツールを使い、だれでもどこでも気軽に医療制度について知り、意見を述べ、そしてそれが実現される機会が必要と考える。これは医療だけでなく教育、介護、年金といった社会保障全般において等しくなされるものであり、みんなの社会保障会議（仮称）として、常時行うことを提唱する。

結び

疾病保険という概念は、もともと労働力回復のために作られたものであり、その頃の理念通りというならば、回復の見込みのない疾病は切り捨てねばならない。しかし今は、**disease** だけではなく **illness** までシームレスに取り扱う必要が出てきており、歯科であっても予防から介護、終末期の口腔ケアまでをどこかで区切ることは現場にそぐわなくなっている。いま必要なのは、そういった既成のものを根本から変える新しい国民医療、社会福祉、社会保障としての歯科医療の在り方が問われており、そのためには大風呂敷と言われようがグランドデザインを示し、国民に新しい歯科のあり方を議論してもらうことが必要と考えられる。また、現実論はその方向に沿って、出来ることから始めるのであって 初めから出来ない、予算が無い、という今までのやり方では時代遅れになり、先進国としては

貧困な歯科医療となることは確実と思われる。

【参考文献・資料】

平成 17 年度厚労省歯科疾患実態調査

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/01/tp0129-1.html>

学校保健統計調査 平成 20 年度 全国表

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001015756&cycode=0>

年齢別 都市階級別 設置者別 疾病・異常被患率等

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Xlsdl.do?sinfid=000002710176>

平成 20 年度学校保健統計調査

文部科学省

http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2009/05/08/1256666_2.pdf

歯並びの歯科矯正治療への医療保険適用の検討

－健全な永久歯列をめざした予防的医療のミクロ経済分析－

平野吉子

<http://www.econ.kobe-u.ac.jp/jepa-kansai/reikai210328/hirano.pdf>

口腔機能維持管理加算/算定マニュアル

<<http://www.google.co.jp/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=1&url=http%3A%2F%2Fwww.shimane-da.or.jp%2Fdownload%2Ftiikihukusi-1.pdf&ei=niWISsqhGpH26gOPs7iDDA&usg=AFQjCNHynxsQMYXzXQfBB67Ew36kHP4idg&sig2=ALo7gbb2AKpVGoCD6K40zw>>

日本慢性期医療協会

「緊急提言 歯科医師需給の考えかた」 鴨井久一 歯界展望 9 月号

新聞 Q U I N T 2009 年 7 月 10 日発行

「迫りくる歯科技工士獲得競争の波」

－歯科医師における今後の対応－

最終回「歯科技工問題で『医療崩壊』の環に入った歯科」

秋元秀俊（ジャーナリスト）

歯科医師過剰は国民の利益か

<http://www.minnanoshika.net/wiki/index.php?plugin=attach&refer=%BB%F5%B2%CA%B0%E5%BB%D5%B2%E1%BE%EA%A4%CF%B9%F1%CC%B1%A4%CE%CD%F8%B1%D7%A4%AB&openfile=%BB%F5%B2%CA%B0%E5%BB%D5%B2%E1%BE%EA%A4%CF%B9%F1%CC%B1%A4%CE%CD%F8%B1%D7%A4%AB.pdf>

口腔保健からみた WHO 疾病分類の問題点（花田信弘）

<http://www.fihs.org/health5/art5.pdf>

発達障害児の歯科治療に関するアンケート調査. ～ 自閉症児と他の発達障害児との比較 ～
長野県精神保健福祉センター. 竹内靖人 重田三恵子 日詰正文 飯田祥子 木村宜子.

平成 20 年度学校保健統計調査

文部科学省

http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2009/05/08/1256666_2.pdf

歯並びの歯科矯正治療への医療保険適用の検討

－健全な永久歯列をめざした予防的医療のマイクロ経済分析－

平野吉子

<http://www.econ.kobe-u.ac.jp/jepa-kansai/reikai210328/hirano.pdf>

A 57-year follow-up study of occlusion. Part 2: oral health and attitudes to teeth among individuals with deep overbite at the age of 8 years.

Berg RE, Stenvik A, Espeland L.

J Orofac Orthop. 2008 Jul;69(4):309-24.

A 57-year follow-up study of occlusion. Part 3: Oral health and attitudes to teeth among individuals with crossbite at the age of 8 years.

Berg RE, Espeland L, Stenvik A.

J Orofac Orthop. 2008 Nov;69(6):463-83.

クインテッセンス 2009 Vol.28 No.1

「歯科医療は何処へ向かうのか」 秋元秀俊

歯界展望 2007年4月号 2007 vol.109 No.4.

「これからの歯科医師のとりくむ治療とは」 福島正義

アポロニア 2009年9月号

「辛ロスペシャル 安田編集室」

「バームス報告の衝撃。10年後歯科医院の形態が変化する」

日歯広報 2009年9月5日号

2003年度版 歯科医療白書

2008年度版 歯科医療白書

平成 21 年 9 月 16 日



民主的な歯科医療政策の立案・運営のために

主旨（意義）

制度疲労をおこした現医療制度をその構築のあり方から見直し、民主的な歯科医療政策の立案・運営を確立するべきである。

前文

医療制度は「崖っぷち」にあると国民に受け止められている。産科・小児科・救急等はマスコミに取り上げられ、その「危機」が国民の目に触れるようになってきているからだろう。一方、歯科医療は直接命にかかわらないためか、歯科医師の経済的な凋落としてしかマスコミには取り上げられないが、歯科全体をみれば医科以上に危機的な状況にある。歯科医療政策の貧困さがその主因である。小手先の改革ではなく、政策立案の段階からの抜本的な改革がなければ、歯科医療の崩壊を食い止めることはできない。国民に「安心・安全な歯科医療」を提供するための民主的な歯科医療政策を確立する必要がある。

現状

「予算」で決まっている総医療費を「配分」して決めた診療単価の総額が「決算」としての国民の総医療費になるという構造が診療側・支払い側の対立の原因になっている。現在、役所は診療側には、総医療費は「予算」で決まっていると説明して、総医療費を抑制しようとし、一方、支払い側には診療単価の総額が「決算」だと説明してできるだけ費用を払わせようとしている。これは、必ずしも役所だけが悪いわけではない。現行の仕組みの中では、そう振舞わざるを得ないのである。

さらに、細かなルールはごく少数の歯系技官が決定している。それは、「通知が遅い」「医療機関には通知しない」「当局に質問しても回答がない」など配慮に欠けた対応の中で強行されており、医療従事者の強い批判を浴びている。改定の度に医療機関には過重な負担がかかり、窓口や医療現場の従事者は混乱、疲弊してしまっている。それは患者にとっても、安心安全な医療を受ける上で問題の多い状況だといえる。

国民皆保険の下では、医療の根幹は保険診療にある。その診療報酬の決定の仕方は不透明である。「中医協」はあるが、歯科のことについて議論される時間はあまりに少なく、事務局（つまり極少数の歯系技官が決定した）の提案を承認しているだけにすぎない。

中医協の委員は、医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員7人・保険者等支払い側を代表する委員7人・公益を代表する委員6人の20人をもって組織されている。いわゆる三者構成になっていて一見民主的にみえる。委員は、厚生労働大臣が任命することになっているが、要するに厚労省が決めている。参議院で不同意になった例に代表されるように、公益代表委員に、厚労省の意向に沿わない人間が選ばれるとはあまり考えられない。保険者に厚労（生）省の天下りがいたことを考えれば、支払い側代表委員も厚労省の代弁者かもしれない。

診療側代表はどうであろう。現行制度では、保険医療費の総予算額は内閣が決定することになっているが、実質的には財務省が決めている。その財務省と交渉するのが厚労省である。つまり、厚労省の意向に逆らうと予算が回って来なくなってしまうかもしれないのである。

予算が回ってくるということ以前に、「保険医」は厚労省の「いいなり」でないと保険診療ができない。結局、厚労省のこの諮問機関は厚労省が思うような結論しか出さない構造になっているように思われる。中医協は、診療報酬を決定していて、点数の設定を通じて保険給付の範囲さえも決めており、日本の医療保険制度のあり方を決定する”唯一”の場である。しかし、実態は「中医協は、事前に厚生官僚が関係者と話し合った結果を審議するセレモニーの場」と見る向きも少なくないのである。

日本の医療政策は、中医協というセレモニーを通して、実質的には厚労省が「全て」を決めているのが実態である。

財政のことしかわからないと公言するひとが、イニシアティブをとっていたり、委員長が退任の際、事務局主導だったと挨拶する諮問会議で、国の政策のほとんどが決定している現状は、民主国家として異常である。国民（患者）と医療提供者とが、真に開かれた場で、対等に意見を交わせるようにし、その結果、民主的に決定された政策を行政が民主的に運用できなければ、社会保障としての医療政策に明るい展望があるとは思われない。

そもそも厚労省の政策決定の場での歯科は取り上げられない。

政策決定に関与できる高級ポストが医師出身者の技官の場合、局長クラスが医政局長、健康局長、技術総括審議官などの3つほどのみである。歯科医師の最高位は課長クラスの歯科保健課の1つであり、これは政策決定権に関与できる立場ではない。

官僚主導で、様々な政策が決定される現状において、実質極少数の歯系技官が国の歯科医療政策全般を掌握してしまっている。そもそも彼らは、その任に付くに当たって特別な試験や審査を通ったわけではない。歯科医師国家試験を通っただけで、臨床経験がほとんどないまま、国の歯科医療政策のほとんどの権限を持つことになる。

古来、国家権力は民を「管理」しようとするものだが、そのため現憲法は、国民が国を縛るようにできている。「基本的人権」を侵すのは国家権力であり、国家権力から国民を守るために憲法は存在する。しかし、現在の日本では、医療を国家権力が画一的に管理しようとしすぎている。あらゆる政策が役所主導で決定している現状を「主権在民」とはいわないし、「基本的人権」が尊重されているとは思えない。保険診療の世界においては、厚労省が江戸幕府並みの権限を持ち、その世界の住民（保険医）は江戸時代の庶民と同様なのである。現行の中医協を柱とした医療政策の決定、運用の仕方は、民主的だとはとてもいえない。

医療政策が民主的に決定、運用されるためには、医療制度上の権限を分立させなければならない。少なくとも、ルールを決めるところと処罰を下すところは明確に分かれていなければならない。また、ルールを決めるところと費用を決めるところも分かれている必要がある。財政が苦しいといってルールが変わるのでは現場が混乱するだけだろう。

目的

政策の根幹である保険診療の決定の仕方を「」を含めて改革する。

医療制度を運営していくのに当たり、各部門の権限を明確に分立させる。

具体案

医療制度上の権限の分立

- 1 「ルールの決定を行なう場」は専門家（学会）を含めた議会・機関等の場を設立し担わせる
- 2 「処罰を下す場」は第三者をいれた強制加入団体。弁護士会と医道審を合わせた権限を持つ団体を設立し担わせる。
- 3 「費用を決める場」は委員の選考方法を「公正」にし三者構成の中医協のような団体・機関を設立し担わせる。

以上の権限を有する団体もしくは機関を分立させ運営に当たる。

1、について

ルールには大きく分けて二通りある。ひとつは、診療行為そのものを裏付ける医学的根拠である。これは専門家にしかわからない。「費用」や「懲戒」などとは厳密に区別して、科学的見地のみで決定していかなければならない。

学会は存在するが、法的地位は持っていない。保険診療と歯科医学の乖離の一因が学会の存在感のなさにあるといえる。

もうひとつは、診療報酬の請求に関するルールである。現在は、算定要件の変更が極少数の技官の権限でできてしまう。医療費の抑制を目的にそれを行うと、現場が混乱して患者の利益を損なうことになる。「ルール」と「費用」の決定は厳密に区別される必要がある。

2、について

1987年10月、スペインのマドリードにおける第39回世界医師会総会で採択された「宣言」がある。(プロフェッショナル・オートノミーと自己規律に関するWMA マドリード宣言<http://www.med.or.jp/wma/madrid.html>) 20年以上前のもので、時代遅れの部分があるかもしれないが、日本の医療制度はこの宣言に追いついてさえいない。決定的に欠如しているのが、「最終的には、医師の専門職としての行動は常に、医師が遵守すべき職業倫理規定または医の倫理原則の範囲内でなければならない。各国医師会は患者の利益のために医師の倫理的行為を促進しなければならない。倫理違反は速やかに指摘され、倫理違反を犯した医師は懲戒および更生させなければならない。これは、各国医師会だけが効果的かつ効率的に行いうる責任なのである。」の部分である。例えば、弁護士会は弁護士法に基づき、行政府から独立した免許管理権をもった法人であるが、医師会や歯科医師会は任意に設立された民法に基づいた法人（H20年12月から特例民法法人）であり、免許管理権はおろか法的には何の権限も有していない。「各国医師会だけが効果的かつ効率的に行いうる」とあるが、任意加入の職能団体に懲戒や更生ができるはずもないのである。このマドリード宣言によれば、個々の医師が患者診療に関して自らの職業的判断を自由に行使できるという保証と自己規律システムはセットである。

言い方を変えれば、医療提供者が自分達でシステムとして医療提供者の能力や倫理感を証明できなければ、医療提供者に裁量権は与えられないということである。強制加入の職能団体が存在すらない現在の日本においては、裁量権を確立することは極めて困難なのである。保険医は（歯科）医師の形式的に自発的な申請で登録するにもかかわらず、その裁量権を縛る省令に管理されている。このような状況のもと、医療費抑制という「使命」をおびた技官が、患者のための診療とは乖離した法令等（通知・通達・事務連絡）を以て「取り締まり」を行っているのが現状である。「医療費抑制」と「懲戒」をセットで国家権力がやるということは大問題であり、現場の閉塞感は強い。

1、について

健康保険法には（療養の給付に関する費用）第76条 保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額か

ら、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。

とある。保険医療機関は、患者に行った療養（つまり医療）の「費用」を保険者に請求する。保険医療機関が費用を請求する文書は、診療「報酬」明細書であり、診療「費用」明細書にはなっていない。費用と報酬とは、同じようで違うものである。費用であれば、諸々のコストを含んだ医療の価格といった意味合いになるが、報酬であれば、（歯科）医師の給与という意味になってしまう。

厚労省の国会答弁によれば、診療報酬は、「物価、賃金等の動向、歯科保険医療機関の経営状況、医療保険財政の状況等を総合的に勘案し、中医協における議論を踏まえて（適切に）設定」されることになっている。

さらに、第9回社会保障審議会医療部会の資料5「診療報酬と補助金の関係について」においては、

「必ずしも厳密な原価計算を行い設定しているものではなく」と記されている。

療養のコストで診療報酬が決まるわけではないことは、明白である。

中医協では、開業医の所得（医療機関の収支差額）だけが議論の対象になっていて、支出の中身（質）が問われることはない。

医療機関に保険者から支払われるべきものは、診療費用であり、報酬ではない。

そうはいつでも、診療費用の算定の実際は簡単ではない。医療経済学という分野が存在するが、絶対的な算定基礎が存在するわけではない。ここでは、その算定にあたっての案のひとつを提示する。

基礎的コスト・技術コスト・政策コストの3層構造

必要な医療を必要なときに提供できる診療側の裁量を認める代わりに、医療費を医療のエビデンスに基づくコントロール下に置くことを担保する必要がある。そのため診療報酬に関しては、基礎的コスト・技術コスト・政策コストの3層構造で役割分担させることを提案したい。

●基礎的コストは、材料など消耗する部分の積算根拠のはっきりする部分で、市場調査により変動するものと捉える。

●技術コストは、文字通り「医療」という技術職のいわゆる報酬；ドクターフィー部分。イメージは、例えばトヨタ自動車のアクセサリカタログを見ていると、販売店装着オプションの価格の横に、0.5時間など標準的な作業時間を元にしたコスト表示がある。このように、充填や形成、抜歯にスケーリングといった一つ一つの技術の基準時間のコストフィーを出す。これは、先の基礎的成本とは異なり、固定される。インフレやデフレといった社会情勢により技術コストを変更せざるを得ない時は、費用を決める機関の決定だけではなく、例えば国会の承認も必要とすべきと考える。

(現行診療報酬には、医科と歯科で「基本診療料の格差」が存在する。これは、医科と歯科の技術に格差があるというわけではなく、診療報酬改定の際の経緯が大きく係っている。技術コストを算定する際には現行制度にとらわれることなく行われるべきであろう。この点は後日、新たな提言をする予定。)

●政策コストは、文字通り医療の方向性を政策的に誘導する部分で、インセンティブ、ディスインセンティブを働かせる部分と捉える。この部分の変動により、時の医療水準などをコントロールしていき、また他の二つのコストより報酬を厚くすることにより、国民の関与による医師の裁量権濫用監視の役割を持たせる。

「効率的で良質な歯科医療提供体制の構築」にもあるように、「国の制度設計は、専門家が高度な分析を加えた案をいくつか示し、国民の議論を経て、政治決断されるやり方が望ましい」。

現状は、意見をいうべき専門家のひとつである現場を預かる臨床家の発言は著しく圧迫されている。また、もうひとつの専門家である学会は制度に対してあまり関心がない。国の制度として、保険制度を確固たるものにするのであれば、少数の臨床経験のない技官だけに委ねている現体制を見直すべきである。そのうえで、費用の分担の仕組みを各界・各層の代表の意見を幅広く聴取し、決定していく必要があるだろう。

【参考文献・資料】

歯科医療費の特性と所得

<http://www.minnanoshika.net/wiki/index.php?plugin=attach&refer=%BB%F5%B2%CA%B0%E5%CE%C5%8%F1%A4%CE%C6%C3%0%AD%A4%C8%BD%EA%C6%0&openfile=%BB%F5%B2%CA%B0%E5%CE%C5%8%F1%A4%CE%C6%C3%0%AD%A4%C8%BD%EA%C6%0.pdf>

